

平成29年度文部科学省

「専修学校による地域産業中核的人材養成事業」

**医療事務における効果的な連携事業を行うための
教員研修会**

1. 平成29年度事業の取組み	..... P3
2. 実習前教育基礎	.....P19
3. 医療業界の動向と 平成30年診療報酬改定	.....P42
地域医療構想	.....P44
診療報酬改定	.....P50
4. 診療報酬改定における教育のポイント	
①外来	.....P56
かかりつけ医機能の役割	.....P58
投薬に関する事項	.....P62
オンライン関連	.....P68
リハビリテーション関連	.....P71
患者相談・退院支援	.....P75
②入院	.....P81
一般病棟等、重症度・医療・看護必要度	.....P82
重症度・医療・看護必要度	.....P85
在宅復帰率	.....P90
5. 参考資料	.....P93
看取りに関する取組み	
地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟、療養病棟	

1. 平成29年度事業の取組み

◇専修学校による地域産業中核的人材養成事業

本事業の目的と概要

- 医療関係分野の就職を目指す学生にとって、医療機関における実習は、専修学校で学んだ内容の検証と医療現場の実際を知る重要な機会である。
- 本職種では、雇用形態についても派遣人材から常用雇用まで多様な働き方があり、就職先も大規模病院から小規模診療所までと組織体も多様となっている。
- 求められる専門スキルも、レセプト、医療経営、医療情報技術、医療ホスピタリティと多岐にわたるが、現在、実習内容については、各医療機関に委ねられている現状が多く見受けられる。
- 上記の背景から、医療事務分野の実習状況を調査し、結果を基に、学習と実践を組み合わせた効果的、能動的な学習成果を高めるためのガイドラインを作成し、学習内容に基づく実習内容の検証、実証、標準的な評価体系の構築を取り組むものである。

◇専修学校による地域産業中核的人材養成事業

3か年の事業の経過と今後の予定

平成28年度

- 病院実習に関する調査
- 成果報告会・HP作成

平成29年度

- 業務補助型実習ガイドライン作成・実証、説明会
- 教員研修会
- 成果報告会、HP更新

平成30年度

- 体験型実習ガイドライン作成・実証、説明会
- 成果報告会、HP更新

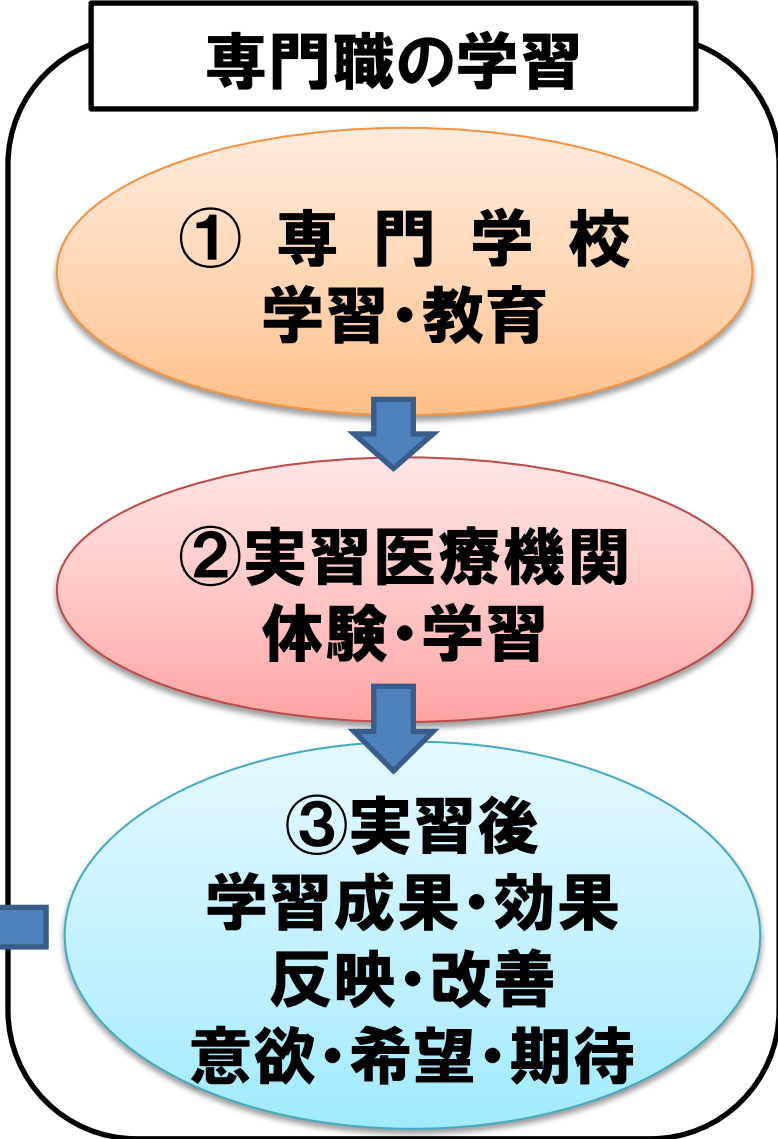


◇医療機関現場職員が 就職後、医療事務職に求めるスキル (平成28年調査報告書より)

- ①コミュニケーション能力
 - ・社会人としての基本、社会常識
 - ・会話力、接遇スキルの習得
 - ・医師等医療スタッフへの積極的アプローチ

- ②医療に関する知識 (学習)
 - ・施設基準に関する知識
 - ・病院経営に繋がる知識、発想
 - ・診療報酬の知識、医療保険制度の理解
 - ・社会保障制度の理解
 - ・医療用語の理解

- ③その他
 - ・データ管理、分析能力、適応力。
 - ・電子カルテに伴うPCスキルの向上
 - ・提案能力
 - ・文章能力
 - ・病院の特色や規模、理念や基本方針等の理解等



◇今後の実習を効果的に行うための検討項目

<実習成果を充実させるために>

- ①医療に携わる事務部門は多岐の項目に分かれ、業務セクションごとに実習に関連する**具体的実習内容の項目の検討**が必要と考えます。
- ②業務セクションに伴う**具体的実習項目**を策定することにより、**医療機関規模により実習受入を選択できる項目の検討**も必要と考えます。
- ③**実習内容と学習成果(知識を含む)の整合性**があるか否か、**実習内容の項目の検討**が必要と思われます。
- ④**実習内容、学習効果、成果、問題点**が明確にできる**評価項目(評価基準を含め)の統一**が必要と考えます。
- ⑤**実習成果を医療機関にフィードバックし、実習後、改善点を反映し活かす学校教育の検討**が必要と考えます。
- ⑥**医療機関、教育機関が統一したガイドライン**を基に、**参画型実習、実学を通し就職(社会人)前の育成・意識づけに繋がることもメリット**と考えます。

(第28年度「専修学校デュアル教育推進事業」調査報告書)

●平成29年度事業の取組み①

<実習成果を充実させるために>

①②③実習内容と学習成果(知識を含む)の整合性があるか否か、
実習内容の項目の検討が必要と思われます。

(第28年度「専修学校デュアル教育推進事業」調査報告書より)

デュアル教育版実習事前学習チェック表【学生用】(*業務補助型)

年 月 日

学校名 学科名

実習期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 氏名

実習を行う前に学習している内容を、各学生の理解・習得度を主観的に評価したものです。各自の評価傾向があることをご配慮ください。

なお、学校にて、各科教育課程で教科指導している内容については、別途作成のものを参考にしてください。

未学習：×

科目	項目	学習内容の到達度	理解度 (%)	未学習
【医療保険】				
医療保険	医療保険制度概要	・医療保険制度の概要、特徴について理解している		
	保険診療のしくみ	・保険診療のフロー、関係機関(保険者、審査機関)について理解している		
	職域保険(社保)	・保険者番号、被保険者番号、本人・家族の種別等について理解し、職域保険被保険者証から確認することができる		
	地域保険(国民健康保険)	・保険者番号、被保険者番号、本人・家族の種別等について理解し、国民健康保険被保険者証から確認することができる		
公費負担医療	後期高齢者医療制度	・保険者番号、被保険者番号、負担割合について理解し、後期高齢者医療被保険者証から確認することができる		
	公費負担医療制度概要	・公費負担医療制度とは何かを理解している		
	生活保護法	・生活保護法の公費対象者、医療給付名、法別番号、申請の流れを理解し、医療券から公費負担者番号、受給者番号が確認できる		
	障害者総合支援法	・障害者総合支援法の公費対象者、医療給付名、法別番号、申請の流れを理解し、受給者から公費負担者番号、受給者番号が確認できる		
	感染症法	・感染症法(特に結核医療)の公費対象者、医療給付名、法別番号、申請の流れを理解し、受給者証から公費負担者番号、受給者番号が確認できる		
	精神保健福祉法	・精神保健福祉法の公費対象者、医療給付名、法別番号、申請の流れを理解し、患者票から公費負担者番号、受給者番号が確認できる		
	難病法	・難病法の公費対象者、医療給付名、法別番号、申請の流れを理解し、受給者証から公費負担者番号、受給者番号が確認できる		
健康保険	患者負担割合・給付割合	・患者負担割合・給付割合について理解している		
	現物給付(範囲外)と現金給付	・現物給付と現金給付の違いについて、理解をしている ・主な給付項目と内容について、理解をしている		
	高額療養費	・高額療養費とは何かを理解している		
	保険外併用療養費	・保険外併用療養費とは何か、選定療養と評価療養の違いを理解している		
その他				
【診療報酬請求事務】				

学生自身が、実習前に学校での学習内容を整理、把握する。学生の学習状況を医療機関と共有し、実習指導に役立てる。

●平成29年度事業の取組み②

＜実習成果を充実させるために＞

④実習内容、学習効果、成果、問題点が明確にできる**評価項目（評価基準を含め）の統一**が必要と考えます。

（第28年度「専修学校デュアル教育推進事業」調査報告書より）

表 2-1 本プログラムにより達成されるべき教育目標

項目	知識・スキル	到達水準(目標)
コミュニケーション	コミュニケーション力	・患者や職員と適切にコミュニケーションを図ることができる。
職業意識	社会人基礎力	・業務遂行に当たり、適切に報告・連絡・相談を行うことができる。
接遇・マナー	接遇・マナー	・業務遂行に当たり、ふさわしい身だしなみ、適切な接遇で対応をすることができる。
業界理解	医療機関についての知識・施設基準	・実習先医療機関について、主体的に調べ、実習に役立てることができる。
患者案内・患者対応	患者心理理解	・来院された患者の特性(高齢者・乳幼児等)を意識した対応を行うことができる。
受付業務	医療保険制度 医事コンピュータ 医療事務 診療記録の知識 人体構造機能論	・初診患者来院時の受付業務を行うことができる。 ①問診票の記載説明確認ができる。 ②被保険者証等の確認ができる。 ③診察券の作成ができる。 ④診療録の作成準備ができる。 ・再来患者来院時の受付業務を行うことができる。

実習に係わる項目と実施に当たり必要な知識・スキル、教育目標を明確化

●平成29年度事業の取組み②

* 業務補助型実習評価表【学生用】

学校名: _____
 実習期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

記入日: 年 月 日
 学科名: _____
 学生氏名: _____

実習期間中の実習評価を記入しましょう。

下表右の評価基準に照らして、1~3を評価欄に記入します。

また、所感欄に、実習中に頑張ったこと、意識して行動したことなど点などを記入しましょう。

達成目標に照らした評価を行うに当たり、
 評価基準を3段階評価で明確化

項目		評価欄	評価基準		
			1	2	3
コミュニケーション	・患者に対して、コミュニケーションを図ることができる		・相手の目を見ながら対応をすることが 不十分である ・相手に伝えるべき内容を伝えることが 不十分である	・相手の目を見ながら、対応をすることができる ・相手に伝えるべき内容を伝えることができる	・相手の目を見ながら、笑顔で対応をすることができる ・相手に伝えるべき内容を自分から積極的に伝えることができる
	・職員に対して、コミュニケーションを図ることができる				
職業意識	・業務指示に対して、対応をすることができる ・不明点について確認をしながら進めることができる		・指示内容の理解が 不十分のまま 、業務を行っている ・終了時の報告が 不十分である	・指示内容を聞き、業務を行うことができる ・指示業務の終了時に、報告を行うことができる	・指示内容を丁寧に聞き、メモ、確認を行ってから、業務を行うことができる ・指示業務が終了したら、相手が理解しやすい報告を行うことができる
接遇マナー	・業務を行うにあたり、ふさわしい身だしなみでのぞんでいる		・髪型、服装等、清潔感のある状態で業務を行うことが 不十分である ・言葉遣いや話し方、表情や態度を意識せずに相手に対して対応をしている	・丁寧な言葉遣いや話し方、相手に対して失礼のないような態度で対応をすることができる	・髪型、服装等、清潔感があり、業務を行いやすい状態で、実習に臨むことができている
	・患者に対して、状況に応じた対応をすることができる ・職員に対して、状況に応じた対応をすることができる				
業界理解	・実習先医療機関について調べ、実習に役立っている		・実習先医療機関の特徴について調べることができる ・事前学習と実習内容を関連づけて考えることが 不十分である	・実習先医療機関の特徴について調べた内容について、整理することができる ・事前学習と実習内容を関連づけて考えることができる	・実習先医療機関の特徴について調べた内容について、整理をし、主なものを説明することができる ・事前学習と実習内容を関連づけて考え、実習記録に事前に学習した内容を反映させることができる
業務 受付業務	患者案内 患者対応	・患者の特性に応じて、対応を行うことができる (例)高齢者、乳幼児・小児、感染症疑い、身体等不自由な 患者等	患者の特性や状況の理解が 不足しており 、相手からの求めに対しての対応が 不十分である	患者の特性や状況を理解し、相手からの求めに応じて対応を行うことができる	患者の特性や状況を理解し、積極的に声掛けや対応を行うことができる
		・被保険者証の情報を読み取り、登録、診察券、診療録作成を行うことができる	被保険者証の保険情報(保険者番号、患者氏名、本人家族等)を確認することが 不十分である	被保険者証の保険情報(保険者番号、患者氏名、本人家族等)を確認することができる	被保険者証の保険情報(保険者番号、患者氏名、本人家族等)を確認ことができ、登録画面(記載用紙)に登録、診療録の作成を行うことができる
		・公費の医療受給者証の情報を読み取り、登録、診療録作成を行うことができる	医療受給者証を見て、公費負担者医療に係るものの理解が 不十分である	医療受給者証から公費負担者番号、受給者番号を確認し、理解ができる	医療受給者証から公費負担者番号、受給者番号を確認ことができ、登録画面(記載用紙)に登録を行うことができる

●平成29年度事業の取組み③

＜実習成果を充実させるために＞

⑤実習成果を医療機関にフィードバックし、実習後、改善点を反映し活かす
学校教育の検討が必要と考えます。

(第28年度「専修学校デュアル教育推進事業」調査報告書より)



◇実習成果向上の取組み例

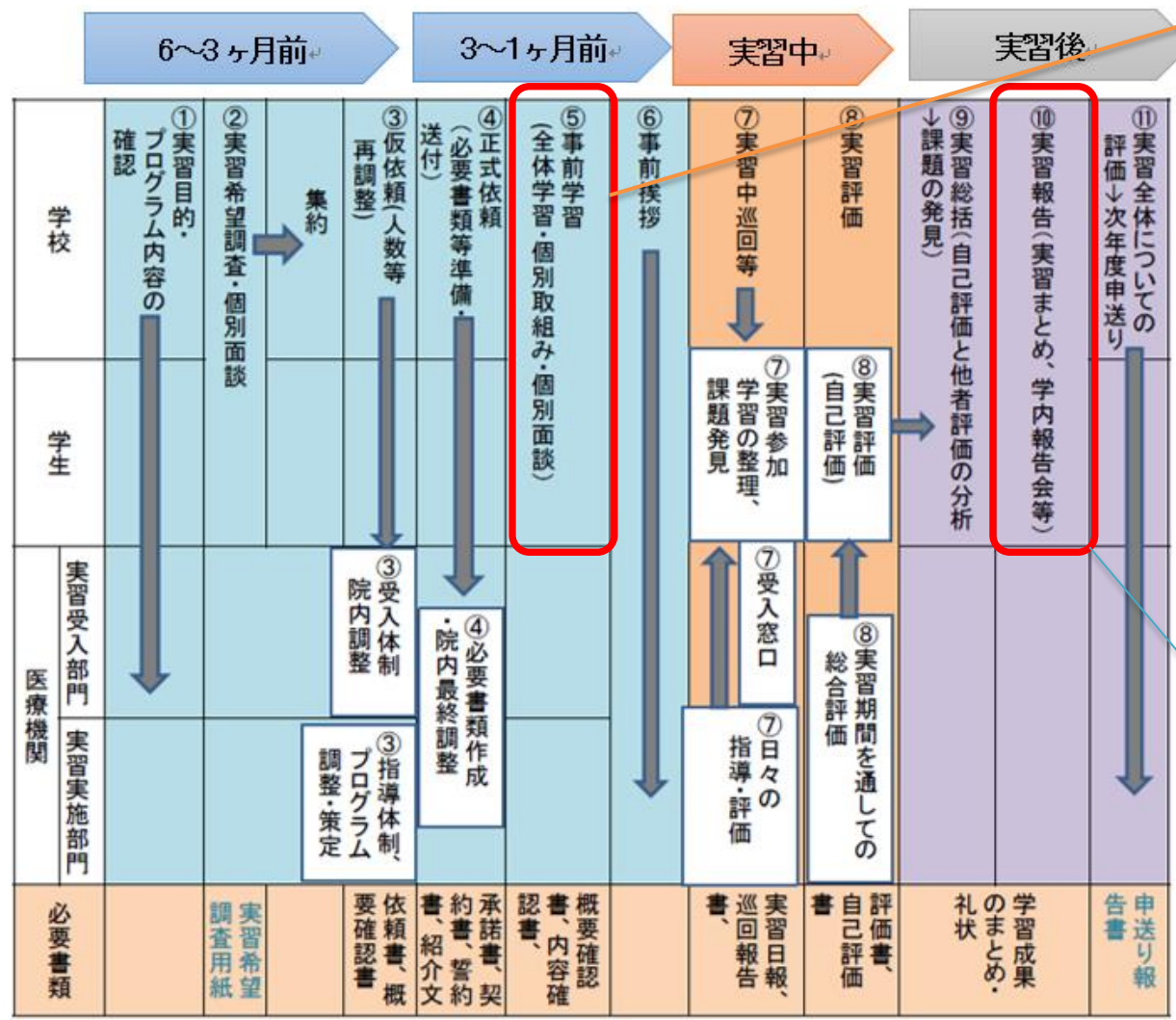
- ・事前学習
- ・事後学習

◇医療機関へのフィードバックの
取組み例

- ・事後学習、
実習報告会の取組み

●平成29年度事業の取組み③

3.1 デュアル教育の準備～実施～評価・改善フロー



【事前学習】
 学校での学習内容と医療現場の事例を関連づけて考えることで、受け皿を作って実習に臨むことができる。

【事後学習】
 実習中の学びを整理し、他者に伝える機会を通して、さらに理解を深め、その後の学習目標を発展的に発見することができる。

図 3-1 デュアル教育の準備～実施～評価・改善フロー

●平成29年度事業の取組み③

A専門学校 実習事前学習 取組み例

●事前学習カリキュラム

コマ数	内容	使用ツール
1	実習概要 ・実習の流れ ・提出書類 ・訪問の注意点	【資料】医療機関実習フロー 提出書類一覧 訪問の注意点リスト
2	実習希望リスト作成 (第1希望～第5希望)	【資料】過去の実習リスト
3	電話対応→2人組で練習 実習先医療機関訪問時確認一覧	【資料】電話対応例 医療機関実習確認一覧
4	お礼状の書き方	【資料】お礼状例文
5	グループワーク	【資料】過去の担当者のコメント
6	実習先医療機関の研究	HP等を利用して情報収集
3日間の医療機関実習		
7	実習後報告(レポート作成)	実習先の診療科や 特徴を把握

他者評価の視点への
気づき

実習先の診療科や
特徴を把握

●平成29年度事業の取組み③

A専門学校 実習事前学習 取組み例

●学生の取組みの様子

【3コマ目】電話対応

- ・1年次のビジネスマナーの振り返りの後、2人組で練習
- ・肉声での他者応対が減少している中、
学生たちは熱心に取り組んでいた

【5コマ目】グループワーク

<授業展開>

- ①医療機関の実習評価担当者からのコメントリストを確認
 - ②印象に残ったコメントを各自取り上げる
 - ③グループで話し合い、意見をまとめて発表
 - ④各自ワークシートに記入
- ・過去の実習生への**実習担当者の生の声から、
他者の評価観点に気づききっかけとなっている**

●平成29年度事業の取組み③

B 専門学校 実習事後学習 取組み例

●実習報告会 発表の骨子

- ①実習先(病院、クリニック、薬局)の紹介
- ②病院とクリニックの違い
- ③実習先を決定した時期
- ④実習の流れ
- ⑤1年生へのアドバイス

クリニック
(診療科別)

病院

薬局

歯科
クリニック

卒後の就職希望先を見据えて、実習先を選定



実習先の特徴を調べ、
実習に臨む



実習後、グループワークを通して、
理解を深める

●平成29年度事業の取組み③

B 専門学校 実習事後学習 取組み例

●実習報告会視察から

- ・報告会は、1年生も聴講→次年度実習への事前学習となっている
- ・個人報告→グループ報告にしたことで、グループで話し合い、理解を深め、表現方法も練られたものに昇華している
 - ※事後学習の学びの成果、学生自身の気づきと考えられる
 - ※学生の気づきを学校ではデータベース化
 - 次年度以後の教材として活用
- ・聴講者(1年生)の立場に立って考えられた発表になっている
 - ※以前と比較して、伝える技術が向上している
 - 伝え方を意識するように、表現方法の指導をしている

●デュアル教育実習の活用のために、 学校で指導をする際に必要なポイント

①医療を取り巻く環境の変化と
社会から求められる視点の理解

②医療機関と連携する周辺施設と
その役割の理解

③診療所・クリニックと病院の
機能分化と連携の理解

④医療保険以外の他保険、他制度の理解
(介護保険、公費等)

⑤医療機関、教育機関が統一したガイドラインを基に、
参画型実習、実学を通し、就職(社会人)前の育成と
意識づけに繋げる

●デュアル教育実習における履修段階に応じた実習形態

①体験型実習

期間：概ね1～3日程度

内容：社会人、医療人としての職業意識育成のための導入教育期であり、医療機関の職員業務から学ぶことを主とする

②業務補助型実習

期間：概ね1週間又は3週間

内容：学生自身が補助的な業務の実践を主とする

③業務参画型(任意参加も想定)

期間：概ね1週間以上程度

内容：就職前の実践的な業務参画を主とする

2. 実習前教育基礎

保険診療を行うには？

保存期間の数字を埋めてみましょう

各種届出

- 保険医、保険医療機関
- 施設基準届出**

カルテ保存は診療完了の日から○年間

診療報酬請求

保険診療

規則の順守

- 療養担当規則
- 保険医
- 保険医療機関

点数表における告示・通知に基づく診療報酬請求

収益の影響
査定・返戻

帳簿やその他記録の保存は、医療法と相違あり完了の日から
→○年間保存

診療録(カルテ)についての法規

1. 医師法第24条

医師は診療したときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。
5年間これを**保存**しなければならない。

2. 医師法施行規則第23条・・・ 診療録の記載事項は次の通り

- 1) 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢
- 2) 病名及び主要症状
- 3) 治療方法(処方及び処置)
- 4) 診療の年月日

3. 療養担当規則第8条

保険医療機関は、第22条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

4. 同9条

保険医療機関は、療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録を**その完結の日から3年間保存**しなければならない。

ただし、患者の**診療録**にあつてはその**完結の日から5年間**とする。

5. 同22条

保険医は、患者の診療を行った場合には遅滞なく様式第1号又はこれに準ずる様式の診療録に当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

療養担当規制(後期高齢者医療＝療養担当基準) 保険診療において、保険医療機関・保険医の義務と禁止事項を定めたもの

保険医療機関の義務

義務

保険医療機関がしなくてはならないこと



1. 病院の情報を院内に掲示

医療機関内の見やすい場所に以下の事項等を掲示しなくてはなりません。

- ①施設基準に関する届出内容… 入院基本料
(看護要員の対象者割合、看護要員の構成)など、
届出事項に関すること
- ②食事療養関連…………… 特別メニューの内容と料金
- ③保険外併用療養費関連…………… 選定療養にかかる内容と料金
- ④保険外負担に関すること…………… 患者から実費徴収するものの
項目と料金

上記以外に、医療法によって

- ①管理者の氏名、
- ②診療に従事する医師の氏名、
- ③医師の診療日および診療時間、
- ④建物の内部に関する案内(病院のみ)
等の掲示も義務付けられています。

2. 受給資格の確認

被保険者証の確認を行わなくてはなりません。

3. 一部負担金の受領

定められた患者負担金を徴収しなくてはなりません。
なお、勝手に減免することは認められていません。

4. 帳簿等の保存

- ①保険診療に関する帳簿や記録(レントゲンフィルム、処方せん、
検査記録、各診療日誌、手術記録等)については治療 終了・中止
から3年間、
- ②診療録は5年間一保存しなくてはなりません。
医療法施行規則では、
保険診療に関する帳簿や記録の保存期間を2年と定めています。

しかし、保険医療機関であれば、
療養担当規則に則ることが求められます。

療養担当規制(後期高齢者医療＝療養担当基準) 保険診療において、保険医療機関・保険医の義務と禁止事項を定めたもの

保険医療機関の禁止事項

禁止

保険診療ではいけないこと



1. 特定の保険薬局への誘導禁止

- ①特定の保険薬局への案内図を院内に掲示したり、特定の保険薬局までの地図を配布するような行為は禁止されています。これは、適正な医薬分業の推進と、保険薬局の保険医療機関からの独立性を確保するためです。また、患者を紹介する見返りに金品などを受領することも禁じています。この「金品など」には、金銭、物品、便益、労務、餐応、患者一部負担金の減免などが含まれます。

2. 特殊療法の禁止

特殊療法(診療報酬点数表に未記載の医療行為)は、安全性や有効性が広く一般に認められておらず、患者が不利益を被る可能性もあることから、保険診療では禁止されています。

3. 健康診断の禁止

健康診断は現在の状態をあるがまま調べるだけで、自覚症状を訴えて受診しているわけではないので、保険診療は認められません。

4. 濃厚(過剰)診察の禁止

診療は個々の患者の病状から必要性を考慮して、必要最小限で行うべきとされています。

- ①必要性が乏しいと判断される検査
 - ②効能書に記載されていない用法・用量による投薬
 - ③不必要と思われる処置や手術など
- 濃厚(過剰)診断と判断され、保険診療として認められないこととなります。

5. そのほか、以下の事項が禁止

- ①医師以外の方が医業を行うこと(医師法第17条)
- ②診察をせずに治療をすること(医師法第20条)
- ③営利目的の医業経営(医療法第7条第5項)
- ④混合診療: 混合診療の禁止を直接うたった法令はありませんが、「保険外併用療養費」として規定されているもの以外は、一連の診療において「保険診療」と「自由診療」を混在させてはならないというルールがあります。

医科診療報酬点数表

医科診療報酬点数表

- 点数表
- 医科
 - DPC
 - 歯科
 - 調剤
 - 介護

A 基本診療料

初・再診 11・12

入院基本 90

入院基本料等加算90

特定入院 92

特掲診療料

B 医学管理等 13

C 在宅医療 14

D 検査 60

E 画像診断 70

F 投薬 20

G 注射 30

H リハビリテーション 80

I 精神科専門療法 80

J 処置 40

K 手術 50

L 麻酔 50

M 放射線治療 80

N 病理診断 60

医療費は点数であらわされる
1点=10円
⇒各項目ごとに厚生労働大臣が定めるルールがある

2 厚生労働大臣が定める基準等

厚生労働大臣が定める基準等

- 材料価格基準
- 入院時食事療養費・入院時生活療養費
- **基本診療料の施設基準等**
- **特掲診療料の施設基準等**
- 関連する告示・通知等
- **保険医療機関及び保険医療養担当規則**
- 保険外併用療養費関連告示

＜適時調査＞
→施設基準届出事項の院内運用が整えられているか検証

＜行政指導＞
→ルールに基づく診療が行われ請求と整合性があるか検証

3 診療報酬請求書・明細書の記載要領

＜レセプト審査＞
→定められた必要事項の記載が行われているか審査「査定減点・返戻」



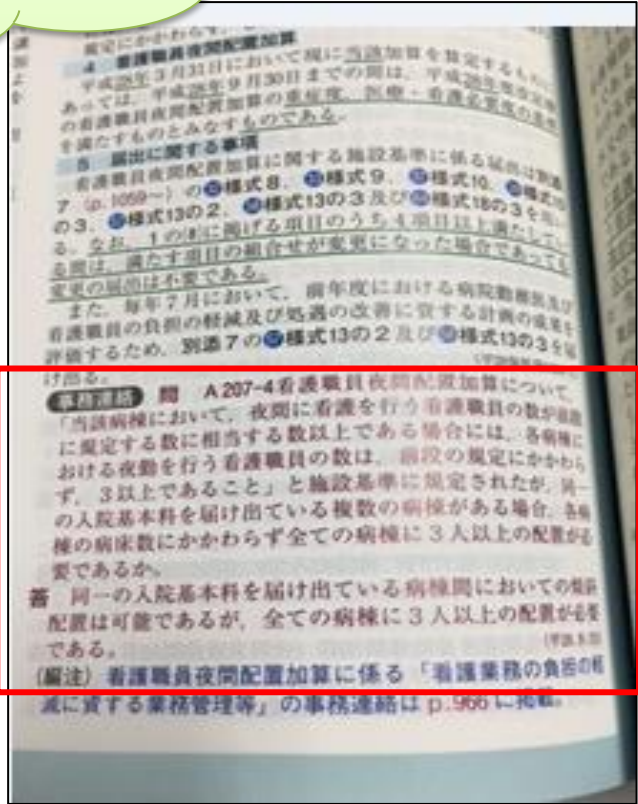
2年ごとの改定なのに
1年ごとに新しい本が出版
されるのだろう？

2年ごとの改定の項目は
グリーンのライン等色で示
しています

2016年
改定

改定後
厚労省より**事務連絡**
(疑義解釈)
が発出されます

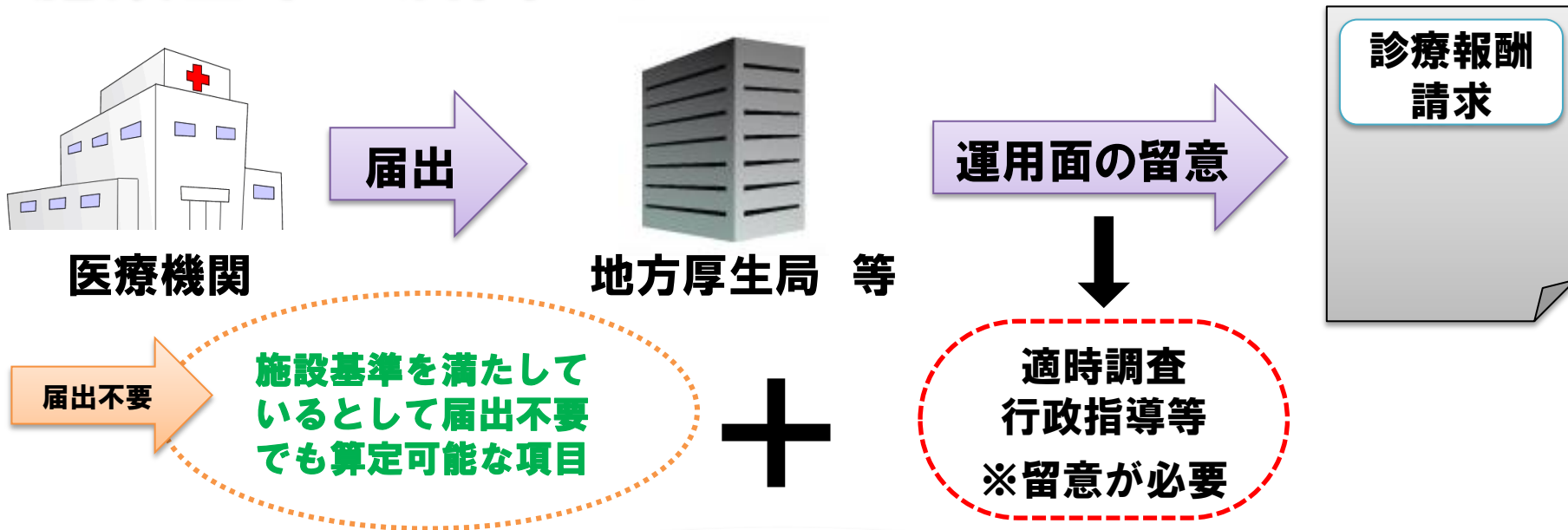
2018年
改定



※こちらの点数本は、2016年改定以降発出の
事務連絡は赤色で記されています

※右記赤囲みは、事務連絡H28年9月15日
A207-4や看護職員夜間配置加算について問回答
→同一の入院基本料において**病棟間の傾斜配置は
可能であるが、全ての病棟に3人以上の配置が
必要である**

施設基準の届出とは？



施設基準の届出

医療機関の機能や設備、診療体制等の基準を定めることにより、安全面やサービス面等を評価したもの

ポイント

- 施設基準の条件を満たしていること
- 所定の届出用紙に記載し、必要書類を添付
→ 所轄の地方厚生局長宛てに届出を行う
- 届出を行った項目は、院内掲示を行う

医学通信社点数表抜粋

届出

A200 総合入院体制加算 (1日につき)		
1	総合入院体制加算 1 (総入体1)	240点
2	総合入院体制加算 2 (総入体2)	180点
3	総合入院体制加算 3 (総入体3)	120点

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準〔※告示③第8・1, p.939〕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入院している患者〔第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く)又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制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、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

届出不要

205 救急医療管理加算 (1日につき)		
1	救急医療管理加算 1 (救医1)	900点
2	救急医療管理加算 2 (救医2)	300点

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療形態の態勢を確保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〔※告示③第8・6の2, p.945〕を満たす保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者〔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、救急医療管理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、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。

3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。

(編注) 2016年改定により、「1」の対象...

厚生局調査員からの確認事項

救急医療管理加算について、救急患者の受入れには対応できているか。

★施設基準を「満たす」項目

→必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに当直体制の他に重症患者の受入に対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保している

施設基準に係る届出の一部簡素化について

➤ 保険医療機関における事務負担軽減等の観点から、施設基準の届出手続きの一部簡素化を行う。

適時調査や指導などで施設基準を満たしていることが確認される。

(3/5 日本医師会Q&Aより)

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- | | | |
|----------------------|----------------|---|
| ○夜間・早朝等加算 | ○強度行動障害入院医療加算 | ○経皮的冠動脈形成術 |
| ○明細書発行体制等加算 | ○がん診療連携拠点病院加算 | ○経皮的冠動脈ステント留置術 |
| ○臨床研修病院入院診療加算 | ○小児科外来診療料 | ○医科点数表第2章第10部手術の
通則5及び6(歯科点数表第2章
第9部の通則4を含む。)に掲げる
手術 |
| ○救急医療管理加算 | ○夜間休日救急搬送医学管理料 | |
| ○妊産婦緊急搬送入院加算 | ○がん治療連携管理料 | |
| ○重症皮膚潰瘍管理加算 | ○認知症専門診断管理料 | |

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

()内は届出が必要な別の項目の例
※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- | | | | |
|---|---|------------------------------|---|
| ○外来リハビリテーション診療料
(心大血管疾患リハビリテーション料 等) | ○植込型除細動器移行期加算
(両室ペースティング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースティング機能付き植込型除細動器交換術 等) | ○経皮的冠動脈遮断術
(救命救急入院料 等) | ○認知症地域包括診療加算(※)
(地域包括診療加算) |
| ○一酸化窒素吸入療法
(新生児特定集中治療室管理料 等) | ○植込型心電図検査
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | ○ダメージコントロール手術
(救命救急入院料 等) | ○認知症地域包括診療料(※)
(地域包括診療料) |
| ○造血器腫瘍遺伝子検査
(検体検査管理加算) | ○植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等) | | ○廃用症候群
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) |
| ○大腸CT撮影加算
(CT撮影 64列以上の場合 等) | | | |

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
- 腹腔鏡下小切開腎摘出術
- 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
- 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- センチネルリンパ節生検(併用)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算1

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- センチネルリンパ節生検(単独)
- 乳がんセンチネルリンパ節加算2

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1	13対1	15対1
入院基本料	1,591点 1,599点	1,332点 1,399点	1,121点	960点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点 712点、207点			
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点		看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点	
	看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点			
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上	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	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	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
	最小必要数の7割以上が看護師			最小必要数の4割以上が看護師
平均在院日数	18日以内 26日	21日以内 28日	24日以内	60日以内
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上(許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)		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。	
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上			
在宅復帰率	8割以上			

特定機能病院
オレンジ部分

点数表内における語句の留意事項

●看護要員

→正看護師、准看護師、看護補助者含める

●看護職員

→正看護師、准看護師

●看護師

→正看護師

一般病棟(7対1)の施設基準による評価について

評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

医療機能に応じた入院医療の評価について

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

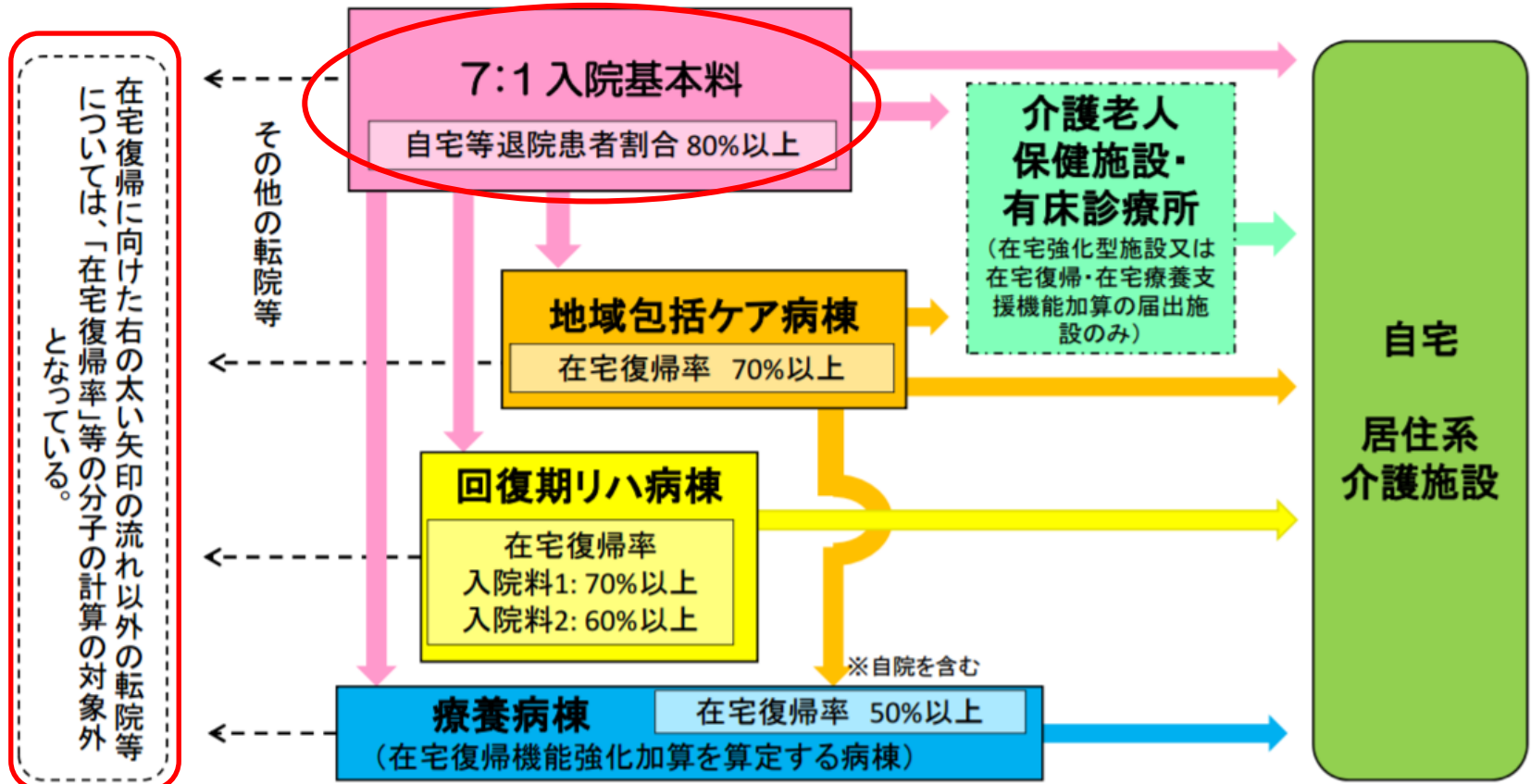
対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できていることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

分母：直近6か月の退院患者

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



**施設基準届出事項が遵守
できなければ
取り下げを行わなけれ
ばなりません**

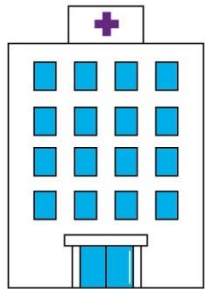
保険診療審査・行政指導の概要

**遵守されているか否かの
調査・指導等があります。**

**遵守されていない場合
診療報酬の返還金などが
発生するケースもあります。**

診療報酬(レセプト)

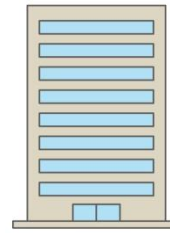
保険医療機関



保険医
看護師
薬剤師
コメディカル

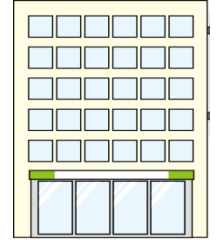
患者

支払基金 国保連合



保険者

(市区町村、
共済組合等)



請求

(一次査定)

支払

請求

(二次査定)

支払



【増減点連絡所】増減点事由(抜粋)

診療内容に関するもの

- | | |
|---|---------------------------------------|
| A | 療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの |
| B | 療養担当規則等に照らし、医学的に過剰、重複と認められるもの |
| C | 療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの |
| D | 告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの |



補正・査定後内容 (H24年2月～)

縦覧点検	複数月にわたるレセプトの通覧点検により補正・査定された内容
入外点検	入院と入院外レセプトの通覧点検により補正・査定された内容

レセプト請求後の審査 返戻、査定とは…？

査定とは

- ・ 支払基金や国保連合会で、審査をし、診療内容の整合性が図られ、査定・減点されること

返戻とは

- ・ レセプトに不備があり、レセプト自体が審査機関より戻されること
- ・ レセプト自体に不備があるため、診療報酬は支払われない

適正な保険診療とは・・・

- ①施設基準届出後,適正な運用(保険診療)か否か
- ②レセプト請求の根拠は・・・
カルテ記載や施設基準の理解
各部署の情報共有が重要なポイントとなります。

行政指導の目的は？

1. 良質な保険診療等の提供が行われるように。
2. 保険診療の質的な向上及び適正化のため。

調査

指導

監査

1、適時調査とは、

適時調査

届出帳票類の内容と
合致するかの確認

実施状況の調査

届出により実施される医療

最高の医療
最良の保険診療

望ましい運用・管理
でない場合・・・

貴院への影響は？

- 人事管理
 - 業務・規定管理
 - 研修・会議記録管理
 - 業務運用管理
- 等
※届出後の日々の管理が重要

個別指導とは・・・

個別指導

【選定理由】

- ① 審査支払機関や保険者又は被保険者等からの情報
- ② 前回個別指導で再指導の場合
- ③ 前回個別指導から改善されていない場合
- ④ 集団的個別指導の翌年度も高点数医療機関の上位4%に該当する場合 等

算定レセプトとカルテ記録の整合性は？

指導月の1か月前
レセプト30例(医療機関における初診時から遡ったカルテ内容を用意)

時間の規定があるものや、指導内容等については記載されていますか？

通知例

- ① 「保険医療機関の現況」等の提出
- ② 1週間前・・・20名患者指定(FAX)
- ③ 前日正午まで・・・10名患者指定(FAX)

連続した2か月間のレセプトを重点的に点検される

指導・監査

	指導	監査
根拠法	<ul style="list-style-type: none"> 健康保険法第78条 国民健康保険法第45条の2 高齢者の医療の確保に関する法律72条 	
選定対象	すべての保険医療機関 (基準に基づき選定)	不正又は著しく不当が疑われる 保険医療機関
法的性格	保険医療機関の協力による 行政指導	上記の保険医療機関に対して 行政が強制的に行う質問・検査
行政措置	なし	あり (取消処分、戒告、注意)
返還金	請求過分について自主返還 (原則過去 ○ 年分)	請求過分について過去 ○ 年分

数字を入れてみましょう

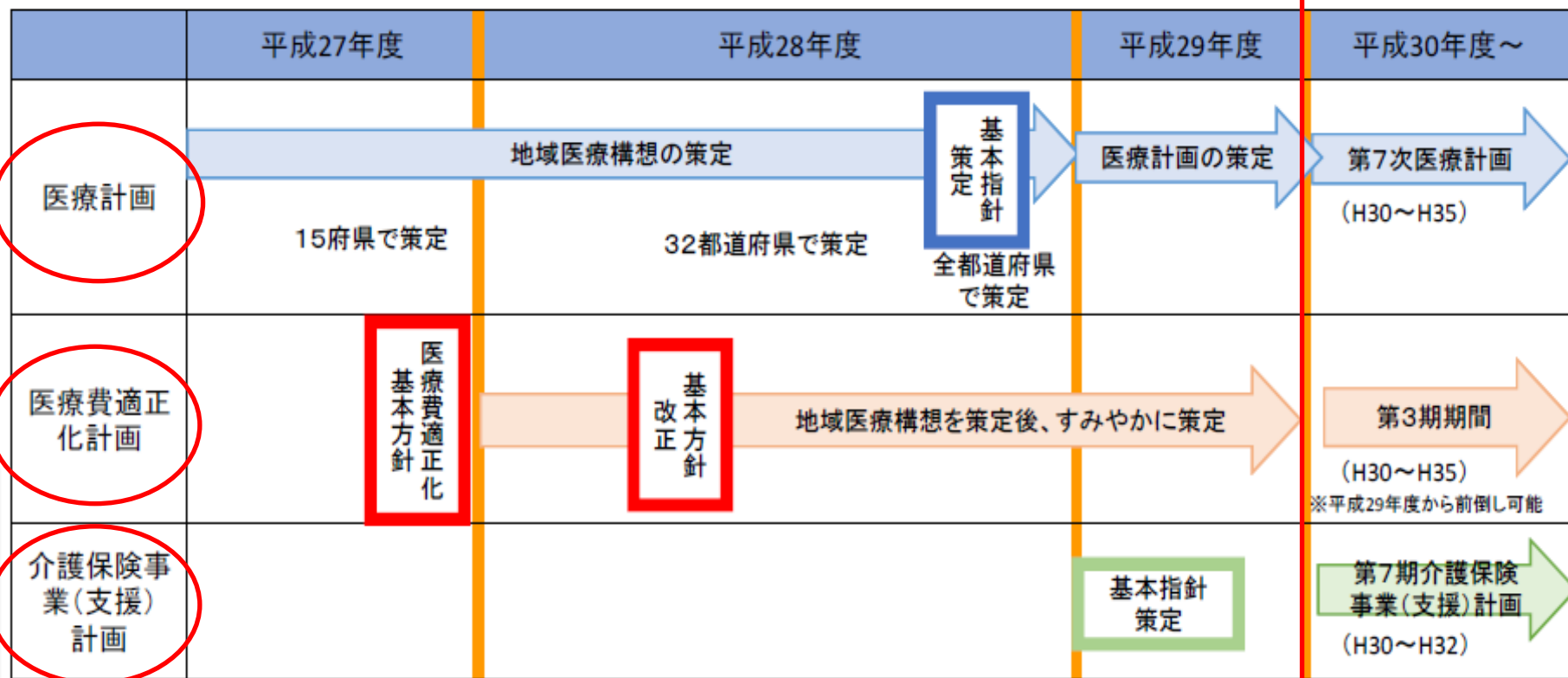
3.医療業界の動向と 2018年診療報酬改定

地域医療構想と医療費適正化計画（スケジュール）

地域医療構想の策定状況

H28年3月23日「第7回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」資料抜粋

- 地域医療構想については、平成27年度中の策定予定が15府県、平成28年度半ばまでに策定予定が39都道府県、平成28年度中に全都道府県が策定予定。（平成28年1月18日現在）



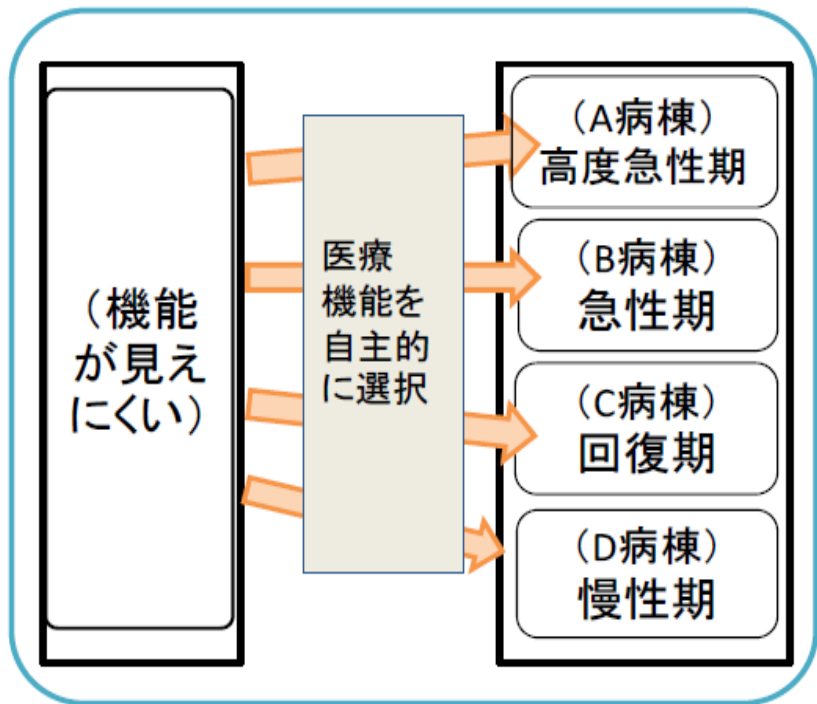
- このため、国においては、**本年度末までに、医療費適正化基本方針(大臣告示)を策定**するが、入院医療費の算定式については、今後策定されてくる地域医療構想の内容も踏まえ、本年夏頃を目途に基本方針の一部改正を行い、反映する。

- **また、外来医療費については4月以降もさらなるデータ分析を行い、本年夏頃の基本方針の一部改正時に医療費適正化の取組内容を充実させる。**

地域医療構想

病床機能報告制度

医療機関



地域医療構想

都道府県

地域の医療提供体制に係るデータ、支援施策等の情報提供



現状と今後の方向を報告

- ・平成37年（2025年）の病床数等の必要量
→高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等の推計（構想区域単位）

- ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策
→病床機能の分化・連携及び在宅医療の充実、医療従事者との確保・養成等

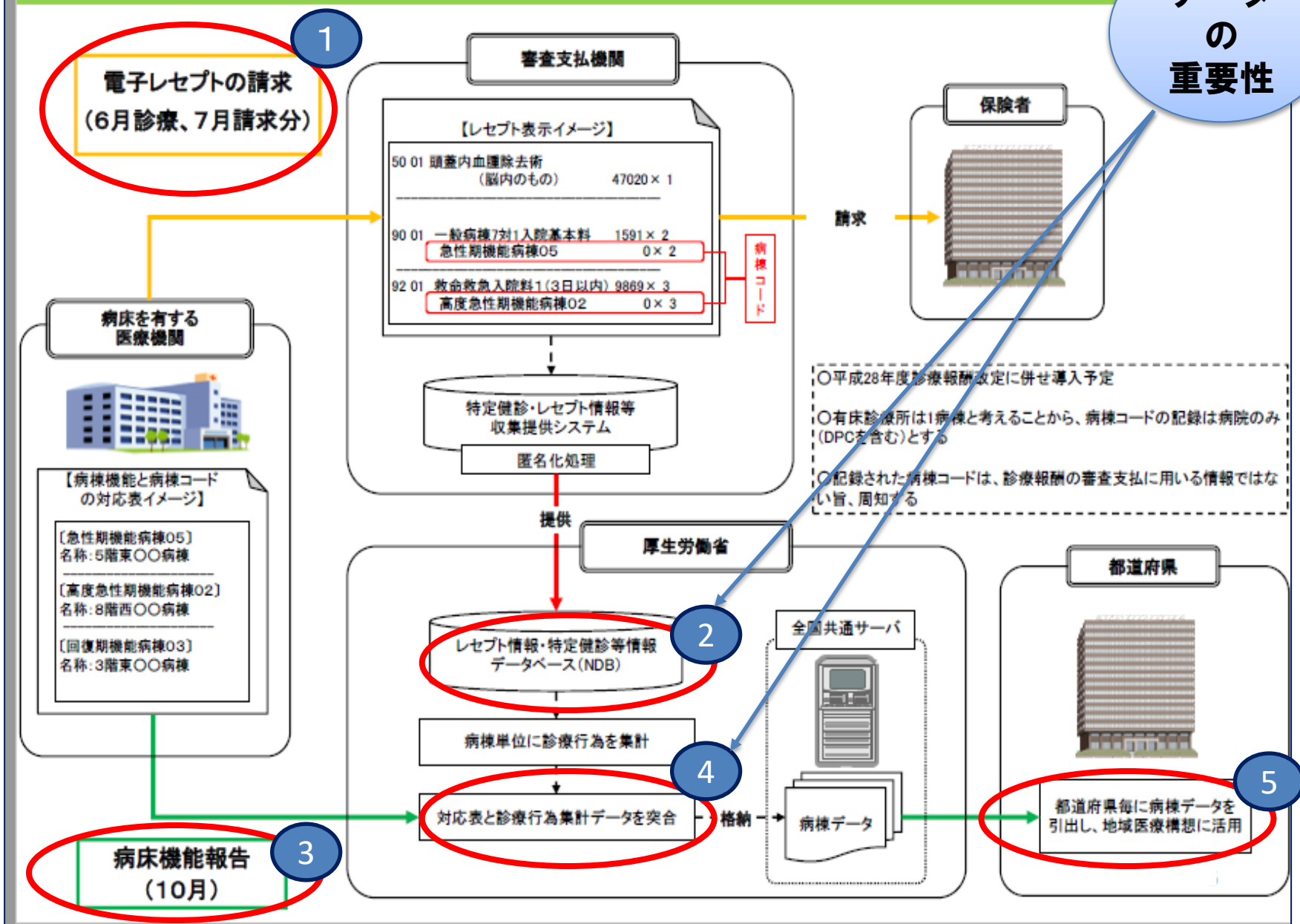
レセプトデータ

特定健診等データ

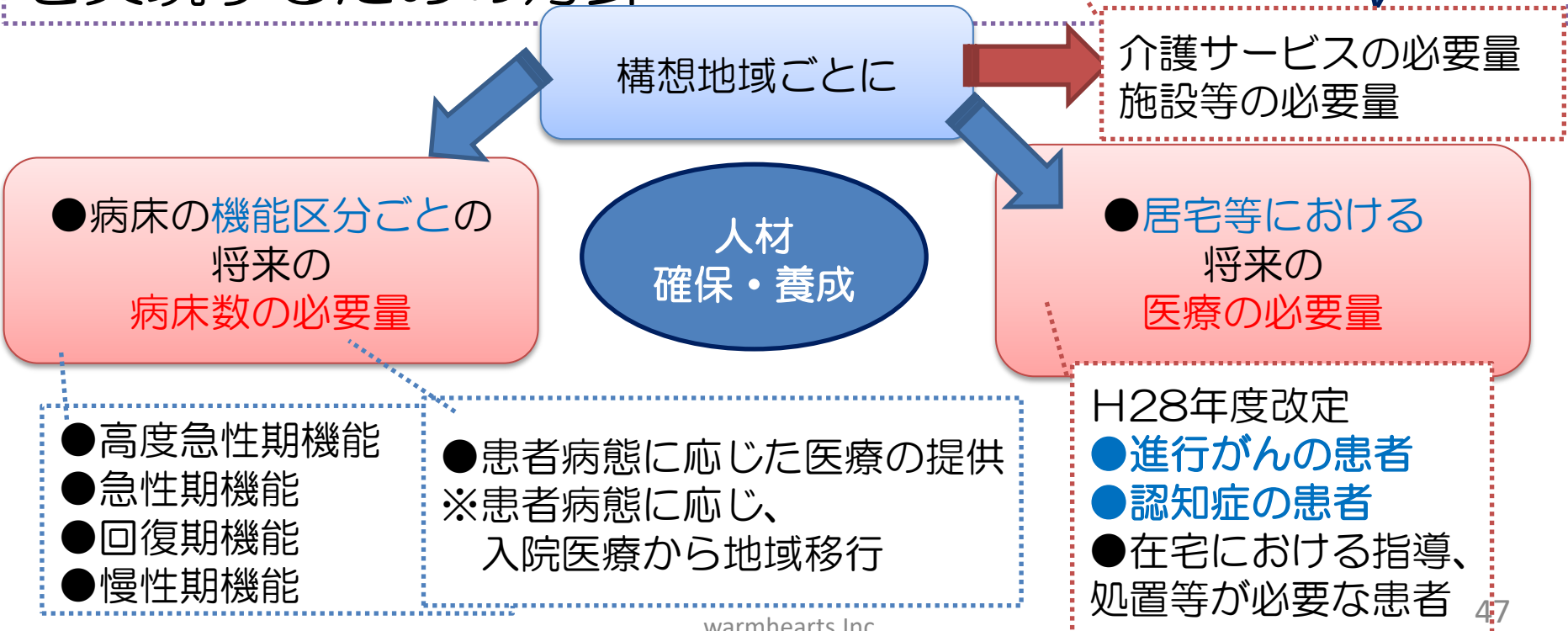
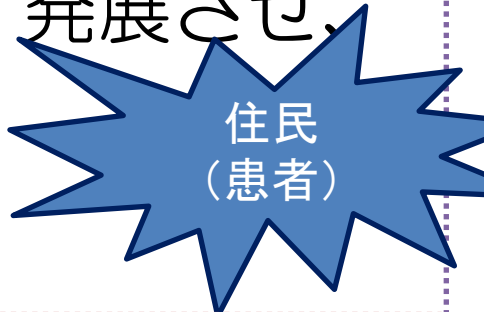
医療の質的データ

電子レセプトを活用した病床機能報告の流れ(イメージ)

データの
重要性



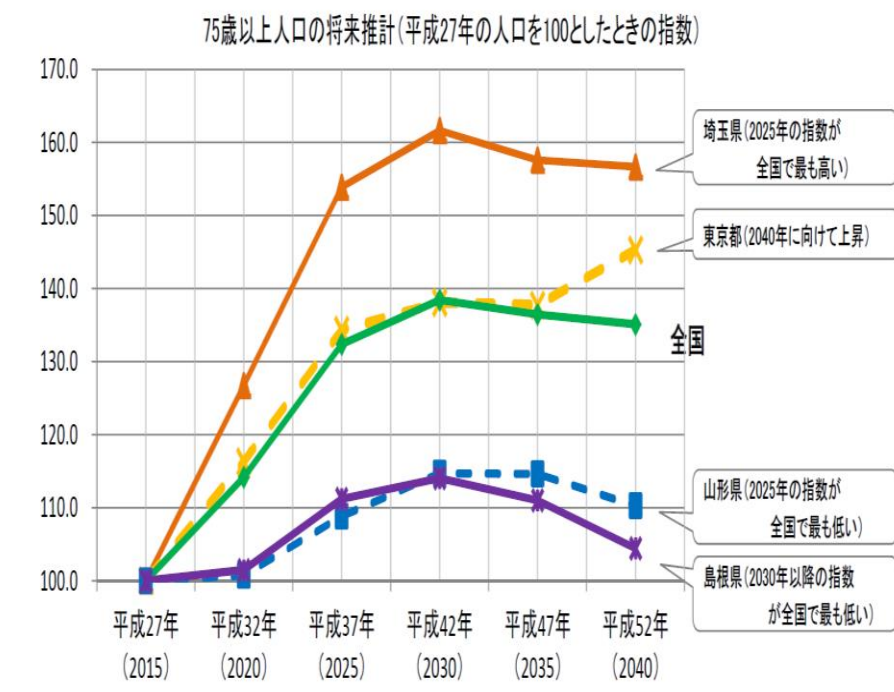
国民、行政、医療機関、保険者など、
医療・介護・福祉等に関わる全ての人々が協力し、
将来にわたり地域の医療提供体制を維持・発展させ、
「誰もが質の高い医療を受けられ、
安心して暮らせること」
を実現するための方針



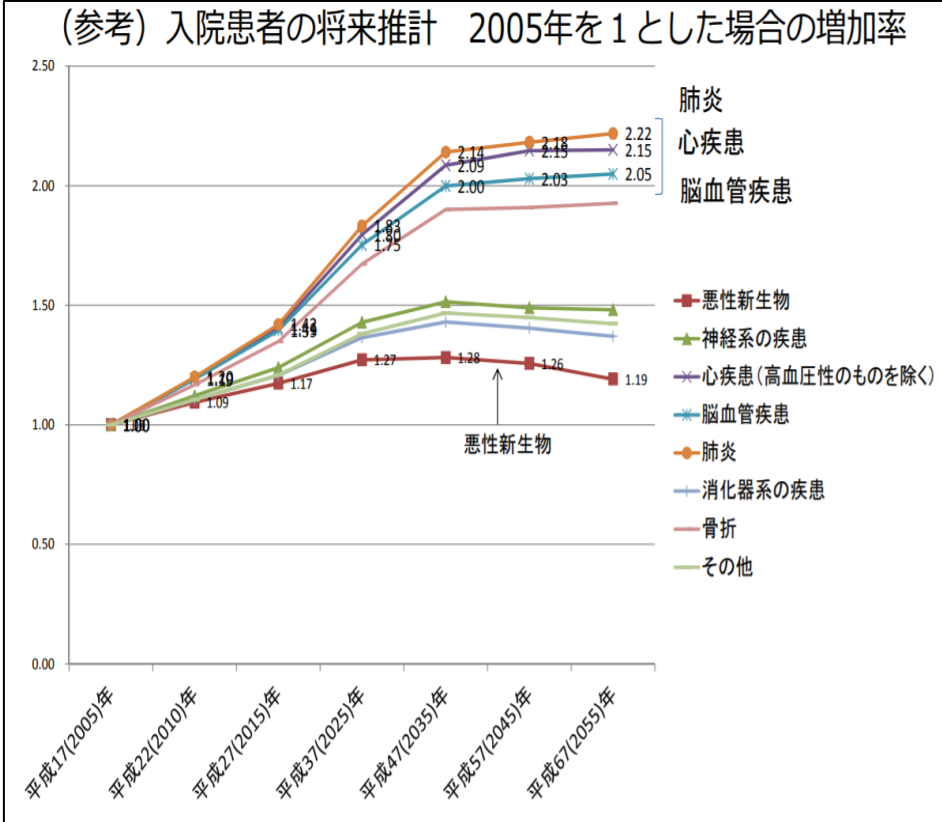
2015~2025~2040年の各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

①人口動態推計
 ②入院患者推計



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成



国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計及び患者調査から作成

中医協 総-6 29.3.15

平成29年9月6日第106回社会保障審議会医療保険部会



「地域医療構想」の達成の推進

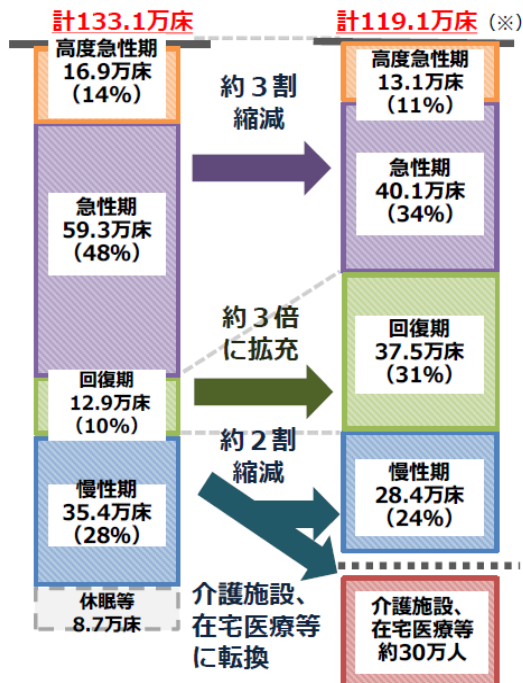
平成29年4月12日 経済財政諮問会議
塩崎臨時議員提出資料

- 平成29年度以降、地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

平成28年度末に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での
病床の必要量を『見える化』

【足下の病床機能】
（平成27年7月現在）

【2025（平成37）年の
病床必要量】



※ 内閣官房推計（平成27年6月）の合計
114.8～119.1万床の範囲内

①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討。

議論の一例

病院	急性期	手術件数	リハビリ件数
A病院	250床	50 (件/月)	200 (件/月)
B病院	200床	40 (件/月)	160 (件/月)
C病院	100床	5 (件/月)	100 (件/月)

国からデータ提供

C病院は、
・手術の件数は少ない
・リハビリの実施件数は他院と同等

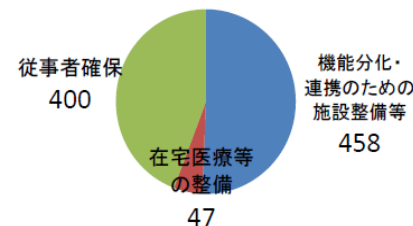
C病院の方針

C病院を回復期機能へ転換し、
病床数を50床に減床

②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。

配分実績
（平成28年度） 合計904億円



③診療報酬・介護報酬改定による対応

- ✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

診療報酬改定

診療報酬・介護報酬改定までの流れ

医療1/12、19
介護1/17

全体改定率(ネット改定率)

▲1300億円

(▲1.19%)

①診療報酬本体(+0.55%)

+600億円

②薬価等(▲1.74%)

▲1900億円

診療報酬・介護報酬

予測される時期

12/18

①改定率決定

H29年12月中下旬

②諮問・骨子

H30年1月中旬

1/24、26、31

→ 現時点の議論の整理等

③個別改定項目案

H30年1月下旬

介護報酬改定について

→ △△点の具体的点数表示はないが項目の案が提示される

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

④答申(点数表示)

H30年2月上旬

改定率 +0.54%

→ 個別改定項目案の決定と点数(医科)、単位(介護)明確化

⑤官報告示

H30年3月上旬

2/7

+140億円

→ 告示・通知・算定要件・施設基準等公表

⑥厚労省疑義解釈

H30年3月下旬

→ 要件等に関する疑義解釈(事務連絡)通知、各団体によるQ&A

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。

制度

内閣

○ 予算編成過程を通じて改定率を決定

報酬・基準

中央社会保険医療協議会

- 社会保障審議会
医療保険部会・医療部会
- 基本的な医療政策について審議
 - 診療報酬改定に係る「基本方針」を策定

- 社会保障審議会によって決定された「基本方針」に基づき審議
- 個別の診療報酬項目に関する点数設定や算定条件等について議論

医療と介護の連携

内閣

予算編成過程を通じて改定率を決定

介護保険

社会保障審議会
介護保険部会

介護保険制度全般に関して議論・意見を提示

社会保障審議会
介護給付費分科会

個別の介護報酬に関する基準や単位設定等を議論

中央社会保険医療協議会の関連組織

中医協 総-4参考1
28.12.21

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)



専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、中医協の議決により設置

診療報酬改定結果検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長: 松原由美 (早稲田大学人間科学学術院准教授)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度2回
平成26年度6回
平成27年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子 (明治学院大学法学部教授)
委員: 支払・診療・公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度14回
平成24年度8回
平成25年度13回
平成26年度3回
平成27年度13回

診療報酬基本問題小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 田辺国昭 (東京大学大学院法学政治学研究科教授)
委員: 支払・診療・公益 = 5:5:6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度開催なし
平成24年度5回
平成25年度2回
平成26年度7回
平成27年度9回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子 (早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払・診療・公益 = 5:5:4
開催: 調査設計で開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度1回
平成26年度3回
平成27年度1回

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 清野精彦 (日本医科大学 千葉北総病院病院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 小澤壯治 (東海大学医学部医科学領域主任教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

費用対効果評価等専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の費用対効果評価についての調査審議
設置: H28
委員長: 中村洋 (慶應義塾大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 1年に数回程度



診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15
委員: 保険医療専門審査員

■ DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌 (東邦大学医学部特任教授)

■ 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢 (聖路加国際病院院長)

■ 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋 (慶應義塾大学名誉教授)

■ 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋 (慶應義塾大学名誉教授)

■ 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

	平成18年度改定	平成20年度改定	平成22年度改定	平成24年度改定	平成26年度改定	平成28年度改定	
重点課題 「重点課題」等		産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減	1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建 2. 病院勤務医の負担軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)	1. 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減 2. 医療と介護の役割分担の明確化と地域医療従事者の負担軽減	医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等	地域包括ケアシステムの推進、病床の機能分化・連携を含む医療機能の分化・強化・連携	
		<ul style="list-style-type: none"> 医師以外の書類作成等 ハイリスク妊産婦や高齢産婦 専門的な小児医療 診療所の夜間開業 大病院の入院医療の比率向上 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携による救急患者の受け入れ 新生児等の救急搬送を担う医師 後方病床・在宅療養の機能強化 手術の適正評価 	<ul style="list-style-type: none"> チーム医療の促進 勤務体制の改善等の取組 救急外来や外来診療の機能分化 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワーク 入院医療(病床の機能分化等) 外来診療(外来診療の機能分化、連携) 在宅医療(量と質の確保) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機能に応じた入院医療 医療従事者の負担軽減 地域包括ケアシステム推進のための取組 質の高い在宅医療、訪問看護 外来診療の機能分化 	
			<ul style="list-style-type: none"> 医師以外の医療従事者の役割 地域の医療機関や医療・介護関係者の連携 医療スタッフの配置 	<ul style="list-style-type: none"> 質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハ等 在宅医療、訪問、在宅看護医療 介護関係者も含めた多職種連携 	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供の困難地域への配慮 診療所の機能 医療機関間の連携 	<ul style="list-style-type: none"> ※【重点課題】 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステムの推進、病床の機能分化、連携を含む医療機能の分化・強化・連携
				<ul style="list-style-type: none"> 医師以外の医療従事者の役割 地域の医療機関や医療・介護関係者の連携 医療スタッフの配置 	<ul style="list-style-type: none"> 質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハ等 在宅医療、訪問、在宅看護医療 介護関係者も含めた多職種連携 	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供の困難地域への配慮 診療所の機能 医療機関間の連携 	<ul style="list-style-type: none"> ※【重点課題】
改定の視点 「改定の視点」	医療機能の分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療の在り方 DPC病院の在り方・拡大 医療の需要による質の評価 DPC病院の拡大 区外連携等、在宅医療の推進 歯科医療の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハ等 在宅医療、訪問、在宅看護医療 介護関係者も含めた多職種連携 	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供の困難地域への配慮 診療所の機能 医療機関間の連携 	<ul style="list-style-type: none"> ※【重点課題】 	<ul style="list-style-type: none"> ※【重点課題】 	
	患者にわかりやすく、QOLを高める医療	<ul style="list-style-type: none"> わかりやすい診療報酬体系 療養費等の負担軽減 生活習慣病等の重症化予防 	<ul style="list-style-type: none"> わかりやすい診療報酬体系等 医療機関の明確な発行 外未医療への移行 夕刻以降の診療所の開業 薬局調剤の夜間休日・24時間対応 	<ul style="list-style-type: none"> わかりやすい診療報酬体系等 医療安全対策 心身の特性やQOLの配慮 患者の重症化予防 	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬点数表の平易化・簡素化 医療安全対策 患者に対する相談支援体制 明確な無料発行 	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬点数表の平易化・簡素化 医療安全対策 患者に対する相談支援 明確な無料発行 入院中ADL低下予防 患者データの提出 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医、歯科医、薬剤師・薬局 ICTによる医療連携、医療データの収集・利活用 質の高いリハビリテーション
	充実が求められる領域の評価	<ul style="list-style-type: none"> 産科、小児科、救急医療等 IT化 医療安全 医療技術の評価と保険導入手続の透明化・明確化 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 インノベーション等 胎産中 自殺・子どもの心 医療安全、新技術等 オンライン化・IT化 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 新医療技術や医薬品等のインノベーション 精神科医療 歯科医療 生活習慣病 感染症 肝炎 手術以外の医療技術 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 医療技術、医薬品等のインノベーション 精神疾患 歯科医療 生活習慣病 感染症 リハビリテーション 手術等の医療技術 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 インノベーション 精神科医療 歯科医療 救急医療、小児医療、周産期医療 リハビリテーション 投薬管理 医療技術 	<ul style="list-style-type: none"> がん医療 認知症 精神科医療 産科 小児医療、周産期医療、救急医療 歯科医療
	効率化できる領域の適正化	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品 市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等) 慢性期入院医療 入院時の食事 不適切な顔面受診の抑制 コンタクト診療等検査の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品 市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等) 新技術への置換え 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品 市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等) 新技術への置換え 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品 市場実勢価格の反映(医薬品、医療材料、検査等) 平均在院日数減少、社会的入院是正 治療効果が低くなった技術の評価 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品 医薬品、医療機器 長期収載品の薬価 平均在院日数の減少 入院の是正 大規模薬局の調剤 	<ul style="list-style-type: none"> 【医療従事者の負担軽減】 チーム医療 医療従事者の負担軽減の取組 救急外来の機能分化

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

- ①妊婦の合併症等ハイリスク診療に関わる外来診療の評価
- ②小児診療に係る抗菌薬に関する外来診療の説明

外来

改定の基本的視点と具体的方向性

1 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

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
 - ・かかりつけ医の機能の評価
 - ・かかりつけ歯科医の機能の評価
 - ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・国民の希望に応じた看取りの推進

下線部分は今改定で付記された内容です「看取りガイドライン」

2 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

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・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
 - ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
 - ・アウトカムに着目した評価の推進

緩和ケア診療加算対象に末期の心不全の患者

初・再診料における妊婦加算の新設

地域カンファレンス等オンライン・ICT活用

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進等(業務の共同化、移管等)の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
- ・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（再掲）
- ・外来医療の機能分化（再掲）

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
 - ・医薬品の適正使用の推進
- ・費用対効果の評価
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

「抗微生物薬適正使用の手引き」「高齢者医薬品適正ガイドライン」

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

I 地域包括ケアシステムの推進

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

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

●薬剤
●栄養
●リハビリ

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

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

【主な事項】

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

III 多様な人材の確保と生産性の向上

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

【主な事項】

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

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

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

【主な事項】

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

3. 診療報酬改定における教育のポイント

① 外来

② 入院

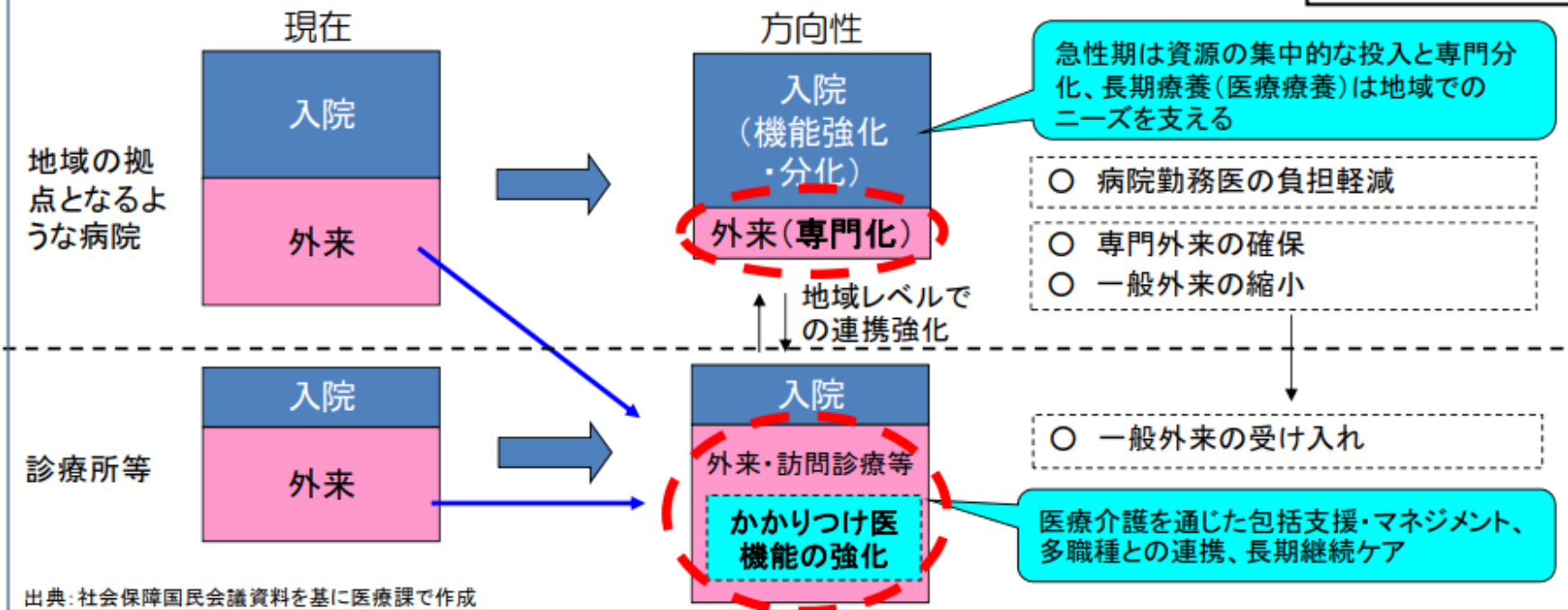
外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

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

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総-5
29.2.22



かかりつけ医機能の役割

疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割（案）

～生活習慣病を有する患者の例～

例：内服と生活習慣の改善を必要とする場合

① 日常的な医学管理と重症化予防

- 疾病教育
疾病への理解、自己管理を促す
- 生活指導
食事、運動等の生活習慣の改善を促す
- 治療方針の決定
運動療法、食事療法、薬物治療等（理学療法士、管理栄養士、薬剤師等との連携）
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 治療効果の評価
必要に応じ、治療方針の見直しや専門医療機関と連携し、精密検査等
- 重症化の予防、早期介入

等

例：合併症のために入院が必要な場合

② 専門医療機関等との連携

- 専門医療機関への紹介、助言
精密検査の依頼
合併症に対する治療
治療方針の見直し
追加的治療の導入
- 合併症に応じた療養指導
在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関等との連携

等

例：ADLが低下し、通院が困難になった場合

③ 在宅療養支援、介護との連携

- 在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 要介護状態等に応じた療養指導
- 介護との連携
主治医意見書の作成
介護支援専門員との連携
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関との連携
- 看取り支援

等

初診料

【 1-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進 -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< 1-4 (3) >

新設

● A000 初診料 機能強化加算

80点

[算定要件]

- (1) 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。)を届け出等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。

	認知症地域包括診療加算 1:35点、2:28点 (再診料の加算)	地域包括診療加算 1:25点、2:18点 (再診料の加算)	認知症地域包括診療料 1:1,580点、2:1,515点 (1月につき※1)	地域包括診療料 1:1,560点、2:1,503点 (1月につき※1)
対象疾患	認知症+1疾患以上	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	認知症+1疾患以上	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症
診療内容	担当医を決め、 ・療養上の指導、 服薬管理 ・ 他の医療機関での受診状況等の把握 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 等を実施			
内服薬	内服薬5種類以下 うち向精神薬等3種類以下 (要件なし)		内服薬5種類以下 うち向精神薬等3種類以下 (要件なし)	
主な施設基準	<診療所> ○在宅医療の提供、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は、 連携医療機関の協力を得て行うことを含む) ①以下の いずれかを満たしていること ・時間外対応加算1又は2の届出 ・ 常勤医師が2名以上(※2) ・在宅療養支援診療所であること ②以下の 全てを満たしていること(「1」のみ) ・自院の外来診療から訪問診療に移行した患者数(在支診:10人以上、在支診以外:3人以上) ・直近1ヶ月の初・再診、往診又は訪問診療実施の患者のうち、 往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満		○診療所又は200床未満の病院、研修の受講 <診療所> 以下の全てを満たしていること ・時間外対応加算1の届出 ・ 常勤医師が2名以上(※2) ・在宅療養支援診療所であること <病院> ○病院の場合以下の全て ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること ・自院の外来診療から訪問診療に移行した患者数10人以上(「1」のみ) ・往診等を実施した患者の条件は左記の同加算と同様	

保険薬局からの文書で情報提供を受けることも可能。その場合であっても、事後お薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい

必要に応じて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

「2」については、24時間の連絡体制

「2」については、左記の要件を満たしていること

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料・加算に係る常勤医師2名以上のうち、1名以上が常勤医師。

【改定】「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



投薬に関する事項

○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」に即した治療手順等、抗菌薬の適正使用に
資する診療を行うことを要件とした追加項目

→地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、
認知症地域包括診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料
薬剤服用歴管理指導料

小児関連
点数評価

新たな処方箋様式（案）

処方箋									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)									
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						
	生年月日	男・女	電話番号						
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名					
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	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を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 <small>（「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。）</small> 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。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 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		①	公費負担医療の受給者番号						

H30年改定により変更
分割指示に係る処方箋

H28年改定により
変更

様式第二号
（第二十三条関係）

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 _____ F A X 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 _____

様式第二号の二

平成30年2月7日 中医協資料抜粋



薬剤の適正使用の推進の論点(案)

外来医療の
抗菌薬使用

【論点(案)】

- 1 ○ 急性気道感染症等の症状を示す患者に、厚生労働省がとりまとめた適正使用マニュアルの活用や患者・家族等への文書による説明等、薬剤耐性菌対策に資する取組に対する評価を検討してはどうか。
地域包括診療料等などの継続的な医学管理を行っている患者について、抗菌薬の適切な使用に関する説明や取組を行うことを明確化してはどうか。
- 薬剤服用歴管理指導料について、抗菌薬の適切な服用に関する指導や取組を行うことを明確化してはどうか。
- 2 ○ 多剤投薬・重複投薬の是正推進の観点から、かかりつけの医師が入院医療機関や薬局と連携した減薬に係る状況提供、減薬後のフォローアップなどに対する評価を検討してはどうか。
- 減薬の取り組みに関する実績を踏まえ、薬剤総合評価調整加算の評価対象に、地域包括ケア病棟を追加してはどうか。

3 高齢者の医療費適正ガイドライン

- ガイドラインの目的、位置づけ、対象及び活用について記載する。
 - ・ 高齢者の薬物療法の適正化（薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランスの改善、過少医療の回避）が目的であること。
 - ・ 医療の質を向上させ、患者の健康に資すること、また患者の理解、啓発を伴う必要があることなど「患者中心」の考え方を強調する。
 - ・ ガイドラインの利用者としては、「医師、薬剤師を中心とし、看護師等の医療職、介護職」を想定したものとすることとして記載する。（患者、その家族などは対象としていないもの。）
 - ・ ガイドラインを使用する際の対象患者の範囲は、75歳くらい以上に焦点をあてて作成するものとすること。

多剤投与地域連の取組み

例示薬剤

- 高血圧・糖尿病・脂質異常症治療薬
- 抗凝固薬・高コリン薬
- BPSD治療薬
（アルツハイマー治療薬含む）
- 催眠鎮静薬・抗不安薬・抗うつ薬
- 消化性潰瘍治療薬・緩下薬
- 消炎鎮痛剤 NSAID
- 抗菌薬・抗ウイルス剤

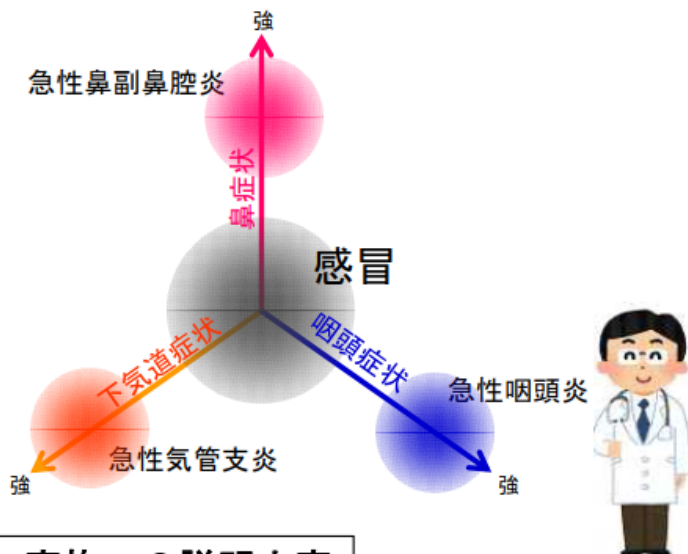
抗微生物薬適正使用に向けた取り組み

・日本で使用される抗菌薬のうち約**90%**は外来診療で処方される**経口**抗菌薬である。

・**外来診療**の現場で活用できる「**抗微生物薬適正使用の手引き 第一版**」を**平成29年6月1日**発表

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・改善しない場合の再受診を。

急性下痢症

診断・治療の考え方

- ・細菌性・ウイルス性に関わらず、多くは自然に治るため、抗菌薬は不要。
 - ・対症療法や水分摂取励行が重要。
- ✓ 全身状態(日常生活への支障程度)
 - ✓ 海外渡航歴
 - ✓ 血性下痢
 - ✓ 発熱
- 等を踏まえて、便の検査や抗菌薬処方を検討。

患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬の使用は、腸内細菌叢を乱す可能性あり。
- ・糖分、塩分の入った水分補給が重要。
- ・感染拡大防止のため、手洗いを徹底。
- ・改善しない場合の再受診を。

H29. 9. 29

ダイジェスト版が厚労省からPDFでています

【Ⅱ-1-6 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進 -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)】

●外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

新設

B001-2 小児科外来診療料
B001-2-11 小児かかりつけ診療料
小児抗菌薬適正使用支援加算

80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]

- (1) 感染症の研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 病院においては、データ提出加算2を算定していること。

再診料・医学管理等

【 1-2 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 骨子< 1-2(1)、IV-6(1)>

新設

- B001-2-9 地域包括診療料
- B001-2-10 認知症地域包括診療料
- A001 注12 地域包括診療加算
- A001 注13 認知症地域包括診療加算

薬剤適正使用連携加算

30点

(退院又は退所の日を含む月の翌月までに1回)

<介護老人保健施設>

→かかりつけ医連携薬剤調整加算

125単位(退所時に1回)

※6種類以上の内服薬を1種類減少

※施設医師と主治医との連携

[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)

オンライン関連

オンライン診療料等に関する評価

項目名	点数	算定要件等			対象患者
オンライン診療料	70点 (月1回)	連続2か月まで算定可	※に関する管理を、初診から6月以上実施	初診料、再診料、外来診療料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)と同月算定不可	以下(※)のいずれかを算定している患者 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
オンライン医学管理料		前回受診の翌月から今回受診の前月が2月以内の場合算定可	※に関する管理を、初診から6月以上実施	・※の管理料を算定している月は、同月算定不可 ・次回受診月に、まとめて請求	オンライン診療料が算定可能な患者
オンライン在宅管理料	100点 (月1回)	連続2か月まで算定可	在医総管を、初診から6月以上実施	/	オンライン診療料が算定可能な患者、かつ 在医総管を算定し、訪問診療を月1回のみ実施している患者
精神科オンライン在宅管理料			精神科在宅患者支援管理料を初診から6月以上実施(1の場合は3月以上)		オンライン診療料が算定可能な患者、かつ 精神科在宅患者支援管理料を算定している患者

<算定要件>

- ・初診から6月は、毎月同一の医師が対面診療実施
- ・オンライン診療と対面診療は、同一医師が実施
- ・対面診療(間隔は3月以内)とオンライン診療を組み合わせた療養計画を作成、計画に基づき診療を行う
- ・保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて、診療を実施

<施設基準>

- ・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察を行う医療機関
- ・緊急時に概ね30分以内に当該医療機関にて診察可能な体制を有していること
(小児療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料の対象患者は除く)
- ・オンライン診療料/(1月あたりの再診料等(電話再診除く)及びオンライン診療料の算定回数)=1割以下であること

オンライン診療料等に関する評価

項目名	点数	算定要件等			対象患者
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算	150点	月1回	前回受診の翌月から 今回受診の前月が2 月以内の場合算定可	対面受診月に まとめて請求	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2を算定しCPAPを実施している患者
在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算					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

<算定要件>

- ・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。
- ・対面診療(間隔は3月以内)とオンライン診療を組み合わせた療養計画を作成、計画に基づき診療を行う
- ・対面診療で、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(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のみ)
- ・対面診療で、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(在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算のみ)

<施設基準>

- ・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察を行う医療機関
- ・緊急時に概ね30分以内に当該医療機関にて診察可能な体制を有している(小児療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料の対象患者は除く)
- ・呼吸器について5年以上の経験を有する常勤の医師、看護師を配置している(在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算のみ)

リハビリテーション関連

【リハビリテーション】

疾患別リハビリテーション等

計画 評価

- ◆リハビリテーション実施計画書(別紙様式21~21の5)
- ◆H003-2 リハビリテーション総合計画評価料300点
(別紙様式23~23の4)
- ◆H003-4 目標設定等支援・管理料(別紙様式23の5)
初回:250点 2回目以降:100点

各疾患別リハビリテーションごとに

- 対象疾患
- 標準的算定日数

急性増悪とは
1週間以内に
FIMまたはBIが
10以上低下

- ◆H001 脳血管疾患リハビリテーション
→発症、手術、慢性疾患の急性増悪から180日
(その他のものについては最初に診断された時点から)
- ◆H002 運動器リハビリテーション
→発症、手術、慢性疾患の急性増悪から150日
(その他のものについては最初に診断された時点から)
- ◆H001-2 廃用症候群リハビリテーション
→廃用症候群の診断または急性増悪120日
- ◆H000 心大血管疾患リハビリテーション
→治療開始日から150日
- ◆H003 呼吸器リハビリテーション
→治療開始日から90日

改定により
起算日の変更

- 早期リハビリテーション加算(30日間)
- 初期加算(届出)(14日間)

運動器リハ
起算日

標準的算定日数1/3
(50日目) 9/30

10/1

標準的日数150日

3か月以内に
目標設定等支援
管理料算定

★(51日目)10/1から
リハビリ10%減



【 1-7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進 -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【 1-7 (5) 】

現行

改定

【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

〔新設〕

【リハビリテーション総合計画評価料1】

300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

【リハビリテーション総合計画評価料2】

240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

リハビリテーションにかかる医療・介護連携

リハビリテーションの医学管理を目的とした計画書等について

- リハビリテーションの実施やそれに関係する加算の算定に当たっては、医療保険、介護保険とも、計画書等の文書の作成が求められる。その内容には、患者・利用者の現状の評価、リハビリテーションの目標等が含まれ、実質的に共通する部分が相当程度ある。
- しかしながら、医療保険と介護保険の間で様式の互換性が乏しいため、患者が医療保険から介護保険へ移行するにあたり、これらの情報の引き継ぎが円滑に行われにくい

(例)

医療保険 疾患別リハビリ

目標設定等支援・管理料
「目標設定等支援・管理シート」

- 算定要件: 要介護被保険者等に対し、多職種が共同して、患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付け等を行った場合に算定
- 文書の内容: 発症からの経過、ADL評価、リハビリテーションの目標、心身機能・活動及び社会参加に関する見通し(医師の説明、患者の受け止め)、介護保険のリハビリテーションの利用の見通し 等

社保審-介護給付費分科会 第150回(H29.11.8)

互換性
をもった
様式

介護保険 通所リハビリ

リハビリテーションマネジメント加算
「リハビリテーション計画書」

- 算定要件: 多職種が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に算定
- 文書の内容: 利用者と家族の希望、健康状態(原疾患名、経過)、参加の状況、心身機能の評価、活動の評価(改善の可能性)、リハビリテーションの目標と具体的支援内容、他職種と共有すべき事項 等

移行をスムーズに

★リハビリ計画提供料「1」275点 介護リハ事業所への実施計画提供
→電子化連携加算5点(利用可能な電子媒体で提供)

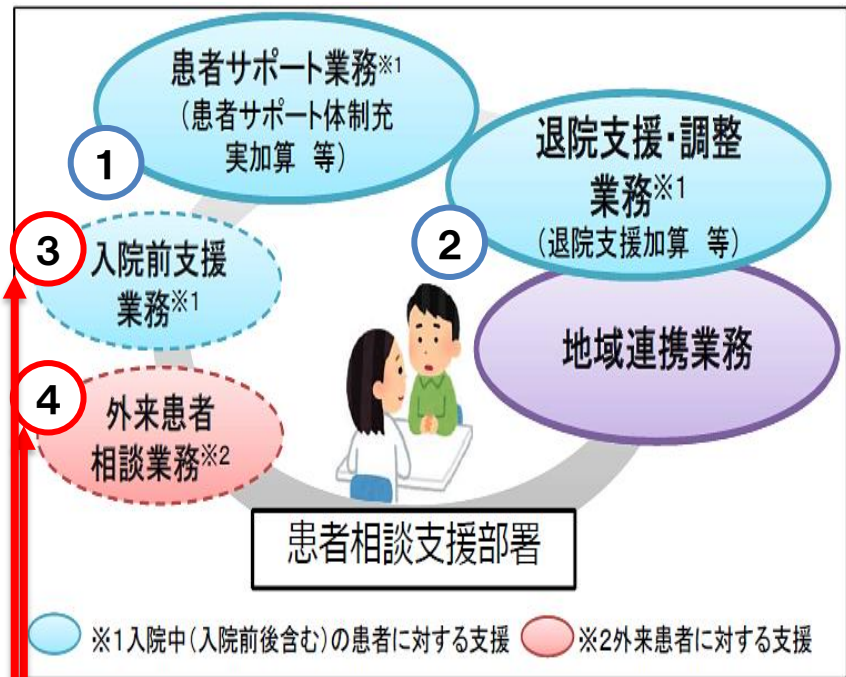
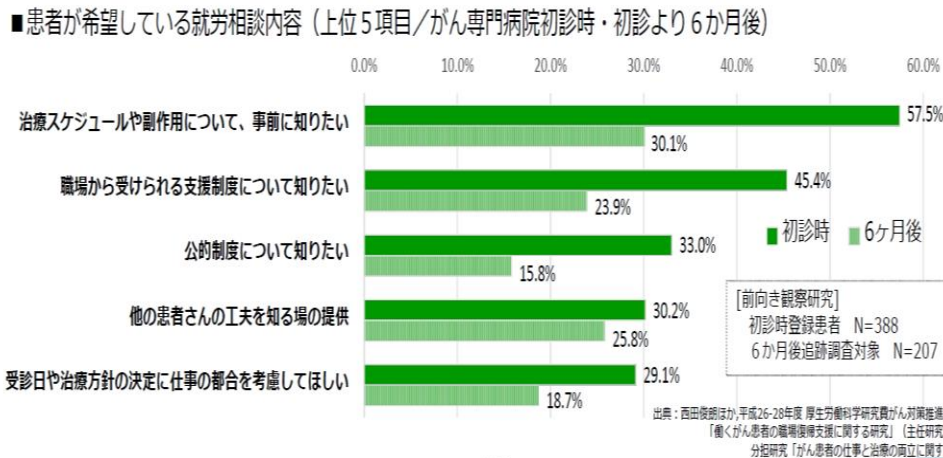
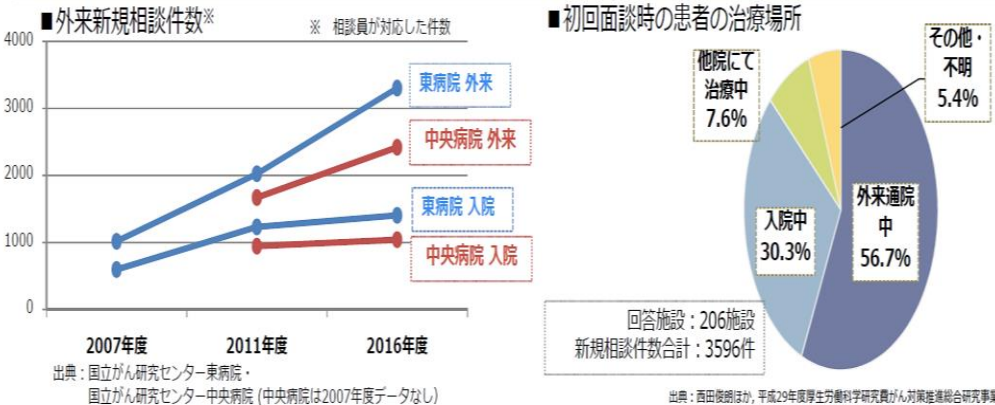
★リハビリ計画提供料「2」100点
入退院支援加算のパス算定患者で、発症等から14日以内に退院
退院後のリハビリを担う医療機関への実施計画提供

医療機関提供用紙により
リハビリ開始可能
3か月以内に改めて
リハビリ計画書作成を
行うこと

患者相談・退院支援

がん患者の外来での相談支援

- がん患者の相談は、外来通院中が多く、件数も伸びている。
- がん患者の就労に関する相談については、治療スケジュールや支援制度について知りたいという内容が、初診時に多い。

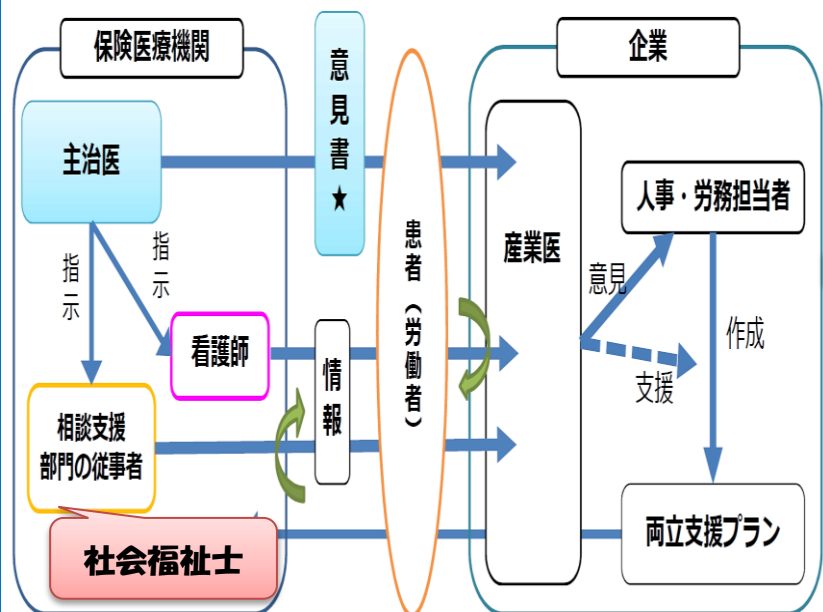


①②は既に入院の診療報酬項目にある
③④は2018年診療報酬改定において評価として検討されている業務

外来相談の中、がん患者の就労相談も多く見受けられる

主治医の意見を踏まえた治療と仕事の両立支援の流れ（イメージ）

- 治療と仕事の両立支援のため、患者の求めがあった場合に、主治医が病状や治療内容等を記載した意見書を患者の同意を得た上で提供することが必要(★)。
- 主治医と産業医との連携は患者の同意を前提とし、患者を介して行うことが原則(ただし、患者の同意を得た上で、詳細な情報共有のための直接のやりとりは可能)。
- 主治医の負担軽減の観点から、産業医との情報共有が複数回に及ぶ場合には、主治医の指示を受けた看護師等の活用が考えられる。

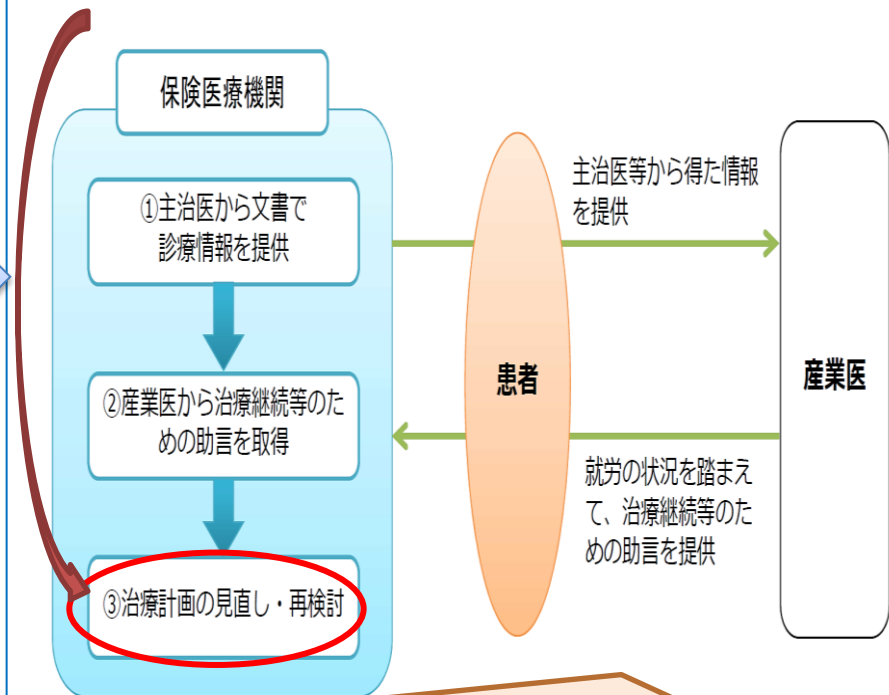


※「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を参考に保険局医療課において作成

治療と仕事の両立支援に係る診療報酬上の取扱い（イメージ）

- 就労中の患者が、働きながら現在の治療を継続するための助言を産業医から得るためには、主治医による診療情報(病状、治療スケジュール、想定される副作用の内容・程度等)の提供が必要となる場合がある。
- 主治医の情報提供に対し、産業医から治療継続や効率化等に資する助言を得て、治療計画の見直しや再検討につなげた場合には、診療報酬上の評価を行っていただく。

がん治療に関する検討



参考：平成28年2月厚労省より

「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」

【II-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 -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)>

新設

● 療養・就労両立支援指導料	1,000点(6月に1回)
相談体制充実加算	500点

[算定要件]

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

- (1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、**産業医あてに文書で診療情報を提供**
- (2) 医師又は**医師の指示を受けた看護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**

[相談体制加算の施設基準]

- (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。**

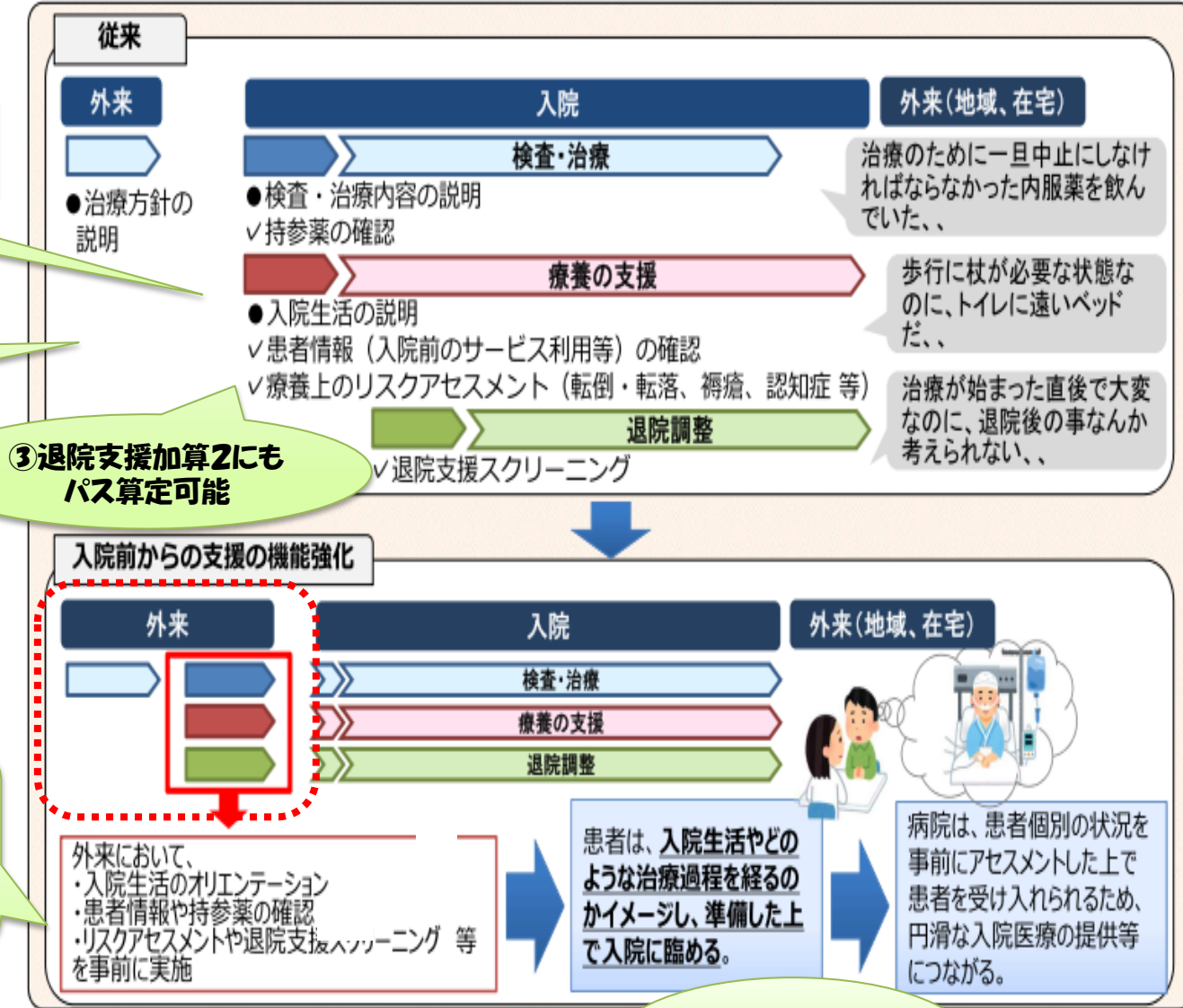
入院前からの支援の機能強化(イメージ図)

① 入退院支援加算の名称

② 退院支援困難な要因 対象者の追加

- 虐待を受けている
又はその疑いがあること
- 医療保険未加入者
又は生活困窮者であること
- 同居者の有無に関わらず
必要な介護・養育を十分に
提供できる状況にない

⑤ 入院決定患者に対して →入院前から外来における 相談・連携担当者の評価



④ カンファレンス ICT等も検討

入院基本料等加算

【 1-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 -①】

① 入退院支援の推進 骨子< 1-1 (1) >

新設

●A246 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

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

[施設基準]

- (1) 入退院支援加算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

4. 診療報酬改定における教育のポイント

① 外来

② 入院

一般病棟等、重症度・医療・看護必要度

一般病棟入院基本料の主な報酬・施設基準について

	7対1	10対1	13対1	15対1
入院基本料	1,591点 1,599点	1,332点 1,399点	1,121点	960点
主な加算	14日以内 450点 15日以上30日以内 192点 712点、207点			
	急性期看護補助体制加算(14日まで) 25対1(5割以上) 160点 25対1(5割未満) 140点 50対1 120点、75対1 80点		看護補助加算1 109点 看護補助加算2 84点 看護補助加算3 56点	
	看護必要度加算1 55点 看護必要度加算2 45点 看護必要度加算3 25点			
看護職員配置	常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上	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	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	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
	最小必要数の7割以上が看護師			最小必要数の4割以上が看護師
平均在院日数	18日以内 26日	21日以内 28日	24日以内	60日以内
重症度、医療・看護必要度	基準を満たす患者割合が2割5分以上(許可病床数が200床未満で病棟群単位による届出を行わない場合は、平成30年3月31日までに限り、2割3分以上)		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。	
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上			
在宅復帰率	8割以上			

特定機能病院
オレンジ部分

<改正>再掲

★看護補助者の配置評価★

→●障害者施設等入院基本料
(7対1又は10対1)

★看護職員等夜間配置の評価★

→●療養病棟入院基本料

- 急性期一般入院料(仮称)中間的評価病棟
- 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

<改正>

★地域包括ケア病棟★

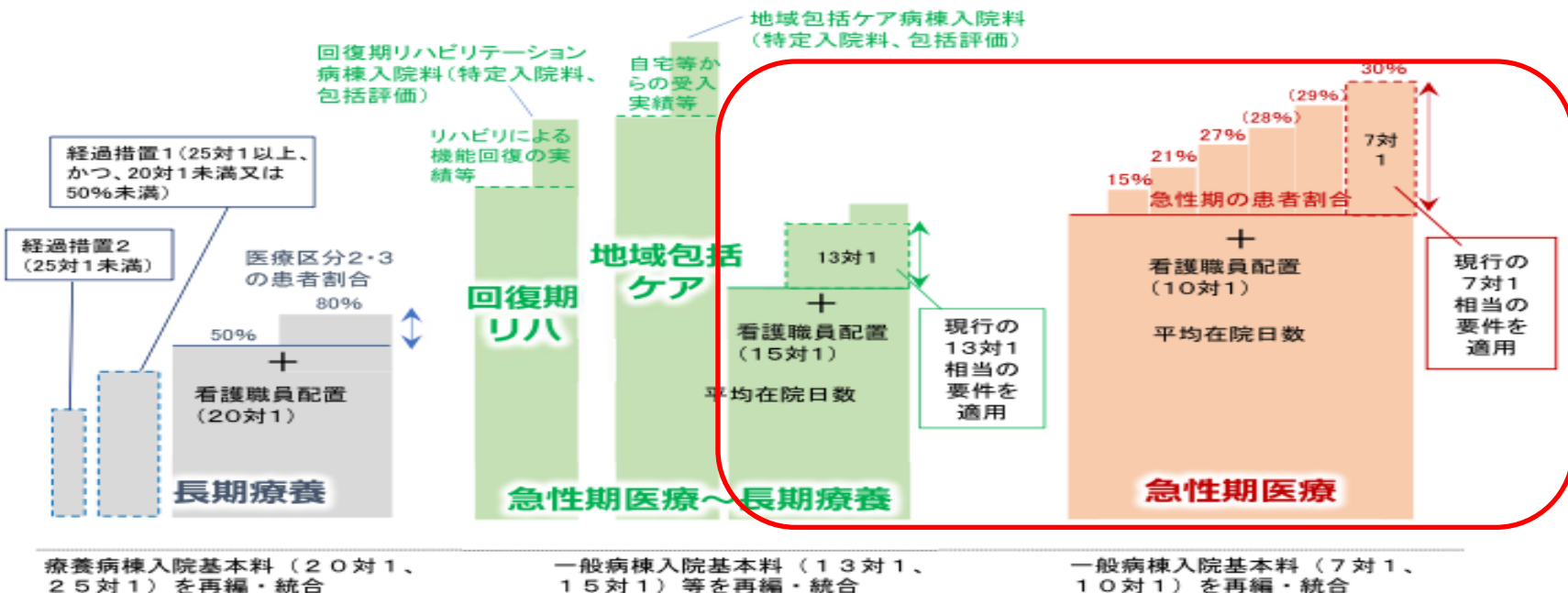
→●治療方針決定支援を行う体制
●受入初期加算の評価見直し(在宅等、転棟等)

★回復期リハ病棟★

→●病棟専従セラピスト要件緩和
●日常生活動作の改善実績評価
●実績指数の高い入院料は、
栄養管理の取組要件および栄養指導算定可能

新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



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

●短期滞在手術等基本料は

①DPC医療機関はDPC/PDPSで算定

※以下1)2)は除く

1)平均在院日数、2)看護必要度

②短期滞在手術等の廃止となった検査・手術等

1)終夜睡眠ポリグラフ等

2)腋臭症手術

3)水晶体再建術等

重症度・医療・看護必要度

一般病棟用の看護必要度は2基準に分かれる

①一般病棟用重症度・医療・看護必要度Ⅰ(現行の測定)

②一般病棟用重症度・医療・看護必要度Ⅱ(診療実績データを用いる)

AとC
評価

※①及び②について満たす割合は、届出前3月間の平均値を基本とすること
(ただし、届出受理後の措置である「暦月で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)

医療機能に応じた入院医療

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

回復期リハビリは
看護必要度測定なし

1月31日中医協資料個別改定項目(その3)より

●C項目(手術等の医学的状況)の変更

「18」開腹手術(5日間)

→「18」開腹手術(4日間)

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

1月31日中医協資料個別改定項目(その3)より

●基準の追加

(A得点)が1点以上、(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

急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1～7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)
患者割合	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	(28%以上) ※	(29%以上) ※	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 ※	24%以上 ※	25%以上
平均在院日数		21日以内						18日以内
在宅復帰・ 病床機能連携率		-						8割以上
医師の員数		-						入院患者数の 100分の10以上
データ提出加算		○						
点数		1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点

許可病床200床7対1
入院料2→127%、1122%
入院料3→126%、1121%

*1:従来の方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

(※200床未満は、経過措置あり)

その他の病棟の看護必要度

		結核病棟 7対1	特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料			総合入院体制加算		
			7対1	看護必要度 加算1	看護必要度 加算2	看護必要度 加算3	1、2	3
患者割合	重症度、医療 看護必要度Ⅰ	11%以上	28%以上	27%以上	21%以上	15%以上	35%以上	32%以上
	重症度、医療 看護必要度Ⅱ	9%以上	23%以上	22%以上	17%以上	12%以上	30%以上	27%以上

		急性期看護補助体制加算、 看護職員夜間配置加算(※)	看護補助加算1 (13対1入院基 本料)	回復期リハビリ テーション病棟 入院料1	地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料
患者割合	重症度、医療 看護必要度Ⅰ	7%以上	6%以上	(削除)	10%以上
	重症度、医療 看護必要度Ⅱ	6%以上	5%以上	—	8%以上

※は、急性期一般入院料7、10対1特定機能病院入院基本料、10対1専門病院入院基本料の病棟

<経過措置>

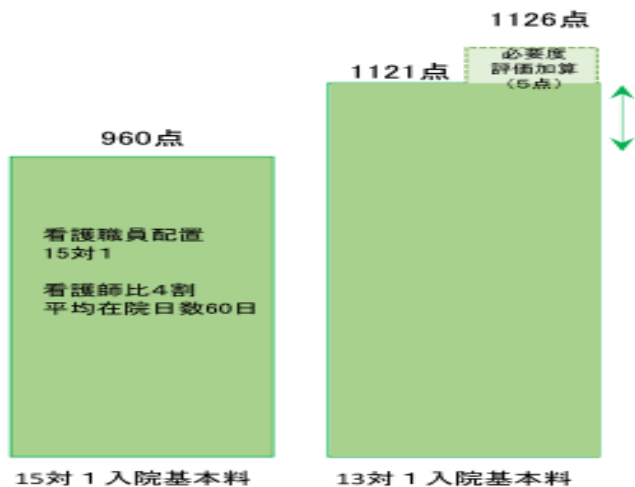
平成30年3月31日に上段の届出を行っている場合は、平成30年9月30日までの間、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。

※許可病床200床未満7対1、急性期入院料2、3の経過措置は平成32年3月31日

13対1
15対1

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

【現行】

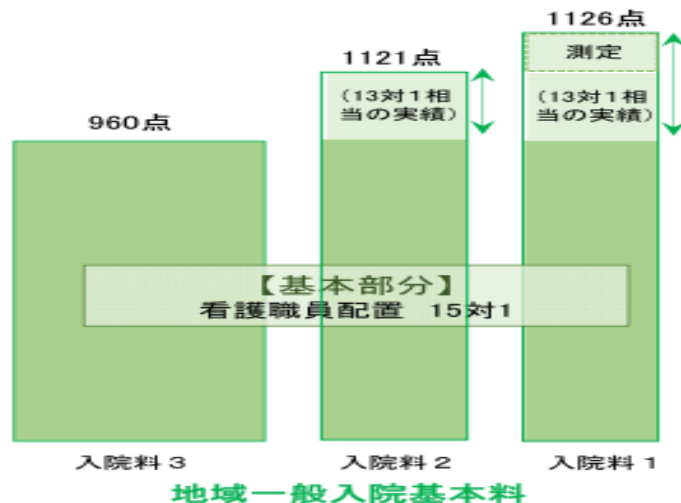


再編

【平成30年度改定】

【実績部分】

- ・現行の13対1入院基本料相当の実績
- ・重症度、医療・看護必要度の測定
- (※ 段階的な評価に用いる指標については、改定後にさらに検討)



	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)	13対1以上 (7割以上が看護師)	
平均在院日数	60日以内	24日以内	
重症度、医療・看護必要度の測定	—		○
点数	960点	1,121点	1,126点

在宅復帰率

在宅復帰率の要件に係る見直しのイメージ

【平成30年度改定】

在宅復帰・病床機能連携率

急性期一般入院料 1

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等（**介護医療院を含める**）
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 回リハ病棟
- ・ 療養病棟
- ・ 有床診療所
- ・ 介護老人保健施設

※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く

- ・ 急性期一般入院料 1 から退棟した患者

※死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者除く

加算の届出に関わらず

在宅復帰率

地域包括ケア病棟入院料

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等（**介護医療院を含める**）
- ・ 有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る）

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・ 地域包括ケア病棟から退棟した患者

※死亡退院・再入院患者を除く

回復期リハビリテーション病棟入院料

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設等（**介護医療院を含める**）
- ・ 有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る）

※死亡退院・再入院患者を除く

- ・ 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者

※死亡退院・一般病棟への転棟・転院患者・再入院患者を除く

有床診は規定変更

療養病棟
介護老健は
分子から除外

精神科急性期治療病棟入院料等
自宅等へ移行する患者に介護老人保健施設、介護医療院を追加

ご清聴ありがとうございました



5. 参考資料

看取りに関する取組み

参考 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」
方針決定の流れ（イメージ図）

29.3.22 意見交換
資料-2 参考1

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則

**1/17ガイドライン改定案
といまとめ2月以降**



患者の意思が
確認できる

患者と医療従事者とが十分に話し合い、
患者が意思決定を行う

人生の最終段階における
医療とケアの方針決定

十分な
情報の
提供

家族が患者の
意思を推定できる

患者の推定意思を尊重し、
患者にとって最善の治療方針をとる



患者の意思が
確認できない

患者にとって最善の治療方針を、
医療・ケアチームで慎重に判断
(※家族がいる場合は十分に話し合う)



・病態などにより
医療内容の決定が困難
・家族の中で意見が
まとまらないなどの場合

→複数の専門家で構成する
委員会を設置し、
治療方針の検討や助言

・家族が患者の
意思を推定できない
・家族がいない

●「委員会」→「話し合い」に変更
●メンバー→例：医療倫理に精通した専門家
国の規定研修会修了者

地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟

地域包括 ケア

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

中医協 2018.2.7 答申についてより

【現行】

【平成30年度改定】

地域包括ケア1・3の要件に
ガイドラインの内容を踏まえ
看取りに関する指針を定めていること

【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針を定めている



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

●初期加算

- ①急性期患者支援病床初期加算…急性期病棟からの転院・転棟
- ②在宅患者支援病床初期加算…自宅、介護医療院、施設等からの入院

(治療方針に関する意思決定支援を行った場合に算定)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ* ¹ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ* ² 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
在宅復帰率	-				7割以上			
室面積	-				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	-		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上	-		1割以上 (10床未満は1人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	-		3月で3人以上		-		3月で3人以上	
在宅医療等の提供	-		※ ○		-		※ ○	
看取りに対する指針	-			○	-			○
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満	○	-	○	○	○	-	○	○
点数 (生活療養を受ける場合)	2,038点 (2,024点)		2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)	

実績部分

在宅医療等の提供

※a～dのうち2つ以上を満たす

- 在宅患者訪問診療料を3月で20回以上算定
- 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Ⅰを3月で100回以上算定
又は同一敷地内の訪問看護ステーションで訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費を3月で500回以上算定
- 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を3月で10回以上算定
- 介護保険の訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護、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で実施している

特定入院料

【 1-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 -⑫】

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し 骨子< 1-1 (11)、1-3(10)② >

●A308-3 救急・在宅等支援病床初期加算

現行

改定

【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。

【地域包括ケア病棟入院料】

注 当該病棟に入院している患者のうち、
①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
②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
→転院又は転棟した日から起算して14日を限度として **急性期患者支援療養病床初期加算**として、1日につき**150点**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、
①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
②自宅から入院した患者に**対し、**
→**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、**
入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援療養病床初期加算**として、1日につき**300点**を所定点数に加算する。

ポイント

【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーションの実績指数を用いる
(1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

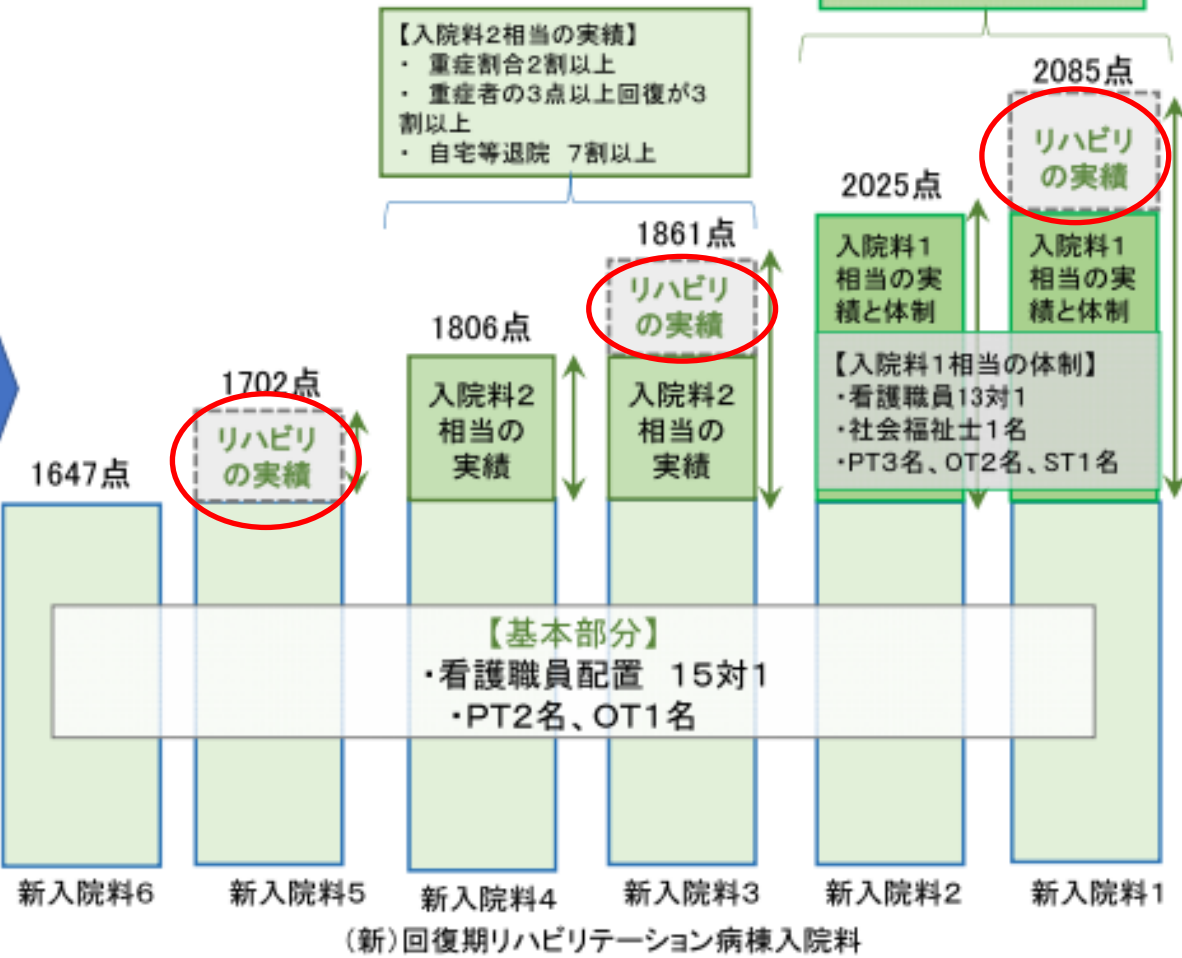
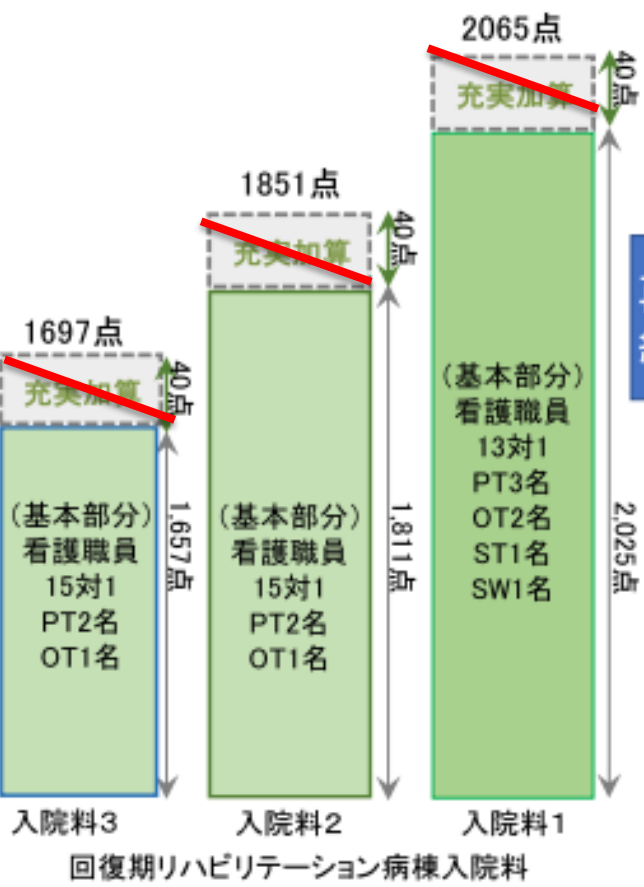
【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

再編



回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の} \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
(高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者)

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者 ・ 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者 ・ 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

(除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。)

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)			13対1以上(7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上					
管理栄養士	-					
リハビリ計画書の栄養項目記載	-					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハ	-					
	※休日リハビリテーション提供体制加算あり					
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	-		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	-		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4点以上改善	
在宅復帰率	-		7割以上			
実績指数	-	30以上	-	30以上	-	37以上
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

実績部分

療養病棟等

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,810点	1,412点	967点
ADL 区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL 区分1	1,468点	1,230点	814点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置25:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

1

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL 区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL 区分1	1,403点	1,165点	750点

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。それ以外の場合は医療区分2として取り扱う

医療区分

ADL区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

2

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

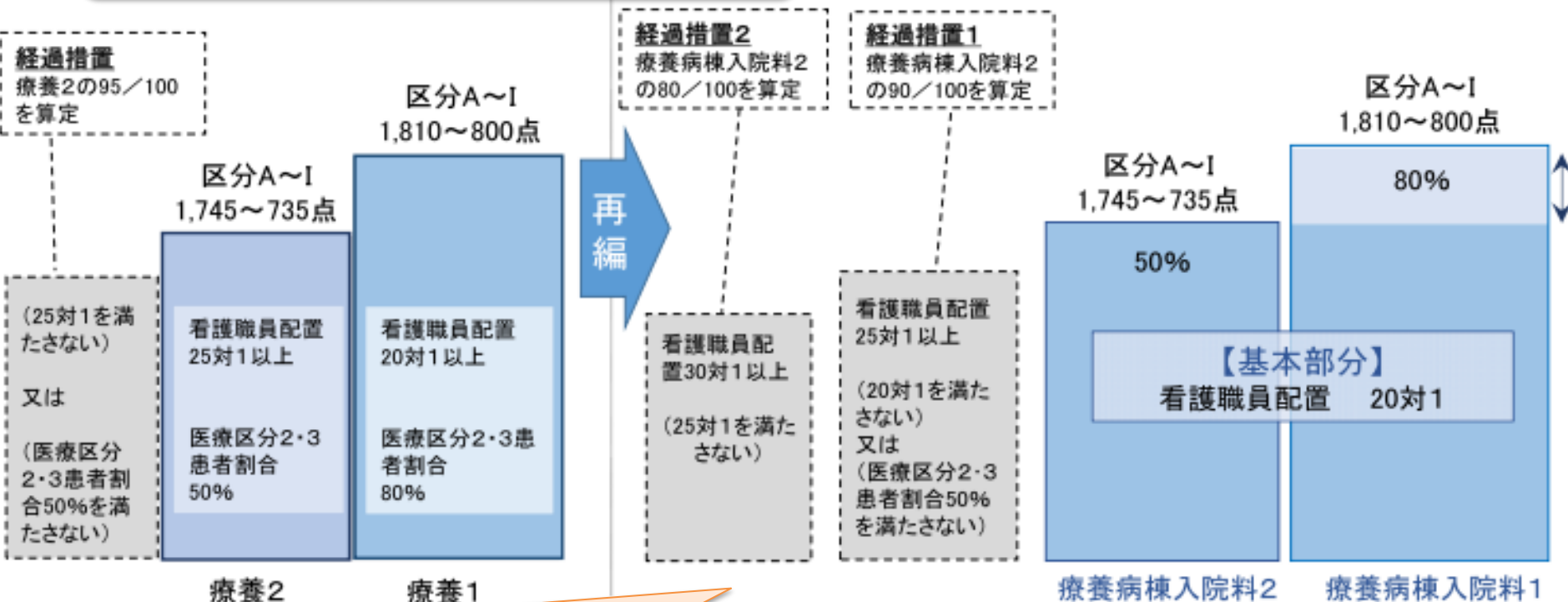
療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

3
<改正> ★療養病棟★
 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の内容踏まえた看取りの指針

【実績部分】
 ・医療区分2・3該当患者割合



4
●初期加算

- ①急性期患者支援療養病床初期加算…急性期病棟からの転院・転棟
- ②在宅患者支援療養病床初期加算…自宅、介護医療院、施設等からの入院
 (治療方針に関する意思決定支援を行った場合に算定)

入院料等

【 1-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 - ⑫】

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し 骨子< 1-1 (11)、1-3(10)② >

●救急・在宅等支援病床初期加算

現行	改定
<p>【療養病棟入院基本料】</p> <p>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、経費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点療養病棟入院基本料1を算定する場合には、1日につき300点)を所定点数に加算する。</p>	<p>【療養病棟入院基本料】</p> <p>注 当該病棟に入院している患者のうち、</p> <ul style="list-style-type: none">①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②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 →転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、<u>急性期患者支援療養病床初期加算</u>として、1日につき<u>300点</u>を所定点数に加算する。 <p>注 当該病棟に入院している患者のうち、</p> <ul style="list-style-type: none">①介護老人保健施設、<u>介護医療院</u>、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等②自宅から入院した患者に<u>対し、</u> →<u>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、</u> 入院した日から起算して14日を限度として、<u>在宅患者支援療養病床初期加算</u>として、1日につき<u>350点</u>を所定点数に加算する。

療養病棟入院料1～2の内容

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

2年間の経過措置

	経過措置	療養病棟入院料2	療養病棟入院料1
看護職員※	20対1を満たさない かつ、25対1以上	20対1 (医療法上の4:1)	
看護補助者※	20対1 (医療法上の4:1)		
医療区分2・3 該当患者割合	5割未満(満たさない)	5割以上	8割以上
データ提出	5 許可病床数	200床以上の病院は必須	1年間の経過措置
点数	(療養病棟入院料2)の 90/100に相当する点数	医療区分1 735点～902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	医療区分1 800点～967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点

※ 療養病棟入院料については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、看護職員配置20対1に満たない場合の経過措置を新たに設けるとともに、看護職員配置25対1に満たない場合の経過措置も別途設ける。

<在宅復帰機能強化加算の変更点>

※療養病棟1を算定する病棟

①10点→50点(1日につき)

②割合10%→15%へ

DPCデータの見直し

様式1の見直し

項目名	対象/内容
【新】SOFAスコア	医療資源病名、副傷病、入院の契機となった傷病名として敗血症のコーディングを行う患者についてSOFAスコア（小児はpSOFAスコア）を診断時に測定
【新】SOFAスコア	特定集中治療室管理料1,2を算定する患者の入室時に測定
【新】手術基幹コード	手術を行った患者については、Kコードと対応するSTEM7コードを入力
【簡】自殺企図の有無	一般病棟/その他病棟グループに入院する患者については、必須入力である当該項目の入力を任意とする。
【簡】癌取扱い規約に基づくがんのStage分類	食道癌の患者は入力不要とする。
【簡】心不全患者/血行動態的特徴	心不全の患者で入力必須であった、心不全の発症時期、心拍数、心調律は入力不要とする。
【新】要介護度	療養病棟に入院する患者については、要介護度を追加する。
【新】要介護情報	療養病棟に入院する患者については、低栄養情報、摂食嚥下機能障害を追加
【簡】がん患者/UICC TNM	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
【簡】がん患者/Stage	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
高齢者情報	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を、現在5段階のものを3区分に分類しているため、5段階で収集する。
FIM	回復期リハビリテーション入院料を算定する患者については、現在入力が任意であるが必須項目とする。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他