

令和2年度診療報酬改定の概要 (⑥精神医療)

※ 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2
改定

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. **地域との連携を含む多職種連携の取組の強化**
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

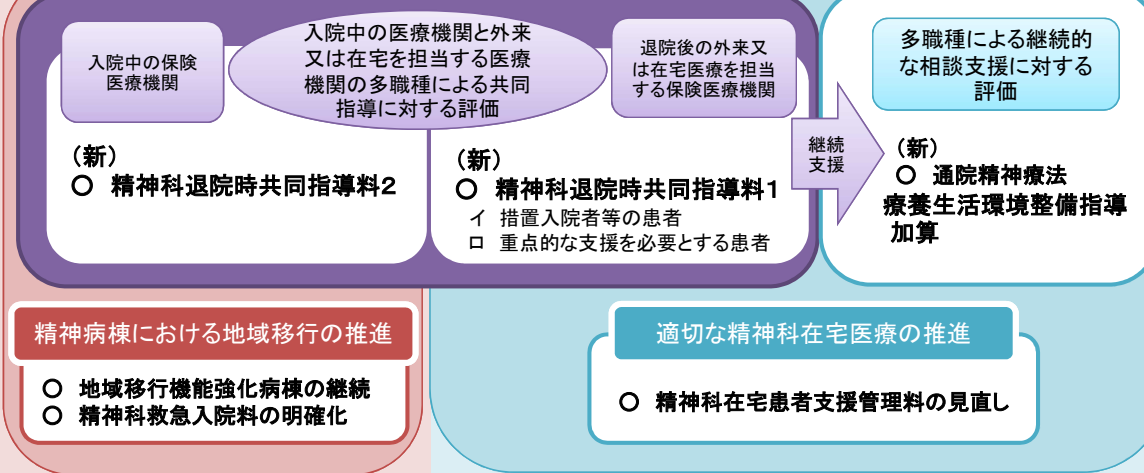
入院医療

外来・在宅医療

質の高い入院医療の評価

- **クロザピンの普及促進**
 - ・クロザピンの使用実績等に基づいた精神科急性期医師配置加算の見直し
 - ・精神科急性期病棟におけるクロザピンの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

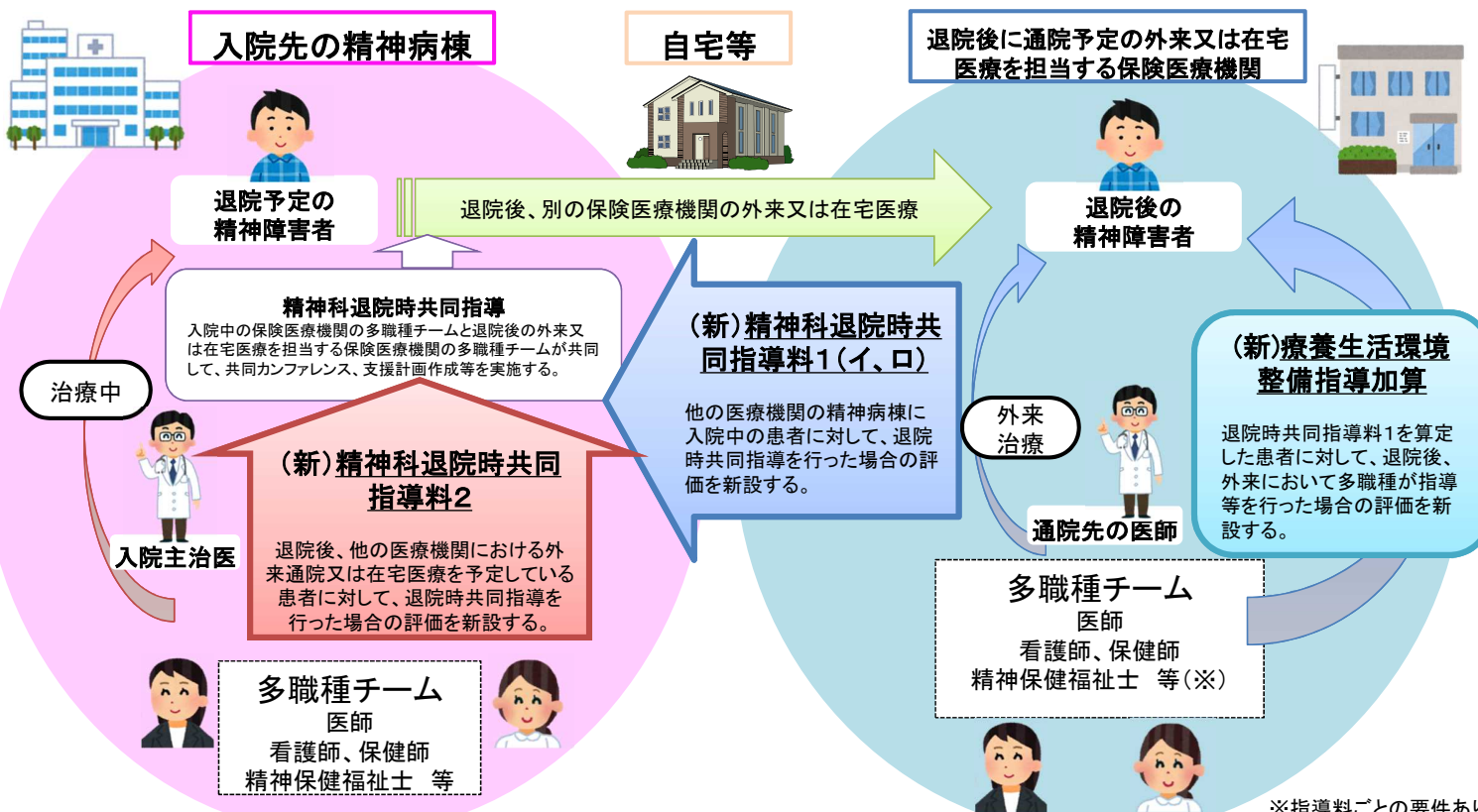
- **依存症集団療法**
- (新) **ギャンブル依存症の集団療法プログラムに対する評価**

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、「精神科病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



精神病棟における退院時共同指導の評価

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



(新) 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1(外来又は在宅療養を担う保険医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(Ⅰ) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(Ⅱ) 900点

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

	対象患者	共同指導を実施する多職種チーム(必要に応じて他の職種も参加)
1のイ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 措置入院又は緊急措置入院の患者 ○ 医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者 ○ 1年以上の長期入院患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師(以下、看護師等) ○ 精神保健福祉士
1のロ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重点的な支援が必要な患者 ※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等 ○ 精神保健福祉士
2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1のイ又は1のロの患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 看護師等 ○ 精神保健福祉士

[算定要件]

- 外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った場合に算定する。
- 共同指導に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、「[包括的支援マネジメント実践ガイド](#)」を参考にすること。
- 外来を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、[ビデオ通話](#)を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

[施設基準]

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



精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

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

(新) 療養生活環境整備指導加算 250点(月1回)



[算定要件]

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



[施設基準]

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

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-7-3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 -③

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ①

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

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

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

(新) 精神科在宅患者支援管理料3（月1回）

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

[算定要件]

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

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

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

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

(※ 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準)

- イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
- ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。

- 精神科在宅患者支援管理料「1」の「ハ」については、廃止する。

[経過措置] 令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定出来る。

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ②

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

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

「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

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

「1」 6月を限度として算定

「2」 6月を限度として算定

「3」 「1」又は「2」の開始日から2年を限度として算定

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

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

※カンファレンスについて、訪問看護療養費における精神科重症患者支援管理連携加算も同様の取扱いとする。140

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

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

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

【施設基準】 ※<>内は現行

届出時の病床稼働率に係る係数を見直し

(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

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

(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病床における平均入院患者数

(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病床における平均入院患者数

(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

地域移行に係る実績係数を見直し

イ 以下の式で算出される数値が<1.5><2.4>以上であること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 当該入院料については、令和6年3月31日まで届出を可能とする。

【経過措置】 令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。141

精神病棟における質の高い医療の評価

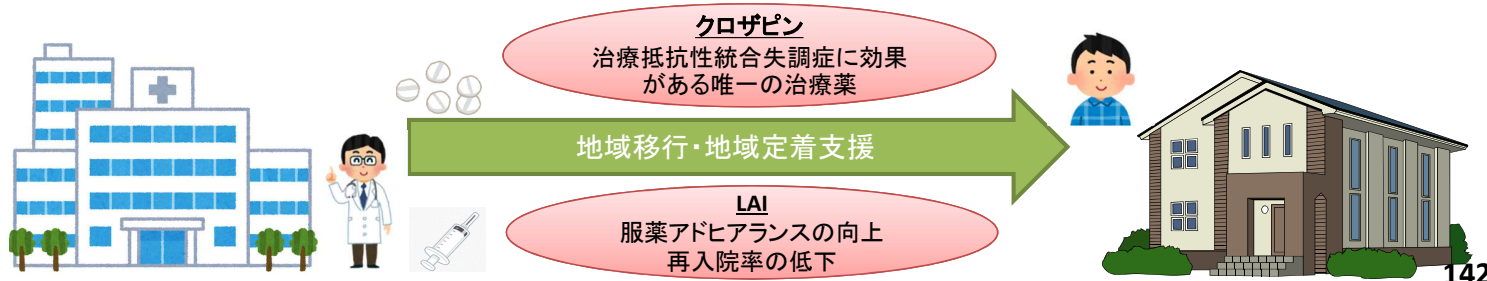
➤ 精神病棟等における質の高い医療を評価し、地域移行、地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. クロザピンの普及促進

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

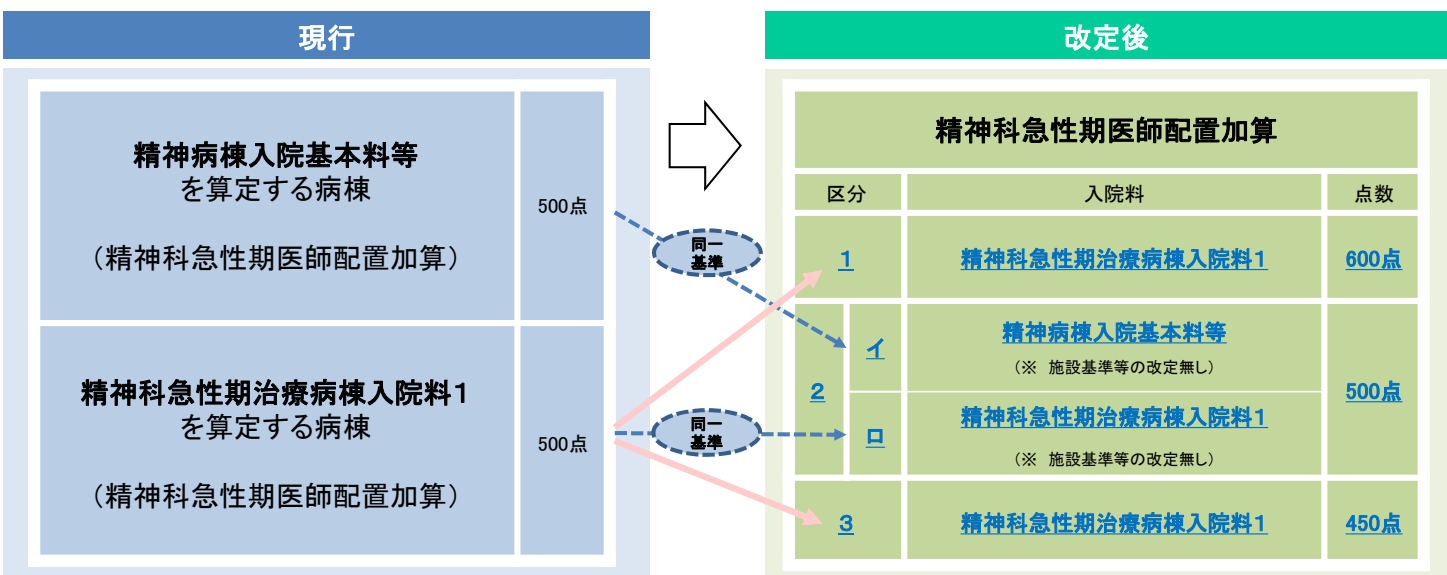
2. 持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の使用推進

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



精神科急性期医師配置加算の見直し

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



[施設基準] <改定後の実績要件>

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

精神療養病棟入院料等における 持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し



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

現行

【施設基準】【別表第五の一の四】

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

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



改定後

【施設基準】【別表第五の一の四】

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

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

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

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

現行

【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】

【算定要件】

- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点



改定後

【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】

【算定要件】

- 1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

- イ 入院中の患者
 - ロ 入院中の患者以外
- 注1 1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進



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

現行

対象患者

精神科救急入院料

現行、転棟患者は対象外

- 【算定要件】
- ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
 - イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者

精神科急性期治療病棟入院料

現行、急性増悪以外の転棟患者は対象外

- 【算定要件】
- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
 - イ 他病棟入院患者の急性増悪例



改定後

対象患者

精神科救急入院料(※1)

新設

- 【算定要件】
- ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
 - イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者

ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者(※2)

精神科急性期治療病棟入院料

新設

- 【算定要件】
- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
 - イ 他病棟入院患者の急性増悪例

ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者(※2)

※1 精神科救急・合併症入院料についても同様の取り扱いとする。

※2 クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者については、**クロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。**

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

改定後

【精神科救急入院料1に関する施設基準】

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

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

クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し

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

精神科救急入院料の見直し

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

改定後

【精神科救急入院料1】

[施設基準]

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

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

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

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

※ 精神科救急入院料2についても同様。

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

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

現行

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

改定後

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

精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

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

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

カンファレンスへの参加	現行	改定後
参加が必須	<ul style="list-style-type: none"> ○ 産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師 ○ 市町村等の担当者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師
必要に応じて参加	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村等の担当者 ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等

カンファレンスの結果を、文書により情報提供

3. 多職種によるカンファレンスについて、初回は対面で実施することとし、2回目以降については、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加可能とする。

4. 直近1年間の市町村又は都道府県との連携実績を不要とする。



精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

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

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

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

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



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

[公認心理師による場合の算定要件]

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



精神病棟における身体合併症の治療等の推進

精神科身体合併症管理加算の見直し

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

現行	
【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)	
1 7日以内	450点
2 8日以上10日以内	225点
[算定要件]	
注 精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。	
(3) (略)	
[施設基準]	
別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略)	



改定後	
【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)	
1 7日以内	450点
2 8日以上 15日 以内	300点
[算定要件]	
注 精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して 15日 を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。	
(3) (略) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折については、骨折の危険性が高い骨粗鬆症であって骨粗鬆症治療剤の注射を要する状態を含むものとする。	
[施設基準]	
別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略)	
(新設) 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)	

精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

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

ギャンブル依存症に対する治療の評価

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

(新) 依存症集団療法 2 ギャンブル依存症の場合 300点(1回につき)



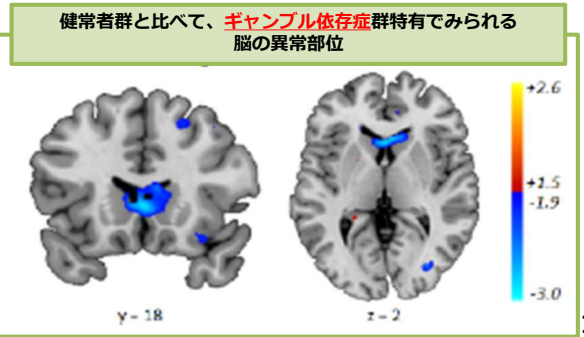
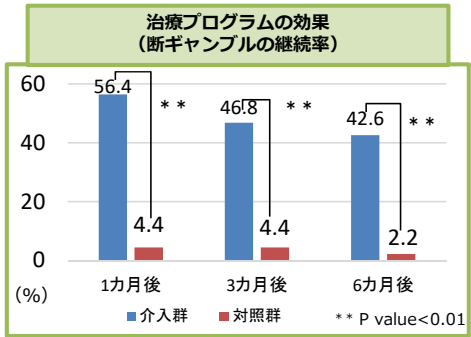
[算定要件]

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

[施設基準]

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

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



令和2年度診療報酬改定の概要 (⑦個別的事項)

※ 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。

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 -⑦

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)

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

[対象患者]

悪性腫瘍

改定後

【個別栄養食事管理加算
(緩和ケア診療加算の注加算)】

[算定要件]

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

[施設基準]

イ (略)

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

[対象患者]

悪性腫瘍、**後天性免疫不全症候群、末期心不全**



令2
改定

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の要件見直し

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

現行

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 150点（月1回）

【算定要件】

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

【算定対象】

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、ア又はイに該当する者

ア 妊娠時に診断された明らかな糖尿病（以下のいずれかを満たす）

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

イ ハイリスクな妊娠糖尿病

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

改定後

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】

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

【算定要件】

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

【算定対象】

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



156

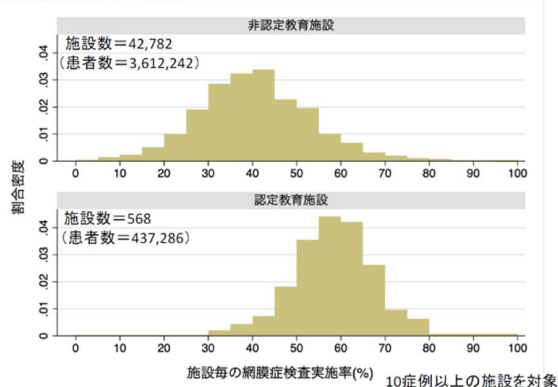
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

- 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。

157

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 -①

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。

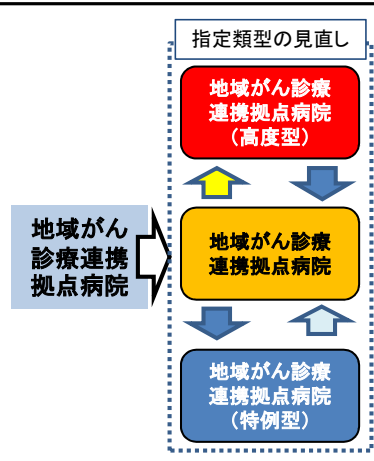
現行

[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

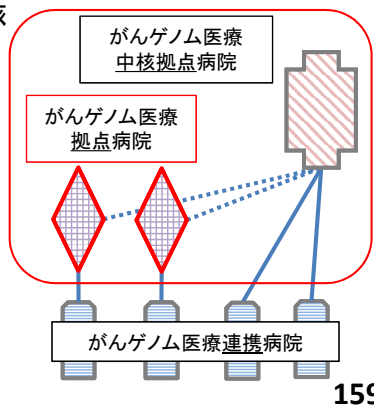
注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。

[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。



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。

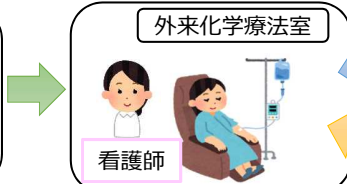
ア 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。(変更なし)

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)



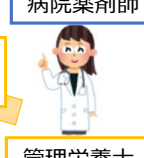
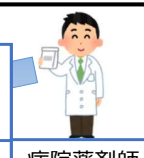
外来がん化学療法のための総合的な取組

医療機関



レジメン(治療内容)を提供、他の医療機関に提示するよう指導

患者の状態に合わせた栄養食事指導



薬局



連携

レジメン情報等に基づく服薬指導、医療機関へ必要な情報をフィードバック

質の高い外来がん化学療法の評価

(新) 連携充実加算 150点(月1回)

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

外来栄養食事指導料の評価の見直し

- 外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、**外来栄養食事指導料について、要件を見直す。**

薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価

(新) 特定薬剤管理指導加算2 100点(月1回)

- 以下の取組を評価
- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
 - 次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供

質の高い外来がん化学療法の評価

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

外来化学療法加算1(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

(新) 連携充実加算 150点(月1回)



[算定要件]

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

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

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

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。

- (2) 地域の保険薬局等との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 当該**保険医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページ等で閲覧できるようにしておく**こと。

イ 当該保険医療機関において**地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施**すること。

ウ 保険薬局等からの**レジメンに関する照会等に応じる体制を整備**すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

- (3) 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する**専任の常勤管理栄養士が勤務**していること。

外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

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

現行

【外来栄養食事指導料】

イ 初回 260点

ロ 2回目以降 200点

[算定要件]

(新設)

[施設基準]

(新設)

改定後

【外来栄養食事指導料】

イ 初回 260点

ロ 2回目以降

(1) **対面で行った場合 200点**

(2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[算定要件]

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

[施設基準]

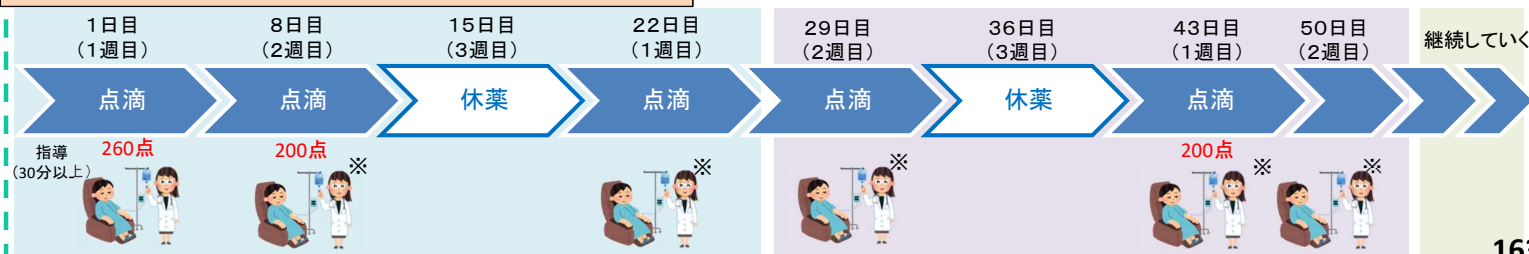
(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、**専任の常勤管理栄養士が1人以上配置**されていること。

(2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。



週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例

※: 指導(時間要件なし)



薬局における対人業務の評価の充実 ②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

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

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

[対象患者]

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

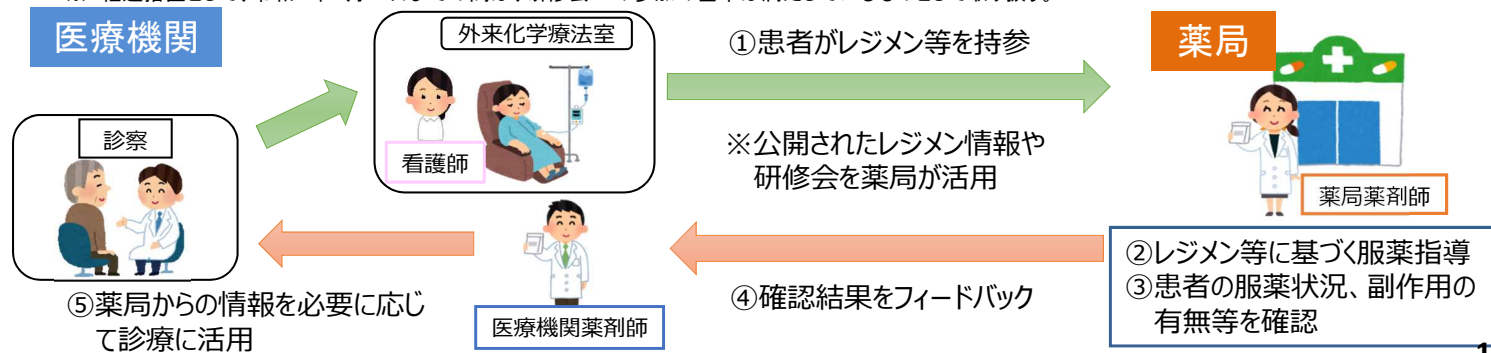
[算定要件]

①レジメン(治療内容)等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定する。

[施設基準]

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

※ 経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



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 □ 30点
認知症ケア加算2	イ 30点 □ 10点

改定後	
認知症ケア加算1	イ 160点 □ 30点
認知症ケア加算2	イ 100点 □ 25点
認知症ケア加算3	イ 40点 □ 10点

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

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

改定後

[認知症ケア加算2の施設基準]

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



- ② 認知症ケア加算3(現・加算2)について、研修を受けた看護師の病棟配置数を**3名以上に増やす**。
- ③ 認知症ケア加算1について、**医師及び看護師に係る要件を緩和**する。

現行

[認知症ケア加算2の施設基準]

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

改定後

[認知症ケア加算3の施設基準]

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

現行

[認知症ケア加算1の施設基準]

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

改定後

[認知症ケア加算1の施設基準]

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

認知症対策の充実

(参考) 認知症ケア加算の主な要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数 ^{*1}		イ 160点 □ 30点	イ 100点 □ 25点	イ 40点 □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をすることが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 3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） ^{*2} …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	-
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

*1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（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）

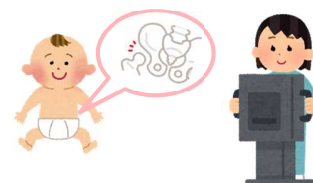
*2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- 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）

運動器疾患を有する小児に対する継続的な診療の評価

小児運動器疾患指導管理料の見直し

- ▶ 小児運動器疾患指導管理料の要件について、以下のとおり見直す。
 1. 初回算定日の属する月から起算して6月以内の期間は月1回に限り、6月を超えた期間については6月に1回に限り算定することとする。
 2. 算定対象となる患者について、受診の契機に係る要件を廃止し、対象年齢を6歳未満から12歳未満に拡大する。
 3. 施設基準に係る届出を求めることとする。



現行

【算定要件】

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

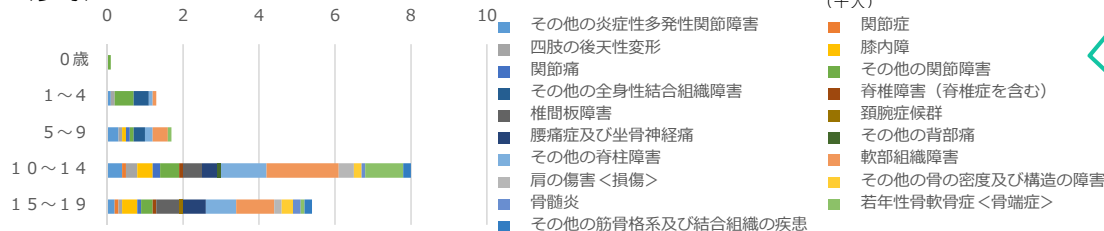
改定後

【算定要件】

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

(参考)

0～19歳の患者数（筋骨格系及び結合組織の疾患、小分類）



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

妊産婦に対する質の高い医療の推進

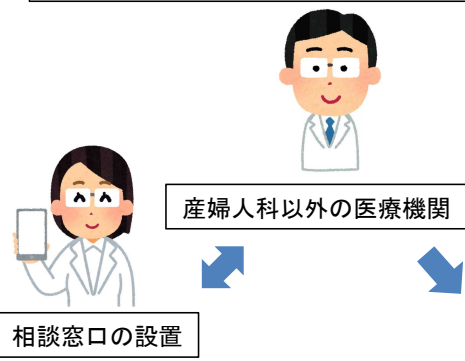
- 妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、**妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組むとともに、妊婦加算の扱いを見直す。**

妊産婦への情報提供の推進

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



都道府県の医療機能情報提供制度を活用



指導内容や今後の治療方針等についての情報提供

適時適切な情報提供の実施

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



市役所の窓口



産婦人科の主治医

妊産婦に対する診療の質の更なる向上

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

- 妊婦加算は、削除する。

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

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

現行

【救急医療管理加算】

- 1 救急医療管理加算1 900点
- 2 救急医療管理加算2 300点

【算定要件】

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

【届出について】

施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。

改定後



【救急医療管理加算】

- 1 救急医療管理加算1 **950点**
- 2 救急医療管理加算2 **350点**

【算定要件】

- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうち**アからケのいずれかの状態**にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態**又はコの状態**にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

【届出について】

施設基準の**届出を行う**こと。(※施設基準は従来と変更なし)

算定対象となる状態

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 | カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) |
| イ 意識障害又は昏睡 | キ 広範囲熱傷 |
| ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 | ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 |
| エ 急性薬物中毒 | ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 |
| オ ショック | コ その他の重症な状態 (加算2のみ) |

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

- ◆ **アからケのうち該当する状態**(加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの)
- ◆ **イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標**
- ◆ **当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの**

脳卒中対策の推進

超急性期脳卒中加算の施設基準の見直し

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

現行

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

改定後

【超急性期脳卒中加算】
A205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日) **10,800点**
[施設基準]
(削除)
(削除)
・コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、**一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査**が常時行える体制であること。
[算定要件]
(4) 投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。

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



170

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

- 施設基準について、抗菌薬適正使用支援チームがモニタリングを行うべき広域抗菌薬の拡充や、病院の外来における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する等の見直しを行う。

抗菌薬適正使用支援チーム



感染防止対策加算1

入院における対策

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

(新) 外来における対策

- ✓ 外来における急性気道感染症及び急性下痢症の患者への**経口抗菌薬の処方状況**を把握(年1回報告)
- ✓ 院内研修及び院内マニュアルの作成にあたって、「**抗微生物薬適正使用の手引き**」を参考に、外来における抗菌薬適正使用の内容も含める

(新) その他の要件

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

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

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

(※小児かかりつけ診療料についても同様)

171

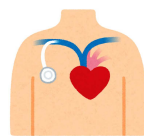
中心静脈栄養の適切な管理の推進

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

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

〔算定要件〕

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



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

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

〔施設基準〕

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

- ア 中心静脈注射用カテーテルに係る**院内感染対策のための指針を策定**していること。
- イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る**感染症の発生状況を継続的に把握**すること。



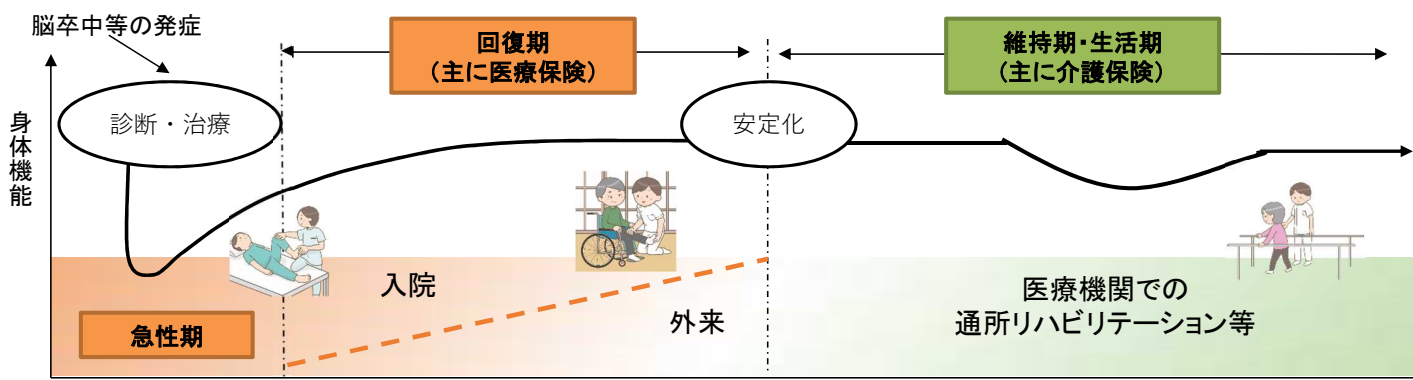
〔経過措置〕

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



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

リハビリテーションに係る見直し



回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

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

リハビリテーションに係る施設基準等の要件緩和

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

リハビリテーションに係る業務の効率化・合理化

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

リハビリテーションの対象患者に係る見直し

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

摂食嚥下訓練に係る取組の評価の見直し

- 摂食機能療法の加算の見直し

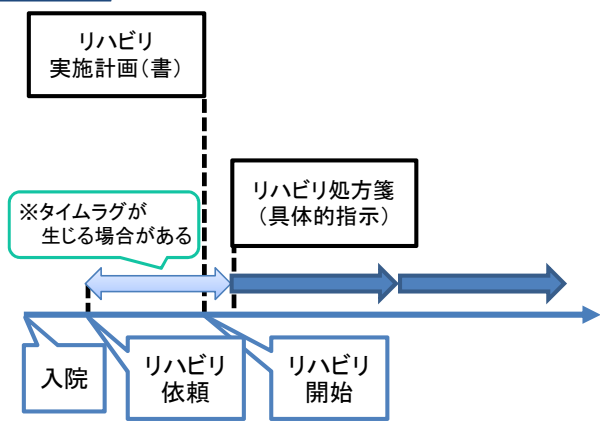
疾患別リハビリテーション料の見直し

疾患別リハビリテーションの取扱いの見直し

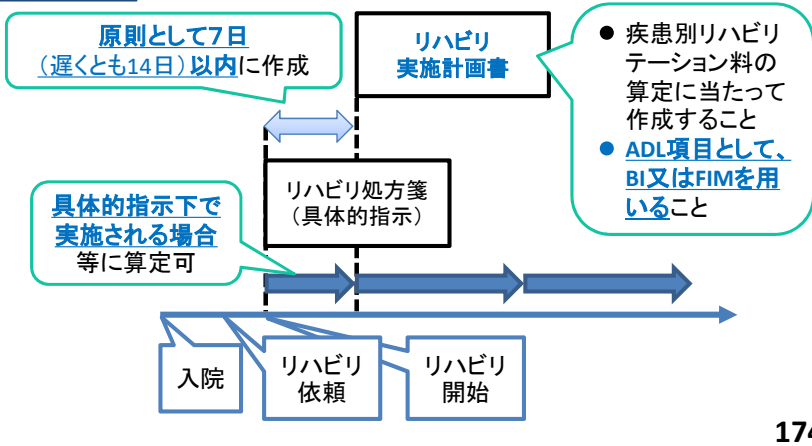
➤ 急性期から回復期・維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、以下のとおり見直す。

1. 「リハビリテーション実施計画書」の位置づけを明確化する。
 - 疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成すること。
 - リハビリテーション実施計画書の作成に当たり、ADL項目として、BI又はFIMのいずれかを用いること。
2. リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととする。
3. リハビリテーション実施計画書の作成前に行われる疾患別リハビリテーションについては、医師の具体的な指示の下で行われる場合等に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。

【現行】



【改定後】



174

リハビリテーションに係る施設基準の見直し

呼吸器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料の見直し

➤ 呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加する。

現行

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

改定後

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

※施設基準も併せて見直す。

➤ 難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を追加する。

現行

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

改定後

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

脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

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

【施設基準】

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

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。(中略)

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

ウ～エ (略)

175

外来リハビリテーション診療料等の見直し

外来リハビリテーション診療料の見直し

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

現行

〔算定要件〕

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



改定後

〔算定要件〕

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



維持期リハビリテーションの取扱いの明確化

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

176

がん患者に対するリハビリテーションに係る見直し

がん患者リハビリテーション料の見直し

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

現行

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

改定後

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

【現行】

【がんの種類】

● 食道がん、肺がん 等

×

● 口腔がん、咽頭がん 等

×

● 血液腫瘍

×

【治療方法】

● 全身麻酔による手術

● 放射線治療

● 化学療法
● 造血幹細胞移植

【改定後】

【がんの種類】

がんの種類による規定を削除

【治療方法】

- 手術
- 骨髄抑制を来しうる化学療法
- 放射線治療
- 造血幹細胞移植

を予定又は行われた患者

177

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

➤ リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者について、以下の見直しを行う。

1. **鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者**又は**原発性リンパ浮腫と確定診断された患者**を対象とする。
2. リンパ浮腫複合的治療料「1」の「**重症の場合**」の対象患者について、**病期分類Ⅱ期以降の患者**を対象とする。



現行

[算定要件(リンパ浮腫指導管理料)]

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



改定後

[算定要件(リンパ浮腫指導管理料)]

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

現行

[算定要件(リンパ浮腫複合的治療料)]

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



改定後

[算定要件(リンパ浮腫複合的治療料)]

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

令2
改定

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

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

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

- 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。

現行	
後発医薬品調剤体制加算1(75%以上)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(85%以上)	26点



改定後	
後発医薬品調剤体制加算1(75%以上)	<u>15点</u>
後発医薬品調剤体制加算2(80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(85%以上)	<u>28点</u>

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局(現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下)に対する調剤基本料の減算規定(2点減算)について、当該割合の基準を拡大する。

現行	
(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	



改定後	
(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が <u>4割以下</u> であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	

[経過措置]

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

医療機関における後発医薬品の使用促進

一般名処方加算

- 一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	4点



改定後	
一般名処方加算1	<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

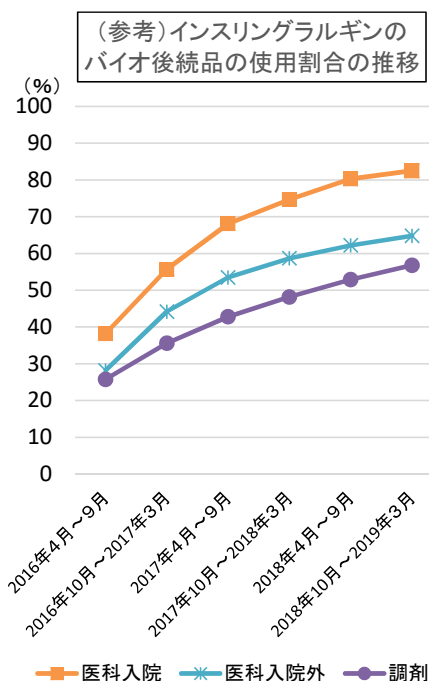
(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)

[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



令和2年度診療報酬改定の概要 (⑧技術的事項)

※ 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。

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 -②

遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し

- 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。

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 Ⅱ 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(子宮付属器腫瘍切除術)に掲げる手術については、**遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して行った場合においても算定できる。**

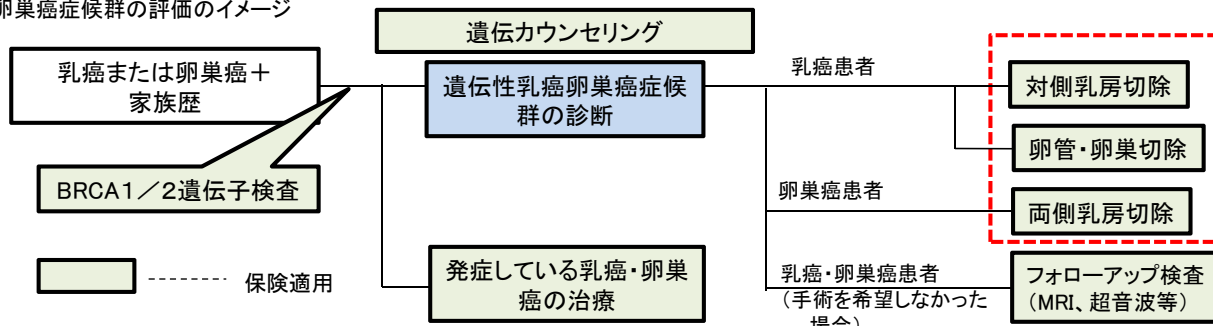
フォローアップ

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

[算定要件]

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

※遺伝性乳癌卵巣癌症候群の評価のイメージ



遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る検査の評価

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌や卵巣・卵管癌を発症している患者におけるBRCA1/2遺伝子検査について評価を行う。

(新) BRCA1/2遺伝子検査 血液を検体とするもの 20,200点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

※BRCA1/2遺伝子検査の概要

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

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係るカウンセリングの評価

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

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



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

[算定要件]

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

[留意事項] (抜粋)

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

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

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る手術の評価

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

(新) 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術

[算定要件] (抜粋)

K475(乳房切除術)、K888(子宮附属器腫瘍切除術)に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において**遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して行った場合においても算定できる。**

- (1) 当該手術の実施前に、臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳腺外科又は産婦人科の医師が参加する**カンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえた治療方針の検討を行うこと。**
- (2) また、当該手術の実施前に、カンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じうる利益及び不利益について当該患者に説明を行うこと。

[施設基準] (抜粋)

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

- 乳房切除後の乳房再建術についても評価を行う。

現行	
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	

難病患者に対する適切な医療の評価①

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価①

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

現行	
【遺伝学的検査】	
1 処理が容易なもの	3,800点
2 処理が複雑なもの	5,000点
3 処理が極めて複雑なもの	8,000点
[対象疾患]	
エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ライソゾーム病など41疾患	



改定後	
【遺伝学的検査】	
1 処理が容易なもの	3,800点
2 処理が複雑なもの	5,000点
3 処理が極めて複雑なもの	8,000点
[対象疾患]	
エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの 副腎皮質刺激ホルモン不応症など7疾患を追加	
オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)など65疾患	

難病患者に対する適切な医療の評価②

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価②

[対象疾患]

	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群	TNF受容体関連連周期性症候群、中條一西村症候群、家族性地中海熱
2 処理が複雑なもの	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスマンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、 副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1	ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰻耳腎症候群、ヤング・シンブゾン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィパー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)、筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症
3 処理が極めて複雑なもの	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白血症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型性溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジュール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ①

患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し①

小児の在宅呼吸管理における材料の評価

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

(新) 乳幼児呼吸管理材料加算 1,500点



[主な算定要件]

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

※ 小児と成人との在宅人工呼吸管理の違い

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

患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し②

在宅自己導尿における材料の評価

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

現行	
在宅自己導尿指導管理料	1,800点
特殊カテーテル加算	
1 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル	
イ 親水性コーティングを有するもの	960点
ロ イ以外のもの	600点
2 間歇バルーンカテーテル	600点



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

[主な算定要件]
 ・3月に3回に限り、所定点数に加算する。
 ・当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用することとし、脊髄損傷や二分脊椎等の患者に使用する。

194

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療の適切な評価等

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

【主な対応】

トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の充実

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

冠動脈CT撮影の算定要件の新設

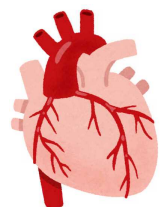
- 適応疾患や目的を確認するため、検査実施の医学的根拠等の記載を要件とする。

経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

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

安定冠動脈疾患について

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



195

安定冠動脈疾患の診断等に用いられる検査の評価及び要件の見直し

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

トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の充実

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

現行	改定後
トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点

冠動脈CT撮影の算定要件の新設

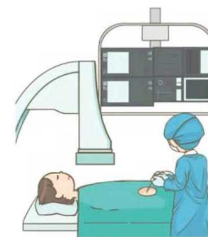
- CT撮影の冠動脈CT撮影加算について、適応疾患や目的を確認するため、診療報酬明細書の摘要欄への医学的根拠の記載を要件とする。

現行	改定後
【冠動脈CT撮影加算】 [算定要件(概要)] 64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。	【冠動脈CT撮影加算】 [算定要件(概要)] <u>(新) 以下のいずれかの場合に算定する。また、医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u> ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常 イ 急性冠症候群 ウ 狭心症 エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)が認められる場合 オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

196

安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

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



現行	改定後
【経皮的冠動脈形成術】 1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点 2 不安定狭心症に対するもの 22,000点 3 その他のもの 19,300点 [算定要件(概要)] ○ 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。 ○ また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ア 一方向から造影して90%以上の狭窄病変 イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変(他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。) ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変	【経皮的冠動脈形成術】 1 急性心筋梗塞に対するもの 36,000点 2 不安定狭心症に対するもの 22,000点 3 その他のもの 19,300点 [算定要件(概要)] ○ 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。 ○ なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ア 機能的虚血の原因である狭窄病変 イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変 ウ その他医学的な必要性が認められる病変

※ 経皮的冠動脈ステント留置術についても同様の見直しを行う。197

人工内耳機器調整に対する評価

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

(新) 人工内耳機器調整加算 800点

【高度難聴指導管理料の注加算】

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

[算定要件]

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

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

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

＜特定保険医療材料である人工内耳用材料の算定留意事項について＞

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

198

認知機能検査等の算定要件の新設

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

【認知機能検査その他の心理検査(1 操作が容易なもの)】

(新) イ 簡易なもの	80点
(新) ロ その他のもの	80点



[主な算定要件]

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

199

質の高い臨床検査の適切な評価

血清アルブミンの評価の見直し

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

現行	
【血液化学検査】	
アルブミン	11点



改定後	
【血液化学検査】	
アルブミン(BCP改良法・BCG法)	11点

[経過措置]

アルブミン(BCP改良法・BCG法)のうち、BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

遺伝子関連・染色体検査の評価

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

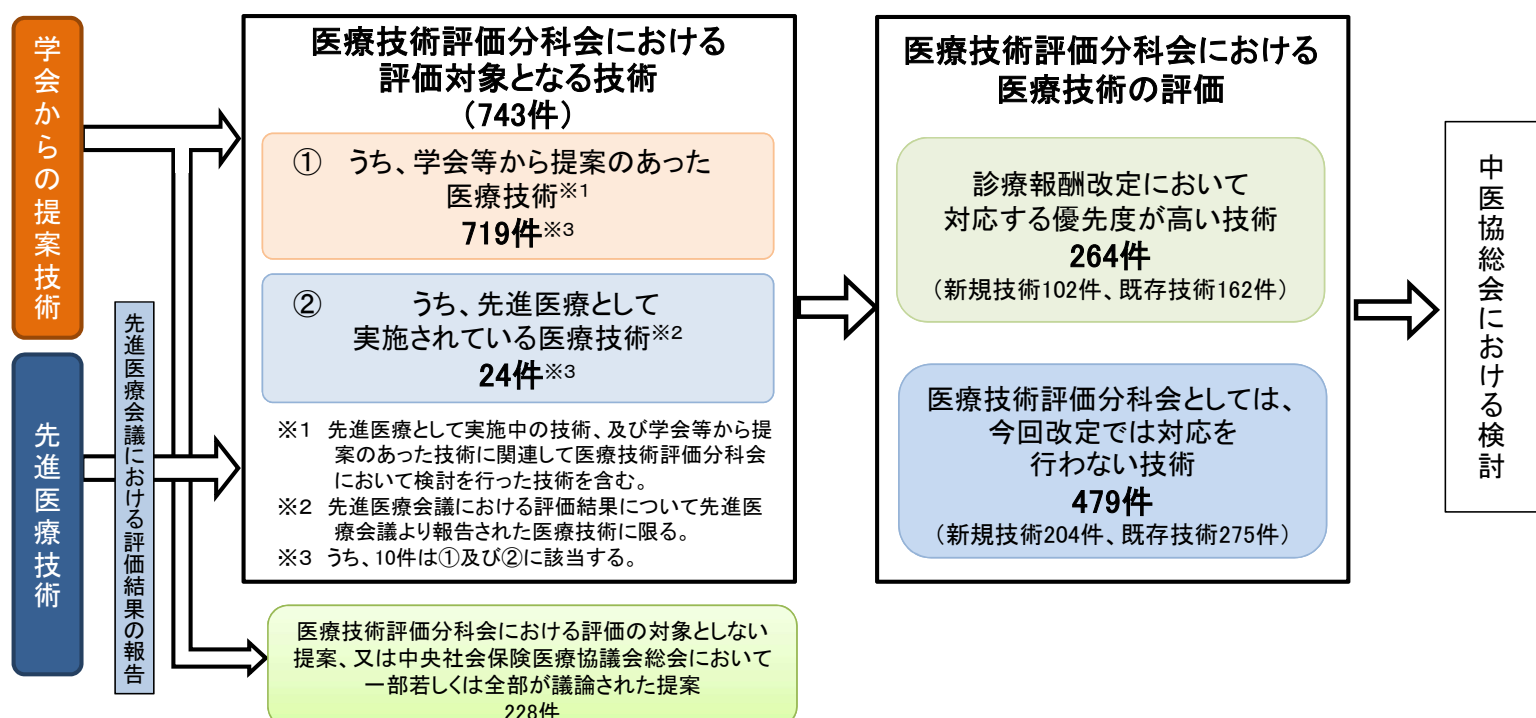
(新) 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点

[対象検査]

悪性腫瘍遺伝子検査、造血器腫瘍遺伝子検査、Major BCR-ABL1、遺伝学的検査、染色体検査、免疫関連遺伝子再構成、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型、サイトケラチン19(KRT19) mRNA検、WT1 mRNA、FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子、EGFR遺伝子検査(血漿)、骨髄微小残存病変量測定、BRCA1/2遺伝子検査、FLT3遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、NUDT15遺伝子多型検査、JAK2遺伝子検査 等 200

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応①

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



医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応②

概要

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

(1) 保険導入等を行う新規技術の例

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

(2) 評価を見直す既存技術の例

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

(3) 項目の削除を行う技術の例

- ・ 四肢切断術 指(手、足)
- ・ Bence Jones蛋白定性(尿)

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

202

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応③

保険適用する新規技術の例(1)

- 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

【対象技術の例】

腹腔鏡下腓体尾部切除術

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

(新) 内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

【技術の概要】

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

[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]

- ・ **当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。**
- ・ **当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。**

- 保険適用されるロボット支援下内視鏡手術は、次の通り。

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



203

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応④

保険適用する新規技術の例(2)

- 仮想気管支鏡画像を用いた気管支鏡検査を保険適用する。

【保険適用された技術】


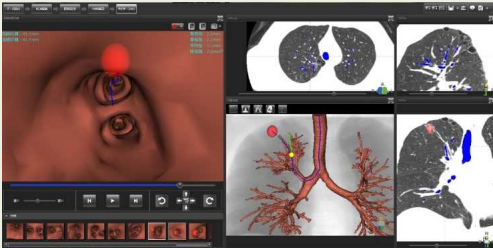
(新) 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点

【技術の概要】

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

【技術の有用性及び安全性】

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

既存技術	新規技術
<p>透視画像のみの、限られた情報。</p>  <div style="border: 1px solid #4a7ebb; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 2次元の情報と剖学的な知識を元に検査を実施。 </div>	<p>CT画像から構築した仮想気管支映像を元に、検査を実施。</p>  <div style="border: 1px solid #00a651; padding: 5px; margin-top: 10px;"> より多くの情報を元にして、診断率と安全性を向上。 </div>

204

外保連試算等を活用した技術料の見直し

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

(1) 見直しを行う検査の例

検査名	現行	改定後
関節鏡検査(片側)	720点	760点
脳誘発電位検査(脳波検査を含む。) 「4」 聴性定常反応	960点	1,010点
観血的肺動脈圧測定「2」 2時間を超えた場合(1日につき)	540点	570点

(2) 見直しを行う処置の例

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

(3) 見直しを行う手術の例

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

205

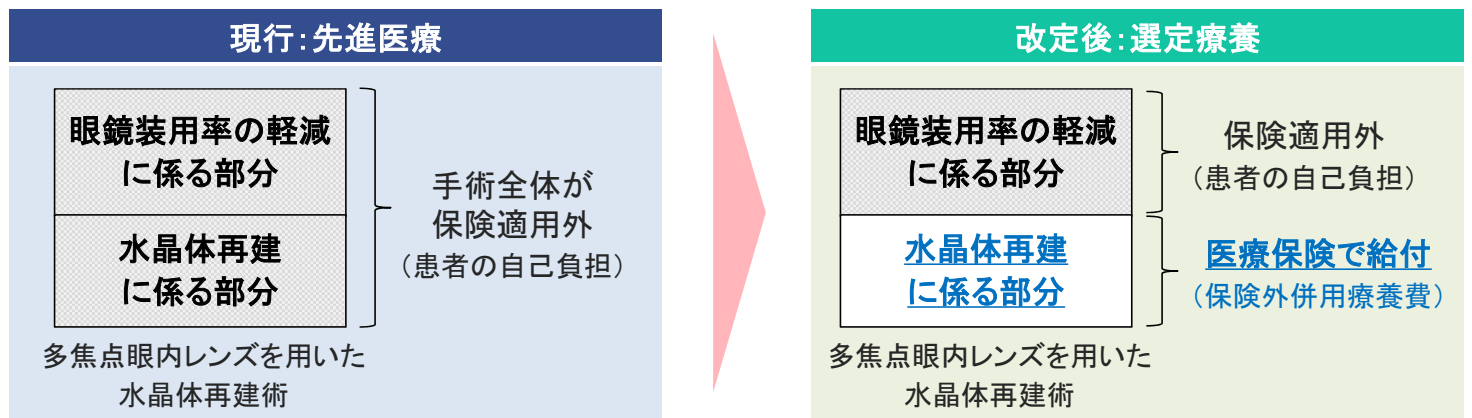
多焦点眼内レンズに係る選定療養の新設

概要

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

多焦点眼内レンズについて

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



206

多焦点眼内レンズに係る選定療養の運用について(イメージ)

対象レンズ

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

費用

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

その他の手続き等

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

207

IV 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の向上

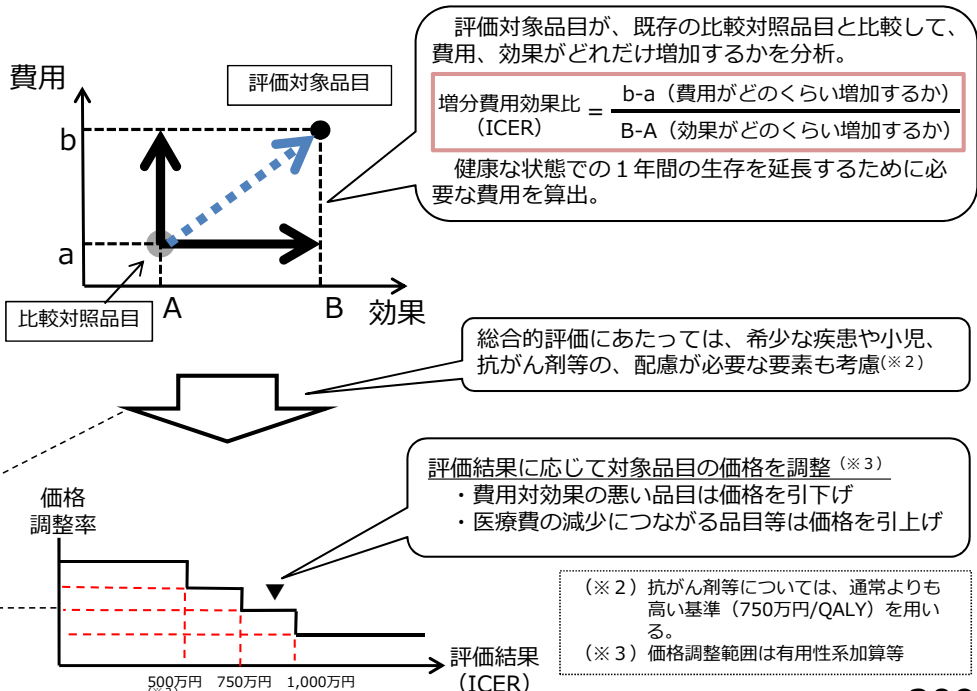
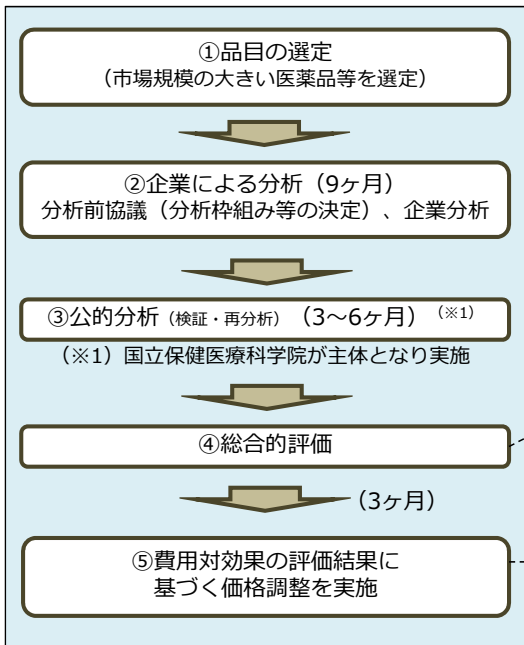
1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

令和2年度診療報酬改定 IV-2 費用対効果評価制度の活用 -①

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

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

210

令和2年度診療報酬改定 IV-7 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 -①

高度な医療機器の効率的な利用の推進

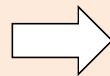
- ポジトロン断層撮影(PET)のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額



入院基本料から5%減額

※特定入院料等算定病棟でも同様

A病院



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

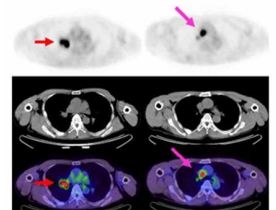
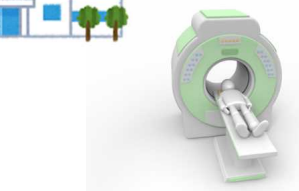


A病院が算定する入院基本料から10%減額



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ががんの部位や転移、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

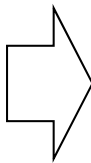
- 医療被ばくの低減の観点も踏まえ、小児の頭部外傷に対するガイドラインに沿った診療を推進する。ガイドラインにおいて、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ、小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。

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以上の皮下血腫や打撲痕
- ・高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

左の基準をひとつでも満たした場合は
CTを推奨



泣いているのは意識障害？

機嫌が悪いだけ？

※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

212

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

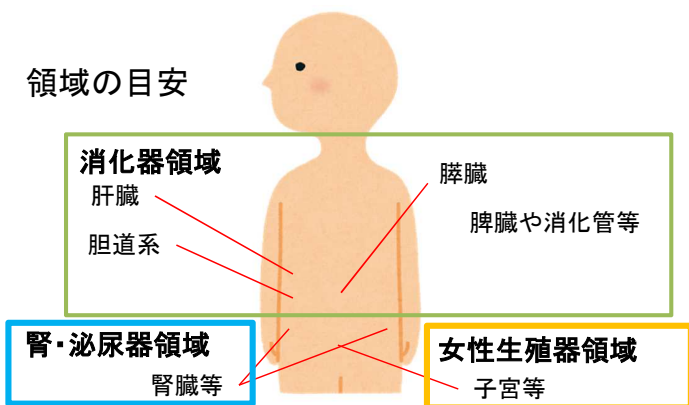
- 超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を診療録等へ記載するよう要件を見直す。

[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、力に該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること**。

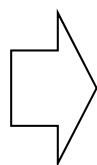
- ア 消化器領域
- イ 腎・泌尿器領域
- ウ 女性生殖器領域
- エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
- オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等
- カ その他

超音波検査の評価の見直し②

訪問診療時の超音波検査の新設

- 超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、超音波検査を訪問診療時に行った場合の点数を新設する。

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	400点
(月1回に限り算定)	
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

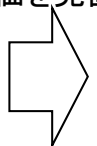
[算定要件] (新設)

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、患者等で断層撮影法(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

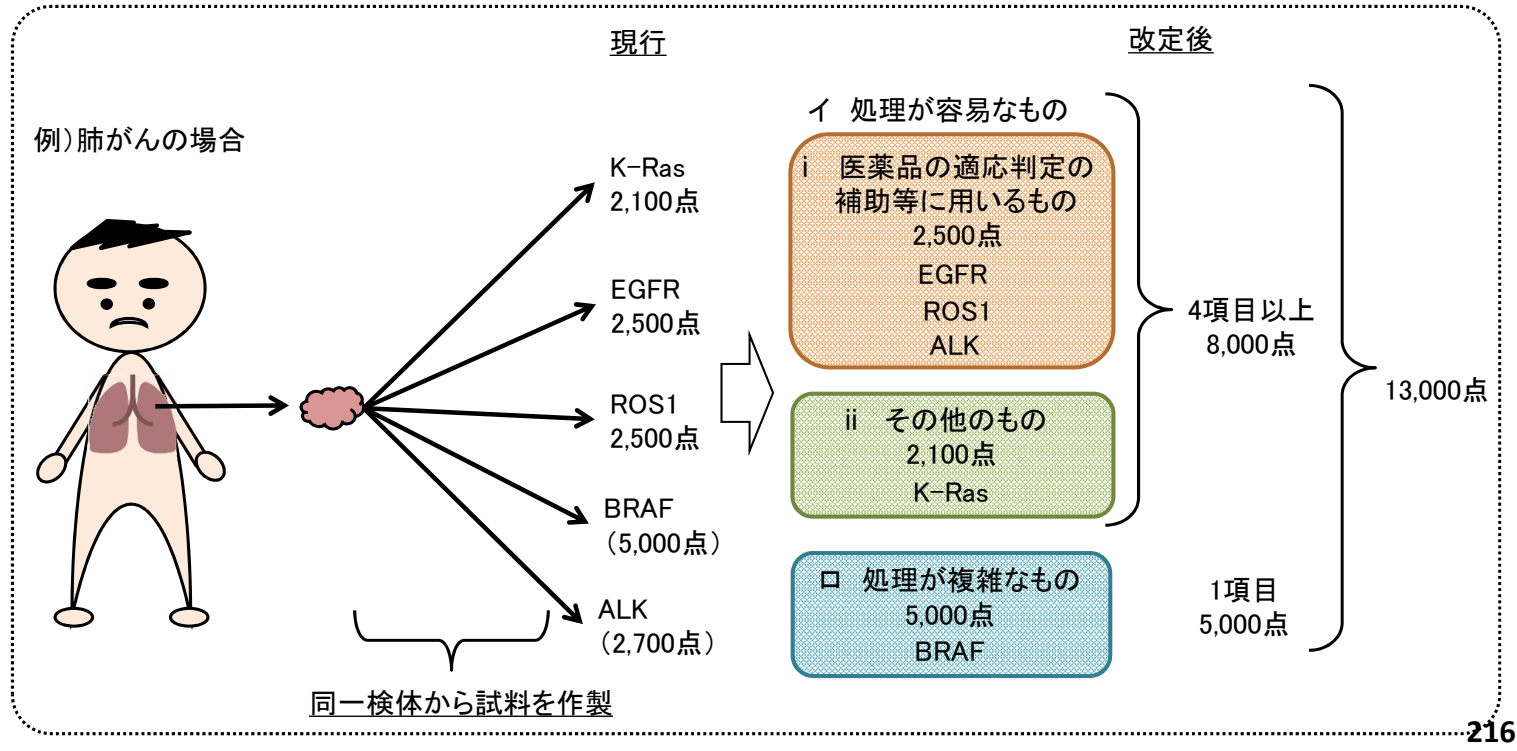


改定後	
【超音波検査】	
パルスドプラ法加算	150点

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 |

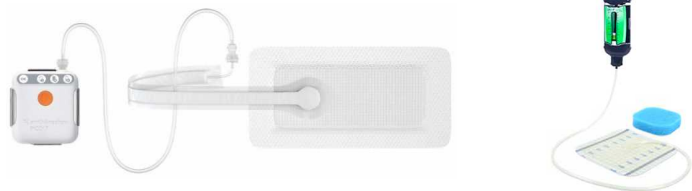
初回の貼付に限り、上記点数を加算する。

[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

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

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

※【同種死体肺移植術】及び【同種死体肺腎移植術】についても同様。

脳死臓器提供管理料の見直し

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

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

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

その他移植医療の充実に資する技術の保険適用※1

- （新）同種死体肺島移植術 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、同種死体肺移植術、同種死体肺腎移植術、同種死体肺島移植術、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。

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】		【人工腎臓】
導入期加算1	300点	導入期加算1
導入期加算2	400点	200点
		導入期加算2
		500点

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

〔施設基準〕
 導入期加算2
 ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること
 イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること
 ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が**前年度に3人以上**いること

腎代替療法指導管理料の新設

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

（新）腎代替療法指導管理料 500点（患者1人につき2回に限る。）

- 〔算定要件〕
- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR(mL/分/1.73m²)が**いずれも30未満**の場合
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、**不可逆的に慢性腎臓病に至る**と判断される場合
 - 適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。
 - 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

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

腎不全 治療選択とその実際

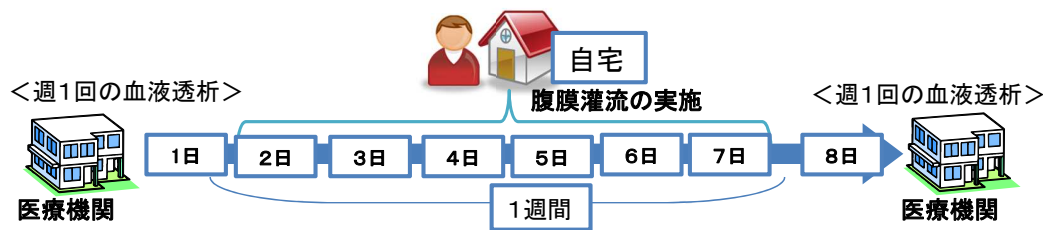


腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

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

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

○ 腹膜灌流と血液透析を併用する場合の、一般的な管理方法(右図)



現行

腹膜透析管理
週1回透析



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

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

腹膜透析管理
週1回透析



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

改定後

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

人工腎臓に係る評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

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

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

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

【算定要件】

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

【施設基準】

・人工腎臓に規定する注射薬
エリスロポエチン、ダルベポエチン



改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

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

【算定要件】

・「1」から「3」までのうち、**定める薬剤を使用しない場合には、HIF-PH阻害薬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阻害薬を院内処方している患者以外の患者
・**人工腎臓に規定する薬剤** エリスロポエチン、ダルベポエチン、**エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害薬(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

➤ 他的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		改定後	
【末梢動静脈瘻造設術】		【末梢動静脈瘻造設術】	
1 静脈転位を伴うもの	21,300点	1 内シャント造設術	
		イ 単純なもの	12,080点
		ロ 静脈転位を伴うもの	15,300点
2 その他のもの	7,760点	2 その他のもの	7,760点
【外シャント血栓除去術】	1,680点	(削除)	
【内シャント又は外シャント設置術】	18,080点	(削除)(末梢動静脈瘻造設術 1イへ)	

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

現行		改定後	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】		【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	
	18,080点	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	改定後
【持続緩徐式血液濾過】	【持続緩徐式血液濾過】
[算定要件]	[算定要件]
・ 持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性肺炎、重症敗血症、劇症肝炎又は術後肝不全(劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。)の患者に対しても算定できる。	・ 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概要欄に、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
	① 末期腎不全の患者
	② 急性腎障害と診断され、高度代謝性アシドーシス、薬物中毒、尿毒症、電解質異常もしくは体液過剰状態のいずれかに該当する患者
	③ 急性肺炎診療ガイドライン2015において、実施が推奨される重症急性肺炎の患者
	④ 重症敗血症の患者
	⑤ 劇症肝炎又は術後肝不全の患者

吸着式血液浄化法の評価の見直し

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

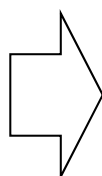
現行	改定後
【吸着式血液浄化法】	【吸着式血液浄化法】
[算定要件]	[算定要件]
・ 次のいずれにも該当する場合に、算定する。	・ 18歳以上の患者にあっては、次のいずれにも該当する患者。
ア エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの	ア 次のいずれかの項目に該当するもの。
イ SIRS基準を満たすこと	① 血液による細菌培養同定検査において、グラム陰性桿菌の陽性が確認されている場合。
ウ 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの	② 他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていた場合。
	③ グラム陰性桿菌による敗血症性ショックで強く疑われ、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>

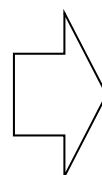
[算定要件]

- ・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	
(削除)	

※経過措置として、令和4年3月31日までの間に限り算定できるものとする。

224

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)

225

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年度診療報酬改定の概要 (⑨経過措置・届出について)

※ 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。

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。

228

経過措置について②

	項目	経過措置
8	療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
9	療養病棟入院基本料の注11	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	総合入院体制加算	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。
11	抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。
12	データ提出加算(療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟(許可病床数が200床未満の医療機関に限る。)については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
13	データ提出加算(療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満(令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていた急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く。)であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
14	入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定を満たしているものとする。
15	小児入院医療管理料5	令和2年3月31日時点で、小児入院医療管理料5の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、小児入院医療管理料5における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。

229

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。

230

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。

231

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。