

MS

令和2年度診療報酬改定のポイント ～基礎編～

令和 2年 3月16日

診療報酬サポートチームMSG

有限会社メディカルサポートシステムズ
公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会
神奈川県支部副支部長
認定医業経営コンサルタント第 5590 号

細谷邦夫

改定対応の基礎

◆ 本日の内容

- ▶ 本日の資料は3月5日の官報告示及び訂正通知等に基づいています
- ▶ 本稿は改定において変更された部分を中心に記載していますので、詳細は白本もしくは厚生労働省のホームページにて確認してください
- ▶ 詳細な算定ルールやレセプト記載については、今後発出される疑義解釈(Q&A)や通知を待つ必要があります
- ▶ 訂正通知等が発出されることもありますので、十分注意をしてください
- ▶ 本稿の図表は特別な断りがない場合、出典は厚生労働省です
- ▶ カルテ記載、院内掲示等の算定要件に要注意

◆ 施設基準の届出を行う際の留意事項

- ▶ 新点数等を4月1日から算定のためには4月20日(月)必着
- ▶ 「算定要件を満たす」とされる場合には厚生局への届出は不要ですが、基準の満たされているか常に見直しをすることが大切です
- ▶ 届け出たらおしまいではなく、定期的なチェックを
- ▶ 経過措置のあるものは届出忘れの無いように注意

届出の要否(抜粋)1

- ◆ 新設点数で要届出とされるもの(主なもの)
- ▶ 外来栄養食事指導料(注2に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合)
 - ▶ 心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算
 - ▶ がん患者指導管理料の二
 - ▶ 婦人科特定疾患治療管理料
 - ▶ 腎代替療法指導管理料
 - ▶ ニコチン依存症管理料(情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る)
 - ▶ 療養・就労両立支援指導料の注3に掲げる相談支援加算
 - ▶ 外来排尿自立指導料
 - ▶ 精神科退院時共同指導料1
 - ▶ 精神科退院時共同指導料2
 - ▶ 在宅患者訪問看護・指導料の注15(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む)に掲げる訪問看護・指導体制充実加算

届出の要否(抜粋)2

◆ 新設点数で要届出とされるもの(主なもの)

- ▶ 持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプと連動しない測定器)
- ▶ BRCA1/2遺伝子検査
- ▶ がんゲノムプロファイリング検査角膜ジストロフィー遺伝子検査
- ▶ 先天性代謝異常症検査
- ▶ ウィルス・細菌核酸多項目同時検出検体検査判断料の注7に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
- ▶ 単線維筋電図
- ▶ 脳磁図(自発活動を測定するもの)終夜睡眠ポリグラフィー(安全精度管理下で行うもの)黄斑局所網膜電図
- ▶ 全視野精密網膜電図
- ▶ 経気管支凍結生検法
- ▶ 血流予備量比コンピューター断層撮影
- ▶ 全身MRI撮影加算
- ▶ 連携充実加算
- ▶ 経頭蓋磁気刺激療法
- ▶ 依存症集団療法2

届出の要否(抜粋)3

◆ 令和2年3月末までに算定していても再届出が必要なもの

- ▶ 小児運動器疾患指導管理料
- ▶ 小児科外来診療料
- ▶ 摂食機能療法の注3に掲げる摂食嚥下支援加算
 - ▶ (令和2年3月31において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の注3に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2月4月1日以降に引き続き算定する場合に限る)
 - ▶ 導入期加算2
 - ▶ 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)
 - ▶ 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
 - ▶ 麻酔管理料(Ⅱ)
 - ▶ (麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る)

届出の要否(抜粋)4

- ◆ 令和2年3月末までに算定していれば届出が不要なもの
- ▶ 持続血糖測定器加算
⇒持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)
 - ▶ 脳磁図
⇒脳磁図(その他のもの)
 - ▶ 依存症集団療法
⇒依存症集団療法1
 - ▶ 腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術
⇒腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く)
 - ▶ 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
⇒両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)
 - ▶ 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術
⇒植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術(その他のもの)及び経静脈電極抜去術に関する施設基準

経過措置について①

MS

はじめに

	項目	経過措置
1	初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件	令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く)」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
2	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料(7対1結核病棟、10対1一般病棟)、専門病院(10対1)、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前的一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
3	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料(急性期一般入院料4を除く)、7対1入院基本料(結核、特定(一般病棟)、専門)、看護必要度加算(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又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
4	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
5	重症度、医療・看護必要度の施設基準	許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料1若しくは2、3又は4の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料2若しくは3、3又は4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ2%緩和する。
6	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
7	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

経過措置について②

項目	経過措置
8 療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
9 療養病棟入院基本料の注11	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10 総合入院体制加算	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。
11 抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。
12 データ提出加算 (療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
13 データ提出加算 (療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満(令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていた急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く)であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
14 入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定を満たしているものとする。
15 小児入院医療管理料5	令和2年3月31日時点で、小児入院医療管理料5の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、小児入院医療管理料5における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること」を満たしているものとする。

経過措置について③

MS

はじめに

	項目	経過措置
16	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、回復期リハビリテーション病棟入院料における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること」を満たしているものとする。
17	回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指標」に係る施設基準を満たしているものとする。
18	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
19	地域包括ケア病棟入院料	許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、同年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
20	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
21	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。

経過措置について④

	項目	経過措置
22	精神科救急入院料の見直し	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、令和4年3月31日までの間、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。
23	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	令和2年3月31において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、従前の例により地域移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。
24	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	平成2年3月31において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
25	連携充実加算(外来化学療法加算)	令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること」の基準を満たしているものとする。
26	摂食嚥下支援加算(摂食機能療法)	令和2年3月31日時点で、経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「専従の常勤言語聴覚士」が引き続き摂食嚥下支援チームの「専任の常勤言語聴覚士」として届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間に限り、「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定を満たしているものとする。
27	精神科在宅患者支援管理料の見直し	令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定できる。

経過措置について⑤

	項目	経過措置
28	BenceJones蛋白定性(尿)	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
29	アルブミン(BCP改良法・BCG法)	BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
30	CK-MB(免疫阻害法・蛋白量測定)	免疫阻害法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
31	動物使用検査	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
32	網膜中心血管圧測定	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

届出は4月20日(月)厚生局必着です

MS

全般的事項

図表等は特に断り書きがない場合は中央社会保険医療協議会の資料を参照しています

改定全般

◆ プラス改定？

- ▶ 診療科・診療内容・入院基本料等により影響は様々
- ▶ 影響が全くない医療機関も
 - ▶ 前回改定のおさらいをしてみましょう
 - ▶ 医介薬歯の連携の再確認を
- ▶ 勤務環境改善の流れで情報通信機器を用いた場合が増えている
 - ▶ 管理栄養士の活躍の場も増えた
 - ▶ 他院の管理栄養士による指導も認められたものもある
- ▶ 点数に変更がなくても解釈の細かい部分の変更が多い
 - ▶ 現行のルールを再確認をしたうえで新設項目の理解を
 - ▶ レセプトの記載事項などが増えている
 - 事務職員の手間が増える可能性あり

診療情報提供料のまとめ1

◆ 患者の紹介を伴う場合(医科 医療機関からの紹介 通院患者一部抜粋)

紹介先	概要	該当項目	点数
診療所、病院	受診を目的とした患者	診療情報提供料(Ⅰ)	250点
介護老人保健施設 介護医療院	入所目的の患者		
(新)別に定めた医療機関への紹介	電話再診時、当日中に情報提供		
(新)学校医又は学校の委嘱医師	主治医が学校等で医療的ケア児の必要な情報を提供		
入院、入所先	訪問看護STの情報を添付して紹介	+ 療養情報提供加算	+ 50点
認知症疾患医療センター	認知症疑い患者	+ 認知症専門医療機関紹介加算	+ 100点
	認知症診断患者が急性増悪	+ 認知症専門医療機関連携加算	+ 50点
精神科	精神科で治療が必要な患者を予約後紹介	+ 精神科医連携加算	+ 200点

診療情報提供料のまとめ2

◆ 患者の紹介を伴う場合(医科 医療機関からの紹介 在宅患者一部抜粋)

紹介先	概要	該当項目	点数
市町村、介護事業者等	福祉サービスに必要庵情報提供	診療情報提供料(Ⅰ)	250点
保険薬局	薬局側で訪問薬剤を開始する患者		
精神障害者施設	入所患者を併設等以外の医療機関に受診後、情報提供		
介護老人保健施設			
訪問看護担当医療機関 訪問リハ担当医療機関	訪問診療実施医師より、他の訪問看護、訪問リハ実施医療機関への情報提供 (逆も算定可能)	診療情報提供料(Ⅰ)(月1回)	250点
歯科医療機関	在宅支援診療所、在宅支援病院から摂食障害患者の訪問歯科	+歯科医療機関連携加算	+100点
訪問患者ステーション等	主治医が訪問看護に必要な情報提供	訪問看護師指示料(月1回) (その他加算あり)	300点
	主治医が週3日以上点滴が必要な在宅患者の点滴指示	在宅患者訪問点滴注射管理指導料(週1回)	100点

診療情報提供料のまとめ3

◆ 患者の紹介を伴う場合(医科 医療機関からの紹介 連携一部抜粋)

紹介先	概要	該当項目	点数
情報提供を受けた医療機関	情報提供と合わせてオンラインで検査結果や画像の提供を受けた医療機関	電子的診療情報評価料	30点
歯科からの情報提供のあつた場合	歯科からの依頼で検査、投薬内容を情報提供	診療情報連携共有料 (3月に1回)	120点
(新)かかりつけ医機能を持つ医療機関からの紹介	合併症等の治療目的で紹介後、情報提供	診療情報提供料(Ⅲ) (3月に1回)	150点
(新)かかりつけ医機能を持つ医療機関宛ての紹介	専門的な治療などで紹介後、情報提供	診療情報提供料(Ⅲ) (1月に1回)	150点
(新)婦人科等を標榜する医療機関からの紹介	月1回以上の情報提供が必要な妊娠患者		
(変更) 産業医等	別に定める患者で勤務先と共同作成した勤務情報を確認し、就労と治療の両立に必要な情報提供	療養・就労両立支援指導料 初回 2回目以降	800点 400点

よく頂戴するご質問について

- ◆ 後期高齢者の負担割合増について
 - ▶ 全世代型社会保障会議の中間報告
 - ▶ 4月改定には影響なし
 - ▶ 今国会で議論するので、令和3年以降
 - ▶ 応能負担を求める可能性大
- ◆ 受診時定額負担について
 - ▶ 2つの意味合いがあるので文脈に注意
 - ▶ ワンコイン受診(朝日新聞の表現)
 - 見送りとなつたが、財務省はまた持ち出す可能性大
 - ▶ 紹介状無しの病院受診
 - 次ページ

受診時定額負担について

- ◆ 紹介状なしで200床以上の病院を受診した際の定額負担
 - ▶ 一般病床200床以上に拡大
 - ▶ 特定機能病院と地域医療支援病院のみ
 - ▶ 定額負担を徴収しなかった場合は報告を求める
 - ▶ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関は、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける
- ◆ 初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲の拡大
 - ▶ 紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介なしで受診した患者についても定額負担と同様に、200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院
- ◆ 経過措置
 - ▶ 令和2年9月30日まで

屋内禁煙の規定見直し

◆ 改正健康増進法の施行に伴う見直し

- ▶ 医療機関は原則敷地内禁煙
- ▶ 各施設基準の要件から屋内禁煙という文言を削除
- ▶ 対象項目
 - ▶ 乳幼児加算・幼児加算
 - ▶ 総合入院体制加算2及び3、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、小児療養環境特別加算、がん拠点病院加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算
 - ▶ 悪性腫瘍特異物質治療管理料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、喘息治療管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、糖尿病合併症管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、乳幼児育児栄養指導料、生活習慣病管理料、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)及び(II)、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

領収証発行について

◆自己負担のない公費患者等からの依頼への対応

- ▶ 診療所

- ▶ 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)

- ▶ 正当な理由がある場合でも、患者からの求めがあったときには、明細書発行を義務とする

- ▶ 経過措置

- ▶ 対応した明細書発行機能が無い電子カルテ・レセコンや自動入金機の改修対応

- ▶ 2年間の経過措置

MS

勤務環境改善關係

常勤配置等の緩和1

◆ 専従要件の見直し項目の拡大

常勤換算の見直し

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している項目について、週3日以上かつ週22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配置可能とする。

医師の配置について

医師については、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項目を拡大する。

(対象となる項目)

- ・ 緩和ケア診療加算
- ・ 栄養サポートチーム加算
- ・ 感染防止対策加算 等

看護師の配置について

看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。



専従要件について

専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。

(対象となる項目)

- ・ ウィルス疾患指導料(注2)
- ・ 障害児(者)リハビリテーション料
- ・ がん患者リハビリテーション料

常勤配置等の緩和2

◆ 勤務時間の緩和

- ▶ 週3日以上かつ週24時間以上
⇒週3日以上かつ22時間以上

◆ 【参考】常勤換算計算式

- ▶ 常勤換算人数 =

常勤職員の人数 +

非常勤職員の勤務時間の合計

常勤職員が勤務するべき時間

情報通信機器の活用

- ◆ 情報通信機器を活用した栄養食事指導
 - ▶ 外来・在宅栄養食事指導料
 - ▶ 2回目以降の栄養食事指導に情報通信機器を用いた指導を評価
 - ▶ 指導管理のページにて別途解説
- ◆ 退院時共同指導料、訪問看護療養費における退院時共同指導加算
 - ▶ 算定要件の緩和
 - ▶ (8)退院時共同指導料1の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、(略)又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等((略))が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下この区分において「ビデオ通話」という)が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である
↓
 - ▶ (8)退院時共同指導料1の「注1」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下この区分において「ビデオ通話」という)が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である

書類関係の簡素化1

会議や研修の効率化・合理化



会議

- 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。

院内研修

- 抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。
- 急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。

院外研修

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

記録の効率化・合理化

診療録

- 栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
- 在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト
摘要欄

- 画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

- 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。
- 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



書類関係の簡素化2

- MS
- 勤務環境改善関係
- ◆ 書類関係の簡素化
 - ▶ 施設基準の届出様式の簡素化や添付資料の低減等を行う
 - ▶ 画像診断の撮影部位等のレセプト摘要欄記載を選択式記載とする
 - ▶ 文書による患者の同意を算定要件としているものを、電磁的記録によるものでもよいことを明確化
 - ◆ 診療録の記載の簡素化
 - ▶ 医師の他職種への指示内容を留意事項として求めない
 - ▶ 在宅療養指導料、糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料
 - 算定要件
 - (4)医師は、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載する
 - ↓
 - 削除

書類関係の簡素化3

◆ がん患者指導管理料「ハ」

- ▶ 算定要件緩和

- ▶ ウ、指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること



- ▶ ウ、指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載し、又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること

◆ 退院時共同指導料1及び2

- ▶ 算定要件の緩和

- ▶ 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する



- ▶ 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載し、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する

書類関係の簡素化4

◆ 貼付⇒添付

- ▶ 入院診療計画の基準 : 診療録に説明に用いた文書
- ▶ 栄養管理体制の基準 : 診療録等に栄養管理計画
- ▶ 入退院支援加算 : 診療録に退院支援計画を診療録等、地域連携診療計画
- ▶ 生活習慣病管理料 : 診療録に療養計画書
- ▶ 認知症サポート指導料 : 診療録に療養上の指導、今後の療養方針 等

◆ 診療録⇒診療録等

- ▶ 栄養管理体制の基準 : 栄養管理計画の添付
- ▶ 緩和ケア診療加算
- ▶ 有床診療所緩和ケア診療加算 : 緩和ケア診療実績計画書の添付
- ▶ 栄養サポートチーム加算 : 栄養治療実施計画書の添付
- ▶ 退院時共同指導料1
- ▶ 退院時共同指導料2 : 指導内容等の要点の記載、患者若しくは家族に提供した文書の写しの添付
- ▶ 介護支援等連携指導料 : 指導内容等の要点を記載、ケアプラン等の添付 等

書類関係の簡素化5

MS

- ◆ 記載⇒添付又は記載
 - ▶ 特定薬剤治療管理料 : 診療録に薬剤の血中濃度、治療計画の要点
 - ▶ 悪性腫瘍特異物質治療管理料 : 診療録に腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点
 - ▶ 慢性維持透析患者外来医学管理料 : 診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点等

MS

民法改正

改定のポイント

- ◆ 時効期間の見直し
 - ▶ レセプト請求
 - ▶ 3年間 ⇒ 5年間
 - 業種ごとに異なる短期の時効を廃止し、原則として「知った時から5年」にシンプルに統一
 - 短期消滅時効: 第170条1項 ⇒ 廃止し第166条に統一
 - ▶ 医療過誤による損害賠償債務
 - ▶ 最大20年
 - 診療契約に基づく債務の不履行
 - 医師の負っている注意義務に違反
 - ◆ 個人根保証契約の見直し(病院・有床診療所)
 - ▶ 極度額(上限額)を設定する事が求められる
 - ▶ 入院時の連帯保証人契約などに影響

改定のポイント

◆ 個人根保証契約の見直し

- ▶ 民法改正に伴うご質問整理票(厚生労働省 老健局 高齢者支援課)
 - ▶ 保証契約が締結された日(入院日ではありません。)が令和2年4月1日以降である場合には、改正後の民法が適用されることとなります
 - ▶ 極度額をどのように設定すべきかは、契約当事者間で決定される事項ですので、お答えすることができません。なお、統一した額を設定いただいても、個々の患者ごとに異なる額を設定いただいても差支えありません
 - ▶ 極度額は確定的な金額を設定することが必要ですので、金額を明示せずに「極度額は、入院診療費の請求額とする」等の表示で代用することはできません
 - ▶ 期間を区切ることなく今後発生する入院費用一切について極度額を設定すること(例えば、保証の対象を今後発生する入院費用一切とした上で、極度額を〇〇円と定めること)もできますし、保証の対象となる主債務の範囲を期間で限定した上で極度額を設定すること(例えば、保証の対象となる主債務を今後3ヶ月間の間に発生する入院費用と定めた上で、極度額を〇〇円と定めること)もできます

MS

支払基金業務効率化・高度化計画

まとめ

- ◆ 色々と資料はつけておりますが…
 - ▶ システム更新は令和2年度
 - ▶ 審査がますますシビアになる?
 - ▶ AI導入も視野
 - ▶ 婦縮診療となる必要はない
 - ▶ 提出前のレセプトチェックがより重要に
 - ▶ 病名だけでなく症状詳記(コメント)の活用を
 - ▶ レセプトチェックソフトも有効な対応策

支払基金業務効率化・高度化計画 工程表の概要

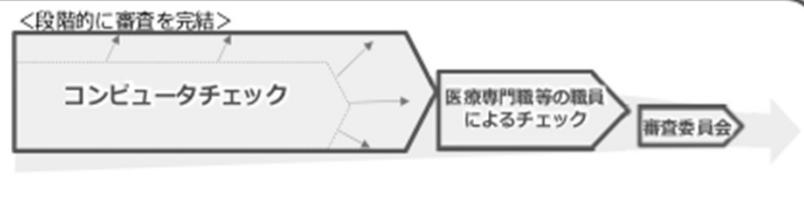
データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会報告書（平成29年1月12日）

審査業務の効率化	●新たなシステムへの刷新を行い、レセプト審査におけるコンピュータチェックの寄与度を高め、徹底的な審査業務の効率化を行う
審査基準の統一化	●地域ごとに差異のある審査基準の統一化についてはコンピュータチェックルール等について、差異の継続的な見える化を行い、審査基準の統一化に向けた定期的なPDCAを回していく
支部組織の体制の在り方	●47都道府県に配置されている支部の体制について、業務効率化を踏まえ、必要最小限のものに縮小する ●審査委員の利益相反の禁止等について、現在運用上で行っている取扱いを規則として明確化していく

支払基金の業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

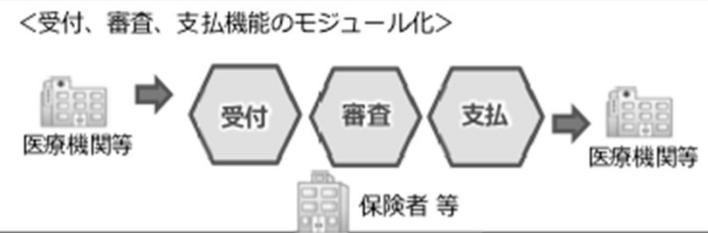
目指すべき審査支払プロセス

- ・コンピュータチェックの高度化（医療機関等で事前チェックできる仕組み等の活用を図る）
- ・コンピュータチェック、職員チェック、審査委員会にいたる審査を段階的に完結させる
- ・AIをフル活用して審査能力全体の向上を常に図る



審査支払新システムの構築等

- ・受付、審査、支払機能のモジュール化
- ・各支部に設置されている業務サーバーを本部へ一元化
- ・AI等の導入・活用により審査支払を支援する仕組みを順次導入・推進
- ※国保中央会等においても、支払基金と双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現することで、コスト削減を目指す。



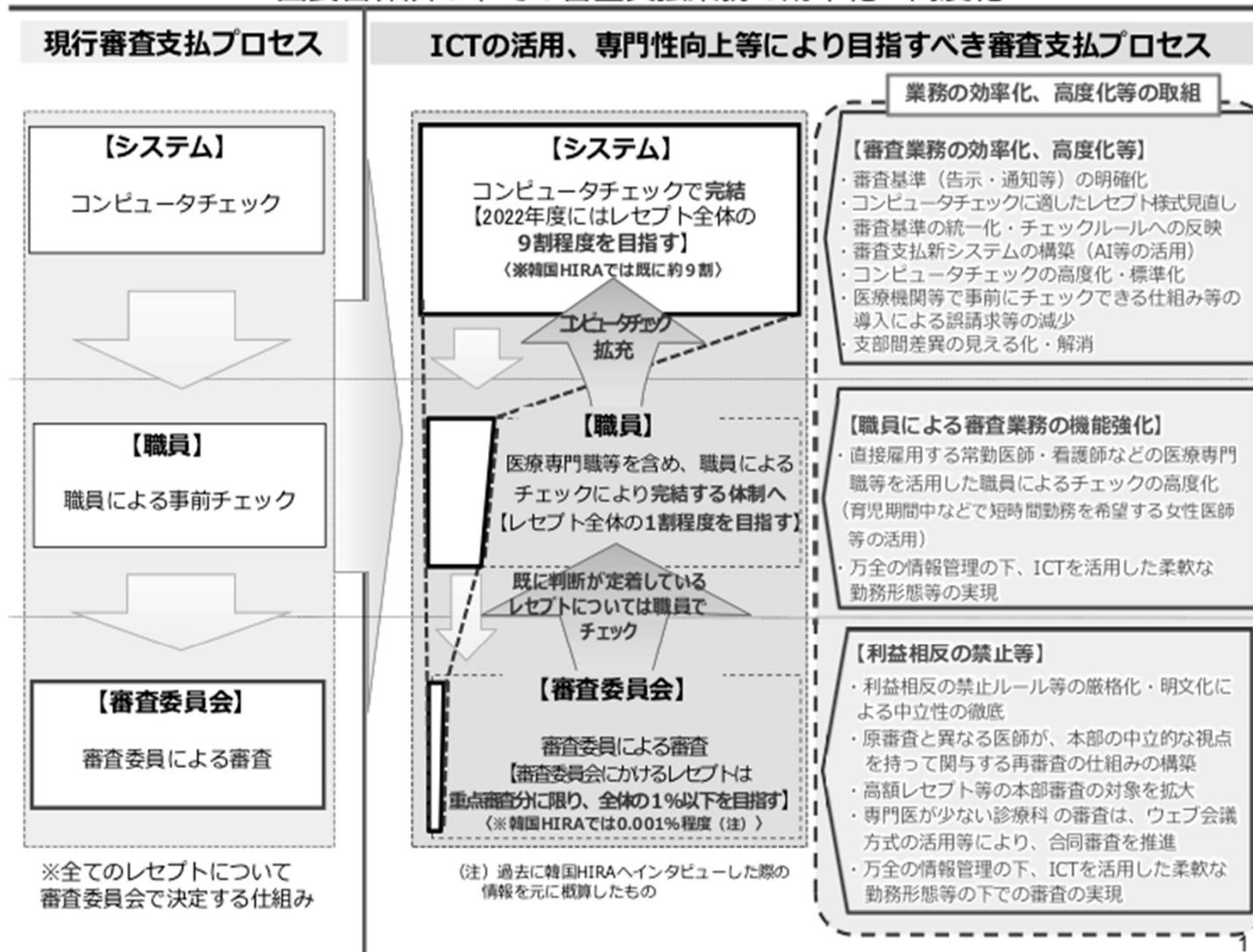
審査業務の効率化

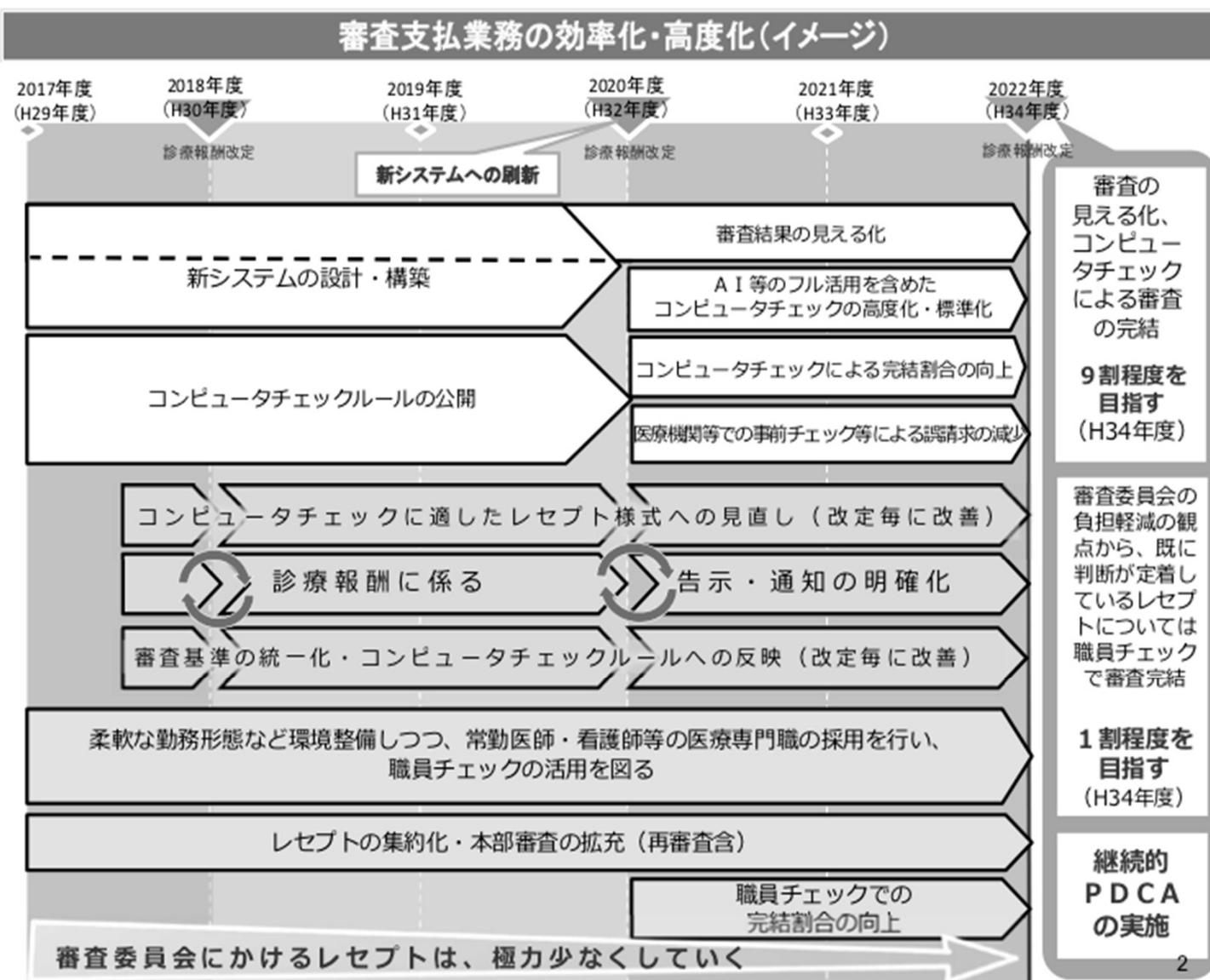
- ・コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し
- ・返戻査定理由の明確化
- ・医療機関等で請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入
- ・レセプト受付処理の平準化の仕組みの推進等

支払基金業務効率化・高度化計画 工程表

	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)	平成31年度 (2019)	平成32年度 (2020)	平成33年度以降 (2021)
業務効率化に向けた具体的な取組について					
1. 審査支払新システムの構築等					
(1) 審査支払新システムの構築	セキュリティ対策の強化 ア 複数の専門家から助言を受けられる仕組み イ 要件定義・設計・開発・検証 ウ 現行の審査支払業務プロセス全体の棚卸し			セキュリティ対策の強化 新システム稼働 自動的なレポーティング機能の導入（差異事例の徹底した見える化、コンピュータチェック基準の明確化と継続的に見直す仕組み）	
					凡例 ■ 効率化の取組の検討 ■ 効率化の取組の実施 ■ システム開発
(2) 審査手数料の設定の在り方の見直し	エ 判断が明らかなレセプト手数料の検討 オ システム刷新を待たずに先行実施も検討			業務効率化を踏まえたレセプト手数料の設定	
2. 審査業務の効率化					
(3) コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等	オ 症状詳記等の内容を分析・分類し、電子レセプト上で、医療機関によるコメント選択方式を検討 カ 厚生労働省においてコンピュータチェックに適したレセプト様式への見直しの検討（改定毎）病名コードについては国際的な規格を使用しやすい仕組みの検討			電子レセプト上でのコメント選択方式の実施（約80万件/月） レセプト様式の見直し（病名の国際的な規格の使用の実施）	
(4) コンピュータチェックルールの公開	キ コンピュータチェックルール公開基準の策定 ク	公開基準を満たすものについて、順次公開			
				コンピュータチェック公開後の定期的な検証（返戻件数・再審査申し出件数・査定額等）	3

国民皆保険の下での審査支払業務の効率化・高度化





MS

オンライン資格確認

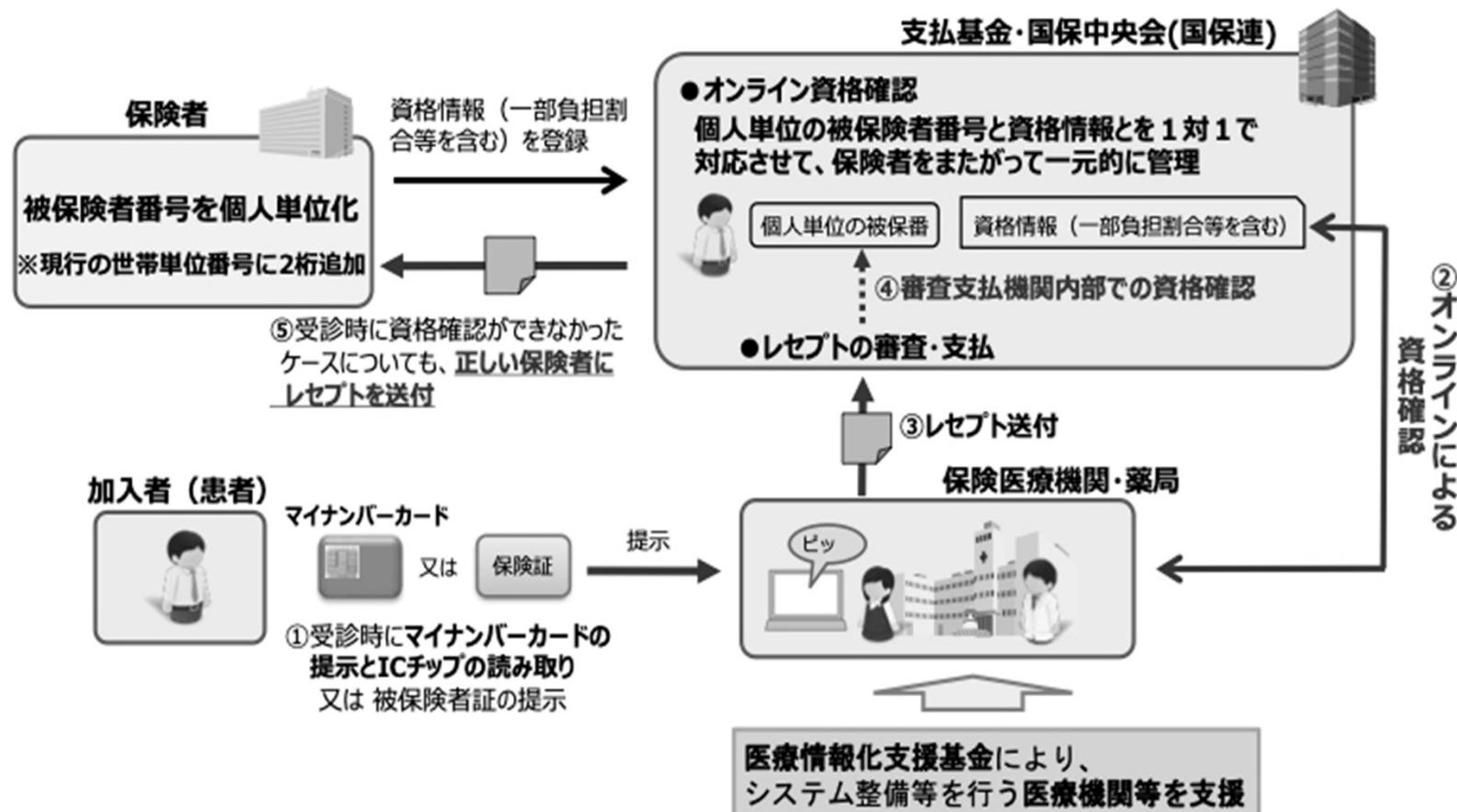
オンライン資格確認システムとは

- ◆ 文字通りオンラインで保険証の資格確認が出来るシステム
 - ▶ スタートは令和3年3月
 - ▶ 義務ではありません
 - ▶ 全ての受給者証が対象ではない
 - ▶ 主保険・高齢受給者証・限度額認定証などが対象
 - ▶ 地域単独公費(乳・障・ひとり親)等は未対応
 - ▶ 資格確認の仕方は2パターン
 - ▶ マイナンバーカードを用いる場合(タッチで終了)
 - ▶ 従来の保険証を利用する場合(端末操作が必要)
 - ▶ 窓口業務での留意点
 - ▶ 保険証の券面に「枝番」が追加されます
 - ▶ マイナンバーカードの取り扱い

オンライン資格確認等のイメージ

【導入により何が変わらるのか】

- ①失効保険証の利用による過誤請求や保険者の未収金が大幅に減少
②高額療養費の限度額適用認定証※の発行を求める必要がなくなる

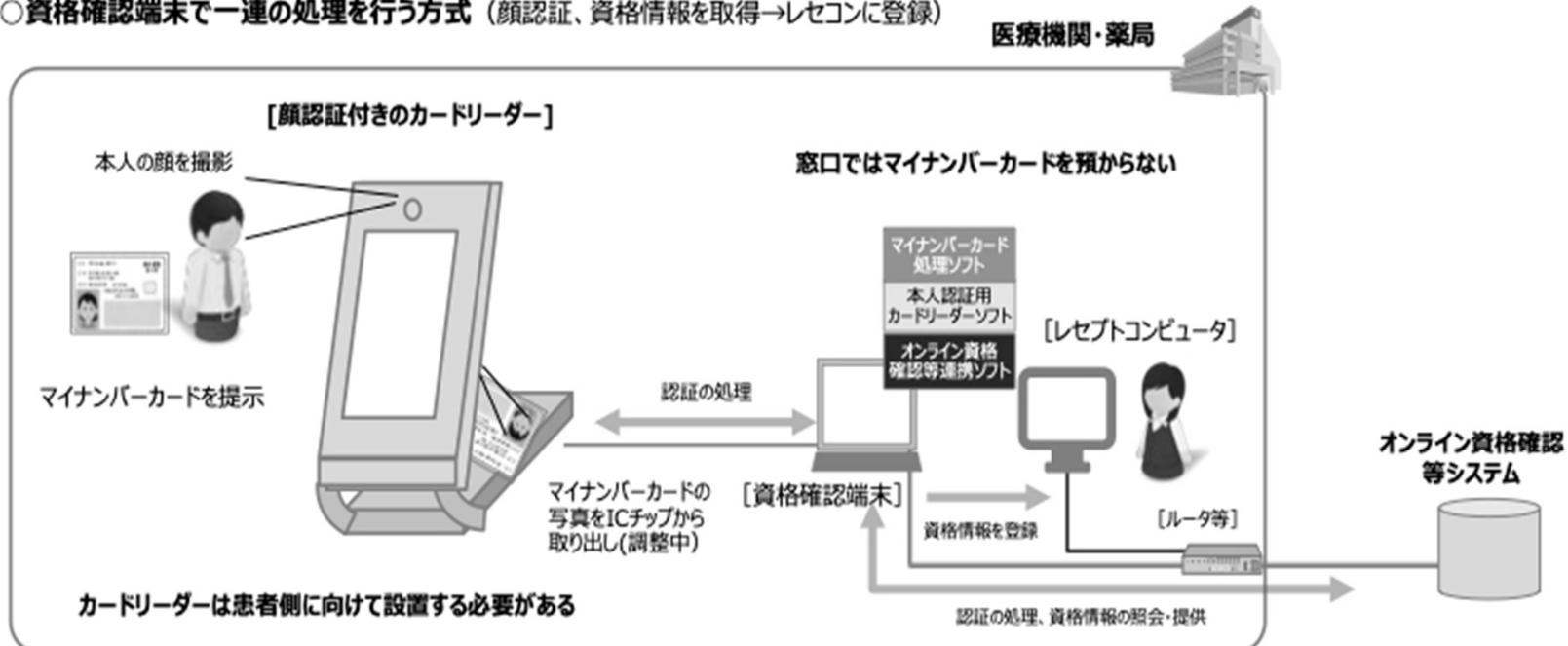


資格確認端末と顔認証付きカードリーダー（イメージ）

- 医療機関等の窓口では、マイナンバーカードを預からない運用としている。顔写真の確認について目視ではなく端末で読み取る場合は、マイナンバーカードの読み取りを行うカードリーダーは患者側に向けて設置し、資格確認端末（アプリケーション等が組み込まれた端末）でカードリーダーでの認証処理を行う方法が想定される。※マイナンバーカードの顔写真を目視で確認する運用も可能である。

オンライン資格確認

- 資格確認端末で一連の処理を行う方式（顔認証、資格情報を取得→レセコンに登録）



※PIN無し認証を行うため、カードリーダー1台に対し資格確認端末1台が必要。（カードリーダーが複数台必要な場合は、資格確認端末も複数台必要。）

【参考】協会けんぽの対応（協会けんぽ資料より）

2. 協会におけるオンライン資格確認の実施

＜現状と課題＞

- 保険者における加入者の資格管理は、「世帯単位」となっている。また、保険者毎に被保険者番号を発行しており、加入者が保険者を異動した場合、新しい保険者には資格情報が引き継がれず、資格情報の一元的な管理が行われていない。
- 退職等により資格を喪失したにも関わらず、保険証を使用して医療機関等を受診した場合、資格喪失後受診が発生し、保険者の無駄なコストが生じている。
- 加入者は医療機関等を受診する際、保険証に加え、限度額認定証や高齢受給者証など複数の証類を提示する必要がある。

＜施策の方向性＞

- ① 保険者を異動しても、資格情報の引継ぎを容易にするため、被保険者番号を個人単位化し、個別の保険者に代わってオンライン資格確認システム（支払基金・国保中央会に構築）によって資格情報の履歴を一元的に管理
【現在発行済の保険証は継続利用。令和3年4月以降、新規発行の保険証に個人単位番号印字】
- ② 医療機関等は、マイナンバーカード又は保険証をもとにオンライン資格確認システムを利用して資格情報を確認。
 その後、審査支払機関においても、当該システムを利用して資格情報を確認（資格喪失後受診の場合は、審査支払機関が正しい保険者に請求）
【マイナンバーカードによる資格確認は令和3年3月、保険証による資格確認は令和3年5月、審査支払機関によるレセプト振替は令和3年10月からを想定】
- ③ 各保険者の加入者情報（保険証情報、限度額適用認定証情報や高齢受給者証情報等）をオンライン資格確認システムへ集約し、保険者が発行している各種証類の発行を軽減することで、加入者の利便性が向上
【開始時期は、②と同様を想定】

保険証の券面変更(協会けんぽ資料より)

3. 協会業務への影響等について

① 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認システムによる資格情報の管理

- 協会は、現状の記号(事業所単位で8桁) + 番号(世帯単位で7桁)に加え、システム内部で管理している2桁の個人単位番号を使用する。
- 協会は、被保険者番号を個人単位化した上で、資格情報をオンライン資格確認システムに登録し、支払基金等が資格情報の履歴を一元的に管理する。
- 保険証の差し替えコストを抑制するため、現在発行済の保険証は利用を継続し、新規発行の保険証から2桁の個人単位番号の印字を行う。2桁の個人単位番号が印字された保険証を発行する時期は、令和2年10月から令和3年4月までの間を想定している。
- 将来、マイナンバーカードが普及し、マイナンバーカードを保険証として利用可能になる医療機関が十分拡大した場合、保険証の発行に係るコストが削減される可能性がある。

【保険証イメージ】



※保険証の仕様は、厚労省と調整の上決定する。

処方箋書の様式変更

処 方 箋									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)									
公費負担者番号					保険者番号				
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 <small>(枚数)</small>				
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平會	年月日	電話番号					
	区分	被保険者		被扶養者		保険医氏名			
都道府県番号		点数表番号		医療機関コード					

様式第二号
(第二十三条関係)

印

カルテの様式変更

オンライン資格確認

MS

様式第一号(一)の1(第二十二条関)

診 療 錄										
公費負担者番号										
公費負担医療の受給者番号										
受 診	氏 名									
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	生	男・女	有効期限	令和 年 月 日	
						被保険者氏名				
						資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日		
					事(船舶立)	所在	地	電話	局番	

オンライン資格確認システムのまとめ

- ◆ 購入の補助金
 - ▶ ICカードリーダー/ライターは支払基金から無償配布
 - ▶ 診療所・薬局: 1台まで、病院: 3台まで
 - ▶ 2台目(4台目)以降は購入
 - ▶ 汎用リーダー/ライターも使用可能
 - ▶ 資格確認端末はレセプトオンライン請求端末と共に用可
 - ▶ その他対応レセコン等
- ◆ メリット
 - ▶ 返戻の多い医療機関には朗報
 - ▶ 補助金もあるので、費用負担はあまり大きくない
- ◆ デメリット
 - ▶ 資格確認サーバーとのレスポンスはどうか?
 - ▶ 患者がマイナンバーカードと保険証を紐付けなければ使用できない

オンライン資格確認システムで分かること

オンライン資格確認

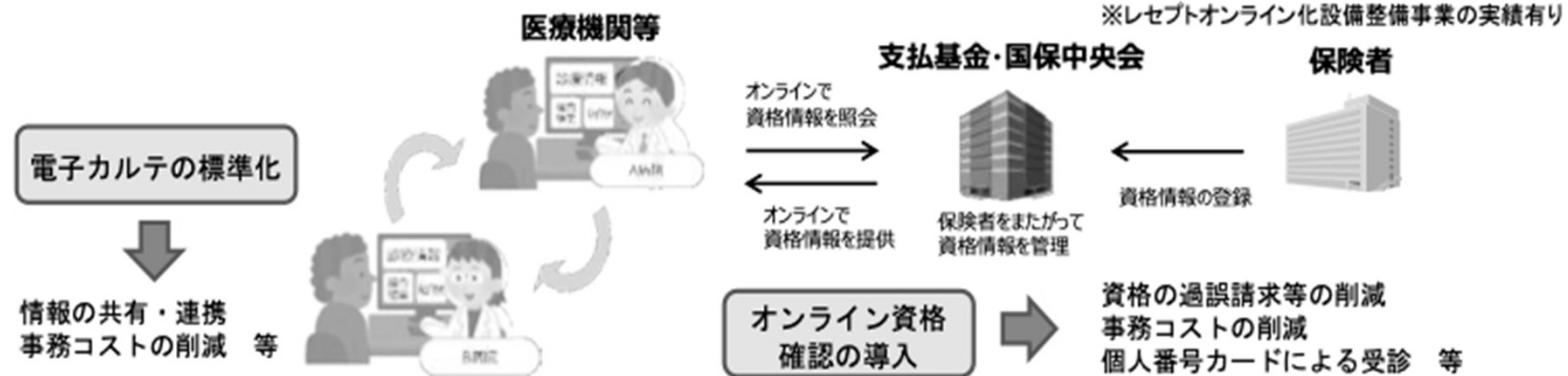
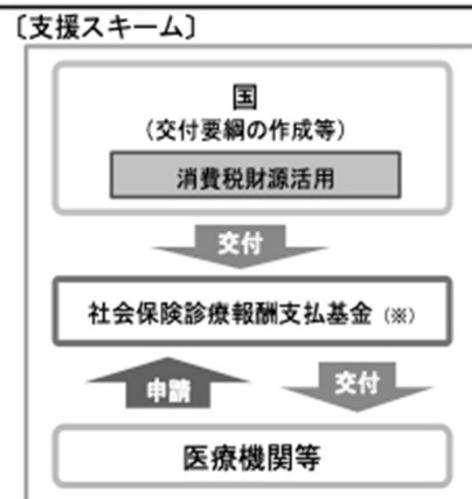
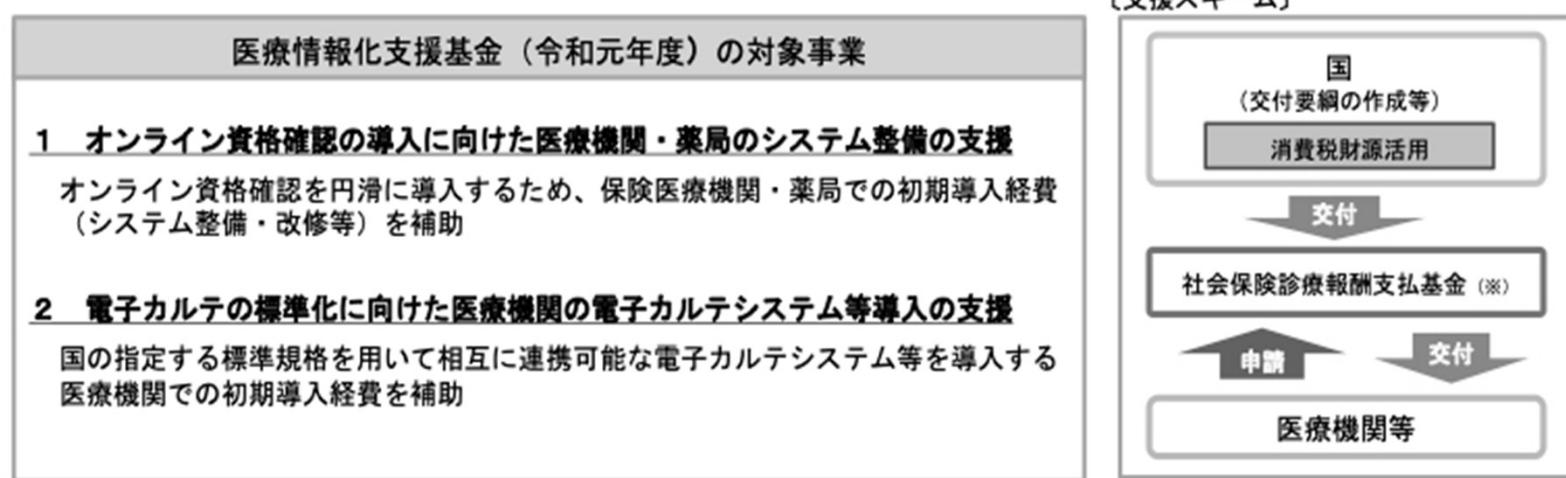
機能	利用者	使用するデータ	検討内容
レセプトの 電子資格確認	—	医療機関・薬局から請求された電子レセプト	1、喪失後の資格で請求された場合の新保険者への振替 2、月の途中での喪失により新旧保険者に跨る場合の分割
		保険者等が中間サーバーに登録した資格情報	
医療費情報の閲覧	患者	医療機関・薬局から請求された電子レセプト及び紙レセプトの点数、一部負担金額等	1、マイナポータルにより医療費通知を閲覧(患者本人のみ) 2、e-Taxへのアップロードによる医療費控除の手続き
薬剤情報の閲覧	患者、 医師等	医療機関・薬局から請求された電子レセプトから抽出した医薬品	1、マイナポータルにより患者自身が閲覧 2、医師等が閲覧(患者の同意必要)
特定健診情報の閲覧	患者、 医師等	保険者が登録した特定健診データ	

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための
健康保険法等の一部を改正する法律（概要資料）

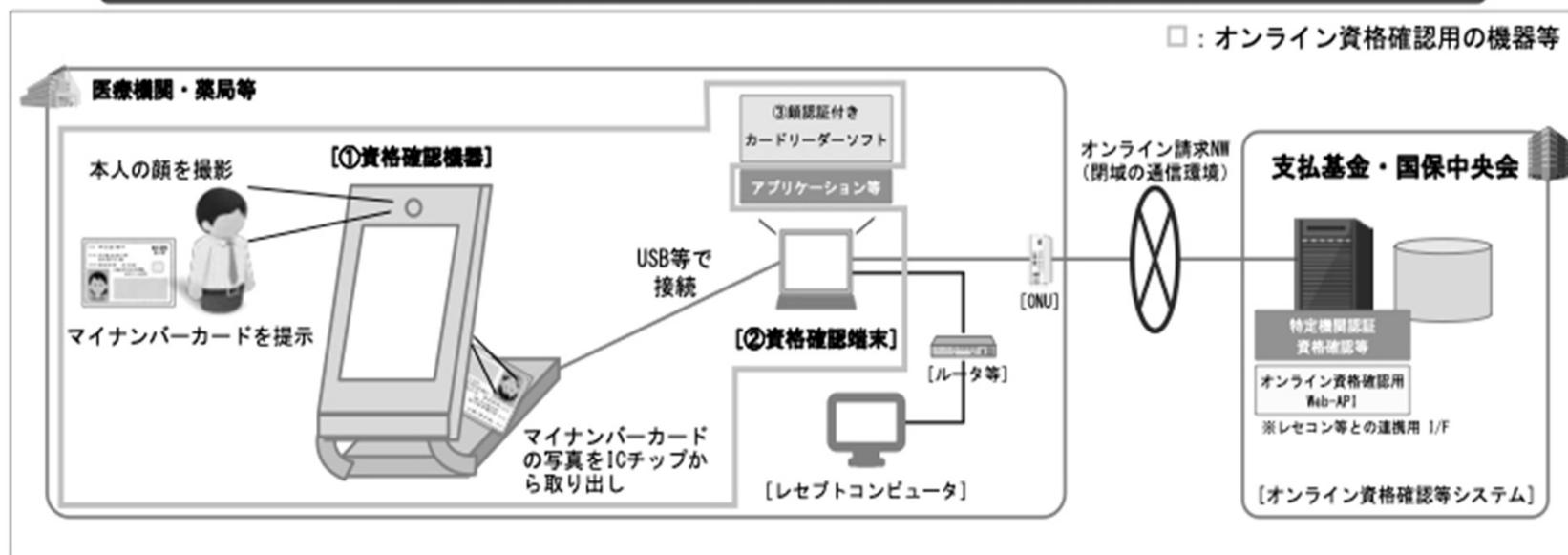
オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設

令和元年度予算 300億円

- 技術革新が進む中で、医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことが急務である。このため、令和元年度において、医療情報化支援基金を創設し、医療分野におけるICT化を支援する。
(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の改正。令和元年10月1日施行)



オンライン資格確認で使用する機器等について



○ オンライン資格確認で使用する機器等について

- ① 資格確認機器（カードリーダー、カメラ、タッチパネル等を搭載した機器）
※患者が利用
- ② 資格確認端末（専用のPC型筐体を想定）
※医療機関等職員が利用
例えば、IOT Enterpriseの搭載されたシンクライアント端末を流用することも考えられる。
- ③ 顔認証付きカードリーダーソフト（②の上で動作し、①の機器の制御や顔認証等を行う）
※マイナンバーカードのICカードとのやり取りは、アプリケーション等（支払基金提供）がAPIで提供。

3. 医療機関・薬局への補助

- MS**
- 顔認証付きカードリーダーについては、今国会で提出予定の「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」が成立することにより、支払基金で一括調達し、医療機関及び薬局に配布（無償）とすることを予定しています。※ 現行法では下記の条件による補助とする整理
 - それ以外の費用（①マイナンバーカードの読み取り・資格確認等のソフトウェア・機器の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセコン、電子カルテ等の既存システムの改修等）は、以下の上限額と割合で補助します。

（補助の対象となる事業）

- ・ オンライン資格確認の導入に必要となる資格確認端末の購入・導入
- ・ レセプトコンピューター、電子カルテ等のアプリケーションに組み込むパッケージソフトの購入・導入
- ・ オンライン資格確認に必要となるオンライン請求回線の導入、既存のオンライン請求回線の増強
- ・ オンライン資格確認の導入に必要となるレセプトコンピューター、電子カルテシステム等の既存システムの改修 等

※ 電子カルテシステムの改修は、資格確認だけでなく、薬剤情報及び特定健診情報の閲覧のための改修を含みます。

	病院			大型チェーン薬局 (グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局)	診療所 薬局(大型チェーン 薬局以外)
顔認証付き カードリーダー ※現行法の内容	1台導入する場合 9.9万円を上限に補助	2台導入する場合 19.8万円を上限に補助	3台導入する場合 29.7万円を上限に補助	1台 9.9万円を上限に補助	1台 9.9万円を上限に補助
補助の内容	105万円を上限に 補助 ※事業額の210.1万円を 上限に、その1／2を補助	100.1万円を上限に 補助 ※事業額の200.2万円を 上限に、その1／2を補助	95.1万円を上限に 補助 ※事業額の190.3万円を 上限に、その1／2を補助	21.4万円を上限に 補助 ※事業額の42.9万円を 上限に、その1／2を補助	32.1万円を上限に 補助 ※事業額の42.9万円を 上限に、その3／4を補助

※ 消費税分（10%）も補助対象であり、上記の上限額は、消費税分を含む費用額です。

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等 の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律(高確法)、船員保険法】

- オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることが禁止(告知要求制限)する。

2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】

- 医療保険レセプト情報等のデータベース(NDB)と介護保険レセプト情報等のデータベース(介護DB)について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備(審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等)を行う。(DPCデータベースについても同様の規定を整備。)

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】

- 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一緒に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。

5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】

- 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。
- 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。

6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】

- 社会保険診療報酬支払基金(支払基金)について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。
- 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する(支払基金・国保連共通)。
- 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する(支払基金・国保連共通)。

7. その他

- 未適用事業所が遅延して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消するため、所要の規定を整備する。【国民健康保険法】

施行期日

平成32年4月1日(ただし、1については公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日、2は平成31年10月1日、3並びに6(2)及び(3)は平成32年10月1日(一部の規定は平成34年4月1日)、5(2)及び7は公布日、6(1)は平成33年4月1日)

ご清聴ありがとうございました

本日の資料はMSSホームページ及び
Youtubeリンクからダウンロードできます

<http://www.medsus.jp/index.shtml>



このスライドは3月16日時点の内容です
今後のQ & A等を必ずご確認ください

診療報酬研究会著の診療報酬マニュアルが
じほう社より刊行予定です。

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル
2020年度版』

