

令和2年度診療報酬改定の概要 (個別的事項)

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合があります。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

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

- 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。



現行

【摂食機能療法】

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

[算定対象]

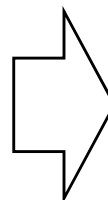
- 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- 胃瘻を造設している患者

[算定要件]

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

[施設基準]

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



改定後

【摂食機能療法】

摂食嚥下支援加算	200点
(週1回に限り摂食機能療法に加算)	

[算定対象]

- **摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者**

[算定要件]

- **摂食嚥下支援チームにより**、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、**摂食嚥下支援計画書を作成**
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、**チームカンファレンスを実施(週1回以上)**
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

[施設基準]

- **摂食嚥下支援チームを設置** *の職種は、カンファレンスの参加が必須

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



- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**

個別栄養食事管理加算の見直し

個別栄養食事管理加算の見直し

- 患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者に後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を追加する。

現行

【個別栄養食事管理加算 (緩和ケア診療加算の注加算)】

[算定要件]

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

[施設基準]

イ (略)

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

[対象患者]

悪性腫瘍

改定後

【個別栄養食事管理加算 (緩和ケア診療加算の注加算)】

[算定要件]

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

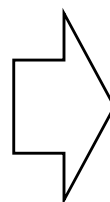
[施設基準]

イ (略)

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

[対象患者]

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全



Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

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



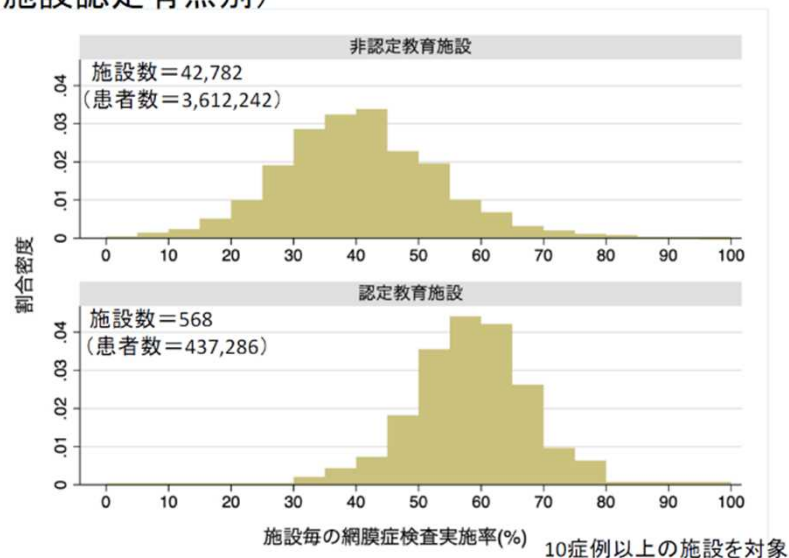
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

- 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科の受診勧奨及び歯科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

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

(参考)

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



厚生労働科学研究(平成29年度～)
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究
研究代表者:門脇 孝

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」(日本糖尿病学会)

- 歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。
- 歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」(2014年)
(日本歯周病学会)

- 重症の歯周病を放置すると、糖尿病が発症する、あるいは耐糖能異常を生じる可能性がある。

Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

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

がん拠点病院加算の見直し

がん拠点病院加算の見直し

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

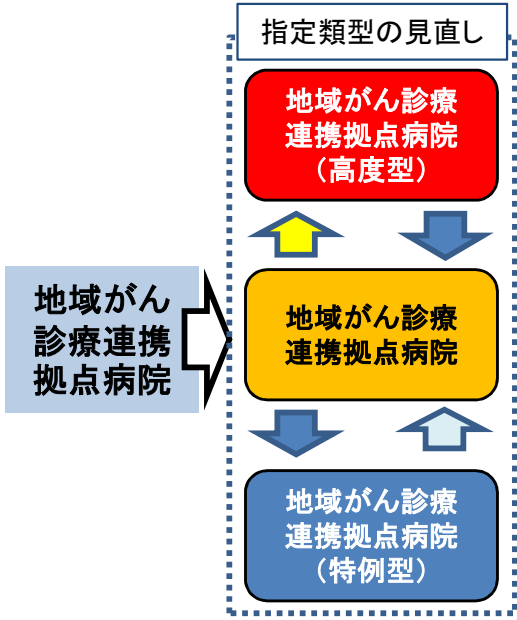
現行

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

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

改定後

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



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

現行

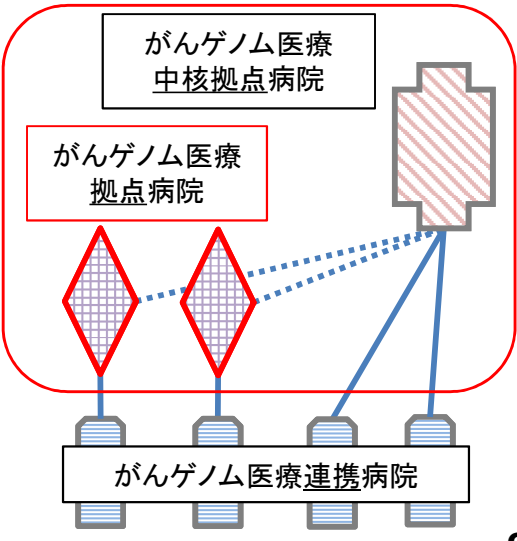
注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。

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

改定後

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

[施設基準(がん拠点病院加算の注2)]
 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること。



緩和ケア病棟と地域との連携の推進

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

現行

【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準(概要)]

○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。

ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。

⇒ **削除**

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

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

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

15%以上

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

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

※2 療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。

改定後

【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準(概要)]

○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

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

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

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

○ 以下のア又はイを満たしていること。

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

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

他病棟



外来

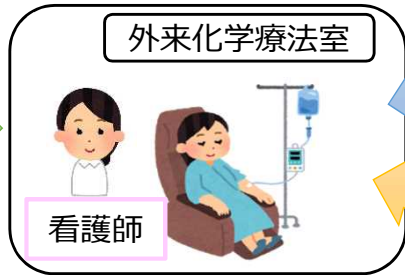
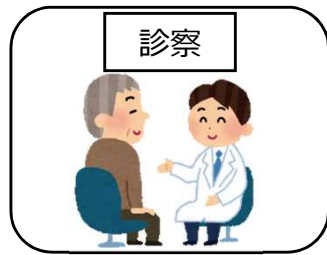


在宅



外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組

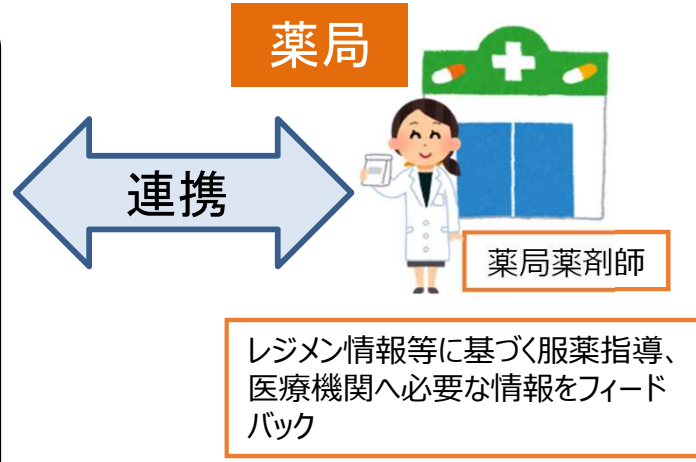
医療機関



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



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

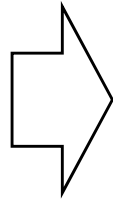
➤ 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

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

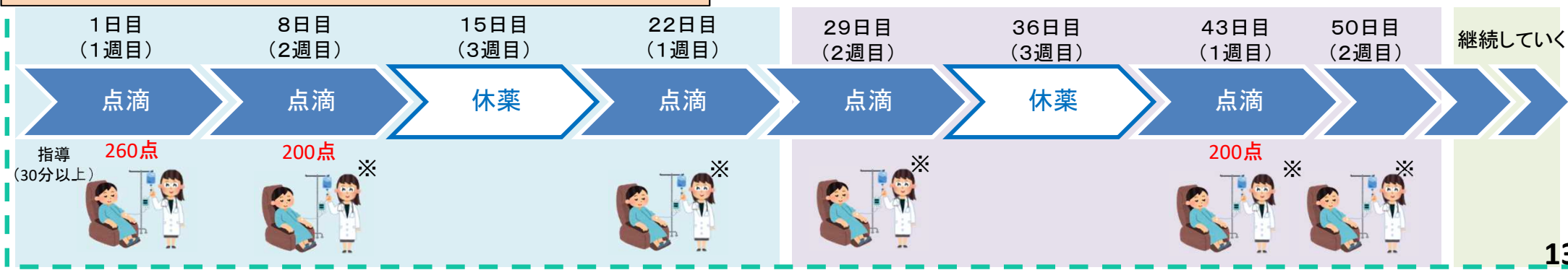
【外来栄養食事指導料】
 イ 初回 260点
 ロ 2回目以降
 (1) **対面で行った場合** 200点
 (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[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



薬局における対人業務の評価の充実 ②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

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

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

[対象患者]

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

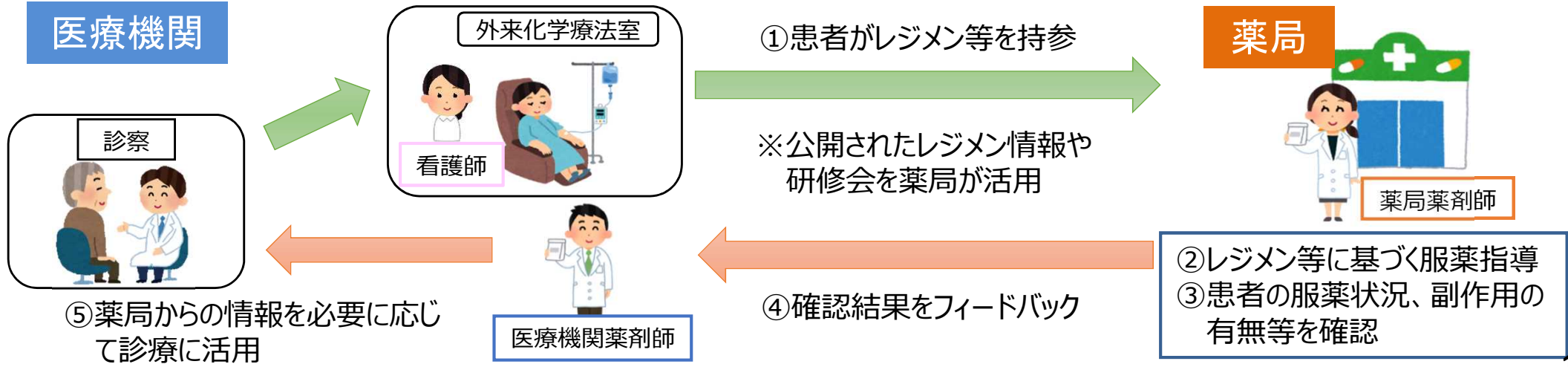
[算定要件]

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

[施設基準]

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

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

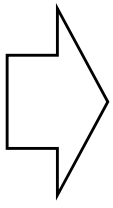


認知症対策の充実

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	<u>160点</u>	□ 30点
<u>認知症ケア加算2</u>	イ	<u>100点</u>	□ <u>25点</u>
認知症ケア加算3	イ	<u>40点</u>	□ 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]
<ul style="list-style-type: none"> 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した専任の常勤看護師を配置 (※経験や研修の要件は加算1と同様) 原則として、全ての病棟に、研修を受けた看護師を3名以上配置 (※研修の要件は加算3と同様) 上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言 等



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

現行	改定後
[認知症ケア加算2の施設基準]	[認知症ケア加算3の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。</p>

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行	改定後
[認知症ケア加算1の施設基準]	[認知症ケア加算1の施設基準]
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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<u>3年</u>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) ※<u>原則</u>16時間以上チームの業務に従事 ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士

認知症対策の充実

(参考) 認知症ケア加算の主要要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ <u>160点</u> □ 30点	イ <u>100点</u> □ <u>25点</u>	イ <u>40点</u> □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 ・病棟職員へ助言
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 <u>3年</u> 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 … <u>原則</u> 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	<u>いずれかを配置</u> ・ <u>専任の常勤医師</u> （精神科・神経内科3年又は研修修了） ・ <u>専任の常勤看護師</u> （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	<u>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）</u>	
	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）

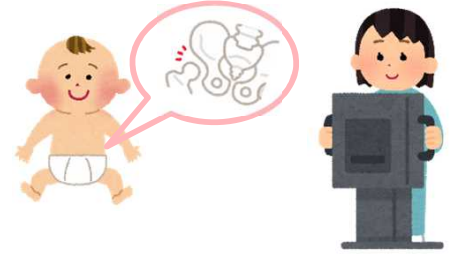
※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- 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。

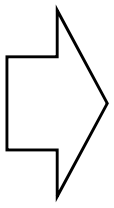


現行

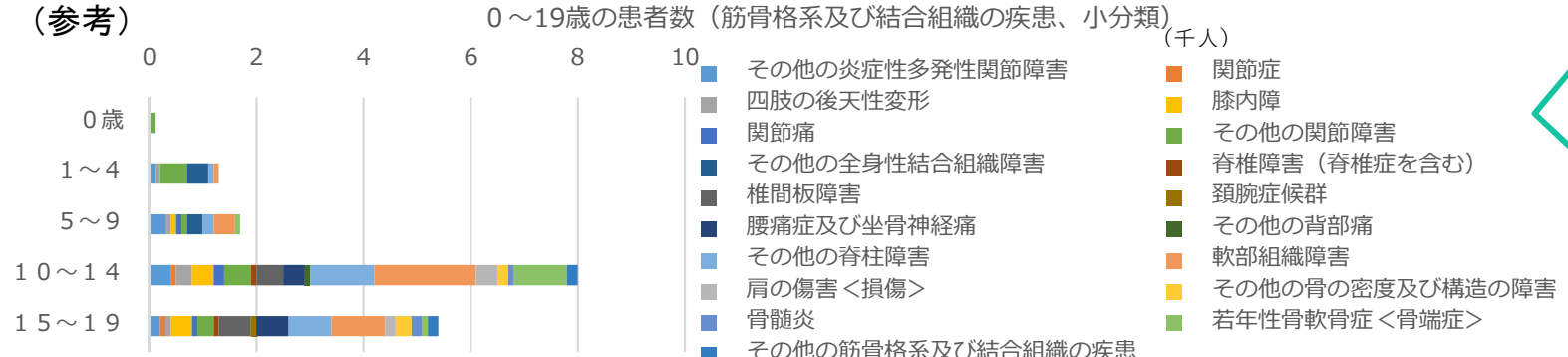
[算定要件]
 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

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)



出典：患者調査 (平成29年)

- 0～19歳の運動器疾患の患者数を年齢階級別に見ると、10～14歳が最も多い。
- 小児の運動器疾患の管理については、疾患にもよるが、概ね2～6か月ごとの管理が必要であり、特に、診療開始から間もない時期や、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

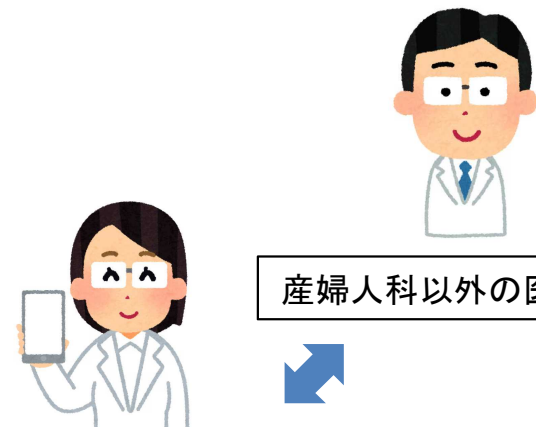
- 妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、**妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組む**とともに、**妊婦加算の扱いを見直す**。

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。

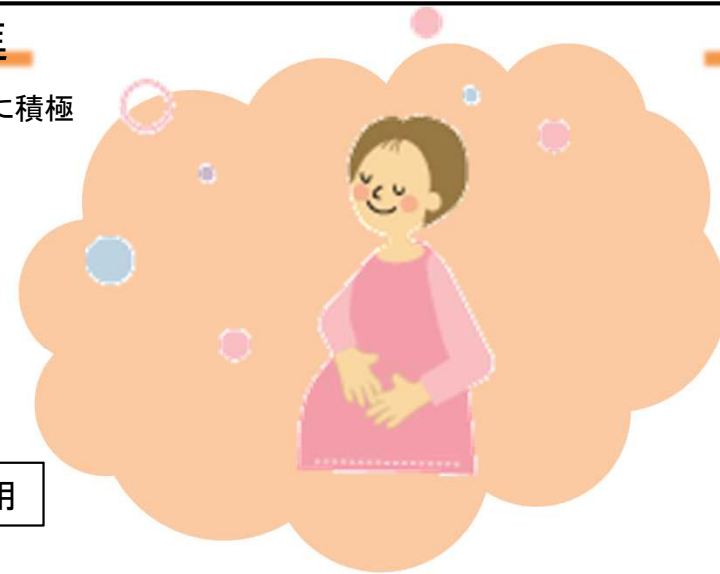


都道府県の医療機能情報提供制度を活用



相談窓口の設置

産婦人科以外の医療機関



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



研修の実施

妊産婦に対する診療の質の更なる向上

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

- 妊婦加算は、削除する。

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

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

現行

【救急医療管理加算】

- | | |
|-------------|------|
| 1 救急医療管理加算1 | 900点 |
| 2 救急医療管理加算2 | 300点 |

[算定要件]

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

[届出について]

施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。

改定後



【救急医療管理加算】

- | | |
|-------------|--------------|
| 1 救急医療管理加算1 | <u>950</u> 点 |
| 2 救急医療管理加算2 | <u>350</u> 点 |

[算定要件]

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

[届出について]

施設基準の届出を行うこと。(※施設基準は従来と変更なし)

算定対象となる状態

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

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

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

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。

一次搬送施設



二次搬送施設



投与後の
入院管理

※一次搬送施設でrt-PAを投与して、二次搬送施設で入院管理を行った場合

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

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

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

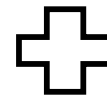
抗菌薬適正使用
支援チーム



感染防止対策加算1

入院における対策

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



(新)外来における対策

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

(新)その他の要件

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

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



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

(※小児かかりつけ診療料についても同様)

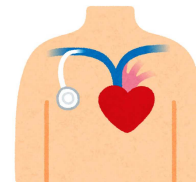
中心静脈栄養の適切な管理の推進

- 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。

- 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。
- 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。



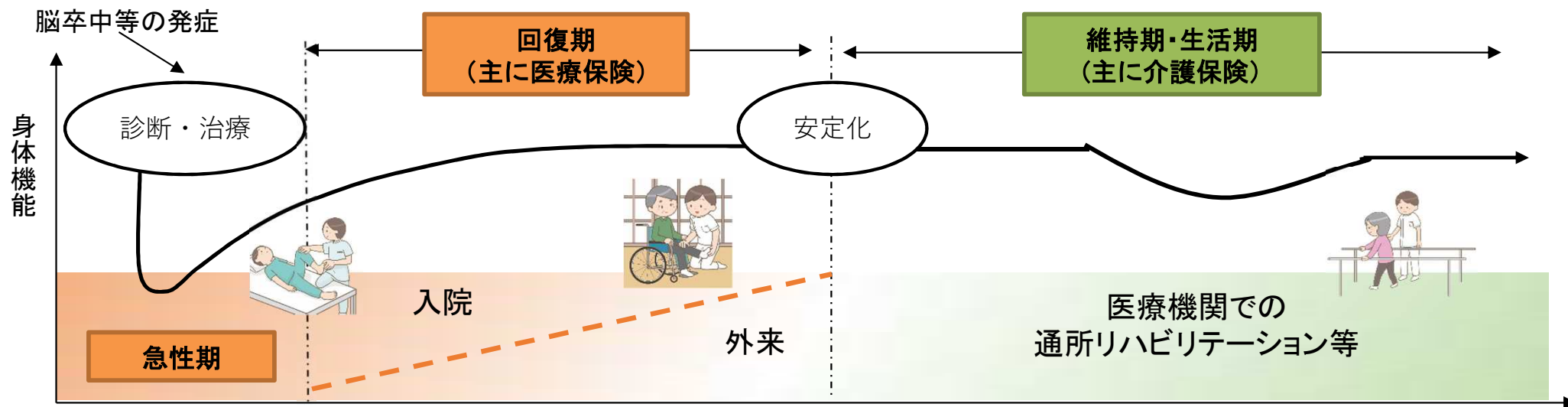
【経過措置】

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

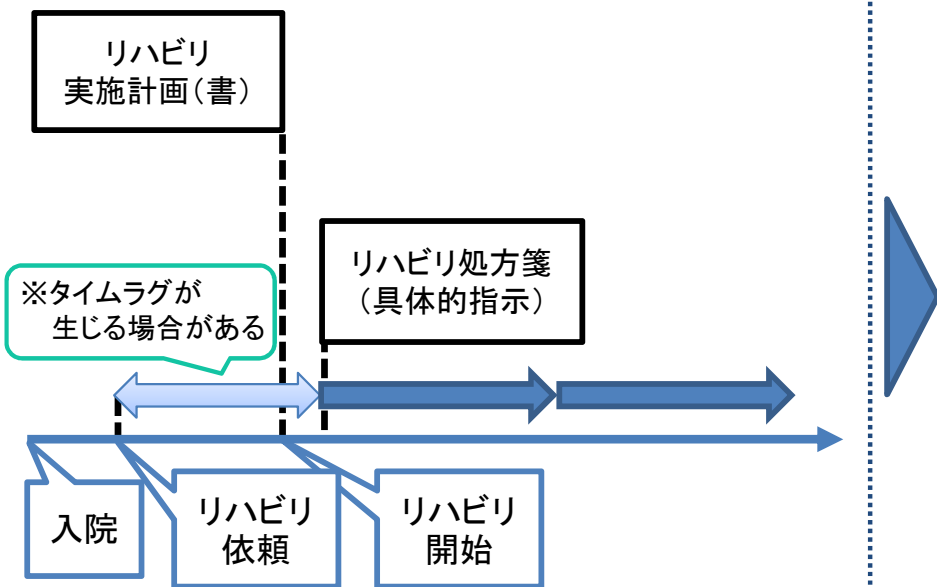
疾患別リハビリテーション料の見直し

疾患別リハビリテーションの取扱いの見直し

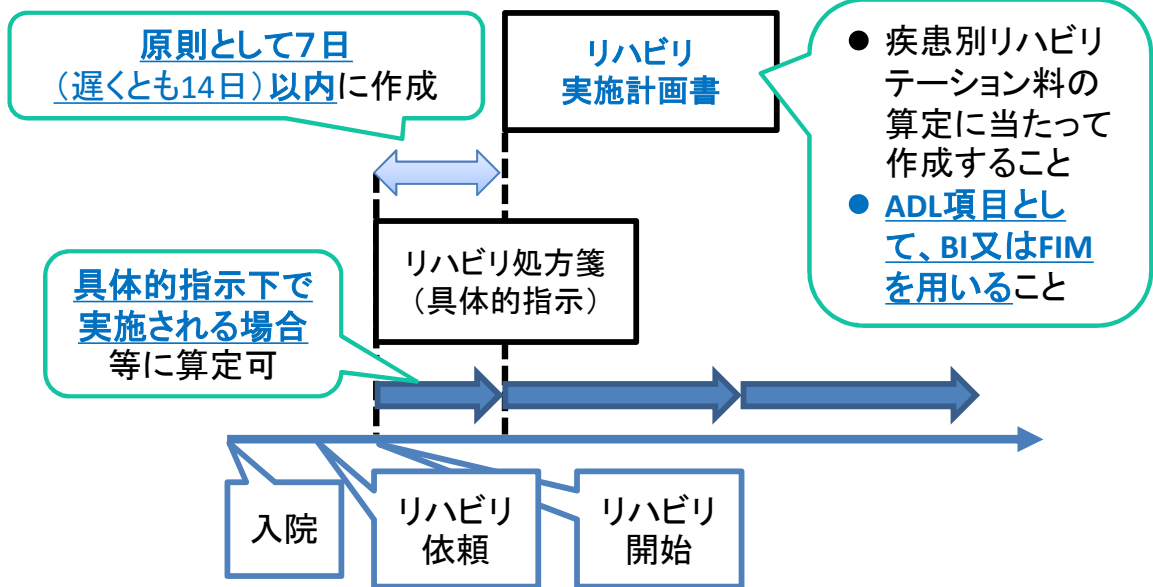
➤ 急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、以下のとおり見直す。

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】



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)

外来リハビリテーション診療料等の見直し

外来リハビリテーション診療料の見直し

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

現行

[算定要件]

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



改定後

[算定要件]

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



維持期リハビリテーションの取扱いの明確化

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

がん患者に対するリハビリテーションに係る見直し

がん患者リハビリテーション料の見直し

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

現行

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

改定後

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



【現行】

【がんの種別】

● 食道がん、肺がん 等



【治療方法】

● 全身麻酔による手術

● 口腔がん、咽頭がん 等



● 放射線治療

● 血液腫瘍



● 化学療法
● 造血幹細胞移植

【改定後】

【がんの種別】

がんの種別による規定を削除

【治療方法】

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

を予定又は行われた患者

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

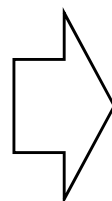
- リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者について、以下の見直しを行う。
 1. 鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断された患者を対象とする。
 2. リンパ浮腫複合的治療料「1」の「重症の場合」の対象患者について、病期分類Ⅱ期以降の患者を対象とする。



現行

[算定要件(リンパ浮腫指導管理料)]

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



改定後

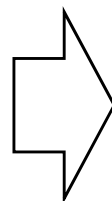
[算定要件(リンパ浮腫指導管理料)]

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか(診断されたものにあつては、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つて、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つて、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。

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

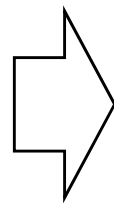
1. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
2. 費用対効果評価制度の活用
3. 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
4. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
5. 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
6. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
7. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

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。

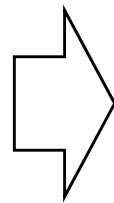
現行	
後発医薬品調剤体制加算1(75%以上)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(85%以上)	26点



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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が <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]

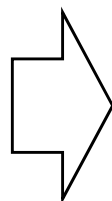
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

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

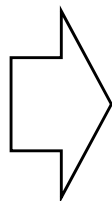


改定後	
一般名処方加算1	<u>7点</u>
一般名処方加算2	<u>5点</u>

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]

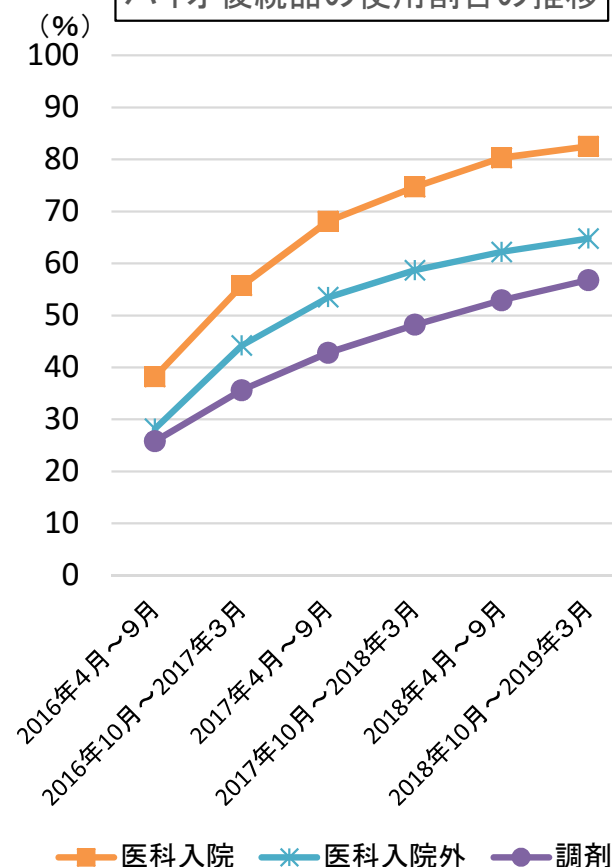
バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

[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



(参考)インスリングルルギンのバイオ後続品の使用割合の推移



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、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

