

指導・監査に関するお願い

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

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/iryuhoken/shidou_kansa.html

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)

193

平成30年度診療報酬改定

平成30年3月5日版

本日の説明内容

- I DPC制度の概要
- II 診療報酬の算定方法
- III 平成30年度診療報酬改定の内容

平成30年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

※ 本資料は、HP掲載時に修正する可能性がありますのでご了承ください。

DPC/PDPSの概要

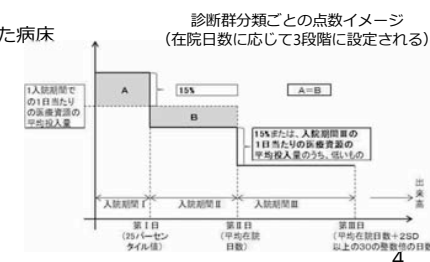
- DPC制度（DPC/PDPS）は、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成30年4月1日見込みで**1,730**病院・約**49**万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床（※）の約**83%**を占める。

※ 平成28年7月時点で7対1または10対1入院基本料を届出た病床



- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数に、医療機関ごとに設定される医療機関別係数を乗じた点数を算定。

3

本日の説明内容

I DPC制度の概要

- DPC/PDPSの概要
- DPC対象病院の要件
- DPC/PDPSの算定を行う病棟
- DPC/PDPSの算定対象とならない患者
- DPC対象病院が参加する調査

II 診療報酬の算定方法

III 平成30年度診療報酬改定の内容

平成30年度診療報酬改定

DPC対象病院の要件

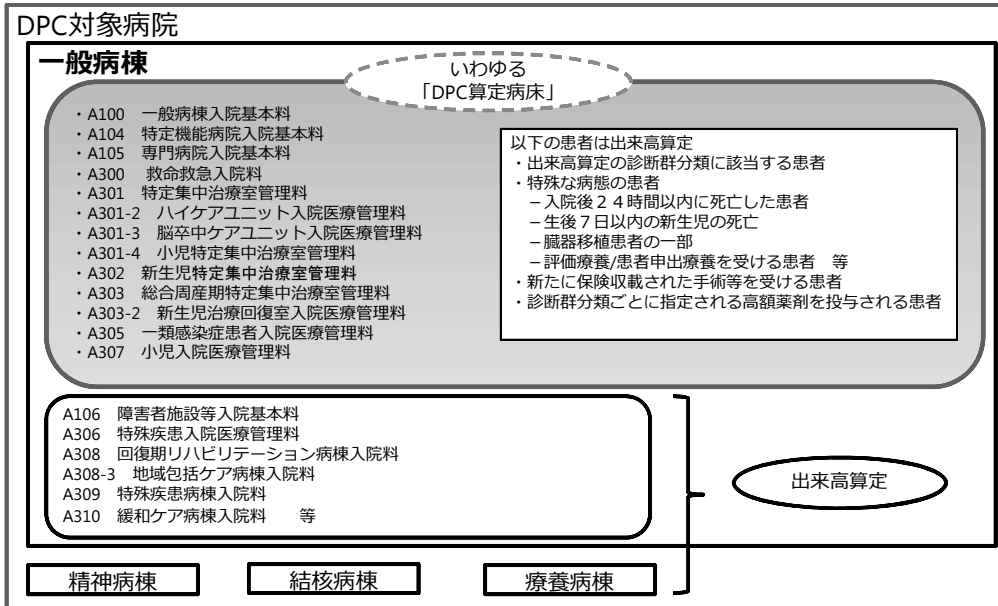
DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
 - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

5

平成30年度診療報酬改定

DPC/PDPSによる算定を行う病棟



6

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

既存収載技術と類似性のない手術等について、包括評価が可能となるデータが集まるまでの期間、包括対象外とする趣旨で設定されるものであり、下記の診療行為が実施される症例については、次回改定までの間、出来高算定とする。

K 0 4 6 - 3	一時的創外固定骨折治療術
K 0 6 0 - 2	肩関節周囲沈着石灰摘出術 2 関節鏡下で行うもの
K 0 7 6 - 2	関節鏡下関節授動術
K 0 8 2 - 4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
K 1 3 3 - 2	後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
K 1 4 2 - 5	内視鏡下椎弓形成術
K 1 8 8 - 2	硬膜外腔癒着剥離術
K 2 6 8	緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K 3 2 0 - 2	人工中耳植込術
K 4 0 0	喉頭形成手術 3 甲状軟骨固定器具を用いたもの
K 4 6 3 - 2	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
K 4 7 4 - 3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき） 2 M R I によるもの
K 5 2 0	食道縫合術（穿孔、損傷） 4 内視鏡によるもの
K 5 2 3 - 2	硬性内視鏡下食道異物摘出術
K 5 2 4 - 3	腹腔鏡下食道憩室切除術
K 5 2 9 - 3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
K 5 5 4 - 2	胸腔鏡下弁形成術
K 5 5 5 - 3	胸腔鏡下弁置換術
K 5 5 9 - 3	経皮的僧帽弁クリップ術
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術 1 血管損傷の場合
K 5 9 4 - 2	肺静脈隔離術
K 5 9 7	ペースメーカー移植術 3 リードレスペースメーカーの場合
K 6 0 2 - 2	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）
K 6 1 2	末梢動脈静脈瘻造設術 1 静脈転位を伴うもの

K 6 4 7 - 3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔孔瘻孔閉鎖術
K 6 6 4 - 3	薬剤投与用胃瘻造設術
K 6 6 5	胃瘻閉鎖術 2 内視鏡によるもの
K 6 6 8 - 2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
K 6 8 4 - 2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
K 6 8 9 - 2	経皮経肝バルーン拡張術
K 7 0 0 - 3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
K 7 3 0	小腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K 7 3 1	結腸瘻閉鎖術 3 内視鏡によるもの
K 7 3 5 - 5	腸管延長術
K 7 4 1 - 2	直腸癌手術
K 7 4 3	痔核手術（脱肛を含む。） 5 根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの）
K 7 7 7	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 7 9 2	尿管腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 8 0 5 - 2	膀胱皮膚瘻造設術
K 8 0 5 - 3	導尿管造設術
K 8 0 8	膀胱腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 8 3 4 - 3	顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 8 4 1 - 5	経尿道的前立腺核出術
K 8 5 8	腔腸瘻閉鎖術 1 内視鏡によるもの
K 9 0 9	流産手術 1 妊娠11週までの場合 イ 手動真空吸引法によるもの
K 9 2 4 - 2	自己クリオプレシビテート作製術（用手法）

7

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（高額薬剤）

平成25年12月25日
中医協総会 総-3

○ 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集されDPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。

○ 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

1. 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済告知申請
2. 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
3. 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

○ 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

8

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

- ・ 退院患者調査
診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。
- ・ 特別調査
中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式 1	簡易診療録情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式 4	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	DPCLセプト
EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	出来高レセプト
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来の出来高レセプト
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式 3	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届け出状況

9

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

1. 概要

○ 機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、DPC対象病院及びDPC準備病院からの年1回の厚生局への別途様式による届出（「定例報告」）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

2. 報告内容（案）

- （1）施設基準の届出状況
- （2）都道府県が行う事業への参加状況
 - ① 救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
 - ② 災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
 - ③ へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
 - ④ 周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
 - ⑤ がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）
- （3）その他
 - ① 病床数（DPC算定病床数）等

10

DPCの基本構造

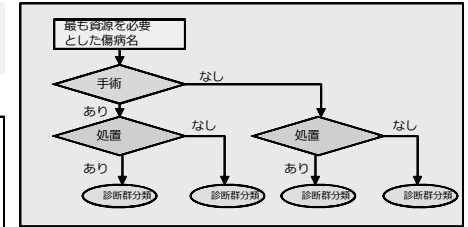
- 日本における診断群分類は、以下の順に**14桁**の英数字で構成される。

- ① 「**診断 (Diagnosis)**」 (医療資源を最も投入した傷病名)」
② 「**診療行為 (Procedure)**」 (手術、処置等) 等」
の「**組合せ (Combination)**」

- ※ 米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
※ DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する。

米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC (Major Diagnostic Categories) 18種
DPCコード 4,955分類
(うち支払分類 2,462分類)
※ 平成30年度改定時



- 「傷病名」は、「ICD-10」により定義され、「診療行為等」は、「診療報酬上の医科点数表上の区分 (Kコード等)」で定義される。

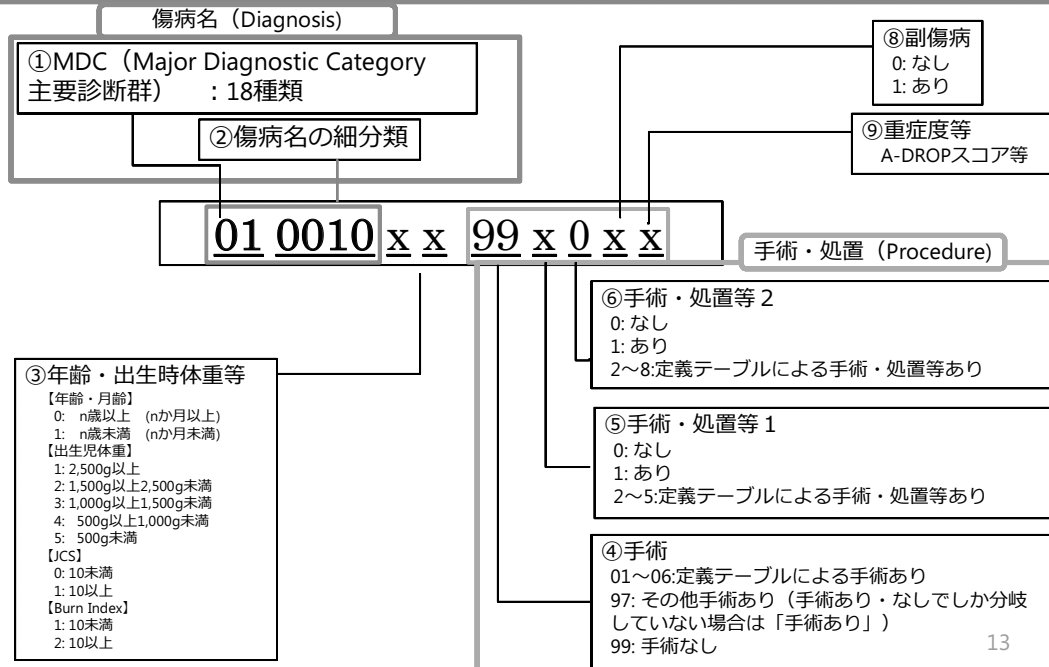
※ ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

11

12

平成30年度診療報酬改定

DPCの基本構造 (診断群分類のイメージ)



平成30年度診療報酬改定

DPCの基本構造 (ツリー図)

急性白血病に対し、手術を行わず、イマチニブメシル酸塩を使用した場合
急性白血病(上6桁130010を選択)⇒手術なし(9,10桁目99を選択)⇒イマチニブメシル酸塩(12桁目3を選択)
⇒130010xx99x3xxが決定

		入院日 (日)			点数 (点)		
		I	II	III	I	II	III
130010 急性白血病	手術						
	なし						
	あり						
	手術・処置等 2						
	なし						
	あり						
	手術・処置等 2						
130010xx99x3xx	手術						
	なし						
	あり						
	手術・処置等 2						
	なし						
	あり						
	手術・処置等 2						

14

本日の説明内容

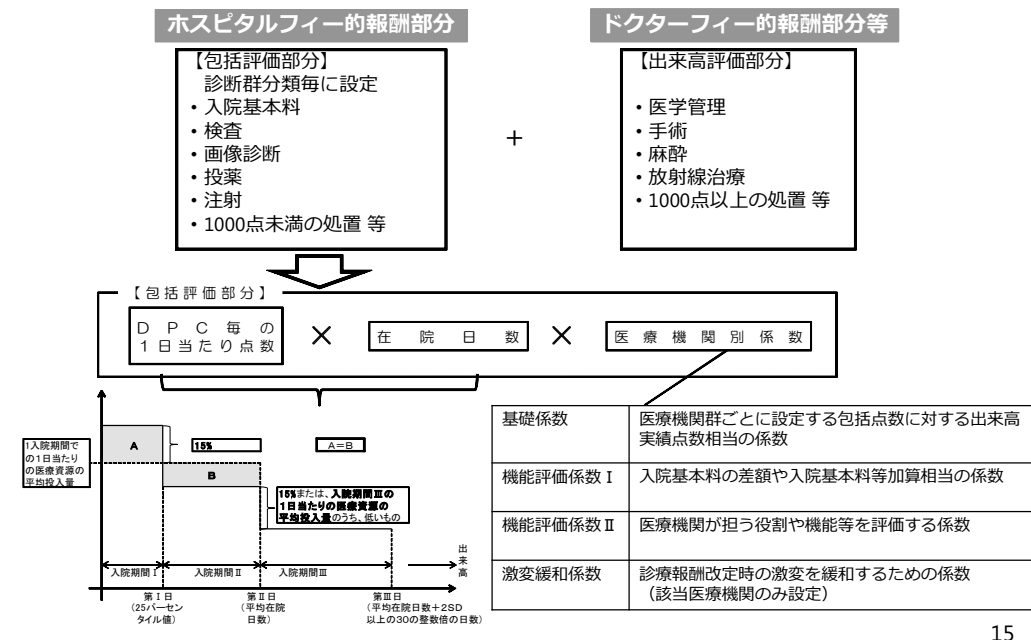
I DPC制度の概要

II 診療報酬の算定方法

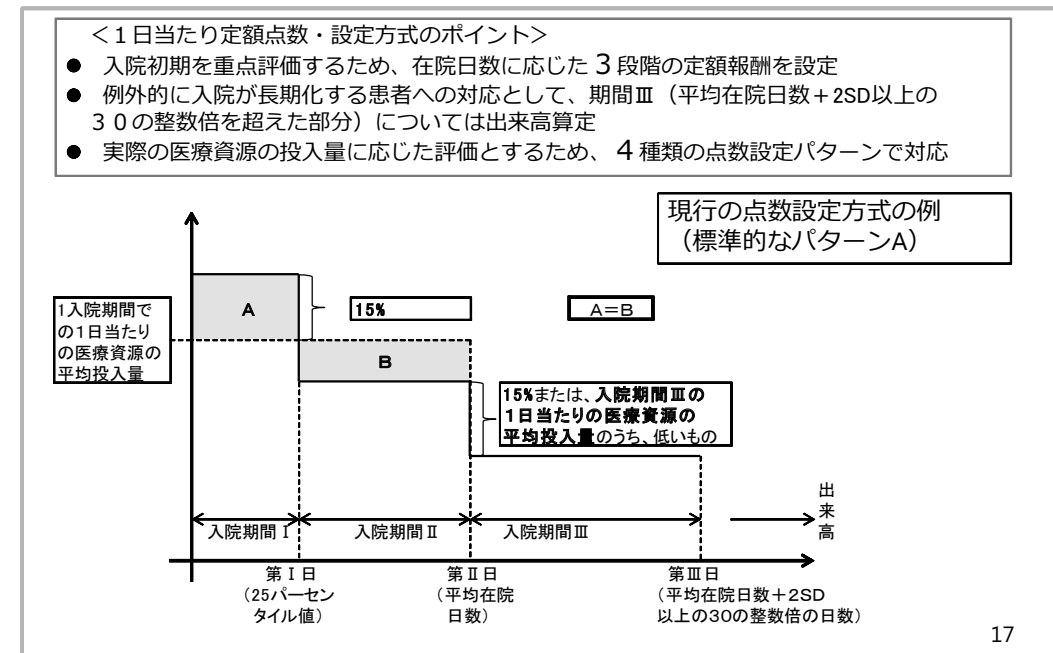
- ・ DPCの基本構造
- ・ DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法
- ・ 1日あたり点数の設定方法
- ・ 包括評価の考え方
- ・ 医療機関別係数

III 平成30年度診療報酬改定の内容

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）



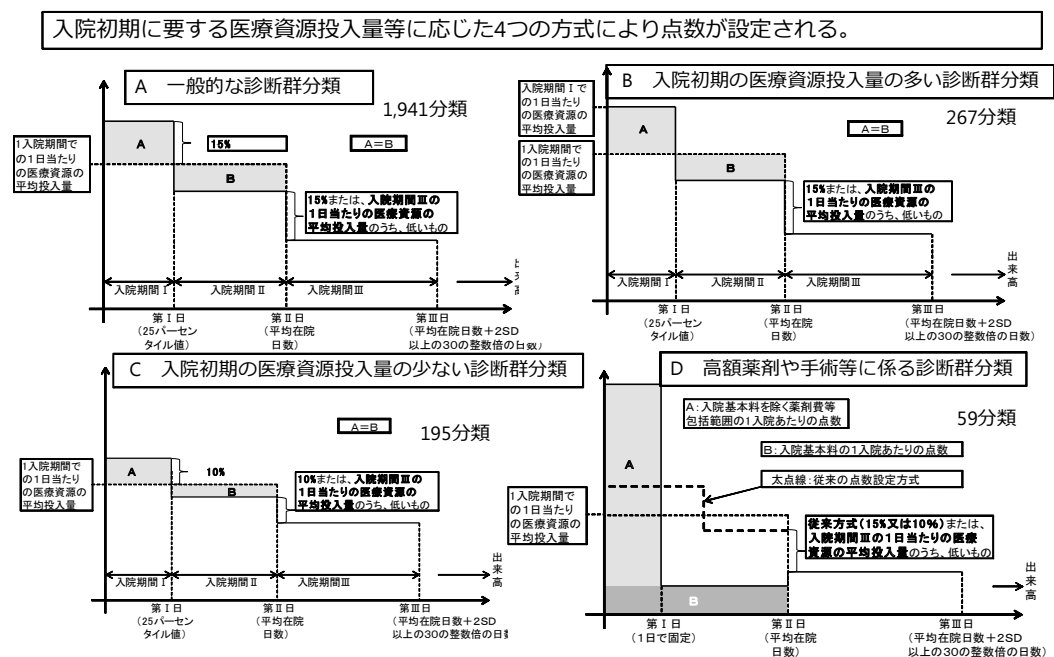
1日当たり点数の設定方法（概要）



DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（包括範囲となる項目）

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 （機能評価係数Ⅰとして評価）	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て（DPC包括対象外）
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション			
I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1000点未満処置）	1000点以上処置 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及 び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬材料		右記以外	H I V 治療薬 血液凝固因子製剤（血友病等に対する） ¹⁶

1日当たり点数の設定方法（4つの点数設定方式）



包括評価の考え方（基本原則）

（包括評価の基本原則）

適切な包括評価とするため、評価の対象は、**バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群**とする。

前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

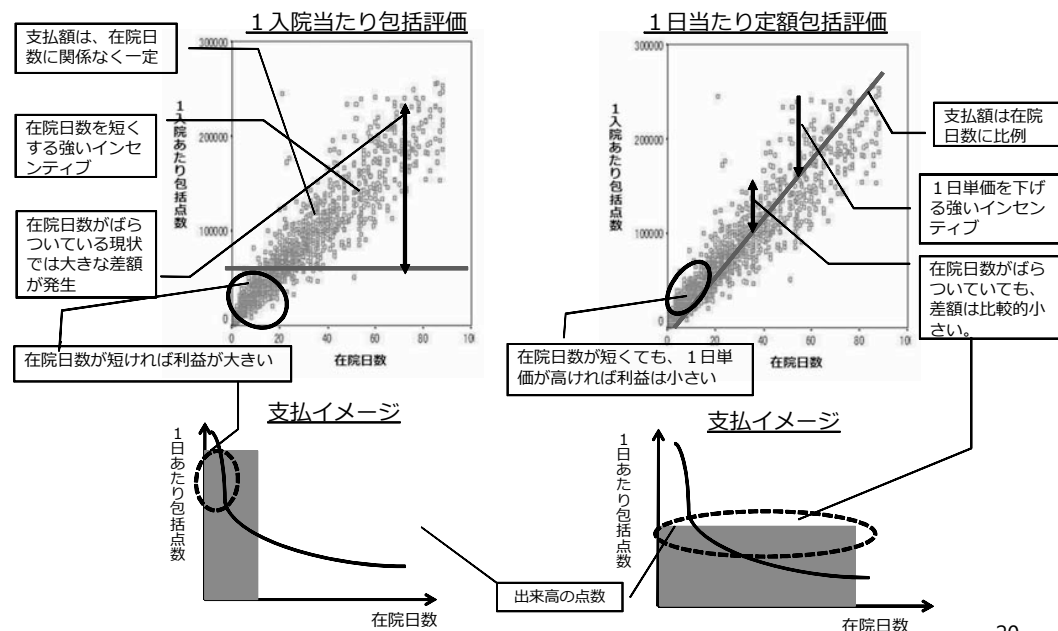
- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、**個別症例に着目した場合**、要した医療資源と比べて**高額となる場合と低額となる場合**が存在するが**個別的には許容する必要がある**（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、**アウトリヤー（外れ値）処理**として除外等の対応を行う。

前提② 包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
- このことから、**包括評価（定額点数）の水準の是非**についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる**出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある**。

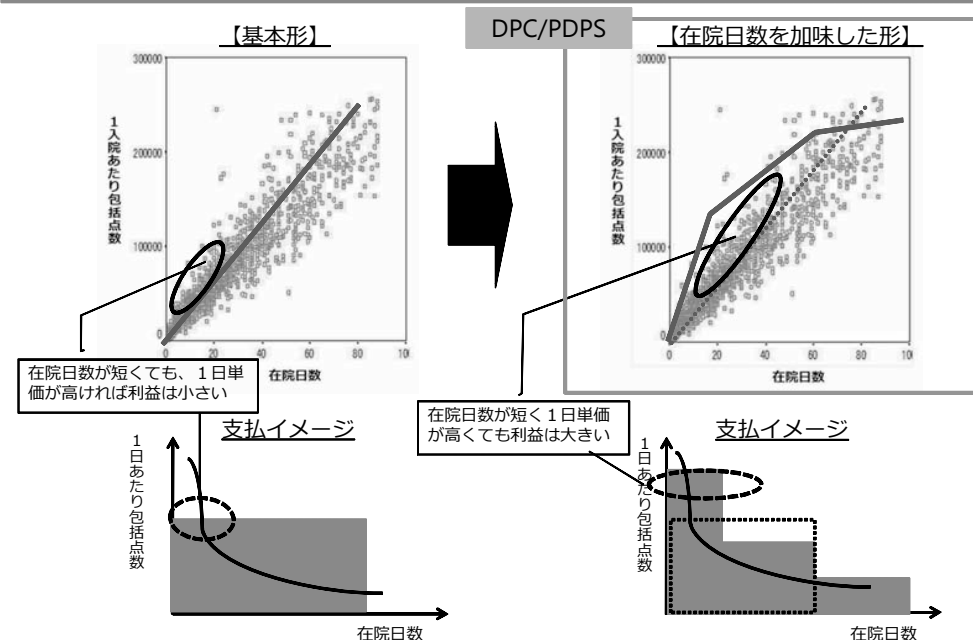
19

包括評価の考え方（1入院当たりと1日当たり定額包括評価の比較）



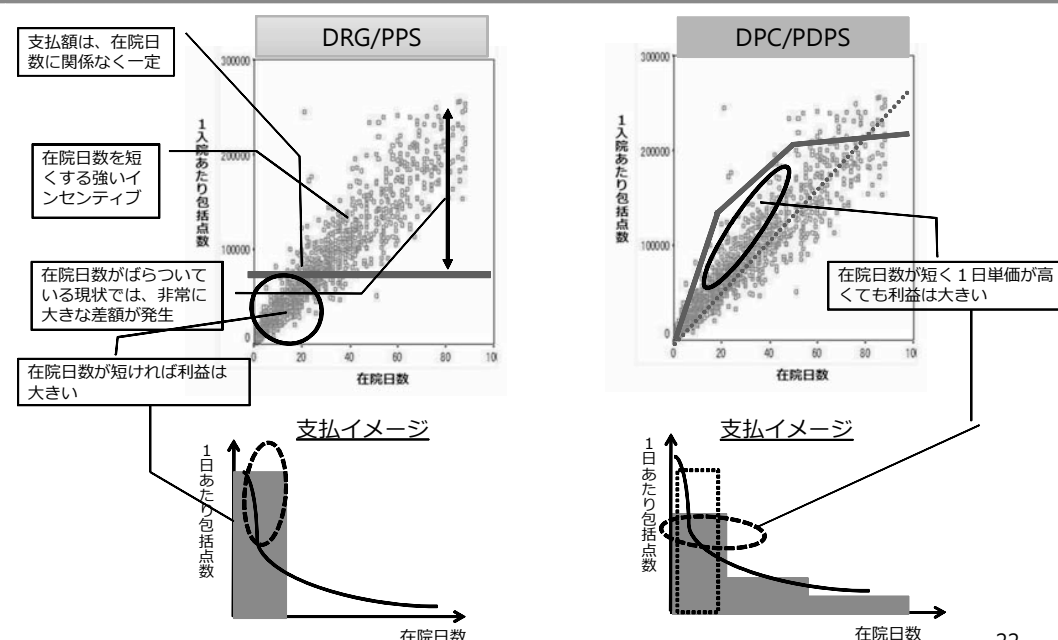
20

包括評価の考え方（1日当たり包括評価の手法の検討）



21

参考：DRG/PPSとDPC/PDPSの比較

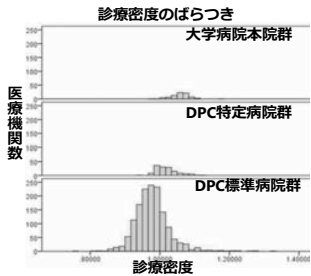


22

医療機関別係数（基礎係数）

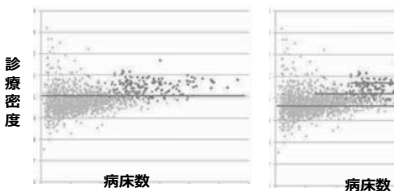
基礎係数は**包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化**したもの

[基礎係数] = [各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]
÷ [各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]



[基礎係数の基本的な考え方]

- 全病院一律に基礎係数を設定することは、大学病院本院のようにほかの施設と異なる機能や役割を担う医療機関も含めた全ての医療機関について同一の平均値を設定することは、その**役割を担うインセンティブを阻害する懸念**があるため、いくつかの**医療機関群を設定**している。
- 医療機関群として、大学病院本院で構成される**大学病院本院群**、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される**DPC特定病院群**、その他を**DPC標準病院群**として設定している。
- 医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつき（左図）は、群ごとに比較的少なく、**医療機関群の設定手法は合理性が確認**されている。



左図のように一律の基礎係数を設定すると、機能が異なる全医療機関に同程度の効率化等を求めることとなるため、3つの群を設定している。

DPC特定病院群の設定要件

- 4つの実績要件の全て（実績要件3は5/6）で基準値を満たす
 - － 診療密度
 - － 医師研修の実施
 - － 一定の医療技術の実施
 - － 補正複雑性指数

医療機関別係数（機能評価係数Ⅰ）

機能評価係数Ⅰは当該医療機関の全入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算）について係数化したもの。

病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算
	A204	地域医療支援病院入院診療加算
	A204-2	臨床研修病院入院診療加算
	A207	診療録管理体制加算
	A207-2	医師事務作業補助体制加算
	A234	医療安全対策加算
	A234-2	感染防止対策加算
	A244	病棟薬剤業務実施加算
	A245	データ提出加算
	A230	精神病棟入院時医学管理加算
	A230-2	精神科地域移行実施加算
	A243	後発医薬品使用体制加算
	D026	検体検査管理加算
	A207-3	急性期看護補助体制加算

看護配置の評価	A207-4	看護職員夜間配置加算
	A213	看護配置加算
	A214	看護補助加算
	A218	地域加算

地域特性の評価	A218-2	離島加算

特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算
	A225	放射線治療病室管理加算
	A229	精神科隔離室管理加算
療養環境の評価	A219	療養環境加算
	A220	H I V感染者療養環境特別加算
	A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算
	A221	重症者等療養環境特別加算
	A221-2	小児療養環境特別加算
	A222	療養病棟療養環境加算
	A222-2	療養病棟療養環境改善加算
	A223	診療所療養病床療養環境加算
	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算

評価対象

医療機関別係数（機能評価係数Ⅱ）

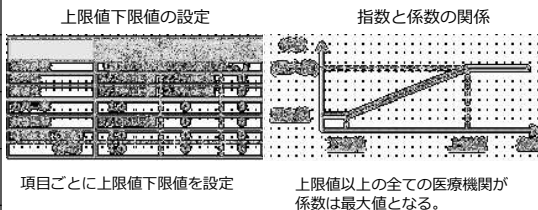
- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、**6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）**を基本的評価軸として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに指数を算出し、変換処理を行って実際に用いる係数を設定。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組み（検討中）を評価。
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価

係数の設定手法

- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。



本日の説明内容

- I DPC制度の概要
- II 診療報酬の算定方法
- III 平成30年度診療報酬改定の内容

- ・ 基礎係数の見直し
- ・ 機能評価係数Ⅰの対応
- ・ 機能評価係数Ⅱの見直し／評価内容
- ・ 調整係数の置き換え
- ・ 診断群分類点数表の見直し
- ・ 算定ルールの見直し
- ・ DPCデータの見直し
- ・ その他

DPC制度(DPC/PDPS)の見直し

調整係数の廃止(置き換え完了)に対応した医療機関別係数の整備

平成24年度改定から実施した調整係数置き換えを完了し、今後の安定した制度運用を確保する観点から医療機関別係数の再整理を行う。

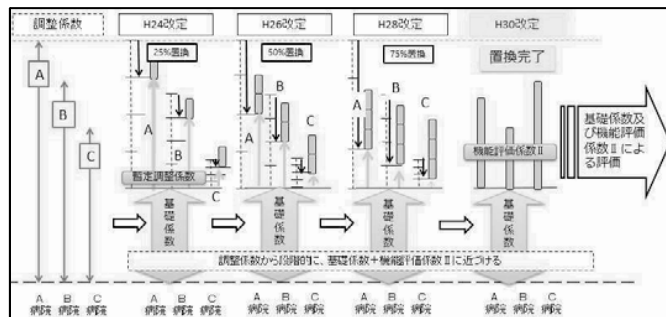
- 基礎係数(医療機関群):** 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続
※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
- 機能評価係数Ⅰ:** 従前の評価手法を継続
- 機能評価係数Ⅱ:** 後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
- 激変緩和係数:** 調整係数の廃止と診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度のみ)

算定ルールの見直し

- DPC病院で短期滞在手術等基本料に該当する患者の報酬算定について
DPC/PDPS・点数設定方式Dにより算定
- 一連の入院として取り扱う再入院の傷病名を整理(前入院の傷病名・合併症と再入院病名との関係についての見直し)

その他(通常の報酬改定での対応)

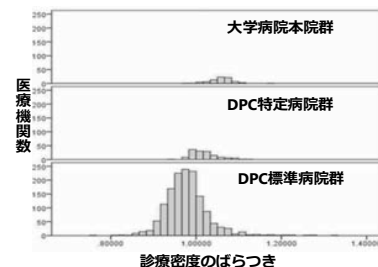
直近の診療実績データ等を用いた診断群分類点数表の見直し等、通常の報酬改定での所要の対応を実施



27

基礎係数(医療機関群)の見直し

- 各医療機関群の診療密度のばらつき等の分析から、一定の範囲で分析しており、医療機関群の設定手法については、合理性があるため維持する。
- 医療機関群の名称は、DPC標準病院群(現行のⅢ群)、大学病院本院群(現行のⅠ群)、DPC特定病院群(現行のⅡ群)に見直す。
- 複数の医療機関群の要件を満たす場合に選択する仕組みの導入は行わない。



医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,493	1.0314
大学病院本院群	82	1.1293
DPC特定病院群	155	1.0648
計	1,730	

【医療機関群の設定手法】

- 医療機関群ごとに包括範囲に係る診療密度のばらつき(左図)は、群ごとに比較的小さく、**医療機関群の設定手法は合理性が確認**されている。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値(外れ値を除く)より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
※ 診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
※ 外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

【医療機関群の名称】

- 医療機関群の名称は、Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群であったが、群毎の序列を想起させるなどの指摘を踏まえ、特性を表すようそれぞれ大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群に見直す。

【医療機関群の決定手法】

- 複数の医療機関群の要件を満たす医療機関が所属する医療機関群を選択できる仕組みが検討されたが、医療機関の意思決定の複雑さや手続きの煩雑化から困難と考えられた。

28

機能評価係数Ⅰの対応

- 現行の評価手法を踏まえながら、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
 - 一般病棟入院基本料の見直しへの対応
 - 提出データ評価加算などの入院基本料等加算の新設への対応
 - 後発医薬品使用体制加算については、DPC対象患者にも算定可能となることへの対応 等



- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1入院基本料)が急性期一般入院基本料に再編されることを踏まえ、機能評価係数Ⅰを設定する。
 - 一般病棟入院基本料の見直しへの対応

- 新設される入院基本料等加算(提出データ評価加算、抗菌薬適正使用支援加算)等への対応を行う。
- DPC対象病棟入院患者にも後発医薬品使用体制加算が算定可能となることを踏まえ、機能評価係数Ⅰを設定する。

機能評価係数Ⅱの見直し(総論)

調整係数から機能評価係数Ⅱへの置き換え完了に伴い、機能評価係数Ⅱを中心とした評価体系に移行するため、制度の安定的な運用を確保する観点から機能評価係数Ⅱのあり方について再整理を行った。

- 導入時より評価されている6つの係数(保険診療、効率性、カバー、複雑性、救急医療、地域医療)については、基本的評価軸として位置付け、追加された2つの係数(後発医薬品(※)、重症度)については廃止する。
※ 後発医薬品係数は、後発医薬品使用体制加算を機能評価係数Ⅰにおいて評価することとなる。
- 項目間で評価の重みをつけることは、多様な医療機関が含まれるDPC標準病院群だけでなく、大学病院本院群、DPC特定病院群においても行わない。また、重みづけを行わない代替手法として、効率性係数、複雑性係数、後発医薬品係数について行ってきた、係数間での分散を均等とする処理については廃止する。

機能評価係数Ⅱの見直し（保険診療係数）

- 適切なDPCデータ作成のための評価の基準値を見直す。
- 病院情報を公表する取組みについては評価を継続する。
- I群とⅡ群の医療機関の体制への評価を行っていたが、医療機関別係数全体の再整理を踏まえ、評価を整理する。

現行	改定後
未コード化傷病名 20%以上を減点	未コード化傷病名 2%以上を減点（※1）
部位不明・詳細不明コード(ICD-10) 20%以上を減点	部位不明・詳細不明コード(ICD-10) 10%以上を減点
DPCデータの様式間の矛盾 1%以上を減点	（現行評価の継続）
病院情報を公表する取組みを評価	（現行評価の継続）（※2）
機能の高い分院を有する大学病院本院を減点	（評価を廃止）
Ⅱ郡の要件を満たさない大学病院本院を減点	（評価を廃止）
精神科の診療実績を有さない大学病院本院を減点	地域医療係数において評価
精神科の診療実績を有さないDPC特定病院群を減点	地域医療係数において評価
指導医療官の派遣	（保険診療の質的改善に向けた取組みの評価を検討）（※3）

- ※1 平成31年度以降は様式1の全ての病名から評価（現在はレセプトデータを使用）
- ※2 評価手法については今後見直しを行う。
- ※3 保険診療の質的改善に向けた評価の考え方を今後検討。
大学病院本院群で指導医療官の派遣実績があったものは経過措置として平成30年度のみ評価

機能評価係数Ⅱの見直し（カバー/救急/効率/複雑/係数設定）

- カバー率係数については、これまでDPC標準病院群において指数値が低い医療機関に一定の係数値の設定（底上げ）対応を行ってきたが、廃止する。その他の係数の上限下限値の設定は現行の評価手法を維持する。
- 救急医療係数については、以下点数表の評価体系も踏まえ、救急医療管理加算2に該当する患者については指数値を1/2とする。
- 効率性係数、複雑性係数については現行の評価手法を維持する。

各係数の上限値下限値の設定				
	指数			評価対象
	上限値	下限値	係数 最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			群ごと
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全医療機関
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごと
カバー率	1.0	0（※）	0	群ごと
救急医療	97.5%tile値	0	0	全医療機関
地域医療（定量） （体制）	1.0	0	0	群ごと
	1.0	0	0	

- ※ カバー率については、これまで行っていたDPC標準病院群について指数値を底上げする処理は平成30年度において廃止

機能評価係数Ⅱの見直し（地域医療係数）

- 各領域の整合性の観点から、領域ごとに複数ある項目（がん、脳卒中、災害）は1項目に整理する。
- 指数値の上限値はDPC標準病院群は6点、大学病院本院群・DPC特定病院群は8点とする。
- 医療計画の見直しの方向性に沿って、各領域で診療実績に応じた評価となるよう見直す。

領域	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

- 【地域医療係数・体制評価指数の指数設定】
- 実績を有する（0以外）のデータの25%tile値を上限として、それ以下のものは上限値に対する割合を指数化する。
 - 脳卒中、急性大動脈解離の実績については、実績を有するデータの25%tile値を満たす場合に実績あり、満たさない場合は指数値はゼロとなる。

機能評価係数Ⅱの評価内容①（見直し後）

係数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（平成31年度評価からは様式1で評価） 【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。（平成31年度からの評価の見直しは引き続き検討） （【保険診療の質的改善に向けた取組み】：平成31年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 1)小児（15歳未満）と2)それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

機能評価係数Ⅱの評価内容②（見直し後）

機能評価係数Ⅱの評価内容③（見直し後）

係数	評価内容
複雑性指数	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者

評価対象：平成28年10月1日～平成29年9月30日データ

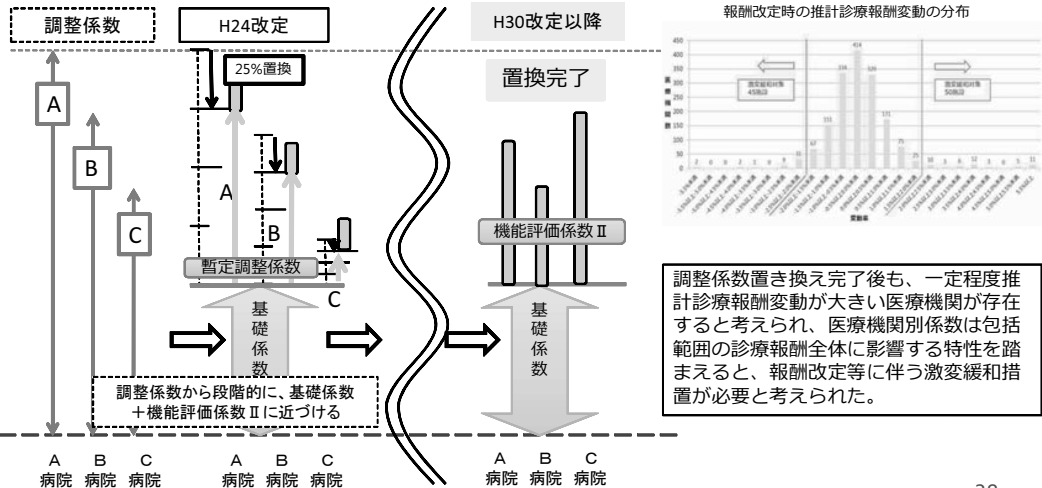
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P） 「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31 K178-32 K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P) 入院中に大動脈解離に対する手術（K5601 K5602 K5603 K5604 K5605 K560-21 K560-22 K560-23 K5611のいずれかが算定されている症例）の診療実績（25％ile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（見直し後）

調整係数の置き換え①（平成30年度における対応）

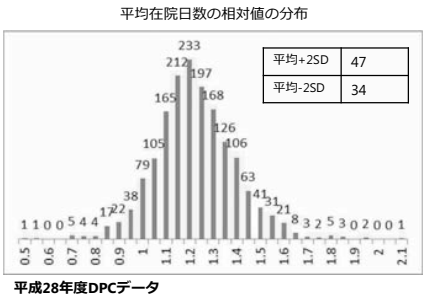
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・BCPの策定実績有無別（平成31年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P）		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P) 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P） 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合 1 P	①治験等の実施 ・10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ等対策 ・新型インフルエンザ等対策行動計画に関係する医療機関（平成31年以降の評価導入を検討）	

- 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了し、今後は基礎係数+機能評価係数Ⅱによる評価となる。
- 診療報酬改定等に伴う激変に対応する激変緩和係数を設定（改定年のみ）

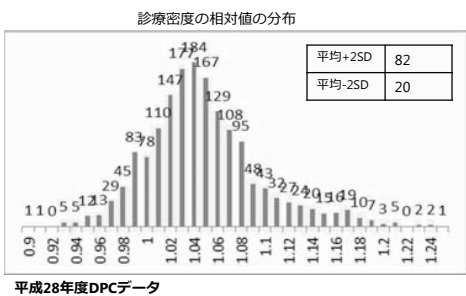


調整係数の置き換え②（今後の課題）

- 平均的な診療実態から外れて診療密度が低い、平均在院日数が長い等の医療機関については、退出等の対応を今後検討する。



医療機関毎に、平均在院日数の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均+2SDを超える（平均在院日数が長い）医療機関が47存在する。これら医療機関は、DPC/PDPSにおいて期待される効率化などが不十分な可能性があり、このような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。



医療機関毎に、診療密度の相対値を比較（診断群分類毎の補正後）すると、平均-2SDを下回る医療機関が20存在する。このような医療機関は、診断群分類において平均的な病態とは異なる疾患を対象としている可能性や粗診診療の懸念があり、さらにこのような診療実績も踏まえて制度を運用することは、診断群分類点数表等が実態と異なるものとなる懸念がある。

算定ルールの見直し（短期滞在との整理/再入院ルール）

- 短期滞在手術等基本料の見直しへの対応
DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料2及び3が算定不可となることを踏まえ、短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他手術に係る診断群分類について、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dを設定する。
 - 短期滞在手術
 - その他手術
- 再入院ルールの見直し
7日以内に再入院（入棟）する以下のケースについては新たに一連の入院として取り扱う。
 - 再入院の契機となる傷病名が、手術・処置等の合併症に係るDPCのICDコードである場合
 - 再入院の医療資源を最も投入した傷病名が前回の入院と同一の場合

診断群分類点数表の見直し（概要）

- 診断群分類の見直しを行い、診断群分類数等は以下の通り
- 平成30年度より使用するICD-10コードは2013年度版とする。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552		1,860
平成16年4月	16	591	3,074		1,726
平成18年4月	16	516	2,347		1,438
平成20年4月	18	506	2,451		1,572
平成22年4月	18	507	2,658		1,880
平成24年4月	18	516	2,927		2,241
平成26年4月	18	504	2,873		2,309
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462

- ※1 MDC：Major Diagnostic Category 主要診断群
- ※2 包括対象となるDPC数
- ※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

DPCデータの見直し（様式1の見直し）

- 様式1の簡素化、項目の追加を行う。

項目名	対象/内容
【新】SOFAスコア	医療資源病名、併存症、続発症、入院契機傷病名として敗血症のコーディングを行う患者についてSOFAスコア（小児はpSOFAスコア）を診断時に測定
【新】SOFAスコア	特定集中治療室管理料1,2を算定する患者の入退室時に測定
【新】手術基幹コード	手術を行った患者については、Kコードと対応するSTEM7コードを入力
【簡】自殺企図の有無	一般病棟/その他病棟グループに入院する患者については、必須入力である当該項目の入力を任意とする。
【簡】癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類	食道癌の患者は入力不要とする。
【簡】心不全患者/血行動態的特徴	心不全の患者で入力必須であった、心不全の発症時期、心拍数、心調律は入力不要とする。
【新】要介護度	療養病棟に入院する患者については、要介護度を追加する。
【新】要介護情報	療養病棟に入院する患者については、低栄養情報、摂食嚥下機能障害を追加
【簡】がん患者/UICC TNM	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
【簡】がん患者/Stage	療養病棟入院基本料を算定する患者については、入力不要とする。
高齢者情報	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準を、現在5段階のものを3区分に分類しているため、5段階で収集する。
FIM	回復期リハビリテーション入院料を算定する患者については、現在入力が任意であるが必須項目とする。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

DPCデータの見直し

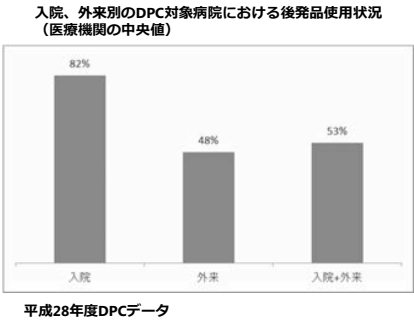
DPC/PDPSにおける後発医薬品使用促進の取組

- Eファイル、Fファイル等について以下の見直しを行う。
- DPC対象病院は「その他病棟グループ」の様式1の提出を必須化
- その他制度改正に伴う必要な見直し（退院先に介護医療院を追加、等）を行う。

ファイル	項目	対象/内容	検討の経緯
E/F	病棟コード	全患者	医療機関の独自コードを入力されており、データの解析が困難であったため定義を変更する。
外来EF	患者基本情報	全患者について、性別、生年月日、レセプトに記載する病名の情報を入力	現在は請求情報しか収集しておらず、解析が困難であったため、項目を追加する。
H	重症度、医療・看護必要度	判定に必要な項目に修正	必要度の判定対象とは一部異なる情報を収集（退院日の情報など）していたものをデータ作成不要とする。
様式3	病棟情報	病棟情報を反映させるため各病棟の主な入院基本料情報を入力	急性期病棟以外についてもデータ分析が求められており、各病棟についての基本的な情報を収集するため。

- DPC対象病院においては、機能評価係数Ⅱによる後発医薬品使用促進の効果から、入院医療における後発医薬品の使用割合は高い。一方、後発医薬品使用体制加算により評価される外来も含めた医療機関の後発医薬品使用については、入院と比較すると取組が十分ではない（外来48%、参考;非DPC対象病院は38%）と考えられた。

- このため、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、DPC対象病院においても、当該加算は機能評価係数Ⅰによる評価対象とすることとし、DPC対象病院における外来の後発医薬品使用の取組をさらに推進する。



診療実績データの提出への評価②

データ提出加算の見直し

➤ データ提出加算を要件とする病棟の拡大を踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

現行(要件となる入院料)		➡	改定後(要件となる入院料)	
1 データ提出加算1 (入院中1回)			1 データ提出加算1 (入院中1回)	
イ 200床以上の病院の場合	100点	イ 許可病床200床以上の病院の場合	150点	
ロ 200床未満の病院の場合	150点	ロ 許可病床200床未満の病院の場合	200点	
2 データ提出加算2 (入院中1回)		2 データ提出加算2 (入院中1回)		
イ 200床以上の病院の場合	110点	イ 許可病床200床以上の病院の場合	160点	
ロ 200床未満の病院の場合	160点	ロ 許可病床200床未満の病院の場合	210点	

【経過措置】
データ提出加算1のロ又はデータ提出加算2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく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日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。

データの質の評価の新設

➤ 作成するデータの質を評価するため、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関を評価提出データ評価加算として設ける。

(新) 提出データ評価加算 20点

【施設基準】

- データ提出加算2の届け出を行っていること。
- DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。
- データ提出を行う過去6か月の間に遅延等がないこと。

改定前後におけるDPC対象病院での短期滞在手術の取り扱い

- DPC対象病院においては、平成30年度より短期滞在手術等基本料の算定が不可となる。平成30年4月1日前後で入退院する、短期滞在手術等基本料の対象手術等を行った患者については、以下の取扱いとする。
 - 平成30年4月1日以降に入院し、当該手術等を行った場合：DPC/PDPSによる算定
 - 平成30年3月31日以前に入院し、5日以内に当該手術等を行った場合
 - 3月中に手術等を実施（改正前の短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施）
 - 3月中に退院：従前の算定ルールにより算定（短期滞在手術等基本料を算定）
 - 4月中に退院：3月分、4月分それぞれ医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）
 - 4月中（4日まで）に手術等を実施（改正後の短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施）
 - 3月分、4月分それぞれ医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）
 - 平成30年4月1日以降、DPC対象病院のDPC算定が出来ない病床において当該手術等を行った場合は医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）

※ DPC対象病院以外の医療機関にあっても、4月1日を跨いで入院する場合は、算定する日に応じ、改正前後のそれぞれの医科点数表に基づき算定（短期滞在手術等基本料は算定せず出来高算定）する。

3月31日以前から入院している患者の取扱い

▶ 3月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、4月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合
 - ・ 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
 - ・ 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
 - ・ 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。
- 包括→出来高の場合
 - ・ 4月分の請求は出来高で行う。
 - ・ 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
 - ・ 4月以降に出来高→包括の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。
- 出来高→包括の場合
 - ・ 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
 - ・ 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

47

参考資料

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成30年2月7日 中央社会保険医療協議会

(入院医療)

1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(DPC制度)

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

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料・加算等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の初診料の加算の新設等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

5 かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

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

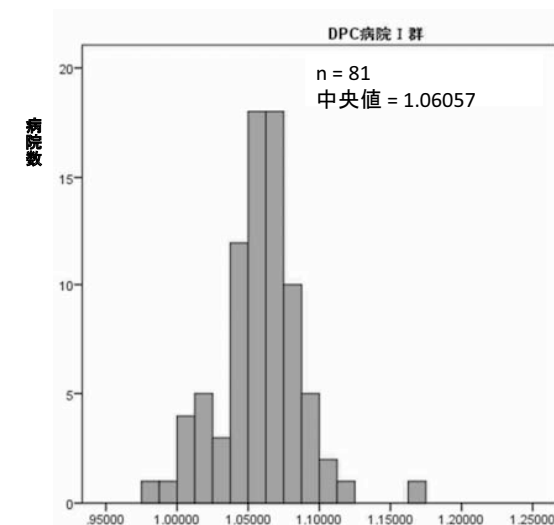
(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。

8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効率的・効果的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

48

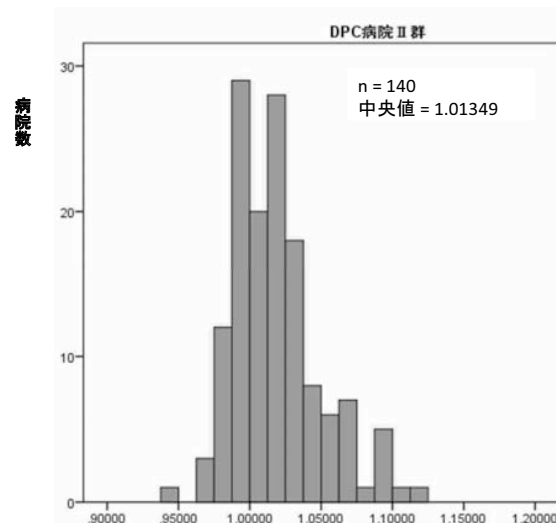
包括点数に対する包括範囲出来高点数の比の分布(Ⅰ群)



包括点数に対する包括範囲出来高点数の比 (平成26年10月～平成27年9月データ)

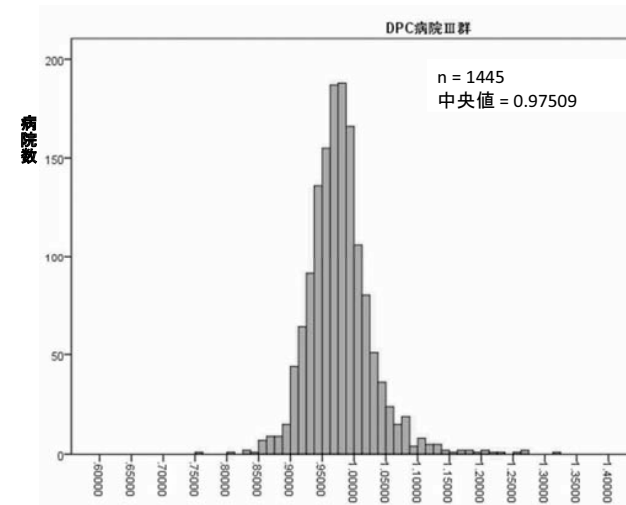
50

包括点数に対する包括範囲出来高点数の比の分布(Ⅱ群)



包括点数に対する包括範囲出来高点数の比 (平成26年10月～平成27年9月データ)

包括点数に対する包括範囲出来高点数の比の分布(Ⅲ群)



包括点数に対する包括範囲出来高点数の比 (平成26年10月～平成27年9月データ)

平成30年度診療報酬改定

平成30年3月5日版

平成30年度診療報酬改定の概要 医科Ⅱ

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※ 本資料は、HP掲載時に修正する可能性がありますのでご了承ください。

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

- 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
- 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

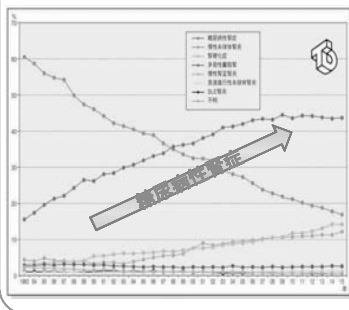
3

平成30年度診療報酬改定 Ⅱ－1－6)適切な腎代替療法の推進①

適切な腎代替療法推進の考え方

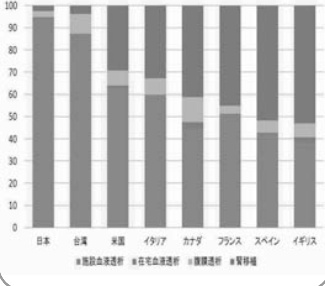
- (1) 糖尿病性腎症から人工透析に至る患者が増えている。
⇒ 重症化予防を行い、新規透析患者の抑制が必要。

<透析導入患者の主要原疾患の割合推移>



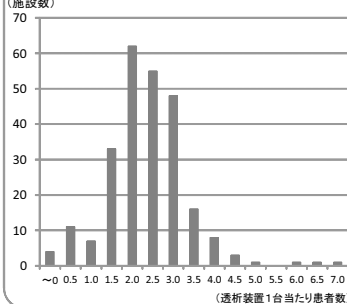
- (2) 日本は、諸外国と比べ、
腹膜透析や腎移植が普及して
いない。
⇒ 患者のQOLの観点から、腹膜
透析や腎移植の普及推進が必要。

<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
取り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

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

- 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
- 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

平成30年度診療報酬改定 Ⅱ－1－6)適切な腎代替療法の推進②

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り組みや実績等を評価する。

- 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】 導入期加算 300点	【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】 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 在宅自己腹膜透析指導管理料を過去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
	(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



6

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	改定後
【糖尿病透析予防指導管理料】	【糖尿病透析予防指導管理料】
腎不全期患者指導加算 100点	(改)高度腎機能障害患者指導加算 100点
【算定要件】 腎不全期(eGFRが30mL/min/1.73㎡未満)の患者に対して医師が必要な指導を行った場合	【算定要件】 eGFRが45mL/min/1.73㎡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	改定後
【人工腎臓】	【人工腎臓】
時間外・休日加算 300点	(改)時間外・休日加算 380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	

- 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	改定後
【人工腎臓】	【人工腎臓】
障害者等加算 120点	(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	改定後		
【人工腎臓】	【人工腎臓】		
慢性維持透析を行った場合	慢性維持透析を行った場合		
	(改) 場合1	(新) 場合2	(新) 場合3
4時間未満の場合	1,980点	1,940点	1,900点
4時間以上5時間未満の場合	2,140点	2,100点	2,055点
5時間以上の場合	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	改定後
【人工腎臓】	【人工腎臓】
透析液水質確保加算1 8点	(削除) (人工腎臓の算定要件とする*)
透析液水質確保加算2 20点	(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技士が1名以上配置されていること

【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	改定後
【人工腎臓】	【人工腎臓】
慢性維持透析濾過(複雑なもの) 2,225点	(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 ハンテントン病、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌

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 メーブルンシロップ尿症、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ズ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、ファブリ病及びボンベ病を含む。)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、PCDH 19 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・ムンド・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・ピクスラー症候群、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、エーラスタンロス症候群(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	
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／ <u>18,200点</u>
2 坐位における脳脊髄手術等	16,600点／ <u>12,100点</u>
3 1若しくは2以外の心臓手術等	12,450点／ <u>9,050点</u>
4 腹腔鏡を用いた手術等	9,130点／ <u>6,610点</u>
5 その他の場合	8,300点／ <u>6,000点</u>

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／ <u>900点</u>
(Ⅱ)	100点／ <u>300点</u>



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／ <u>1,050点</u>
(Ⅱ)	150点／ <u>450点</u>

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> 、 <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	

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】



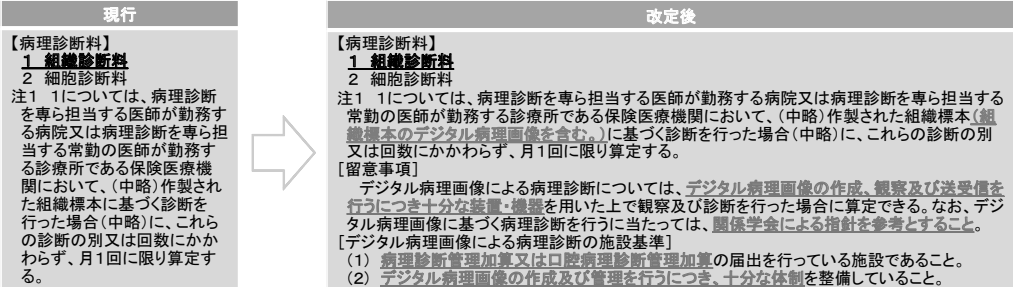
15

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

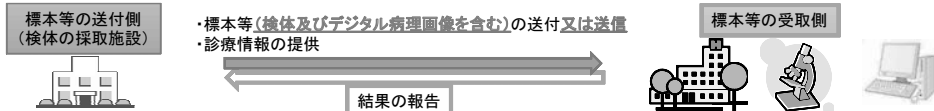
【課題】

- 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。



- 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。



17

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		改定後	
放射線治療管理料		放射線治療管理料	
外来放射線治療加算	100点	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。		[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。	

16

移植医療の評価の充実①

【課題】

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

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

(新) 抗HLA抗体(スクリーニング検査) 1,000点(1月につき)

【算定要件】

- 肺移植、心移植、肝移植、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。
- ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り別に算定できる。

(新) 抗HLA抗体(抗体特異性同定検査) 5,000点(1月につき)

【算定要件】

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

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

造血幹細胞移植

(新) 非血縁者間移植加算 10,000点

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

(新) コーディネート体制充実加算 1,500点

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

【施設基準】

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

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。

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。

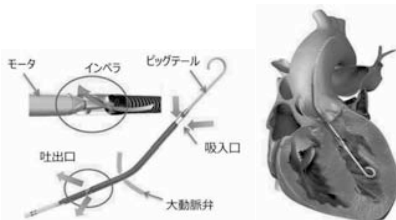
例)

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) 1 初日 11,100点 2 2日目以降 3,680点
2日目以降 大動脈バルーンパンピング法 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



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り、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

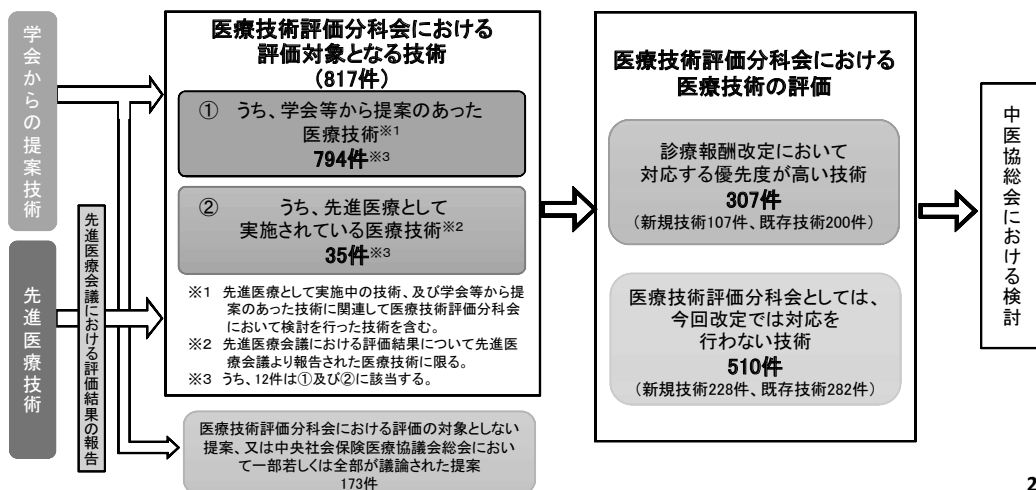
- 子宮全摘術(腹腔鏡下手術を含む)
- 子宮付属器腫瘍摘出術(腹腔鏡下手術を含む)
- 尿道下裂形成術
- 陰茎形成術
- 乳房切除術

【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) 後縦靱帯骨化症手術(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) パ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。**

24

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:

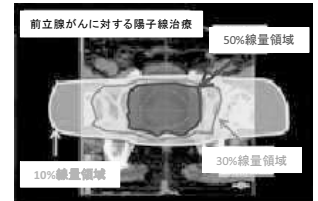
水素原子核(陽子線)又は炭素原子核(重粒子線)を加速することにより得られた放射線を、病巣に集中的に照射して、悪性腫瘍を治療する技術。

〔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	改定後
【認知機能検査その他の心理検査】 1 操作が用意なもの 2 操作が複雑なもの 3 操作と処理が極めて複雑なもの	【認知機能検査その他の心理検査】 1 操作が用意なもの 2 操作が複雑なもの 3 操作と処理が極めて複雑なもの
【留意事項】(抜粋) 「1」の「操作が容易なもの」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、(中略)のことをいう。 改定長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び(中略)の費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。	【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)、 <u>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</u> のことをいう。

27

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

※ 「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	
<u>カ 多胎の場合</u>	

29

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

28

手術等医療技術の適切な評価⑩

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

(1)見直しを行う検査の例

検査名	現行	改定後
超音波検査 3 心臓超音波検査 ホ 負荷心エコー法	1,680点	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）

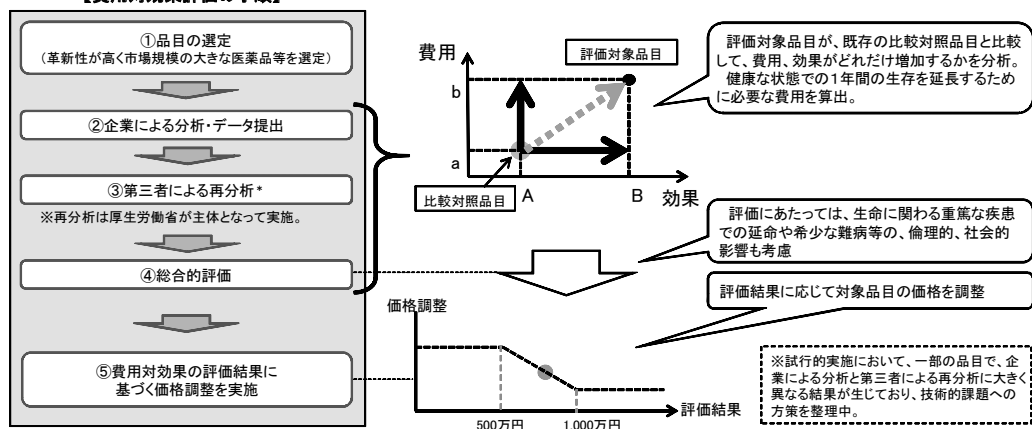
31

平成30年度診療報酬改定 Ⅳ－3. 費用対効果の評価

費用対効果評価の試行的実施

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

【費用対効果評価の手順】



* 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。

33

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

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－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）

34

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

35

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

36

平成30年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見
(関連部分抜粋)

(費用対効果評価)

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

(医療技術の評価)

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

37

38