

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 【説明会資料】①－1 医科（医薬品関連以外）

2018.3.14

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

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

医科

Ⅱ－１－２)がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

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

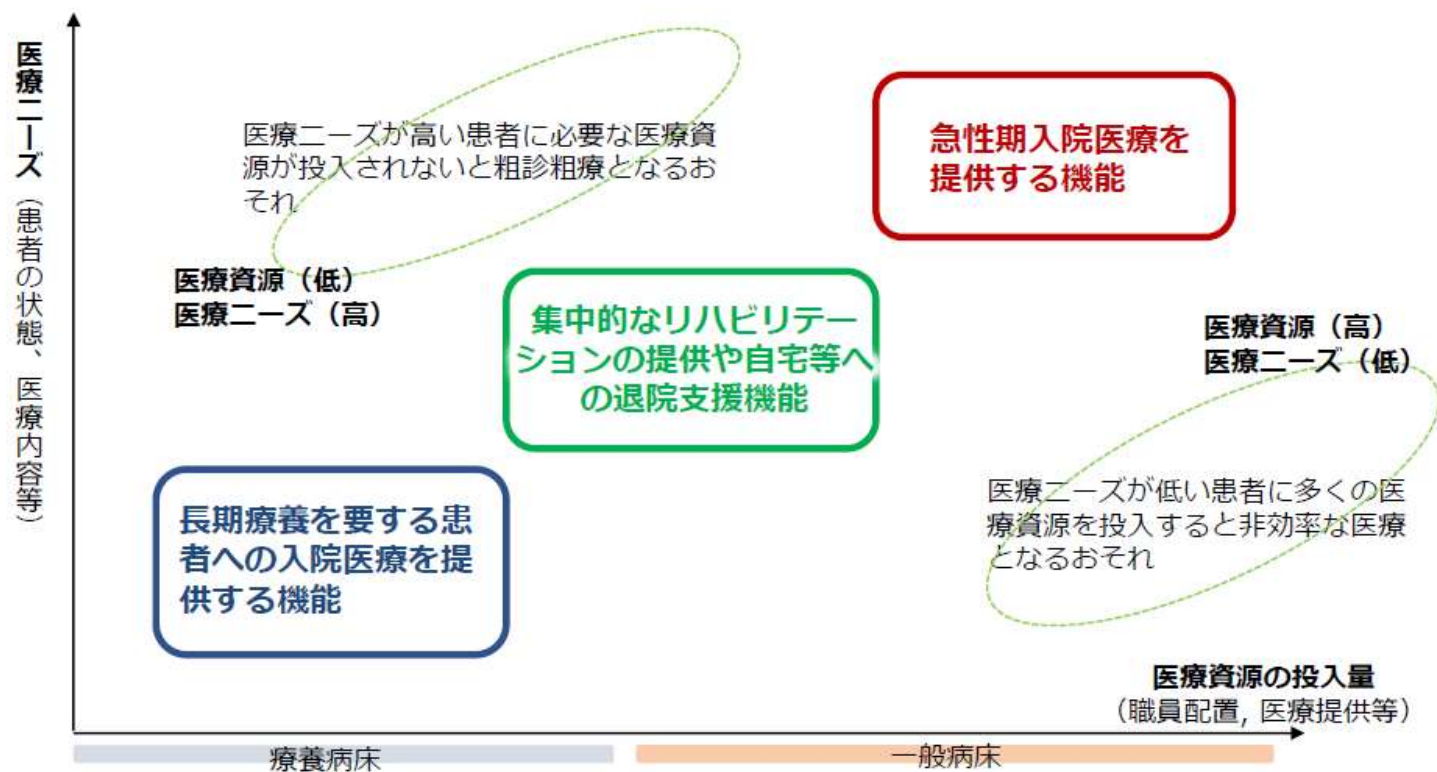
医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

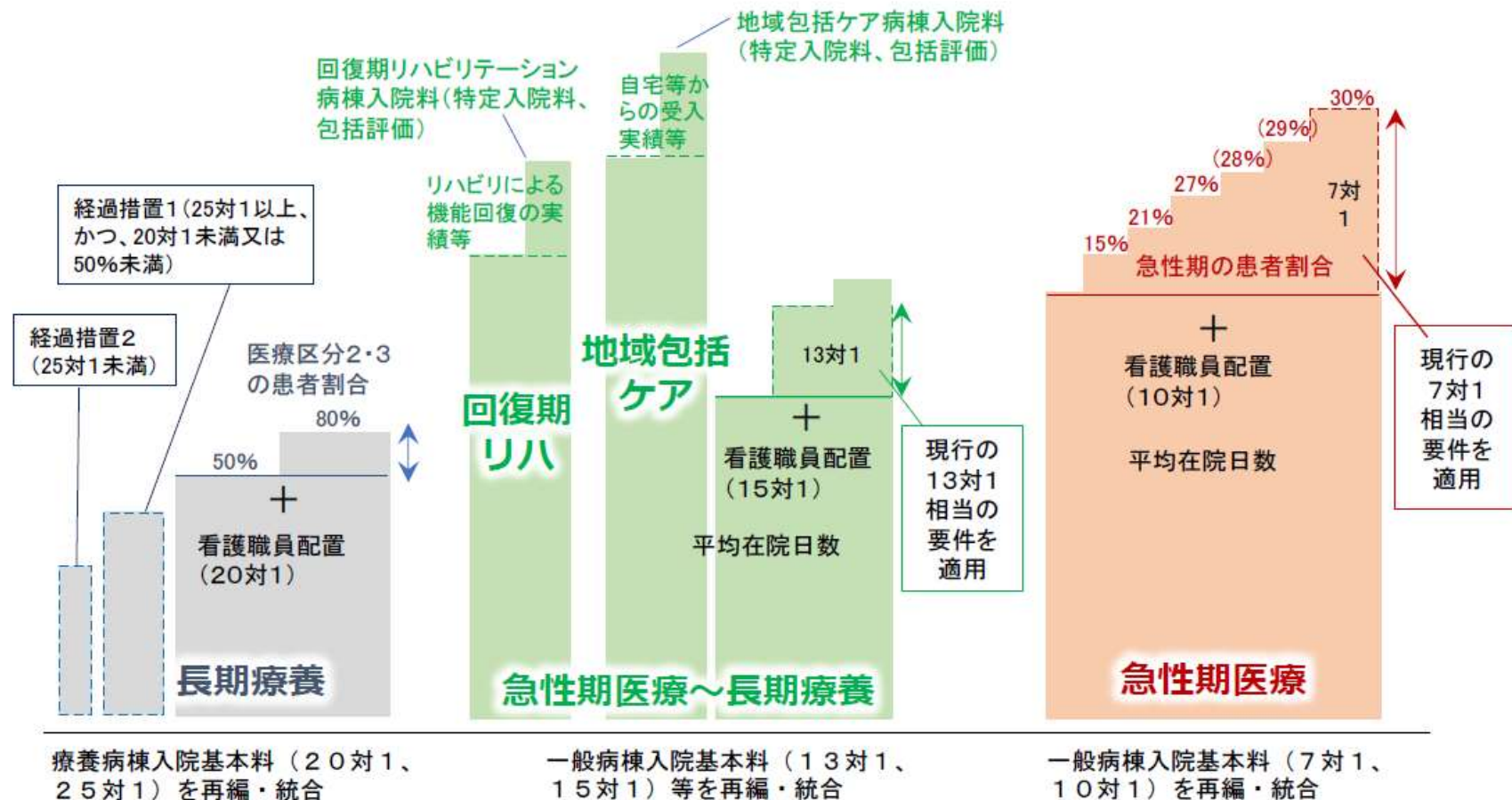
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされると、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



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。



※ 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。

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価③

一般病棟入院基本料等の評価体系の見直し

- 一般病棟入院基本料等について、入院医療の基本的な診療に係る評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合する。

① 一般病棟入院基本料

- 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。また、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。

② 地域包括ケア病棟入院料

- 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実績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。

③ 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 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(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)を組み込む。

④ 療養病棟入院基本料

- 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。
- 現行の療養病棟入院基本料2(25対1看護職員配置)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。

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

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、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

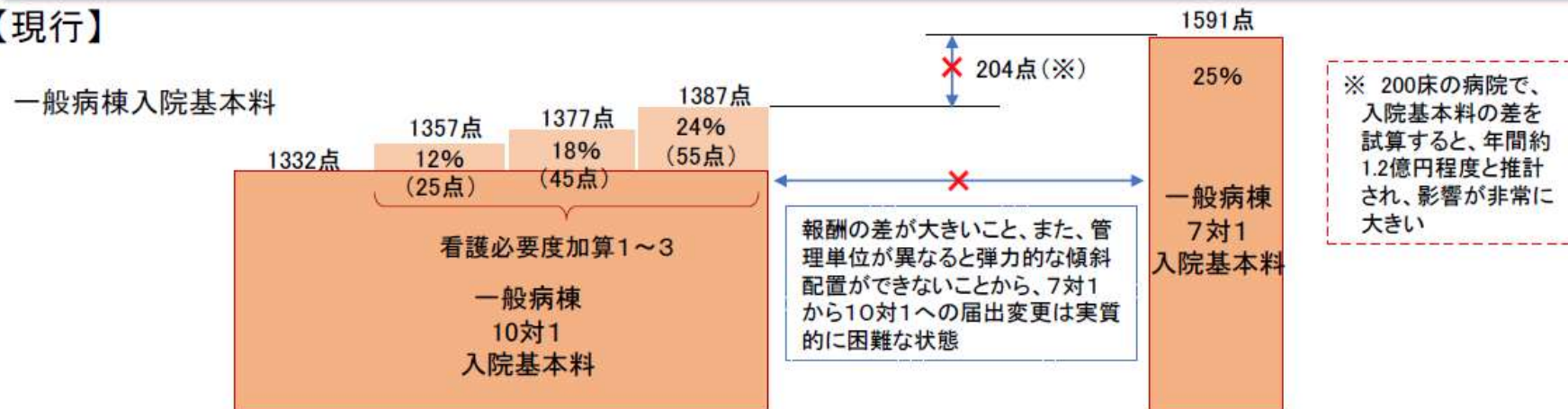
2. 急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。

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。

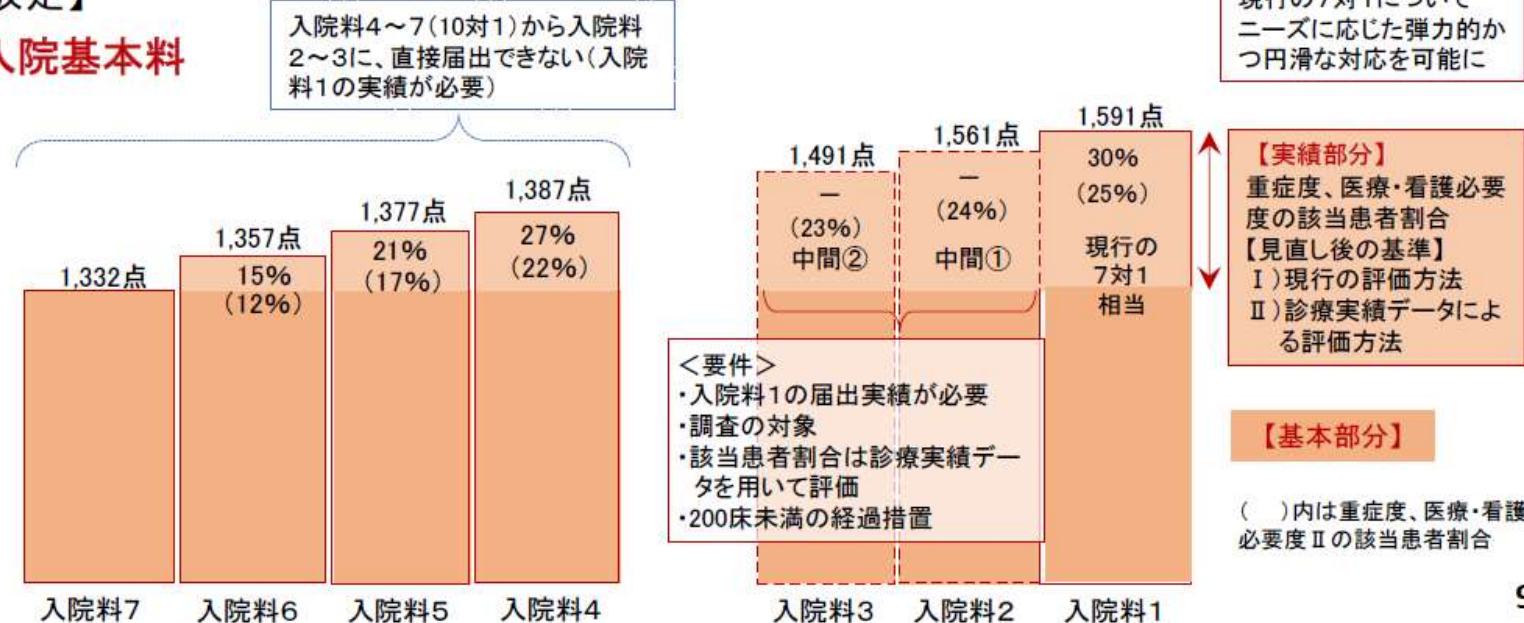
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1)急性期医療

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 []内は 200床未満の 経過措置	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	— [26%以上]	— [27%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 [21%以上]	24%以上 [22%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
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要		医師の員数が入 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: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

[]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

重症度、医療・看護必要度の見直し①

一般病棟7対1入院基本料の評価の見直し

- 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。

現行			
一般病棟7対1入院基本料		1,591点	
一般病棟10対1入院基本料	看護必要度加算1	1,332点	55点
	看護必要度加算2		45点
	看護必要度加算3		25点
	加算なし		—



改定後	
急性期一般入院料1	1,591点
急性期一般入院料2	1,561点
急性期一般入院料3	1,491点
急性期一般入院料4	1,387点
急性期一般入院料5	1,377点
急性期一般入院料6	1,357点
急性期一般入院料7	1,332点

- 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を検討するために、急性期一般入院基本料のうち、急性期一般入院料2及び3については、以下の施設基準を追加する。
- 届出前3月において、急性期一般入院料2については、急性期一般入院料1の算定実績、急性期一般入院料3については、急性期一般入院料1又は2の算定実績が必要
 - 厚生労働省が実施する入院医療等の調査に適切に参加

重症度、医療・看護必要度の見直し②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	
C18	開腹手術(5日間)



改定後	
C18	開腹手術(4日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	



改定後	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	

※ B14・・・診療・療養上の指示が通じる
B15・・・危険行動

- 基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	経過措置
施設基準	病棟群単位の届出病棟、 許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成30年9月30日までの間は、急性期一般入院料2の施設基準を満たしているものとする。
急性期一般入院料2及び3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iを用いて評価しても差し支えない。
	一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年3月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年3月31日までの間は、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。

重症度、医療・看護必要度の見直し③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的筋肉焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上
総合入院体制加算	・A得点3点以上 ・C得点1点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

重症度、医療・看護必要度の見直し④

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し(Ⅱについて)

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する手法を**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**として**現行の方法と選択可能**とする。

A モニタリング及び処置等	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	
7	
8	救急搬送後の入院(2日間)

C 手術等の医学的状況	
16	開頭手術(7日間)
17	開胸手術(7日間)
18	開腹手術(4日間)
19	骨の手術(5日間)
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	
22	

[施設基準]

- ・直近3月の入院患者のうち、基準を満たす患者の割合を算出すること
- ・入院料等の届出を行う際に、ⅠとⅡのいずれを使用するかを届出すること
- ・Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、ⅠとⅡの各入院料等の基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。
- ・評価方法のみの変更を行う場合は、その切り替えは4月又は10月であり、切り替える月の10日までに変更の届出を行うこと。

評価日において、EFファイルから別に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目を抽出

評価日において、Hファイルに入力されたB項目に該当する項目を抽出

各入院料等の該当患者の基準に従い割合を算出

レセプト電算処理システム用コードの例

重症度、医療・看護必要度の項目		レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	140005610	酸素吸入
		140005910	間歇的陽圧吸入法
C 16	開頭手術(7日間)	150070110	脳腫瘍全摘術

14

重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。
()内は200床未満の経過措置

現行の基準を満たす患者割合の要件		改定後の基準を満たす患者割合の要件		
			重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
一般病棟7対1入院基本料	25%(23%)	急性期一般入院料1	30%	25%
看護必要度加算1(一般)	24%	急性期一般入院料2	—(27%)	24%(22%)
看護必要度加算2(一般)	18%	急性期一般入院料3	—(26%)	23%(21%)
看護必要度加算3(一般)	12%	急性期一般入院料4	27%	22%
7対1入院基本料(特定、専門)	25%(23%)	急性期一般入院料5	21%	17%
看護必要度加算1(特定、専門)	24%	急性期一般入院料6	15%	12%
看護必要度加算2(特定、専門)	18%	7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算3(特定、専門)	12%	看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
7対1入院基本料(結核)	10%	看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
総合入院体制加算1・2	30%	看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
総合入院体制加算3	27%	7対1入院基本料(結核)	11%	9%
急性期看護補助体制加算		総合入院体制加算1・2	35%	30%
看護職員夜間配置加算	6%	総合入院体制加算3	32%	27%
看護補助加算1	5%	急性期看護補助体制加算	7%	5%
地域包括ケア病棟入院料		看護職員夜間配置加算		
特定一般病棟入院料の注7	10%	看護補助加算1	6%	5%
		地域包括ケア病棟入院料	10%	8%
		特定一般病棟入院料の注7		

15

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

重症度、医療・看護必要度の見直し⑥ 結核病棟のユニットに係る見直し

結核病棟のユニットに係る見直し

- 効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟について、重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たさない場合の入院基本料を設ける。

(新) 重症患者割合特別入院基本料（結核病棟入院基本料） 入院基本料の100分の95に相当する点数

[施設基準]

- イ 7対1入院基本料を算定する病棟であること。
- ロ 入院患者の数が概ね30以下の病棟であること。
- ハ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的な運営をしている病棟であること。
- ニ 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0.9割以上入院させる病棟であること。

在宅復帰率の見直し①

一般病棟7対1入院基本料の在宅復帰率見直し

- 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。

【現行(一般病棟7対1入院基本料)】

在宅復帰率

- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟(加算+)
 - ・有床診療所(加算+)
 - ・介護老人保健施設(加算+)
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・7対1一般病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

【平成30年度改定(急性期一般入院料1)】

在宅復帰・病床機能連携率

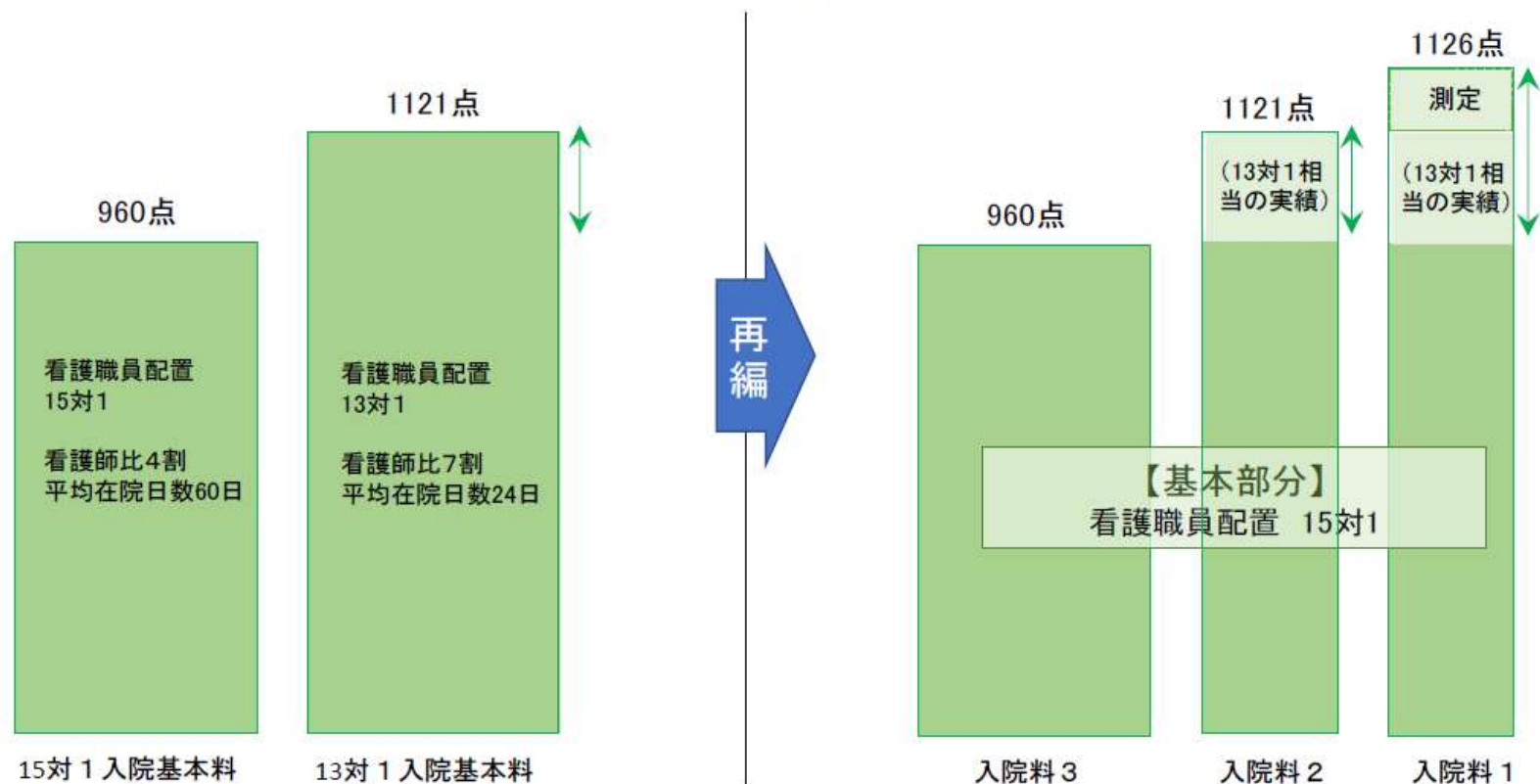
- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
 - ・**(介護医療院を含む)**
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟
 - ・有床診療所
 - ・介護老人保健施設
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・急性期一般入院料1算定病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

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】

【平成30年度改定】



地域一般入院基本料

19

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)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

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

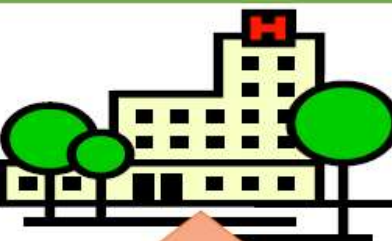
第1 基本的な考え方

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・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した
患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている
患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



「①急性期治療を経過した 患者の受け入れ」に係る要件

- ☐ 重症患者割合
- ☒ 許可病床数が200床未満

「②在宅で療養を行っている 患者等の受け入れ」に係る要件

- ☒ 自宅等からの入院患者の受け入れ
- ☒ 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- ☒ 在宅医療等の提供
- ☒ 看取りに対する指針の策定

「③在宅復帰支援」に係る要件

- ☐ 在宅復帰に係る職員の配置
- ☐ 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

☒ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規)

※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能に関連した要件がある

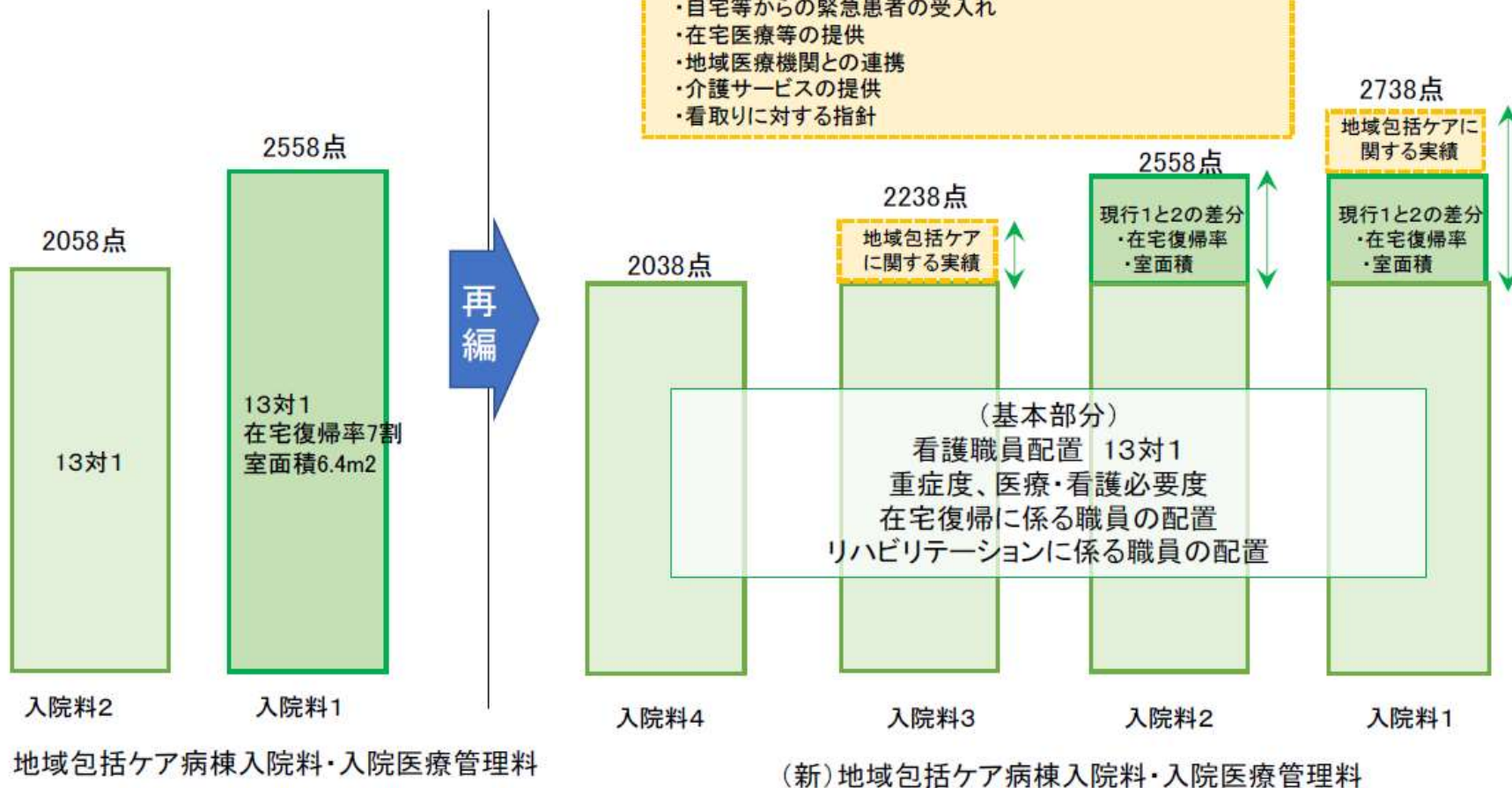
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【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
- ・在宅医療等の提供
- ・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



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。

*1:現行方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

	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 3月で3人以上)	1割以上	—		1割以上 (10床未満は 3月で3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(*3)	—		○		—		○	
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床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	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

*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①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。
- ②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、若しく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。
- ③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。
- ④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。

24

在宅復帰率の見直し②

地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料における在宅復帰率見直し

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+)
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準]7割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準]7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等
(分母)	※死亡退院・再入院患者を除く ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準]入院料1:7割 入院料2:6割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所
(分母)	※死亡退院・再入院患者を除く ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準]入院料1～4:7割

25

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟(地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあっては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあっては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあっては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、**急性期患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき150点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあっては、又は病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、**介護医療院**、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に**、入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき**300点**(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、1日につき**350点**)を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

【施設基準】

(新設) 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、看取りに関する指針を定めていること。

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

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見直し

回復期リハビリテーション病棟の現状 ⇒ 提供されるリハビリテーションの量の充実

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の病床数は直近10年でおおよそ2.2倍に増加



- 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリ単位数は患者1人1日当たり約6単位と10年前の約2倍



見直しの方向性 ⇒ 提供されるリハビリテーションの質の充実

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリのアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料について、

- ① 基本的な医療の評価部分
 - ② 診療実績に応じた段階的な評価部分
- の二つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合

「①基本的な医療の評価部分」に係る要件

- ☐ 看護職員の配置
- ☐ リハビリ専門職の配置
- ☐ 社会福祉士の配置
- ☐ データ提出加算の届出(入院料5・6は200床以上のみ)
- ☐ 休日リハビリテーションの実施(入院料1・2のみ) 等

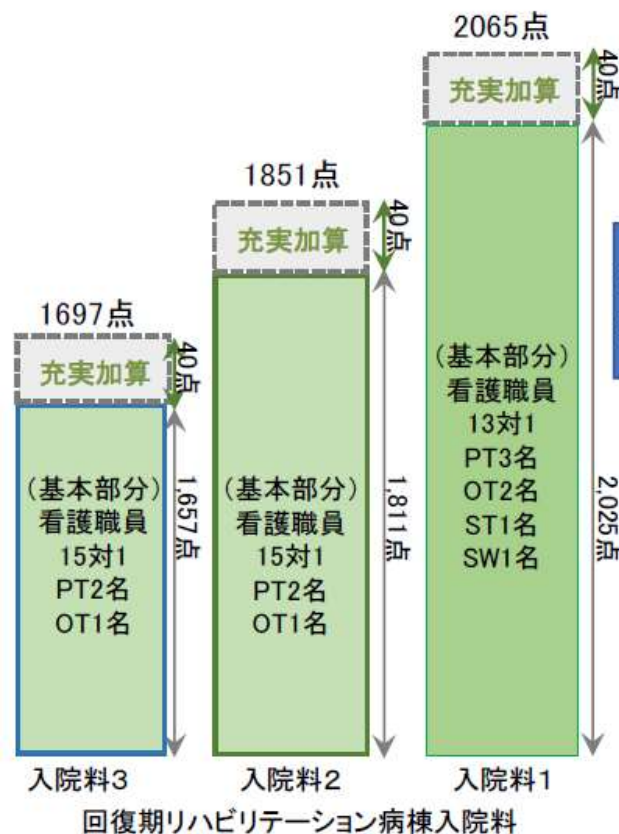
「②診療実績に応じた段階的な評価部分」に係る要件

- ☒ リハビリテーション実績指数※ ※ 1日あたりのFIM得点(日常生活動作の指標)の増加を示す指数
- ☒ 重症者の割合
- ☒ 重症者における日常生活機能評価の改善
- ☒ 自宅等に退院する割合

- ✓ : 入院料1・3・5における実績要件(新規)
✓ : 入院料1・3における実績要件

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】



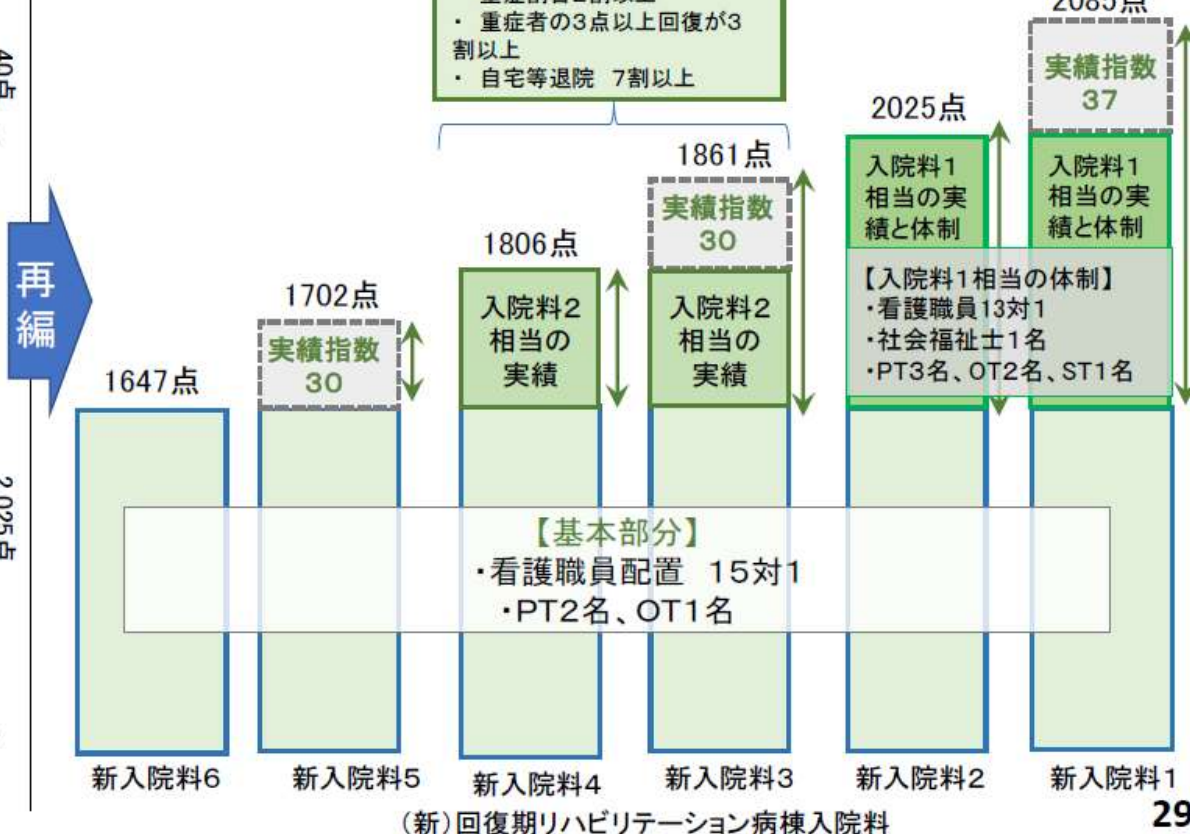
【平成30年度改定】

【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)

* FIM (Functional Independence Measure) 日常生活動作の指標

【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

【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



29

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)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
リハビリテーション実績指数 等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	－ ※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	
自宅等に退院する割合	－		7割以上			
リハビリテーション実績指数	－	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)

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実

- 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、回復期リハビリテーション病棟入院料1について、以下の対応を行う。
 - ✓ 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。
 - ✓ 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。
 - ✓ 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。

〔算定要件〕

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行う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て行うこと。なお、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

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、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。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの、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ものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、入院栄養食事指導料を別に算定できる。

〔施設基準〕

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

再掲

在宅復帰率の見直し②

地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料における在宅復帰率見直し

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+)
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準]7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等
(分母)	・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準]入院料1:7割 入院料2:6割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所
(分母)	・地域包括ケア病棟から退棟した患者

(介護サービス提供医療機関に限る)

※死亡退院・再入院患者を除く

※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準]7割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所
(分母)	・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

(介護サービス提供医療機関に限る)

※死亡退院・再入院患者を除く

※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準]入院料1～4:7割

32

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

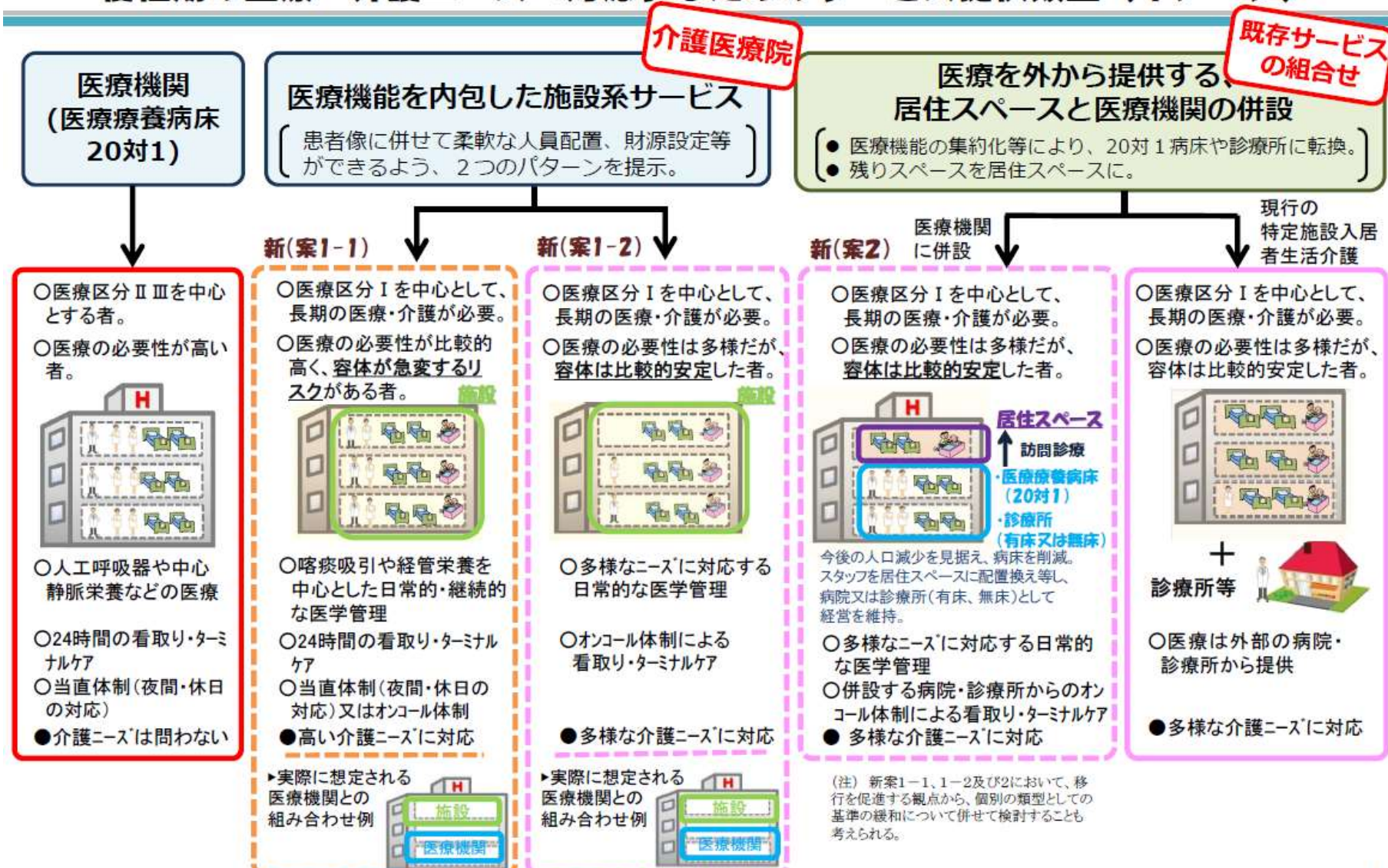
中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

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。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

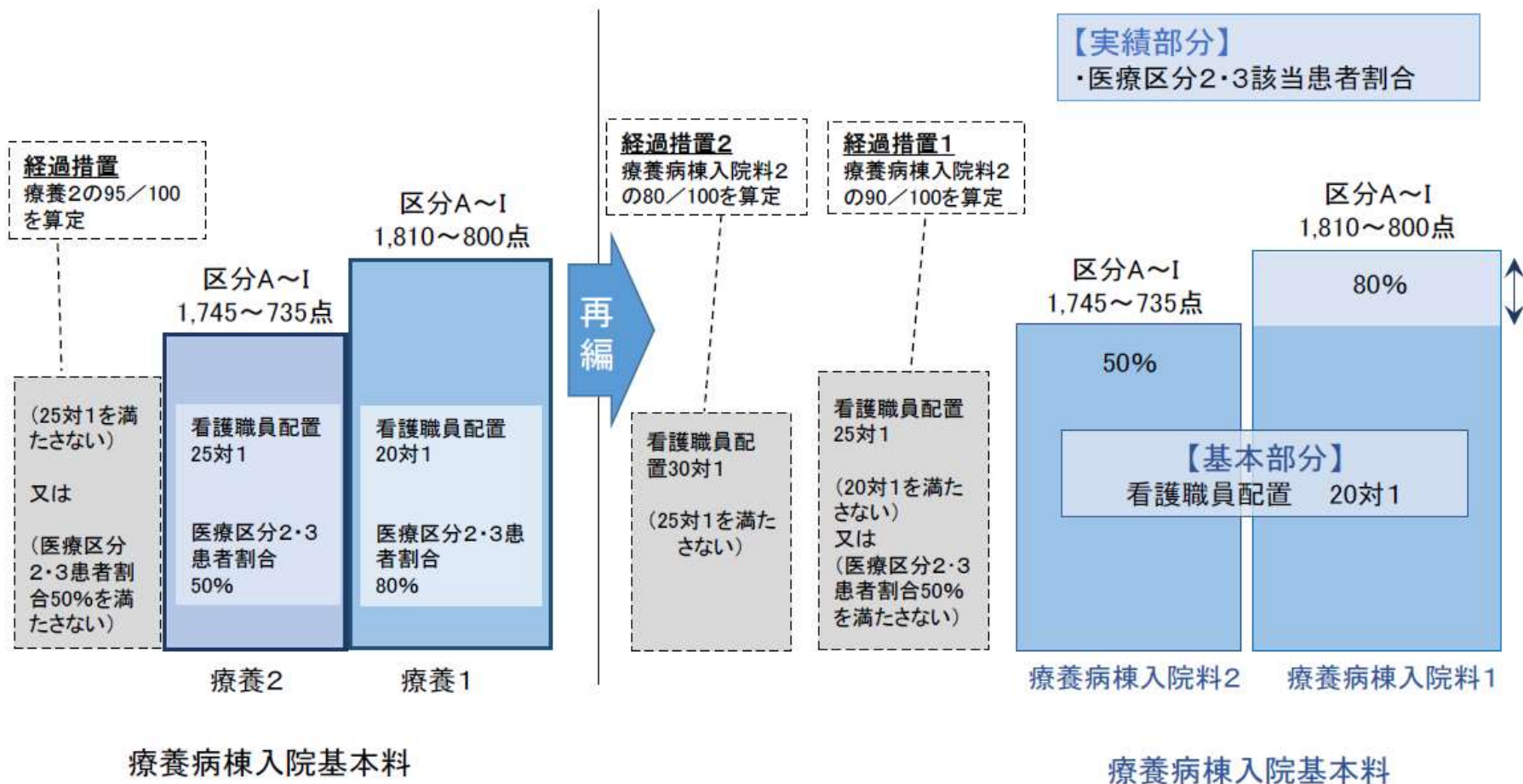


※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

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】



平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価③ (3)長期療養

療養病棟入院料1～2の内容

- 看護職員配置20対1以上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以上 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1以上 (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

※ 療養病棟入院基本料については、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。

＜参考＞療養病床再編成の概要(医療保険・介護保険)

【介護保険】 介護療養病床

(※1) 医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる(「実質配置」は「雇用配置」の約5倍)

(※2) 介護医療院に転換した場合には、「移行定着支援加算 93単位/日」(1年間に限り)が算定可能。



【医療保険】 医療療養病床

【実績部分】

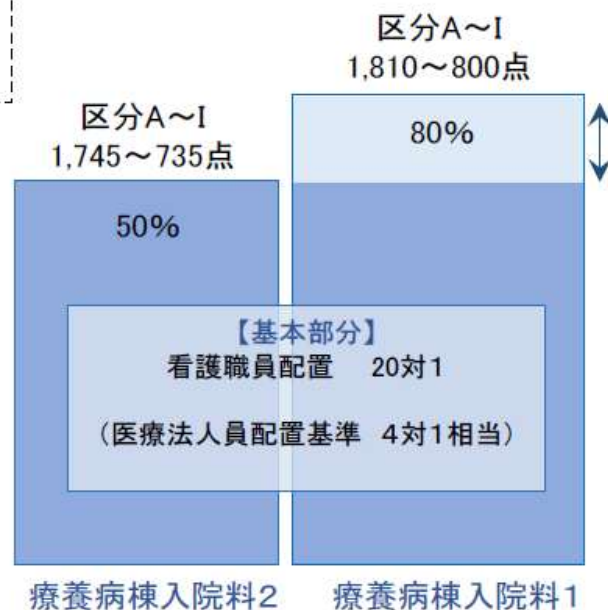
・医療区分2・3該当患者割合

経過措置2
療養病棟入院料2の80/100を算定

経過措置1
療養病棟入院料2の90/100を算定

看護職員配置30対1
(25対1を満たさない)

看護職員配置25対1
(20対1を満たさない)
又は
(医療区分2・3患者割合50%を満たさない)



療養病棟における評価の見直し

医療区分の判定方法の見直し

- 療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、以下のように見直す。

現行

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
 [算定要件]
 少なくとも連続して 24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。
 (初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

改定後

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
 [算定要件]
 少なくとも連続して 24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。
 (初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の見直し

- 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算に関する施設基準について、一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準値を引き上げるとともに、評価を見直す。

現行

在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く) ≥ 5 割
 当該病棟から退院した患者
 (再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)

自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、
 在宅に退院した1年間の患者数 ≥ 100 分の10
 当該病棟の1日平均入院患者数

改定後

在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く) ≥ 5 割
 当該病棟から退院した患者
 (再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)

自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、
 在宅に退院した1年間の患者数 ≥ 100 分の15
 当該病棟の1日平均入院患者数

⇒ 患者1人1日につき、10点を所定点数に加算する

⇒ 患者1人1日につき、50点を所定点数に加算する

38

再掲 救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟(地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援(療養)病床初期加算として、1日につき300点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき350点)を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

【施設基準】

(新設) 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、看取りに関する指針を定めていること。

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

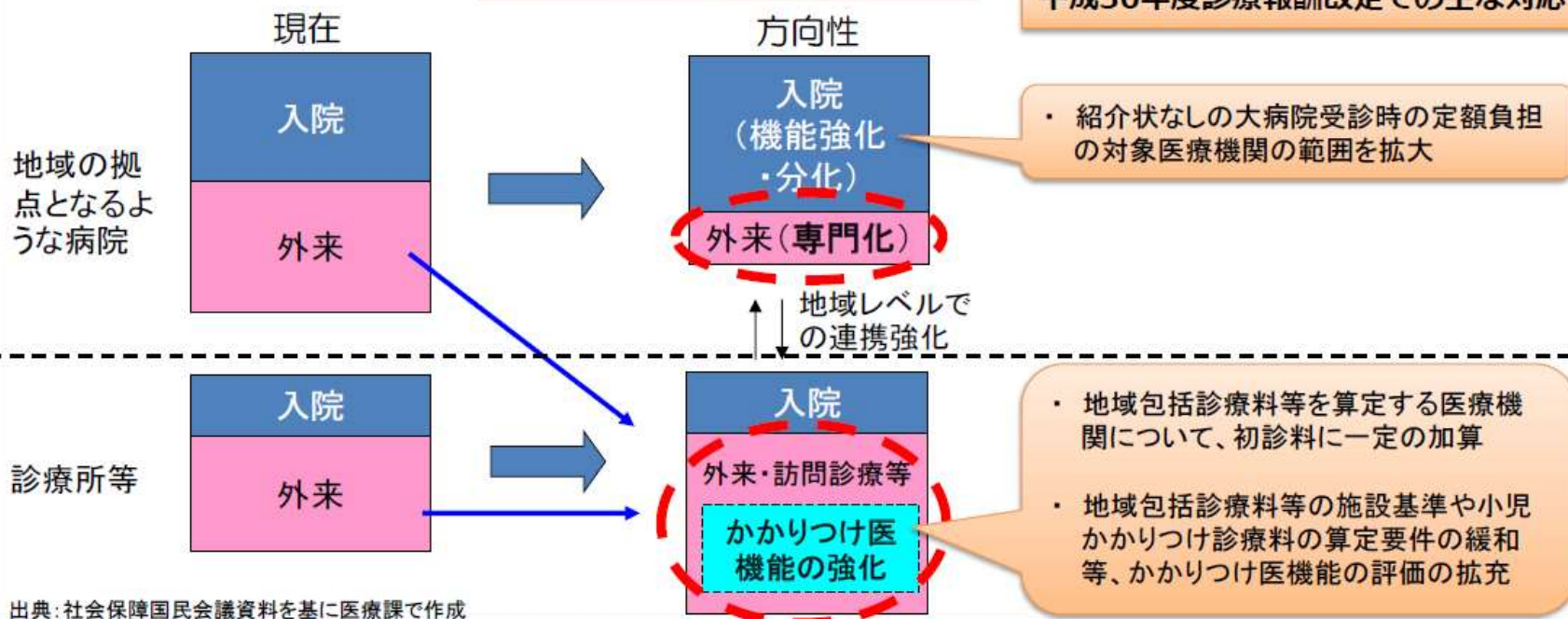
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ

平成30年度診療報酬改定での主な対応



病床規模に関する要件(大病院)の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行(対象病院)

特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

[経過措置]

- ・ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

[対象]

- 初診料及び外来診療料 ※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

- 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2 ※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

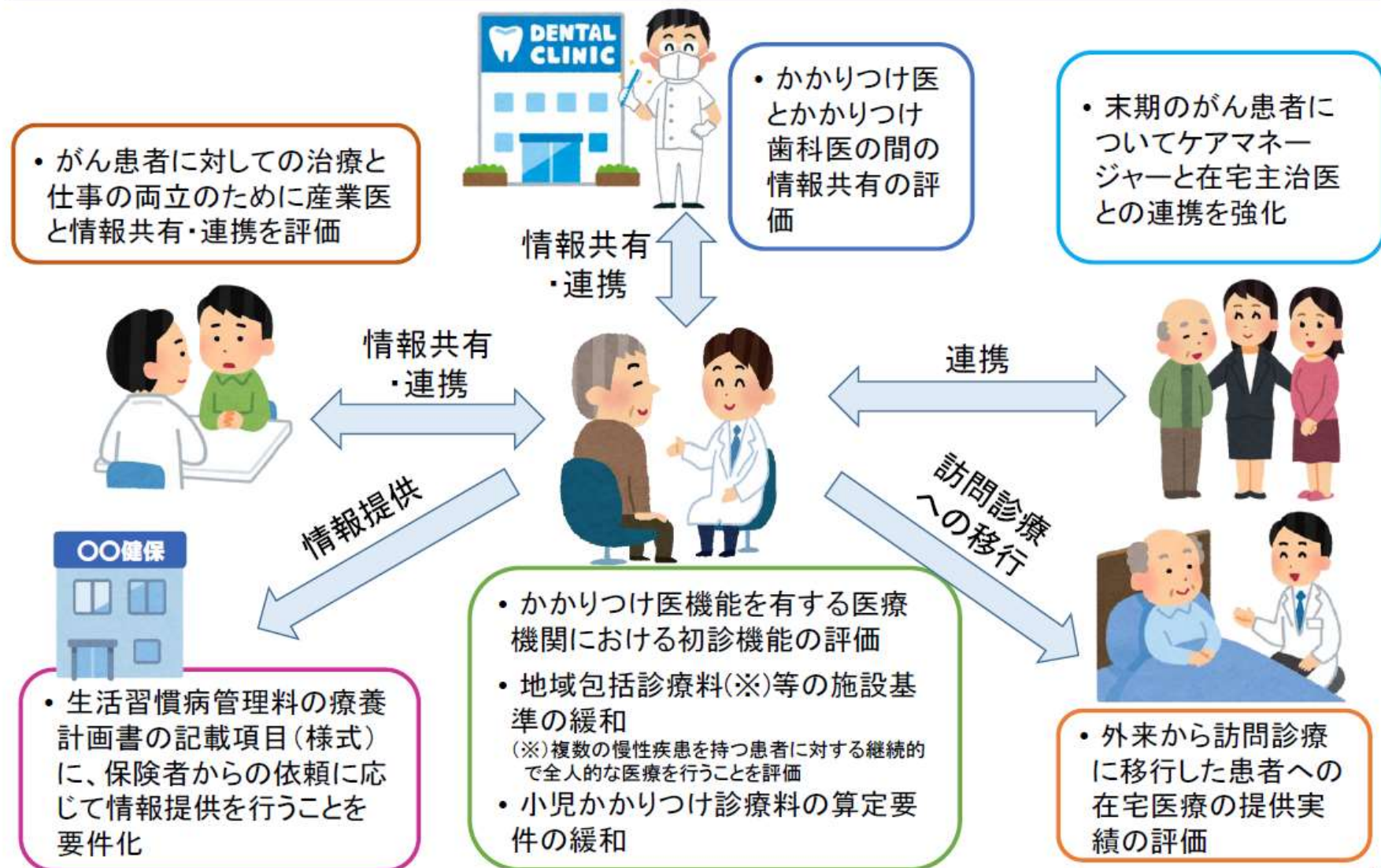
- 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

※ 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。



かかりつけ医機能評価の充実



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等

- 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可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。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算

80点



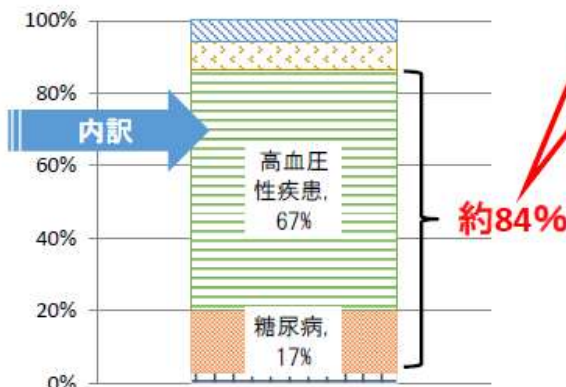
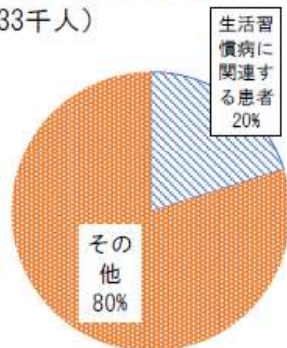
[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、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。)を届け出を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。

[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

再診の患者	初診の患者
地域包括診療料等の対象患者(生活習慣病や認知症を有する患者等)	機能強化加算の対象患者

<一般診療所の推計外来患者数>
(4,233千人)



地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

- かかりつけ医機能を推進する観点から、医師の配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行		改定後
【地域包括診療料等】		【地域包括診療料等】
地域包括診療料	1,503点	(新) <u>地域包括診療料1</u> 1,560点 ←
認知症地域包括診療料	1,515点	地域包括診療料2 1,503点
		(新) <u>認知症地域包括診療料1</u> 1,580点 ←
		認知症地域包括診療料2 1,515点
[施設基準(抜粋)]		[施設基準(抜粋)]
以下の全ての要件を満たしていること。		(1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。
ア 診療所の場合		ア 診療所の場合
(イ) 時間外対応加算1の届出		(イ) 時間外対応加算1の届出
(ロ) <u>常勤医師2名以上の配置</u>	→	(ロ) <u>常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</u>
(ハ) 在宅療養支援診療所		(ハ) 在宅療養支援診療所
イ 病院の場合		イ 病院の場合
(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出		(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
(ロ) 在宅療養支援病院の届出		(ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。
		(2) <u>診療料1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上であること。</u>

小児かかりつけ診療料の見直し

- 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。

地域包括診療加算等の見直し

- かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行		改定後
【地域包括診療料等】		【地域包括診療料等】
地域包括診療加算	20点	(新) <u>地域包括診療加算1</u> 25点
		地域包括診療加算2 18点
認知症地域包括診療加算	30点	(新) <u>認知症地域包括診療加算1</u> 35点
		認知症地域包括診療加算2 28点
[施設基準(抜粋)]		[施設基準(抜粋)]
(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。		(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し <u>24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</u>
(2) 以下のいずれかを満たしていること。		(2) 以下のいずれかの要件を満たしていること。
ア 時間外対応加算1又は2の届出		ア 時間外対応加算1又は2の届出
イ <u>常勤の医師を2名以上配置</u>		イ <u>常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</u>
ウ 在宅療養支援診療所		ウ 在宅療養支援診療所
		(3) <u>加算1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が3人(在宅療養支援診療所の場合は10人)以上であること。</u>

- 地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等が実施可能であることを明確化する。

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価を新設する。

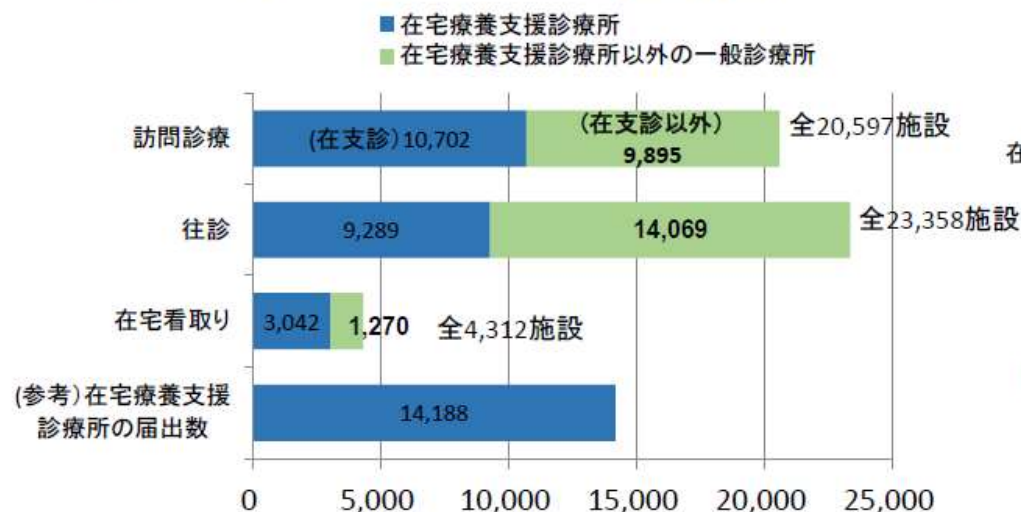
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

[算定要件]

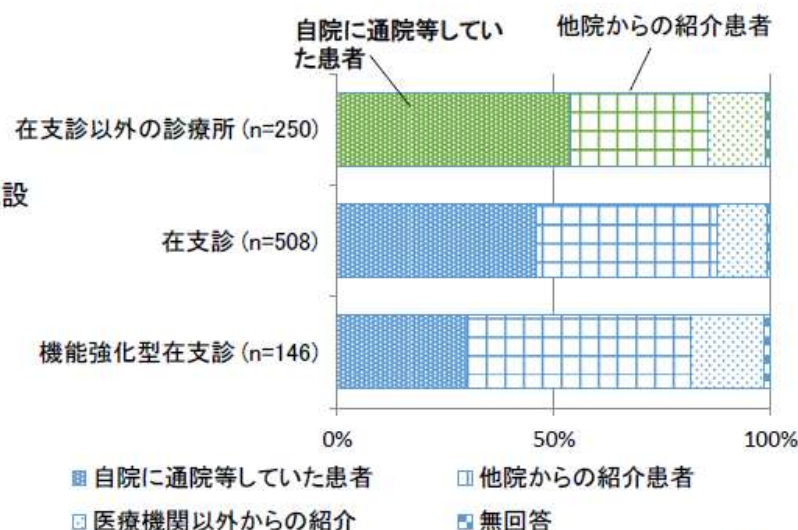
- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

[在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数]



出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

59

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、療養計画書の記載項目への血圧の目標値の追加、特定健康診査・特定保健指導との連携及び学会のガイドライン等の診療支援情報等の活用に関する要件を追加する。

生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

➤ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、算定要件に以下の項目を追加する。

(1) 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等の記載欄を追加するとともに、同意が得られている場合に必要な協力を行うこと。

[追加する記載欄のイメージ]

□収縮期／拡張期血圧：現在(/ mmHg)
→目標(/ mmHg)

【特定健康診査の受診の有無】	□有	□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有	□無
【保険者からの情報提供の求め に対する協力の同意】	□有	□無

(2) 糖尿病又は高血圧症の患者について、管理方針等を変更した理由等を記載し、当該患者数を定期的に記録すること。

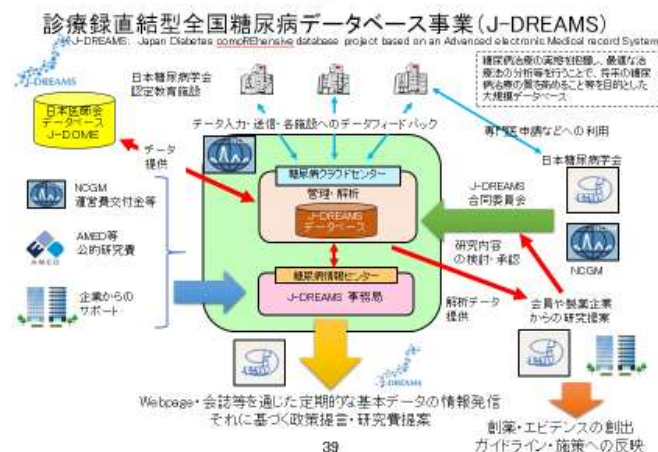
(3) 生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

[例：高血圧治療ガイドライン2014]

図3-1 初診時の高血圧管理計画



[例：全国糖尿病データベース事業]



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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)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

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。

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / 要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、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する

共同指導が行えなかった時は【情報提供】

- ・療養に必要な情報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



入院前からの支援の機能強化(イメージ)

従来

外来

- 治療方針の説明

入院

検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症等）

退院調整

- ✓ 退院支援スクリーニング

外来(地域、在宅)

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでた、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

入院前からの支援の機能強化

外来



外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

入院

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来(地域、在宅)



患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行

【退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ、オ（略）
カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
キ～ケ（略）

改定後

【入退院支援加算】【算定要件】 退院困難な要因
ア～ウ（略）
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること
カ、キ（略）
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行

【退院支援加算1】【施設基準】
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。
①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数

改定後

【入退院支援加算1】【施設基準】
過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。
①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数
③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る）に0.05を乗じた数

（新） 小児加算 200点（退院時1回）

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。

65

入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

[見直す対象]

- | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------|
| (1) 在宅患者緊急入院診療加算 | (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | (3) 入退院支援加算1 |
| (4) 精神疾患診療体制加算 | (5) 退院時共同指導料1及び2 | (6) 在宅患者連携指導料 |
| (7) 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (8) 施設入所者共同指導料 | |

- 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等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。

現行(共同指導の評価対象職種)	改定後(共同指導の評価対象職種)
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1 医師、看護師等	注1 医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る	注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3 医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・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) ・介護支援専門員	注3 医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・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) ・介護支援専門員 ・ 相談支援専門員

- 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。

66

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

医療と障害福祉との連携の推進

- 医療・介護・福祉事業者間での切れ目ない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。

現行

【介護支援連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限り)は、別に算定できない。

【退院時共同指導料2 注3】〔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。

【診療情報提供料(I)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定要件、退院支援加算1の施設基準についても、同様

改定後

【介護支援等連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限り)は、別に算定できない。

【退院時共同指導料2 注3】〔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、在宅療養担当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。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談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、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

【診療情報提供料(I)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

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 医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療(**裾野の拡大**)が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算(緊急往診加算)の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

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。

質の高い訪問看護の確保①

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制

- 利用者が地域で安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や人材確保等の訪問看護の提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応

- 小児、精神疾患を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズへの、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関との連携

- 利用者の療養生活の場が変わっても、切れ目なく支援が受けられるよう関係機関との連携の推進が必要



地域支援機能を有する
訪問看護ステーションの評価【⑤】

24時間対応体制の見直し【⑧】

複数の実施主体による
訪問看護の連携強化【⑦】

小児への対応【⑪】

精神障害を有する者への支援
【⑩】

訪問看護指示に係る医師
との連携【⑬】

学校への情報提供の評価【③】

自治体への情報提供の見直し
【③】

入院・入所時の連携の強化
【②】

退院時の医療機関等との
連携の推進【②】

介護職員等との連携の推進
【④】

理学療法士等の訪問看護の適正化【⑧】

複数名による訪問看護の見直し【⑨】

過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】



ターミナルケアの評価の見直し【②】

質の高い訪問看護の確保②

退院時の医療機関等との連携の推進

- 退院に向けた医療機関等との共同指導を推進するために、退院時共同指導の評価を充実する。
- 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。

現行	
退院時共同指導加算	5,400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。	



改定後	
退院時共同指導加算	<u>8,000円</u>
[算定要件]	
<u>(削除)</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。	

入院又は入所時の連携の強化

- 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステーションの評価を設ける。

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(I)) 50点

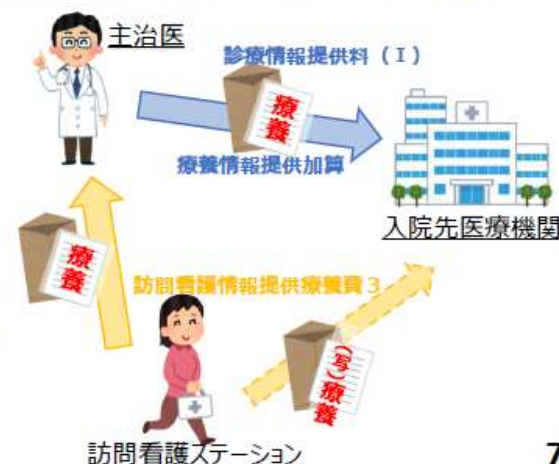
[算定要件]

保険医療機関が、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際、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に加算。

(新) 訪問看護情報提供療養費3 1,500円

[算定要件]

保険医療機関等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、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算定。
また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。



質の高い訪問看護の確保③

自治体への情報提供の見直し

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供が効果的に実施されるよう、利用者の状態等に基づき、算定要件や対象の見直しを行う。

現行

【訪問看護情報提供療養費】

【算定要件】

- 指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定



改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

【算定要件】

- 市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定

【算定対象】

- 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- 精神障害を有する者又はその家族等

学校への情報提供に係る評価

- 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護情報提供療養費2 1,500円

【算定要件】

小学校又は中学校等に入学や転学時等の当該学校に初めて在籍する利用者について、学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定。

【算定対象】

- 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の15歳未満の小児
- 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる15歳未満の小児
- 15歳未満の超重症児又は準超重症児



質の高い訪問看護の確保^④

喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進

- 訪問看護ステーションが利用者に対して喀痰吸引等の業務を行う介護職員等と連携した場合の評価を新設する。

(訪問看護管理療養費)

(新) 看護・介護職員連携強化加算 2,500円

(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／精神科訪問看護・指導料)

(新) 看護・介護職員連携強化加算 250点

[算定要件]

訪問看護ステーションの利用者のうち喀痰吸引等(※)を必要とする利用者について、訪問看護ステーションの看護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、支援した場合に算定。

①患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ)喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(ロ)介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

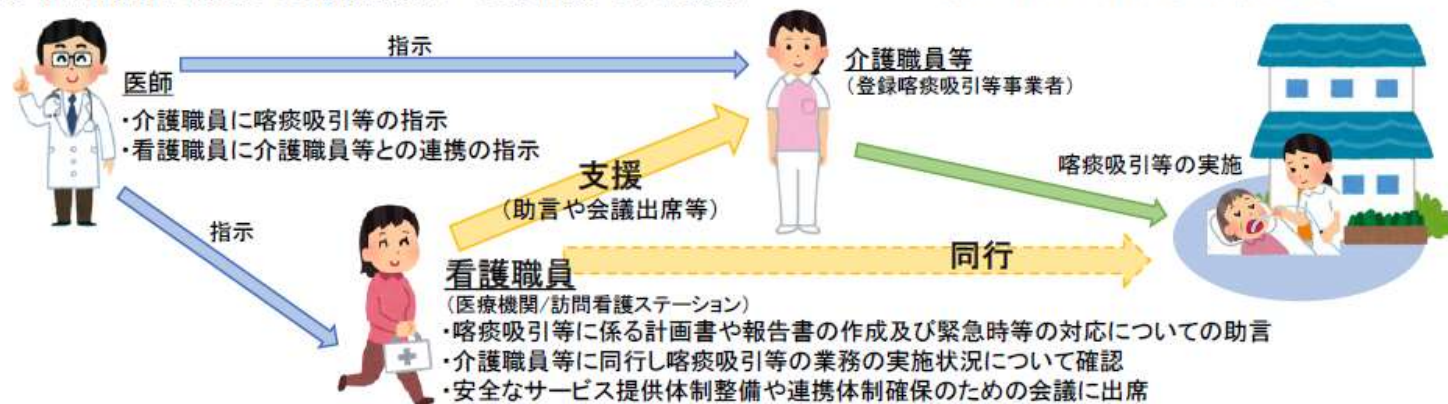
② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

③登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を開催する場合は、当該会議に出席し連携する。

④ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

⑤ 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。

※口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻又は腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養



質の高い訪問看護の確保^⑤

地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

- 地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う訪問看護ステーションについての評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費3 8,400円(月の初日の訪問の場合)



【施設基準】

- ア 常勤の看護職員が4人以上
- イ 24時間対応体制加算の届出及び休日・祝日の対応
 - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことができる。
- ウ 重症患者(難病等、精神疾患、医療機器の使用)の受け入れ、又は複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者が一定数以上

- エ 地域の医療機関の看護職員の当該訪問看護ステーションでの一定期間の勤務実績
- オ 地域の医療機関・訪問看護ステーションを対象とした研修の実績
- カ 地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実施
- キ エの医療機関以外の医療機関との退院時共同の実績
- ク 同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上



福祉サービス事業との連携推進

- 地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

【施設基準】

- ・ 居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- ・ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

【施設基準】

- ・ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- ・ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、療養通所介護事業所、児童発達支援を行う事業所、放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1名まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。

質の高い訪問看護の確保⑥

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



要件	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
① 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
② 24時間対応体制加算の届出を行っている/休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施			
③ 重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上/月	別表第7に該当する利用者数 7人以上/月	別表7、別表8に該当する利用者、精神科重症患者or 複数の訪看STが共同している利用者が10人以上/月
④ ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ^注 (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件年 ②10件/年、3人 ③5人	
⑤ 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)			
⑥ 情報提供・相談・人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施 (望ましい)		医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上/年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績
⑦			⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績 and 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
⑧			医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

質の高い訪問看護の確保^⑦

複数の実施主体による訪問看護の連携強化

- 複数の実施主体から訪問看護が行われている場合に、目標の設定や評価の共有等の連携のあり方について明確化する。

現行

【訪問看護管理療養費】

〔算定要件〕

1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。



改定後

【訪問看護管理療養費】

〔算定要件〕

1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションや保険医療機関において訪問看護を行う場合は、訪問看護ステーション間及び訪問看護ステーションと保険医療機関との間において十分に連携を図ること。具体的には、訪問看護の実施による利用者の目標の設定、計画の立案、訪問看護の実施状況及び評価を共有すること。

- 在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算について、連携している複数の訪問看護ステーションそれぞれで算定可能とする。
- 訪問看護ステーションと医療機関のターミナルケアの評価について、1つの医療機関又は1つの訪問看護ステーションのみの算定とする。

現行

【訪問看護ターミナルケア療養費】

〔算定要件〕

1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。



改定後

【訪問看護管理療養費】

〔算定要件〕

同一の利用者に、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合又は保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は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を算定している場合においては、算定できない。

質の高い訪問看護の確保⑧

24時間対応体制の評価の見直し

- 利用者が安心して療養生活を送れるよう、24時間対応体制の内容の明確化し、評価の充実を行う。また、電話等の連絡のみを行う24時間連絡体制加算を廃止し、24時間対応体制の整備を推進する。

現行	
24時間連絡体制加算	2,500円
24時間対応体制加算	5,400円



改定後	
(廃止)	
24時間対応体制加算	6,400円
[算定要件]	
24時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問に加えて、営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者や家族への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するものである。	



理学療法士等の訪問看護の適正化

- 利用者の全体像を踏まえた効果的な訪問看護の提供を推進するために、理学療法士等(※)によって提供される訪問看護について、看護職員と理学療法士等の連携が求められることを明確化する。

訪問看護管理療養費

[算定要件]



- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

85

厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

質の高い訪問看護の確保⑨

複数名による訪問看護の見直し

- 複数名訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。
- 看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件に、利用者の身体的理由を追加する。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行				
訪問者		算定回数	算定対象	
イ	看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1回	①②③④	4,300円
ロ	看護職員 + 准看護師	週1回	①②③④	3,800円
ハ	看護職員 + 看護補助者	週3回	④⑤	3,000円
		-	①②③	

【算定対象】

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ その他利用者の状況等から判断して、①から④のいずれかに準ずると認められる者

改定後				
訪問者		算定日数	算定対象	
イ	看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1日	①②③④	4,500円
ロ	看護職員 + 准看護師	週1日	①②③④	3,800円
ハ	看護職員 + 看護補助者	週3日	④⑤⑥	3,000円
		-	①②③	1日に1回 3,000円 1日に2回 6,000円 1日に3回以上 10,000円

【算定対象】

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ **利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者**
- ⑥ その他利用者の状況等から判断して、①から⑤のいずれかに準ずると認められる者

- 複数名精神科訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。

※ 精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行				
訪問者		算定回数		
イ	保健師 + 保健師、看護師、作業療法士	-		4,300円
ロ	保健師 + 准看護師	-		3,800円
ハ	保健師 + 看護補助者	週1回		3,000円

改定後				
訪問者		算定日数		
イ	保健師 + 保健師、看護師、作業療法士	-	1日に1回の場合 4,500円 1日に2回の場合 9,000円 1日に3回以上の場合 14,500円	
ロ	保健師 + 准看護師	-	1日に1回の場合 3,800円 1日に2回の場合 7,600円 1日に3回以上の場合 12,400円	
ハ	保健師 + 看護補助者	週1日		3,000円

質の高い訪問看護の確保^⑩

精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)の廃止

- 個々の患者のニーズに応じた訪問看護を推進する観点から、障害福祉サービスを行う施設に入所中の利用者への精神科訪問看護を実施した際に算定する精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)を廃止する。

現行	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円
精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点



改定後	
(廃止)	
(廃止)	
※ 障害福祉サービスを行う施設等に入所している精神障害を有する利用者については、同一建物居住者へ個別に精神科訪問看護を実施した場合に算定する精神科訪問看護基本療養費Ⅲ(精神科訪問看護・指導料Ⅲ)が引き続き算定可能	

精神障害を有する者への重点的支援

- 在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するため、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科重症患者早期集中支援管理加算の名称を変更し評価を充実するとともに、精神科複数回訪問加算の算定対象を見直す。

現行	
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	6,400円



改定後	
精神科重症患者支援管理連携加算	
イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者	8,400円
ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者	5,800円

現行	
【精神科複数回訪問加算】	
【算定対象】	
精神科重症患者早期支援管理料を算定する利用者	



改定後	
【精神科複数回訪問加算】 ※精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様	
【算定対象】	
精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く。)又は2を算定する利用者	

質の高い訪問看護の確保⑪

長時間の訪問看護における医療的ケア児への対応

- 在宅で療養しながら生活する小児への支援を充実するために、医療的ケアが必要な児における長時間訪問看護加算の算定回数を週1日から週3日まで拡大する。※在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行

長時間訪問看護加算(週1日まで)

【算定対象】

- (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者
- (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

長時間訪問看護加算(週3日まで)

【算定対象】

上記の(1)

改定後

長時間訪問看護加算(週1日まで)

【算定対象】

- (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者
- (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

長時間訪問看護加算(週3日まで)

【算定対象】

上記の(1)及び(2)(15歳未満の小児)



【特掲診療料の施設基準 別表8】

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者



乳幼児への訪問看護の評価

- 乳幼児への訪問看護を推進するために、乳幼児加算の評価を充実する。

現行

【訪問看護基本療養費】

乳幼児加算・幼児加算 500円

【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】

乳幼児加算・幼児加算 50点

改定後

【訪問看護基本療養費】

乳幼児加算 1,500円

【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】

乳幼児加算 150点

質の高い訪問看護の確保^⑫

過疎地域等の訪問看護の見直し

- 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、特別地域訪問看護加算の算定要件を見直し、過疎地域等に利用者の居宅が所在する場合で訪問看護ステーションが過疎地域等に所在しない場合についても算定を可能とする。

現行	改定後
特別地域訪問看護加算 所定額の100分の50 過疎地域等に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、指定訪問看護を行った場合に算定	特別地域訪問看護加算 所定額の100分の50 <u>イ 過疎地域等に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合</u> <u>ロ 過疎地域等外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が当該地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合</u>



- 過疎地域等における医療機関の訪問看護についての評価を新設する。

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

(新) 特別地域訪問看護加算 所定点数の100の50

〔算定要件〕 訪問看護療養費の当該加算と同様

- 過疎地域等においては、複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制加算の体制を確保した場合にも算定を可能とする。
24時間対応体制加算

〔算定要件〕

特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって当該加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションが算定できる。
24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。

特別地域訪問看護加算で定める地域

- ・ 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- ・ 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域
- ・ 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- ・ 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- ・ 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島
- ・ 過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する過疎地域

89

質の高い訪問看護の確保⑬

連携する診療所の医師により緊急訪問の指示の見直し

- 訪問看護ステーションが緊急訪問看護加算を算定する際の医師による緊急訪問の指示について、在宅療養支援診療所以外の診療所が、24時間の往診体制及び連絡体制を他の保険医療機関と連携して構築している場合、主治医が対応していない夜間等において連携する医療機関の医師による緊急訪問の指示を可能とする。

現行

緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算

[算定要件]

主治医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り所定額に加算すること。



改定後

緊急訪問看護加算、精神科緊急訪問看護加算

[算定要件]

主治医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り所定額に加算すること。

主治医の属する診療所が、他の保険医療機関と連携して24時間の往診体制及び連絡体制を構築し、当該利用者が診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注9に規定する継続診療加算を算定している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の医療機関の医師の指示により緊急に指定訪問看護を行った場合においても算定できる。

同一の保険医療機関・診療科に属する複数の医師による訪問看護の指示

- 同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が、主治医として利用者の診療を共同で担っている場合については、当該複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づき、指定訪問看護を行うことは可能であることを明確化する。

(訪問看護基本療養費及び精神科緊急訪問看護基本療養費)

[算定要件] 以下の指示に基づき行われた指定訪問看護は訪問看護療養費を算定できる。

- 同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が主治医として利用者の診療を共同で担っている場合について、当該同一診療科の複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づいて行われた指定訪問看護
- 複数の傷病を有する利用者が、複数の保険医療機関において診療を受けている場合について、原則として指定訪問看護が必要となる主傷病の診療を担う主治医によって交付された指示書に基づき行われた指定訪問看護

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

医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

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。

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「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するとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関連する報酬において、「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するとともに、ターミナルケアの充実を推進する

診療報酬改定における対応（在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

現行

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】	
機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,000点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,000点
在支診・在支病	4,000点
その他の医療機関	3,000点
【訪問看護ターミナルケア療養費】	
	20,000円



「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」等への対応を共通の要件とする。

改定後

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】	
（有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分）	
機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,500点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,500点
在支診・在支病	4,500点
その他の医療機関	3,500点
【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
（新）訪問看護ターミナルケア療養費2	10,000円

【算定要件】

ターミナルケアの実施については、「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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等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。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

介護報酬改定における対応

（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）

- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
 - ・「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、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
 - ・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

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 医科

- I－1(1) 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－1(2) 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
- I－1(2) 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
- I－1(3) 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し
- I－2 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
- I－2 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- I－3 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
- I－4 入退院(所)時の医療機関等と訪問看護との連携
- I－5 患者の希望に応じた看取りの推進
- I－5 介護医療院の創設に伴う対応

中央社会保険医療協議会総会(2018年2月7日)資料、厚生労働省平成30年度診療報酬改定説明会(2018年3月5日開催)資料

介護医療院の創設に伴う対応

第1 基本的な考え方

介護療養型医療施設（介護療養病床）の転換先として介護医療院が創設されることに鑑み、診療報酬における取扱いを整理する。

介護医療院の創設への対応

- 介護療養型医療施設(介護療養病床)の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取扱いについて、介護医療院の特性を踏まえた、以下のような対応を行う。
 1. 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行う。具体的には、診療内容については介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設に係る給付調整と同様に扱う。
 2. 在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等を含め「退院先」として扱う。
 3. 介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとする。
 4. 介護医療院は、医療を提供する機能を有することから、医療に係る情報提供や共同指導について、介護老人保健施設と同様の取扱いとする。
 [対応する報酬] 診療情報提供料(I)、退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)
 5. 病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

介護報酬改定における対応

(医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

- 介護医療院については、介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービスを提供するⅠ型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供するⅡ型の2つの類型が創設される。
- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換について、各種の転換支援・促進策が設けられる。



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

医科

Ⅱ－１－２)がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

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

- 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。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新)	療養・就労両立支援指導料	1,000点
	相談体制充実加算	500点



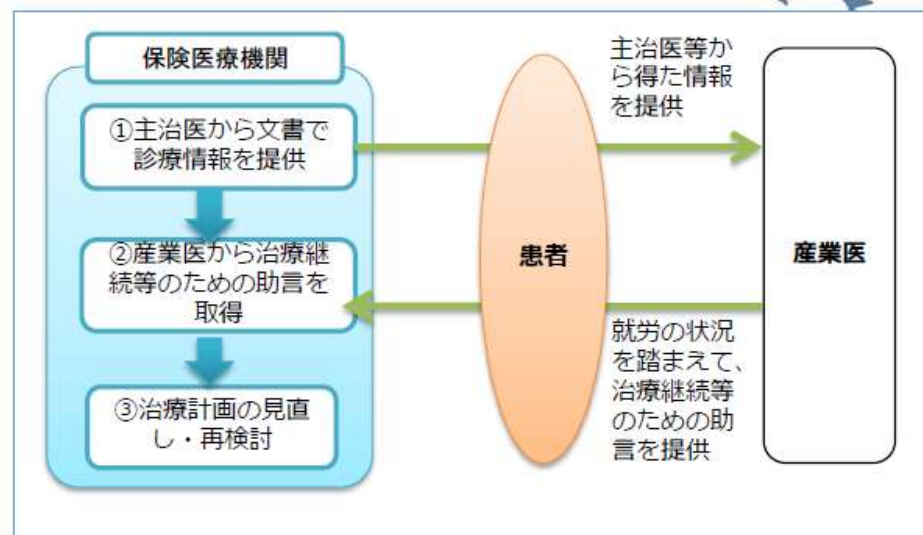
[算定要件]

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職員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。



[両立支援の流れ(イメージ)]

参考

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医療と介護の連携)

- 9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

- 10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

- 11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。
- 13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

施設基準の届出について

お願い

- 平成30年4月1日から算定を行うためには、**平成30年4月16日(月曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



指導・監査に関するお願い

ご存じですか？ 診療報酬請求における留意点

- 診療報酬のルールをよく理解し、勝手な解釈に基づいて請求しないようにお願いします。
- 診療報酬点数表をよく確認し、不明な点は厚生(支)局にお問い合わせください。

例えば、既に保険適応されている胸腔鏡、腹腔鏡下手術以外で胸腔鏡、腹腔鏡を用いる場合は、その都度当局に内議し、準用が通知されたもののみが保険適応になります。

- 地方厚生(支)局が実施する説明会や指導に出席をお願いします。
- 施設基準の届出事項に変更が生じた場合には速やかに届出を行ってください。
- 個別指導を受けた保険医療機関において、医療コンサルタントが不正請求隠しを指南している等の報道がみられました。仮に、不正請求指南等に関する気づいたことがあれば、厚生(支)局に連絡をお願いします。

保険診療における指導・監査のホームページ

診療報酬請求に係るルールの理解を促進し、保険診療や保険調剤の質的向上や適正化の推進を図ることを目的に指導監査に関する情報が掲載されています。

〈主な内容〉

集団指導用資料、特定共同指導・共同指導における指摘事項、関係法令等

〈保険診療における指導・監査HP〉

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_hoken/shidou_kansa.html

以下は基本的な内容ですが、念のためのおさらいです。

保険診療とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である。
- 保険医療機関の指定、保険医の登録は、医療保険各法等で規定されている 保険診療のルールを熟知していることが前提となっている。

保険診療として診療報酬が支払われるには

- ✓保険医が ✓保険医療機関において ✓健康保険法、医師法、歯科医師法、医療法等の各種関係法令の規定を遵守し ✓『療養担当規則』の規定を遵守し ✓医学的に妥当 適切な診療を行い ✓診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っている

療養担当規則とは

正式名：『保険医療機関及び保険医療養担当規則』（厚生労働省令）



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則

191

保険医

- 保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、**保険医**でなければならない。
(健康保険法第64条)
- 医師の申請に基づき厚生労働大臣が登録。(法第71条)
- 『**厚生労働省令**』で定めるところにより、健康保険診療に当たらなければならない。
(法第72条)
- 保険医は、健康保険の診療に関し、厚生労働大臣の**指導を受けなければならない**。
(法第73条)

保険医療機関

- 病院または診療所の開設者の申請により厚生労働大臣が指定する。
(健康保険法第65条)
- 『**厚生労働省令**』で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない。
(法第70条)
- 療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。
(法第76条)

指導

- 「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させること」
(指導大綱)
- 指導後の措置(個別指導の場合)
概ね妥当 < 経過観察 < 再指導 < 要監査

監査

- 「保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ること」(監査要綱)

指導、監査等実施状況(平成28年度)

- 監査を受けた保険医療機関・保険医等 74施設 263人
- 登録・指定の取消(取消相当含む)を受けた保険医療機関・保険医等 27施設 21人
- 指導、適時調査、監査により返還を求めた金額は約89億
(医科・歯科・調剤を含む)