個別改定項目について

Ⅰ　地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

Ⅰ－１　地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

①　入退院支援の推進 9
②　在宅復帰率の見直し 14
③　歯科医療機関連携加算の対象拡大 20
④　診療情報の共有に対する評価の新設 21
⑤　地域包括診療料等における院外処方に係る服薬管理等の取扱いの明確化 23
⑥　関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し 24
⑦　退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価 28
⑧　入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携 29
⑨　特別の関係、入退院時の連携強化 30
⑩　障害福祉サービスの相談支援専門員との連携 32
⑪　地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し 36
⑫　救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し 41
⑬　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 44
⑭　周術期口腔機能管理の推進 48
⑮　介護医療院の創設に伴う対応 56

Ⅰ－２　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価

①　地域包括診療料等の見直し 59
②　小児かかりつけ診療料の見直し 67
③　小児科療養指導料の見直し 69
④　生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し 71
⑤　かかりつけ歯科医の機能の評価 73
⑥　かかりつけ薬剤師の評価 77
⑦　地域医療に貢献する薬局の評価 79

Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

①　一般病棟入院基本料の評価体系の見直し 83

② 重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し 89
③ 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し 100
④ 医療区分の適正化 105
⑤ 在宅復帰機能強化加算 107
⑥ 療養病棟における夜間看護体制の充実 108
⑦ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 109
⑧ 医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和 114
⑨ 結核病棟のユニットに係る見直し 117
⑩ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し 118
⑪ 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 119
⑫ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し ... 120
⑬ 診療実績データの提出への評価 125
⑭ 特定集中治療室管理料等の見直し 129
⑮ 短期滞在手術等基本料の見直し 133
⑯ ＤＰＣ制度（ＤＰＣ／ＰＤＰＳ）の見直し 137
⑰ 入院中の患者に対する褥瘡対策 145
⑱ 看護補助者の配置に係る加算の見直し 149

Ⅰ－４　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

① 大病院の外来機能の分化の推進 150
② 病床数要件の見直し 153
③ かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価 157
④ 未妥結減算の見直し 158
⑤ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し 163
⑥ 糖尿病の透析予防の推進 164

Ⅰ－５　質の高い在宅医療・訪問看護の確保

① 複数医療機関が行う訪問診療の評価 165
② 在支診以外の診療所による訪問診療の提供に係る評価 166
③ 併設する介護施設等への訪問診療の整理 167
④ 患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価 168
⑤ 適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価 177
⑥ 入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携 179

⑦　訪問看護ステーションと関係機関の連携強化 182
⑧　喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進 184
⑨　地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価 186
⑩　複数の実施主体による訪問看護の連携強化 188
⑪　機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し 192
⑫　24 時間対応体制の評価の見直し 194
⑬　理学療法士等の訪問看護の適正化 196
⑭　複数名による訪問看護の見直し 197
⑮　精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）の廃止 202
⑯　精神障害を有する者への重点的支援 203
⑰　医療的ケアが必要な児への対応の評価 206
⑱　過疎地域等の訪問看護の充実 208
⑲　連携する医師による訪問看護指示の見直し 211
⑳　在宅歯科医療の推進等 213
㉑　訪問指導料における居住場所に応じた評価 228
㉒　効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進 231

Ⅰ－６　国民の希望に応じた看取りの推進

①　患者の希望に応じた看取りの推進 233
②　治療方針に関する意思決定支援体制の評価 238
③　訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化 239
④　在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価 240
⑤　特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアの評価の見直し 241

Ⅰ－７　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 245
②　回復期リハビリテーション病棟における専従要件の見直し 247
③　維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行 248
④　医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し 251

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

Ⅱ－１　重点的な対応が求められる医療分野の充実

Ⅱ－１－１　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

①　緩和ケア病棟入院料の見直し 254
②　緩和ケア診療加算等の要件の見直し 256
③　訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化 259
④　在宅療養中のがん末期の患者に対する診療の充実 260
⑤　がんゲノム医療中核拠点病院の評価 262
⑥　高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 264
⑦　がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実 265

Ⅱ－１－２　認知症の者に対する適切な医療の評価

①　重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し 267
②　地域包括ケア病棟における夜間看護職員体制の充実 268
③　認知症治療病棟に係る評価の見直し 269
④　連携型認知症疾患医療センター等の評価 272

Ⅱ－１－３　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

①　精神科措置入院退院支援加算の新設 276
②　自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価 277
③　精神疾患患者に対する訪問支援の充実 280
④　精神障害を有する者への重点的支援 285
⑤　発達障害に対する診療の評価 286
⑥　認知行動療法の評価の見直し 288
⑦　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 . 291
⑧　精神科救急入院料の算定要件の見直し 294
⑨　精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実 298
⑩　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 300
⑪　公認心理師の評価 302

Ⅱ－１－４　難病患者に対する適切な医療の評価

①　難病患者に対する適切な医療の評価 303

② 難病患者に対する情報通信機器を活用した医学管理の評価 ...305
Ⅱ－１－５　小児医療、周産期医療、救急医療の充実
① 小児入院医療管理料の包括範囲の見直し 306
② 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対象年齢の延長 307
③ 小児に対する退院支援の充実 308
④ かかりつけ医と連携した小児の運動器疾患に対する医学的管理の評価.....309
⑤ 外来における妊婦加算の新設 310
⑥ 精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価 314
⑦ 夜間救急における外来看護体制の充実 317
⑧ 小規模病院における夜間救急外来対応 318
⑨ 救命救急入院料における充実段階評価の見直し 320
Ⅱ－１－６　感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
① 感染防止対策加算の要件の見直し 322
② 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進 325
③ 医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設 .327
Ⅱ－１－７　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
① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進 329
② 歯科外来診療環境体制加算の見直し 333
③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 337
④ 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実 339
⑤ 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者の見直し 343
⑥ 歯科固有の技術の評価の見直し等 345
⑦ 特定薬剤料等の算定方法の見直し 364
Ⅱ－１－８　薬剤師・薬局による対人業務の評価
① 薬局における対人業務の評価の充実 366
Ⅱ－２　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
① 質の高い臨床検査の適切な評価 372

② 麻酔科の診療に係る評価の見直し 375
③ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 379
④ デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し 380
⑤ 移植医療の評価の充実 383
⑥ 性別適合手術の保険適用 387
⑦ 手術等医療技術の適切な評価 388
⑧ オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設 392
⑨ 電話等再診の見直し 397
⑩ 在宅患者持続陽圧人工呼吸療法遠隔モニタリング加算の新設 . 398
⑪ 在宅患者酸素療法指導料遠隔モニタリング加算の新設 400
⑫ ＩＣＴを利用した死亡診断における連携 402

Ⅱ－３　データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進

① データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進 . 404

Ⅱ－４　明細書無料発行の推進

① 明細書無料発行の推進 405

Ⅲ　医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

Ⅲ－１　チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善

① 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進 406
② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和 415
③ 常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例 419
④ 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 420
⑤ ＩＣＴを活用した勤務場所に関する規定の緩和 422
⑥ 看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進 425
⑦ 専従要件の緩和 430
⑧ 地域包括診療料等の見直し 434
⑨ 小児科療養指導料の見直し 435
⑩ 情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した関係機関連携の推進 436
⑪ 麻酔科の診療に係る評価の見直し 440

Ⅲ－２　業務の効率化・合理化
①　事務の効率化・合理化や情報利活用の推進 441
Ⅲ－３　ＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
①　ＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入 443
Ⅲ－４　地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
①　地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化 444
Ⅲ－５　外来医療の機能分化
①　外来医療の機能分化 445

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
Ⅳ－１　薬価制度の抜本改革の推進
①　薬価調査が適切に実施される環境の整備 446
Ⅳ－２　後発医薬品の使用促進
①　薬局における後発医薬品の使用促進 447
②　後発医薬品使用体制加算の見直し 449
③　一般名処方加算の見直し 452
④　ＤＰＣ対象病院における後発医薬品の使用促進 453
Ⅳ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
①　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 454
Ⅳ－４　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
①　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進 455
Ⅳ－６　医薬品の適正使用の推進
①　入院中等の減薬の取組みの評価 456
②　向精神薬処方の適正化 458
③　抗菌薬の適正使用 460
④　処方料等及び処方箋様式の見直し 461
⑤　多剤投薬の適正化の推進 466
Ⅳ－７　備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進
①　いわゆる門前薬局の評価の見直し 467
Ⅳ－８　医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
①　実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化 474

② 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価 477
③ 透析医療に係る診療報酬の見直し 478
④ ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る要件の見直し..... 488
⑤ 入院時食事療養費（Ⅱ）の見直し 489

①　入退院支援の推進

骨子＜Ⅰ－１(1)＞

第１　基本的な考え方

住み慣れた地域で継続して生活できるよう、患者の状態に応じた支援体制や地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を推進する観点から評価を充実する。

第２　具体的な内容

１．現行の退院支援加算は、入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。

２．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でき、安心して入院医療を受けられるような、より優しく丁寧な医療を推進する観点から、外来において、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、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

（新）　入院時支援加算　　〇点（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) 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 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、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置するこ

と。

(3) 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。

［留意事項］

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、入院前に以下の内容を含む支援を行い、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、患者及び関係者と共有すること。

① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

② 褥瘡に関する危険因子の評価

③ 栄養状態の評価

④ 持参薬の確認

⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明

⑥ 入院生活の説明

⑦ 退院困難な要因の有無の評価

３．入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、虐待や生活困窮等により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	改定案
【退院支援加算】 ［算定要件］ 退院困難な要因 ア　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であること。 イ　緊急入院であること ウ　要介護認定が未申請であること	【入退院支援加算】 ［算定要件］ 退院困難な要因 ア　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であること。 イ　緊急入院であること ウ　要介護認定が未申請であること エ　虐待を受けている又はその疑いがあること オ　医療保険未加入者又は生活困

	窮者であること
エ　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であること（必要と推測されること。）	カ　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であること（必要と推測されること。）
オ　排泄に介助を要すること	キ　排泄に介助を要すること
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	ク　同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育を十分に提供できる状況にないこと
キ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと	ケ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
ク　入退院を繰り返していること	コ　入退院を繰り返していること
ケ　その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合	サ　その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

４．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の場合は緩和する。また、入退院支援加算１、２に小児加算を新設する。

現　行	改定案
【退院支援加算１】 ［施設基準］ (5) 過去１年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「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を乗じた数と「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を乗じた数の合計を上	【入退院支援加算１】 ［施設基準］ (5) 過去１年間の介護支援等連携指導料の算定回数が、「イ　一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床を除く。）に 0.15を乗じた数と「イ　一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分

回ること。	番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に〇を乗じた数と「ロ　療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1を乗じた数の合計を上回ること。

（新）　小児加算　〇点（退院時１回）

［算定対象］

入退院支援加算１又は入退院支援加算２を算定する 15 歳未満の患者

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

現　行	改定案
【地域連携診療計画加算（退院支援加算の注加算）】 ［算定要件］ 当該保険医療機関において注１に規定する退院支援加算１又は注３に規定する退院支援加算３の届出を行っている病棟に入院している患者について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合 ［施設基準］ 退院支援加算１又は退院支援加	【地域連携診療計画加算（入退院支援加算の注加算）】 ［算定要件］ 当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合 ［施設基準］ 入退院支援加算に係る施設基準

算３に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。	の届出を行っている保険医療機関であること。

②　在宅復帰率の見直し

骨子＜Ⅰ－１(2)＞

第１　基本的な考え方

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

１．一般病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率について、自宅等への退院支援機能を評価する観点や病棟毎の機能を踏まえつつ、見直す。

２．療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算については、在宅復帰の機能をより推進する観点から、基準値を含め評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．一般病棟入院基本料等、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料等における在宅復帰に係る指標について、自宅等への退院支援機能を評価する観点や病棟毎の機能を踏まえつつ、名称変更も含めて指標の定義等を見直す。また、介護医療院については、「住まい」の機能を有する施設であるとの考え方から、「自宅等」の対象として扱う。

現　行	改定案
【７対１入院基本料】 ［施設基準］ 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が８割以上であること。 ７対１入院基本料に係る自宅等に退院するものとは次のア、イいず	【急性期一般入院料１、７対１入院基本料】 ［施設基準］ 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が<u>○割</u>以上であること。 <u>急性期一般入院料１及び</u>７対１入院基本料に係る自宅等に退院す

れにも該当しない患者をいう。	るものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。
ア　他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者	（削除）
イ　介護老人保健施設（介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者	（削除）
【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	【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の施設基準］ 　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が７割以上であること。 ［回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準］ 　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が６割以上であること。 　他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	院料１及び２の施設基準］ 　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が〇割以上であること ［回復期リハビリテーション病棟入院料３及び４の施設基準］ 　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が〇割以上であること。 　他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（介護サービスを提供している医療機関に限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した患者等を除く患者数

イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。	イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）及び死亡退院した患者を除く。）
【地域包括ケア病棟入院料】 ［地域包括ケア病棟入院料１及び地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準］ 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割以上であること。 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。 ア　他の保険医療機関（療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加	【地域包括ケア病棟入院料】 ［地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２及び地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準］ 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が○割以上であること。 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。 ア　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（介護サービスを提供

算を算定するものに限る。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者	している医療機関に限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者
イ　介護老人保健施設（介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者	イ　介護老人保健施設に入所した患者
ウ　同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟を除く。）への転棟患者	ウ　同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者

※　在宅復帰に係る指標の名称を、急性期一般入院料１、７対１特定機能病院入院基本料（一般）及び７対１専門病院入院基本料に係る指標は「在宅復帰・病床機能連携率」、その他の入院料に係る指標は「在宅復帰率」とする。

２．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	改定案

【療養病棟入院基本料】 注　療養病棟入院基本料１を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、１日につき 10点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した１年間の患者数を、当該病棟の１年間の１日平均入院患者数で除した数が 100分の 10以上であること。	【療養病棟入院基本料】 注　療養病棟入院料１を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、１日につき ○点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した１年間の患者数を、当該病棟の１年間の１日平均入院患者数で除した数が 100分の○以上であること。

③　歯科医療機関連携加算の対象拡大

骨子＜Ⅰ－１(3)＞

第１　基本的な考え方

在宅医療における医科と歯科の連携を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に属する医師が、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合を評価している診療情報提供料（Ⅰ）の歯科医療機関連携加算の在宅医療に関する部分について、見直しを行う。

第２　具体的な内容

歯科訪問診療に関する情報提供を行う場合の情報提供先及び対象患者を拡大する。

現　行	改定案
【歯科医療機関連携加算】 ［算定要件］ イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合	【歯科医療機関連携加算】 ［算定要件］ イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者（疑われる患者を含む。）について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

④　診療情報の共有に対する評価の新設

骨子＜Ⅰ－１(4)＞

第１　基本的な考え方

医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報をかかりつけ医とかかりつけ歯科医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。

第２　具体的な内容

医科点数表及び歯科点数表において、診療情報連携共有料を設ける。

（新）　診療情報連携共有料　〇点

【医科点数表、歯科点数表】

［対象患者］

慢性疾患等を有する患者であって、歯科治療を行う上で特に検査値や処方内容等の診療情報を確認する必要がある患者

［算定要件］

【医科点数表】

(1) 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、当該患者に係る検査結果、投薬内容等の情報提供について、当該患者の同意を得て、当該別の保険医療機関に対し、当該情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

(2) 診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。

【歯科点数表】

(1) 全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医

療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を依頼した場合に保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

(2) 診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る。）を算定した月は別に算定できない。

【医科点数表、歯科点数表共通】

保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制（窓口の設置など）を確保していること。

⑤　地域包括診療料等における院外処方に係る服薬管理等の取扱いの明確化

骨子＜Ⅰ－１(5)＞

「Ⅰ－２－①」を参照のこと。

⑥　関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し

骨子＜Ⅰ－１(6)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

（新設）	できる。 ［包括範囲］ B006-3 退院時リハビリテーション指導料（理学療法士等が行った場合に限る。） B014 退院時薬剤情報管理指導料（薬剤師が行った場合に限る。）

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

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

３．退院時共同指導料２のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退

院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

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

⑦　退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価

骨子＜Ⅰ－１(7)＞

「Ⅰ－１－⑥」及び「Ⅰ－１－⑨」を参照のこと。

⑧　入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携

骨子＜Ⅰ－１(8)＞

「Ⅰ－５－⑥」を参照のこと。

⑨ 特別の関係、入退院時の連携強化

骨子＜Ⅰ－1(8)＞

第１ 基本的な考え方

入院医療機関と退院後の在宅療養を担当する関係機関間での連携を推進する観点から、入退院時の連携に関する評価や、退院に向けた入院医療機関と関係機関との共同指導や連携に関する評価を充実させる。

第２ 具体的な内容

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

［特別の関係にあたる場合も算定可能となるように見直す対象］

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

２．居宅介護支援事業者に対する診療情報の提供のうち、退院前２週間以内の期間に行ったものについて、介護支援等連携指導料を算定していない患者に限り、診療情報提供料（Ⅰ）を算定可能とする。

現 行	改定案
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］

注２　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日から２週間以内に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。	注２　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、患者の同意を得て退院の日の前後２週間の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。

⑩　障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

骨子＜Ⅰ－１(9)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

退院に向けた関係機関の連携強化のため、医療機関と居宅介護支援事業者や介護支援専門員との連携に係る評価について、障害福祉サービス事業における相談支援事業者や相談支援専門員との連携も評価対象とする。

現　行	改定案
【介護支援連携指導料】 ［名称］ 介護支援連携指導料 ［算定要件］ 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に２回に限り算定する。この場合において、同	【介護支援等連携指導料】 ［名称］ 介護支援等連携指導料 ［算定要件］ 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービスや退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行っ

一日に、区分番号Ｂ００５の注３に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。	た場合に、当該入院中に２回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５の注３に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
【退院時共同指導料２　注３加算（３者以上共同指導）】 ［算定要件］ 注３　注１の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか３者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。	【退院時共同指導料２　注３加算（３者以上共同指導）】 ［算定要件］ 注３　注１の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員のうちいずれか３者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。
【診療情報提供料（Ｉ）】 ［算定要件］ 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法	【診療情報提供料（Ｉ）】 ［算定要件］ 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法

第46条第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	第46条第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ［算定要件］ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った	【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ［算定要件］ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それ

場合に、月２回に限り算定する。	らの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。 ※　訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算についても同様
【退院支援加算１】 ［施設基準］ 　転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が 20以上であること。	【入退院支援加算１】 ［施設基準］ 　転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等の数が 20以上であること。

⑪　地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

骨子＜Ⅰ－１(10)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

地域包括ケア病棟入院料

（新）	１	地域包括ケア病棟入院料１	○点
		（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	２	地域包括ケア入院医療管理料１	○点
		（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	３	地域包括ケア病棟入院料２	○点
		（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	４	地域包括ケア入院医療管理料２	○点
		（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	５	地域包括ケア病棟入院料３	○点
		（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	６	地域包括ケア入院医療管理料３	○点
		（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	７	地域包括ケア病棟入院料４	○点
		（生活療養を受ける場合にあっては）	○点

（新）　８　地域包括ケア入院医療管理料４　　〇点
（生活療養を受ける場合にあっては）　　〇点

［施設基準］

(1) 通則

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

ロ　当該病棟（入院医療管理料１、２、３及び４にあっては、当該病室を有する病棟。）において、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。

ハ　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟又は病室であること。

ニ　当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。

ホ　当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が１名以上配置されていること。

ヘ　データ提出加算の届出を行っていること。

ト　特定機能病院以外の病院であること。

チ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。

リ　地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

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

(2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準

イ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が〇割以上であること

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

ハ　許可病床数が200床未満の保険医療機関であること。

ニ　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が〇割以上であること。

ホ　当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが３月で〇人以上であること。

ヘ　以下のa、b、c又はｄのうち少なくとも〇つを満たしていること。

a. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が３月で〇回以上であること。

b. 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ｉの算定回数が３月で〇回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が３月で〇回以上であること。

c. 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ｉ）又は（Ⅱ）の算定回数が３月で〇回以上であること。

d. 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

ト　当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

※上記(2)のニ、ホ、ヘ及びトが、「診療実績の評価」に係る新たな要件。

(3) 地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準

イ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が〇割以上であること。

ロ　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が〇割以上であること。（当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前１月において〇人以上受け入れていること。）

ハ　当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが３月で〇人以上であること。

ニ　(2)のロ、ハ、ヘ及びトを満たす医療機関であること。

(4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準

(2)のイ及びロを満たす医療機関であること。

(5) 地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準

(2)のロ及び(3)のイを満たす医療機関であること。

(6) 地域包括ケア病棟入院料３の施設基準

(2)のハ、ニ、ホ、ヘ及びトを満たす医療機関であること。

(7) 地域包括ケア入院医療管理料３の施設基準

(2)のハ、ヘ及びト並びに(3)のロ及びハを満たす医療機関であること。

(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関であること。

(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関であること。

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

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 ［施設基準］ 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の 第14の２に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。 イ　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の 第16の	【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】 ［施設基準］ 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の 第14の２に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。 イ　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の 第16の

３に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近１年間の在宅患者の 受入実績が３件以上（区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算の１を算定したものに限る。）であること。 ウ　医療法第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。 エ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 （新設）	３に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近１年間の在宅患者の 受入実績が３件以上（区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算の１を算定したものに限る。）であること。 ウ　医療法第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。 エ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 オ　訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。

⑫　救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

骨子＜Ⅰ－1(11)、Ⅰ－3⑽②＞

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟入院料の救急・在宅等支援病床初期加算及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算について、入院前の居場所により患者の状態等が異なることから、評価を区別する。また、在宅等から入院した場合の加算について、患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、加算の要件を含め見直す。

第２　具体的な内容

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

２．また、在宅等からの患者の受入れに係る加算の要件に、入院時に関係機関と連携し、治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制を構築することなどを追加する。なお、入院前の居場所に関して、介護医療院が「住まい」の機能を有する施設であるとの考え方から、在宅と同様に扱う。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 注　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医	【地域包括ケア病棟入院料】 注　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した

療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき 150点を所定点数に加算する。	日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、１日につき○点を所定点数に加算する。 注　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、１日につき○点を所定点数に加算する。
【療養病棟入院基本料】 注　当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して 14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、１日につき 150点（療養病棟入院基本料１を算定する場	【療養病棟入院基本料】 注　当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者及び当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、１日につき○点を所定点数に加算する。 注　当該病棟に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人

合にあっては、１日につき 300点を所定点数に加算する。	ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、１日につき○点を所定点数に加算する。

２．療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１、３において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを要件とする。

現　行	改定案
【療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１】 ［施設基準］ （新設）	【療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１、３】 ［施設基準］ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

⑬　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

骨子＜Ⅰ－１(12)＞

第１　基本的な考え方

有床診療所入院基本料について、地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用を支援するため、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とともに、高齢患者等の入院受入れに係る評価を新設する。併せて、有床診療所在宅復帰機能強化加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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	改定案
【有床診療所入院基本料１】 ［施設基準］ ①　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、７以上であること。 ②　患者に対して必要な医療を提供するために複数の機能を担っていること。 ア　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、７以上であること。 イ　次の施設基準のうち、２つ以上に該当すること。	【有床診療所入院基本料１】 ［施設基準］ ①　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、７以上であること。 ②　患者に対して必要な医療を提供するために複数の機能を担っていること。 ア　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、７以上であること。 イ　次の施設基準のうち、（イ）又は（ロ）～（ル）のうち２つ以上

	に該当すること。
（イ）～（チ）　（略）	※　（ロ）～（リ）に移動
（リ）　過去１年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導、同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第８条第 10項に規定する短期入所療養介護若しくは同法第８条の２第 10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。	（イ）　過去１年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導、同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第８条第 10項に規定する短期入所療養介護、同法第８条の２第 10項に規定する介護予防短期入所療養介護若しくは同法第８条第23項に規定する複合型サービスを提供した実績があること、介護保険法第８条第 29項に規定する介護医療院を併設していること、又は介護保険法第 46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
（ヌ）（ル）　（略）	（ロ）～（ル）　（略） ※　有床診療所入院基本料２及び３についても同様

２．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日につき）

介護連携加算１　　〇点

介護連携加算２　　〇点

［算定要件］

(1) 介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第２条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の患者又は 65 歳以上の患者であること。

(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する。

［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に係る届出を行っていること。

(2) 施設基準のうち（イ）の要件を満たしていること。

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こと。

(2) 施設基準のうち（イ）の要件を満たしていること。

３．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	改定案
【有床診療所在宅復帰機能強化加算】 注11　有床診療所入院基本料１、２又は３を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に１日につき５点を所定点数に加算する。	【有床診療所在宅復帰機能強化加算】 注11　有床診療所入院基本料１、２又は３を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に１日につき〇点を所定点数に加算する。

［施設基準］ （略） (3) 平均在院日数が 60日以内であること。	［施設基準］ （略） (3) 平均在院日数が<u>○日以内</u>であること。

⑭　周術期口腔機能管理の推進

骨子＜Ⅰ－１(13)＞

第１　基本的な考え方

地域包括ケアシステムの構築に向けて医科歯科連携を推進する観点から、周術期口腔機能管理に係る一連の項目について、対象患者の拡大や明確化などの見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．術前の管理計画策定が困難である脳血管疾患等の手術を実施した患者で、術後の誤嚥性肺炎のリスクが高い患者や低栄養状態等の患者について、術後、早期に口腔機能管理を開始した場合は周術期等口腔機能管理の対象となるなど、対象患者の拡大及び明確化を行う。 また、周術期口腔機能管理を実施する患者の中には、手術を実施しない患者も含まれることから、名称の見直しを行う。

現　行	改定案
【周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期口腔機能管理料（Ⅲ）】 ［名称］	【周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 （名称変更）
【周術期口腔機能管理計画策定料】 注１　がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 注１　がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険

医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回を限度として算定する。 （略） 【周術期口腔機能管理料（Ⅰ）】 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回を限度として算定する。 （略）	医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期<u>等</u>の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回を限度として算定する。 （略） 【周術期<u>等</u>口腔機能管理料（Ⅰ）】 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、<u>周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画</u>に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回を限度として算定する。 （略）

	※　周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の注１についても同様
【周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［対象患者］ 　周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。 イ　全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等	【周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［対象患者］ 　周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。 イ　全身麻酔下で実施される以下の手術 ①　頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術 ②　臓器移植手術 ③　心臓血管外科手術 ④　脳血管外科手術 ⑤　人工股関節置換術等の人工関節置換術 ⑥　口腔内に感染源となり得る病巣がある患者、口腔衛生状態が不良である患者、肺炎の既往がある患者又は低栄養の患者等、術後合併症（術後肺炎等）のリスクが高いと考えられる患者に対して実施される手術
ロ　骨髄移植の手術	ロ　造血幹細胞移植の手術 　なお、脳血管外科手術等において、手術後１月以内に口腔機能管理の依頼を受けた場合については、周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、

	（Ⅱ）を算定できる。その場合において、１回目の周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）は、「２　手術後」により算定する。

２．周術期口腔機能管理後手術加算について、対象を拡大する。

現　行	改定案
【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】 ［加算の対象となる手術］ 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内に、全身麻酔下で実施した以下に掲げる手術 ①　第６款（顔面・口腔・頸部）、第７款（胸部）及び第９款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術 ②　第８款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術	【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】 ［加算の対象となる手術］ 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後１月以内に実施した以下の手術 (1) 全身麻酔下で実施した以下の手術 ①　第１節第２款（筋骨格系・四肢・体幹）に掲げる区分番号Ｋ０８２人工関節置換術のうち、股関節の手術 ②　第１節第６款（顔面・口腔・頸部）、第７款（胸部）及び第９款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術 ③　第１節第８款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術 (2) 第２節に掲げるＫ９２２造血幹細胞移植

３．地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、周術期口腔機能管理の実績を選択可能な要件の一つにする。

現　行	改定案
【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ (1) 常勤の歯科医師が２名以上配置されていること。 (2) 看護職員が２名以上配置されていること。 (3) 歯科衛生士が１名以上配置されていること。 (4) 次のいずれかに該当すること。 ① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。 ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。 ③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医	【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ （削除） (1) 看護職員が２名以上配置されていること。 (2) 歯科衛生士が１名以上配置されていること。 （削除）

療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の初診料の注６若しくは再診料の注４に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。 ④　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。	
（新設）	(3) 次のア又はイのいずれかに該当すること ア　常勤の歯科医師が２名以上配置され、かつ①から④までのいずれかに該当すること。 ①　歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示す

	る診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。 ②　歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。 ③　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の初診料の注６若しくは再診料の注４に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。 ④　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算

（新設） （略）	を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。 イ　次のいずれにも該当すること。 ①　常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 ②　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者総数の月平均患者数が〇人以上であること。 （略）

⑮　介護医療院の創設に伴う対応

骨子＜Ⅰ－１(14)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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、居住系介護施設等に含め「退院先」として扱う。

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

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。

現　行	改定案
【一般病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注５　13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法	【一般病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注５　地域一般入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護保険法第

（平成９年法律第123号）第８条第27項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。	８条29項に規定する介護医療院（以下この表において「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。 ※　有床診療所入院基本料の「有床診療所一般病床初期加算」、有床診療所療養病床入院基本料の「救急・在宅等支援療養病床初期加算」及び特定一般病棟入院料の「救急・在宅等支援病床初期加算」についても同様

地域包括ケア病棟入院料、療養病棟入院基本料での取扱いは、「Ｉ－１－⑫」を参照のこと。

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。

現　行	改定案
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ (12) 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ (12) 療養病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない又は当該保険医療機関と同一建物内に介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院を設置していないこと。ただし、平成 30 年３月 31日以前に施設を設置している場合には、なお従前の例による。

①　地域包括診療料等の見直し

骨子＜Ⅰ－２(1)、Ⅳ－６(1)＞

第１　基本的な考え方

かかりつけ医機能をより一層推進する観点から、地域包括診療加算について在宅患者に対する 24 時間の対応等に係る施設基準の緩和等を行うとともに、地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等が実施可能であることを明確化する。また、かかりつけ医と入院医療機関等が連携して行う医薬品の適正使用に係る取組について評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．施設基準において、以下のように見直す。

(1) 地域包括診療加算において､在宅患者に対する 24 時間対応に関する要件について、明確化・緩和する。

(2) 医師配置に関する要件について、常勤２名から、常勤１名と非常勤医師の組み合わせでもよいこととする。

(3) 外来医療中心の医療機関において、外来診療から訪問診療に移行した患者に在宅医療を提供しているとの実績を有する医療機関の評価を充実する。

現　行	改定案
【地域包括診療料】	【地域包括診療料】
【認知症地域包括診療料】	【認知症地域包括診療料】
【地域包括診療加算】	【地域包括診療加算】
【認知症地域包括診療加算】	【認知症地域包括診療加算】
地域包括診療料　1,503点	地域包括診療料１　○点
	地域包括診療料２　○点

認知症地域包括診療料　1,515点 地域包括診療加算　20点 認知症地域包括診療加算　30点	認知症地域包括診療料１　〇点 認知症地域包括診療料２　〇点 地域包括診療加算１　〇点 地域包括診療加算２　〇点 認知症地域包括診療加算１　〇点 認知症地域包括診療加算２　〇点
［施設基準］ （地域包括診療料） 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下の全てを満たしていること。 ア　診療所の場合 （イ）　時間外対応加算１の届出を行っていること。 （ロ）　常勤の医師が２名以上配置されていること。 （ハ）　在宅療養支援診療所であること。 イ　病院の場合 （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を行っていること。 （新設）	［施設基準］ （地域包括診療料１） (1) 以下の全てを満たしていること。 ア　診療所の場合 （イ）　時間外対応加算１の届出を行っていること。 （ロ）　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。 （ハ）　在宅療養支援診療所であること。 イ　病院の場合 （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を行っていること。 (2) 以下の全てを満たしていること。 ア　訪問診療を提供した患者のうち、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〇人以上であること。 イ　直近１ヶ月に初診、再診、往

	診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が〇%未満であること。
（略）	（略）
	（地域包括診療料２） 地域包括診療料１の(1)の要件を満たしていること。
（地域包括診療加算） (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。	（地域包括診療加算１） (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の医療機関については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）
(2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算１又は２の届出を行っていること。 イ 常勤の医師が２名以上配置されていること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。	(2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算１又は２の届出を行っていること。 イ 常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。
（新設）	(3) 以下の全てを満たしていること。 ア 訪問診療を提供した患者のうち、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、在宅療養支援診療所について

	は○人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については○人以上であること。 イ　直近１ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が○％未満であること。
（略）	（略）
（新設）	（地域包括診療加算２） (1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の連絡体制を確保していること。 (2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア　時間外対応加算１又は２の届出を行っていること。 イ　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。 ウ　在宅療養支援診療所であること。
	（略）

２．患者の受診医療機関や処方されている医薬品の把握について、医師の指示を受けた看護師等が実施可能であることを明確化する。また、一定の受診歴を有する患者について、同意に係る手続きを簡略化する。

現　行	改定案
【地域包括診療料】 【認知症地域包括診療料】	【地域包括診療料】 【認知症地域包括診療料】

【地域包括診療加算】 【認知症地域包括診療加算】 ［算定要件］ （中略） (3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。 (4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （中略） イ　他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。 ウ　当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。 エ　病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。 （中略） （ハ）　病院において院外処方	【地域包括診療加算】 【認知症地域包括診療加算】 ［算定要件］ （中略） (3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。 (4) 以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （中略） イ　他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。<u>必要に応じ、医師の指示を受けた看護師等が情報の把握等を行うことも可能であること。</u> ウ　当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。 エ　病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。 （中略） （ハ）　病院において院外処方

を行う場合は、以下の通りとする。 （中略） ② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。	を行う場合は、以下の通りとする。 （中略） ② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 （中略） （ニ） 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼	オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 （中略） （ニ） 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること、又は当該患者の院外処方を担当する保

付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。	険薬局から文書で情報提供を受けること。また、診療録にお薬手帳又は保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合でも、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
（中略）	（中略）
⑼ 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。	⑼ 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近１年間に〇回以上の受診歴を有する患者については、省略することができる。この場合でも、他医療機関受診前の事前相談の必要等について、文書で患者（認知症を有する患者については家族等）に周知すること。
（略）	（略）

３．地域包括診療料等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合について、評価を新設する。

地域包括診療料・認知症地域包括診療料
地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算
（新）　薬剤適正使用連携加算　〇点

（退院又は退所の日を含む月の翌月までに１回）

［算定要件］

以下の全ての要件を満たした場合に算定可能

ア　地域包括診療料等を算定する患者が、入院・入所に際して処方内容を調整するに当たり、患者の同意を得て、入院・入所先の医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること（情報提供の手段は問わない）。

イ　入院・入所先の医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応した上でその照会内容及び対応について診療録に記録すること。

ウ　入院・入所先の医療機関等において減薬しており、減薬後の処方内容について、退院・退所後１ヶ月以内に当該医療機関等から情報提供を受けていること（情報提供の手段は問わない）。

②　小児かかりつけ診療料の見直し

骨子＜Ⅰ－２(2)＞

第１　基本的な考え方

小児かかりつけ診療料について、医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、一定の要件を満たした医療機関について、時間外の相談に係る要件を緩和する。

第２　具体的な内容

地域の在宅当番医制等に協力する医師が配置されている保険医療機関については、夜間・休日の相談等に係る要件について、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。

現　行	改定案
【小児かかりつけ診療料】 ［算定要件］ 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。	【小児かかりつけ診療料】 ［算定要件］ 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。 ただし、以下のいずれかの要件を満たす医師が配置された保険医療機関については、夜間・休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する輪番医療機関又はいわゆる「＃８０００事業」における電話相談を案内することも可能であること。

（新設） （略）	(1) 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であること。 (2) いわゆる「＃８０００事業」に定期的に協力する常勤小児科医であること。 （略）

③　小児科療養指導料の見直し

骨子＜Ⅰ－２(3)、Ⅲ－１(8)＞

第１　基本的な考え方

医療的ケア児への支援を推進する観点から、小児科療養指導料の対象疾患に医療的ケア児を追加するとともに、患児が通学する場合には学校と情報共有・連携を行うことを明確化する。

また、多職種による協同を進める観点から、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であるとの取扱いを明確化する。

第２　具体的な内容

１．15 歳未満の患者に算定する場合の対象疾患に、医療的ケア児に該当する状態の患者を追加する。また、必要に応じて、学校との情報共有・連携を行うことを要件に追加する。

現　行	改定案
【小児科療養指導料】 ［対象疾患］ （15歳未満の患者） 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第６条の２第１項に規定する小児慢性特定疾病（同条第２項に規定する小児慢性特定疾病医	【小児科療養指導料】 ［対象疾患］ （15歳未満の患者） 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第６条の２第１項に規定する小児慢性特定疾病（同条第２項に規定する小児慢性特定疾病医

療支援の対象に相当する状態のものに限る。） （６歳未満の患者） （略） ［算定要件］ （新設） （略）	療支援の対象に相当する状態のものに限る。）並びに同法第56条の６第２項に規定する医療的ケア児に該当する状態 （６歳未満の患者） （略） ［算定要件］ 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。 （略）

２．小児科療養指導料について、小児科医が作成した治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行う場合も、小児科療養指導料を算定可能となるよう見直す。

現　行	改定案
【小児科療養指導料】 注　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、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。	【小児科療養指導料】 注　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、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。

④　生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

骨子＜Ⅰ－２(4)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に、血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等に関する記載欄を追加する。

２．生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドライン等の診療支援情報等に関する要件を追加する。

現　行	改定案
【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ (2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる	【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ (2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる

ものであること。また、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。	ものであること。また、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については、検査欄の血糖値及びHbA1cの欄、高血圧症の患者については、血圧の欄は必ず記載すること。
（略）	（略）
（新設）	(12) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。
（新設）	(13) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にすること。

⑤　かかりつけ歯科医の機能の評価

骨子＜Ⅰ－２(5)(6)＞

第１　基本的な考え方

地域連携及び継続的な口腔機能管理を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価及びかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準について、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績や地域連携に関する会議等への参加実績を要件に追加し、関連する要件を見直す。

２.かかりつけ歯科医として必要な知識や技術の習得を推進する観点から、要件としている研修内容を見直す。

３．歯科訪問診療の実績について、かかりつけ歯科医と在宅療養支援歯科診療所との連携実績を選択可能な要件の一つとして追加する。

現　行	改定案
【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 ［施設基準］ (1)　過去１年間に歯科訪問診療１又は２、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定している実績があること。	【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 ［施設基準］ (1)　過去１年間において、歯周病安定期治療（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）及びフッ化物歯面塗布処置若しくエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数がそれぞれ〇回以上（歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療（Ⅱ）

	の合計）及び〇回以上（フッ化物歯面塗布処置又はエナメル質初期う蝕管理加算の合計）であること。また、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
（新設）	(2) 過去１年間に歯科訪問診療１又は歯科訪問診療２の算定回数と連携する在宅療養支援歯科診療所に歯科訪問診療を依頼した算定回数が併せて〇回以上であること。
（新設）	(3) 過去１年間の診療情報提供料又は診療情報連携共有料の算定回数があわせて〇回以上であること。
(2) 次に掲げる研修をいずれも修了した歯科医師が１名以上配置されていること。 ア　偶発症に対する緊急時の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修 イ　高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修	(4) 当該診療所に、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応及び歯科疾患の継続管理等に関する適切な研修を修了した歯科医師が１名以上在籍していること。
（中略）	（中略）
(5) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。	(7) 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

(6) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。	（削除）
(7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。	（削除）
（新設）	(8) (4)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、〇つ以上に該当すること。 ア　過去１年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。 イ　地域ケア会議に年１回以上出席していること。 ウ　介護認定審査会の委員の経験を有すること。 エ　在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年１回以上出席していること。 オ　過去１年間に、栄養サポートチーム等連携加算等の算定があること。 カ　在宅医療・介護等に関する研修を受講していること。 キ 過去１年間に、退院時共同指導料、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。

	ク　認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。 ケ　自治体等が実施する事業に協力していること。 コ　学校の校医等に就任していること。 サ　過去１年間に、歯科診療特別対応加算の算定があること。
(8) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。	（削除）
(9) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。	（削除）
（新設）	(9) 初診料の注１に規定する施設基準を届け出ていること。
（略）	（略）

［経過措置］

平成 30 年３月 31 日にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている歯科診療所については、平成〇年〇月〇日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

４．歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報をかかりつけ歯科医とかかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。

「Ⅰ－１－④」を参照のこと。

⑥　かかりつけ薬剤師の評価

骨子＜Ⅰ－２(7)(8)＞

第１　基本的な考え方

患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師に関する評価について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者の同意取得時に、患者の状態等を踏まえたかかりつけ薬剤師の必要性やかかりつけ薬剤師に対する患者の要望等を確認することを要件とする。

２．上記１．と併せて患者の同意取得の様式を整備する。

３．処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象の薬局について、かかりつけ薬剤師指導料等の一定の算定実績がある場合に特例対象から除く取扱いを廃止する。

４．かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。

現　行	改定案
【調剤基本料】 調剤基本料注１のただし書きに規定する施設基準 (1)　次のすべてに該当する保険薬局であること。	【調剤基本料】 調剤基本料注１のただし書きに規定する施設基準 （削除）

イ　当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の５割以上が、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合している薬剤師であること。 ロ　かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定について、相当の実績を有していること。	
【かかりつけ薬剤師指導料】 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 ［施設基準］ 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。 (1) 以下に掲げる勤務要件等を有している。 ア、イ　（略） ウ　施設基準の届出時において、当該保険薬局に６月以上在籍していること。	【かかりつけ薬剤師指導料】 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 ［施設基準］ 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。 (1) 以下に掲げる勤務要件等を有している。 ア、イ　（略） ウ　施設基準の届出時において、当該保険薬局に<u>〇月</u>以上在籍していること。

⑦　地域医療に貢献する薬局の評価

骨子＜Ⅰ－２(9)＞

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。また、医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

第２　具体的な内容

１．夜間・休日対応や医療機関等への服薬情報提供の実績など、地域に貢献する一定の実績があること等を前提として、地域支援に積極的に貢献するための一定の体制を整備している薬局を評価する。

２．施設基準において、一定時間以上の開局や医薬品の備蓄品目数等に加えて、薬物療法の安全性向上に資する事例の報告や副作用報告体制の整備を要件とする。併せて、基準調剤加算を廃止する。

（新）　地域支援体制加算　　〇点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として所定点数に〇点を加算する。

［施設基準］

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績があること。（※）

(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。

(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供していること

(4) 一定時間以上開局していること。

(5) 十分な数の医薬品を備蓄していること。

(6) 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。

(7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24 時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(8) 当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。

(9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。

(10) 当該保険薬局以外の医療従事者等に対し、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。

(11) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が〇割を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が〇割以上であること。

(12) 区分番号 00 の１に掲げる調剤基本料１を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。

③ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。

※　地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績の基準

１年に常勤薬剤師１人当たり、以下の全ての実績を有すること。

①　夜間・休日等の対応実績　○回

②　重複投薬・相互作用等防止加算等の実績　○回

③　服用薬剤調整支援料の実績　○回

④　単一建物診療患者が１人の場合の在宅薬剤管理の実績　○回

⑤　服薬情報等提供料の実績　○回

⑥　麻薬指導管理加算の実績　○回

⑦　かかりつけ薬剤師指導料等の実績　○回

⑧　外来服薬支援料の実績　○回

現　行	改定案
【基準調剤加算】 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。 なお、区分番号00の１に掲げる調剤基本料１を算定している保険薬局においてのみ加算できる。	【基準調剤加算】 （削除）

３．医療資源の少ない地域の中で、医療提供体制が特に限定的な区域に所在する薬局について、調剤基本料の特例対象から除外する。

［調剤基本料注１のただし書きに規定する施設基準］

次のすべてに該当する保険薬局であること。

イ　「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）の別表第六の二に規定する地域に所在すること。

ロ　当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数（歯科医

療を担当するものを除く。）が〇以下であって、許可病床数〇床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が〇割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。

ハ　処方箋受付回数が一月に〇回を超えないこと。

①　一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

骨子＜Ⅰ－３(1)＞

第１　基本的な考え方

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

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

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

３．現行の病棟群単位での届出及び許可病床数 200 床未満の７対１一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、廃止する。

第２　具体的な内容

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

（新）　急性期一般入院基本料（１日につき）

［施設基準］

【通則】

(1) 当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。（急性期一般入院料１にあっては７又はその端数を増すごとに１以上であること。）

(2) 看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。

(3) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日以内であること。(急性期一般入院料１にあっては 18 日以内であること。)。

(4) データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

１　急性期一般入院料１　　〇点

[施設基準]

(1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。

(2) 自宅等に退院するものの割合が〇割以上であること。

(3) 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じた数以上であること。

２　急性期一般入院料２　　〇点

[施設基準]

(1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。

(2) 届出時点において、届出前３月の間、急性期一般入院料１を届け出ていること。

３　急性期一般入院料３　　〇点

[施設基準]

(1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。

(2) 届出時点において、届出前３月の間、急性期一般入院料１若しくは２を届け出ていること。

４　急性期一般入院料４　　〇点

［施設基準］

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。

５　急性期一般入院料５　〇点

［施設基準］

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。

６　急性期一般入院料６　〇点

［施設基準］

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。

７　急性期一般入院料７　〇点

［施設基準］

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

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

［経過措置］

(1) 平成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の病院で７対１一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟が、急性期一般入院料２又は急性期一般入院料３を届け出る場合は、平成〇年〇月〇日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ｉを用いても差し支えない。

(2) 平成〇年〇月〇日時点で７対１一般病棟入院基本料及び病棟群単位の届出を行っている病棟は、平成〇年〇月〇日までの間に限り、急性期一般入院料２又は急性期一般入院料３の施設基準を満たしている場合は当該入院料を届け出ることができる。

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

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

（新）　地域一般入院基本料（１日につき）

［施設基準］

【通則】

(1) 当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに１以上であること。（地域一般入院料１及び２にあっては 13 又はその端数を増すごとに１以上であること。）

(2) 看護職員の最小必要数の４割以上が看護師であること。（地域一般入院料１及び２にあっては７割以上であること。）

(3) 当該病棟の入院患者の平均在院日数 60 日以内であること。（地域一般入院料１及び２にあっては 24 日以内であること。）

１　地域一般入院料１　〇点

［施設基準］

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

２　地域一般入院料２　　〇点

［施設基準］

地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。

３　地域一般入院料３　　〇点

［施設基準］

地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。

［経過措置］

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

別表１

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

３．現行の病棟群単位での届出及び許可病床数が 200 床未満の７対１一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置につい

ては、廃止し、急性期一般入院料２の要件を満たしているものとする。

［経過措置］

平成 30 年３月 31 日に別表２の左欄に掲げる病棟については、平成〇年〇月〇日までの間、右欄に掲げる入院料の基準を満たしているものとする。

別表２

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

②　重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し

骨子＜Ⅰ－３(2)(16)＞

第１　基本的な考え方

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療をより適切に評価する観点から、以下のように見直す。

１．平成 28 年度に新たに追加した評価項目について、項目の定義及び該当患者に関する判定基準を一部見直す。

２．医療機関が一定の要件を満たす場合には、該当患者割合の判定について、診療実績データを用いた判定方法を選択可能とする。

３．上記の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等を総合的に勘案して、基準値の見直しを検討する。

４．救命救急入院料１及び３並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。

第２　具体的な内容

１．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、項目の定義及び該当患者に関する判定基準の一部見直しを行う。

現　行	改定案
【評価項目の見直し】 ［一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目］ C項目（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（５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	【評価項目の見直し】 ［一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目］ C項目（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） 【基準の見直し】 ［一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準］ 次のいずれかの基準を満たすこと ・　モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が２点以上、かつ患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）が３点以上 ・　モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が３点以上 ・　手術等の医学的状況に係る得点（Ｃ得点）が１点以上	日間） 22　救命等に係る内科的治療（２日間） 【基準の見直し】 ［一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準］ 次のいずれかの基準を満たすこと ・　モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が２点以上、かつ患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）が３点以上 ・　モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が３点以上 ・　手術等の医学的状況に係る得点（Ｃ得点）が１点以上 ・　モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が１点以上、患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）が３点以上で、かつ「Ｂ14 診療・療養上の指示が通じる」又は「Ｂ15 危険行動」のいずれかに該当

２．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、診療実績データを用いた場合の評価を設ける。

(1) 現行方法による評価

現行の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ｉ」と名称を変更する。

(2) 診療実績データを用いた場合の評価

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のＡ項目及びＣ項目に対応す

る診療報酬請求区分について、診療実績データを用いて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のＢ項目とあわせて該当患者割合を判定する手法を、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価として設け、医療機関が現行の評価方法と当該方法とを選択できるようにする。

（新）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

［施設基準］

(1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者の割合は、届出前３月間の平均値とすること。（ただし、届出受理後の措置である「歴月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動」は適用とならないため、３月の平均値が該当基準を下回る場合は直ちに変更の届け出が必要となる。）

(2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は届出をすること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの判定方法の変更の届出頻度は○月おきとするが、入院料の変更に伴う判定方法の変更はこの限りでない。

(3) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を行う場合は、届出前３月間において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合と一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合の差が、別に定める割合の範囲内であること。

３．一般病棟用の重症度、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。

現　行	改定案
【一般病棟入院基本料】 ［７対１入院基本料の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を２割５分以上入院させる病棟であるこ	【一般病棟入院基本料】 ［急性期一般入院料１の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を○割○分以上、又は一般病棟用の重症

と。（許可病床数が 200床未満の場合にはあっては２割３分以上。）	度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
（新設）	［急性期一般入院料２の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
（新設）	［急性期一般入院料３の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
［看護必要度加算１の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を２割４分以上入院させる病棟であること。	［急性期一般入院料４の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を○割○分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
［看護必要度加算２の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割８分以上入院させる病棟であること。	［急性期一般入院料５の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を○割○分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。

［看護必要度加算３の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割２分以上入院させる病棟であること。	［急性期一般入院料６の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。
【結核病棟入院基本料】 ［７対１入院基本料の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割以上入院させる病棟であること。	【結核病棟入院基本料】 ［７対１入院基本料の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。
【特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料】 ［７対１入院基本料の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を２割５分以上入院させる病棟であること。（許可病床数が200床未満の場合にはあっては２割３分以上。）	【特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料】 ［７対１入院基本料の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。
［看護必要度加算１の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を２割４分以上入院させる病棟であること。	［看護必要度加算１の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満

	たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
［看護必要度加算２の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割８分以上入院させる病棟であること。	［看護必要度加算２の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を○割○分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
［看護必要度加算３の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割２分以上入院させる病棟であること。	［看護必要度加算３の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を○割○分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
【総合入院体制加算】 ［総合入院体制加算１、２の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を３割以上入院させる病棟であること。	【総合入院体制加算】 ［総合入院体制加算１、２の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を○割○分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を○割○分以上入院させる病棟であること。
［総合入院体制加算３の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を２割	［総合入院体制加算３の施設基準］ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を○

７分以上入院させる病棟であること。	割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。
【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を、10対１入院基本料を算定する病棟にあっては0.6割以上入院させる病棟であること。	【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】 急性期一般入院料７を算定する病棟、10対１特定機能病院入院基本料又は10対１専門病院入院基本料にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟であること。
【看護補助加算１】 13対１入院基本料（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を0.5割以上入院させる病棟に限る。）、15対１入院基本料、18対１入院基本料又は20対１入院基本料を算定する病棟であること。	【看護補助加算１】 地域一般入院料１及び２、13対１入院基本料（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟に限る。）、15対１入院基本料、18対１入院基本料又は20対１入院基本料を算定する病棟であること。
【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	【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の施設基準］ 　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが0.5割以上であること。 【地域包括ケア病棟入院料】 ［地域包括ケア病棟入院料の施設基準］ 　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割以上入院させる病棟又は病室であること。 【特定一般病棟入院料】 ［特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準］ 　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を１割以上入院させる病室であること。	院料１の施設基準］ 　（削除） 【地域包括ケア病棟入院料】 ［地域包括ケア病棟入院料の施設基準］ 　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病棟又は病室であること。 【特定一般病棟入院料】 ［特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準］ 　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を〇割〇分以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇割〇分以上入院させる病室であること。

［経過措置］

(1) 平成 30 年３月 31 日に以下の別表１の左欄に掲げる病棟については、平成〇年〇月〇日までの間、右欄に掲げる入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。

別表１

現行	改定後

７対１一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟	急性期一般入院料１
10 対１一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算１の届出を行っている病棟	急性期一般入院料４
10 対１一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算２の届出を行っている病棟	急性期一般入院料５
10 対１一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算３の届出を行っている病棟	急性期一般入院料６
７対１結核病棟入院基本料の届出を行っている病棟	７対１結核病棟入院基本料
７対１特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟	７対１特定機能病院入院基本料
10 対１特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算１の届出を行っている病棟	10対１特定機能病院入院基本料の看護必要度加算１
10 対１特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算２の届出を行っている病棟	10対１特定機能病院入院基本料の看護必要度加算２
10 対１特定機能病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算３の届出を行っている病棟	10対１特定機能病院入院基本料の看護必要度加算３
７対１専門病院入院基本料の届出を行っている病棟	７対１専門病院入院基本料
10 対１専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算１の届出を行っている病棟	10対１専門病院入院基本料の看護必要度加算１
10 対１専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算２の届出を行っている病棟	10対１専門病院入院基本料の看護必要度加算２

10 対１専門病院入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護必要度加算３の届出を行っている病棟	10対１専門病院入院基本料の看護必要度加算３
総合入院体制加算の届出を行っている病棟	総合入院体制加算１ 総合入院体制加算２ 総合入院体制加算３
10 対１入院基本料（一般病棟のみ）の届出を行っている病棟のうち、急性期看護補助体制加算の届出を行っている病棟	急性期看護補助体制加算
10 対１入院基本料（一般病棟のみ）の届出を行っている病棟のうち、看護職員夜間配置加算の届出を行っている病棟	看護職員夜間配置加算
13 対１入院基本料の届出を行っている病棟のうち、看護補助加算１の届出を行っている病棟	看護補助加算１
地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟	地域包括ケア病棟入院料
特定一般病棟入院料の注７の届出を行っている病棟	特定一般病棟入院料の注７

(2) 平成 30 年３月 31 日に許可病床数 200 床未満の病院において７対１一般病棟入院基本料を届け出ている病棟については、平成〇年〇月〇日までの間、別表２の左欄に掲げる入院料に係る重症度、医療・看護必要度の基準は、右欄の値とする。

別表２

改定後の入院料	重症度、医療・看護必要度の基準（許可病床 200 床未満の病院に限る）
急性期一般入院料２	一般病棟用の重症度、医療・看護必

	要度Ⅱの基準を満たす患者が○割○分以上（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる場合は○割○分）
急性期一般入院料３	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が○割○分以上（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる場合は○割○分）

４．救命救急入院料１及び３並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。

現　行	改定案
【救命救急入院料】 ［救命救急入院料１、３の施設基準］ （新設） 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準］ （新設）	【救命救急入院料】 ［救命救急入院料１、３の施設基準］ 当該治療室に入院している患者の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準］ 当該治療室に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

③ 療養病棟入院基本料の評価体系の見直し

骨子＜Ⅰ－３(3)＞

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

２．現行の療養病棟入院基本料２については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは２年間と設定する。

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

現 行		改定案	
【療養病棟入院基本料】（１日につき）		【療養病棟入院基本料】（１日につき）	
１ 療養病棟入院基本料１		１ 療養病棟入院料１	
イ 入院基本料Ａ	1,810点	イ 入院料Ａ	○点
ロ 入院基本料Ｂ	1,755点	ロ 入院料Ｂ	○点
ハ 入院基本料Ｃ	1,468点	ハ 入院料Ｃ	○点
ニ 入院基本料Ｄ	1,412点	ニ 入院料Ｄ	○点
ホ 入院基本料Ｅ	1,384点	ホ 入院料Ｅ	○点
ヘ 入院基本料Ｆ	1,230点	ヘ 入院料Ｆ	○点

ト　入院基本料Ｇ　967点	ト　入院料Ｇ　○点
チ　入院基本料Ｈ　919点	チ　入院料Ｈ　○点
リ　入院基本料Ｉ　814点	リ　入院料Ｉ　○点
２　療養病棟入院基本料２	２　療養病棟入院料２
イ　入院基本料Ａ　1,745点	イ　入院料Ａ　○点
ロ　入院基本料Ｂ　1,691点	ロ　入院料Ｂ　○点
ハ　入院基本料Ｃ　1,403点	ハ　入院料Ｃ　○点
ニ　入院基本料Ｄ　1,347点	ニ　入院料Ｄ　○点
ホ　入院基本料Ｅ　1,320点	ホ　入院料Ｅ　○点
ヘ　入院基本料Ｆ　1,165点	ヘ　入院料Ｆ　○点
ト　入院基本料Ｇ　902点	ト　入院料Ｇ　○点
チ　入院基本料Ｈ　854点	チ　入院料Ｈ　○点
リ　入院基本料Ｉ　750点	リ　入院料Ｉ　○点
［施設基準］	［施設基準］
（療養病棟入院基本料１）	（療養病棟入院基本料の通則）
①　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 20又はその端数を増すごとに１以上であること。	①　＜現行通り＞
②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の２割以上が看護師であること。	②　＜現行通り＞
③　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 20又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であることとする。	③　＜現行通り＞
	（療養病棟入院料１）
④　当該病棟の入院患者のうち、別表	①　当該病棟の入院患者のうち、別表

に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分２・３の患者）の合計が８割以上であること。	に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分２・３の患者）の合計が〇割以上であること。
（療養病棟入院基本料２） ① 当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25又はその端数を増すごとに１以上であること。	（療養病棟入院料２） （削除）
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の２割以上が看護師であること。	（削除）
③ 当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であることとする。	（削除）
④ 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分２・３の患者）の合計が５割以上であること。	① 当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分２・３の患者）の合計が〇割以上であること。
（経過措置） 注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていた療養病棟入院基本料２を算定する病棟については、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に	（削除）

届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の 100 分の 95 に相当する点数を算定する。	
（新設）	［算定要件］ （経過措置１） 注１に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料２の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の 100分の〇に相当する点数を算定する。
（新設）	［施設基準］ （別に厚生労働大臣が定めるもの） ①　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 20又はその端数を増すごとに１以上であること。 ②　当該病棟の入院患者のうち、別表に掲げる疾患及び状態にある患者（医療区分２・３の患者）の合計が〇割以上であること。

（新設）	（別に厚生労働大臣が定める基準） ①　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25又はその端数を増すごとに１以上であること。 ②　平成 30年３月 31日時点において、療養病棟入院基本料を算定していた病棟であること。
（新設）	［算定要件］ （経過措置２） 　注１に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の〇に相当する点数を算定する。
（新設）	［施設基準］ （別に厚生労働大臣が定める基準） ①　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30又はその端数を増すごとに１以上であること。 ③　経過措置１における届け出を行っていない病棟であること。 ④　平成 30年３月 31日時点において、療養病棟入院基本料２の注11を算定していた病棟であること。

④ 医療区分の適正化

骨子＜Ⅰ－3(4)＞

第１ 基本的な考え方

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」については、より適切な評価となるよう取扱いを見直す。

第２ 具体的な内容

医療区分３の項目のうち「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する。

現 行	改定案
【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。	【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。ただし、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。

⑤ 在宅復帰機能強化加算

骨子＜Ⅰ－３(5)＞

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑥　療養病棟における夜間看護体制の充実

骨子＜Ⅰ－３(6)＞

第１　基本的な考え方

療養病棟における夜間のケアを充実させるため、看護職員等の夜間の配置に係る評価を新設する。

第２　具体的な内容

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

（新）　夜間看護加算　　〇点（１日につき）

［施設基準］

(1) 夜勤を行う看護要員の数は、常時 16 対１以上であること。

(2) ＡＤＬ区分３の患者を〇割以上入院させる病棟であること。

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

［留意事項］

(1) 夜間看護加算は、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16 対１配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護要員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む３人以上でなければ算定できない。

(2) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

⑦　高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

骨子＜Ⅰ－３(7)＞

第１　基本的な考え方

がん対策推進基本計画において、高度な放射線療法については、必要に応じて連携体制等のあり方について検討することとされている。

放射線治療機器の効率的な利用の推進の観点から、高度な放射線治療を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の診療報酬上の評価を充実させる。

第２　具体的な内容

１．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	改定案
【入院料等　通則】 ［算定要件］ 入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。 ア　入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定	【入院料等　通則】 ［算定要件］ 入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。 ア　入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定

すること。	すること。ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の〇%を控除した点数により算定すること。
イ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注 11」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注９」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注８」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の40%を控除した点数により算定	イ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注 11」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注９」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注８」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 40%を控除した点数により算定すること。ただ

すること。ただし、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は、当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数により算定すること。	し、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は、当該特定入院料等の基本点数の 20%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 〇%を、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は、当該特定入院料等の基本点数の 〇%を控除した点数により算定すること。
ウ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 10%を控除した点数により算定すること。	ウ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療によ

エ　（略）	る体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の〇%を控除した点数により算定すること。 エ　（略）

２．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	改定案
【放射線治療管理料】 注１及び２　（略） 注３　注２に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M 001の３に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者１人１日につき１回に限り 100点を所定点数に加算する。 ［算定要件］	【放射線治療管理料】 注１及び２　（略） 注３　注２に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の３に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者１人１日につき１回に限り外来放射線治療加算として 100点を所定点数に加算する。 ［算定要件］

「注３」に掲げる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。	「注３」に掲げる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<u>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</u>に、１日につき１回に限り算定する。

⑧　医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和

骨子＜Ⅰ－３(8)＞

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、病床数が要件となっている診療報酬上の取扱いを一部緩和する。

第２　具体的な内容

１．医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、400 床未満の病院も緩和対象となるように見直す。

現　行	改定案
【一般病棟入院基本料】 ［留意事項］ 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年３月４日保医発0304第１号）の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少	【一般病棟入院基本料】 ［留意事項］ 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年３月４日保医発0304第１号）の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少

ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟７対１入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。	ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、400床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。
【緩和ケア診療加算】 ［算定要件］ 注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算（特定地域）として、200点を所定点数に加算することができる。	【緩和ケア診療加算】 ［算定要件］ 注２　＜現行通り＞
［施設基準］ (3) 緩和ケア診療加算の注２に規定する施設基準 イ　一般病棟入院基本料（七対一入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院、許可病床数が二百床以上の病院及び診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。	［施設基準］ (3) 緩和ケア診療加算の注２に規定する施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院、許可病床数が四百床以上の病院及び診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であるこ

ロ～ニ　（略）	と。 ロ～ニ　（略） ※　栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、入退院支援加算、外来緩和ケア管理料及び糖尿病透析予防指導管理料についても同様

２．医療機関の病床数が一定程度以上又は未満であることを基準としている診療報酬について、医療資源の少ない地域においては、当該基準の病床数を２割不足又は超過しても差し支えないこととする。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 　地域包括ケア入院医療管理料１については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 　地域包括ケア入院医療管理料１については、許可病床 200床（当該保険医療機関が医療資源の少ない地域に所在する場合にあっては、240床）未満の保険医療機関に限る。 ※　地域包括ケア入院医療管理料２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３、精神疾患診療体制加算、精神科急性期医師配置加算、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院並びに在宅療養後方支援病院についても同様

⑨　結核病棟のユニットに係る見直し

骨子＜Ⅰ－３(9)＞

第１　基本的な考え方

結核病棟入院基本料について、より効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて１病棟として運用する場合であって、結核病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度に係る基準のみを満たさない場合の入院基本料の水準を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的に運営する７対１結核病棟において、重症度、医療・看護必要度の基準のみを満たさない場合、所定点数の 100 分の〇を算定する入院料を設ける。

［施設基準］

障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的に運営している７対１結核病棟であること。

⑩　地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

骨子＜Ⅰ－３(10)＞

「Ⅰ－１－⑪」及び「Ⅰ－１－⑫」を参照のこと。

⑪　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

骨子＜Ⅰ－３(11)＞

「Ⅰ－１－⑬」を参照のこと。

⑫　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

骨子＜Ｉ－３(12)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

回復期リハビリテーション病棟入院料

（新）	１　回復期リハビリテーション病棟入院料１	○点
	（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	２　回復期リハビリテーション病棟入院料２	○点
	（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	３　回復期リハビリテーション病棟入院料３	○点
	（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	４　回復期リハビリテーション病棟入院料４	○点
	（生活療養を受ける場合にあっては）	○点
（新）	５　回復期リハビリテーション病棟入院料５	○点
	（生活療養を受ける場合にあっては）	○点

（新）　６　回復期リハビリテーション病棟入院料６　　○点
（生活療養を受ける場合にあっては）　　○点

［施設基準］

(1) 通則

イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を８割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

ロ　回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり２単位以上のリハビリテーションが行われていること。

ハ　当該病棟に専任の常勤医師が１名以上配置されていること。

ニ　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに１以上であること。（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては 13 又はその端数を増すごとに１以上であること。）

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

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

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

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

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準

イ　当該病棟に専任の常勤社会福祉士が１名以上配置されていること。

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

ハ　当該病棟において、新規入院患者のうち３割以上が重症の患者であること。

ニ　重症の患者の３割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

ホ　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が〇割以上であること。

ヘ　リハビリテーション実績指数が〇以上であること。

⑶ 回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準

（２）のイ、ロ、ハ、ニ及びホを満たすもの

⑷ 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準

イ　当該病棟において、新規入院患者のうち２割以上が重症の患者であること。

ロ　重症の患者の３割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

ハ　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が〇割以上であること。

ニ　リハビリテーション実績指数が 〇以上であること。

⑸ 回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準

（４）のイ、ロ及びハを満たすもの

⑹ 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準

リハビリテーション実績指数が 〇以上であること。

⑺ 回復期リハビリテーション病棟入院料６の施設基準

（１）を満たすもの

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

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

［施設基準］

(1) 通則

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

ただし、以下のア及びイを満たす場合に限り、専従の規定にかかわらず、当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者に対してB007 退院前訪問指導料の算定及び当該病棟から退院して３か月以内はC006在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定並びに外来におけるリハビリテーションの提供が可能である。

ア　リハビリテーション実績指数が○以上である。

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

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

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料１について、管理栄養士が、リハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１について、当該病棟に専任の常勤管理栄養士が１名以上配置されていることが望ましいこととする。

［算定要件］

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

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

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

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

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

⑬　診療実績データの提出への評価

骨子＜Ⅰ－３(13)＞

第１　基本的な考え方

入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、診療実績データの提出に係る要件を、現行の一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料以外の他の入院料に拡大するとともに、必要な見直し等を行う。

現行の回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料等を算定する場合は、データ提出を要件とし、算定方法の見直しを行う。また、現行の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について、合理化の観点も含め整理する。

さらに、一定の質が確保されたデータを提出する医療機関について評価を行う。

第２　具体的な内容

１．病棟の施設基準に係るデータ提出加算の取扱いについて以下のように見直す。

(1) 現行の回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、回復期リハビリテーション病棟入院料３（200 床未満を除く。)、療養病棟入院基本料（200 床未満を除く。）及び 10 対１一般病棟について、入院料の算定要件にデータ提出を追加する。

(2) 対象病棟の拡大を踏まえ、主として急性期入院医療の評価のみに使用する項目の提出は任意とする一方で、回復期リハビリテーションや長期療養の評価に資する項目の提出を求める。また、回復期リハビリテーション病棟入院料の要件について、重複を整理する観点から合理化する。

(3) 一般病床から療養病床等にデータ提出の対象が広がることを踏まえ、データ提出加算の要件について、一般病床の病床数ではなく、許可病床の病床数となるよう見直す。

現行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料１、２】 ［施設基準］ （新設）	【回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、３、４】 ［施設基準］ データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
【療養病棟入院基本料１、回復期リハビリテーション病棟入院料３】 ［施設基準］ （新設）	【療養病棟入院料１、２、回復期リハビリテーション病棟入院料５、６】 ［施設基準］ 許可病床 200 床以上の病院にあっては、データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
【一般病棟入院基本料(10 対 1)、特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対 1)、専門病院入院基本料（10 対 1)】 ［施設基準］ 200 床以上の病院にあっては、データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	【急性期一般入院料４～７、特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対 1)、専門病院入院基本料（10 対 1)】 ［施設基準］ データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

［経過措置］

平成 30 年３月 31 日において、一般病棟入院基本料（10 対１）、療養病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟 10 対１）、専門病院入院基本料（10 対１）及び回復期リハビリテーション病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関においては、平成〇年〇月〇日までの間（許可病床 50 床未満又は１病棟のみを有する保険医療機関においては、平成〇年〇月〇日までの間）に限り、当該施設基準を満たしているものとみなす。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 　当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価及び継続的な医学的処置の必要性については、別添６の別紙 21及び別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）（以下この項目において「看護必要度評価票Ａ項目」という。）を用いて測定すること。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 　当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添６の別紙 21を用いて測定すること。
【回復期リハビリテーション病棟入院料１】 ［施設基準］ 　当該病棟において、新規入院患者のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが〇・五割以上であること。	【回復期リハビリテーション病棟入院料１、２】 ［施設基準］ 　（削除）

２．提出するデータ及び診療報酬明細書に記載される傷病名について、未コード化傷病名の割合が 10%未満の医療機関については、以下のように評価を見直す。

現行	改定案
【データ提出加算】 １　データ提出加算１ 　イ　200 床以上の病院の場合	【データ提出加算】 １　データ提出加算１ 　イ　許可病床200 床以上の病院の場

120 点 ロ　200 床未満の病院の場合 170 点 ２　データ提出加算２ イ　200 床以上の病院の場合 130 点 ロ　200 床未満の病院の場合 180 点 （新設）	合　○点 ロ　許可病床 200 床未満の病院の場合　○点 ２　データ提出加算２ イ　許可病床 200 床以上の病院の場合　○点 ロ　許可病床 200 床未満の病院の場合　○点 （提出データ評価加算） 注　未コード化傷病名の使用割合が 10%未満の場合　○点

［経過措置］

データ提出加算の１のロ又は２のロの規定については、平成○年○月○日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）については、平成○年○月○日までの間に限り、なお従前の通りとする。

⑭　特定集中治療室管理料等の見直し

骨子＜Ⅰ－３(14)(15)＞

第１　基本的な考え方

特定集中治療室において、より質の高い医療を提供するため、多職種による早期離床の取組を評価するとともに、専門の研修を受けた看護師の配置及び入退室時の生理学的スコアの測定等を要件とする。

また、特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、機材の効率的な使用の観点から、施設基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

（新）　早期離床・リハビリテーション加算　　〇点（１日につき）

［算定対象］

(1) 特定集中治療室に入室後早期から離床等の必要な取組が行われた場合には、14 日を限度として、所定点数（特定集中治療室管理料）に加算する。

(2) 特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションに関する多職種からなるチームを設置し、患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、チームと連携して、患者の早期離床・リハビリテーション実施に係る計画を作成し実施した場合に算定する。

［施設基準］

(1) 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。

① 集中治療の経験を５年以上有する医師

② 集中治療に関する適切な研修を修了した看護師

③ 十分な経験を有する理学療法士

(2) 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。

(3) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

［包括範囲］

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料
(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料
(3) 廃用症候群リハビリテーション料
(4) 運動器リハビリテーション料
(5) 呼吸器リハビリテーション料
(6) 障害児（者）リハビリテーション料
(7) がん患者リハビリテーション料

２．特定集中治療室管理料１及び２の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

現　行	改定案
【特定集中治療室管理料１、２】 ［施設基準］ ①　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。 ②　当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。 （新設） ③　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が２又はその端数を増すごとに１以上であること。 ④　集中治療を行うにつき十分な専	【特定集中治療室管理料１、２】 ［施設基準］ ①　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。 ②　当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。 ③　集中治療に関する適切な研修を修了した看護師が配置されていること。 ④　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が２又はその端数を増すごとに１以上であること。 ⑤　集中治療を行うにつき十分な専

用施設を有していること。 ⑤　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を８割以上入院させる治療室であること。	用施設を有していること。 ⑥　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を８割以上入院させる治療室であること。

［経過措置］

(1) 平成 30 年３月 31 日において現に特定集中治療室管理料１又は２に係る届出を行っている保険医療機関については、平成〇年〇月〇日までの間に限り、なお従前の例による。

(2) 平成〇年〇月〇日までの間は、特定集中治療室等において〇年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、適切な研修を修了した看護師を配置されているとみなす。

３．特定集中治療室管理料については、入退室時の生理学的スコアの測定を要件とする。

※　生理学的スコア（ＳＯＦＡスコア）

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の６項目を、それぞれ５段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

４．特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。

現　行	改定案
【特定集中治療室】 ［施設基準］ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。	【特定集中治療室】 ［施設基準］ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等） イ　除細動器 ウ　ペースメーカー エ　心電計 オ　ポータブルエックス線撮影装置 カ　呼吸循環監視装置	速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。 ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等） イ　除細動器 ウ　ペースメーカー エ　心電計 オ　ポータブルエックス線撮影装置 カ　呼吸循環監視装置 ※　他の治療室における装置・器具の規定についても同様

⑮　短期滞在手術等基本料の見直し

骨子＜Ｉ－３(17)＞

第１　基本的な考え方

短期滞在手術等基本料について、入院基本料の平均在院日数や重症度、医療・看護必要度への影響にも配慮しつつ、ＤＰＣ対象病院はＤＰＣ／ＰＤＰＳによる評価を優先させるよう取扱いを見直す。また、実績データを踏まえ評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．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、平均在院日数と重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。

現　行	改定案
【A400 短期滞在手術等基本料】 ［施設基準］ 三　短期滞在手術等基本料２の施設基準 （略） （新設）	【A400 短期滞在手術等基本料】 ［施設基準］ 三　短期滞在手術等基本料２の施設基準 （略） (3) DPC算定病床を有する医療機関でないこと。 四　短期滞在手術等基本料３の施設基準 DPC算定病床を有する医療機関でないこと。

現　行	改定案
［施設基準］ 平均在院日数の計算対象としない患者 （略） （新設）	［施設基準］ 平均在院日数の計算対象としない患者 （略） 二十三　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）
（新設）	二十四　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）
［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］ １．評価の対象 （略） 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。	［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］ １．評価の対象 （略） 産科患者、15歳未満の小児患者、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。
［特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き］ １．評価の対象 （略） 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。	［特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き］ １．評価の対象 （略） 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。
［ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き］ １．評価の対象 （略） 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。	［ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き］ １．評価の対象 （略） 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。

２．短期滞在手術等基本料３のうち、一部の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

現　行	改定案
A400 短期滞在手術等基本料 ３短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合） ［対象手術等］ イ　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 ロ　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 （略） ヘ　K008　腋臭症手術　２　皮膚有毛部切除術 （略） ル　K282　水晶体再建術　２　眼内レンズ挿入をしない場合（片側） ヲ　K282　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）	A400 短期滞在手術等基本料 ３短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合） ［対象手術等］ （削除） （削除） （略） （削除） （略） （削除） （削除）

３．短期滞在手術等基本料について、包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価の見直しを行う。

⑯　ＤＰＣ制度（ＤＰＣ／ＰＤＰＳ）の見直し

骨子＜Ⅰ－３(18)＞

第１　基本的な考え方

平成 15 年度に導入されたＤＰＣ／ＰＤＰＳ（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）は、これまで診療報酬改定の際に必要な見直しを行っており、今回の改定においても、改定全体の方針を踏まえつつ、医療機関別係数の設定及び診断群分類点数表の改定等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．診療報酬改定に関連した見直し

(1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う必要な見直しを行う。

(2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（ただし、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

２．医療機関別係数の見直し

(1) 調整係数

調整係数の基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了させ、暫定調整係数を廃止する。調整係数がこれまで担っていた激変緩和機能は「激変緩和係数」として、診療報酬改定のある年度に限り設定する。

(2) 基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定については、基本的な考え方は現行の３つの医療機関群の設定方法を維持し、医療機関群の名称は、「Ⅰ群：大学病院本院群」、「Ⅱ群：DPC 特定病院群」、「Ⅲ群：DPC 標準病院群」、に変更する。

DPC 特定病院群の要件（基準値）は、前年度の大学病院本院群の実績値に基づき設定する。なお、実績要件１（診療密度）については、後発医薬品使用促進の観点から、医療機関毎の使用薬剤を後発医薬品

（最も安価なもの）に置き換えて算出する。

(3) 機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を継続し、改定に伴う必要な見直しを行う。

(4) 機能評価係数Ⅱ

後発医薬品係数、重症度係数による評価は廃止する。既存の６つの係数項目については、項目間での重み付けは行わない。また、一部の指数値について行っていた分散を均一にする処理は行わない。

その他、各係数の評価手法について必要な見直しを行う。

３．診断群分類の見直し

(1) 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。

(2) 短期滞在手術等基本料に該当する手術等に係る診断群分類について、提出データの内容を踏まえ、適切な設定方式を選択するとともに、それぞれの方式に併せて解析したデータを参考に、点数を見直す。

４．算定ルールの見直し

再入院の契機となった傷病名に合併症に係る診断群分類に定義されるＩＣＤコードとした場合、再入院の際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は一連の入院とする。

５．退院患者調査の見直し

調査項目の簡素化も含めた見直しを行う等、必要な見直しを行う。

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成30年度）＞

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として１点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	適切なDPCデータの作成 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。 （平成31年度評価からは様式１で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。（平成31年度からの評価の見直しは引き続き検討） ・（保険診療への取組：平成31年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成	体制評価指数： 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1）小児（15歳未満）と2）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：平成28年10月1日～平成29年9月30日データ

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1 入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕／〔全 DPC 数〕 ※　当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算 2 相当の指数値は 1/2 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205 救急医療管理加算」、「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300 救命救急入院料」、「A301-4 小児特定集中治療室管理料」、「A301 特定集中治療室管理料」、「A302 新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】:「救急医療入院」の患者

＜地域医療指数・体制評価指数＞

地域医療計画等における一定の役割を 9 項目で評価（1 項目 1P、上限は大学病院本院群、DPC 特定病院群：8P、DPC 標準病院群：6P）

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC 標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC 特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">がん</td><td>がんの地域連携体制への評価（0.5P）</td><td colspan="3">当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕</td></tr>
<tr><td>医療機関群毎にがん診療連携拠点病院等の体制への評価（0.5P）</td><td>「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで 0.5P）</td><td colspan="2">「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P）
「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</td></tr>
<tr><td>脳卒中</td><td>脳卒中の急性期の診療実績への評価</td><td colspan="3">・t-PA 療法(イ)の実施を評価(0.25P)
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)又は血管内治療の実施実績(ハ)を評価(0.5P)
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績(ロ)及び血管内治療の実施実績(ハ)を評価（1P）
（血管内治療の実施：医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞であり、入院 2 日目までに K178-31,K178-32,K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績）
※ ・評価イ を満たす場合、0.25 ポイント
・評価ロ もしくは 評価ハ を満たす場合、0.5 ポイント
・評価ロ かつ 評価ハ を満たす場合、１ポイント　いずれかの最大値がポイントとなる。</td></tr>
</table>

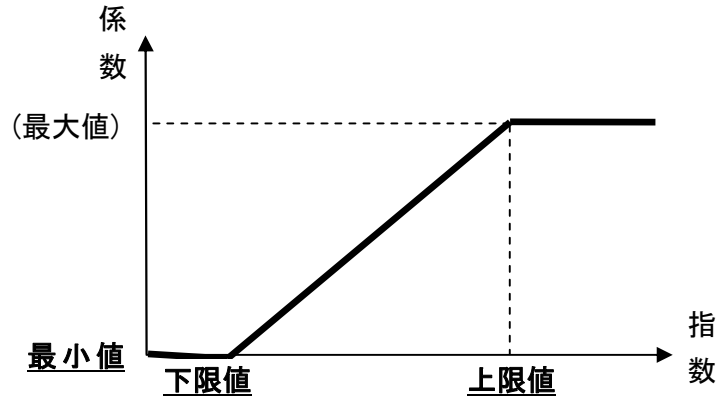
<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC 標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC 特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">心筋梗塞等の心血管疾患</td><td>緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績（0.5P）</td><td colspan="3">医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価</td></tr>
<tr><td>急性大動脈解離に対する手術実績（0.5P）</td><td colspan="3">医療資源を最も投入した傷病名が大動脈解離であり入院中に K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5611 のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile 値以上の医療機関を 0.5P、その他は 0P）</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td>精神科入院医療への評価</td><td colspan="3">A230-3 精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)
A311-3 精神科救急・合併症入院料の 1 件以上の算定実績(1P)</td></tr>
<tr><td>災害</td><td>災害時における医療への体制を評価</td><td colspan="3">・BCP の策定実績有無別（平成 31 年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P）
・DMAT の指定（0.25P）
・EMIS への参加（0.25P）</td></tr>
<tr><td>周産期</td><td>周産期医療への体制を評価</td><td>「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで 1P）</td><td colspan="2">・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）
・「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td>へき地の医療への体制を評価</td><td colspan="3">「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC 標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC 特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">・救命救急センター（0.5P）
二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>救急車で来院し、入院となった患者数（最大 0.9P）</td><td colspan="2">救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大 0.5P）</td></tr>
<tr><td>その他</td><td>その他重要な分野への貢献</td><td>右記のいずれか 1 項目を満たした場合 1 P</td><td colspan="2">①治験等の実施
・10 例以上の医師主導治験の実施、10 例以上の先進医療の実施、及び 1 例以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P）
・20 例以上の治験（※）の実施、10 例以上の先進医療の実施または 10 例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。
②新型インフルエンザ等対策
・新型インフルエンザ等対策行動計画に関係する医療機関（平成 31 年以降の評価導入を検討）</td></tr>
</table>

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0（※）	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	

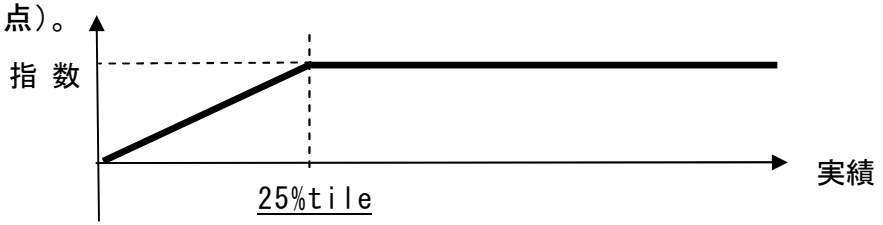
※　報酬差額の評価という趣旨から設定する



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

〇がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績

・特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25 パーセンタイル値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位 4 分の 3 は満点）。



〇脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25 パーセンタイル値を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25 パーセンタイル値に満たない場合は。0 ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。

⑰　入院中の患者に対する褥瘡対策

骨子＜Ⅰ－３(19)＞

第１　基本的な考え方

入院患者に対する褥瘡対策を推進するため、褥瘡のハイリスク患者に関する危険因子の追加や褥瘡に係る評価の算定要件等を見直す。

第２　具体的な内容

１．入院中の新たな褥瘡発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に、「スキン-テア」を加える。

現　行	改定案
＜褥瘡対策に関する診療計画書＞ 危険因子の評価：日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・病体骨突出 ・関節拘縮 ・栄養状態低下 ・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁） ・浮腫（局所以外の部位） （新設）	＜褥瘡対策に関する診療計画書＞ 危険因子の評価：日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・病体骨突出 ・関節拘縮 ・栄養状態低下 ・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁） ・皮膚の脆弱性（浮腫） ・皮膚の脆弱性（スキン-テアの保有、既往）

２．褥瘡ハイリスク患者ケア加算の対象患者に、「皮膚に密着させる医療関連機器の長期間持続的な使用が必要であるもの」を追加する。

現　行	改定案
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［留意事項］ 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［留意事項］ 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド

上安静であって、次に掲げるものをいう。 ア　ショック状態のもの イ　重度の末梢循環不全のもの ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの エ　６時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの オ　特殊体位による手術を受けたもの カ　強度の下痢が続く状態であるもの キ　極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの （新設） ク　褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの	上安静であって、次に掲げるものをいう。 ア　ショック状態のもの イ　重度の末梢循環不全のもの ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの エ　６時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの オ　特殊体位による手術を受けたもの カ　強度の下痢が続く状態であるもの キ　極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの ク　皮膚に密着させる医療関連機器の長期間持続的な使用が必要であるもの ケ　褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの

３．ＡＤＬ維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準を見直す。

現　行	改定案
【ＡＤＬ維持向上等体制加算】 ［施設基準］ アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のＡＤＬは、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「ＢＩ」という。）を用いて評価することとする。	【ＡＤＬ維持向上等体制加算】 ［施設基準］ アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のＡＤＬは、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「ＢＩ」という。）を用いて評価することとする。

ア　（略） イ　当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ分類ｄ２以上とする。）を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。	ア　（略） イ　当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ分類ｄ２以上とする。）を保有している入院患者の割合が〇%未満であること。ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が〇人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が〇人以下であること。

４．療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

現　行	改定案
【褥瘡評価実施加算（療養病棟入院基本料の注加算）】 ［算定要件］ 注４　入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。 ［留意事項］ （新設）	【褥瘡対策加算（療養病棟入院基本料の注加算）】 ［算定要件］ 注４　当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、１日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　褥瘡対策加算１　〇点 ロ　褥瘡対策加算２　〇点 ［留意事項］ 患者の褥瘡の状態を、ＤＥＳＩＧ

	Ｎ－Ｒ分類を用いて定期的に評価し、下記の要件に該当する場合に算定する。 ア　ＤＥＳＩＧＮ－Ｒの合計点が直近３か月連続して前月の合計点に比べ上回っていない場合は、褥瘡対策加算１を当該月から算定すること。 イ　ＤＥＳＩＧＮ－Ｒの合計点が直近３か月連続して前月の合計点に比べ上回った場合は、褥瘡対策加算２を当該月から算定すること。 なお、入院後暦月で３月を超えない間は、褥瘡対策加算１を算定すること。 ※　有床診療所療養病床入院基本料における当該加算についても同様

⑱　看護補助者の配置に係る加算の見直し

骨子＜Ⅰ－３(20)(21)＞

「Ⅲ－１－⑥」を参照のこと。

①　大病院の外来機能の分化の推進

骨子＜Ⅰ－４(1)＞

第１　基本的な考え方

大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲や、病床数 500 床以上を要件とする診療報酬について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直しについて

(1)「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、紹介状なしで大病院を受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、特定機能病院及び許可病床 400 床以上の地域医療支援病院へ拡大する。

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

２．許可病床が 500 床以上であることを要件の一部としている初診料及び外来診療料について、当該基準を 400 床に変更する。

現　行	改定案
【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和 23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この	【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和 23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この

表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が 500以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。 注３　病院である保険医療機関（許可病床数が 500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。	表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が 400以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。 注３　病院である保険医療機関（許可病床数が 400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第７条第２項第５号に規定する一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209点を算定する。 ※　外来診療料についても同様

［経過措置］

平成 ○年 ○月○日より適用することとする。

３．大病院とその他の医療機関との機能分化を推進する観点から、病床数500床以上を要件としている診療報酬について、原則として、400床以上に見直す。

「Ｉ－４－②」を参照のこと。

②　病床数要件の見直し

骨子＜Ⅰ－４(2)＞

第１　基本的な考え方

大病院とその他の医療機関との機能分化を推進する観点から、病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いについては、原則として、病床数 400床以上に見直す。

第２　具体的な内容

許可病床数が 500 床以上であることを要件の一部としている初診料、外来診療料、在宅患者緊急入院診療加算、地域包括ケア病棟入院料、在宅患者共同診療料について、当該基準を 400床以上に変更する。

※　初診料、外来診療料については、「Ⅰ－４－①」を参照のこと。

現　行	改定案
【在宅患者緊急入院診療加算】 ［算定要件］ １　他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支	【在宅患者緊急入院診療加算】 ［算定要件］ １　＜現行通り＞

援病院（区分番号Ｃ０１２に掲げる在宅患者共同診療料の注１に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合　　2,500点	
２～３　（略）	２～３　（略）
注２　１について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が 500床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	注２　１について、在宅療養後方支援病院（許可病床数が 400床以上のものに限る。）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は１病棟に限る。ただし、（３）及び（４）について、平成28年１月１日時点で地域包括ケア病棟入院料１又は２を２病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が 500床以上の保険医療機関又は（４）に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができ	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は１病棟に限る。ただし、（３）及び（４）について、平成28年１月１日時点で地域包括ケア病棟入院料１又は２を２病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が 500床以上の保険医療機関又は（４）に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができ

る。 (1) ～(2)　（略） (3) 許可病床数が 500床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入院料１又は２の届出を行う場合 (4)　（略） 【在宅患者共同診療料】 ［算定要件］ １　往診の場合　1,500点 ２　訪問診療の場合（同一建物居住者以外）　1,000点 ３　訪問診療の場合（同一建物居住者）　240点 注１　１については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が 500床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求	る。 (1) ～(2)　（略） (3) 許可病床数が 400床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入院料１、２、３又は４の届出を行う場合 (4)　（略） 【在宅患者共同診療料】 ［算定要件］ １　往診の場合　○点 ２　訪問診療の場合（同一建物居住者以外）　○点 ３　訪問診療の場合（同一建物居住者）　○点 注１　１については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が 400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求

めに応じて共同で往診を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。 注２～３　（略）	めに応じて共同で往診を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。 注２～３　（略） 注１と同様の改定を行う。

［経過措置］

在宅患者緊急入院診療加算

平成〇年〇月〇日より適用することとする。

地域包括ケア病棟入院料

平成 30 年１月１日時点で地域包括ケア病棟入院料１又は２を２病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が 400 床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

③　かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価

骨子＜Ⅰ－４(3)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　初診料　機能強化加算　〇点

［算定要件］

地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を算定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。

④　未妥結減算の見直し

骨子＜Ⅰ－４(4)＞

第１　基本的な考え方

薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため､｢流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第２　具体的な内容

１．妥結率が低い保険薬局及び許可病床数 200 床以上の病院における、初診料、再診料及び調剤基本料等の減算の取扱いを以下のとおり見直す。

(1)「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する。

(2) 保険薬局及び許可病床数 200 床以上の病院に対し、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける。

(3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、保険薬局及び病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の 10 月の 1 ヶ月間から 10～11 月の２ヶ月間に変更する。

２．保険薬局の調剤基本料等について、簡素化も考慮し、未妥結減算及びかかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合する。

現　行	改定案
【初診料】	【初診料】

注４　当該保険医療機関（許可病床数が 200 床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209 点を算定する。	注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が 200 床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、209 点を算定する。
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が５割以下であること。 (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。
【再診料】 注２　当該保険医療機関（許可病床数が 200 床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず､53 点を算定する	【再診料】 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が 200 床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、53 点を算定する

［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が５割以下であること。 (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。
【外来診療料】 注４　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、54 点を算定する。	【外来診療料】 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、54 点を算定する。
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が５割以下であること。 (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、

	単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。
【調剤基本料】 注３　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。（略）	【調剤基本料】 注３　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100 分の○に相当する点数により算定する。
［施設基準］ 調剤基本料１ ロ　妥結率が５割を超えること	［施設基準］ 調剤基本料１ （削除）
調剤基本料２ ロ　妥結率が５割を超えること	調剤基本料２ （削除）
調剤基本料３ ロ　妥結率が５割を超えること	（削除）
調剤基本料４ 調剤基本料１のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が５割以下の保険薬局	（削除）
調剤基本料５ 調剤基本料２のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が５割以下の保険薬局	（削除）
調剤基本料注１のただし書きに規定	調剤基本料注１のただし書きに規定

する施設基準 (2) 調剤基本料１を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割を超えていること。	する施設基準 （削除）
調剤基本料の注３に規定する保険薬局 （新設） （新設） （新設） （略）	調剤基本料の注３に規定する保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が５割以下であること。 (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していないこと。 (3) （略）

⑤　生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

骨子＜Ⅰ－４(5)＞

「Ⅰ－２－④」を参照のこと。

⑥　糖尿病の透析予防の推進

骨子＜Ⅰ－４(6)＞

「Ⅳ－８－③」を参照のこと。

①　複数医療機関が行う訪問診療の評価

骨子＜Ⅰ－５(1)＞

第１　基本的な考え方

在宅患者訪問診療料について、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、複数の医療機関による訪問診療が可能となるよう、評価を見直す。

第２　具体的な内容

在総管等の算定要件を満たす医療機関の依頼を受けて、他の医療機関が訪問診療を行った場合に、他の医療機関において算定可能な評価を新設する。

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	○点
同一建物居住者	○点

［算定要件］

在総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料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○月以内に限り（神経難病等の患者を除く）月○回を限度として算定する。

②　在支診以外の診療所による訪問診療の提供に係る評価

骨子＜Ⅰ－５(2)＞

第１　基本的な考え方

在宅療養支援診療所（在支診）以外の診療所が、当該医療機関単独又は連携医療機関等と協働して、24 時間の往診体制等を確保した上で訪問診療を提供する場合について、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）の加算を設ける。

第２　具体的な内容

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について、在総管及び施設総管の加算を新設する。

（新）　継続診療加算　　〇点（１月につき）

［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、当該医療機関単独又は連携する医療機関との協力のもと、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ついては、当該保険医療機関、連携する医療機関又は連携する訪問看護ステーションによる訪問看護を提供していること。

③ 併設する介護施設等への訪問診療の整理

骨子＜Ⅰ－５(3)＞

第１ 基本的な考え方

併設する介護施設等の入居者への訪問診療の状況を踏まえた訪問診療料を新設する。

第２ 具体的な内容

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（１日につき）
併設する介護施設等の入居者の場合 ○点

［算定要件］

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に、当該患者１人につき週３回を限度として算定する。

④ 患者の状態に応じた きめ細やかな訪問診療の評価

骨子＜Ⅰ－５(4)＞

第１ 基本的な考え方

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、

(1) 一定の状態にある患者について、加算を新設する。

(2) 月２回以上の訪問診療を行った場合の在総管･施設総管を適正化し、月１回の訪問診療を行っている場合の在総管・施設総管を充実する。

第２ 具体的な内容

１．通院が特に困難と考えられる患者、関係機関との連携に特に支援を必要とする患者等について、在総管及び施設総管の加算を新設する。

（新） 包括的支援加算 ○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○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○以上の患者

(3) 週○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処置（簡単な処置を除く）を行っている者

(5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理等の処置を行っている患者

(6) その他、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

２．月２回以上の訪問診療を行っている場合の在総管及び施設総管の評価を適正化するとともに、機能強化型在支診以外の医療機関であって月１

回の訪問診療を行っている場合の評価を充実する。

現　行	改定案
【在宅時医学総合管理料】 1　機能強化型在支診・在支病 イ　病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　4,600点 ②　単一建物診療患者が２～９人　2,500点 ③　単一建物診療患者が 10人以上　1,300点 (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　2,760点 ②　単一建物診療患者が２～９人　1,500点 ③　単一建物診療患者が 10人以上　780点 ロ　病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行って	【在宅時医学総合管理料】 1　機能強化型在支診・在支病 イ　病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　<u>○点</u> ②　単一建物診療患者が２～９人　<u>○点</u> ③　単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u> (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　<u>○点</u> ②　単一建物診療患者が２～９人　<u>○点</u> ③　単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u> ロ　病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行って

いる場合 （略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 4,200点 ② 単一建物診療患者が２～９人 2,300点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 1,200点 (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 2,520点 ② 単一建物診療患者が２～９人 1,380点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 720点 ２ 在支診・在支病 イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ 月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人 3,800点 (2) 単一建物診療患者が２～９	いる場合 （略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 ○点 ② 単一建物診療患者が２～９人 ○点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 ○点 (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 ○点 ② 単一建物診療患者が２～９人 ○点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 ○点 ２ 在支診・在支病 イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ 月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人 ○点 (2) 単一建物診療患者が２～９

人　2,100点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　1,100点 ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　2,280点 (2) 単一建物診療患者が２～９人　1,260点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　660点 ３　在支診・在支病以外の医療機関 イ　末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　2,850点 (2) 単一建物診療患者が２～９人　1,575点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　850点 ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　1,710点	人　<u>○点</u> (3) 単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u> ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　<u>○点</u> (2) 単一建物診療患者が２～９人　<u>○点</u> (3) 単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u> ３　在支診・在支病以外の医療機関 イ　末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　<u>○点</u> (2) 単一建物診療患者が２～９人　<u>○点</u> (3) 単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u> ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　<u>○点</u>

(2) 単一建物診療患者が２～９人　945点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　510点	(2) 単一建物診療患者が２～９人　〇点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　〇点

現　行	改定案
【施設入居時等医学総合管理料】 1　機能強化型在支診・在支病 イ　病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　3,300点 ②　単一建物診療患者が２～９人　1,800点 ③　単一建物診療患者が 10人以上　1,300点 (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　1,980点 ②　単一建物診療患者が２～９人　1,080点 ③　単一建物診療患者が 10人以上　780点 ロ　病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	【施設入居時等医学総合管理料】 1　機能強化型在支診・在支病 イ　病床を有する場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　<u>○点</u> ②　単一建物診療患者が２～９人　<u>○点</u> ③　単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u> (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人　<u>○点</u> ②　単一建物診療患者が２～９人　<u>○点</u> ③　単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u> ロ　病床を有しない場合 (1) 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

（略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 3,000点 ② 単一建物診療患者が２～９人 1,650点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 1,200点 (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 1,800点 ② 単一建物診療患者が２～９人 990点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 720点 ２ 在支診・在支病 イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ 月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人 2,700点 (2) 単一建物診療患者が２～９人 1,500点	（略） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 ○点 ② 単一建物診療患者が２～９人 ○点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 ○点 (3) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人 ○点 ② 単一建物診療患者が２～９人 ○点 ③ 単一建物診療患者が 10人以上 ○点 ２ 在支診・在支病 イ 末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ 月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人 ○点 (2) 単一建物診療患者が２～９人 ○点

(3) 単一建物診療患者が 10人以上　1,100点 ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　1,620点 (2) 単一建物診療患者が２～９人　900点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　660点 ３　在支診・在支病以外の医療機関 イ　末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　2,050点 (2) 単一建物診療患者が２～９人　1,125点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　850点 ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　1,230点 (2) 単一建物診療患者が２～９	(3) 単一建物診療患者が 10人以上　〇点 ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　〇点 (2) 単一建物診療患者が２～９人　〇点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　〇点 ３　在支診・在支病以外の医療機関 イ　末期の悪性腫瘍等の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 （略） ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　〇点 (2) 単一建物診療患者が２～９人　〇点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　〇点 ハ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人　〇点 (2) 単一建物診療患者が２～９

人　675点 (3) 単一建物診療患者が 10人以上　510点	人　<u>○点</u> (3) 単一建物診療患者が 10人以上　<u>○点</u>

⑤　適切な往診の推進と

看取り期の患者に対する往診の評価

骨子＜Ⅰ－５(5)＞

第１　基本的な考え方

往診料が算定可能となる場合がより明確となるよう算定要件を見直すとともに、緊急往診加算について、対象患者に医学的に終末期の患者を追加する。また、夜間休日加算の取扱いを適正化する。

第２　具体的な内容

１．患者等が保険医療機関等に直接往診を求め、医師が往診の必要性を認めた場合に限り、往診料の算定が可能である旨を明確化する。

現　行	改定案
【往診料】 ［算定要件］ (1) 往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。 （略）	【往診料】 ［算定要件］ (1) 往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。 （略）

２．緊急往診加算の対象患者について、対象患者に医学的に終末期である

と考えられる患者を追加する。また、夜間・休日加算及び深夜加算について、夜間・休日・深夜の時間帯を標榜時間とする場合に算定不可とする要件を追加する。

現　行	改定案
【往診料　緊急往診加算】 ［算定要件］ 　緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者をいう。	【往診料　緊急往診加算】 ［算定要件］ 　緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者<u>又は医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）</u>をいう。
【往診料　夜間・休日加算、深夜加算】 ［算定要件］ 　夜間（深夜を除く。）とは午後６時から午前８時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前６時までとする。	【往診料　夜間・休日加算、深夜加算】 ［算定要件］ 　夜間（深夜を除く。）とは午後６時から午前８時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前６時までとする。<u>ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日加算及び深夜加算は算定できない。</u>

⑥　入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携

骨子＜Ⅰ－５(6)＞

第１　基本的な考え方

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

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

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

第２　具体的な内容

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

現　行	改定案
【退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）】 （退院又は退所につき１回に限り） 6,000円 ［算定要件］ 訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護	【退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）】 （退院又は退所につき１回に限り） ○円 ［算定要件］ （削除）

老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。	※退院時共同指導料、在宅患者連携指導加算（訪問看護管理療養費）及び在宅患者緊急時等カンファレンス加算（訪問看護管理療養費）の算定要件についても同様。

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

診療情報提供料（Ⅰ）

（新）　療養情報提供加算　〇点

［算定要件］

保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に訪問看護を定期的に行っていた訪問看護ステーションから得た指定訪問看護に係る情報を添付して紹介を行った場合は、〇点を所定点数に加算する。

（新）　訪問看護情報提供療養費３　〇円

［算定要件］

保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下、「保険医療機関等」という。）に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、利用者の同

意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。

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

⑦　訪問看護ステーションと関係機関の連携強化

骨子＜Ⅰ－５(7)＞

第１　基本的な考え方

訪問看護ステーションの利用者に関わる地域の関係機関との連携を推進するため、自治体への情報提供について利用者の状態等に基づき、要件を見直すとともに、医療的ケアが必要な小児が通う学校へ医療的ケアの方法等の情報提供をした場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、利用者の状態等に基づく、要件の見直しを行う。

現　行	改定案
【訪問看護情報提供療養費】 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費を算定している場	【訪問看護情報提供療養費１】 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）及び都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供するこ

合は、算定しない。	とにより訪問看護情報提供療養費１を算定している場合は、算定しない。
［算定対象］ （新設）	［算定対象］ イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 ロ　特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 ハ　精神障害を有する者又はその家族等

２．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係る情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

（新）　訪問看護情報提供療養費２　〇円

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、小学校又は中学校に入学や転学時等の当該学校に初めて在籍する利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者 1 人につき月１回に限り算定する。

他の訪問看護ステーションにおいて、学校に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。

［算定対象］

訪問看護ステーションに対し、学校より指定訪問看護に関する情報提供が必要であるとの求めがあった利用者で次のいずれかに該当するもの

(1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の 15 歳未満の小児
(2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる 15 歳未満の小児
(3) 15 歳未満の超重症児又は準超重症児

⑧　喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進

骨子＜Ⅰ－５(8)＞

第１　基本的な考え方

喀痰吸引等の医療が継続的に必要な者が在宅で療養生活を継続することができるよう、医師の指示の下、介護職員等が喀痰吸引等を実施している場合について、訪問看護ステーションが喀痰吸引等の業務を行う介護職員等の支援を行った場合の連携に関する評価を設ける。

第２　具体的な内容

訪問看護ステーションが、喀痰吸引等を行う介護職員等の支援を行った場合の評価を設ける。

（新）　看護・介護職員連携強化加算　〇円

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　〇点

［算定対象］

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、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養（以下「喀痰吸引等」という。）を必要とする者

［算定要件］

(1) 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、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする利用者に対して、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、利用者の病態の変化に応じて、医師の指示の下、以下について支援・連携した場合に算定する。

・　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

・　介護職員等に同行し、利用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確認

・　利用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の会議に出席

(2) 当該加算は、(1)の介護職員等と同行訪問を実施した日又は会議に出席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) 24 時間対応体制加算を届け出ている場合に算定可能であること。

(4) 当該加算は、1 人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。

⑨　地域支援機能を有する
訪問看護ステーションの評価

骨子＜Ⅰ－５(9)＞

第１　基本的な考え方

地域における訪問看護の提供体制を確保する観点から、医療機関に勤務する看護職員の訪問看護への参画や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評価する。

第２　具体的な内容

医療機関に勤務する看護職員の研修や人材交流の受入れ、重症の在宅療養患者の訪問看護の提供といった地域における訪問看護の提供体制の確保に資する一定の役割を担う訪問看護ステーションについて、それらの役割に係る一定の実績等を有する場合の評価を設ける。

（新）　機能強化型訪問看護管理療養費３　〇円

［施設基準］

次のいずれにも該当するものであること。

(1) 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が〇以上であること。

(2) 24 時間対応体制加算を届け出ていること。

訪問看護ステーションと同一開設者で同一敷地内に医療機関がある場合は、営業時間外の利用者・家族からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該医療機関の看護師が行うことができる。

(3) 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する者、別表第八に該当する者又は重症な精神科疾患を有する者が月に〇人以上いること、若しくは、複数の訪問看護ステーションとで共同して訪問看護を提供する重症な利用者が月に〇人以上いること。

(4) 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。

(5) 訪問看護ステーションと人材交流する医療機関以外の保険医療機関との間において行われる退院時共同指導の実績があること。

(6) 訪問看護ステーションと同一開設者で同一敷地内に医療機関がある場合は、利用者のうち、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合が〇割以上であること。

(7) 地域の医療機関の看護職員が訪問看護ステーションにおいて、一定期間勤務する等、訪問看護ステーションと当該医療機関との間での看護職員の相互交流による勤務の実績があること。

(8) 地域の医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修を年に〇回以上実施していること。

(9) 地域の訪問看護ステーションや住民に対する訪問看護に関する情報提供や相談を実施していること。

⑩　複数の実施主体による訪問看護の連携強化

骨子＜Ⅰ－５(10)＞

第１　基本的な考え方

複数の実施主体で行われる効果的な訪問看護を推進するため、１人の利用者に対し、複数の実施主体から訪問看護が行われている場合に、訪問看護の目標や計画等の共有を行うことを明示するとともに、複数の訪問看護ステーションと関係機関との連携に関する加算について、見直しを行う。併せて、病院・診療所と訪問看護ステーションの組合せで複数の実施主体から訪問看護が行われている場合について、ターミナルケアに係る加算を整理する。

第２　具体的な内容

１．複数の実施主体から訪問看護が行われている場合に、目標の設定や評価の共有等の連携のあり方について具体的に明記する。

現　行	改定案
【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ （略） １人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。	【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ （略） １人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーション<u>や保険医療機関において指定訪問看護及び管理を行う場合は、訪問看護ステーション間及び訪問看護ステーション・保険医療機関間において十分に連携を図ること。具体的には、指定訪問看護の実施による利用者の目標の設定、計画の立案、指定訪問看護の実施状況及び評価を共有すること。</u>

	※　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料についても同様

２．在宅患者連携指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算について、連携している複数の訪問看護ステーションそれぞれで算定可能とする。

現　行	改定案
【在宅患者連携指導加算】 ［算定要件］ 　在宅患者連携指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。	【在宅患者連携指導加算】 ［算定要件］ （削除）
【在宅患者緊急時等カンファレンス加算】 ［算定要件］ 　関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対	【在宅患者緊急時等カンファレンス加算】 ［算定要件］ 　関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対

して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定すること。なお、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者に対して、複数の訪問看護ステーションが指導を行った場合は、合わせて２回まで算定できること。（同一回のカンファレンスに複数の訪問看護ステーションが参加した場合は、１つの訪問看護ステーションのみ算定できること。）また、当該カンファレンスは、原則利用者の居住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。	して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定すること。なお、複数の訪問看護ステーションのみが参加しカンファレンスを行った場合は、所定額は算定しないこと。また、当該カンファレンスは、原則利用者の居住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

３．訪問看護ステーションと医療機関のターミナルケアの評価について、１つの医療機関又は１つの訪問看護ステーションのみの算定とする。

現　行	改定案
【訪問看護ターミナルケア療養費】 ［算定要件］ 訪問看護ターミナルケア療養費は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。	【訪問看護ターミナルケア療養費】 ［算定要件］ 同一の利用者において、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合又は保険医療機関において在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合においては、算定できないこと。

	※　在宅患者訪問看護・指導料及び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

⑪　機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

骨子＜Ⅰ－５(11)＞

第１　基本的な考え方

地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、介護サービス事業所だけでなく、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件について、見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．訪問看護ステーションに特定相談支援事業所等が併設されている場合にも届出が可能となるよう、機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

現　行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］ 介護保険法第８条第24項に規定する居宅介護支援事業を行うことができる体制が整備されていること。	【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］ 介護保険法第８条第24項に規定する居宅介護支援事業、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５条第16項に規定する特定相談支援事業又は児童福祉法第６条の２の２第６項に規定する障害児相談支援事業を行うことができる体制が整備されていること。

２．訪問看護ステーションが療養通所介護事業所等の指定を受けている事業所を併設している場合、人員の基準を緩和する。

現　行	改定案

【機能強化型訪問看護管理療養費１】 ［施設基準］ 　常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が７以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。	【機能強化型訪問看護管理療養費１】 ［施設基準］ 　常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が７以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。 　ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第38条に規定する療養通所介護事業所、児童福祉法第６条の２の２第２項に規定する児童発達支援を行う事業所又は児童福祉法第６条の２の２第４項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち〇人まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。 ※　機能強化型訪問看護管理療養費２についても同様

⑫　24 時間対応体制の評価の見直し

骨子＜Ⅰ－５(12)＞

第１　基本的な考え方

利用者が地域で安心して療養生活を送れるよう、訪問看護ステーションによる 24 時間対応体制の内容を明確化し、評価を充実するとともに、24 時間連絡体制の評価を廃止することで、24 時間の対応体制の整備を推進する。

第２　具体的な内容

１．24 時間連絡体制加算を廃止し、24 時間対応の評価を１本化する。

現　行	改定案
【24時間連絡体制加算】 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制又は連絡体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、当該基準に係る区分に従い、月１回を限度として、次に掲げる額のいずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが次に掲げる加算を算定している場合は、算定しない。 ロ　24時間連絡体制加算2,500円	【24時間連絡体制加算】 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月１回に限り、○円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが 24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 （削除）

２．24 時間対応体制の内容を明確化し、加算の評価を充実する。

現　行	改定案
【24時間対応体制加算】 5,400円 ［算定要件］ ア　注２のイに規定する 24時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算すること。	【24時間対応体制加算】 ○円 ［算定要件］ ア　注２に規定する 24時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問に加えて、営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者や家族への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するものである。 イ　24時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算すること。

⑬　理学療法士等の訪問看護の適正化

骨子＜Ⅰ－５(13)＞

第１　基本的な考え方

利用者の全体像を踏まえた効果的な訪問看護の提供を推進するために、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）によって提供される訪問看護について、看護職員と理学療法士等が連携して実施することを明確化する。

第２　具体的な内容

理学療法士等によって提供される訪問看護について、看護職員と理学療法士等の連携が求められることを明確化する。

現　行	改定案
【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ （新設）	【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携し作成すること。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を含むこと。

⑭　複数名による訪問看護の見直し

骨子＜Ⅰ－５(14)＞

第１　基本的な考え方

複数名訪問看護加算について算定方法を見直し、評価を充実する。また､看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合、利用者の身体的理由においても算定可能となるよう要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．複数名による訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。

現　行	改定案
【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 注12　イ又はロの場合にあっては週１回を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合　4,300円 ロ　（略） ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合　3,000円	【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 注12　イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合　○円 ロ　（略） ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）　○円 ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同

	時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） (1) １日に１回の場合　　○円 (2) １日に２回の場合　　○円 (3) １日に３回以上の場合　　○円
【複数名訪問看護加算（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）】 注７　イ又はロについては、週１日に限り算定する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　　430点 ロ　（略） ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合　　300点	【複数名訪問看護加算（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）】 注７　イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　　○点 ロ　（略） ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） (1) １日に１回の場合　　○点 (2) １日に２回の場合　　○点 (3) １日に３回以上の場合　　○点

【複数名精神科訪問看護加算（精神科訪問看護基本療養費）】 注10　ハの場合にあっては、週１回を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合　4,300円 ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合　3,800円 ハ　（略）	【複数名精神科訪問看護加算（精神科訪問看護基本療養費）】 注８　ハの場合にあっては、週１日を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合 (1) １日に１回の場合　○円 (2) １日に２回の場合　○円 (3) １日に３回以上の場合　○円 ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 (1) １日に１回の場合　○円 (2) １日に２回の場合　○円 (3) １日に３回以上の場合　○円 ハ　（略）
【複数名精神科訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）】 注５　ハの場合にあっては、週１回を限度として算定する。 イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　450点	【複数名精神科訪問看護加算（精神科訪問看護・指導料）】 注４　ハの場合にあっては、週１日を限度として算定する。 イ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 (1) １日に１回の場合　○点 (2) １日に２回の場合　○点 (3) １日に３回以上の場合　○点

ロ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合　　380点 ハ　（略）	ロ　所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合 (1) １日に１回の場合　　○点 (2) １日に２回の場合　　○点 (3) １日に３回以上の場合　　○点 ハ　（略）

２．看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件に、利用者の身体的理由を追加する。

現　行	改定案
【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定対象］ １人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの (1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 (3) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者 (4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 （新設）	【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定対象］ (1) 訪問看護基本療養費の注12本文に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める１人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 ロ　特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 ハ　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 ニ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 ホ　利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が

(5) その他利用者の状況等から判断して、(1)から(4)のいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る）	困難と認められる者（看護補助者の場合に限る。） へ　その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る。） (2) 訪問看護基本療養費の注12のハ及びニに規定する厚生労働大臣が定める場合 １人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するものに対し、指定訪問看護を行った場合 イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 ロ　特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 ハ　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 ※　在宅患者訪問看護・指導料及び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

⑮　精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）の廃止

骨子＜Ⅰ－５(15)＞

第１　基本的な考え方

個々の患者のニーズに応じた訪問看護を推進する観点から、障害福祉施設に入所中の精神障害を有する複数の者へ同時に指定訪問看護を実施した際に算定する精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）を廃止し、利用者の疾患や環境など、個別の状況に対応した効果的な精神科訪問看護が提供されることを推進する。

第２　具体的な内容

精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）を廃止する。

現　行	改定案
【精神科訪問看護基本療養費】 精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ） 1,600円	【精神科訪問看護基本療養費】 （削除）
【精神科訪問看護・指導料】 精神科訪問看護・指導料（Ⅱ） 160点	【精神科訪問看護・指導料】 （削除）

⑯　精神障害を有する者への重点的支援

骨子＜Ⅰ－５(16)＞

第１　基本的な考え方

地域で生活する重症な精神疾患患者の支援を推進するために、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科訪問看護の精神科重症患者早期集中支援管理連携加算及び精神科複数回訪問加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するため、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の算定区分を見直し、加算の名称を変更するとともに、評価を充実する。

現　行	改定案
【精神科重症患者早期集中支援管理連携加算】 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算として、月	【精神科重症患者支援管理連携加算】 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、当該利用者（医科点数表第２章第８部区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料２を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者支援管理連携加算として、月１回に限

１回に限り、６月を限度として6,400円を所定額に加算する。 （新設）	り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。 イ　精神科在宅患者支援管理料２のイを算定する利用者に定期的な指定訪問看護を行う場合　○円 ロ　精神科在宅患者支援管理料２のロを算定する利用者に定期的な指定訪問看護を行う場合　○円

２．精神科複数回訪問加算について、在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するために算定対象を見直す。

現　行	改定案
【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師及び作業療法士が、診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ 4,500円又は 8,000円を所定額に加算する。	【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師及び作業療法士が、医科点数表第２章第８部区分番I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）又は２を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ 4,500円又は 8,000円を所定額に加算する。
【精神科複数回訪問加算（精神科訪問	【精神科複数回訪問加算（精神科訪問

看護・指導料）】 　区分番号I016に掲げる精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ 450点又は800点を所定点数に加算する。	看護・指導料）】 　区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）又は２を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、それぞれ 450点又は 800点を所定点数に加算する。

⑰　医療的ケアが必要な児への対応の評価

骨子＜Ⅰ－５(17)＞

第１　基本的な考え方

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への長時間の訪問看護を評価する。

乳幼児への訪問看護を推進するために、乳幼児加算及び幼児加算の評価を充実する。

第２　具体的な内容

１．長時間訪問看護加算を週３日まで算定可能な患者の対象に、医療的ケアが必要な児を加える。

現　行	改定案
【長時間訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週１日（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。	【長時間訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。
【長時間訪問看護加算（在宅患者訪問看護・指導料）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医	【長時間訪問看護加算（在宅患者訪問看護・指導料）】 別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医

療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３回）に限り、520点を所定点数に加算する。	療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）に限り、520点を所定点数に加算する。 ［算定対象］ イ　15歳未満の超重症児又は準超重症児 ロ　15歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 ※　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

２．乳幼児加算及び幼児加算の評価を充実する。

現　行	改定案
【乳幼児加算・幼児加算（訪問看護基本療養費）】 （１日につき）　500円	【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 （１日につき）　○円 ※　在宅患者訪問看護・指導料及び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

⑱　過疎地域等の訪問看護の充実

骨子＜Ⅰ－５(18)＞

第１　基本的な考え方

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について要件の緩和等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．訪問する利用者の居宅が過疎地域等に所在する場合、訪問看護ステーションが過疎地域等に所在しない場合についても、特別地域訪問看護加算の算定を可能とするよう要件を緩和する。

現　行	改定案
【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費】 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行った場合には、特別地域訪問看護加算として、所定額の 100分の 50に相当する額を加算する。	【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費】 訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行い次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の 50に相当する額を加算する。
（新設）	イ　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
（新設）	ロ　別に厚生労働大臣が定める地域

	外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が当該地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合 ※　精神科訪問看護基本療養費についても同様

２．在宅患者訪問看護・指導料等に特別地域訪問看護加算を新設し、過疎地域等において、医療機関が訪問看護を実施した場合に算定することを可能とし、評価する。

在宅患者訪問看護・指導料

（新）　特別地域訪問看護加算

所定点数の 100 分の〇に相当する点数を加算

［算定要件］

保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の 100 分の〇に相当する点数を加算する。

(1) 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する当該保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合

(2) 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する当該保険医療機関の看護師等が当該地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合

※　同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料についても同様に新設する。

３．過疎地域等の複数の訪問看護ステーションが連携して 24 時間対応体制加算の体制を確保した場合にも算定できるよう見直す。

現　行	改定案

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ （新設）	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ 24時間対応体制加算は、基準告示第３に規定する地域に所在する訪問看護ステーションにおいて、２つの訪問看護ステーションが連携することによって当該加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションが算定できること。なお、24時間対応体制加算は１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。

※　別に厚生労働大臣が定める地域（基準告示第３に規定する地域）

(1)　離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

(2)　奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域

(3)　山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域

(4)　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域

(5)　沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島

(6)　過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域

⑲　連携する医師による訪問看護指示の見直し

骨子＜Ⅰ－５(19)＞

第１　基本的な考え方

訪問看護ステーションが緊急訪問する際の医師による緊急訪問の指示について、複数診療所が連携して在宅医療を提供している場合の連携する医療機関の医師による指示を可能とする。

第２　具体的な内容

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

現　行	改定案
【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。７において同じ。）の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に１日につき１回に限り所定額に加算すること。	【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。７において同じ。）の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に１日につき１回に限り所定額に加算すること。<u>なお、主治医の所属す</u>

	る診療所が、他の保険医療機関と連携して24時間の往診体制及び連絡体制を構築している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の医療機関の医師の指示により緊急に指定訪問看護を実施した場合においても算定できる。 ※　精神科訪問看護基本療養費の当該加算についても同様

⑳　在宅歯科医療の推進等

骨子＜Ⅰ－5(20)＞

第１　基本的な考え方

効率的で質の高い在宅歯科医療の提供体制を確保するため、歯科訪問診療料や訪問歯科衛生指導料の評価の在り方を見直すとともに、入院患者や介護保険施設入所者等や通院困難な小児に対する口腔機能管理を充実する。

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療料及びその加算について、歯科訪問診療の実態にあわせた評価となるよう、以下の見直しを行う。

(1) ほとんどの歯科訪問診療料の算定時に算定されている在宅患者等急性歯科疾患対応加算を廃止し、歯科訪問診療料に包括する。

(2) 歯科訪問診療料について、診療時間が 20 分未満の場合の評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、１日につき所定点数に加算する。 イ　同一建物居住者以外の場合	【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】 （削除）

170点 ロ　同一建物居住者の場合　55点 【歯科訪問診療料】 1　歯科訪問診療１　866点 2　歯科訪問診療２　283点 3　歯科訪問診療３　120点 ［算定要件］ (1)　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。 （略） (2)　２については、在宅等において療	【歯科訪問診療料】 1　歯科訪問診療１　<u>○点</u> 2　歯科訪問診療２　<u>○点</u> 3　歯科訪問診療３　<u>○点</u> ［算定要件］ (1)　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、<u>当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。</u> （略） (2)　２については、在宅等において療

養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が 20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。	養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。
（略）	（略）
(3) ３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に 10人以上の患者に行った場合又は在宅等において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分未満の場合に限る。）を行った場合に算定する。	(3) ３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に 10人以上の患者に行った場合に算定する。
（略）	（略）
（新設）	(4) １、２及び３について、歯科訪問診療の診療時間が 20分未満（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合

	計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合は、それぞれ所定点数の 100分の〇に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、その限りではない。 イ　１について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により 20分以上の診療が困難である場合 ロ　２について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合

(3) 歯科訪問診療補助加算について、歯科訪問診療における歯科衛生士の業務を評価する観点から在宅療養支援歯科診療所以外の歯科医療機関の場合の評価を新設する。

現　行	改定案
【歯科訪問診療補助加算】 在宅療養支援歯科診療所の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　同一建物居住者以外の場合　110点 ロ　同一建物居住者の場合　45点 （新設）	【歯科訪問診療補助加算】 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 （削除） （削除） イ　在宅療養支援歯科診療所１、在

	宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 (1) 同一建物居住者以外の場合 〇点 (2) 同一建物居住者の場合 〇点 ロ　イ以外の歯科医療機関 (1) 同一建物居住者以外の場合 〇点 (2) 同一建物居住者の場合 〇点

(4) 外来を受診していた患者が通院困難になり、歯科訪問診療に移行した場合に、外来受診時のかかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新)　歯科訪問診療移行加算

イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　〇点

ロ　イ以外の場合　〇点

［算定要件］

歯科訪問診療１について、当該保険医療機関において外来診療を行っていた患者であって、現在、在宅等において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、イ又はロに掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。なお、この場合において在宅歯科医療推進加算は算定できない。

２．在宅歯科医療における関係者との連携を推進する観点から、在宅療養支援歯科診療所の施設基準について、地域の医療機関や介護関係者との連携実績を施設基準に追加する等の見直しを行う。

現　行	改定案
【在宅療養支援歯科診療所】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援歯科診療所】 ［施設基準］ 次の(1)～(8)にすべて該当する場合は在宅療養支援歯科診療所１、(1)～(6)にすべて該当する場合は在宅療養支援歯科診療所２とする。
(1) 過去１年間に歯科訪問診療料を算定している実績があること。	(1) 在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２について、過去１年間の算定回数の実績が歯科訪問診療１又は２をあわせて、それぞれ○回又は○回以上であること。
(2) 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。	(2) 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。
（中略）	（中略）
(4) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。	(4) 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
(5) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。	（削除）

(6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。	（削除）
(7) 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。	(5) 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
（新設）	(6) 当該診療所において、過去１年間に在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療の算定回数が〇回以上であること。
（新設）	(7) 以下のいずれか〇つに該当すること。 ア　当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年１回以上の出席 イ　病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力 ウ　歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績
（新設）	(8) 過去１年間に、以下のいずれかの算定が〇つ以上あること。 ア　栄養サポートチーム等連携加

（略）	算１又は２の算定があること。 イ　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。 ウ　退院時共同指導料、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。 （略）

［経過措置］

平成 30 年３月 31 日に在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている歯科診療所については、平成〇年〇月〇日までの間、在宅療養支援歯科診療所２の基準を満たしているものとする。

３．訪問歯科衛生指導料について、「１　複雑なもの」と「２　簡単なもの」による区分を廃止するとともに、以下のような見直しを行う。

(1) １人の患者に対して１対１で 20 分以上の指導を行った場合の評価とし、単一建物診療患者の人数に応じた区分を新設する。

(2) 指導内容に口腔機能に関連する療養上必要な指導を追加する。

現　行	改定案
【訪問歯科衛生指導料】 ［区分変更］ １　複雑なもの　360点 ２　簡単なもの　120点 （新設）	【訪問歯科衛生指導料】 ［区分変更］ （削除） （削除） １　単一建物診療患者が１人の場合　〇点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　〇点

	３　１及び２以外の場合　　○点
（新設）	［単一建物診療患者の人数］ 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。）の人数を「単一建物診療患者の人数」という。 ただし、当該建築物において当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20戸未満であって、訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が２人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が１人であるものとみなす。
［算定要件］ 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導に係る実地指導を行った場合	［算定要件］ 歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持・向上に関する実地指導を行った場合

(3) 在宅等で療養する患者に歯科衛生士が専門的な口腔衛生処置を行っ

た場合の評価を新設する。

（新）　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置　〇点

［算定要件］

(1) 歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月１回を限度として算定する。

(2) 訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。

(3) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

４. 入院患者や介護保険入所者等に対し、関係者間の連携に基づく口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患在宅療養管理料及び栄養サポートチーム連携加算について、以下のような見直しを行う。

(1) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しに伴い、歯科疾患在宅療養管理料、栄養サポートチーム連携加算１及び栄養サポートチーム連携加算２の評価を充実する。

(2) 栄養サポートチームやミールラウンドに限らず、多職種チームや介護保険施設等での関係者会議等に参加し、その結果を踏まえた口腔機能管理の評価及び名称の見直しを行う。

(3) 要介護被保険者等に対する口腔機能管理を充実させる観点から、栄養サポートチーム連携加算２について、認知症対応型共同生活介護等の利用者を対象に追加する。

現　行	改定案
【歯科疾患在宅療養管理料】 （新設）	【歯科疾患在宅療養管理料】 １　在宅療養支援歯科診療所１の場合　〇点

1　在宅療養支援歯科診療所の場合　240点 2　１以外の場合　180点	2　在宅療養支援歯科診療所２の場合　〇点 3　１又は２以外の場合　〇点
［算定要件］ (4) 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム連携加算１として、60点を所定点数に加算する。 (5) 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム連携加算２として、60点を所定点数に加算する。	［算定要件及び名称変更］ (4) 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、〇点を所定点数に加算する。 (5) 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算２として、〇点を所定点数に加算する。
【栄養サポートチーム連携加算１】 ［算定要件］ 栄養サポートチーム連携加算１は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及	【栄養サポートチーム等連携加算１】 ［算定要件］ 栄養サポートチーム等連携加算１は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム、口腔ケアチーム又は摂食嚥下チー

び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して２月以内に「注１」に規定する管理計画を策定した場合に、月に１回を限度に算定する。	ム等の構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して２月以内に「注１」に規定する管理計画を策定した場合に、月に１回を限度に算定する。
【栄養サポートチーム連携加算２】 ［算定要件］ 栄養サポートチーム連携加算２は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設又は介護療養施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して２月以内に「注１」に規定する管理計画を策定した場合に、月に１回を限度に算定する。	【栄養サポートチーム等連携加算２】 ［算定要件］ 栄養サポートチーム等連携加算２は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設、介護医療院、認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）又は特定施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して２月以内に「注１」に規定する管理計画を策定した場合に、月に１回を限度に算定する。

５．在宅等で療養する患者の口腔機能管理を推進する観点から、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、以下のような見直しを行う。

(1) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しに伴い、在宅患者訪問

口腔リハビリテーション指導管理料の加算について区分の追加及び評価の見直しを行う。

(2) 療養上の指導管理に係る時間の要件を30分以上から20分以上に緩和する。

現　行	改定案
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ (1) 当該保険医療機関の歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、30分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回を限度として算定する。 （中略） (4) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。 (5) 在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、(4)に規定する加	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ (1) 当該保険医療機関の歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回を限度として算定する。 （中略） (4) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として○点を所定点数に加算する。 (5) 在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、それぞれ在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科

算を算定している場合は、算定できない。	診療所加算２として、○点又は○点を所定点数に加算する。ただし、(4)に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

(3) 栄養サポートチーム等と連携して口腔機能管理を実施した場合の評価を新設する。

(新)　栄養サポートチーム等連携加算１　○点

[算定要件]

当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、栄養サポートチーム等連携加算１として、○点を所定点数に加算する。

(新)　栄養サポートチーム等連携加算２　○点

[算定要件]

当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、栄養サポートチーム等連携加算２として、○点を所定点数に加算する。

６．通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実させる観点から、口腔衛生指導・管理や口腔機能管理等を包括した評価を新設する。

(新)　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　○点

[算定要件]

(1) 当該保険医療機関の歯科医師が歯科訪問診療料を算定した、15 歳未満の

在宅等において療養を行っている患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20 分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回を限度として算定する。

(2) 歯周病検査、歯周基本治療、歯周基本治療処置、機械的歯面清掃処置、及び摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

(4) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として〇点を所定点数に加算する。

(5) 在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、それぞれ在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として〇点又は〇点を所定点数に加算する。ただし、(4)に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

㉑　訪問指導料における居住場所に応じた評価

骨子＜Ⅰ－５(21)＞

第１　基本的な考え方

在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

第２　具体的な内容

在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現　行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 １　同一建物居住者以外の場合 650点 ２　同一建物居住者の場合 300点 ［同一建物居住者］ 当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合 ○点 ２　単一建物診療患者が２～９人の場合 ○点 ３　１及び２以外の場合 ○点 ［単一建物診療患者の人数］ 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同

	じ。）の人数を「単一建物診療患者の人数」という。 　ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20戸未満であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が２人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が１人であるものとみなす。
【在宅患者訪問栄養食事指導料】 １　同一建物居住者以外の場合 530点 ２　同一建物居住者の場合 450点	【在宅患者訪問栄養食事指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合 〇点 ２　単一建物診療患者が２～９人の場合 〇点 ３　１及び２以外の場合 〇点
［同一建物居住者］ 　当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。	［単一建物診療患者の人数］ 　当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。）の人数を「単一建物診療患者の人数」という。 　ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養

	食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20戸未満であって、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が２人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が１人であるものとみなす。

㉒　効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

骨子＜Ⅰ－５(22)＞

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．無菌製剤処理加算の評価を見直す。

２．無菌製剤室を共同利用した場合の費用について、無菌製剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。

３．乳幼児に対する業務の評価を新設する。

現　行	改定案
【調剤料】 注２　５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、１日につきそれぞれ65点、75点又は65点（６歳未満の乳幼児の場合においては、１日につきそれぞれ130点、140点又は130点）を加算する。 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【調剤料】 注２　５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、１日につきそれぞれ○点、○点又は○点（６歳未満の乳幼児の場合においては、１日につきそれぞれ○点、○点又は○点）を加算する。 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

（新設）	注３　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき〇点を所定点数に加算する。

①　患者の希望に応じた看取りの推進

骨子＜Ⅰ－６(1)(3)＞

第１　基本的な考え方

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

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

第２　具体的な内容

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

現　行	改定案
【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】 （新設） イ　機能強化型在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1)　病床を有する場合　6,000点 (2)　病床を有しない場合　5,000点	【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】 （有料老人ホーム等以外に居住する患者） イ　機能強化型在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1)　病床を有する場合　○点 (2)　病床を有しない場合　○点

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 4,000点 ハ その他の医療機関 3,000点	ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 ○点 ハ その他の医療機関 ○点
（新設）	（有料老人ホーム等に居住する患者） イ 機能強化型在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 (1) 病床を有する場合 ○点 (2) 病床を有しない場合 ○点 ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院 ○点 ハ その他の医療機関 ○点
［算定要件］ 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前 14日以内の計 15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。（中略）	［算定要件］ 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前 14日以内の計 15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。（中略） ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

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

現　行	改定案
【訪問看護ターミナルケア療養費】 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円 ［算定要件］ 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。	【訪問看護ターミナルケア療養費】 訪問看護ターミナルケア療養費 ○円 ［算定要件］ 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。 ※　在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算についても同様

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

現　行	改定案
【機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）】 ［算定要件］ オ　有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。 （中略） サ　当該診療所において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上（中略）有していること。	【機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）】 ［算定要件］ オ　有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。 （中略） サ　当該診療所において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上（中略）有していること。なお、○月以上の訪問診療を実施した患者であって、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又はオにおける受入医療機関で○日以内の入院を経て、死亡した場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。 ※　機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）、機能強化型在宅療養支援病院（単独型）及び機能強化型在宅療養支援病院（連携型）についても同様
【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］	【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］

イ　訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が年に 20以上。	イ　訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び〇月以上の指定訪問看護を行った利用者であって、あらかじめ聴取した利用者・家族の意向に基づき、〇日以内の入院を経て連携する保険医療機関の病床で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が年に 20以上。

②　治療方針に関する意思決定支援体制の評価

骨子＜Ⅰ－６(2)＞

「Ⅰ－１－⑫」を参照のこと。

③　訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

骨子＜Ⅰ－６(4)＞

第１　基本的な考え方

末期のがん患者に対し円滑に医療･介護サービスを提供する観点から、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居宅介護支援事業者への情報提供について、在宅時医学総合管理料等の要件に追加する。

第２　具体的な内容

末期のがん患者については、在宅時医学総合管理料等の要件に、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援事業者に対し病状や予後等について情報提供することを追加する。

現　行	改定案
【在宅時医学総合管理料】 【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ （略） （新設）	【在宅時医学総合管理料】 【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ （略） 悪性腫瘍の患者については、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居宅介護支援事業者に対し、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、情報提供すること。

④　在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価

骨子＜Ⅰ－６(5)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

在宅患者訪問診療料の加算として、在宅で酸素療法を実施した場合の加算を新設する。

在宅ターミナルケア加算

（新）　酸素療法加算　　〇点

［算定要件］

がん患者であって、在宅ターミナルケアを行っている者に対し、酸素療法を行っていた場合に所定点数に加算。

⑤　特別養護老人ホーム等における ターミナルケアの評価の見直し

骨子＜Ⅰ－６(6)＞

第１　基本的な考え方

特別養護老人ホーム等の入所者（末期のがん患者等）に対して、外部の医療機関や訪問看護ステーションがターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護等を提供した場合、施設の体制に応じて、ターミナルケアに係る診療報酬の算定を可能とする。

第２　具体的な内容

１．特別養護老人ホームにおいて看取り介護加算を算定する場合でも、訪問診療を提供する外部の医療機関が、在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算を算定可能となるよう、取扱いを見直す。

現　行	改定案
【在宅ターミナルケア加算、看取り加算（在宅患者訪問診療料）】 ［算定要件］ 特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。なお、当該患者について、特別養護老人ホームにおいて看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。	【在宅ターミナルケア加算、看取り加算（在宅患者訪問診療料）】 ［算定要件］ 特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。なお、当該患者について、在宅ターミナルケア加算と看取り加算を算定できるが、特別養護老人ホームにおいて看取り介護加算（Ⅱ）を算定している場合には、看取り加算は算定できず、在宅ターミナルケア加算

ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って 30日間に行われたものに限る。）	のみを算定すること。 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って 30日間に行われたものに限る。）

２．訪問看護ターミナルケア療養費等を見直し、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について、一定の要件において算定可能とする。

現　行	改定案
【訪問看護ターミナルケア療養費】 訪問看護ターミナルケア療養費 20,000円 （新設）	【訪問看護ターミナルケア療養費】 １　訪問看護ターミナルケア療養費１　○円 ２　訪問看護ターミナルケア療養費２　○円
１　訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前 14日以	１　１については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第 133号）第 20条の５に規

内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。	定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等）という。）で死亡した利用者（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除き、ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前 14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。
（新設）	２　２については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（看取り介護加算等を算定している利用者に限り、ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及

	び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。
２　注１の規定により算定する指定訪問看護の費用の額は、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。	３　１及び２については、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。 ※　在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算についても同様

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

骨子＜Ⅰ－７(1)＞

第１　基本的な考え方

疾患別リハビリテーションについて、末梢神経損傷等の患者や回復期リハビリテーション病棟から退棟後３ヶ月以内の患者等を算定日数上限の除外対象に追加する。

第２　具体的な内容

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	改定案
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	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 （新設） （新設） 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者 （新設） （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）	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（発症から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）

②　回復期リハビリテーション病棟における専従要件の見直し

骨子＜Ⅰ－７(2)＞

「Ⅰ－３－⑫」を参照のこと。

③　維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行

骨子＜Ⅰ－７(3)(4)＞

第１　基本的な考え方

医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進する観点から、医療保険と介護保険のリハビリテーションを１つの医療機関で実施できるよう、人員配置や機能訓練室等の要件を見直すとともに、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、平成29年度末までの経過措置を１年間に限り延長する。

第２　具体的な内容

１．医療保険の疾患別リハビリテーションと介護保険の通所リハビリテーションを同時に実施する場合について、施設基準を緩和する。

現　行	改定案
［施設基準］ （疾患別リハビリテーションの施設基準） (1) 疾患別リハビリテーションの専従の従事者は、疾患別リハビリテーションの実施時間中は当該リハビリテーションの提供のみを行う。	［施設基準］ （疾患別リハビリテーションの施設基準） (1) 以下の要件を満たしている場合、疾患別リハビリテーションの実施時間中であっても、疾患別リハビリテーションの専従の従事者が介護保険のリハビリテーションに従事しても差し支えない。 ア　専従の従事者以外の全ての従

	事者が介護保険のリハビリテーションに従事していること。 イ　専従の従事者が、疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯であること。
(2) 専従の従事者以外の従事者については、当該医療機関の疾患別リハビリテーション実施時間内であっても、当該従事者が疾患別リハビリテーションに従事していない時間については、介護保険のリハビリテーションに従事することができる。	(2) 専従の従事者以外の従事者については、当該医療機関の疾患別リハビリテーション実施時間内であっても、疾患別リハビリテーションに従事していない時間については、介護保険のリハビリテーションに従事することができる。
(3) 当該保険医療機関が疾患別リハビリテーションと１時間以上２時間未満の指定通所リハビリテーションの両方を実施する際には、リハビリテーションの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。	(3) 当該保険医療機関が疾患別リハビリテーションと指定通所リハビリテーションの両方を実施する際には、リハビリテーションの提供に支障が生じない限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えない（必要な機器及び器具の利用についても同様）。
（通所リハビリテーションの施設基準） 介護保険の通所リハビリテーションと医療保険の疾患別リハビリテーションを同一時間帯で行っている場合、指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、３平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員と医療保険のリハビリ	（通所リハビリテーションの施設基準） 介護保険の通所リハビリテーションと医療保険の疾患別リハビリテーションを同一時間帯で行っている場合、指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、３平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用定員を乗じた面積以上とす

テーションを受ける患者の数を乗じた面積以上とする。	る。

２．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、介護保険への移行に係る経過措置を１年間に限り延長し、平成 31 年 4 月以降、要介護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。

④　医療と介護の連携に資する
リハビリテーション計画書の様式等の見直し

骨子＜Ⅰ－７(5)＞

第１　基本的な考え方

医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携を推進するため、様式を共有化するとともに、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所への情報提供や、簡略化した様式を使用する場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．従来のリハビリテーション総合計画提供料の評価を再編し、リハビリテーション実施計画書の提供でも算定可能となるよう､｢リハビリテーション計画提供料」を新設する。

２．リハビリテーション計画提供料において、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している患者について、通所リハビリテーション事業所等にリハビリテーションに係る計画等を提供した場合を評価する。また、介護保険のデータ収集等事業で活用可能な電子媒体でリハビリテーションに係る計画等を提供した場合の加算を新設する。

現　行	改定案
【リハビリテーション総合計画提供料】　100点	（削除）
（新設）	【リハビリテーション計画提供料１】 ○点 ［算定要件］

	脳血管疾患等リハビリテーション料・廃用症候群リハビリテーション料・運動器リハビリテーション料を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合
（新設）	【電子化連携加算】　〇点 ［算定要件］ 「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」で利用可能な電子媒体でリハビリテーション実施計画書等を提供した場合
（新設） ［算定要件］ 退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション総合実施計画書を提供した場合	【リハビリテーション計画提供料２】　〇点 ［算定要件］ 入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

３．　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	改定案
【リハビリテーション総合計画評価料】　300点 ［算定要件］ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、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）、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	【リハビリテーション総合計画評価料１】　〇点 ［算定要件］ 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
（新設）	【リハビリテーション総合計画評価料２】　〇点 ［算定要件］ 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

①　緩和ケア病棟入院料の見直し

骨子＜Ⅱ－１－１(1)＞

第１　基本的な考え方

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、待機期間を踏まえた要件とするなど評価を見直す。

第２　具体的な内容

緩和ケア病棟入院料に、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	改定案
【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	【緩和ケア病棟入院料】 緩和ケア病棟入院料１ 30日以内　○点 60日以内　○点 61日以上　○点 緩和ケア病棟入院料２ 30日以内　○点 60日以内　○点 61日以上　○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。 ア　直近１年間の平均在棟日数が○日未満かつ平均待機期間が ○日未満であること

	イ　直近１年間において、在宅に移行した患者が退院患者全体の〇%以上であること。

［経過措置］

平成 30 年 3 月末時点で緩和ケア病棟入院料を算定している病棟については、平成〇年〇月末まで、緩和ケア病棟入院料１を算定できる。

②　緩和ケア診療加算等の要件の見直し

骨子＜Ⅱ－１－１(2)＞

第１　基本的な考え方

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。また、緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事支援の取組を評価する。

第２　具体的な内容

１．緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の対象に末期心不全の患者を追加する。

現　行	改定案
【緩和ケア診療加算】 ［算定要件］ (1) 本加算は、一般病床に入院する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に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 (2) （略） （新設）	【緩和ケア診療加算】 ［算定要件］ (1) 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、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に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 (2) （略） (3) 末期心不全の患者は、以下のアからウの基準に該当し、エからカまでのいずれかの基準に該当するもの

	をいう。 ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること ウ　過去１年間に心不全による２回以上の入院歴があること エ　左室駆出率 20%以下である場合 オ　医学的に終末期であると判断される場合 カ　エ又はオに掲げる場合に準ずる場合
【有床診療所緩和ケア診療加算】 ［算定要件］	【有床診療所緩和ケア診療加算】 ［算定要件］ 緩和ケア診療加算と同趣旨の改正を行う。

２．緩和ケア診療加算について、管理栄養士が緩和ケアチームに参加し、がん患者の緩和ケアを行った場合の評価として、栄養食事支援加算を新設する。

（新）　個別栄養食事管理加算　〇点（１日につき）

［算定要件］

(1) 本加算は、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) 本加算を算定する場合は、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する、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〇年以上栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に従事した経験を有する管理栄養士が参加していること。

なお、当該管理栄養士については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えない。

③　訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

骨子＜Ⅱ－１－１(3)＞

「Ⅰ－６－③」を参照のこと。

④　在宅療養中のがん末期の患者に対する診療の充実

骨子＜Ⅱ－１－１(4)(5)＞

第１　基本的な考え方

がん患者の在宅療養の質を充実させる観点から、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とともに、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。

第２　具体的な内容

１．在宅患者訪問診療料の加算として、在宅で酸素療法を実施した場合の加算を新設する。

「Ⅰ－６－④」を参照のこと。

２.「投薬量又は投与量が 30 日分を限度とされる内服薬」に、タペンタドール及びヒドロモルフォンの２剤を追加する。

現　行	改定案
【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第２条第１号に規定する麻薬((2)に掲げるものを除く。) （中略）	【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第２条第１号に規定する麻薬((2)に掲げるものを除く。) （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）	(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）

⑤　がんゲノム医療中核拠点病院の評価

骨子＜Ⅱ－１－１(6)＞

第１　基本的な考え方

ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、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、がん拠点病院加算の算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

がん拠点病院加算について、がんゲノム医療を提供する場合の加算を新設する。

現　行	改定案
【がん拠点病院加算】（入院初日） ［算定要件］ 注１　（略） （新設）	【がん拠点病院加算】（入院初日） ［算定要件］ 注１　（略） 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、がんゲノム医療を提供する保険医療機関に入院している患者について、所定点数に○点を加算する。
（新設）	［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。

⑥　高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

骨子＜Ⅱ－１－１(7)＞

「Ⅰ－３－⑦」を参照のこと。

⑦　がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

骨子＜Ⅱ－１－１(8)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　療養・就労両立支援指導料　　○点（６月に１回）
　　相談体制充実加算　　○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師若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導

(3) 産業医から治療継続等のための助言の取得

(4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

[相談体制充実加算の施設基準]

(1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。

(2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。

①　重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し

骨子＜Ⅱ－１－２(1)＞

「Ⅰ－３－②」を参照のこと。

②　地域包括ケア病棟における夜間看護職員体制の充実

骨子＜Ⅱ－１－２(2)＞

「Ⅲ－１－⑥」を参照のこと。

③　認知症治療病棟に係る評価の見直し

骨子＜Ⅱ－１－２(3)＞

第１　基本的な考え方

老人性認知症疾患療養病棟に係る介護保険制度の改正や認知症治療病棟における入院患者の現状等を踏まえ、長期に療養が必要な認知症患者等に配慮した評価等を充実させる。

第２　具体的な内容

１．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求める。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】 注３　当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、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する。	【認知症治療病棟入院料】 注３　当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、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　○点 ロ　31日以上の期間　○点
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護

	師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。

２．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見直す。

現　行	改定案
【認知症患者リハビリテーション料】 ［算定要件］ 　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20分以上行った場合に、入院した日から起算して１月に限り、週３回を限度として算定する。	【認知症患者リハビリテーション料】 ［算定要件］ 　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを 20分以上行った場合に、入院した日から起算して〇月に限り、週３回を限度として算定する。

３．認知症治療病棟入院料の包括範囲から、「摂食機能療法」を除外する。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】 ［包括範囲］ 　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、（中略）、区分番号H003-2に掲げるリハビリ	【認知症治療病棟入院料】 ［包括範囲］ 　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、（中略）、区分番号H003-2に掲げるリハビリ

テーション総合計画評価料、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、（中略）に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。	テーション総合計画評価料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、（中略）に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

４．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	改定案
【認知症治療病棟入院料】 ［算定要件］ 　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。	【認知症治療病棟入院料】 ［算定要件］ 　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。

④　連携型認知症疾患医療センター等の評価

骨子＜Ⅱ－１－２(4)＞

第１　基本的な考え方

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（以下「連携型センター」という。）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。

また、かかりつけ医と認知症サポート医との連携に係る評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ医が、認知症の疑いのある患者を連携型センターに紹介した場合に、「診療情報提供料（Ⅰ）認知症専門医紹介加算」の算定を可能とする。

２．連携型センターが、かかりつけ医から紹介された患者について、認知症の鑑別診断及び療養計画の作成等を行った場合に、「認知症専門診断管理料１」の算定を可能とする。

現　行	改定案
【認知症専門診断管理料】	【認知症専門診断管理料】
１　認知症専門診断管理料１	１　認知症専門診断管理料１
イ　基幹型又は地域型の場合　700点	イ　基幹型又は地域型の場合　<u>○点</u>
ロ　診療所型の場合　500点	ロ　<u>連携型</u>の場合　<u>○点</u>
（略）	（略）

３．かかりつけ医が、連携型センターの作成する療養計画に基づき治療を行った場合に、「認知症療養指導料」の算定を可能とする。

４．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・助言や、認知症サポート医による指導・助言を受けたかかりつけ医が、認知症患者の医学管理を行った場合等について評価を設ける。

現　行	改定案
（新設）	認知症サポート指導料　　○点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関からの依頼により、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、患者又は患者家族の同意を得て、療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、６月に１回に限り所定点数を算定する。 ［施設基準］ 以下の要件を満たす常勤の医師が配置されていること。 ア　認知症サポート医に係る研修等を修了していること。 イ　認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っていること
【認知症療養指導料】　　350点	【認知症療養指導料】 １　認知症専門診断管理料を算定した患者の場合　　○点

	２　認知症サポート指導料を算定した患者の場合　　○点 ３　認知症サポート医自らが療養計画に基づく治療を行う場合　　○点
注　当該保険医療機関の紹介により認知症疾患医療センターにおいて認知症の鑑別診断を受け、認知症専門診断管理料１を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、当該認知症疾患医療センターに診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月に限り、月１回を限度として算定する。	注　１については、当該保険医療機関の紹介により認知症疾患医療センターにおいて認知症の鑑別診断を受け、認知症専門診断管理料１を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、当該認知症疾患医療センターに診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月に限り、月１回を限度として算定する。ただし、２又は３を算定した場合には算定できない。
（新設）	注　２については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を

	文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月に限り、月１回を限度として算定する。ただし、１又は３を算定した場合には算定できない。
（新設）	注　３については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該認知症サポート医が当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め６月に限り、月１回を限度として算定する。ただし、１又は２を算定した場合には算定できない。

①　精神科措置入院退院支援加算の新設

骨子＜Ⅱ－１－３(1)＞

第１　基本的な考え方

措置入院患者に対して、入院中から自治体と連携するなどして退院後も継続した支援を行う取組に対する評価を新設する。

第２　具体的な内容

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　　○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。

②　自治体と連携した

措置入院後の通院精神療法等の評価

骨子＜Ⅱ－１－３(2)＞

第１　基本的な考え方

１．措置入院を経て退院する患者に対する退院後の支援についてガイドラインが示されることを踏まえ、こうした患者の退院後の診療を担うこととされた医療機関において実施する通院・在宅精神療法について、評価を新設する。

２．また、精神保健指定医が行う業務の特性を考慮し、初診時に精神保健指定医が 30 分以上の精神療法を行った場合の評価等を廃止し、精神保健指定医の指定の有無にかかわらず、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。

第２　具体的な内容

１．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。

２．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	改定案
【通院・在宅精神療法】 １　通院精神療法 （新設）	【通院・在宅精神療法】 １　通院精神療法 イ　自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、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　○点
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　初診の日において 60分以上行った場合　○点
ロ　イ以外の場合	ハ　イ又はロ以外の場合
(1) 30分以上の場合　400点	(1) 30分以上の場合　○点
(2) 30分未満の場合　330点	(2) 30分未満の場合　○点
2　在宅精神療法	2　在宅精神療法
（新設）	イ　自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、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　○点
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　初診の日において 60分以上行った場合　○点
ロ　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 60分以上の行った場合（イに該当する場合を除く。）　540点	（削除）
ハ　イ及びロ以外の場合	ハ　イ及びロ以外の場合
（新設）	(1) 60分以上の場合　○点

(1) 30分以上の場合	400点	(2) 30分以上の場合	○点
(2) 30分未満の場合	330点	(3) 30分未満の場合	○点

３．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　○点（○月に１回）

［算定要件］

(1) 医師の指示を受けた看護師又は精神保健福祉士が、月に１回以上の頻度で、服薬、日常生活、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。

③　精神疾患患者に対する訪問支援の充実

骨子＜Ⅱ－１－３(3)＞

第１　基本的な考え方

精神科重症患者早期集中支援管理料について、在宅時医学総合管理料等との関係を整理するとともに、重症患者等に対し継続的な支援が可能となるよう、算定対象の拡大や評価の充実等を行う。

第２　具体的な内容

１．精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に継続的に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設する。精神科在宅患者支援管理料では、重症患者等に対する評価を充実させる。

現　行	改定案
【精神科重症患者早期集中支援管理料】	【精神科在宅患者支援管理料】
１　精神科重症患者早期集中支援管理料１	１　精神科在宅患者支援管理料１
（当該医療機関が訪問看護を提供）	（当該医療機関が訪問看護を提供）
イ　単一建物診療患者が１人の場合　1,800点	イ　重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者
ロ　単一建物診療患者が２人以上の場合　1,350点	(1) 単一建物居住者１人　○点 (2) 単一建物居住者２人以上　○点
（新設）	ロ　重症患者等 (1) 単一建物居住者１人　○点 (2) 単一建物居住者２人以上　○点
（新設）	ハ　イ又はロ以外の患者

	(1) 単一建物居住者１人　　○点 (2) 単一建物居住者２人以上 ○点
２　精神科重症患者早期集中支援管理料２ （連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供） イ　単一建物診療患者が１人の場合　1,480点 ロ　単一建物診療患者が２人以上の場合　1,110点	２　精神科在宅患者支援管理料２ （連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供） イ　重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1) 単一建物居住者１人　　○点 (2) 単一建物居住者２人以上 ○点 ロ　重症患者等 (1) 単一建物居住者１人　　○点 (2) 単一建物居住者２人以上 ○点
（新設）	
［対象患者］ 以下の全てに該当する患者であること。 ア　精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）	［対象患者］ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）
（新設）	（イ及びロの算定患者） イについては以下の全て、ロについてはいずれかに該当する患者であること。
イ　１年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者	ア　１年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者又は自治体が作成する退院後支援計画にお

ウ　統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態（認知症高齢者の日常生活自立度のランクＭに該当する状態）の状態で、退院時におけるＧＡＦ尺度による判定が 40以下の者	いて支援を受ける期間にある措置入院後の患者 イ　統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態（認知症高齢者の日常生活自立度のランクＭに該当する状態）の状態で、退院時におけるＧＡＦ尺度による判定が 40以下の者

２．精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、訪問支援を担当する多職種のチームについて、専従要件を緩和する。

（新）　精神科在宅患者支援管理料

イ　重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者

ロ　重症患者等

ハ　重症患者等以外

［算定要件］

（イの算定患者）

以下の全てを実施した場合に、６月に限り、患者１人当たり月１回に限り算定する。

⑴ 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士の各１名以上からなる専任のチームを設置すること。

⑵ 当該患者に対して月１回以上の訪問診療と週〇回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月〇回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。

⑶ 上記チームが週１回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月〇回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

（ロの算定患者）

イの算定患者の算定要件の(1)に加え、以下の全てを実施した場合に、患者１人当たり月１回に限り算定する。

(1) 当該患者に対して月１回以上の訪問診療と週〇回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月〇回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。

(2) 上記チームと保健所又は精神保健福祉センター等が一堂に会し、月に〇回以上カンファレンスを開催すること。

（ハの算定患者）

当該患者に対して月１回以上の訪問診療を行っている場合に、患者１人当たり月１回に限り算定する。

３． 重症患者等以外の精神疾患患者に訪問支援を行う場合について、24時間の連絡体制や往診体制に係る施設基準を緩和する。

現　行	改定案
【精神科重症患者早期集中支援管理料】	【精神科在宅患者支援管理料】
［施設基準］	［施設基準］ イ又はロの区分を算定する場合は以下の全てを満たしていること。ハの区分を算定する場合は、ア～ウを全て満たしていること。
ア　当該保険医療機関内に常勤精神保健指定医、常勤保健師又は常勤看護師、常勤精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。	ア　在宅医療を担当する常勤精神科医を配置していること。 イ　精神科訪問看護・指導を担当する常勤保健師若しくは常勤看護師を配置し、又は精神科訪問看護を提供する訪問看護ステー

	ションを確保していること。 ウ　常勤精神保健福祉士を配置していること。 エ　作業療法士を配置していること。
イ　当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。 ウ　24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。 エ　患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。 オ　当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している医療機関であること。	オ　当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。 カ　24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。 キ　患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。 （削除）

４．精神疾患患者に対し、質の高い訪問支援を確実に実施する観点から、在宅精神療法と在宅患者訪問診療料の両方を算定する患者については、訪問診療や訪問看護の際に身体疾患に対して複雑な処置を実施する患者等を除いて、在宅時医学総合管理料等を算定不可とする規定を追加する。

④　精神障害を有する者への重点的支援

骨子＜Ⅱ－１－３(4)＞

「Ⅰ－５－⑯」を参照のこと。

⑤　発達障害に対する診療の評価

骨子＜Ⅱ－１－３(5)＞

第１　基本的な考え方

発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療機会を確保する観点から要件を緩和するとともに、専門治療プログラムの普及や適切な医学管理の推進の観点から、評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．小児特定疾患カウンセリング料について、心療内科の医療機関が算定できるよう見直すとともに､対象患者の範囲を 18 歳未満の患者に拡大する。

現　行	改定案
【小児特定疾患カウンセリング料】 ［算定要件］ 注　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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。（略）	【小児特定疾患カウンセリング料】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科<u>又は心療内科</u>を標榜する保険医療機関において、小児科<u>又は心療内科</u>を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。（略）
［対象患者］ 15歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要	［対象患者］ <u>18</u>歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要

因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者	因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者

２．少人数で行われる精神科ショート・ケアについて、青年期の自閉症スペクトラムの患者等、一定の状態にある患者グループに対して、共通の目的のために、一定期間、計画的に提供される専門的なプログラムに係る加算を新設する。

精神科ショート・ケア　小規模なもの

（新）　疾患別等専門プログラム加算

〇点（１回につき）（〇ヶ月間に限る。）

［算定要件］

一定の状態にある患者グループに対して、治療開始時に一連のプログラムに係る目的、内容、スケジュール、修得すべき能力等について、文書及び口頭で患者に説明した上で精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して〇月以内に限り患者１人につき週に〇回を限度として算定（ただし、精神科医が特に必要性を認めた場合に限り、治療開始から〇年以内に限り、さらに週〇回かつ計〇回を限度として算定可能）

⑥　認知行動療法の評価の見直し

骨子＜Ⅱ－１－３(6)＞

第１　基本的な考え方

認知療法・認知行動療法をより一層推進する観点から、看護師が一部を担う形式のもの等について、施設基準を緩和する。

第２　具体的な内容

１．精神保健指定医が行った場合の評価を廃止する。

２．専任の常勤看護師が満たすべき要件について、以下の見直しを行う。
(1) 外来勤務経験に係る要件を緩和する。
(2) 同席して経験すべき面接の範囲を明確化する。
(3) 研修要件のうち、研修の対象者の範囲を定めた要件を削除する。

現　行	改定案
【認知行動療法】 １　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合　500点 ２　１以外の医師による場合　420点 ３　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と看護師が共同して行う場合　350点	【認知行動療法】 （削除） １　医師による場合　○点 ２　常勤の医師と看護師が共同して行う場合　○点
［施設基準］ （認知療法・認知行動療法１） (1)　精神科を標榜する保険医療機関	［施設基準］

であること。 (2)　精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が１名以上勤務していること。	
（認知療法・認知行動療法２） 当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が１名以上勤務していること。	（認知療法・認知行動療法１） 当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が１名以上勤務していること。
（認知療法・認知行動療法３） (1) 認知療法・認知行動療法１の要件を満たしていること。 (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が１名以上勤務していること。 ア　認知療法・認知行動療法１又は２を行う外来に２年以上勤務し、治療に係る面接に 120回以上同席した経験があること。 イ　うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に 10症例 120回以上実施し、その内容のうち５症例60回以上のものについて、必要な指導を受けていること。 ウ　認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を	（認知療法・認知行動療法２） (1) 認知療法・認知行動療法１の要件を満たしていること。 (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が１名以上勤務していること。 ア　認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における精神科の外来に２年以上勤務し、常勤精神科医が行う治療のための面接に120回以上同席した経験があること。 イ　うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に 10症例 120回以上実施し、その内容のうち５症例60回以上のものについて、必要な指導を受けていること。 ウ　認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修

修了していること。 （イ）～（ロ）　（略） （ハ）　認知療法・認知行動療法１又は２を行う外来に１年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。 （ニ）　講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。	を修了していること。 （イ）～（ロ）　（略） （削除） （ハ）　講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

⑦　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

骨子＜Ⅱ－１－３(7)＞

第１　基本的な考え方

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とともに、当該要件の基準を見直す。

第２　具体的な内容

精神科急性期治療病棟入院料等について、自宅等への移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を加える。また、精神療養病棟入院料の精神保健福祉士配置加算については、基準の見直しも行う。

現　行	改定案
【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち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。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。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	【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。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

者として計上しない。	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。
【精神療養病棟入院料　精神保健福祉士配置加算】 ［施設基準］ (3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち７割以上が入院日から起算して１年以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。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。	【精神療養病棟入院料　精神保健福祉士配置加算】 ［施設基準］ (3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち〇割以上が入院日から起算して１年以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。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。
【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14) 届出時点で、以下のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14) 届出時点で、以下のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が〇%以上であること。なお、自宅等への移行とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。 当該保険医療機関に１年以上

（ⅳ）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは（ⅳ）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているもの）へ移行することをいう。 　当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）	入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に移行した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%） ※　精神病棟入院基本料精神保健福祉士配置加算、精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様

⑧　精神科救急入院料の算定要件の見直し

骨子＜Ⅱ－１－３(8)＞

第１　基本的な考え方

精神科救急入院料について、地域においてより重症の精神疾患患者を受け入れる機能をより明確化するよう要件を見直すとともに、届出可能な病床数に上限を設ける。

第２　具体的な内容

１．精神科救急入院料において、初診患者や自治体等からの依頼の受入等について適切に評価する観点から、以下のとおり見直しを行う。

現　行	改定案
【精神科救急入院料１、２】 ［施設基準］ 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対 2.5件以上であること。	【精神科救急入院料１、２】 ［施設基準］ 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数の実績が年間○件以上、又は次の地域における人口万対○件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去３か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が○件以上又は○割以上であること。

（イ）　当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。） （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（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域	（イ）　当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。） （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（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
イ　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。	イ　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における当該病棟への入院件数の実績が年間○件以上又はアの地域における人口万対○件以上であること。そのうち○件以上又は○割以上は、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼であること。
（新設）	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、ア及びイに規定する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していること。
ウ　全ての入院形式の患者受入れが可能であること。	エ　全ての入院形式の患者受入れが可能であること。
［精神科救急入院料１の施設基準］	［精神科救急入院料１の施設基準］

措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち６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。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。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。	措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち６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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。 ※　精神科救急入院料２についても同様

［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病棟については、平成〇年〇月〇日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

２．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を設定する。

現　行	改定案
【精神科救急入院料】 ［施設基準］ （新設）	【精神科救急入院料】 ［施設基準］ 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が〇床以下の場合には〇床以下であり、当該病院の精神病床数が〇床を超える場合にはその

	〇割以下である。ただし、平成 30 年３月 31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

⑨　精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

骨子＜Ⅱ－１－３(9)＞

第１　基本的な考え方

精神科救急入院料等を算定する病棟における看護職員の手厚い夜間配置を評価し、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組を行うことにより、急性期の患者に対し適切な医療が提供できる体制を確保する。

また、シフト勤務への配慮等の夜間の勤務負担軽減に資する取組を行い、精神科の急性期病棟の看護職員の夜間の負担軽減を図ることを促進する。

第２　具体的な内容

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、看護職員の手厚い夜間配置をし、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加算を新設する。

（新）　看護職員夜間配置加算　　〇点（１日につき）

［算定要件］

入院した日から起算して〇日を限度として、所定点数（精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料）に加算する。

［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) 患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された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。

(4) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

[留意事項]

(1) 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16 対１配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた３人以上でなければ算定できない。

(2) 当該加算を算定する病院は、行動制限最小化委員会において、入院医療について定期的な評価を行うこと。

(3) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、行動制限を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

⑩　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

骨子＜Ⅱ－１－３(10)＞

第１　基本的な考え方

精神科入院患者の地域移行を推進するため、精神療養病棟入院料等について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外するとともに、当該入院料における非定型抗精神病薬加算を見直す。

第２　具体的な内容

１．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及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンを包括範囲から除外する。

現　行	改定案
【精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない薬剤及び注射薬】 インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体	【精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含まれない薬剤及び注射薬】 インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

（新設）	クロザピン（治療抵抗性統合失調症患者のうちI013治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る） ※　精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様

２．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及び精神科救急・合併症入院料について、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。

現　行	改定案
【非定型抗精神病薬加算】 ［算定要件］ (7)「注３」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。 (8)　（略） (9)　（略）	【非定型抗精神病薬加算】 ［算定要件］ (7)「注３」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。（ただし、クロザピンは除く。） (8)　（略） (9)　（略）

⑪　公認心理師の評価

骨子＜Ⅱ－１－３(11)＞

第１　基本的な考え方

公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、公認心理師に統一する。

第２　具体的な内容

１．平成 30 年４月以降、原則として、診療報酬上評価する心理職の範囲を公認心理師に統一する。

２．最初の国家試験が行われる平成 30 年度については、従来の臨床心理技術者に該当する者を、公認心理師とみなす。

３．平成 31 年度以降、当面の間、以下に該当する者を公認心理師とみなす。

(1) 平成 31 年３月末まで保険医療機関で従事していた臨床心理技術者
(2) 平成 31 年４月以降新たに臨床心理技術者として従事する者のうち公認心理師の受験資格を有する者

①　難病患者に対する適切な医療の評価

骨子＜Ⅱ－１－４(1)(2)＞

第１　基本的な考え方

新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、遺伝学的検査の対象疾患を追加するとともに、新たな治療法を保険適用とする。

第２　具体的な内容

１．認定に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

「Ⅱ－２－①」を参照のこと。

２．スティーヴンス・ジョンソン症候群と中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを使用する治療法を保険適用の対象とし、当該コンタクトレンズの装用を目的として行った眼科学的検査は、区分番号 D282-3 に掲げる「コンタクトレンズ検査料」ではなく、別に区分番号 D255 から区分番号 D282-2 までに掲げる眼科学的検査を算定できることとする。

現　行	改定案
【コンタクトレンズ検査料】 ［算定要件］ (5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「１」、「２」、「３」又は「４」の所定点数を算定し、別にD255からD282-2までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含	【コンタクトレンズ検査料】 ［算定要件］ (5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「１」、「２」、「３」又は「４」の所定点数を算定し、D255からD282-2までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）に

む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、（中略）等にあっては、当該点数を算定せず、D255からD282-2まででに掲げる眼科学的検査により算定する。	よりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、（中略）、スティーヴンス・ジョンソン症候群若しくは中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者等にあっては、当該点数を算定せず、D255からD282-2までに掲げる眼科学的検査により算定する。

②　難病患者に対する情報通信機器を活用した医学管理の評価

骨子＜Ⅱ－１－４(3)＞

「Ⅱ－２－⑧」を参照のこと。

①　小児入院医療管理料の包括範囲の見直し

骨子＜Ⅱ－１－５(1)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

小児入院医療管理料１及び２の包括範囲から、がん拠点病院加算及び緩和ケア診療加算を除外する。

現　行	改定案
【小児入院医療管理料】 ［包括範囲］ 診療に係る費用（(略)並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、退院支援加算（１のイ及び３に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。	【小児入院医療管理料】 ［包括範囲］ 診療に係る費用（(略)臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者)入院診療加算･準超重症児(者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）及び精神疾患診療体制加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

②　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対象年齢の延長

骨子＜Ⅱ－１－５(2)＞

第１　基本的な考え方

長期にわたって小児科での診療を要する患者について、継続的な医療支援を確保する観点から、小児特定集中治療室管理料の算定対象年齢を拡大する。

第２　具体的な内容

小児特定集中治療室管理料の対象患者について、小児慢性特定疾病の対象患者については、20 歳未満の患者まで拡大する。

現　行	改定案
【小児特定集中治療室管理料】 ［対象者］ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、(略)算定する。	【小児特定集中治療室管理料】 ［対象者］ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療費の対象である場合は、20 歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、(略)算定する。

③　小児に対する退院支援の充実

骨子＜Ⅱ－１－５(3)＞

「Ⅰ－１－①」を参照のこと。

④　かかりつけ医と連携した
小児の運動器疾患に対する医学的管理の評価

骨子＜Ⅱ－１－５(4)＞

第１　基本的な考え方

小児の運動器疾患に対する適切な診療を提供するため、かかりつけの医師からの依頼を受けて、整形外科医が継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

（新）　小児運動器疾患指導管理料　　〇点（６月に１回）

［算定要件］

かかりつけの医師からの紹介を受けて受診した６歳未満の患者であって、脊柱側弯症や先天性股関節脱臼等の運動器疾患を有する者に対し、小児の運動器疾患について専門的な知識を有する医師が療養上の指導を実施した場合

［施設基準］

以下の全ての要件を満たす常勤医師が１名以上配置されていること。

(1) 〇年以上の整形外科の診療に従事していること。
(2) 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。
(3) 小児の運動器疾患の診断・治療に必要な機器・設備を有していること。
(4) 必要に応じて、自施設又は連携にて入院可能な体制を有していること。

⑤　外来における妊婦加算の新設

骨子＜Ⅱ－１－５(5)＞

第１　基本的な考え方

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、初診料等における妊婦加算を新設する。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【初診料】	【初診料】
注６　６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、75点を所定点数に加算する。ただし、注７又は注８に規定する加算を算定する場合は算定しない。	注６　６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、75点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注９に規定する加算を算定する場合は算定しない。
（新設）	注７　妊婦に対して初診を行った場合は、○点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注10に規定する加算を算定する場合は算定しない。
注７　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後 10時から午前６時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診	注８　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後 10時から午前６時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診

を行った場合は、それぞれ 85点、250点又は 480点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ 200点、365点又は 695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（６歳未満の乳幼児の場合においては、345点）を所定点数に加算する。	を行った場合は、それぞれ 85点、250点又は 480点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ 200点、365点又は 695点、妊婦の場合においては、それぞれ○点、○点又は○点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（６歳未満の乳幼児の場合においては、345点、妊婦の場合においては、○点）を所定点数に加算する。
注８　小児科を標榜する保険医療機関（注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注７の規定にかかわらず、それぞれ 200点、365点又は695点を所定点数に加算する。	注９　小児科を標榜する保険医療機関（注８のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注８の規定にかかわらず、それぞれ 200点、365点又は695点を所定点数に加算する。
（新設）	注10　産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関（注８のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注８の規定にかか

	わらず、それぞれ ○点、○点又は○点を所定点数に加算する。
【再診料】	【再診料】
注４　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注５又は注６に規定する加算を算定する場合は算定しない。	注４　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、38点を所定点数に加算する。ただし、注６又は注７に規定する加算を算定する場合は算定しない。
（新設）	注５　妊婦に対して再診を行った場合は、○点を所定点数に加算する。ただし、注６又は注８に規定する加算を算定する場合は算定しない。
注５　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は 420点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は 590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。	注６　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、それぞれ65点、190点又は 420点（６歳未満の乳幼児の場合においては、それぞれ135点、260点又は 590点、妊婦の場合においては、それぞれ ○点、○点又は ○点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注８のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点、妊婦の場合においては、○点）を所定点数に加算する。
注６　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを	注７　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注８のただし書に規定するものを

除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注５の規定にかかわらず、それぞれ 135点、260点又は590点を所定点数に加算する。 （新設）	除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注６の規定にかかわらず、それぞれ 135点、260点又は590点を所定点数に加算する。 注８　産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注８のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。）において妊婦に対して再診を行った場合は、注６の規定にかかわらず、それぞれ ○点、○点又は ○点を所定点数に加算する。 ※　外来診療料についても同様

⑥　精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

骨子＜Ⅱ－１－５(6)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

１．精神疾患の妊産婦に対して、産科又は産婦人科の外来における指導に係る評価を新設する。

（新）　ハイリスク妊産婦連携指導料１（月１回）　○点

［算定要件］

(1) 精神疾患の妊婦又は出産後２月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

(2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者又は他の保険医療機関で精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されている者に限る。

(3) 精神療法が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。

(4) 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こと。

(5) 産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が、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こと。

(6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね２ヶ月に１回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること。

(7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第 25 条の 2 に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は母子保健法第 22 条第 1 項に基づき設置された母子健康包括支援センター等に相談し、情報提供を行うこと。

(8) 関係学会から示されている指針に基づき、以上が適切に実施されていること。

(9) 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料１とハイリスク妊産婦連携指導料２を算定することはできない。

[施設基準]

(1) 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 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件以上であること。

(3) 原則として当該保険医療機関を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していること。

２．精神疾患の妊産婦に対して、精神科又は心療内科の外来における指導に係る評価を新設する。

(新)　ハイリスク妊産婦連携指導料２（月１回）　〇点

[算定要件]

(1) 精神疾患の妊婦又は出産後６月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村等と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料２とハイリスク妊産婦連携指導料１を算定することはできない。

(2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者に限る。

(3) 産科又は産婦人科に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響についても適切に情報を提供していること。

(4) 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こと。

(5) 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こと。

(6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね２ヶ月に１回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること.

(7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第 25 条の 2 に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は母子保健法第 22 条第 1 項に基づき設置された母子健康包括支援センターに相談し、情報提供を行うこと。

[施設基準]

(1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 精神疾患の妊婦について、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件以上であること。

⑦　夜間救急における外来看護体制の充実

骨子＜Ⅱ－１－５(7)＞

第１　基本的な考え方

夜間における救急患者への対応をより強化するために、二次救急医療機関における夜間救急外来の看護体制の評価を新設するとともに、院内トリアージの評価を充実する。

第２　具体的な内容

１．二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　〇点

［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、年間で〇件以上であること。

(2) 専任の看護師が配置されていること。

２．院内トリアージ実施料の評価を充実する。

現　行	改定案
【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料　100点	【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料　〇点

⑧　小規模病院における夜間救急外来対応

骨子＜Ⅱ－１－５(8)＞

第１　基本的な考え方

病床規模の小さい病院において、夜間の救急外来と病棟の看護職員体制を効率的に確保する場合においても、入院基本料が一定程度算定できるよう取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

病床規模の小さい病院の夜勤帯における病棟の看護体制において、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、一定の条件に限り算定できる入院基本料の減算評価を新設する。

［算定要件］

(1) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の 100 分の〇に相当する点数により算定する。

(2) 当該病棟において当該入院料を算定できるのは年〇回までとする。

［算定対象］

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

［施設基準］

(1) 厚生労働大臣が定める保険医療機関

① 許可病床数が〇床未満であること。

② 当該日の夜勤時間帯において、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以上であること。ただし、

当該日における当該病棟の入院患者数が〇人未満の場合は、本文の規定にかかわらず、当該時間において、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。

(2) 厚生労働大臣が定める日

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にやむを得ず一時的に当該病棟外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。

⑨　救命救急入院料における充実段階評価の見直し

骨子＜Ⅱ－１－５(9)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

救命救急入院料の充実段階評価に係る加算の見直しを行う。

現　行	改定案
【救命救急入院料】 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、１日につき 1,000 点を所定点数に加算する。 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、１日につき 500点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ （新設）	【救命救急入院料】 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　救急体制充実加算１　○点 ロ　救急体制充実加算２　○点 ハ　救急体制充実加算３　○点 ［施設基準］ ５　救急体制充実加算１の施設基準「○○○○」（平成○年○月○日○発第○号。以下「新評価基準」と

	いう。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ｓであるものであること。
５　救命救急入院料の「注３」に掲げる加算の施設基準 「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成 21年３月 31日医政指発第0331001号。以下「新評価基準」という。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ａであるものであること。	６　救急体制充実加算２の施設基準 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ａであるものであること。
６　救命救急入院料の「注４」に掲げる加算の施設基準 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ｂであるものであること。	７　救急体制充実加算３の施設基準 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ｂであるものであること。

［経過措置］

平成○年○月○日から適用とし、平成○年○月○日までの間は、なお従前の例による。

①　感染防止対策加算の要件の見直し

骨子＜Ⅱ－１－６(1)＞

第１　基本的な考え方

薬剤耐性（ＡＭＲ）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進の観点から、感染防止対策加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

感染防止対策加算において、抗菌薬適正使用支援チームの取組に係る加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

感染防止対策加算（入院初日）

（新）　抗菌薬適正使用支援加算　　○点

［算定要件］

院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行っていること。

［施設基準］

(1) 感染防止対策地域連携加算を算定していること。

(2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

① 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（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

② 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

③　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

④　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

①に定める医師又は②に定める看護師のうち１名は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

(3) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

①　広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

②　感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。

③　適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。

④　抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。

⑤　抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年２回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。

⑥　当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。

(4) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けている。

現　行	改定案
【感染防止対策加算（入院初日）】	【感染防止対策加算（入院初日）】

１　感染防止対策加算１　400点 ２　感染防止対策加算２　100点 注　感染防止対策地域連携加算 100点	１　感染防止対策加算１　<u>○点</u> ２　感染防止対策加算２　<u>○点</u> 注　感染防止対策地域連携加算 100点

②　外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

骨子＜Ⅱ－１－６(2)＞

第１　基本的な考え方

薬剤耐性菌対策は国際的にも重要な課題となっており、様々な対策が進められている。外来診療等における抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上のため、地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料について、以下のように見直す。

第２　具体的な内容

１．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資する加算を新設する。

（新）　小児抗菌薬適正使用支援加算　　〇点

［算定要件］

急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。

なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。

［施設基準］

感染症の研修会等に定期的に参加していること。

病院においては、データ提出加算２を算定していること。

２．再診料の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小

児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料を算定する場合は、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うことを要件として追加する。

③　医療安全対策加算における
医療安全対策地域連携加算の新設

骨子＜Ⅱ－１－６(3)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

医療安全対策加算（入院初日）

（新）　注　医療安全対策地域連携加算

イ　医療安全対策地域連携加算１	○点
ロ　医療安全対策地域連携加算２	○点

［算定要件］

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

［施設基準］

医療安全対策地域連携加算１

(1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。

(2) 医療安全対策加算１に係る届出を行っていること。

(3) 医療安全対策に３年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。

(4) 他の医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算２に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

医療安全対策地域連携加算２

(1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。

(2) 医療安全対策加算２に係る届出を行っていること。

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

現　行	改定案
【医療安全対策加算（入院初日）】	【医療安全対策加算（入院初日）】
１　医療安全対策加算１　85点	１　医療安全対策加算１　○点
２　医療安全対策加算２　35点	２　医療安全対策加算２　○点

①　歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

骨子＜Ⅱ－１－７(1)＞

第１　基本的な考え方

歯科外来診療においては、日常的に唾液や血液等に触れる環境下で多くの器具・器材を用いて診療を行っているという特徴を踏まえ、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する。

第２　具体的な内容

１．基本診療料（歯科初診料、歯科再診料）及び歯科訪問診療料の注 13 に規定する点数の引上げを行うとともに、歯科初診料及び歯科再診料に対して院内感染防止対策に関する施設基準を新設する。また、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に院内感染防止対策に関する内容を追加する。

現　行	改定案
【初診料】 1　歯科初診料　234点	【初診料】 1　歯科初診料　<u>○点</u>
【再診料】 1　歯科再診料　45点	【再診料】 1　歯科再診料　<u>○点</u>
【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注13　１、２及び３について、在宅療養支援歯科診療所以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。な	【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注13　１、２及び３について、在宅療養支援歯科診療所以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。な

おお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。 イ　初診時　234点 ロ　再診時　45点	おお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。 イ　初診時　〇点 ロ　再診時　〇点
（新設）	【初診料の注１に規定する施設基準】 ［施設基準］ ①　当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。 ②　感染症対策等の院内感染防止対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 ③　口腔内で使用する歯科医療機器等に対する、患者ごとの交換や専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等の十分な感染症対策を講じていること。 ④　感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。 ⑤　院内感染防止対策に関する研修を定期的に受講していること。 ⑥　当該保険医療機関の見やすい場所に、当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。 ⑦　院内感染防止対策等の体制を地方厚生局長等に報告していること。 ［経過措置］ ⑤については平成〇年〇月〇日ま

	では要件を満たしているものとして取り扱う。 ※　地域歯科診療支援病院歯科初診料については、現行の施設基準に同様の基準を追加

２．新たに設ける院内感染防止対策に関する施設基準の届出がない医療機関については、初診料及び再診料を減算する。

現　行	改定案
【初診料】 ［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。	【初診料】 ［算定要件］ 注１　１については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、〇点を算定する。
【再診料】 ［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。	【再診料】 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号A000に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この

	場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、〇点を算定する。
【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ （新設）	【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注14　区分番号A000に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準を届け出ていない保険医療機関については、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２、歯科訪問診療３又は注13に規定する歯科訪問診療料の所定点数からそれぞれ〇点を減算する。

［経過措置］

（初診料及び再診料）

１　平成〇年〇月〇日までの間における区分番号 A000 の１については、「〇点」とあるのは「234 点」、同注９については、「〇点又は〇点」とあるのは「25 点」、区分番号 A002 の１については、「〇点」とあるのは、「45 点」、同注８については、「〇点又は〇点」とあるのは「５点」とする。

２　旧算定方法別表第二区分番号A000の注１及び区分番号A000の２の注１に係る規定については、平成〇年〇月〇日までの間は、なお従前の例による。

（歯科訪問診療料）

３　平成〇年〇月〇日までの間における区分番号 C000 の注 13 については、「〇点」とあるのは「234 点」、「〇点」とあるのは「45 点」とする。

４　区分番号 C000 の注 14 に係る規定は、平成〇年〇年〇日までの間は、適用しない。

②　歯科外来診療環境体制加算の見直し

骨子＜Ⅱ－１－７(2)＞

第１　基本的な考え方

歯科初診料及び歯科再診料に対する院内感染防止対策に関する施設基準の新設に伴い、歯科外来診療における歯科治療の総合的な環境整備を評価した歯科外来診療環境体制加算の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．歯科外来診療環境体制加算及び再診時歯科外来診療環境体制加算の施設基準について、院内感染防止対策に係る施設基準と重複する要件を削除するとともに、評価の見直しを行う

２．地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に院内感染防止対策に係る施設基準が追加されるのに伴い、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出を行っている病院を対象とした区分を新設する。

現　行	改定案
【歯科外来診療環境体制加算】 ［名称］ 25点	【歯科外来診療環境体制加算１】 （名称変更） ○点
【再診時歯科外来診療環境体制加算】 ［名称］ ５点	【再診時歯科外来診療環境体制加算１】 （名称変更） ○点
［対象施設］ すべての歯科医療機関	［対象施設］ 地域歯科診療支援病院初診料の

	施設基準を届け出ていない歯科医療機関
［施設基準］ (1) 偶発症に関する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 （中略） (5) 口腔内で使用する医療歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底等十分な感染症対策を講じていること。 (6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。 （中略） (8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。	［施設基準］ (1) 偶発症に関する緊急時の対応、医療事故等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 （中略） （削除） （削除） （中略） (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
（新設） （新設）	【歯科外来診療環境体制加算２】 ○点 【再診時歯科外来診療環境体制加算

	２】　　〇点 ［対象施設］ 　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準を届け出ている歯科医療機関
［施設基準］ (1) 偶発症に関する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。	［施設基準］ (1) 偶発症に関する緊急時の対応、医療事故等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。
（中略）	（中略）
(5) 口腔内で使用する医療歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底等十分な感染症対策を講じていること。	（削除）
(6) 感染症患者に対する歯科診療につて、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。	（削除）
（中略）	（中略）
（新設）	(5) 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制を整備していること。
(8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる	(6) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を

院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。	実施している旨の院内掲示を行っていること。

［経過措置］

平成〇年〇月〇日までの間における区分番号A000の１については､｢〇点」とあるのは「234 点」、同注９については、「〇点又は〇点」とあるのは「25 点」、区分番号 A002 の１については、「〇点」とあるのは、「45 点」、同注８については、「〇点又は〇点」とあるのは「５点」とする。

③　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

骨子＜Ⅱ－１－７(3)＞

第１　基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患管理料について、口腔機能管理に関する評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．口腔機能の発達不全が認められる小児のうち、特に機能不全が著しく継続的な管理が必要な患者に対する評価の加算を新設する。

（新）　歯科疾患管理料　小児口腔機能管理加算　〇点

［算定要件］

口腔機能の発達不全を有する15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、小児口腔機能管理加算として〇点を所定点数に加算する。

［対象患者］

明らかな摂食機能障害の原因疾患は有していないが、咀嚼や嚥下、構音及び呼吸の各機能について、十分に発達していない又は正常に獲得できていない15歳未満の患者

（評価項目）

① 咀嚼や嚥下機能の評価項目：歯の萌出遅延、歯列・咬合の異常、舌の突出癖等

② 構音に関する評価項目：構音障害、口唇閉鎖不全、口腔習癖、舌小帯の異常等

③ 呼吸に関する評価項目：口呼吸、口蓋扁桃・咽頭扁桃の肥大等

２．老化等に伴い口腔機能の低下が認められる高齢者のうち、特に機能低下が著しく継続的な管理が必要な患者に対する評価の加算を新設する。

（新）　歯科疾患管理料　口腔機能管理加算　〇点

［算定要件］

口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、口腔機能管理加算として〇点を所定点数に加算する。

［対象患者］

老化等により、次に示す口腔機能の低下示す症状が３項目以上みられる患者のうち、咀嚼機能低下若しくは咬合力低下及び低舌圧が認められるもの

（口腔機能の低下を示す症状と評価方法）

① 口腔不潔：舌苔の付着程度

② 口腔乾燥：口腔粘膜湿潤度又は唾液量

③ 咬合力低下：咬合力検査（感圧シートを用いるもの）

④ 舌口唇運動機能低下：オーラルディアドコキネシス

⑤ 低舌圧：舌圧検査

⑥ 咀嚼機能低下：咀嚼能力検査（グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの）

⑦ 嚥下機能低下：嚥下スクリーニング検査（EAT－10）
又は自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）

④　全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実

骨子＜Ⅱ－１－７(4)＞

第１　基本的な考え方

全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療を充実させる観点から、歯科特定疾患療養管理料や歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．全身的な医学管理が必要となる特定疾患を有する患者に対する歯科特定疾患療養管理料の対象に、医科との連携が重要な骨吸収抑制薬関連顎骨壊死及び放射線性顎骨壊死を追加する。

現　行	改定案
【歯科特定疾患療養管理料】 ［別に厚生労働大臣が定める疾患］ 口腔領域の悪性新生物 （エナメル上皮種を含む。） 顎・口腔の先天異常 舌痛症（心因性によるものを含む。） 口腔軟組織の疾患 （難治性のものに限る。） 口腔領域のシェーグレン症候群 尋常性天疱瘡又は類天疱瘡 口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。） 睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置を	【歯科特定疾患療養管理料】 ［別に厚生労働大臣が定める疾患］ 口腔領域の悪性新生物 （エナメル上皮種を含む。） 顎・口腔の先天異常 舌痛症（心因性によるものを含む。） 口腔軟組織の疾患 （難治性のものに限る。） 口腔領域のシェーグレン症候群 尋常性天疱瘡又は類天疱瘡 口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。） 睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置を

要するものに限る。）	要するものに限る。） 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死（骨露出を伴うものに限る。）

２．歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして医師から文書による診療情報を受けた患者に対する必要な医療管理（モニタリングを含む。）を行った場合に月１回を限度に算定可能な歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）については廃止する。

３．高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全又は脳血管障害がある患者に対し必要な医療管理（モニタリングを含む。）を行った場合に１日につき算定可能な歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）について、対象患者を拡大するとともに名称を変更する。

現　行	改定案
【歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）】	（削除）
【在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）】	（削除）
【歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）】 【在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）】	【歯科治療時医療管理料】 【在宅患者歯科治療時医療管理料】
［名称］	（名称変更）
［算定要件］ (1) 歯科治療総合医療管理料（在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ））は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全又は脳血管障害がある患	［算定要件］ (1) 歯科治療時医療管理料（在宅患者歯科治療時医療管理料）は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、糖尿病、喘息、

者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。 （略）	慢性気管支炎、甲状腺機能障害、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎不全（透析患者に限る。）、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。 （略）

４．歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）の廃止に伴い、歯科治療を行うに当たり総合的医療管理が継続的に必要であるとして医師からの診療情報の提供を受けた患者に対する医療管理（モニタリングは含まない。）の評価について、歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の加算を新設する。

（新）　歯科疾患管理料　総合医療管理加算　○点
（新）　歯科疾患在宅療養管理料　総合医療管理加算　○点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、○点を所定点数に加算する。

［対象疾患］

糖尿病、骨吸収抑制薬服用患者（骨露出を伴う顎骨壊死を生じていない患

者に限る。)、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチ、血液凝固阻止剤投与中の患者

[施設基準]

(1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

(2) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師１名以上かつ歯科衛生士若しくは看護師が１名以上配置されていること。

(3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

(4) 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制(病院である医科歯科併設の保険医療機関(歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。)にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制)が確保されていること。

⑤　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者の見直し

骨子＜Ⅱ－１－７(5)＞

第１　基本的な考え方

脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者について、器質変化による構音障害を有する患者は顎・口腔の先天異常に限定されていることから、後天的な器質変化に起因する構音障害を有する患者も対象となるように見直す。

第２　具体的な内容

対象患者について、舌悪性腫瘍による舌切除等による構音障害を有する患者を追加する。

現　行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［対象患者］ １　脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 ２　脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 ３　多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者 ４　パーキンソン病、脊髄小脳変性症	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［対象患者］ １　脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 ２　脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 ３　多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者 ４　パーキンソン病、脊髄小脳変性症

その他の慢性の神経筋疾患の患者 ５　失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者 ６　難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 ７　顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 （新設）	その他の慢性の神経筋疾患の患者 ５　失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者 ６　難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者 ７　顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者 ８　舌悪性腫瘍等の手術に伴う構音障害を有する患者

⑥　歯科固有の技術の評価の見直し等

骨子＜Ⅱ－１－７(6)＞

第１　基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態にあわせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．口腔内写真検査について、歯周疾患の管理にあたって口腔内写真を活用して指導を行った場合の評価として位置づけを見直す。

現　行	改定案
【口腔内写真検査】	（削除）

（新）　歯周病患者画像活用指導料　〇点

［対象患者］

歯周病に罹患している患者

［算定要件］

(1) 歯周疾患に罹患している患者に対して歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内カラー写真を撮影し、当該写真を活用して、患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(2) １回につき口腔内カラー写真を２枚以上撮影した場合は、２枚目からは１枚につき〇点を所定点数に加算し、５枚目までを限度に算定する。

(3) 歯科疾患管理料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理

料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、歯科特定療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料のいずれかの管理料を算定していること。

(4) 写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

(5) 撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。

２．自己管理が困難な患者や妊婦に対する口腔衛生管理を推進する観点から、機械的歯面清掃処置の位置づけを見直す。

現　行	改定案
【機械的歯面清掃処置】 ［算定要件］ 注１　歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（周術期専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃処置を行った場合は、月１回を限度として算定する。	【機械的歯面清掃処置】 ［算定要件］ 注１　歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（周術期等専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃処置を行った場合は、２月に１回を限度として算定する。ただし、初診料、再診料又は歯科訪問診療料に規定する歯科診療特別対応加算を算定する患者及び妊婦については月１回を限度として算定する。
注２　区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定するエナメル質初期う蝕加算、区分番号	注２　区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算、区分番号

I011-2に掲げる歯周病安定期治療（Ⅰ）又は区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した月は算定できない。	I011-2に掲げる歯周病安定期治療（Ⅰ）、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療（Ⅱ）又は区分番号I029－2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した月は算定できない。
注３　当該処置を算定した翌月は、算定できない。	（削除）

３．有床義歯内面適合法の「２　軟質材料を用いる場合」について、義歯を預かった当日又は翌日に床裏装を行い、装着した場合の評価を新設する。

（新）　有床義歯内面適合法　歯科技工加算１　〇点
（新）　有床義歯内面適合法　歯科技工加算２　〇点

［算定要件］

(1) 軟質材料を用いる場合について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に床裏装を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１床につき〇点を所定点数に加算する。

(2) 軟質材料を用いる場合について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって床裏装を行い、預かった翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１床につき〇点を所定点数に加算する。

［施設基準］

(1) 歯科技工士を配置していること。

(2) 歯科技工士室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。

(3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されている

旨を院内掲示していること。

４．歯科医療の推進に資する技術について、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、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の観点から適切な評価を行う。

(1) 区分Ｃ２(新機能･新技術)で保険適用された新規医療材料について、それぞれ技術料の新設等を行う。

(2)医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ､医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を見直す。

① 検査の新設と適応拡大

現　行	改定案
【有床義歯咀嚼機能検査】 ［検査の追加と名称変更］ １　下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合（１回につき）480点 ２　咀嚼能力測定のみを行う場合（１回につき）100点 （新設） 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医	【有床義歯咀嚼機能検査】 ［検査の追加と名称変更］ １　有床義歯咀嚼機能検査１（１回につき） イ　下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合　○点 ロ　咀嚼能力測定のみを行う場合　○点 ２　有床義歯咀嚼機能検査２（１回につき） イ　下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合　○点 ロ　咬合圧測定のみを行う場合　○点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医

療機関において、有床義歯装着時の咀嚼機能検査を行った場合に算定する。	療機関において、咀嚼機能検査を行った場合に算定する。
２　１については、有床義歯又は熱可塑性樹脂有床義歯を新製する場合において、新製有床義歯装着日より前及び当該装着日以降のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。	２　有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着日より前及び当該装着日以後のそれぞれについて、咀嚼機能検査を行った場合に、それぞれの区分により算定する。
３　１について、新製有床義歯装着日より前に２回以上行った場合は、第１回目の検査を行ったときに限り算定する。	３　新製有床義歯等の装着日より前に２回以上行った場合は、第１回目の検査を行ったときに限り算定する。
４　１について、新製有床義歯装着日以後に行った場合は、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して６月以内に限り、月１回を限度として算定する。	４　新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して６月以内を限度として、月１回に限り算定する。
５　２については、１を算定した患者について、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して６月以内に限り、月１回を限度として算定する。	（削除）
６　２については、１を算定した月は算定できない。	５　２については、１を算定した月は算定できない。
［対象患者］ ①　新製有床義歯管理料の「２　困難な場合」に準じる場合に限る。 （新設）	［対象患者］ ①　新製有床義歯管理料の「２　困難な場合」に準じる場合 ②　臼歯４歯以上の両側遊離端欠損の場合
②　舌接触補助床又は顎補綴・口蓋補	③　舌接触補助床又は顎補綴・口蓋補

綴による装置を装着する場合 （新設）	綴による装置を装着する場合 ④　広範囲顎骨支持型装置埋入手術を予定している場合、広範囲顎骨支持型補綴による補綴を装着する場合
【舌圧検査】 注　舌圧測定を行った場合に、月２回を限度として算定する。 （新設）	【舌圧検査】 注１　舌圧測定を行った場合は、〇月に１回を限度として算定する。 注２　注１の規定にかかわらず、舌接触補助床、口蓋補綴、顎補綴又は広範囲顎骨支持型補綴を装着する患者に対して舌圧測定を行った場合は、月２回を限度として算定する。
［対象患者］ 舌接触補助床を装着した患者又は装着することを予定している患者 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）	［対象患者］ 以下のいずれかに該当する患者 (1) 舌接触補助床を装着した患者又は装着することを予定している患者 (2) 顎補綴・口蓋補綴による装置を装着する患者 (3) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術を予定している患者又は広範囲顎骨支持型補綴による補綴を装着する患者 (4) 口腔機能の低下を来している患者であって、歯科疾患管理料を算定し、継続的な指導・管理を行うもの ［算定要件］ (1) 上記(1)から(3)のいずれかに該当する患者については、月に２回を

	限度として算定する。 (2) 上記(4)に該当する患者については、○月に１回を限度として算定する。

(新)　咀嚼能力検査　○点

［算定要件］

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に○月に１回を限度として算定する。

(2) 有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は別に算定できない。

［対象患者］

口腔機能の低下を来している患者であって、歯科疾患管理料を算定し、継続的な指導・管理を行うもの

［施設基準］

(1) 当該検査を行うにつき十分な体制を有していること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

(新)　咬合圧検査　○点

［算定要件］

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に○月に１回を限度として算定する。

(2) 有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は別に算定できない。

［対象患者］

口腔機能の低下を来している患者であって、歯科疾患管理料を算定し、継続的な指導・管理を行うもの

［施設基準］

(1) 当該検査を行うにつき十分な体制を有していること。
(2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

(新)　精密触覚機能検査　○点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該検査を行った場合に月に１回を限度として算定する。

［施設基準］
(1) 当該保険医療機関内に当該検査に関する研修を受けた歯科医師が配置されていること。
(2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

② 床副子に関する技術の見直し

現　行	改定案
【床副子】	【口腔内装置】
［名称］	（名称変更）
１　簡単なもの　650点	（削除）
２　困難なもの　1,500点	（削除）
３　著しく困難なもの　2,000点	（削除）
４　摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）	（削除）
イ　新たに製作した場合　2,000点	
ロ　旧義歯を用いた場合　500点	
（新設）	１　口腔内装置１　○点
（新設）	２　口腔内装置２　○点
（新設）	３　口腔内装置３　○点
（新設）	注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に算定する。

［算定要件］ （新設）	［算定要件］ (1) 口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置を製作した場合に、使用する材料の種類により「１ 口腔内装置１」、「２ 口腔内装置２」又は「３ 口腔内装置３」のいずれかにより算定する。 イ　顎関節治療用装置 ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置 ハ　顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床 ニ　出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床 ホ　手術にあたり製作したサージカルガイドプレート ヘ　腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオブチュレーター ト　気管挿管時の歯の保護等を目的として製作する口腔内装置 チ　不随意運動によるくいしばり等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置
（新設）	(2) 「１ 口腔内装置１」は、義歯床用アクリリックレジン樹脂により製作された口腔内装置をいう。
（新設）	(3) 「２ 口腔内装置２」は、熱可塑性シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジンを圧接して製作された口腔内装置であり、咬

	合面関係が付与されたものをいう。
（新設）	(4) 「３ 口腔内装置３」は、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジンを圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。
（新設）	(5) 「２ 口腔内装置２」及び「３ 口腔内装置３」を製作するにあたり、咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。
	【睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置】
（新設）	１ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置１ ○点
（新設）	２ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置２ ○点
	【舌接触補助床（１顎につき）】
（新設）	１ 新たに製作した場合 ○点
（新設）	２ 旧義歯を用いた場合 ○点
	【術後即時顎補綴装置（１顎につき）】
（新設）	○点
【床副子調整・修理（１口腔につき）】	【口腔内装置調整・修理（１口腔につき）】
［名称］	（名称変更）
１ 床副子調整	１ 口腔内装置調整
イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法と	イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口

しての咬合床の場合　120点 （新設） ロ イ以外の場合　220点 ２　床副子修理　234点 注１　１のイについては、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後１月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、１回を限度として算定する。 （新設） 注２　１のロについては、咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。 注３　同一の患者について１月以内に床副子調整を２回以上行った場合は、第１回の調整を行ったときに算定する。 注４　２については、同一の患者について１月以内に床副子修理を２回以上行った場合は、第１回の修理を行ったときに算定する。	腔内装置の場合　○点 ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合　○点 ハ　イ、ロ以外の場合　○点 ２　口腔内装置修理　○点 注１　１のイについては、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法に対する口腔内装置の装着時又は装着後１月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、１回を限度として算定する。 注２　１のロについては、口腔内装置の注１に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。 注３　１のハについては、口腔内装置の注１に規定する顎関節症治療用装置又は術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。 注４　同一の患者について１月以内に口腔内装置調整を２回以上行った場合は、第１回の調整を行ったときに算定する。 注５　２については、同一の患者について１月以内に口腔内装置修理を２回以上行った場合は、第１回の修理を行ったときに算定する。

③ その他、処置や手術に関する技術

現　行	改定案
【暫間固定】	【暫間固定】

１　簡単なもの　200点 ２　困難なもの　500点 ３　著しく困難なもの　650点 【周術期専門的口腔衛生処置（１口腔につき）】 ［名称変更及び区分追加］ （新設） ［算定要件］ 注１　周術期口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回を限度として算定する。 注２　周術期口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月１回を限度として算定する。 （新設）	１　簡単なもの　○点 ２　困難なもの　○点 （削除） 【周術期等専門的口腔衛生処置】 （名称変更及び区分追加） １　周術期等専門的口腔衛生処置１　○点 ２　周術期等専門的口腔衛生処置２　○点 ［算定要件］ 注１　１について、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回を限度として算定する。 注２　１について、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月１回を限度として算定する。 注３　２については、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者（がん等

	に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回を限度として算定する。
（新設）	注４　２について、１を算定した日は別に算定できない。
（新設）	注５　周術期等専門的口腔衛生処置の１又は２を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置及び在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、別に算定できない。
【上顎洞迷入歯除去術】 ［名称］	【上顎洞迷入歯等除去術】 （名称変更）
【腐骨除去手術】 （新設）	【腐骨除去手術】 注　２のイについて、骨吸収抑制薬関連性顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、〇点を所定点数に加算する。

（新）　口腔粘膜処置（１口腔につき）　〇点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該処置を行った場合に月に１回を限度として算定する。

［施設基準］

(1) 当該療養を行うにつき十分な体制を有していること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

（新）　埋伏歯開窓術　○点

（新）　口腔粘膜血管腫凝固術（一連につき）　○点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。

［施設基準］

(1) 当該保険医療機関内に当該療養に関する研修を受けた歯科医師が配置されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

（新）　１　レーザー機器加算１　○点

２　レーザー機器加算２　○点

３　レーザー機器加算３　○点

［算定要件］

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。

(2) １については、区分番号Ｊ００８（１に限る。）、Ｊ００９（１又は２に限る。）、Ｊ０１７（１に限る。）、Ｊ０１９（１に限る。）、Ｊ０２７、Ｊ０３０（１に限る。）、Ｊ０３３（１に限る。）及びＪ０５１に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

(3) ２については、区分番号Ｊ００８（２に限る。）、Ｊ００９（３に限る。）及びＪ０１７（２に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

(4) ３については、区分番号Ｊ０１５、Ｊ０１９（２に限る。）、Ｊ０２０、Ｊ０３０（２に限る。）、Ｊ０３３（２に限る。）、Ｊ０３４、Ｊ０５２及びＪ０５４に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

［施設基準］

(1) 当該保険医療機関内に当該療養に関する研修を受けた歯科医師が配置されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

④ 口腔機能の回復等に関する技術

現　行	改定案
【硬質レジンジャケット冠（１歯につき）】	【非金属歯冠修復（１個につき）】
［名称］	（名称変更）
（新設）	１　レジンインレー イ　単純なもの　○点 ロ　複雑なもの　○点
（新設）	２　硬質レジンジャケット冠　○点
【ポンティック（１歯につき）】	【ポンティック（１歯につき）】
注１　レジン前装金属ポンティックは、746点を所定点数に加算する。	注 レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　前歯部の場合　○点 ロ　小臼歯部の場合　○点 ハ　大臼歯部の場合　○点
２ 金属裏装ポンティックは、320点を所定点数に加算する。	（削除）
【フック、スパー（１個につき）】	【間接支台装置（１個につき）】
［名称］	（名称変更）

【広範囲顎骨支持型補綴】 1　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）　18,000点 2　床義歯形態のもの（１顎につき）　13,000点 【広範囲顎骨支持型補綴物修理（１装置につき）】 注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。 【有床義歯内面適合法】 1　硬質材料を用いる場合 （略） 2　軟質材料を用いる場合（１顎につき）　1,400点 （略） 注３　保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。	【広範囲顎骨支持型補綴】 1　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）　〇点 2　床義歯形態のもの（１顎につき）　〇点 【広範囲顎骨支持型補綴物修理（１装置につき）】 注　保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料料を除く。）は、所定点数に含まれる。 【有床義歯内面適合法】 1　硬質材料を用いる場合 （略） 2　軟質材料を用いる場合（１顎につき）　〇点 注３　１については、保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

⑤ 歯科矯正に関する技術

現　行	改定案
【別に厚生労働大臣が定める疾患】 （新設）	【別に厚生労働大臣が定める疾患】 ①　筋ジストロフィー ②　脊髄性筋萎縮症 ③　３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常（前歯部の骨性埋伏歯によるものに限る。） ④　その他顎・口腔の先天異常に起因

	した咬合異常
（新設）	【スライディングプレート（１装置につき）】 ○点
（新設）	注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
【リトラクター（１装置につき）】 注　スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料料等を含む。）を所定点数に加算する。	【リトラクター（１装置につき）】 注　スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料料等を含む。）を所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号N012-2に掲げるスライディングプレートは別に算定できない。

（新）　牽引装置（１個につき）　○点

［算定要件］

(1) 埋伏歯開窓術を行った歯に対し、牽引装置を装着した場合に算定する。

(2) ダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。

(3) 保険医療材料料は所定点数に含まれる。

(3) 医療の高度化等に対応する観点から、先進医療会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

① 金属代替材料としてグラスファイバーで補強された高強度のコンポジットレジンを用いた３ユニットブリッジ治療を評価する。

（新）　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　○点

［算定要件］

(1) 高強度硬質レジン及びグラスファイバーを用いてブリッジを製作した場

合に算定する。

⑵ 上下顎両側全ての第二大臼歯が残存し、左右の咬合支持が確保されている患者に対し、応分の咬合圧に耐えうる場合等において、第二小臼歯の欠損に対して第一小臼歯及び第一大臼歯を支台歯とする場合に限り算定する。

⑶ ⑵に関わらず、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者については、臼歯３歯のブリッジに使用した場合に算定できる。ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。

② 高強度レジンブリッジの治療に関連する項目を見直す。

現　行	改定案
【歯冠形成】 ［算定要件］ ⑴ １のイ、２のイ、及び３のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として１歯につき20点を所定点数に加算する。 （中略） ⑷ １のロについて、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。 （中略） ⑼ ２のロについて、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。 【装着】	【歯冠形成】 ［算定要件］ ⑴ １のイ、１のロ、２のイ、２のロ及び３のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として１歯につき20点を所定点数に加算する。 （中略） ⑷ １のロについて、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠又は高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。 （中略） ⑼ ２のロについて、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠又は高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。 【装着】

［算定要件］ (1) ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。 （略）	［算定要件］ (1) ＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、それぞれについて45点又は90点を所定点数に加算する。 （略）

(4) その他、臨床の実態等を踏まえつつ、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の観点から既存技術の評価の見直しを行う。

［評価の見直しを行う技術の例］

(1) 歯科口腔リハビリテーション料
(2) 歯周基本治療（スケーリング）
(3) 感染根管処置
(4) フッ化物歯面塗布処置
(5) 抜歯
(6) 充填
(7) 印象採得
(8) 有床義歯
(9) 鋳造鉤
(10) バー

⑦　特定薬剤料等の算定方法の見直し

骨子＜Ⅱ－１－７(7)＞

第１　基本的な考え方

歯科の診療報酬における特定薬剤料等の算定方法について、他の薬剤料と同じ算定方法となるよう見直す。

第２　具体的な内容

１．歯科診療報酬点数表の第８部処置第３節特定薬剤料及び第９部手術第５節特定薬剤料に規定される特定薬剤の算定方法を見直す。

２.歯科診療報酬点数表の第 10 部麻酔第２節薬剤料に規定される薬剤の算定方法を見直す。

現　行	改定案
【処置】 第３節　特定薬剤料 【手術】 第５節　特定薬剤料 ［算定方法］ 特定薬剤 　薬価が 40円を超える場合は、薬価から 40円を控除した額を 10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数 注１　薬価が 40円以下である場合は、算定できない。	【処置】 第３節　特定薬剤料 【手術】 第５節　特定薬剤料 ［算定方法］ 特定薬剤 　<u>薬価から 15円を控除した額を 10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数</u> 注１　薬価が <u>15円以下</u>である場合は、算定できない。

（略） 【麻酔】 第２節　薬剤料 ［算定方法］ 薬剤 　薬価が 40円を超える場合は、薬価から 40円を控除した額を 10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数 注１ 薬価が 40円以下である場合は、算定できない。 （略）	（略） 【麻酔】 第２節　薬剤料 ［算定方法］ 薬剤 　<u>薬価から 15円を控除した額を 10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数</u> 注１ 薬価が <u>15円以下</u>である場合は、算定できない。 （略）

①　薬局における対人業務の評価の充実

骨子＜Ⅱ－１－８＞

第１　基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係るかかりつけ薬剤師指導料や薬剤服用歴管理指導料等の薬学管理料を充実する。

第２　具体的な内容

１．薬剤総合評価調整管理料を算定する医療機関と連携して、医薬品の適正使用に係る取組を調剤報酬において評価する。

（新）　服用薬剤調整支援料　○点

［算定要件］

６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が○種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

２．適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局に対する薬剤服用歴管理指導料の区分を新設する。

３．継続的な薬学的管理・指導等を推進するため、薬剤服用歴の記録に次回の服薬指導の計画を追加するとともに、かかりつけ薬剤師指導料、薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。これに併せて、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現　行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】 １　原則６月以内に処方せんを持参	【薬剤服用歴管理指導料】 １　原則６月以内に処方箋を持参し

した患者に行った場合　38点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合　50点 ３　特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合　38点	た患者に行った場合　〇点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合　〇点 ３　特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合　〇点
注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の１に掲げる調剤基本料１若しくは区分番号00の４に掲げる調剤基本料４以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。	注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の１に掲げる調剤基本料１以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、〇点を算定する。
（新設）	注９　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注１のイ～ホに掲げる指導等の全てを行った場合には、薬剤服用歴管理指導料の特例として、〇点を算定する。なお、この場合において、注３から注６に規定する加算は算定できない。
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。（※）

	※　「６月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合が〇割以下」等の基準を設ける。
【かかりつけ薬剤師指導料】 70点	【かかりつけ薬剤師指導料】 〇点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 270点	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 〇点
【乳幼児服薬指導加算】 ６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。	【乳幼児服薬指導加算】 ６歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、〇点を所定点数に加算する。

４．重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

現　行	改定案
【重複投薬・相互作用等防止加算】 注４　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。	【重複投薬・相互作用等防止加算】 注５　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　残薬調整に係るもの以外の場

	合　　○点 ロ　残薬調整に係るものの場合 ○点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料　　30点	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　　○点 ロ　残薬調整に係るものの場合 ○点

５．服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現　行	改定案
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料　　20点 注１　患者、その家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示	【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料１　　○点 服薬情報等提供料２　　○点 注１　１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関へ必要な情報を文書により提供等を行った場合に月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。	
（新設）	注２　２については、患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等、又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

６．かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

「Ｉ－５－㉒」を参照のこと。

７．対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現　行	改定案
調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（１剤につき）】 イ　（略）	調剤料 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（１剤につき）】 イ　（略）

ロ　15日分以上 21日分以下の場合 70点 ハ　22日分以上 30日分以下の場合 80点 ニ　31日分以上の場合 87点	ロ　15日分以上 21日分以下の場合 〇点 ハ　22日分以上 30日分以下の場合 〇点 ニ　31日分以上の場合 〇点

①　質の高い臨床検査の適切な評価

骨子＜Ⅱ－２(2)＞

第１　基本的な考え方

１．Ｅ３区分で保険適用された新規臨床検査について、適切な評価を行う。

２．遺伝学的検査については、疾患によって検査に要する費用が異なることから、遺伝学的検査の評価を細分化しつつ、適切なものとする。

３．新たに指定難病が追加されたこと等により、認定に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病のうち、診療報酬上の遺伝学的検査の対象に含まれていないものがあることから、対象疾患を追加する。

第２　具体的な内容

１．Ｅ３区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、技術料の新設や削除を行う。

「Ⅱ－２－⑦」を参照のこと。

２．遺伝学的検査の評価を細分化しつつ、適切なものとするとともに、対象疾患を追加する。

現　行	改定案
【遺伝学的検査】	【遺伝学的検査】
遺伝学的検査　3,880点	遺伝学的検査
（新設）	１　処理が容易なもの　○点
（新設）	２　処理が複雑なもの　○点
	３　処理が極めて複雑なもの　○点

［対象疾患］ （略） エ　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20番染色体症候群、ＰＣＤＨ 19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、脆弱Ｘ症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群及びエーラスダンロス症候群（血管型）	［対象疾患］ （略） エ①　ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱Ｘ症候群 ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20番染色体症候群、ＰＣＤＨ 19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36 欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2 欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群 ③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発

	症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群
［算定要件］ （略） ② 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成 16 年 12 月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成 23 年２月）を遵守すること。 ③ エに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、②に掲げるガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 （新設） （新設） （新設）	［算定要件］ （略） ② 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成 23 年２月）を遵守すること。 ③ エに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、②に掲げるガイダンスに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ④ 「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 ⑤ 「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 ⑥ 「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

②　麻酔科の診療に係る評価の見直し

骨子＜Ⅱ－２(3)＞

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．麻酔科の診療に係る評価をより適切なものとなるよう見直す。

現　行	改定案
【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】 １　人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号 K552-2 に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　24,900 点 ロ　イ以外の場合　18,300点 ２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号 K	【マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔】 １　人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　○点 ロ　イ以外の場合　○点 ２　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号 K

552-2 に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,600 点 ロ　イ以外の場合　12,200点	552-2 に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　○点 ロ　イ以外の場合　○点
３　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,450 点 ロ　イ以外の場合　9,150点	３　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　○点 ロ　イ以外の場合　○点
４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　9,130 点 ロ　イ以外の場合　6,710点	４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。） イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　○点 ロ　イ以外の場合　○点
５　その他の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める麻	５　その他の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める麻

酔が困難な患者に行う場合 8,300 点 ロ　イ以外の場合 6,100点	酔が困難な患者に行う場合 ○点 ロ　イ以外の場合 ○点

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

現　行	改定案
【麻酔管理料（Ⅰ）】 １　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 200 点 ２　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 900 点 注１～３　略 注４　区分番号 K 017、K 020、K 136-2、K 151-2、K 175 の 2、K 379-2 の 2、K 395、K 558、K 560 の 3 のイ、K 560 の 3 のロ、K 560 の 3 のハ、K 560 の 5、K 579-2 の 2、K 581 の 3、K 582 の 3、K 584 の 2、K 605-2、K 605-4、K 645、K 675 の 5、K 677-2 の 1、K 697-5、K 697-7 及び K 801 の 1 に掲げる手術に当たって、区分番号 L 008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として 7,500 点を所定点数に加算する。	【麻酔管理料（Ⅰ）】 １　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 ○点 ２　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 ○点 注１～３　略 注４　区分番号 K 017、K 020、K 136-2、K 142-2 の 1、K 151-2、K 154-2、K 169 の 1、K 172、K 175 の 2、K 177、K314 の 2、K 379-2 の 2、K394 の 2、K 395、K 403 の 2、K415 の 2、K 514 の 9、K 514-4、K 519、K 529 の 1、K 529-2 の 2、K 552 の 1、K 553-2 の 2、K 553-2 の 3、K 553 の 3、K 555 の 3、K 558、K 560 の 1 のイ、K 560 の 1 のロ、K 560 の 1 のハ、K 560 の 2、K 560 の 3 のイ、K560 の 3 のロ、K560 の 3 のハ、K 560 の 3 のニ、K 560 の 4、K 560 の 5、K 560-2 の 2 のニ、K 567 の 3、K 579-2 の 2、K 580 の 2、K 581 の 3、K 582 の 2、K 582 の 3、K 583 の 1、K 583 の 2、K

	583の3、K 583の4、K 584の2、K 585、K 586の2、K 587、K 592-2、K 605-2、K 605-4、K 610の1、K 645、K 675の4、K 675の5、K 677-2の1、K 695の4、K 695の6、K 695の7、K 697-5、K 697-7、K 703の1、K 703の2、K 703の3、K 703の4、K 704、K 801の1、K 803の2、K 803の4及びK 803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L 008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として 7,500 点を所定点数に加算する。
【麻酔管理料（Ⅱ）】 １　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　100点 ２　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　300点	【麻酔管理料（Ⅱ）】 １　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　○点 ２　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　○点

③　高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

骨子＜Ⅱ－２(4)＞

「Ⅰ－３－⑦」を参照のこと。

④　デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

骨子＜Ⅱ－２(5)＞

第１　基本的な考え方

病理診断について、その精度を担保しつつ、デジタル病理画像のみを用いて行う場合や、医療機関間の連携により受取側の医療機関において標本作製を行う場合にも病理診断料の算定を可能とする。

第２　具体的な内容

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

現　行	改定案
【病理診断料】 注１　１については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診	【病理診断料】 注１　１については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号

断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。	N000に掲げる病理組織標本作製又はN002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。
（新設）	［算定要件］ デジタル病理画像に基づく診断については、病理診断を専ら担当する医師が、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。
（新設）	［施設基準］ イ　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。 ロ　デジタル病理画像の管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

２．医療機関間の連携による病理診断において、デジタル病理画像の送受信によって行われた場合及び検体を送付して受取側の医療機関で標本が

作製された場合も、病理診断料等を算定可能とする。

現　行	改定案
【病理診断　通則】 ［算定要件］ 　保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本の送付側の保険医療機関において区分番号N006病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側の保険医療機関に交付するものであること。 ［施設基準］ (1) 標本の送付側（検体採取が行われる　保険医療機関）においては、病理診断業務について５年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていることが望ましい。 (2) 標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。	【病理診断　通則】 ［算定要件］ 　保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において区分番号N006病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付又は送信側の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。 ［施設基準］ (1) 標本等の送付又は送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務について５年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていることが望ましい。 (2) 標本等の受取又は受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

⑤　移植医療の評価の充実

骨子＜Ⅱ－２(6)＞

第１　基本的な考え方

移植医療を適切に推進するため、臓器移植後の抗体検査の評価や、造血幹細胞移植及び組織移植の評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

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

（新）　抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）　〇点

[算定要件]

(1) 肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として１年に〇回に限り算定する。

(2) ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に〇回に限り別に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

（新）　抗 HLA 抗体（抗体特異性同定検査）　〇点

[算定要件]

(1) 臓器抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。

(2) 抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、１年に〇回に限り別に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

２．造血幹細胞移植へのアクセス向上の観点から、造血幹細胞移植のコーディネート期間の短縮に資するようなコーディネート体制がある場合の造血幹細胞移植の評価を見直す。

現　行	改定案
【造血幹細胞移植】 注１～７　（略） （新設） （新設） （新設）	【造血幹細胞移植】 注１～７　（略） 注８　１（骨髄移植）のイ（同種移植の場合）及び２（末梢血幹細胞移植）のイ（同種移植の場合）の場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、〇点を所定点数に加算する。 注９　１（骨髄移植）及び２（末梢血幹細胞移植）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、〇点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ (1) 当該手術に係る〇年以上の経験を有する常勤の医師が〇名以上配置されていること。 (2) 同種移植のコーディネートの十分な体制が整備されていること。

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

踏まえ、評価を見直す。

現　行	改定案
【凍結保存同種組織加算】 9,960点	【凍結保存同種組織加算】 ○点
【皮膚移植術（死体）】 1　200 平方センチメートル未満 6,750 点 2　200 平方センチメートル以上 500 平方センチメートル未満 9,000 点 3　500 平方センチメートル以上 1,000 平方センチメートル未満 13,490 点 4　1,000 平方センチメートル以上 3,000 平方センチメートル未満 32,920 点 5　3,000 平方センチメートル以上 37,610 点	【皮膚移植術（死体）】 1　200 平方センチメートル未満 ○点 2　200 平方センチメートル以上 500 平方センチメートル未満 ○点 3　500 平方センチメートル以上 1,000 平方センチメートル未満 ○点 4　1,000 平方センチメートル以上 3,000 平方センチメートル未満 ○点 5　3,000 平方センチメートル以上 ○点
【骨移植術（軟骨移植術を含む。）】 1～2　（略） 3　同種骨移植（非生体） イ　同種骨移植（特殊なもの） 24,370点 ロ　（略） 4　（略）	【骨移植術（軟骨移植術を含む。）】 1～2　（略） 3　同種骨移植（非生体） イ　同種骨移植（特殊なもの） ○点 ロ　（略） 4　（略）
［施設基準］ 日本組織移植学会の認定する組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な	［施設基準］ 専属の日本組織移植学会認定コーディネーターが１名以上配置され、かつ、採取して保存した組織を他施設へ供給できる日本組織移植学会認定組織バンクを有している

使用および保存方法等について契約を有していること。	こと。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用および保存方法等について契約を有していること。

⑥　性別適合手術の保険適用

骨子＜Ⅱ－2(7)＞

第１　基本的な考え方

性同一性障害者に対する性別適合手術について、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインに基づき、一定の基準を満たす施設において施行される場合に限って、保険適用とする。

第２　具体的な内容

以下の手術について、性同一性障害者に対する性別適合手術として行う場合の施設基準を定める。

［性同一性障害者に行う場合の施設基準を定める手術の例］

(1) 精巣摘出術
(2) 陰茎全摘術
(3) 子宮全摘術
(4) 乳房切除術

［施設基準］

(1) 当該保険医療機関に、性同一性障害学会が認定する常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されていること。
(2) 当該保険医療機関において、当該手術の一定の実績を有していること。
(3) 性同一性障害学会の規定するレジストリに登録していること。
(4) 日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」を遵守していること。

⑦　手術等医療技術の適切な評価

骨子＜Ⅱ－２(8)＞

第１　基本的な考え方

１．Ｃ２、Ｅ３区分で保険適用された新規医療材料等について、適切な評価を行う。

２．外科的手術等の医療技術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に、診療報酬における相対的な評価を見直す。

３．診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術（先進医療として実施している医療技術を含む。)の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

４．その他、必要に応じた新規医療技術の保険導入及び既存技術の評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．Ｃ２、Ｅ３区分で保険適用された新規医療材料、新規体外診断用医薬品等について、それぞれ技術料の新設や削除を行う。

（技術の例）

経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（１日につき）

１	初日	○点
２	２日目以降	○点

２．外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案 2018」等における、手術

等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

３．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（先進医療として実施している医療技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち､学会等から医療技術評価分科会に提案のあったものの例］

(1) 生体小腸部分移植術
(2) ADAMTS13 活性測定
(3) 肺葉切除（ロボット支援）
(4) バルーン閉塞下逆行性静脈塞栓術（BRTO）
(5) ダーモスコピー
(6) 人工膵臓検査の施設基準（血液検査）緩和
(7) Coombs 試験（間接）
(8) 一時的創外固定骨折治療術

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち､先進医療として実施しているもの］

(1) 陽子線治療（※１）
(2) 重粒子線治療（※２）
(3) EB ウイルス感染症迅速診断（リアルタイム PCR 法）
(4) 前眼部三次元画像解析
(5) 急性リンパ性白血病細胞の免疫遺伝子再構成を利用した定量的 PCR 法による骨髄微小残存病変（MRD）量の測定
(6) 金属代替材料としてグラスファイバーで補強された高強度のコンポジットレジンを用いた３ユニットブリッジ治療
(7) 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
(8) 腹腔鏡下広汎子宮全摘術
(9) 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下胃切除術

※１：切除非適応の骨軟部腫瘍、頭頸部腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く）及び限局性前立腺がんに対するもの。

※２：頭頸部腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く）及び限局性前立腺がんに対するもの。

［廃止を行う技術の例］

(1) 膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）

(2) 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術

４(1) 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対する低濃度酸素吸入について評価する。

現　行	改定案
【酸素吸入（１日につき）】　65点 （新設） 【酸素加算】 注１　区分番号J024からJ028まで及びJ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。	【酸素吸入（１日につき）】　○点 ［算定要件］ 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して低濃度酸素吸入を行った場合にも算定できる。 【酸素加算】 注１　区分番号J024からJ028まで及びJ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数）を加算する。

４(2) 終夜睡眠ポリグラフィー検査について、歯科において睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を用いた治療を行っている患者についても、効果判定を目的とした検査ができるよう算定要件を見直す。

現　行	改定案

【終夜睡眠ポリグラフィー】 １　携帯用装置を使用した場合 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 ［算定要件］ 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。	【終夜睡眠ポリグラフィー】 １　携帯用装置を使用した場合 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 ［算定要件］ 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は自院からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

４(3) 既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した医療機器を用いる技術を削除する。

現　行	改定案
【ピンハンマー式尿路結石破砕術】 ピンハンマー式尿路結石破砕術 7,770点	【ピンハンマー式尿路結石破砕術】 （削除）

⑧　オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設

骨子＜Ⅱ－２(9)＞

第１　基本的な考え方

情報通信機器を活用した診療（リアルタイムでのコミュニケーションが可能なオンラインシステム等の通信技術を用いた診察や医学管理）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、診療報酬上の評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．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　　〇点（１月につき）

［算定要件］

(1) 別に定めるオンライン診療料が算定可能な初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る初診から〇月以上を経過した患者（初診から〇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る。）に対して、オンラインによる診察を行った場合に算定できる。ただし、連続する〇月は算定できない。

(2) 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は〇月以内に限る。）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った上で、その内容を診療録に添付していること。

(3) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行うこと。

(4) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師

と同一の医師であること。

※オンライン診療料を算定する場合の処方箋料の取扱い等については、有効性や安全性等に配慮し、別に定める。

［オンライン診療料が算定可能な患者］

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、在宅時医学総合管理料又は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、当該管理に係る初診から〇月以上を経過した患者

［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等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) 緊急時に概ね〇分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）

(3) 当該保険医療機関において、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〇割以下であること。

２．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等を新設する。

（新）　オンライン医学管理料　〇点（１月につき）

［算定要件］

(1) 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又は生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を継続的に行っている患者に対して、療養計画に基づき対面診療とオンライン診療を組み合わせた管理を行った場合に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が〇月の場合に限り、所定の管理料に合わせて算定できる。（ただし、対

面診療で特定疾患療養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。）

(2) 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又は生活習慣病管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から〇月以上を経過した患者（初診から〇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る。）であること。

(3) 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は〇月以内に限る。）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った上で、その内容を診療録に添付している。

(4) 当該管理料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。

(5) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

［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等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) 緊急時に概ね〇分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）

(3) 当該保険医療機関において、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〇割以下であること。

（新）　在宅時医学総合管理料　オンライン在宅管理料

〇点（１月につき）

［算定要件］

(1) 在宅での療養を行っている患者（施設入居者等を除く）であって通院困難なものに対して、当該患者の同意を得て、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、連続する〇月は算定できない。

⑵ 在宅時医学総合管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から〇月以上を経過した患者（初診から〇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る。）であること。

⑶ 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は〇月以内に限る。）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った上で、その内容を診療録に添付していること。

⑷ 当該管理料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。

⑸ オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

［施設基準］

⑴ 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等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

⑵ 緊急時に概ね〇分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）

⑶ 当該保険医療機関において、１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〇割以下であること。

（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

〇点（１月につき）

［算定要件］

⑴ 在宅での療養を行っている患者であって通院困難なものに対して、当該患者の同意を得て、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同一時間帯以外に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

る〇月は算定できない。

⑵ 精神科在宅患者支援管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から〇月（精神科在宅患者支援管理料１にあっては〇月）以上を経過した患者（初診から〇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る。）であること。

⑶ 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面による診療の間隔は〇月以内に限る。）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った上で、その内容を診療録に添付していること。

⑷ 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。

⑸ オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

［施設基準］

⑴ 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等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

⑵ 緊急時に概ね〇分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）

⑶ 当該保険医療機関において、１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〇割以下であること。

⑨　電話等再診の見直し

骨子＜Ⅱ－２(10)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【再診料】 ［算定要件］ 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。	【再診料】 ［算定要件］ 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。ただし、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、電話、テレビ電話等を用いて医学的な管理を行い、当該再診料を算定していた患者については、一連の医学的な管理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。

⑩　在宅患者持続陽圧人工呼吸療法

遠隔モニタリング加算の新設

骨子＜Ⅱ－２(11)＞

第１　基本的な考え方

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、治療機器の装着状況等を遠隔でモニタリングする等により指導管理を行った場合の評価を新設する。また、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１.在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料に遠隔モニタリング加算を新設する。

（新）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料　遠隔モニタリング加算
〇点（１月につき）

［算定要件］

(1) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定し、ＣＰＡＰ療法を実施している患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、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、遠隔モニタリング加算として、〇月を限度として所定点数に加算する。

(2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と情報通信機器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った上で、その内容を診療録に添付していること。

(3) 対面診療の間に、情報通信機器を用いてＣＰＡＰの着用状況等のモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。

(4) 少なくとも月１回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

［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等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) 緊急時に概ね〇分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）

２．在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ＣＰＡＰを使用した場合　　1,100点	【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ＣＰＡＰを使用した場合　　<u>〇点</u>

⑪　在宅患者酸素療法指導料

遠隔モニタリング加算の新設

骨子＜Ⅱ－２(12)＞

第１　基本的な考え方

在宅酸素療法指導管理料について、頻回の外来受診が困難な患者に対する情報通信機器等を併用した指導管理を評価する。

第２　具体的な内容

１．在宅酸素療法指導管理料に遠隔モニタリング加算を新設する。

（新）　在宅酸素療法指導管理料　遠隔モニタリング加算

〇点（１月につき）

［算定要件］

(1) 在宅酸素療法指導管理料「２　その他の場合」を算定しているＣＯＰＤの病期がⅢ期又はⅣ期の患者に対して、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、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、遠隔モニタリング加算として、〇月を限度として所定点数に加算する。

(2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と情報通信機器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った上で、その内容を診療録に添付していること。

(3) 対面診療の間に、関連学会が定めた手引き等に沿って情報通信機器を用いて血圧、脈拍、酸素飽和度等のモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。

(4) 少なくとも月１回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録

に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

［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等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) 緊急時に概ね〇分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）

(3) 呼吸器について〇年以上の経験を有する常勤の医師を配置していること。

(4) 呼吸器について〇年以上の経験を有する看護師を配置していること。

⑫　ＩＣＴを利用した死亡診断における連携

骨子＜Ⅱ－２(13)＞

第１　基本的な考え方

「情報通信機器（ＩＣＴ）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき行われる、ＩＣＴを利用した死亡診断等について、診療報酬上の取り扱いを明確化する。

第２　具体的な内容

在宅患者訪問診療料の死亡診断加算の算定について、ICT を利用した場合の要件を明記する。

現　行	改定案
【死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）】 ［算定要件］ 死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。（中略）	【死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）】 ［算定要件］ 死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。（中略）「情報通信機器（ＩＣＴ）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行い死亡診断加算を算定する場合は、以下の要件を満たしていること。 ア　定期的･計画的な訪問診療を行

	っていること。 イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。 ウ　離島地域等に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

①　データの収集・利活用及び
アウトカムに着目した評価の推進

骨子＜Ⅱ－３＞

「Ⅰ－１－②」、「Ⅰ－３－②」、「Ⅰ－３－⑫」、「Ⅰ－３－⑭」及び「Ⅰ－３－⑰」を参照のこと。

①　明細書無料発行の推進

骨子＜Ⅱ－４＞

第１　基本的な考え方

現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び保険薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）については、患者からの求めがあったときに限られている。患者に対する情報提供の観点から、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、無料発行を原則義務とする。

※　自己負担がある患者については、診療所及び保険薬局において経過措置あり。
自己負担がない患者については、保険医療機関及び保険薬局において経過措置あり（病院及び保険薬局は平成 30 年４月から完全義務化）。

第２　具体的な内容

公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」及び「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」を改正し、自己負担がある患者と同様に、無料発行を原則義務とする。

①　医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

骨子＜Ⅲ－１(1)＞

第１　基本的な考え方

安全で質の高い医療を提供する観点から、総合入院体制加算等について、医療従事者の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件を見直すとともに、負担軽減及び勤務環境改善の取組に係る手続きの合理化を行う。

第２　具体的な内容

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

現　行	改定案
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 (7) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 ア　当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 (7) 病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 ア　当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、そ

の必要性等について提言するための責任者を配置すること。	の改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。	イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会又は会議は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第 19条に規定する安全衛生委員会等既存の委員会を活用することで差し支えない。
ウ　特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直	（削除）

や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。 エ　イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。 （イ）　当該計画には以下の項目を含むこと。 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（静脈採血の検査部における実施〇年〇月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等） （ロ）　当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。 ①　医師事務作業補助者の配置 ②　短時間正規雇用医師の活用 ③ 地域の他の保険医療機関との連携体制 ④　交代勤務制の導入（ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注３の加算、小児特定集中治療室管理	ウ　イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ　当該計画には次に掲げる項目のうち少なくとも〇項目以上を含んでいること。 ①　外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み（許可病床の数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。） ②　院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい） ③　医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減 ④　病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善 ⑤　看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料１では必ず本項目を計画に含むこと。） ⑤　外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。） ⑥　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等	
オ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。	（削除）
（新設）	オ　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

２．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とともに、医師事務作業補助体制加算等の評価を充実する。

現　行	改定案
【医師事務作業補助体制加算】 ［施設基準］ (1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(7)と同様であること。	【医師事務作業補助体制加算】 ［施設基準］ (1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

※第１の１の(7) 　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。	
ア　当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。	ア　当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。	（削除） ※　ウに移動の上、改定
ウ　特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行	イ　特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。

うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。	
（新規）	ウ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会又は会議は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第19条に規定する安全衛生委員会等既存の委員会を活用することで差し支えない。
エ　イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。	エ　ウの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
（イ）　当該計画には以下の項目を含むこと。 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（静脈採血の検査部における実施	オ　当該計画には以下の項目を含むこと。 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（例えば、初診時の予診の実施、

〇年〇月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等）	静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、ウに規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。
（ロ）　当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。 ①　医師事務作業補助者の配置 ②　短時間正規雇用医師の活用 ③　地域の他の保険医療機関との連携体制 ④　交代勤務制の導入（ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注３の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料１では必ず本項目を計画に含むこと。） ⑤　外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が 500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。） ⑥　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等	カ　当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも〇項目以上を含んでいること。 ①　勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施 ②　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） ③　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ④　当直翌日の業務内容に対する配慮 ⑤　交替勤務制・複数主治医制の実施 ⑥　育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

（新設）	キ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 ※　手術・処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１についても同様
【医師事務作業補助体制加算】 １　医師事務作業補助体制加算１ イ　15対１補助体制加算　870点 ロ　20対１補助体制加算　658点 ハ　25対１補助体制加算　530点 ニ　30対１補助体制加算　445点 ホ　40対１補助体制加算　355点 ヘ　50対１補助体制加算　275点 ト　75対１補助体制加算　195点 チ　100対１補助体制加算　148点 ２　医師事務作業補助体制加算２ イ　15対１補助体制加算　810点 ロ　20対１補助体制加算　610点 ハ　25対１補助体制加算　490点 ニ　30対１補助体制加算　410点 ホ　40対１補助体制加算　330点 ヘ　50対１補助体制加算　255点 ト　75対１補助体制加算　180点 チ　100対１補助体制加算　138点	【医師事務作業補助体制加算】 １　医師事務作業補助体制加算１ イ　15対１補助体制加算　○点 ロ　20対１補助体制加算　○点 ハ　25対１補助体制加算　○点 ニ　30対１補助体制加算　○点 ホ　40対１補助体制加算　○点 ヘ　50対１補助体制加算　○点 ト　75対１補助体制加算　○点 チ　100対１補助体制加算　○点 ２　医師事務作業補助体制加算２ イ　15対１補助体制加算　○点 ロ　20対１補助体制加算　○点 ハ　25対１補助体制加算　○点 ニ　30対１補助体制加算　○点 ホ　40対１補助体制加算　○点 ヘ　50対１補助体制加算　○点 ト　75対１補助体制加算　○点 チ　100対１補助体制加算　○点 ※　急性期看護補助体制加算、看護補助加算についても同様

３．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、当該要件に係る合理化を行う。

現　行	改定案
【精神科リエゾンチーム加算】 ［施設基準］ (1) 精神疾患に係る症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。	【精神科リエゾンチーム加算】 ［施設基準］ (1) 精神疾患に係る症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （削除） ※　急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、栄養サポートチーム加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、病棟薬剤業務実施加算、認知症ケア加算１、救命救急入院料　注３加算、小児特定集中治療室管理料１又は２、総合周産期特定集中治療室管理料、小児入院医療管理料、移植後患者指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料及び院内トリアージ実施料についても同様

４．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。

②　医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

骨子＜Ⅲ－１(2)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

１．医師については、小児科・産婦人科・その他専門性の高い特定の領域や夜間の緊急対応の必要性が低い項目について、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。

［対象］

（小児科）

- 新生児治療回復室入院医療管理料
- 小児入院医療管理料
- 小児食物アレルギー負荷検査
- 障害児（者）リハビリテーション料

（産婦人科）

- ハイリスク分娩管理加算

※　常勤の産婦人科又は産科に従事する医師３名のうち、常勤換算でも配置できるのは、２名までに限る。

（リハビリテーション科）

- 心大血管疾患リハビリテーション料※
- 脳血管疾患リハビリテーション料※
- 廃用症候群リハビリテーション料※
- 運動器リハビリテーション料※
- 呼吸器リハビリテーション料※

※　初期加算を含む。

・　難病患者リハビリテーション料

・　障害児（者）リハビリテーション料（再掲）

・　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

・　リンパ浮腫複合的治療料

・　集団コミュニケーション療法料

（精神科）

・　重度アルコール依存症入院医療管理加算

・　摂食障害入院医療管理加算

・　認知症ケア加算

・　通院・在宅精神療法　児童思春期精神科専門管理加算

・　救急患者精神科継続支援料

・　抗精神病特定薬剤治療指導管理料　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料

・　医療保護入院等診療料

・　精神科重症患者早期集中支援管理料

（麻酔科）

・　麻酔管理料（Ⅱ）

※　常勤の麻酔科標榜医５名のうち、常勤換算でも配置できるのは、４名までに限る。

（その他）

・ 高度難聴指導管理料

・ 糖尿病合併症管理料

・ 移植後患者指導管理料

・ 遺伝カウンセリング加算

・ 長期継続頭蓋内脳波検査

・ 脳磁図

・ 神経学的検査

・ 補聴器適合検査

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（※）。

［対象］

- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 地域包括ケア病棟入院料
- 心大血管疾患リハビリテーション料
- 脳血管疾患等リハビリテーション料
- 廃用症候群リハビリテーション料
- 運動器リハビリテーション料
- 呼吸器リハビリテーション料
- 摂食機能療法　経口摂取回復促進加算
- 難病患者リハビリテーション料
- 障害児（者）リハビリテーション料
- 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
- リンパ浮腫複合的治療料
- 集団コミュニケーション療法料

※　例えば、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）については、専従の常勤理学療法士５名、常勤作業療法士３名及び常勤言語聴覚士１名のうち、常勤換算でも配置できるのは、理学療法士４名、作業療法士２名及び言語聴覚士１名までに限る。

３．管理栄養士については、在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、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。

４．看護師については、外来において常勤職員の配置が求められている糖尿病合併症管理料について、非常勤職員でも配置可能とする。

５．歯科衛生士及び歯科技工士については、常勤職員の配置が求められている歯科治療時医療管理料及び有床義歯修理歯科技工加算１及び２について、常勤換算でも配置可能とする。

③　常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例

骨子＜Ⅲ－１(3)＞

第１　基本的な考え方

常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の要件について、育児・介護時の例外的な取扱いを調剤報酬において明確化する。

第２　具体的な内容

一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現　行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】 ［施設基準］ 当該保険薬局に週32時間以上勤務している。	【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】 ［施設基準］ 当該保険薬局に週 32時間以上（ 32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法で定める期間は週〇時間以上かつ週〇日以上である場合を含む。）勤務している。

④　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

骨子＜Ⅲ－１(4)＞

第１　基本的な考え方

救命救急治療室等に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、当該治療室に従事する医師の勤務場所に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

患者の治療室への入退室などに際して、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。

現　行	改定案
【救命救急入院料】 ［施設基準］ (1) 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。	【救命救急入院料】 ［施設基準］ (1) 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

⑤　ＩＣＴを活用した勤務場所に関する規定の緩和

骨子＜Ⅲ－１(5)＞

第１　基本的な考え方

画像診断及び病理診断を行う医師について、一定の要件の下にＩＣＴを活用した柔軟な働き方を可能とする。

第２　具体的な内容

画像診断、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、保険医療機関において週 24 時間以上勤務する医師が、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	改定案
【画像診断】 ［算定要件］ （新設）	【画像診断】 ［算定要件］ 区分番号E001（写真診断）、E004（基本的エックス線診断料）、E102（核医学診断）、E203（コンピューター断層診断）及び画像診断管理加算について、画像診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週 24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情

	報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。
【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】 夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。	【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】 （削除）
【病理診断料、病理診断管理加算】 ［算定要件］ （新設）	【病理診断料、病理診断管理加算】 ［算定要件］ 区分番号N006病理診断料及び病理診断管理加算について、病理診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週 24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する

	医師に報告した場合も算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

⑥　看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進

骨子＜Ⅲ－１(6)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

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

現　行	改定案
【急性期看護補助体制加算／看護補助加算】 ［施設基準］ 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年１回以上見直しを行うこと。	【急性期看護補助体制加算／看護補助加算】 ［施設基準］ 当該病棟において、看護職員と看護補助者との<u>業務内容及び</u>業務範囲について、年１回以上見直しを行うこと。

［算定要件］

(1) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

(2) やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

(3) 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

① 実施の必要性等のアセスメント

② 患者家族への説明と同意

③ 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

④ 二次的な身体障害の予防

⑤ 身体的拘束の解除に向けた検討

(4) 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも１日に１度は行うこと。

２．看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。

［施設基準］

当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。

３．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、看護補助者の配置に係る評価を新設する。

（新）　看護補助加算

イ　14 日以内の期間	○点（１日につき）
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	○点（１日につき）

［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入院基本料又は 10 対１入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。

(4) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

（新）　夜間看護体制加算　　○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業務管理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。

４．夜間の看護業務の負担軽減、ケアの充実を促進するため、夜間 75 対１看護補助加算を算定できる対象病棟を、13 対１一般病棟（専門病院含む。）から、13 対１入院基本料を算定する全ての病棟に広げる。

現　行	改定案
【夜間75対１看護補助加算（看護補助加算の注加算）】 ［施設基準］ イ　（略） ロ　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。 ハ　（略）	【夜間75対１看護補助加算（看護補助加算の注加算）】 ［施設基準］ イ　（略） ロ　地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は13対１入院基本料を算定する病棟であること。 ハ　（略）

５．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　　○点（１日につき）

［施設基準］

(1) 当該病棟又は病室を含む病棟において、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、○割以上入院させる病棟であること。

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

［算定要件］

看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16 対１配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた３人以上でなければ算定できない。

６．急性期一般入院料のうち中間的な評価の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。また、看護職員夜間 12 対１配置加算１の評価を充実する。

現　行	改定案
【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間 12対１配置加算 イ　看護職員夜間 12対１配置加算１　80点 ロ　看護職員夜間 12対１配置加算２　60点 ２　看護職員夜間16対１配置加算　40点 （新設）	【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間 12対１配置加算 イ　看護職員夜間 12対１配置加算１　○点 ロ　看護職員夜間 12対１配置加算２　○点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算１　○点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算２　○点

［施設基準］　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。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、３以上であることとする。

(2) 急性期一般入院料２、急性期一般入院料３、急性期一般入院料４、急性期一般入院料５又は急性期一般入院料６を算定する病棟であること。

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

⑦　専従要件の緩和

骨子＜Ⅲ－１(6)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

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し、併せて、評価についても見直しを行う。また、担当する患者数が一定程度以下の場合は専任であっても差し支えないこととする。

現　行	改定案
【緩和ケア診療加算】 （１日につき）　400点 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤	【緩和ケア診療加算】 （１日につき）　○点 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤

師 なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。	師 なお、ア～エのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が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。
【外来緩和ケア管理料】　300点 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師 なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。	【外来緩和ケア管理料】　○点 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師 なお、ア～エのうちいずれか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。
【栄養サポートチーム加算】 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム	【栄養サポートチーム加算】 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム

（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか１人は専従であること。 ア　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師 イ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 ウ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師 エ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士	（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか１人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が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。 ア　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師 イ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 ウ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師 エ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

２．職員の専従が要件となっている精神科専門療法について、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。

現　行	改定案
【精神科作業療法】 ［施設基準］ (1) 作業療法士は、専従者として最低１人が必要であること。	【精神科作業療法】 ［施設基準］ (1) 作業療法士は、専従者として最低１人が必要であること。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下

	この項において「精神科ショート・ケア等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出ることは可能である。 ※　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア料についても同様

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

「Ⅰ－３－⑫」を参照のこと。

⑧　地域包括診療料等の見直し

骨子＜Ⅲ－１(7)①③＞

「Ⅰ－２－①」を参照のこと。

⑨　小児科療養指導料の見直し

骨子＜Ⅲ－１(8)＞

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

⑩　情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した関係機関連携の推進

骨子＜Ⅲ－１(9)＞

第１　基本的な考え方

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、感染防止対策加算や退院時共同指導料等について、連携会議や情報共有等にＩＣＴを活用することができるよう、要件を緩和する。

第２　具体的な内容

対面でのカンファレンス等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等を組み合わせて開催できるよう、要件を見直す。

［対象］

・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
・退院時共同指導料２の注３
・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）

現　行	改定案
【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料】

［算定要件］ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。	［算定要件］ 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。
［留意事項］ （新設）	［留意事項］ (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、やむを得ない事情等により参加できない場合は、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器（ビデオ通話）を用いて参加した場合でも算定可能である。 (2) なお、当該カンファレンスにおいて、患者の個人情報を画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、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。 ※　留意事項の内容は、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。
【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ 注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。 ［留意事項］ (1)　（略）	【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ 注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。 ［留意事項］ (1)　（略）

（新設）	(2) 当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療資源の少ない地域に所在する場合であって、やむを得ない事情等により、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医等が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器（ビデオ通話）を用いて参加した場合でも算定可能である。 ※　留意事項の内容は、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。

⑪　麻酔科の診療に係る評価の見直し

骨子＜Ⅲ－１(10)＞

「Ⅱ－２－③」を参照のこと。

①　事務の効率化・合理化や情報利活用の推進

骨子＜Ⅲ－２＞

第１　基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化・合理化や診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．医療機関等における業務の効率化・合理化の観点から、以下のような見直しを行う。

⑴ 入院基本料等に係る施設基準の届出項目や手続き等について、重複した内容の項目などについて、届出の省略や手続きの簡素化を行う。

⑵ 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を行うため、介護保険のリハビリテーション事業所でもリハビリテーション計画書を活用できるよう､様式の見直しを行う。
「Ⅰ－７－④」を参照のこと。

⑶ 診療報酬明細書について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、添付資料の見直しや算定理由等の摘要欄への記載事項を選択肢とする等の対応を行う。

２．診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、以下のような見直しを行う。

⑴ 電子レセプト等について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し､患者氏名にカタカナ併記の協力を求めることとする。

(2) 診療実績データの記載項目について、急性期以外の病棟に入院する患者については、その状態を表す項目の記載を求めるとともに、急性期以外の病棟に入院する患者には有用性の乏しい項目については記載を任意とする等の簡素化を行う。

(3) 診療実績データの記載項目に、外科系学会社会保険委員会連合が提供する基幹コードを記載することとする。

(4) 診療報酬の請求にあたって使用する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。

①　ＩＣＴ等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入

骨子＜Ⅲ－３＞

「Ⅱ－２－⑧」、「Ⅱ－２－⑨」、「Ⅱ－２－⑩」、「Ⅱ－２－⑪」及び「Ⅱ－２－⑫」を参照のこと。

①　地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化

骨子＜Ⅲ－４＞

「Ⅰ－１－③」、「Ⅰ－１－④」、「Ⅰ－１－⑤」、「Ⅰ－１－⑥」、「Ⅰ－１－⑧」、「Ⅰ－１－⑨」及び「Ⅰ－１－⑩」を参照のこと。

①　外来医療の機能分化

骨子＜Ⅲ－５＞

「Ⅰ－４－①」、「Ⅰ－４－②」、「Ⅰ－４－③」及び「Ⅰ－４－④」を参照のこと。

①　薬価調査が適切に実施される環境の整備

骨子＜Ⅳ－１(2)＞

「Ⅰ－４－④」を参照のこと。

①　薬局における後発医薬品の使用促進

骨子＜Ⅳ－２(1)＞

第１　基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬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。

２．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。

現　行	改定案
【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付１回につき） イ　後発医薬品調剤体制加算１　18 点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　22点 （新設）	【後発医薬品調剤体制加算】（処方箋の受付１回につき） イ　後発医薬品調剤体制加算１　○点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　○点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　○点
［施設基準］ 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合がそれぞれ、以下のとお	［施設基準］ 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合がそれぞれ、以下のとお

りであること。 後発医薬品調剤体制加算１ 65%以上 後発医薬品調剤体制加算２ 75%以上 （新設）	りであること。 後発医薬品調剤体制加算１ 〇%以上 後発医薬品調剤体制加算２ 〇%以上 後発医薬品調剤体制加算３ 〇%以上
【調剤基本料】 （新設）	【調剤基本料】 注６　後発医薬品の調剤に関して、別に厚生労働大臣が定める薬局において調剤した場合には、所定点数から〇点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に〇回以下の保険薬局を除く。
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が〇割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 (2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

②　後発医薬品使用体制加算の見直し

骨子＜Ⅳ－２(2)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

１．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、後発医薬品使用率の向上に伴う評価の見直しを行う。

２．また、ＤＰＣ制度における後発医薬品係数の見直しに伴い、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する。

現　行	改定案
【後発医薬品使用体制加算】 （新設） 後発医薬品使用体制加算１　42 点 後発医薬品使用体制加算２　35 点 後発医薬品使用体制加算３　28 点 ［施設基準（通知）］ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発	【後発医薬品使用体制加算】 後発医薬品使用体制加算１　○点 後発医薬品使用体制加算２　○点 後発医薬品使用体制加算３　○点 後発医薬品使用体制加算４　○点 ［施設基準（通知）］ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発

医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては 70%以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては 60％以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算３にあっては 50%以上 60%未満であること。	医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては○％以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては ○％以上 ○％未満、後発医薬品使用体制加算３にあっては ○％以上 ○％未満、後発医薬品使用体制加算４にあっては ○％以上 ○％未満であること。
(6) ＤＰＣ対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。	（削除）
【処方料】 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。	【処方料】 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。
（新設） イ　外来後発医薬品使用体制加算１　４点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　３点	イ　外来後発医薬品使用体制加算１　○点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　○点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　○点
［施設基準（通知）］	［施設基準（通知）］

(2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算１にあっては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算２にあっては 60%以上 70%未満であること。	(2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算１にあっては〇%以上、外来後発医薬品使用体制加算２にあっては〇%以上〇%未満、外来後発医薬品使用体制加算３にあっては〇%以上〇%未満であること。

③　一般名処方加算の見直し

骨子＜Ⅳ－２(3)＞

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

後発医薬品の使用推進の観点から、一般名処方の推進を図るため、一般名処方加算を見直す。

現行	改定案
【処方箋料】	【処方箋料】
イ　一般名処方加算１　３点	イ　一般名処方加算１　○点
ロ　一般名処方加算２　２点	ロ　一般名処方加算２　○点

④　ＤＰＣ対象病院における後発医薬品の使用促進

骨子＜Ⅳ－２(4)＞

「Ⅰ－３－⑯」を参照のこと。

①　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

骨子＜Ⅳ－３＞

「Ⅰ－３」を参照のこと。

①　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

骨子＜Ⅳ－４＞

「Ⅰ－４」を参照のこと。

①　入院中等の減薬の取組みの評価

骨子＜Ⅳ－６(1)(2)＞

第１　基本的な考え方

入院患者に対する減薬に係る取組実績を踏まえ、薬剤総合評価調整加算の評価対象に地域包括ケア病棟入院料を追加する。また、退院後、地域包括診療料等を算定する場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携について評価を行う。

第２　具体的な内容

１．地域包括ケア病棟入院料において、薬剤総合評価調整加算を包括の範囲外とする。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［包括範囲］ 診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（１のイに限る。）及び認知症ケア加算、第２章第２部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、第10部手術、第11部麻酔並びに別に厚生労働	【地域包括ケア病棟入院料】 ［包括範囲］ 診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算及び薬剤総合評価調整加算、第２章第２部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、第10部手術、第11部麻酔

大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２に含まれるものとする。	並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。

２．地域包括診療料等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合について、評価を新設する。

「Ｉ－２－①」を参照のこと。

②　向精神薬処方の適正化

骨子＜Ⅳ－６(3)＞

第１　基本的な考え方

向精神薬の多剤処方やベンゾジアゼピン系の抗不安薬等の長期処方の適正化推進のため、向精神薬を処方する場合の処方料及び処方箋料に係る要件を見直す。また、向精神薬の多剤処方等の状態にある患者に対し、医師が薬剤師等と連携して減薬に取り組んだ場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

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	改定案
【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、	【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○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　○点 処方箋料　○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○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

所定点数の 100分の 80に相当する点数により算定する。	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。

２．一定期間以上、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を長期にわたって継続して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　〇点
（新）　処方箋料　〇点

［算定要件］

不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を〇月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、精神科の診療に係る経験を十分に有する精神科医が処方する場合、直近〇月以内に、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等特に規定する場合を除く。）

３．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師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　〇点
処方箋料
（新）　向精神薬調整連携加算　〇点

［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不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を〇月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護師）に症状の変化等の確認を指示した場合

③　抗菌薬の適正使用

骨子＜Ⅳ－６(4)＞

「Ⅱ－１－６－②」を参照のこと。

④　処方料等及び処方箋様式の見直し

骨子＜Ⅳ－６(5)(6)＞

第１　基本的な考え方

外来機能の役割分担の推進及び分割調剤に係る医師の指示や分割調剤を行った際の手続きの明確化・合理化を図る観点から、処方に係る加算及び処方箋の様式を見直す。医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を推進するため、残薬に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

第２　具体的な内容

１．外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、処方日数に係る加算を見直す。

(1) 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の 30 日以上の処方減算を適正化する。
(2) (1)に伴い、200 床未満の医療機関における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。
(3) 分割指示の取扱いを明確化する（分割調剤における処方箋様式の追加）。

現　行	改定案
【処方料・処方せん料・薬剤料】 注　区分番号A000に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号A002に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100分の 60に相当する点数によ	【処方料・処方箋料・薬剤料】 注　区分番号A000に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号A002に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100分の○に相当する点数によ

り算定する。 【処方料・処方せん料】 注　診療所又は許可病床数が 200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28日以上の処方を行った場合は、月１回に限り、１処方につき 65点を加算する。ただし、この場合において同一月に注５（編：院外処方は注４）の加算は算定できない。	り算定する。 【処方料・処方箋料】 注　診療所又は許可病床数が 200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28日以上の処方を行った場合は、月１回に限り、１処方につき○点を加算する。ただし、この場合において同一月に注５（編：院外処方は注４）の加算は算定できない。

２．分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方箋様式を追加するとともに、具体的な取扱いを明確にする。

［分割調剤に係る留意事項］

⑴ 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は３回までとすること。

⑵ 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。

⑶ 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。

⑷ 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。

(5) 受付保険薬局情報において、１枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とすること。

３．あらかじめ医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

新たな処方箋様式（案）

様式第二号の二（第二十三条関係）

処　　方　　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋　　＿分割の＿回目

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・

患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名　　印
	生年月日	明大昭平　年　月　日	男・女	
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード

交付年月日	平成　年　月　日	処方箋の使用期間	平成　年　月　日 特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて４日以内に保険薬局に提出すること。

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　　□保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	平成　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号	

備考　１．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

２．この用紙は、日本工業規格 Ａ 列５番を標準とすること。

３．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

様式第二号の二

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿　　ＦＡＸ番号＿＿＿＿＿＿＿＿

その他の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿

（受付保険薬局情報）

１回目を受け付けた保険薬局

名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

調剤年月日＿＿＿＿＿＿＿＿

２回目を受け付けた保険薬局

名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

調剤年月日＿＿＿＿＿＿＿＿

３回目を受け付けた保険薬局

名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険薬剤師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

調剤年月日＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤　多剤投薬の適正化の推進

骨子＜Ⅳ－６(7)＞

「Ⅱ－１－８－①」を参照のこと。

①　いわゆる門前薬局の評価の見直し

骨子＜Ⅳ－７(1)(2)(3)(4)＞

第１　基本的な考え方

１．医薬品の備蓄等の効率性や医療経済実態調査に基づく薬局の収益状況等を踏まえ、現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について拡大するとともに、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。また、同様に医薬品の備蓄等の効率性も考慮し、いわゆる同一敷地内薬局の評価を見直す。

２．薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第２　具体的な内容

１．現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について以下のとおり拡大する。

(1) 調剤基本料３について、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。

(2) 調剤基本料３について、グループ全体の処方箋受付回数が多い、特に大型の門前薬局の評価をさらに適正化する。

(3) 調剤基本料２について、処方箋の受付回数が 2,000 回を超える保険薬局における特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。

(4) 調剤基本料２について、以下の場合を追加する。

① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が一定数を超える場合。

② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が一定数を超える場合。

(5) 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷地内薬局に対する評価を見直す。

２．保険薬局の調剤基本料について、簡素化も考慮し、未妥結減算及び薬剤師のかかりつけ機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合する。

「Ⅰ－４(4)」を参照のこと。

現　行	改定案
【調剤基本料】	【調剤基本料】
調剤基本料１　41 点	調剤基本料１　○点
調剤基本料２　25 点	調剤基本料２　○点
調剤基本料３　20 点	調剤基本料３ イ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数○回超○回以下の場合　○点 ロ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数○回超の場合　○点
調剤基本料４　31 点	（削除）
調剤基本料５　19 点	（削除）
注２　注１の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本	注２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局については、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料とし

料として 15 点を算定する。	て○点を算定する。
注３　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付が１月に 600 回以下の保険薬局を除く。	注３　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の 100 分の○に相当する点数により算定する。
［施設基準］	［施設基準］
調剤基本料１	調剤基本料１
イ　調剤基本料２のイ又は調剤基本料３のイに該当しない保険薬局であること	調剤基本料２、調剤基本料３のイ、調剤基本料３のロ又は調剤基本料の注２の(1)に該当しない保険薬局であること
ロ　妥結率が５割を超えること	（削除）
調剤基本料２	調剤基本料２
イ　以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料３のイに該当する保険薬局を除く。	イ　以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料３のイ、調剤基本料３のロ又は調剤基本料の注２の(1)に該当する保険薬局を除く。
①（略）	①（略）
②　処方せんの受付回数が１月に 2,000回を超えること（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が９割を超える場合に限る。）	②　処方箋の受付回数が１月に 2,000回を超えること（特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が○割を超える場合に限る。）
③　特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数が月 4,000回を超えること	③　特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（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とする。）が月 4,000回を超えること
（新設）	④　特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（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の受付回数を含む。）が月〇回を超えること
ロ　妥結率が５割を超えること	（削除）
調剤基本料３	調剤基本料３のイ
イ　同一グループの処方せん受付回数の合計が１月に４万回を超えるグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局	同一グループの保険薬局における処方箋受付回数の合計が１月に〇回を超えて、〇回以下のグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし、調剤基本料３のロ又は調剤基本料の注２の(1)に該当する保険薬局を除く。
①　特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が９割５分を超えること	①　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が〇割を超える保険薬局
②（略）	②（略）
ロ　妥結率が５割を超えること	（削除）
（新設）	調剤基本料３のロ 同一グループの保険薬局における処方箋受付回数の合計が１月に〇回を超えるグループに属する保

	険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし、調剤基本料の注２の(1)に該当する保険薬局を除く。 ①　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が○割を超える保険薬局 ②（略）
調剤基本料４ 　調剤基本料１のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が５割以下の保険薬局	（削除）
調剤基本料５ 　調剤基本料２のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が５割以下の保険薬局	（削除）
［調剤基本料注１のただし書きに規定する施設基準］ (1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。 イ　当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の５割以上が、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合している薬剤師であること。 ロ　かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定について、相当の実績を有し	［調剤基本料注１のただし書きに規定する施設基準］ （削除）

ていること。	
（新設）	(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。 イ 「基本診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 62 号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。 ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数（歯科医療を担当するものを除く。）の数が〇以下であって、許可病床の数が〇床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が〇割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。 ハ 処方箋受付回数が一月に〇回を超えないこと。
(2) 調剤基本料１を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割を超えていること。	（削除）
［調剤基本料注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局］ （新設）	［調剤基本料注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局］ 次のいずれかに該当する保険薬局であること。

	(1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が〇割を超えること。 (2) 調剤基本料１、２、３のイ及び３のロのいずれにも該当しない保険薬局
［調剤基本料の注３に規定する保険薬局］ かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を１年間実施していない保険薬局であること。	［調剤基本料の注３に規定する保険薬局］ 次のいずれかに該当する保険薬局であること (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が〇割以下であること。 (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険薬局であること。 (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局。ただし、処方箋の受付回数が１月に〇回以下の保険薬局を除く。

①　実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

骨子＜Ⅳ－８(2)(4)②③＞

第１　基本的な考え方

１．材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

２．安定冠動脈疾患に対して待機的に行う経皮的冠動脈インターベンションについて、術前の検査等による機能的虚血の確認を要件とする。

３．脂漏性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法については、処置として算定する旨を明確化する。

第２　具体的な内容

１．材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえた適正な評価を行う。

（技術の例）

現　行	改定案
【血糖自己測定器加算】	【血糖自己測定器加算】
１　月 20回以上測定する場合　400点	１　月 20回以上測定する場合　○点
（新設）	２　月 30回以上測定する場合　○点
２　月 40回以上測定する場合　580点	３　月 40回以上測定する場合　○点
３　月 60回以上測定する場合　860点	４　月 60回以上測定する場合　○点
４　月 80回以上測定する場合　1,140点	５　月 90回以上測定する場合　○点

５　月100回以上測定する場合 1,320点 ６　月120回以上測定する場合 1,500点	６　月120回以上測定する場合 ○点

２．区分番号K546に掲げる経皮的冠動脈形成術及び区分番号K549に掲げる経皮的冠動脈ステント留置術のうち、安定冠動脈疾患に対して待機的に実施される場合について、原則として病変が機能的虚血の原因と確認されていることを算定要件とする。

現　行	改定案
【経皮的冠動脈形成術】 １　急性心筋梗塞に対するもの 32,000点 ２　不安定狭心症に対するもの 22,000点 ３　その他のもの 19,300点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 ［算定要件］ （新設）	【経皮的冠動脈形成術】 １　急性心筋梗塞に対するもの ○点 ２　不安定狭心症に対するもの ○点 ３　その他のもの ○点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。 ［算定要件］ ３については、原則として以下のいずれかの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　患者の狭心症状の原因と考えられる狭窄病変 ウ　機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因病変と確認されている狭窄病変 なお、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に、アからウまでのいずれ

	かに該当する医学的根拠について記載すること。 　ただし、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こと。 ※　K549経皮的冠動脈ステント留置術についても同様

３．脂漏性角化症や軟性線維腫に対する凍結療法については、「いぼ等冷凍凝固法」により算定する旨を明確化する。

現　行	改定案
【いぼ冷凍凝固法】 １　３箇所以下　210点 ２　４箇所以上　260点 （新設）	【いぼ等冷凍凝固法】 １　３箇所以下　○点 ２　４箇所以上　○点 ［算定要件］ 　脂漏性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法については、「いぼ等冷凍凝固法」により算定する。

②　実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

骨子＜Ⅳ－８(3)＞

第１　基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づいて見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

また、悪性腫瘍組織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ことから、複数の遺伝子検査を同時に行った場合について適正化を図る。

第２　具体的な内容

１．衛生検査所検査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。

２．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する悪性腫瘍組織遺伝子検査を２項目以上行った場合について、算定の上限を新設する。

（新設）

【悪性腫瘍組織検査（悪性腫瘍遺伝子検査）】

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組織遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ　２項目	○点
ロ　３項目以上	○点

③　透析医療に係る診療報酬の見直し

骨子＜Ⅳ－８(4)①＞

第１　基本的な考え方

透析医療については、年々患者数が増加する一方、重症化予防などの推進が求められていること等を踏まえ、腎不全等の重症化予防の推進に資する見直しを行うとともに、効率性の観点等から透析に係る処置料の適正化を行う。

第２　具体的な内容

１．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、腎不全に至っていない高度腎機能障害の患者に拡大するとともに名称の見直しを行う。

現　行	改定案
【腎不全期患者指導加算】 ［名称］ ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、腎不全期患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。 ［算定対象］ 腎不全期（eGFRが	【高度腎機能障害患者指導加算】 （名称変更） ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、高度腎機能障害を有する患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。 ［算定対象］ eGFRが 45mL/min/1.73㎡未満の

30mL/min/1.73㎡未満）の患者	患者

２．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。

現　行	改定案
【人工腎臓】 注２　導入期１月に限り１日につき300点を加算する。 ［施設基準］ （新設）	【人工腎臓】 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期１月に限り１日につき、導入期加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　導入期加算１　○点 ロ　導入期加算２　○点 ［施設基準］ 導入期加算１ 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 導入期加算２ ①　導入期加算１の施設基準を満たしていること。 ②　腹膜透析の指導管理に係る実績があること。 ③　腎移植の推進に係る取組の実績があること。

【慢性維持透析患者外来医学管理料】 （新設）	【慢性維持透析患者外来医学管理料】 注○　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、医学管理を行った場合は、腎代替療法実績加算として所定点数に ○点を加算する。
［施設基準］ （新設）	［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。

３．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	改定案
【人工腎臓】 注３　著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、１日につき 120点を加算する。	【人工腎臓】 注３　著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、１日につき ○点を加算する。

４．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	改定案
【人工腎臓】 注１　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は、 300点を所定点数に加算する。	【人工腎臓】 注１　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は、○点を所定点数に加算する。

５．長時間の人工腎臓に対する評価を新設する。

現　行	改定案
【人工腎臓】 （新設） （新設）	【人工腎臓】 注　通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有する患者に対して、６時間以上の人工腎臓を行った場合、１回につき ○点を加算する。 ［算定要件］ 　次に掲げる状態の患者であって、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。 ①　心不全兆候を認める、または血行動態の不安定な患者 ②　適切な除水、適切な降圧薬管理、適切な塩分摂取管理を行っても高血圧状態が持続する患者 ③　高リン血症が持続する患者

６．腹膜灌流に係る費用の入院料への包括を見直し、別途算定できることとする。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注１～３　（略） 注４　診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 注１～３　（略） 注４　診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費

用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J 038に掲げる人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。 注５　（略）	用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J 038に掲げる人工腎臓、J 042に掲げる腹膜灌流並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。 注５　（略） ※　地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料についても同様

７．透析液の水質確保に関する評価を見直す。

現　行	改定案
【人工腎臓】 （新設）	【人工腎臓】 ［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。

注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　透析液水質確保加算１　８点 ロ　透析液水質確保加算２　20点	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、○点を所定点数に加算する。 （削除） （削除）
［施設基準］ 透析液水質確保加算１ 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。	［施設基準］ （削除）
透析液水質確保加算２ ①　月１回以上水質検査を実施し、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。	透析液水質確保加算 月１回以上水質検査を実施し、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。 （削除）

［経過措置］

算定要件にかかわらず、人工腎臓に係る診療料は、平成○年○月○日までの間、算定できるものとする。

８．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	改定案
【人工腎臓】 １　慢性維持透析を行った場合 イ　４時間未満の場合 2,010点 ロ　４時間以上５時間未満の場合 2,175点 ハ　５時間以上の場合 2,310点 （新設）	【人工腎臓】 １　慢性維持透析を行った場合１ イ　４時間未満の場合 ○点 ロ　４時間以上５時間未満の場合 ○点 ハ　５時間以上の場合 ○点 ２　慢性維持透析を行った場合２ イ　４時間未満の場合 ○点 ロ　４時間以上５時間未満の場合 ○点 ハ　５時間以上の場合 ○点 ３　慢性維持透析を行った場合３ イ　４時間未満の場合 ○点 ロ　４時間以上５時間未満の場合 ○点 ハ　５時間以上の場合 ○点

（新設）	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
（新設）	［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。 イ　透析用監視装置の台数が 一定以下の保険医療機関であること。 ロ　透析用監視装置の台数に対するJ 038人工腎臓を算定した患者数が 一定未満であること。 （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。 イ　透析用監視装置の台数が 一定以上の保険医療機関であること。 ロ　透析用監視装置の台数に対するJ 038人工腎臓を算定した患者数が 一定の範囲内であること。 （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保険医療機関であること。

９.「慢性維持透析濾過（複雑なもの）」に時間に応じた評価体系を導入する。

現　行	改定案
【人工腎臓】 ２　慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合　2,225点 （新設）	【人工腎臓】 （削除） 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なもの）を行った場合、慢性維持透析濾過加算として慢性維持透析を行った場合の所定点数に ○点を加算する。
［算定要件］ 「２」慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいい、次の全てを満たしている場合に限り算定する。 ア　月１回以上水質検査を実施し、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。 イ　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。	［算定要件］ 血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うこと。

（新設）	［施設基準］ 慢性維持透析濾過（複雑なもの） 　　透析液水質確保加算の施設基準を満たしていること。

④ ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る要件の見直し

骨子＜Ⅳ－8⑷④＞

第１ 基本的な考え方

疾病の改善の目的外で、一度に多量に処方される血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）が一定程度あり、適正使用が求められていることを踏まえ、保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１．血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）の使用について、美容目的などの疾病の治療以外を目的としたものについては、保険給付の対象外である旨を明確化する。

２．審査支払機関において適切な対応がなされるよう周知する。

【投薬】

［算定要件］

入院中の患者以外の患者に対して血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療であることが明らかであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

⑤　入院時食事療養費（Ⅱ）の見直し

骨子＜Ⅳ－８(5)＞

第１　基本的な考え方

流動食のみを経管栄養法で提供する場合の入院時食事療養費(Ⅱ)について、自己負担額が費用の額を超えないように見直す。

第２　具体的な内容

入院時食事療養費(Ⅱ)のうち 455 円となっているものについては、平成 30 年４月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額（ 460 円）に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、○円に見直す。

現　行	改定案
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第１　食事療養 １　略 ２　入院時食事療養（Ⅱ） （１食につき） (1)　(2)以外の食事療養を行う場合 506円 (2)　流動食のみを提供する場合 455円	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第１　食事療養 １　略 ２　入院時食事療養（Ⅱ） （１食につき） (1)　(2)以外の食事療養を行う場合 ○円 (2)　流動食のみを提供する場合 ○円