

令和2年度診療報酬改定の概要【医科】(2020年3月25日作成)

本資料では、「令和2年度診療報酬改定説明資料等について」(医科の関連項目)より
一部を紹介しています。

全容については、厚労省のホームページ※等でご確認ください。

※令和2年度診療報酬改定説明資料等について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

本資料は作成(更新)日付時点の情報を記載するように心掛けていますが、
正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。

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

- ▶ 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
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

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

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、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ 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
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 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

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

令和2年度診療報酬改定について

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概要

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 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提供体制等の評価
2. 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
3. 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
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

II 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

III 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

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

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 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
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

「個別改定項目について」 目次

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

- I－1 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
- I－2 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
- I－3 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
- I－4 業務の効率化に資する I C T の利活用の推進

II 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

- II－1 かかりつけ機能の評価
- II－2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
- II－3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
- II－4 重症化予防の取組の推進
- II－5 治療と仕事の両立に資する取組の推進
- II－6 アウトカムにも着目した評価の推進
- II－7－1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- II－7－2 認知症患者に対する適切な医療の評価
- II－7－3 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
- II－7－4 難病患者に対する適切な医療の評価
- II－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- II－7－6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進
- II－7－7 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価
- II－8 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
- II－9 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- II－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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
- II－11 医療における I C T の利活用

(次頁へ続く)

出典：厚生労働省 中医協総会(2020年2月7日) 総-1「個別改定項目について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193003_00002.html

「個別改定項目について」 目次

Ⅲ 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

- Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- Ⅲ－２ 外来医療の機能分化
- Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
- Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

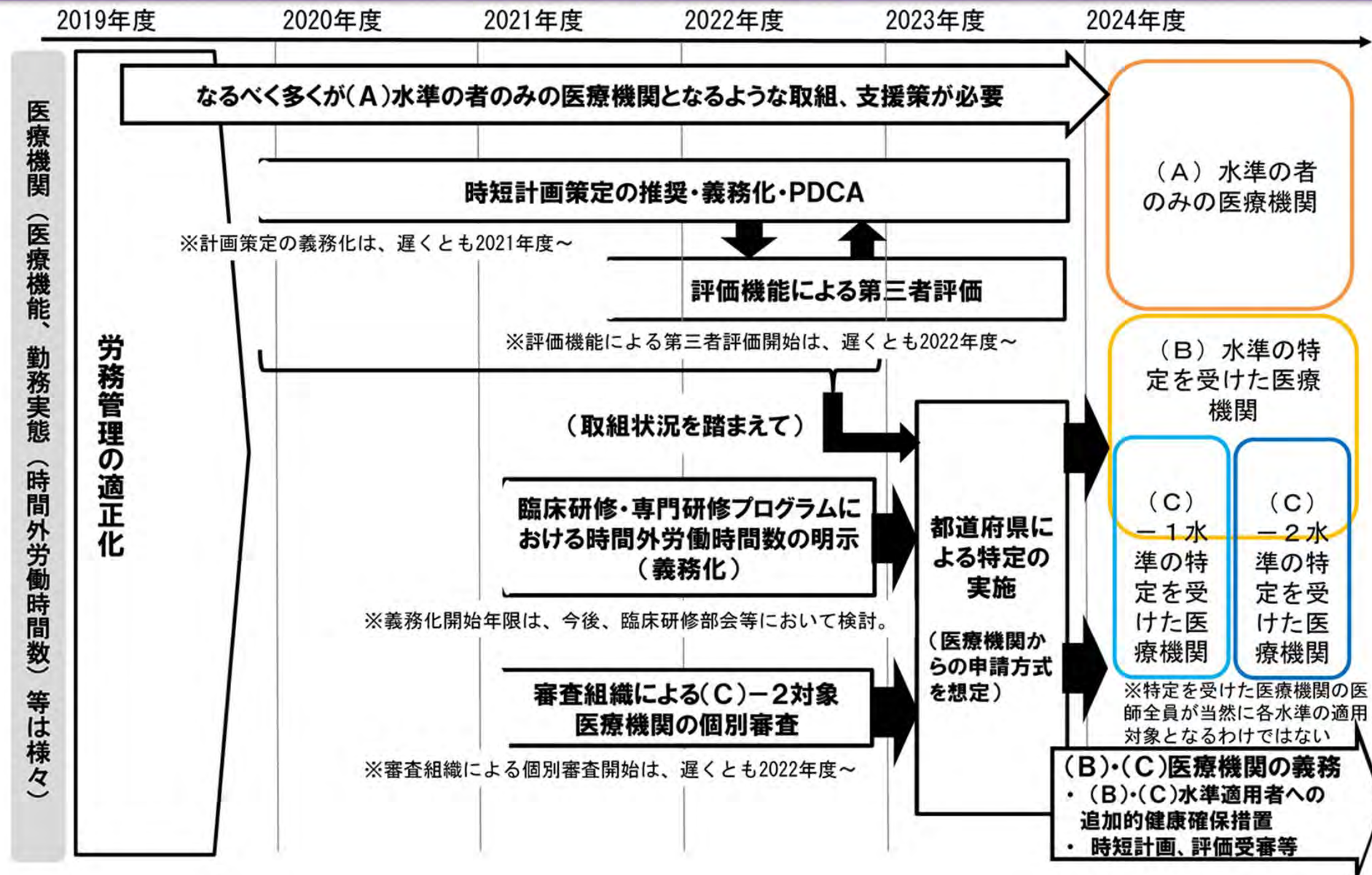
- Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用
- Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- Ⅳ－４ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- Ⅳ－５ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- Ⅳ－６ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
- Ⅳ－７ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

（以上）

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 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提供体制等の評価
2. 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
3. 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
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2024年4月までの見通し



出典：厚生労働省_令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 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提供体制等の評価
2. 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
3. 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
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

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。

(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(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[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、当該基準に係る区分に従い、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、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



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

- 救急医療体制の充実を図る観点から、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。

改定前（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。

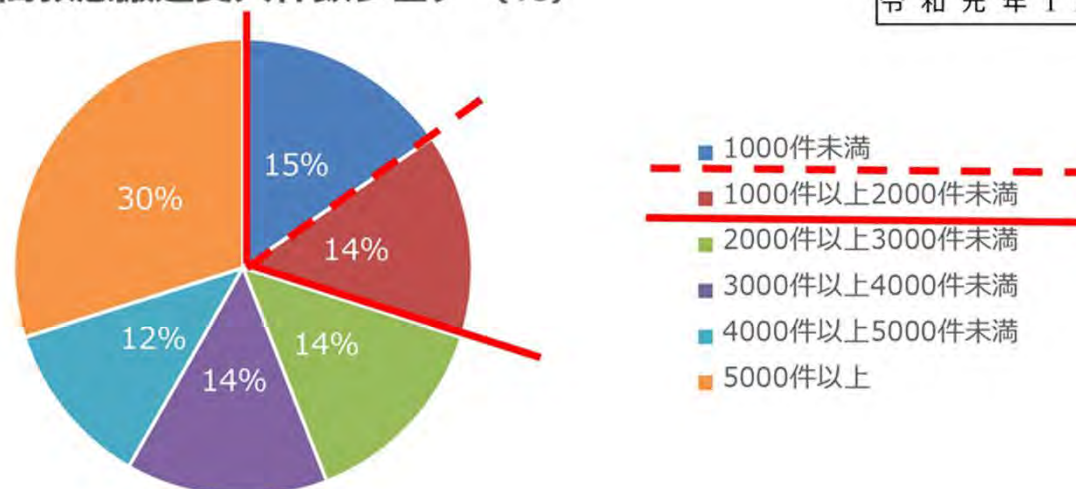
救急搬送看護体制加算2 200点

[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。

- 年間2,000件以上救急搬送を受け入れている救急医療機関が、全体のおよそ71%の救急搬送を受入れている。
- 年間1,000件以上では、およそ85%の救急搬送を受け入れている。

年間救急搬送受入件数シェア (%)



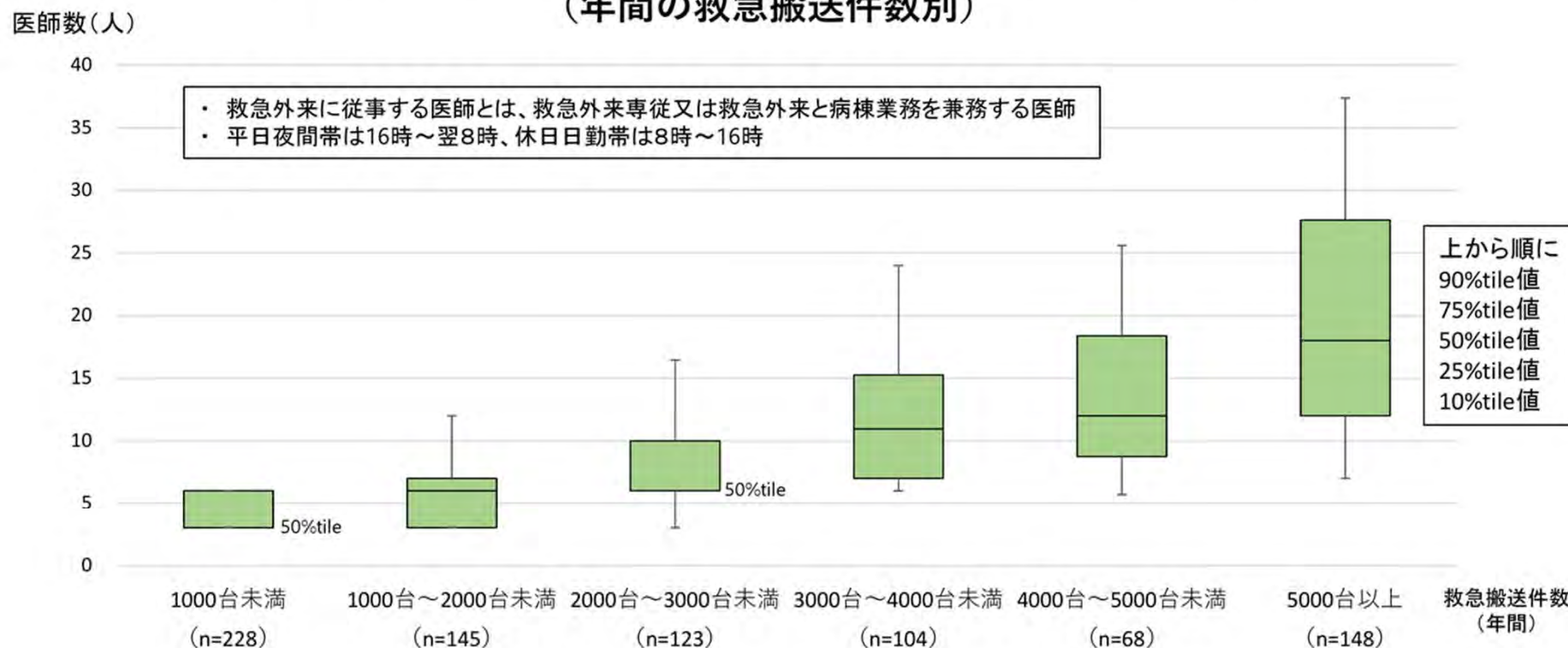
参考) 救急搬送年間受入件数ごとの医療機関内訳

	年間救急搬送受入件数						計
	5,000件以上	4,000件以上 5,000件未満	3,000件以上 4,000件未満	2,000件以上 3,000件未満	1,000件以上 2,000件未満	1,000件未満	
二次救急医療機関	92	102	174	254	487	1,643	2,752
三次救急医療機関	129	40	46	44	26	20	305
その他の医療機関	3	0	3	11	31	1,444	1,492
計	224	142	223	309	544	3,107	4,549

※ 分析対象医療機関は、病床機能報告において（高度）急性期機能を1床以上有すると報告した全医療機関（出典）平成29年度病床機能報告

- 年間の救急搬送件数別に、平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計をみると、救急搬送件数が多いほど医師数が多い傾向にあったが、搬送件数が多いにも関わらず医師数が少ない施設もあった。

平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計 (年間の救急搬送件数別)



出典: 令和元年度入院医療等の調査 ※無回答を除く

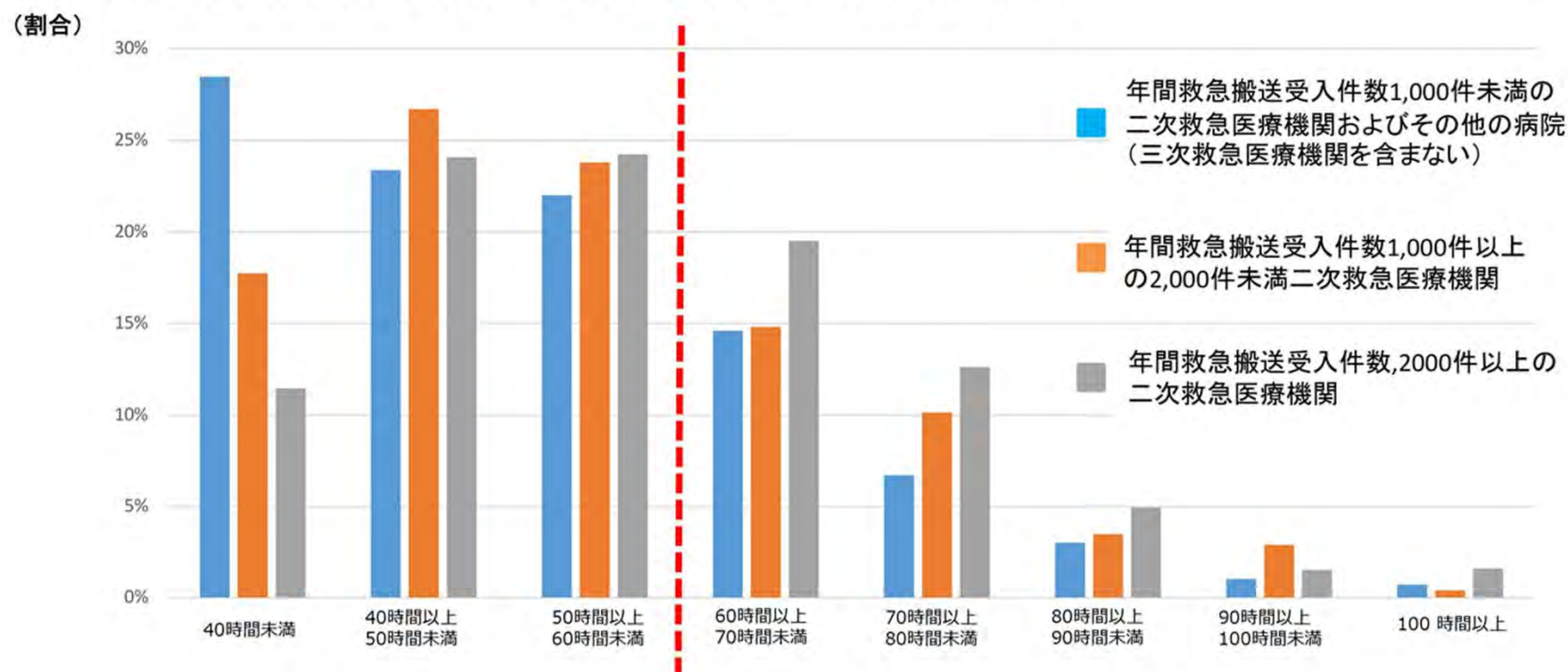
出典: 厚生労働省_中医協総会(2019/12/18) 総-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00058.html

- 年間救急搬送受入件数が2,000件以上の二次救急医療機関において、より受入件数の少ない二次救急医療機関よりも長時間勤務（週60時間以上等）を行う医師の割合が大きい。

中医協 総-3
元. 12. 4

＜年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布（三次救急を除く）＞

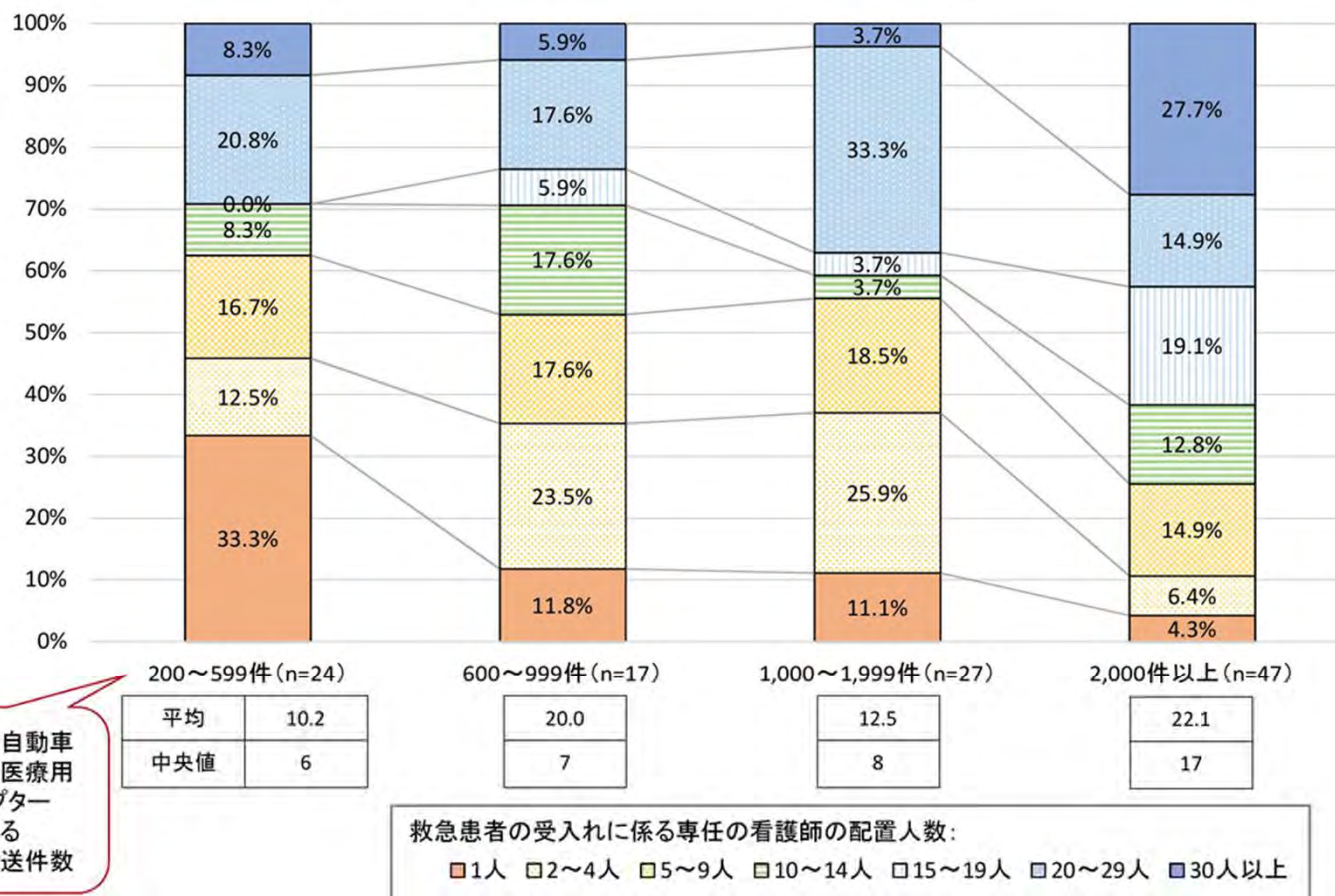


※1 勤務時間に関する出典: 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班

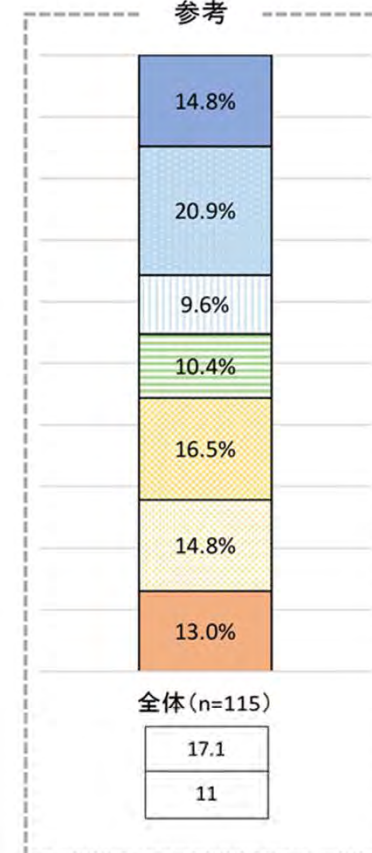
※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典: 平成29年度病床機能報告

○ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる年間の搬送件数が多いほど、救急患者の受入れへの対応に係る専任の看護師の配置人数が多い傾向にある。

■ 年間の救急搬送件数別の 救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数



参考



救急用の自動車
又は救急医療用
ヘリコプター
による
年間の搬送件数

※救急搬送看護体制加算を届出ている施設のみ、無回答を除く

【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

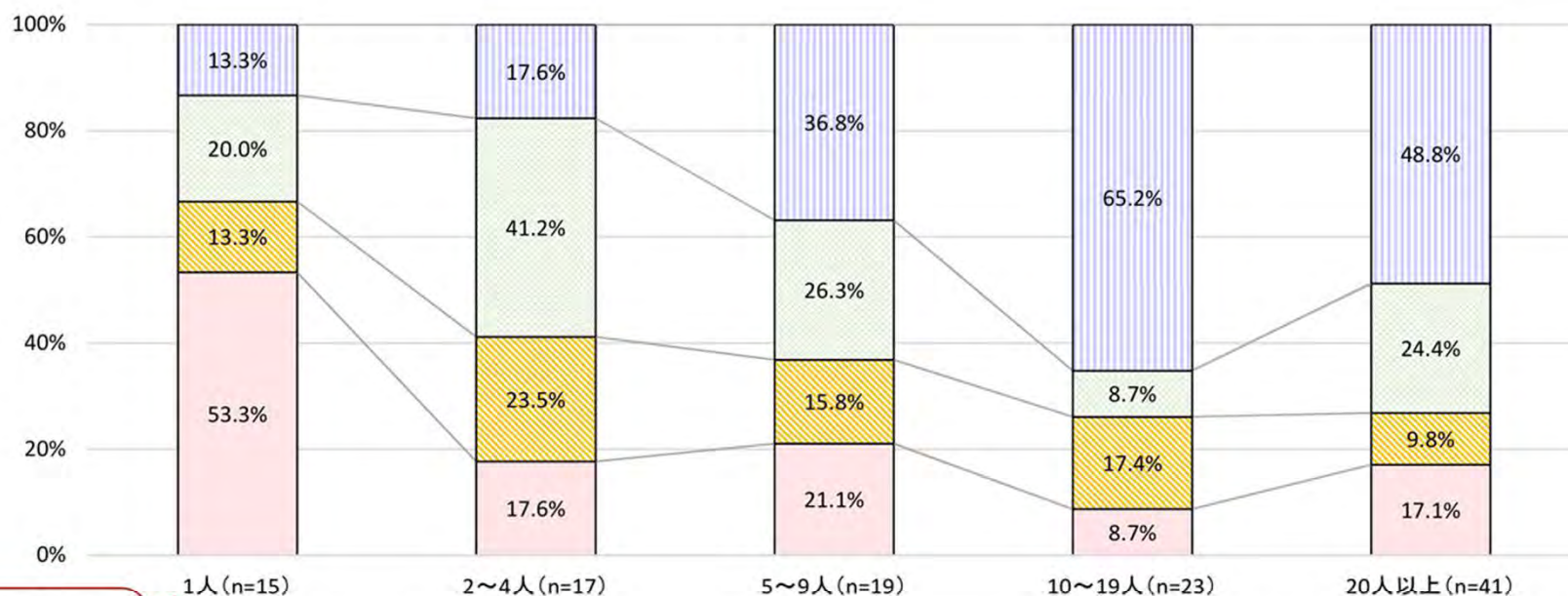
出典：厚生労働省_中医協総会(2019/12/18) 総-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00058.html

救急搬送件数と看護師数との関係 ②

○ 救急患者の受入に係る専任の看護師の配置人数が多いほど、年間の搬送件数が多い傾向にあるが、専任の看護師が1名であっても年間2,000件以上の搬送を受入れている施設があった。

■ 救急患者の受入に係る専任の看護師の配置人数別の 年間の救急搬送件数別



救急患者の
受入に係る
専任の看護師の
配置人数

救急用の自動車又は救急医療ヘリコプターによる年間の搬送件数:

□ 200~599件 □ 600~999件 □ 1,000~1,999件 □ 2,000件以上

※救急搬送看護体制加算を届出ている施設のみ、無回答を除く

【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/10/25) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00043.html

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 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提供体制等の評価
2. 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
3. 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
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、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



医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の見直し

- 医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が推進されるよう、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の内容及び項目数を見直す。

改定前

【総合入院体制加算】

〔施設基準〕

病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること

ア～ウ、オ（略）

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

（イ）外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数 400床以上の病院は必ず含むこと）

（ロ）院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい）

（ハ）医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減

（ニ）病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善

（ホ）看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

改定後

【総合入院体制加算】

〔施設基準〕

病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること

ア～ウ、オ（略）

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。

（イ）外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数 400床以上の病院は必ず含むこと）

（ロ）院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい）

（ハ）医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減

（ニ）医師の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善

（ホ）特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減

（ヘ）院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減

（ト）看護補助者の配置による看護職員の負担軽減



多職種からなる役割分担推進のための委員会等の見直し

- 管理者によるマネジメントを推進する観点から、総合入院体制加算等における「多職種からなる役割分担推進のための委員会・会議」について、管理者の年1回以上の出席を要件とする。

改定後

【総合入院体制加算】〔施設基準〕（上記施設基準のイ）

当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。

※医師事務作業補助体制加算、処置及び手術の
・休日加算1
・時間外加算1
・深夜加算1 についても同様。

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の評価の充実

- 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。

改定前	
【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)	<u>120点</u>
2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	<u>100点</u>



- 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。

改定前	
【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、 <u>常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。</u>	



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</u> の勤務を行っている <u>非常勤の薬剤師を2名組み合わせて</u> 常勤換算し <u>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。

病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

- 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について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。
- 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。

改定前	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） 100点 2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 80点	【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

- ハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室内における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算2において評価する。

改定前	改定後
【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）	【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、 病棟薬剤業務実施加算2 、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

病棟薬剤業務実施加算2を算定できる入院料・管理料

救命救急入院料	小児特定集中治療室管理料
特定集中治療室管理料	新生児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	総合周産期特定集中治療室管理料
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	—

薬剤師の病棟における業務に対する評価

平成24年度診療報酬改定において新設

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

病棟薬剤業務実施加算1 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

平成28年度診療報酬改定において新設

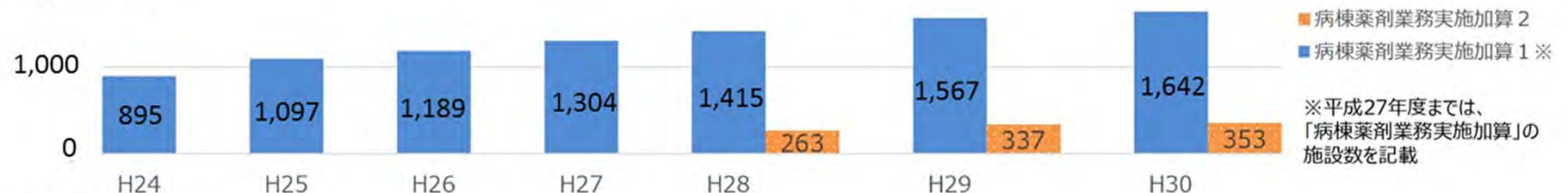
- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)

[主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。

(参考) ■ 病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数
2,000(施設)



出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

出典：厚生労働省_中医協総会「総-1」(2019/11/08)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00046.html

- 病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料の薬剤師に係る施設基準は、2名以上の常勤の薬剤師の配置を求めている。

診療報酬項目	点数	診療報酬の概要と薬剤師に係る施設基準（抜粋）
A244 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）	1 0 0 点	当該保険医療機関の病棟において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施していることを評価。病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を 1 病棟（治療室）1 週間につき 20 時間相当以上実施している場合に加算。 【薬剤師に係る施設基準（抜粋）】 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が 2 人以上配置。 当該保険医療機関の全ての病棟に配置。 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。
2 病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき）	8 0 点	
B008 薬剤管理指導料		
1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合（週 1 回かつ月 4 回）	3 8 0 点	当該保険医療の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他薬学的管理指導を行った場合に算定。 【薬剤師に係る施設基準（抜粋）】 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が 2 人以上配置。 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。
2 1 の患者以外の患者の場合（週 1 回かつ月 4 回）	3 2 5 点	

主な入院基本料、特定入院料と病棟薬剤業務実施加算との関係

○ ハイケアユニット入院医療管理料では、病棟薬剤業務実施加算は1、2のいずれも算定できない。

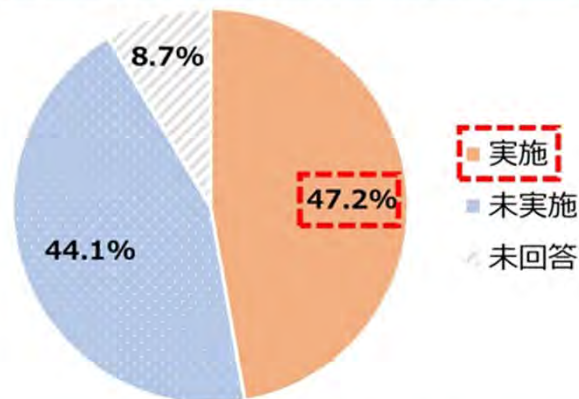
	入院基本料									特定入院料														
	A100	A101	A102	A103	A104	A105	A106	A108	A109	A300	A301	A301-2	A301-3	A301-4	A302	A303	A303-2	A305	A306	A307	A308	A308-3	A309	A310
	一般入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能入院基本料	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	有床診療所入院基本料	有床診療所療養病床入院基本料	救命救急入院料	特定集中治療室管理料	ハイケアユニット入院医療管理料	脳卒中ハイケアユニット入院医療管理料	小児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料	新生児治療回復室入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料	特殊疾患入院医療管理料	小児入院医療管理料	回復期リハビリテーション病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料	特殊疾患病棟入院料	緩和ケア病棟入院料
病棟薬剤業務実施加算 1	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
病棟薬剤業務実施加算 2	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×

○：算定可 ×：算定不可

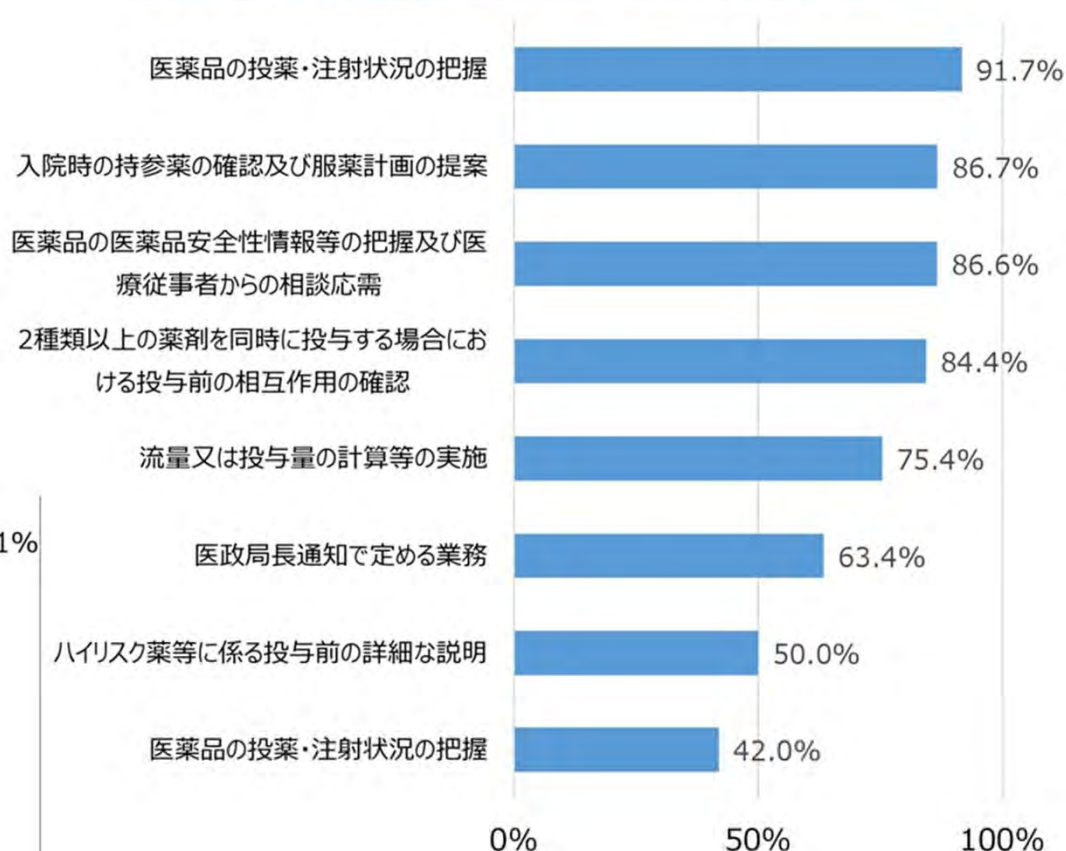
ハイケアユニット入院医療管理料における病棟薬剤業務実施状況

- 約5割のHCUで、病棟薬剤業務を実施していた。実施している業務内容は、「医薬品の投薬・注射状況の把握」等多岐に及ぶ。
- ICU等に薬剤師を配置することによる効果として、「医師等の業務負担軽減」、「副作用の回避や病状安定化への寄与」、「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。

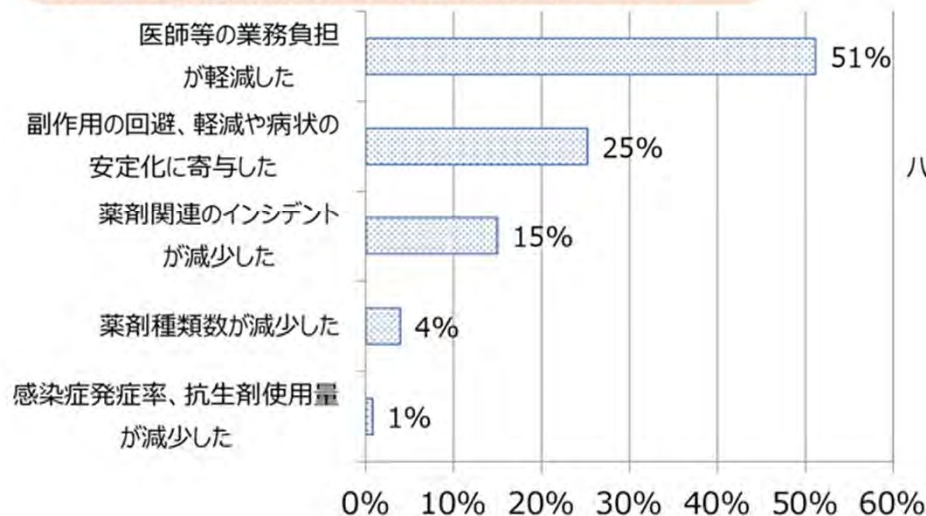
HCUにおける病棟薬剤業務実施割合 (n=413) ¹⁾



HCUで実施している病棟薬剤業務 (n=195) ¹⁾



ICU等への薬剤師配置による効果 (n=127) ²⁾

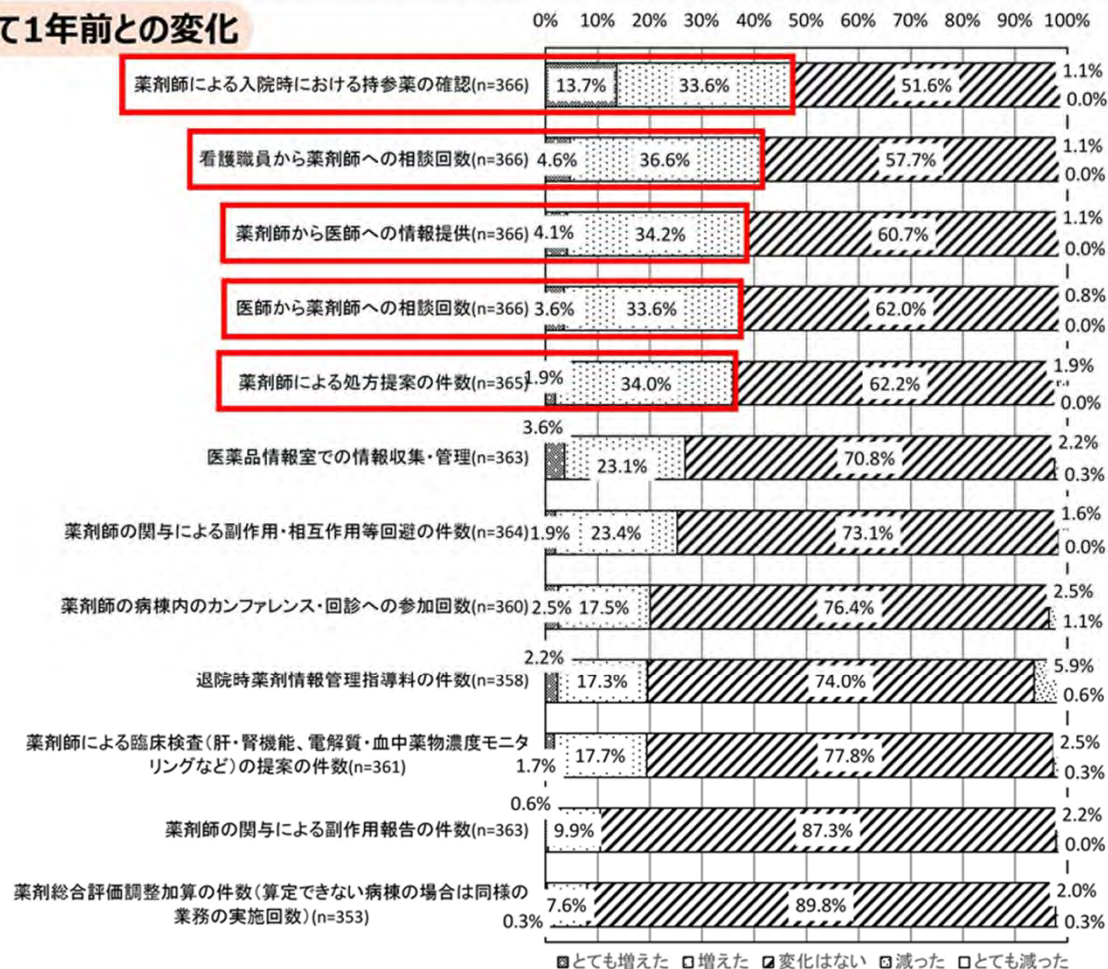


出典：1) 日本病院薬剤師会提供資料（平成30年度医療施設調査）
2) 平成27年度入院医療等の調査（施設票）

病棟薬剤業務実施加算の届出をしていない施設の業務状況 (薬剤部責任者票)

- 病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていない約 4 割の施設において、「薬剤師による入院時における持参薬の確認」、「看護職員から薬剤師への相談回数」、「薬剤師から医師への情報提供」、「医師から薬剤師への相談回数」及び「薬剤師による処方提案の件数」が 1 年前と比較し、「とても増えた」、「増えた」と回答した。

薬剤師の業務について1年前との変化

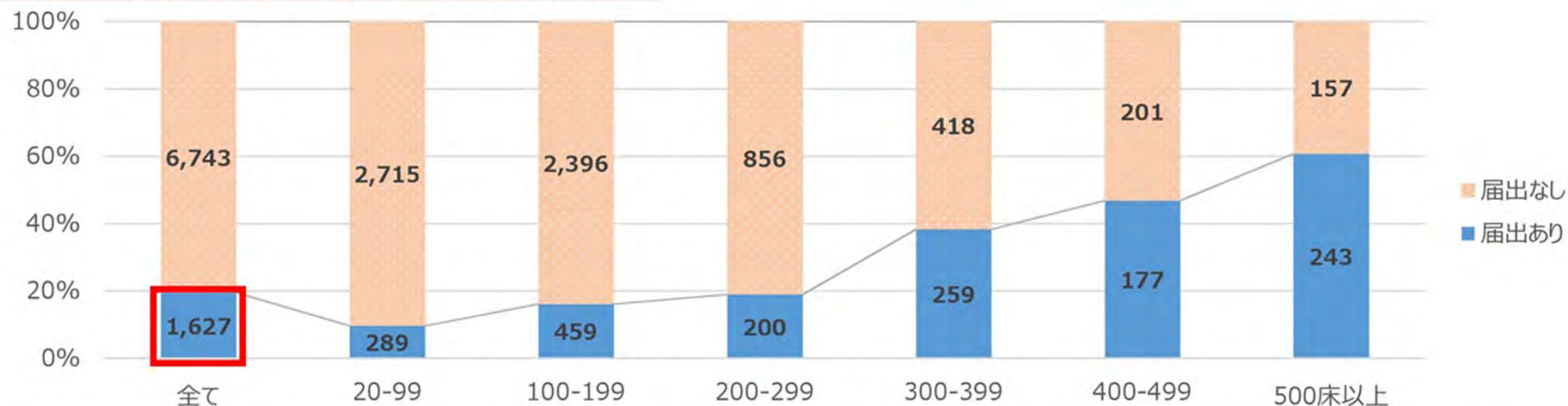


出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」（薬剤部責任者票）速報値

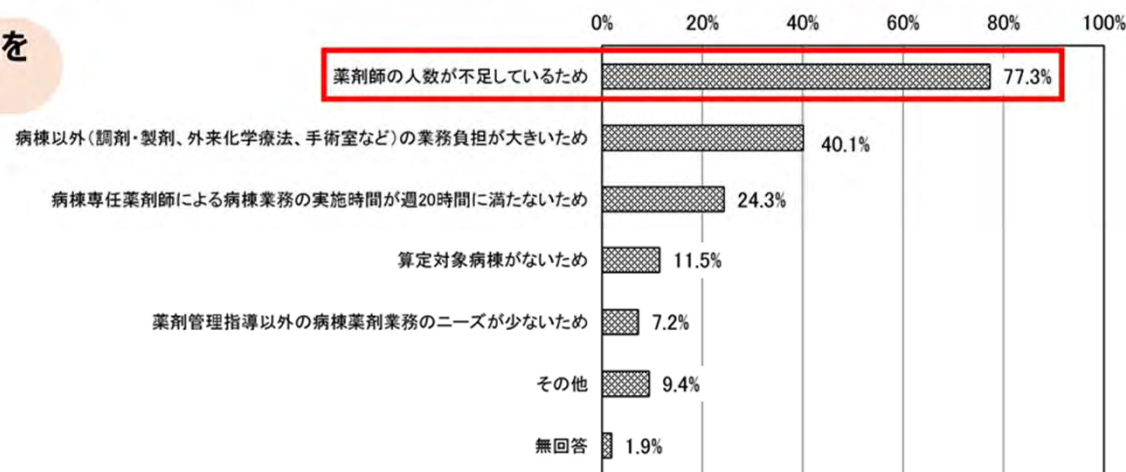
病棟薬剤業務実施加算届出施設数の病床数別の割合等

- 病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている病院は、全体の約 2 割。病床数が多くなるにつれ、届出率は高くなる。
- 届出をしていない理由としては、「薬剤師の人数が不足しているため」が約 8 割で最も多かった。

許可病床規模別の病棟薬剤業務実施加算届出数¹⁾



病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていない理由（複数回答、n=374）²⁾



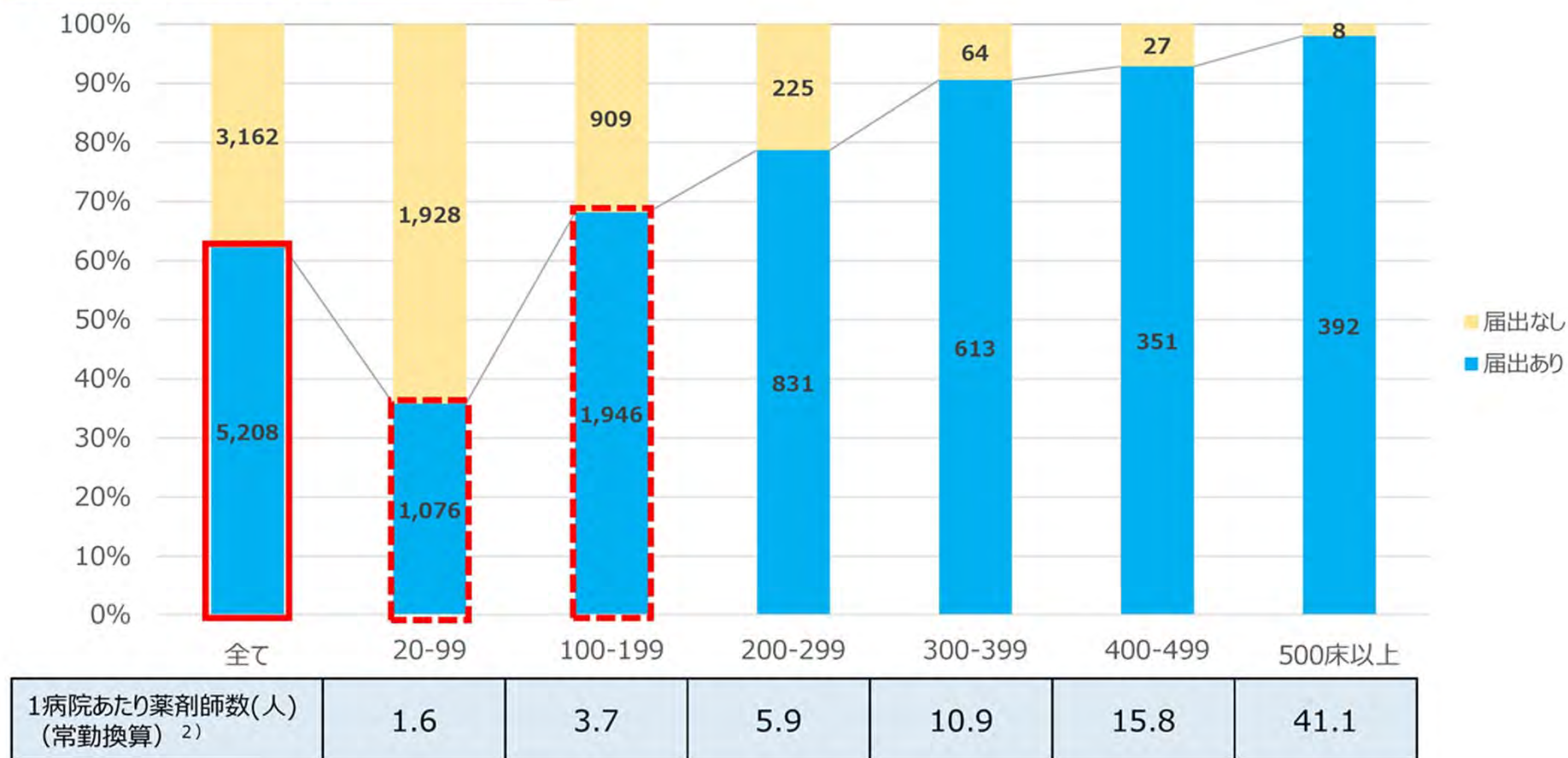
出典：1) 保険局医療課調べ（平成30年7月1日現在の届出状況）

2) 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」（薬剤部責任者票）速報値

薬剤管理指導料届出施設数の病床数別の割合

- 薬剤管理指導料の届出を行っている病院は、全体の約 6 割。病床数が多くなるにつれ、届出率は高くなるが、20-99床及び100-199床の施設における届出割合が低い。

許可病床規模別の薬剤管理指導料届出数¹⁾



出典：1) 保険局医療課調べ（平成30年7月1日現在の届出状況）
2) 平成29年医療施設調査

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。

改定前	
【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

改定前	
【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



特定集中治療室管理料の見直し

専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

改定前

【特定集中治療室管理料1及び2】

〔施設基準〕

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

改定後

【特定集中治療室管理料1及び2】

〔施設基準〕

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。

生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。

※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

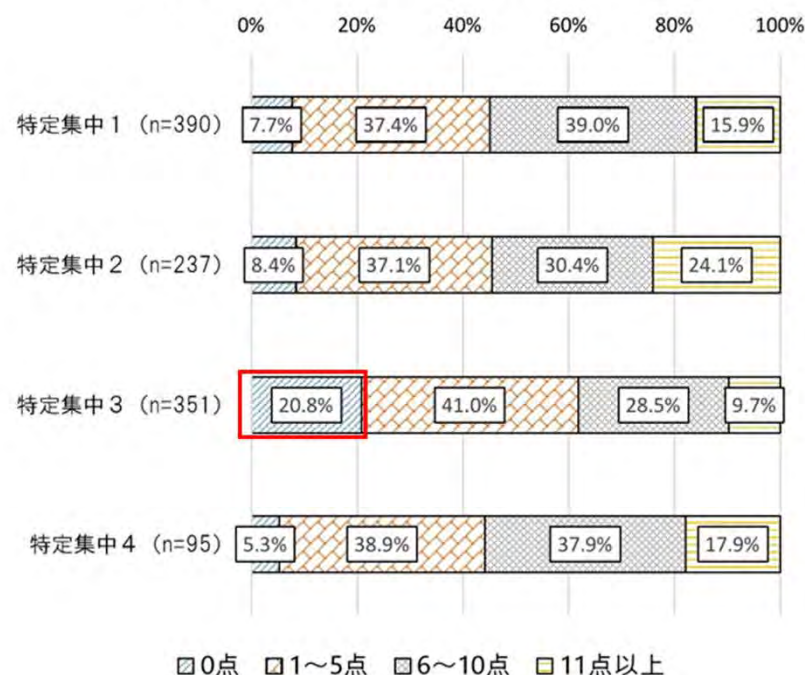
生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

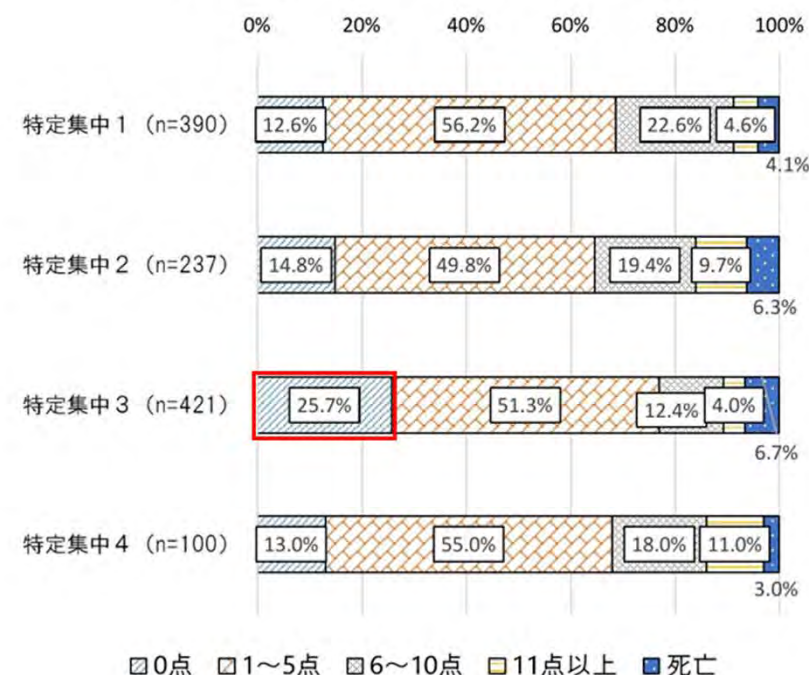
		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 ³ /mm ²)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

- 全患者の入退室時のSOFAスコアをみると、特定集中治療室管理料3は他の管理料に比べて、入室時・退室時のスコアが0点の患者の割合が多かった。

SOFAスコア別の患者割合（入室時）



SOFAスコア別の患者割合（退室時）



出典：令和元年度入院医療等の調査（治療室票） ※無回答は除く

出典：厚生労働省_入院医療等の調査・評価分科会（2019/10/16）入-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00018.html

特定集中治療室管理料等の見直し①

専門性の高い看護師の配置の要件化

➤ 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

[特定集中治療室1、2の施設基準]

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

[経過措置]

平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、

- ① 平成31年3月31日までの間に限り、当該規定を満たしているものとする。
- ② 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該規定を満たしているものとする。

【施設基準通知】

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

【疑義解釈】平成30年3月30日(その1)

(問106) 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるのか。

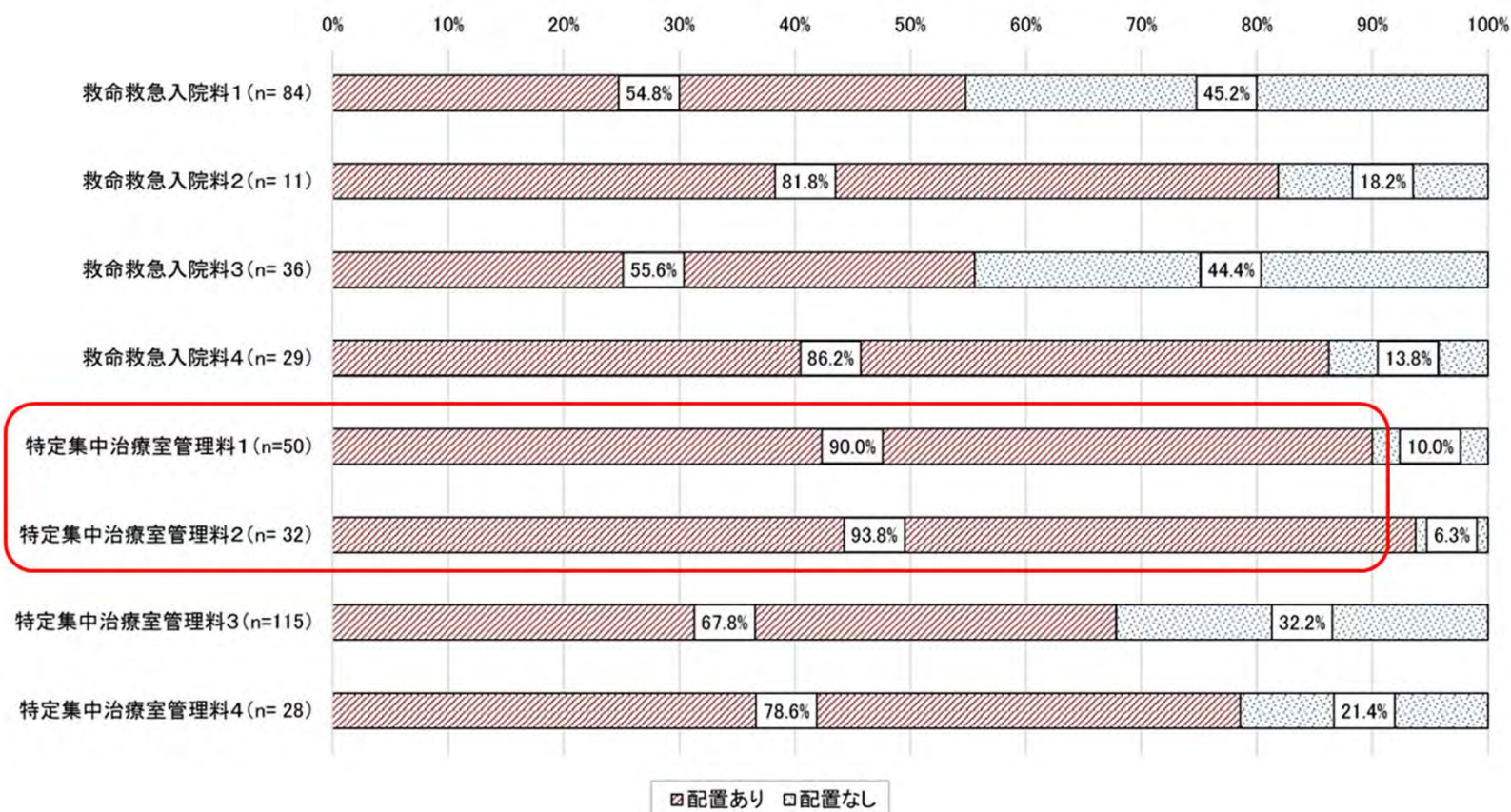
(答)現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修
 - ② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修
 - ③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修
 - ④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修
 - ⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
 - ⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器(気道確保に係るもの)関連」「呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛管理関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修
- なお、⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

専門性の高い看護師の配置状況

- 救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における専門性の高い看護師の配置状況をみると、配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、約9割の施設で配置されていた。

専門性の高い看護師の配置状況



出典：令和元年度入院医療等の調査（治療室票） ※無回答は除く

※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

出典：厚生労働省_入院医療等の調査・評価分科会（2019/09/26）入-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00016.html

特定集中治療室等における栄養管理

- 日本版重症患者の栄養療法ガイドラインにおいて、ICU入室24～48時間以内に経腸栄養を開始することを推奨されている。
- ICUにおいて、入室後48時間以内に栄養投与を開始した場合、48時間以降に栄養投与を開始した分と比較して、死亡率が有意に低い。

日本版重症患者の栄養療法ガイドライン

<目的>

重症患者治療の臨床現場で遭遇する様々な病態において医療者に治療の選択肢とその根拠を提示し、治療方針決定の一助となること等

<栄養管理の必要性>

重症患者の病態や病期に応じた栄養管理を行うことを強く推奨する。

<栄養投与ルート>

栄養投与ルートは、経腸栄養を優先することを強く推奨する。

<経腸栄養>

重症病態に対する治療を開始した後、可及的に**24時間以内、遅くとも48時間以内に経腸栄養を開始**することを推奨する。

出典：日本集中治療医学会重症患者の栄養管理ガイドライン作成委員会、日本版重症患者の栄養療法ガイドライン、日本集中医学会誌、2016.23.185-281

ICUにおける早期栄養投与の効果

<対象者>

2日間以上人工呼吸器が必要である患者を48時間以内に栄養投与を開始した早期群(707名、平均64.8歳)と48時間以降に栄養投与を開始した遅延群(467名、平均62.8歳)の2群に分け予後を観察した。

<結果>

48時間以内に栄養投与を開始した早期群では、それ以降に開始した遅延群と比較して死亡率が有意に低い。

表 経腸栄養の開始時期の違いによる臨床結果の比較

	早期群 (n=707)	遅延群 (n=467)	P値
ICUの死亡患者数 (割合)	159 (22.5%)	132 (28.3%)	0.03
病院の死亡患者数 (割合)	239 (33.8%)	205 (43.9%)	<0.01
ICU在室日数	27.0±12.2	25.9±12.0	0.14

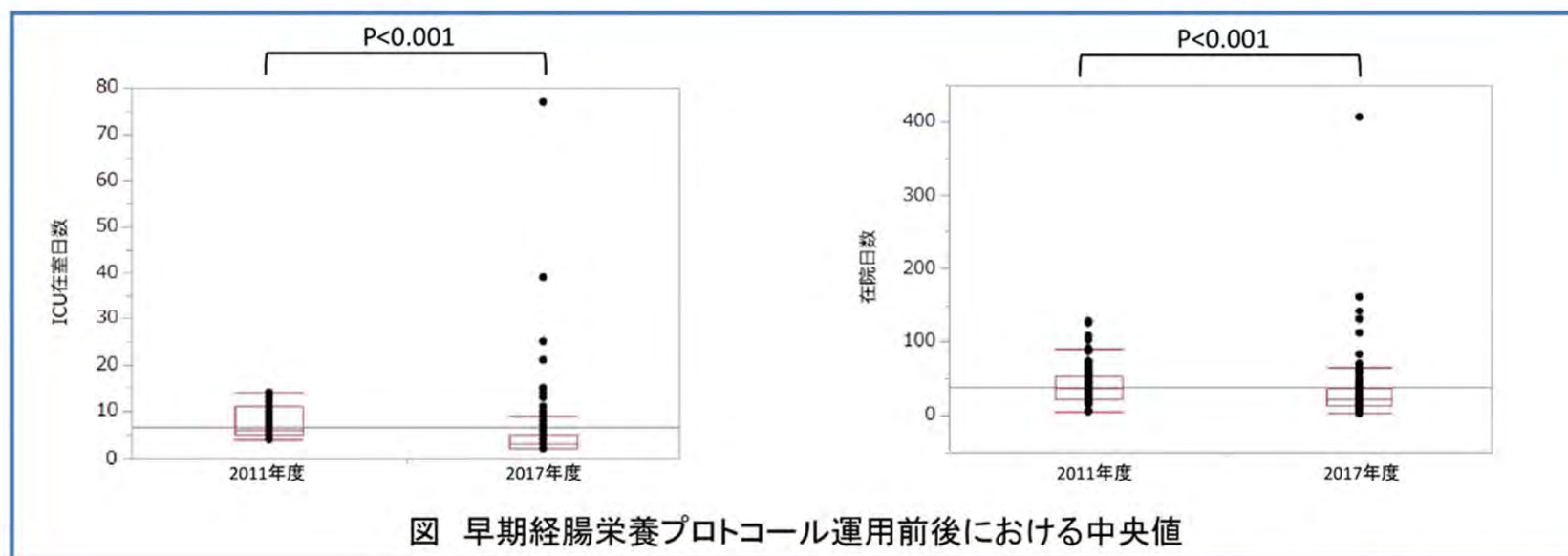
出典：American Journal of Critical Care. 2010.19(3).261-268

特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果②

- 早期経腸栄養プロトコルを用いて48時間以内に管理栄養士が介入し経腸栄養を開始することにより、死亡率が有意に低下するとともに、平均在ICU室日数、平均在院日数が、有意に減少する。

	運用前2011年(n=360)	運用後2017年(n=295)	有意差(Wilcoxon順位検定)
48時間以内経腸栄養開始率(%)	36.2	61.5	$P < 0.01^*$
28日死亡率(%)	20.7	6.7	$P < 0.02^*$
平均在ICU室日数(中央値)	$7.8 \pm 3.5 (6)$	$5.5 \pm 8.8 (3)$	$P < 0.001^{**}$
平均在院日数(中央値)	$40.6 \pm 24.3 (35)$	$33.1 \pm 46.7 (22)$	$P < 0.001^{**}$

* F検定後T検定 ** Wilcoxon順位和検定



出典：日本健康・栄養システム学会誌. 2019.19(2)

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

- 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、同種死体脾移植術及び同種死体脾腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

改定前	
【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

※【同種死体脾移植術】及び【同種死体脾腎移植術】についても同様。

脳死臓器提供管理料の見直し

- 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。

改定前	
【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) 同種死体脾島移植術 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)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、同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術、同種死体脾島移植術、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。

入退院支援に係る人員配置の見直し

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。

改定前

【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。

入退院支援加算3の看護師に係る要件について

- 入退院支援加算3では、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又は、同経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士を配置することが要件となっている。
- 小児の在宅移行に係る研修を受けた看護師が増えてきており、受講により入退院支援の取組が進んでいる。

■入退院支援加算3における入退院支援部門の配置基準

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

又は

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

※専従職員は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事すること。

<NICU退院後の母子とその家族への支援に関する課題>

- ・NICUに勤務する看護師による退院支援は、病院という全ての医療機器が揃っているなかで行われており、在宅という退院後を見越した支援が難しい。
- ・病院で両親に指導していることが、自宅でも同じようにできるとは限らない。それぞれの自宅に合った計画立案が必要 等

<小児在宅移行支援指導者育成研修の概要>

- ① 2日間の集合研修
 - ・新生児医療の現状と課題
 - ・小児在宅移行支援に関わる関連職種、関係機関の連携・調整
 - ・小児在宅移行支援に係る意思決定支援
 - ・医療的ケア児の家族の心理、家族形成支援 等
- ② 訪問看護ステーション等における1例以上の同行訪問実習
- ③ 1日間の集合研修
 - ・在宅支援パス、教育プログラムの導入・活用における検討 等



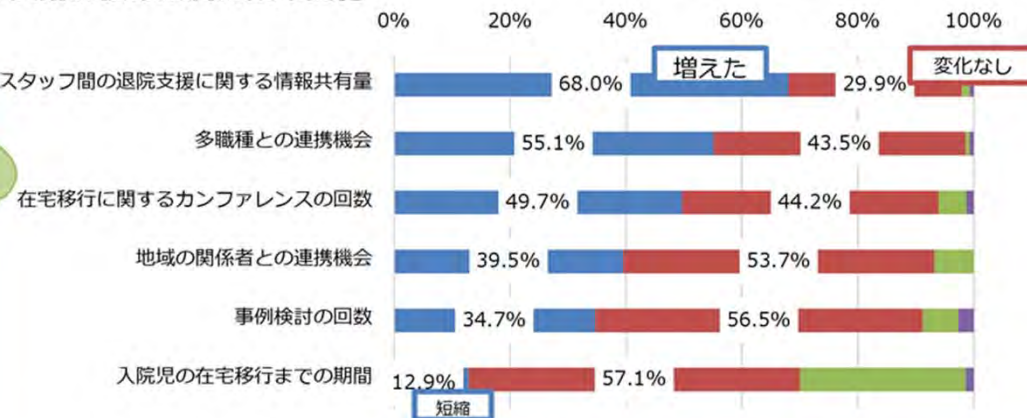
■小児在宅移行に係る研修の受講者数

			H29年度	H30年度	R01年度
受講者数			177	113	208
内 訳	総合周産期 母子医療センター	受講者数	154	77	103
		施設数	88.7% (94／106)	57.4% (62／108)	68.5% (74／108)
	地域周産期 母子医療センター	受講者数	22	33	102
		施設数	5.7% (17／300)	11.1% (33／298)	28.2% (84／298)
	その他の病院	受講者数	1	3	3

3年間の修了者のうち、NICU又はGCUの勤務者が79.8%
経験年数は、5年未満11.6%、5～10年未満25.0%、10～15年未満20.4%

※総合・地域周産期母子医療センターの全施設数は、厚生労働省周産期母子医療センター施設リスト（各年4月1日）より
※令和元年度は前半の受講者数

■研修受講前後の所属施設の変化



【出典】小児在宅移行支援指導者研修修了者を対象にした研修8か月後のアンケート結果（平成29年度、n=147）

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

- 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

- 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。

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 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提供体制等の評価
2. 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
3. **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**
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

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

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 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について、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。

改定前	
医師事務作業補助体制加算1	198～920点
医師事務作業補助体制加算2	188～860点



改定後	
医師事務作業補助体制加算1	248～970点
医師事務作業補助体制加算2	233～910点

【新たに算定可能となる入院料】

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)
- ・地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)
- ・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
- ・精神療養病棟入院料 等

- 20対1～100対1補助体制加算について、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関であれば、要件を満たすこととする。



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。

改定前	
看護職員夜間配置加算	30～95点
看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算)	55点



改定後	
看護職員夜間配置加算	40～105点
看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算)	65点



看護補助者の配置に係る評価の充実

- 看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

改定前	
25対1～75対1急性期看護補助体制加算	130～210点
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	70～90点
看護補助加算1～3	76～129点
夜間75対1看護補助加算	40点
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)	35点
看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	104～129点
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	150点



改定後	
25対1～75対1急性期看護補助体制加算	160～240点
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	100～120点
看護補助加算1～3	88～141点
夜間75対1看護補助加算	50点
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)	45点
看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	116～141点
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	160点



医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 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について、評価を充実する。



改定前		改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1／加算2)	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	15対1	<u>970点</u> ／ <u>910点</u>
20対1	708点／660点	20対1	<u>758点</u> ／ <u>710点</u>
25対1	580点／540点	25対1	<u>630点</u> ／ <u>590点</u>
30対1	495点／460点	30対1	<u>545点</u> ／ <u>510点</u>
40対1	405点／380点	40対1	<u>455点</u> ／ <u>430点</u>
50対1	325点／305点	50対1	<u>375点</u> ／ <u>355点</u>
75対1	245点／230点	75対1	<u>295点</u> ／ <u>280点</u>
100対1	198点／188点	100対1	<u>248点</u> ／ <u>238点</u>

- 医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大する。

改定後

【新たに算定が可能となる入院料】

回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)、地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)、精神科急性期治療病棟入院料2(50対1から100対1に限り算定が可能となる入院料)

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。

医師事務作業補助者の配置効果

	評価	届出なし		届出あり	
		施設数	割合	施設数	割合
医師の事務作業負担	良くなった	133	88.7%	815	96.9%
	変わらない	17	11.3%	26	3.1%
	悪くなった	0	0.0%	0	0.0%
医師の精神的負担	良くなった	92	62.6%	608	72.7%
	変わらない	55	37.4%	228	27.3%
	悪くなった	0	0.0%	0	0.0%
医師の残業時間	良くなった	43	29.3%	405	49.0%
	変わらない	104	70.7%	421	50.9%
	悪くなった	0	0.0%	1	0.1%

(未回答は除く)

NPO法人日本医師事務作業補助研究会調べ（平成31年4月）【速報版】 回答数 1,354施設



出典：厚生労働省「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング（第1回）」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05233.html

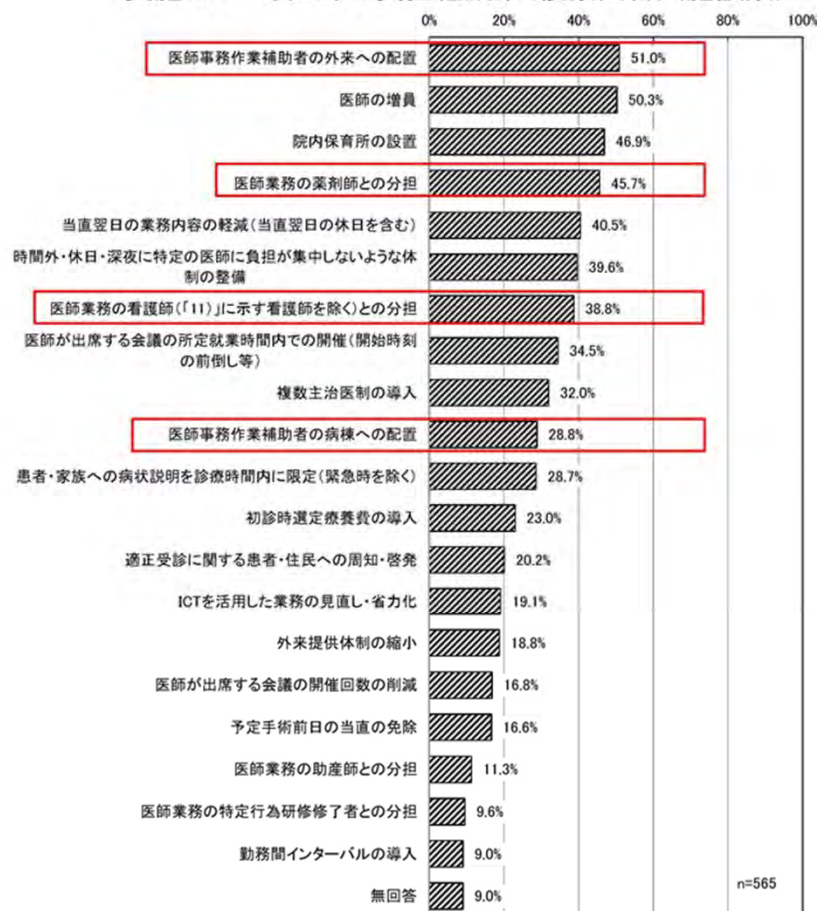
東和薬品は、ジェネリックに+αの価値を。

© Copyright 2020 TOWA PHARMACEUTICAL CO.,LTD. All Rights Reserved.

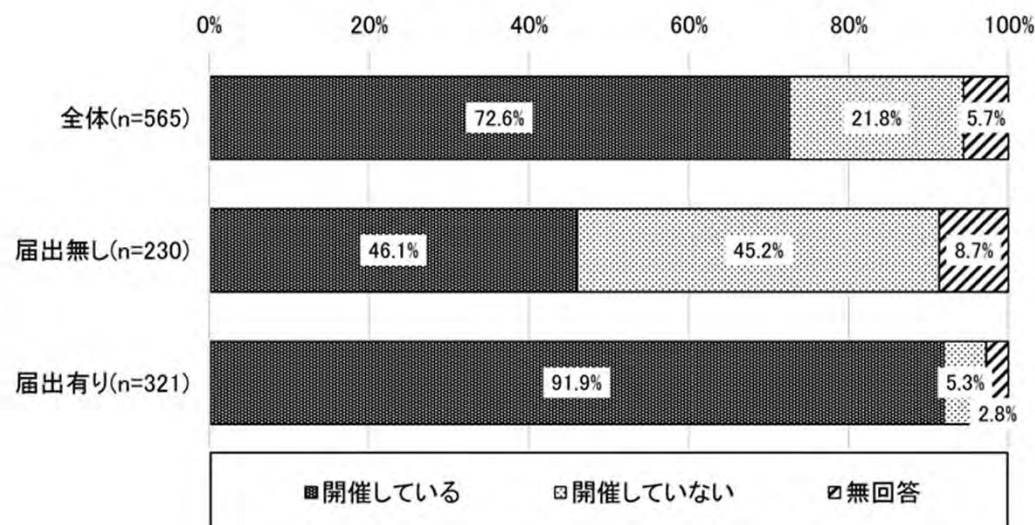
タスク・シェアリング/タスク・シフティングの実施状況

- 医師の負担軽減策として、医師事務作業補助者の外来への配置や医師業務の看護師や薬剤師との分担が実施されていた。
- また、医師事務作業補助体制加算を届出していない医療機関においても、46.1%が多職種からなる役割分担の推進のための委員会を開催していた。

実施している医師の負担軽減策(複数回答)(施設票)



多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議の開催状況(医師事務作業補助体制加算の届出の有無別)(施設票)



平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査 速報値)

出典：厚生労働省 中医協総会 (2019/11/08) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00046.html

算定できる入院料

A100 一般病棟入院基本料
 A101 療養病棟入院基本料(注12に掲げる入院料を除く。)(50対1、75対1、100対1に限る。)
 A103 精神病棟入院基本料(50対1、75対1、100対1に限る。)
 A104 特定機能病院入院基本料(加算1に限る。)
 A105 専門病院入院基本料
 A106 障害者施設等入院基本料
 A300 救命救急入院料(特定機能病院については、加算2を除く。)
 A301 特定集中治療室管理料
 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 A301-4 小児特定集中治療室管理料
 A302 新生児特定集中治療室管理料
 A303 総合周産期特定集中治療室管理料
 A303-2 新生児回復室入院医療管理料
 A305 一類感染症患者入院医療管理料
 A306 特殊疾患入院医療管理料
 A307 小児入院医療管理料
 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(一般)
 A308-3 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(一般)
 A310 緩和ケア病棟入院料
 A311 精神科救急入院料
 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料1
 A311-3 精神科救急・合併症入院料
 A317 特定一般病棟入院料

算定できない入院料

A101 療養病棟入院基本料 注12に掲げる入院料
 A102 結核病棟入院基本料
 A108 有床診療所入院基本料
 A109 有床診療所療養病床入院基本料
 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(療養)
 A308-3 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養)
 A309 特殊疾患病棟入院料
 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料2
 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料
 A312 精神療養病棟入院料
 A314 認知症治療病棟入院料
 A318 地域移行機能強化病棟入院料
 A400 短期滞在手術基本料
 特別入院基本料等

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、当該保険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。

改定前

【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。

麻酔管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)

	L009 麻酔管理料(Ⅰ)	L010 麻酔管理料(Ⅱ)
点数	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点 2 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 1,050点	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 2 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 450点
麻酔を実施する職種	常勤の麻酔科標榜医が実施	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実施
主な算定要件	・常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を実施 ・専ら常勤の麻酔科標榜医が硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない ・麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技※を自ら実施した場合に算定	・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(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。 ・主要な麻酔手技※を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない(麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要がある)
施設基準	・麻酔科を標榜する保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を1名以上配置 ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 ※主要な麻酔手技とは、気管内挿管・抜管、マスク挿入・抜去、脊椎麻酔の実施、硬膜外麻酔の実施等である。	・麻酔科を標榜している保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を5名以上配置※ ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 ・24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有する ・麻酔科標榜医とそれ以外の医師が共同した麻酔実施体制を確保 ※週3日以上常態として勤務、かつ、所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせることが可能(常勤配置のうち4名まで)
届出施設数・算定回数	(回) (施設) 病院 (施設) (回) H28 H29 H30 診療所 (施設) (回) H28 H29 H30	(回) (施設) 病院 (施設) (回) H28 H29 H30 ● 硬膜外麻酔 ■ 脊椎麻酔 ■ 全身麻酔 — 届出施設数 ※診療所の届出・算定はなし

【出典】届出施設数：保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)、算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/12/18) 総-3

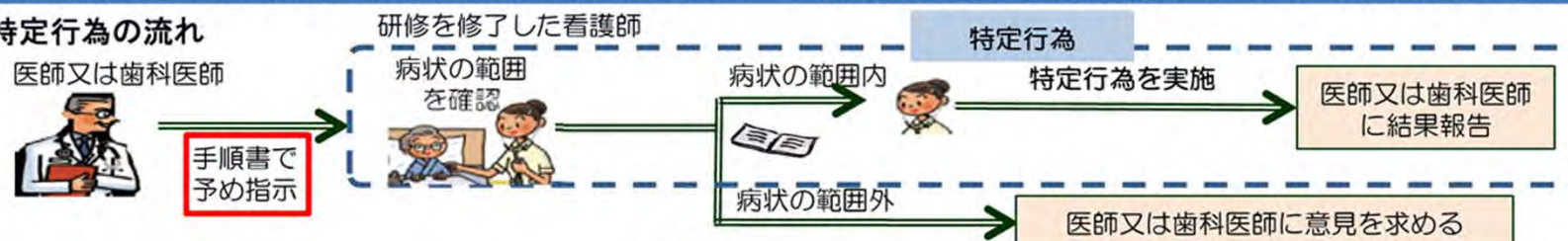
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00058.html

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設(平成27年10月)し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等(協力施設)で受けることを可能としている



4. 研修の内容(平成31年4月～)

「共通科目」
全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学(講義、演習)	30
臨床推論(講義、演習、実習)	45
フィジカルアセスメント(講義、演習、実習)	45
臨床薬理学(講義、演習)	45
疾病・臨床病態概論(講義、演習)	40
医療安全学、特定行為実践(講義、演習、実習)	45
合計	250

「区分別科目」
特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

特定行為区分(例)	時間数
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	9
創傷管理関連	34
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16
感染に係る薬剤投与関連	29
※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。 ※1区分ごとに受講可能。	

全身麻酔の場合の麻酔管理における主な医行為等

- 麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修を修了した看護師が、医師又は歯科医師が診療の補助行為を行わせるために指示として作成した手順書に基づき、実施できる。
- 特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる診療の補助行為が多く認められる。

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	麻酔薬等の投与
	マスク換気
	膀胱留置カテーテルの挿入
	気管挿管
	<u>橈骨動脈ラインの確保</u>
	<u>直接動脈穿刺法による採血</u>
	中心静脈ラインの確保
	<u>末梢留置型中心静脈ラインの確保</u>
	経鼻胃管の挿入
	体位変換

麻酔維持	薬剤投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
	糖質・電解質輸液投与量の調整
	人工呼吸器の設定調整
	気管チューブ位置の調整
麻酔覚醒	人工呼吸器からの離脱
	気管チューブの抜管
	経鼻胃管の抜去
	<u>中心静脈ラインの抜去</u>
	動脈ラインの抜去
術後	診察

(注)下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

硬膜外麻酔等の場合の麻酔管理における主な医行為等

○全身麻酔より侵襲性が低い硬膜外麻酔や脊椎麻酔においても、全身麻酔と同様に麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる。

【硬膜外麻酔の例】

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	硬膜外カテーテルの挿入
	麻酔薬等の投与
	膀胱留置カテーテルの挿入
	体位変換

麻酔維持	薬剤投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
	糖質・電解質輸液投与量の調整
術後	診察
	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

(参考) 手順書とは

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書であって、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲」、「診療の補助の内容」等が定められているものです。

具体的に、手順書の記載事項としては、以下の事項となります。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

なお、「3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」とは、その手順書を適用する患者の状態を指し、患者は、医師又は歯科医師が手順書により指示を行う時点において特定されている必要があります。

手順書の具体的な内容については、1. から6. の手順書の記載事項に沿って、各医療現場において、必要に応じて看護師等と連携し、医師又は歯科医師があらかじめ作成することになっています。

また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項やその具体的内容を追加することもできます。

出典：厚生労働省ホームページより引用

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
	人工呼吸器からの離脱
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗不安薬の臨時的投与
	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/12/18) 総-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00058.html

看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

看護補助者の配置に係る評価の充実

- 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、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。



改定前	
【急性期看護補助体制加算】	
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
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
50対1 急性期看護補助体制加算	170点
75対1 急性期看護補助体制加算	130点
夜間30対1 急性期看護補助体制加算	90点
夜間50対1 急性期看護補助体制加算	85点
夜間100対1 急性期看護補助体制加算	70点
【看護補助加算】	
看護補助加算1	129点
看護補助加算2	104点
看護補助加算3	76点
夜間75対1 看護補助加算	40点
夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算)	35点
看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)	
イ 14日以内の期間	129点
ロ 15日以上30日以内の期間	104点
看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算)	150点

改定後	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1 急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	<u>240点</u>
25対1 急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	<u>220点</u>
50対1 急性期看護補助体制加算	<u>200点</u>
75対1 急性期看護補助体制加算	<u>160点</u>
夜間30対1 急性期看護補助体制加算	<u>120点</u>
夜間50対1 急性期看護補助体制加算	<u>115点</u>
夜間100対1 急性期看護補助体制加算	<u>100点</u>
【看護補助加算】	
看護補助加算1	<u>141点</u>
看護補助加算2	<u>116点</u>
看護補助加算3	<u>88点</u>
夜間75対1 看護補助加算	<u>50点</u>
夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算)	<u>45点</u>
看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)	
イ 14日以内の期間	<u>141点</u>
ロ 15日以上30日以内の期間	<u>116点</u>
看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算)	<u>160点</u>

栄養サポートチーム加算の見直し

栄養サポートチーム加算の見直し

- 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。

改定前

[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。

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

1. 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提供体制等の評価
2. 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
3. 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
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

会議や研修の効率化・合理化

会議



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



院内研修



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

院外研修



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

記録の効率化・合理化

診療録



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

レセプト
摘要欄



・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

● 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

● 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



医療機関における業務の効率化・合理化

- 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。
- 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。

改定前	改定後
【医療安全管理体制の基準】 (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。	【医療安全管理体制の基準】 (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。 <u>なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、対面によらない方法でも開催可能とする。</u> ※ 院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算についても同様。

- 院内研修について、抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化する。また、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。

改定前	改定後
【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準] (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。	【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準] (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。 <u>なお、当該院内研修については、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。</u>

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

改定前	改定後
【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準] 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。 <u>なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。</u> ア・イ（略）	【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準] 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。 ※ 特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。

出典：厚生労働省_中医協総会(2020/02/07) 総-1「個別改定項目について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193003_00002.html

書類作成・研修等の合理化(イメージ)

診療報酬の算定にあたり書類の作成や診療録等への記載を求めている項目(例)

○ A233-2 栄養サポートチーム加算

- ・ 栄養サポートチーム加算の算定に当たっては、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとしている。
- ・ ただし、栄養サポートチーム加算(特定地域)の算定に当たっては、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること、とされている。

○ B001・13 在宅療養指導料

- ・ 在宅療養指導料の算定に当たっては、医師が、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載するとともに、保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記することが求められている。

- 作成する書類と、診療録に記載する事項の整理
- 書類の記載者と記載内容の整理

診療報酬の算定にあたり研修の修了等を求めている項目(例)

○ A234-2 感染防止対策加算1及び2(院内研修)

- ・ 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。

○ A214 看護補助加算等(院内研修)

- ・ 施設基準において、年に1回以上の受講が要件とされている院内研修について、内容が大きく変化しないと考えられる研修内容についても、毎年の受講が求められているものがある。

○ 重症度、医療・看護必要度(院外研修)

- ・ 施設基準において、院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましいとされている。

- 研修の受講頻度等の要件見直し

診療報酬の算定にあたり会議の開催を求めている項目(例)

○ A246 入退院支援加算1

- ・ 連携機関の職員との年3回の面会について、やむを得ない事情により対面で面会できない場合は、3回中1回(医療資源の少ない地域に属する医療機関の場合は3回中3回)に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて面会することができる。

○ 入院基本料等

- ・ 安全管理の責任者等で構成される委員会を月1回程度開催する。

- ICTの利活用を含めた要件見直し

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

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)

改定前

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



必要な場合、ICT活用可

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

- 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。

改定前

【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】

- 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

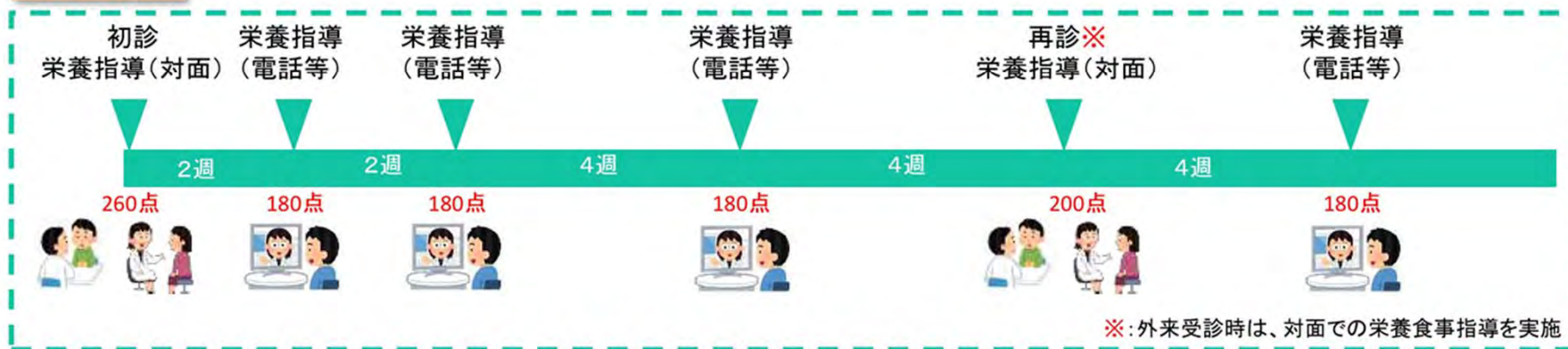


【算定要件】

注1 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。

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



Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

かかりつけ医機能に係る評価の充実

【治療と仕事の両立に向けた支援の充実】

- ・算定要件の見直し
- ・対象疾患の拡大

【かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化】

- ・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



情報共有
・連携



情報共有
・連携



【かかりつけ医機能に係る評価の見直し】

- ・地域包括診療加算の施設基準の緩和
- ・小児かかりつけ診療料の対象年齢拡大
- ・機能強化加算の要件見直し

【(参考1)継続的な診療に係る評価の見直し】

- ・生活習慣病管理料の要件見直し
- ・婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価の新設

【(参考2)外来医療の機能分化の推進】

- ・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



かかりつけ医機能の推進①

地域包括診療加算の見直し

- 地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の評価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対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする。具体的には、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

改定前

【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)

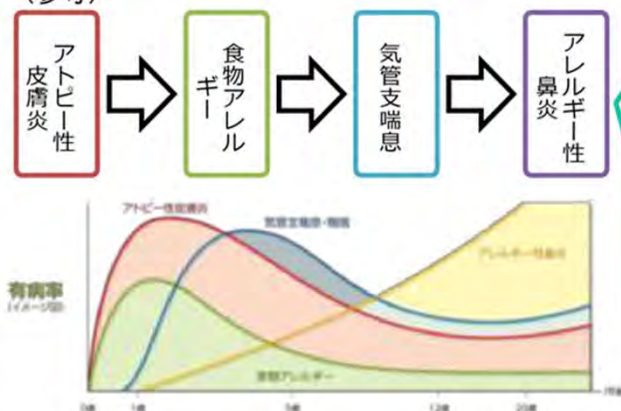
時間外対応加算1	時間外対応加算2	時間外対応加算3
○ 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。		
○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、 <u>原則として当該診療所において、常時対応できる体制</u> がとられていること。	○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、 <u>標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制</u> 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。

かかりつけ医機能の推進②

小児かかりつけ診療料の見直し

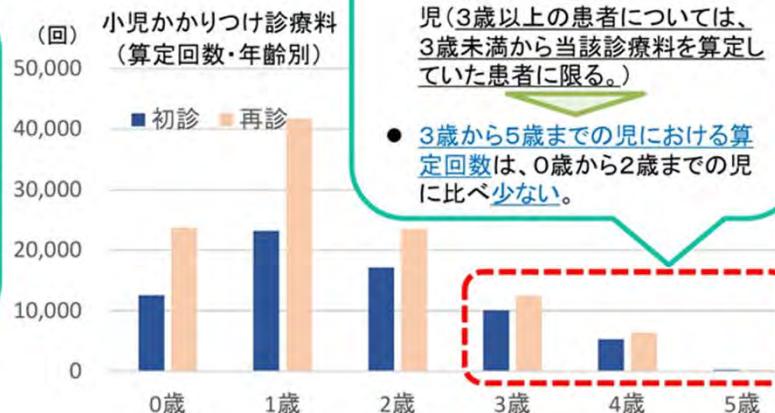
- 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大する。

(参考)



例: アレルギーマーチ

- 進行の予防のためには、乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理が重要。
- 小児期においては、早期発見、早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえた継続的な介入・支援が重要。



- 院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。

改定前

[算定要件]

- (5) 常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「2」の所定点数を算定できる。

改定後

[算定要件]

- (5) 当該保険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」で算定する。

小児科外来診療料の見直し

- 小児科外来診療料の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、院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。また、施設基準に係る届出を求めることとする。

薬局における対人業務の評価の充実 ①

外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

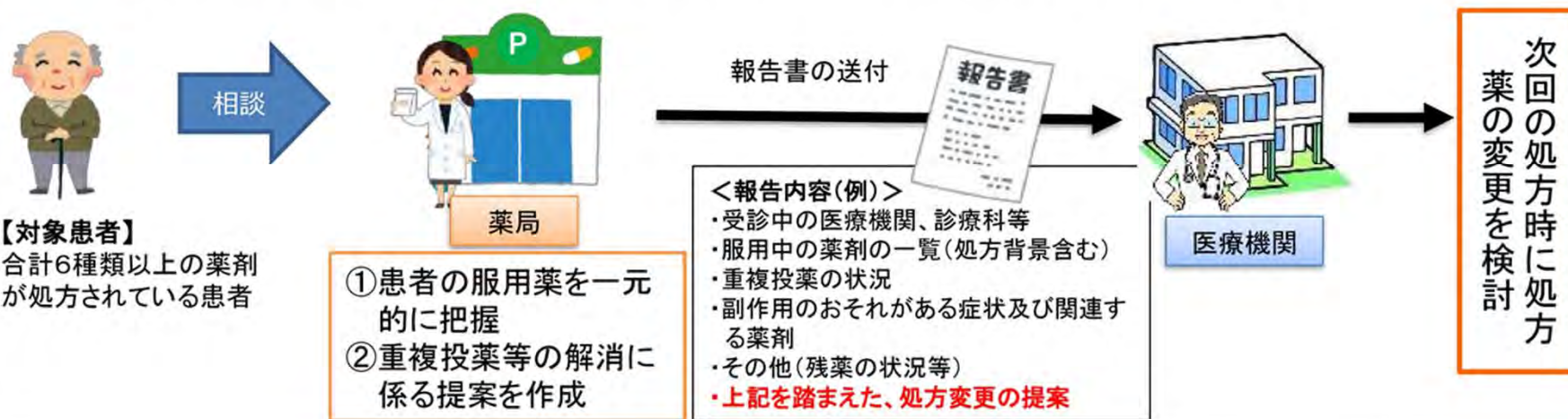
- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

(新) 服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



かかりつけ薬剤師指導料等の評価

- 対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者のプライバシーに配慮や残薬への対応に関する要件を見直すとともに評価を見直す。

改定前

【かかりつけ薬剤師指導料】	73点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】	281点

[施設基準]
(新設)

【薬剤服用歴管理指導料※】

[算定要件]

- (1)エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。

※ かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこととされている。

見直し後

【かかりつけ薬剤師指導料】	76点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】	291点

[施設基準]

患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

【薬剤服用歴管理指導料※】

[算定要件]

- (1)エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。

同一薬局の利用推進

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、**再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大。**
- 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、**2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。**
- 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、**患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。**

現行

		調剤基本料 1 の薬局	調剤基本料 1 以外
6 ヶ月以内の再度の来局	手帳あり	41点	53点
	手帳なし	53点	
6 ヶ月以内の再度の来局でない	手帳あり／なし		



令和2年度改定

		調剤基本料1の薬局	調剤基本料1以外
3ヶ月以内 の再度の来局	手帳あり	43点	
	手帳なし	57点	
3ヶ月以内の再度の来局でない	手帳あり／なし		

Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

- かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算

80点



【算定要件】

- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する観点から、右の施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

【施設基準】

- 以下のいずれにも該当すること。
- (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
 - (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ・ 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。)
 - (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問合せへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
機能強化加算	(病院) 1,048 (診療所) 11,793	初診料 1,783,064 小児科外来診療料 137,736 小児かかりつけ診療料 56,428

(出典)

届出医療機関数: 保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

出典: 厚生労働省_中医協総会(2019/12/11) 総-3

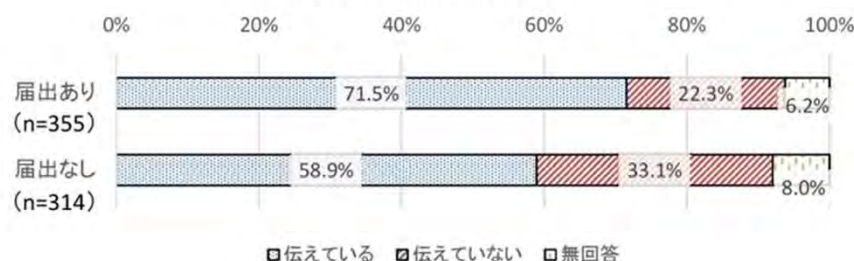
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00056.html

他の医療機関の受診状況等の情報共有について(機能強化加算の届出有無別)

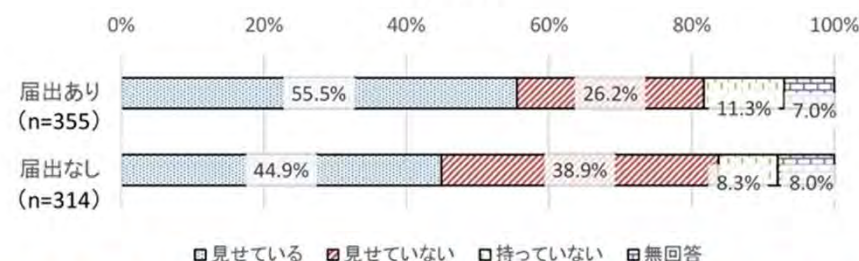
平成30年診療報酬改定後

- 機能強化加算の届出の有無別に、他の医療機関の受診状況等の情報共有の状況を見ると、
- ・ 他の医療機関の受診状況については、届出のある医療機関の患者では71.5%、届出のない医療機関の患者では58.9%が「(受診した医療機関に)伝えている」と回答した。
 - ・ 他の医療機関で処方されている薬の内容については、届出のある医療機関の患者では68.5%、届出のない医療機関の患者では58.3%が「伝えている」と回答した。
 - ・ お薬手帳については、届出のある医療機関の患者では55.5%、届出のない医療機関の患者では44.9%が「見せている」と回答した。
 - ・ かかりつけ医の役割に関する説明を受けているかどうかについては、届出のある医療機関の患者では34.9%、届出のない医療機関の患者では16.6%が「受けている」と回答した。

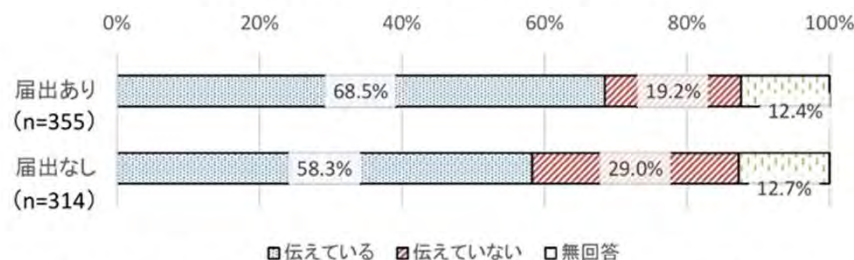
他の医療機関の受診状況



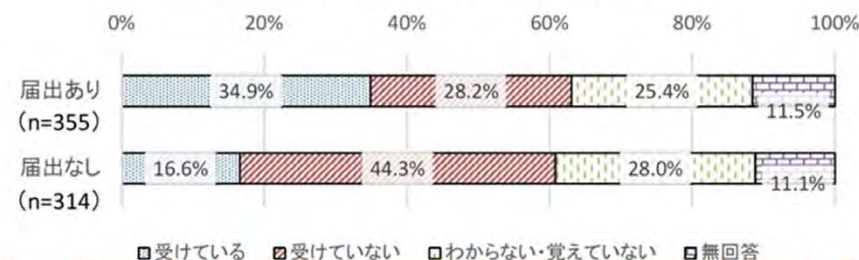
お薬手帳



他の医療機関で処方されている薬の内容



かかりつけ医の役割に関する説明



【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」(患者票)(速報値)

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算(未届出施設においては初診料)の算定患者を対象として調査を実施。

かかりつけ医機能の普及の推進

➤ かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件について、以下のとおり見直す。

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。

- 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
- 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を含む地域の医療機関が検索できること。

2. 院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。

- 当該掲示内容を書面にしたもの、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
- 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

改定前

〔施設基準〕

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。



改定後

〔施設基準〕

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応 及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている 医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

また、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が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見えやすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- 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

[算定要件]

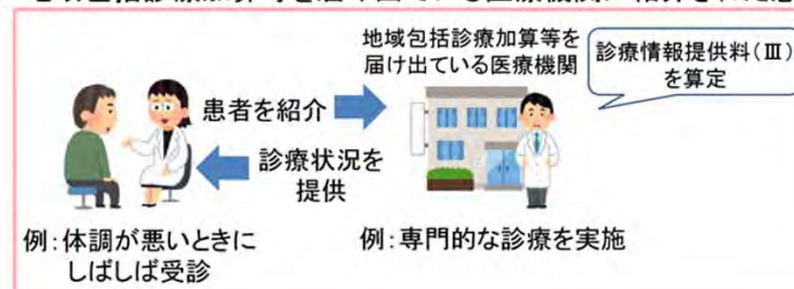
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[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



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



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



[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。

医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

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。

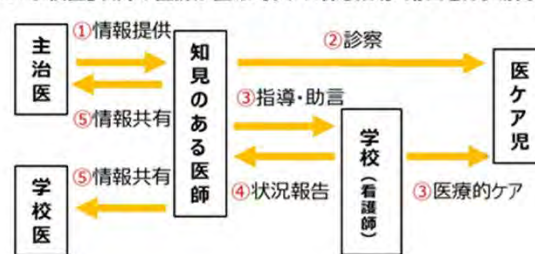


(参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「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

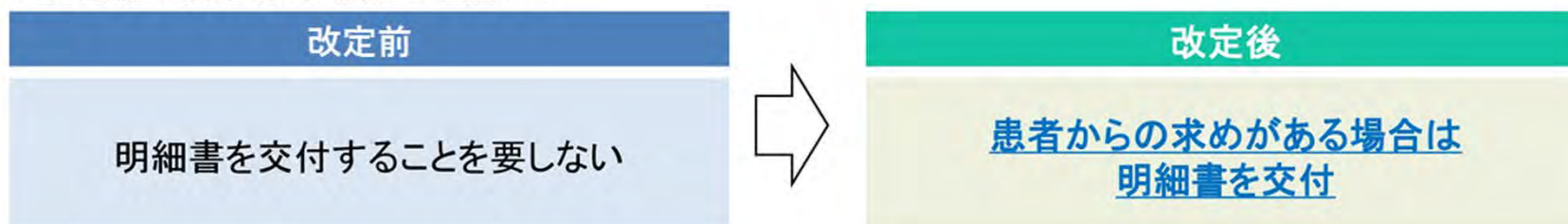
- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
- (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医療的ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも調整
- (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的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

明細書発行の推進

明細書交付対象範囲の拡大

- 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、明細書交付を義務化。

《正当な理由がある場合の取扱い》



- 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)】

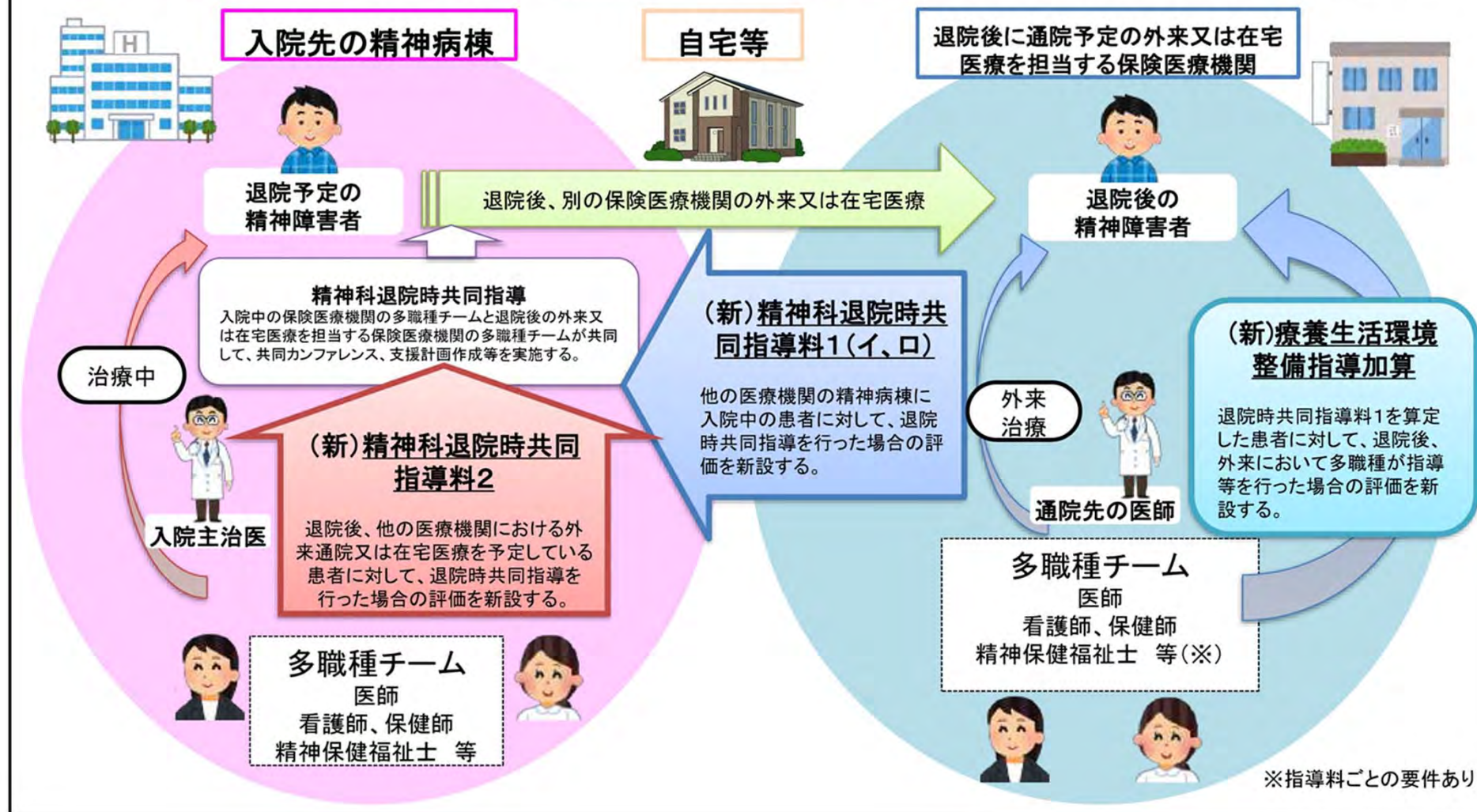
- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

- 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」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



精神病棟における退院時共同指導の評価

- 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(以下、看護師等) ○ 精神保健福祉士
1のロ	○ 重点的な支援が必要な患者 ※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者	○ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等 ○ 精神保健福祉士
2	○ 1のイ又は1のロの患者	○ 精神科医 ○ 看護師等 ○ 精神保健福祉士

[算定要件]

- 外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険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。
- 外来を担当する医療機関の関係者のいずれかが、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](#)を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

[施設基準]

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



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

- 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(以下、「看護師等」という。)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、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、看護師等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若しくは作業療法士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すること。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]

- (1) 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。
- (2) 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。

腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

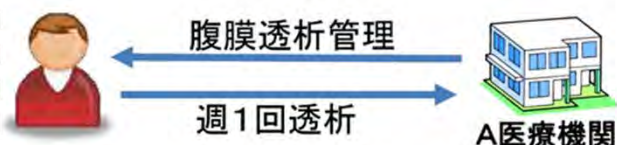
- 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

- 腹膜灌流と血液透析を併用する場合の、一般的な管理方法（右図）



改定前



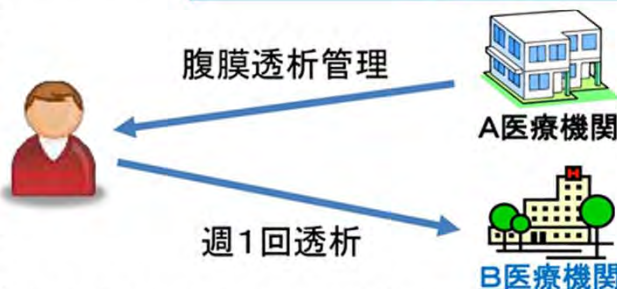
- 腹膜透析管理を行っている施設（A医療機関）で血液透析を実施した場合のみの評価となっている。

改定前

- 【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行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



- 腹膜透析管理を行っている施設（A医療機関）以外の他医療機関（B医療機関）でも血液透析が実施可能となる。

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行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。

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

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。

改定前

【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】

- 摂食嚥下支援加算** 200点
(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 *
 - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
 - 専任の常勤言語聴覚士 *
 - 専任の常勤薬剤師 *
 - 専任の常勤管理栄養士 *
 - 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**



個別栄養食事管理加算の見直し

個別栄養食事管理加算の見直し

- 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。

改定前

【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



緩和ケア診療加算等の要件の見直し

➤ 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

緩和ケア診療加算

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
個別栄養食事管理加算	(届出不要)	9,065

(出典) 算定回数: 平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

表 緩和ケア診療加算及び個別栄養食事管理加算の対象疾患について

	悪性腫瘍	後天性免疫不全症候群	末期心不全
緩和ケア診療加算	○	○	○
個別栄養食事管理加算	○	×	×

心不全患者の栄養状態と栄養管理の内容等について

- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全のステージが進行し、終末期に近づくにつれ栄養状態が悪化することから、栄養サポートを実施することが示されている。
- 栄養療法においては、栄養状態を保ち、心不全の増悪を予防し予後の改善を目指し、適正なエネルギー量を摂取しつつ、食塩摂取量が適正化が重要となる。また、栄養状態が悪化している場合には、適正なエネルギー摂取の優先度が高くなる。

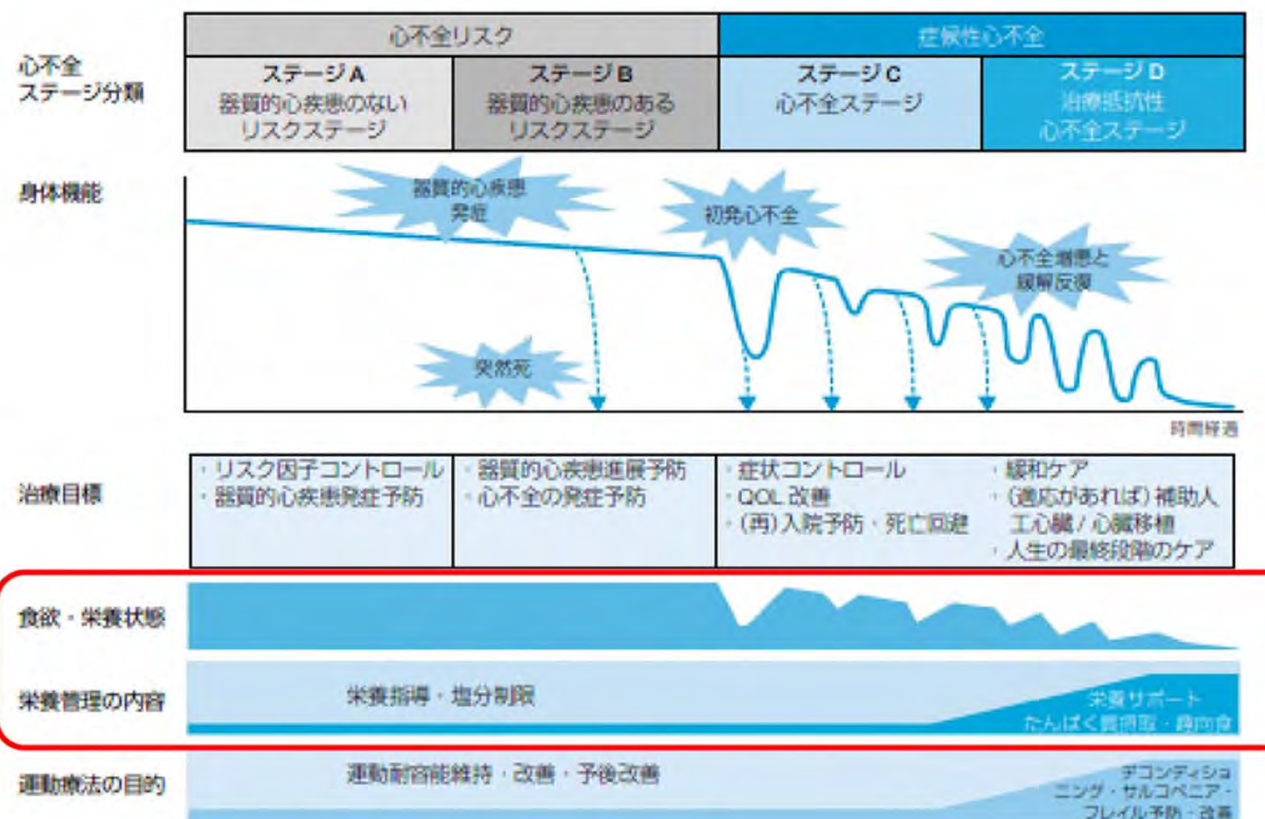


図 VI-3 慢性心不全の経過と栄養状態・栄養管理・運動療法の位置づけの概略

文献 102) 厚生労働省、脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について（平成 29 年 7 月）、より改変

（出典：心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント（日本心不全学会ガイドライン委員会））

心不全患者における栄養評価・管理について

- 心不全の栄養療法における多職種連携において、管理栄養士の役割としては、栄養状態の判定、栄養管理、指導を行うこととされている。
- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全末期には、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があるとされている。

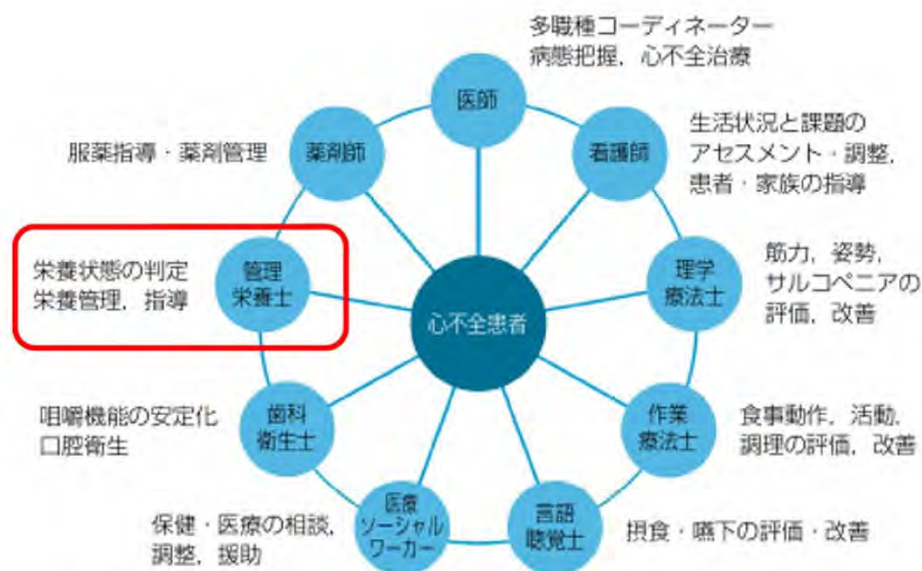


図 VII-2 心不全の栄養療法における多職種連携

心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント

心不全終末期には、減塩食から普通食へ切り替えることにより、食事摂取量が増加する症例にも遭遇する。多職種でカンファレンスを行い、食事に関する価値観や習慣、食事摂取の必要性、食嗜好など患者および家族の思いを情報共有し、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があり、一律な過度の減塩はすべきではない。

なお、最期には食欲が自然と進行性に低下するが、この時期に強制栄養法を実施すべきではない。また、終末期での食事摂取量低下に対する一律な輸液は、呼吸困難や浮腫などのうっ血症状をかえって悪化させることがあるため、勧められない。

(出典：心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント(日本心不全学会ガイドライン委員会))

周術期等口腔機能管理の推進②

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の評価の見直し

- 化学療法や放射線療法等が行われている患者に対して実施される周術期等口腔機能管理を推進する観点から、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の評価を見直す。



改定前

【周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)】 190点



改定後

【周術期等専門的口腔衛生処置(Ⅲ)】 **200点**

周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

- 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して実施される周術期等専門的口腔衛生処置の算定要件を見直す。

改定前

【周術期等専門的口腔衛生処置(1口腔につき)】

- 1 周術期等専門的口腔衛生処置1 92点
- 2 周術期等専門的口腔衛生処置2 100点

【算定要件】

注2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。



改定後

【周術期等専門的口腔衛生処置(1口腔につき)】

- 1 周術期等専門的口腔衛生処置1 92点
- 2 周術期等専門的口腔衛生処置2 100点

【算定要件】

注2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、**月2回**に限り算定する。

Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
- 4. 重症化予防の取組の推進**
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

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

- 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。

改定前

【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



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

- 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。

改定前		➡	改定後	
【施設基準】 導入期加算2			【施設基準】 導入期加算2	
【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>

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

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

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/1.73m²)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



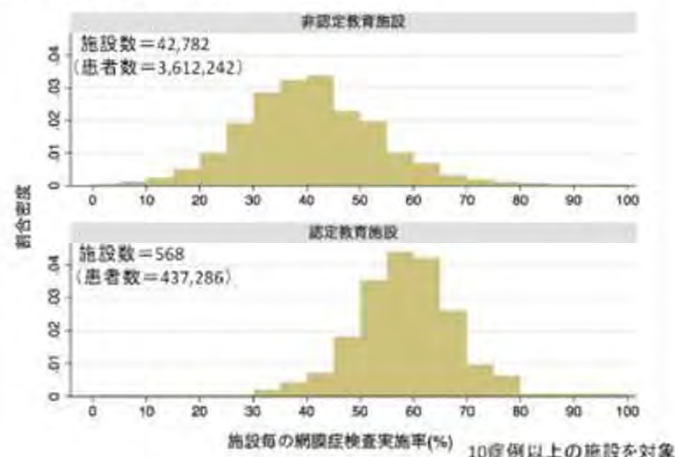
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

- 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、眼科の受診勧奨及び歯科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

- 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。
- 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に歯科受診の状況の記載欄を追加する。

(参考)

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。

歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料の見直し

- 歯科疾患管理料について、初診時に係る評価を見直すとともに、長期的な継続管理について新たな評価を行う。

改定前

【歯科疾患管理料】 100点

【算定要件】

注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この表において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回に限り算定する。



改定後

【歯科疾患管理料】 100点

注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

（新）注12 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 120点
ロ イ以外の保険医療機関の場合 100点

歯周病重症化予防の推進

歯周病重症化予防治療の新設

- 歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

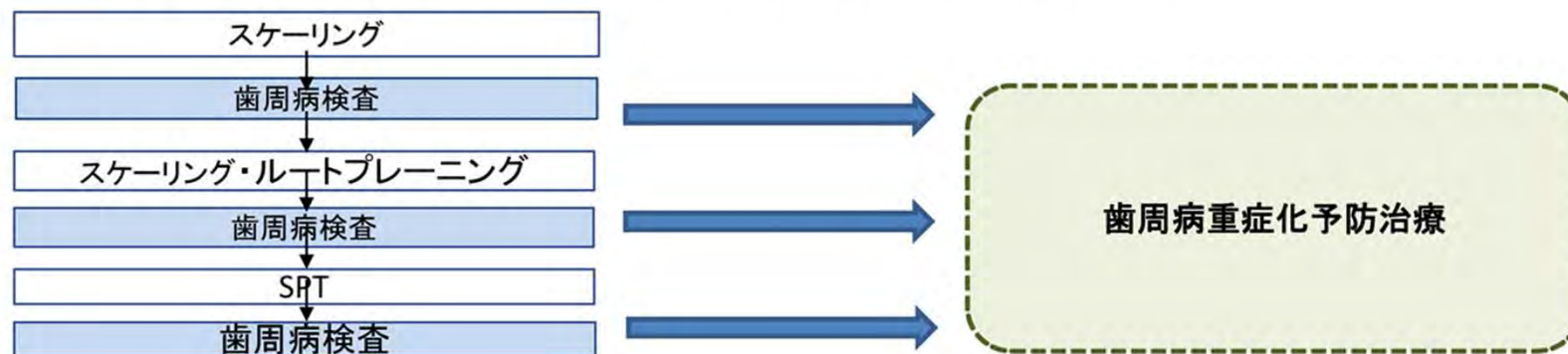
(新) 歯周病重症化予防治療	1 1歯以上10歯未満	150点
	2 10歯以上20歯未満	200点
	3 20歯以上	300点

[対象患者]

- (1) 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、2回目以降の歯周病組織検査終了後に、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者
- (2) 部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

[算定要件]

- (1) 2回目以降の区分番号D002に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- (2) 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。
- (3) 歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定出来ない。

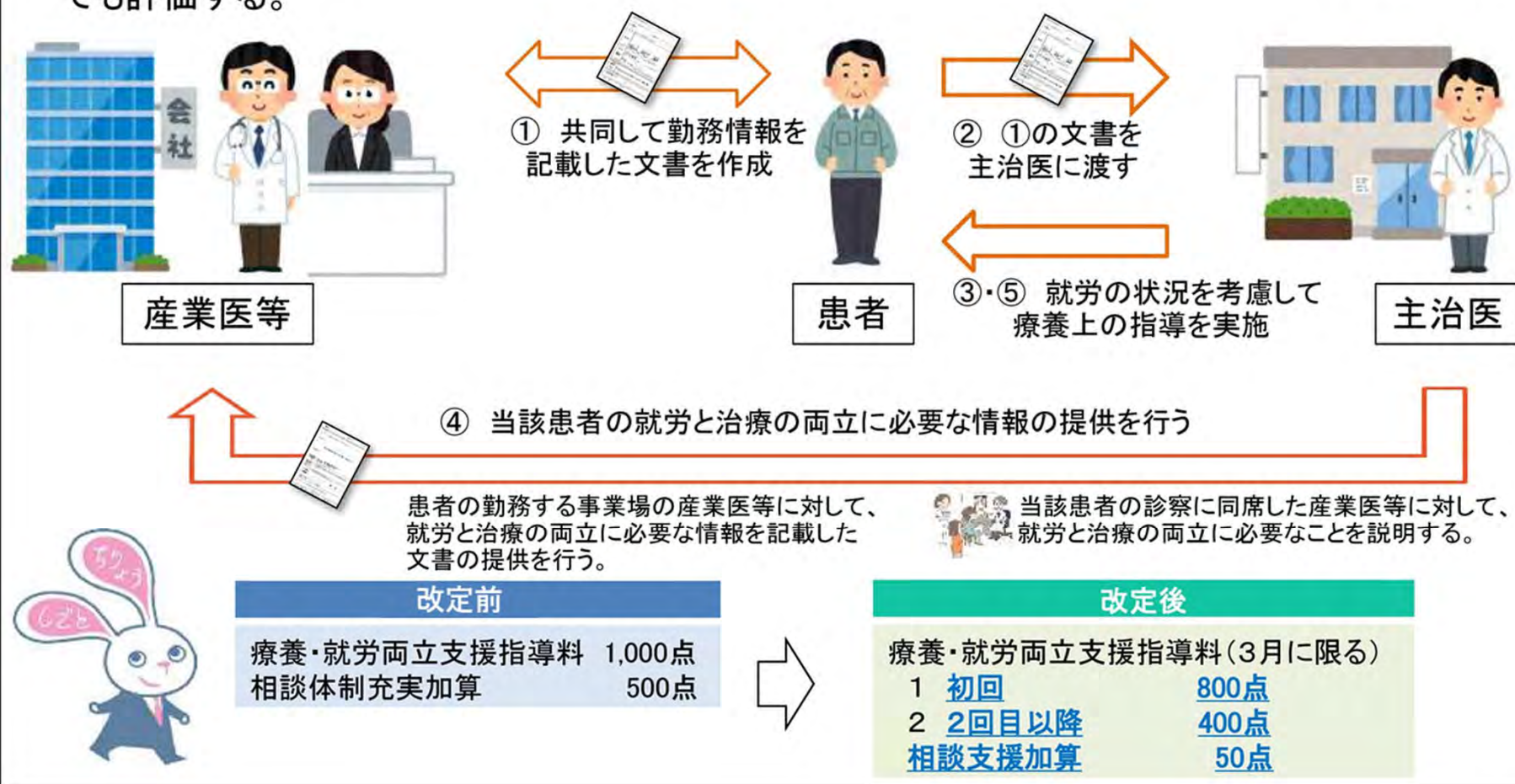


Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
- 5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進**
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

治療と仕事の両立に向けた支援の充実①

- 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。



治療と仕事の両立に向けた支援の充実②

対象患者及び連携先の拡大

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、以下の見直しを行う。
 - ◆ 対象となる疾患に脳血管疾患、肝疾患、指定難病を追加
 - ◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者及び労働者の健康管理等を行う保健師を追加

相談支援加算の創設

- 当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合の評価を新設する。

療養・就労両立支援指導料

(新) 相談支援加算 50点

[相談支援加算の算定要件]

当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

[相談支援加算の施設基準]

専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。



Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

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	改定前 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]

- 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。
- 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。

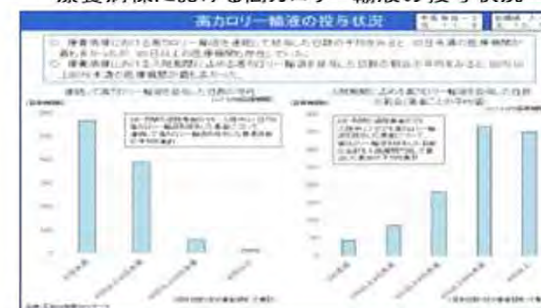
- アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの **内容を拡充** する。

[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



データ提出加算の見直し②

データ提出加算の評価の見直し

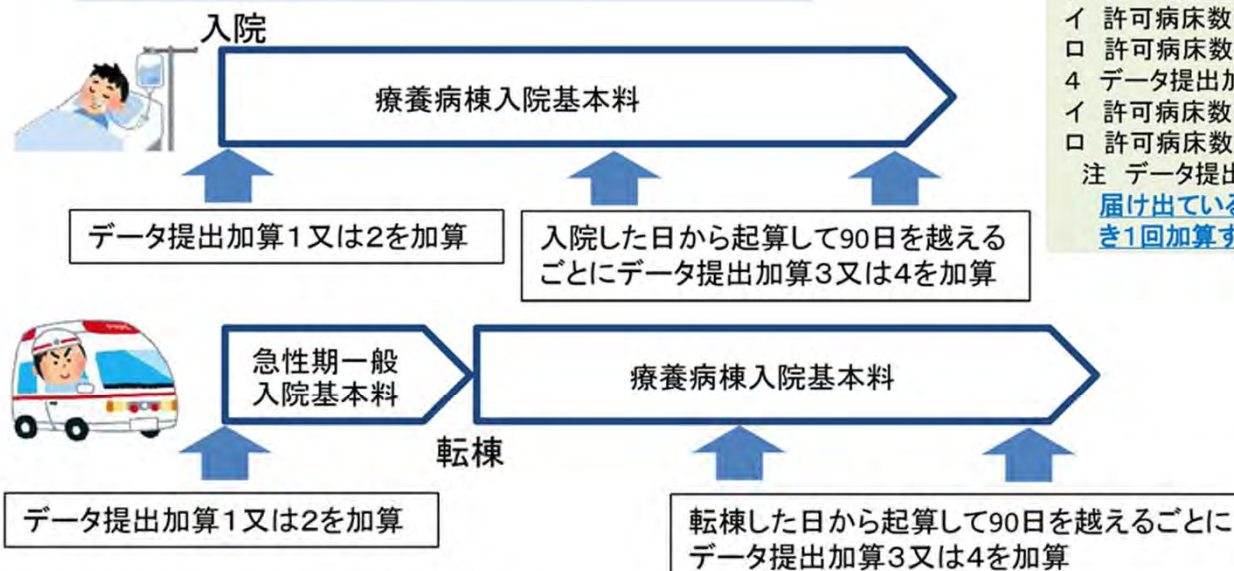
- データの提出を求める入院料が拡大したことを踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

改定前

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合200点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合160点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
- 注 入院中に1回に限り、退院時に加算する。

改定後

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算1及び2について **入院初日に限り加算する。**
- 3 データ提出加算 3
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **140点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **210点**
 - 4 データ提出加算 4
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 **150点**
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 **220点**
- 注 データ提出加算3及び4について **療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟について入院期間が90日を越えるごとに1回加算する。**



- 急性期一般入院料7について、急性期一般入院基本料を新規に開設する場合等に関し、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているものとみなすものとする。

データ提出加算の見直し①

- データ提出加算が要件となる入院料を許可病床数200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に**拡大**する。
- 看護配置等の基準は満たしているにもかかわらず、データ提出加算の要件を満たさないために急性期一般入院基本料が算定できない一定の医療機関について、急性期一般入院料7が一定期間算定できるよう、規定を見直す。
- 急性期一般入院基本料等を算定する病棟以外において、データ提出加算を90日に1回に算定可能とする。
- 提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。また、未コード化傷病名の割合の基準を見直す。

改定前	改定後
【データ提出加算】 [算定要件]	【データ提出加算】 [算定要件]
1 データ提出加算1 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 200点	1 データ提出加算1 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点
2 データ提出加算2 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 160点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点 (新設)	2 データ提出加算2 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点
(新設)	3 データ提出加算3 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点
	4 データ提出加算4 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

注1 1及び2については、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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該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、データ提出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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、所定点数に加算する。

注2 3及び4については、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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該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、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、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又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。

データ提出加算の見直し②

- 提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。また、**未コード化傷病名の割合の基準を見直す。**

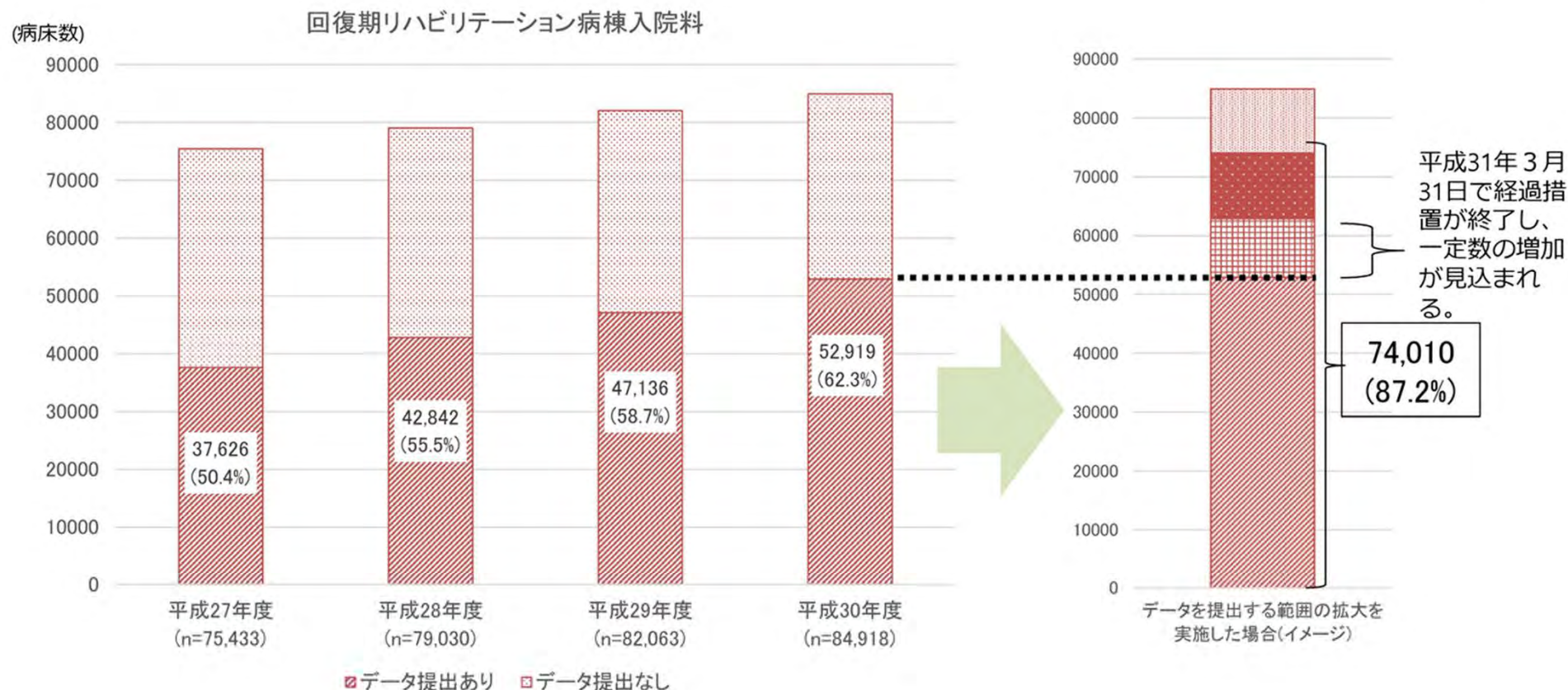
改定前	改定後
【提出データ評価加算】 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、退院時において、20点を更に所定点数に加算する。 [算定要件] イ データ提出加算2を算定する病院であること。 ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。（DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名（レセプト電算処理用コード：0000999）の割合が全て1割未満であること。）	【提出データ評価加算】 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。 [算定要件] イ データ提出加算2のロを算定する病院であること。 ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。（DPCデータの様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名（レセプト電算処理用コード：0000999）の割合が全て2%未満、かつ診療報酬明細書においては同割合が10%未満であること。）

[経過措置]

データ提出加算に係る施設基準について、令和2年3月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料5、6（許可病床数が200床未満の医療機関に限る）、療養病棟入院基本料（許可病床数が200床未満の医療機関に限る）の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までは令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

また、データ提出加算に係る施設基準について、回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料の病床が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には、当分の間、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は87.2%となる見込みである。



出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

出典: 厚生労働省_中医協総会(2019/11/22) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00050.html

Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

がん拠点病院加算の見直し

がん拠点病院加算の見直し

- がん診療連携拠点病院等の整備指針の変更により、がん診療連携拠点病院等の類型として新たに設けられた「地域がん診療連携拠点病院(高度型)」については、「1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院」の対象とし、「地域がん診療連携拠点病院(特例型)」については、「1 がん診療連携拠点病院加算 ロ 地域がん診療病院」の対象とする。

改定前

- [施設基準(がん拠点病院加算の1のイ)]
- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。
- [施設基準(がん拠点病院加算の1のロ)]
- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。

改定後

- [施設基準(がん拠点病院加算の1のイ)]
- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院(地域がん診療連携拠点病院(特例型)を除く。)の指定を受けていること。[施設基準(がん拠点病院加算の1のロ)]
- (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療連携拠点病院(特例型)又は地域がん診療病院の指定を受けていること。

地域がん
診療連携
拠点病院

指定類型の見直し

地域がん診療
連携拠点病院
(高度型)

地域がん診療
連携拠点病院

地域がん診療
連携拠点病院
(特例型)

- 新たに指定された「がんゲノム医療拠点病院」については、「がんゲノム医療中核拠点病院」と同様に、「がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算」の対象とするとともに、当該加算の名称を見直す。

改定前

- 注2 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であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。
- [施設基準(がん拠点病院加算の注2)]
- 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること。

改定後

- 注2 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であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、がんゲノム拠点病院加算として250点を更に所定点数に加算する。
- [施設基準(がん拠点病院加算の注2)]
- 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること。

がんゲノム医療
中核拠点病院

がんゲノム医療
拠点病院

がんゲノム医療連携病院

がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会（指定結果）

- 34 医療機関を「がんゲノム医療拠点病院」として初めて指定します（令和元年9月19日、厚生労働省 健康局がん・疾病対策課）

北海道がんセンター	信州大学医学部附属病院	弘前大学医学部附属病院	静岡県立静岡がんセンター	山形大学医学部附属病院
愛知県がんセンター	筑波大学附属病院	三重大学医学部附属病院	埼玉県立がんセンター	大阪国際がんセンター
埼玉医科大学国際医療センター	近畿大学病院	千葉県がんセンター	大阪市立総合医療センター	がん研究会有明病院
兵庫県立がんセンター	東京都立駒込病院	神戸大学医学部附属病院	東京医科歯科大学医学部附属病院	兵庫医科大学病院
国立成育医療研究センター	広島大学病院	神奈川県立がんセンター	香川大学医学部附属病院	東海大学医学部附属病院
四国がんセンター	聖マリアンナ医科大学病院	久留米大学病院	新潟大学医歯学総合病院	九州がんセンター
富山大学附属病院	長崎大学病院	金沢大学附属病院	鹿児島大学病院	

※ 指定期間：令和元年9月19日から令和4年3月31日まで

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

- 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

改定前

[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 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

[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。

緩和ケア病棟と地域との連携の推進

- 患者や家族の意向に沿いつつ、地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料1について、平均在院日数に係る要件を削除するとともに、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とする。

改定前

【緩和ケア病棟入院料1】

〔施設基準(概要)〕

○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。

ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。

⇒ 削除

イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。

$$\left(\begin{array}{l} \text{緩和ケアを担当する医師等} \\ \text{から説明を受け、患者等が} \\ \text{入院の意思表示を行った日} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{l} \text{患者が当該病棟に} \\ \text{入院した日} \end{array} \right) \leq \text{平均14日}$$

ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

15%以上

- (イ) 他の保険医療機関※1に転院した患者
- (ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟※2への転棟患者
- (ハ) 死亡退院の患者

※1 療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

※2 療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。

改定後

【緩和ケア病棟入院料1】

〔施設基準(概要)〕

○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

- ① 緩和ケア診療加算※1
- ② 外来緩和ケア管理料※1
- ③ 在宅がん医療総合診療料※2

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

○ 以下のア又はイを満たしていること。

ア 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。(変更なし)

イ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。(変更なし)

他病棟



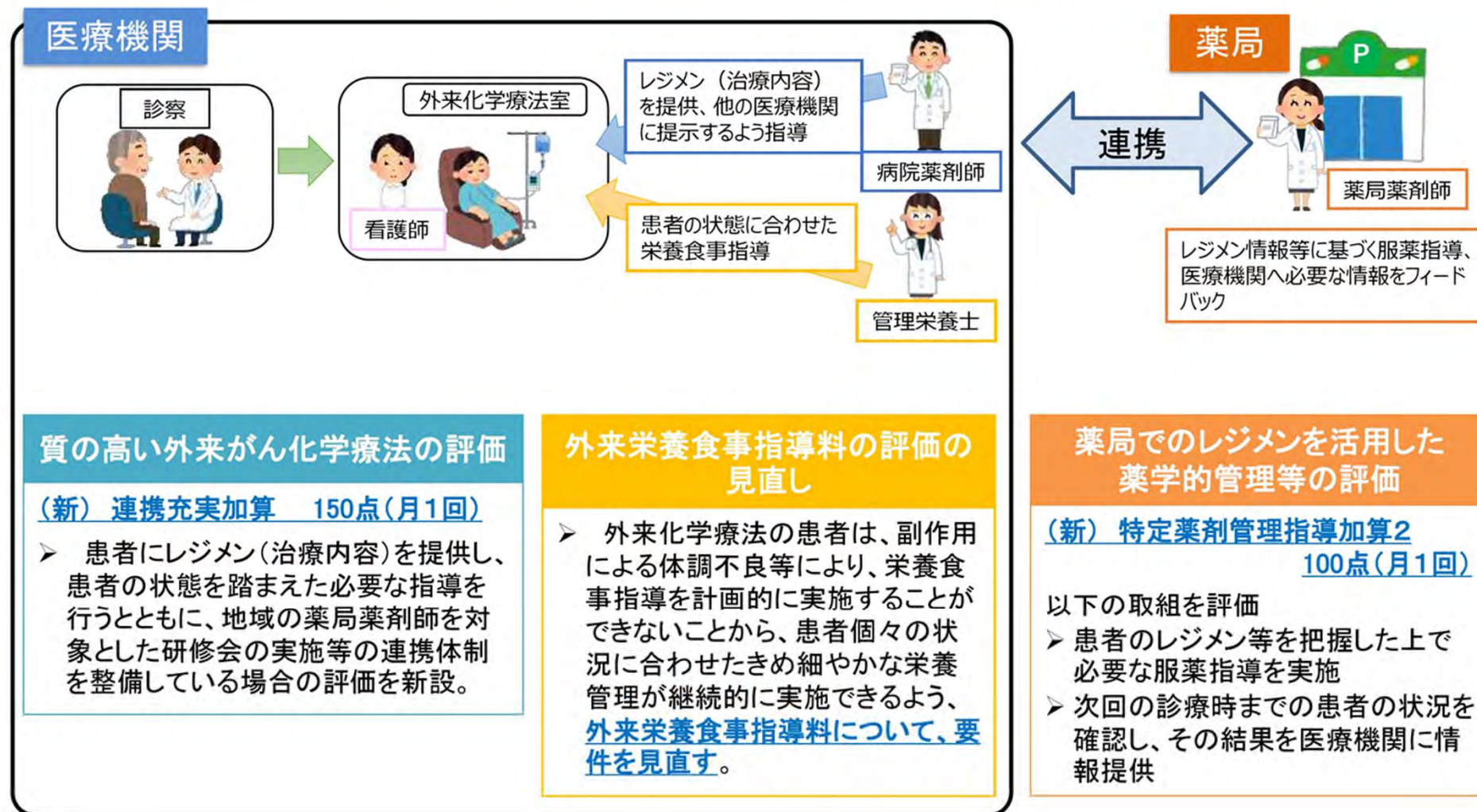
外来



在宅



外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



質の高い外来がん化学療法の評価

- 患者にレジメン(治療内容)を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設する

外来化学療法加算1(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

(新) 連携充実加算 150点(月1回)



[算定要件]

- (1) 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が、抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況の評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の文書を患者に交付すること。

※ 患者に交付する文書には、①実施しているレジメン、②レジメンの実施状況、③抗悪性腫瘍剤等の投与量、④主な副作用の発現状況、⑤その他医学・薬学的管理上必要な事項が記載されていること。

- (2) 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (2) 地域の保険薬局等との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
- ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
 - イ 当該保険医療機関において地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。
 - ウ 保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
- (3) 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

- 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

改定前

【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】
(新設)

【施設基準】
(新設)

改定後

【外来栄養食事指導料】

- 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2 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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目以降の(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

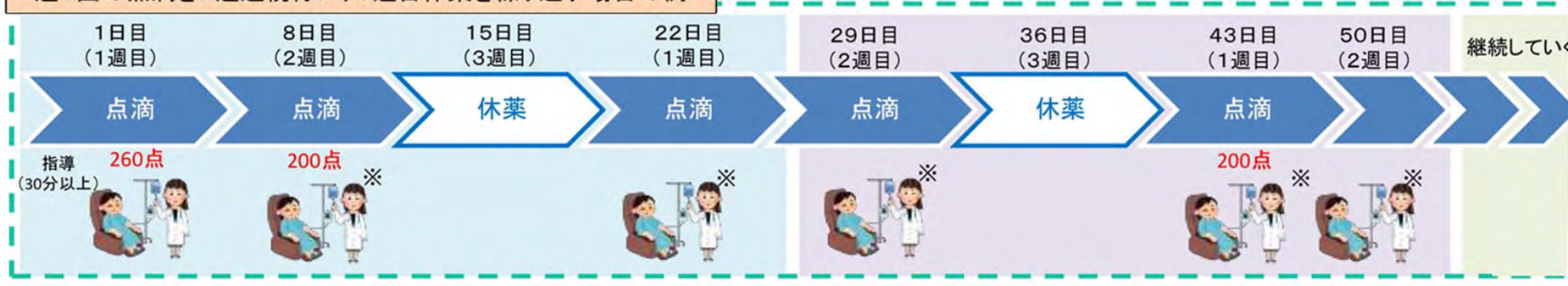
【施設基準】

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。
(2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。



週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例

※: 指導(時間要件なし)



出典: 厚生労働省 令和2年度診療報酬改定の概要(全体版)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

東和薬品は、ジェネリックに+αの価値を。

© Copyright 2020 TOWA PHARMACEUTICAL CO., LTD. All Rights Reserved. 109

薬局における対人業務の評価の充実

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

- 薬局が患者のレジメン(治療内容)等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回まで)

[対象患者]

連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者

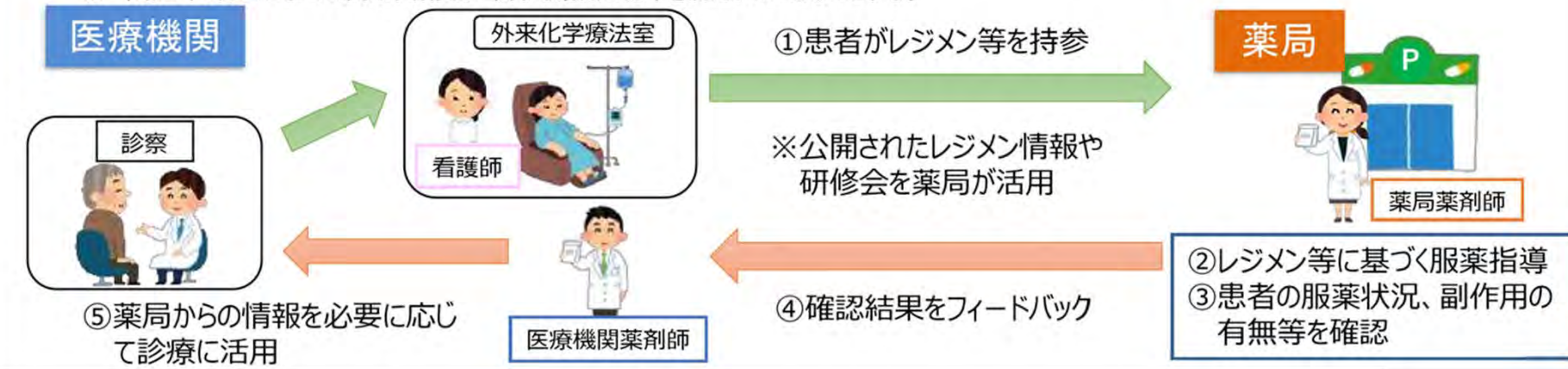
[算定要件]

当該患者のレジメン(治療内容)等を確認し、①必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、当該保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (2) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加していること。

※ 令和2年9月30日までの間は、研修会に関する規定の基準を満たしているものとする。



遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌や卵巣・卵管癌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・卵管切除等について評価を行う。

検査

- 遺伝性乳癌卵巣癌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検査にBRCA1/2遺伝子検査を追加
- 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

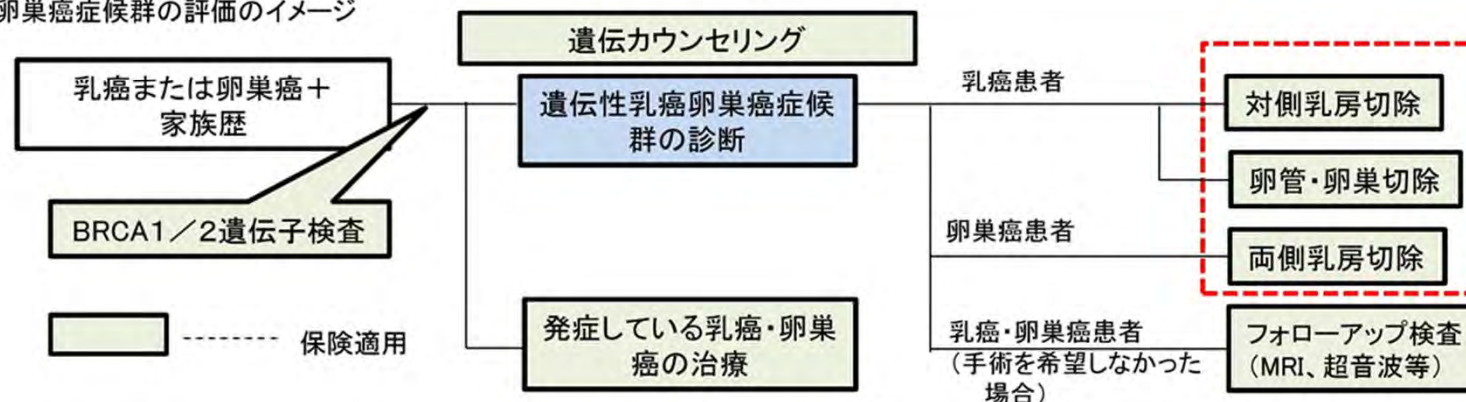
手術

- 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
[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、遺伝性乳癌卵巣癌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。
[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癌卵巣癌患者に対して、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。

※遺伝性乳癌卵巣癌症候群の評価のイメージ



遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る検査の評価

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌や卵巣・卵管癌を発症している患者におけるBRC A1／2遺伝子検査について評価を行う。

(新) BRCA1／2遺伝子検査 血液を検体とするもの 20,200点

[算定要件]

厚生労働省がん対策推進総合研究事業研究班作成の「遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)診療の手引き2017年版」を参照すること。

[施設基準]

遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合は、この限りでない。

※BRCA1／2遺伝子検査の概要

	血液を検体とするもの		腫瘍細胞を検体とするもの
対象患者	遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌・卵巣癌患者	転移性又は再発乳癌患者	初発の進行卵巣癌患者
目的	遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断	抗悪性腫瘍剤による治療法の選択	
施設基準①	(A)又は(B)	化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されている保険医療機関(A)	化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されている保険医療機関(B)
施設基準②	遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。 ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。		

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係るカウンセリングの評価

- 遺伝カウンセリング加算の対象検査にBRCA1/2遺伝子検査を追加
- 検査前の診療方針等の説明に対する管理料を新設

改定前	
がん患者指導管理料	
イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合	500点
ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合	200点
ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合	200点



改定後	
がん患者指導管理料	
イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合	500点
ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合	200点
ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合	200点
ニ <u>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</u>	<u>300点</u>

[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において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

[留意事項](抜粋)

乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対して、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

説明した結果、区分番号D006-18の2に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施し、遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、がん患者指導管理料ニの所定点数は算定できない。

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る手術の評価

- 乳癌患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断されたものに対する対側の乳房切除術や子宮附属器腫瘍切除術について新たな評価を行う。
- また、卵巣癌又は卵管癌患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者に対する、乳房切除術について新たな評価を行う。

(新) 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術

[算定要件](抜粋)

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、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おいて**遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して行った場合においても算定できる。**

(1)当該手術の実施前に、臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳腺外科又は産婦人科の医師が参加する**カンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえた治療方針の検討を行うこと。**

(2)また、当該手術の実施前に、カンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じうる利益及び不利益について当該患者に説明を行うこと。

[施設基準](抜粋)

(1)乳房切除術を行う場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。

(2)子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。

(3)臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(4)乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。

- 乳房切除後の乳房再建術についても評価を行う。

改定前

乳房再建術(対象患者)

乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例



改定後

乳房再建術(対象患者)

乳腺腫瘍患者若しくは**遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術**又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例

介護老人保健施設におけるがん診療の充実

- 介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬について、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用についても、医療保険による給付の対象とする。

改定前	改定後
【介護老人保健施設入所者について 算定できない検査等】 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 抗悪性腫瘍剤（<u>医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。</u>）の費用	【介護老人保健施設入所者について 算定できない検査等】 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 抗悪性腫瘍剤（<u>悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。</u>）の費用

認知症対策の充実

認知症ケア加算の見直し

- 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。

改定前			
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日以上の期間

※ 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。

改定前

[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。

- 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。

改定前

[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

認知症対策の充実

(参考) 認知症ケア加算の主要要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ 160点 □ 30点	イ 100点 □ 25点	イ 40点 □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	—
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2 …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	— 
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	—
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上（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）

※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、本年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味



コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

対象期間：2025（令和7）年まで

具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
 - ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
 - ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等
- ② 予防
 - ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
 - ・エビデンスの収集・普及 等
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
 - ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
 - ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
 - ・企業認証・表彰の仕組みの検討
 - ・社会参加活動等の推進 等
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開
 - ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点の重視

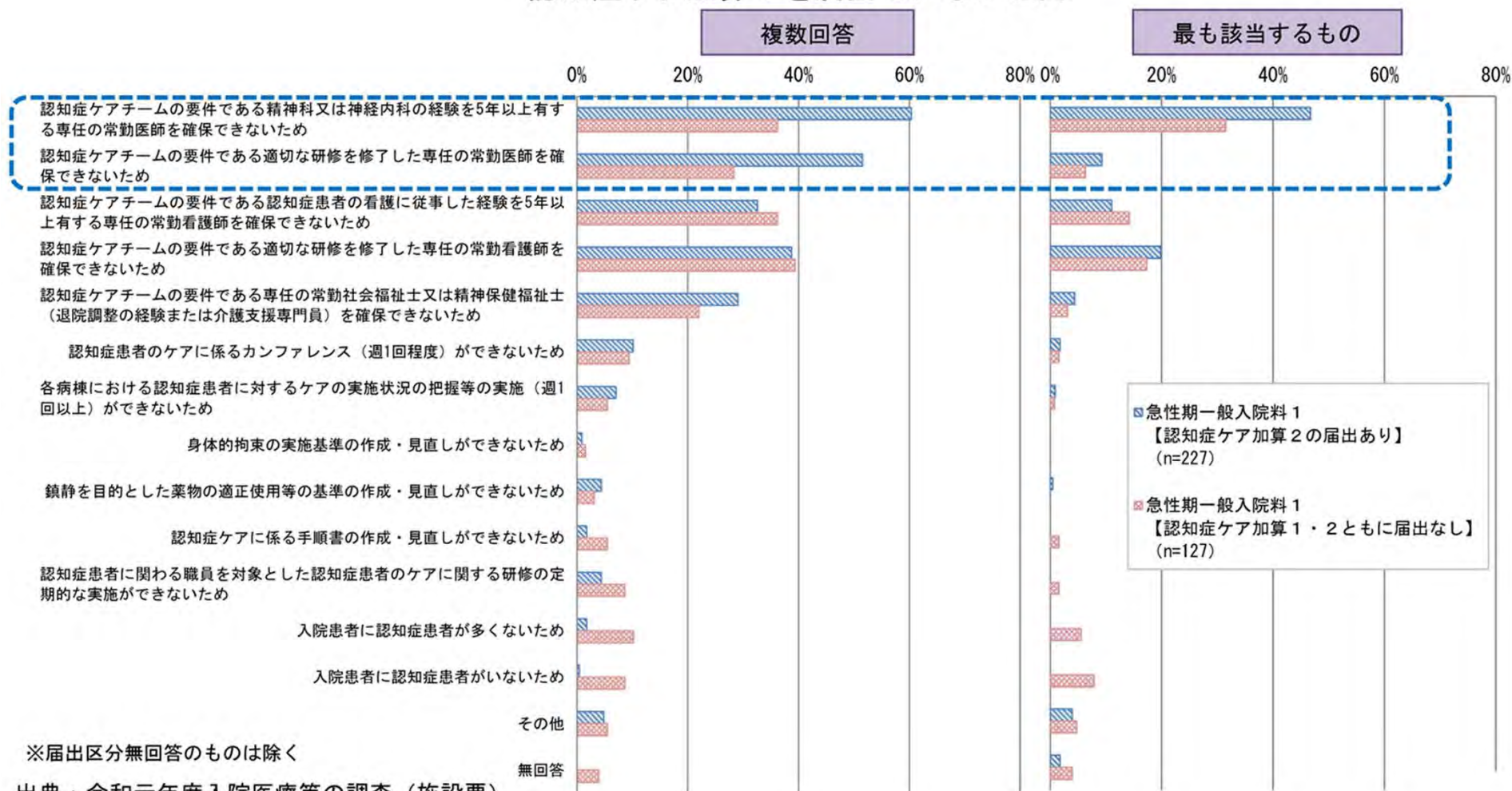
- 認知症ケア加算 1 を届出していない理由を入院基本料別にみると、最も該当するものは、「認知症ケアチームの要件である精神科又は神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できないため」であった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由（最も該当するもの）



- 急性期一般入院料 1 において、認知症ケア加算 1 を届出していない理由を認知症ケア加算の届出別にみると、認知症ケア加算 1・2 とともに届出していない施設よりも、認知症ケア加算 2 を届出ている施設の方が、医師に関する要件を理由に挙げた割合が多かった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由

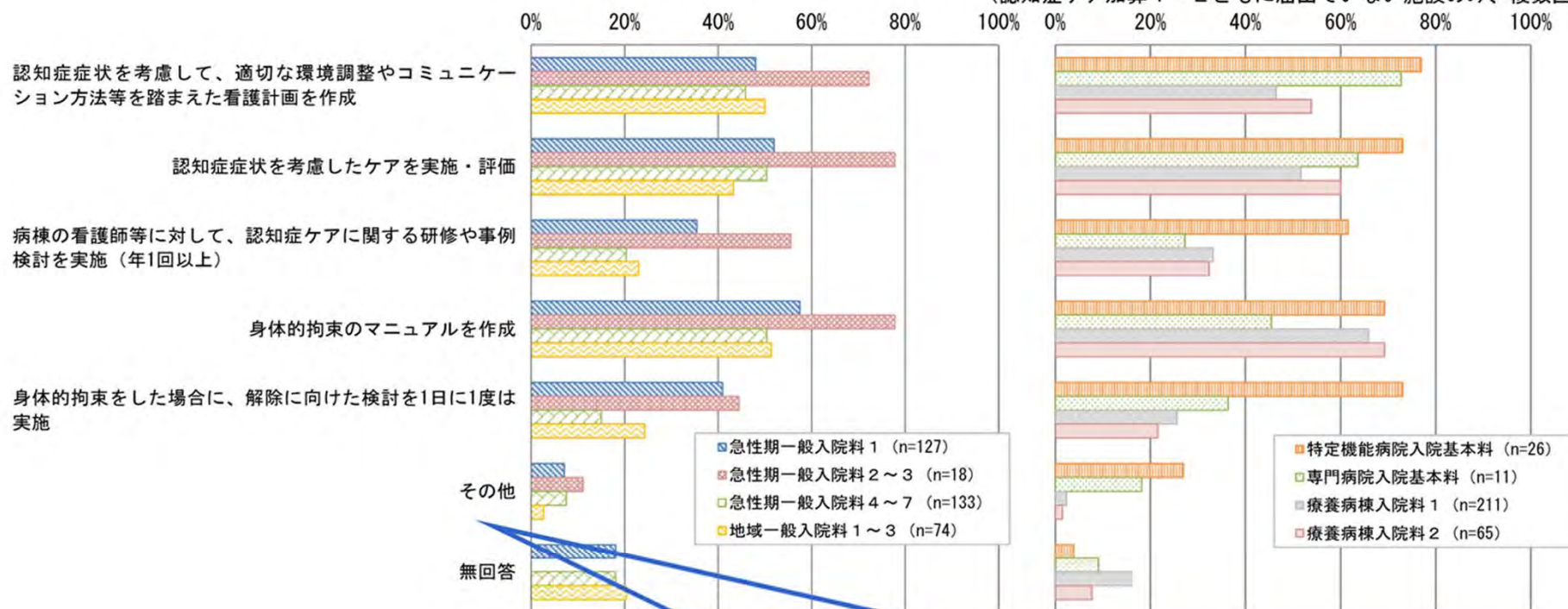


出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

- 認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設における取組としては、選択肢の他に、チームによるラウンドや専門性の高い看護師への相談などが挙げられた。

認知症患者に対して実施している取組

(認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設のみ、複数回答)



その他の自由記載：

- ・リエゾンチームによるラウンドや介入
- ・入院環境の調整
- ・認知症患者対応マニュアルの作成
- ・eラーニングによる研修 等
- ・認定看護師への相談
- ・入院時の認知症に関する評価
- ・認知症カンファレンス

※届出区分無回答のものは除く

出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/20) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00049.html

認知症に関する専門性の高い看護師の配置による影響

- 認知症ケア加算2について、認知症に関する専門性の高い看護師の配置は要件とされていないが、急性期一般入院料1もしくは特定機能病院においては、3割以上の施設において専門性の高い看護師が配置されていた。
- これらの施設は、認知症に関する専門性の高い看護師を配置していない施設と比べ、身体的拘束を実施した患者や日数の割合が低かった。

■ 身体的拘束を実施した患者の割合※1

	加算1の算定施設	加算2の算定施設	
	専門性の高い看護師の配置あり (n=436)	専門性の高い看護師の配置あり (n=132)	専門性の高い看護師の配置なし (n=247)
中央値 (%)	4.2	4.9	5.5
四分位範囲 (%)	1.2 - 8.7	1.8 - 8.0	2.1 - 11.4

認知症ケア加算2を算定している施設のうち、**34.8% (132/379施設)**において「認知症に関する専門性の高い看護師」を配置

■ 入院日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合※2

	加算1の算定施設	加算2の算定施設	
	専門性の高い看護師の配置あり (n=436)	専門性の高い看護師の配置あり (n=132)	専門性の高い看護師の配置なし (n=247)
中央値 (%)	3.9	4.7	5.0
四分位範囲 (%)	1.0 - 8.9	1.3 - 9.7	2.0 - 11.4

※ 左記の「認知症に関する専門性の高い看護師」とは、「認知症看護」の認定看護師（下記参考1の①）、「老人看護」又は「精神看護」の専門看護師（下記参考1の②）を指す。

【参考1】認知症ケア加算1における認知症ケアチームの「認知症患者の看護に従事した経験が5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修（600時間以上）を修了した専任の常勤看護師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」として認められている研修は以下のとおり。（疑義解釈より）

- ① 日本看護協会認定看護教育課程「認知症看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【出典】労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）事業（日本看護協会）

○ 2018年10月にDiNQLデータが入力された「急性期一般入院料1」もしくは「特定機能病棟入院基本料一般7対1」のみを算定していた324病院2,306病棟のうち、「認知症ケア加算の算定状況」および「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準がランクⅢ以上の患者割合」の両方のデータが入力され、かつ、認知症ケア加算算定の対象となる「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクⅢ以上の患者が1名以上入院していた231施設1,067病棟を対象として集計

○ 上記の施設の認知症ケア加算の算定状況は以下のとおり。
 認知症ケア加算1：93施設（40.3%、472病棟）
 認知症ケア加算2：81施設（35.1%、401病棟）
 認知症ケア加算の算定なし：57施設（24.7%、194病棟）

○ 表中のデータの算出方法は以下のとおり。

- ※1 「1ヶ月間に身体的拘束を実施した患者数（実人数）」÷「1ヶ月間の病棟の入院実患者数」×100
- ※2 「1ヶ月間に身体的拘束を実施した延べ患者日数」÷「1ヶ月間の病棟の在院患者延べ人数」×100

【参考2】認知症ケア加算における「身体的拘束」に関する要件

- 身体的拘束について
 - ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
 - イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
 - ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
 - エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
 - (イ) 実施の必要性等のアセスメント
 - (ロ) 患者家族への説明と同意
 - (ハ) 身体的拘束の具体的な行為や実施時間等の記録
 - (ニ) 二次的な身体障害の予防
 - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
 - オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを要するようなことがあってはならないこと。
- 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

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。

改定前			
		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

[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。

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

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。

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。

改定前			改定後			
	イ	ロ	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	週1回以上	月1回以上	週1回以上	月1回以上
共同カンファレンス	月1回以上		※ 保健所等に文書で情報提供		※ 保健所等に文書で情報提供	
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。		2月に1回以上 ※ 初回は関係者全員が一室に会すること		2月に1回以上 ※ 初回は関係者全員が一室に会すること	

※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。

出典：厚生労働省 令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

- 地域移行を推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、届出に係る要件を見直すとともに、精神保健福祉士等の配置要件を緩和する。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

〔施設基準〕 ※＜＞内は現行

届出時の病床稼働率に係る係数を見直し

(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が＜0.9＞**0.85**以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより＜0.9＞**0.85**以上としても差し支えないこと。

(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病床における平均入院患者数

(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病床における平均入院患者数

地域移行に係る実績係数を見直し

(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が＜1.5＞**2.4**以上であること。

1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

(15) 各月末時点で、以下の式で算出される数値が＜1.5＞**2.4**以上であること。

1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数×100(%)

(16) 1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の＜5分の1＞**30%**×当該病棟の算定年数)

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げの際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の＜5分の1＞**30%**×当該病棟の算定月数÷12)

(18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。

〔施設基準〕	改定前	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従 常勤 精神保健福祉士2名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名 以上
入院患者数が40名を超える場合	専従 常勤 精神保健福祉士3名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 2名 以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従 常勤 精神保健福祉士2名以上 専任 常勤 社会福祉士1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 社会福祉士 1名 以上

- 当該入院料については、令和6年3月31日まで届出を可能とする。

〔経過措置〕 令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

退院後

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後

- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

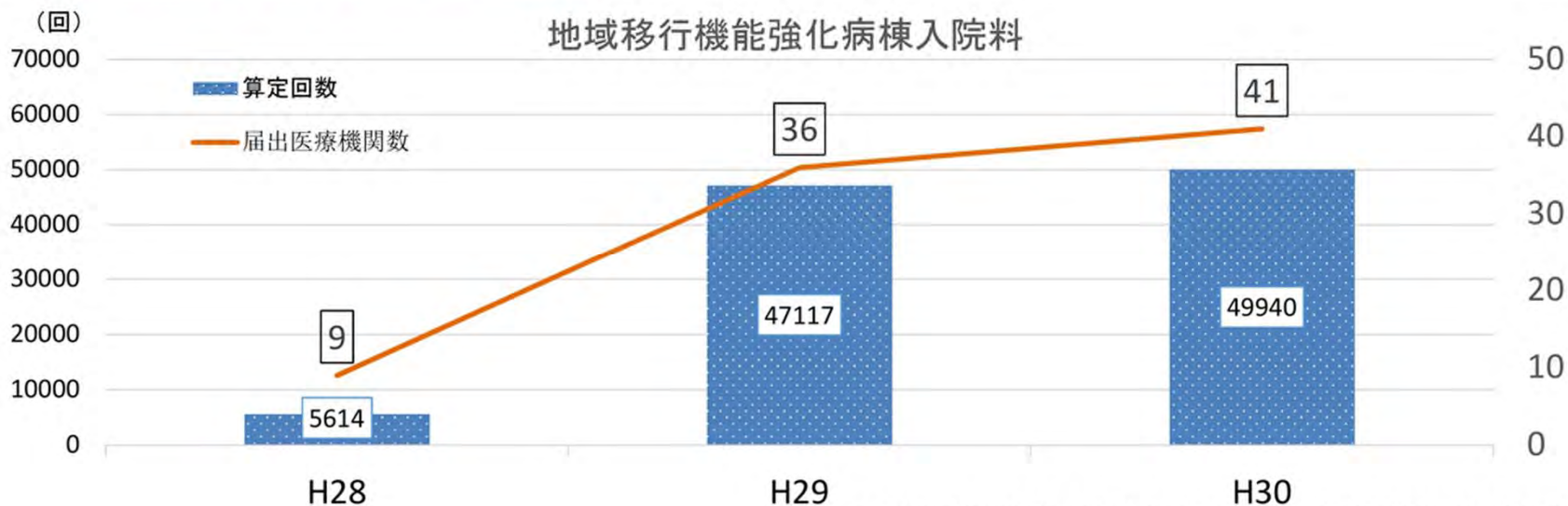
平成28年度診療報酬改定

集中的な退院支援と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価

➤ A318 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点

[施設基準]

- ① 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- ② 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- ③ 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- ④ 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- ⑤ 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- ⑥ 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- ⑦ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- ⑧ 平成31年度までに新規の届出を行うこと。



出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)、社会医療診療行為別統計

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/20) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00049.html

精神病棟における質の高い医療の評価

- 精神病棟等における質の高い医療を評価し、地域移行、地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. クロザピンの普及促進



- ・精神科急性期医師配置加算について、クロザピンの新規導入患者数の実績等を要件とした評価の類型を新設する。
- ・精神科急性期病棟において、クロザピン新規導入を目的とした転棟患者を受入れ可能となるよう要件を見直す。
- ・精神科救急入院料等における自宅等への移行率からクロザピンの新規導入患者を除外する。
- ・クロザピンを投与中の患者に対しては、ヘモグロビンA1cを月1回に限り別に算定できるようにする。

2. 持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の使用推進



- ・LAIについて、精神病棟に入院中の患者に対して、投与開始日から60日以内に投与された場合に限り、薬剤料を包括範囲から除外する。
- ・LAIに係る管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。



1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※1)の治療薬として世界100カ国以上で使用されている内服薬。

治療抵抗性統合失調症の57～67%に精神症状の改善が見られている。

(※1) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重篤な副作用は、**無顆粒球症(※2)**で、本邦での頻度は約1%。

(※2)無顆粒球症は、体に入った細菌を殺すはたらきをする白血球(顆粒球)が著しく減り、ほとんどなくなった状態をいう。無顆粒球症は、適切な医学的管理が実施されないと細菌感染により重症になりやすく、死に至る危険性がある。

2009年7月から2017年5月末までに、クロザピンを服用している患者の1.02%に無顆粒球症がみられた。

重篤な副作用：()内は頻度

1. 無顆粒球症 (1.02 %)
2. 高血糖 (0.32%)、糖尿病性ケトアシドーシス (不明)
糖尿病性昏睡 (不明)
3. 心筋炎 (0.11%)、心筋症 (0.05%)、心膜炎 (0.05%)
心嚢液貯留 (0.11%)
4. てんかん発作(不明)、痙攣 (0.91%)

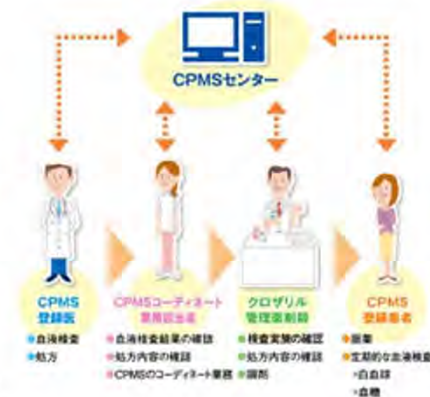
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、無顆粒球症等の重大な副作用を早期発見し早期治療につなげるため、クロザピンの投与前と投与中に定期的な血液検査を行う仕組みである。

○クロザピンは、入院して投与を開始すること(18週間までは原則として入院が必要)、投与開始後26週間は毎週採血して白血球等の数を確認することが必要である。

○クロザピンは、HbA1cが6.0%(NGSP)未満では、投与開始後から4週、12週、以降12週間毎に、6.0%(NGSP)以上では、投与開始後から4週毎に採血をしてHbA1cを確認することが必要である。

○クロザピンは、精神保健指定医かつ日本精神神経学会または日本臨床精神神経薬理学会の専門医等で、講習を受けテストに合格した登録医師のみ処方できる。クロザピンを提供できる医療機関は、診察当日に血液検査等の結果がわかること、無顆粒球症や糖尿病への対処が可能なこと、CPMS登録医、CPMSコーディネーター業務担当者、クロザピン管理薬剤師が各2名以上勤務している体制を整える必要がある。

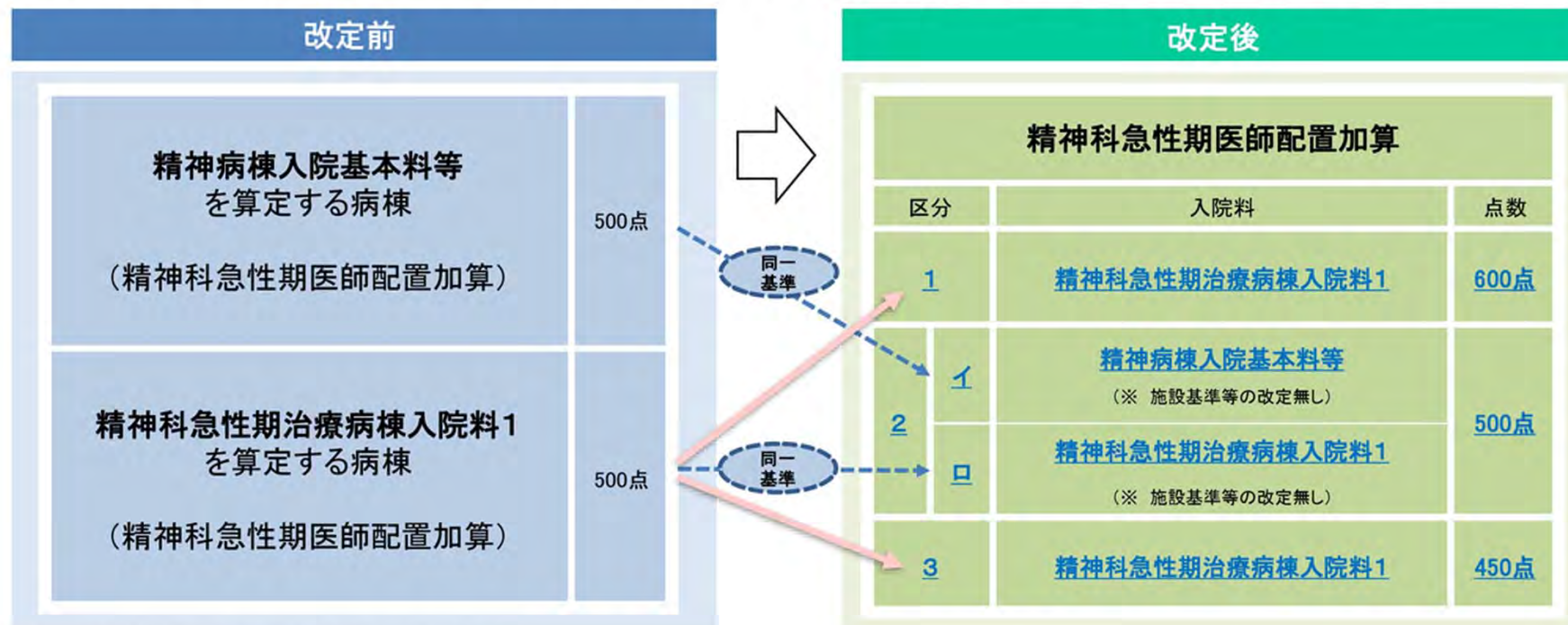


出典：クロザピン添付文書、クロザピン臨床試験結果、CPMS運営主体のホームページより作成

※障害保健福祉部 精神・障害保健課作成

精神科急性期医師配置加算の見直し

- クロザピンの普及を促進する観点から、精神病棟における手厚い配置を評価する精神科急性期医師配置加算について、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟において、クロザピンを新規に導入した患者数の実績を要件とした評価を新設する。併せて、自宅等への移行率に係る要件も見直し、より柔軟な評価を可能とする。



〔施設基準〕＜改定後の実績要件＞

精神科急性期医師配置加算 (精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟)	新規入院患者の自宅等への移行率	クロザピン新規導入患者実績要件
1	6割	クロザピン新規導入患者 6人/年
2の口	6割	—
3	4割	クロザピン新規導入患者 3人/年

精神療養病棟入院料等における 持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し



- 精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料について、**投与開始日から60日以内に投与された場合に限り**、持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

改定前

【施設基準】【別表第五の一の四】

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬

- クロザピン(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限り。)



改定後

【施設基準】【別表第五の一の四】

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬

- クロザピン(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限り。)
- 持続性抗精神病注射薬剤(投与開始日から60日以内に投与された場合に限り。)

※別表第五の一の五(精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬)についても同様の取り扱いとする。

- 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、**入院中の患者**に対しても算定可能とする。

改定前

【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】

【算定要件】

- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点



改定後

【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】

【算定要件】

- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

イ 入院中の患者

ロ 入院中の患者以外

注1 1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、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、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。



精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進

- クロザピンの普及推進のため、クロザピンの新規導入患者について、当該保険医療機関の他の病棟から転棟する場合であっても、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直す。

改定前		改定後	
精神科救急入院料 現行、転棟患者は対象外	対象患者 [算定要件] ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	精神科救急入院料(※1) 新設	対象患者 [算定要件] ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者(※2)
精神科急性期治療病棟入院料 現行、急性増悪以外の転棟患者は対象外	対象患者 [算定要件] ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 イ 他病棟入院患者の急性増悪例	精神科急性期治療病棟入院料 新設	対象患者 [算定要件] ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 イ 他病棟入院患者の急性増悪例 ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者(※2)

※1 精神科救急・合併症入院料についても同様の取り扱いとする。
 ※2 クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者については、**クロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。**

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を、自宅等への移行率の対象から除外する。

改定後

[精神科救急入院料1に関する施設基準]

(2) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及び**クロザピンの新規導入を目的とした入院患者**を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

※ 精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料についても同様

クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し

- 血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cについて、クロザピンを投与中の患者に対しては、月1回に限り別に算定できるようにする。

精神科救急入院料の見直し

- 地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合、当該入院料を届け出ている病棟の数に応じて時間外診療等の実績を必要とする旨を明確化する。

改定後

【精神科救急入院料1】

[施設基準]

(1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上又は1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合についてはア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

※ 精神科救急入院料2についても同様。

2病棟届け出る場合、当該保険医療機関において、時間外等外来診療の実績は、年間300件以上必要。（その他についても同様。）

- 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を令和4年3月31日までとする。

改定前

(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。



改定後

(13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し



- ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について、多職種によるカンファレンスに係る要件等を以下のように見直す。

1. 多職種によるカンファレンスについて、市町村等の担当者は必要に応じて参加すればよいこととする。
2. 市町村等に対して、カンファレンスの結果を文書により情報提供することとする。

カンファレンスへの参加	改定前	改定後
参加が 必須	○ 産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師 ○ 市町村等の担当者	○ 産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師
必要に応じて参加	○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等	○ 市町村等の担当者 ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等



カンファレンスの結果を、文書により情報提供

3. 多職種によるカンファレンスについて、初回は対面で実施することとし、2回目以降については、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加可能とする。
4. 直近1年間の市町村又は都道府県との連携実績を不要とする。



精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実



- ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直し、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)を追加する。

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

- 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。

改定前	
【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>	<u>200点</u>

[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ものとする。
 - (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。

精神病棟における身体合併症の治療等の推進

精神科身体合併症管理加算の見直し

- 精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限及び対象疾患等の要件を見直す。

改定前

【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)

- 1 7日以内 450点
- 2 8日以上10日以内 225点

【算定要件】

注 精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

(3) (略)

【施設基準】

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者
(略)



改定後

【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)

- 1 7日以内 450点
- 2 8日以上15日以内 300点

【算定要件】

注 精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

(3) (略) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折については、骨折の危険性が高い骨粗鬆症であって骨粗鬆症治療剤の注射を要する状態を含むものとする。

【施設基準】

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者
(略)

(新設) 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)

精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

- 精神病棟に長期に渡り入院する患者の高齢化及び身体合併症等の実態を踏まえ、精神療養病棟入院料について、疾患別リハビリテーション料及びリハビリテーション総合計画評価料を別に算定できるよう見直す。

ギャンブル依存症に対する治療の評価

- 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。

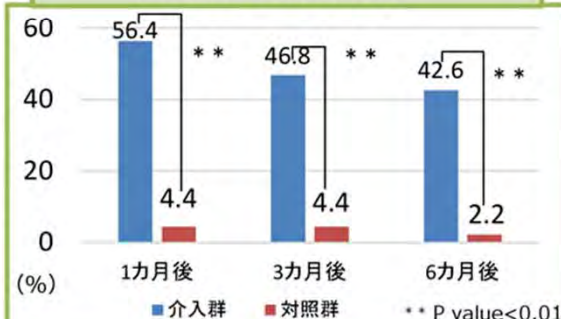
[施設基準]

- (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。

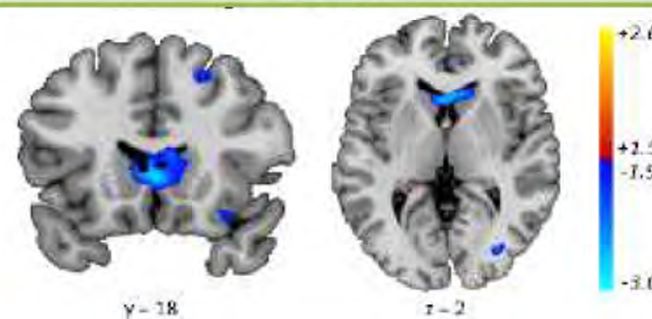
標準的治療プログラムのトピック

- | |
|------------------------------------|
| 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



難病患者に対する適切な医療の評価①

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価①

- 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。
- 診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。

改定前

【遺伝学的検査】

- | | |
|---------------|--------|
| 1 処理が容易なもの | 3,800点 |
| 2 処理が複雑なもの | 5,000点 |
| 3 処理が極めて複雑なもの | 8,000点 |

【対象疾患】

エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
ライソゾーム病など41疾患



改定後

【遺伝学的検査】

- | | |
|---------------|--------|
| 1 処理が容易なもの | 3,800点 |
| 2 処理が複雑なもの | 5,000点 |
| 3 処理が極めて複雑なもの | 8,000点 |

【対象疾患】

エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
副腎皮質刺激ホルモン不応症など7疾患を追加

オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)など65疾患

難病患者に対する適切な医療の評価②

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価②

[対象疾患]

	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群	TNF受容体関連関連周期性症候群 、 中條-西村症候群 、 家族性地中海熱
2 処理が複雑なもの	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスモンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、 副腎皮質刺激ホルモン不応症 、 DYT1ジストニア 、 DYT6ジストニア/PTD 、 DYT8ジストニア/PNKG1 、 DYT11ジストニア/MDS 、 DYT12/RDP/AHC/CAPOS 、 パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1	ソトス症候群 、 CPT2欠損症 、 CACT欠損症 、 OCTN-2異常症 、 シトリン欠損症 、 非ケトーシス型高グリシン血症 、 β-ケトチオラーゼ欠損症 、 メチルグルタコン酸血症 、 グルタル酸血症2型 、 先天性副腎低形成症 、 ATR-X症候群 、 ハッチンソン・ギルフォード症候群 、 軟骨無形成症 、 ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病 、 ラフォラ病 、 セピアプテリン還元酵素欠損症 、 芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症 、 オスラー病 、 CFC症候群 、 コステロ症候群 、 チャージ症候群 、 リジン尿性蛋白不耐症 、 副腎白質ジストロフィー 、 ブラウ症候群 、 瀬川病 、 鰓耳腎症候群 、 ヤング・シンブソン症候群 、 先天性腎性尿崩症 、 ビタミンD依存性くる病/骨軟化症 、 ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B 関連腎症 、 グルコーストランスポーター1欠損症 、 甲状腺ホルモン不応症 、 ウィーバー症候群 、 コフィン・ローリー症候群 、 モワット・ウィルソン症候群 、 肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型) 、 筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型) 、 先天性プロテインC欠乏症 、 先天性プロテインS欠乏症 、 先天性アンチトロンビン欠乏症
3 処理が極めて複雑なもの	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群	ドラベ症候群 、 コフィン・シリ ス症候群 、 歌舞伎症候群 、 肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性) 、 ヌーナン症候群 、 骨形成不全症 、 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く) 、 古典型エーラス・ダンロス症候群 、 非典型溶血性尿毒症症候群 、 アルポート症候群 、 ファンconi貧血 、 遺伝性鉄芽球性貧血 、 アラジール症候群 、 ルビンシュタイン・ティビ症候群

運動器疾患を有する小児に対する継続的な診療の評価

小児運動器疾患指導管理料の見直し

- 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。



改定前

[算定要件]

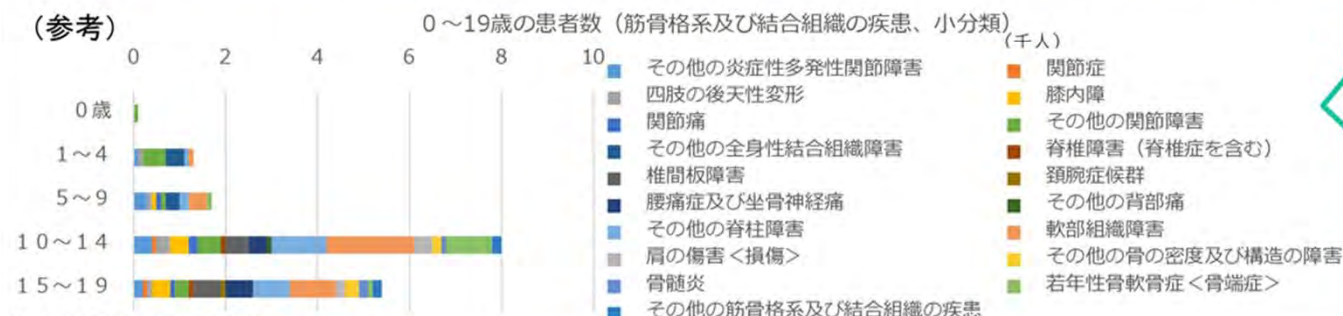
注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

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、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。

(参考)



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、装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。

妊産婦に対する質の高い医療の推進

- 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、妊婦加算の扱いを見直す。

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。



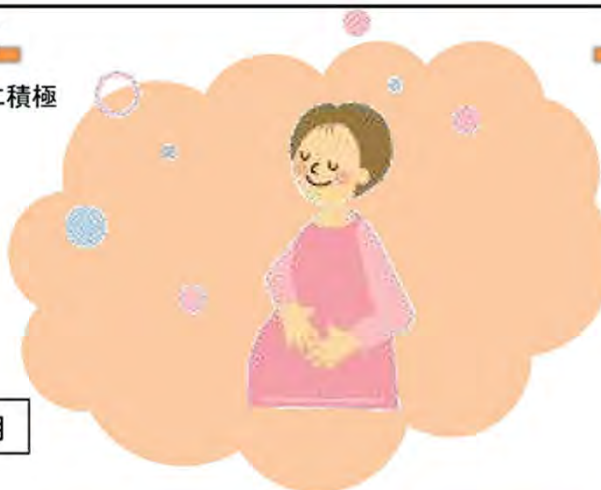
都道府県の医療機能情報提供制度を活用

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

産婦人科以外の医療機関



相談窓口の設置



研修の実施

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。

- 妊婦加算は、削除する。

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

- 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。

改定前

【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。

【届出について】

施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。

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、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、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 又はコの状態 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。

【届出について】

施設基準の届出を行うこと。(※施設基準は従来と変更なし)

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 | カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) |
| イ 意識障害又は昏睡 | キ 広範囲熱傷 |
| ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 | ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 |
| エ 急性薬物中毒 | 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 |
| オ ショック | コ <u>その他の重症な状態</u> (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。

- ◆ アからケのうち該当する状態(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
- ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆ 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

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算を算定するに当たって、項目ア～ケのうち一部の項目に係る重症度の指標や、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について、診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。また、当該加算の評価を見直す。

改定前	改定後
【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。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。 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 (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。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。 (4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。 (新設) (新設)	【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。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。 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 (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。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。 (4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、(2)のアからケのいずれの状態に該当するか、救急医療管理加算 2 を算定する場合は、(2)のアからケに準ずる状態又はその他の重症な状態（コ）のいずれに該当するかについて、選択すること。 (5) 救急医療管理加算を算定するに当たって、(2)のイ、ウ、オ、カ若しくはキの状態又はそれに準ずる状態を選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (6) 救急医療管理加算を算定すべき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について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「イ 意識障害又は昏睡」の患者の入院時のJCSをみると、JCS0が16%弱であった。
- 加算算定患者のうちJCS0の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

(参考) JCS: Japan Coma Scale

I. 覚醒している

- 0 意識清明
- 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
- 2 見当識障害がある
- 3 自分の名前・生年月日が言えない

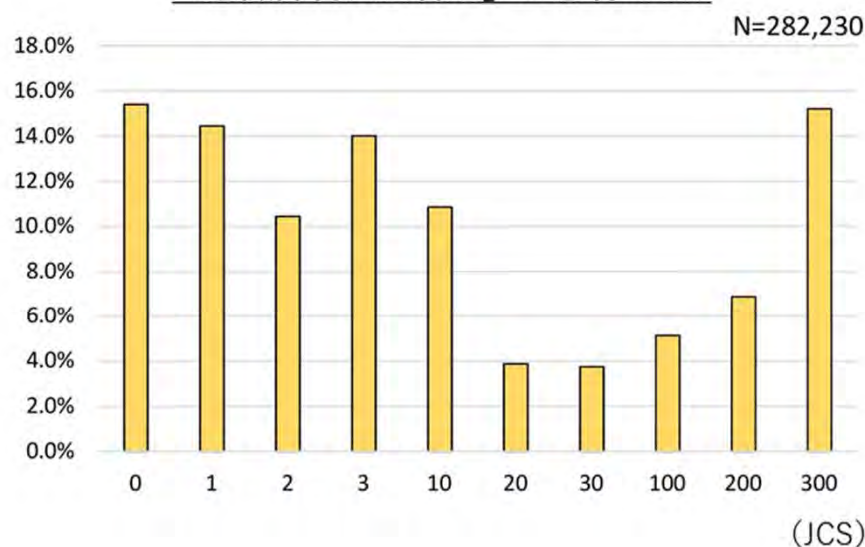
II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

- 10 普通の呼びかけで開眼する
- 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
- 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない

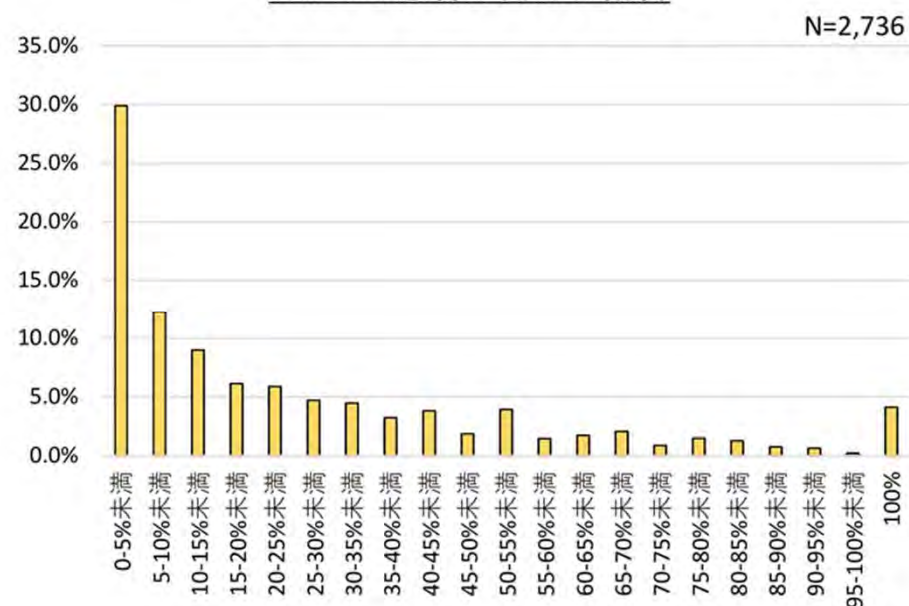
- 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
- 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300 痛み刺激に対し全く反応しない

救急医療管理加算1算定患者のうち
「意識障害又は昏睡」の患者のJCS



出典:平成30年度DPCデータ

「意識障害又は昏睡」の患者のうち
JCS 0の患者が占める割合



出典:厚生労働省_中医協総会(2019/12/04) 総-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00053.html

「意識障害又は昏睡」の患者について(GCS)

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「イ 意識障害又は昏睡」の患者をみると、入院日のGCS 15点が約15%であった。
- 加算算定患者のうち当該患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

(参考) GCS: Glasgow Coma Scale

※ 意識状態を評価する指標

3点(深昏睡)～15点(意識清明)

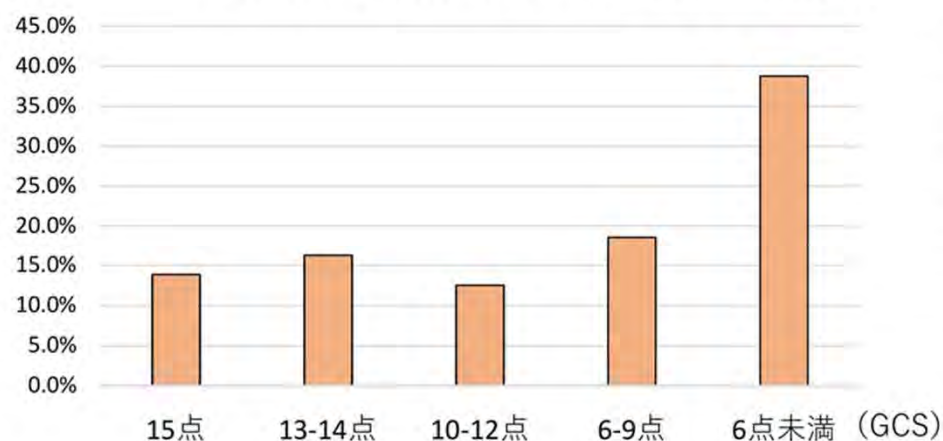
一般的には8点以下を重症として扱う

スコア	Eye	Verbal	Motor
6			命令に応じる
5		見当識のある会話	痛み部位を認識する
4	自発的に開眼	会話に混乱あり	痛み刺激から逃避する
3	呼びかけで開眼	不適当な発語	痛み刺激に対する異常屈曲
2	痛み刺激で開眼	理解不能な音声	痛み刺激に対する異常進展
1	開眼しない	発語なし	反応なし

救急医療管理加算1算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のGCS

N=4,871



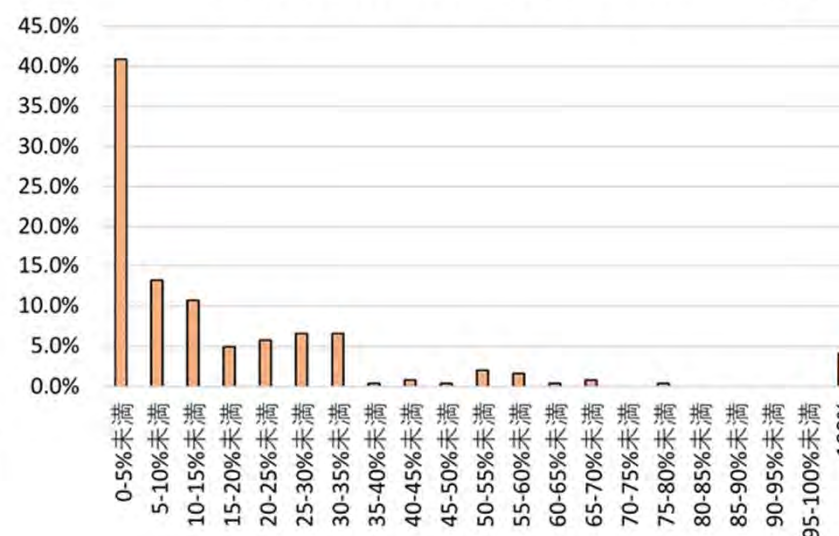
※救急医療管理加算を算定した患者のうち、入院時に特定集中治療室に入室した患者のSOFAスコアを用いて集計

出典:平成30年度DPCデータ

「意識障害又は昏睡」の患者のうち

GCS 15点の患者が占める割合

N=242



- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で、傷病名が心不全の患者の入院時のNYHA心機能分類をみると、レベルⅠが1割弱であった。
- 加算算定患者のうちレベルⅠの患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

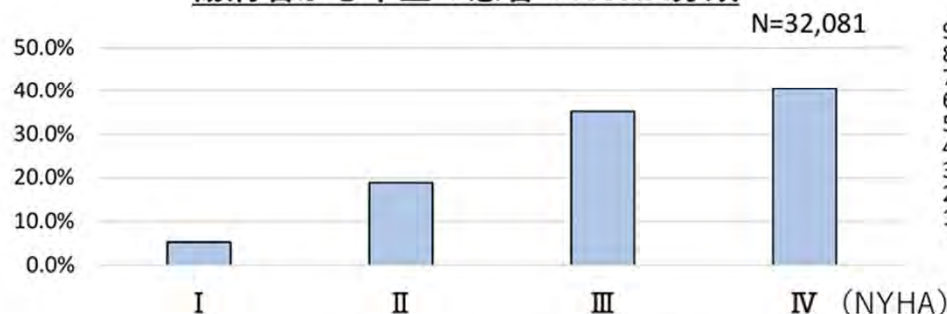
(参考) NYHA心機能分類

I	身体活動に制限のない心疾患患者(心疾患を有するがそのために身体活動が制限されることのない患者。通常身体活動では疲労、動悸、呼吸困難あるいは強心症状はきたさない。)	III	身体活動に高度の制限のある心疾患患者。軽い日常生活でも愁訴を訴える。(心疾患を有し、そのために身体活動が高度に制限される患者。安静時は無症状であるが、通常以下の身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)
II	身体活動に軽度の制限のある心疾患患者。普通の生活可能だが疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状あり。(心疾患を有し、そのために身体活動が軽度から中等度制限される患者。安静時は無症状である。通常身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心症状をきたす。)	IV	身体活動を制限し安静にしている心不全症状・狭心症状が生じ、わずかな身体活動でも訴えが増強する。(心疾患を有し、そのために非常に軽度の身体活動でも愁訴をきたす患者。安静時においても心不全あるいは狭心症状を示すことがある。少しの身体活動でも愁訴が増加する。)

救急医療管理加算1算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で

傷病名が心不全の患者のNYHA分類



※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

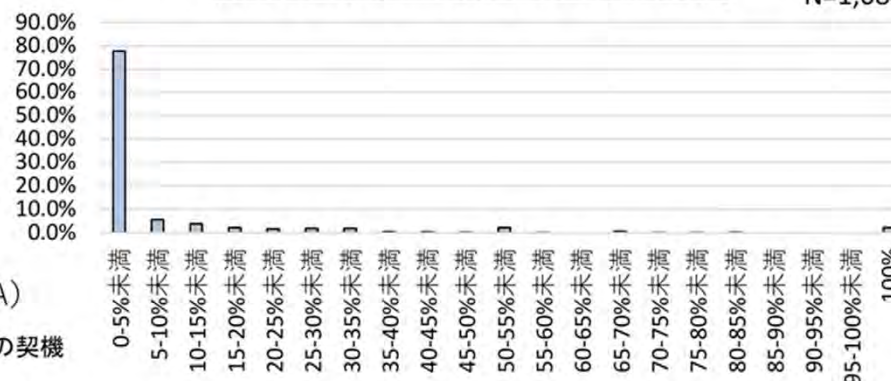
出典:平成30年度DPCデータ

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で

傷病名が心不全の患者のうち

NYHA分類Ⅰの患者の占める割合

N=1,684



出典:厚生労働省_中医協総会(2019/12/04) 総-3

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00053.html

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で、傷病名が呼吸不全の患者の入院時の呼吸障害の指標(P/F比)をみると、正常値(P/F比 ≥ 400)の患者が約1割であった。
- 加算算定患者のうち当該患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

(参考)

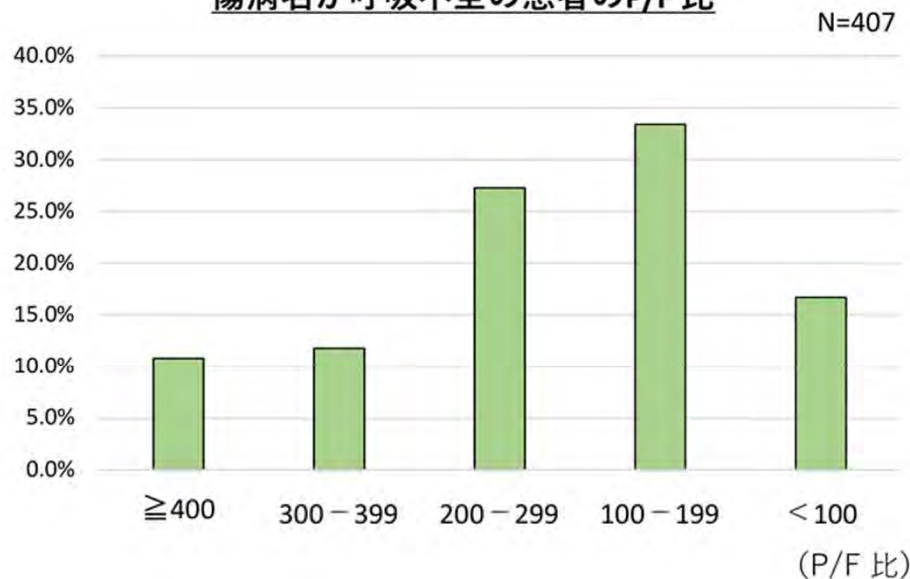
$$\text{P/F ratio (P/F 比)} = \frac{\text{PaO}_2(\text{動脈血酸素分圧})}{\text{FIO}_2(\text{吸入気酸素})}$$

※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

判断の目安となる基準値

400以上	300未満	200未満
正常	急性肺障害	重症呼吸不全

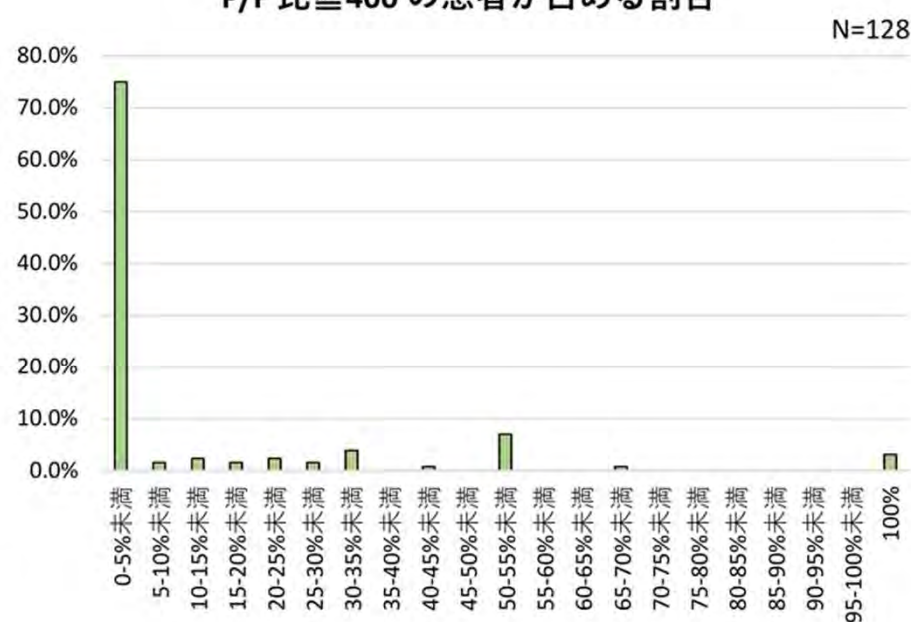
救急医療管理加算1算定患者のうち
「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
傷病名が呼吸不全の患者のP/F比



※救急医療管理加算を算定した患者のうち、入院時に特定集中治療室に入室した患者のSOFAスコアを用いて集計

出典:平成30年度DPCデータ

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で
傷病名が呼吸不全の患者のうち
P/F 比 ≥ 400 の患者が占める割合



「ショック」の患者について

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「オ ショック」の患者をみると、入院時の平均血圧 $\geq 70\text{mmHg}$ が約3割であった。
- 加算算定患者のうち当該患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

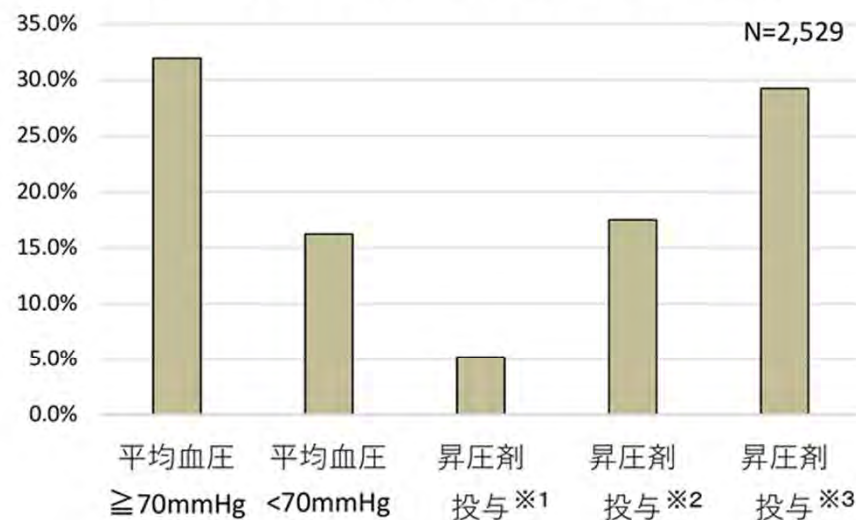
(参考)

$$\text{平均血圧(mmHg)} = \text{拡張期血圧} + (\text{収縮期血圧} - \text{拡張期血圧}) \times 1/3$$

※ 一般的には平均血圧 $60 \sim 65\text{mmHg}$ 未満の場合にショック状態と判断するが、年齢・性別や疾患によって、低血圧の有無のみでは判断できない場合があるため、重要臓器への血流低下を示す症状や血液検査上の異常所見等と併せて判断することが必要

救急医療管理加算1算定患者のうち

「ショック」の患者の平均血圧・循環作動薬



※1 ドパミン $\leq 5\mu$ あるいはドブタミン(投与量を問わない)

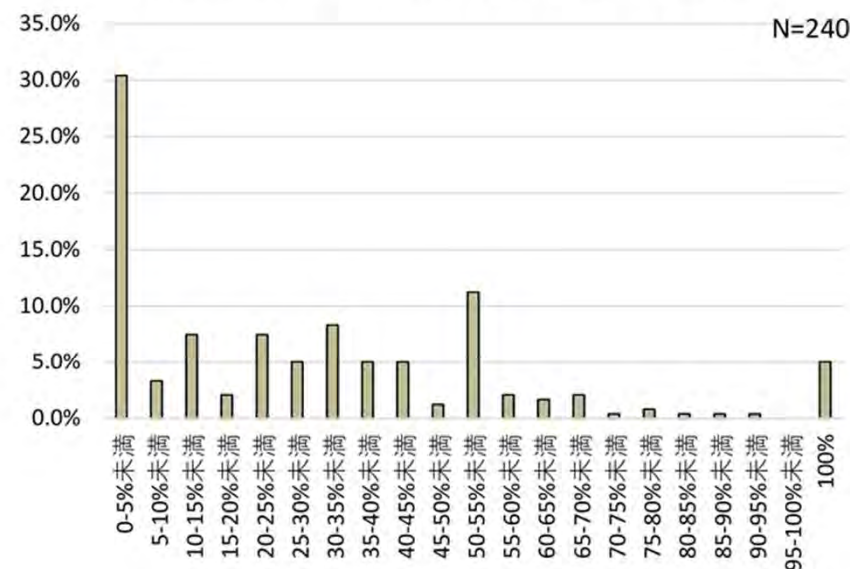
※2 ドパミン $5.1\mu \sim 15\mu$ あるいはアドレナリン $\leq 0.1\mu$ あるいはノルアドレナリン $\leq 0.1\mu$

※3 ドパミン $> 15\mu$ あるいはアドレナリン $> 0.1\mu$ あるいはノルアドレナリン $> 0.1\mu$

出典:平成30年度DPCデータ

「ショック」の患者のうち

平均血圧 $\geq 70\text{mmHg}$ の患者が占める割合



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

- 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。

改定前

【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)

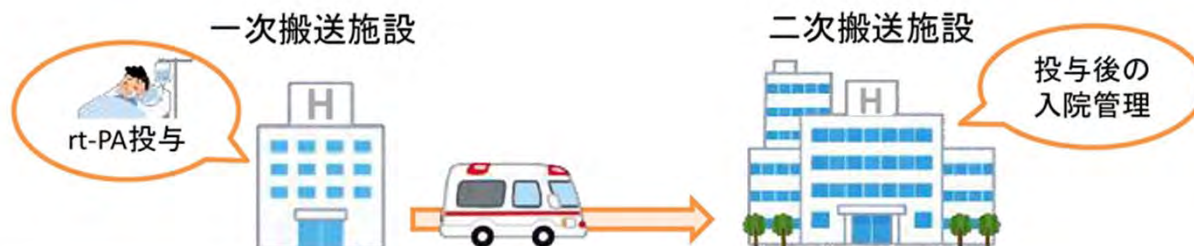
(削除)

- ・ 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(アルテプラゼ)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。



※一次搬送施設でrt-PAを投与して、二次搬送施設で入院管理を行った場合

	一次搬送施設	二次搬送施設
薬剤料算定	○	×
加算算定	×	○
施設基準届出	必要	必要

rt-PA(アルテプラゼ)静注療法の合併症について

rt-PA (アルテプラゼ) 静注例における症候性頭蓋内出血の頻度

	概要	期間	症候性頭蓋内出血頻度
J-ACT ¹	国内承認前第Ⅲ相試験	2002年4月～2003年9月	5.8%
J-MARS ²	市販後2年間の全国調査	2005年10月～2007年10月	3.5%
SAMURAI ³	10施設共同の登録研究	2005年10月～2008年7月	1.3%

※国内でのアルテプラゼ静注療法の主な臨床試験、観察研究より

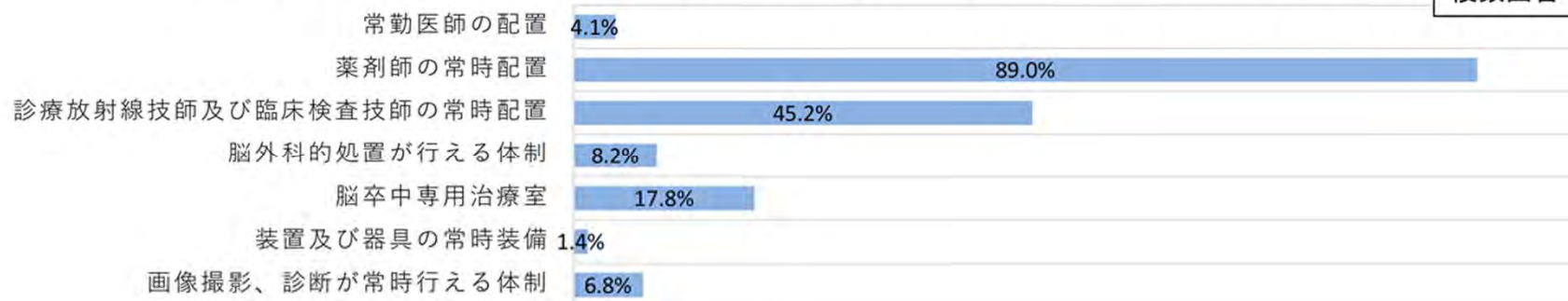
【出典】

1.Stroke 2006;37:1810-1815 2.Stroke 2010;41:1984-1989 3.Stroke 2009;40:3591-3595

超急性期脳卒中加算を算定していない理由

満たすことができない要件 (rt-PA療法を実施しているが加算を算定していない施設)

複数回答



【出典】厚生労働科学研究費補助金「脳卒中の急性期医療体制における施設間連携体制構築のための研究」

※2府7県で調査を実施

※rt-PAを実施している306施設中、未算定は79施設。うち73施設が回答。(実施施設数は研究班調べ、算定医療施設は地方厚生局資料より確認)

- 日本脳卒中学会は、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法 適正治療指針第二版」に定める「治療を行う施設」の基準が厳格過ぎたことが、rt-PA療法が普及しない一因である可能性を考慮し、平成28年9月に基準の改訂を行った。
(脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会報告書(平成29年7月)より引用改変)
- 現状、A205-2 超急性期脳卒中加算の施設基準は、当該指針(第三版)の推奨する施設基準には対応していない。

	A205-2 超急性期脳卒中加算	改訂後の指針(第三版)	改訂前の指針(第二版)
人員 配置 基準	専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限り)を1名以上配置	急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できること (脳卒中診療担当者は、日本脳卒中学会の承認する本薬使用のためのe-ラーニングを受講することが望ましい)	- 日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とする診療チームがあること - 実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、証明を取得すること
	薬剤師の常時配置	(記載なし)	(記載なし)
	診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置	(記載なし)	(記載なし)
脳外科 対応	脳外科的処置が迅速に行える体制	迅速に脳外科医が対応できる体制	脳外科的処置が迅速に行える体制
設備	脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること (ICUやSCUと兼用であっても構わない)	推奨項目から削除 (静注後の管理はSCU又はそれに準ずる集中治療室等の設備で行うことが望ましい)	ストロークケアユニット又はそれに準ずる設備
	CT、MRI、脳血管造影等の脳画像撮影及び診断が常時行える体制	頭部CT又はMRI、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能	CT又はMRIが24時間実施可能

rt-PA(アルテプラゼ)静注療法の合併症について

rt-PA (アルテプラゼ) 静注例における症候性頭蓋内出血の頻度

	概要	期間	症候性頭蓋内出血頻度
J-ACT ¹	国内承認前第Ⅲ相試験	2002年4月～2003年9月	5.8%
J-MARS ²	市販後2年間の全国調査	2005年10月～2007年10月	3.5%
SAMURAI ³	10施設共同の登録研究	2005年10月～2008年7月	1.3%

※国内でのアルテプラゼ静注療法の主な臨床試験、観察研究より

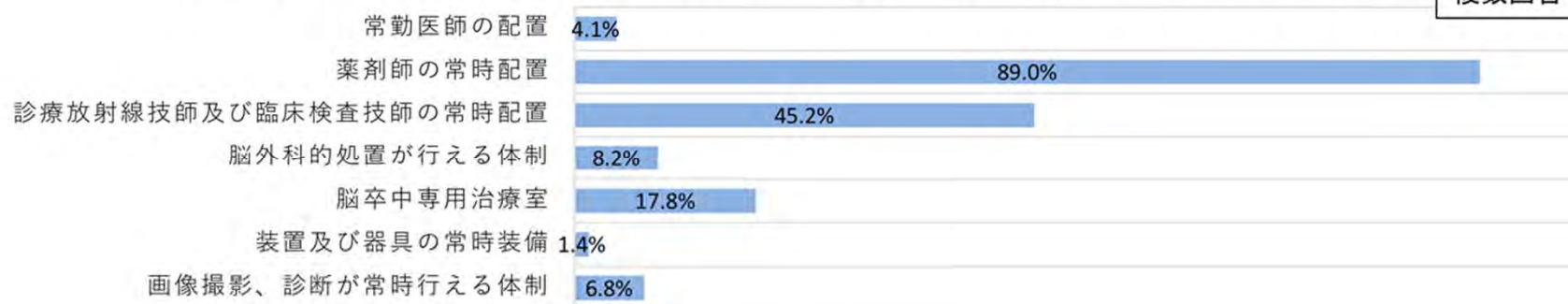
【出典】

1.Stroke 2006;37:1810-1815 2.Stroke 2010;41:1984-1989 3.Stroke 2009;40:3591-3595

超急性期脳卒中加算を算定していない理由

満たすことができない要件 (rt-PA療法を実施しているが加算を算定していない施設)

複数回答



【出典】厚生労働科学研究費補助金「脳卒中の急性期医療体制における施設間連携体制構築のための研究」

※2府7県で調査を実施

※rt-PAを実施している306施設中、未算定は79施設。うち73施設が回答。(実施施設数は研究班調べ、算定医療施設は地方厚生局資料より確認)

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

- 施設基準について、抗菌薬適正使用支援チームがモニタリングを行うべき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等の見直しを行う。



感染防止対策加算1

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(年1回報告)
- ✓ 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

(新) その他の要件

- ✓ 抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける体制があることについて、感染防止対策加算の要件である定期的なカンファレンスの場を通じて他の医療機関に周知。

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



- 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。
(※小児かかりつけ診療料についても同様)

抗菌薬適正使用支援加算の見直し①

- 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 抗菌薬の種類の拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び 報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加する。また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す。

改定前	改定後
【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準] (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。 (新設) オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。 (5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。	【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準] (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬（抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む。）を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。 ウ 当該医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。 カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修の実施及びマニュアルの作成に当たっては、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。 (5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、第21の1の(7)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。

抗菌薬適正使用支援加算の見直し②

- 抗菌薬適正使用支援加算について、感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算1の加算に見直す。

改定前	改定後
【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件] 3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制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については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。	【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件] 3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制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については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

初・再診料の施設基準及び評価の見直し

- 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進する観点から、常勤の歯科医師だけでなく関係する職員を対象とした研修を行うこととし、基本診療料について評価を見直す。

改定前

【初診料】

- | | |
|-------------------|------|
| 1 歯科初診料 | 251点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 288点 |

【再診料】

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 歯科再診料 | 51点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 | 73点 |

改定後

【初診料】

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1 歯科初診料 | 261点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 288点 |

【再診料】

- | | |
|-------------------|------------|
| 1 歯科再診料 | 53点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 | 73点 |

[施設基準(通知)]

(4)職員を対象とした院内感染防止対策に係る標準予防策等の院内研修等を実施していること。



院内研修



院外研修



洗浄・消毒・滅菌



手指衛生



環境整備

出典：厚生労働省 令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

中心静脈栄養の適切な管理の推進

- 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。

[算定要件]

- (1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。



- 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

[施設基準]

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。

イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握すること。

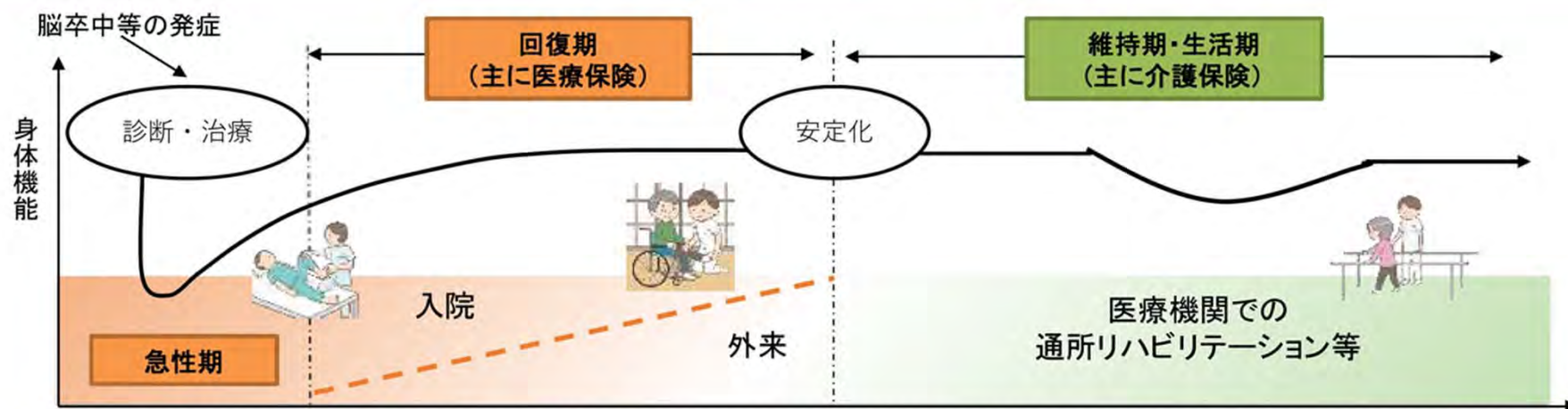


【経過措置】

令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。

- 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件に追加する。

リハビリテーションに係る見直し



回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

- アウトカム評価の更なる充実
- 栄養管理に係る要件の見直し
- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者の「発症からの期間」に係る要件の見直し

リハビリテーションに係る施設基準等の要件緩和

- 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)における言語聴覚療法のみを実施する場合の施設基準の新設
- 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施設基準等の見直し(言語聴覚士の追加)

リハビリテーションに係る業務の効率化・合理化

- 疾患別リハビリテーション料の運用の見直し
- 外来リハビリテーション診療料の運用の見直し

リハビリテーションの対象患者に係る見直し

- がん患者リハビリテーション料の対象患者の見直し
- リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の対象患者の見直し

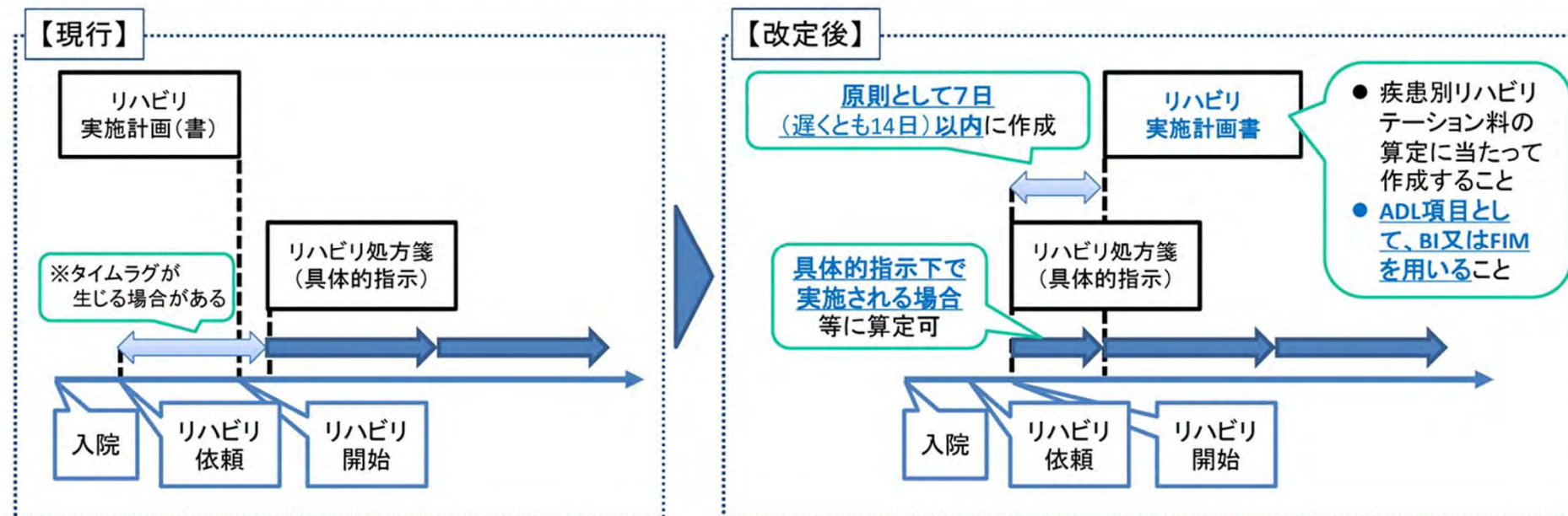
摂食嚥下訓練に係る取組の評価の見直し

- 摂食機能療法の加算の見直し

疾患別リハビリテーション料の見直し

疾患別リハビリテーションの取扱いの見直し

- 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等に関し、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。



出典：厚生労働省_令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

リハビリテーションに係る施設基準の見直し

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。

改定前

[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にあっても、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にあっても、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。

改定前

[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。

脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

- 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)

外来リハビリテーション診療料等の見直し

外来リハビリテーション診療料の見直し

- 外来リハビリテーションを実施している患者に対して、医師による包括的な診察をより実施しやすくするため、外来リハビリテーション診療料におけるリハビリテーションスタッフとのカンファレンスに係る要件を緩和する。

改定前

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。



改定後

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない。



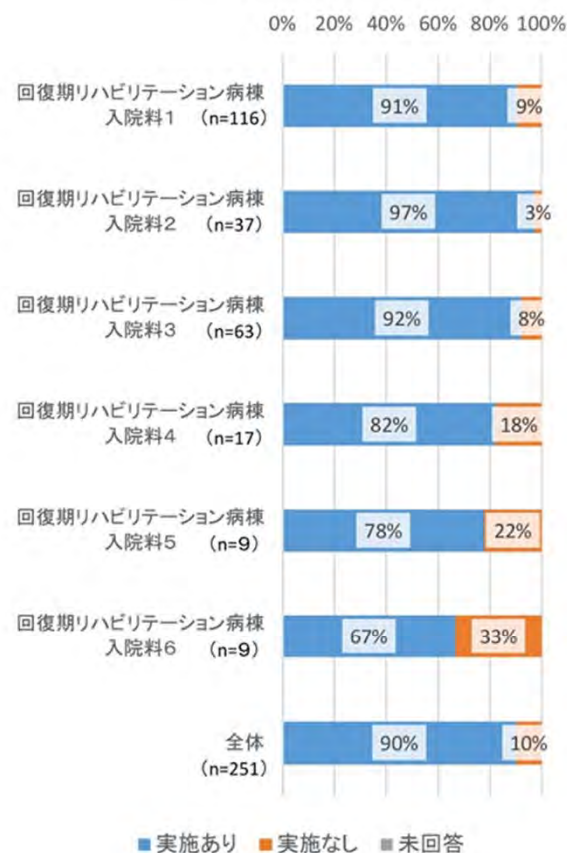
維持期リハビリテーションの取扱いの明確化

- 入院中の患者以外の患者であって、要介護被保険者等の患者に対する維持期リハビリテーションについて、平成31年3月31日まで算定可能とする経過措置が終了していることに伴い、引き続き維持期リハビリテーションの算定が可能である患者が明確になるよう、扱いを整理する。

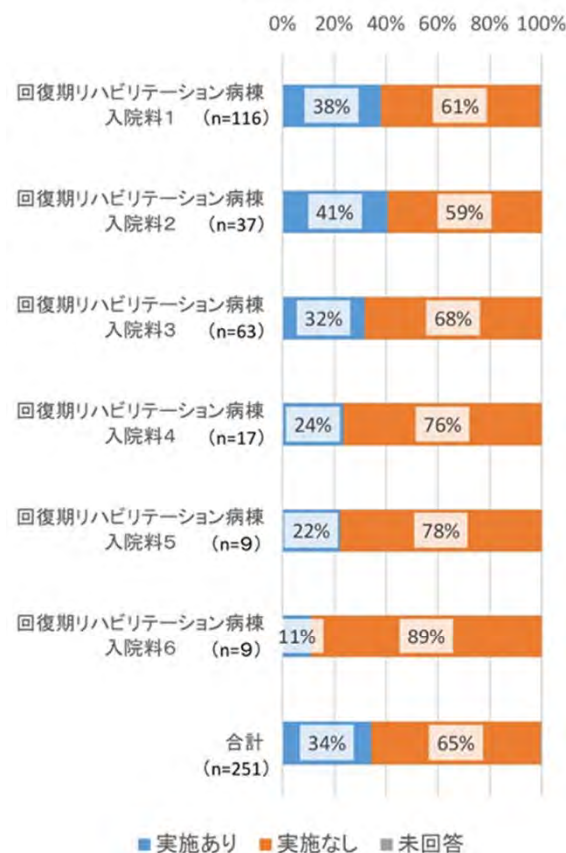
外来患者に対するリハビリテーションなどの実施状況

○ 回復期リハビリテーション病棟において実施している外来リハビリテーション、訪問リハビリテーション指導及び通所リハビリテーションの状況は、以下のとおり。

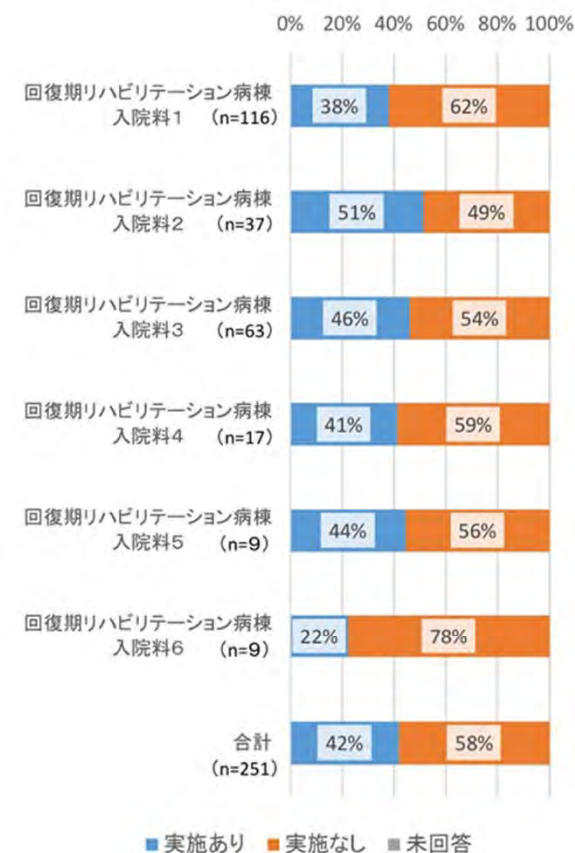
外来におけるリハビリテーションの実施
(医療保険)



訪問リハビリテーション指導の実施
(医療保険)



通所リハビリテーションの実施
(介護保険)



出典：平成30年度入院医療等の調査(施設票)

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

がん患者に対するリハビリテーションに係る見直し

がん患者リハビリテーション料の見直し

- がん患者リハビリテーション料の算定対象となる患者について、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件に見直す。

改定前

ア 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
 イ 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頭部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
 ウ 乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
 エ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
 オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
 カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
 キ 当該入院中に骨髄抑制を来し得る化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
 ク 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

改定後

ア 当該入院中にがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療又は造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
 イ 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

【現行】

【がんの種別】

- 食道がん、肺がん 等
- 口腔がん、咽頭がん 等
- 血液腫瘍



【治療方法】

- 全身麻酔による手術
- 放射線治療
- 化学療法
- 造血幹細胞移植

【改定後】

【がんの種別】

がんの種別による規定を削除

【治療方法】

- 手術
 - 骨髄抑制を来しうる化学療法
 - 放射線治療
 - 造血幹細胞移植
- を予定又は行われた患者

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

- リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者について、以下の見直しを行う。
1. 鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断された患者を対象とする。
 2. リンパ浮腫複合的治療料「1」の「重症の場合」の対象患者について、病期分類Ⅱ期以降の患者を対象とする。



改定前

[算定要件(リンパ浮腫指導管理料)]

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

改定前

[算定要件(リンパ浮腫複合的治療料)]

B001-7リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。

改定後

[算定要件(リンパ浮腫指導管理料)]

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか(診断されたものにあつては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。)に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

改定後

[算定要件(リンパ浮腫複合的治療料)]

リンパ浮腫複合的治療料は、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。

Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し①

小児の在宅呼吸管理における材料の評価

- 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



[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

患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し②

在宅自己導尿における材料の評価

- 日本排尿機能学会等の診療ガイドラインに基づいて、脊髄損傷等の患者における尿路感染症の予防に係るエビデンスが認められる材料について、評価を充実する。
- その他、個々の患者の状態やニーズを踏まえ、柔軟な算定が可能となるよう要件の見直しを行う。

改定前	改定後
在宅自己導尿指導管理料 1,800点	在宅自己導尿指導管理料 <u>1,400点</u>
特殊カテーテル加算	特殊カテーテル加算
1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル	(新)1 再利用型カテーテル <u>400点</u>
イ 親水性コーティングを有するもの 960点	2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
ロ イ以外のもの 600点	イ 親水性コーティングを有するもの
2 間歇バルーンカテーテル 600点	(新)(1) 60本以上の場合 <u>1,700点</u>
	(新)(2) 90本以上の場合 <u>1,900点</u>
	(新)(3) 120本以上の場合 <u>2,100点</u>
	ロ イ以外のもの <u>1,000点</u>
	3 間歇バルーンカテーテル <u>1,000点</u>
	[主な算定要件]
	・3月に3回に限り、所定点数に加算する。
	・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、脊髄損傷や二分脊椎等の患者に使用する。



診療ガイドライン等に基づく質の高い医療の適切な評価等

- 学会等が作成する「診療ガイドライン」等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療報酬上の評価の充実や要件の見直しを行う。
- 特に、安定冠動脈疾患の検査や治療について、診療ガイドラインを踏まえた評価及び要件とする。

【主な対応】

トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の充実

- 重要な検査をより確実に実施できるよう、医療従事者の負担等の実態に見合った評価とする。

冠動脈CT撮影の算定要件の新設

- 適応疾患や目的を確認するため、検査実施の医学的根拠等の記載を要件とする。

経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

- 心筋の機能的な虚血が認められない場合は、カンファレンス等で複数医師により検討した上で治療を行うかどうかを判断することを要件とする。

安定冠動脈疾患について

- ・ 一時的な心筋の虚血により胸部不快感や胸痛等の症状を自覚する。
- ・ 運動により症状が出現することが多い。
- ・ リスクに応じて、薬物治療やカテーテル治療等が行われる。



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

- 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。

改定前	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 1,400点	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>

冠動脈CT撮影の算定要件の新設

- 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。

改定前	改定後
【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。	【冠動脈CT撮影加算】 [算定要件(概要)] <u>(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。</u> <u>ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常</u> <u>イ 急性冠症候群</u> <u>ウ 狭心症</u> <u>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</u> <u>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</u>

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

- 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。



改定前

【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 | 36,000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。
- 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

人工内耳機器調整に対する評価

- 人工内耳植込術後の、人工内耳用音声信号処理装置の調整は治療の一環であることから、医師や言語聴覚士による機器調整について新たな評価を行う。
- 人工内耳植込術を行った患者について、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合について、高度難聴指導管理料の加算を新設する。

(新) 人工内耳機器調整加算 800点

【高度難聴指導管理料の注加算】

区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り800点を所定点数に加算する。

〔算定要件〕

人工内耳機器調整加算は、耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科の常勤医師の指示を受けた言語聴覚士が人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合に算定する。

人工内耳用音声信号処理装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウェアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うことをいう。

※ 以下は今回改定で変更されたものではなく、従来より規定されている事項であるが、改めてご確認いただきたい。

＜特定保険医療材料である人工内耳用材料の算定留意事項について＞

人工内耳用材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の変換等の場合は算定できない。

認知機能検査等の算定要件の新設

- 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。

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

- 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。

改定前	
【血液化学検査】	
アルブミン	11点



改定後	
【血液化学検査】	
アルブミン(BCP改良法・BCG法)	11点

[経過措置]

アルブミン(BCP改良法・BCG法)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

- 近年、新規の遺伝子検査技術の収載が相次いでおり、これらの検査は尿糞便等検査判断料や血液学的検査判断料の区分に属しているが、同区分に属する他の検査とは測定項目の性質に差異があることから、遺伝子関連・染色体検査について、遺伝子関連・染色体検査判断料を新設する。

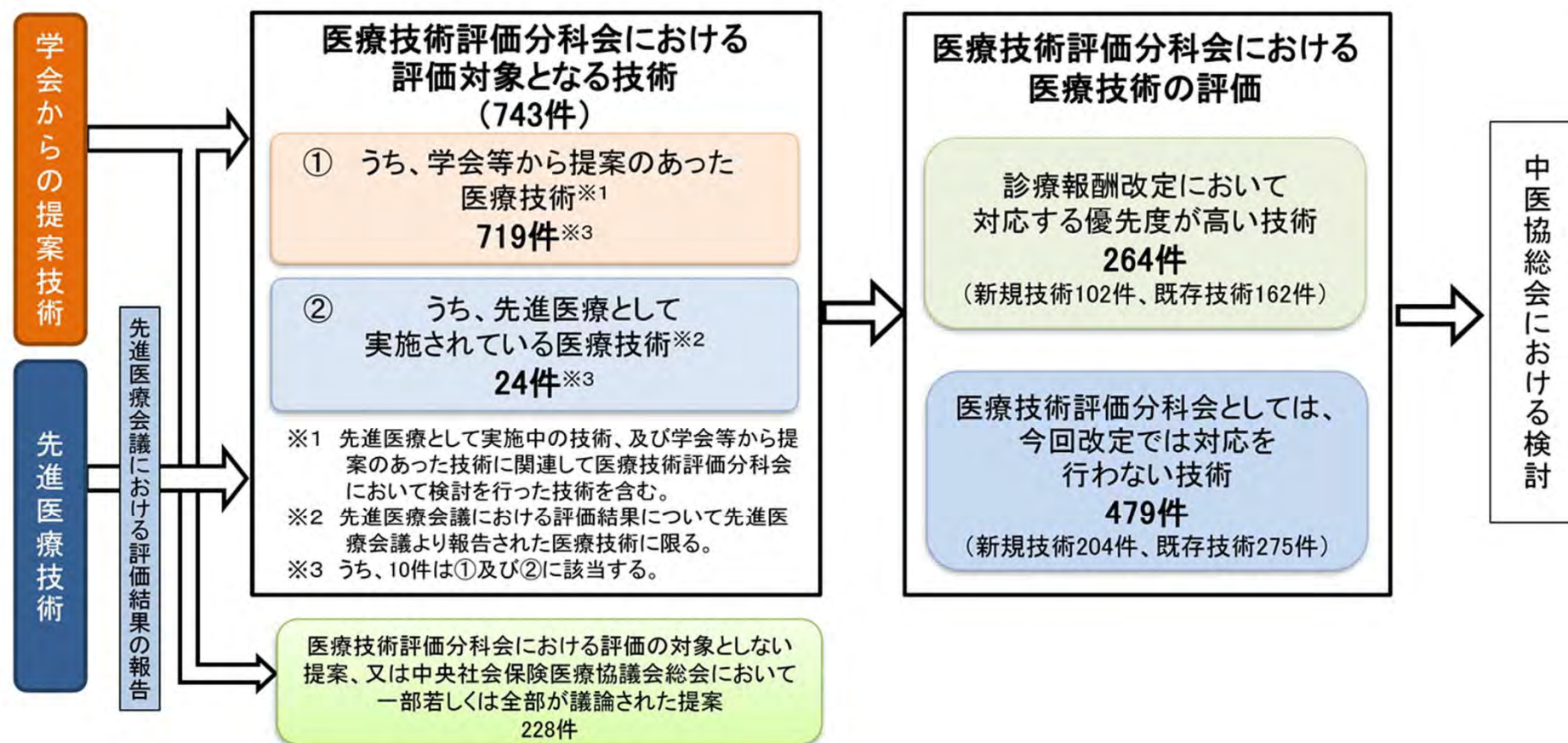
(新) 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点

[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19(KRT19) mRNA検、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、BRCA1/2遺伝子検査、FLT3遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、NUDT15遺伝子多型検査、JAK2遺伝子検査 等

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応①

- 学会から提案のあった技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行った。
- また、先進医療で実施されている技術についても、先進医療会議における科学的根拠に基づく評価の結果を踏まえ、医療技術評価分科会で保険導入に係る検討を行った。



医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応②

概要

- 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

- ・ 臍体尾部切除術（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

- ・ 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。

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応③

保険適用する新規技術の例(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。

- 保険適用されるロボット支援下内視鏡手術は、次の通り。

- 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



医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応④

保険適用する新規技術の例(2)

- 仮想気管支鏡画像を用いた気管支鏡検査を保険適用する。

【保険適用された技術】

(新) 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点

【技術の概要】

CTから構築した病変への気管支ルート上の仮想気管支鏡の画像をリアルタイムに実際の気管支鏡画像に合わせて表示させることで、経気管肺生検をサポートする技術。

【技術の有用性及び安全性】

- ・ 経気管肺生検と比較し、診断率が高い(11%改善)。
- ・ 合併症率は低く(1%)、経気管肺生検と同等。

既存技術	新規技術
透視画像のみの、限られた情報。	CT画像から構築した仮想気管支映像を元に、検査を実施。
 2次元の情報と 剖学的な知識を 元に検査を実施。	 より多くの情報を 元にして、 診断率と安全性 を向上。

外保連試案等を活用した技術料の見直し

- 外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2020」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

(1) 見直しを行う検査の例

検査名	現行	改定後
関節鏡検査(片側)	720点	<u>760点</u>
脳誘発電位検査(脳波検査を含む。) 「4」聴性定常反応	960点	<u>1,010点</u>
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	<u>570点</u>

(2) 見直しを行う処置の例

処置名	現行	改定後
頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	264点	<u>317点</u>
体表面ペースング法又は食道ペースング法(1日につき)	400点	<u>480点</u>
胃洗浄	250点	<u>300点</u>

(3) 見直しを行う手術の例

手術名	現行	改定後
皮膚切開術「1」長径10センチメートル未満	470点	<u>570点</u>
鼓膜切開術	690点	<u>830点</u>
乳腺腫瘍摘出術「1」長径5センチメートル未満	2,660点	<u>3,190点</u>

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。

多焦点眼内レンズについて

- 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。



多焦点眼内レンズに係る選定療養の運用について(イメージ)

対象レンズ

- 本療養においては、以下の多焦点眼内レンズを対象とする。
 - ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有するとして薬事承認されたもの
 - ・ 先進医療において眼鏡装用率の軽減効果を有すると評価されたもの

費用

- 本療養を実施した場合は、医科点数表に規定する眼内レンズ(その他のものに限る。)を使用した水晶体再建術を実施したものとみなして、保険外併用療養費を支給するものとする。
- 患者から徴収する特別の料金については、
 - ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの費用から、医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する眼内レンズ(その他のものに限る。)の費用を控除した額
 - ・ 本療養に必要な検査に係る費用(医科点数表に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とする。)を合算したものを標準として、社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- 保険医療機関が特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、地方厚生(支)局長にその都度報告する。その際、レンズの種類毎に特別の料金を定めることとし、また、当該料金が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、
 - ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズ
 - ・ 当該医療機関で医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する主たる眼内レンズ(その他のものに限る。)の購入価格を示す資料を添付する。

その他の手続き等

- 本療養のメリット、デメリット及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得る。
- 本制度趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示する。
- 患者から特別の料金を徴収した保険医療機関は、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生(支)局長に報告する。
- 関係学会から示されている指針に基づき、本療養を適切に実施する。

Ⅱ 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

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 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
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、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、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

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。



オンライン診療の より柔軟な活用

医療資源の少ない地域等

- 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。



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。

改定前

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、オンライン診療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。

改定前

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。

改定前

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

※ 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)。

※ 慢性頭痛患者の診療は、脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を受けた医師が行う必要がある。



慢性頭痛患者
(定期的な通院が必要)

CT・MRI等の検査で、
危険な頭痛を除外

対面診療と
組み合わせて
オンライン
診療を活用

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

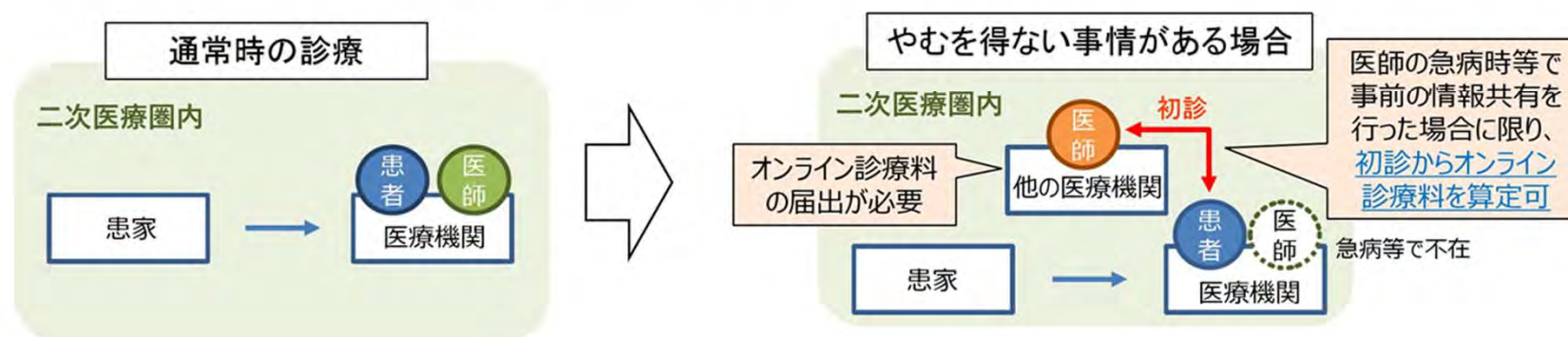
- へき地、医療資源が少ない地域等に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。

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物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。

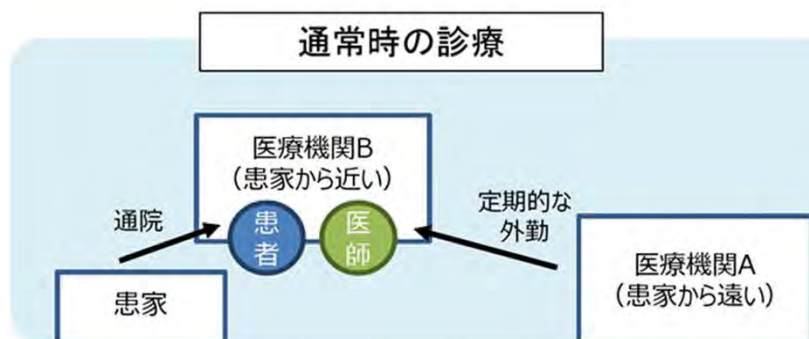
改定前

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

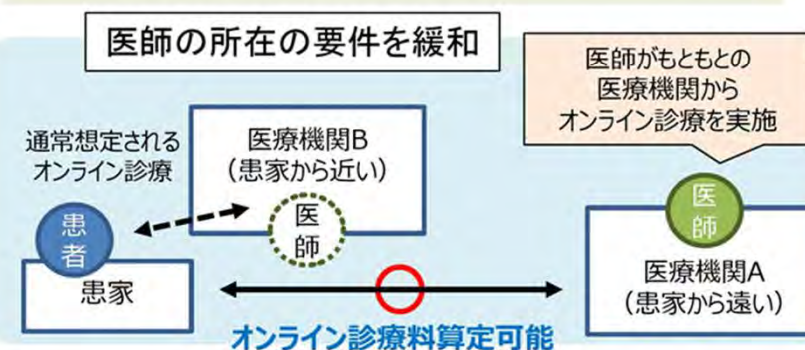
オンライン診療料

[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)

		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

オンライン在宅管理料
の対象となる範囲

改定前

【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

改定前

オンライン在宅管理料
〔算定要件〕

カ オンライン診療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 オンライン診療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。

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、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(初診も可)



かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

- 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。

(新) 遠隔連携診療料 500点

[算定要件]

- (1) 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、対面による診療を行っている患者であって、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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の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、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
- (2) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

[施設基準]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準
厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める患者
イ てんかん（外傷性を含む）の疑いがある患者
ロ 指定難病の疑いがある患者
- (3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準（他の保険医療機関）
イ 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
ロ てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

在宅酸素療法における記録項目の見直し

- ▶ 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、疾患ガイドラインにおける推奨事項を踏まえ、モニタリングを行う項目の一部を見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

改定前

【在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略) 情報通信機器を活用して、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



改定後

【在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略) 情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

在宅持続陽圧呼吸療法における指導方法の見直し

- ▶ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、エビデンスを踏まえ、モニタリングの結果必ずしも指導を行わなかった場合も算定できるよう見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

改定前

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略) 情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



改定後

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】
 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
 ア (略) 情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合 又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



ニコチン依存症管理料の見直し

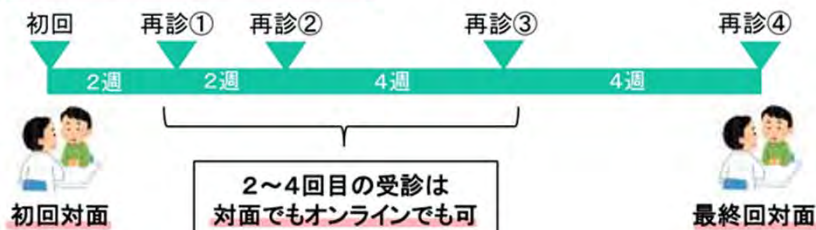
- ニコチン依存症管理料について、2回目から4回目に情報通信機器を用いた診療に係る評価を新設する。
- 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
- ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件の見直しを行う。

改定前

【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

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
-----------------------	------------

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) <u>情報通信機器を用いて診察を行った場合</u>	<u>155点</u>
ハ 5回目	180点
2 <u>ニコチン依存症管理料2(一連につき)</u>	<u>800点</u>



[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の場合は初回指導時に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。

Ⅲ 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

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

Ⅲ 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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（概要）

- 医療機能や入院患者の状態に応じて適切な医療が提供されるよう、入院医療の評価について、以下のとおり見直しを行う。

急性期一般入院基本料

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、評価項目や判定基準を見直す。また、該当患者割合に係る施設基準について、実態を踏まえて見直す。

地域包括ケア病棟入院料

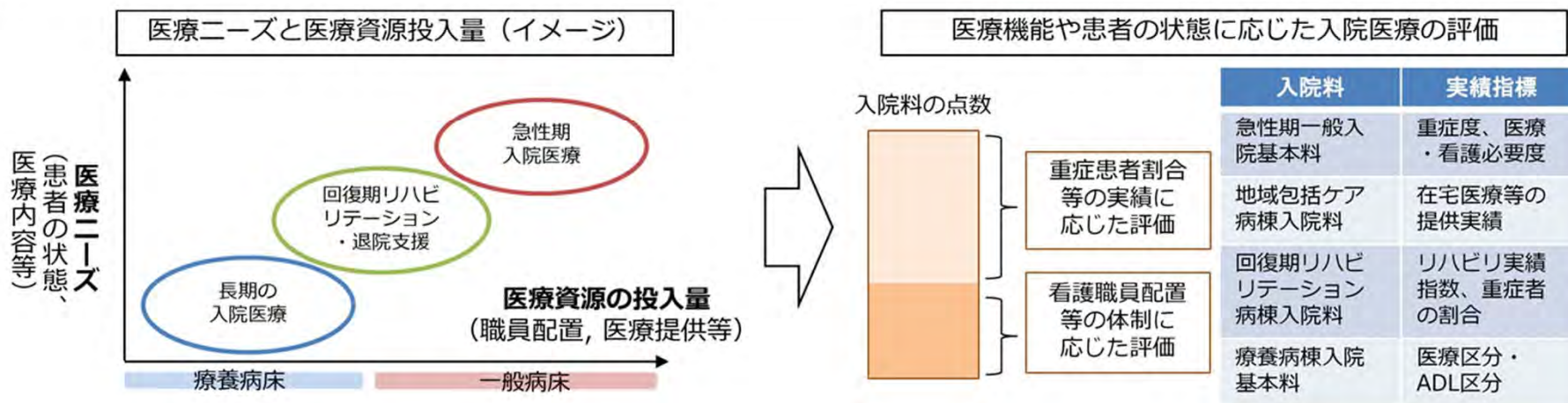
- 地域包括ケア病棟の主な3つの機能をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準を見直す。また、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法を見直す。

回復期リハビリテーション病棟入院料

- リハビリテーションの実績を適切に評価に反映する観点から、実績指数等に係る要件を見直すとともに、日常生活動作の評価に関する取扱いを見直す。

療養病棟入院基本料

- 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。また、中心静脈カテーテル等の適切な管理を推進する観点から、施設基準や医療区分の要件を見直す。



出典：厚生労働省 令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

総合入院体制加算の見直し

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ないなくても、施設基準を満たしているものとする。

改定前

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。



医療機関間で役割分担し、
医療機能の再編・統合を行う

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ないなくても、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、届出を行う保険医療機関が作成した議事概要をもって当該議事録としても差し支えない。

総合入院体制加算の見直し

- 総合入院体制加算について、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。

改定前	改定後
【総合入院体制加算】 [施設基準] 1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 (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、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。 6 届出に関する事項 (新設)	【総合入院体制加算】 [施設基準] 1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 (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。 なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。 6 届出に関する事項 (6) 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、届出を行う保険医療機関が作成した議事概要をもって当該議事録としても差し支えない。

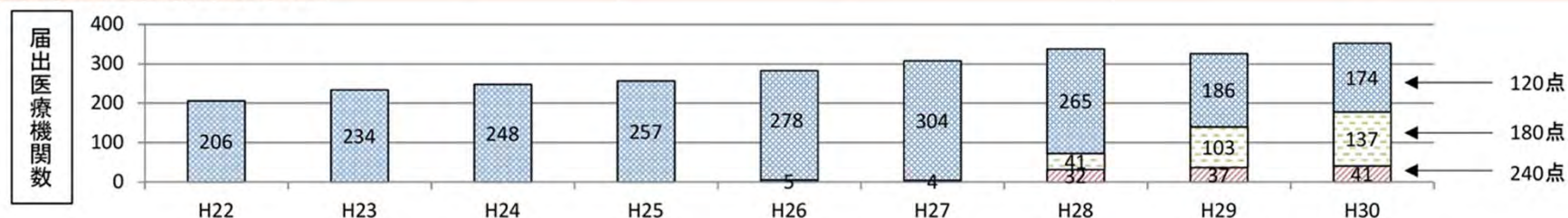
総合入院体制加算の概要

A200 総合入院体制加算（1日につき／14日以内）

加算1：240点 加算2：180点 加算3：120点

平成30年度改定版

	総合入院体制加算1	総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	- 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、それらに係る入院医療を提供している - 全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	（共通要件）精神科につき24時間対応できる体制があること 精神患者の入院受入体制がある		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（A得点2点以上又はC得点1点以上）	3割以上	3割以上	2割7分以上

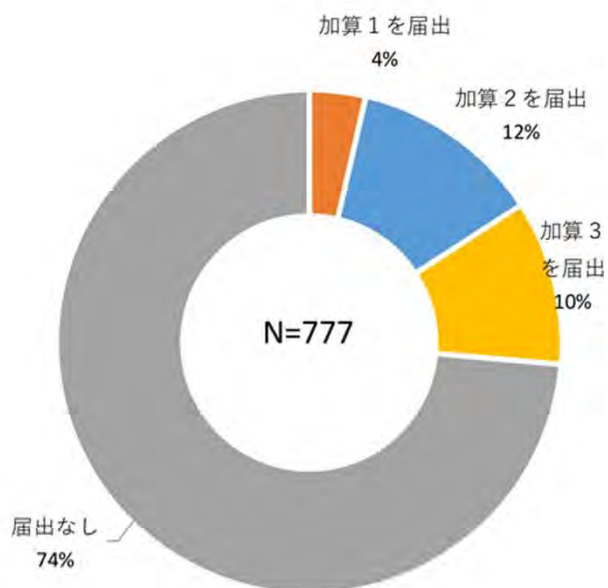


出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1

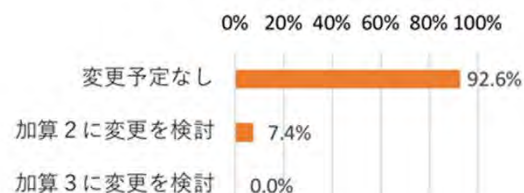
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

- いずれかの総合入院体制加算を届出ている施設は約3割であった。
- いずれの加算を届け出ている施設も、現状を変更する予定がない施設が多かった。

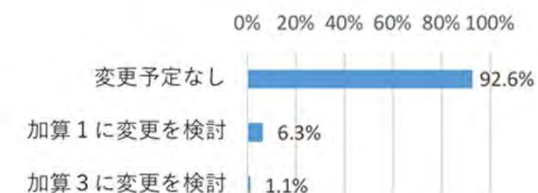
総合入院体制加算の届出状況



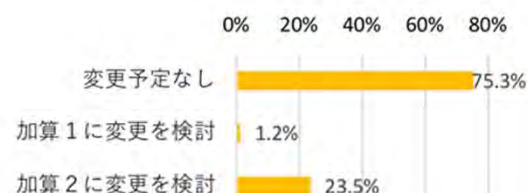
加算1の届出施設 (n=27)



加算2の届出施設 (n=95)



加算3の届出施設 (n=81)



届出なしの施設 (n=563)



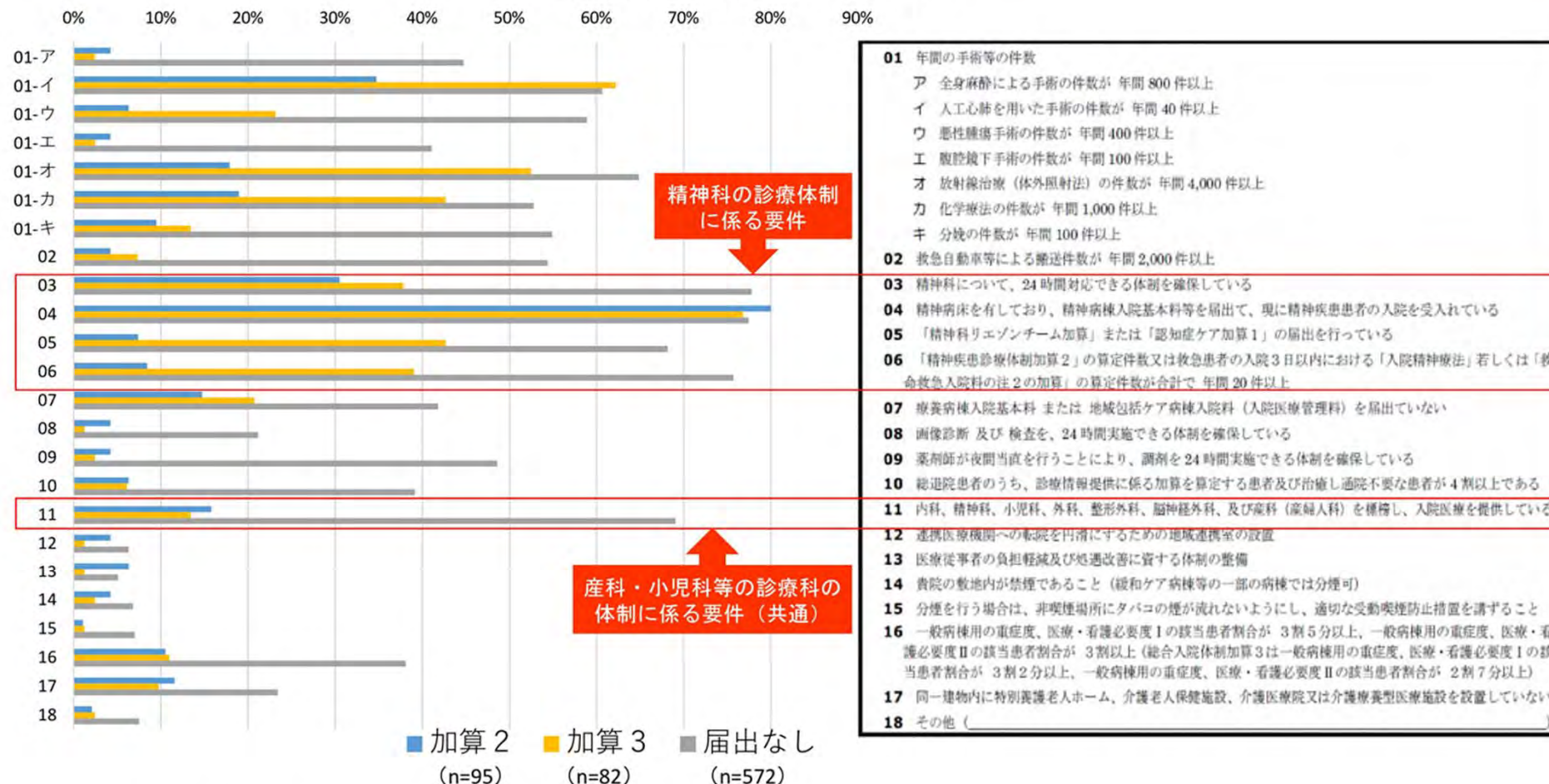
出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票） ※無回答は除く

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

- 総合入院体制加算 2、3 を届出ている施設と届出なしの施設に、満たすことが困難な要件をきくと「精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届出で、現に精神疾患患者の入院を受け入れている」と回答した割合が高かった。

<満たすことが困難な要件>



出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票） ※無回答は除く

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

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



	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
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	改定前 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

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の概要

平成30年度改定版

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的な心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準①:A得点2点以上かつB得点3点以上 基準②:「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 基準③:A得点3点以上 基準④:C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票 評価の手引き」に基づき、
・Bについては、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

平成30年度改定版

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準①:A得点2点以上かつB得点3点以上 基準②:「B14」又は「B15」に該当する患者であつて、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 基準③:A得点3点以上 基準④:C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

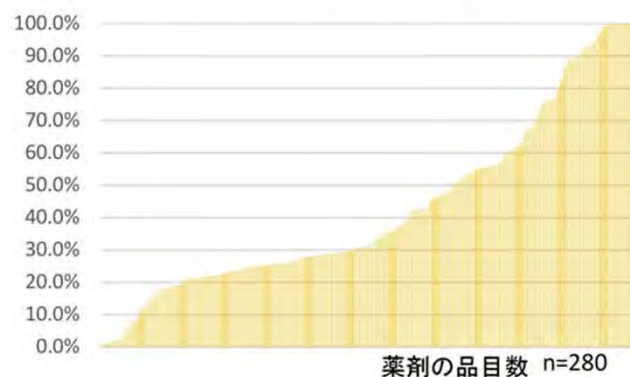
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、
・Bについては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

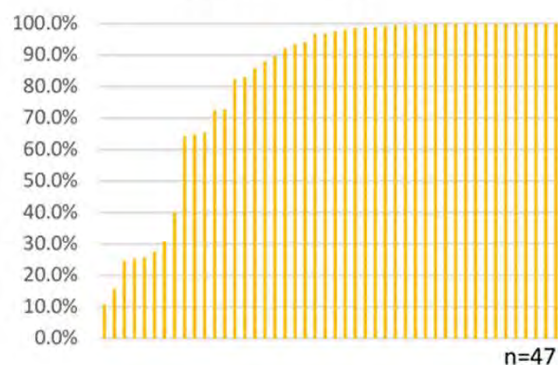
○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、注射と内服の剤形があるものについて、薬剤の品目ごとに入院で使用される割合をみると、ばらついていた。

入院の占める
割合

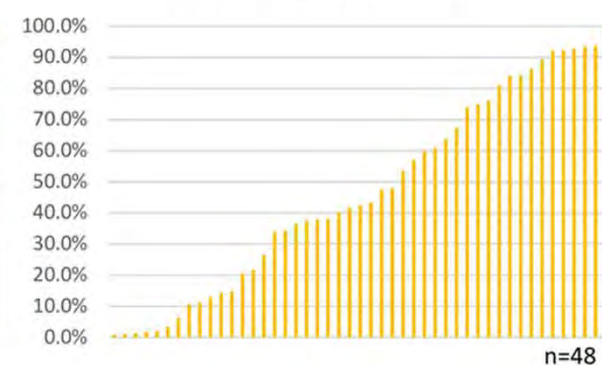
抗悪性腫瘍剤（注射）



麻薬（注射）



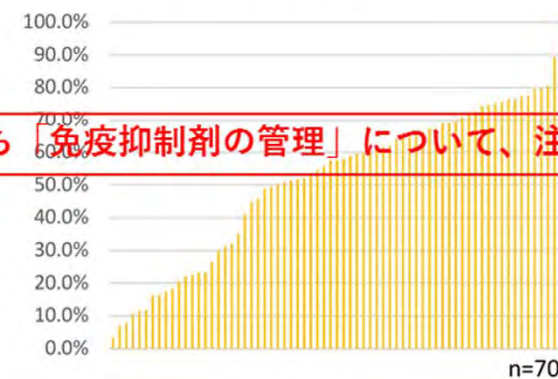
免疫抑制剤（注射）



抗悪性腫瘍剤（内服）



麻薬（内服）



免疫抑制剤（内服）



（2）専門的な治療・処置のうち「免疫抑制剤の管理」について、注射剤に限り評価の対象とする。

出典：NDBオープンデータ

※nは薬剤の品目数（重症度、必要度・看護必要度の対象かつNDBオープンデータで把握可能なものに限る）

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1

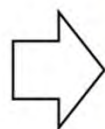
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

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： 緊急に入院を必要とする状態(5日間) (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	別に定める検査(2日間)	
24	別に定める手術(6日間)	



	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

シミュレーション条件について

- 最終的なシミュレーションは以下の条件で行う。

使用データ

- 平成31年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

- 以下の条件を適用した場合の医療機関ごとの該当患者割合を集計する

【必要度Ⅰ・Ⅱ共通】

- 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
- A項目より、「免疫抑制剤の管理」を除外（注射剤を除く）
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術（2万点以上のものに限り）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

【必要度Ⅱのみ】

- A項目に、入院日に「救急医療管理加算1・2」又は「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者を、A得点2点（5日間）として追加（※）

【必要度Ⅰのみ】

- A項目の「救急搬送後の入院」について、現行の2日間の評価から、5日間の評価に変更

※ 救急患者の評価については、H30年度社会医療診療行為別統計より当該加算の平均算定回数が約5回（加算1＝4.95回、加算2＝5.23回）であることを踏まえ、5日間に設定

	現行	見直し後
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

留意点等

- 必要度ⅠはHファイル、必要度ⅡはEFファイルを用いて該当患者割合を集計（※）
- レセプト電算処理システム用コードに規定される薬剤については、類似薬等の追加を行った新たなリストを使用

※ 新たに追加する手術等、集計にレセプト電算処理システム用コードを用いた診療実績データが必要なものに限り、必要度Ⅱの結果を用いて必要度Ⅰを推計

シミュレーション結果⑤ 急性期一般入院料1・4 (必要度Ⅰ・Ⅱ × 病床規模別のシミュレーション)

○ 急性期一般入院料1・4を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出施設それぞれについて、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

必要度Ⅰ	施設数	50%tile値 (現在 / 見直し後)	25%tile値 (現在 / 見直し後)	10%tile値 (現在 / 見直し後)	施設基準 (現在)
急性期一般1	891	35.8% / 32.7%	33.5% / 30.5%	32.2% / 28.5%	30%
(うち許可病床数 200床未満)	264	37.3% / 33.5%	34.4% / 30.2%	32.6% / 27.8%	
(うち許可病床数 200床以上)	627	35.2% / 32.3%	33.3% / 30.4%	32.1% / 28.6%	
急性期一般4	369	34.5% / 26.4%	31.2% / 22.9%	28.6% / 19.6%	27%
必要度Ⅱ	施設数	50%tile値 (現在 / 見直し後)	25%tile値 (現在 / 見直し後)	10%tile値 (現在 / 見直し後)	施設基準 (現在)
急性期一般1	200	32.3% / 32.5%	29.9% / 29.7%	27.7% / 27.9%	25%
(うち許可病床数 200床未満)	29	31.9% / 31.9%	28.3% / 28.9%	26.8% / 22.8%	
(うち許可病床数 200床以上)	171	32.2% / 32.7%	30.1% / 29.8%	28.2% / 28.3%	
急性期一般4	36	29.2% / 26.8%	25.3% / 23.1%	23.3% / 18.5%	22%

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 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。

改定前		
	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	28% (26%) ※1	26% (24%) ※1
急性期一般入院料3	25% (23%) ※2	23% (21%) ※2
急性期一般入院料4	22% (20%) ※3	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%
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%

〔カッコ内は許可病床数
200床未満の経過措置〕

【経過措置】

＜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
け出している病棟に限る。

※3

現に急性期4を届け出ている
病棟に限る。

基準②のみに該当する患者について

診調組 入-1
元. 10. 16

○ 基準② (B14又はB15に該当し、A得点1点以上かつB得点3点以上)のみに該当する患者の割合と該当項目について入院料別に比較すると、当該患者は急性期病棟より療養病棟で多かった。また、急性期病棟は療養病棟と比較して、「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニターの管理」の割合が高かった。

	7対1特定機能病院入院基本料 (一般病棟) (n=20747)	7対1一般病棟入院基本料 (n=61168)	10対1一般病棟入院基本料 (n=13175)	療養病棟入院基本料 1 (20対1) (n=20148)	療養病棟入院基本料 2 (25対1) (n=5920)
【基準】					
「A得点1点」かつ「B14又はB15に該当」かつ「B得点3点以上」	352 1.7%	2,892 4.7%	690 5.2%	2,950 14.6%	669 11.3%
【A項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
創傷処置	76 21.6%	711 24.6%	195 28.3%	1,030 34.9%	385 57.5%
呼吸ケア	107 30.4%	662 22.9%	253 36.7%	1,494 50.6%	222 33.2%
点滴ライン同時3本以上の管理	8 2.3%	26 0.9%	4 0.6%	14 0.5%	0 0.0%
心電図モニターの管理	152 43.2%	1,428 49.4%	227 32.9%	405 13.7%	41 6.1%
シリンジポンプの管理	2 0.6%	42 1.5%	8 1.2%	7 0.2%	21 3.1%
輸血や血液製剤の管理	7 2.0%	23 0.8%	3 0.4%	0 0.0%	0 0.0%
専門的な治療処置	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗悪性腫瘍剤の内服管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
麻薬の内服・貼付・座剤	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
放射線治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
免疫抑制剤の管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
昇圧剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗不整脈剤の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
抗血栓塞栓薬持続点滴の使用	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
ドレーナの管理	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
無菌治療室での治療	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
救急搬送後の入院	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
【B項目】	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち	該当患者のうち
寝返り (1点)	124 35.2%	717 24.8%	105 15.2%	228 7.7%	56 8.4%
寝返り (2点)	133 37.8%	1,819 62.9%	540 78.3%	2,575 87.3%	578 86.4%
移乗 (1点)	155 44.0%	849 29.4%	99 14.3%	181 6.1%	35 5.2%
移乗 (2点)	77 21.9%	1,140 39.4%	266 38.6%	2,355 79.8%	494 73.8%
口腔清潔 (1点)	301 85.5%	2,730 94.4%	635 92.0%	2,854 96.7%	662 99.0%
食事摂取 (1点)	160 45.5%	872 30.2%	160 23.2%	359 12.2%	88 13.2%
食事摂取 (2点)	113 32.1%	1,384 47.9%	317 45.9%	2,021 68.5%	449 67.1%
衣服の着脱 (1点)	158 44.9%	592 20.5%	59 8.6%	197 6.7%	49 7.3%
衣服の着脱 (2点)	161 45.7%	2,141 74.0%	608 88.1%	2,530 85.8%	529 79.1%
診療・療養上の指示が通じる (1点)	320 90.9%	2,543 87.9%	620 89.9%	2,834 96.1%	632 94.5%
危険行動 (2点)	177 50.3%	1,538 53.2%	249 36.1%	647 21.9%	124 18.5%

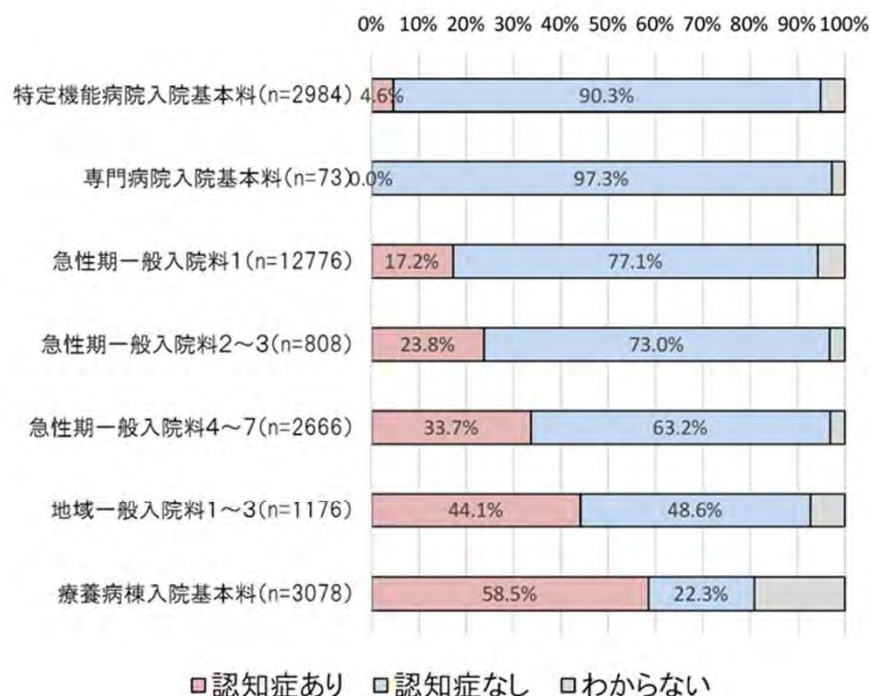
出典:平成28年度入医療等の調査(患者票) ※nは患者数(人・日)

出典:厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1

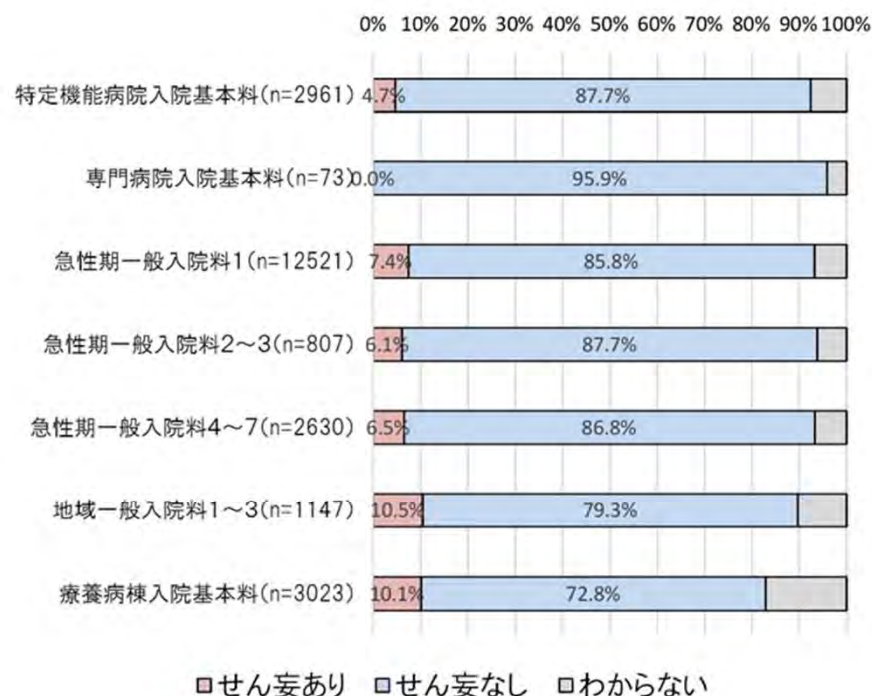
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

- 認知症の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟よりも療養病棟で割合が高く、入院料によって差が大きい。
- 他方、せん妄の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟と療養病棟で差が少なく、いずれの入院料においても概ね1割程度であった。

認知症の患者の割合



せん妄の患者の割合



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

※無回答は除く

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/12/20) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00059.html

せん妄予防の取組の評価

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をスクリーニングし、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]

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について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【対象となる入院料】

急性期一般入院基本料	特定集中治療室管理料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

[施設基準]

- (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。

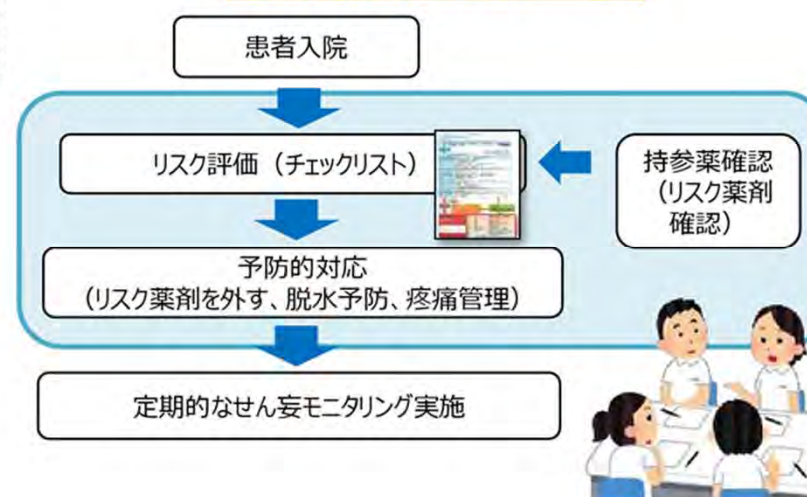
【せん妄のリスク因子の確認】

- ☐ 70歳以上
- ☐ 脳器質的障害
- ☐ 認知症
- ☐ アルコール多飲
- ☐ せん妄の既往
- ☐ リスクとなる薬剤
- ☐ 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

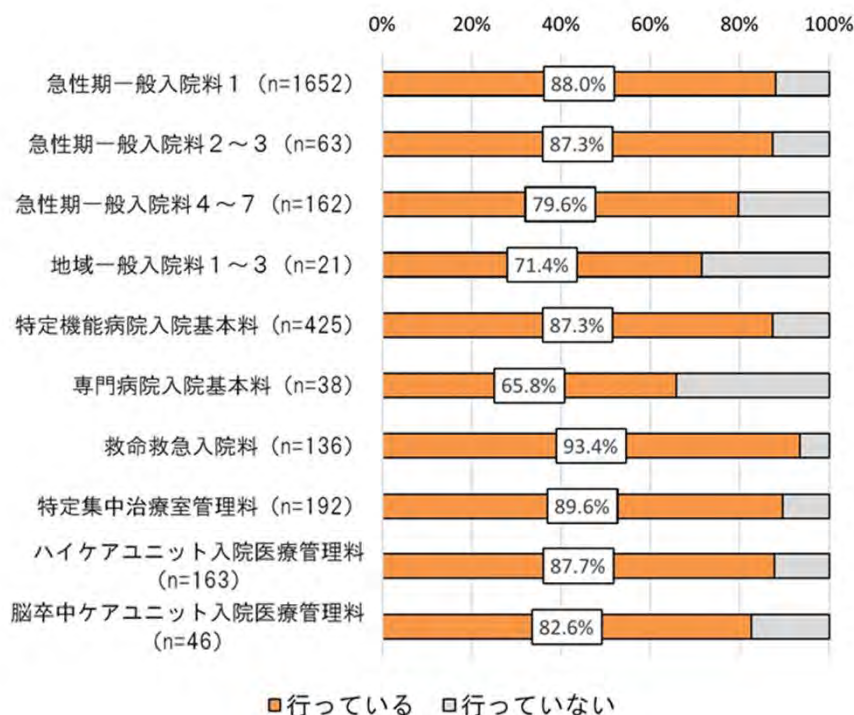
- ☐ 認知機能低下に対する介入
- ☐ 脱水の治療・予防
- ☐ リスクとなる薬剤の漸減・中止
- ☐ 早期離床の取組
- ☐ 疼痛管理の強化
- ☐ 適切な睡眠管理
- ☐ 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ

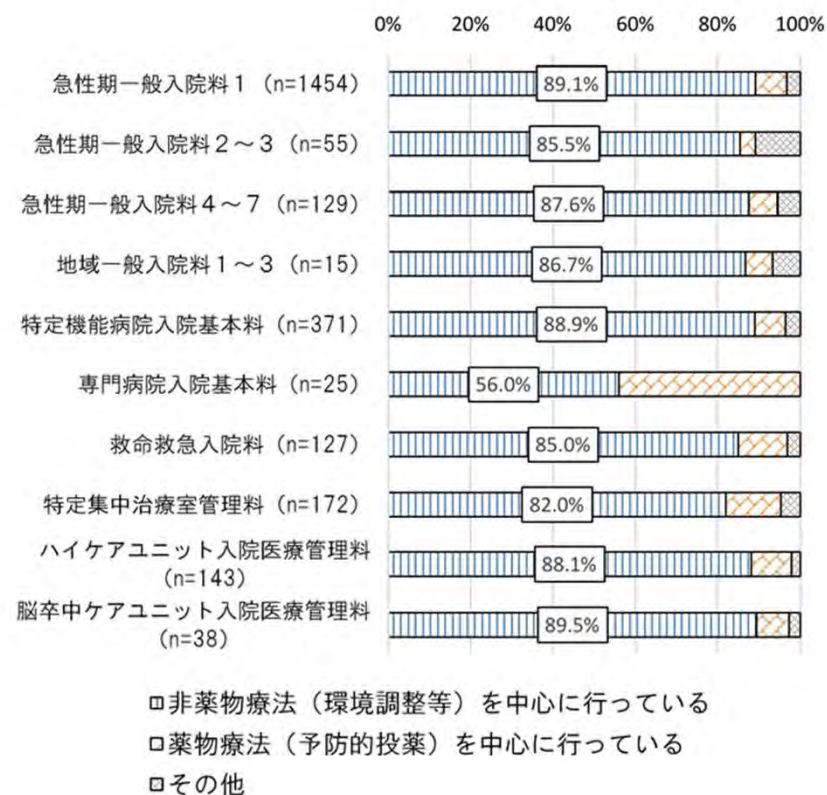


- せん妄のリスクがある患者への予防的介入の有無をみると、いずれの入院料等においても予防的介入を行っている割合が多く、その内容は非薬物療法（環境調整等）を中心に行われていた。

予防的介入を行っているか



予防的介入の種類



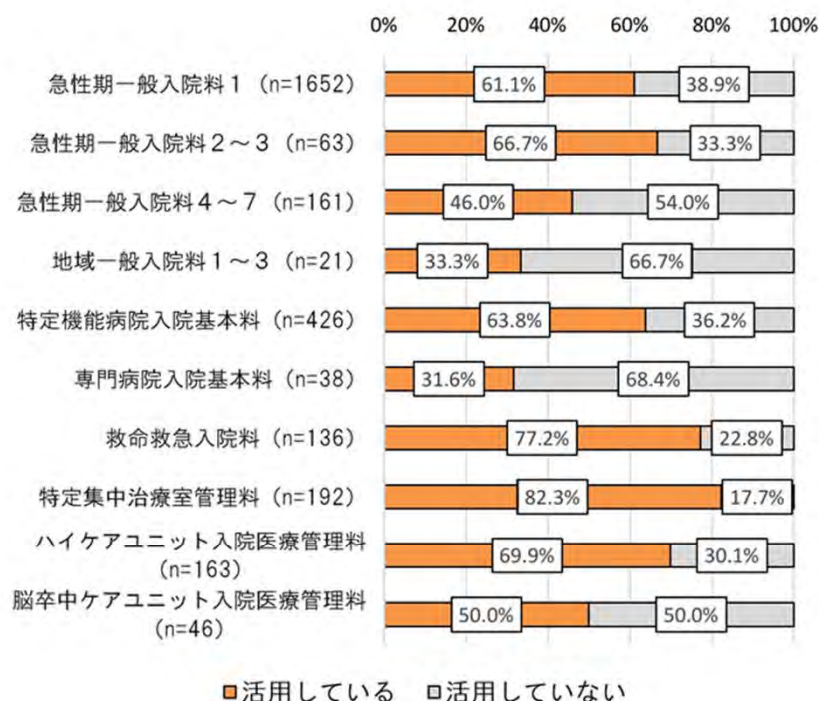
出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票） ※無回答は除く

出典：厚生労働省_入院医療等の調査・評価分科会（2019/10/30）入-1参考

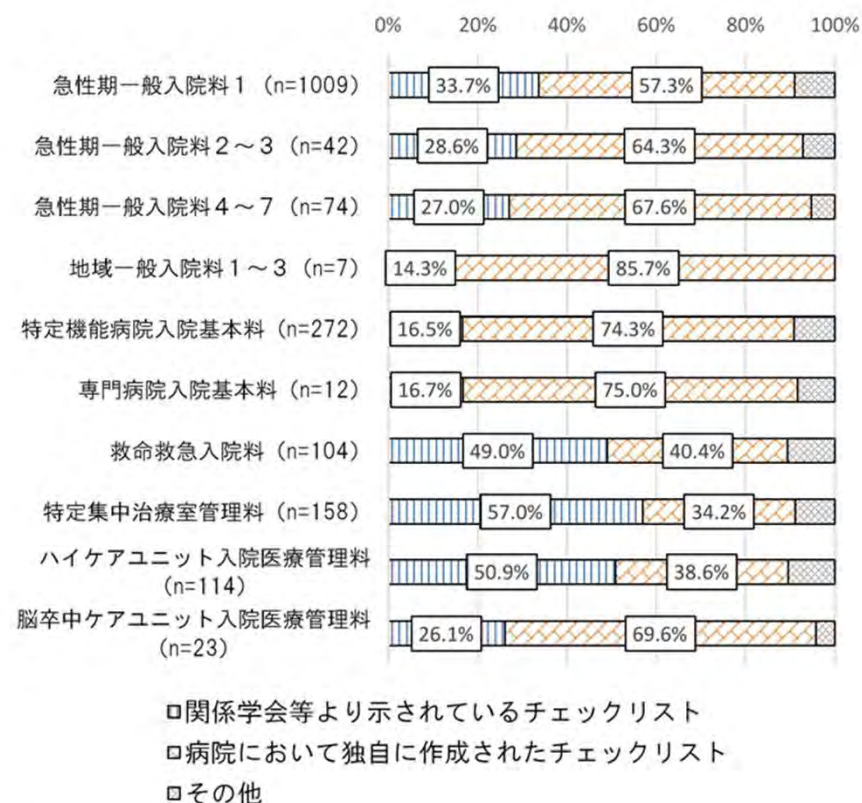
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00019.html

- せん妄予防の取組において、チェックリストの活用状況をみたところ、集中治療室等では約7～8割が活用していた。
- 活用しているチェックリストの種類をみると、「関係学会等により示されているチェックリスト」と「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

チェックリストを活用しているか



活用しているチェックリストの種類



出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票） ※無回答は除く

出典：厚生労働省_入院医療等の調査・評価分科会（2019/10/30）入-1参考

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00019.html

特定集中治療室での栄養管理の評価

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等を開始

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、必要に応じて計画の見直し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、エに関しては、経腸栄養の開始が入室後何時間目であったのか記載すること。

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。

特定集中治療室等における栄養管理

- 日本版重症患者の栄養療法ガイドラインにおいて、ICU入室24～48時間以内に経腸栄養を開始することを推奨されている。
- ICUにおいて、入室後48時間以内に栄養投与を開始した場合、48時間以降に栄養投与を開始した分と比較して、死亡率が有意に低い。

日本版重症患者の栄養療法ガイドライン

<目的>

重症患者治療の臨床現場で遭遇する様々な病態において医療者に治療の選択肢とその根拠を提示し、治療方針決定の一助となること等

<栄養管理の必要性>

重症患者の病態や病期に応じた栄養管理を行うことを強く推奨する。

<栄養投与ルート>

栄養投与ルートは、経腸栄養を優先することを強く推奨する。

<経腸栄養>

重症病態に対する治療を開始した後、可及的に**24時間以内、遅くとも48時間以内に経腸栄養を開始**することを推奨する。

出典：日本集中治療医学会重症患者の栄養管理ガイドライン作成委員会、日本版重症患者の栄養療法ガイドライン、日本集中医学会誌、2016.23.185-281

ICUにおける早期栄養投与の効果

<対象者>

2日間以上人工呼吸器が必要である患者を48時間以内に栄養投与を開始した早期群(707名、平均64.8歳)と48時間以降に栄養投与を開始した遅延群(467名、平均62.8歳)の2群に分け予後を観察した。

<結果>

48時間以内に栄養投与を開始した早期群では、それ以降に開始した遅延群と比較して死亡率が有意に低い。

表 経腸栄養の開始時期の違いによる臨床結果の比較

	早期群 (n=707)	遅延群 (n=467)	P値
ICUの死亡患者数 (割合)	159 (22.5%)	132 (28.3%)	0.03
病院の死亡患者数 (割合)	239 (33.8%)	205 (43.9%)	<0.01
ICU在室日数	27.0±12.2	25.9±12.0	0.14

出典：American Journal of Critical Care. 2010.19(3).261-268

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果①

【対象者】

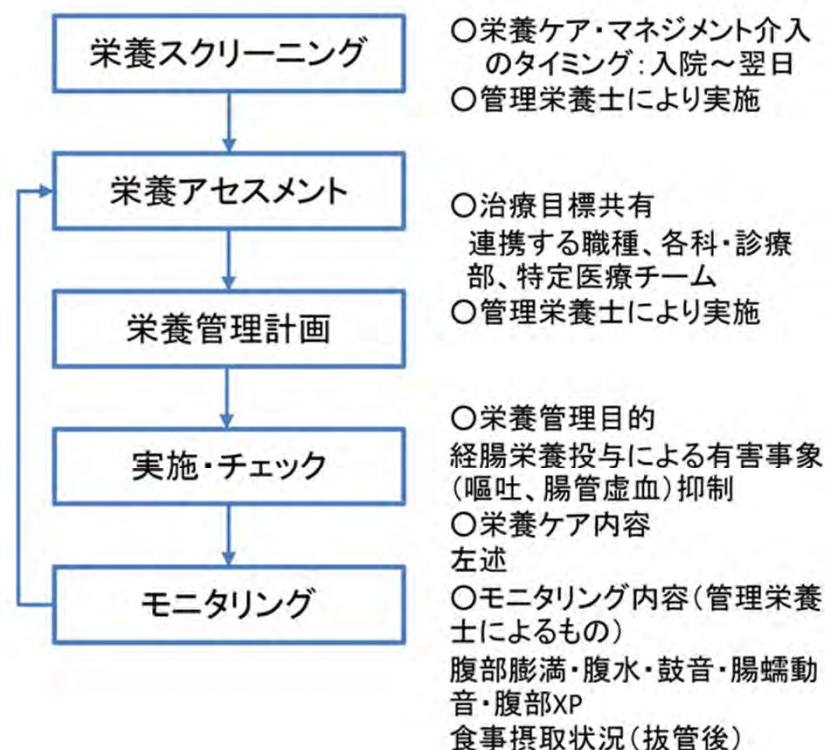
ICU入室中に栄養管理を行った患者（外科手術後1泊入室の患者は除く）

2011年度（360名、平均年齢70.4±13.7歳）、2017年度（295名、平均年齢69.2±14.2歳）

【方法】

早期経腸栄養プロトコルを用いた栄養ケア・マネジメントを導入し、その運用前後の①48時間以内経腸栄養開始率、②28日死亡率、③平均在ICU日数、④平均在院日数の違いを比較。

栄養ケア・マネジメント（栄養管理内容）



管理栄養士による栄養介入内容 （早期経腸栄養プロトコル）

【ICU等入室時】

- ・栄養スクリーニング（48時間以内）の実施
- ・栄養アセスメントの実施
- ・栄養管理計画の作成（多職種協働における回診に基づき治療目的を共有）腸管機能評価を実施し、48時間以内に経腸栄養投与を開始
- ・再アセスメントの実施（胃管からの逆流の有無等）

【経腸栄養投与開始後】

- ・モニタリングの実施
胃管廃液量の確認、循環動態の確認、注入頭位の確認等
- ・目標エネルギー量の設定
- ・再アセスメントの実施

【経腸栄養投与方法】

- ・流量10ml/hから8時間毎に同流量ずつ50ml/hまで増量
- ・50ml/h以上にて有害事象なければ間歇投与

出典：日本健康・栄養システム学会誌. 2019.19(2)

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1をもとに作成

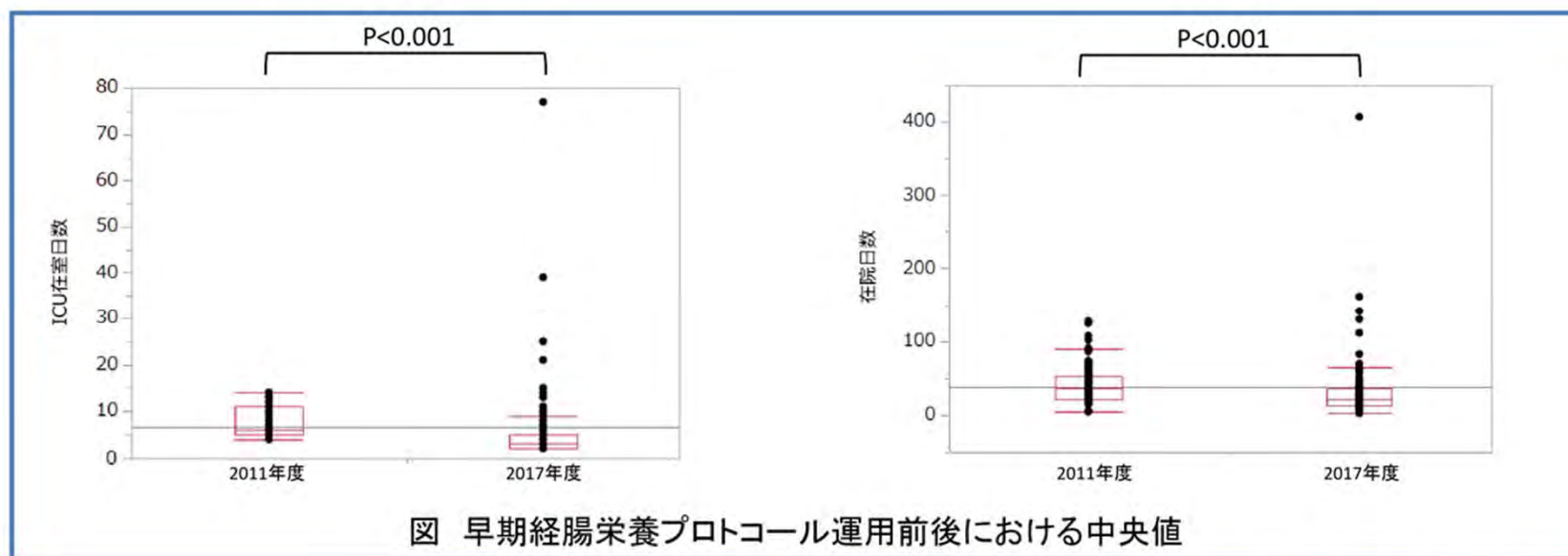
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果②

- 早期経腸栄養プロトコルを用いて48時間以内に管理栄養士が介入し経腸栄養を開始することにより、死亡率が有意に低下するとともに、平均在ICU室日数、平均在院日数が、有意に減少する。

	運用前2011年(n=360)	運用後2017年(n=295)	有意差(Wilcoxon順位検定)
48時間以内経腸栄養開始率(%)	36.2	61.5	$P < 0.01^*$
28日死亡率(%)	20.7	6.7	$P < 0.02^*$
平均在ICU室日数(中央値)	7.8 ± 3.5 (6)	5.5 ± 8.8 (3)	$P < 0.001^{**}$
平均在院日数(中央値)	40.6 ± 24.3 (35)	33.1 ± 46.7 (22)	$P < 0.001^{**}$

* F検定後T検定 ** Wilcoxon順位和検定



出典：日本健康・栄養システム学会誌. 2019.19(2)

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/15) 総-1をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

実績要件の見直し

- 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険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

地域包括ケア病棟の役割



施設基準の見直し

- 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。

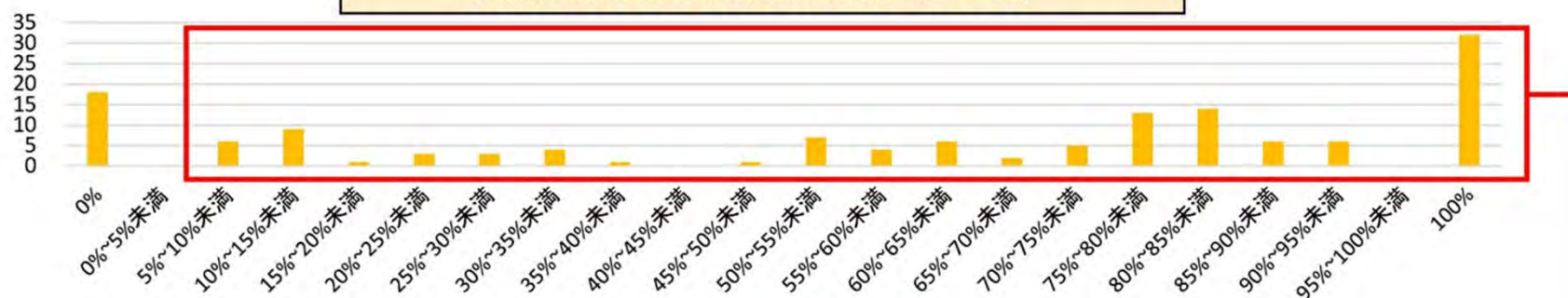
届出に係る見直し

- 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。

- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が、入院患者に占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。
- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。

(施設数)

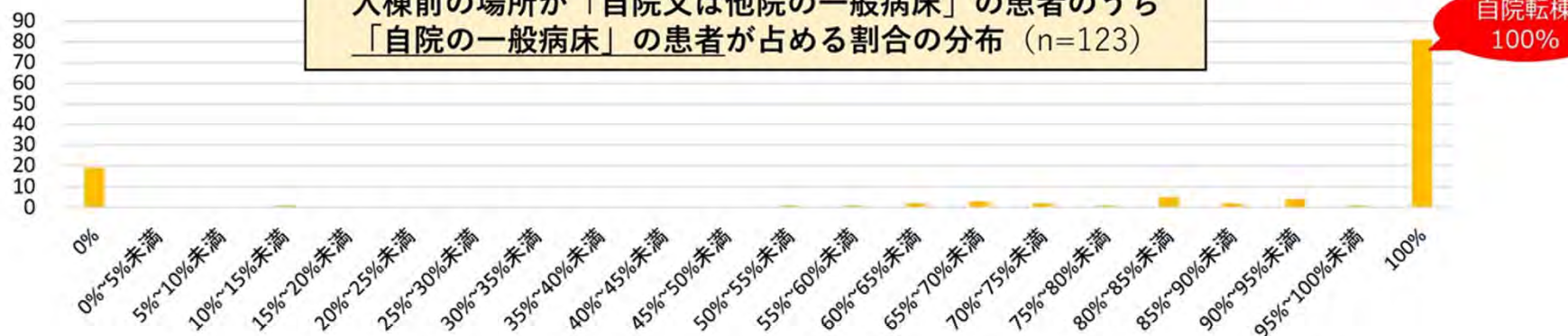
入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が
入院患者に占める割合の分布 (n=141)



(施設数)

入棟前の場所が自院又は他院の一般病床の患者が0%を除く

入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち
「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布 (n=123)



自院転棟
100%

出典：平成30年度入院医療等の調査(患者票)

※自院の一般病床は、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、
地域一般入院基本料を算定する病床を除く ※無回答を除く

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/12/06) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00054.html

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—		1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—		3月で <u>6人</u> 以上		—	
地域包括ケアの実績※2	○		—		○		—	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—		○		—	
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

地域包括ケアに係る実績要件の見直し

➤ 入院料(管理料)1・3に係る実績について、以下のとおり見直す。

	改定前	改定後
自宅等から入棟した患者割合	1割以上(10床未満の病室は3月3人以上)	1割 5分 以上(10床未満の病室は3月 6人 以上)
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	6人 以上
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)20回以上	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 30回 以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数／同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月間)100回以上／500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月) 60回 以上
		併設 の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月) 300回 以上
	開放型病院共同指導料の算定回数(3月)10回以上	(削除)
	同一敷地内の事業所で介護サービスを提供していること	併設 の事業所が介護サービスの提供実績を有していること
	—	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 の算定回数(3月) 30回 以上
	—	退院時共同指導料2 の算定回数(3月) 6回 以上

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

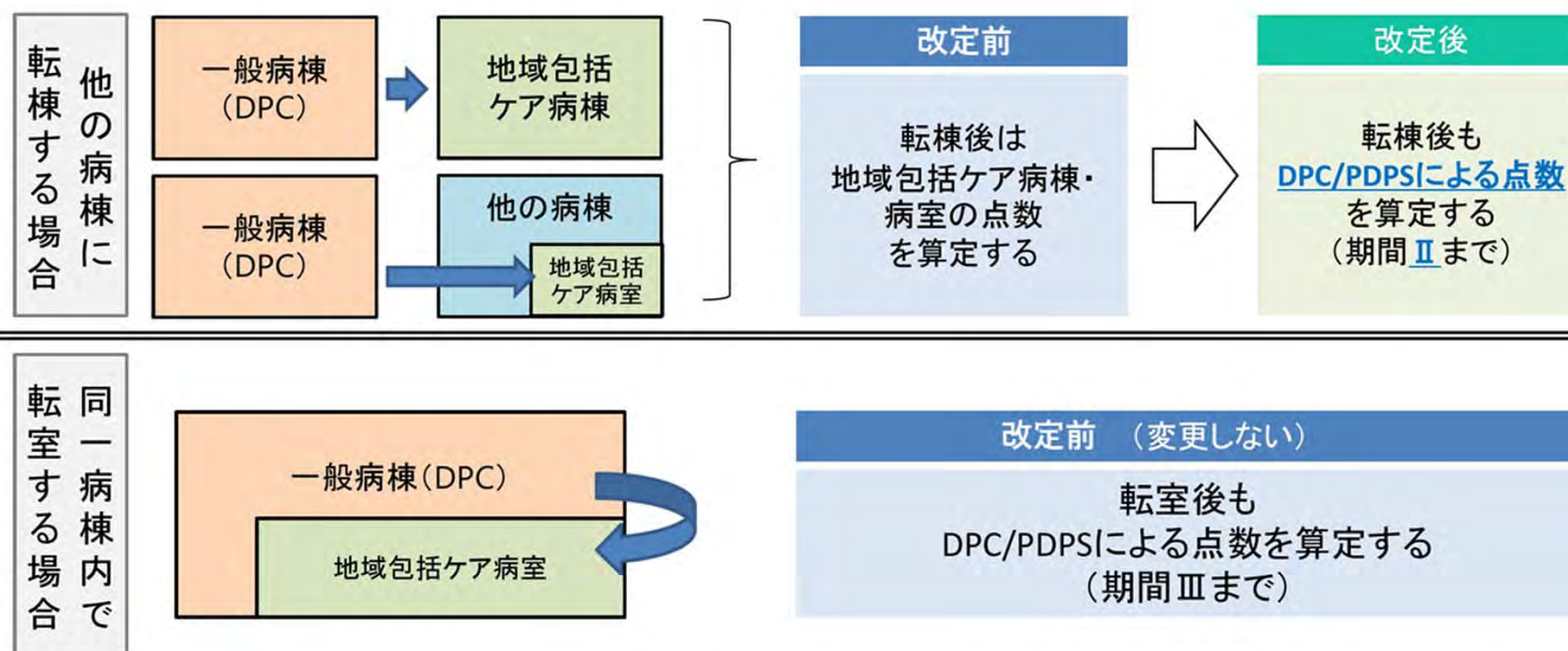
自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

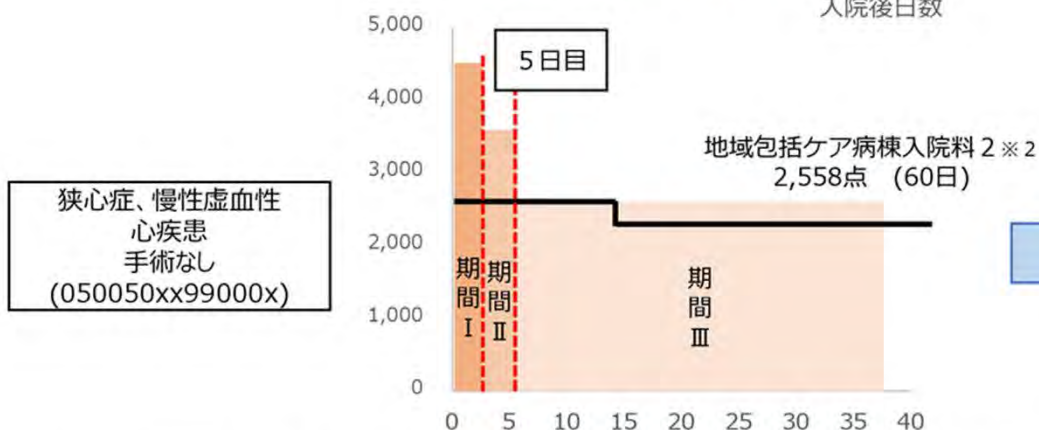
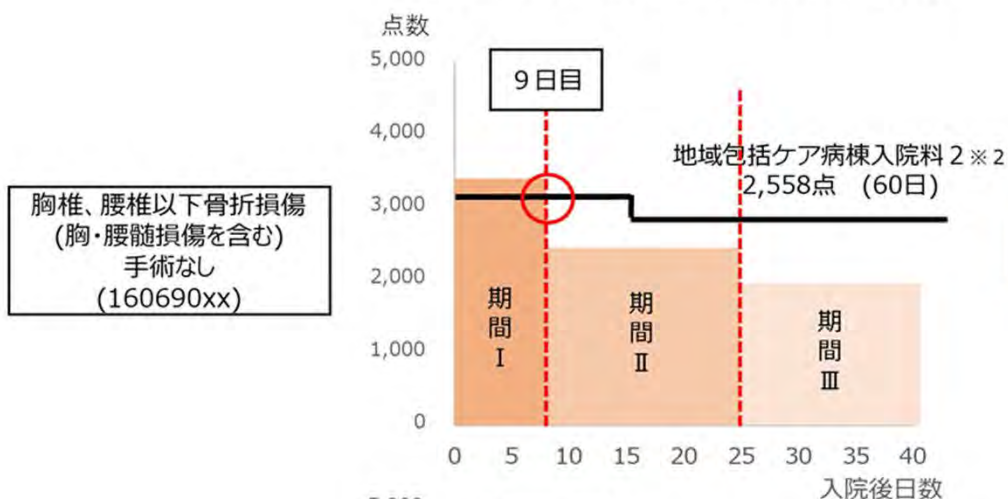
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。



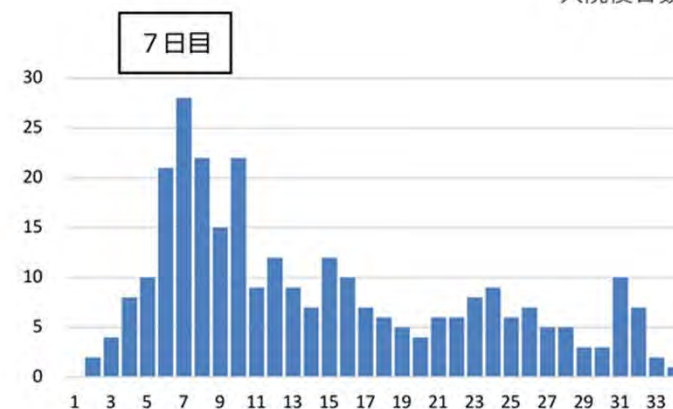
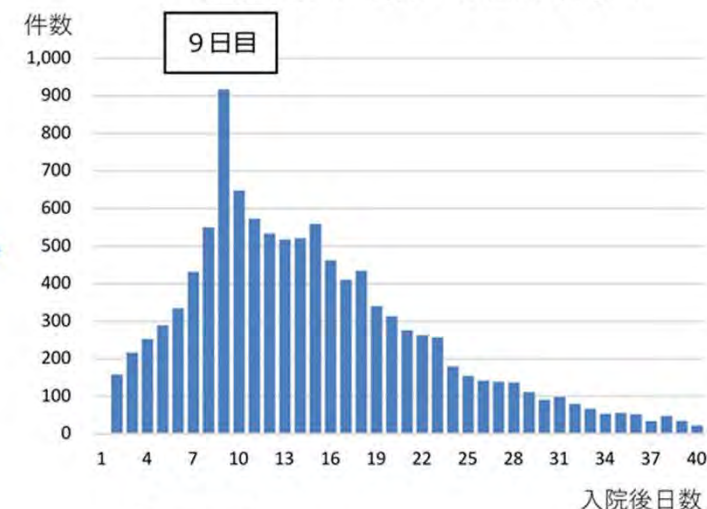
※診断群分類に定められた期間Ⅱ又はⅢまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

- DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3



出典：平成30年DPCデータ

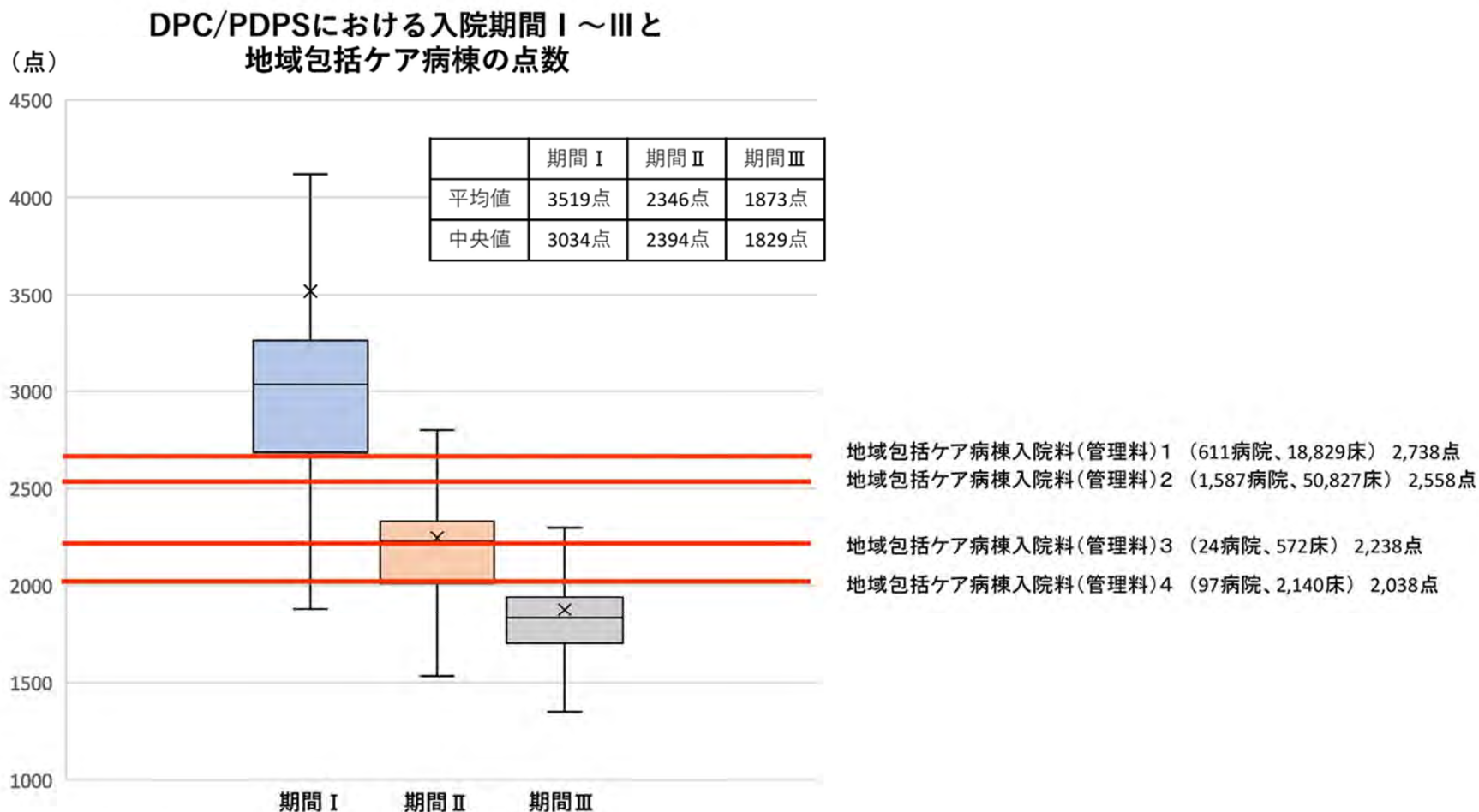
※1 平均的な係数値で算出
(基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088)※2 急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）
※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/12/06) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00054.html

DPC/PDPSにおける入院期間Ⅱと地域包括ケア病棟入院料の関係

- DPC/PDPSの診断群分類区分における入院期間Ⅰ～Ⅲの点数の分布と、地域包括ケア病棟入院料の点数をみると、地域包括ケア入院料1及び2の点数は、多くの場合で期間Ⅱの点数より高い。



出典:平成30年度診断群分類点数表、平成30年度医科点数表

出典:厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

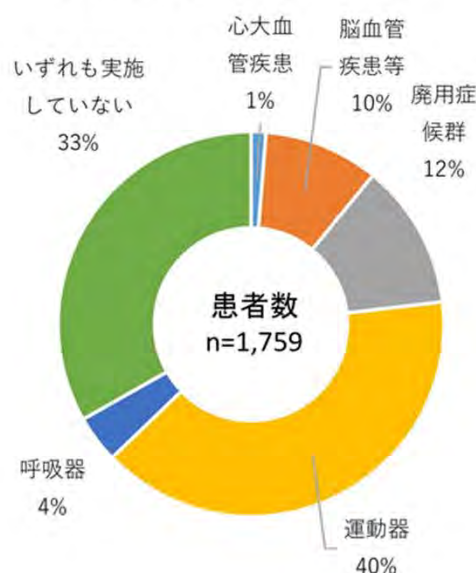
地域包括ケア病棟の施設基準の見直し②

- 地域包括ケア病棟におけ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。

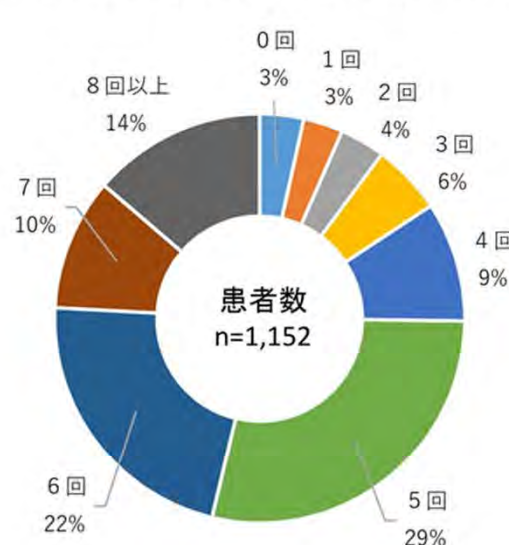
改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。 また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。	【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。 また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。<u>なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。</u>

- 疾患別リハビリテーションの実施状況をみると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。

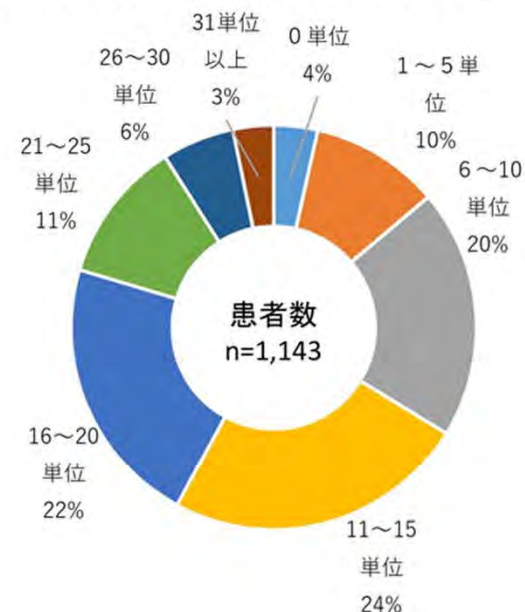
実施している
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度(過去7日間)



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数(過去7日間)



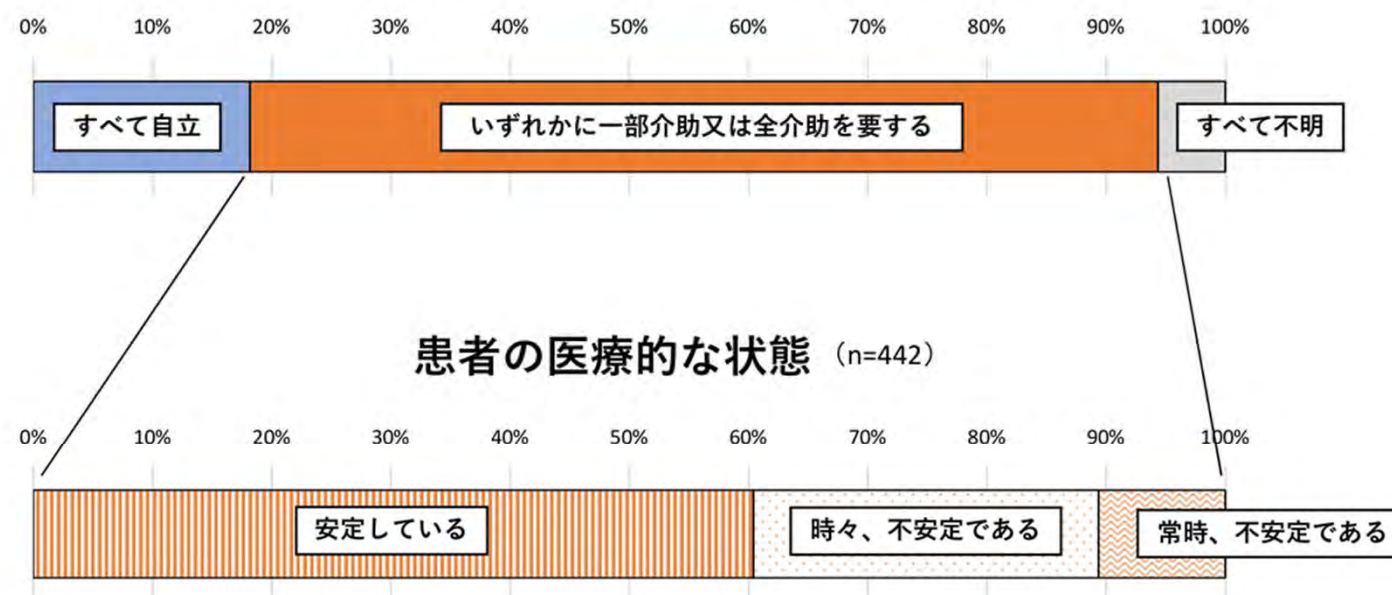
出典:平成30年度入院医療等の調査(患者票) ※無回答を除く

出典:厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

- 疾患別リハビリテーションを実施していない患者について、入棟時の「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のADLスコアをみると、いずれかに一部介助や全介助を要する患者が約7割5分であった。そのうち、医療的な状態が安定している患者は、約6割であった。

疾患別リハビリテーションを実施していない患者の
移乗・平地歩行・階段・更衣のADL（入棟時） (n=584)



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票） ※無回答を除く

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し③

➤ 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、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。

改定前	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 (新設) (新設) 【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] へ 当該保険医療機関において、適切な看取りに対する指針を定めていること。 (9) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。	【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 ヌ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 (11) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] (削除) (削除) ※ 地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3及び療養病棟入院基本料も同様。

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料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。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。
 - ・入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
 - ・入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35

施設基準の見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を必須とするとともに、入院料2～6についても、配置が望ましいこととする。

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時の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する。
- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

効果的なリハビリテーションの提供の推進



適切な栄養管理の推進



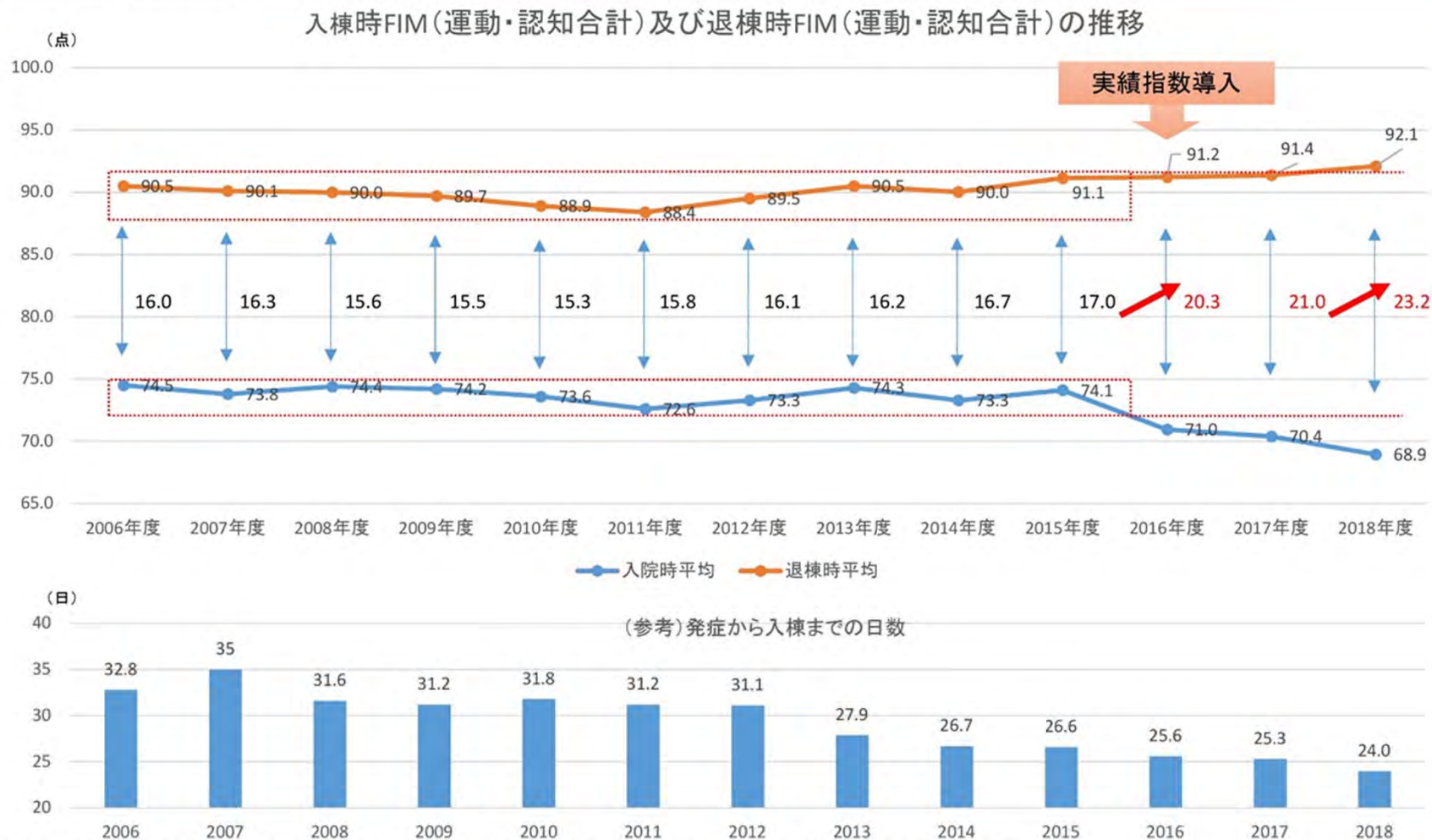
入退院時における適切なADLの評価と説明



入退棟時FIM及びFIM得点の変化の年次推移

診調組 入-2 参考
元 9 5

- 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。



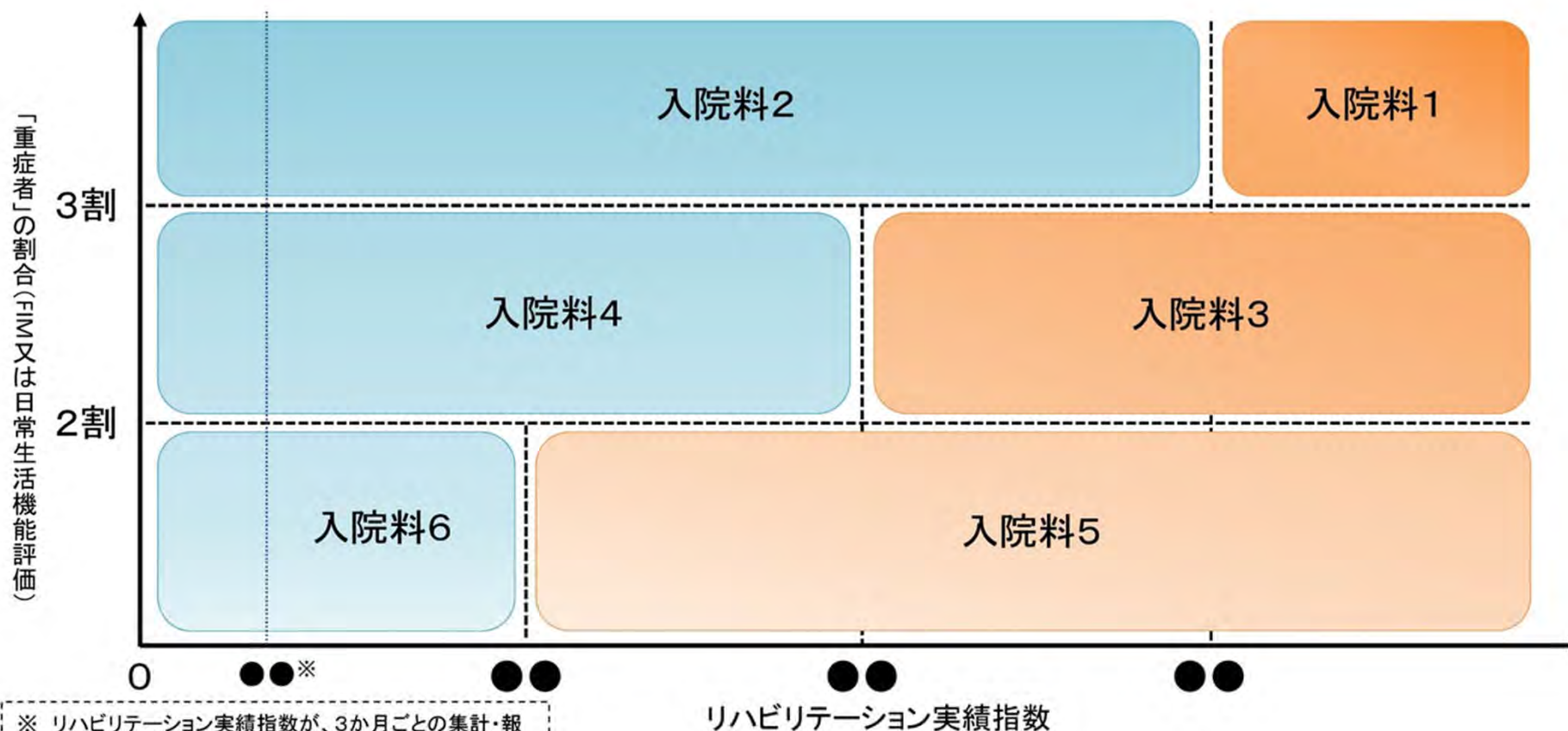
出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2019年7月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

出典:厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

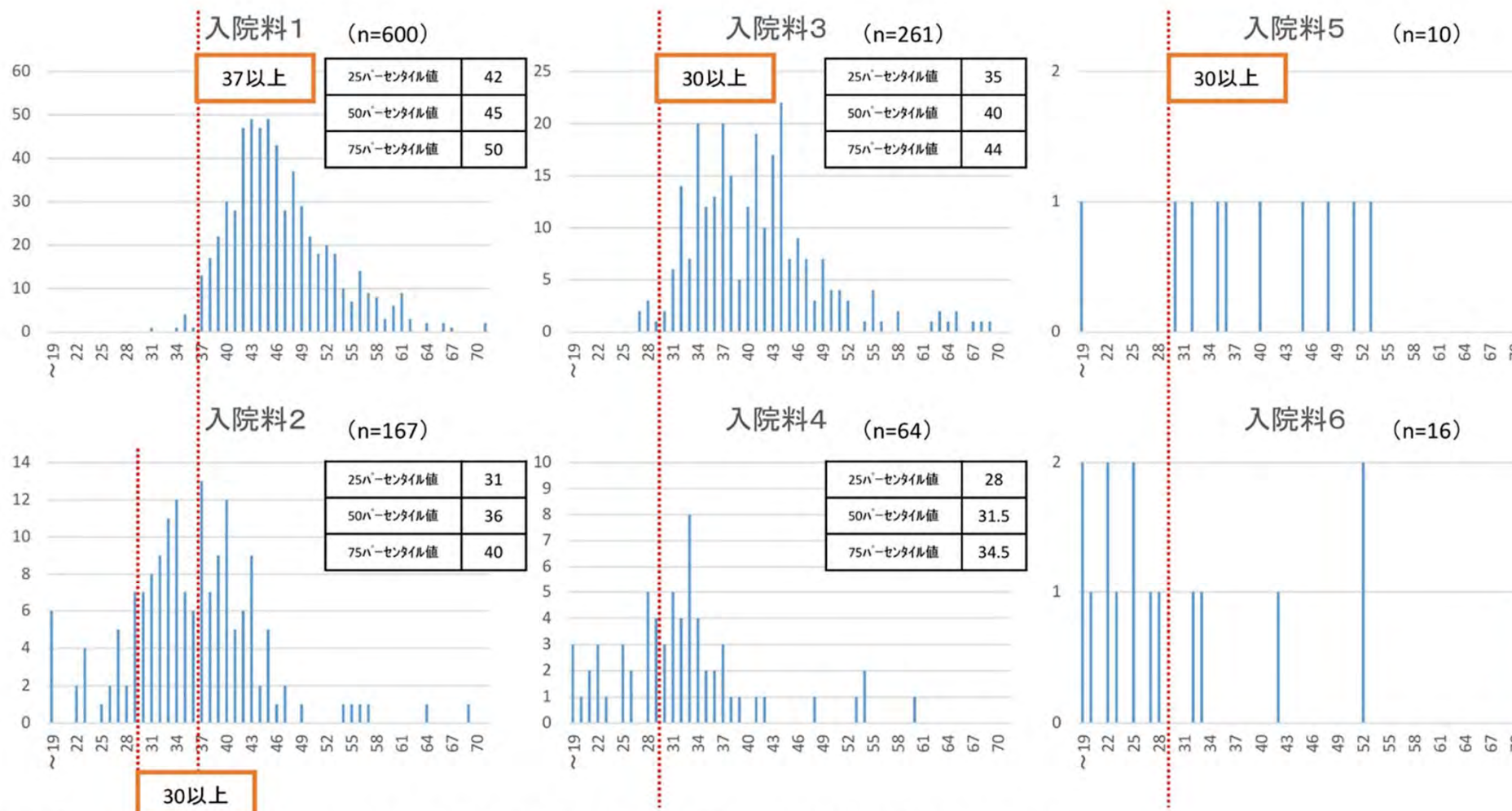
実績要件の見直し(案)

○ リハビリテーション病棟入院料1、3及び5を届出ている病棟におけるリハビリテーション実績指数の実態等を踏まえ、以下のとおり見直すこととしてはどうか。



※ リハビリテーション実績指数が、3か月ごとの集計・報告で2回連続して（現行）27未満となった場合、疾患別リハビリテーション料の一部（（現行）6単位を超えるもの）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。

○ 入院料ごとのリハビリテーション実績指数の分布は、以下のとおり。



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2019年7月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

出典:厚生労働省_中医協総会(2019/12/06) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00054.html

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

- 各患者のFIM得点が改善するほど、また、各患者の入棟から退棟までの在棟日数が短くなるほど、リハビリテーション実績指数は大きくなる。

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の（}\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\text{）の総和}}$$

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
○ ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション			社会認識			
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点			計21～3点			
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		－			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○				○(※経過措置あり)	
休日リハビリテーション	○		－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		－	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		－	
自宅等に退院する割合			7割以上			
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	30以上	－
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,085点 (2,071点)	2,025点 (2,011点)	1,861点 (1,846点)	1,806点 (1,791点)	1,702点 (1,687点)	1,647点 (1,632点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

実績要件の見直し

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。

1. 入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)**40**
2. 入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)**35**



改定前

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
チ リハビリテーションの効果に係る実績指数が37以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が30以上であること。



改定後

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
リ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が**40**以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が**35**以上であること。

管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



改定前

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
(新設)
 - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
(1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(新設)



改定後

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
ロ **当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。**
 - 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
 - 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(1) **当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。**

管理栄養士の病棟配置が退院時のFIM総得点、体重、BMIに及ぼす影響

- 専従管理栄養士が1名以上配置されている病棟に入院している患者は、専従管理栄養士の配置が1名未満の病棟に入院している患者と比較して、退院時の体重変化量、退院時のBMI変化量及び退院時のFIM総得点が有意に高値であった。

【対象・方法】

回復期リハビリテーション病棟に入院した20歳以上かつ入院時BMIが18.5未満の患者(5,843名:平均年齢82歳)を専従管理栄養士が1名以上配置されている病棟に入院していた群と管理栄養士の配置が1名未満だった群に分け、退院時の体重等をアウトカムとして単変量解析を実施。

図 退院時の体重変化量

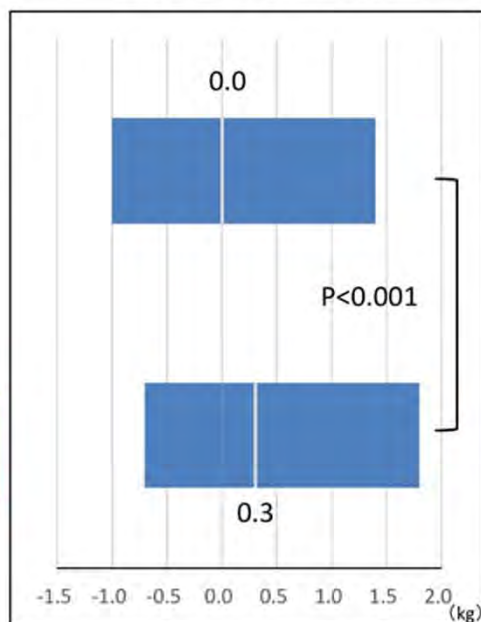


図 退院時のBMI変化量

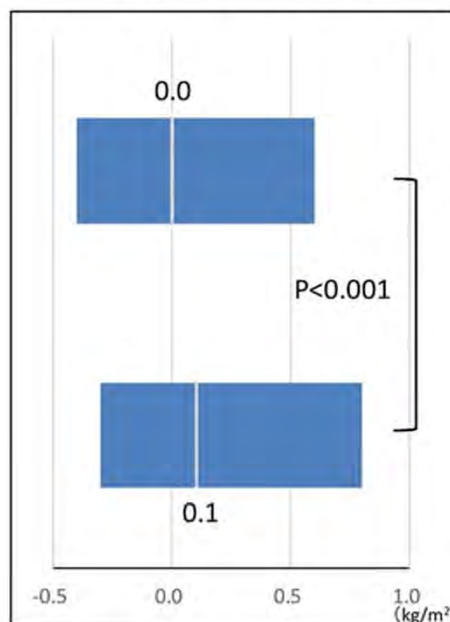
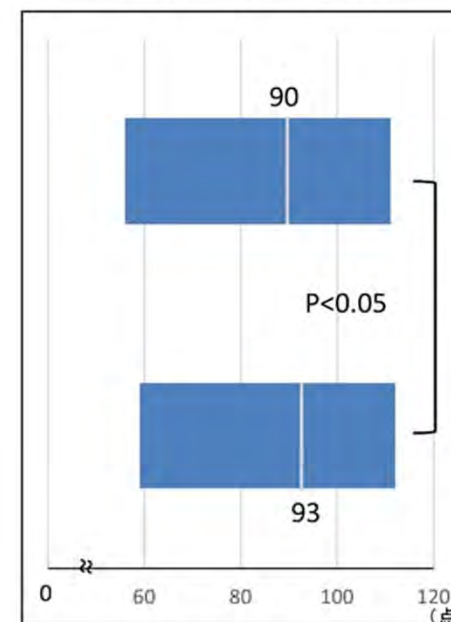


図 退院時のFIM総得点



中央値

出典: Nishiokaら、Journal of Nutritional Science and Vitaminology 2019;65,435-42 図は保険局医療課が作成

出典: 厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

回復期リハビリテーション病棟における入院患者に係る要件の見直し

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時の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する。

改定前

〔算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)〕

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。

改定後

〔算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)〕

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付すること。

- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

改定前

〔施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)〕

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態(発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。)又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)

改定後

〔施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)〕

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)

※ 二～五についても同様。

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

- **療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置**（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、**経過措置期間を2年間延長する**。

改定前

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

〔算定要件〕

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

改定後

【療養病棟入院基本料（経過措置1）】

〔算定要件〕

注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

適切な意思決定の支援

- **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**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。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料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。

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置1 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)	経過措置2 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	30対1以上
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上		
データ提出	200床以上の病院は必須			
点数	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	療養病棟入院料2の 90／100を算定	療養病棟入院料2の 80／100を算定

特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し

特定機能病院が届け出ることのできる特定入院料について

- 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。

改定前	
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。

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費に係る帳票等の見直し

- 医療従事者の負担軽減及び業務の効率化の観点から、入院時食事療養費で求めている帳票等について、電子的データでの保管及び、患者毎に個別に栄養管理が実施されている場合に必ず備えるべき帳票から除外する見直しを行う。

○電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成し、保管等されている場合、紙での保管は不要とする。

○栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外する。(有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設)

○ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。(有床診療所にあつては、栄養管理実施加算を算定していない施設)

	必ず備えるべき帳票から除外される要件	帳票等名称
①	患者の入退院等の管理をしており、必要に応じて入退院患者数等の確認ができる場合	提供食数(日報、月報等)、患者入退院簿
②	栄養管理体制の基準を満たし、患者ごとに栄養管理を実施している場合	喫食調査
③	特別治療食等により個別に栄養管理を実施している場合	患者年齢構成表、給与栄養目標量
④	食材料等の購入管理を実施し、求めに応じてその内容が確認できる場合	食料品消費日計表、食品納入・消費・在庫等に関する帳簿

※ 食事の提供に関する業務の一部又は全部を委託している場合は、委託契約の内容に合わせた食事療養の質が確保されていることを保険医療機関が確認するための帳票を定め、必ず備えるべき帳票から除外された帳票であっても整備すること。

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費の適時適温に係る見直し

改定前

適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、病床数が概ね500床以上であって、かつ、当該保険医療機関の構造上、厨房から病棟への配膳車の移動にかなりの時間を要するなどの当該保険医療機関の構造上等の特別な理由により、やむを得ず午後6時以降の病棟配膳を厳守すると不都合が生じると認められる場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。また、全ての病棟で速やかに午後6時以降に配膳できる体制を整備するよう指導に努められたい。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。
即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。
なお、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。
また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。
また、クックチル、クックフリーズ、真空調理（真空パック）法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

改定後

適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。
即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。
なお、上記適温の食事を提供する体制を整えず、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まないが、検査等により配膳時間に患者に配膳できなかった場合等の対応のため適切に衛生管理がされていた食事を電子レンジ等で温めることは、差し支えない。また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。
加えて、クックチル、クックフリーズ、真空調理（真空パック）法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

緩和ケア診療加算等の見直し

緩和ケア診療加算等の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。
 1. 緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師に求める経験について、「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
 2. 受講を求める研修について、「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

改定前

〔施設基準（緩和ケア診療加算）〕

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

緩和ケアチームの医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

改定後

〔施設基準（緩和ケア診療加算）〕

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

緩和ケアチームの医師は、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

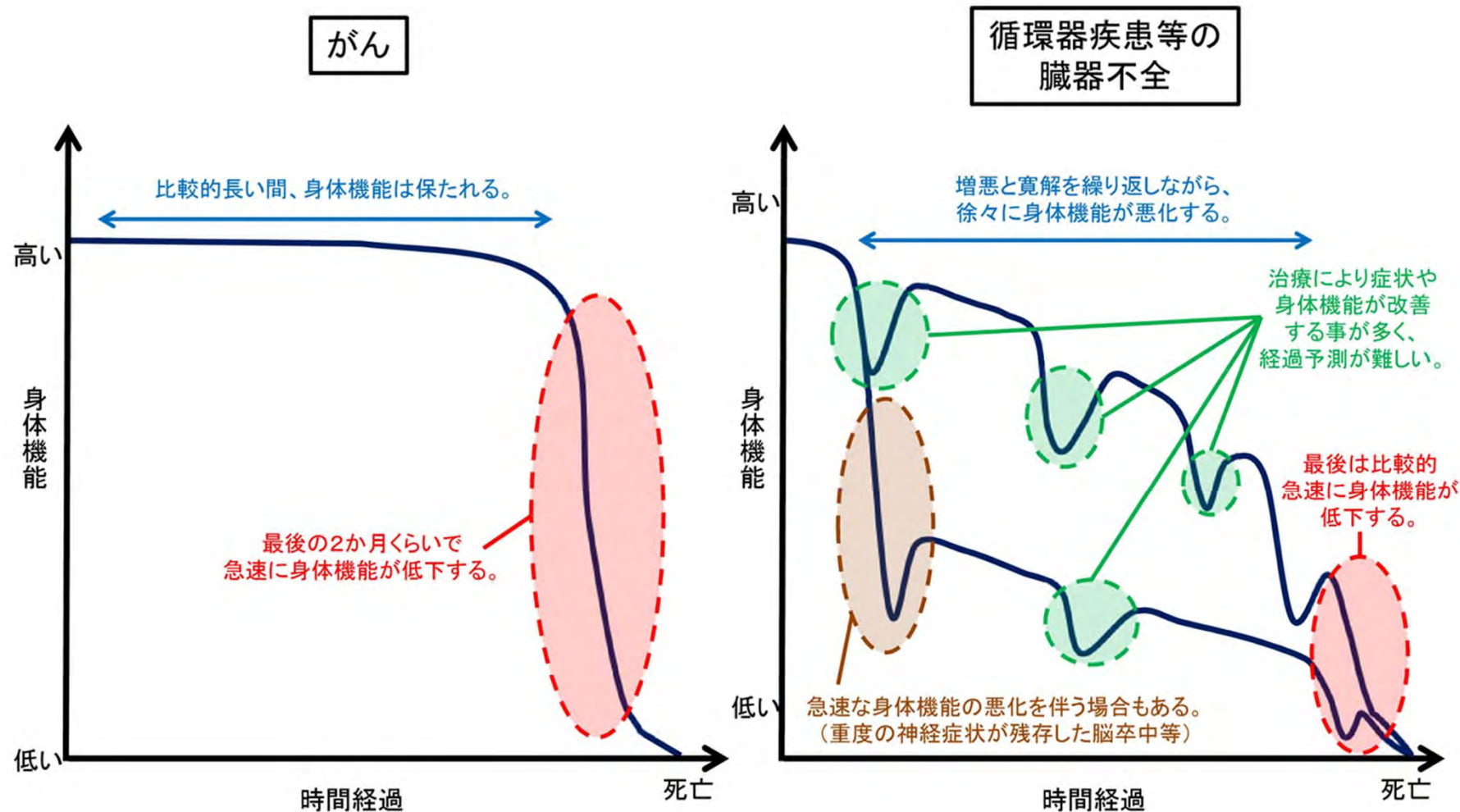
※ 有床診療所緩和ケア診療加算についても同様。

外来緩和ケア管理料の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料の対象に末期心不全の患者を加えるとともに、当該患者を対象とする場合の要件を、緩和ケア診療加算等と同様に見直す。

がんと臓器不全の疾病経過のイメージ

循環器疾患の患者に対する緩和
ケア提供体制のあり方について
(平成30年4月)より引用改変



出典：厚生労働省_中医協総会（2019/10/09）総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00040.html

慢性心不全患者の苦痛

第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア
提供体制のあり方に関するワーキンググ
ループ資料6より一部改変(29. 11. 16)

身体的苦痛、及び精神心理的苦痛が、
がんと共通して頻度が高い

- 呼吸困難（いつも首を絞められているような）
- 全身倦怠感（身の置き所がない）
- 疼痛
- 不安
- 抑うつ
- 吐気、食欲低下
- 便秘
- 睡眠障害
- 身体機能の低下

終末期における症状出現頻度

%	心疾患	腎疾患	COPD	がん
呼吸困難	60-88	11-62	90-95	10-70
全身倦怠感	69-82	73-87	68-80	32-90
疼痛	41-77	47-50	34-77	35-96
不安	49	39-70	51-75	13-79
抑うつ	09-36	05-60	37-71	03-77

出典: Solano JP et al, *J Pain Symptom Manage* 2006

（セルフケア能力の低下）

- スピリチュアルペイン（Distress）
（人生の意味や罪悪感、死への恐れ、経済的困窮等）等

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

- 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

- 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。

改定前

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

提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

提出データ評価加算の見直し

- 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。

改定前

提出データ評価加算 20点

[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

提出データ評価加算 **40点**

[算定要件]

- イ データ提出加算**2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**、診療報酬明細書において**10%未満**であること。

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

改定前(例)

D413 前立腺生検法
11,736点

K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場合
口 その他のもの
22,411点

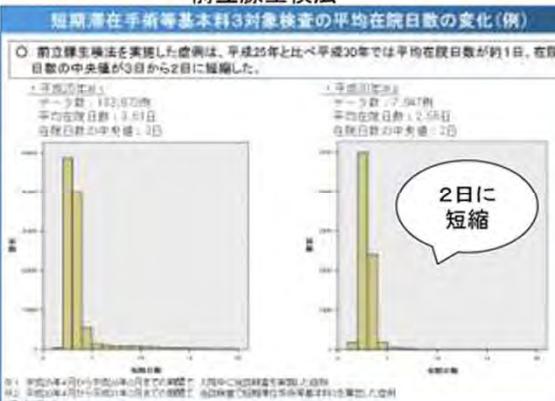
改定後(例)

D413 前立腺生検法
10,309点

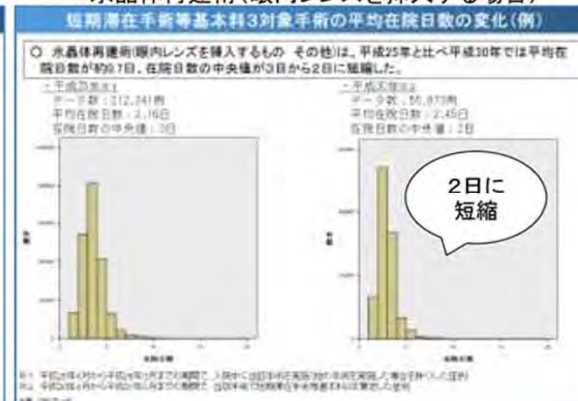
K282 水晶体再建術1眼
内レンズを挿入する場合
口 その他のもの
19,873点

(平均在院日数の検討例)

前立腺生検法

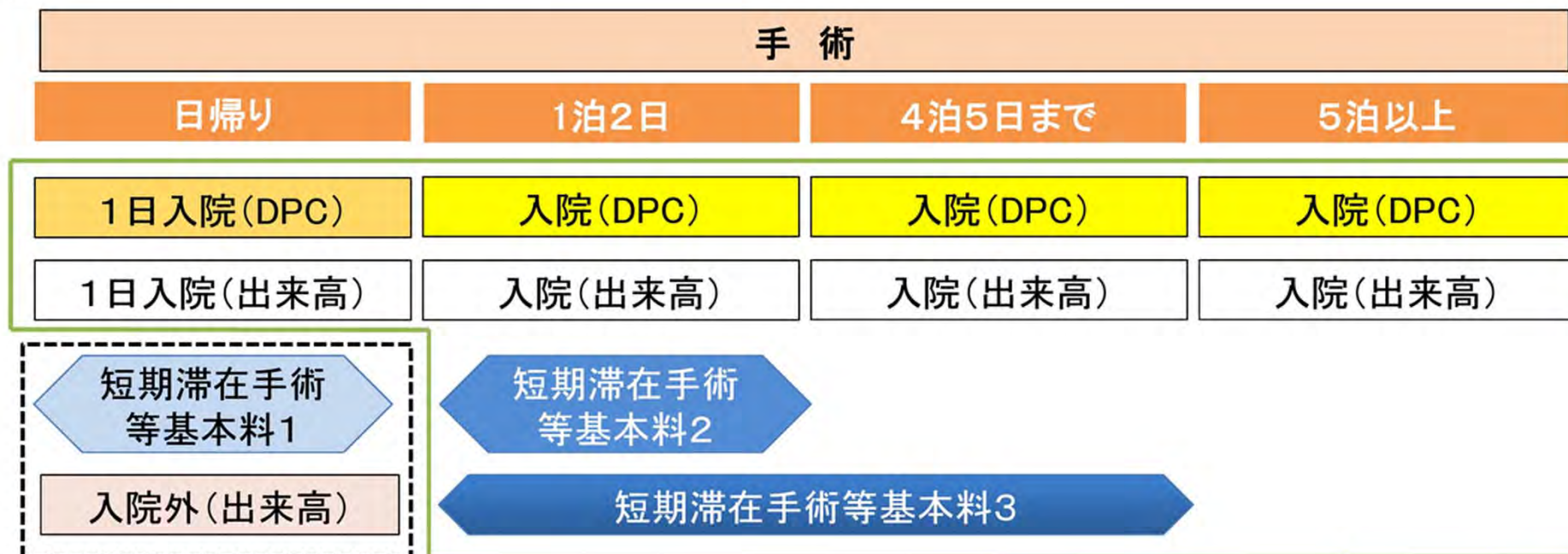


水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)



- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

- 外来で実施する手術の算定方法には、出来高で算定する場合と短期滞在手術等基本料1の場合がある。
- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。



・外来で実施(入院外+短期滞在手術等基本料1):820,948件
(うち、短期滞在手術等基本料1:11,335件。)

・入院(1日入院含む)で実施:914,091件
(うち、短期滞在手術等基本料2:79件。短期滞在手術等基本料3:23,469件。)

出典:平成30年社会医療診療行為別統計

出典:厚生労働省_中医協総会(2019/12/06) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00054.html

短期滞在手術等基本料3の対象手術

短期滞在手術等基本料3	平成29年度						平成30年度					
	総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外		総数		短期滞在手術等 基本料3		それ以外	
手術名称	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数	回数	平均在 院日数
終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)	70,890	3.56	66,348	2.11	4,542	24.80	73,313	3.49	13,150	2.14	60,163	3.79
小児食物アレルギー負荷検査	37,356	1.34	35,531	1.25	1,825	3.03	40,744	1.33	3,077	1.09	37,667	1.35
前立腺針生検法	115,991	3.32	108,576	2.57	7,415	14.40	113,769	3.37	7,975	2.56	105,794	3.43
関節鏡下手根管開放手術	2,606	4.65	2,177	3.20	429	12.04	3,175	4.28	774	3.14	2,401	4.65
胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	346	3.18	338	2.71	8	23.25	502	3.02	17	2.59	485	3.04
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側)	420,444	3.47	356,155	2.69	64,289	7.81	429,382	3.38	55,425	2.46	373,957	3.52
水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側)	48,582	7.21	41,991	6.16	6,591	13.88	59,793	6.55	3,520	7.98	56,273	6.46
乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満	4,251	4.51	3,544	3.36	707	10.28	4,264	4.57	365	2.86	3,899	4.74
経皮的シャント拡張術・血栓除去術	36,875	13.04	27,398	3.22	9,477	41.44	39,012	12.97	5,799	3.02	33,213	14.71
下肢静脈瘤手術 抜去切除術	5,107	3.77	4,319	3.21	788	6.86	4,399	3.60	903	2.78	3,496	3.81
下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として)	586	3.58	392	2.56	194	5.65	470	3.74	90	2.44	380	4.04
下肢静脈瘤手術 高位結紮術	1,945	3.79	1,338	2.69	607	6.20	1,737	3.69	219	2.72	1,518	3.83
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満)	3,958	4.90	3,639	2.69	319	30.11	3,574	4.55	136	2.60	3,438	4.63
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満)	3,306	2.47	3,186	2.43	120	3.53	3,180	2.45	137	2.31	3,043	2.46
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満)	2,521	2.47	2,459	2.43	62	3.97	2,305	2.51	120	2.45	2,185	2.51
ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上)	68,484	6.13	62,423	5.03	6,061	17.47	68,297	6.12	10,157	6.06	58,140	6.13
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満)	2,681	3.34	2,447	2.67	234	10.32	2,960	3.27	21	3.05	2,939	3.28
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満)	2,990	2.63	2,861	2.60	129	3.22	3,221	2.63	45	2.51	3,176	2.63
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満)	2,290	2.66	2,217	2.61	73	3.90	2,315	2.71	21	2.57	2,294	2.71
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上)	41,877	5.21	39,705	4.75	2,172	13.70	46,936	5.16	4,610	5.03	42,326	5.17
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満	354,701	4.29	322,139	2.75	32,562	19.48	365,556	4.22	74,929	2.54	290,627	4.65
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上	35,834	5.28	31,946	3.44	3,888	20.45	41,011	5.36	5,404	3.33	35,607	5.67
痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの)	6,602	4.34	5,333	2.62	1,269	11.60	5,702	3.88	1,820	2.46	3,882	4.55
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	21,571	3.63	19,073	2.45	2,498	12.65	20,941	3.52	3,987	2.53	16,954	3.75
子宮頸部(腔部)切除術	27,077	3.31	26,513	3.22	564	7.44	27,576	3.23	993	3.07	26,583	3.24
子宮鏡下子宮筋腫摘出術	5,300	3.41	4,865	3.17	435	6.20	5,771	3.42	596	2.97	5,175	3.47
ガンマナイフによる定位放射線治療	10,266	4.89	9,068	3.39	1,198	16.26	10,582	5.01	1,163	3.38	9,419	5.21

出典：DPCデータ(各年度1年分)

※当該手術を実施した症例の平均在院日数を集計

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/12/06) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00054.html

DPC/PDPSの見直し(概要)

➤ 医療機関別係数

平成30年度診療報酬改定において暫定調整係数の置き換えが完了し、医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、Ⅱ及び激変緩和係数の4項目となった。令和2年度診療報酬改定においては、基礎係数、機能評価係数Ⅰは従来の考え方を踏襲し、診療報酬改定を踏まえた見直しを行う。機能評価係数Ⅱについては、評価の実態等を踏まえ項目を見直す。

1. 基礎係数(医療機関群): 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続する。
2. 機能評価係数Ⅰ: 従前の評価手法を継続する。
3. 機能評価係数Ⅱ: 地域医療指数(体制評価指数)について、以下の見直しを行う。

改定前

[地域医療指数の評価項目]

◆ 治験等の実施

- ・10件以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成
- ・20例以上の治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施



改定後

[地域医療指数の評価項目]

◆ 治験等の実施

- ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上
- ・20例以上の治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施

◆ 新型インフルエンザ対策(新設)

- ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当

4. 激変緩和係数: 診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度の1年間のみ)

➤ 診療実績等を踏まえた診断群分類点数表等の見直し

直近の診療実績データや医科点数表の改定を踏まえ、診断群分類点数表等の見直しを行う。

➤ DPC/PDPSの安定的な運用

急性期の医療の標準化という観点とDPC/PDPSになじまない可能性のある病院の診療内容を分析するため、医療資源投入量等の指標について検討するとともに、書面調査やヒアリング等を通じて診療内容の実態についての分析を引き続き行う。

医療機関別係数の対応

基礎係数(医療機関群)

- 現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定する。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値(外れ値を除く)より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
※ 診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
※ 外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,519	1.0404
大学病院本院群	82	1.1327
DPC特定病院群	156	1.0708

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
 - ・ 各項目の評価の見直しに伴う対応
 - ・ 新設の地域医療体制確保加算への対応

機能評価係数Ⅱ

- 現行の6つの係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を維持し、平成30年10月1日から令和元年9月30日までの実績等を基に設定する。
- 地域医療係数の一部の項目について、評価項目の実態等を踏まえた要件を見直しや項目の新設を実施する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

機能評価係数Ⅱの見直し

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を基本的評価軸として評価している。
- 地域医療係数について、以下の見直しを行う。
 - 高度・先進的な医療の提供に関する評価項目について、医療機関の実態を踏まえ要件を見直す。
 - 新型インフルエンザ対策について、評価の対象となる医療機関が明確となったことを踏まえ、評価項目を新設する。

各係数の評価の考え方

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

係数の設定方法

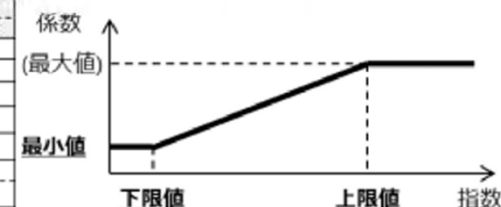
- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの(保険診療、複雑性、カバー率、地域医療)と、全医療機関において係数設定するもの(効率性、救急医療)がある。

上限値下限値の設定

	上限値	下限値	係数
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)		
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
カバー率	1.0	0	0
救急医療	97.5%tile値	0	0
地域医療(定額)	1.0	0	0
(体制)	1.0	0	0

項目ごとに上限値下限値を設定

指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

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

機能評価係数Ⅱの評価内容②

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

機能評価係数Ⅱの評価内容③(地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612のいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)		
	A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

機能評価係数Ⅱの評価内容④(地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・ BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P）		
周産期	・ 「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P） ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P		
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P) 救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P） 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P） 上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合 1 P ①治験等の実施 ・ <u>過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）</u> ・ 20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ対策 ・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u>		

再入院時の加算の取扱いについて

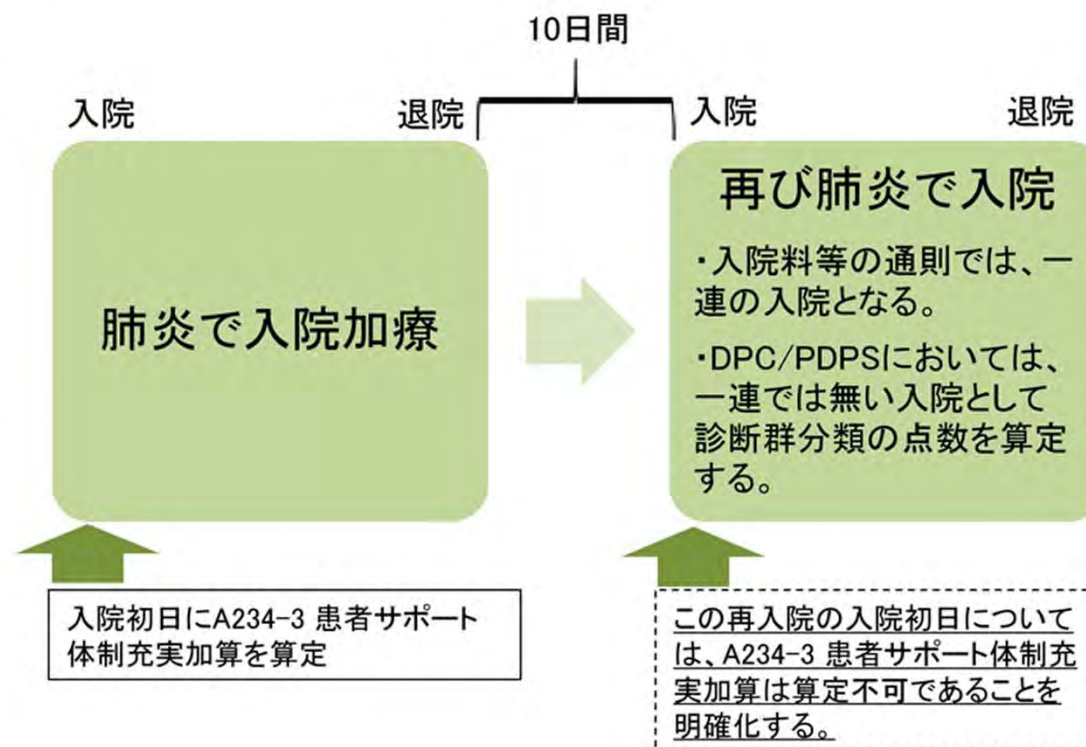
○ 入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するものについて、入院期間が通算される再入院の場合は算定できないことを明確化する。

入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するもの

区分番号	名称
A205 1,2	救急医療管理加算1,2
A205-2	超急性期脳卒中加算
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算
A206 1,2,3	在宅患者緊急入院診療科加算 1,2,3
A212 1,2	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 1,2
A231-3 1,2	重度アルコール依存症入院医療管理加算
A232 1イロ 2	がん拠点病院加算
A234-3	患者サポート体制充実加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算
A237	ハイリスク分娩管理加算
A246	入退院支援加算
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算
B004,B005	退院時共同指導料1,2
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
B014	退院時薬剤情報管理指導料
B015	精神科退院時共同指導料

(例)

入院料の通則では一連の入院となるが、DPC/PDPSにおける算定のルールにおいては一連とならないケースにおける加算等の取扱い



DPCデータ(様式1)の見直し

- ・ 診療報酬改定等に伴い、DPCデータの項目の見直しを行う。
- ・ 様式1の項目について下記に詳細を記す。

様式1の項目名	見直し内容
要介護度	・ 療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。
要介護情報	・ 療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。 ・ 栄養の摂取方法についての項目を追加する。
ADLスコア	・ 従来の入力に加え、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に入棟及び退棟時にも入力必須とする。
SOFAスコア/pSOFAスコア	・ 特定集中治療室管理料1及び2に加え、3及び4についても入力必須とする。
予定・救急医療入院	・ 救急医療管理加算の見直しに伴い、項目を見直す。
入棟時・退棟時の褥瘡の有無	・ 基本診療料の施設基準等に係る様式「褥瘡対策に関する診療計画書」に合わせ、項目を見直す。
関節リウマチ患者情報/分子標的薬	・ 診断群分類点数表の見直しに伴い、項目を廃止する。

診断群分類点数表の見直し

- ・ 診断群分類の見直しを行い、診断群分類数等を以下の通り設定した。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260

※1 MDC : Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 包括対象となるDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

令和2年3月31日以前から入院している患者の取扱い

- 令和2年3月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和2年4月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。

具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合

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

- 包括→出来高の場合

- ・ 4月分の請求は出来高で行う。
- ・ 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
- ・ 4月以降に出来高→包括の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合

- ・ 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
- ・ 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

DPC/PDPSの安定的な運用に係る今後の課題

- 急性期の医療の標準化を進める観点や、粗診粗療の可能性のある病院があるという指摘等を踏まえ、平均から外れて医療資源投入量が少ない場合や、在院日数が長い場合等の診療実態について分析・検討を行った。
- DPC/PDPSの安定的な運用のため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量などの指標とその活用方法について引き続き検討する。

<分析・検討の概要>

急性期の医療の標準化に向けた検討

- 病院別の医療資源投入量や在院日数は、一定の幅は存在するものの平均に収れんすることが望ましいが、DPC対象病院の診療実態を分析したところ、ばらつきが見られた。
- また、転棟した症例や比較的医療資源投入量の少なくて済む症例の割合と、医療資源投入量との関係が認められた。

粗診粗療の可能性のある病院の検討

- DPC対象病院の診療実態について分析する中で、必要な医療が十分に提供されていない、また、急性期医療が適切な病棟で実施されていない病院の存在が指摘された。

<対応や今後の方向性>

各病院における自身の診療状況の把握

- 次の指標について、DPC対象病院全体の分布における位置を各病院に連絡し、その後の当該指標の変化について分析する。
 - ・医療資源投入量
 - ・在院日数
 - ・転棟した症例の占める割合
 - ・「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の占める割合

診療実態の状況や具体的原因の調査

- 医療資源投入量が少なく、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院や、在院日数が短く、自院他病棟への転倒割合が高い病院について、書面調査や個別のヒアリングを行う。
- 医療資源投入量が多い又は在院日数が長い病院についても引き続き評価・分析を行う。

医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

- 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

改定前

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 高知県須崎市、中土佐町、橋原町、津野町及び四万十町の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域

(新規)

改定後

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

[経過措置]

令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

- 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- 長野県大町市及び北安曇野郡の地域
- 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域
- 滋賀県長浜市及び米原市の地域
- 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
- 島根県大田市及び邑智郡の地域

- へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とする。

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
○ 医師事務作業補助体制加算(20対1～100対1) ○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 ○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 ○ 遠隔画像診断 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断(受診側)	対象	対象

- 地域加算について、経過措置の対象となっている地域を、人事院規則で定める地域に準じる地域とする。

現在経過措置の対象となっている地域:

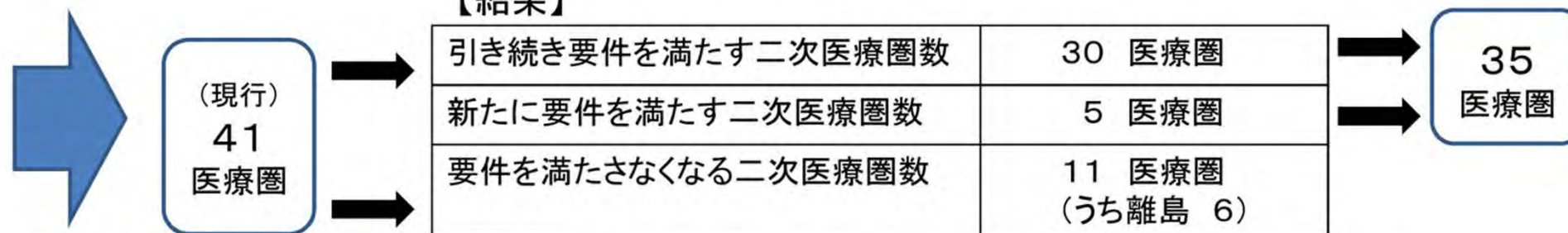
神奈川県山北町、神奈川県大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、奈良県河合町、福岡県篠栗町

医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 平成28年度改定においては、平成23年医療施設調査等を元に、医療資源の少ない地域を設定した。
- 今回、平成29年医療施設調査等を利用し、見直しのシミュレーションを行った。
- シミュレーションに当たっては、医師の確保が困難な地域について、人口構成や患者の流入についても反映できるよう、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第4次中間とりまとめで示された「二次医療圏別医師偏在指標(暫定)」を取り入れた。

現行	シミュレーション
① 医療従事者の確保が困難な地域	
「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」	「人口当たり医師数が下位1/3又は 二次医療圏別医師偏在指標(暫定)が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」
② 医療機関が少ない地域	
病院密度が下位15%または病床密度が下位15%	

【結果】



※現行、シミュレーションとも、離島の地域についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

Ⅲ 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

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

外来医療の機能分化の推進

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。



[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。

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

- 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。

病床規模別の病院数

	病床数(※1)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
現在の定額負担 (義務)対象病院	400床以上	86 (1.0%)	433 (4.1%) ※2	124 (1.5%)	538 (6.4%)
	200～399床	0 (0%)	233 (2.8%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7031 (83.6%)	7058 (83.9%)
令和2年度改定 後の定額負担 (義務)対象病院 (予定)					
現在の定額負担 (任意)対象病院	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典：特定機能病院一覧等を基に医療課において作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より医療課が集計）

※1 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

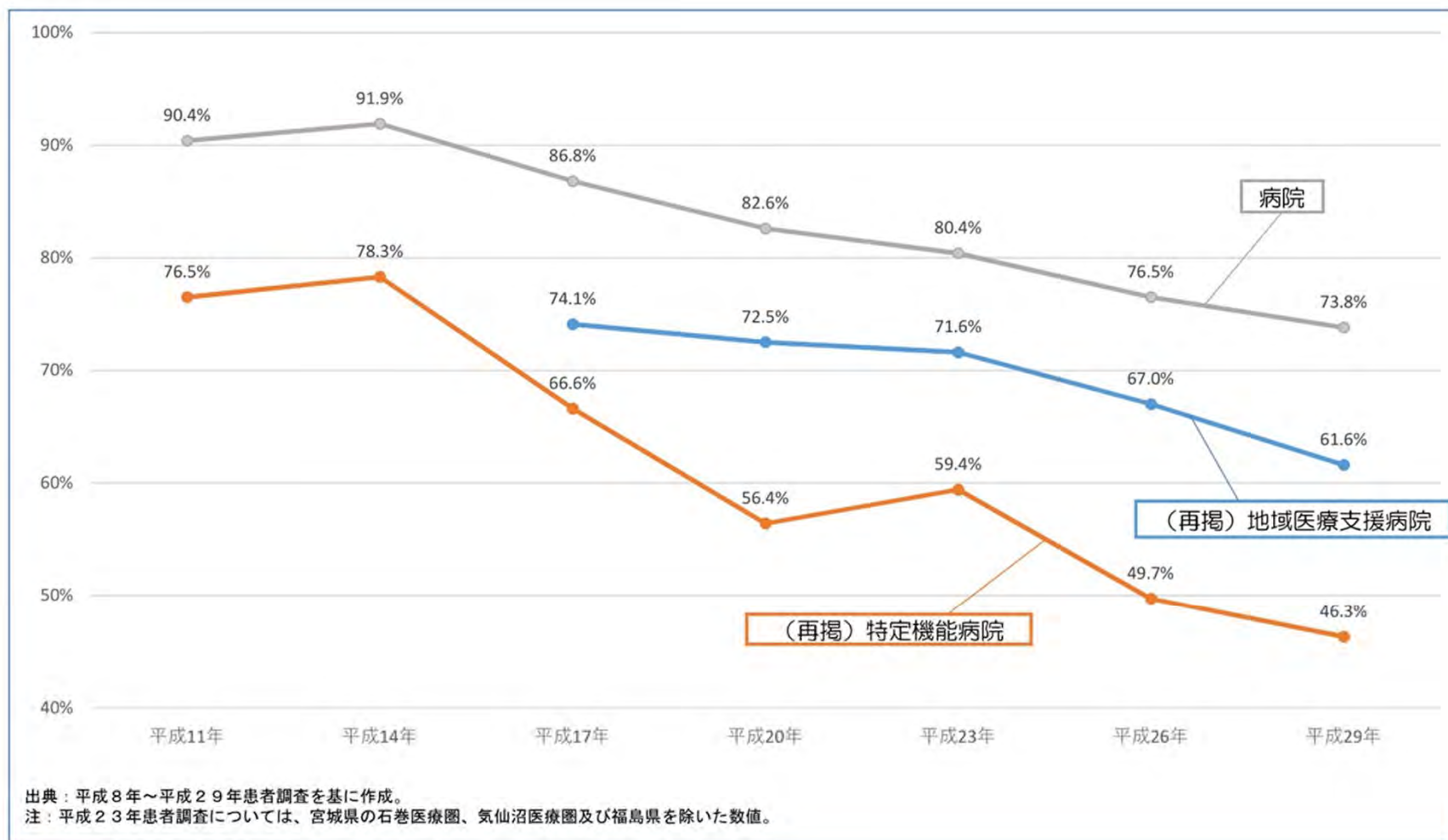
※2 現行は許可病床400床以上の病院が定額負担の徴収義務の対象であるため、上記400床以上の地域医療支援病院数には、一般病床数は400床未満だが、一般病床の他に療養病床や精神病床等を有し、合計で400床以上となっている病院数（19病院）を含めている。

出典：厚生労働省 社保審 医療保険部会（2020/03/12）資料1-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_10120.html

紹介無しで外来受診した患者の割合の推移（機能別）

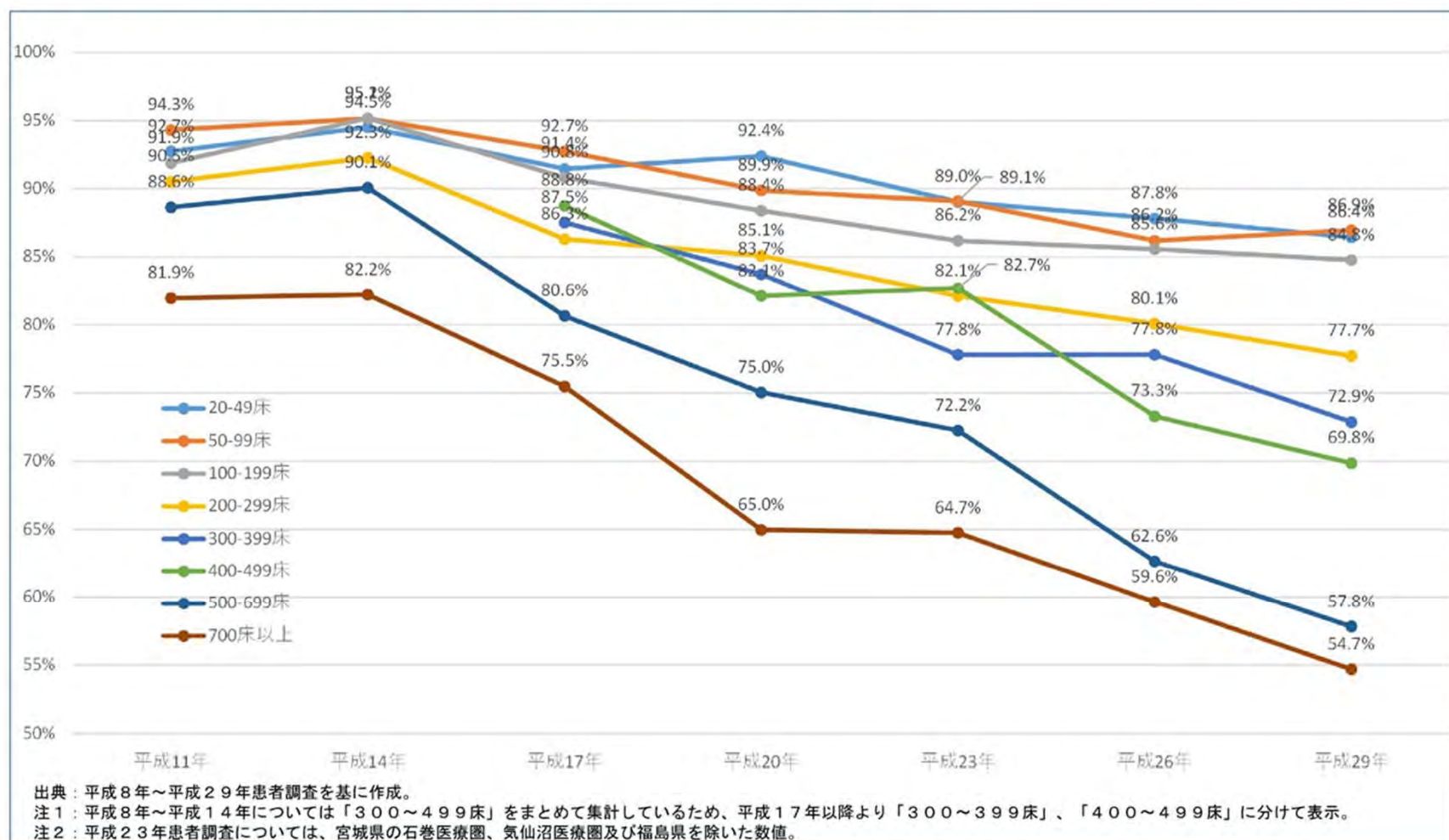
- 紹介無しで外来受診した患者の割合を機能別に見たところ、全体的に減少傾向にあるものの、特定機能病院では46.3%、地域医療支援病院では61.6%と依然として高い割合となっている。



紹介無しで外来受診した患者の割合の推移（病床規模別）

中医協 総-6
元. 5. 15 (改)

- 紹介無しで外来受診した患者の割合を病床規模別に見たところ、全体的に減少傾向にあり、病床数が多い病院において比較的減少傾向が顕著であるが、いずれの病床規模においても5割以上であり、依然として高い割合となっている。



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)



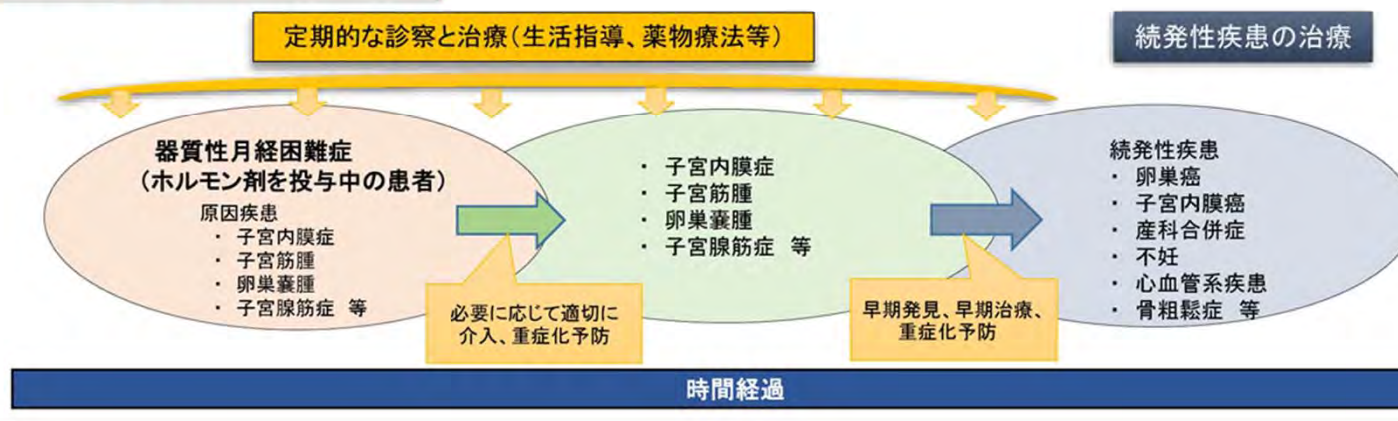
[算定要件]

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、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回に限り算定すること。
- (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こと。
- (3) 器質性月経困難症の治療に当たっては、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こと。

[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。

定期的な医学管理のイメージ



Ⅲ 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

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

在宅医療・訪問看護の改定概要

質の高い在宅医療の確保

➤ 複数の医療機関による訪問診療の明確化

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、複数の医療機関が継続的に訪問診療を実施する場合の要件明確化

➤ 在宅療養支援病院における診療体制の整備

- 在宅療養支援病院の往診医に係る要件を明確化

➤ 在宅医療における褥瘡管理の推進

- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直し

医療資源の少ない地域における在宅医療・訪問看護の推進

- 在宅療養支援病院として届出可能な医療機関を、許可病床数280床未満の保険医療機関まで拡大
- 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大

質の高い訪問看護の確保

➤ 訪問看護の提供体制の確保

- 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し
- 訪問看護・指導体制充実加算の新設
- 同一建物居住者に対する複数名・複数回の訪問看護の見直し
- 理学療法士等による訪問看護の見直し

➤ 利用者のニーズへの対応

- 専門性の高い看護師による同行訪問の充実
- 精神障害を有する者への訪問看護の見直し
- 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

➤ 関係機関との連携の推進

- 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

訪問薬剤管理指導の充実

➤ 緊急訪問の評価の拡充

- 計画的な訪問の対象でない疾患で緊急訪問した場合を評価

➤ 経管投薬の患者への服薬支援の評価

- 簡易懸濁法を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

質の高い在宅医療の確保

複数の医療機関による訪問診療の明確化

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、主治医が他の保険医療機関と情報共有し、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。

改定後

【在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2】

[算定要件]

(7)「2」は、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保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険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、当該他の保険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、当該他の保険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。

- 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

- 現行、主治医の求めを受けて診療する他の医療機関について、当該診療料を6月を限度として算定することされているところ、アまたはイに該当する患者については、さらに6月(6月+6月=12月)算定できとしている。
- 今回の改定により、アまたはイに該当する患者については、要件を満たせば、12月を超えても算定できることを明確化する。



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

- ・ 皮膚疾患(褥瘡等)
- ・ 歯科・口腔疾患
- ・ 循環器疾患(高血圧症、心不全など)
- ・ 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)
- ・ 精神系疾患 等

※保険局医療課調べ

在宅療養支援病院における診療体制の整備①

- 医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能とする。

改定前	改定後
【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。 (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のものであること。 (3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。	【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。 (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のものであること。 (3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。

在宅療養支援病院における診療体制の整備②

- 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。

改定前	改定後
【在宅療養支援病院】 [施設基準] 第14の2 在宅療養支援病院 1 在宅療養支援病院の施設基準 (1) オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。	【在宅療養支援病院】 [施設基準] 第14の2 在宅療養支援病院 1 在宅療養支援病院の施設基準 (1) オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。<u>なお、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、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。</u> ※ (2)、(3)についても(1)と同様の取り扱いとする。

質の高い訪問看護の確保（全体像）

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制

利用者が安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護提供体制を確保する取組が必要



機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し ⑤

医療機関における質の高い訪問看護の評価 ⑥

医療資源の少ない地域における訪問看護の充実 ⑪

同一建物居住者に対する複数回の訪問看護、複数名による訪問看護の見直し ⑫・⑬

理学療法士等による訪問看護の見直し ⑭



精神障害を有する者への訪問看護の見直し ⑩

利用者のニーズへの対応

医療的ニーズの高い利用者や、精神障害を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズに、よりきめ細やかな対応が必要



専門性の高い看護師による同行訪問の充実 ⑧

訪問看護における特定保険医療材料の見直し ⑨



関係機関等との連携

医療的ケア児をはじめとした小児患者が、地域で安心・安全に生活することができるよう、関係機関との連携の推進が必要



小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化 ⑦



訪問看護提供体制の充実

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

- 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。

改定前		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 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 	➡	【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)

訪問看護提供体制の充実

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者 or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円。

※2 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。令和3年3月末までの経過措置あり。

※3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

医療機関における質の高い訪問看護の評価

医療機関における訪問看護に係る加算の新設

- 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において訪問看護・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]

- 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。
- 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)

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

- 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。

改定前

【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

- 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。

改定前

【訪問看護情報提供療養費2】

〔算定要件〕

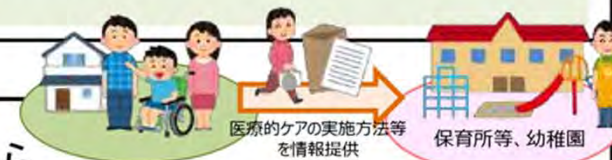
別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定。

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人につき各年度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。



専門性の高い看護師による同行訪問の充実

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

- 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。

改定前

【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。

※ 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

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。

ストーマ陥凹の例

凸面型器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ほみができるため、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)

訪問看護における特定保険医療材料の見直し

在宅における特定保険医療材料の追加

- 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

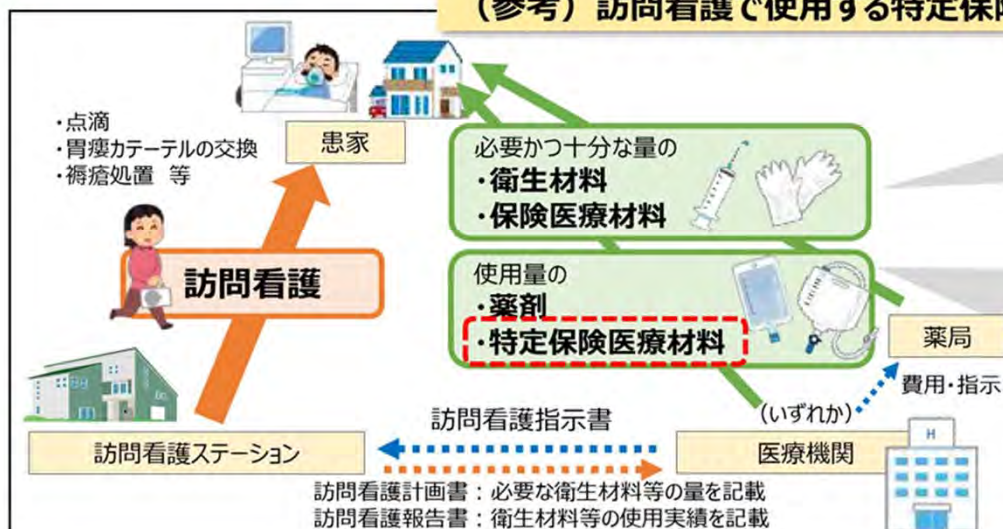
材料価格を10円で除して得た点数

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 陰圧創傷治療用カートリッジ

(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。

精神障害を有する者への訪問看護の見直し

- 精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握等を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護療養費等について以下の見直しを行う。

GAF尺度による評価の要件化

- 訪問看護記録書、報告書、明細書へのGAF尺度による評価の記載を要件とする。

改定後

【精神科訪問看護基本療養費】

[算定要件](新規)

精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、月の初日の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。

※精神科訪問看護・指導料においても記録を要件化

訪問職種による区分の見直し

- 精神科訪問看護・指導料について、訪問した職種が分かるよう区分を新設する。

改定前

【精神科訪問看護・指導料】

- イ 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士による場合
- ロ 准看護師による場合

改定後

【精神科訪問看護・指導料】

- イ 保健師又は看護師による場合
- ロ 准看護師による場合
- ハ 作業療法士による場合
- ニ 精神保健福祉士による場合

複数名精神科訪問看護加算の見直し

- 複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

※精神科特別訪問看護指示書についても同様



精神科訪問看護指示書

複数名訪問の必要性 あり・なし

理由:

1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者
4. その他(自由記載)



医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

複数のステーションによる24時間対応体制

- 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

改定前

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

特別地域 又は医療を提供しているが、医療資源の少ない地域 に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。



（参考）特別地域／医療資源の少ない地域に含まれる地域

特別地域	医療資源の少ない地域
	<u>41の二次医療圏</u>
離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域	離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域	奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
山村振興法第7条第1項の規定により振興山村と指定された山村の地域	
小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域	小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域
沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域	沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域
過疎地域自立促進特別措置法第2条第1項に規定する過疎地域	



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

- 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

改定前	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

- 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

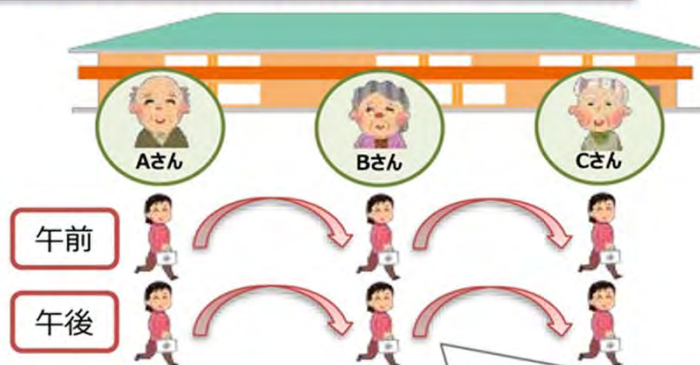
改定前	改定後
【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 4,500円 ロ 准看護師 3,800円 ハ 看護補助者(二以外) 3,000円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 3,000円 (2) 1日に2回の場合 6,000円 (3) 1日に3回以上の場合 10,000円	【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 准看護師 (1) 同一建物内1人 3,800円 (2) 同一建物内2人 3,800円 (3) 同一建物内3人以上 3,400円 ハ 看護補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

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

(参考)同一建物居住者における算定イメージ

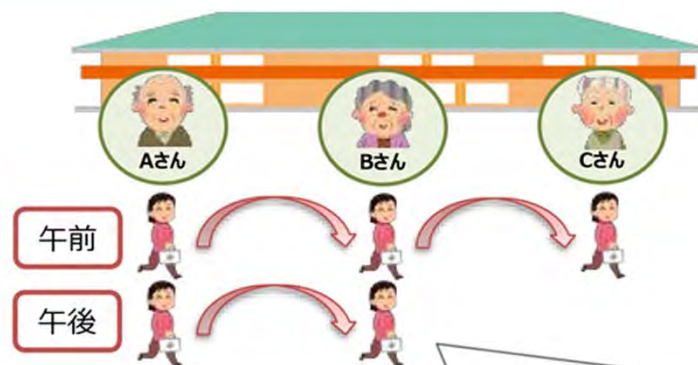
複数回の訪問看護



<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

理学療法士等による訪問看護の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

週4日目以降の評価の見直し

- 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



改定前

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合(ハを除く)
(1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合
(1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は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による場合 12,850円



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師又は看護師による場合(ハを除く)
(1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合
(1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は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による場合 12,850円
- ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合
5,550円

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

〔算定要件〕

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- 訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。

小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

宿泊サービス利用中の訪問診療の要件見直し

- 退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

※ 在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料についても同様

改定前

【在宅患者訪問診療料等】

- 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料等※¹を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。※²

※¹ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

※² 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。

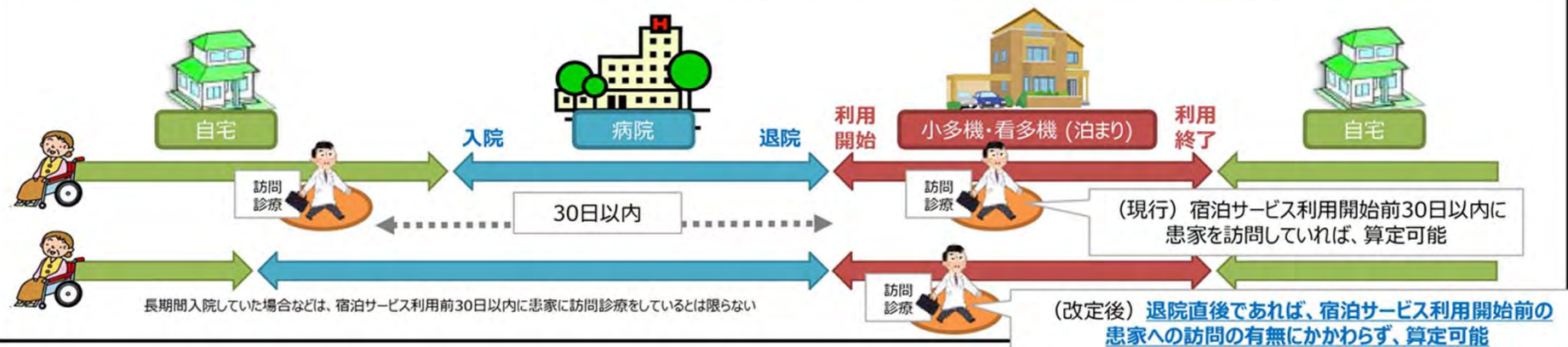
改定後

【在宅患者訪問診療料等】

- 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料等※¹を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。※²
- 保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定可能。※²

※¹ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

※² 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。



患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 緊急時の訪問薬剤管理指導について、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について新たな評価を行う。

改定前

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

500点

(新設)

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。



見直し後

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合

500点

2 1以外の場合

200点

注1 1及び2については、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

- 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

改定前

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

注1 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おいて、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

(7)「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

【対象患者】

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 強度の下痢が続く状態であるもの

オ 極度の皮膚脆弱であるもの

カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

キ 褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

【算定要件】

注1 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おいて、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

(7)「注1」については、初回カンファレンス時に算定できる。また、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

【対象患者】

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

ア 重度の末梢循環不全のもの

イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

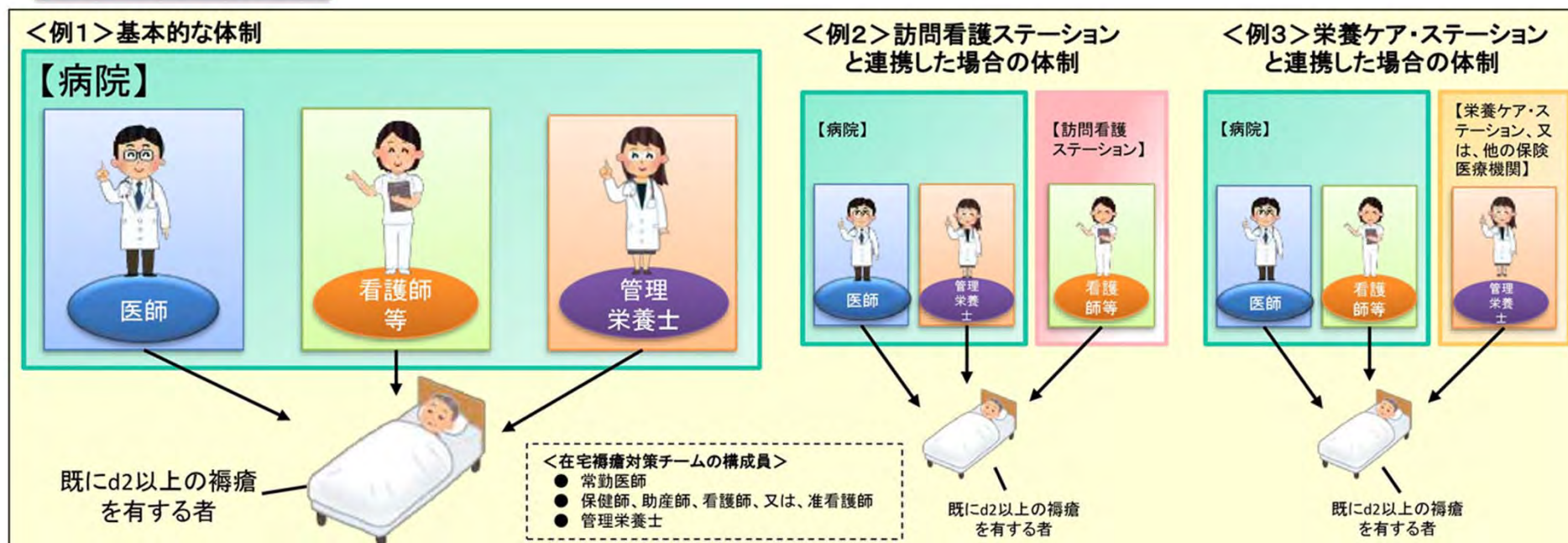
ウ 強度の下痢が続く状態であるもの

エ 極度の皮膚脆弱であるもの

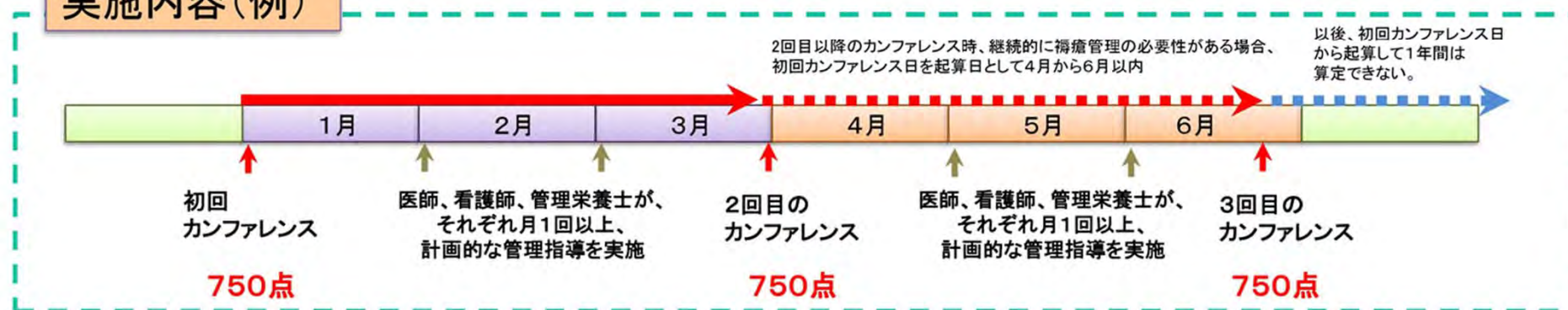
オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

在宅褥瘡対策チームによる実施体制及び実施内容(イメージ)

実施体制(例)



実施内容(例)



出典：厚生労働省 令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

在宅歯科医療の推進

栄養サポートチーム等連携加算の対象拡大

- 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

改定前

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】
450点
注1～注5 略



改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点
(新)注6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

注7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

歯科疾患在宅療養管理料の評価の見直し

- 歯科疾患在宅療養管理料について、評価を充実する。

改定前

【歯科疾患在宅療養管理料】
1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点
2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点
3 1及び2以外の場合 190点

改定後

【歯科疾患在宅療養管理料】
1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点
2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点
3 1及び2以外の場合 200点

Ⅲ 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

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

入退院支援の取組の推進

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。

改定前

【入院時支援加算】

入院時支援加算 200点（入院中1回）

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	退院困難な要件の有無の評価
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）



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



総合機能評価加算の新設

- 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

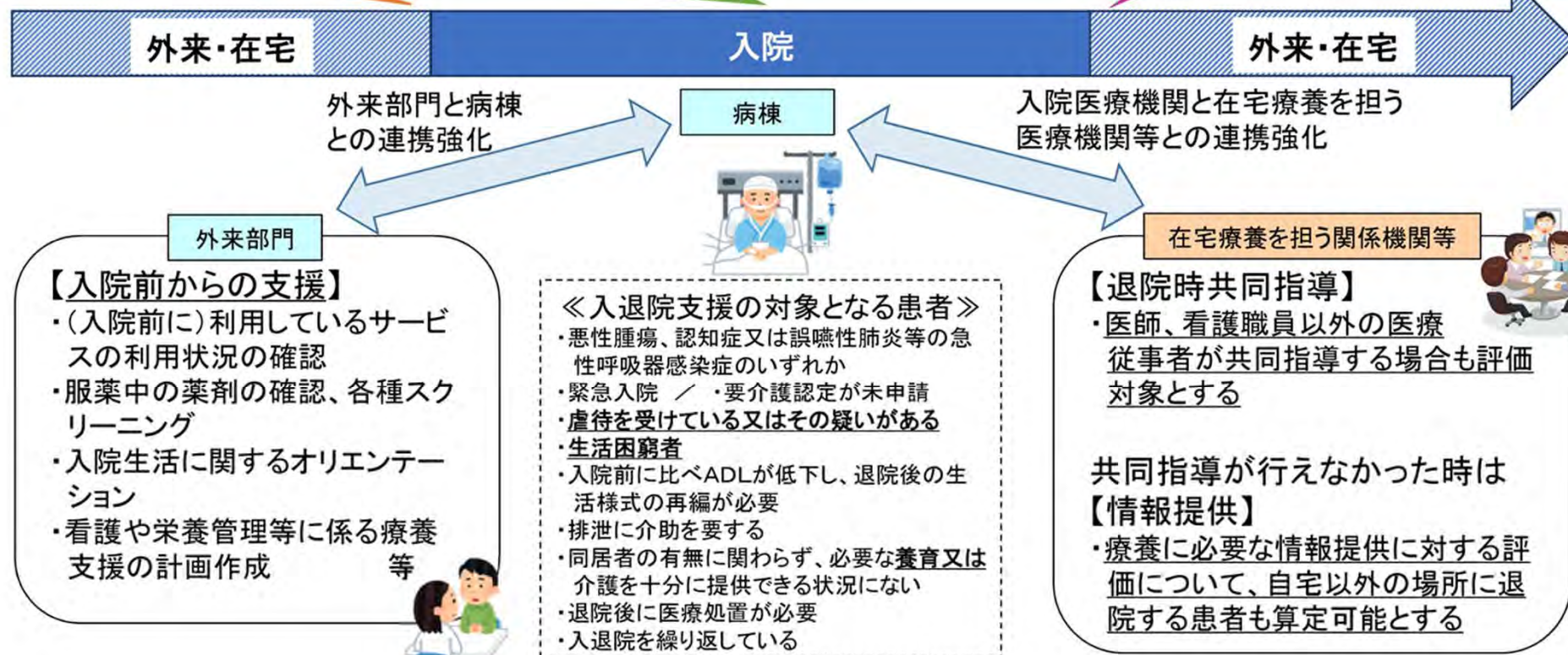
入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し



入院前からの支援の機能強化(イメージ)

入院前に十分な支援が行われていない場合

外来

- 治療方針の説明

入院

検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症等）

退院調整

- ✓ 退院支援スクリーニング

(従来は)
入院後に様々なタイミングで
支援が実施されていた

入院前からの支援をした場合(理想的な形)

外来



入院

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等
を事前に実施



患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

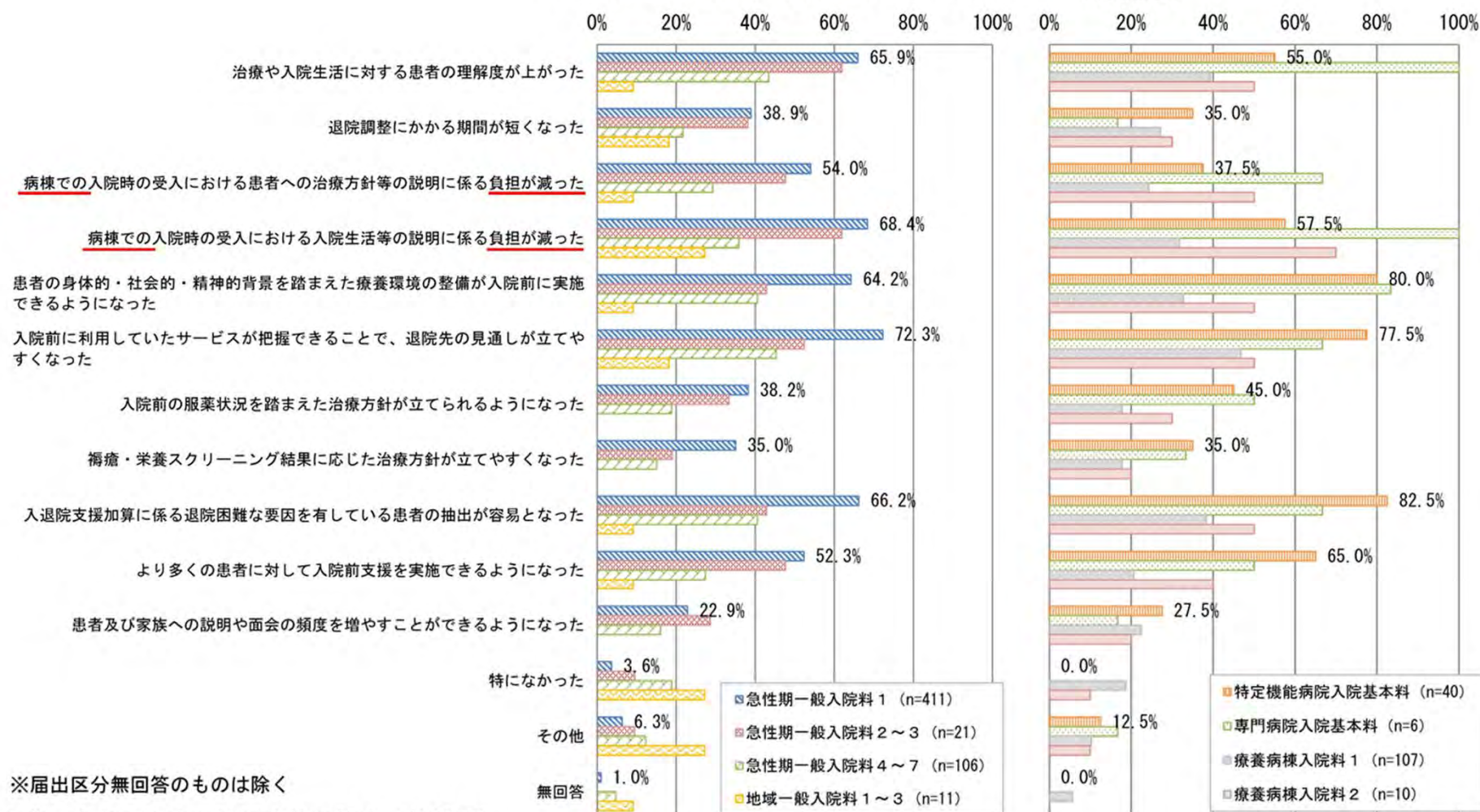
病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院時支援加算のア～クの項目の実施

- 入院時支援加算の届出による効果として、「入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった」等が特に多かった。

入院時支援加算の届出による効果

(複数回答)



※届出区分無回答のものは除く

出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

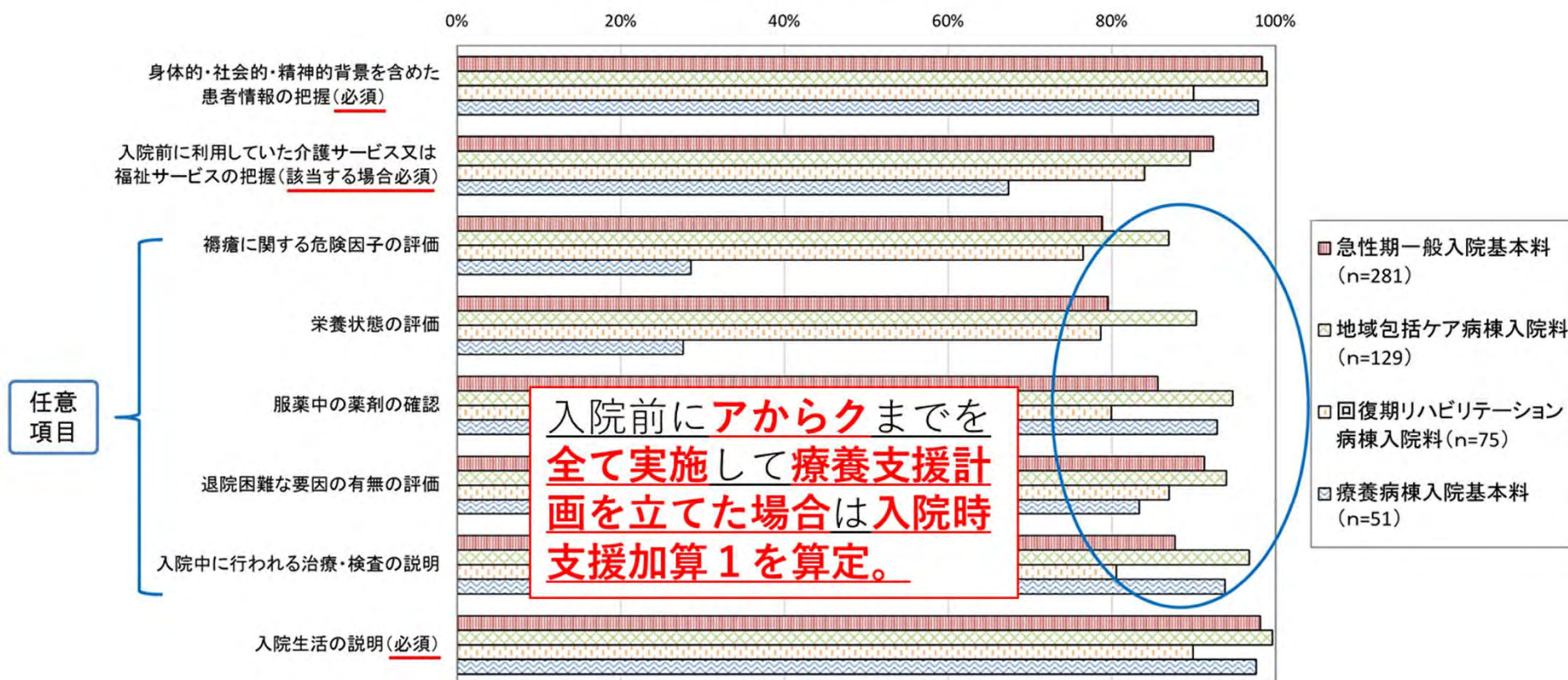
入院前の支援の項目と関連する主な項目

○ 入院時支援加算における項目ア～クに係る内容について、入院後に患者評価及び管理を行う取組を評価している加算等がある。

入院時支援加算の項目 (入院前に実施するもの)		関連する主な報酬項目	
		赤字：評価を行うタイミングに関する記載 青字：患者又は家族に説明・交付するもの	
必須 任意 必須	ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握	○総合評価加算 ・病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行う ・総合的な機能評価の結果を患者及び家族等に説明して診療録に記載する	
	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		
	ウ 褥瘡に関する危険因子の評価	○褥瘡対策の基準（通則） ・自立度が低い患者について褥瘡の危険因子の評価を行い、専任の医師及び看護職員が褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価 ・褥瘡対策に関する診療計画書を作成	○褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ・ハイリスク患者に対して予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施 ・褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成
	エ 栄養状態の評価	○栄養管理体制の基準（通則） ・入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認、特別な栄養管理の必要性について入院診療計画書に記載 ・特別な栄養管理の必要性のある患者に対して栄養管理計画書を作成・交付	○栄養サポートチーム加算 ・栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、栄養障害の状態にある患者等が対象 ・栄養治療実施計画兼栄養治療実施報告書を交付
	オ 服薬中の薬剤の確認	○病棟薬剤業務実施加算 ・入院時に持参薬を確認し、入院中に使用する薬剤について、書面で医師に提案を行い、診療録に添付する	
	カ 退院困難な要件の有無の評価	○入退院支援加算 ・加算1 3日以内に退院困難な患者を抽出 7日以内に面談、カンファレンス 7日以内に退院診療計画作成	・加算2 7日以内に退院困難な患者を抽出 できるだけ早期に面談、カンファレンス 7日以内に退院診療計画作成
	キ 入院中に行われる治療・検査の説明	○入院診療計画書の基準（通則） ・入院の際に総合的な診療計画を策定 ・入院後7日以内に入院診療計画書を交付（外来でもよい）	
	ク 入院生活の説明		

- 入院時支援加算を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料においても8割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届出ている施設においては、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

入院前に実施した事項(複数回答)



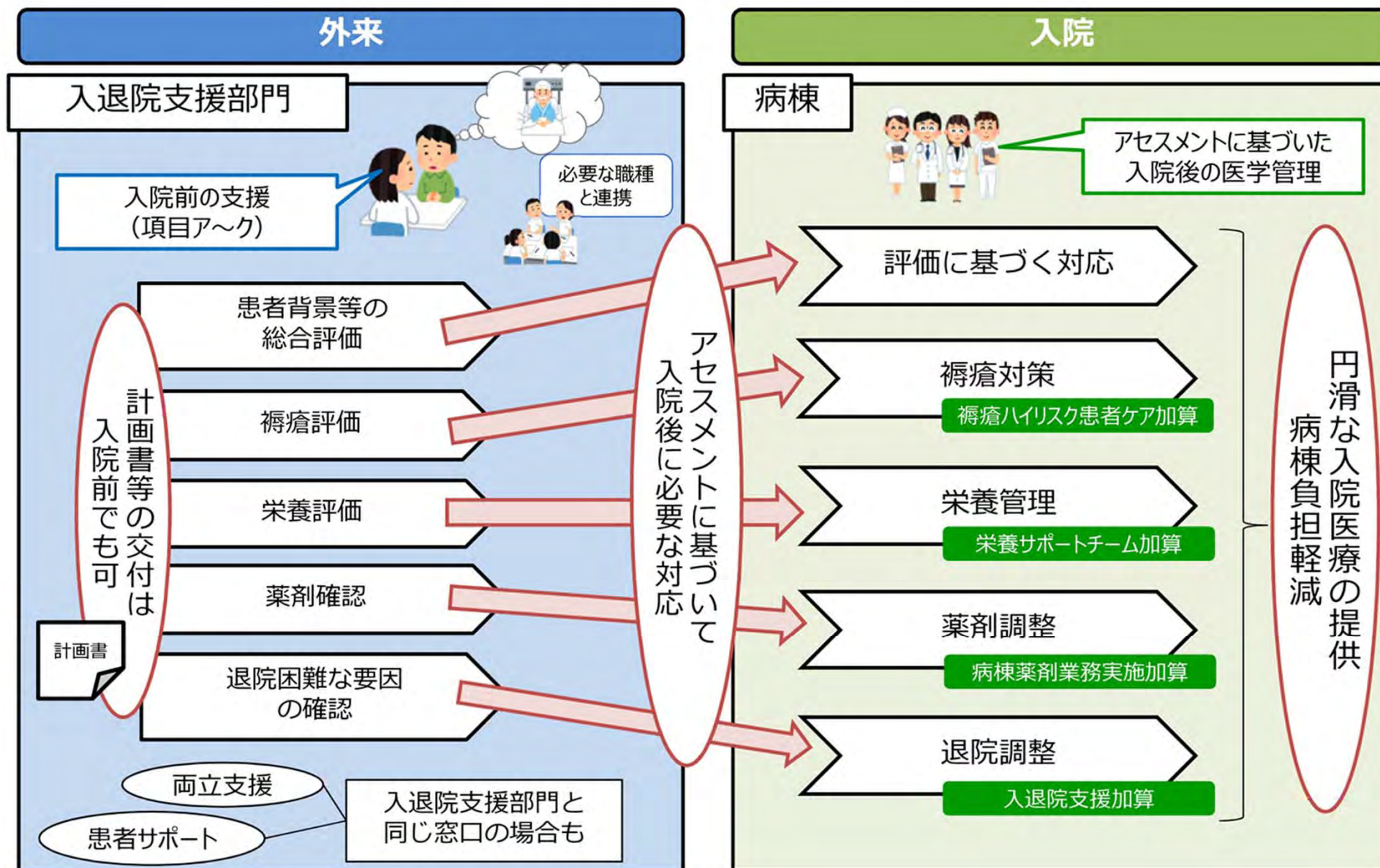
出典: 平成30年度入院医療等の調査(施設票)

※平成30年8月～10月の3か月間の算定患者における内訳

出典: 厚生労働省_中医協総会(2019/11/29) 総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00052.html

入院前からの支援をさらに強化したイメージ



入退院支援における総合的な機能評価の評価

- 高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

(新) 総合機能評価加算 (入退院支援加算) 50点

【入退院支援加算】

[算定要件]

注8 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であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、**総合機能評価加算**として、**50点**を更に所定点数に加算する。

[別に厚生労働大臣が定めるもの]

- 1 入退院支援加算1又は2を算定する患者
 - 2 介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の患者
- (22) 「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。
- (23) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。
- (24) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する。

出典：厚生労働省_中医協総会(2020/02/07) 総-1「個別改定項目について」

[施設基準]

(9) 総合機能評価加算の施設基準

当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上配置されていること。

7 総合機能評価加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
 - ア 医療関係団体等が実施するものであること。
 - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等の内容が含まれているものであること。
 - ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。
 - エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。
- (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。

- 入退院支援加算の見直しに伴い、総合評価加算の扱いを見直す。

改定前	改定後
総合評価加算（入院中1回）100点	（削除）

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193003_00002.html

入退院支援加算の概要

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

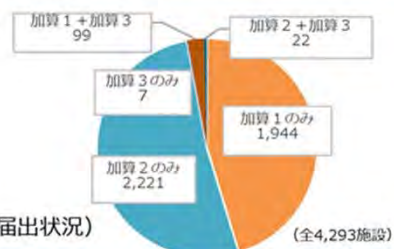
- 入退院支援加算 1
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 - 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 入退院支援加算 2
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 - 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算 3 1,200点

〔主な算定要件・施設基準〕

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な患者の早期抽出	原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出	原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出	入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出
退院困難な要因	○悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 ○緊急入院 ○家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある ○生活困窮者 ○排泄に介助を要する ○同居の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない ○退院後に医療処置が必要 ○その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	○要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること ○入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 ○入退院を繰り返していること	○先天奇形 ○染色体異常 ○出生体重1,500g未満 ○新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） ○その他、生命に関わる重篤な状態
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟入院基本料等 7日以内 療養病棟入院基本料等 14日以内 (入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手)	できるだけ早期に患者・家族と面談 (入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手)	カンファレンスを行った上で、入院後 1 か月以内に退院支援計画作成に着手
多職種によるカンファレンスの実施	入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	できるだけ早期にカンファレンスを実施	
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上かつ、①もしくは② ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		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又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が 20 以上かつ、連携機関の職員と面会を年 3 回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		

入退院支援加算の届出状況

【出典】
保険局医療課調べ
(令和元年 7 月 1 日の届出状況)



有床診療所入院基本料等の見直し

有床診療所入院基本料の注加算の見直し

- 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。

改定前

[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。

改定前

注3	
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3	
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。

改定前

[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



栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 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



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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。



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

栄養食事指導の見直し

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、他の医療機関及び栄養ケア・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
	(2) 2回目以降	200点
ロ 外来栄養食事指導料2	(1) 初回	250点
	(2) 2回目以降	190点

【在宅患者訪問栄養食事指導料】

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1		
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 在宅患者訪問栄養食事指導料2		
イ 単一建物診療患者が1人の場合		510点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合		460点
ハイ及びロ以外の場合		420点

【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】

診療所において、入院中の患者であって、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」又は他の医療機関に限る）の管理栄養士が、当該保健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。

周術期等口腔機能管理の推進①

周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

- 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、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。

改定前

医科【診療情報提供料1】

〔算定要件〕

注13 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として100点を所定点数に加算する。

改定後

医科【診療情報提供料1】

〔算定要件〕

注13 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算1として100点を所定点数に加算する。

(新)注14 保険医療機関が周術期等口腔機能管理の必要を認め、当該患者又は家族の同意を得て、歯科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で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。



IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 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
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 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
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

- 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。

改定前		改定後	
後発医薬品調剤体制加算1(75%以上)	18点	後発医薬品調剤体制加算1(75%以上)	15点
後発医薬品調剤体制加算2(80%以上)	22点	後発医薬品調剤体制加算2(80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(85%以上)	26点	後発医薬品調剤体制加算3(85%以上)	28点

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局(現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下)に対する調剤基本料の減算規定(2点減算)について、当該割合の基準を拡大する。

改定前		改定後	
(1) 当該保険薬局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2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。		(1) 当該保険薬局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4割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	

[経過措置]

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

医療機関における後発医薬品の使用促進

一般名処方加算

- 一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

改定前	
一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	4点



改定後	
一般名処方加算1	<u>7点</u>
一般名処方加算2	<u>5点</u>

後発医薬品使用体制加算

- 後発医薬品使用体制加算について、加算4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。

改定前	
後発医薬品使用体制加算1(85%以上)	45点
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	40点
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算4(60%以上)	22点



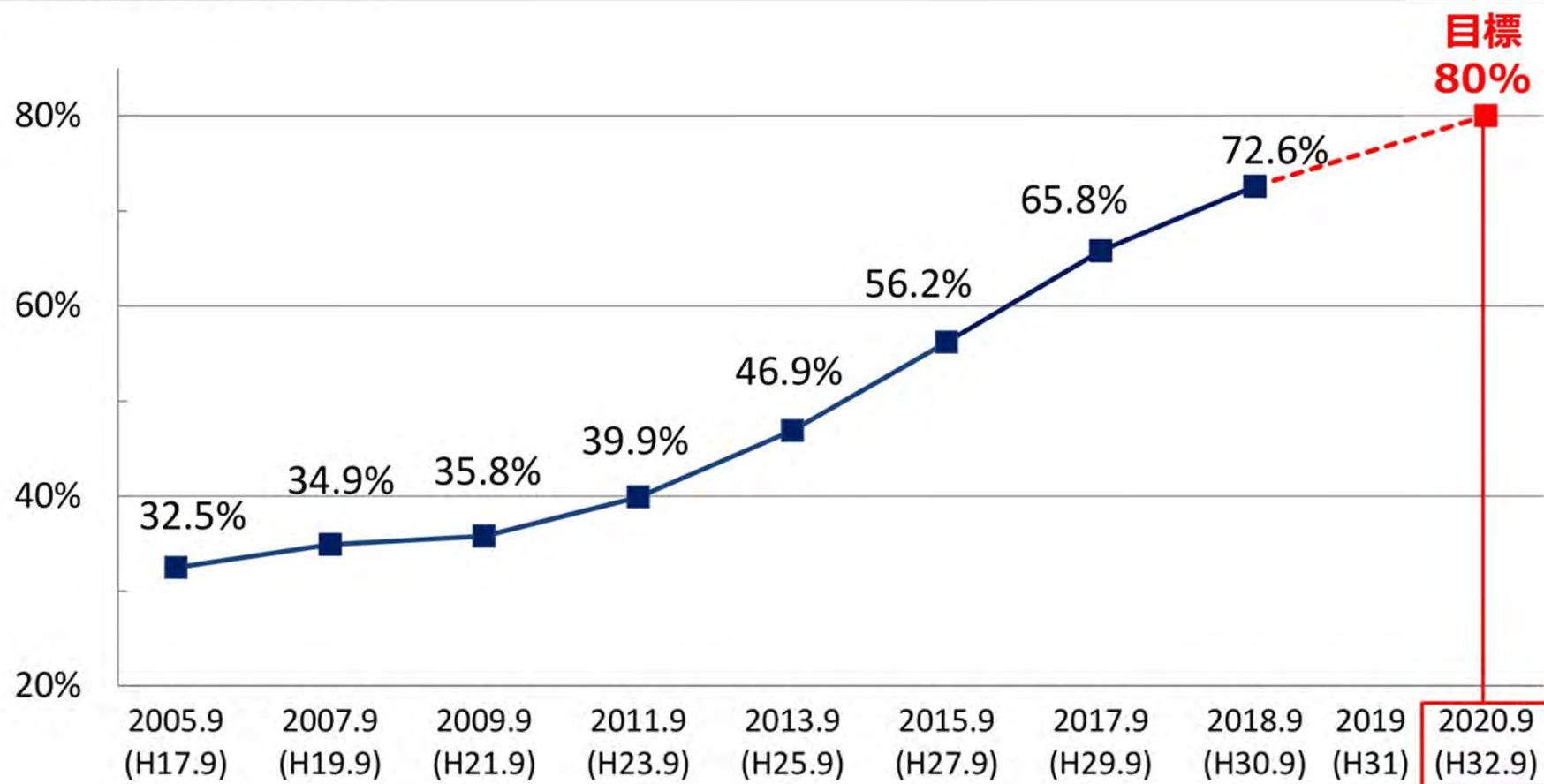
改定後	
後発医薬品使用体制加算1(85%以上)	<u>47点</u>
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	<u>42点</u>
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	<u>37点</u>
<u>(削除)</u>	

後発医薬品の使用割合の推移と目標

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



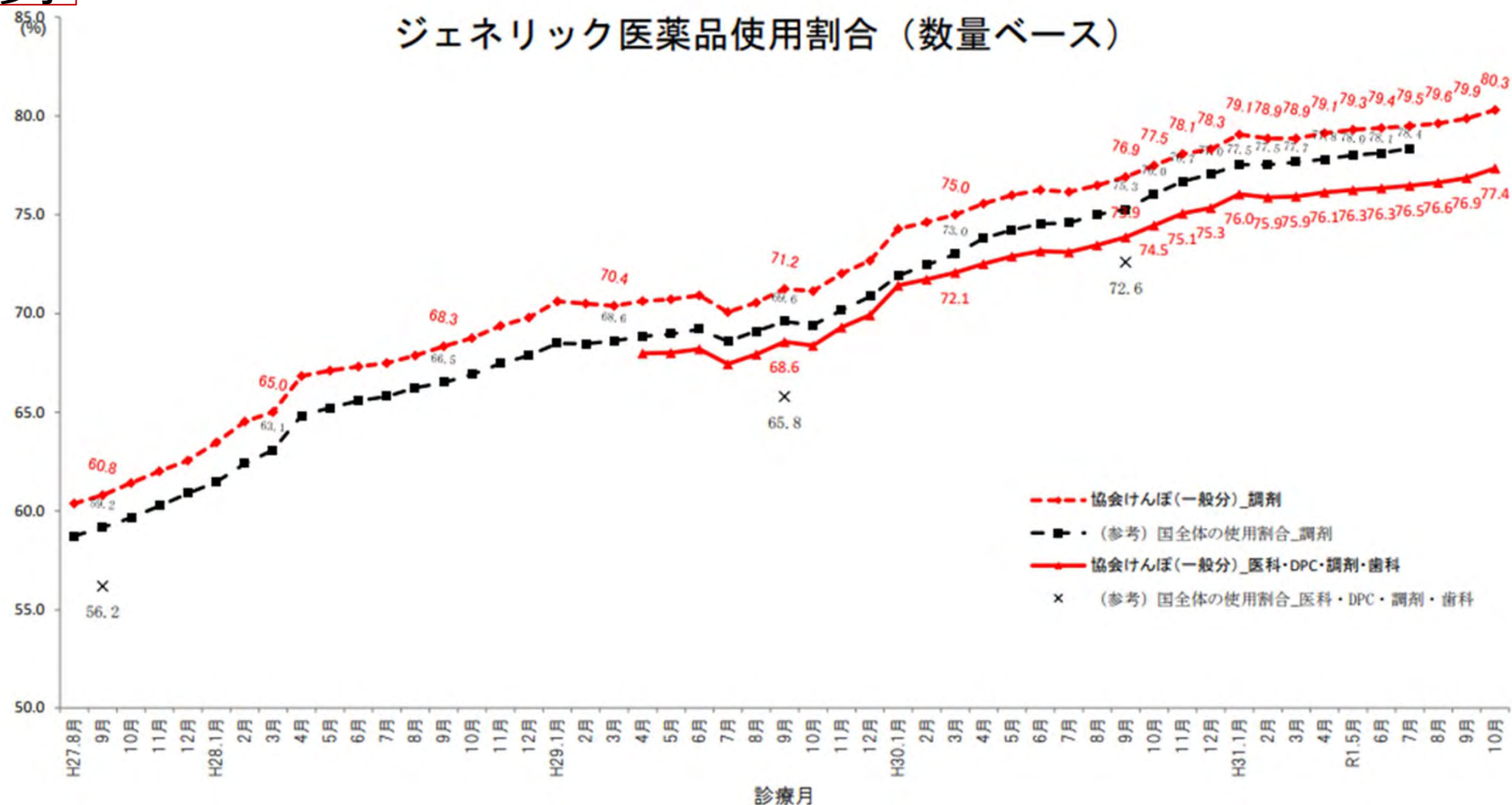
注) 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

出典：厚生労働省_中医協総会(2019年11月15日) 総-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00048.html

ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）



注1. 協会けんぽ(一般分)の医科、DPC、歯科、調剤レセプトについて集計したものである。(ただし、電子レセプトに限る。)

なお、DPCレセプトについては、直接の診療報酬請求の対象としていないコーディングデータを集計対象としている。

注2. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えたものをいう。

注3. [(後発医薬品の数量) / ((後発医薬品のある先発医薬品の数量) + (後発医薬品の数量))] で算出している。医薬品の区分は、厚生労働省「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」による。

注4. 「国全体の使用割合_調剤」は「調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省)、「国全体の使用割合_医科・DPC・調剤・歯科」は「医薬品価格調査」(厚生労働省)による。

注5. 後発医薬品の収載月には、後発医薬品が初めて収載される先発医薬品があると算出式の分母の対象となる先発医薬品が増えることにより、後発医薬品割合が低くなることもある。

バイオ後続品に係る情報提供の評価

- 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

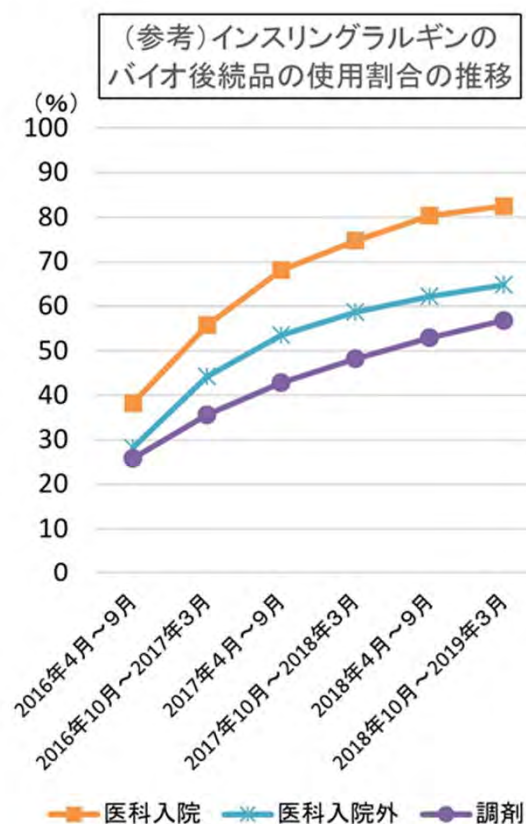
(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)

[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



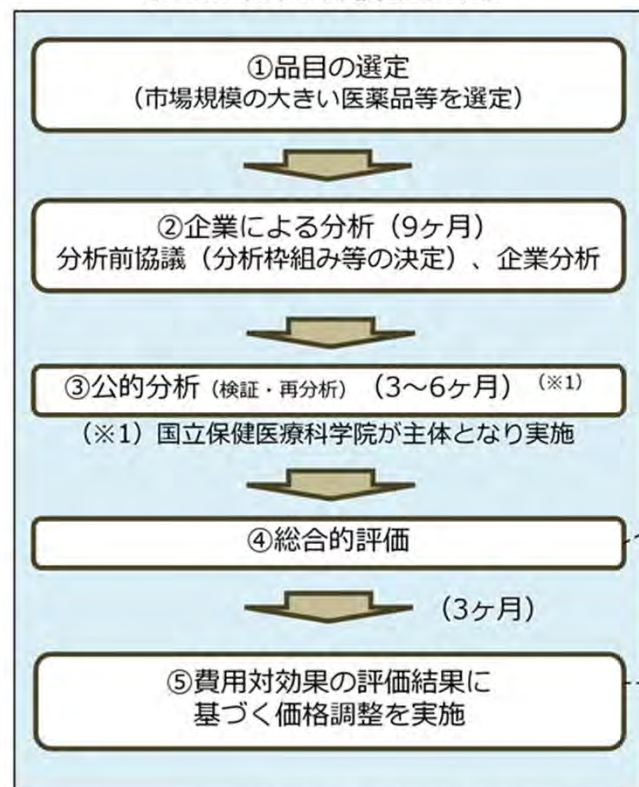
IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 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
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

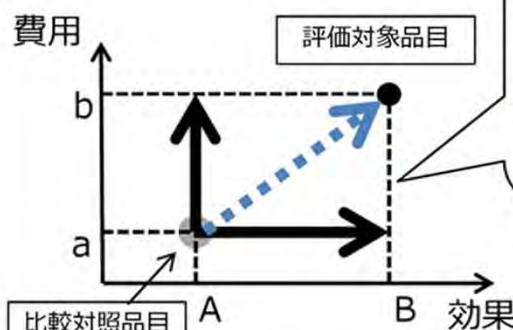
費用対効果評価制度について(概要)

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる（薬価制度の補完）。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

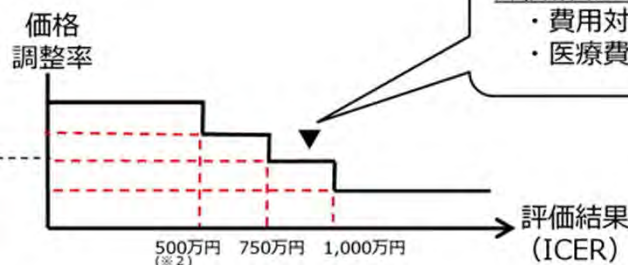
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ



(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準(750万円/QALY)を用いる。

(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. **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**
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

入院時のポリファーマシー解消の推進

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

- 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。

改定前

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) 精神病床に入院中の患者であって、入院前又は退院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、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。

- ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ・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

- 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



IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 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
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

高度な医療機器の効率的な利用の推進

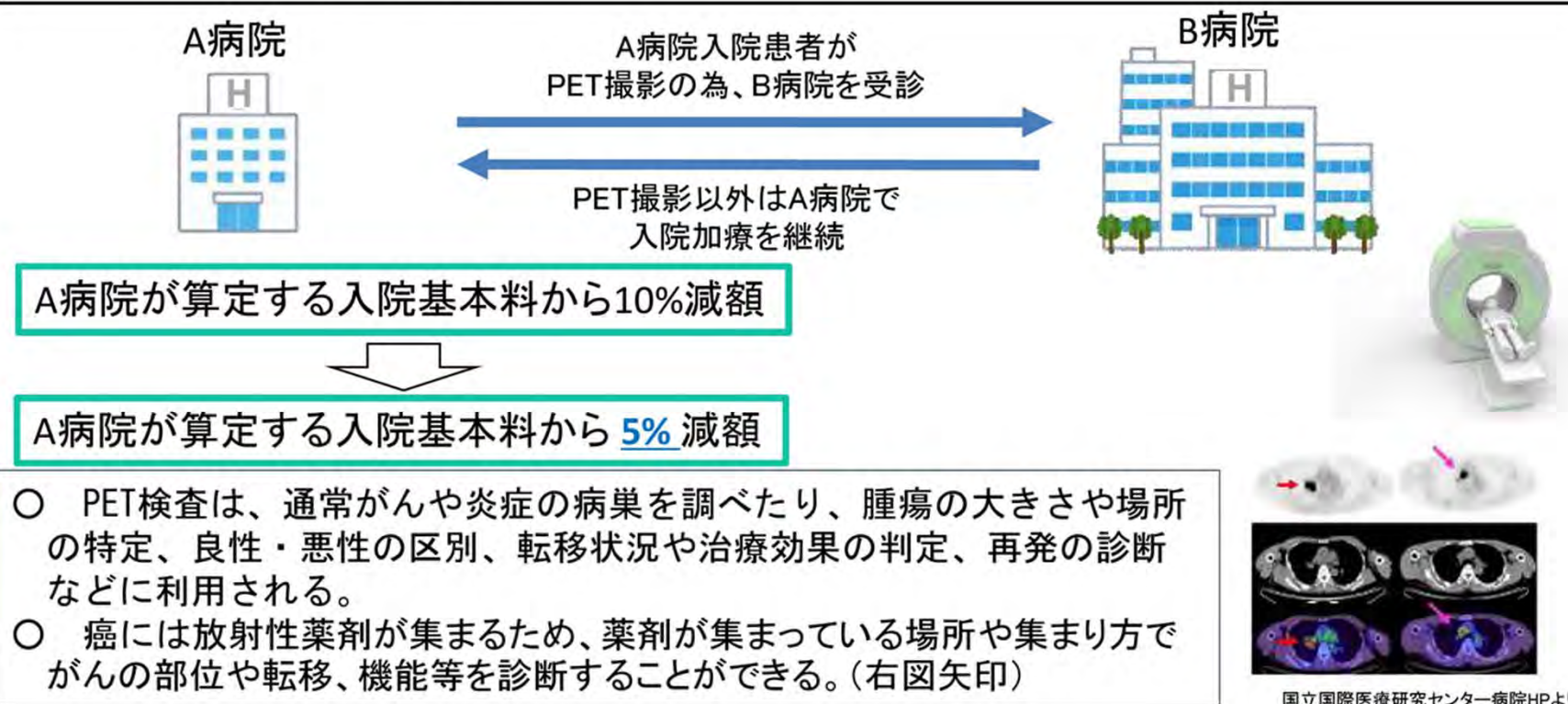
- ポジトロン断層撮影(PET)のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

【改定前】

【改定後】



※特定入院料等算定病棟でも同様



小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進①

小児のCT撮影に係る加算の創設

- 医療被ばくの低減の観点も踏まえ、小児の頭部外傷に対するガイドラインに沿った診療を推進する。ガイドラインにおいて、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ、小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。

改定前

【第4部画像診断 第3節 コンピューター断層撮影診断料】

通則4

新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。



改定後

【第4部画像診断 第3節 コンピューター断層撮影診断料】
通則4

新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

頭部外傷のリスク評価基準の例：CHALICE rule

- ・5分以上の意識消失
- ・5分以上の健忘
- ・傾眠
- ・3回以上の嘔吐
- ・虐待の疑い
- ・てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・GCS<14、1歳未満ではGCS<15
- ・開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- ・神経学的異常
- ・1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

左の基準をひとつでも満たした場合は
CTを推奨



※Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

出典：厚生労働省 令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進②

小児のCT撮影に係る理由等の記載の要件化

- 小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算の要件として、ガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを求める。

【第4部画像診断 第3節 コンピューター断層撮影診断料】

[算定要件] (新設)

「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠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。また、カに該当する場合は、その理由及び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。

- ア GCS $\leq$ 14
- イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候
- ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)
- エ 受診後の症状所見の悪化
- オ 家族等の希望
- カ その他

超音波検査の評価の見直し①

超音波検査の要件の見直し

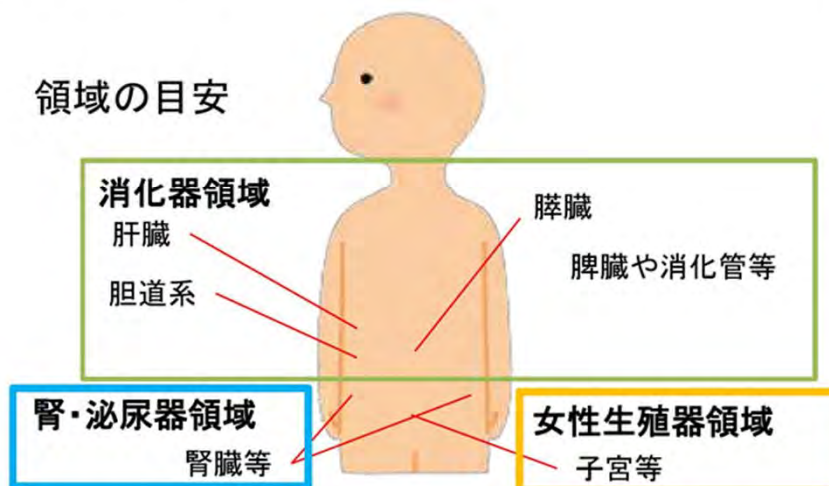
- 超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を診療録等へ記載するよう要件を見直す。

[算定要件] (新設)

- ・ 超音波検査(「3」の「ニ」の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、その文書を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文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。

- 超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため、検査を実施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求める。

領域の目安



[算定要件] (新設)

「断層撮影法」の「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、その全てを記載すること。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

超音波検査の評価の見直し②

訪問診療時の超音波検査の新設

- 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。

改定前	
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



改定後	
2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)	
(新) イ 訪問診療時に行った場合 (月1回に限り算定)	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

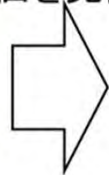
[算定要件](新設)

区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月1回に限り算定する。

超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し

- 超音波診断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、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

改定前	
【超音波検査】	
パルスドプラ法加算	200点

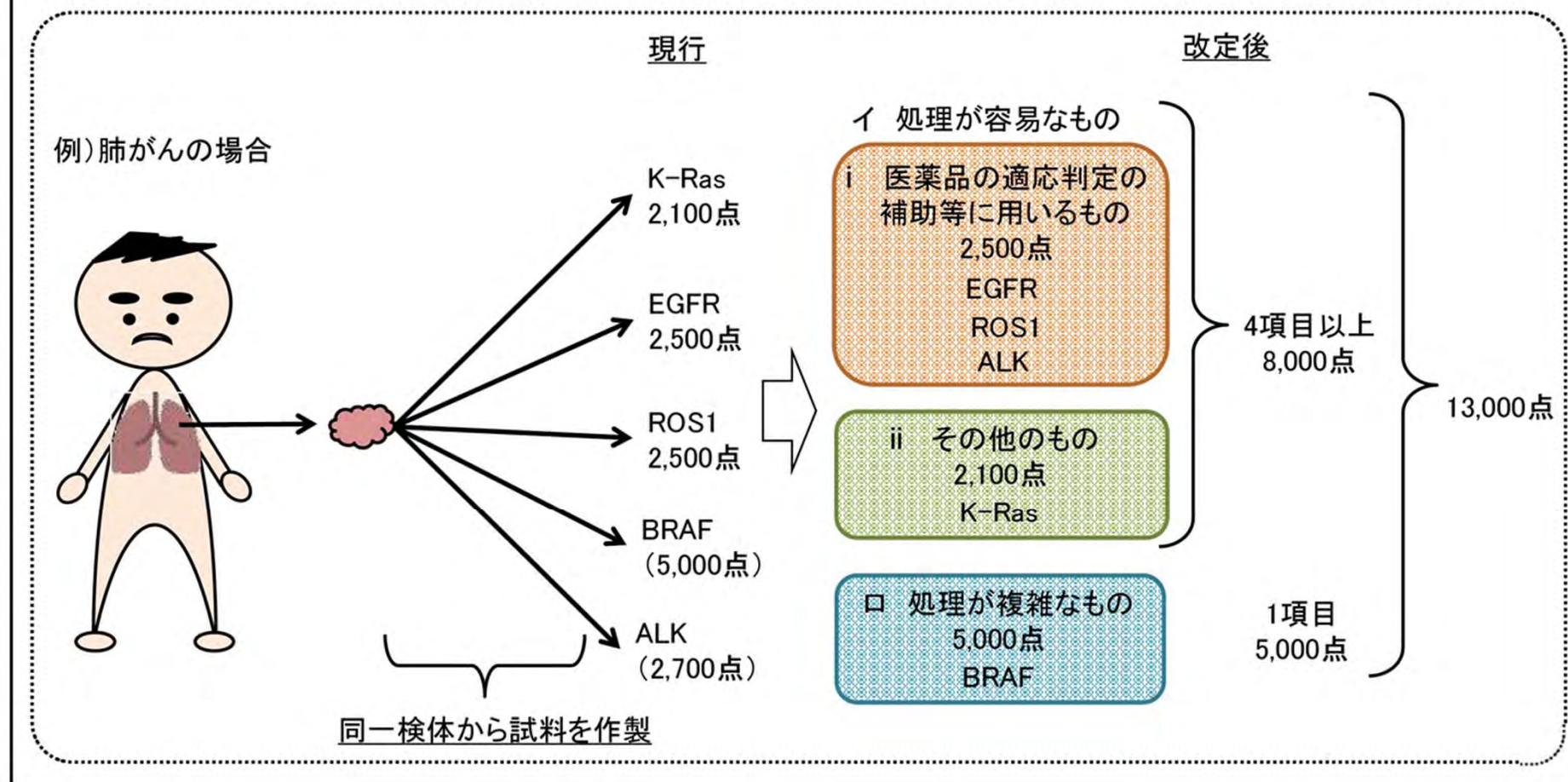


改定後	
【超音波検査】	
パルスドプラ法加算	150点

悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

悪性腫瘍遺伝子検査の評価体系の見直し

- 個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系とする。
- 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。



出典：厚生労働省_令和2年度診療報酬改定の概要（全体版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html

局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

- 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限り、週3回まで算定可能とする。

【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

人工腎臓に係る評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

- 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。

改定前

【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、エポエチンベータベゴル、HIF-PHD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

- 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。

バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

- 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。

改定前		改定後
【末梢動静脈瘻造設術】		【末梢動静脈瘻造設術】
1 静脈転位を伴うもの	21,300点	<u>1 内シャント造設術</u>
		<u>イ 単純なもの</u> 12,080点
		<u>ロ 静脈転位を伴うもの</u> 15,300点
2 その他のもの	7,760点	2 その他のもの 7,760点
【外シャント血栓除去術】	1,680点	(削除)
【内シャント又は外シャント設置術】	18,080点	(削除)(末梢動静脈瘻造設術 1イ へ)

- 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。

改定前		改定後
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	18,080点	【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】
		<u>1 初回</u> 12,000点
		<u>2 1の実施後3月以内に実施する場合</u> 12,000点

[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。)

- 「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術(18,080点)」は、多くが外来で実施され短時間で可能な手技であり、また、シャント設置術も短時間で可能な手技である。
- 一方で、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」は現在3ヶ月に1回算定すること(材料費を含む。)とされているが、実臨床では3ヶ月未満に閉塞・狭窄を繰り返す患者が一定程度存在する。
- 入院が必要であったり、狭窄・閉塞を繰り返す等、対応が困難な患者のシャント拡張術(VAIVT: Vascular access intervention) が実施出来ない医療機関では、入院施設やシャント造設に関する専門的な技術を持った他医療機関に紹介して管理が行われている。

＜他手技との処置時間の比較（処置時間は外保連試算）＞

		処置時間
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	1
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	1.5
K639	急性反発性腹膜炎手術	2.5

＜医療機関における年間のVAIVT施行回数の例＞

例1: 病院A

VAIVTの3ヶ月以内実施の割合

前回自院で施行 8.2%

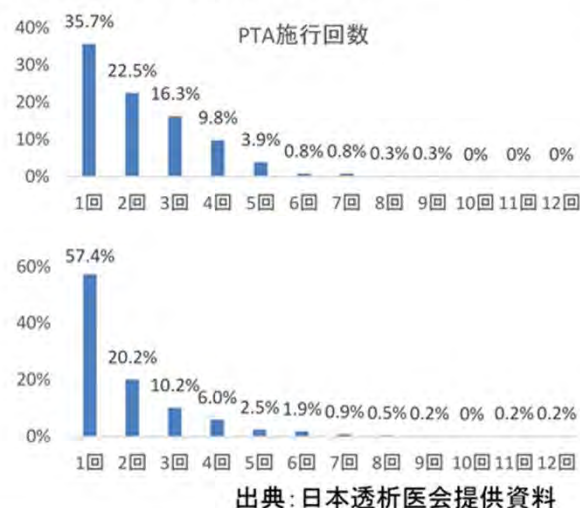
前回他院で施行 0.2%

例2: 病院B

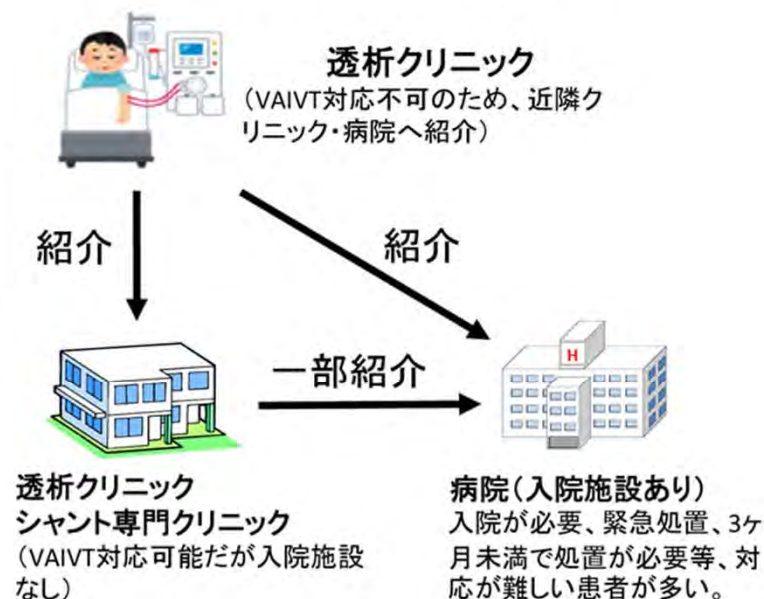
VAIVTの3ヶ月以内実施の割合

前回自院で施行 14.3%

前回他院で施行 0.7%

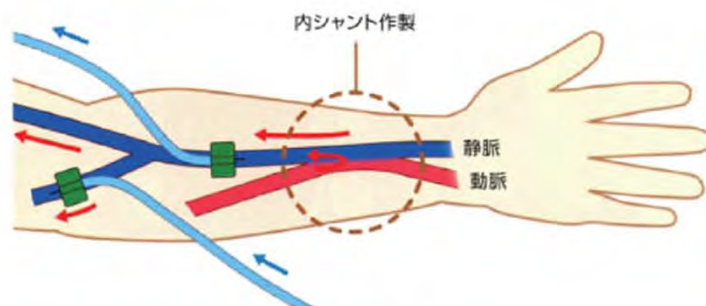


＜バスキュラーアクセスの管理の状況＞





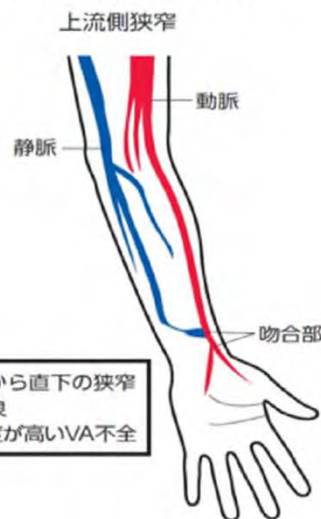
太い血管をつくり、
血液をスムーズに流します。



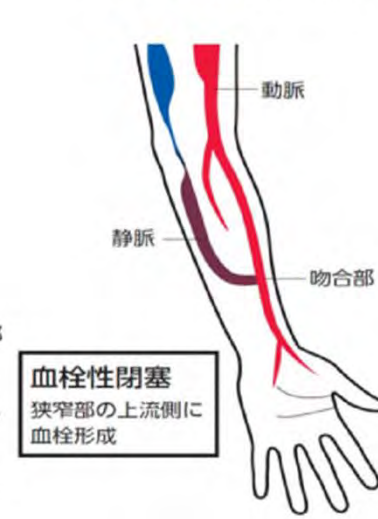
血液透析を行うには、1分間に約200ミリの血液をダイアライザ(透析器)に送り込む必要があります。これだけの血液量を確保するためには血液流量の多い太い血管が必要となります。そこで手首近くの腕の動脈と静脈を手術でつなぎ合わせることで血管を太くします。これを内シャントといいます。手術後最低2～4週ぐらいたってから使用することが望ましいことから、計画的に手術が行われています。

内シャントには狭窄(細くなる)、閉塞(つまる)、瘤の形成(血管のこぶ)、感染などの合併症があり、再手術が必要となる場合があります。一般的な内シャントがつかれない場合には人工血管を使用した内シャント、カテーテルの使用などにより血液透析を行います。

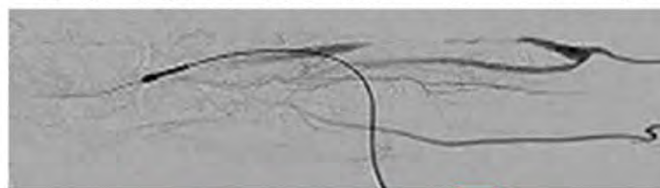
<シャント狭窄の例>



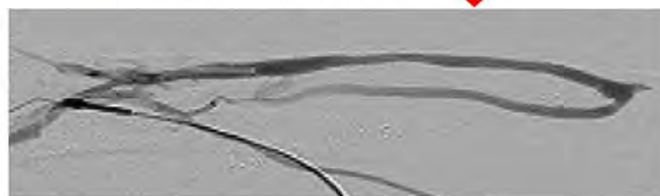
<シャント閉塞の例>



<シャント狭窄に対するVAIVT(シャントPTA)>



カテーテルで狭窄を解除



出典:腎不全 治療選択とその実際【2019年版】(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)

血液透析用バキューラーアクセスのインターベンションによる修復(VAIVT: Vascular Access Intervention Therapy)の基本的技術に関するガイドライン(日本IVR学会)

急性血液浄化療法に係る要件の見直し

持続緩徐式血液濾過の評価の見直し

- 腎不全以外の患者に対する血液浄化療法を適正に実施するため、持続緩徐式血液濾過について要件を見直す。

改定前

【持続緩徐式血液濾過】

【算定要件】

・ 持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性肺炎、重症敗血症、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者に対しても算定できる。



改定後

【持続緩徐式血液濾過】

【算定要件】

・ 次のいずれか掲げる状態の患者に算定できる。なお、③から⑤の場合は診療報酬明細書の摘要欄に、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

- ① 末期腎不全の患者
- ② 急性腎障害と診断され、高度代謝性アシドーシス、薬物中毒、尿毒症、電解質異常もしくは体液過剰状態のいずれかに該当する患者
- ③ 急性肺炎診療ガイドライン2015において、実施が推奨される重症急性肺炎の患者
- ④ 重症敗血症の患者
- ⑤ 劇症肝炎又は術後肝不全の患者

吸着式血液浄化法の評価の見直し

- 吸着式血液浄化法について、エンドトキシンを吸着するという治療目的や敗血症診療ガイドライン2016、標準治療と比較して死亡率の改善は認められないこと等を踏まえ、適切な実施を推進するよう要件の見直しを行う。

改定前

【吸着式血液浄化法】

【算定要件】

・ 次のいずれにも該当する場合に、算定する。
 ア エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの
 イ SIRS基準を満たすこと
 ウ 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの



改定後

【吸着式血液浄化法】

【算定要件】

・ 18歳以上の患者にあっては、次のいずれにも該当する患者。

ア 次のいずれかの項目に該当するもの。

- ① 血液による細菌培養同定検査において、グラム陰性桿菌の陽性が確認されている場合。
- ② 他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていた場合。
- ③ グラム陰性桿菌による敗血症性ショックで強く疑われ、急性期DIC診断基準が4点以上、又はそれに準じる状態の場合。

イ 日本版敗血症診療ガイドライン2016における敗血症性ショックの定義を満たすもの。

・ 18歳未満の患者にあっては、エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるものであって、日本版敗血症診療ガイドライン2016における小児SIRS診断基準を満たすこと。

下肢静脈瘤に係る評価の適正化、網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化

- 大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術について、他の手技との有効性が同等とされていることを踏まえ、評価を見直す。

改定前	
【下肢静脈瘤手術】	
1 抜去切除術	10,200点
【大伏在静脈抜去術】	11,020点
【下肢静脈瘤血管内焼灼術】	14,360点



改定後	
【下肢静脈瘤手術】	
1 抜去切除術	10,200点
【大伏在静脈抜去術】	<u>10,200点</u>
【下肢静脈瘤血管内焼灼術】	<u>10,200点</u>

[算定要件]

- ・下肢静脈瘤血管内焼灼術の実施に当たっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

- 眼循環動態の把握に用いられる検査として、検査の精度等の観点から、現在は蛍光眼底造影検査や眼底三次元画像解析等が一般的に用いられていること等を踏まえ、網膜中心血管圧測定に関する診療報酬上の評価を廃止する。

改定前	
【網膜中心血管圧測定】	
1 簡単なもの	42点
2 複雑なもの	100点



改定後	
<u>(削除)</u>	

※経過措置として、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。

実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

実勢価格を踏まえた臨床検査の適正な評価

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

例)

フェリチン半定量・定量	111点
生化学検査 I 10項目以上	112点
インフルエンザウイルス抗原定性	143点



108点
109点
139点



臨床的有用性がなくなった検査等の評価の廃止

- 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。

[臨床的有用性がなくなった検査]

- (1) Bence Jones蛋白定性(尿)
- (2) 動物使用検査

[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]

アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)

義肢装具の提供に係る評価の見直し

義肢装具採型法・採寸法の見直し

- 現行の採寸法及び採型法について、義肢、練習用仮義足又は仮義手、治療用装具に分類し、対象とする装具を踏まえた項目の見直しを行う。

改定前	改定後
【治療装具の採型ギプス】 1 義肢装具採型法(1肢につき) 200点 2 義肢装具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき) 700点 3 体幹硬性装具採型法 700点 4 義肢装具採型法(股関節、肩関節離断の場合)(1肢につき) 1,050点 【練習用仮義足又は仮義手】 1 義肢装具採型法(四肢切断の場合)(1肢につき) 700点 2 義肢装具採型法(股関節、肩関節離断の場合)(1肢につき) 1,050点 【義肢装具採寸法(1肢につき)】 200点 【治療装具採型法(1肢につき)】 700点	【義肢採型法】 1 四肢切断の場合(1肢につき) 700点 2 股関節、肩関節離断の場合(1肢につき) 1,050点 【練習用仮義足又は仮義手採型法】 1 四肢切断の場合(1肢につき) 700点 2 股関節、肩関節離断の場合(1肢につき) 1,050点 【治療用装具採寸法(1肢につき)】 200点 【治療用装具採型法】 1 体幹装具 700点 2 四肢装具(1肢につき) 700点 3 その他(1肢につき) 200点 [算定要件] <u>フットインプレッションフォームを使用して装具の採型を行った場合は、治療用装具採型法の「3」その他の場合を算定する。</u>

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費に係る帳票等の見直し

- 医療従事者の負担軽減及び業務の効率化の観点から、入院時食事療養費で求めている帳票等について、電子的データでの保管及び、患者毎に個別に栄養管理が実施されている場合に必ず備えるべき帳票から除外する見直しを行う。

○電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成し、保管等されている場合、紙での保管は不要とする。

○栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外する。(有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設)

○ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。(有床診療所にあつては、栄養管理実施加算を算定していない施設)

	必ず備えるべき帳票から除外される要件	帳票等名称
①	患者の入退院等の管理をしており、必要に応じて入退院患者数等の確認ができる場合	提供食数(日報、月報等)、患者入退院簿
②	栄養管理体制の基準を満たし、患者ごとに栄養管理を実施している場合	喫食調査
③	特別治療食等により個別に栄養管理を実施している場合	患者年齢構成表、給与栄養目標量
④	食材料等の購入管理を実施し、求めに応じてその内容が確認できる場合	食料品消費日計表、食品納入・消費・在庫等に関する帳簿

※ 食事の提供に関する業務の一部又は全部を委託している場合は、委託契約の内容に合わせた食事療養の質が確保されていることを保険医療機関が確認するための帳票を定め、必ず備えるべき帳票から除外された帳票であっても整備すること。

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費の適時適温に係る見直し

現行

適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、病床数が概ね500床以上であって、かつ、当該保険医療機関の構造上、厨房から病棟への配膳車の移動にかなりの時間を要するなどの当該保険医療機関の構造上等の特別な理由により、やむを得ず午後6時以降の病棟配膳を厳守すると不都合が生じると認められる場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。また、全ての病棟で速やかに午後6時以降に配膳できる体制を整備するよう指導に努められたい。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。
即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。
なお、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。
また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。
また、クックチル、クックフリーズ、真空調理（真空パック）法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

改定後

適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。
即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。
なお、上記適温の食事を提供する体制を整えず、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まないが、検査等により配膳時間に患者に配膳できなかった場合等の対応のため適切に衛生管理がされていた食事を電子レンジ等で温めることは、差し支えない。また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。
加えて、クックチル、クックフリーズ、真空調理（真空パック）法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（全般的事項）

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

（働き方改革）

- 2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（入院医療）

- 3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、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等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
- 4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（DPC／PDPS）

- 5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

（かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等）

- 6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
- 8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
- 9 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について引き続き検討すること。
- 10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（医薬品の適正使用）

- 12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
- 13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
- 14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

（歯科診療報酬）

- 15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
- 16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、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調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

- 18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

（その他）

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

経過措置について①

	項目	経過措置
1	初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件	令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
2	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料（7対1結核病棟、10対1一般病棟）、専門病院（10対1）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
3	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料4を除く）、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
4	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
5	重症度、医療・看護必要度の施設基準	許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料1若しくは2、3又は4の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料2若しくは3、3又は4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ2%緩和する。
6	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
7	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

経過措置について②

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

経過措置について③

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

経過措置について④

	項目	経過措置
22	精神科救急入院料の見直し	当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。
23	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、従前の例により地域移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。
24	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	平成2年3月31日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
25	連携充実加算(外来化学療法加算)	令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の基準を満たしているものとする。
26	摂食嚥下支援加算(摂食機能療法)	令和2年3月31日時点で、経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「専従の常勤言語聴覚士」が引き続き摂食嚥下支援チームの「専任の常勤言語聴覚士」として届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間に限り、「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定を満たしているものとする。
27	精神科在宅患者支援管理料の見直し	令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年31日までの間に限り、引き続き算定できる。

経過措置について⑤

	項目	経過措置
28	Bence Jones蛋白定性(尿)	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
29	アルブミン(BCP改良法・BCG法)	BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
30	CK-MB(免疫阻害法・蛋白量測定)	免疫阻害法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
31	動物使用検査	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
32	網膜中心血管圧測定	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
33	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準(医療資源の少ない地域)	令和2年3月31日時点で、調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っている薬局については、令和4年3月31日までの間に限り、改正前の基本診療料の施設基準等別表第6の2に規定する地域に所在するものとみなす。
34	調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局(後発医薬品減算)	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。
35	地域支援体制加算	調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。
36	特定薬剤管理指導加算2	令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

施設基準の届出について

お願い

- 令和2年4月1日から算定を行うためには、**令和2年4月20日(月曜日)(必着)**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

