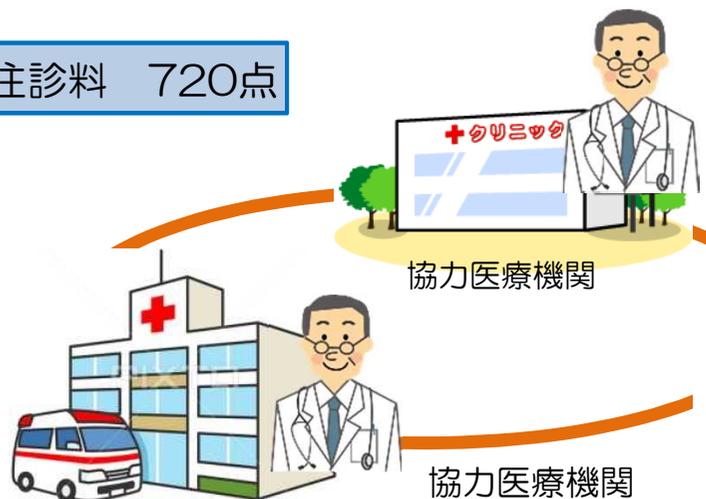


特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(現行)

往診料 720点



協力医療機関の医師等による往診



【末期の悪性腫瘍の患者】
 ○ 看取り介護加算を算定していない場合
 ・ 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円

【末期の悪性腫瘍の患者等】
 ○ 看取り介護加算を算定している場合
 在宅患者訪問診療料のみ算定可

○ 看取り介護加算を算定していない場合
 在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算を算定可



看取り実施

看取り介護加算
 死亡日30日前～4日前
 144単位/日
 死亡日前々日、前日
 680単位/日
 死亡日 1280単位/日

看取り実施

特別養護老人ホームにおける医療サービスに係る見直し(改定後)

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制がない施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅰ)を算定している場合であっても
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算、看取り加算が算定可

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

配置医師や協力医療機関による
緊急時の24時間対応の体制を有する施設

【末期の悪性腫瘍の患者等】
・看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合であっても、
在宅患者訪問診療料、在宅ターミナルケア加算が算定可

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

往診料 720点

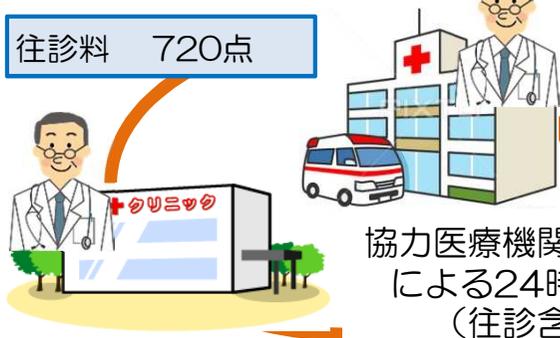
往診料 720点



協力医療機関



看取り実施



協力医療機関の医師等による24時間対応(往診含む)



施設看護師や訪問STによる24時間対応できる体制(看護体制加算(Ⅱ)を算定)

看取り実施

特別養護老人ホーム



看取り実施

特別養護老人ホーム



看取り実施

連携

看取り介護加算(Ⅰ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 680単位/日
死亡日 1280単位/日

■ 診療報酬で対応
■ 介護報酬で対応

看取り介護加算(Ⅱ)
死亡日30日前～4日前 144単位/日
死亡日前々日、前日 780単位/日
死亡日 1580単位/日

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

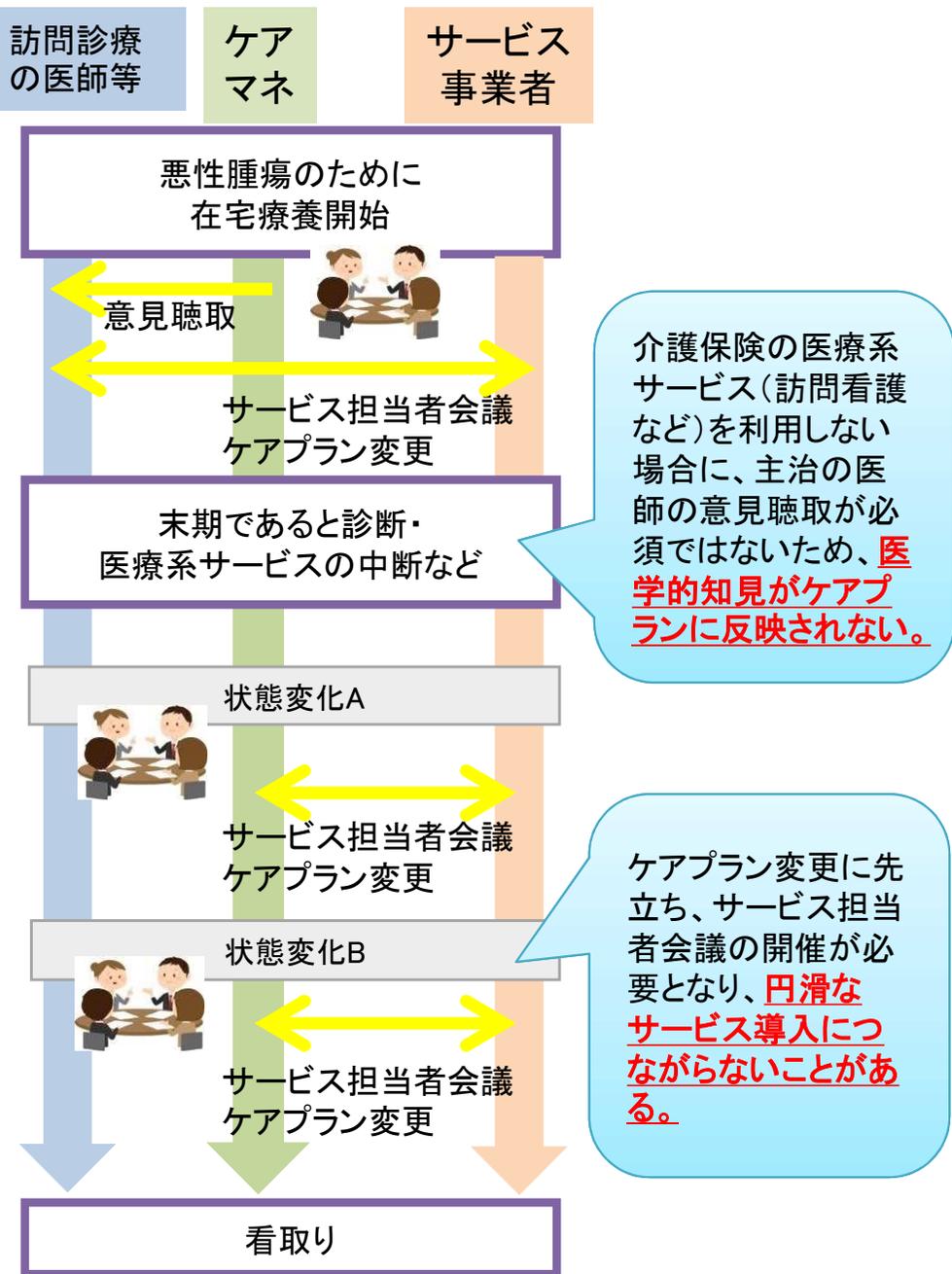
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○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

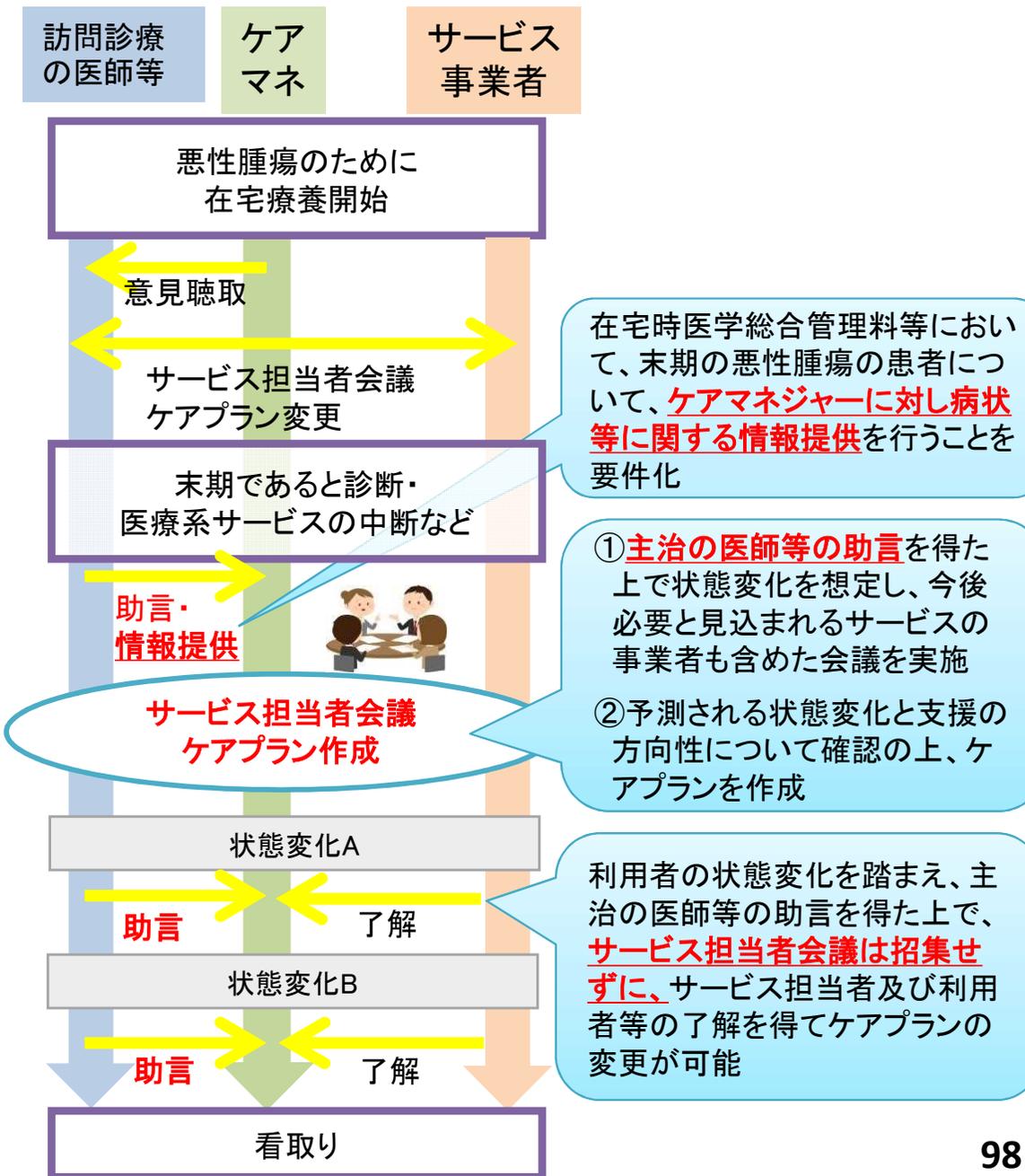
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

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。)



介護医療院の創設への対応

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

介護報酬改定における対応

(医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

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



有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

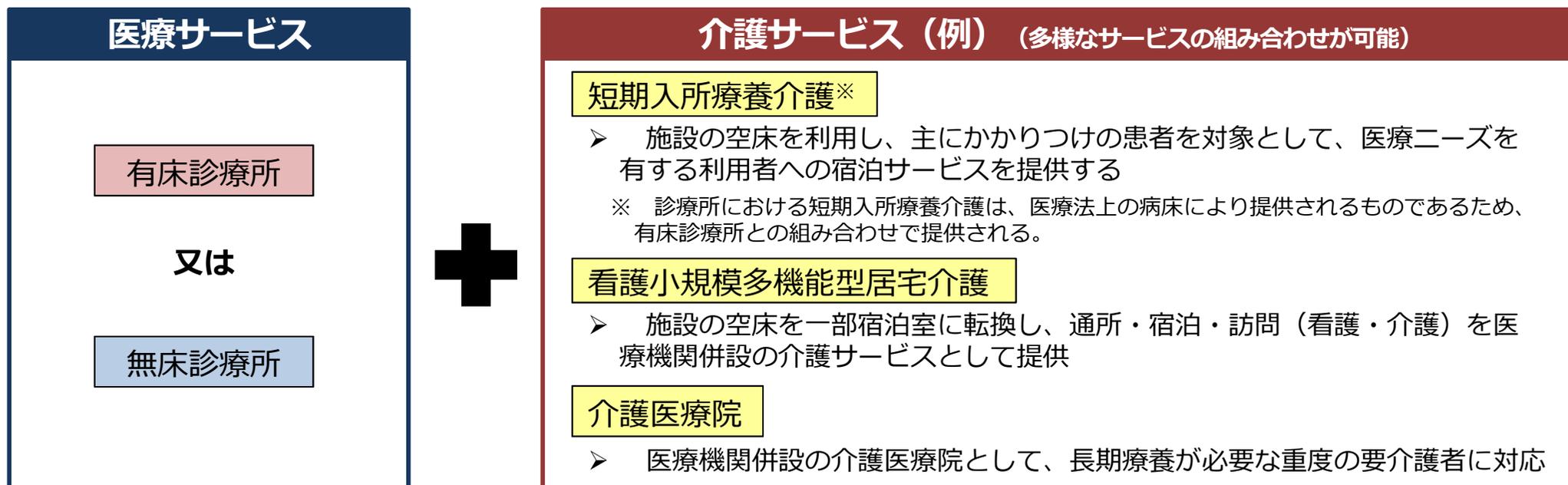
(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

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

<参考> 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例



維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

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

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

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

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

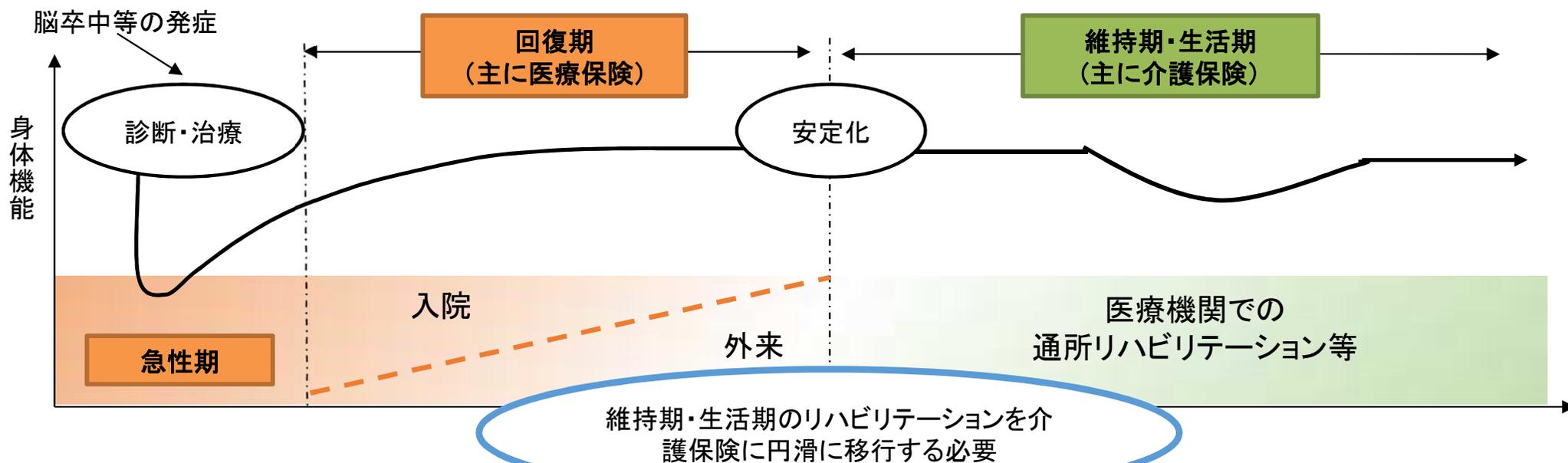
[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

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

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

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

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



平成30年度改定での見直し

医療保険で見直し

- 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**

医療保険と介護保険の双方で見直し

- **地域の医療機関で一貫してリハビリを提供**するため、施設基準を緩和
- 計画書様式の共通化による**連携の推進・業務効率化**

計画書

計画書

計画書

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進①

疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加

- 長期間のリハビリテーションを要する患者及び回復期リハビリテーション病棟退棟後一定期間の患者について、疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象に追加する。

現行

【脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の算定日数の上限の除外対象患者】

(1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

失語症、失認及び失行症
 高次脳機能障害
 重度の頸髄損傷
 頭部外傷及び多部位外傷
 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
 心筋梗塞
 狭心症

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者

(中略)
 その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの

(2) 治療上有効であると医学的に判断される場合
 (略)



改定後

【脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等の算定日数の上限の除外対象患者】

(1) 以下の患者のうち、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

失語症、失認及び失行症
 高次脳機能障害
 重度の頸髄損傷
 頭部外傷及び多部位外傷
 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
 心筋梗塞
 狭心症
軸索断裂の状態にある末梢神経損傷(受傷後1年以内のもの)
外傷性の肩関節腱板損傷(受傷後180日以内のもの)

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者
回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者(在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。)

(中略)
 その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリの継続が必要と医学的に認められるもの

(2) 治療上有効であると医学的に判断される場合
 (略)

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

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

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】
300点

[対象患者]

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



改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】
リハビリテーション総合計画評価料1 300点

[対象患者]

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

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

[対象患者]

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

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（「医科Ⅱ」参照）
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
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

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（「医科Ⅱ」参照）
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
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

小児医療の充実①



入退院支援の一層の推進（再掲）

- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。
- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の評価

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

小児入院医療管理料の包括範囲の見直し

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

小児かかりつけ診療料の見直し（再掲）

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

小児科療養指導料の見直し

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

学校への情報提供に係る評価（再掲）

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

小児医療の充実②

発達障害に対する診療の充実

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

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

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

[対象患者]

15歳未満の心理的発達の障害等の患者

改定後

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

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

[対象患者]

18歳未満の心理的発達の障害等の患者

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

精神科ショート・ケア

(新) 疾患別等専門プログラム加算 200点

[算定要件]

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

小児医療の充実③(医療的ケアが必要な児への対応①)

長時間の訪問看護における医療的ケア児への対応(再掲)

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

現行
長時間訪問看護加算(週1日まで) [算定対象] (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者 (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 長時間訪問看護加算(週3日まで) [算定対象] 上記の(1)



改定後
長時間訪問看護加算(週1日まで) [算定対象] (1) 15歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる疾病等の者 (3) 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 長時間訪問看護加算(週3日まで) [算定対象] 上記の(1)及び(2) (15歳未満の小児)



【特掲診療料の施設基準 別表8】

- 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
- 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
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 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)

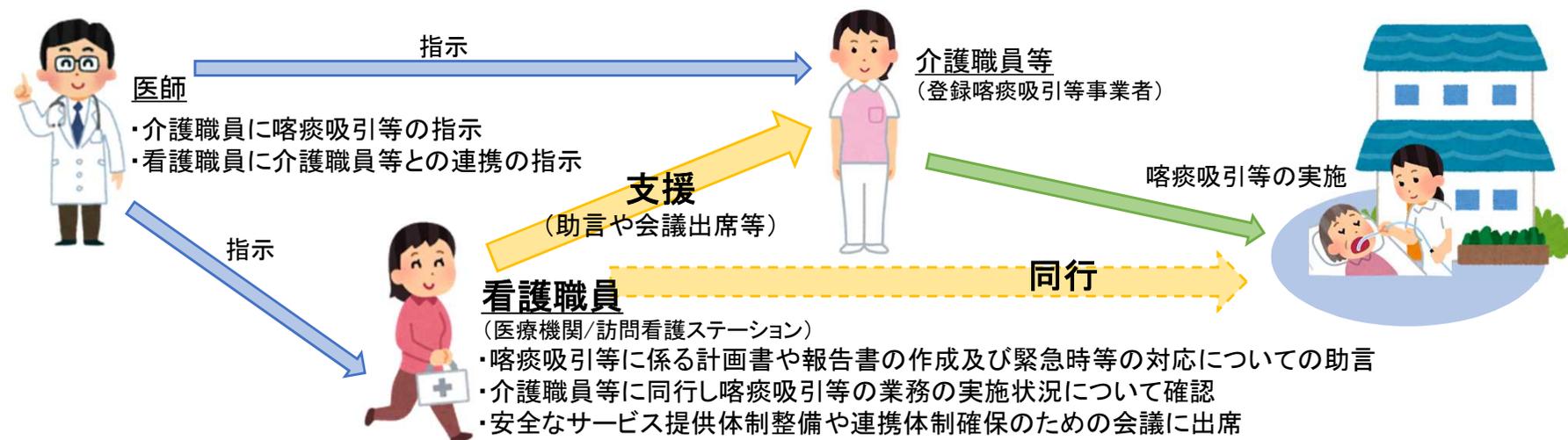
(新) 看護・介護職員連携強化加算 250点

[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①

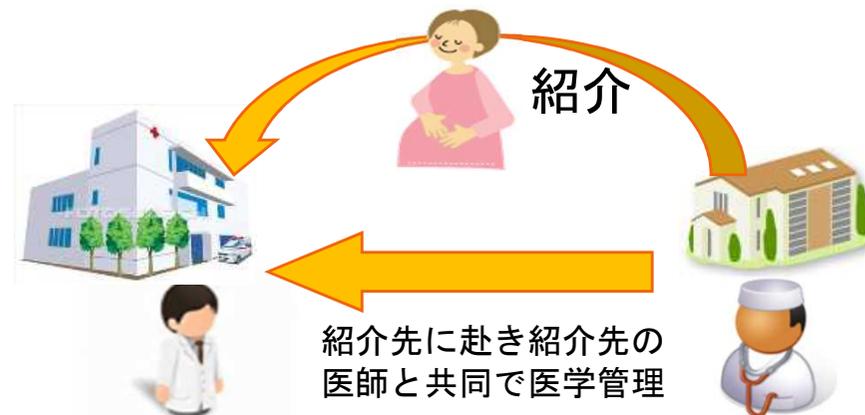
入院

これまでの取組

- ハイリスク妊娠管理加算
合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価
- ハイリスク分娩管理加算
合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理評価



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



外来

新たな取組

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



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



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



周産期医療の充実②

外来における妊婦加算の新設

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

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

精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

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

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点(月1回)	(新) ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点(月1回)
産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している	
産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催	
出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う	
精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上。原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施	精神疾患の妊産婦について、直近1年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が1件以上

※ 精神療法を実施されている患者に限る。

周産期医療の充実③

乳腺炎の重症化を予防する包括的なケア及び指導に関する評価

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

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



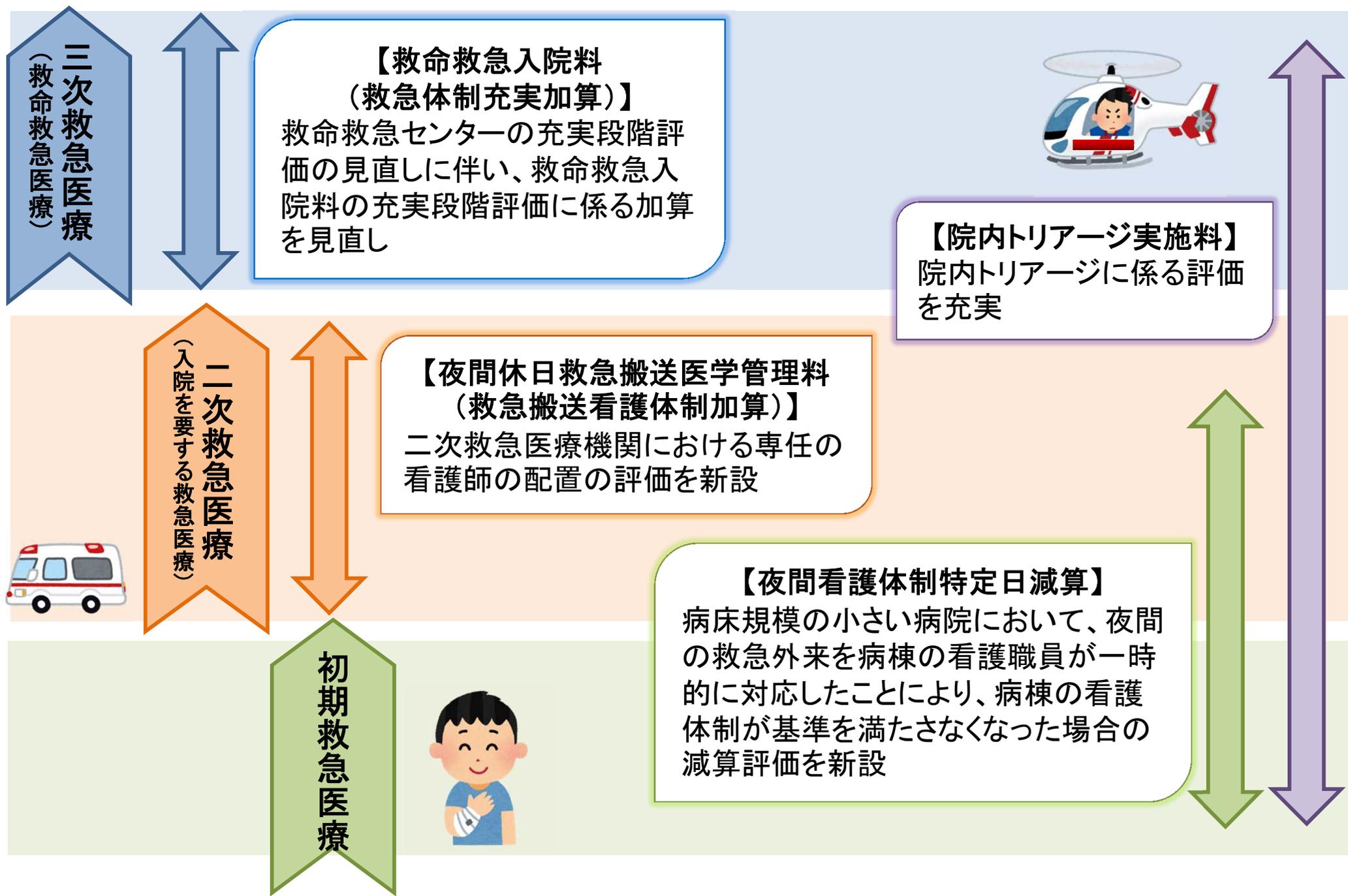
[算定要件]

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

[施設基準]

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

救急医療体制の充実



救急医療の充実

救命救急入院料における充実段階評価の見直し

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

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

現行(救命救急入院料の加算)

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



改定後(救命救急入院料の加算)

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

夜間救急における外来看護体制の充実

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

(新) 救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

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

- 院内トリアージ実施料の評価を充実する。

現行

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



改定後

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

小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

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

(新) 夜間看護体制特定日減算

(入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

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

[算定要件]

年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

[施設基準]

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

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

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟)

入院患者数:32人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要



夜間に病棟の看護職員が、一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

現
行

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

2階病棟 (一般病棟)

入院患者数:32人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要



改
定
後

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

1階病棟 (療養病棟)

入院患者数:35人

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員1名を含む看護要員2名以上の配置が必要



平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進（「医科Ⅱ」参照）
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
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

緩和ケア病棟入院料の見直し

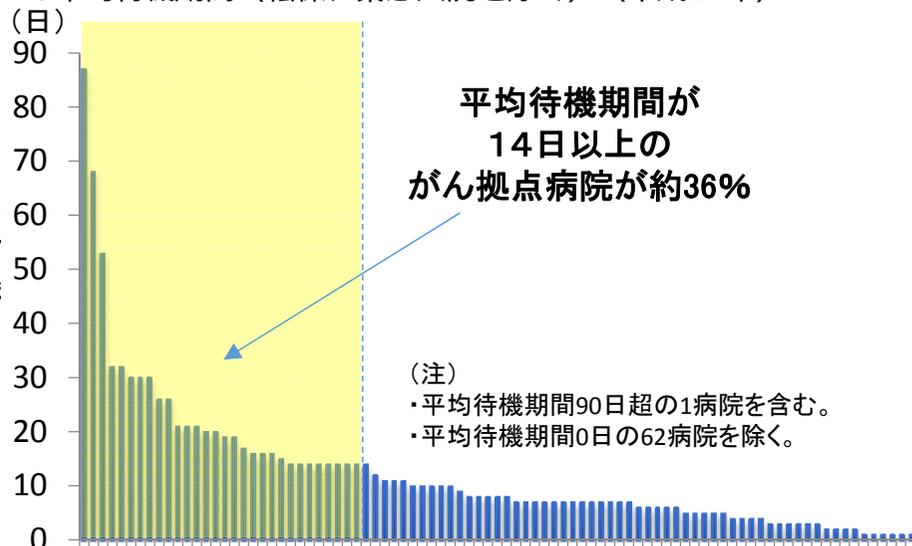
- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

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



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

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



緩和ケア診療加算等の要件の見直し

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

現行(対象患者)

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



改定後(対象患者)

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

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

緩和ケア診療加算

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

医療用麻薬等に係る見直し

医療用麻薬の投薬期間の緩和

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

現行

【投薬期間に上限が設けられている医薬品】

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

イ 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬((2)以外のもの)
(中略)

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

イ 内服薬

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



改定後

【投薬期間に上限が設けられている医薬品】

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

イ 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬((2)以外のもの)
(中略)

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

イ 内服薬

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

在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価

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

在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算

(新) 酸素療法加算

2,000点

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

【課題】

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

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

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

入院料から35%減額

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

入院料から20%減額

入院料から15%減額

特定入院料等算定病棟

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進②

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

現行

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

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



改定後

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

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

がんゲノム医療に係る評価

がんゲノム医療中核拠点病院の評価

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

がん拠点病院加算

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

[施設基準]

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



<がんゲノム医療中核拠点病院>

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

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

※ 指定期間は平成30年4月1日から平成32年3月31日までの2年間

遺伝カウンセリング加算の充実

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

現行

遺伝カウンセリング加算(月1回) 500点



改定後

遺伝カウンセリング加算(月1回) 1,000点

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- ▶ がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- ▶ 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

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



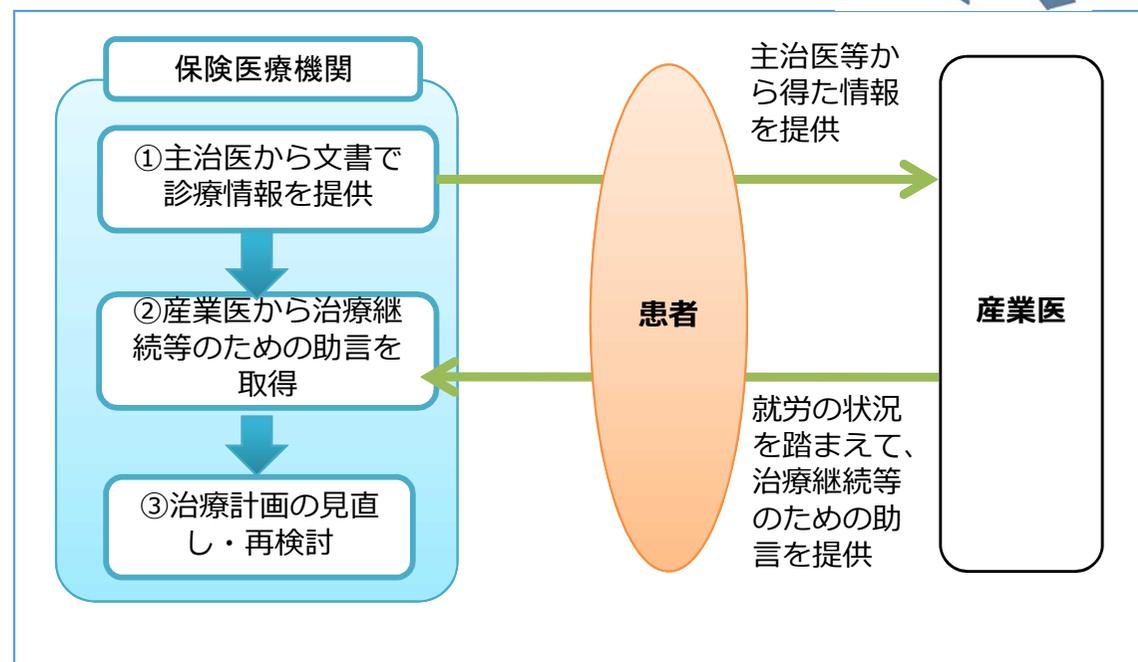
[算定要件]

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

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

[相談体制充実加算の施設基準]

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



[両立支援の流れ(イメージ)]

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（「医科Ⅱ」参照）
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
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

認知症の者に対する適切な医療の評価

地域における 身近な相談役に対する評価

- 認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設



指導・助言

紹介

かかりつけ医による 日常的な医学管理に対する評価

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



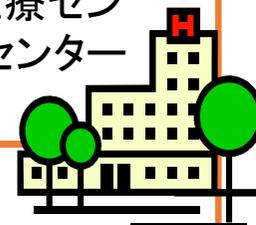
診断等

紹介

専門的な医療機関に対する評価

連携型認知症疾患医療センター

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



認知症治療病棟

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

急性期一般病棟等における入院受入体制に対する評価

急性期一般病棟における評価

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

地域包括ケア病棟における看護体制の充実

- 認知症・せん妄状態の患者が一定割合入院する病棟の夜間看護職員配置を評価

かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

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

(新) 認知症サポート指導料 450点(6月に1回)



[算定要件]

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

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

(新) 認知症療養指導料2 300点(月1回)(6月に限る)

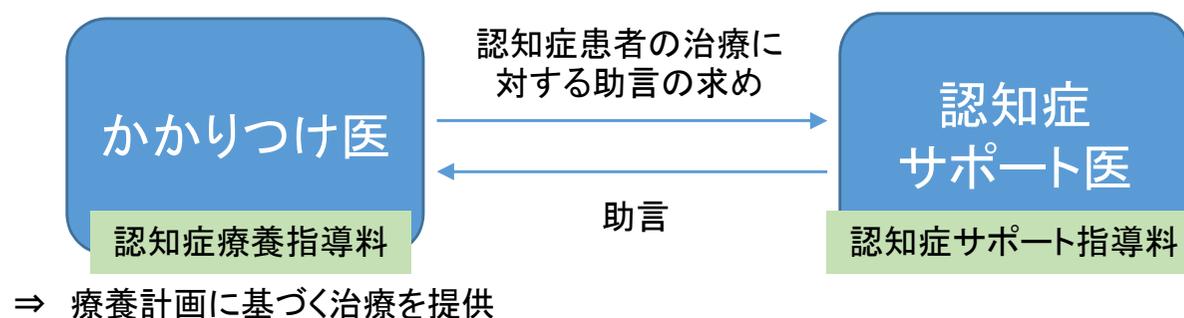
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

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

[認知症療養指導料3の算定要件]

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



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

認知症治療病棟に係る評価の見直し

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

※ 現行では、病棟において夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定可能。

現行

入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算



改定後

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

イ 30日以内の期間	84点
ロ 31日以上の期間	40点

- 認知症治療病棟等で実施されている認知症患者リハビリテーション料の算定できる期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長する。

- 認知症治療病棟入院料において、「摂食機能療法」の算定を可能とする。

- 認知症治療病棟入院料の生活機能回復のための訓練及び指導に係る要件について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう、取扱いを見直す。

現行

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



改定後

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

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

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

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進（「医科Ⅱ」参照）
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
 - 2～8) (略)（「医科Ⅱ」参照）

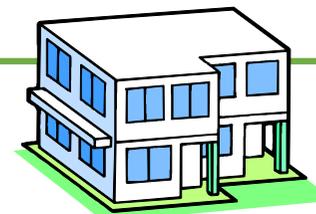
地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

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



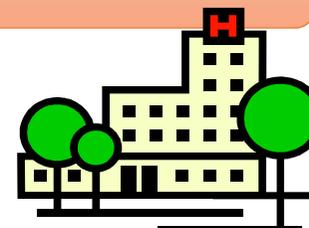
退院後

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後

- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

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

退院後

精神科救急入院料の算定要件の見直し

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

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

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

現行(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

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

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。

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

③ 複数病棟の届出を行う場合は、病棟ごとに基準を満たすことを要件とする。

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

改定後(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載

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

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

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

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

④ 再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上できることとする。

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

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

[経過措置] 平成 30年3月 31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。132

地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

入院精神療法の評価の充実

- 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

現行

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



改定後

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

精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

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

現行

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



改定後

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

精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し

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

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

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

精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外

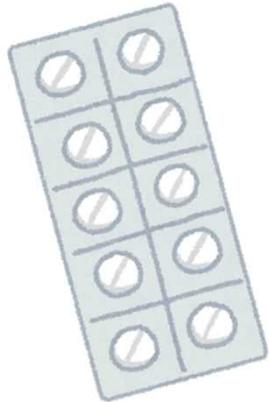
- 精神科入院患者の地域移行を推進するため、次の入院料について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外する。
- また、当該入院料における非定型抗精神病薬加算※の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外する。

[対象]

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

※ 非定型抗精神病薬加算

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



<参考> クロザピンについて

1. クロザピンの効果

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

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、無顆粒球症で、本邦での頻度は約1%。

⇒ 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、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

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。

