

2018年診療・介護報酬同時改定が 推進する地域包括ケアシステム

公益社団法人岡山県医師会
江澤和彦

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進

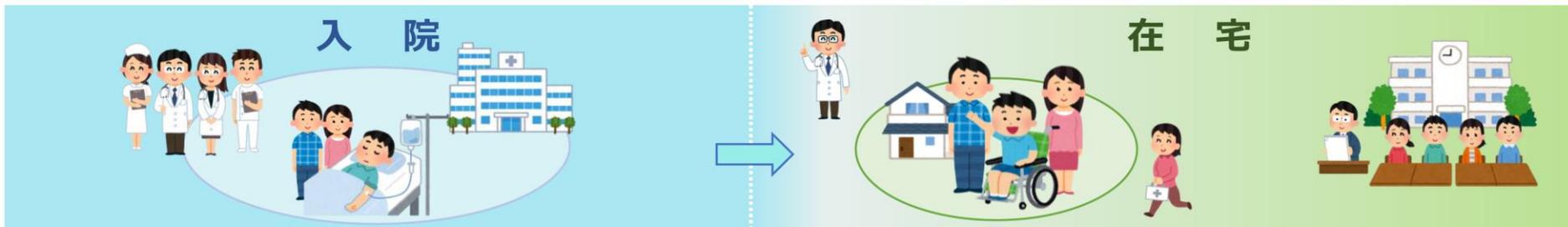
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

小児医療の充実①



入退院支援の一層の推進（再掲）

- 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。
- 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。

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の評価

- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児特定集中治療室管理料の算定対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる。

小児入院医療管理料の包括範囲の見直し

- 小児入院医療管理料1及び2について、その診療実態を踏まえ、「がん拠点病院加算」及び「緩和ケア診療加算」の算定を可能とする。

小児かかりつけ診療料の見直し（再掲）

- 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。

小児科療養指導料の見直し

- 対象患者に、医療的ケアが必要な児に該当する患者を追加するとともに、患者の通学する学校との情報共有・連携を要件とする。
- 小児科医が作成する治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行った場合にも算定可能となるよう、取扱いを明確化する。

学校への情報提供に係る評価（再掲）

- 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。

小児医療の充実②

発達障害に対する診療の充実

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療の機会を確保する観点から、心療内科の医療機関において小児特定疾患カウンセリング料を算定可能とする等の要件の緩和を行う。

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

[対象患者]

15歳未満の心理的発達の障害等の患者

改定後

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科 **又は心療内科** を標榜する保険医療機関において、小児科 **又は心療内科** を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

[対象患者]

18歳未満の心理的発達の障害等の患者

- 青年期の自閉症スペクトラムの患者等に対し、一定期間、計画的に実施される専門的な精神科ショート・ケアについて、評価を新設する。

精神科ショート・ケア

(新) 疾患別等専門プログラム加算 200点

[算定要件]

青年期の患者に対し、当該患者と類似の症状を有する複数の患者とともに、目的、目標、スケジュール、実施内容等を定めた治療計画に基づき、精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して5月以内に限り、週に1回を限度として算定(精神科医が必要と認めた場合、治療開始から2年以内に限り、さらに週1回かつ計20回を限度として算定可能)

小児医療の充実③(医療的ケアが必要な児への対応①)

長時間の訪問看護における医療的ケア児への対応(再掲)

- 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(再掲)

- 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

小児医療の充実④(医療的ケアが必要な児への対応②)

➤ 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。(再掲)

(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

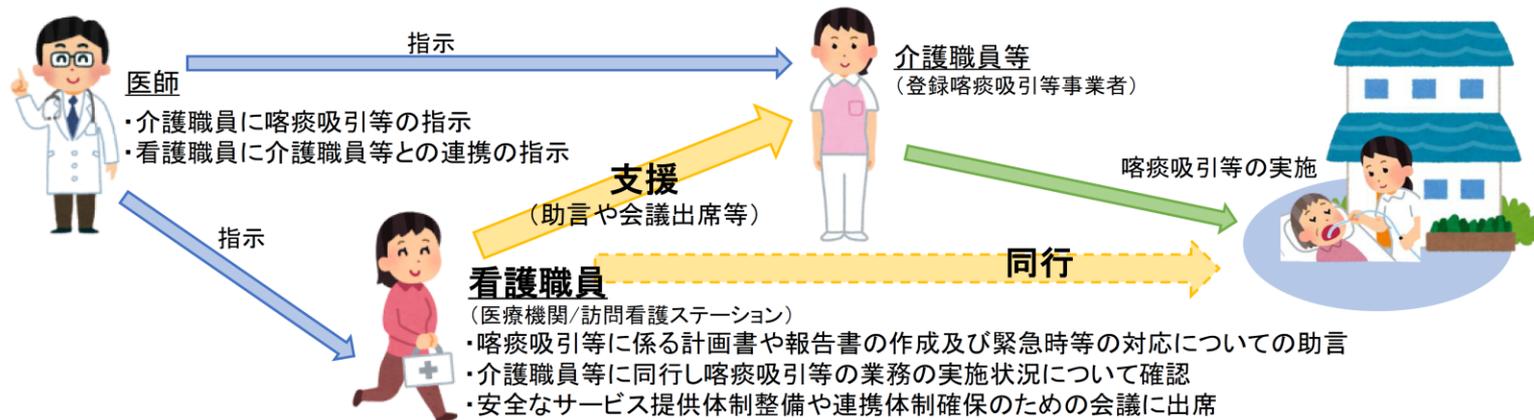
②介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

③登録特定行為事業者が、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。

④24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

⑤1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



小児医療の充実⑤

小児に対する入退院支援(再掲)

- 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)

周産期医療の充実①

入院

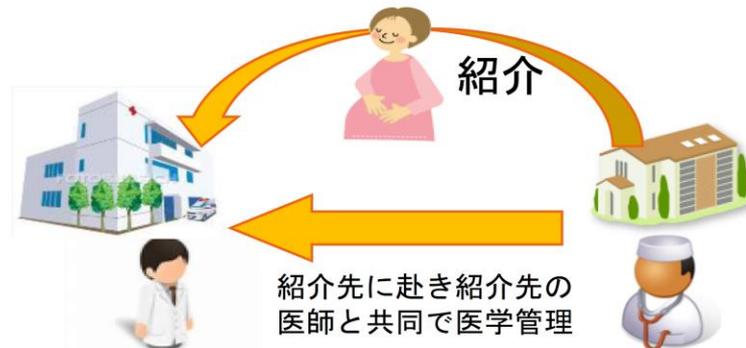
これまでの取組

○ハイリスク妊娠管理加算
合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価

○ハイリスク分娩管理加算
合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理評価



○ハイリスク妊産婦共同管理料
合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価



外来

新たな取組

○妊婦の外来診療について、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する**妊婦加算を新設**する



○精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、**産科、精神科及び自治体の多職種が連携**して患者の外来診療を行う場合の評価を新設



○乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、**乳腺炎の重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導**を行った場合の評価を新設



周産期医療の充実②

外来における妊婦加算の新設

- 妊婦の外来診療について、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する妊婦加算を新設する。

初診料	(新)	妊婦加算(時間外/休日/深夜)	75点(200点/365点/695点)	等
再診料・外来診療料	(新)	妊婦加算(時間外/休日/深夜)	38点(135点/260点/590点)	等

精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

- 精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設する。

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点(月1回) (新) ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点(月1回)

産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している	
産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催	
出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う	
精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上。原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施	精神疾患の妊産婦について、直近1年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が1件以上

※ 精神療法を実施されている患者に限る。

周産期医療の充実③

乳腺炎の重症化を予防する包括的なケア及び指導に関する評価

- 乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、乳腺炎の重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	イ 初回	500点
	ロ 2回目から4回目まで	150点



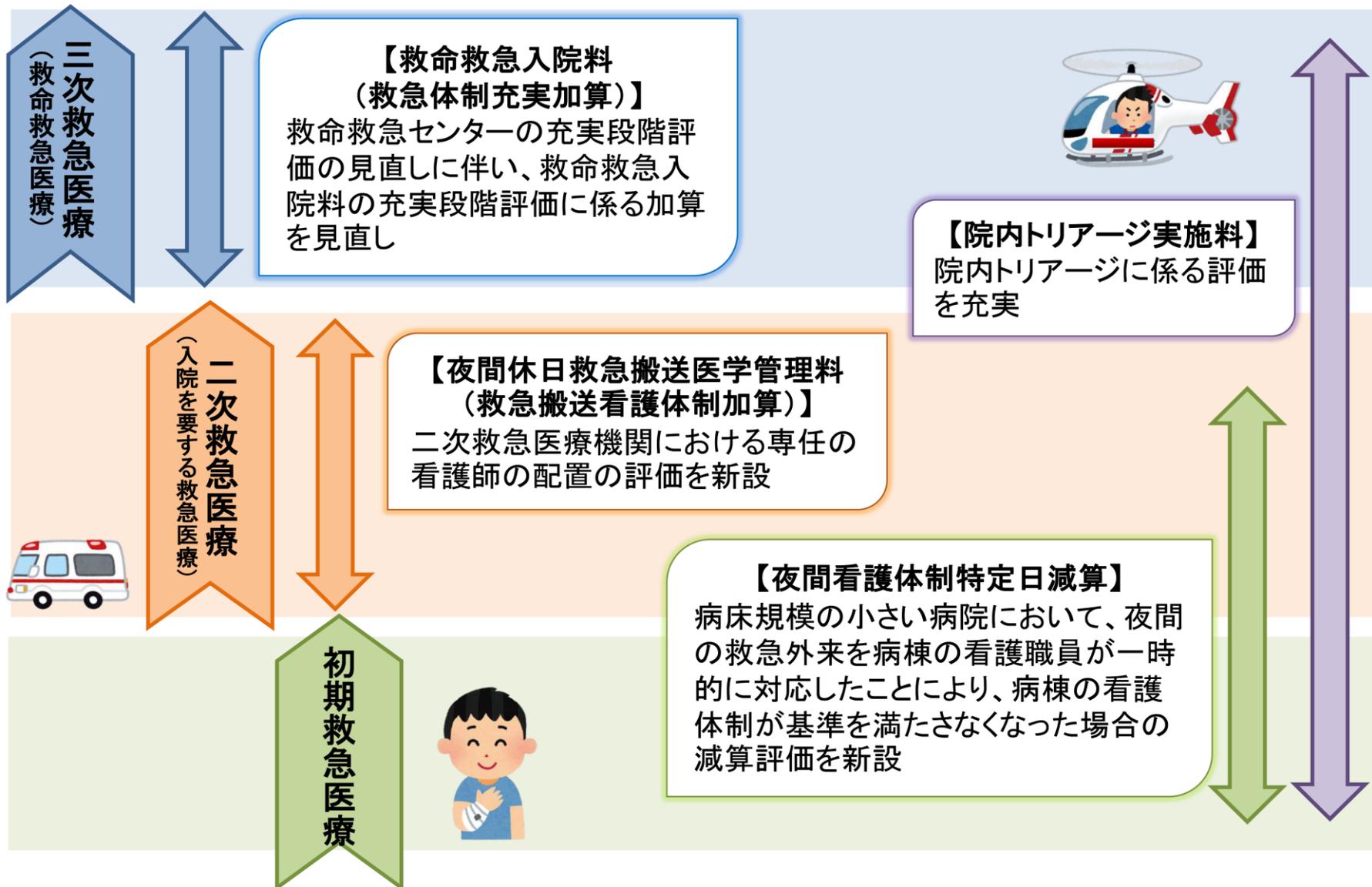
[算定要件]

- ① 乳腺炎重症化予防ケア・指導料は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、**乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者**に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して**乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導及び心理的支援等の乳腺炎の早期回復並びに重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導**を行った場合に、分娩1回につき4回に限り算定する。
- ② 当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する。

[施設基準]

- ① 当該保険医療機関内に、**乳腺炎の重症化及び再発予防の指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師**が配置されていること。
- ② 当該保健医療機関内に、**乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を5年以上有する者であって、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師**が、1名以上配置されていること。

救急医療体制の充実



救急医療の充実

救命救急入院料における充実段階評価の見直し

- 救命救急センターの充実段階評価の見直しに伴い、救命救急入院料の充実段階評価に係る加算を見直す。

※ 新たな充実段階評価の結果が平成30年度末に公表予定であることから、平成31年3月31日までは現行の評価を継続し、平成31年4月1日より改訂後の評価を適用する。

現行(救命救急入院料の加算)

充実段階評価A	1,000点(1日につき)
充実段階評価B	500点(1日につき)



改定後(救命救急入院料の加算)

イ 救急体制充実加算1	1,500点(1日につき)
※ 充実段階評価S	
ロ 救急体制充実加算2	1,000点(1日につき)
※ 充実段階評価A	
ハ 救急体制充実加算3	500点(1日につき)
※ 充実段階評価B	

夜間救急における外来看護体制の充実

- 二次救急医療機関における重症救急患者の受入れに対応するため、専任の看護師を配置している場合の評価を、夜間休日救急搬送医学管理料に新設する。

(新) 救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。
- ② 専任の看護師が配置されていること。

- 院内トリアージ実施料の評価を充実する。

現行

【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料	100点
----------------------------	------



改定後

【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料	300点
----------------------------	-------------

小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

- ▶ 病床規模の小さい病院において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が2名を満たさなくなった場合の入院基本料の減算評価を新設する。

(新) 夜間看護体制特定日減算

(入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

※ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料

[算定要件]

年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

[施設基準]

- ① 許可病床数が**100床未満**であること。
- ② 減算日は、当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対応のため一時的に救急外来で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数**が2未満**となった日。

- ③ 救急外来での対応のため一時的に病棟を離れた看護職員を除き、当該病棟の入院患者数が31人以上の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、**看護職員1を含む2以上とし**、当該病棟の入院患者数が30人以下の場合、当該病棟における夜勤を行う**看護職員の数**は**1以上**であること。

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟)

入院患者数:32人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要



夜間に病棟の看護職員が、一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

現
行

病棟の看護職員が1名となり、施設基準を満たさないため、入院料の変更届出が必要となる場合がある。

2階病棟 (一般病棟)

入院患者数:32人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要



改
定
後

病棟に看護職員1名と看護補助者1名が残っているため、当該日のみ夜間看護体制特定日減算を算定する。

1階病棟 (療養病棟)

入院患者数:35人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員1名を含む看護要員2名以上の配置が必要



平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価**
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進

2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

緩和ケア病棟入院料の見直し

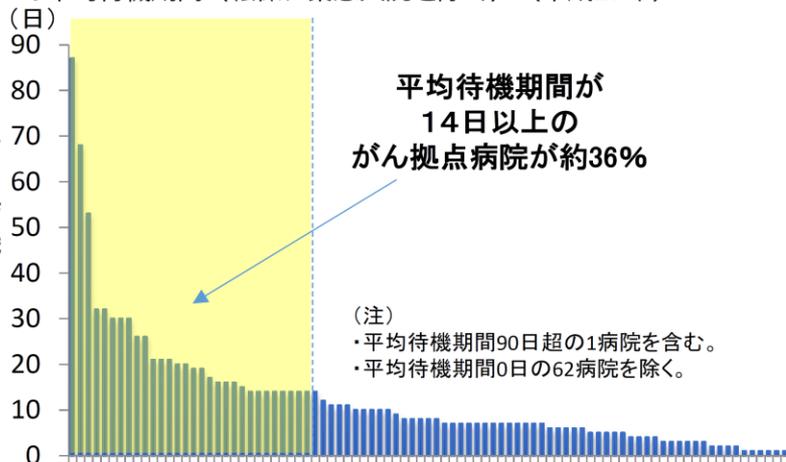
- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

現行	
【緩和ケア病棟入院料】	
30日以内	4,926点
60日以内	4,400点
61日以上	3,300点



改定後	
【緩和ケア病棟入院料】	
(新) 緩和ケア病棟入院料1	
<u>30日以内</u>	<u>5,051点</u>
<u>60日以内</u>	<u>4,514点</u>
<u>61日以上</u>	<u>3,350点</u>
(新) 緩和ケア病棟入院料2	
<u>30日以内</u>	<u>4,826点</u>
<u>60日以内</u>	<u>4,370点</u>
<u>61日以上</u>	<u>3,300点</u>
[入院料1の施設基準]	
入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。	
(1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。	
(2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。	
[入院料2の施設基準]	
現行と同様	

緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟、緊急入院を除く）（平成27年）



緩和ケア診療加算等の要件の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象に追加する。

現行(対象患者)

悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者



改定後(対象患者)

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は**末期心不全**の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

- 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

緩和ケア診療加算

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

医療用麻薬等に係る見直し

医療用麻薬の投薬期間の緩和

▶ がんの疼痛療法で通常用いられる内服の医療用麻薬について、投薬期間の上限を緩和する。

現行

【投薬期間に上限が設けられている医薬品】

(1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬((2)以外のもの)
(中略)

(2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、
(中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)

改定後

【投薬期間に上限が設けられている医薬品】

(1) 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬((2)以外のもの)
(中略)

(2) 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、
(中略)、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、**タペンタドール**、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、**ヒドロモルフォン**、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、(以下、略)



在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価

▶ がん患者の在宅療養の質を充実させる観点から、末期のがん患者に対するターミナルケアとして行われる酸素療法について、診療報酬上の評価を新設する。

在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算

(新) 酸素療法加算 2,000点

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

【課題】

- がん対策推進基本計画においては、標準的な放射線療法について均てん化する一方で、一部の高度な放射線療法については、必要に応じて、連携体制等について検討することとされている。
- 一部の高度な放射線治療機器は、限られた施設でしか保有されていない。

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

入院料から35%減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から20%減額

入院料から15%減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進②

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関受診時に、受診先医療機関において外来放射線治療加算を算定できるようにする。

現行

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。



改定後

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合及び他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。

がんゲノム医療に係る評価

がんゲノム医療中核拠点病院の評価

- がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、がんゲノム医療中核拠点病院が新たに指定されることを踏まえ、がんゲノム医療を提供する体制を評価する。

がん拠点病院加算

(新) がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算 250点(入院初日)

[施設基準]

がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、パネル検査の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を備えた、がんゲノム医療中核拠点病院として指定された病院であること。

<がんゲノム医療中核拠点病院>

「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会」(平成30年2月14日)において以下の医療機関が選定され、同年2月16日に厚生労働大臣により指定された。

- ・ 北海道大学病院
- ・ 慶應義塾大学病院
- ・ 名古屋大学医学部附属病院
- ・ 岡山大学病院
- ・ 東北大学病院
- ・ 東京大学医学部附属病院
- ・ 京都大学医学部附属病院
- ・ 九州大学病院
- ・ 国立がん研究センター東病院
- ・ 国立がん研究センター中央病院
- ・ 大阪大学医学部附属病院

※ 指定期間は平成30年4月1日から平成32年3月31日までの2年間



遺伝カウンセリング加算の充実

- 遺伝カウンセリング加算の評価を充実するとともに、遺伝学的検査実施後のカウンセリングに加えて、検査実施前に、検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うことを要件とする。

現行

遺伝カウンセリング加算(月1回) 500点



改定後

遺伝カウンセリング加算(月1回) 1,000点

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



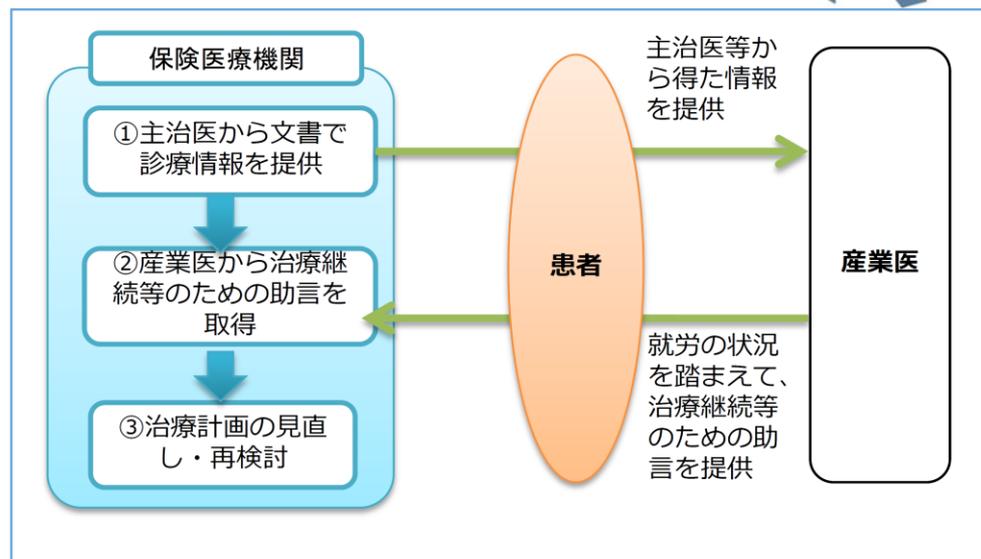
[算定要件]

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)]

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進

2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

認知症の者に対する適切な医療の評価

地域における 身近な相談役に対する評価

- 認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設



指導・助言

紹介

かかりつけ医による 日常的な医学管理に対する評価

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等の新設



診断等

紹介

専門的な医療機関に対する評価

連携型認知症疾患医療センター

- 新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける



認知症治療病棟

- 認知症夜間対応加算の算定期間を延長、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を要件化
- 認知症患者リハビリテーション料の算定期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長
- 病棟における摂食機能療法の算定を可能に
- 入院中の生活機能訓練・指導について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう見直し

急性期一般病棟等における入院受入体制に対する評価

急性期一般病棟における評価

- 重症度、医療・看護必要度の基準において、処置等を受ける認知症・せん妄状態の患者がより評価されるよう基準を追加

地域包括ケア病棟における看護体制の充実

- 認知症・せん妄状態の患者が一定割合入院する病棟の夜間看護職員配置を評価

かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) 認知症サポート指導料 450点(6月に1回)



[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料2 300点(月1回)(6月に限る)

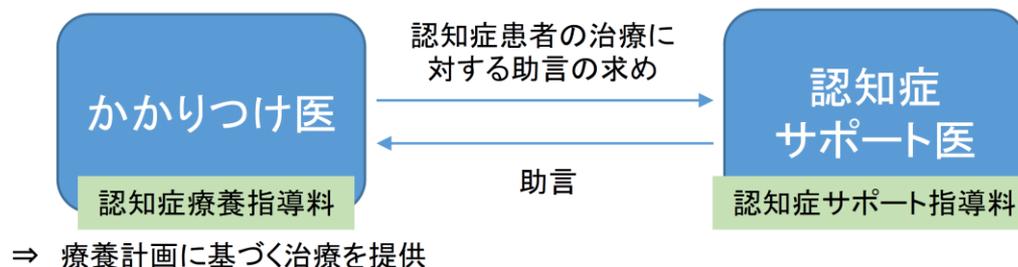
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

認知症治療病棟に係る評価の見直し

- 認知症治療病棟の入院期間の現状を踏まえ、認知症夜間対応加算(※)の算定できる期間を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を算定の要件とする。

※ 現行では、病棟において夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定可能。

現行

入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算



改定後

当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 30日以内の期間	84点
ロ 31日以上の期間	40点

- 認知症治療病棟等で実施されている認知症患者リハビリテーション料の算定できる期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長する。
- 認知症治療病棟入院料において、「摂食機能療法」の算定を可能とする。
- 認知症治療病棟入院料の生活機能回復のための訓練及び指導に係る要件について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう、取扱いを見直す。

現行

生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。



改定後

生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。ただし、患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を所定時間に含んでも差し支えない。

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進

2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価



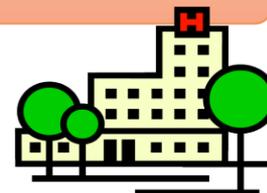
退院後

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後

- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

精神科救急入院料の算定要件の見直し

- 精神科救急入院料について、地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し。

① 時間外等における外来の初診患者の件数及び行政等からの入院受入件数を要件とする。

② 時間外等における入院件数について、地域の人口規模を考慮した要件の設定を可能とする。

現行(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数が年間200件以上、又は地域(※)における人口万対 2.5件以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。

※ (イ) 当該医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含む。) (ロ) 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は、当該圏域

③ 複数病棟の届出を行う場合は、病棟ごとに基準を満たすことを要件とする。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

改定後(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数の実績が年間150(120)件以上、又は地域(※)における人口万対 1.87(1.5)件以上。
そのうち初診患者(精神疾患について過去3か月間に当該医療機関に受診していない患者)の件数が 30(25)件以上又は2割以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数の実績が年間40(30)件以上又は地域(※)における人口万対0.5(0.37)件以上。そのうち8(6)件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター、他の医療機関、都道府県、保健所、警察等からの依頼。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。

新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

④ 再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上できることとする。

[経過措置] 平成30年3月31日に当該入院料の届出を行っている場合、平成31年3月31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

- 保険医療機関における精神科救急入院料の病床数に上限(当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下)を設ける。

[経過措置] 平成30年3月31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

入院精神療法の評価の充実

- 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

現行

入院精神療法(Ⅰ) 360点
入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。



改定後

入院精神療法(Ⅰ) 400点
入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

- 精神科電気痙攣療法において、麻酔科標榜医による質の高い麻酔を実施した場合の評価を新設する。

現行

1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 3,000点
2 1以外の場合 150点



改定後

1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 2,800点
2 1以外の場合 150点
注 麻酔科標榜医が麻酔を行った場合は、900点を加算する。

精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し

- 精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等※における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加する。

※ 精神科急性期治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期医師配置加算、精神病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算

- あわせて、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算の移行率の基準を、現行の7割から7割5分に引き上げる。

精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外

- 精神科入院患者の地域移行を推進するため、次の入院料について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外する。
- また、当該入院料における非定型抗精神病薬加算※の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外する。

[対象]

- 精神療養病棟入院料
- 地域移行機能強化病棟入院料
- 精神科救急入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神科救急・合併症入院料

※ 非定型抗精神病薬加算

入院中の統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、1日につき15点を加算。



<参考> クロザピンについて

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症の治療薬として世界各国で販売されている内服薬。治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、無顆粒球症で、本邦での頻度は約1%。

※ 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

⇒ 緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

- ・ CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的。
- ・ クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援。
- ・ 日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売を承認。
- ・ 医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医との連携が必要。

4. 統合失調症患者におけるクロザピンの処方率の各国比較

- ・ クロザピン処方の普及が先行している国では、統合失調症患者のうちクロザピンの使用割合は、25~30%程度である一方で、日本の処方率は0.6%。

措置入院患者への精神医療の評価

精神科措置入院退院支援加算の新設

➤ 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

(新) 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

[算定要件]

措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。



地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①

自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

- 自治体の作成する退院後の支援計画に基づいて、措置入院を経て退院した患者に行う通院・在宅精神療法の区分を新設する。
- 通院・在宅精神療法における精神保健指定医に係る評価を廃止し、初診時に 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合の評価を新設する。

現行

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が 30分以上行った場合 600点
- ロ イ以外の場合
- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点



改定後

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点
- ロ 初診の日において60分以上行った場合 540点
- ハ イ又はロ以外の場合
- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点

(※) 在宅精神療法についても同様に見直し

- 措置入院を経て退院した患者に対し、看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養生活等に対する総合的な支援を行った場合の加算を新設する。

通院精神療法

(新) 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)

[算定要件]

- (1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬や社会参加等の状況を踏まえて療養上の指導を行っていること。
- (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価②

精神疾患患者に対する訪問支援の充実①

- 精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させる。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)	1,800点	1,350点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)	1,480点	1,110点

[対象患者]

以下の全てに該当する患者であること。

- ア 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)
- イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時におけるGAF尺度が40以下の者



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ 重症患者等	2,500点	1,875点
ハ 重症患者等以外	2,030点	1,248点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ 重症患者等	2,056点	1,542点

[対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者であること。(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)さらに、イを算定する場合には次の全て、ロを算定する場合には次のいずれかに該当する患者であること。

- (1) 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者 **又は自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者**
- (2) 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時 **又は算定時**におけるGAF尺度が40以下の者

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価③

精神疾患患者に対する訪問支援の充実②

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

[算定要件]

- 以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
- (1) 精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。いずれか1名以上を専従とする。
 - (2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。
 - (3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

[施設基準(抜粋)] 以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

[算定要件]

- (1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
 - ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
 - イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及びは精神科訪問看護・指導を行うこと。ウ上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (2) 「ロ」については、(1)のAに加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。
 - ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
 - イ 上記チームが月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (3) 「ハ」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。

[施設基準(抜粋)] 「イ」または「ロ」を算定する場合には、以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価④

認知療法・認知行動療法の評価の見直し

- 認知療法・認知行動療法をより一層推進する観点から、精神保健指定医が行った場合の評価を廃止するとともに、看護師が一部を担う形式のもの等について、施設基準を緩和する。

現行

【認知療法・認知行動療法】

- 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点
- 2 1以外の医師による場合 420点
- 3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と看護師が共同で行う場合 350点

[認知療法・認知行動療法3の施設基準]

- (1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
 - ア 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
(中略)
 - ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
 - (イ)～(ロ)(略)
 - (ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。
- (二) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

改定後

【認知療法・認知行動療法】

(削除)

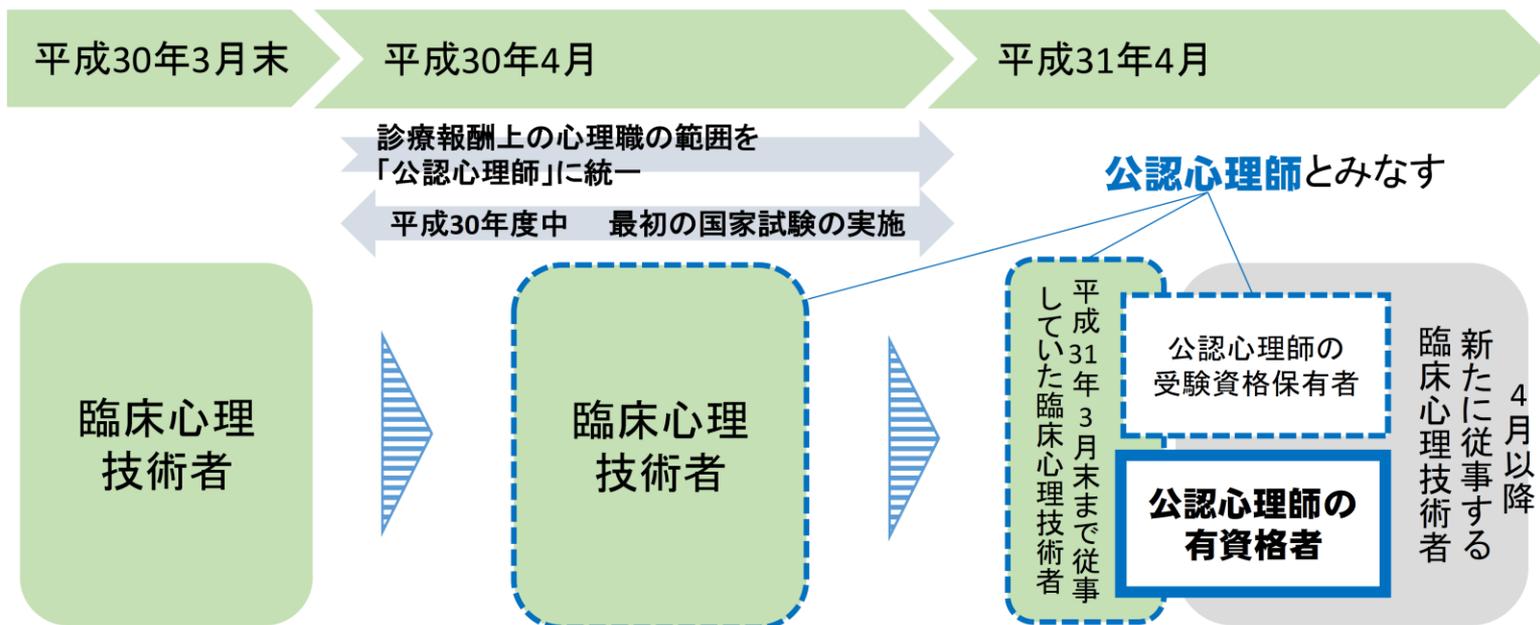
- 1 医師による場合 480点
- 2 医師と看護師が共同で行う場合 350点

[認知療法・認知行動療法2の施設基準]

- (1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
 - ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
(中略)
 - ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
 - (イ)～(ロ)(略)
 - (ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

公認心理師の評価

- 公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、「公認心理師」に統一する。
- 最初の国家試験が行われる平成30年度については、従来の「臨床心理技術者」に該当する者を、公認心理師とみなす。
- 平成31年度以降、当面の間、以下のいずれかに該当する者を公認心理師とみなす。
 - (1) 平成31年3月末まで保険医療機関で従事していた臨床心理技術者
 - (2) 平成31年4月以降新たに臨床心理技術者として従事する者のうち公認心理師の受験資格を有する者



平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進

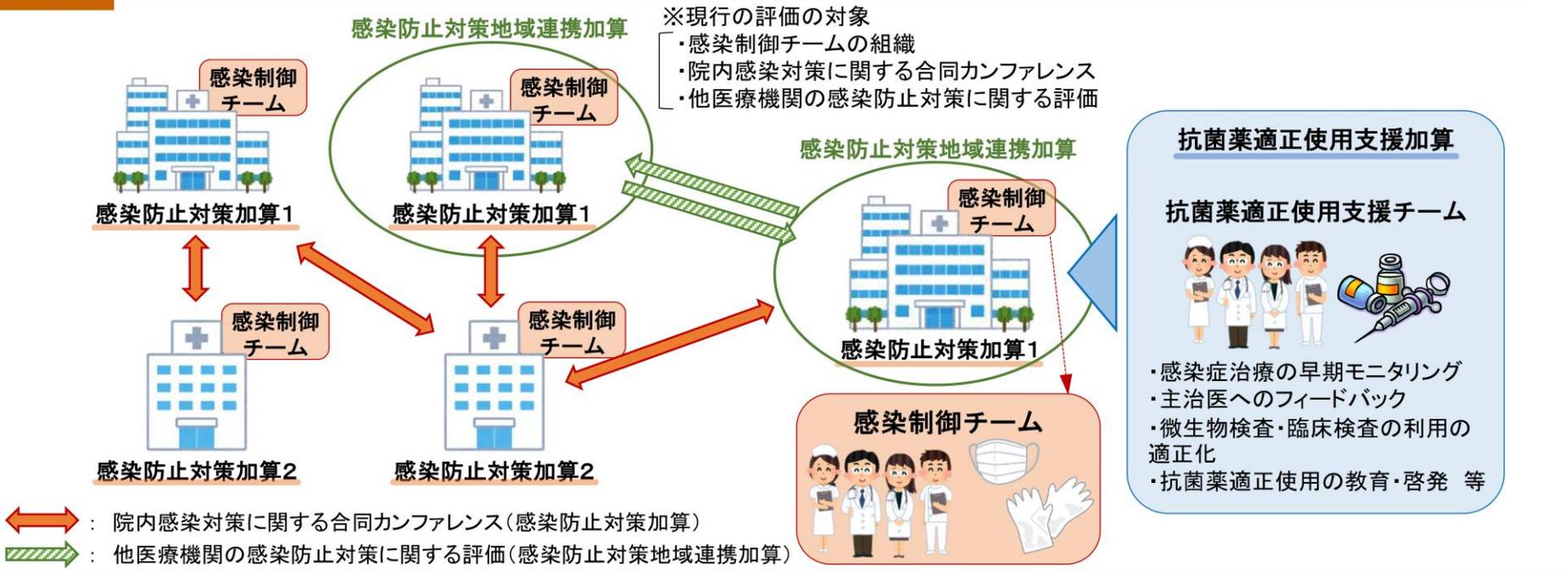
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、**抗菌薬適正使用の普及啓発の取組を行っていることを要件化**



抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

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が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

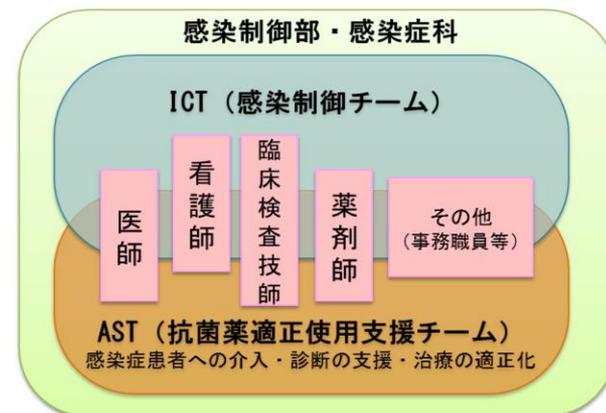
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

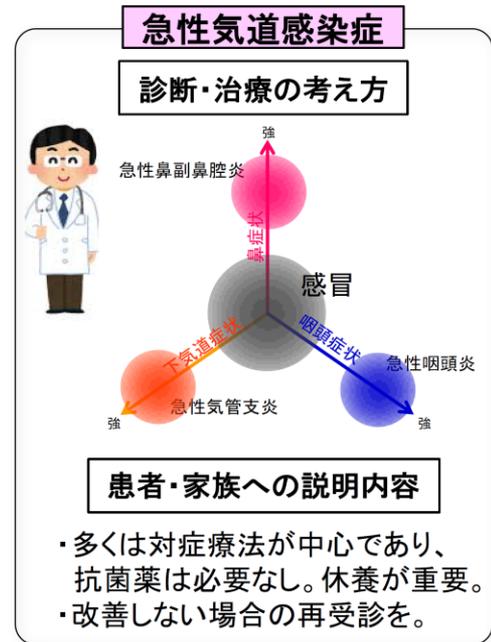
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

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

➤ 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

(新) 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(入院初日)
ロ 医療安全対策地域連携加算2	20点(入院初日)

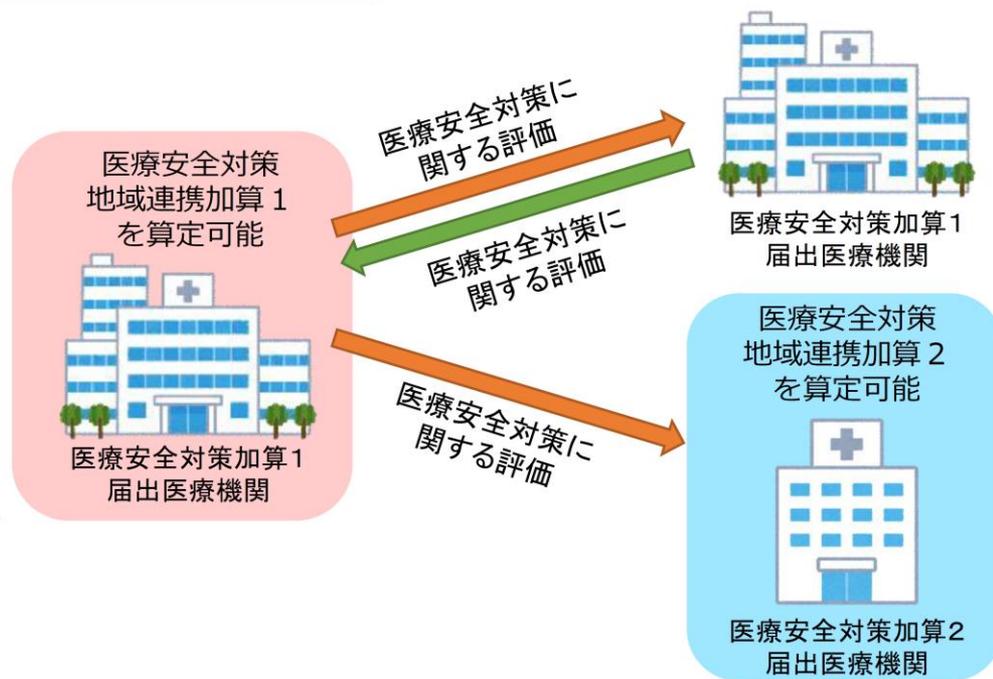
[施設基準]

医療安全対策地域連携加算1

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算1の届出を行っていること。
- 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。**
- 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算2

- 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



現行

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	35点



改定後

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	30点

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進

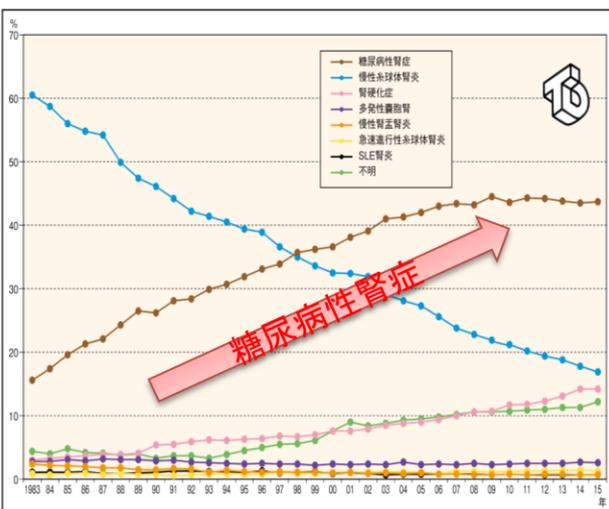
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

適切な腎代替療法推進の考え方

(1) 糖尿病性腎症から人工透析に至る患者が増えている。

⇒ 重症化予防を行い、新規透析患者の抑制が必要。

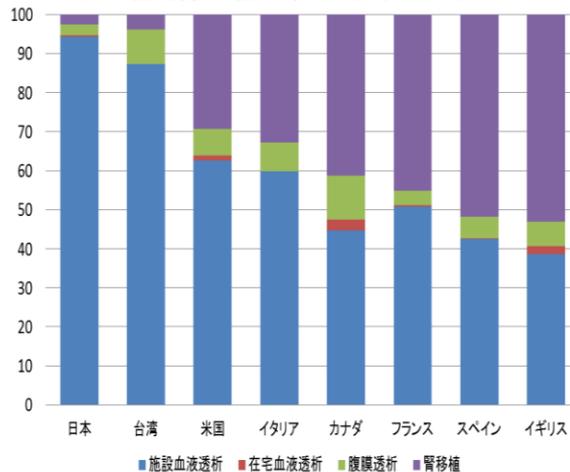
＜透析導入患者の主要原疾患の割合推移＞



(2) 日本は、諸外国と比べ、腹膜透析や腎移植が普及していない。

⇒ 患者のQOLの観点から、腹膜透析や腎移植の普及推進が必要。

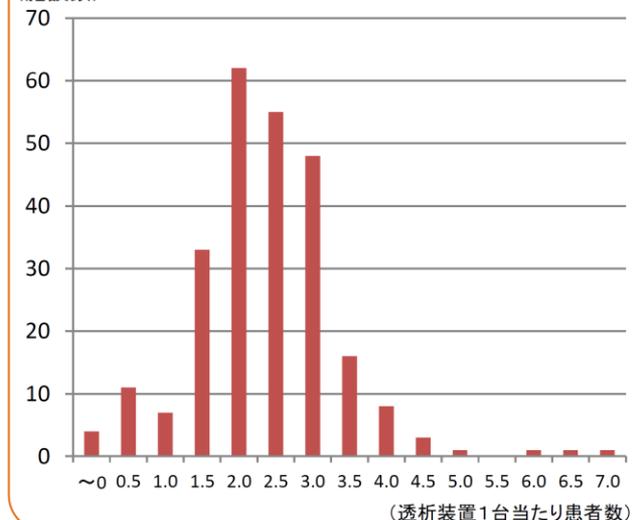
＜我が国と諸外国の腎代替療法の割合＞



(3) 施設の規模や、透析装置と患者数の比には、ばらつきがあるが、同一の報酬体系となっている。

⇒ 施設の規模や効率性を踏まえた報酬体系としていくことが必要。

＜透析監視用装置1台当たりの患者数の分布＞



30年度診療報酬改定での対応

糖尿病透析予防指導管理料の対象患者拡大

腹膜透析や腎移植に資する取組みや実績等を評価

血液透析の診療報酬を、施設の効率性等を踏まえた評価となるよう適正化

腹膜透析や腎移植の推進に資する評価

➤ 腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価する。

1. 導入期加算を見直し、患者に対する腎代替療法の説明を要件化するとともに、腹膜透析の指導管理や腎移植の推進に係る実績評価を導入する。

現行	
【人工腎臓】	
導入期加算	300点

[施設基準] なし



改定後	
【人工腎臓】	
(改) 導入期加算1	300点
(新) 導入期加算2	400点

[施設基準]

導入期加算1

関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、**患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行うこと**

導入期加算2

- ① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること
- ② 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること
- ③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

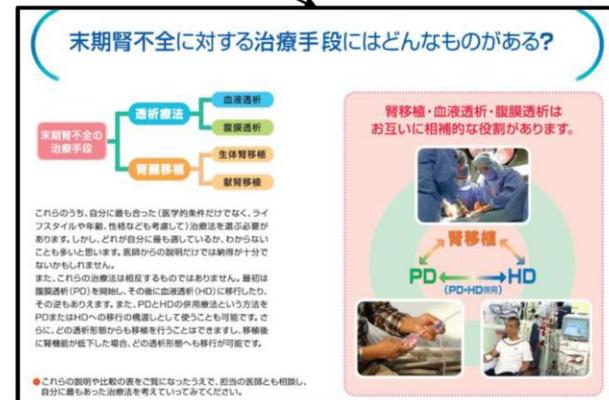
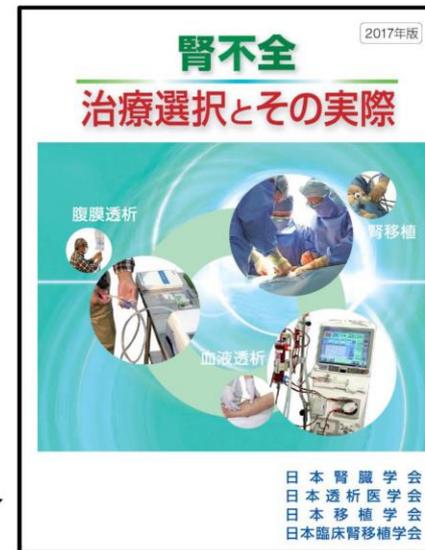
2. 慢性維持透析患者外来医学管理料の加算を新設し、導入期加算と同様な評価を導入する。

(新) 腎代替療法実績加算 100点 (1月につき)

[施設基準] **導入期加算2**の施設基準を全て満たしていること

➤ 腹膜透析を推進するため、腹膜灌流に係る費用の入院料への包括を見直す(別途算定可)。

[見直す入院料] **回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料**



透析予防指導管理の対象拡大、質の高い人工腎臓等の評価の充実

- 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。

現行	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
腎不全期患者指導加算	100点
[算定要件] 腎不全期(eGFRが30mL/min/1.73m ² 未満)の患者に対して医師が必要な指導を行った場合	



改定後	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
(改)高度腎機能障害患者指導加算	100点
[算定要件] eGFRが45mL/min/1.73m ² 未満の患者に対して医師が必要な指導を行った場合	

- 夜間、休日に行われる人工腎臓や質の高い人工腎臓の評価を充実させる。

- ① 夜間、休日に人工腎臓を行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
時間外・休日加算	300点
[算定できる場合] 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合	



改定後	
【人工腎臓】	
(改)時間外・休日加算	380点

- ② 著しく人工腎臓が困難な患者等に対して行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
障害者等加算	120点



改定後	
【人工腎臓】	
(改)障害者等加算	140点

- ③ 長時間の人工腎臓に対する評価を新設する。

(新) 長時間加算 150点 (1回につき)

[算定要件]

通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

人工腎臓に係る診療報酬の見直し①

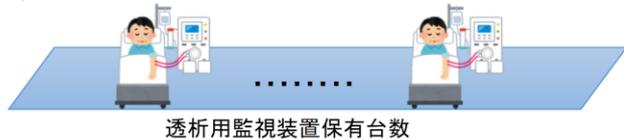
➤ 施設の効率性及び包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ人工腎臓の評価を見直す。

	現行
	【人工腎臓】
	慢性維持透析を行った場合
4時間未満の場合	2,010点
4時間以上5時間未満の場合	2,175点
5時間以上の場合	2,310点



改定後		
【人工腎臓】		
慢性維持透析を行った場合		
(改) 場合1	(新) 場合2	(新) 場合3
<u>1,980点</u>	<u>1,940点</u>	<u>1,900点</u>
<u>2,140点</u>	<u>2,100点</u>	<u>2,055点</u>
<u>2,275点</u>	<u>2,230点</u>	<u>2,185点</u>

<透析用監視装置から見た透析のスケジュール(イメージ)>



透析用監視装置保有台数

		透析用監視装置 ①	...	透析用監視装置 ②
月曜日	午前	Aさん		Cさん
	午後	Bさん		Dさん
火曜日	午前	Xさん		Zさん
	午後	Yさん		(空き)
水曜日	午前	Aさん(再)		Cさん(再)
	午後	Bさん(再)		Dさん(再)

施設あたり血液透析実施患者数

[施設基準]

- 慢性維持透析を行った場合1
次のいずれかに該当する保険医療機関であること
 - ① 透析用監視装置の台数が26台未満
 - ② 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5未満
- 慢性維持透析を行った場合2
次のいずれにも該当する保険医療機関であること
 - ① 透析用監視装置の台数が26台以上
 - ② 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5以上4.0未満
- 慢性維持透析を行った場合3
「慢性維持透析を行った場合1」又は「慢性維持透析を行った場合2」のいずれにも該当しないこと

人工腎臓に係る診療報酬の見直し②

- 透析液の水質確保に関する評価について、現行の透析液水質確保加算1の施設基準を人工腎臓の算定要件とするとともに、評価の見直しを行う。

現行	
【人工腎臓】	
透析液水質確保加算1	8点
透析液水質確保加算2	20点

[施設基準]

透析液水質確保加算1

(右表の人工腎臓の算定要件①及び②を参照)

透析液水質確保加算2

- ① 月1回以上水質確保を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること
- ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること



改定後	
【人工腎臓】	
(削除) (人工腎臓の算定要件とする※)	
(改)透析液水質確保加算	10点

[施設基準]

透析液水質確保加算

(左表の透析液水質確保加算2の①に同じ)

※人工腎臓の算定要件

- ① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること
- ② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること
(ただし、「場合3」においては、原則として、①及び②を満たすこと。)

- 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を、透析時間に応じた評価体系とするため、慢性維持透析を行った場合1~3の加算に変更する。

現行	
【人工腎臓】	
慢性維持透析濾過(複雑なもの)	2,225点



改定後	
【人工腎臓】	
(削除) (※人工腎臓の場合1~3⇒透析時間に応じた評価に見直し)	
(新)慢性維持透析濾過加算	50点

[算定できる場合]

透析液水質確保加算の施設基準を満たす保険医療機関において、透析液から分離作製した置換液を用いる血液透析濾過を行った場合

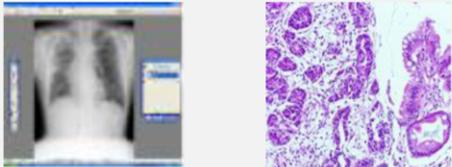
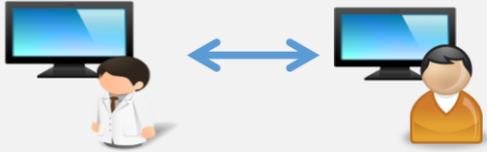
平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進

2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	[遠隔画像診断] <ul style="list-style-type: none"> 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] <ul style="list-style-type: none"> 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) <u>(新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能</u>
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診察 医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	[オンライン診療] <ul style="list-style-type: none"> <u>(新)オンライン診療料</u> <u>(新)オンライン医学管理料</u> <u>(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料</u> 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ※電話等による再診 (新)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。) </div>
	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] <ul style="list-style-type: none"> 心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 <u>(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算)</u> <u>(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算)</u> 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

オンライン診療料の新設

- 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料 70点(1月につき)

[算定要件]

- (1) オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- (2) 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- (4) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (5) オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- (3) 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

オンライン医学管理料の新設

➤ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン医学管理料を新設する。

(新) オンライン医学管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

- オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に、**前回対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り**、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。
- 対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから**6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている**場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(**対面診療の間隔は3月以内**)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

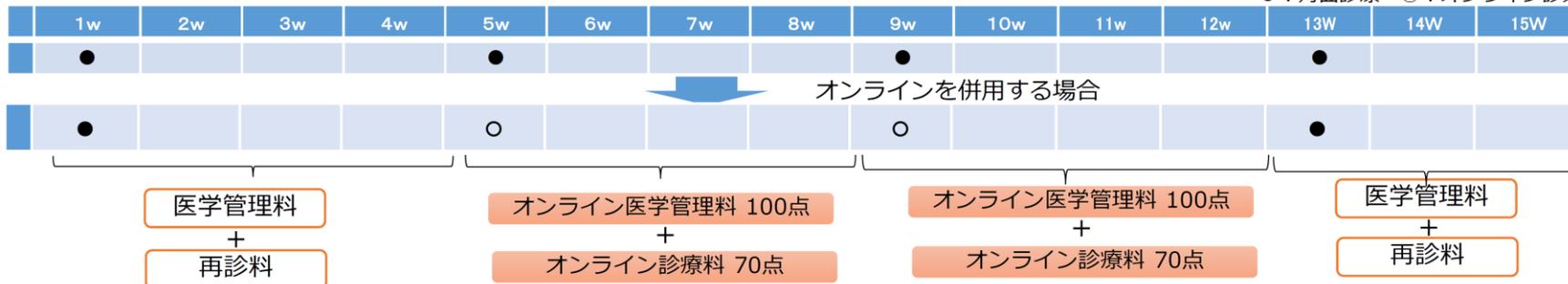
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン医学管理料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料等を初めて算定した月から**6月以上を経過した患者**。

特定疾患療養管理料	小児科療養指導料	てんかん指導料	難病外来指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料	地域包括診療料	認知症地域包括診療料	生活習慣病管理料

● : 対面診療 ○ : オンライン診察



※ オンライン医学管理料の請求は次回受診月

オンライン在宅管理料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン在宅管理料等を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。



(新) 精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

電話等による再診の要件の見直し

- 電話等による再診について、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。
- (2) 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。
- (3) 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

遠隔モニタリング加算の新設

➤ 在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器等を併用した指導管理を評価する観点から、遠隔モニタリング加算を新設する。

(新) 在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)

[算定要件]

- (1) 前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用した遠隔モニタリングを活用し、療養上必要な指導を行った場合、遠隔モニタリング加算として、**2月を限度として**所定点数に加算。
- (2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と遠隔モニタリングを組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。
- (3) 対面診療の間に、適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。
- (4) **少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載**しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- (5) 当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。

※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意

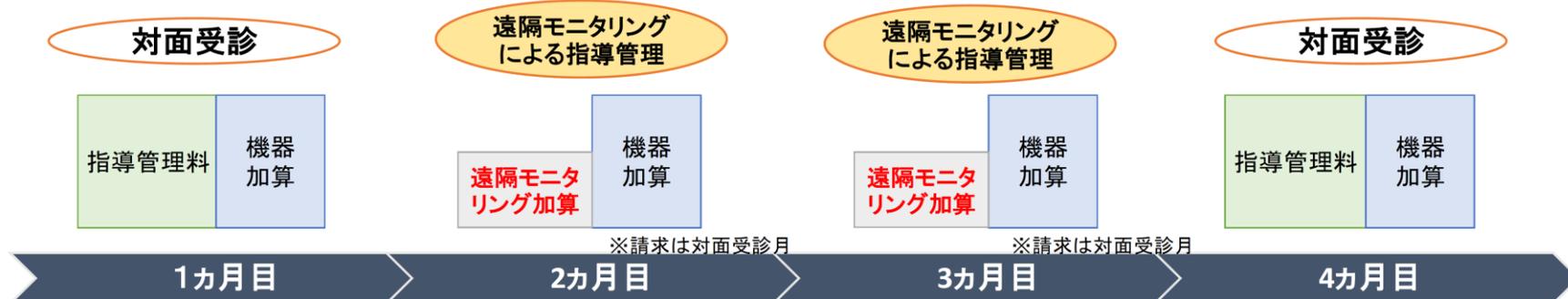
在宅酸素療法



持続陽圧呼吸療法



出典：日本呼吸学会HP



麻酔科の診療に係る評価の見直し①

【課題】

- 麻酔科においては、外部から派遣される医師の活用が進んでいる一方で、その課題も指摘されている。
- 麻酔科における診療の質を高める観点からは、1)手術前後も含めた総合的な医学管理、2)院内における他の診療科及び他職種との連携の視点からの診療をより推進すべきと考えられる。

麻酔料の見直し

- 麻酔科の診療に係る評価について、診療の質を高める観点から、常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう、見直しを行う。

現行	
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	点数(麻酔が困難な患者/それ以外)
1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術等	24,900点/18,300点
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点/12,200点
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点/9,150点
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点/6,710点
5 その他の場合	8,300点/6,100点



改定後	
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	点数(麻酔が困難な患者/それ以外)
1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術等	24,900点/ <u>18,200点</u>
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点/ <u>12,100点</u>
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点/ <u>9,050点</u>
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点/ <u>6,610点</u>
5 その他の場合	8,300点/ <u>6,000点</u>

麻酔科の診療に係る評価の見直し②

麻酔管理料の評価の充実

- 常勤の麻酔科医による総合的な医学管理及び長時間の閉鎖循環式全身麻酔を評価する。

現行	
麻酔管理料	点数 (硬膜外麻酔等／閉鎖循環式全身麻酔)
(Ⅰ)	200点／900点
(Ⅱ)	100点／300点



改定後	
麻酔管理料	点数 (硬膜外麻酔等／閉鎖循環式全身麻酔)
(Ⅰ)	250点／1,050点
(Ⅱ)	150点／450点

現行	
麻酔管理料(Ⅰ)長時間麻酔管理加算	7,500点
[算定する場合] 区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合	



改定後	
麻酔管理料(Ⅰ)長時間麻酔管理加算	7,500点
[算定する場合] 区分番号K017、K020、K136-2、 K142-2の1 、K151-2、 K154-2 、 K169の1 、 K172 、K175の2、 K177 、 K314の2 、K379-2の2、 K394の2 、K395、 K403の2 、 K415の2 、 K514の9 、 K514-4 、 K519 、 K529の1 、 K529-2の2 、 K552の1 、 K553の3 、 K553-2の2 、 K553-2の3 、 K555の3 、K558、 K560の1のイからK560の1のハまで 、 K560の2 、 K560の3のイからK560の3のニまで 、 K560の4 、K560の5、 K560-2の2のニ 、 K567の3 、K579-2の2、 K580の2 、K581の3、 K582の2 、K582の3、 K583 、K584の2、 K585 、 K586の2 、 K587 、 K592-2 、K605-2、K605-4、 K610の1 、K645、 K675の4 、K675の5、K677-2の1、 K695の4 、 K695の6 、 K695の7 、K697-5、K697-7、 K703 、 K704 、K801の1、 K803の2 、 K803の4 及び K803-2 に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合	

デジタル病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

【課題】

- 診療報酬上、病理診断については、標本(ガラススライド)を顕微鏡で観察することにより実施することとしており、デジタル病理画像のみによって実施することは認められていない。
- 保険医療機関間の連携による病理診断においては、連携先の保険医療機関に標本を送付することとされており、送付側の保険医療機関は、自施設内で標本作製するか、衛生検査所に標本作製を委託する必要がある。

- デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた場合に、デジタル病理画像のみを用いて病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能とする。

現行

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。



改定後

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本(組織標本のデジタル病理画像を含む。)に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【留意事項】

デジタル病理画像による病理診断については、**デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器**を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、**関係学会による指針を参考とすること**。

【デジタル病理画像による病理診断の施設基準】

- (1) **病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算**の届出を行っている施設であること。
- (2) **デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制**を整備していること。

- 保険医療機関間の連携による病理診断において、デジタル病理画像の送受信によって行われた場合及び検体を送付して受取側の医療機関で標本が作製された場合も、病理診断料等を算定可能とする。

標本等の送付側
(検体の採取施設)



- ・標本等(検体及びデジタル病理画像を含む)の送付 **又は送信**
- ・診療情報の提供



結果の報告

標本等の受取側



移植医療の評価の充実①

【課題】

- 臓器移植後に抗HLA抗体が出現した症例に対して治療を行うことにより、予後が改善するとの報告があるが、移植術後の経過中における抗HLA抗体検査の費用については、算定対象としていない。
- 造血幹細胞移植について、移植登録をした患者の約30%の患者が待機中に移植中止となっており、コーディネート体制の充実を含めた、実施体制の整備が必要である。

➤ 臓器移植患者の予後改善のため、移植後の経過中に実施される抗HLA抗体検査の評価を行う。

(新) 抗HLA抗体(スクリーニング検査) 1,000点(1月につき)

[算定要件]

- 肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り別に算定できる。

(新) 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査) 5,000点(1月につき)

[算定要件]

- 抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り別に算定できる。

➤ 造血幹細胞移植の成績向上の観点から、移植のコーディネート期間の短縮に資するような体制や、専門的な医師・看護師の配置がある場合の造血幹細胞移植の評価を見直す。

造血幹細胞移植

(新) 非血縁者間移植加算 10,000点

[算定要件] 骨髄移植又は末梢血幹細胞移植の同種移植において、非血縁者間移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

(新) コーディネート体制充実加算 1,500点

[算定要件] 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届け出た保険医療機関において、骨髄移植又は末梢血幹細胞移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該手術に係る10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 同種移植のコーディネートの十分な体制が整備されていること。
- 当該療養を担当する診療科が、関係学会による認定を受けていること。

移植医療の評価の充実②

【課題】

- 組織移植のうち、心臓弁・血管移植、皮膚移植、骨移植については、現状は必要な組織を十分に供給できていない。
- 現行の診療報酬では、組織移植に係る費用を十分にまかなえていないという指摘がある。

- 組織移植のうち心臓弁・血管移植、皮膚移植、骨移植について、質を担保する取組の実施を前提として、安定した組織の供給にかかる費用を踏まえ、評価を見直す。

現行	
【皮膚移植術】	
1 200平方センチメートル未満	6,750点
2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	9,000点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	13,490点
4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	32,920点
5 3,000平方センチメートル以上	37,610点
【骨移植術(軟骨移植術を含む。)](抜粋)	
3 同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)	24,370点
【凍結保存同種組織加算】	9,960点



改定後	
【皮膚移植術】	
1 200平方センチメートル未満	<u>8,000点</u>
2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	<u>16,000点</u>
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	<u>32,000点</u>
4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	<u>80,000点</u>
5 3,000平方センチメートル以上	<u>96,000点</u>
【骨移植術(軟骨移植術を含む。)](抜粋)	
3 同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)	<u>39,720点</u>
【凍結保存同種組織加算】	<u>81,610点</u>

[施設基準](抜粋)

日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

性別適合手術の保険適用

【課題】

- 性同一性障害は国際疾病分類(ICD)に位置付けられる精神疾患であるが、治療のうち保険給付の対象となっているものは精神療法のみであり、性別適合手術は給付の対象となっていない。
- 性同一性障害者に対する性別適合手術について、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインに基づき、一定の基準を満たす施設において施行される場合に限って、保険適用とする。

[対象となる手術]

MTF(male to female)に対する手術

- (1) [精巣摘出術](#)
- (2) [陰茎全摘術](#)
- (3) [尿道形成手術\(前部尿道\)](#)
- (4) [会陰形成術](#)
- (5) [造陰術](#)

FTM(female to male)に対する手術

- (1) [子宮全摘術\(腹腔鏡下手術を含む\)](#)
- (2) [子宮附属器腫瘍摘出術\(腹腔鏡下手術を含む\)](#)
- (3) [尿道下裂形成術](#)
- (4) [陰茎形成術](#)
- (5) [乳房切除術](#)

[施設基準]

- (1) 形成外科、泌尿器科又は産婦人科を標榜する病院であること。
- (2) 性同一性障害学会の認定する医師が1名以上配置されていること。
- (3) 性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施していること又は形成外科、泌尿器科若しくは産婦人科について5年以上の経験を有し、性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施した経験を有する性同一性障害学会認定医が、常勤として1名以上配置されていること。
- (4) 日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」を遵守していること。
- (5) 性同一性障害学会の定めるレジストリに登録していること。

手術等医療技術の適切な評価①

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

- C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料を新設する。

例)

現行(準用技術)	
初日(1日につき) 経皮的心肺補助法	11,100点
2日目以降 大動脈バルーンパンピング法	3,680点



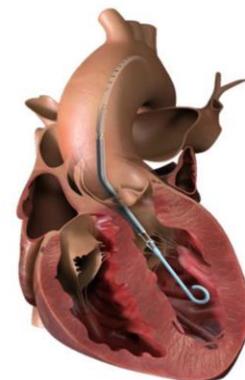
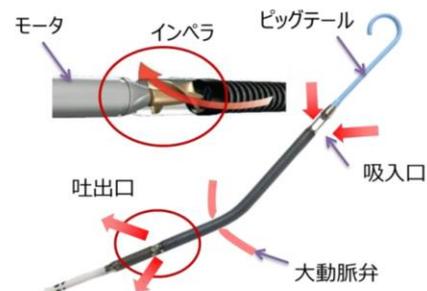
改定後	
(新) 経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)(1日につき)	
1 初日	11,100点
2 2日目以降	3,680点

技術の概要:カテーテル先端の吸入部が左心室に、吐出部が大動脈に位置するよう留置し、内蔵インペラの回転で順行性の血流を発生させ、左心室からの直接脱血による除荷と体循環の維持を行う。

関連する特定保険医療材料:

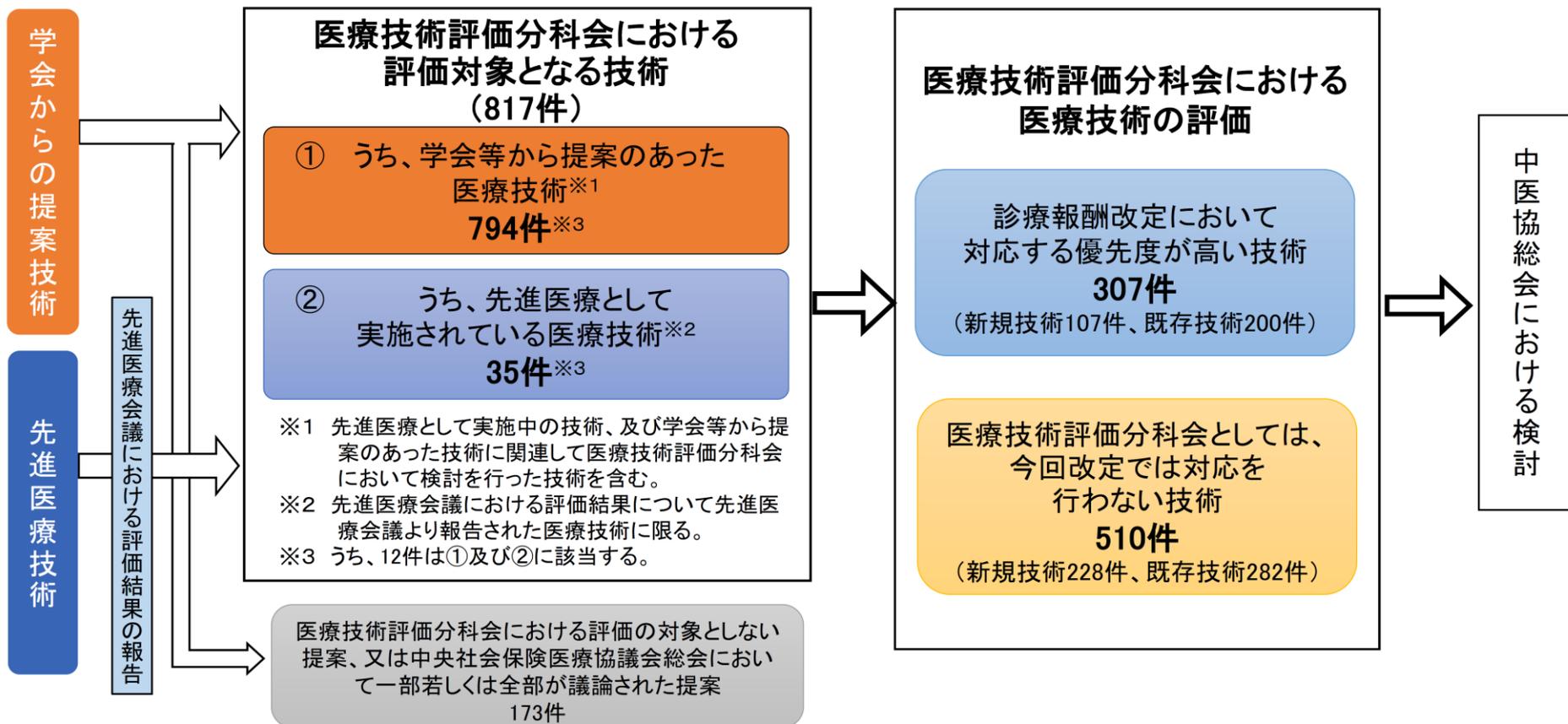
193 補助循環用ポンプカテーテル

2,590,000円



手術等医療技術の適切な評価②

- 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行った。
- 多分野や多臓器の治療に用いられるような新規医療技術について、分野横断的・網羅的に検討を行う観点から、先進医療で実施されている技術についても、先進医療会議における科学的根拠に基づく評価の結果を踏まえ、医療技術評価分科会で保険導入に係る検討を行った。



手術等医療技術の適切な評価③

新規技術の保険導入

- 現在保険収載されていない手術や検査等のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立しているものについて項目の新設等を行う。

[新たに保険収載される手術の例]

(新) <u>一時的創外固定骨折治療術</u>	34,000点
(新) <u>後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)</u>	69,000点
(新) <u>胸腔鏡下弁形成術</u>	
<u>1弁のもの</u>	109,860点
<u>2弁のもの</u>	123,170点
(新) <u>バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術</u>	31,710点
(新) <u>生体部分小腸移植術</u>	164,240点
(新) <u>同種死体小腸移植術</u>	177,980点

[新たに保険収載される検査の例]

(新) <u>シュウ酸(尿)</u>	200点
(新) <u>ADAMTS13活性</u>	400点
(新) <u>ADAMTS13インヒビター</u>	600点
(新) <u>前眼部三次元画像解析</u>	265点

手術等医療技術の適切な評価④

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その1

(医療技術分科会における議論)

- 現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術については、既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を現時点で示すことが困難な状況。
 - 一方で、内視鏡の操作性の高さ等のロボット支援下内視鏡手術の利点が指摘されており、また、現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術の中には、既存技術と同等程度の医学的有効性および安全性を有するものも存在すると考えられる。
- 
- ロボット支援下内視鏡手術については、各手術の有効性・安全性について個別に評価を行い、既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるものについては、改定において優先的に対応してはどうか。
 - ロボット支援下内視鏡手術を保険適用する際には、その安全性を担保し、データを蓄積するための施設基準を設けるべきではないか。
 - 既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるものの、優越性を示すまでには至っていない手術については、その診療報酬上の評価は、既存技術と同程度とすることが適切ではないか。
- 

- 医療技術評価分科会に提案のあったロボット手術等のうち、既存技術と同等程度の有効性・安全性があると評価されたものについては、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術とする。
- 保険適用に当たっては、施設基準として、当該ロボット支援下内視鏡手術又は関連する手術の実績や、関係学会によるレジストリに参加する等の要件を設ける。

手術等医療技術の適切な評価⑤

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その2

○ 既存技術と同等程度の有効性・安全性を有するロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

腹腔鏡下胃切除術 2 悪性腫瘍手術 64,120点

(新)内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

技術の概要:

胃癌治療のため、内視鏡手術用支援機器を用いて内視鏡下に胃切除を行う技術。

[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]

- ・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること
- ・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること



保険導入を行うロボット支援下内視鏡手術

内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名	
1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもの)
4	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	胸腔鏡下弁形成術
6	腹腔鏡下胃切除術
7	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	腹腔鏡下胃全摘術
9	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	腹腔鏡下膣式子宮全摘術
12	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)

手術等医療技術の適切な評価⑥

➤ 保険導入を行う新規技術の例(2)

○ 既存X線治療と同等の有効性が認められた疾患に対する粒子線治療を保険適用する。

粒子線治療(一連につき)

(新) 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合

重粒子線治療の場合 110,000点

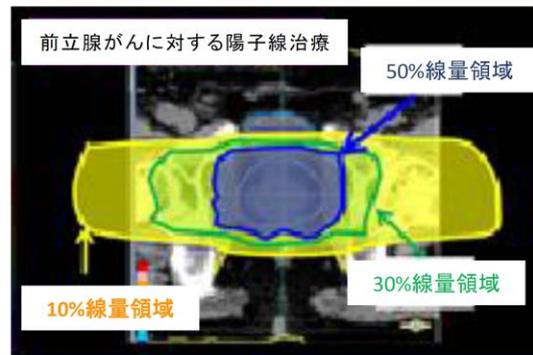
陽子線治療の場合 110,000点

技術の概要:

水素原子核(陽子線)又は炭素原子核(重粒子線)を加速することにより得られた放射線を、病巣に集中的に照射して、悪性腫瘍を治療する技術。

[算定の要件]

- ・陽子線治療: 前立腺がん
- ・重粒子線治療: 前立腺がん
- ・実施に用いる粒子線治療装置の薬事承認が得られていること



[加算]

- | | | |
|--------------|---------|------------------------------|
| ①粒子線治療適応判定加算 | 40,000点 | ※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価 |
| ②粒子線治療医学管理加算 | 10,000点 | ※ 照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価 |

手術等医療技術の適切な評価⑦

➤ 保険導入を行う新規技術の例(3)

小腸移植術の評価

➤ 短腸症候群及び機能的難治性小腸不全の患者に対する小腸移植を保険適用する。

(新)	移植用部分小腸採取術(生体)	56,850点
(新)	生体部分小腸移植術	164,240点
(新)	移植用小腸採取術(死体)	65,140点
(新)	同種死体小腸移植術	177,980点

施行頻度の高い認知機能検査の評価

➤ 長谷川式知能評価スケール等の施行頻度の高い認知機能検査について、評価の対象とする。

現行

【認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が容易なもの
- 2 操作が複雑なもの
- 3 操作と処理が極めて複雑なもの

[留意事項](抜粋)

「1」の「操作が容易なもの」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、(中略)のことをいう。

改定長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び(中略)の費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。



改定後

【認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が容易なもの
- 2 操作が複雑なもの
- 3 操作と処理が極めて複雑なもの

[留意事項](抜粋)

「1」の「操作が容易なもの」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、(中略)、長谷川式知能評価スケール、MMSE、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoCA-Jのことをいう。

手術等医療技術の適切な評価⑧

既存技術の見直し

➤ 医療技術評価分科会の検討結果等を踏まえ、既存技術の評価の見直し(削除を含む。)を行う。

○再評価を行う既存技術の例

ABO血液型	21点
Rh(D)血液型	21点
神経学的検査	450点
生体検査 新生児加算 乳幼児加算 幼児加算	100分の80 100分の50 100分の30
血液採取 注 乳幼児加算	25点 20点
創傷処置 1 100平方センチメートル未満	45点
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側 注 乳幼児加算	150点 50点
ギプス処置 注 乳幼児加算	3歳未満



<u>24点</u>
<u>24点</u>
<u>500点</u>
100分の <u>100</u> 100分の <u>70</u> 100分の <u>40</u>
<u>30点</u> <u>25点</u>
<u>52点</u>
<u>180点</u> <u>55点</u>
<u>6歳未満</u>

○項目を削除する技術の例

膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)※
前立腺酸ホスファターゼ(PAP)※
腹腔鏡下食道噴門部縫縮

※ 削除する項目のうち、検査の項目については、平成32年3月31日まで算定可能

手術等医療技術の適切な評価⑨

➤ 既存技術の見直しの例

➤ 高気圧酸素治療の評価の見直しを行う。

現行

高気圧酸素治療(1日につき)	
1 救急的なもの	
イ 1人用高圧酸素治療	5,000点
ロ 多人数用高圧酸素治療	6,000点
2 非救急的なもの	200点



改定後

高気圧酸素治療(1日につき)	
1 減圧症又は空気塞栓に対するもの	5,000点
2 その他のもの	3,000点

注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。

※ 「1」については一連につき7回、「2」については、疾患により一連につき10回又は30回を限度として算定できる。

➤ 帝王切開術の複雑な場合に多胎を追加する。

現行

帝王切開術(複雑な場合の加算)	2,000点
ア 前置胎盤の合併を認める場合	
イ 32週未満の早産の場合	
ウ 胎児機能不全を認める場合	
エ 常位胎盤性早期剥離を認める場合	
オ 開腹歴のある妊婦に対して実施する場合	



改定後

帝王切開術(複雑な場合の加算)	2,000点
ア 前置胎盤の合併を認める場合	
イ 32週未満の早産の場合	
ウ 胎児機能不全を認める場合	
エ 常位胎盤性早期剥離を認める場合	
オ 開腹歴のある妊婦に対して実施する場合	
カ 多胎の場合	

手術等医療技術の適切な評価⑩

- 外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案2018」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

(1) 見直しを行う検査の例

検査名	現行	改定後
超音波検査 3 心臓超音波検査 ホ 負荷心エコー法	1,680点	<u>2,010点</u>
脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	600点	<u>720点</u>
小腸内視鏡検査 1 ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000点	<u>7,800点</u>

(2) 見直しを行う処置の例

処置名	現行	改定後
熱傷処置 6,000平方センチメートル以上	1,250点	<u>1,500点</u>
羊水穿刺(羊水過多症の場合)	120点	<u>144点</u>
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側	150点	<u>180点</u>

(3) 見直しを行う手術の例

手術名	現行	改定後
骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨	14,810点	<u>15,980点</u>
腹腔鏡下ヘルニア手術 2 大腿ヘルニア	15,460点	<u>18,550点</u>
肝切除術 1 部分切除	36,340点	<u>39,040点</u>

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、 働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

これまでの取組の充実

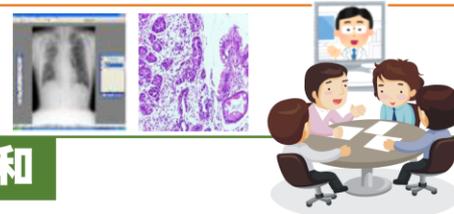
- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大



常勤要件・専従要件の緩和

- 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して常勤配置に関する要件を緩和
- 医療従事者の専従要件※について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には専任※で可能とするなど、より弾力的な運用が可能となるよう見直し

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能



医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件である病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

勤務場所の要件の緩和

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し

医師事務作業補助体制加算の見直し

- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、医療機関の取組がさらに進むよう、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことを医師事務作業補助体制加算等の要件とする。

※ ①(必須)及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



あわせて、合理化の観点から、以下の見直し。

- ✓ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減に係る要件を集約・整理する観点から、精神科リエゾンチーム加算等について、当該要件を削除。
- ✓ 病院に勤務する医療従事者、勤務医及び看護職員の負担軽減に係る手続きを合理化する観点から、毎年7月に提出している内容と変化がない場合は、加算等の届出変更時の様式の添付は不要とする。

- 医師事務作業補助体制加算1及び2の評価を引き上げる。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	870点/810点
20対1	658点/610点
25対1	530点/490点
30対1	445点/410点
40対1	355点/330点
50対1	275点/255点
75対1	195点/180点
100対1	148点/138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	<u>920点/860点</u>
20対1	<u>708点/660点</u>
25対1	<u>580点/540点</u>
30対1	<u>495点/460点</u>
40対1	<u>405点/380点</u>
50対1	<u>325点/305点</u>
75対1	<u>245点/230点</u>
100対1	<u>198点/188点</u>

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進①

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・共同を推進し、身体的拘束の低減等、より質の高い療養環境の提供を目指す観点から、看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価を充実する。

看護補助者の配置に関する評価の充実

現行		改定後		現行		改定後	
【急性期看護補助体制加算】		【急性期看護補助体制加算】		【看護補助加算】		【看護補助加算】	
25対1～75対1	160点 ～80点	25対1～75対1	210点 ～130点	看護補助加算1～3	109点 ～56点	看護補助加算1～3	129点 ～76点
夜間30対1～100対1	40点 ～20点	夜間30対1～100対1	90点 ～70点	夜間75対1	30点	夜間75対1	40点
夜間看護体制加算	10点	夜間看護体制加算	60点	[施設基準] 13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)を算定する病棟であること。		[施設基準] 地域一般入院料1若しくは2又は13対1入院基本料 を算定する病棟であること。	
				夜間看護体制加算	150点	夜間看護体制加算	165点

障害者病棟における看護補助者の配置に対する評価

- 障害者が入院中に安心して適切な医療を受けることができるよう、障害者施設等入院基本料(7対1、10対1)を算定する病棟において、看護補助者の配置及び夜間における看護職員の負担軽減に資する取組に係る評価を新設する。

(新) 看護補助加算(1日につき)

イ 14日以内の期間	129点
ロ 15日以上30日以内の期間	104点

[施設基準]

- ① 看護補助者の数は、**常時30対1**以上であること。
- ② 夜勤を行う看護補助者の数は、常時75対1以上(みなし看護補助者を除く)であること。
- ③ 障害者施設等入院基本料(7対1、10対1に限る。)を算定する病棟であること。

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日)

[施設基準]

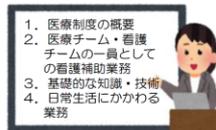
- ① 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な管理業務等の体制が整備されていること。
- ② 看護補助加算を算定する病棟であること。

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

➤ 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。

- ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
- ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

➤ 療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。

[施設基準]

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1以上であること。
- ② ADL区分3の患者を5割以上入院させる病棟であること。



看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進③

急性期一般病棟における看護職員の夜間配置の評価を充実・新設

- 看護職員夜間配置加算の評価を充実する。また、急性期一般入院基本料のうち重症度の高い患者が一定割合以上入院する病棟における夜間看護職員の配置に係る評価を新設する。

現行		改定後	
【看護職員夜間配置加算】		【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1	80点	夜間12対1配置加算1	95点
夜間12対1配置加算2	60点	夜間12対1配置加算2	75点
夜間16対1配置加算	40点	夜間16対1配置加算1	55点
		(新) 夜間16対1配置加算2	30点

[看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
- ② 急性期一般入院料2、3、4、5又は6を算定する病棟であること。

地域包括ケア病棟における夜間看護配置の評価

- 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間の看護職員の配置に係る評価を新設する。

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、**常時16対1以上**であること。
- ② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準(B項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」)を満たす患者を、**3割以上**入院させる病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき)

精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

- 精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する病棟において、夜間に看護職員の手厚い配置をし、身体的拘束等の行動制限を最小化するとともに、夜間における看護職員の負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設する。

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、**常時16対1以上**であること。
- ② 行動制限最小化委員会を設置していること。
- ③ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき) ※入院した日から起算して30日を限度

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。

③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

看護師	糖尿病合併症管理料
歯科衛生士	歯科治療時医療管理料
歯科技工士	有床義歯修理歯科技工加算1及び2
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料※

※ 診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。



専従要件の緩和

- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

- ① チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料)
- ② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチーム(医師2名、看護師1名、薬剤師1名)について、少なくとも医師のいずれか1人及び看護師が専従であること。

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従であること。
ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

390点

- ③ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることを可能とする。
- ④ 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し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

※ リハビリテーション実績指数が37以上

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための**責任者を配置**。

イ **多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議***を設置し、「**医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。

※ 当該保険医療機関における安全衛生委員会等既存の委員会を活用して差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ イの**計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む**。

- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
- ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減



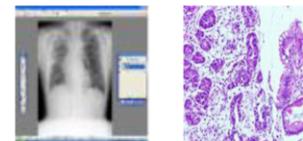
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**。

勤務場所に関する要件の緩和①

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

- ▶ 画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、加算を算定する保険医療機関において当該加算に求められる医師数が勤務している場合、当該医療機関で週3日以上かつ24時間以上勤務する常勤医師が、ICTを活用して自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

※ 現行では、画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が**夜間休日**に撮影した画像を送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合、院内での読影に準じて扱うこととされていた。



救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

- ▶ 救命救急入院料等においては、医師が常時治療室内に勤務していることが要件となっているが、治療室に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、一定の条件の下では、継続的な診療を行うために医師が一時的に治療室から離れても差し支えないこととする。

(例) 現行(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。



(例) 改定後(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。**ただし、患者の治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れても差し支えない。**

※ 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様

勤務場所に関する要件の緩和②

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器(ICT)の活用

- 関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう、要件を見直す。



[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算(訪問看護療養費)
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ② 保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 【施設基準】	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 【施設基準】	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 【算定要件】	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 【算定要件】	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



③ 入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



② 在宅療養担当医療機関（訪問看護St）が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき ----- 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること ----- 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、 働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

施設基準等の届出等の簡素化・合理化

- 医療機関の業務の効率化の観点から、施設基準等の届出において、様式の廃止や提出する資料数の低減、届出する機会を減らす等の合理化を行う。

入院料等	届出等	対応
基本診療料・特掲診療料 訪問看護療養費	施設基準等に係る届出	副本の提出、副本のコピーの添付を廃止。
急性期一般入院基本料の入院料	急性期一般入院料2～6の 変更の届出	平成30年10月1日以降において、急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であれば、急性期一般入院料2～6の届出において、様式10のみの届出を可能とする。
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料、等	重症度、医療・看護必要度の実績の届出	年間の実績を求める様式10の3を削除し、様式10のみの届出を可能とする。
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実績指数等の報告	年4回の報告を、年1回(7月)の報告のみとする。
総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、等	医療従事者等の負担の軽減並びに処遇の改善に関する届出	負担軽減等に係る内容を求めている評価について、配置等に係る評価に集約し、他の評価における届出を廃止。 届出の変更にあたり、直近の年1回(7月)の報告から変更がない場合、届出時の様式の添付を省略可能とする。
高度難聴指導管理料	施設基準の届出	届出を廃止し、施設基準を満たす保険医療機関は算定可能とする。

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進②

評価項目の削除

- 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術や評価項目について削除し、診療報酬点数表の簡素化を図る。

K043-2 骨関節結核瘻孔摘出術
K043-3 骨髄炎手術(骨結核手術を含む)。
K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術
K052-3 多発性骨腫摘出術
K084 1 四肢切断術 肩甲帯

K667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
K781-2 ピンハンマー式尿路結石破碎術
I012 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)
精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

経過措置のあるもの(平成32年3月31日まで)

D006 2 トロンボテスト
D006-3 2 mRNA定量(1以外のもの)
D007 9 ムコ蛋白
D007 24 膵分泌性トリプシンインヒビタ(PSTI)
D009 6 前立腺酸ホスファターゼ(PAP)

診療報酬明細書の添付資料の見直し

- 診療報酬明細書の添付資料について、算定要件を満たすか否かの判断に不必要なものは廃止する。また、記載が必要なものでも、可能な限り診療報酬明細書(レセプト)に記載することとし、記載で置き換え可能な添付資料は廃止する。

例 療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分に係る評価票の添付資料

【療養病棟入院基本料の施設基準告示】

現行

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること



改定後

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、**記録していること**

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進③

診療情報の利活用の推進のための見直し

- 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、診療報酬明細書等の請求時の対応の変更等を行う。



① 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項の選択式化

診療報酬明細書(レセプト)に算定理由等を記載するもののうち、留意事項通知等で選択肢が示されているものについては、フリーテキストで記載するのではなく、選択式とする。

② 診療報酬明細書の患者氏名表記のカタカナ併記

電子レセプト等について、カタカナ併記の協力を求めることとし、医療と介護のデータの連携を可能とする。

③ 診療報酬明細書の精神疾患の傷病名の記載の方法見直し

精神疾患の傷病名について、原則として、ICD-10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

④ DPCデータの術式の記載の追加

DPCデータに、手術分類(Kコード)に加えて、外科学会社会保険委員会連合が提供する基幹コード(STEM7)も記載することとする。

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し
4. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

薬価制度の抜本改革

- 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」(H28.12)に基づき、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現。

新薬

新薬創出等加算の抜本の見直し

- 対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み
- 企業指標：**企業指標**(革新的新薬の開発等)の**達成度に応じた加算**

効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- 対象：**350億円以上***
- 頻度：**年4回**(新薬収載の機会)
* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

外国平均価格調整の見直し

- 米国参照価格リスト
：メーカー希望小売価格 → **公的制度の価格リスト**

新薬のイノベーション評価の見直し

- 加算対象範囲(類似薬のない新薬)
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**
(製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定)

費用対効果評価の導入

- 試行的実施
：対象13品目の価格調整を**平成30年4月実施**
- 本格実施
：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

長期収載品・後発品

長期収載品の薬価の見直し

- 対象：後発品の上市後、**10年を経過した長期収載品**
- 見直し方法：**後発品の薬価を基準**に段階的に引下げ

後発品価格の集約化

- 対象：上市から**12年を経過した後発品**
- 価格帯数：**1価格帯**を原則

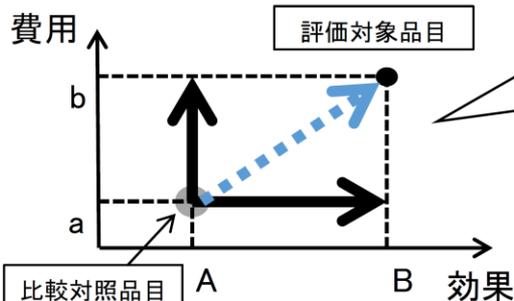
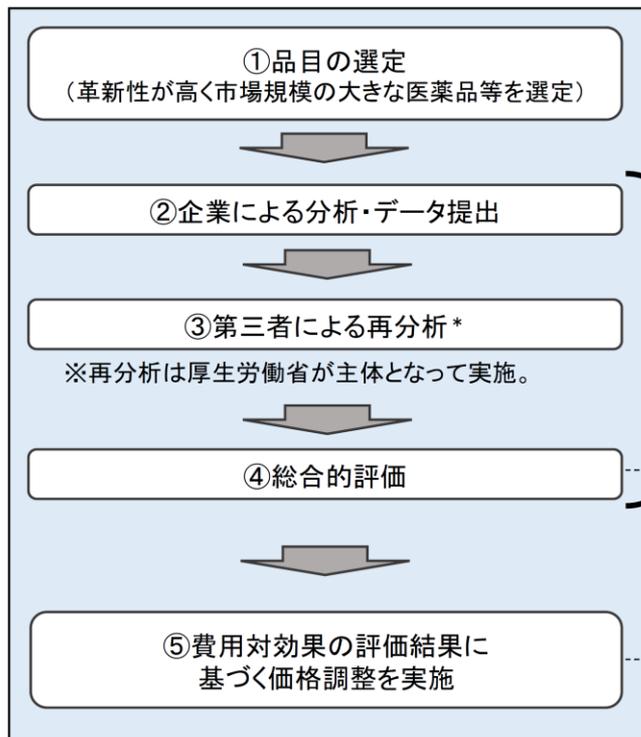
毎年薬価調査・毎年薬価改定

・対象範囲…全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**H32年**中に設定

費用対効果評価の試行的実施

- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果を分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題(※)への対応策を整理する。併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

【費用対効果評価の手順】

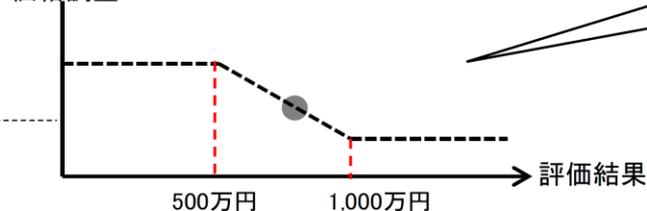


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

評価にあたっては、生命に関わる重篤な疾患での延命や希少な難病等の、倫理的、社会的影響も考慮

評価結果に応じて対象品目の価格を調整

価格調整



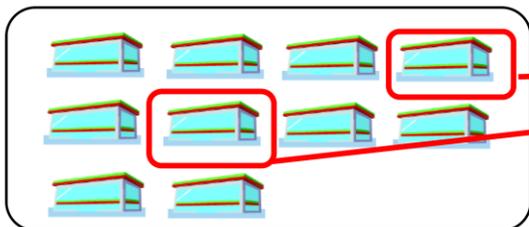
※試行的実施において、一部の品目で、企業による分析と第三者による再分析に大きく異なる結果が生じており、技術的課題への方策を整理中。

* 導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大)

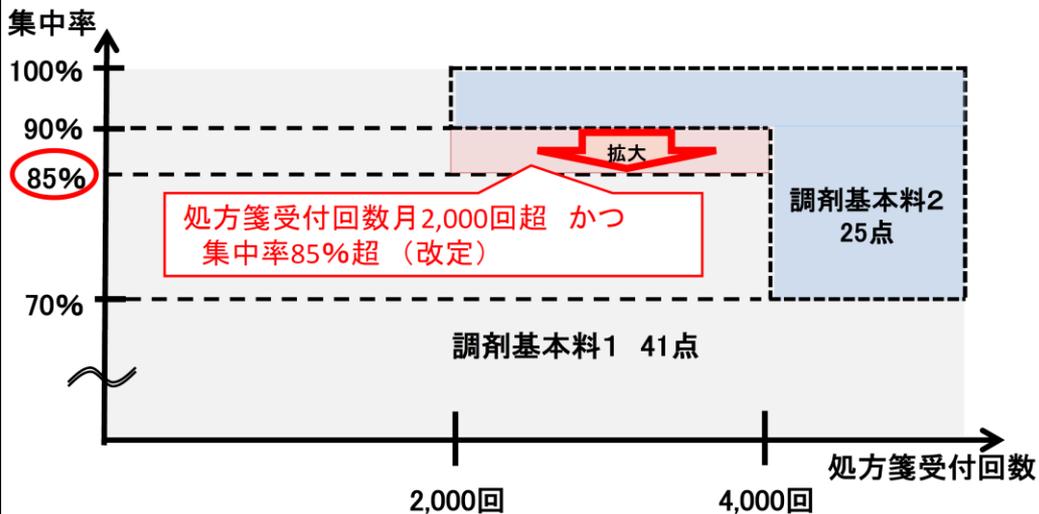
- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、
 ①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の
 調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下)	20点
①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ 集中率が85%超の薬局(改正)	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	
(新)調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超)	15点
①処方箋集中率が85%超の薬局	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2	25点
・処方箋受付回数月4,000回超 かつ集中度70%超	
・処方箋受付回数月2,000回超 かつ集中度90%超	
⇒処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中度85%超 (改正)	

調剤基本料2	25点
・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)	
上記に以下の場合を追加	
① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。	
② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。	

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し
4. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点



改定後	
一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点



改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点



改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

医薬品の適正使用の推進

入院中等の減薬の取組みの評価

- 入院患者に対する減薬に係る取組実績を踏まえ、地域包括ケア病棟入院料において、「薬剤総合評価調整加算」の算定を可能とする。

＜参考＞ 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

入院中の患者について、以下のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合



医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方適正化①

- 処方料・処方箋料が減算となる多剤処方の範囲を拡大するとともに、多剤処方時の処方料・処方箋料等の報酬水準を適正化する。

現行

【処方料・処方せん料】

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合

処方料	20点
処方せん料	30点

【薬剤料】

注 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。



改定後

【処方料・処方箋料】

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬 **又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬**の投薬を行った場合

処方料	<u>18点</u>
処方箋料	<u>28点</u>

【薬剤料】

注 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬 **又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬**の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

- ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を、1年以上同一の用法・用量で継続処方している場合について、処方料・処方箋料を適正化する。

(新) 処方料 29点

(新) 処方箋料 40点

[算定要件]

平成30年4月以降の処方において、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬等を1年以上連続して同一の用法・用量で処方している場合(ただし、不安若しくは睡眠障害に係る適切な研修等を修了した医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合を除く。)

医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方 of 適正化②

- 向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について、減薬した上で薬剤師又は看護職員と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の評価を新設する。

処方料

(新) 向精神薬調整連携加算 12点

処方箋料

(新) 向精神薬調整連携加算 12点

[算定要件]

直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又はベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を1年以上同一の用法・用量で継続処方していた患者であって、直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日あたり用量が減少したものについて、薬剤師(処方料については薬剤師又は看護職員)に処方内容の変更に伴う状態の変化の確認を指示した場合

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し
4. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の適正化

【課題】

- 血管造影上75%狭窄がある冠動脈病変に対して、追加の検査で実際の心筋の機能的な虚血の有無を確認したところ、46.4%の病変で虚血を認めなかったとの報告がある。
- 関連学会によるガイドラインにおいては、虚血がないことが証明されている患者にはPCI(経皮的冠動脈インターベンション)の適応はないとされている。

- 安定冠動脈疾患に対して待機的に施行する経皮的冠動脈インターベンションについて、原則として、術前の検査等により、機能的虚血の存在が示されていることを算定要件とする。

現行

【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

- (1)一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。

※ 診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載する。また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

※ 経皮的冠動脈形成術についても、同様の見直しを行う。



改定後

【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

- (1)一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。
- (4)「3」のその他のものは、原則として次のいずれか該当する病変に対して実施した場合に算定する(※)。

ア 90%以上の狭窄病変

イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変(他に有意狭窄病変が認められない場合に限る。)

ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変

実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

実勢価格を踏まえた臨床検査の適正な評価

- 衛生検査所料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

例)

アルブミン定量(尿)	108点
Dダイマー	141点
生化学検査 I 10項目以上	115点



105点
137点
112点



悪性腫瘍組織遺伝子検査の適正化

- 悪性腫瘍遺伝子検査については、近年新規の遺伝子検査技術の収載が相次いでおり、今後、同一がん種に対して同時に複数項目の遺伝子検査を測定することが想定される。
- 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は作業工程の重複も考慮し、適正化を図る。

(新)

注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目	4,000点
ロ 3項目以上	6,000点

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。

経過措置等について①

項目	経過措置
1 初診料の注2・3、外来診療料の注2・3、在宅患者共同指導料の注1～3に係る病床数要件	・平成30年9月30日までの間、許可病床数の要件について「400床」とあるものは「500床」とする。
2 特定妥結率初診料・再診料・外来診療料	・平成30年11月30日までの間、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に報告されているものとみなす。
3 電話等による再診	・平成30年3月31日以前に、3か月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。
4 重症度、医療・看護必要度の見直し①	・平成30年3月31日時点で、7対1入院基本料（一般、結核、特定、専門）、看護必要度加算（一般、特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟、病室又は医療機関については、平成30年9月30日までの間、各入院料等の「重症度、医療・看護必要度」の施設基準を満たしているものとする。
5 重症度、医療・看護必要度の見直し②	・平成30年3月31日時点で、救命救急入院料1・3又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出ている病室については、平成30年9月30日までの間、重症度、医療・看護必要度の測定に係る要件を満たしているものとする。
6 急性期一般入院料2の施設基準	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料（許可病床数が200床未満に限る。）を届け出ており、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、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。
7 急性期一般入院料2・3の施設基準①	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料を届け出ている病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の施設基準にある、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。
8 急性期一般入院料2・3の施設基準②	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料（許可病床数が200床未満に限る。）を届け出ている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の要件について、それぞれ22%・21%とする。

経過措置等について②

項目	経過措置
9 重症度、医療・看護必要度の評価方法	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料(許可病床数が200床未満に限る。)を届け出ている病棟が、急性期一般入院料2又は3を届け出る場合については、平成32年3月31日までの間、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を用いてもよい。
10 療養病棟入院基本料	・平成30年3月31日時点で、療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、適切な看取りに対する指針に係る要件を満たしているものとする。
11 療養病棟入院基本料の注10 在宅復帰機能強化加算	・平成30年3月31日時点で、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間、当該加算の施設基準を満たしているものとする。
12 療養病棟入院基本料の注11・12	・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減算について、平成32年3月31日までの間、引き続き算定できるものとする。
13 総合入院体制加算	・当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設(介護医療院を除く。)を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設(介護医療院を除く。)を維持することができる。
14 医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	・平成30年3月31日時点で、総合入院体制加算等に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る要件を満たしているものとする。
15 在宅患者緊急入院診療加算の注2に係る病床数要件	・平成31年3月31日までの間、許可病床数の要件について「400床」とあるものは「500床」とする。
16 医師事務作業補助体制加算 処置・手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなす。 ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において、改定前の基準で届け出ても差し支えない。

経過措置等について③

項目	経過措置
17 データ提出加算①	<p>・平成30年3月31日時点で、10対1入院基本料（一般、特定、専門：許可病床数が200床未満に限る。）療養病棟入院基本料1・2、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟又は病室については、平成31年3月31日（許可病床数が50未満又は病棟数が1病棟の場合は平成32年3月31日）までの間、各入院料のデータ提出加算に係る要件を満たしているものとする。</p>
18 データ提出加算②	<p>・平成30年3月31日時点で、データ提出加算の「200床未満」の区分の届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間、引き続き「200床未満」の区分を算定できるものとする。</p>
19 データ提出加算の注2	<p>・外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合の要件については、平成31年3月分のデータまでの期間に限り、当該基準を満たしているものとする。</p>
20 救命救急入院料の注3・4	<p>・平成30年3月31日時点で、救命救急入院料の注3・4に係る施設基準の届出をおこなっている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、引き続き当該加算を算定することができる。</p>
21 特定集中治療室等	<p>・平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成31年3月31日までの間、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。 ・平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成32年3月31日までの間、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。</p>
22 地域包括ケア病棟入院料	<p>・許可病床数が400床以上の病院は、地域包括ケア病棟入院料1又は2の届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、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。</p>
23 緩和ケア病棟入院料	<p>・平成30年3月31日時点で、研和ケア病棟入院料を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、緊急時の対応方針等に関する体制及び実績に係る要件を満たしているものとする。</p>

経過措置等について④

	項目	経過措置
24	精神科救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。 ・平成30年3月31日において現に精神科救急入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、それぞれ改正後の精神科救急入院料1又は2の基準を満たしているものとみなす。
25	在宅自己導尿指導管理料、在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、在宅自己導尿指導管理料と在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者に行った場合、月1回に限りそれぞれの管理料を算定できる。
26	トロンボテスト、mRNA定量(1以外のもの)、ムコ蛋白、膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)、前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、引き続き当該点数を算定することができる。
27	要介護被保険者等に対する維持期・疾患別リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成31年3月31日までの間、当該リハビリテーション料を引き続き算定できるものとする。
28	人工腎臓①	<ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓に係る施設基準の届出を行う医療機関については、平成31年3月31日までの間、透析液の水質の管理に関する専任の医師又は臨床工学技士の配置に係る要件を満たしているものとする。
29	人工腎臓②	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年3月31日時点で、人工腎臓の算定実績を有しない保険医療機関については、人工腎臓の算定を開始した月の翌月から4月(ただし当該月が平成32年4月以降の場合は平成32年3月まで)に限り、慢性維持透析を行った場合1の施設基準を満たすものとする。

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ください。
- 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いたします。



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/iryuuhoken/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

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)

平成30年診療・介護報酬改定率

診療報酬本体 +0.55%

(※医科+0.63%)

介護報酬 +0.54%

(※介護職員処遇改善加算除く)

介護報酬改定の改定率について

社保審一介護給付費分科会	
第157回(H30.1.17)	参考資料1

改定期期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化 	▲2.3%
平成17年10月改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し 	
平成18年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 	▲0.5%[▲2.4%] ※[]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証 	3.0%
平成24年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価 	1.2%
平成26年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引き上げ 	0.63%
平成27年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進 ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築 	▲2.27%
平成29年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護人材の処遇改善 	1.14%
平成30年度改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保 	0.54%

平成29年度介護事業経営実態調査結果について

- 調査の目的： 各サービス施設・事業所の経営状況を把握し、次期介護保険制度の改正及び介護報酬の改定に必要な基礎資料を得る。
- 調査の時期： 平成29年5月（平成28年度決算を調査）

主な介護サービスの収支差率

サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査		サービスの種類	28年度 概況調査		29年度 実態調査	
	27年度 決算	28年度 決算	対27年度 増減	27年度 決算		28年度 決算	対27年度 増減	27年度 決算	28年度 決算
施設サービス					居宅サービス				
介護老人福祉施設	2.5%	1.6%	△0.9%	訪問介護	5.5%	4.8%	△0.7%		
介護老人保健施設	3.2%	3.4%	+0.2%	訪問看護	3.0%	3.7%	+0.7%		
介護療養型医療施設	3.7%	3.3%	△0.4%	通所介護	7.1%	4.9%	△2.2%		
地域密着型サービス					通所リハビリテーション	4.6%	5.1%	+0.5%	
認知症対応型共同生活介護	3.8%	5.1%	+1.3%	短期入所生活介護	3.2%	3.8%	+0.6%		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	6.8%	4.8%	△2.0%	特定施設入居者生活介護	4.1%	2.5%	△1.6%		
小規模多機能型居宅介護	5.4%	5.1%	△0.3%	居宅介護支援	△1.8%	△1.4%	+0.4%		
					全サービス平均	3.8%	3.3%	△0.5%	

※1 介護事業経営実態調査については、今回の調査より、調査対象期間を単月分から1年分に変更。

※2 全サービス平均の収支差率については、総費用額に対するサービス毎の費用額の構成比に基づいて算出した加重平均値である。

平成30年度介護報酬改定の概要(案)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 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
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーター専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

I 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ・ ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ・ ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- ・ 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- ・ 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・ 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- ・ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- ・ リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③ 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

- ・ 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- ・ 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・ 利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤ 認知症の人への対応の強化

- ・ 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- ・ どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・ 障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。
- ・ 療養通所介護事業所の定員数を引き上げる。

Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

- ・ リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリのマネジメントに関する加算の要件とした上で、別途評価する。
- ・ 要支援者のリハビリについて、要介護者のリハビリに設けられている、リハビリのマネジメントに関する加算を設ける。

② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充

- ・ 現在、介護予防通所リハに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハにも設ける。
- ・ 現在、通所リハに設けられている生活行為の向上のためのリハビリテーションに関する加算(6月で目標を達成できない場合は減算)を、介護予防通所リハにも設ける。

③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進

- ・ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。
- ・ 訪問介護の身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化するとともに、身体介護に重点を置くなど、身体介護・生活援助の報酬にメリハリをつける。
- ・ 統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、ケアマネジャーは市町村にケアプランを届け出ることとする。市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行い、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。
※ 「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、10月から施行。

④ 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入

- ・ 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- ・ 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。
- ・ 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

⑥ 身体的拘束等の適正化の推進

- ・ 身体的拘束等の適正化を図るため、居住系サービス及び施設系サービスについて、身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催などを義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額する。

Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

① 生活援助の担い手の拡大

- ・ 訪問介護について、介護福祉士等は身体介護を中心に担う(機能分化)とともに、生活援助については、人材確保の裾野を拡大するとともに、新研修を創設して質を担保する。

② 介護ロボットの活用の促進

- ・ 特別養護老人ホーム等の夜勤について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合に関する評価を設ける。

③ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件等の緩和

- ・ 定期巡回型サービスのオペレーターについて、夜間・早朝に認められている以下の事項を、日中についても認めることとする。
 - ア 利用者へのサービス提供に支障がない場合には、オペレーターと「随時訪問サービスを行う訪問介護員」及び指定訪問介護事業所、指定夜間対応型訪問介護事業所以外の「同一敷地内の事業所の職員」の兼務を認める。
 - イ 夜間・早朝と同様の事業所間の連携が図られているときは、オペレーターの集約を認める。

④ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加

- ・ リハビリテーション会議^(※)への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。
 - ※ 関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

⑤ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

- ・ 地域密着型サービスの運営推進会議等の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、以下の見直しを行う。
 - ア 個人情報・プライバシーの保護等を条件に、現在認められていない複数の事業所での合同開催を認める。
 - イ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の介護・医療連携推進会議の開催頻度について、他の宿泊を伴わないサービスに合わせて、年4回から年2回とする。

Ⅳ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

① 福祉用具貸与の価格の上限設定等

- ・ 福祉用具貸与について、商品毎の全国平均貸与価格の公表や、貸与価格の上限設定を行う(平成30年10月)。
- ・ 福祉用具専門相談員に対して、商品の特徴や貸与価格、当該商品の全国平均貸与価格を説明することや、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示することを義務づける。

② 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

- ・ 集合住宅居住者に関する訪問介護等の減算の対象を、有料老人ホーム等以外の建物にも拡大する。
- ・ 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物について、当該建物に居住する利用者の人数が一定以上の場合、減算幅を見直す。
- ・ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。
- ・ 定期巡回サービス事業者は、正当な理由がある場合を除き、地域の利用者に対してもサービス提供を行わなければならないことを明確化する。

③ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し

- ・ 訪問看護ステーションからのリハビリ専門職の訪問について、看護職員との連携が確保できる仕組みを導入するとともに、基本サービス費を見直す。
- ・ 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、サービスの提供内容が異なることから、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

④ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等

- ・ 2時間ごとの設定としている基本報酬について、サービス提供時間の実態を踏まえて1時間ごとの設定に見直す。
- ・ 基本報酬について、介護事業経営実態調査による収支差率等の実態を踏まえた上で、規模ごとにメリハリをつけて見直す。

⑤ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

- ・ 3時間以上の通所リハの基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直す。

7. 居宅療養管理指導

7. 居宅療養管理指導

改定事項

- ①訪問人数等に応じた評価の見直し
- ②看護職員による居宅療養管理指導の廃止
- ③離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供

7. 居宅療養管理指導 ①訪問人数等に応じた評価の見直し

概要

※介護予防居宅療養管理指導を含む

- 現在、同一日に同じ建物に居住する者（同一建物居住者）に対し指導・助言等を行った場合は減額した評価を行っているが、平成28年度診療報酬改定において、訪問した建物内において、当該訪問月に診療した人数（単一建物居住者の人数）によって、メリハリのある評価とする等の見直しが行われた。
- これを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、単一建物に居住する人数に応じて、以下のように評価することとともに、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要な見直しを行う。
 - ・ 単一建物居住者が1人
 - ・ 単一建物居住者が2～9人
 - ・ 単一建物居住者が10人以上

単位数

○医師が行う場合

（1）居宅療養管理指導費（I）

	<現行>	→		<改定後>
・ 同一建物居住者以外	503単位		・ 単一建物居住者が1人	507単位
・ 同一建物居住者	452単位		・ 単一建物居住者が2～9人	483単位
			・ 単一建物居住者が10人以上	442単位

※ 歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等の居宅療養管理指導についても同様の評価を行う。

※ 詳細は次ページ参照

算定要件等

- 同一建物居住者と単一建物居住者の定義の違いは以下のとおり。

<同一建物居住者>

当該利用者と同一建物に居住する他の利用者に対して指定居宅療養管理指導事業所の医師等が同一日に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

<単一建物居住者>

当該利用者が居住する建築物に居住する者のうち、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師等が、同一月に訪問診療、往診又は指定居宅療養管理指導を行う場合の当該利用者

7. 居宅療養管理指導 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1回あたり

○医師が行う場合					
(1) 居宅療養管理指導費 (I)		<現行>		<改定後>	
(II 以外の場合に算定)					
	同一建物居住者以外	503単位	⇒	単一建物居住者が1人	507単位
	同一建物居住者	452単位		単一建物居住者が2～9人	483単位
				単一建物居住者が10人以上	442単位
(2) 居宅療養管理指導費 (II)					
(在宅時医学総合管理料等を算定する利用者を対象とする場合に算定)					
	同一建物居住者以外	292単位	⇒	単一建物居住者が1人	294単位
	同一建物居住者	262単位		単一建物居住者が2～9人	284単位
				単一建物居住者が10人以上	260単位
○歯科医師が行う場合		<現行>		<改定後>	
	同一建物居住者以外	503単位	⇒	単一建物居住者が1人	507単位
	同一建物居住者	452単位		単一建物居住者が2～9人	483単位
				単一建物居住者が10人以上	442単位
○薬剤師が行う場合					
(1) 病院又は診療所の薬剤師		<現行>		<改定後>	
	同一建物居住者以外	553単位	⇒	単一建物居住者が1人	558単位
	同一建物居住者	387単位		単一建物居住者が2～9人	414単位
				単一建物居住者が10人以上	378単位
(2) 薬局の薬剤師					
	同一建物居住者以外	503単位	⇒	単一建物居住者が1人	507単位
	同一建物居住者	352単位		単一建物居住者が2～9人	376単位
				単一建物居住者が10人以上	344単位
○管理栄養士が行う場合		<現行>		<改定後>	
	同一建物居住者以外	533単位	⇒	単一建物居住者が1人	537単位
	同一建物居住者	452単位		単一建物居住者が2～9人	483単位
				単一建物居住者が10人以上	442単位
○歯科衛生士等が行う場合		<現行>		<改定後>	
	同一建物居住者以外	352単位	⇒	単一建物居住者が1人	355単位
	同一建物居住者	302単位		単一建物居住者が2～9人	323単位
				単一建物居住者が10人以上	295単位
○看護職員が行う場合		<現行>		<改定後>	
	同一建物居住者以外	402単位	⇒	なし (廃止)	
	同一建物居住者	362単位			

7. 居宅療養管理指導 ②看護職員による居宅療養管理指導の廃止

概要

※介護予防居宅療養管理指導を含む

- 看護職員による居宅療養管理指導については、その算定実績を踏まえ、6か月の経過措置期間を設けた上で廃止する。

単位数

- 看護職員が行う場合

<現行>			<改定後>	
同一建物居住者以外	402単位	⇒	なし（廃止）	
同一建物居住者	362単位			

7. 居宅療養管理指導 ③離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する居宅療養管理指導の提供

概要

※介護予防居宅療養管理指導を含む

- 離島や中山間地域等の要支援・要介護者に対する訪問介護等の提供を促進する観点から、他の訪問系サービスと同様に、居宅療養管理指導においても、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」及び「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を新たに創設することとする。
- また、現行において居宅療養管理指導については、通常の事業の実施地域を定めることが求められていないが、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」を創設するにあたり、他の訪問系サービスと同様に、通常の事業の実施地域を運営基準に基づく運営規程に定めることを求めることとする。

単位数

<現行> なし	⇒	<改定後> 特別地域加算 中山間地域等における小規模事業所加算 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の100分の15（新設） 所定単位数の100分の10（新設） 所定単位数の100分の5（新設）
------------	---	---	--

算定要件等

- 特別地域加算：離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域（※1）に所在する事業所が居宅サービスを行うことを評価するもの
※1：離島振興法、奄美群島振興開発特別措置法、山村振興法、小笠原諸島振興開発特別措置法、沖縄振興特別措置法等に定める地域
- 中山間地域等における小規模事業所加算：特別地域の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地域等の中山間地域等（※2）における小規模事業所（※3）が居宅サービスを行うことを評価するもの
※2：特別地域加算対象地域以外の地域で、豪雪地帯対策特別措置法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、半島振興法、特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律、過疎地域自立促進特別措置法に定める地域
※3：1月当たり延訪問回数が50回以下の指定居宅療養管理指導事業所、5回以下の指定介護予防居宅療養管理指導事業所
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算：特別地域、中山間地域等（※4）に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて居宅サービスを行うことを評価するもの
※4：特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算の対象地域

5. 訪問看護

5. 訪問看護

改定事項

- ①在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化
- ②ターミナルケアの充実
- ③複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し
- ④訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し
- ⑤報酬体系の見直し
- ⑥同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬
- ⑦その他

5. 訪問看護 ①在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化 (看護体制強化加算の見直し)

概要

※一部を除き介護予防訪問看護を含む

- 看護体制強化加算について、月の変動による影響を抑える観点から、現行3か月である緊急時訪問看護加算等の算定者割合の算出期間を見直すとともに、ターミナル体制の充実を図る観点から、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合について新たな区分を設ける等の見直しを行う。
- その際、地域における訪問看護体制整備の取組の推進を図るために、医療機関と訪問看護ステーションが相互に連携することを明示することとする。【通知改正】

単位数

<現行>

看護体制強化加算 300単位/月

⇒

<改定後>

看護体制強化加算(I) 600単位/月 (新設)

看護体制強化加算(II) 300単位/月

- ※ 介護予防訪問看護については、もともとターミナルケア加算の算定者数の要件は課していないことから、加算(II)のみ設け、加算(I)は設けず、加算名は「看護体制強化加算」から変更しない。

算定要件等

- 看護体制強化加算(I)(II)共通
 - ・「緊急時訪問看護加算の算定者割合50%以上」の要件及び「特別管理加算の算定者割合30%以上」の要件の実績期間を現行の3月間から6月間へと変更する。
 - ・医療機関と連携のもと、看護職員の出向や研修派遣などの相互人材交流を通じて在宅療養支援能力の向上を支援し、地域の訪問看護人材の確保・育成に寄与する取り組みを実施していることが望ましい。
- 看護体制強化加算(I)
 - ・ターミナルケア加算の算定者5名以上(12月間) (新設)
- 看護体制強化加算(II)
 - ・ターミナルケア加算の算定者1名以上(12月間) (変更なし)
- 訪問看護事業所の利用者によって看護体制強化加算(I)又は(II)を選択的に算定することができないものであり、当該訪問看護事業所においていずれか一方のみを届出する。

5. 訪問看護 ①在宅における中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応の強化 (緊急時訪問看護加算の見直し)

概要

※介護予防訪問看護を含む

- 中重度の要介護者の在宅生活を支える体制をさらに整備するため、24時間体制のある訪問看護事業所の体制について評価を行うこととする。
- また、24時間対応体制のある訪問看護事業所からの緊急時訪問を評価することとする。具体的には、現行、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算については、2回目以降の緊急時訪問において、一部の対象者（特別管理加算算定者）に限り算定できることとなっているが、この対象者について拡大を図ることとする。【通知改正】

単位数

		<現行>		<改定後>
訪問看護ステーション	緊急時訪問看護加算	540単位/月	⇒	574単位/月
病院又は診療所	緊急時訪問看護加算	290単位/月	⇒	315単位/月

算定要件等

- 緊急時訪問看護加算について以下の内容等を通知に記載する。
 - ・ 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定する。

5. 訪問看護 ②ターミナルケアの充実

概要

※介護予防訪問看護は含まない

- 看取り期における本人・家族との十分な話し合いや訪問看護と他の介護関係者との連携を更に充実させる観点から、「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」等の内容に沿った取組を行うことを明示することとする。【通知改正】

算定要件等

- 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おけるガイドライン」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。

5. 訪問看護 ③複数名による訪問看護に係る加算の実施者の見直し

概要

※介護予防訪問看護を含む

- 訪問看護における複数名訪問加算について、医療保険での取扱いを踏まえ、同時に訪問する者として、現行の看護師等とは別に看護補助者が同行し、役割分担をした場合の評価の区分を新たに創設することとする。
この場合の看護補助者については、医療保険の訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算に係る疑義解釈で示されている者と同様とする。【通知改正】

単位数

<現行>

- 2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合
 - ・ 30分未満の場合：254単位
 - ・ 30分以上の場合：402単位

⇒

<改定後>

- 2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合
複数名訪問加算（Ⅰ）（変更なし）
- 看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合
複数名訪問加算（Ⅱ）（新設）
 - ・ 30分未満の場合：201単位
 - ・ 30分以上の場合：317単位

算定要件等

- 看護補助者の要件については、医療保険で示している定義と同様とし、以下の内容等を通知に記載する。
「看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことを想定しており、資格は問わない。秘密保持や医療安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要があるが、指定基準の人員に含まれないことから、従事者の変更届の提出は要しない。」

5. 訪問看護 ④訪問看護ステーションにおける理学療法士等による訪問の見直し

概要

※介護予防訪問看護を含む

- 訪問看護ステーションからの理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものであるが、看護職員と理学療法士等の連携が十分でない場合があることを踏まえ、評価の見直しを行うこととする。

単位数

- 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

<現行>

302単位/回

※1日3回以上の場合は90/100

⇒

<改定後>

296単位/回

※1日3回以上の場合は90/100（変更なし）

算定要件等

- 以下の内容等を通知に記載する。

- ア 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は、利用者の状況や実施した看護（看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む）の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成することとする。
- イ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることとする。

5. 訪問看護 ⑤報酬体系の見直し

概要

※介護予防訪問看護を含む

- 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、現在、同一の評価となっているが、両者のサービスの提供内容等を踏まえ、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

単位数

○指定訪問看護ステーションの場合

	<現行> (共通)	<改定後> (訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・ 20分未満	310単位	311単位	300単位
・ 30分未満	463単位	467単位	448単位
・ 30分以上 1時間未満	814単位	816単位	787単位
・ 1時間以上 1時間30分未満	1117単位	1118単位	1080単位
・ 理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士の場合 (※1日3回以上の場合は90/100)	302単位	296単位	286単位

○病院又は診療所の場合

	<現行> (共通)	<改定後> (訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・ 20分未満	262単位	263単位	253単位
・ 30分未満	392単位	396単位	379単位
・ 30分以上 1時間未満	567単位	569単位	548単位
・ 1時間以上 1時間30分未満	835単位	836単位	807単位

5. 訪問看護 ⑥同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

概要

※介護予防訪問看護を含む

同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬について以下の見直しを行う。（訪問介護と同様の見直し）

ア 訪問看護のサービス提供については、以下に該当する場合に10%減算とされているが、建物の範囲等を見直し、いずれの場合も有料老人ホーム等（※）以外の建物も対象とする。

- i 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者
- ii 上記以外の範囲に所在する建物（有料老人ホーム等（※）に限る）に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）

イ また i について、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合は、減算幅を見直す。

※ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

ウ 上記ア又はイによる減算を受けている者と、当該減算を受けていない者との公平性の観点から、上記ア又はイによる減算を受けている者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

単位数、算定要件等

<現行>

減算等の内容	算定要件
10%減算	<ul style="list-style-type: none"> ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、<u>有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る</u>)に居住する者 ②上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)



<改定後>

減算等の内容	算定要件
<ul style="list-style-type: none"> ①・③10%減算 ②15%減算 	<ul style="list-style-type: none"> ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く。) ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

5. 訪問看護 ⑦その他

概要

※介護予防訪問看護を含む

- 現在、事務連絡において、介護保険の訪問看護と医療保険の精神科訪問看護の同一日等の併算ができない取扱いが定められているが、介護報酬告示においても併算できないことを明確化することとする。

算定要件等

- 報酬告示に、精神科訪問看護指示に基づき精神科訪問看護を受けている期間については訪問看護費は算定しない旨の文言を追記する。

参考

事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その4）厚生労働省保険局医療課 平成28年6月14日

（問3）訪問看護療養費を算定した月及び日について、精神科訪問看護・指導料は一部を除き算定できないとされたが、精神疾患と精神疾患以外の疾患を有する要介護者は、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）と、介護保険による訪問看護とを同一日又は同一月に受けることができるか。

（答）精神疾患とそれ以外の疾患とを併せて訪問看護を受ける利用者については、医療保険の精神障害を有する者に対する訪問看護（精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護基本療養費）（以下「精神科訪問看護」という。）を算定することができる。同利用者が、介護保険で訪問看護費を算定する場合は、主として精神疾患（認知症を除く）に対する訪問看護が行われる利用者でないことから、医療保険の精神科訪問看護を算定するとはできない。すなわち、同一日に医療保険と介護保険とを算定することはできない。

なお、月の途中で利用者の状態が変化したことにより、医療保険の精神科訪問看護から介護保険の訪問看護に変更することは可能であるが、こうした事情によらず恣意的に医療保険と介護保険の訪問看護を変更することはできないものであり、例えば数日単位で医療保険と介護保険の訪問看護を交互に利用するといったことは認められない。

17. 居宅介護支援

17. 居宅介護支援

改定事項

○基本報酬

①医療と介護の連携の強化

②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

③質の高いケアマネジメントの推進

④公正中立なケアマネジメントの確保

⑤訪問回数が多い利用者への対応

⑥障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

17. 居宅介護支援 基本報酬

単位数

○居宅介護支援（Ⅰ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分

	<現行>	⇒	<改定後>
(一) 要介護1又は要介護2	1042単位/月	⇒	1053単位/月
(二) 要介護3、要介護4又は要介護5	1353単位/月	⇒	1368単位/月

○居宅介護支援（Ⅱ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分

	<現行>	⇒	<改定後>
(一) 要介護1又は要介護2	521単位/月	⇒	527単位/月
(二) 要介護3、要介護4又は要介護5	677単位/月	⇒	684単位/月

○居宅介護支援（Ⅲ）

・ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分

	<現行>	⇒	<改定後>
(一) 要介護1又は要介護2	313単位/月	⇒	316単位/月
(二) 要介護3、要介護4又は要介護5	406単位/月	⇒	410単位/月

入院時における連携促進（運営基準改正イメージ①）

改正イメージ

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条（略）

2（略）

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

現 行

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

（新設）

入院時情報連携加算の見直し（案）

< 現行 >

（新設）

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関を訪問して利用者の情報を提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関に対して訪問以外の方法で
利用者の情報を提供



< 見直し案 >

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- 入院後 3 日以内
- 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で
利用者の情報を提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- 入院後 7 日以内
- 医療機関を訪問又は訪問以外の方法で
利用者の情報を提供

入院時情報連携加算の様式例（案）

入院時情報提供書（ケアマネジャー → 医療機関）

※ケアプラン1表・2表・3表/興味関心チェックシート/お薬手帳（いずれもコピー）/住環境に関する写真などを添付

病院 担当者様

（記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日）

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

・退院が決まり次第、連絡をお願いします

・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします

・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
住所	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
住環境 ※可能な場合は、「写真」などを添付	電話番号	エレベーター	□ なし □ あり ()		
入院時の要介護度	□ 住まいに関する特記事項 ()				
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 要支援 () □ 要介護 () □ 申請中 □ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M				
介護保険の自己負担割合	□ 1割 □ 2割 □ 不明 □ 障害など認定 □ なし □ あり ()				
年金などの種類	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他 ()				

2. 家族の情報について

家族構成	□ 独居 □ 同居	キーパーソン (連絡先)	氏名 (読柄/年齢)	()
主介護者(年齢)	(才)	(才)	()	()

3. 本人/家族の意向について

本人の性格/興味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

4. 今後の生活展望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	□ 独居 □ 日中独居 □ 高齢世帯 □ サポートできる家族や支援者が不在 □ 家族が要介護状態/認知症である □ その他 ()
特記事項 (特に注意すべき点など)	

5. カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり □ 具体的な要望 ()

平成28年度老人保健健康増進等事業（株式会社 日本能率協会総合研究所）

「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業」

6. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□ なし □ あり				
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助					
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	□ 杖 □ 歩行者 □ 車いす □ その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事	自立	見守り	一部介助	全介助						
食事内容	食事回数	・朝：__時頃 ・昼：__時頃 ・夜：__時頃			食事制限	□ なし □ あり ()				
	食事形態	□ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー			水分制限	□ なし □ あり ()				
口腔	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養	水分とろみ	□ なし □ あり	UDF等の食形態区分					
	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	□ なし □ あり				
排泄*	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	□ なし □ あり				
	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし □ 夜間 □ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	□ なし □ 夜間 □ 常時			
睡眠の状態	良	不良 ()		眠剤の使用	□ なし □ あり	睡眠時間	時間/日			
喫煙量	本くらい/日あたり			飲酒量	合くらい/日あたり					
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	□ なし □ あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	□ なし □ あり				
	言語	問題なし	やや難あり		コミュニケーションに関する特記事項：					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題	□ なし □ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 焦燥・不穏 □ 妄想 □ 暴力/攻撃性 □ 介護への抵抗 □ 不眠 □ 昼夜逆転 □ 徘徊 □ 危険行為 □ 不潔行為 □ その他 ()									
疾患歴*	□ なし □ 悪性腫瘍 □ 認知症 □ 急性呼吸器感染症 □ 脳血管障害 □ 骨折 □ その他 ()									
入院歴*	最近半年間での入院	□ なし □ あり (H 年 月 日 ~ H 年 月 日) □ 不明								
	入院頻度	□ 頻度は高い/繰り返している □ 頻度は低い/これまでもある □ 今回が初めて								
医療処置*	□ なし □ 点滴 □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 気管切開 □ 胃ろう □ 経鼻栄養 □ 経腸栄養 □ 褥瘡 □ 尿道カテーテル □ 尿路ストーマ □ 消化管ストーマ □ 痛みコントロール □ 排便コントロール □ 自己注射 () □ その他 ()									

7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□ なし □ あり ()	居宅療養管理指導	□ なし □ あり (職種：)
薬剤管理	□ 自己管理 □ 他者による管理 (管理者：) □ 管理方法： ()		
服薬状況	□ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れ □ 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する、特記事項			

8. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名 (フリガナ)		診療方法・頻度	□ 受診 □ 訪問診療 □ 頻度 = () 回 / 月・週

（※病院又は個人クリニックの名称） （記入日： 年 月 日 現在）

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

概要

※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける。【省令改正】
- ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

単位数

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月

算定要件等

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ）

- ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）

入院時情報連携加算（Ⅱ）

- ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

退院・退所加算の見直し（案）

< 現行 >

課題①：初回時の手間（初回加算）と初回時かつ退院・退所時の手間（退院・退所加算）が同評価

課題②：複数の専門的見地が得られる多職種カンファレンスへの参加による情報収集と、医療機関職員と面談での情報収集が同評価



< 見直し案 >

対応①：初回時の手間と退院・退所時の手間を明確に評価

対応②：退院時の多職種カンファレンスに参加した場合をより手厚く評価

退院・退所加算の様式例（改正案）

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要 区分変更)
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H ____年 ____月 ____日 ・退院予定日：H ____年 ____月 ____日		
	入院原因疾患			
	入院先	(病院) _____ (病棟) _____ (階) _____ (号室)		
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし		
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況	既往歴		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴		
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()		
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 () UDF等の食形態区分		
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた		
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 () <input type="checkbox"/> 眠剤の使用		
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()		
② 本人や家族の受け止め/意向	本人の受け止め方	(病氣)	(障害・後遺症)	(病名告知)
	家族の受け止め方			
	退院後の生活に関する本人の意向			
	退院後の生活に関する家族の意向			
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	(在宅で継続するための要件)
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

症状・病状の 予後・予測 (心身の状況・環境など)	① 疾患と入院中の状況から	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、改善の可能性や考慮、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく方向か、伸びていく方向なのか など)					
	② 本人・家族の受け止め/意向から						
	③ 退院後に必要な事柄から						
	④ その他						
状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し	
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	例) おおよその到達可能なレベルの確認(どの位の期間で、どのレベルまでいけるか など)		
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
食事	食事内容	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
排泄	排尿・排便	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
口腔	口腔衛生	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
家事動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化				
認知	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化				
居住環境	支援なし 支援あり		改善 維持 悪化				
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種					
(回目)	____年 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()	<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ()	
(回目)	____年 ____月 ____日	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()	<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ()	

平成28年度老人保健健康増進等事業 (株式会社 日本能率協会総合研究所)

「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業」

入院時における連携促進（運営基準改正イメージ②）

改正イメージ

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

現 行

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

（新設）

十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

（新設）

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。

i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。

ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。

iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

単位数

<現行>

退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	300単位	300単位
連携 2 回	600単位	600単位
連携 3 回	×	900単位

<改定後>

⇒ 退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450単位	600単位
連携 2 回	600単位	750単位
連携 3 回	×	900単位

算定要件等

○ 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

概要

※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（平成31年度から施行）

単位数

○エについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月（新設）

算定要件等

<エについて>

- 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算（新設：次頁参照）を年間5回以上算定している事業所

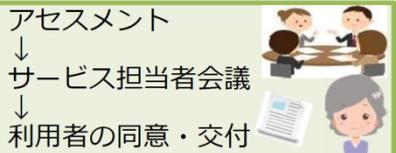
末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント

現行

末期の悪性腫瘍と診断

利用者の状態変化のタイミングに合わせて
ケアプランを作成

状態変化 A



ケアプラン A
に変更

状態変化 B



ケアプラン B
に変更

状態変化 C



ケアプラン C
に変更

死亡

見直し後：以下の方法も可能としてはどうか

末期の悪性腫瘍と診断

末期の悪性腫瘍と診断された場合であって、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合

アセスメント
↓
サービス担当者会議
↓
利用者の同意・交付

主治の医師等の助言を得た上で状態変化Cまで想定し、今後必要となるサービス事業者を含めた会議を実施

予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランを作成

状態変化 A

ケアプラン A
に変更

状態変化 B

ケアプラン B
に変更

状態変化 C

ケアプラン C
に変更

死亡

ケアプランの変更内容を決定

- 主治の医師等の助言を得て、
- ① 利用者の状態変化をケアマネジャーが確認
 - ② 状態変化及びケアプラン変更について、主治の医師等及びサービス担当者の了解を得る
 - ③ ケアプラン変更について、利用者又は家族の了解を得る

状態変化（ケアプラン変更の必要性）を確認するため通常より頻回になるモニタリングを新たな加算で評価

末期の悪性腫瘍患者に対する頻回モニタリングの評価（案）

ターミナルケアマネジメント加算（仮称）

（対象利用者）

末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

（算定要件）

- ① 24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ② 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問
- ③ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

（参考）訪問看護 ターミナルケア加算の算定要件

在宅で死亡した利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して訪問看護を行っている場合にあっては1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）は、ターミナルケア加算として、当該者の死亡月につき2,000単位を所定単位数に加算する。

※1 別に厚生労働大臣が定める基準

- イ ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

※2 別に厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、（略）、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

17. 居宅介護支援 ②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

概要

※介護予防支援は含まない

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

単位数

○イについて

<現行>
なし

⇒

<改定後>

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月（新設）

算定要件等

<イについて>

○対象利用者

- ・末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

○算定要件

- ・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

質の高いケアマネジメントの推進（運営基準改正イメージ）

改正イメージ

（管理者）

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、主任介護支援専門員でなければならない。

※経過措置

平成33年3月31日までの間は、介護支援専門員を管理者とすることができる。

現 行

（管理者）

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、介護支援専門員でなければならない。

特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）の見直し（案）

算定要件	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
(1)常勤専従の主任介護支援専門員	2名以上	1名以上	1名以上
(2)常勤専従の介護支援専門員	3名以上	3名以上	2名以上
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の定期的な開催	○	○	○
(4)24時間連絡体制、必要に応じた利用者等の相談に対応する体制の確保	○	○	○
(5)算定日が属する月の利用者総数のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の40以上	○	×	×
(6)事業所内の介護支援専門員に対する計画的な研修の実施	○	○	○
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例として紹介をされた者に対する指定居宅介護支援の提供	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加	○	×→○	×→○
(9)運営基準減算又は特定事業所集中減算の未適用	○	○	○
(10)利用者数が介護支援専門員1人当たり40名未満	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する学習」等に協力又は協力体制の確保	○	○	○
(12)他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研修会等の実施	○	○	○

17. 居宅介護支援 ③質の高いケアマネジメントの推進

概要

※介護予防支援は含まない

- ア 管理者要件の見直し
居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】
- イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価
特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

単位数

○イについて

	<現行>		<改定後>
特定事業所加算(Ⅰ)	500単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅱ)	400単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅲ)	300単位/月	⇒	変更なし

算定要件等

<イについて>

○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通

- ・ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加する。

○特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)

- ・ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加する。(現行は(Ⅰ)のみ)

公正中立なケアマネジメントの確保（運営基準改正イメージ）

改正イメージ

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 （略）

- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

現 行

（内容及び手続の説明及び同意）

- 第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。
- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

特定事業所集中減算の見直し（案）

特定事業所集中減算

- ケアマネ事業所がその事業所の利用者に対して作成するケアプランについて、正当な理由なく特定のサービス事業所への集中割合が80%を超える場合に報酬を減算するもの。
- 集中割合を確認する対象サービス ⇒ 居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス
 - ① 訪問介護、② 訪問入浴介護、③ 訪問看護、④ 訪問リハビリテーション、⑤ 通所介護、⑥ 通所リハビリテーション、⑦ 短期入所生活介護、⑧ 短期入所療養介護、⑨ 特定施設入居者生活介護（※）、⑩ 福祉用具貸与、⑪ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、⑫ 夜間対応型訪問介護、⑬ 認知症対応型通所介護、⑭ 小規模多機能型居宅介護（※）、⑮ 認知症対応型共同生活介護（※）、⑯ 地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、⑰ 看護小規模多機能型居宅介護（※）

（※）利用期間を定めて行うものに限る

- 
- 必ずしも合理的で有効な施策ではないとの指摘等を踏まえ、**① 請求事業所数の少ないサービス**や、**② 主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービス**を対象サービスから除外。
 - また、福祉用具貸与については、**請求事業所数にかかわらず、サービスを集中させることも可能**であることから、引き続き、減算対象サービスとして継続。

⇒ **平成30年度以降の対象サービス：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与**

17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

概要

※一部を除き介護予防支援を含む

ア 契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

単位数

運営基準減算	<現行> 所定単位数の50/100に相当する単位数	⇒	<改定後> 変更なし
--------	------------------------------	---	---------------

算定要件等

○ 以下の要件を追加する。

利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、

- ・ 複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
- ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること

の説明を行わなかった場合。

17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（特定事業所集中減算の見直し）

概要

※介護予防支援は含まない

イ 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とする。

単位数

特定事業所集中減算	<現行> 200単位／月減算	⇒	<改定後> 変更なし
-----------	-------------------	---	---------------

算定要件等

○ 対象となる「訪問介護サービス等」を以下のとおり見直す。

<現行>

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護（※）、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（※）、認知症対応型共同生活介護（※）、地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、看護小規模多機能型居宅介護（※）

（※）利用期間を定めて行うものに限る。

<改定後>

訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与

要介護度別生活援助利用回数比較

	全体	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数(A)	485174	204392	162482	68313	34591	15396
平均回数	10.6	9.2	11.1	13.2	11.3	9.3
標準偏差	10.6	8.4	10.8	13.9	12.8	10.6
+2SDライン回数	32	26	33	42	37	31
+2SD利用者数(B)	23502	11165	8406	4169	1995	664
割合(B/A)	4.8%	5.5%	5.2%	6.1%	5.8%	4.3%

【出典】：厚生労働省「介護保険総合データベース」(H28.9月サービス実施、10月審査分)

17. 居宅介護支援 ⑤訪問回数の多い利用者への対応

概要

※介護予防支援は含まない

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

（※）「全国平均利用回数＋2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。【省令改正】

【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化

訪問回数の多い訪問介護対策

集合住宅向け対策

検証対象
の抽出

訪問介護（生活援助中心型）の回数が「全国平均利用回数＋2標準偏差（2SD）」に該当するケアプランの保険者届出

集合住宅等に居住する利用者のケアプランで不適切と疑われる事案を抽出するスクリーニングポイントの作成

検証方法の強化

「ケアプラン点検支援マニュアル」の改訂・再周知

集合住宅等に居住する利用者のケアプラン点検結果を活用したチェックポイント

検証の実施

保険者によるケアプラン点検
地域ケア会議によるケアプランの検証

必要に応じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、サービス内容の是正を促す

17. 居宅介護支援 ⑥障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

概要

※介護予防支援を含む

- 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。【省令改正】

8. 通所介護・地域密着型通所介護

8. 通所介護・地域密着型通所介護

改定事項

- ①生活機能向上連携加算の創設
- ②心身機能の維持に係るアウトカム評価の創設
- ③機能訓練指導員の確保の促進
- ④栄養改善の取組の推進
- ⑤基本報酬のサービス提供時間区分の見直し
- ⑥規模ごとの基本報酬の見直し
- ⑦運営推進会議の開催方法の緩和（地域密着型通所介護のみ）
- ⑧設備に係る共用の明確化
- ⑨共生型通所介護
- ⑩介護職員処遇改善加算の見直し

8. 通所介護・地域密着型通所介護 ①生活機能向上連携加算の創設

概要

- 自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、生活機能向上連携加算を創設し、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して、機能訓練のマネジメントをすることを評価する。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>

生活機能向上連携加算 200単位／月（新設）
※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位／月

算定要件等

- 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、通所介護事業所を訪問し、通所介護事業所の職員と共同で、アセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成すること
- リハビリテーション専門職と連携して、個別機能訓練計画の進捗状況を3月ごとに1回以上評価し、必要に応じて計画・訓練内容等の見直しを行うこと。

Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その1）

○ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。

訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護

○ 訪問介護の生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（**生活機能向上連携加算(Ⅱ)**）。

○ 加えて、リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、

- ・ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、訪問介護計画を作成すること
- ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことを評価する（**生活機能向上連携加算(Ⅰ)**）。

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位/月

緩和

<改定後>



生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月 (新設)
生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月

○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月 (新設)

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月 (新設)

通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設

○ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

生活機能向上連携加算 200単位/月 (新設)

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

8. 通所介護・地域密着型通所介護 ②心身機能に係るアウトカム評価の創設

概要

- 自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>

ADL維持等加算(I) 3単位/月(新設)
ADL維持等加算(II) 6単位/月(新設)

算定要件等

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の1月から12月までの1年間）終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① **総数が20名以上**であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間の最初の月において**要介護度が3、4または5である利用者が15%以上**含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、**初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下**であること。
 - c 評価対象利用期間の**最初の月**と、当該最初の月から起算して**6月目に**、事業所の機能訓練指導員が**Barthel Index（注3）を測定**しており、その結果がそれぞれの月に報告**されている者が90%以上**であること
 - d cの要件を満たす者のうち**BI利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のBI利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上**であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

注4 最初の月のBarthel Indexを「事前BI」、6月目のBarthel Indexを「事後BI」、事後BIから事前BIを控除したものを「BI利得」という。

注5 端数切り上げ

- また上記の要件を満たした通所介護事業所において評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行う（(I)(II)は各月でいずれか一方のみ算定可。）。

Ⅱ－④ 通所介護への心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入

- 通所介護事業所において、自立支援・重度化防止の観点から、一定期間内に当該事業所を利用した者のうち、ADL(日常生活動作)の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合を新たに評価する。

通所介護

- 以下の要件を満たす通所介護事業所の利用者全員について、評価期間（前々年度の1月から12月までの1年間）終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価期間に連続して6月以上利用した期間（注1）（以下、評価対象利用期間）のある要介護者（注2）の集団について、以下の要件を満たすこと。
 - ① 総数が20名以上であること
 - ② ①について、以下の要件を満たすこと。
 - a 評価対象利用期間中の最初の月において 要介護度が3、4または5である利用者が15%以上含まれること
 - b 評価対象利用期間の最初の月の時点で、初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内であった者が15%以下であること。
 - c 評価対象利用期間の 最初の月と、当該最初の月から起算して 6月目に、事業所の機能訓練指導員が Barthel Index（注3）を測定しており、その結果がそれぞれの月に 報告されている者が90%以上であること
 - d cの要件を満たす者のうち ADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したものが、0以上であること。

注1 複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注2 評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注3 ADLの評価にあたり、食事、車椅子からベッドへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目を5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として評価するもの。

注4 最初の月のBarthel Indexを「事前BI」、6月目のBarthel Indexを「事後BI」、事後BIから事前BIを控除したものを「ADL利得」という。

注5 端数切り上げ

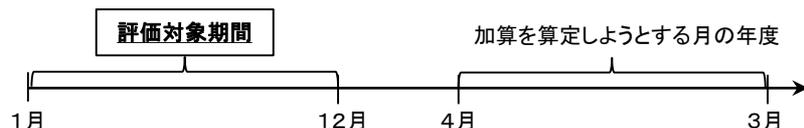
ADL維持等加算（Ⅰ） **3単位／月（新設）**

- また、上記の要件を満たした通所介護事業所において、評価期間の終了後にもBarthel Indexを測定、報告した場合、より高い評価を行う。（（Ⅰ）（Ⅱ）は各月でいずれか一方のみ算定可。）

ADL維持等加算（Ⅱ） **6単位／月（新設）**

ADL維持等加算の算定要件の考え方

Step1. 加算を算定しようとする月の年度の初日（4月1日）が属する年の前年の1月から12月までの期間を「評価対象期間」とする。



Step2. 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者、及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定する。
(各利用者について、最も早い6月連続利用がその利用者の「評価対象利用期間」、評価対象利用期間の初めの月が「評価対象利用開始月」となる。)

- 例1 : 1月、3～8月、11月に利用 → 3～8月が評価対象利用期間、3月が評価対象利用開始月
例2 : 1～9月、12月に利用 → 1～6月が評価対象利用期間、1月が評価対象利用開始月
例3 : 1～5月、7～11月に利用 → 6月以上連続して利用した期間がないため対象外

Step3. Step2. で特定した利用者について、それぞれの評価対象利用期間で、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定する。

Step4. Step3. で特定した利用者の集団について、以下の①から⑤がすべて満たされれば、Step1. の「加算を算定しようとする月の年度」において、当該事業所を利用する全員にADL維持等加算（Ⅰ）が算定可能。

- ① 20人以上。
- ② それぞれの評価対象利用開始月において、要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以上。
- ③ それぞれの評価対象利用開始月において、初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下。
- ④ 評価対象利用開始月、及び評価対象利用開始月を1月目として6月目にADLを評価（※）して、両月のADLの値を提出した割合が90%以上。
- ⑤ ④の各者について、6月目のADLの値から1月目のADLの値を引いたものが大きい順に並べ、上位85%を特定。それらについて、1月目と比較して6月目にADLが改善していたものを1、不変だったものを0、悪化していた場合を-1として、④で値を提出した利用者について合計したものが0以上。

※ 評価にはBarthel Indexを用いる。

Step5. ADL維持等加算（Ⅰ）が算定可能な事業所で、さらに個々の利用者のADLの評価を厚生労働省に提出すれば、当該の利用者について、ADL維持等加算（Ⅰ）の代わりに（Ⅱ）が算定可能。

ADL維持等加算の算定要件の考え方（例）

例：2020年4月から2021年3月までの間においてADL維持等加算を算定しようとする場合。

Step 1. 評価対象期間は2019年1月から12月。

Step 2. 評価対象期間に6月以上連続して利用した利用者（図では「カ」以外）、及び各利用者の「評価対象利用期間」等を特定。

利用者	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	評価対象利用期間において 5時間以上>5時間未満か	ADL利得
ア	45	—	—	—	—	50					—	—	○	50 - 45 = 5
イ		50	—	—	45	—	60	—	—	70	—	—	○	60 - 50 = 10
ウ		—	50	—	—	—	70	70		—	55	—	○	定義せず
エ		—	—	—		45	—	—	—	—	45		○	45 - 45 = 0
オ	60	—	—	—	50	70	—	—		—	65	—	×	70 - 60 = 10
カ	60	60	—	—	—		70	—	—	65	—		6月以上の連続利用なし。	
キ	60	—	—	—	—	40							○	40 - 60 = -20
ク			—		70	—	—	75	—	65	—	—	○	65 - 70 = -10
・														
・														

数字は当該月に測定・提出したBarthel Index。（「—」はBarthel Indexの測定・提出が行われなかったことを示す。）

緑色のセルは評価対象利用期間、赤字は評価対象利用期間開始月、青字は評価対象利用期間開始月を1月目として6月目。

Step3. Step2. で特定した利用者について、それぞれの評価対象利用期間で、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の算定回数より多い利用者を特定。（図では「ア」「イ」「ウ」「エ」「キ」「ク」）

Step4. Step3. で特定した利用者の集団について、以下の①から⑤がすべて満たされれば、2020年4月から2021年3月までの間、当該事業所を利用する全員にADL維持等加算（I）が算定可能。

- ① 20人以上。
- ② それぞれの評価対象利用開始月において、要介護3～5の利用者の割合が全体の15%以上。
- ③ それぞれの評価対象利用開始月において、初回の要介護認定・要支援認定から12月以内の利用者の割合が15%以下。
- ④ 評価対象利用開始月、及び評価対象利用開始月を1月目として6月目にADLを評価（※）して、両月のADLの値を提出した割合が90%以上（図ではア、イ、エ、キ、ク）。
- ⑤ ④の各者について、6月目のADLの値から1月目のADLの値を引いたものが大きい順に並べ、上位85%を特定。それらについて、1月目と比較して6月目にADLが改善していたものを1（図ではア、イ）、不変だったものを0（図ではエ）、悪化していた場合を-1（図ではキ、ク）として、④で値を提出した利用者について合計したものが0以上。

8. 通所介護・地域密着型通所介護 ⑤基本報酬のサービス提供時間区分の見直し ⑥規模ごとの基本報酬の見直し

概要

- 通所介護の基本報酬は、2時間ごとの設定としているが、事業所のサービス提供時間の実態を踏まえて、基本報酬のサービス提供時間区分を1時間ごとに見直すこととする。
- 通所介護の基本報酬は、事業所規模（地域密着型、通常規模型、大規模型（Ⅰ）・（Ⅱ））に応じた設定としており、サービス提供1人当たりの管理的経費を考慮し、大規模型は報酬単価が低く設定されている。しかし、直近の通所介護の経営状況について、規模別に比較すると、規模が大きくなるほど収支差率も大きくなっており、また、管理的経費の実績を見ると、サービス提供1人当たりのコストは、通常規模型と比較して、大規模型は低くなっている。
これらの実態を踏まえて、基本報酬について、介護事業経営実態調査の結果を踏まえた上で、全体として事業所の規模の拡大による経営の効率化に向けた努力を損なうことがないようにするとの観点も考慮しつつ、規模ごとにメリハリをつけて見直しを行うこととする。

現行の時間区分

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
時間区分	評価なし		3~5h		5~7h		7~9h		

新時間区分

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
時間区分	評価なし		3~4h	4~5h	5~6h	6~7h	7~8h	8~9h	

※単位数については、次頁に記載

8. 通所介護・地域密着型通所介護

⑤基本報酬のサービス提供時間区分の見直し

⑥規模ごとの基本報酬の見直し (続き)

単位数

[例 1] 通常規模型事業所

所要時間7時間以上8時間未満			所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	645単位		要介護1	645単位
要介護2	761単位		要介護2	761単位
所要時間7時間以上9時間未満			所要時間7時間以上9時間未満	
要介護3	883単位		要介護3	883単位
要介護1	656単位	⇒	要介護4	1,003単位
要介護2	775単位		要介護5	1,124単位
要介護3	898単位		所要時間8時間以上9時間未満	
要介護4	1,021単位		要介護1	656単位
要介護5	1,144単位		要介護2	775単位
			要介護3	898単位
			要介護4	1,021単位
			要介護5	1,144単位

[例 2] 大規模型事業所 (I)

所要時間7時間以上8時間未満			所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	617単位		要介護1	617単位
要介護2	729単位		要介護2	729単位
所要時間7時間以上9時間未満			所要時間7時間以上9時間未満	
要介護3	844単位		要介護3	844単位
要介護1	645単位	⇒	要介護4	960単位
要介護2	762単位		要介護5	1,076単位
要介護3	883単位		所要時間8時間以上9時間未満	
要介護4	1,004単位		要介護1	634単位
要介護5	1,125単位		要介護2	749単位
			要介護3	868単位
			要介護4	987単位
			要介護5	1,106単位

[例 3] 大規模型事業所 (II)

所要時間7時間以上8時間未満			所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	595単位		要介護1	595単位
要介護2	703単位		要介護2	703単位
所要時間7時間以上9時間未満			所要時間7時間以上9時間未満	
要介護3	814単位		要介護3	814単位
要介護1	628単位	⇒	要介護4	926単位
要介護2	742単位		要介護5	1,038単位
要介護3	859単位		所要時間8時間以上9時間未満	
要介護4	977単位		要介護1	611単位
要介護5	1,095単位		要介護2	722単位
			要介護3	835単位
			要介護4	950単位
			要介護5	1,065単位

[例 4] 地域密着型事業所

所要時間7時間以上8時間未満			所要時間7時間以上8時間未満	
要介護1	735単位		要介護1	735単位
要介護2	868単位		要介護2	868単位
所要時間7時間以上9時間未満			所要時間7時間以上9時間未満	
要介護3	1,006単位		要介護3	1,006単位
要介護1	735単位	⇒	要介護4	1,144単位
要介護2	868単位		要介護5	1,281単位
要介護3	1,006単位		所要時間8時間以上9時間未満	
要介護4	1,144単位		要介護1	764単位
要介護5	1,281単位		要介護2	903単位
			要介護3	1,046単位
			要介護4	1,190単位
			要介護5	1,332単位

11. 通所リハビリテーション

11. 通所リハビリテーション

改定事項

○基本報酬

- ① 医師の指示の明確化等
- ② リハビリテーション会議への参加方法の見直し等
- ③ リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価
- ④ 介護予防通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設
- ⑤ 社会参加支援加算の要件の明確化等
- ⑥ 介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設
- ⑦ 栄養改善の取組の推進
- ⑧ 3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等
- ⑨ 短時間リハビリテーション実施時の面積要件等の緩和
- ⑩ 医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等
- ⑪ 介護医療院が提供する通所リハビリテーション
- ⑫ 介護職員処遇改善加算の見直し

11. 通所リハビリテーション 基本報酬

単位数

○通所リハビリテーション

【例】要介護3の場合

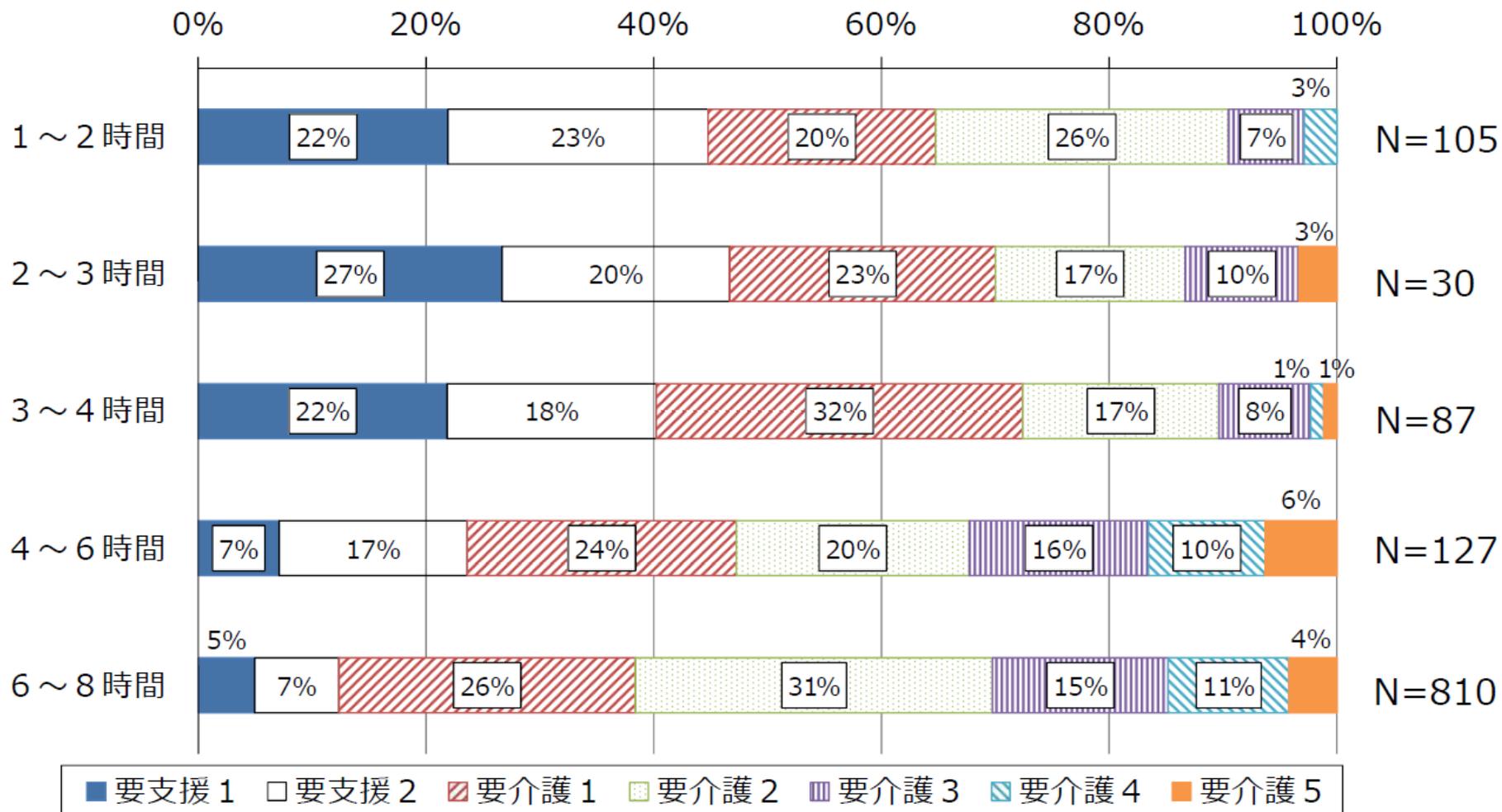
	<現行>		⇒	<改正案>	
通常規模型	3時間以上4時間未満	596単位/回		3時間以上4時間未満	596単位/回
	4時間以上6時間未満	772単位/回		4時間以上5時間未満	681単位/回
	6時間以上8時間未満	1022単位/回		5時間以上6時間未満	799単位/回
大規模型（Ⅰ）	3時間以上4時間未満	587単位/回		6時間以上7時間未満	924単位/回
	4時間以上6時間未満	759単位/回		7時間以上8時間未満	988単位/回
	6時間以上8時間未満	1007単位/回			
大規模型（Ⅱ）	3時間以上4時間未満	573単位/回		3時間以上4時間未満	573単位/回
	4時間以上6時間未満	741単位/回		4時間以上5時間未満	645単位/回
	6時間以上8時間未満	982単位/回		5時間以上6時間未満	746単位/回
				6時間以上7時間未満	870単位/回
				7時間以上8時間未満	922単位/回

○介護予防通所リハビリテーション

	<現行>	⇒	<改定後>
要支援1	1812単位/月	⇒	1712単位/月
要支援2	3715単位/月	⇒	3615単位/月

通所リハビリテーション利用者

利用時間別 要介護度別 利用者数の割合

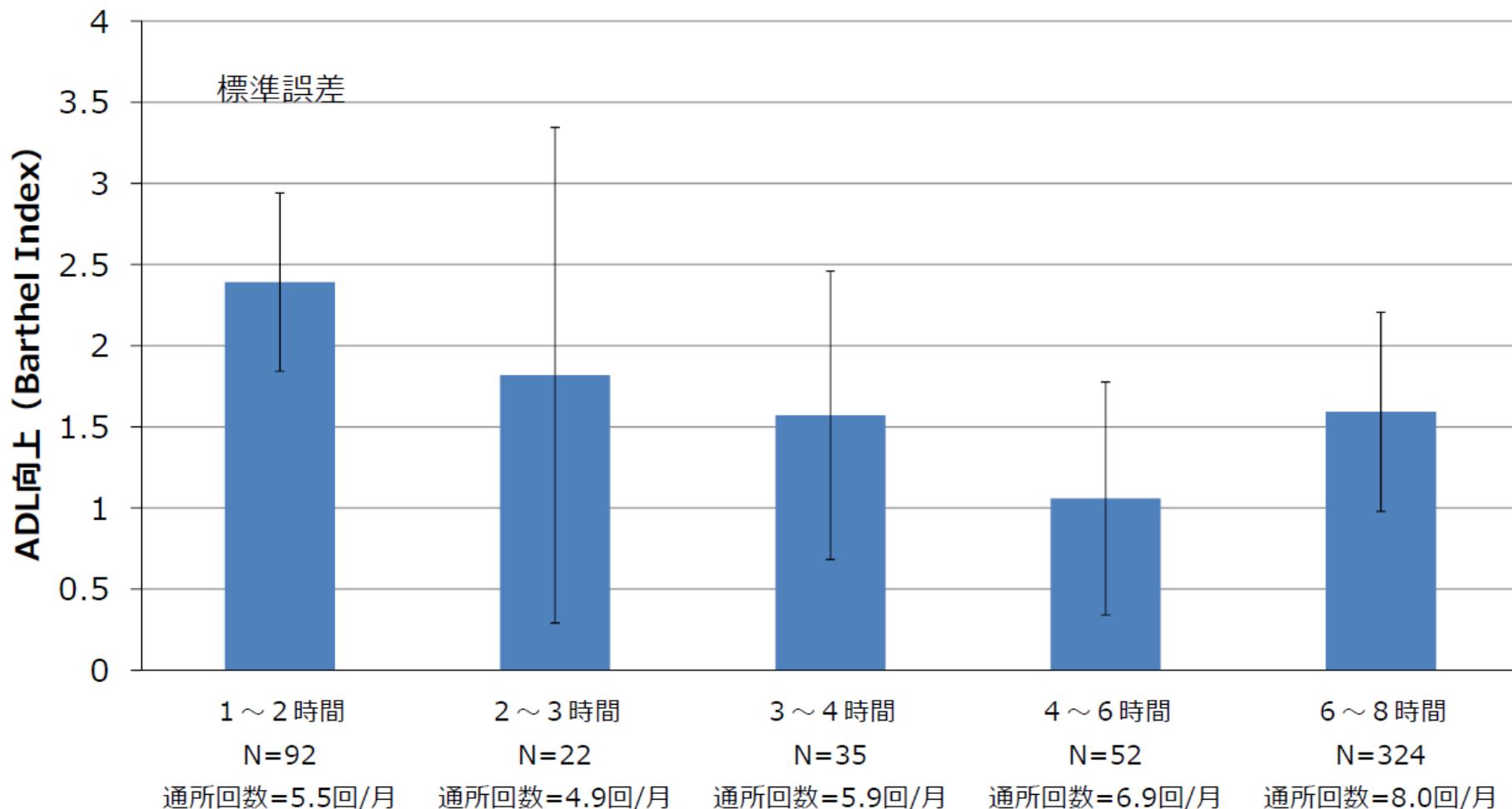


※調査月に複数種類のサービス時間を利用していたもの（約4%）は集計から除いた。

（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

通所リハビリテーションの利用によるADLの変化（1回の時間別）

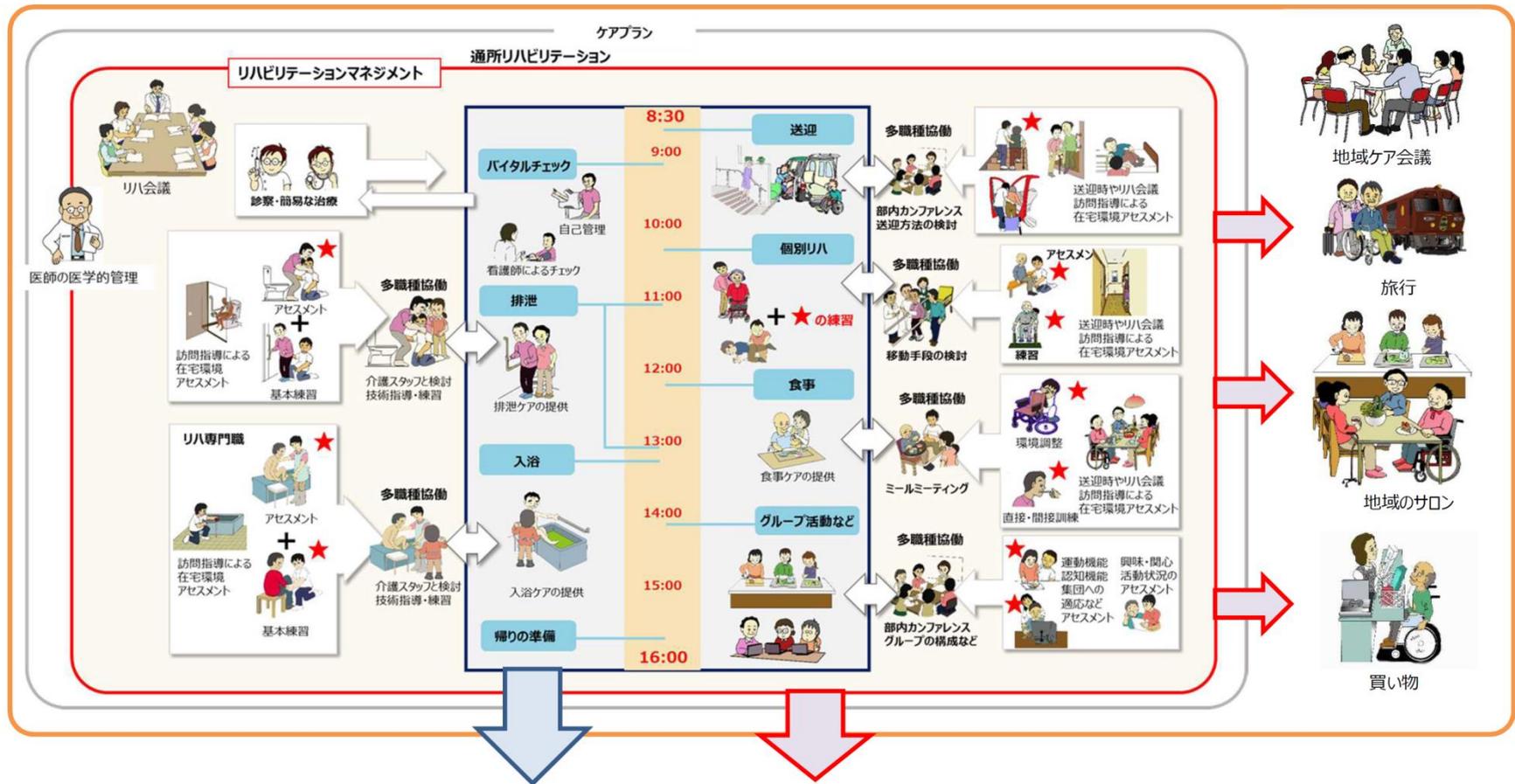
通所リハビリテーション実施時間



※平成26年に通所リハビリテーションを開始した者を対象として集計。
※調査月に複数種類のサービス時間を利用していたもの（約3%）は集計から除いた。

（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証調査（平成28年度調査）

1人の利用者に対するプラン（6-8時間）



通所でみてくれるから、
自分の時間が作れて助かるわ



+



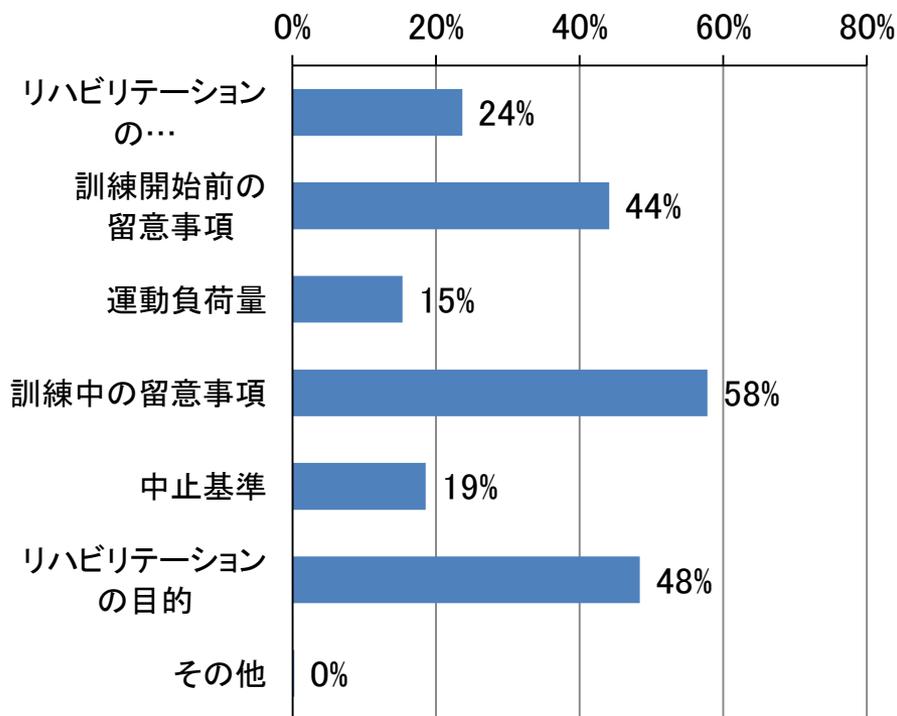
家でできることが増えたみたい
介護しやすくなったわ

(出典) 第146回介護給付費分科会 公益社団法人日本リハビリテーション医学会、一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会、一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会、一般社団法人全国デイ・ケア協会 プレゼンテーション資料

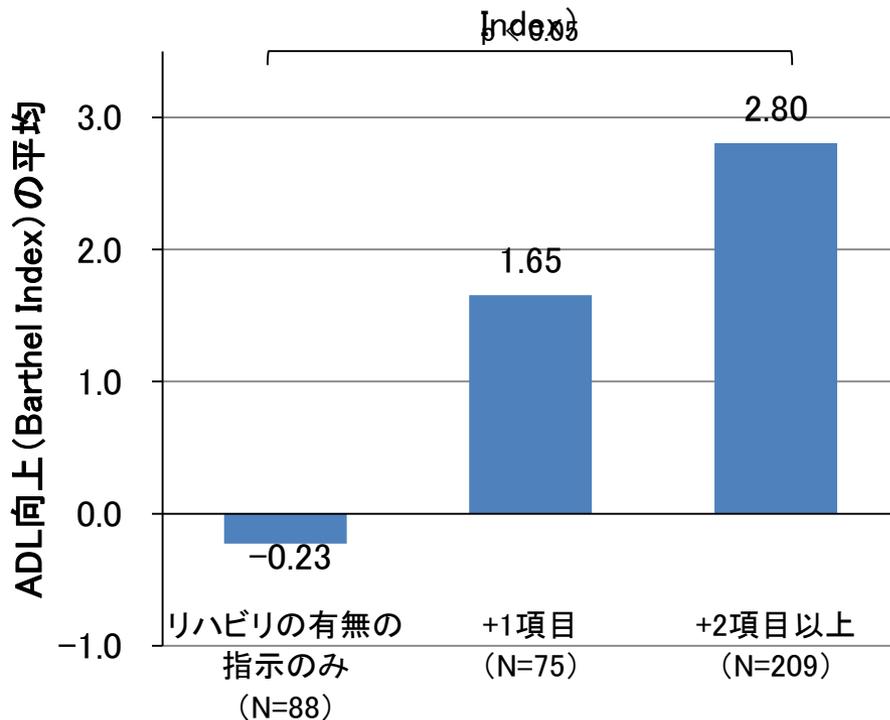
通所リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

- 指定通所リハビリテーション事業所で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等に出すリハビリテーションの指示内容は、リハビリテーション実施の有無のみのこともあれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれることもあった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示の内容 (n=372)



医師からの指示の種類数別通所リハビリテーション開始時からのADL向上の平均 (Barthel Index)



注) ・平成28年6月～8月に通所リハビリテーションを開始した372例を対象として集計した。

・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものとして扱った。

(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果を事務局で集計

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）

データ収集等協力事業所の選定（平成28年度）
・ 都道府県から通所・訪問リハビリ事業所の選定
（全国で100事業所前後）

事業所の拡大
・ 平成29年度に全国で500事業所前後を選定

通所・訪問リハビリテーション事業所

VISITの導入により、

- ・ リハビリテーション計画書の作成支援
- ・ リハビリテーション会議の議事録作成支援
- ・ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書の作成支援

SPDCAを用いたリハビリテーションマネジメントの実施



フィードバックされた結果をもとにより質の高いリハビリテーションを提供

導入支援

リハビリテーションマネジメントに必要な様式を作成し、個人情報以外のデータを電送

データの分析結果をフィードバック

ヘルプデスクの設置
（事業所のシステム導入・運用支援）



事業所支援

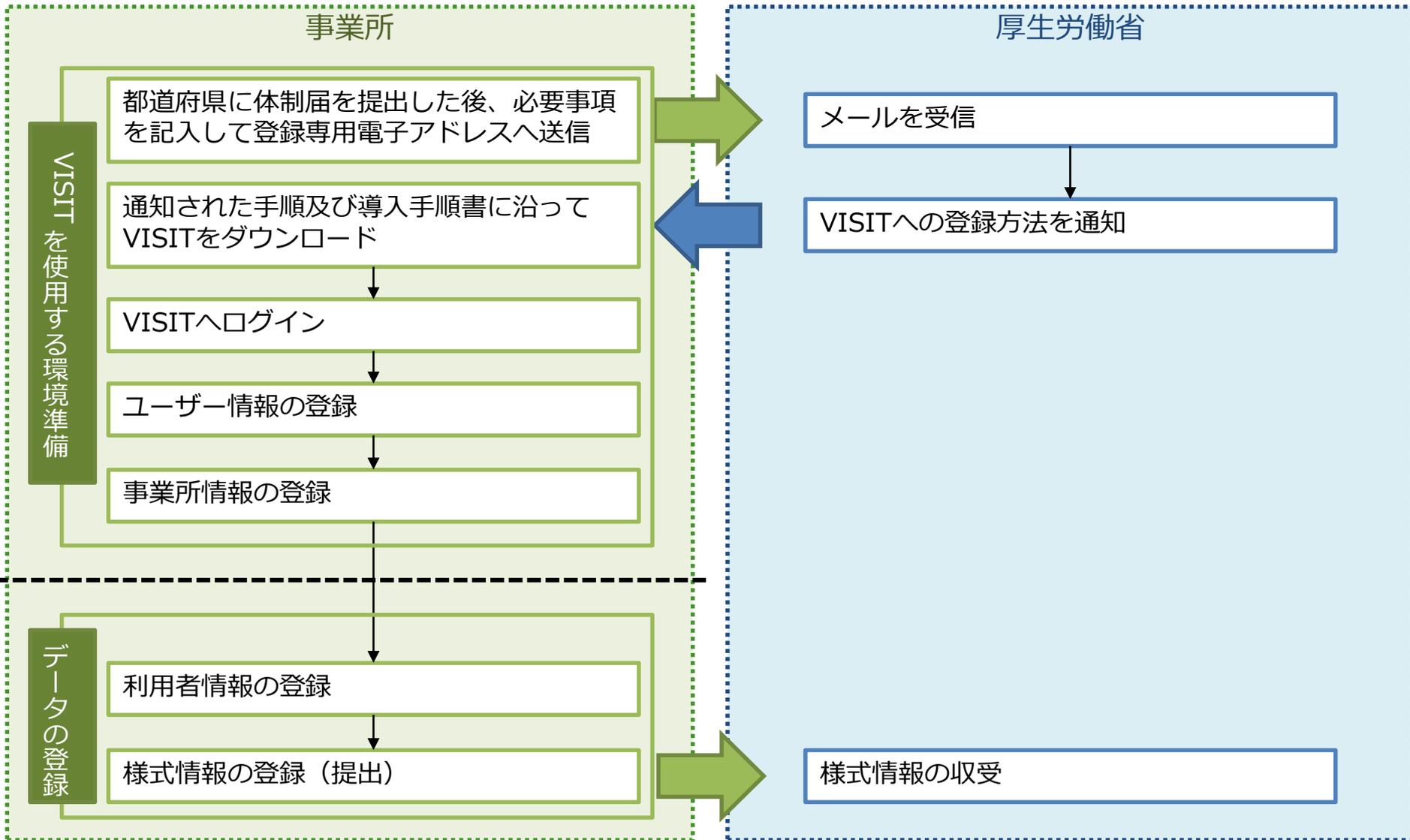
電送されたデータはデータベースに収集

データベースを用いて分析

リハビリテーションマネジメントの実態と効果の把握



VISIT参加及び使用、データの登録の流れ



2-2. 通所リハ／リハマネジメントの現状分析 (n=1,686)

■ 調査項目：①利用者特性、②リハマネジメント内容、③リハ提供内容、④医師との連携など

■ 主な結果 (マネジメント関連)

1. リハ計画の主たる計画者は、「PT」67.4%、「OT」26.9%の順。
2. 課題領域は、「歩行・移動」84.1%、「筋力向上」74.3%、「筋持久力向上」51.2%の順。
3. リハ内容は、「筋力向上訓練」72.8%、「歩行・移動練習」71.8%、「ROM」52.4%の順。

主な特性

	n	%
年齢(歳)	80.0±9.2	
女性	1,039	61.6
要支援1・2	491	29.1
要介護1・2	715	42.4
要介護3～5	424	25.1

主たる計画策定者

	n	%
理学療法士	1,137	67.4
作業療法士	453	26.9
言語聴覚士	23	1.4
医師	20	1.2

日常生活上の課題領域 (複数回答)



リハ内容 (複数回答)



2-3. 課題領域／リハ内容のコード化 (①課題領域)

第1水準	第2水準
歩行・移動	・屋内歩行 ・屋外短距離歩行 ・長距離歩行 ・道具を用いての歩行
姿勢保持	・座位 ・立位
姿勢の返還	・姿勢変換
移乗	・座位 ・臥位
入浴	・洗体 ・道具の操作 ・移乗
整容	・身体の一部を洗う ・身体各部の手入れ ・道具の操作
更衣	・衣服を選ぶ ・着る ・脱ぐ ・履物を履く ・履物を脱ぐ
トイレ動作	・排泄を遂行し、清潔にする ・移乗
食事	・口まで運ぶ ・噛む
食事の用意	・準備 ・手の込んだ料理 ・簡単な料理 ・温めなおし
食事の片づけ	・洗浄／片づけ／収納
洗濯	・洗濯機の使用 ・洗う ・干す ・畳む／片づけ／しまう ・運搬
掃除・整頓	・掃除機の使用 ・掃除 ・整頓 ・ゴミ出し ・運搬

第1水準	第2水準
家や車の手入れ	・家電の保守／管理 ・ペットの世話 ・植物の世話／庭／畑仕事
買い物	・買い物 ・運搬
交通手段の利用	・交通機関や手段の利用 ・運転や操作
コミュニケーション	・理解 ・表出 ・会話 ・用具の使用
対人関係	・対人交流 ・近い人との交流 ・初対面の人との交流 ・専門家やサービス提供者との交流 ・家族や親戚との交流 ・パートナーとの交流
日課の遂行	・単一課題を行う ・複数課題を同時または順次行う ・ストレスをコントロールしながら行う
趣味や社会活動	・趣味活動／旅行／社交 ・サークル／学会／式典などの団体活動
選択と実行	・複数の物や事象、課題から選択し 実行する
同時解決	・問題や状況を同定し、解決法を見出し、 結果を予測し、実行する
健康管理	・服薬管理 ・水分補給 ・栄養管理 ・寒暖調整 ・運動／体操

2-3. 課題領域／リハ内容のコード化 (②リハ内容、51コード)

リハ内容
1.呼吸機能訓練
2.全身持久力訓練
3.関節可動域訓練
4.筋力維持・増強訓練
5.筋緊張緩和訓練
6.筋持久力訓練
7.運動機能訓練
8.疼痛緩和
9.構音機能訓練
10.聴覚機能訓練
11.摂食嚥下機能訓練
12-1.失行訓練
12-2.視空間知覚機能訓練
12-3.言語機能訓練
13-1.基礎的学習機能
13-2.読むことの学習機能
13-3.書くことの学習機能

リハ内容
13-4.計算練習
13-5.問題解決練習
13-6.意思決定練習
13-7.日課の遂行練習
13-8.ストレスの対処練習
14.自己効力感練習
15.自己認識練習
16.コミュニケーション練習
17.姿勢変換保持練習
18.起居・移乗動作練習
19.歩行・移動練習
20.運搬練習
21.交通機関利用練習
22.一連の入浴行為練習
23.一連の整容行為練習
24.一連の排泄行為練習
25.一連の更衣行為練習

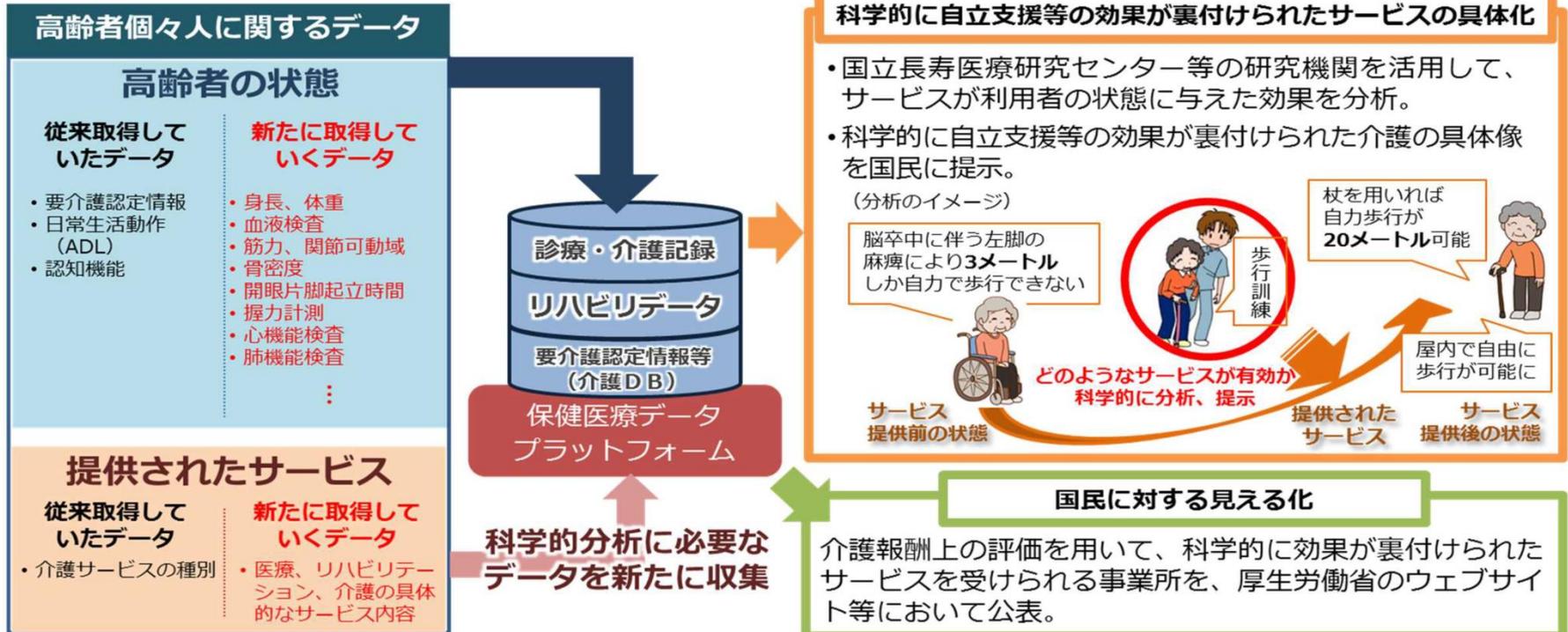
リハ内容
26.一連の食事行為練習
27.自己管理練習
28.買い物練習
29.一連の調理行為練習
30.食後の後片付け練習
31.一連の洗濯行為練習
32.一連の掃除・整理整頓行為練習
33.その他の家事
34.家庭用品の手入れ練習
35-1.住居と家具の手入れ
35-2.屋内外の植物の手入れ
36.動物の世話練習
37.対人関係練習
38.余暇活動練習
39.仕事練習
40.環境調整
41.情報提供
42.介護指導

データヘルス改革におけるVISITの位置づけ

科学的介護の実現

— 自立支援・重度化防止に向けて —

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**



通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算

<現行>

算定要件

加算(Ⅰ)
(230単位)

- (1)リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと
- (2)PT、OT又はSTが、介護支援専門員を通じて、指定居宅サービスに該当する事業に係る従事者に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること
- (3)新規にリハビリテーション計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが開始日から1月以内に当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行っていること。

加算(Ⅱ)
(6月以内の期間:1020単位)
(6月を超えた期間:700単位)

- (1)リハビリテーション会議を開催して、利用者の状況等を構成員と共有し、会議内容を記録すること
- (2)リハビリテーション計画について医師が利用者又は家族に対して説明し、同意を得ること
- (3)6月以内は1月に1回以上、6月以降は3月に1回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、リハビリテーション計画を見直すこと
- (4)PT、OT又はSTが、介護支援専門員に対し、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。
- (5)以下のいずれかに適合すること
 - (一)PT、OT又はSTが、指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
 - (二)PT、OT又はSTが利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと
- (6)(1)から(5)までに適合することを確認し、記録すること

<改定後>

算定要件

共通

加算(Ⅰ)

現行の加算(Ⅰ)の要件
(1)から(3)
及び

【新】医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

加算(Ⅱ)

現行の加算(Ⅱ)の要件
(1)から(6)
及び

【新】医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

及び

【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】
構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。

及び

【現行の加算(Ⅱ)の(2)の緩和】
リハビリテーション計画について、計画作成に関与したPT、OT又はSTが説明し、同意を得るとともに、医師へ報告すること。

加算(Ⅲ)

現行の加算(Ⅱ)の要件
(1)から(6)
及び

【新】医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

及び

【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】
構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。

加算(Ⅳ)

現行の加算(Ⅱ)の要件
(1)から(6)
及び

【新】医師はリハビリテーションの実施にあたり、詳細な指示を行うこと

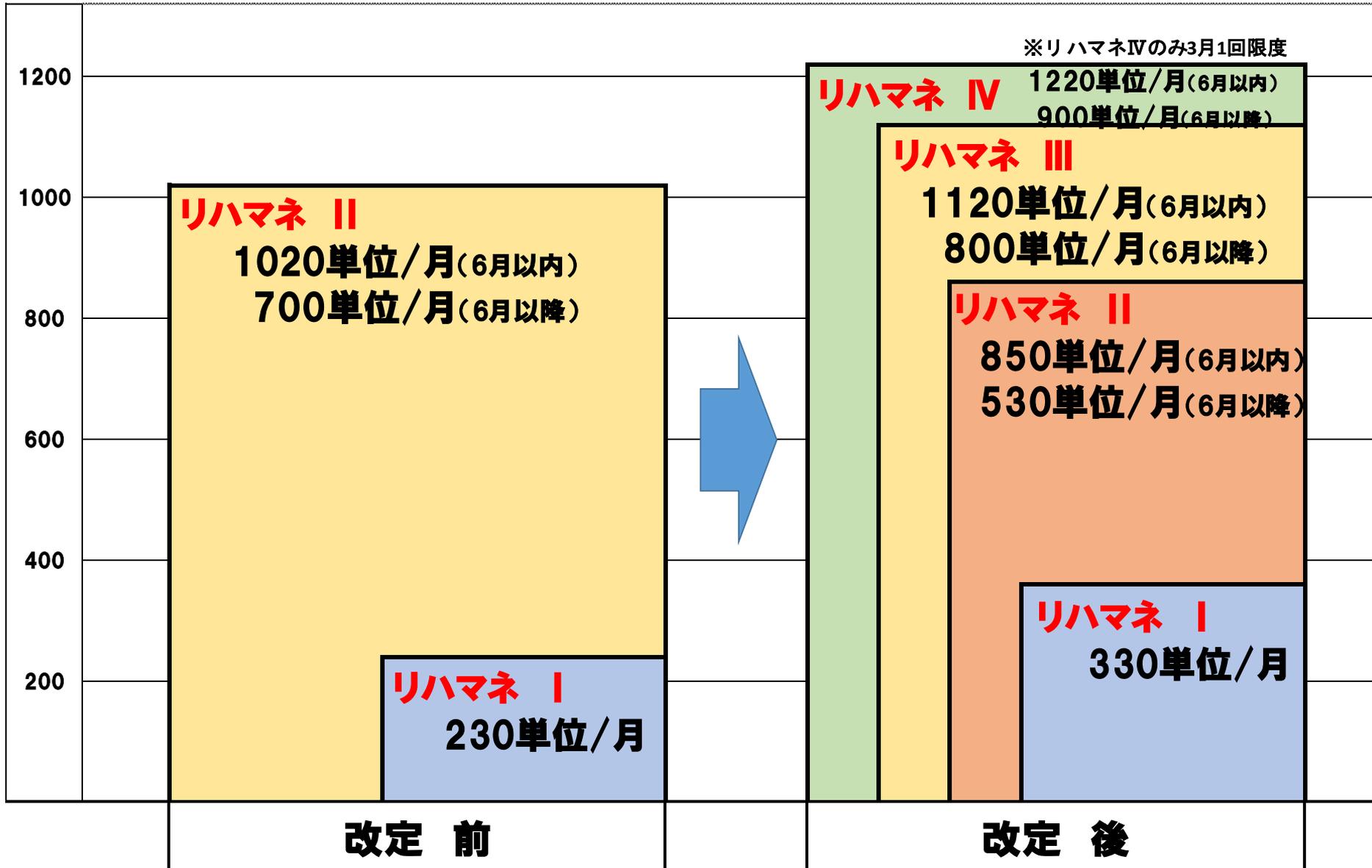
及び

【現行の加算(Ⅱ)の(1)の緩和】
構成員である医師の当該会議への出席についてはテレビ電話等を使用してもよい。

及び

【新】VISITを活用してデータを提出し、フィードバックを受けること

通所リハビリのリハマネ加算(単位)の比較



11. 通所リハビリテーション ⑧3時間以上のサービス提供に係る基本報酬等の見直し等

概要

※介護予防通所リハビリテーションは含まない

- 通所リハビリテーションと通所介護の役割分担と機能強化に関する議論や、通所介護の見直しを踏まえ、以下の見直しを行う。
 - ア 3時間以上の通所リハビリテーションを提供した場合の基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直しを行う。
 - イ 一方で、リハビリテーション専門職の配置が、人員に関する基準よりも手厚い体制を構築し、リハビリテーションマネジメントに基づいた長時間のサービスを提供している場合を評価する。

単位数

<現行>		<改定後>		
なし	⇒	リハビリテーション提供体制加算	3時間以上 4時間未満	12単位/回 (新設)
			4時間以上 5時間未満	16単位/回 (新設)
			5時間以上 6時間未満	20単位/回 (新設)
			6時間以上 7時間未満	24単位/回 (新設)
			7時間以上	28単位/回 (新設)

※ 基本報酬については、別頁に記載

算定要件等

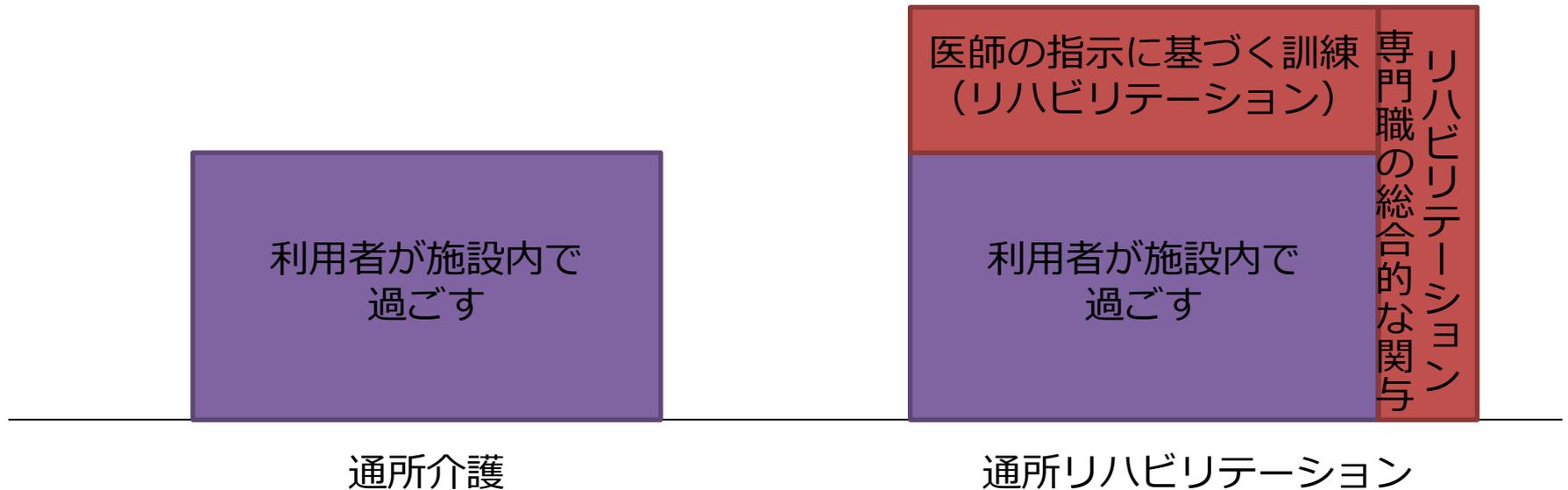
<イについて>

- 以下の要件を算定要件とする。
 - ・ リハビリテーションマネジメント加算(I)から(IV)までのいずれかを算定していること。
 - ・ 指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

通所リハビリテーションにおける報酬のイメージ

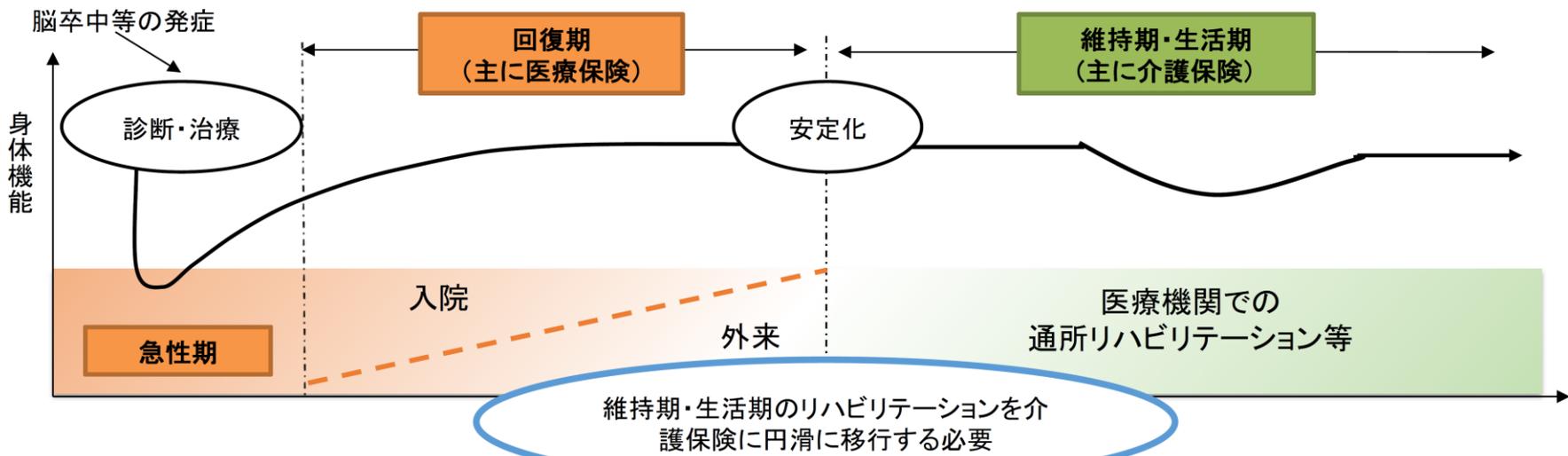
概要

3時間以上の通所リハビリテーションの基本報酬について、同じ時間、同等規模の事業所で通所介護を提供した場合の基本報酬との均衡を考慮しつつ見直す。



- 通所リハビリテーションの報酬を、①通所介護と同様に利用者が施設内で過ごすことに関する評価、②利用者に対してリハビリテーション専門職等が医師の指示に基づく訓練（リハビリテーション）を行うことに関する評価、③事業所にいる時間を通じたリハビリテーション専門職の総合的な関与に対する評価の3要素で構築する。
- リハビリテーション専門職の総合的な関与とは、リハビリテーションの観点からの利用者の観察やアセスメント、介護職員等への介護の工夫や日常生活上の留意点に関する助言の実施等を評価している。

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



平成30年度改定での見直し

医療保険と介護保険の
双方で見直し

医療保険で見直し

- リハビリが長期にわたる外傷等の患者の算定日数上限を緩和
- 介護保険のリハビリ事業所への情報提供を評価

● 地域の医療機関で一貫してリハビリを提供するため、施設基準を緩和

● 計画書様式の共通化による連携の推進・業務効率化

計画書

計画書

計画書

リハビリテーションにおける要件緩和

現 行		診療報酬	介護報酬
面積要件	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関が疾患別リハと 1時間以上2時間未満の指定通所リハの両方を実施する際には、リハの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険の利用定員と医療保険の患者数の合計数×3㎡以上を満たしていること。 	
人員要件	<ol style="list-style-type: none"> 疾患別リハの専従の従事者は、疾患別リハの実施時間中は当該リハの提供のみを行う。 専従の従事者以外の従事者は、当該医療機関の疾患別リハ実施時間内でも、疾患別リハに従事していない時間に、介護保険のリハに従事することが可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 同一職種の従業者と交代する場合は、医療保険のリハビリテーションに従事することが可能。 	
器具の共有	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関が疾患別リハと 1時間以上2時間未満の指定通所リハの両方を実施する際には、必要な機器及び器具の共有が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 1時間以上2時間未満の通所リハの場合は、必要な器具の共有が認められる。 	

変 更

改定案		診療報酬	介護報酬
面積要件	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関が疾患別リハと 指定通所リハの両方を実施する際には、リハの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 常時、介護保険の利用者数×3㎡以上を満たしていること。 ※1時間以上2時間未満の通所リハのみ 	
人員要件	<ol style="list-style-type: none"> 以下の要件を満たしている場合、疾患別リハの実施時間中であっても、疾患別リハの専従の従事者が介護保険のリハに従事しても差し支えない。 <ol style="list-style-type: none"> 専従の従事者以外の全ての従事者が介護保険のリハに従事していること。 専従の従事者が、疾患別リハを提供すべき患者がいない時間帯であること。 (現行と同様) 	<ul style="list-style-type: none"> 同じ訓練室で実施する場合には、医療保険のリハビリテーションに従事することができる。 ※1時間以上2時間未満の通所リハのみ 	
器具の共有	<ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関が疾患別リハと 指定通所リハの両方を実施する際には、必要な機器及び器具の共有が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供の時間にかかわらず、医療保険・介護保険のサービスの提供に支障が生じない場合は、共用可能。 	

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する。

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】

300点

[対象患者]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料、認知症患者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(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者



改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】

リハビリテーション総合計画評価料1 300点

[対象患者]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者 並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者

通所リハビリテーション<2R>

- リハマネ I ~IVの新設に伴う基本報酬の適正化
- 医師の詳細な指示・3月以上継続利用の理由を
計画書に記載⇒リハマネ I
詳細な指示: 目的及び開始前の留意事項・実施中
の留意事項・中止基準・負荷量等の
うち1つ以上
- リハマネにおけるリハ会議への医師の参加
→テレビ電話等(テレビ会議システム・携帯電話等
のテレビ電話)を活用

通所リハビリテーション<2R>

- リハマネにおけるリハ会議
 - リハビリ専門職が医師の代わりに計画書等の説明⇒リハマネⅡ
 - 現行のリハマネⅡ⇒リハマネⅢ
 - 過去に一定以上の期間・頻度で介護保険・医療保険のリハビリ請求のある利用者のリハ会議開催頻度を最初から3月に1回に緩和
- 質の評価データ収集等事業に参加
 - 現行のリハマネⅡに加えて、様式データを同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて提出し、フィードバックを受ける⇒リハマネⅣ

通所リハビリテーション<2R>

- 介護予防通所リハにリハマネ加算の新設
330単位/月
→ 医師の詳細な指示・3月ごとの計画更新・3月以上継続利用の理由を計画書に記載・医師又はリハビリ専門職が開始日から1月以内に居宅訪問し評価
- 社会参加支援加算の見直し
→ 告示に給付サービス列挙
→ 通知に告示記載のサービス列挙・社会参加に資する取組内容の記載
→ 介護予防認知症デイ・介護予防小多機への移行と就労を追加

通所リハビリテーション<2R>

- 介護予防通所リハに生活行為向上リハ実施加算の新設
3月以内900単位・3月超～6月以内450単位 ※15%減算要件あり
→算定要件：専門的な知識・経験を有する若しくは研修修了した
リハビリ専門職が配置、目標・実施頻度・実施場所等が記載
された計画書を定めて提供、通所リハ終了前1月以内にリハ
会議開催、新リハマネⅢ算定、事業所評価加算の併算定不可
- 基本報酬のサービス提供時間区分を1時間ごとに見直し
(3~9時間について)
- 通所リハの基本報酬の適正化→3時間以上提供サービス(通所介護
との均衡考慮)
- リハビリ専門職を常時25:1以上配置し、リハマネに基づいた長時間
サービスの提供を評価

通所リハビリテーション<2R>

- 医療保険から介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行
 - 対象：医療保険の脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハ
 - 医療保険と介護保険のリハを同一のスペースで行う場合の面積・人員・器具の共用についての要件緩和
- 医療と介護におけるリハ計画に係る様式の活用について
 - リハ計画書の共通事項の互換性を持った様式へ変更
 - 医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた通所リハの医師が利用者を診療し、リハの開始を差し支えないと判断した場合には、介護保険のリハの算定を開始可能とする(ただし、3月以内にリハ計画書を作成)

栄養状態に係るスクリーニングの対象サービス（案）

訪問介護	
訪問入浴介護	
訪問看護	
訪問リハビリテーション	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
夜間対応型訪問介護	
通所介護	○
通所リハビリテーション	○
地域密着型通所介護	○
認知症対応型通所介護	○
小規模多機能型居宅介護	○
看護小規模多機能型居宅介護	○
短期入所生活介護	
短期入所療養介護	
特定施設入居者生活介護	○
認知症対応型共同生活介護	○
地域密着型特定施設入居者生活介護	○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
介護療養型医療施設	
居宅介護支援	

11. 通所リハビリテーション ⑦栄養改善の取組の推進

概要

※介護予防通所リハビリテーションを含む

ア 栄養改善加算の見直し

- 栄養改善加算について、管理栄養士1名以上の配置が要件とされている現行の取扱いを改め、外部の管理栄養士の実施でも算定を認めることとする。

イ 栄養スクリーニングに関する加算の創設

- 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合の評価を創設する。

単位数

○アについて

<現行>

栄養改善加算 150単位/回

⇒

<改定後>

変更なし

○イについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

栄養スクリーニング加算 5単位/回（新設）

※6月に1回を限度とする

算定要件等

ア 栄養改善加算

- 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所・医療機関・栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること。

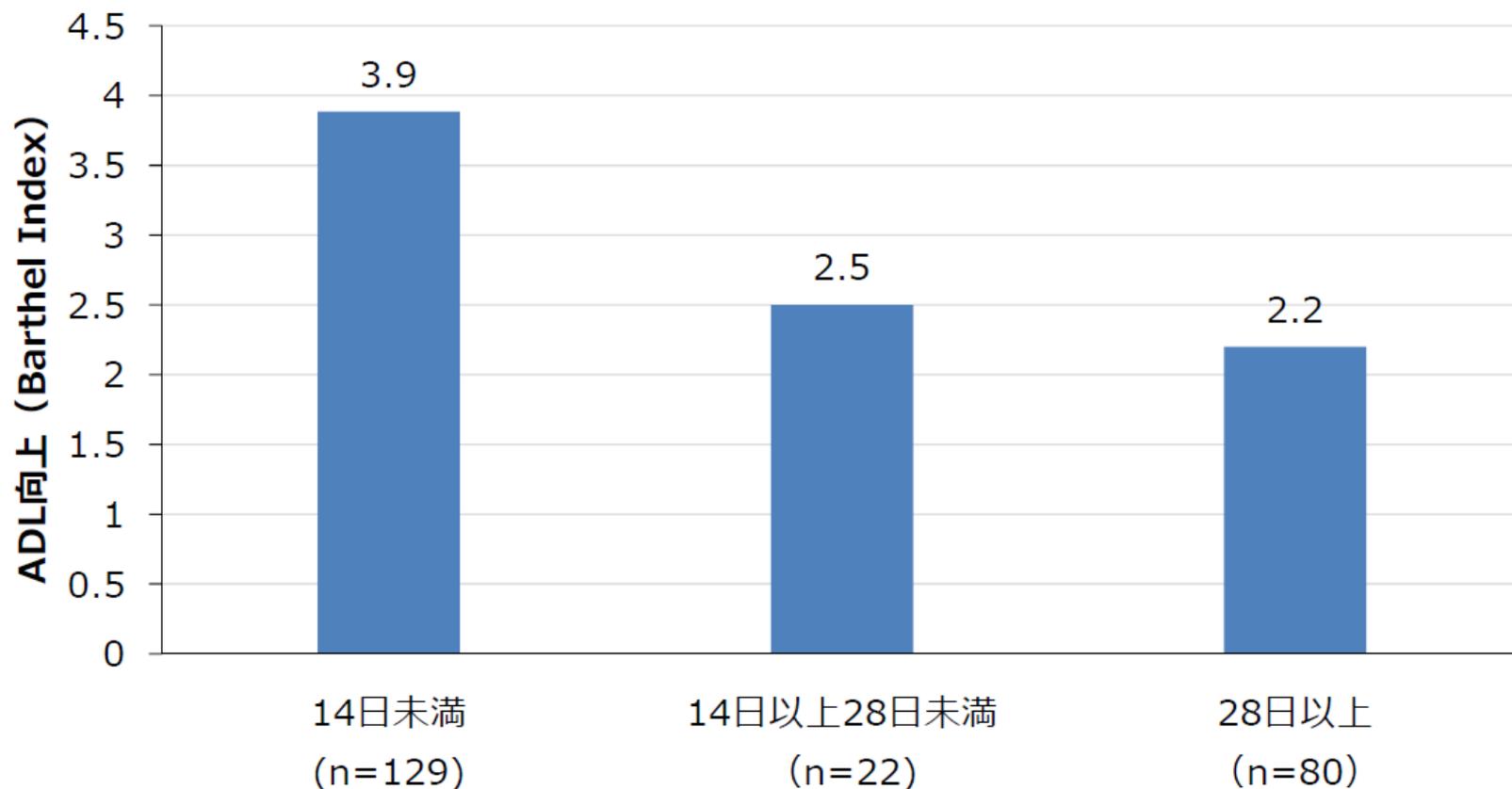
イ 栄養スクリーニング加算

- サービス利用者に対し、利用開始時及び利用中6か月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士等への相談提言を含む。）を介護支援専門員に文書で共有した場合に算定する。

退院後の通所リハビリテーション利用開始までの期間と開始後のADL向上

退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

退院から通所リハビリテーション開始までの日数



※平成27年10月以降に退院した者231名について集計

(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査 (平成28年度調査) の結果を事務局で集計

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、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の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

5. 医療と介護の同時改定

(8)リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進①

医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し①

点p428, 留p447-448, 様式p1056-1060

- 従来のリハビリテーション総合計画提供料の評価を再編し、リハビリテーション実施計画書の提供でも算定可能となるよう、リハビリテーション計画提供料を新設する
- リハビリテーション計画提供料において、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している患者について、通所リハビリテーションに係る計画等を提供した場合を評価する。また、介護保険のデータ収集等事業で活用可能な電子媒体でリハビリテーションに係る計画等を提供した場合の加算を新設する

現行

【リハビリテーション総合計画提供料】 100点
(新設)

(新設)

(新設)

[算定要件]

退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション総合実施計画書を提供した場合

改定

(削除)

【リハビリテーション計画提供料1】 275点

[算定要件]

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を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

【電子化連携加算】 5点

[算定要件]

「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」で利用可能な電子媒体でリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

【リハビリテーション計画提供料2】 100点

[算定要件]

入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その1）

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

<現行>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
 - ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
 - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

<改定後>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
 - ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
 - ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

<現行>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

<改定後>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所（※）を更に評価する。（平成31年度から施行）

特定事業所加算（Ⅳ） 125単位／月（新設）

※ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

Ⅱ－③ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進（その1）

○ 訪問介護、通所介護、特別養護老人ホーム等において、通所リハ事業所等のリハビリ専門職等と連携して作成した計画に基づく介護を評価する。

訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護

○ 訪問介護の生活機能向上連携加算について、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実する（**生活機能向上連携加算(Ⅱ)**）。

○ 加えて、リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合においても、自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、

- ・ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、訪問介護計画を作成すること
- ・ 当該リハビリテーション専門職等は、通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことを評価する（**生活機能向上連携加算(Ⅰ)**）。

<現行>

生活機能向上連携加算 100単位/月

緩和

<改定後>

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月（新設）

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月

充実

○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護に、見直し後の訪問介護と同様の生活機能向上連携加算を創設する。

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月（新設）

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月（新設）

通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設

○ 外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所介護事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成することを評価する。

生活機能向上連携加算 200単位/月（新設）

※個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月

6. 訪問リハビリテーション

6. 訪問リハビリテーション

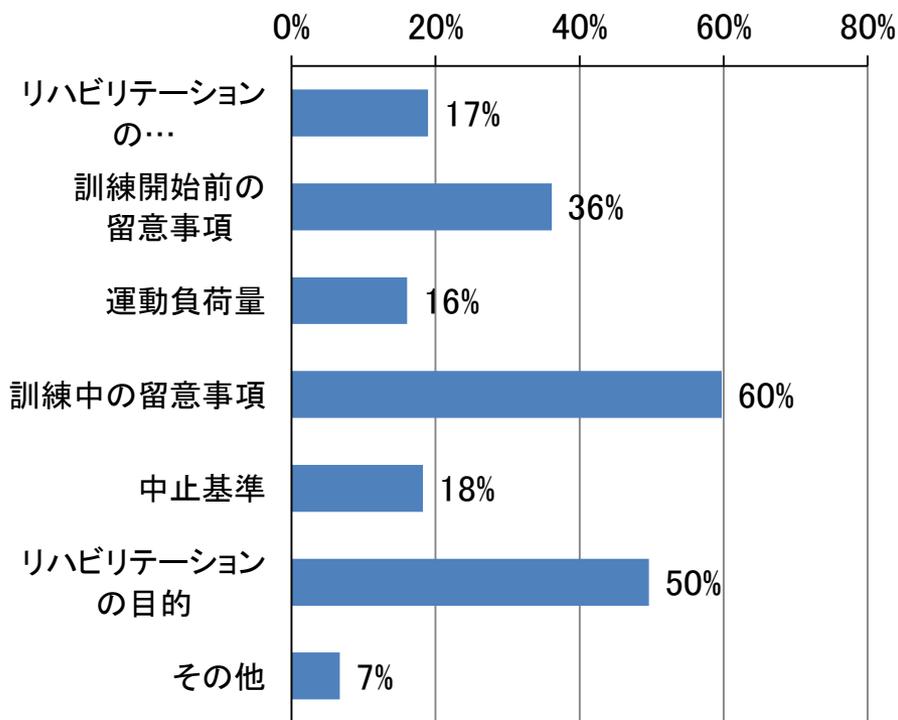
改定事項

- ① 医師の指示の明確化等
- ② リハビリテーション会議への参加方法の見直し等
- ③ リハビリテーション計画書等のデータ提出等に対する評価
- ④ 介護予防訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算の創設
- ⑤ 社会参加支援加算の要件の明確化等
- ⑥ 介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の創設
- ⑦ 訪問リハビリテーションにおける専任の常勤医師の配置の必須化
- ⑧ 基本報酬の見直し
- ⑨ 医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等
- ⑩ 離島や中山間地等の要支援・要介護者に対する訪問リハビリテーションの提供
- ⑪ 同一建物等居住者にサービスを提供する場合の報酬
- ⑫ 介護医療院が提供する訪問リハビリテーション
- ⑬ その他

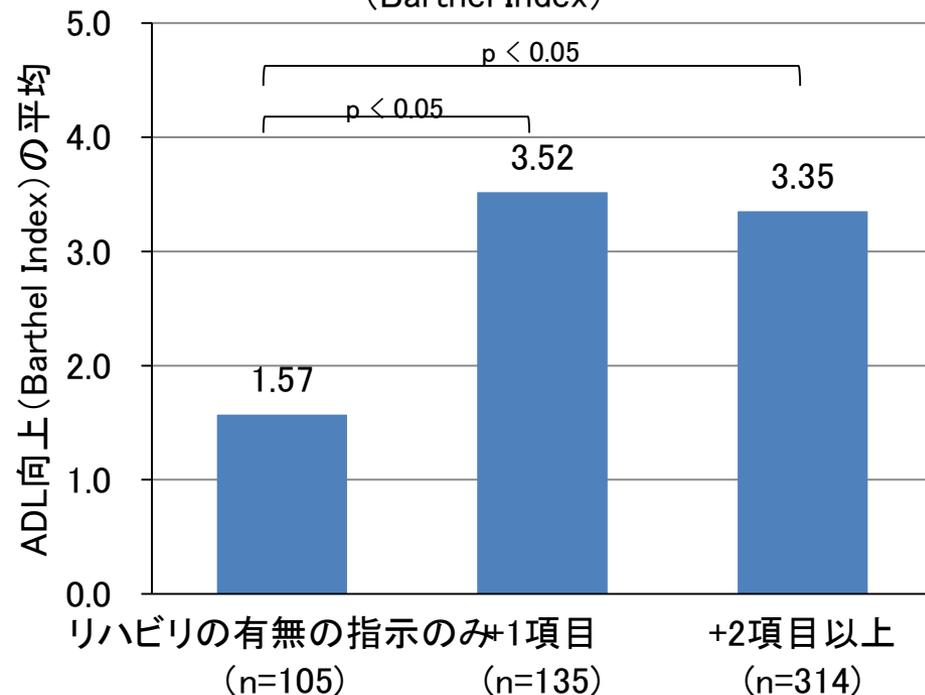
訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

- 指定訪問リハビリテーション事業所で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、リハビリテーション実施の有無のみのこともあれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれることもあった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のものと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。

医師からの指示の内容 (n=554)



医師からの指示の種類数別訪問リハビリテーション開始時からのADL向上の平均 (Barthel Index)



注)

・平成28年6月～8月に訪問リハビリテーションを開始した554例を対象として集計した。

・「リハビリテーションの有無のみ」にチェックしつつ、他の項目にもチェックをした回答については、「リハビリテーションの有無のみ」に該当しなかったものとして扱った。

(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果をもとに事務局で集計

Ⅱ－① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

- リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件とした上で、別途評価する。
- 要支援者のリハビリテーションについて、要介護者のリハビリテーションに設けられている、リハビリテーションのマネジメントに関する加算を設ける。

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く評価する。

訪問リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） **60単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） **150単位／月**

<改定案>

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） **230単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） **280単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ） **320単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ） **420単位／月**

通所リハビリテーション

<現行>

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） **230単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） 6月以内 **1020単位／月**
6月以降 **700単位／月**

<改定案>

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ） **330単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） 6月以内 **850単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ） 6月以内 **1120単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ） 6月以内 **1220単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ） 6月以降 **530単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ） 6月以降 **800単位／月**

リハビリテーションマネジメント加算（Ⅳ） 6月以降 **900単位／月**

- 要支援者のリハビリテーションについて、質の高いリハビリテーションを実現するためのリハビリテーション計画の策定と活用等のプロセス管理の充実、多職種連携の取組の評価を創設する。

介護予防訪問リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算：**230単位／月（新設）**

介護予防通所リハビリテーション

リハビリテーションマネジメント加算：**330単位／月（新設）**

Ⅱ－② リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充(その1)

- 現在、介護予防通所リハビリテーションに設けられているアウトカム評価(事業所評価加算:要支援状態の維持・改善率を評価)を介護予防訪問リハビリテーションにも設ける。

訪問リハビリテーション

- 介護予防訪問リハビリテーションにおいて、自立支援・重度化防止の観点から、アウトカム評価(要支援状態の維持・改善率を評価)を設け、評価対象期間(前々年度の1月から12月までの1年間)終了後の4月から3月までの1年間、新たな加算の算定を認める。
- 評価対象期間に、次に掲げる基準に適合すること
 - ① 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出てリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
 - ② 利用実人員数が10名以上であること。
 - ③ 利用実人員数の60%以上にリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
 - ④ $(\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2) \div (\text{評価対象期間内(前年の1月} \sim \text{12月)}) \geq 0.7$ を満たすこと(リハビリテーションマネジメント加算を3か月以上算定し、その後に更新・変更認定を受けた者の数)

事業所評価加算 **120単位/月(新設)**

介護予防訪問リハビリテーションにおける事業所評価加算の経過措置

【算定要件（現行案）】

(1) 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出てリハビリテーションマネジメント加算を算定していること

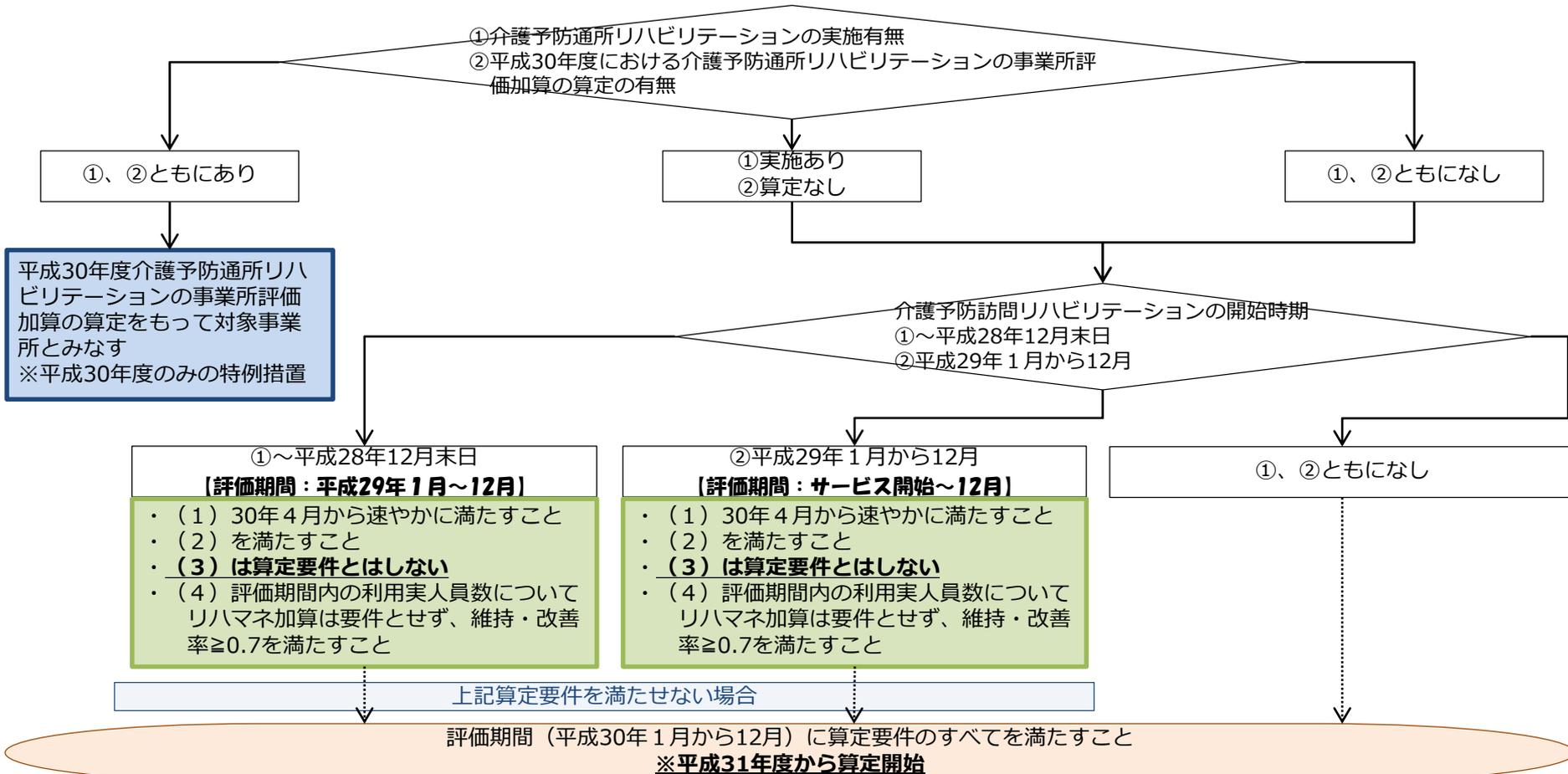
(3) 以下の数式を満たすこと

$$\left[\frac{\text{評価対象期間内にリハビリテーションマネジメント加算を算定した者}}{\text{評価対象期間内に介護予防訪問リハビリテーションを利用した者}} \geq 0.6 \right]$$

(2) 評価対象期間における指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の利用実人員数が10名以上であること

(4) 以下の数式を満たすこと

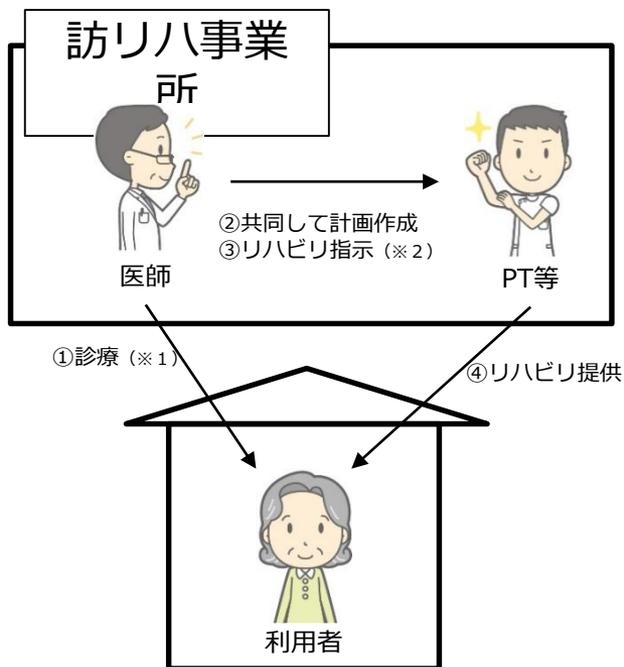
$$\left[\frac{\text{要支援状態区分の維持者数} + \text{改善者数} \times 2}{\text{評価対象期間内にリハビリテーションマネジメント加算を3月以上算定し、その後更新・変更認定を受けた者の数}} \geq 0.7 \right]$$



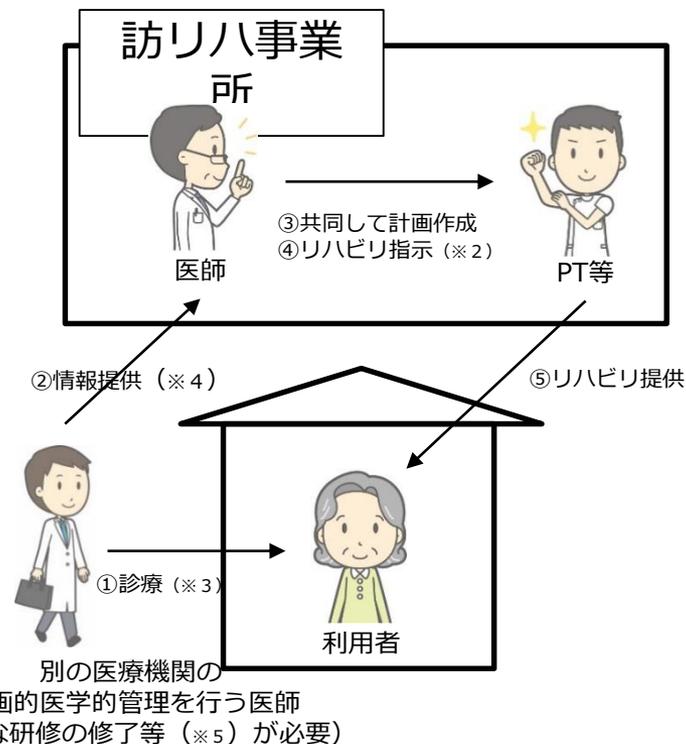
※介護医療院に転換する場合、転換前の介護保険のリハビリテーションの実績に基づき、フローチャートで取得可能かどうか判断すること

訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



通常の場合
290単位/回



事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合
270単位/回

- ※1 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を捉えて、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うものの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を捉えて行うもの等）でも可
- ※4 提供すべき内容は追って示す。
- ※5 「適切な研修の修了等」については追って示す。

6. 訪問リハビリテーション ⑧基本報酬の見直し

概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療について、利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した際に行われた場合や、訪問診療等と同時に行われた場合は、別途診療報酬が算定されていることから、二重評価にならないように見直しを図ることとする。【通知改正】

算定要件等

- 以下の内容を通知に記載する
 - ・利用者が指定（介護予防）訪問リハビリテーション事業所である医療機関を受診した日又は訪問診療若しくは往診を行った日に、訪問リハビリテーション計画を作成する際の医師の診療を行った場合には、当該診療と時間を別にして行われていることを記録上明確にするものとする。

訪問リハビリテーション<2R>

- リハマネ I ~IVの新設に伴う基本報酬の適正化
- 医師の詳細な指示・3月以上継続利用の理由を計画所に記載⇒リハマネ I
詳細な指示: 目的及び開始前の留意事項・実施中の留意事項・中止基準・負荷量のうち1つ以上
- リハマネにおけるリハ会議への医師の参加
→テレビ電話等(テレビ会議システム・携帯電話等のテレビ電話)を活用

訪問リハビリテーション<2R>

●リハマネにおけるリハ会議

→リハビリ専門職が医師の代わりに計画所等の説明⇒リハマネⅡ

→現行のリハマネⅡ⇒リハマネⅢ

→過去に一定以上の期間・頻度で介護保険・医療保険のリハビリ請求のある利用者のリハ会議開催頻度を最初から3月に1回に緩和

●質の評価データ収集等事業に参加

→現行のリハマネⅡに加えて、様式データを同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて提出し、

フィードバックを受ける⇒リハマネⅣ

訪問リハビリテーション<2R>

- 介護予防訪問リハにリハマネ加算の新設
(要支援者の要件設定)
 - 医師の詳細な指示・3月ごとの計画更新・3月以上継続利用の場合には通所サービスへの移行の見通しを計画書に記載
- 社会参加支援加算の見直し
 - 告示に給付サービス列挙
 - 通知に告示記載のサービス列挙・社会参加に資する取組内容の記載
 - 介護予防通所リハ・介護予防認知症デイ・介護予防小多機への移行と就労を追加
- 介護予防訪問リハに事業所評価加算の新設
 - 介護予防通所リハの事業所評価加算を踏まえて設定

訪問リハビリテーション<2R>

- 専任の常勤医師の配置の必須化
 - 病院・診療所・老健の常勤医師と兼務可能
 - 病院・診療所と併設している老健について、併設の病院・診療所の常勤医師と兼務可能
(通所リハの人員基準と同様)
- リハ計画書を作成する際の医師の診療について、利用者がリハ事業所の医療機関を受診した場合や訪問診療等と同時に行った場合は、診療報酬が算定されるため、介護報酬との二重評価を認めないこととする ※かかりつけ医からの情報提供でも可

訪問リハビリテーション<2R>

- 医療と介護におけるリハ計画に係る様式の活用について
 - リハ計画書の共通事項の互換性を持った様式へ変更
 - 医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた通所リハの医師が利用者を診療し、リハの開始を差し支えないと判断した場合には、介護保険のリハの算定を開始可能とする(ただし、3月以内にリハ計画書を作成)
- 離島や中山間地域等におけるリハの提供について
 - 他の訪問系サービスと同様に、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算(一月当たりの訪問回数の実績等に基づいて定める)」の導入
- 介護予防訪問介護における訪問介護連携加算の廃止

訪問看護の報酬・基準について

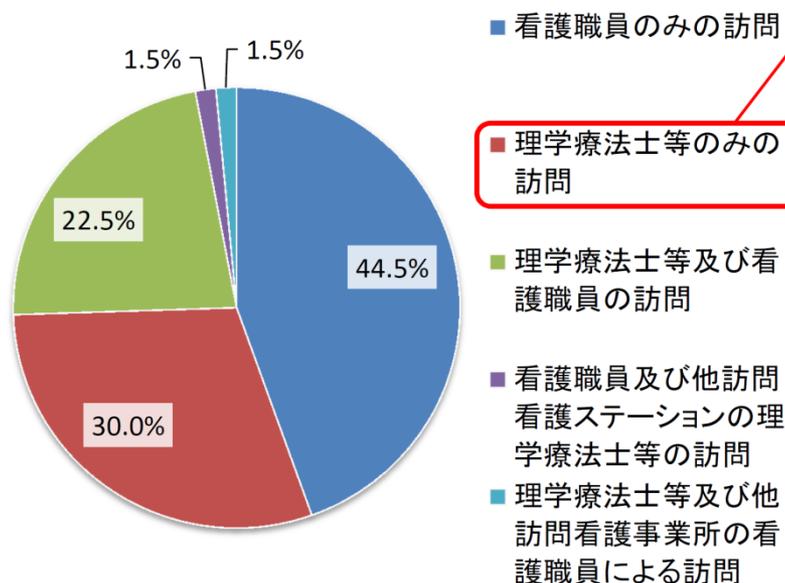
訪問看護ステーションにおける職種別の訪問看護の状況

- 理学療法士等による訪問を行っている訪問看護ステーションの介護保険の利用者のうち、30%が理学療法士等のみの訪問であり、要支援2以下が約20%である。
- 理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、「看護師がアセスメント等のために訪問することは基本的にはない」とした割合は約22%であった。

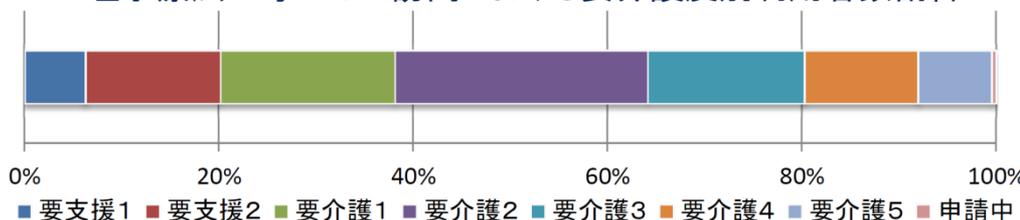
■ 訪問看護ステーション※あたりの平均保険別利用者数 (2016年10月)(n=600)(※理学療法士等による訪問を行っているSTIに限る)

	人数
介護保険	74.1
医療保険	23.2

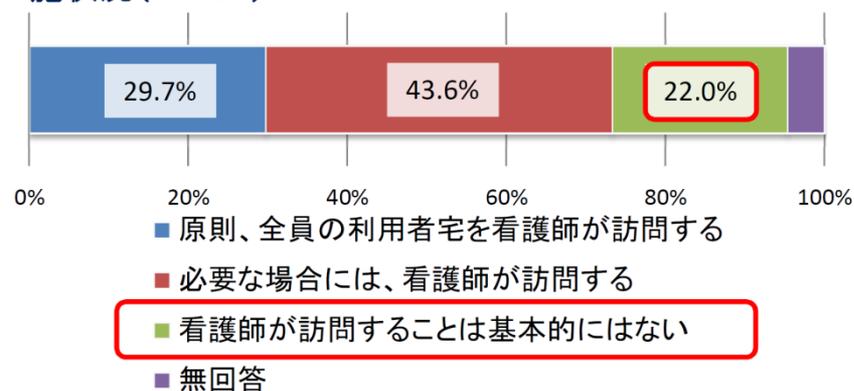
■ 訪問看護ステーション※における介護保険の利用者数 (74.1人)の訪問者職種別の割合



■ 理学療法士等のみの訪問における要介護度別利用者数割合



■ 訪問看護ステーション※における理学療法士等のみの訪問を提供している利用者について、看護師によるアセスメント等の実施状況(n=619)



5. 訪問看護 ⑤報酬体系の見直し

概要

※介護予防訪問看護を含む

- 要支援者と要介護者に対する訪問看護については、現在、同一の評価となっているが、両者のサービスの提供内容等を踏まえ、基本サービス費に一定の差を設けることとする。

単位数

○指定訪問看護ステーションの場合

	<現行> (共通)	<改定後> (訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・ 20分未満	310単位	311単位	300単位
・ 30分未満	463単位	467単位	448単位
・ 30分以上 1時間未満	814単位	816単位	787単位
・ 1時間以上 1時間30分未満	1117単位	1118単位	1080単位
・ 理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士の場合 (※1日3回以上の場合は90/100)	302単位	296単位	286単位

○病院又は診療所の場合

	<現行> (共通)	<改定後> (訪問看護)	(介護予防訪問看護)
・ 20分未満	262単位	263単位	253単位
・ 30分未満	392単位	396単位	379単位
・ 30分以上 1時間未満	567単位	569単位	548単位
・ 1時間以上 1時間30分未満	835単位	836単位	807単位

介護老人保健施設の定義

【 根拠法 】 介護保険法

第8条 (定義)

介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設

改正

(平成29年6月2日公布)

第8条 (定義)

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設

【 省令 】

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (厚生省令第40号)
(平成11年3月31日)

(基本方針)

第一条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

これまでは運営基準(厚生省令第40号)により、老健施設の「在宅復帰」が定義付けられていたが、今回の改正において、上位概念である介護保険法(根拠法)によって、「在宅支援」が明示された。

- **在宅支援・在宅復帰**のための地域拠点となる施設
- **リハビリテーションを提供**する機能維持・回復の役割を担う施設

※老健施設が持つ

「在宅支援」 機能



- ① 入所サービス
- ② 短期入所療養介護
- ③ 通所リハビリテーション
- ④ 訪問リハビリテーション

【介護保険施設の比較】

	介護老人保健施設	介護医療院	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
概要	リハビリ等を提供し、 在宅支援・在宅復帰 のための施設	長期療養・生活施設	生活施設
根拠法	介護保険法 (介護老人保健施設) 医療法：医療提供施設	介護保険法 (介護医療院) 医療法：医療提供施設	介護保険法 (介護老人福祉施設) 老人福祉法 (特別養護老人ホーム)

「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化」に向けた研究事業

調査票回収状況

回収率42.2% (1,521/3,607施設)

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 施設類型は強化型16.7%・加算型29.5%・従来型53.8%の分布(療養型・療養強化型、無回答除く)であり、平均要介護度は、それぞれ 3.31 / 3.19 / 3.19 であり、認知症日常生活自立度の分布にも大きな差は認められなかった
- 従来型施設の半数が在宅復帰率10%以下、1/3の施設が5%以下、17%の施設が0%であった
- 強化型は医療機関併設の割合の方がやや多く、加算型・従来型は医療機関非併設の割合がやや多い

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 医師研修会等の受講実績割合は、強化型・加算型・従来型の順に高い。また、管理医師専門科の違いによる在宅復帰の差異は認められなかった
- 入所者の入所時点の主病名は、認知症、脳卒中、骨折の順に多く、実施されている医療処置は、胃瘻・腸瘻による栄養管理・浣腸・摘便・簡易血糖測定・喀痰吸引・カテーテル・創傷処置の順に多く、3類型に大きな差は認められなかった

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 強化型→加算型→従来型の順に多い項目
 - ・通所・訪問リハ実施人数
 - ・通所リハのリハマネⅡ算定人数及び割合
 - ・リハビリ専門職配置数(4.9→4.7→3.7/定員100人)
 - ・支援相談員(2.2→2.0→1.7/定員100人)
 - ・新規入所者に占める自宅等からの再入所者人数及び割合
 - ・在宅復帰率(60.3%→41.7%→12.5%)
 - ・退所者数(人/月)(13.4→9.3→5.8/定員100人)(死亡退所除く)
 - ・死亡退所者数(人/月)(1.0→0.7→0.7/定員100人)

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 強化型→加算型→従来型の順に多い項目
 - ・在宅復帰者数(人/月)(8.1→3.9→0.7/定員100人)
(入所期間1か月超で、在宅生活の継続見込み(要介護1~3は1月以上、要介護4・5は14日以上)を確認できている者)
 - ・入所前後訪問指導加算の算定施設割合
 - ・退所前・後訪問指導/退所時指導/退所時情報提供/退所前連携の加算算定+入所期間1か月未満の退所者への退所前後の連携に関する取組や複数名訪問をしている施設の割合
 - ・看取りへの対応
 - ・地域リハ活動支援事業/地域ケア会議/介護事業所等へ訪問派遣/地域住民活動(介護教育・健康教室・訪問派遣・認知症カフェ等の集いの場・民生委員等と連携)

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 新規入所者に占める病院等からの再入所者割合は従来型・加算型・強化型の順に多く、1月当たり人数は2.4人・2.4人・2.2人(／定員100人)と同程度であった
※直近6か月データ検証:2.5人・2.5人・2.3人(／定員100人)
- 退所者に占める死亡割合は強化型・加算型・従来型の順に7.0%・6.7%・10.4%であり、過去1年当たりの死亡退所者数11.8人・7.9人・8.0人／定員100人。
- ターミナルケア加算についての設問に回答した947施設における死亡退所者数は13.4人・10.2人・11.3人／定員100人、算定人数は9.8人・7.0人・6.5人／定員100人、ACP実施人数11.6人・7.8人・7.0人／定員100人であった
- 入所者の重症者割合(要介護4・5割合)・喀痰吸引及び経管栄養実施割合に3類型において大きな差は認められなかった

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- ベッド稼働率は、強化型85.3%・加算型88.0%・従来型90.5%であり、回転率は、強化型17.6%・加算型11.6%・従来型7.3%であり、従来型施設の83.9%が回転率10%以下、26.4%が回転率5%以下であった

※直近6か月データ検証による稼働率/回転率:

強化型85.3%/17.1%・加算型88.0%/11.7%・

従来型90.5%/7.4%

調査結果のまとめ(年間平均データ)

●過去1年間の新規入所者数(／定員100人)

強化型166.7人(入所前居所:病院77.7人(46.6%)／自宅71.5人(42.9%))

→うち要介護4・5:64.1人(病院35.1人／自宅22.5人)

→うち認知症Ⅲb・Ⅳ・M:27.8人(病院13.6人／自宅10.7人)

加算型119.3人(入所前居所:病院68.8人(57.6%)／自宅39.3人(32.9%))

→うち要介護4・5:42.5人(病院28.4人／自宅10.1人)

→うち認知症Ⅲb・Ⅳ・M:19.0人(病院12.3人／自宅4.8人)

従来型75.4人(入所前居所:病院52.3人(69.3%)／自宅16.7人(22.1%))

→うち要介護4・5:29.9人(病院23.5人／自宅4.1人)

→うち認知症Ⅲb・Ⅳ・M:15.4人(病院11.9人／自宅2.3人)

調査結果のまとめ(年間平均データ)

● 過去1年間の退所者数(／定員100人)

強化型168.6人(退所後居所:病院37.4人(22.2%)／自宅77.4人(45.9%))

→うち自宅等:98.4人(58.4%)

→うち死亡退所:11.8人(7.0%)

加算型118.6人(退所後居所:病院43.9人(37.0%)／自宅38.0人(32.0%))

→うち自宅等:48.8人(41.1%)

→うち死亡退所:7.9人(6.7%)

従来型77.5人(退所後居所:病院45.4人(58.5%)／自宅10.8人(13.9%))

→うち自宅等:13.3人(17.2%)

→うち死亡退所:8.0人(10.4%)

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 過去1年間の自宅等への退所者の入所前居所

強化型: 医療機関34.8人(34.7%) / 自宅等61.4人(61.3%)

加算型: 医療機関20.4人(40.5%) / 自宅等26.9人(53.5%)

従来型: 医療機関6.4人(43.7%) / 自宅等7.0人(47.6%)

- 退所者のうち、入所期間1か月以内に退所した割合は、強化型

7.3%・加算型8.3%・従来型11.6%であり、在宅復帰を目指したり

ハビリや特養等への入所調整が主たる利用目的であった

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 1年間の肺炎による退所者数は10.6人／定員100人であり、退所者に占める割合10.2%、医療機関退所者の23.7%であり、そのうち誤嚥性肺炎による退所者数は5.2人／定員100人であり、医療機関退所者数の11.6%であり、3類型に大きな差は認められなかった
- 1週間以内の短期入院により再入所となった人数(医療機関への退所者に占める割合)は、強化型2.0人(5.3%)・加算型3.1人(7.0%)・従来型4.0人(8.6%)であり、専門的な検査入院や胃瘻の造設・交換が主な理由であった

調査結果のまとめ(年間平均データ)

- 入所から1年以上経過している人数(／定員100人)は、強化型21.3人・加算型33.7人・従来型50.1人であり、在宅の介護力が期待できない者が多かった
- 退所困難理由は、家族の希望、特養の入所待ち、認知症重度が主な理由であった
- 従来型施設では、入所期間1年以上の利用者が入所者全体の半数以上を占める施設が65%であった

2018年改定へ向けた提言

「基本型」・「在宅強化型」・「その他型」



『在宅療養支援型』と
『在宅復帰型』の創設を！

21. 介護老人保健施設

21. 介護老人保健施設

改定事項

①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

②介護療養型老人保健施設の基本報酬等

③かかりつけ医との連携

④入所者への医療の提供

⑤排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設

⑥褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

⑦外泊時に在宅サービスを利用したときの費用の取扱い

⑧口腔衛生管理の充実

⑨栄養マネジメント加算の要件緩和

⑩栄養改善の取組の推進

⑪入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

⑫身体的拘束等の適正化

⑬介護療養型老人保健施設から介護医療院への転換の取扱い

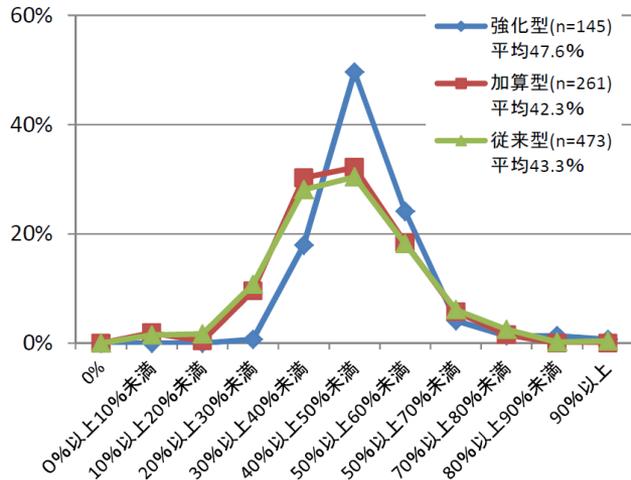
⑭療養食加算の見直し

⑮介護職員処遇改善加算の見直し

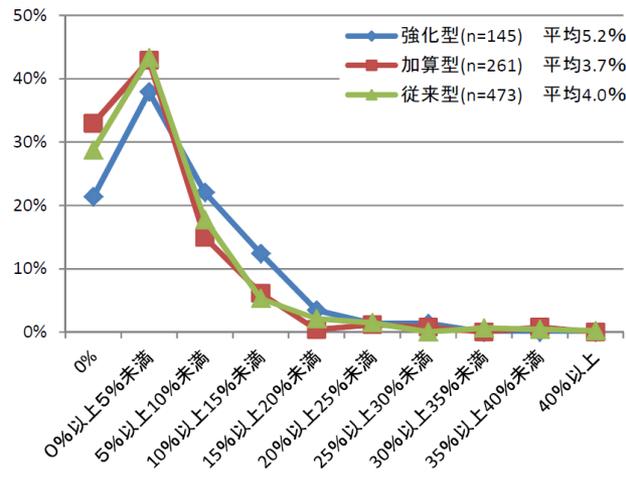
⑯居室とケア

介護老人保健施設における利用者及び在宅復帰率・ベッド回転率の状況

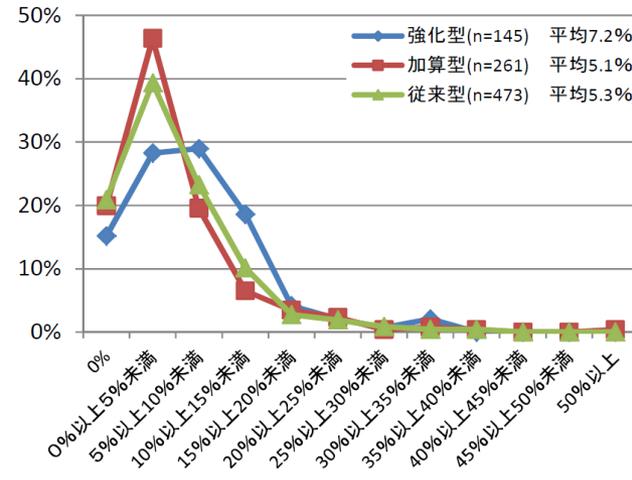
施設ごとの要介護4・5の入所者割合の分布



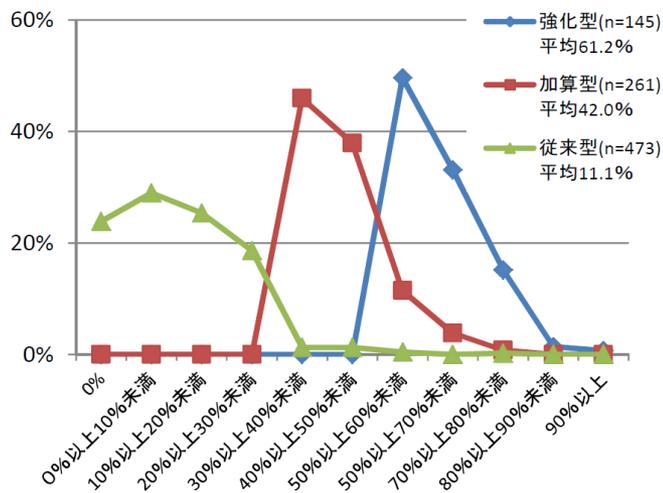
喀痰吸引を実施している入所者割合の分布



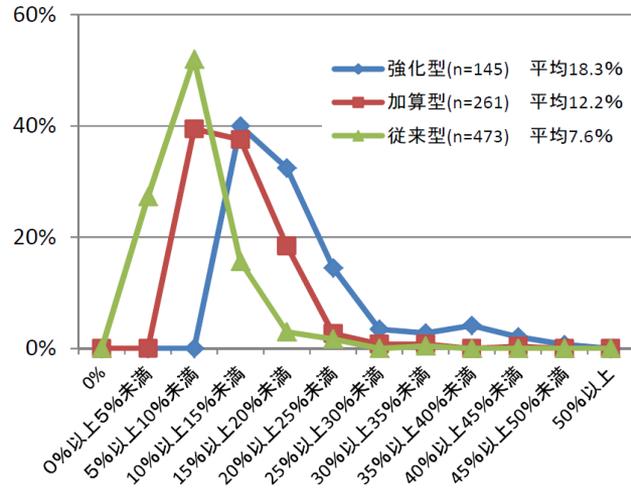
経管栄養を実施している入所者割合の分布



施設ごとの在宅復帰率の分布

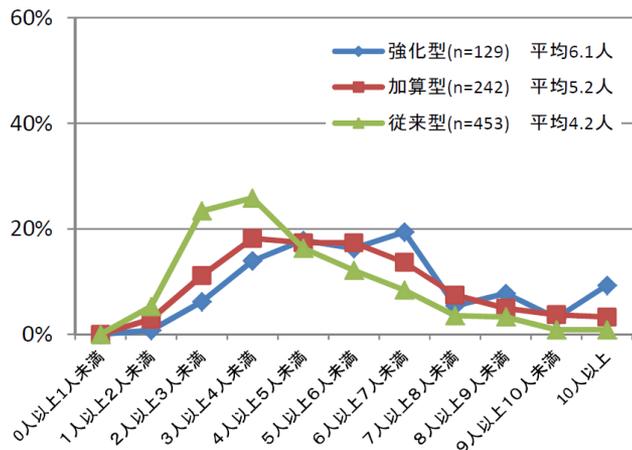


施設ごとのベッド回転率の分布

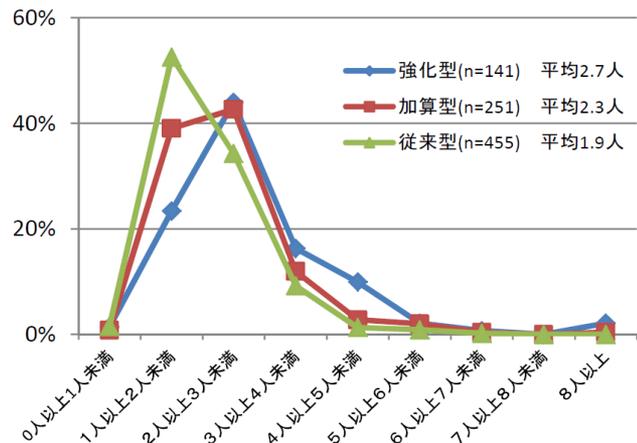


介護老人保健施設における職員及び在宅療養支援の取組等の分布

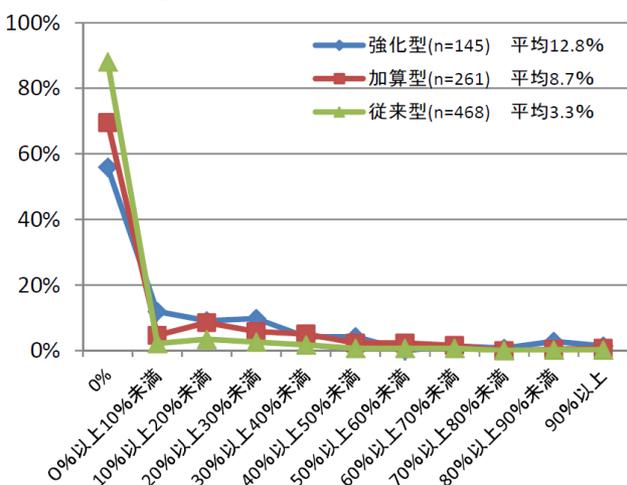
入所者100人当たり換算したリハ職員数の分布



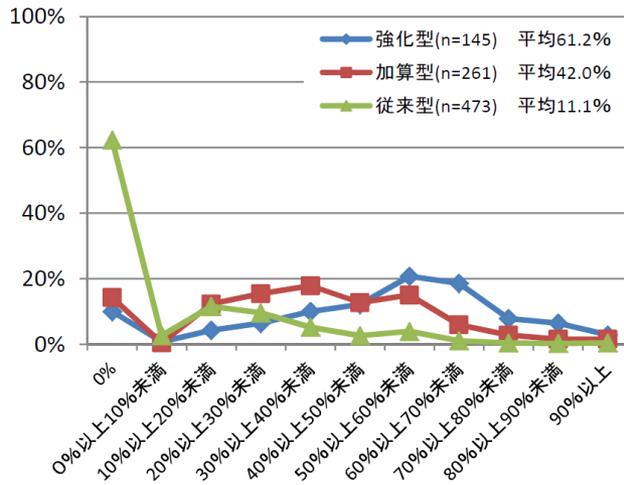
入所者100人当たり換算した支援相談員数の分布



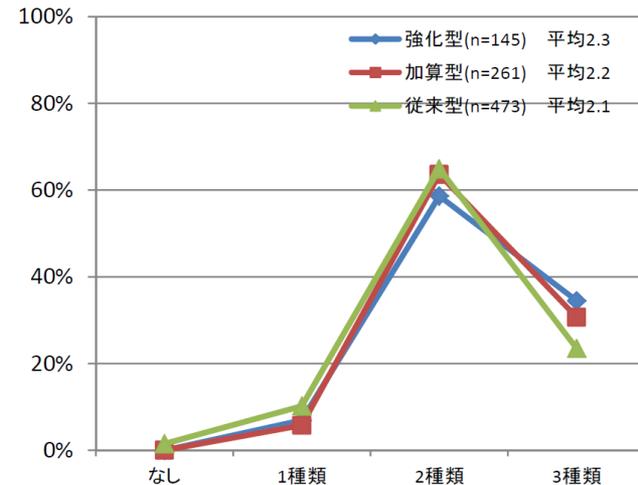
施設が入所者に対し、入所前後における指導を実施した※1割合の分布



施設が退所者に対し、退所時等指導を実施した※2割合の分布



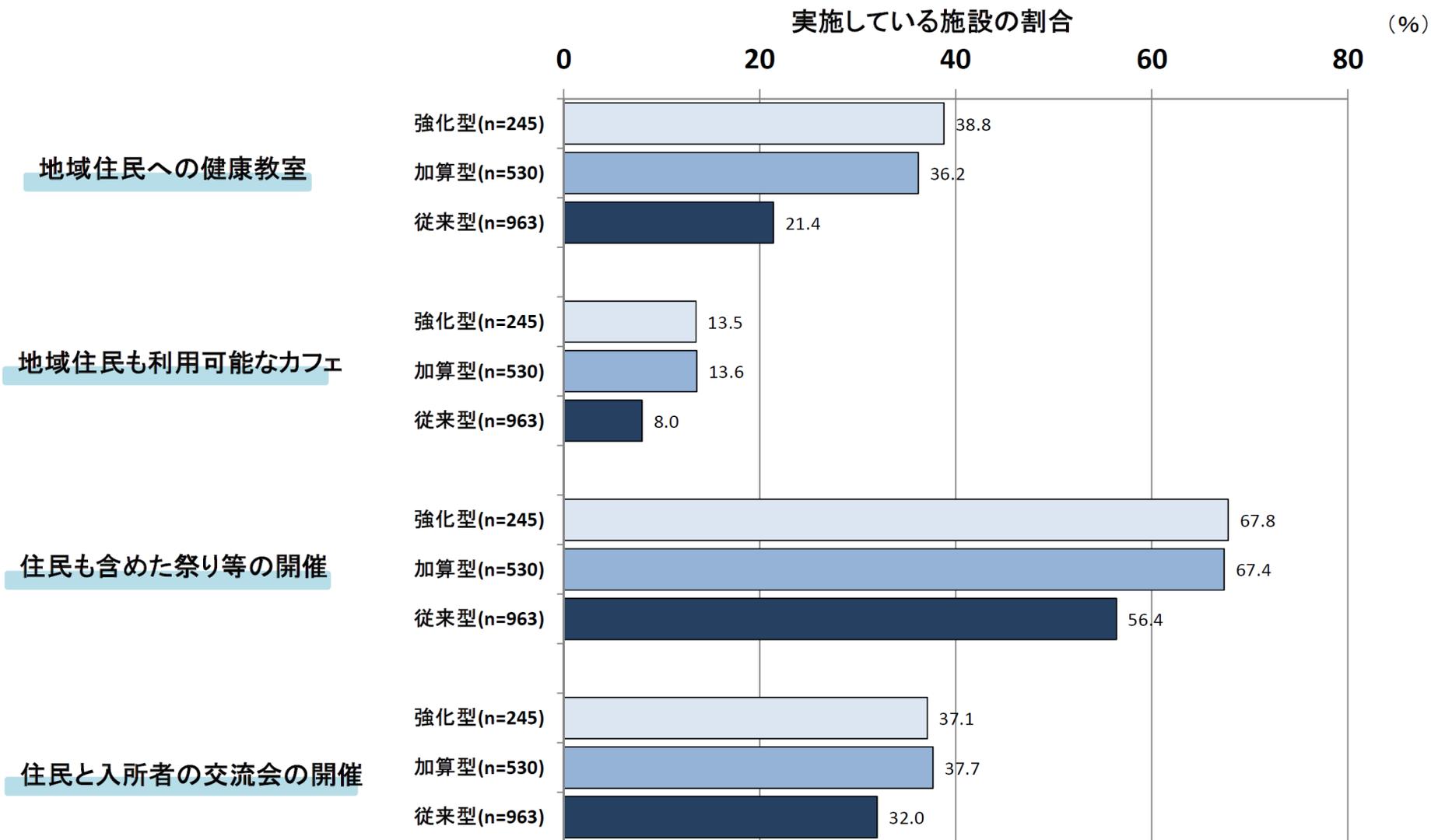
施設が実施している訪リハ・通リハ・ショートの種類数の分布



※1: 入所前後訪問指導加算(I)又は(II)を算定したもの

※2: 退所前訪問指導加算又は退所後訪問指導加算又は退所時指導加算を算定したもの

介護老人保健施設における地域貢献活動の実施状況



21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

概要

- 平成29年の制度改正で、介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることがより明確にされたことを踏まえ、この機能を更に推進する観点から、報酬体系の見直しを行う。
 - ア 従来型の基本報酬については、一定の在宅復帰・在宅療養支援機能を有するものを基本型として評価することとし、メリハリをつけた評価とする。
 - イ 在宅復帰・在宅療養支援機能については、現在、在宅復帰率、ベッド回転率、退所後の状況確認等の指標を用いて評価しているが、これらに加え、入所後の取組みやリハビリテーション専門職の配置等の指標も用いることで更にきめ細かい評価ができるようにする。
 - ウ 現行の在宅強化型よりも在宅復帰・在宅療養支援をより進めている施設については、更に評価することとする。
 - エ 併せて、退所前訪問指導加算、退所後訪問指導加算、退所時指導加算については、介護老人保健施設の退所時に必要な取組みとして、基本報酬に包括化する。
 - オ ただし、退所時指導加算のうち試行的な退所に係るものについては、利用者ごとのニーズによって対応が異なることから、試行的退所時指導加算として、評価を継続することとする。

単位数

- 基本報酬について（多床室の場合）（単位／日）

	（現行）	
	在宅強化型	従来型
要介護1	812	768
要介護2	886	816
要介護3	948	877
要介護4	1,004	928
要介護5	1,059	981

→

（改定後）		
在宅強化型	基本型	その他（新設）
818	771	756
892	819	803
954	880	862
1,010	931	912
1,065	984	964

- 在宅復帰在宅療養支援機能加算について

<現行>

在宅復帰在宅療養支援機能加算 27単位／日 ⇒

<改定後>

在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅰ） 34単位／日（基本型のみ）

在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅱ） 46単位／日（在宅強化型のみ）

21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)

算定要件等

	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
	在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上
退所時等指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :

下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値
(最高値:90)

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居宅サービス実施割合	3サ・ビ・ス 5	2サ・ビ・ス 3	1サ・ビ・ス 2	0サ・ビ・ス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	<p>a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。</p> <p>b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。</p>
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

平成30年1月26日 第158回介護給付費分科会資料参照（別紙1-3 指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準）

①	算定日が属する月の前六月間において、退所者のうち、在宅において介護を受けることとなったもの（当該施設における入所期間が一月間を超えていた退所者に限る。）の占める割合が百分の五十を超える場合は二十、百分の五十以下であり、かつ百分の三十を超える場合は十、百分の三十以下である場合は零となる数
②	三十・四を当該施設の平均所在日数で除して得た数が百分の十以上である場合は二十、百分の五以上である場合は十、百分の五未満である場合は零となる
③	算定日が属する月の前三月間において、入所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の入所予定前三十日以内又は入所後七日以内に当該者が退所後の生活することが見込まれる居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定（退所後にその居宅ではなく、他の福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合を含む。）を行った者の占める割合が百分の三十以上である場合は十、百分の三十未満であり、かつ、百分の十以上である場合は五、百分の十未満である場合は零となる数。
④	算定日が属する月の前三月間において、入所者のうち、入所期間が一月を超えると見込まれる者の退所前三十日以内又は退所後三十日以内に当該者が退所後生活することが見込まれる居宅を訪問し、当該者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った者（退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行った場合を含む。）の占める割合が百分の三十以上である場合は十、百分の三十未満であり、かつ、百分の十以上である場合は五、百分の十未満である場合は零となる数。
⑤	法第八条第五項に規定する訪問リハビリテーション、法第八条項に規定する通所リハビリテーション及び法第八条第十項に規定する短期入所療養介護について、当該施設（当該施設に併設する病院、診療所、介護老人保健施設及び介護医療院を含む。）において全てのサービスを実施している場合は五、いずれか二種類のサービスを実施している場合は三、いずれか一種のサービスを実施している場合は二、いずれも実施していない場合は零となる数。
⑥	当該施設において、常勤換算法で算定したリハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が五以上である場合は五、五未満であり、かつ、三以上である場合は三、三未満である場合は零となる数。
⑦	当該施設において、常勤換算法で算定した支援相談員の数を入所者の数で除した数に百を乗じた数が三以上である場合は五、三未満であり、かつ、二以上である場合は三、二未満である場合は零となる数。
⑧	算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、要介護状態区分が要介護四又は要介護五の者の占める割合が百分の五十以上である場合は五、百分の五十未満であり、かつ、百分の三十五以上である場合は三、百分の三十五未満である場合は零となる数。
⑨	算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、喀痰吸引が実施された者の占める割合が百分の十以上である場合は五、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上である場合は三、百分の五未満である場合は零となる数。
⑩	算定日が属する月の前三月間における入所者のうち、経管栄養が実施された者の占める割合が百分の十以上である場合は五、百分の十未満であり、かつ、百分の五以上である場合は三、百分の五未満である場合は零となる数。

論点3

- 介護老人保健施設における感染症の診療については、薬剤耐性（AMR）対策の観点を踏まえ、他の医療機関で行われている検査等を含め、診断に係る手間についてどのように考えるか。
- また、介護老人保健施設では行うことが困難な専門的な検査等を必要とし短期間の入院を行う場合があることについてどのように考えるか。

対応案

- ・ 所定疾患施設療養費については、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価としてはどうか。
- ・ 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮してはどうか。

【所定疾患施設療養費の概要（現行）】

<算定要件>

- ①診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ②所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

<単位数> 305単位/日

<算定率> 0.6%（所定疾患施設療養費の算定回数÷基本報酬の算定回数で算出）

（出典）「介護給付費等実態調査」平成29年6月審査分

基本サービス費の比較 単位差

		介護老人保健施設【介護保健施設サービス費（I）】										
		強化型			加算型			従来型→基本型			その他型	
		現	新	±	現	新	±	現	新	±	新	±
従来型個室	要介護 1	733	739	6	722	732	10	695	698	3	684	-11
	要介護 2	804	810	6	767	777	10	740	743	3	728	-12
	要介護 3	866	872	6	828	838	10	801	804	3	788	-13
	要介護 4	922	928	6	880	890	10	853	856	3	839	-14
	要介護 5	977	983	6	931	941	10	904	907	3	889	-15
多床室	要介護 1	812	818	6	795	805	10	768	771	3	756	-12
	要介護 2	886	892	6	843	853	10	816	819	3	803	-13
	要介護 3	948	954	6	904	914	10	877	880	3	862	-15
	要介護 4	1,004	1,010	6	955	965	10	928	931	3	912	-16
	要介護 5	1,059	1,065	6	1,008	1,018	10	981	984	3	964	-17
ユニット型個室・ユニット型個室的多床室	要介護 1	816	822	6	801	811	10	774	777	3	761	-13
	要介護 2	890	896	6	846	856	10	819	822	3	806	-13
	要介護 3	952	958	6	908	918	10	881	884	3	866	-15
	要介護 4	1,008	1,014	6	961	971	10	934	937	3	918	-16
	要介護 5	1,063	1,069	6	1,012	1,022	10	985	988	3	968	-17

その他型老健では算定できない加算

短期集中リハビリテーション実施加算	経口維持加算
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	口腔衛生管理体制加算
再入所時栄養連携加算	口腔衛生管理加算
入所前後訪問指導加算	在宅復帰・在宅療養支援機能加算
試行的退所時指導加算	かかりつけ医連携薬剤調整加算
退所時情報提供加算	所定疾患施設療養費
退所前連携加算	地域連携診療計画情報提供加算
訪問看護指示加算	褥瘡マネジメント加算
低栄養リスク改善加算	排せつ支援加算
経口移行加算	

21. 介護老人保健施設 ③かかりつけ医との連携

概要

- 多剤投薬されている入所者の処方方針を介護老人保健施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、その処方方針に従って減薬する取組みについて、診療報酬改定における対応を鑑みながら、必要に応じて評価することとする。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位/日（新設）

算定要件等

- かかりつけ医連携薬剤調整加算
次に掲げるいずれの基準にも適合する入所者に対し、当該入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。
- イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者
- ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者
- ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者

【参考】平成30年診療報酬改定 薬剤適正使用連携加算(新設:H30.2.7中医協)

- 3. 地域包括診療料等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入院先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合について、評価を新設する。

地域包括診療料・認知症地域包括診療料
地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算
(新) 薬剤適正使用連携加算

30点

21. 介護老人保健施設 ④入所者への医療の提供

概要

- 所定疾患施設療養費について、介護老人保健施設で行うことができない専門的な検査が必要な場合には医療機関と連携する等、診断プロセスに係る手間に応じた評価とする。
- 併せて、専門的な診断等のために医療機関に1週間以内の短期間入院を行う入所者であっても、制度上は退所として扱われるが、介護老人保健施設で行われる医療として必要なものであることから、在宅復帰率等の算定に際し配慮することとする。

単位数

<現行>

所定疾患施設療養費 305単位/日

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費（Ⅰ） 235単位/日

所定疾患施設療養費（Ⅱ） 475単位/日（新設）

算定要件等

<現行>

- ① 診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。

⇒

<改定後>

所定疾患施設療養費（Ⅰ）
同左

所定疾患施設療養費（Ⅱ）

- ① 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置の内容等を診療録に記載していること。（協力医療機関等と連携して行った検査等を含む。）
- ② 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること。
- ③ 医師が感染症対策に関する研修を受講していること。

※ 介護給付費明細書の摘要欄に診療内容を記載することも必要となる。

Ⅱ－⑤ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設

- 特別養護老人ホーム等の入所者の褥瘡(床ずれ)発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し新たな評価を設ける。
- 排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

介護老人福祉施設、介護老人保健施設

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設において、以下の要件を満たす場合、新たに評価を行う。
 - ① 入所者全員に対する要件
入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。
 - ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件
 - ・ 関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
 - ・ 褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
 - ・ ①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。

褥瘡マネジメント加算 **10単位/月(新設)**
※3月に1回を限度とする

各種の施設系サービス

- 施設系サービスにおいて、排泄に介護を要する利用者(※1)のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる(※2)と医師、または適宜医師と連携した看護師(※3)が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、
 - ・ 排泄に介護を要する原因等についての分析
 - ・ 分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

(※1) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

(※2) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

(※3) 看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

排せつ支援加算 **100単位/月(新設)**

褥瘡マネジメント加算の算定要件の考え方

Step1. 加算を算定しようとする事業所の入所者全員に対して、褥瘡の発生と関連のあるリスクを評価する。

- 施設入所時（※）に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果を報告する。
※既に入所している者については、届出の日の属する月とする。
- 褥瘡の発生と関連のあることが示されたモニタリング項目（※）を用いてリスクを評価する。
※ADLの状況（入浴、食事摂取、更衣（上衣・下衣））、基本動作（寝返り、座位の保持、座位での乗り移り、立位の保持）、排せつの状況（尿失禁、便失禁、バルーンカテーテルの使用）、過去3か月以内の褥瘡の既往の有無

Step2. Step1.においてリスクがあるとされた入所者について、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画の作成を行う。

- 褥瘡ケア計画の作成は医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種が共同して行う。
- 褥瘡管理に係る各種ガイドラインを参考にする。

Step3. 褥瘡ケア計画に基づいた管理を継続して実施した場合に加算が算定可能。

- 支援を開始する前に、利用者又はその家族の理解と希望があることを確認。
- その管理の内容や入所者の状態について定期的に記録する。
- Step1.の評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに褥瘡ケア計画を見直す。

褥瘡の発生と関連のあるモニタリング項目について



- 平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において実施された調査結果から、褥瘡の発生と関連が高いモニタリング項目が明らかになった。

【モニタリング項目(例)】

ADLの状況	入浴		自分でやっている	自分でやっていない
	排泄	排尿	自分でやっている	自分でやっていない
		排便	自分でやっている	自分でやっていない
	食事摂取		自分でやっている	自分でやっていない
	更衣	上衣	自分でやっている	自分でやっていない
		下衣	自分でやっている	自分でやっていない
	個人衛生（洗顔・整髪・爪切り）		自分でやっている	自分でやっていない
基本動作	寝返り		自分でやっている	自分でやっていない
	座位の保持		自分でやっている	自分でやっていない
	座位での乗り移り		自分でやっている	自分でやっていない
	立位の保持		自分でやっている	自分でやっていない
排泄の状況	尿失禁		あり	なし
	便失禁		あり	なし
	バルーンカテーテルの使用		あり	なし
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか			はい	いいえ

 : 褥瘡の発生と関連の高い選択肢

排せつ支援加算の算定要件の考え方

Step1. 加算を算定しようとする入所者が次の要件を満たすことを確認する。

① 排せつに介護を要すること

- ・要介護認定調査の「全介助」又は「一部介助」であることが目安。

※おむつの使用は必須ではなく、またおむつを使用していれば必ず対象になるとも限らない。

② 適切な対応を行うことにより排せつにかかる要介護状態の軽減が見込めること

- ・医師又は医師と連携した看護師が判断。

- ・要介護認定調査の「全介助」から「一部介助」以上に、又は「一部介助」から「見守り等」以上に6月以内に改善する見込みであることが目安。

※おむつを使用している入所者の場合、おむつを外せる見込みであることは必須ではなく、またおむつを外せる見込みであれば必ず対象になるとも限らない。

Step2. 加算を算定しようとする入所者について、原因分析、支援計画の作成を行う。

- ・原因分析、支援計画の作成は医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種が共同して行う。
- ・失禁に係る各種ガイドラインを参考にする。

Step3. 支援計画に基づいた支援を継続して実施した場合に加算が算定可能。

- ・支援を開始する前に、利用者又はその家族の理解と希望があることを確認。
- ・支援を継続して実施している間、支援を開始した月を1月目として、6月目まで算定可能。
例：平成30年6月から支援を開始した場合、支援を継続して実施していれば同年11月までは算定可能。
- ・同一入所期間中、1回まで算定可能。
例：ある入所者に平成30年6月に算定した場合、同年12月以降、退所するまで、当該利用者には算定不可。

排泄に係るガイドライン

排泄に関するガイドラインとしては、

○EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン(平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班)

○男性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)

○女性下部尿路症状診療ガイドライン(平成25年 日本排尿機能学会)

○便失禁診療ガイドライン(平成29年 日本大腸肛門病学会)

等がある。



21. 介護老人保健施設 ⑧口腔衛生管理の充実

概要

- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを行うことを評価した口腔衛生管理加算について、歯科衛生士が行う口腔ケアの対象者を拡大する観点から回数の緩和をするとともに、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行うことで口腔衛生管理の充実を図るため、以下の見直しを行う。
 - i 歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直す。
 - ii 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、当該入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件に加える。

単位数

	<現行>		<改定後>
口腔衛生管理加算	110単位/月	⇒	90単位/月

算定要件等

- 口腔衛生管理体制加算が算定されている場合
- 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言を及び指導を行った場合
- 歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応した場合

21. 介護老人保健施設 ⑨栄養マネジメント加算の要件緩和

概要

- 栄養マネジメント加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設（1施設に限る。）との兼務の場合にも算定を認めることとする。【通知改正】

単位数

	<現行>		<改定後>
栄養マネジメント加算	14単位/日	⇒	変更なし

算定要件等

- 常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の介護保険施設（1施設に限る。）との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合にも算定を認めることとする。

21. 介護老人保健施設 ⑩栄養改善の取組の推進

概要

- 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>
低栄養リスク改善加算 300単位/月（新設）

算定要件等

- 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
- 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。

介護医療院 ④加算関係（他の介護保険施設同様に創設）

【低栄養改善リスクの改善】

低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に関する新たな評価を創設する。

（新設）低栄養リスク改善加算 300単位／月

（算定要件）

- 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
- 低栄養リスクが「高」の入所者であること
- 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
- 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（月1回以上の計画の見直し）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること。
- 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
- 当該入所者又はその家族の求めに応じ、栄養管理の進捗の説明や栄養食事相談等を適宜行うこと。
- 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと。

（参考）低栄養リスクの分類について※

	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1ヶ月 →3～5%未満 3ヶ月 →3～7.5%未満 6ヶ月 →3～10%未満	1か月 →5%以上 3か月 →7.5%以上 6か月 →10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

※「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」
(平成17年9月7日老老発第0907002号)

21. 介護老人保健施設 ⑪入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

概要

- 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合の評価を創設する。

単位数

<現行>
なし

⇒

<改定後>
再入所時栄養連携加算 400単位/回（新設）

算定要件等

- 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回に限り算定できること。
- 栄養マネジメント加算を算定していること。

栄養マネジメント加算と関連加算の関係

栄養マネジメント加算
(14単位/日)

(改変) 療養食加算 (6単位/回)



経口移行加算 (28単位/日)

併算定
不可
✗

経口維持加算 (I) (400単位/月)

経口維持加算 (II) (100単位/月)
(I) の算定が必須

✗ 併算定不可

✗ 併算定不可

(新設) 低栄養リスク改善加算 (300単位/月)

(新設) 再入所時栄養連携加算 (400単位/回)

※1月26日現在の資料からは、各加算からの併算定の可・不可の記載はない

24. 口腔・栄養 ⑤療養食加算の見直し

概要

※介護予防サービスを含む

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護、短期入所療養介護】

- 療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回単位の評価とする。

単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院】

	<現行>		<改定後>
療養食加算	18単位/日	⇒	6単位/回

【短期入所生活介護、短期入所療養介護】

	<現行>		<改定後>
療養食加算	23単位/日	⇒	8単位/回

21. 介護老人保健施設 ⑫身体的拘束等の適正化

概要

- 身体拘束廃止未実施減算について、運営基準と減算幅を見直す。

単位数

	<現行>		<改定後>
身体拘束廃止未実施減算	5単位/日減算	⇒	10%/日減算

算定要件等

- 身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする。
 - ・ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
 - ・ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること。
 - ・ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。
 - ・ 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。

在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ(現行)

【現行】

在宅復帰率

7対1一般病棟入院基本料

地域包括ケア病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料

(分子)

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 回りハ病棟
- ・ 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

- ・ 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+)

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等

※死亡退院・再入院患者を除く

(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

- ・ 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

- ・ 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除く

在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ

【平成30年度改定】

在宅復帰・病床機能連携率

急性期一般入院料 1

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等 (介護医療院を含める)
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 回りハ病棟
- ・ 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

- ・ 急性期一般入院料 1 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

在宅復帰率

地域包括ケア病棟入院料

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等 (介護医療院を含める)
- ・ 有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る）

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・ 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

回復期リハビリテーション病棟入院料

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等 (介護医療院を含める)
- ・ 有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る）

※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

(分子)

(分母)

22. 介護療養型医療施設

22. 介護療養型医療施設

改定事項

- ① 介護療養型医療施設の基本報酬
- ② 排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設
- ③ 口腔衛生管理の充実
- ④ 栄養マネジメント加算の要件緩和
- ⑤ 栄養改善の取組の推進
- ⑥ 身体的拘束等の適正化
- ⑦ 介護療養型医療施設における診断分類(DPC)コードの記載
- ⑧ 介護医療院へ転換する場合の特例
- ⑨ 医療機関併設型の特定施設へ転換する場合の特例
- ⑩ 療養食加算の見直し
- ⑪ 介護職員処遇改善加算の見直し
- ⑫ 居室とケア

22. 介護療養型医療施設 ①介護療養型医療施設の基本報酬

概要

- 介護療養型老人保健施設では、一定の医療処置の頻度等を基本報酬の要件としていることを踏まえ、この要件を介護療養型医療施設の基本報酬の要件とし、メリハリをつけた評価とする。

なお、施設の定員規模が小さい場合には処置を受けている者の割合の変動が大きく評価が困難であること等から、有床診療所等については配慮を行うこととする。

単位数

基本報酬(療養型介護療養施設サービス費)(多床室、看護6:1・介護4:1の場合)(単位/日)

<現行>

	療養機能強化型A	療養機能強化型B	その他
要介護1	778	766	745
要介護2	886	873	848
要介護3	1,119	1,102	1,071
要介護4	1,218	1,199	1,166
要介護5	1,307	1,287	1,251

<改定後>

⇒ 変更なし

<現行>

設定なし

<改定後>

⇒

一定の要件を満たす入院患者の数が基準に満たない場合の減算(新設)

所定単位の100分の95。加えて、当該減算の適用となった場合、一部の加算※のみ算定可とする。

※ 若年性認知症患者受入加算、外泊時費用、試行的退院サービス費、他科受診時費用、初期加算、栄養マネジメント加算、療養食加算、認知症専門ケア加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算

算定要件等

- 基本報酬にかかる医療処置又は重度者要件(療養型介護療養施設サービス費の場合)

<現行>

設定なし

→

<改定後>

算定日が属する前3月において、下記のいずれかを満たすこと

・喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上

・著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が20%以上

22. 介護療養型医療施設 ⑦介護療養型医療施設における診断分類（DPC）コードの記載

概要

- 慢性期における医療ニーズに関する、要介護度や医療処置の頻度以外の医療に関する情報を幅広く収集する観点から、療養機能強化型以外の介護療養型医療施設についても、その入所者の介護給付費明細書に医療資源を最も投入した傷病名を医科診断群分類（DPCコード）により記載することを求めることとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。【通知改正】

22. 介護療養型医療施設 ⑧介護医療院へ転換する場合の特例

概要

ア 基準の緩和等

介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行うこととする。

イ 転換後の加算

介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については介護医療院の認知度が高まると考えられる平成33年3月末までの期限を設ける。

基準

(例) 療養室の床面積：大規模改修するまでの間、床面積を $6.4\text{m}^2/\text{人}$ 以上で可とする。

廊下幅（中廊下）：大規模改修するまでの間、廊下幅（中廊下）を、 $1.2(1.6)\text{m}$ 以上（内法）で可とする。

直通階段・エレベーター設置基準：大規模改修するまでの間、屋内の直通階段を2以上で転換可能とする。

単位数

<現行>

設定なし

⇒

<改定後>

移行定着支援加算 93単位/日(新設)

算定要件等

- 介護療養型医療施設、医療療養病床又は介護療養型老人保健施設から転換した介護医療院である場合
- 転換を行って介護医療院を開設した等の旨を地域の住民に周知するとともに、当該介護医療院の入所者やその家族等への説明に取り組んでいること。
- 入所者及びその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していること。

23. 介護医療院

23. 介護医療院

改定事項

- ① 介護医療院の基準
- ② 介護医療院の基本報酬等
- ③ 介護医療院への転換
- ④ 認知症専門ケア加算の創設
- ⑤ 排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設
- ⑥ 口腔衛生管理の充実
- ⑦ 栄養マネジメント加算の要件緩和
- ⑧ 栄養改善の取組の推進
- ⑨ 入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携
- ⑩ 身体的拘束等の適正化
- ⑪ 診断分類（DPC）コードの記載
- ⑫ 療養食加算の見直し
- ⑬ 介護職員処遇改善加算の見直し
- ⑭ 居室とケア
- ⑮ 介護医療院が提供する居宅サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	介護医療院	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者 等 (療養機能強化型 A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p style="text-align: center;">介護療養病床相当</p> <p style="text-align: center;">(参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p>医師 48対1 (3人以上)</p> <p>看護 6対1</p> <p>介護 6対1</p> </div>	<p style="text-align: center;">老健施設相当以上</p> <p style="text-align: center;">(参考：現行の老健施設の基準)</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p>医師 100対1 (1人以上)</p> <p>看護 3対1</p> <p>介護 ※ うち看護2/7程度</p> </div>
	<p>※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。</p> <p>※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

23. 介護医療院 ①介護医療院の基準（人員基準）

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】		介護医療院				介護老人保健施設	
				指定基準		報酬上の基準			
		指定基準	報酬上の基準	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	指定基準	報酬上の基準
人員基準 (雇用人員)	医師	48:1 (病院で3以上)	—	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—	100:1 (施設で1以上)	—
	薬剤師	150:1	—	150:1	300:1	—	—	300:1	—
	看護職員	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	6:1	6:1 うち看護師 2割以上	6:1	3:1 (看護2/7)	【従来型・強化型】 看護・介護3:1 【介護療養型】 ^(注3) 看護6:1、 介護6:1~4:1
	介護職員	6:1	5:1~4:1	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1		
	支援相談員							100:1 (1名以上)	—
	リハビリ専門 職	PT/OT: 適当数	—	PT/OT/ST: 適当数		—	—	PT/OT/ST: 100:1	—
	栄養士	定員100以上 で1以上	—	定員100以上で1以上		—	—	定員100以上 で1以上	—
	介護支援専 門員	100:1 (1名以上)	—	100:1 (1名以上)		—	—	100:1 (1名以上)	—
	放射線技師	適当数	—	適当数		—	—		
	他の従業者	適当数	—	適当数		—	—	適当数	—
医師の宿直	医師:宿直	—	医師:宿直	—	—	—	—	—	

注1: 数字に下線があるものは、医療法施行規則における基準を準用

注2: 背景が緑で示されているものは、病院としての基準

注3: 基準はないが、想定している報酬上の配置。療養体制維持特別加算で介護4:1となる。

23. 介護医療院 ①介護医療院の基準（施設基準）

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで 6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合:調剤所)
	他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅: 1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m	廊下幅: 1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅: 1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部:耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

注 介護療養病床の基準において、緑で示されているものは、病院としての基準

23. 介護医療院 ②介護医療院の基本報酬等

概要

介護医療院の基本報酬及び加算等については、介護療養病床と同水準の医療提供が求められることや介護療養病床よりも充実した療養環境が求められること等を踏まえ、以下のとおりとする。

ア 基本報酬の基準

介護医療院の基本報酬に求められる基準については、

- ・ I型では現行の介護療養病床（療養機能強化型）を参考とし、
- ・ II型では介護老人保健施設の基準を参考としつつ、24時間の看護職員の配置が可能となることに考慮し設定することとする。

その上で、介護医療院の基本報酬については、I型、II型に求められる機能を踏まえ、それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることも合わせて評価することとする。

単位数

○ 基本報酬（多床室の場合）（単位／日）

	(新設)					
	I型療養床			II型療養床		
	I型介護医療院 サービス費(I) (療養機能強化型A相当) (看護6:1 介護4:1)	I型介護医療院 サービス費(II) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護4:1)	I型介護医療院 サービス費(III) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護5:1)	II型介護医療院 サービス費(I) (転換老健相当) (看護6:1 介護4:1)	II型介護医療院 サービス費(II) (転換老健相当) (看護6:1 介護5:1)	II型介護医療院 サービス費(III) (転換老健相当) (看護6:1 介護6:1)
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

23. 介護医療院 ②介護医療院の基本報酬等（続き）

算定要件等

- 基本報酬にかかる医療処置又は重度者要件（Ⅰ型基本サービス費（Ⅰ）の場合）
 - ・ 入所者等のうち、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の占める割合が50%（注1）以上。
 - ・ 入所者等のうち、喀痰吸引、経管栄養又はインスリン注射が実施された者の占める割合が50%（注2）以上。
 - ・ 入所者等のうち、次のいずれにも適合する者の占める割合が10%（注3）以上。
 - ①医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
 - ②入所者等又はその家族等の同意を得て、入所者等のターミナルケアに係る計画が作成されていること。
 - ③医師、看護職員、介護職員等が共同して、入所者等の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること。
 - ・ 生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること。
 - ・ 地域に貢献する活動を行っていること。

- 基本報酬にかかる医療処置又は重度者要件（Ⅱ型基本サービス費の場合）
 - ・ 下記のいずれかを満たすこと
 - ①喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された者の占める割合が15%以上
 - ②著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が20%以上
 - ③著しい精神症状、周辺症状若しくは重篤な身体疾患又は日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ専門医療を必要とする認知症高齢者の占める割合が25%以上
 - ・ ターミナルケアを行う体制があること

（注1）Ⅰ型介護医療院（Ⅱ）（Ⅲ）では、50%

（注2）Ⅰ型介護医療院（Ⅱ）（Ⅲ）では、30%

（注3）Ⅰ型介護医療院（Ⅱ）（Ⅲ）では、5%

23. 介護医療院 ②介護医療院の基本報酬等（続き）

概要

イ 加算その他の取扱い

介護療養型医療施設で評価されている加算等その他の取扱いについては、引き続き介護医療院においても同様とする。なお、必要に応じて加算等の名称を変更する。

（例）退院時指導等加算 → 退所時指導等加算
特定診療費 → 特別診療費

ウ 緊急時の医療

介護医療院は、病院・診療所ではないものの、医療提供施設として緊急時の医療に対応する必要があることから、介護老人保健施設と同様に、緊急時施設療養費と同様の評価を行うこととする。

エ 重度の認知症疾患への対応

重度の認知症疾患への対応については、入所者の全てが認知症である老人性認知症疾患療養病棟で評価されているような、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を加算として評価することとする。

単位数

<主な加算>

初期加算	30単位/日	緊急時施設療養費(緊急時治療管理)	511単位/日	経口移行加算	28単位/日
栄養マネジメント加算	14単位/日	重度認知症疾患療養体制加算(Ⅱ)	100単位/日(加算(Ⅱ)で要介護5の場合)		

算定要件等

<主な加算の概要>

- 初期加算:入所した日から起算して30日以内の期間。
- 栄養マネジメント加算:基準に適合する介護医療院の管理栄養士が継続的に入所者ごとの影響管理をすること。
- 経口移行加算:医師、歯科医師、管理栄養士等が共同して、入所者ごとに経口移行計画を作成し、計画に従って支援が行われること。
- 緊急時施設療養費(緊急時治療管理):入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合に緊急的な治療管理を行った場合。
- 重度認知症疾患療養体制加算:入所者の全てが認知症であり、精神保健福祉士や看護職員が一定数以上配置されていることに加え、精神科病院との連携等の要件を満たすこと

23. 介護医療院 ⑪診断分類（DPC）コードの記載

概要

慢性期における医療ニーズに関する、要介護度や医療処置の頻度以外の医療に関する情報を幅広く収集する観点から、療養機能強化型以外の介護療養型医療施設についても、その入所者の介護給付費明細書に医療資源を最も投入した傷病名を医科診断群分類（DPCコード）により記載することを求めることとする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする。【通知改正】

23. 介護医療院 ⑮介護医療院が提供する居宅サービス

概要

- 介護療養型医療施設が提供可能であった短期入所療養介護、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションについては、介護医療院においても提供することを可能とする。

単位数

- 短期入所療養介護(多床室の場合) (単位/日)

	I 型療養床			II 型療養床		
	I 型介護医療院 サービス費(I) (療養機能強化型A相当) (看護6:1 介護4:1)	I 型介護医療院 サービス費(II) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護4:1)	I 型介護医療院 サービス費(III) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護5:1)	II 型介護医療院 サービス費(I) (転換老健相当) (看護6:1 介護4:1)	II 型介護医療院 サービス費(II) (転換老健相当) (看護6:1 介護5:1)	II 型介護医療院 サービス費(III) (転換老健相当) (看護6:1 介護6:1)
要介護1	853	841	825	808	792	781
要介護2	961	948	932	902	886	875
要介護3	1,194	1,177	1,161	1,106	1,090	1,079
要介護4	1,293	1,274	1,258	1,193	1,177	1,166
要介護5	1,382	1,362	1,346	1,271	1,255	1,244

※ 療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

介護医療院とは・・・

- 住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設
- 介護保険上の介護保険施設（生活機能）＋医療法上の医療提供施設（長期療養）
- I型：介護療養病床（療養機能強化型）相当と
II型：老人保健施設相当（療養型）のサービス提供



『尊厳を保障する介護医療院』

利用者の尊厳を最期まで保障し、状態に応じた自立支援を常に念頭に置いた長期療養・生活施設であり、さらに、施設を補完する在宅療養を支援し、地域に貢献し地域に開かれた交流施設として、地域包括ケアシステムの深化・推進に資する社会資源である。

介護医療院の提供サービス

- 利用者の意思・趣向・習慣の尊重(個別ケア)
- 人生の最終段階における医療介護(ACP)
- 生活期リハビリテーション(心身機能・活動・参加)
- 廃用性症候群の脱却(過剰介護廃止)
- 自立支援介護(食事・入浴・排泄)
- 摂食嚥下・栄養・口腔機能・口腔ケア・褥瘡防止
- 通所リハ・訪問リハ・短期入所
- 地域貢献(介護者教室・出前講座・カフェ・ボランティア・地域づくり)

介護医療院における生活施設の役割

- プライバシーの尊重(ハード+ソフト)
- 居場所づくり(愛着ある物の持ち込み・音楽)
- 生活環境(トイレ・浴槽・ベッド高・椅子テーブル
サイズ・手すり位置・補助具)
- 年中行事・レクリエーション開催
- 地域交流(住民交流イベント・カフェ・社会資源利用)

20. 介護老人福祉施設・地域密着型 介護老人福祉施設入所者生活介護

20. 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

改定事項

○基本報酬

①入所者の医療ニーズへの対応

②個別機能訓練加算の見直し

③機能訓練指導員の確保の促進

④排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の創設

⑤褥瘡の発生予防のための管理に対する評価

⑥外泊時に在宅サービスを利用したときの費用の取扱い

⑦障害者の生活支援について

⑧口腔衛生管理の充実

⑨栄養マネジメント加算の要件緩和

⑩栄養改善の取組の推進

⑪入院先医療機関との間の栄養管理に関する連携

⑫介護ロボットの活用の推進

⑬身体的拘束等の適正化

⑭運営推進会議の開催方法の緩和(地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護のみ)

⑮小規模介護福祉施設等の基本報酬の見直し

⑯療養食加算の見直し

⑰介護職員処遇改善加算の見直し

⑱居室とケア

20. 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 基本報酬

単位数

※以下の単位数はすべて1日あたり

	<現行>		<改定後>
○介護福祉施設サービス費（従来型個室）			
要介護1	547単位	⇒	557単位
要介護2	614単位		625単位
要介護3	682単位		695単位
要介護4	749単位		763単位
要介護5	814単位		829単位
○ユニット型介護福祉施設サービス費（ユニット型個室）			
要介護1	625単位	⇒	636単位
要介護2	691単位		703単位
要介護3	762単位		776単位
要介護4	828単位		843単位
要介護5	894単位		910単位
○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（従来型個室）			
要介護1	547単位	⇒	565単位
要介護2	614単位		634単位
要介護3	682単位		704単位
要介護4	749単位		774単位
要介護5	814単位		841単位
○ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費（ユニット型個室）			
要介護1	625単位	⇒	644単位
要介護2	691単位		712単位
要介護3	762単位		785単位
要介護4	828単位		854単位
要介護5	894単位		922単位

20. 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

①入所者の医療ニーズへの対応（夜勤職員配置加算の見直し）

概要

エ 夜勤職員配置加算について、現行の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していること（この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要）について、これをより評価することとする。

単位数

○夜勤職員配置加算

<現行>

<改定後>

地域密着型

従来型の場合

(Ⅰ)イ：41単位/日 ⇒ 変更なし

経過的の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型の場合

(Ⅱ)イ：46単位/日

ユニット型経過的の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

(Ⅲ)イ：56単位/日（新設）

(Ⅲ)ロ：16単位/日（新設）

(Ⅳ)イ：61単位/日（新設）

(Ⅳ)ロ：21単位/日（新設）

広域型

従来型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅰ)イ：22単位/日 ⇒ 変更なし

従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅱ)イ：27単位/日

ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

(Ⅲ)イ：28単位/日（新設）

(Ⅲ)ロ：16単位/日（新設）

(Ⅳ)イ：33単位/日（新設）

(Ⅳ)ロ：21単位/日（新設）

I-① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応（その3）

- 特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- 特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

介護老人福祉施設

- 複数の医師を配置するなどの体制を整備した特養について、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合を新たに評価する。

配置医師緊急時対応加算 650単位/回（早朝・夜間の場合） **（新設）**
 1300単位/回（深夜の場合） **（新設）**

- 看取り介護加算について、上記の配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合、より手厚く評価する。

<現行>

看取り介護加算

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
 死亡日の前日又は前々日 680単位/日
 死亡日 1280単位/日



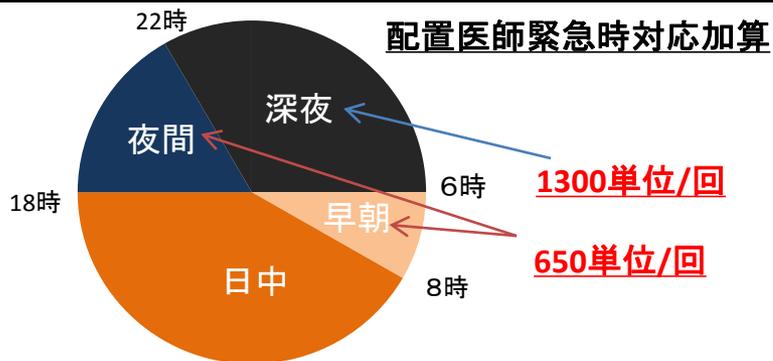
<改定後>

看取り介護加算（Ⅰ）

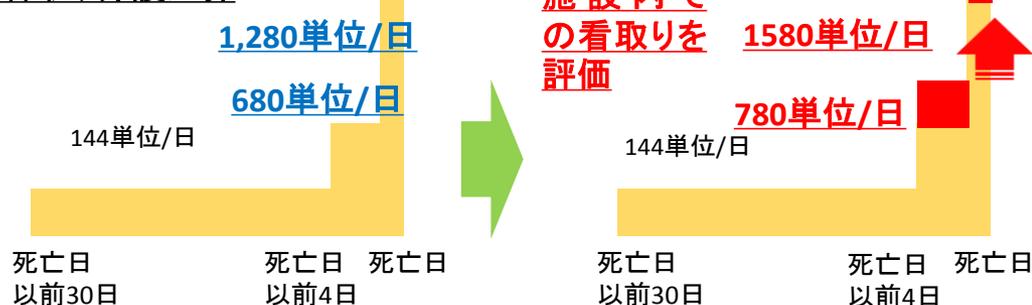
死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
 死亡日の前日又は前々日 680単位/日
 死亡日 1280単位/日

看取り介護加算（Ⅱ） **（新設）**

死亡日以前4日以上30日以下 144単位/日
 死亡日の前日又は前々日 780単位/日
 死亡日 1580単位/日



看取り介護加算



特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

往診料 720点



協力医療機関



訪看ST

看取り実施



特別養護老人ホーム

看取り実施

看取り介護加算(Ⅰ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

■ 診療報酬で対応
■ 介護報酬で対応

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

往診料 720点



協力医療機関の医師等による24時間対応(往診含む)



訪看ST

施設看護師や訪看STによる24時間対応できる体制(看護体制加算(Ⅱ)を算定)

看取り実施



特別養護老人ホーム

看取り実施

配置医師緊急時対応加算
早朝・夜間の場合 650単位/回
深夜の場合 1300単位/回

看取り介護加算(Ⅱ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 780単位/日
死亡日 1580単位/日

連携

20. 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

⑫介護ロボットの活用の推進

概要

- 夜勤職員配置加算について、業務の効率化等を図る観点から、見守り機器の導入により効果的に介護が提供できる場合について、新たに評価する。

単位数

○変更なし

※夜勤職員配置加算

・地域密着型

従来型の場合

(Ⅰ)イ：41単位/日

経過的の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型の場合

(Ⅱ)イ：46単位/日

ユニット型経過的の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

・広域型

従来型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅰ)イ：22単位/日

従来型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅰ)ロ：13単位/日

ユニット型（30人以上50人以下）の場合

(Ⅱ)イ：27単位/日

ユニット型（51人以上又は経過的小規模）の場合

(Ⅱ)ロ：18単位/日

算定要件等

<現行の夜勤職員配置加算の要件>

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+1名分の人員を多く配置していること。

<見守り機器を導入した場合の夜勤職員配置加算の要件>

- ・夜勤時間帯の夜勤職員数：
夜勤職員の最低基準+0.9名分の人員を多く配置していること。
- ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の15%以上に設置していること。
- ・施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること。

介護サービスの質の評価・ 自立支援に向けた事業者へのインセンティブ について

要介護度に応じた報酬について

論点 1

- 現行の介護報酬体系において、利用者の要介護度が改善すると報酬が減少し、このことが事業者利用者の状態の改善に向けた取り組みを躊躇させている（状態改善に対するディスインセンティブが生じている）ので是正すべきとの指摘があるが、どのように考えるか。

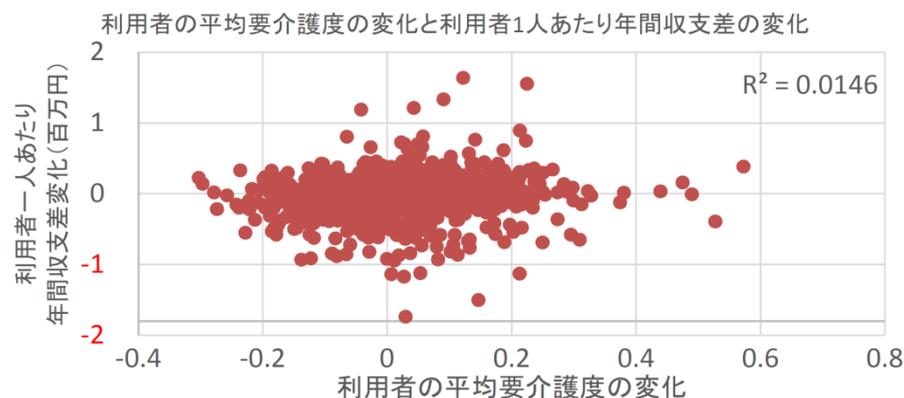
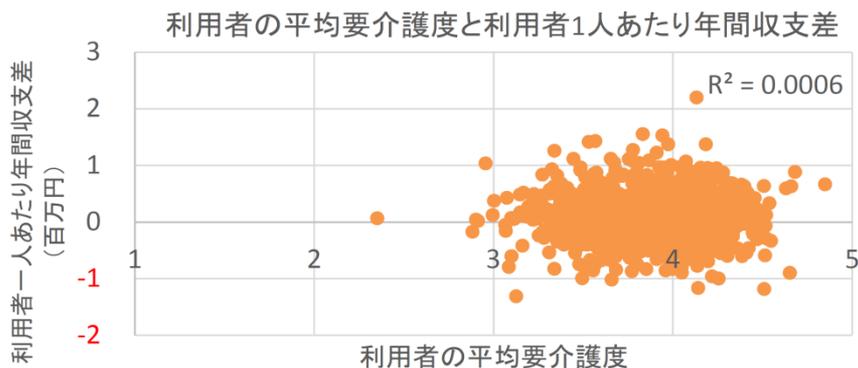
対応案

- 介護報酬は、サービスの提供にかかるコストをカバーするものとしての性格がある。利用者の要介護度が改善すると、利用者を介護する手間が減り、サービス提供にかかるコストも減少するため、一部の基本サービス費では利用者の要介護度が軽いほど報酬が低く設定されている。
- 利用者の要介護度と事業所の収支差、また要介護度の変化と事業所の収支差の変化を分析すると、いずれも相関は見られず、現時点の一般的傾向として、利用者の要介護度が改善すると事業所の経営が悪化するという関係があるとはいえない。
- 他方、介護保険のサービスの質をさらに向上させていく観点からは、質の高い介護サービスを提供する事業所が経営上不利にならないよう、当該サービスの提供にかかるコストをカバーする報酬を付加的に設けることも有意義といえる。
- 従って、引き続き、要介護度に応じた報酬体系をとりつつ、利用者の状態改善に取り組むなど、質の高い介護サービスを提供する事業者が経営上不利にならないよう、質の高いサービスに対して加算等により評価をしていく方針を維持してはどうか。

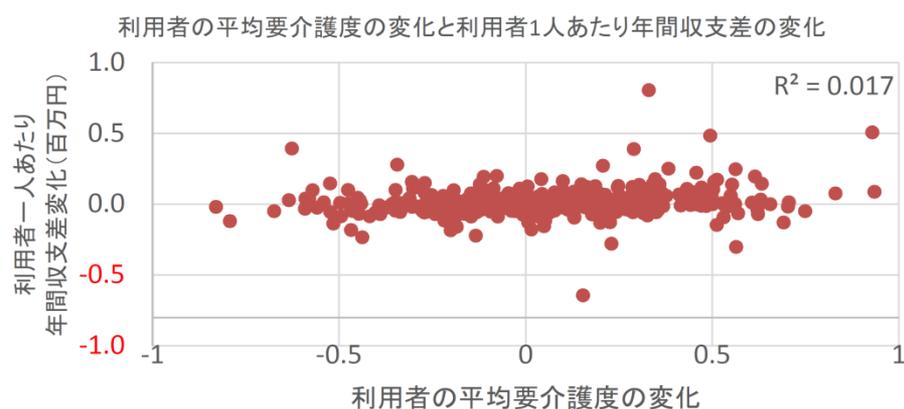
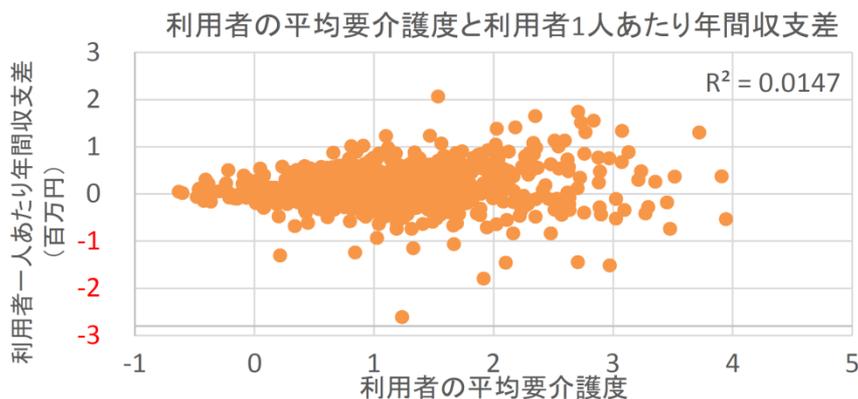
利用者の要介護度の変化と事業所の収入・収支差の変化

- 介護老人福祉施設、通所介護について分析すると、利用者の要介護度と利用者1人あたりの年間収支差、及びそれぞれの変化の間に相関は認められなかった。

介護老人福祉施設 (n=1,175)



通所介護 (n=781)



平成28年度介護事業経営概況調査の客体を対象に事務局で集計。利用者の平均要介護度の計算において、要支援1、2は便宜的にそれぞれ要介護度-1、0として計算した。収入、収支差、平均要介護度の変化は、平成26年度から27年度への増加分を示す。(平均要介護度の変化がプラスである場合、利用者の平均要介護度が重くなっていることを意味する。)

区分支給限度基準額

訪問系サービスにおける集合住宅に係る減算と区分支給限度基準額の関係について

論点2

- 訪問系サービスについては、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）等に居住する利用者に対して訪問する場合に、報酬を一定程度減算する仕組みが存在する。
- 一方、区分支給限度基準額に係る費用の算定に際しては減算後の単位数により判定されることから、集合住宅に係る減算が適用される者が、減算が適用されない者よりも多くの介護サービスを利用できる現状となっている。
- また、この点については、平成29年10月19日付で、会計検査院より、保険給付の公平性が確保されるよう、集合住宅に係る減算の適用の有無により、利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講じる求めがあった。
- これらを踏まえ、訪問系サービスにおける集合住宅に係る減算と区分支給限度基準額との関係についてどのように考えるか。

対応案

- 訪問系サービス（※）における集合住宅に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算については区分支給限度基準額の対象外に位置付けることとし、当該減算の適用を受ける者の区分支給限度基準額の管理については、減算の適用前の単位数を用いることとしてはどうか。

※訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護
定期巡回・随時対応型訪問介護看護

基準費用額

施設系サービスにおける食費・居住費の基準費用額について

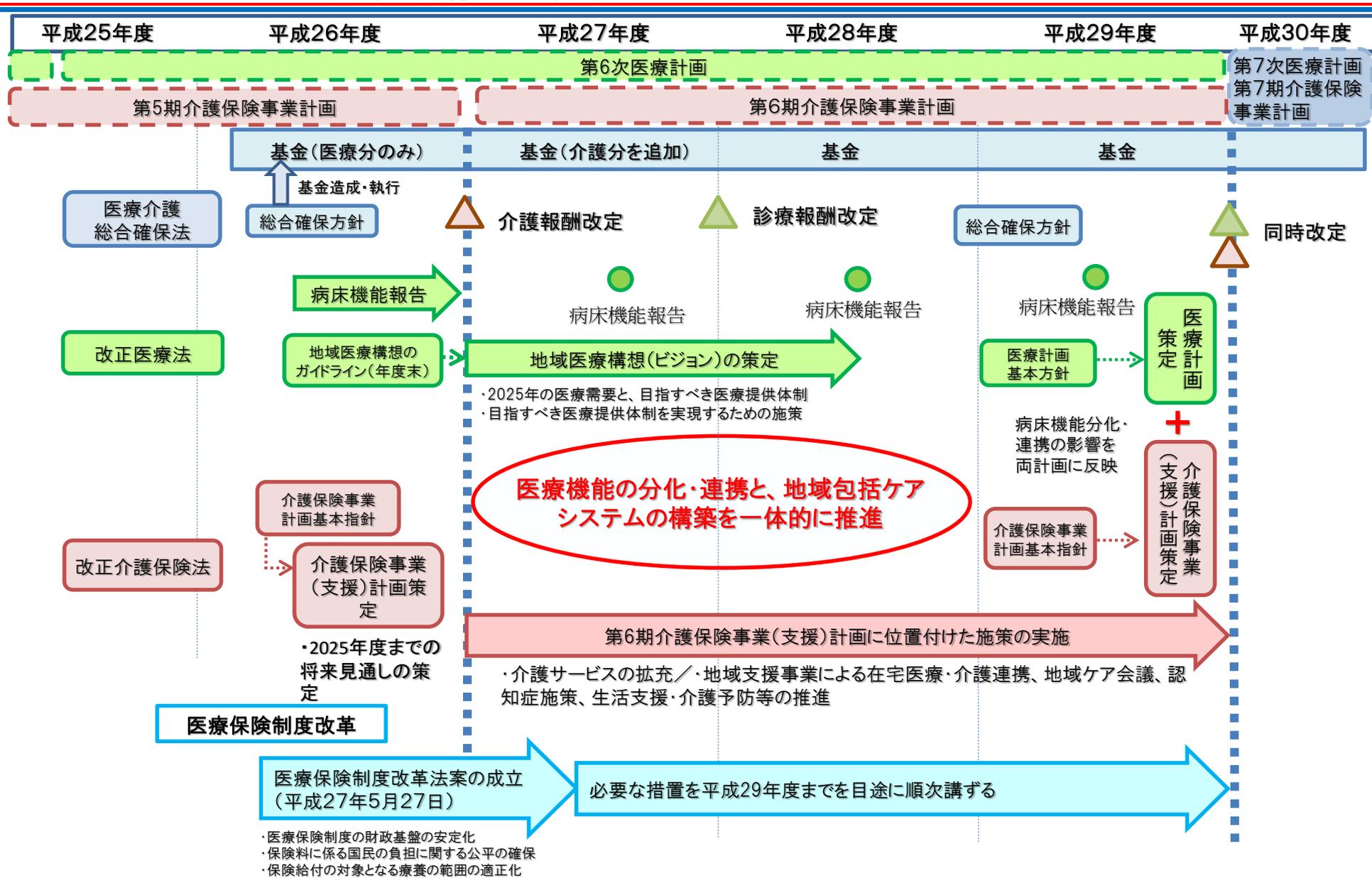
論点 3

- 施設系サービスにおける食費・居住費の基準費用額についてどのように考えるか。

対応案

- 施設系サービスにおける食費・居住費の基準費用額については、
 - ・平成29年度介護事業経営実態調査による食費・居住費の平均的な費用額
 - ・基準費用額を設定した際の食費・居住費の平均的な費用額
 - ・上記の間の食費・居住費の平均的な費用額の変動幅などを踏まえ、見直さないこととしてはどうか。
- なお、これまでの食費・居住費の平均的な費用額の推移はP21のとおりである。

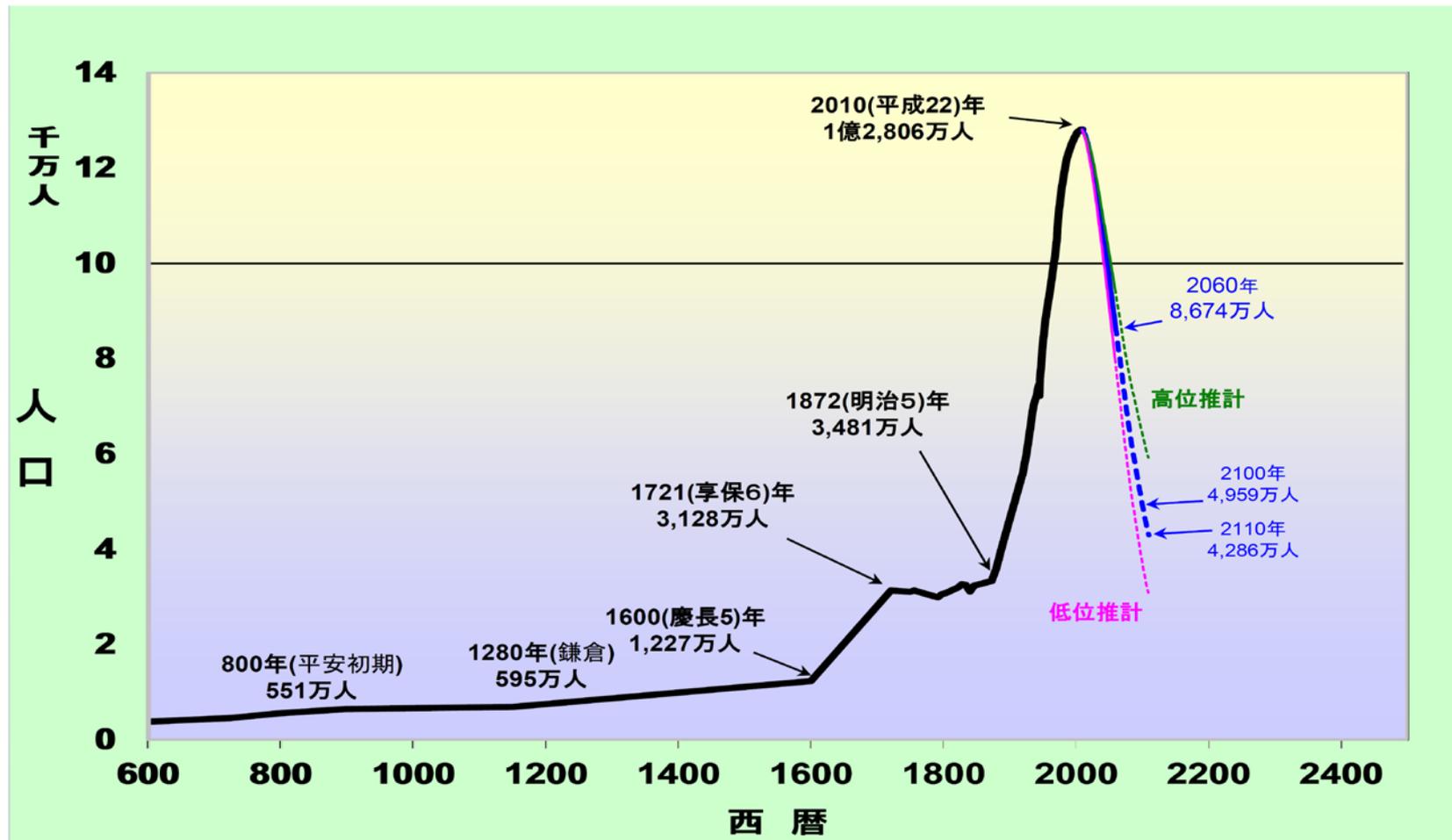
医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



尊厳の保障へ向けて

好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち尊厳の保障を実行することが我々の役割である。

日本人口の歴史的推移

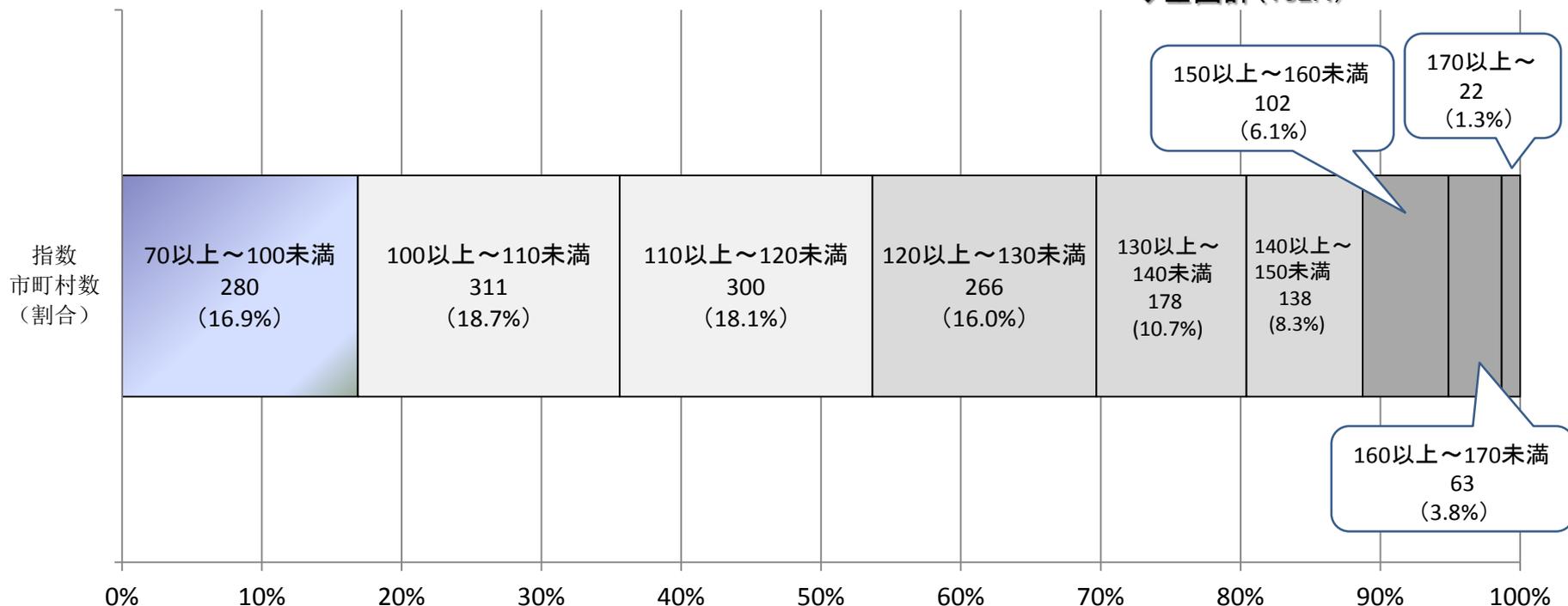


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数

◆全国計(132.4)



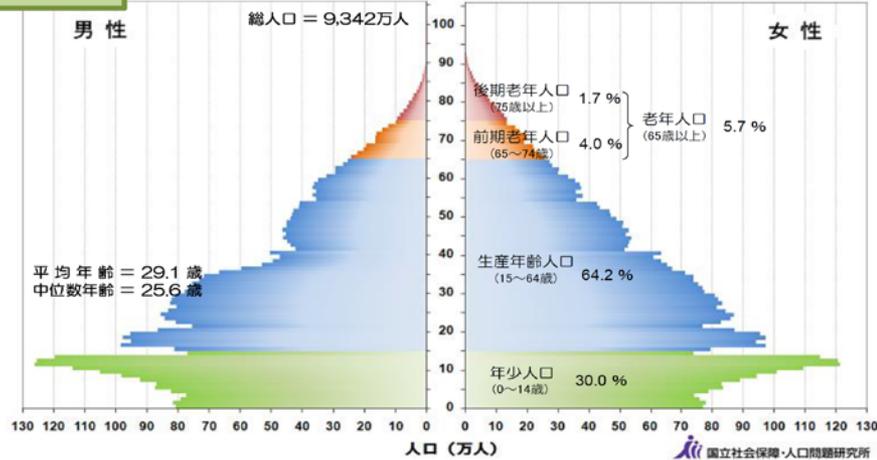
注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

人口ピラミッドの変化：実績1960年, 2010年

1960年

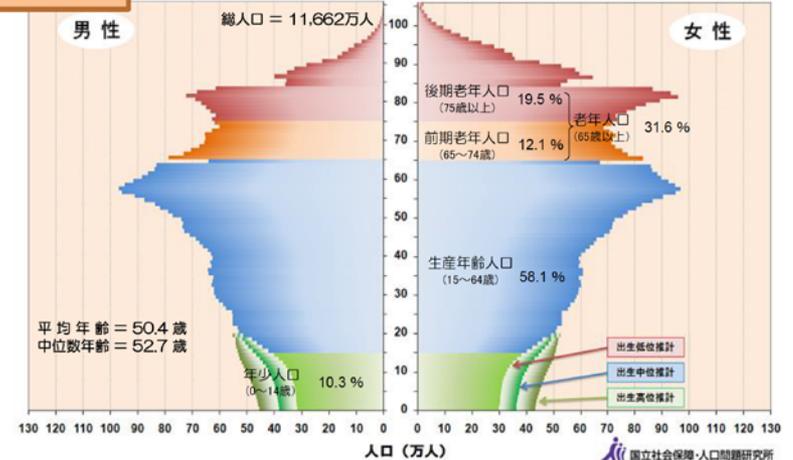
(1) 1960年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2030年

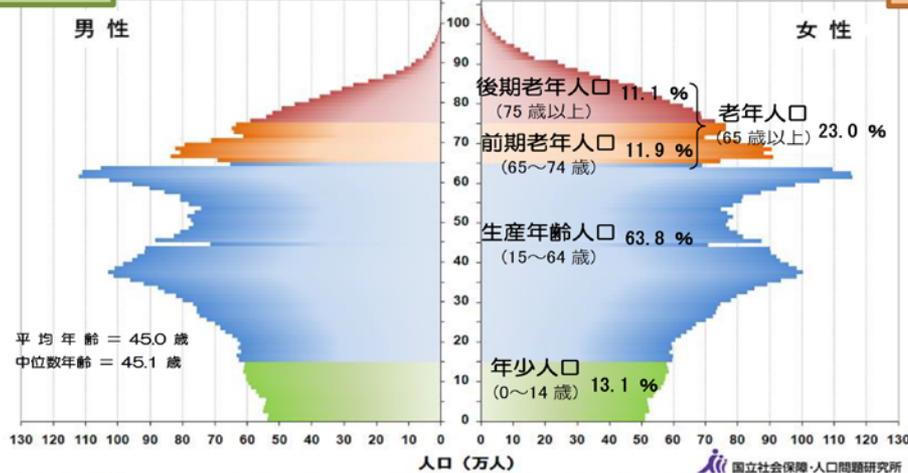
(3) 2030年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2010年

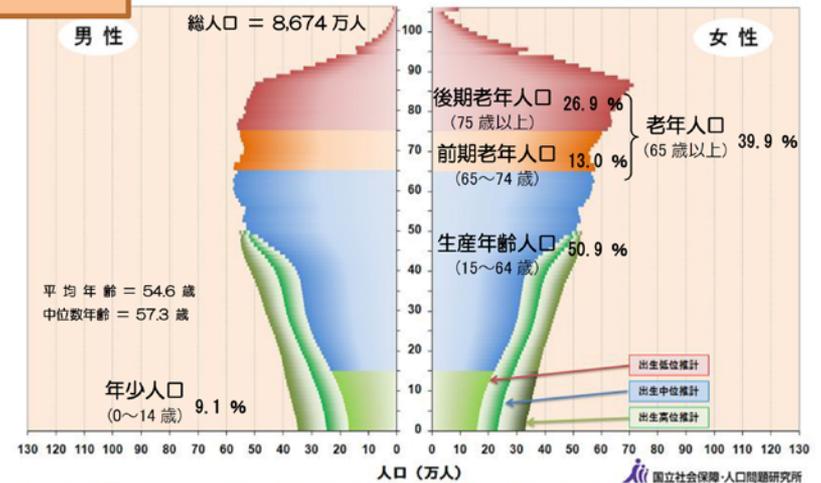
(2) 2010年



資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

2060年

(3) 2060年

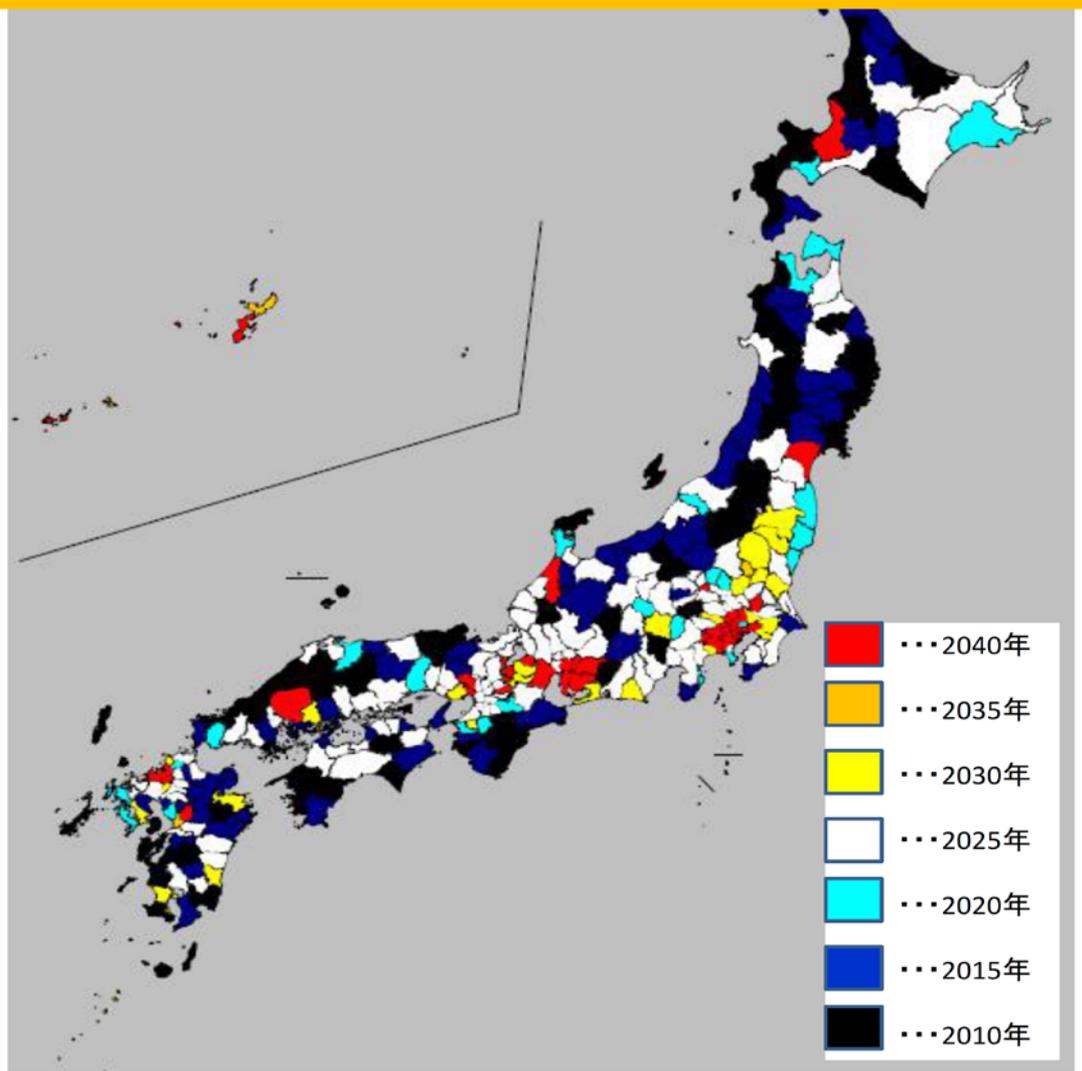


資料：1920~2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

中医協 総-2参考
28.12.14より

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる



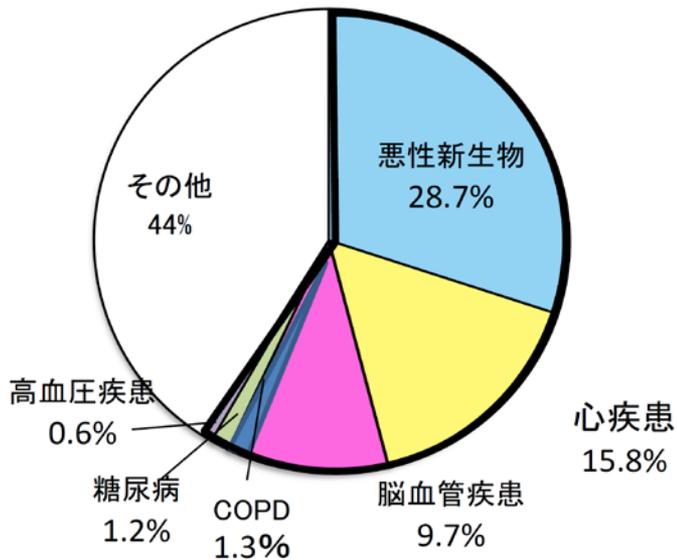
出典: 社会保障制度国民会議 資料 (平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料)

我が国における疾病構造

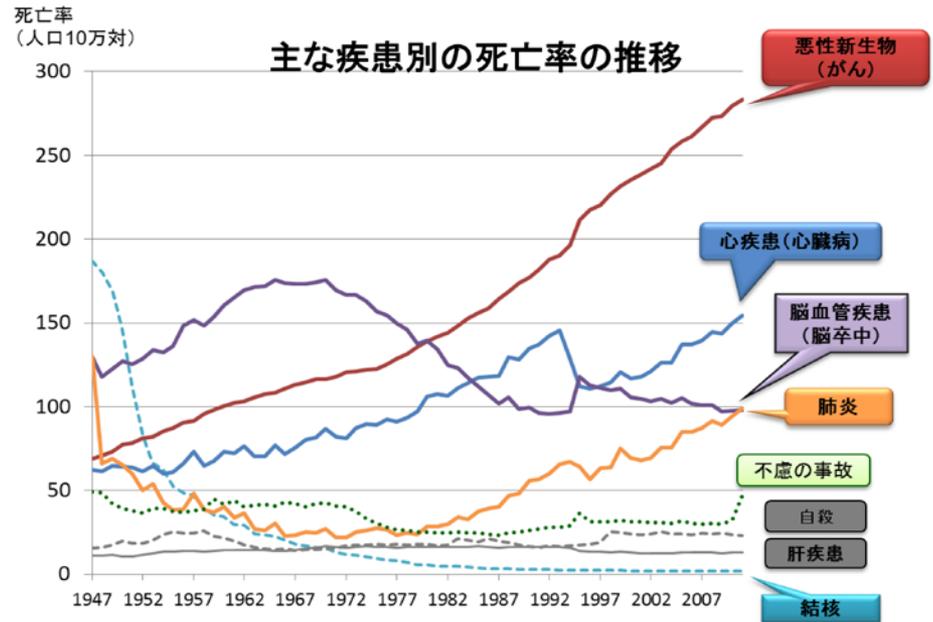
生活習慣病は死亡割合の約6割

我が国の疾病構造は感染症から
生活習慣病へと変化。

死因別死亡割合(平成24年)
生活習慣病・・・57.2%



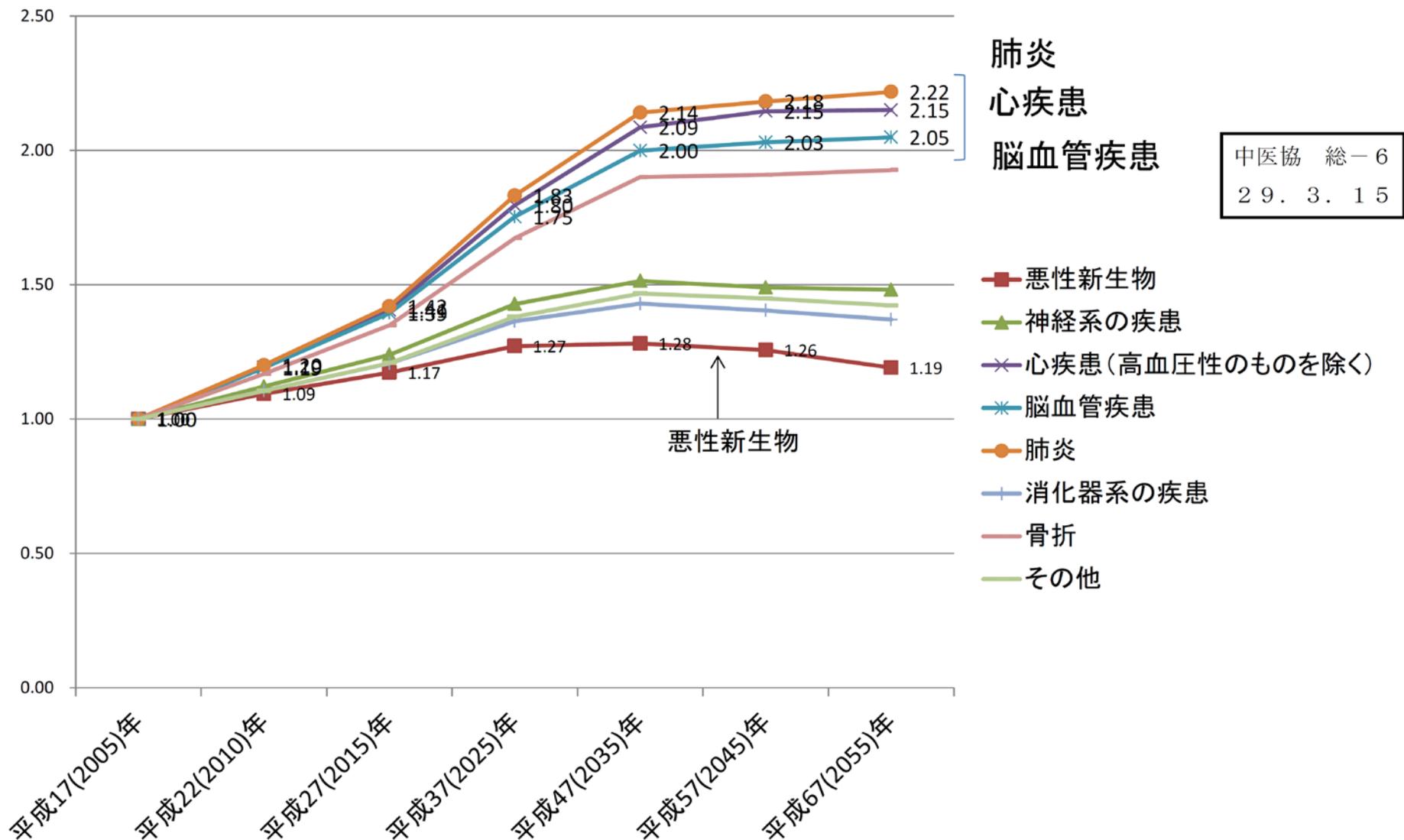
(出所)「平成24年度人口動態統計」



(出所)「人口動態統計(1947~2011年)」

※ 生活習慣病関連疾患に係る医療費は、医科診療医療費(28.3兆円)の約3割(8.9兆円)を占める。(出所)「平成24年度国民医療費」

(参考) 入院患者の将来推計 2005年を1とした場合の増加率



認知症高齢者の現状

- 認知症高齢者の増加

→2025年に高齢者の約5人に1人と推計

- 行方不明者は1年で1.5万人

- 高速道路等の逆走による正面衝突・死亡事故が連日のように報道

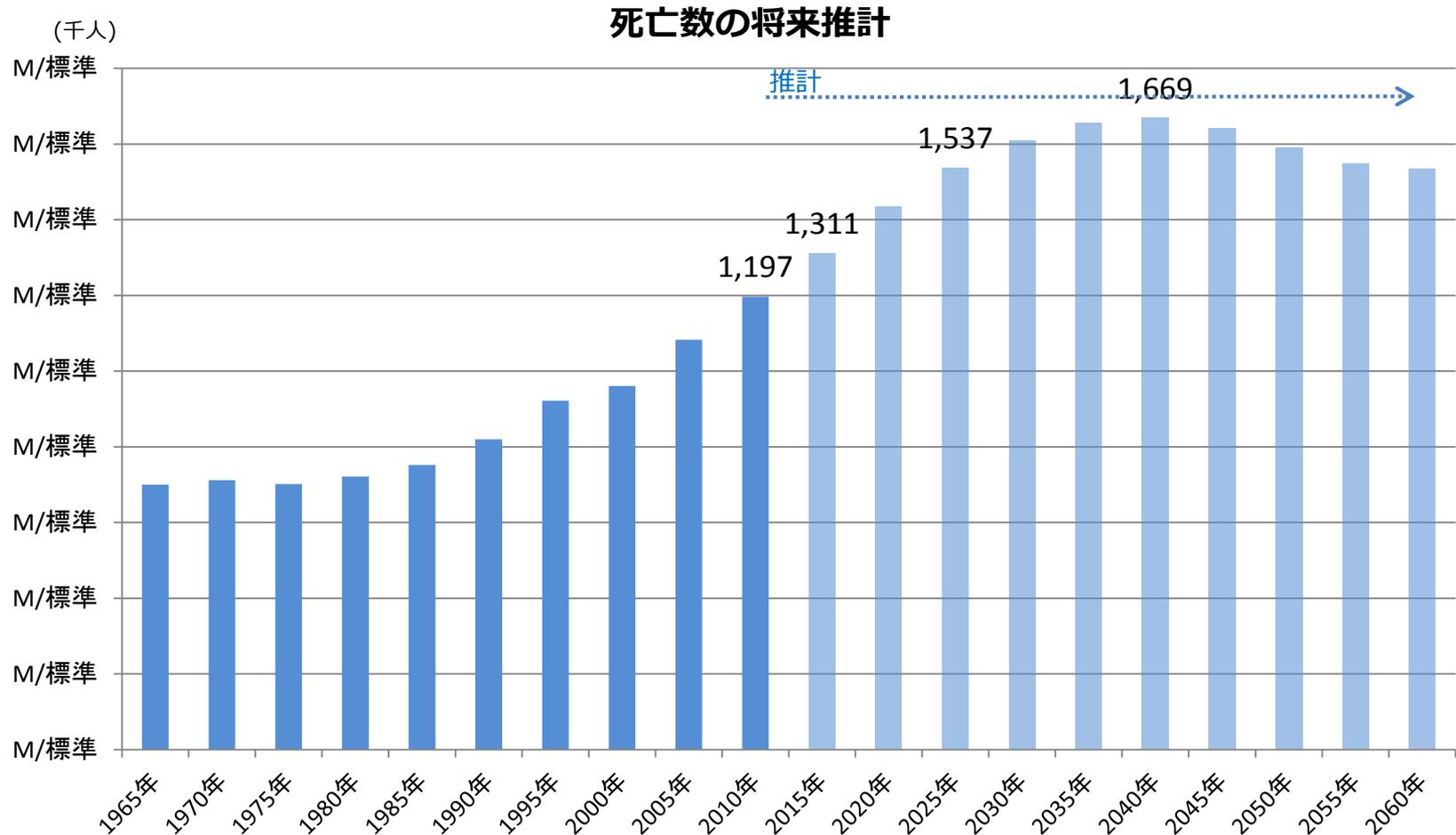
- 75歳以上の高齢者の自動車免許の更新時及び違反時には認知機能検査が義務付け

認知症の性別・年齢階級別有病率(2013年)

年齢(歳)	男性(%)	女性(%)
65-69	2.8	3.8
70-74	4.9	3.9
75-79	11.7	14.4
80-84	16.8	24.2
85-89	35	43.9
90-94	49	65.1
95以上	50.6	83.7

死亡数の将来推計

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



出典：2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）

2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

在宅医療に関する国民のニーズ

◇ 6割以上の国民が「自宅で療養したい」と回答（上図）

◇ 自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割超（下図）

■ 終末期の療養場所に関する希望

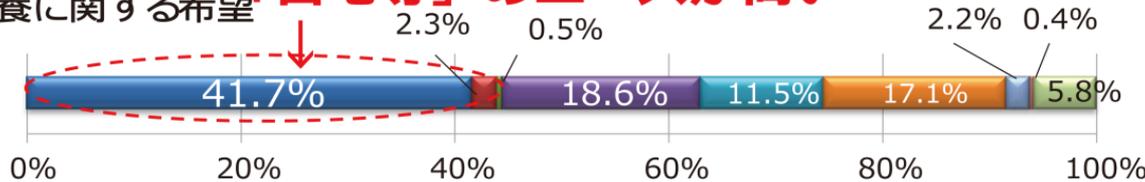
↓ 「自宅」のニーズが高い



- 調査対象及び客体
 - ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 - ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
- 調査の方法
 - 郵送法
- 回収数
 - 2,527人（回収率50.5%）

出典：終末期医療に関する調査（各年）

■ 療養に関する希望 「自宅等」のニーズが高い



- 自宅介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- その他
- 子どもの家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- その他

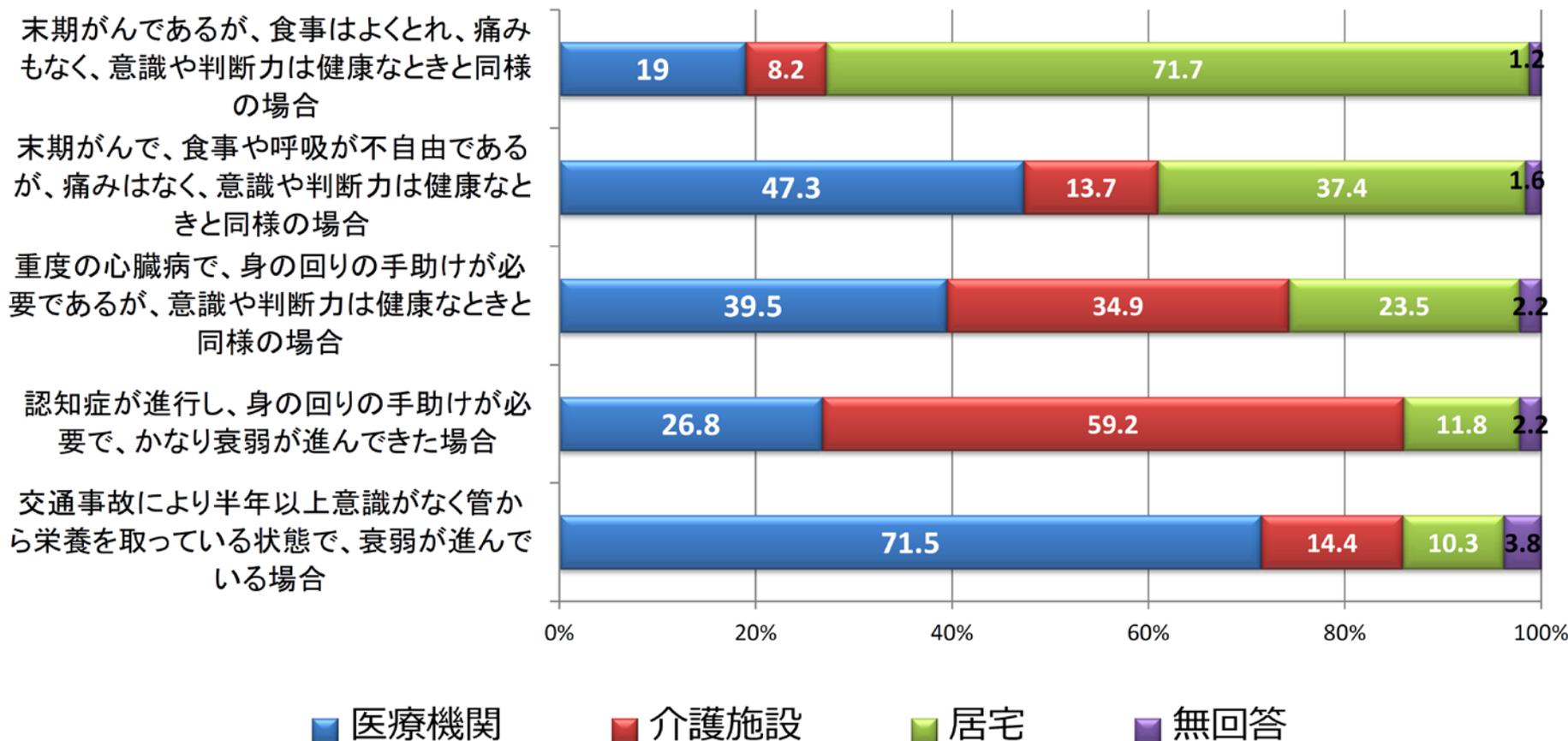
- 調査対象
 - 全国の55歳以上の男女5,000人
- 調査の方法
 - 調査員による面接聴取法
- 標本抽出方法
 - 層化二段無作為抽出法
- 回収数
 - 3,157人（回収率63.1%）

出典：高齢者の健康に関する意識調査（平成19年度内閣府）

参考：さまざまな状況における人生の最終段階を過ごしたい場所

中医協 総-3
29.4.12

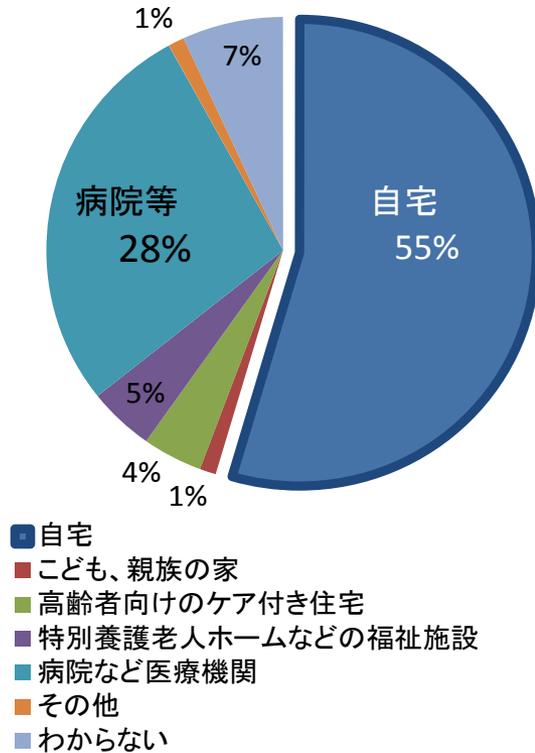
■人生の最終段階を過ごしたい場所(一般国民による回答、n=2,179)



死亡場所の推移

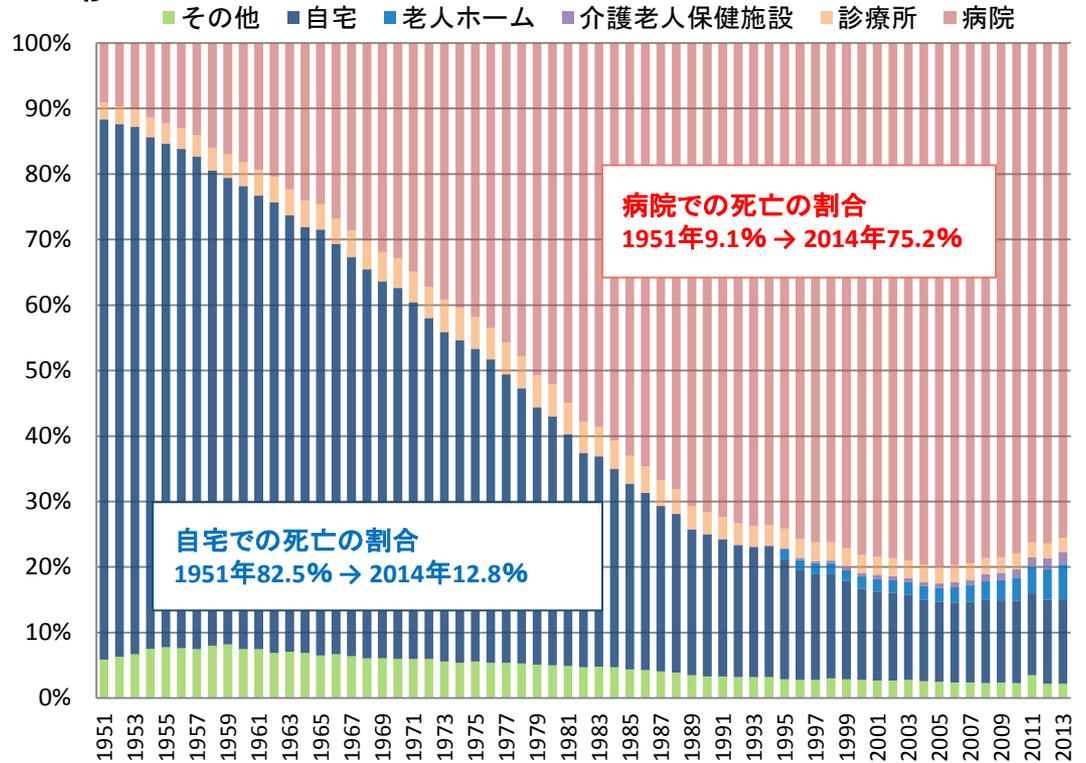
- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

死亡の場所の推移

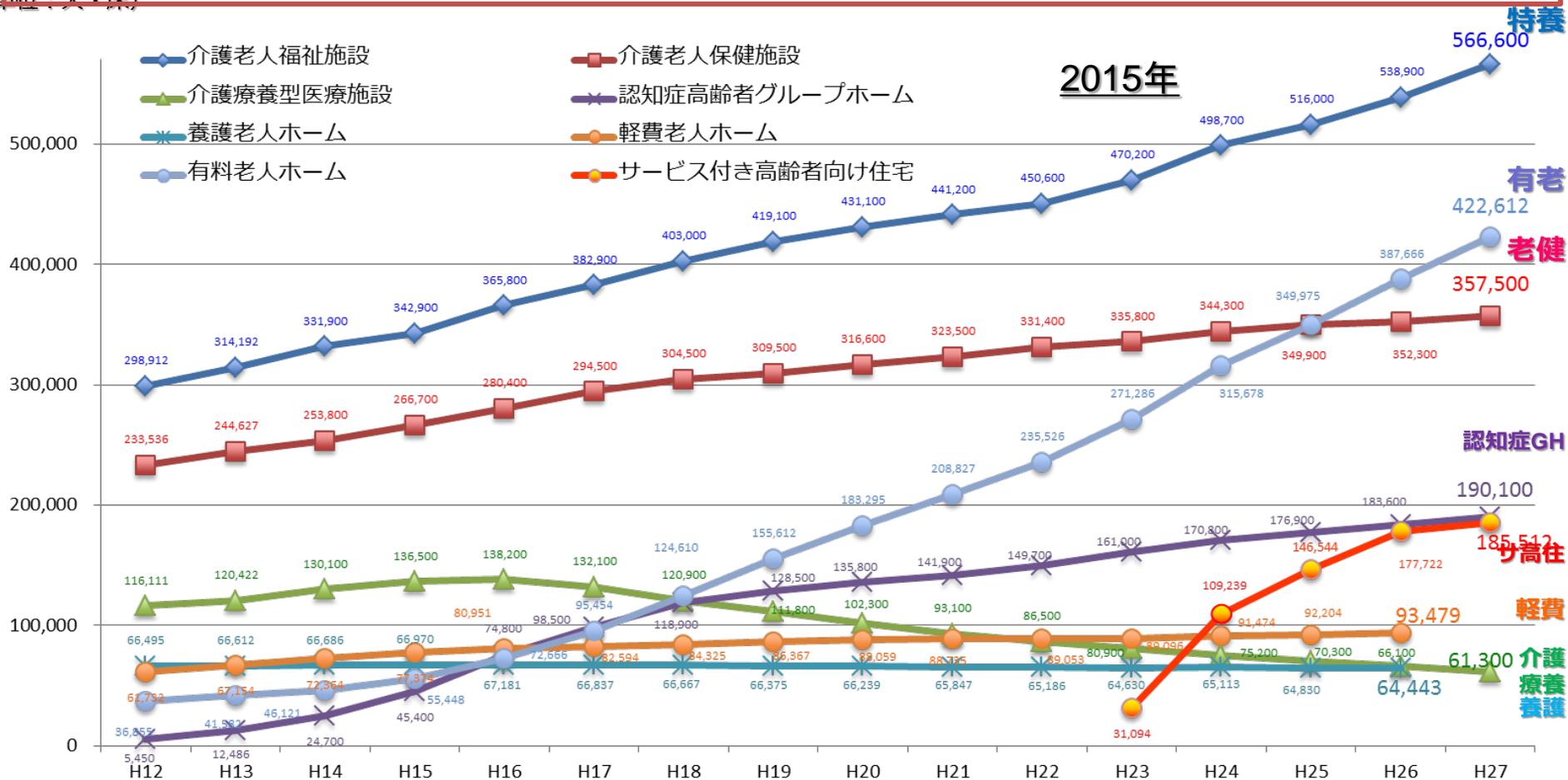


出典：平成26年人口動態調査

高齢者向け住まい・施設の定員数

○ 高齢者向けの住まいは、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅を中心に増加傾向にある。

(単位：人・床)



※1：介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10月審査分)【H14～】(定員数ではなく利用者数)」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。

※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。

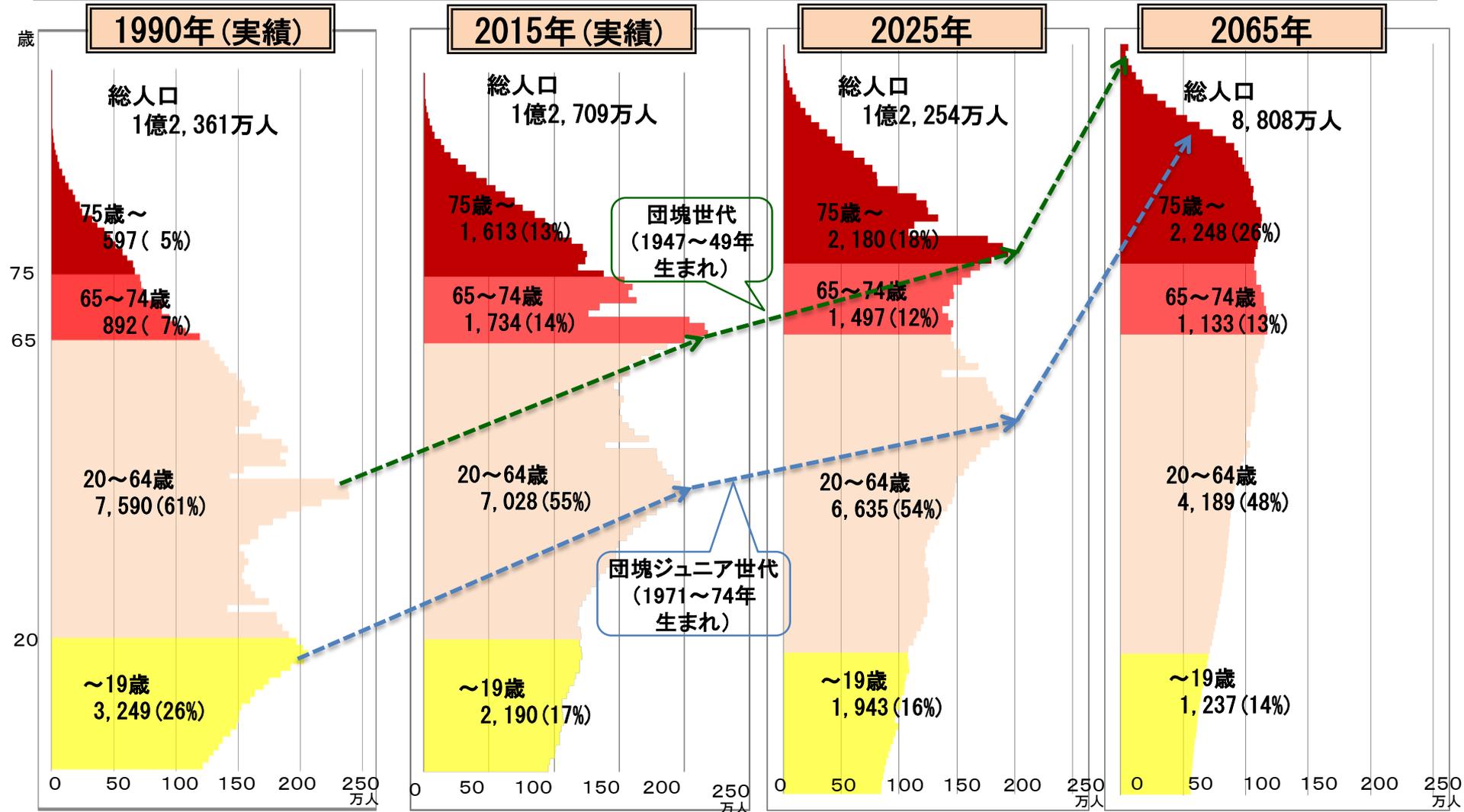
※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24・25は基本票の数値。

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果(7/1時点)による。

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(9/30時点)」による。

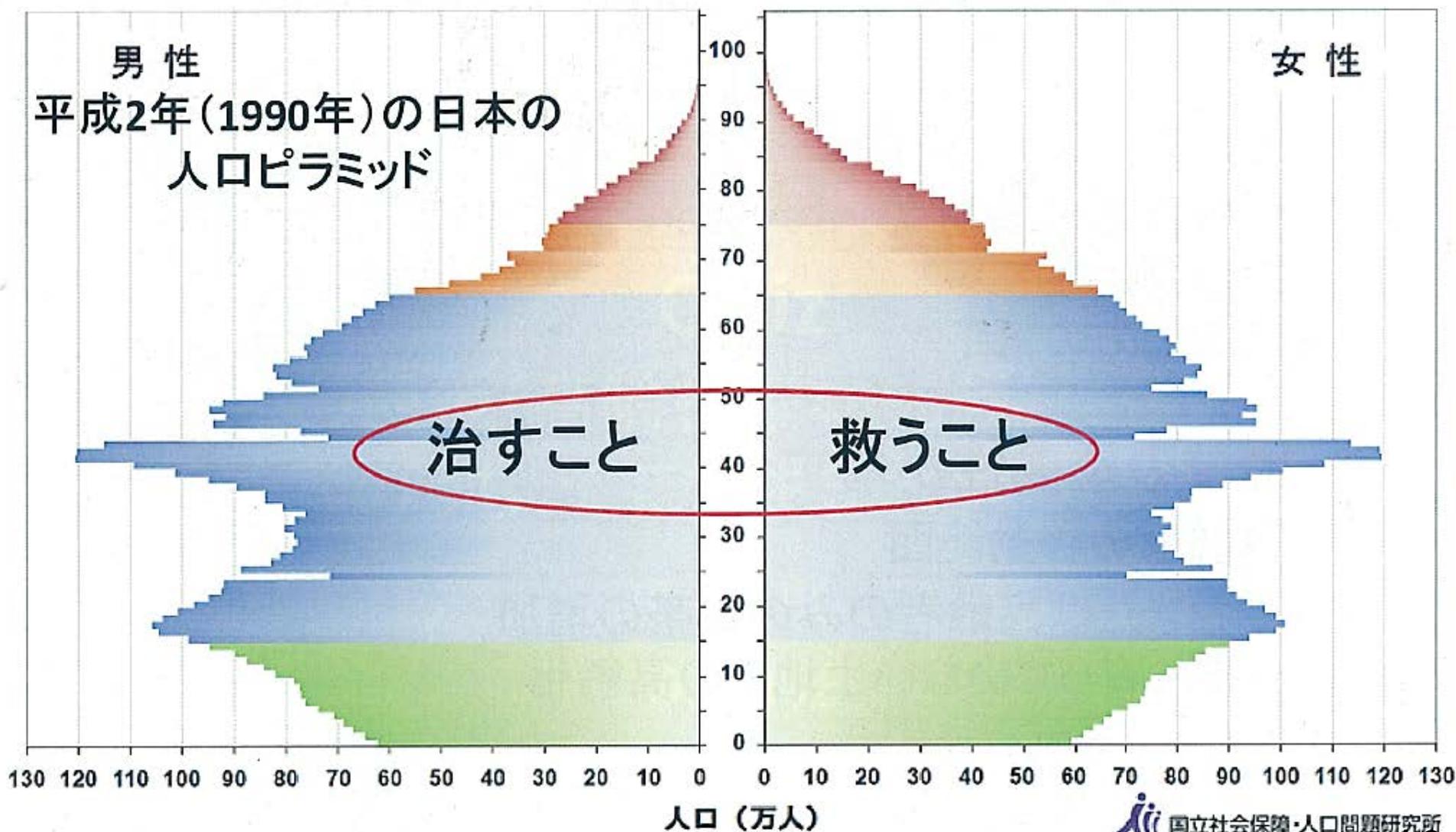
日本の人口ピラミッドの変化

- 団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
- 2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。

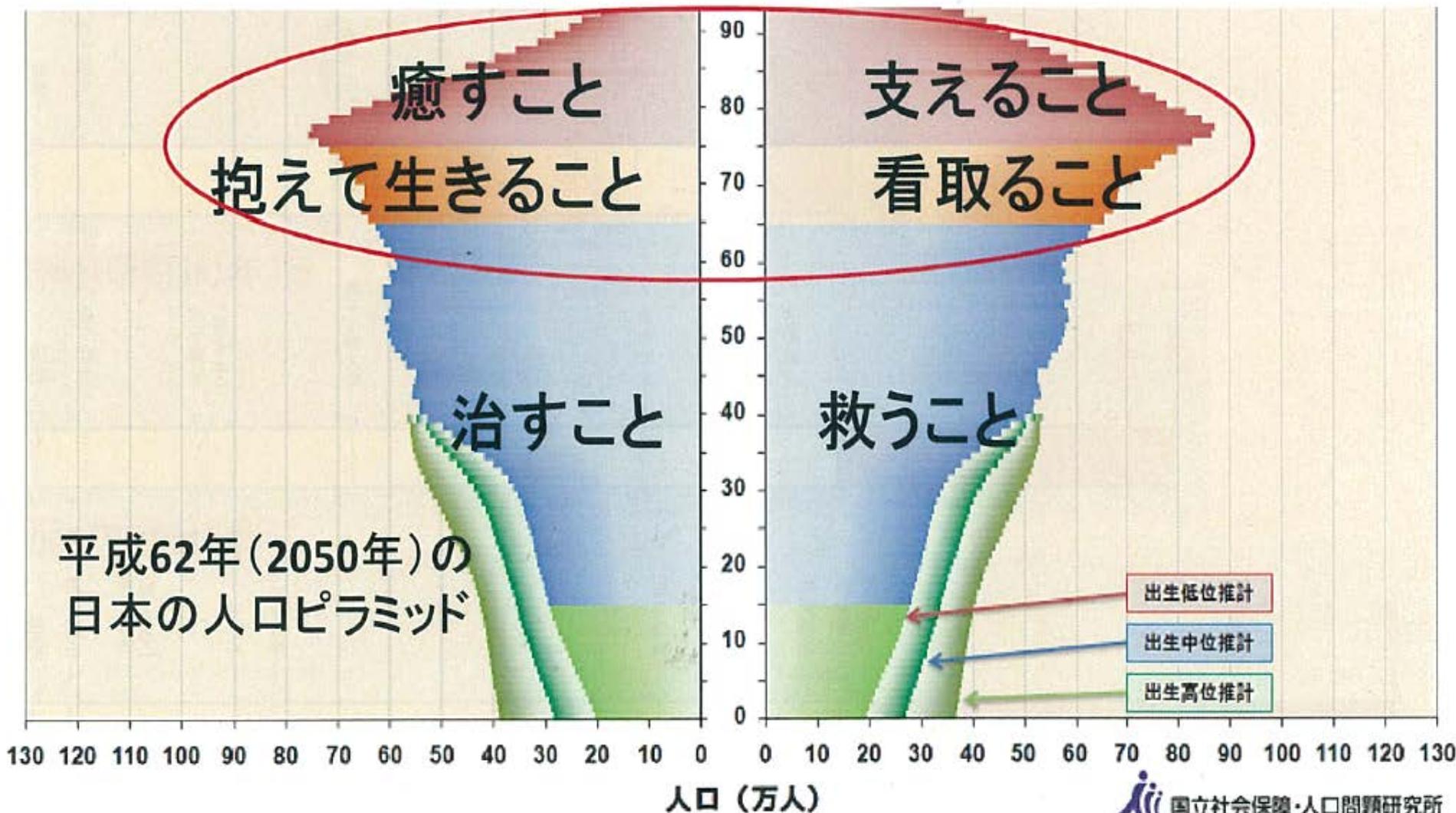


(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計

多くの病気が治せた頃



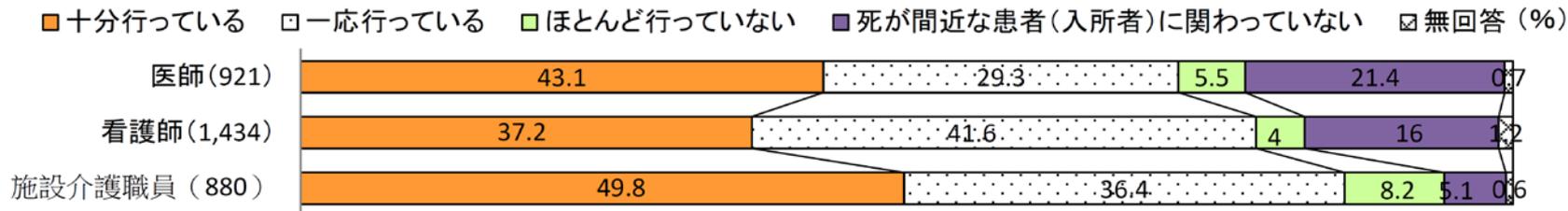
多くの病気を治せなくなる頃



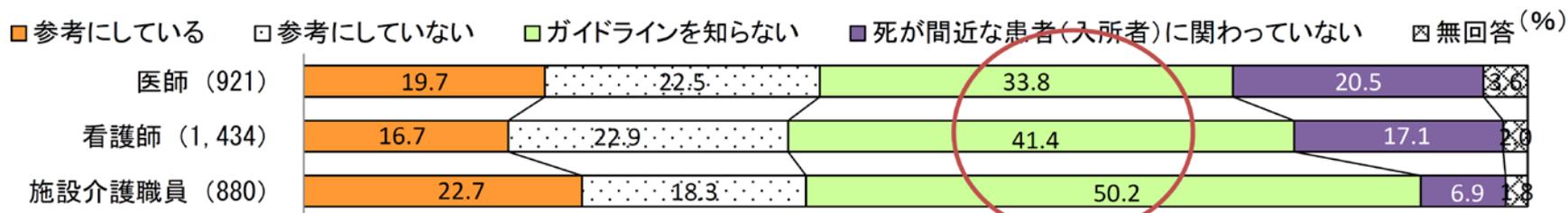
人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

意見交換 資料-2 参考1
29.3.22

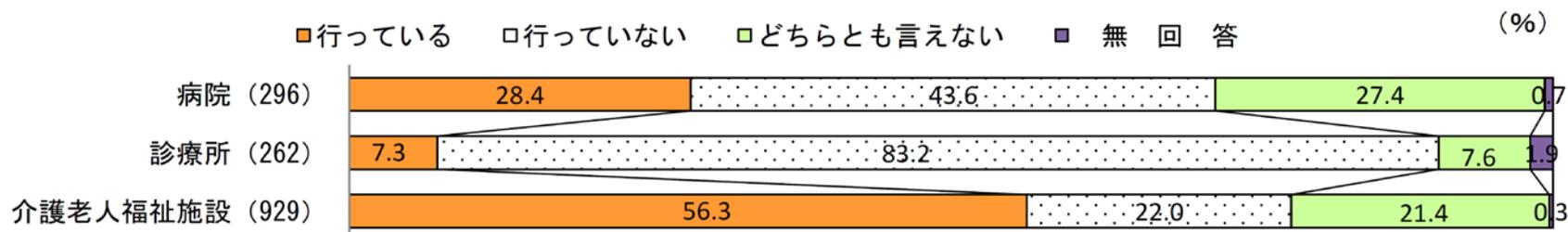
■ 患者（入所者）との話し合いの実態



■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



出典：人生の最終段階における医療に関する調査（平成25年）

「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」 方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



患者の意思が
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、
患者が意思決定を行う



人生の最終段階における
医療とケアの方針決定

十分な
情報の
提供

家族が患者の
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が
確認できない

- ・ 家族が患者の意思を推定できない
- ・ 家族がいない

患者にとって最善の治療方針を、
医療・ケアチームで慎重に判断
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



- ・ 病態などにより医療内容の決定が困難
- ・ 家族の中で意見がまとまらないなどの場合

→ 複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言



アドバンス・ケア・プランニング(ACP):定義

advance care planning : ACP

advance : 前もって

care : 医療やケアについて

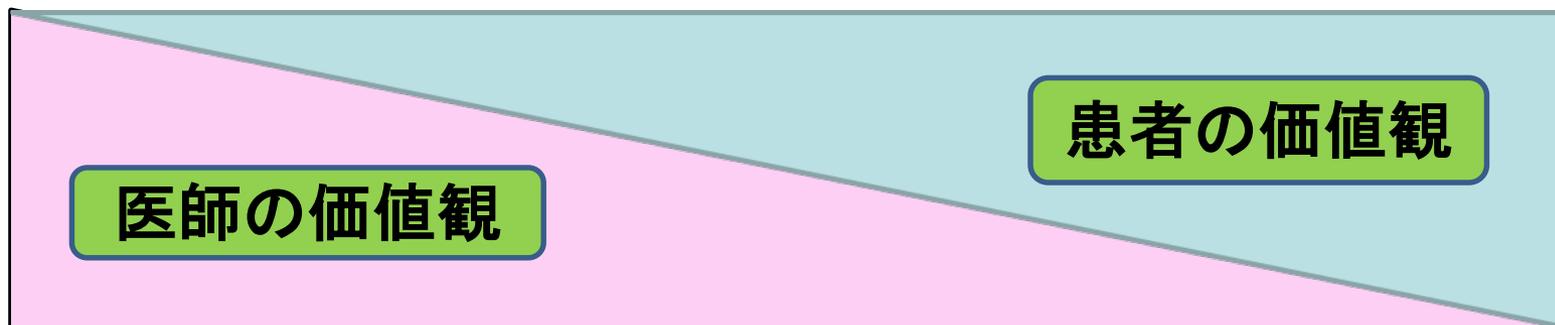
planning : 計画すること

人生の最終段階の治療・療養について、(話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく、)患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

- 患者の同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい

- ACPの話し合いは以下の内容を含む
 - 患者本人の気がかりや意向
 - 患者の価値観や目標
 - 病状や予後の理解
 - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

医療者（医師）－患者関係のモデル



パターナリズム
モデル

相互参加型
モデル

情報提供型
モデル

地域包括ケア研究会 報告書
2010年4月26日

2025年の地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアを支える人材の在り方

【医療・リハビリ】

	現在	2025年
医師	<ul style="list-style-type: none">・ <u>定期的な訪問診療</u>・ 急変時対応・ 看取り	<ul style="list-style-type: none">・ <u>在宅医療開始時の指導</u>・ 急変時の対応・指示・ 看取り
看護職員	<ul style="list-style-type: none">・ <u>診療の補助（医行為）</u>・ <u>療養上の世話</u>	<ul style="list-style-type: none">・ <u>病状観察</u>・ <u>夜間を含む急変時の対応</u>・ <u>看取り</u>
PT・OT・ST	<ul style="list-style-type: none">・ <u>リハビリテーション実施</u>	<ul style="list-style-type: none">・ <u>リハビリテーションのアセスメント・計画作成</u>・ <u>困難ケースを中心にリハビリテーション実施</u>

2025年の地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアを支える人材の在り方

【介護職など】

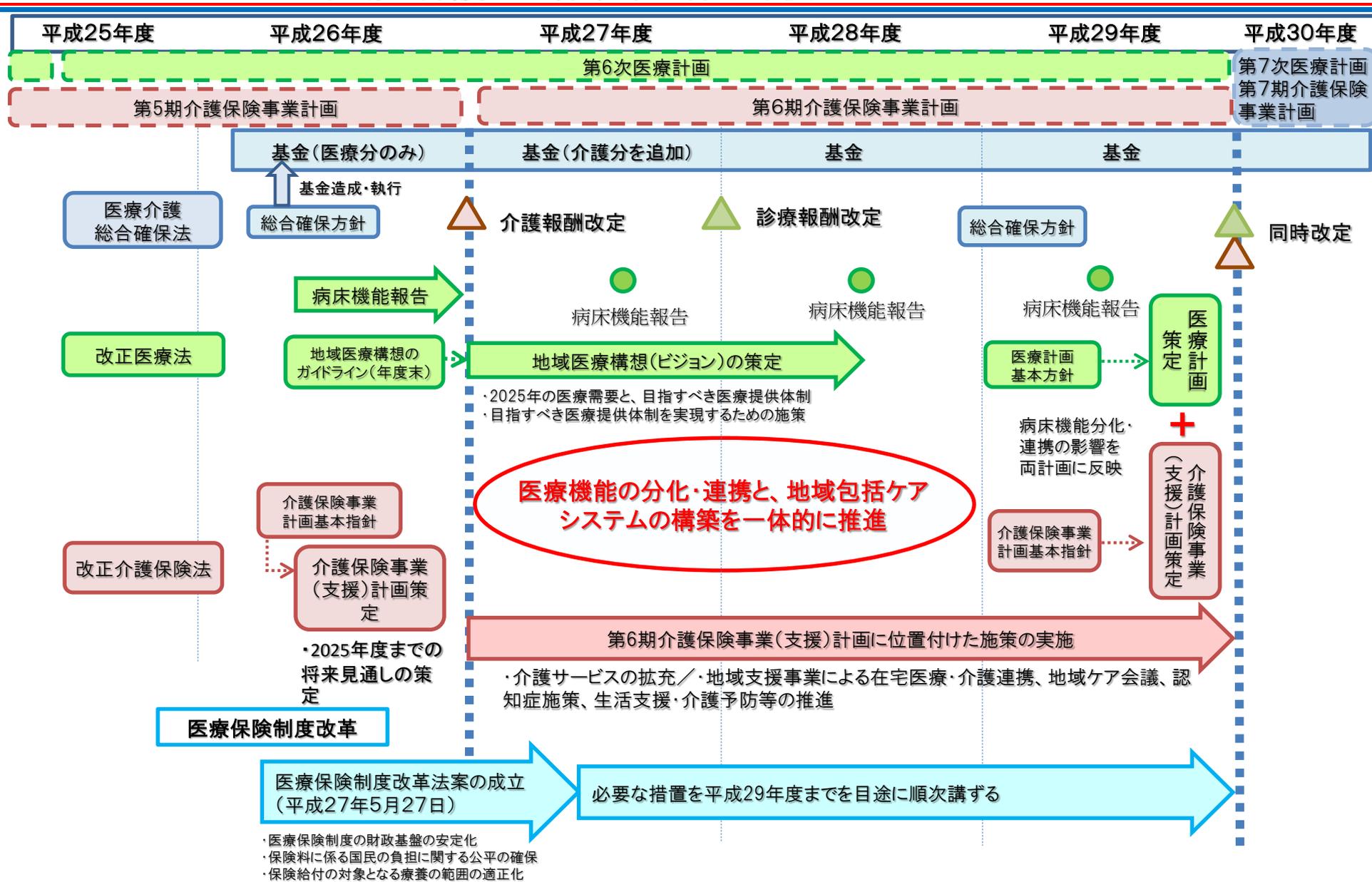
		現在	2025年
介護職員	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 家事援助 	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 身体介護と一体的に行う家事援助 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援 要介護者に対する基礎的な医療的ケアの実施¹⁶ 日常生活における生活機能の維持・向上のための支援（機能訓練等） 他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 家事援助 	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 身体介護と一体的に行う家事援助 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援
日常生活の支援（民間事業者・NPO等）		<ul style="list-style-type: none"> 配食 日々の移動の手伝い レクリエーション 	<ul style="list-style-type: none"> 家事援助 配食 日々の移動の手伝い レクリエーション

（注1）上表は居宅サービスの場合のイメージ。

（注2）施設サービスについても、サービスの外付け化を図ることにより、可能な限り居宅サービスと同じような役割分担を実現する。

（注3）地域ごとにサービス提供体制について柔軟性を持たせることは必要。

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定

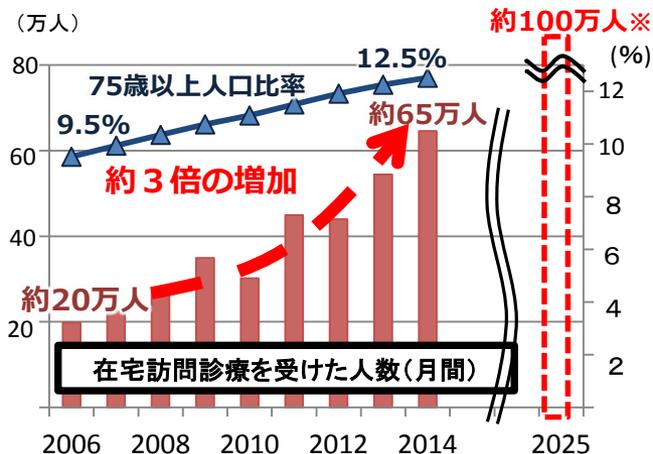
経済財政諮問会議
塩崎厚生労働大臣資料
29.4.14より

- 団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、**平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定により、質が高く効率的な医療・介護の提供体制の整備を推進。**

I 地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化

- **かかりつけ医機能を普及・促進**
- 自宅や介護施設等における医療ニーズや看取りへの対応を強化 等

在宅訪問診療を受けた人数の伸びと75歳以上人口比率

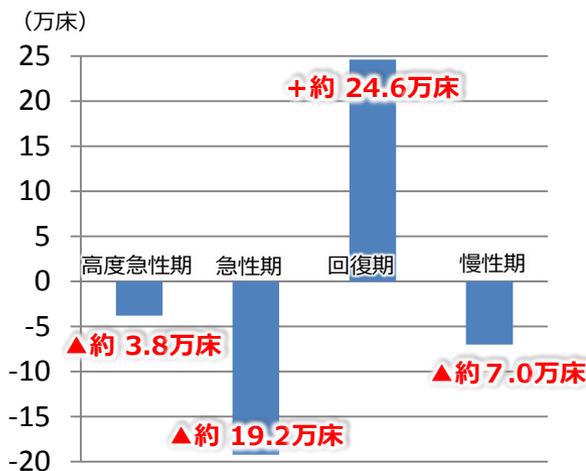


※ 約100万人は、高齢者増等のみによる影響を反映した推計値。更なる追加需要が見込まれる。

II 医療機能の分化・連携の推進、効率的な医療提供体制の構築

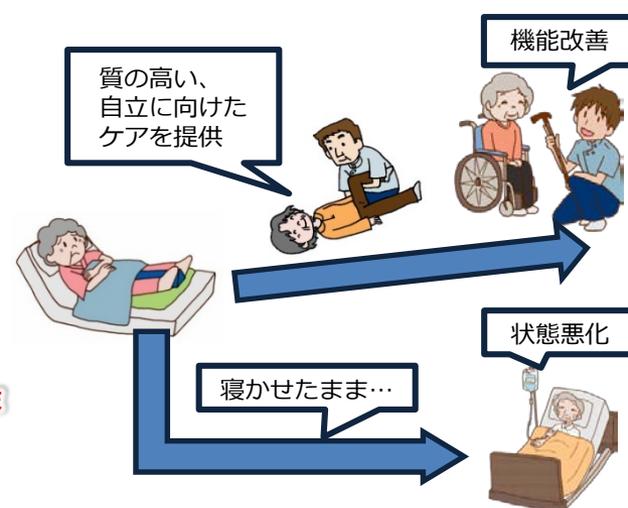
- 医療機能や患者の状態に応じた評価により、**地域医療構想の達成を推進**（7：1病床の適正化、療養病床の扱い等） 等

現在の病床数（平成27年7月現在）と2025（平成37）年の病床必要量の差



III 質が高く効率的なサービスによる高齢者の自立支援等

- **費用対効果や、アウトカムに基づく評価**を推進
- **データヘルス改革の推進、介護ロボットの活用**により自立等を促進し、現場の負担も軽減 等



★薬価制度については、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民皆保険の持続性とイノベーションの推進を両立し、国民負担軽減と医療の質の向上を実現する観点から、抜本改革を推進。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、
・慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

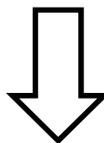
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

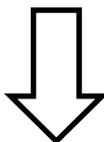
※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

地域包括ケアシステムと地域医療構想

- 地域包括ケアシステムは、市町村を中心に日常生活圏域で暮らし続けるための地域づくり・まちづくり
- 地域医療構想における医療提供体制は、都道府県を中心に急性増悪や救急時にも支えるべく整備



地域包括ケアシステムの構築には医療提供体制の整備が不可欠であり安心して退院するためには地域包括ケアシステムの充実が不可欠となる

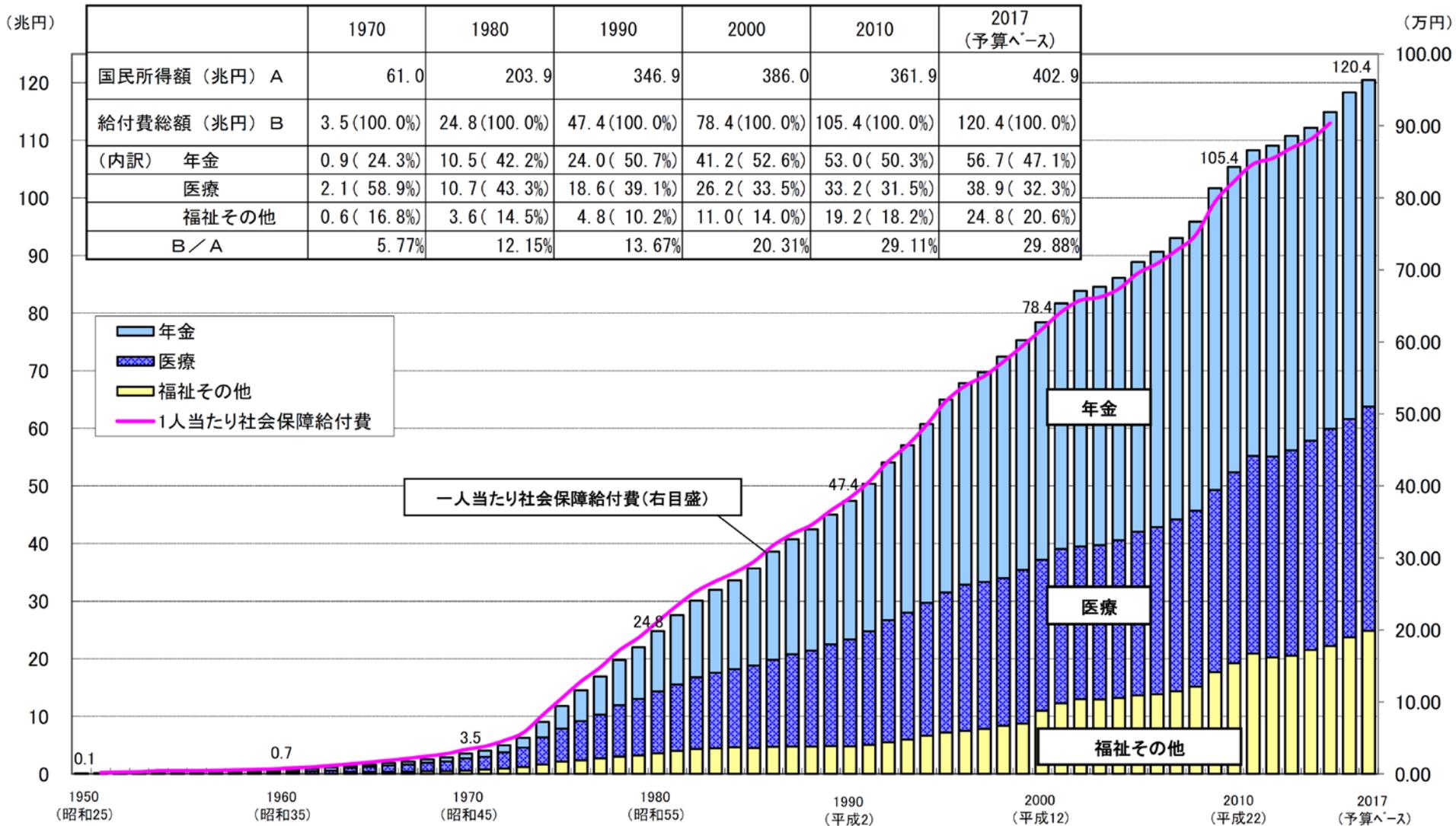


地域包括ケアシステムと地域医療構想は相補的・密接不可分！

地域包括ケアシステム構築10か条

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 「住民」が主人公として取り組む総力戦
3. 課題を踏まえ住民共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型」システムの構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 地域の一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「思い」

社会保障給付費の推移



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」、2016年度、2017年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2017年度の国民所得額は「平成30年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成30年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2017年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

平成30年度診療報酬改定の概要

団塊の世代が75歳以上となる**2025年とそれ以降の社会・経済の変化**や**技術革新への対応**に向けて、平成30年度診療報酬改定により、質が高く効率的な**医療提供体制の整備**とともに、**新しいニーズにも対応できる質の高い医療**の実現を目指す。

診療報酬本体 **+0.55%**

各科改定率	医科	+0.63%
	歯科	+0.69%
	調剤	+0.19%

薬価等

①薬価 **▲1.65%**

※うち、実勢価等改定 **▲1.36%**
薬価制度の抜本改革 **▲0.29%**

②材料価格 **▲0.09%**

なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

平成30年度診療報酬改定の概要

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

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

歯科

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤

1. 薬局における対人業務の評価の充実

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し
4. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

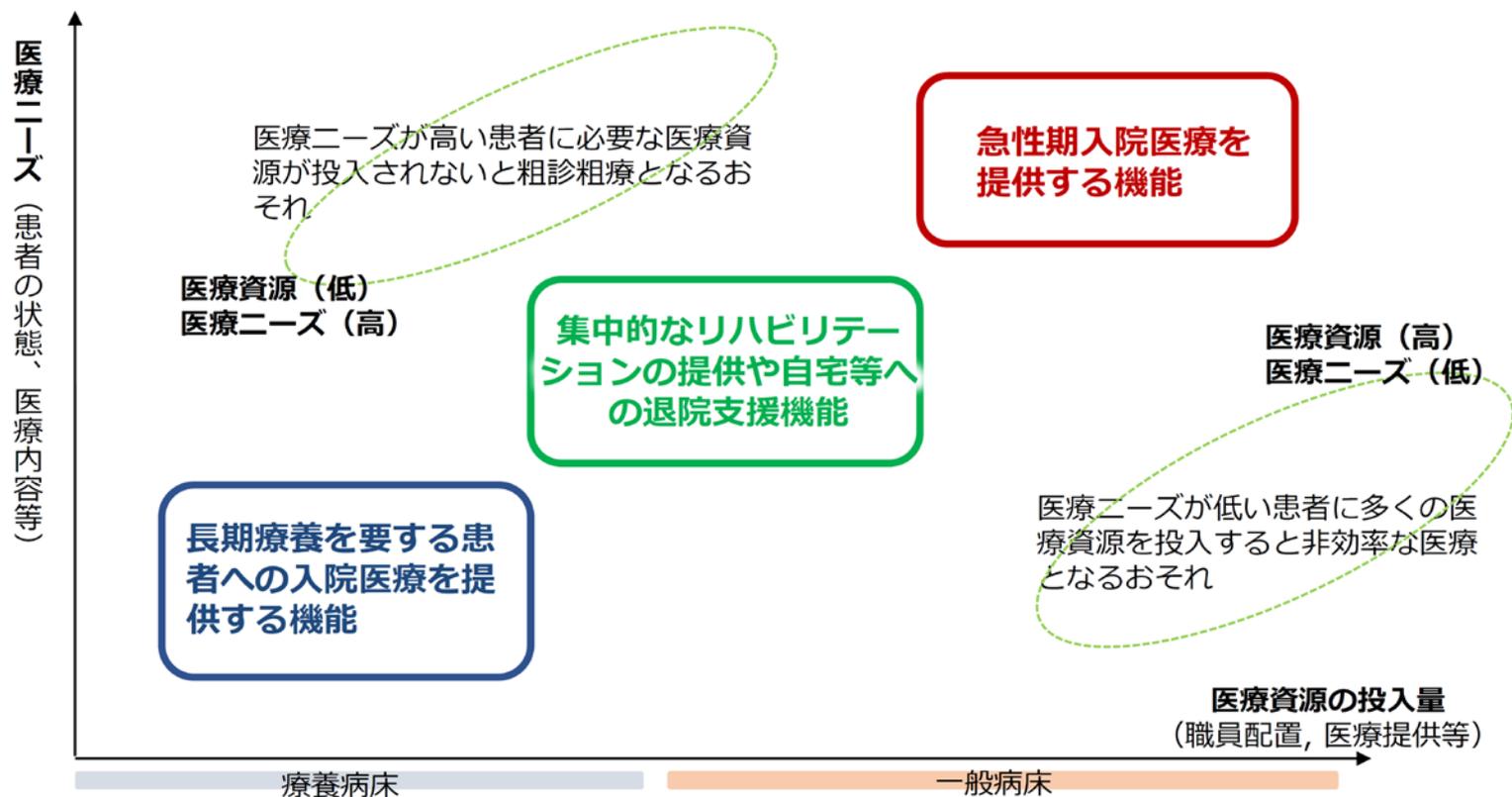
平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

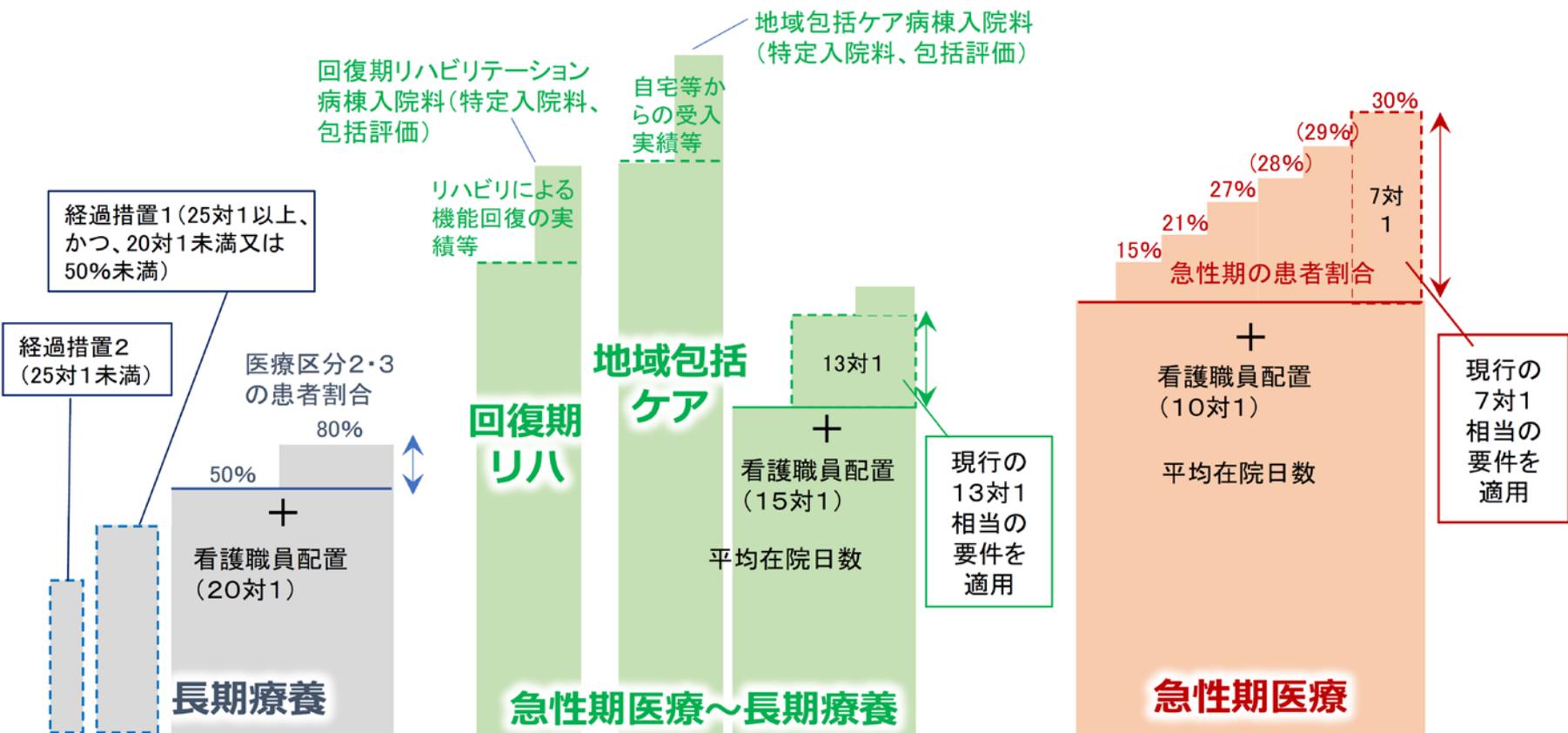
入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 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。



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

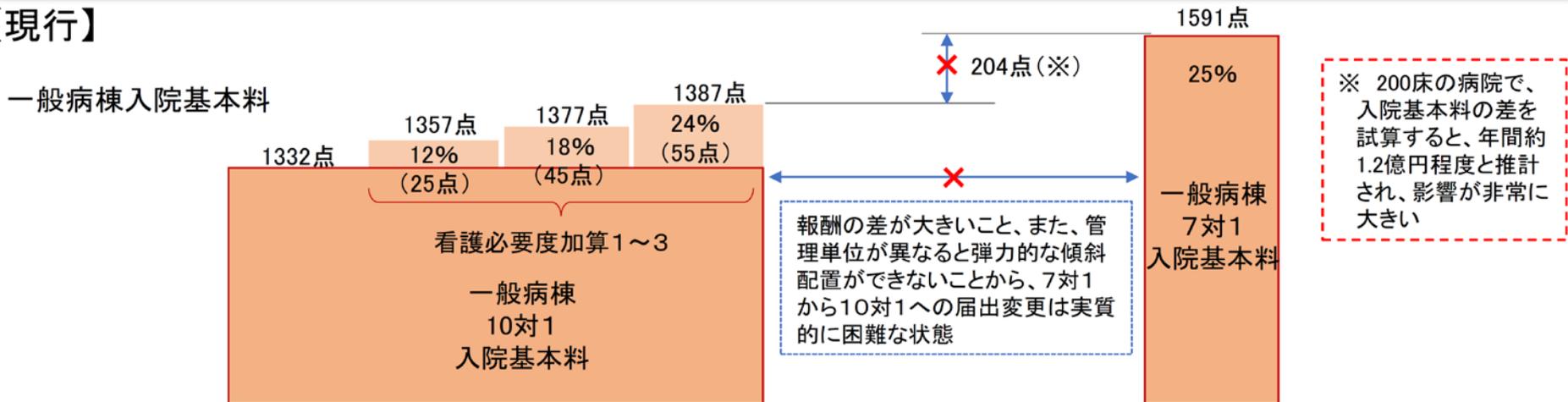
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 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。

(1)急性期医療

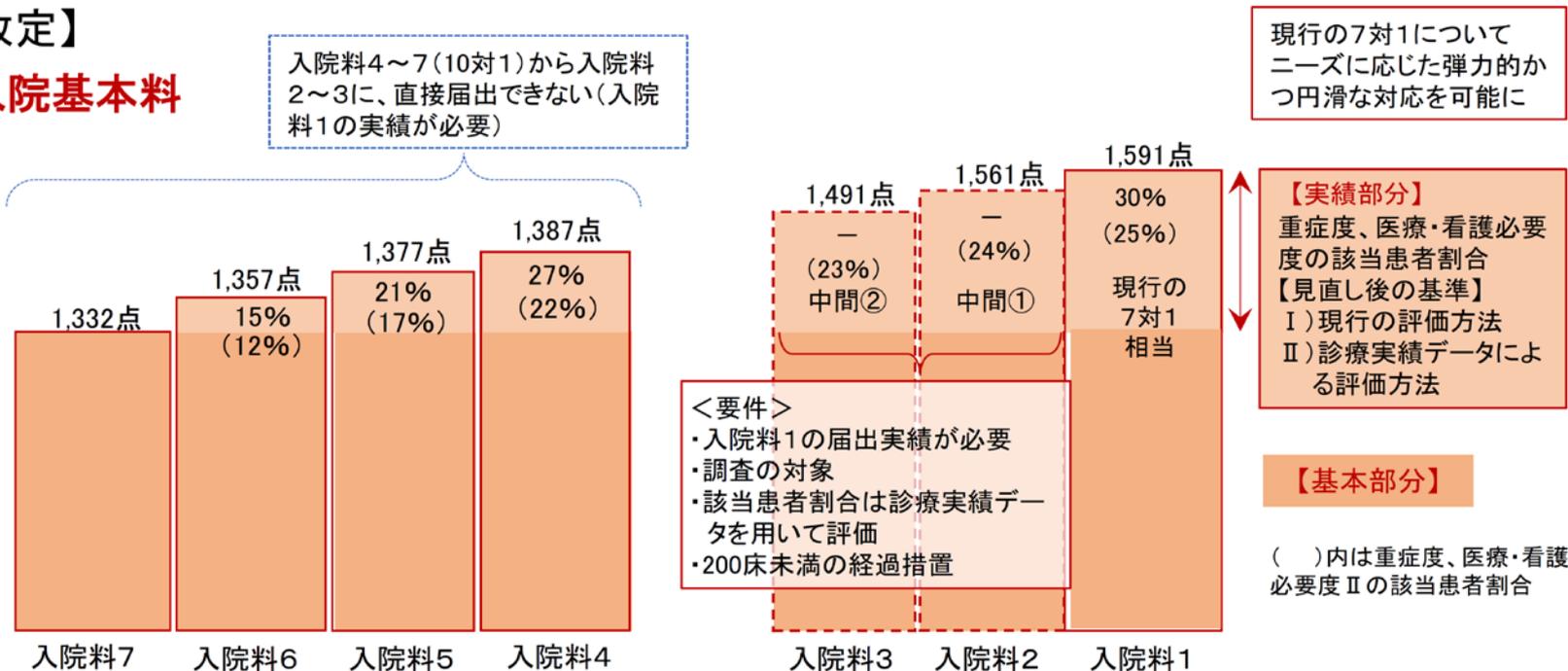
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



現行の7対1についてニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応を可能に

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

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又は急性期一般入院料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経皮的心筋焼灼術等の治療 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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
総合入院体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・「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2点以上 ・C得点1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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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
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)
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・脊髄麻酔の手術(2日間)
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経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)

[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、Hファイルに入力されたB項目に該当する項目を抽出

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

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

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	
一般病棟7対1入院基本料	25%(23%)
看護必要度加算1(一般)	24%
看護必要度加算2(一般)	18%
看護必要度加算3(一般)	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	25%(23%)
看護必要度加算1(特定、専門)	24%
看護必要度加算2(特定、専門)	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	12%
7対1入院基本料(結核)	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%



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
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	—(27%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	—(26%)	23%(21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	5%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

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

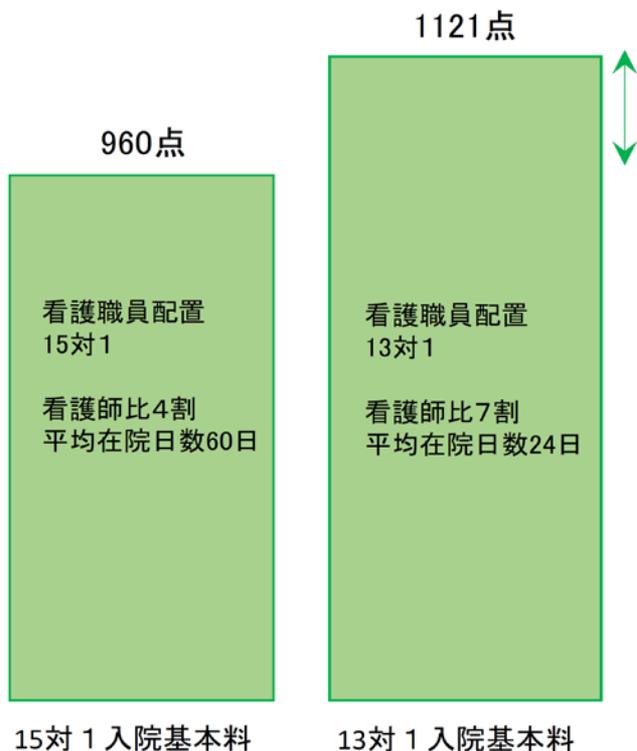
- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
(**介護医療院を含む**)
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟
 - ・有床診療所
 - ・介護老人保健施設
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・急性期一般入院料1算定病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

(2)急性期医療～長期療養

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

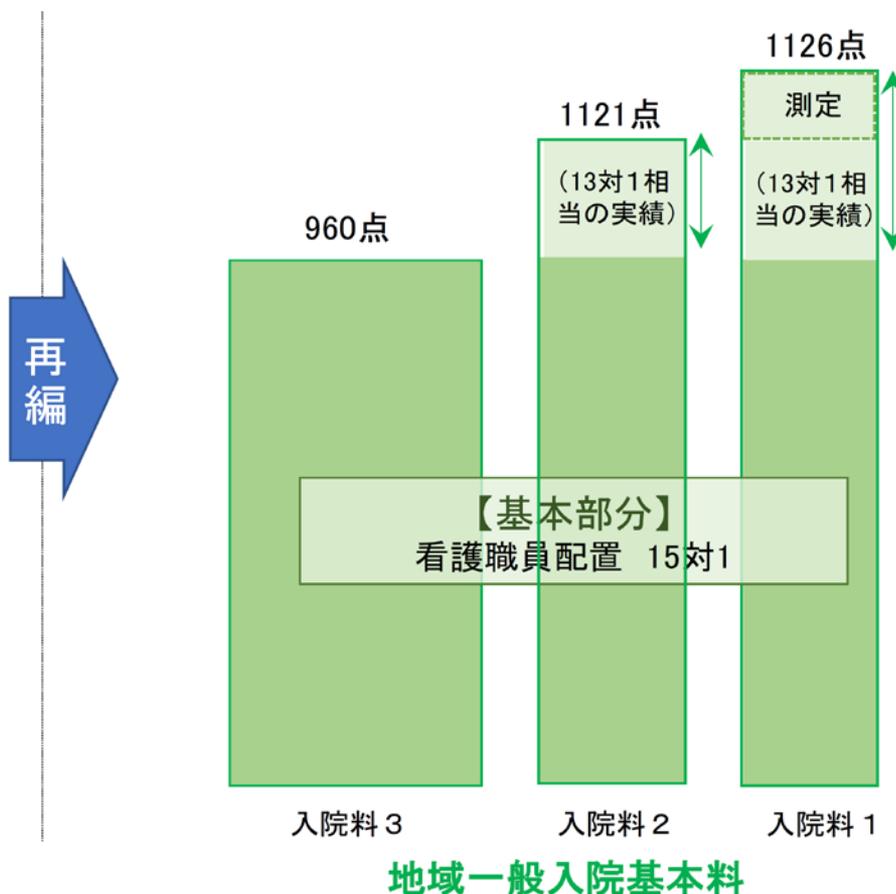
【現行】



【平成30年度改定】

【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)



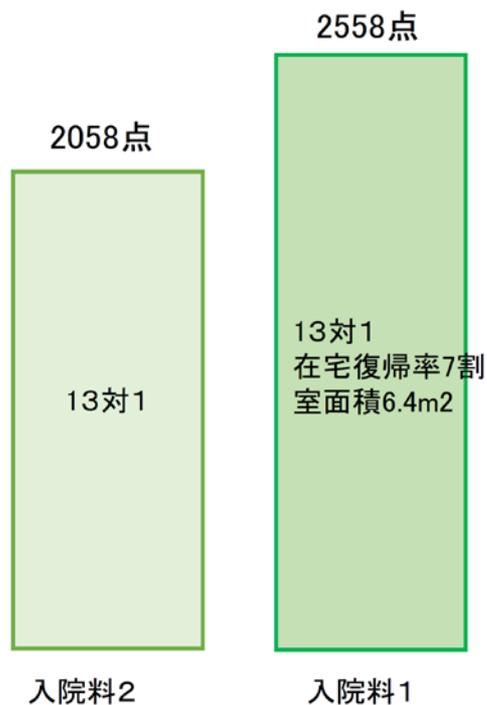
地域一般入院基本料1～3の内容

- 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

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】

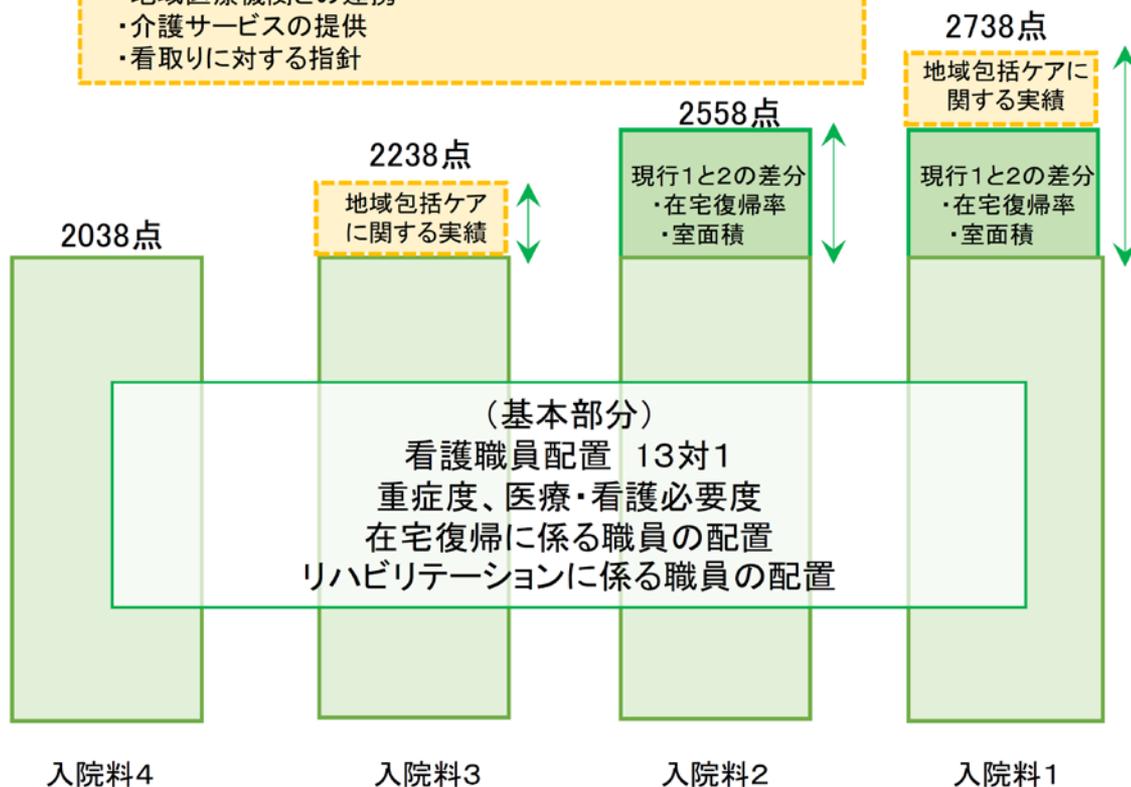


再編

【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

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

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			
実績部分	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)	

*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。

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

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (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
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (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
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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

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。

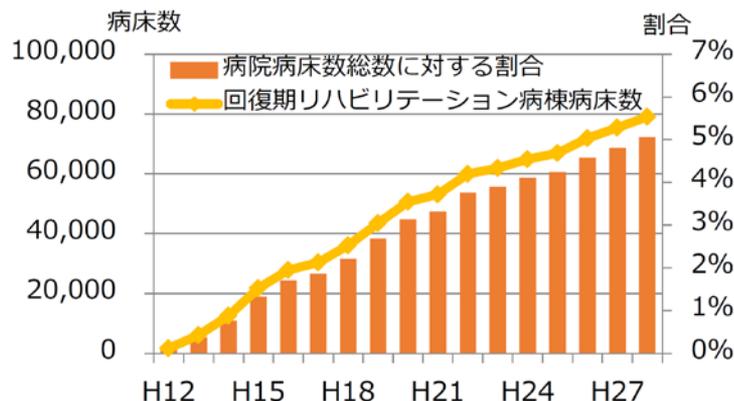
[施設基準]

（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。

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

2025点

入院料1相当の実績と体制

- 【入院料1相当の体制】
- ・看護職員13対1
 - ・社会福祉士1名
 - ・PT3名、OT2名、ST1名

2085点

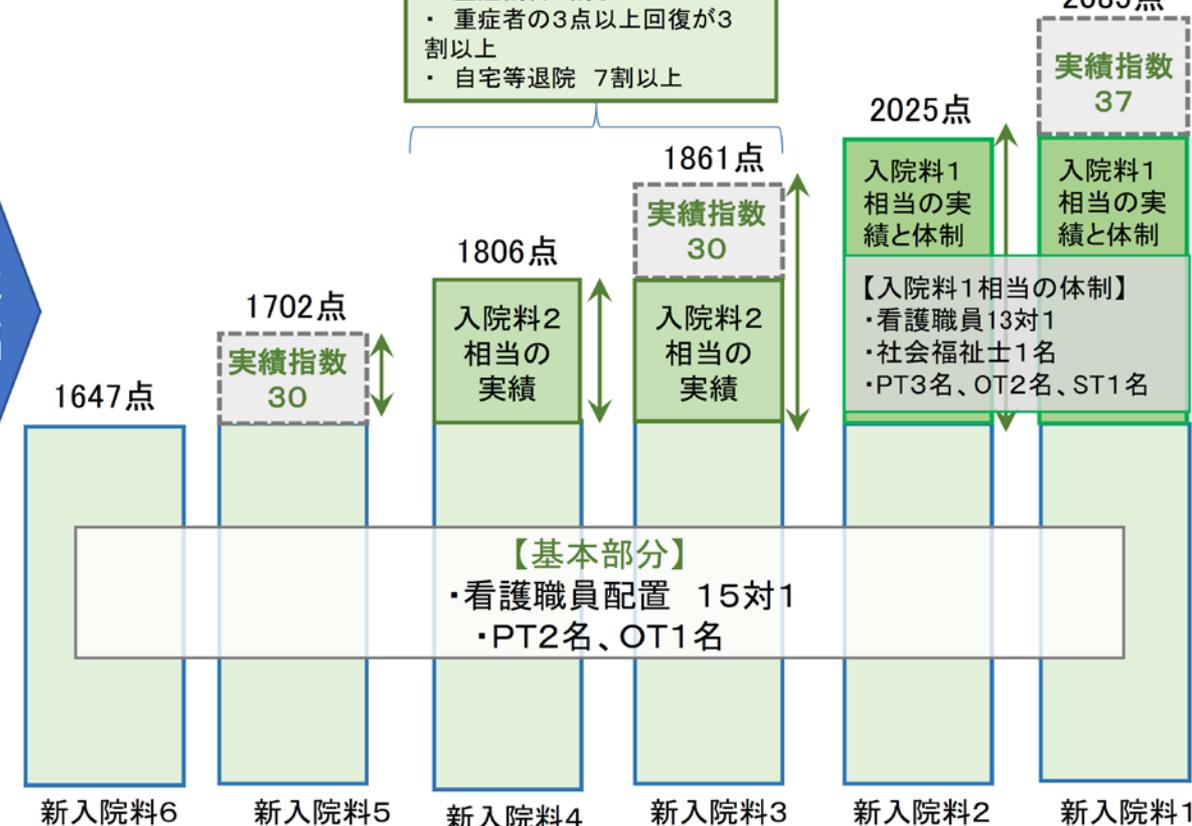
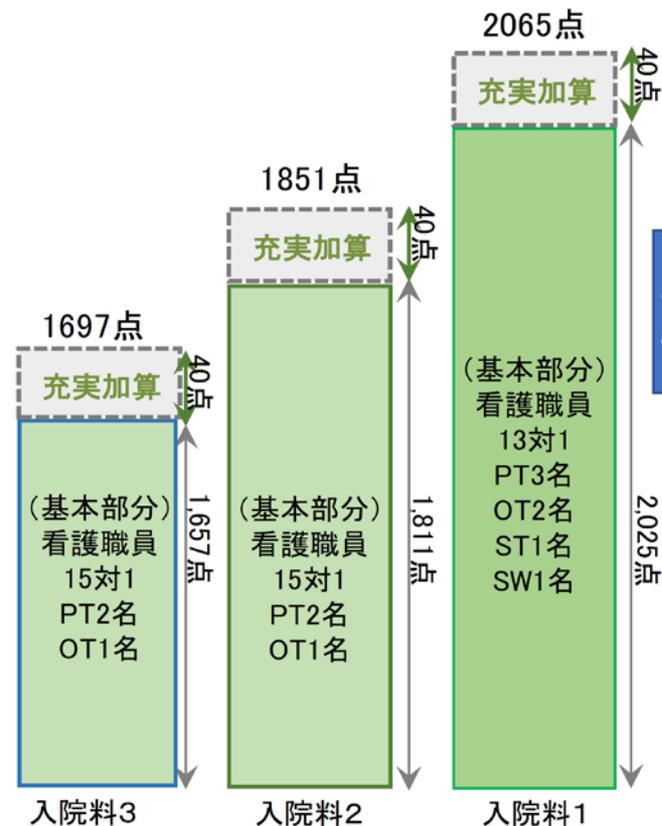
実績指数 37

入院料1相当の実績と体制

再編

【基本部分】

- ・看護職員配置 15対1
- ・PT2名、OT1名



回復期リハビリテーション病棟入院料

(新)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

実績部分

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して行うこと。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (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
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (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
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・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

(3)長期療養

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）

介護医療院

既存サービスの
組合せ

医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示。〕

医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

新(案1-1)

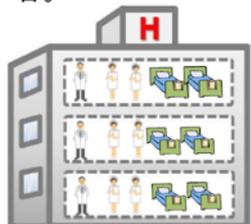
新(案1-2)

新(案2)

医療機関
に併設

現行の
特定施設入居
者生活介護

- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者。



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例



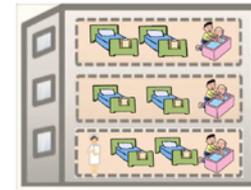
- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。

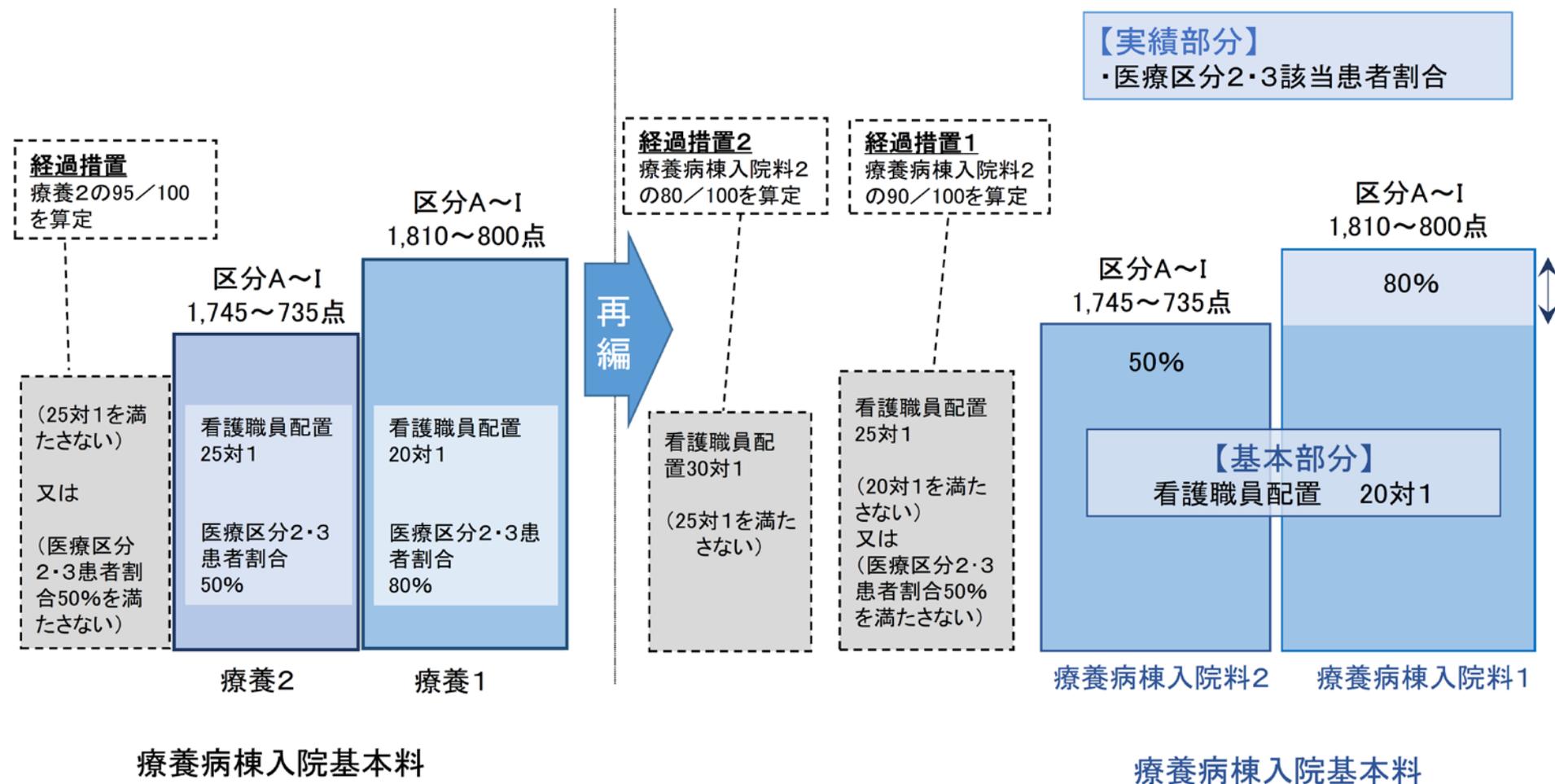


- 医療は外部の病院・診療所から提供
- 多様な介護ニーズに対応

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

- 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

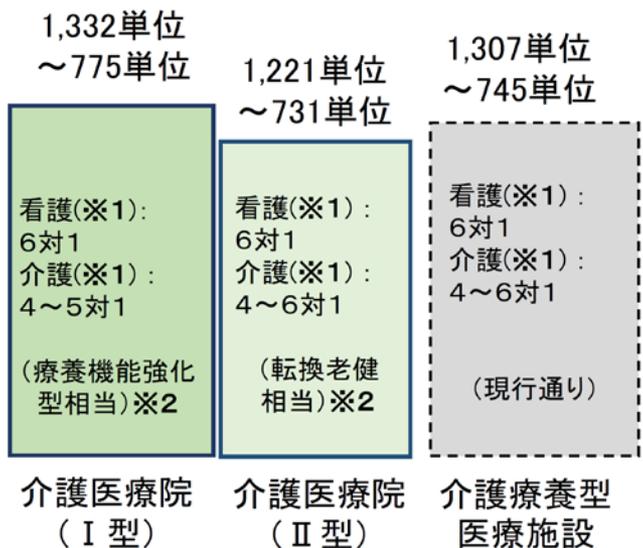
※ 療養病棟入院基本料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

<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

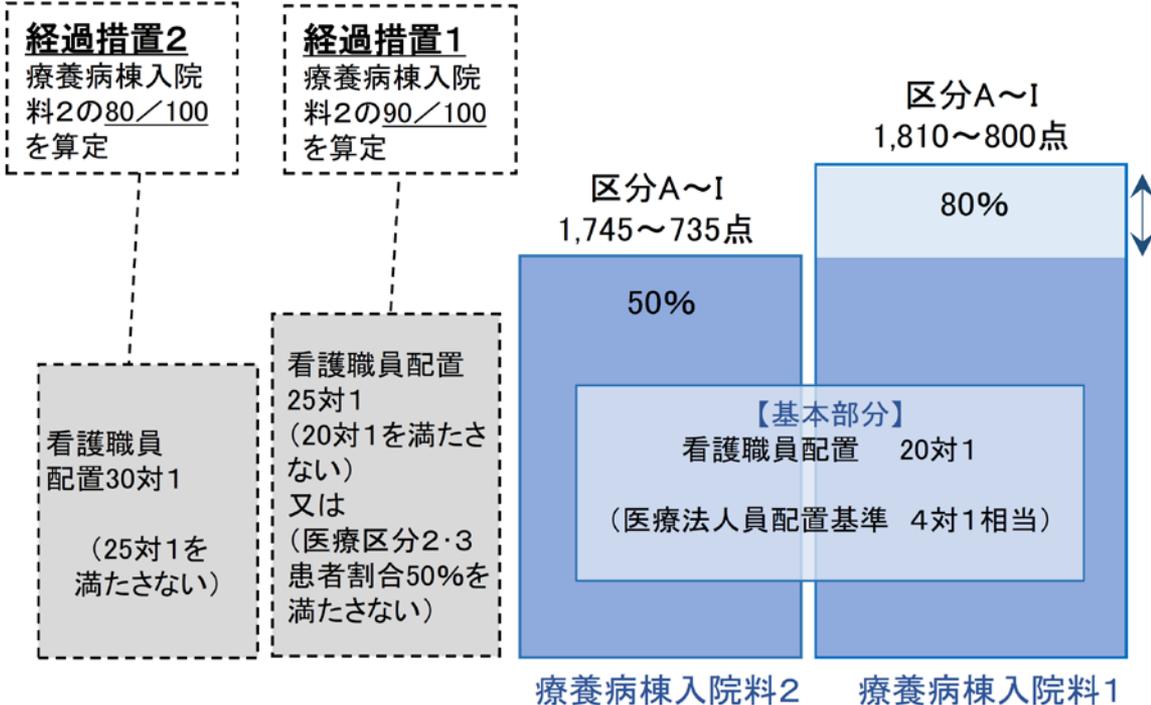
(※1) 医療法人配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる(「実質配置」は「雇用配置」の約5倍)

(※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



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

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

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

⇒ 患者1人1日につき、10点を所定点数に加算する

改定後

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

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

⇒ 患者1人1日につき、**50点**を所定点数に加算する

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。

(4)その他

診療実績データの提出への評価①

診療実績データの提出対象の拡大

- 入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するために、データの提出を求める入院料の範囲を拡大する。

現行(要件となる入院料)
7対1入院基本料
10対1入院基本料(※1)
地域包括ケア病棟入院料

※1 許可病床における一般病床数200床以上の保険医療機関



改定後(要件となる入院料)
急性期一般入院基本料
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1、10対1)
専門病院入院基本料(7対1、10対1)
地域包括ケア病棟入院料
回復期リハビリテーション病棟入院料(※2)
療養病棟入院基本料(※2)

[経過措置]

・平成31年3月31日までは、当該施設基準を満たしているものとみなす。
(許可病床数50床未満等の医療機関は平成32年3月31日まで)

※2 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6及び療養病棟入院基本料は許可病床数200床以上を要件化

診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

- データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)

1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	120点
ロ 200床未満の病院の場合	170点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	130点
ロ 200床未満の病院の場合	180点



改定後(要件となる入院料)

1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	150点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	200点
2 データ提出加算2 (入院中1回)	
イ 許可病床 200床以上の病院の場合	160点
ロ 許可病床 200床未満の病院の場合	210点

[経過措置]

データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

- 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

[施設基準]

- ・ データ提出加算2の届け出を行っていること。
- ・ DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- ・ データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

DPC/PDPSの見直し

調整係数の廃止(置き換え完了)に対応した医療機関別係数の整備

平成24年度改定から実施した調整係数置き換えを完了し、今後の安定した制度運用を確保する観点から医療機関別係数の再整理を行う。

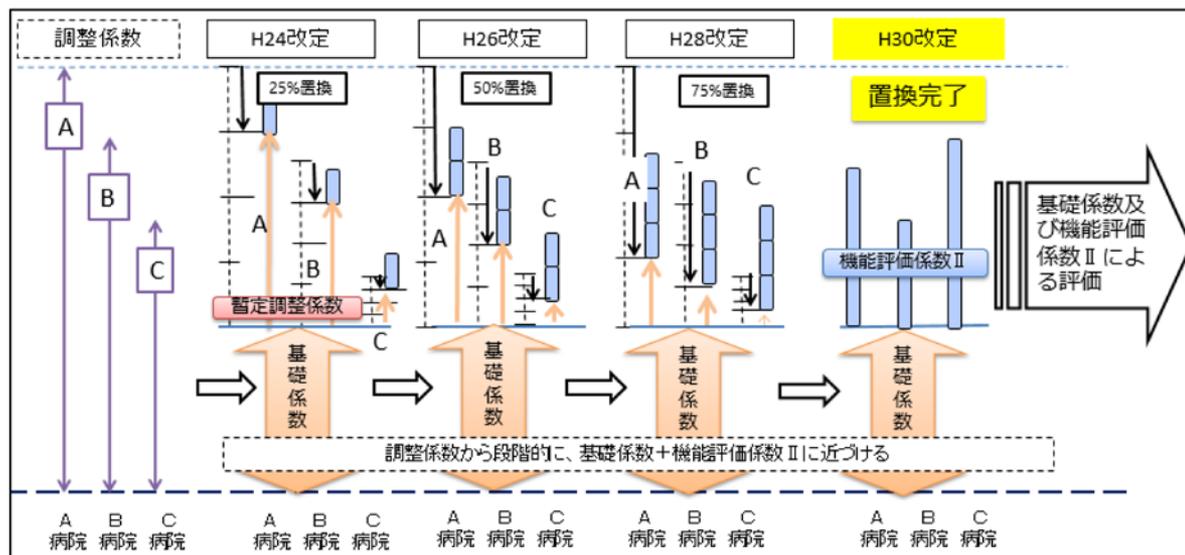
- 基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続
 ※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
- 機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続
- 機能評価係数Ⅱ**: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
- 激変緩和係数**: 調整係数の廃止と診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度のみ)

算定ルールの見直し

- DPC病院で短期滞在手術等基本料に該当する患者の報酬算定についてDPC/PDPS・点数設定方式Dにより算定
- 一連の入院として取り扱う再入院の傷病名を整理(前入院の傷病名・合併症と再入院病名との関係についての見直し)

その他(通常報酬改定での対応)

直近の診療実績データ等を用いた診断群分類点数表の見直し等、通常報酬改定での所要の対応を実施



短期滞在手術等基本料の見直し

個別項目の見直し

- DPC対象病院については、DPC/PDPSによる包括評価を優先し、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。ただし、重症度・医療、看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。

[一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き]

現行

産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。



改定後

産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者、DPC算定病床を有する医療機関において区分番号A400の2短期滞在手術等基本料2が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(1泊2日の場合に限る)及びDPC算定病床を有する医療機関において、区分番号A400の3短期滞在手術等基本料3が算定できる手術等に該当する手術等のみを行った患者(4泊5日までの場合に限る)は評価の対象としない。

個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(片側)
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合(両側)
K008 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術	

- 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- ▶ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。
 ① 介護サービスを提供していること。
 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- ▶ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)
 (新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
 (2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]
 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。
 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。

- ▶ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点
 (3) 平均在院日数が60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき**20点**
 (3) 平均在院日数が**90日以内**であること。

<参考> 有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒ 地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒ 専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

特定集中治療室管理料等の見直し①

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
 - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
 - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
 - 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
 - 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
 - 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

専門性の高い看護師の配置の要件化

➤ 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

[特定集中治療室1、2の施設基準]

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

[経過措置]

平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、

- ① 平成31年3月31日までの間に限り、当該規定を満たしているものとする。
- ② 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該規定を満たしているものとする。

特定集中治療室管理料等の見直し②

生理学的スコア等の測定の要件化

- ▶ 特定集中治療室管理料を算定する患者については、入退室時の生理学的スコア(SOFAスコア)をDPCデータの報告の対象とする。

※ 生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 ³ /mm ²)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドパミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

- ▶ 救命救急入院料1・3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。(救命救急入院料1・3は特定集中治療室用を、脳卒中ケアユニット入院医療管理料は一般病棟用を用いる)

治療室に備えるべき装置・器具

- ▶ 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。

現行

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
- イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

改定後

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。**ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。**

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
- イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

入院中の患者に対する褥瘡対策①

入院中の新たな褥瘡発生の予防

- 入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキナーケア」を加える。

褥瘡対策に関する診療計画書

危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・浮腫(局所以外の部位)



危険因子の評価	日常生活自立度
	・基本的動作能力
	・病的骨突出
	・関節拘縮
	・栄養状態低下
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)
	・皮膚の脆弱性(浮腫)
・ 皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)	



医療用テープを無理に剥がしたときに発生したスキナーケア

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの」を追加する。

ADL維持向上等体制加算における院内褥瘡発生率の見直し

- ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準を見直す。

現行

【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index)を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DSIGN-R分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。

改定後

【ADL維持向上等体制加算】[施設基準]

アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index)を用いて評価すること。

ア (略)

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DSIGN-R分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が**2.5%未満**であること。**ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。**

入院中の患者に対する褥瘡対策②

療養病床における褥瘡対策の推進

- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

現行

【褥瘡評価実施加算】[算定要件]

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

改定後

【褥瘡対策加算】[算定要件]

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 褥瘡対策加算1 15点
- ロ 褥瘡対策加算2 5点

[留意事項]

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。

イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

(※)DESIGN-Rの合計点:褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数

(※)実績点:暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

算定の例

算定日が10月10日の場合 (中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点)

①パターン1

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	3点	

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算2 3月連続して褥瘡の状態が悪化している。
1点	2点	3点	4点	

②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1 評価を始めて暦月で3月を超えていない。
	1点	2点	3点	

④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1 ※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる
1点	2点	3点	4点	3点	

医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

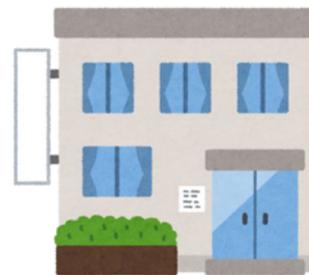
- 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床数が400床未満の病院※も新たに対象に加える。

※ 特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く。

- 医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を2割不足又は超過しても差し支えないこととする。

[対象]

- 地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4
- 地域包括ケア病棟入院料1及び3
- 精神疾患診療体制加算
- 精神科急性期医師配置加算
- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援病院



<参考> 医療資源の少ない地域に配慮した評価

- 医療資源の少ない地域については、次のように設定。
 - ① 「人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2」かつ「病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%」を満たす二次医療圏 ⇒ 41二次医療圏
 - ② 離島振興法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に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法に規定する離島の地域に該当する地域
- 医療資源の少ない地域に配慮した評価としては、医療従事者が少ないこと等に着目し、緩和ケア診療加算・栄養サポート加算等の専従要件等を一定程度緩和した上で、それに見合った評価を設定したものや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、病棟機能の混合を認めたもの等を設定。

その他の入院医療に関連する改定項目

- I-2 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
 - ✓ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ✓ 地域包括ケア病棟入院料
- I-3 入退院支援の推進
 - ✓ 入退院支援加算
 - ✓ 退院時共同指導料
 - ✓ 介護支援等連携指導料
 - ✓ 診療情報提供料
- II-1-1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ✓ 小児特定集中治療室管理料
 - ✓ 小児入院医療管理料
 - ✓ 救命救急入院料 充実段階評価加算
 - ✓ 救急搬送看護体制加算
 - ✓ 夜間看護体制特定日減算
- II-1-2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - ✓ 緩和ケア病棟入院料
 - ✓ 緩和ケア診療加算
 - ✓ 入院中の患者の他の医療機関への受診
 - ✓ がん拠点病院加算
- II-1-3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ✓ 認知症治療病棟入院料
 - ✓ 認知症患者リハビリテーション料
- II-1-4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ✓ 緩和ケア病棟入院料
 - ✓ 精神科救急入院料
 - ✓ 入院精神療法
 - ✓ 精神科急性期治療病棟入院料等(在宅移行率の要件見直し)
 - ✓ 精神療養病棟入院料等(クロザピンの包括範囲からの除外)
 - ✓ 精神科措置入院退院支援加算
- II-1-5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - ✓ 感染防止対策加算 抗菌薬適正使用支援加算
 - ✓ 医療安全対策加算 医療安全対策地域連携加算
- III-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
 - ✓ 医師事務作業補助体制加算
 - ✓ 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価
 - ✓ 緩和ケア診療加算
 - ✓ 総合入院体制加算
 - ✓ 救命救急入院料等(勤務場所の要件緩和)
 - ✓ 感染防止対策加算等(カンファレンスにおけるICTの活用)
- IV-2 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
 - ✓ 後発医薬品使用体制加算
 - ✓ 薬剤総合評価調整加算
- IV-5 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ✓ 入院時食事療養費(Ⅱ)

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

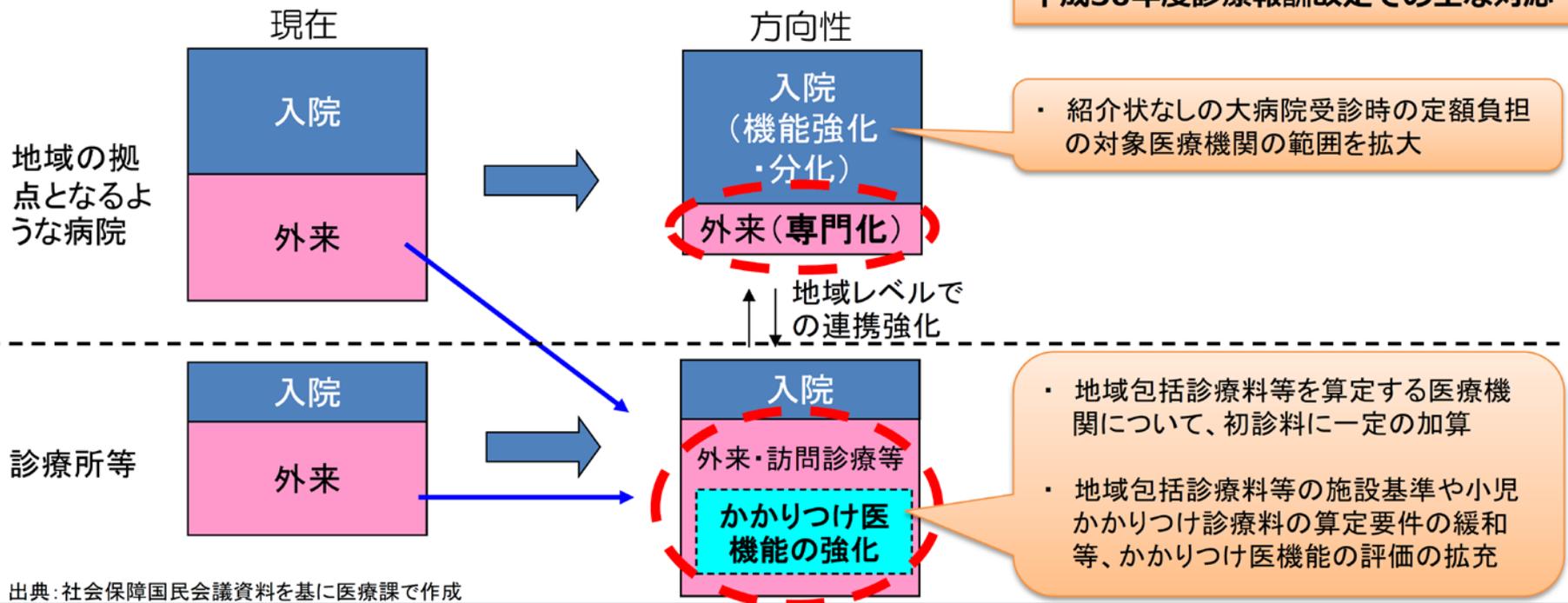
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

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



「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 —

「かかりつけ医」とは(定義)

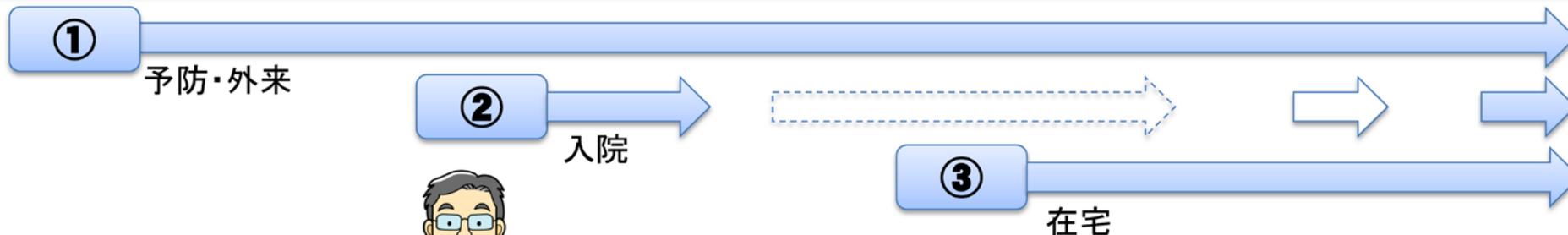
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

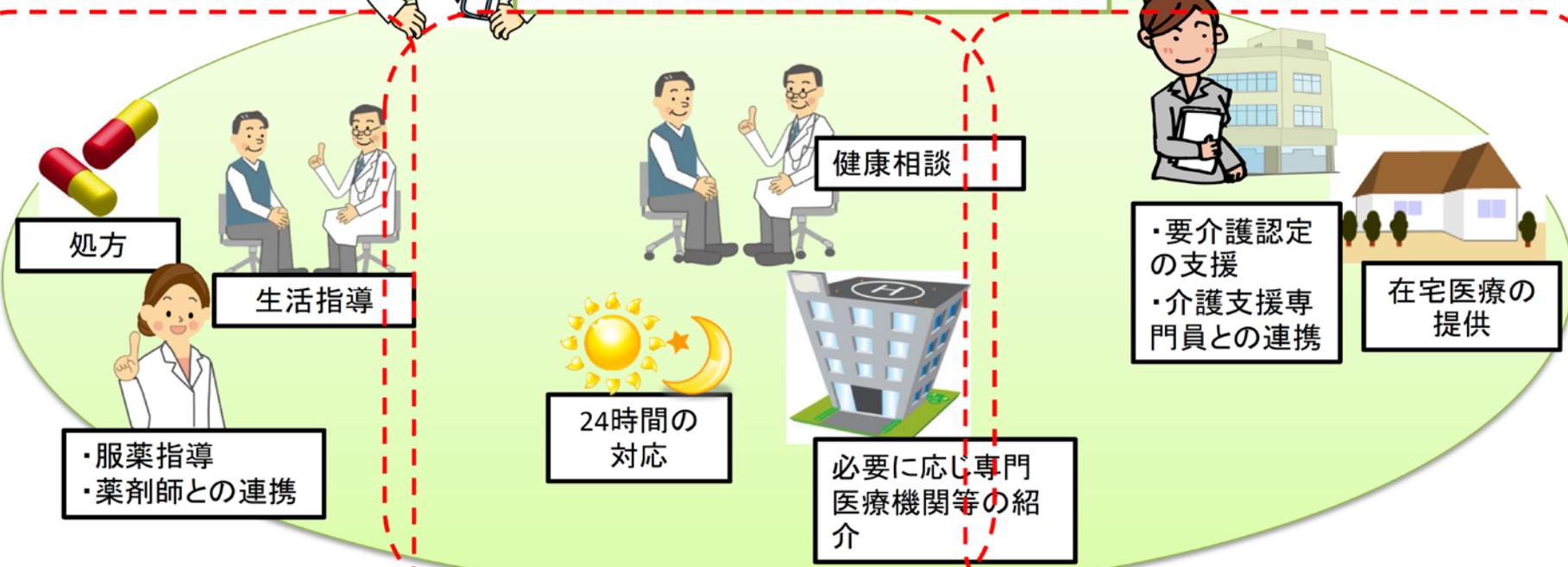
- かかりつけ医は、日常行う診療においては、**患者の生活背景を把握**し、適切な診療及び**保健指導**を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、**地域の医師、医療機関等と協力**して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、**自己の診療時間外も**患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と**必要な情報を共有**し、**お互いに協力**して**休日や夜間**も患者に対応できる**体制を構築**する。
- かかりつけ医は、**日常行う診療のほかに**、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の**地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動**に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう**在宅医療を推進**する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい**情報の提供**を行う

かかりつけ医機能のイメージ (案)

～生活習慣病を有する患者の例～



かかりつけ医機能



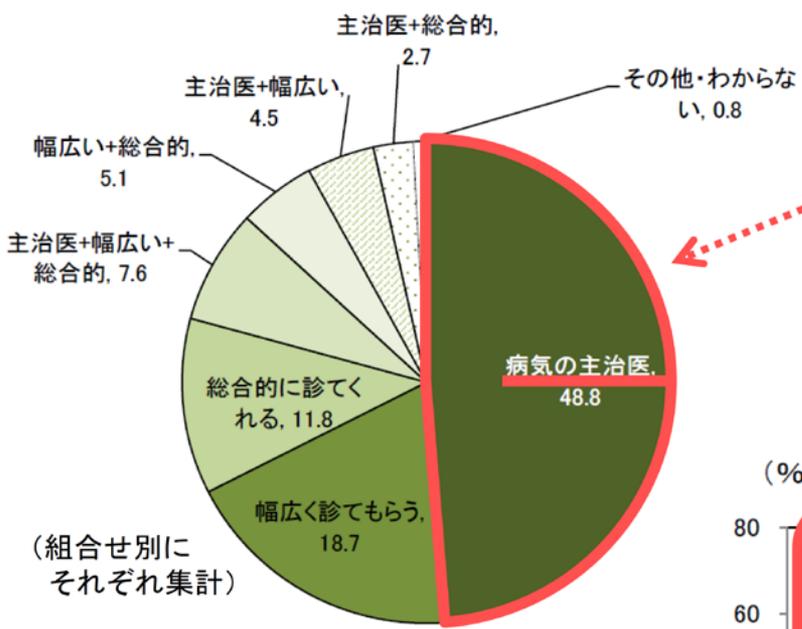
① 日常的な医学管理と重症化予防

② 専門医療機関等との連携

③ 在宅療養支援、介護との連携

かかりつけ医はどのような医師か（複数回答）

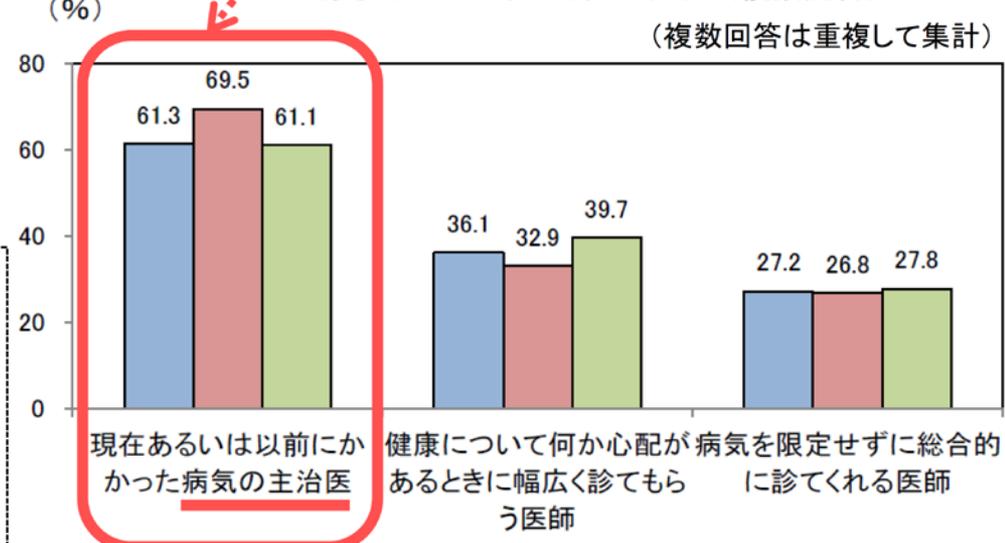
かかりつけ医はどのような医師か (n=603)



○かかりつけ医がいると回答した人のうち、どのような医師かの問いに対し、「**病気の主治医**」のみを選択した者の割合は約50%。
また、「幅広く診てもらおう」又は「総合的に診てくれる」をひとつでも選択した者の割合は約50%。

○年齢別にみると、「健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう」又は「病気を限定せずに総合的に診てくれる」を選択した者の割合は、それぞれ30%台(32.9~39.7%)と約27%。

あなたのかかりつけ医のタイプ(複数回答)



【設問と選択肢】
Q9. -SQ1
あなたにとって、かかりつけ医はどのような医師ですか。
この中から当てはまるものをすべてあげてください。
(ア) 現在あるいは以前にかかった病気の主治医
(イ) 健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう医師
(ウ) 病気を限定せずに総合的に診てくれる医師
(エ) その他
(オ) わからない

医療機関の受診のあり方に関する考え

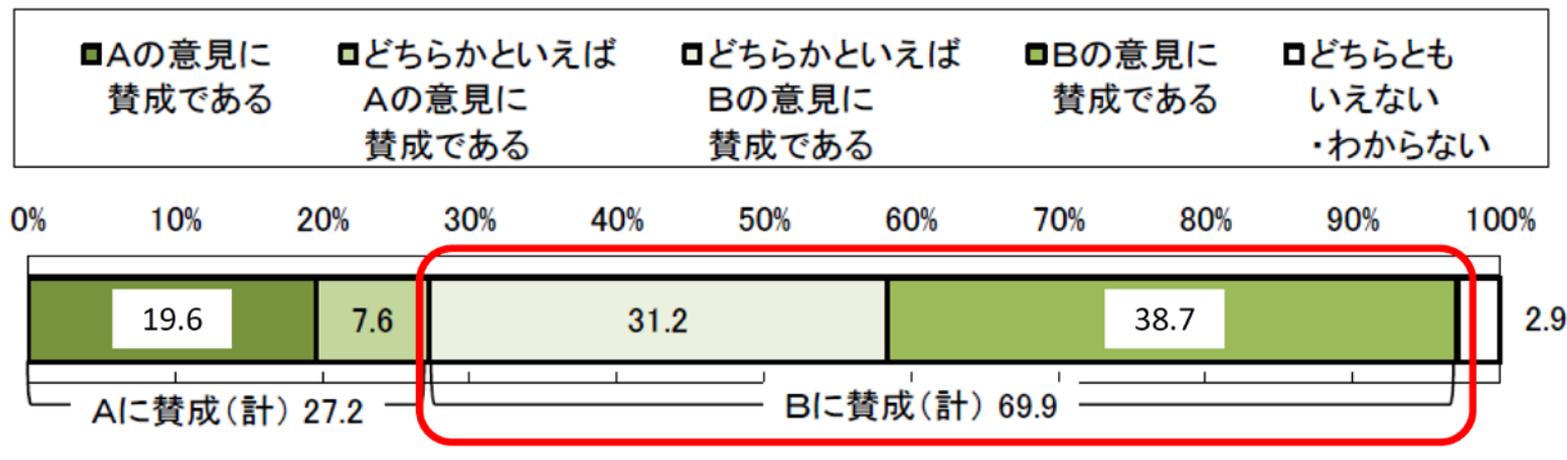
○ 医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

Q21 医療機関の受診のあり方として、次のAとBの2つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。

A 病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する

B 最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する

医療機関の受診のあり方について(n=1,122)



かかりつけ医機能評価の充実

- がん患者に対しての治療と仕事の両立のために産業医と情報共有・連携を評価



情報共有
・連携

情報提供



- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化



情報共有
・連携

- かかりつけ医とかかりつけ歯科医間の情報共有の評価



連携

訪問診療
への移行

- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能の評価
- 地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を行うことを評価
- 小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和

- 末期のがん患者についてケアマネジャーと在宅主治医との連携を強化



- 外来から訪問診療に移行した患者への在宅医療の提供実績の評価

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。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

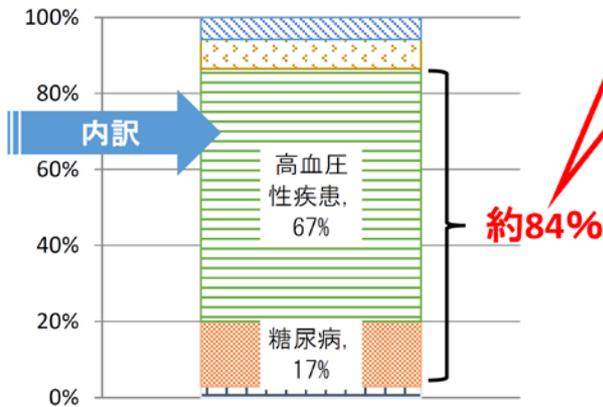
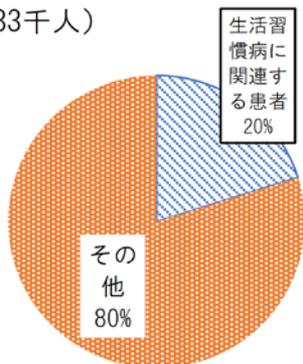
(新) 機能強化加算 **80点**



[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。

<一般診療所の推計外来患者数>
(4,233千人)



[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
<p>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)</p>	<p>機能強化加算の対象患者</p>

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) 地域包括診療料1 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) 認知症地域包括診療料1 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) 常勤医師2名 以上の配置	→	(ロ) 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
(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) 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。

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】 地域包括診療加算 20点 認知症地域包括診療加算 30点 [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。 (2) 以下のいずれかを満たしていること。 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> ウ 在宅療養支援診療所	【地域包括診療料等】 (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 (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)] (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 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 (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。

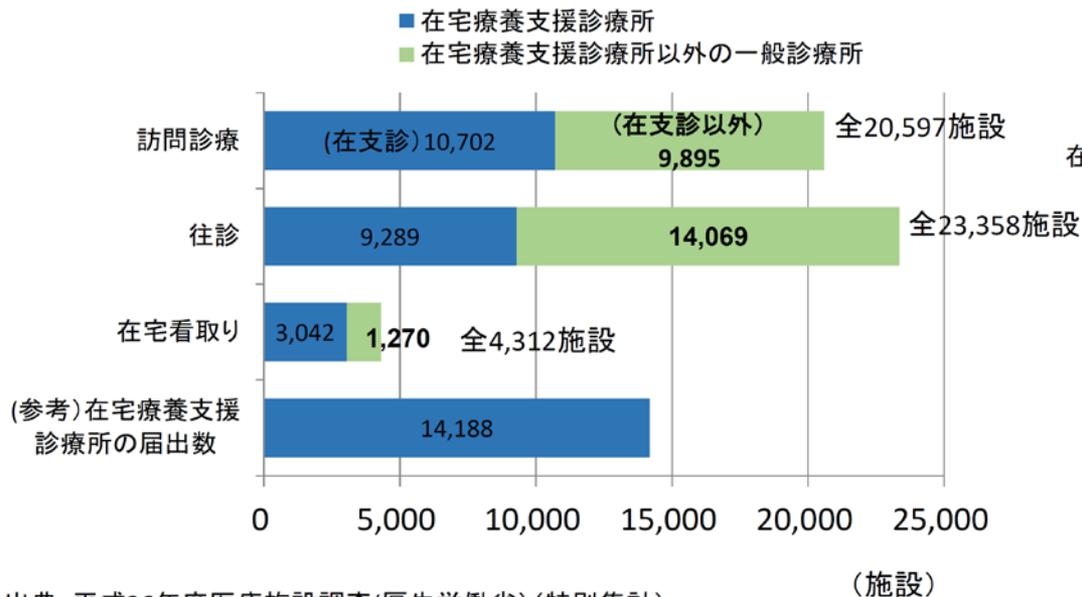
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

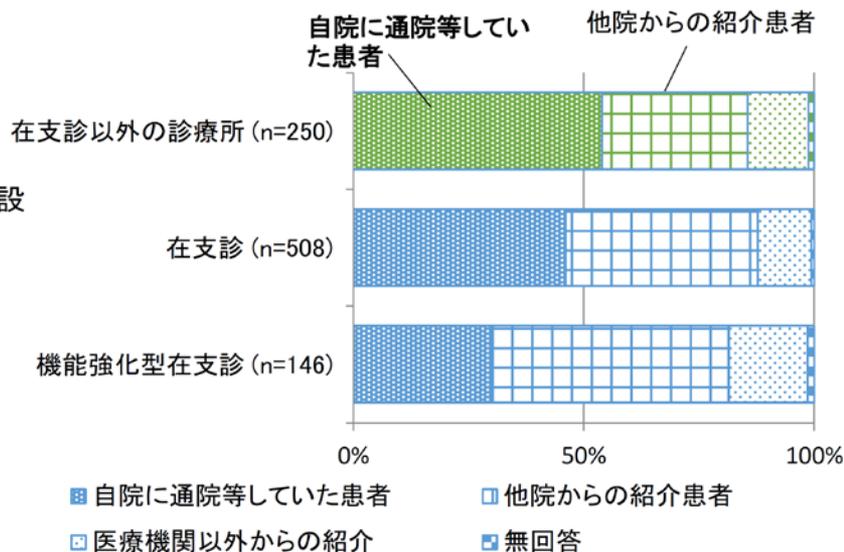
[算定要件]

- (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]



[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))

出典: 平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

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)

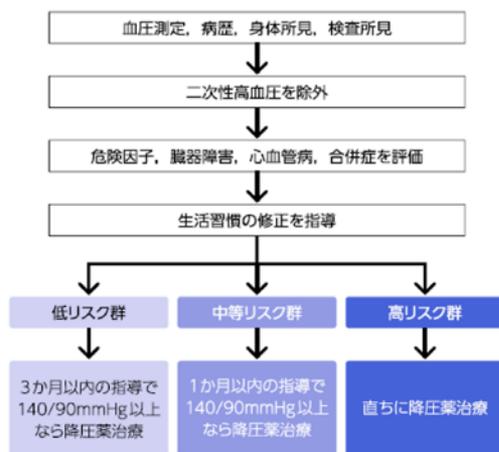
【特定健康診査の受診の有無】	□有	□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有	□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有	□無

(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。

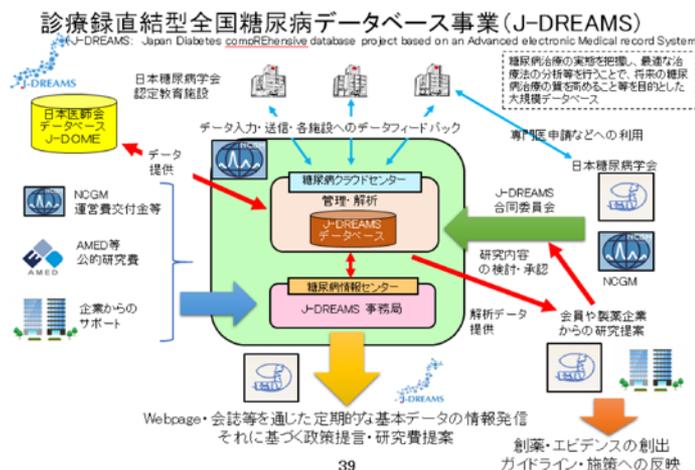
(3) 生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

[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



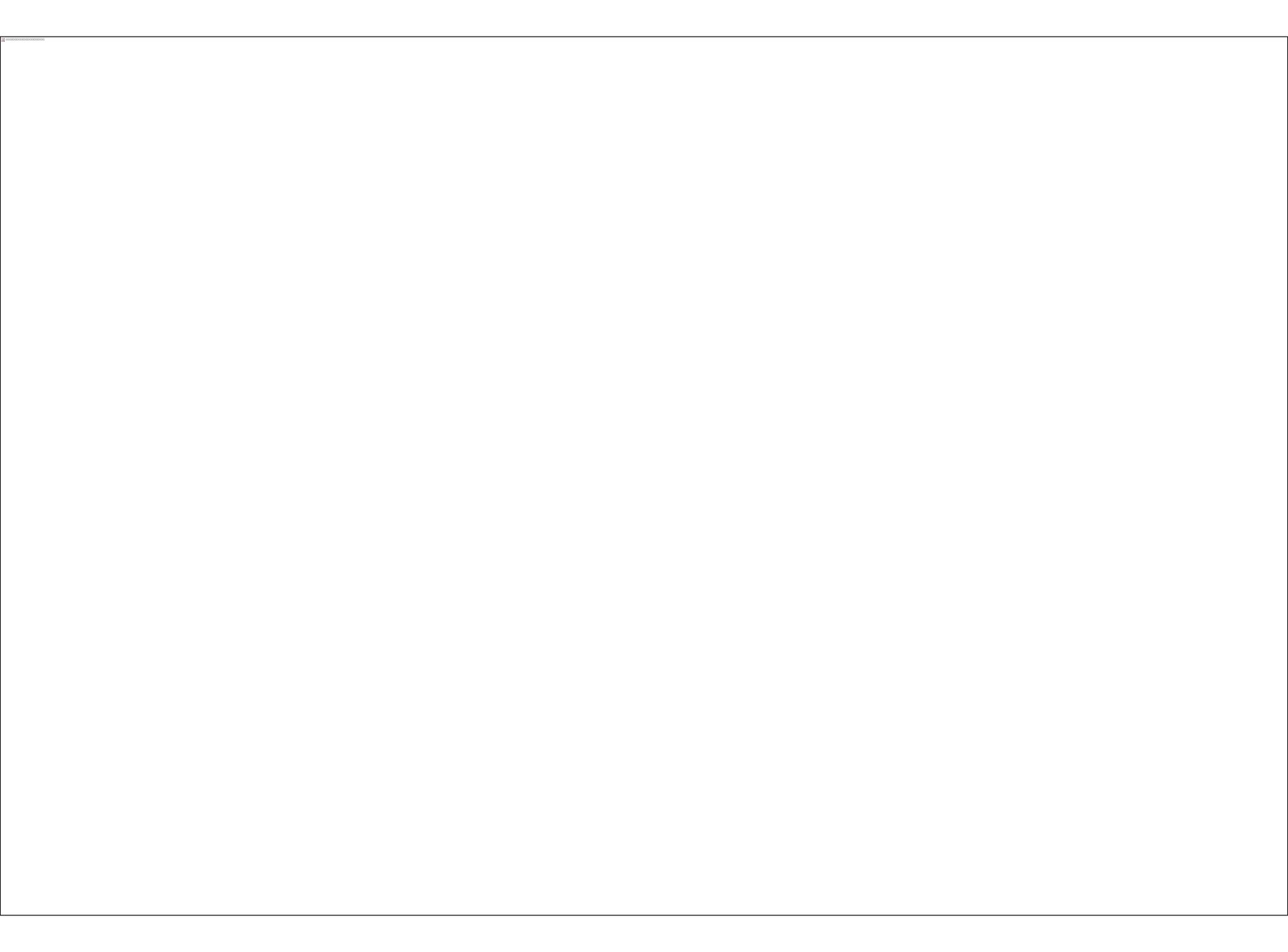
[例:全国糖尿病データベース事業]



平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進



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いた、

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

入院

外来(地域、在宅)

検査・治療

療養の支援

退院調整

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

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)
<p>【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</p>	<p>【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</p>
<p>【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価</p>	<p>【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価</p>
<p>注1 医師、看護師等</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

- 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。

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

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。

多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

- 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料 I

(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

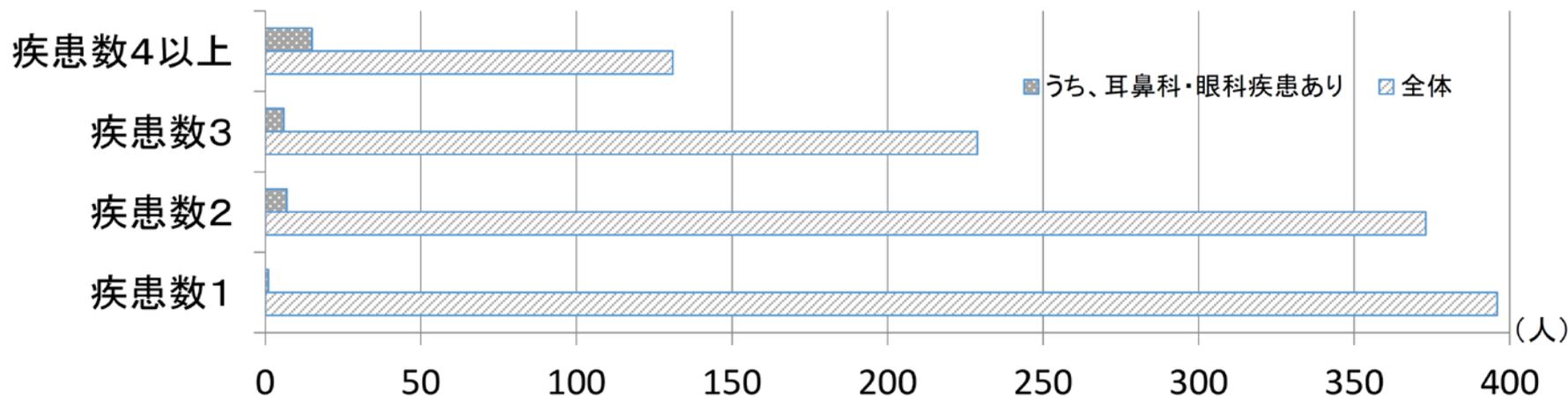
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[算定要件]

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

訪問診療を行っている患者の疾患数



(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))

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合 144点(1日につき)

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 包括的支援加算 150点(月1回)

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

多様な在宅医療のニーズへの対応③

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価②

- ▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月2回以上の訪問診療を行った場合の在総管・施設総管を適正化し、月1回の訪問診療を行っている場合の在総管・施設総管を充実する。

＜在総管 月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	4,600点	2,500点	1,300点
	病床なし	4,200点	2,300点	1,200点
在支診・在支病		3,800点	2,100点	1,100点
その他の医療機関		2,850点	1,575点	850点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	<u>4,500点</u>	<u>2,400点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>4,100点</u>	<u>2,200点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>3,700点</u>	<u>2,000点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>2,750点</u>	<u>1,475点</u>	<u>750点</u>

＜施設総管 月2回以上訪問診療を行っている場合＞

		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	3,300点	1,800点	1,300点
	病床なし	3,000点	1,650点	1,200点
在支診・在支病		2,700点	1,500点	1,100点
その他の医療機関		2,050点	1,125点	850点



		単一建物診療患者		
		1人	2～9人	10人～
強機能型	病床あり	<u>3,200点</u>	<u>1,700点</u>	<u>1,200点</u>
	病床なし	<u>2,900点</u>	<u>1,550点</u>	<u>1,100点</u>
在支診・在支病		<u>2,600点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>
その他の医療機関		<u>1,950点</u>	<u>1,025点</u>	<u>750点</u>

多様な在宅医療のニーズへの対応④

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価③

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、月2回以上の訪問診療を行った場合の在総管・施設総管を適正化し、月1回の訪問診療を行っている場合の在総管・施設総管を充実する。

<在総管 月1回訪問診療を行っている場合>

		単一建物診療患者		
		1人	2~9人	10人~
強機能型	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		2,280点	1,260点	660点
その他の医療機関		1,710点	945点	510点



		単一建物診療患者		
		1人	2~9人	10人~
強機能型	病床あり	2,760点	1,500点	780点
	病床なし	2,520点	1,380点	720点
在支診・在支病		<u>2,300点</u>	<u>1,280点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,760点</u>	<u>995点</u>	<u>560点</u>

<施設総管 月1回訪問診療を行っている場合>

		単一建物診療患者		
		1人	2~9人	10人~
強機能型	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		1,620点	900点	660点
その他の医療機関		1,230点	675点	510点



		単一建物診療患者		
		1人	2~9人	10人~
強機能型	病床あり	1,980点	1,080点	780点
	病床なし	1,800点	990点	720点
在支診・在支病		<u>1,640点</u>	<u>920点</u>	<u>680点</u>
その他の医療機関		<u>1,280点</u>	<u>725点</u>	<u>560点</u>

多様な在宅医療のニーズへの対応⑤

適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価

- 患者等が保険医療機関等に直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めた場合に限り、往診料の算定が可能である旨を明確化する。

現行

【往診料】

[算定要件]

往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

改定後

【往診料】

[算定要件]

往診料は、**患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに**患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

- 緊急往診加算の対象患者について、対象患者に医学的に終末期であると考えられる患者を追加する。また、夜間・休日加算及び深夜加算について、夜間・休日・深夜の時間帯を標榜時間とする場合に算定不可とする要件を追加する。

現行

【往診料 緊急往診加算】

[算定要件]

緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。

【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】

[算定要件]

夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。

改定後

【往診料 緊急往診加算】

[算定要件]

緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。**また、医学的に終末期であると考えられる患者(当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。)**に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

【往診料 夜間・休日加算、深夜加算】

[算定要件]

夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。**ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診 加算及び深夜往診 加算は算定できない。**

訪問指導料における居住場所に応じた評価①

- 在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現行

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 650点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 300点 |

[同一建物居住者]

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。



改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> | 650点 |
| 2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> | <u>320点</u> |
| 3 <u>1及び2以外の場合</u> | <u>290点</u> |

[単一建物診療患者の人数]

- (1) 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合は、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ・同居する同一世帯に、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以上いる場合
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以下の場合

訪問指導料における居住場所に応じた評価②

在宅患者訪問栄養食事指導料

- 在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現行

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 530点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 450点 |

[同一建物居住者]

当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。



改定後

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> | 530点 |
| 2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> | <u>480点</u> |
| 3 <u>1及び2以外の場合</u> | <u>440点</u> |

[単一建物診療患者の人数]

- (1) 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (2) 以下の場合には、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- ・同居する同一世帯に、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以上いる場合
 - ・当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が2人以下の場合

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】

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】

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】

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 **8,000円**

[算定要件]

(削除)

※ 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

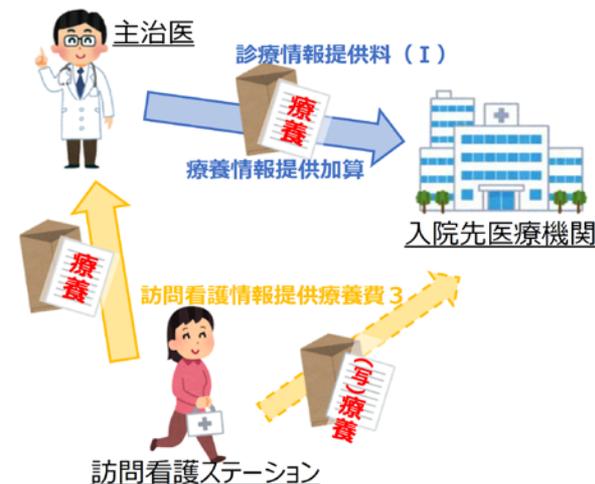
[算定要件]

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。

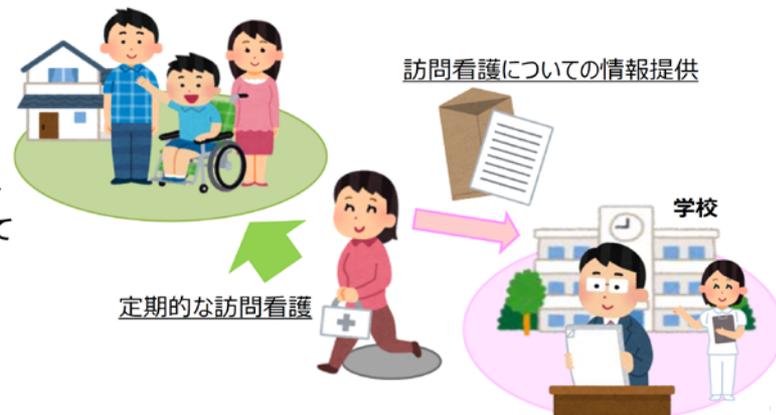
(新) 訪問看護情報提供療養費² 1,500円

[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を明確化し、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、 <u>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</u> 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

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	

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	<table style="font-size: small; margin: 0; text-align: left;"> <tr><td style="padding: 2px;">1日に1回</td><td style="padding: 2px;">3,000円</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">1日に2回</td><td style="padding: 2px;">6,000円</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">1日に3回以上</td><td style="padding: 2px;">10,000円</td></tr> </table>	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
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 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

【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 + 看護師	-	4,300円
ロ	保健師 + 看護師	-	3,800円
ハ	保健師 + 看護師	週1回	3,000円

改定後									
訪問者		算定日数							
イ	保健師 + 看護師	-	<table style="font-size: small; margin: 0; text-align: left;"> <tr><td style="padding: 2px;">1日に1回の場合</td><td style="padding: 2px;">4,500円</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">1日に2回の場合</td><td style="padding: 2px;">9,000円</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">1日に3回以上の場合</td><td style="padding: 2px;">14,500円</td></tr> </table>	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
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 + 看護師	-	<table style="font-size: small; margin: 0; text-align: left;"> <tr><td style="padding: 2px;">1日に1回の場合</td><td style="padding: 2px;">3,800円</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">1日に2回の場合</td><td style="padding: 2px;">7,600円</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">1日に3回以上の場合</td><td style="padding: 2px;">12,400円</td></tr> </table>	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
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 + 看護師	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

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

改定後

特別地域訪問看護加算

所定額の100分の50

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
 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



- ▶ 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

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

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

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



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）	<u>6,500点</u>
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	<u>5,500点</u>
在支診・在支病	<u>4,500点</u>
その他の医療機関	<u>3,500点</u>
【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	<u>25,000円</u>
（新）訪問看護ターミナルケア療養費2	<u>10,000円</u>

【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

「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。



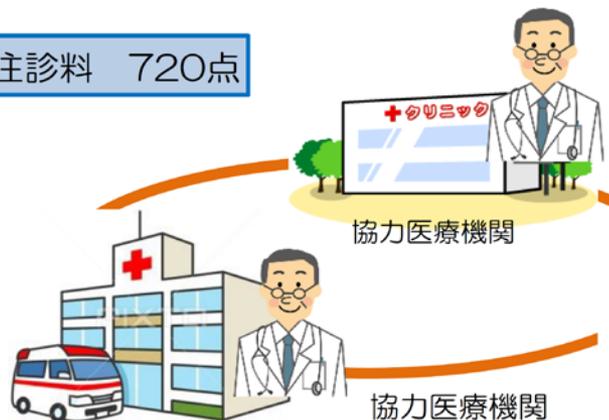
介護報酬改定における対応

（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。

特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(現行)

往診料 720点



協力医療機関の医師等による往診



【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない場合
・ 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円

【末期の悪性腫瘍の患者等】
○ 看取り介護加算を算定している場合
在宅患者訪問診療料のみ算定可

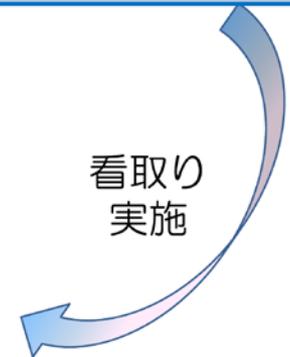
○ 看取り介護加算を算定していない場合
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定可



看取り実施

看取り実施

看取り介護加算
死亡日30日前～4日前
144単位/日
死亡日前々日、前日
680単位/日
死亡日 1280単位/日



特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制がない施設

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可

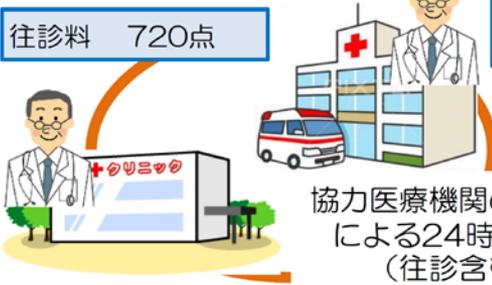
【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

【末期の悪性腫瘍の患者】
○ 看取り介護加算を算定していない
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
○ 看取り介護加算を算定している
(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

往診料 720点

往診料 720点



協力医療機関

看取り実施

看取り実施



看取り実施

看取り実施



連携

看取り介護加算(Ⅰ)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	680単位/日
死亡日	1280単位/日

■ 診療報酬で対応
■ 介護報酬で対応

看取り介護加算(Ⅱ)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	780単位/日
死亡日	1580単位/日

配置医師緊急時対応加算
早朝・夜間の場合 650単位/回
深夜の場合 1300単位/回

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進(在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加)

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応（通知抜粋）

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件（抜粋）

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

介護報酬改定における対応（居宅介護支援）

○ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化(イメージ)

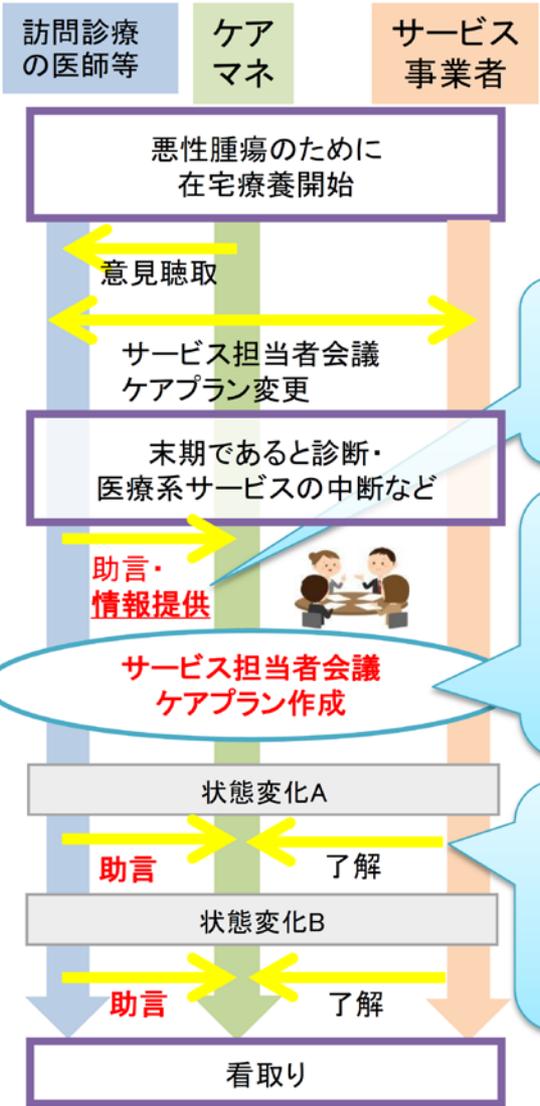
改定前



介護保険の医療系サービス(訪問看護など)を利用しない場合に、主治の医師の意見聴取が必須ではないため、**医学的知見がケアプランに反映されない。**

ケアプラン変更在先立ち、サービス担当者会議の開催が必要となり、**円滑なサービス導入につながらないことがある。**

改定後(以下の取扱いも可能となる。)



在宅時医学総合管理料等において、末期の悪性腫瘍の患者について、**ケアマネジャーに対し病状等に関する情報提供**を行うことを要件化

- ① **主治の医師等の助言**を得た上で状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービスの事業者も含めた会議を実施
- ② 予測される状態変化と支援の方向性について確認の上、ケアプランを作成

利用者の状態変化を踏まえ、主治の医師等の助言を得た上で、**サービス担当者会議は招集せずに**、サービス担当者及び利用者等の了解を得てケアプランの変更が可能

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。



有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。
 ① 介護サービスを提供していること。
 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

- (新) 介護連携加算1 192点(1日につき)
- (新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
 (2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

- [施設基準]
- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。
 - 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。

<参考> 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例

医療サービス

有床診療所

又は

無床診療所



介護サービス(例) (多様なサービスの組み合わせが可能)

短期入所療養介護※

➤ 施設の空床を利用し、主にかかりつけの患者を対象として、医療ニーズを有する利用者への宿泊サービスを提供する

※ 診療所における短期入所療養介護は、医療法上の病床により提供されるものであるため、有床診療所との組み合わせで提供される。

看護小規模多機能型居宅介護

➤ 施設の空床を一部宿泊室に転換し、通所・宿泊・訪問(看護・介護)を医療機関併設の介護サービスとして提供

介護医療院

➤ 医療機関併設の介護医療院として、長期療養が必要な重度の要介護者に対応

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、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の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

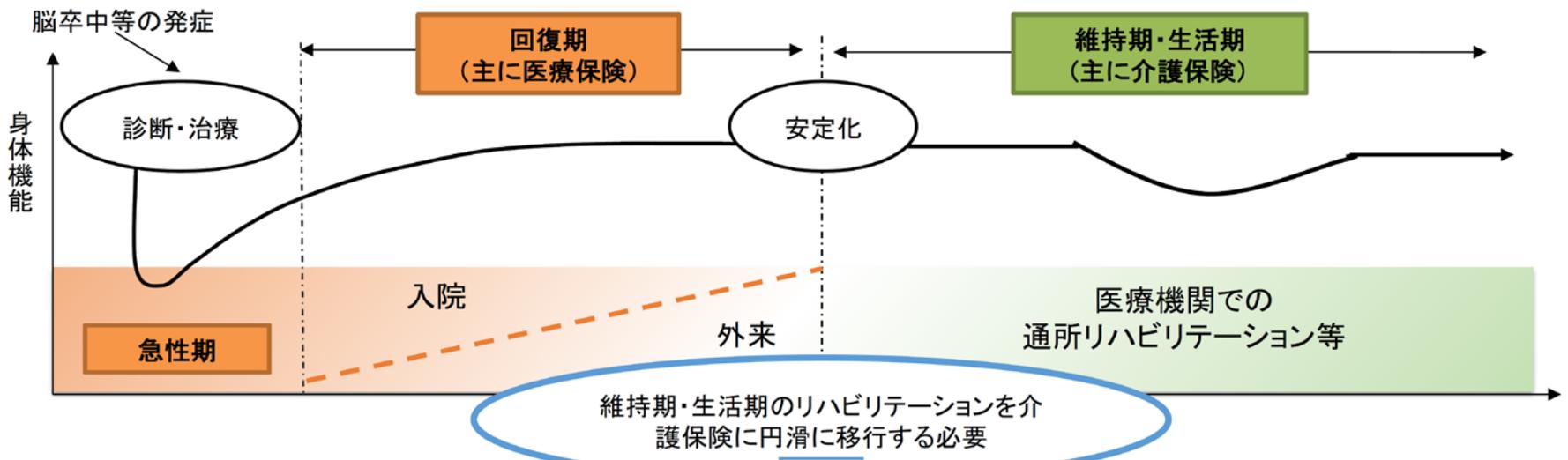
[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



平成30年度改定での見直し

医療保険と介護保険の
双方で見直し

医療保険で見直し

- リハビリが長期にわたる外傷等の患者の算定日数上限を緩和
- 介護保険のリハビリ事業所への情報提供を評価

● 地域の医療機関で一貫してリハビリを提供するため、施設基準を緩和

● 計画書様式の共通化による連携の推進・業務効率化

計画書

計画書

計画書

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進①

疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加

- 長期間のリハビリテーションを要する患者及び回復期リハビリテーション病棟退棟後一定期間の患者について、疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象に追加する。

現行

【脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の算定日数の上限の除外対象患者】

- (1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

失語症、失認及び失行症
高次脳機能障害
重度の頸髄損傷
頭部外傷及び多部位外傷
慢性閉塞性肺疾患(COPD)
心筋梗塞
狭心症

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者

(中略)
その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの

- (2) 治療上有効であると医学的に判断される場合
(略)



改定後

【脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の算定日数の上限の除外対象患者】

- (1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

失語症、失認及び失行症
高次脳機能障害
重度の頸髄損傷
頭部外傷及び多部位外傷
慢性閉塞性肺疾患(COPD)
心筋梗塞
狭心症

軸索断裂の状態にある末梢神経損傷(受傷後1年以内のもの)

外傷性の肩関節腱板損傷(受傷後180日以内のもの)

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者

回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者(在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。)

(中略)
その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの

- (2) 治療上有効であると医学的に判断される場合
(略)

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する。

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】
300点

[対象患者]
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料、認知症患者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(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者



改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】

リハビリテーション総合計画評価料1 300点

[対象患者]
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者 並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

[対象患者]
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者