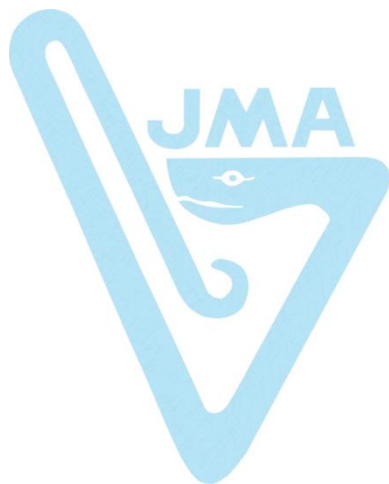


《都道府県医師会 社会保険担当理事連絡協議会》

令和2年度診療報酬改定について 〔概要版〕



令和2年3月5日
公益社団法人 日本医師会



日本医師会 新キャラクター
「日医君(にちいくん)」

令和2年度診療報酬改定

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 + 0.47%

各科改定率 医科 + 0.53%

歯科 + 0.59%

調剤 + 0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 + 0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲ 0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲ 0.01%

② 材料価格 ▲ 0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.01%

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として 公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

（社会保障審議会 医療保険部会・医療部会（令和元年12月10日））

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
- ・業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・かかりつけ機能の評価
- ・患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
- ・地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
- ・重症化予防の取組の推進
- ・治療と仕事の両立に資する取組の推進
- ・アウトカムにも着目した評価の推進
- ・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
- ・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・医療におけるICTの利活用

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組
- ・医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・費用対効果評価制度の活用
- ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(1) 地域包括診療加算の要件緩和

- 外来における継続的かつ全人的な医療の実施を推進する観点から、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外の対応に係る要件について、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

現行

[施設基準]

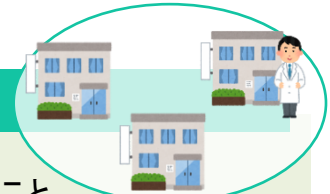
- (8) 以下のいずれか1つを満していること。
ア 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。
イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
ウ 在宅療養支援診療所であること。



改定後

[施設基準]

- (8) 以下のいずれか1つを満していること。
ア 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること。
イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
ウ 在宅療養支援診療所であること。



【参考】時間外対応加算 施設基準(抜粋)

時間外対応加算1	時間外対応加算2	時間外対応加算3
○ 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、 <u>対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。</u>		
○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、 <u>原則として当該診療所において、常時対応できる体制</u> がとられていること。	○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、 <u>標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制</u> がとられていること。 ※ 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。	○ 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、 <u>複数の診療所による連携により対応する体制</u> がとられていること。 ○ <u>当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制</u> がとられていること。 ※ 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(2) 機能強化加算の見直し

点p3, 留p13, 施告p664, 施通p718-719

- 前回改定で創設した機能強化加算:80点については、かかりつけ医機能の普及を図る観点から、院内掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

※ 医療機関の体制に対する評価であり、**対象疾患、対象患者に限定なく**、初診料を算定する患者すべてに加算可能

※ 小児かかりつけ診療料届出医療機関で小児科外来診療料にも加算可能

【中医協における支払側(健保連)の主張】

- ◆ 患者はわからないまま初診料に加算されるのは妊婦加算と同じだ
- ◆ かかりつけ医機能の体制は有しているが機能を果たしていない医療機関が多数あることから、かかりつけ医機能を有していることを院内掲示した上で、診察前に文書を用いて患者に説明し同意を求めることを要件化すべき！

[今回の改定内容]

1. 地域におけるかかりつけ医機能として**院内掲示する事項**として、以下を追加
(1)必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
(2) 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関等の医療機関を検索できること。
2. 院内掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
(1)掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内に置いておくこと。
(2)掲示内容について、患者の求めがあった場合には、掲示内容を書面にしたものを交付すること。



機能強化加算に係る院内掲示(例)

当院は「かかりつけ医」として、次のような取組を行っています

- 健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関する相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
- 保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
- 夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
- 日本医師会かかりつけ医機能研修制度 応用研修会を修了しています。

●●●医院

※ 厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで地域の医療機関が検索できます。



☆ ご自由にお持ち帰りください ☆

参考資料の巻末にサンプルを掲載したので活用ください

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(3) 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の見直し

➤ 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、対象患者を拡大する。

(1) 対象患者: 3歳未満 → 6歳未満

(2) 院内処方を行わない場合は「1 処方箋を交付する場合(初診時:631点、再診時:438点)」で算定

(3) 施設基準に係る届出を求める [小児科外来診療料]

(4) 小児抗菌薬適正使用支援加算(初診時80点)は月1回に限り算定できることとする

小児かかりつけ診療料

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1 処方箋を交付する場合 | [対象患者] |
| イ 初診時:631点 | 当該医療機関を4回以上受診した |
| ロ 再診時:438点 | 未就学児(6歳以上の患者にあって |
| 2 処方箋を交付しない場合 | は、6歳未満から小児かかりつけ診療 |
| イ 初診時:748点 | 料を算定しているものに限る) |
| ロ 再診時:556点 | |

小児科外来診療料

- | | |
|---------------|--------------|
| 1 処方箋を交付する場合 | [対象患者] |
| イ 初診時:599点 | 6歳未満のすべての患者 |
| ロ 再診時:406点 | [施設基準] |
| 2 処方箋を交付しない場合 | 施設基準に係る届出が必要 |
| イ 初診時:716点 | |
| ロ 再診時:524点 | |

小児抗菌薬適正使用支援加算

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要を認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、初診時に、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

1 処方箋を交付する場合：

初診時631点、再診時438点

2 処方箋を交付しない場合：

初診時748点、再診時556点

小児抗菌薬適正使用加算(初診時):80点

〔算定要件〕

- ① 対象患者は、当該医療機関を4回以上受診(予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む)した未就学児(6歳以上の患者にあつては6歳未満から当該診療料を算定しているものに限る)の患者を対象とする。なお、過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を行わなくなった場合、6歳以上の患者については、再度当該診療料を算定することはできない。
- ② 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。
- ③ 同一月において、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては、「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ④ 当該医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。
- ⑤ 以下の指導等を行うこと。
 - ア 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息など乳幼児期に頻繁に見られる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導・診療を行う
 - イ 他の医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う
 - ウ 健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じる
 - エ 予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行う
 - オ 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対し、原則として当該医療機関において、常時対応を行う
ただし、以下のいずれかの要件を満たす常勤小児科医が配置された医療機関については、夜間・休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関、または「#8000事業」における電話相談の窓口を案内することも可能
 - (1) 在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力する常勤小児科医であること
 - (2) 直近1年間に、「#8000事業」に1回以上協力したことがある常勤小児科医であること
 - カ 上記の指導等を行う旨を、患者に書面を交付・説明し同意を得る。上記の指導等を行う旨を、院内掲示する。
- ⑨ 抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること
- ⑩ 小児抗菌薬適正使用加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であつて、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診察を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又は感染の疑われる患者については算定できない。

1 処方箋を交付する場合：

初診時599点、再診時406点

2 処方箋を交付しない場合：

初診時716点、再診時524点

※ 施設基準の届出が必要となった

小児抗菌薬適正使用加算(初診時)：80点

〔算定要件〕

- ① 対象患者は、当該医療機関における入院中の患者以外の患者であって、**6歳未満**のすべての者。対象患者に対する診療報酬の請求は、原則として小児科外来診療料により行う。
- ② 本点数は小児科を標榜する医療機関で算定する。ただし、小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者、パリーブズマブを投与している患者(投与当日に限る)は算定対象にはならない。
- ③ 小児抗菌薬適正使用支援加算、初診料、再診料、外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、初診料の機能強化加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報提供料(Ⅲ)、往診料を除き、すべて所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点、230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点、180点を算定する。
- ④ 同一日に、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日つき所定点数を算定する。
- ⑤ 同一月に、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ⑥ 当該医療機関において院内処方を行わない場合は「1 処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。
- ⑦ 当該届出を行った医療機関において、**6歳未満**の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。
- ⑧ **6歳**の誕生日が属する月において、**6歳**の誕生日前に当該医療機関を受診し、小児科外来診療料を算定した場合にあっては、**6歳**の誕生日後に当該医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。
- ⑨ 当該届出を行った医療機関のうち、許可病床数200床以上の病院においては、他の医療機関等からの紹介なしに受診した6歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。
- ⑩ 本点数を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗生物質薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。
- ⑩ 小児抗菌薬適正使用加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診察を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又は感染の疑われる患者については算定できない。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(5) 電話等再診時の診療情報提供の評価

点p4, 留p16

- 電話等による再診の際、治療上の必要性から、救急医療機関の受診を指示した上で、同日に診療情報の提供を行った場合について、診療情報提供料(Ⅰ):250点を算定可能とする。

[算定要件]

- 当該再診料を算定するには、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。

ただし、急病等で患者またはその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日または夜間における救急医療の確保のために診療を行っているとして認められる次に掲げる医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書等(FAX又は電子メールを含む)で提供した場合は、**診療情報提供料(Ⅰ)を算定できる。**

(イ) 地域医療支援病院 (ロ) 救急病院または救急診療所

(ハ) 病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または共同利用型病院



(6) 複数の医療機関による訪問診療の明確化

点p250, 留p280

- 地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、複数の医療機関が連携して行う在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2(同一建物居住者:187点、同一建物居住者以外:884点)について、主治医が診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

[算定要件]

- 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の医療機関の求めを受けて、当該他の医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。

ただし、当該他の医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、**6月を超えて算定できる。**また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(7) 調剤料、一般名処方加算、調剤技術基本料の見直し

➤ 医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算、調剤技術基本料を見直す。

【調剤料】 点p422

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬(1回の処方に係る調剤につき): 9点 → 11点

ロ 外用薬(1回の処方に係る調剤につき): 6点 → 8点

2 入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき): 7点 → 7点

※ 2以上の診療科で異なる医師が処方した場合はそれぞれの処方につき調剤料を算定できる

【処方箋料 一般名処方加算】 点p425, 留p433-434

イ 一般名処方加算1: 6点 → 7点

ロ 一般名処方加算2: 4点 → 5点

[算定要件]

加算1: 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合

加算2: 交付した処方箋に1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合

【調剤技術基本料】 点p425

1 入院中の患者に投薬を行った場合: 42点 → 42点

2 その他の患者に対して投薬を行った場合: 8点 → 14点

※ 薬剤師が常時勤務する医療機関で投薬を行った場合に算定する

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(8) 医師の基礎的な技術の再評価(モノから人へ)①

➤ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

現 行
D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査:1,400点
D218 分娩監視装置による諸検査 1 1時間以内の場合:480点 2 1時間を超え1時間30分以内の場合:660点 3 1時間30分を超えた場合:840点
D219 ノンストレステスト(一連につき):200点
D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 2 5時間を超えた場合(1日につき):600点
D225-4 ヘッドアップティルト試験:980点
D230 観血的肺動脈圧測定 2 2時間を超えた場合(1日につき):540点
D236 脳誘発電位検査(脳は検査を含む。) 1 体性感覚誘発電位:804点 2 視覚誘発電位:804点 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査:804点 4 聴性定常反応:960点
D239 筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)):300点
D282-4 ダーモスコピー 新たに他の疾患があれば前回算定日から1か月後でも算定可能
D295 関節鏡検査(片側):720点
D400 血液採取(1日につき) 1 静脈:30点



改 定
D211 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査: <u>1,600点</u>
D218 分娩監視装置による諸検査 1 1時間以内の場合: <u>510点</u> 2 1時間を超え1時間30分以内の場合: <u>700点</u> 3 1時間30分を超えた場合: <u>890点</u>
D219 ノンストレステスト(一連につき): <u>210点</u>
D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 2 5時間を超えた場合(1日につき): <u>630点</u>
D225-4 ヘッドアップティルト試験: <u>1,030点</u>
D230 観血的肺動脈圧測定 2 2時間を超えた場合(1日につき): <u>570点</u>
D236 脳誘発電位検査(脳は検査を含む。) 1 体性感覚誘発電位: <u>850点</u> 2 視覚誘発電位: <u>850点</u> 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査: <u>850点</u> 4 聴性定常反応: <u>1,010点</u>
D239 筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)): <u>320点</u>
D282-4 ダーモスコピー 新たに他の病変があれば1月に1回に限り算定可能
D295 関節鏡検査(片側): <u>760点</u>
D400 血液採取(1日につき) 1 静脈: <u>35点</u>

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(9) 有床診療所入院基本料の見直し

点p32-33, 留p56-57,
施告p678-679, 施通p735-736

- 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から**14日へと延長**するとともに、評価を見直す。

現行

[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]
(中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

改定後

[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]
(中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行

注5		
イ	医師配置加算1	88点
ロ	医師配置加算2	60点
注6		
イ	看護配置加算1	40点
ロ	看護配置加算2	20点
ハ	夜間看護配置加算1	85点
ニ	夜間看護配置加算2	35点
ホ	看護補助配置加算1	10点
ヘ	看護補助配置加算2	5点

改定後

注5		
イ	医師配置加算1	120点
ロ	医師配置加算2	90点
注6		
イ	看護配置加算1	60点
ロ	看護配置加算2	35点
ハ	夜間看護配置加算1	100点
ニ	夜間看護配置加算2	50点
ホ	看護補助配置加算1	25点
ヘ	看護補助配置加算2	15点

3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現行

[算定要件]
有床診療所緩和ケア診療加算 150点

改定後

[算定要件]
有床診療所緩和ケア診療加算 250点



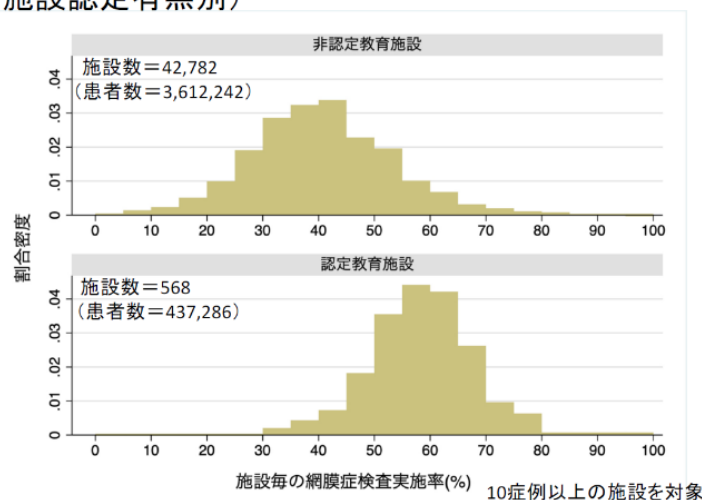
1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(10) 生活習慣病重症化予防推進に係る要件見直し

点p167-168, 留p216-217, 様p1114

- 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、①糖尿病患者について、患者の状態に応じて、年1回程度の眼科医師の診察を受けるよう指導すること、②療養計画書の記載項目に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



厚生労働科学研究(平成29年度～)
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究
研究代表者:門脇孝

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」(2014年) (日本歯周病学会)

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

生活習慣病管理料	
1 処方箋を交付する場合	
イ 脂質異常症を主病とする場合	650点
ロ 高血圧症を主病とする場合	700点
ハ 糖尿病を主病とする場合	800点
2 1以外の場合	
イ 脂質異常症を主病とする場合	1,175点
ロ 高血圧症を主病とする場合	1,035点
ハ 糖尿病を主病とする場合	1,280点

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(11) ニコチン依存症管理料の見直し

点p168, 留p217-218,
施告p808, 施通p868



- 加熱式たばこを喫煙している患者も対象に加える。
- 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
- 2回目から4回目までに情報通信機器を用いて診察を行った場合の評価を新設する。

現行

【ニコチン依存症管理料】

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点



改定後

【ニコチン依存症管理料】

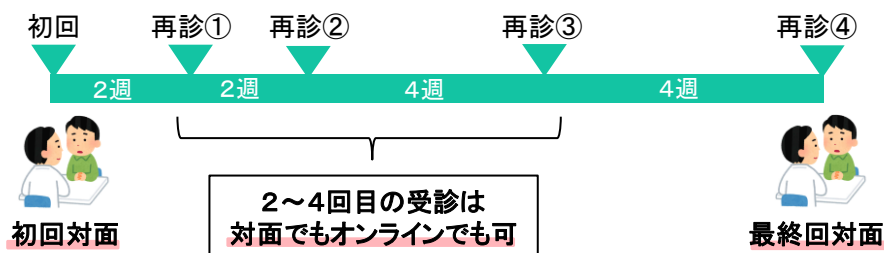
1 ニコチン依存症管理料1	
イ 初回	230点
ロ 2回目から4回目まで	
(1) 対面で診察を行った場合	184点
(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合	155点
ハ 5回目	180点
2 ニコチン依存症管理料2(一連につき)	800点

【算定要件】

- ・ 禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、**2の場合は初回時に1回に限り算定する**。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

- ・ ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、**加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。**

算定方法(5回受診で一連)



◆受診ごとに算定する場合

<2~4回目の費用>

対面診療の場合	184点
情報通信機器を用いた診療の場合	155点

◆一連の包括払いの場合(全5回)

対面と情報通信機器のどちらで受診してもよい	
一連につき	800点

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(12) 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

点p179, 留p237-239, 様p1121

診療情報提供料(Ⅰ)の見直し

- 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

【診療情報提供料(Ⅰ)】

(新設)

保険医療機関が、**児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等**に対して、診療状況を示す文書を添えて、**当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合**に、患者1人につき月1回に限り算定する。

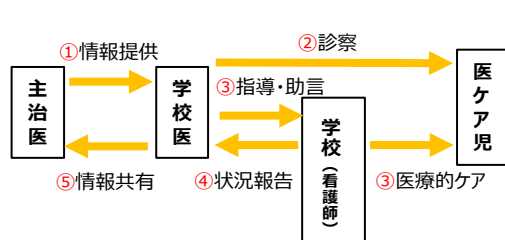
[算定要件]

- ・ 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- ・ 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- ・ 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

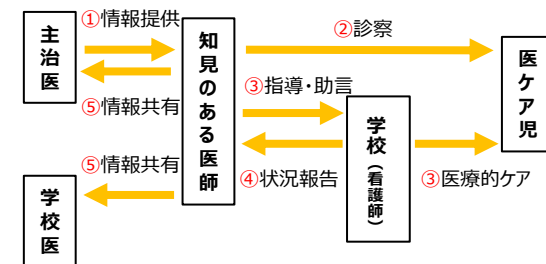


(参考) 主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
(文部科学省、令和元年12月2日)より抜粋

- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
 - (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
 - (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
 - (4) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報共有⑤
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

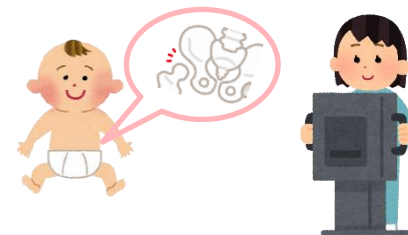
1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(13) 小児運動器疾患指導管理料の見直し

点p162, 留p205, 施告p807, 施通p864

➤ 小児運動器疾患指導管理料の要件について、以下のとおり見直す。

1. 初回算定日の属する月から起算して6月以内の期間は月1回に限り、6月を超えた期間については6月に1回に限り算定することとする。
2. 算定対象となる患者について、受診の契機に係る要件を廃止し、対象年齢を6歳未満から12歳未満に拡大する。
3. 施設基準に係る届出を求めることとする。



現行

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

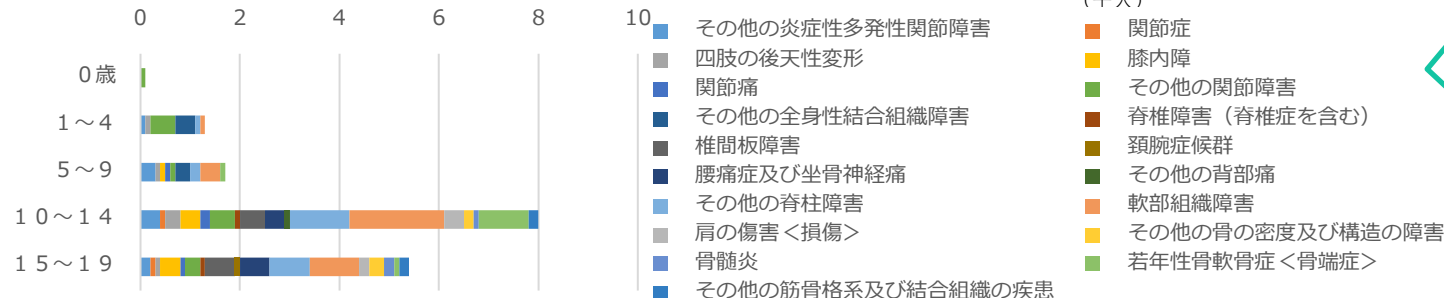
改定後

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回)に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。



0～19歳の患者数（筋骨格系及び結合組織の疾患、小分類）（千人）



出典：患者調査（平成29年）

- 0～19歳の運動器疾患の患者数を年齢階級別に見ると、10～14歳が最も多い。
- 小児の運動器疾患の管理については、疾患にもよるが、概ね2～6か月ごとの管理が必要であり、特に、診療開始から間もない時期や、器具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(14) 妊婦加算の再編

- 妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組むとともに、妊婦加算を再編する。

妊産婦への情報提供の推進

- 都道府県のホームページで、妊産婦の診療に積極的な医療機関の検索を可能とする。



都道府県の医療機能情報提供制度を活用

適時適切な情報提供の実施

- 母子健康手帳の交付等の際に、妊産婦の診療に積極的な医療機関の一覧又は検索方法を示したリーフレット等を配布する。



市役所の窓口

指導内容や今後の治療方針等についての情報提供



産婦人科の主治医

妊産婦に対する診療の質の更なる向上

- 妊産婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修を実施する
- 医師が妊婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置する
- 新たな医療機関間の情報共有の評価を活用し、産婦人科以外の診療科から産婦人科の主治医に対し、妊娠管理に必要な情報を提供する



相談窓口の設置

産婦人科以外の医療機関



研修の実施

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(14) 妊婦加算の再編〔①診療情報提供料(Ⅲ)の創設(再掲)〕

- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料(Ⅲ): 150点

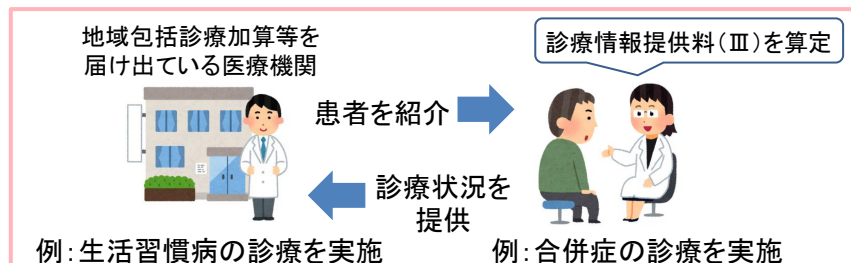
点p180-181, 留p242-243,
施告p811-812, 施通p875, 様p1117

[算定要件]

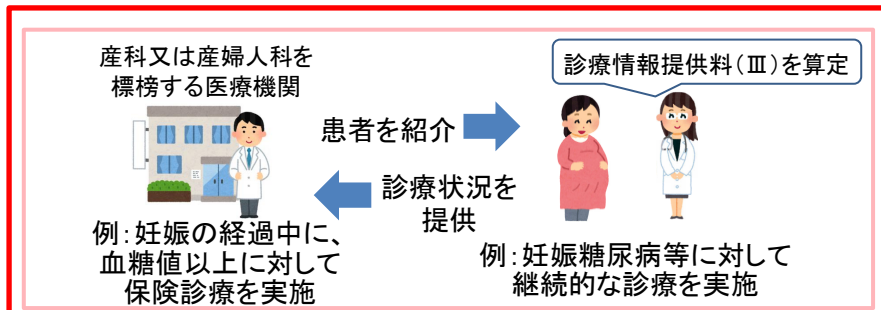
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

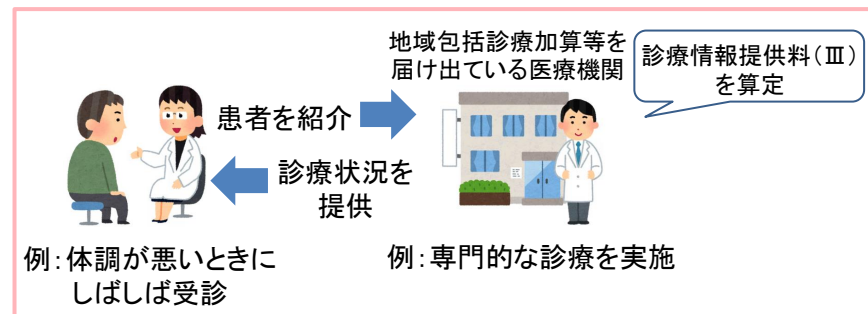
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指す。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(14) 妊婦加算の再編〔②婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価〕

- 器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

(新) 婦人科特定疾患治療管理料: 250点(3月に1回)

点p162-163, 留p206,
施告p807, 施通p864



[算定要件]

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤(器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。)を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- (2) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮する。
- (3) 治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討する。
- (4) 治療計画を作成し、患者等に説明し同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載する。

[施設基準]

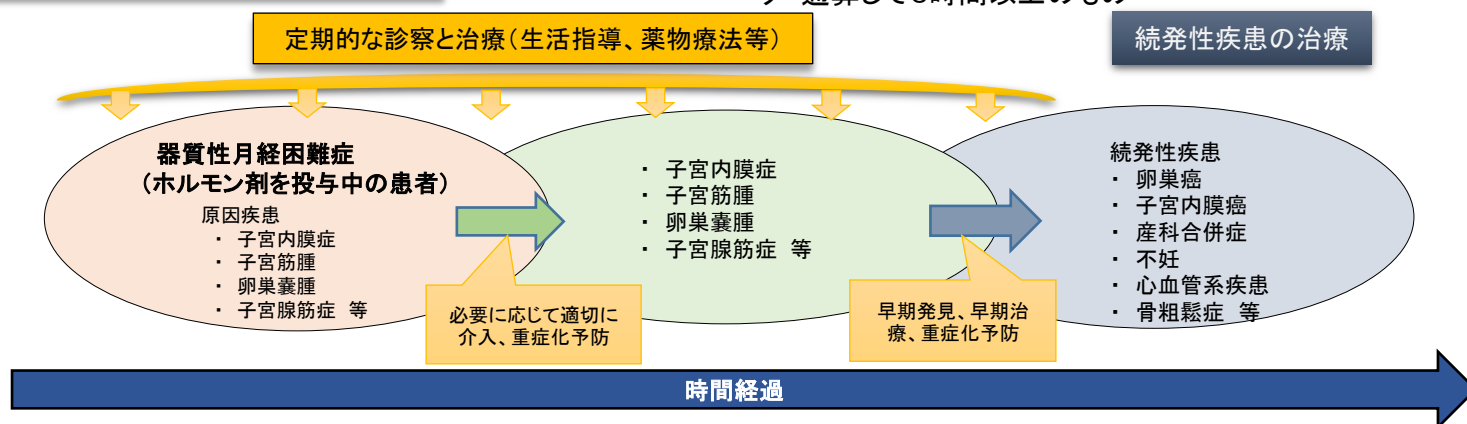
- (1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。

《適切な研修》

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること

イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれているもの
ウ 通算して6時間以上のもの

定期的な医学管理のイメージ

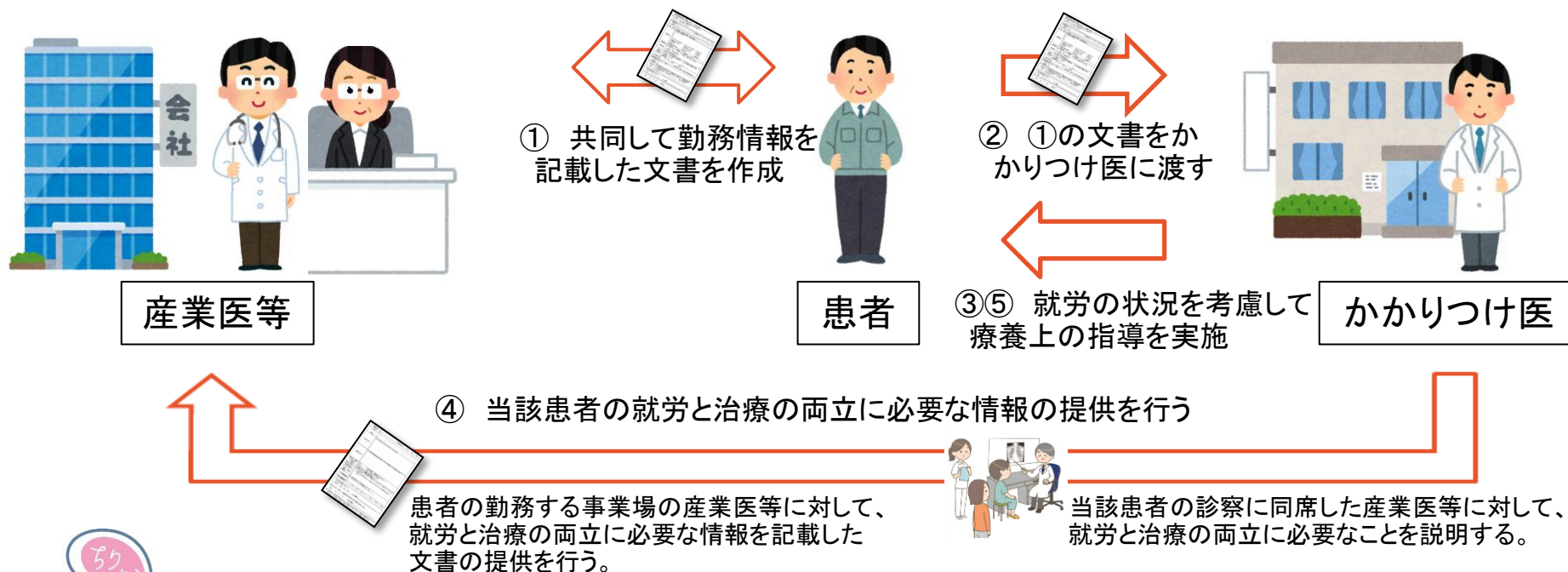


1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(15)療養・就労両立支援指導料の見直し①

点p171, 留p221-222, 施告p808, 施通p868

- 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。



現行	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



改定後	
療養・就労両立支援指導料(3月に限る)	
1 初回	800点
2 2回目以降	400点
相談支援加算	50点

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(15)療養・就労両立支援指導料の見直し③

算定の例

①パターン1（初回算定月の翌月から、2回目の指導を実施した場合）

2回目以降(400点)の点数は
初回算定月から起算して3月を限度に月1回算定

	7月1日	7月15日	8月1日	9月1日	10月1日
初回(800点)		○			
相談支援加算(50点)		○			
2回目以降(400点)			○	○	○
相談支援加算(50点)			○	○	○

②パターン2（初回算定月と同一月に、2回目の指導を実施した場合）

2回目以降(400点)の点数は
初回算定月から起算して3月を限度に月1回算定

初回算定月と同一月

	7月1日	7月15日	8月1日	9月1日	10月1日
初回(800点)	○				
相談支援加算(50点)	○				
2回目以降(400点)		○	○	○	
相談支援加算(50点)		○	○	○	

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(16) 超音波検査の評価の見直し

点p348, 留p385

- 超音波検査について、画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。
- 胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載をする。
- 超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、超音波検査を訪問診療時に行った場合の点数を新設する。
- 超音波装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ加算について評価を見直す。

現行

【超音波検査】

2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)

- イ 胸腹部:530点
 - ロ 下肢血管:450点
 - ハ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等):350点
- パルスドプラ法加算:200点



改定後

【超音波検査】

2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)

イ 訪問診療時に行った場合:400点

ロ その他の場合

(1) 胸腹部:530点

(2) 下肢血管:450点

(3) その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等):350点

パルスドプラ法加算:150点

[新たな算定要件]

- ◇ 超音波検査(胎児心エコー法を除く)を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- ◇ 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。
- ◇ 断層撮影法「ロ」の「(1) 胸腹部」を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、そのすべてを記載すること。また、力に該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア 消化器領域 イ 腎・泌尿器領域 ウ 女性生殖器領域
 - エ 血管領域(大動脈・大静脈等) オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等 カ その他

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(18) 明細書発行の対象範囲拡大

関係p974-975,p984-985,
p1029-1036

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある診療所の場合は、明細書を交付することを要しない取扱いとなっている。

- このため、患者から見てわかりやすい医療を実現する観点から、以下の対応を行う。

- ① 自己負担のない患者について、正当な理由がある場合であっても、患者からの求めがある場合は、明細書発行を義務化。

《正当な理由がある場合の取扱い》

現行

明細書を交付することを要しない



改定後

患者から求められたときは、明細書を交付

- ② ただし、自己負担のない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューター又は自動入金機について、改修を必要とする診療所の対応が完了する期間を考慮し、施行については令和4年4月1日とする。

【※正当な理由(自己負担のない患者)】

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(19) 大病院の外来機能分化の推進

療担p968, 通p1011, 1012

① 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大

➤ 外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担について、

(1) 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の**対象範囲を拡大**する。

(2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、**報告を求める**。

※(2)については、(1)以外の病院であって、特別の料金を徴収する医療機関も対象とする。

現行(対象病院)

特定機能病院及び許可病床数400床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び**地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)**

[経過措置]

自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、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。

② 紹介率等の低い病院に対する初診料等減算の対象範囲の拡大

初診料: 点p2, 留p8-9
外来診療料: 点p5, 留p19-20

➤ 紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象範囲を拡大する。

[算定要件](初診料)

特定機能病院及び**地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)**であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの(紹介率の実績が50%未満かつ、逆紹介率の実績が50%未満)において、別に厚生労働大臣が定める患者(他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。))に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。(外来診療料についても同様)

[経過措置]

令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応①

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(先進医療として実施している医療技術を含む。)の保険導入及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行う。

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術(先進医療として実施している医療技術を含む。)の保険適用及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行う。

(1) 保険導入等を行う新規技術の例

- 腓体尾部切除術(ロボット支援)
- 斜視注射(ボツリヌス毒素を用いた場合)
- 同種クリオプレシピテート作製術
- 薬剤耐性菌検出検査
- 仮想気管支鏡による画像等検査支援
- 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療※

※ 先進医療として実施している技術

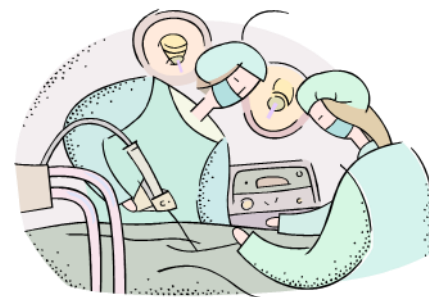
(2) 評価を見直す既存技術の例

- 持続血糖測定器加算(SAP療法について)の算定要件見直し
- 体幹部定位放射線治療の適応拡大

(3) 項目の削除を行う技術の例(令和4年3月31日まで算定できる)

- 四肢切断術 指(手、足)
- Bence Jones蛋白定性(尿)

- 先進医療会議における検討結果等を踏まえ、多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術に係る技術を先進医療から削除し、新たに選定療養に位置づける。



2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応②

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1)

1. 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

【対象技術の例】

腹腔鏡下膵体尾部切除術

- 1 脾同時切除の場合 53,480点
- 2 脾温存の場合 56,240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】

膵体尾部腫瘍に対して、内視鏡手術用支援機器を用いて内視鏡下に 膵部分切除を行う技術。

[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。

2. 保険適用されるロボット支援下内視鏡手術

- ① 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除)
- ② 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
- ③ 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術
- ④ 腹腔鏡下仙骨腔固定術
- ⑤ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部の操作によるもの)
- ⑥ 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
- ⑦ 腹腔鏡下腎盂形成手術



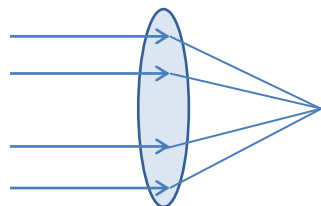
2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 多焦点眼内レンズに係る選定療養の新設

概要

- 患者のニーズが相当程度あることを踏まえ、白内障に対する水晶体再建に使用する「眼鏡装用率の軽減効果」を一体不可分として有する多焦点眼内レンズの支給を新たに選定療養に位置付け、水晶体再建に係る療養費に相当する部分について保険給付の対象とする。

多焦点眼内レンズ



- 白内障に対する水晶体再建術では、通常、単焦点眼内レンズが使用され、遠方又は近方のみの焦点となるため、眼鏡が必要となる。
- 多焦点眼内レンズを使用した場合、その多焦点機構により遠方及び近方の視力回復が可能となり、それに伴い眼鏡装用率が軽減される。

現行: 先進医療

眼鏡装用率の軽減
に係る部分

水晶体再建
に係る部分

手術全体が
保険適用外
(患者の自己負担)

多焦点眼内レンズを用いた
水晶体再建術

改定後: 選定療養

眼鏡装用率の軽減
に係る部分

水晶体再建
に係る部分

保険適用外
(患者の自己負担)

医療保険で給付
(保険外併用療養費)

多焦点眼内レンズを用いた
水晶体再建術

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(2) 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

点p70, 留p106, 施告p690, 施通p772-773

(新) 地域医療体制確保加算: 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設したもの。



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき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局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)のうち、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(3) 救急医療体制の充実

救急搬送看護体制加算の評価区分の新設

点p164, 留p210, 施告p808, 施通p866

- 救急医療体制の充実を図る観点から、夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算について、救急外来への搬送件数及び看護師の配置の実績に応じた新たな評価区分を設ける。

現行（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。



改定後（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算1 400点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を複数名配置。
なお、院内トリアージ実施料にかかる専任の看護師を兼ねることができる。

救急搬送看護体制加算2 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(4) 医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件緩和

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

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)

- ・ ウイルス疾患指導料(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



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(6) 薬剤師の病棟業務に対する評価の充実

病棟薬剤業務実施加算：
点p67-68, 留p94-95, 施告p688-689, 施通p766

病棟薬剤業務実施加算の評価の充実

- 薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算1及び2について、評価を充実する。

現行	
【病棟薬剤業務実施加算】	
1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回)	100点
2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	80点



改定後	
【病棟薬剤業務実施加算】	
1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回)	120点
2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	100点



- 病棟薬剤業務実施加算2の対象病棟に、ハイケアユニット入院医療管理料を追加する。

薬剤師の常勤要件の緩和

- 病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置要件を緩和する。

現行
【病棟薬剤業務実施加算】
(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。
(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。



改定後
【病棟薬剤業務実施加算】
(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、 <u>週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を2名組み合わせて常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。</u> ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要。
(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、 <u>院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。</u>

※ 薬剤管理指導料についても同様。

施告p811, 施通p874

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(7) 夜間看護体制の見直し

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

- より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等における項目内容の見直しを行う。

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算 の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料 の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急入院料、精神科 救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	2項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保（新）	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫（新）	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話					
ク 看護補助者の夜間配置（※2）					
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績（見直し） ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減（新）	○	○	○	○	○

看護職員の夜間配置に係る評価の充実

- 看護職員の負担軽減を推進する観点から、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現行	
【看護職員夜間配置加算】	
12対1加算1	95点
12対1加算2	75点
16対1加算1	55点
16対1加算2	30点



改定後	
【看護職員夜間配置加算】	
12対1加算1	105点
12対1加算2	85点
16対1加算1	65点
16対1加算2	40点

現行	
【注加算の看護職員夜間配置加算】	
地域包括ケア病棟入院料	55点
精神科救急入院料	55点
精神科救急・合併症入院料	55点



改定後	
【注加算の看護職員夜間配置加算】	
地域包括ケア病棟入院料	65点
精神科救急入院料	65点
精神科救急・合併症入院料	65点



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(9) 臓器提供施設や担当医の負担を踏まえた臓器提供に係る評価の見直し

心停止後臓器提供に係る評価の見直し

点p580, 583, 留p619, 622

- 心停止後臓器提供では業務が多岐にわたることから、同種死体腎移植術について、移植臓器提供加算として、実態に見合った評価の見直しを行う。
- また、同種死体膵移植術及び同種死体膵腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

現行	
【同種死体腎移植術】	
移植腎の提供のために要する費用としての加算	40,000点



改定後	
【同種死体腎移植術】	
移植臓器提供加算	55,000点

※【同種死体膵移植術】及び【同種死体膵腎移植術】についても同様。

脳死臓器提供管理料の見直し

点p587, 留p624

- ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めていくため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、脳死臓器提供管理料について評価を見直す。また、当該管理料においてコーディネートの評価を明確化する。

現行	
【脳死臓器提供管理料】	
	20,000点



改定後	
【脳死臓器提供管理料】	
	40,000点

- [算定要件]
- ・脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、院内のコーディネート、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

その他移植医療の充実に資する技術の保険適用※1

- (新) 同種死体膵島移植術:56,490点
- (新) 免疫抑制剤(ミコフェノール酸モフェチル及びエベロリムス)の血中濃度測定に対する加算:250点
- (新) 抗HLA抗体検査加算※2 :4,000点

※1 医療技術評価分科会に対して関連学会等から提案のあった技術。

※2 同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、同種死体小腸移植術、同種死体腎移植術及び生体腎移植術における加算として新設。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(10) 入退院支援に係る人員配置の見直し

点p69, 留p99-100,
施告p689-690, 施通p768-769

入退院支援加算3の配置要件の見直し

- より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行うことができるよう、入退院支援加算3について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

現行

【入退院支援加算3】

[施設基準]

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 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
- 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任の看護師 及び 専従の社会福祉士

改定後

【入退院支援加算3】

[施設基準]

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 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し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- 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任の看護師 及び 専従の社会福祉士



入退院支援部門の職員の常勤要件緩和

- 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門の職員を非常勤職員でも可能とする。

改定後

【入退院支援加算、入院時支援加算】

[施設基準]

(入退院支援部門について) 当該専従の看護師(社会福祉士)については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師(社会福祉士)(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する者に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師(社会福祉士)と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師(社会福祉士)が配置されている場合には、基準を満たしているとみなすことができる。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

◇ 医師事務作業補助体制加算の見直し

点p62-63, 留p75,
施告p682, 施通p745-747



- 医師の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算の算定可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。

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



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1／加算2)
15対1	<u>970点／910点</u>
20対1	<u>758点／710点</u>
25対1	<u>630点／590点</u>
30対1	<u>545点／510点</u>
40対1	<u>455点／430点</u>
50対1	<u>375点／355点</u>
75対1	<u>295点／280点</u>
100対1	<u>248点／238点</u>

【算定可能となった入院料等】

【一般病棟に限定されていた入院料】

地域包括ケア病棟入院料／入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料2

【50対1、75対1、100対1に限る】

結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、
児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

- 20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たすこととする。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

◇ 看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、看護職員の夜間配置及び看護補助者の配置に係る評価等を見直す。

看護職員夜間配置加算

点p63



【看護職員夜間配置加算】

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
イ 看護職員夜間12対1配置加算1:95点→105点
ロ 看護職員夜間12対1配置加算2:75点→85点
- 2 看護職員夜間16対1配置加算
イ 看護職員夜間16対1配置加算1:55点→65点
ロ 看護職員夜間16対1配置加算2:30点→40点

【看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)】

看護職員夜間配置加算:55点→65点

点p116

【看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料の注加算)】

看護職員夜間配置加算:55点→65点

点p117

【看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料の注加算)】

看護職員夜間配置加算:55点→65点

点p118

急性期看護補助体制加算等

点p63



【急性期看護補助体制加算】

- 1 25対1急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割以上):210点→240点
 - 2 25対1急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割未満):190点→220点
 - 3 50対1急性期看護補助体制加算:170点→200点
 - 4 75対1急性期看護補助体制加算:130点→160点
- 注2
- イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算:90点→120点
 - ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算:85点→115点
 - ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算:70点→100点

【看護補助加算】

点p64

- 1 看護補助加算1:129点→141点
 - 2 看護補助加算2:104点→116点
 - 3 看護補助加算3:76点→88点
- 注2 夜間75対1看護補助加算40点→50点

【夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)】

点p26

夜間看護加算:35点→45点

【看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)】

点p32

- イ 14日以内の期間:129点→141点
- ロ 15日以上30日以内の期間:104点→116点

【看護補助加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)】

点p116

看護補助者配置加算:150点→160点

- 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について見直す。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(12) タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実

点p630, 留p639,
施告p830, 施通p958-959

麻酔科領域における医師の働き方改革の推進 麻酔管理料(Ⅱ)の見直し

- 麻酔を担当する医師の一部の行為を、適切な研修(特定行為研修)を修了した看護師が実施しても算定できるよう見直す。
- 麻酔前後の診察について、当該医療機関の常勤の麻酔科標榜医が実施した場合についても算定できるよう見直す。

現行

【麻酔管理料(Ⅱ)】

[算定要件]

- 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。



改定後

【麻酔管理料(Ⅱ)】

[算定要件]

- 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの(担当医師)又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。
- 麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。
- 担当医師が実施する一部の行為を、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しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。

[施設基準](新設)

- 担当医師が実施する一部の行為を、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あっては、当該研修を修了した専任の常勤看護師が1名以上配置されていること。

※ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修

- 上記の場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(12) タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実

栄養サポートチーム加算の見直し

点p66, 留p87, 施告p686, 施通p759



- 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

現行

[算定可能病棟]

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2

ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

改定後

[算定可能病棟]

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2、**結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟、精神病棟)**

ただし、療養病棟、**結核病棟、精神病棟**については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(14) 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。



【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)

現行

原則、対面で実施



やむを得ない場合に
限り、ICT活用可

改定後

原則、対面で実施



日常的に、ICT活用可

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(15) 外来栄養食事指導(情報通信機器の活用)の見直し

外来栄養食事指導料の見直し

点p156, 留p191-193

- 栄養食事指導の効果を高めるため、外来における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降 200点

【算定要件】

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

改定後

【外来栄養食事指導料1】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) 対面で行った場合 200点
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

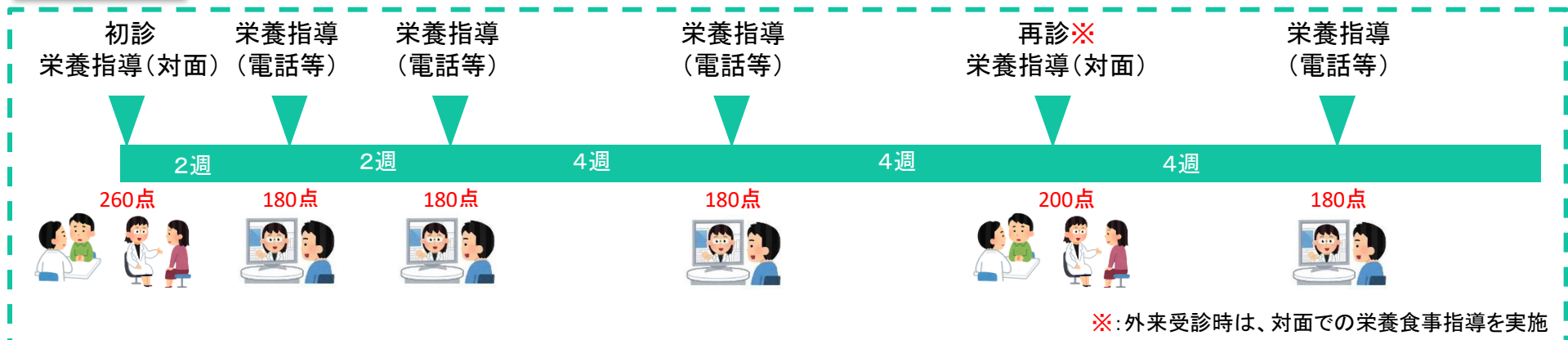
【算定要件】

注1 イ及びロの(1)については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

2 ロの(2)については、医師の指示に基づき管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。



算定の例



4. 指導・監査・適時調査への対応

◇ 重複書類、診療録の記載の省略

- 患者に文書を交付してその写しを保存しているのに、さらにその要点を診療録に記載させる規定はできるだけなくす。
- 「貼付」という表現はのり付けして貼るという意味なので、「添付」に改める。

	対 応 例
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) ・A246 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) ・B001-3 生活習慣病管理料(診療録に療養計画書) ・B005-7-3 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) ・A226-2 緩和ケア診療加算・A226-3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) ・A233-2 栄養サポートチーム加算(栄養治療実施計画書の添付) ・B004 退院時共同指導料1・B005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) ・B005-1-2 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
記載 → 添付又は 記載	・B001「2」 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) ・B001「3」 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) ・B001「15」 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

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(1) 複数の医療機関による訪問診療の明確化(再掲)

点p250, 留p280

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、主治医が診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

(2) 緊急時の訪問薬剤管理指導の充実

- 医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合を新たに評価。

(3) 在宅療養支援病院における診療体制の整備

施告p812-813, 施通p878-880

- 在宅療養支援病院について、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨を明確化する。
- 医療資源の少ない地域においては、在宅療養支援病院として届出可能な医療機関を、現行の許可病床数240床未満から280床未満に見直す。



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(4) 医療機関における質の高い訪問看護の評価

点p260, 留p302, 施告p815, 施通p881-882

- 医療機関からのより手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績を満たす場合について、在宅患者訪問看護・指導料の加算を新設する。

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

(新) 訪問看護・指導体制充実加算:150点(月1回)

[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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に、月1回に限り所定点数に加算。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、**24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保**し、訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (2) ア～カのうち**少なくとも2つ**を満たしていること。(ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上)

ア	専門性の高い看護師による同行訪問 ・悪性腫瘍の患者への緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門・人工膀胱ケア	在宅患者訪問看護・指導料 3	5回以上
イ	小児 への訪問看護	在宅患者訪問看護・指導料の乳幼児加算	25回以上
ウ	難病等の患者 への訪問看護	別表第7の患者への在宅患者訪問看護・指導料	25回以上
エ	ターミナルケア に係る訪問看護	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算	4回以上
オ	退院時共同指導 の実施	退院時共同指導料 1・2	25回以上
カ	開放型病院での共同指導 の実施	開放型病院共同指導料 (Ⅰ)・(Ⅱ)	40回以上



※ いずれも、前年度における算定回数(同一建物居住者訪問看護・指導料や当該指導料に係る加算についても含める)

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(5) 機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し①

施告p1085,
施通p1091-1093

- 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

- 常勤の看護職員 7人以上

機能強化型2

- 常勤の看護職員 5人以上

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】

[施設基準]

機能強化型1

- 常勤の看護職員 7人以上
(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)
- 看護職員 6割以上※

機能強化型2

- 常勤の看護職員 5人以上
(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)
- 看護職員 6割以上※

機能強化型3

- 常勤の看護職員 4人以上
- 看護職員 6割以上※

[経過措置] (看護職員割合の要件について)

令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)の割合は、看護師等(看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)に占める看護職員の割合を指す。(人員配置に係る基準のみ抜粋)

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(6) 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

施告p1085

- 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等

改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児

学校等への情報提供の見直し

告p1071, 通p1083

- 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校(小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。

改定後

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、学校等(保育所等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき各年度1回に限り算定。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(7) 人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

点p1085, p1073-1074

- 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

ストーマ陥凹の例

凸面型装具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。姿勢の変化により深くくぼみができるため、用手形成皮膚保護剤で調整し、便のもぐり込みを予防した。



【出典】消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き
(日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会編、金原出版、2018)

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(8) 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

告p1045

- 医療ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

改定後

在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日[※]に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。

C300 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。(右記)

- 001 腹膜透析液交換セット
- 002 在宅中心静脈栄養用輸液セット
- 003 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ
- 004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- 005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- 006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)
- 007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
- 008 皮膚欠損用創傷被覆材
- 009 非固着性シリコンガーゼ
- 010 水循環回路セット

- (新) 011 膀胱瘻用カテーテル
012 交換用胃瘻カテーテル

(1) 胃留置型

① バンパー型

ア ガイドワイヤーあり

イ ガイドワイヤーなし

② バルーン型

(2) 小腸留置型

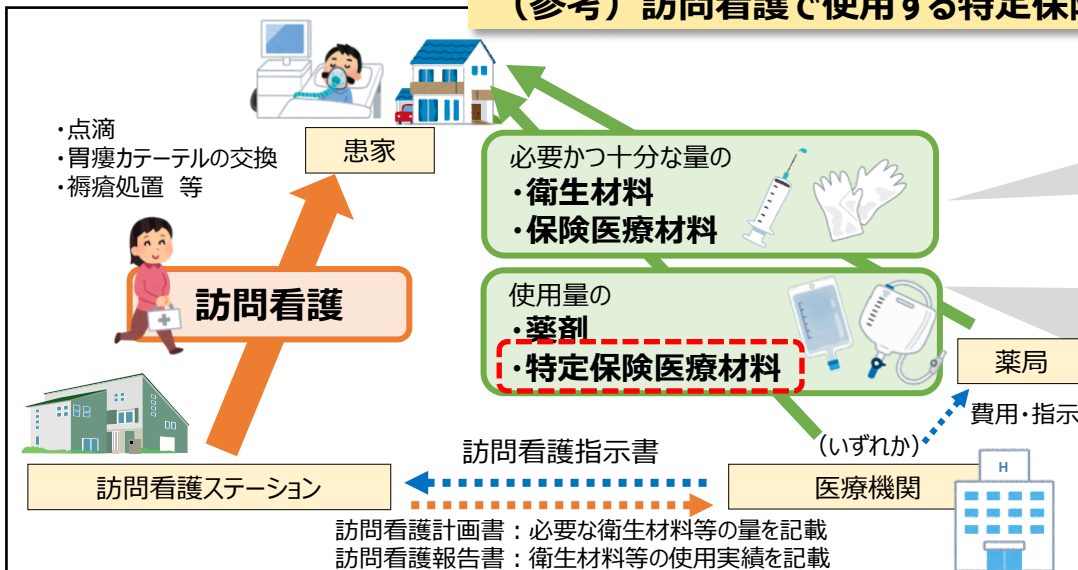
① バンパー型

② 一般型

013 局所陰圧閉鎖処置用材料

014 陰圧創傷治療用カトリッジ

(参考) 訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



在宅療養における衛生材料及び保険医療材料の費用は、診療報酬上以下のいずれかで評価。

- ・衛生材料等が包括されている在宅療養指導管理料等
- ・衛生材料等提供加算(訪問看護指示料)

主治医の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が薬剤及び特定保険医療材料を用いた処置を実施する場合は、

- ① 使用する薬剤及び特定保険医療材料は、患者の診療を担う**保険医療機関が支給**する。
- ② **支給した保険医療機関は、薬剤料及び特定保険医療材料料を算定できる。**
- ③ 薬剤料等を算定した保険医療機関は、訪問看護報告書等に基づき、使用された日を明細書の摘要欄に記載する。

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(11) 同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し①

- 効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護、複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系を見直す。

難病等複数回訪問加算等の見直し

告p1068

現行	改定後
【難病等複数回訪問加算】 1日に2回の場合 4,500円 1日に3回以上 8,000円	【難病等複数回訪問加算】 イ 1日に2回の場合 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 1日に3回以上 (1) 同一建物内1人 8,000円 (2) 同一建物内2人 8,000円 (3) 同一建物内3人以上 7,200円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様

同一建物居住者の人数の明確化

留p1074, 1077, 1078

- 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する。

改定後
【基本療養費】 同一建物居住者に係る人数については、 <u>同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数</u> とすること。
【難病等複数回訪問加算と精神科複数回訪問加算】 同一建物内において、難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算(1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。
【複数名訪問看護加算と複数名精神科訪問看護加算】 同一建物内において、複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算(同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

複数名訪問看護加算等の見直し

告p1068

現行	改定後
【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 4,500円 ロ 准看護師 3,800円 ハ 看護補助者(二以外) 3,000円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 3,000円 (2) 1日に2回の場合 6,000円 (3) 1日に3回以上の場合 10,000円	【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 准看護師 (1) 同一建物内1人 3,800円 (2) 同一建物内2人 3,800円 (3) 同一建物内3人以上 3,400円 ハ 看護補助者(二以外) (1) 同一建物内1人 3,000円 (2) 同一建物内2人 3,000円 (3) 同一建物内3人以上 2,700円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 ① 同一建物内1人 3,000円 ② 同一建物内2人 3,000円 ③ 同一建物内3人以上 2,700円 (2) 1日に2回の場合 ① 同一建物内1人 6,000円 ② 同一建物内2人 6,000円 ③ 同一建物内3人以上 5,400円 (3) 1日に3回以上の場合 ① 同一建物内1人 10,000円 ② 同一建物内2人 10,000円 ③ 同一建物内3人以上 9,000円

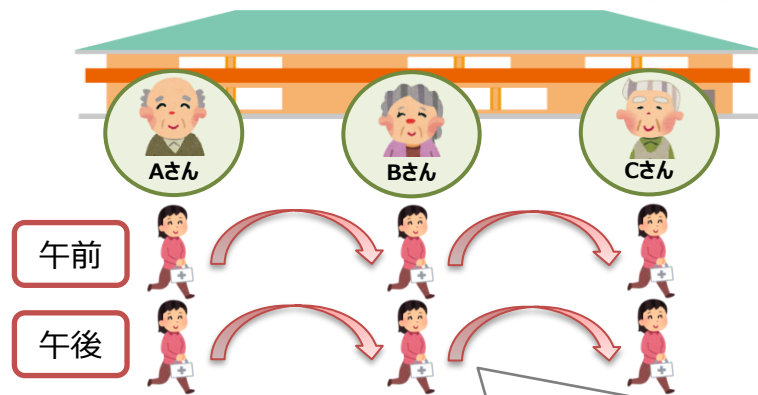
※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(11) 同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し②

〔同一建物居住者における算定イメージ〕

複数回の訪問看護

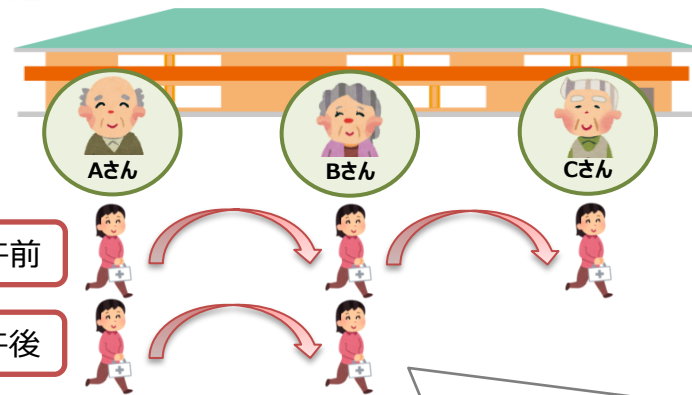


＜Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定＞

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円

+

難病等複数回訪問加算 1日2回
同一建物内3人以上 4,000円



＜Aさん、Bさんの算定＞

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円

+

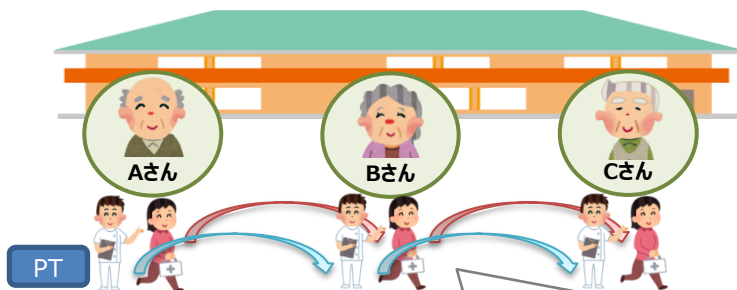
難病等複数回訪問加算 1日2回
同一建物内2人 4,500円

＜Cさんの算定＞

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円

のみ

複数名による訪問看護

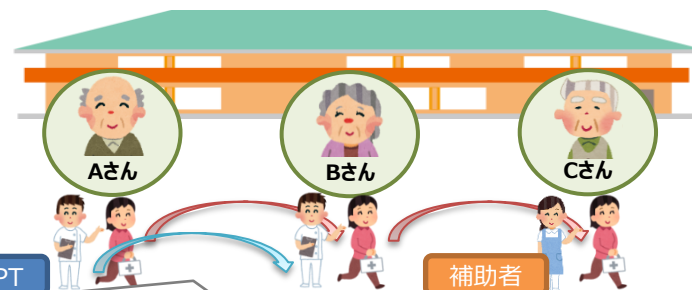


＜Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定＞

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円

+

複数名訪問看護加算 看護師等
同一建物内3人以上 4,000円



＜Aさん、Bさんの算定＞

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円

+

複数名訪問看護加算 看護師等
同一建物内2人 4,500円

＜Cさんの算定＞

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円

+

複数名訪問看護加算 看護補助者
同一建物内1人 3,000円

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(14) 小児の在宅呼吸管理における材料の評価

点p270, 留p328

- 在宅人工呼吸管理等について、小児の呼吸管理の特性と実態を踏まえて、6歳未満の乳幼児に対する「乳幼児呼吸管理材料加算」を新設する。

(新) 乳幼児呼吸管理材料加算: 1,500点 (3月に3回に限る。)



[主な算定要件]

6歳未満の乳幼児に対して区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC107-2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合に加算。

※ 小児と成人との在宅人工呼吸管理の違い

	小児	成人
予備能（一時的に酸素の供給が絶たれた際の余力）	低い	一定程度あり
自覚症状	乏しい・訴えられない	あり・場合によっては訴えられない
モニタリング	原則24時間	病状によっては間欠的なモニタも可
その他の特徴	体格が小さく、活発に動く場合があり、専用のプローブが必要	継続使用可能なプローブを使用

4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(16) 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し

点p273, 留p333

現行

【在宅自己導尿指導管理料】

[算定要件]

在宅自己導尿指導管理料: 1,800点

注2 第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。

【特殊カテーテル加算】

[算定要件]

(新設)

1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ 親水性コーティングを有するもの: 960点

(新設)

ロ イ以外のもの: 600点

2 間歇バルーンカテーテル: 600点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

改定後

在宅自己導尿指導管理料】

[算定要件]

在宅自己導尿指導管理料: 1,400点

注2 カテーテルの費用は、第2款に定める所定点数により算定する。

【特殊カテーテル加算】

[算定要件]

1 再利用カテーテル: 400点

2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ 親水性コーティングを有するもの※

(1) 60本以上90本未満の場合: 1,700点

(2) 90本以上120本未満の場合: 1,900点

(3) 120本以上の場合: 2,100点

ロ イ以外のもの: 1,000点

3 間歇バルーンカテーテル: 1,000点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

※ 親水性コーティングを有するものは、

① 排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用することとし、原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

ア 脊髄障害 イ 二分脊椎 ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱 エ その他

② 1月当たり60本以上使用した場合(他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む。)に算定することとし、これに満たない場合は「2」の「イ」以外の主たるものの所定点数を算定する。

6. 医療におけるICTの利活用

(1) 情報通信機器を用いた診療の活用の推進

オンライン診療料の要件の見直し

実施方法

- 事前の対面診療の期間を **6月から3月** に見直す。
- 緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に **受診可能な医療機関を説明** した上で、診療計画に記載しておくこととする。

対象疾患

- オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な **慢性頭痛** の患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。



遠隔モニタリング加算の要件見直し

在宅酸素療法指導管理料

- モニタリングを行う項目の一部を見直す。
血圧、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等

酸素持続陽圧呼吸療法指導管理料

- モニタリングを行った上で、療養上必要な指導を行った場合または患者の状態等を踏まえた医学的判断について診療録に記載した場合に算定できることとする。

オンライン診療のより柔軟な活用

医療資源の少ない地等

- やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で **初診からオンライン診療を行う** ことを可能とする。
- 医師の所在に係る要件を緩和する。

在宅診療

- 複数の医師が **チームで診療** を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料:500点(3月に1回)の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、**かかりつけ医のもとで**、事前の情報共有の上、**遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療** を行う場合について新たな評価を行う。

患者:てんかん、指定難病の疑い

遠隔地の医師:

てんかん診療拠点病院、難病医療拠点病院

診療報酬は対面医療機関が請求

診療報酬の分配は相互の合議に委ねる



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

事前の対面診療に係る要件の見直し

- オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。

現行

オンライン診療料

[算定要件]

- (3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

改定後

オンライン診療料

[算定要件]

- (3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。)。

現行のイメージ

(初診から最短でオンライン診療を開始する場合)

○:対面診療(再診) ●:オンライン診療

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

6月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



改定後のイメージ

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

3月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し②

緊急時の対応に係る要件の見直し

- 緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

現行

オンライン診療料

[算定要件]

- (4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成する。また、当該計画の中には患者の急変時における対応等も記載する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2) オンライン診療料の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診療が可能な体制を有している（ただし、B001の「5」小児科療養指導料、B001の「6」てんかん指導料又はB001の「7」難病外来指導管理料の対象となる患者は除く）。



改定後

オンライン診療料

[算定要件]

- (4) オンライン診療は、日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者を対象として、患者の同意を得た上で、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成した上で実施すること。
(5) 患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など当該医療機関でやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこととして差し支えない。

[施設基準]

(削除)

原則は当該医療機関が対応



対応できない場合は事前に受診可能な医療機関を説明し、計画に記載しておく

計画書



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し③

対象疾患の見直し

- オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。
- オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直す。

現行

オンライン診療料

[対象患者]

以下の管理料等(オンライン診療料対象管理料等)の算定対象となる患者

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



改定後

オンライン診療料

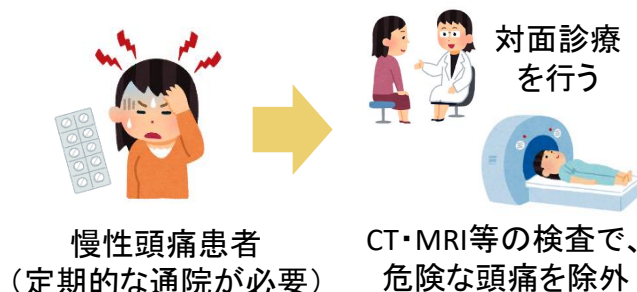
[対象患者]

ア オンライン診療料対象管理料等の算定対象となる患者(変更なし)

イ 区分番号「C101」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患(経過が慢性なものに限る。)又は慢性ウイルス肝炎の患者

ウ 事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要な患者(頭痛患者)

※ ア～ウについて初めて算定又は診療した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について、毎月対面診療を受けている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く)。



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用①

医師の急病時等における活用

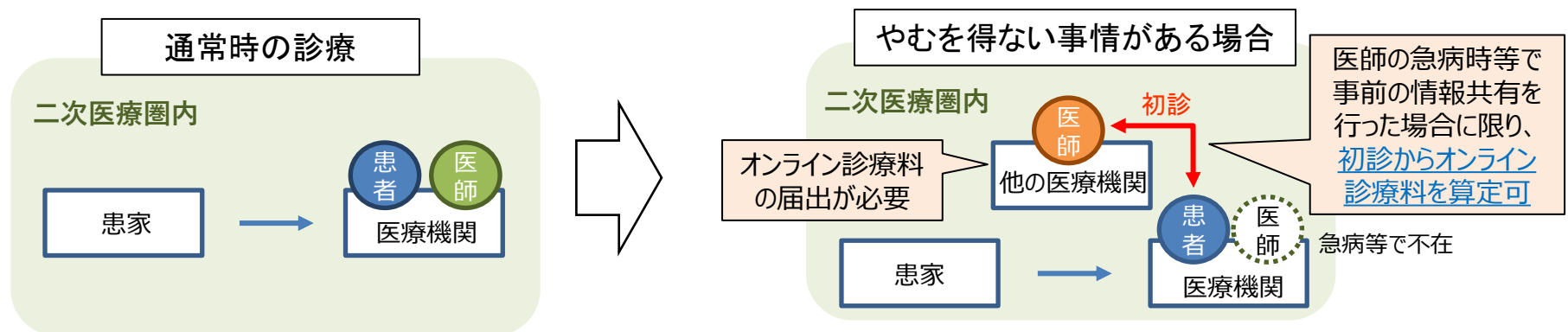
- へき地、医療資源が少ない地域等に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。

A003 オンライン診療料

(新) 注3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏に所在するオンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、月1回に限り算定する。

※やむを得ない事情

医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が医師の判断により初診からオンライン診療を行う場合は、オンライン診療料を算定できる。



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用②

医師の所在に係る要件の見直し

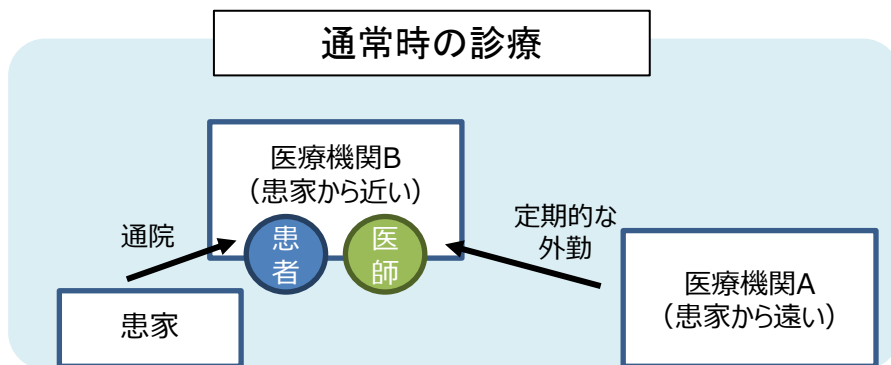
- へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことができるよう要件を見直す。

現行

オンライン診療料
[算定要件]

(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

通常時の診療

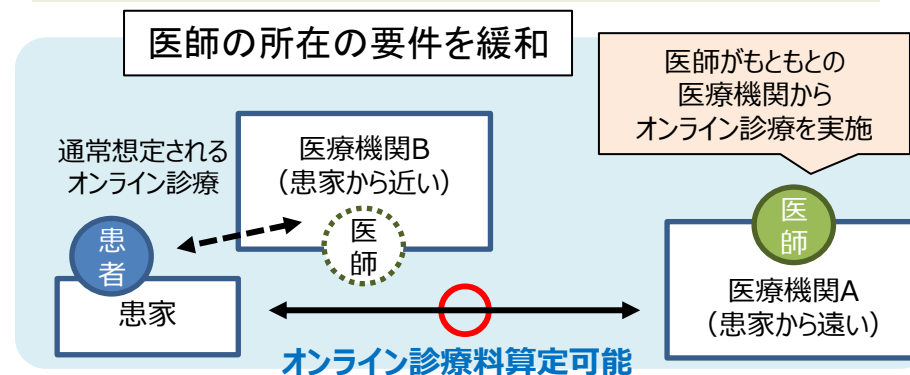


改定後

オンライン診療料
[算定要件]

(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。
ただし、医療資源が少ない地域等に所在する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、当該保険医療機関で専門的な医療を提供する観点から、オンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、医師の判断により当該他の保険医療機関内においてオンライン診療を行ってもよい。

医師の所在の要件を緩和



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用③

オンライン在宅管理料等の見直し

➤ オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について以下の見直しを行う。

- 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直すとともに、連続する3月の算定に係る要件を見直す。
- オンライン在宅管理料について、月2回以上の訪問診療を行った場合についても算定可能となるよう見直す。また、複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

月2回以上の訪問診療

在宅時医学総合管理料の点数
(例:機能強化型以外の在支診・在支病の場合)

オンライン在宅管理料
の対象となる範囲

		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物 診療患者	1人	4,600点	3,700点	2,300点
	2～9人	3,780点	2,000点	1,280点
	10人以上	2,400点	1,000点	680点

現行

【オンライン在宅管理料】月1回の訪問診療を行っている場合に算定できる。

改定後

【オンライン在宅管理料】月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。

チームで診療を行う場合

現行

オンライン在宅管理料
[算定要件]

カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

改定後

オンライン在宅管理料
[算定要件]

カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。



6. 医療におけるICTの利活用

(2) かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

点p177, 留p. 232-233
施告p811, 施通p873

遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

B005－11 遠隔連携診療料

(新) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- ・ 指定難病の疑いがある患者
- ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の
医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う(初診可)



6. 医療におけるICTの利活用

(3) 情報通信機器を用いた服薬指導(オンライン服薬指導)の評価

外来患者へのオンライン服薬指導

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合:43点(月1回まで)

[対象患者]

- ・ オンライン診療で処方箋が交付された患者
- ・ 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者

[主な算定要件]

- ・ 薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。ただし、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。
- ・ 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- ・ オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。

[主な施設基準]

- ・ 1月当たりの①薬剤服用歴管理指導料と②在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を含む。)の算定回数の合計に占める③薬剤服用歴管理指導料の4と④在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下。

※ 薬機法上の要件

- ①当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、
- ②オンライン診療による処方箋に基づき調剤を行う。

在宅患者へのオンライン服薬指導料

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料:57点(月1回まで)

[対象患者]

- ・ 在宅時医学総合管理料による訪問診療時に処方箋が交付された患者
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定してる患者

[主な算定要件]※基本的に外来患者と同様。異なる部分のみ記載

- ・ 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

[施設基準]

- ・ 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

※ 薬機法上の要件:①当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、②訪問診療による処方箋に基づき調剤を行う。

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		訪問	



月2回の訪問のうち、1回をオンライン服薬指導で対応

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

6. 医療におけるICTの利活用

(4) ニコチン依存症管理料の見直し(再掲)

点p168, 留p217-218,
施告p808, 施通p868



- 加熱式たばこを喫煙している患者も対象に加える。
- 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
- 2回目から4回目までに情報通信機器を用いて診察を行った場合の評価を新設する。

現行

【ニコチン依存症管理料】

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点



改定後

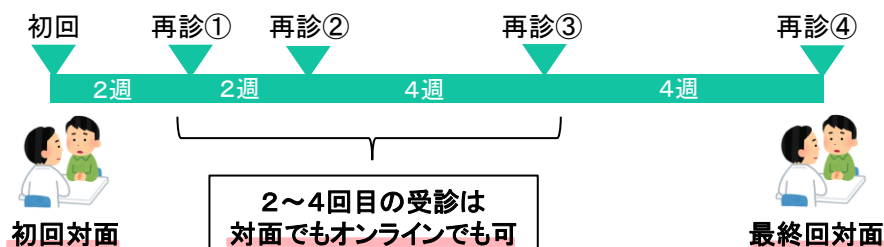
【ニコチン依存症管理料】

1 ニコチン依存症管理料1	
イ 初回	230点
ロ 2回目から4回目まで	
(1) 対面で診察を行った場合	184点
(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合	155点
ハ 5回目	180点
2 ニコチン依存症管理料2(一連につき)	800点

【算定要件】

- ・ 禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、**2の場合は初回時に1回に限り算定する**。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
- ・ ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、**加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。**

算定方法(5回受診で一連)



◆受診ごとに算定する場合

<2~4回目の費用>

対面診療の場合	184点
情報通信機器を用いた診療の場合	155点

◆一連の包括払いの場合(全5回)

対面と情報通信機器のどちらで受診してもよい	
一連につき	800点

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(1) 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価(再掲)

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

点p70, 留p106, 施告p690, 施通p772

(新) 地域医療体制確保加算:520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設したもの。



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき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局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)のうち、を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(2) 総合入院体制加算の見直し

施通p739, 742-743

届出要件の見直し

- 総合入院体制加算の届出について、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていても、施設基準を満たしているものとする。

現行

総合入院体制加算

[施設基準]

- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。



改定後

総合入院体制加算

[施設基準]

- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていても、施設基準を満たしているものとする。

[届出について]

地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、当該書面は届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(3) データ提出加算の見直し①

➤ データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の**範囲を拡大**する。

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了)
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) ※経過措置②を設定	現行 データの提出は不要	改定後 データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定

[経過措置]

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提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場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

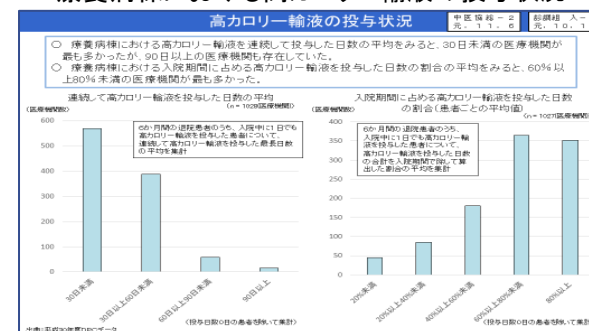
➤ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの**内容を拡充**する。

[新たに提出する項目(例)]

- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
- ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

(データの活用例)

療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(3) データ提出加算の見直し③

- 算定状況や未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、評価を見直すと共に、未コード化傷病名の割合の基準を満たす許可病床数200床未満の医療機関(入院及び外来データを提出する場合に限る)において算定可能とする。

現 行

提出データ評価加算 20点 (退院時)

[算定要件]

- イ データ提出加算2を算定する医療機関であること
- ロ 未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル及び診療報酬明細書で全て1割未満であること



改定後

留p96

提出データ評価加算 40点

[算定要件]

- イ データ提出加算2のロ又は4のロを算定する病院であること
- ロ 未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて2%未満、かつ診療報酬明細書において10%未満であること

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(4) 急性期入院医療の適切な評価の推進

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し

評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
 - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価
- ✓ A項目、C項目に必要度Ⅰでもレセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする



	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
新たに追加する検査	なし	2日間
新たに追加する手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	現行Ⅰ/Ⅱ (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	— / 24% (27% / 22%)
急性期一般入院料3	— / 23% (26% / 21%)
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%



	見直し後Ⅰ/Ⅱ (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	— / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る

経過措置

令和2年3月31日時点において現に届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等にかかる重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

様p1170, 1171

A項目の見直し

- 免疫抑制剤の管理を注射剤のみに見直す
- 急患者の評価を充実

A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	2点
8	救急搬送後の入院(必要度Ⅰのみ／2日間)	



A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	2点
8	必要度Ⅰ： 救急搬送後の入院(5日間) 必要度Ⅱ： <u>緊急に入院を必要とする状態(5日間)</u> (入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者)	

C項目の見直し

- 手術の評価日数を延長
- 入院で実施される割合が高い手術を評価対象に追加

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(7日間)	1点
17	開胸手術(7日間)	
18	開腹手術(4日間)	
19	骨の手術(5日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	
22	救命等に係る内科的治療(2日間)	



C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(13日間)	1点
17	開胸手術(12日間)	
18	開腹手術(7日間)	
19	骨の手術(11日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	
22	救命等に係る内科的治療(5日間)	
23	<u>別に定める検査(2日間)</u>	
24	<u>別に定める手術(6日間)</u>	



	対象となる検査・手術(例)
別に定める検査	経皮的針生検法、EUS-FNA、縦隔鏡、腹腔鏡、胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術	眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、観血的関節固定術 等

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減(再掲)

B項目の評価方法の見直し

様p1170, 1171

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。

B	患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施		＝	評価
		0点	1点	2点		0	1		
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない					点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	危険行動	ない		ある					点
									B得点 点

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の(院外)研修を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を削除する。

必要度Ⅱの要件化

急性期一般: 施告p668, 施通p727
特定機能病院: 施告p675, 施通p727

- 許可病床数400床以上の医療機関において、一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1～6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)について重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1～6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

施設p668,

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

現行		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	— (27%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	— (26%)	23%(21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定)	28%	23%
7対1入院基本料(専門)	28%	23%
看護必要度加算1 (特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2 (特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3 (特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%



改定後		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2 (※1)	28%(26%)	26%(24%)
急性期一般入院料3 (※2)	25%(23%)	23%(21%)
急性期一般入院料4 (※3)	22%(20%)	20%(18%)
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	—	28%
7対1入院基本料(専門)	30%	28%
看護必要度加算1 (特定、専門)	22%	20%
看護必要度加算2 (特定、専門)	20%	18%
看護必要度加算3 (特定、専門)	18%	15%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

【経過措置】 施設p703,

＜全体＞

令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和2年9月30日まで**
基準を満たしているものとする。

＜急性期一般入院料4＞

令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和3年3月31日まで**
基準を満たしているものとする。

＜200床未満＞

許可病床数200床未満の病院
⇒ **令和4年3月31日まで**
割合の基準値を緩和する。
(※1～3)

※1
現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。
※2
現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
※3
現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(5) せん妄予防の取組の評価

点p69, 留p102-103, 施告p690, 施通p771, 様式p1113,

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算:100点(入院中1回)

[算定要件]

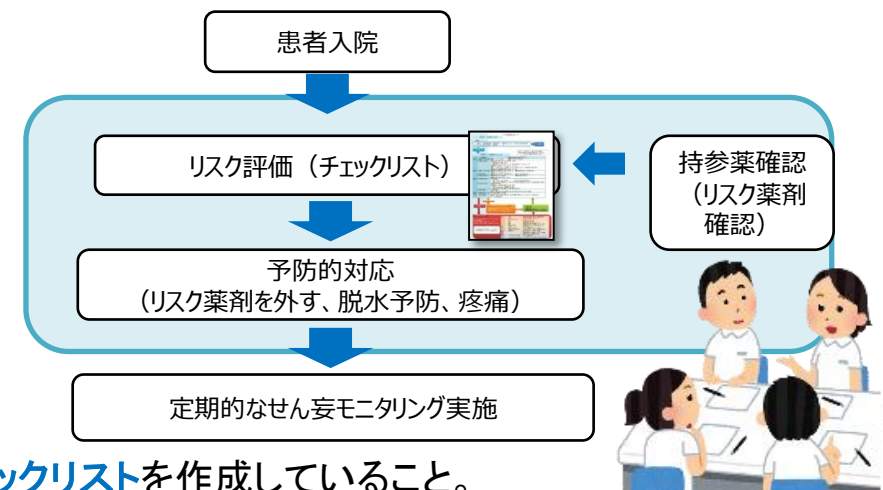
- (1) 施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合に、当該対策を実施した患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 以下の入院料等を算定する病棟であること。
 - 一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料に限る)
 - 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)
 - 救命救急入院料
 - 特定集中治療室管理料
 - ハイケアユニット入院医療管理料
 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

せん妄対策のイメージ



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(6) 認知症ケア加算の見直し①

※認知症ケア加算＝認知症患者を対象とし、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床等を除いた入院料に対する加算

➤ 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

現行			
認知症ケア加算1	イ	150点	ロ 30点
認知症ケア加算2	イ	30点	ロ 10点



改定後			
認知症ケア加算1	イ	<u>160点</u>	ロ 30点
<u>認知症ケア加算2</u>	イ	<u>100点</u>	<u>ロ 25点</u>
認知症ケア加算3	イ	<u>40点</u>	ロ 10点

イ 14日以内の期間
ロ 15日以上期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

① 専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合の評価として、認知症ケア加算2を新設する。

改定後

[認知症ケア加算2の施設基準]

- 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した専任の常勤看護師を配置（※経験や研修の要件は加算1と同様）
- 原則として、全ての病棟に、研修を受けた看護師を3名以上配置（※研修の要件は加算3と同様）
- 上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言 等



② 認知症ケア加算3(現・加算2)について、研修を受けた看護師の病棟配置数を3名以上に増やす。

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行

[認知症ケア加算2の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置



改定後

[認知症ケア加算3の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を3名以上配置
- ※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。

現行

[認知症ケア加算1の施設基準]

- 認知症ケアチームを設置
- ア 専任の常勤医師
(精神科又は神経内科の経験5年以上)
- イ 専任の常勤看護師
(経験5年+600時間以上の研修修了)
※ 16時間以上チームの業務に従事
- ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士



改定後

[認知症ケア加算1の施設基準]

- 認知症ケアチームを設置
- ア 専任の常勤医師
(精神科又は神経内科の経験3年以上)
- イ 専任の常勤看護師
(経験5年+600時間以上の研修修了)
※ 原則16時間以上チームの業務に従事
- ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士

点p69, 留p100-102, 施告p690, 施通p769-771

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(8) 特定集中治療室での栄養管理の評価

点p112, 留p123-124, 施告p692, 施通p780

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

- 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算:400点(1日につき)



[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

[留意事項]

日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施すること。

ア 栄養アセスメント

イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成

ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養を開始

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認

カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること。

加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

当該加算の1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、10人以内とする。また、当該加算及び栄養サポートチーム加算を算定する患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。

[施設基準]

特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

- ① 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること。
- ② 特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること。
- ③ 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(9) 地域包括ケア病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

施告p695, 696施通p789, 790

- ✓ 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。
- ✓ 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の実績に係る施設基準を見直す。
(例)
 - ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → 1割5分以上
 - ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → 30回以上

施設基準の見直し

施告p695, 696施通p788, 789

- ✓ 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。
- ✓ 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- ✓ 適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

転棟に係る算定方法の見直し

- ✓ 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

届出に係る見直し

施告p704

- ✓ 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(11) 特定機能病院が届け出できる特定入院料について

施告p694

- 特定機能病院が担う役割及び医療法上の施設基準等を踏まえ、以下のとおり見直す。

【現行】

救急入院料 特定集中治療室管理料 等	○
小児入院医療管理料1～5	○
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	×

【改定後】

救急入院料 特定集中治療室管理料 等	○
小児入院医療管理料1～4	○
小児入院医療管理料5	×
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	×

[経過措置]

令和2年3月31日時点で現に小児入院医療管理料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟については、令和4年3月31日まで引き続き届出できるものとする。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(16) 排尿自立指導料の見直し

入院における排尿自立指導の見直し

点p69-70, 留p81-82, 施告p690, 施通p772

- 入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア(排尿自立指導料)について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

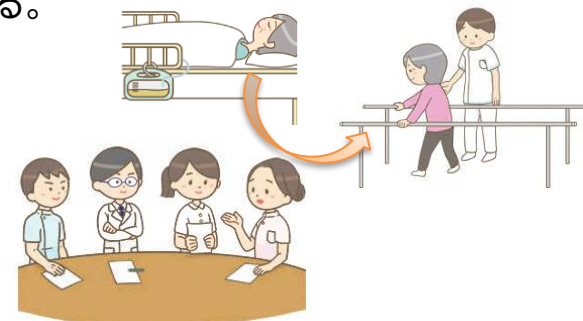
(新) 排尿自立支援加算:200点(週1回)

[算定要件]

入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。



<新たに算定可能となる入院料>

- ・ 地域包括ケア病棟入院料
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・ 精神科救急入院料
- ・ 精神療養病棟入院料 等

外来における排尿自立指導の評価

点p176, 留p230-231, 施告p811, 施通p873

- 退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

現行

排尿自立指導料 200点

[算定要件]

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。



改定後

外来排尿自立指導料 200点

[算定要件]

入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様

8. 地域包括ケアシステムの推進

(1) 入退院支援の取組の推進

点p69, 留p99-100, 施告p689, 施通p769

①入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の評価をさらに評価する。

現行

【入院時支援加算】

入院時支援加算 200点(入院中1回)

改定後

【入院時支援加算】

イ (新)入院時支援加算1 230点

ロ 入院時支援加算2 200点

← 項目ア～クを全て行う場合

ア	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）
イ	入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合は必須）
ウ	褥瘡に関する危険因子の評価
エ	栄養状態の評価
オ	服薬中の薬剤の確認
カ	退院困難な要因の有無の評価
キ	入院中に行われる治療・検査の説明
ク	入院生活の説明（必須）



8. 地域包括ケアシステムの推進

(6) 入院中の栄養情報の提供に対する評価の新設

点p156-157, 留p193

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算:50点 [入院栄養食事指導料「注3」]



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める患者に対して、栄養食事指導に加え、退院後の栄養及び食事管理に関する指導とともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。

栄養情報の提供に対する評価の新設



入院医療機関



<入院中の栄養管理に関する情報>

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



在宅担当医療機関等

8. 地域包括ケアシステムの推進

(7) 外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

- 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関又は栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

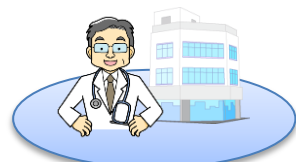
現行

【外来栄養食事指導料】

イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション
他の医療機関

改定後

【外来栄養食事指導料】

イ 外来栄養食事指導料1	(1) 初回	260点	点p156, 留p192
	(2) 2回目以降	200点	
ロ <u>外来栄養食事指導料2</u>	(1) <u>初回</u>	<u>250点</u>	
	(2) <u>2回目以降</u>	<u>190点</u>	

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u>			点p264, 留p307
イ 単一建物診療患者が1人の場合		530点	
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合		480点	
ハイ及びロ以外の場合		440点	
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>			
イ 単一建物診療患者が1人の場合		<u>510点</u>	
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合		<u>460点</u>	
ハイ及びロ以外の場合		<u>420点</u>	

[外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件]

入院中の患者以外の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る)の管理栄養士が、当該保険医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。

8. 地域包括ケアシステムの推進

(9) 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

点p179, 留p240,

- 医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、周術期等口腔管理を行う医療機関において、歯科を標榜する別の医療機関に予約をとった上で紹介した場合の加算(歯科医療機関連携加算2:100点)を新設する。

【診療情報提供料(Ⅰ)】

[算定要件]

注15 医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算2として100点を所定点数に加算する。(新)

(10) 栄養サポートチーム加算の見直し(再掲)

点p66, 留p87, 施告p686, 施通p759

- 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

現行

[算定可能病棟]

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2

ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

改定後

[算定可能病棟]

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟、精神病棟)

ただし、療養病棟、結核病棟、精神病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。



8. 地域包括ケアシステムの推進

(11) 個別栄養食事管理加算の見直し

点p65, 留p81, 施告p685, 施通p755

- 患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者に後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を追加する。

現行

【個別栄養食事管理加算
(緩和ケア診療加算の注加算)】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

イ (略)

ロ 当該体制において、悪性腫瘍患者の個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

[対象患者]

悪性腫瘍

改定後

【個別栄養食事管理加算
(緩和ケア診療加算の注加算)】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

イ (略)

ロ 当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

[対象患者]

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全

8. 地域包括ケアシステムの推進

(12) 精神病棟における退院時共同指導の評価

点p182, 留p246-248, 施告p812, 施通p876

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。

(新) 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1(外来又は在宅療養を担う保険医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(Ⅰ):1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(Ⅱ): 900点

2 精神科退院時共同指導料2(入院医療を提供する保険医療機関の場合):700点

	対象患者	共同指導を実施する多職種チーム(必要に応じて他の職種も参加)
1のイ	○ 措置入院又は緊急措置入院の患者 ○ 医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者 ○ 1年以上の長期入院患者	○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師 ○ 精神保健福祉士
1のロ	重点的な支援が必要な患者	○ 精神科医又は医師の指示を受けた保健師又は看護師 ○ 精神保健福祉士
2	1のイ又は1のロの患者	○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師 ○ 精神保健福祉士



[算定要件]

- 外来又は在宅療養を担う医療機関の多職種チームと入院中の医療機関の多職種チームが、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った場合に算定する。
- 共同指導に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において研究班が作成した、「[包括的支援マネジメント実践ガイド](#)」を参考にすること。
- 外来又は在宅療養を担当する医療機関の多職種チームのいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、[ビデオ通話が可能な機器](#)を用いて参加することができる。

[施設基準]

- 当該医療機関内に、[専任の精神保健福祉士](#)が[1名以上](#)配置されていること。



8. 地域包括ケアシステムの推進

(13) 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

点p474-475, 留p485-486,
施告p824, 施通p914

- 精神病棟に入院中に精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。

(新) 療養生活環境整備指導加算:250点(月1回)



[算定要件]

- (1) 通院精神療法を算定する患者のうち、精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
- ア 多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科の医師、保健師又は看護師及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。
- イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成し、その写しを診療録等に添付する。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。

[施設基準]

- ア 当該保険医療機関内に、当該指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- イ 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は、1人につき30人以下であること。



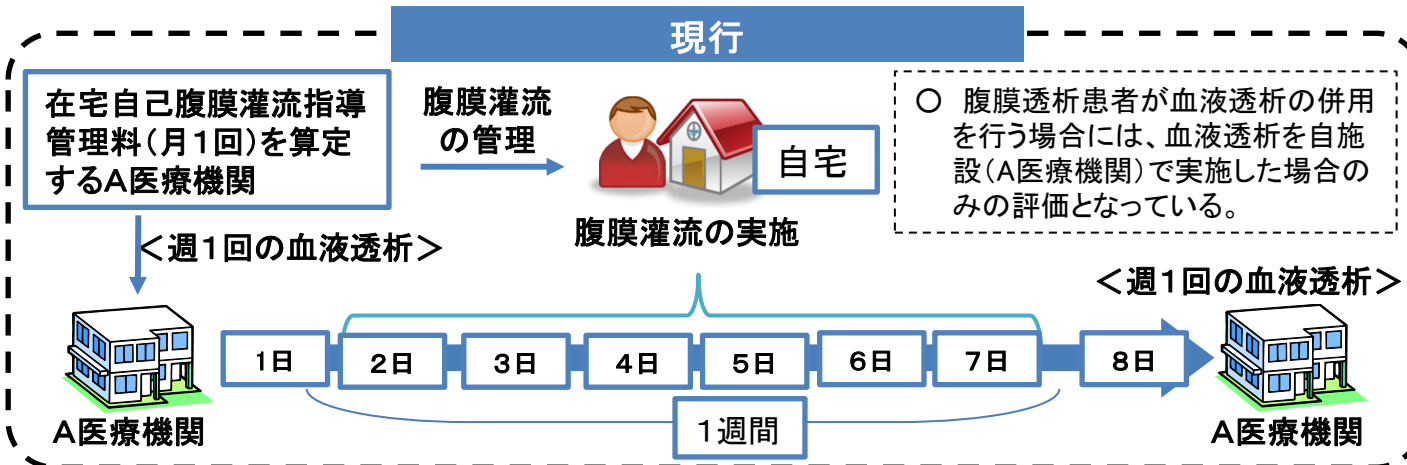
8. 地域包括ケアシステムの推進

(14) 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

点267, 留p316-317

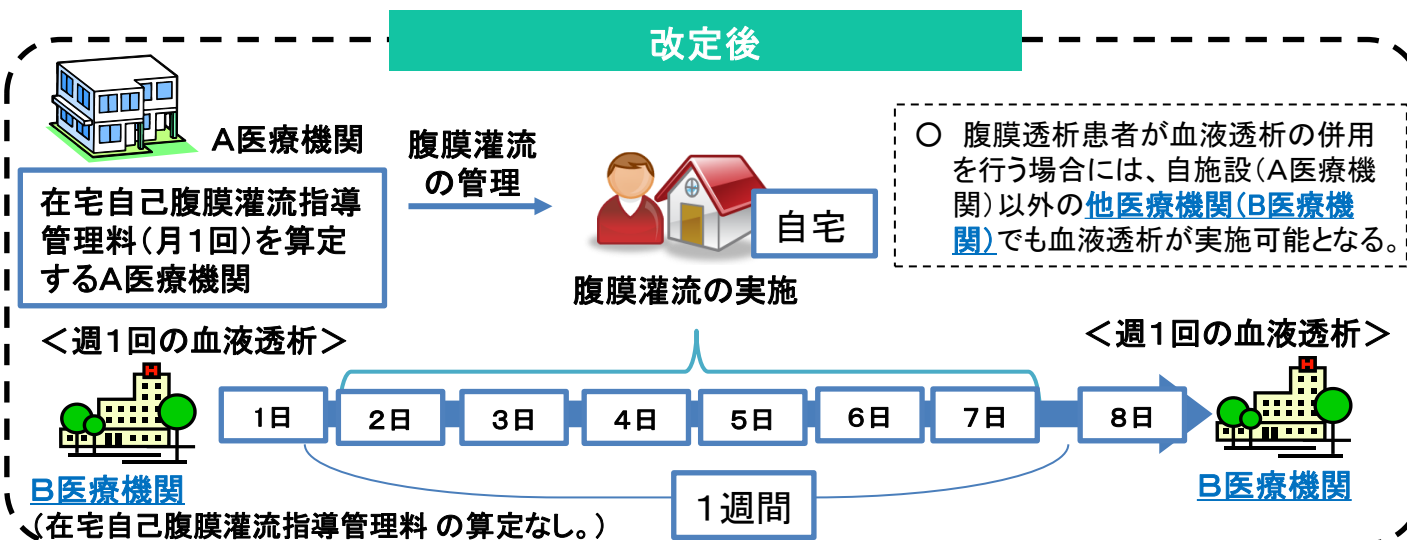
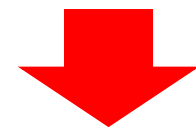
- 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

【C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料】



現行

[算定要件]
当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携帯式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。



改定後

[算定要件]
当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携帯式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。
また、当該管理料を算定している患者に対して、他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に区分番号「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。

8. 地域包括ケアシステムの推進

(15) 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

点p448, 留p468, 施告p823, 施通p909

摂食機能療法の加算の見直し

- 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

現行

【摂食機能療法】

- | | |
|-------------|------|
| 経口摂取回復促進加算1 | 185点 |
| 経口摂取回復促進加算2 | 20点 |
- (治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算)

[算定対象]

- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

[算定要件]

- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

[施設基準]

- 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- 加算1:
胃瘻新設の患者 2名以上
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- 加算2:
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上

改定後

【摂食機能療法】

- | | |
|-------------------|-------------|
| <u>摂食嚥下支援加算</u> | <u>200点</u> |
| (週1回に限り摂食機能療法に加算) | |

[算定対象]

- 摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者

[算定要件]

- 摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施(週1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

[施設基準]

- 摂食嚥下支援チームを設置

* の職種は、カンファレンスの参加が必須

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| ➤ 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 * | ➤ 専任の常勤薬剤師 * |
| ➤ 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) * | ➤ 専任の常勤管理栄養士 * |
| ➤ 専任の常勤言語聴覚士 * | ➤ 専任の歯科衛生士 |
| | ➤ 専任の理学療法士又は作業療法士 |

- 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告



9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(1) 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

(新) 服用薬剤調整支援料2:100点(3月に1回まで)



[算定要件]

複数の医療機関より6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていたものについて、患者若しくはその家族等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行ったときは、3月に1回に限り所定点数を算定する。

9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(2) 入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

点p69, 留p104, 様式1148

- 現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方
総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現行

- 薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点
次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。
- (1) 入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方の内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- (2) 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※



改定後

- ①薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
- イ アを踏まえ、多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更又は中止を行う。
- ウ カンファレンスにおいて、処方変更の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
- エ 処方変更による病状の悪化等について、多職種で確認する。
- ②薬剤調整加算(退院時1回) 150点
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
- ・退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続と見込まれる場合
 - ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※



※ クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合

医療機関から薬局に対する情報提供の評価

点p182, 留p246

- 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。

退院時薬剤情報管理指導料

(新) 退院時薬剤情報連携加算: 60点



9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(3) 調剤料、一般名処方加算、調剤技術基本料の見直し(再掲)

- 医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算、調剤技術基本料を見直す。

【調剤料】 点p422

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬(1回の処方に係る調剤につき): 9点 → 11点
 - ロ 外用薬(1回の処方に係る調剤につき): 6点 → 8点
- 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき): 7点 → 7点

※ 2以上の診療科で異なる医師が処方した場合はそれぞれの処方につき調剤料を算定できる

【処方箋料 一般名処方加算】 点p425, 留p433-434

- イ 一般名処方加算1: 6点 → 7点
- ロ 一般名処方加算2: 4点 → 5点

[算定要件]

加算1: 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合

加算2: 交付した処方箋に1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合

【調剤技術基本料】 点p425

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合: 42点 → 42点
- 2 その他の患者に対して投薬を行った場合: 8点 → 14点

※ 薬剤師が常時勤務する医療機関で投薬を行った場合に算定する

(4) 後発医薬品使用体制加算の見直し(再掲)

点p67, 留p93-94
施告p688, 施通p765

- 医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、加算4(60%以上:22点)を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

- 加算1(85%以上): 45点 → 47点
- 加算2(80%以上): 40点 → 42点
- 加算3(70%以上): 35点 → 37点

※ 医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が~~60%以上~~70%以上、80%以上または85%以上であるとともに、入院および外来において後発医薬品の使用を積極的に行っている旨を見やすい場所に掲示している医療機関に入院している患者について、入院中1回に限り、入院初日に算定する

9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(5) バイオ後続品に係る情報提供の評価

点p267, 留p315
施告p816,838-839

- バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

(新) バイオ後続品導入初期加算: 150点(月1回)

[算定要件]

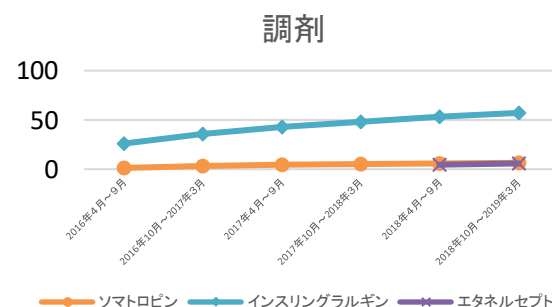
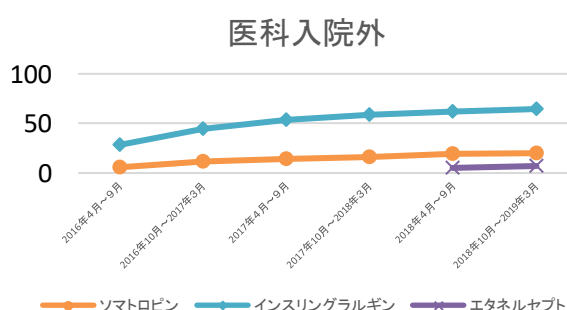
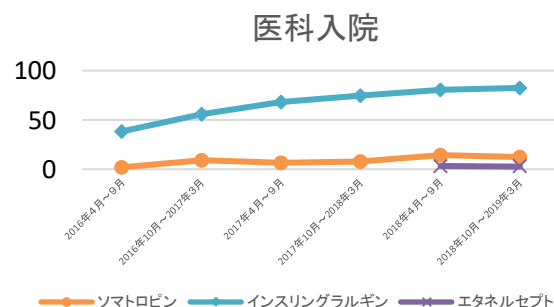
- ◇ バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。



[在宅自己注射指導管理料の対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの]

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤

(参考) バイオ後続品の使用割合の推移



※バイオ後続品:

- ・販売承認を与えられているバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の医薬品。
- ・「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに掲載されている。

10. 重症化予防の取組

(1) 分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の要件見直し

点p267,留p316,328-329
施告p816-817

- 妊娠中の糖尿病患者及び妊娠糖尿病患者における分娩後の糖尿病管理を推進する観点から、在宅妊娠糖尿病指導管理料について、分娩後12週間以内も算定可能とする。

現行

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点（月1回）

【算定要件】

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定。

【算定対象】

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、ア又はイに該当する者

ア 妊娠時に診断された明らかな糖尿病（以下のいずれかを満たす）

- ① 空腹時血糖値 126mg/dL以上
- ② HbA1c JDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上）
- ③ 随時血糖値 200mg/dL以上
- ④ 糖尿病網膜症

イ ハイリスクな妊娠糖尿病

- ① HbA1c JDS値で6.1%未満（NGSP値で6.5%未満）かつ
75gOGTT2時間値 200mg/dL以上
- ② 75gOGTTで以下2項目以上該当 又は
非妊娠時BMI 25以上かつ以下1項目以上該当
（イ）空腹時血糖値 92mg/dL以上
（ロ）1時間値 180mg/dL以上
（ハ）2時間値 153mg/dL以上

改定後

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 150点（月1回）

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 150点（分娩後12週の間1回）

【算定要件】

- ・ 管理料1： 現行通り
- ・ 管理料2： 分娩後に引き続き血糖管理を必要とするものについて、分娩後12週間以内に適切な療養指導を行った場合に算定。

【算定対象】

- ・ 管理料1： 現行通り
- ・ 管理料2： 妊娠中に在宅妊娠糖尿病指導管理料1を算定した患者



10. 重症化予防の取組

(4) 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

人工腎臓 導入期加算の見直し

点p512-513,留p530
施告p826,施通p924

- 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現行		[施設基準] 導入期加算2
【人工腎臓】		ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること
導入期加算1	300点	イ 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
導入期加算2	400点	ウ 腎移植について、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



改定後		[施設基準] 導入期加算2
【人工腎臓】		ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること
導入期加算1	200点	イ 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
導入期加算2	500点	ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること

腎代替療法指導管理料の新設

点p163,留p206-207
施告p807,施通p864

- 透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

(新) 腎代替療法指導管理料:500点 (患者1人につき2回に限る。)

[算定要件]

- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回の $eGFR(mL/分/1.73m^2)$ がいずれも30未満の場合
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
- 適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。
- 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

[施設基準]

- J038 人工腎臓 導入期加算2の施設基準に準じる。
- 以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師

腎不全 治療選択とその実際



日本腎臓学会
日本透析医学会
日本移植学会
日本臨床腎移植学会
日本腹膜透析医学会

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(2) 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し

点p345, 留p381-382
施告p818, 施通p888

- 遺伝カウンセリング加算の対象検査に遺伝性腫瘍に係る検査を加える。
- 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリング加算については、算定できる施設をがんゲノム医療中核拠点病院等に限定する。

遺伝カウンセリング加算の要件の見直し

- 検体検査判断料
遺伝カウンセリング加算

現行

[算定要件]

区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

[対象検査]

区分番号「D006-4」遺伝学的検査



改定後

[算定要件]

区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査(区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。)を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

[対象検査]

区分番号「D006-4」遺伝学的検査

区分番号「D006-18」に掲げるBRCA1/2遺伝子検査

区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定性検査(リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。)

遺伝性腫瘍カウンセリング加算の新設

- 検体検査判断料

(新) 遺伝性腫瘍カウンセリング加算 1,000点(月1回)

[算定要件]

区分番号「D006-19」に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

[施設基準]

がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(7) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における、BRCA遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。

検査

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われるものに対する生殖細胞系列のBRCA遺伝子検査について新たな評価を行う
(新)BRCA1/2遺伝子検査 血液を検体とするもの:20,200点

遺伝カウンセリング

- 遺伝カウンセリング加算の対象に遺伝性乳癌卵巣癌を追加
- がん患者指導管理料の新設
(新)がん患者指導管理料 二 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合:300点

手術

- 乳癌患者に対する対側の乳房切除術、卵巣・卵管切除術を評価
- 卵巣癌患者に対する乳房切除術を評価

[主な算定要件]

K475(乳房切除術)、K888(子宮附属器腫瘍切除術)に掲げる手術については、遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

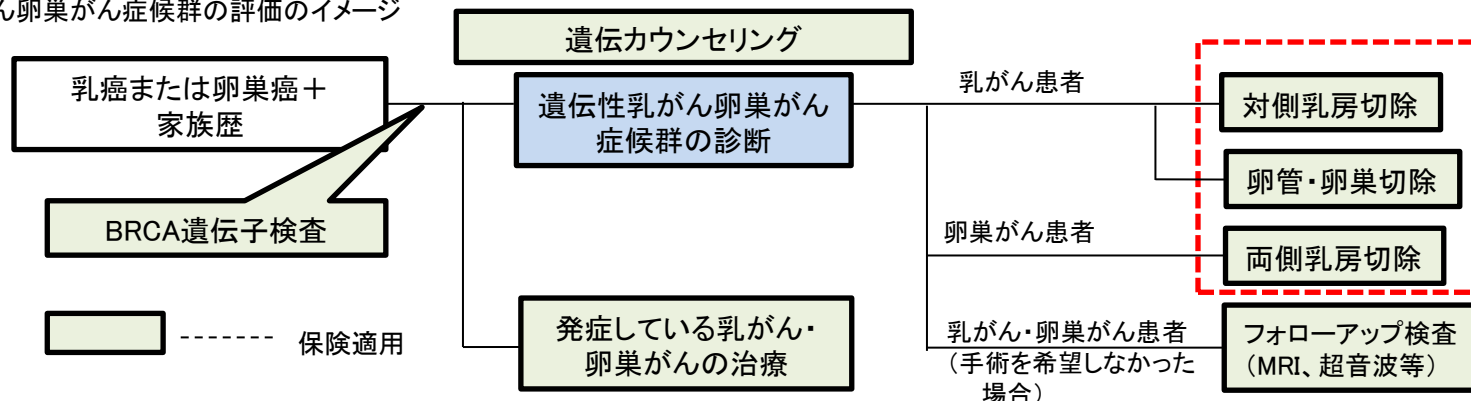
フォローアップ

- 乳房切除術を選択しなかったものに対するフォローアップとして、乳房MRI加算を算定できるよう要件を見直す

[主な算定要件]

乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するため又は遺伝性乳がん卵巣がん患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

※遺伝性乳がん卵巣がん症候群の評価のイメージ



安定冠動脈疾患の診断等に用いられる検査の評価及び要件の見直し

- 安定冠動脈疾患の診断等に用いられる検査について、日本循環器学会等の診療ガイドラインに基づき適切に実施されるよう、評価の充実及び要件の見直しを行う。

◇ トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の充実

点p347,留p384

- トレッドミル等による負荷心肺機能検査について、検査の実態を踏まえ評価を見直す。

現行

トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点



改定後

トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点

◇ 冠動脈CT撮影の算定要件の新設

点p405,留p418-419

- CT撮影の冠動脈CT撮影加算について、適応疾患や目的を確認するため、診療報酬明細書の摘要欄への医学的根拠の記載を要件とする。

現行

【冠動脈CT撮影加算】

[算定要件(概要)]

64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。



改定後

【冠動脈CT撮影加算】

[算定要件(概要)]

(新) 以下のいずれかの場合に算定する。また、医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常

イ 急性冠症候群

ウ 狭心症

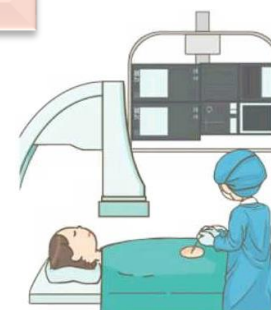
エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)が認められる場合

オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

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見直し

点p572,留p607-609

- 日本循環器学会等のガイドラインを踏まえ、安定冠動脈疾患に対して待機的に実施され、機能的虚血又は高度狭窄が存在することが確認されていない病変に対する経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術については、複数名の医師が参加するカンファレンス等の実施を要件とする。



現行

【経皮的冠動脈形成術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	32,000点
2 不安定狭心症に対するもの	22,000点
3 その他のもの	19,300点

[算定要件(概要)]

- 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。
- 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。

- ア 一方向から造影して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（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）
- 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



改定後

【経皮的冠動脈形成術】

1 急性心筋梗塞に対するもの	<u>36,000点</u>
2 不安定狭心症に対するもの	22,000点
3 その他のもの	19,300点

[算定要件(概要)]

- 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。
- なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- ア 機能的虚血の原因である狭窄病変
- イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変
- ウ その他医学的な必要性が認められる病変

※ 経皮的冠動脈ステント留置術についても同様の見直しを行う。

(4) 認知機能検査等の算定要件の新設

点p352,留p396-397

- 日本認知症学会等のガイドラインやそれぞれの検査の特性等を踏まえ、主に疾患(疑いを含む。)の早期発見を目的とする簡易なものについては、結果の信頼性確保の観点から算定間隔等の要件を見直す。

【認知機能検査その他の心理検査(1 操作が容易なもの)】

(新)イ 簡易なもの:80点

(新)ロ その他のもの:80点



[主な算定要件]

- ・ 「イ」の「簡易なもの」とは、主に疾患(疑いを含む。)の早期発見を目的とするものをいう。
- ・ 「イ」の「簡易なもの」とは、MAS不安尺度、MEDE多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをいう。
- ・ 「イ」は、原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から3月以内に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載する。

13. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

(5) 質の高い臨床検査の適切な評価

血清アルブミンの評価の見直し

点p339, 施告p663

- 血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため、BCP改良法による測定を要件とする。

現行			改定後	
【血液化学検査】			【血液化学検査】	
アルブミン	11点		アルブミン <u>(BCP改良法・BCG法)</u>	11点

[経過措置]

アルブミンのうち、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。

遺伝子関連・染色体検査の評価

点p345, 留p381-382

- 遺伝子関連・染色体検査について新たな評価を行う。

【検体検査判断料】

- 1 尿・糞便等検査判断料: 34点
- 2 遺伝子関連・染色体検査判断料: 100点(新)
- 3 血液学的検査判断料: 125点
- 4 生化学的検査(Ⅰ)判断料: 144点
- 5 生化学的検査(Ⅱ)判断料: 144点
- 6 免疫学的検査判断料: 144点
- 7 微生物学的検査判断料: 150点

[対象検査]

悪性腫瘍遺伝子検査、造血器腫瘍遺伝子検査、Major BCR-ABL1、遺伝学的検査、染色体検査、免疫関連遺伝子再構成、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型、サイトケラチン(KRT19) mRNA検出、WT1 mRNA、FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子、EGFR遺伝子検査(血漿)、骨髄微小残存病変量測定、BRACA1/2遺伝子検査、FLT3遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、NUDT15遺伝子多型、JAK2遺伝子検査等

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(10) 救急医療管理加算の見直し

点p62, 留p. 71-73
施告p682, 施通p743-744

- 患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件及び評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】

- 1 救急医療管理加算1 900点
- 2 救急医療管理加算2 300点

〔算定要件〕

- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

改定後



【救急医療管理加算】

- 1 救急医療管理加算1 950点
- 2 救急医療管理加算2 350点

〔算定要件〕

- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態 **又はその他の重症な状態(コ)** にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

算定対象となる状態

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック

- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
- (新) コ **その他の重症な状態(加算2のみ)**

- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ◆入院時にアからケのいずれの状態に該当するか(加算2の場合は、いずれの状態に準ずるか又はコに該当するか)
- ◆イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果
- ◆当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(11) 脳卒中对策の推進

超急性期脳卒中加算の施設基準の見直し

点p62,留p73
施告p682,施通p744

- 超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、学会の指針の改訂や、安全性の向上等を踏まえ、人員配置や検査の体制に係る要件及び評価を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】

A205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日) 12,000点

[施設基準]

- ・ 薬剤師が常時配置されていること。
- ・ 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- ・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】

A205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日) 10,800点

[施設基準]

(削除)

(削除)

- ・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

[算定要件]

(4) 投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。

- 地域の医療機関間で連携し、一次搬送された施設でrt-PA(アルテプラザー)を投与した上で、より専門的な医療機関に二次搬送を行って、入院治療及び管理する場合も算定できるよう見直す。



15. 感染症対策、薬剤耐性対策の推進

(1) 抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

点p67,留p88-89
施告p687,施通p762-763

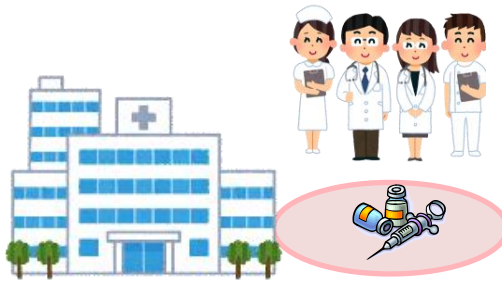
- 抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の拡充や、病院の外来における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する。

入院における対策

- ✓ 感染症治療の早期モニタリング
(広域抗菌薬の種類を拡充)
- ✓ 主治医へのフィードバック
- ✓ 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ✓ 抗菌薬適正使用の教育・啓発等

(新) 外来における対策

- ✓ 外来における急性気道感染症及び急性下痢症の患者への経口抗菌薬の処方状況を把握
- ✓ 院内研修及び院内マニュアルの作成にあたって、「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、外来における抗菌薬適正使用の内容も含める



感染防止対策加算1

(2) 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し(再掲)

点p163,p167
留p207-208, 214-215

- 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算(小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料)について、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。

なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。



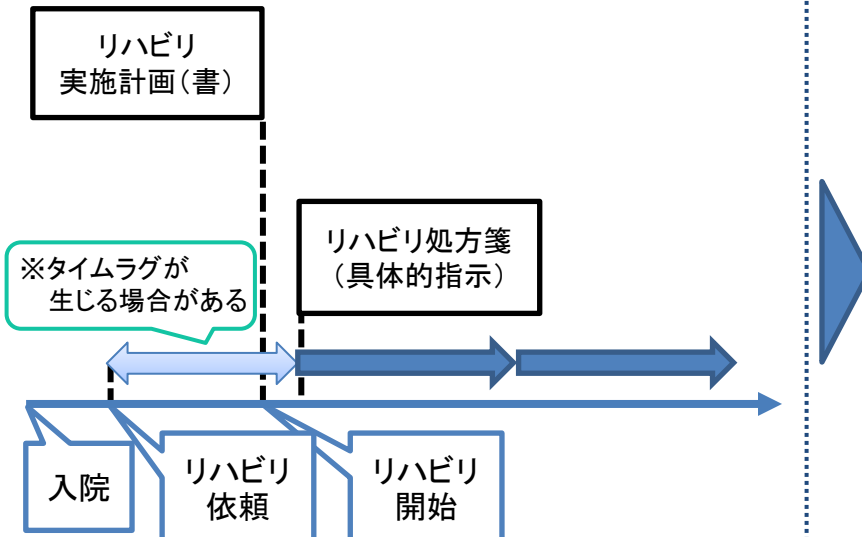
16. リハビリテーション

(2) 疾患別リハビリテーション料の見直し

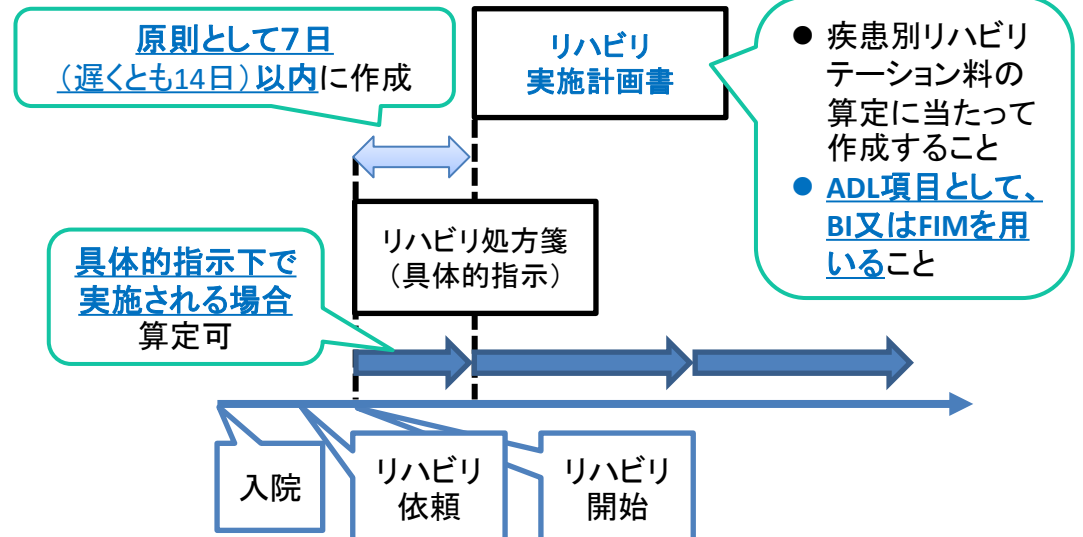
留p450-453

- 急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、以下のとおり見直す。
1. 「リハビリテーション実施計画書」の位置づけを明確化する。
 - 疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成すること。
 - リハビリテーション実施計画書の作成に当たり、ADL項目として、BI又はFIMのいずれかを用いること。
 2. リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととする。
 3. リハビリテーション実施計画書の作成前に行われる疾患別リハビリテーションについては、医師の具体的な指示の下で行われる場合に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。

【現行】



【改定後】



16. リハビリテーション

(3) 呼吸器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料の見直し

- 呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加する。

留p464

現行

[算定要件]

(4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

改定後

[算定要件]

(4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

※施設基準も併せて見直す。

- 難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を追加する。

施告p823,p841
施通p909-910

現行

[施設基準]

(2) 専従する2名以上の従事者(理学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上)が勤務していること。

改定後

[施設基準]

(2) 専従する2名以上の従事者(理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上)が勤務していること。

(4) 脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

施告p823,p840-841
施通p901

- 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設ける。

[施設基準]

言語聴覚療法のみを実施する場合は、(中略)以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。(中略)

イ 専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。

ウ～エ (略)

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(3) 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

点p479-480, 留p505-508,
施告p825, 施通p919-920

精神科在宅患者支援管理料の見直し ①

- 精神疾患の患者に対して多職種が実施する計画的な訪問診療及び訪問看護を評価する精神科在宅患者支援管理料について、現行の管理料「1」又は「2」に引き続き訪問診療を行う場合の評価として、「3」を新設する。

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

改定後			
		単一建物診療患者	
		1人	2～9人
管理料1（当該医療機関が訪問看護を提供）			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ	重症患者等	2,056点	1,542点
(新) 管理料3			
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合		2,030点	1,248点

(新) 精神科在宅患者支援管理料3（月1回）

イ 単一建物診療患者1人	2,030点
ロ 単一建物診療患者2人以上	1,248点

※ 訪問看護療養費における精神科重症患者支援管理連携加算も同様の取扱いとする。

[算定要件]

精神科在宅患者支援管理料「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して2年に限り、月1回に限り算定する。

ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者

イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者

[施設基準] 精神科在宅支援管理料「1」又は「2」を届け出ている保険医療機関であること。

(※ 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準)

イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。

ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。

- 精神科在宅患者支援管理料「1」の「ハ」については、廃止する。

[経過措置] 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、引き続き算定出来る。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(3) 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

点p479-480, 留p505-508,
施告p825, 施通p919-920

精神科在宅患者支援管理料の見直し ②

- 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」については、6月を限度として算定できることとし、「3」については、「1」又は「2」の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として算定出来ることとする。

「3」の対象患者

- 「1」の「イ」の算定を開始した月から6月を経過した患者
- 「1」の「ロ」を前月に算定した患者

「2」から「3」へ移行する患者も同様

改定後		単一建物診療患者	
		1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)			
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等		3,000点	2,520点
ロ 重症患者等		2,500点	1,875点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)			
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等		2,467点	1,850点
ロ 重症患者等		2,056点	1,542点
(新)管理料3			
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合		2,030点	1,248点

※「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」についても、「1」の「イ」及び「2」の「イ」と同様に、6月まで算定できるものとする。

「1」 6月を限度として算定

「2」 6月を限度として算定

「3」 「1」又は「2」の開始日から2年を限度として算定

- 「1」及び「2」のカンファレンスについて、行政機関職員等と共同で実施するカンファレンスの開催頻度等の要件を見直す。また、当該保険医療機関以外の職員等とカンファレンスを行う場合、要件を満たせば、ビデオ通話による参加を可能とする。

現行		
	イ	ロ
チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上
共同カンファレンス	月1回以上	
ビデオ通話が可能な機器を用いた参加	「2」の共同カンファレンスについては、要件を満たせば可能。	

チームカンファレンス：専任の多職種チームによるカンファレンス
共同カンファレンス：専任の多職種チーム及び保健所又は精神保健福祉センター等の職員が共同で実施するカンファレンス

改定後				
	1		2	
	イ	ロ	イ	ロ
チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上 ※ 保健所等に文書で情報提供	週1回以上	月1回以上 ※ 保健所等に文書で情報提供
共同カンファレンス	2月に1回以上 ※ 初回は関係者全員が一堂に会すること	必要に応じて実施 ※ 必要に応じて実施 ビデオ通話による参加可	2月に1回以上 ※ 初回は関係者全員が一堂に会すること	必要に応じて実施

※カンファレンスについて、訪問看護療養費における精神科重症患者支援管理連携加算も同様の取扱いとする。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(7) 発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

点p154,留p188,
施告p805

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について公認心理師が実施する場合の評価を新設する。

現行	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ 月の1回目	500点
ロ 月の2回目	400点



改定後	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ <u>医師による場合</u>	
(1) 月の1回目	500点
(2) 月の2回目	400点
ロ <u>公認心理師による場合</u>	200点



[公認心理師による場合の算定要件]

- (1) 一連のカウンセリングの初回は医師が行う。
 - (2) 医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定できる。
 - (3) 継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。
- 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

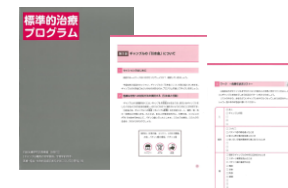
18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(12)ギャンブル依存症に対する治療の評価

点p475,留p490-491
施告p825,施通p915

- ギャンブル依存症に対する有効な治療法が確立されたことを踏まえ、ギャンブル依存症の集団治療プログラムについて新たな評価を行う。

(新) 依存症集団療法 2 ギャンブル依存症の場合:300点(1回につき)



[算定要件]

- (1) ギャンブル依存症の患者に対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。
- (2) 次のア～ウの全てを満たすこと。
 - ア ギャンブル(ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。)に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。
 - イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。
 - ウ 平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において、研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。

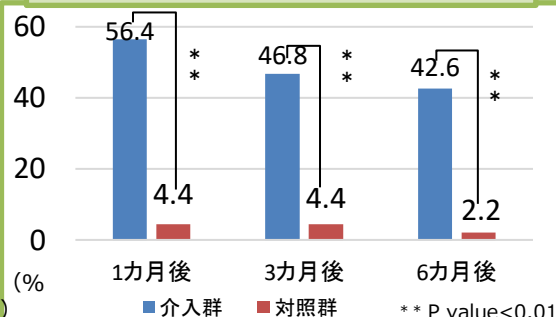
[施設基準]

- (1) 依存症専門医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること。

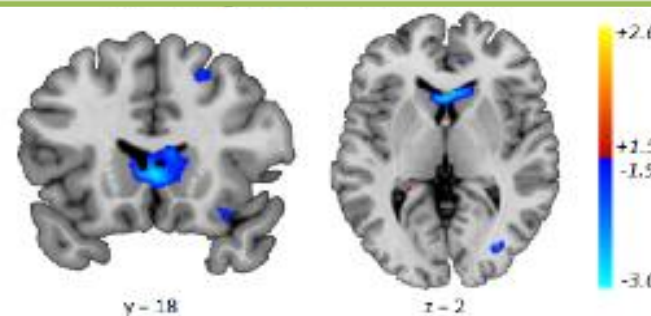
標準的治療プログラムのトピック

第1回 あなたにとってのギャンブルとは？
第2回 ギャンブルの「引き金」について
第3回 引き金への対処とギャンブルへの渴望
第4回 生活の再建・代替行動 (ギャンブルの代わりになる行動)
第5回 考え方のクセ
第6回 まとめ

治療プログラムの効果 (断ギャンブルの継続率)



健常者群と比べて、ギャンブル依存症群特有でみられる 脳の異常部位

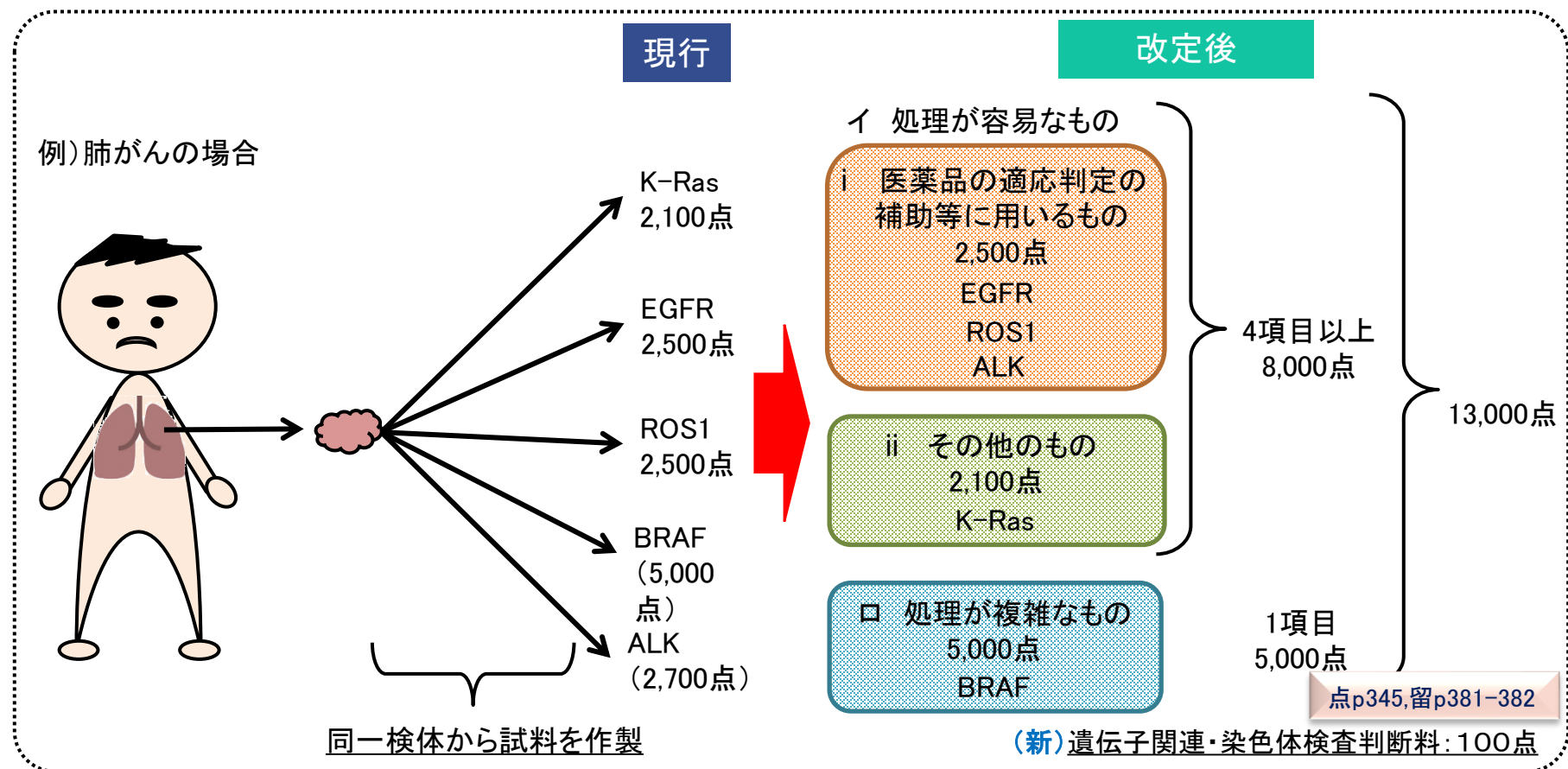


21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(4) 悪性腫瘍遺伝子検査の評価体系の見直し

点p338,留p360-361

- 悪性腫瘍の遺伝子検査について、個別の遺伝子検査ごとでなく、臨床的な位置付けや検査技術に応じて類型化した評価体系とし、同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価とする。
- 同一がん種に対して同時に実施する可能性がある遺伝子検査の項目数が増加していることを踏まえ、複数遺伝子検査に係る運用について、項目数を充実させる。



21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(5) 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

点p511,留p521-522
関係p1056

- 局所陰圧閉鎖処置(入院)について、ドレッシング材(創傷被覆材)の交換の頻度、処置に係る手間及び技術を踏まえ、陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用した場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日に週3回に限り算定可能とする。

【局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)】

- 1 100平方センチメートル未満 1,040点
- 2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,060点
- 3 200平方センチメートル以上 1,100点

注 初回貼付加算

- 1 1,690点
- 2 2,650点
- 3 3,300点

初回の貼付に限り、上記点数を加算する。

[算定要件]

(新設)

- ・ 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置(入院)を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週3回に限り算定できる。
- ・ 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※1 単回使用陰圧創傷治療システムの例



入院中の患者に対して、単回使用陰圧創傷治療システムを使用した場合は、局所陰圧閉鎖処置(入院)は週3回まで算定できる。

※2 単回使用でない陰圧創傷治療システムの例



出典: スミス・アンド・ネフュー株式会社HP
ケーシーアイ株式会社HP

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(6) 人工腎臓に係る評価の見直し

点p513-514,留p528-531
施告p826,842,施通p924

- エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格等を踏まえ、HIF-PH阻害薬の使用を含め人工腎臓に係る評価を見直す。

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

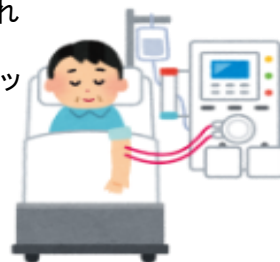
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,980点	1,940点	1,900点
4時間以上 5時間未満	2,140点	2,100点	2,055点
5時間以上	2,275点	2,230点	2,185点

【算定要件】

- ・「1」から「3」までの場合には、ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までの場合であって、ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。

【施設基準】

- ・人工腎臓に規定する注射薬
エリスロポエチン、ダルベポエチン



改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

		場合1	場合2	場合3
4時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
5時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

【算定要件】

- ・「1」から「3」までのうち、定める薬剤を使用しない場合には、HIF-PHD阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

【施設基準】

- ・別に規定する患者 HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤(院内処方されたものに限る。)

慢性維持透析患者外来医学管理料に係る要件の見直し

留p197

- 慢性維持透析患者外来医学管理料における二次性副甲状腺機能亢進症の検査を、エテルカルセチド及びエボカルセトにも対応した要件に見直す。

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(7) バスキュラーアクセスに係る手術の評価の適正化

- 他の手技との難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。外シャント設置術に関しては、診療報酬上の評価を廃止する。

現行	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 静脈転位を伴うもの	21,300点
2 その他のもの	7,760点
【外シャント血栓除去術】	1,680点
【内シャント又は外シャント設置術】	18,080点



改定後	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 <u>内シャント造設術</u>	
イ <u>単純なもの</u>	12,080点
ロ <u>静脈転位を伴うもの</u>	15,300点
2 その他のもの	7,760点
(削除)	
(削除)(末梢動静脈瘻造設術 1イ へ)	

点p576,留p613

- シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者が一部存在することを踏まえ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術について要件を見直す。

現行	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	18,080点



改定後	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	
1 初回	12,000点
2 1の実施後3月以内に実施する場合	12,000点

点p576,留p614

[算定できる要件]

・「1」については、3ヶ月に1回に限り算定する。

・「2」を算定する場合には、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。

ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下 又は 血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合(アの場合を除く。)

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

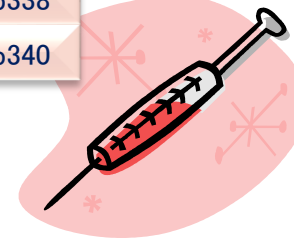
(12) 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

- 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。

Dダイマー	137点
フェリチン半定量、フェリチン定量	111点
KL-6	117点
血液ガス分析	140点
血液化学検査 10項目以上	112点
甲状腺刺激ホルモン(TSH)	107点
前立腺特異抗原(PSA)	130点
A群β溶連菌迅速試験定性	130点
インフルエンザウイルス抗原定性	143点



133点	点p338
108点	点p340
114点	
139点	
109点	
104点	
127点	点p341
127点	点p342
139点	



- 臨床的有用性がなくなった検査や既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査について、診療報酬上の評価を廃止する。

例) Bence Jones蛋白定性(尿)、動物使用検査、アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)

(13) 市場が拡大した場合の評価の見直し

- 医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組みを設ける。

(1)新規収載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更に当たって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、収載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、評価の見直しを検討する基準を併せて審議し、個々の技術に応じた基準を設定することとする。なお、既に収載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、**収載時の市場規模予測の2倍以上という基準**を設定する。

(2)設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、評価の見直しの妥当性について検討することし、妥当性が認められたものについて、中医協において具体的な見直しを検討することとする。

22. 透析医療に係る診療報酬の見直し

(2) 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価(再掲)

点p512-513,留p530
施告p826,施通p924

人工腎臓 導入期加算の見直し

- 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現行			改定後	
【人工腎臓】			【人工腎臓】	
導入期加算1	300点		導入期加算1	<u>200点</u>
導入期加算2	400点		導入期加算2	<u>500点</u>

[施設基準]
導入期加算2
ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること
イ 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
ウ 腎移植について、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

[施設基準]
導入期加算2
ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること
イ 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
ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること

点p163,留p206-207
施告p807,施通p864

腎代替療法指導管理料の新設

- 透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

(新) 腎代替療法指導管理料 500点 (患者1人につき2回に限る。)

[算定要件]

- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回の $eGFR(mL/分/1.73m^2)$ がいずれも30未満の場合
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
- 適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。
- 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

[施設基準]

- J038 人工腎臓 導入期加算2の施設基準に準じる。
- 以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師

腎不全

治療選択とその実際



日本腎臓学会
日本透析医学会
日本移植学会
日本臨床腎移植学会
日本腹膜透析医学会

ご清聴ありがとうございました

改定内容についてのご質問は日本医師会保険医療部 医療保険課宛にメール、FAX等でご送付ください。

整理・確認後、日医版『Q & A』や厚生労働省 疑義解釈資料に反映させていただきます。

また、本資料は、HP掲載後に修正する可能性がありますのでご了承下さい。



令和 2 年度診療報酬改定について(概要)

診療報酬改定

診療報酬 +0.55% 医科 +0.53%

救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

薬価 -0.99% 材料価格 -0.02%

地域医療介護総合確保基金として 公費 143 億円

外来基本診察料

初診料 据え置き

- ① 紹介状なし初診患者の自己負担徴収 5000 円以上 対象施設に一般病床 200 床以上の地域医療支援病院を追加
- ② 妊婦加算 廃止
- ③ 初診料機能強化加算 据え置き 80 点
算定要件変更
院内掲示事項の追加(専門医等への紹介に関する事、医療機能情報提供制度の案内)、掲示事項と同様の内容を患者に渡すことができる書面を準備する。
- ④ 小児抗菌薬適正使用支援加算 据え置き 80 点
算定要件変更 対象患者が 6 歳未満に拡大 月 1 回算定可

再診料 据え置き

- ① 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直し
紹介状なしの大病院受診時の低額負担の見直しについて、許可病床が 400 床以上であることを要件の一部としている再診料及び外来診療料について、当該基準を 200 床に変更する。定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、再診については 2,500 円と据え置きとする。緊急その他を除く。
- ② 地域包括診療加算 1 届出要件に時間外対応加算 3 を追加

医学管理料

- 婦人科特定疾患治療管理料 新設 250 点(3 月に 1 回)
器質性月経困難症でホルモン剤投与患者 経験を有する研修終了常勤医の配置
- 腎代替療法指導管理料 新設 500 点(2 回に限り)対象患者に腎代替療法開始前に情報提供等を行った場合

- がん患者指導管理料 新設 300 点(1 回限り) BRCA1/2 遺伝子検査(血液)の実施前に必要性等を文書により説明
- ニコチン依存性管理料(初回) 加熱式たばこも対象追加
ニコチン依存性管理料 2 (一連につき) 新設 800 点
- 小児運動器疾患指導管理料 据え置き
算定要件変更
届出が必要 対象年齢拡大 6 歳未満が 12 歳未満に引き上げ
- 疾患別リハビリテーション料 計画説明の診療録記載をリハビリテーション実施計画書の添付に見直し
- 小児科外来診療料 点数据え置き
算定要件変更
対象患者が 3 歳～6 歳未満に拡大、院内処方を行わない場合は「処方箋を交付する場合」を算定する。施設基準に係る届出が必要
- 小児かかりつけ診療料 点数据え置き
算定要件変更
対象患者が 3 歳～6 歳未満に拡大(6 歳未満からの算定患者は 6 歳以上になっても継続算定可) 院内処方を行わない場合は「処方箋を交付する場合」を算定する。
- 外来栄養食事指導料 2 (初回) 新設 250 点 (2 回目以降) 新設 190 点
他医療機関・栄養ケアステーションの管理栄養士による指導
- 外来排尿自立支援料 新設 200 点 外来排尿自立支援加算算定入院患者が、外来で引き続き包括的排尿ケア実施に変更した場合
- 精神科退院時共同指導料 1(Ⅰ) 1500 点 (Ⅱ) 900 点 2 700 点
新設 1 外来・在宅担当医療機関が算定 2 入院医療機関が算定
- 小児特定疾患カウンセリング料
算定要件変更 公認心理士による場合が追加。2 年を限度として 1 回 200 点、月 2 回に限り算定。
- 診断情報提供料Ⅰの適用拡大
算定要件追加 主治医から医療的ケア児が通う学校の学校医又は医療的ケアに知見のある医師に情報提供を行った場合、診断情報提供料Ⅰが算定可 電話再診で救急医療機関の受診を指示し、同日に受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合、月 1 回に限り算定。

- 診療情報提供料Ⅲの新設 新設 150 点 3 月に 1 回に限り算定
かかりつけ医機能を有する医療機関からの紹介患者について、紹介元医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(初診日を除く。ただし当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合は可)に、情報提供する医療機関ごとに 3 カ月に 1 回算定可。対象患者は地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料届出医療機関からの紹介患者及び届出医療機関への紹介患者

オンライン診療

- オンライン診療料 対象拡大慢性頭痛及び一部在宅自己注射患者を追加事前の対面診療機関を 6 月～3 月に変更。
- 特定疾患療養管理料・地域包括診療料・認知症地域包括診療料情報通信機器 新設 100 点 月 1 回 オンライン医学管理料からの組み換え。
- 外来栄養食事指導料 2 (2 回目以降)情報通信機器 新設 180 点
- 遠隔連携診療料 新設 500 点 かかりつけ医のもとで遠隔地の専門医が情報通信機器を用いて診療(難病等)

入院医療

- 急性期一般入院料 1 看護必要度 I 31%以上 II 29%以上
急性期一般入院料 2 看護必要度 I 28%以上 II 26%以上
(200 床未満 26%以上 24%以上)
- 急性期一般入院料 3 看護必要度 I 25%以上 II 23%以上
(200 床未満 23%以上 21%以上)
- 急性期一般入院料 4 看護必要度 I 22%以上 II 20%以上
(200 床未満 20%以上 18%以上)
- 急性期一般入院料 5 看護必要度 I 20%以上 II 18%以上
- 急性期一般入院料 6 看護必要度 I 18%以上 II 15%以上
- 急性期一般入院料 7 看護必要度 I 重症度、医療、看護必要度を測定していること
重症度、医療・看護必要度の定義変更 許可病床数 400 床以上の急性期一般入院料 1～6 は「II」の測定を要件化
重症度、医療・看護必要度の見直し (1)判定基準より、基準②(B14 又は B15 に該当、かつ、A 得点 1 点以上かつ B 得点 3 点以上)を除外(2)A 項目より、免疫抑制剤の内服を除外 (3) 入院実施割合 90%未満の手術除外(4) C 項目の評価対象日数を拡大(5)救急評価拡大

- 回復期リハビリテーションの改定
入棟後 2 週間以内に、入院時 FIM 及び目標とする FIM について、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、患者の求めに応じて計画書を交付する。退院時 FIM も同様の説明と交付の規定。入院料 1 と 3 のリハビリテーション実績指数の見直し 回りハ 1 37 以上 → 40 以上 回りハ 3 30 以上 → 35 以上 2020 年 9 月末まで経過措置
- 医師事務作業補助加算の点数引き上げ 50 点アップ 看護職員夜間配置加算 引き上げ 10 点アップ
- 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・抗菌薬適正使用加算 常勤医師配置 → 非常勤医師の組み合わせで可
- せん妄ハイリスク患者ケア加算(入院中 1 回) 新設 200 点
- 排尿自立支援加算 新設 200 点
- 地域医療体制確保加算 新設 520 点(入院初日に限る)
施設基準 救急搬送件数が、年間 2000 件以上であること。病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の作成、定期的な評価及び見直し他
- 救急搬送看護体制加算 1 新設 400 点
施設基準 救急搬送件数が、年間 1000 件以上 救急患者の受け入れへの対応に係る専任の看護師を複数名配置。
- 常勤配置や専従要件の見直し 週 3 回以上かつ週 24 時間以上の勤務→週 3 日以上かつ週 22 時間以上の勤務 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。ウイルス疾患指導料 看護師を専従から専任へ
- 退院時薬剤情報連携加算 新設 60 点 入院前の内服薬を変更又は中止した患者について保険薬局に対し不選書により提供

在宅医療

- 在宅療養支援病院の施設基準 緩和
当直医は必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくとも良く、オンコール体制で可能。
- 同一建物居住者訪問看護・指導料
難病等複数回訪問加算・複数名訪問看護・指導加算の新設
- 在宅自己注射指導管理料 持続血糖測定器加算は間歇注入シリンジポンプ非連動 新設 連動と同点数
バイオ後続品導入初期加算(3 月を限度) 新設 150 点

- 乳幼児呼吸管理材料加算 新設 1500 点 (3 月に 1 回 3 回に限り所定点数に加算する。在宅酸素療法指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を 6 歳未満の乳幼児に対して算定する場合加算を算定する。
在宅酸素
- 在宅患者訪問栄養食事指導料 2 新設 420 点～510 点 他医療機関・栄養ケアステーションの管理栄養士による指導
- 在宅自己導尿指導管理料に特殊カテーテル加算 新設
再利用型カテーテル 400 点 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
親水性コーティング有り 1700 点～2100 点 間歇バルーンカテーテル
1000 点

調剤料

- 調剤料 入院外(内服薬・浸煎薬・頓服薬) 9 点 → 11 点
同 同 (外用薬) 6 点 → 8 点
調剤技術基本料 入院外 8 点 → 14 点
- 処方箋料 一般名処方加算 1 (1 回につき) 6 点 → 7 点
一般名処方加算 2 (1 回につき) 4 点 → 5 点

その他

- 遺伝子検査
FLT3 遺伝子検査 新設 4200 点 膀胱がん関連遺伝子検査 1597 点
JAK2 遺伝子検査 2504 点 NUDT15 遺伝子多型 2100 点
BRCA1/2 遺伝子検査 20200 点
がんゲノムプロファイリング検査 新設 検体検査時 8000 点
結果説明時 48000 点
- 小児矯正視力検査加算 新設 35 点
- 血液化学検査 10 項目以上 112 点 → 109 点
- 検体検査判断料 遺伝子検査・染色体検査判断料 新設 100 点
- 感染症迅速検査点数
A 群 β 溶連菌迅速試験定性 130 点 → 127 点
RS ウイルス抗原定性 142 点 → 138 点
インフルエンザウイルス抗原定性 143 点 → 139 点
アデノウイルス抗原定性 194 点 → 189 点

令和 2 年度診療報酬改定に関する質問用紙

今回の診療報酬改定内容等について、ご質問のある場合はこの用紙にご記入いただき、
郡市医師会取りまとめのうえ、宮城県医師会事務局宛お送り願います。

いただいたご質問は、日本医師会へ照会・確認の上、後日ご回答いたします。

氏 名	郡 市 医師会名	
項 目		
内 容		