

平成30年度診療報酬改定の概要

東海北陸厚生局(医科)

【Ⅱ】

1

平成30年度診療報酬改定

平成30年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科 (「歯科」参照)

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤 (「調剤」参照)

1. かかりつけ薬剤師の推進
2. 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
1～5) (「医科 I」参照)
- 6) 適切な腎代替療法法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価 (「医科 I」参照)
 - 2) 遺伝学的検査の評価の充実
 - 3) 麻酔科の診療に係る評価の見直し
 - 4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進
 - 5) デジタル病理画像を用いた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
 - 6) 移植医療の評価の充実
 - 7) 性別適合手術の保険適用
 - 8) 手術等医療技術の適切な評価

歯科 (「歯科」参照)

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤 (「調剤」参照)

1. 薬局における対人業務の評価の充実
2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

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 (「医科 I」参照)
2. 業務の効率化・合理化 (「医科 I」参照)

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. 薬価制度の抜本改革の推進 (「薬価制度」参照)
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進 (「医科 I」「調剤」参照)
3. 費用対効果の評価
4. 調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し (「調剤」参照)
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 (「医科 I」参照)

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で
納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1～5) (略) (医科 I 参照)
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価 (医科 I 参照)
 - 2) 遺伝学的検査の評価の充実
 - 3) 麻酔科の診療に係る評価の見直し
 - 4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進
 - 5) デジタル病理画像を用いた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
 - 6) 移植医療の評価の充実
 - 7) 性別適合手術の保険適用
 - 8) 手術等医療技術の適切な評価

3

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で
納得できる質の高い医療の実現・充実

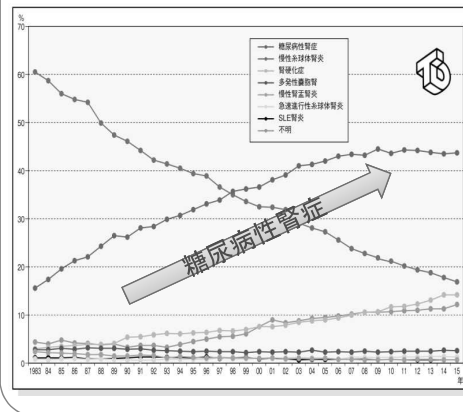
1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1～5) (略) (「医科 I」参照)
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価 (「医科 I」参照)
 - 2) 遺伝学的検査の評価の充実
 - 3) 麻酔科の診療に係る評価の見直し
 - 4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進
 - 5) デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し
 - 6) 移植医療の評価の充実
 - 7) 性別適合手術の保険適用
 - 8) 手術等医療技術の適切な評価

4

適切な腎代替療法推進の考え方

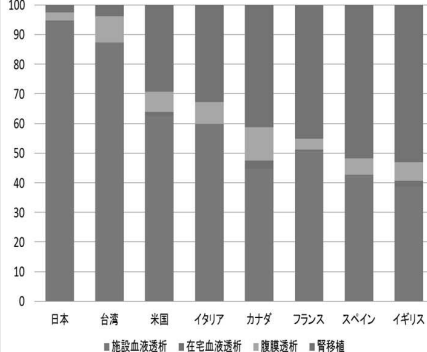
(1) 糖尿病性腎症から人工透析に至る患者が増えている。
⇒ 重症化予防を行い、新規透析患者の抑制が必要。

<透析導入患者の主要原疾患の割合推移>



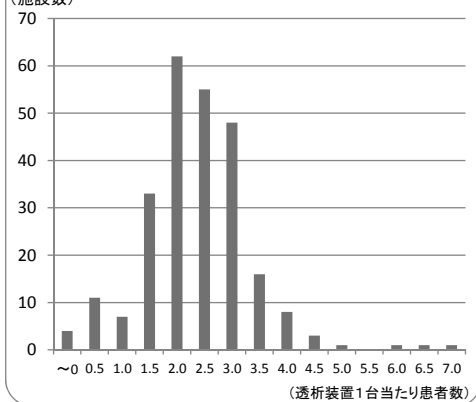
(2) 日本は、諸外国と比べ、腹膜透析や腎移植が普及していない。
⇒ 患者のQOLの観点から、腹膜透析や腎移植の普及推進が必要。

<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

腹膜透析や腎移植に資する取組みや実績等々を評価

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々を評価する。

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

【施設基準】 なし

【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)。

【見直す入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料



末期腎不全に対する治療手段にはどんなものがある?

透析療法: 血液透析, 腹膜透析
腎移植: 生体腎移植, 腎移植

腎移植・血液透析・腹膜透析はお互いに相補的な役割があります。

PD ↔ HD

この冊子は、自分自身を含む(医学的専門知識だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して)治療法を選ぶ必要があるが、しかし、それが自分自身に最も適しているかわからないことを悩んでいる患者、医師との関係性の中で治療法が定まらずに悩んでいる患者、その後に血液透析(HD)に移行した、腹膜透析(PD)を継続し、その後に血液透析(HD)に移行した、その後もあきらまず、また、PDとHDの併用療法という方法を採るなど、自分の治療法について考えたい患者さん、さらに、この治療法から移植を行うこともできますし、移植後に腎機能が低下した場合、どの治療法も移行が可能です。

※この冊子の説明や勧誘の意図を正しく理解し、適切な医師と相談し、自分自身に最も適切な治療法を考えていくことが大切です。

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/1.73m²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/1.73m²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。

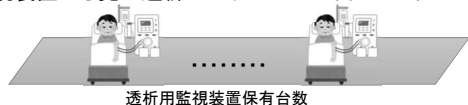
人工腎臓に係る診療報酬の見直し①

- 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 ①	...	透析用監視装置 ②
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	
【人工腎臓】	
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	
【人工腎臓】	
(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	
【人工腎臓】	
慢性維持透析濾過(複雑なもの)	2,225点



改定後	
【人工腎臓】	
(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

平成30年度診療報酬改定の概要ー医科

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1~5) (略) (「医科Ⅰ」参照)
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価 (「医科Ⅰ」参照)
 - 2) 遺伝学的検査の評価の充実
 - 3) 麻酔科の診療に係る評価の見直し
 - 4) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進
 - 5) デジタル病理画像を用いた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
 - 6) 移植医療の評価の充実
 - 7) 性別適合手術の保険適用
 - 8) 手術等医療技術の適切な評価

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。

11

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癌

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 メーブルシロップ尿症、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ペ病を含む。)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、ブラダー・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・マギニス症候群、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

12

麻酔科の診療に係る評価の見直し①

麻酔料の見直し

【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	
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
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点/12,200点
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点/9,150点
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点/6,710点
5 その他の場合	8,300点/6,100点



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)
1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術等	24,900点/18,200点
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点/12,100点
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点/9,050点
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点/6,610点
5 その他の場合	8,300点/6,000点

3

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	
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
(Ⅱ)	100点/300点



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)
(Ⅰ)	250点/1,050点
(Ⅱ)	150点/450点

現行	
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	



改定後	
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、 <u>K142-2の1</u> 、K151-2、 <u>K154-2</u> 、 <u>K169の1</u> 、K172、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	

14

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進①

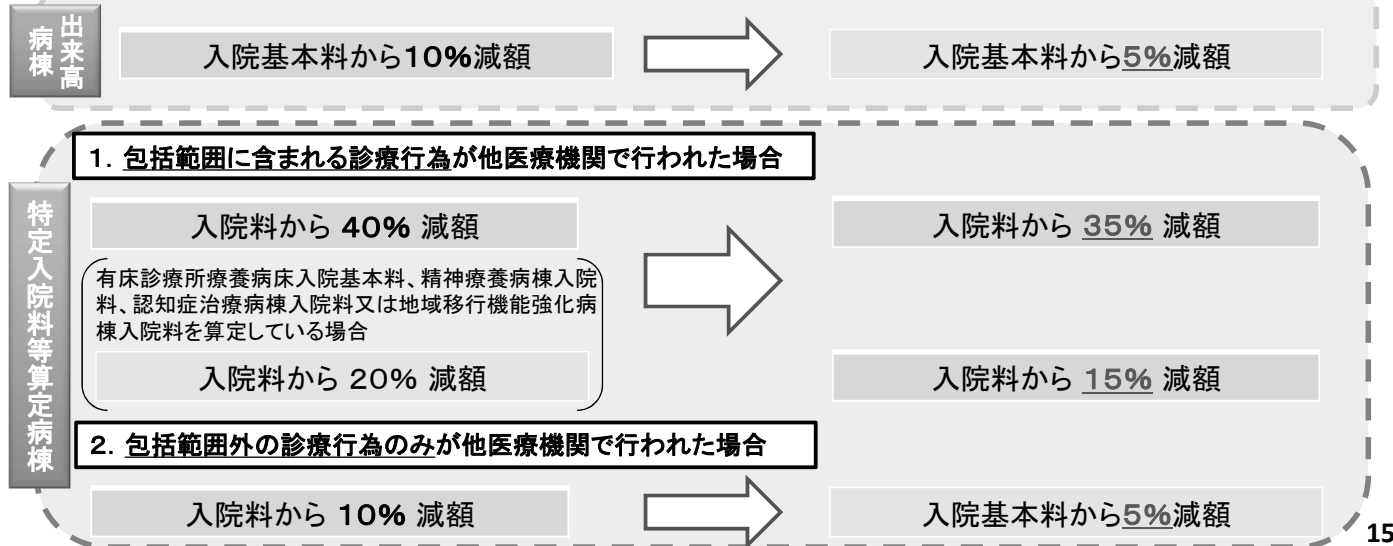
【課題】

- 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】



15

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)



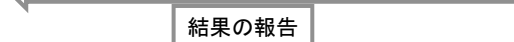
- ・標本等(検体及びデジタル病理画像を含む)の送付又は送信
- ・診療情報の提供



標本等の受取側



結果の報告



17

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・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】

- (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。
- (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。

18

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		改定後	
【皮膚移植術】		【皮膚移植術】	
1 200平方センチメートル未満	6,750点	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	9,000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	13,490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	32,920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	37,610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)		【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	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】	9,960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

- 精巣摘出術
- 陰茎全摘術
- 尿道形成手術(前部尿道)
- 会陰形成術
- 造陰術

FTM(female to male)に対する手術

- 子宮全摘術(腹腔鏡下手術を含む)
- 子宮附属器腫瘍摘出術(腹腔鏡下手術を含む)
- 尿道下裂形成術
- 陰茎形成術
- 乳房切除術

[施設基準]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

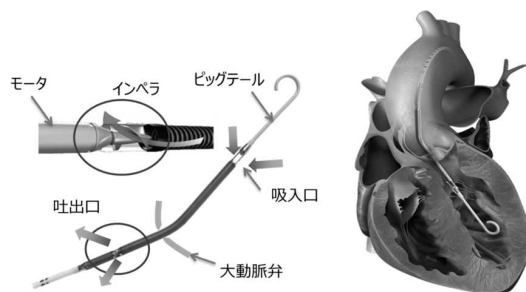
例)

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 テーターを用いたもの)(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	11,100点	
		2 2日目以降	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。

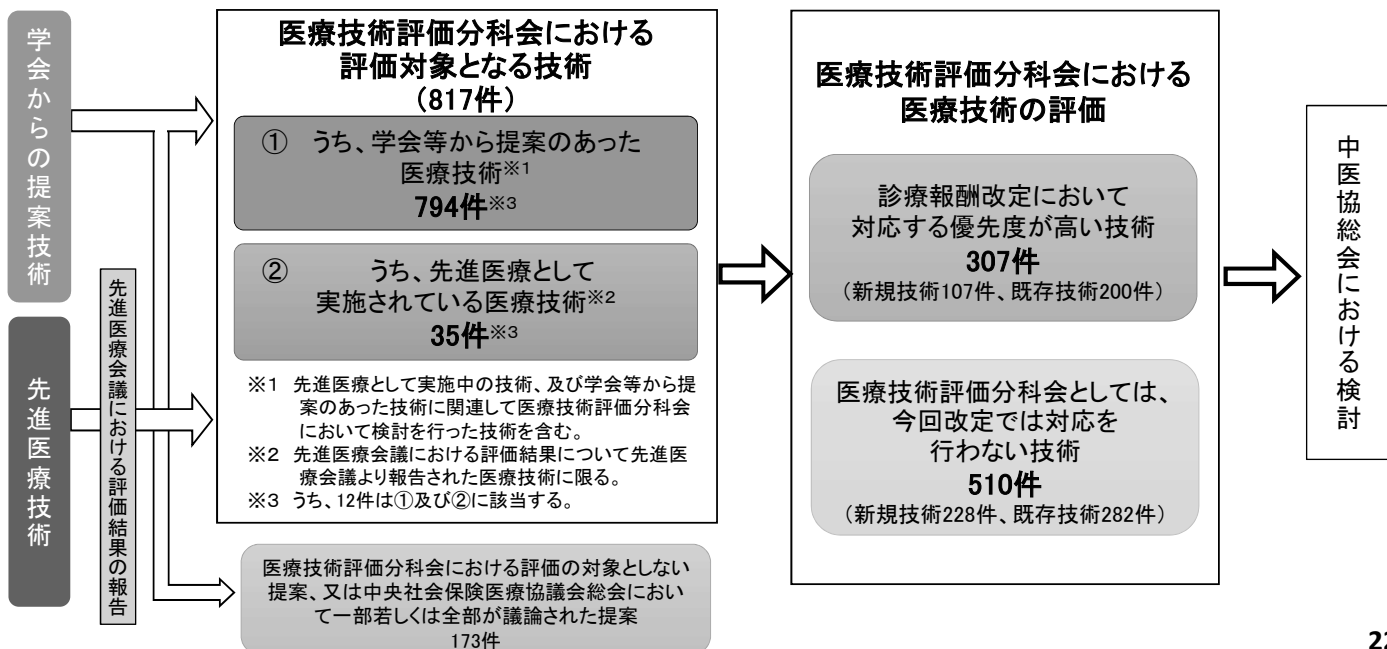
関連する特定保険医療材料:

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。



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

23

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及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。**

24

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。)

25

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

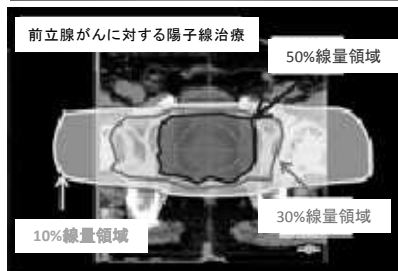
陽子線治療の場合 110,000点

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

26

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 操作が容易なもの
- 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 **操作が容易なもの**
- 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、ストルーベテスト及び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	<u>24点</u>
Rh(D)血液型	21点	<u>24点</u>
神経学的検査	450点	<u>500点</u>
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 <u>100</u> 100分の <u>70</u> 100分の <u>40</u>
血液採取 注 乳幼児加算	25点 20点	<u>30点</u> <u>25点</u>
創傷処置 1 100平方センチメートル未満	45点	<u>52点</u>
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側 注 乳幼児加算	150点 50点	<u>180点</u> <u>55点</u>
ギプス処置 注 乳幼児加算	3歳未満	<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	

29

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	2,010点
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	720点
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	7,800点

(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	1,500点
羊水穿刺(羊水過多症の場合)	120点	144点
耳垢栓塞除去(複雑なもの) 2 両側	150点	180点

(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	15,980点
腹腔鏡下ヘルニア手術 2 大腿ヘルニア	15,460点	18,550点
肝切除術 1 部分切除	36,340点	39,040点

30

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. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科Ⅰ」「調剤」参照）
3. 費用対効果の評価
4. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し（「調剤」参照）
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅰ」参照）

31

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

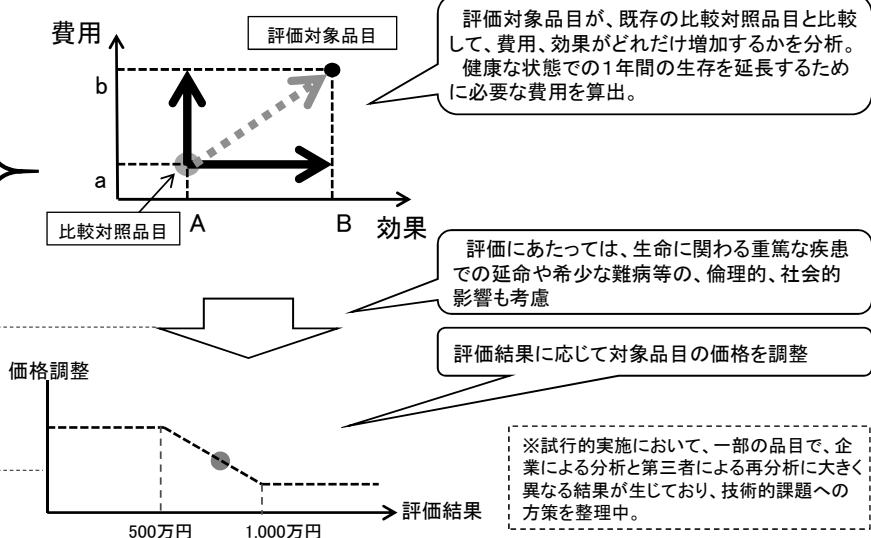
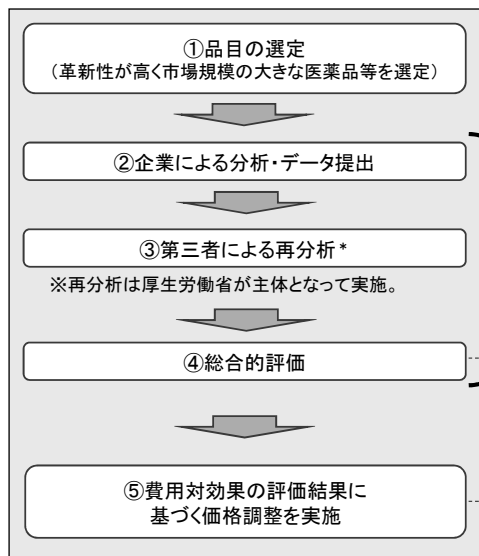
1. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科Ⅰ」「調剤」参照）
3. 費用対効果の評価
4. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し（「調剤」参照）
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅰ」参照）

32

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。

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

- 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
- 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科 I」「調剤」参照）
- 費用対効果の評価
- 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し（「調剤」参照）
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科 I」参照）

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

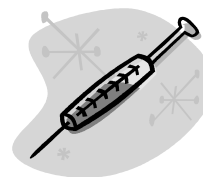
- 衛生検査所料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

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

指導・監査等について

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

39

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)

診療報酬改定に伴う届出事項一覧（基本診療料）

※「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）より抜粋

第2 届出に関する手続き

（略）

- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

（略）

- 7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成30年4月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 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

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

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

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
 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

表2 施設基準の改正により、は平成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

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。）

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（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。）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。）

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（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。）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。）

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

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。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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。）（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。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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。）

療養病棟入院基本料（許可病床数が200床以上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。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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。）

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。)

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。）

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。）

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。）（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。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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。）

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。）

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。）（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。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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。）

急性期看護補助体制加算（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。）

看護職員夜間配置加算（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。）

看護補助加算 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。）

後発医薬品使用体制加算（4 を除く。）

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。）

救命救急入院料 1、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。）

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。）

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。）

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。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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。）

特定一般病棟入院料の注 7（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表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

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

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。
- 3 平成30年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、第2の4の規定にかかわらず、同年9月30日までの間に限り、別添2における急性期一般入院料2に係る基準を満たしているものとみなす。また、平成30年3月31日において、平成30年度改定前における「基本診療料の施設基準等」の第十一経過措置の十四の規定の適用を受けていた病棟においては、同年9月30日までの間に限り、別添2における急性期一般入院料2に係る基準を満たしているものとみなす。

診療報酬改定に伴う届出事項一覧（特掲診療料）

※「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）より抜粋

第 2 届出に関する手続き

（略）

- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添 2 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

（略）

- 7 次の(1)から(7)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか 1 つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

(1) 持続血糖測定器加算、皮下連続式グルコース測定

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

(3) センチネルリンパ節生検（併用）、乳がんセンチネルリンパ節加算 1

(4) センチネルリンパ節生検（単独）、乳がんセンチネルリンパ節加算 2

(5) 人工膵臓検査、人工膵臓療法

(6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト

(7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

- 8 4 に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から算定する。なお、平成 30 年 4 月 16 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるものとする。

第 4 経過措置等

第 2 及び第 3 の規定にかかわらず、平成 30 年 3 月 31 日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成 30 年 3 月 31 日において現に表 1 及び表 2 に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成 30 年 4 月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 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

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
 画像診断管理加算3
 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）
 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注7に掲げる小児鎮静下MRI撮影加算
 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注8に掲げる頭部MRI撮影加算
 処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
 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
 レーザー機器加算
 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）
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
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
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。）
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
 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
 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
 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

表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及び保険薬局であっても、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

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

表3 施設基準等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が必要でないもの

がん患者指導管理料1	→	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料2	→	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料3	→	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
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

ホームページ掲載について

○東海北陸厚生局ホームページ ホーム：<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/>

東海北陸厚生局
Tokai-Hokuriku Regional Bureau of Health and Welfare

Google®カスタム検索 検索

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 東海北陸厚生局について 調達情報 情報公開 管轄法人等

ひと、暮らし、みらいのために

取り組み紹介(フォトレポート)

平成29年度第3回東海北陸地方社会保険医療協議会総会が開催されました。
平成30年2月13日、厚生労働大臣の諮問機関である東海北

※「平成30年度診療報酬改定情報」をクリックすると、以下のページにつながります。

平成30年度診療報酬改定情報

保険医療機関、保険薬局、柔道整復師施設等の皆様へ

診療報酬疑義解釈資料関係

保険医療機関・保険薬局の指定状況等情報

保険医療機関・保険薬局の皆様へ
メーリングリストの登録について

年金記録の訂正請求

○平成30年度診療報酬改定について

東海北陸厚生局
Tokai-Hokuriku Regional Bureau of Health and Welfare

Google®カスタム検索 検索

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 東海北陸厚生局について 調達情報 情報公開 管轄法人等

ホーム>業務内容>保険医療機関・保険薬局・柔道整復師関係>診療報酬改定について>平成30年度診療報酬改定について

更新日:2018年2月27日

平成30年度診療報酬改定について

平成30年度診療報酬改定に関する情報をお知らせします。

1. 平成30年度診療報酬改定関連資料(厚生労働省ホームページ)について

2. 平成30年度診療報酬改定に伴う集付指導の実施について

3. 平成30年度診療報酬改定に係る通知等(東海北陸厚生局ホームページ)

4. 施設基準の届出等について

5. 疑義照会について

6. 訪問看護ステーションの皆さまへ

7. お問い合わせ先

- ・平成30年度診療報酬改定に関する告示・通知等が掲載されており、随時、通知等（変更・訂正）や疑義解釈資料が追加で掲載される予定です。必ずご確認ください。
（厚生労働省ホームページ「平成30年度診療報酬改定について」にリンクしています。）
- ・こちらのページから、施設基準の届出様式・疑義照会票等をダウンロードすることができます。

○厚生労働省ホームページ 平成30年度診療報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/O000188411.html>

施設基準の届出について

○施設基準の届出を行う際のチェックリスト

- 「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、表紙として添付する必要があります。
- 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「届出書添付書類」に記載もれはありませんか。
※「届出書」及び「届出書添付書類」は、1通提出し、提出した届出書及び届出書添付書類の写しを適切に保管してください。
- 「届出書」に開設者印を押印していますか。

○施設基準等の届出先

- ・保険医療機関・保険薬局が所在する県を管轄する事務所（愛知県にあっては、指導監査課）になります。

管轄県	届出先	所在地	TEL	FAX
愛知県	東海北陸厚生局 指導監査課	〒460-0001 名古屋市中区三の丸2-2-1 名古屋合同庁舎第1号館6階	052-228-6179	052-228-6237
富山県	東海北陸厚生局 富山事務所	〒930-0004 富山市桜橋通り6-11 富山フコク生命第2ビル4階	076-439-6570	076-441-4041
石川県	東海北陸厚生局 石川事務所	〒920-0024 金沢市西念3丁目4-1 金沢駅西合同庁舎7階	076-210-5140	076-261-0848
岐阜県	東海北陸厚生局 岐阜事務所	〒500-8114 岐阜市金竜町5-13 岐阜合同庁舎4階	058-249-1822	058-247-0286
静岡県	東海北陸厚生局 静岡事務所	〒424-0825 静岡市清水区松原町2-15 清水合同庁舎3階	054-355-2015	054-351-3115
三重県	東海北陸厚生局 三重事務所	〒514-0033 津市丸之内26-8 津合同庁舎4階	059-213-3533	059-228-3588

保険医療機関・保険薬局 開設者のみなさまへ

厚生労働省では、保険医療機関等からの施設基準等の届出状況を把握させていただくため、毎年7月1日現在の状況等について、定例的に施設基準実施状況報告書の提出をお願いしているところです。

東海北陸厚生局においては、各保険医療機関等が報告に必要な報告様式をあらかじめ送付する方法をとらせていただいていたおりましたが、「電子ファイルが入手できれば紙の送付は不要」「電子メールの活用」等のご意見が寄せられたことから、メールアドレス等をメーリングリストに登録していただき、そのメールアドレスに施設基準実施状況報告（定例報告）の案内を送付しているところです。

平成29年度以降の取り組み

- 施設基準実施状況報告案内の電子メール送付
- 電子メールマガジンによる各種情報提供

今後、ご登録いただいたメールアドレス等のメーリングリストを活用し、当厚生局からの情報提供等を充実してまいります。

趣旨をご理解頂きメールアドレス等の登録をお願いします。

※ ご登録いただいた情報は、利用目的の範囲内で適切に取り扱います。

東海北陸厚生局公式ホームページ

東海北陸厚生局

検索

トップページのバナーリンク ⇒



保険医療機関・保険薬局の皆様へ
メーリングリストの登録について

をクリックください。



東海北陸厚生局

Tokai-Hokuriku Regional Bureau of Health and Welfare