

# 令和2年度診療報酬改定の概要

厚生労働省 北海道厚生局医療課

※ 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注意ください。

# 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

### 3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

#### 【具体的方向性の例】

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

### 2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

#### 【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

### 4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

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

# 令和2年度診療報酬改定の概要

## 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. 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

# 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。

# 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

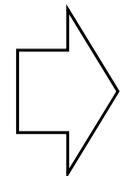


## 病棟薬剤業務実施加算の評価の充実

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

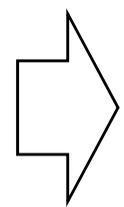
➤ 病棟薬剤業務実施加算2の対象病棟に、ハイケアユニット入院医療管理料を追加する。

## 薬剤師の常勤要件の緩和

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

### 現行

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



### 改定後

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

※ 薬剤管理指導料についても同様。

# 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。

	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
※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					
<b>満たす必要がある項目数</b>	<b>4項目以上</b>	<b>3項目以上</b>	<b>4項目以上</b>	<b>4項目以上</b>	<b>2項目以上</b>
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 <b>夜勤後の暦日の休日確保（新）</b>	○	○	○	○	○
オ <b>夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫（新）</b>	○	○	○	○	○
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、 <b>夜勤従事者の利用実績（見直し）</b> ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ <b>ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減（新）</b>	○	○	○	○	○

## 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	現行	改定後
<b>【看護職員夜間配置加算】</b> 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	<b>【看護職員夜間配置加算】</b> 12対1加算1 <b>105点</b> 12対1加算2 <b>85点</b> 16対1加算1 <b>65点</b> 16対1加算2 <b>40点</b>	<b>【注加算の看護職員夜間配置加算】</b> 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	<b>【注加算の看護職員夜間配置加算】</b> 地域包括ケア病棟入院料 <b>65点</b> 精神科救急入院料 <b>65点</b> 精神科救急・合併症入院料 <b>65点</b>



# 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	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 <sup>3</sup> /mm <sup>2</sup> )	>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	血压低下	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	
【同種死体腎移植術】	
移植腎の提供のために要する費用としての加算	40,000点



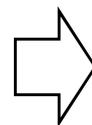
改定後	
【同種死体腎移植術】	
<b>移植臓器提供加算</b>	<b>55,000点</b>

※【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	
【脳死臓器提供管理料】	20,000点



改定後	
【脳死臓器提供管理料】	<b>40,000点</b>

- [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有する専従の看護師
- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専従の社会福祉士



### 改定後

#### 【入退院支援加算3】

##### [施設基準]

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、**小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任**の看護師
- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専従の社会福祉士



## 入退院支援部門の職員の常勤要件緩和

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

### 改定後

#### 【入退院支援加算、入院時支援加算】

##### [施設基準]

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

# 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>B得点</b> 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。

## 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。

## 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。

# 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

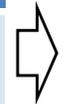
# タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実



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



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

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



改定後	
看護職員夜間配置加算	<u>40～105点</u>
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)	<u>65点</u>



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



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



# 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	<u>970点</u> / <u>910点</u>
20対1	<u>758点</u> / <u>710点</u>
25対1	<u>630点</u> / <u>590点</u>
30対1	<u>545点</u> / <u>510点</u>
40対1	<u>455点</u> / <u>430点</u>
50対1	<u>375点</u> / <u>355点</u>
75対1	<u>295点</u> / <u>280点</u>
100対1	<u>248点</u> / <u>238点</u>

- 医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大する。

### 改定後

#### 【新たに算定が可能となる入院料】

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

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

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

# 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

<b>【急性期看護補助体制加算】</b>	
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	210点
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	190点
50対1急性期看護補助体制加算	170点
75対1急性期看護補助体制加算	130点
夜間30対1急性期看護補助体制加算	90点
夜間50対1急性期看護補助体制加算	85点
夜間100対1急性期看護補助体制加算	70点

<b>【看護補助加算】</b>	
看護補助加算1	129点
看護補助加算2	104点
看護補助加算3	76点
夜間75対1看護補助加算	40点

夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算)	35点
看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)	
イ 14日以内の期間	129点
ロ 15日以上30日以内の期間	104点
看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算)	150点

### 改定後

<b>【急性期看護補助体制加算】</b>	
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	<u>240点</u>
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	<u>220点</u>
50対1急性期看護補助体制加算	<u>200点</u>
75対1急性期看護補助体制加算	<u>160点</u>
夜間30対1急性期看護補助体制加算	<u>120点</u>
夜間50対1急性期看護補助体制加算	<u>115点</u>
夜間100対1急性期看護補助体制加算	<u>100点</u>

<b>【看護補助加算】</b>	
看護補助加算1	<u>141点</u>
看護補助加算2	<u>116点</u>
看護補助加算3	<u>88点</u>
夜間75対1看護補助加算	<u>50点</u>

夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算)	<u>45点</u>
看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算)	
イ 14日以内の期間	<u>141点</u>
ロ 15日以上30日以内の期間	<u>116点</u>
看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算)	<u>160点</u>

# 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。



# 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)



# 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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。



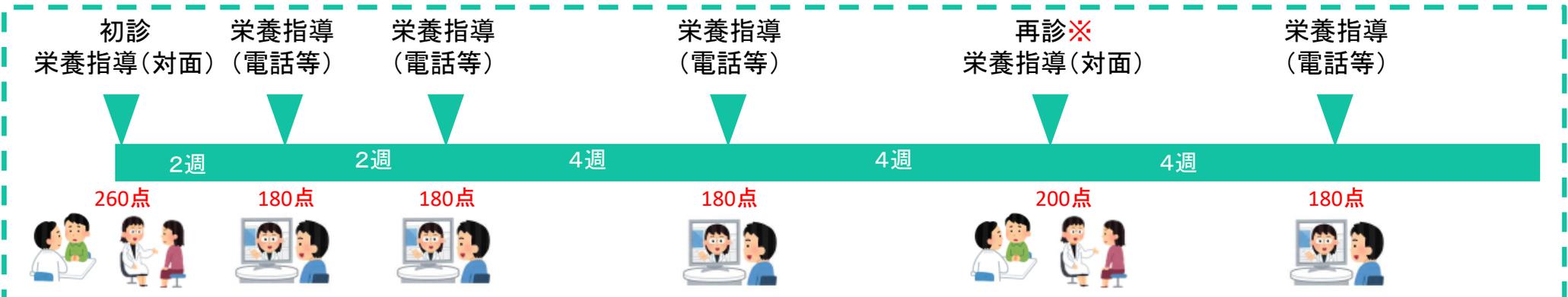
**改定後**

【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つては月2回に限り、その他の月にあつては月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



※: 外来受診時は、対面での栄養食事指導を実施

## 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. 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



## 【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

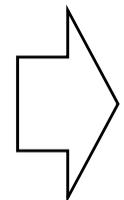
## 地域包括診療加算の見直し

➤ 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。

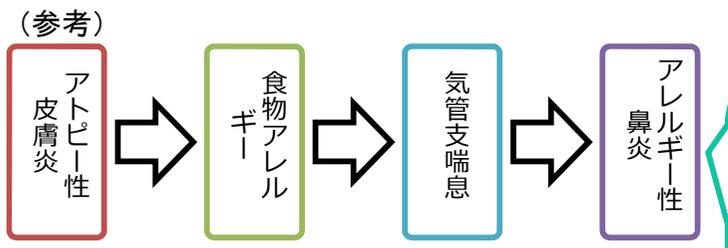
### 【参考】時間外対応加算 施設基準(抜粋)

時間外対応加算1	時間外対応加算2	時間外対応加算3
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、<b>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</b>がとられていること。</li> <li>※ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、<b>複数の診療所による連携により対応する体制</b>がとられていること。</li> <li>○ <b>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</b>がとられていること。</li> <li>※ 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。</li> </ul>

# かかりつけ医機能の推進②

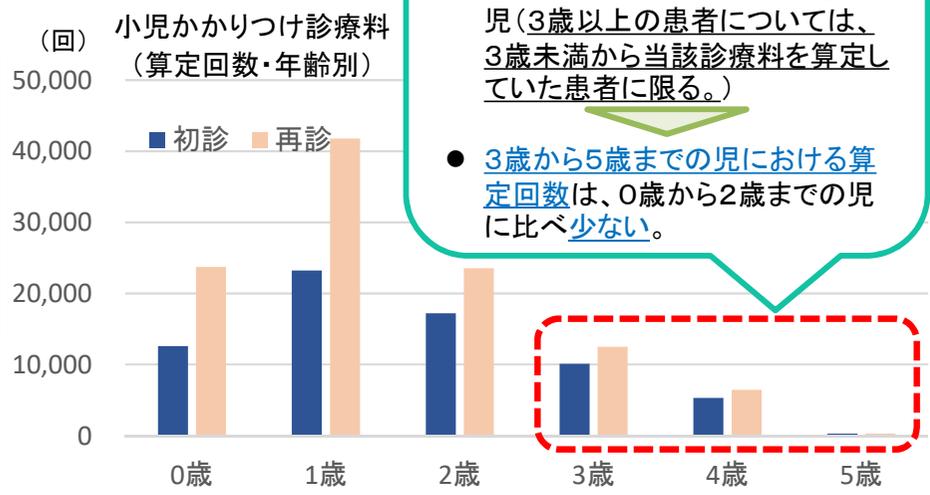
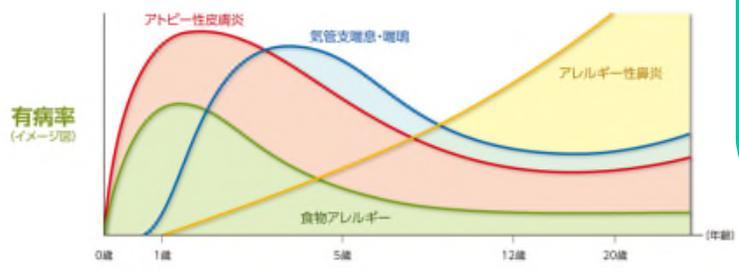
## 小児かかりつけ診療料の見直し

➤ 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。



例: アレルギーマーチ

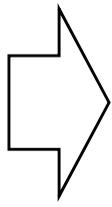
- 進行の予防のためには、乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理が重要。
- 小児期においては、早期発見、早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえた継続的な介入・支援が重要。



➤ 院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。

**現行**

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



**改定後**

[算定要件]  
 (5) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。

## 小児科外来診療料の見直し

➤ 小児科外来診療料の算定対象となる患者を**3歳未満から6歳未満に拡大**するとともに、院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。また、**施設基準に係る届出を求める**こととする。

## 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. 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、**医療機関内の見えやすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること**。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

# かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

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

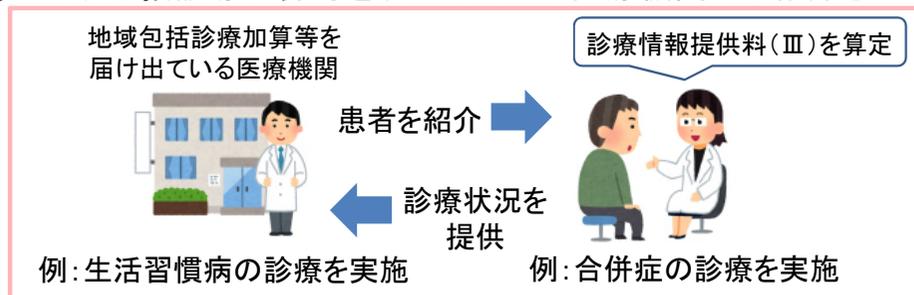
## (新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

### [算定要件]

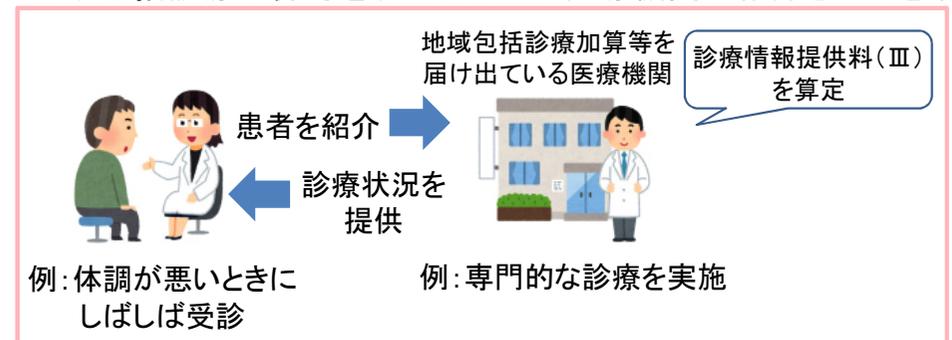
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

### [対象患者]

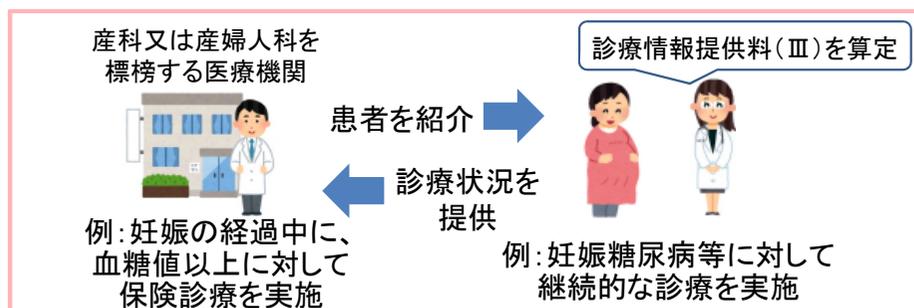
#### ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



#### ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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



### [施設基準]

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

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

# 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

## 診療情報提供料(Ⅰ)の見直し

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

### 改定後

#### 【診療情報提供料(Ⅰ)】

(新設)

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

[算定要件]

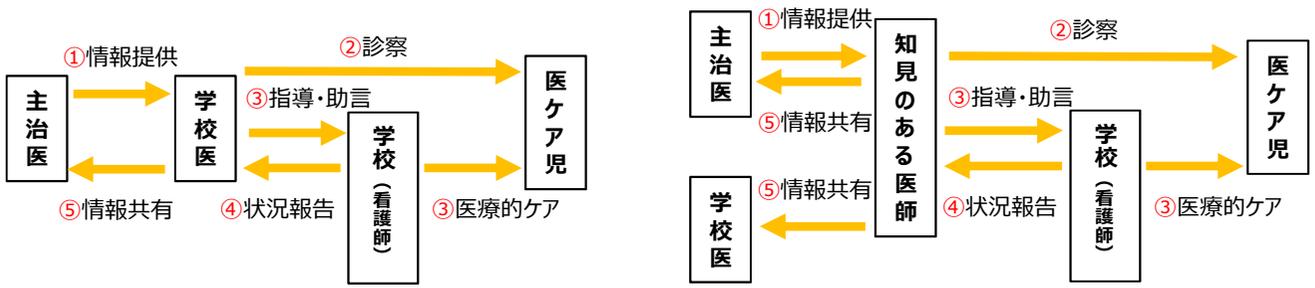
- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。



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

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合

●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



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

- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
  - (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」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
  - (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

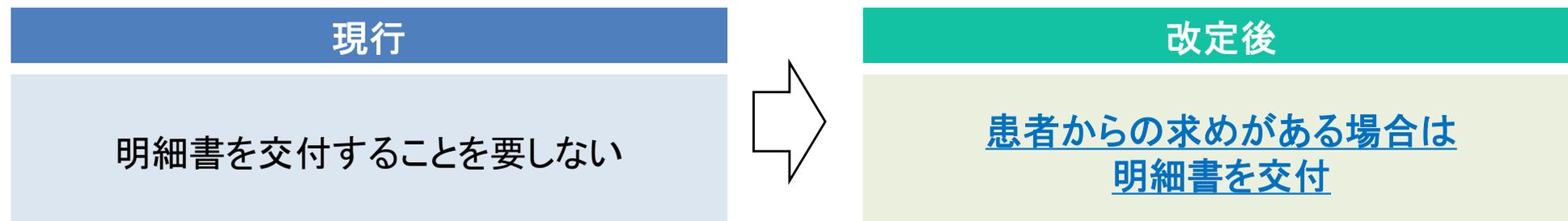
# 明細書発行の推進

## 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》



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

【※正当な理由(自己負担のない患者)】

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

## Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. **地域との連携を含む多職種連携の取組の強化**
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 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

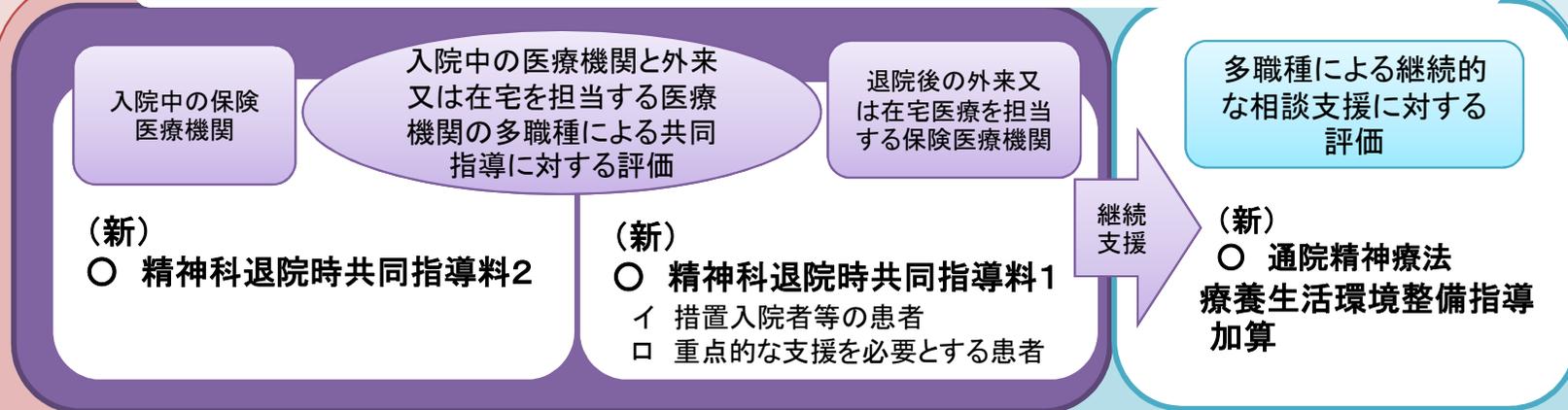
## 入院医療

## 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



### 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

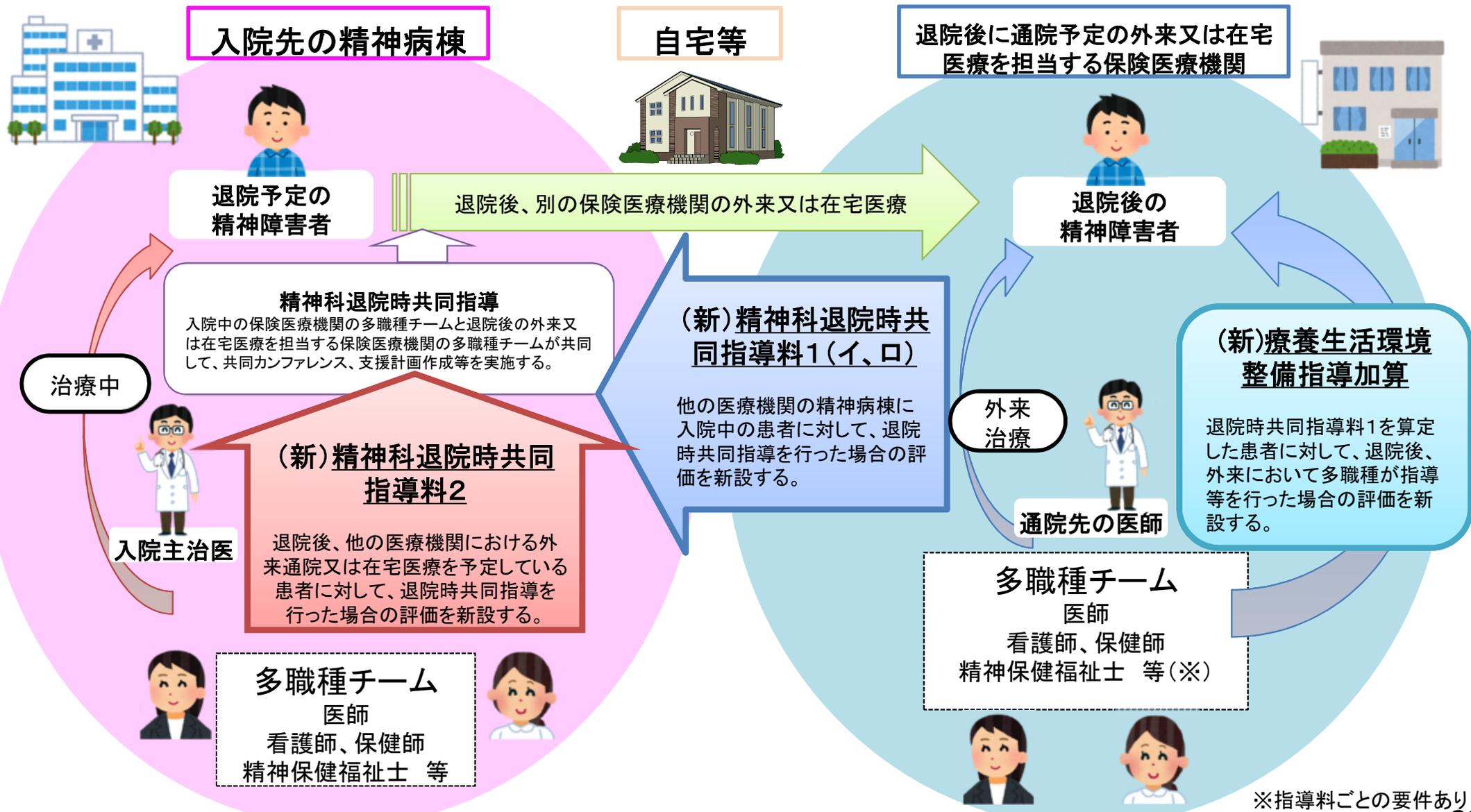
- 依存症集団療法
- (新) ギャンブル依存症の集団療法プログラムに対する評価

#### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 措置入院又は緊急措置入院の患者</li> <li>○ 医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者</li> <li>○ 1年以上の長期入院患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神科医</li> <li>○ 保健師又は看護師(以下、看護師等)</li> <li>○ 精神保健福祉士</li> </ul>
1のロ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重点的な支援が必要な患者</li> <li>※「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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等</li> <li>○ 精神保健福祉士</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1のイ又は1のロの患者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神科医</li> <li>○ 看護師等</li> <li>○ 精神保健福祉士</li> </ul>

[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なに応じて薬剤師、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]

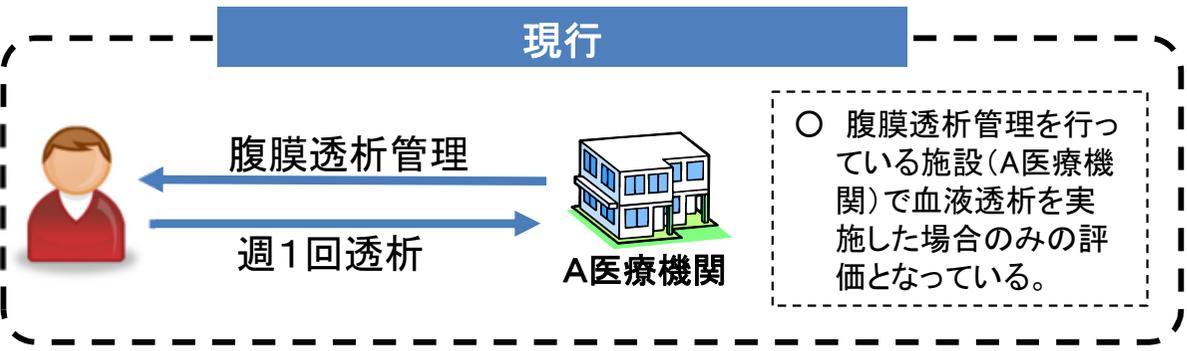
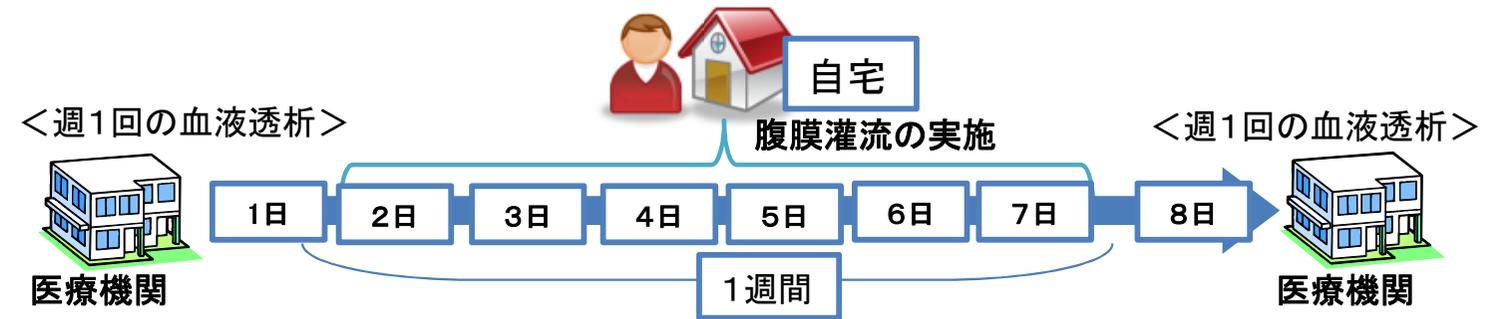
- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (2) 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は、1人につき30人以下であること。

# 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

➤ 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。

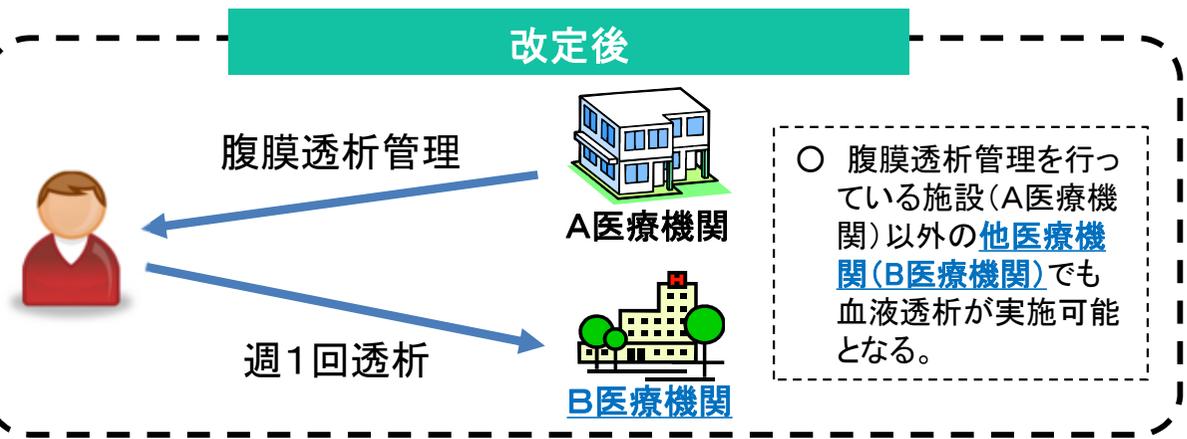
## 【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

○ 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**

[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]

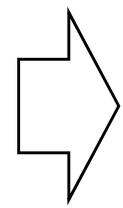
- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

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



- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**

# 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)

- 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)

- 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**



## 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. 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]

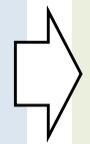
妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、ア又はイに該当する者

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			改定後		
【人工腎臓】		[施設基準] 導入期加算2	【人工腎臓】		[施設基準] 導入期加算2
導入期加算1	300点	ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること	導入期加算1	200点	ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること
導入期加算2	400点	イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること	導入期加算2	500点	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			ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること

## 腎代替療法指導管理料の新設

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

**(新) 腎代替療法指導管理料 500点 (患者1人につき2回に限る。)**

### [算定要件]

- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
  - ア **慢性腎臓病**の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR(mL/分/1.73m<sup>2</sup>)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



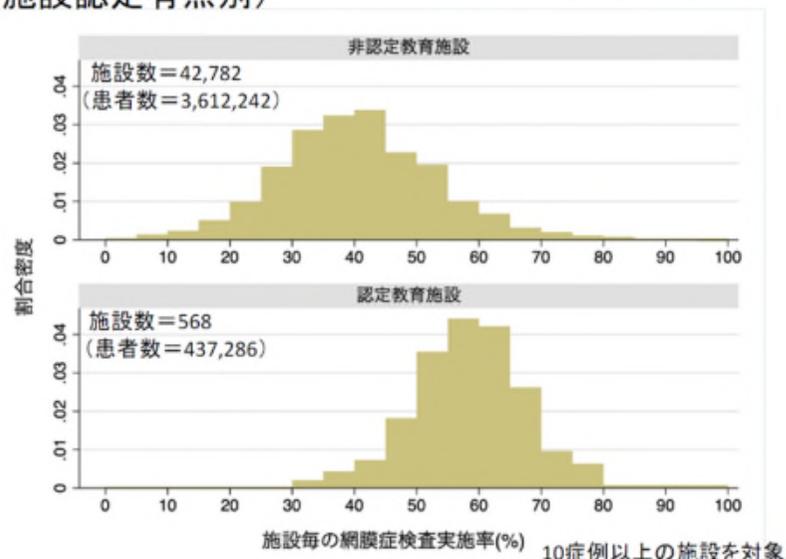
# 生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

- 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。

## 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

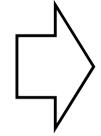
1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 医療におけるICTの利活用

# 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。



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

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。

## 治療と仕事の両立に向けた支援の充実②

### 対象患者及び連携先の拡大

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

### 相談支援加算の創設

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

療養・就労両立支援指導料  
**(新) 相談支援加算 50点**

[相談支援加算の算定要件]

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

[相談支援加算の施設基準]

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



## Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. **アウトカムにも着目した評価の推進**
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 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。

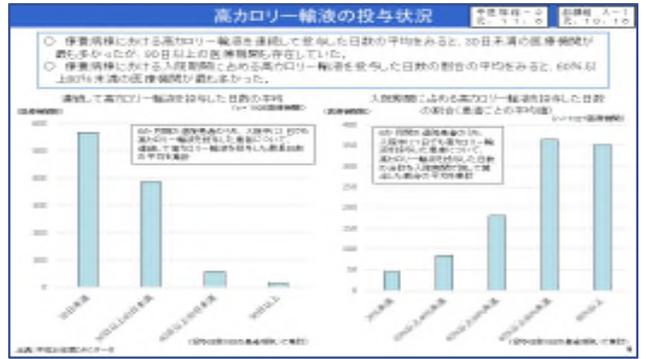
許可病床数 病棟	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了)
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) ※経過措置②を設定	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>現行</b> データの提出は不要                 </div> ⇒ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> <b>改定後</b> データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定                 </div>	

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

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

- 【新たに提出する項目(例)】**
- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
  - ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

(データの活用例)  
療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



# 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

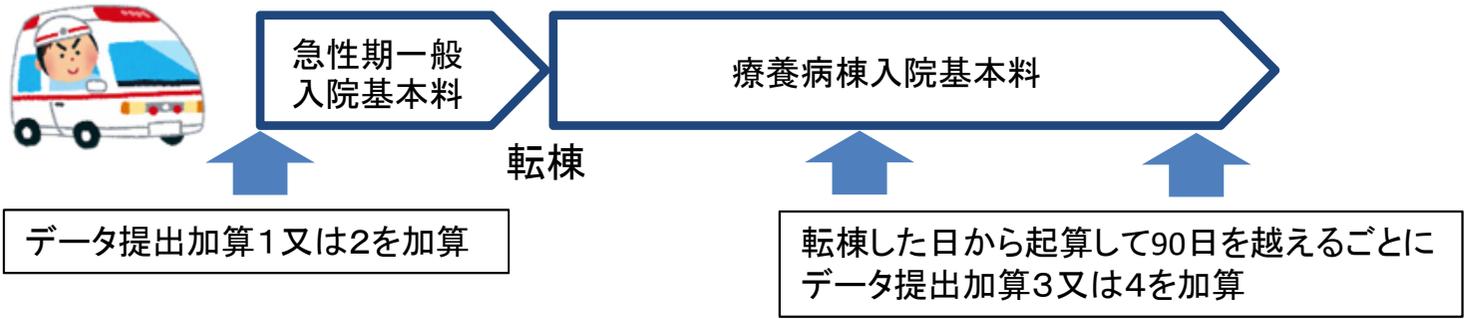
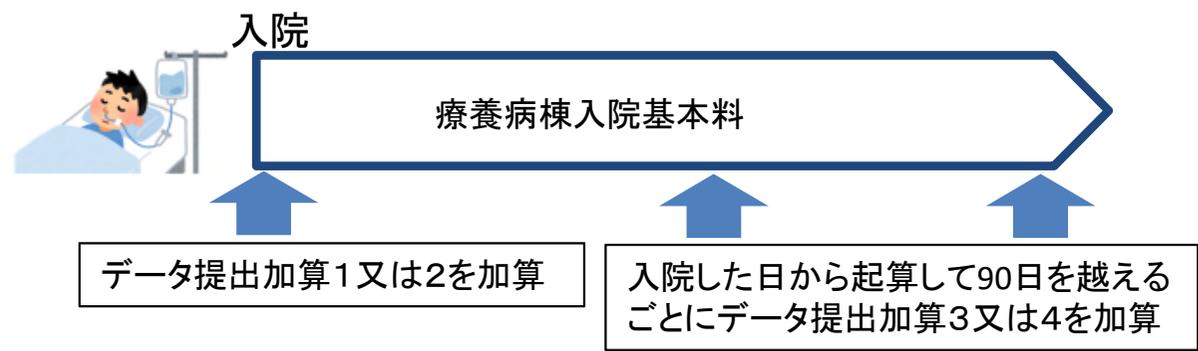
➤ データの提出を求める入院料が拡大したことを踏まえ、データ提出加算の評価方法を見直すとともに、評価を充実する。

### 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ものとみなすものとする。

## Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. **重点的な対応が求められる分野の適切な評価**
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 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

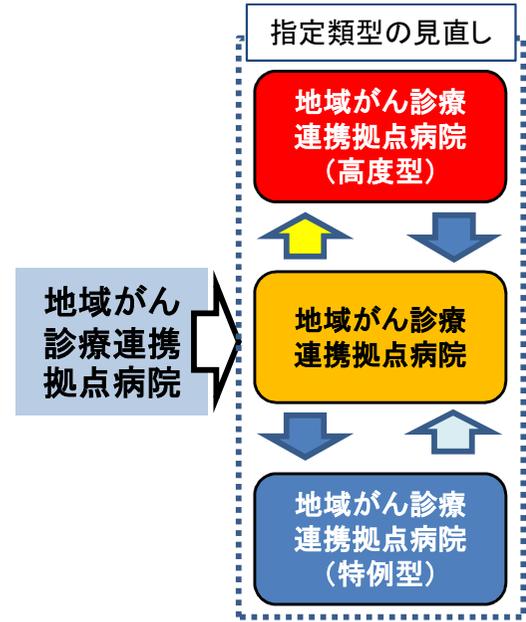
[施設基準(がん拠点病院加算の1のイ)]  
 (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。

[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。

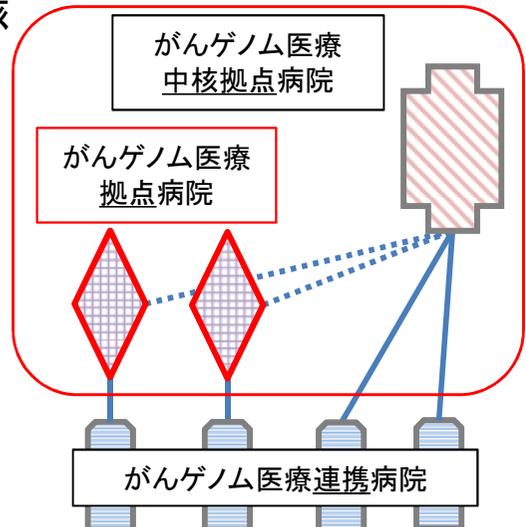
[施設基準(がん拠点病院加算の注2)]  
 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること。



### 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。

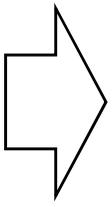
## 遺伝カウンセリング加算の要件の見直し

- ・ 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。

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

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

15%以上

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

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

※2 療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。

## 改定後

### 【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準(概要)]

○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

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

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

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

○ 以下のア又はイを満たしていること。

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

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

他病棟



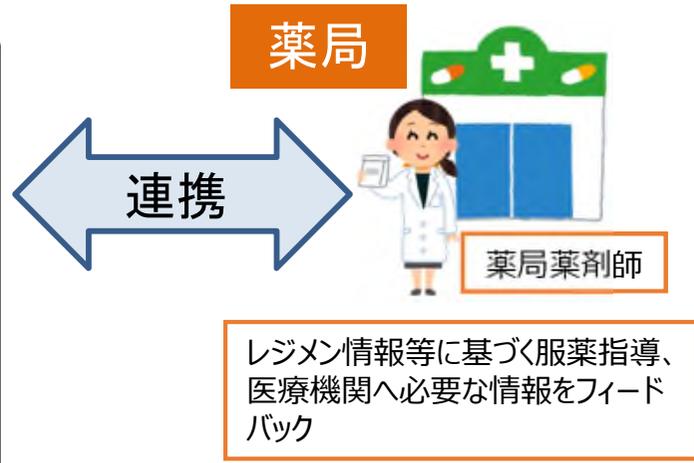
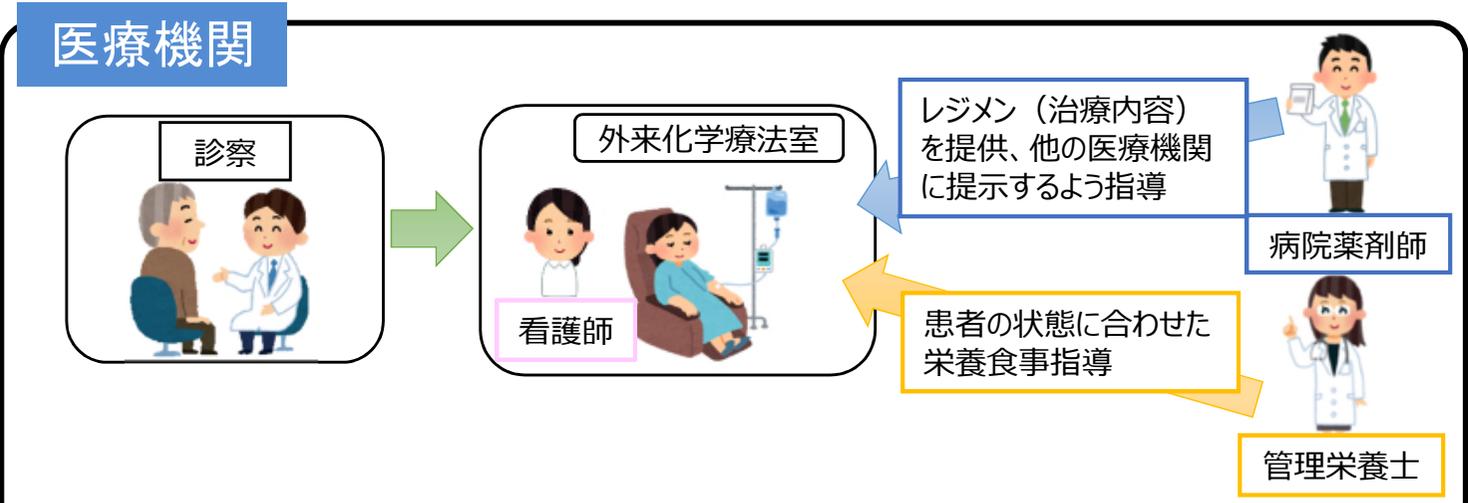
外来



在宅



# 外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



**質の高い外来がん化学療法の評価**  
**(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

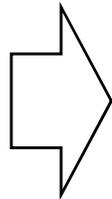
➤ 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

**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

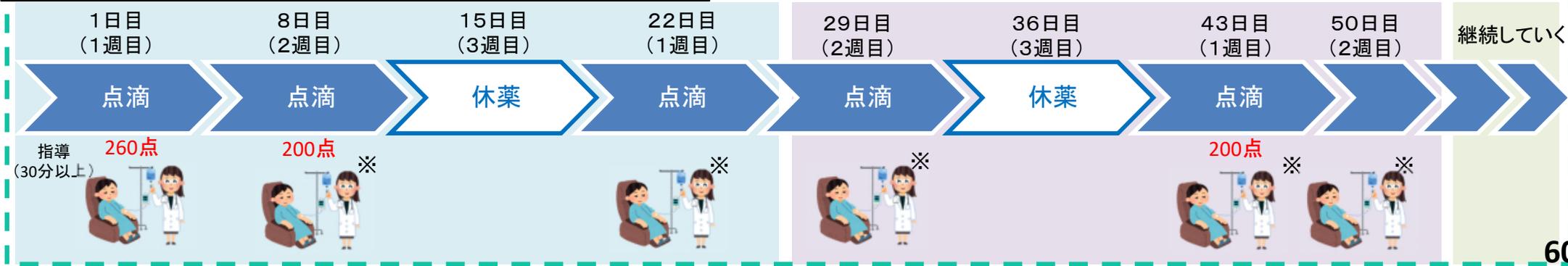
[算定要件]  
 注2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、**外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合**に限り、2回目にロの(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

[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)



# 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

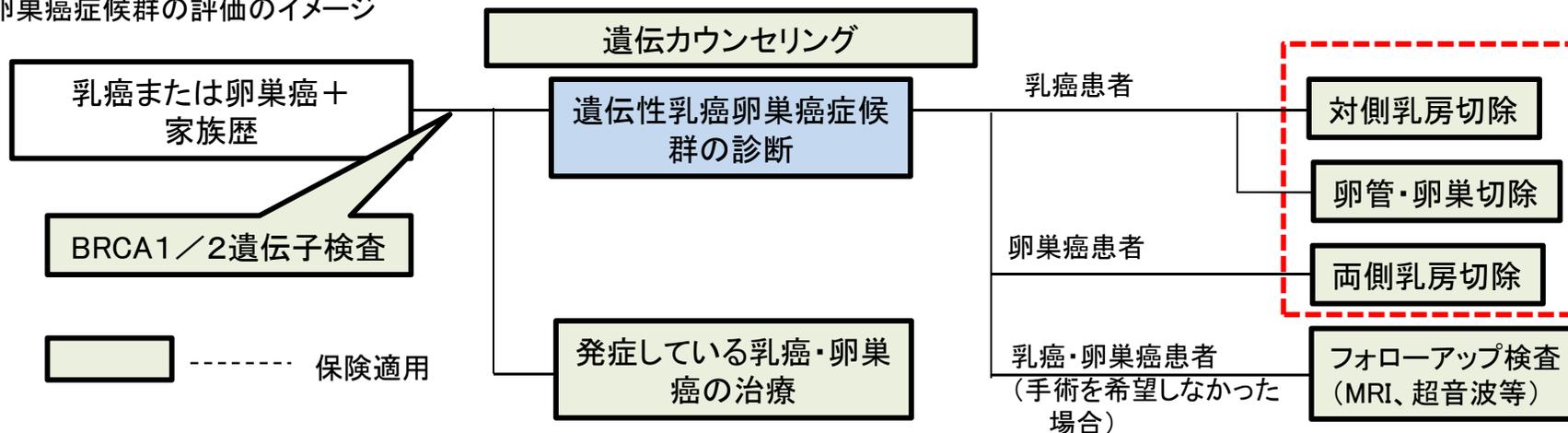
## 手術

- 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BRCA A1／2遺伝子検査について評価を行う。

**(新) BRCA1／2遺伝子検査 血液を検体とするもの 20,200点**

[算定要件]

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

[施設基準]

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

※BRCA1／2遺伝子検査の概要

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

# 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

## 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係るカウンセリングの評価

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

### 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)

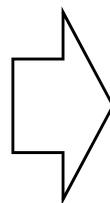
- (1) 乳房切除術を行う場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
- (2) 子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。

- 乳房切除後の乳房再建術についても評価を行う。

#### 現行

乳房再建術(対象患者)

乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例



#### 改定後

乳房再建術(対象患者)

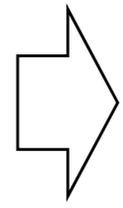
乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例

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



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

イ 14日以内の期間  
ロ 15日以上期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

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

**改定後**

[認知症ケア加算2の施設基準]

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



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

現行	改定後
[認知症ケア加算2の施設基準]	[認知症ケア加算3の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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<b>3名以上</b>配置</li> </ul> <p>※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。</p>

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	改定後
[認知症ケア加算1の施設基準]	[認知症ケア加算1の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアチームを設置</li> <li>ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験5年以上)</li> <li>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</li> <li>ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアチームを設置</li> <li>ア 専任の常勤医師 (精神科又は神経内科の経験<u>3年</u>以上)</li> <li>イ 専任の常勤看護師 (経験5年+600時間以上の研修修了) ※ <u>原則</u>16時間以上チームの業務に従事</li> <li>ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士</li> </ul>

# 認知症対策の充実

## (参考) 認知症ケア加算の主要要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ <b>160点</b> □ 30点	イ <b>100点</b> □ <b>25点</b>	イ <b>40点</b> □ 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
主な施設基準	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言	—
	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 <b>3年</b> 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 … <b>原則</b> 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	<b>いずれかを配置</b> ・ <b>専任の常勤医師</b> （精神科・神経内科3年又は研修修了） ・ <b>専任の常勤看護師</b> （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	<b>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）</b>	
	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	<b>専任の医師又は看護師を中心に</b> 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	<b>専任の医師又は看護師を中心に</b> 、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施



※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（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
<b>管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)</b>			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
ハ	重症患者等以外	2,030点	1,248点
<b>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)</b>			
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
<b>管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)</b>			
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
<b>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)</b>			
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
<b>(新) 管理料3</b>			
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

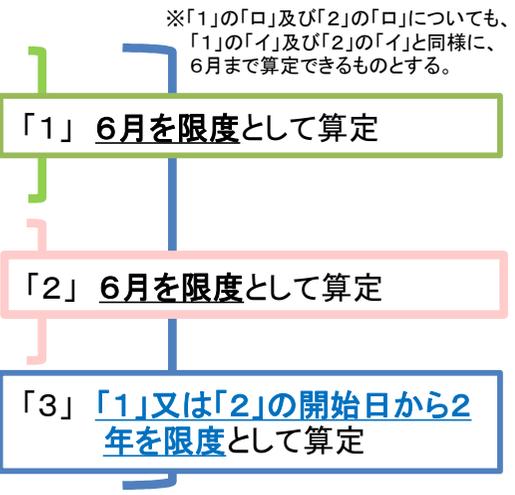
## 精神科在宅患者支援管理料の見直し ②

➤ 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
<b>管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)</b>		
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
<b>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)</b>		
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
<b>(新)管理料3</b>		
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」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	月1回以上
共同カンファレンス	月1回以上			
ビデオ通話が可能な機器を用いた参加	「2」の共同カンファレンスについては、要件を満たせば可能。			

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

改定後	1		2	
	イ	ロ	イ	ロ
チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上	週1回以上	月1回以上
共同カンファレンス	2月に1回以上	必要に応じて実施	2月に1回以上	必要に応じて実施

ビデオ通話による参加可

※ 初回は関係者全員が一堂に会すること

※ 保健所等に文書で情報提供

※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。

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

(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。

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

(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。

$\text{届出前月末日時点での精神病床の許可病床数} - (\text{当該病棟の届出病床数の} <5\text{分の}1> \times \text{当該病棟の算定年数})$

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

$\text{届出前月末日時点での精神病床の許可病床数} - (\text{当該病棟の届出病床数の} <5\text{分の}1> \times \text{当該病棟の算定月数} \div 12)$

(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 <b>1名</b> 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 <b>1名</b> 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 <b>1名</b> 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 <b>2名</b> 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 <b>1名</b> 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 <b>1名</b> 以上 専任 常勤 社会福祉士 <b>1名</b> 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。

