

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

【課題】

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

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

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

入院料から35%減額

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

入院料から20%減額

入院料から15%減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進②

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

現行

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

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



改定後

放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点

[算定する場合]

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

デジタル病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

【課題】

- 診療報酬上、病理診断については、標本(ガラススライド)を顕微鏡で観察することにより実施することとしており、デジタル病理画像のみによって実施することは認められていない。
- 保険医療機関間の連携による病理診断においては、連携先の保険医療機関に標本を送付することとされており、送付側の保険医療機関は、自施設内で標本を作製するか、衛生検査所に標本作製を委託する必要がある。

➤ デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた場合に、デジタル病理画像のみを用いて病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能とする。

現行

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。



改定後

【病理診断料】

- 1 組織診断料
- 2 細胞診断料

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本(組織標本のデジタル病理画像を含む。)に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

[留意事項]

デジタル病理画像による病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

[デジタル病理画像による病理診断の施設基準]

- (1) 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。
- (2) デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

➤ 保険医療機関間の連携による病理診断において、デジタル病理画像の送受信によって行われた場合及び検体を送付して受取側の医療機関で標本が作製された場合も、病理診断料等を算定可能とする。

標本等の送付側
(検体の採取施設)



- ・標本等(検体及びデジタル病理画像を含む)の送付又は送信
- ・診療情報の提供



結果の報告

標本等の受取側



移植医療の評価の充実①

【課題】

- 臓器移植後に抗HLA抗体が出現した症例に対して治療を行うことにより、予後が改善するとの報告があるが、移植術後の経過中における抗HLA抗体検査の費用については、算定対象としていない。
- 造血幹細胞移植について、移植登録をした患者の約30%の患者が待機中に移植中止となっており、コーディネート体制の充実を含めた、実施体制の整備が必要である。

➤ 臓器移植患者の予後改善のため、移植後の経過中に実施される抗HLA抗体検査の評価を行う。

(新) 抗HLA抗体(スクリーニング検査) 1,000点(1月につき)

[算定要件]

- 肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り別に算定できる。

(新) 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査) 5,000点(1月につき)

[算定要件]

- 抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。
- ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り別に算定できる。

➤ 造血幹細胞移植の成績向上の観点から、移植のコーディネート期間の短縮に資するような体制や、専門的な医師・看護師の配置がある場合の造血幹細胞移植の評価を見直す。

造血幹細胞移植

(新) 非血縁者間移植加算 10,000点

[算定要件] 骨髄移植又は末梢血幹細胞移植の同種移植において、非血縁者間移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

(新) コーディネート体制充実加算 1,500点

[算定要件] 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、骨髄移植又は末梢血幹細胞移植を実施した場合に、所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該手術に係る10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 同種移植のコーディネートの十分な体制が整備されていること。
- 当該療養を担当する診療科が、関係学会による認定を受けていること。

移植医療の評価の充実②

【課題】

- 組織移植のうち、心臓弁・血管移植、皮膚移植、骨移植については、現状は必要な組織を十分に供給できていない。
- 現行の診療報酬では、組織移植に係る費用を十分にまかなえていないという指摘がある。

➤ 組織移植のうち心臓弁・血管移植、皮膚移植、骨移植について、質を担保する取組の実施を前提として、安定した組織の供給にかかる費用を踏まえ、評価を見直す。

現行	
【皮膚移植術】	
1 200平方センチメートル未満	6,750点
2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	9,000点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	13,490点
4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	32,920点
5 3,000平方センチメートル以上	37,610点
【骨移植術(軟骨移植術を含む。)](抜粋)	
3 同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)	24,370点
【凍結保存同種組織加算】	9,960点



改定後	
【皮膚移植術】	
1 200平方センチメートル未満	8,000点
2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	16,000点
3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	32,000点
4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	80,000点
5 3,000平方センチメートル以上	96,000点
【骨移植術(軟骨移植術を含む。)](抜粋)	
3 同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)	39,720点
【凍結保存同種組織加算】	81,610点

[施設基準](抜粋)

日本組織移植学会の認定する[採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンク](#)を有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること

性別適合手術の保険適用

【課題】

- 性同一性障害は国際疾病分類(ICD)に位置付けられる精神疾患であるが、治療のうち保険給付の対象となっているものは精神療法のみであり、性別適合手術は給付の対象となっていない。
- 性同一性障害者に対する性別適合手術について、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインに基づき、一定の基準を満たす施設において施行される場合に限って、保険適用とする。

[対象となる手術]

MTF (male to female) に対する手術

- (1) [精巣摘出術](#)
- (2) [陰茎全摘術](#)
- (3) [尿道形成手術\(前部尿道\)](#)
- (4) [会陰形成術](#)
- (5) [造脛術](#)

FTM (female to male) に対する手術

- (1) [子宮全摘術\(腹腔鏡下手術を含む\)](#)
- (2) [子宮附属器腫瘍摘出術\(腹腔鏡下手術を含む\)](#)
- (3) [尿道下裂形成術](#)
- (4) [陰茎形成術](#)
- (5) [乳房切除術](#)

[施設基準]

- (1) 形成外科、泌尿器科又は産婦人科を標榜する病院であること。
- (2) 性同一性障害学会の認定する医師が1名以上配置されていること。
- (3) 性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施していること又は形成外科、泌尿器科若しくは産婦人科について5年以上の経験を有し、性別適合手術又は乳房切除術を20例以上実施した経験を有する性同一性障害学会認定医が、常勤として1名以上配置されていること。
- (4) 日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」を遵守していること。
- (5) 性同一性障害学会の定めるレジストリに登録していること。

手術等医療技術の適切な評価①

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

- C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料を新設する。

例)

現行(準用技術)	
初日(1日につき) 経皮的心肺補助法	11,100点
2日目以降 大動脈バルーンパンピング法	3,680点



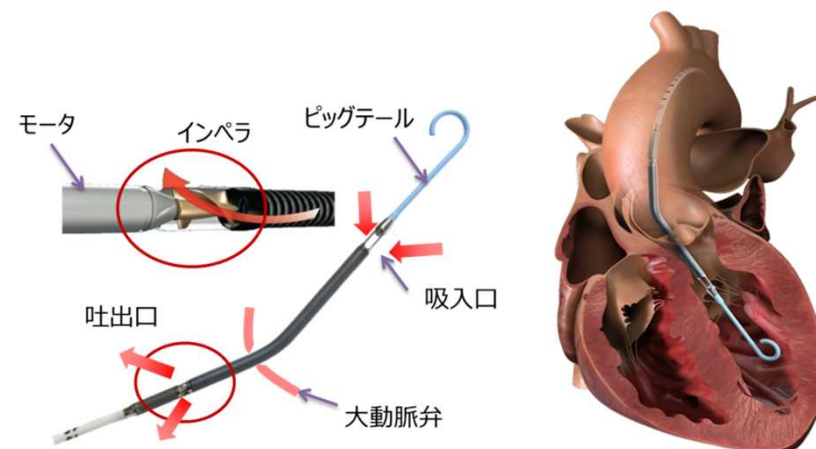
改定後	
(新) 経皮的循環補助法(ポンプカテーターを用いたもの)(1日につき)	
1 初日	11,100点
2 2日目以降	3,680点

技術の概要:カテーター先端の吸入部が左心室に、吐出部が大動脈に位置するよう留置し、内蔵インペラの回転で順行性の血流を発生させ、左心室からの直接脱血による除荷と体循環の維持を行う。

関連する特定保険医療材料:

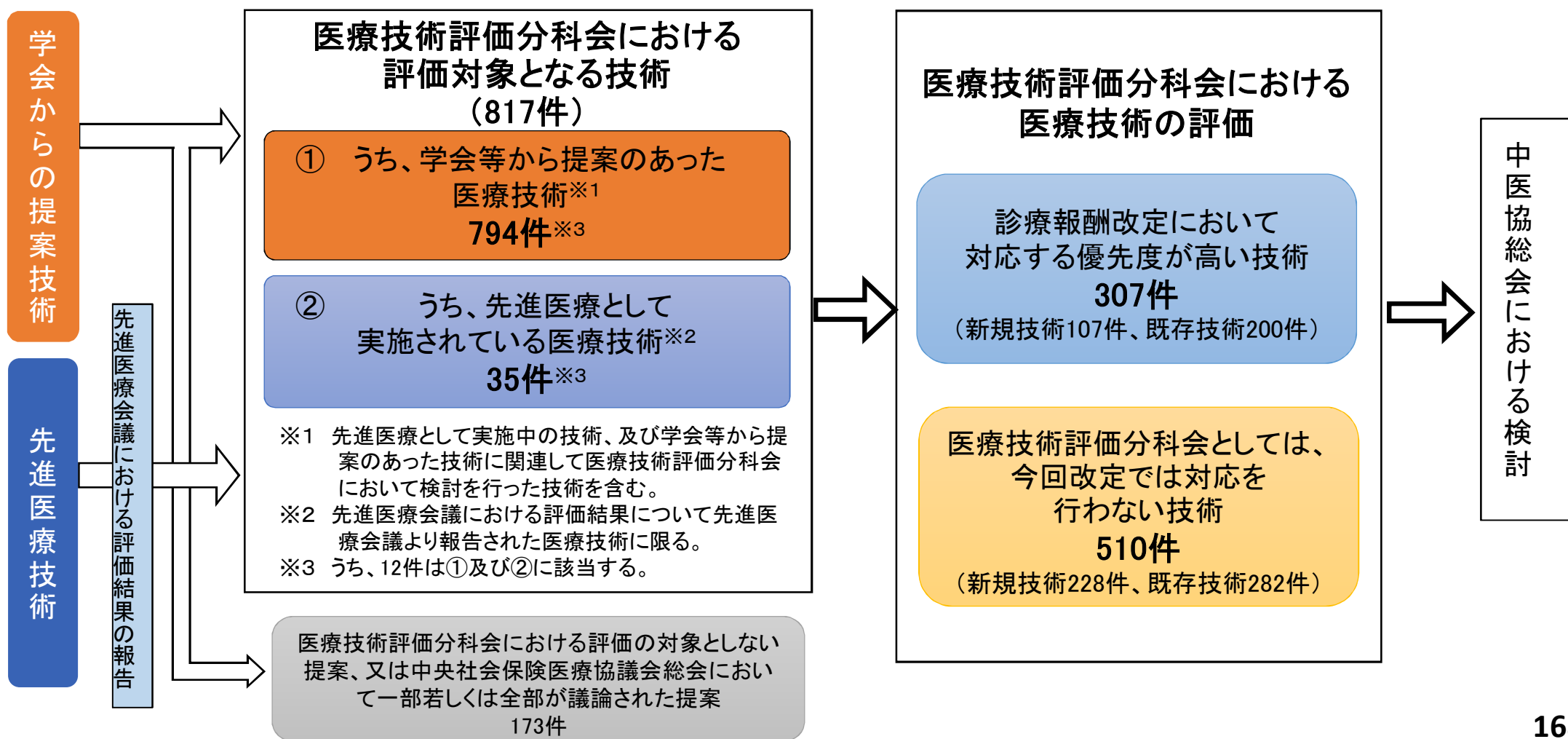
193 補助循環用ポンプカテーター

2,590,000円



手術等医療技術の適切な評価②

- 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行った。
- 多分野や多臓器の治療に用いられるような新規医療技術について、分野横断的・網羅的に検討を行う観点から、先進医療で実施されている技術についても、先進医療会議における科学的根拠に基づく評価の結果を踏まえ、医療技術評価分科会で保険導入に係る検討を行った。



手術等医療技術の適切な評価③

新たな医療技術の評価

- 現在保険収載されていない手術や検査等のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立しているものについて項目の新設等を行う。

[新たに保険収載される手術の例]

(新) <u>一時的創外固定骨折治療術</u>	34,000点
(新) <u>後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)</u>	69,000点
(新) <u>胸腔鏡下弁形成術</u>	
<u>1弁のもの</u>	109,860点
<u>2弁のもの</u>	123,170点
(新) <u>バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術</u>	31,710点
(新) <u>生体部分小腸移植術</u>	164,240点
(新) <u>同種死体小腸移植術</u>	177,980点

[新たに保険収載される検査の例]

(新) <u>尿中シュウ酸濃度</u>	200点
(新) <u>ADAMTS13活性</u>	400点
(新) <u>ADAMTS13インヒビター</u>	600点
(新) <u>前眼部三次元画像解析</u>	265点

手術等医療技術の適切な評価④

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その1

(医療技術分科会における議論)

- ・ 現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術については、既存技術と比較した優越性についての科学的根拠を現時点で示すことが困難な状況。
 - ・ 一方で、内視鏡の操作性の高さ等のロボット支援下内視鏡手術の利点が指摘されており、また、現在保険適用されていないロボット支援下内視鏡手術の中には、既存技術と同等程度の医学的有効性および安全性を有するものも存在すると考えられる。
- ↓
- ・ ロボット支援下内視鏡手術については、各手術の有効性・安全性について個別に評価を行い、既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるものについては、改定において優先的に対応してはどうか。
 - ・ ロボット支援下内視鏡手術を保険適用する際には、その安全性を担保し、データを蓄積するための施設基準を設けるべきではないか。
 - ・ 既存技術と同等程度の有効性・安全性を有すると考えられるものの、優越性を示すまでには至っていない手術については、その診療報酬上の評価は、既存技術と同程度とすることが適切ではないか。
- ↓

○ 医療技術評価分科会に提案のあったロボット手術等のうち、既存技術と同等程度の有効性・安全性があると評価されたものについては、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術とする。

○ 保険適用に当たっては、施設基準として、当該ロボット支援下内視鏡手術又は関連する手術の実績や、関係学会によるレジストリに参加する等の要件を設ける。

手術等医療技術の適切な評価⑤

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1) ロボット支援下内視鏡手術 その2

○ 既存技術と同等程度の有効性・安全性を有するロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

腹腔鏡下胃切除術 2 悪性腫瘍手術 64,120点

(新)内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

技術の概要:

胃癌治療のため、内視鏡手術用支援機器を用いて内視鏡下に胃切除を行う技術。

[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]

- ・ 当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること
- ・ 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること



保険導入を行うロボット支援下内視鏡手術

内視鏡手術用支援機器を用いる対象となる手術名	
1	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
3	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)
4	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
5	胸腔鏡下弁形成術
6	腹腔鏡下胃切除術
7	腹腔鏡下噴門側胃切除術
8	腹腔鏡下胃全摘術
9	腹腔鏡下直腸切除・切断術
10	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
11	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
12	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)

手術等医療技術の適切な評価⑥

➤ 保険導入を行う新規技術の例(2)

○ 既存X線治療と同等の有効性が認められた疾患に対する粒子線治療を保険適用する。

粒子線治療(一連につき)

(新) 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合

重粒子線治療の場合 110,000点

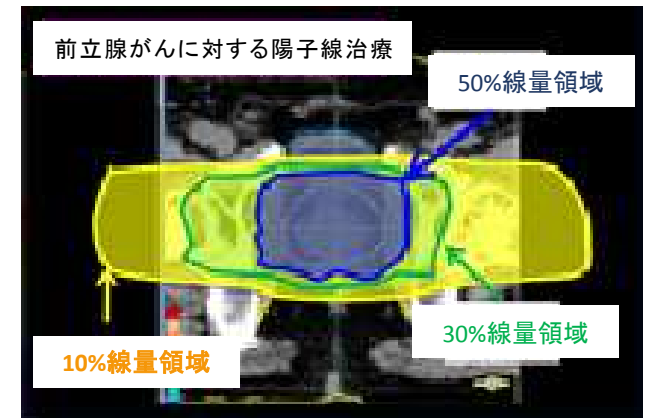
陽子線治療の場合 110,000点

技術の概要:

水素原子核(陽子線)又は炭素原子核(重粒子線)を加速することにより得られた放射線を、病巣に集中的に照射して、悪性腫瘍を治療する技術。

[算定の要件]

- ・陽子線治療: 前立腺がん
- ・重粒子線治療: 前立腺がん
- ・実施に用いる粒子線治療装置の薬事承認が得られていること



[加算]

- | | | |
|--------------|---------|------------------------------|
| ①粒子線治療適応判定加算 | 40,000点 | ※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価 |
| ②粒子線治療医学管理加算 | 10,000点 | ※ 照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価 |

手術等医療技術の適切な評価⑦

➤ 保険導入を行う新規技術の例(3)

小腸移植術の評価

➤ 短腸症候群及び機能的難治性小腸不全の患者に対する小腸移植を保険適用する。

(新)	移植用部分小腸採取術(生体)	56,850点
(新)	生体部分小腸移植術	164,240点
(新)	移植用小腸採取術(死体)	65,140点
(新)	同種死体小腸移植術	177,980点

施行頻度の高い認知機能検査の評価

➤ 長谷川式知能評価スケール等の施行頻度の高い認知機能検査について、評価の対象とする。

現行

【認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が用意なもの
- 2 操作が複雑なもの
- 3 操作と処理が極めて複雑なもの

[留意事項](抜粋)

「1」の「操作が容易なもの」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、(中略)のことをいう。

改定長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び(中略)の費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。



改定後

【認知機能検査その他の心理検査】

- 1 操作が用意なもの
- 2 操作が複雑なもの
- 3 操作と処理が極めて複雑なもの

[留意事項](抜粋)

「1」の「操作が容易なもの」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、(中略)、長谷川式知能評価スケール、MMSE、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoCA-Jのことをいう。

手術等医療技術の適切な評価⑧

技術の再評価等

➤ 医療技術評価分科会の検討結果等を踏まえ、既存技術の評価の見直し(削除を含む。)を行う。

○再評価を行う既存技術の例

ABO血液型	21点
Rh(D)血液型	21点
神経学的検査	450点
生体検査 新生児加算 乳幼児加算 幼児加算	100分の80 100分の50 100分の30
血液採取 注 乳幼児加算	25点 20点
創傷処置 1 100平方センチメートル未満	45点
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側 注 乳幼児加算	150点 50点
ギプス処置 注 乳幼児加算	3歳未満



<u>24点</u>
<u>24点</u>
<u>500点</u>
100分の <u>100</u> 100分の <u>70</u> 100分の <u>40</u>
<u>30点</u> <u>25点</u>
<u>52点</u>
<u>180点</u> <u>55点</u>
<u>6歳未満</u>

○項目を削除する技術の例

膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)※
前立腺酸ホスファターゼ(PAP)※
腹腔鏡下食道噴門部縫縮

※ 削除する項目のうち、検査の項目については、平成32年3月31日まで算定可能

手術等医療技術の適切な評価⑨

技術の再評価

➤ 高気圧酸素治療の評価の見直しを行う。

現行

高気圧酸素治療(1日につき)

1 救急的なもの

イ 1人用高圧酸素治療 5,000点

ロ 多人数用高圧酸素治療 6,000点

2 非救急的なもの 200点



改定後

高気圧酸素治療(1日につき)

1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 5,000点2 その他のもの 3,000点

注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。

※ 「1」については一連につき7回、「2」については、疾患により一連につき10回又は30回を限度として算定できる。

➤ 帝王切開術の複雑な場合に多胎を追加する。

現行

帝王切開術(複雑な場合の加算) 2,000点

ア 前置胎盤の合併を認める場合

イ 32週未満の早産の場合

ウ 胎児機能不全を認める場合

エ 常位胎盤性早期剥離を認める場合

オ 開腹歴のある妊婦に対して実施する場合



改定後

帝王切開術(複雑な場合の加算) 2,000点

ア 前置胎盤の合併を認める場合

イ 32週未満の早産の場合

ウ 胎児機能不全を認める場合

エ 常位胎盤性早期剥離を認める場合

オ 開腹歴のある妊婦に対して実施する場合

カ 多胎の場合

手術等医療技術の適切な評価⑩

- 外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案2018」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

(1) 見直しを行う検査の例

検査名	現行	改定後
超音波検査 3 心臓超音波検査 ホ 負荷心エコー法	1,680点	<u>2,010点</u>
脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	600点	<u>720点</u>
小腸内視鏡検査 1 ダブルバルーン内視鏡によるもの	7,000点	<u>7,800点</u>

(2) 見直しを行う処置の例

処置名	現行	改定後
熱傷処置 6,000平方センチメートル以上	1,250点	<u>1,500点</u>
羊水穿刺(羊水過多症の場合)	120点	<u>144点</u>
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側	150点	<u>180点</u>

(3) 見直しを行う手術の例

手術名	現行	改定後
骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨	14,810点	<u>15,980点</u>
腹腔鏡下ヘルニア手術 2 大腿ヘルニア	15,460点	<u>18,550点</u>
肝切除術 1 部分切除	36,340点	<u>39,040点</u>

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、 働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、 働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

これまでの取組の充実

- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 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の引き上げ及び対象病棟の拡大



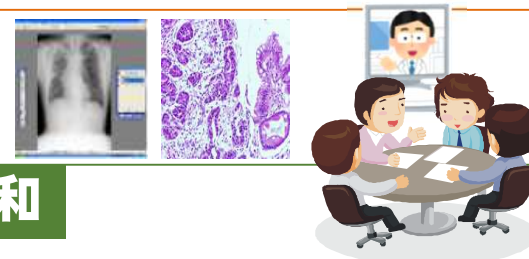
医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件であ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
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

常勤要件・専従要件の緩和

- 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して常勤配置に関する要件を緩和
- 医療従事者の専従要件※について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には専任※で可能とするなど、より弾力的な運用が可能となるよう見直し

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能



勤務場所の要件の緩和

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し

医師事務作業補助体制加算の見直し

➤ 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、医療機関の取組がさらに進むよう、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことを医師事務作業補助体制加算等の要件とする。

※ 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、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



あわせて、合理化の観点から、以下の見直し。

- ✓ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減に係る要件を集約・整理する観点から、精神科リエゾンチーム加算等について、当該要件を削除。
- ✓ 病院に勤務する医療従事者、勤務医及び看護職員の負担軽減に係る手続きを合理化する観点から、毎年7月に提出している内容と変化がない場合は、加算等の届出変更時の様式の添付は不要とする。

➤ 医師事務作業補助体制加算1及び2の評価を引き上げる。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	870点/810点
20対1	658点/610点
25対1	530点/490点
30対1	445点/410点
40対1	355点/330点
50対1	275点/255点
75対1	195点/180点
100対1	148点/138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	<u>920点/860点</u>
20対1	<u>708点/660点</u>
25対1	<u>580点/540点</u>
30対1	<u>495点/460点</u>
40対1	<u>405点/380点</u>
50対1	<u>325点/305点</u>
75対1	<u>245点/230点</u>
100対1	<u>198点/188点</u>

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。

看護補助者の配置に関する評価の充実

現行	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	160点 ～80点
夜間30対1～100対1	40点 ～20点
夜間看護体制加算	10点



改定後	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	<u>210点</u> <u>～130点</u>
夜間30対1～100対1	<u>90点</u> <u>～70点</u>
夜間看護体制加算	<u>60点</u>

現行	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	109点 ～56点
夜間75対1	30点
[施設基準] 13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	150点



改定後	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	<u>129点</u> <u>～76点</u>
夜間75対1	<u>40点</u>
[施設基準] <u>地域一般入院料1若しくは2又は13対1入院基本料</u> を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	<u>165点</u>

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)

<u>イ 14日以内の期間</u>	<u>129点</u>
<u>ロ 15日以上30日以内の期間</u>	<u>104点</u>

[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)

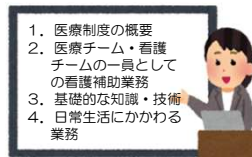
[施設基準]

- 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。

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

- 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。
 - ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
 - ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



1. 医療制度の概要
2. 医療チーム・看護チームの一員としての看護補助業務
3. 基礎的な知識・技術
4. 日常生活にかかわる業務

療養病棟における夜間看護体制の充実

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

[施設基準]

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

- 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。



看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進③

急性期一般病棟における看護職員の夜間配置の評価を充実・新設

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

現行		改定後	
【看護職員夜間配置加算】		【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1	80点	夜間12対1配置加算1	95点
夜間12対1配置加算2	60点	夜間12対1配置加算2	75点
夜間16対1配置加算	40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。



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。

[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。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき)



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。

[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。

(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



医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

➤ 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

- ① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
- ② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
 ※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。
- ③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

看護師	糖尿病合併症管理料
歯科衛生士	歯科治療時医療管理料
歯科技工士	有床義歯修理歯科技工加算1及び2
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料※

※ 診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。



専従要件の緩和

- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

- ① チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料)
- ② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチーム(医師2名、看護師1名、薬剤師1名)について、少なくとも医師のいずれか1人及び看護師が専従であること。

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従であること。
ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

390点

- ③ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることとする。
- ④ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供※や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

※ リハビリテーション実績指数が37以上

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

- 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。

※ 当該保険医療機関における安全衛生委員会等既存の委員会を活用して差し支えない。

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（許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）
- ② 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減



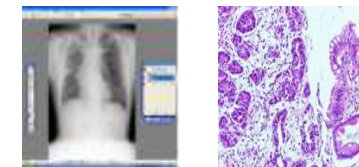
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開。

勤務場所に関する要件の緩和①

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

- 画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、加算を算定する保険医療機関において当該加算に求められる医師数が勤務している場合、当該医療機関で週3日以上かつ24時間以上勤務する常勤医師が、ICTを活用して自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

※ 現行では、画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が**夜間休日**に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合、院内での読影に準じて扱うこととされていた。



救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

- 救命救急入院料等においては、医師が常時治療室内に勤務していることが要件となっているが、治療室に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、一定の条件の下では、継続的な診療を行うために医師が一時的に治療室から離れても差し支えないこととする。

(例) 現行(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。



(例) 改定後(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。**ただし、患者の治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れても差し支えない。**

※ 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様

勤務場所に関する要件の緩和②

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器（ICT）の活用

- 関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術（ICT）を用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう、要件を見直す。



[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算（訪問看護療養費）
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算（訪問看護療養費）
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護療養費）

[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ② 保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 【施設基準】	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること ----- 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 【施設基準】	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 ----- 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 【算定要件】	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 【算定要件】	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



③ 入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



② 在宅療養担当医療機関（訪問看護St）が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき ② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき ② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき ③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき ② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。 ① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき ② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること 【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

平成30年度診療報酬改定の概要

Ⅲ 医療従事者の負担軽減、 働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進①

施設基準等の届出等の簡素化・合理化

- 医療機関の業務の効率化の観点から、施設基準等の届出において、様式の廃止や提出する資料数の低減、届出する機会を減らす等の合理化を行う。

入院料等	届出等	対応
基本診療料・特掲診療料 訪問看護療養費	施設基準等に係る届出	副本の提出、副本のコピーの添付を廃止。
急性期一般入院基本料の入院料	急性期一般入院料2～6の 変更の届出	平成30年10月1日以降において、急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であれば、急性期一般入院料2～6の届出において、様式10のみの届出を可能とする。
急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料、等	重症度、医療・看護必要度の実績の届出	年間の実績を求める様式10の3を削除し、様式10のみの届出を可能とする。
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリテーション実績指数等の報告	年4回の報告を、年1回(7月)の報告のみとする。
総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、急性期看護補助体制加算、等	医療従事者等の負担の軽減並びに処遇の改善に関する届出	負担軽減等に係る内容を求めている評価について、配置等に係る評価に集約し、他の評価における届出を廃止。 届出の変更にあたり、直近の年1回(7月)の報告から変更がない場合、届出時の様式の添付を省略可能とする。
高度難聴指導管理料	施設基準の届出	届出を廃止し、施設基準を満たす保険医療機関は算定可能とする。

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進②

評価項目の削除

- 既に別の医療技術に置き換わり、臨床上実施されていない技術や評価項目について削除し、診療報酬点数表の簡素化を図る。

K043-2 骨関節結核瘻孔摘出術	K667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術
K043-3 骨髄炎手術(骨結核手術を含む)。	K781-2 ピンハンマー式尿路結石破碎術
K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術	I012 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)
K052-3 多発性骨腫摘出術	精神科訪問看護基本療養費Ⅱ
K084 1 四肢切断術 肩甲帯	

経過措置のあるもの(平成32年3月31日まで)

D006 2 トロンボテスト
 D006-3 2 mRNA定量(1以外のもの)
 D007 9 ムコ蛋白
 D007 24 膵分泌性トリプシンインヒビタ(PSTI)
 D009 6 前立腺酸ホスファターゼ(PAP)

診療報酬明細書の添付資料の見直し

- 診療報酬明細書の添付資料について、算定要件を満たすか否かの判断に不必要なものは廃止する。また、記載が必要なものでも、可能な限り診療報酬明細書(レセプト)に記載することとし、記載で置き換え可能な添付資料は廃止する。

例 療養病棟入院基本料の医療区分・ADL区分に係る評価票の添付資料

【療養病棟入院基本料の施設基準告示】

現行

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること



改定後

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、記録していること

事務の効率化・合理化や情報利活用の推進③

診療情報の利活用の推進のための見直し

- 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、診療報酬明細書等の請求時の対応の変更等を行う。

① 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項の選択式化

診療報酬明細書(レセプト)に算定理由等を記載するもののうち、留意事項通知等で選択肢が示されているものについては、フリーテキストで記載するのではなく、選択式とする。

② 診療報酬明細書の患者氏名表記のカタカナ併記

電子レセプト等について、カタカナ併記の協力を求めることとし、医療と介護のデータの連携を可能とする。

③ 診療報酬明細書の精神疾患の傷病名の記載の方法見直し

精神疾患の傷病名について、原則として、ICD-10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

④ DPCデータの術式の記載の追加

DPCデータに、手術分類(Kコード)に加えて、外科学会社会保険委員会連合が提供する基幹コード(STEM7)も記載することとする。

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
2. 費用対効果の評価
3. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
2. 費用対効果の評価
3. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点



改定後	
一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点



改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点



改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)

参考 薬局における後発医薬品の使用促進

➤ 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価に見直す。

	現行			改定後	
調剤数量割合	65%以上	18点	➔	調剤数量割合	<u>75%以上</u> 18点
	75%以上	22点		<u>80%以上</u> 22点	
				<u>85%以上</u> <u>26点</u>	

➤ 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

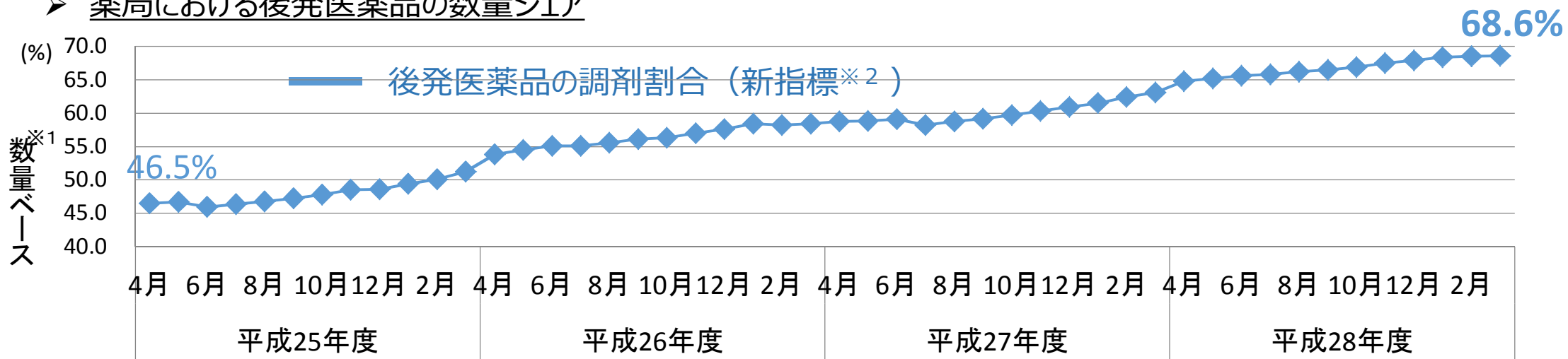
(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

ただし、以下の場合を除く。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局。
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品
変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

➤ 薬局における後発医薬品の数量シェア



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=[後発医薬品の数量]/ ([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

医薬品の適正使用の推進

入院中等の減薬の取組みの評価

- 入院患者に対する減薬に係る取組実績を踏まえ、地域包括ケア病棟入院料において、「薬剤総合評価調整加算」の算定を可能とする。

＜参考＞ 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

入院中の患者について、以下のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前の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、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合



医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方の適正化①

- 処方料・処方箋料が減算となる多剤処方の範囲を拡大するとともに、多剤処方時の処方料・処方箋料等の報酬水準を適正化する。

現行

【処方料・処方せん料】

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合

処方料	20点
処方せん料	30点

【薬剤料】

注 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。



改定後

【処方料・処方箋料】

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合

処方料	18点
処方箋料	28点

【薬剤料】

注 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

- ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を、1年以上同一の用法・用量で継続処方している場合について、処方料・処方箋料を適正化する。

(新) 処方料 29点

(新) 処方箋料 40点

[算定要件]

平成30年4月以降の処方において、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬等を1年以上連続して同一の用法・用量で処方している場合(ただし、不安若しくは睡眠障害に係る適切な研修等を修了した医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合を除く。)

医薬品の適正使用の推進

向精神薬処方 of 適正化②

- 向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について、減薬した上で薬剤師又は看護職員と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の評価を新設する。

処方料

(新) 向精神薬調整連携加算 12点

処方箋料

(新) 向精神薬調整連携加算 12点

[算定要件]

直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又はベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬・睡眠薬を1年以上同一の用法・用量で継続処方していた患者であって、直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日あたり用量が減少したものについて、薬剤師(処方料については薬剤師又は看護職員)に処方内容の変更に伴う状態の変化の確認を指示した場合

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

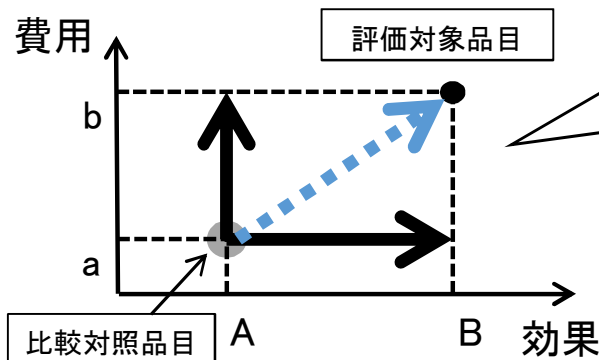
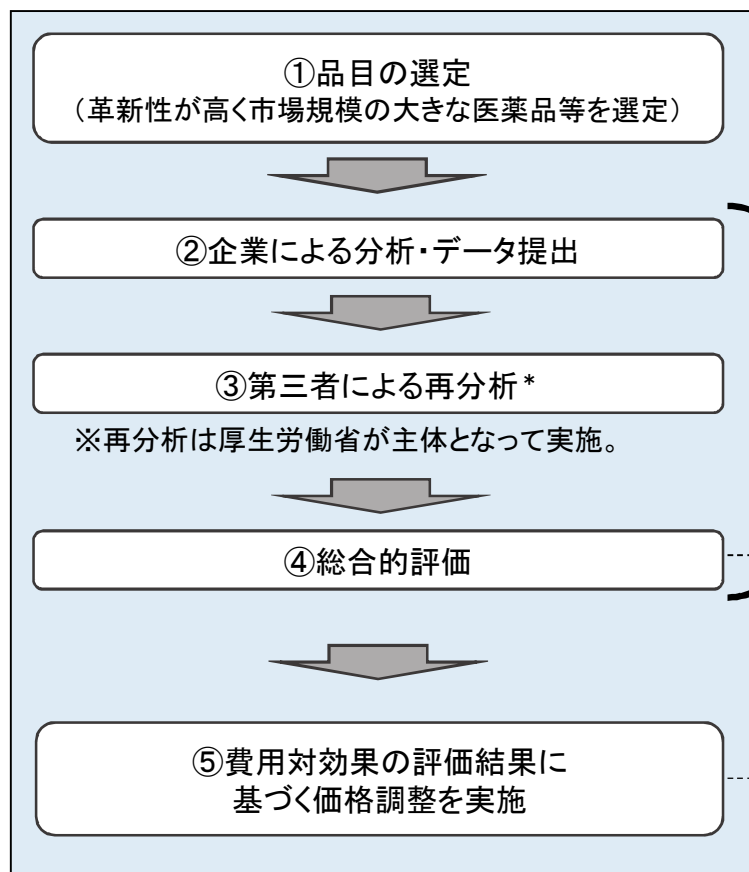
IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
2. 費用対効果の評価
3. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

費用対効果評価の試行的実施

- 費用対効果評価については、原価計算方式を含め、市場規模の大きい医薬品・医療機器を対象に、費用対効果を分析し、その結果に基づき薬価等を改定する仕組みを導入する。
- これに向けて、試行的実施の対象となっている13品目について、これまでの作業結果を踏まえ、平成30年4月から価格調整を実施するとともに、試行的実施において明らかになった技術的課題(※)への対応策を整理する。併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、平成30年度中に結論を得る。

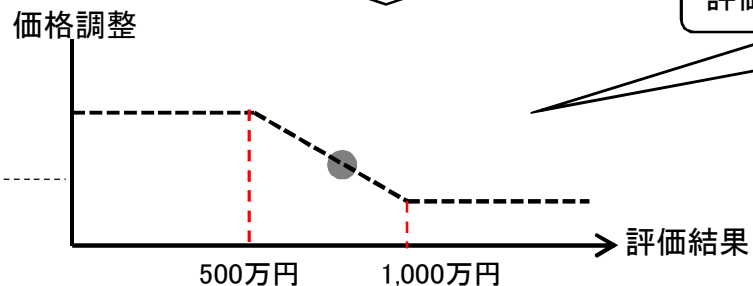
【費用対効果評価の手順】



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

評価にあたっては、生命に関わる重篤な疾患での延命や希少な難病等の、倫理的、社会的影響も考慮

評価結果に応じて対象品目の価格を調整



※試行的実施において、一部の品目で、企業による分析と第三者による再分析に大きく異なる結果が生じており、技術的課題への方策を整理中。

* 導入に当たっては、我が国では、国民皆保険の下、有効性・安全性等が確立された医療は基本的に保険適用していることから、費用対効果評価の結果は、価格調整に用いることとし、保険償還の可否の判断には用いない。

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進
2. 費用対効果の評価
3. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る見直し

- 疾病の改善の目的外で、一度に多量に処方される血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）が一定程度あり、適正使用が求められていることを踏まえ、保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを行う。

1. 血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）の使用について、美容目的などの疾病の治療以外を目的としたものについては、保険給付の対象外である旨を明確化する。

[留意事項]

入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

2. 審査支払機関において適切な対応がなされるよう周知する。

入院時食事療養費(Ⅱ)の見直し

- 入院時食事療養費(Ⅱ)のうち 455 円となっているものについては、平成30 年4月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額(460 円)に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、460 円に見直す。

現行

【食事療養及び生活療養の費用額算定表】

第1 食事療養

2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき)

(1) (2)以外の食事療養を行う場合	506円
(2) 流動食のみを提供する場合	455円



改定後

【食事療養及び生活療養の費用額算定表】

第1 食事療養

2 入院時食事療養(Ⅱ) (1食につき)

(1) (2)以外の食事療養を行う場合	506円
(2) 流動食のみを提供する場合	<u>460円</u>

実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の適正化

【課題】

- 血管造影上75%狭窄がある冠動脈病変に対して、追加の検査で実際の心筋の機能的な虚血の有無を確認したところ、46.4%の病変で虚血を認めなかったとの報告がある。
- 関連学会によるガイドラインにおいては、虚血がないことが証明されている患者にはPCI(経皮的冠動脈インターベンション)の適応はないとされている。

- 安定冠動脈疾患に対して待機的に施行する経皮的冠動脈インターベンションについて、原則として、術前の検査等により、機能的虚血の存在が示されていることを算定要件とする。

現行

【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

- (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。

※ 診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載する。また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

※ 経皮的冠動脈形成術についても、同様の見直しを行う。

改定後

【経皮的冠動脈ステント留置術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2 不安定狭心症に対するもの	24,380点
3 その他のもの	21,680点

[留意事項(抜粋)]

- (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。
- (4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれか該当する病変に対して実施した場合に算定する(※)。

ア 90%以上の狭窄病変

イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変(他に有意狭窄病変が認められない場合に限る。)

ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変

実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

実勢価格を踏まえた臨床検査の適正な評価

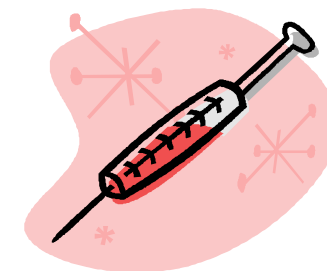
- 衛生検査所料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

例)

アルブミン定量(尿)	108点
Dダイマー	141点
生化学検査 I 10項目以上	115点



105点
137点
112点



悪性腫瘍組織遺伝子検査の適正化

- 悪性腫瘍遺伝子検査については、近年新規の遺伝子検査技術の収載が相次いでおり、今後、同一がん種に対して同時に複数項目の遺伝子検査を測定することが想定される。
- 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は作業工程の重複も考慮し、適正化を図る。

(新)

注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目	4,000点
ロ 3項目以上	6,000点

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

- 1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

- 3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

- 4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

- 6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

- 7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。
- 8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医療と介護の連携)

- 9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

- 10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

- 11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。
- 13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

経過措置等について①

項目	経過措置
1 初診料の注2・3、外来診療料の注2・3、在宅患者共同診療料の注1～3に係る病床数要件	・平成30年9月30日までの間、許可病床数の要件について「400床」とあるものは「500床」とする。
2 特定妥結率初診料・再診料・外来診療料	・平成30年11月30日までの間、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に報告されているものとみなす。
3 電話等による再診	・平成30年3月31日以前に、3か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。
4 重症度、医療・看護必要度の見直し①	・平成30年3月31日時点で、7対1入院基本料（一般、結核、特定、専門）、看護必要度加算（一般、特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟、病室又は医療機関については、平成30年9月30日までの間、各入院料等の「重症度、医療・看護必要度」の施設基準を満たしているものとする。
5 重症度、医療・看護必要度の見直し②	・平成30年3月31日時点で、救命救急入院料1・3又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出ている病室については、平成30年9月30日までの間、重症度、医療・看護必要度の測定に係る要件を満たしているものとする。
6 急性期一般入院料2の施設基準	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料（許可病床数が200床未満に限る。）を届け出ており、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が23%以上25%未満の病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成30年9月30日までの間、急性期一般入院料2の施設基準を満たしているものとする。
7 急性期一般入院料2・3の施設基準①	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料を届け出ている病棟及び病棟群単位の届出を行っている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の施設基準にある、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。
8 急性期一般入院料2・3の施設基準②	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料（許可病床数が200床未満に限る。）を届け出ている病棟については、平成32年3月31日までの間、急性期一般入院料2・3の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合の要件について、それぞれ22%・21%とする。

経過措置等について②

	項目	経過措置
9	重症度、医療・看護必要度の評価方法	・平成30年3月31日時点で、一般病棟7対1入院基本料(許可病床数が200床未満に限る。)を届け出ている病棟が、急性期一般入院料2又は3を届け出る場合については、平成32年3月31日までの間、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いてもよい。
10	療養病棟入院基本料	・平成30年3月31日時点で、療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、適切な看取りに対する指針に係る要件を満たしているものとする。
11	療養病棟入院基本料の注10 在宅復帰機能強化加算	・平成30年3月31日時点で、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間、当該加算の施設基準を満たしているものとする。
12	療養病棟入院基本料の注11・12	・25対1看護職員配置の要件又は医療区分2・3の該当患者割合が5割を満たせない場合の減算について、平成32年3月31日までの間、引き続き算定できるものとする。
13	総合入院体制加算	・当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設(介護医療院を除く。)を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設(介護医療院を除く。)を維持することができる。
14	医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	・平成30年3月31日時点で、総合入院体制加算等に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る要件を満たしているものとする。
15	在宅患者緊急入院診療加算の注2に係る病床数要件	・平成31年3月31日までの間、許可病床数の要件について「400床」とあるものは「500床」とする。
16	医師事務作業補助体制加算 処置・手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなす。 ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において、改定前の基準で届け出ても差し支えない。

経過措置等について③

	項目	経過措置
17	データ提出加算①	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、10対1入院基本料(一般、特定、専門:許可病床数が200床未満に限る。)療養病棟入院基本料1・2、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟又は病室については、平成31年3月31日(許可病床数が50未満又は病棟数が1病棟の場合は平成32年3月31日)までの間、各入院料のデータ提出加算に係る要件を満たしているものとする。
18	データ提出加算②	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、データ提出加算の「200床未満」の区分の届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院に限る。)については、平成31年3月31日までの間、引き続き「200床未満」の区分を算定できるものとする。
19	データ提出加算の注2	<ul style="list-style-type: none"> 外来EFファイルにおける未コード化傷病名の割合の要件については、平成31年3月分のデータまでの期間に限り、当該基準を満たしているものとする。
20	救命救急入院料の注3・4	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、救命救急入院料の注3・4に係る施設基準の届出をおこなっている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、引き続き当該加算を算定することができる。
21	特定集中治療室等	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成31年3月31日までの間、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。 平成30年3月31日時点で、特定集中治療室管理料1・2を届け出ている医療機関については、平成32年3月31日までの間、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、適切な研修を受けた看護師の配置に係る要件を満たしているものとする。
22	地域包括ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 許可病床数が400床以上の病院は、地域包括ケア病棟入院料1又は2の届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。
23	緩和ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 平成30年3月31日時点で、緩和ケア病棟入院料を届け出ている病棟については、平成30年9月30日までの間、緊急時の対応方針等に関する体制及び実績に係る要件を満たしているものとする。

経過措置等について④

	項目	経過措置
24	精神科救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。 ・平成30年3月31日において現に精神科救急入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間、それぞれ改正後の精神科救急入院料1又は2の基準を満たしているものとみなす。
25	在宅自己導尿指導管理料、在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、在宅自己導尿指導管理料と在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者に行った場合、月1回に限りそれぞれの管理料を算定できる。
26	トロンボテスト、mRNA定量(1以外のもの)、ムコ蛋白、膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)、前立腺酸ホスファターゼ抗原(PAP)	<ul style="list-style-type: none"> ・平成32年3月31日までの間、引き続き当該点数を算定することができる。
27	要介護被保険者等に対する維持期・疾患別リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・平成31年3月31日までの間、当該リハビリテーション料を引き続き算定できるものとする。
28	人工腎臓①	<ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓に係る施設基準の届出を行う医療機関については、平成31年3月31日までの間、透析液の水質の管理に関する専任の医師又は臨床工学技士の配置に係る要件を満たしているものとする。
29	人工腎臓②	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年3月31日時点で、人工腎臓の算定実績を有しない保険医療機関については、人工腎臓の算定を開始した月の翌月から4月(ただし当該月が平成32年4月以降の場合は平成32年3月まで)に限り、慢性維持透析を行った場合1の施設基準を満たすものとする。

施設基準の届出について

お願い

- 平成30年4月1日から算定を行うためには、**平成30年4月16日(月曜日)必着**までに、**届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので**ご注意願います。
- **締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。**



平成30年度診療報酬改定により届出が必要となるもの等

平成30年3月5日現在

(厚生労働省保険局医療課事務連絡により、訂正が行われる場合があります。)

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(基本診療料)

【初・再診料】

- 初診料の注12に掲げる機能強化加算
- 初診料（歯科）の注1に掲げる施設基準
- オンライン診療料

【入院基本料】

- 結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料
- 療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算
- 障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算
- 障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算

【入院基本料等加算】

- 看護職員夜間16対1配置加算2
- 医療安全対策加算の注2に掲げる医療安全対策地域連携加算1又は2
- 感染防止対策加算の注3に掲げる抗菌薬適正使用支援加算
- 後発医薬品使用体制加算4
- 入退院支援加算の注7に掲げる入院時支援加算

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(基本診療料)

【特定入院料】

- 特定集中治療室管理料の注 4 に掲げる早期離床・リハビリテーション加算
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 4
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 5
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 6
- 地域包括ケア病棟入院料 1
- 地域包括ケア入院医療管理料 1
- 地域包括ケア病棟入院料 3
- 地域包括ケア入院医療管理料 3
- 地域包括ケア病棟入院料の注 7 に掲げる看護職員夜間配置加算
- 緩和ケア病棟入院料 1
- 緩和ケア病棟入院料 2
- 精神科救急入院料の注 5 に掲げる看護職員夜間配置加算
- 精神科救急・合併症入院料の注 5 の看護職員夜間配置加算

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【医学管理等】

- 慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算
- 乳腺炎重症化予防ケア・指導料
- 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算
- 療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算
- ハイリスク妊産婦連携指導料1
- ハイリスク妊産婦連携指導料2
- 退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所1

【在宅医療】

- 在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
- 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
- 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【検査】

- 骨髄微小残存病変量測定
- 有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ ○ 有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ
- 咬合圧検査 ○ 精密触覚機能検査
- 抗H L A抗体（スクリーニング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）

【画像診断】

- 画像診断管理加算 3
- 磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I 撮影）の注 7 に掲げる
小児鎮静下M R I 撮影加算
- 磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I 撮影）の注 8 に掲げる
頭部M R I 撮影加算

【投薬】

- 処方料の注 9 に掲げる外来後発医薬品使用体制加算 3

【処置】

- 口腔粘膜処置 ○ 口腔粘膜血管腫凝固術 ○ 人工腎臓
- 導入期加算 1 ○ 導入期加算 2 ○ 透析液水質確保加算
- 慢性維持透析濾過加算

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【手術】(1/3)

- 皮膚移植術(死体)
- 後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)
- 緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)
- 人工中耳植込術
- 喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたもの)
- 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
- 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)(MRIによるもの)
- 乳房切除術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
- 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)
- 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)
- 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)
- 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)
- 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)
- 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 胸腔鏡下弁置換術
- 経皮的僧帽弁クリップ術
- 経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)
- 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
- 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【手術】(2/3)

- 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)
- 腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 薬剤投与用胃瘻造設術 ○ 胃瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)
- バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 ○ 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
- 腹腔鏡下脾腫瘍摘出術 ○ 生体部分小腸移植術 ○ 同種死体小腸移植術
- 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)
- 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)
- 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)
- 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を含む。)
- 膀胱腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)
- 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。)
- 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。)
- 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。)
- 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。)
- 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。)
- 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。)

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【手術】(3/3)

- 腔腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)
- 造腔術、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。)
- 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。)
- 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又は内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮頸がんに限る。)
- 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)
- 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。)
- 自己クリオプレシピテート作製術 (用手法)
- コーディネート体制充実加算
- レーザー機器加算

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【放射線治療】

- 放射線治療管理料の注4に掲げる遠隔放射線治療計画加算
- 体外照射の注6に掲げる1回線量増加加算

【病理診断】

- デジタル病理画像による病理診断
- 悪性腫瘍病理組織標本加算

(特掲診療料)

【調剤報酬】

- 基本調剤料3のイ
- 基本調剤料3のロ
- 基本調剤料の注4に掲げる地域支援体制加算
- 基本調剤料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3

2. 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【平成30年4月1日以降】

- 再診料の注12に掲げる地域包括診療加算 1
- 後発医薬品使用体制加算（4を除く。）
- 地域包括診療料 1
- 歯科疾患管理料の注10に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
- 退院時共同指導料 1 の 1 に掲げる在宅療養支援歯科診療所 2
- 外来後発医薬品使用体制加算 1
- 外来後発医薬品使用体制加算 2
- 調剤基本料 2

【平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合】（1 / 2）

- 初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算 1（※1）
- 初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算 2（※2）

（※1）平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関を除く。）

（※2）平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関に限る。）

2. 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合】(2 / 2)

- 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料7、地域一般入院基本料2及び3を除く。）
- 療養病棟入院基本料
- 療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算
- 結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）
- 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）
- 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算
- 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）
- 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算
- 総合入院体制加算
- 急性期看護補助体制加算（10対1入院基本料に限る。）
- 看護職員夜間配置加算（10対1入院基本料に限る。）
- 看護補助加算1
- 救命救急入院料1、3
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 地域包括ケア病棟入院料
- 緩和ケア病棟入院料1
- 特定一般病棟入院料の注7

2. 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合】

- 地域歯科診療支援病院歯科初診料
- 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料4から7までに限る。）（※3）
- 療養病棟入院基本料（※3）
- 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（※3）
- 専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（※3）
- データ提出加算（1の□及び2の□に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）
- 救命救急入院料の注3に掲げる救急体制充実加算
- 回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）

（※3）許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。

3. 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

<基本診療料>

(旧)		(新)
地域包括診療加算	→	地域包括診療加算 2
一般病棟入院基本料 (10対1入院基本料に限る。)	→	急性期一般入院基本料 7
一般病棟入院基本料 (13対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院基本料 2
一般病棟入院基本料 (15対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院基本料 3
看護職員夜間16対1配置加算	→	看護職員夜間16対1配置加算 1
退院支援加算	→	入退院支援加算
地域包括ケア病棟入院料 1 及び 地域包括ケア入院医療管理料 1	→	地域包括ケア病棟入院料 2 及び 地域包括ケア入院医療管理料 2
地域包括ケア病棟入院料 2 及び 地域包括ケア入院医療管理料 2	→	地域包括ケア病棟入院料 4 及び 地域包括ケア入院医療管理料 4

3. 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

<特掲診療料> (1 / 2)

(旧)		(新)
がん患者指導管理料 1 がん患者指導管理料 2 がん患者指導管理料 3	→	がん患者指導管理料イ がん患者指導管理料ロ がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
歯科治療総合医療管理料 (I)	→	歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算
地域包括診療料	→	地域包括診療料 2
歯科治療総合医療管理料 (II)	→	歯科治療時医療管理料
在宅患者歯科治療総合医療管理料 (I)	→	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
在宅患者歯科治療総合医療管理料 (II)	→	在宅患者歯科治療時医療管理料
有床義歯咀嚼機能検査	→	有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ、有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ

3. 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

<特掲診療料> (2 / 2)

(旧)		(新)
精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	→	センチネルリンパ節加算
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）	→	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭 清を伴わないもの）及び 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭 清を伴うもの）
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標 本作製	→	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
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	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

「変更の届出」について（届出受理後の措置等）

- 施設基準を届出し受理された後、届出書に記載した従事者等に変更があっても、引き続き施設基準に適合している場合は、「変更の届出」は不要です。

<注意>

- ただし、次のような届出の内容と異なった事情が生じたときは、届出が必要です。
 - ・ 届け出た施設基準を満たさなくなった場合
 - ・ 当該施設基準の届出区分が変更となった場合
 - ・ 神経学的検査、画像診断管理加算 1 及び 2、麻酔管理料（I）、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について、届け出ている医師に変更があった場合
 - ・ 使用する機器を届け出ている施設基準の機器に変更があった場合
 - ・ C T 撮影及び M R I 撮影に使用する機器に変更があった場合 等
- 施設基準の届出を行った保険医療機関等は、毎年 7 月 1 日現在で届出書の記載事項の適合性を確認し、その結果について報告する必要があります。

診療報酬改定の留意事項

・本資料は、診療報酬改定の**全ての項目を網羅していない**ので、**ご注意願います**。

・施設基準の届出書の提出の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(保医発0305第2号平成30年3月5日)

○特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(保医発0305第3号平成30年3月5日) 等

・算定の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(保医発0305第1号平成30年3月5日) 等

施設基準提出時の留意事項等

- 平成30年4月16日(月) **必着**

- 届出書・届出書添付書類は **1通のみ提出**

これまで正副2通提出となっておりましたが、本改定より、**副本の提出が不要**となりました。提出した届出書・届出書添付書類の写しは当該保険医療機関にて適切に保管してください。

- **施設基準ごとに一組**とし、ホチキス・ダブルクリップ等で一纏めにする
- 届出書の四つの□(四角)の中にレ点
- **封筒**には朱書きで「**医科施設基準在中**」と記載

届出書様式

別添7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：			
(届出事項) []の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療育規則及び高規格並びに療育基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ項に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第73条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の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入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は薬局等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 備記について、上記基準のすべてに適合しているのに、別添の様式を添えて届出します。 平成 年 月 日 保険医療機関の所在地及び名称 開設者名 印 殿			
備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：			
(届出事項) []の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療育規則及び高規格並びに療育基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ項に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第73条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の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入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は薬局等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 備記について、上記基準のすべてに適合しているのに、別添の様式を添えて届出します。 平成 年 月 日 保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称 開設者名 印 殿			
備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

① 「北海道厚生局」トップページ → 「申請等手続き」をクリック

北海道厚生局
Hokkaido Regional Bureau of Health and Welfare

Google カスタム検索 検索

ご意見・ご要望 お問い合わせ(ご質問)

文字サイズ 縮小 拡大 色合い 標準 青 黄 黒

→厚生労働省

ホーム アクセス **申請等手続き** 業務内容 北海道厚生局について 調達情報 情報公開 管轄法人等

ホーム > 申請等手続

更新日:2016年7月7日

申請・届出等の手続案内

② 「医療課」の「施設基準の届出等」をクリック

医療課

- 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出
- 保険医・保険薬剤師の登録等に関する申請・届出
- 施設基準の届出等**

③ 「基本診療料の届出一覧」・「特掲診療料の届出一覧」をクリック

施設基準の届出等

1. 施設基準・入院時食事療養(I)等の届出

基本診療料の届出一覧

特掲診療料の届出一覧

○届出書と届出書添付書類は、一組で提出してください。

施設基準ごとに一組とし、ホチキス・ダブルクリップ等で一纏めにしてください。

○複数の施設基準等の届出を同時に提出した場合であっても、審査等の関係から各施設基準の受理通知書の発送日が異なる場合がありますので、ご了承ください。

○平成30年4月1日から算定を行うための届出は、平成30年4月16日(月)まで北海道厚生局**必着**となります。

★チェックリスト★

「届出書」及び「届出書添付書類」に記載漏れはありませんか。

※届出書・・・基本診療料：別添7、特掲診療料：別添2

※届出書は、届出を行う施設基準ごとに提出が必要なので、複数の施設基準を届出する場合は別葉としてください。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

「届出書」の連絡先欄を記入していますか。

「届出書」に記載されている備考2を確認し、チェックを入れましたか。

必要な「添付書類」が添付されていますか。

※通知及び各様式で示している添付書類を再度ご確認ください。

○平成30年度診療報酬改定に関する質問票について

4. 平成30年度診療報酬改定に関する質問票

項目	ダウンロード	
質問票(H30改定版)	Word (38KB)	PDF (110KB)

※ 告示、通知、疑義解釈(Q&A)等を今一度、ご確認いただきますようお願い致します。

<提出方法>

平成30年度診療報酬改定に関するご質問につきましては、上記の所定様式の「質問票」に内容を記載のうえ、北海道厚生局医療課へFAX又は郵送にて送付願います(FAXの場合は、FAX送信票は不要です)。

<提出先>

- FAXの場合 : FAX番号 **011-796-5133** (お間違えのないようご注意願います。)
- 郵送の場合 : 〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1野村不動産札幌ビル2階 北海道厚生局医療課 宛

<記載上の留意事項>

- 「質問票」は、1枚につき1問とさせていただきます。
- 「質問票」の受付は、保険医療機関・保険薬局、訪問看護ステーションに限定させていただきます。
- ご質問に対する回答は内容を精査後、順次行って参りますが、特に診療報酬改定等の直前・直後の時期にご質問が集中すること、また、ご質問の内容によっては各関係機関との調整が必要な場合があること等から、大変恐縮ではございますが、回答までに相当の期間を要することがありますことを予めご了承願います。

「北海道厚生局」(トップページ) → 「知りたい分野から探す」 → 「保険医療機関・保険医等」 → 「保険医療機関・保険薬局の方へ」 → 「平成30年度診療報酬改定に伴う関連資料等について」

提出期限

平成30年4月16日(月) **必着**

○施設基準等届出書の提出については、封筒等の上部余白欄に朱書きで「**医科施設基準**在中」と記載していただき、「**郵送**」をお願いします。

北海道厚生局へ直接持参される場合は、**受付印の押印のみ**とさせていただきますので、予めご承知おきください。

指導・監査に関するお願い

ご存じですか？ 診療報酬請求における留意点

- 診療報酬のルールをよく理解し、勝手な解釈に基づいて請求しないようにお願いします。
- 診療報酬点数表をよく確認し、不明な点は厚生(支)局にお問い合わせください。

例えば、既に保険適応されている胸腔鏡、腹腔鏡下手術以外で胸腔鏡、腹腔鏡を用いる場合は、その都度当局に内議し、準用が通知されたもののみが保険適応になります。

- 地方厚生(支)局が実施する説明会や指導に出席をお願いします。
- 施設基準の届出事項に変更が生じた場合には速やかに届出を行ってください。
- 個別指導を受けた保険医療機関において、医療コンサルタントが不正請求隠しを指南している等の報道がみられました。仮に、不正請求指南等に関する気づいたことがあれば、厚生(支)局に連絡をお願いします。

保険診療における指導・監査のホームページ

診療報酬請求に係るルールの理解を促進し、保険診療や保険調剤の質的向上や適正化の推進を図ることを目的に指導監査に関する情報が掲載されています。

〈主な内容〉

集団指導用資料、特定共同指導・共同指導における指摘事項、関係法令等

〈保険診療における指導・監査HP〉

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/shidou_kansa.html

以下は基本的な内容ですが、念のためのおさらいです。

保険診療とは

- 健康保険法等の医療保険各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の公法上の契約である。
- 保険医療機関の指定、保険医の登録は、医療保険各法等で規定されている 保険診療のルールを熟知していることが前提となっている。

保険診療として診療報酬が支払われるには

- ✓保険医が
- ✓保険医療機関において
- ✓健康保険法、医師法、歯科医師法、医療法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ✓『療養担当規則』の規定を遵守し
- ✓医学的に妥当 適切な診療を行い
- ✓診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っている

療養担当規則とは

正式名：『保険医療機関及び保険医療養担当規則』（厚生労働省令）



保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則

保険医

- 保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師は、**保険医**でなければならない。
(健康保険法第64条)
- 医師の申請に基づき厚生労働大臣が登録。(法第71条)
- 『**厚生労働省令**』で定めるところにより、健康保険診療に当たらなければならない。
(法第72条)
- 保険医は、健康保険の診療に関し、厚生労働大臣の**指導を受けなければならない**。
(法第73条)

保険医療機関

- 病院または診療所の開設者の申請により厚生労働大臣が指定する。
(健康保険法第65条)
- 『**厚生労働省令**』で定めるところにより、療養の給付を担当しなければならない。
(法第70条)
- 療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。
(法第76条)

指導

- 「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させること」
(指導大綱)
- 指導後の措置(個別指導の場合)
概ね妥当 < 経過観察 < 再指導 < 要監査

監査

- 「保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ること」(監査要綱)

指導、監査等実施状況(平成28年度)

- 監査を受けた保険医療機関・保険医等 74施設 263人
- 登録・指定の取消(取消相当含む)を受けた保険医療機関・保険医等 27施設 21人
- 指導、適時調査、監査により返還を求めた金額は約89億
(医科・歯科・調剤を含む)