令和2年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

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

※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

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

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

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

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

令２
改定

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

令２
改定

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　勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
ウ　勤務間インターバルの確保
エ　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
オ　当直翌日の業務内容に対する配慮
カ　交替勤務制・複数主治医制の実施
キ　短時間正規雇用医師の活用

救急医療体制の充実

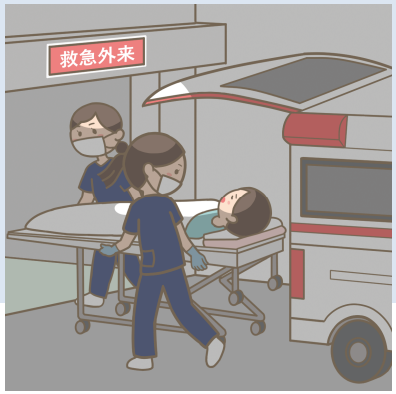
救急搬送看護体制加算の評価区分の新設

➢ 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。

現行（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算　　200点

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



改定後（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算1　　400点

［施設基準］
① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上。
② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を複数名配置。

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。

令２
改定

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。

現行

【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。

現行

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

改定後

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

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

薬剤師の常勤要件の緩和

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

現行

【病棟薬剤業務実施加算】
（1）　当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。

（5）　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。

改定後

【病棟薬剤業務実施加算】
（1）　当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている非常勤の薬剤師を2名組み合わせて常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。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、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。

※　薬剤管理指導料についても同様。

夜間看護体制の見直し

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

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

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

看護職員の夜間配置に係る評価の充実

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

現行

【看護職員夜間配置加算】

12対１加算１	95点
12対１加算２	75点
16対１加算１	55点
16対１加算２	30点

⇨

改定後

【看護職員夜間配置加算】

12対１加算１	**105点**
12対１加算２	**85点**
16対１加算１	**65点**
16対１加算２	**40点**

現行

【注加算の看護職員夜間配置加算】

地域包括ケア病棟入院料	55点
精神科救急入院料	55点
精神科救急・合併症入院料	55点

⇨

改定後

【注加算の看護職員夜間配置加算】

地域包括ケア病棟入院料	**65点**
精神科救急入院料	**65点**
精神科救急・合併症入院料	**65点**

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

現行

【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	PaO2/FiO2(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（×103/mm2）	＞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

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

現行	改定後
【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	【同種死体腎移植術】 移植臓器提供加算　55,000点

※【同種死体膵移植術】及び【同種死体膵腎移植術】についても同様。

脳死臓器提供管理料の見直し

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

現行	改定後
【脳死臓器提供管理料】　20,000点	【脳死臓器提供管理料】　40,000点

［算定要件］

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

その他移植医療の充実に資する技術の保険適用※1

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

※1　医療技術評価分科会に対して関連学会等から提案のあった技術。

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

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。

現行

【入退院支援加算3】

［施設基準］

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験をする専従の看護師
- 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。

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。

令２
改定

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。

現行		改定後	
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1	248～970点
医師事務作業補助体制加算2	188～860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。

現行		改定後	
看護職員夜間配置加算	30～95点	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）	55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。

現行		改定後	
25対1～75対1急性期看護補助体制加算	130～210点	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	70～90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	76～129点	看護補助加算1～3	88～141点
夜間75対1看護補助加算	40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）	35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）	104～129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）	150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。

現行

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

改定後

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

- 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。

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。

現行		改定後	
【急性期看護補助体制加算】		【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割以上）	240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	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	220点
50対1急性期看護補助体制加算	170点	50対1急性期看護補助体制加算	200点
75対1急性期看護補助体制加算	130点	75対1急性期看護補助体制加算	160点
夜間30対1急性期看護補助体制加算	90点	夜間30対1急性期看護補助体制加算	120点
夜間50対1急性期看護補助体制加算	85点	夜間50対1急性期看護補助体制加算	115点
夜間100対1急性期看護補助体制加算	70点	夜間100対1急性期看護補助体制加算	100点
【看護補助加算】		【看護補助加算】	
看護補助加算1	129点	看護補助加算1	141点
看護補助加算2	104点	看護補助加算2	116点
看護補助加算3	76点	看護補助加算3	88点
夜間75対1看護補助加算	40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）	35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）		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	イ　14日以内の期間	141点
ロ　15日以上30日以内の期間	104点	ロ　15日以上30日以内の期間	116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	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

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。

現行

【麻酔管理料（Ⅱ）】

［算定要件］

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

改定後

【麻酔管理料（Ⅱ）】

［算定要件］

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

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。

現行

［算定可能病棟］
急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、療養病棟入院基本料1、2
ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

改定後

［算定可能病棟］
急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、療養病棟入院基本料1、2、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）
ただし、療養病棟、結核病棟、精神病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

令２
改定

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よいと判断した場合においては、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。

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

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

記録の効率化・合理化

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

レセプト摘要欄 ➡ ・画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

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

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

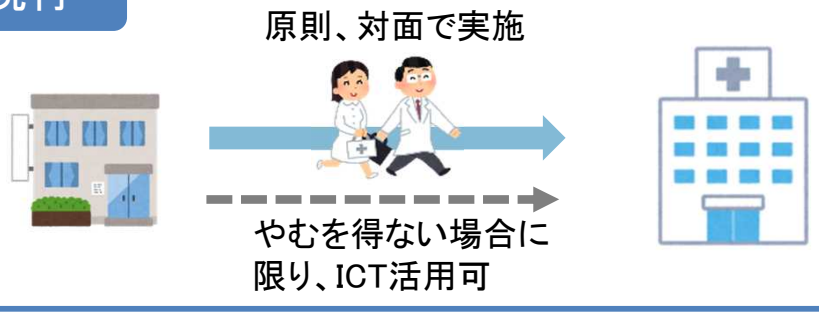
➢ 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、**日常的に活用しやすいもの**となるよう、実施要件を見直す。

【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）

現行



改定後

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。

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　初回　　260点
ロ　2回目以降　200点

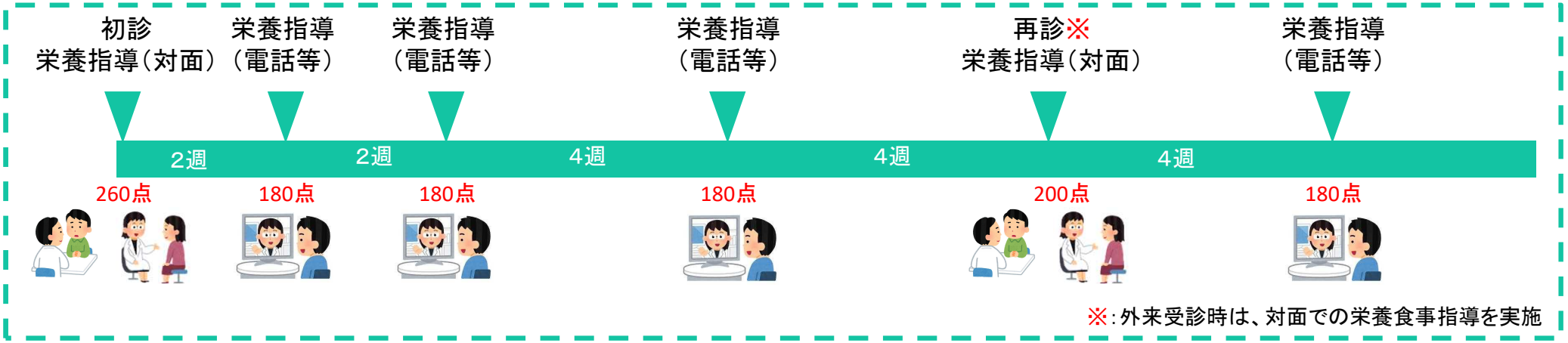
［算定要件］
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

改定後

【外来栄養食事指導料】
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



令２
改定

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

令２
改定

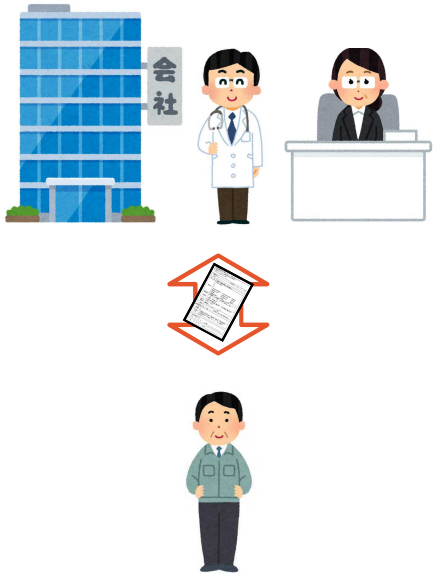
Ⅱ　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

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の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。

現行

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

改定後

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

【参考】時間外対応加算　施設基準（抜粋）

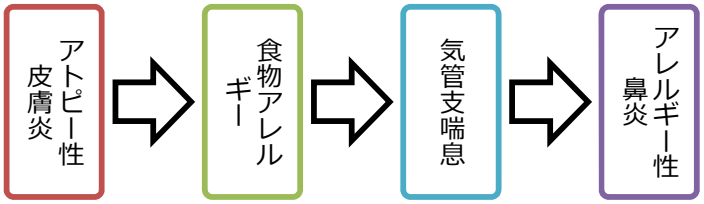
時間外対応加算1	時間外対応加算2	時間外対応加算3
○　標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。		
○　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。	○　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。 ※　休診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

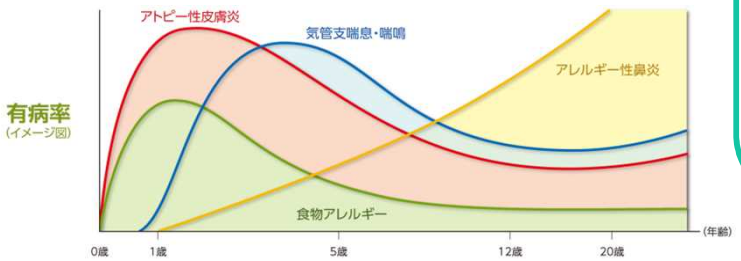
かかりつけ医機能の推進②

小児かかりつけ診療料の見直し

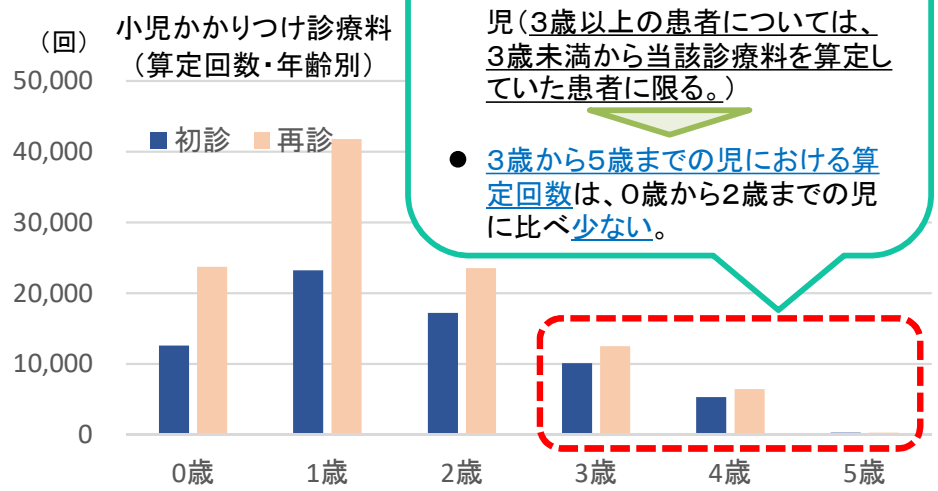
➢ 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、算定対象となる患者を**3歳未満から6歳未満に拡大**する。

（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**。



［算定要件］
- 当該保険医療機関を予防接種等を含め4回以上受診した未就学児（3歳以上の患者については、3歳未満から当該診療料を算定していた患者に限る。）
- 3歳から5歳までの児における算定回数は、0歳から2歳までの児に比べ少ない。

➢ 院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現行	改定後
［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。	［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

【対象患者】
合計6種類以上の薬剤が処方されている患者

相談

薬局

①患者の服用薬を一元的に把握
②重複投薬等の解消に係る提案を作成

報告書の送付

＜報告内容（例）＞
- 受診中の医療機関、診療科等
- 服用中の薬剤の一覧（処方背景含む）
- 重複投薬の状況
- 副作用のおそれがある症状及び関連する薬剤
- その他（残薬の状況等）
- **上記を踏まえた、処方変更の提案**

医療機関

次回の処方時に処方薬の変更を検討

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。

現行

【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。

【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		

令２
改定

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を、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。

現行

［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

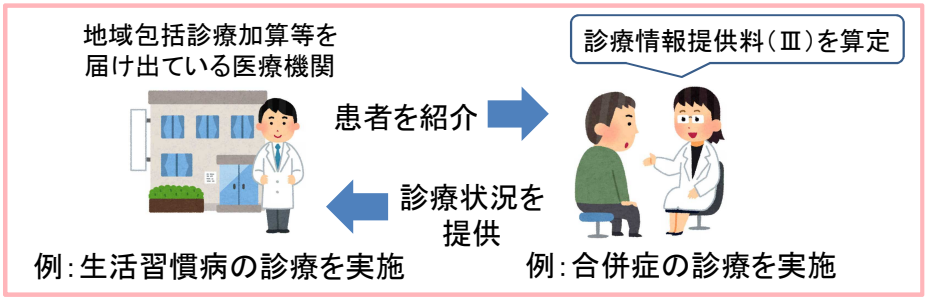
［算定要件］

（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。

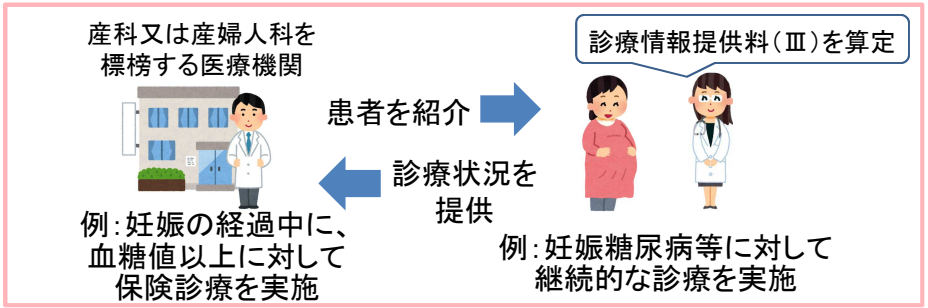
（2）　妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

［対象患者］

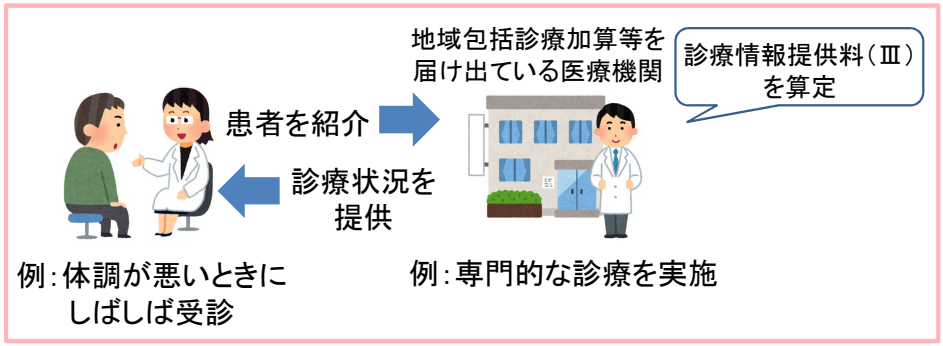
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



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



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



［施設基準］

（1）当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

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

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

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

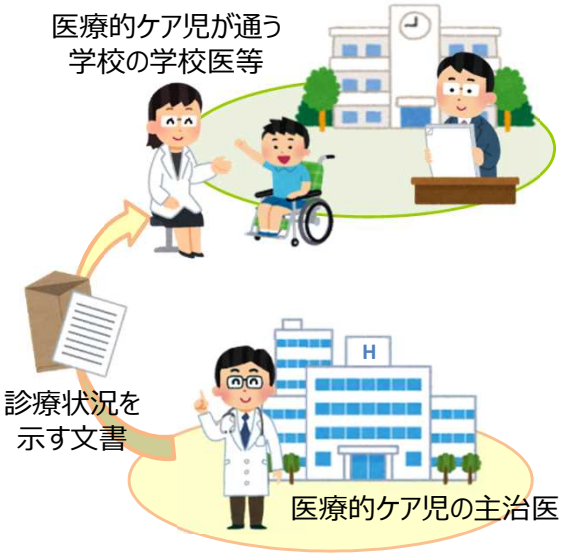
● 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

【診療情報提供料（Ⅰ）】

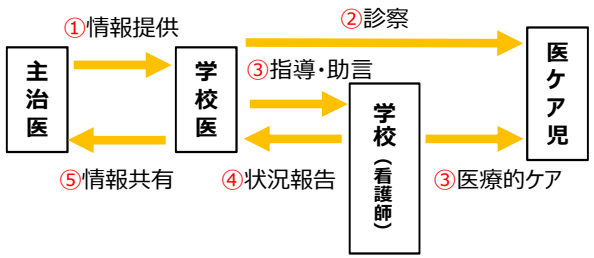
（新設）
保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

［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。

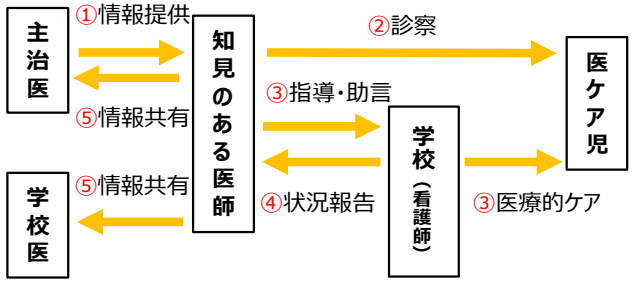


（参考）主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「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、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討

※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整

（3）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③

（4）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報を共有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≫

現行	改定後
明細書を交付することを要しない	患者からの求めがある場合は明細書を交付

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

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

令２
改定

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・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

入院医療 → 外来・在宅医療

質の高い入院医療の評価

○ クロザピンの普及促進
- クロザピンの使用実績等に基づいた精神科急性期医師配置加算の見直し
- 精神科急性期病棟におけるクロザピン新規導入を目的とした転棟患者の受入れ
- 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の除外

○ 持続性抗精神病注射薬剤（LAI）の使用推進

○ 精神科身体合併症管理加算の見直し

○ 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援に対する評価

入院中の医療機関と外来又は在宅を担当する医療機関の多職種による共同指導に対する評価

入院中の保険医療機関

（新）
○ 精神科退院時共同指導料2

退院後の外来又は在宅医療を担当する保険医療機関

（新）
○ 精神科退院時共同指導料1
- イ　措置入院者等の患者
- ロ　重点的な支援を必要とする患者

継続支援

多職種による継続的な相談支援に対する評価

（新）
○ 通院精神療法
療養生活環境整備指導加算

精神病棟における地域移行の推進

○ 地域移行機能強化病棟の継続

○ 精神科救急入院料の明確化

適切な精神科在宅医療の推進

○ 精神科在宅患者支援管理料の見直し

精神疾患を有するハイリスク妊産婦に対する支援の充実

○ ハイリスク分娩管理加算の対象病棟の拡大

○ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

個別疾患に対する治療・支援の充実

依存症に対する治療の充実

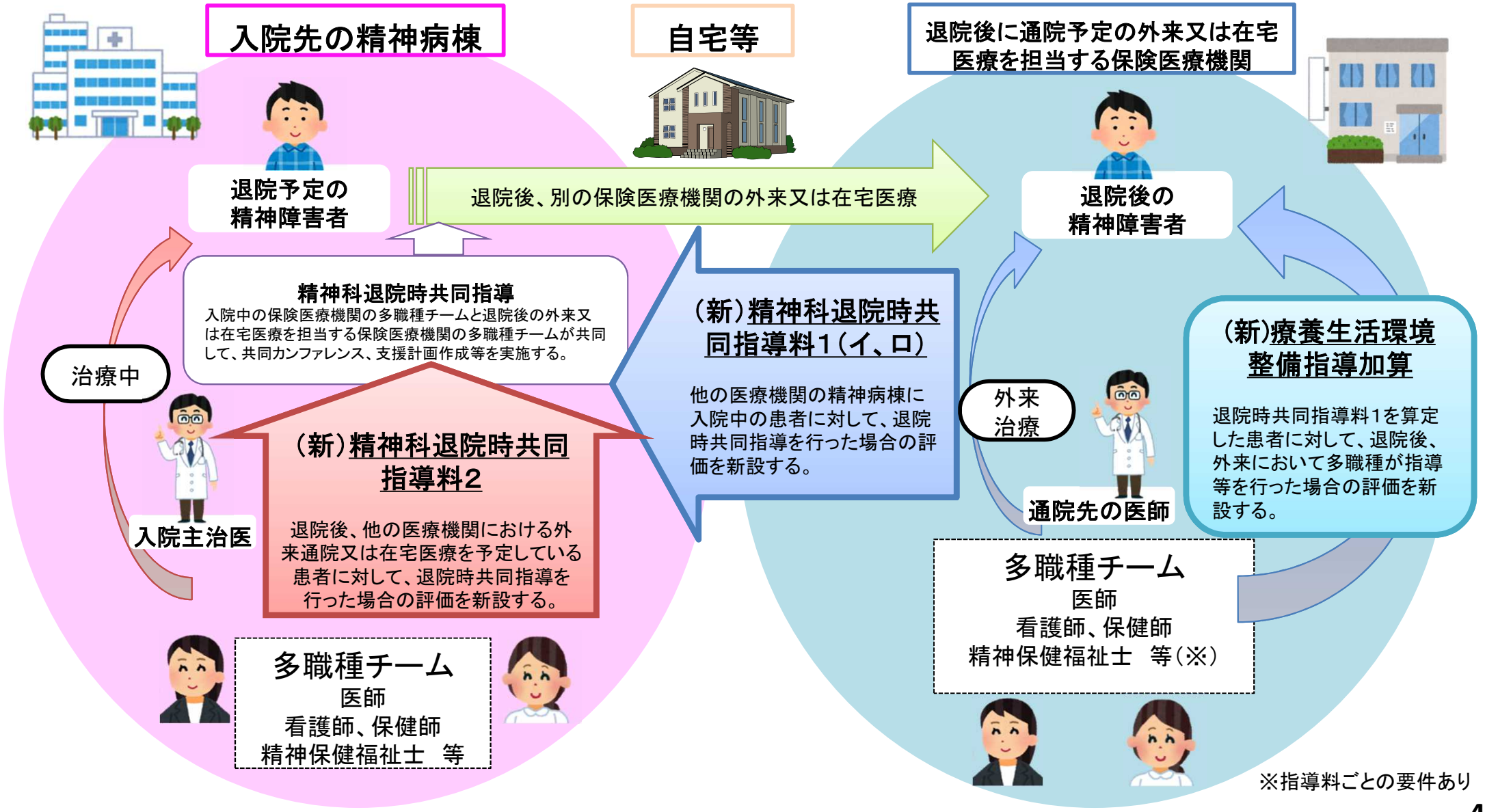
○ 依存症集団療法
（新） ギャンブル依存症の集団療法プログラムに対する評価

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
（新） 公認心理師によるカウンセリングに対する評価

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。



※指導料ごとの要件あり

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。

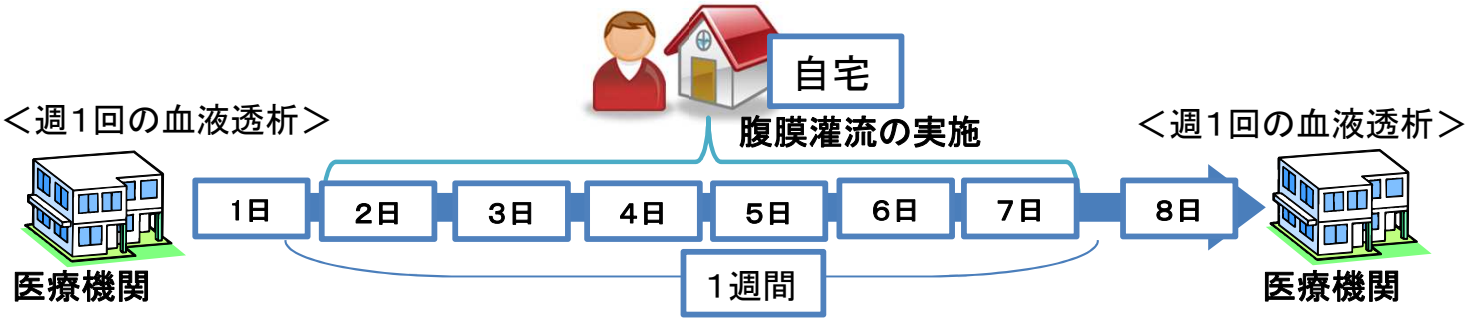
（2）　保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は、1人につき30人以下であること。

腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

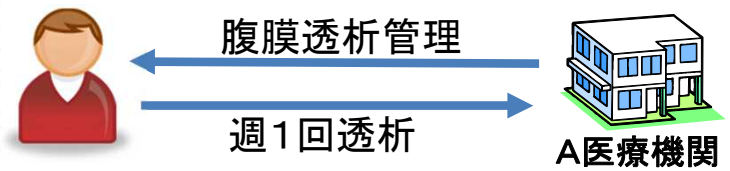
➢ 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

【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）

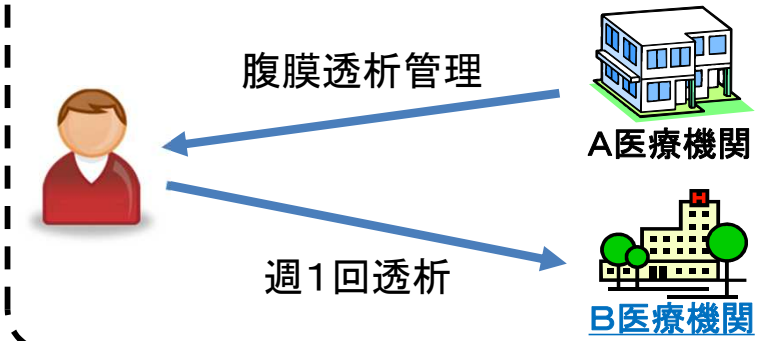


現行



○ 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。

現行

［算定要件］
当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携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

［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。

現行

【摂食機能療法】

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

［算定対象］
- 鼻腔栄養を実施している患者（加算1のみ）
- 胃瘻を造設している患者

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

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

改定後

【摂食機能療法】

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。

現行

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

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

［対象患者］
悪性腫瘍

改定後

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

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

［対象患者］
悪性腫瘍、**後天性免疫不全症候群、末期心不全**

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。

現行	改定後
【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 190点	【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。

現行	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1回に限り算定する。	【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。

令２
改定

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。

現行

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料　150点（月1回）

［算定要件］

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

［算定対象］

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、ア又はイに該当する者

ア　妊娠時に診断された明らかな糖尿病（以下のいずれかを満たす）
- ①　空腹時血糖値　126mg/dL以上
- ②　HbA1c　JDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上）
- ③　随時血糖値　200mg/dL以上
- ④　糖尿病網膜症

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

改定後

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1　150点（月1回）
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2　150点（分娩後12週の間1回）

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

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

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。

現行

【人工腎臓】

導入期加算1	300点
導入期加算2	400点

［施設基準］
導入期加算2
ア　導入期加算1の施設基準を満たしていること
イ　在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で 12 回以上算定していること
ウ　腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること

改定後

【人工腎臓】

導入期加算1	200点
導入期加算2	500点

［施設基準］
導入期加算2
ア　導入期加算1の施設基準を満たしていること
イ　在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で 12 回以上算定していること
ウ　腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に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

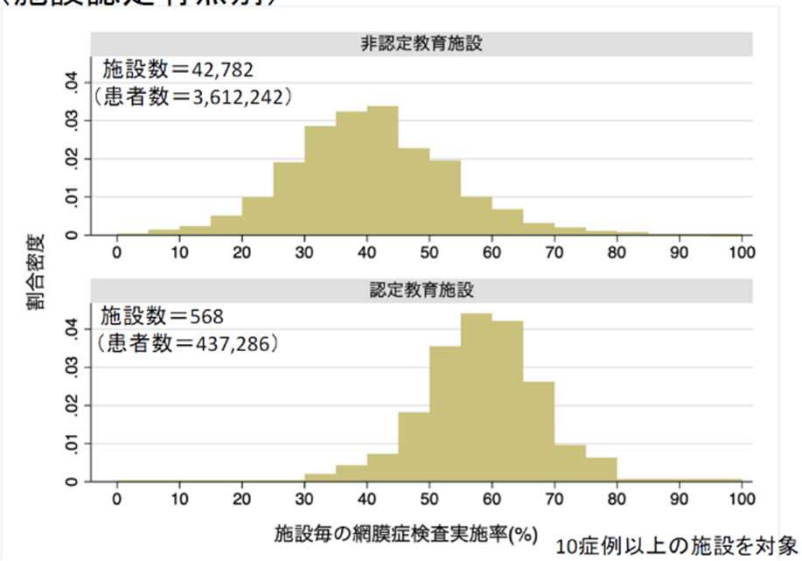
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

➢ 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。

現行

【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

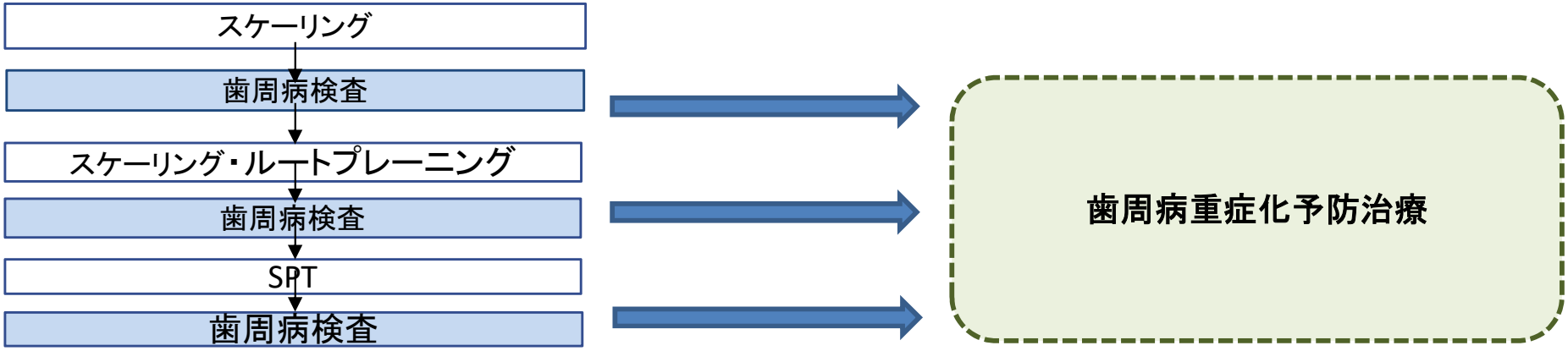
（2）　部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

［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。



令２
改定

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。

産業医等

① 共同して勤務情報を記載した文書を作成

患者

② ①の文書を主治医に渡す

主治医

③・⑤ 就労の状況を考慮して療養上の指導を実施

④ 当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行う

患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。

当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。

現行	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点

⇒

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

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。

令２
改定

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**	現行 データの提出は不要 ⇒	改定後 **データの提出が必須** **※経過措置①及び②を設定**

［経過措置］

①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。

②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行な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。

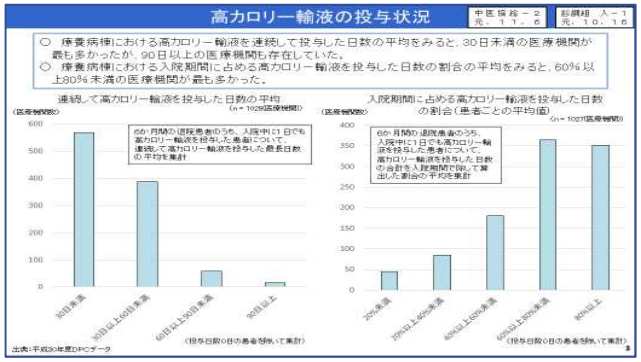
［新たに提出する項目（例）］

◆ 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。

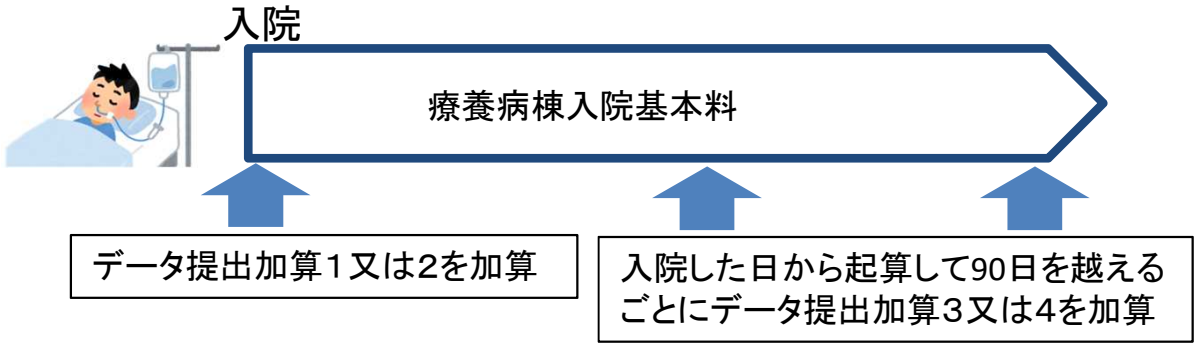
現行

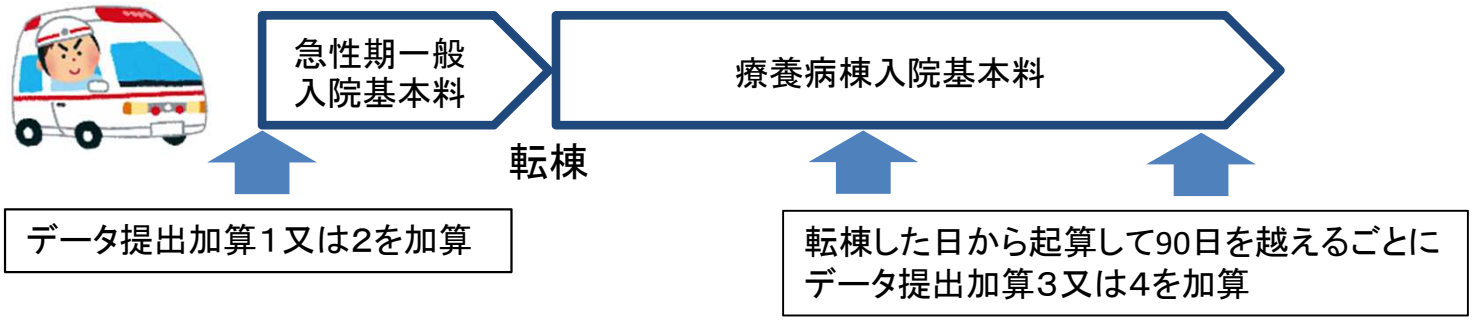
1　データ提出加算　1
イ　許可病床数が200床以上の病院の場合150点
ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合200点
2　データ提出加算　2
イ　許可病床数が200床以上の病院の場合160点
ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合210点
注　入院中に1回に限り、退院時に加算する。

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日を越えるごとにつき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限り、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているとみなすものとする。

令２
改定

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。

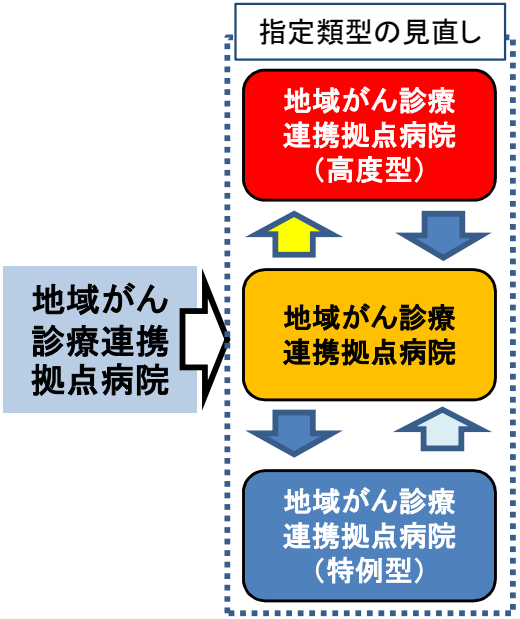
現行

［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。



➢ 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。

現行

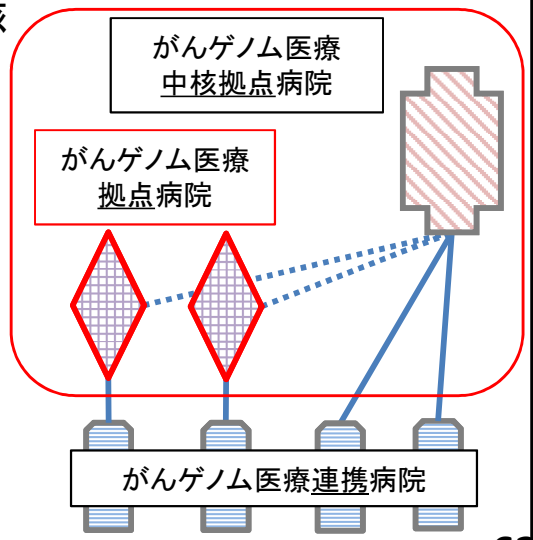
注2　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。

［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。



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

現行

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

改定後

［算定要件］
区分番号D006－4に掲げる遺伝学的検査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。

現行

【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。

(緩和ケアを担当する医師等から説明を受け、患者等が入院の意思表示を行った日) － (患者が当該病棟に入院した日) ≦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。

(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)

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。

現行

【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。

(緩和ケアを担当する医師等から説明を受け、患者等が入院の意思表示を行った日) － (患者が当該病棟に入院した日) ≦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。

(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。

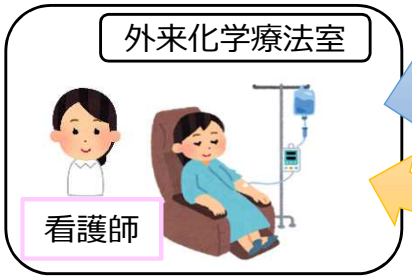
○　以下のア又はイを満たしていること。

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)

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組

医療機関



レジメン（治療内容）を提供、他の医療機関に提示するよう指導

病院薬剤師

患者の状態に合わせた栄養食事指導

管理栄養士

連携

薬局

レジメン情報等に基づく服薬指導、医療機関へ必要な情報をフィードバック

質の高い外来がん化学療法の評価

（新）　連携充実加算　　150点（月1回）

- 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。

外来栄養食事指導料の評価の見直し

- 外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、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**。

薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価

（新）　特定薬剤管理指導加算2　100点（月1回）

以下の取組を評価

- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
- 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

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を評価するとともに、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。

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　初回　　260点
ロ　2回目以降　200点

［算定要件］
（新設）

［施設基準］
（新設）

改定後

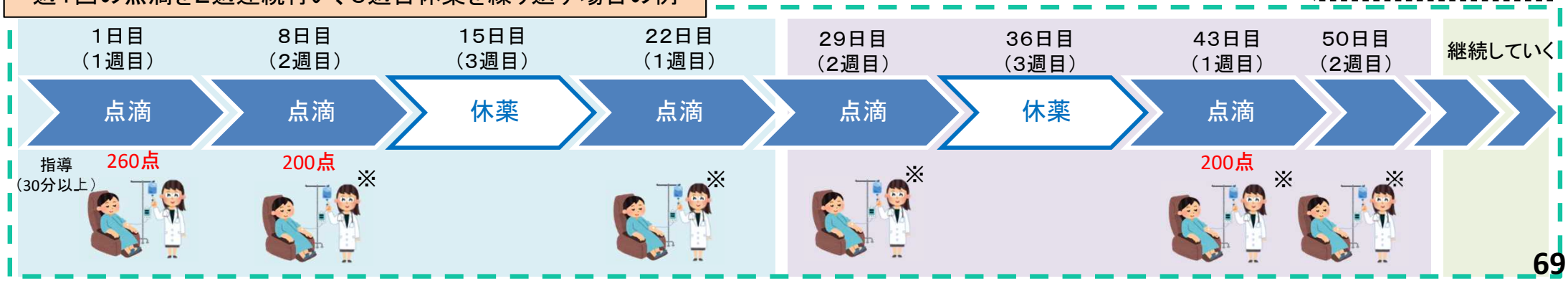
【外来栄養食事指導料】
イ　初回　　260点
ロ　2回目以降
（1）対面で行った場合　　200点
（2）情報通信機器を使用する場合　180点

［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回目にロの（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）



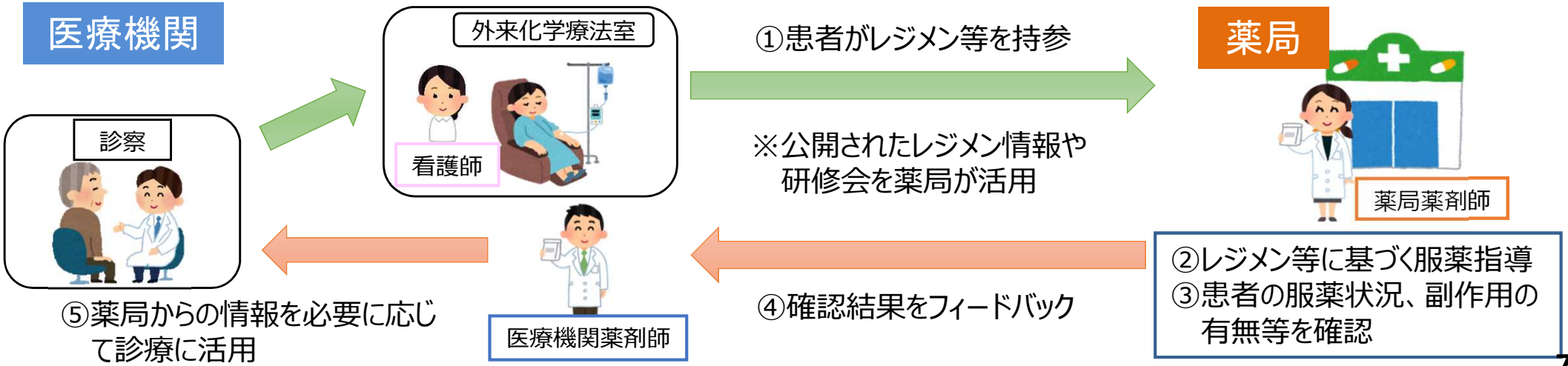
薬局における対人業務の評価の充実

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。

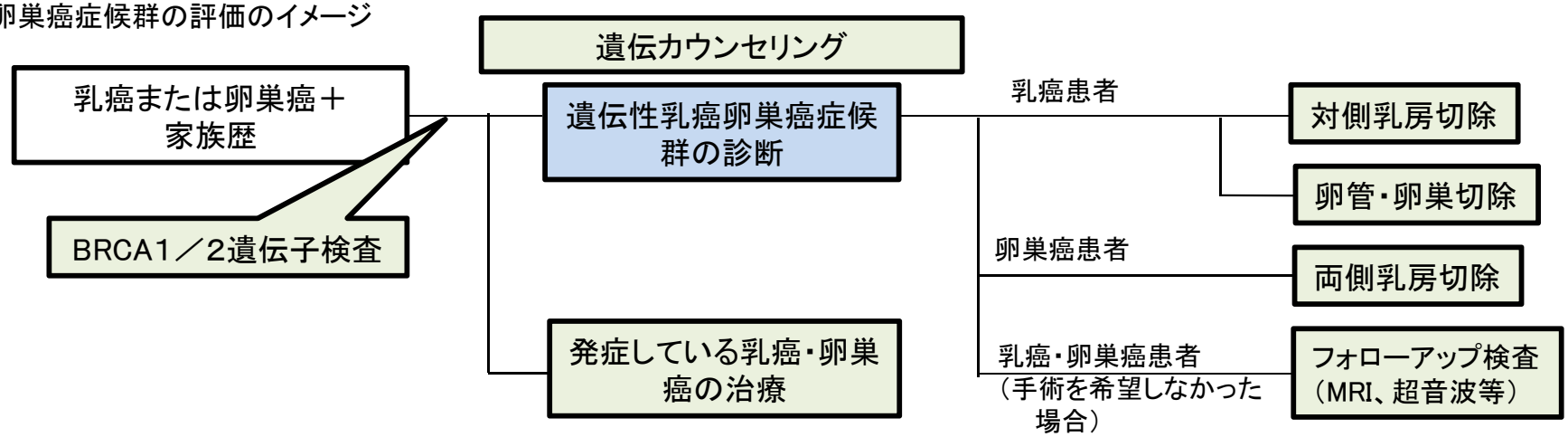
フォローアップ

- 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BRCA1／2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

現行

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　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

［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。

現行	改定後
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	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

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。

現行			改定後			
認知症ケア加算1	イ 150点	ロ 30点	認知症ケア加算1	イ 160点	ロ 30点
認知症ケア加算2	イ 30点	ロ 10点	認知症ケア加算2	イ 100点	ロ 25点
			認知症ケア加算3	イ 40点	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。

現行

［認知症ケア加算2の施設基準］

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

改定後

［認知症ケア加算3の施設基準］

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修（9時間以上）を受けた看護師を3名以上配置

※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行

［認知症ケア加算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な要件等

		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　　ロ　30点	イ　100点　　ロ　25点	イ　40点　　ロ　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）　・病棟巡回（週１回以上） ・認知症ケアの実施状況把握　・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、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）

※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）

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。

現行

		単一建物診療患者	
		1人	2～9人
管理料1（当該医療機関が訪問看護を提供）			
	イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
	ロ　重症患者等	2,500点	1,875点
	ハ　重症患者等以外（廃止）	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（新設）			
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。

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

「2」から「3」へ移行する患者も同様

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

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

「1」 6月を限度として算定

「2」 6月を限度として算定

「3」 「1」又は「2」の開始日から2年を限度として算定

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

現行

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

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

改定後

ビデオ通話による参加可

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

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

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棟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棟における平均入院患者数
（ハ）　届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

地域移行に係る実績係数を見直し

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る際には、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］	現行	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 専従　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。

精神病棟における質の高い医療の評価

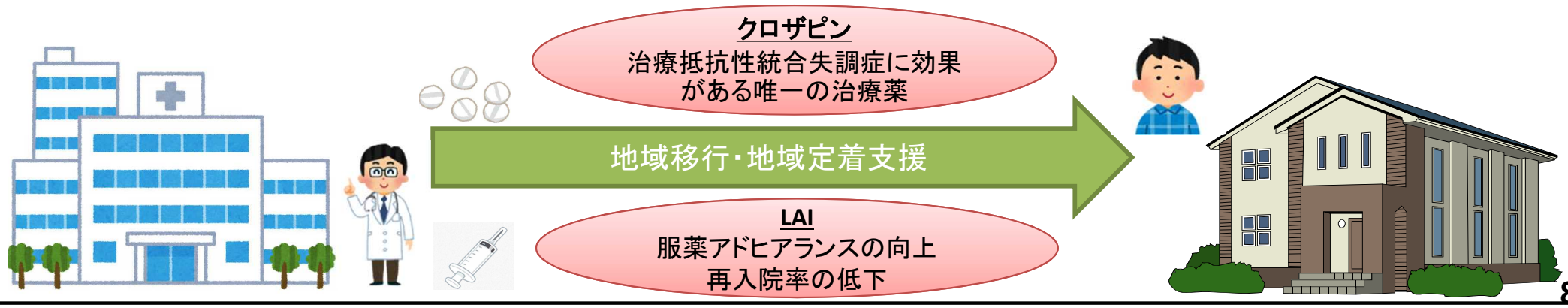
➢ 精神病棟等における質の高い医療を評価し、地域移行、地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

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。



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。

現行

精神病棟入院基本料等 を算定する病棟 （精神科急性期医師配置加算）	500点
精神科急性期治療病棟入院料1 を算定する病棟 （精神科急性期医師配置加算）	500点

同一基準

同一基準

改定後

精神科急性期医師配置加算

区分		入院料	点数
1		精神科急性期治療病棟入院料1	600点
2	イ	精神病棟入院基本料等 （※　施設基準等の改定無し）	500点
	ロ	精神科急性期治療病棟入院料1 （※　施設基準等の改定無し）	
3		精神科急性期治療病棟入院料1	450点

［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件/年
2のロ	6割	－
3	4割	クロザピン新規導入患者　3件/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。

現行

［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る。）

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る。）
○ 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る。）

※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。

現行

【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。

現行

	対象患者
精神科救急入院料 現行、転棟患者は対象外	［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	［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

改定後

	対象患者
精神科救急入院料（※1） 新設	［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 新設	［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。

現行

(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	現行	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。

現行

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

改定後

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

［公認心理師による場合の算定要件］

（1）　一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
（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。

現行

【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）

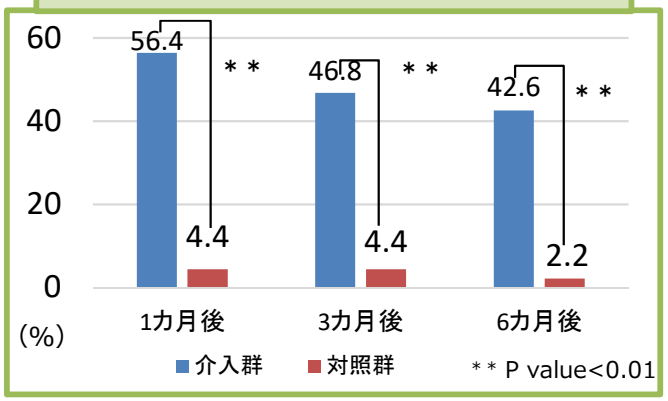
［算定要件］
（1） ギャンブル依存症の患者に対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。
（2） 次のア～ウの全てを満たすこと。
ア　ギャンブル（ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。）に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。
イ　1回に10人に限り、60分以上実施すること。
ウ　平成28～30年度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。

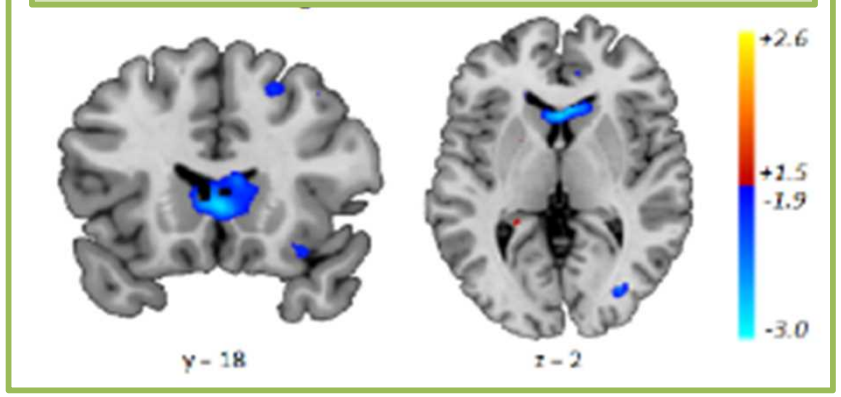
標準的治療プログラムのトピック

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渇望
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。

現行

【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、PCDH 19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、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/PNKD1、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・シンプソン症候群、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、ファンコニ貧血、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・テイビ症候群

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。

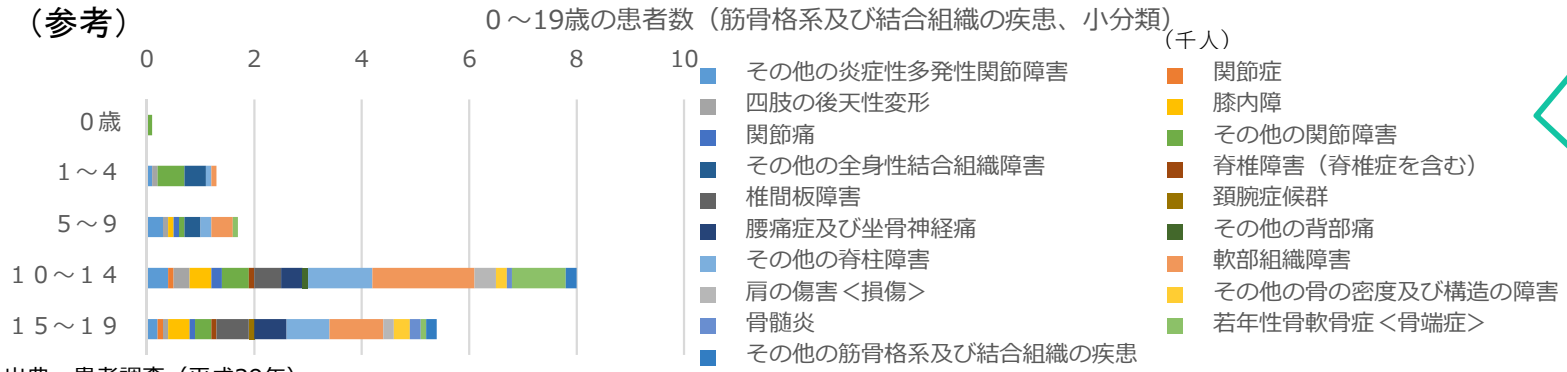
現行

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

改定後

［算定要件］
注　別に厚生労働大臣が定める基準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には、頻回の診療が必要とされる。

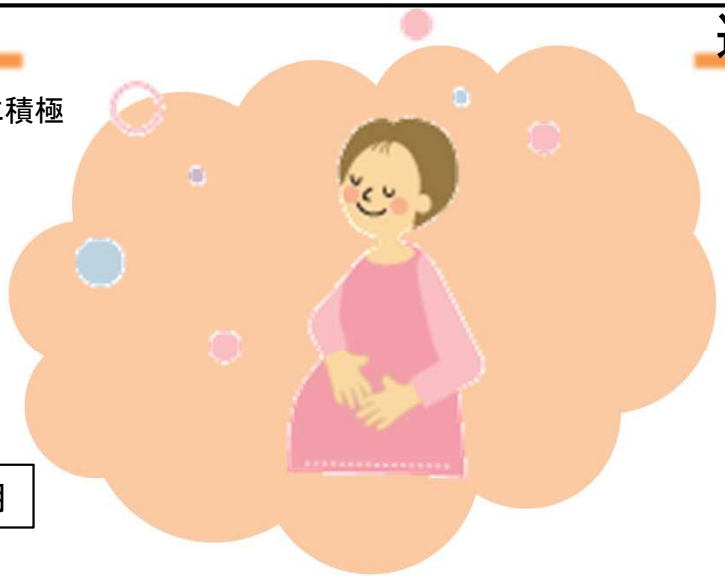
妊産婦に対する質の高い医療の推進

➢ 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

産婦人科の主治医

指導内容や今後の治療方針等についての情報提供

相談窓口の設置

産婦人科以外の医療機関

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。

現行

【救急医療管理加算】
1　救急医療管理加算1　　900点
2　救急医療管理加算2　　300点

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

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

◆ 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

脳卒中対策の推進

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。

現行

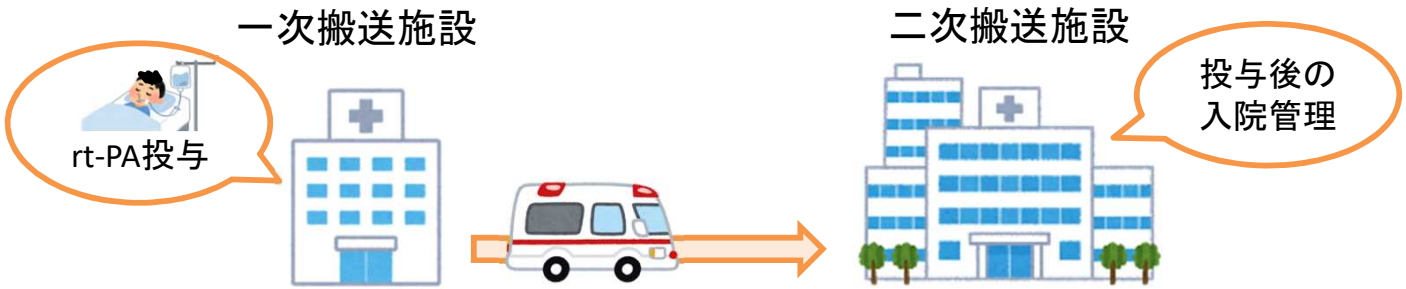
【超急性期脳卒中加算】
A205－2　超急性期脳卒中加算（入院初日）　12,000点
［施設基準］
・ 薬剤師が常時配置されていること。
・ 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】
A205－2　超急性期脳卒中加算（入院初日）　10,800点
［施設基準］
（削除）
（削除）
・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

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

➢ 地域の医療機関間で連携し、一次搬送された施設でrt－PA（アルテプラーゼ）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

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。

抗菌薬適正使用支援チーム

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）

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。

現行

【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

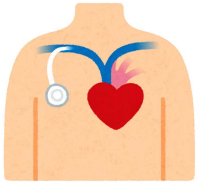
手指衛生

環境整備

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。



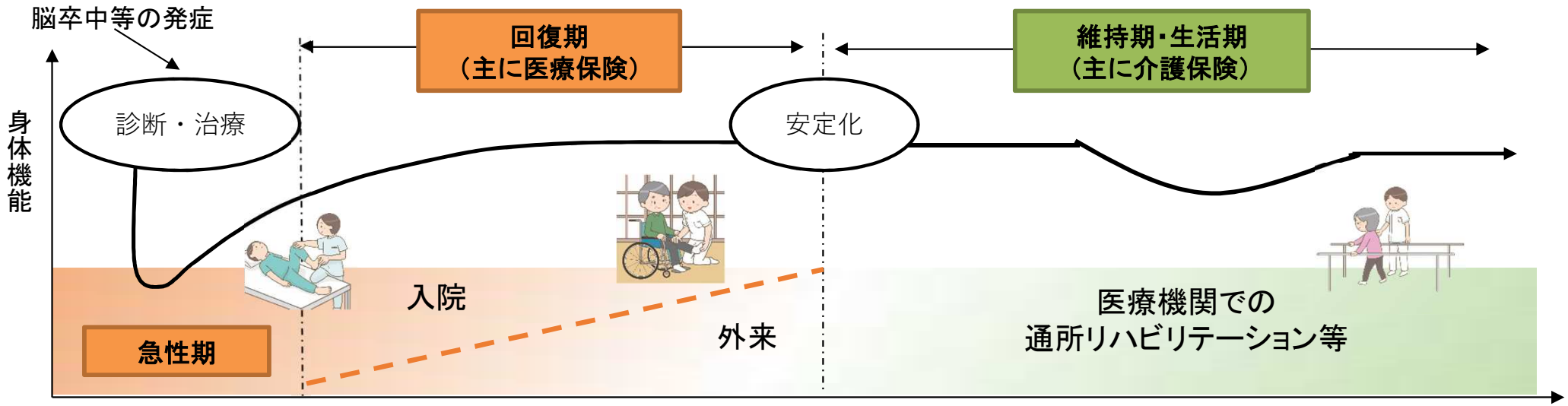
- 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

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

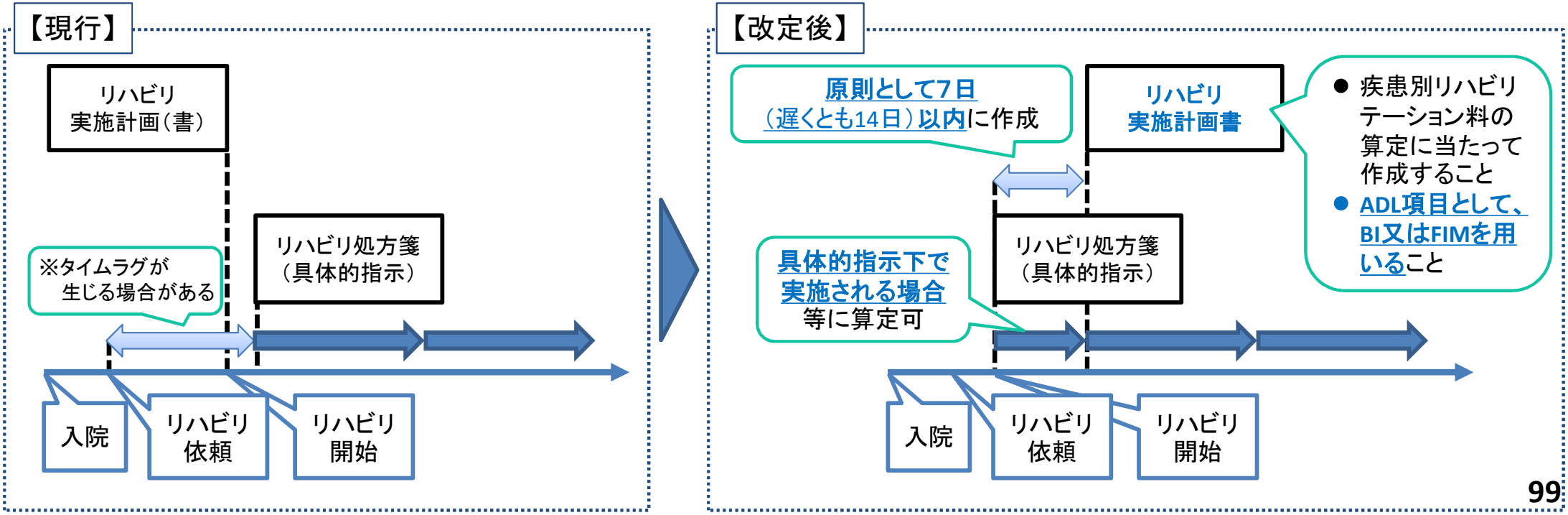
- 摂食機能療法の加算の見直し

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限り、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。



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。

現行

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

現行

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

改定後

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

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。

現行

［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。

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。

現行

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、喉頭がんその他頸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】		【治療方法】
● 食道がん、肺がん　等	×	● 全身麻酔による手術
● 口腔がん、咽頭がん　等	×	● 放射線治療
● 血液腫瘍	×	● 化学療法 ● 造血幹細胞移植

【改定後】

【がんの種別】	【治療方法】
がんの種別による規定を削除	● 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。

現行

［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っては、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。

現行

［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。

令２
改定

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。

現行

在宅自己導尿指導管理料　1,800点
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
　　イ　親水性コーティングを有するもの　960点
　　ロ　イ以外のもの　600点
　２　間歇バルーンカテーテル　600点

改定後

在宅自己導尿指導管理料　1,400点
特殊カテーテル加算
　(新)1　再利用型カテーテル　400点
　　２　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
　　イ　親水性コーティングを有するもの
　　(新)(1) 60本以上の場合　1,700点
　　(新)(2) 90本以上の場合　1,900点
　　(新)(3)120本以上の場合　2,100点
　　ロ　イ以外のもの　1,000点
　　３　間歇バルーンカテーテル　1,000点

[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

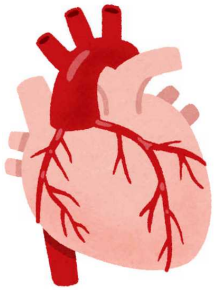
- 適応疾患や目的を確認するため、検査実施の医学的根拠等の記載を要件とする。

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。

現行	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　1,600点

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。

現行

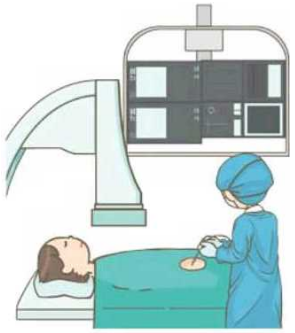
【冠動脈CT撮影加算】
[算定要件（概要）]
64 列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。

改定後

【冠動脈CT撮影加算】
[算定要件（概要）]
（新） 以下のいずれかの場合に算定する。また、医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ア　諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常
- イ　急性冠症候群
- ウ　狭心症
- エ　狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合
- オ　その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

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



現行

【経皮的冠動脈形成術】

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

[算定要件（概要）]

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

○ また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア　一方向から造影して90%以上の狭窄病変
イ　安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）
ウ　機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変

改定後

【経皮的冠動脈形成術】

1　急性心筋梗塞に対するもの	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エ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、単なる機種の交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。

現行	
【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−PDGFRα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。

学会からの提案技術

先進医療技術

先進医療会議における評価結果の報告

医療技術評価分科会における評価対象となる技術（743件）

① うち、学会等から提案のあった医療技術※1
719件※3

② うち、先進医療として実施されている医療技術※2
24件※3

※1　先進医療として実施中の技術、及び学会等から提案のあった技術に関連して医療技術評価分科会において検討を行った技術を含む。
※2　先進医療会議における評価結果について先進医療会議より報告された医療技術に限る。
※3　うち、10件は①及び②に該当する。

医療技術評価分科会における評価の対象としない提案、又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案
228件

医療技術評価分科会における医療技術の評価

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術
264件
（新規技術102件、既存技術162件）

医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術
479件
（新規技術204件、既存技術275件）

中医協総会における検討

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

- 膵体尾部切除術（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　腹腔鏡下仙骨腟固定術
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】

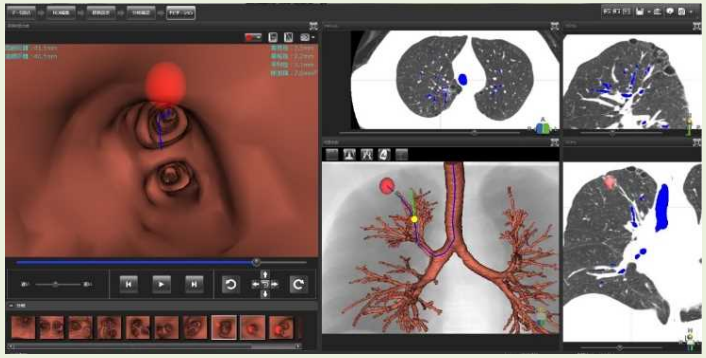
（新）　経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）　　5,000点

【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	760点
脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）「4」 聴性定常反応	960点	1,010点
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	570点

（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	317点
体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき）	400点	480点
胃洗浄	250点	300点

（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	570点
鼓膜切開術	690点	830点
乳腺腫瘍摘出術 「1」 長径5センチメートル未満	2,660点	3,190点

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。

現行：先進医療

眼鏡装用率の軽減に係る部分	手術全体が保険適用外（患者の自己負担）
水晶体再建に係る部分	

多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術

改定後：選定療養

眼鏡装用率の軽減に係る部分	保険適用外（患者の自己負担）
水晶体再建に係る部分	医療保険で給付（保険外併用療養費）

多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術

多焦点眼内レンズに係る選定療養の運用について

対象レンズ

- 本療養においては、薬事承認された多焦点眼内レンズのうち、以下のいずれかを満たすものを対象とする。
  - 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（コントラスト感度検査及び角膜形状解析検査）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。
- 他の選定療養と同様に、特別の料金等の報告事項については、患者の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該報告事項を適宜とりまとめて、中央社会保険医療協議会に報告する。

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。

令２
改定

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

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

哺乳完了前の口腔機能の発達不全の管理

A 機能	B 分類	C 項目	該当項目	指導・管理の必要性
食べる	哺乳	C-1　先天性歯がある	□	□
		C-2　口唇、歯槽の形態に異常がある（裂奇形など）	□	
		C-3　舌小帯に異常がある	□	
		C-4　乳首をしっかり口にふくむことができない	□	
		C-5　授乳時間が長すぎる、短すぎる	□	
		C-6　哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等	□	
	離乳	C-7　開始しているが首の据わりが確認できない	□	□
		C-8　スプーンを舌で押し出す状態がみられる	□	
話す	構音機能	C-9　口唇の閉鎖不全がある（安静時に口唇閉鎖を認めない）	□	□
その他	栄養 （体格）	C-10　やせ、または肥満である （カウプ指数：{体重（g）/身長（cm）^{2}} ×10　で評価）* 現在　体重　____g　身長　____cm 出生時　体重　____g　身長　____cm カウプ指数：_____	□	□
	その他	C-14　口腔周囲に過敏がある	□	□
		C-15　上記以外の問題点 （　　）	□	

＊　「上記以外の問題点」とは口腔機能発達評価マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。

【参考】カウプ指数
22以上：肥満、19～22未満：肥満傾向、15～19未満：正常範囲、13～15未満：やせぎみ、10～13未満：やせ

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

小児口腔機能管理料、口腔機能管理料の新設

➢ 歯科疾患管理料の口腔機能管理加算及び小児口腔機能管理加算について、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態に合わせて要件等を見直す。

（新）　小児口腔機能管理料　100点

［対象患者］
15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者（咀嚼機能、嚥下機能若しくは構音機能等が十分に発達していない又は正常に獲得できていない患者）
［算定要件］
区分番号B000－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

（新）　口腔機能管理料　100点

［対象患者］
歯の喪失や加齢、全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼能力低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうちいずれか3項目以上に該当する患者）
［算定要件］
区分番号B000－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

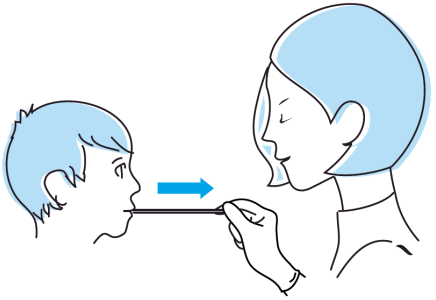
ライフステージに応じた口腔機能管理の推進（検査）

口腔機能に関する検査の新設等

➢ 口腔機能の評価を行うための口唇閉鎖力検査を行った場合の評価を新設する。

（新）　小児口唇閉鎖力検査（1回につき）　100点

［算定要件］
（1）小児口唇閉鎖力検査とは、口唇閉鎖力測定器を用いて、口唇閉鎖力を測定する検査をいう。
（2）当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、口腔機能発達不全症の診断を目的として実施した場合に算定する。なお、区分番号B000－4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000－4－2に掲げる小児口腔機能管理料、C001－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001－6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、3月に1回に限り算定する。



➢ 口腔機能の評価を行うための舌圧検査の算定頻度についての要件を見直す。

現行	改定後
【舌圧検査】 ［算定要件］ 注1　舌圧測定を行った場合は、6月に1回に限り算定する。	【舌圧検査】 ［算定要件］ 注1　舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

非傾向摂取患者に対する口腔管理の推進

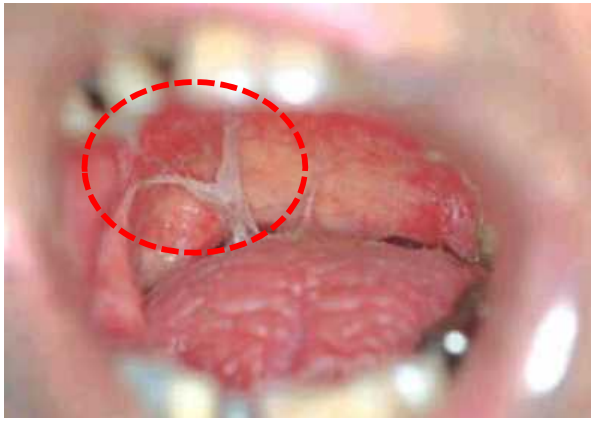
非経口摂取患者口腔粘膜処置の新設

➢ 経口摂取が困難な療養中の患者に対する剥離上皮膜の除去等を評価する。

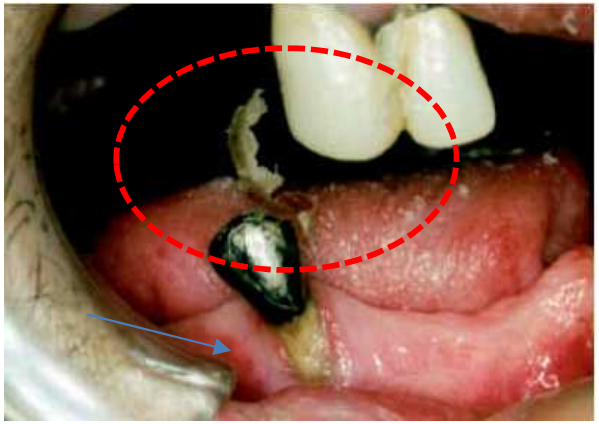
（新）　非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）　100点

［算定要件］
（1）歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔清掃用具等を用いて口腔の剥離上皮膜の除去を行った場合に、月2回に限り算定する。

［対象患者］}経管栄養等を必要とする、経口摂取及び患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うもの。



※2



※3

※1　入院患者における専門的口腔ケアを必要とした2症例　野津真波（国診協研修会資料より引用）　※2、3　要介護高齢者の口腔ケアにおけるオーラルアクアジェルの臨床応用　阪口英夫

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し

広範囲顎骨支持型装置埋入手術

➢ 6歯以上の先天性部分無歯症等であり、ブリッジや部分床義歯等の一般的な補綴治療では治療困難な患者がいることを踏まえ、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件を見直す。

現行

【広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）】
[算定要件]
（1）～（4）　略
(5) 当該手術は、次のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む。）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する。

イ～ハ　（略）

改定後

【広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）】
[算定要件]
（1）～（4）　略
(5) 当該手術は、次のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む。）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する。

イ～ハ　（略）

（新）ニ　6歯以上の先天性部分無歯症又は3歯以上の前歯永久歯萌出不全（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）であり、連続した3分の1顎程度以上の多数歯欠損（歯科矯正後の状態を含む。）であること。

歯科固有の技術の評価の見直し（麻酔）

静脈内鎮静法の評価の見直し

➢ 歯科治療恐怖症の患者等に対して行われる静脈内鎮静法について評価を見直す。

現行	改定後
【静脈内鎮静法】　120点	【静脈内鎮静法】　600点

【静脈内鎮静法の流れ】

術前診察・検査 → モニター装着 → 酸素吸入 → 静脈路確保 → 鎮静薬投与 → 治療 → 休憩 → 帰宅

出典：日本歯科医師会HP改変

歯科固有の技術の評価の見直し（麻酔）

歯科麻酔管理料の新設

➢ 歯科診療における安全で質の高い麻酔を実施する観点から、閉鎖循環式全身麻酔を行った場合の評価を新設する。

（新）　歯科麻酔管理料　750点

［算定要件］
（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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生支局長等に届け出た歯科医師に限る。以下同じ）が行った場合に算定する。
（2）歯科麻酔管理料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、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。
（3）歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該歯科医師以外の歯科医師と共同して麻酔を実施する場合においては、歯科麻酔を担当する歯科医師が、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する。
（4）歯科麻酔管理料を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

［施設基準］
（1）歯科麻酔に係る専門の知識及び2年以上の経験を有し、当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を200症例以上及び静脈内鎮静法を50症例以上経験している常勤の麻酔に従事する歯科医師が1名以上配置されていること。
（2）常勤の麻酔に従事する歯科医師により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

機械的歯面清掃処置の充実

糖尿病患者に対する機械的歯面清掃処置の充実

➢ 糖尿病患者に対する口腔管理を充実する観点から、機械的歯面清掃処置の評価を見直す。

現行

【機械的歯面清掃処置（1口腔につき）】　68点
［算定要件］
注1　区分番号B000－4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者又は妊婦については月1回に限り算定する。

改定後

【機械的歯面清掃処置（1口腔につき）】　70点
［算定要件］
注1　区分番号B000－4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又は**他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者**については**月1回**に限り算定する

紹介

充実した口腔管理

歯科固有の技術の評価の見直し（歯冠修復及び欠損補綴）

CAD／CAM冠の対象拡大

- コンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD／CAM装置）を用いて製作する歯冠修復物の対象を拡大する。

現行	改定後
【CAD／CAM冠】 ［算定要件］ (2) CAD／CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ　小臼歯に使用する場合 ロ　上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において下顎第一大臼歯に使用する場合 ハ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）	【CAD／CAM冠】 ［算定要件］ (2) CAD／CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ　小臼歯に使用する場合 ロ　上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において第一大臼歯に使用する場合 ハ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）

手術用顕微鏡を用いた治療の評価

手術用顕微鏡加算の対象拡大

➢ 手術用顕微鏡を用いた根管充填処置等について、対象を見直す。

現行

【加圧根管充填処置（1歯につき）】
1　単根管　136点
2　2根管　164点
3　3根管以上　200点
［算定要件］
注3　3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、4根管又は樋状根に対して歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

改定後

【加圧根管充填処置（1歯につき）】
1　単根管　136点
2　2根管　164点
3　3根管以上　208点
［算定要件］
注3　3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、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。ただし、区分番号I021に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合は、算定できない。

現行

【根管内異物除去（1歯につき）】150点
［算定要件］

改定後

【根管内異物除去（1歯につき）】　150点
［算定要件］
注　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、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管内異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し

歯科麻酔薬の算定方法の見直し

➢ 歯科点数表第9部「手術」の所定点数に包括されている歯科麻酔薬の算定方法を見直す。

現行	改定後
【手術（通則）】 11　手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。	【手術（通則）】 11　手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、麻酔に当たって使用した薬剤は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

歯科固有の技術の評価の見直し等（新機能・新技術）

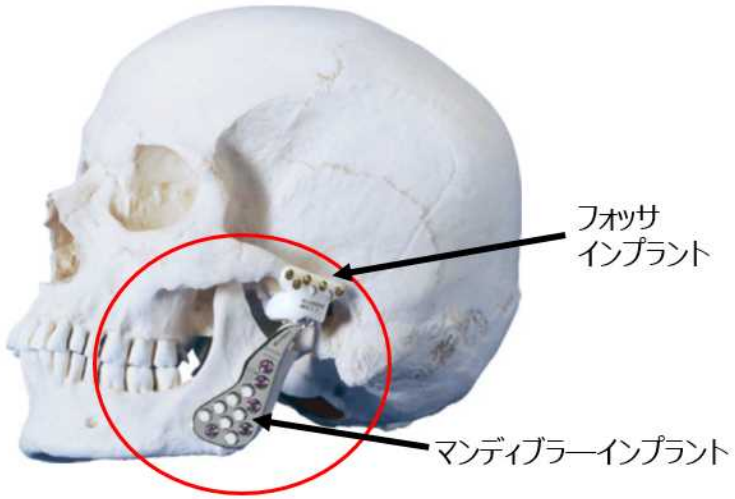
区分C2（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術①

（新）　顎関節人工関節全置換術　59,260点

［施設基準］
三の八　歯科点数表第二章第九部手術に掲げる顎関節人工関節全置換術の施設基準
(1)緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
(3)当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

上：マンディブラーインプラント
下：マンディブラーオフセット

フォッサインプラント



歯科固有の技術の評価の見直し等（新機能・新技術）

区分C2（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術②

（新）　象牙質レジンコーティング（１歯につき）　46点

［算定要件］
（1）区分番号M001の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。

（新）　既製金属冠　200点

現行	改定後
【歯冠形成（1歯につき）】	【歯冠形成（1歯につき）】
1　生活歯歯冠形成	1　生活歯歯冠形成
イ　金属冠　306点	イ　金属冠　306点
ロ　非金属冠　306点	ロ　非金属冠　306点
ハ　乳歯金属冠　120点	ハ　既製冠　120点
2　失活歯歯冠形成	2　失活歯歯冠形成
イ　金属冠　166点	イ　金属冠　166点
ロ　非金属冠　166点	ロ　非金属冠　166点
ハ　乳歯金属冠　114点	ハ　既製冠　114点

令２
改定

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

地域医療に貢献する薬局の評価

➢ 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とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価を見直す。

地域支援体制加算　　35点 → 38点

※青字は変更部分

○地域支援体制加算の施設基準

(1)地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2)患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3)患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4)一定時間以上の開局
(5)十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6)薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7)24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8)在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9)保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10)医療安全に資する取組実績の報告
(11)集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

[経過措置]
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。

○　調剤基本料1を算定している保険薬局
以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。
（1薬局あたりの年間の回数）
① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
② 在宅患者薬剤管理の実績　12回以上　※1
③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
④ 服薬情報等提供料の実績　12回以上　※2
⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

○　調剤基本料1以外を算定している保険薬局
以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。
（①～⑧は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、⑨は薬局あたりの年間の回数）
① 夜間・休日等の対応実績　400回以上
② 麻薬の調剤実績　10回以上
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績　40回以上
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績　40回以上
⑤ 外来服薬支援料の実績　12回以上
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績　1回以上
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績　12回以上　※1
⑧ 服薬情報等提供料の実績　60回以上　※2
⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

※1　在宅協力薬局として実施した場合（同一グループ内は除く）や同等の業務を行った場合を含む。
※2　同等の業務を行った場合を含む。

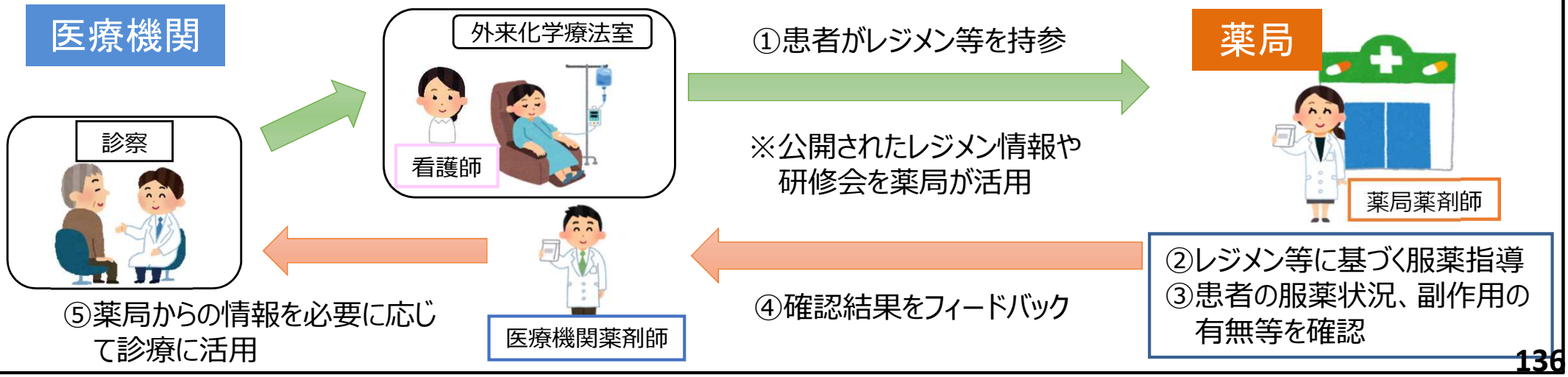
薬局における対人業務の評価の充実　②

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］
　①レジメン（治療内容）等を確認し、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、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書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。
　※　経過措置として、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。



薬局における対人業務の評価の充実　③

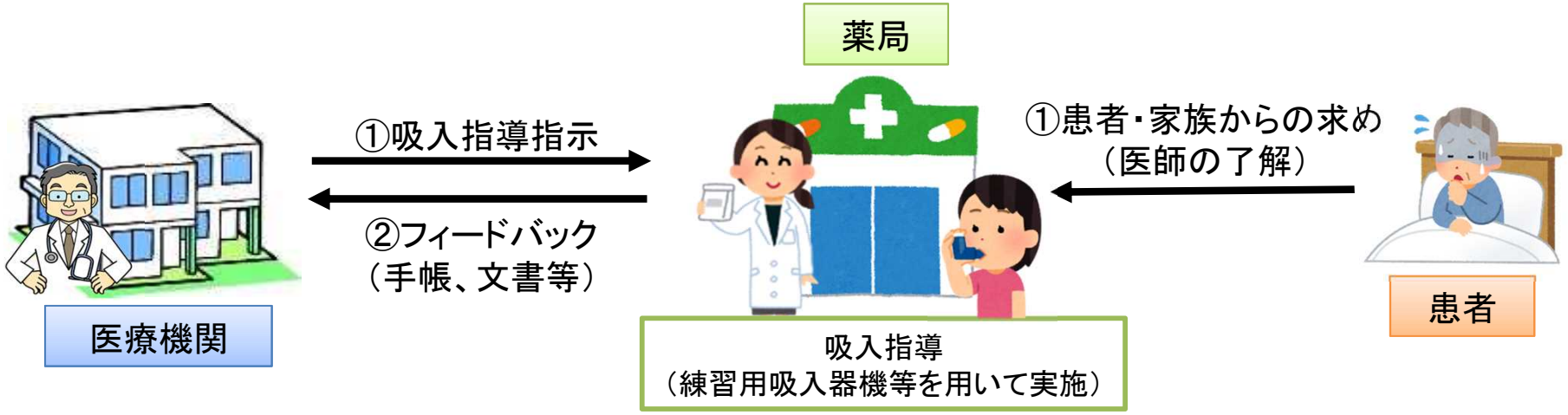
吸入薬指導加算

➢ 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　吸入薬指導加算　　30点（3月に1回まで）

［算定要件］
喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって吸入薬の投薬が行われている患者に対して、当該患者等の求めに応じて、
① 文書及び練習用吸入器等を用いて吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かの確認、
② 保険医療機関に必要な情報を文書により提供
等した場合に算定する。

※ 保険医療機関への情報提供は、手帳による情報提供でも差し支えない。



薬局における対人業務の評価の充実　⑤

薬剤服用歴管理指導料

1. 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2、調剤基本料3にも拡大**する。
2. 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。
3. 医療機関と薬局が連携による**残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加**する。
4. 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。

※お薬手帳への患者が日常的に利用する保険薬局の名称等の記載を促すにあたり、お薬手帳の要件としてこれらの記載欄があることを求める。ただし、記載欄に係る要件については、令和3年3月31日までの間は適用しない。

薬剤服用歴管理指導料の区分等の見直しの全体像

現行

1	原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※　手帳を持参していない患者又は調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する薬局に処方箋を持参した患者は、53点を算定。	41点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	53点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	41点

見直し後

1	原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※　手帳を持参していない患者は、57点を算定。	43点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	57点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	43点
4	オンライン服薬指導を行った場合	43点

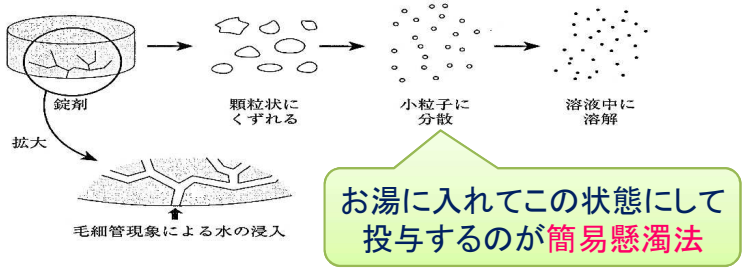
薬局における対人業務の評価の充実　⑥

経管投薬支援料

➢ 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法※を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。

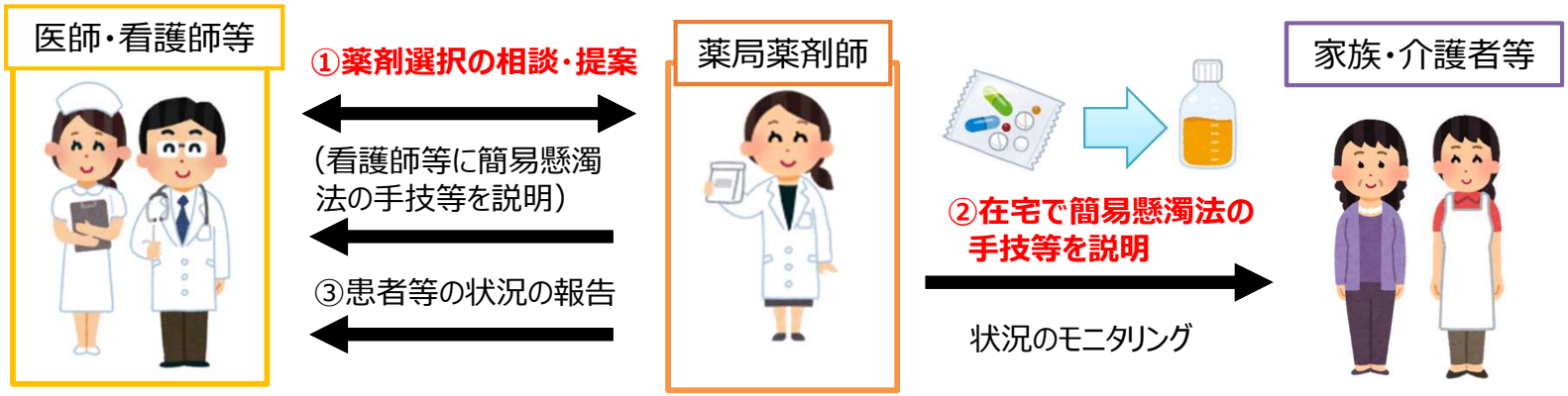
（新）　経管投薬支援料　100点（初回のみ）

※錠剤粉砕・カプセル開封をせずに、投与時にお湯（約55℃）等に入れて崩壊・懸濁を待ち（10分程度）、経管投与する方法



［算定要件］
胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者に対して、保険医療機関等からの求めに応じて、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に算定する。

＜具体的な支援内容＞
① 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援
② 患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導
③ 保険医療機関への患者の服薬状況及び家族等の理解度に係る情報提供（必要に応じて）



薬局における対人業務の評価の充実　⑦

分割調剤時の服薬情報等提供料の取扱い

- 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとする。

【服薬情報等提供料】

［算定要件］

調剤基本料の「注10」に掲げる医師の指示による分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

・残薬の有無
・残薬が生じている場合はその量及び理由
・副作用の有無
・副作用が生じている場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

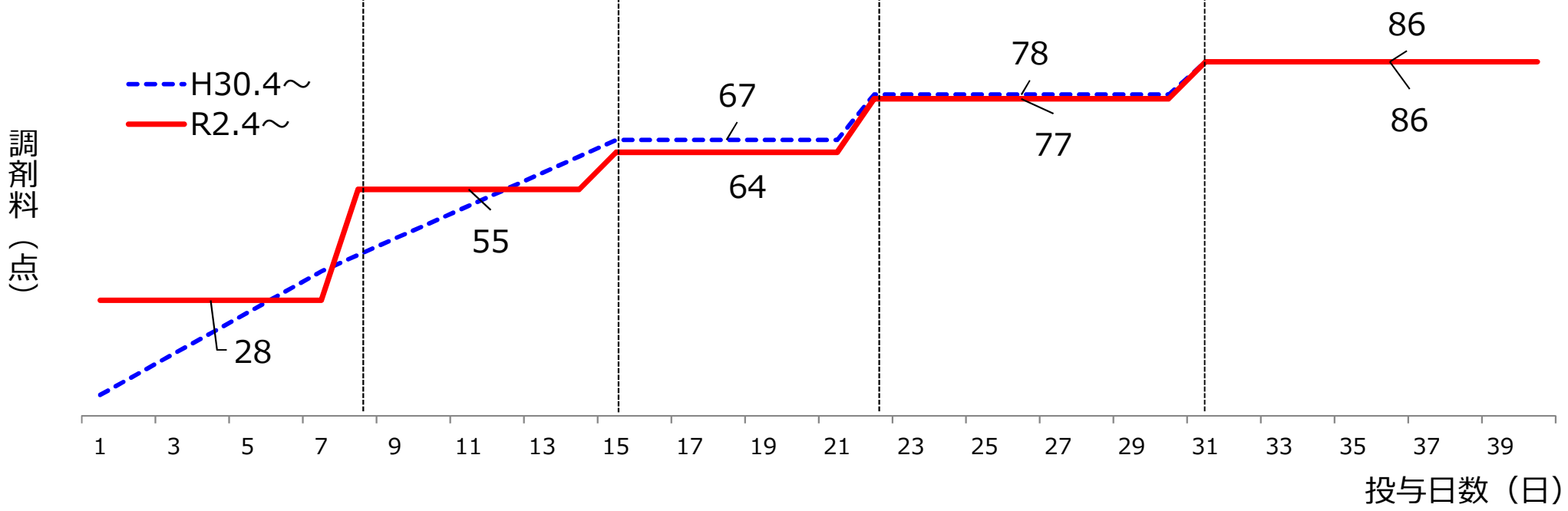
（下線部を要件として追加）

調剤料の見直し

調剤料（内服薬）の見直し

➢ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

		1～7日分	8～14日分	15～21日分	22～30日分	31日分～
改定年度	平成22年	5点／日 ※最大35点 ※平均27点 （H30年度実績）	4点／日 ※最大63点 ※平均61点 （H30年度実績）	71点	81点	89点
	平成28年			70点（▲1）	80点（▲1）	87点（▲2）
	平成30年			67点（▲3）	78点（▲2）	86点（▲1）
	令和2年	28点	55点	64点（▲3）	77点（▲1）	86点



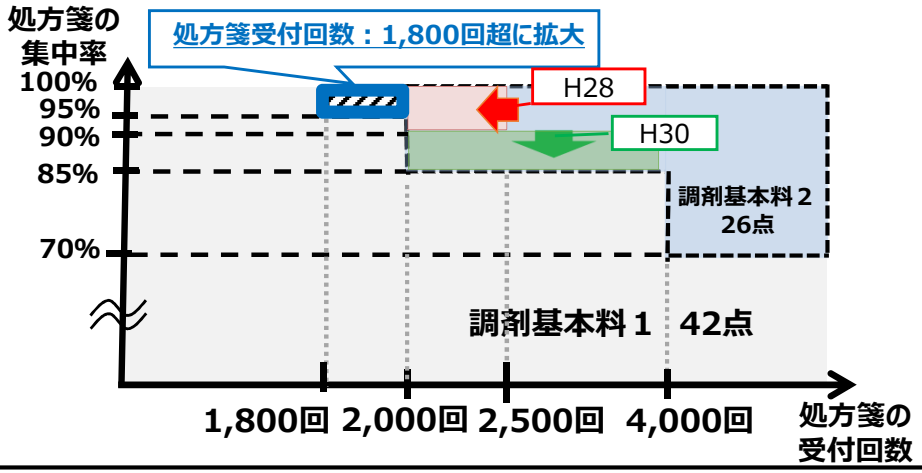
調剤基本料の見直し ①

処方箋の集中率が著しく高い薬局の調剤基本料の見直し

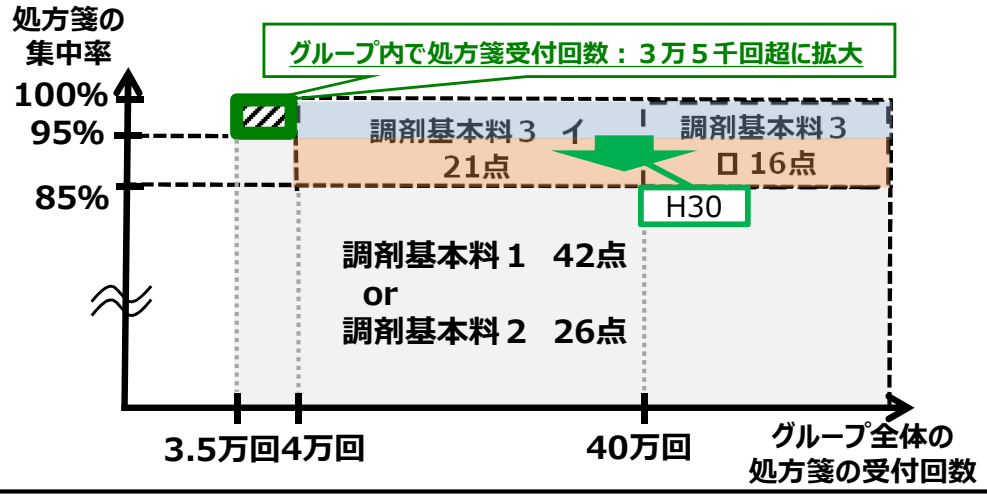
➢ 特定の医療機関からの処方箋の受付割合が95%を超え、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2又は調剤基本料3の対象とする。

		要件		点数
		処方箋受付回数等	処方箋集中率	
調剤基本料1		調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料2		①処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ②処方箋受付回数が月4,000回超 (新)③処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	①85%超 ②70%超 ③95%超 ④　－	26点
調剤基本料3 ※　右記のほか、特定の保険医療機関との間で不動産取引があるもの。	イ	(新)同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超		16点

（1）大型チェーン薬局以外



（2）大型チェーン薬局



調剤基本料の見直し　②

いわゆる同一敷地内薬局等の調剤基本料の見直し

- 特別調剤基本料について、診療所と不動産取引等その他の特別な関係がある診療所敷地内の薬局等を対象に追加する。さらに、処方箋集中率の基準を引き下げ、点数も引き下げる。

現行	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料　11点
	病院と不動産取引等その他の特別な関係：　有 ＋ 処方箋集中率95%超

改定後	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料　9点
診療所敷地内の薬局等※（同一建物内である場合を除く）	医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 ＋ 処方箋集中率70%超

※　診療所と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局については、平成30年4月1日以降に開局した場合のみを対象とするなど、一定の緩和措置あり

- 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現行
○　かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計10回未満の場合に、調剤基本料を50%減

改定後
○　かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計10回未満の場合に基本料を50%減
○　いわゆる同一敷地内薬局については合計100回未満の場合に、調剤基本料を50%減

＜かかりつけ機能に係る基本的な業務＞　平成30年度診療報酬改定時
①時間外等加算及び夜間・休日等加算、②麻薬管理指導加算、③重複投薬・相互作用等防止加算、④かかりつけ薬剤師指導料、⑤かかりつけ薬剤師包括管理料、⑥外来服薬支援料、⑦服用薬剤調整支援料、⑧在宅患者訪問薬剤管理指導料、⑨在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、⑩在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、⑪服薬情報等提供料、⑫在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑬居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費

令２
改定

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。

現行

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

改定後

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

現行のイメージ

（初診から最短でオンライン診療を開始する場合）

○：対面診療（再診）　●：オンライン診療

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

6月の対面診療　　オンライン診療を組み合わせる

改定後のイメージ

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

3月の対面診療　　オンライン診療を組み合わせる

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し②

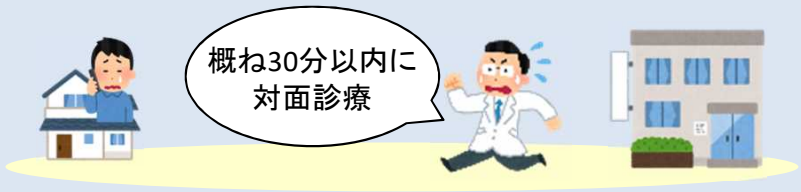
緊急時の対応に係る要件の見直し

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

現行

オンライン診療料
［算定要件］
(4)　患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察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。

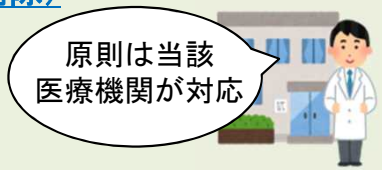
［施設基準］
(1)ロ　当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)　オンライン診療料の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有している（ただし、B001の「5」小児科療養指導料、B001の「6」てんかん指導料又はB001の「7」難病外来指導管理料の対象となる患者は除く）。



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）



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

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し③

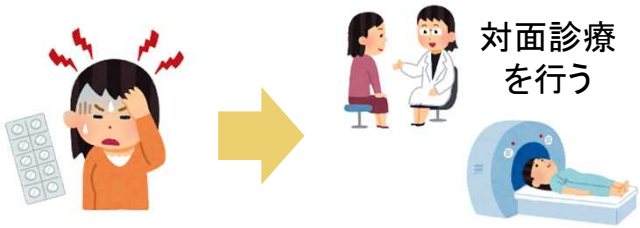
対象疾患の見直し

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

現行

オンライン診療料
［対象患者］
以下の管理料等（オンライン診療料対象管理料等）の算定対象となる患者

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



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

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。

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

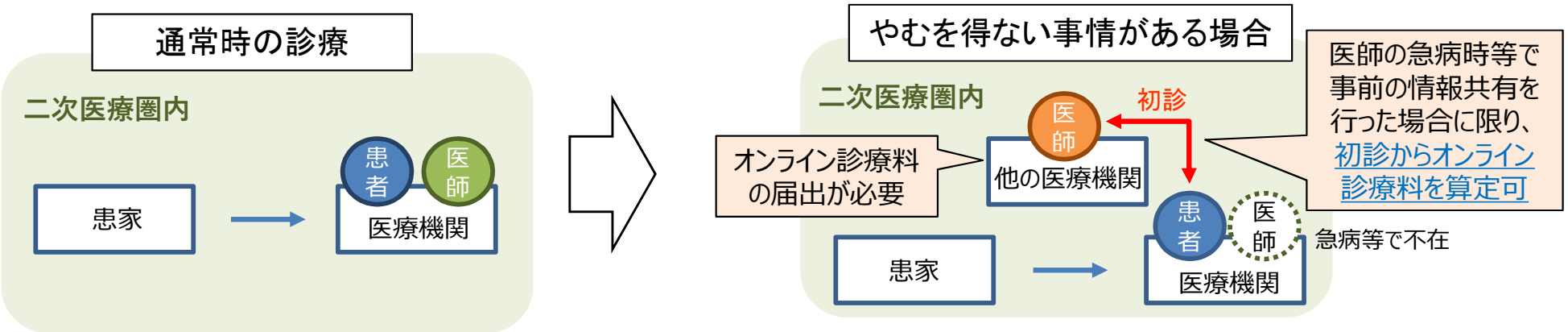
➢ へき地、医療資源が少ない地域等に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。

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

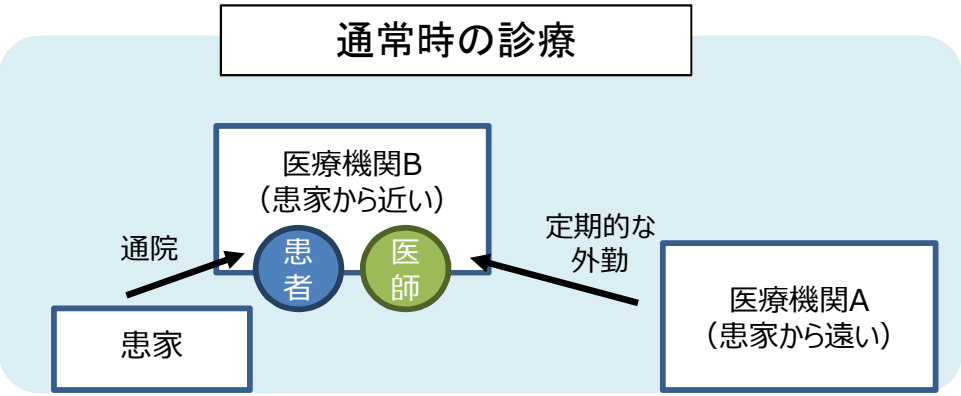
➢ へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことができるよう要件を見直す。

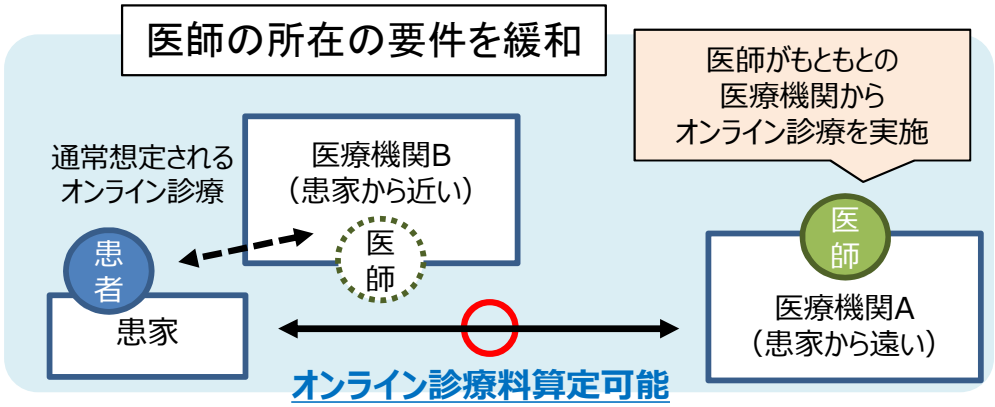
現行

オンライン診療料
［算定要件］
(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

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。**





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

現行

【オンライン在宅管理料】月1回の訪問診療を行っている場合に算定できる。

改定後

【オンライン在宅管理料】月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。

チームで診療を行う場合

現行

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

改定後

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

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。

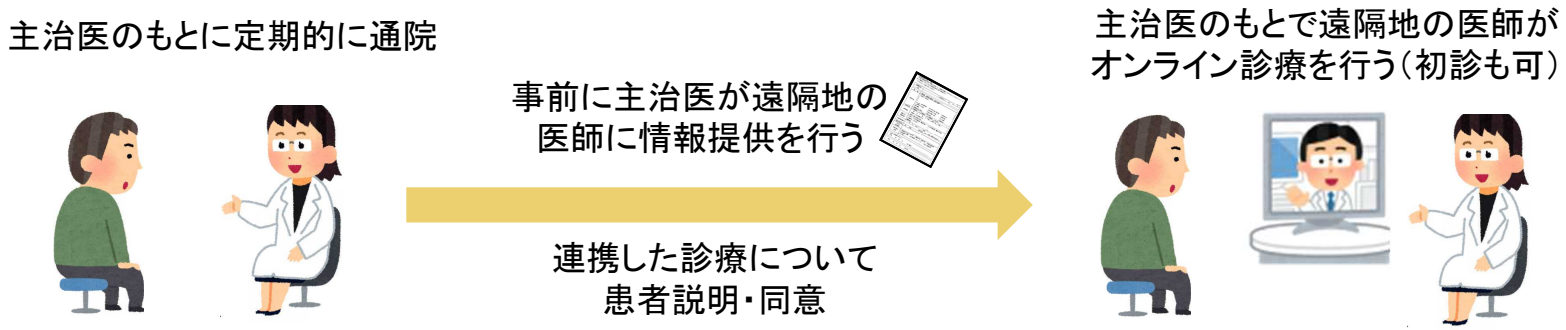
（新）　遠隔連携診療料　500点

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。



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。

現行

【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。

現行

【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。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価　①

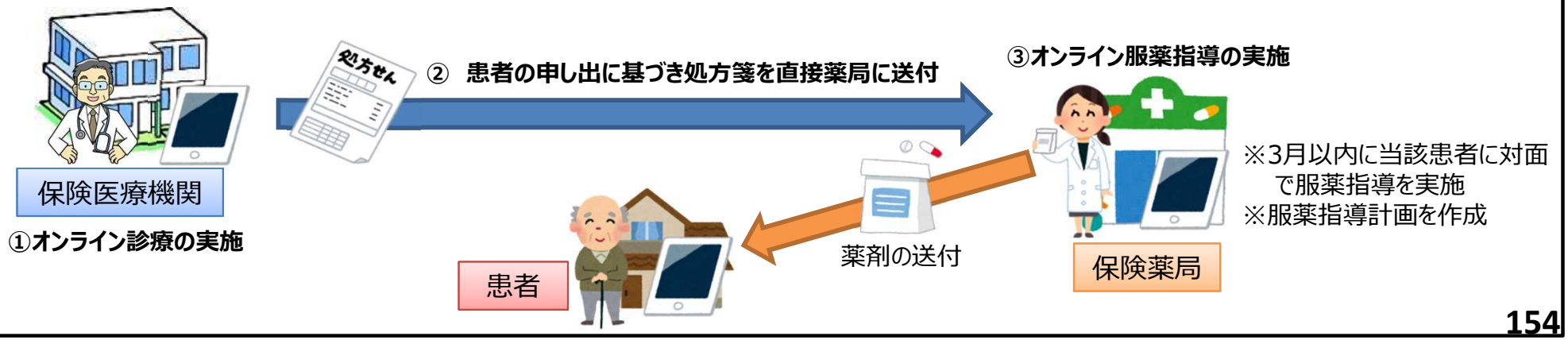
外来患者へのオンライン服薬指導

（新）薬剤服用歴管理指導料 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合　43点　（月１回まで）

［対象患者］
（1）オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療により処方箋が交付された患者、かつ、
（2）原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料「１」又は「２」を算定した患者

［主な算定要件］
・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
・ 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
・ オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
・ 手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること
※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、オンライン診療による処方箋により調剤することなどが要件として求められる。

［施設基準］
（1） 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿ってオンライン服薬指導を行う体制を有する保険薬局であること。
（2） 当該保険薬局において、１月当たりの次の①、②の算定回数の合計に占めるオンライン服薬指導（※）の割合が1割以下であること。
① 薬剤服用歴管理指導料
② 在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を含む。）
※ 薬剤服用歴管理指導料「４」及び「在宅患者オンライン服薬指導料」の合計



情報通信機器を用いた服薬指導の評価　②

在宅患者へのオンライン服薬指導料

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

［対象患者］
（1）　在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施により処方箋が交付された患者、かつ、
（2）　在宅患者訪問薬剤管理指導料が月１回算定されている患者

［主な算定要件］
・　保険薬剤師１人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
・　薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
・　服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
・　オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
・　訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと
※　このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤であることなどが要件として求められる

［施設基準］
（1）薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること

オンライン服薬指導を活用した在宅患者への薬学管理（イメージ）

第１週	第２週	第３週	第４週
訪問		訪問	

月２回の訪問（※）のうち、１回をオンライン服薬指導で対応した場合は「在宅患者オンライン服薬指導料」の算定が可能
※在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定

第１週	第２週	第３週	第４週
訪問		オンライン	

ニコチン依存症管理料の見直し

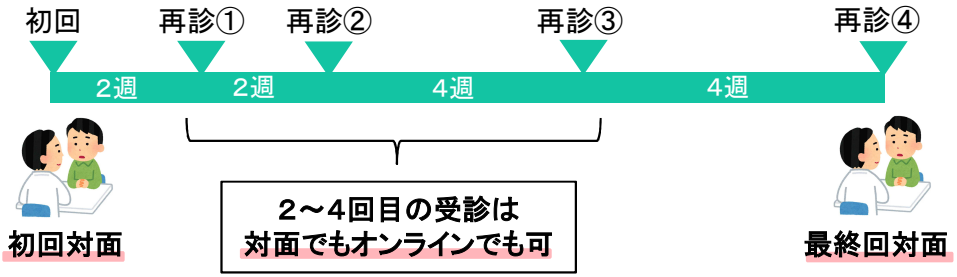
- ニコチン依存症管理料について、2回目から4回目に**情報通信機器を用いた診療**に係る評価を新設する。
- **初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価**を新設する。
- ニコチン依存症管理料について、**加熱式たばこの喫煙者も対象**となるよう要件の見直しを行う。

現行

【ニコチン依存症管理料】

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

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

[算定要件]

- 禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、**2の場合は初回指導時に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。**

令２
改定

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

令２
改定

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。

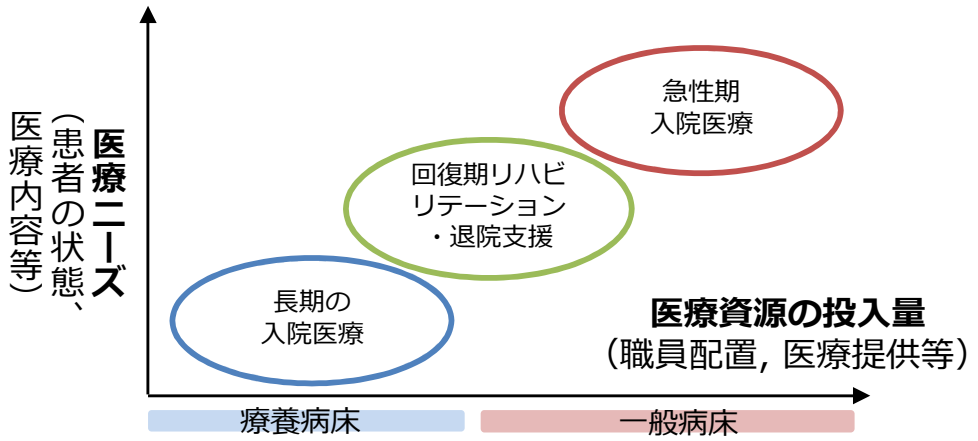
回復期リハビリテーション病棟入院料

- 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。

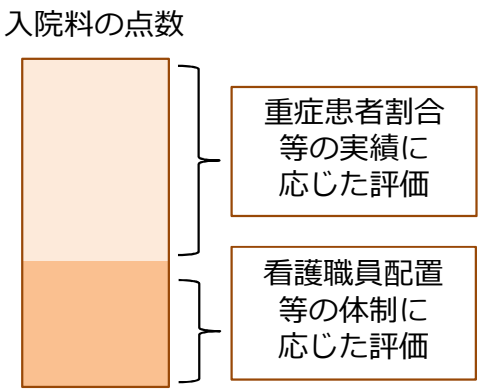
療養病棟入院基本料

- 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。

医療ニーズと医療資源投入量（イメージ）



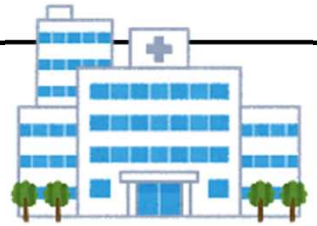
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価



入院料	実績指標
急性期一般入院基本料	重症度、医療・看護必要度
地域包括ケア病棟入院料	在宅医療等の提供実績
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリ実績指数、重症者の割合
療養病棟入院基本料	医療区分・ADL区分

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

	現行　Ⅰ/Ⅱ （200床未満の経過措置）
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	ー / 24% （27% / 22%）
急性期一般入院料3	ー/ 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	ー / 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

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」について注射剤のみを対象とする
- 救急患者の評価を充実する

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	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（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

- 手術の評価日数を実績を踏まえて延長する
- 入院で実施される割合が高い手術・検査を評価対象に追加する

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

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。

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

改定後		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	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。

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。

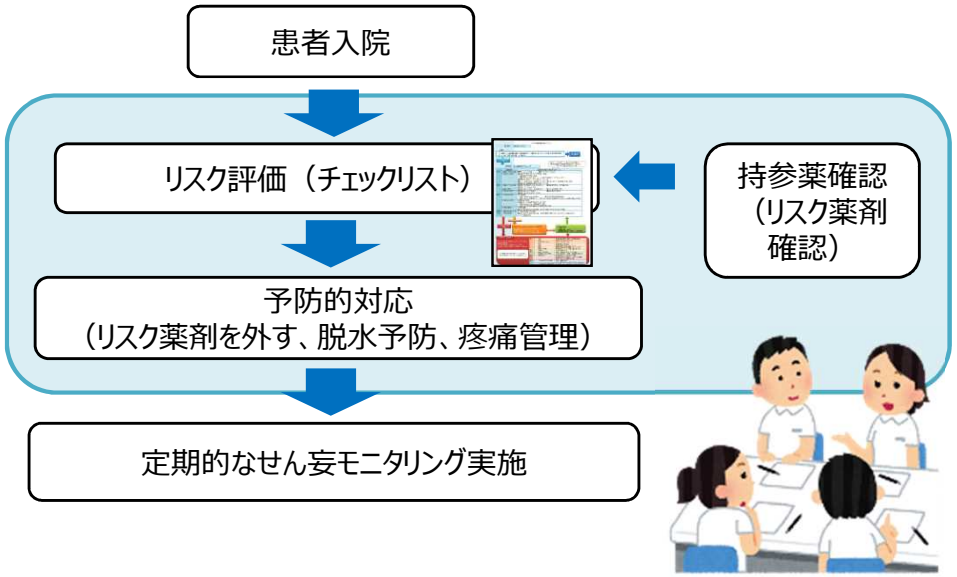
【せん妄のリスク因子の確認】

- □ 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



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すとともに栄養管理を実施

オ　再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認

カ　アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、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。

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。

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　14%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門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	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 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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				―			
一般病棟から転棟した患者割合※1	―		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	―	―		6割未満 （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5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―		1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―	
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		―		3月で6人以上		―	
実績部分 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。

	現行	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

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

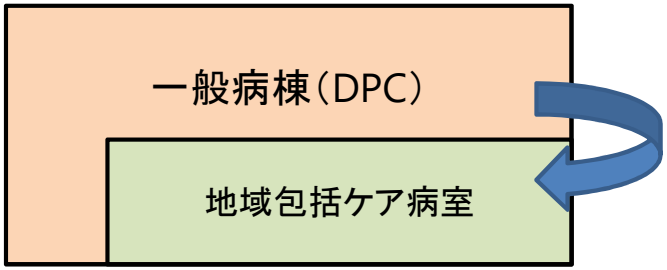
➢ 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。

他の病棟に転棟する場合

一般病棟（DPC） → 地域包括ケア病棟

現行	改定後
転棟後は地域包括ケア病棟の点数を算定する	転棟後も<u>DPC/PDPSによる点数</u>を算定する（期間<u>Ⅱ</u>まで）

同一病棟内で転室する場合



現行（変更なし）
転室後も DPC/PDPSによる点数を算定する（期間Ⅲまで）

※他の一般病棟の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合も同様

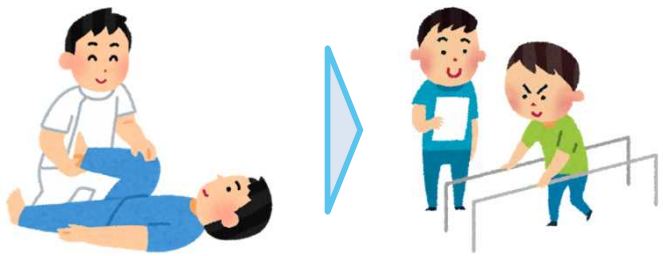
※診断群分類に定められた期間Ⅱ又はⅢまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

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

効果的なリハビリテーションの提供の推進



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。

適切な栄養管理の推進

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。

入退院時における適切なADLの評価と説明

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。

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			
実績部分：「重症者」（＊1）の割合	3割以上		2割以上		－	
実績部分：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		－	
実績部分：自宅等に退院する割合			7割以上			
実績部分：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	2,129点（2,115点）	2,066点（2,051点）	1,899点（1,884点）	1,841点（1,827点）	1,736点（1,721点）	1,678点（1,664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

現行

［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。

現行

［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。

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。

現行

［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。

現行

［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。

現行	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90に相当する点数を算定する。	【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。

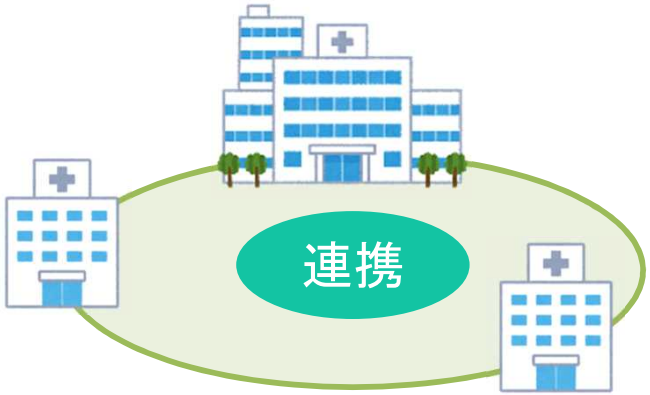
総合入院体制加算の見直し

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くても、施設基準を満たしているものとする。

現行

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



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。

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。

現行	
救急入院料 特定集中治療室管理料　等	○
小児入院医療管理料1～5	○
回復期リハビリテーション病棟入院料	○
地域包括ケア病棟入院料	×

改定後	
救急入院料 特定集中治療室管理料　等	○
小児入院医療管理料1～4	○
小児入院医療管理料5	×
回復期リハビリテーション病棟入院料	×
地域包括ケア病棟入院料	×

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

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。

〇電子カルテやオーダ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。

〇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）

〇ただし、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。（有床診療所にあっては、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はやむを得ない。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はやむを得ない。**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料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。

現行

［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。

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。

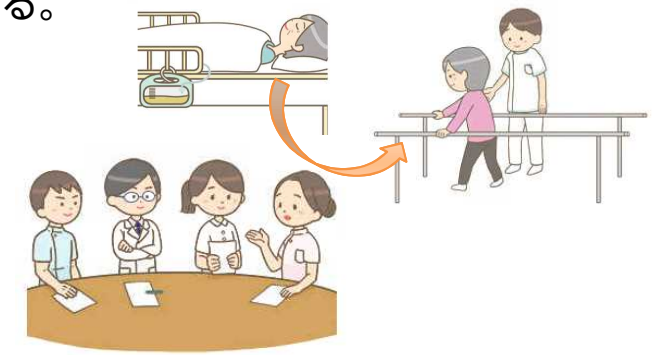
［施設基準］

（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。

現行

排尿自立指導料　　200点

［算定要件］

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

改定後

外来排尿自立指導料　　200点

［算定要件］

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

※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様

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。

現行

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。

現行（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 ロ その他のもの　22,411点

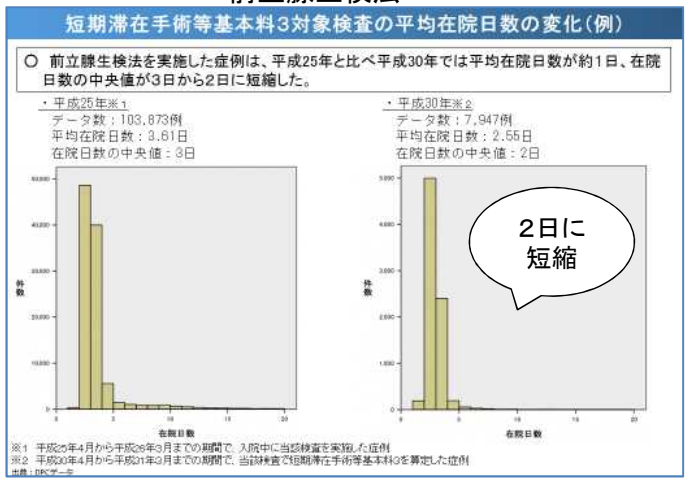
改定後（例）

D413 前立腺生検法　10,309点

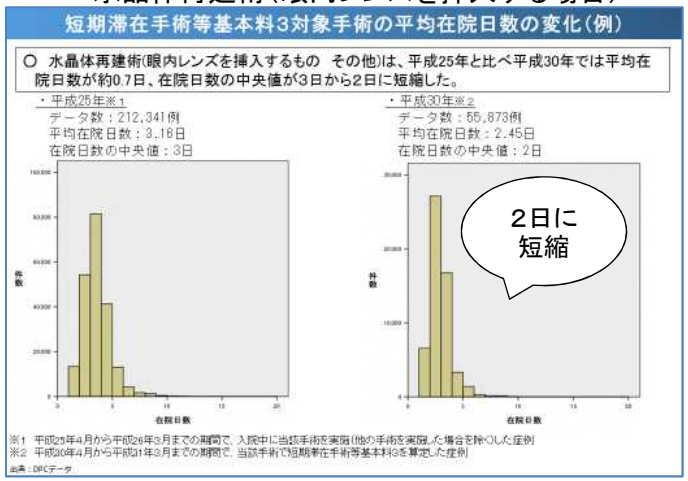
K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの　19,873点

（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。

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。

現行	改定後
［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	［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。

現行

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、檮原町、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、下呂市及び白川村の地域
○ 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）　等

医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
対象 ← 拡大	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

令２
改定

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。

現行(対象病院)	改定後(対象病院)
特定機能病院及び許可病床数400床以上の地域医療支援病院	特定機能病院及び**地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)**

[経過措置]

自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

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。

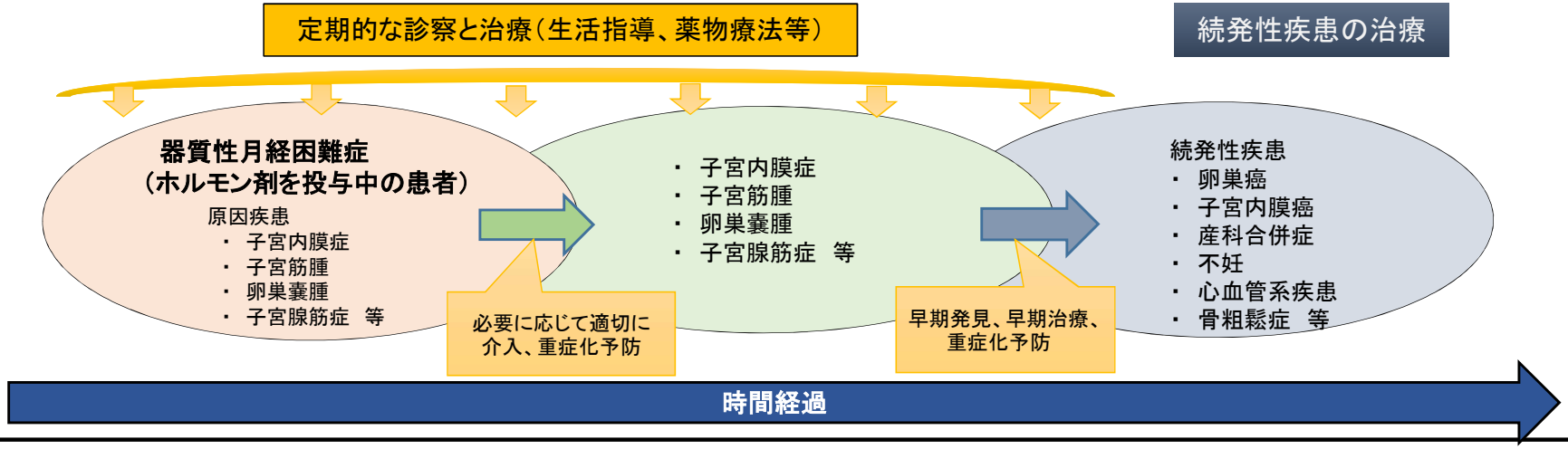
婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

➢ 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



令２
改定

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）算定できるとしている。

○　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

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

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

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

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

専門性の高い看護師による同行訪問の充実 ⑧

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

訪問看護における特定保険医療材料の見直し ⑨

理学療法士等による訪問看護の見直し ⑭

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化 ⑦

精神障害を有する者への訪問看護の見直し ⑩

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。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費】

［施設基準］

機能強化型1
- 常勤の看護職員　7人以上

機能強化型2
- 常勤の看護職員　5人以上

機能強化型3
- 常勤の看護職員　4人以上

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】

［施設基準］

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

機能強化型2
- 常勤の看護職員　5人以上
  （うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能）
- 看護職員　6割以上※

機能強化型3
- 常勤の看護職員　4人以上
- 看護職員　6割以上※

［経過措置］（看護職員割合の要件について）

令和2年3月31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］

（1）当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、**24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保**し、訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していること。

（2）ア～カのうち**少なくとも2つ**を満たしていること。（ただし 、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上）

ア	**専門性の高い看護師による同行訪問** ・悪性腫瘍の患者への緩和ケア ・褥瘡ケア　・人工肛門・人工膀胱ケア	在宅患者訪問看護・指導料３	５回以上
イ	**小児**への訪問看護	在宅患者訪問看護・指導料の乳幼児加算	25回以上
ウ	**難病等の患者**への訪問看護	別表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。

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

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

改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

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

学校等への情報提供の見直し

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

現行

【訪問看護情報提供療養費2】

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

改定後

【訪問看護情報提供療養費2】

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

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。

現行

【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】

［算定要件］

訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、

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

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

・緩和ケア　・褥瘡ケア　・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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

※ 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

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

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

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

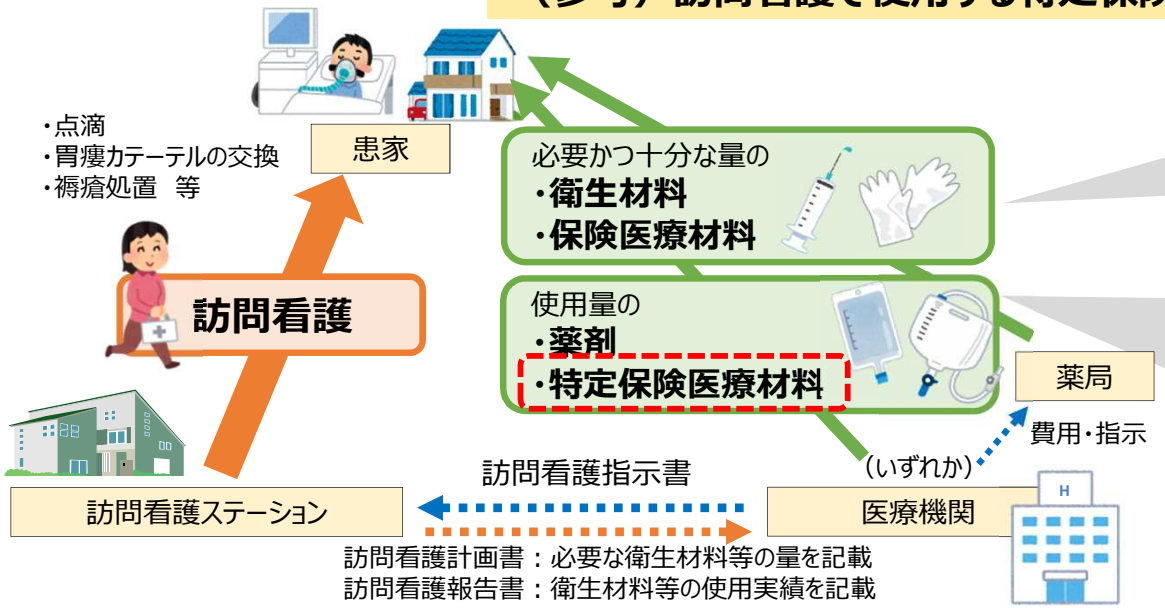
在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。

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）　胃留値型
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。

現行

【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。

現行

【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
	40の二次医療圏
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

現行

【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

改定後

【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、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

現行

【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（ニ以外）　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

改定後

【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（ニ以外）

(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

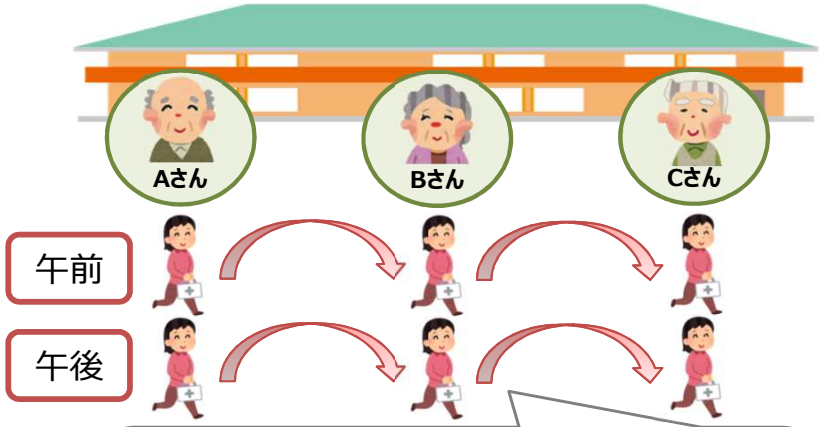
① 同一建物内1人	10,000円
② 同一建物内2人	10,000円
③ 同一建物内3人以上	9,000円

※ 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

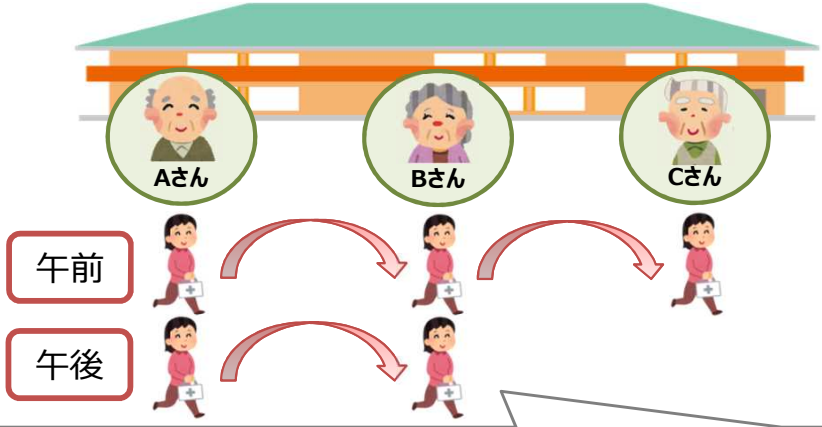


＜Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定＞

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

＋

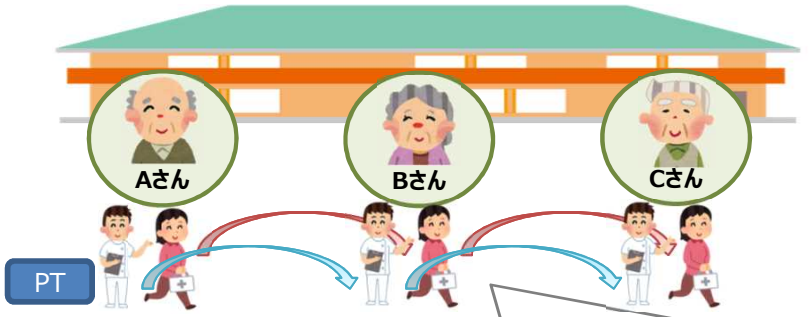
難病等複数回訪問加算　１日２回
同一建物内２人　4,500円

＜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

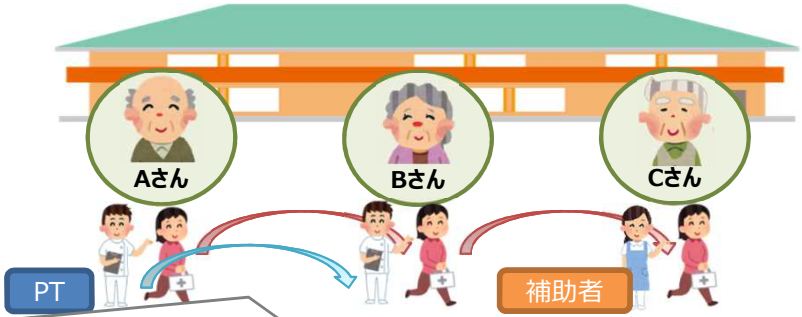


＜Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定＞

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

週4日目以降の評価の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

➢ 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。

現行

【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日目以降　6,550円

ロ　准看護師による場合
（1）週3日目まで　5,050円　（2）週4日目以降　6,050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日目以降　6,550円

ロ　准看護師による場合
（1）週3日目まで　5,050円　（2）週4日目以降　6,050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

現行

【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日の間に患家を訪問し、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。

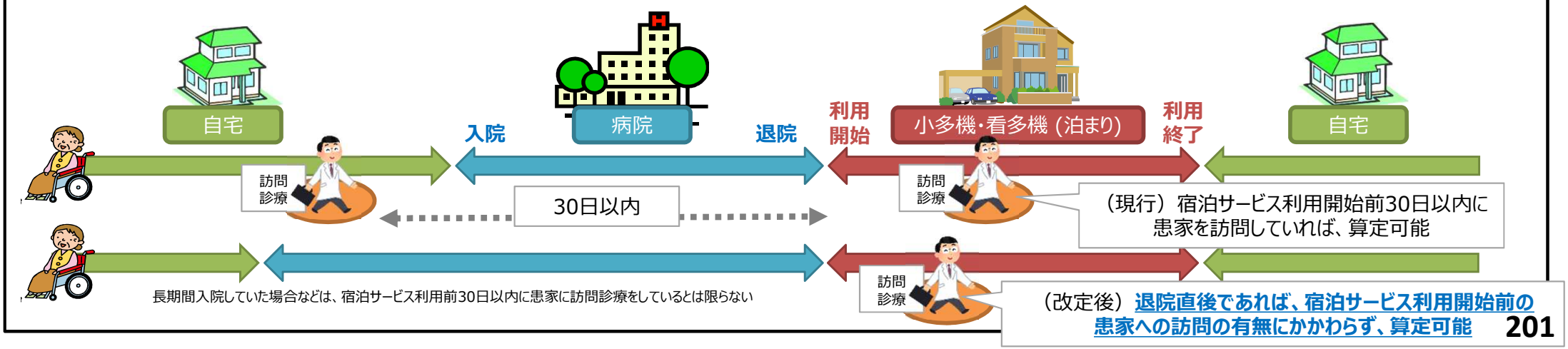
改定後

【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日の間に患家を訪問し、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。

現行

【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。

現行

【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

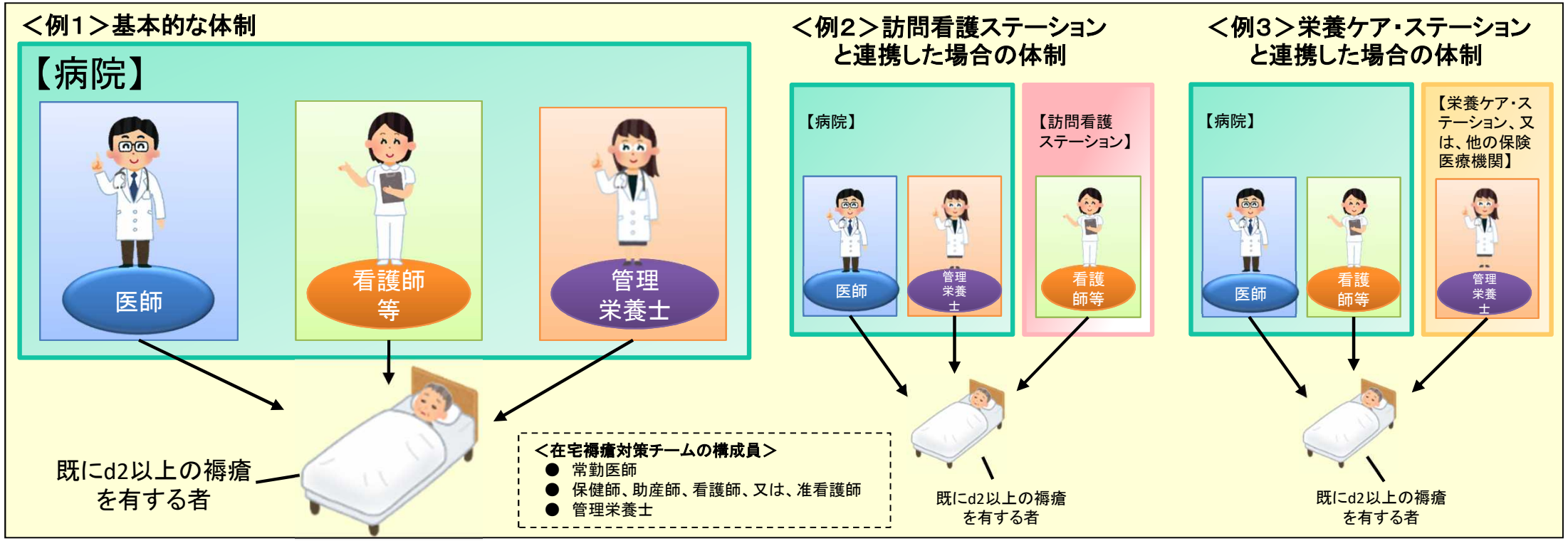
【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】
［算定要件］
注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

(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。

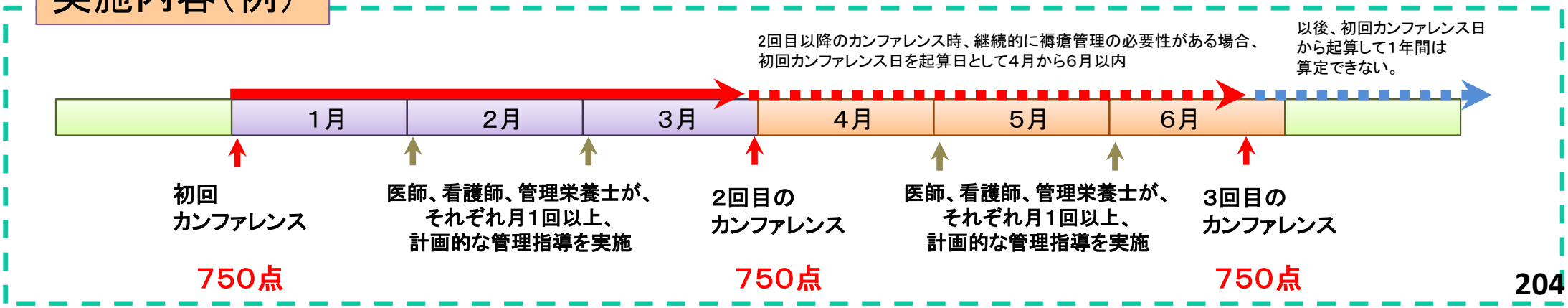
［対象患者］
重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。
ア　重度の末梢循環不全のもの
イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
ウ　強度の下痢が続く状態であるもの
エ　極度の皮膚脆弱であるもの
オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

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）



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。

現行

【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。

現行

【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

令２
改定

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。

現行

【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　←　項目ア～クを全て行う場合
ロ　入院時支援加算2　200点

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。

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。

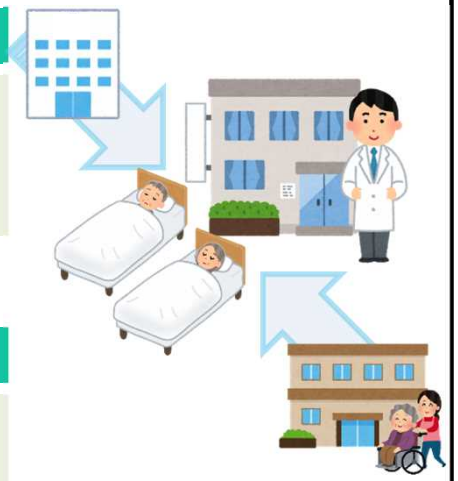
1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長するとともに、評価を見直す。

現行

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

改定後

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



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行

注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。

現行

［算定要件］
有床診療所緩和ケア診療加算　150点

改定後

［算定要件］
有床診療所緩和ケア診療加算　250点

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。

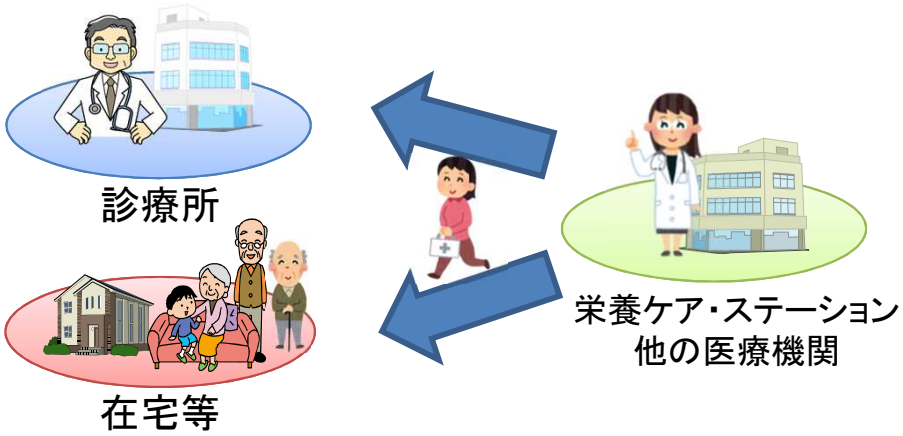
現行

【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



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、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。

現行

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。

令２
改定

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

令２
改定

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。

現行	
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２（80％以上）	２２点
後発医薬品調剤体制加算３（85％以上）	２６点

⇒

改定後	
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。

現行
(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。

⇒

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。

現行	
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	7点
一般名処方加算2	5点

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。

現行	
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）	47点
後発医薬品使用体制加算2（80%以上）	42点
後発医薬品使用体制加算3（70%以上）	37点
（削除）	

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。

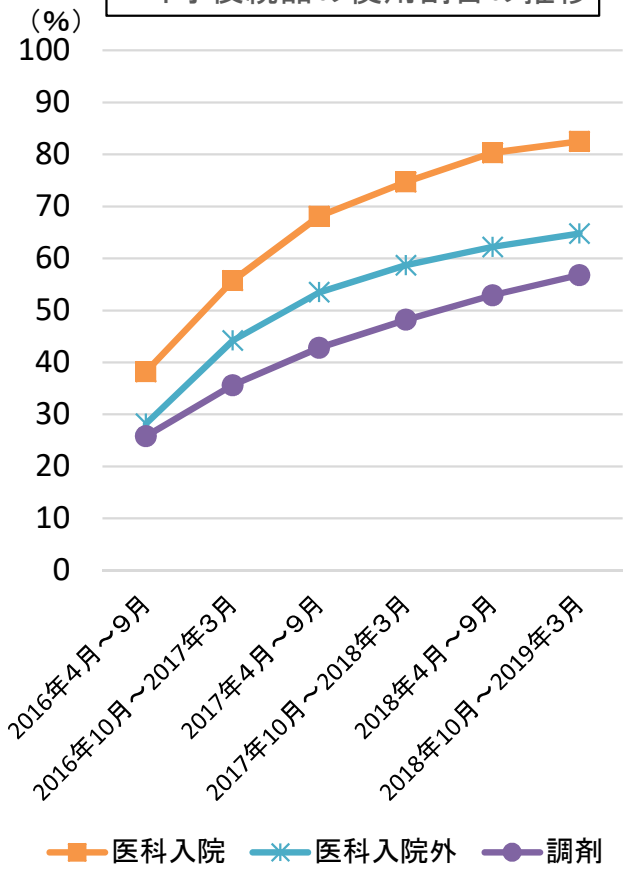
在宅自己注射指導管理料
（新）　バイオ後続品導入初期加算　150点（月1回）

［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

（参考）インスリングラルギンの
バイオ後続品の使用割合の推移



令２
改定

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】

①品目の選定
（市場規模の大きい医薬品等を選定）

↓

②企業による分析（9ヶ月）
分析前協議（分析枠組み等の決定）、企業分析

↓

③公的分析（検証・再分析）（3～6ヶ月）（※1）
（※1）国立保健医療科学院が主体となり実施

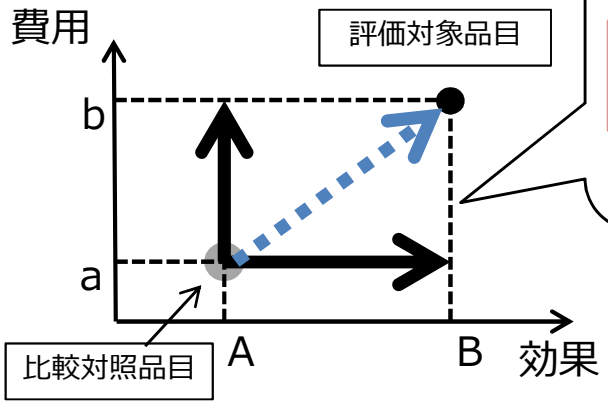
↓

④総合的評価

↓（3ヶ月）

⑤費用対効果の評価結果に基づく価格調整を実施

（注）カッコ内の期間は、標準的な期間

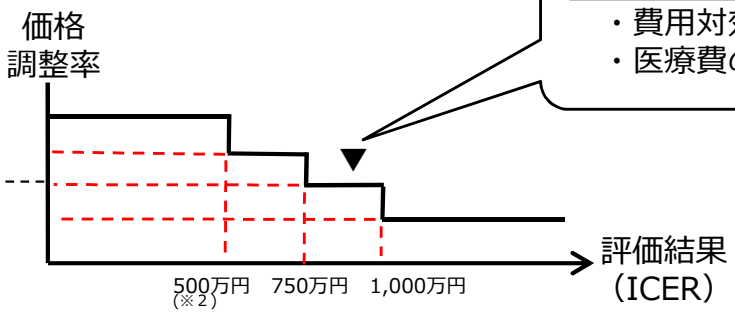


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

増分費用効果比（ICER）＝ b-a（費用がどのくらい増加するか） / B-A（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

令２
改定

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処方の総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現行

薬剤総合評価調整加算（退院時1回）　250点

次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。

（1）　入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方の内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合

（2）　精神病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

令２
改定

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

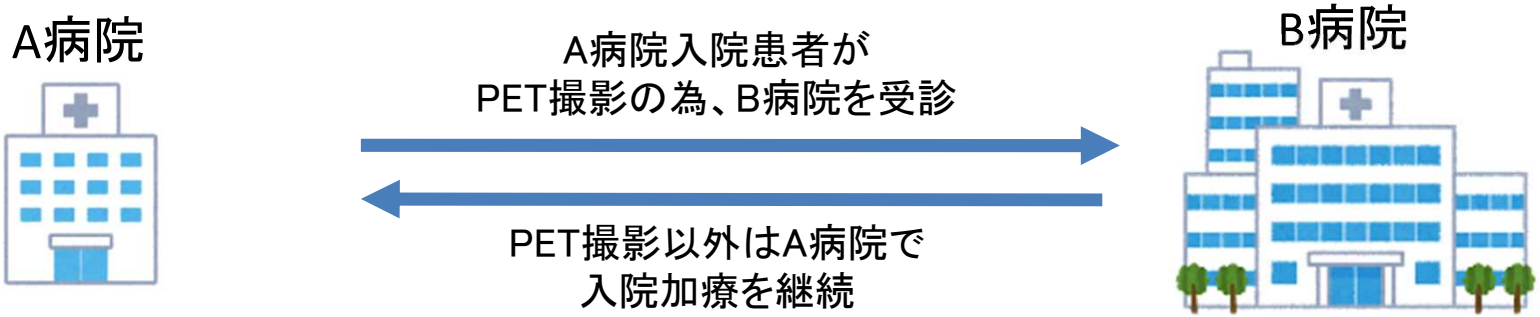
７．医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

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。

	【現行】		【改定後】
出来高病棟	入院基本料から10%減額	⇒	入院基本料から5%減額

※特定入院料等算定病棟でも同様



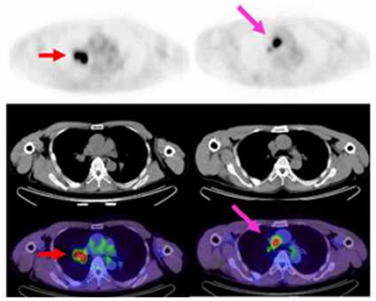
A病院が算定する入院基本料から10%減額

⇩

A病院が算定する入院基本料から 5% 減額

○　PET検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断などに利用される。

○　癌には放射性薬剤が集まるため、薬剤が集まっている場所や集まり方でがんの部位や転移、機能等を診断することができる。（右図矢印）



国立国際医療研究センター病院HPより

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。

現行

【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以上の皮下血種や打撲痕
- 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

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≦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

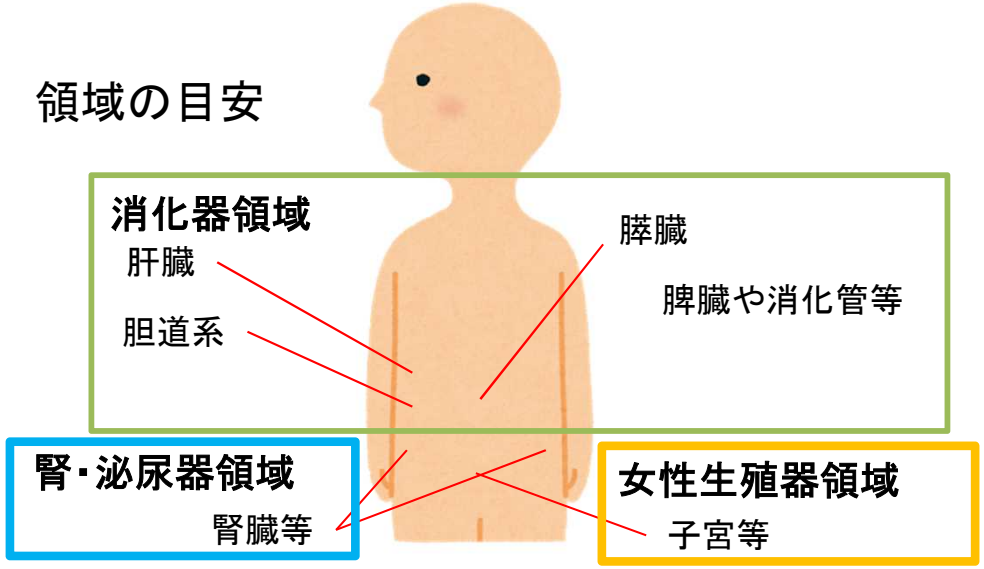
超音波検査の要件の見直し

- 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、カに該当する場合は、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。

現行	
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。

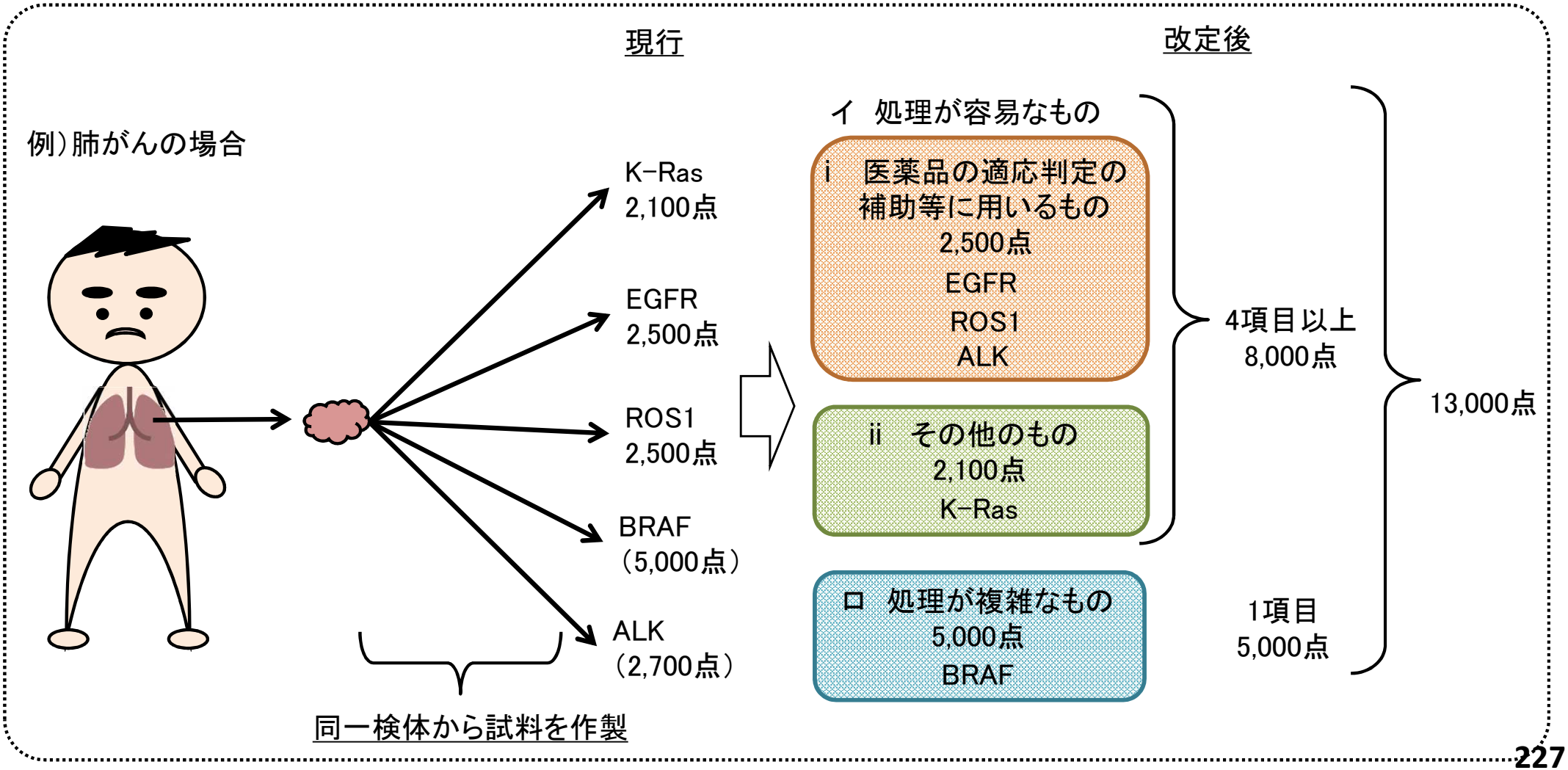
現行	
【超音波検査】	
パルスドプラ法加算	200点

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。



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。

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

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

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

［施設基準］
・人工腎臓に規定する注射薬
　エリスロポエチン、ダルベポエチン

改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

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

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

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

慢性維持透析患者外来医学管理料に係る要件の見直し

➢ 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。

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

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

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

現行	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	18,080点

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

［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。）

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。

現行

【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、重症急性膵炎、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 急性膵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膵炎の患者
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。

現行

【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が強く疑われ、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診断基準をみたすこと。

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。

現行	
【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】	10,200点
【下肢静脈瘤血管内焼灼術】	10,200点

［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。

現行	
【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
（削除）

※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。

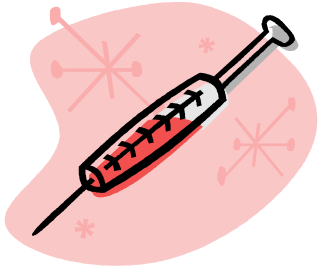
実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

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	⇒	108点
生化学検査Ⅰ　10項目以上	112点		109点
インフルエンザウイルス抗原定性	143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］
アレルゲン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。

現行

【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

改定後

【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］
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。

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します。