

中央社会保険医療協議会 総会（第 422 回） 議事次第

令和元年9月11日(水) 保険医療材料専門部会終了後～
於 厚生労働省講堂（低層棟2階）

議 題

○横断的事項について（その1）

○その他

中央社会保険医療協議会 総会座席表

日時: 令和元年9月11日(水) 保険医療材料専門部会終了後
会場: 中央合同庁舎第5号館 講堂(低層棟2階)

速記

中医協関係者

秋山	中村	関	荒井	松原	田辺会長	濱谷局長	横幕 審議官	八神 審議官	
松本									吉森
今村									幸野
城守									平川
猪口									間宮
島									宮近
林									松浦
有澤									
					田村			横地	吉川

中医協関係者

医療指導監査室長	歯科医療管理官	保険医療企画調査室長	医療技術評価推進室長	医療課長	薬剤管理官	総務課長	医療介護連携政策課長	調査課長	調査課数理企画官	医政局経済課長	医政局医療機器政策室長	医薬・生活衛生局 医療機器審査管理課長
----------	---------	------------	------------	------	-------	------	------------	------	----------	---------	-------------	------------------------

厚生労働省

厚生労働省

関係者席

関係者席

関係者席・日比谷クラブ

日比谷クラブ

一般傍聴席

一般傍聴席・厚生労働記者会

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

- 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。
- 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。

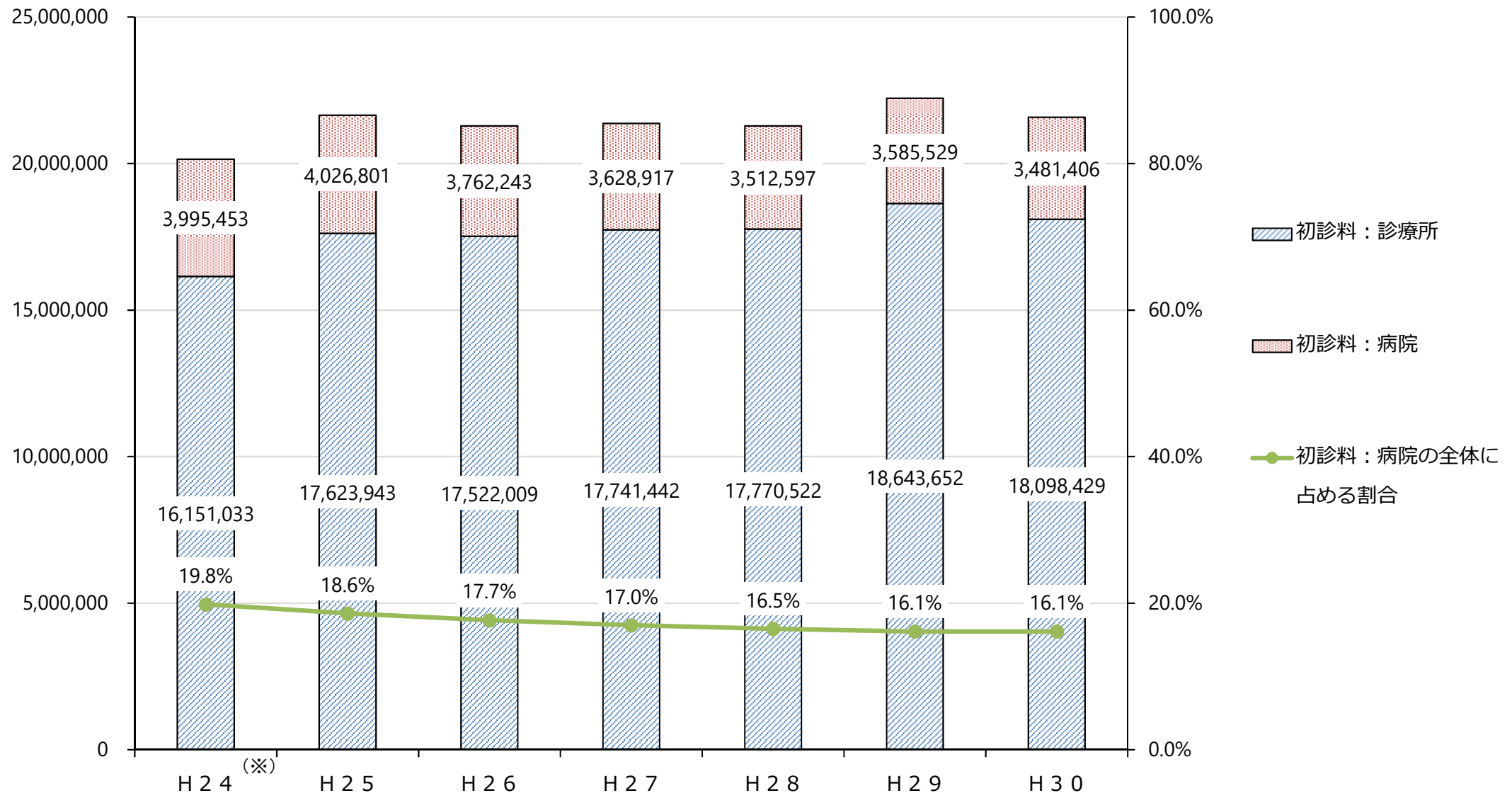
- 外来
- 入院
- 在宅・訪問看護
- 横断的事項
- 個別項目
- 歯科
- 調剤

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。

（単位：回）



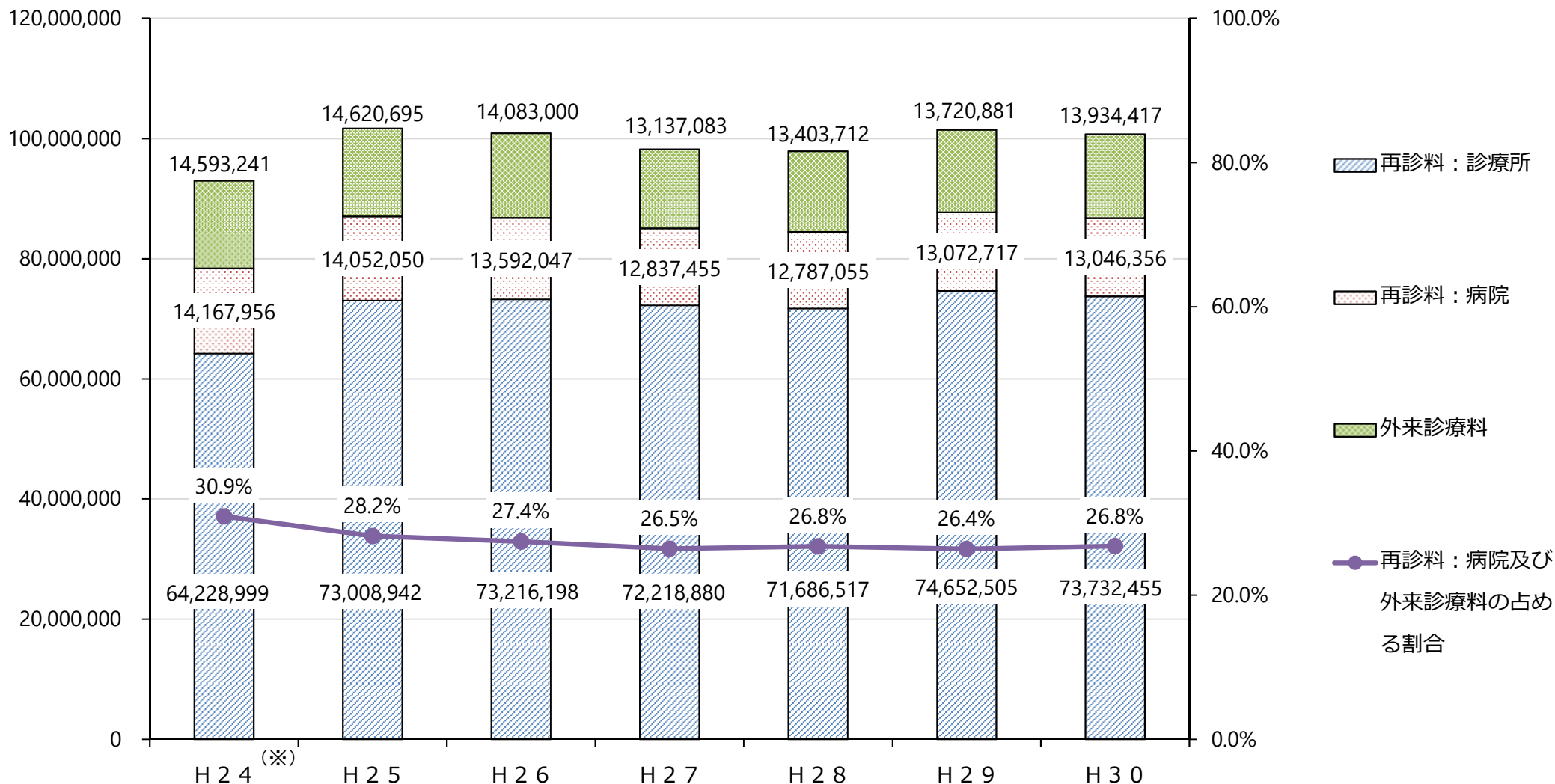
病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

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。

（単位：回）

＜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＞



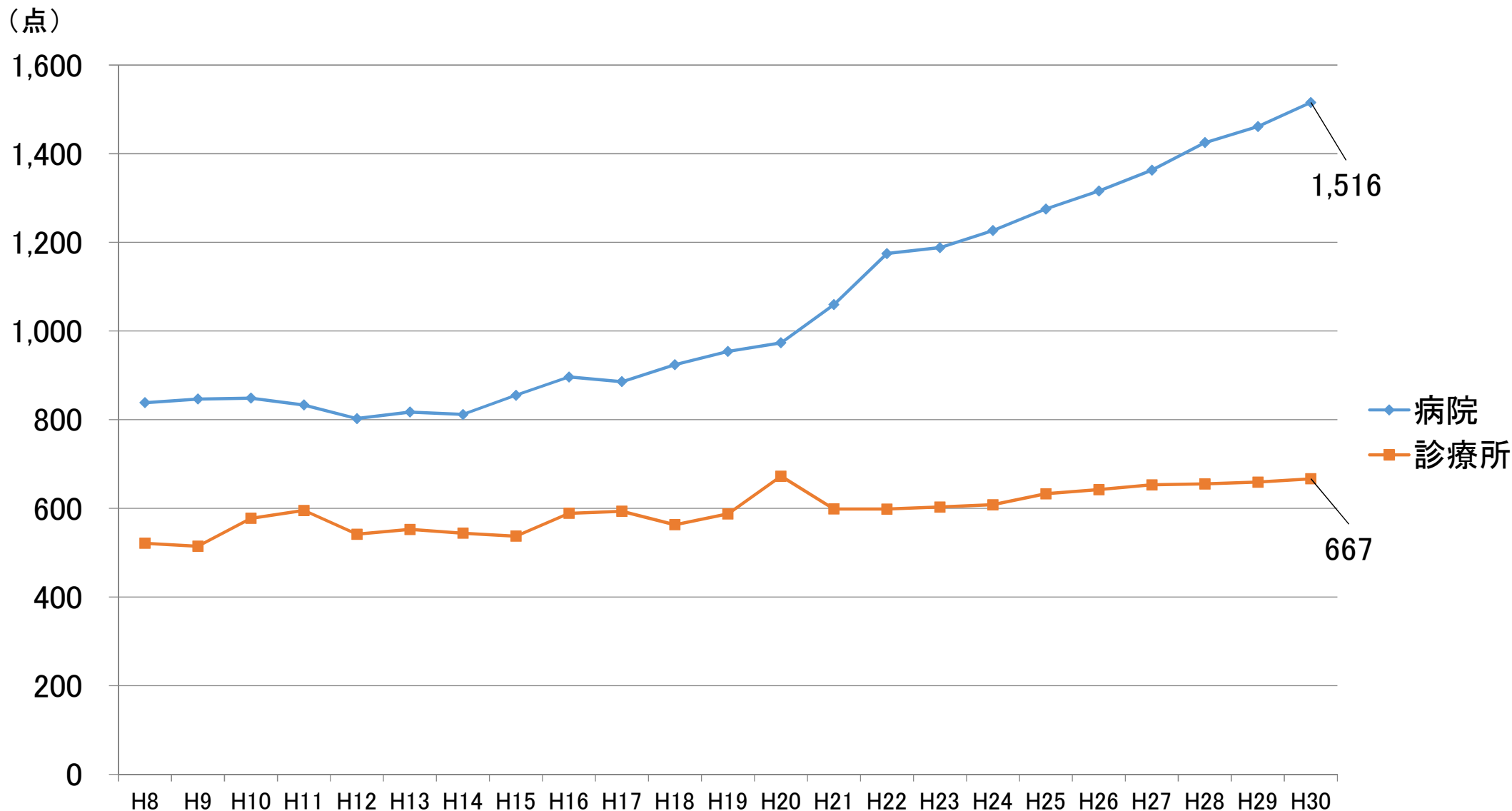
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

※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1日当たりの診療報酬点数の推移

平成31年3月27日
中医協総会資料(改)

○ 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

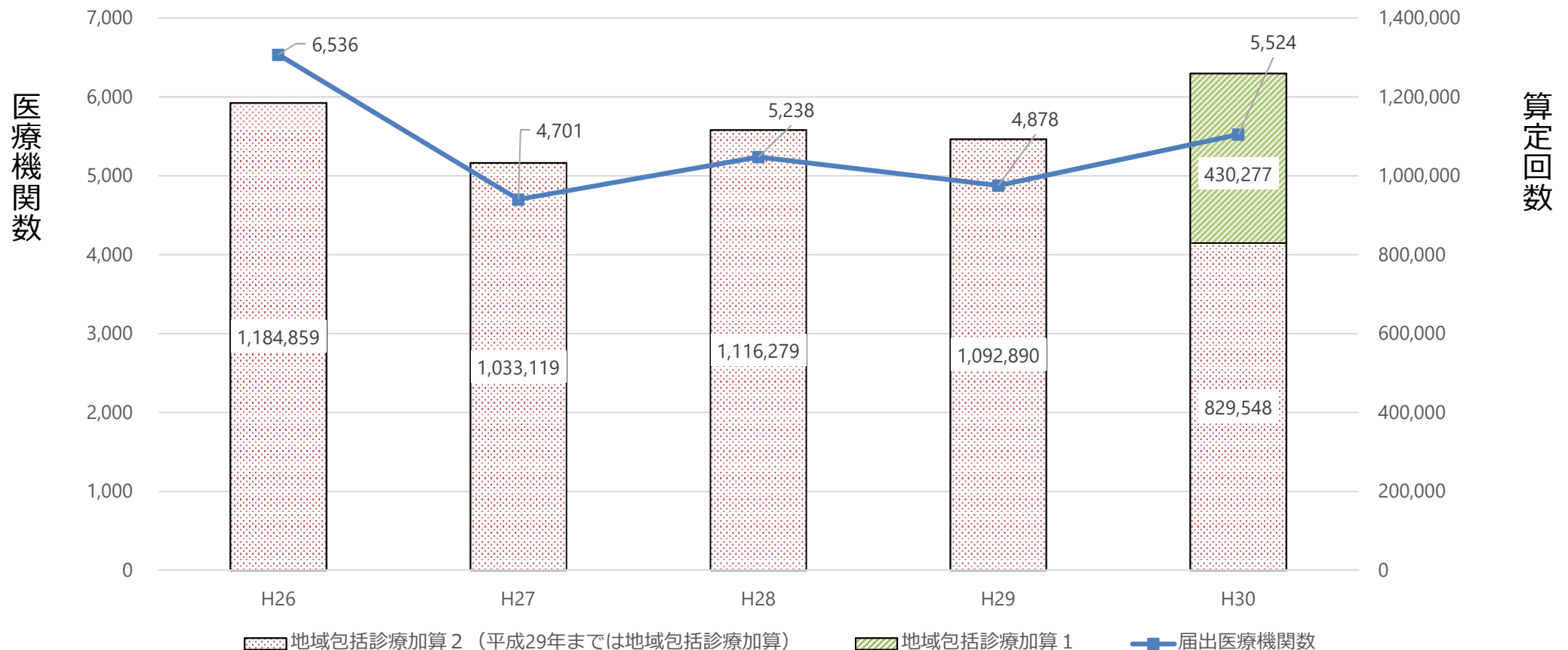
地域包括診療加算

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

- 地域包括診療加算について、届出医療機関数及び算定回数は、概ね横ばい。

A001注12	再診料 イ 地域包括診療加算1 25点 ロ 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



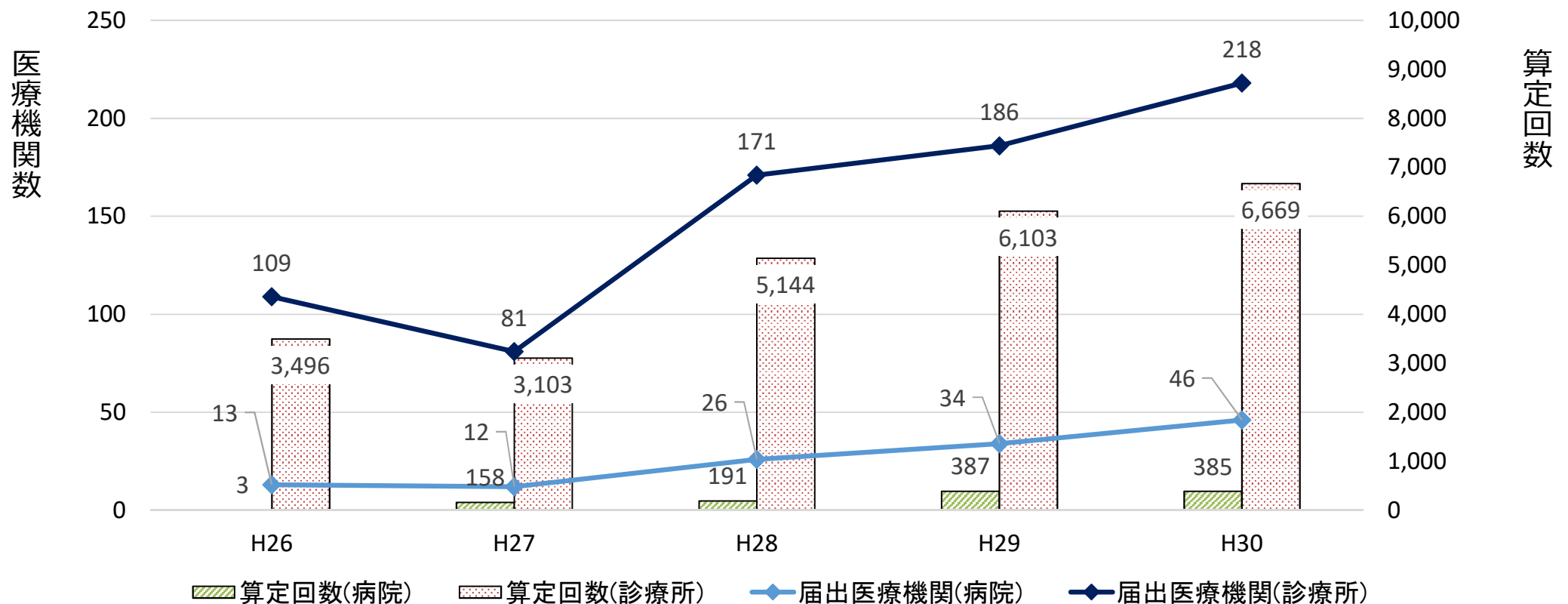
地域包括診療料

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

- 地域包括診療料について、病院・診療所ともに、届出医療機関数は増加傾向であり、診療所における算定回数は増加傾向。

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を行う事を評価したもの。
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	

B001-2-9 地域包括診療料



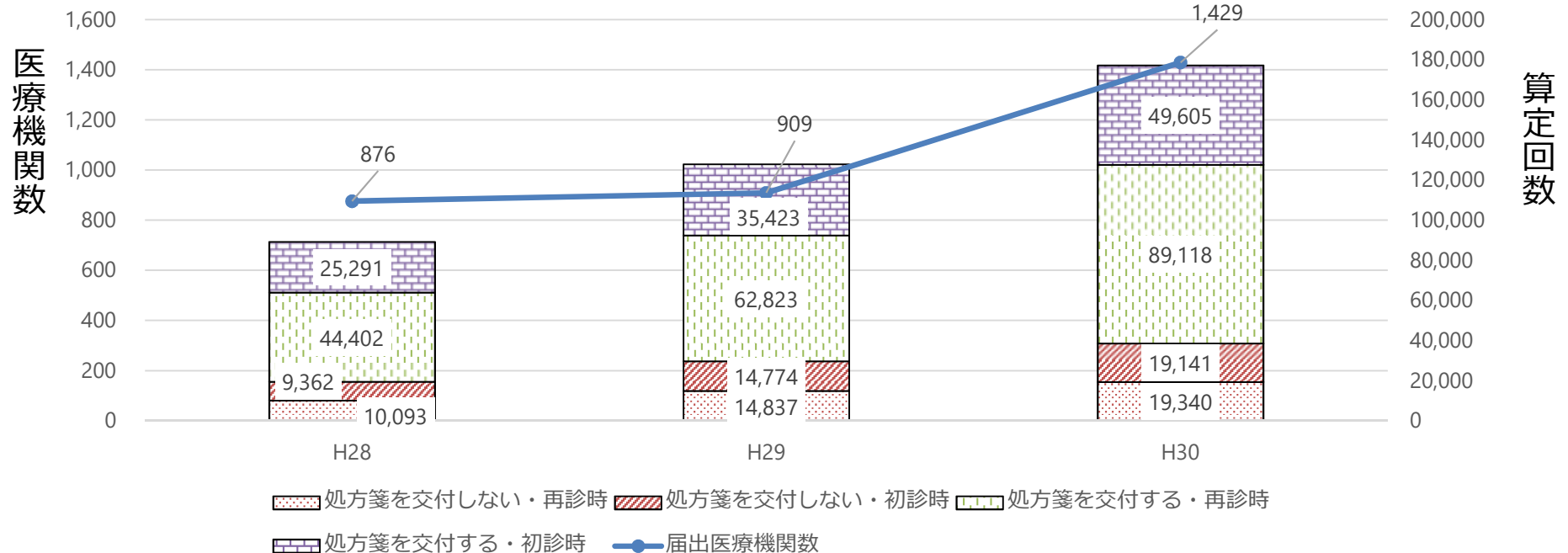
小児かかりつけ診療料

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

- 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。 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 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	

B001-2-11 小児かかりつけ診療料



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



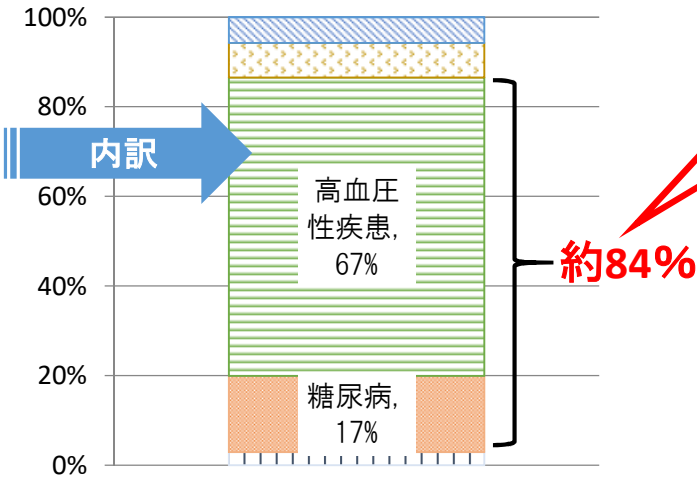
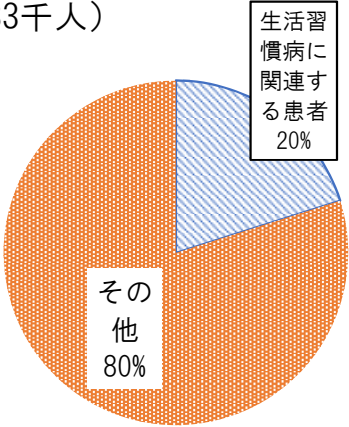
[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

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)	機能強化加算の対象患者

[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)



届出医療機関数及び算定回数

	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)

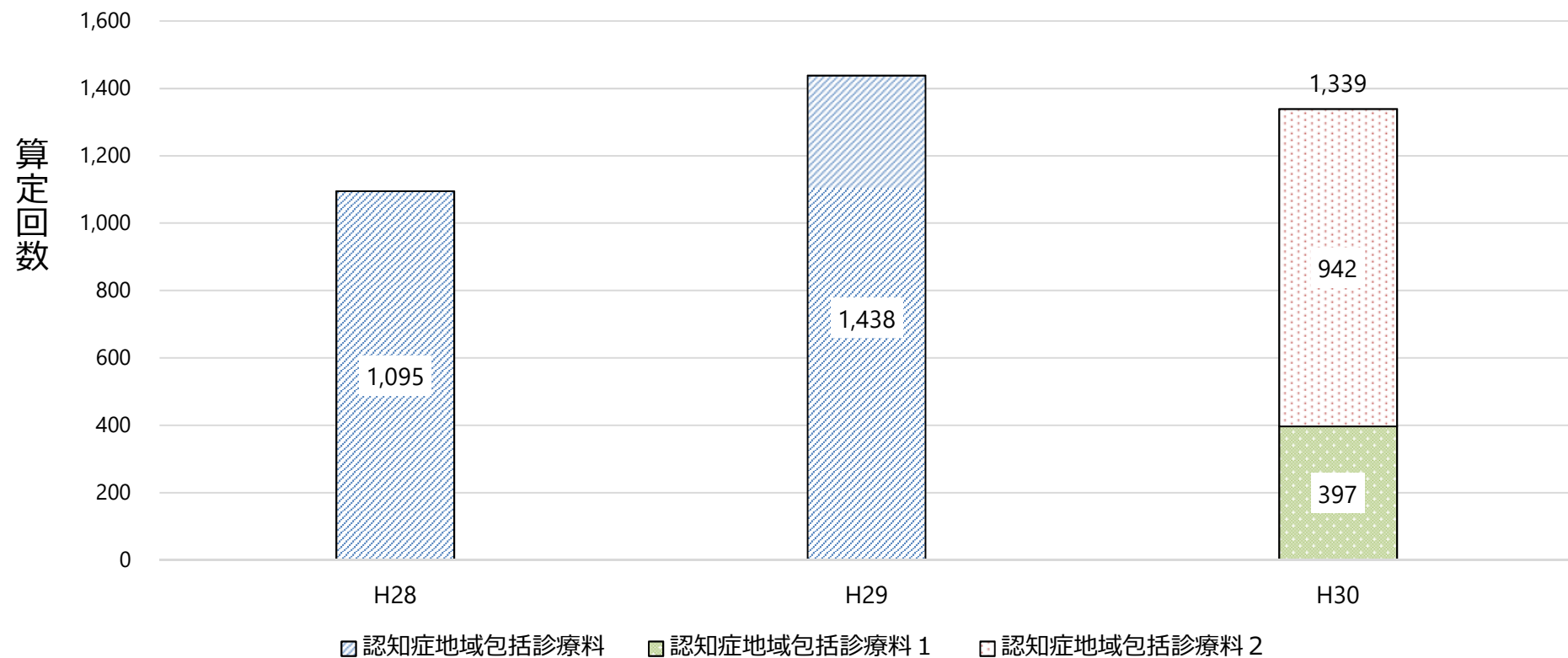
認知症地域包括診療料

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

- 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 全人的な医療を行う事を評価したもの。
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	

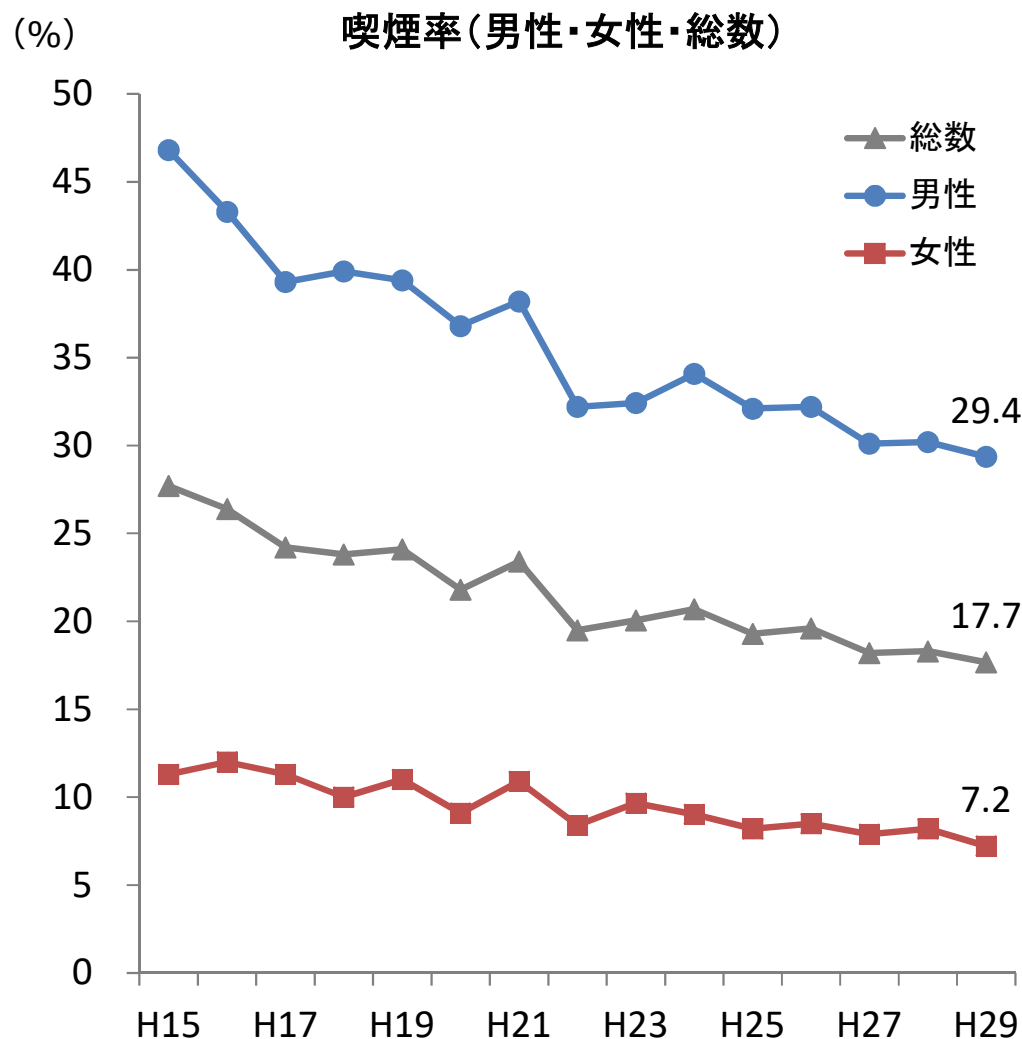
B001-2-10 認知症地域包括診療料



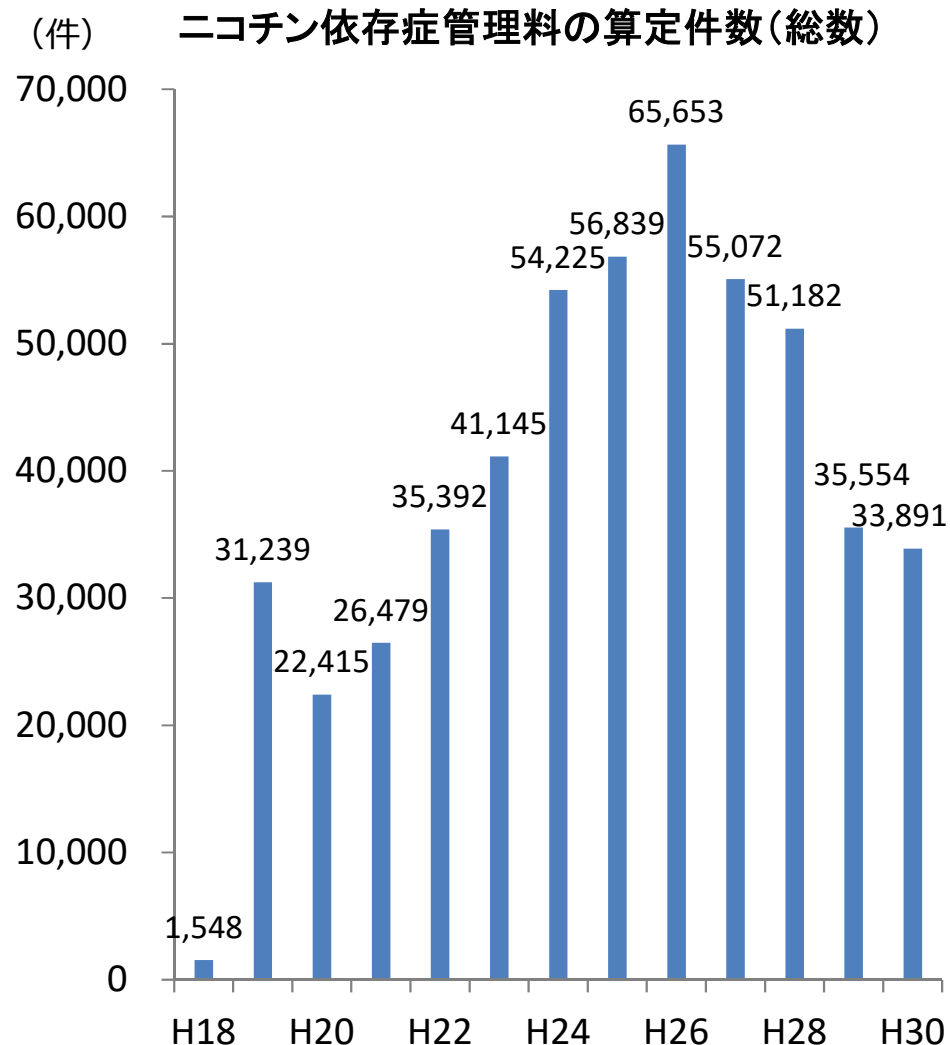
喫煙率とニコチン依存症管理料について

平成31年4月24日
中医協総会資料(改)

- 喫煙率は、男女ともに、低下傾向。
- 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

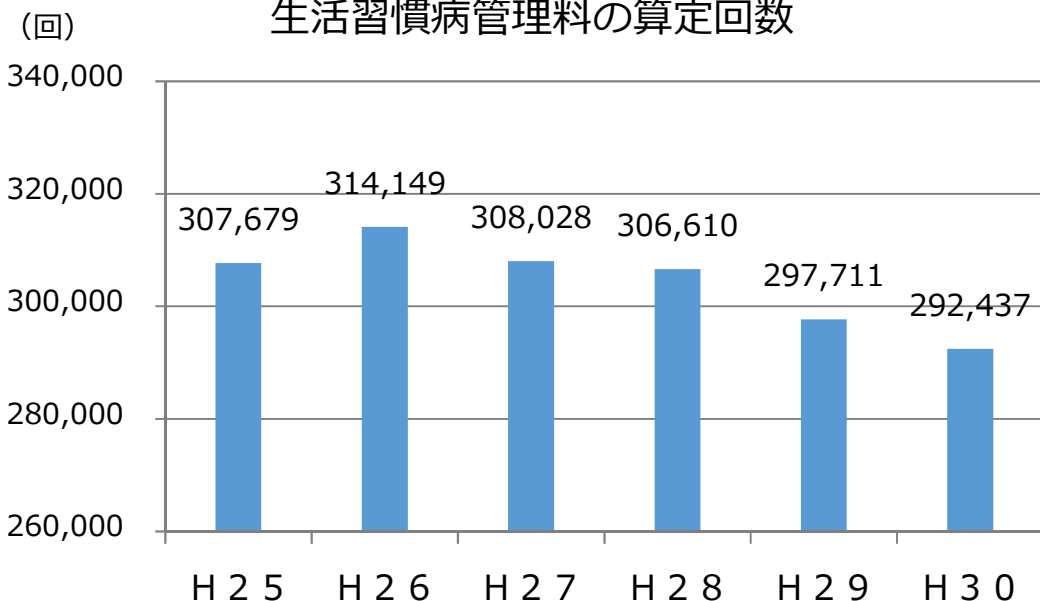
B001-3 生活習慣病管理料

- 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 □ 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 □ 高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

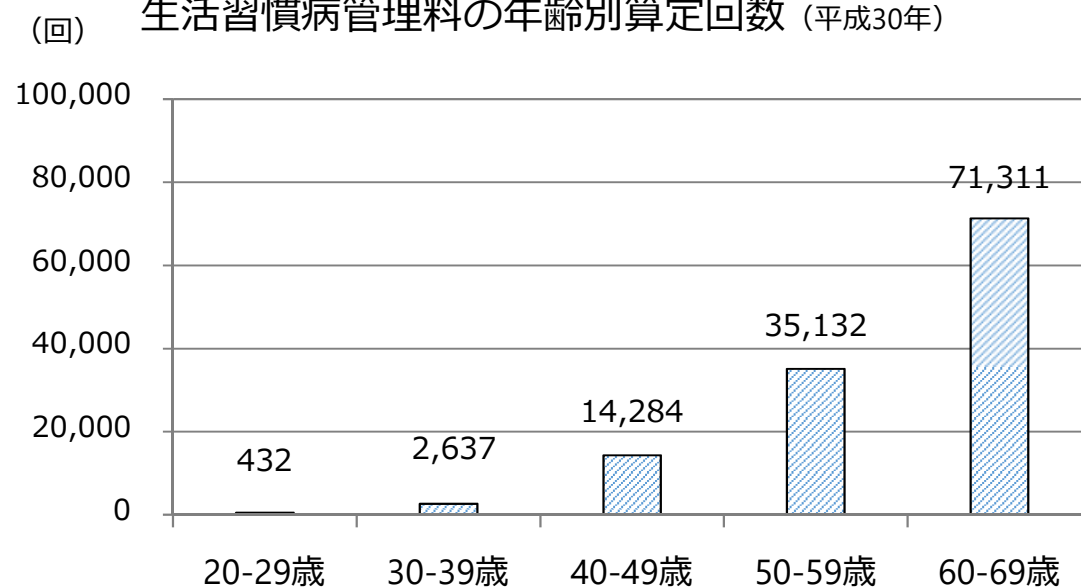
【算定要件】

- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、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。

生活習慣病管理料の算定回数



生活習慣病管理料の年齢別算定回数（平成30年）



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)

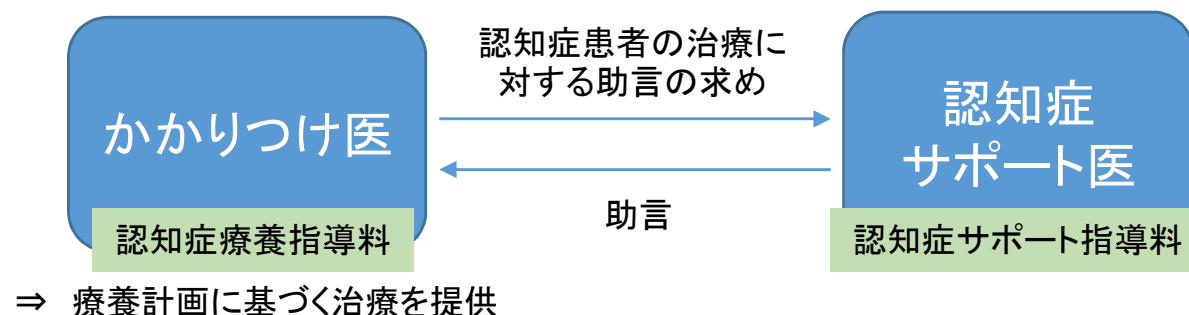
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[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。



届出医療機関数及び算定回数

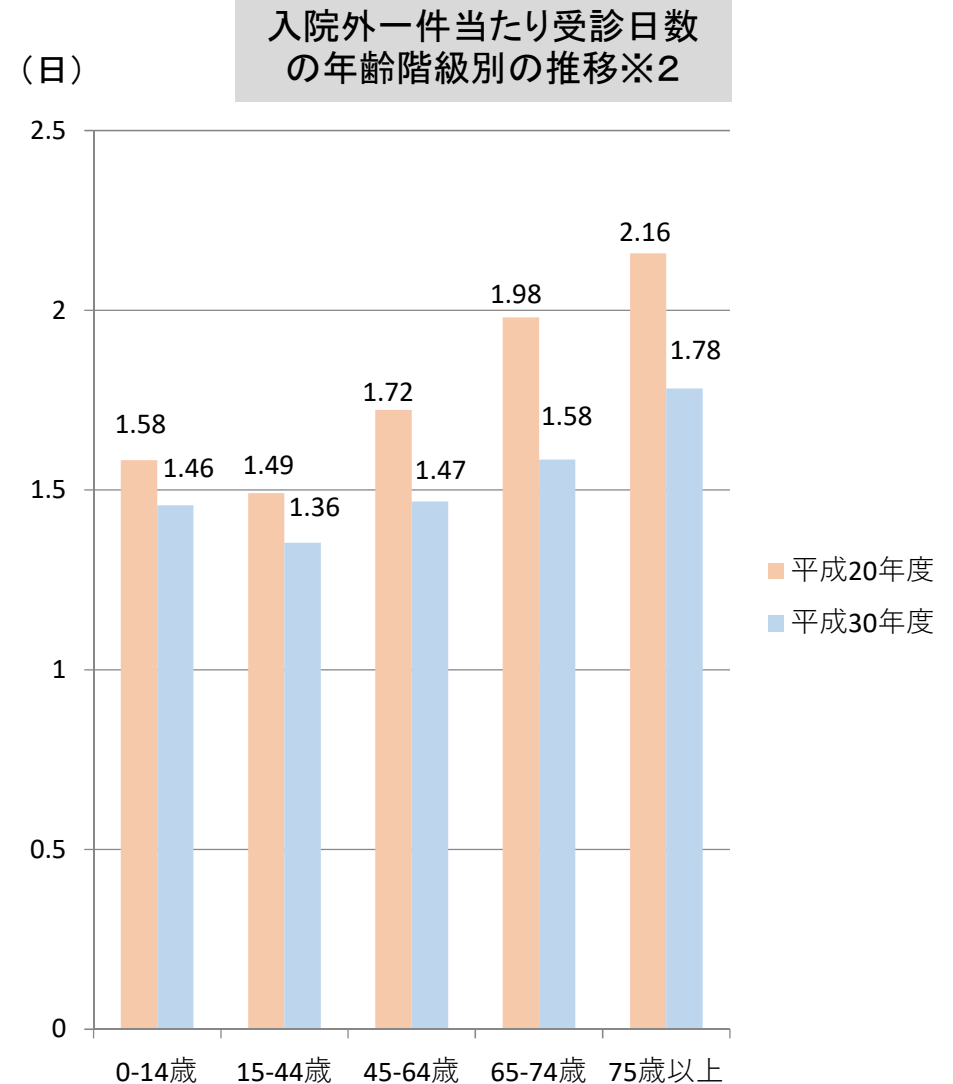
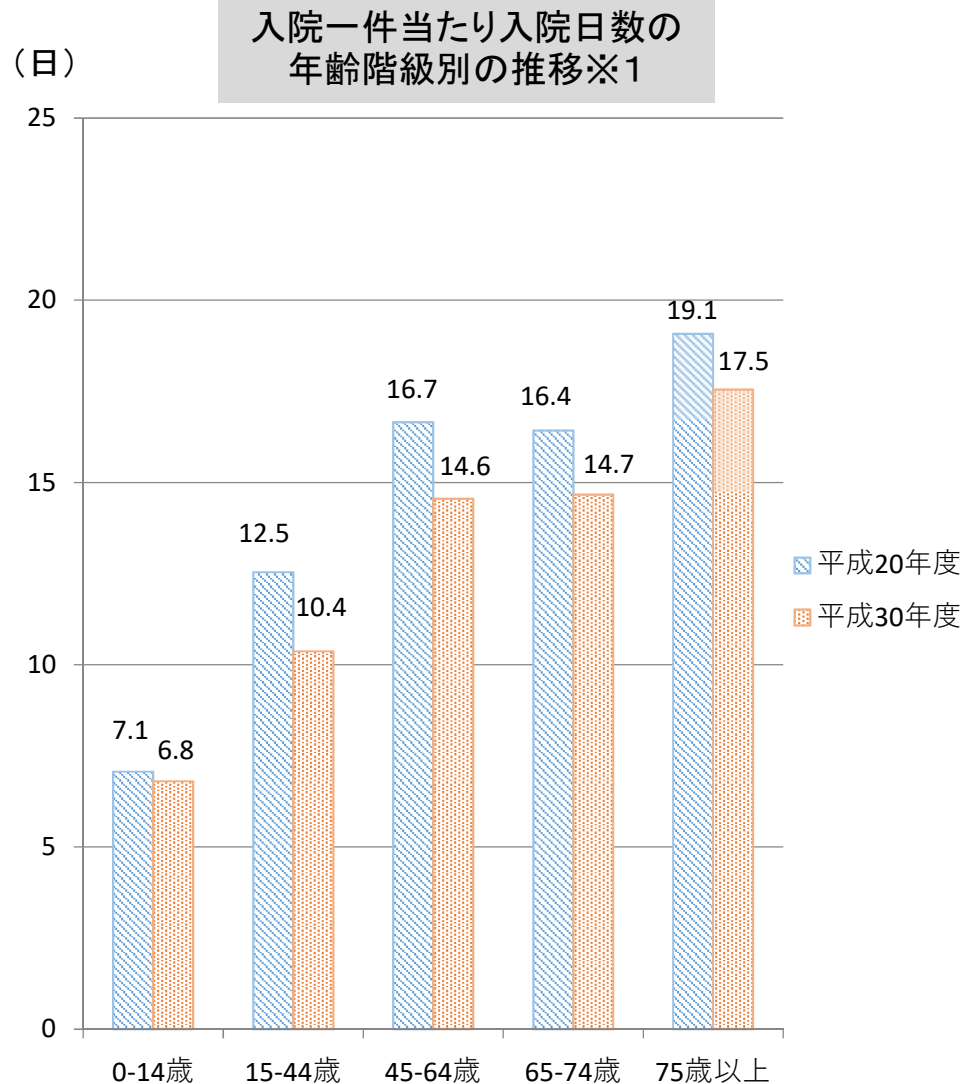
	届出医療機関数	算定回数
認知症サポート指導料	(届出不要)	450
認知症療養指導料2	(届出不要)	244
認知症療養指導料3	(届出不要)	2,738

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

年齢別の入院/入院外一件当たり受診日数/年齢階級別の推移

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）

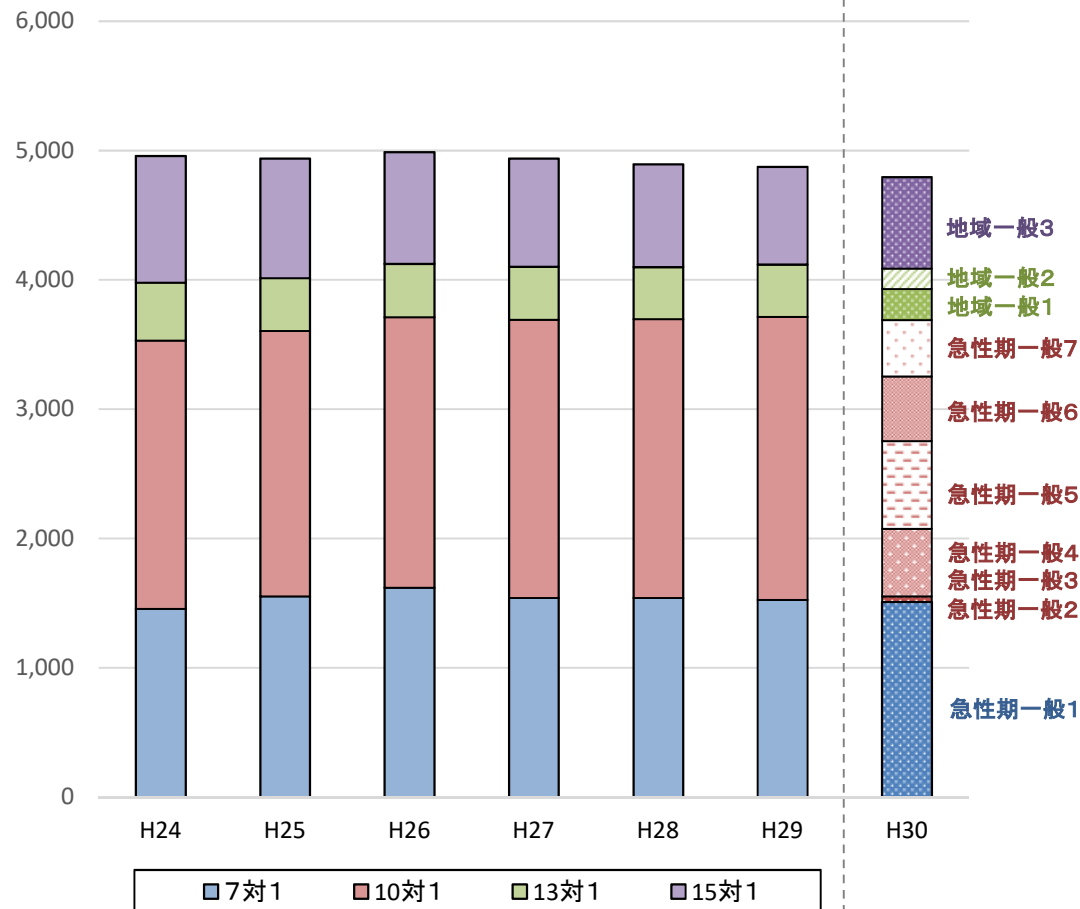
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※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

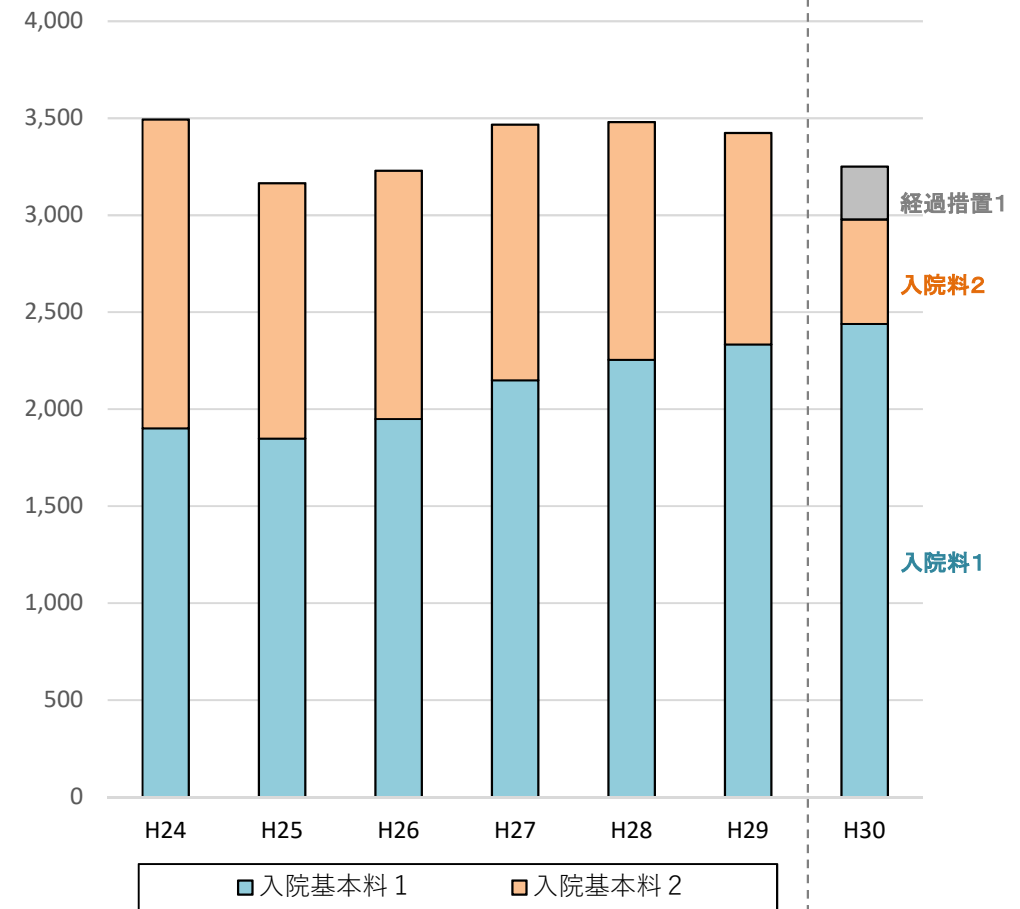
入院料別の届出施設数の推移

- 一般病棟入院基本料の届出施設数は緩やかに減少傾向。
- 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。

(施設数) 一般病棟入院基本料



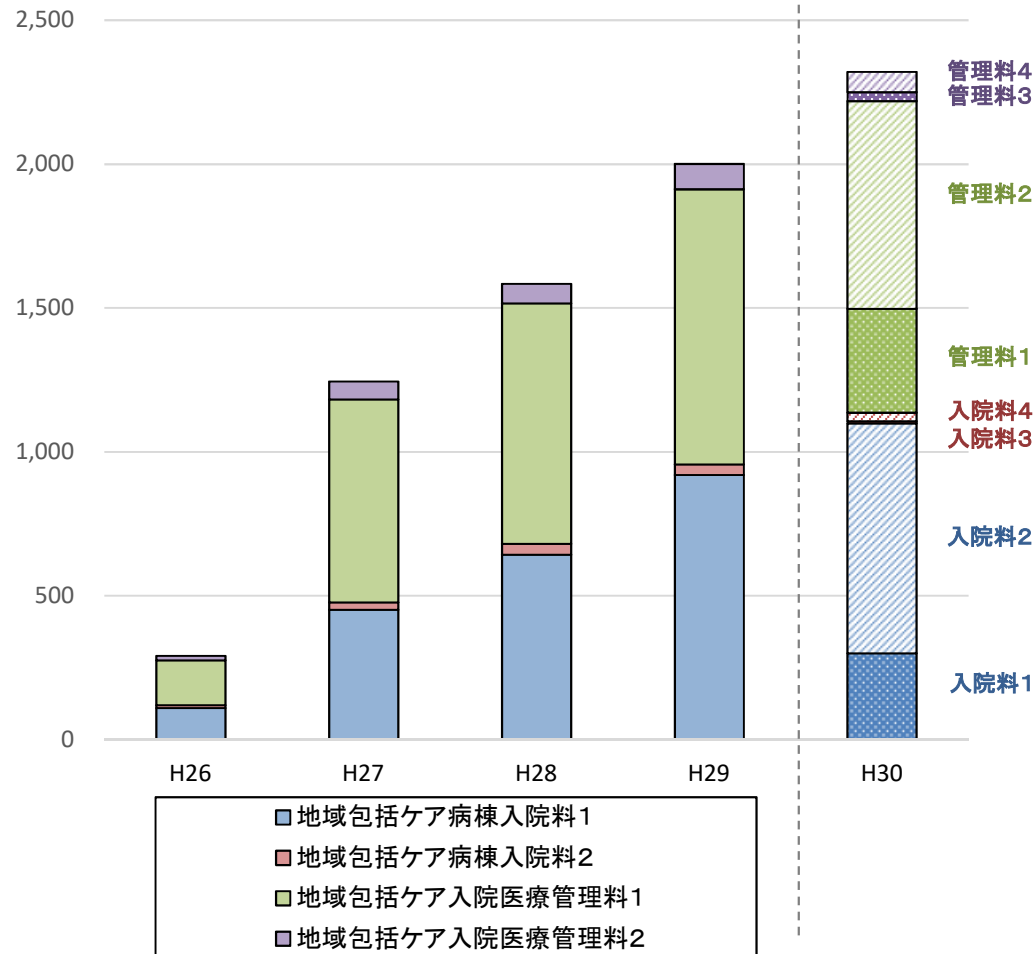
療養病棟入院基本料



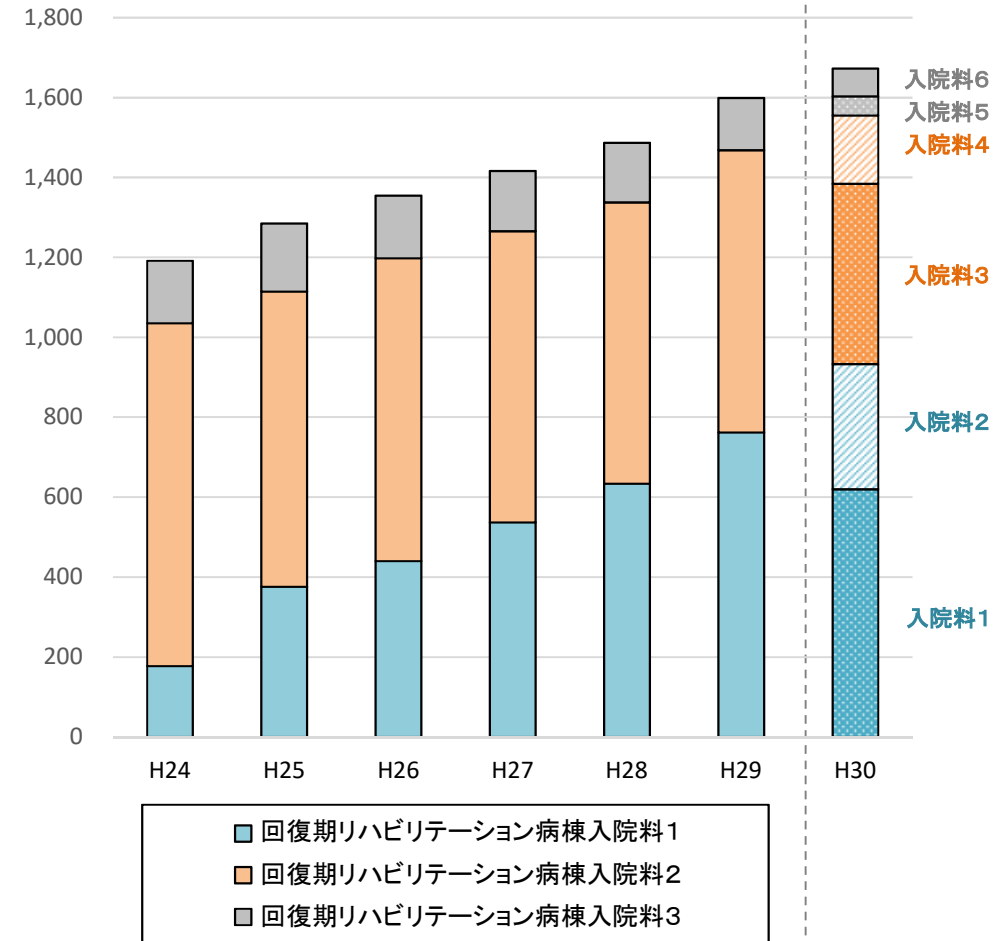
入院料別の届出施設数の推移

- 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。

(施設数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

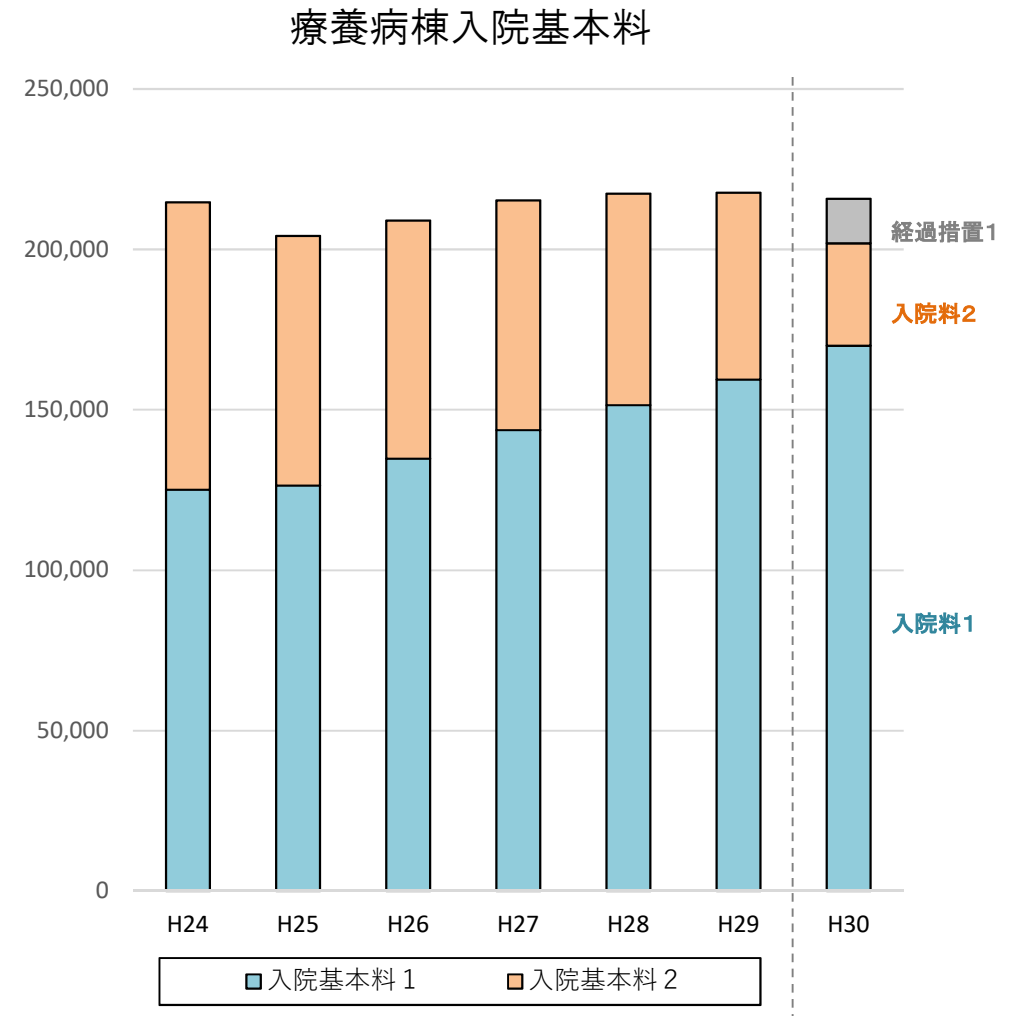
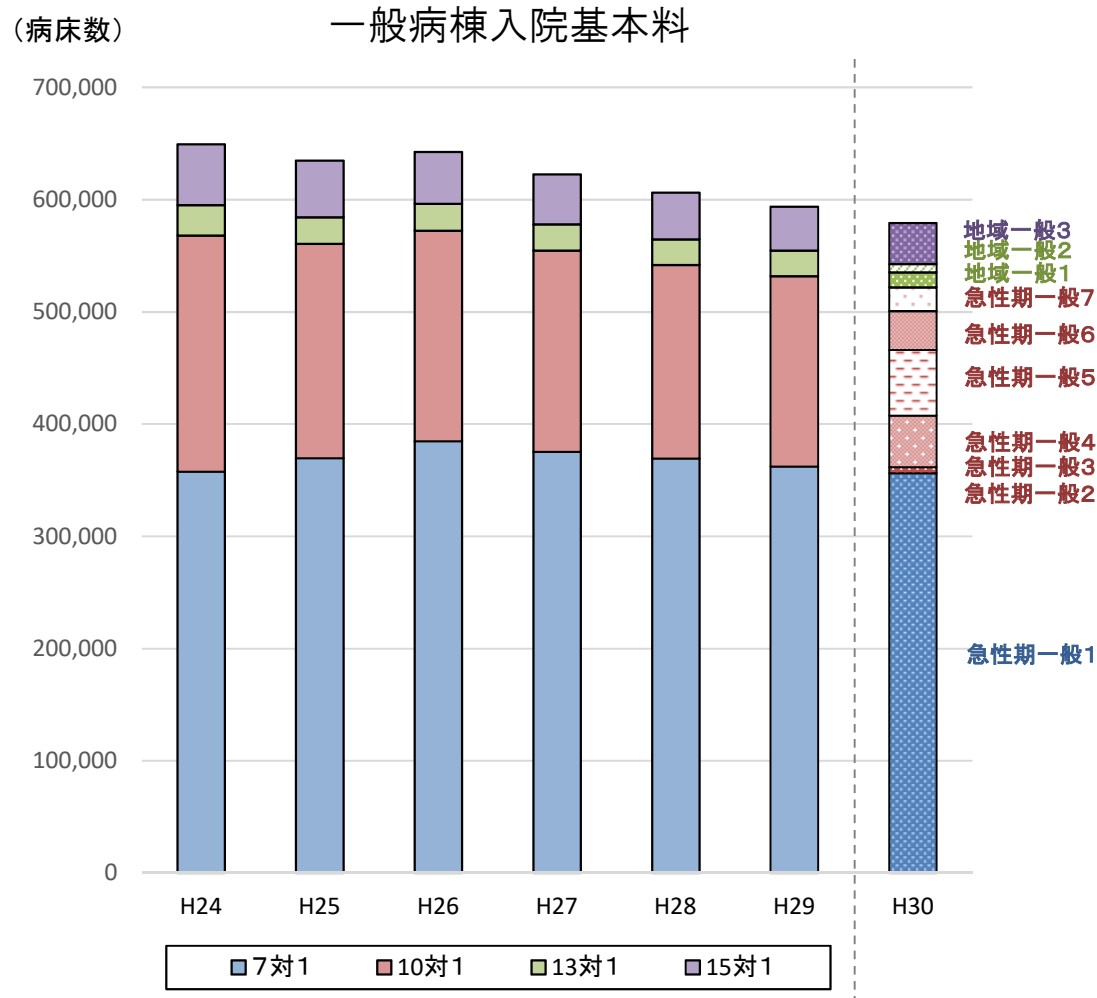


回復期リハビリテーション病棟入院料



入院料別の届出病床数の推移

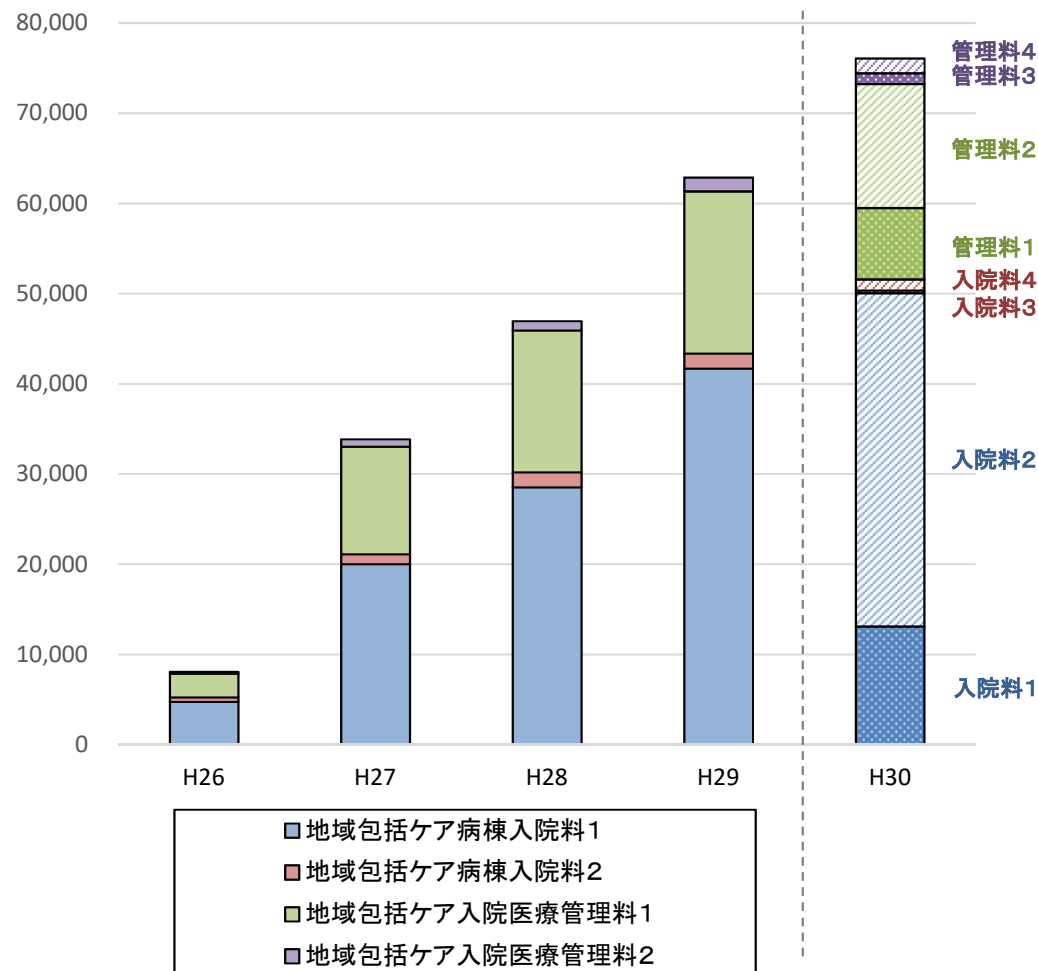
- 一般病棟入院基本料の届出病床数は減少傾向。
- 療養病棟入院基本料の届出病床数は緩やかに減少傾向だが、療養病棟入院料1は増加傾向。



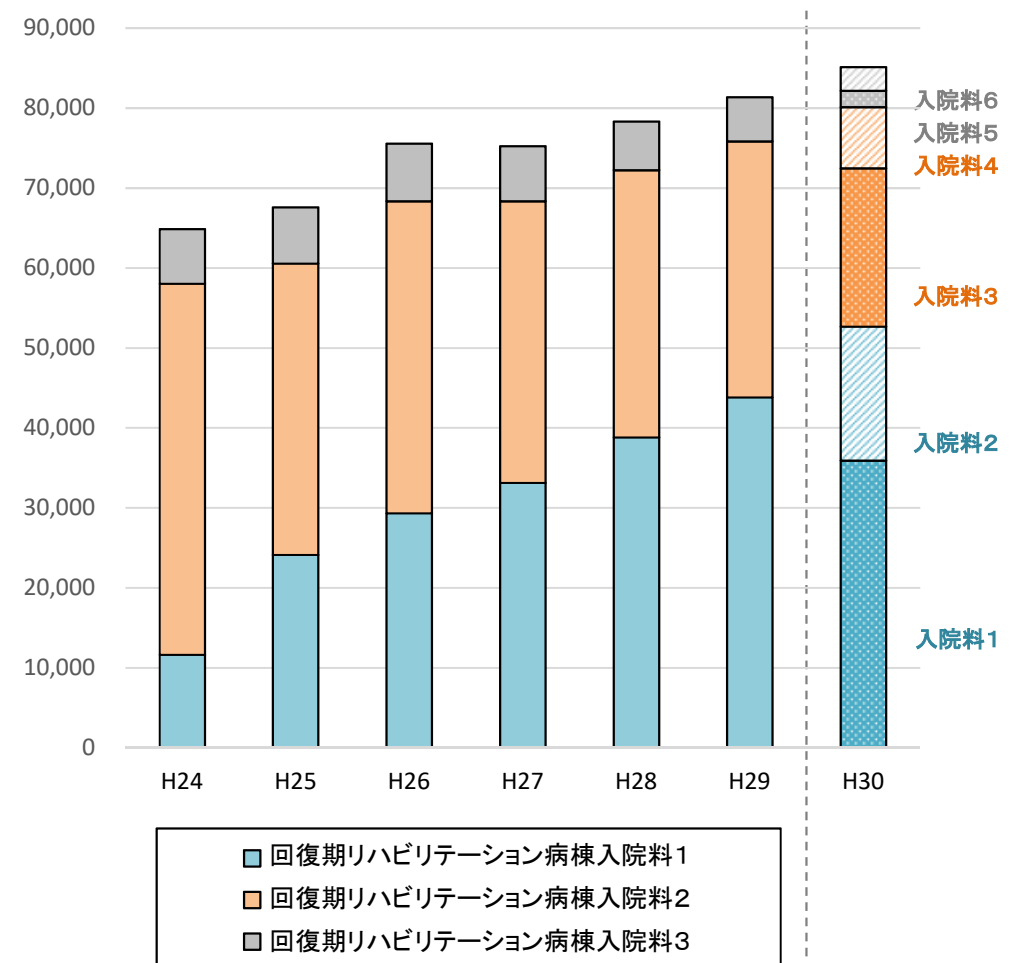
入院料別の届出病床数の推移

- 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。
- 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。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



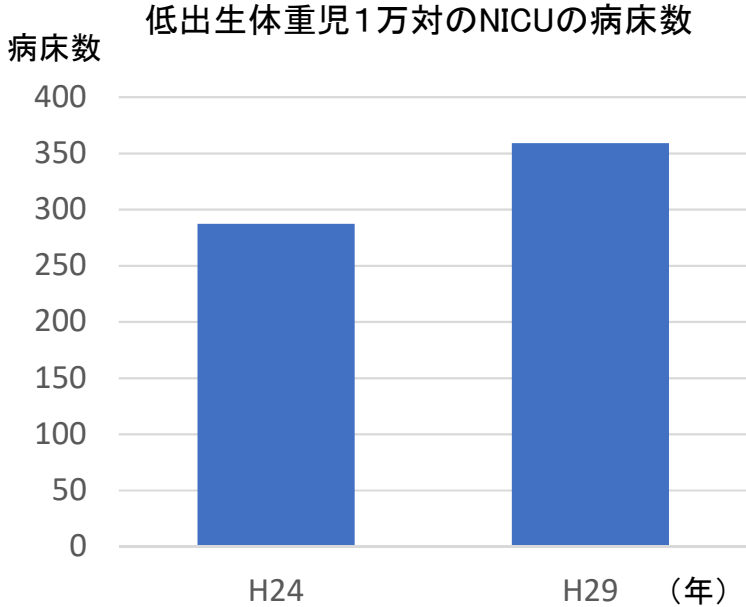
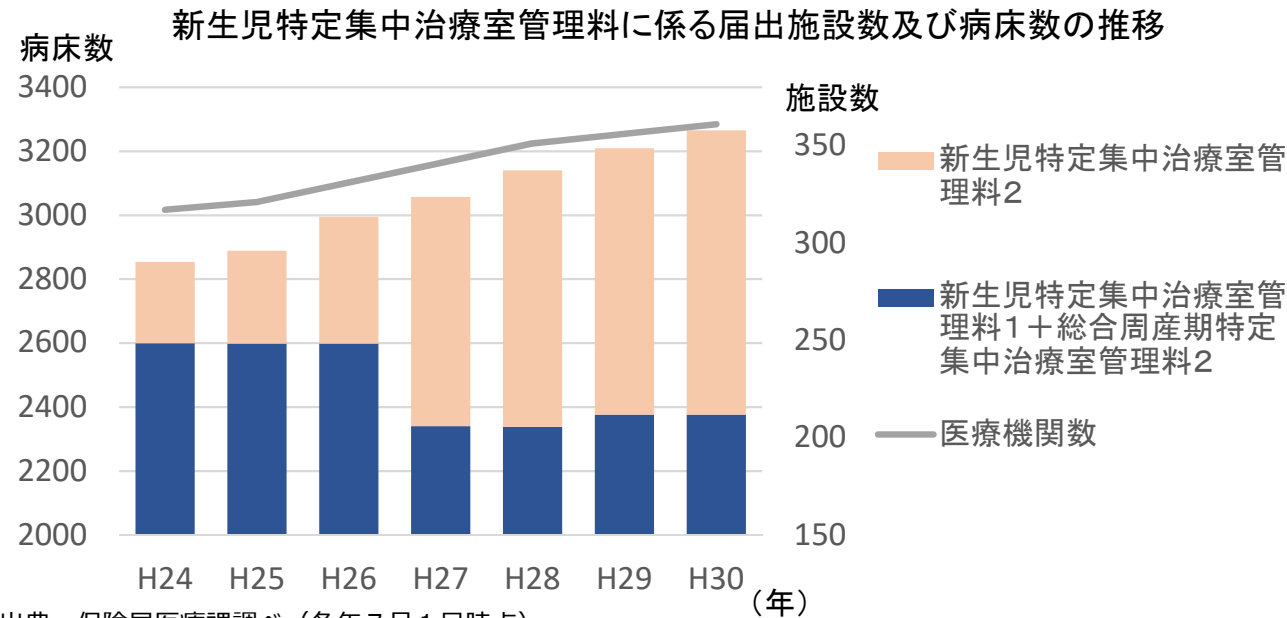
回復期リハビリテーション病棟入院料



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。



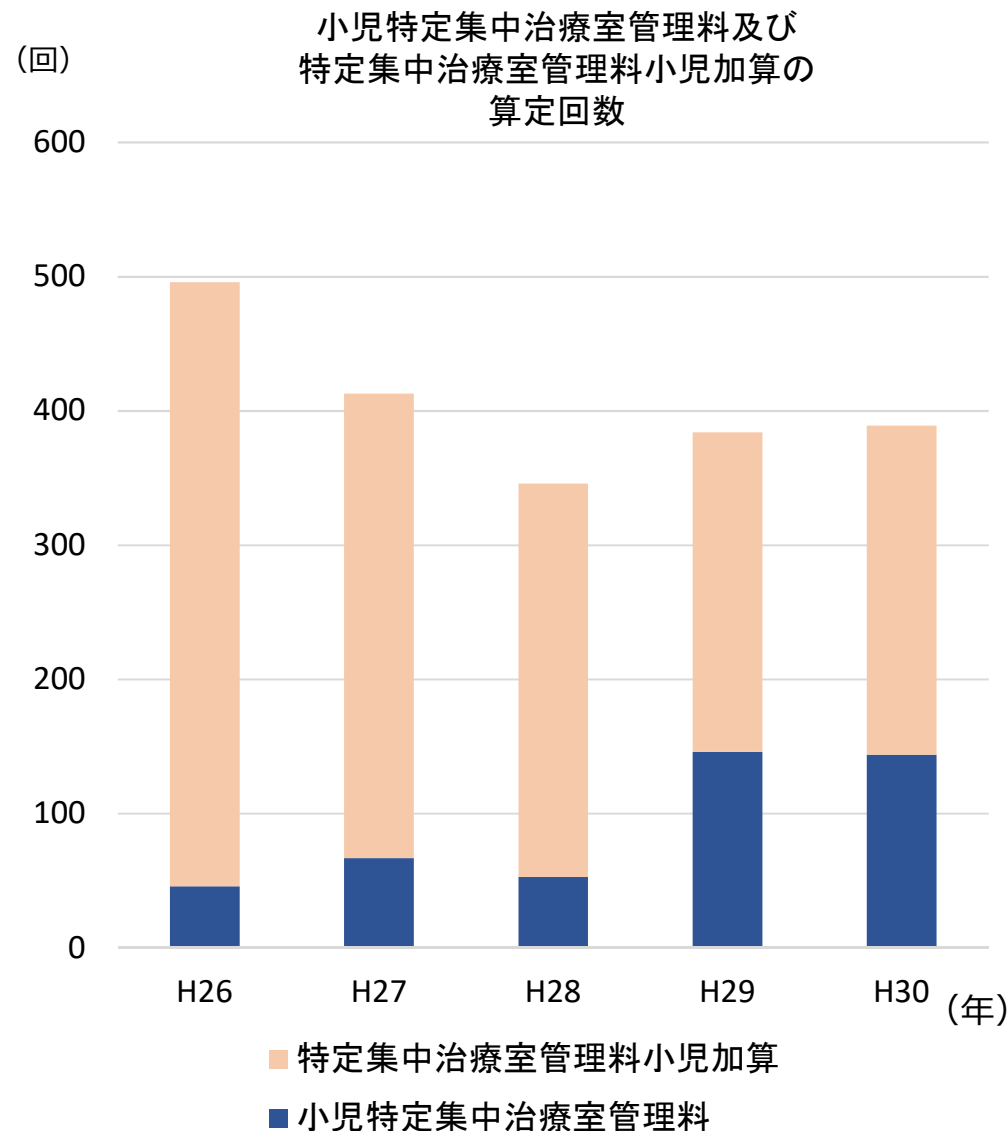
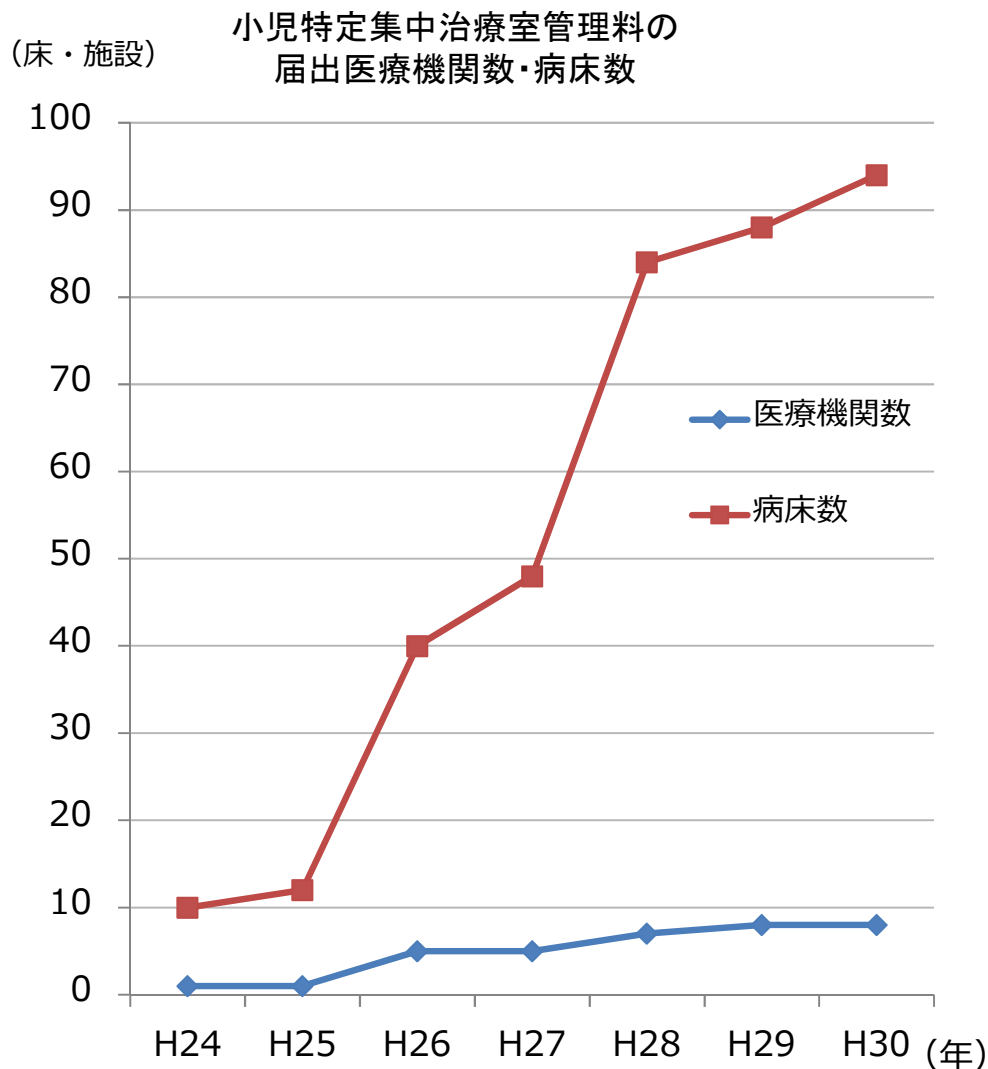
出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

	【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っても、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

小児の集中治療室(PICU)の推移

平成31年4月10日
中医協総会資料(改)

- 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。

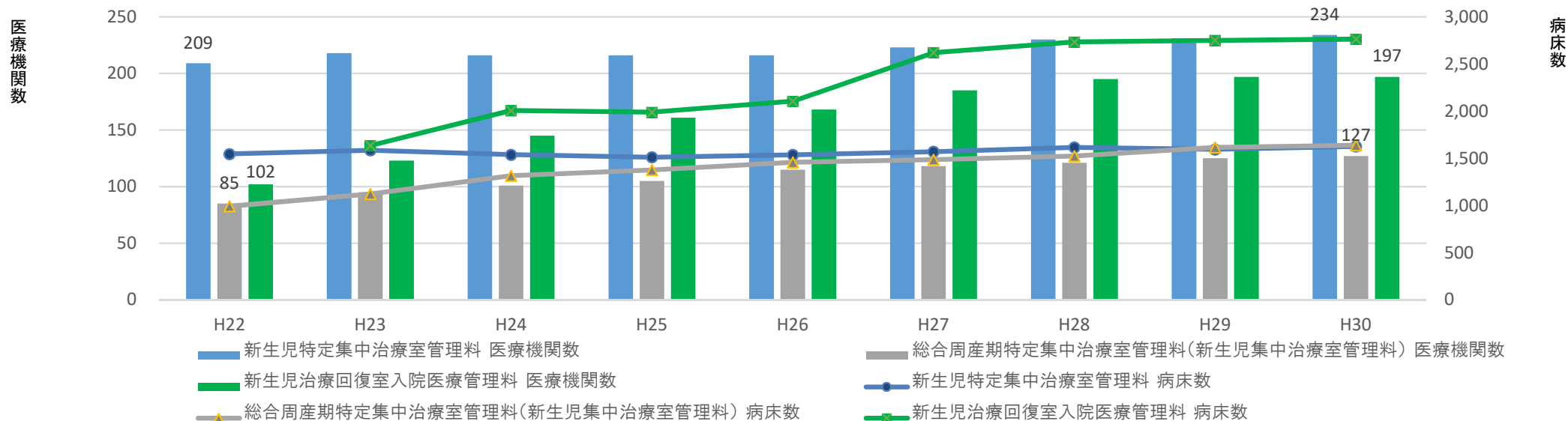


新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数等の推移

平成31年4月10日
中医協総会資料(改)

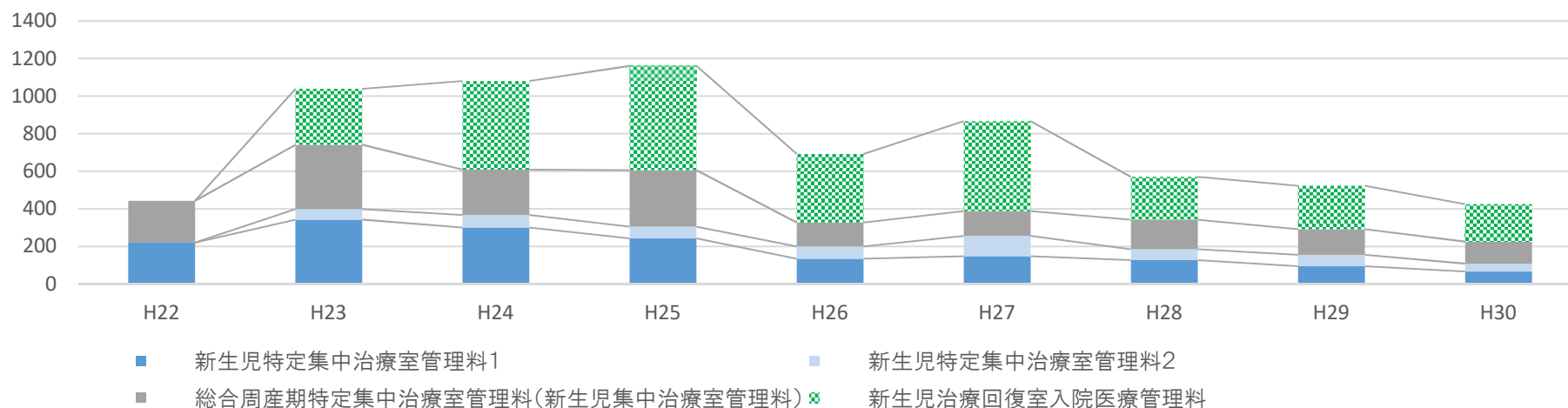
新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数はほぼ横ばいだが、算定者数は減少傾向。新生児治療回復室入院医療管理料の届出医療機関数及び病床数は増加傾向だが、算定者数はばらつきがある。

■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。



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）

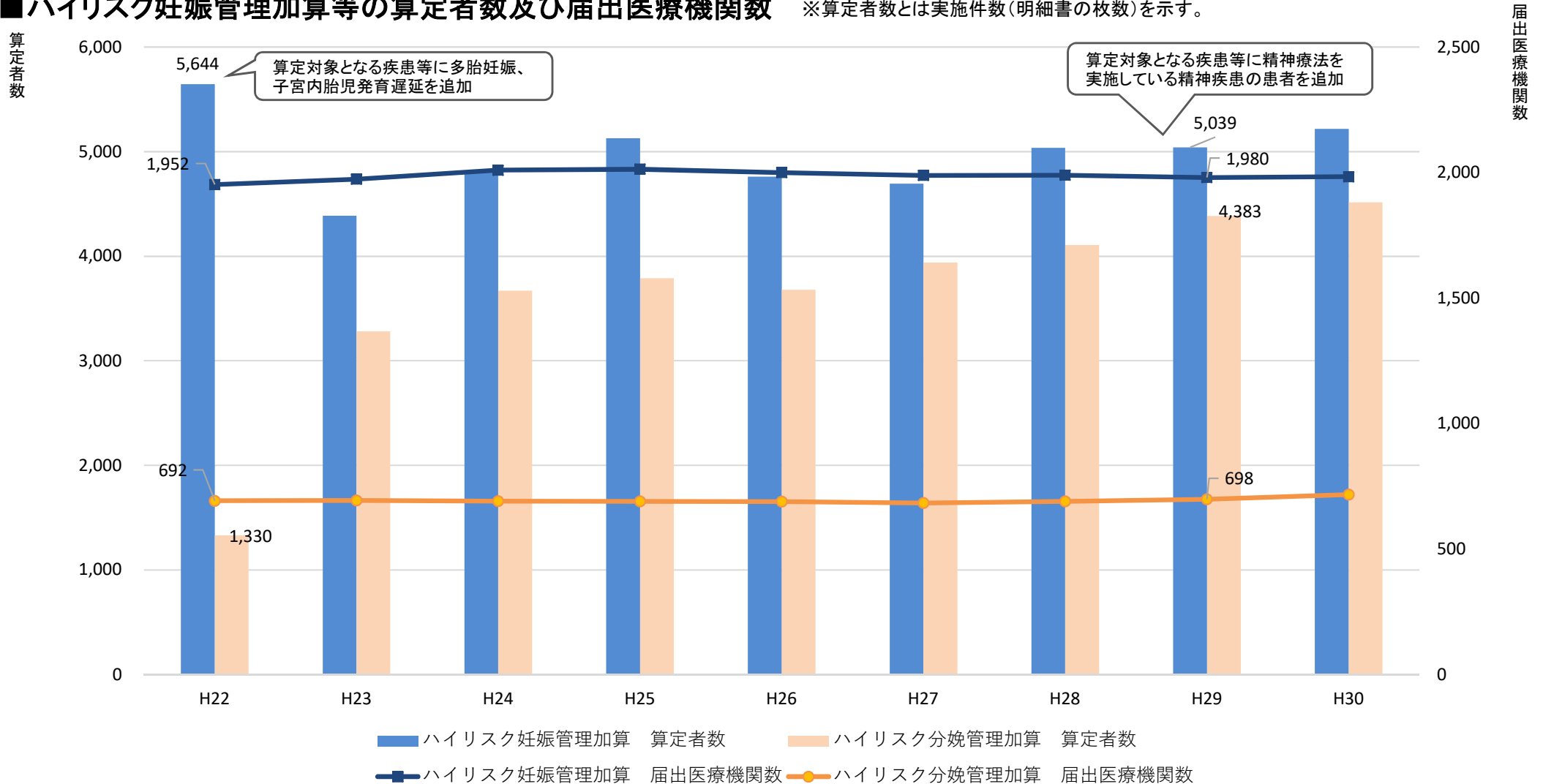
ハイリスク妊娠管理加算及びハイリスク分娩管理加算の算定者数等の推移

平成31年4月10日
中医協総会資料(改)

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。

■ハイリスク妊娠管理加算等の算定者数及び届出医療機関数

※算定者数とは実施件数(明細書の枚数)を示す。



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）

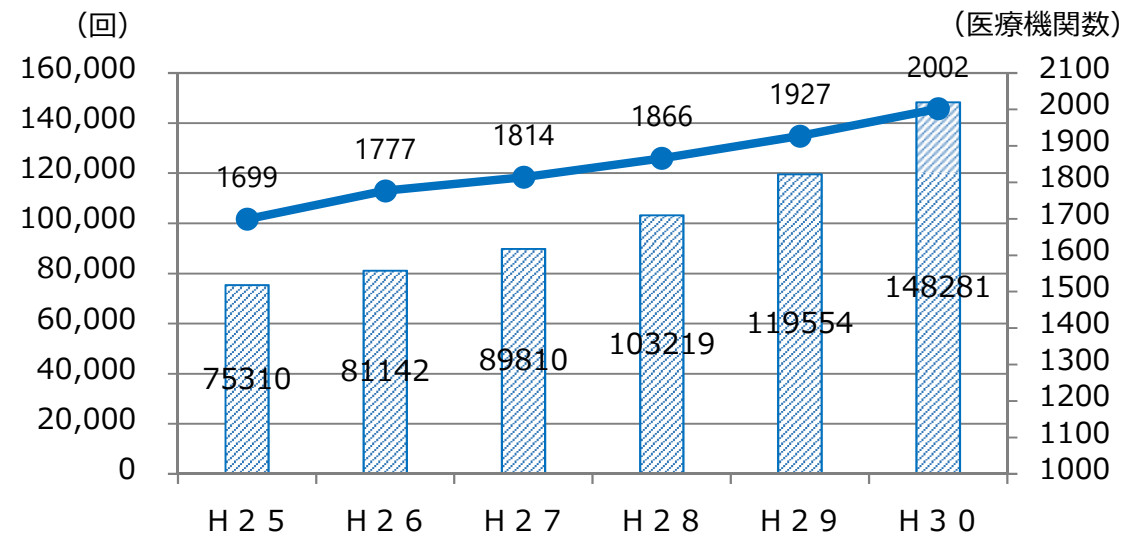
【主な算定要件】

- (1) 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、**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**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

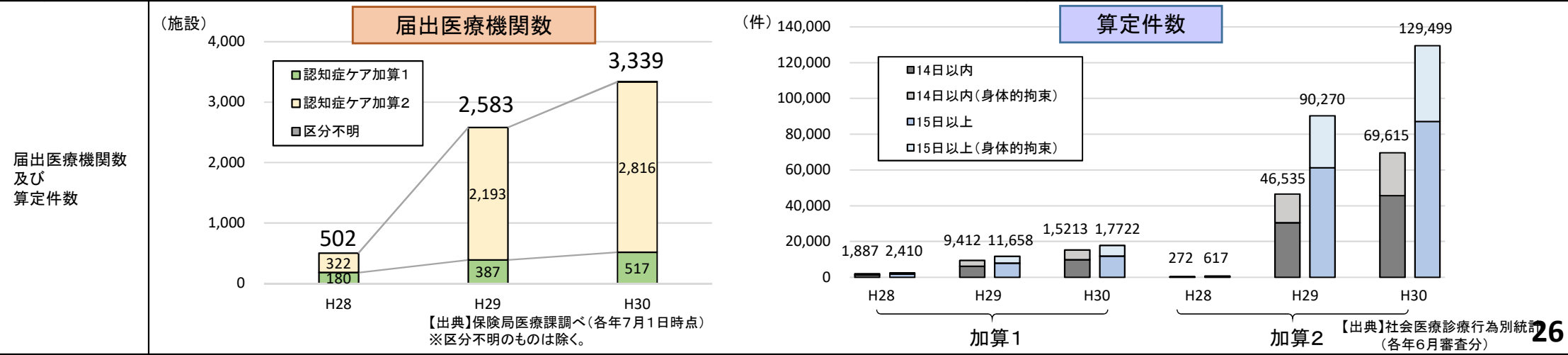


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）
社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

認知症ケア加算の算定状況

平成31年4月24日
中医協総会資料(改)

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数(1日につき)		イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上(身体的拘束を実施した日は60%)の期間 30点	イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上(身体的拘束を実施した日は60%)の期間 10点
算定対象		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)	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。 ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために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。	
	病棟職員の対応	・ <u>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。</u> 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。	・当該患者が入院する病棟の看護師等は、 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。
	職員の配置等	・以下から構成される <u>認知症ケアチーム</u> 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	・認知症ケアチームが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、認知症ケアチームによる研修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。



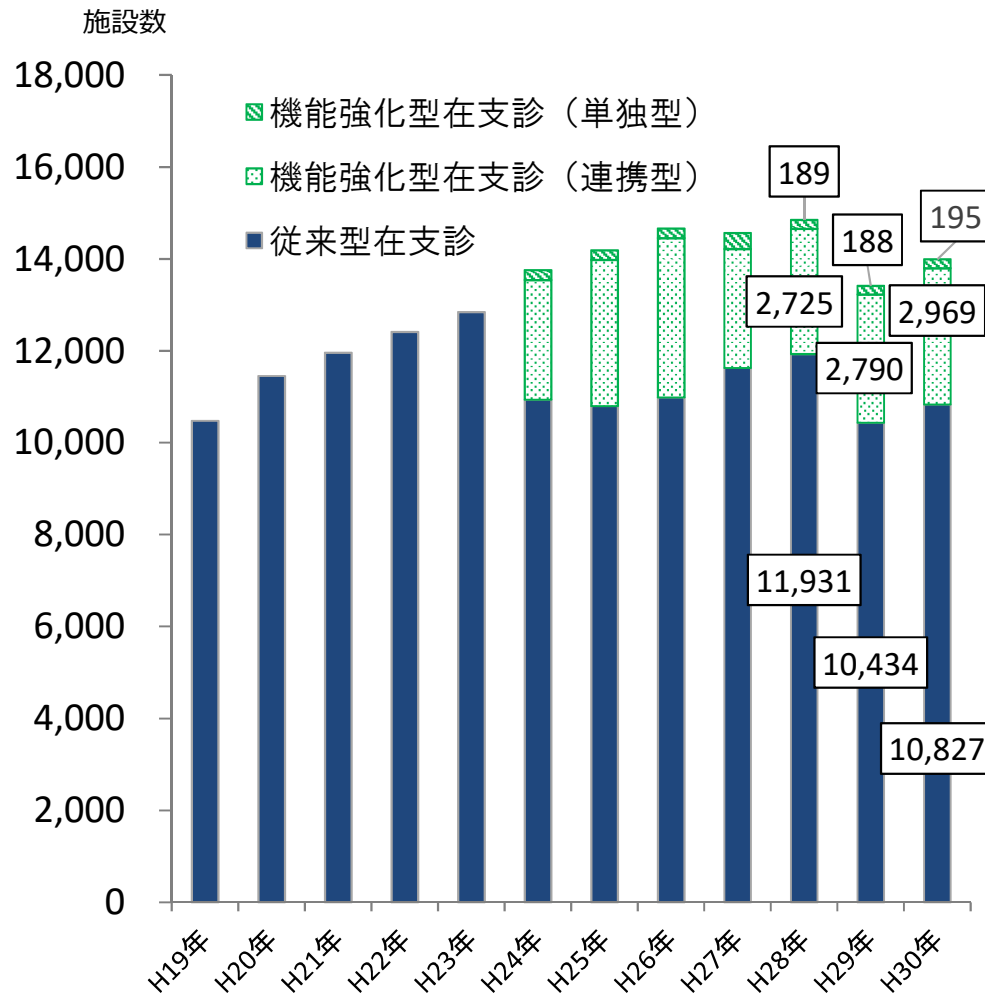
- 外来
- 入院
- 在宅・訪問看護
- 横断的事項
- 個別項目
- 歯科
- 調剤

在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

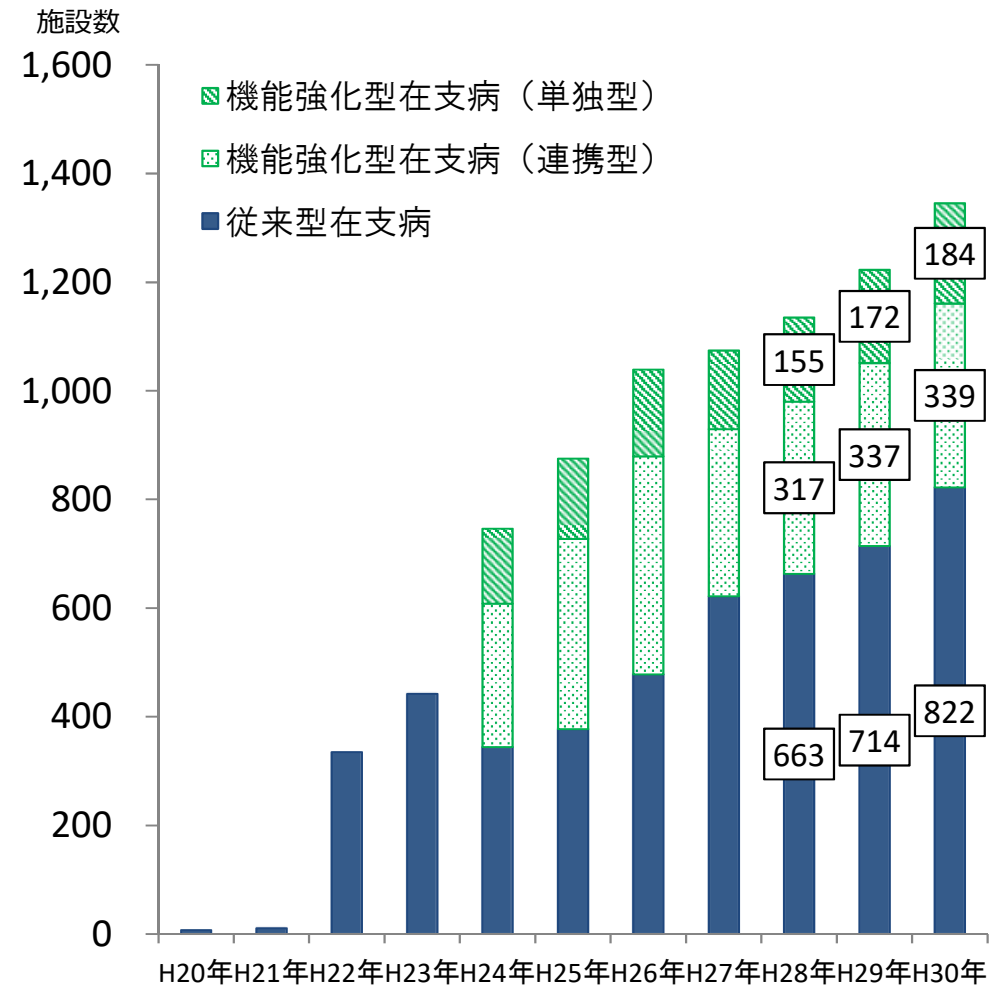
平成31年4月24日
中医協総会資料(改)

○ 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。

＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞

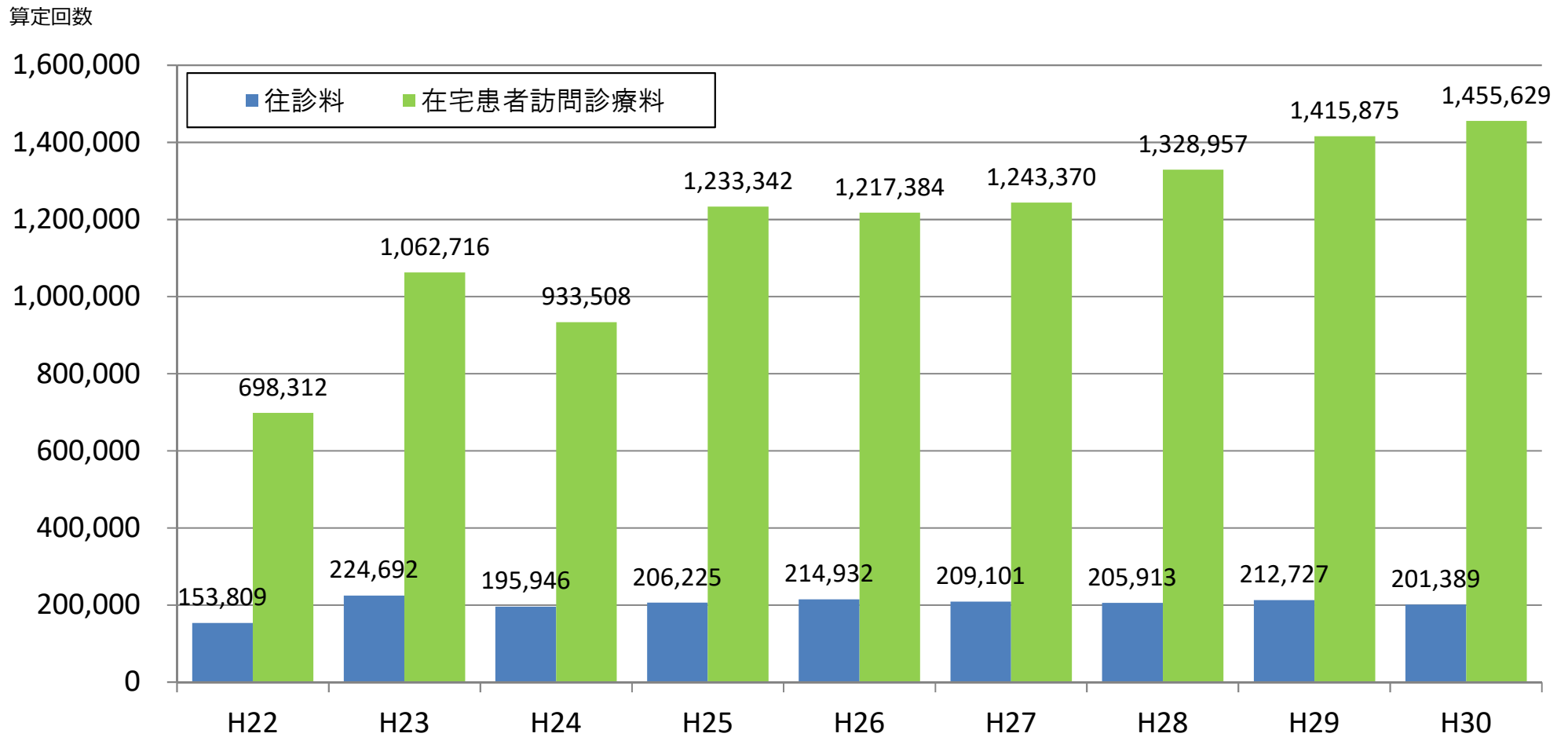


在宅医療に係る点数の算定状況

平成31年4月24日
中医協総会資料(改)

○ 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＞



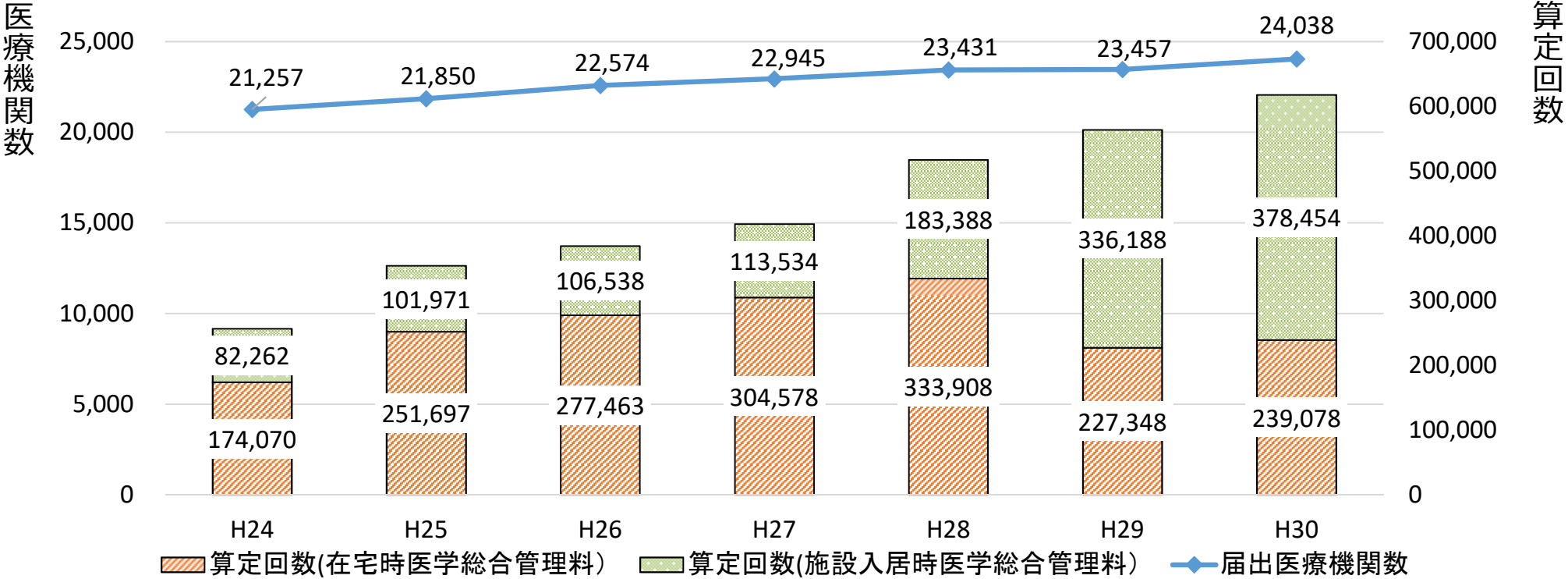
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

- 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	在宅時医学総合管理料	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。
C002-2	施設入居時等医学総合管理料	

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

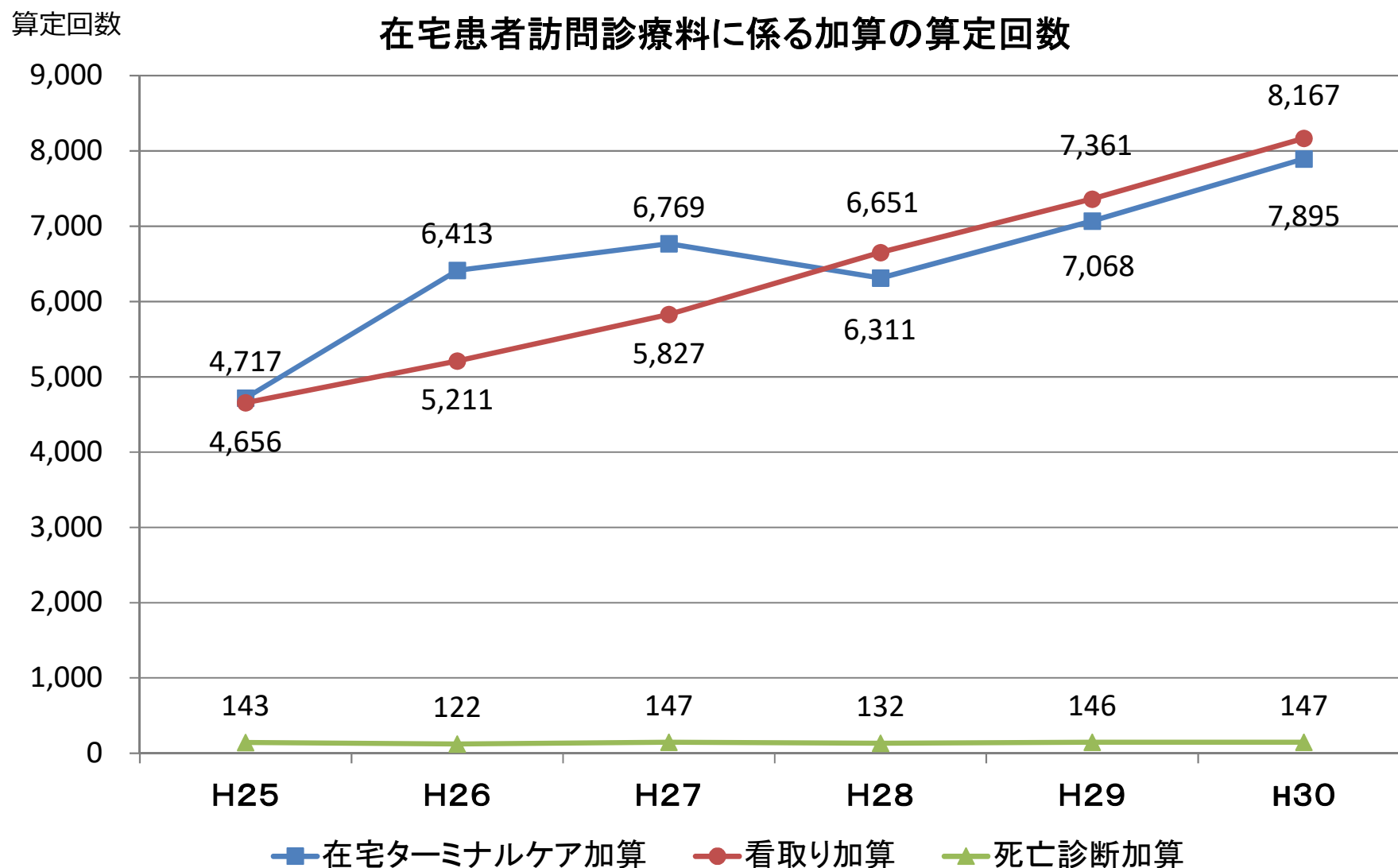


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査
保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

在宅患者訪問診療料に係る加算の算定回数

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、看取り加算の算定回数は増加傾向。

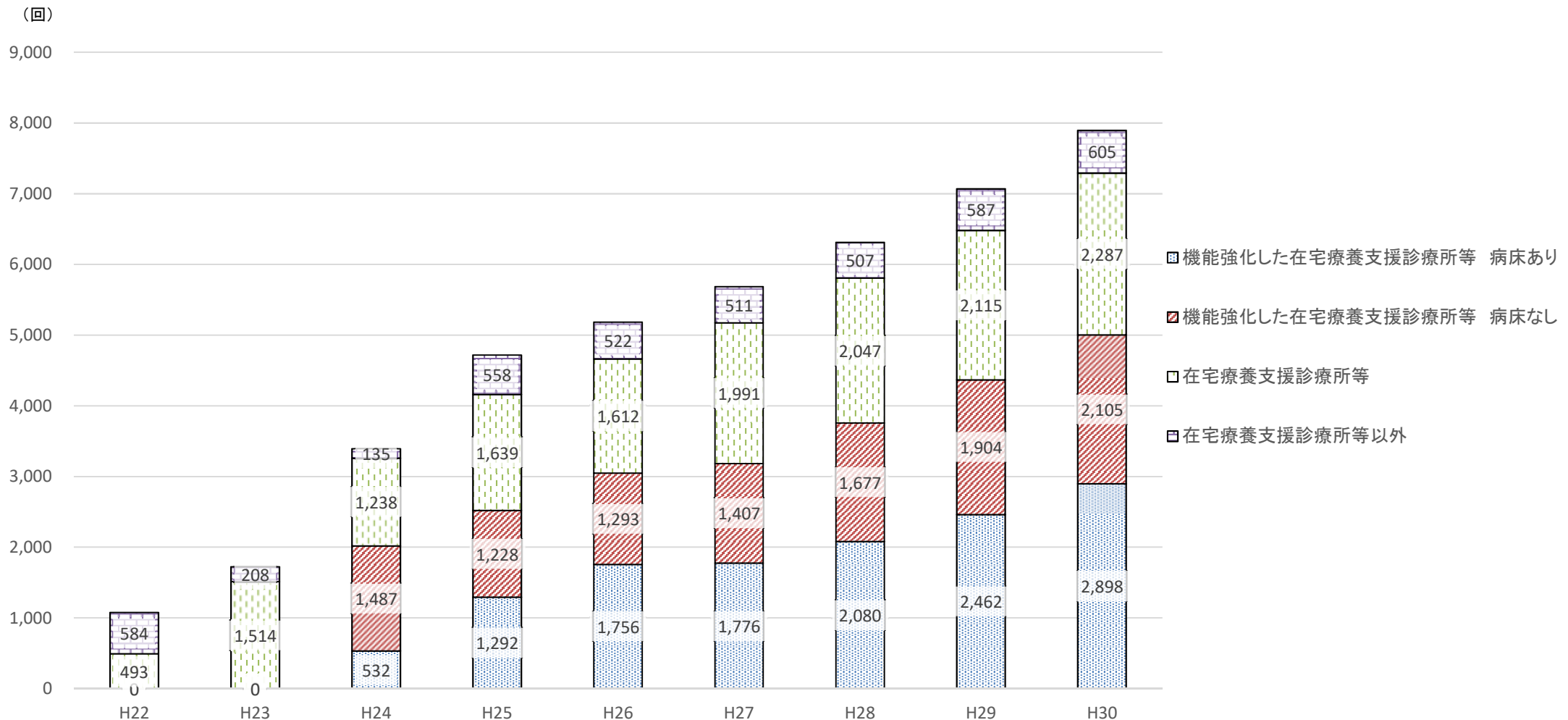


在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)

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。

在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)



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

※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
【訪問看護ターミナルケア療養費】	20,000円



「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）】 （ <u>有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分</u> ）	
機能強化型在支診・在支病（病床あり）	<u>6,500点</u>
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	<u>5,500点</u>
在支診・在支病	<u>4,500点</u>
その他の医療機関	<u>3,500点</u>
【訪問看護ターミナルケア療養費】※	
訪問看護ターミナルケア療養費1	<u>25,000円</u>
（新）訪問看護ターミナルケア療養費2	<u>10,000円</u>

〔算定要件〕

ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・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

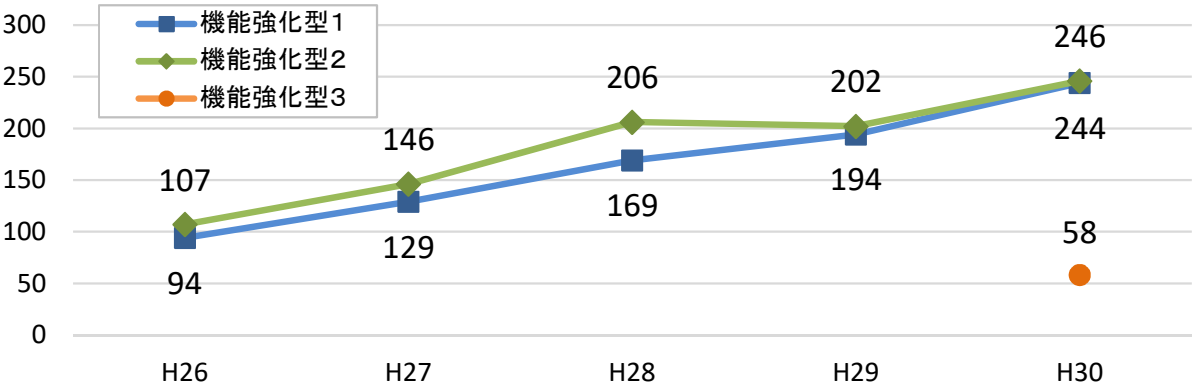
	届出医療機関数	算定回数
在宅ターミナルケア加算 （在宅患者訪問看護・指導料の加算のみ）	（届出不要）	イ 185 ロ 32

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)

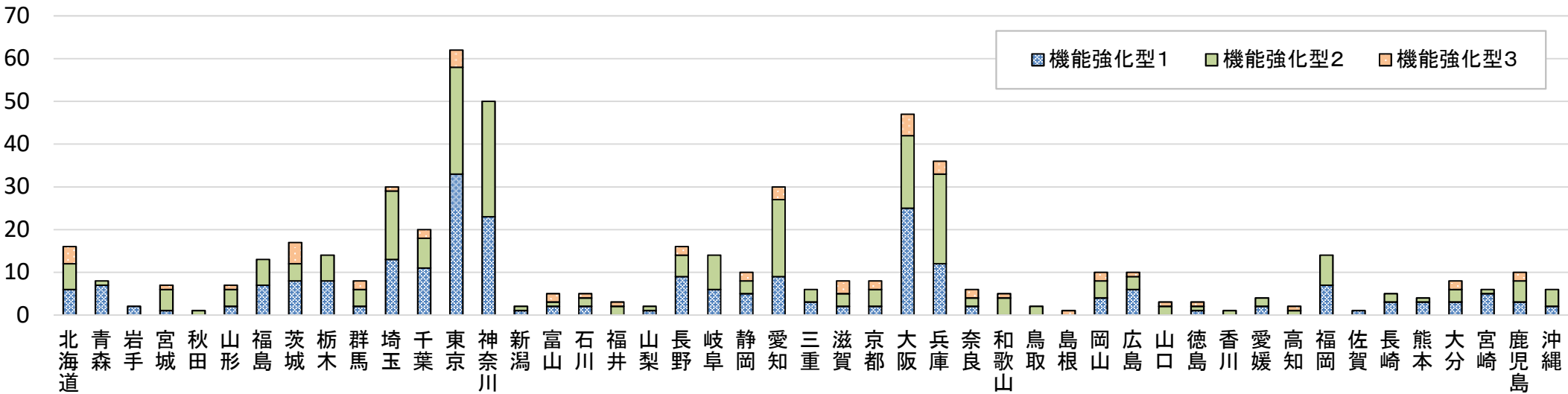
- 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、平成30年7月時点で機能強化型1が244事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が58事業所である。
- 全都道府県において届出があり、特に大都市部で届出が多い傾向がある。

(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

(ヶ所) ■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）

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)

- 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)
(新) 訪問看護同行加算 20点

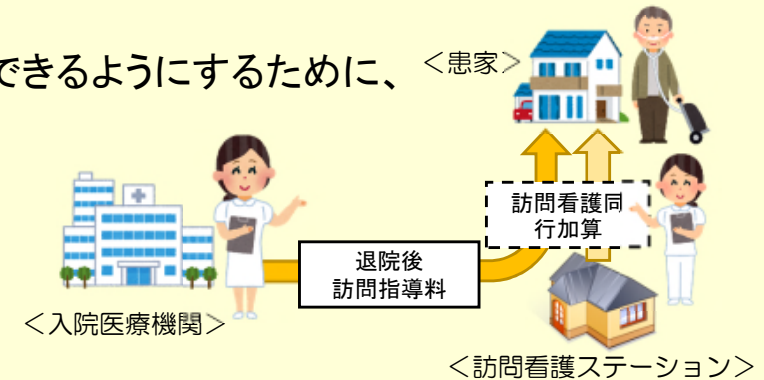
[算定要件]

- 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Ⅲ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。

- 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。

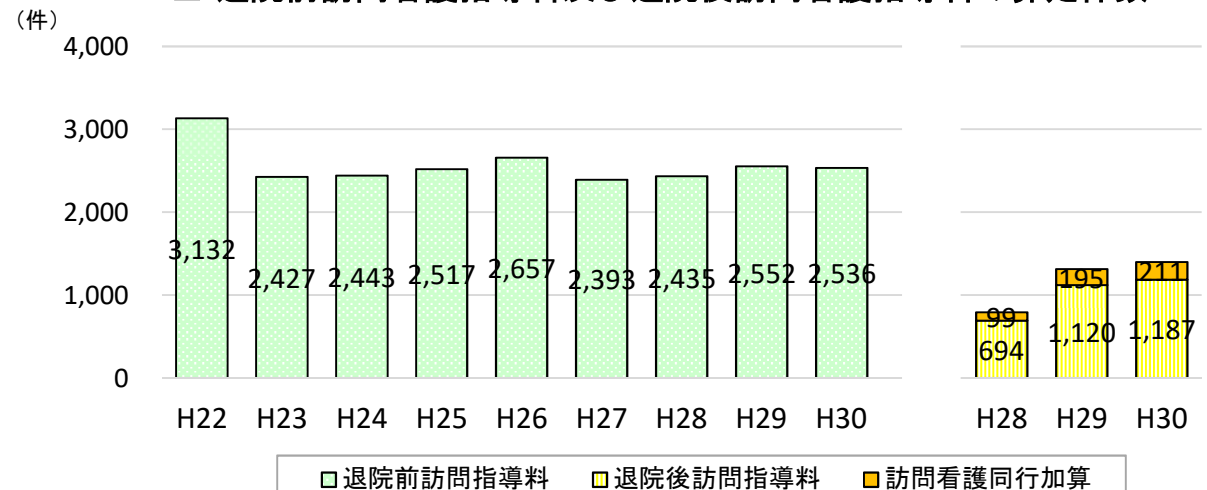


<参考> 退院前訪問指導料 580点

[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者を訪問し、患者の病状、患者の家屋構造、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



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

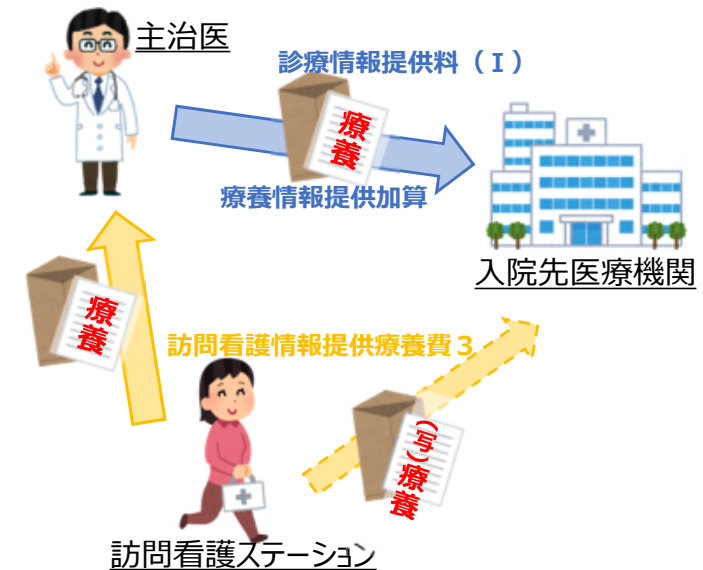
[算定要件]

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。



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)

(新) 看護・介護職員連携強化加算 2,500円

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

(新) 看護・介護職員連携強化加算 250点

[算定要件]

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

① 患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

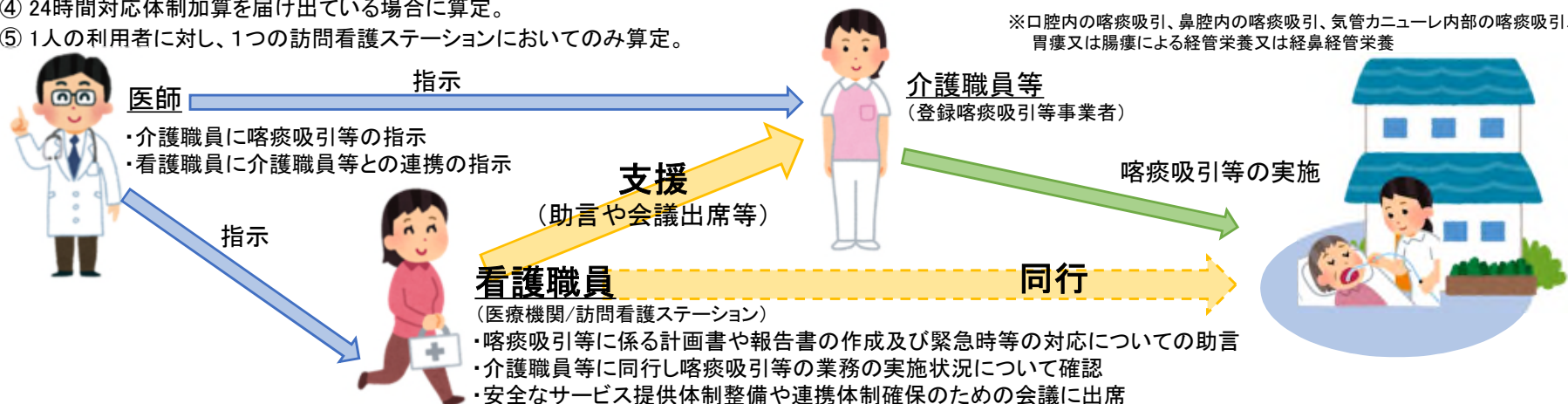
(ロ) 介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

③ 登録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。



届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
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
イ	看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1日	①②③④ 4,500円
ロ	看護職員 + 准看護師	週1日	①②③④ 3,800円
ハ		週3日	④⑤⑥ 3,000円
ニ	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

複数名精神科訪問看護加算(改定後)			
訪問者		算定日数	
イ	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 4,500円 1日に2回の場合 9,000円 1日に3回以上の場合 14,500円
ロ	保健師 + 看護師	准看護師	— 1日に1回の場合 3,800円 1日に2回の場合 7,600円 1日に3回以上の場合 12,400円
ハ	保健師 + 看護師	看護補助者	週1日 3,000円

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

※ 精神科訪問看護・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

届出医療機関数及び算定回数

	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離島
- 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

届出医療機関数及び算定回数

	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

- 外来
- 入院
- 在宅・訪問看護
- **横断的事項**
- 個別項目
- 歯科
- 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。

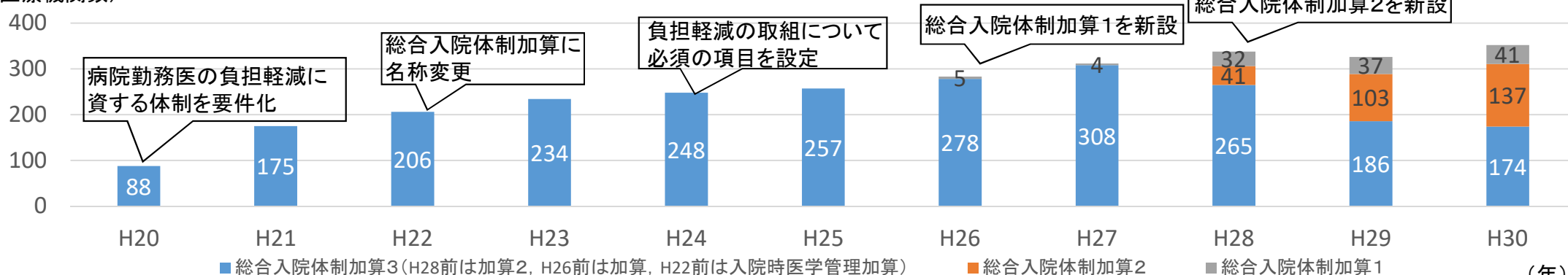
改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

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 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、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。

(医療機関数)

総合入院体制加算の届出医療機関数



(年)

医師事務作業補助体制加算

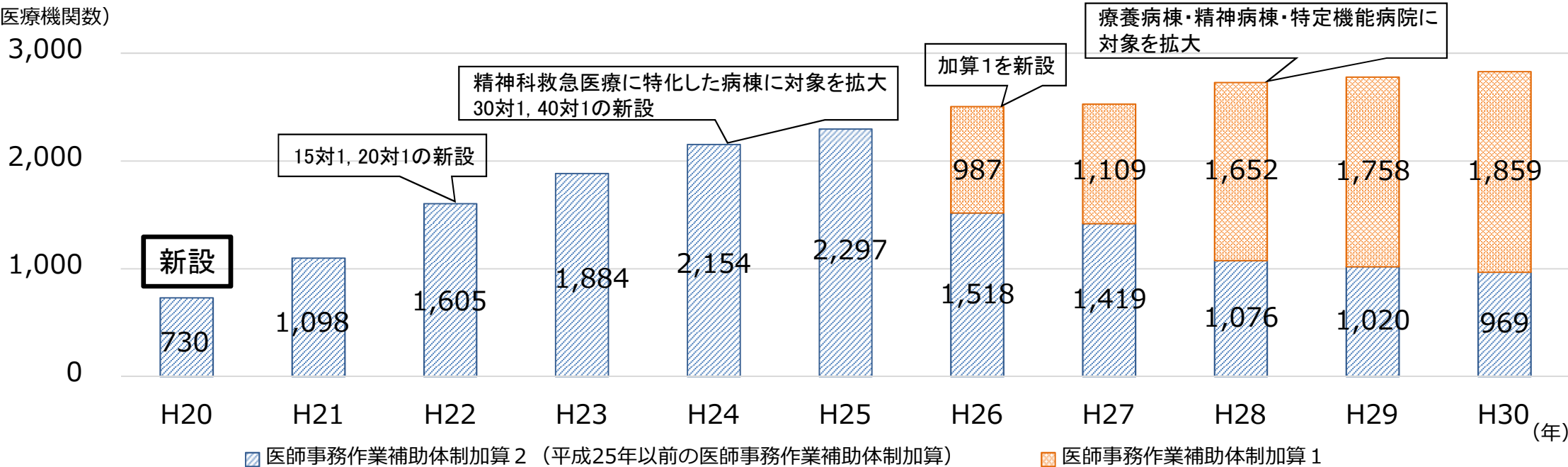
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

※ 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

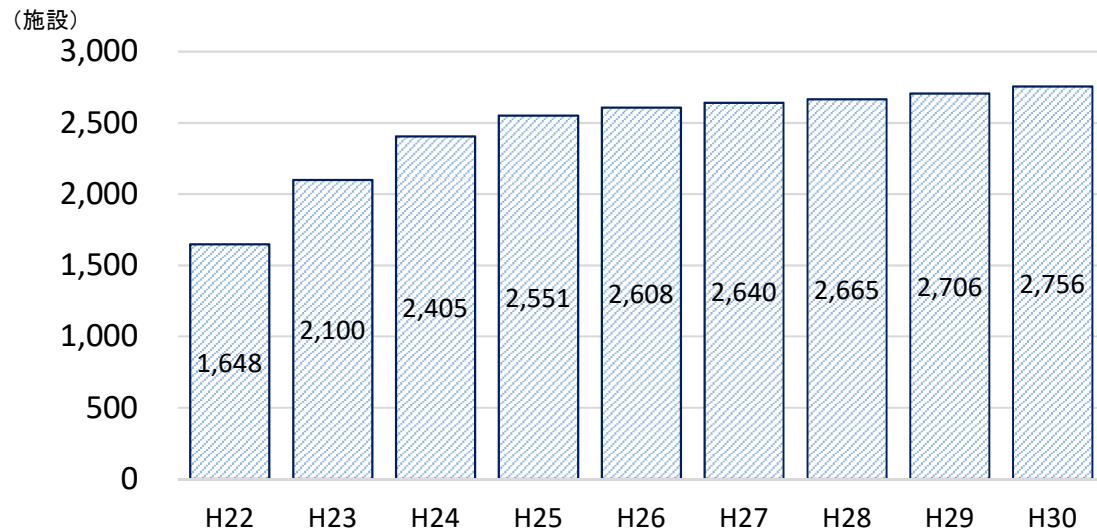


看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出状況

令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

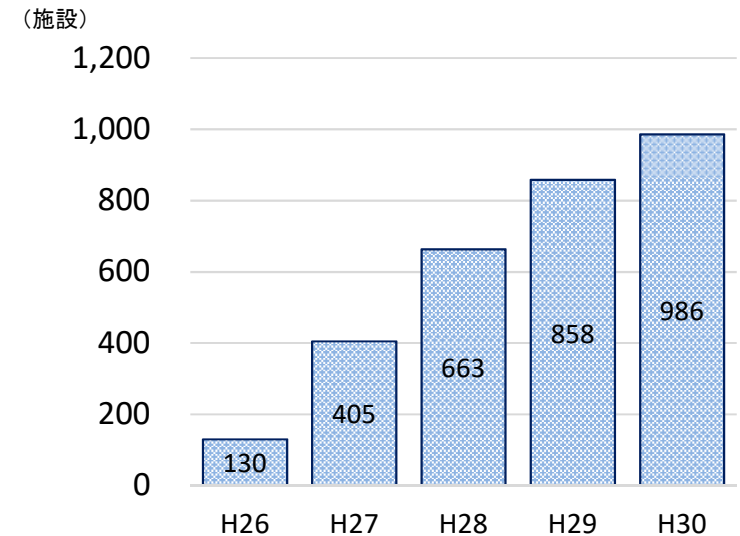
○ 看護職員の負担軽減に係る主な加算の届出医療機関数は、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算ともに増加傾向である。

■ 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

■ 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

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 等

看護職員夜間12対1配置加算Ⅰ 95点
 看護職員夜間12対1配置加算Ⅱ 75点
 看護職員夜間16対1配置加算Ⅰ 55点
 看護職員夜間16対1配置加算Ⅱ 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Ⅱ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Ⅰのみ) 等

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
ロ 15日以上30日以内の期間 104点

〔施設基準〕① 看護補助者の数は、**常時30対1**以上であること。

② 夜勤を行う看護補助者の数は、常時75対1以上(みなし看護補助者を除く)であること。

③ 障害者施設等入院基本料(7対1、10対1に限る。)を算定する病棟であること。

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日)

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

② 看護補助加算を算定する病棟であること。

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。

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

〔施設基準〕① 夜勤を行う看護要員の数は、**常時16対1以上**であること。

② **ADL区分3の患者を5割以上**入院させる病棟であること。

地域包括ケア病棟における夜間看護配置の評価

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

(新) 看護職員夜間配置加算 55点(1日につき)

〔施設基準〕① 夜勤を行う看護職員の数は、**常時16対1以上**であること。

② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準(B項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」)を満たす患者を、**3割以上**入院させる病棟であること。



精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

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

(新) 看護職員夜間配置加算 55点(1日につき)

※入院した日から起算して30日を限度

〔施設基準〕① 夜勤を行う看護職員の数は、**常時16対1以上**であること。

② 行動制限最小化委員会を設置していること。

③ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

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	
【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1	80点
夜間12対1配置加算2	60点
夜間16対1配置加算	40点



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

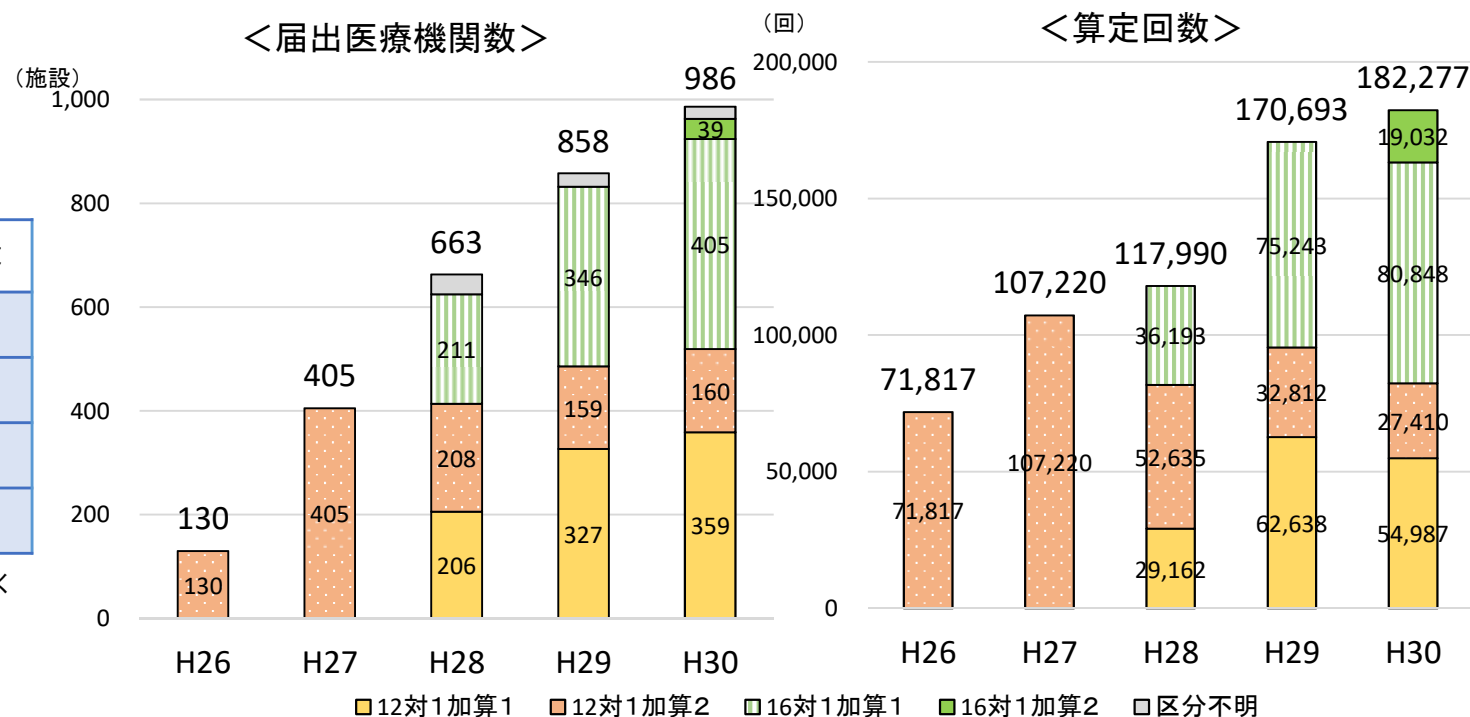
[看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準]

- 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。

届出医療機関数及び算定回数

	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)

※H26に看護職員夜間配置加算を新区分として創設。H28に12対1加算1及び16対1加算を、H30に16対1加算2を新設。

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

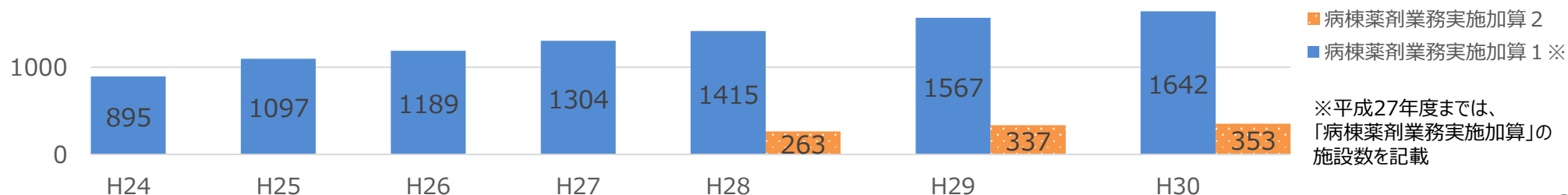
- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

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。

(参考) ■ 病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数
2000(施設)



地域における救急医療を確保するための取り組みへの評価(例)

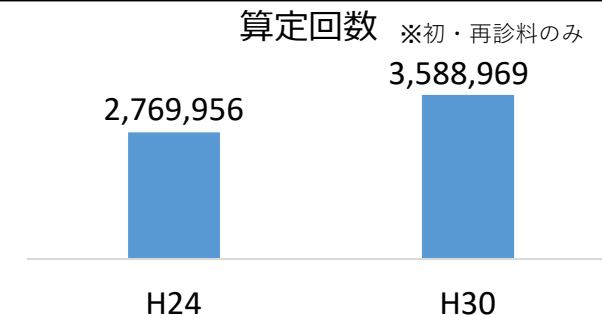
令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

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



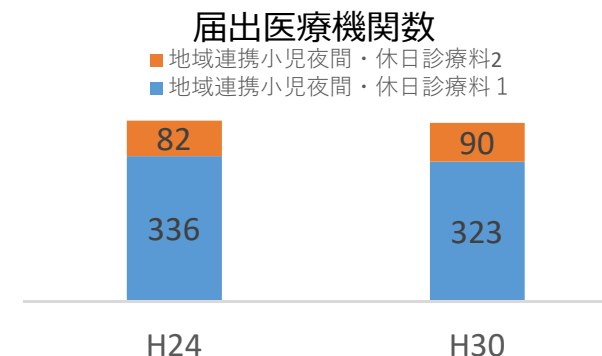
地域連携小児夜間・休日診療料 450点/600点

- 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

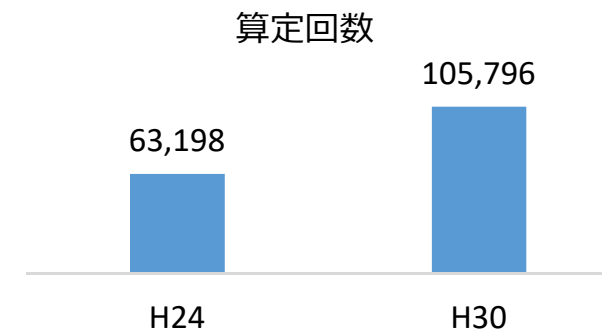


夜間休日救急搬送医学管理料 600点

- 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



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ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。
 - ② 専任の看護師が配置されていること。

届出医療機関数及び算定回数

	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

(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)

小規模病院における夜間救急外来対応

小規模病院の救急外来体制の確保

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

(新) 夜間看護体制特定日減算

(入院料(※)の100分の5に相当する点数を減算)

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

[算定要件]

年6日までかつ当該算定日が属する月が連続2月まで算定できる。

[施設基準]

- ① 許可病床数が100床未満であること。
- ② 減算日は、当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対応のため一時的に救急外来で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が2未満となった日。
- ③ 救急外来での対応のため一時的に病棟を離れた看護職員を除き、当該病棟の入院患者数が31人以上の場合、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、**看護職員1を含む2以上とし**、当該病棟の入院患者数が30人以下の場合、当該病棟における夜勤を行う**看護職員の数は1以上**であること。

算定の例

(許可病床数:99床)

3階病棟 (一般病棟)

[施設基準]

夜間は、病棟に看護職員2名以上の配置が必要

入院患者数:32人



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

入院患者数:32人



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

入院患者数:35人



夜間に病棟の看護職員が、一時的に病棟を離れ、救急外来で勤務する場合

現行

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

改定後

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



届出医療機関数及び算定回数

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

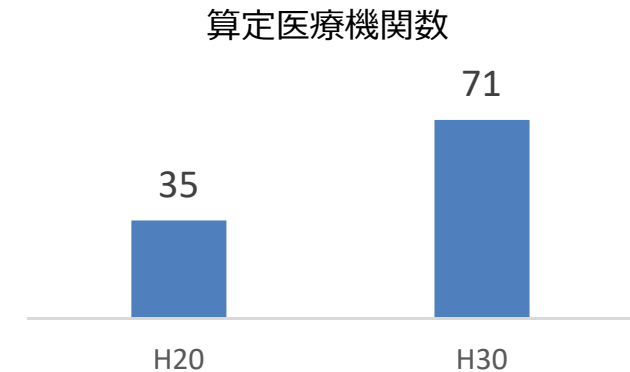
- 小児入院医療管理料 1 は、平成20年改定で手厚い人員配置に対する評価を設定し、当該点数を算定する医療機関数は増加している。
- 一部の特定入院料については、保有する病床数が少ない場合がある。

＜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



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)

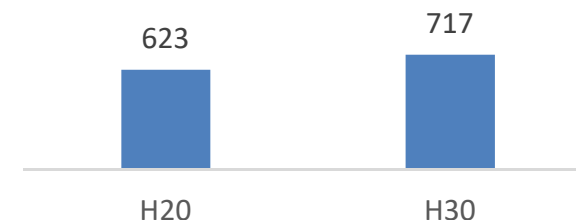
令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

- 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。

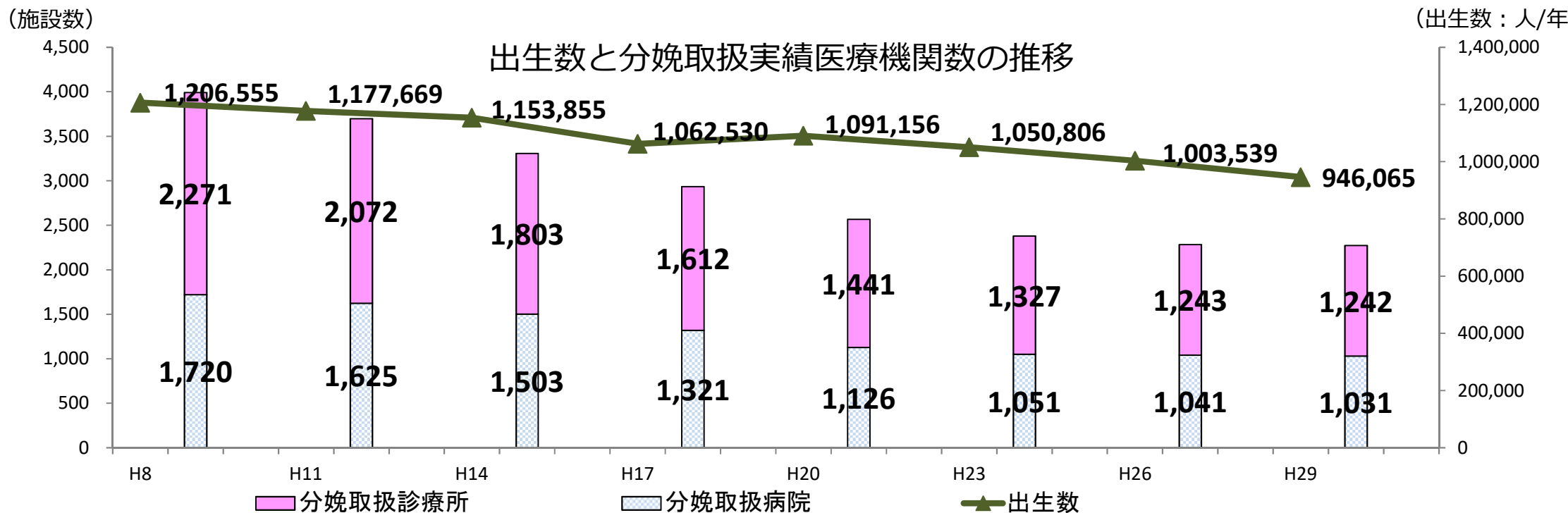
<ハイリスク分娩管理加算>

- ・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。
(主要要件)
- ・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

算定医療機関数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）



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）

産科又は産婦人科

精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※

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

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

（新）ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点（月1回）

精神科又は心療内科

精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※

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

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。

届出医療機関数及び算定回数

	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	500点
	ロ 2回目から4回目まで	150点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

届出医療機関数及び算定回数

	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	H28件数	H29件数	H30件数	H28回数	H29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

- 外来
- 入院
- 在宅・訪問看護
- 横断的事項
- **個別項目**
- 歯科
- 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

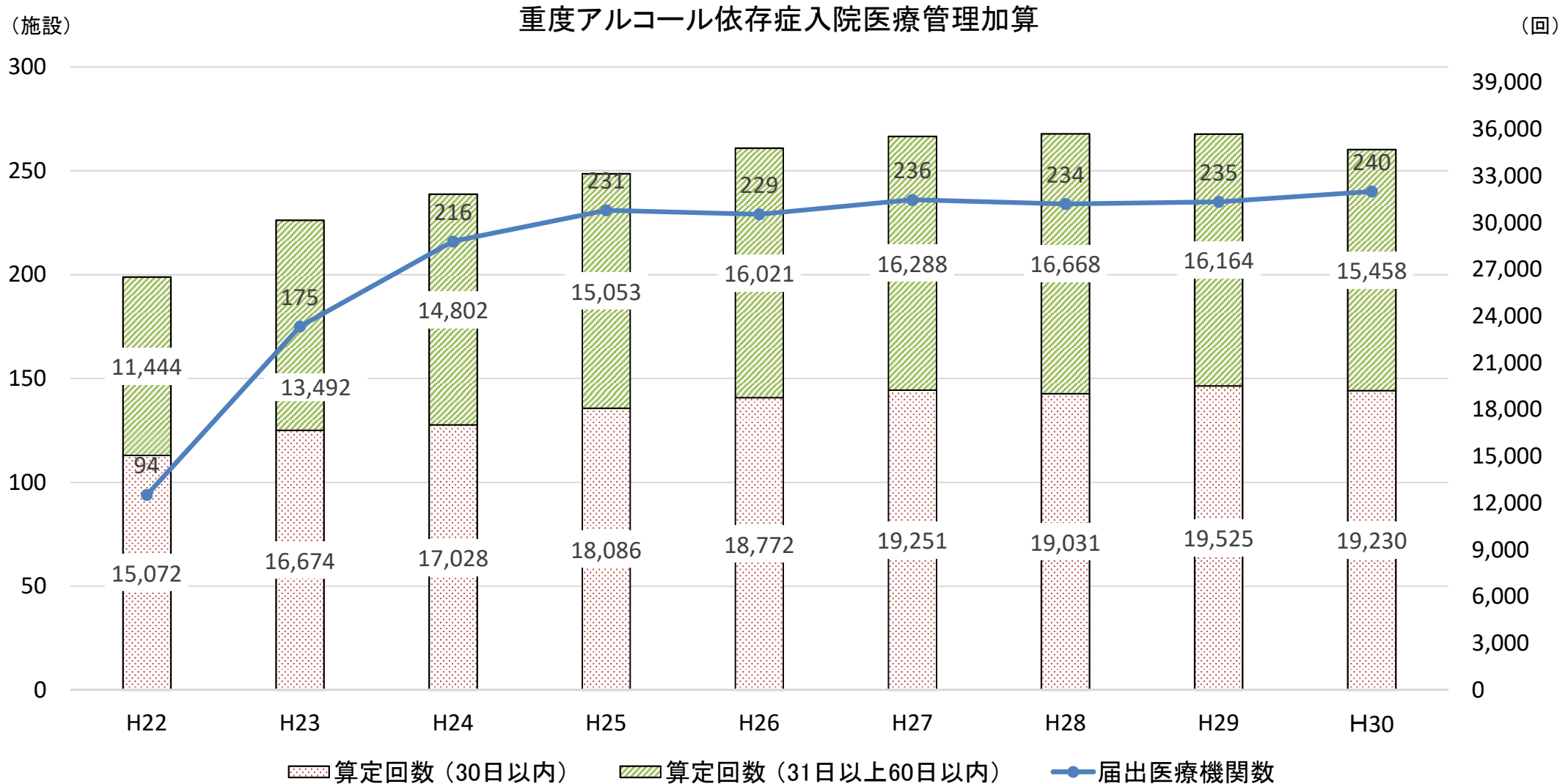
算定状況

	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

重度アルコール依存症入院医療管理加算

令和元年7月17日
中医協総会資料(改)

○ 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。



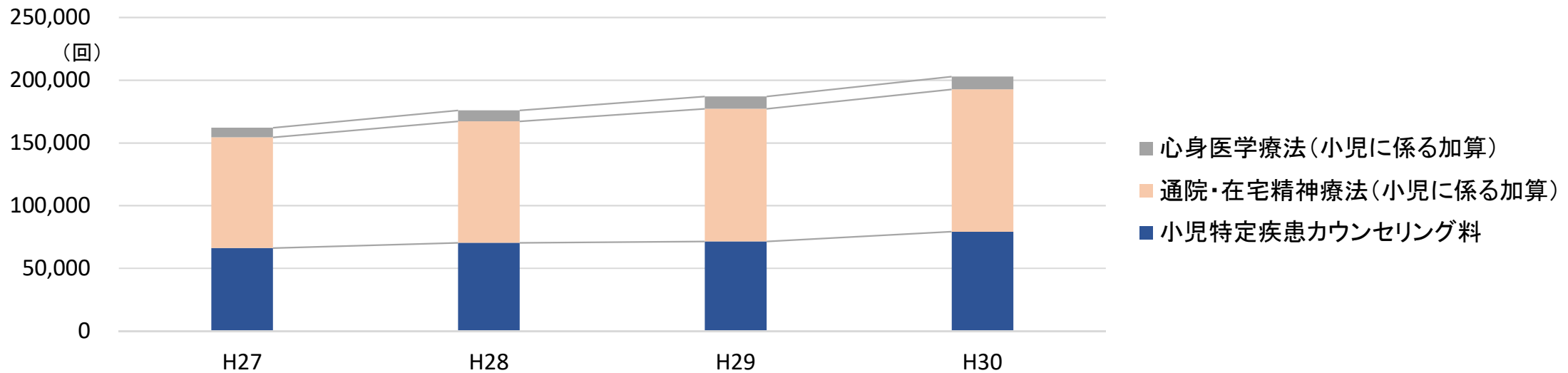
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
 ※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
 保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

小児の精神疾患等の評価の推移等

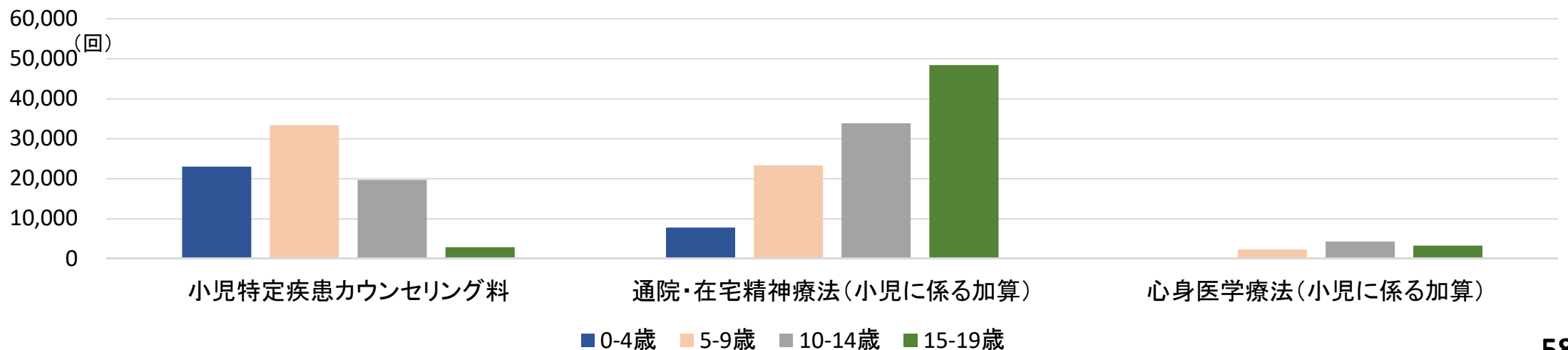
平成31年4月10日
中医協総会資料(改)

- 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



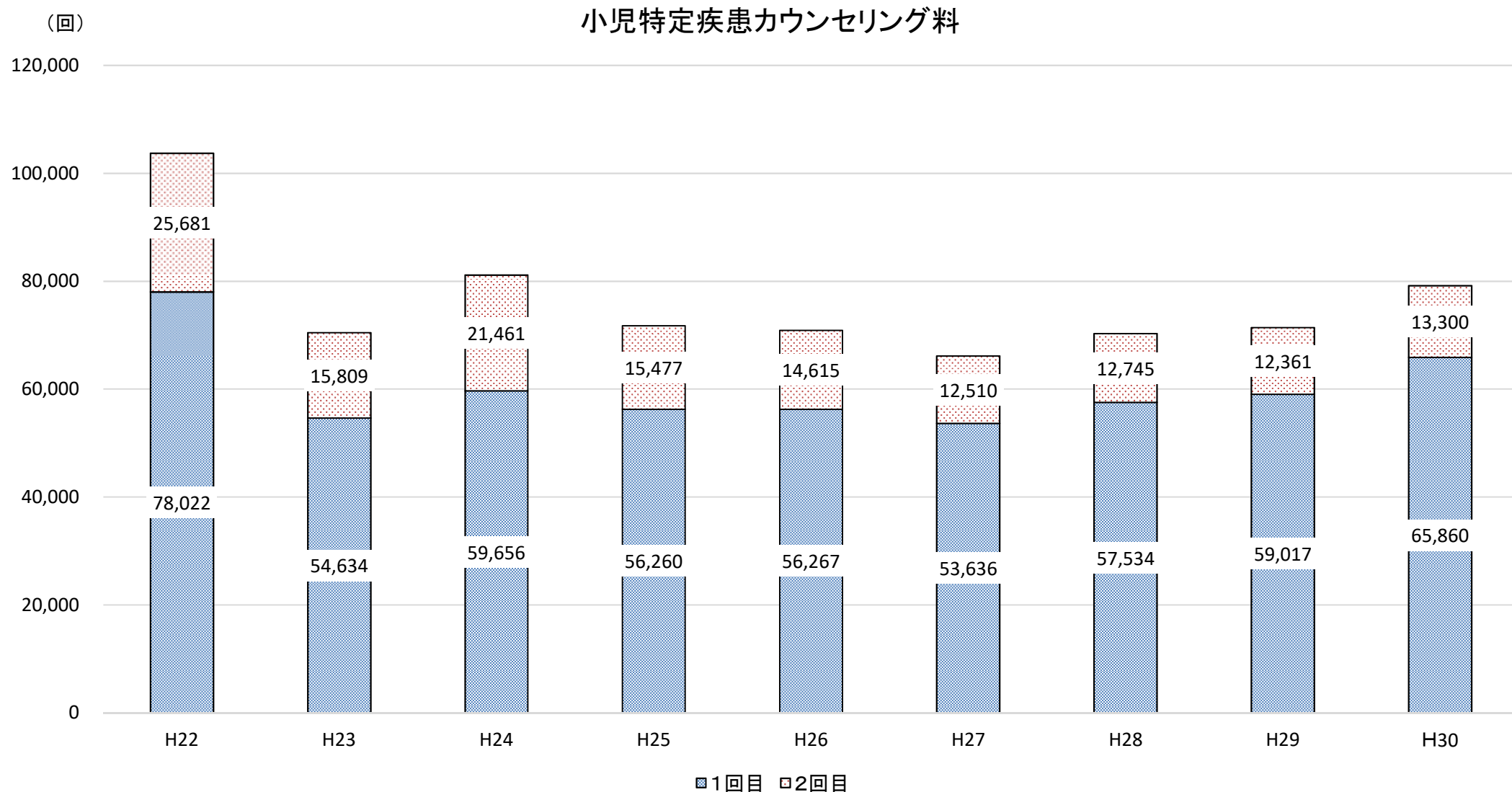
小児の精神疾患等に係る診療報酬上の評価の算定回数(年齢階級別)(平成30年)



小児特定疾患カウンセリング料

令和元年7月17日
中医協総会資料(改)

○ 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）

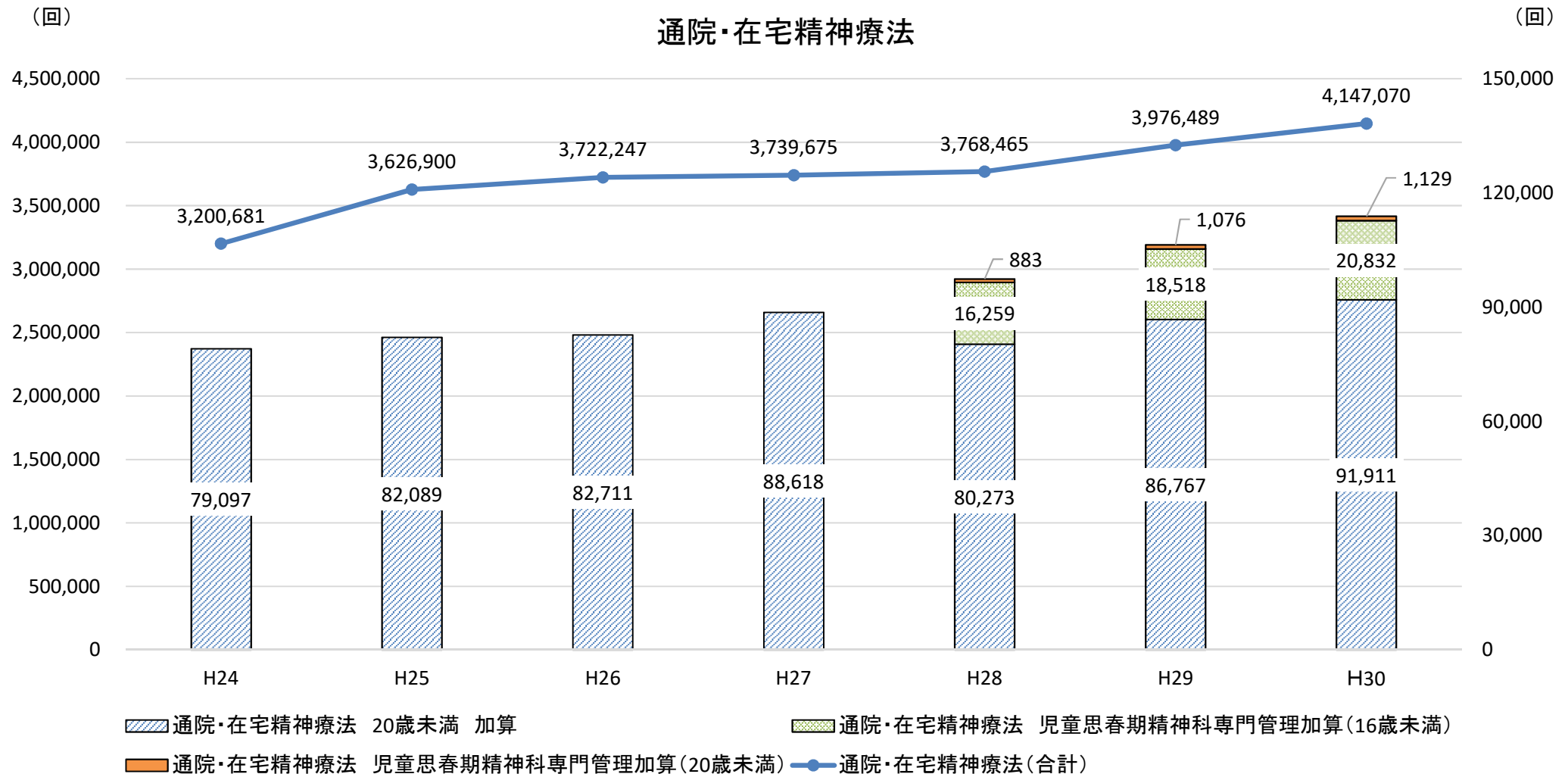
※病院について：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査

※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

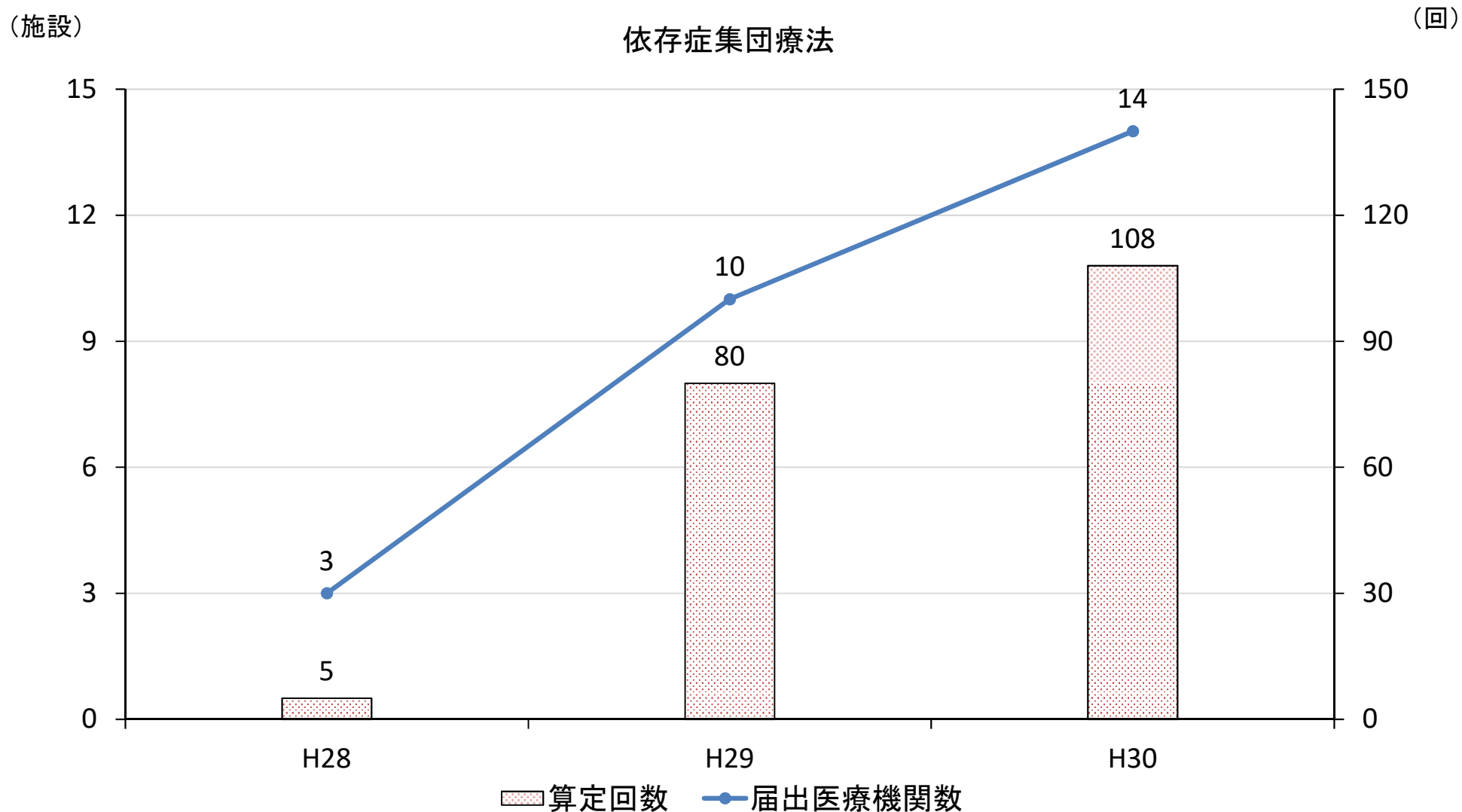
通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算等）

令和元年7月17日
中医協総会資料(改)

○ 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。



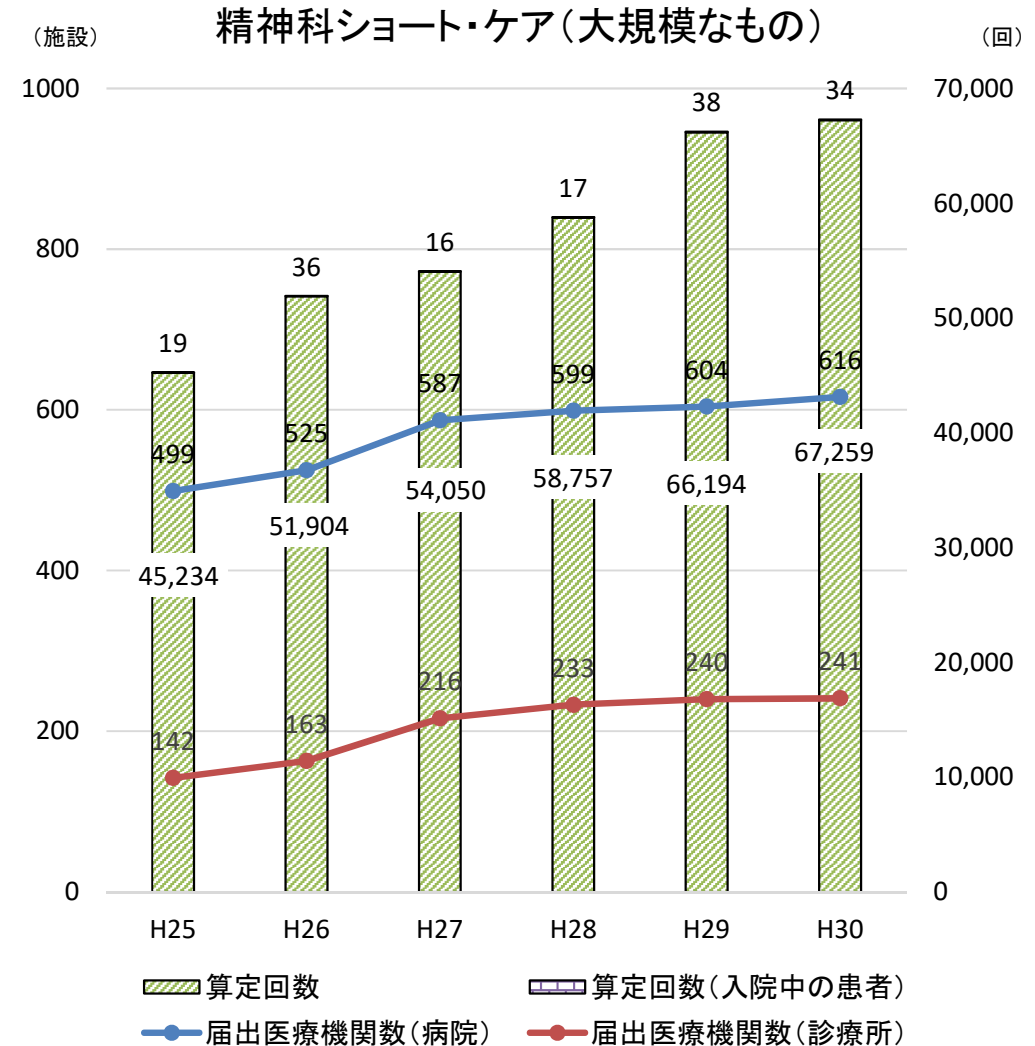
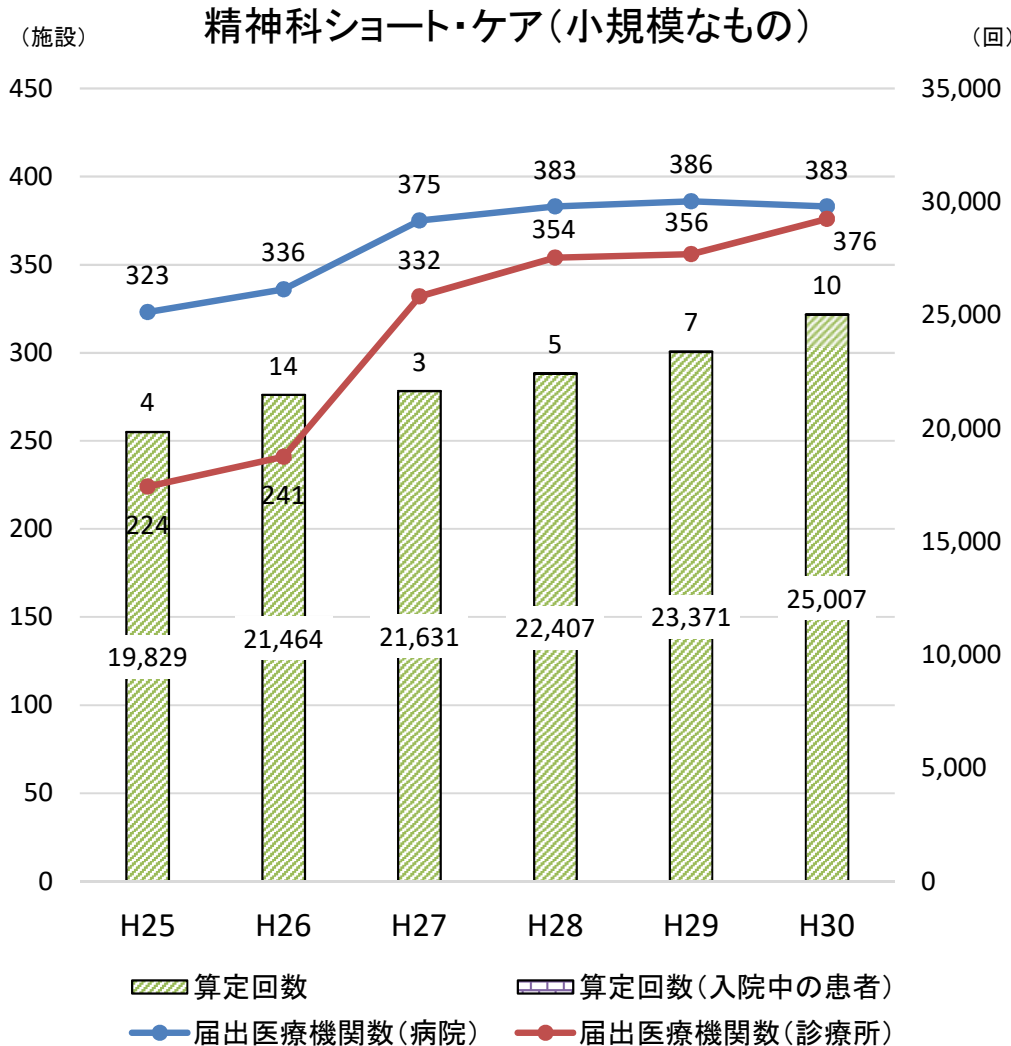
○ 依存症集団療法の届出医療機関数及び算定回数は、増加傾向。



精神科ショート・ケア

令和元年7月17日
中医協総会資料(改)

○ 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

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

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

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】

300点

[対象患者]

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

改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】

リハビリテーション総合計画評価料1 300点

[対象患者]

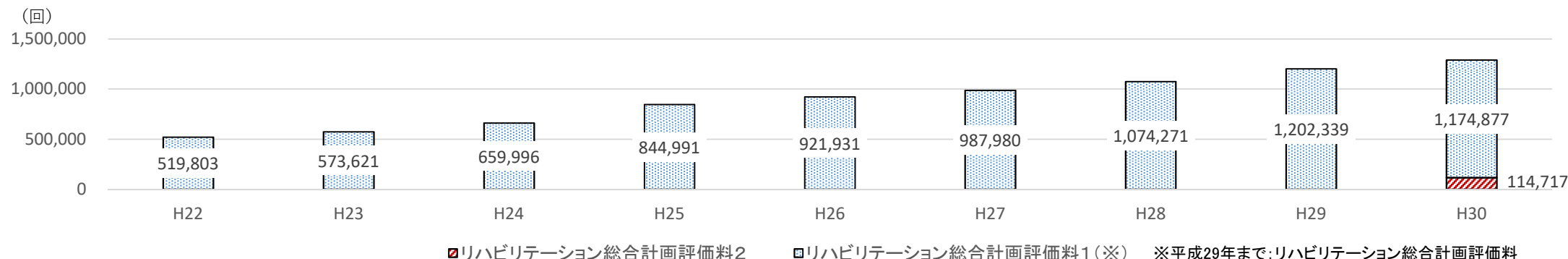
心大血管疾患リハビリテーション料(I)、呼吸器リハビリテーション料(I)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(II)、廃用症候群リハビリテーション料(I)(II)又は運動器リハビリテーション料(I)(II)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

[対象患者]

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

○ リハビリテーション総合計画評価料の算定回数の推移



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]

- 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。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、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。
- 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		—

(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)

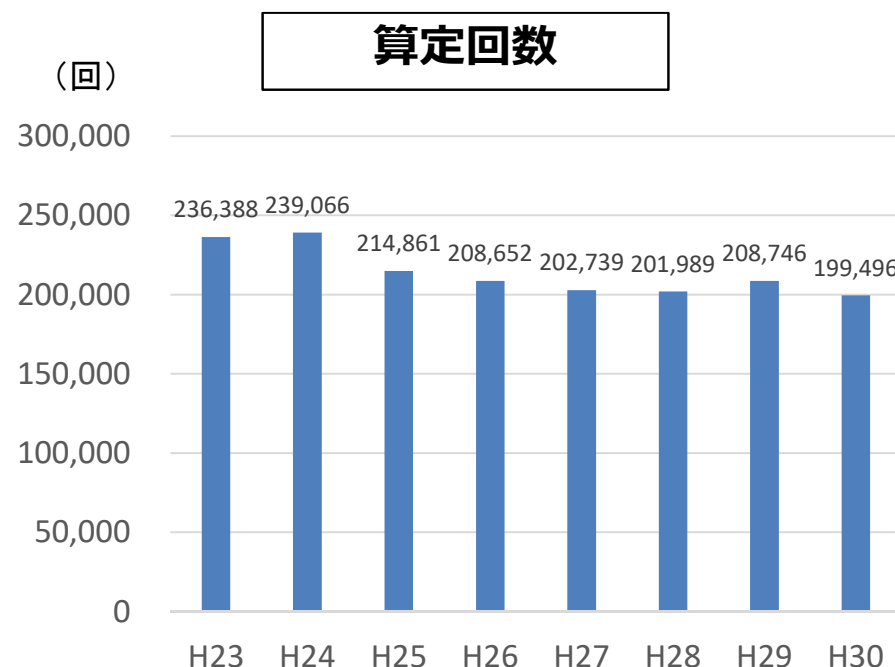
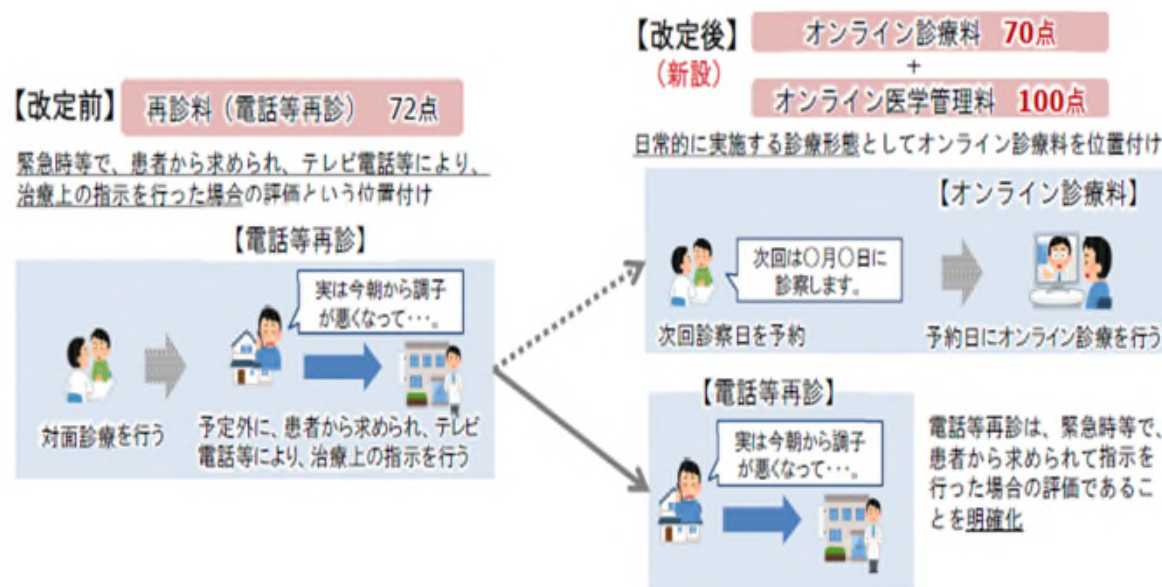
電話等による再診の要件の見直し

令和元年6月12日
中医協総会資料(改)

- 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。



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

在宅酸素療法



持続陽圧呼吸療法



出典：日本呼吸器学会HP

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)

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

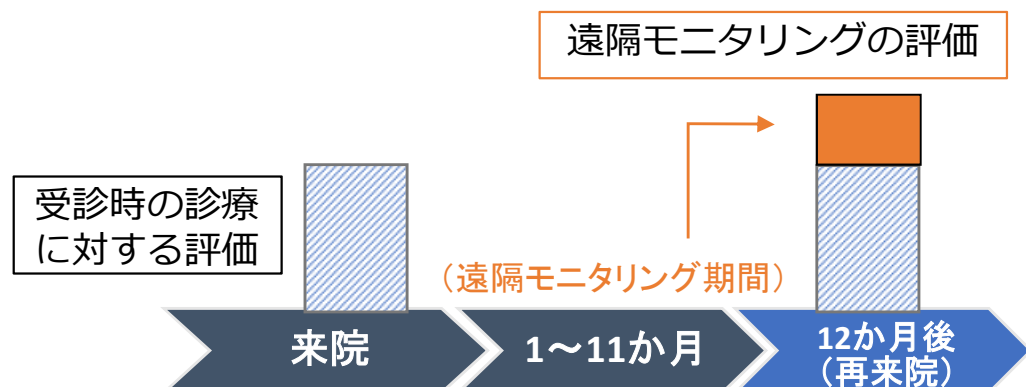
ロ イ以外の場合 360点

注5 ロ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、**遠隔モニタリング加算**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。

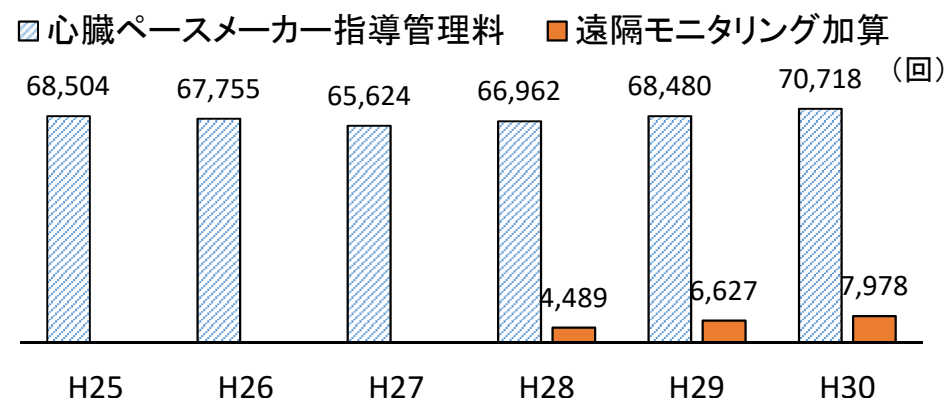
[算定要件]

- 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。

(イメージ図)



算定回数



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		提供する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
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（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。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、どの検査結果及び画像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。
2	電子的に送信	電子的に送信 （診療情報提供書に添付）	

電子的診療情報評価料

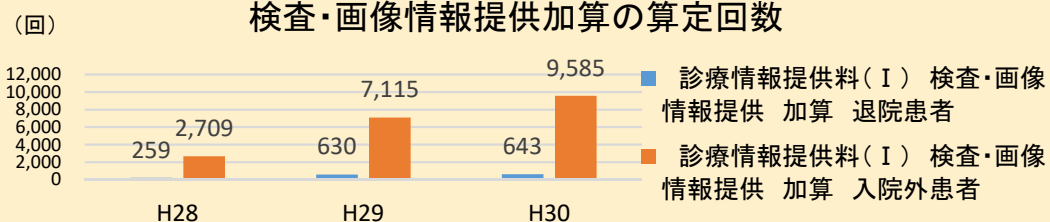
診療情報提供書の提供を受けた患者に係る診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

	情報受領方法		受領する情報
	診療情報提供書	検査結果及び画像情報等	
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（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。） - 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、その要点を診療録に記載する。
2	電子的に受信	電子的に受信 （診療情報提供書に添付）	

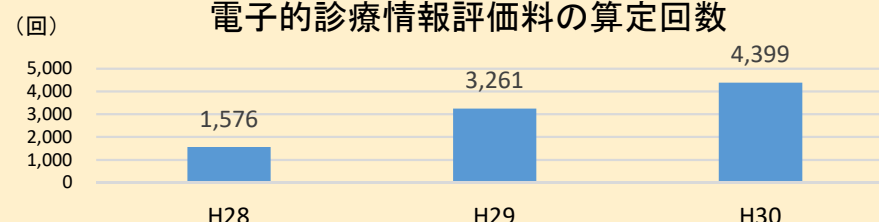
施設基準

- 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**記録を残している**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。）

検査・画像情報提供加算の算定回数



電子的診療情報評価料の算定回数



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。

届出医療機関数及び算定回数

	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

(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)

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

改定後

【褥瘡対策加算】〔算定要件〕

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡対策加算1 15点

ロ 褥瘡対策加算2 5点

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	2点	3点	3点

⇒加算1

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	2点	3点

⇒加算1
評価を始めて暦月で3月を超えていない。

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

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	3点	4点

⇒加算2
3月連続して褥瘡の状態が悪化している。

④パターン4 《同一月内の点数の変化》

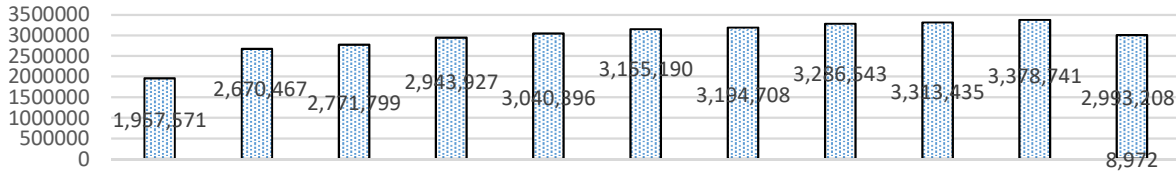
7月	8月	9月	10月9日	10月10日
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3
1点	2点	3点	4点	3点

⇒加算1
※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)



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]

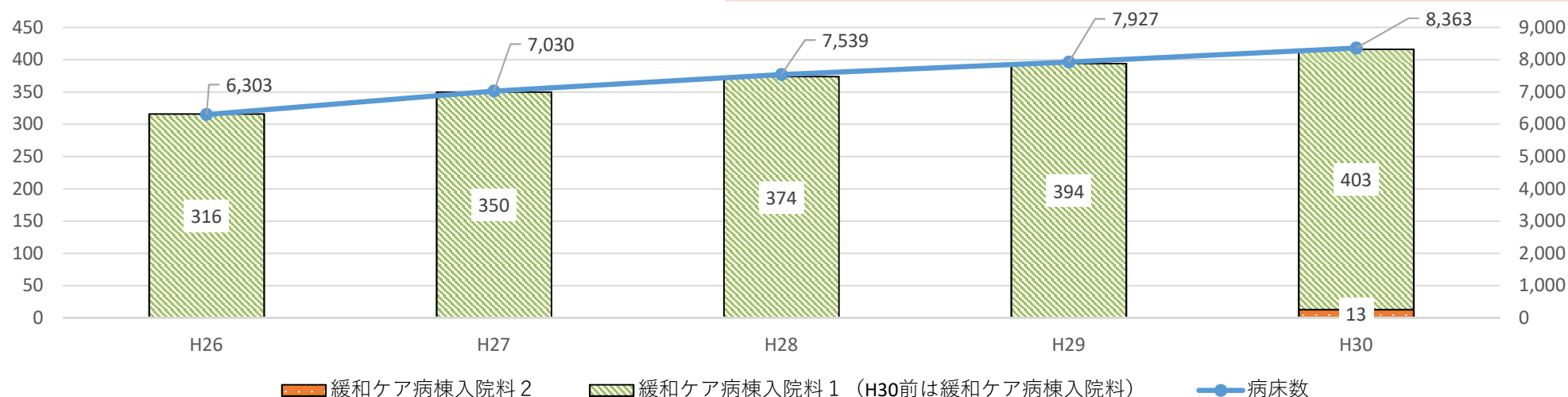
入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。

- (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

医療機関数



病床数

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。

届出医療機関数及び算定回数

	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 ー 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。

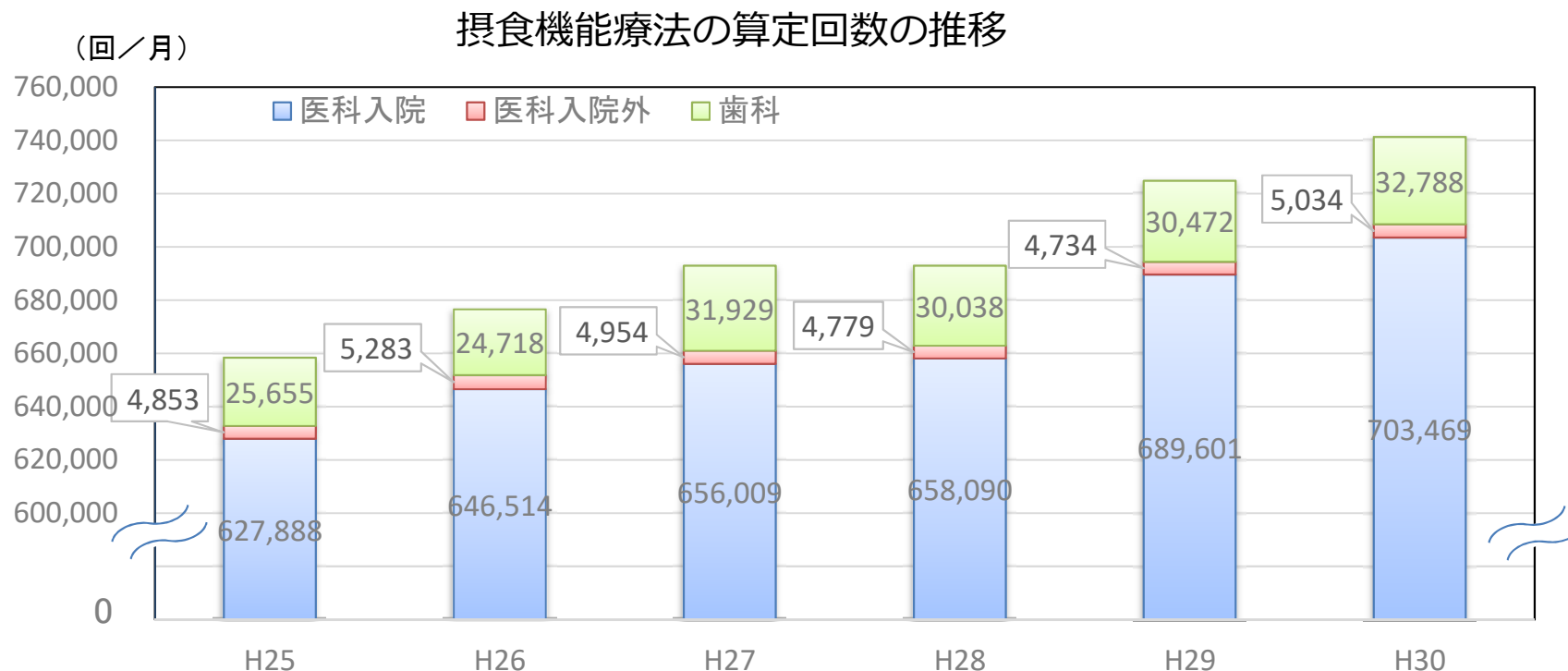
*（平成30年度に新設）

【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)

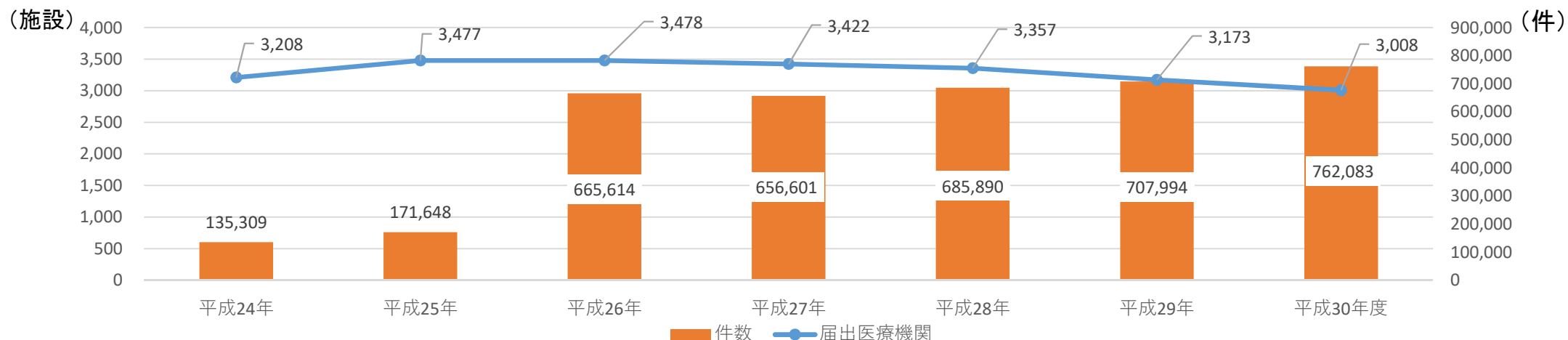
[施設基準]

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



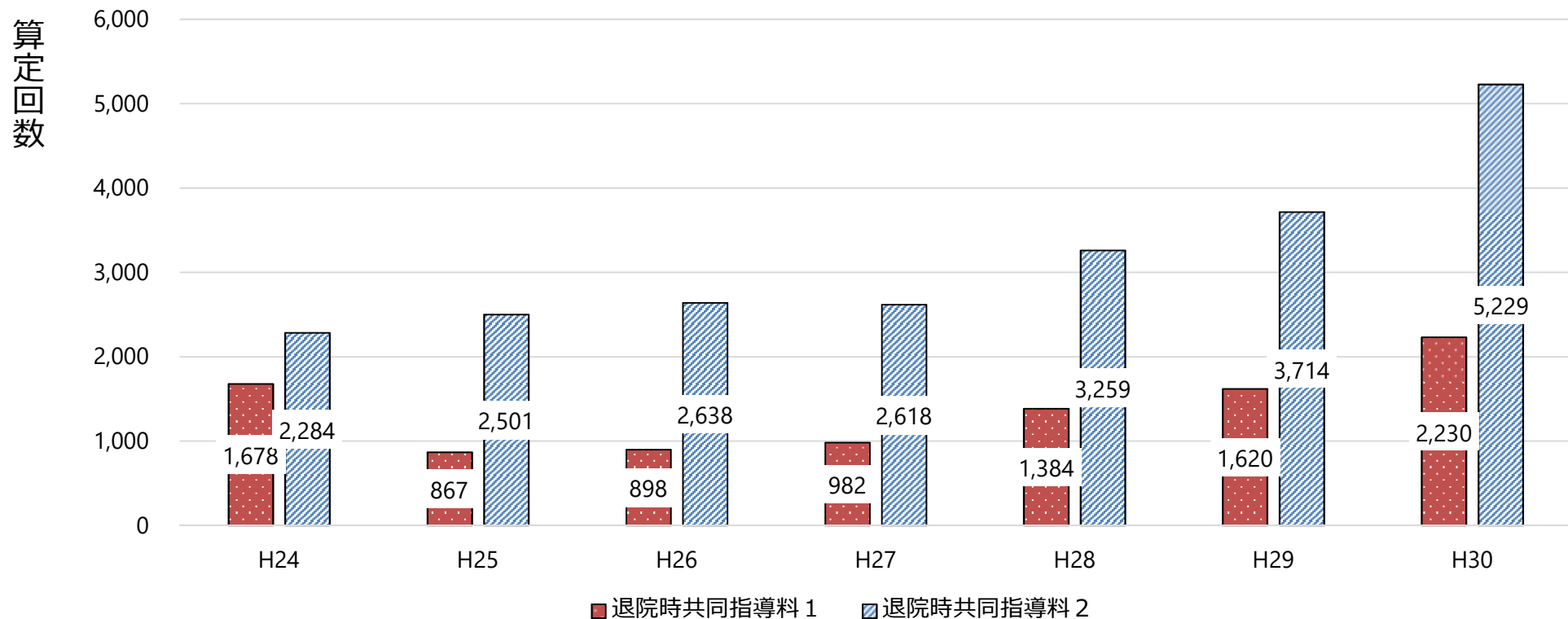
退院時共同指導料

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

○ 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。	入院中1回
B004 2	退院時共同指導料1 1以外の場合 900点		
B005	退院時共同指導料2 400点		

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

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

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

[施設基準]

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

[算定要件]

- 入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。
- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
 - 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
 - 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
 - 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
 - 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
 - 8) 入院生活の説明
- (※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

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

(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)

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〕

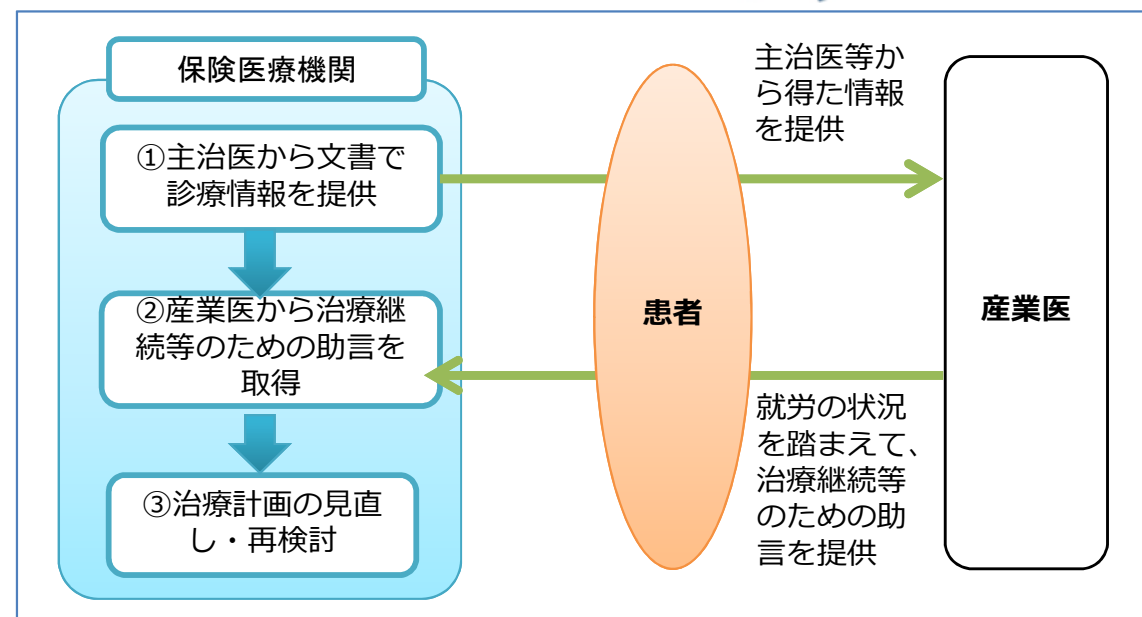
就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。

- (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)〕

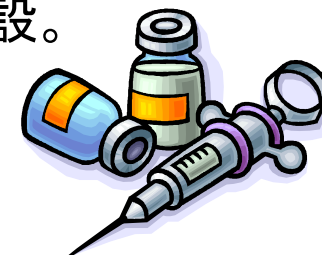
届出医療機関数及び算定回数

	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

(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)

抗菌薬適正使用支援加算の新設

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



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

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

[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

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

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

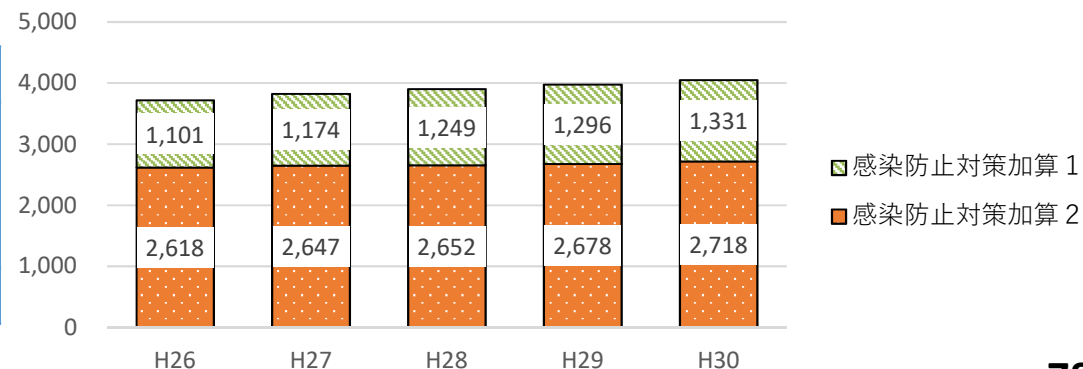
[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

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)



(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)

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]

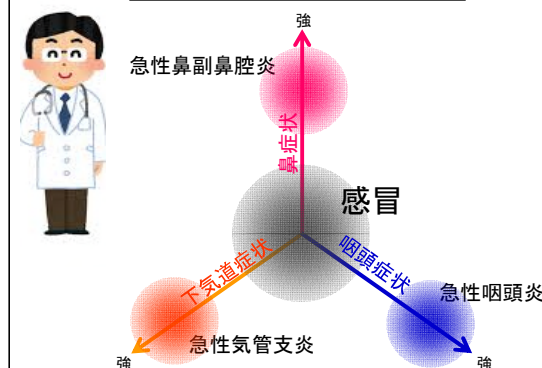
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[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つては、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



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

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

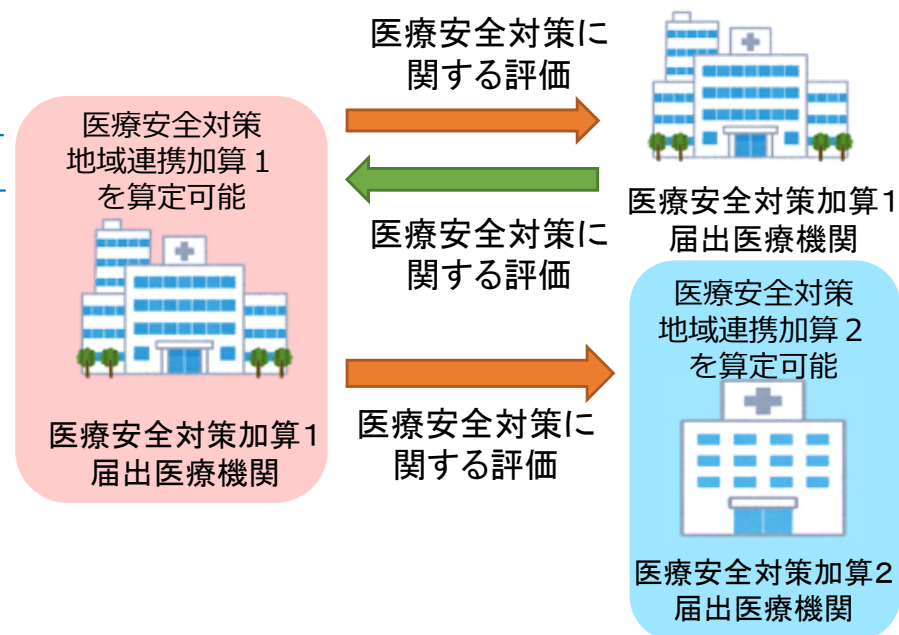
[施設基準]

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専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。
- (4) 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。



改定前

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	35点

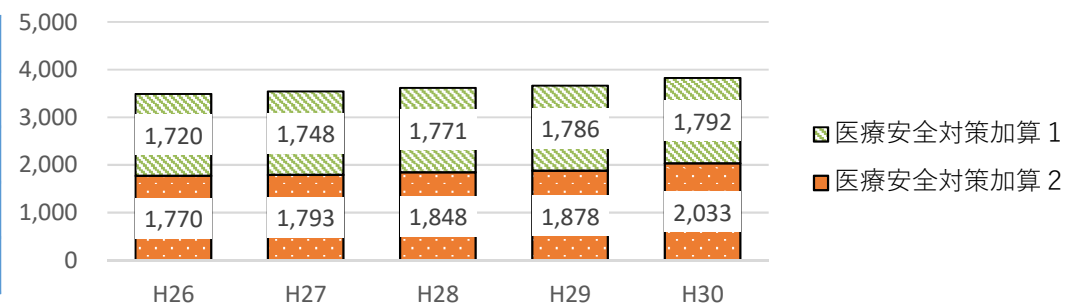
改定後

1 医療安全対策加算1	85点
2 医療安全対策加算2	<u>30点</u>

届出医療機関数及び算定回数

(医療機関数)

	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



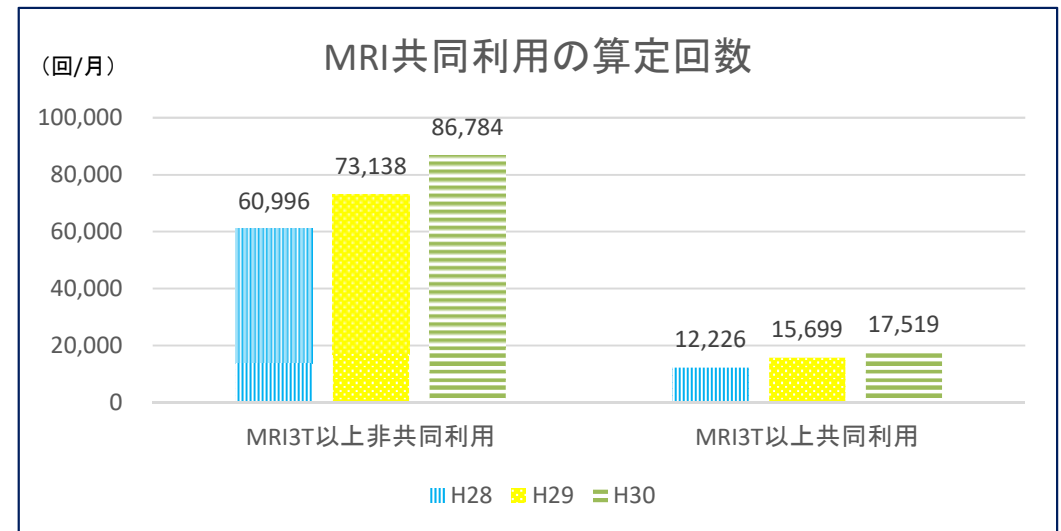
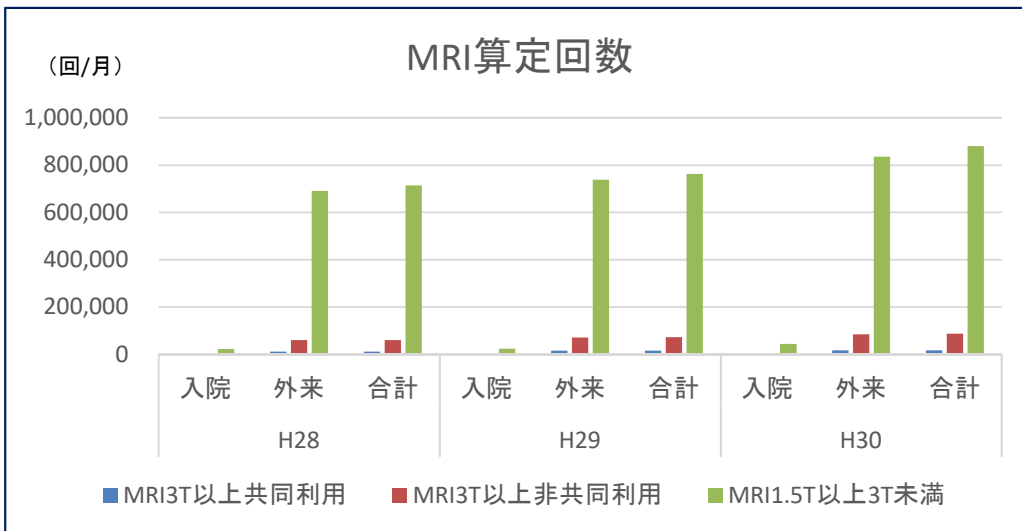
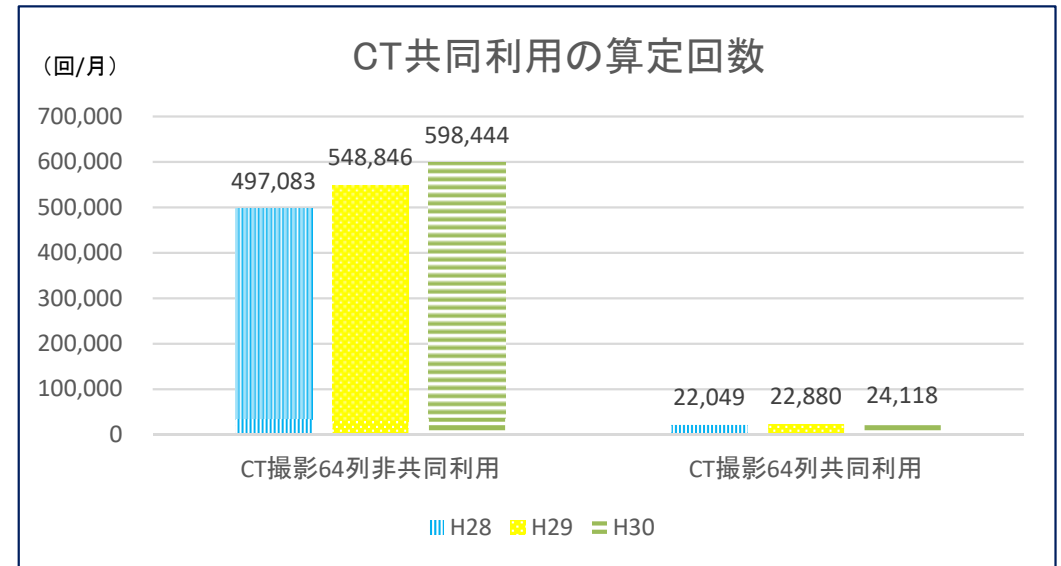
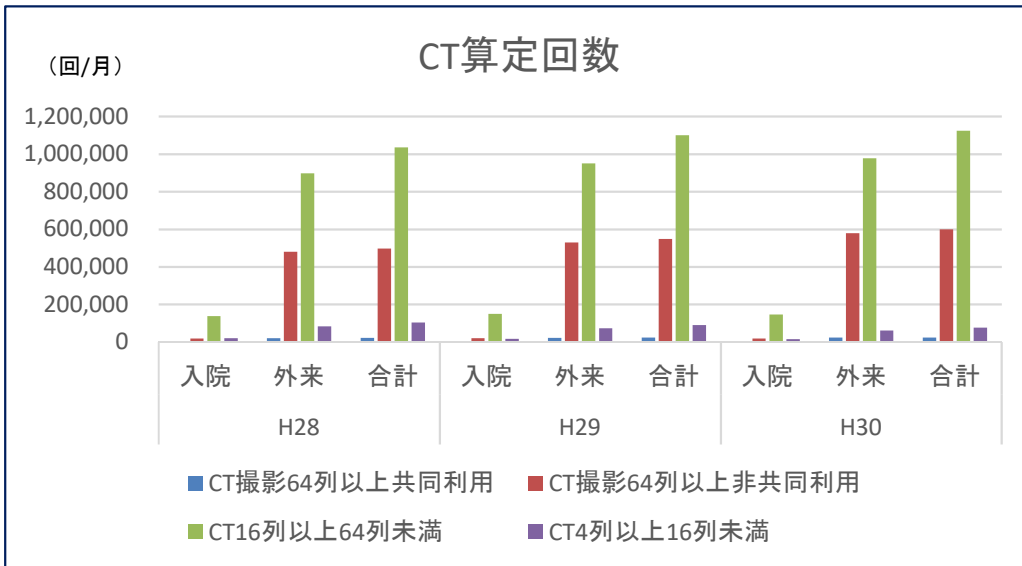
(出典)
届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)
算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

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

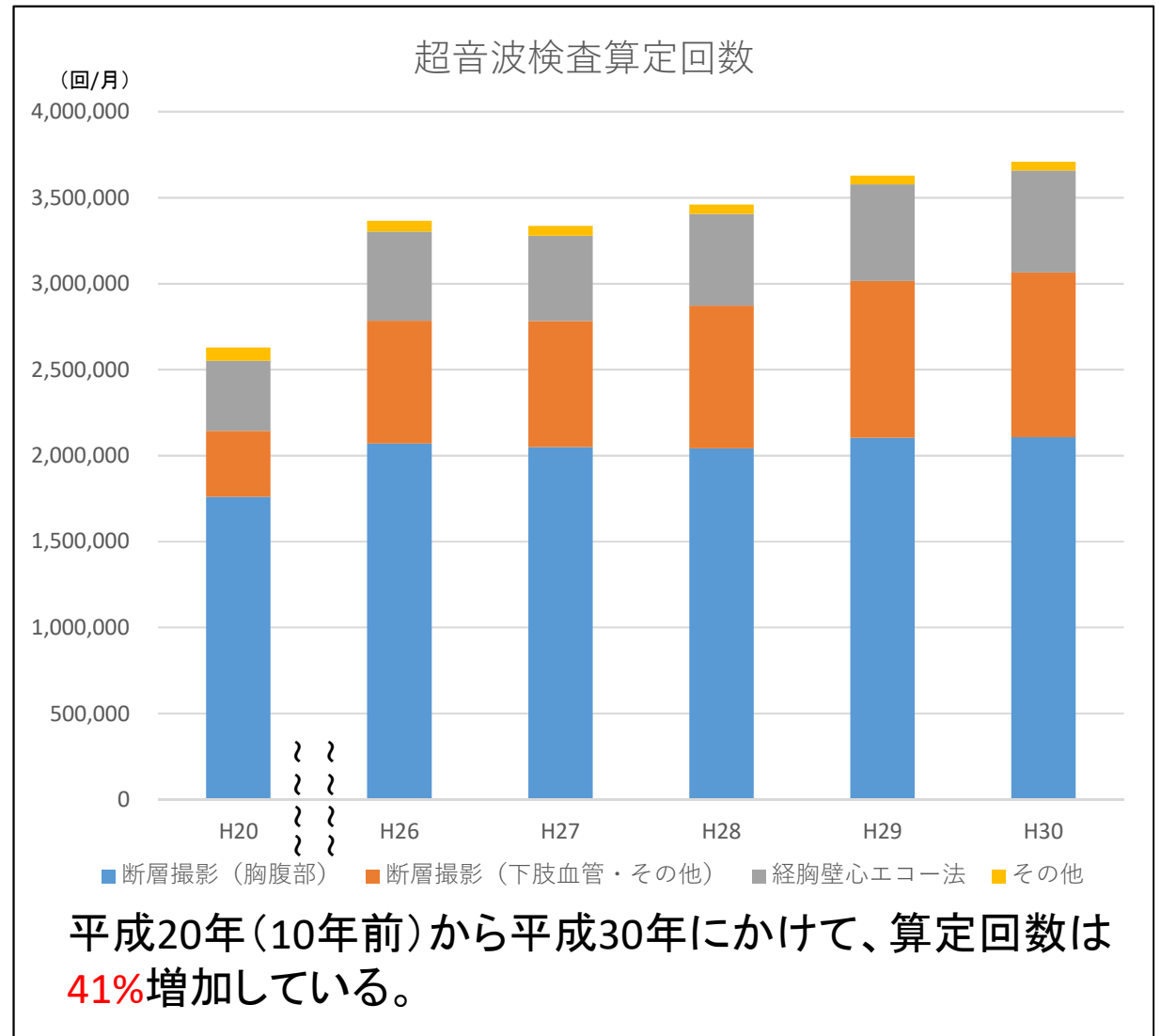
超音波検査の算定回数

令和元年6月12日
中医協総会資料(改)

○ 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
ロ 下肢血管	450点
ハ その他(頭頸部、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 負荷心エコー法	2,010点



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

- 外来
- 入院
- 在宅・訪問看護
- 横断的事項
- 個別項目
- **歯科**
- 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



医科歯科連携の推進

- 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
- 周術期口腔機能管理後手術加算の対象手術の拡大

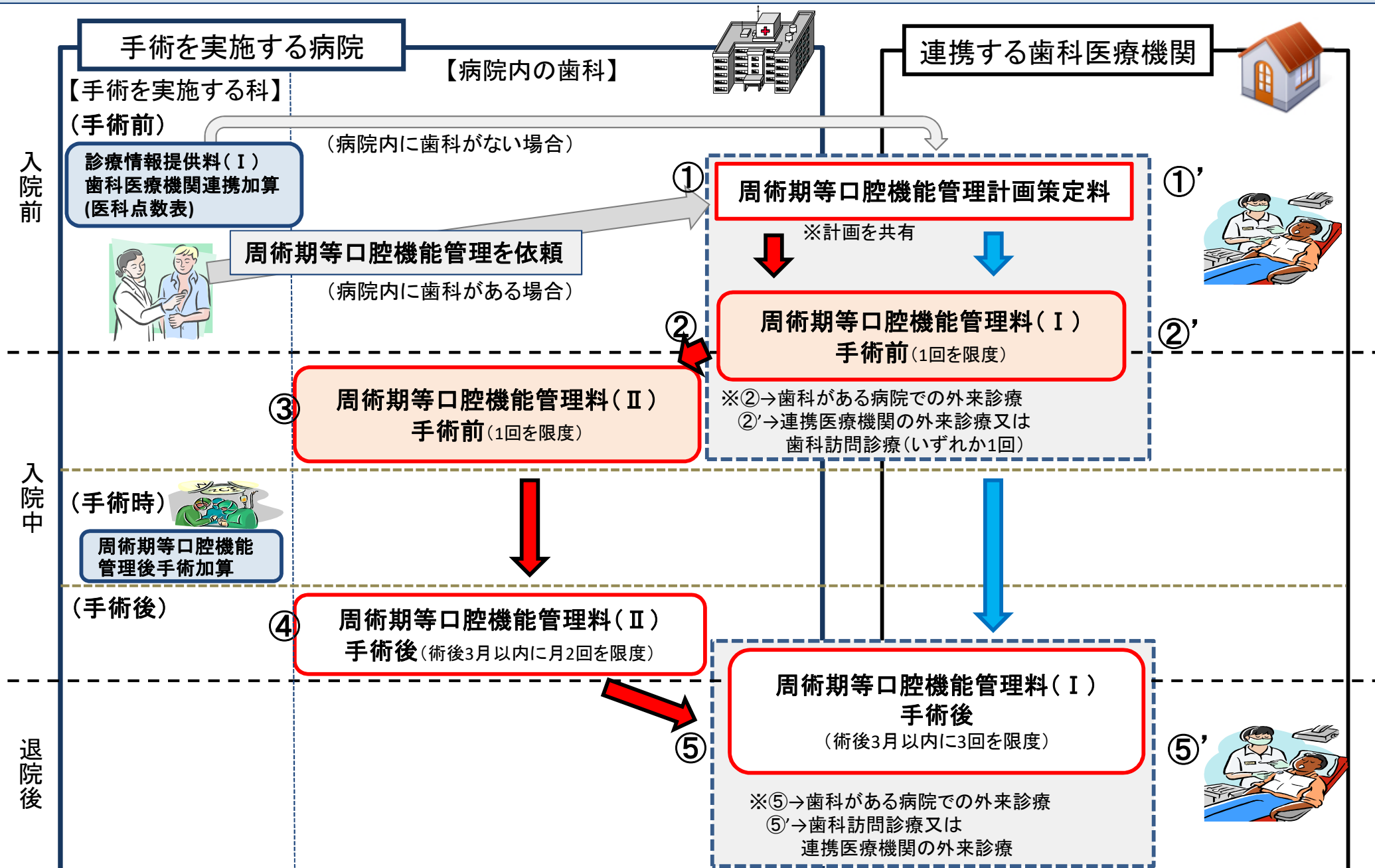
周術期等の口腔機能管理の実態に応じた見直し

- 「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）

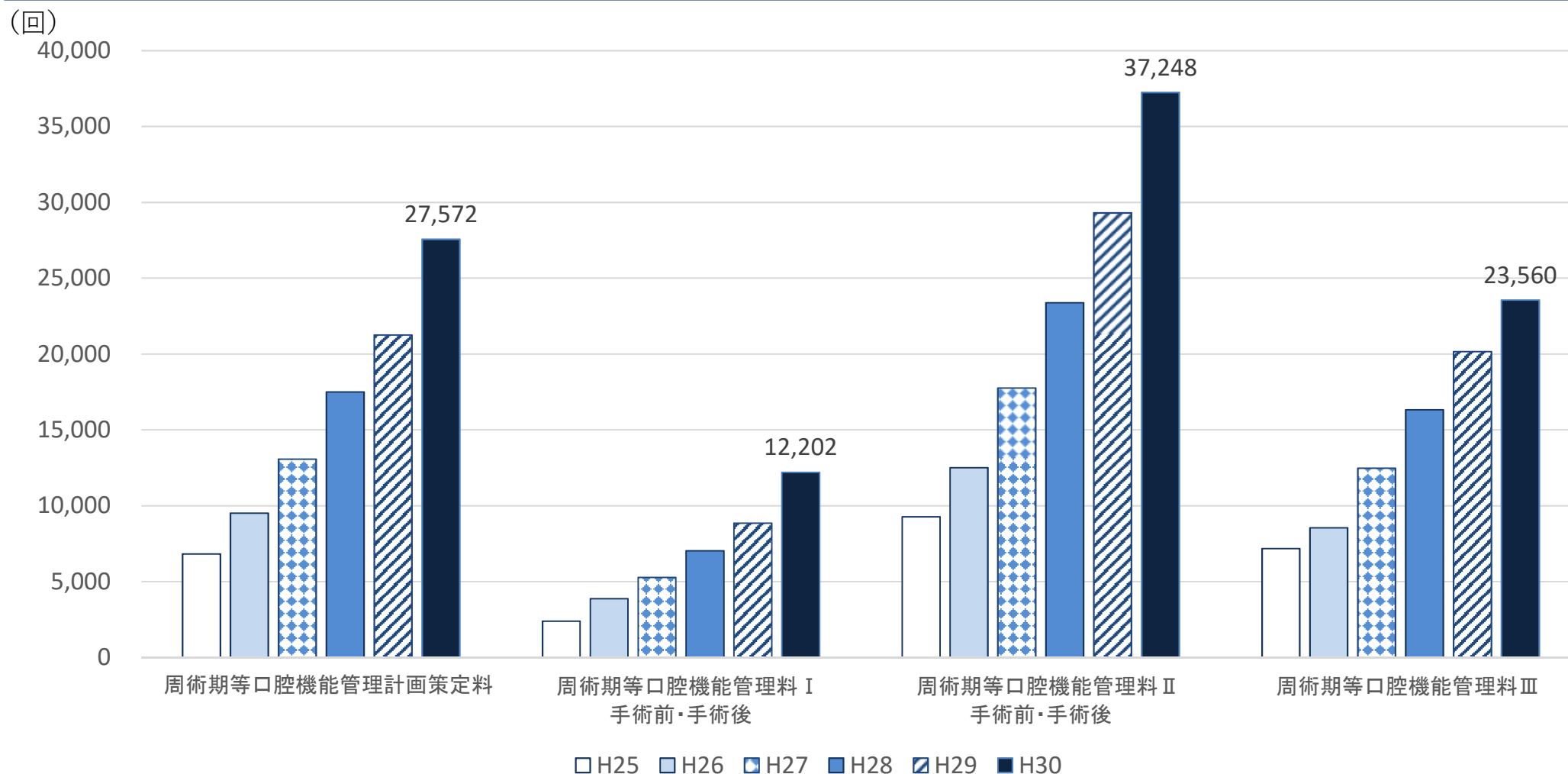


周術期等口腔機能管理の算定状況の推移

○ 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Ⅰ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Ⅱ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】

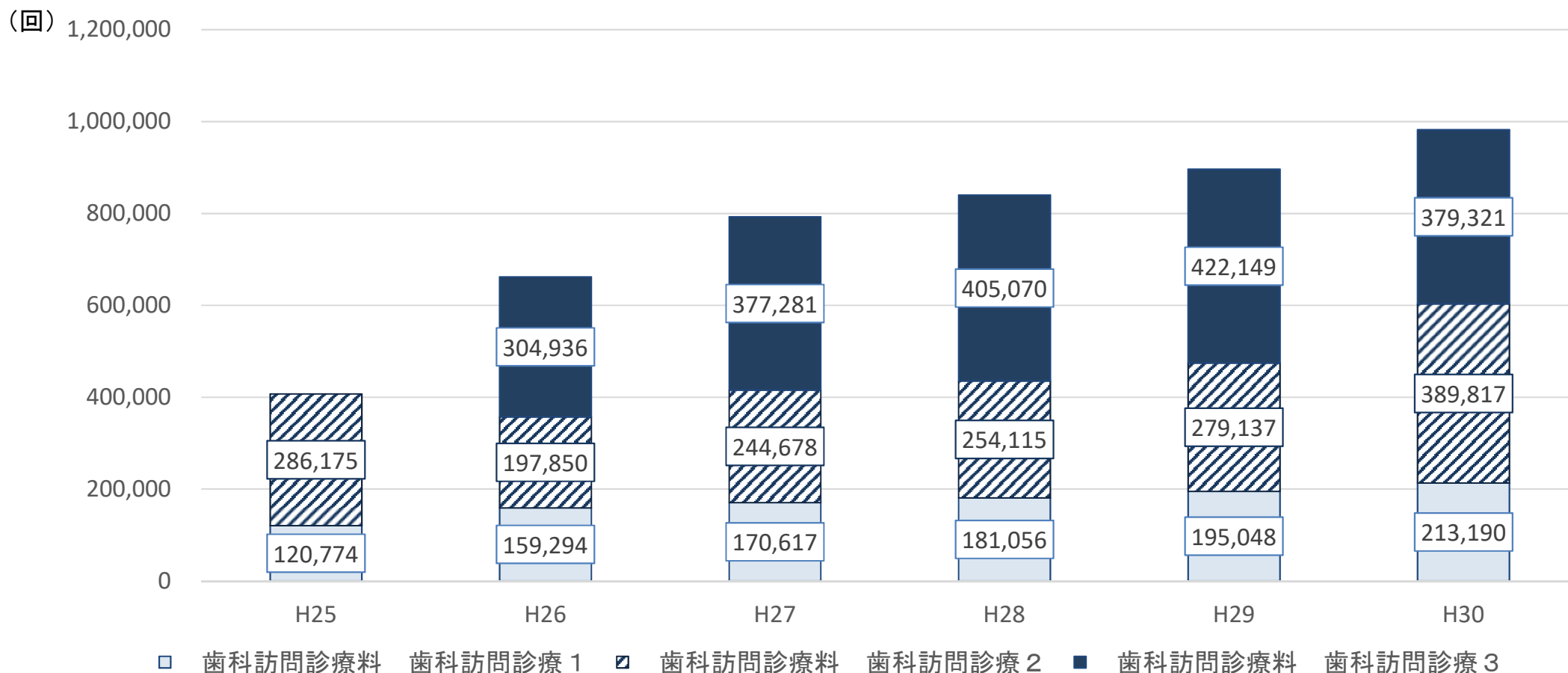
		(現行)		
		同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につ き診療に要し た時間	20分 以上	歯科訪問診療1 【1,036点】 (866点＋170点)	歯科訪問診療2 【338点】 (283点＋55点)	
	20分 未満	歯科訪問診療3 【175点】(120点＋55点)		



		(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た時間	20分以上	【1,036点】	【338点】	【175点】
	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

- 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外来(歯科診療を行うものに限る。)を継続的に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外来を最後に受診した日(初診料又は再診料を算定した日)から起算して3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

- 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、月1回に限り算定する。
- ・ 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	「二 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	A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある	話す	構音機能	構音に障害がある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある			口唇の閉鎖不全がある
		咀嚼に影響するう蝕がある			口腔習癖がある
		強く咬みしめられない			舌小帯に異常がある
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	その他	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）
		偏咀嚼がある			その他
	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）		口蓋扁桃等に肥大がある	
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		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口腔機能の管理計画を策定し、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、患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影を行う。写真撮影は、当該加算の初回算定日には必ず実施し、その後は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、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・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
小児口腔機能管理加算	（届出不要）	23,066

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（D011-2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（D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（D012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口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	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
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	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
	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口腔機能の管理計画を策定し、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、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・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

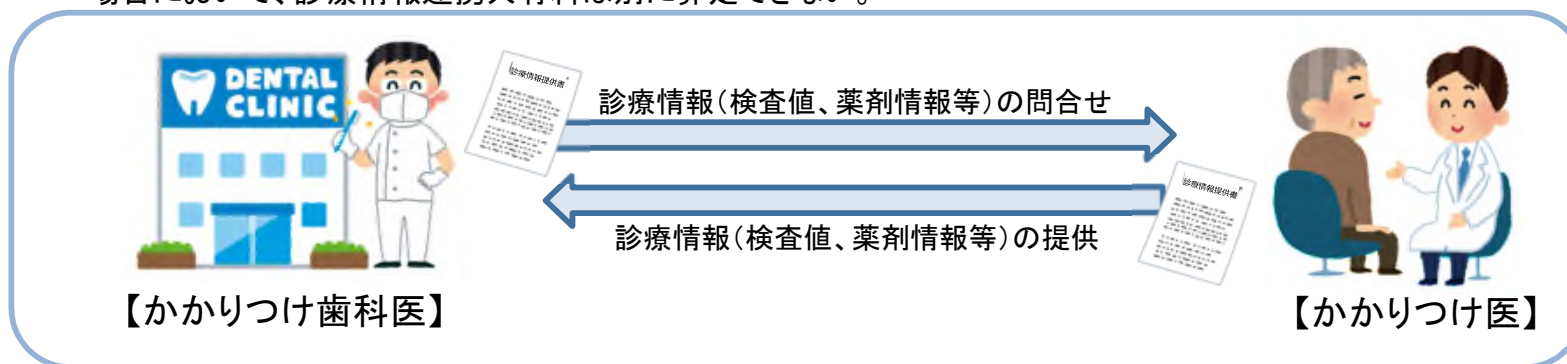
医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共用することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

[対象患者]

慢性疾患を有する患者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、[口腔機能低下症の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

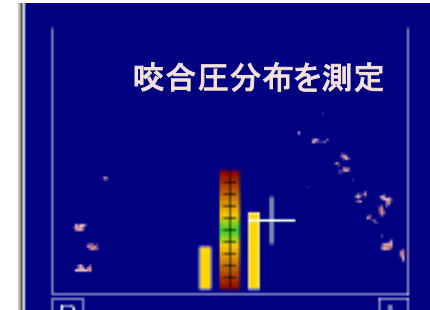
130点

[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、[口腔機能低下症の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）

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。

I029-3 口腔粘膜処置（1口腔につき） 30点

[算定要件]

- ・再発性アフタ性口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。） 「軟組織に局限するもの」、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「口蓋粘膜に局限するもの」、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」、頬腫瘍摘出術「その他のもの」、頬粘膜腫瘍摘出術、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）

- 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 エナメル質に局限した表面が粗造な白濁等の脱灰病変

1031 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
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

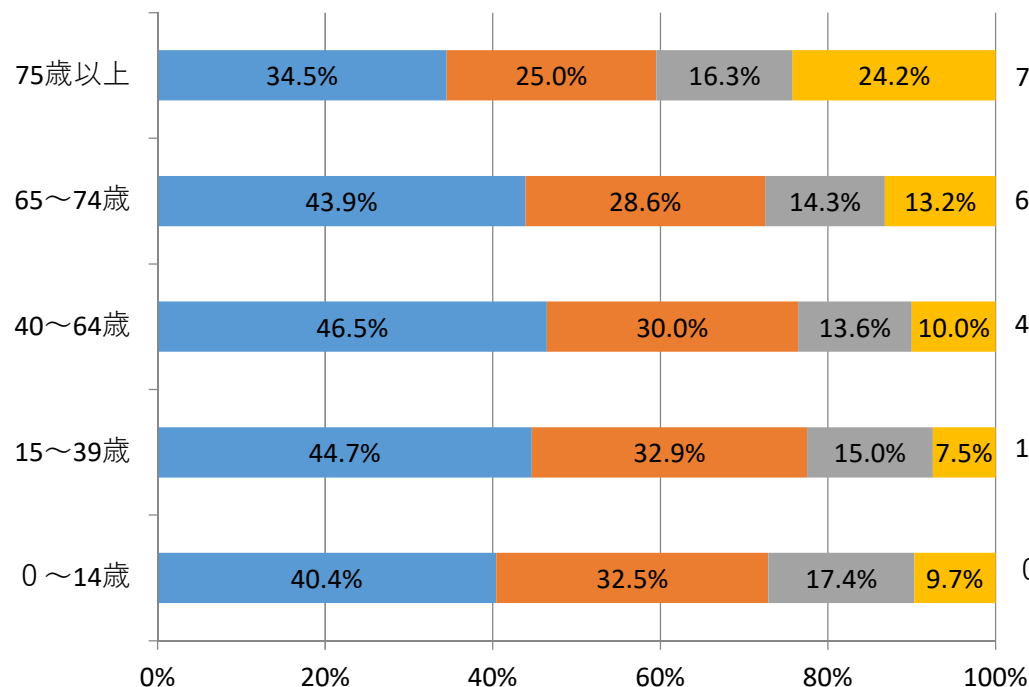
- 外来
- 入院
- 在宅・訪問看護
- 横断的事項
- 個別項目
- 歯科
- 調剤

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

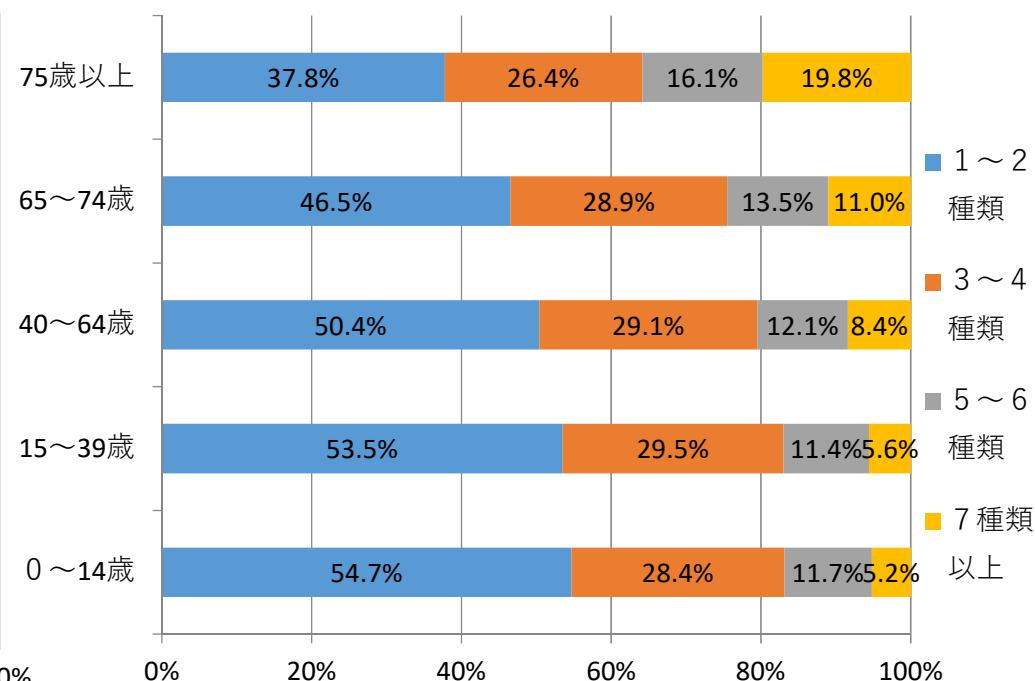
平成31年3月27日
中医協総会資料(改)

○ 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。

院外処方(薬局調剤)



院内処方(入院外・投薬)



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。

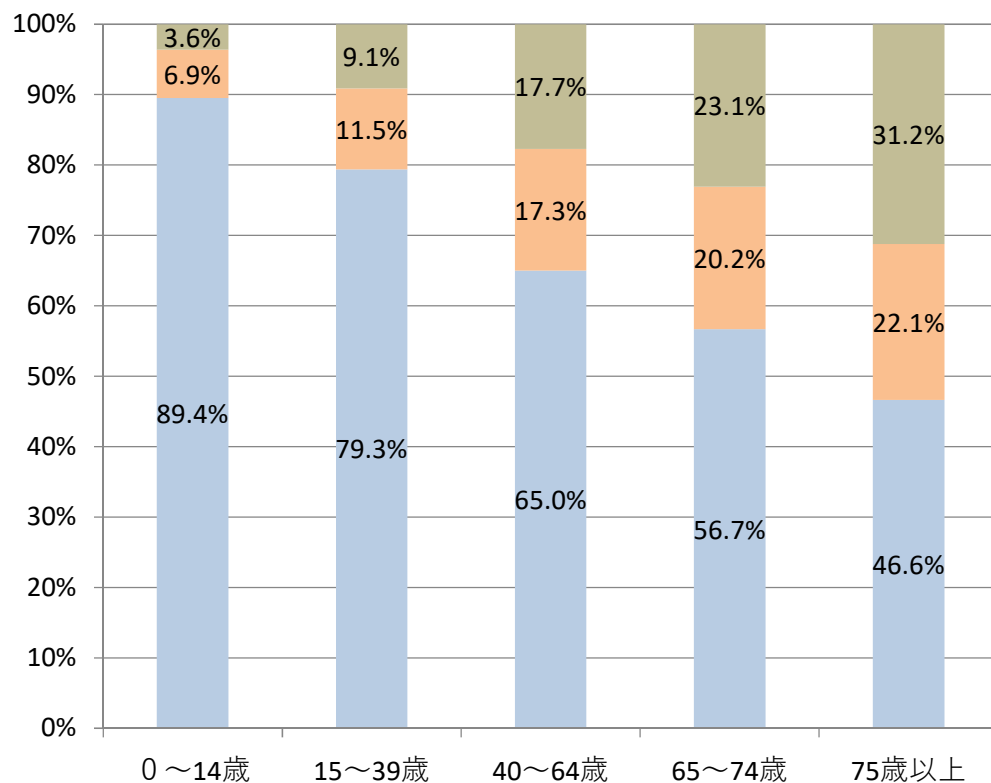
院外処方は、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を集計の対象としている。

年齢階級別にみた薬剤点数階級別数の構成割合

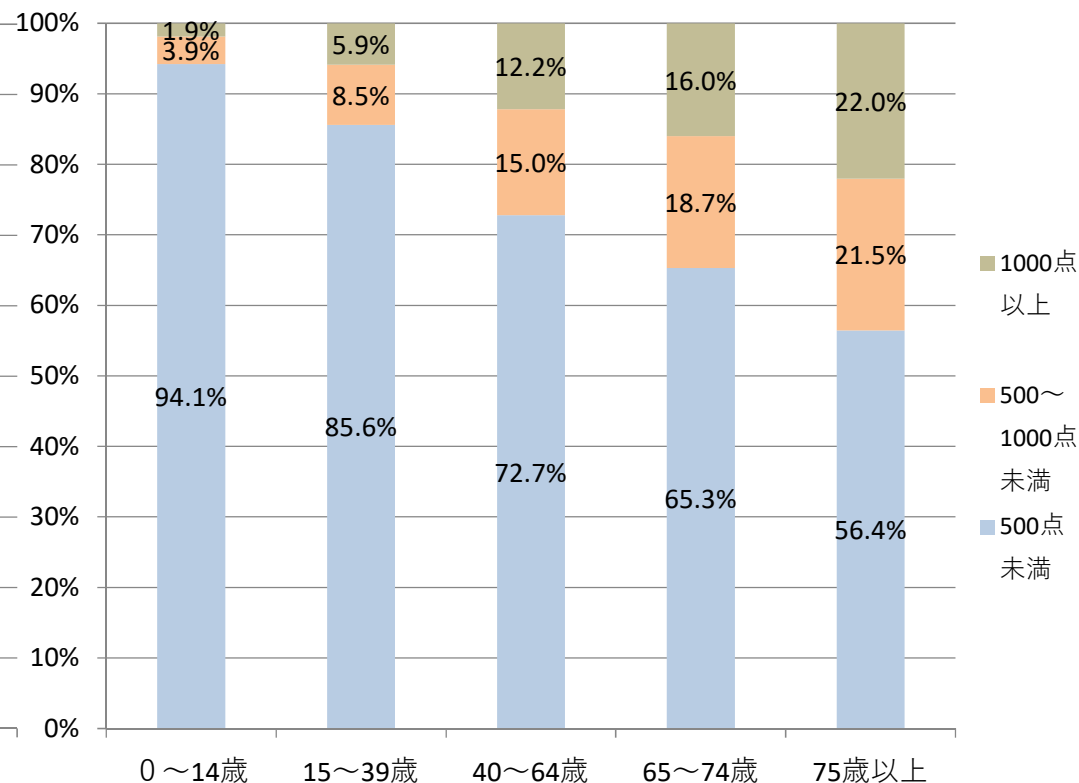
平成31年3月27日
中医協総会資料(改)

○ 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。

院外処方(薬局調剤)



院内処方(入院外・投薬)

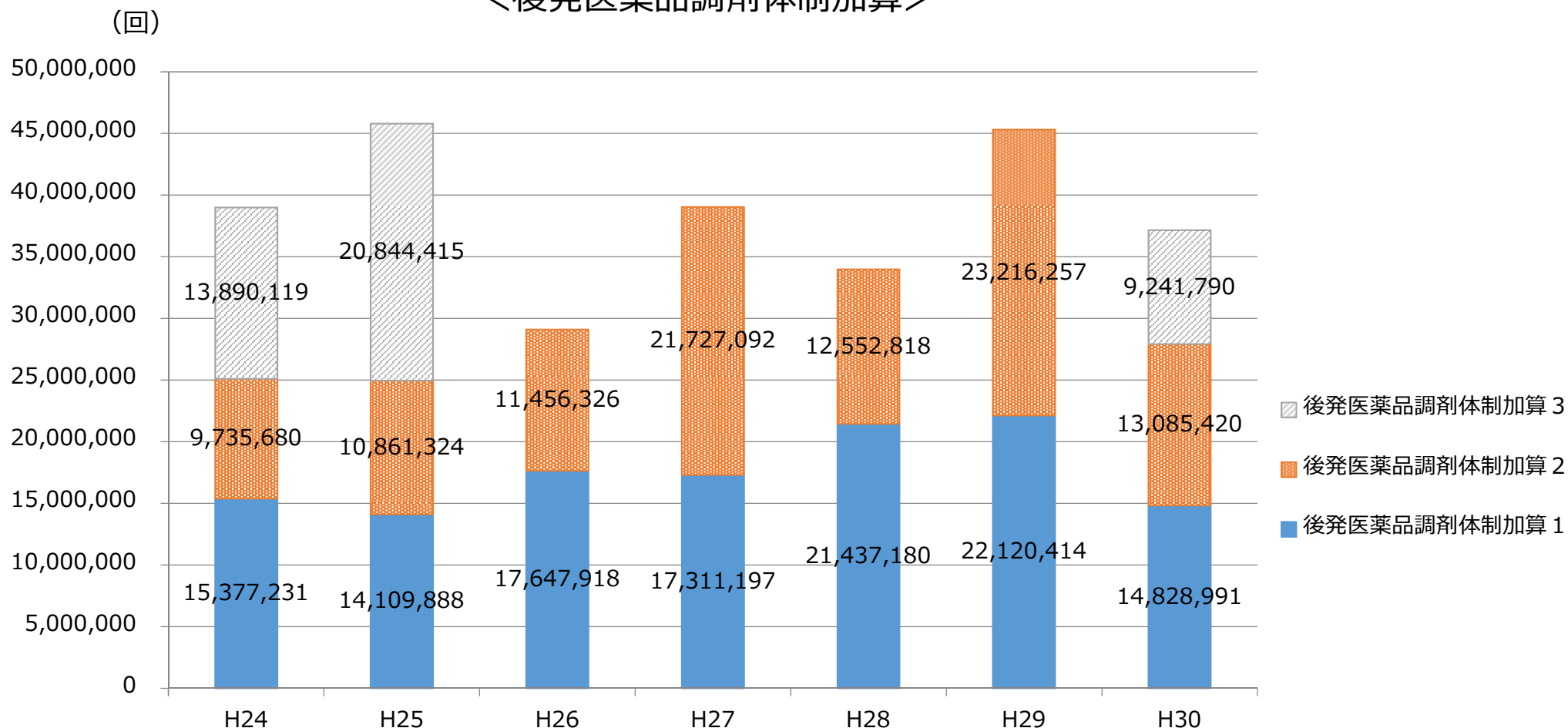


院内処方は、診療報酬明細書(医科入院外)のうち診療行為「投薬」に薬剤の出現する明細書(「処方せん料」を算定している明細書及び「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書は除く。)を集計の対象としている。また、診療行為「投薬」における薬剤の合計点数を薬剤点数階級で区分している。
院外処方は、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を集計の対象としている。

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。

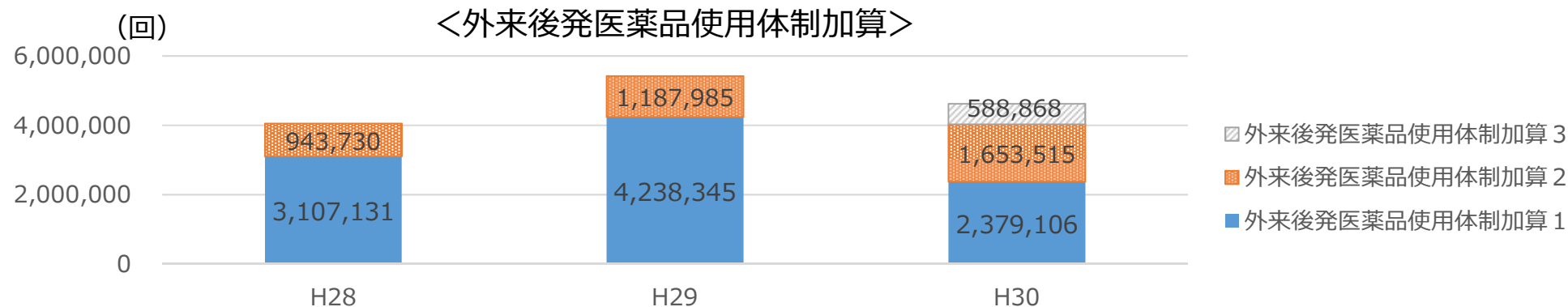
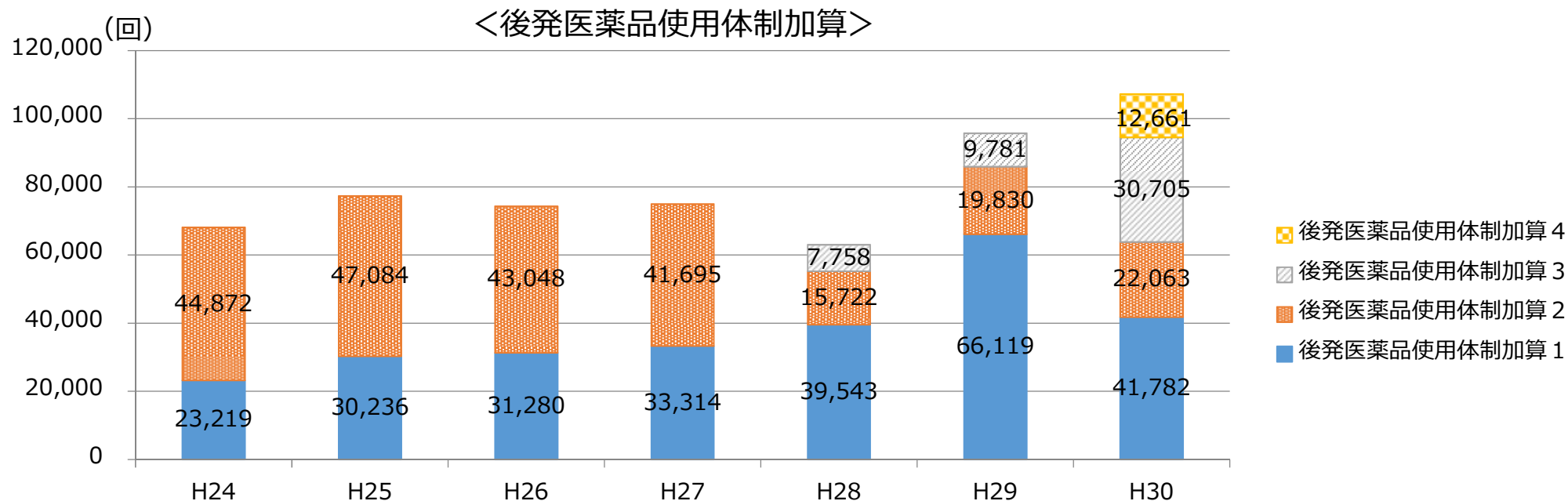
＜後発医薬品調剤体制加算＞



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)

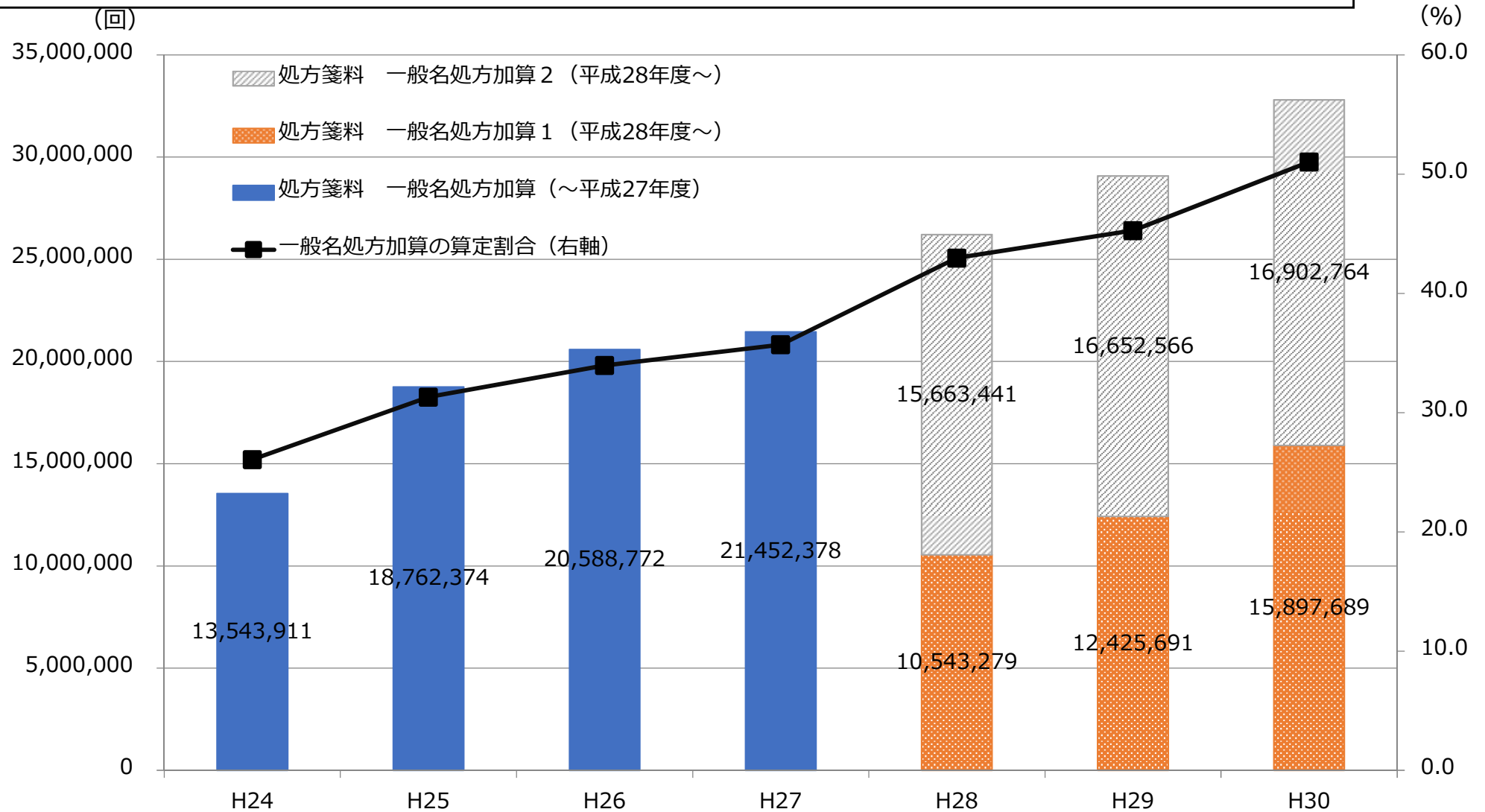
- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算については、平成30年度診療報酬改定において、後発医薬品の使用割合の基準を引き上げた。
- 後発医薬品使用体制加算の算定回数は増加したが、外来後発医薬品使用体制加算の算定回数は減少した。



一般名処方加算の算定状況（医科）

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	その他	調剤・その他	体制
2016年 (H28)	<u>(一般名処方加算)</u> 全品目：3点 1品目以上：2点	<u>(後発医薬品使用体制加算(入院))</u> ： 後発医薬品使用割合 70%以上：42点 60%以上：35点 50%以上：28点	<u>外来後発医薬品使用体制加算(診療所のみ)</u> ： 後発医薬品使用割合 70%以上：4点 60%以上：3点		<u>(後発医薬品調剤体制加算)</u> 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

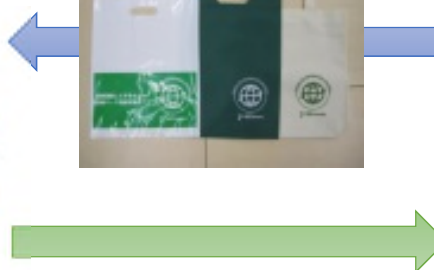
薬局

節薬バッグの活用等により服用薬を持参

②残薬がある患者

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）



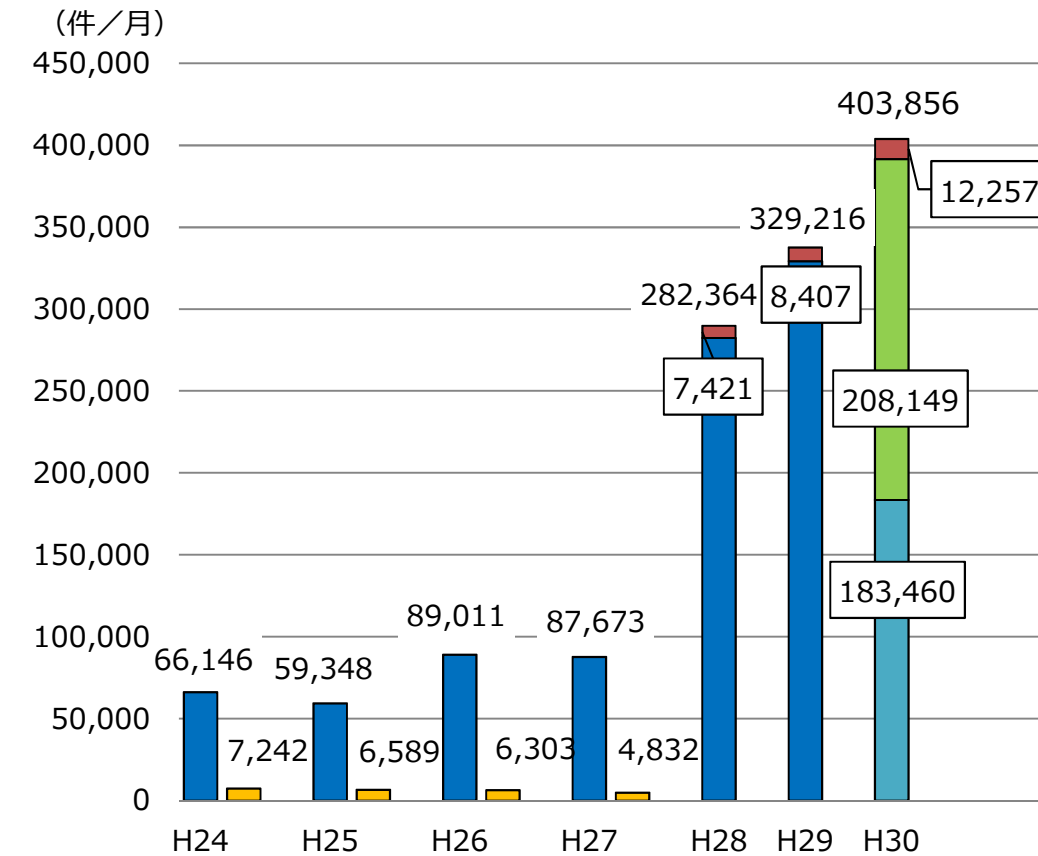
重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

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。

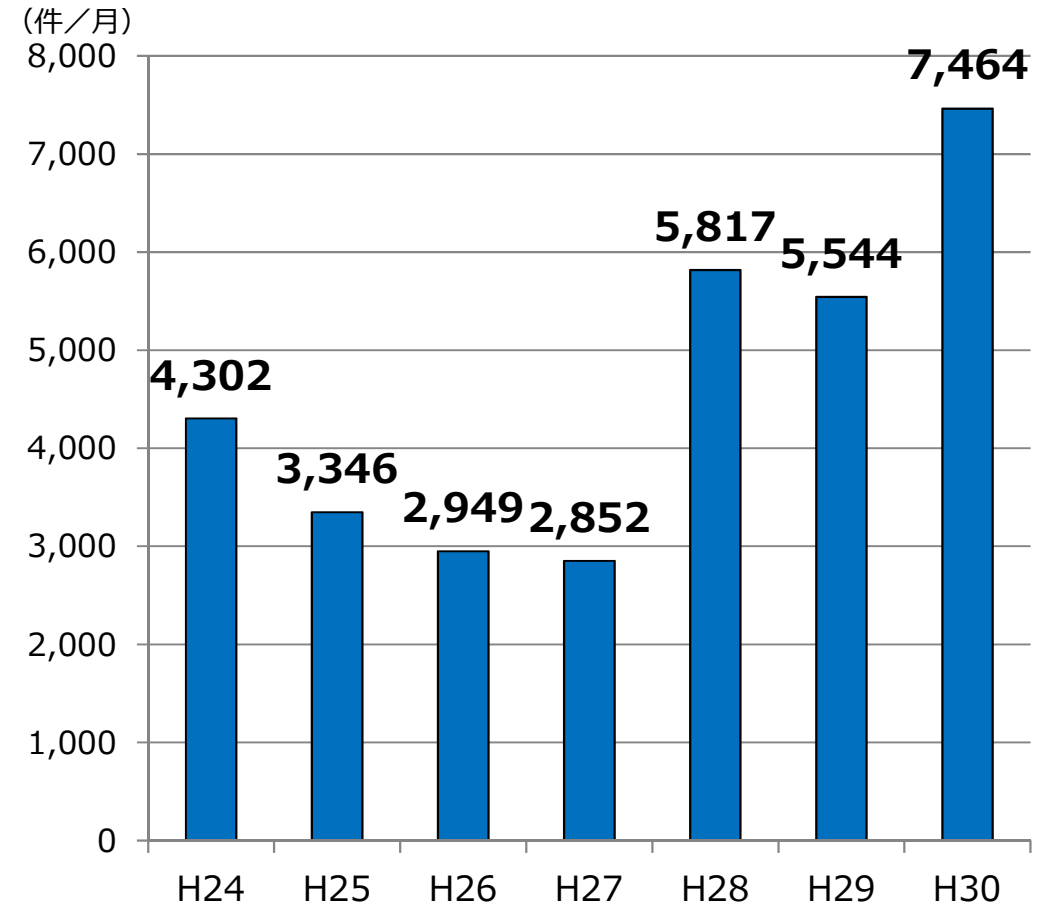
➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整
■ 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）

➤ 外来服薬支援料の算定回数



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 入院前に6種類以上の内服薬(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) 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回に限り)
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、6種類以上の内服薬(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
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		
		H28	H29	H30
薬剤総合評価調整加算	(届出不要)	1,640	1,808	2,848
薬剤総合評価調整管理料		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

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]

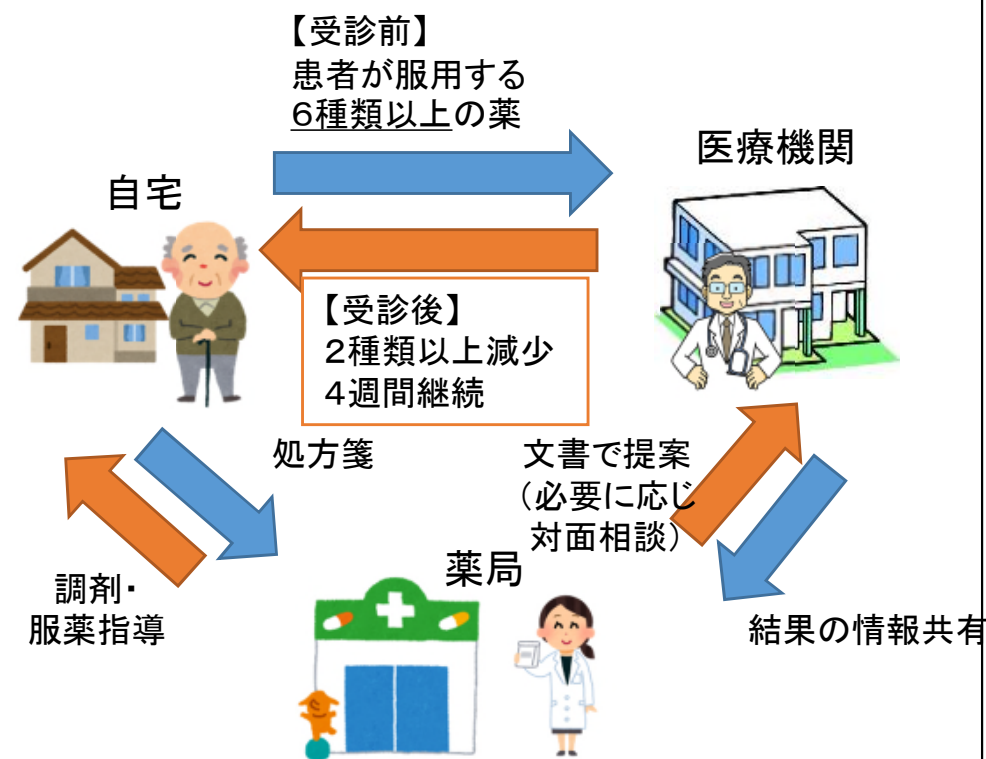
6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (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。

(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)

125点



	届出薬局数	算定回数
服用薬剤調整支援料	(届出不要)	189

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】 服薬情報提供料	20点



改定後	
【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 ※保険医療機関の求めがあった場合	30点
服薬情報等提供料2 ※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	20点

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

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



保険薬局

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



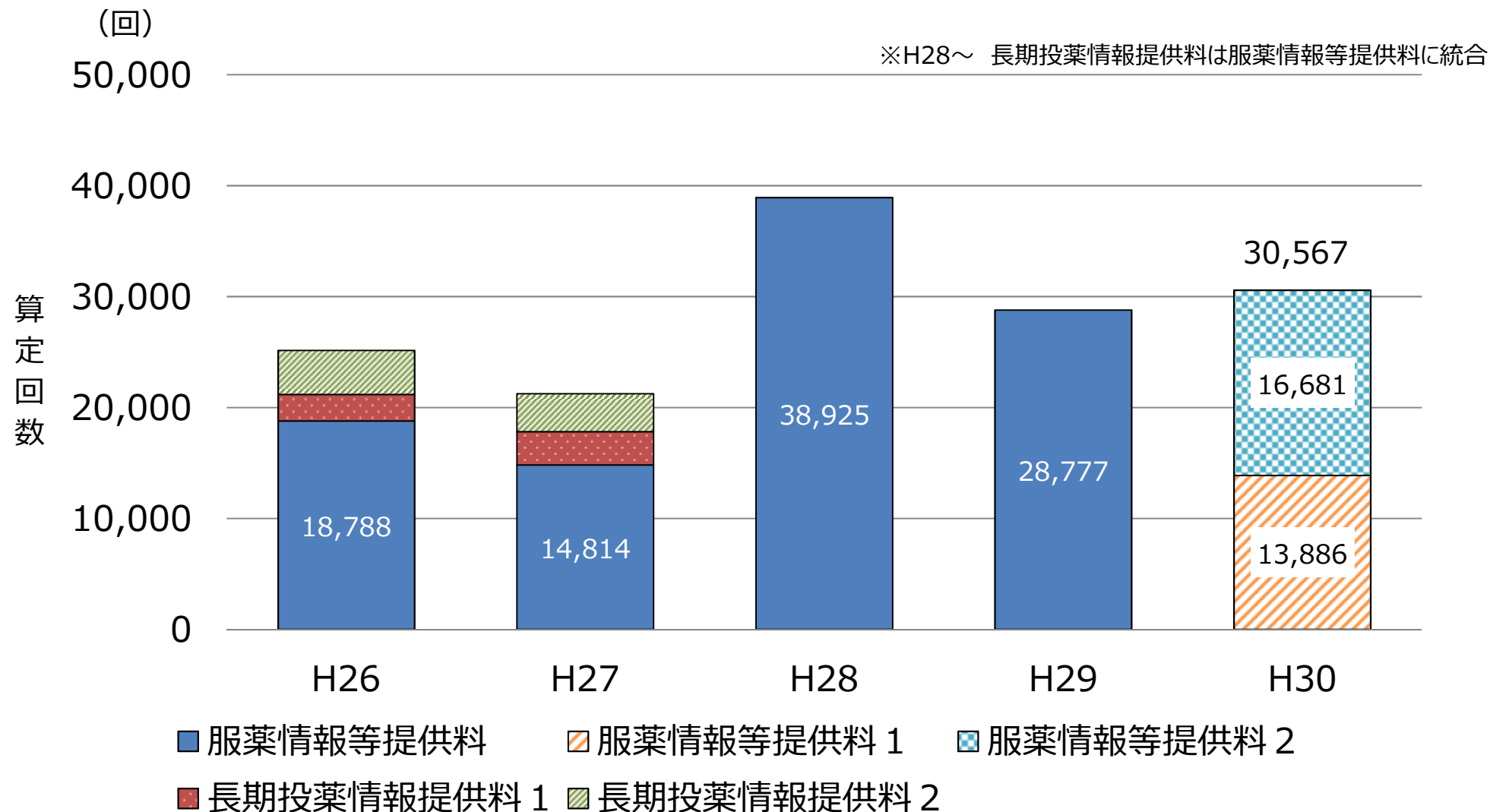
患者

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

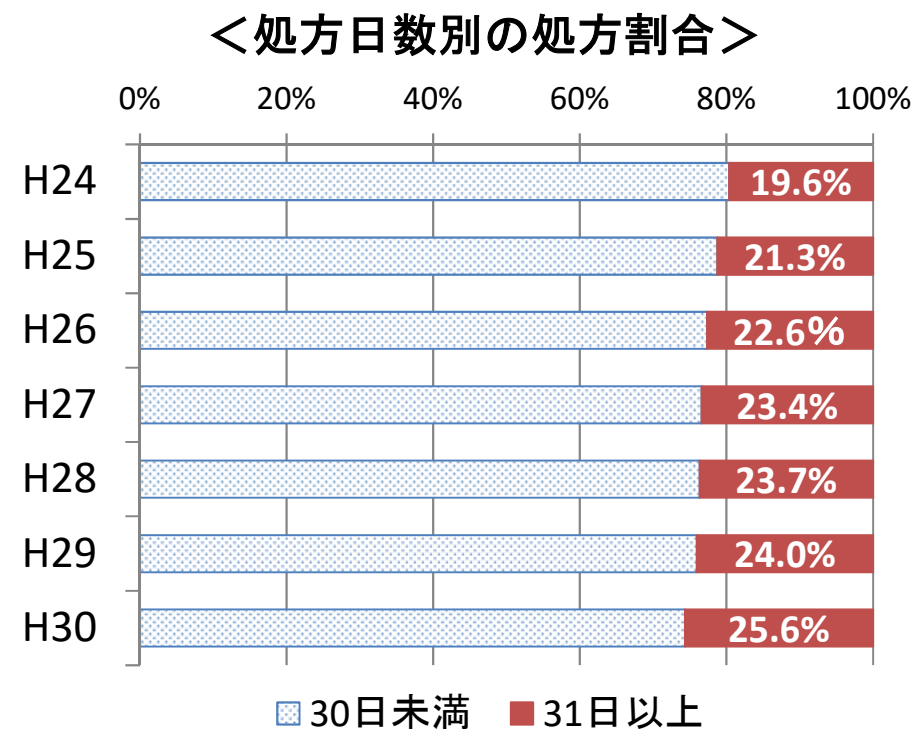
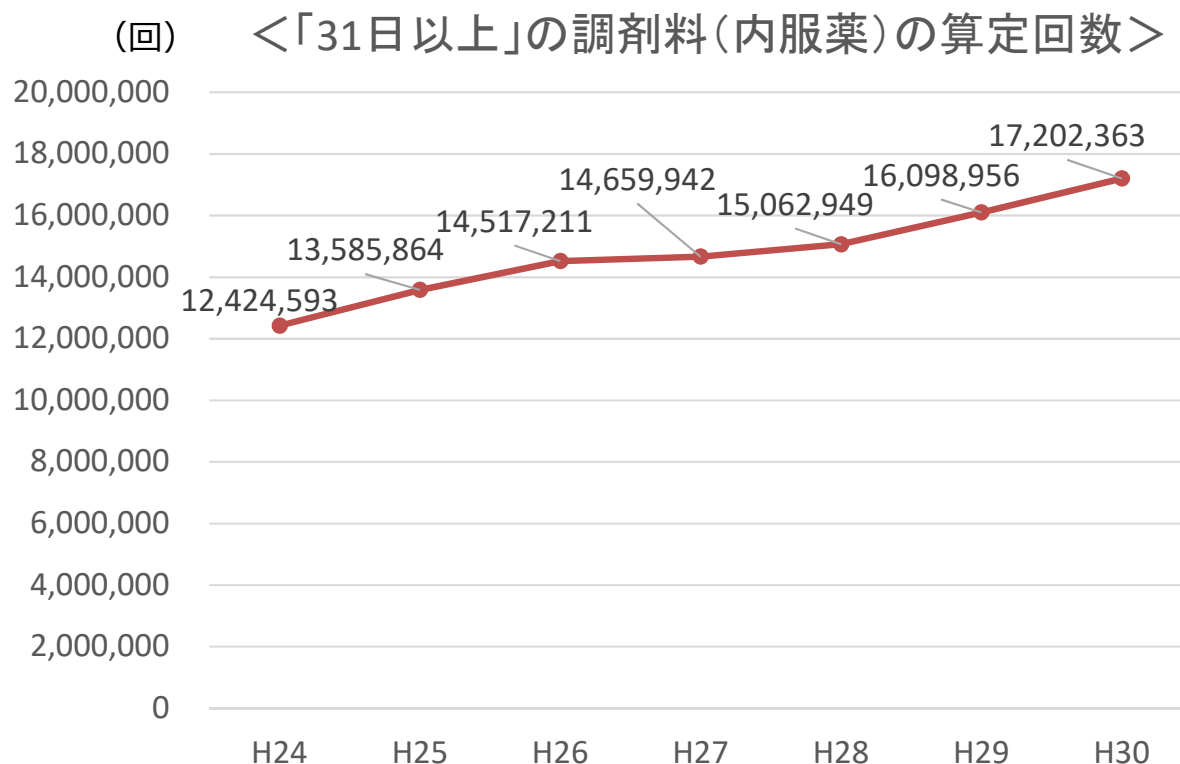
- 服薬情報等提供料は、近年、1月あたり約3万回算定されている。



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。



（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

主な施設基準の届出状況等

- 診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出等が必要となる主なものについて、各年７月１日現在における届出状況を取り纏めたものである。
- 現時点の集計値であり、今後修正の可能性がある。
- 届出状況については、地方厚生（支）局において閲覧に供することとしている。

※下線は平成３０年より追加又は変更等を行ったもの

１ 初・再診料関係

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成２８年	平成２９年	平成３０年
機能強化加算	・ 次のいずれかに係る届出を行っている（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、施設入居時等医学総合管理料） 等	—	—	1,048 11,793
時間外対応加算	・ 診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、対応できる体制にある ・ 時間外対応の体制に応じて１～３に区分	1	10,323	10,337 — 10,675
		2	15,654	15,524 — 15,908
		3	182	183 — 191
地域包括診療加算	・ 診療所において、脂質異常症、高脂血症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている	5,238	4,878	— 5,524
オンライン診療料	・ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されている ・ 緊急時の対応を行うにつき必要体制が整備されている 等	—	—	65 905

2 入院料等関係
(1) 入院基本料

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段:医療機関数/中段:病棟数/下段:病床数)				
			平成28年	平成29年	平成30年		
一般病棟入院基本料	・一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて急性期一般入院料1～7及び地域一般入院料1～3に区分		5,013 14,129 631,389	4,980 13,247 617,411	4,896 13,058 604,909		
療養病棟入院基本料	・療養病棟における医療区分等に応じて区分		3,511 4,900 221,514	3,456 4,726 222,344	3,288 4,544 220,259		
結核病棟入院基本料	・結核病棟における看護実質配置・看護師比率に応じて7対1から20対1に区分		183 185 4,594	183 202 4,497	175 185 4,081		
精神病棟入院基本料	・精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて10対1から20対1に区分		1,240 2,829 157,208	1,233 2,777 154,295	1,209 2,971 149,724		
特定機能病院入院基本料	・特定機能病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から10対1に区分	一般病棟	84 1,340 58,343	85 1,335 58,446	85 1,334 58,380		
			結核病棟	10 10 173	10 10 173	9 9 158	
				精神病棟	70 71 2,912	70 72 2,910	70 70 2,859
	・特定機能病院の結核病棟における看護実質配置・看護師比率等に応じて7対1から15対1に区分						
			・特定機能病院の精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から15対1に区分				
専門病院入院基本料	・専門病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から13対1に区分			22 165 7,283		21 144 6,513	21 147 6,619
障害者施設等入院基本料	・児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設等の一般病棟 ・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟 ・上記について、看護実質配置・看護師比率に応じて7対1から15対1に区分		862 1,405 66,800	863 1,424 67,341	876 1,482 68,421		

有床診療所入院基本料	・看護配置等に応じて1～6に区分	(診療所) 5,667 (病床数) 75,442	(診療所) 5,372 (病床数) 71,913	(診療所) 5,146 (病床数) 68,968
有床診療所療養病床入院基本料	・看護配置及び看護補助配置基準を満たしたもの ・患者の医療区分等に応じて区分	(診療所) 701 (病床数) 6,402	(診療所) 563 (病床数) 5,523	(診療所) 451 (病床数) 4,075

(2) 入院基本料等加算

名称	施設基準の概要		届出医療機関数					
			平成28年		平成29年		平成30年	
総合入院体制加算	・ 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院 ・ 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されている ・ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 ・ 急性期医療の実績等に応じて1～3に区分		1	32	1	37	1	41
			2	41	2	103	2	137
			3	265	3	186	3	174
超急性期脳卒中加算	・ 脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師の配置 ・ 薬剤師が常時配置されている 等		807		797		795	
診療録管理体制加算	・ 診療記録管理を行うに必要な体制、適切な施設及び設備の整備 等 ・ 診療記録管理者の配置に応じて1及び2に区分		1	1,382	1,481		1,581	
			2	2,747	2,797		3,002	
医師事務作業補助体制加算	・ 医師の事務作業を補助することに十分な体制が整備 ・ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 ・ 医師事務作業補助者が業務を行う場所等に応じて1及び2に区分		1	1,652	1,758		1,859	
			2	1,076	1,020		969	
急性期看護補助体制加算	・ 急性期医療を担う病院 ・ 一日に看護補助を行う看護補助者の数が一定数以上である ・ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 ・ 看護補助者の配置基準等に応じて25対1～75対1に区分		2,665		2,706		2,756	
看護職員夜間配置加算	・ 急性期医療を担う病院 ・ 看護職員の実質配置が12対1以上 ・ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等		663		858		986	
特殊疾患入院施設管理加算	・ 重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所 ・ 看護要員の実質配置が10対1以上 等		913		917		932	

看護配置加算	・当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師である 等		1, 173	1, 175	1, 214
看護補助加算	・当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数が一定数以上である ・看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等		2, 593	2, 514	2, 432
療養環境加算	・1床あたりの平均床面積が8平方メートル以上ある病室 等		3, 035	3, 135	3, 212
重症者等療養環境特別加算	・常時監視を要し、重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等の配置 ・個室又は2人部屋の病床であって、重症者等を入院させるのに適したもの 等		2, 598	2, 574	2, 535
療養病棟療養環境加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、必要な器械・器具が具備されている 機能訓練室、適切な施設 ・医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 等 ・床面積、廊下幅等に応じて1及び2に区分	1	2, 029	2, 032	2, 064
		2	502	485	478
療養病棟療養環境改善加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室、適切な施設 ・医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 ・療養環境の改善に資する計画を策定して報告 等 ・床面積、必要な器械・器具の有無に応じて1及び2に区分	1	421	391	380
		2	50	46	44
診療所療養病床療養環境加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 ・医療法施行規則に定める医師及び看護師等の員数以上の配置 ・1床あたりの床面積6.4平方メートル以上、廊下幅1.8メートル以上、食堂・談話室の設置 等		429	400	375
診療所療養病床療養環境改善加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 ・療養環境の改善に資する計画を策定して報告 等		104	89	77
緩和ケア診療加算	・緩和ケアに係るチーム(医師2名、看護師及び薬剤師)の設置 ・(財)日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている 等		230	236	355
有床診療所緩和ケア診療加算	・身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師の配置 ・夜間に看護職員を1名以上配置 等		280	287	291
精神科応急入院施設管理加算	・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」により都道府県知事が指定する精神病院 ・医療保護入院のための必要な専用病床の確保 等		381	393	403
精神病棟入院時医学管理加算	・医療法施行規則に定める医師の員数(療養病棟に係るものに限る。)以上の配置 ・当該地域の精神科救急医療体制確保のため整備された精神科救急医療施設 等		160	162	169
精神科地域移行実施加算	・地域移行を推進する部門を設置、組織的に実施する体制が整備 ・当該部門に専従の精神保健福祉士が配置 等		326	339	358
精神科身体合併症管理加算	・当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置 ・精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟 等		1, 118	1, 119	1, 112

精神科リエゾンチーム加算	・精神医療に係る専門的知識を有したチーム(医師、看護師、精神保健福祉士等)の設置 等		129	165	188
重度アルコール依存症入院医療管理加算	・アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されている		234	235	240
摂食障害入院医療管理加算	・摂食障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されている		97	94	95
栄養サポートチーム加算	・栄養管理に係るチーム(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等)の設置 等		1,182	1,166	1,403
医療安全対策加算	・医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等を医療安全管理者として配置 ・医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制を整備 ・当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置 等 ・医療安全管理者の専従要件に応じて1及び2に区分	1	1,771	1,786	1,792
		2	1,848	1,878	2,033
	医療安全対策地域連携加算 ・医療安全対策加算1又は2に係る施設基準の届出を行っている ・医療安全対策加算1を算定する他の保険医療機関及び医療安全対策加算2を算定する保険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制を整備 ・医療安全管理部門への専任の医師の配置及び連携先保険医療機関の要件に応じて1及び2に区分	1	—	—	1,337
		2	—	—	1,274
感染防止対策加算	・感染防止対策部門に、感染制御チーム(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)を組織 ・感染防止対策加算を算定する医療機関と年4回程以上の合同カンファレンス ・院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整備 等 ・感染制御チームの研修要件及び専従要件に応じて1及び2に区分	1	1,249	1,296	1,331
		2	2,652	2,678	2,718
	感染防止対策地域連携加算 ・感染防止対策加算1に係る届出を行った他の保険医療機関との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されている		—	—	1,318
抗菌薬適正使用支援加算	・感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である ・抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されている		—	—	1,057
患者サポート体制充実加算	・患者からの相談に対する窓口専任の医師、看護師、社会福祉士等1名以上を配置 ・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、職員への研修等を実施		3,357	3,173	3,008
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	・褥瘡ケアに係る専門的研修を受けた専従の看護師等を褥瘡管理者として配置 ・褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行う体制の整備 等		733	751	766
ハイリスク妊娠管理加算	・専ら産婦人科又は産科に従事する医師が1名以上配置 等		1,989	1,980	1,983
ハイリスク分娩管理加算	・専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置 ・常勤の助産師が3名以上配置 ・1年間の分娩実施件数が120件以上で、実施件数等を当該保険医療機関に掲示 等		690	698	717

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算		・精神科救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている 保険医療機関との間であらかじめ協議を行っている 等		155		159		160	
精神科救急搬送患者地域連携受入加算		・精神科救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている 保険医療機関との間であらかじめ協議を行っている 等		613		613		616	
総合評価加算		・高齢者の総合的な機能評価を適切に実施 ・高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が1名以上配置 等		1,866		1,927		2,002	
呼吸ケアチーム加算		・呼吸ケアチーム（専任の医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士）の設置 ・人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されている 等		477		509		528	
後発医薬品使用体制加算		・後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている 等 ・使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の割合に応じて1～4に区分		1	1,537	1	1,993	1	2,075
				2	431	2	462	2	817
				3	236	3	214	3	876
				4	—	4	—	4	349
病棟薬剤業務実施加算		・病棟ごとに専任の薬剤師が配置されている ・薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間（1病棟1週当たり20時間相当以上）が確保されている 等 ・病棟薬剤師の配置要件等に応じて1及び2に区分		1	1,415	1	1,567	1	1,642
				2	263	2	337	2	353
データ提出加算		・診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関 等		3,255		3,559		3,790	
入退院支援加算		・入退院支援部門の設置 ・入退院支援部門及び各病棟の看護師・社会福祉士、連携機関の要件等に応じて1～3に区分		4,156		4,215		4,281	
	入院時支援加算	・入退院支援部門に入院前支援を行う者（専従の看護師又は専任の看護師及び社会福祉士）を配置 等		—		—		1,863	
認知症ケア加算		・認知症症状を考慮した看護計画を作成・実施し、定期的にその評価を行う ・専従の認知症ケアチームを設置 等		502		2,583		3,339	
精神疾患診療体制加算		・病床数が100床以上で、内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している ・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されている 等		699		775		809	
精神科急性期医師配置加算		・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 等		222		268		294	

(3) 特定入院料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：医療機関数／下段：病床数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
救命救急入院料	・救命救急センターを有する病院 ・重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師の常時配置 ・重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設 等	387 6,498	383 6,499	376 6,411
特定集中治療室管理料	・集中治療を行う専任の医師を常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 ・集中治療を行うにつき必要な医師の常時配置及び看護配置等に応じて1～4に区分	655 5,528	644 5,299	635 5,211
早期離床・リハビリ テーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等	—	—	247
ハイケアユニット入院医療 管理料	・常時、入院患者数と看護師数の比が4対1以上 ・特定集中治療室に準じる設備 等 ・重症度等を満たしている患者の割合に応じて1及び2に区分	1 422 4,122	493 4,732	530 5,105
		2 55 521	36 337	31 307
脳卒中ケアユニット入院医 療管理料	・病院の治療室を単位とし、治療室の病床数は30床以下 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師の常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が3対1以上 等	138 1,004	153 1,202	163 1,318
小児特定集中治療室管理料	・小児集中治療を行う専任の小児科の医師を常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な体制及び専門施設 等	7 84	8 88	8 94
新生児特定集中治療室管理 料	・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 ・医師配置や新生児の受入実績等に応じて1及び2に区分	1 91 813	85 761	82 737
		2 139 802	146 833	152 889
総合周産期特定集中治療室 管理料	・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等	121	125	127
		母体・胎児集中治療室管理料 (病床数) 749 新生児集中治療室管理料 (病床数) 1,525	(病床数) 797 (病床数) 1,615	(病床数) 803 (病床数) 1,639
新生児治療回復室入院医療 管理料	・新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき必要な小児科の専任の医師の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が6対1以上 ・新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な構造設備 等	195 2,733	197 2,750	197 2,764

一類感染症患者入院医療管理料	・ 常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 等			28 93	31 99	32 103
特殊疾患入院医療管理料	・ 脊髄損傷等の重度障害者等を概ね8割以上入院させている病室 ・ 看護要員の実質配置が10対1以上 ・ 病棟における5割以上が看護職員（うち2割以上が看護師） 等			31 494	30 470	31 431
小児入院医療管理料	・ 特定機能病院以外の病院で小児科を標榜している病院 ・ 医療法施行規則に定める医師の員数以上の配置 等 ・ 常勤医師数、平均在院日数及び看護配置等に応じて1～5に区分	1	68 4, 932	68 5, 027	71 5, 237	
		2	191 6, 776	192 6, 780	191 6, 564	
		3	109 2, 627	105 2, 563	101 2, 240	
		4	373 8, 221	371 7, 923	371 8, 096	
		5	131 －	138 －	142 －	
回復期リハビリテーション 病棟入院料	・ 病棟における回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院 ・ 看護補助者の実質配置が30対1以上 等 ・ 看護実質配置、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の配置、新規入院患者のうち重症の患者の割合、在宅復帰率、リハビリテーションの効果に係る実績指数等に応じて1～6に区分	1	一般	(病床数) 14, 653	(病床数) 17, 371	(病床数) 15, 566
			療養	(病床数) 24, 057	(病床数) 26, 928	(病床数) 20, 250
		2	一般	(病床数) －	(病床数) －	(病床数) 271
			療養	(病床数) －	(病床数) －	(病床数) 6, 130
		3	一般	(病床数) 707	(病床数) 696	(病床数) 436
			療養	(病床数) 14, 020	(病床数) 13, 887	(病床数) 8, 893
		4	一般	(病床数) 20, 276	(病床数) 18, 673	(病床数) 11, 320
			療養	(病床数) 20, 276	(病床数) 18, 673	(病床数) 11, 320
		5	一般	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45
			療養	(病床数) 3, 320	(病床数) 2, 711	(病床数) 925
		6	一般	(病床数) 2, 704	(病床数) 2, 493	(病床数) 1, 018
			療養	(病床数) 2, 704	(病床数) 2, 493	(病床数) 1, 018
		7	一般	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45
			療養	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45
		8	一般	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45
			療養	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45
		9	一般	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45
			療養	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45
10	一般	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45		
	療養	(病床数) 148	(病床数) 124	(病床数) 45		

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料	・専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の住宅復帰支援担当者1名以上の配置 ・疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出をしている ・看護職員の実質配置が13対1以上 等 ・在宅復帰率、地域包括ケアに関する実績等に応じて1～4に区分	1	— —	— —	611 18,829
		2	1,486 42,829	1,848 56,332	1,587 50,827
		3	— —	— —	24 572
		4	108 2,712	126 3,093	97 2,140
看護職員夜間配置加算	・夜勤を行う看護職員が16対1以上 等		—	—	54 1,913
特殊疾患病棟入院料	・看護要員の実質配置(5割以上が看護職員)が10対1以上 ・看護職員の2割以上が看護師 等 ・該当患者の症状等に応じて1及び2に区分	1	111 5,876	110 5,850	109 5,781
		2	91 6,562	93 6,877	97 7,095
緩和ケア病棟入院料	・末期の悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の罹患患者が入院 ・看護師の実質配置が7対1以上 等	1	374 7,539	394 7,927	403 8,136
		2	— —	— —	13 227
精神科救急入院料	・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 ・当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に5名以上の精神保健指定医の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 ・精神科救急医療施設 等 ・在宅復帰率等に応じて1及び2に区分	1	130 7,754	137 8,630	143 9525
		2	4 258	4 256	3 216
看護職員夜間配置加算	・夜勤を行う看護職員が16対1以上 ・行動制限最小化委員会の設置 等		—	—	34 1,938
精神科急性期治療病棟入院料	・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・精神科救急医療施設 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・当該病棟に1名以上かつ当該医療機関に2名以上の精神保健指定医の配置 等 ・看護配置等に応じて1及び2に区分	1	337 15,936	346 16,220	350 16154
		2	14 690	12 628	14 746

精神科救急・合併症入院料	・救命救急センターを有する病院 ・当該医療機関に精神科医5名以上且つ当該病棟に精神保健指定医3名以上の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 等		9 322	10 334	12 424
	看護職員夜間配置加算 ・夜勤を行う看護職員が16対1以上 ・行動最小化委員会の設置 等		—	—	5 180
児童・思春期精神科入院医療管理料	・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室 ・小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師が2名以上配置（うち1名以上は精神保健指定医） ・看護師の実質配置が10対1以上 等		34 1,180	37 1,223	38 1,268
精神療養病棟入院料	・長期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 等		830 94,282	824 92,816	823 91,972
精神保健福祉士配置加算	・当該病棟に1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 ・退院支援部署の設置及び1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 等		—	—	108 9,452
認知症治療病棟入院料	・当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師 等 ・看護配置等に応じて1及び2に区分	1	497 34,458	501 34,911	506 35,284
		2	11 936	8 680	7 660
特定一般病棟入院料	・医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において1病棟で構成 ・看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて1及び2に区分	1	2 66	2 66	2 96
		2	4 185	5 227	3 127
地域移行機能強化病棟入院料	・1年以上の長期入院患者等を入院させる精神病棟 ・看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者を15:1以上で配置 ・月当たり、届出病床数の1.5%以上の数の長期入院患者が退院 ・1年当たり届出病床数の5分の1以上の数の精神病床が減少 等		9 219	36 1,239	41 1,666

3 短期滞在手術等基本料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
短期滞在手術等基本料	・短期滞在手術等を行うための体制、回復室の確保、看護配置 等 ・日帰り、1泊2日の入院の形態に応じて1及び2に区分	115 221	119 232	123 249
		114 44	111 44	95 45

4 医学管理等

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			平成28年	平成29年	平成30年
ウイルス疾患指導料注2	・専任の医師、専従の看護師、専任の薬剤師の配置 ・当該療法を行うにつき十分な体制及び構造設備 等		67 2	68 2	70 2
喘息治療管理料	・専任の看護師又は准看護師の常時1人以上配置 ・喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具の具備、緊急時の入院体制の確保 等		231 321	233 332	229 332
糖尿病合併症管理料	・糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師配置 ・糖尿病足病変の指導を担当する専任の看護師配置 等		1,540 723	1,554 751	1,588 822
がん性疼痛緩和指導管理料	・緩和ケアを担当する医師(緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。)が配置されている		2,873 3,032	2,966 3,346	3,034 3,686
がん患者指導管理料	・がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されている ・指導内容・職種等に応じて1～3に区分	イ	1,220 54	1,269 66	1,308 70
		ロ	1,181 47	1,243 58	1,295 63
		ハ	691 9	749 13	811 10
外来緩和ケア管理料	・身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する担当の経験を有する看護師及び薬剤師の設置 等		220 0	220 0	313 1
移植後患者指導管理料	・臓器・造血幹細胞移植に係るチーム(医師、看護師、薬剤師)の設置 ・移植医療に特化した専門外来の設置 等		232 2	247 1	278 2
糖尿病透析予防指導管理料	・透析予防診療チーム(医師、看護師又は保健師、管理栄養士)の設置 ・糖尿病教室を定期的を実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明 等		1,227 287	1,226 280	1,272 301
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	・乳腺炎の重症化及び再発予防の指導、乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師の配置 ・乳腺炎及び母乳育児のケア・指導経験を有し、助産に関する専門の知識等を有する助産師の配置		— —	— —	671 338
地域連携小児夜間・休日診療料	・当該保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師と別の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師との連携体制 等 ・医師の配置、24時間診療体制の有無に応じて1及び2に区分	1	78 251	77 244	76 247
		2	87 2	86 2	88 2
地域連携夜間・休日診療料	・夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有している 等		133 92	136 89	138 93
院内トリアージ実施料	・専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師の配置 ・院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直し 等		1,101 50	1,112 55	1,217 62

外来放射線照射診療料	・放射線治療医、看護師、診療放射線技師、医療機器安全管理等を担当する技術者の配置 ・合併症発生等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制の確保	430 11	437 10	434 12
地域包括診療料	・許可病床200床未満の病院又は診療所において、脂質異常症、高脂血症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている	26 171	34 186	46 218
小児かかりつけ診療料	・小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されている ・小児外来医療において適切な専門医療機関等と連携している 等	— 876	— 909	— 1,429
ニコチン依存症管理料	・禁煙治療の経験を有する医師、専任の看護職員の配置 ・医療機関の敷地内禁煙 等	2,572 13,941	2,514 13,543	2,565 14,144
開放型病院共同指導料	・当該病院の存する地域の全ての医師、歯科医師の利用の為に開放され、専用の病床を有する病院 等	(病院数) 916	(病院数) 929	(病院数) 936
ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	・産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関である ・年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している 等	256 720	254 719	256 724
がん治療連携計画策定料	・がん診療連携の拠点となる病院又はそれに準じる病院である ・当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成している 等	(病院数) 686	(病院数) 697	(病院数) 702
がん治療連携指導料	・がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されている 等	3,190 19,171	3,249 19,988	3,313 20,789
排尿自立指導料	・専任の常勤看護師等からなる排尿ケアチームが設置されている ・排尿ケアに関するマニュアルを作成し、院内研修を実施すること 等	140 0	395 1	576 2
肝炎インターフェロン治療計画料	・肝疾患に関する専門の保険医療機関である ・肝炎インターフェロン治療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されている 等	1,309 651	1,280 652	1,255 651
ハイリスク妊産婦連携指導料1	・精神疾患を有する妊産婦の診療について十分な実績を有している 等	— —	— —	294 244
ハイリスク妊産婦連携指導料2	・精神疾患を有する妊産婦の診療について十分な実績を有している 等	— —	— —	186 125
薬剤管理指導料	・薬剤師の配置 ・医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設 等	5,335 21	5,289 22	5,242 24
地域連携診療計画加算	・地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている 等	353 386	487 825	536 899
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	・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 等	589 1,543	833 2,315	881 2,650

医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等 ・臨床工学技士、医師配置等に応じて1及び2に区分	1	2,609	2,638	2,672
		2	294	297	312
			503	510	516
			17	16	16

5 在宅医療

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
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	・診療所又は許可病床数が200床未満の病院 ・在宅医療の調整担当者が1名以上配置されている 等	1,789	1,858	1,988
在宅がん医療総合診療料	・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っている ・在宅末期医療を提供するにつき必要な体制の整備、緊急時の入院体制の整備 等	21,642	21,599	22,050
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料	(緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させるものに限る) ・緩和ケア等に係る専門の研修を受けた看護師が配置されている 等	687	711	749
在宅療養後方支援病院	・許可病床数が200床以上の病院 ・在宅療養後方支援を行うにつき十分な体制が整備されている	12,303	11,461	11,628
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	・常勤の医師、保健師・助産師・看護師又は准看護師及び管理栄養士の3名で構成された在宅褥瘡対策チームが設置されている 等	606	676	758
在宅血液透析指導管理料	・在宅血液透析に係る医療を提供するにつき必要な体制が整備されている	41	52	53
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	・植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合していること ・関係学会から認定され、その旨が広く周知された施設であること	(病院数)	(病院数)	(病院数)
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	・在宅腫瘍治療電場療法を行うにつき十分な体制が整備されている ・膠芽腫の治療の経験を過去5年間に5例以上有すること 等	342	377	406
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	・経肛門的自己洗腸の指導を行うにつき十分な体制が整備されていること	108	110	107
在宅療養支援診療所	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等 ・常勤医師数、緊急往診件数、看取り件数等に応じて区分	103	105	107
	機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)	122	125	130
	機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)	127	142	141
	在宅療養支援診療所	37	41	52
		0	0	0
		—	—	98
		—	—	0
		—	—	57
		—	—	7
		189	188	195
		2,725	2,790	2,969
		11,931	10,434	10,827

在宅療養支援病院	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供可能な体制 等 ・常勤医師数、緊急往診件数、看取り件数等に応じて区分	機能強化型在宅療養支援病院 (単独型)	155	172	184
		機能強化型在宅療養支援病院 (連携型)	317	337	339
		在宅療養支援病院	663	714	822
有床診療所在宅復帰機能強化加算	・直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上 ・平均在院日数が90日以内 等		607	655	746
有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算	・直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上 ・平均在院日数が365日以内 等		64	68	68

6 検査

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			平成28年	平成29年	平成30年
骨髄微小残存病変量測定	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制 等		— —	— —	14 0
抗HLA抗体（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている		— —	— —	97 0
HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		1,364 3,339	1,363 3,351	1,364 3,388
検体検査管理加算	・院内検査を行っている病院、診療所 等 ・臨床検査を担当する常勤医師の有無、常勤臨床検査技師の配置に応じて1～4に区分	1	2,562 355	2,531 361	2,475 371
		2	2,295 54	2,320 55	2,354 59
		3	47 0	40 0	39 0
		4	635 1	668 1	687 1
国際標準検査管理加算	・国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている		61 0	83 0	109 1
遺伝カウンセリング加算	・遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤医師が配置 ・患者又はその家族に対して、カウンセリングの内容が文書交付され、説明がなされている		108 23	121 25	157 26

遺伝学的検査	・関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守する	223 7	319 17	501 36
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	598 6	604 6	618 6
胎児心エコー法	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等	322 41	325 42	332 46
人工臓器検査、人工臓器療法	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	49 0	49 0	59 1
長期継続頭蓋内脳波検査	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	(病院数) 315	(病院数) 314	(病院数) 318
長期脳波ビデオ同時記録検査 1	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等	4 0	6 0	17 0
脳波検査判断料 1	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等	27 1	66 7	119 8
遠隔脳波診断	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等	3 0	6 1	6 2
光トポグラフィー（減算対象外）	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・一定割合以上、別の保険医療機関からの依頼により検査を実施 等	28 0	32 0	34 0
脳磁図	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・当該検査を行うにつき十分な体制 等	25 4	22 3	22 3
神経学的検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,451 1,272	1,444 1,317	1,448 1,372
補聴器適合検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な装置・器具 等	280 361	286 380	289 401
コンタクトレンズ検査料 1	・当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が3割未満である 等	1,002 6,079	958 6,055	945 6,127
コンタクトレンズ検査料 2	・コンタクトレンズ検査料 1 の施設基準の一部を満たしているが、算定した患者が年間10,000人未満である、自施設交付割合が9割5分未満等のいずれにも該当しない	0 1	0 2	0 5
コンタクトレンズ検査料 3	・コンタクトレンズ検査料 1 の施設基準の一部を満たしていないが、算定した患者が年間10,000人未満である、自施設交付割合が9割5分未満等のいずれかに該当する	1 162	4 659	4 651
小児食物アレルギー負荷検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	824 582	854 641	876 715
内服・点滴誘発試験	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等	392 6	391 6	390 6

7 画像診断

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			平成28年	平成29年	平成30年
画像診断管理加算	- 放射線科を標榜する医療機関 - 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 - 画像診断を専ら担当する常勤医師により、すべての核医学診断、コンピュータ断層診断について画像情報等の管理等に応じて1～3に区分	1	667 215	653 216	668 225
		2	1,047 0	1,048 0	1,057 0
		3	— —	— —	16 0
遠隔画像診断	(送信側) ・離島等に所在する保険医療機関 ・画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器、施設 等 (受信側) ・画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・遠隔画像診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	204 151	214 167	224 181
		受信側	108 —	110 —	121 1
ポジトロン断層撮影	- 画像診断を担当する常勤医師の配置 - 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定)		204 44	211 40	215 40
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影 (PET-CT)	- 画像診断を担当する常勤医師の配置 - 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定)		295 54	309 55	318 55
CT撮影	当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等		6,121 3,629	6,299 3,986	6,434 4,311
MRI撮影	当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等		2,960 809	3,050 888	3,105 969
冠動脈CT撮影加算	- 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 - 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等		1,031 13	1,056 13	1,079 14
外傷全身CT加算	- 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 - 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等		(病院数) 152	(病院数) 156	(病院数) 158
心臓MRI撮影加算	- 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 - 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等		890 9	906 9	930 10
乳房MRI撮影加算	- 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設である - 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等		399 0	406 0	418 0

小児鎮静下MRI撮影加算	・小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	—	—	2940
頭部MRI撮影加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師が3名以上配置 ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	—	—	490

8 投薬

名称	施設基準の概要	届出医療機関数		
		平成28年	平成29年	平成30年
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	・当該処方を行うにつき必要な医師の配置 ・抗悪性腫瘍剤処方管理加算を行うにつき必要な体制が整備されている 等	1,290	1,287	1,297
外来後発医薬品使用体制加算	・後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所 ・後発医薬品の規格単位数量が割合が一定以上であること 等	7,231	8,512	9,072

9 注射

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
外来化学療法加算	・必要な機器及び十分な専用施設 等 ・専任の常勤医師の有無等に応じて1及び2に区分	1,557 65	1,560 63	1,563 63
		582 336	580 328	568 322
無菌製剤処理料	・無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 ・無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されている 等	(病院数) 2,353	(病院数) 2,384	(病院数) 2,405

10 リハビリテーション

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
心大血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	1,040 42	1,097 50	1,142 59
		71 30	68 43	69 53

脳血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分	(Ⅰ)	2,734 74	2,820 75	2,883 83
		(Ⅱ)	1,653 304	1,643 300	1,655 304
		(Ⅲ)	1,377 1,538	1,321 1,577	1,289 1,621
運動器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分	(Ⅰ)	4,480 1,053	4,577 1,191	4,638 1,341
		(Ⅱ)	1,035 3,389	998 3,379	980 3,337
		(Ⅲ)	611 822	556 801	532 851
呼吸器リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分	(Ⅰ)	3,497 163	3,558 169	3,602 168
		(Ⅱ)	655 171	624 173	611 178
難病患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		15 53	14 56	12 61
障害児(者)リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		231 135	238 139	238 151
がん患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		1,601 7	1,715 6	1,796 8
認知症患者リハビリテーション料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		126 —	139 —	173 —
リンパ浮腫複合的治療料	・専任の常勤医師、専任の従事者 等 ・必要な施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		11 0	73 1	92 2
集団コミュニケーション療法料	・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等		874 122	855 125	837 130

1 1 精神科専門療法

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			平成28年	平成29年	平成30年
児童思春期精神科専門管理加算	・常勤の精神保健指定医及び精神科医師、専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者の配置 ・精神療法を実施した16歳未満の患者数が月平均40人以上で、全体の50%以上であること 等		78 16	83 15	95 17
救急患者精神科継続支援料	・専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名の配置		2 0	26 0	35 0
認知療法・認知行動療法	・認知療法・認知行動療法に習熟した医師の配置 ・精神保健指定医、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等に応じて1～3に区分	1	136 77	143 80	282 415
		2	139 295	145 309	1 1
		3	0 0	0 0	— —
			3 0	10 0	14 0
			(病院数) 1,364	(病院数) 1,360	(病院数) 1,374
依存症集団療法	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等		3 0	10 0	14 0
精神科作業療法	・精神科医師、作業療法士の配置 ・専用施設の保有 等		(病院数) 1,364	(病院数) 1,360	(病院数) 1,374
精神科ショート・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて大規模及び小規模に区分	大規模なもの	599 233	604 240	616 241
		小規模なもの	383 354	386 356	383 376
		大規模なもの	743 302	744 305	753 308
		小規模なもの	396 322	386 312	377 323
精神科デイ・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて大規模及び小規模に区分		119 120	122 118	119 121
精神科ナイト・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等		325 147	326 149	324 153
精神科デイ・ナイト・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等		299 5	343 5	403 6
抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	・統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師、薬剤師の配置 ・治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している患者に対して、計画的な治療管理を継続して実施 等		299 5	343 5	403 6
重度認知症患者デイ・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等		177 104	180 105	183 107

精神科在宅患者支援管理料	・精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士の配置 ・患者に対して、計画的かつ継続的な医療を提供できる体制の確保 等	17 5	17 10	70 99
医療保護入院等診療料	・常勤精神保健指定医1名以上 ・行動制限最小化に係る委員会の設置 等	1,365 0	1,365 0	1,381 0

1 2 処置

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			平成28年	平成29年	平成30年
硬膜外自家血注入	・専門の知識及び1年以上の経験を有する医師を配置 ・必要な体制が整備されている 等		145 2	165 2	179 2
エタノールの局所注入	・専門の知識及び5年以上の経験医師を配置 ・必要な器械・器具の具備 等	甲状腺	383 93	387 96	391 104
		副甲状腺	352 79	353 78	359 80
人工腎臓	・透析用監視装置の台数 ・透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を行う患者の数の割合	慢性維持透析を行なった場合1	— —	— —	2,284 2,084
		慢性維持透析を行なった場合2	— —	— —	16 37
導入期加算1、導入期加算2及び腎代替療法実績加算	・当該療法を行うにつき十分な説明を行っている	1	— —	— —	1,674 1,744
	・当該療法を行うにつき十分な説明を行っている ・当該療法を行うにつき必要な実績を有している	2及び腎代替療法実績加算	— —	— —	522 143
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	・透析治療に用いる装置及び透析液の水質を管理するにつき十分な体制が整備されている	1	731 607	612 546	1,876 1,860
		2	1,432 1,509	1,568 1,619	— —
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	・慢性維持透析を実施している患者全員に対し、療養上必要な指導管理を行っている ・十分な体制が整備されている 等		1,014 1,214	1,402 1,504	1,571 1,626
			0 0	34 1	50 1
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	・事前に適切な計画を策定し、処置が終了した際には担当の多職種が参加するカンファレンスにより短期効果を検討 等		0 0	34 1	50 1

1 3 手術

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	175 0	182 0	183 0
皮膚移植術（死体）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	61 0
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	36 0	49 0	59 0
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	257 4
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	55 0	54 0	58 0
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	563 0	559 0	563 0
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	905 0	923 0	951 10
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁に対して実施する場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	128 0
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱に対して実施する場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	52 0
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	243 189
人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	129 0	131 0	140 0
喉頭形成手術（甲状軟骨固定器具を用いたもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	9 1
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	58 0	60 0	58 0
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	30 0	46 0	68 0
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	23 0

乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	・画像管理加算 1, 2 又は 3 に関する施設基準を有する ・乳癌の専門的な診療が可能として認定されている 等	— —	— —	75 1
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	4 0
乳がんセンチネルリンパ節加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,333 8	1,366 9	1,428 9
乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	214 2	246 3	276 4
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	21 0
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	21 0
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	89 0	92 0	99 0
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	14 0
同種死体肺移植術	・肺の移植実施施設として移植関連学会合同委員会に選定されている	9 0	9 0	9 0
生体部分肺移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	9 0	9 0	9 0
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔縫合閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膈腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	415 0
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	11 0
内視鏡下筋層切開術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	11 0	14 0	18 0
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	426 0	441 0	444 0
胸腔鏡下弁形成術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	130 0
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0

経カテーテル大動脈弁置換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	99 0	120 0	141 0
胸腔鏡下弁置換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	129 0
経皮的僧帽弁クリップ術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	20 0
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている	2,480 262	2,467 258	2,464 268
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカーの場合)	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	442 2
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	406 0	416 0	418 0
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	425 0	431 0	435 0
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	421 0	429 0	433 0
大動脈バルーンパンピング法(IABP法)	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている	1,589 47	1,590 48	1,585 47
経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき関係学会より認定されている 等	— —	— —	42 0
補助人工心臓	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	147 0	146 0	144 0
小児補助人工心臓	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき関係学会より認定されている 等	9 0	11 0	11 0
植込型補助人工心臓(非拍動流型)	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	40 0	44 0	46 0
同種心移植術	・移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定されている	9 0	10 0	11 0
同種心肺移植術	・移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定されている	3 0	3 0	3 0
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1 0	3 0	5 0
腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	51 0

腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	49 0
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	48 0
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	253 0
胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	288 0	320 0	341 0
体外衝撃波胆石破碎術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	434 0	425 0	420 0
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	4 0
腹腔鏡下肝切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	510 0	523 0	552 0
生体部分肝移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	70 0	68 0	68 0
同種死体肝移植術	・移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定されている	25 0	26 0	26 0
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	335 0
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	546 0
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	・移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定されている	16 0	17 0	16 0
生体部分小腸移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	8 0
同種死体小腸移植術	・移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定されている	— —	— —	10 0
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	922 0	961 0	1,010 0
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	36 0
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	871 3	861 3	858 3

同種死体腎移植術	・腎臓移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録されている	131 0	128 0	129 0
生体腎移植術	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	172 0	171 0	174 0
膀胱水圧拡張術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	452 16	466 17	477 18
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	34 0
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
焦点式高エネルギー超音波療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	7 0	7 0	7 0
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	204 0	229 0	238 0
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	205 0	239 0	264 0
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
造脛術、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
腹腔鏡下仙骨腔固定術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	59 2	90 2	130 2
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	— —	3 0

腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		—	—	180
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		—	—	120
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		—	—	1920
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		—	—	860
輸血管理料	・必要な医師及び従事者の配置 ・輸血剤の適正使用 等 ・医師及び従事者の配置等に応じて（Ⅰ）及び（Ⅱ）に区分	（Ⅰ）	5643	5763	5824
		（Ⅱ）	1,78317	1,80818	1,83521
コーディネート体制充実加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・同種移植のコーディネートを行うにつき十分な体制が整備されている 等		—	—	580
自己クリオプレシピレート作製術（用手法）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・血液剤の適正使用 等		—	—	770
凍結保存同種組織加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		40	40	50

1 4 麻酔

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 （上段：病院数／下段：診療所数）		
			平成28年	平成29年	平成30年
麻酔管理料	・麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されている 等 ・麻酔科標榜医の配置等に応じて（Ⅰ）及び（Ⅱ）に区分	（Ⅰ）	2,348505	2,343496	2,357492
		（Ⅱ）	4070	4210	4340

1 5 放射線治療

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
放射線治療専任加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	532 16	537 16	547 18
外来放射線治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が1名以上配置 ・当該治療を行うために必要な機器、施設 等	527 16	534 16	543 18
遠隔放射線治療計画加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	— —	— —	3 0
高エネルギー放射線治療	・年間合計100例以上実施 等	671 15	683 14	680 15
強度変調放射線治療 (IMRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	245 14	265 13	289 13
画像誘導放射線治療 (IGRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	409 15	436 14	465 16
定位放射線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	426 16	442 16	467 18
粒子線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	11 3	12 3	13 5
粒子線治療適応判定加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制 等	10 2	10 2	13 4
粒子線治療医学管理加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	10 2	10 2	12 4
画像誘導密封小線源治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	76 0	84 0	91 0

1 6 病理

名称	施設基準の概要		届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
			平成28年	平成29年	平成30年
保険医療機関間の連携による病理診断	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関等 ・ 病理標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等	送信側	157 35	217 124	250 192
	(受信側) ・ 病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	受信側	81 2	88 5	104 8
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関等 ・ 病理組織標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等	送信側	103 0	106 0	113 0
	(受信側) ・ 病理診断を担当する常勤医師の配置 ・ 病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	受信側	53 -	55 -	58 -
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関等 ・ 細胞診を行うにつき十分な体制の整備 等	送信側	62 0	65 0	67 0
	(受信側) ・ 病理診断を担当する常勤医師の配置 ・ 病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	受信側	37 -	39 -	42 -
病理診断管理加算	・ 病理診断を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・ 病理標本作製及び病理診断を行うにつき十分な体制の整備 ・ 当該療養を行うにつき十分な設備及び機器 ・ 医師の配置、カンファレンスの実施等に応じて1及び2に区分	1	(病院数) 468	(病院数) 490	(病院数) 487
		2	(病院数) 262	(病院数) 263	(病院数) 273
デジタル病理画像による病理診断	・ 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている ・ デジタル病理診断を行うにつき十分な体制が整備されている		—	—	41 1
悪性腫瘍病理組織標本加算	・ 病理診断を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・ 病理診断を行うにつき十分な体制が整備されている		—	—	658 7

17 歯科

名称	施設基準の概要		届出医療機関数		
			平成28年	平成29年	平成30年
地域歯科診療支援病院歯科初診料	・常勤の歯科医師、看護職員及び歯科衛生士の配置 ・当該歯科医療にかかる紹介率 等		442	461	512
歯科外来診療環境体制加算	・歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤歯科医師の配置 ・歯科衛生士の配置、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等	1	13,583	18,958	23,048
		2			462
歯科診療特別対応連携加算	・著しく歯科治療が困難な患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有している ・歯科診療を担当する他の保険医療機関(病院に限る。)との連携体制が整備されている 等		700	725	776
歯科疾患管理料の注11の総合医療管理加算・歯科治療時医療管理料	・当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されている ・当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有している 等		14,634	17,189	19,552
医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士を1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等		183	185	199
在宅療養支援歯科診療所	・高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置 ・当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備 等	1	7,941	9,887	606
		2			10,655
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	・歯科医師の複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士をそれぞれ1名以上配置 ・在宅療養を担う保険医等との連携体制の整備、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等		3,834	7,525	10,389
歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算・在宅患者歯科治療時医療管理料	・当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されている ・歯科衛生士又は看護師の配置 等		4,331	5,486	6,600
歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出をした病院等と連携している診療所 ・緊急時の連携体制の確保 等		7,645	7,552	7,472
歯科訪問診療料の注13に規定する基準	・直近1か月の歯科診療のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満		10,256	36,031	36,756
在宅歯科医療推進加算	・歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち6割以上が歯科訪問診療1を算定 等		1,640	1,801	1,924
有床義歯咀嚼機能検査1のイ	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		202	347	469

有床義歯咀嚼機能検査 1 の口及び咀嚼能力検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		—	—	1,365
有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		—	—	104
有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		—	—	330
精密触覚機能検査	・当該検査に係る研修を受けた歯科医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		—	—	64
歯科画像診断管理加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った歯科医療機関 ・画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の配置 ・画像診断を専ら担当する常勤歯科医師により、すべての歯科用3次元エックス線断層撮影について画像情報等の管理等に依じて1及び2に区分	1	31	30	27
		2	26	26	26
口腔粘膜処置	・当該処置を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該処置を行うにつき十分な機器を有している		—	—	11,383
口腔粘膜血管腫凝固術	・当該手術を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該手術を行うにつき十分な機器を有している		—	—	184
レーザー機器加算	・当該手術を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該手術を行うにつき十分な機器を有している		—	—	10,847
手術用顕微鏡加算	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師を1名以上配置 ・当該処置を行うにつき必要な機器の設置		1,886	2,753	3,388
う蝕歯無痛の窩洞形成加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等		3,383	3,665	4,038
CAD/CAM冠	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置 ・保険医療機関内に歯科技工士を配置 等		41,095	44,766	50,118
手術時歯根面レーザー応用加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等		2,184	2,464	2,832
歯科技工加算 1 及び 2	・常勤の歯科技工士を配置している ・歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備している 等		7,238	7,197	7,196
歯周組織再生誘導手術	・歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が1名以上配置		7,143	7,322	7,548
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	・歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が2名以上配置 ・当該療養を行うにつき十分な体制 等		263	270	275
歯根端切除手術の注 3	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師を1名以上配置 ・当該手術を行うにつき必要な機器の設置		1,529	2,346	3,010

クラウン・ブリッジ維持管理料	・クラウン・ブリッジの維持管理を行うにあたって、必要な体制が整備されている	70,058	69,952	69,773
歯科矯正診断料	・歯科矯正治療の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務している ・十分な専用施設 等	1,576	1,604	1,640
顎口腔機能診断料	・障害者総合支援法に基づく都道府県知事の指定 ・十分な専用施設 等	937	950	975

1 8 調剤

名称	施設基準の概要		届出薬局数		
			平成28年	平成29年	平成30年
調剤基本料 1	・調剤基本料2、3-イ、3-ロ、特別調剤基本料以外（医療資源の少ない地域にある薬局は除く） ※平成28年及び平成29年は、調剤基本料1、調剤基本料1注1のただし書きに該当する場合及び調剤基本料4の合計		50,295	51,676	48,462
調剤基本料 2	・次のいずれかに該当 ① 処方箋受付回数月4,000回超かつ処方箋集中度70%超 ② 処方箋受付回数月2,000回超かつ処方箋集中度85%超 ③ いわゆる医療モール内の医療機関からの処方箋受付回数の合計が月4,000回超 ※平成28年及び平成29年は、調剤基本料2及び調剤基本料5の合計		1,914	1,799	1,813
調剤基本料 3	・同一グループ薬局による処方箋受付回数が月4万回超40万回以下で、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中度85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	イ	3,641	3,114	3,372
	・同一グループ薬局による処方箋受付回数が月40万回超で、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中度85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	ロ			3,813
調剤基本料 1（注1のただし書きに該当する場合）	・医療を提供しているが医療資源の少ない地域（施設基準告示別表第六の二）に所在 ・当該地域が中学校区内の医療機関数が10以下で許可病床数200床以上の病院がない ・処方箋受付回数が1月に2,500回以下 等		—	—	110
地域支援体制加算	・地域医療に貢献する体制を有し、その活動に相当な実績を有すること ・自らの薬局又は連携する近隣薬局により、24時間調剤、在宅対応を行うための体制が整備されている ・在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制が整備されている ・医療安全に資する情報共有に必要な体制が整備され、一定の実績を有している 等		—	—	15,382

後発医薬品調剤体制加算	・当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合に応じて1～3に区分 ・後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の見える場所に掲示 等	1	18,730	18,067	12,334
		2	13,515	19,894	11,617
		3	—	—	9,816
保険薬局の無菌製剤処理加算	・無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備 ・無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されている 等		1,581	1,928	2,193
在宅患者訪問薬剤管理指導料	・在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている		48,402	49,387	50,319
在宅患者調剤加算	・在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている ・在宅業務に対応できる体制が整備されている 等		11,171	13,074	15,742
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	・薬剤師として3年以上の薬局勤務経験、当該保険薬局に週32時間以上勤務、6月（平成30年10月1日以降は1年）以上在籍 ・医療に係る地域活動の取組に参画		26,222	27,434	30,981

19 その他

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
入院時食事療養（Ⅰ）	・管理栄養士又は栄養士により行われている ・「厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する基準に該当する保険医療機関でない 等	8,189 1,479	8,174 1,425	8,144 1,376

主な選定療養に係る報告状況

- 保険医療機関等から地方厚生（支）局への報告が必要な事項のうち、主な事項について全国の状況を集計したものである。
- 現時点の集計値であり、今後修正の可能性がある。
- 届出状況については、地方厚生（支）局において閲覧に供することとしている。

1 特別の療養環境の提供

（1）特別の療養環境の提供に係る病床数の推移

区 分	平成 2 7 年 7 月 1 日現在	平成 2 8 年 7 月 1 日現在	平成 2 9 年 7 月 1 日現在	平成 3 0 年 7 月 1 日現在
特別の療養環境の提供に係る 病床数（総病床数に占める割合）	床 %	床 %	床 %	床 %
1 人室	178,082 (12.9)	182,149 (13.8)	178,918 (13.7)	180,752 (13.8)
2 人室	47,807 (3.5)	46,619 (3.5)	44,618 (3.4)	43,265 (3.3)
3 人室	5,075 (0.4)	4,918 (0.4)	4,843 (0.4)	4,698 (0.4)
4 人室	36,232 (2.6)	37,997 (2.9)	37,786 (2.9)	38,875 (3.0)
合 計	267,196 (19.4)	271,683 (20.6)	266,165 (20.5)	267,590 (20.5)
当該医療機関における総病床数	1,376,066床	1,321,258床	1,301,339床	1,306,259床

(2) 1日当たり徴収額 金額階級別病床数

① 平成27年7月1日現在

	～ 1,080円	～ 2,160円	～ 3,240円	～ 4,360円	～ 5,400円	～ 8,640円	～ 10,800円	～ 16,200円	～ 32,400円	～ 54,000円	～ 108,000円	108,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,825	13,883	21,957	16,748	27,654	38,005	19,833	19,507	11,645	1,689	297	39	178,082床	7,828円
2人室	9,282	13,761	10,317	4,428	4,285	3,493	1,316	841	78	6	0	0	47,807床	3,108円
3人室	1,216	1,381	1,016	538	326	466	116	16	0	0	0	0	5,075床	2,863円
4人室	10,667	11,958	5,940	2,117	3,108	2,368	60	12	2	0	0	0	36,232床	2,414円
合 計	27,990	40,983	39,230	23,831	35,373	44,332	21,325	20,376	11,725	1,695	297	39	267,196床	6,155円
													参考 最低 50円 最高 378,000円	

② 平成28年7月1日現在

	～ 1,080円	～ 2,160円	～ 3,240円	～ 4,360円	～ 5,400円	～ 8,640円	～ 10,800円	～ 16,200円	～ 32,400円	～ 54,000円	～ 108,000円	108,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,998	13,891	22,255	17,330	28,445	40,014	19,767	19,830	11,469	1,810	302	38	182,149床	7,797円
2人室	9,179	13,481	9,958	4,383	4,112	3,305	1,307	836	52	6	0	0	46,619床	3,087円
3人室	1,244	1,269	993	541	365	415	72	19	0	0	0	0	4,918床	2,800円
4人室	11,104	12,272	7,026	1,885	3,170	2,477	48	13	2	0	0	0	37,997床	2,407円
合 計	28,525	40,913	40,232	24,139	36,092	46,211	21,194	20,698	11,523	1,816	302	38	271,683床	6,144円
													参考 最低 50円 最高 378,000円	

③ 平成29年7月1日現在

	～ 1,080円	～ 2,160円	～ 3,240円	～ 4,360円	～ 5,400円	～ 8,640円	～ 10,800円	～ 16,200円	～ 32,400円	～ 54,000円	～ 108,000円	108,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,603	13,373	21,977	16,993	28,125	39,522	18,952	19,681	11,593	1,772	291	36	178,918床	7,837円
2人室	8,716	12,730	9,730	4,081	3,963	3,165	1,286	893	50	4	0	0	44,618床	3,119円
3人室	1,212	1,282	991	549	305	373	121	10	0	0	0	0	4,843床	2,798円
4人室	10,701	12,317	7,061	1,937	3,021	2,673	60	13	3	0	0	0	37,786床	2,440円
合 計	27,232	39,702	39,759	23,560	35,414	45,733	20,419	20,597	11,646	1,776	291	36	266,165床	6,188円
													参考 最低 50円 最高 378,000円	

④ 平成30年7月1日現在

	～ 1,080円	～ 2,160円	～ 3,240円	～ 4,360円	～ 5,400円	～ 8,640円	～ 10,800円	～ 16,200円	～ 32,400円	～ 54,000円	～ 108,000円	108,001円 ～	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,722	13,310	21,723	16,809	28,469	40,221	19,380	20,109	11,808	1,818	340	43	180,752床	7,907円
2人室	8,552	12,495	9,309	3,866	3,900	3,087	1,139	851	62	4	0	0	43,265床	3,099円
3人室	1,167	1,298	931	449	328	419	63	39	3	0	1	0	4,698床	2,853円
4人室	10,772	12,201	7,288	2,157	3,410	2,965	48	16	18	0	0	0	38,875床	2,514円
合 計	27,213	39,304	39,251	23,281	36,107	46,692	20,630	21,015	11,891	1,822	341	43	267,590床	6,258円
													参考 最低 50円 最高 378,000円	

2 病床数が200以上の病院において受けた初診

(1) 報告医療機関数の推移

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告病院数	1,246	1,305	1,279	1,311
				参考 徴収額の最低 10円 最高 10,800円 平均 3,251円

(2) 金額階級別医療機関数

① 平成27年7月1日現在

	～540円	～1,080円	～1,620円	～2,160円	～2,700円	～3,240円	～3,780円	～4,360円	～4,860円	～5,400円	5,401円～	合計
病院数	40	202	198	243	139	265	13	39	1	99	7	1,246

② 平成28年7月1日現在

	～540円	～1,080円	～1,620円	～2,160円	～2,700円	～3,240円	～3,780円	～4,360円	～4,860円	～5,400円	5,401円～	合計
病院数	39	180	186	220	122	240	8	22	1	270	17	1,305

③ 平成29年7月1日現在

	～540円	～1,080円	～1,620円	～2,160円	～2,700円	～3,240円	～3,780円	～4,360円	～4,860円	～5,400円	5,401円～	合計
病院数	32	168	164	214	125	219	8	85	2	247	15	1,279

④ 平成30年7月1日現在

	～540円	～1,080円	～1,620円	～2,160円	～2,700円	～3,240円	～3,780円	～4,360円	～4,860円	～5,400円	5,401円～	合計
病院数	41	144	154	185	108	182	7	114	2	354	20	1,311

3 病床数が200以上の病院において受けた再診

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	103	344	363	506
				参考 徴収額の最低 10円 最高 8,640円 平均 2,340円

4 予約に基づく診察

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	511	579	708	755
				参考 予約料の最低 20円 最高 55,000円 平均 2,880円

5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	342	357	411	463
				参考 徴収額の最低 100円 最高 10,800円 平均 2,592円

6 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	937	857	832	761
				参考 平均額(1歯につき) 94,635円 金合金 90,099円 白金加金 99,946円

7 金属床による総義歯の提供

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	10,168	9,038	8,251	7,473
			参考 平均額(1床当たり)	286,528円
			白金加金(上顎)	540,114円
			白金加金(下顎)	533,061円
			金合金(上顎)	462,680円
			金合金(下顎)	469,978円
			コバルトクロム合金(上顎)	241,713円
			コバルトクロム合金(下顎)	246,178円
			チタン合金(上顎)	328,551円
			チタン合金(下顎)	331,392円
			その他の金属(上顎)	255,490円
			その他の金属(下顎)	236,510円

8 齲蝕に罹患している患者の指導管理

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	6,455	5,218	4,917	4,816
			参考 平均額	1,502円
			フッ化物局所応用(1口腔1回につき)	1,481円
			小窩裂溝填塞(1歯につき)	1,570円

9 入院期間が180日を超える入院

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	1,499	1,256	825	737
			参考 徴収した料金(1人1日当たり) 最低 500円 最高 6,739円 平均 1,942円	

10 医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて受けた診療

	平成27年7月1日現在	平成28年7月1日現在	平成29年7月1日現在	平成30年7月1日現在
報告医療機関数	867	883	919	947
内訳（複数選択有り）				
検査	191	190	212	233
リハビリテーション	663	676	693	703
精神科専門療法	13	17	14	11
			参考 徴収した料金(1人1日当たり) 検査 最低 357円 最高 4,080円 平均 1,476円 リハビリテーション 最低 194円 最高 14,040円 平均 1,940円 精神科専門療法 最低 400円 最高 7,720円 平均 3,137円	