

本資料は、下記日付時点の最新の情報を記載するように注意して作成しておりますが、正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解の上ご使用願います。

平成30年度診療報酬改定 【答申案】①－1 医科（医薬品関連以外）

2018.2.9
東和薬品

出典：厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>）

個別改定項目について

黒字: 医科 赤字: 調剤 青字: 共通(医科・調剤)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I－1－⑥	関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し	4
I－1－⑪	地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し	14
I－3－①	一般病棟入院基本料の評価体系の見直し	27
I－3－③	療養病棟入院基本料の評価体系の見直し	47
I－3－⑫	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し	62
I－4－③	かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価	77
I－5－⑥	入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携	79
I－6－①	患者の希望に応じた看取りの推進	86

個別改定項目について

黒字：医科 赤字：調剤 青字：共通（医科・調剤）

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

Ⅱ－１－１－⑦がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実
99

Ⅱ－１－６－③医療安全対策加算における医療安全対策地域連携
加算の新設
102

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。また、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、算定対象を見直す。

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

第2 具体的な内容

1. 退院時共同指導において、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

現行	改定案
【退院時共同指導料1】 [算定要件] 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に	【退院時共同指導料1】 [算定要件] 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等、<u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士</u>が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の<u>保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

現行	改定案
については、当該入院中2回に限り算定できる。	する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

現行	改定案
【退院時共同指導料2】 [算定要件] 注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。	【退院時共同指導料2】 [算定要件] 注1 入院中の保険医療機関の保険医、<u>看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士</u>が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、<u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士等若しくは社会福祉士</u>又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

現行	改定案
ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 <u>(新設)</u>	文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 <u>[包括範囲]</u> <u>B006-3 退院時リハビリテーション指導料</u> <u>(理学療法士等が行った場合に限る。)</u> <u>B014 退院時薬剤情報管理指導料(薬剤師が行った場合に限る。)</u>

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

2. 退院時共同指導料2のうち、入院医療機関と在宅療養を担う3者以上の関係機関とが共同指導を行った場合の評価について、入院医療機関側の看護職員が共同指導を行った場合も評価対象とする。

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

現行	改定案
【退院時共同指導料2】 [算定要件] 注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。	【退院時共同指導料2】 [算定要件] 注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは<u>指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員</u>のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

3. 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

関係機関の連携強化に向けた 退院時共同指導料の見直し

現行	改定案
【退院時共同指導料2】 [算定要件] 注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。	【退院時共同指導料2】 [算定要件] 注4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進する観点から、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を有している場合について、評価を見直す。

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

第2 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

地域包括ケア病棟入院料

(新) 1 地域包括ケア病棟入院料1 2,738 点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,724 点

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

(新) 2 地域包括ケア入院医療管理料1	2,738 点
(生活療養を受ける場合にあっては)	2,724 点
(新) 3 地域包括ケア病棟入院料2	2,558 点
(生活療養を受ける場合にあっては)	2,544 点
(新) 4 地域包括ケア入院医療管理料2	2,558 点
(生活療養を受ける場合にあっては)	2,554 点
(新) 5 地域包括ケア病棟入院料3	2,238 点
(生活療養を受ける場合にあっては)	2,224 点

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

(新) 6 地域包括ケア入院医療管理料3	2,238 点
(生活療養を受ける場合にあっては)	2,224 点
(新) 7 地域包括ケア病棟入院料4	2,038 点
(生活療養を受ける場合にあっては)	2,024 点
(新) 8 地域包括ケア入院医療管理料4	2,038 点
(生活療養を受ける場合にあっては)	2,024 点

[施設基準]

(1) 通則

イ 当該病棟（入院医療管理料1、2、3及び4にあっては、当該病室を有する病棟。）において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

- ロ 当該病棟（入院医療管理料1、2、3及び4にあつては、当該病室を有する病棟。）において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- ハ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を0.8割以上入院させる病棟又は病室であること。
- ニ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
- ホ 当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- ヘ データ提出加算の届出を行っていること。
- ト 特定機能病院以外の病院であること。
- チ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- リ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

中央社会保険医療協議会総会（2018年2月7日）資料

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

又 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟（入院医療管理料1、2、3及び4にあっては病室）単位で行うものであること。

(2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること

ロ 当病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4 平方メートル以上であること。

ハ 許可病床数が200 床未満の保険医療機関であること。

ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。

ホ 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ヘ 以下のa、b、c 又はd のうち少なくとも2つを満たしていること。

a. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20 回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

- b. 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
 - c. 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
 - d. 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。
- ト 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

※上記(2)のニ、ホ、ヘ及びトが、「診療実績の評価」に係る新たな要件。

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

(3) 地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。

ロ 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が1割以上であること。（当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前1月において1人以上受け入れていること。）

ハ 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ニ (2)のロ、ハ、ヘ及びトを満たす医療機関であること。

(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準

(2)のイ及びロを満たす医療機関であること。

(5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

(2)のロ及び(3)のイを満たす医療機関であること。

(6) 地域包括ケア病棟入院料3の施設基準

(2)のハ、ニ、ホ、ヘ及びトを満たす医療機関であること。

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

(7) 地域包括ケア入院医療管理料3の施設基準

(2)のハ、ヘ及びト並びに(3)のロ及びハを満たす医療機関であること。

(8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関であること。

(9) 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関であること。

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準について、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、訪問看護サービスを併設している医療機関についても、要件の一つとする。

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

現行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 [施設基準] 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。 イ「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第16の3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の 受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに	【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 [施設基準] 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。 イ「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第16の3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の 受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

現行	改定案
限る。)であること。 ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。 エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 <u>(新設)</u>	限る。)であること。 ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。 エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 <u>オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。</u>

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

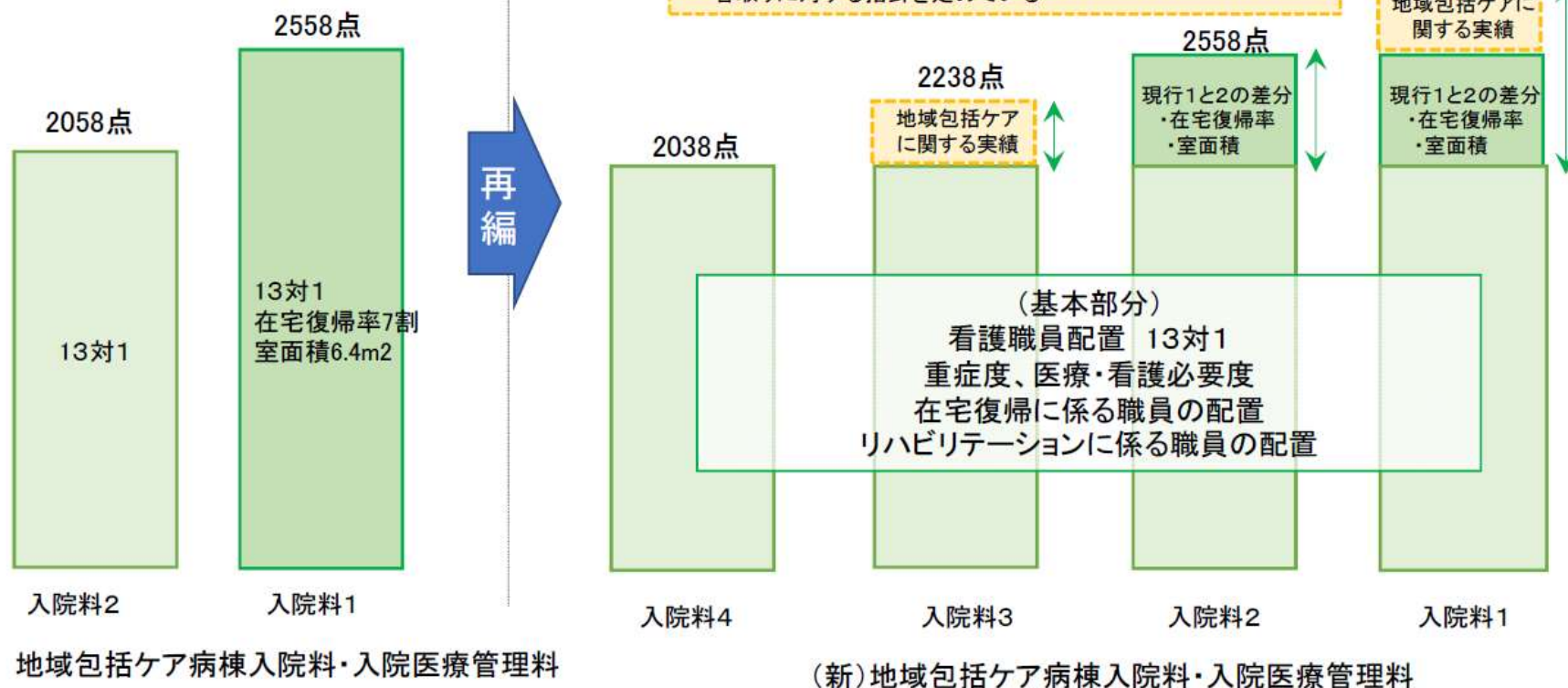
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針を定めている



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	－				7割以上			
室面積	－				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	－		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上	－		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	－		3月で3人以上		－		3月で3人以上	
在宅医療等の提供	－		○		－		○	
看取りに対する指針	－		○		－		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満	○	－	○	○	○	－	○	○
点数 (生活療養を受ける場合)	2,038点 (2,024点)		2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)	

実績部分

*1:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

一般病棟入院基本料について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるように、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とする。このため、今回の改定では、以下のような見直しを行う。

1. 一般病棟入院基本料(7対1、10 対1、13 対1、15 対1)について再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料とする。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

2. 急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。

3. 現行の病棟群単位での届出及び許可病床数200床未満の7対1一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、廃止し、急性期一般入院料2の要件を満たしているものとする。

4. 急性期一般入院料2及び3において、許可病床数が200床未満の現行の7対1一般病棟について、重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置を設ける。

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

第2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料(7対1、10 対1)について、再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料とする。

(新) 急性期一般入院基本料(1日につき)

[施設基準]

【通則】

- (1) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。(急性期一般入院料1にあつては7又はその端数を増すごとに1以上であること。)
- (2) 看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

- (3) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日以内であること。(急性期一般入院料1にあつては 18 日以内であること。)
- (4) テータ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

1 急性期一般入院料1 1,591 点

[施設基準]

- (1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を3割以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。
- (2) 自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (3) 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じた数以上であること。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

2 急性期一般入院料2 1,561 点

[施設基準]

- (1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を2割4分以上入院させる病棟であること。
- (2) 届出時点において、届出前3月の間、急性期一般入院料1を届け出ていること。

3 急性期一般入院料3 1,491 点

[施設基準]

- (1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を2割3分以上入院させる病棟であること。
- (2) 届出時点において、届出前3月の間、急性期一般入院料1又は2を届け出ていること。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

4 急性期一般入院料4 1,387 点

[施設基準]

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を2割7分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を2割2分以上入院させる病棟であること。

5 急性期一般入院料5 1,377 点

[施設基準]

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を2割1分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割7分以上入院させる病棟であること。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

6 急性期一般入院料6 1,357 点

[施設基準]

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割5分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を1割2分以上入院させる病棟であること。

7 急性期一般入院料7 1,332 点

[施設基準]

当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

※「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」は、現行の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」であり、「一般病棟用の重要度、医療・看護必要度Ⅱ」は、診療実績データを用いた評価である。（「I－3－②」を参照のこと）

[経過措置]

(1) 平成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の病院で 7 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟が、急性期一般入院料 2 又は急性期一般入院料 3 を届け出る場合は、平成 32 年 3 月 31 日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いても差し支えない。

(2) 平成 30 年 3 月 31 日時点で 7 対 1 一般病棟入院基本料及び病棟群単位の届出を行っている病棟は、平成 32 年 3 月 31 日までの間に限り、急性期一般入院料 2 又は急性期一般入院料 3 の施設基準を満たしている場合は当該入院料を届け出ることができる。

(2) 平成 30 年 3 月 31 日に 10 対 1 一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、平成 30 年 4 月 1 日以降、急性期一般入院料 7 を算定する病棟については、名称変更となるが、新たな届出は必要ない。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

2. 一般病棟入院基本料(13 対1、15 対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

(新) 地域一般入院基本料(1日につき)

[施設基準]

【通則】

- (1) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに1以上であること。(地域一般入院料1及び2にあっては 13 又はその端数を増すごとに1以上であること。)
- (2) 看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。(地域一般入院料1及び2にあっては7割以上であること。)
- (3) 当該病棟の入院患者の平均在院日数 60 日以内であること。(地域一般入院料1及び2にあっては 24 日以内であること。)

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

1 地域一般入院料1 1,126 点

[施設基準]

当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

2 地域一般入院料2 1,121 点

[施設基準]

地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

3 地域一般入院料3 960 点

[施設基準]

地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。

[経過措置]

別表1の左欄に掲げる病棟については、右欄に名称変更されるが、平成30年3月31日に届出を行っている病棟については、新たな届出は必要ない。

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

別表1

現行	改定案
13 対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟	地域一般入院料1
13 対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っていない病棟	地域一般入院料2
15 対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟	地域一般入院料3

一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

3. 現行の病棟群単位での届出及び許可病床数が200床未満の7対1一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、廃止し、急性期一般入院料2の要件を満たしているものとする。

[経過措置]

平成30年3月31日に別表2の左欄に掲げる病棟については、平成30年9月30日までの間、右欄に掲げる入院料の基準を満たしているものとする。

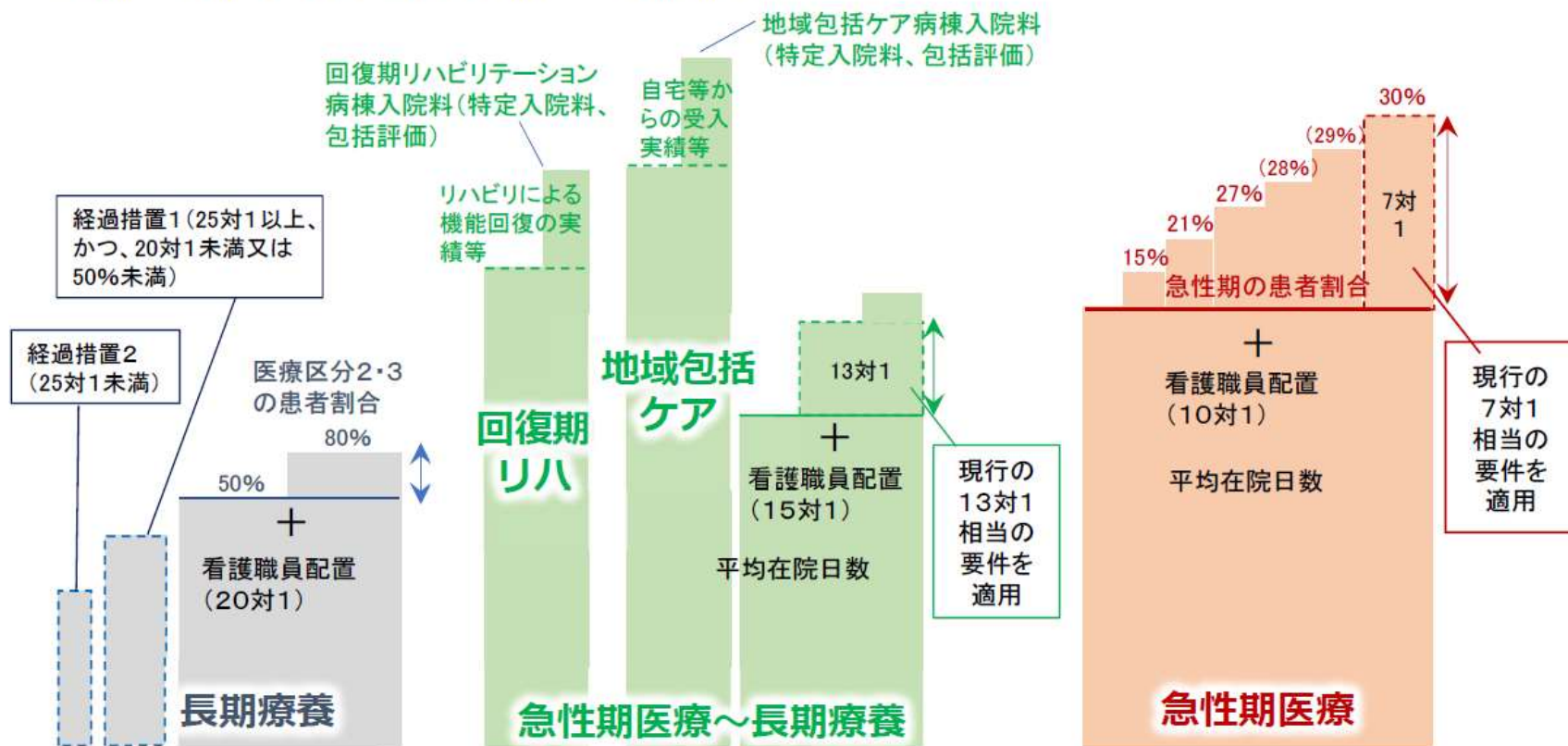
一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

別表2

現行	改定案
病棟群単位の届出を行っている病棟 許可病床 200 床未満の保険医療機関で 7対1一般病棟入院基本料の届出を行っ ている病棟のうち、一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度の基準を満たす患者 が2割3分以上2割5分未満の病棟	急性期一般入院料2

新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料 (20対1、25対1) を再編・統合

一般病棟入院基本料 (13対1、15対1) 等を再編・統合

一般病棟入院基本料 (7対1、10対1) を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

3

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

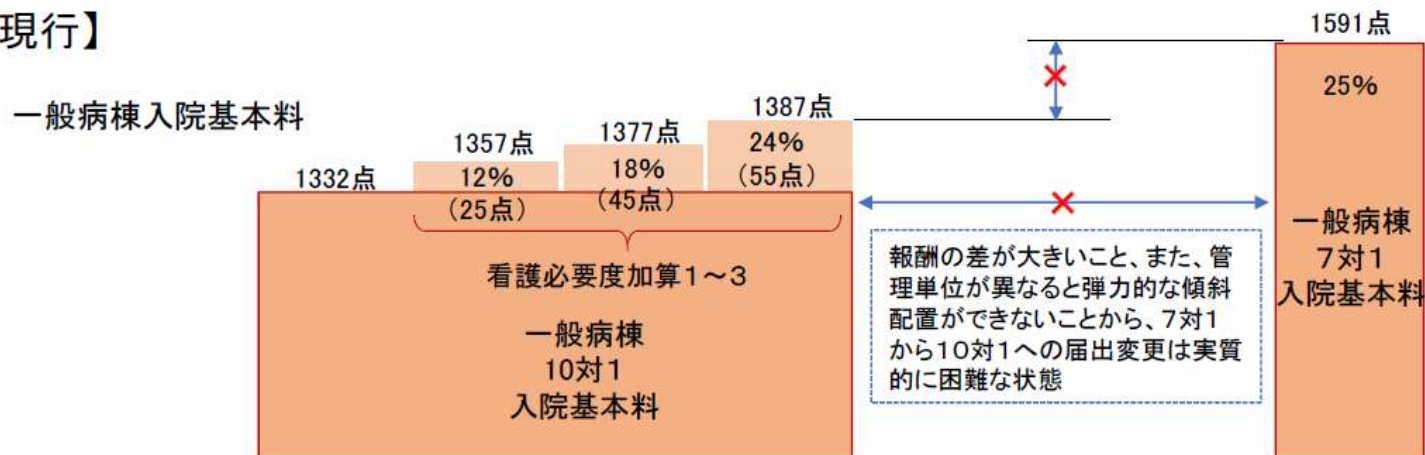
各入院料の概要

【平成30年度改定での見直し(案)】

	長期療養	長期療養～急性期医療		急性期医療
実績に応じた段階的な評価の要件	【療養病棟入院料】 ◆実績による評価部分 ・医療区分2・3に該当する患者割合80%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ◆リハビリテーションの実績指数に応じた評価 入院料1(37以上) 入院料3(30以上) 入院料5(30以上) 【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 ◆自宅等から緊急入院の受入実績、在宅医療の提供実績等(入院料1、3)	【地域一般入院基本料】 ◆地域一般入院料1 ・重症度、医療・看護必要度の測定 ◆地域一般入院料1・2 ・看護配置13対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数24日	【急性期一般入院基本料】 ◆急性期一般入院料1 ・看護配置7対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数18日 ・在宅復帰・病床機能連携率8割 ・重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合30%、(必要度Ⅱの25%) ◆急性期一般入院料2～3 ・重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合24%、23%
基本部分の評価の要件	【療養病棟入院料】 ・看護配置20対1 ・医療区分2・3に該当する患者割合50%	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ・看護配置15対1 【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 ・看護配置13対1	【地域一般入院基本料】 ・看護配置15対1 ・看護師比率4割 ・平均在院日数60日	【急性期一般入院基本料】 ・看護配置10対1 ・看護師比率7割 ・平均在院日数21日
備考	・療養病棟入院基本料2(25対1)は、療養病棟入院基本料2(20対1)の経過措置として整理。 ・診療実態を把握するため、200床以上の医療機関は、データ提出を算定要件化する。	・回復期リハビリテーション病棟入院料(1～4)と、200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料(5～6)は、データ提出を算定要件化する。		・実績による評価部分は、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡを選択可能とする。 ・入院料2～3は、原則、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。 ・なお、許可病床200床未満の医療機関については、入院料2と3で、必要度Ⅰを用いても差し支えないこととし、基準値に係る経過措置を設ける。

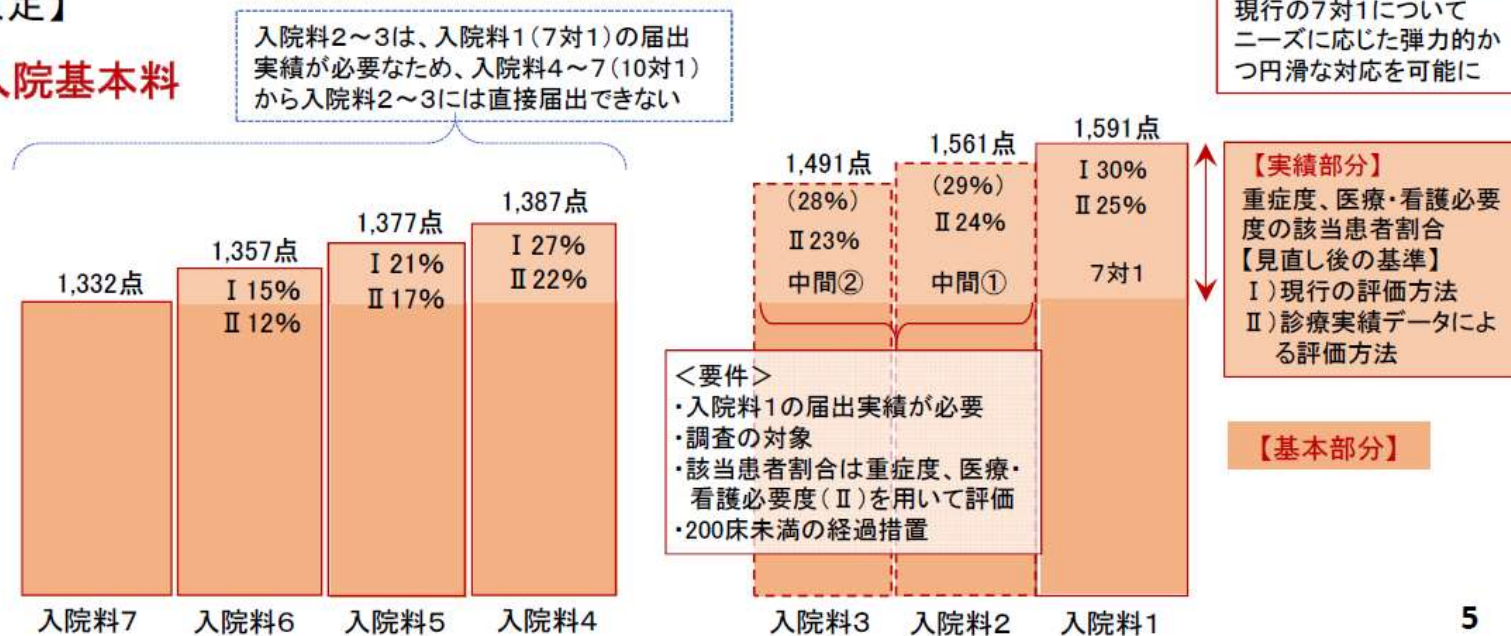
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

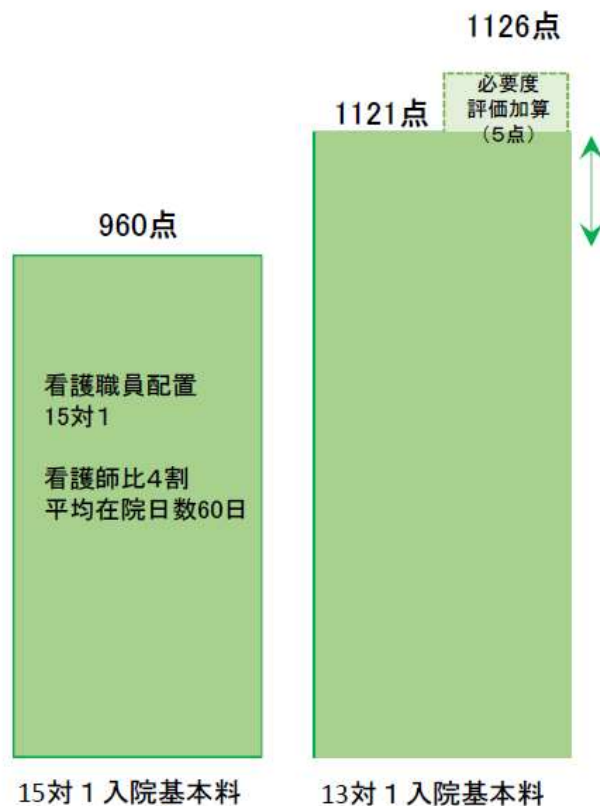
		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	(28%以上) ※	(29%以上) ※	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 ※	24%以上 ※	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						8割以上
医師の員数		—						入院患者数の 100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

*1: 従来の方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

(※200床未満は、経過措置あり)

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】

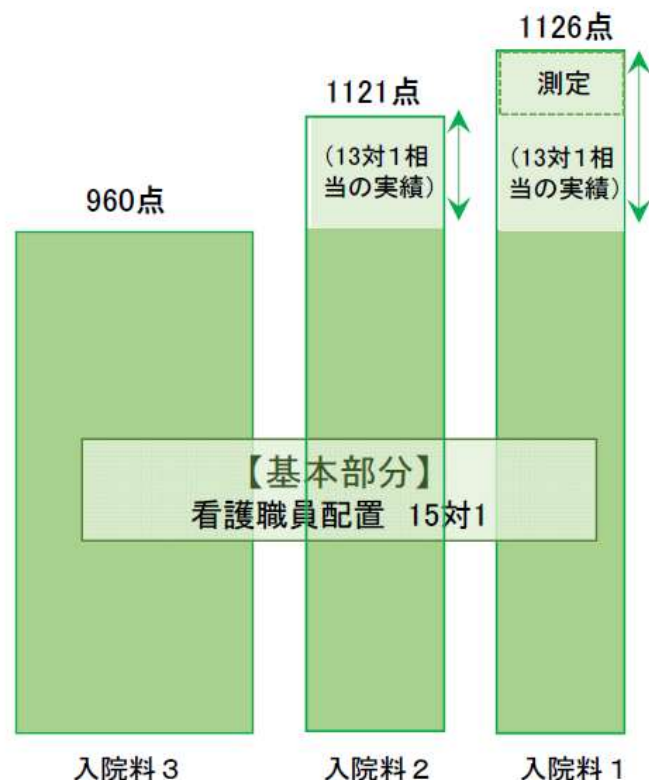


再編

【平成30年度改定】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
 - ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



7

地域一般入院基本料

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

地域一般入院基本料1～3の内容

- 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・ 看護必要度の 測定	—		○
点数	960点	1,121点	1,126点

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

療養病棟入院基本料について、入院医療の評価体系の再編・統合の方向性及び医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、必要な見直しを行う。

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

第2 具体的な内容

1. 療養病棟入院基本料は、20 対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。
2. 現行の療養病棟入院基本料2については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは2年間と設定する。

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

3. 現行の療養病棟入院基本料2に関し、25 対1看護職員配置の要件又は医療区分2・3の該当患者割合が5割を満たせない場合の経過措置（所定点数の100分の95を算定）については、上記の見直しを踏まえ、新たな経過措置とした上で2年間延長する。

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
【療養病棟入院基本料】(1日につき)	【療養病棟入院基本料】(1日につき)
1 療養病棟入院基本料1	1 療養病棟入院料1
イ 入院基本料A 1,810点	イ 入院料A 1,810点
ロ 入院基本料B 1,755点	ロ 入院料B 1,755点
ハ 入院基本料C 1,468点	ハ 入院料C 1,468点
ニ 入院基本料D 1,412点	ニ 入院料D 1,412点
ホ 入院基本料E 1,384点	ホ 入院料E 1,384点
ヘ 入院基本料F 1,230点	ヘ 入院料F 1,230点
ト 入院基本料G 967点	ト 入院料G 967点
チ 入院基本料H 919点	チ 入院料H 919点
リ 入院基本料I 814点	リ 入院料I 814点

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行		改定案	
2 療養病棟入院基本料2		2 療養病棟入院料2	
イ 入院基本料A	1,745点	<u>イ 入院料A</u>	1,745点
ロ 入院基本料B	1,691点	<u>ロ 入院料B</u>	1,691点
ハ 入院基本料C	1,403点	<u>ハ 入院料C</u>	1,403点
ニ 入院基本料D	1,347点	<u>ニ 入院料D</u>	1,347点
ホ 入院基本料E	1,320点	<u>ホ 入院料E</u>	1,320点
ヘ 入院基本料F	1,165点	<u>ヘ 入院料F</u>	1,165点
ト 入院基本料G	902点	<u>ト 入院料G</u>	902点
チ 入院基本料H	854点	<u>チ 入院料H</u>	854点
リ 入院基本料I	750点	<u>リ 入院料I</u>	750点

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
[施設基準] (療養病棟入院基本料1) ① 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。 ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師であること。 ③ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であることとする。	[施設基準] <u>(療養病棟入院基本料の通則)</u> ① <現行通り> ② <現行通り> ③ <現行通り>

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
④ 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分2・3の患者）の合計が8割以上であること。	<u>(療養病棟入院料1)</u> <u>① 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分2・3の患者）の合計が8割以上であること。</u>

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
(療養病棟入院基本料2) ① 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。 ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師であること。 ③ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であることとする。	(療養病棟入院料2) <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u>

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
④ 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分2・3の患者）の合計が5割以上であること。 （経過措置） 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長に届け出ていた療養病棟入院基本料2を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2本文の規定にか	① 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（<u>医療区分2・3の患者</u>）の合計が5割以上であること。 <u>（削除）</u>

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
かわらず、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。 <u>(新設)</u>	<u>[算定要件]</u> <u>(経過措置1)</u> <u>注1に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料2の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り。)</u> <u>に限り、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</u>

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
<u>(新設)</u>	<u>[施設基準]</u> <u>(別に厚生労働大臣が定めるもの)</u> <u>① 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。</u> <u>② 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者(医療区分2・3の患者)の合計が5割以上であること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(別に厚生労働大臣が定める基準)</u> <u>① 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。</u>

療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
(新設)	② <u>平成 30年3月 31日時点において、療養病棟入院基本料を算定していた病棟であること。</u> <u>[算定要件]</u> <u>(経過措置2)</u> <u>注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。</u>
(新設)	<u>[施設基準]</u> <u>(別に厚生労働大臣が定める基準)</u> <u>① 当該病棟において、1日に看護を行う</u>

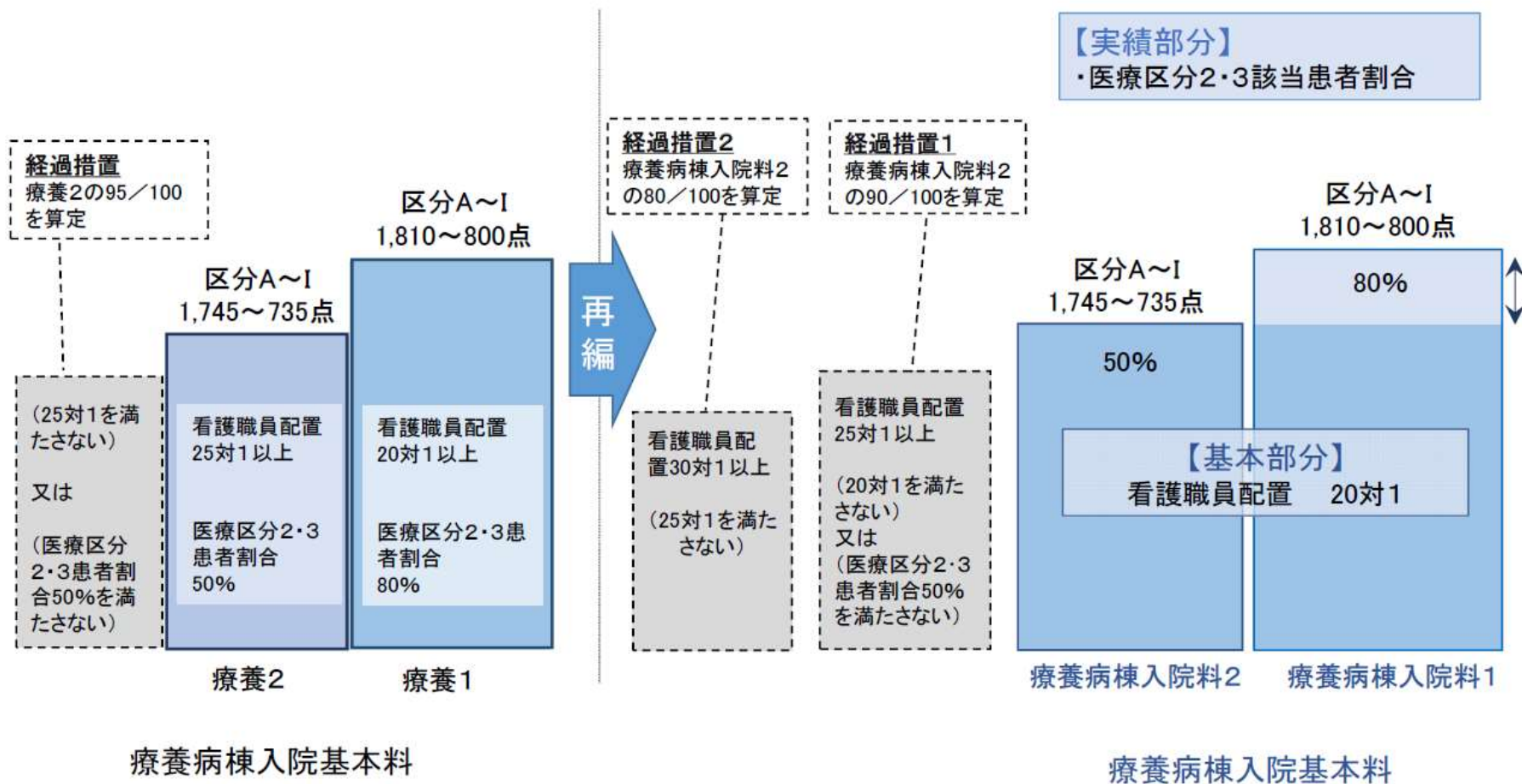
療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

現行	改定案
	<u>看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。</u> <u>③ 経過措置1における届け出を行っていない病棟であること。</u> <u>④ 平成30年3月31日時点において、療養病棟入院基本料2の注11を算定していた病棟であること。</u>

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】



療養病棟入院料1～2の内容

- 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院基本料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。

	経過措置	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1を満たさない かつ、25対1以上	20対1 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1 (医療法上の4:1)		
医療区分2・3 該当患者割合	5割未満(満たさない)	5割以上	8割以上
データ提出	200床以上の病院は必須		
点数	(療養病棟入院料2)の 90／100に相当する点数	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

※ 療養病棟入院料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系を見直すとともに、回復期リハビリテーション病棟における栄養管理の充実を図る観点から、一部の入院料について要件の設定を行う。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系にリハビリテーションの実績指数を組み込む。これに伴い、リハビリテーション充実加算を廃止する。

※ 実績指数とは、回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

(新) 1	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料1</u>	2,085 点
	<u>(生活療養を受ける場合にあっては)</u>	2,071 点
(新) 2	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料2</u>	2,025 点
	<u>(生活療養を受ける場合にあっては)</u>	2,011 点
(新) 3	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料3</u>	1,861 点
	<u>(生活療養を受ける場合にあっては)</u>	1,846 点
(新) 4	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料4</u>	1,806 点
	<u>(生活療養を受ける場合にあっては)</u>	1,791 点
(新) 5	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料5</u>	1,702 点
	<u>(生活療養を受ける場合にあっては)</u>	1,687 点

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

(新) 6	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料6</u>	<u>1,647 点</u>
	<u>(生活療養を受ける場合にあつては)</u>	<u>1,632 点</u>

[施設基準]

(1) 通則

- イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- ロ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- ハ 当該病棟に専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- ニ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあつては13又はその端数を増すごとに1以上であること。)

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

ホ 看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあつては7割以上が看護師であること。)

ヘ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。

ト 当該病棟に専従の常勤理学療法士が2名以上、常勤作業療法士が1名以上配置されていること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあつては専従の常勤理学療法士が3名以上、常勤作業療法士が2名以上、常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。)

チ データ提出加算の届出を行っていること。(回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6にあつては許可病床数200床以上の保険医療機関に限る。)

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟に専任の常勤社会福祉士等が1名以上配置されていること。

ロ 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

ハ 当該病棟において、新規入院患者のうち3割以上が重症の患者であること。

ニ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

ホ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。

ヘ リハビリテーション実績指数が37以上であること。

(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準

(2)のイ、ロ、ハ、ニ及びホを満たすもの

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準

イ 当該病棟において、新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること。

ロ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

ハ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。

ニ リハビリテーション実績指数が 30以上であること。

(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準

(4)のイ、ロ及びハを満たすもの

(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準

リハビリテーション実績指数が 30以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料6の施設基準

(1)を満たすもの

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

現行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき40点を所定点数に加算する	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 <u>（削除）</u>

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

2. 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和する。

[施設基準]

(1) 通則

当該病棟に専従の常勤理学療法士が2名以上、常勤作業療法士が1名以上配置されていること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあつては専従の常勤理学療法士が3名以上、常勤作業療法士が2名以上、常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。)

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

ただし、以下のア及びイを満たす場合に限り、専従の規定にかかわらず、当該医療機関に入院中の患者に対して退院前の訪問指導並びに当該病棟から退院して3か月以内の患者に対して訪問リハビリテーション指導及び外来におけるリハビリテーションの提供が可能である。

ア リハビリテーション実績指数が 37 以上である。

イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施している。

3. 回復期リハビリテーション病棟において、患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る観点から、一部の入院料について、以下の対応を行う。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、管理栄養士が、リハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましいこととする。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

〔算定要件〕

(1) リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえた計画を作成すること。なおその際、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。

(※) リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加。

(2) 管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを、共同で行うこと。

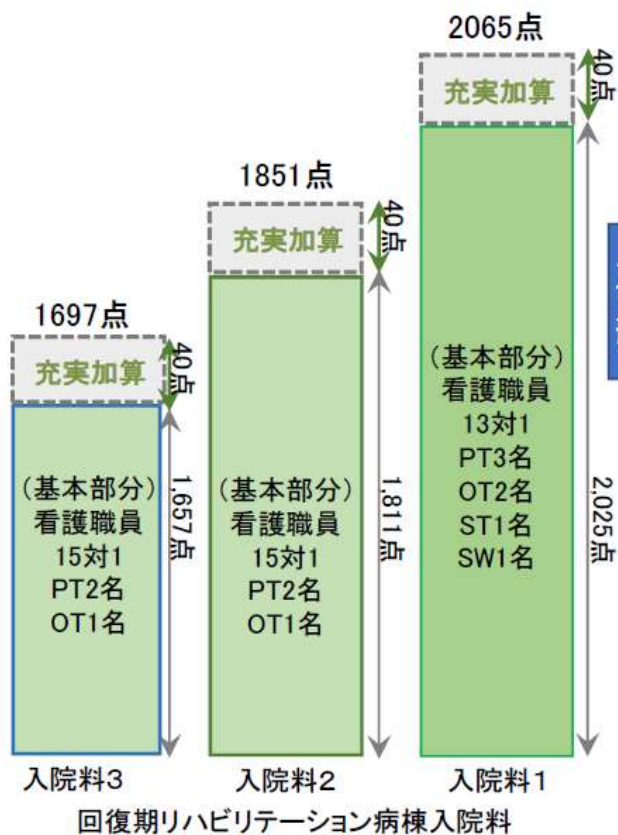
(3) 栄養障害の状態にある患者、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者その他の重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うこと。

回復期リハビリテーション病棟入院料の 評価体系の見直し

(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

【実績部分】

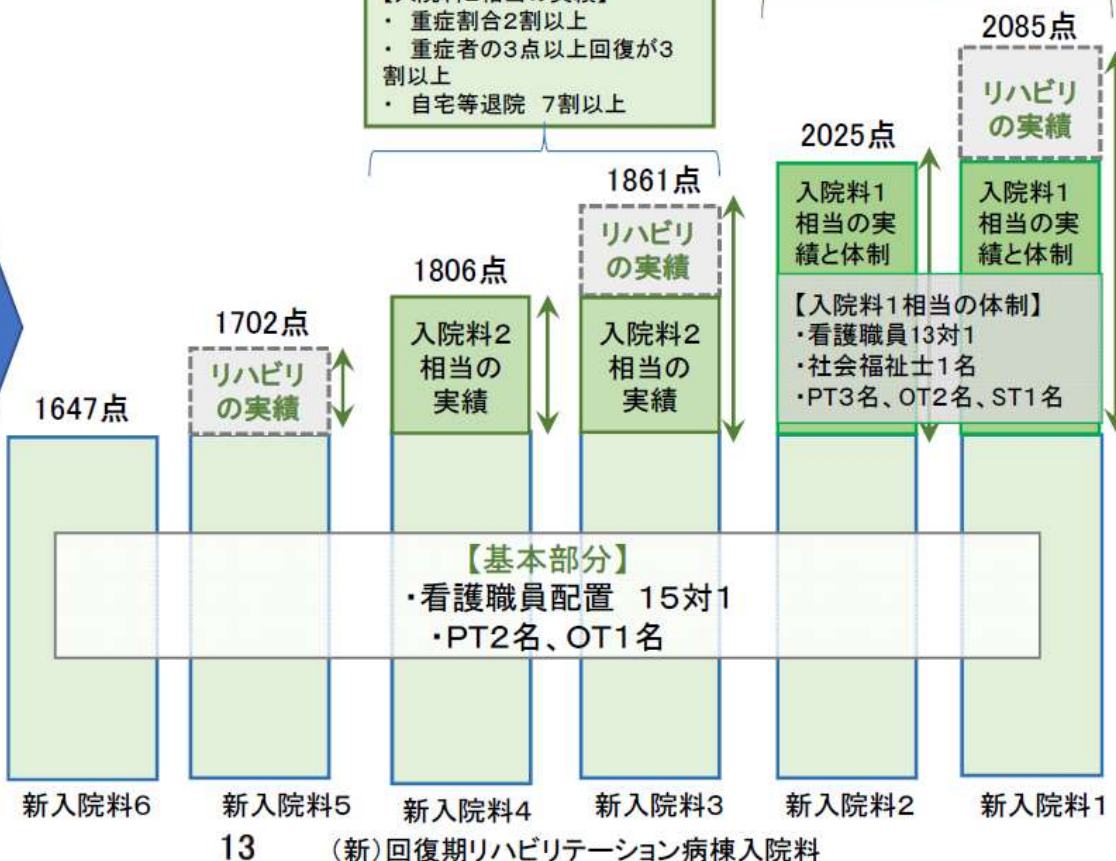
現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーションの実績指数を用いる
(1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上



中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)				13対1以上(7割以上が看護師)	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士					専任常勤1名以上	
管理栄養士	－					専任常勤1名 (努力義務)
リハビリ計画書の 栄養項目記載	－					必須
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)		○			
休日リハ	－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	－		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	－		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
在宅復帰率	－		7割以上			
実績指数	－	30以上	－	30以上	－	37以上
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

実績部分

14

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

かかりつけ医機能を有する医療機関における 初診の評価

第1 基本的な考え方

外来医療のあり方に関する今後の方向性を踏まえ、外来医療における大病院とかかりつけ医との適切な役割分担を図るため、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する。

かかりつけ医機能を有する医療機関における 初診の評価

第2 具体的な内容

かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

(新) 初診料 機能強化加算 80点

[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出等している保険医療機関（診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

中央社会保険医療協議会総会（2018年2月7日）資料

入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携

第1 基本的な考え方

医療機関等と訪問看護ステーションとの連携を推進するため、以下のような見直しを行う。

1. 退院に向けた医療機関等と訪問看護ステーションの共同指導や連携に関する評価を充実する。また、退院時共同指導等の連携に関する評価について、特別の関係にある医療機関と訪問看護ステーション等が連携する場合の取扱いを見直す。

入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携

2. 患者が医療機関等に入院又は入所するにあたり、患者に合わせた療養生活の支援が継続されるよう、主治医が訪問看護ステーションから提供された情報を併せ、入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う場合の評価及び訪問看護ステーションによる情報提供の評価を設ける。

入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携

第2 具体的な内容

1. 退院に向けた医療機関等と訪問看護ステーションの退院時共同指導の評価を充実する。また、連携に関する評価において、特別の関係にある医療機関等と訪問看護ステーションが連携する場合も算定できるように見直す。

入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携

現行	改定案
【退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)】 (退院又は退所につき1回に限り) 6,000円 [算定要件] 訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。	【退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)】 (退院又は退所につき1回に限り) <u>8,000円</u> [算定要件] <u>(削除)</u> ※<u>退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算(訪問看護管理療養費)及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護管理療養費)の算定要件についても同様。</u>

入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携

2. 患者が医療機関等に入院又は入所するにあたり、主治医が訪問看護ステーションから提供された情報を併せて入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う場合の評価及び訪問看護ステーションにおける情報提供の評価を設ける。

入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携

診療情報提供料(Ⅰ)

(新) 療養情報提供加算 50 点

[算定要件]

保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する場合、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合は、50点を所定点数に加算する。

入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携

(新) 訪問看護情報提供療養費3 1,500円

[算定要件]

保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院(以下、「保険医療機関等」という。)に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。

ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費3を算定している場合は、算定しない。

患者の希望に応じた看取りの推進

第1 基本的な考え方

訪問診療・訪問看護のターミナルケアに関連する報酬の算定要件において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応の追加等を行い、患者やその家族の希望に応じた看取りを推進する。

患者の希望に応じた看取りの推進

患者本人の意向を尊重した看取りを推進するため、訪問診療・訪問看護により在宅のターミナルケアを提供していた患者が、患者又は家族の意向に応じて入院医療機関で最期を迎えた場合について、訪問診療等を提供していた医療機関等の看取りやターミナルケアの実績として評価する。

患者の希望に応じた看取りの推進

第2 具体的な内容

1. 訪問診療におけるターミナルケアにおいて、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件として追加し、居住先に応じて評価を充実する。

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】 <u>(新設)</u> イ 機能強化型在宅療養支援診療所 又は在宅療養支援病院 (1) 病床を有する場合 6,000点 (2) 病床を有しない場合 5,000点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 4,000点 ハ その他の医療機関 3,000点	【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】 (有料老人ホーム等以外に居住する患者) イ 機能強化型在宅療養支援診療所 又は在宅療養支援病院 (1) 病床を有する場合 <u>6,500点</u> (2) 病床を有しない場合 <u>5,500点</u> ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 <u>4,500点</u> ハ その他の医療機関 <u>3,500点</u>

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
(新設)	(有料老人ホーム等に居住する患者) イ 機能強化型在宅療養支援診療所 又は在宅療養支援病院 (1) 病床を有する場合 <u>6,500点</u> (2) 病床を有しない場合 <u>5,500点</u> ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 <u>4,500点</u> ハ その他の医療機関 <u>3,500点</u>

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
[算定要件] 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前 14日以内の計 15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。（中略）	[算定要件] 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前 14日以内の計 15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。（中略） <u>ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。</u>

中央社会保険医療協議会総会（2018年2月7日）資料

患者の希望に応じた看取りの推進

2. 訪問看護におけるターミナルケアにおいて、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件として追加し、評価を充実する。

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
【訪問看護ターミナルケア療養費】 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円 [算定要件] 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。	【訪問看護ターミナルケア療養費】 訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円 [算定要件] 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。<u>ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。</u>

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
	※ <u>在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算についても同様</u>

中央社会保険医療協議会総会（2018年2月7日）資料

患者の希望に応じた看取りの推進

3. 機能強化型在宅療養支援診療所・病院、機能強化型訪問看護ステーションの施設基準について、看取り等の実績要件に、一定期間の訪問診療等を提供した患者が、あらかじめ患者又はその家族から聴取した意向に基づき、7日以内の入院中に死亡した場合を含めることを可能とする。

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
【機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)】 [算定要件] 才 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院を含む。)との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。 (中略)	【機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)】 [算定要件] 才 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院を含む。)との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。 (中略)

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上（中略）有していること。	サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上（中略）有していること。<u>なお、6月以上の訪問診療を実施した患者であって、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又は才における受入医療機関で7日以内の入院を経て、死亡した場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。</u> ※ <u>機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）、機能強化型在宅療養支援病院（単独型）及び機能強化型在宅療養支援病院（連携型）についても同様</u>

中央社会保険医療協議会総会（2018年2月7日）資料

患者の希望に応じた看取りの推進

現行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準] イ 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数(以下「ターミナルケア件数」という。)を合計した数が年に 20以上。	【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準] イ 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び6月以上の指定訪問看護を行った利用者であって、あらかじめ聴取した利用者・家族の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関の病床で死亡した利用者数(以下「ターミナルケア件数」という。)を合計した数が年に 20以上。

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料

がん患者の治療と仕事の両立に向けた 支援の充実

第1 基本的な考え方

がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。

がん患者の治療と仕事の両立に向けた 支援の充実

第2 具体的な内容

就労中のがん患者について、患者の同意を得て、産業医への情報提供、状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導、産業医からの助言の踏まえた治療計画の見直し等を行った場合を評価する。

(新)	<u>療養・就労両立支援指導料</u>	<u>1,000 点</u>
		<u>(6月に1回)</u>
	<u>相談体制充実加算</u>	<u>500 点</u>

がん患者の治療と仕事の両立に向けた 支援の充実

[算定要件]

就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
- (2) 医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
- (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
- (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

[相談体制充実加算の施設基準]

- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。

医療安全対策加算における 医療安全対策地域連携加算の新設

第1 基本的な考え方

医療安全対策加算について、医療安全対策に関する医療機関の連携に対する評価を新設する。

医療安全対策加算における 医療安全対策地域連携加算の新設

第2 具体的な内容

医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を
新設するとともに、既存の点数について見直す。

医療安全対策加算（入院初日）

(新) 注 医療安全対策地域連携加算

イ 医療安全対策地域連携加算1 50 点

ロ 医療安全対策地域連携加算2 20 点

医療安全対策加算における 医療安全対策地域連携加算の新設

〔算定要件〕

医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っていること。

〔施設基準〕

医療安全対策地域連携加算1

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。
- (4) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険

医療安全対策加算における 医療安全対策地域連携加算の新設

医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

医療安全対策地域連携加算2

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

医療安全対策加算における 医療安全対策地域連携加算の新設

現行	改定案
【医療安全対策加算(入院初日)】 1 医療安全対策加算1 85点 2 医療安全対策加算2 35点	【医療安全対策加算(入院初日)】 1 医療安全対策加算1 85点 2 医療安全対策加算2 <u>30点</u>