中 医 協 総 一 1 元 . 9 . 1 1

平成30年度診療報酬改定後の 算定状況等について

平成30年度診療報酬改定後の算定状況等について

本資料の趣旨

- 〇 今後、中医協2Rの議論を進めるに当たっては、平成30年度診療報酬改定による 影響等の整理が必要。
- 〇 まずは、平成30年度診療報酬改定において新設した項目や、要件の見直しを実施した項目等について、現時点で得られている情報を整理し、今後の議論の参考としていただくため、本資料を作成。

本資料の内容

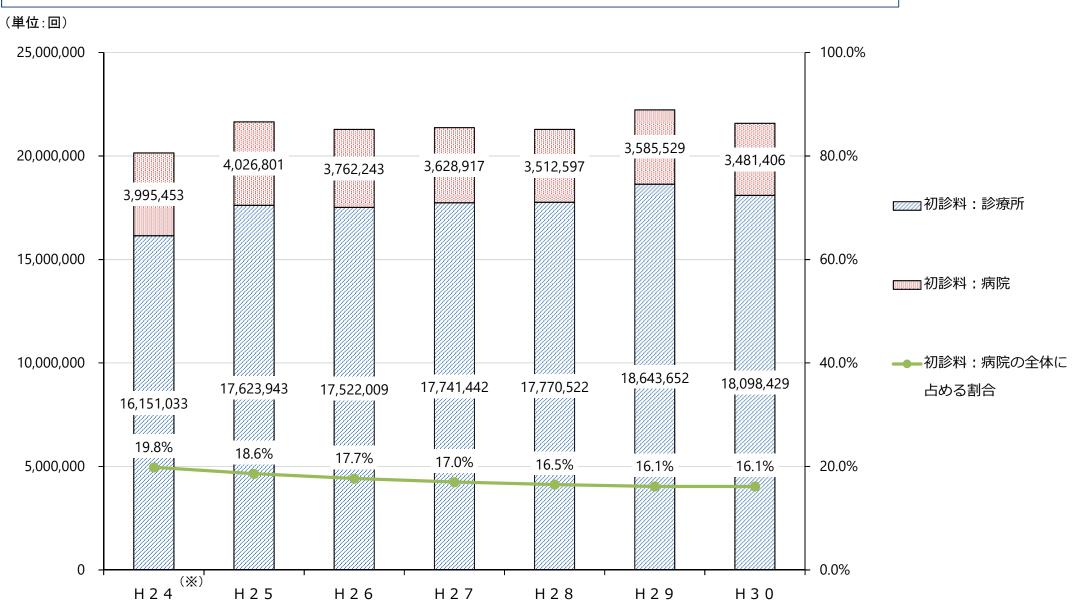
- 本資料は、中医協1Rで取り扱った項目を中心として、平成30年までの
 - 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)
 - 施設基準の届出状況(各年7月1日時点)
 - 等を用いて、最新の情報に置き換えたもの。
 - ※ 項目の整理は、今後の議論の参考となるよう、従前の中医協2Rにおける整理を参考として作成。
 - ※ なお、「平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」については、別途、診療報酬改定結果検証部会に おいて、検証中。

- 〇 外来
- 〇 入院
- 〇 在宅•訪問看護
- 〇 横断的事項
- 〇 個別項目
- 〇 歯科
- 〇 調剤

病院・診療所別の初診料の算定回数の年次推移

令和元年5月15日 中医協総会資料(改)

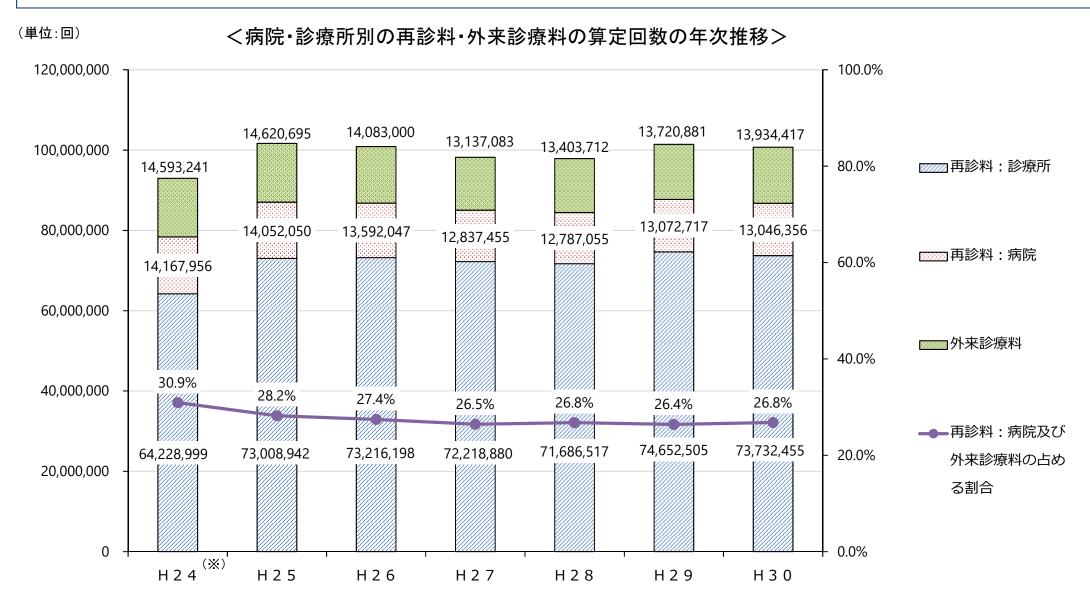
○ 初診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多く、また、病院の割合は減少傾向。



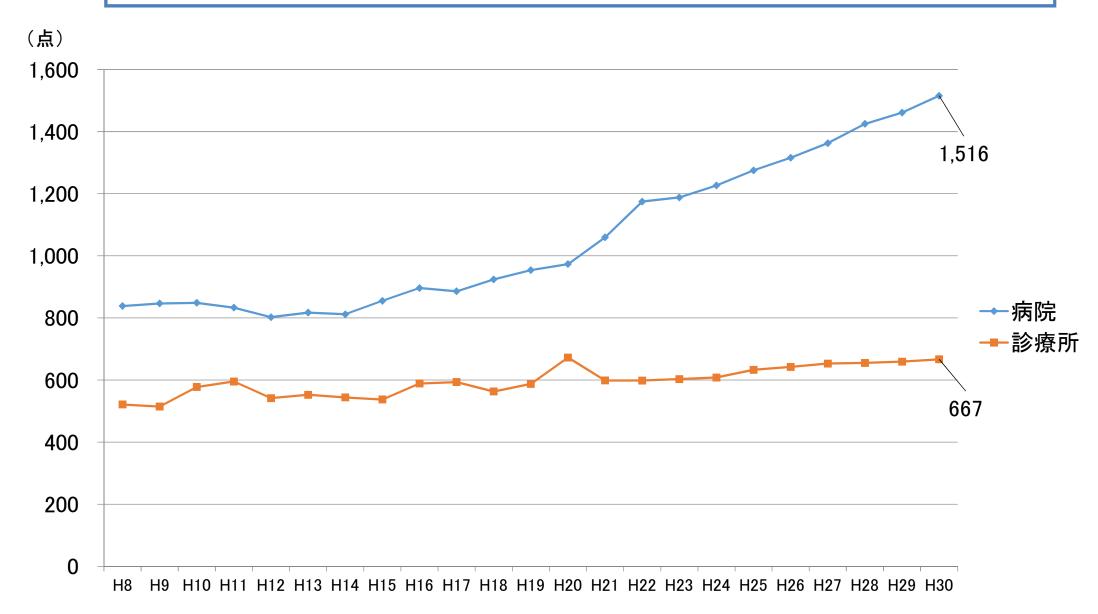
病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

令和元年5月15日 中医協総会資料(改)

○ 病院の再診料の算定回数は減少傾向であるが、外来診療料は増加傾向にあり、全体に占める割合は 近年概ね横ばい。



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) ※診療所について:平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査 ○ 入院外の1日当たりの診療報酬点数は、診療所では横ばい、病院では増加傾向。



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について: 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査 ※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査 A001注12

再診料

- イ 地域包括診療加算1 25点
- 口 地域包括診療加算2 18点

主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。

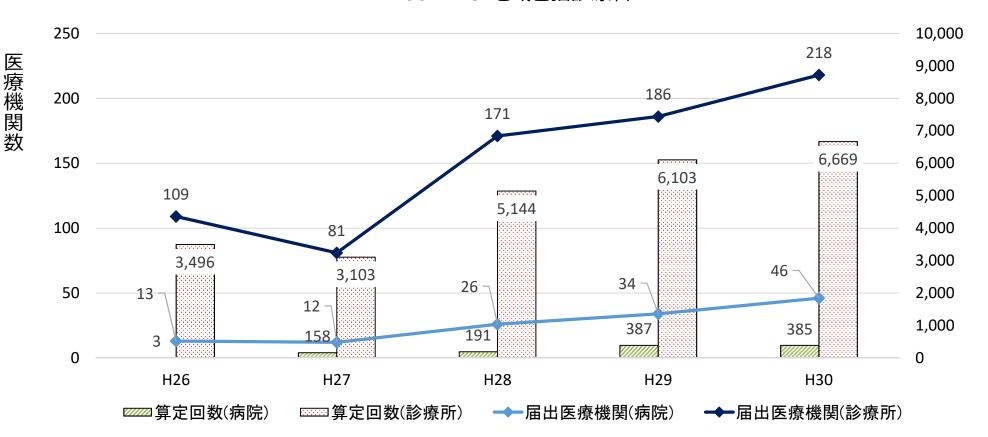
A001 注12 地域包括診療加算



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

B001-2-9 1	地域包括診療料(月1回) 地域包括診療料1 1,560点	主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数 の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療
B001-2-9 2	地域包括診療料(月1回) 地域包括診療料2 1,503点	を行う事を評価したもの。

B001-2-9 地域包括診療料

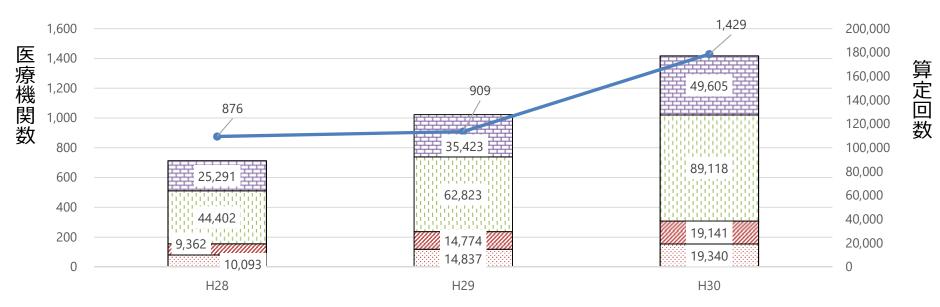


算定回数

○ 小児かかりつけ診療料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

B001-2-11 1	小児かかりつけ診療料(1日につき) 処方箋を交付する場合 イ 初診時 602点 ロ 再診時 413点	かかりつけ医として、緊急時や明らかに専門外の場合を除き継 続的かつ全人的な医療を行う事について評価したもの。
B001-2-11 2	小児かかりつけ診療料(1日につき) 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 712点 ロ 再診時 523点	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。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料



型型処方箋を交付する・初診時 ──届出医療機関数

出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

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

初診料 小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算

80点

[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

再診の患者初診の患者

地域包括診療料等の対象

患者(生活習慣病や認知

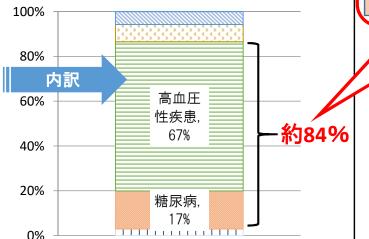
症を有する患者 等)

[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

<一般診療所の推計外来患者数> (4, 233千人) 生活習 慣病に 関連す る患者





機能強化加算の 対象患者

届出医療機関数及び算定回数

その

他 80%

	届出医療機関数	算定回数
機能強化加算	(病院) 1,048 (診療所) 11,793	1,783,064

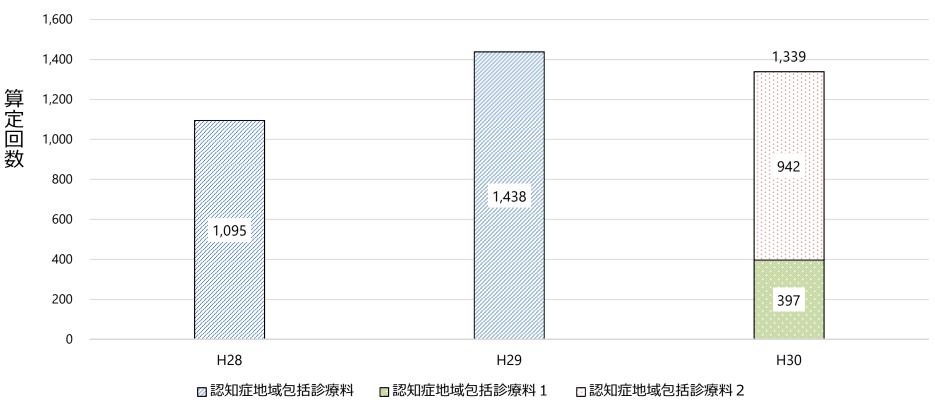
(出典)

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

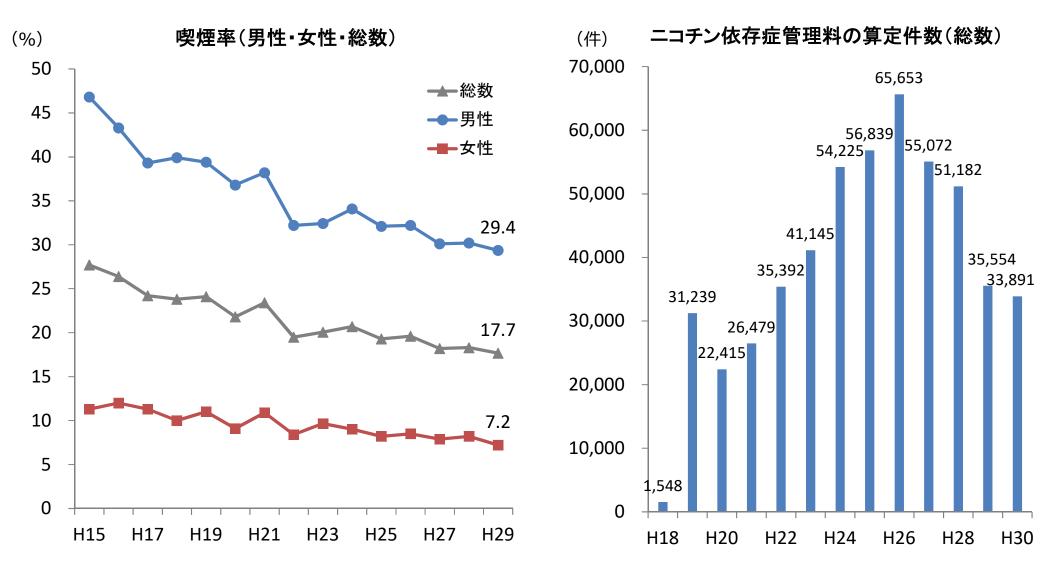
認知症地域包括診療料について、算定回数は概ね横ばい。

B001-2-10 1	認知症地域包括診療料(月1回) 認知症地域包括診療料1 1,580点	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った医師が、 認知症患者であって要件を満たす患者に対し、継続的かつ
B001-2-10 2	認知症地域包括診療料(月1回) 認知症地域包括診療料2 1,515点	全人的な医療を行う事を評価したもの。

B001-2-10 認知症地域包括診療料



- 〇 喫煙率は、男女ともに、低下傾向。
- 〇 ニコチン依存症管理料は、平成18年度診療報酬改定で新設され、算定回数は平成26年まで増加傾向であったが、近年 は減少傾向。



出典:厚生労働省 平成15年~28年国民健康・栄養調査

出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)

社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

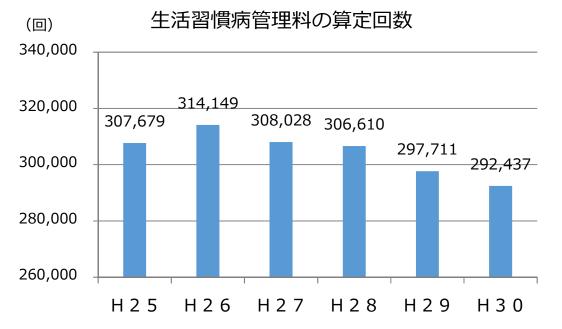
※診療所について:平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

B001-3 生活習慣病管理料

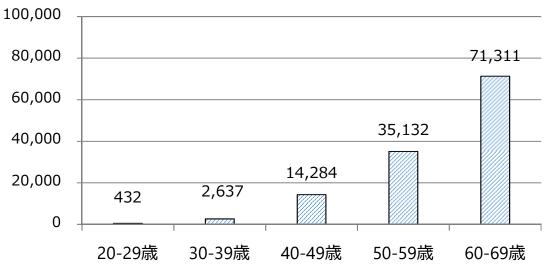
- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
 - イ 脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
 - イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点 八 糖尿病を主病とする場合 1,280点

【算定要件】

- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、<u>服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を</u> 行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である 保険医療機関において算定する。
- 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ること。
- 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。
- 保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合、患者の同意の有無を確認し計画書に記載するとともに、患者の 同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。







かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

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

(新) 認知症サポート指導料

450点(6月に1回)

[算定要件]

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

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

(新) 認知症療養指導料2

300点(月1回)(6月に限る)

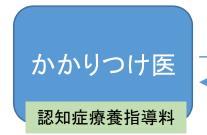
(新) 認知症療養指導料3

300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

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

[認知症療養指導料3の算定要件] 認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知 症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場 合に算定する。



認知症患者の治療に 対する助言の求め

助言

認知症 サポート医

認知症サポート指導料

⇒ 療養計画に基づく治療を提供

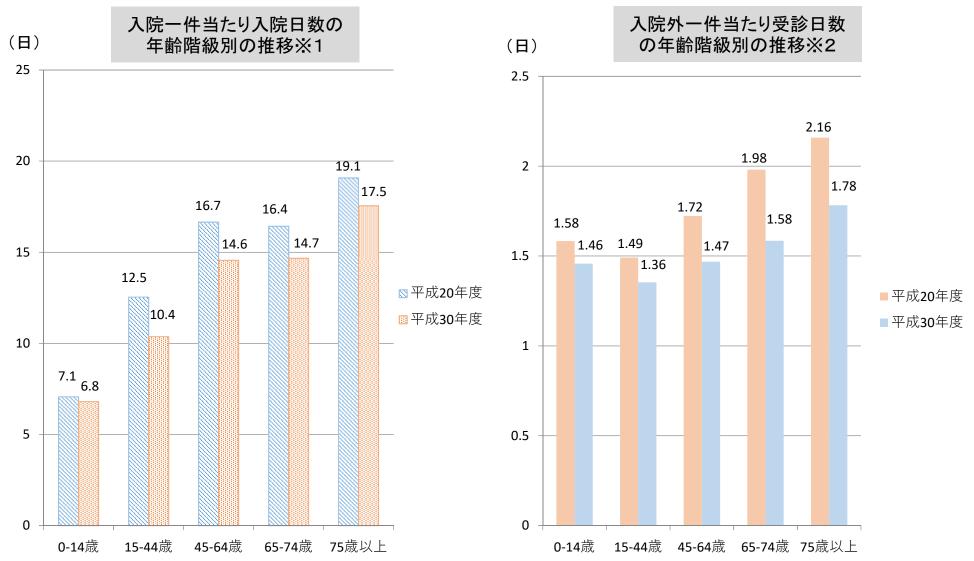
届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
認知症サポート指導料	(届出不要)	450
認知症療養指導料2	(届出不要)	244
認知症療養指導料3	(届出不要)	2,738

- 〇 外来
- 〇 入院
- 〇 在宅•訪問看護
- 〇 横断的事項
- 〇 個別項目
- 〇 歯科
- 〇 調剤

平成31年3月27日 中医協総会資料(改)

- 入院、入院外共に一件当たり日数は減少傾向である。
- 入院外一件当たり受診日数は、10年前と比較すると、45歳以上では減少幅が大きい。



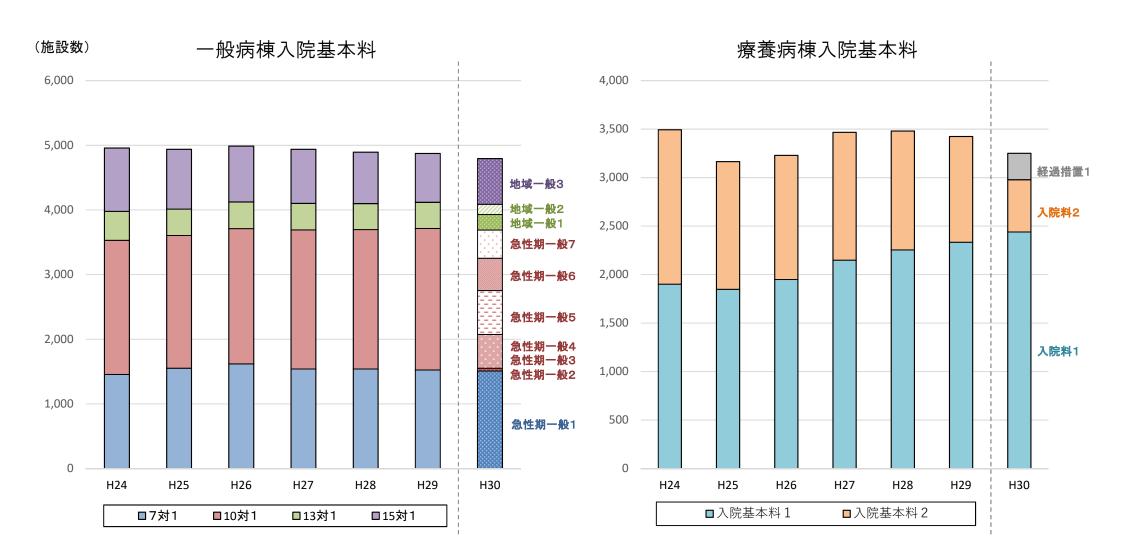
- ※1 入院一件当たり入院日数とは、診療実日数を入院レセプト件数で除したもの。(各医療機関において、患者個々人が1ヶ月に入院した日数の平均値。)
- ※2 入院外一件当たり受診日数とは、診療実日数を入院外レセプト件数で除したもの。(各医療機関において、患者個々人が1ヶ月に受診した回数の平均値。)

出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について: 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査 ※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

入院料別の届出施設数の推移

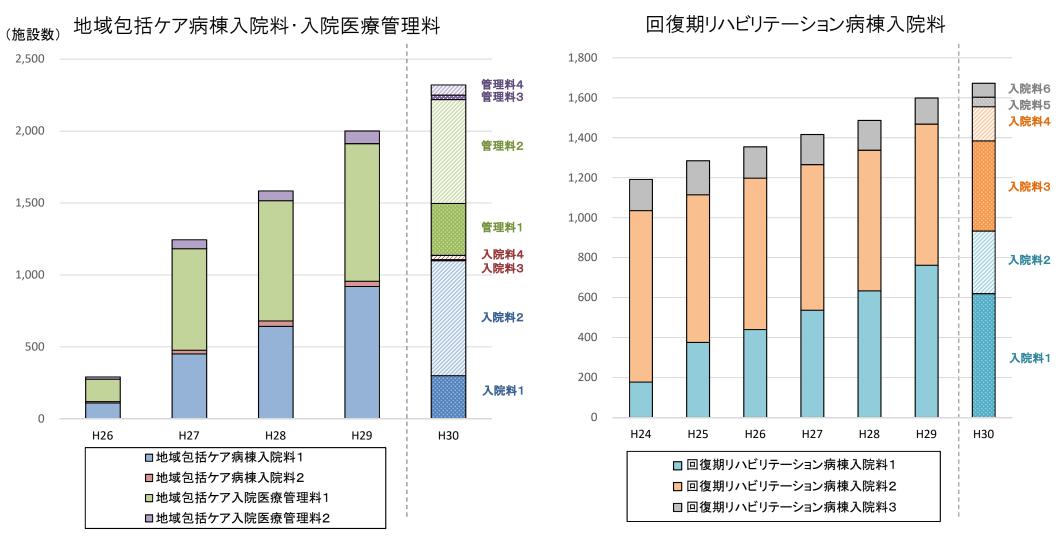
- 〇 一般病棟入院基本料の届出施設数は緩やかに減少傾向。
- フ療養病棟入院基本料の届出施設数は減少傾向だが、療養病棟入院料1は増加傾向。



出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点) ※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

入院料別の届出施設数の推移

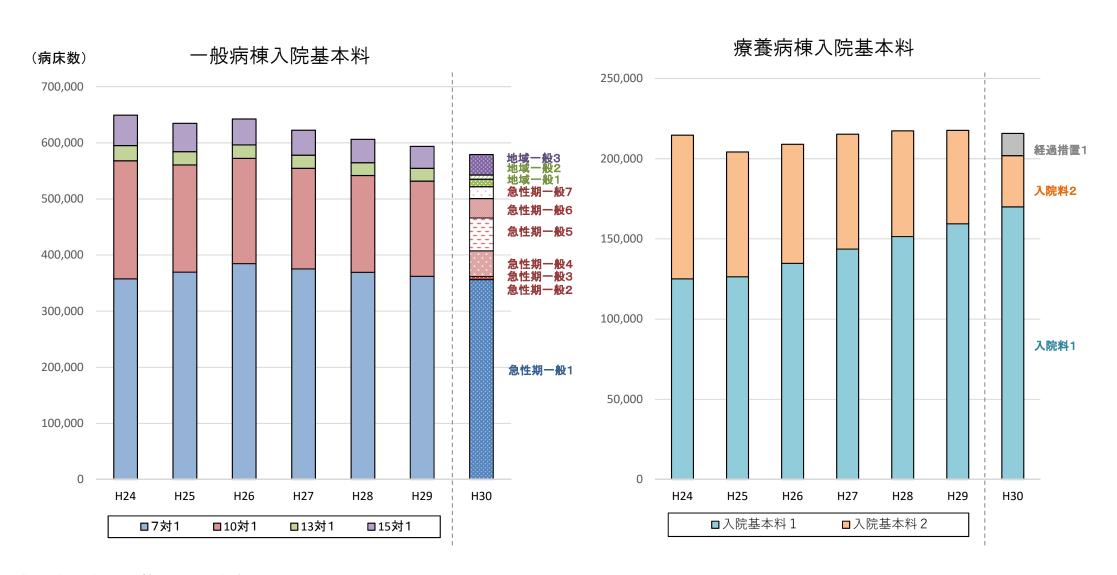
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出施設数は増加傾向。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出施設数は増加傾向。



出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

入院料別の届出病床数の推移

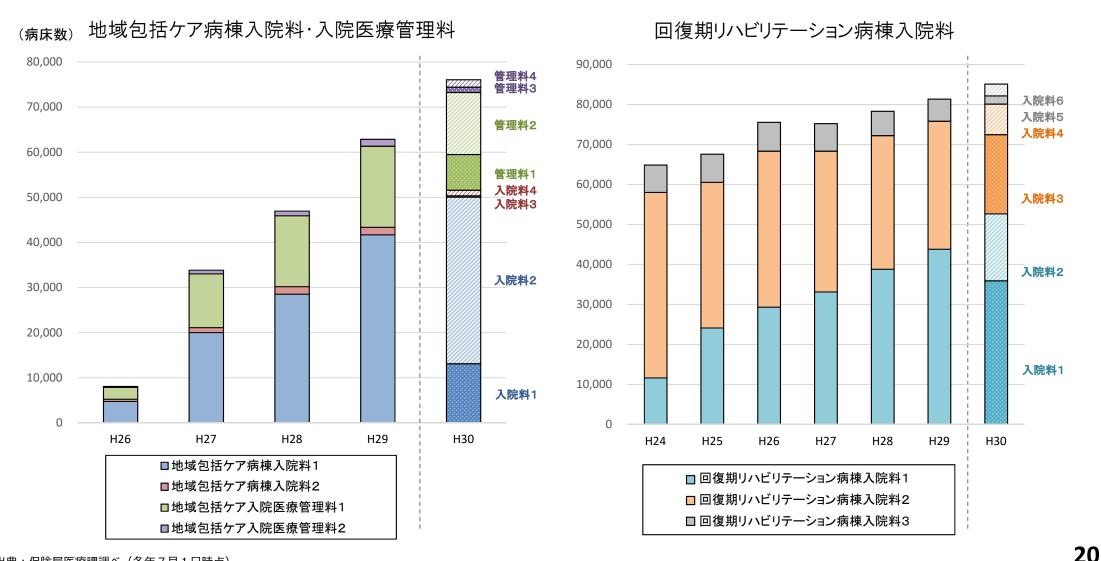
- 〇 一般病棟入院基本料の届出病床数は減少傾向。
- 〇 療養病棟入院基本料の届出病床数は緩やかに減少傾向だが、療養病棟入院料1は増加傾向。



出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点) ※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

入院料別の届出病床数の推移

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向。
- 〇 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は増加傾向。

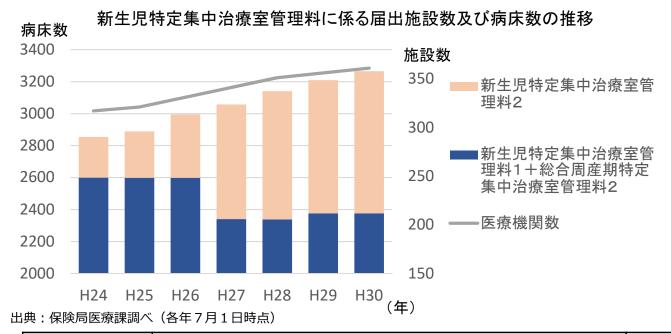


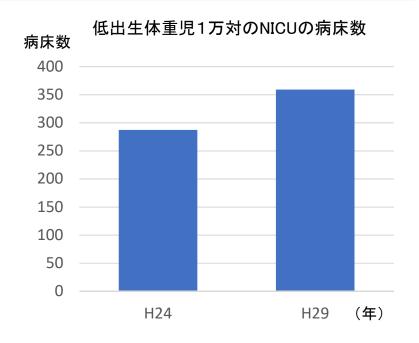
出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

新生児集中治療室(NICU)等の病床数等の推移

平成31年4月10日中医協総会資料(改)

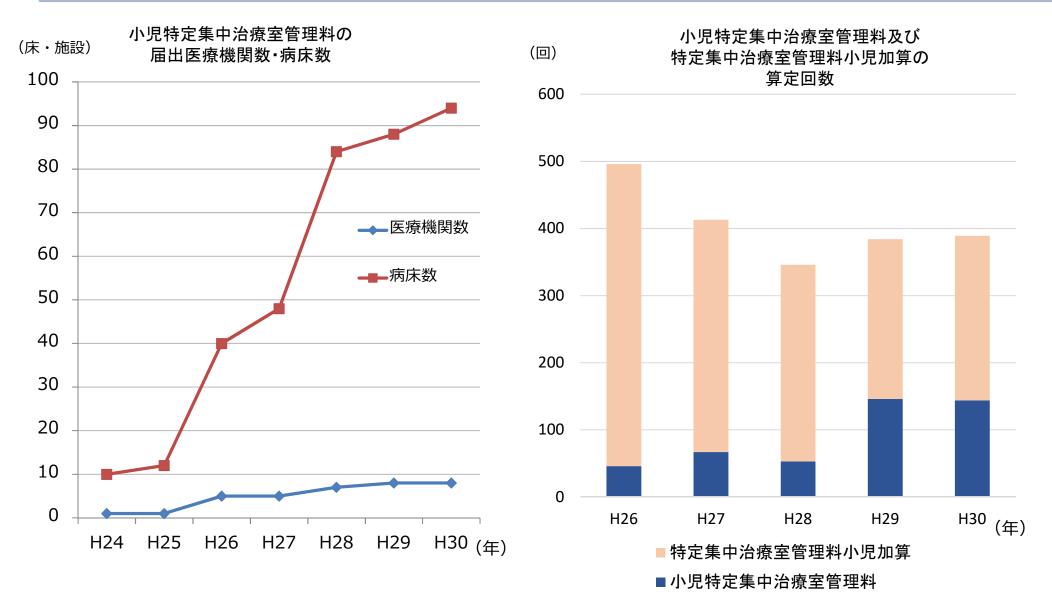
- 新生児集中治療室(NICU)については、届出施設及び病床数はいずれも増加傾向。
 - 内訳としては、新生児特定集中治療室管理料2を算定する病床の割合が増加傾向。





	【A302】新生児特定集中治療室管理料1 【A303】総合周産期特定集中治療室管理料2(新生児集中治療室)*1 10,174点	【A302】新生児特定集中治療室管理料2 8,109点		
医師の配置	・専任の医師が常時、治療室内に勤務	・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・緊急時は別の医師が速やかに診療に参加		
看護師等の配置	·常時3対1以上	•常時3対1以上		
構造設備等①	1床あたり7平方メートル以上、原則バイオクリーンルーム			
構造設備等②	救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、・自家発電装置を有し、電解質定量	置及び器具を常備、・自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
医師の当直	・当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室・中間室・回復 室からなる病棟以外での当直勤務を併せて行わない			
その他	・出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で4件以上・開胸手術、開頭手術、又は開腹手術:年間6件以上実施	・届出ている病床数を一時的に超えて患者を受け入れた場合であても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない場合には、要件を満たす場合に限り算定可能		

- 小児集中治療室(PICU)については、病床数は増加傾向。
 -) 小児の集中治療に関する点数の算定回数は、近年ほぼ横ばい。



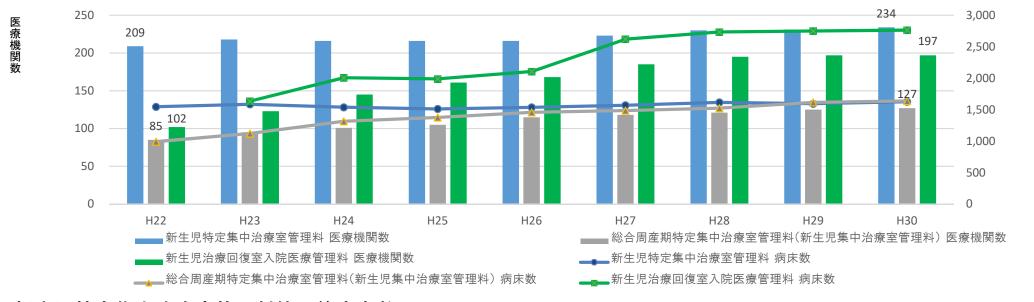
新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数等の推移

平成31年4月10日 中医協総会資料(改)

病床数

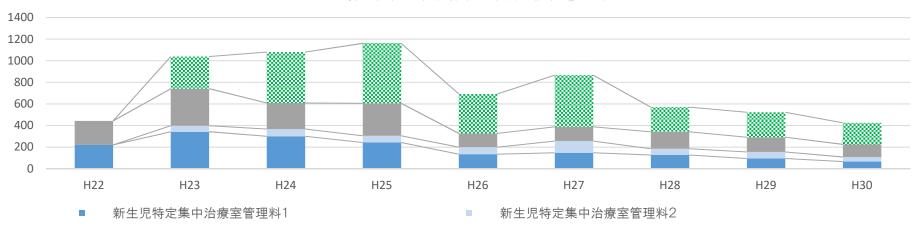
新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数はほぼ横ばいだが、算定者数は減少傾向。新生児治療回復室入院医療管理料の届出医療機関数及び病床数は増加傾向だが、算定者数はばらつきがある。

■新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数及び病床数



■新生児特定集中治療室管理料等の算定者数 ※ 算定者数とは実施件数 (明細書の枚数)を示す。

総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料)※



新生児治療回復室入院医療管理料

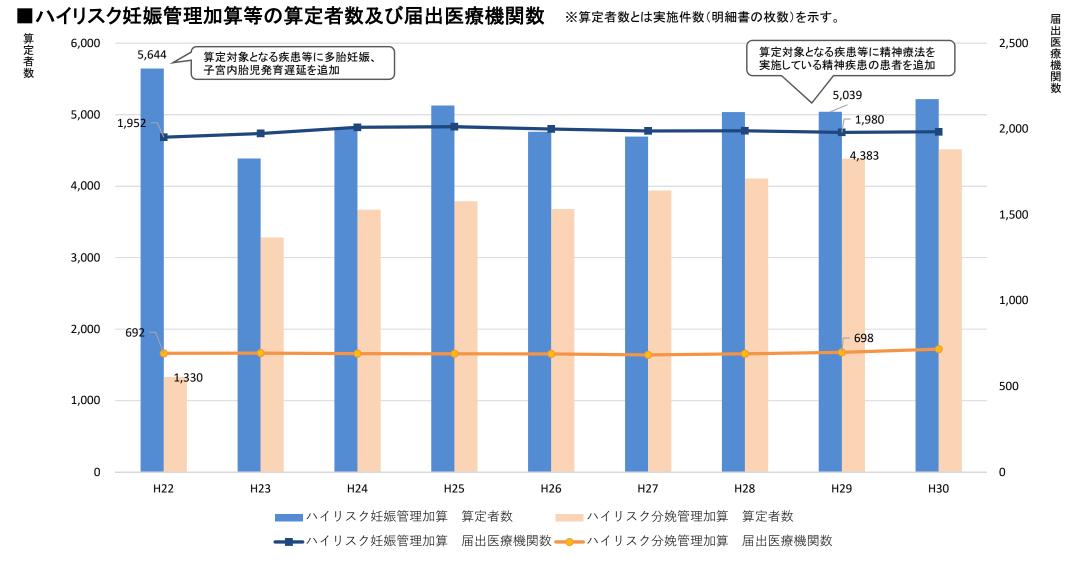
出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について : 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

ハイリスク妊娠管理加算等の届出医療機関数はほぼ横ばいであるが、ハイリスク分娩管理加算の算定者数は微増傾向。





出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について : 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

A240 総合評価加算

100点(入院中1回)

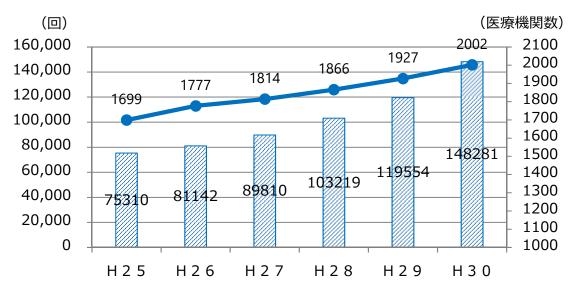
【主な算定要件】

- (1)病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、<mark>患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価</mark>を 行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾患を有する 40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、入院中1回に限り算定する。
- (2)総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知能力、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行う。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中1回に限り算定する。
- (3)総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、測定結果に基づく評価は、 研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。
- (4) 高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意する。

【施設基準】

- (1)総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師 又は歯科医師が1名以上いる。
- (2)総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
 - ア 医療関係団体等が実施するもの
 - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診療方法、高齢者の 病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が 含まれているもの
 - ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワーク ショップが含まれたもの
 - エ 研修期間は通算して16時間以上程度のもの
- (3) 高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施する。

総合評価加算の算定回数・届出医療機関数



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)

社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

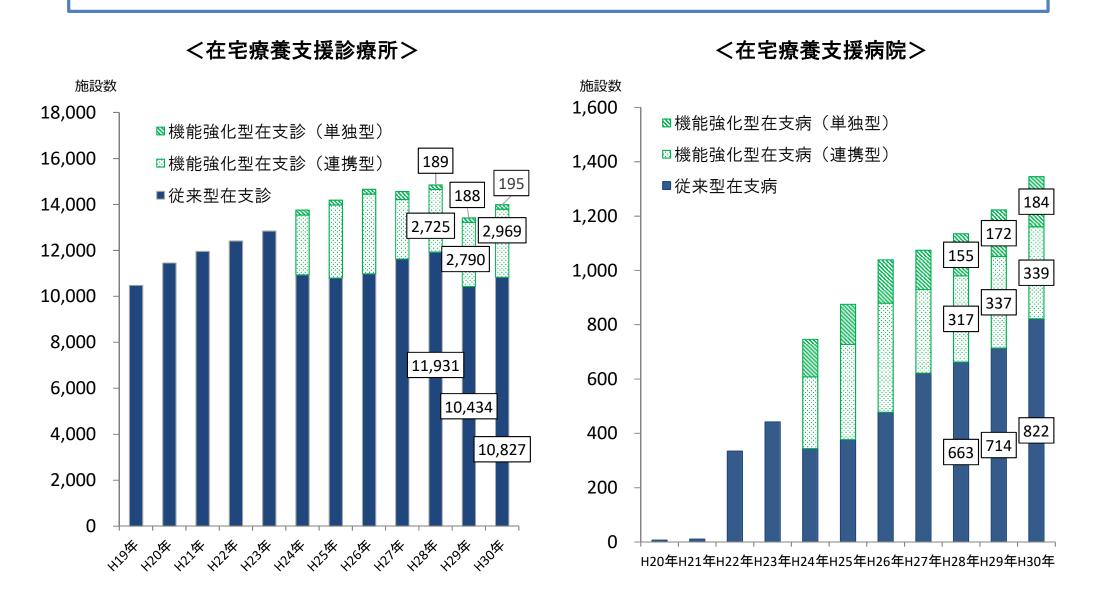
保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

平成31年4月24日 中医協総会資料(改)

			認知症ケア加算2
- 大数(1日につき) イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上の期間 30点			イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上の期間 10点 (身体的拘束を実施した日は60%)
		※対策の対象と交流のでは1880年の 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者(重度の意識障害のある者を除く)	(A) Francisco Calcolor
	身体的拘束		は、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。 向けた検討を行う。
主な算	病棟職員 の対応	・ <mark>認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。</mark> ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。 ④ ①~③を診療録等に記載。	・ <u>当該患者が入院する病棟の看護師等は、</u> 行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な 環境調整や患者とのコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。
定要件・施設基準	職員の 配置等	・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 ア 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか) イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修(600時間以上)を修了した専任の常勤看護師 ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。 ② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的に実施。	・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置。
	マニュアル	・ <u>認知症ケアチームが</u> 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。	・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を 盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。
	院内研修 等	・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、 <u>認知症ケアチームによる研修</u> 又は院外研修を受講。	・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修 や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。
届出医療機関数 及び 算定件数		(施設)	拘束) 69,615 46,535 46,535 H30 H28 H29 H30
		【出典】保険局医療課調べ(各年7月1日時点) ※区分不明のものは除く。 加算1	加算2 【出典】社会医療診療行為別統 26

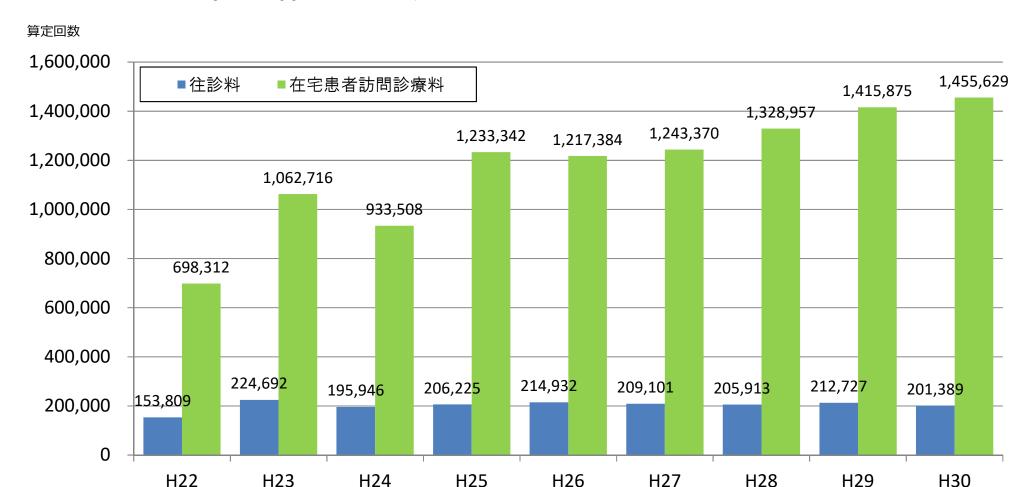
- 〇 外来
- 〇 入院
- 〇 在宅•訪問看護
- 〇 横断的事項
- 〇 個別項目
- 〇 歯科
- 〇 調剤

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。



○ 往診料の算定回数は横ばいであり、在宅患者訪問診療料の算定回数は増加傾向。

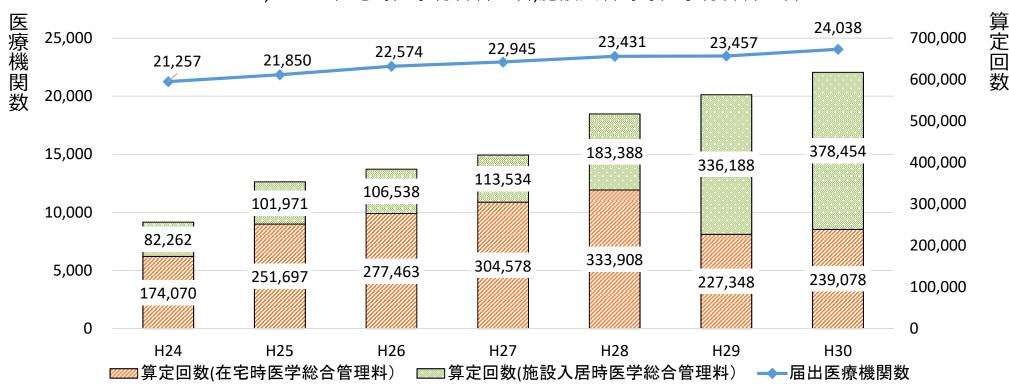
<在宅患者訪問診療料等の算定回数>



○ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

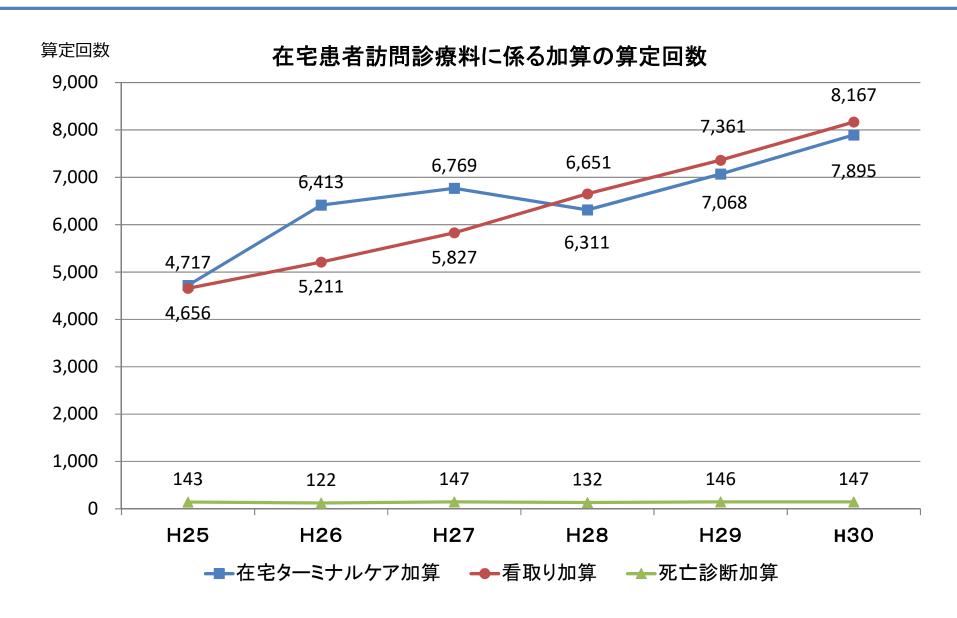
C002	任宅時医学総合官埋料 	在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るもの。 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困
C002-2	 施設	難な者に対して、個別の患者毎に総合的な在宅療養計画 を作成し、総合的な医学管理料を行った場合の評価。

C002,C002-2 在宅時医学総合管理料,施設入居時等医学総合管理料



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)
※診療所について・双ば27年以前は抽出調査、双ば25年以後は会料調査

○ 在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定回数は増加傾向。

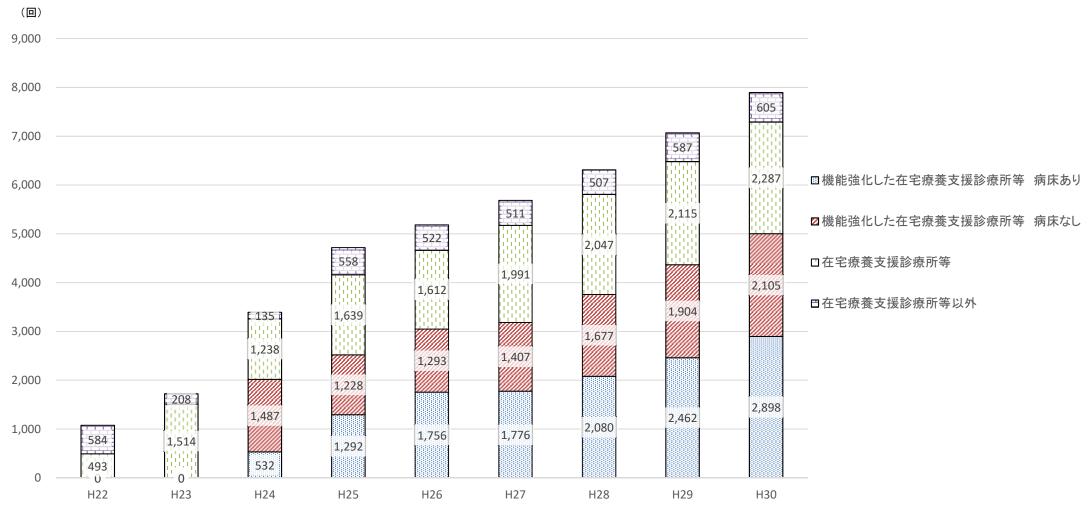


在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)

平成31年4月24日 中医協総会資料(改)

○ 在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在支診等における算定回数 が増加傾向である。





出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について: 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査 ※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

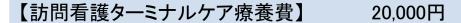
国民の希望に応じた看取りの推進

▶ ターミナルケアに関連する報酬において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する。

診療報酬改定における対応 (在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬)

現行

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】 機能強化型在支診・在支病(病床あり) 6,000点 機能強化型在支診・在支病(病床なし) 5,000点 在支診・在支病 4,000点 その他の医療機関 3,000点





「人生の最終段階における医療・ケア の決定プロセスに関するガイドライン」 等への対応を共通の要件とする。



改定後

【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】 (有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分)

> 機能強化型在支診・在支病(病床あり) <u>6,500点</u>機能強化型在支診・在支病(病床なし) <u>5,500点</u>在支診・在支病 <u>4,500点</u> その他の医療機関 3,500点

【訪問看護ターミナルケア療養費】※

訪問看護ターミナルケア療養費1

25,000円

(新)訪問看護ターミナルケア療養費2

10,000円

[算定要件]

ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

届出医療機関数及び算定回数

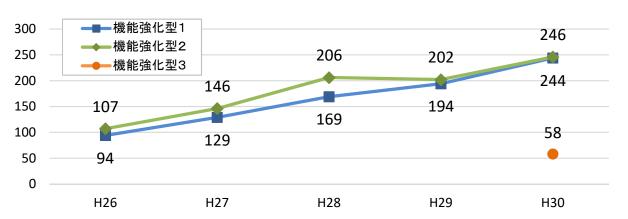
	届出医療機関数	算定回数
宅ターミナルケア加算 最者訪問看護・指導料の加算のみ)	(届出不要)	イ 185 ロ 32

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

令和元年7月17日 中医協総会資料(改)

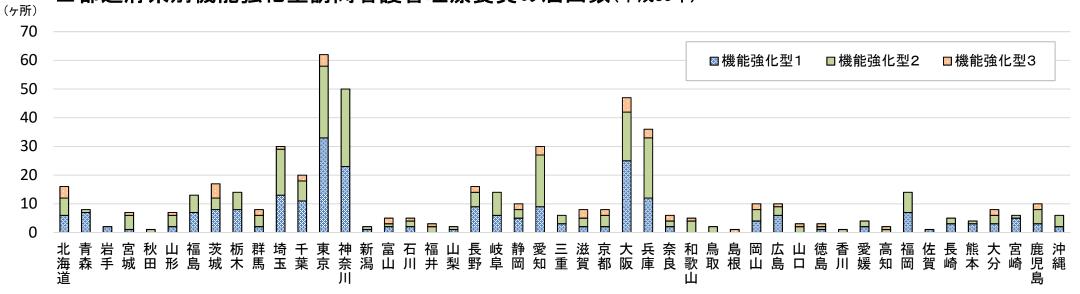
- 〇 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成30年7月時点で機能強化型1が244事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が58事業所である。
- 全都道府県において届出があり、特に大都市部で届出が多い傾向がある。

(ヶ所) ■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費1	244
機能強化型 訪問看護管理療養費2	246
機能強化型 訪問看護管理療養費3	58
計	548

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数(平成30年)



出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点) 34

退院前後の医療機関からの訪問指導の状況

令和元年7月10日 中医協総会資料(改)

行加算

<訪問看護ステーション>

退院後 訪問指導料

○ 退院前訪問看護指導料の算定件数は横ばい、退院後訪問看護指導料及び訪問看護同行加算の算定件数は増加傾向にある。

平成28年度診療報酬改定

退院直後の在宅療養支援に関する評価

▶ 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、 退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、

入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料

580点(1日につき)

訪問看護同行加算 20点

[算定要件]

(新)

- ① 対象患者:別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準皿以上※
 ※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ※安丁設恢休院有寺及び有談師寺が配置されている行所食護を入小一ム・指足牌舌有又抜爬紋寺の入所有(た
- ② 算定回数:退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

〈参考〉 退院前訪問指導料 580点

[算定要件]

- ① 継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。
- ② 算定回数:入院中1回(入院後早期に退院前訪問看護 の必要があると認められる場合は2回)
- ③ 医師の指示を受けた保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等も可能。

■ 退院前訪問看護指導料及び退院後訪問看護指導料の算定件数

<入院医療機関)



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

質の高い訪問看護の確保②

入院又は入所時の連携の強化

▶ 主治医が、患者が入院又は入所する医療機関等に情報提供を行う際、訪問看護ステーションから提供された情報を併せて提供した場合の評価を設ける。また、情報提供を行う訪問看護ステージングの表がある。

ションの評価を設ける。

(新) 療養情報提供加算(診療情報提供料(I)) 50点

[算定要件]

保険医療機関が、患者が入院又は入所する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、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に加算。

(新) 訪問看護情報提供療養費3

1,500円

[算定要件]

保険医療機関等に入院又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたって、訪問看護ステーションが、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に算定。また、当該文書の写しを求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。

診療情報提供料(I)
療養情報提供加算
入院先医療機
訪問看護情報提供療養費3

訪問看護人テーション

主治医

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
療養情報提供加算	(届出不要)	422

質の高い訪問看護の確保4

喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進

訪問看護ステーションが利用者に対して喀痰吸引等の業務を行う介護職員等と連携した場合の評価を新設する。

(訪問看護管理療養費)

看護•介護職員連携強化加算 (新) 2.500円

(在宅患者訪問看護・指導料/同一建物居住者訪問看護・指導料/精神科訪問看護・指導料)

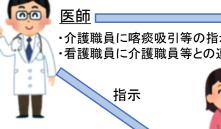
看護•介護職員連携強化加算 (新) 250点

[算定要件]

「訪問看護ステーションの利用者のうち喀痰吸引等(※)を必要とする利用者について、訪問看護ステーションの看護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、支援した場合に算定。

- ①患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。
 - (イ)喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言
 - (ロ)介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認
- ② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。
- ③登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を開催する場合は、当該会議に出席し連携する。
- ④ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

⑤ 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。



指示

介護職員に喀痰吸引等の指示

看護職員に介護職員等との連携の指示

支援 (助言や会議出席等) ※口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、 胃瘻又は腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養

介護職員等

(登録喀痰吸引等事業者)

同行

喀痰吸引等の実施



(医療機関/訪問看護ステーション)

- ・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喀痰吸引等の業務の実施状況について確認
- 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

	届出医療機関数	
看護•介護職員連携強化加算	(届出不要)	22

質の高い訪問看護の確保9

複数名による訪問看護の見直し

- ▶ 複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。
- 複数名訪問看護加算については、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。

	複数名訪問看護加算(改定後)						
	訪 問 者	算定日数	算定対象				
1	保健師、助産師、看護 看護職員 🕂 師、理学療法士、作業 療法士、言語聴覚士	週1日	1234	<u>4,500円</u>			
口 看護職員 🕂 准看護師		週1日	1234	3,800円			
/\		週3日	456	3,000円			
=	看護職員 🕂 看護補助者	_	123	1日に1回 3,000円 1日に2回 6,000円 1日に3回以上 10,000円			

		複数名精神科詞	訪問看護加算	草(改定後)	
	訪問者		算定日数		
1	保健師 看護師	保健師、看護師、 作業療法士	_	1日に1回の場合 1日に2回の場合 1日に3回以上の場合	<u>4,500円</u> <u>9,000円</u> <u>14,500円</u>
п	保健師 看護師	┢ 准看護師	_	1日に1回の場合 1日に2回の場合 1日に3回以上の場合	3,800円 7,600円 12,400円
/\	保健師 看護師 十	看護補助者	週1日		3,000円

※ 精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様

- ※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様
 - [算定対象](複数名訪問看護加算のみ)
 - ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
 - ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
 - ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
 - ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
 - ⑤ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
 - ⑥ その他利用者の状況等から判断して、①から⑤のいずれかに準ずると認められる者

	届出医療機関数	算定回数
複数名訪問看護加算	(届出不要)	イ 924 ロ 204 ハ 790 ニ 814/146/15
複数名精神科訪問看護加算	(届出不要)	イ 48,246/9/1 ロ 4,627/0/0 ハ 775

質の高い訪問看護の確保⑫

過疎地域等の訪問看護の見直し

▶ 過疎地域等における医療機関の訪問看護についての評価を新設する。

特別地域訪問看護加算で定める地域

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) 特別地域訪問看護加算

所定点数の100の50

「算定要件」訪問看護療養費の当該加算と同様



- 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規 定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域
- 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定 により振興山村として指定された山村の地域
- 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号 に規定する<u>離島</u>
- 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

	届出医療機関数	算定回数
特別地域訪問看護加算	(届出不要)	67

- 〇 外来
- 〇 入院
- 〇 在宅•訪問看護
- 〇 横断的事項
- 〇 個別項目
- 〇 歯科
- 〇 調剤

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

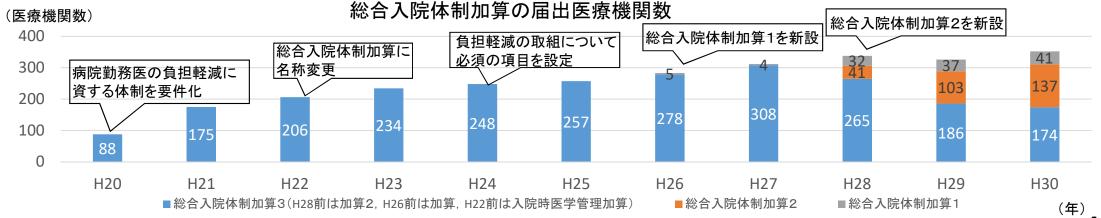
令和元年5月29日 中医協総会資料(改)

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

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

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

- ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置。
- イ <u>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</u>すること。当 該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。
- ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及 び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。
- エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。
- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
- ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい) ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する<u>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</u>。



出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

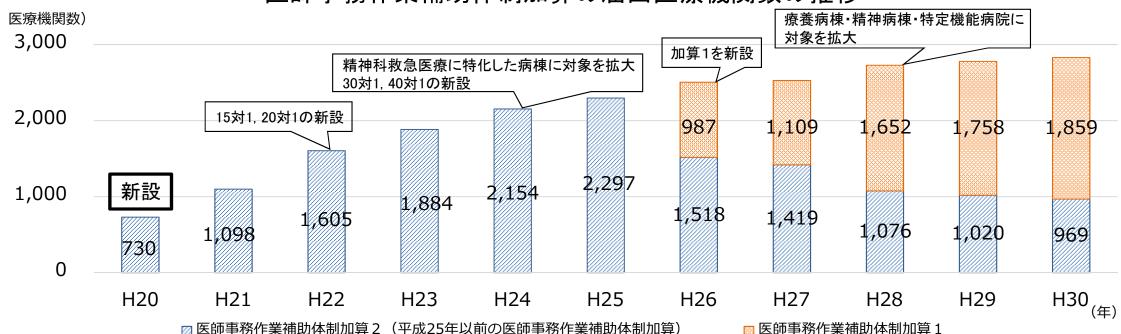
医師事務作業補助体制加算

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を 配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 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、複数項目の取組を計画に盛り込む (※)ことが要件となっている。
 - ※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上
 - ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
 - ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
 - ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮

⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施

⑦ 短時間正規雇用医師の活用

医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



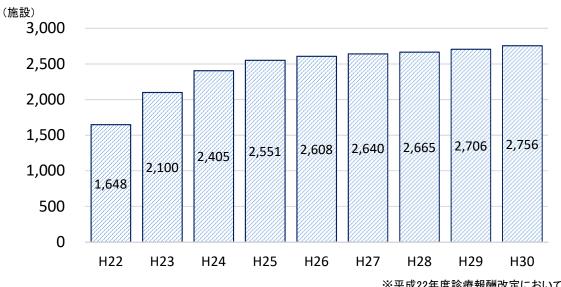
出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出状況

令和元年5月29日 中医協総会資料(改)

看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算、看護 職員夜間配置加算ともに増加傾向である。

■ 急性期看護補助体制加算の届出医療機関数



※平成22年度診療報酬改定において新設

25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 210点

25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 190点

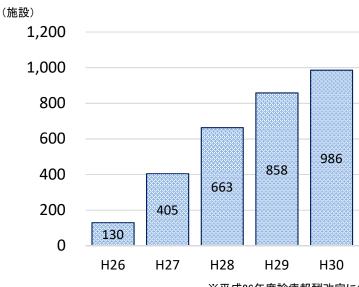
50対1急性期看護補助体制加算 170点

75対1急性期看護補助体制加算 130点

<施設基準>

- ・緊急入院患者数200名/年以上又は総合周産期母子医療センター設置
- ・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、I7%又はⅡ6%以上
- ・看護補助者の院内研修1回/年、業務内容・業務範囲の見直し1回/年
- 看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を整備

■ 看護職員夜間配置加算の届出医療機関数



※平成26年度診療報酬改定において新設

看護職員夜間12対1配置加算1 95点

看護職員夜間12対1配置加算2 75点

看護職員夜間16対1配置加算1 55点

看護職員夜間16対1配置加算2 30点

<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が、 Ⅰ7%又はⅡ6%以上(16対1配置加算2以外)
- ・夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を実施 (加算1のみ)

43 出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

平成30年度診療報酬改定 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③

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進(1)

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

障害者病棟における看護補助者の配置に対する評価

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

(新) 看護補助加算(1日につき) イ 14日以内の期間

129点

夜間看護体制加算 (新) 150点(入院初日)

ロ 15日以上30日以内の期間 104点

[施設基準] ① 看護補助者の数は、常時30対1以上であること。

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

[施設基準] ① 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な管理業務等の 体制が整備されていること。

② 看護補助加算を算定する病棟であること。

療養病棟における夜間看護体制の充実

療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚 い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。_{[施設基準] ① 夜勤を行う看護要員の数は、<mark>常時16対1以上</mark>であること。}

夜間看護加算 35点(1日につき)

地域包括ケア病棟における夜間看護配置の評価

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

(新) 看護職員夜間配置加算 55点(1日につき)

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



精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

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

看護職員夜間配置加算

55点(1日につき)

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
障害者施設等入院基本料 看護補助加算	202	イ 18,744 ロ 18,067
障害者施設等入院基本料 夜間看護体制加算	160	1,252
療養病棟入院基本料 夜間看護加算	434	800,564
地域包括ケア病棟入院料 看護職員夜間配置加算	54	58,710
精神科救急入院料 看護職員夜間配置加算	34	27,859
精神科救急•合併症入院料 看護職員夜間配置加算	5	2,345

(出典)

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点) 算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

急性期一般病棟における看護職員の夜間配置の評価を充実・新設

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

現行			改定後	
【看護職員夜間配置加算】			【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1 夜間12対1配置加算2 夜間16対1配置加算	80点 60点 40点	4	夜間12対1配置加算1 夜間12対1配置加算2 夜間16対1配置加算1 <u>(新) 夜間16対1配置加算2</u>	95点 75点 55点 30点

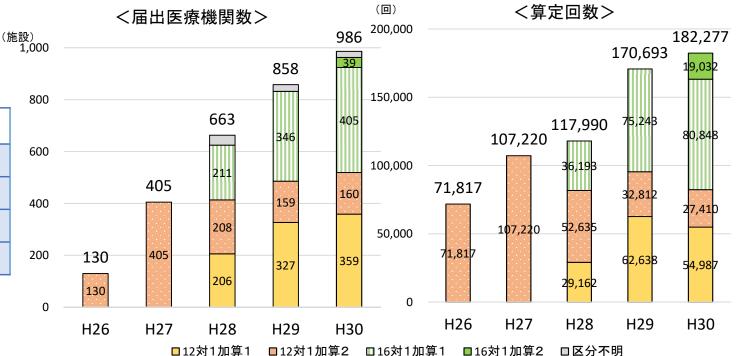
[看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準]

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

届出医療 機関数 算定回数 看護職員夜間12対1配置加算1 359 54,987 看護職員夜間12対1配置加算2 160 27,410 看護職員夜間16対1配置加算1 405 80.848 看護職員夜間16対1配置加算2 39 19,032

届出医療機関数及び算定回数

※届出区分が不明の23施設は除く



(出典) 届出医療機関数:保険局医療課調べ(各年7月1日現在)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

薬剤師の病棟業務の評価

令和元年5月29日 中医協総会資料(改)

薬剤師の病棟における業務に対する評価

平成24年度診療報酬改定において新設

薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

病棟薬剤業務実施加算1 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

平成28年度診療報酬改定において新設

▶ 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために 治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

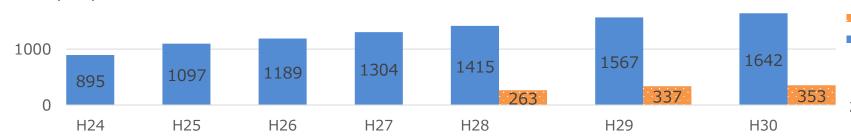
病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)

[主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、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又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を 実施していること。



■ 病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数



- ■病棟薬剤業務実施加算2
- ■病棟薬剤業務実施加算1※

※平成27年度までは、 「病棟薬剤業務実施加算」の 施設数を記載

出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

2000 (施設)

地域における救急医療を確保するための取組みへの評価(例)

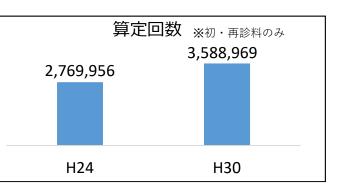
令和元年5月29日 中医協総会資料(改)

夜間・早朝等加算 50点

▶ 病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を 地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、 診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療を評価するもの。

【主な施設基準】

1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所 等



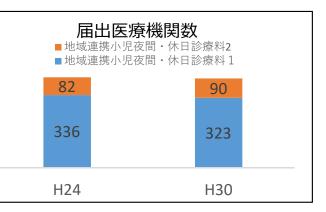
地域連携小児夜間・休日診療料 450点/600点

▶ 医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の医療機関の 医師と連携を取りつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は 深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するもの。

【主な施設基準】

診療料1:小児を夜間、休日又は深夜において診療できる体制を有している等

診療料2:小児を24時間診療できる体制を有している等

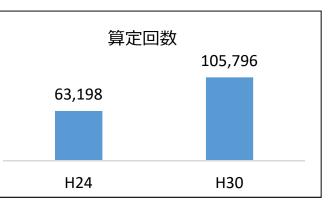


夜間休日救急搬送医学管理料 600点

➤ 二次救急医療機関における深夜、時間外、休日の 救急搬送患者に対する外来での初期診療を評価するもの。

【主な施設基準】

休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる 第二次救急医療施設として必要な診療機能、専用病床、重症救急患者の受け入れ に対応できる重症救急患者の受け入れに対応できる医療従事者の確保 等



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

47

救急医療の充実

夜間救急における外来看護体制の充実

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

(新) 救急搬送看護体制加算

200点

[施設基準]

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

	届出医療機関数	算定回数
救急搬送看護体制加算	(病院) 1,644 (診療所) 12	83,814

小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

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

(新)夜間看護体制特定日減算

(入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

入院患者数:32人

入院患者数:32人

入院患者数:35人

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

「算定要件]

年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

[施設基準]

- ① 許可病床数が100床未満であること。
- ② 減算日は、当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対 応のため一時的に救急外来で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行 う看護職員の数が2未満となった日。
- ③ 救急外来での対応のため一時的に病棟を離れた看護職員を除き、

当該病棟の入院患者数が31人以上の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員 及び看護補助者の数は、看護職員1を含む2以上とし、当該病棟の入院患者数が30 人以下の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は1以上であること。

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟)

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

外来へ

2階病棟(一般病棟)

「施設基準〕

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

1階病棟 (療養病棟)

「施設基準】

夜間は、病棟に看護職員1名を含む看護要員2名以上の配置が必要





夜間に病棟の看護職員が、

一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

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

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

届出医療機関数及び算定回数

届出医療機関数 算定回数 (一般病棟入院基本料) 207 夜間看護体制特定日減算 (届出不要) (障害者施設等入院基本料) 48

地域での小児医療を確保するための取組みへの評価(例)

令和元年5月29日 中医協総会資料(改)

- 小児入院医療管理料1は、平成20年改定で手厚い人員配置に対する評価を設定し、当該点数を算 定する医療機関数は増加している。
- 一部の特定入院料については、保有する病床数が少ない場合がある。

<小児入院医療管理料1(H20改定)>

・地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関における、 より手厚い人員配置に対する評価を設定した。

(主な要件(H30))

- ・入院中の15歳未満の患者を対象とする
- ・小児科の常勤の医師20名以上
- ・小児救急医療を行う十分な体制等

H20 H30

算定医療機関数

71

出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

<新生児特定集中治療室管理料2>

- ・当該保険医療機関内(管理料1は当該治療室内)に専任の医師を常時配置を要件としている。
- ・施設あたり1-3床の医療機関が一定数存在している。

1施設当たりの新生児特定集中治療室管理料2を算定する病床の分布



出典:保険局医療課調べ(平成30年10月1日時点)

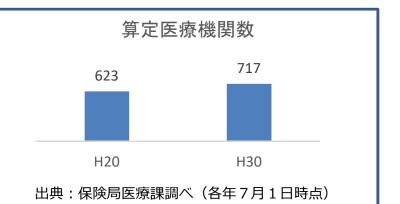
地域での周産期医療を確保するための取組みへの評価(例)

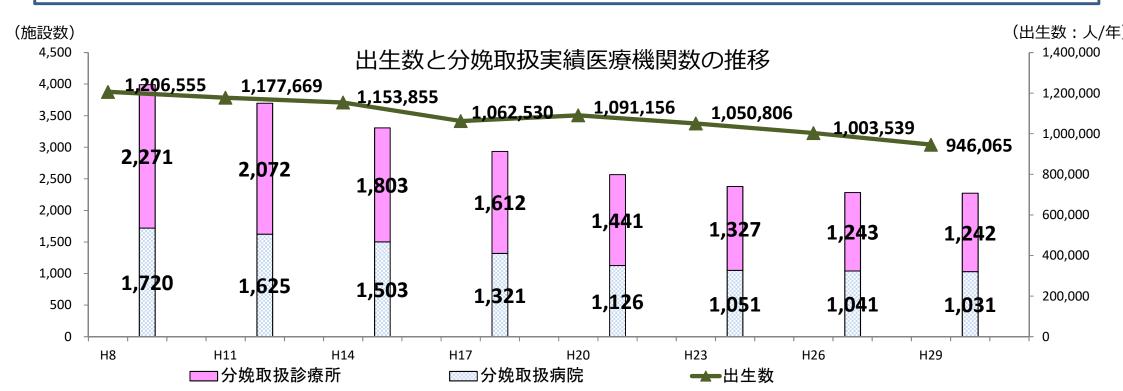
令和元年5月29日 中医協総会資料(改)

○ ハイリスク分娩管理加算は、平成18年改定において手厚い人員配置や療養環境の整備等の体制に係る評価を設定した。

<ハイリスク分娩管理加算>

- ・合併症を有するハイリスク分娩管理が必要と認められる者。 (主な要件)
 - ・産科に従事する常勤医師3名
 - ・常勤の助産師3名
 - ・年間の分娩実施件数120件以上 等





出典:厚生労働省 「医療施設調査(静態)」、「人口動態調査」 51

周産期医療の充実

精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価

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

(新) ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点(月1回)	(新) ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点(月1回)				
産科又は産婦人科	精神科又は心療内科				
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※				
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び 療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説 明し、療養上の指導を行う				

必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している

産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催

出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う

精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上。原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施

精神疾患の妊産婦について、直近1年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が1件以上

※ 精神療法を実施されている患者に限る。

	届出医療機関数	算定回数
ハイリスク妊産婦連携指導料1	(病院) 294 (診療所) 244	108
ハイリスク妊産婦連携指導料2	(病院) 186 (診療所) 125	72

周産期医療の充実③

乳腺炎の重症化を予防する包括的なケア及び指導に関する評価

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

(新) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 イ 初回

<u>500点</u>

ロ 2回目から4回目まで

150点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

	届出医療機関数	算定回数
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	(病院) 671 (診療所)338	イ 2,740 ロ 1,061

医療資源の少ない地域に配慮した評価の算定状況

令和元年7月10日 中医協総会資料(改)

○ 算定回数は、増加傾向にあるものの、一部の算定項目については算定されていない。

算定項目	点数	H 28件数	H 29件数	H30件数	H28回数	H 29回数	H30回数
緩和ケア診療加算(特定地域)	200	0	0	0	0	0	0
栄養サポートチーム加算(特定地域)	100	10	20	3	34	42	7
褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)	250	0	1	0	0	1	0
入退院支援加算 2 (特定地域)(一般病棟入院基本料等の場合)	95	2	5	5	2	5	5
入退院支援加算 2 (特定地域)(療養病棟入院基本料等の場合)	318	4	6	0	4	6	0
地域包括ケア病棟入院料1~4(特定地域)	2,371~1,743	0	0	0	0	0	0
地域包括ケア病棟入院料1~4(生活療養)(特定地域)	2,357~1,729	0	0	22	0	0	562
地域包括ケア入院医療管理料1~4(特定地域)	2,371~1,743	2	9	0	88	133	0
地域包括ケア入院医療管理料1~4(生活療養)(特定地域)	2,357~1,729	0	0	0	0	0	0
特定一般病棟入院料1	1,121	112	124	192	1,861	1,520	2,549
特定一般病棟入院料 2	960	93	190	119	1,818	3,061	1,680
特定一般病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理1~4	2,371~1,743	0	0	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 入院期間加算(14日以内)	450	146	227	237	1,543	1,767	1,879
特定一般病棟入院料 入院期間加算(15日以上30日以内)	192	72	73	116	809	639	831
特定一般病棟入院料 重症児(者)受入連携 加算	2,000	0	0	0	0	0	0
特定一般病棟入院料 救急・在宅等支援病床初期 加算	150	84	62	116	872	527	1,156
特定一般病棟入院料 一般病棟看護必要度評価 加算	5	0	0	91	0	0	1,446
外来緩和ケア管理料(特定地域)	150	0	0	0	0	0	0
糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)	175	0	0	0	0	0	0

54

- 〇 外来
- 〇 入院
- 〇 在宅•訪問看護
- 〇 横断的事項
- 〇 個別項目
- 〇 歯科
- 〇 調剤

平成28年度診療報酬改定

集中的な退院支援と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価

> 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点

[施設基準]

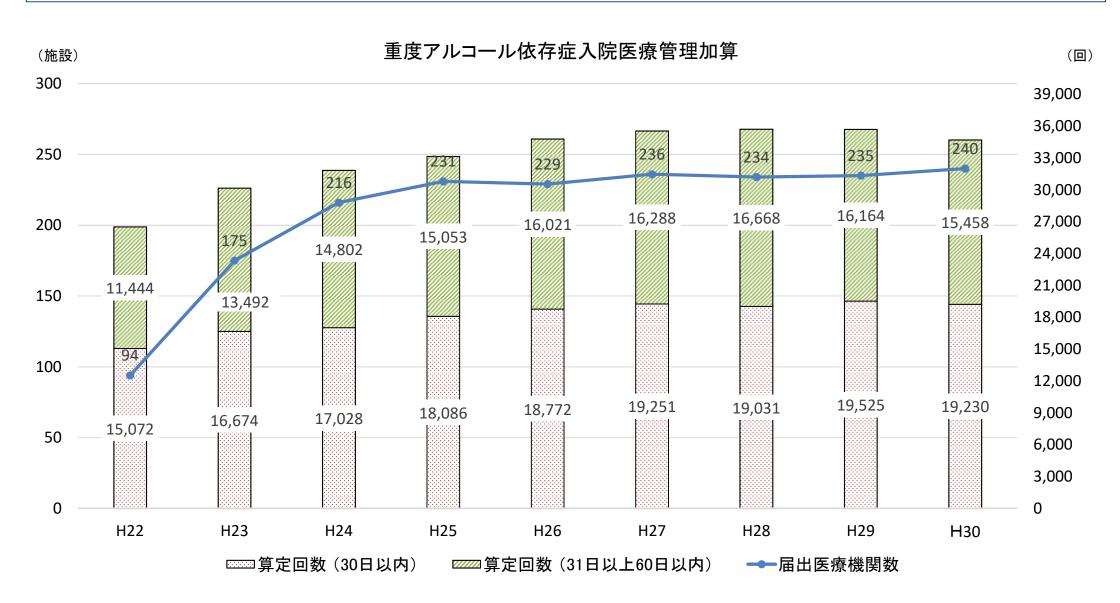
- ① 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- ② 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- ③ 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- ④ 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は 許可病床数の変更届を提出)
- ⑤ 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- ⑥ 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- ⑦ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- ⑧ 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

届出状況			
	平成28年	平成29年	平成30年
届出医療機関数	9	36	41
届出病床数	219	1,239	1,666

算定状況			
	平成28年	平成29年	平成30年
算定件数	202	1,623	1,721
算定回数	5,614	47,117	49,940

出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

○ 重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出医療機関数及び算定回数は、近年横ばい。



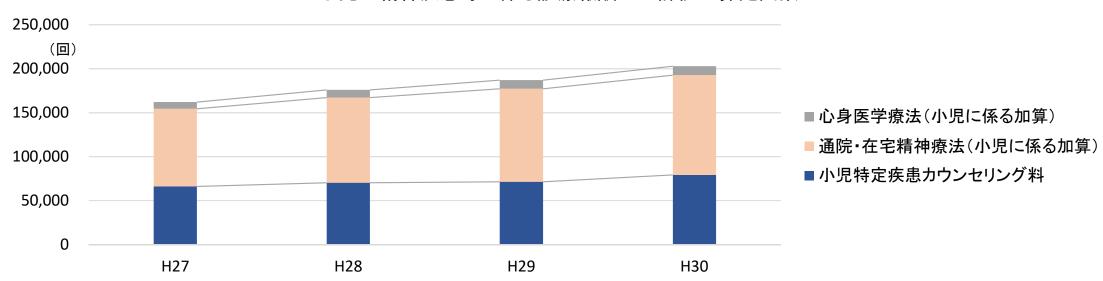
出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について: 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

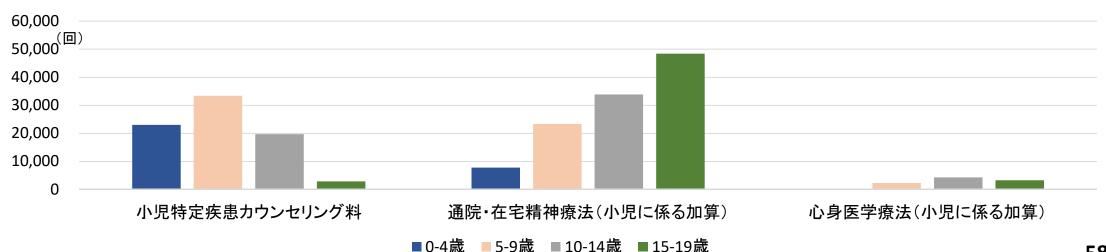
平成31年4月10日 中医協総会資料(改)

- 小児の精神疾患等に係る診療報酬上の評価の算定回数は年々増加傾向。
 -) 年齢が上がるにつれて、通院・在宅精神療法の算定回数が増加傾向。

小児の精神疾患等に係る診療報酬上の評価の算定回数

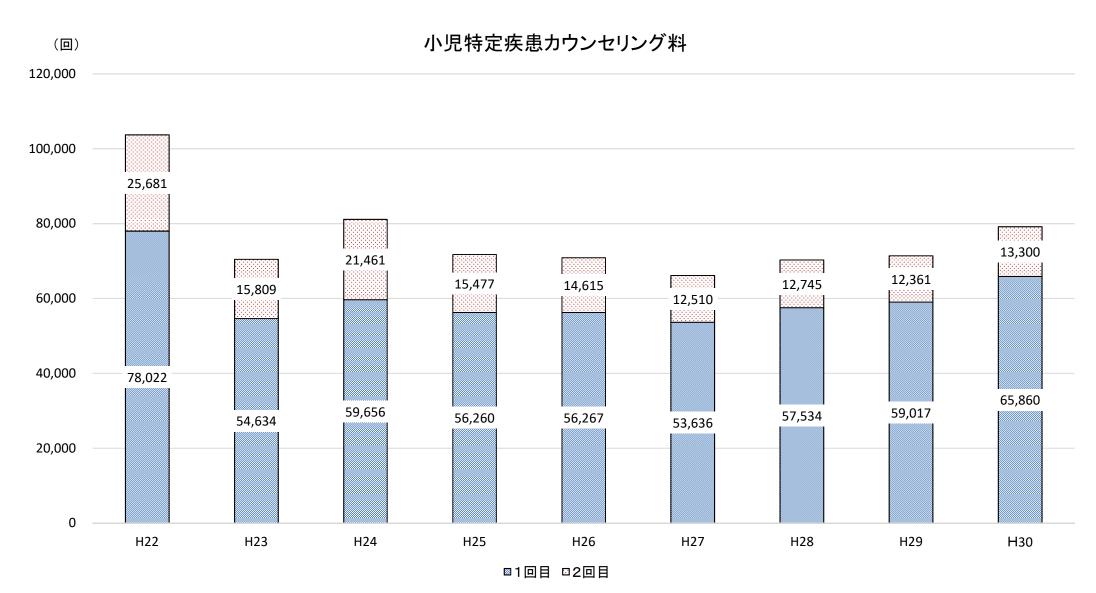


小児の精神疾患等に係る診療報酬上の評価の算定回数(年齢階級別)(平成30年)



出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

〇 小児特定疾患カウンセリング料の算定回数は、近年やや増加傾向。

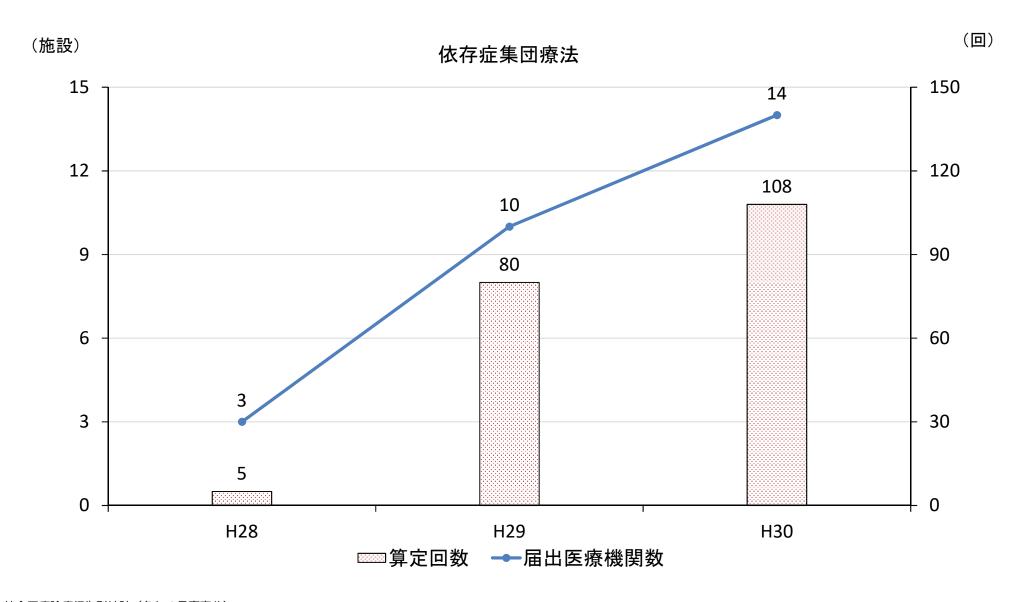


出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

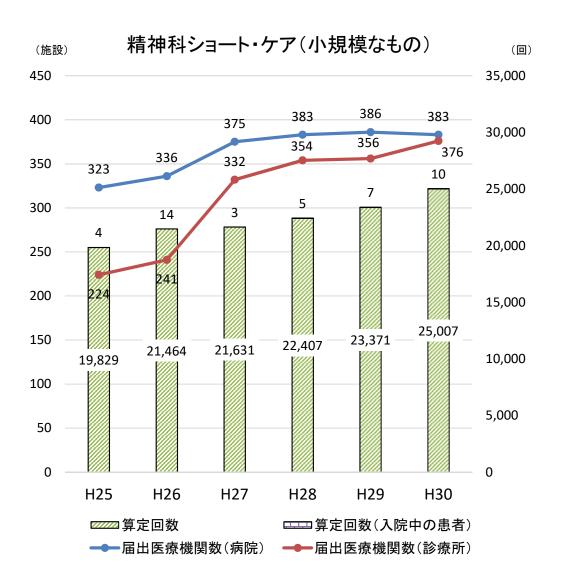
※病院について: 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査 ※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査 〇 通院・在宅精神療法の「20歳未満加算」及び「児童思春期精神科専門管理加算(16歳未満、20歳未満)の 算定回数の合計は、増加傾向。

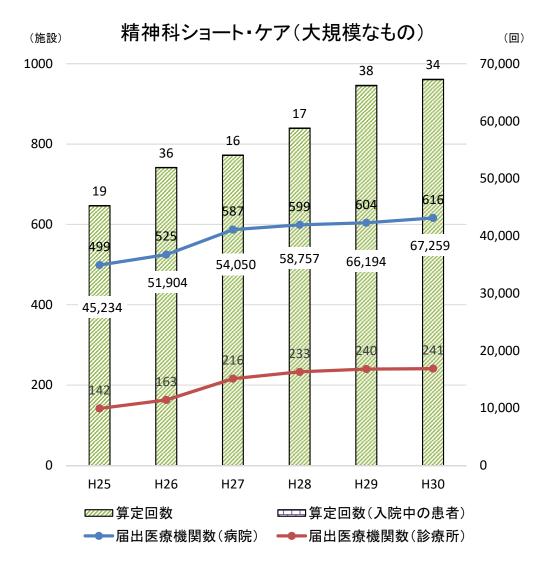


〇 依存症集団療法の届出医療機関数及び算定回数は、増加傾向。



〇 精神科ショート・ケアの届出医療機関数は、病院はほぼ横ばい、診療所は増加傾向。また、算定回数については、やや増加傾向。





リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

令和元年7月10日 中医協総会資料(改)

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

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

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】

300点

[対象患者]

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



改定後

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

[対象患者]

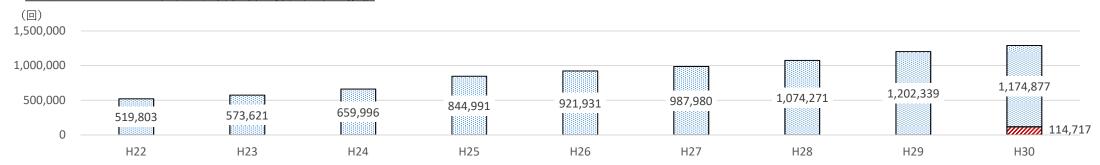
心大血管疾患リハビリテーション料(I)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)(I)又は運動器リハビリテーション料(I)(I)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(I)、廃用症候群リハビリテーション料 (I)(I)又は運動器リハビリテーション料(I)(I)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

〇 リハビリテーション総合計画評価料の算定回数の推移



☑リハビリテーション総合計画評価料2

■リハビリテーション総合計画評価料1(※)

※平成29年まで:リハビリテーション総合計画評価料

オンライン診療料等の新設

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

(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

(新) オンライン医学管理料

100点(1月につき)

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料

100点(1月につき)

(新) 精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料

100点(1月につき)

[算定要件]

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

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
オンライン診療料	病院/診療所 65/905	65
オンライン医学管理料		15
オンライン在宅管理料		4
精神科オンライン在宅管理料		_

(典出)

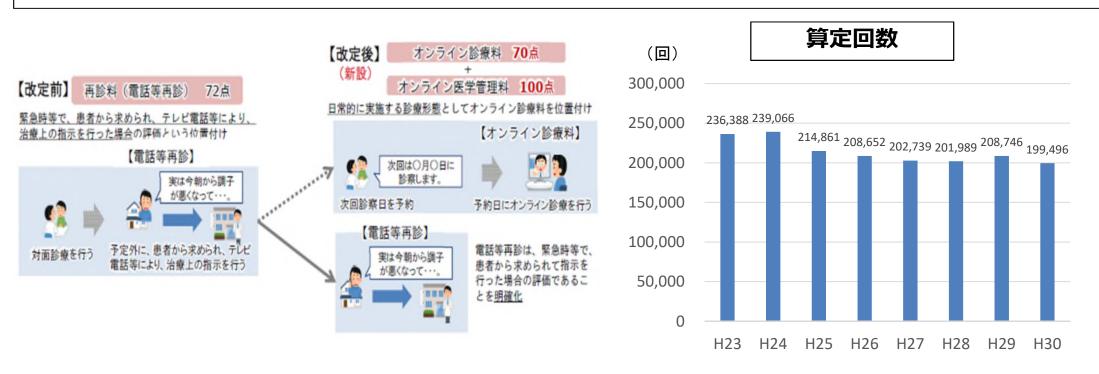
届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

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

[算定要件]

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



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) ※診療所について:平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

遠隔モニタリング加算の新設

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

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

「算定要件〕

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

[施設基準]

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

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

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算	病院/診療所 62/130	8
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	病院/診療所 331/1,066	2,343

(出典)

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点) 算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)





持続陽圧呼吸療法



出典:日本呼吸器学会HP

心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリングの評価

令和元年6月12日 中医協総会資料(改)

B 001 特定疾患治療管理料

12 心臓ペースメーカー指導管理料

イ着用型自動除細動器による場合

360点

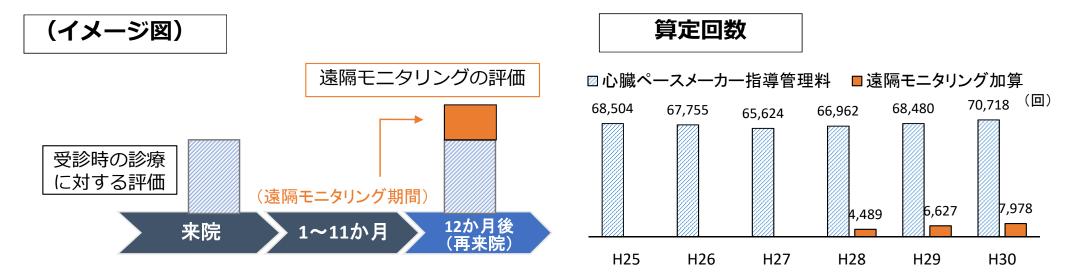
ロイ以外の場合

360点

注5 口を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月までの期間、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は、<u>遠隔モニタリング加算</u>として、320点に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

[算定要件]

- 遠隔モニタリング加算は、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって、入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。
- この場合において、当該加算は、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等を 含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、11 か月を限度として来院時に算定することができる。



画像情報・検査結果等の電子的な送受にかかる評価

検査・画像情報提供加算

診療情報提供書を提供する際に、診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により 閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に算定する。

		情報提供方法	 	
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	一次次のでは、1年代の1月代 1年代の1月代 1年代 1年代	
1	電子的に送信 又は書面で提供	医療機関間で電子的に医療情報を共 有するネットワークを通じ電子的に常 時閲覧可能なよう提供	検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等 の診療記録のうち主要なもの(少なくとも <u>検査結果及び画像情報を含むものに限る。</u> 画像診断の所見を含むことが望ましい。退院患者については、平成30年4月	
2	電子的に送信	電子的に送信 (診療情報提供書に添付)	以降は退院時要約を含むものに限る。) (注)多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には <u>、どの検査結果及び画像</u> 情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。	

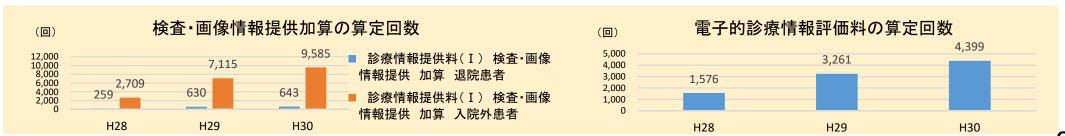
電子的診療情報評価料

診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、 当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	帽	報受領方法		
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	プログラン 文限するIFTX	
1	電子的に受信 又は書面で受領	医療機関間で電子的に医療情報を共 有するネットワークを通じ閲覧	• 検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの(少なくとも <u>検査結果及び画像情報を含むものに限</u>	
2	電子的に受信	電子的に受信 (診療情報提供書に添付)	る。)。 • 受領した検査結果及び画像情報等を評価し、診療に活用した上で、その <u>要点を診療録に記載</u> する。	

施設基準

- 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、HPKIによる電子署名を施すこと。
- 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築すること。
- 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、**安全な通信環境**を確保すること。
- 保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など、個人情報の保護を確実に実施すること。
- 」・ 厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること。
- 情報の電子的な送受に関する<u>記録を残している</u>こと。(ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。)



出典: 社会医療診療行為別統計(各年6月審查分)

68

特定集中治療室管理料等の見直し①

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

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

(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、 看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と 早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離 床の取組を行う。
 - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
- 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学 技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該 計画に基づく早期離床の取組を開始する。
- 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
- 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
- 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に 係る届出を行っている保険医療機関であること。

	届出医療機関数	算定回数
早期離床・リハビリテーション加算	247	7,649

入院中の患者に対する褥瘡対策②

療養病床における褥瘡対策の推進

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

現行

【褥瘡評価実施加算】 [算定要件]

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

[留意事項]

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、

治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

- ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。
- (※)DESIGN-Rの合計点:褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数
- (※)実績点:暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

算定の例

算定日が10月10日の場合 (中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点)

①パターン1

7月	8月	9月	10月10日
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3
1点	7 2点 🧪	7 3点 -	> 3点

②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3
	1点	7 2点	7 3点

⇒加算1

⇒加算1

ない。

評価を始めて暦月で3月を超えてい

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

【褥瘡対策加算】 「算定要件]

イ 褥瘡対策加算1 15点

口 複瘡対策加質2

7月	8月	9月	10月10日
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3
1点	🥕 2点 🏒	7 3点 🧪	7 4点

④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	
1点	🥕 2点 🍃	🥕 3点 🕳	4点	3点	

⇒加算2

3月連続して褥瘡の状態が悪化している。

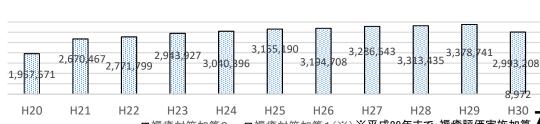
→ 加質・

ᄀᄱᅲᆝ
※10月9日は加
算2、10月10日は
加算1となる

届出医療機関数及び算定回数

-			
		届出医療機関数	算定回数
	褥瘡対策加算1	(届出不要)	2,993,208
	褥瘡対策加算2	(届出不要)	8,972

(算定回数) 3500000 3000000 2500000 2000000 1500000 1000000 500000 0



改定後

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

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。

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

緩和ケア病棟入院料の見直し

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

改定前 【緩和ケア病棟入院料】

30日以内 4,926点 60日以内 4,400点 61日以上 3,300点



改定後

【緩和ケア病棟入院料】

(新)緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,051点 60日以内 4,514点 61日以上 3,350点

(新)緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,826点 60日以内 4,370点 61日以上 3,300点

[入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。

- (1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。
- (2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。

[入院料2の施設基準]

改定前と同様



出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

緩和ケア診療加算等の要件の見直し

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

緩和ケア診療加算

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

	届出医療機関数	算定回数
個別栄養食事管理加算	(届出不要)	9,065

摂食機能療法の概要

中 医 協 総 一 3 3 1. 4. 2 4 改

摂食機能療法1 30分以上の場合 185点

摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

摂食機能療法2* 30分未満の場合 130点

脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

* (平成30年度に新設)

【対象患者】

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等に よる後遺症により摂食機能に障害があるもの。
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的 に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に 摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

【算定要件】

○ 摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行う。



患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

▶ 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

[施設基準]

医療安全対策加算に規定する窓口と兼用可

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

(参考) 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「がん拠点病院加算」を算定している場合は算定不可

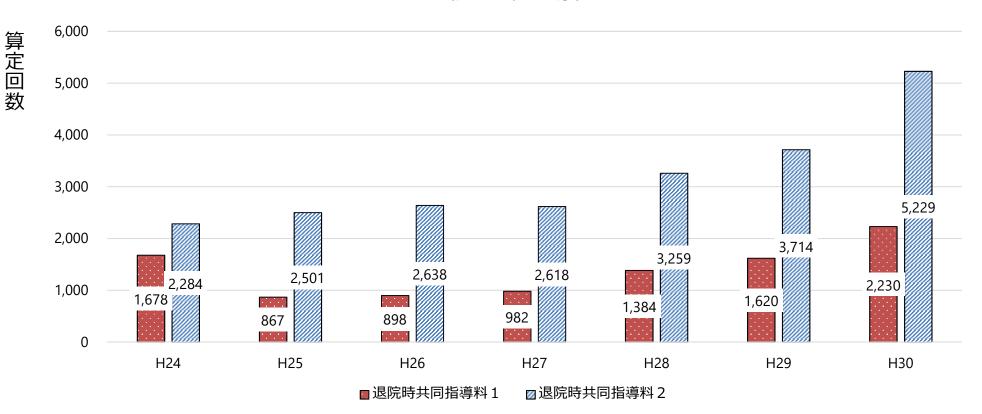


出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

退院時共同指導料について、算定回数は増加傾向。

B004 1	退院時共同指導料1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点	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指示を受け	
B004 2	退院時共同指導料1 1以外の場合 900点	た医療従事者が、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医療従事者と共同で行っ た上で、文章により情報提供した場合に算定する。	
B005	退院時共同指導料2 400点	/ご上で、又早により旧報提供した場合に昇足する。 	

退院時共同指導料



入院前からの支援を行った場合の評価の新設

▶ 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

<u>(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)</u>

[算定対象]

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

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、 十分な経験を有する
- ≪許可病床数200床以上≫
- ・専従の看護師が1名以上 又は
- 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
- ≪許可病床数200床未満≫
- 専任の看護師が1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握(※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明
- (※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
入院時支援加算	1,863	10,581

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

令和元年5月15日 中医協総会資料(改)

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

▶ 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評

価を設ける。

(新)

療養•就労両立支援指導料

1,000点

相談体制充実加算

500点

[算定要件]

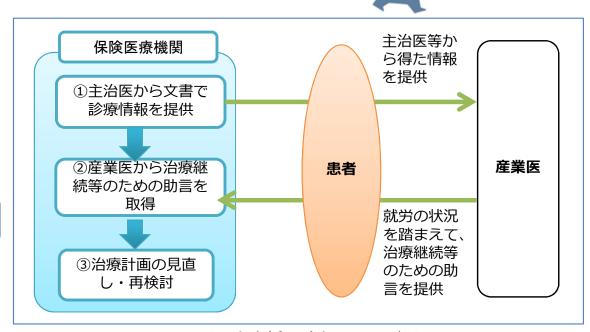
就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

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

患者サポート体制充実加算に 規定する窓口と兼用可

「相談体制充実加算の施設基準】

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



[両立支援の流れ(イメージ)]

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
療養・就労両立支援指導料	(届出不要)	10
相談体制充実加算	(病院) 482 (診療所) 85	5

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

抗菌薬適正使用支援加算の新設

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

感染防止対策加算

抗菌薬適正使用支援加算 (新)

100点(入院初日)

「算定要件」

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っ ている場合に算定する。

「抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

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

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

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- 院内で使用可能な抗菌薬の見直し

- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
感染防止対策加算1	1,331	51,999
感染防止対策地域連携加算	1,318	137,625
抗菌薬適正使用支援加算	1,057	56,684
感染防止対策加算2	2,718	38,412

(医療機関数) 5,000 4,000 1,296 1,331 1,249 1,174 3.000 2,000 2,718 2,652 2,678 2.618 2,647 1,000

H28

H29

H30

■感染防止対策加算1

■感染防止対策加算2

(出典)

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

H27 出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

H₂₆

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

▶ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上

に資する診療を評価する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

「算定要件」

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

[施設基準]

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

急性気道感染症 診断・治療の考え方 急性鼻副鼻腔炎 急性風頭炎 急性気管支炎 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。

「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省 健康局結核感染症課)を参考に作成

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
小児抗菌薬適正使用支援加算	(届出不要)	242,576

医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設

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

医療安全対策加算

(新) 医療安全対策地域連携加算

✓ 医療安全対策地域連携加算1 50点(入院初日)✓ 医療安全対策地域連携加算2 20点(入院初日)

[施設基準]

医療安全対策地域連携加算1

- (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の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<u>専任の医師</u>又は医療安全対策に係る 適切な研修を修了した<u>専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。</u>
- (4)医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の 届出医療機関それぞれについて医療安全対策に関して評価を実施。 また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

医療安全対策地域連携加算2

- (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の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。

医療安全対策 地域連携加算 1 を算定可能

医療安全対策加算1 届出医療機関 医療安全対策に関する評価

医療安全対策に 関する評価

医療安全対策に 関する評価



医療安全対策加算1 届出医療機関

> 医療安全対策 地域連携加算 2 を算定可能



医療安全対策加算2 届出医療機関

改定前

1 医療安全対策加算1

医療安全対策加算2

85点

35点

1 2

改定後

1 医療安全対策加算1

2 医療安全対策加算2

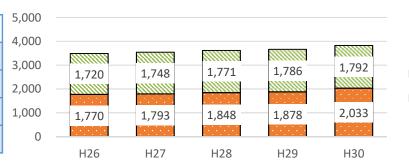
85点

<u>30点</u>

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
医療安全対策加算1	1,792	74,230
医療安全対策地域連携加算1	1,337	47,037
医療安全対策加算2	2,033	93,360
医療安全対策地域連携加算2	1,274	56,684

(医療機関数)



☑医療安全対策加算1

■医療安全対策加算2

(出典)

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

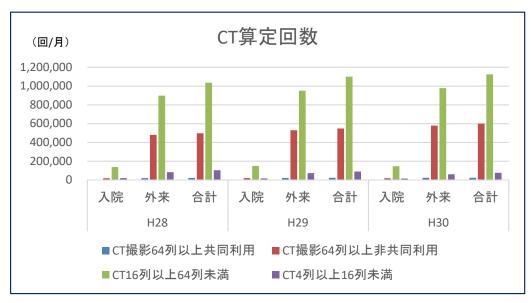
算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

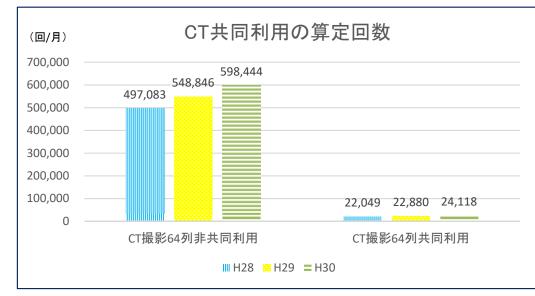
出典:保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

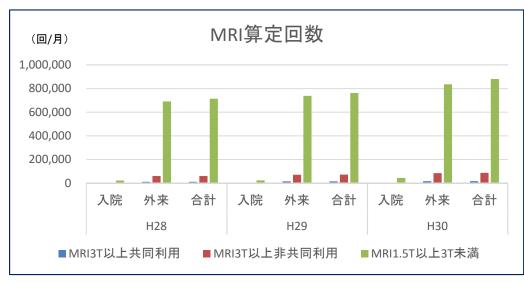
平成28年度診療報酬改定後のCT・MRI共同利用の状況

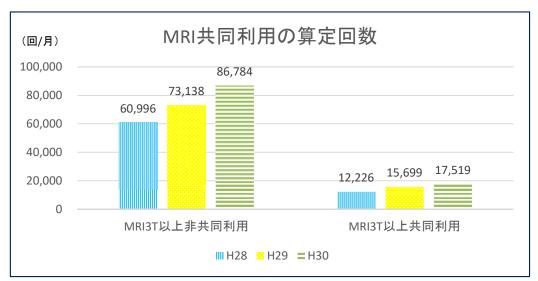
令和元年6月12日 中医協総会資料(改)

CT・MRIの算定回数は毎年、増加傾向であり、共同利用についても一定程度増加してきている。









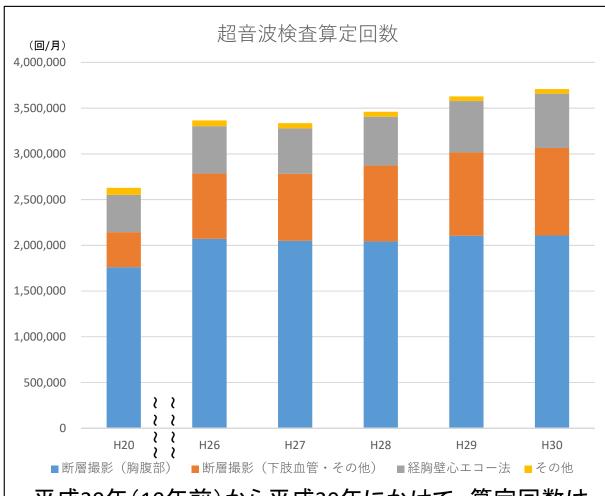
出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

※算定回数は当該月の撮影1回目の算定回数を示している

※当該項目が包括される入院料を算定している場合の算定回数は含まない

○ 超音波検査の算定回数は、増加傾向。

超音波検査(記録に要する費用を含む。)	
1 Aモード法	150点
2 断層撮影法(心臓超音波を除く。)	
イ胸腹部	530点
口 下肢血管	450点
ハ その他(頭頚部、四肢、 体表、末梢血管等)	350点
3 心臓超音波検査	
イ 経胸壁心エコー法	880点
ロ Mモード法	500点
ハ経食道心エコー法	1,500点
ニ 胎児心エコー法	300点
ホー負荷心エコー法	2,010点



平成20年(10年前)から平成30年にかけて、算定回数は 41%増加している。

出典:社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※病院について : 平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査 ※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

- 〇 外来
- 〇 入院
- 〇 在宅•訪問看護
- 〇 横断的事項
- 〇 個別項目
- 〇 歯科
- 〇 調剤

周術期等の口腔機能管理の充実

周術期等の口腔機能管理のイメージ





・化学療法及び手術を

実施することが決定

依頼



・口腔機能管理計画 の策定、術前の治療

【歯科】



・術前の化学療法



・口腔粘膜炎の処置・術前の口腔機能管理



・手術



【歯科】



術後の口腔機能管理

手術前

入院中

退院後

医科歯科連携の推進

- 〇診療情報提供料(I)の歯科 医療機関連携加算の対象手 術の拡大
- 〇周術期口腔機能管理後手術加 算の対象手術の拡大

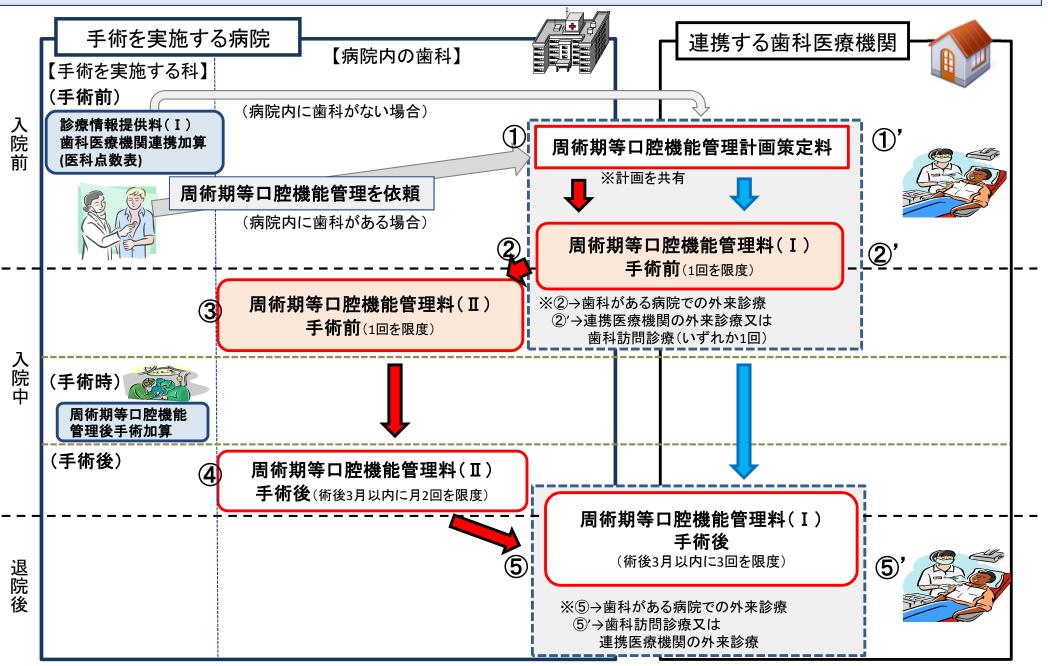
周術期等の口腔機能管理の 実態に応じた見直し

- ○「周術期口腔機能管理計画 策定料」等の関連する項目を 「周術期等口腔機能管理計画 策定料」等に名称変更
- 周術期等の口腔機能管理の 対象患者の適応拡大と目的 の明確化
- ○手術後早期に口腔機能管理を 開始する場合の取扱いの明 確化

放射線療法や化学療法に対 する口腔機能管理の 充実

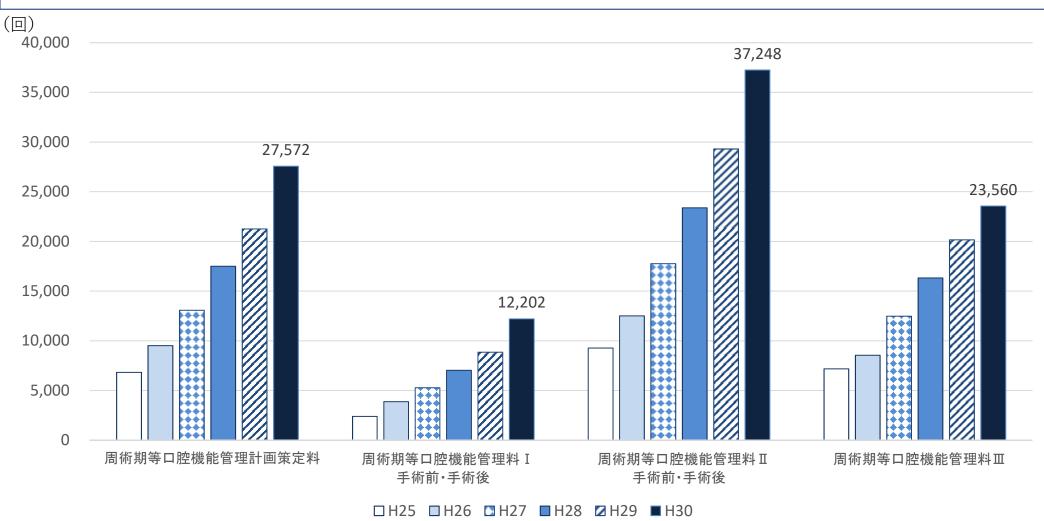
- ○手術前の周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の算定要件の見直し
- ○放射線療法又は化学療法 による口腔粘膜炎に対す る専門的口腔衛生処置の 新設

周術期等における口腔機能管理のイメージ (医科で手術をする場合)



周術期等口腔機能管理の算定状況の推移

- 周術期等口腔機能管理の算定回数は、増加傾向。
 - ※ 周術期等口腔機能管理料1の対象は、手術を実施する他の医療機関の患者又は手術を実施する同一の医療機関で入院中以外の患者。
 - ※ 周術期等口腔機能管理料2の対象は、手術を実施する同一の医療機関に入院中の患者。



質の高い在宅医療の確保4

歯科訪問診療料の見直し②

【歯科訪問診療料と在宅患者等急性歯科疾患対応加算の合算点数】

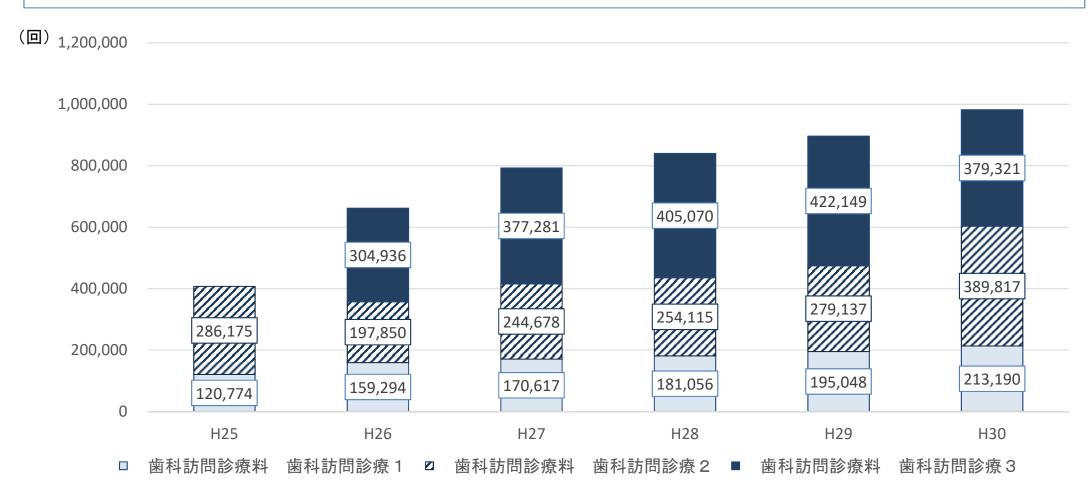
			(現行)	
		ſ	司一の建物に居住する患者数	\$
		1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につ き診療に要し た時間	20分 以上	歯科訪問診療1 【1,036点】 (866点+170点)	歯科訪問診療2 【338点】 (283点+55点)	
20分 未満			歯科訪問診療3 【 175点 】(120点+55点)	



		(改定後)		
			同一の建物に居住する患者数	
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要し	20分 以上	【1,036点】	【338点】	【175点】
た時間 	20分 未満	【 725点】 (1,036点×70/100)	【 237点】 (338点×70/100)	【 123点】 (175点×70/100)

歯科訪問診療料の算定状況の推移

- 歯科訪問診療料の算定回数は全体的に増加傾向にあり、特に歯科訪問診療2及び3の割合が多い。
- 平成30年度は歯科訪問診療2が最も多く算定されている。



歯科訪問診療移行加算

〇 平成30年度診療報酬改定において、外来受診していた患者が通院困難になった場合に、かかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を実施した場合の評価を新設。

(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 150点 ロ イ以外の場合 100点

[算定要件]

- 在宅等療養患者であって、当該保険医療機関の<u>外来(歯科診療を行うものに限る。)を継続的に</u> 受診していたものに対して「1 歯科訪問診療1」を算定した場合に所定点数に加算する。
- 当該保険医療機関の<u>外来を最後に受診した日</u>(初診料又は再診料を算定した日)<u>から起算して3</u> 年以内に歯科訪問診療を実施した場合に限る。



届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
歯科訪問診療移行加算	(届出不要)	イ 3,759 (※) ロ 2,140

※ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出 10.389

在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

〇 平成30年度診療報酬改定において、在宅等で療養する患者に対して、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。

1029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置 120点

「算定要件〕

- 歯科疾患在宅療養管理料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処置を行った場合に、<u>月1回</u>に限り算定する。
- 訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
- 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。



- 当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、義歯清掃 又は機械的歯面清掃を行った場合
- 主治の歯科医師は、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。
- 当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

届出医療機関数及び算定回数

][届出医療機関数	算定回数
	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	(届出不要)	44, 089

高強度硬質レジンブリッジ

○ 先進医療として行われている、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保険導入。

M017-2 高強度硬質レジンブリッジ(1装置につき) 2.500点

[算定要件]

(1) 歯冠用グラスファイバーによるフレームに高強度硬質レジンブリッジを用いて製作する、臼歯部1歯中間欠損部に対するポンティックを含む、臼歯3歯ブリッジをいう。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



- (2) 次のいずれかの場合に算定
 - イ 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、過度な咬合圧が加わらない場合等において、 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
 - ロ 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おいて、臼歯部1歯中間欠損に使用する場合

	算定区分
歯冠形成	「2のロ 非金属冠」 166点×2 、注1ブリッジ支台歯形成加算 20点×2 注9加算(高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成) 470点×2 ※失活歯を原則とする
印象採得	「ニ ブリッジ (1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」 282点
装着	2 欠損補綴「イ ブリッジ (1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」 150点 注1加算(内面処理) 90点

(参考)高強度硬質レジンブリッジに係る特定保険医療材料料

1装置につき 1,600点

【定義(抜粋)】

○歯冠用高強度硬質レジン:JIS T6517 第4種(デュアルキュア型)に適合するものであること。

歯冠用グラスファイバー(棒状)と併せて使用した場合の3点曲げ強さが700mPa以上 歯冠用グラスファイバー(シート状)と併せて使用した場合の3点曲げ強さが150mPa以上であること

- ○歯冠用グラスファイバー
 - ①棒状:ガラス繊維を質量分率65%以上含有すること、高強度硬質レジンブリッジのブリッジフレーム材として用いるものであること。
 - ②シート状:ガラス繊維を質量分率30%以上含有すること、高強度硬質レジンブリッジの支台フレーム材として用いるものであること。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
高強度硬質レジンブリッジ (1装置につき)	(届出不要)	243

小児口腔機能管理加算

○ 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設。

B000-4 歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算

100点

[対象患者]

15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、次のC項目のうち、咀嚼機能を含む3項目以上に該当するもの

A機能	B分類	C項目
		歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	強く咬みしめられない	
食べる	食べる	咀嚼時間が長すぎる、短すぎる
		偏咀嚼がある
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたり ムラがある等

A機能	B分類	C項目	
		構音に障害がある	
話す	構音機能	口唇の閉鎖不全がある	
百白 タ	件日饭柜	口腔習癖がある	
		舌小帯に異常がある	
	栄養 (体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指 数で評価)	
その他		口呼吸がある	
C 43 12	その他	口蓋扁桃等に肥大がある	
	ての他	睡眠時のいびきがある	
		上記以外の問題点	

[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の<u>口腔機能の管理計画を策定</u>し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録 に添付する。
- ・患者の成長発達に伴う口腔内等の状況変化の確認を目的として、<u>患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影</u>を行う。写真撮影は、<u>当該加</u> <u>算の初回算定日には必ず実施</u>し、その後は<u>少なくとも当該加算を3回算定するに当たり1回以上行う</u>ものとし、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・管理する。
- ・当該管理を行った場合は、<u>指導・管理内容を診療録に記載</u>又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。
- ・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。

届出医療機関数及び算定回数		届出医療機関数	算定回数
7. 亚成20年社会医療診療行为別統計(亚成20年6日案本公)	小児口腔機能管理加算	(届出不要)	23, 066

中医協 総一3

口腔機能管理加算

○ 平成30年度診療報酬改定において、歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設。

B000-4 歯科疾患管理料

口腔機能管理加算

100点

[対象患者]

65歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、次の評価項目(下位症状)のうち、3項目以上(咀嚼機能低下(DO11-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。)、咬合力低下(DO11-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。)又は低舌圧(DO12に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。)のいずれかの項目を含む。)に該当するもの

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口 咖	口腔粘膜湿潤度	27未満
②口腔乾燥	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満(プレス ケール)、500N未 満(プレスケール Ⅱ)
	残存歯数	20本未満
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキ ネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満

下位症状	検査項目	該当基準
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能率スコア法	スコア0, 1, 2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検 査 (EAT-10)	3点以上
CARCI DATE I	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	3項目以上該当



[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の<u>口腔機能の管理計画を策定</u>し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に 添付する。
- ・当該管理を行った場合は、<u>指導・管理内容を診療録に記載</u>又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写し を診療録に添付すること。
- ・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。

届出医療機関数及び算定回数

		届出医療機関数	算定回数
	口腔機能管理加算	(届出不要) ※加算算定に必要な検査に施設基準あり	5, 766

診療情報連携共有料

○ 平成30年度診療報酬改定において、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について、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。

B011 診療情報連携共有料

120点

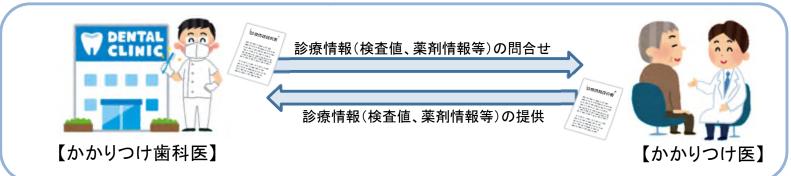
医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で<u>診療情報を共用することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価</u>するもの。

[対象患者]

<u>慢性疾患を有する患者</u>又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]【歯科点数表】

- 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定
- 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
- 保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。
- 診療情報提供料(I)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定できない。



届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
診療情報連携共有料	(届出不要)	15, 273

口腔機能に関する検査

○ 平成30年度診療報酬改定において、口腔機能に関する検査を新設。

D011-2 咀嚼能力検査

140点

[対象患者]

・歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料又は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、 継続的な口腔機能の管理を行っている患者

[算定要件]

- ・ 問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、<u>口腔機能低下症の</u> 診断を目的として実施した場合
- ・ 咀嚼能力測定を行った場合(グルコース含有グミゼリーを咀嚼時のグルコース溶出量を測定)に6月に1回に限り算定する。



D011-3 咬合圧検査

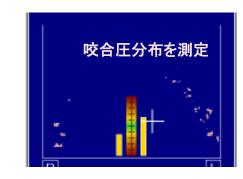
130点

[対象患者]

・歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料又は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、 継続的な口腔機能の管理を行っている患者

「算定要件」

- ・ 問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、<u>口腔機能低下症の</u> 診断を目的として実施した場合
- ・ 咬合圧測定を行った場合(感圧フィルムにより咬合圧等を測定)に6月に1回に限り算定する。



届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
咀嚼能力検査	1, 365	739
咬合圧検査	330	740

(出典)

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

95

口腔粘膜処置、レーザー照射に関する技術

○ 平成30年診療報酬改定において、口腔粘膜処置、レーザー照射により実施する処置及び手術の評価を新設。

1029-3 口腔粘膜処置(1口腔につき) 30点

「算定要件」

- ・再発性アフタ性ロ内炎の小アフタ型病変にレーザー照射を行った場合
- ・2回目以降は、前回算定日から起算して1月経過した日以降に算定
- ・前回算定した日の属する月に、前回照射して部位と異なる部位に生じたものに対する当該処置の費用は算定できない。

J035-2 口腔粘膜血管腫凝固術(一連につき) 2000点

[算定要件]

・顎口腔領域に生じた血管腫・血管奇形に対して、レーザー照射を行った場合に一連につき1回に限り算定

J200-4-2 レーザー機器加算 1 50点 / レーザー機器加算 2 100点 / レーザー機器加算 3 200点

	対象手術		
レーザー機器加算 1	歯肉、歯槽部腫瘍手術(エプーリスを含む。) 「軟組織に限局するもの」、浮動歯肉切除術「3分の1顎程度」「2分の1顎程度」、舌腫瘍摘出術・口唇腫瘍摘出術・頬腫瘍摘出術の「粘液嚢胞摘出術」、口蓋腫瘍摘出術「口蓋粘膜に限局するもの」、頬、口唇、舌小帯形成術、がま腫切開術		
レーザー機器加算 2	歯肉、歯槽部腫瘍手術「硬組織に及ぶもの」、浮動歯肉切除術「全顎」、舌腫瘍摘出術「その他のもの」		
レーザー機器加算3	口腔底腫瘍摘出術、口蓋腫瘍摘出術「口蓋骨に及ぶもの」、口蓋混合腫瘍摘出術、口唇腫瘍摘出術「その他のもの」、類腫瘍摘出術「その他のもの」、類粘膜腫瘍摘出術、がま腫摘出術、舌下腺腫瘍摘出術		

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
口腔粘膜処置	11, 383	20, 036
口腔粘膜血管腫凝固術	184	7
レーザー機器加算 1	10, 847	1, 196
レーザー機器加算 2		24
レーザー機器加算3		22

(出典)

届出医療機関数:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

フッ化物応用によるう蝕の重症化予防

中 医 協 総 - 4 3 1 . 4 . 1 0 改

○ エナメル質結晶内に取り込まれたフッ化物によって、エナメル質の一部がハイドロキシアパタイトよりも「溶解度」の低いフルオロアパタイト、フッ化ハイドロキシアパタイトに置き換わり、酸抵抗性を高める。

フッ化物洗口:フッ化ナトリウム溶液(5-10ml)を用いて、1分間ブクブクうがいを行う方法。毎日法と週1回法とがある。

フッ化物塗布:比較的高濃度のフッ化物溶液やゲル(ジェル)を歯科医師・歯科衛生士が綿球や歯ブラシ等で歯面に塗布。

年2回以上継続して行うことが重要。

B000-4 歯科疾患管理料 フッ化物洗口指導加算 40点

- 13歳未満のう蝕に罹患しているう蝕多発傾向患者。 (う蝕活動性が高く継続管理を要する者)
- 患者又はその家族等に対して、下記について説明。
 - ・ フッ化物洗口に係る薬液の取扱い
 - 洗口方法
 - 洗口に関する注意事項
 - 薬液の取扱い等

B000-4 歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算 260点

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(※1)において、 エナメル質初期う蝕(※2)に罹患している患者に対して、 管理及び療養上必要な指導を実施。
- ※1 歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔 管理を行う診療所であって、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
- ※2 エナメル質に限局した表面が粗造な白濁等の脱灰病変

IO31 フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)

- ・う蝕多発傾向者(110点)
- ・根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者(110点)
- ・エナメル質初期う蝕に罹患している患者(130点)

歯科疾患管理料フッ化物洗口指導加算の算定回数				
H26	H27	H28	H29 H30	H30
2, 633	1, 763	2, 519	1, 761	1, 942

歯科疾患管理料エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数					
H26	H27	H28	H29	H30	
_	_	60, 027	212, 080	330, 310	

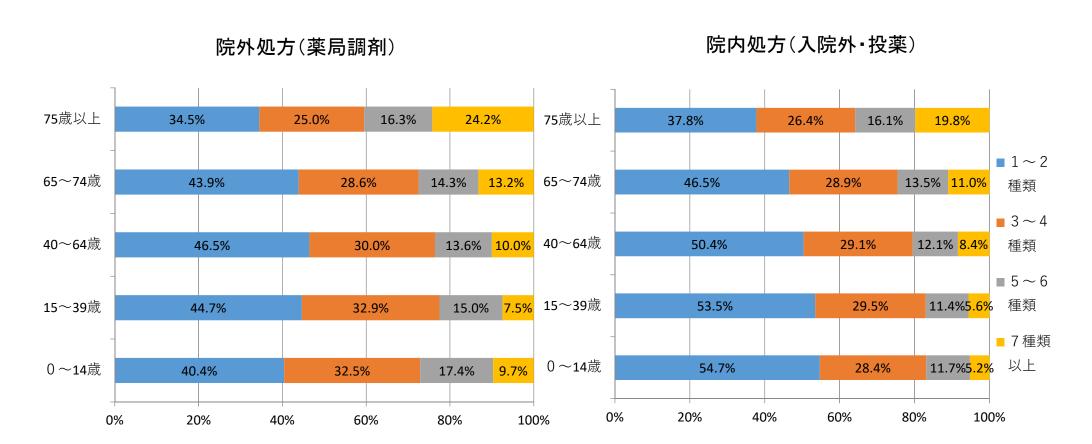
フッ化物歯面塗布処置の算定回数					
	H26	H27	H28	H29	H30
う蝕多発傾向者	14, 484	17, 975	21, 467	22, 278	22, 446
在宅等療養患者	4, 610	5, 160	5, 763	7, 451	9, 944
エナメル質初期う蝕	_	_	39, 475	48, 004	53, 486

- 〇 外来
- 〇 入院
- 〇 在宅•訪問看護
- 〇 横断的事項
- 〇 個別項目
- 〇 歯科
- 〇 調剤

年齢階級別にみた薬剤種類数別件数の構成割合・1件当たり薬剤種類数

平成31年3月27日 中医協総会資料(改)

〇 高齢になるほど、薬剤種類数の高い患者の割合が増加する傾向がある。



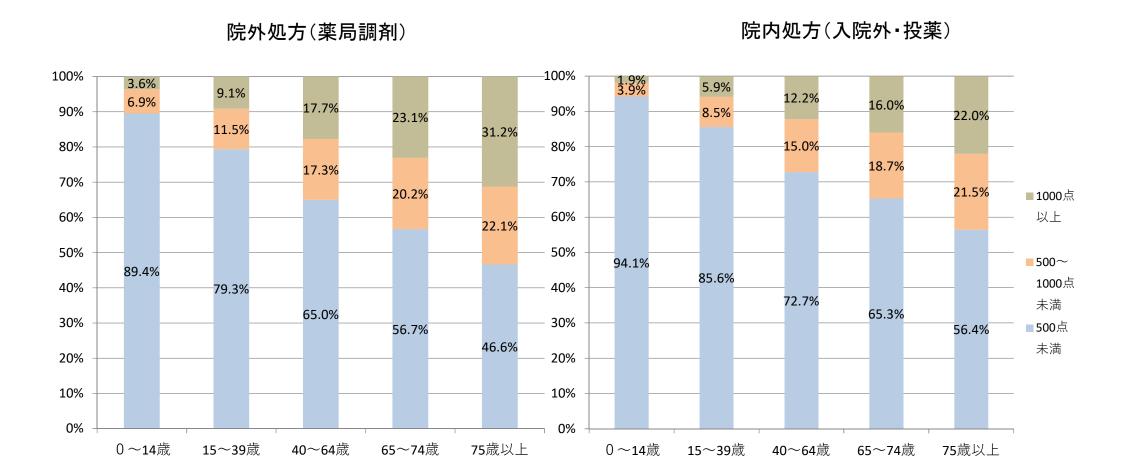
院内処方は、診療報酬明細書(医科入院外)のうち診療行為「投薬」に薬剤の出現する明細書(「処方せん料」を算定している明細書及び「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書は除く。)を集計の対象としている。また、診療行為「投薬」における薬剤の合計点数を薬剤点数階級で区分している。 院外処方は、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を集計の対象としている。

99

年齢階級別にみた薬剤点数階級別数の構成割合

平成31年3月27日 中医協総会資料(改)

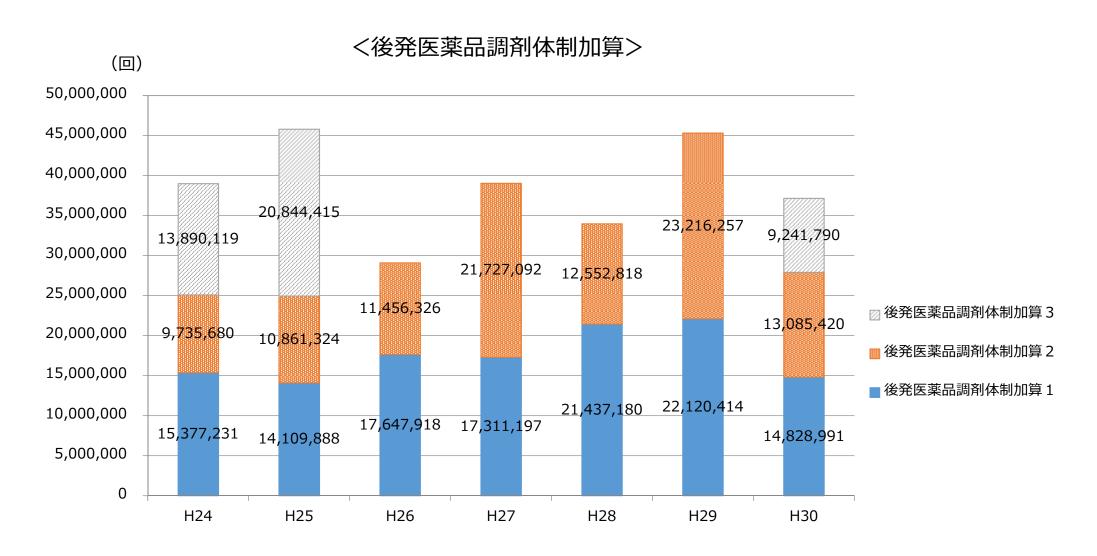
○ 高齢になるほど、薬剤点数の高い患者の割合が増加する傾向がある。



院内処方は、診療報酬明細書(医科入院外)のうち診療行為「投薬」に薬剤の出現する明細書(「処方せん料」を算定している明細書及び「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書は除く。)を集計の対象としている。また、診療行為「投薬」における薬剤の合計点数を薬剤点数階級で区分している。 院外処方は、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を集計の対象としている。

後発医薬品に係る診療報酬の算定状況(調剤)

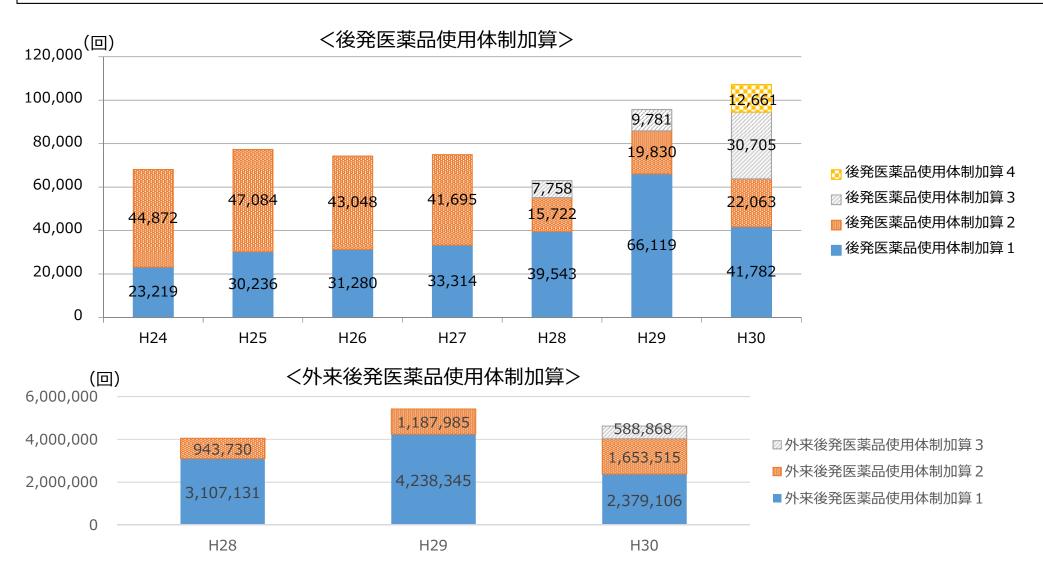
- 後発医薬品調剤体制加算については、平成30年度診療報酬改定において、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げた。
- 平成30年度の後発医薬品使用体制加算の算定回数は、前年度より減少した。



後発医薬品に係る診療報酬の算定状況(医科)

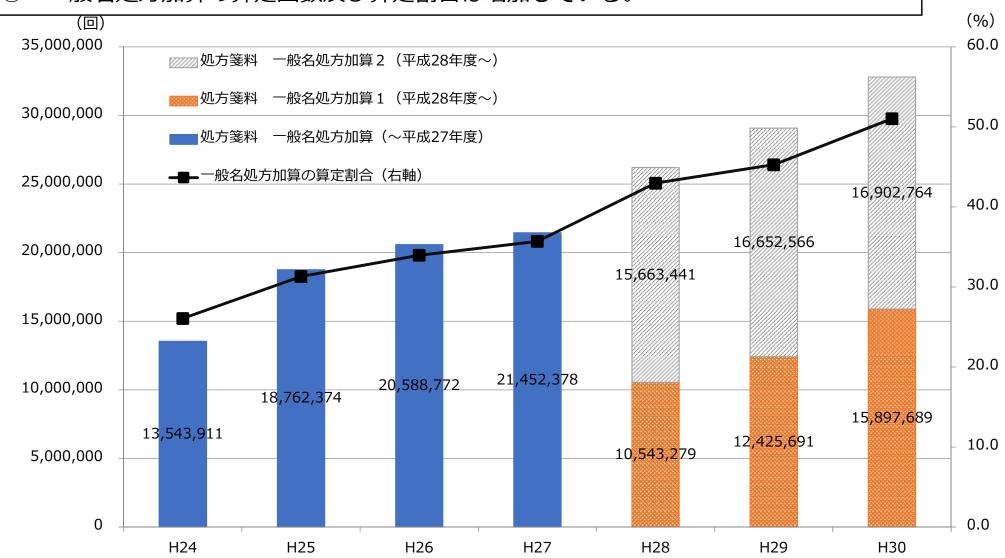
令和元年6月26日 中医協総会資料(改)

- 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は、平成30 年度診療報酬改定において、後発医薬品の使用割合の基準を引き上げた。
- 後発医薬品使用体制加算の算定回数は増加したが、外来後発医薬品使用体制加算の算定回数は減 少した。



令和元年6月26日 中医協総会資料(改)

- 一般名処方加算については、平成30年度診療報酬改定で評価を拡充した。
 - 一般名処方加算の算定回数及び算定割合は増加している。



後発医薬品の使用促進のための主な診療報酬上の取組経緯(参考)

令和元年6月26日 中医協総会資料(改)

	医療機関			薬局		
	処方	体制	ij	その他	調剤・その他	体制
2016年 (H28)	(一般名処方加算) 【全品目:3点 1品目以上:2点	制加算(入院)): 後発医薬品使用割合	外来後発医薬品使用 体制加算(診療所の み): 後発医薬品使用割合 70%以上:4点 60%以上:3点			(後発医薬品調剤体制加算) 65%以上:18点 75%以上:22点
2018年 (H30)	全品目:6点 1品目以上:4点	85%以上:45点 80%以上:40点 70%以上:35点 60%以上:22点	85%以上:5点 75%以上:4点 70%以上:2点			75%以上:18点 80%以上:22点 85%以上:26点 20%以下(調剤基本料から 2点減点)

残薬解消に向けた薬局の取組の評価(外来服薬支援料)

外来服薬支援料

- 残薬の解消に向けた薬局の以下の取組を評価
- (1)自己による服薬管理が困難な患者に対し、患者や家族が持参した薬剤の一包化や服薬カレンダー の活用などにより薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援すること ※上記支援は、当該薬剤を処方した保険医に了解を得た上で行う。
- (2)いわゆるブラウンバック運動(患者や家族等に対して服用中の薬剤等を入れる袋等を薬局が提供 し、患者等が持参した薬剤等について服薬管理を行う取組)を周知し、実際に患者等が持参した 服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供すること

外来服薬支援料

185点(月1回まで)

①自己による服薬管理が困難な患者

相談





節薬バッグの活用等により服用薬を持参













一包化、服薬カレンダーの利 用等による服薬管理の支援

残薬の整理等 (医療機関にはその結果を連絡)

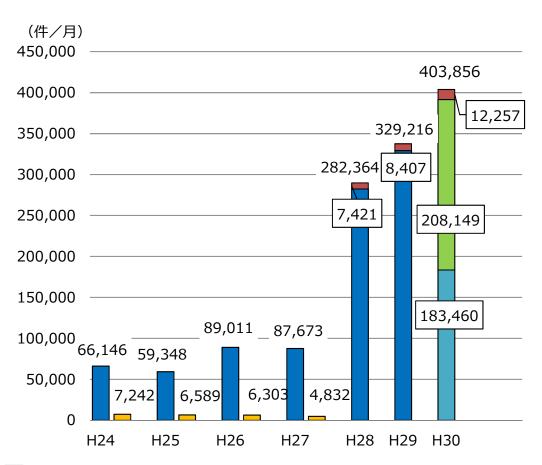
重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

令和元年6月26日中医協総会資料(改)

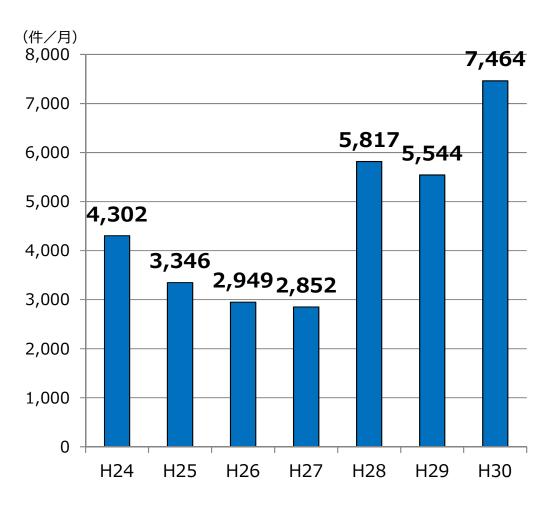
○ 重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定回数は増加傾向にある。

重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



> 外来服薬支援料の算定回数



■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料(平成30年度は残薬調整以外及び残薬調整分を含む)

残薬調整以外

処方変更なし

処方変更あり

医療機関における減薬に関する取組の評価

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

▶ 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

(新) 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時に1回)

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① <u>入院前に6種類以上の内服薬(</u>入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合を含めることができる。

(新) <u>薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り)</u> 連携管理加算 50点

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料 保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、<u>6種類以上の内服薬</u>(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓 用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される 内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。
- ② 連携管理加算

<u>処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合</u>は、連携管理加算として所定点数を加算する。 ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料(I)は算定できない。

<薬剤総合評価調整加算等の算定状況>

	届出医療機関数	算定回数		
	/田田区/尔佩内奴	H28	H29	H30
薬剤総合評価調整加算		1,640	1,808	2,848
薬剤総合評価調整管理料	(届出不要)	11,004	4,902	5,612
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算		956	516	593

出典:社会医療診療行為別統計(各年6月審査分) 107

薬局における減薬に関する取組の評価

服用薬剤調整支援料

○ 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬 の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

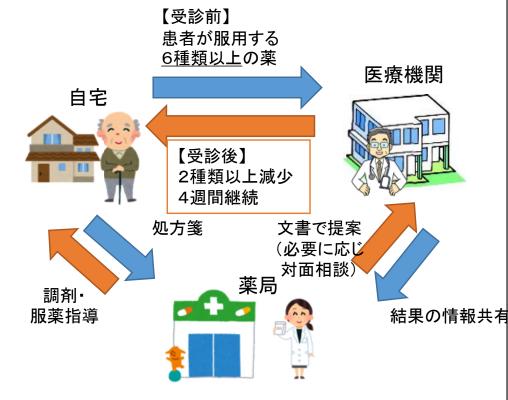
(新) 服用薬剤調整支援料

[算定要件]

6種類以上の内服薬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2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。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や 提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載す る。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る 情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。

125<u>点</u> 【受診前】



	届出薬局数	算定回数
服用薬剤調整支援料	(届出不要)	189

(出典)

平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報等提供料

○ 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

【服薬情報等提供料】 服薬情報提等供料

20点



改定後

【服薬情報提供料】

服薬情報等提供料1

30点

※保険医療機関の求めがあった場合

服薬情報等提供料2

20点

※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

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できる
- ための技術工夫等の調剤情報



患者等への情報提供や必要な指導

- 医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器 等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び 必要な指導



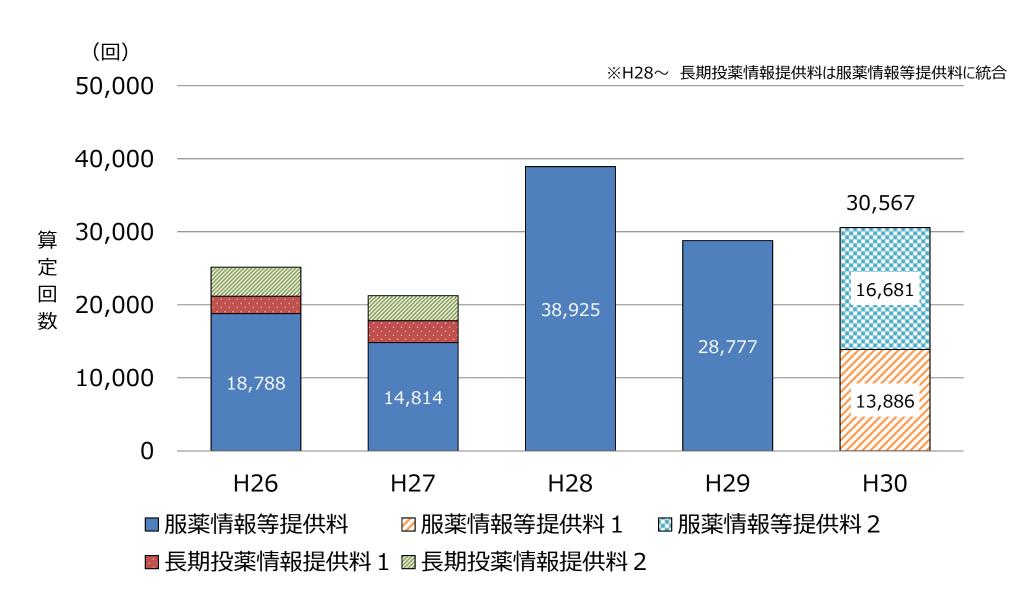
患者

例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

服薬情報等提供料の算定状況

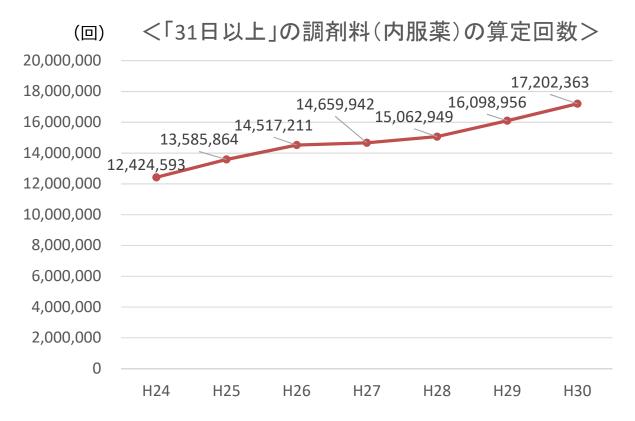
○ 服薬情報等提供料は、近年、1月あたり約3万回算定されている。



処方日数が30日を超える処方の状況(薬局での調剤)

令和元年6月26日中医協総会資料(改)

- 「31日以上」の調剤料(内服薬)の算定回数は、増加傾向にある。
 - 調剤全体に占める31日以上の処方の割合は、増加傾向にある。



<処方日数別の処方割合> 0% 20% 40% 60% 100% 80% H24 19.6% H25 21.3% **H26** 22.6% **H27** 23.4% **H28** 23.7% H29 24.0% H30 25.6% ■30日未満 ■31日以上

(注)30日未満の処方については、調剤基本料の算定回数から、「調剤料(31日以上の場合)」の算定回数を差し引いて算出