

## 認知症治療病棟に係る評価の見直し

- 認知症治療病棟の入院期間の現状を踏まえ、認知症夜間対応加算(※)の算定できる期間を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を算定の要件とする。

※ 現行では、病棟において夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定可能。

現行	改定後
入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算	当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 30日以内の期間 84点 ロ 31日以上期間 40点

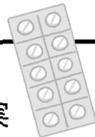
- 認知症治療病棟等で実施されている認知症患者リハビリテーション料の算定できる期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長する。
- 認知症治療病棟入院料において、「摂食機能療法」の算定を可能とする。
- 認知症治療病棟入院料の生活機能回復のための訓練及び指導に係る要件について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう、取扱いを見直す。

現行	改定後
生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。	生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。ただし、患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を所定時間に含んでも差し支えない。

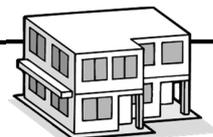
## 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

### 専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方の適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実

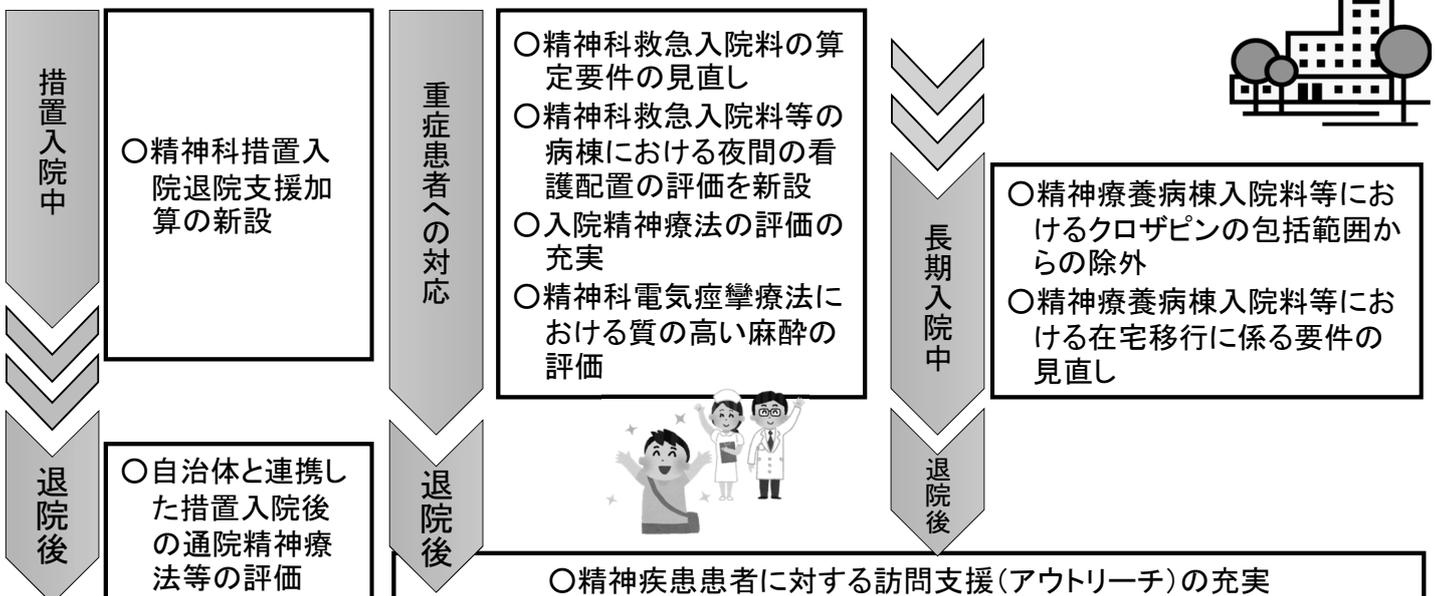


- 発達障害に対する診療の充実



### 措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

### 長期入院患者の地域移行の推進



## 精神科救急入院料の算定要件の見直し

- 精神科救急入院料について、**地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し。**

① 時間外等における外來の初診患者の件数及び行政等からの入院受入件数を要件とする。

② 時間外等における入院件数について、地域の人口規模を考慮した要件の設定を可能とする。

現行(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載	改定後(施設基準(抜粋)) ※件数は「入院料1(入院料2)」と記載
<p>ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数が年間200件以上、又は地域(※)における人口万対 2.5件以上。</p> <p>イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。</p> <p>※ (イ) 当該医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含む。) (ロ) 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は、当該圏域</p>	<p>ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数の実績が年間<b>150(120)</b>件以上、又は地域(※)における人口万対 <b>1.87(1.5)</b>件以上。そのうち初診患者(精神疾患について過去3か月間に当該医療機関に受診していない患者)の件数が <b>30(25)</b>件以上又は2割以上。</p> <p>イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数の実績が年間<b>40(30)</b>件以上又は地域(※)における人口万対<b>0.5(0.37)</b>件以上。そのうち<b>8(6)</b>件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター、他の医療機関、都道府県、保健所、警察等からの依頼。</p> <p>ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。</p>
<p>新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。</p>	<p>新規入院患者のうち6(4)割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。</p>
<p>③ 複数病棟の届出を行う場合は、<b>病棟ごとに基準を満たす</b>ことを要件とする。</p>	<p>④ <b>再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上</b>できることとする。</p>

〔経過措置〕平成 30年3月 31日に当該入院料の届出を行っている場合、平成 31年3月 31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

- 保険医療機関における精神科救急入院料の病床数に上限(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)を設ける。

109 〔経過措置〕平成 30年3月 31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、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。

## 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

### 入院精神療法の評価の充実

- 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

現行	改定後
<p>入院精神療法 (I) <b>360点</b> 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。</p>	<p>入院精神療法 (I) <b>400点</b> 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。</p>

### 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

- 精神科電気痙攣療法において、麻酔科標榜医による質の高い麻酔を実施した場合の評価を新設する。

現行	改定後
<p>1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 <b>3,000点</b> 2 1以外の場合 <b>150点</b></p>	<p>1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 <b>2,800点</b> 2 1以外の場合 <b>150点</b> 注 麻酔科標榜医が麻酔を行った場合は、900点を加算する。</p>

### 精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し

- 精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等※における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加する。

※ 精神科急性期治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期医師配置加算、精神科病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算

- あわせて、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算の移行率の基準を、現行の7割から7割1105分に引き上げる。

## 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外

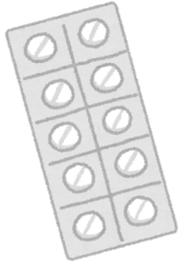
- 精神科入院患者の地域移行を推進するため、次の入院料について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外する。
- また、当該入院料における非定型抗精神病薬加算※の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外する。

[対象]

- 精神療養病棟入院料
- 地域移行機能強化病棟入院料
- 精神科救急入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神科救急・合併症入院料

※ 非定型抗精神病薬加算

入院中の統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、1日につき15点を加算。



### <参考> クロザピンについて

#### 1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症の治療薬として世界各国で販売されている内服薬。治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

#### 2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、無顆粒球症で、本邦での頻度は約1%。

⇒ 緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

※ 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

#### 3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

- ・ CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的。
- ・ クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援。
- ・ 日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売を承認。
- ・ 医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医との連携が必要。

#### 4. 統合失調症患者におけるクロザピンの処方率の各国比較

- ・ クロザピン処方の普及が先行している国では、統合失調症患者のうちクロザピンの使用割合は、25~30%程度である一方で、日本の処方率は0.6%。

111

## 措置入院患者への精神医療の評価

### 精神科措置入院退院支援加算の新設

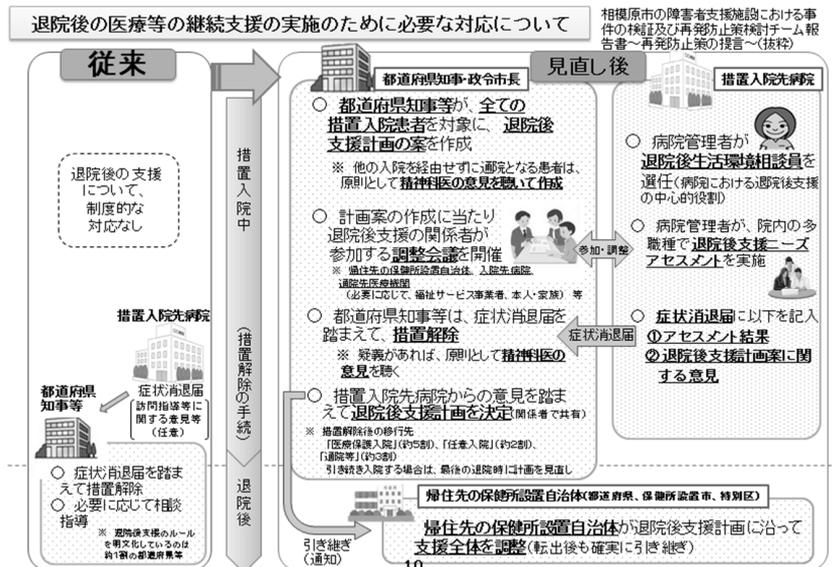
- 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

(新) 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

[算定要件]

措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、**措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任**すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、**多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。**
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、**退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出**すること。



## 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①

### 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

- 自治体の作成する退院後の支援計画に基づいて、措置入院を経て退院した患者に行う通院・在宅精神療法の区分を新設する。
- 通院・在宅精神療法における精神保健指定医に係る評価を廃止し、初診時に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合の評価を新設する。

現行	
【通院・在宅精神療法】	
1 通院精神療法	
イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が30分以上行った場合 600点	
ロ イ以外の場合	
(1) 30分以上の場合	400点
(2) 30分未満の場合	330点



改定後	
【通院・在宅精神療法】	
1 通院精神療法	
イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点	
ロ 初診の日において60分以上行った場合 540点	
ハ イ又はロ以外の場合	
(1) 30分以上の場合	400点
(2) 30分未満の場合	330点

(※) 在宅精神療法についても同様に見直し

- 措置入院を経て退院した患者に対し、看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養生活等に対する総合的な支援を行った場合の加算を新設する。

#### 通院精神療法

**(新) 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)**

[算定要件]

(1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬や社会参加等の状況を踏まえて療養上の指導を行っていること。

**113** (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

## 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価②

### 精神疾患患者に対する訪問支援の充実①

- 精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させる。

現行		
【精神科重症患者早期集中支援管理料】		
	単一建物診療患者	
	1人	2~9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)	1,800点	1,350点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)	1,480点	1,110点

[対象患者]  
以下の全てに該当する患者であること。  
ア 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)  
イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者  
ウ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態、退院時におけるGAF尺度が40以下の者



改定後		
【精神科在宅患者支援管理料】		
	単一建物診療患者	
	1人	2~9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ 重症患者等	2,500点	1,875点
ハ 重症患者等以外	2,030点	1,248点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ 重症患者等	2,056点	1,542点

[対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者であること。(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)さらに、イを算定する場合には次の全て、ロを算定する場合には次のいずれかに該当する患者であること。

- 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者又は自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者
- 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度が40以下の者

## 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価③

### 精神疾患患者に対する訪問支援の充実②

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

現行	改定後
<p><b>【精神科重症患者早期集中支援管理料】</b></p> <p>[算定要件] 以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。</p> <p>(1) 精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。<b>いずれか1名以上を専従とする。</b></p> <p>(2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。</p> <p>(3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。</p> <p>[施設基準(抜粋)] 以下を満たしていること。 ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。 イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。</p>	<p><b>【精神科在宅患者支援管理料】</b></p> <p>[算定要件] (1) 「<b>イ</b>」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。 <b>ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。</b> イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。 ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。</p> <p>(2) 「<b>ロ</b>」については、(1)の<b>ア</b>に加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。 <b>ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。</b> <b>イ 上記チームが月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。</b></p> <p>(3) 「<b>ハ</b>」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。</p> <p>[施設基準(抜粋)] 「<b>イ</b>」または「<b>ロ</b>」を算定する場合には、以下を満たしていること。 ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。 イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。</p>

## 地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価④

### 認知療法・認知行動療法の評価の見直し

- 認知療法・認知行動療法をより一層推進する観点から、精神保健指定医が行った場合の評価を廃止するとともに、看護師が一部を担う形式のもの等について、施設基準を緩和する。

現行	改定後
<p><b>【認知療法・認知行動療法】</b></p> <p>1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点</p> <p>2 1以外の医師による場合 420点</p> <p>3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と看護師が共同して行う場合 350点</p> <p>[認知療法・認知行動療法3の施設基準]</p> <p>(1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。 ア 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。 (中略) ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。 (イ)～(ロ)(略) (ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。</p> <p>(二) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。</p>	<p><b>【認知療法・認知行動療法】</b></p> <p><b>(削除)</b></p> <p>1 <b>医師による場合</b> 480点</p> <p>2 <b>医師と看護師が共同して行う場合</b> 350点</p> <p>[認知療法・認知行動療法2の施設基準]</p> <p>(1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。 ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、<b>専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。</b> (中略) ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。 (イ)～(ロ)(略) <b>(削除)</b></p> <p><b>(ハ)</b> 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。</p>



## 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]

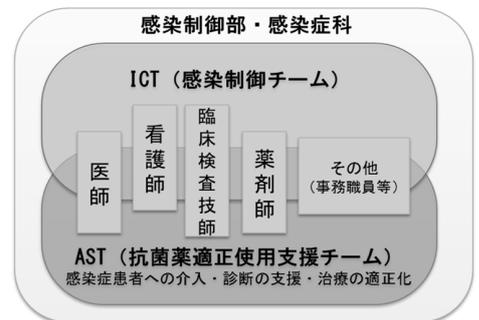
感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、**抗菌薬適正使用支援チームを組織し**、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

[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



## 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。

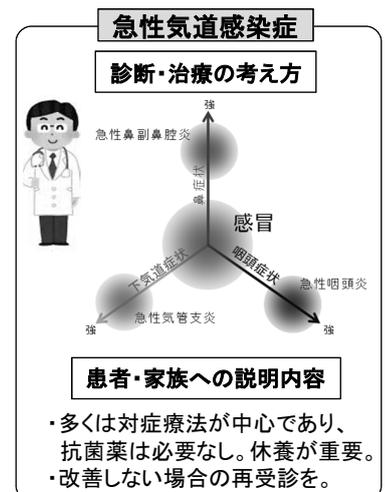
**(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点**

[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っては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



「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

### 外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「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、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

## 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)

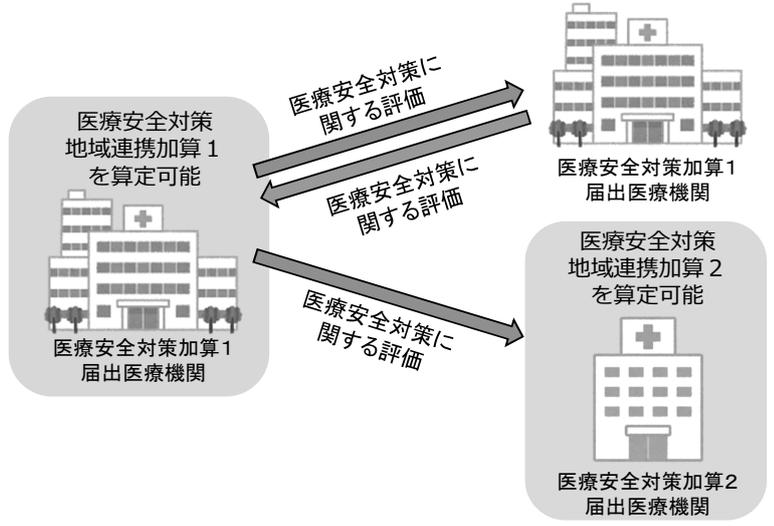
**[施設基準]**

**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**

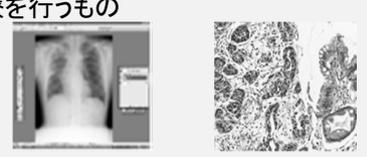
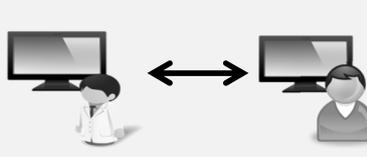
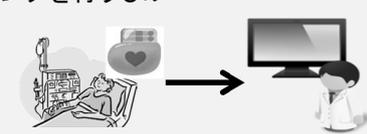
- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1の届出医療機関から医療安全対策に関する評価を受けていること。



121

	現行		改定後
1 医療安全対策加算1	85点	➔	85点
2 医療安全対策加算2	35点		30点

## 診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
<b>医師対医師 (D to D)</b>	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	<b>[遠隔画像診断]</b> ・画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合  <b>[遠隔病理診断]</b> ・術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) ・(新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
<b>医師対患者 (D to P)</b>	医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	<b>[オンライン診療]</b> ・(新)オンライン診療料 ・(新)オンライン医学管理料 ・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 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、情報通信機器を用いた診療や、外来・在宅での医学管理を行った場合  ※電話等による再診 (新)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の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)
	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	<b>[遠隔モニタリング]</b> ・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が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  ・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) ・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

122

## オンライン診療料の新設

➤ 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、オンライン診療料を新設する。



### (新) オンライン診療料 70点(1月につき)

**[算定要件]**

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

**[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。
- (3) 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

**[オンライン診療料が算定可能な患者]**

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

## オンライン医学管理料の新設

➤ 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、オンライン医学管理料を新設する。

### (新) オンライン医学管理料 100点(1月につき)

**[算定要件]**

- (1) オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、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医学管理を行った場合に、前回対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。
- (2) 対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、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]**

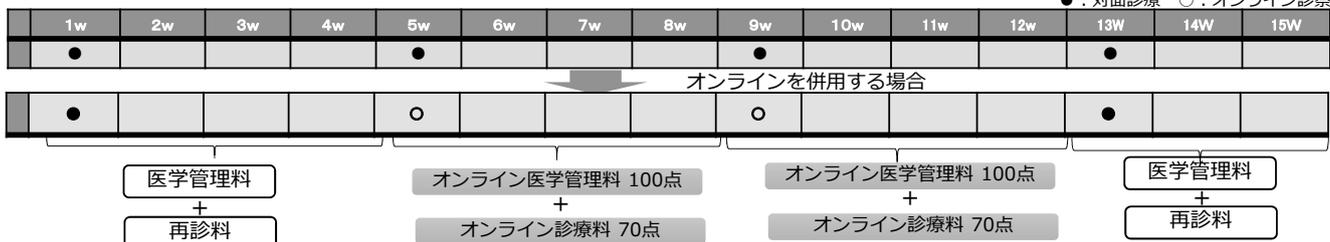
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

**[オンライン診療料が算定可能な患者]**

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	小児科療養指導料	てんかん指導料	難病外来指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料	地域包括診療料	認知症地域包括診療料	生活習慣病管理料

●：対面診療 ○：オンライン診察



※ オンライン医学管理料の請求は次回受診月

## オンライン在宅管理料の新設

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、オンライン在宅管理料等を新設する。

### (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)

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、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た医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料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。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

●：訪問診療 ○：オンライン診察

	1w	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w	9w	10w	11w	12w
	●				●		○		●		●	

在宅時医学総合管理料 (月1回)

+

訪問診療料

在宅時医学総合管理料 (月1回)

+

訪問診療料

+

オンライン在宅管理料 100点

在宅時医学総合管理料 (月2回)

+

訪問診療料

+

訪問診療料

### (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]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に、当該月において訪問診療を行った日以外に、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た医学管理を行った場合に、精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料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。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

125

精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

## 電話等による再診の要件の見直し

➤ 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]

- 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。
- 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。
- 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、対面による診察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) 対面診察の間に、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。

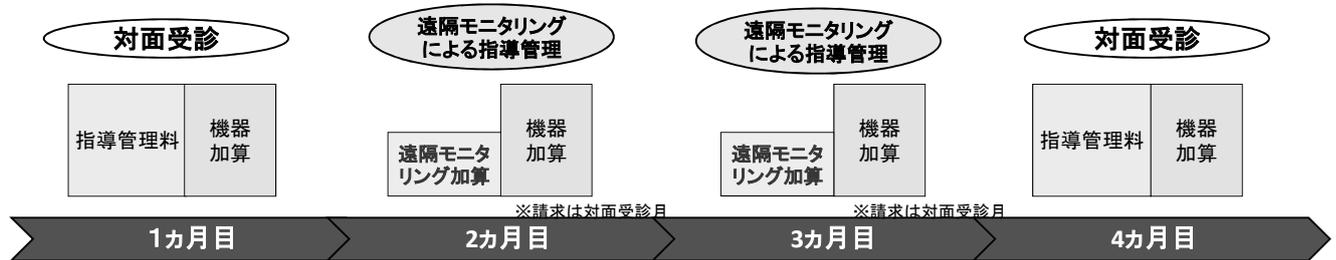
**〔施設基準〕**

- (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



出典：日本呼吸器学会HP



## 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

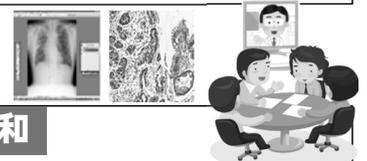
- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大



### 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



### 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

### 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

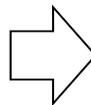


あわせて、合理化の観点から、以下の見直し。

- ✓ 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	<b>920点/860点</b>
20対1	<b>708点/660点</b>
25対1	<b>580点/540点</b>
30対1	<b>495点/460点</b>
40対1	<b>405点/380点</b>
50対1	<b>325点/305点</b>
75対1	<b>245点/230点</b>
100対1	<b>198点/188点</b>

129

## 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	<b>210点</b> <b>～130点</b>
夜間30対1～100対1	<b>90点</b> <b>～70点</b>
夜間看護体制加算	<b>60点</b>

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	<b>129点</b> <b>～76点</b>
夜間75対1	<b>40点</b>
【施設基準】 <del>13対1入院基本料</del> 若しくは2又は13対1入院基本料を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	<b>165点</b>

### 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。

**(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。

**130** 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。

## 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。



### 療養病棟における夜間看護体制の充実

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

【施設基準】

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、**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。

**(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)**



## 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
		<b>(新) 夜間16対1配置加算2</b>	<b>30点</b>

【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。

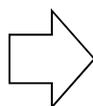
※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

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。 <u>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。</u>
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を可能とする。

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。

## 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、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。
エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; padding: 5px;"> <div style="width: 70%;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。)</li> <li>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)</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</li> </ol> </div> <div style="width: 25%; text-align: center;">  </div> </div>
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。

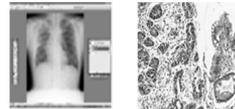
135

## 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。

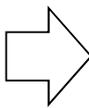


### 救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

- 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



136

## 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、関係者全員が患家へ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)が可能で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

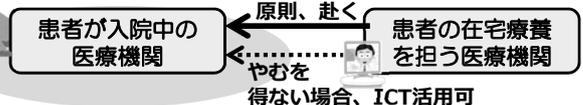
項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 [施設基準]	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること  【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関の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)**

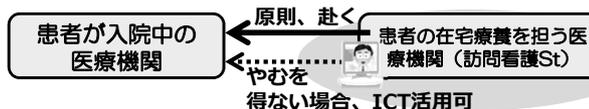
① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



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、患者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、患者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名以上は患者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]	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 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当該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。

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。

経過措置のあるもの(平成32年3月31日まで)

K043-2 骨関節核髄孔摘出術

K043-3 骨髄炎手術(骨結核手術を含む)。

K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術

K052-3 多発性骨腫摘出術

K084 1 四肢切断術 肩甲帯

K667-3 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術

K781-2 ピンハンマー式尿路結石破砕術

I012 2 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

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。

## 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		➔	改定後	
一般名処方加算1	3点		一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	2点		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		➔	改定後	
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1 ( <u>85%以上</u> )	<u>45点</u>
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2 ( <u>80%以上</u> )	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点		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		➔	改定後	
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1 ( <u>85%以上</u> )	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点		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。

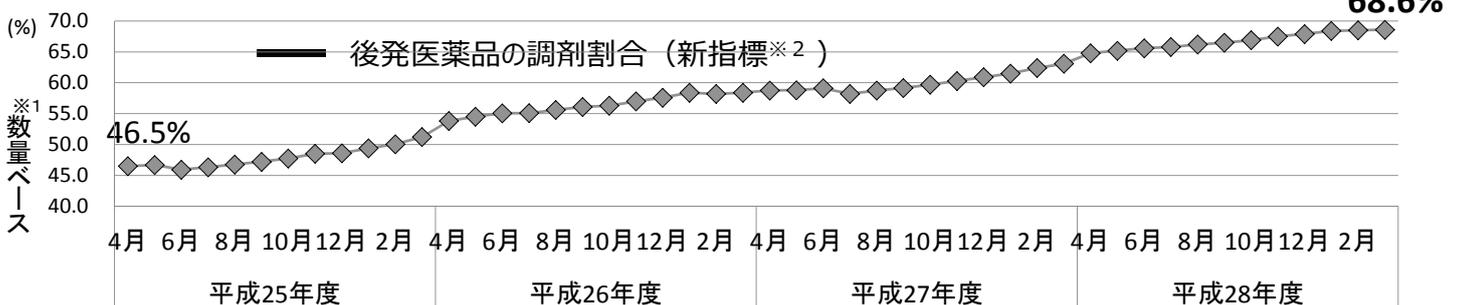
**(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算**

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

## 向精神薬処方適正化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

# 分割調剤の手続きの明確化①

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

処方		処方箋	
処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)		分割指示に係る処方箋 2分割の1回目	
公費負担者番号	保険者番号	公費負担者番号	保険者番号
公費負担医の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	公費負担医の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
氏名	保険医療機関の所在地及び名称	氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号	生年月日	電話番号
区分	被保険者	区分	被保険者
交付年月日	処方箋の使用期間	交付年月日	処方箋の使用期間
処方	処方箋の処方内容	処方	処方箋の処方内容
調剤年月日	公費負担者番号	調剤年月日	公費負担者番号
調剤年月日	公費負担医の受給者番号	調剤年月日	公費負担医の受給者番号

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

分割指示に係る処方箋(別紙)

(発行保険医療機関情報)  
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先  
電話番号 0XX-XXXX-XXXX FAX番号 0XX-XXXX-XXXX  
その他の連絡先 メールアドレス: XXXXXXXX.XX.jp

(受付保険薬局情報)  
1回目を受け付けた保険薬局 1回目の分割指示に基づき 28日分を調剤  
名称 △△薬局  
所在地 △△△△△△△△△△△△  
保険薬剤師氏名 △△△△  
調剤年月日 平成30年5月1日

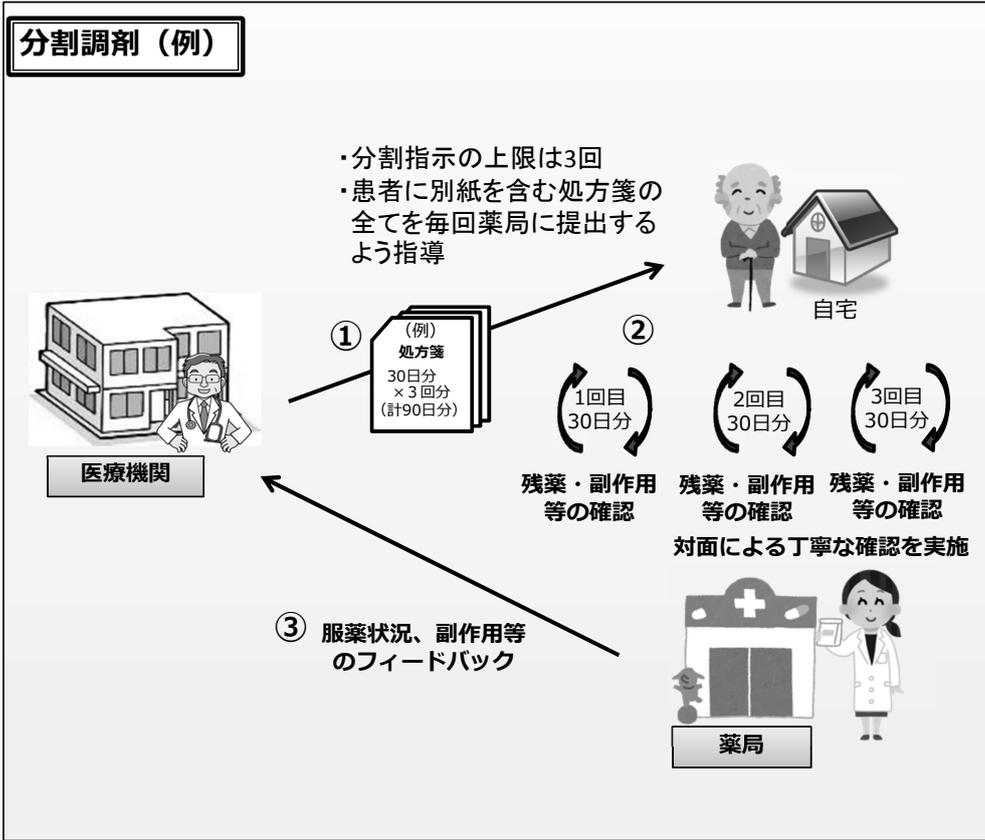
2回目を受け付けた保険薬局(調剤済み)  
名称 △△薬局  
所在地 △△△△△△△△△△△△  
保険薬剤師氏名 △△△△  
調剤年月日 平成30年5月29日

3回目を受け付けた保険薬局  
名称  
所在地  
保険薬剤師氏名  
調剤年月日

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

## 分割調剤の手続きの明確化②

### 分割調剤（例）



#### [分割調剤に係る留意事項]

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきであることを説明する。

イ 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

ウ 患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

#### [その他]

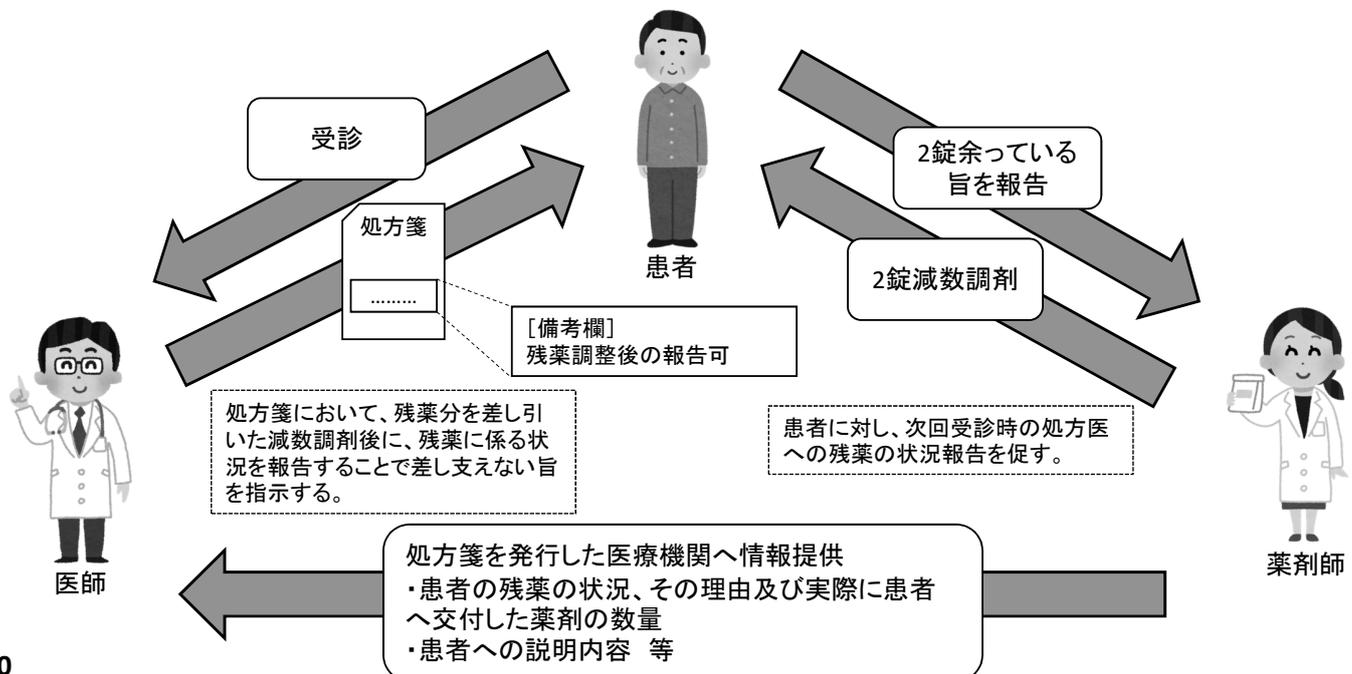
ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

## 残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤: 薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

### ○残薬分を差し引いた減数調剤(例)



## 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

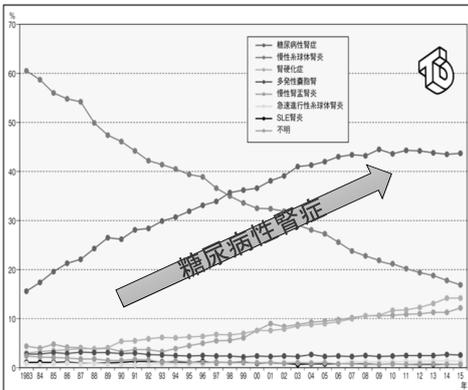
- 入院時食事療養費（Ⅱ）のうち 455 円となっているものについては、平成30年4月以降の入院時食事療養に係る自己負担の増額（460 円）に伴い、自己負担額が費用の額を超えることとなるため、460 円に見直す。

現行	⇒	改定後
<p><b>【食事療養及び生活療養の費用額算定表】</b></p> <p>第1 食事療養 2 入院時食事療養（Ⅱ） （1食につき）</p> <p>（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</p>	⇒	<p><b>【食事療養及び生活療養の費用額算定表】</b></p> <p>第1 食事療養 2 入院時食事療養（Ⅱ） （1食につき）</p> <p>（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          <b>460円</b></p>

## 適切な腎代替療法推進の考え方

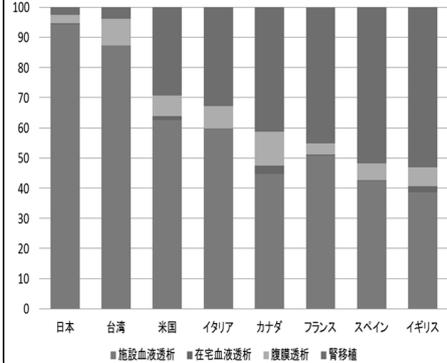
(1) 糖尿病性腎症から人工透析に至る患者が増えている。  
⇒ 重症化予防を行い、新規透析患者の抑制が必要。

<透析導入患者の主要原疾患の割合推移>



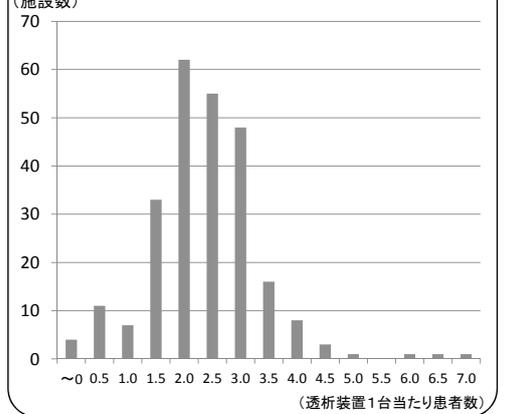
(2) 日本は、諸外国と比べ、腹膜透析や腎移植が普及していない。  
⇒ 患者のQOLの観点から、腹膜透析や腎移植の普及推進が必要。

<我が国と諸外国の腎代替療法の割合>



(3) 施設の規模や、透析装置と患者数の比には、ばらつきがあるが、同一の報酬体系となっている。  
⇒ 施設の規模や効率性を踏まえた報酬体系としていくことが必要。

<透析監視用装置1台当たりの患者数の分布>



### 30年度診療報酬改定での対応

糖尿病透析予防指導管理料の対象患者拡大

153

腹膜透析や腎移植に資する取組みや実績等を評価

血液透析の診療報酬を、施設の効率性等を踏まえた評価となるよう適正化

## 腹膜透析や腎移植の推進に資する評価

➤ 腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価する。

1. 導入期加算を見直し、患者に対する腎代替療法の説明を要件化するとともに、腹膜透析の指導管理や腎移植の推進に係る実績評価を導入する

現行	
【人工腎臓】	
導入期加算	300点
【施設基準】	なし

改定後	
【人工腎臓】	
(改) 導入期加算1	300点
(新) 導入期加算2	400点

【施設基準】

導入期加算1

関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行うこと

導入期加算2

① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること

② 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること

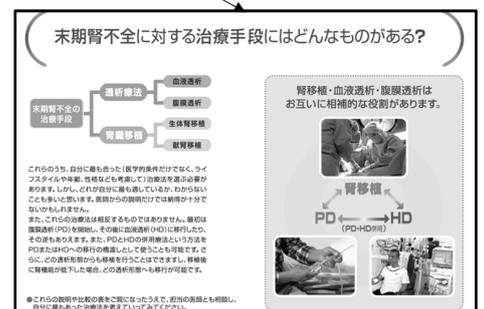
③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

2. 慢性維持透析患者外来医学管理料の加算を新設し、導入期加算と同様な評価を導入する

(新) 腎代替療法実績加算 100点 (1月につき)

【施設基準】 導入期加算2の施設基準を全て満たしていること

➤ 腹膜透析を推進するため、腹膜灌流に係る費用の入院料への包括を見直す(別途算定可)。



## 透析予防指導管理の対象拡大、質の高い人工腎臓等の評価の充実

➤ 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。

現行	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
腎不全期患者指導加算	100点
[算定要件] 腎不全期(eGFRが 30mL/min/1.73m <sup>2</sup> 未満)の患者に対して医師が必要な指導を行った場合	



改定後	
【糖尿病透析予防指導管理料】	
(改)高度腎機能障害患者指導加算	100点
[算定要件] eGFRが 45mL/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の患者に対して医師が必要な指導を行った場合	

➤ 夜間、休日に行われる人工腎臓や質の高い人工腎臓の評価を充実させる。

① 夜間、休日に人工腎臓を行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
時間外・休日加算	300点
[算定できる場合] 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合	



改定後	
【人工腎臓】	
(改)時間外・休日加算	380点

② 著しく人工腎臓が困難な患者等に対して行った場合の評価を充実させる。

現行	
【人工腎臓】	
障害者等加算	120点



改定後	
【人工腎臓】	
(改)障害者等加算	140点

③ 長時間の人工腎臓に対する評価を新設する。

(新) 長時間加算 150点 (1回につき)

[算定要件]

通常の人工腎臓では管理困難な兆候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

## 人工腎臓に係る診療報酬の見直し①

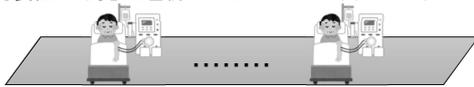
➤ 施設の効率性及び包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ人工腎臓の評価を見直す。

		現行	
		【人工腎臓】	
		慢性維持透析を行った場合	
4時間未満の場合		2,010点	
4時間以上5時間未満の場合		2,175点	
5時間以上の場合		2,310点	



改定後			
【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合			
(改) 場合1	(新) 場合2	(新) 場合3	
1,980点	1,940点	1,900点	
2,140点	2,100点	2,055点	
2,275点	2,230点	2,185点	

<透析用監視装置から見た透析のスケジュール(イメージ)>



透析用監視装置保有台数

		透析用監視装置		...	透析用監視装置	
		①	②		③	④
月曜日	午前	Aさん			Cさん	
	午後	Bさん			Dさん	
火曜日	午前	Xさん			Zさん	
	午後	Yさん			(空き)	
水曜日	午前	Aさん(再)			Cさん(再)	
	午後	Bさん(再)			Dさん(再)	

施設あたり血液透析実施患者数

[施設基準]

・慢性維持透析を行った場合1

次のいずれかに該当する保険医療機関であること

① 透析用監視装置の台数が26台未満

② 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5未満

・慢性維持透析を行った場合2

次のいずれにも該当する保険医療機関であること

① 透析用監視装置の台数が26台以上

② 透析用監視の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5以上4.0未満

・慢性維持透析を行った場合3

「慢性維持透析を行った場合1」又は「慢性維持透析を行った場合2」のいずれにも該当しないこと

## 人工腎臓に係る診療報酬の見直し②

- 透析液の水質確保に関する評価について、現行の透析液水質確保加算1の基準を人工腎臓の算定要件とする。

現行	
<b>【人工腎臓】</b>	
透析液水質確保加算1	8点
透析液水質確保加算2	20点
[施設基準]	
透析液水質確保加算1 (右表の算定要件を参照)	
透析液水質確保加算2	
① 月1回以上水質確保を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること	
② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること	



改定後	
<b>【人工腎臓】</b>	
(削除) (人工腎臓の算定要件とする※)	
(改) 透析液水質確保加算	10点
[施設基準]	
透析液水質確保加算 (左表の透析液水質確保加算2の①に同じ)	
※ 人工腎臓の算定要件	
① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること	
② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること (ただし、「場合3」においては、原則として、①及び②を満たすこと。)	

- 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を、透析時間に応じた評価体系とするため、慢性維持透析を行った場合1~3の加算に変更する。

現行	
<b>【人工腎臓】</b>	
慢性維持透析濾過(複雑なもの)	2,225点



改定後	
<b>【人工腎臓】</b>	
(削除) (※人工腎臓の場合1~3⇒透析時間に応じた評価に見直し)	
(新) 慢性維持透析濾過加算	50点

[算定できる場合]

透析液水質確保加算の施設基準を満たす保険医療機関において、透析液から分離作製した置換液を用いる血液透析濾過を行った場合

## 遺伝学的検査の評価の充実①

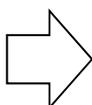
### 遺伝学的検査の評価の見直し①

**【課題】**

- 遺伝学的検査の対象遺伝子領域や検査手法等は、疾患によってさまざまであり、それに伴って検査に要する費用も異なるが、現在の診療報酬では一律の評価となっている。
- 新たに指定難病が追加されたこと等により、認定に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病のうち、診療報酬上の遺伝学的検査の対象に含まれていないものがある。

- 遺伝学的検査の評価を細分化しつつ、適切なものとするとともに、対象疾患を追加する。

現行	
遺伝学的検査	3,880点



改定後	
遺伝学的検査	
1 処理が容易なもの	3,880点
2 処理が複雑なもの	5,000点
3 処理が極めて複雑なもの	8,000点

「1」の「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

「2」の「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

## 遺伝学的検査の評価の充実②

### 遺伝学的検査の評価の見直し②

[対象疾患]

ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの

- ① デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス
- ② 福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症
- ③ 栄養障害型表皮水疱症及び先天性QT延長症候群

イ PCR法による場合に算定できるもの

- ① 球脊髄性筋萎縮症
- ② ハンチントン病、網膜芽細胞腫及び甲状腺腫様症

ウ ア、イ及びエ以外のもの

- ① 筋強直性ジストロフィー及び先天性難聴
- ② フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症(1型)、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症
- ③ メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP(LCHAD)欠損症、色素性乾皮症及びロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離

エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

- ① ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンベ病を含む。)及び脆弱X症候群
- ② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスマンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マジニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び**先天異常症候群**
- ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群(血管型)、**遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群**

## 麻酔科の診療に係る評価の見直し①

### 麻酔科の見直し

【課題】

- ・麻酔科においては、外部から派遣される医師の活用が進んでいる一方で、その課題も指摘されている。
- ・麻酔科における診療の質を高める観点からは、1)手術前後も含めた総合的な医学管理、2)院内における他の診療科及び他職種との連携の視点からの診療をより推進すべきと考えられる。

➤ 麻酔科の診療に係る評価について、診療の質を高める観点から、常勤の麻酔科医による総合的な医学管理をより重視するよう、見直しを行う。

現行		改定後	
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	点数(麻酔が困難な患者/それ以外)	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	点数(麻酔が困難な患者/それ以外)
1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術等	24,900点/18,300点	1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術等	24,900点/ <b>18,200点</b>
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点/12,200点	2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点/ <b>12,100点</b>
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点/9,150点	3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点/ <b>9,050点</b>
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点/6,710点	4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点/ <b>6,610点</b>
5 その他の場合	8,300点/6,100点	5 その他の場合	8,300点/ <b>6,000点</b>

## 麻酔科の診療に係る評価の見直し②

### 麻酔管理料の評価の充実

➤ 常勤の麻酔科医による総合的な医学管理及び長時間の閉鎖循環式全身麻酔を評価する。

現行		➔	改定後	
麻酔管理料	点数 (硬膜外麻酔等/閉鎖循環式全身麻酔)		麻酔管理料	点数 (硬膜外麻酔等/閉鎖循環式全身麻酔)
(Ⅰ)	200点/900点		(Ⅰ)	250点/1,050点
(Ⅱ)	100点/300点		(Ⅱ)	150点/450点

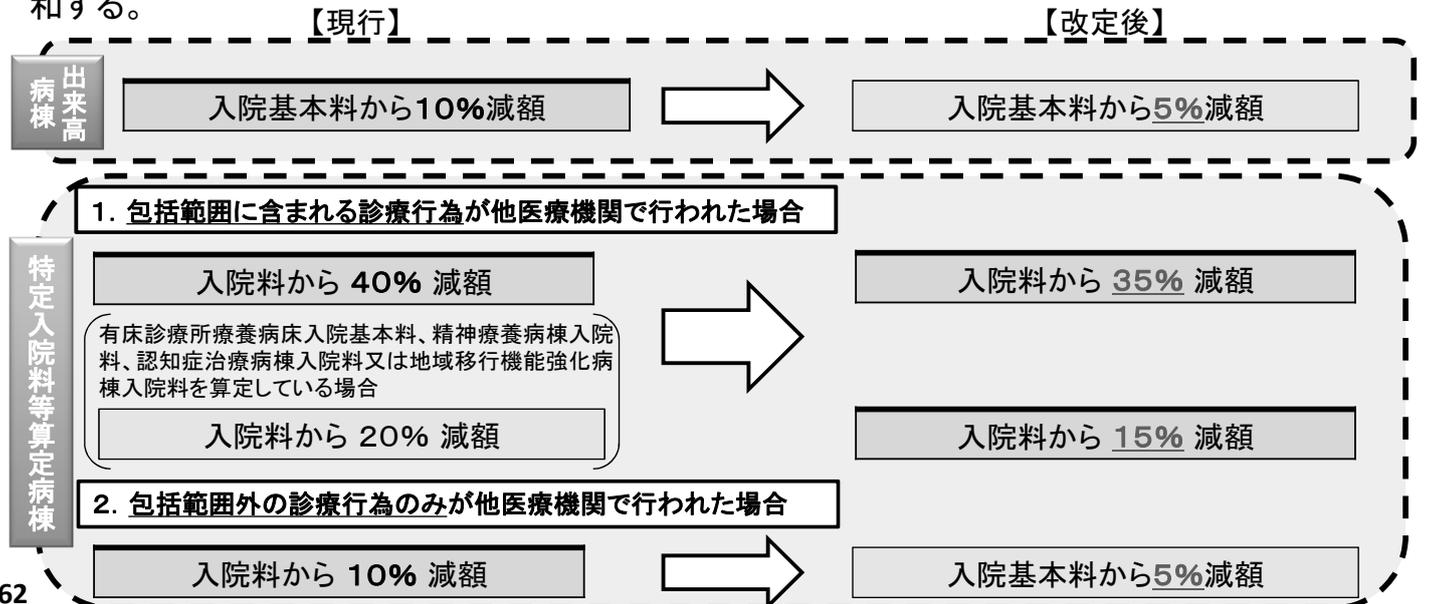
現行		➔	改定後	
麻酔管理料(Ⅰ)長時間麻酔管理加算	7,500点		麻酔管理料(Ⅰ)長時間麻酔管理加算	7,500点
[算定する場合] 区分番号K017、K020、K136-2、K151-2、K175の2、K379-2の2、K395、K558、K560の3のイ、K560の3のロ、K560の3のハ、K560の5、K579-2の2、K581の3、K582の3、K584の2、K605-2、K605-4、K645、K675の5、K677-2の1、K697-5、K697-7及びK801の1に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合			[算定する場合] 区分番号K017、K020、K136-2、 <u>K142-2の1</u> 、K151-2、 <u>K154-2</u> 、 <u>K169の1</u> 、 <u>K172</u> 、K175の2、 <u>K177</u> 、 <u>K314の2</u> 、K379-2の2、 <u>K394の2</u> 、K395、 <u>K403の2</u> 、 <u>K415の2</u> 、 <u>K514の9</u> 、 <u>K514-4</u> 、 <u>K519</u> 、 <u>K529の1</u> 、 <u>K529-2の2</u> 、 <u>K552の1</u> 、 <u>K553の3</u> 、 <u>K553-2の2</u> 、 <u>K553-2の3</u> 、 <u>K555の3</u> 、K558、 <u>K560の1のイからK560の1のハまで</u> 、 <u>K560の2</u> 、 <u>K560の3のイからK560の3のニまで</u> 、 <u>K560の4</u> 、K560の5、 <u>K560-2の2のニ</u> 、 <u>K567の3</u> 、K579-2の2、 <u>K580の2</u> 、K581の3、 <u>K582の2</u> 、K582の3、 <u>K583</u> 、K584の2、 <u>K585</u> 、 <u>K586の2</u> 、 <u>K587</u> 、 <u>K592-2</u> 、K605-2、K605-4、 <u>K610の1</u> 、K645、 <u>K675の4</u> 、K675の5、K677-2の1、 <u>K695の4</u> 、 <u>K695の6</u> 、 <u>K695の7</u> 、K697-5、K697-7、 <u>K703</u> 、 <u>K704</u> 、K801の1、 <u>K803の2</u> 、 <u>K803の4</u> 及び <u>K803-2</u> に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合	

## 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。

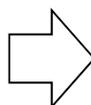
➤ 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。



## 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、 <u>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</u> 、1日につき1回に限り算定する。	

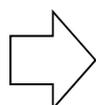
## デジタル病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

### 【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。

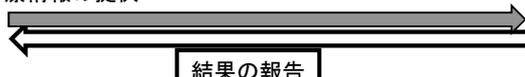


改定後
【病理診断料】 1 組織診断料 2 細胞診断料
注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、(中略)作製された組織標本(組織標本のデジタル病理画像を含む。)に基づく診断を行った場合(中略)に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。
[留意事項] デジタル病理画像による病理診断については、 <u>デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる</u> 。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、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(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



## 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]

- (1) 肺移植、心移植、肝移植、脾移植、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。
- (2) ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に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]

- (1) 抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断目的に行われた場合に算定する。
- (2) 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]

- (1) 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。
- (2) 同種移植のコーディネートの十分な体制が整備されていること。

**165** (3) 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。

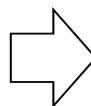
## 移植医療の評価の充実②

**【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	
<b>【皮膚移植術】</b>	
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
<b>【骨移植術(軟骨移植術を含む。)(抜粋)</b>	
3 同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)	24,370点
<b>【凍結保存同種組織加算】</b>	
	9,960点



改定後	
<b>【皮膚移植術】</b>	
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
<b>【骨移植術(軟骨移植術を含む。)(抜粋)</b>	
3 同種骨移植(非生体) イ 同種骨移植(特殊なもの)	39,720点
<b>【凍結保存同種組織加算】</b>	
	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) 子宮付属器腫瘍摘出術(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。

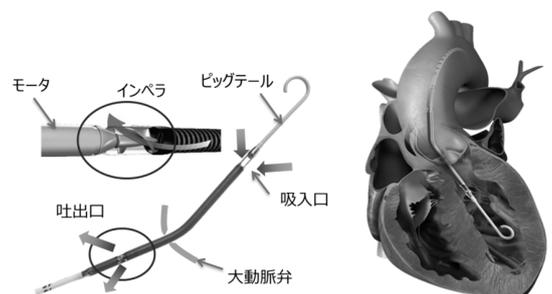
例)

現行(準用技術)			改定後	
初日(1日につき) 経皮的心肺補助法	11,100点	➔	(新) 経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)(1日につき)	
2日目以降 大動脈バルーンパンピング法	3,680点		1 初日 2 2日目以降	11,100点 3,680点

**技術の概要:**カテーテル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。

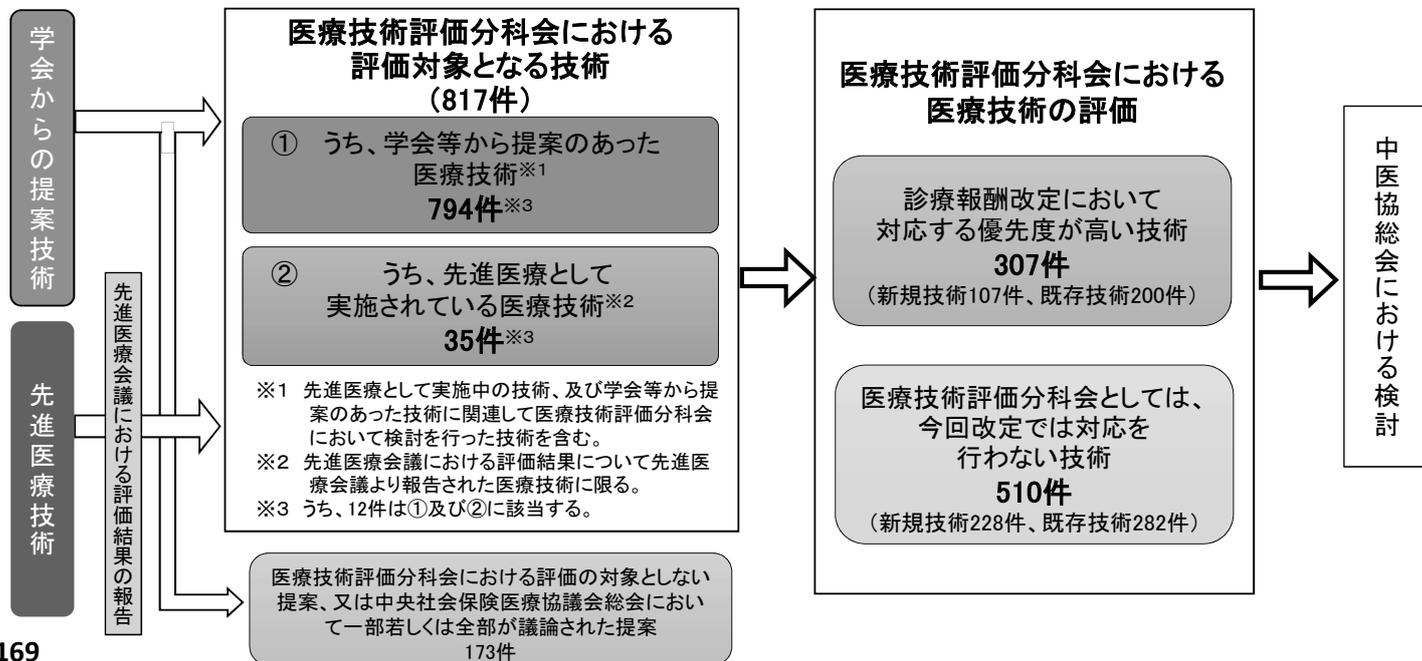
**関連する特定保険医療材料:**

193 補助循環用ポンプカテーテル                      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。



169

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

[新たに保険収載される検査の例]

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

170

## 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**。

171

## 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。)

172

## 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

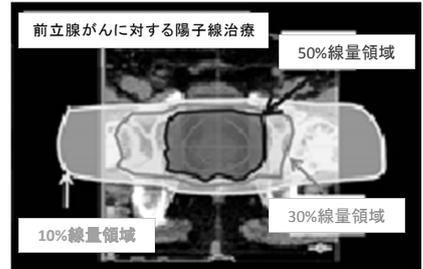
陽子線治療の場合 110,000点

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

173

## 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

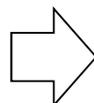
➤ 短腸症候群及び機能的難治性小腸不全の患者に対する小腸移植を保険適用する。

(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
<p>【認知機能検査その他の心理検査】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 操作が容易なもの</li> <li>2 操作が複雑なもの</li> <li>3 操作と処理が極めて複雑なもの</li> </ol> <p>【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。</p> <p>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。</p>



改定後
<p>【認知機能検査その他の心理検査】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 操作が容易なもの</li> <li>2 操作が複雑なもの</li> <li>3 操作と処理が極めて複雑なもの</li> </ol> <p>【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)、<b>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</b>のことをいう。</p>

174

## 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		24点
Rh(D)血液型	21点		24点
神経学的検査	450点		500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		100分の100 100分の70 100分の40
血液採取 注 乳幼児加算	25点 20点	➡	30点 25点
創傷処置 1 100平方センチメートル未満	45点		52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		180点 55点
ギプス処置 注 乳幼児加算	3歳未満		6歳未満

#### ○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

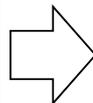
※ 削除する項目のうち、検査の項目については、平成32年3月31日まで算定可能

## 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

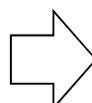


改定後	
高気圧酸素治療(1日につき)	
1 減圧症又は空気塞栓に対するもの	
	5,000点
2 その他のもの	
	3,000点
注 1については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。	

※ 「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)	
ア 前置胎盤の合併を認める場合	2,000点
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)	
ア 前置胎盤の合併を認める場合	2,000点
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「外保連試算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>

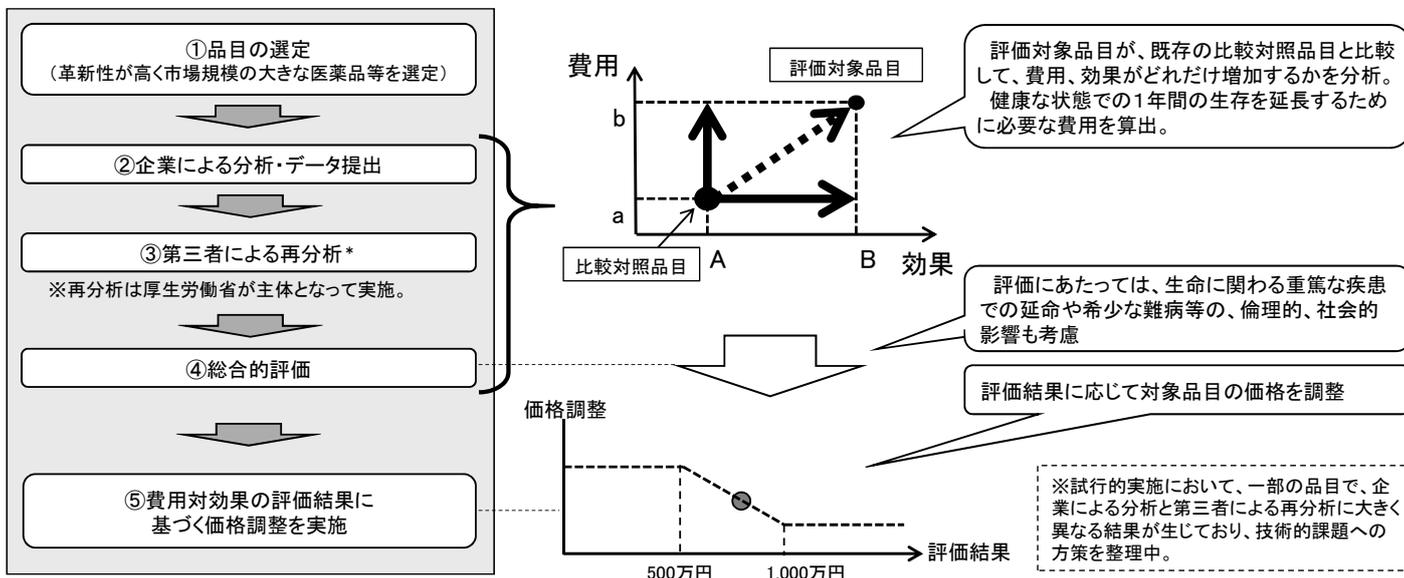
### (3) 見直しを行う手術の例

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>

## 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】



\* 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。

## 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	改定後
<p>【経皮的冠動脈ステント留置術】</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 34,380点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 24,380点</p> <p>3 その他のもの 21,680点</p> <p>[留意事項(抜粋)]</p> <p>(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。</p>	<p>【経皮的冠動脈ステント留置術】</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 34,380点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 24,380点</p> <p>3 その他のもの 21,680点</p> <p>[留意事項(抜粋)]</p> <p>(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。</p> <p>(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(※)。</p> <p>ア 90%以上の狭窄病変</p> <p>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。)</p> <p>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</p>

※ 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。

## 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	105点
Dダイマー	141点	137点
生化学検査 I 10項目以上	115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

## 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、在宅患者共同指導料の注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。）を届け出ている病棟が、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。

181

## 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け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。

182

## 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	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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。

183

## 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	・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	・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、腭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)	・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	・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	・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	・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。

184

## 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伴う施設基準の届出等について

平成 30 年 4 月 4 日現在

## 第 1 施設基準創設により算定するに当たり届出が必要なもの

新たに施設基準が創設されたことにより、平成 30 年 4 月以降（基本診療料の 2 については、平成 30 年 10 月以降）において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

### 【基本診療料】

- 1 機能強化加算
- 2 初診料（歯科）の注 1 に掲げる基準（※ 1）
- 3 地域包括診療加算 1
- 4 オンライン診療料
- 5 一般病棟入院基本料の急性期一般入院料 2 及び 3（※ 2）
- 6 一般病棟入院基本料の地域一般入院料 1
- 7 療養病棟入院基本料の注 13 に規定する夜間看護加算（※ 3）
- 8 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
- 9 障害者施設等入院基本料の注 9 に規定する看護補助加算（※ 3）（※ 4）
- 10 障害者施設等入院基本料の注 10 に規定する夜間看護体制加算
- 11 看護職員夜間配置加算の看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2
- 12 医療安全対策加算の医療安全対策地域連携加算 1 及び 2
- 13 感染防止対策加算の抗菌薬適正使用支援加算
- 14 後発医薬品使用体制加算 4
- 15 入退院支援加算の入院時支援加算
- 16 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
- 17 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、3 及び 5
- 18 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
- 19 地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3
- 20 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（※ 3）
- 21 緩和ケア病棟入院料 2
- 22 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（※ 3）
- 23 精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算（※ 3）
- 24 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1 及び 3）

（※ 1） 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成 31 年 3 月 31 日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成 31 年 4 月 1 日以降も引き続き算定する場合は、様式 2 の 8 により再度届出を行うこと。

（※ 2） 平成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の病院であって旧算定方法別表第一区分番号 A 1 0 0 に掲げる 7 対 1 入院基本料届出を行っている病棟にあっては、平成 32 年 3 月 31 日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いて評価することも差し支えない。

平成 30 年 3 月 31 日時点で、7 対 1 入院基本料並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料について、病棟群単位による届出を行っている病院における当該病棟にあっては、平成 32 年 3 月 31 日までの間、届出前の直近 3 月以上の急性期一般入院料 1 の算定実績を満たしているものとする。

（※ 3） 看護職員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 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当

該基準を満たしているものとする。

(※4) 看護補助業務に従事する看護補助者に対する基礎知識を習得できる内容を含む院内研修については、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。

### 【特掲診療料】

- 1 乳腺炎重症化予防ケア・指導料
- 2 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
- 3 地域包括診療料1
- 4 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
- 5 ハイリスク妊産婦連携指導料1及び2
- 6 在宅療養支援歯科診療所1
- 7 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
- 8 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
- 9 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
- 10 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
- 11 有床義歯咀嚼機能検査2のイ
- 12 有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査
- 13 精密触覚機能検査
- 14 骨髓微小残存病変量測定
- 15 抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）
- 16 画像診断管理加算3
- 17 小児鎮静下MRI撮影加算
- 18 頭部MRI撮影加算
- 19 外来後発医薬品使用体制加算3
- 20 口腔粘膜処置
- 21 口腔粘膜血管腫凝固術
- 22 レーザー機器加算
- 23 人工腎臓（※1）
- 24 導入期加算1
- 25 導入期加算2及び腎代替療法実績加算
- 26 皮膚移植術（死体）
- 27 後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）
- 28 緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）
- 29 人工中耳植込術
- 30 喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）
- 31 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
- 32 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MRIによるもの）
- 33 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。）
- 34 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）
- 35 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）
- 36 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）
- 37 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、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）

- るもの)、膀胱腸瘻閉鎖(内視鏡によるもの)、腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
- 38 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)
  - 39 胸腔鏡下弁形成術
  - 40 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
  - 41 胸腔鏡下弁置換術
  - 42 経皮的僧帽弁クリップ術
  - 43 ペースメーカー移植術(リードレスペースメーカーの場合)
  - 44 経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)
  - 45 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
  - 46 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)
  - 47 腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
  - 48 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
  - 49 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
  - 50 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
  - 51 生体部分小腸移植術
  - 52 同種死体小腸移植術
  - 53 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)
  - 54 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。)
  - 55 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。)
  - 56 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。)
  - 57 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。)
  - 58 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。)
  - 59 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。)
  - 60 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。)
  - 61 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。)
  - 62 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。)
  - 63 腹腔鏡下腔式子宮全摘術(性同一性障害の患者に対して行う場合)
  - 64 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)
  - 65 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
  - 66 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)
  - 67 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。)
  - 68 コーディネート体制充実加算
  - 69 自己クリオプレシピテート作製術(用手法)
  - 70 遠隔放射線治療計画加算
  - 71 強度変調放射線治療(IMRT)の1回線量増加加算
  - 72 デジタル病理画像による病理診断
  - 73 悪性腫瘍病理組織標本加算

(※1) 透析液の水質を管理する専任の医師又は臨床工学技士の配置について、平成31年3月31日までの間は、当該要件を満たすものとする。

また、改定前の人工腎臓の算定の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月の間(当該月が平成32年3月以降の月である場合にあっては、平成32年3月までの間)に限り、「慢性維持透析を行った場合1」の施設基準に該当するものとみなす。

## 第2 届出直しが必要となるもの

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の必要なもの

### 【基本診療料】

- 1 地域歯科診療支援病院歯科初診料  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 2 歯科外来診療環境体制加算1  
〔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。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 3 歯科外来診療環境体制加算2  
〔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。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 4 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料3及び7を除く。）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 5 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料4から7までに限る。）（許可病床数が200床未満の病院に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている病院を除く。）  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。ただし、許可病床数50床未満及び1病棟のみの病院については、平成32年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 6 療養病棟入院基本料の療養病棟入院料2（平成30年3月31日に療養病棟入院基本料2を算定している病院に限る。）
- 7 療養病棟入院基本料〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 8 療養病棟入院基本料（許可病床数が200床以上の病院に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている病院を除く。）  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 9 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  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 10 結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 11 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。）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 12 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  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 13 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の病院に限る）（データ提出加算の届出を既に届け出ている病院を除く。）  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。ただし、許可病床数50床未満及び1病棟のみの病院については、平成32年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 14 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 15 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 16 専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の病院に限る）（データ提出加算の届出を既に届け出ている病院を除く。）

- 〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。ただし、許可病床数50床未満及び1病棟のみの病院については、平成32年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 17 総合入院体制加算〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 18 急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料7及び10対1入院基本料に限る。）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 19 看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料7及び10対1入院基本料に限る。）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 20 看護補助加算1（地域一般入院料1若しくは2又は13対1入院基本料を算定する病棟に限る。）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 21 後発医薬品使用体制加算（4を除く。）
- 22 データ提出加算（1の口及び2の口に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 23 救命救急入院料1及び3〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 24 救命救急入院料の注3に掲げる救急体制充実加算  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 25 特定集中治療室管理料1及び2（※2）  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 26 脳卒中ケアユニット入院医療管理料  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 27 回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6であって、許可病床数が200床未満の病院は除く。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている病院を除く。）  
〔平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。ただし、許可病床数50床未満及び1病棟のみの病院については、平成32年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 28 緩和ケア病棟入院料1  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 29 認知症治療病棟入院料の認知症夜間対応加算（医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は除く。）
- 30 特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）  
〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 31 特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）（※）

（※）重症度、医療・看護必要度の患者割合については、平成30年9月30日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成30年10月1日以降も引き続き算定する場合は、再度届出を行うこと。

（※2）平成32年3月31日までの間は、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、当該基準を満たしているものとする。

### 【特掲診療料】

- 1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所  
〔平成32年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 2 在宅療養支援歯科診療所2  
〔平成32年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕
- 3 外来後発医薬品使用体制加算1及び2

4 画像誘導放射線治療加算

〔平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。〕

**第3 名称が変更されたが、届出直しは必要でないもの**

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】**

1	地域包括診療加算	→	地域包括診療加算2
2	一般病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る。)	→	急性期一般入院料7
3	一般病棟入院基本料(13対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院料2
4	一般病棟入院基本料(15対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院料3
5	看護職員夜間配置加算の看護職員夜間16対1配置加算	→	看護職員夜間配置加算の看護職員夜間16対1配置加算1
6	退院支援加算	→	入退院支援加算
7	回復期リハビリテーション病棟入院料1	→	回復期リハビリテーション病棟入院料2
8	回復期リハビリテーション病棟入院料2	→	回復期リハビリテーション病棟入院料4
9	回復期リハビリテーション病棟入院料3	→	回復期リハビリテーション病棟入院料6

**【特掲診療料】**

1	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
2	歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	歯科治療時医療管理料
3	がん患者指導管理料1	→	がん患者指導管理料イ
4	がん患者指導管理料2	→	がん患者指導管理料ロ
5	がん患者指導管理料3	→	がん患者指導管理料ハ
6	腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
7	地域包括診療料	→	地域包括診療料2
8	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
9	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
10	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のロ及び咀嚼能力検査
11	歯科技工加算1及び2	→	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2
12	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

13	透析液水質確保加算 2	→	透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
14	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
15	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）
16	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
17	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

#### 第 4 その他新たに報告が必要であるとされたもの

内 容	対 象	報告時期
妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約	許可病床数が 200 床以上の病院	毎年 10 月から 11 月まで

#### 第 5 その他報告時期が変更されたもの

内 容	変更前	変更後
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テーション実績指数等	1 月、4 月、7 月、10 月 (年 4 回)	7 月 (年 1 回)

# 1 円滑な届出の受付に関するお願い

## (1) 施設基準等の届出先(近畿厚生局各事務所等)

府県名	届出先	事務所等の所在地	TEL	FAX
福 井	近畿厚生局 福井事務所	〒910-0019 福井市春山 1-1-54 福井春山合同庁舎 7F	0776-25-5373	0776-25-5375
滋 賀	近畿厚生局 滋賀事務所	〒520-0044 大津市京町 3-1-1 大津びわ湖合同庁舎 6F	077-526-8114	077-526-8116
京 都	近畿厚生局 京都事務所	〒604-8153 京都市中京区烏丸通四条上ル笋町 691 りそな京都ビル 5F	075-256-8681	075-256-8684
大 阪	近畿厚生局 指導監査課	〒540-0011 大阪府中央区農人橋 1-1-22 大江ビル 8F	06-7663-7663	06-4791-7355
兵 庫	近畿厚生局 兵庫事務所	〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-4-3 神戸防災合同庁舎 2F	078-325-8925	078-325-8928
奈 良	近畿厚生局 奈良事務所	〒630-8115 奈良市大宮町 1-1-15 ニッセイ奈良駅前ビル 2F	0742-25-5520	0742-25-5522
和歌山	近畿厚生局 和歌山事務所	〒640-8153 和歌山市二番丁 3 和歌山地方合同庁舎 5F	073-421-8311	073-421-8315

## (2) 施設基準等の届出方法

- ① 施設基準等の届出については「**郵送**」でお願いします。
  - ② 4月1日から算定を行うためには、「**4月16日(月)必着**」までに届出が必要となりますのでご注意願います。
  - ③ 郵送に当たっては、封筒の上部の余白に朱書きで「(医科・歯科・薬局)施設基準届出書在中」と記載してください。
  - ④ 締切日直前に届出が集中することが予想されます。速やかな審査のため、まとめて提出するのではなく、早期に届出できるものはその都度、ご提出いただくようお願いします。
  - ⑤ FAXでの届出書及び添付書類の提出は認められません。
  - ⑥ 添付資料について、通知や届出様式で定めているものを**忘れず提出してください。**
  - ⑦ 届出書及び添付書類の様式は、厚生労働省ホームページに掲載しています。  
また、近畿厚生局ホームページにも掲載を行います。(※診療報酬改定に関する情報についても掲載しています。)
- ・厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/>
  - ・近畿厚生局ホームページ：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/>
- ⑧ 届出書の提出前に**もう一度**施設基準通知等を確認し、**内容に漏れや誤りがないか十分チェック**をしてください。(※次ページのチェックリストを活用してご確認ください。)
  - ⑨ 複数の施設基準等を同時に届け出た場合であっても、審査を終えた届出書からそれぞれ別々に受理通知を送付することがありますので、あらかじめご了承ください。

## ★チェックリスト★

「届出書」を添付していますか。

※「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添付が必要です。

「届出書」及び「添付書類」に記載漏れはありませんか。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

施設基準通知や届出様式に記載されている必要な「添付書類」をすべて添付していますか。

「届出書」及び「添付書類」の写しを保管していますか。

※ 副本の提出は不要となりましたので、ご注意ください。

## 2 診療報酬改定内容に関するご質問の方法

① 診療報酬改定内容に関するご質問は、所定の疑義照会票（※近畿厚生局ホームページに掲載）に必要事項をご記入の上、「郵便又はFAX」にて各事務所等へお送りください。

※ 照会にあたって、**告示・通知をよく確認したうえ**でご質問ください。告示・通知は厚生労働省ホームページに掲載しています。

※ FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。

※ 電話による照会は、できる限り控えていただくようご協力願います。

② 回答は、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。

③ 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

### 3 その他の周知事項

#### (1) 施設基準の要件の確認等について

- ① 施設基準の要件に適合しているかどうかは、保険医療機関の責任で、随時確認しなければなりません。
- ② 施設基準の取扱通知において、変更届の提出が必要とされている事象が生じたときは速やかに変更届を提出してください。また、円滑な処理のため、変更届の提出の際には、「届出書」（別添7又は別添2）の上方余白に変更が生じた具体的な内容を明記してください。
- ③ 施設基準の要件に適合しない場合は、辞退届の提出等の手続きをしてください。なお、辞退届に記載する辞退の理由は、具体的なものとしてください。  
(記載例)
  - ・運動器リハビリテーション料(1)：平成〇年〇月〇日付で専従の理学療法士が退職したため。
  - ・歯科技工加算1及び2：平成〇年〇月〇日付で常勤の歯科技工士が退職したため。
- ④ 施設基準の届出を行った保険医療機関は、**毎年7月1日現在**で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告しなければなりません。(詳しくは、7月上旬に近畿厚生局ホームページでお知らせします。)

#### (2) 施設基準に係る年間実績等の報告の取扱いについて

- ① 平成30年4月以降の算定にあたり、前年の実績等が要件を満たしていることを必要とする施設基準については、告示・通知を確認の上、要件を満たしていることを確認してください。そのうえで、次のアについては、適宜、報告書を提出してください。(詳しくは、近畿厚生局ホームページをご覧ください。)
  - ア 平成30年3月31日までに近畿厚生局へ報告が必要な施設基準
    - ・地域歯科診療支援病院歯科初診料
    - ・精神療養病棟入院料の注4に掲げる重症者加算1
  - イ 上記アのほか手術件数等の年間実績が継続算定の要件となっている施設基準  
当該要件と昨年の実施件数等の実績を照らし合わせ、要件を満たしていることを確認の上、平成30年4月以降の算定をしてください。
- ② 要件を満たさないことが判明した場合は、速やかに届出の辞退又は変更の届出をしてください。

#### (3) 特別の療養環境の提供について

- ① 特別の療養環境(いわゆる差額ベッド)の提供にあたっては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があります、患者の意に反して特別の療養環境の病室に入室させてはなりません。
- ② 患者の選択によらない場合は、患者に特別の療養環境に係る料金を求めることはできません。料金を求めてはならない場合の具体例は、次のとおりです。
  - ア 同意書による同意の確認を行っていない場合、
  - イ 患者本人の『治療上の必要』により特別の療養環境の病室に入室させる場合、
  - ウ 病棟管理の必要性等から特別の療養環境の病室に入室させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

※ 詳細については、通知「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が

定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の実施上の留意事項について」（最終改正：平成30年3月5日付け保医発0305第6号）を確認の上、適切な取扱いを行ってください。

#### （４）療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

- ① 療養の給付と直接関係ないサービス（例：おむつ、病衣貸与等）の提供は、患者の選択により行われるものです。
  - ② その選択に資するため、次の点に留意してください。
    - ア サービスの内容、料金を保険医療機関内の見やすい場所に掲示しなければなりません。
    - イ 患者に対して、費用徴収を行うサービスの内容、料金等について、明確かつ懇切に説明し、その同意を確認しなければなりません。
    - ウ 同意の確認は、費用徴収を行うサービスの内容・料金を明示した文書に、患者の署名を受けることにより行う必要があります。
  - ③ また、患者から費用の徴収をすることが認められてないもの（例：シーツ代、冷暖房代、おむつの処理費用等）がありますので、留意してください。
- ※ 詳細については、通知「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（最終改正：平成28年6月24日付け保医発0624第2号）を確認の上、適切な取扱いを行ってください。

#### （５）明細書の交付について

電子レセプト請求が義務付けられている病院及び診療所は、原則として患者に無償で明細書を交付しなければなりません。

また、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、自己負担がある患者と同様に、無償交付が原則義務化されました。

つきましては、明細書の交付を適切に行ってください。

#### （６）医療保険と介護保険の給付調整について

- ① 要介護被保険者等（要介護被保険者又は居宅要支援被保険者）については、原則として、介護保険からの給付が医療保険からの給付より優先されますが、別に厚生労働大臣が定める場合については、医療保険から給付できることとされています。

これを医療保険と介護保険の給付調整といい、要介護被保険者等が受けている介護サービスの種類によって、請求できる項目が異なりますので、診療報酬の算定を適切に行ってください。
  - ② 特別養護老人ホーム等の配置医師に該当する場合は、配置されている施設に入所している患者に対する一部の診療については、診療報酬を算定することはできませんので、留意してください。
- ※ 詳細については、告示「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（最終改正：平成28年厚生労働省告示第93号）、通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（最終改正：平成28年3月25日付け保医発0325第9号）などを確認の上、適切な取扱いを行ってください。

#### （７）酸素の価格の算定について

- ① 酸素の費用については、原則として、前年の酸素の購入実績（酸素の対価）に基づいて算出した額により請求することとされています。

- ② 酸素を使用して診療する保険医療機関は、毎年4月1日以降の診療報酬の請求に用いる酸素の単価等、必要な事項を毎年2月15日までに届出する必要があります。未提出の場合は速やかに提出してください。（詳しくは、近畿厚生局ホームページをご覧ください。）

#### **（8） 個別指導等の指摘事項の公表について**

近畿厚生局ホームページに、個別指導及び適時調査における主な指摘事項を掲載しています。これらの指摘事項も参考に、適正な保険診療・保険請求を行ってください。

# 保険診療の理解のために

## 保険医、保険医療機関の責務

### ○ 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づき、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいている。
- 保険医療機関及び保険医であるということは、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。
- 保険医が保険診療を行うにあたっては、保険診療のルールを遵守する必要がある。

保険診療として診療報酬が支払われるには、

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）』の規定を遵守し
- ⑤ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 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こと。

### ○ 診療録（カルテ）

- 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。
- 診療録記載は、医師法、療養担当規則に基づく重要な義務である。
- 診断の都度、必要な事項を、診療録に記載すること。

### ○ 「療養担当規則」の重要性、遵守義務

「療養担当規則」は、保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき重要でかつ保険医の根本となる事項が定められているので、今一度、「療養担当規則」を読み返し、遵守に努めること。

# 平成 30 年度診療報酬改定関係疑義照会票（兼：送信票）

\* 整理等の都合上、お手数ですが、疑義照会票1枚につき1内容の照会としていただきますようご協力願います。

## ★ 手順1 【照会元】及び【宛先】について、次の①から⑨に記入願います。

<b>【照会元】</b>	① 照会日	月	日	<b>【宛先】</b>	↓ ○をした事務所等
② 病院・診療所・薬局の名称				⑨ ご照会元の所在地の府県に○ →	・ 福井(福井事務所) FAX:0776-25-5375
③ 医療機関・薬局コード					・ 滋賀(滋賀事務所) FAX:077-526-8116
④ 病院・診療所・薬局の所在地 (※府県名から)					・ 京都(京都事務所) FAX:075-256-8684
⑤ ご担当者氏名					・ 大阪(指導監査課) FAX:06-4791-7355
⑥ ご連絡先	・ 電話 (      —      —      )				・ 兵庫(兵庫事務所) FAX:078-325-8928
	・ FAX (      —      —      )				・ 奈良(奈良事務所) FAX:0742-25-5522
⑦ 送付枚数 (※本紙含む)	枚	⑧ インターネット 閲覧環境 (※いずれかに○)	有 ・ 無		・ 和歌山(和歌山事務所) FAX:073-421-8315

## ★ 手順2 照会の区分、区分番号、照会項目を、次の①から③に記入願います。

① 区 分 (※いずれかに○)	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 その他(                      )	② 区分番号 (例) 再診料の場合…「A001」	
③ 照会項目 (※いずれかに○)	算定方法関係 ・ 施設基準届出関係 ・ DPC関係 ・ その他(                      )		

## ★ 手順3 照会する内容を、次の①及び②に記入願います。(1枚につき1内容)

【①照会件名】 (※点数等の具体的名称について記載してください。【例: A001 再診料の時間外対応加算について】)

【②具体的な内容】 (※照会する内容について、具体的に記載願います。スペースが不足する場合は別紙(様式自由)に記載してください。また、添付資料がある場合は必要な資料を添付してください。)

## ★ 手順4 この照会票を、郵送又はFAXにて【宛先】の事務所等へ送付願います。

※FAXは混雑することが予想されますので、お手数ですが、郵便での送付にご協力願います。  
 ※回答については、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。  
 内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

受付印

【以下、厚生局使用欄(記入不要)】

照会元への回答日	月 日	回答方法	電話 ・ その他(                      )
※医療課進達日	月 日	※医療課回答日	月 日