

# 入院時食事療養費の見直し

## 入院時食事療養費の適時適温に係る見直し

### 現行

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

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

### 改定後

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

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

# 緩和ケア診療加算等の見直し

## 緩和ケア診療加算等の見直し

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

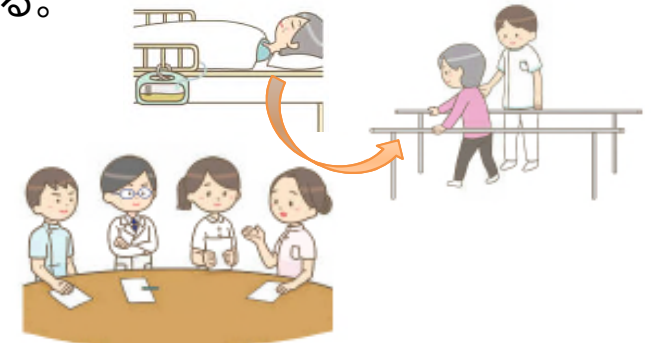
- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料の対象に末期心不全の患者を加えるとともに、当該患者を対象とする場合の要件を、緩和ケア診療加算等と同様に見直す。

# 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

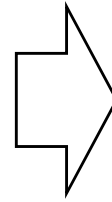
# 提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

## 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口**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**

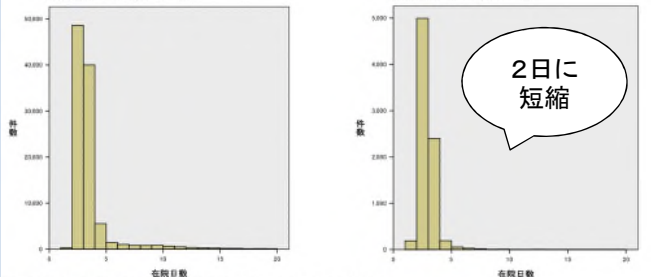
(平均在院日数の検討例)

### 前立腺生検法

#### 短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

○ 前立腺生検法を実施した症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約1日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

平成25年※1	平成30年※2
データ数：103,873例	データ数：7,947例
平均在院日数：3.61日	平均在院日数：2.55日
在院日数の中央値：3日	在院日数の中央値：2日



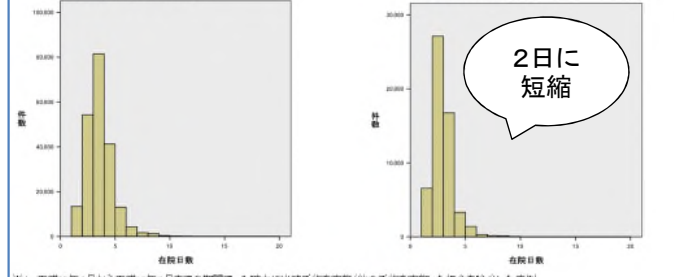
※1 平成25年4月から平成26年3月までの期間で、入院中に当該検査を実施した症例  
 ※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該検査で短期滞在手術等基本料3を算定した症例  
 出典：DPCデータ

### 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3対象手術の平均在院日数の変化(例)

○ 水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの 其他)は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約0.7日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。

平成25年※1	平成30年※2
データ数：212,341例	データ数：55,873例
平均在院日数：3.16日	平均在院日数：2.45日
在院日数の中央値：3日	在院日数の中央値：2日



※1 平成25年4月から平成26年3月までの期間で、入院中に当該手術を実施(他の手術を実施した場合を除く)した症例  
 ※2 平成30年4月から平成31年3月までの期間で、当該手術で短期滞在手術等基本料3を算定した症例  
 出典：DPCデータ

- 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。

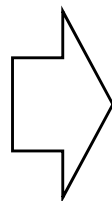
1. **基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続する。
2. **機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続する。
3. **機能評価係数Ⅱ**: 地域医療指数(体制評価指数)について、以下の見直しを行う。

### 現行

[地域医療指数の評価項目]

#### ◆ 治験等の実施

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



### 改定後

[地域医療指数の評価項目]

#### ◆ 治験等の実施

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

#### ◆ 新型インフルエンザ対策(新設)

- ・**新型インフルエンザ患者入院医療機関**に該当

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

## ➤ 診療実績等を踏まえた診断群分類点数表等の見直し

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

## ➤ DPC/PDPSの安定的な運用

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

医療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、下呂市及び白川町の地域
- 滋賀県長浜市及び米原市の地域
- 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
- 島根県大田市及び邑智郡の地域

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

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師事務作業補助体制加算(20対1～100対1)</li> <li>○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1</li> <li>○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1</li> <li>○ 遠隔画像診断</li> <li>○ 保険医療機関間の連携による病理診断(受診側)</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>	<p style="font-size: 2em; color: blue;">対象</p>	<p style="font-size: 2em;">対象</p>

➤ 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

## 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

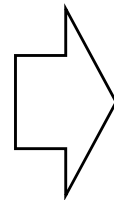
## 外来医療の機能分化の推進

### 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)

特定機能病院及び許可病床数400床以上の地域医療支援病院



#### 改定後(対象病院)

特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)

#### [経過措置]

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

### 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)

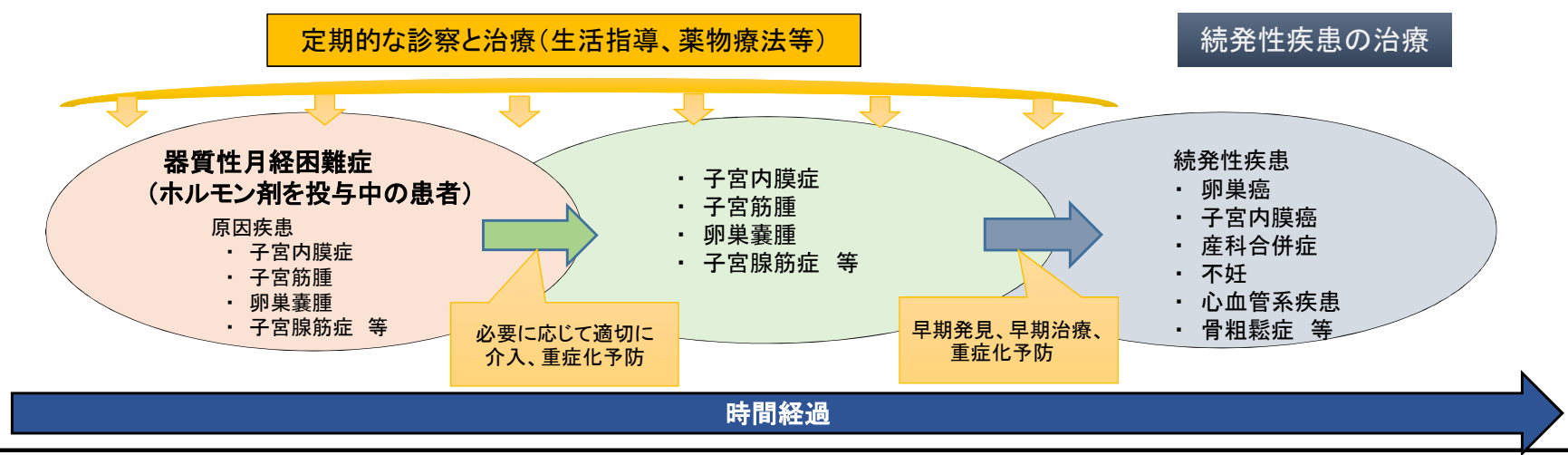
[算定要件]

- (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



## 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



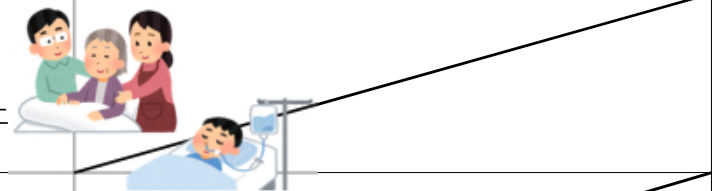



- 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の看護職員 7人以上</li> </ul> <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の看護職員 5人以上</li> </ul> <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の看護職員 4人以上</li> </ul> 	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の看護職員 7人以上 <u>(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)</u></li> <li><u>看護職員 6割以上</u>※</li> </ul> <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の看護職員 5人以上 <u>(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)</u></li> <li><u>看護職員 6割以上</u>※</li> </ul> <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>常勤の看護職員 4人以上 <u>看護職員 6割以上</u>※</li> </ul> <p>[経過措置] (看護職員割合の要件について) 令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。</p>

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

# 訪問看護提供体制の充実

## (参考)機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	5人以上（1人は常勤換算可）、6割以上	4人以上、6割以上
24時間対応	 24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施 		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者 or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上	以下のいずれか ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円。  
 ※2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護職員等（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	<b>専門性の高い看護師による同行訪問</b> ・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	<b>小児</b> 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	<b>難病等の患者</b> 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	<b>ターミナルケア</b> 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	<b>退院時共同指導</b> の実施	退院時共同指導料 1・2	25回以上
カ	<b>開放型病院での共同指導</b> 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。

### 改定後

#### 【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

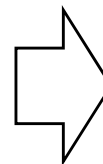
訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

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

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

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

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



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

#### ストーマ陥凹の例

凸面型装具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。姿勢の変化により深くぼみができるため、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

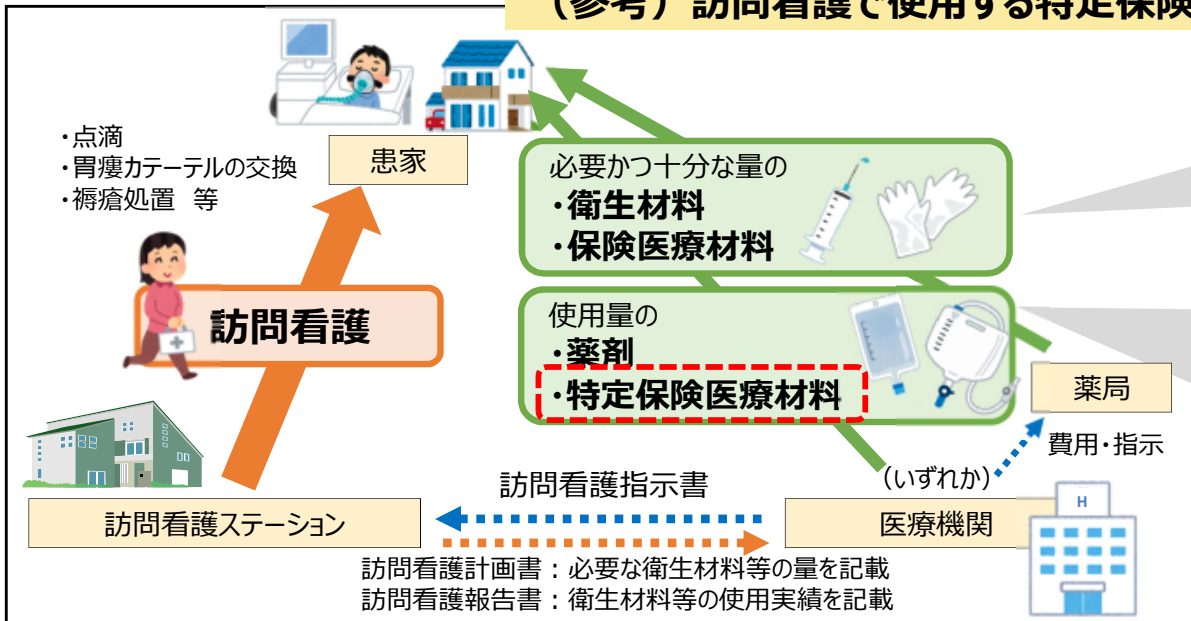
在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日<sup>①</sup>に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。

C300 特定保険医療材料  
材料価格を10円で除して得た点数  
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。(右記)

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

- (新) 011 膀胱瘻用カテーテル
- 012 交換用胃瘻カテーテル
- (1) 胃留置型
  - ① バンパー型  
ア ガイドワイヤーあり  
イ ガイドワイヤーなし
  - ② バルーン型
- (2) 小腸留置型
  - ① バンパー型
  - ② 一般型
- 013 局所陰圧閉鎖処置用材料
- 014 陰圧創傷治療用カートリッジ

### (参考) 訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



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

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

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

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

# 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

➤ 精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握等を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護療養費等について以下の見直しを行う。

## GAF尺度による評価の要件化

➤ 訪問看護記録書、報告書、明細書へのGAF尺度による評価の記載を要件とする。

### 改定後

#### 【精神科訪問看護基本療養費】

[算定要件](新規)

精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、月の初日の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。

※精神科訪問看護・指導料においても記録を要件化

## 訪問職種による区分の見直し

➤ 精神科訪問看護・指導料について、訪問した職種が分かるよう区分を新設する。

### 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
	<b>41の二次医療圏</b>
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	改定後
<b>【難病等複数回訪問加算】</b> 1日に2回の場合 4,500円  1日に3回以上 8,000円	<b>【難病等複数回訪問加算】</b> 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り。)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り。)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

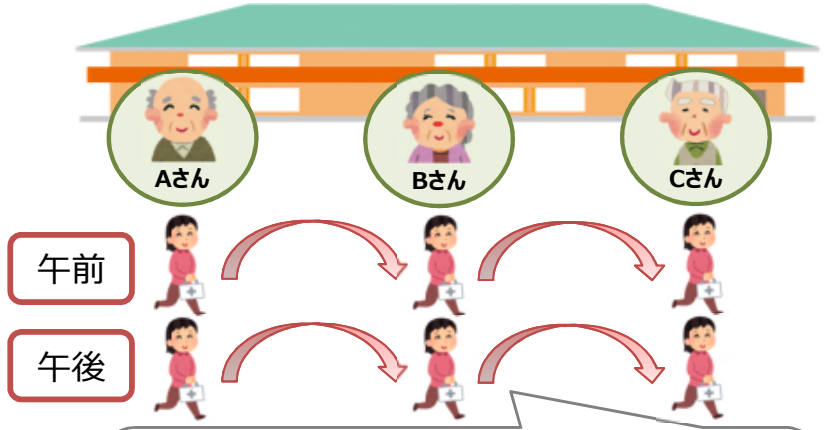
現行	改定後
<b>【複数名訪問看護加算】</b> イ 看護師等 4,500円  ロ 准看護師 3,800円  ハ 看護補助者(二以外) 3,000円  ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 3,000円  (2) 1日に2回の場合 6,000円  (3) 1日に3回以上の場合 10,000円	<b>【複数名訪問看護加算】</b> イ 看護師等 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円  ロ 准看護師 (1) 同一建物内1人 3,800円 (2) 同一建物内2人 3,800円 (3) 同一建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

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

# 同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

(参考)同一建物居住者における算定イメージ

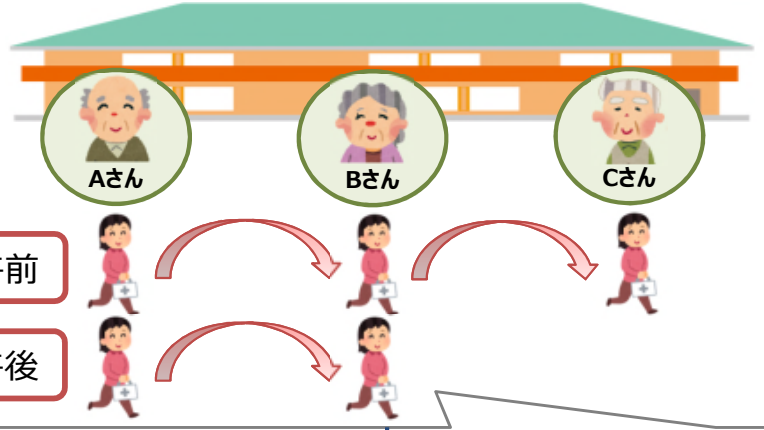
複数回の訪問看護



<Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に3人以上 2,780円	+
---------------------------------	---

難病等複数回訪問加算 1日2回 同一建物内3人以上 4,000円
-------------------------------------



<Aさん、Bさんの算定>

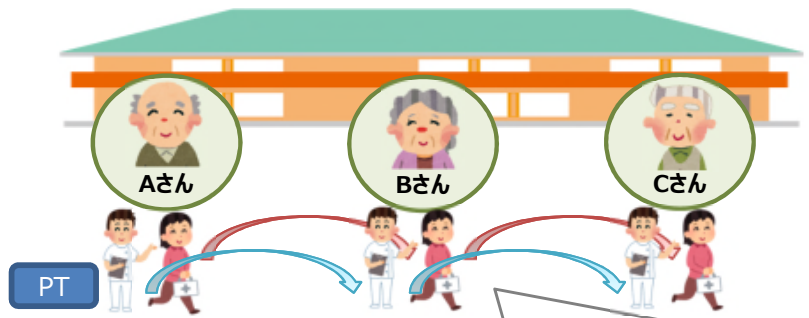
訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に3人以上 2,780円	+
---------------------------------	---

難病等複数回訪問加算 1日2回 同一建物内2人 4,500円
-----------------------------------

<Cさんの算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に3人以上 2,780円	のみ
---------------------------------	----

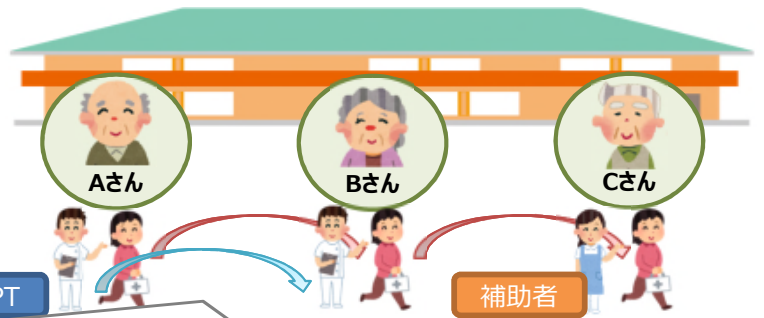
複数名による訪問看護



<Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に3人以上 2,780円	+
---------------------------------	---

複数名訪問看護加算 看護師等 同一建物内3人以上 4,000円
------------------------------------



<Aさん、Bさんの算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に3人以上 2,780円	+
---------------------------------	---

複数名訪問看護加算 看護師等 同一建物内2人 4,500円
----------------------------------

<Cさんの算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に3人以上 2,780円	+
---------------------------------	---

複数名訪問看護加算 看護補助者 同一建物内1人 3,000円
-----------------------------------

## 理学療法士等による訪問看護の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

## 週4日目以降の評価の見直し

- 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



## 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日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合  
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円



## 改定後

## 【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

- イ 保健師、助産師又は看護師による場合(ハを除く)  
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ロ 准看護師による場合  
 (1)週3日目まで 5,550円 (2)週4日目まで 6,550円
- ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 12,850円
- ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合  
 5,550円

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

## 計画書・報告書への記載事項の見直し

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

## [算定要件]

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- 訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。



# 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

## 宿泊サービス利用中の訪問診療の要件見直し

- 退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

※ 在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料についても同様

### 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<sup>※1</sup>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。<sup>※2</sup>

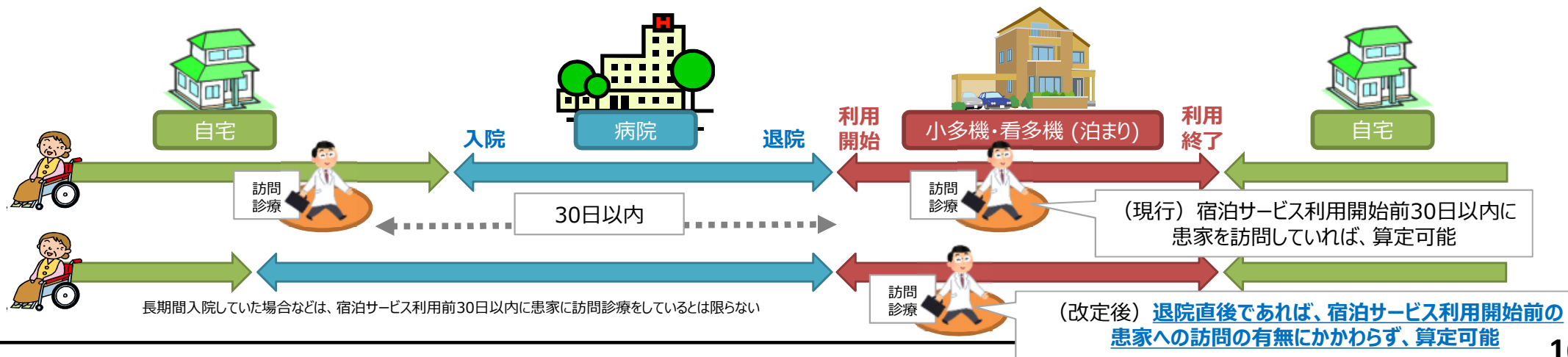
※1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料  
 ※2 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。

### 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<sup>※1</sup>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。<sup>※2</sup>
- **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。**<sup>※2</sup>

※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。



## 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つ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

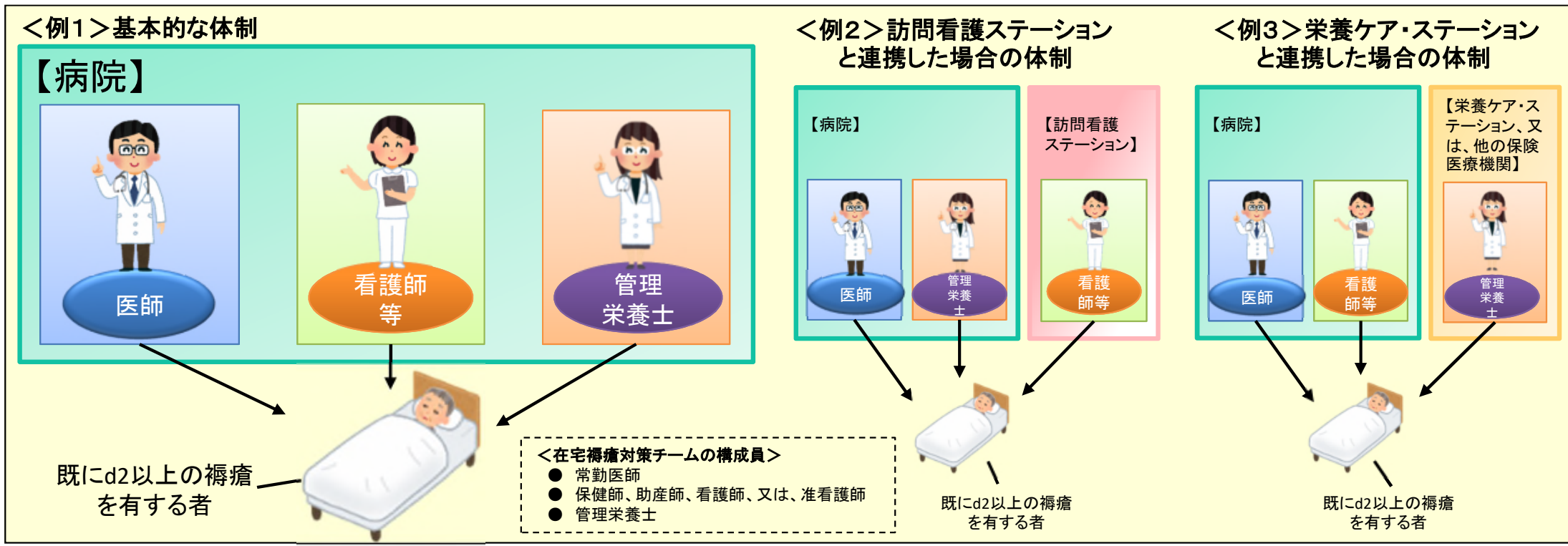
ウ 強度の下痢が続く状態であるもの

エ 極度の皮膚脆弱であるもの

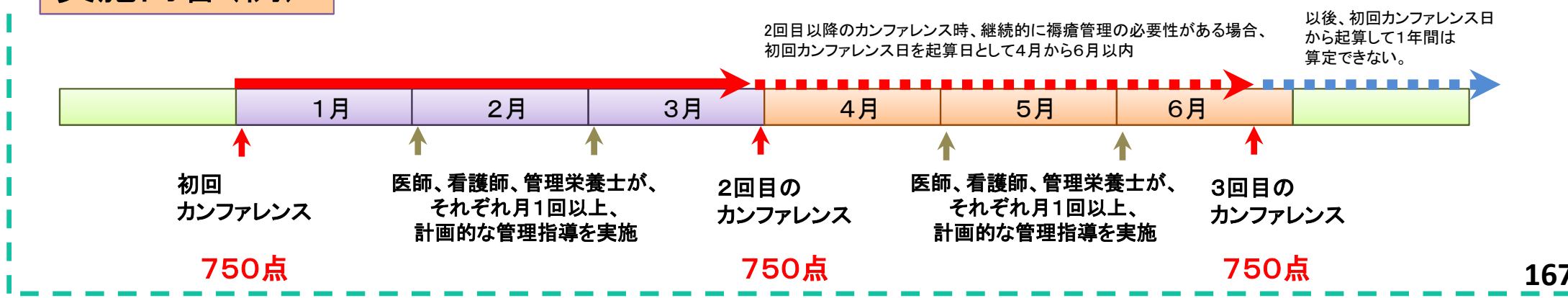
オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

# 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)



## 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

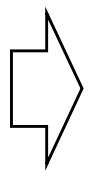
## 入院時支援加算の見直し

- 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をさらに評価する。

現行	
【入院時支援加算】	
入院時支援加算	200点(入院中1回)

改定後	
【入院時支援加算】	
イ (新)入院時支援加算1	230点 ← 項目ア～クを全て行う場合
ロ 入院時支援加算2	200点

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)



## 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

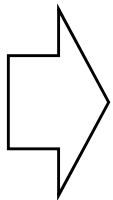
## 有床診療所入院基本料の注加算の見直し

➤ 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**

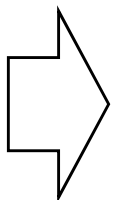
[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]  
(中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。



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**

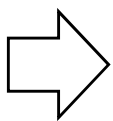
注3		
イ 医師配置加算1	<u>120点</u>	
ロ 医師配置加算2	<u>90点</u>	
注6		
イ 看護配置加算1	<u>60点</u>	
ロ 看護配置加算2	<u>35点</u>	
ハ 夜間看護配置加算1	<u>100点</u>	
ニ 夜間看護配置加算2	<u>50点</u>	
ホ 看護補助配置加算1	<u>25点</u>	
ヘ 看護補助配置加算2	<u>15点</u>	



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	<u>250点</u>

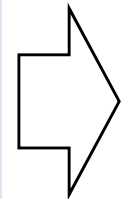


# 栄養食事指導の見直し

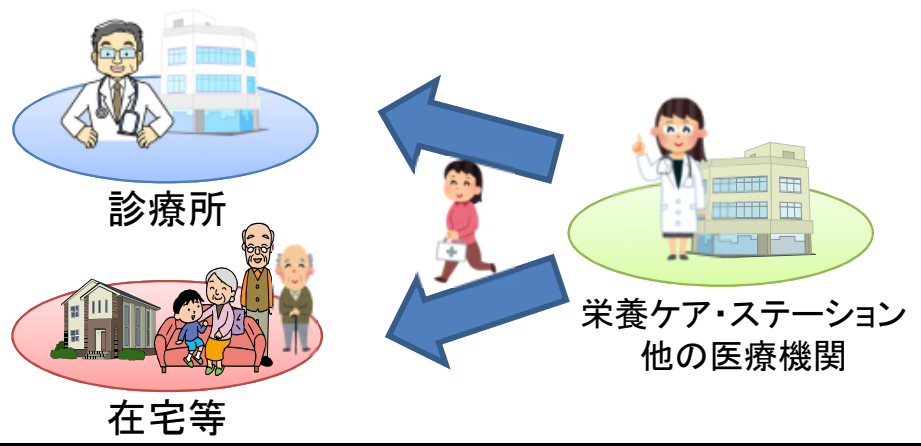
## 外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

➤ 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	
<b>【外来栄養食事指導料】</b>	
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点
<b>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</b>	
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			
<b>【外来栄養食事指導料】</b>			
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 <u>外来栄養食事指導料2</u>	<u>(1) 初回</u>		<u>250点</u>
	<u>(2) 2回目以降</u>		<u>190点</u>
<b>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</b>			
1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u>			
イ 単一建物診療患者が1人の場合			530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合			480点
ハイ及びロ以外の場合			440点
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>			
イ 単一建物診療患者が1人の場合			<u>510点</u>
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合			<u>460点</u>
ハイ及びロ以外の場合			<u>420点</u>
<b>【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】</b>			
診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、 <u>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</u> 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。			



## 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



## 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

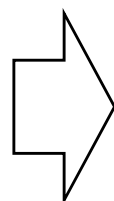
1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

## 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

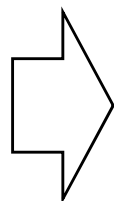


改定後	
一般名処方加算1	<u>7点</u>
一般名処方加算2	<u>5点</u>

## 後発医薬品使用体制加算

- 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

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

## バイオ後続品に係る情報提供の評価

- 在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

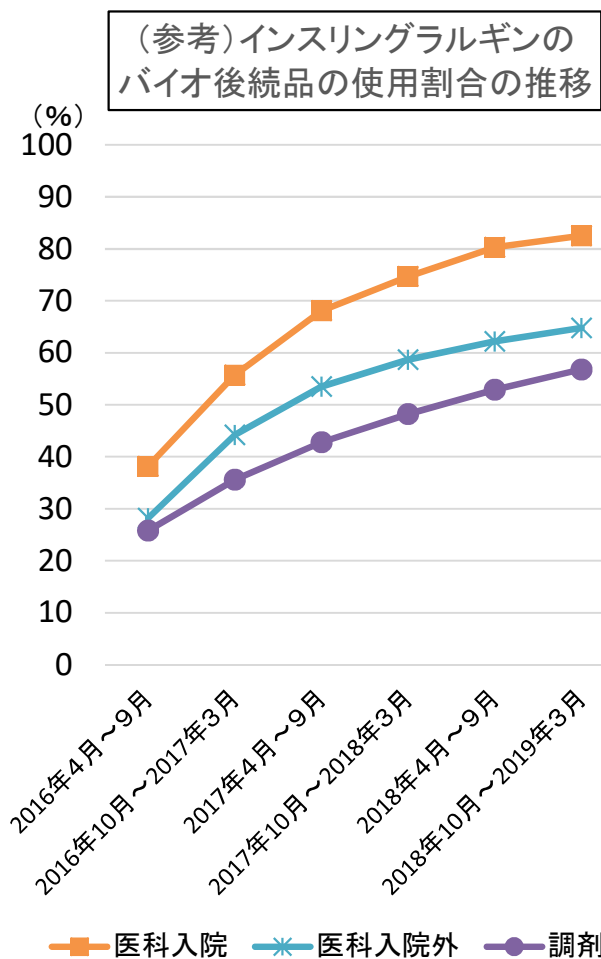
**(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)**

[算定要件]

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

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

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、  
エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤



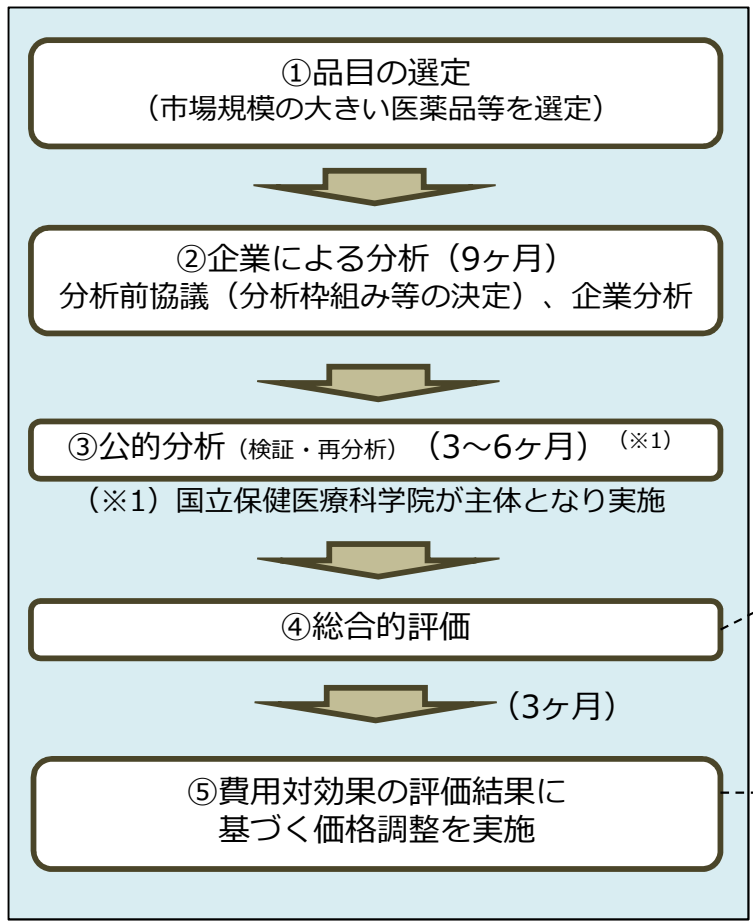
## IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

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

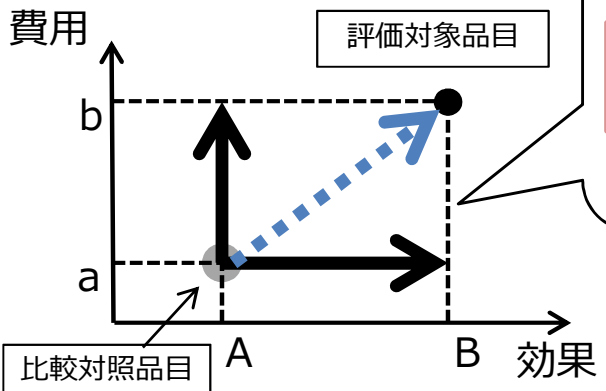
# 費用対効果評価制度について(概要)

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる（薬価制度の補完）。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

## 【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間

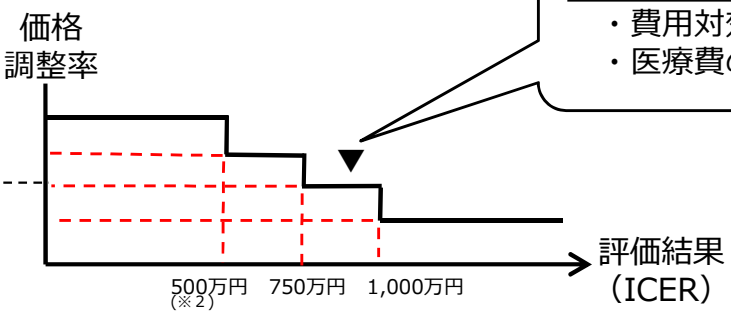


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)



評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ

(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準(750万円/QALY)を用いる。  
 (※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

## IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
- 3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等**
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
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

## 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

### 実勢価格を踏まえた臨床検査の適正な評価

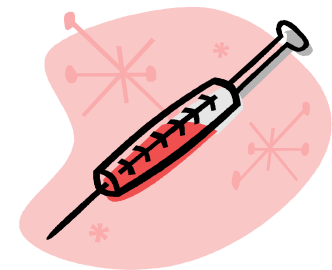
- 衛生検査所料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

例)

フェリチン半定量・定量	111点
生化学検査 I 10項目以上	112点
インフルエンザウイルス抗原定性	143点



<u>108点</u>
<u>109点</u>
<u>139点</u>



### 臨床的有用性がなくなった検査等の評価の廃止

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

[臨床的有用性がなくなった検査]

- (1) Bence Jones蛋白定性(尿)
- (2) 動物使用検査

[既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査]

アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)

## 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
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 of 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)	<u>100点</u>
--------------------	-------------

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)	<u>150点</u>
----------------	-------------

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、中止等が見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。

退院時薬剤情報管理指導料

**(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点**



## IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
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

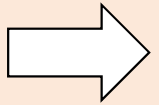
- ポジトロン断層撮影(PET)のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

【現行】

【改定後】

病棟  
出来高

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

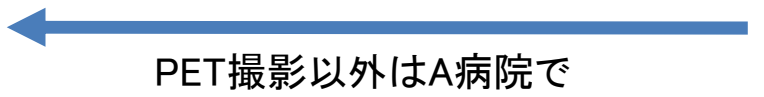
A病院



A病院入院患者が  
PET撮影の為、B病院を受診



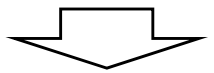
PET撮影以外はA病院で  
入院加療を継続



B病院

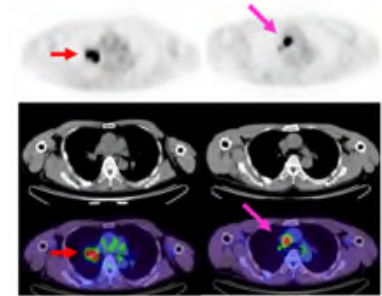


A病院が算定する入院基本料から10%減額



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)



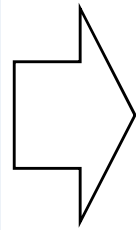
# 小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進①

## 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

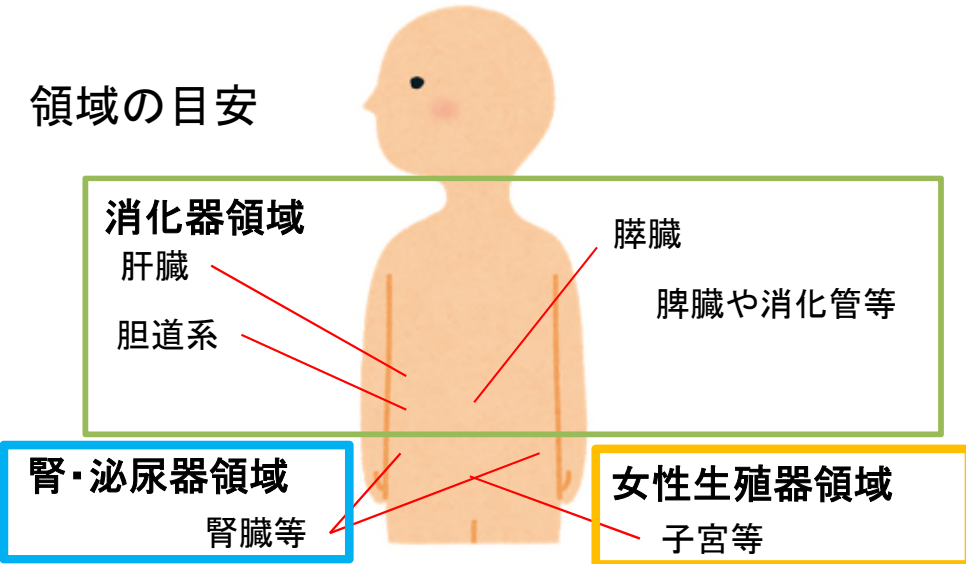
➤ 超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を診療録等へ記載するよう要件を見直す。

[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。

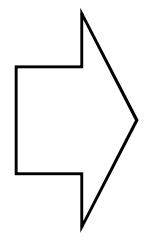
- ア 消化器領域
- イ 腎・泌尿器領域
- ウ 女性生殖器領域
- エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
- オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等
- カ その他

# 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



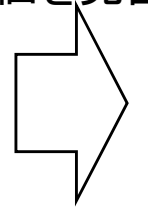
改定後	
2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)	
(新) イ 訪問診療時に行った場合 (月1回に限り算定)	400点
ロ その他の場合	
(1) 胸腹部	530点
(2) 下肢血管	450点
(3) その他(頭頸部、四肢、 体表、末梢血管等)	350点

[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

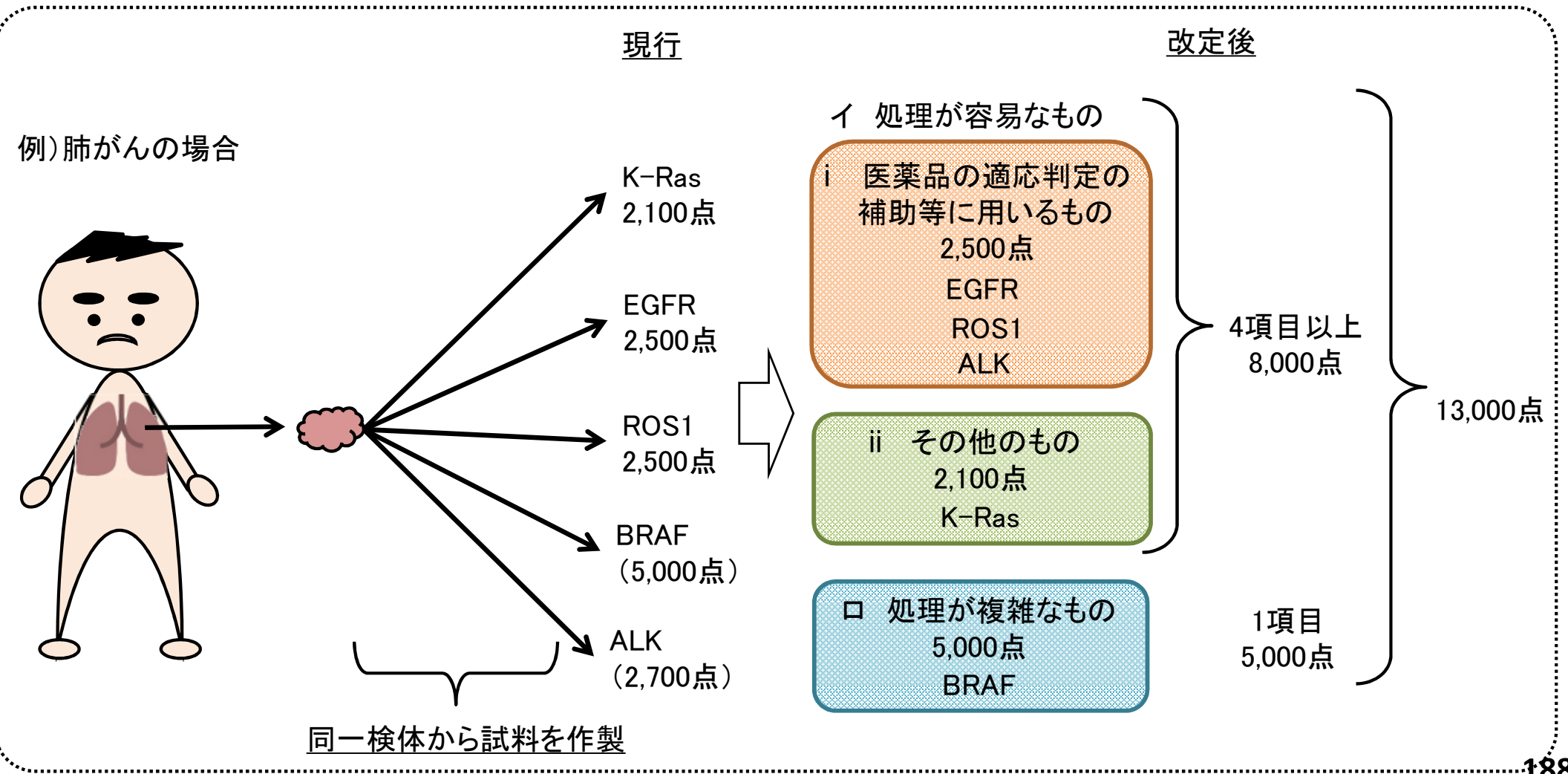


改定後	
【超音波検査】	
パルスドプラ法加算	150点

# 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とする。
- 同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価とする。





# 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

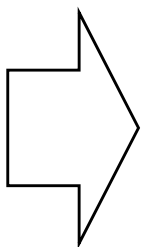
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,980点	1,940点	1,900点
4時間以上 5時間未満	2,140点	2,100点	2,055点
5時間以上	2,275点	2,230点	2,185点

[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-PHD阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

[施設基準]

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

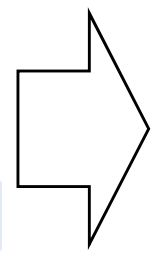
## 慢性維持透析患者外来医学管理料に係る要件の見直し

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

# バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

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

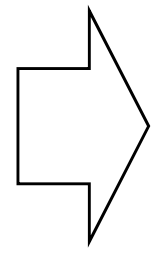
現行	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 静脈転位を伴うもの	21,300点
2 その他のもの	7,760点
【外シャント血栓除去術】	1,680点
【内シャント又は外シャント設置術】	18,080点



改定後	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 <u>内シャント造設術</u>	
イ 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
<u>(削除)</u>	
<u>(削除)(末梢動静脈瘻造設術 1イ へ)</u>	

➤ 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

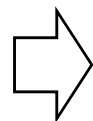
- 腎不全以外の患者に対する血液浄化療法を適正に実施するため、持続緩徐式血液濾過について要件を見直す。

### 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

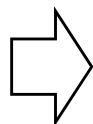
- 吸着式血液浄化法について、エンドトキシンを吸着するという治療目的や敗血症診療ガイドライン2016、標準治療と比較して死亡率の改善は認められないこと等を踏まえ、適切な実施を推進するよう要件の見直しを行う。

### 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]

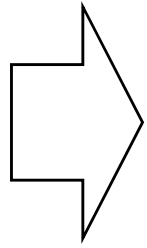
- ・ **18歳以上**の患者にあっては、次のいずれにも該当する患者。  
 ア 次のいずれかの項目に該当するもの。  
 ① **血液による細菌培養同定検査**において、**グラム陰性桿菌の陽性**が確認されている場合。  
 ② **他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていた場合**。  
 ③ グラム陰性桿菌による敗血症性ショックで強く疑われ、**急性期DIC診断基準が4点以上、又はそれに準じる状態の場合**。  
 イ **日本版敗血症診療ガイドライン2016における敗血症性ショック**の定義を満たすもの。  
 ・ **18歳未満**の患者にあっては、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



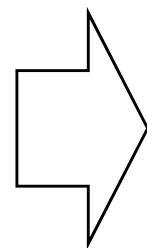
改定後	
【下肢静脈瘤手術】	
1 抜去切除術	10,200点
【大伏在静脈抜去術】	<u>10,200点</u>
【下肢静脈瘤血管内焼灼術】	<u>10,200点</u>

[算定要件]  
 ・下肢静脈瘤血管内焼灼術の実施に当たっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

## 網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

- 眼循環動態の把握に用いられる検査として、検査の精度等の観点から、現在は蛍光眼底造影検査や眼底三次元画像解析等が一般的に用いられていること等を踏まえ、網膜中心血管圧測定に関する診療報酬上の評価を廃止する。

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	
<u>(削除)</u>	

※経過措置として、令和4年3月31日までの間に限り算定できるものとする。

# 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る、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、可能な限り、4月15日(水)までの提出にご協力をお願いします。



令和2年度診療報酬改定により届出が必要となるもの等

令和2年3月5日現在

(厚生労働省保険局医療課事務連絡により、訂正が行われる場合があります。)

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(基本診療料)

【初・再診料】

- オンライン診療料（頭痛患者の診療に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）

【入院基本料】

- 結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料  
(重症度、医療・看護必要度に係る基準及び常勤の医師の員数の基準に該当する場合に限る。)

【入院基本料等加算】

- 緩和ケア診療加算  
(別添3の第14の1の(1)に規定する緩和ケアチームのうち身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師が第14の1の(5)のウに規定する研修のみ終了している者である場合に限る。)
- 入退院支援加算の注8に掲げる総合機能評価加算
- 認知症ケア加算2
- せん妄ハイリスク患者ケア加算
- 精神科急性期医師配置加算1
- 精神科急性期医師配置加算3
- 排尿自立支援加算
- 地域医療体制確保加算

【特定入院料】

- 特定集中治療室管理料の注5に掲げる早期栄養介入管理加算
- 緩和ケア病棟入院料1



1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【医学管理等】

- 外来栄養食事指導料（注2に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合）
- 心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算
- がん患者指導管理料の二
- 婦人科特定疾患治療管理料
- 腎代替療法指導管理料
- ニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
- 療養・就労両立支援指導料の注3に掲げる相談支援加算
- 外来排尿自立指導料
- 精神科退院時共同指導料1
- 精神科退院時共同指導料2

【在宅医療】

- 在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。）  
に掲げる訪問看護・指導体制充実加算
- 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【検査】

- 睡眠時歯科筋電図検査
- B R C A 1 / 2 遺伝子検査
- がんゲノムプロファイリング検査
- 角膜ジストロフィー遺伝子検査
- 先天性代謝異常症検査
- ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
- 検体検査判断料の注7に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
- 単線維筋電図
- 脳磁図 (自発活動を測定するもの)
- 終夜睡眠ポリグラフィー (安全精度管理下で行うもの)
- 黄斑局所網膜電図
- 全視野精密網膜電図
- 経気管支凍結生検法

【画像診断】

- 血流予備量比コンピューター断層撮影
- 全身MRI撮影加算

【注射】

- 連携充実加算

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【精神科専門療法】

- 経頭蓋磁気刺激療法
- 療養生活環境整備指導加算
- 依存症集団療法 2

【処置】

- 静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)
- 多血小板血漿処置
- 心不全に対する遠赤外線温熱療法

【手術】 (1 / 2)

- 乳房切除術 (遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。)
- 子宮附属器腫瘍摘出術 (遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。)
- 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算
- 椎間板内酵素注入療法
- 頭蓋内電極植込術 (脳深部電極によるもの (7本以上の電極による場合) に限る。)
- 角膜移植術 (内皮移植加算)
- 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術 (軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)
- 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- 顎関節人工関節全置換術
- 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合)
- 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

1. 新たに施設基準が創設されたことにより届出が必要なもの

(特掲診療料)

【手術】(2/2)

- 不整脈手術 左心耳閉鎖術(経カテーテル的手術によるもの)
- 両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場合)
- 植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)
- 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(心筋電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(心筋電極の場合)
- 経皮的下肢動脈形成術
- 腹腔鏡下リンパ節群郭清術(後腹膜)
- 腹腔鏡下リンパ節群郭清術(傍大動脈)
- 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)
- 腹腔鏡下臍体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 同種死体臍島移植術
- 腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 腹腔鏡下仙骨脛固定術(内視鏡手術用支援機器を用いた場合)
- 無心体双胎焼灼術
- 胎児輸血術
- 同種クリオプレシペート作製術
- 顎関節人工関節全置換術(歯科)

【麻酔】

- 歯科麻酔管理料

令和2年3月5日現在  
(厚生労働省保険局医療課事務連絡により、訂正が行われる場合があります。)

2. 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【令和2年4月1日以降】

- 認知症ケア加算3 (※1)
- 精神科急性期医師配置加算2のイ及びロ (※2)
- 救急医療管理加算
- データ提出加算
- 小児運動器疾患指導管理料
- 小児科外来診療料
- 摂食機能療法の注3に掲げる摂食嚥下支援加算 (※3)
- 導入期加算2
- 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)
- 麻酔管理料 (Ⅱ) (麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。)

(※1) 令和2年3月31日において、現に旧算定方法別表第一区分番号A247に掲げる認知症ケア加算2に係る届出を行っている保険医療機関

(※2) 令和2年3月31日において、現に旧算定方法別表第一区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関

(※3) 令和2年3月31日において、現に旧算定方法の区分番号「H004」摂食機能療法の注3に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)

令和2年3月5日現在  
(厚生労働省保険局医療課事務連絡により、  
**訂正が行われる場合があります。**)

2. 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合】(1/2)

- 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料7、地域一般入院基本料を除く。)(急性期一般入院料1、2、3、5及び6に限る。)
- 療養病棟入院基本料(当該入院料の施設基準における「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。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。)
- 結核病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る。)
- 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料に限る。)
- 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算
- 専門病院入院基本料(7対1入院基本料に限る。)
- 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算
- 総合入院体制加算
- 急性期看護補助体制加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)
- 看護職員夜間配置加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)
- 看護補助加算1
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3(リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。)

(※4) 当該入院料の施設基準における「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。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。

令和2年3月5日現在  
(厚生労働省保険局医療課事務連絡により、  
訂正が行われる場合があります。)

2. 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合】(2/2)

- 地域包括ケア病棟入院料 (入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。)
- 地域包括ケア入院医療管理料 (入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。)
- 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
- 特定一般病棟入院料の注7 (入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。)

令和2年3月5日現在  
(厚生労働省保険局医療課事務連絡により、  
訂正が行われる場合があります。)

2. 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合】

- 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料7、地域一般入院基本料を除く。）（急性期一般入院料4に限る。）
- 入退院支援加算3（※5）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1（管理栄養士の配置に係る規定に限る。）
- 地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）
- 地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）
- 特定一般病棟入院料の注7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）
- 調剤基本料の注5に掲げる地域支援体制加算（調剤基本料1を算定している保険薬局に限る。）

（※5）「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」の規定を満たす場合に限る。



令和2年3月5日現在  
(厚生労働省保険局医療課事務連絡により、訂正が行われる場合があります。)

2. 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要なもの

【令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合】

- 療養病棟入院基本料（※6）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料（※7）

(※6) 許可病床数が200床未満の医療機関に限る。データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。

(※7) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。

令和2年3月5日現在  
 (厚生労働省保険局医療課事務連絡により、  
訂正が行われる場合があります。)

3. 施設基準等の名称が変更されたが、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

(旧)		(新)
持続血糖測定器加算	→	持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)
脳磁図	→	脳磁図 (その他のもの)
依存症集団療法	→	依存症集団療法 1
腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術	→	腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。)
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	→	両心室ペースメーカー移植術 (経静脈電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (経静脈電極の場合)
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	→	植込型除細動器移植術 (経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術 (その他のもの) 及び経静脈電極抜去術に関する施設基準
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	→	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (経静脈電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (経静脈電極の場合)

### 「変更の届出」について（届出受理後の措置等）

- 施設基準を届出し受理された後、届出書に記載した従事者等に変更があっても、引き続き施設基準に適合している場合は、「変更の届出」は不要です。

#### <注意>

- ただし、次のような届出の内容と異なった事情が生じたときは、届出が必要です。
  - ・ 届け出た施設基準を満たさなくなった場合
  - ・ 当該施設基準の届出区分が変更となった場合
  - ・ 神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1、2及び3、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について、届け出ている医師に変更があった場合
  - ・ 使用する機器を届け出ている施設基準の機器に変更があった場合
  - ・ CT撮影及びMRI撮影に使用する機器に変更があった場合 等
- 施設基準の届出を行った保険医療機関等は、毎年7月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告する必要があります。

# 診療報酬改定の留意事項

・本資料は、診療報酬改定の**全ての項目を網羅しておりません**ので、ご注意願います。

・施設基準の届出書の提出の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて  
(保医発0305第2号令和2年3月5日)

○特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて  
(保医発0305第3号令和2年3月5日) 等

・算定の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について  
(保医発0305第1号令和2年3月5日) 等

# 施設基準提出時の留意事項等

- 令和2年4月20日(月) **必着**
- 届出書・届出書添付書類は**1通のみ提出**  
提出した届出書・届出書添付書類の写しは当該保険医療機関にて適切に保管してください。  
※前回の改定より、**副本の提出が不要**となりました。
- **施設基準ごとに一組**とし、ホチキス・ダブルクリップ等で **一纏めにする**
- 届出書の四つの□(四角)の中に**レ点**
- 封筒には朱書きで「**医科施設基準在中**」と記載

# 届出書様式

別添2

## 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：			
(届出事項)  [ ] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
令和      年      月      日			
保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称			
開設者名		印	
殿			
備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

別添7

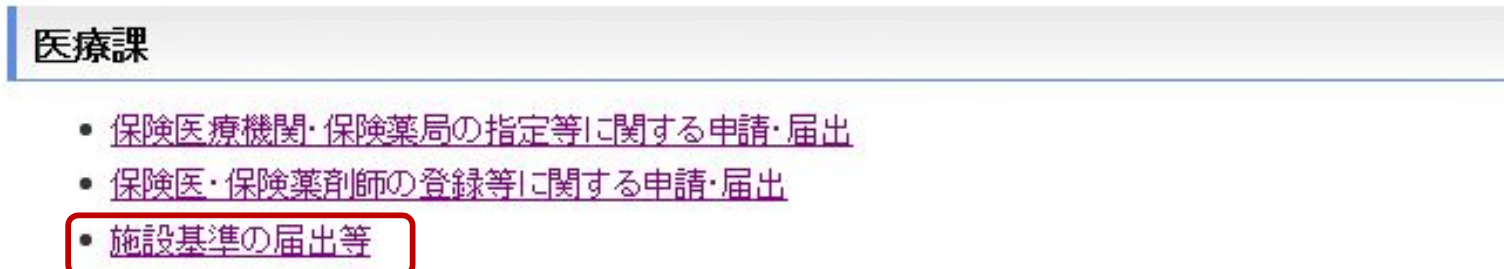
## 基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
(連絡先 担当者氏名： 電話番号：)			
(届出事項)  [ ] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
年      月      日			
保険医療機関の所在地 及び名称			
開設者名		印	
殿			
備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

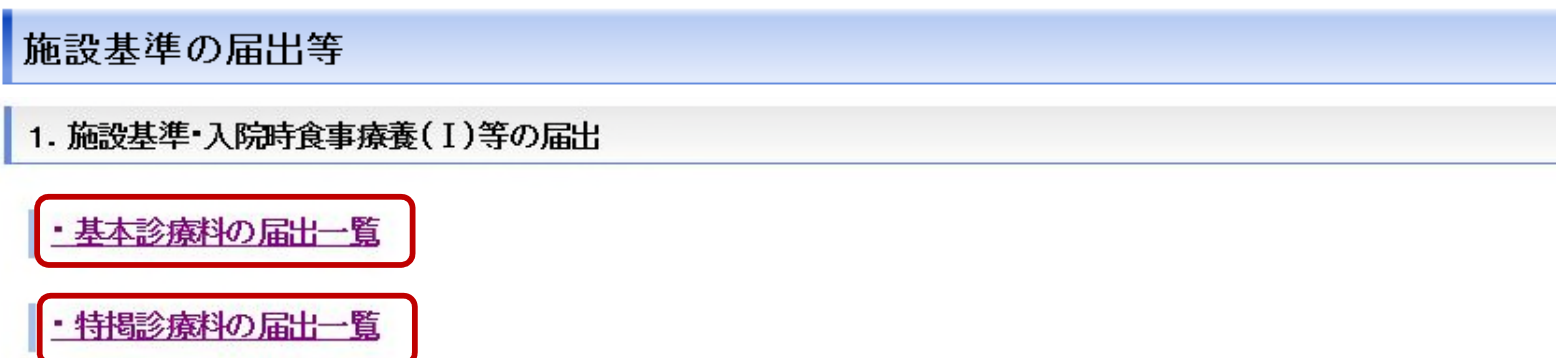
① 「北海道厚生局」トップページ → 「申請等手続」をクリック



② 「医療課」の「施設基準の届出等」をクリック



③ 「基本診療料の届出一覧」・「特掲診療料の届出一覧」をクリック



・届出書と届出書添付書類は、一組で提出してください。

施設基準ごとに一組とし、ホチキス・ダブルクリップ等で一纏めにしてください。

複数の施設基準等の届出を同時に提出した場合であっても、審査等の関係から各施設基準の受理通知書の発送日が異なる場合がありますので、ご了承ください。

★チェックリスト★

「届出書」及び「届出書添付書類」に記載漏れはありませんか。

※届出書・・・基本診療料：別添7、特掲診療料：別添2

※届出書は、届出を行う施設基準ごとに提出が必要なので、複数の施設基準を届出する場合は別葉としてください。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

「届出書」の連絡先欄を記入していますか。

「届出書」に記載されている備考2を確認し、チェックを入れましたか。

必要な「添付書類」が添付されていますか。

※通知及び各様式で示している添付書類を再度ご確認ください。



## 令和2年度診療報酬改定に関する質問表について

## 4. 令和2年度診療報酬改定に関する質問票

項目	ダウンロード	
質問票 (R02改定版)	<a href="#">(ワード:41KB)</a>	<a href="#">(PDF:108KB)</a>

※ [告示、通知、疑義解釈\(Q&A\)](#)等を今一度、ご確認いただきますようお願いいたします。

## &lt;提出方法&gt;

令和2年度診療報酬改定に関するご質問につきましては、上記の所定様式の「質問票」に内容を記載のうえ、北海道厚生局医療課へFAX又は郵送にて送付願います(FAXの場合は、FAX送信票は不要です)。

## &lt;提出先&gt;

- FAXの場合 : FAX番号 [011-796-5133](tel:011-796-5133) (お間違えのないようご注意ください。)
- 郵送の場合 : 〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1野村不動産札幌ビル2階 北海道厚生局医療課 宛

## &lt;記載上の留意事項&gt;

- 「質問票」は、1枚につき1問とさせていただきます。
- 「質問票」の受付は、保険医療機関・保険薬局、訪問看護ステーションに限定させていただきます。
- ご質問に対する回答は内容を精査後、順次行って参りますが、特に診療報酬改定等の直前・直後の時期にご質問が集中すること、また、ご質問の内容によっては各関係機関との調整が必要な場合があること等から、大変恐縮ではございますが、回答までに相当の期間を要することがありますことを予めご了承ください。

「北海道厚生局」(トップページ) → 「知りたい分野から探す」 → 「保険医療機関・保険医等」 → 「保険医療機関・保険薬局の方へ」 → 「令和2年度診療報酬改定に伴う関連資料等について」

# 提出期限

令和2年4月20日(月) **必着**

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、可能な限り、4月15日(水)までの提出にご協力をお願いします。
- 施設基準等届出書の提出については、封筒等の上部余白に朱書きで「医科施設基準在中」と記載していただき、「郵送」でお願いします。  
北海道厚生局へ直接持参される場合は、原則、受付印の押印のみとさせていただきますので、予めご承知おきください。