

# 2018年度診療報酬改定がめざすもの

2018年4月19日

厚生労働省保険局医療課長

迫井 正深

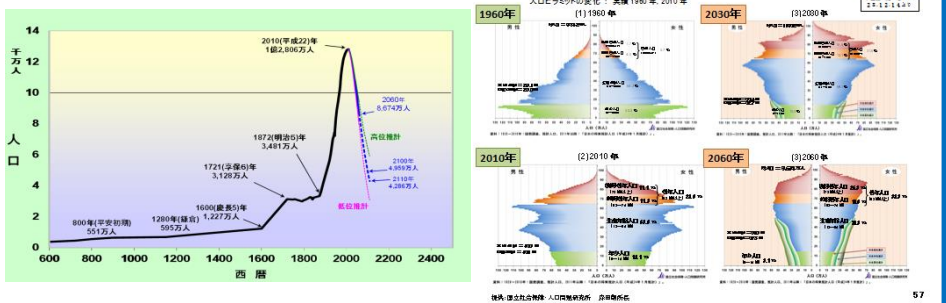
- ※ 出所が明記されている資料等以外の講演内容は、全て演者個人の見解に基づき作成・構成されています
- ※ 講演でご紹介した報酬改定の内容は、改定の全体像をご説明するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。実際の算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください

# 平成30年度診療報酬改定の背景

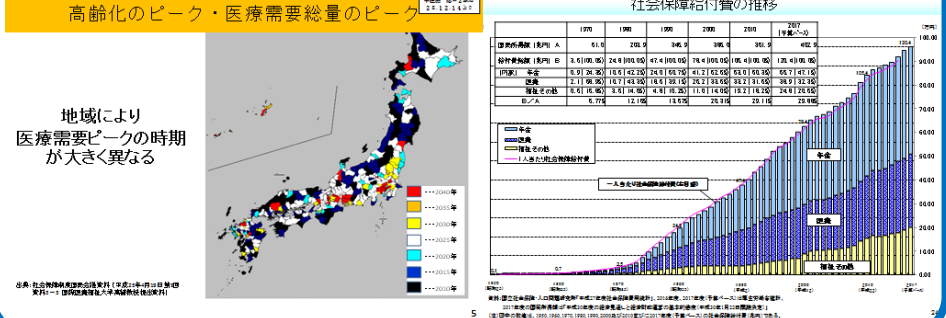
## 急激な社会環境の変化

## ケアニーズの変化

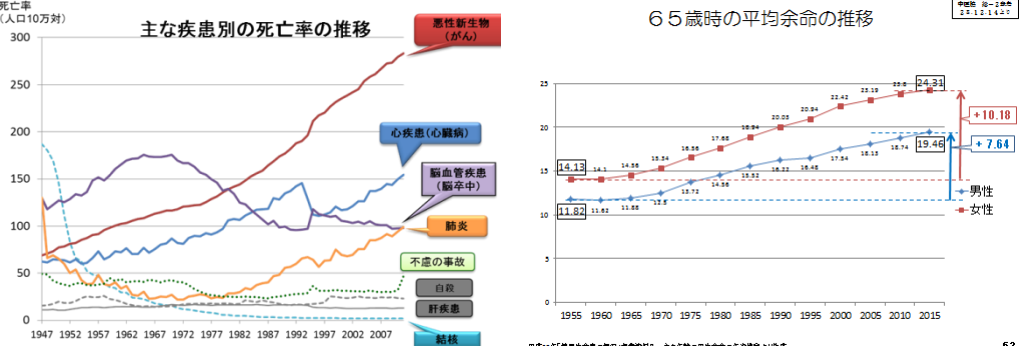
### ■ 歴史上も特異な人口激変 ■ マクロの急速な少子高齢化



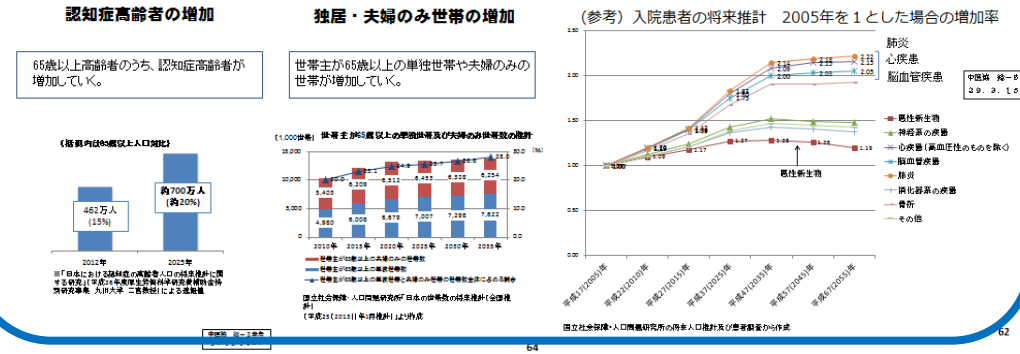
### ■ 地域差を伴う高齢化の進展 ■ 伸び続ける社会保障費



### ■ 感染症から生活習慣病へ ■ 高齢者自身の変化



### ■ 住まい方の変化・認知症の増加 ■ 将来的な医療需要の変化



## 技術革新と持続可能性の調和

### ■ 高額技術の台頭 ■ ICT、ビッグデータへの期待

2001年と2014年の世界売上上位15品目を比較すると、近年は「品目の売上高が大幅に増加している。また、バイオ医薬品への関心も増加している。

品名	一般名	メーカー	売上高(億円)	増減率
1	トラスチズマブ	武田薬品工業	6,870	26%
2	トラスチズマブ	武田薬品工業	5,449	28%
3	トラスチズマブ	武田薬品工業	5,044	27%
4	トラスチズマブ	武田薬品工業	3,892	7%
5	トラスチズマブ	武田薬品工業	3,809	8%
6	トラスチズマブ	武田薬品工業	3,420	2%
7	トラスチズマブ	武田薬品工業	3,212	28%
8	トラスチズマブ	武田薬品工業	3,189	3%
9	トラスチズマブ	武田薬品工業	2,174	19%
10	トラスチズマブ	武田薬品工業	2,027	21%
11	トラスチズマブ	武田薬品工業	2,002	28%
12	トラスチズマブ	武田薬品工業	2,074	16%
13	トラスチズマブ	武田薬品工業	2,055	13%
14	トラスチズマブ	武田薬品工業	2,068	11%
15	トラスチズマブ	武田薬品工業	2,180	10%

2014年と2001年の世界売上上位15品目を比較すると、近年は「品目の売上高が大幅に増加している。また、バイオ医薬品への関心も増加している。

2. 一人ひとりに寄り添った保健医療へ

本提言で実現していく患者・国民にとっての価値

ビッグデータ活用やAIによる分析

ICTを活用した遠隔診療や見守り

地域や全国の健康・医療・介護情報ネットワーク

ビッグデータ活用によるイノベーション

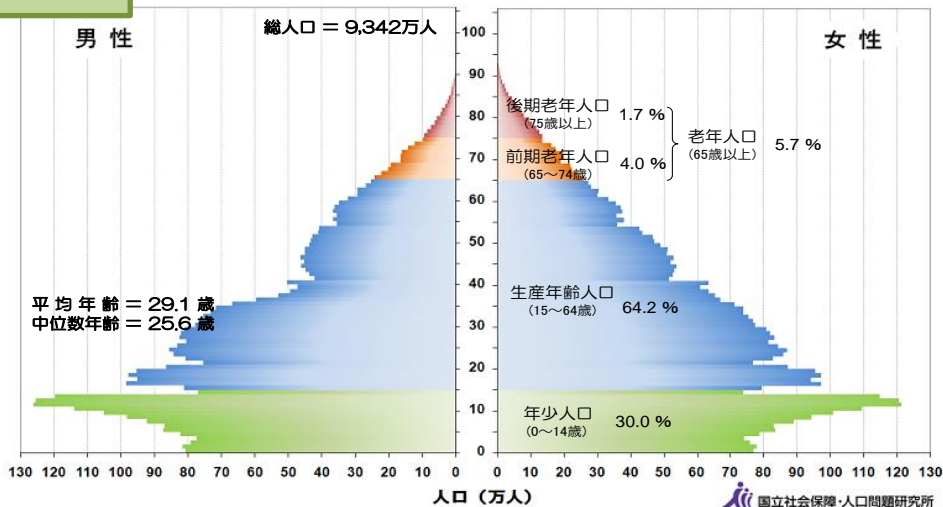
## 求められる対応(改定の基本方針)

- 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
- 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
- III 医療従事者の負担軽減働き方改革の推進
- 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

人口ピラミッドの変化：実績 1960年, 2010年

1960年

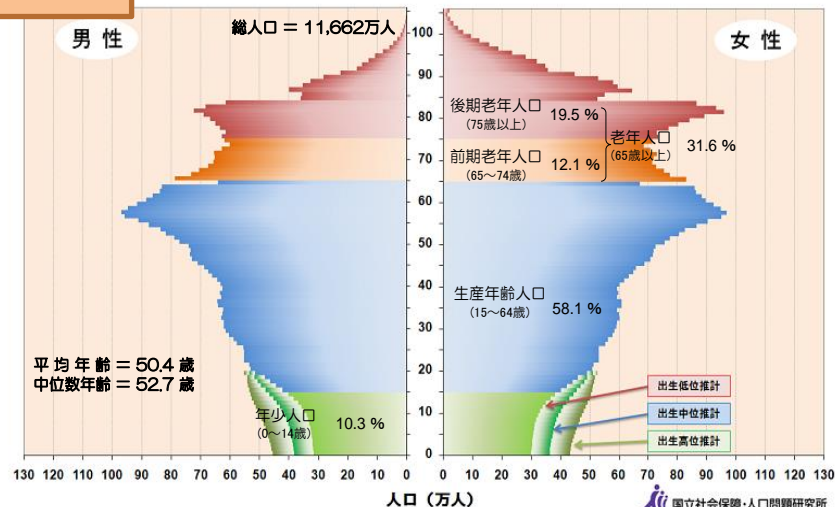
(1) 1960年



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

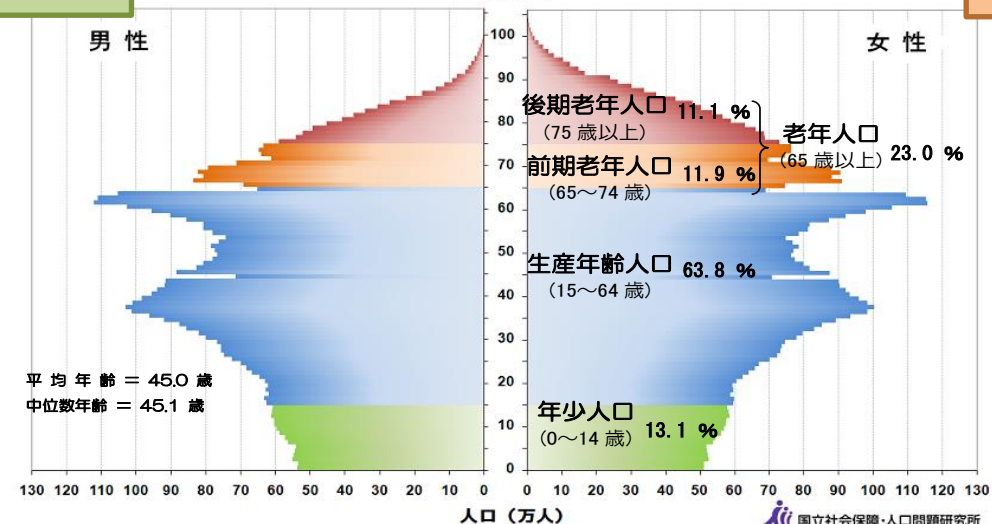
(3) 2030年



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

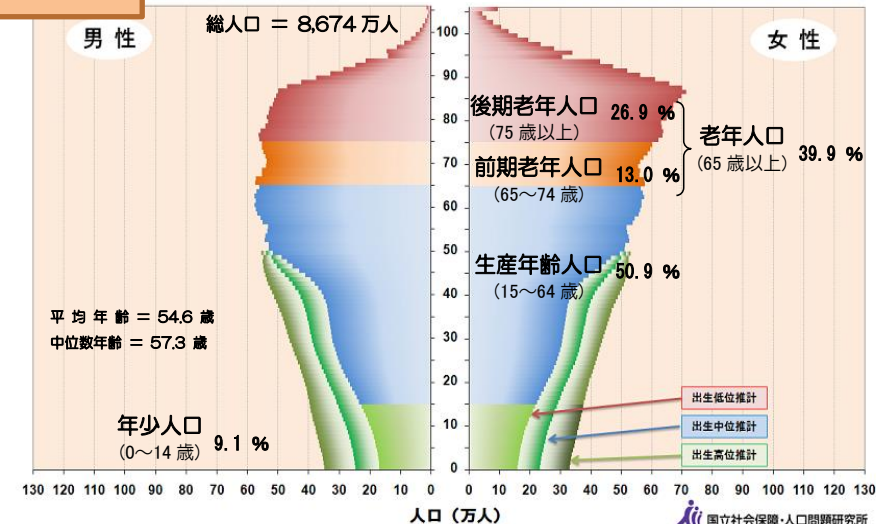
(2) 2010年



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）」。

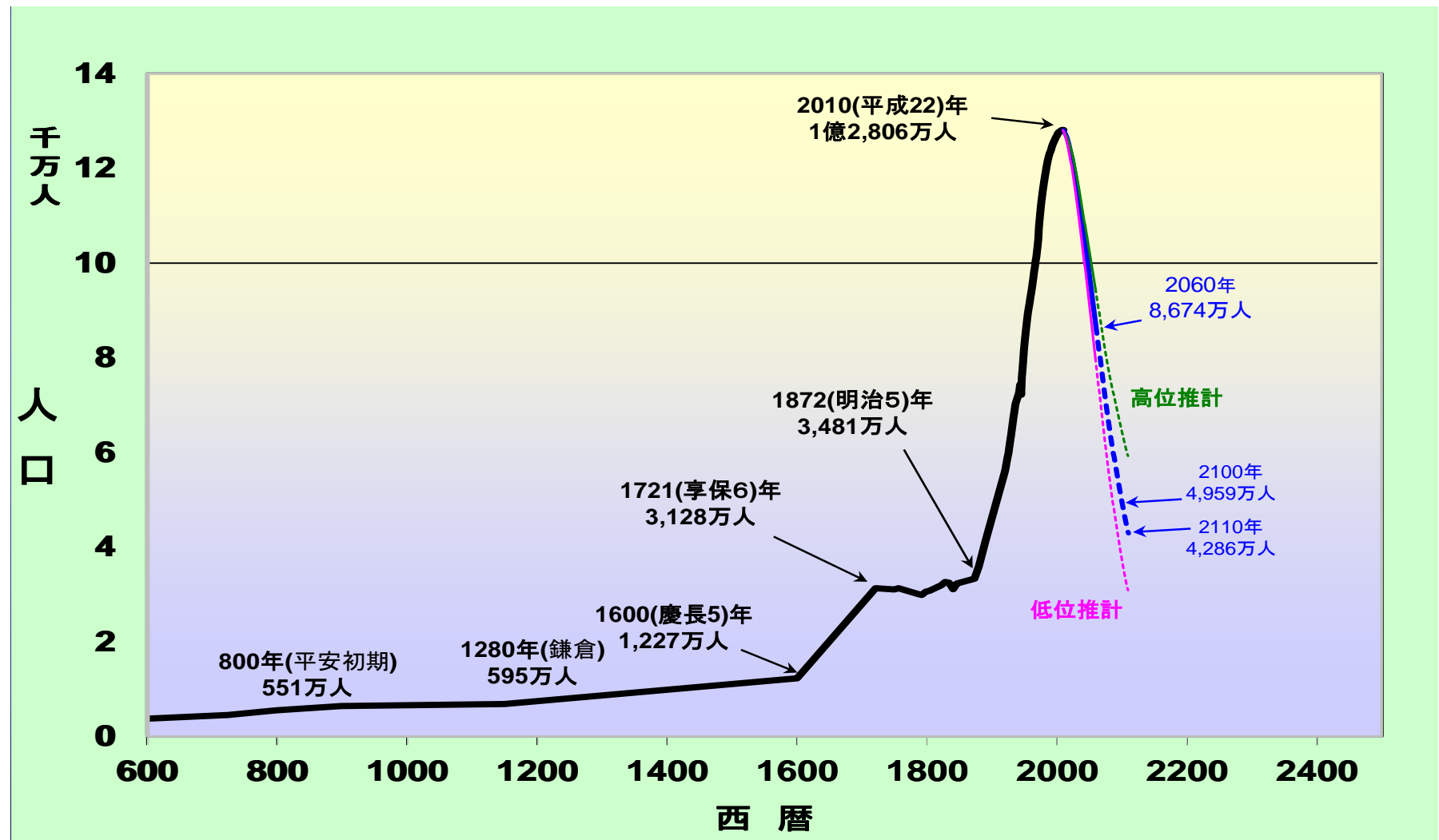
2060年

(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）」。

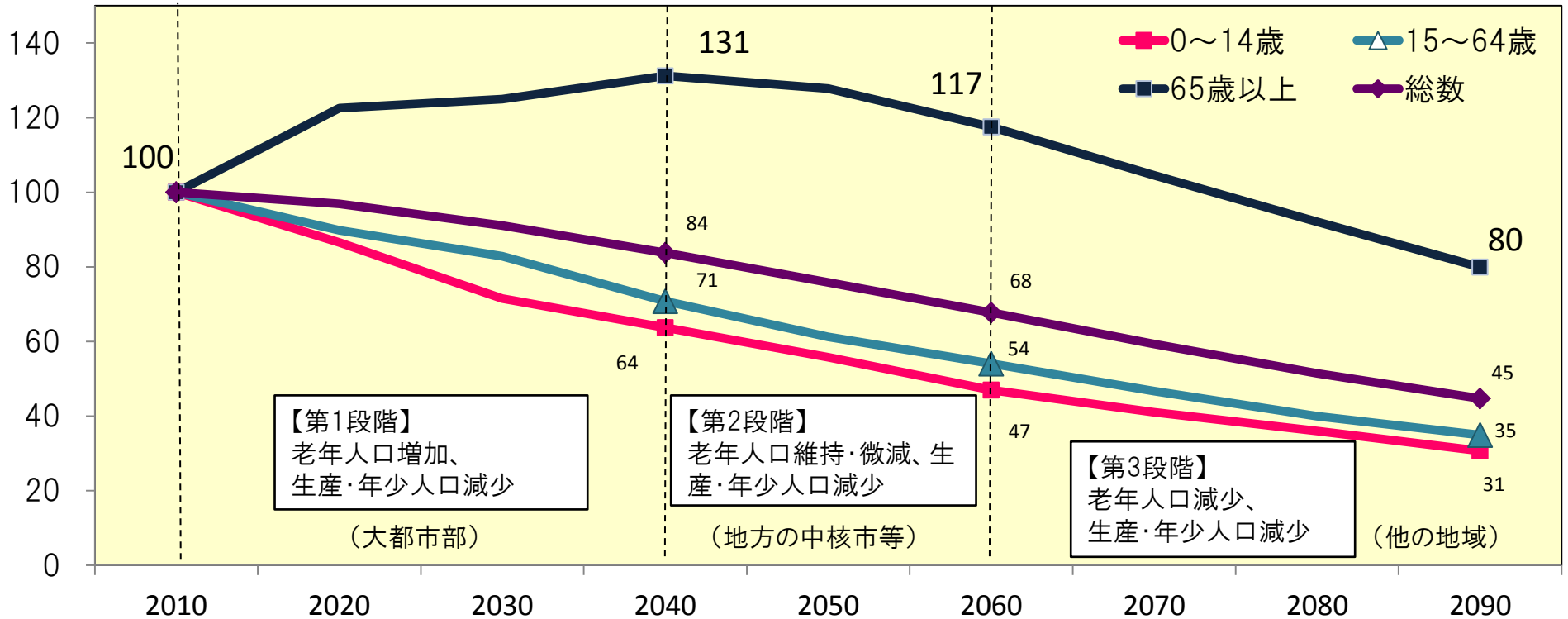
# 日本人口の歴史的推移



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])

## 将来人口動向:「3つの減少段階」

我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。

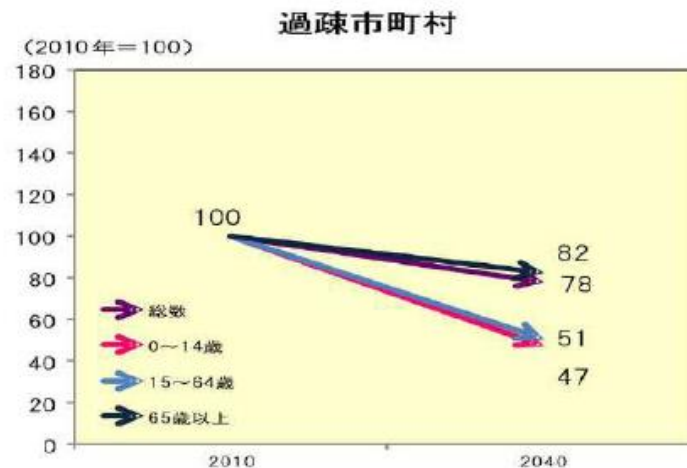
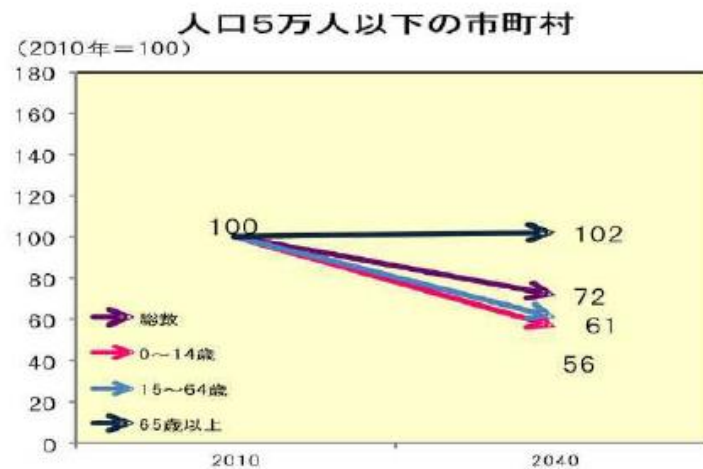
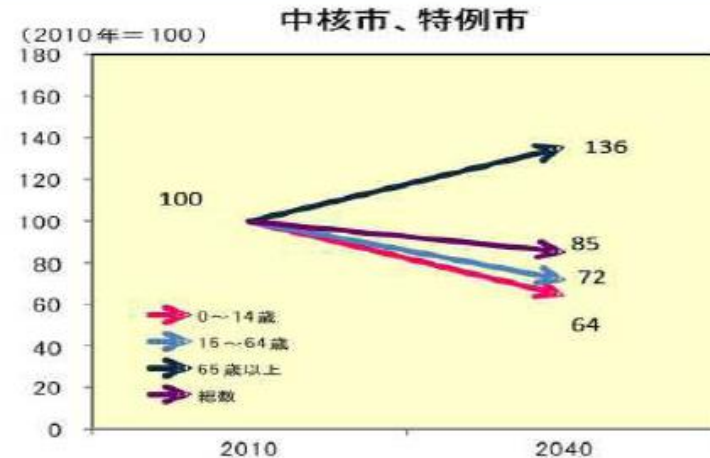
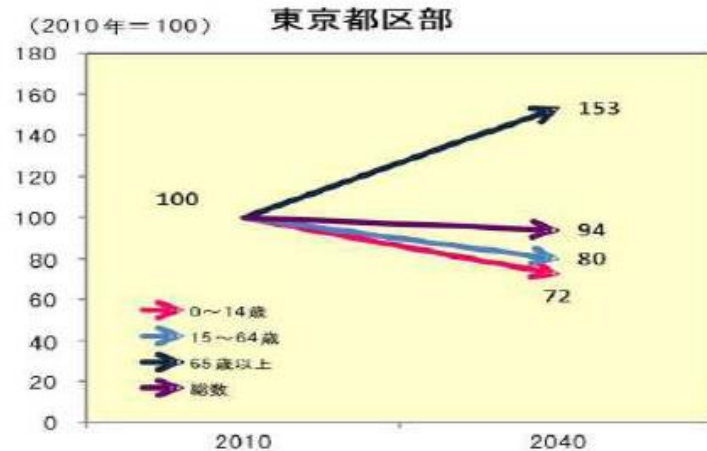


(備考)

1. 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)」より作成。
2. 2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

# 地域によって異なる将来人口動向

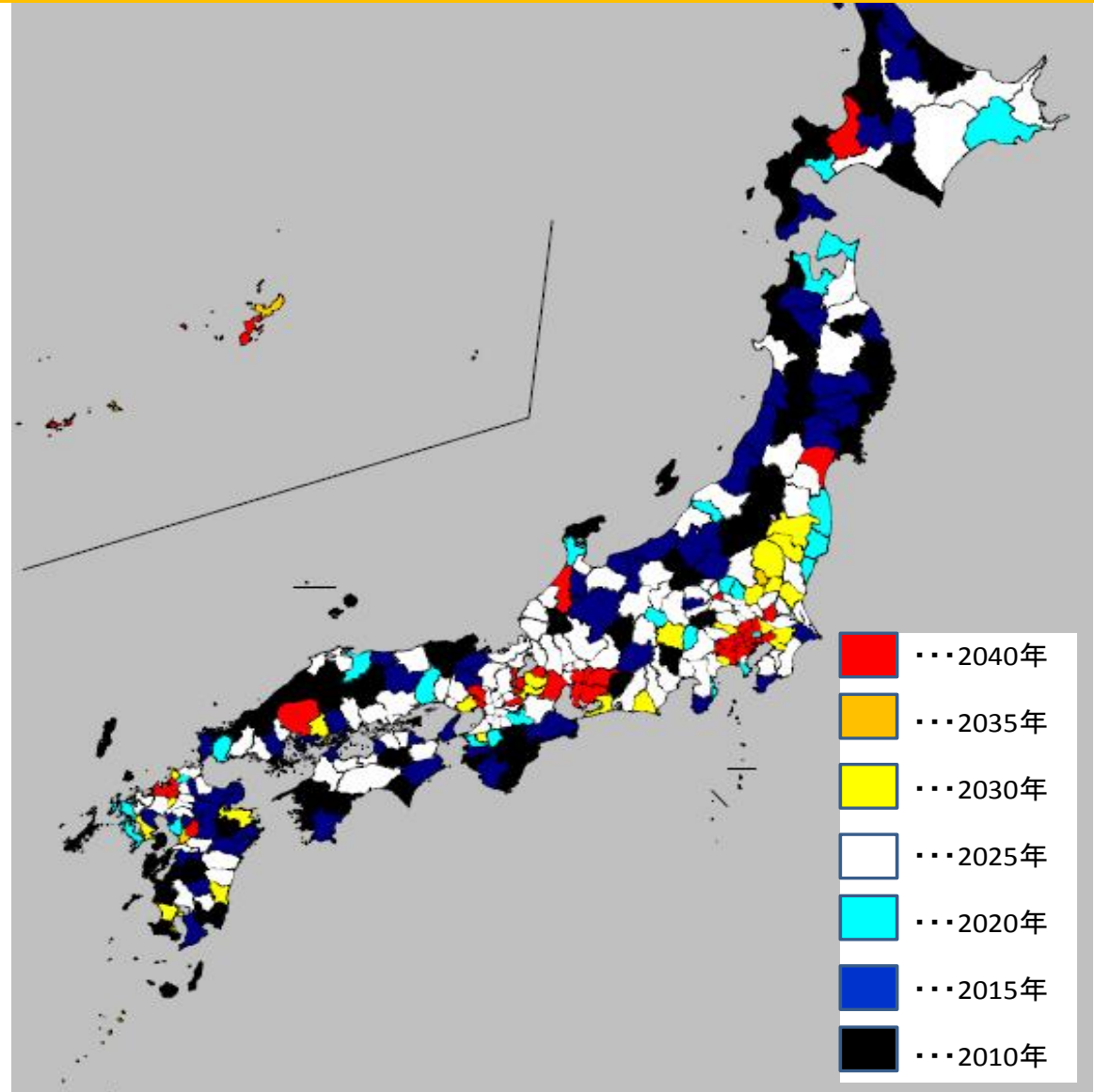
- 地域によって将来人口動向の『減少段階』は大きく異なっている。
- 東京都区部や中核市などの都市部は『第1段階』にあるのに対し、人口5万人以下の地方都市は『第2段階』、うち過疎地域は『第3段階』に突入している。



(備考) 1. 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年3月推計)」より作成。  
2. カテゴリーごとに総計を求め、2010年の人口を100とし、2040年の人口を指数化した。

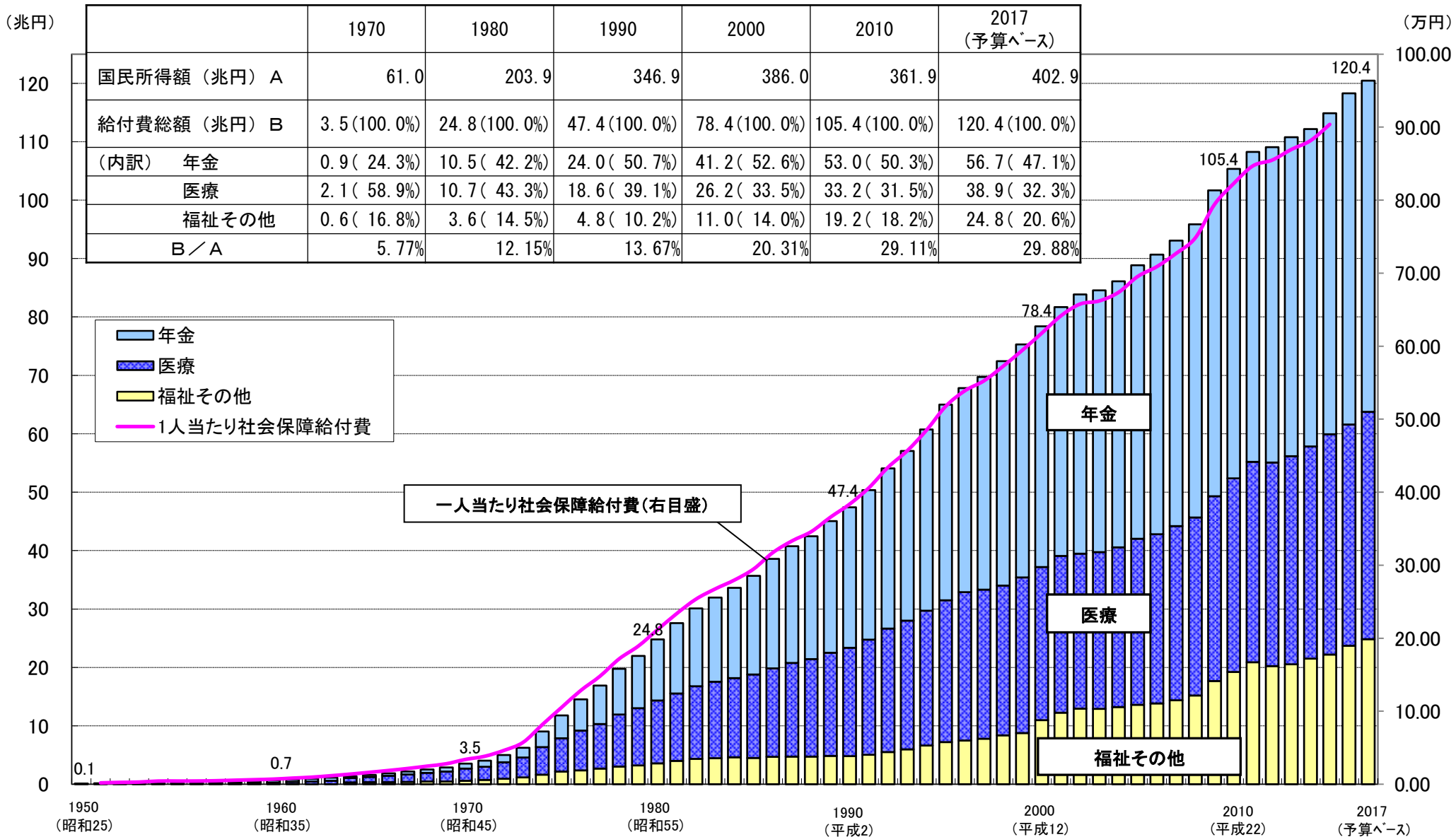
# 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

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)

# 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。

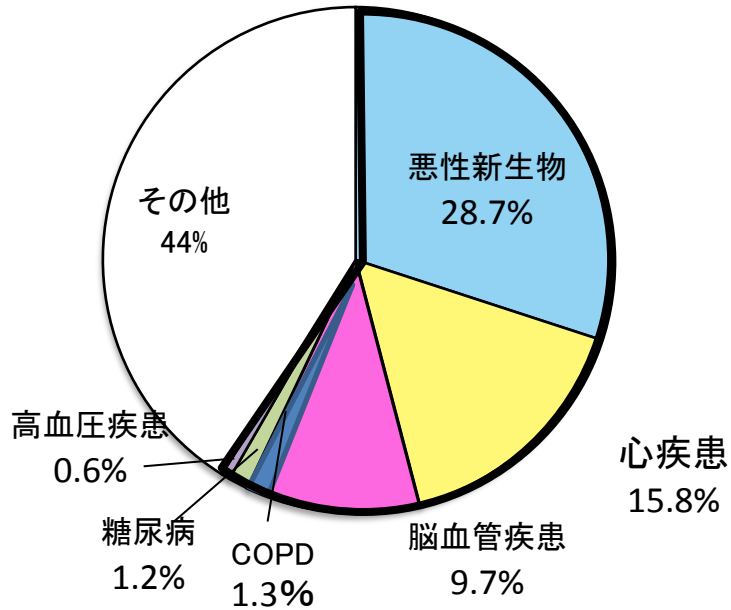


# 我が国における疾病構造

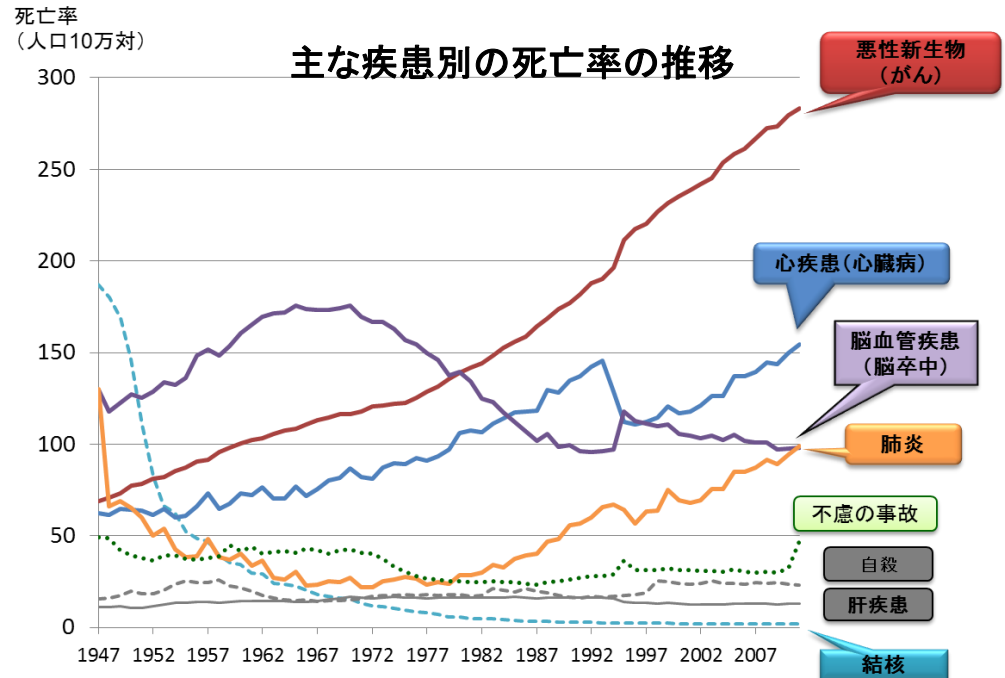
生活習慣病は死亡割合の約6割

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%



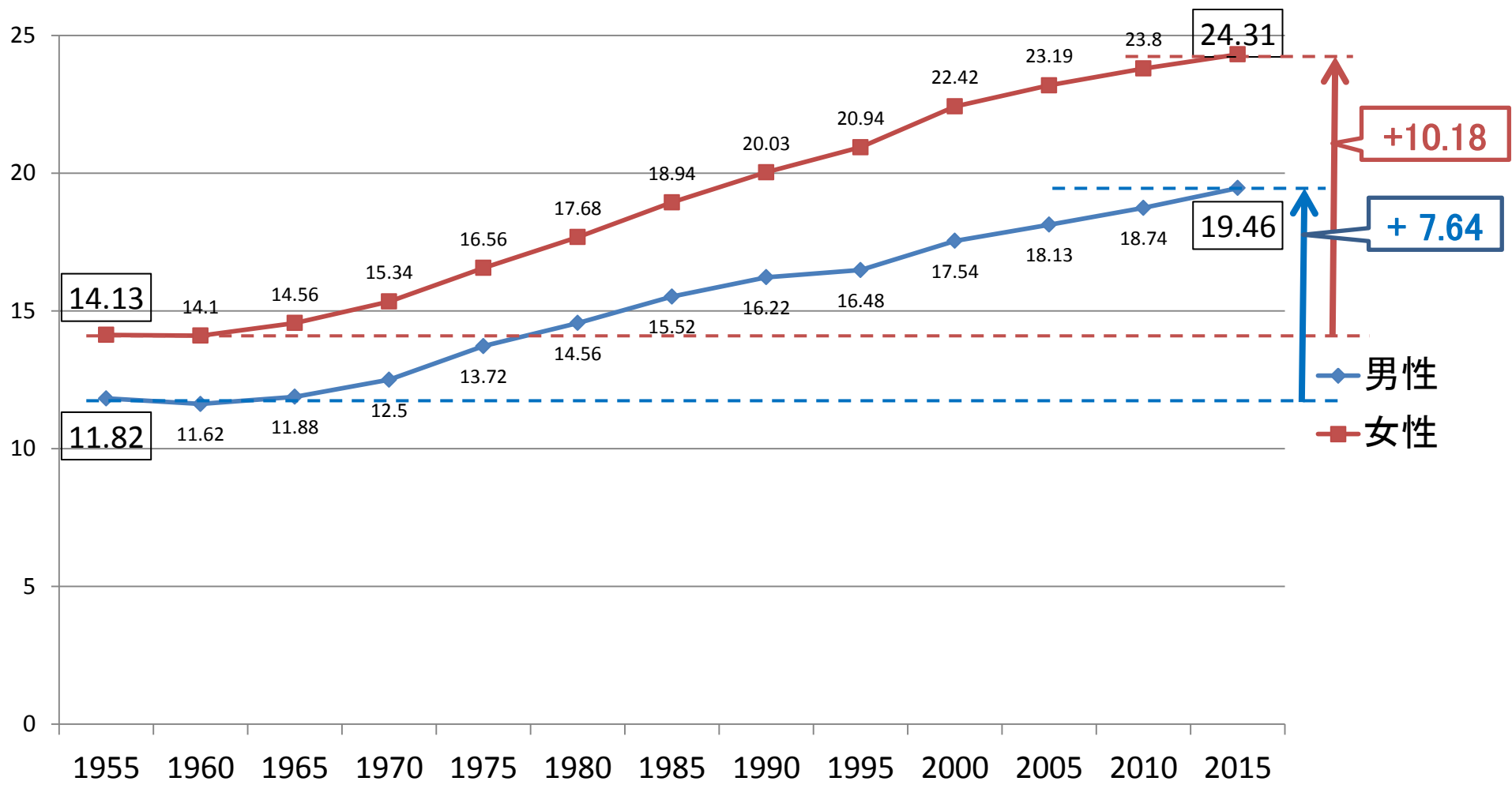
(出所)「平成24年度人口動態統計」



(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」

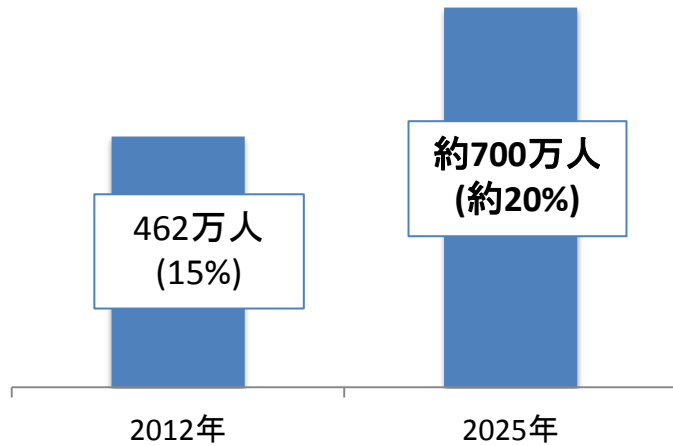
# 65歳時の平均余命の推移



# 認知症高齢者の増加

65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。

(括弧内は65歳以上人口対比)



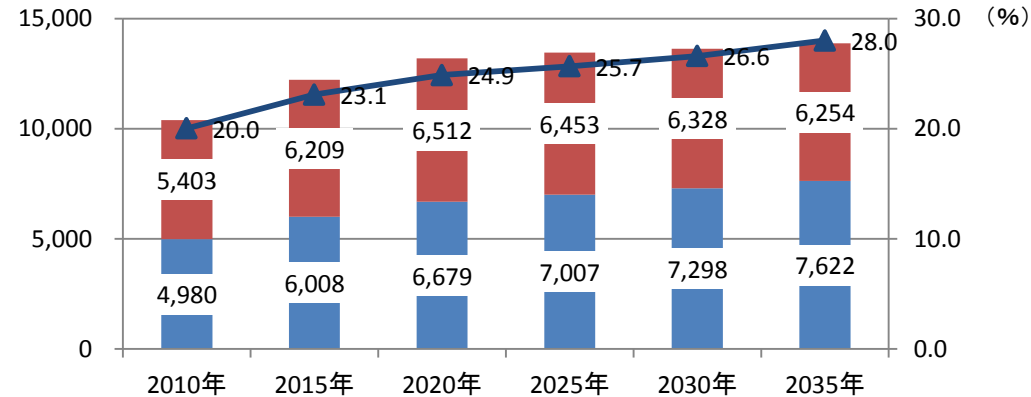
※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

中医協 総-2参考  
28.12.14より

# 独居・夫婦のみ世帯の増加

世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

(1,000世帯) 世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計

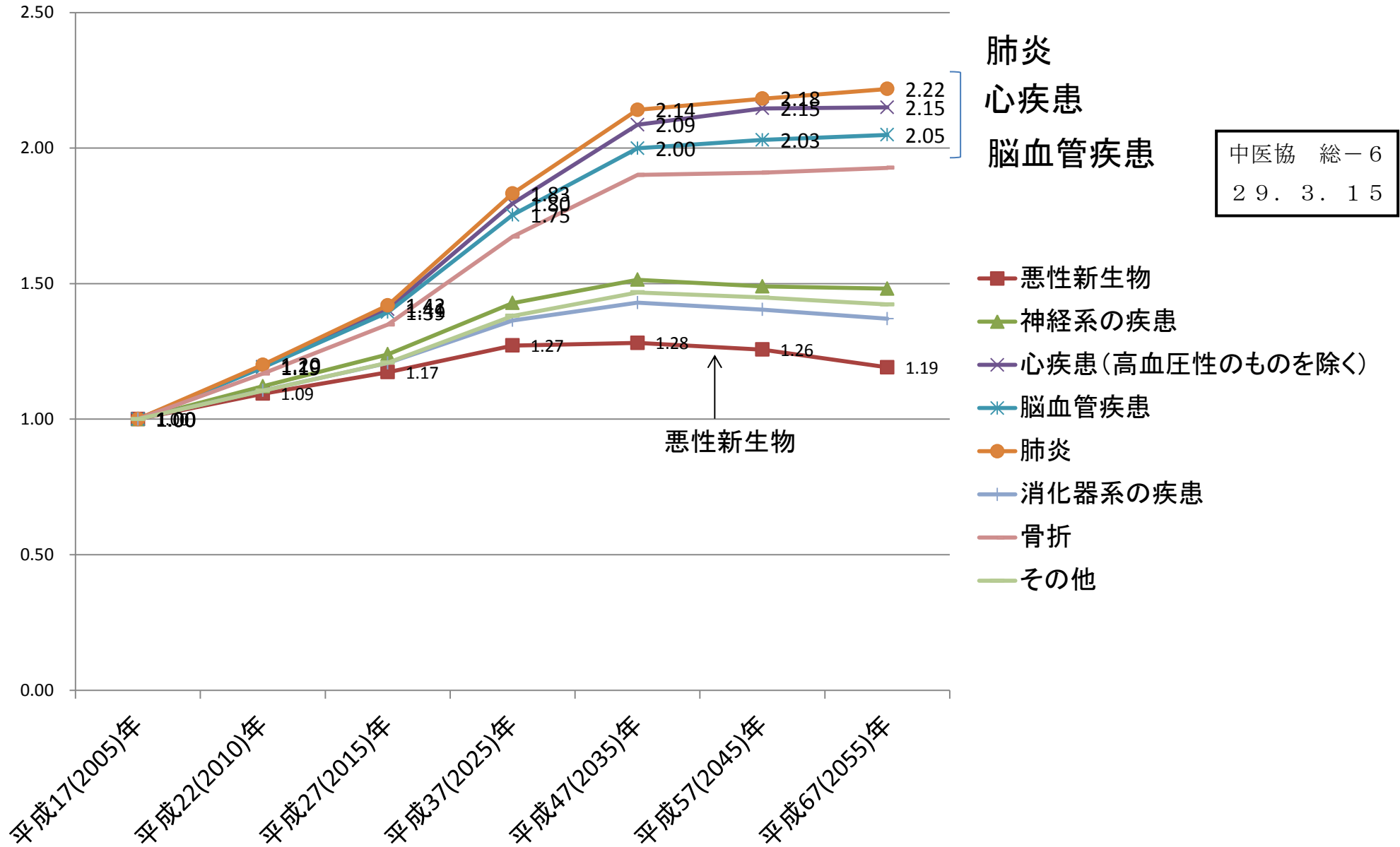


■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数  
■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数  
▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)

(平成25(2013))年1月推計)より作成

# (参考) 入院患者の将来推計 2005年を1とした場合の増加率



# 世界売上上位15品目(2001年・2014年)

○ 2001年と2014年の世界売上げ上位品目を比較すると、近年は、1品目の売上高が大きく増加している。また、バイオ医薬品の占める割合が増加している。

## 2001年

## 2014年

製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
1 ゴール(リボパス)	シンバスタチン	高脂血症薬	メルク	6,670	26%
2 リトール	アトルバスタチン	高脂血症薬	ファイザー	6,449	28%
3 オメプラール/ プリロセック	オメプラゾール	抗潰瘍剤PPI	アストラゼネカ	5,684	▲7%
4 ノルバスク	アムロジピン	降圧剤Ca拮抗剤	ファイザー	3,582	7%
5 メパロチン/ プラバコール	プラバスタチン	高脂血症薬	三共/BMS	3,509	5%
6 <u>プロクリット/ エプレクس</u>	<u>エポエチンアルファ</u>	<u>腎性貧血</u>	<u>J&amp;J</u>	<u>3,430</u>	<u>27%</u>
7 タケプロン	ランソプラゾール	抗潰瘍剤PPI	武田薬品/ TAP	3,212	25%
8 クラリチン/D	ロラタジン	抗ヒスタミン剤	シリング・プラウ	3,159	5%
9 セレブレックス	セレコキシブ	Cox2阻害剤	ファルマシア	3,114	19%
10 ジプレキサ	オランザピン	精神分裂病薬	イーライ・リリー	3,087	31%
11 グルコファージ	メトホルミン	糖尿病薬	独メルク/BMS	2,682	55%
12 セロクサット/ パキシル	パロキセチン	抗うつ剤SSRI	グラクソ・スミスクリン	2,674	16%
13 バイオックス	ロフェコキシブ	Cox2阻害剤	メルク	2,555	18%
14 ゴロフト	セルトラリン	抗うつ剤SSRI	ファイザー	2,366	11%
15 <u>エボジェン(エス ホー)</u>	<u>エポエチンアルファ</u>	<u>腎性貧血</u>	<u>アムジェン</u>	<u>2,150</u>	<u>10%</u>

製品名	一般名	主な薬効等	メーカー名	売上高 (百万ドル)	前年比 伸び率
1 <u>ヒュミラ</u>	<u>アダリムマブ</u>	<u>関節リウマチ /クローン病</u>	<u>アウエイ/エーザイ</u>	<u>12,902</u>	<u>17%</u>
2 ソバルディ /ハーホニ	ソフォスビルレ ディパスビル	慢性C型肝炎	キリアド・サイエン シス	12,410	NEW
3 <u>レミケード</u>	<u>インフリキシマブ</u>	<u>関節リウマチ /クローン病</u>	<u>J&amp;J/メルク /田辺三菱</u>	<u>9,909</u>	<u>2%</u>
4 <u>エンブレ</u>	<u>エタネルセプト</u>	<u>関節リウマチ /クローン病</u>	<u>アムジェン /ファイザー/武田</u>	<u>8,927</u>	<u>2%</u>
5 <u>リツキサン</u>	<u>リツキシマブ</u>	<u>抗がん剤 /抗リウマチ</u>	<u>ロシュ/バイオジェン</u>	<u>8,744</u>	<u>▲2%</u>
6 <u>ランタス</u>	<u>インスリングルアルギン ナログ</u>	<u>糖尿/インスリン</u>	<u>サノフィ</u>	<u>8,432</u>	<u>12%</u>
7 <u>アバステン</u>	<u>ペバシズマブ</u>	<u>転移性結腸がん</u>	<u>ロシュ /中外製薬</u>	<u>7,021</u>	<u>6%</u>
8 <u>ハーセプチン</u>	<u>トラスツズマブ</u>	<u>HER2乳がん</u>	<u>ロシュ /中外製薬</u>	<u>6,865</u>	<u>7%</u>
9 アドエア /セレタイド	サルメテロール /フルチカゾン	抗喘息 /COPD	GSK/アルミラル	6,620	▲24%
10 クレストール	ロスバスタチン	高脂血症 /スタチン	塩野義 /アストラゼネカ	6,372	▲5%
11 ジャヌビア	シタグリプチン /配合剤	2型糖尿病 /DPP4	メルク/小野薬品 /アルミラル	6,355	1%
12 エピリファイ	アリピプラゾール (経口)	総合失調症	大塚製薬 /BMS	5,928	17%
13 リリカ	プレガバリン	神経疼痛 /てんかん	ファイザー /エーザイ	5,389	12%
14 レブリミット /レブラミト	レナリドミド	多発性骨髄腫	セルジーン	4,980	16%
15 <u>ノボラビッド /ノボミックス</u>	<u>インスリンアスパルト/ 混合</u>	<u>糖尿/インスリン</u>	<u>ノボ・ノルディスク ナログ</u>	<u>4,871</u>	<u>3%</u>

※ 網掛けはバイオ医薬品。下線は抗体医薬品。

出所:ユートブレイン(ファルマ・フューチャー2002 NO.136)、ゼジデム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレイン事業部刊「Pharma Future(2015年5月号)」をもとに厚生労働省が作成した資料から引用。

## 2. 一人ひとりに寄り添った保健医療へ

- 本提言で実現していく患者・国民にとっての価値 -

### ビッグデータ活用や AIによる分析

現在、診断や治療が難しい疾患でも、  
個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な  
検査・診断、治療が受けられる。

### ICTを活用した 遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、  
生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、  
専門医療や生活支援が受けられる。



### 地域や全国の 健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が  
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と  
連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。  
検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

### ビッグデータ活用による イノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、  
最適な治療や新たな薬が届けられる。  
魅力的な健康づくりサービスが生まれ、  
自身に合ったサポートが受けられる。

## 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

## 入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

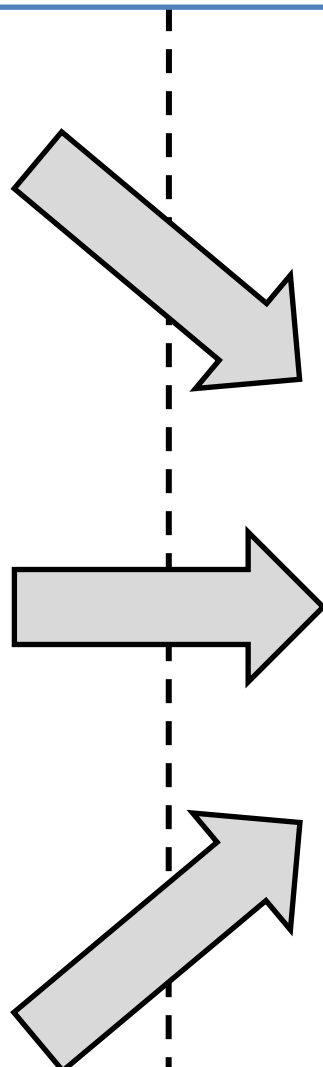
## 看護料

看護師等の数に応じた評価

## 室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

平成11年度以前



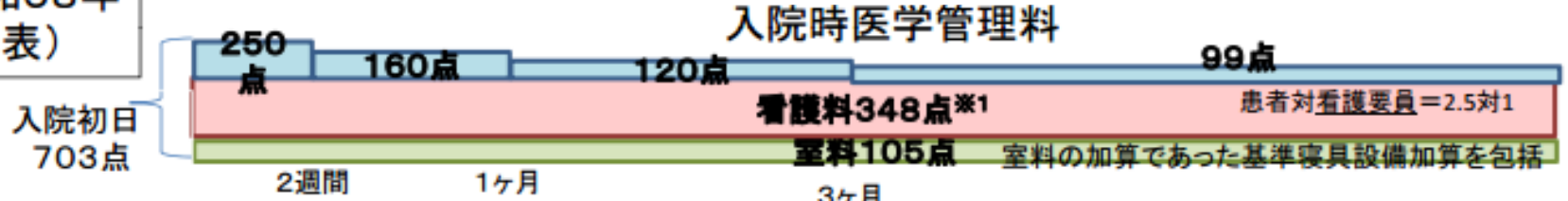
## 入院基本料

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

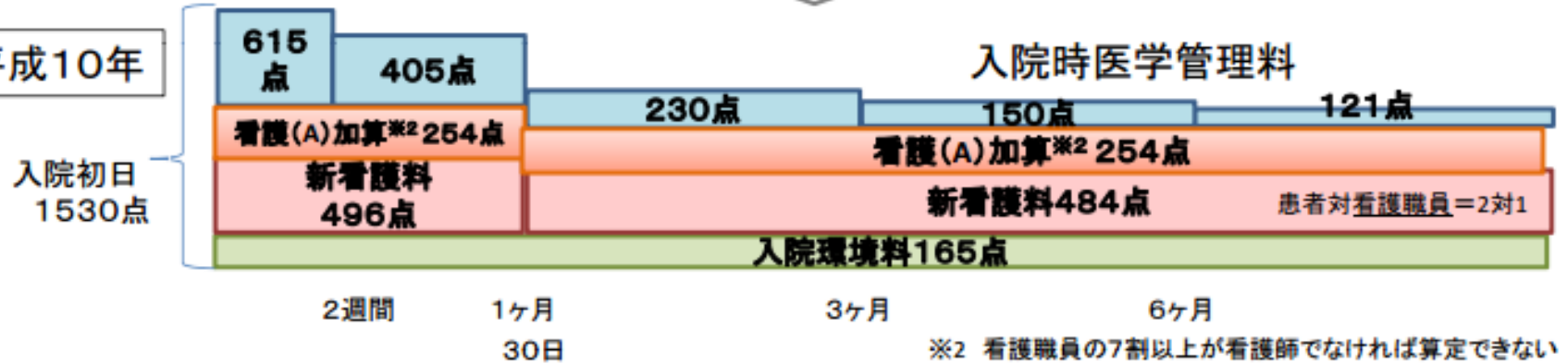
平成12年度以降

# 入院基本料の変遷②

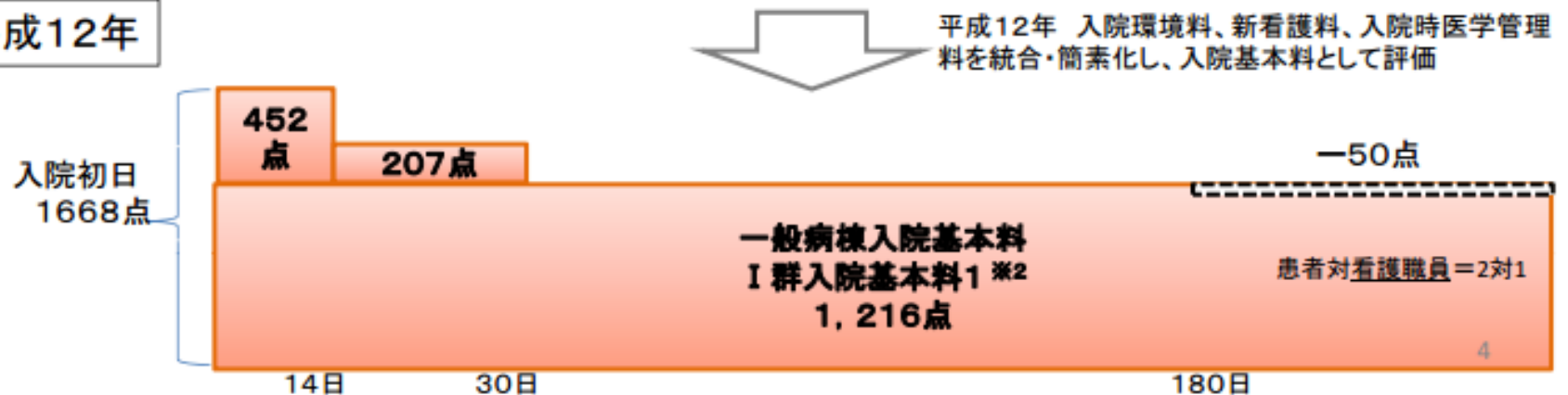
昭和58年  
(甲表)



平成10年

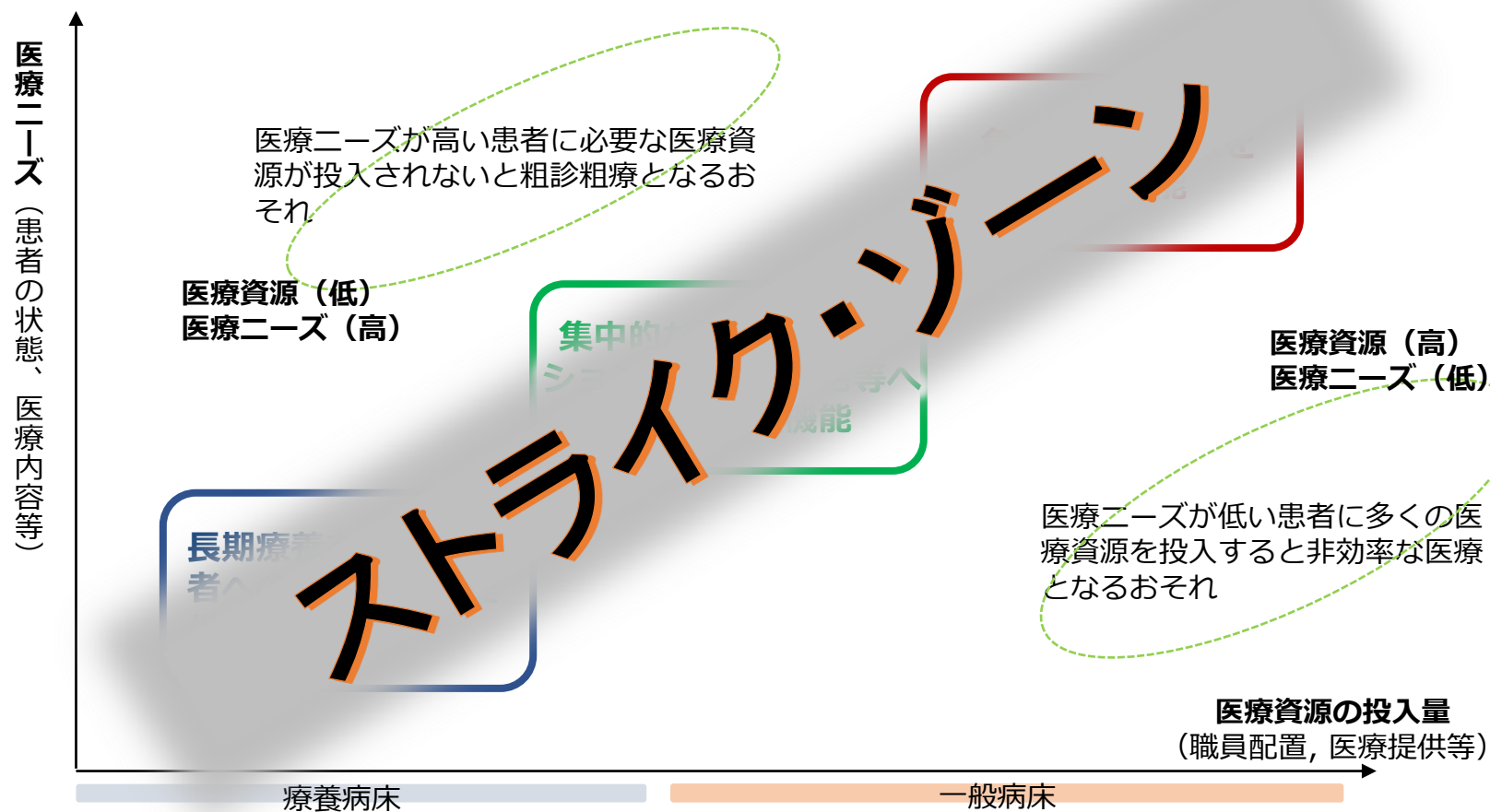


平成12年



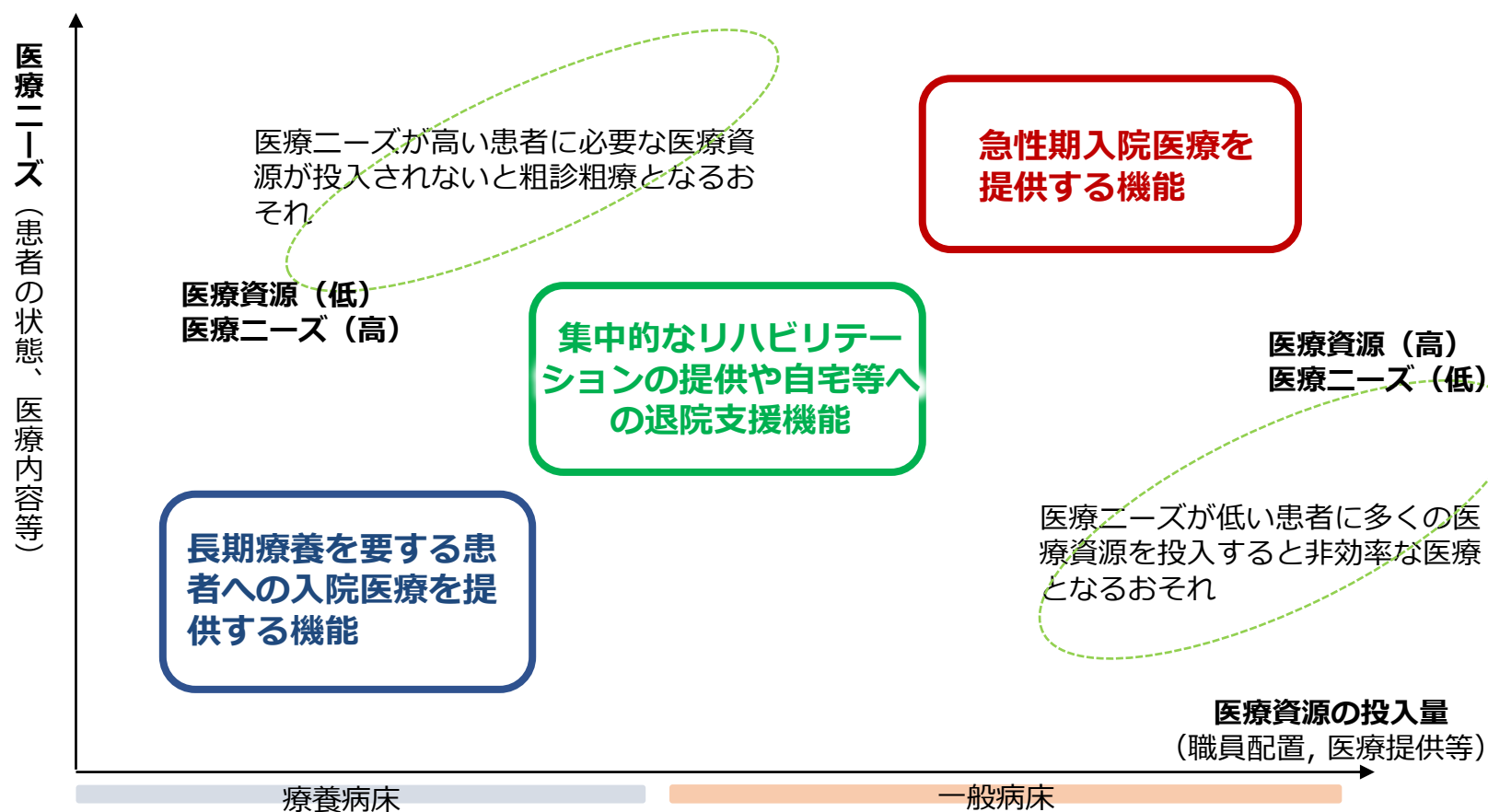
## 入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 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ないと、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。



## 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ないと、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。

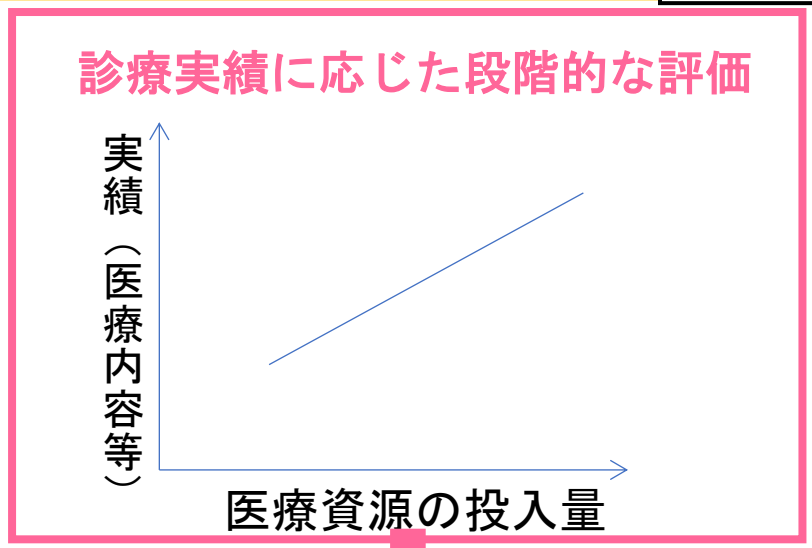
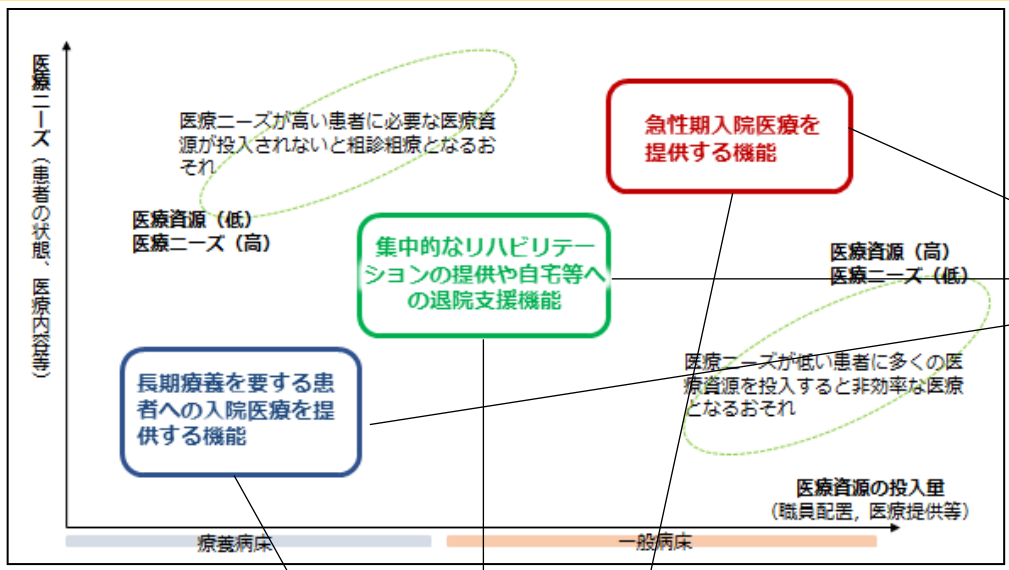


## 【入院医療の課題】

- 将来の医療ニーズは大きく変動・多様化する一方で、支え手は急速な減少が見込まれている。地域の実情に応じた効果的・効率的な医療提供が将来にわたって求められる中で、入院医療評価の在り方を改めて検討する必要がある。
- このような視点から、入院医療において必要とされる基本的な機能や体制を基軸として、地域ニーズに応じた弾力的な対応を可能とするような評価体系の導入が求められているものと考えられる。
- 具体的には、看護職員配置等に対する基本部分と、医療ニーズの変化に対応した診療実績に基づく段階的な評価の部分とを組み合わせた評価としていくことが、望ましいのではないか。

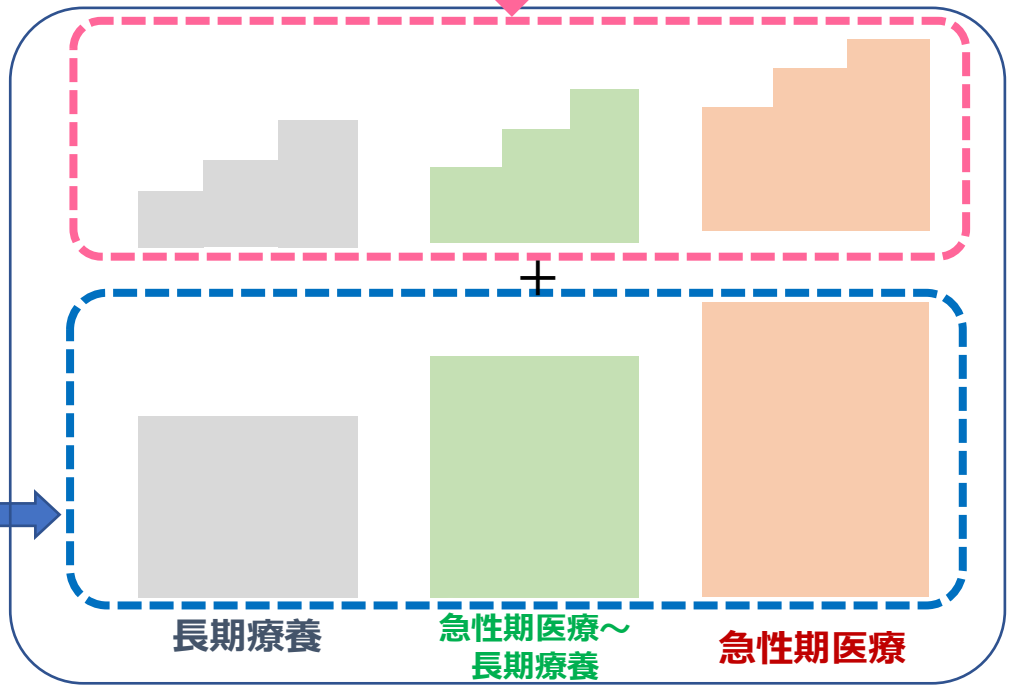
○ 現行の入院基本料については、基本的な考え方にある3つの機能に対応した評価体系となるよう、3つの機能を軸とした新たな入院料に、再編・統合してはどうか。

○ 新たな入院料は、3つの異なる機能に対応できるよう、基本部分の基準と診療実績に応じた段階的な評価の指標は、それぞれの特性に応じて設定することとしてはどうか。



**基本部分の評価**

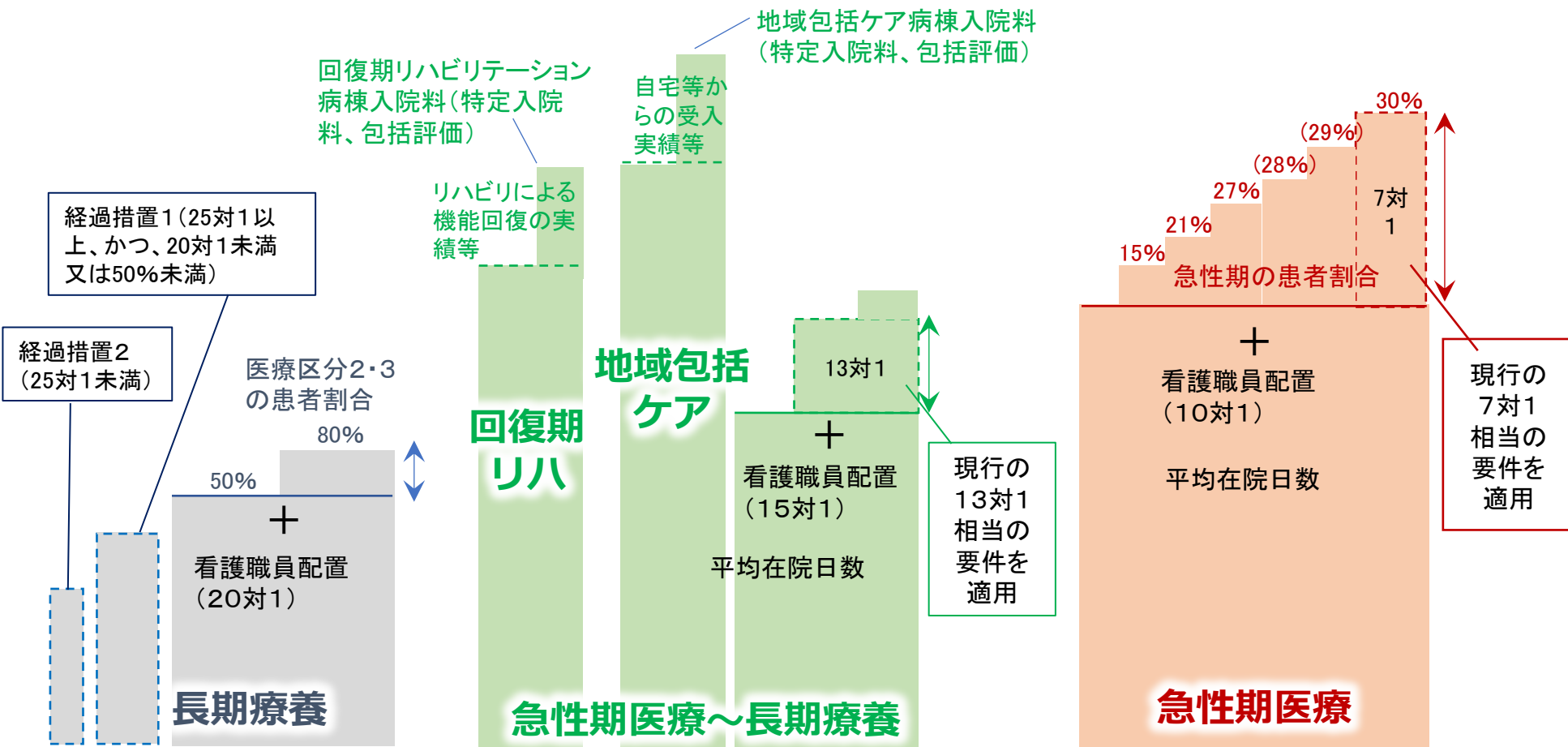
それぞれの機能において必須となる、**基本的な入院医療の提供に必要な看護職員配置等の医療資源の投入量**を反映



診療報酬の評価体系(イメージ)

## 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、2.5対1）を再編・統合

一般病棟入院基本料（13対1、1.5対1）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（7対1、1.0対1）を再編・統合

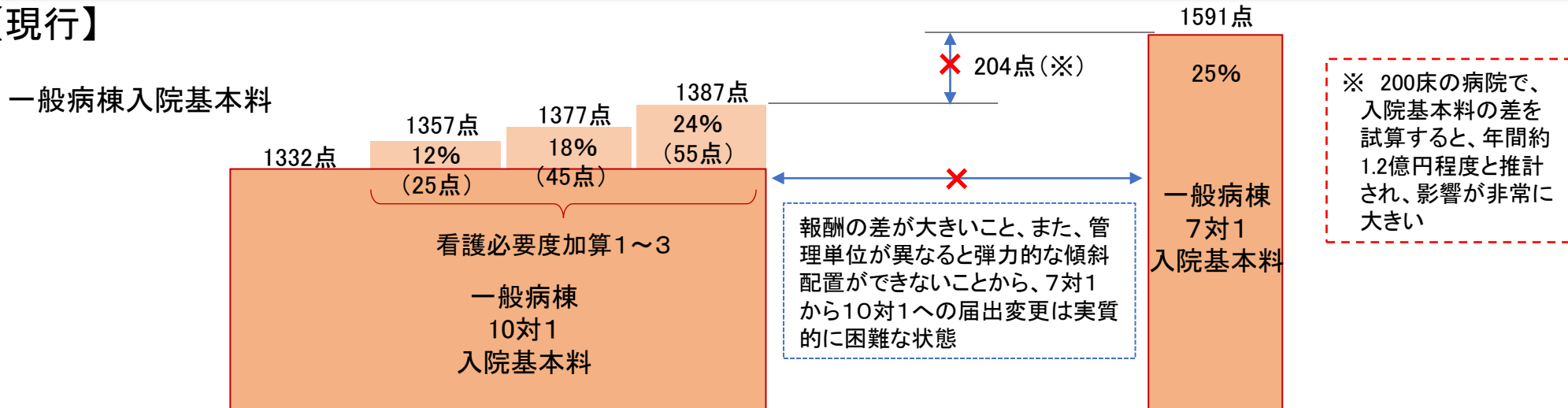
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。



# (1)急性期医療

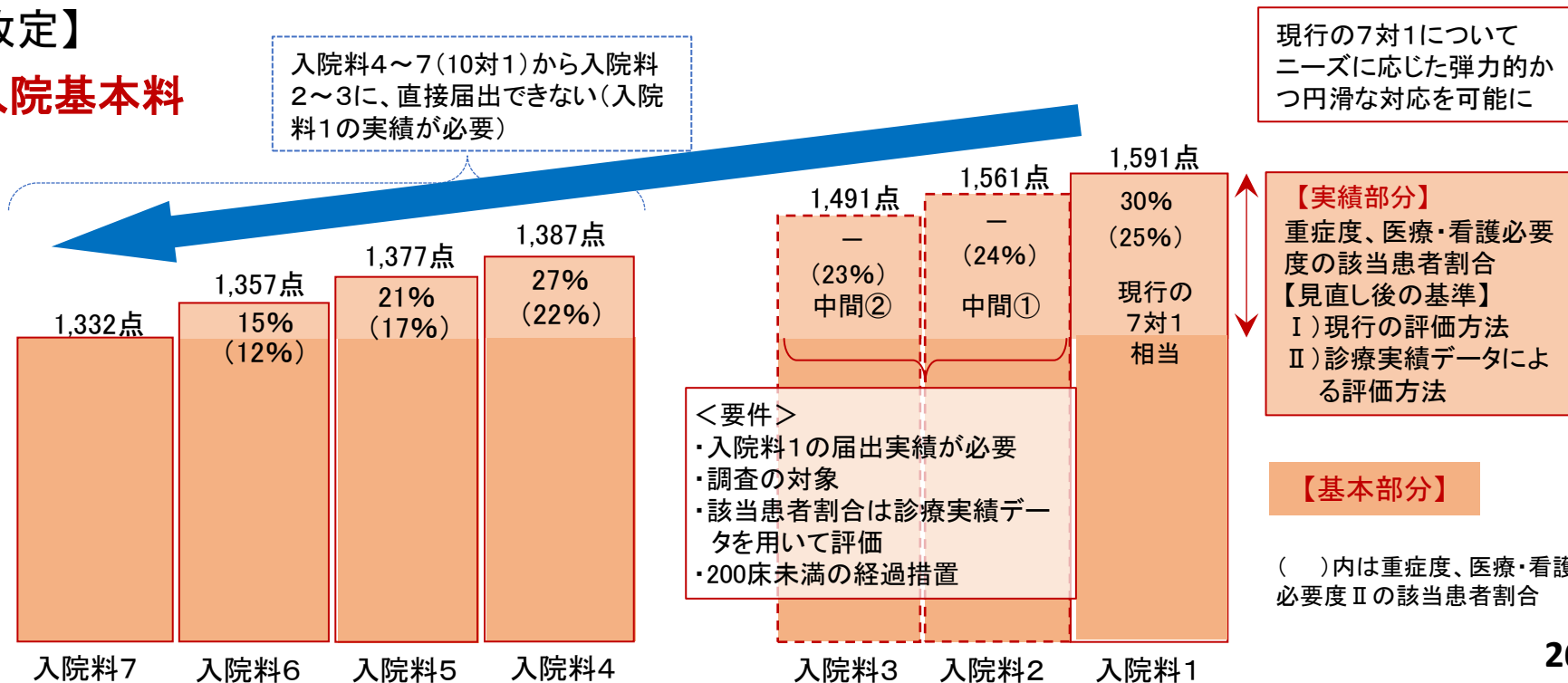
# 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

## 【現行】



## 【平成30年度改定】

### 急性期一般入院基本料



## 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に、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

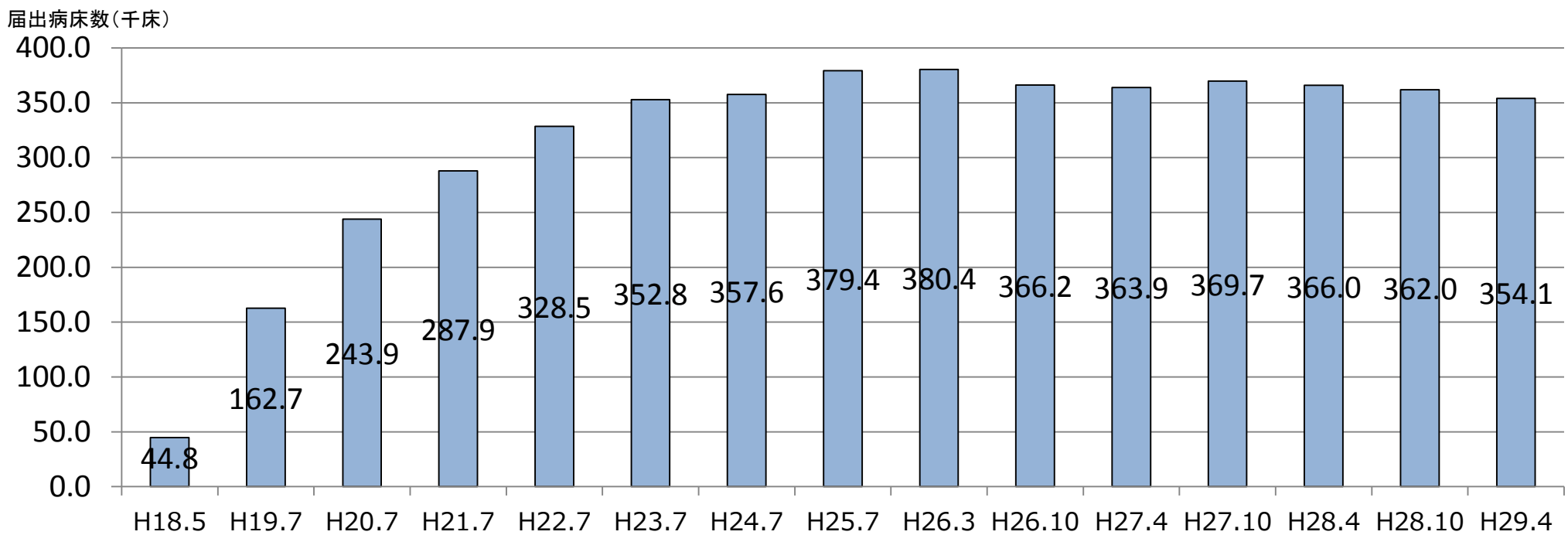
		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合 [ ]内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						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

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



[H18.4]  
7対1入院  
基本料創設

[H20.4]  
重症度・看護  
必要度の導入

[H24.4]  
重症度・看護必要度  
該当患者割合基準の見直し  
(10%→15%)  
平均在院日数要件の見直し  
(19日→18日)

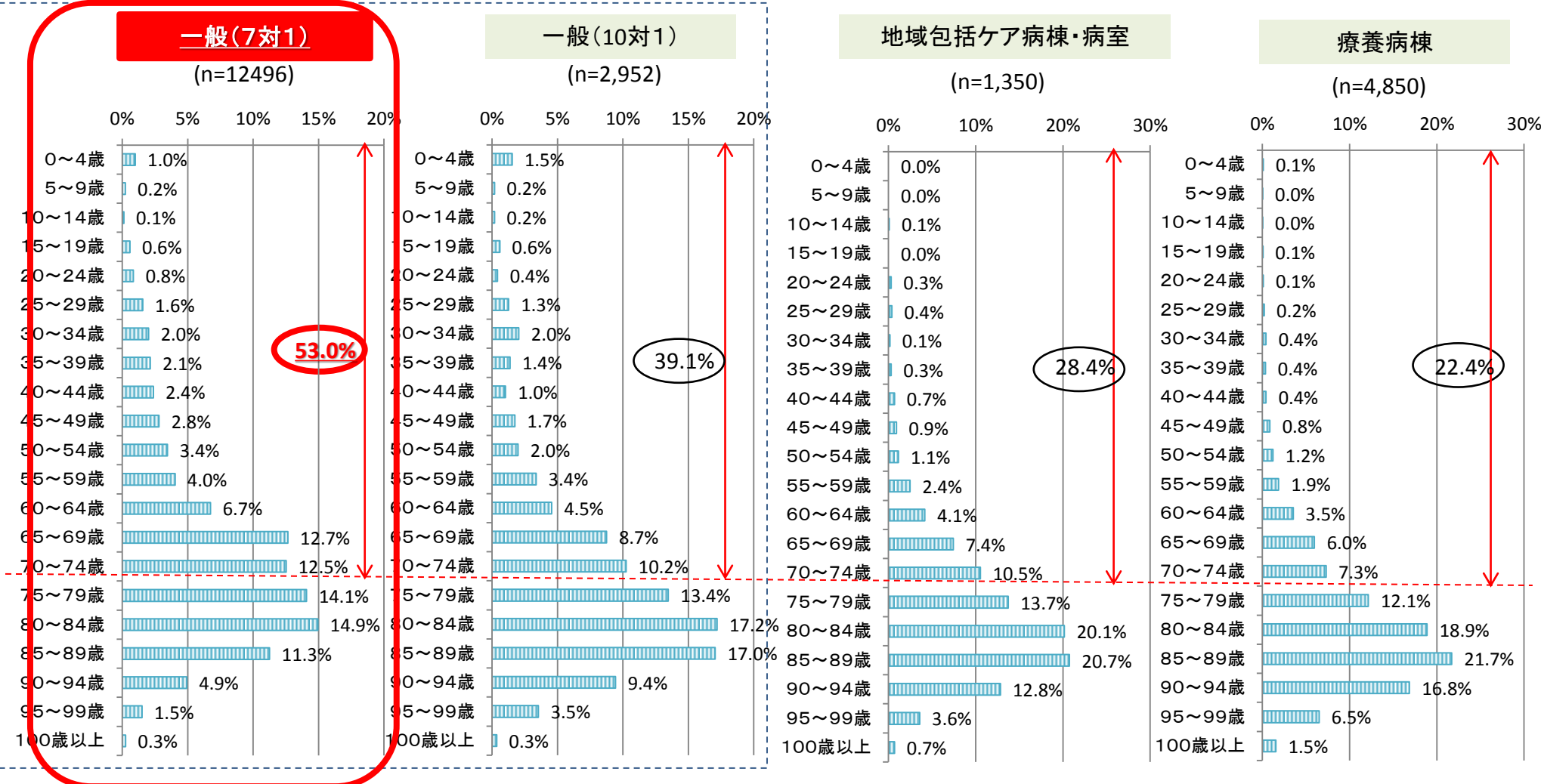
[H26.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A項目の見直し  
在宅復帰率要件の導入

[H28.4]  
重症度、医療・看護必要度  
A・B項目の見直し／C項目の追加  
該当患者割合基準の見直し  
(15%→25%)  
在宅復帰率の見直し  
(75%→80%)

※平成26年4月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

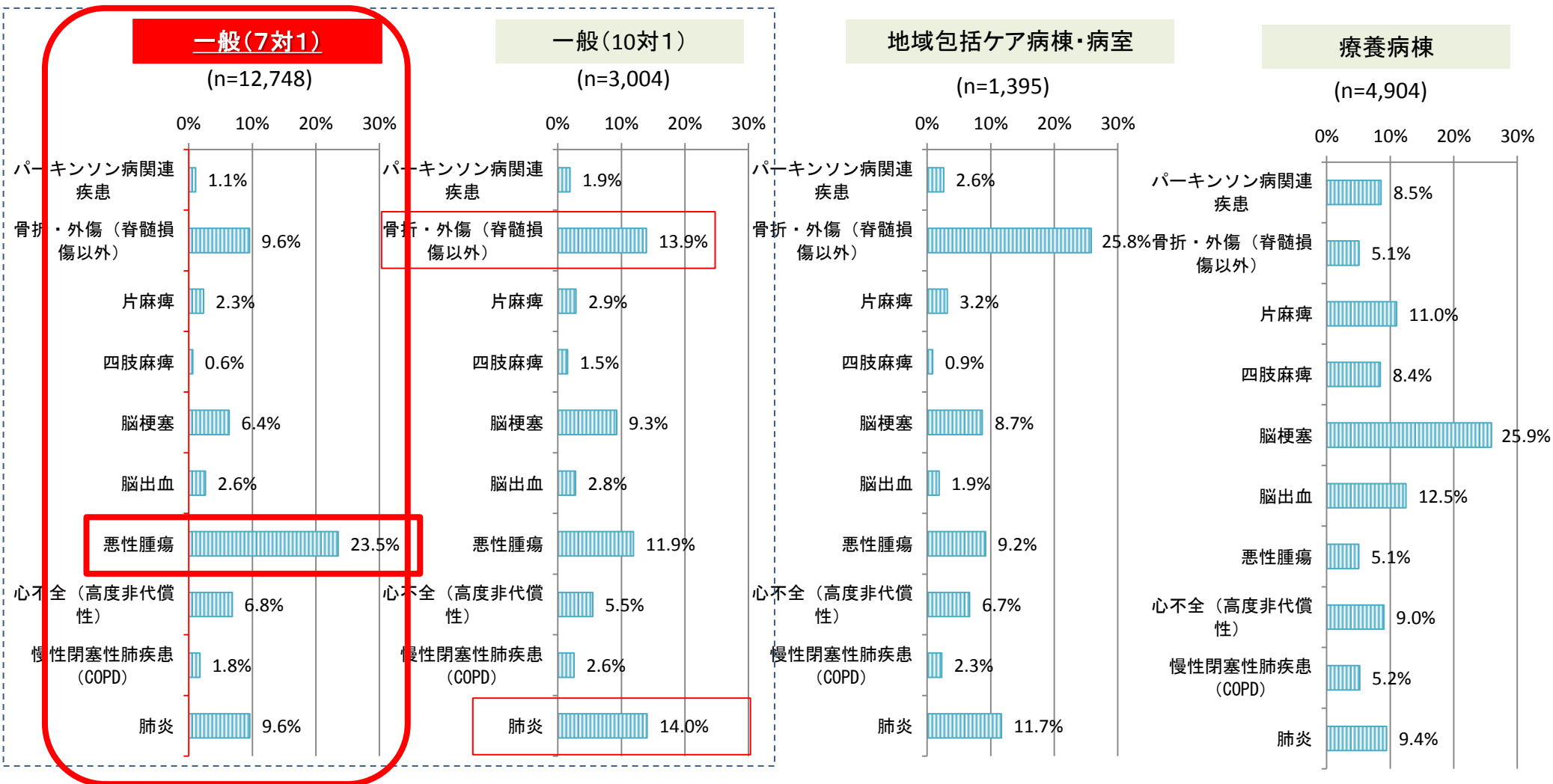
# 一般病棟(7対1、10対1)入院患者の年齢階級別分布

○ 一般病棟(7対1)の入院患者の年齢分布をみると、他の区分と比較して74歳以下の患者の占める割合が多い。



出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

○ 一般病棟(7対1・10対1)入院患者の疾患をみると、一般病棟(7対1)では、悪性腫瘍の患者が最も多く、一般病棟(10対1)では、肺炎と骨折・外傷の患者の割合が最も多い。



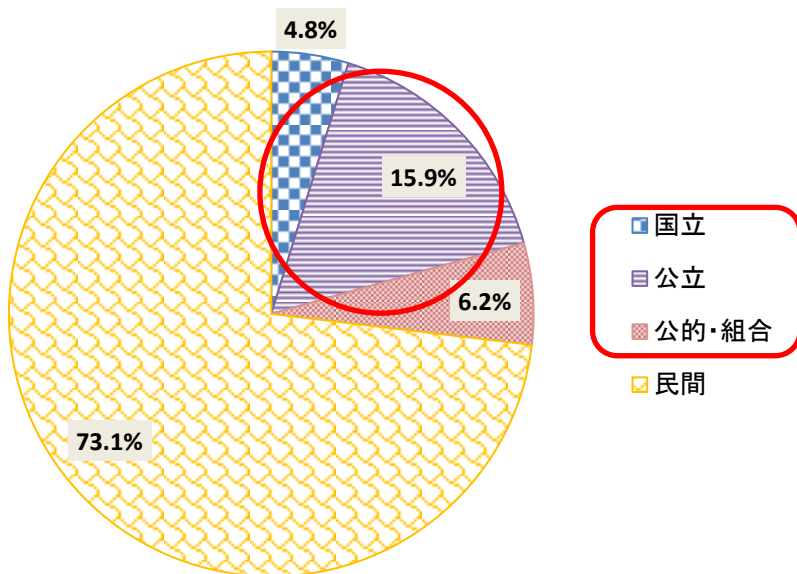
# 一般病棟入院基本料区分別の病院数・病床数

中医協 総-6  
29.3.15

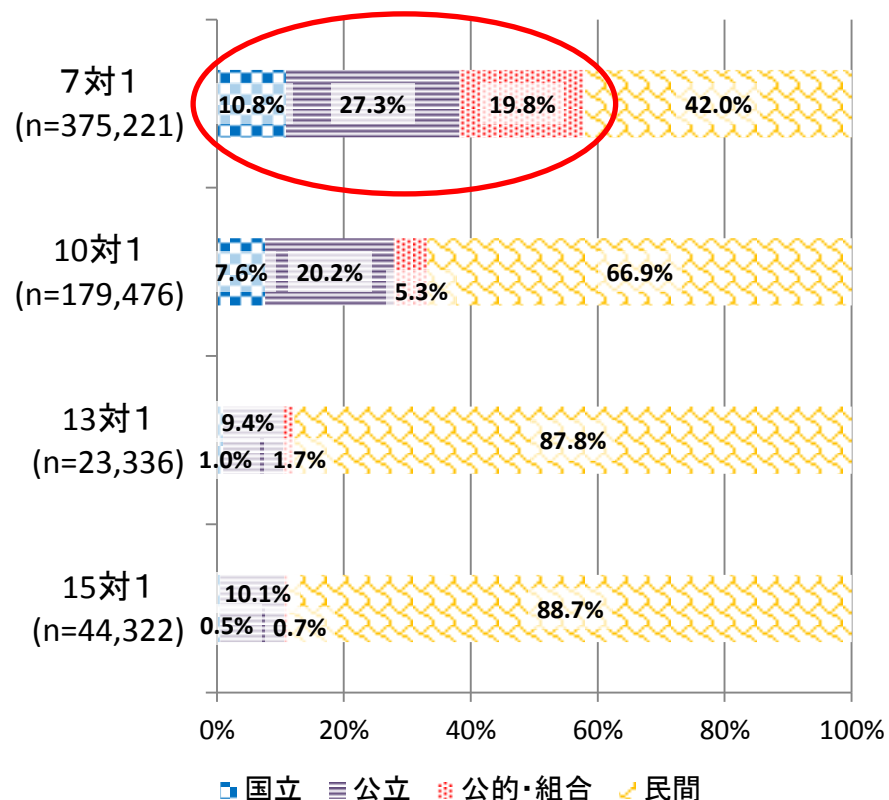
- 一般病棟入院基本料の開設者別の病院数をみると、約7割が民間である。
- 一般病棟の内訳を見ると、7対1では、国立、公立、公的・組合の合計の割合が約5割強となっている。

(平成27年7月1日時点)

■ 一般病棟入院基本料届出医療機関数における開設者割合 (n=4,757)



■ 一般病棟入院基本料の届出病床数における開設者割合



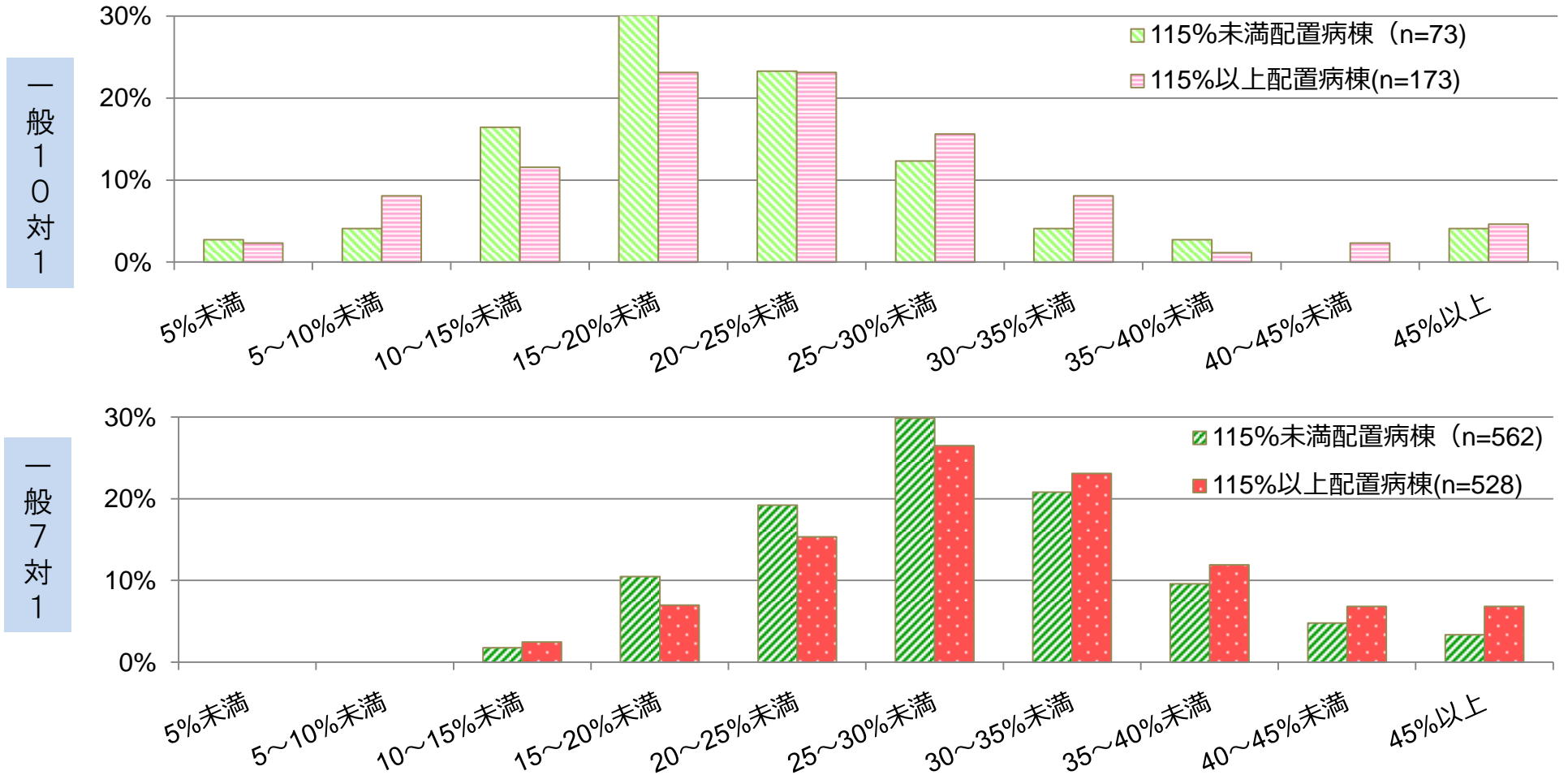
※調査手法等により、実際の数と一部異なることに留意が必要

# 看護職員配置②～重症度、医療・看護必要度(1)

診調組 入 - 1  
29 . 8 . 24

○ 病棟の看護職員配置の状況と平均在院日数をみると、一般病棟(7対1)及び一般病棟(10対1)のどちらも職員配置の多い病棟のほうが重症度、医療・看護必要度の該当患者割合がやや高い。

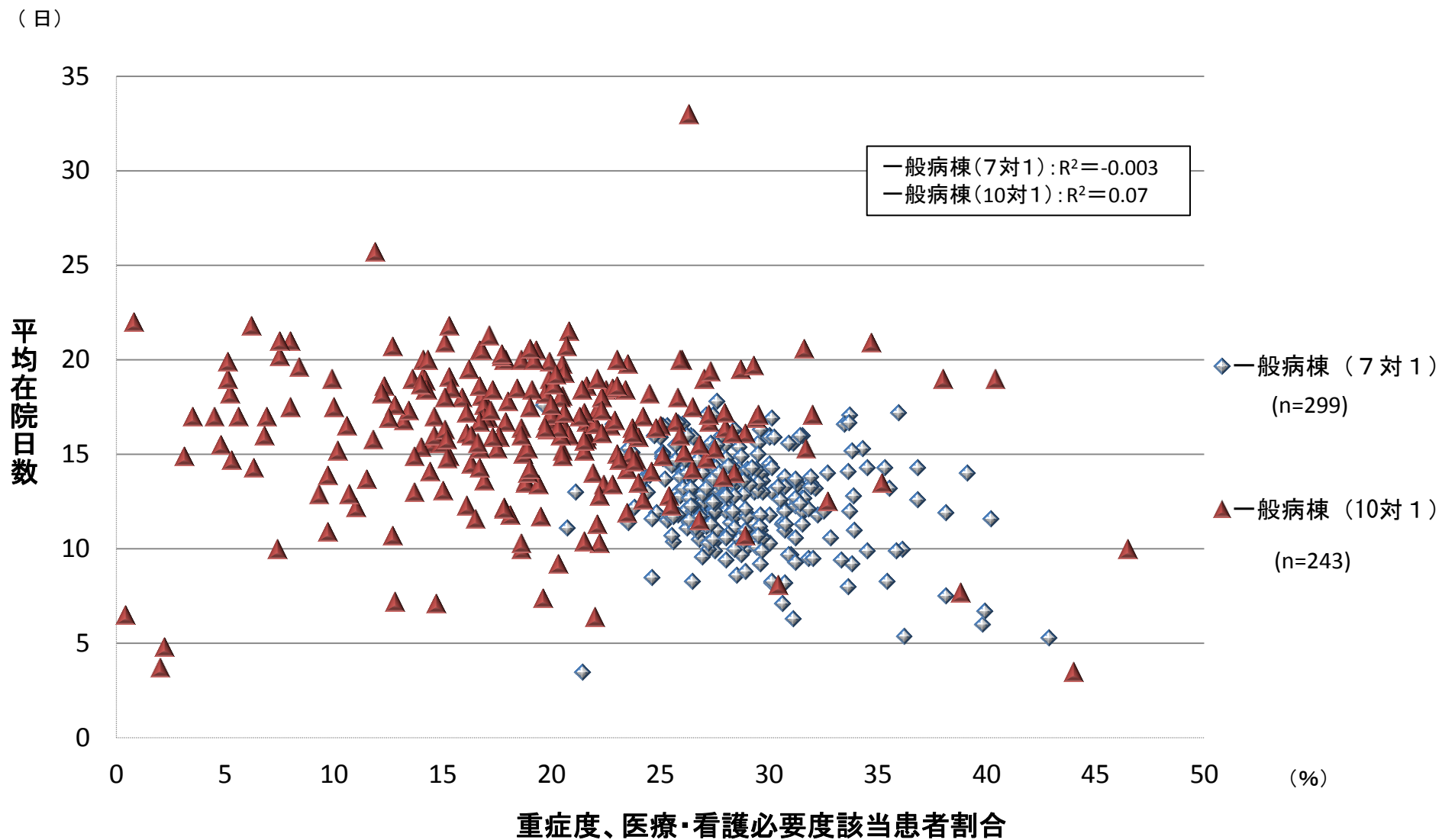
＜看護職員配置別の病棟別重症度、医療・看護必要度の該当患者割合＞



※ 病床数(届出病床数に対し利用率80%と設定)に必要な看護職員数に対し、実際に配置している看護職員数が115%以上配置している群と115%未満で配置している群とで比較



# 平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



## 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。

# 看護記録および看護必要度評価にかかる時間

入院医療等の調査・  
評価分科会  
29.11.9  
武井委員提出資料  
(当日配布資料)

患者一人あたりの看護必要度の評価に要する時間の平均値は、5.82分であった。  
一方、患者一人あたりに要する看護記録に要する時間の平均値は、15.02分であった。

	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N
患者一人あたりの看護必要度の評価に要する時間	5.82	5.502	0	60	6,936
患者一人あたりに要する看護記録に要する時間	15.02	13.734	1	90	6,873

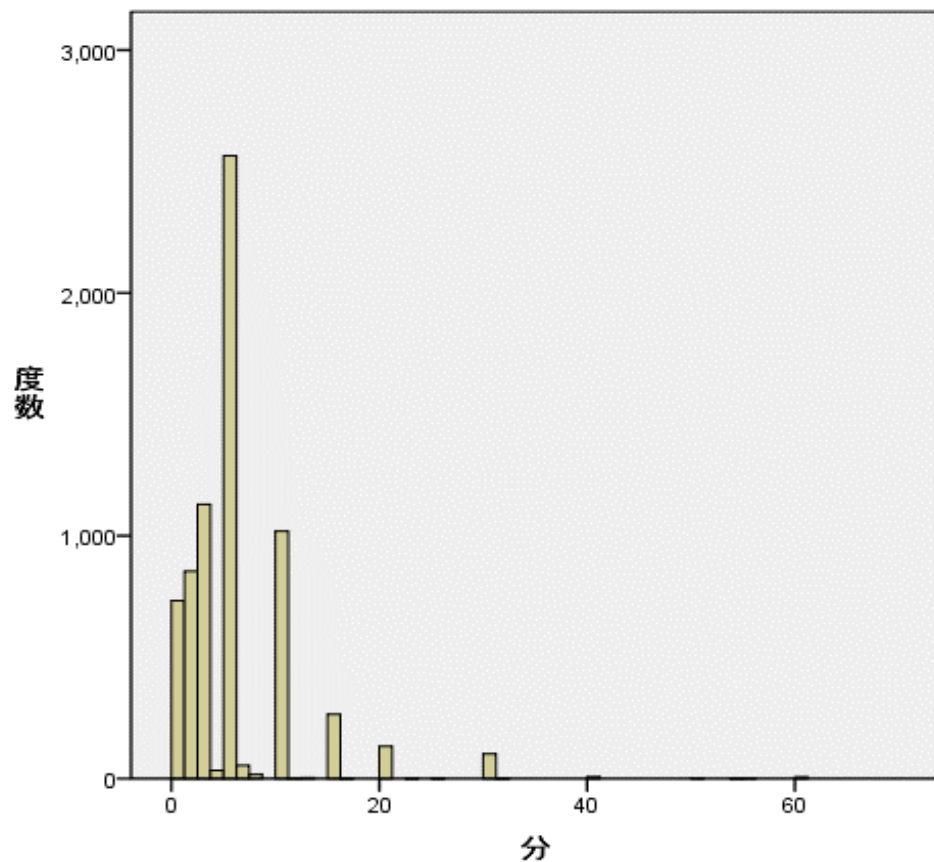


図 患者一人あたりの看護必要度の評価に要する時間のヒストグラム

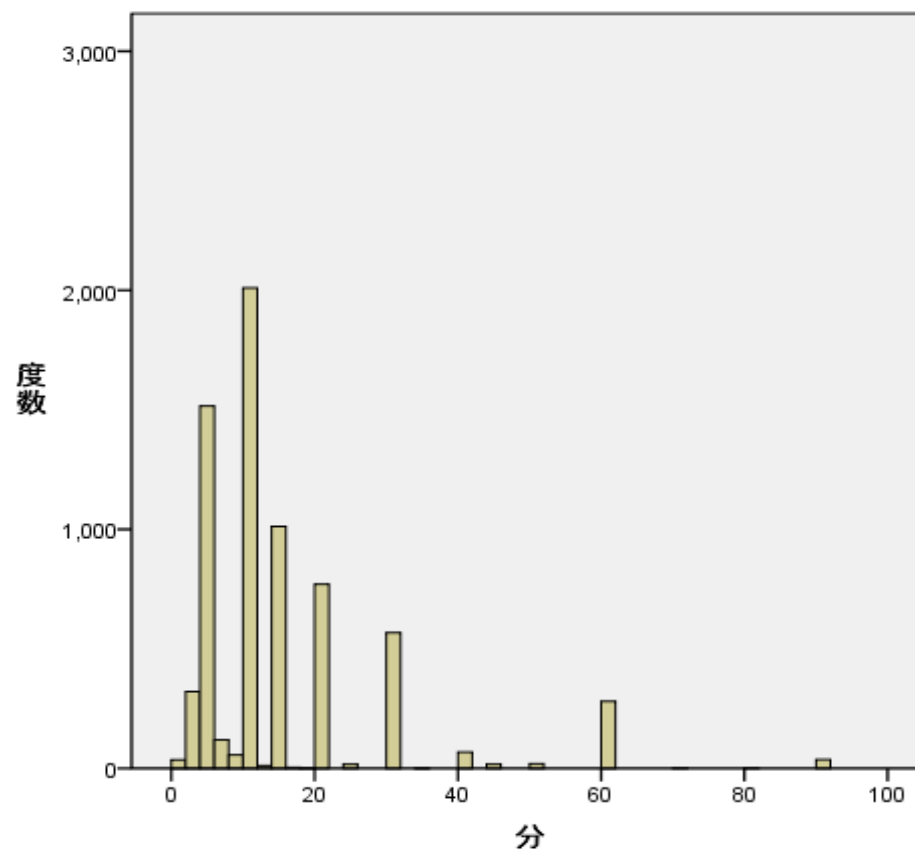


図 患者一人あたりに要する看護記録に要する時間のヒストグラム

# 「重症度、医療・看護必要度」の評価項目の 難易度、研修の必要性、評価にかかる時間

入院医療等の調査・  
評価分科会  
29.11.9  
武井委員提出資料  
(当日配布資料)

「重症度、医療・看護必要度」の評価項目(A、B、C項目)の難易度、研修の必要性、  
評価にかかる時間を聞いたところ、いずれもB項目の割合が最も高かった。

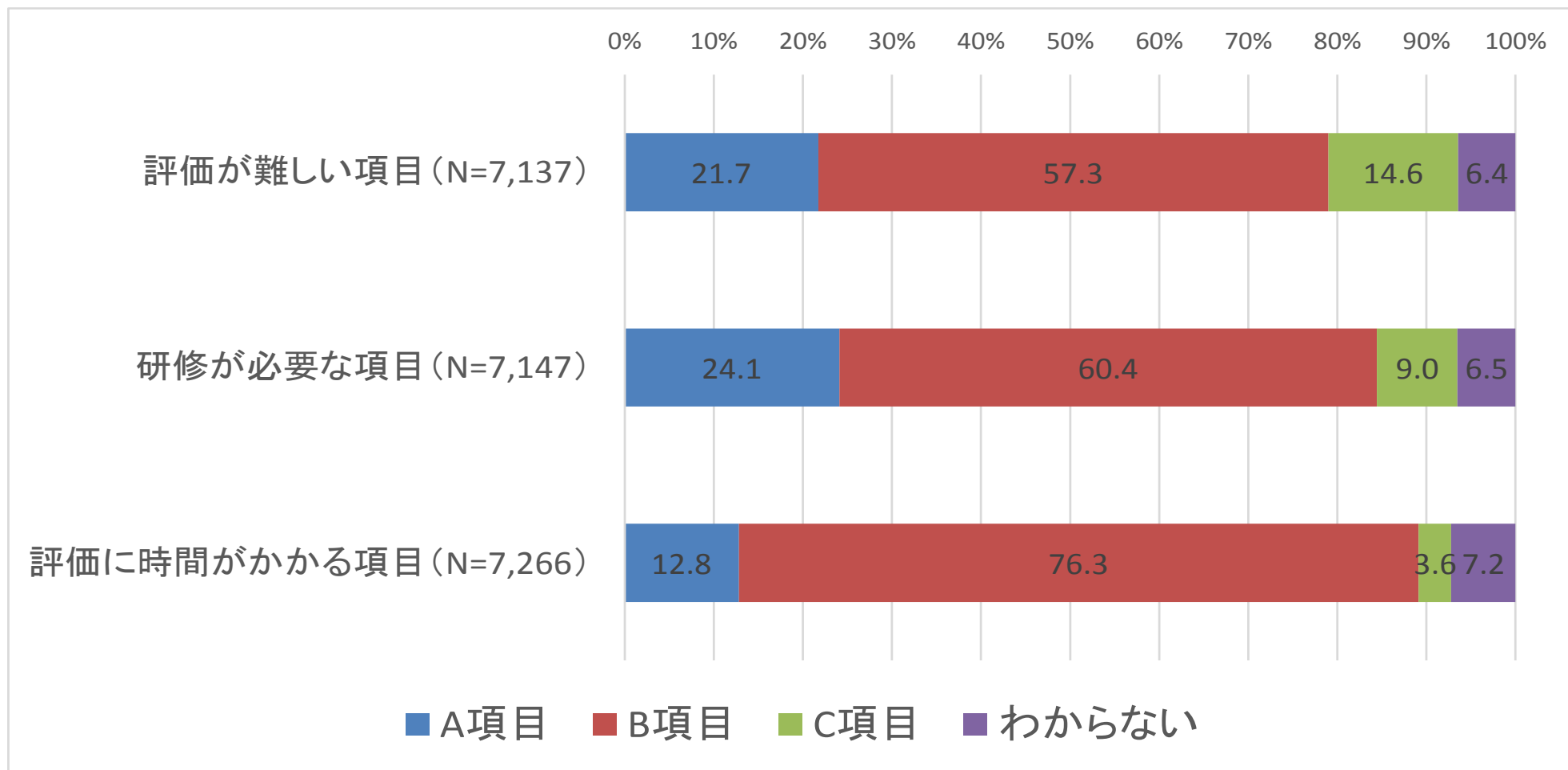


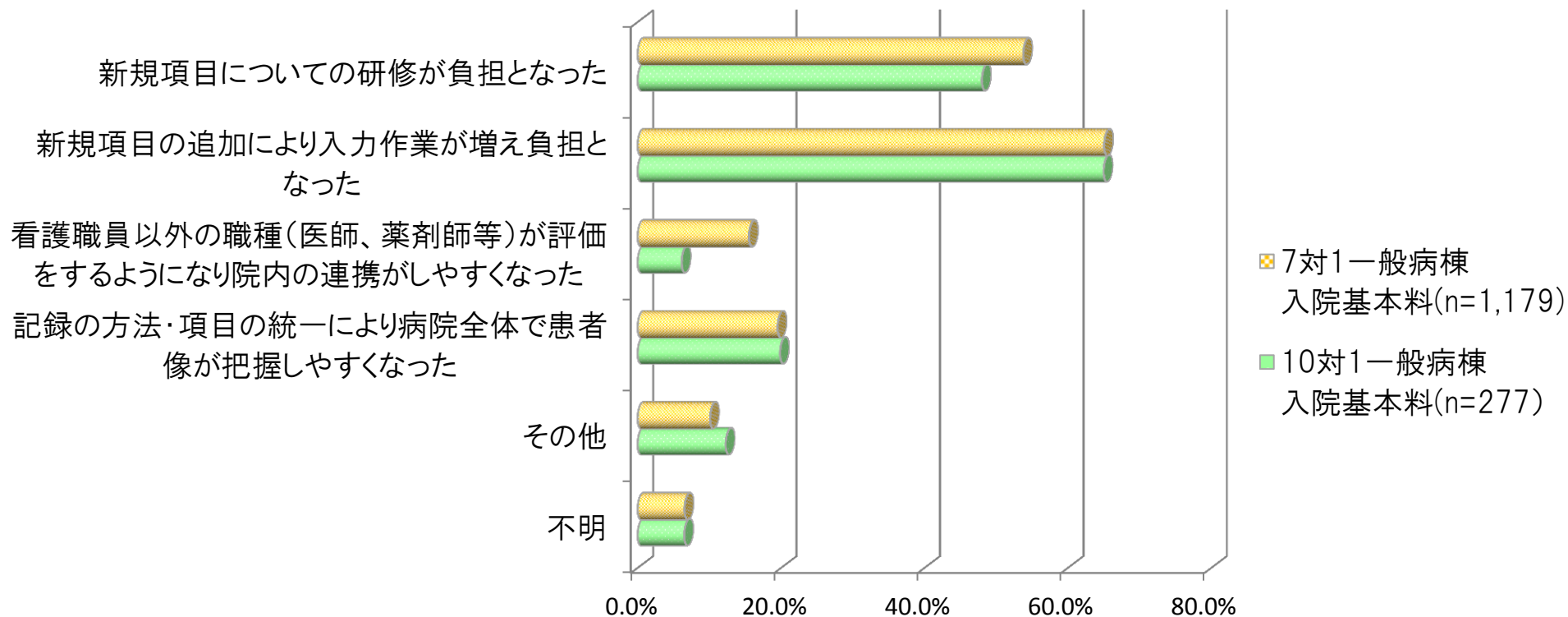
図 「重症度、医療・看護必要度」の評価項目の  
難易度、研修の必要性、評価にかかる時間

# 重症度、医療・看護必要度の見直しの影響

診 調 組 入 - 1  
2 9 . 8 . 2 4

- 重症度、医療・看護必要度の評価に関する平成28年度診療報酬改定での見直しの影響については、「新規項目の追加により入力作業が増え負担となった」が、7対1病棟、10対1病棟ともに多かった。

## <重症度、医療・看護必要度の評価を見直したことの影響>



# 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・脊椎麻酔の手術(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%

# 急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき、「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。

一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」



重症度、医療・看護必要度に基づく判定

DPCデータ※に基づく判定

※今回は、分析項目として、現行の重症度、医療・看護必要度のA項目とC項目を参考に行っている。

「急性期の入院患者」



## 平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見【抜粋】

## (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。

## (2)急性期医療～長期療養

# 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」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

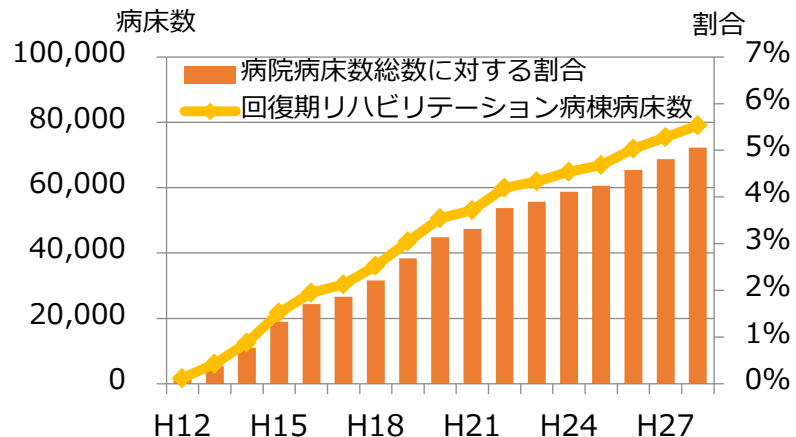
### 「③在宅復帰支援」に係る要件

- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

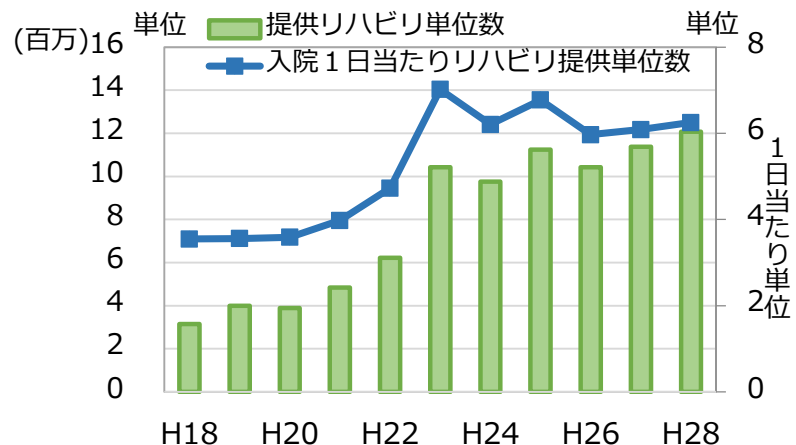
# 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

## 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

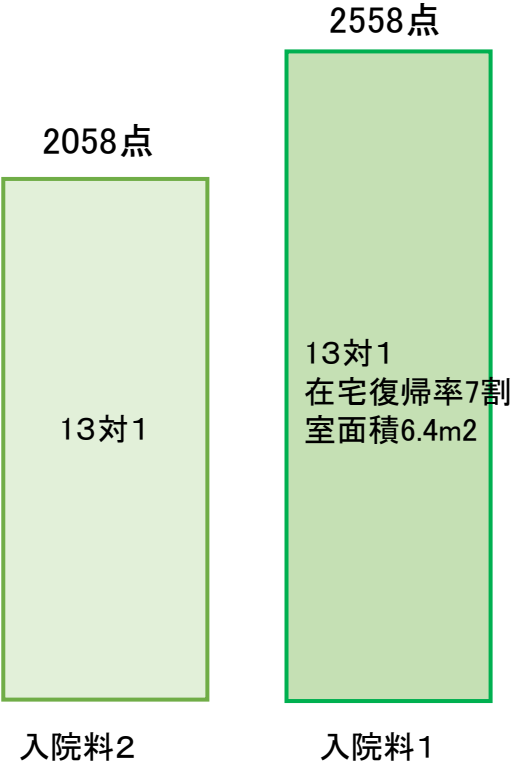
### 「②診療実績に応じた段階的な評価部分」に係る要件

- 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

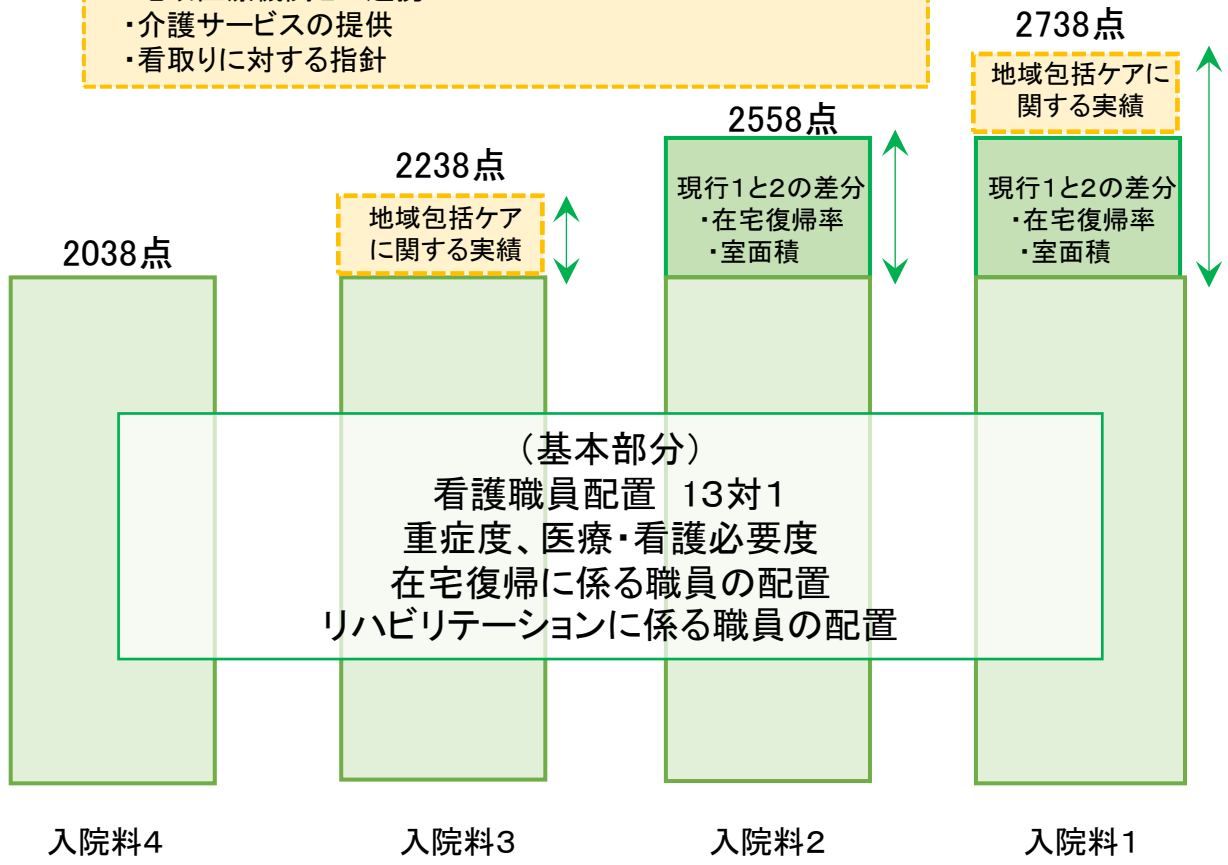
# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

- 【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)
- ・自宅等からの入棟患者割合
  - ・自宅等からの緊急患者の受入れ
  - ・在宅医療等の提供
  - ・地域医療機関との連携
  - ・介護サービスの提供
  - ・看取りに対する指針



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

# 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

**2085点**  
**実績指数 37**  
**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

**1861点**  
**実績指数 30**  
**入院料2相当の実績**

**1806点**  
**入院料2相当の実績**

**1702点**  
**実績指数 30**

**1647点**

**再編**

2,025点

**2065点**  
**充実加算 40点**  
**(基本部分) 看護職員 13対1**  
 PT3名  
 OT2名  
 ST1名  
 SW1名

**1851点**  
**充実加算 40点**  
**(基本部分) 看護職員 15対1**  
 PT2名  
 OT1名

**1697点**  
**充実加算 40点**  
**(基本部分) 看護職員 15対1**  
 PT2名  
 OT1名

入院料3      入院料2      入院料1      新入院料6      新入院料5      新入院料4      新入院料3      新入院料2      新入院料1

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

## 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"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> <li>・療養病棟(加算+)</li> <li>・有床診療所(加算+)</li> <li>・介護老人保健施設(加算+)</li> </ul> ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟から退棟した患者</li> </ul> ※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"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等</li> </ul> ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者</li> </ul> ※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"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等(介護医療院を含む)</li> <li>・有床診療所</li> </ul> (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"> <li>・地域包括ケア病棟から退棟した患者</li> </ul> ※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"> <li>・自宅</li> <li>・居住系介護施設等(介護医療院を含む)</li> <li>・有床診療所</li> </ul> (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"> <li>・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者</li> </ul> ※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

# 療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

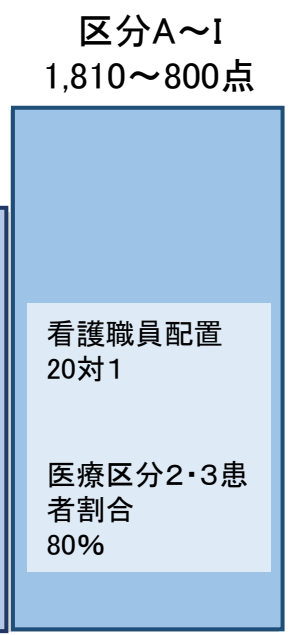
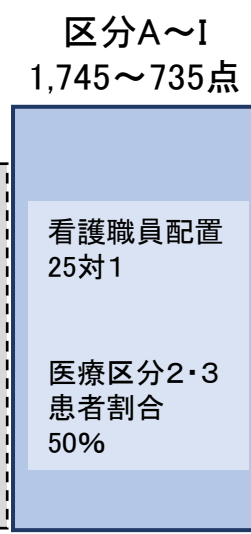
【平成30年度改定】

【実績部分】

・医療区分2・3該当患者割合

経過措置  
療養2の95/100  
を算定

(25対1を満  
たさない)  
又は  
(医療区分  
2・3患者割  
合50%を満  
たさない)



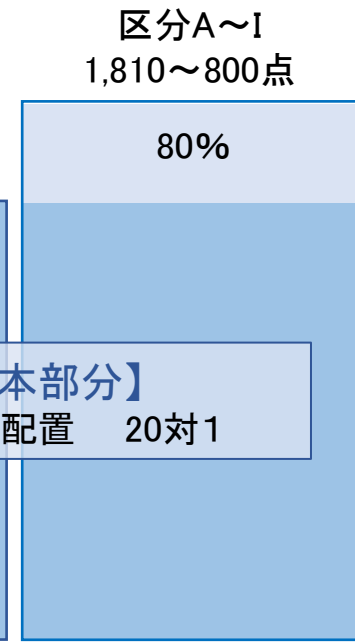
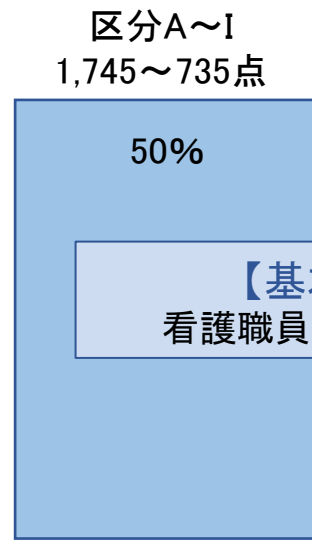
再編

経過措置2  
療養病棟入院料2  
の80/100を算定

経過措置1  
療養病棟入院料2  
の90/100を算定

看護職員配  
置30対1  
(25対1を満  
たさない)

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



療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料

## 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

# 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)

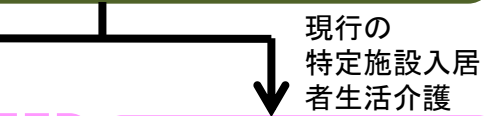
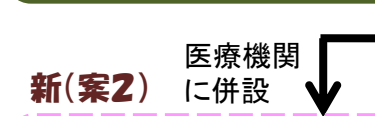
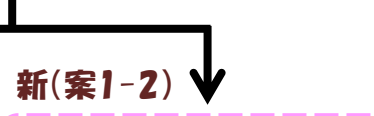
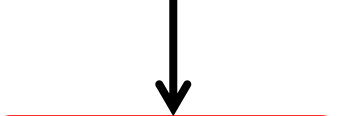
**医療機関  
(医療療養病床  
20対1)**

**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。〕

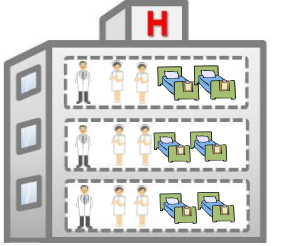
**介護医療院**

**既存サービスの  
組合せ**



**新(案1-1)**

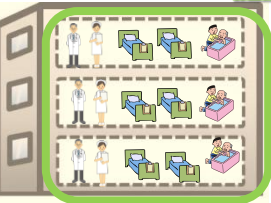
- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 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


**新(案1-1)**

- 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。



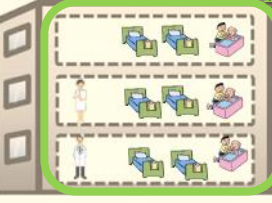
- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例




**新(案1-2)**

- 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。**



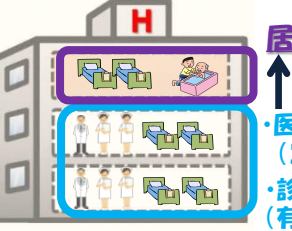
- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される医療機関との組み合わせ例



**新(案2)**

- 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。**



**居住スペース**  
↑訪問診療  
・医療療養病床(20対1)  
・診療所(有床又は無床)

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所(有床、無床)として経営を維持。

- 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。

**既存サービスの組合せ**

- 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。**



**+**  
**診療所等**

- 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

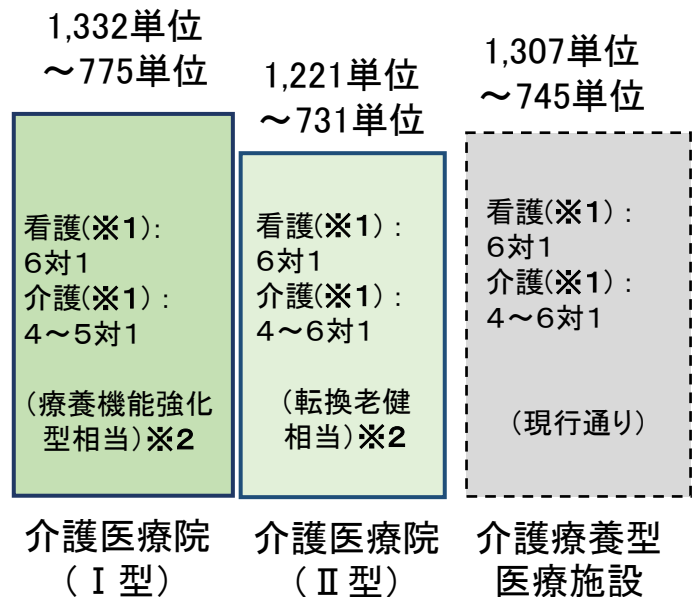
※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

# ＜参考＞療養病床再編成の概要（医療保険・介護保険）

## 【介護保険】 介護療養病床

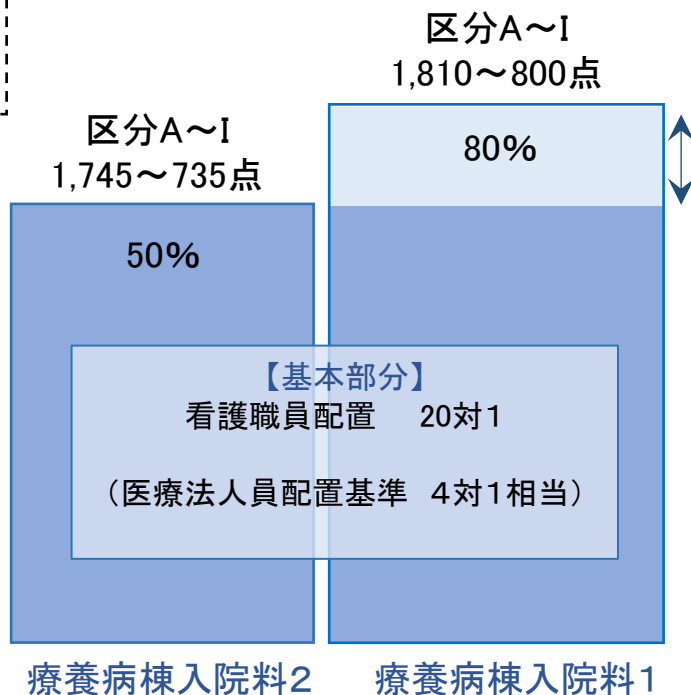
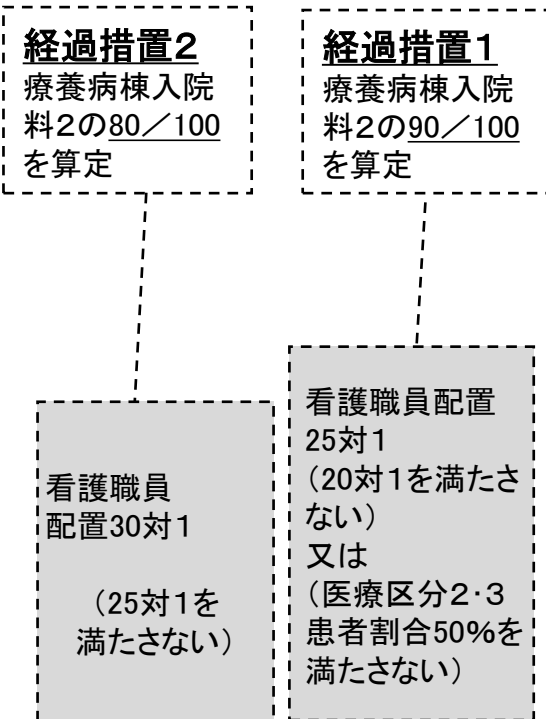
（※1）医療法人員配置基準は「雇用配置」であり、診療報酬の人員配置基準である「実質配置」とは異なる（「実質配置」は「雇用配置」の約5倍）

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



## 【医療保険】 医療療養病床

【実績部分】  
・医療区分2・3該当患者割合



## (4) DPC/PDPS、短期滞在手術、 有床診療所

# 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。

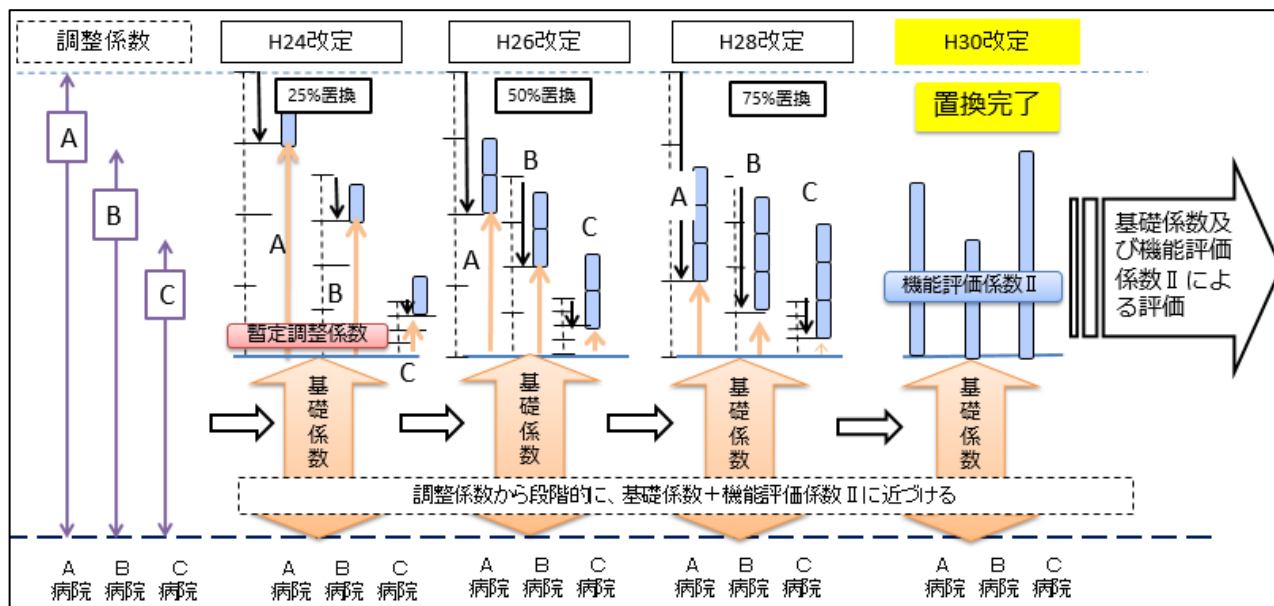
- 基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続  
 ※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
- 機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続
- 機能評価係数Ⅱ**: 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
- 激変緩和係数**: 調整係数の廃止と診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、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)

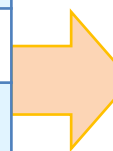
直近の診療実績データ等を用いた診断群分類点数表の見直し等、通常報酬改定での所要の対応を実施



## 機能評価係数Ⅱの見直し（総論）

- 調整係数から機能評価係数Ⅱへの置き換え完了に伴い、機能評価係数Ⅱを中心とした評価体系に移行するため、制度の安定的な運用を確保する観点から機能評価係数Ⅱのあり方を再整理。
- 導入時より評価されている6つの係数（保険診療、効率性、カバー、複雑性、救急医療、地域医療）については、基本的評価軸として位置付け、追加された後発医薬品(※)、重症度については廃止。（※機能評価係数Ⅰにおいて評価）
- 項目間で評価の重みづけや、係数間での分散を均等とする処理は廃止。

現行
保険診療係数
効率性係数
複雑性係数
カバー率係数
救急医療係数
地域医療係数・体制評価指数
地域医療係数・定量評価指数
後発医薬品係数
重症度係数



改定後
<u>データ作成基準の見直し、Ⅰ群Ⅱ群の評価の廃止</u>
(現行評価の継続)
(現行評価の継続)
<u>Ⅲ群での係数底上げ処理を廃止</u>
<u>救急医療管理加算の評価に応じた指数の見直し</u>
<u>医療計画の見直しを踏まえた見直し</u>
(現行評価の継続)
<b>廃止</b> （機能評価係数Ⅰにおいて評価）
<b>廃止</b>

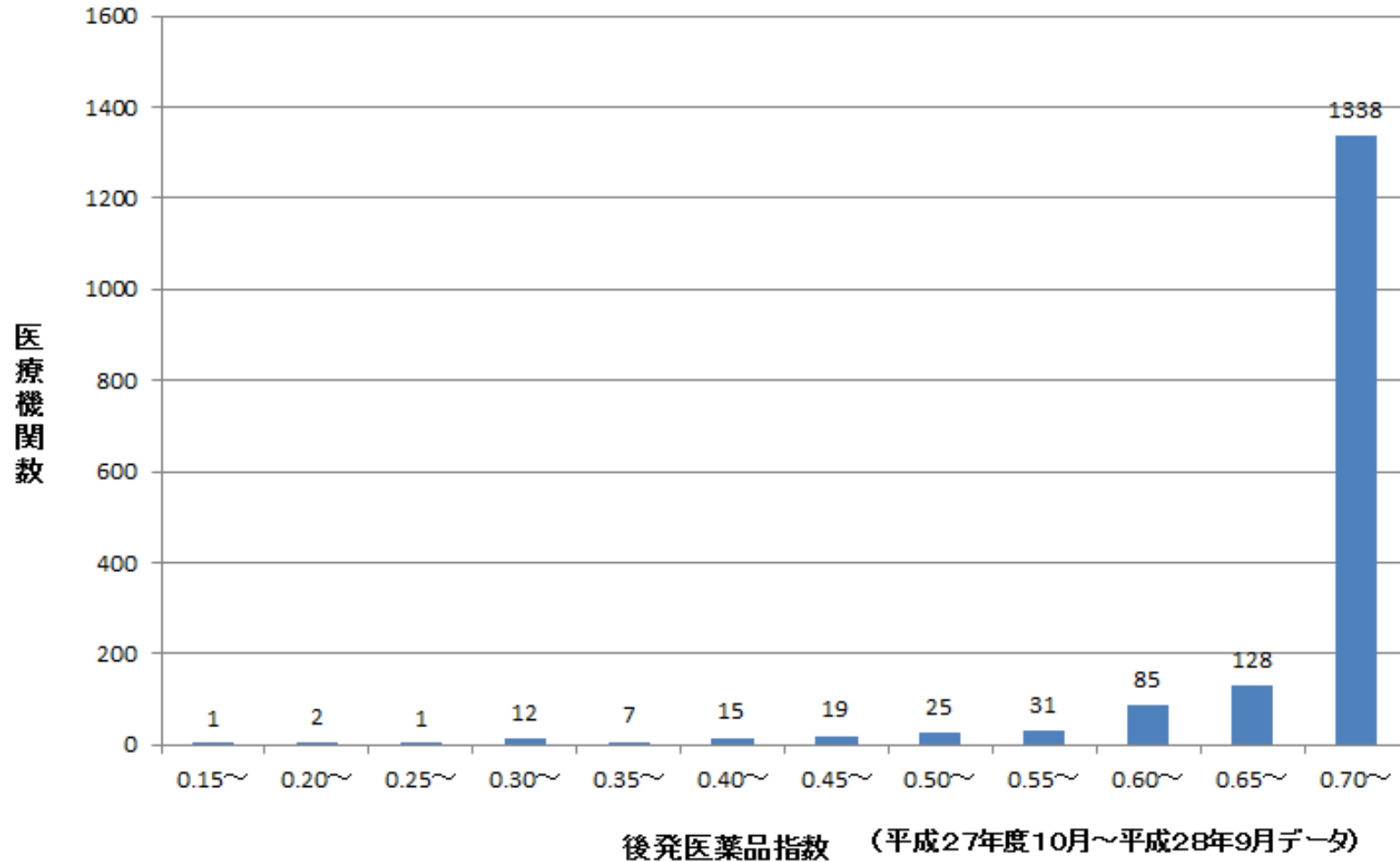
※ 多様な医療機関が含まれ、項目間相互での評価の軽重を設定することが特に困難なDPC標準病院群だけでなく、制度の複雑化等の指摘等を踏まえ大学病院本院群、DPC特定病院群においても行わない。



# 平成29年度 後発医薬品指数の分布(速報値)

(N=1664)

※0.80を越える病院は737

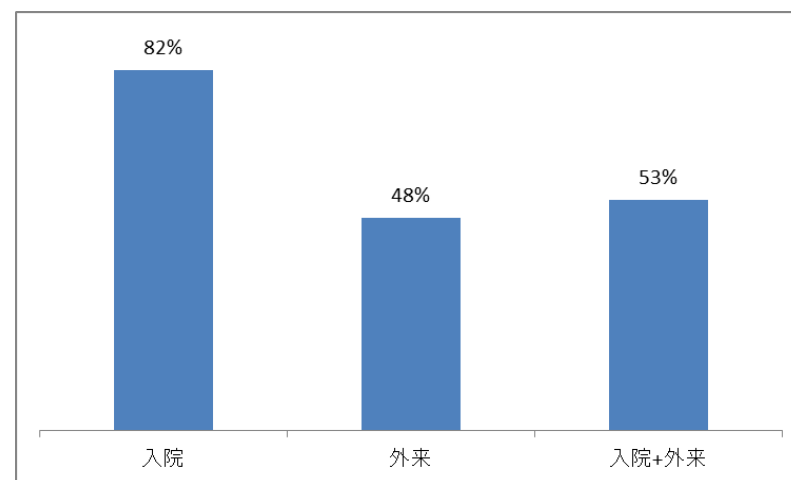


※0.05刻みで「0.2~」は「0.20以上0.25未満の区分」を表す

## DPC/PDPSにおける後発医薬品使用促進の取組

- DPC対象病院においては、機能評価係数Ⅱによる後発医薬品使用促進の効果から、入院医療における後発医薬品の使用割合は高い。一方、後発医薬品使用体制加算により評価される外来も含めた医療機関の後発医薬品使用については、入院と比較すると取組が十分ではない（外来48%、参考;非DPC対象病院は38%）と考えられた。
- このため、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、DPC対象病院においても、当該加算は機能評価係数Ⅰによる評価対象とすることとし、DPC対象病院における外来の後発医薬品使用の取組をさらに推進する。

入院、外来別のDPC対象病院における後発品使用状況  
(医療機関の中央値)



平成28年度DPCデータ

## 短期滞在手術等基本料の見直し

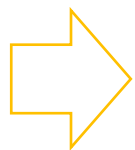
### 個別項目の見直し

- 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。

# 算定ルールの見直し（短期滞在との整理/再入院ルール）

## ● 短期滞入手術等基本料の見直しへの対応

DPC対象病院において、短期滞入手術等基本料2及び3が算定不可となることを踏まえ、短期滞入手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他手術に係る診断群分類について、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dを設定する。

- 短期滞入手術
- その他手術

診断群分類	診断群分類名称	手術分岐名称
050070xx01x0xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術
060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
060150xx03xxxx	虫垂炎	虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等
060335xx02000x	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等
090010xx01x0xx	乳房の悪性腫瘍	乳腺悪性腫瘍手術 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））等
110070xx0200xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術
11012xxx020x0x	上部尿路疾患	経尿道的尿路結石除去術

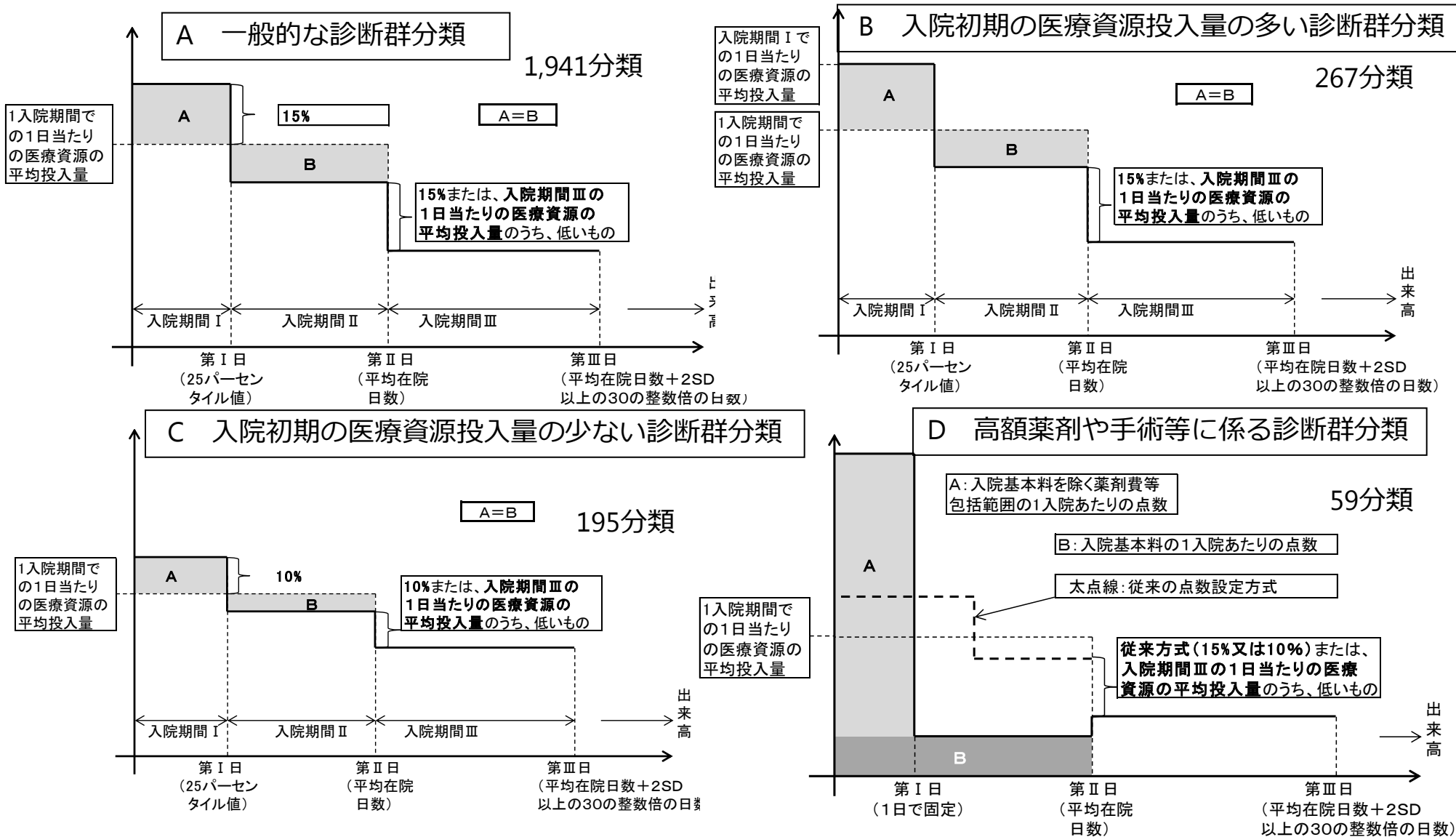
## ● 再入院ルールの見直し

7日以内に再入院（入棟）する以下のケースについては新たに一連の入院として取り扱う。

- 再入院の契機となる傷病名が、手術・処置等の合併症に係るDPCのICDコードである場合
- 再入院の医療資源を最も投入した傷病名が前回の入院と同一の場合

# 1日あたり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

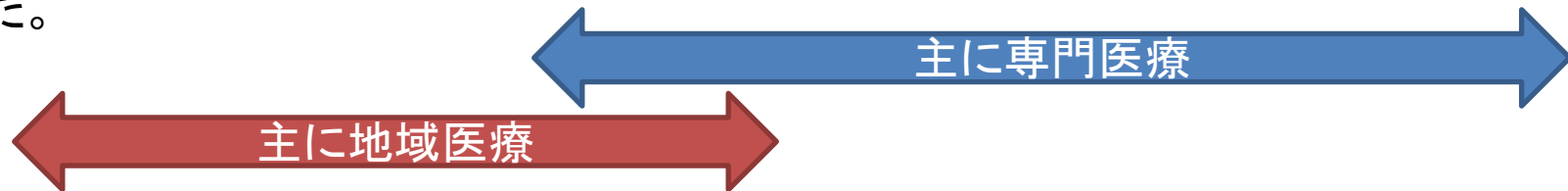
入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。



# 有床診療所が地域で果たしている役割・機能②（診療科別）

中医協 総-3  
29.11.17

- 有床診療所の役割・機能は、
  - ・ 主とする診療科が内科、外科の場合は、「在宅医療の拠点」「在宅・介護施設への受け渡し」「終末期医療」などの地域医療の割合が多く、
  - ・ 主とする診療科が産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の場合は、「専門医療」の割合が多く、
  - ・ 主とする診療科が整形外科の場合は、「専門医療」「在宅・介護施設への受け渡し」の割合が多かった。

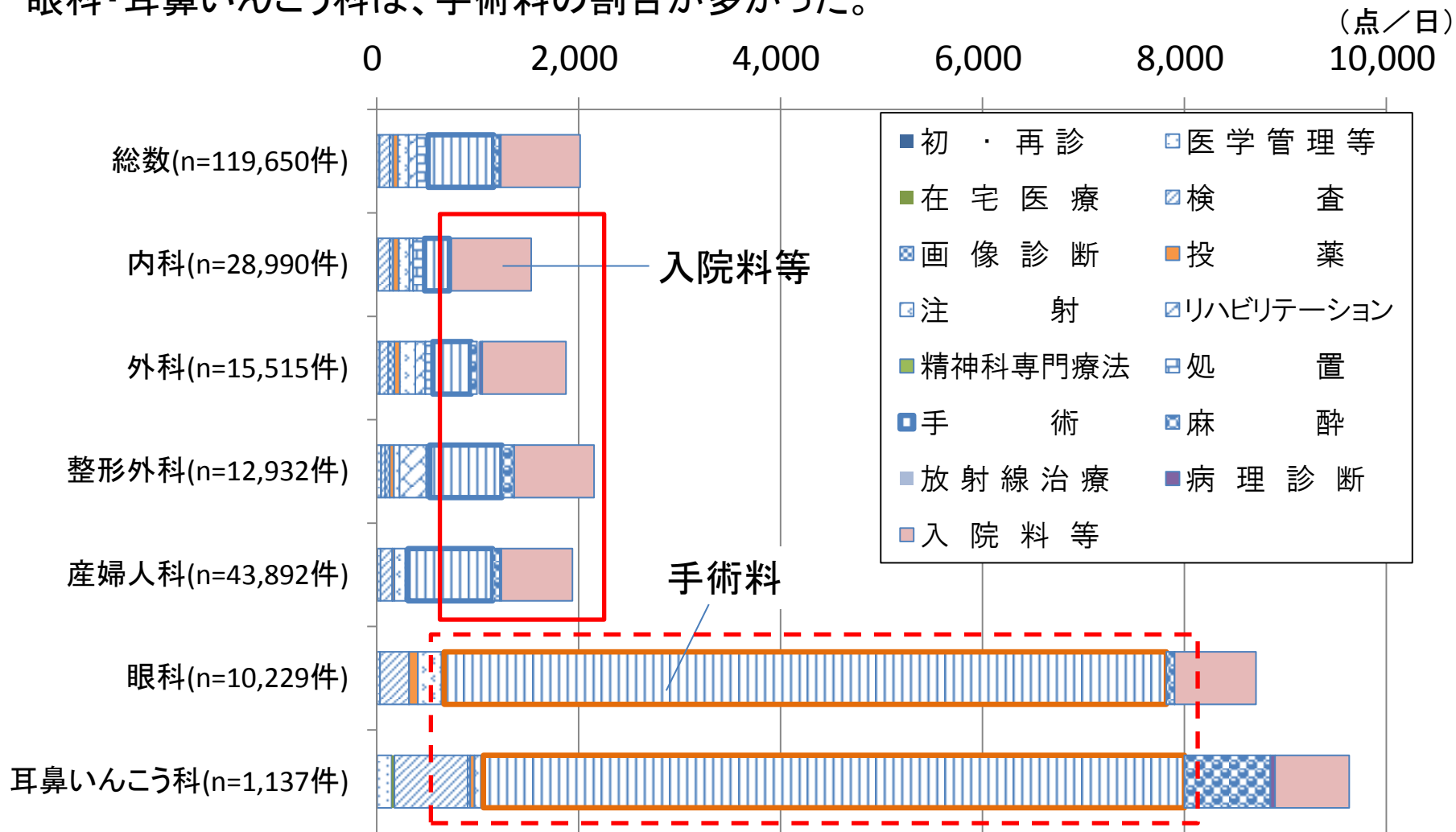


	内科		外科		整形外科		産婦人科		眼科		耳鼻咽喉科	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
総数	922	100%	128	100%	377	100%	1,165	100%	591	100%	72	100%
専門医療	200	22%	40	31%	250	66%	732	63%	402	68%	44	61%
緊急時対応	405	44%	71	55%	208	55%	533	46%	133	23%	16	22%
在宅医療の拠点	433	47%	55	43%	77	20%	11	1%	13	2%	4	6%
在宅・介護施設への受け渡し	547	59%	80	63%	210	56%	35	3%	20	3%	4	6%
終末期医療	468	51%	64	50%	40	11%	8	1%	3	1%	0	0%
何れの機能にも該当しない	82	9%	9	7%	13	3%	228	20%	120	20%	6	8%
休棟中	144	16%	23	18%	52	14%	58	5%	40	7%	12	17%

# 有床診療所・診療科別の入院レセプト1日あたり平均点数

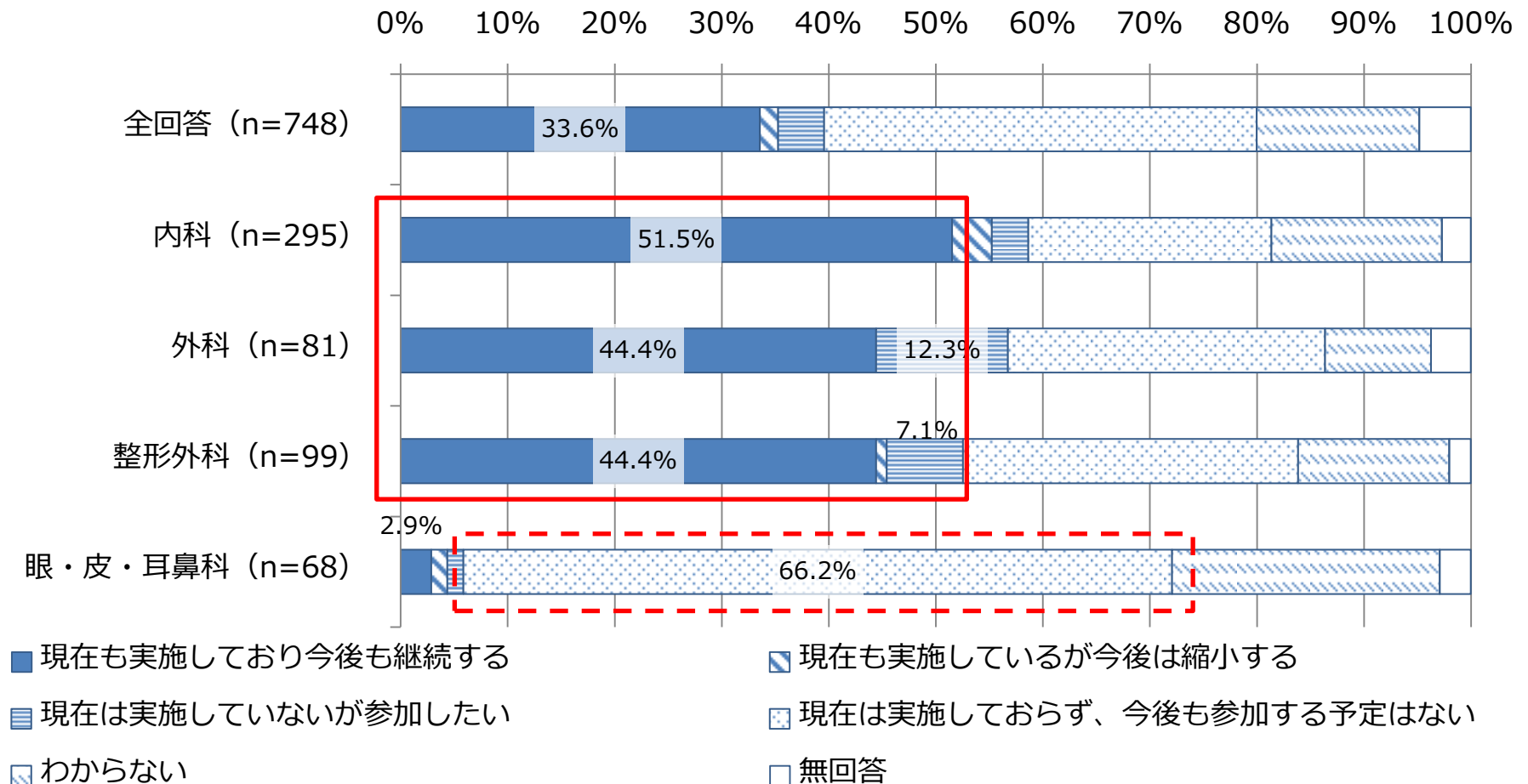
中医協 総-3  
29.11.17

- 有床診療所の入院レセプト1日あたり平均点数を診療科別にみると、
  - ・ 内科・外科・整形外科・産婦人科は、入院料等が占める割合が多く、
  - ・ 眼科・耳鼻いんこう科は、手術料の割合が多かった。



注) 算定点数を診療実日数で割り戻して算出。

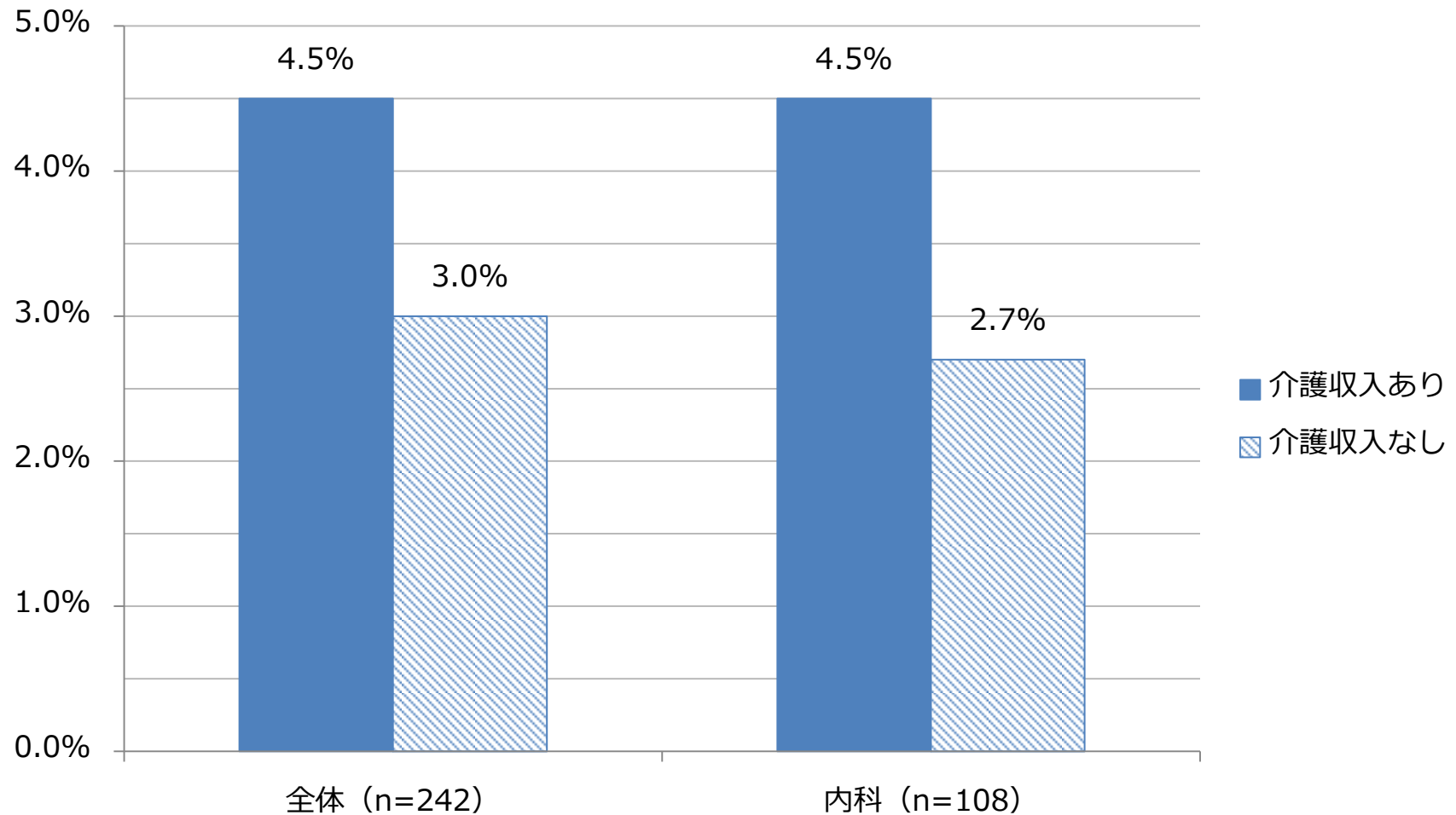
- 有床診療所の介護サービスへの参入状況については、
- ・ 内科、外科、整形外科は、4～5割が「現在も実施しており今後も継続する」であり、外科、整形外科は、約1割が「現在は実施していないが参加したい」であった。
  - ・ 眼・皮・耳鼻科は、約7割が「現在は実施しておらず、今後も参加する予定はない」であった。





- 有床診療所の経常利益率を介護収入の有無別に比較すると、介護収入のある有床診療所の方が経常利益率が高い傾向がみられた。

＜介護収入の有無別にみた有床診療所の経常利益率＞

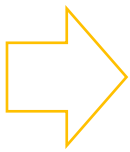


# 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 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。

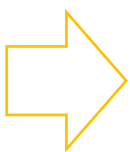
- [施設基準]
- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。  
(2) 介護サービスを提供している。

- 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

## 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

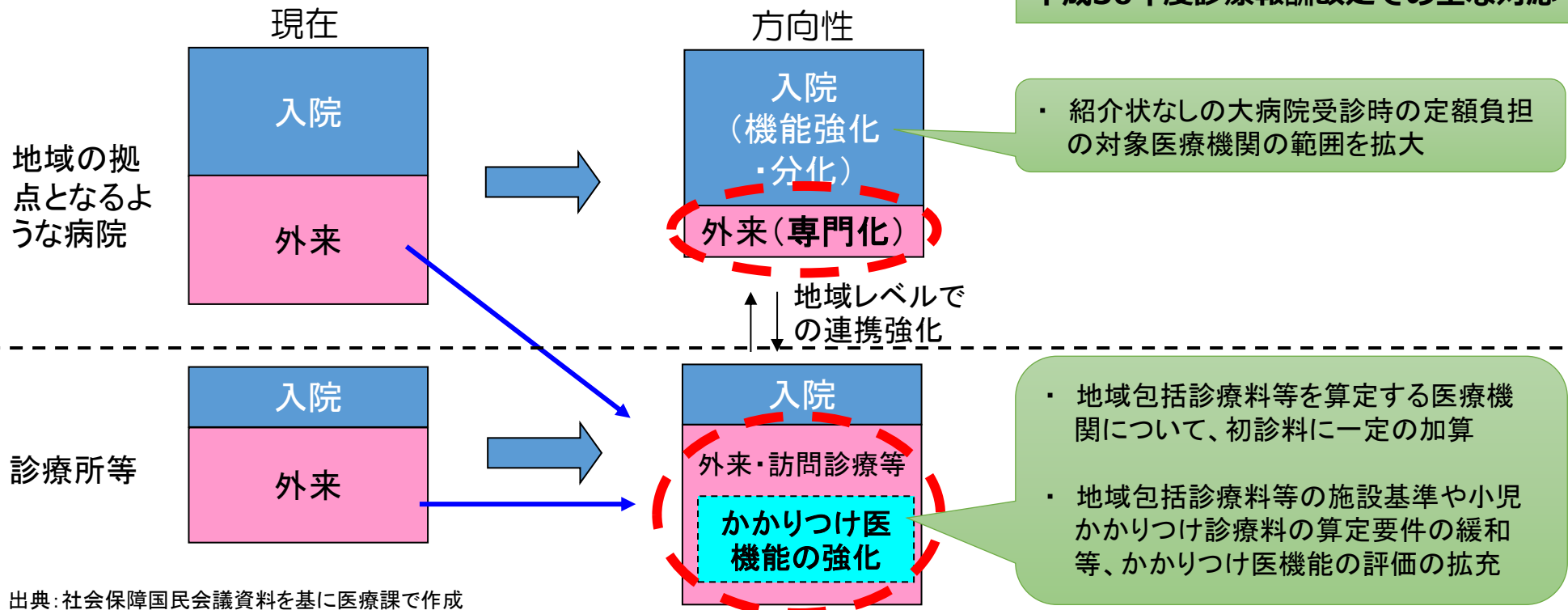
# 外来医療の今後の方向性(イメージ)

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

### 平成30年度診療報酬改定での主な対応



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

# 「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)

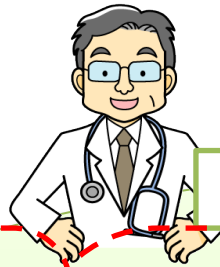
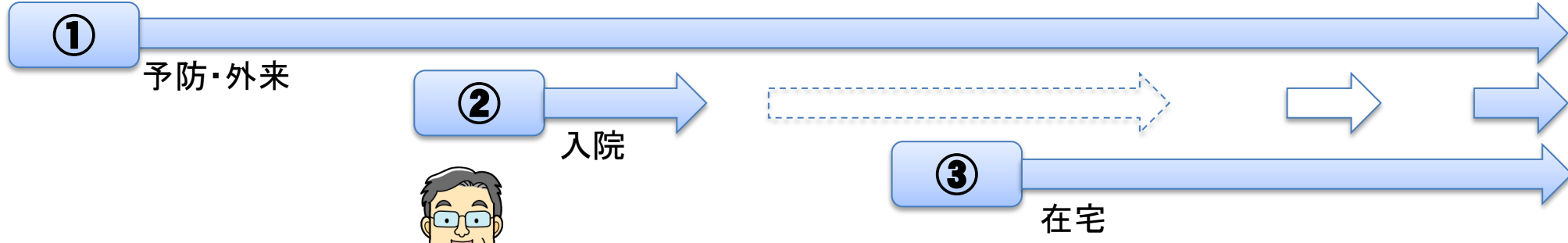
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「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。<sup>69</sup>

# かかりつけ医機能のイメージ (案)

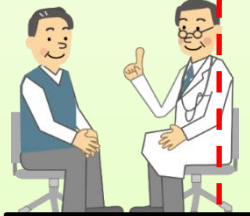
## ～生活習慣病を有する患者の例～



### かかりつけ医機能



処方



生活指導



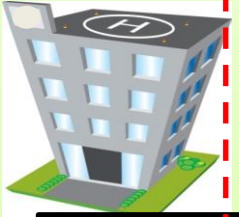
- ・服薬指導
- ・薬剤師との連携



24時間の対応



健康相談



- ・必要に応じ専門医療機関等の紹介



- ・要介護認定の支援
- ・介護支援専門員との連携



在宅医療の提供

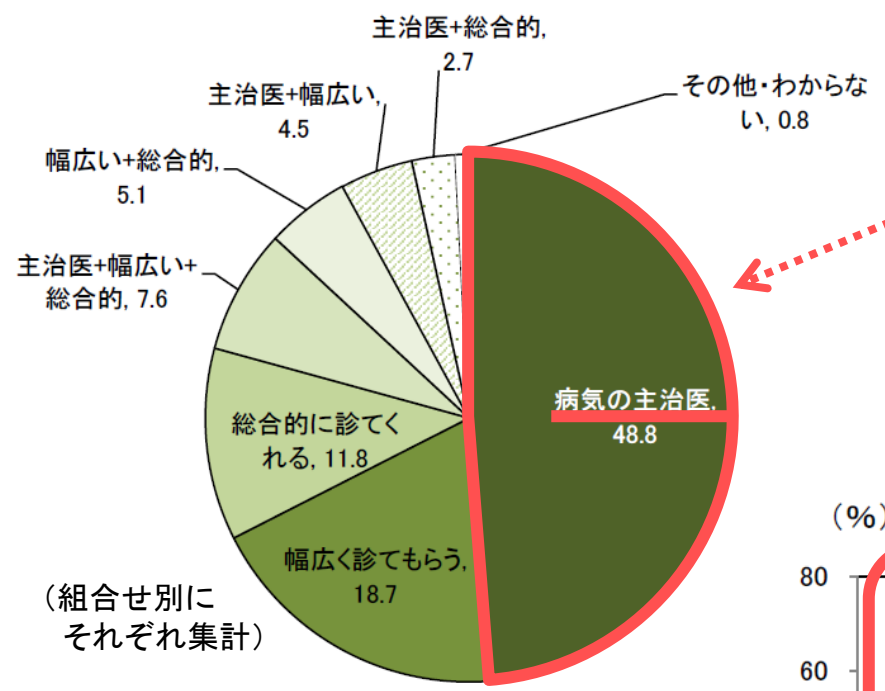
① 日常的な医学管理と重症化予防

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）

かかりつけ医はどういう医師か (n=603)

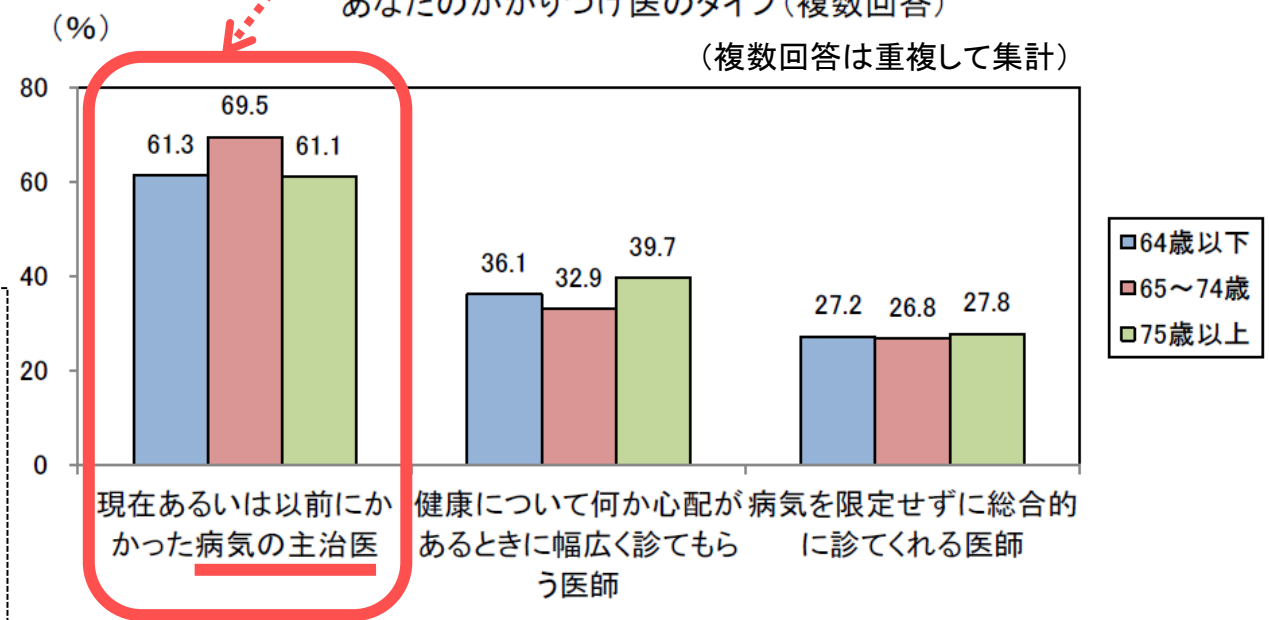


○かかりつけ医がいると回答した人のうち、どのような医師かの問いに対し、「**病気の主治医**」のみを選択した者の割合は約50%。  
また、「幅広く診てもらおう」又は「総合的に診てくれる」をひとつでも選択した者の割合は約50%。

○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)

(複数回答は重複して集計)



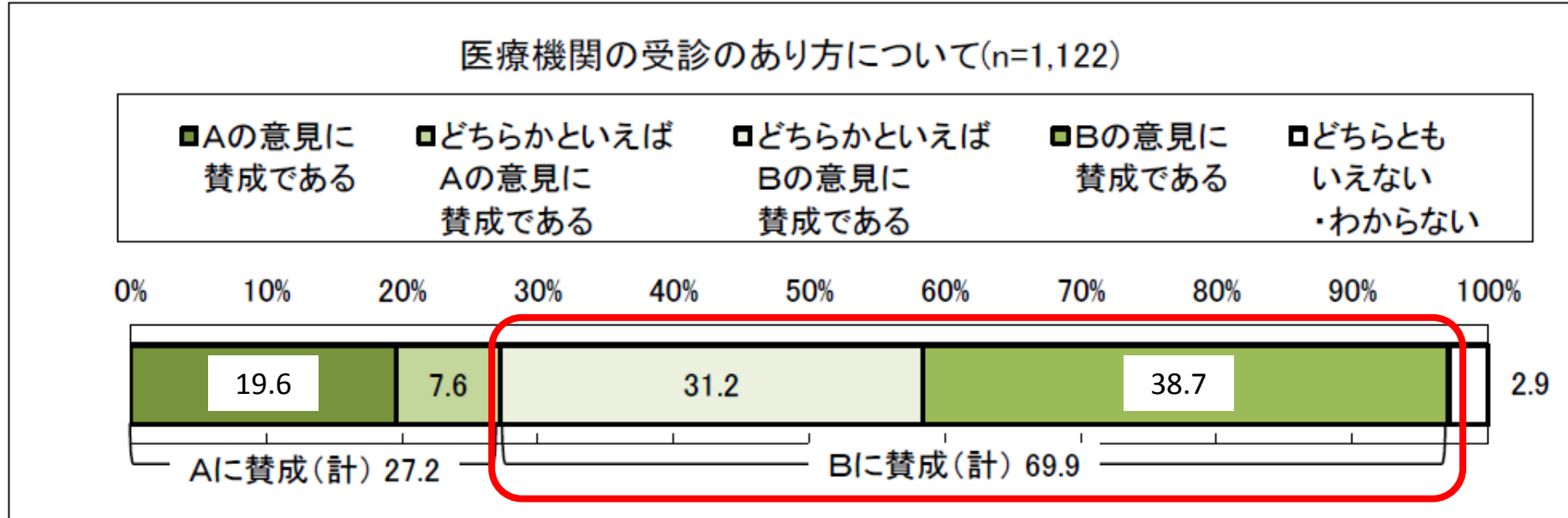
【設問と選択肢】  
Q9. -SQ1  
あなたにとって、かかりつけ医はどういう医師ですか。  
この中から当てはまるものをすべてあげてください。  
(ア) 現在あるいは以前にかかった病気の主治医  
(イ) 健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう医師  
(ウ) 病気を限定せずに総合的に診てくれる医師  
(エ) その他  
わからない

# 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

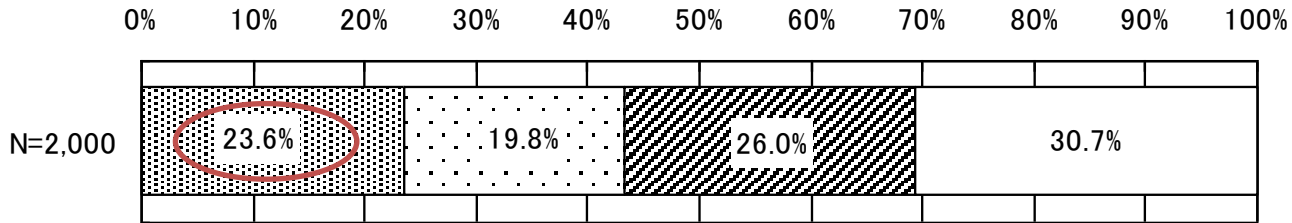




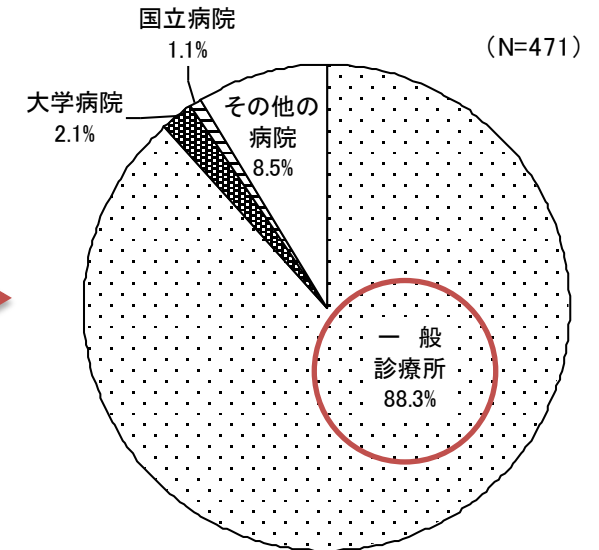
# 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無について

日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無

その医師のいる医療機関



- 病気になる時いつも相談し、診察を受ける医師がいる
- この病気ならこの先生という意味でなら、決まった医師がいる
- いつもかかる医療機関ならあるが、診察を受ける医師は決まっていない
- そのような医師・医療機関はない



出典：平成23年11月17日「医療に関する国民意識調査」－調査結果報告の要旨－健康保険組合連合会

○ 「病気になる時いつも相談し、診察を受ける医師がいる」と回答した者は23.6%であり、その医師がいる医療機関の88.3%が一般診療所であった。

# かかりつけ医機能評価の充実

• がん患者に対する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)

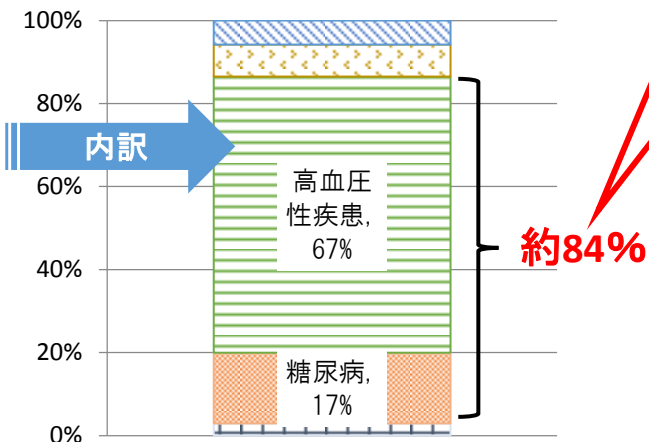
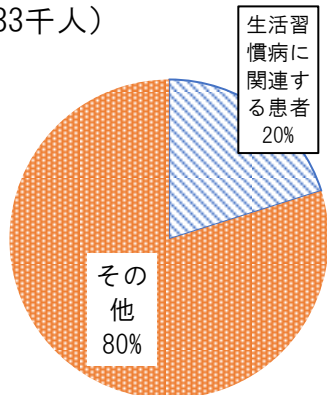
(新) 機能強化加算 80点



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

### 小児かかりつけ診療料の見直し

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

## 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。

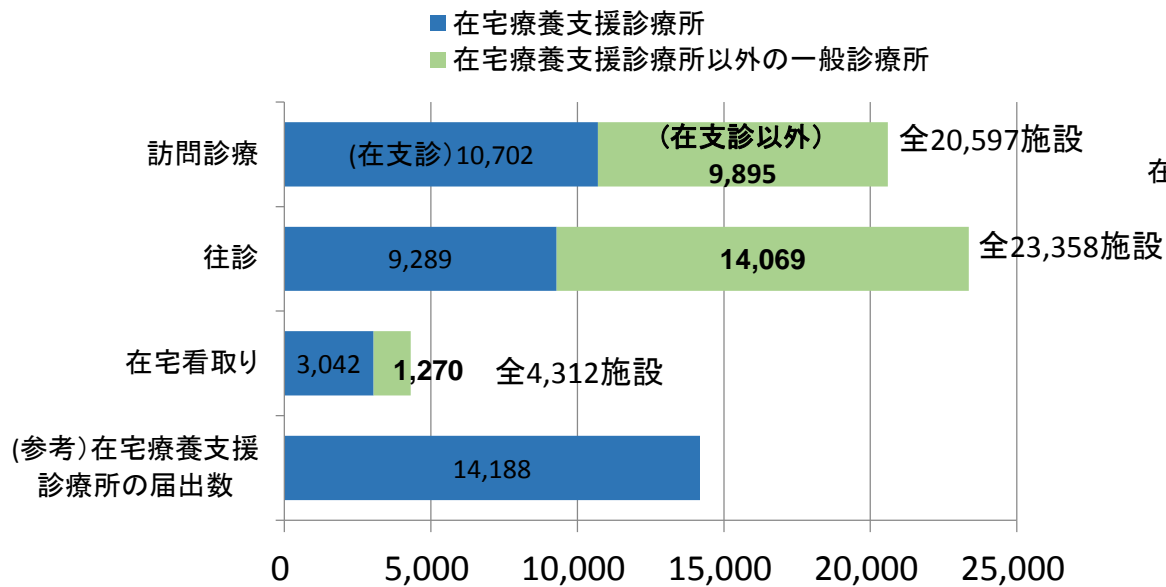
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

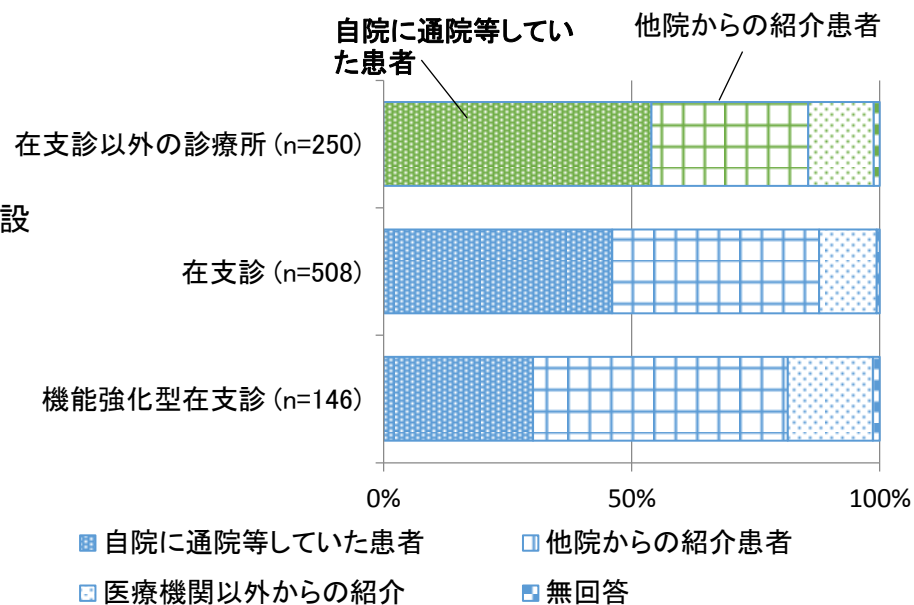
[算定要件]

- (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〕



## 平成30年度診療報酬改定の概要－医科

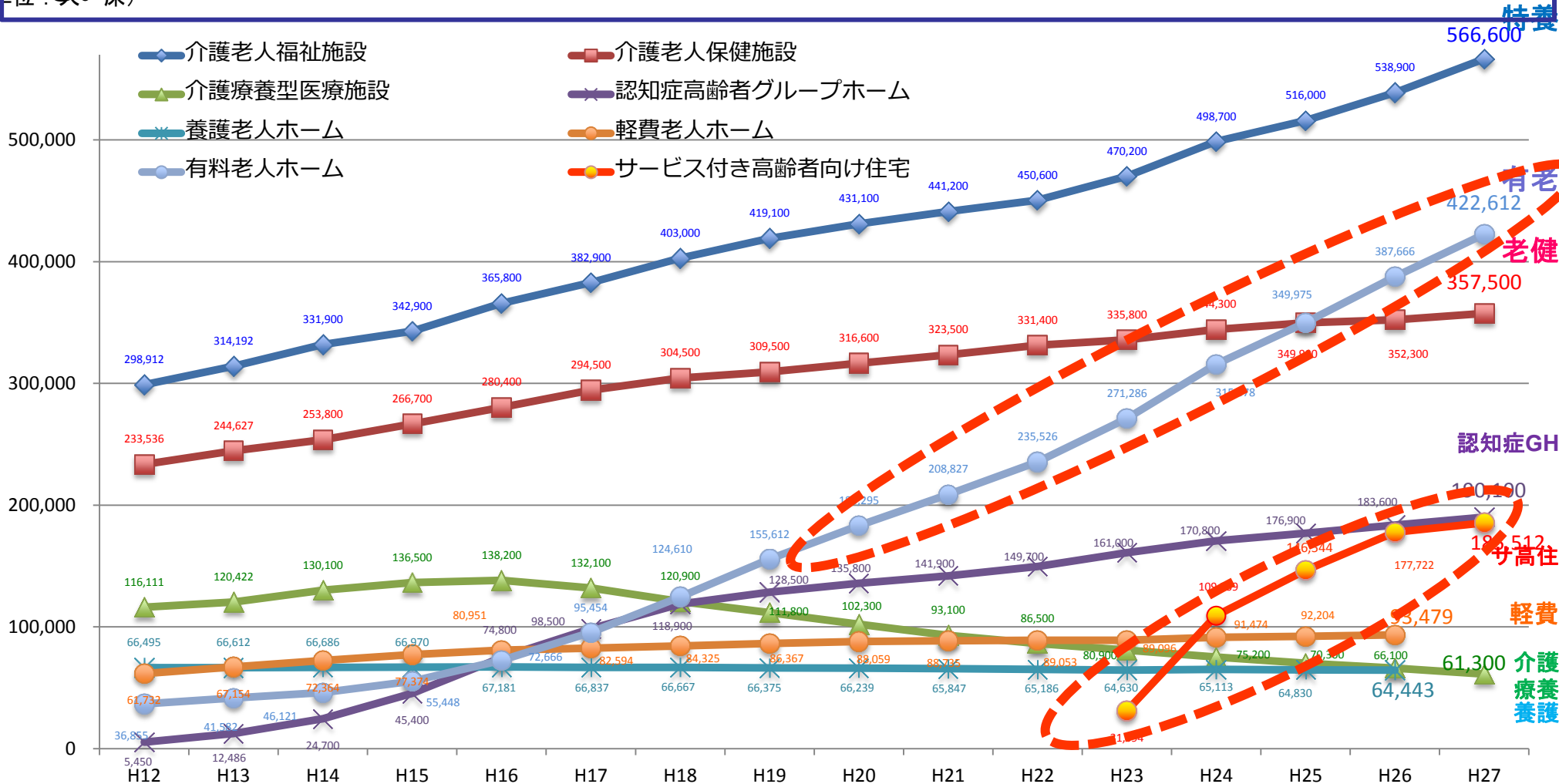
### I 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

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

# 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

(単位: 床)

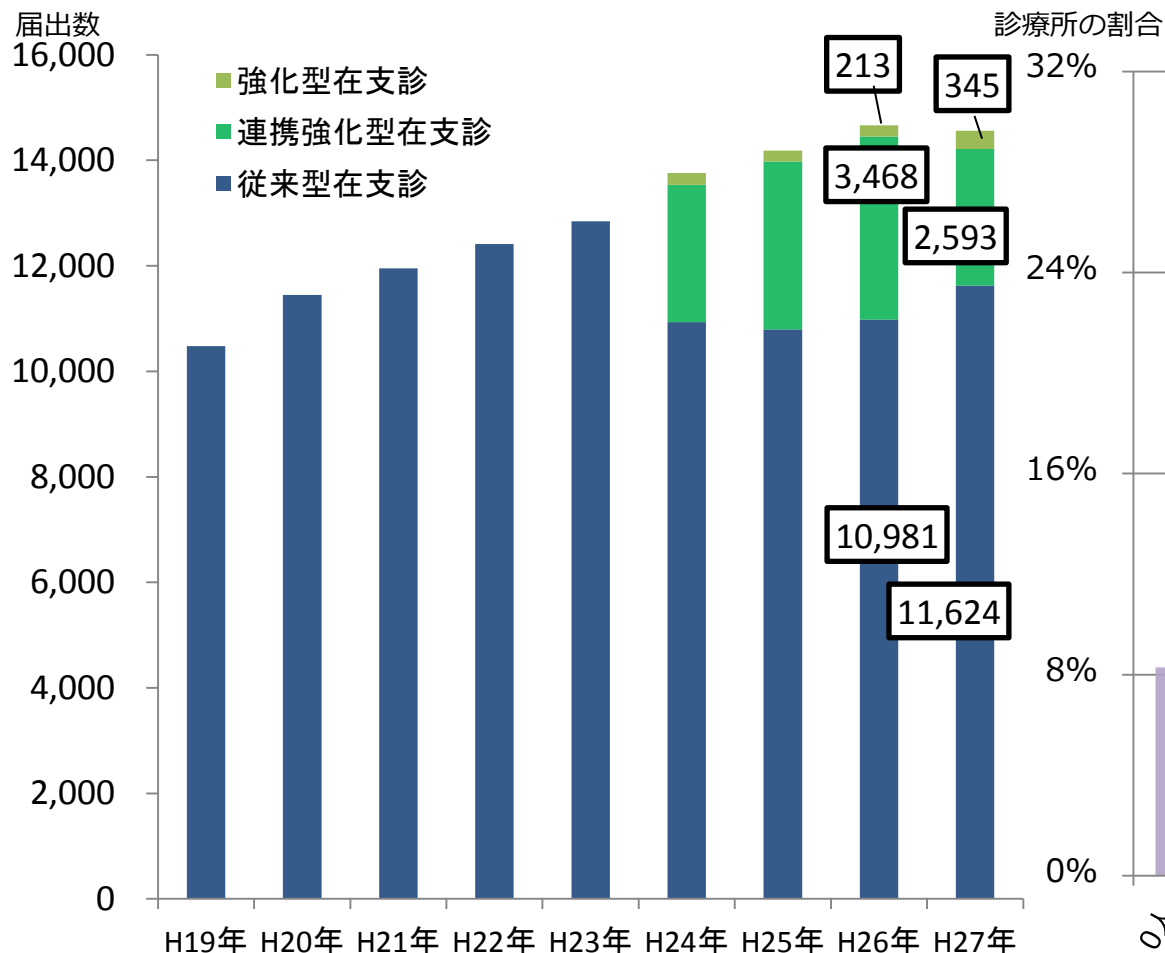


※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査(10/1時点)【H14~】(定員数ではなく利用者数)」による。  
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。  
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。  
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「H25社会福祉施設等調査(10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から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。

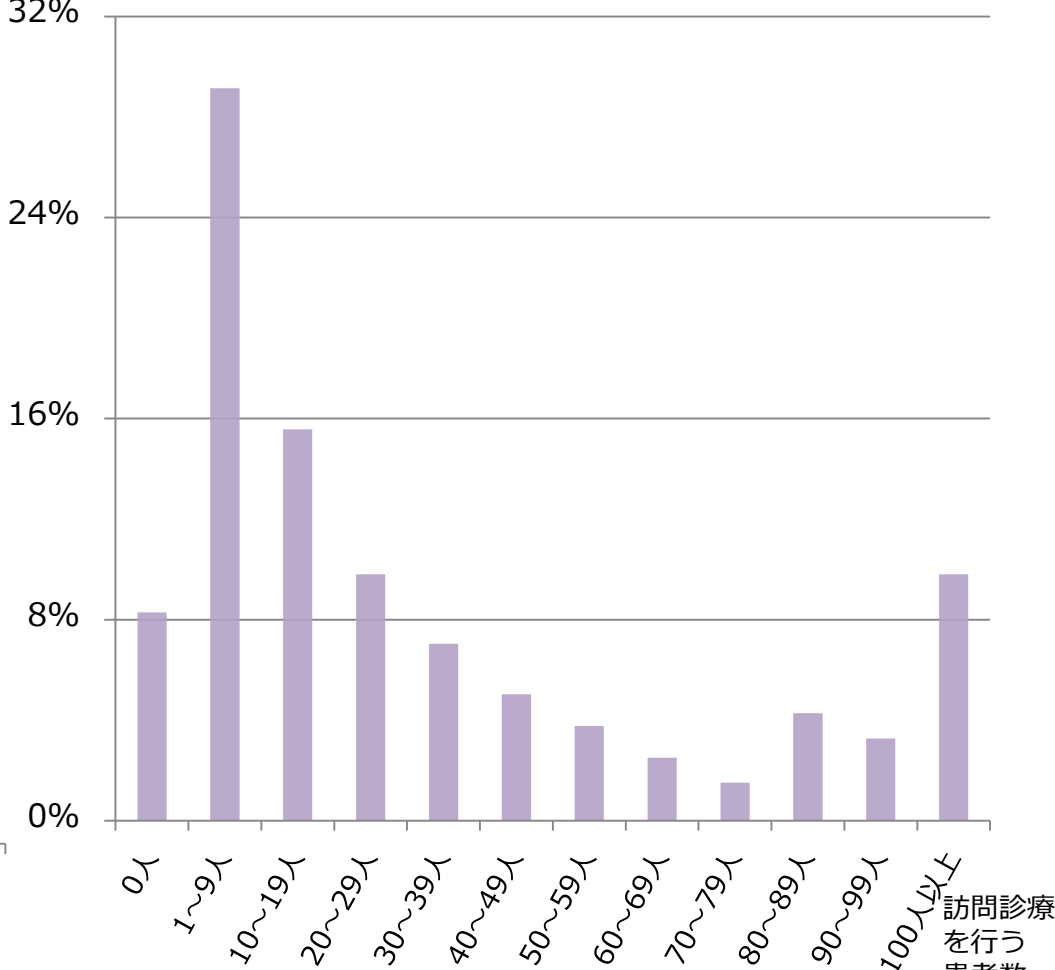
# 在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は概ね増加から横ばいである。
- 在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数が「1~9人」の医療機関が最も多い。

## ＜在宅療養支援診療所届出数＞



## ＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数＞

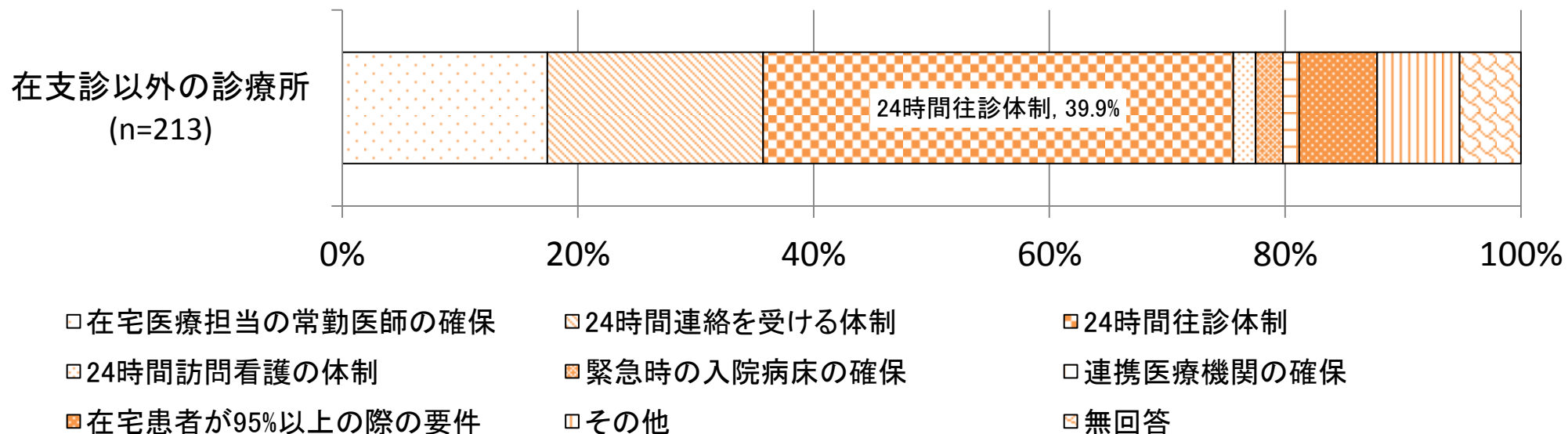




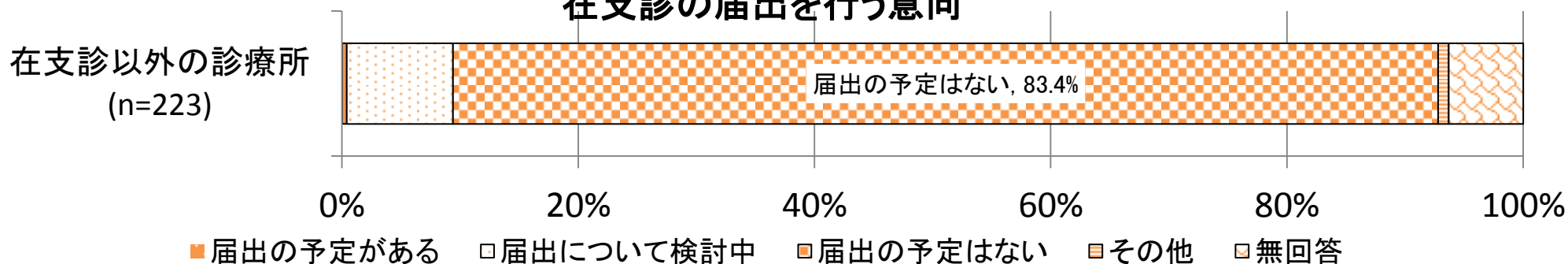
# 在支診以外の診療所の意向

- 在宅医療を行っている診療所が在支診の届出をしていない場合の理由をみると、約40%の診療所が24時間の往診体制が困難なためと回答した。
- 在支診の届出を行う意向の有無については、約80%の診療所が「届出の予定はない」と回答した。

## 在支診の届出をしていない最大の理由



## 在支診の届出を行う意向



※結果は暫定版であり、今後変更があり得る。

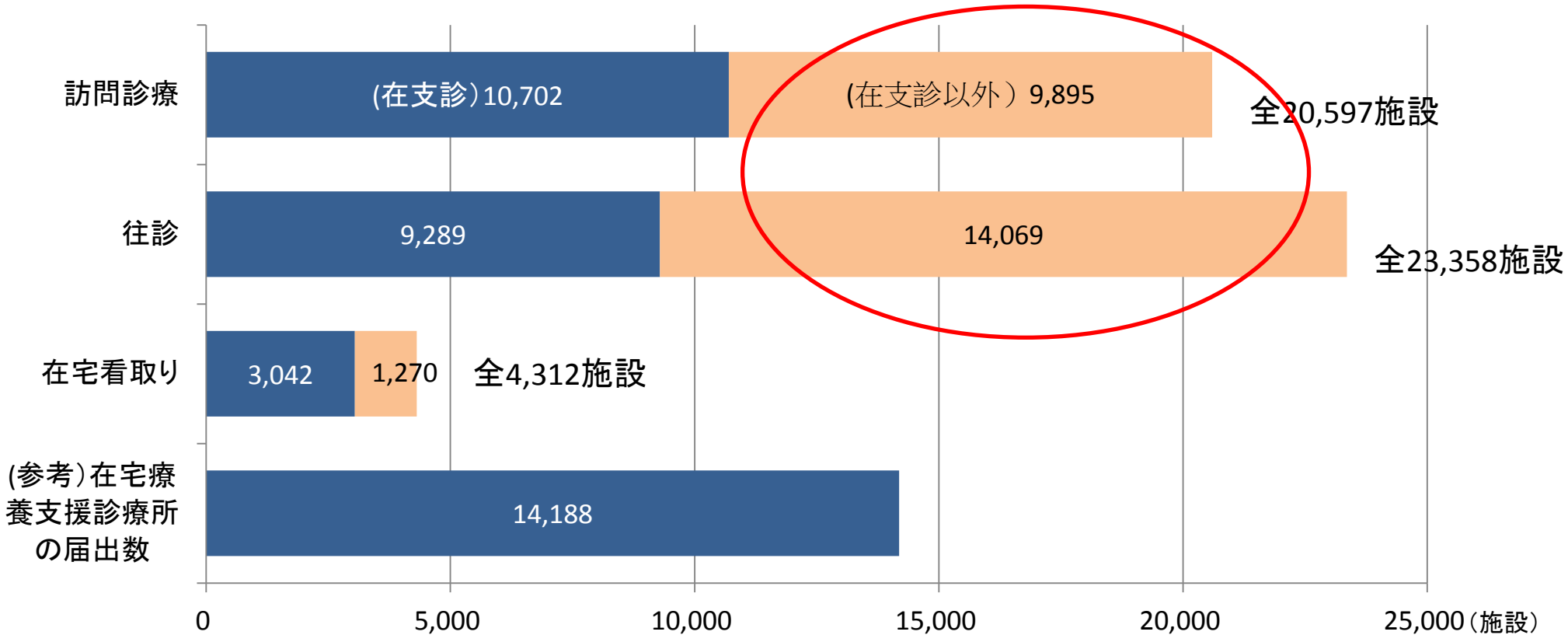
(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

- 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所(在支診)ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。
- 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

## 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数

■ 在宅療養支援診療所

■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



## 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。

## 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。

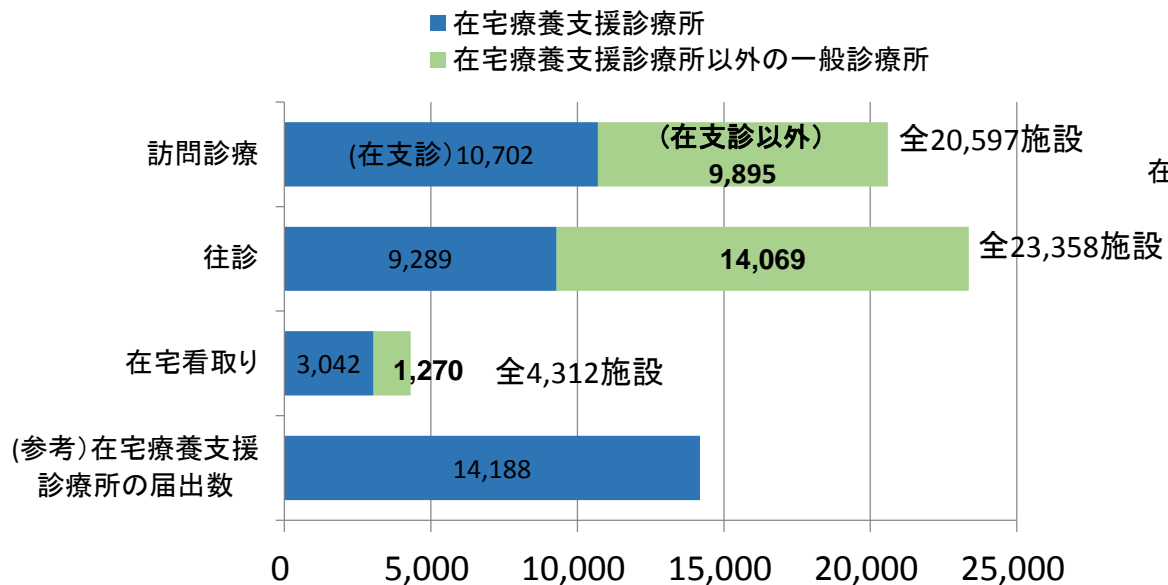
在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

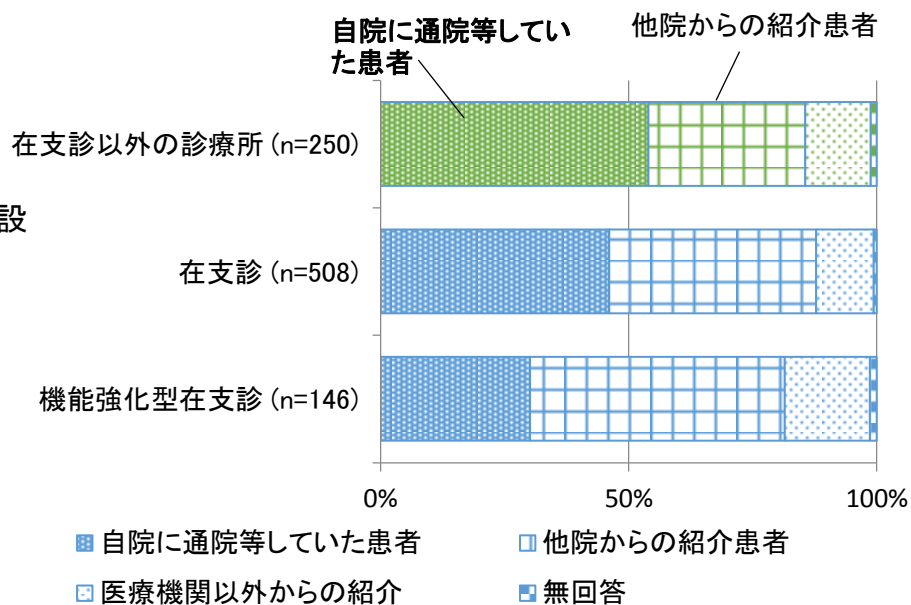
[算定要件]

- (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〕



## 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

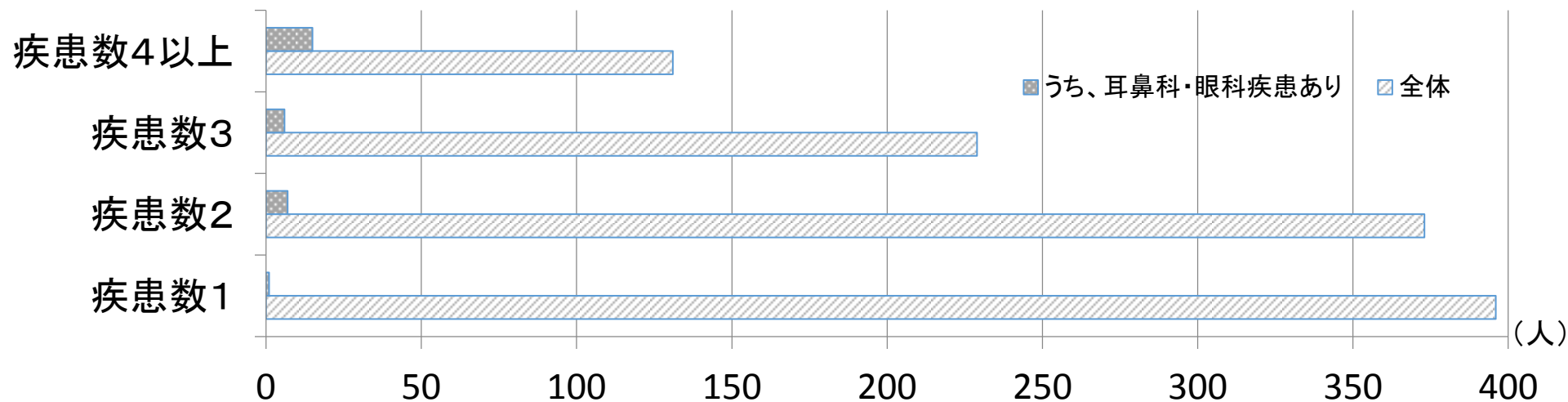
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[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

# 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】

小児への対応【⑪】

学校への情報提供の評価【③】

複数の実施主体による  
訪問看護の連携強化【⑦】

精神障害を有する者への支援  
【⑩】

自治体への情報提供の見直し  
【③】

訪問看護指示に係る医師  
との連携【⑬】

入院・入所時の連携の強化  
【②】

理学療法士等の訪問看護の適正化【⑧】

退院時の医療機関等との  
連携の推進【②】

複数名による訪問看護の見直し【⑨】

介護職員等との連携の推進  
【④】

過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】

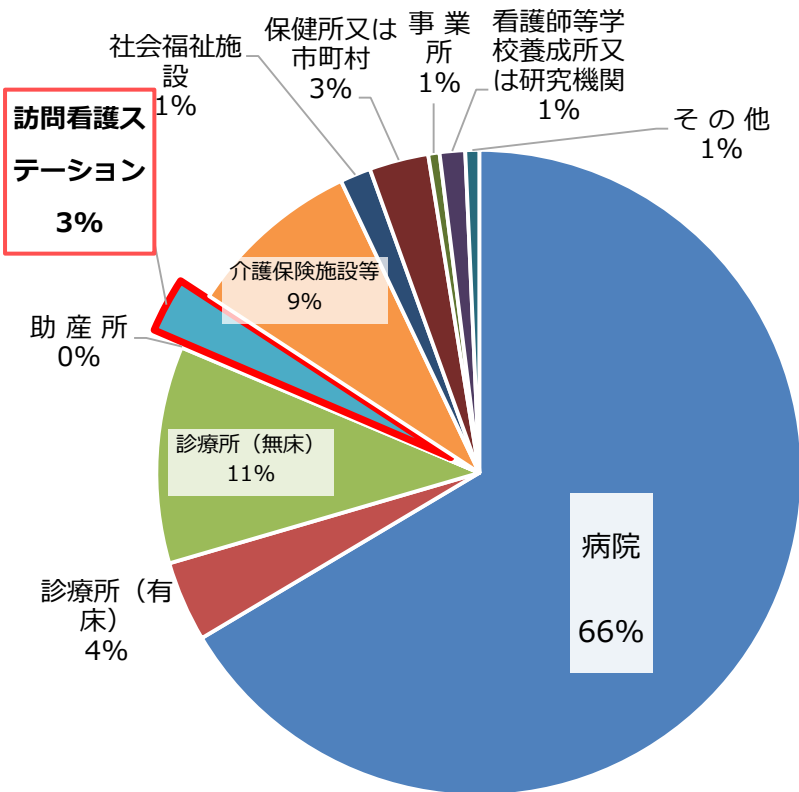
ターミナルケアの評価の見直し【②】



- 就業している看護職員のうち、訪問看護ステーションに就業しているのは3%である。
- 平成26年から平成28年において、訪問看護ステーションの就業看護職員数は、就業看護職員総数と同様に増加している。

## ■ 就業場所別看護職員数（常勤換算）

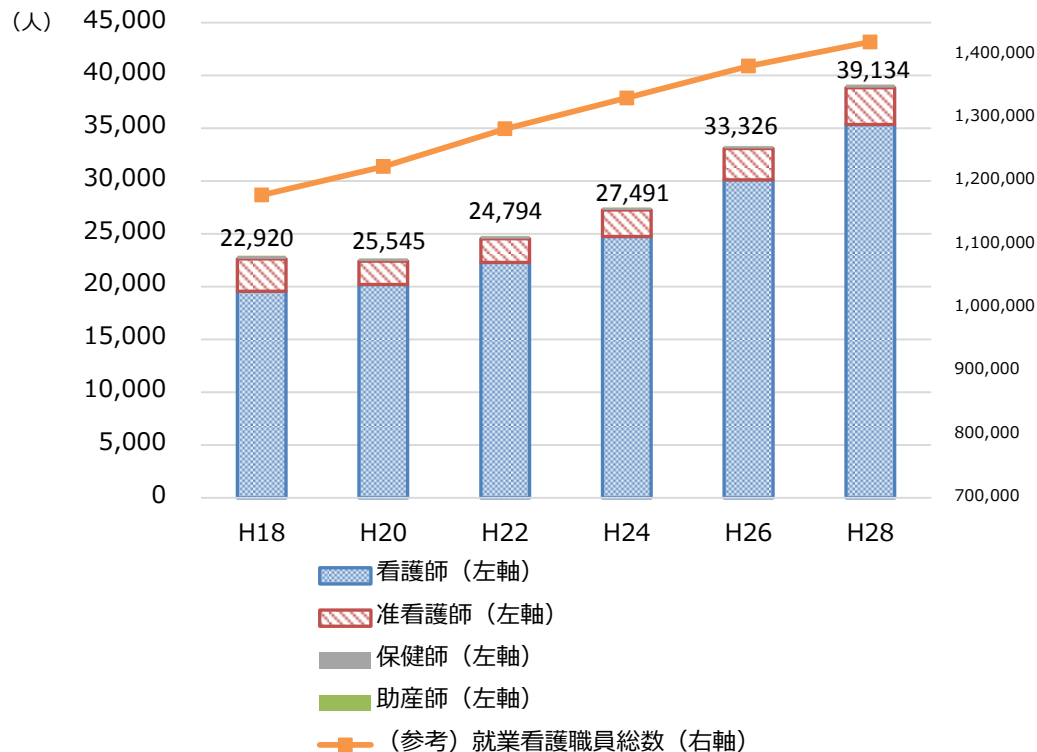
（平成28年12月末現在）



※看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師

## ■ 訪問看護ステーションの就業看護職員数（常勤換算）の推移

（各年12月末現在）




※就業看護職員総数：就業している保健師、助産師、看護師、准看護師の総数



- 看護系大学の卒業生の就職先は、病院・診療所は8割を超えるのに対し、訪問看護ステーションが0.1%である。一方、病院看護師の約2割弱が訪問看護ステーションへ就労意思があると回答している。
- 病院と訪問看護で看護職員の人事交流をすることにより、病院において能力を発揮するといったメリットがある。


## ■ 看護系大学の卒業生の就職先



就職先等	学部卒業生
病院・診療所	14,584(83.7%)
介護・福祉施設関係	18(0.1%)
訪問看護ステーション	12(0.1%)
保健所・市町村・検診センター	677(3.9%)
企業	54(0.3%)
学校（教諭として）	170(1.0%)
大学・短大・研究機関等	10(0.1%)
先週・各種学校	11(0.1%)
その他（行政職を含む）	82(0.5%)
進学その他	1,811(10.4%)
合計	17,429(100.0%)

出典：「『看護系大学の教育等に関する実態調査』2015年度状況調査」  
日本看護系大学協議会

## ■ 病院看護師の訪問看護ステーションへの就労意思の有無



就労意思なし	就労意思あり
192(81.7%)	43(18.3%)

n=235

出典：榎原理恵他. 病院看護師の訪問看護ステーションへの就労意思に関する実態と関連要因. 大阪医科大学看護研究雑誌. 2014 ; 4 : 60-67



## ■ 病院から訪問看護ステーションへの出向・長期研修派遣によるメリット

### 病院看護師が在宅医療を経験し、病院看護へ活かす（抜粋）

病院と訪問看護の人事交流をすると看護師の意識が高まり、キャリアの1つとして考えるようになる。訪問看護から戻った看護師が臨床現場で高い能力を発揮していることが、周りの多くの看護師に伝わり、訪問看護のイメージや看護の面白さを多くの人に植えつけることができる。このような組織立った取り組みが必要。

※病院（地域医療支援病院及び自治体病院など）の看護管理者6名を対象としたフォーカスグループディスカッションによる調査

出典：平成26年度厚生労働科学研究補助金「訪問看護事業所の新たな人材確保対策に係る研究（大都市圏における在宅医療を含めた医療提供体制に関する研究）」研究分担者 福井小紀子（研究代表者 河原和夫）

## 質の高い訪問看護の確保②

### 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)



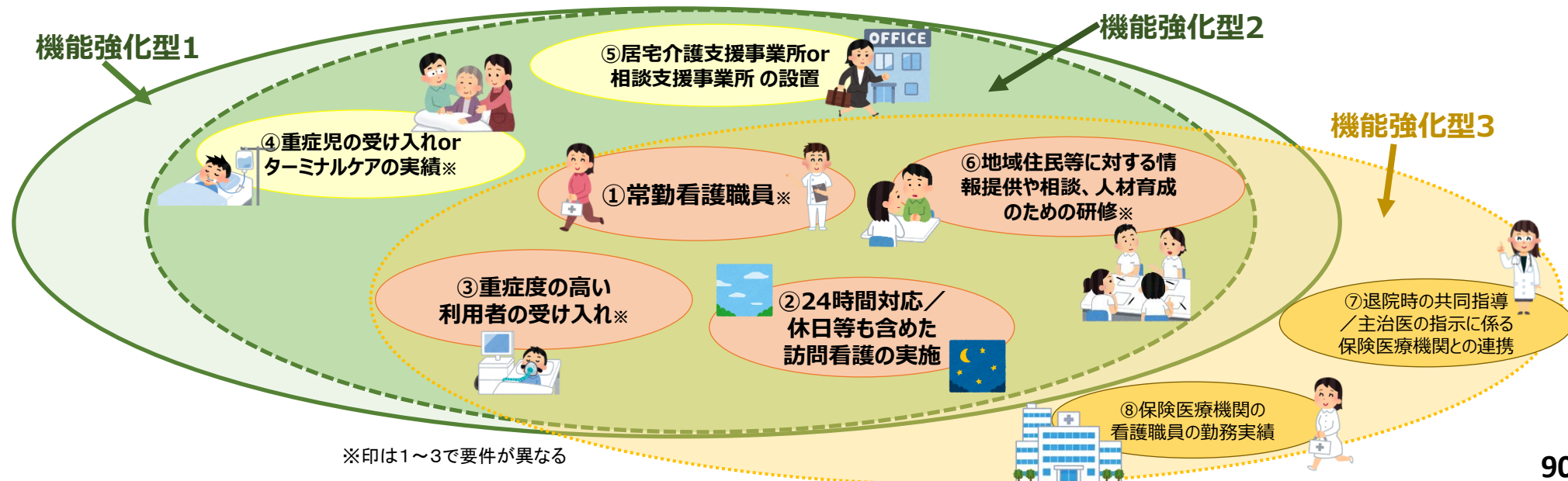
[施設基準]

- 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



### (参考) 機能強化型訪問看護ステーションの評価



## 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

# 入退院支援の評価(イメージ)

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

・入院前からの支援に対する評価の新設

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

・退院時共同指導料の見直し



外来部門と病棟との連携強化

入院

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

## 【入院前からの支援】

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



## ＜入退院支援の対象となる患者＞

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

在宅療養を担う関係機関等

## 【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

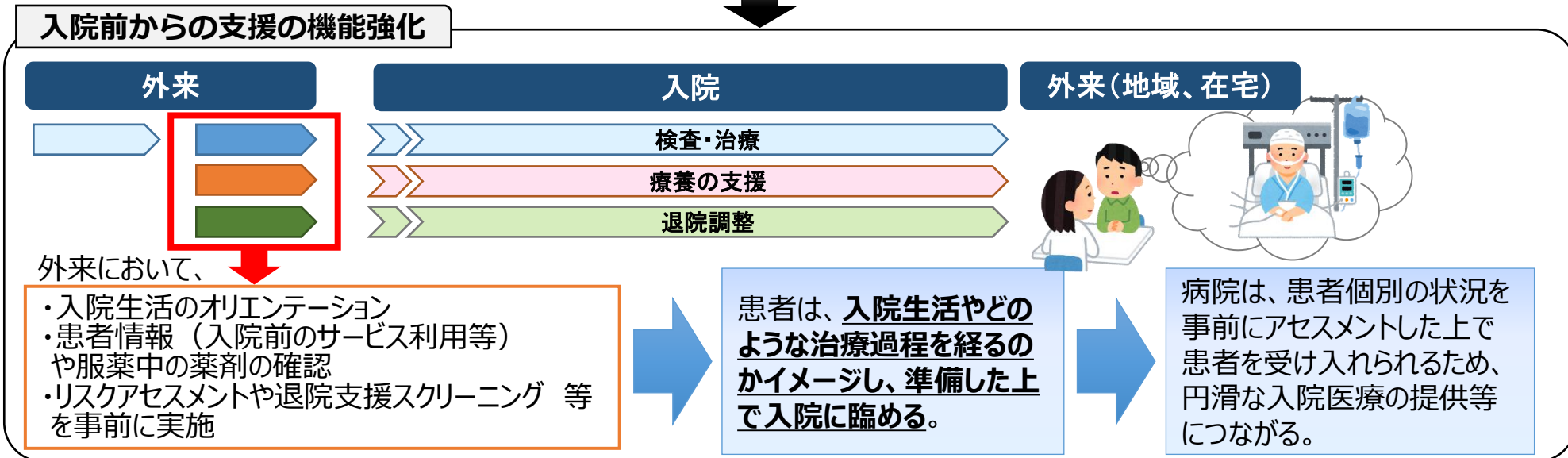
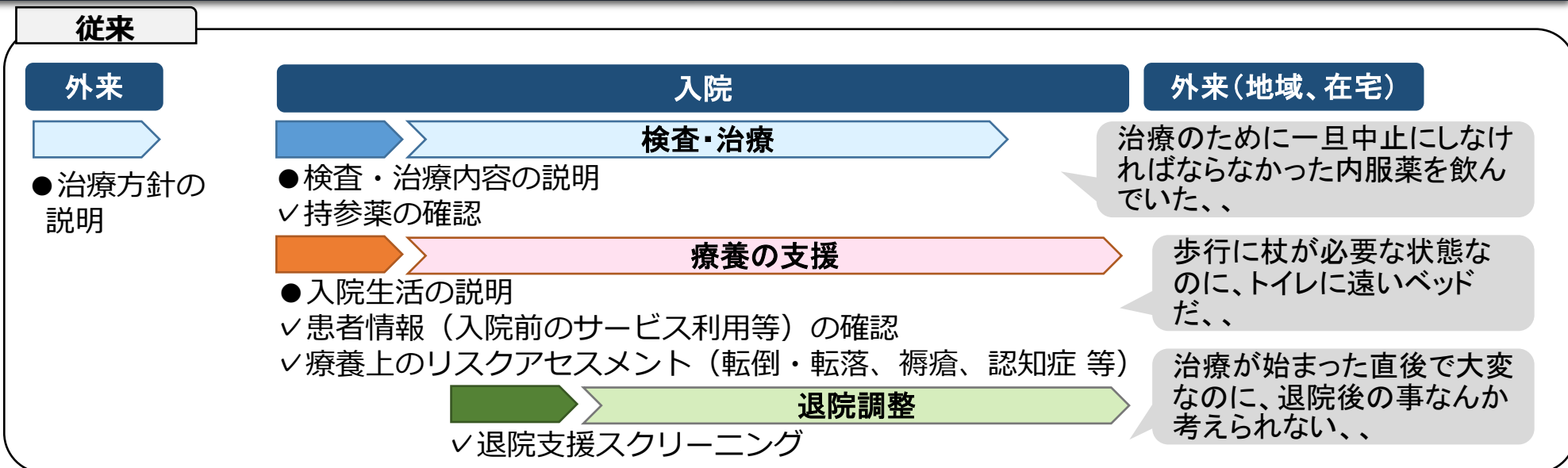
共同指導が行えなかった時は

## 【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



# 入院前からの支援の機能強化(イメージ)



## 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

## 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

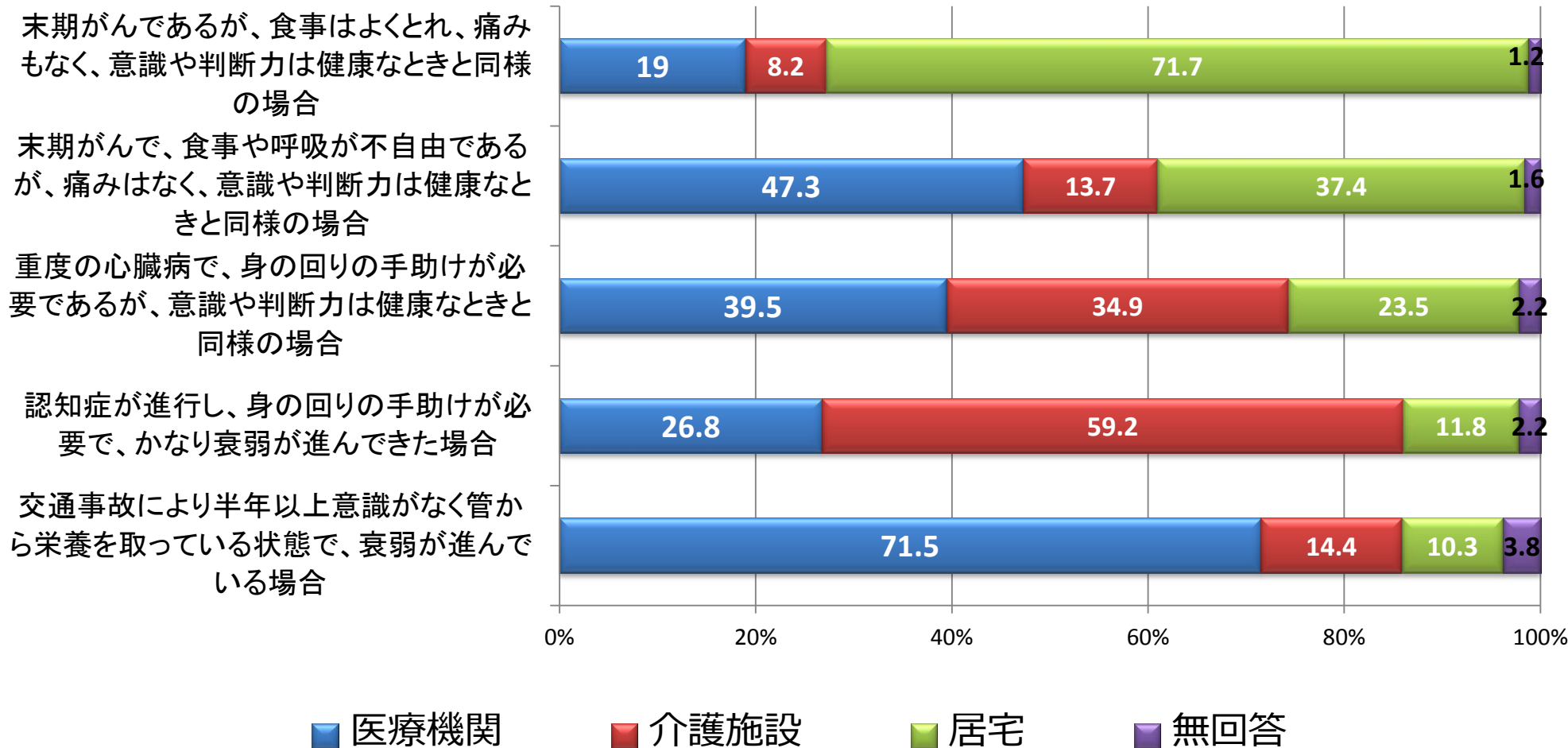
- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和



# 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)



# 「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



## 人生の最終段階における医療とケアの方針決定

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**

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

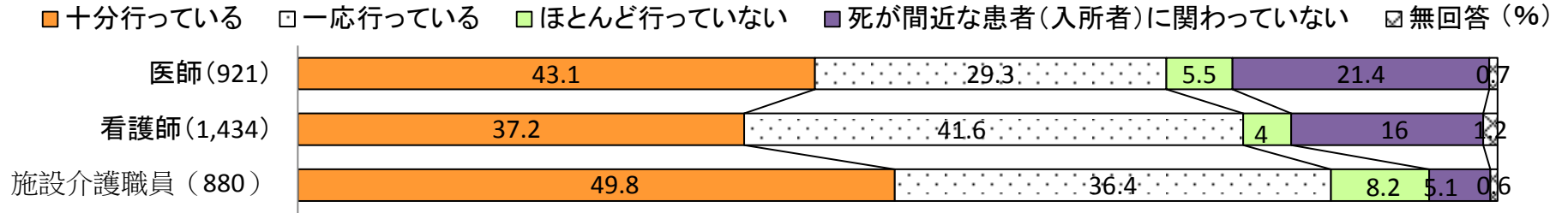
→ **複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言**



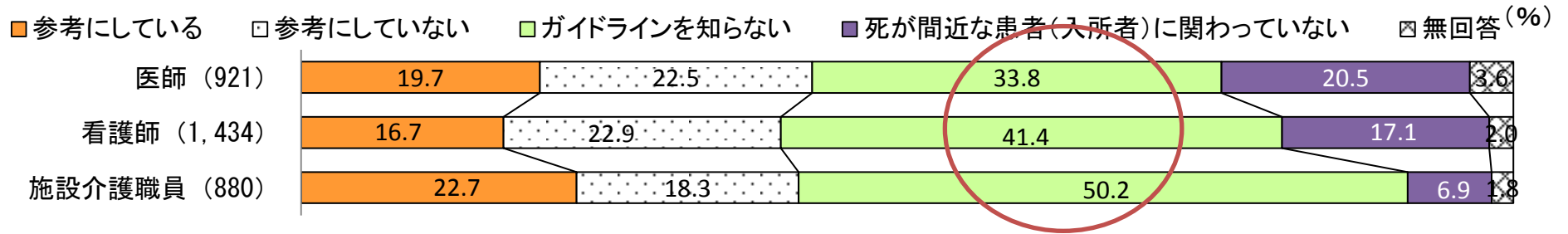
# 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果（平成25年3月）

意見交換 資料-2参考1  
29.3.22

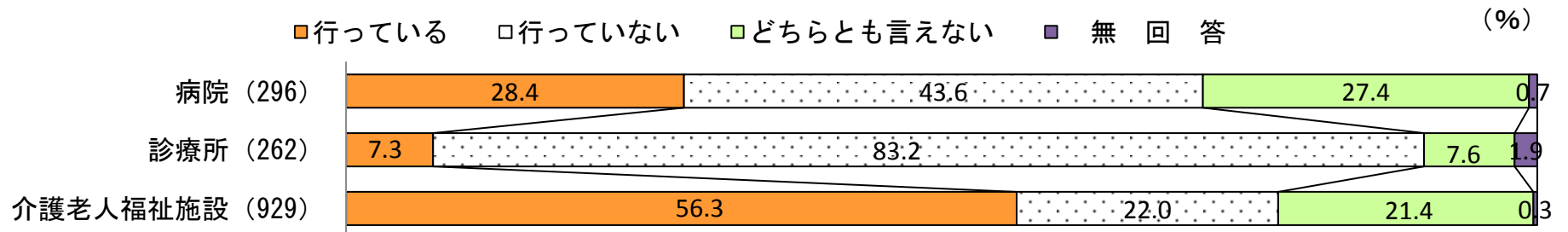
## ■ 患者（入所者）との話し合いの実態



## ■ 「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



# 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>
<b>(新) 訪問看護ターミナルケア療養費2</b>	<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(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**

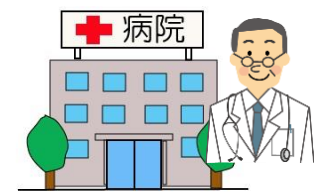
【末期の悪性腫瘍の患者】  
○ 看取り介護加算を算定していない  
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円  
○ 看取り介護加算を算定している  
**(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円**

【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**

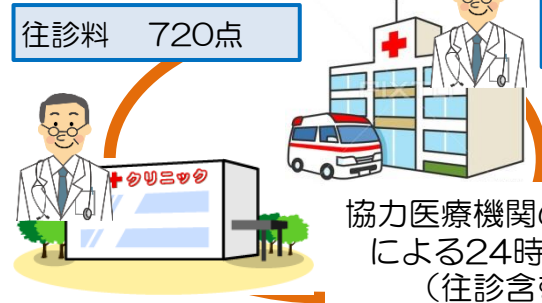
【末期の悪性腫瘍の患者】  
○ 看取り介護加算を算定していない  
・訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円  
○ 看取り介護加算を算定している  
**(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円**

往診料 720点

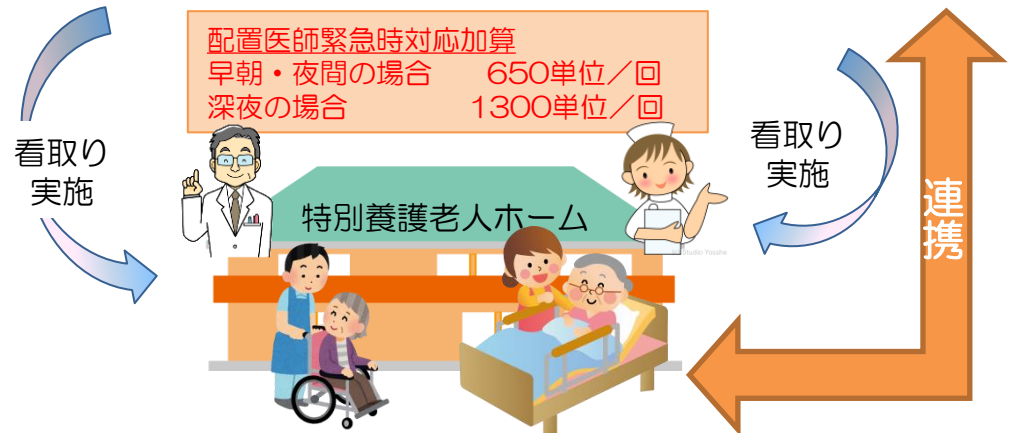
往診料 720点



協力医療機関



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

## 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

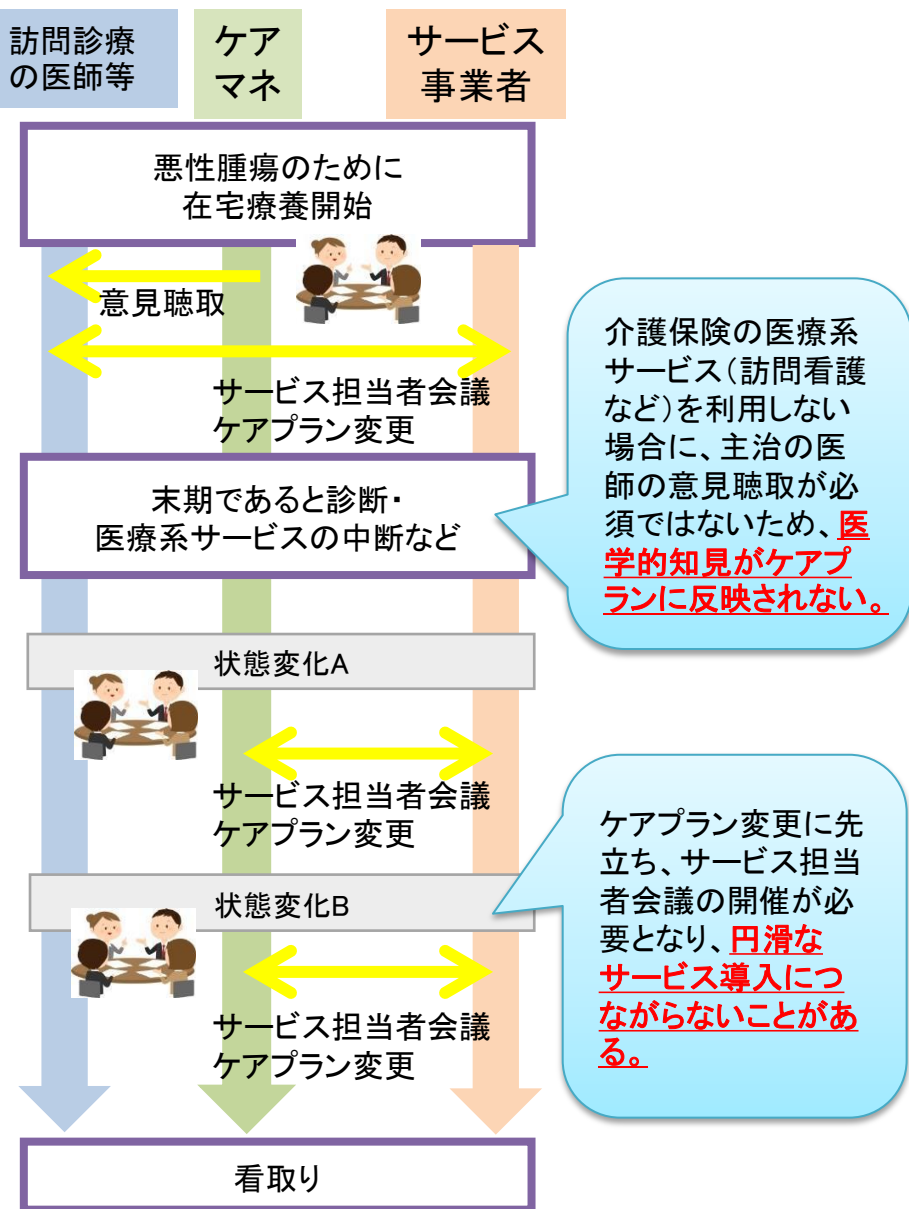
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○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

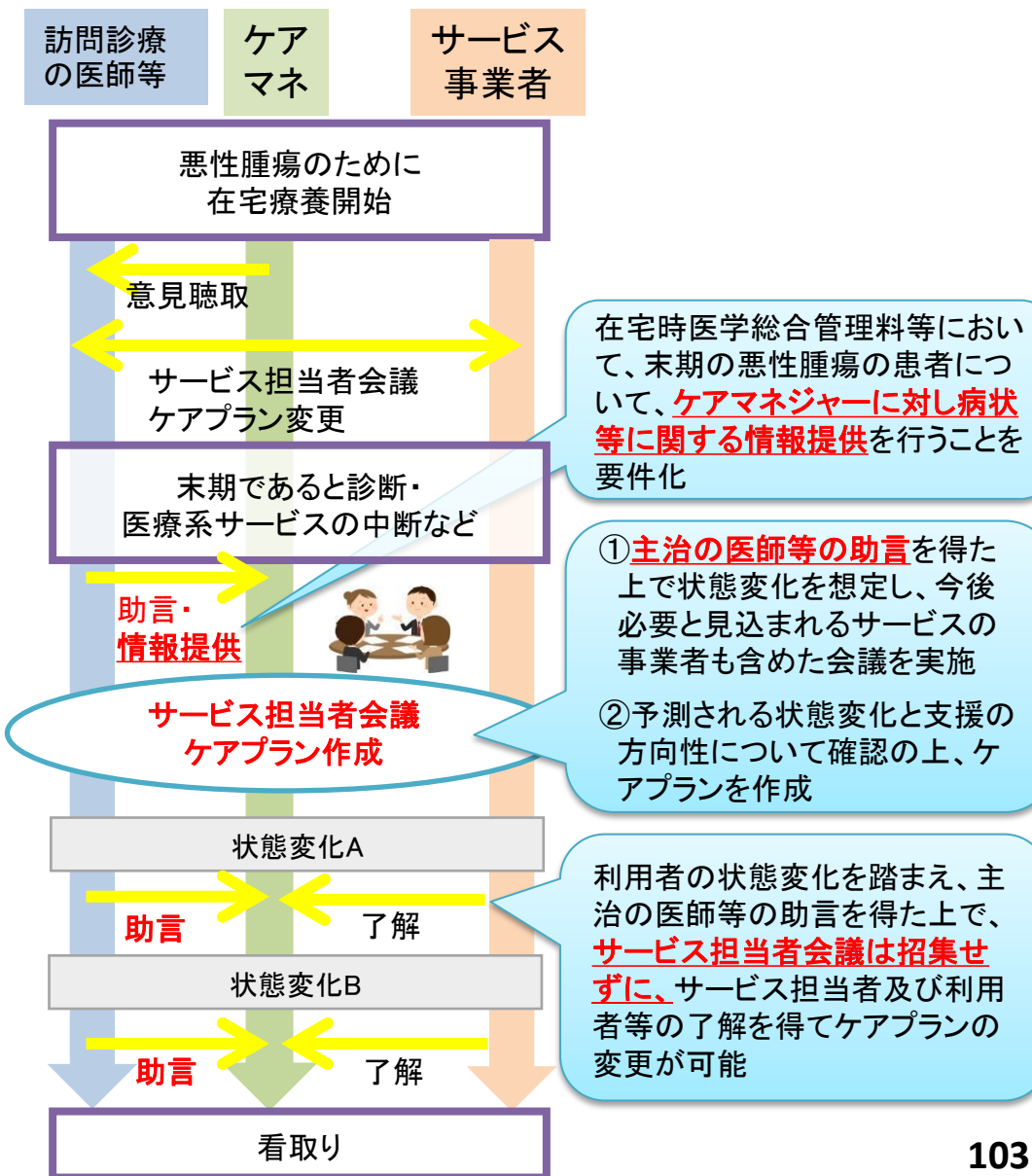
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

# 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)

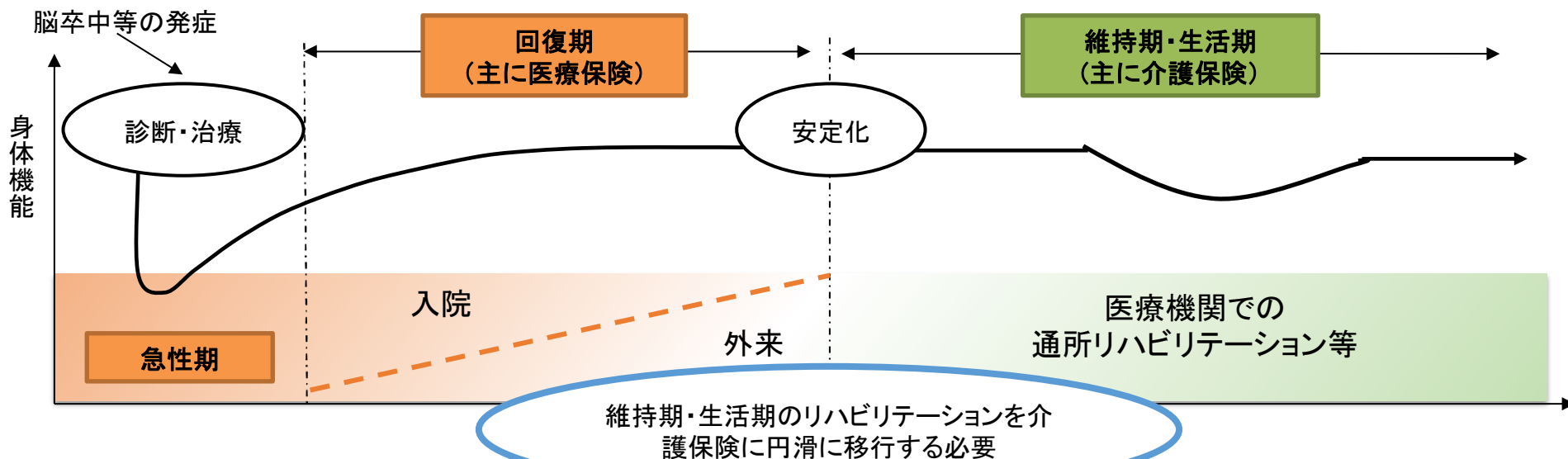
## 改定前



## 改定後(以下の取扱いも可能となる。)



## 維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



維持期・生活期のリハビリテーションを介護保険に円滑に移行する必要

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



## 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。

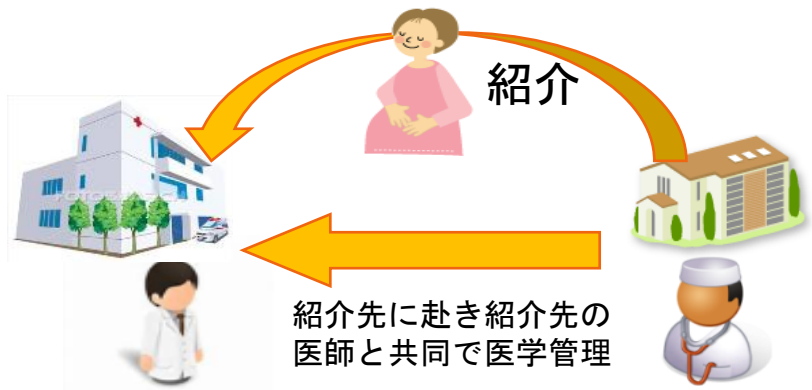
# 周産期医療の充実①

## 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

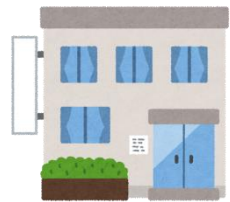
○妊婦の外来診療について、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する**妊婦加算を新設**する



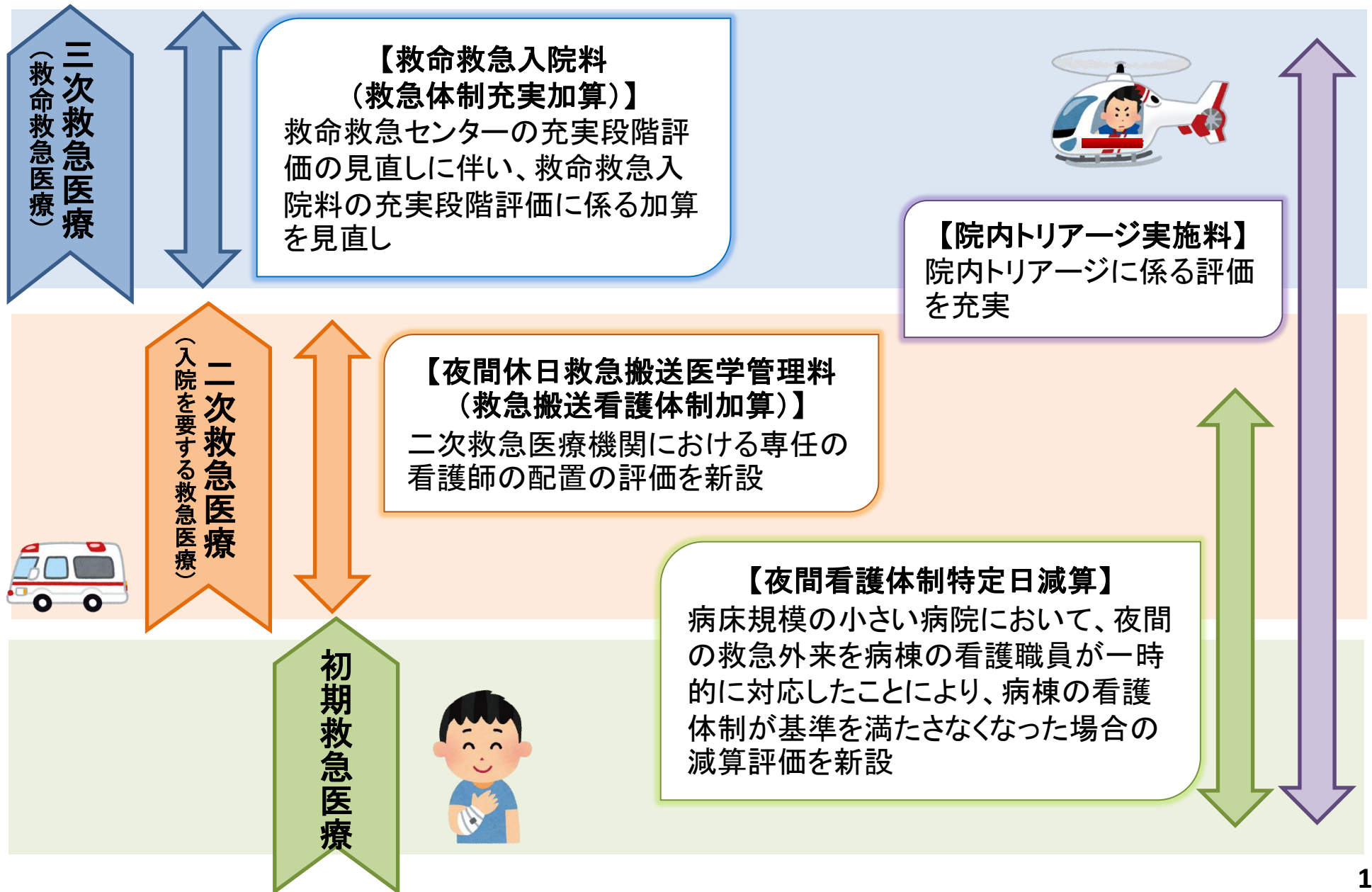
○精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、**産科、精神科及び自治体の多職種が連携**して患者の外来診療を行う場合の評価を新設



○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

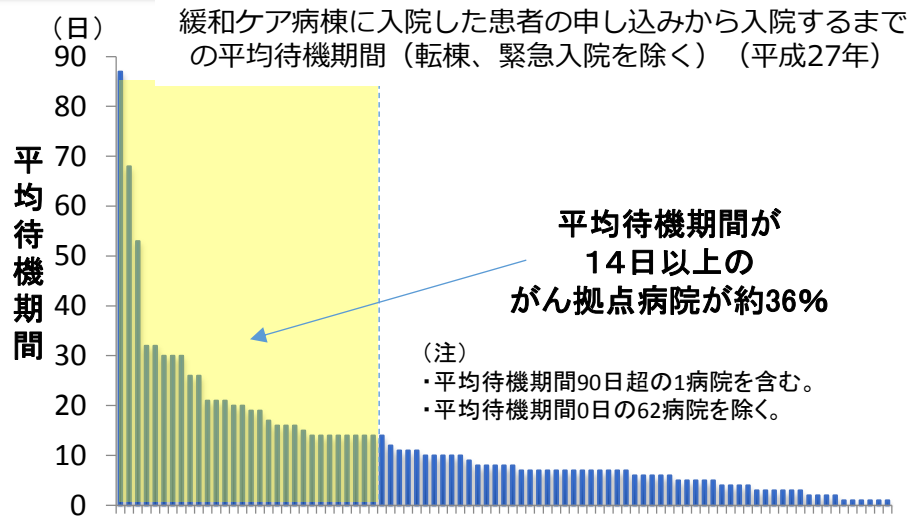


# 救急医療体制の充実



# 緩和ケア病棟入院料の見直し

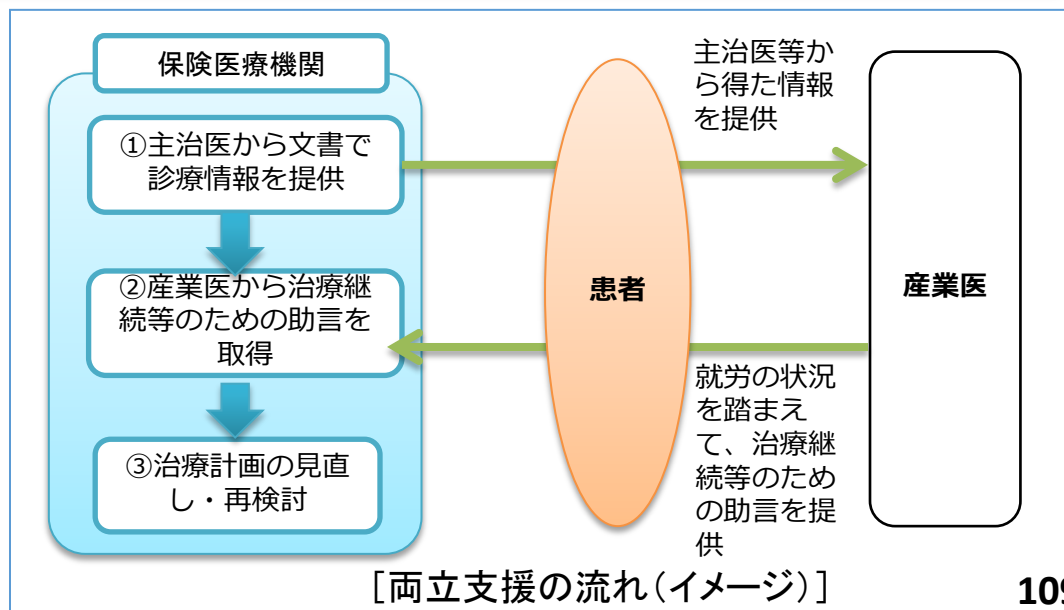
- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。



平成28年度がん診療連携拠点病院等現況報告書をもとにがん・疾病対策課作成

# 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。



## 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



診断等

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



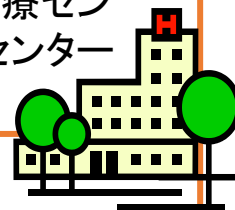
紹介



### 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

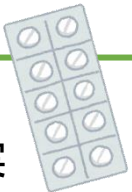
- 重症度、医療・看護必要度の基準において、処置等を受ける認知症・せん妄状態の患者がより評価されるよう基準を追加

#### 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

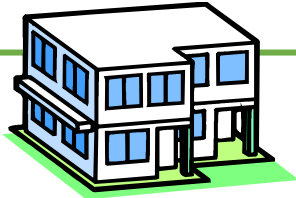
# 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

## 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



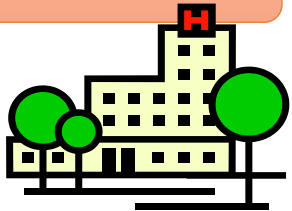
- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

## 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

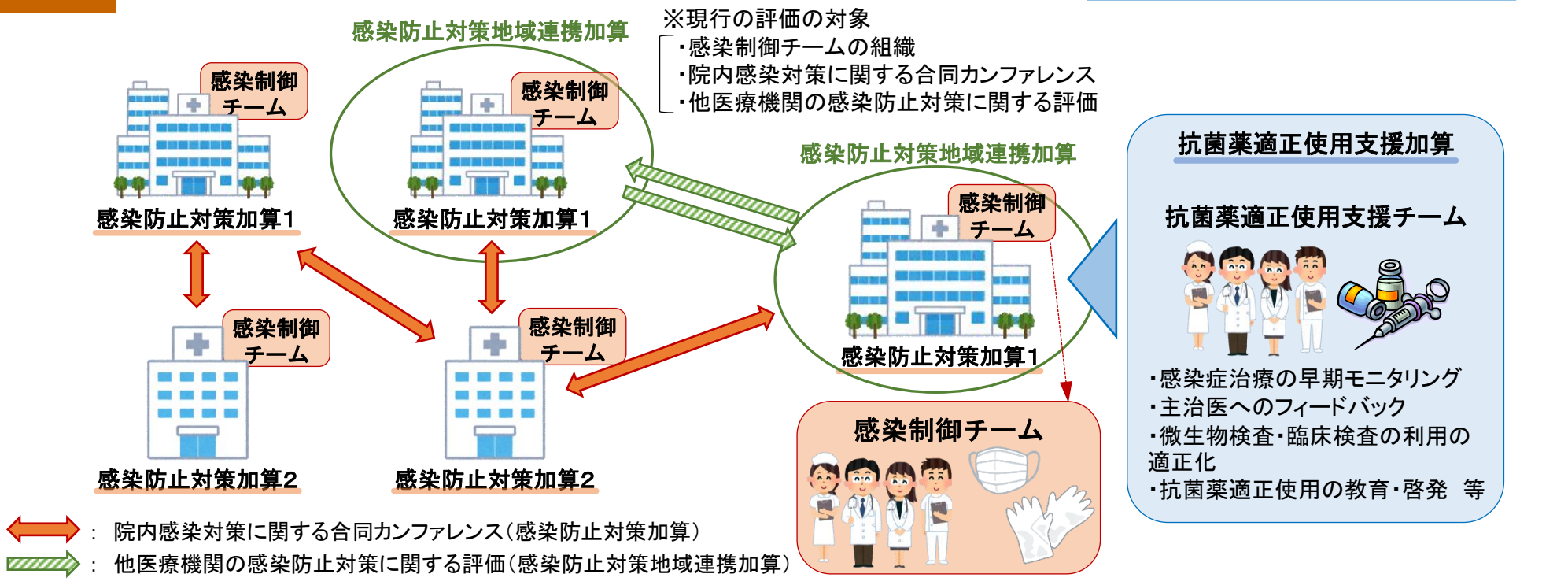


# 感染症対策・薬剤耐性対策の推進

## 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



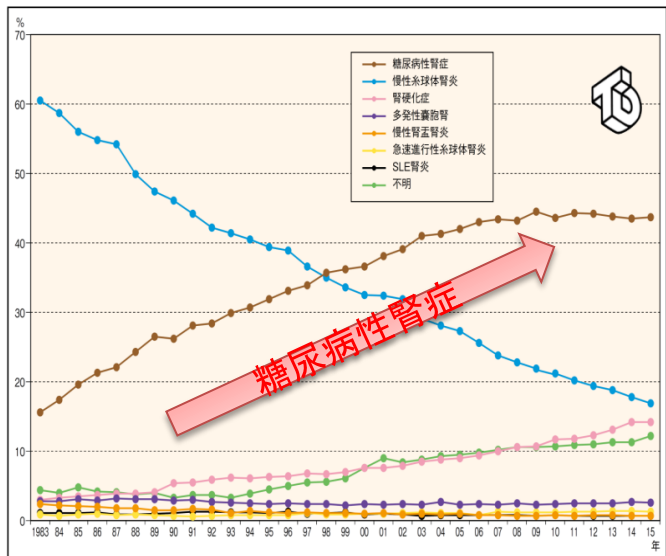


# 適切な腎代替療法推進の考え方

(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。

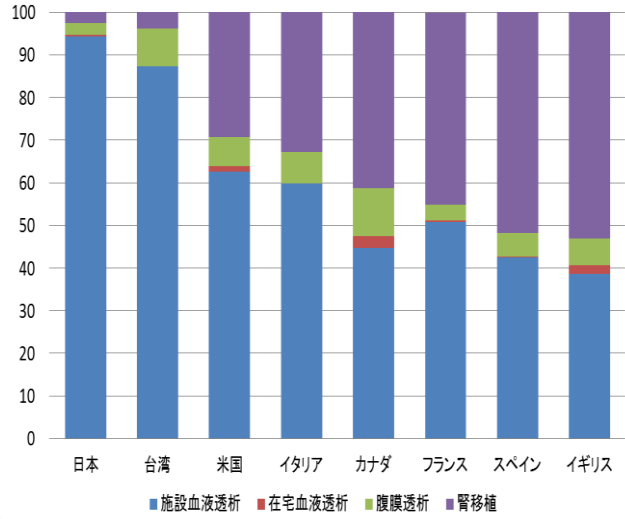
<透析導入患者の主要原疾患の割合推移>



(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。

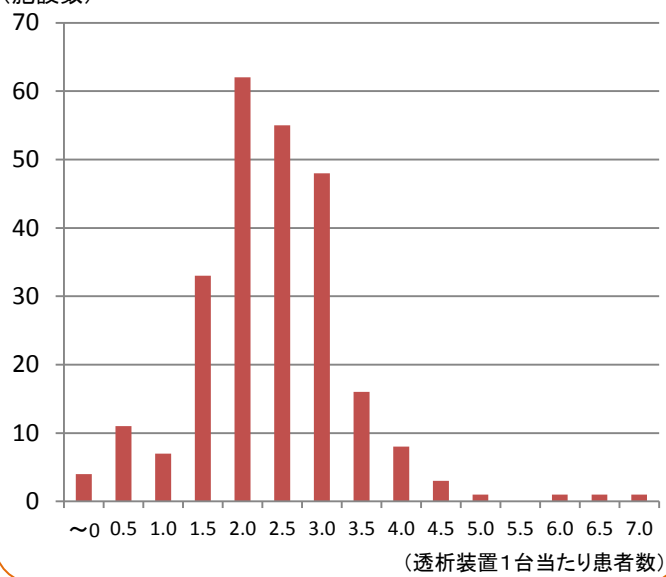
<我が国と諸外国の腎代替療法の割合>



(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

# 適切な腎代替療法の推進

- 腹膜透析や腎移植の推進に資する取り組みや実績等を評価する。
  - 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



末期腎不全に対する治療手段にはどんなものがある?

末期腎不全の治療手段

- 透析療法
  - 血液透析
  - 腹膜透析
- 腎臓移植
  - 生体腎移植
  - 献腎移植

これらのうち、自分に最も合った(医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して)治療法を選ぶ必要があります。しかし、それが自分に最も適しているか、わからないことも多いと思います。医師からの説明だけでは納得が十分でないかもしれません。

また、これらの治療法は相反するものではありません。最初は腹膜透析(PD)を開始し、その後血液透析(HD)に移行したり、その逆もあります。また、PDとHDの併用療法という方法もPDまたはHDへの移行の橋渡しとして使うことも可能です。さらに、どの透析形態からも移植を行うことはできますし、移植後に腎機能が低下した場合、どの透析形態へも移行が可能です。

●これらの説明や比較の表をご覧になったうえで、担当の医師とも相談し、自分に最も合った治療法を考えてみてください。

腎移植・血液透析・腹膜透析はお互いに相補的な役割があります。

腎移植

PD (PD+HD併用) → HD

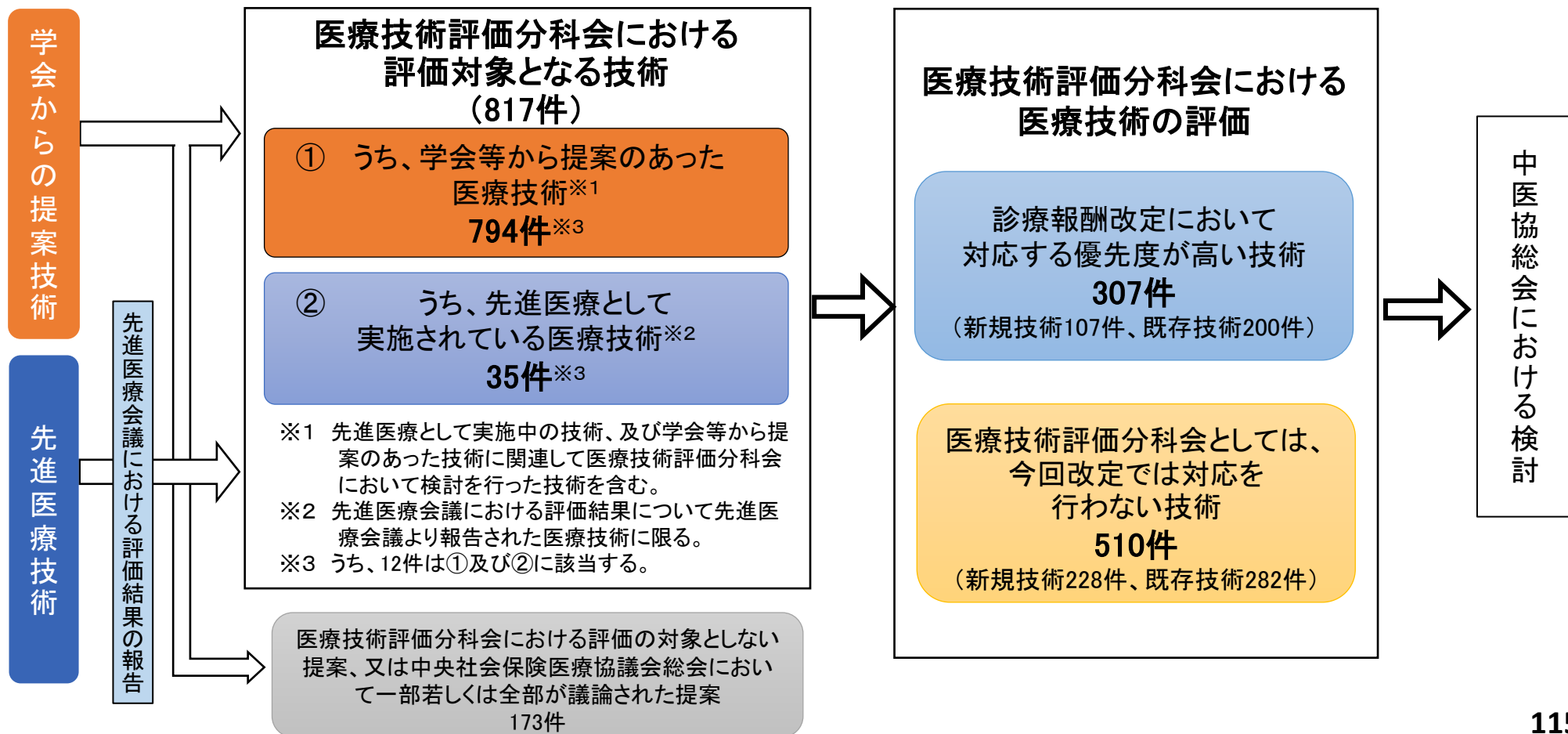
- 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。

- 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		改定後		
	【人工腎臓】		【人工腎臓】		
	慢性維持透析を行った場合		慢性維持透析を行った場合		
			(改) 場合1	(新) 場合2	(新) 場合3
4時間未満の場合		2,010点	1,980点	1,940点	1,900点
4時間以上5時間未満の場合		2,175点	2,140点	2,100点	2,055点
5時間以上の場合		2,310点	2,275点	2,230点	2,185点

## 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

### ➤ 保険導入を行う新規技術の例(1)

- 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



### 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	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
12	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)

### ➤ 保険導入を行う新規技術の例(2)


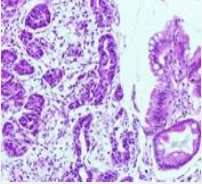


- 既存X線治療と同等の有効性が認められた疾患(前立腺がん)に対する粒子線治療を保険適用する。

#### 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。



# 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
<p><b>医師対医師 (D to D)</b></p>	<p>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</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>	<p><b>[遠隔画像診断]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> <p><b>[遠隔病理診断]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。)</li> <li><b>・(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</b></li> </ul>
<p><b>医師対患者 (D to P)</b></p>	<p>情報通信機器を用いた診察</p> <p>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</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p><b>[オンライン診療]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>・(新)オンライン診療料</b></li> <li><b>・(新)オンライン医学管理料</b></li> <li><b>・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料</b></li> </ul> <p>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</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>※電話等による再診</b> (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。)</p> </div>
	<p>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</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p><b>[遠隔モニタリング]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算)</b> 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</li> <li><b>・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算)</b></li> <li><b>・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算)</b></li> </ul> <p>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</p>

# 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、対面による診察(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。
- (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]

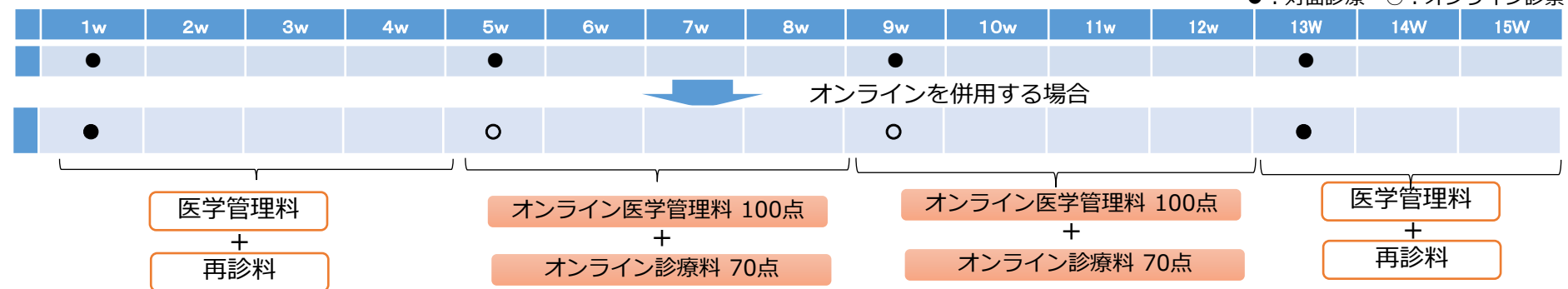
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[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]

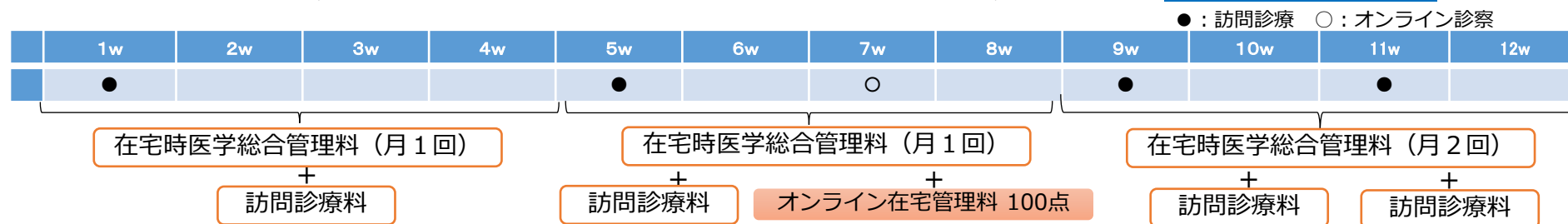
- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[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。

## 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



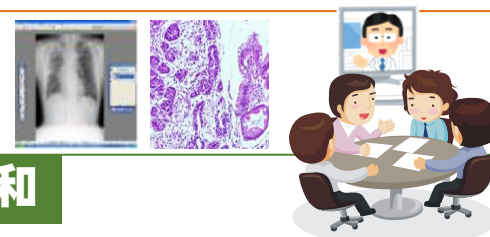
### 医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 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

### 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



### 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	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	160点 ～80点
夜間30対1～100対1	40点 ～20点
夜間看護体制加算	10点



改定後	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	<b>210点</b> ～130点
夜間30対1～100対1	<b>90点</b> ～70点
夜間看護体制加算	<b>60点</b>

現行	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	109点 ～56点
夜間75対1	30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。	
夜間看護体制加算	150点



改定後	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	<b>129点</b> ～76点
夜間75対1	<b>40点</b>
[施設基準] <b>地域一般入院料1若しくは2又は13対1入院基本料</b> を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	<b>165点</b>

### 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	
【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2	60点
夜間16対1配置加算	40点



改定後	
【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1	95点
夜間12対1配置加算2	75点
夜間16対1配置加算1	55点
<b>(新) 夜間16対1配置加算2</b>	<b>30点</b>

[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は、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。

**(新) 看護職員夜間配置加算 55点**  
**(1日につき)**

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数は、**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。



### 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。

**(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**

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数は、**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。



## 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



## 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

## 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。



1) 変革期における改定のあり方

- 診療報酬改定の基本は漸進的な対応(“ヨット”)
- 一方で激動の時代における大局観の共有も不可欠(“東郷ターン”)

2) 護送船団的な誘導から自律的運営の支援へ

- 「診療報酬による誘導」には限界がある
- 個々の事業者がおかれた環境・ニーズに即した健全な運営の裏打ちが重要

3) 社会情勢に応じた診療行動・受療行動と報酬設定のあり方

- 売上(医業収益)と利益(収支差額);コスト要因を考慮
- “北風と太陽”
- “右肩上がり”での報酬設定と“右肩下がり”での報酬設定の考え方の違い

4) UHC(Universal Health Coverage)と保健医療システムとしての持続性・効率性の両立

- 原則は全国一律・普遍的なサービス提供の確保
- 一方で地域性・個別性にも配慮(どの程度まで組み合わせるのか)

(1) 中長期的なアプローチ・ビジョンの共有

- ① 医療提供体制の中長期的な整備のあり方（入院・外来・在宅それぞれで）
- ② 薬価抜本改革、透析医療の見直し（包括的・総合的なレビュー）
- ③ 費用対効果評価（新たな評価手法開発に向けたチャレンジ）

(2) 社会情勢の変化に呼応した報酬設定の原理を導入

- ① “一方向誘導”の是正・地域実態を踏まえた選択肢の提示が可能な報酬体系
- ② “拡大・高品質”重視の路線（人員等の資源投入増大を高報酬で評価）から、“節約・エコモード”（効率性の重視）との組み合わせに
- ③ “北風と太陽”のバランス（規制強化だけでは現場は動かない）

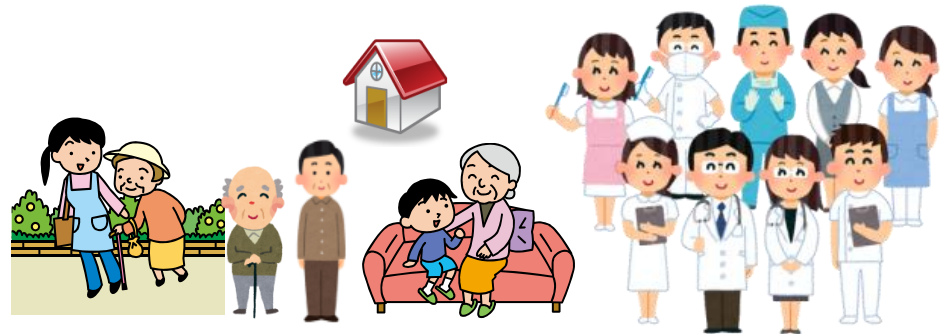
(3) 次世代につながる技術・イノベーションの展開（中長期的な視点）

- ① オンライン診療の保険導入（今後の段階的な展開）
- ② ロボット支援鏡視下手術、粒子線治療（“価値に基づく評価”の先鞭・HTAの応用）

(4) 実態に即したFine tuning（直面する課題への対応）

- ① サービス動態の適時適切な把握と評価
- ② “同時改定”を活用した介護との連携推進（詳細なoperationのレベルでの対応）

# ご清聴ありがとうございました



# 参考

## 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]

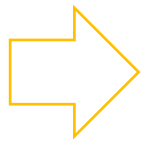
青年期の患者に対し、当該患者と類似の症状を有する複数の患者とともに、目的、目標、スケジュール、実施内容等を定めた治療計画に基づき、精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して5月以内に限り、週に1回を限度として算定(精神科医が必要と認めた場合、治療開始から2年以内に限り、さらに週1回かつ計20回を限度として算定可能)

# 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)

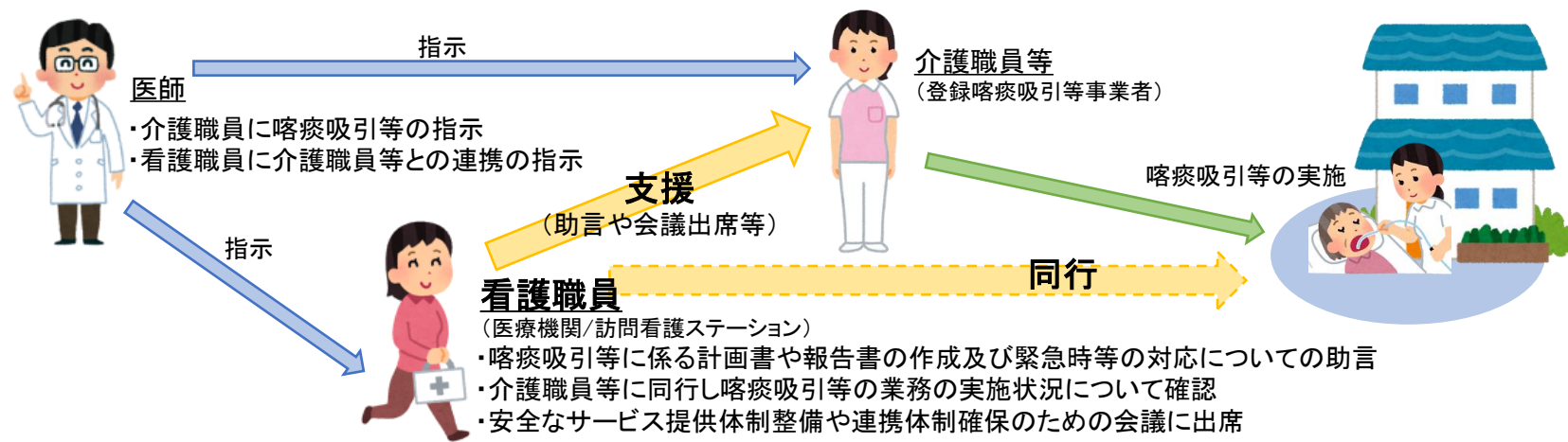
(新) 看護・介護職員連携強化加算 250点

[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。
- ④ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。
- ⑤ 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。

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





## 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)	
<u>イ 救急体制充実加算1</u>	<u>1,500点(1日につき)</u>
※ 充実段階評価S	
<u>ロ 救急体制充実加算2</u>	<u>1,000点(1日につき)</u>
※ 充実段階評価A	
<u>ハ 救急体制充実加算3</u>	<u>500点(1日につき)</u>
※ 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	<u>300点</u>

# 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

看護補助者 看護職員 看護職員

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

看護職員 看護職員



**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

看護補助者 看護職員



## 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)

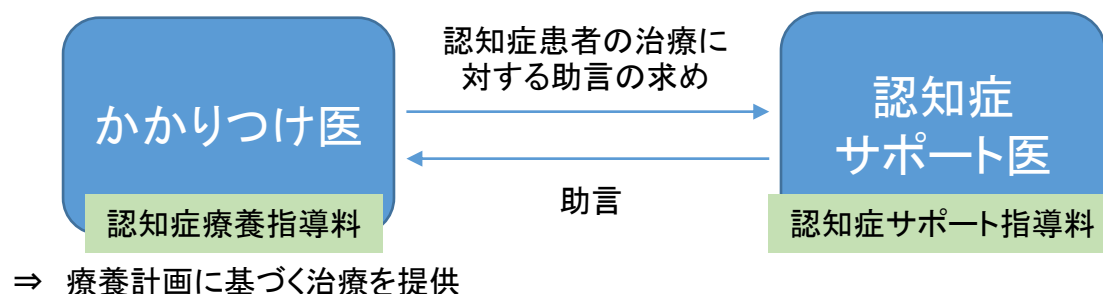
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[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。

## 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。152



## 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%。

⇒ 緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

※ 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、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。

#### 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

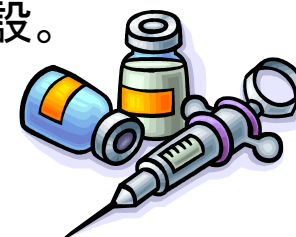
#### (新) 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)

##### [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。

## 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。

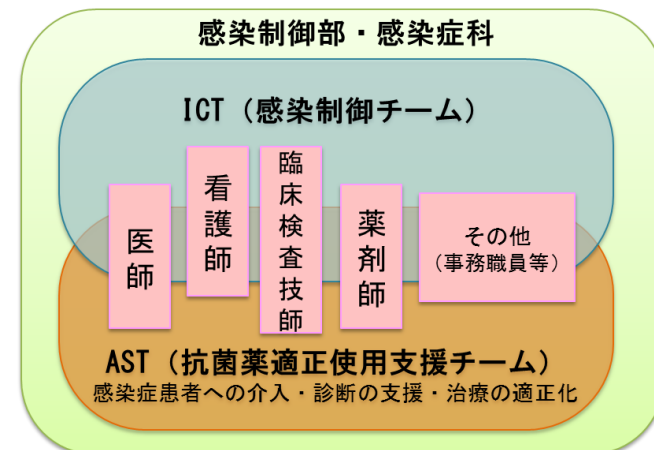
#### [抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- 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。

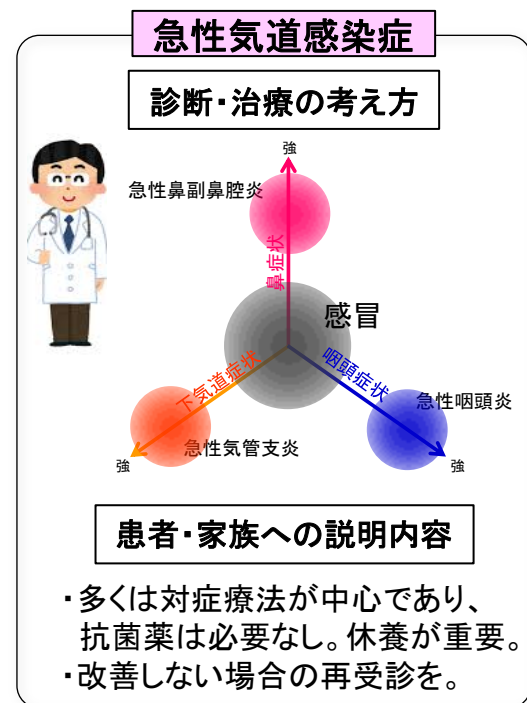
### (新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

#### [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っては、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。

# 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



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] なし

[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)。



末期腎不全に対する治療手段にはどんなものがある?

末期腎不全の治療手段

- 透析療法
  - 血液透析
  - 腹膜透析
- 腎臓移植
  - 生体腎移植
  - 賦腎移植

腎移植・血液透析・腹膜透析はお互いに相補的な役割があります。

PD ↔ HD (PD-HD併用)

これらのうち、自分に最も合った(医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して)治療法を選ぶ必要があります。しかし、どれが自分に最も適しているか、わからないことも多いと思います。医師からの説明だけでは納得が十分でないかもしれません。

また、これらの治療法は相反するものではありません。最初は単独透析(PD)を開始し、その後に血液透析(HD)に移行したり、その逆もありえます。また、PDとHDの併用療法という方法をPDまたはHDへの移行の橋渡しとして使うことも可能です。さらに、透析形態からも移植を行うことはできますし、移植後に腎機能が低下した場合、どの透析形態へも移行が可能です。

●これらの説明や比較の表をご覧になったうえで、担当の医師とも相談し、自分に最も合った治療法を考慮して決めてください。

# 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<sup>2</sup>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<sup>2</sup>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

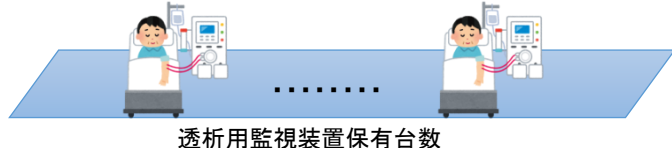
➤ 施設の効率性及び包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ人工腎臓の評価を見直す。

	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
1,980点	1,940点	1,900点
2,140点	2,100点	2,055点
2,275点	2,230点	2,185点

<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 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

### Ⅲ 医療従事者の負担軽減、 働き方改革の推進

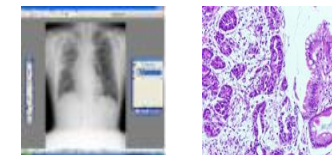
1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

## 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

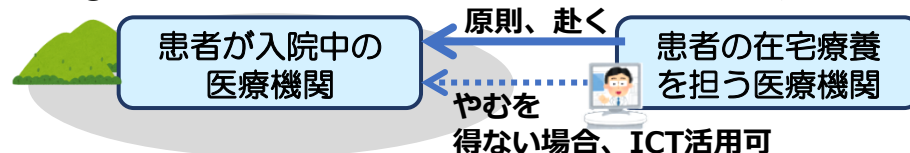
項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 〔施設基準〕	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のい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]	<p>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。</p> <p>① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき</p> <p>② 当該3者のうち2者以上は、患家へ赴きカンファレンスを行っているとき</p> <hr/> <p>【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】</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家へ赴きカンファレンスを行っているとき</p>
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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名以上は患家へ赴きカンファレンスを行っているとき</p>
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	<p>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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <hr/> <p>【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】</p> <p>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。</p>
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

### 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的見直し

- 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

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

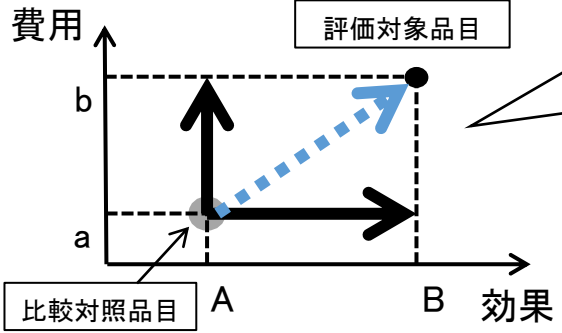
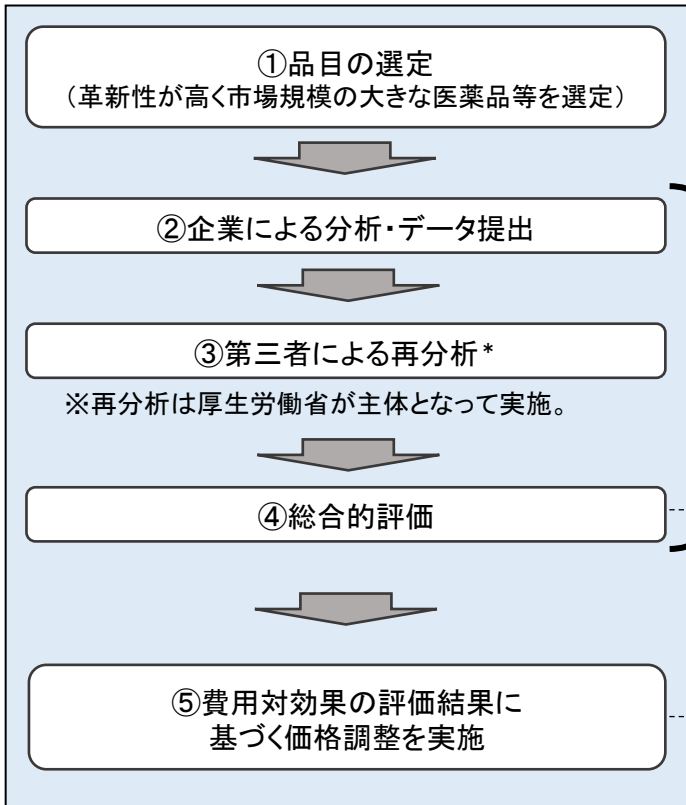
毎年薬価調査・毎年薬価改定



# 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。

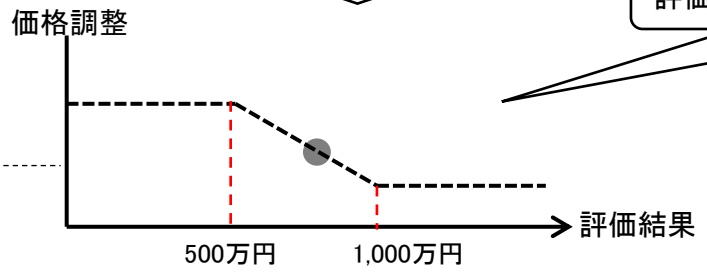
## 【費用対効果評価の手順】



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



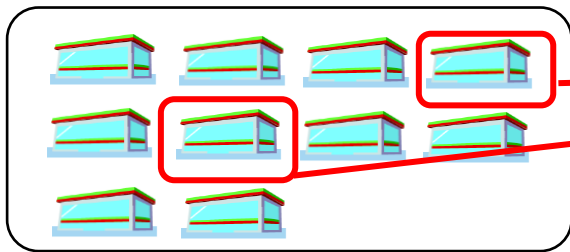
※試行的実施において、一部の品目で、企業による分析と第三者による再分析に大きく異なる結果が生じており、技術的課題への方策を整理中。

\* 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



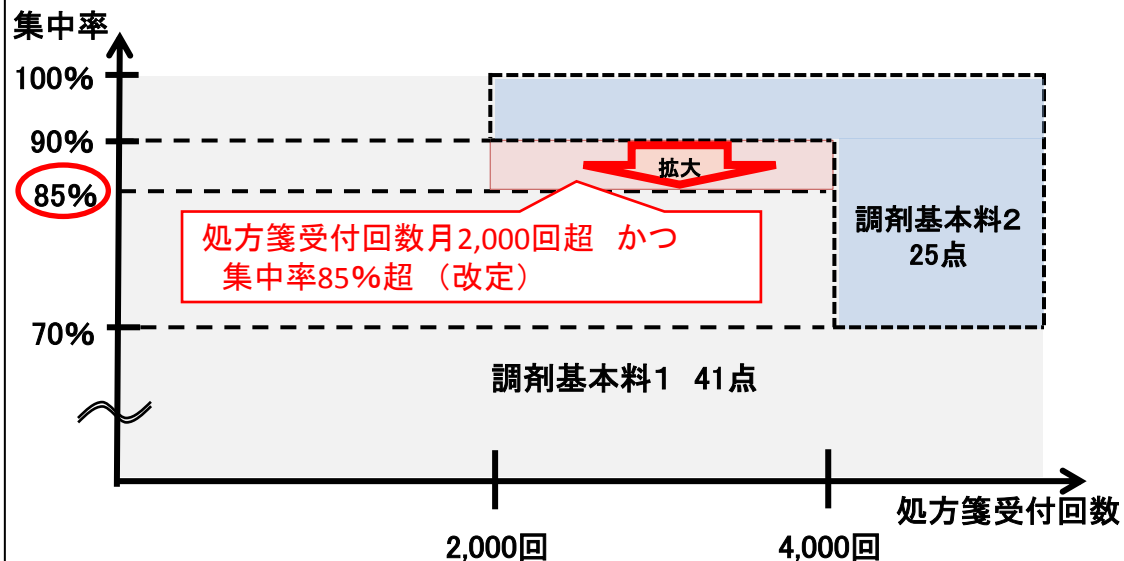
**調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下) 20点**

- 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

- 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。
- 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。

## 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。)

参考

# 薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価に見直す。

現行			➔	改定後		
調剤数量割合	65%以上	18点		調剤数量割合	<u>75%以上</u>	18点
	75%以上	22点			<u>80%以上</u>	22点
					<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

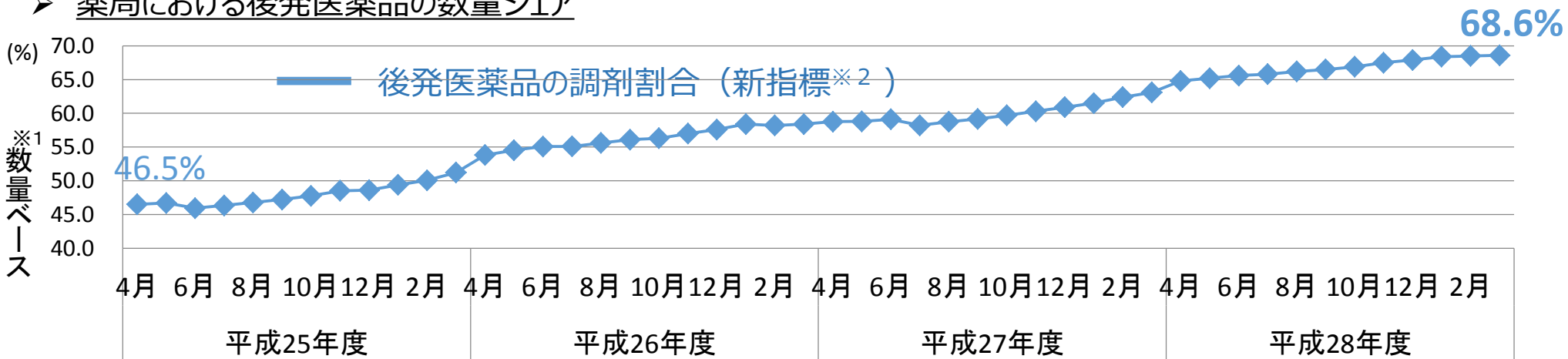
**(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算**

ただし、以下の場合を除く。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局。
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- 薬局における後発医薬品の数量シェア



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=〔後発医薬品の数量〕/ (〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕) (「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

# 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	18点
処方箋料	28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、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

# 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
<b>3 その他のもの</b>	<b>21,680点</b>

#### [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。



### 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
<b>3 その他のもの</b>	<b>21,680点</b>

#### [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

※ 経皮的冠動脈形成術についても、同様の見直しを行う。

## 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



<u>105点</u>
<u>137点</u>
<u>112点</u>



### 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。

<u>イ 2項目</u>	<u>4,000点</u>
<u>ロ 3項目以上</u>	<u>6,000点</u>