中央社会保険医療協議会 総会（第 448 回）　議事次第

令和２年１月29日(水)　９：00～
於　厚生労働省講堂（低層棟２階）

議　題

〇個別改定項目（その１）について

中央社会保険医療協議会　総会座席表

日時：令和2年1月29日（水）9:00～
会場：中央合同庁舎第5号館　講堂（低層棟2階）

個別改定項目について

Ⅰ　医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

Ⅰ－１　地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価 11
①　地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設 11
②　救急医療体制の充実 14

Ⅰ－２　医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 16
①　医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和 16
②　医療従事者の勤務環境改善の取組の推進 21
③　病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し 24
④　薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和 26
⑤　夜間看護体制の見直し 28
⑥　特定集中治療室管理料の見直し 30
⑦　心停止後臓器提供に係る評価の見直し 31
⑧　脳死臓器提供管理料の見直し 33
⑨　入退院支援に係る人員配置の見直し 34
⑩　重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減 36
⑪　医療機関における業務の効率化・合理化 37

Ⅰ－３　タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 38
①　医師事務作業補助体制加算の評価の充実 38
②　麻酔科領域における医師の働き方改革の推進 41
③　看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進 43
④　栄養サポートチーム加算の見直し 46

Ⅰ－４　業務の効率化に資するＩＣＴの利活用の推進 48
①　医療機関における業務の効率化・合理化 48
②　情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進 52
③　外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し 55

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

Ⅱ－１　かかりつけ機能の評価 56
①　地域包括診療加算の見直し 56
②　小児かかりつけ診療料の見直し 58
③　外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価 60
④　かかりつけ薬剤師指導料等の評価 61
⑤　同一薬局の利用推進 63

Ⅱ－２　患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進 64
①　機能強化加算の見直し 64
②　診療情報の提供に対する評価の新設 66
③　医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携 68
④　明細書発行の推進 70

Ⅱ－３　地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 72
①　質の高い外来がん化学療法の評価 72
②　外来化学療法での栄養管理の評価 73
③　精神病棟における退院時共同指導の評価 74
④　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 78
⑤　腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し 81
⑥　栄養サポートチーム加算の見直し 83
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 84
⑧　個別栄養食事管理加算の見直し 88
⑨　周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し 89

Ⅱ－４　重症化予防の取組の推進 90
①　生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し 90
②　移植を含めた腎代替療法情報提供の評価 91
③　分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進 95
④　歯科疾患管理料の見直し 97
⑤　歯周病重症化予防の推進 98
⑥　健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴う見直し 99

Ⅱ－５　治療と仕事の両立に資する取組の推進 101
①　治療と仕事の両立に向けた支援の充実 101

Ⅱ－６　アウトカムにも着目した評価の推進 106
①　回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し 106
②　データ提出加算の見直し 107

Ⅱ－７－１　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 114
①　がん拠点病院加算の見直し 114
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 .. 117
③　緩和ケア病棟入院料の見直し 120
④　質の高い外来がん化学療法の評価 122
⑤　外来化学療法での栄養管理の評価 124
⑥　がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価 126
⑦　遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価 128
⑧　介護老人保健施設におけるがん診療の充実 135

Ⅱ－７－２　認知症患者に対する適切な医療の評価 136
①　認知症ケア加算の見直し 136

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..... 141
①　精神病棟における退院時共同指導の評価 141
②　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 142
③　精神科在宅患者に対する適切な支援の評価 143
④　地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し 150
⑤　精神科急性期医師配置加算の見直し 153
⑥　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..... 159
⑦　精神科急性期病棟におけるクロザピンの普及推進 162
⑧　精神科救急入院料の見直し 165
⑨　精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実 167
⑩　ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し 168
⑪　児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実 170
⑫　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 172
⑬　精神科身体合併症管理加算の見直し 173

⑭　精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進 175
⑮　ギャンブル依存症に対する治療の評価 177

Ⅱ－７－４　難病患者に対する適切な医療の評価 181
①　難病患者に対する適切な医療の評価 181

Ⅱ－７－５　小児医療、周産期医療、救急医療の充実 185
①　小児かかりつけ診療料の見直し 185
②　小児科外来診療料の見直し 186
③　小児運動器疾患指導管理料の見直し 188
④　小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し 190
⑤　児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実 192
⑥　精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実 193
⑦　ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し 194
⑧　妊婦加算の扱い 195
⑨　地域の救急医療体制における重要な役割を担う医療機関に対する評価..... 197
⑩　救急医療管理加算の見直し 198
⑪　救急医療体制の充実 200
⑫　超急性期脳卒中加算の見直し 201

Ⅱ－７－６　感染症対策、薬剤耐性対策の推進 204
①　抗菌薬適正使用支援加算の見直し 204
②　小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し 206
③　歯科外来診療における院内感染防止対策の推進 207
④　中心静脈栄養の適切な管理の推進 208

Ⅱ－７－７　患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価..... 211
①　回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し 211
②　疾患別リハビリテーション料の見直し 212
③　呼吸器リハビリテーション料の見直し 216
④　難病患者リハビリテーション料の見直し 218
⑤　外来リハビリテーション診療料の見直し 220
⑥　疾患別リハビリテーションの取扱について 221

⑦　脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し 223
⑧　がん患者リハビリテーション料の見直し 225
⑨　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 .. 227
⑩　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 229

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 230
①　小児の在宅呼吸管理における材料の評価 230
②　在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し 231
③　トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の見直し 233
④　冠動脈ＣＴ撮影の算定要件の新設 234
⑤　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..... 236
⑥　人工内耳機器調整に対する評価 238
⑦　認知機能検査等の算定要件の新設 240
⑧　質の高い臨床検査の適切な評価 242
⑨　手術等医療技術の適切な評価 245
⑩　注射の準用に係る規定の創設 249

Ⅱ－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 250
①　歯科外来診療における院内感染防止対策の推進 250
②　歯科疾患管理料の見直し 251
③　歯周病重症化予防の推進 252
④　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 253
⑤　非経口摂取患者に対する口腔管理の推進 256
⑥　広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し 257
⑦　静脈内鎮静法の評価の見直し 258
⑧　歯科麻酔管理料の新設 259
⑨　機械的歯面清掃処置の充実 261
⑩　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の対象拡大 263
⑪　手術用顕微鏡を用いた治療の評価 264
⑫　歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し 266
⑬　歯科固有の技術の評価の見直し等 267

Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価 269
①　地域医療に貢献する薬局の評価 269
②　薬局における対人業務の評価の充実 272
③　調剤基本料の見直し 277
④　病棟薬剤師業務実施加算の評価の見直し 281
⑤　薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和 282
⑥　入院時のポリファーマシー解消の推進 283

Ⅱ－11　医療におけるＩＣＴの利活用 284
①　情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し 284
②　情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用 290
③　かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価 295
④　情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価 296
⑤　情報通信機器を用いた服薬指導の評価 298
⑥　情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進 302
⑦　外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し 303
⑧　ニコチン依存症管理料の見直し 304

Ⅲ　医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

Ⅲ－１　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 307
①　地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設..... 307
②　総合入院体制加算の見直し 308
③　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し 310
④　重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し 312
⑤　重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減 315
⑥　せん妄予防の取組の評価 318
⑦　特定集中治療室管理料の見直し 319
⑧　特定集中治療室での栄養管理の評価 320
⑨　地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し 322
⑩　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し 325

⑪　地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し 329
⑫　地域包括ケア病棟の届出に関する見直し 330
⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し 332
⑭　療養病棟入院基本料の評価の見直し 338
⑮　中心静脈栄養の適切な管理の推進 340
⑯　特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し 341
⑰　結核病棟のユニットに係る見直し 342
⑱　緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し .. 344
⑲　排尿自立指導料の見直し 348
⑳　短期滞在手術等基本料の見直し 353
㉑　データ提出加算の見直し 357
㉒　ＤＰＣ／ＰＤＰＳの見直し 358
㉓　医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し 370

Ⅲ－２　外来医療の機能分化 375
①　外来医療の機能分化の推進 375
②　質の高い外来がん化学療法の評価 377
③　外来化学療法での栄養管理の評価 378
④　がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価 379
⑤　生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し 380
⑥　婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価 381
⑦　外来緩和ケア管理料の見直し 383

Ⅲ－３　質の高い在宅医療・訪問看護の確保 387
①　複数の医療機関による訪問診療の明確化 387
②　在宅療養支援病院における診療体制の整備 389
③　小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価 391
④　在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し 392
⑤　機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し 393
⑥　医療機関における質の高い訪問看護の評価 395
⑦　小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化 397
⑧　専門性の高い看護師による同行訪問の充実 399
⑨　訪問看護における特定保険医療材料の見直し 401

⑩　精神障害を有する者への訪問看護の見直し 402
⑪　医療資源の少ない地域における訪問看護の充実 404
⑫　同一建物居住者に対する複数回の訪問看護の見直し 405
⑬　同一建物居住者に対する複数名による訪問看護の見直し 407
⑭　理学療法士等による訪問看護の見直し 410
⑮　小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し 412
⑯　患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価 414
⑰　在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し 415
⑱　栄養サポートチーム等連携加算の見直し 417

Ⅲ－４　地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 418
①　入退院支援に係る人員配置の見直し 418
②　入院時支援加算の見直し 419
③　入退院支援における総合的な機能評価の評価 421
④　有床診療所入院基本料等の見直し 425
⑤　小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し 427
⑥　診療情報の提供に対する評価の新設 428
⑦　栄養情報の提供に対する評価の新設 429
⑧　栄養食事指導の見直し 430
⑨　周術期等口腔機能管理における 433
⑩　周術期等専門的口腔衛生処置の見直し 434

Ⅲ－５　医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進 435
①　情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進 435
②　電話等による再診時の診療情報提供の評価 436
③　周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進 438

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

Ⅳ－１　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 439
①　薬局における後発医薬品の使用促進 439
②　医療機関における後発医薬品の使用促進 441
③　バイオ後続品に係る情報提供の評価 443

Ⅳ－２　費用対効果評価制度の活用 444
①　費用対効果評価制度の活用 444

Ⅳ－３　市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

Ⅳ－４　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） 445
①　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 445

Ⅳ－５　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲） 446
①　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進 446

Ⅳ－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 447
①　外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価 447
②　入院時のポリファーマシー解消の推進 448
③　調剤料等の見直し 450
④　薬局における後発医薬品の使用促進 451
⑤　医療機関における後発医薬品の使用促進 452
⑥　バイオ後続品に係る情報提供の評価 453

Ⅳ－７　医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 454
①　高度な医療機器の効率的な利用の推進 454
②　小児頭部外傷の際のＣＴ撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し 456
③　超音波検査（胸腹部）の評価の見直し 458
④　超音波検査の評価（要件）の見直し 459
⑤　超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し 460
⑥　訪問診療時の超音波検査の新設 461
⑦　悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価 462
⑧　局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し 468
⑨　網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止 469
⑩　人工腎臓の評価の見直し 470
⑪　バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化 474
⑫　持続緩徐式血液濾過の評価の見直し 476
⑬　吸着式血液浄化法の評価の見直し 477

⑭　下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化 478
⑮　膵全摘後の患者に対する血糖管理の充実 479
⑯　実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価 480
⑰　義肢装具の提供に係る評価の見直し 481
⑱　市場が拡大した場合の評価の見直し 482

①　地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

（新）　地域医療体制確保加算　●点

［算定要件］

（１）救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）Ａ１００一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、Ａ１０２結核病棟入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０３精神病棟入院基本料（10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０５専門病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ３００救命救急入院料、Ａ３０１特定集中治療室管理料、Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－３脳卒中ケアユニッ

ト入院医療管理料、Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料、Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料、Ａ３０３総合周産期特定集中治療室管理料、Ａ３０３－２新生児治療回復室入院医療管理料、Ａ３０５一類感染症患者入院医療管理料、Ａ３０７小児入院医療管理料（小児入院医療管理料５を除く。）Ａ３１１精神科救急入院料又はＡ３１１－３精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。

（２）救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

（３）病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

①　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

②　病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

③　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

④　③の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

⑤　③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

ア　医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）

イ　勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

ウ　前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

エ　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

オ　当直翌日の業務内容に対する配慮

カ　交替勤務制・複数主治医制の実施

キ　育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

⑥　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

②　救急医療体制の充実

第１　基本的な考え方

救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送件数等の実績を踏まえ、救急搬送看護体制加算について、救急外来への看護師の配置に係る要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算について、救急外来への搬送件数及び看護師の配置の実績に応じた新たな評価区分を設ける。

現　行	改定案
【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】 注３　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、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。	【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】 注３　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、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。 イ　救急搬送看護体制加算１　●点 ロ　救急搬送看護体制加算２　●点
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ （救急搬送看護体制加算１） イ　救急搬送について、十分な実績を有していること。 ロ　救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること。 (1) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行

	令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。 (2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。なお、当該専任の看護師は、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。
（救急搬送看護体制加算） （略）	（救急搬送看護体制加算２） ＜現行通り＞

①　医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

第１　基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．週３日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。

２．医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。

現　行	改定案
【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ (1) 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が１日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注２	【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ (1) 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が１日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注２

に規定する点数を算定する場合には、以下の４名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する医師 ウ　緩和ケアの経験を有する看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師 (3)　(1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。	に規定する点数を算定する場合には、以下の４名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する医師 ウ　緩和ケアの経験を有する看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師 (3)　(1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。また、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任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 ※　(1)のイに掲げる医師についても同様。 ※　栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算、抗菌薬適正使用支援加算についても同様。

３．看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。

現　行	改定案
【外来化学療法加算１】 ［施設基準］ 　化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。	【外来化学療法加算１】 ［施設基準］ 　化学療法の経験を５年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。 ※　外来化学療法加算２についても同様。

４．専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。

現　行	改定案
【ウイルス疾患指導料（注２）】 ［施設基準］ ロ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専従の看護師が配置されていること。 【障害児（者）リハビリテーション料】 ［施設基準］ ⑶ ア又はイのいずれかに該当していること。 ア　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。 イ　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか１名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師１名以上が合わせて２名以上が勤務していること。 　ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤	【ウイルス疾患指導料（注２）】 ［施設基準］ ロ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。 【障害児（者）リハビリテーション料】 ［施設基準］ ⑶ ア又はイのいずれかに該当していること。 ア　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。 イ　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか１名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師１名以上が合わせて２名以上が勤務していること。 　ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤

従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。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24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。	従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。また、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。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理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配

	置のうちそれぞれ１名までに限る。 ※　がん患者リハビリテーション料についても同様。

②　医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

第１　基本的な考え方

医師をはじめとした医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が推進されるよう、総合入院体制加算等について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算並びに処置及び手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１について、管理者によるマネジメントを推進する観点から、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議において、年１回以上当該病院の管理者が出席することとする。

現　行	改定案
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ (7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ (7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。<u>また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年１回以上出席すること。</u>なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

	※　医師事務作業補助体制加算並びに処置及び手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１についても同様。

２．病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組が更に進むよう、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の内容及び項目数について見直す。

現　行	改定案
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ (7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 エ　「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも２項目以上を含んでいること。 （イ）外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。） （ロ）院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい） （ハ）医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減 （ニ）病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善 （新設） （新設） （ホ）看護補助者の配置による看	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ (7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 エ　「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも３項目以上を含んでいること。 （イ）外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。） （ロ）院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい） （ハ）医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減 （ニ）病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善 （ホ）特定行為研修修了者である看護師複数名の配置及び活用による病院勤務医の負担軽減 （へ）院内助産又は助産師外来の開設による病院勤務医の負担軽減

護職員の負担軽減	（ト）看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

［経過措置］

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月の届出においては令和２年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、令和３年７月以降の届出においては、令和２年度改定後の基準で届け出ること。

③　病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第１　基本的な考え方

薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

第２　具体的な内容

１．病棟薬剤業務実施加算１及び２について、評価を充実する。

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

２．ハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室内における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算２において評価する。

現　行	改定案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サ	【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サ

ポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）	ポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）

④　薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

第１　基本的な考え方

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする（ただし、１名は常勤薬剤師であることが必要）。

現　行	改定案
【病棟薬剤業務実施加算】 ［施設基準］ (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。	【病棟薬剤業務実施加算】 ［施設基準］ (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。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非常勤の薬剤師を２人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち１名までに限る。
(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が１人以上配置されていること。	(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。

	※　薬剤管理指導料についても同様。

⑤　夜間看護体制の見直し

第１　基本的な考え方

医療機関の実情に応じて、より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

夜間における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備の要件について、項目内容の見直しを行う。

現　行	改定案
【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 ［施設基準］ (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、３項目以上を満たしていること。 ア～ウ　（略） （新設） （新設） エ～オ　（略） カ　当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。 （新設）	【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 ［施設基準］ (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、３項目以上を満たしていること。 ア～ウ　（略） エ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。 オ　当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。 カ～キ　（略） ク　当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。 ケ　当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っているこ

(3)　（中略）(2)のカについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち４時間以上が含まれること。	と。 (3)　（中略）(2)のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち４時間以上が含まれること。なお、利用者がいない日についてはこの限りではない。 ※　障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対１配置加算１及び看護職員夜間16対１配置加算１に限る）、看護補助加算の注３に掲げる夜間看護体制加算、精神科救急入院料の注５及び精神科救急・合併症入院料の注５に掲げる看護職員夜間配置加算についても同様。

⑥　特定集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

看護師の柔軟な働き方を推進する観点から、特定集中治療室における専門の研修を受けた看護師の配置に係る要件を見直す。

また、特定集中治療室の入院患者の適切な評価を行う観点から、入院患者の生理学的スコア（ＳＯＦＡスコア）の提出を要件とする入院料等を見直す。

第２　具体的な内容

１．特定集中治療室管理料１及び２の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

現　行	改定案
【特定集中治療室管理料１及び２】 ［施設基準］ ⑵ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。	【特定集中治療室管理料１及び２】 ［施設基準］ ⑵ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を２名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該２名の勤務が重複する時間帯については１名についてのみ計上すること。

２．特定集中治療室管理料１及び２において提出が要件となっている生理学的スコア（ＳＯＦＡスコア）について、特定集中治療室管理料３及び４についても要件とする。

なお、令和２年10月１日以降に当該治療室に入室した患者を提出対象とする。

※　生理学的スコア（ＳＯＦＡスコア）

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の６項目を、それぞれ５段階の点数でスコア化し、全身の早期障害の程度を判定するもの。

⑦　心停止後臓器提供に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

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るため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、移植臓器提供管理料について、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．心停止後臓器提供では、医療機関における患者家族への説明、ドナーの全身管理、関係者との調整など業務が多岐にわたり、また、ドナー候補の循環動態に移植のタイミングが左右されることに伴う負担が大きいことから、同種死体腎移植術の腎を死体（脳死体を除く。）から移植した場合を評価する加算について、実態に見合った評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【同種死体腎移植術】 同種死体腎移植術　98,770点 ［算定要件］ 注１　臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植腎の提供のために要する費用として、40,000点を加算する。	【同種死体腎移植術】 同種死体腎移植術　●点 ［算定要件］ 注１　臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）第６条第１項第２号に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、●点を所定点数に加算する。

２．心停止後臓器提供は、腎臓のみでなく、膵、膵腎の臓器提供においても行われることから、同種死体腎移植術と同様に、同種死体膵移植術及び同種死体膵腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

現　行	改定案
【同種死体膵移植術】 同種死体膵移植術　112,570点 ［算定要件］ （新設）	【同種死体膵移植術】 同種死体膵移植術　●点 ［算定要件］ 注１　臓器の移植に関する法律（平

	成９年法律第104号）第６条第１項第２号に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く死体膵を移植した場合は、移植臓器提供加算として、●点を所定点数に加算する。
注　膵移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	２　膵移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
（新設）	(2) 移植の対象となる死体膵には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の膵を含む。
（新設）	(4) 「注１」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流、膵採取、採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。 ※　同種死体膵腎移植術についても同様。

⑧　脳死臓器提供管理料の見直し

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

脳死下臓器提供では、医療機関における患者家族への説明、脳死判定、ドナーの全身管理、関係者との調整など、業務が多岐にわたることから、脳死臓器提供管理料の評価について、実態に見合った見直しを行う。

また、造血幹細胞移植での評価に倣い、当該管理料においてもコーディネートの評価を明確化する。

現　行	改定案
【脳死臓器提供管理料】 脳死臓器提供管理料　20,000点 ［算定要件］ (2) 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、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。	【脳死臓器提供管理料】 脳死臓器提供管理料　●点 ［算定要件］ (2) 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、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。

⑨　入退院支援に係る人員配置の見直し

第１　基本的な考え方

より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．入退院支援加算３について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

現　行	改定案
【入退院支援加算３】 ［施設基準］ ロ　当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び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又は入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。	【入退院支援加算３】 ［施設基準］ ロ　当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。

２．入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門における職員を非常勤職員でも可能とする。

現　行	改定案
【入退院支援加算１】 ［施設基準］ (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が１名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。	【入退院支援加算１】 ［施設基準］ (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が１名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。 　なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。 ※　入退院支援加算２・３及び入院時支援加算における入退院支援部門の専従職員についても同様。

⑩　重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

「Ⅲ－１－⑤」を参照のこと。

⑪　医療機関における業務の効率化・合理化

「Ⅰ－４－①」を参照のこと。

①　医師事務作業補助体制加算の評価の充実

第１　基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。

２．医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

現　行	改定案
【結核病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 へ　診療録管理体制加算 ト　乳幼児加算・幼児加算	【結核病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 へ　診療録管理体制加算 ト　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。） チ　乳幼児加算・幼児加算 ※　有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料についても同様。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ 注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌(かん)流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌(かん)流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ 注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌(かん)流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌(かん)流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。 ※　地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料、精神科急性期治療病棟入院料２についても同様。
【医師事務作業補助体制加算】 １　医師事務作業補助体制加算１ イ　15対１補助体制加算　920点 ロ　20対１補助体制加算　708点	【医師事務作業補助体制加算】 １　医師事務作業補助体制加算１ イ　15対１補助体制加算　●点 ロ　20対１補助体制加算　●点

ハ　25対１補助体制加算　580点 ニ　30対１補助体制加算　495点 ホ　40対１補助体制加算　405点 ヘ　50対１補助体制加算　325点 ト　75対１補助体制加算　245点 チ　100対１補助体制加算　198点 ２　医師事務作業補助体制加算２ イ　15対１補助体制加算　860点 ロ　20対１補助体制加算　660点 ハ　25対１補助体制加算　540点 ニ　30対１補助体制加算　460点 ホ　40対１補助体制加算　380点 ヘ　50対１補助体制加算　305点 ト　75対１補助体制加算　230点 チ　100対１補助体制加算　188点	ハ　25対１補助体制加算　●点 ニ　30対１補助体制加算　●点 ホ　40対１補助体制加算　●点 ヘ　50対１補助体制加算　●点 ト　75対１補助体制加算　●点 チ　100対１補助体制加算　●点 ２　医師事務作業補助体制加算２ イ　15対１補助体制加算　●点 ロ　20対１補助体制加算　●点 ハ　25対１補助体制加算　●点 ニ　30対１補助体制加算　●点 ホ　40対１補助体制加算　●点 ヘ　50対１補助体制加算　●点 ト　75対１補助体制加算　●点 チ　100対１補助体制加算　●点
［施設基準］ (2) 20対１、25対１、30対１及び40対１補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア　「(1)15対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ　「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年３月21日医政発0321第２号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日 医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 （新設） ウ　年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。	［施設基準］ (2) 20対１、25対１、30対１及び40対１補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア　「(1)15対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ　「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年３月21日医政発0321第２号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日 医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 ウ　基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。 エ　年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。

②　麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

第１　基本的な考え方

医師の負担軽減の推進の観点から、現行の麻酔管理料（Ⅱ）について実施者に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．麻酔管理料（Ⅱ）について、麻酔を担当する医師の一部の行為を、適切な研修を修了した看護師が実施しても算定できるよう見直す。

２．麻酔前後の診察について、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が実施した場合についても、算定できるよう見直す。

現　行	改定案
【麻酔管理料（Ⅱ）】 ［算定要件］ (2) 麻酔管理料（Ⅱ）は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。	【麻酔管理料（Ⅱ）】 ［算定要件］ (2) 麻酔管理料（Ⅱ）は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分番号において、単に「担当医師」という。）又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外

	に行われなければならない。また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。
（新設）	(4) 麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。
［施設基準］	［施設基準］
（新設）	(6) 麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した常勤看護師が１名以上配置されていること。ここでいう「適切な研修」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第５号の規定による指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修であること。
（新設）	(7) 麻酔を担当する医師の一部の行為を当該看護師が実施する場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。

③　看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

第１　基本的な考え方

看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、看護職員の夜間配置及び看護補助者の配置に係る評価等を見直す。

第２　具体的な内容

１．看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現　行	改定案
【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　95点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　75点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算１　55点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算２　30点 【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算　55点 【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算　55点 【看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算　55点	【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　●点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　●点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算１　●点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算２　●点 【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算　●点 【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算　●点 【看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料の注加算）】 看護職員夜間配置加算　●点

２．急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

現　行	改定案
【急性期看護補助体制加算】 １　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割以上）　210点 ２　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割未満）　190点 ３　50対１急性期看護補助体制加算 170点 ４　75対１急性期看護補助体制加算 130点 注２ イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　90点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　85点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　70点	【急性期看護補助体制加算】 １　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割以上）　●点 ２　25対１急性期看護補助体制加算 （看護補助者５割未満）　●点 ３　50対１急性期看護補助体制加算 ●点 ４　75対１急性期看護補助体制加算 ●点 注２ イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　●点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　●点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　●点
【看護補助加算】 １　看護補助加算１　129点 ２　看護補助加算２　104点 ３　看護補助加算３　76点 注２　夜間75対１看護補助加算　40点	【看護補助加算】 １　看護補助加算１　●点 ２　看護補助加算２　●点 ３　看護補助加算３　●点 注２　夜間75対１看護補助加算　●点
【夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）】 夜間看護加算　35点	【夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）】 夜間看護加算　●点
【看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）】 イ　14日以内の期間　129点 ロ　15日以上30日以内の期間　104点	【看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）】 イ　14日以内の期間　●点 ロ　15日以上30日以内の期間　●点
【看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】 看護補助者配置加算　150点	【看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）】 看護補助者配置加算　●点

３．急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。

現　行	改定案
【急性期看護補助体制加算】 ［施設基準］ (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。 ※　院内研修の内容 ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ　（略）	【急性期看護補助体制加算】 ［施設基準］ (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。 ※　院内研修の内容 アについては、内容に変更がない場合は、２年目以降の受講は省略して差し支えないものとする。 ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ　（略） ※　看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算、障害者施設等入院基本料の注９に掲げる看護補助加算、地域包括ケア病棟入院料の注４に掲げる看護補助者配置加算についても同様。

④　栄養サポートチーム加算の見直し

第１　基本的な考え方

結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

第２　具体的な内容

算定対象となる入院料として、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）を追加する。

現　行	改定案
【結核病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヤ　略	【結核病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～タ　略 レ　栄養サポートチーム加算 ソ～マ　略
【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～テ　略	【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ク　略 ヤ　栄養サポートチーム加算 マ～メ　略
【特定機能病院入院基本料】 ［算定要件］ 注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等	【特定機能病院入院基本料】 ［算定要件］ 注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等

加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～テ　略 ア　栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。） サ～　略 【栄養サポートチーム加算】 ［算定要件］ 注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。	加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～テ　略 ア　栄養サポートチーム加算 サ～　略 【栄養サポートチーム加算】 ［算定要件］ 注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る）を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

①　医療機関における業務の効率化・合理化

第１　基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

１．安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、ＩＣＴを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。

現　行	改定案
【医療安全管理体制の基準】 ⑷ 安全管理のための委員会が開催されていること。 　安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。	【医療安全管理体制の基準】 ⑷ 安全管理のための委員会が開催されていること。 　安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、対面によらない方法でも開催可能とする。 ※　院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算についても同様。

２．院内研修について、抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化する。また、急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。

現　行	改定案
【抗菌薬適正使用支援加算】 ［施設基準］	【抗菌薬適正使用支援加算】 ［施設基準］

(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ　抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年２回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。	(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ　抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年２回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。なお、当該院内研修については、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。
【急性期看護補助体制加算】（再掲） ［施設基準］ (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。 ※　院内研修の内容 ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ　（略）	【急性期看護補助体制加算】（再掲） ［施設基準］ (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。 ※　院内研修の内容 アについては、内容に変更がない場合は、２年目以降の受講は省略して差し支えないものとする。 ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ　（略） ※　看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算、障害者施設等入院基本料の注９に掲げる看護補助加算、地域包括ケア病棟入院料の注４に掲げる看護補助者配置加算についても同様。

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

現　行	改定案
【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 ［施設基準］	【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 ［施設基準］

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあっては、Ｂ項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。 ア・イ　（略）	重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあっては、Ｂ項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。 ※　特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。

４．栄養サポートチーム加算注２等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

現　行	改定案
【栄養サポートチーム加算注２】 ［算定要件］ 「注２」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。	【栄養サポートチーム加算注２】 ［算定要件］ （削除） ※　外来緩和ケア管理料注４についても同様。
【がん患者指導管理料「ハ」】 ［算定要件］ ウ　指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。	【がん患者指導管理料「ハ」】 ［算定要件］ ウ　指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載し、又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。
【退院時共同指導料１及び２】 ［算定要件］ 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患	【退院時共同指導料１及び２】 ［算定要件］ 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載し、又は患者若し

者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。	くはその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。

５．在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

現　行	改定案
【在宅療養指導料】 ［算定要件］ (4) 医師は、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載する。 (5) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。	【在宅療養指導料】 ［算定要件］ （削除） (4) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。 ※　糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料についても同様。

６．施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

７．診療報酬の算定に当たり、文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。

８．レセプト摘要欄に記載を求めていた事項のうち、画像診断の撮影部位等について選択式記載とする。

②　情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

第１　基本的な考え方

関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう、要件を見直す。

第２　具体的な内容

情報通信機器を用いたカンファレンス等について、やむを得ない事情により対面で参加できない場合でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

また、情報通信機器を用いた退院時共同指導について、医療資源の少ない地域でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

現　行	改定案
【感染防止対策加算１】 ［施設基準］ (8)　(7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び２の(3)のアからエの構成員それぞれ１名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、<u>やむを得ない事情により参加できない場合は、</u>以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。 ア　ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。 イ　(2)に掲げるチームと２の(3)に掲げる感染制御チームは、４回中１回以上一堂に会し直接対	【感染防止対策加算１】 ［施設基準］ (8)　(7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び２の(3)のアからエの構成員それぞれ１名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。 ア　ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。 イ　(2)に掲げるチームと２の(3)に掲げる感染制御チームは、４回中１回以上一堂に会し直接対

面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ１名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。 ウ　感染制御チームを構成する各職種が４回中２回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。	面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ１名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。 ウ　感染制御チームを構成する各職種が４回中２回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。 ※　感染防止対策加算２、入退院支援加算１、退院時共同指導料２の注３、在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料、訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算も同様。
【退院時共同指導料】 ［算定要件］ ⑻　退院時共同指導料１の「注１」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料２の「注１」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年３月５日保医発0305第２号）」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護	【退院時共同指導料】 ［算定要件］ ⑻　退院時共同指導料１の「注１」及び退院時共同指導料２の「注１」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。	※　訪問看護療養費における退院時共同指導加算も同様。

③　外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し

第１　基本的な考え方

栄養食事指導の効果を高めるため、外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器を活用して実施した場合の評価を見直す。

第２　具体的な内容

外来栄養食事指導料における、２回目以降の栄養食事指導について情報通信機器を用いて行う指導を評価する。

現　行	改定案
【外来栄養食事指導料】 イ　初回　260点 ロ　２回目以降　200点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 （新設）	【外来栄養食事指導料】 イ　初回　●点 ロ　２回目以降 (1) 対面で行った場合　●点 (2) 情報通信機器を使用する場合　●点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 ２　ロの(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

①　地域包括診療加算の見直し

第１　基本的な考え方

外来における継続的かつ全人的な医療の実施を推進する観点から、地域包括診療加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括診療加算の施設基準における時間外の対応に係る要件について、時間外対応加算３の届出でもよいこととする。

現　行	改定案
【再診料（地域包括診療加算）】 注12　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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　地域包括診療加算１　25点 ロ　地域包括診療加算２　18点 ［施設基準］ １　地域包括診療加算１に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (8) 以下のいずれか１つを満していること。 ア　時間外対応加算１又は２の届出を行っていること。 イ　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以	【再診料（地域包括診療加算）】 注12　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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　地域包括診療加算１　●点 ロ　地域包括診療加算２　●点 ［施設基準］ １　地域包括診療加算１に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (8) 以下のいずれか１つを満していること。 ア　時間外対応加算１、２又は３の届出を行っていること。 イ　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以

上が常勤の医師であること。 ウ　在宅療養支援診療所であること。	上が常勤の医師であること。 ウ　在宅療養支援診療所であること。

②　小児かかりつけ診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について対象となる患者等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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。

２．当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現　行	改定案
【小児かかりつけ診療料】 １　処方箋を交付する場合 イ　初診時　631点 ロ　再診時　438点 ２　処方箋を交付しない場合 イ　初診時　748点 ロ　再診時　556点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（３歳以上の患者にあっては、３歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。 (5) 常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「２」の所定点数を算定	【小児かかりつけ診療料】 １　処方箋を交付する場合 イ　初診時　●点 ロ　再診時　●点 ２　処方箋を交付しない場合 イ　初診時　●点 ロ　再診時　●点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。 (5) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「１　処方箋を交付する場合」で算定する。

できる。	

③　外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

第１　基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

服用薬剤調整支援料について、６種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。

（新）　服用薬剤調整支援料２　●点（３月に１回まで）

［算定要件］

複数の保険医療機関より６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者若しくはその家族等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行ったときは、３月に１回に限り所定点数を算定する。

④　かかりつけ薬剤師指導料等の評価

第１　基本的な考え方

対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者のプライバシーに配慮することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。

第２　具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、以下の見直しを行う。

１．患者のプライバシーに配慮することを要件として追加する。

２．対物業務から対人業務への転換を進める観点から評価を見直す。

現　行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】 73点 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 281点 ［施設基準］ （新設）	【かかりつけ薬剤師指導料】 ●点 【かかりつけ薬剤師包括管理料】 ●点 ［施設基準］ 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

３．医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
※　かかりつけ薬剤師指導料が要件を引用する薬剤服用歴管理指導料の算定要件として追加。

現　行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】	【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】

［算定要件］ (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア　「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。 【薬剤服用歴管理指導料】 ［算定要件］ (1) エ　残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。	［算定要件］ (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア　「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。 【薬剤服用歴管理指導料】 ［算定要件］ (1) エ　残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。

⑤　同一薬局の利用推進

第１　基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者が同一の薬局を繰り返し利用することにより、処方薬の一元的・継続的な把握や重複投薬の解消をさらに進める観点から、薬剤服用歴管理指導料及び調剤基本料の見直しを行う。

第２　具体的な内容

患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、以下の見直しを行う。

１．薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来局の期間を「原則６月以内」から「原則３月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料１以外にも拡大する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

２．調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、２回目以上の受付分については所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。
「Ⅱ－10－③」を参照のこと。

３．薬剤服用歴管理指導料について、医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

①　機能強化加算の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。

・　必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。

・　医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関が検索できること。

２．また、院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。

・　当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。

・　当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

現　行	改定案
【初診料（機能強化加算）】 注12　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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	【初診料（機能強化加算）】 注12　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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、●点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するなどの取組を行っていること。

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。 また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（新設）	(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

②　診療情報の提供に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

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

（新）　診療情報提供料（Ⅲ）　●点

［対象患者］

（１）地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出ている医療機関から紹介された患者

（２）妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者

（３）別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を届け出ている医療機関に紹介された患者

［算定要件］

（１）別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につ

き３月に１回に限り算定する。

（２）妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月１回に限り算定する。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

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

③　医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）において、医療的ケア児が通う学校の学校医又は医療的ケアに知見のある医師に対して、児が学校生活を送るに当たって必要な情報を主治医が提供した場合の評価を新設する。

現　行	改定案
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ （新設）	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注●　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
（新設）	(1)　当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
（新設）	

（新設）	(2) 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。 (3) 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

④　明細書発行の推進

第１　基本的な考え方

明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態を踏まえ、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、診療所における明細書発行に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．診療所において、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、正当な理由がある場合でも、患者からの求めがあったときには、明細書発行を義務とする。

２．一部負担金の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューター又は自動入金機の改修が必要な診療所が対応を完了する期間を考慮し、２年間の経過措置を設ける。

現　行	改定案
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 ［領収証等の交付］ 第五条の二の二　前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 ［領収証等の交付］ 第五条の二の二　前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。
【平成28年度改正附則】 ［経過措置］ 第三条　新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後	【平成28年度改正附則】 ［経過措置］ 第三条　新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後

の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあっては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を交付することを要しない。	の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあっては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を患者から求められたときに交付することで足りるものとする。 ※　高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。

①　質の高い外来がん化学療法の評価

「Ⅱ－７－１－④」を参照のこと。

②　外来化学療法での栄養管理の評価

「Ⅱ－７－１－⑤」を参照のこと。

③　精神病棟における退院時共同指導の評価

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

精神病棟に入院中の患者に対して、入院医療を提供する保険医療機関の多職種チームと、地域において当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、退院後の療養等について共同で指導等を行った場合の評価を新設する。

（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（外来又は在宅医療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）　●点

ロ　精神科退院時共同指導料（Ⅱ）　●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）　●点

［対象患者］

１のイ　精神病棟に入院中の患者であって、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号に規定する同法による入院又は同法第42条第１項第２号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が１年以上の患者（以下この区分番号において「措置入院者等」という。）

１のロ　精神病棟に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者

２　１のイ及び１のロの患者

［算定要件］

（１）精神科退院時共同指導料１については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって、措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、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上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅医療を担う保険医療機関において、入院中に１回に限り算定すること。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

（２）精神科退院時共同指導料２については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅医療を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、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上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に１回に限り算定すること。ただし、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

（３）１のイについては、措置入院者等に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師（以下、看護師等という。）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、在宅療養担当医療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（准看護師を除く。）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が共同指導を行った場合に算定すること。

（４）１のロについては、１のイ以外の患者であって、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント　実践ガイド」における「包括的支援マネジメント　導入基準」を満たした、重点的な

支援が必要な患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師又は医師の指示を受けた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、在宅療養担当医療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（准看護師を除く。）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が共同指導を行った場合に算定すること。

（５）２については、（３）又は（４）に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、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（准看護師を除く。）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が共同指導を行った場合に算定すること。

（６）外来又は在宅医療を担う医療機関については、入院中の医療機関とは別の医療機関であること。

（７）共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント　実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別添●の様式を用いること。

（８）当該指導料を算定する場合は、行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

（９）共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅医療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、ビデオ通話等を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

（10）精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

[施設基準]

（１）精神科退院時共同指導料１を算定する場合は、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

（２）精神科退院時共同指導料２を算定する場合は、精神科を標榜する病院であること。

（３）当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

（４）重点的な支援を必要とする患者とは、別紙●に掲げる包括的支援マネジメント導入基準を１つ以上満たすものをいう。
（５）当該指導料の施設基準に係る届出は様式●を用いること。

④　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

第１　基本的な考え方

地域で生活する精神疾患患者の支援を推進するために、精神科外来における多職種による相談・支援等について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注８　１を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号Ｂ●に掲げる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、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り●点を所定点数に加算する。 (21)「注８」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「１」を算定する患者に

	ついて、精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料を算定した患者であって退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診した患者又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師（以下、この区分において「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支援及び指導を行った場合に月１回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。 ア　当該患者の支援方針等について、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又は心療内科の医師、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、在宅療養担当医療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（准看護師を除く。）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し、その写しを診療録に添付すること。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「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。 ウ　医師は、診療録に当該患者の

	療養生活環境整備支援及び指導を担当する看護師等又は精神保健福祉士への指示事項を記載すること。 エ　当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、イにおいて作成した支援計画の内容を患者等に説明した上で、療養生活環境の整備のための支援及び指導を行うこと。なお、担当する患者ごとに療養生活環境整備支援・指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。 ［施設基準］ (1) 通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 療養生活環境整備のための支援及び指導を適切に行うにつき十分な体制を有していること。 (1) 通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 ア　当該保険医療機関内に、当該支援・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。 イ　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支援及び指導の対象患者の数は１人につき30人以下であること。また、それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。 (2) 当該加算の届出においては、様式●を用いること。

⑤　腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

第１　基本的な考え方

通院への制約等の理由により保険医療機関の変更や血液透析への変更が必要となる患者もいることから、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。

第２　具体的な内容

腹膜透析を実施した患者について、他施設において血液透析を実施した場合、自施設にて診療報酬明細書の摘要欄に必要性等を記載した場合に限り在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定できるようにし、他施設では、診療報酬明細書の摘要欄に在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している医療機関名を記載した場合に限り、人工腎臓を算定できるようにする。

現　行	改定案
【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点 ［算定要件］ (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の１の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、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。	【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 ●点 ［算定要件］ (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の１の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、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、患者の希望する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】 ［算定要件］ ⑹ 区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の「１」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週１回を限度として算定できる。また、区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週１回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。	【人工腎臓】 ［算定要件］ ⑹ 区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の「１」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週１回を限度として算定できる。また、区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週１回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。なお、他の医療機関において区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週１回を限度として算定できる。

⑥　栄養サポートチーム加算の見直し

「Ⅰ－３－④」を参照のこと。

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

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について、多職種チームによる介入を評価できるよう、要件及び評価を見直すとともに名称の変更を行う。

現　行	改定案
【経口摂取回復促進加算（摂食機能療法）】 ［算定要件］ 注３　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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して６月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　経口摂取回復促進加算１　185点 ロ　経口摂取回復促進加算２　20点 (6)「注３」に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２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（支）	【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週１回に限り●点を所定点数に加算する。 (6)「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算は、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（支）局長に届出を

局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算１を算定する場合に限る。）又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。 (7)　（略） （新設）	行った保険医療機関において、摂食機能療法を算定する患者であって、摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の介入によって摂食嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。 （削除） (7)　「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算は、ア～ウの要件をいずれも満たす場合に算定する。 ア　当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、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リハビリテーション実施計画書を作成し、又はすでに摂食機能療法に係る計画書が作成されている場合には当該チームにより見直しを行い、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。 イ　当該患者について、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、リハビリテーション計画等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行う。当該カンファレンスには、摂食嚥下支援チームの構成員のうち、医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士が参加していること。 ウ　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（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）、摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、必要に

	応じて患者又はその家族等への指導管理を行う。
(8) 「注３」に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。	(8) 「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
(10)「注３」に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２を算定する月においては、区分番号「Ｄ２９８－２」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「Ｅ００３」造影剤注入手技の「７」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。	(10)「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算を算定する月においては、区分番号「Ｄ２９８－２」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「Ｅ００３」造影剤注入手技の「７」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。
［施設基準］	［施設基準］
(1) 当該保険医療機関内に摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が１名以上配置されていること。	（削除）
(2) 摂食機能療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(1) 摂食嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(3) 摂食機能に係る療養について相当の実績を有していること。	(2) 摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局長等に報告していること。
１　経口摂取回復促進加算１に関する施設基準	（削除）
（略）	
２　経口摂取回復促進加算２に関する施設基準	（削除）

（略） （新設）	(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される摂食嚥下機能の回復の支援に係るチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、カについては、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。 ア　専任の常勤医師又は常勤歯科医師 イ　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 ウ　専任の常勤言語聴覚士 エ　専任の常勤薬剤師 オ　専任の常勤管理栄養士 カ　専任の歯科衛生士 キ　専任の理学療法士又は作業療法士
（新設）	(2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師、常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。
（新設）	(3) 摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について、別添●の様式●の●を用いて、地方厚生局長等に報告していること。

⑧　個別栄養食事管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

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の要件を見直す。

第２　具体的な内容

個別栄養食事管理加算の算定対象に後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を加える。

現　行	改定案
【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　緩和ケアを要する悪性腫瘍患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 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。	【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、●点を更に所定点数に加算する。 ［施設基準］ イ　緩和ケアを要する患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 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。

⑨　周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し

第１　基本的な考え方

化学療法や放射線療法等が行われている患者に対して、実施される周術期等口腔機能管理を推進する観点から、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価及び周術期等専門的口腔衛生処置に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価を見直す。

２．周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して行われる周術期等専門的口腔衛生処置１の算定回数制限を見直す。

現　行	改定案
【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 190点 【周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ 注２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月１回に限り算定する。	【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ●点 【周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ 注２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。

①　生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

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、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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。

現　行	改定案
【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ （新設）	【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。

２．生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

②　移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

第１　基本的な考え方

移植を含めた腎代替療法に関する情報提供を推進する観点から、人工腎臓の導入期加算の要件を見直すとともに、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。

第２　具体的な内容

１．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	改定案
【導入期加算（人工腎臓の注加算）】 ［算定要件］ 注２　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行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　導入期加算１　300点 ロ　導入期加算２　400点 (17)「注２」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、１日につき300点又は400点を１月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より１月間をいう。	【導入期加算（人工腎臓の注加算）】 ［算定要件］ 注２　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行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　導入期加算１　●点 ロ　導入期加算２　●点 (17)「注２」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、１日につき●点又は●点を１月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より１月間をいう。

［施設基準］ (2) 導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ウ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ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。 ［記載上の注意］ （新設）	［施設基準］ (2) 導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ウ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ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。 ［記載上の注意］ ３　「４」の腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録を行った患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。

２．腎代替療法開始前のより早期の段階から、腎代替療法に関する情報提供を行うことで、生命予後の改善が期待できることから、腎代替療法開始前の保存期腎不全患者に対する腎代替療法指導管理料を新設する。

（新）　腎代替療法指導管理料　●点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき２回に限り算定する。

（２）１回の指導を30分以上行った場合に算定する。

（３）腎代替療法指導管理料の対象となる患者は、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、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合

（４）当該管理料の算定に当たっては、（３）の要件を満たす慢性腎臓

病患者の腎代替療法選択にとって、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。なお、腎代替療法の情報提供を行う際には、腎臓病教室とは別に指導管理を行った場合に限る。

（５）当該管理料の算定に当たっては、腎臓内科の経験を有する医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、当該患者が十分に理解し、納得した上で治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。

（６）指導内容等の要点を診療録に記載する。

（７）説明に当たっては、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。

（８）本管理料を算定する場合にあっては、（３）のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　（３）のアに該当する場合は、直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、以下の①から③のうちいずれかに該当するもの。

①　25ml/min/1.73m2以上、30ml/min/1.73m2未満

②　15ml/min/1.73m2以上、25ml/min/1.73m2未満

③　15ml/min/1.73m2未満

イ　（３）のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。

[施設基準]

（１）腎代替療法指導管理料の施設基準

・　以下の全てを満たしていること。

ア　区分番号「C102」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。

イ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、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。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

・　当該保険医療機関内に、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

・　腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的に実施すること。

③　分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

第１　基本的な考え方

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、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅妊娠糖尿病患者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	改定案
【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】 （新設）	【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】 １　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１ ２　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２
［算定要件］ 注　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。	［算定要件］ 注１　１については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。 ２　２については、１を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、１回に限り算定する。
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者 のうち、血糖自己測定値に基づく指	(1) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づ

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する。 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者 (1) 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病） （略） (2) ハイリスクな妊娠糖尿病である場合 （略） （新設）	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する。 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者 ア 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病） （略） イ ハイリスクな妊娠糖尿病である場合 （略） (2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２は、(1)に該当し、妊娠中に在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１を算定した患者であって、引き続き分娩後における血糖管理を必要とするものについては、分娩後12週間以内に適切な療養指導を行った場合に、１回に限り算定する。

④　歯科疾患管理料の見直し

第１　基本的な考え方

歯科疾患管理料について、長期的な継続管理等の評価をさらに充実させる観点から、初診時に係る評価を見直すとともに、長期的な継続管理について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．初診月の歯科疾患管理料の評価を見直す。

２．歯科疾患に対する管理及び療養上必要な指導について、継続的な長期管理を実施した場合の評価を新設する。

現　行	改定案
【歯科疾患管理料】 100点 ［算定要件］ 注１　１回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して２月以内１回に限り算定する。 （新設）	【歯科疾患管理料】 ●点 ［算定要件］ 注１　１回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の●に相当する点数により算定する。 12　初診日の属する月から起算して、６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　●点 ロ　イ以外の保険医療機関の場合　●点

⑤　歯周病重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

歯周病安定期治療の対象となっていない、歯肉に限局する炎症症状を認める患者に対する歯周病重症化予防治療を実施した場合の評価を新設する。

（新）　歯周病重症化予防治療

１	１歯以上10歯未満	●点
２	10歯以上20歯未満	●点
３	20歯以上	●点

［対象患者］

（１）歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、２回目以降の歯周病組織検査終了後に、歯周ポケットが４ミリメートル未満の患者

（２）歯周組織の多くの部分は健康であるが、部分的に歯肉に限局する炎症症状を認める状態又はプロービング時の出血が見られる状態

［算定要件］

（１）２回目以降の区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病重症化予防治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。

（２）２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。

（３）歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した月は、別に算定できない。

⑥　健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴う見直し

第１　基本的な考え方

健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴い、医療機関においては、原則敷地内禁煙が義務づけられていることから、禁煙を求めている施設基準について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．屋内禁煙については、各施設基準の要件から削除する。

現　行	改定案
【乳幼児加算・幼児加算】 ［算定要件］ 注１　乳幼児加算は、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入院している３歳未満の乳幼児について、所定点数に加算する。 注２　幼児加算は、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入院している３歳以上６歳未満の幼児について、所定点数に加算する。 ［施設基準］ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること	【乳幼児加算・幼児加算】 ［算定要件］ 注１　乳幼児加算は、保険医療機関に入院している３歳未満の乳幼児について、所定点数に加算する。 注２　幼児加算は、保険医療機関に入院している３歳以上６歳未満の幼児について、所定点数に加算する。 ［施設基準］ （削除） ※　総合入院体制加算２及び３、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、小児療養環境特別加算、がん拠点病院加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、悪性腫瘍特異物質治療管理料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、

	外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、喘息治療管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、糖尿病合併症管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、乳幼児育児栄養指導料、生活習慣病管理料、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料についても同様

①　治療と仕事の両立に向けた支援の充実

第１　基本的な考え方

治療と仕事の両立を推進する観点から、企業から提供された勤務状況に関する情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施する等の医学管理を行った場合の評価となるよう、療養・就労両立支援指導料について対象患者等の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。

２．対象疾患について、がんの他に、脳卒中、肝疾患及び指定難病を追加する。

３．対象者について、産業医の選任されている事業場に勤務する者の他に、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者又は保健師が選任されている事業場に勤務する者を追加する。

４．相談体制充実加算については、廃止とする。

現　行	改定案
【療養・就労両立支援指導料】 1,000点 ［算定要件］ 注１　がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を	【療養・就労両立支援指導料】 １　初回　●点 ２　２回目以降　●点 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を

考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、６月に１回に限り算定する。	行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師　（以下、「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。
２　別に厚生労働大臣が定める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は、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。	２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。
（新規）	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、●点を所定点数に加算する。
３　注１の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。	４　注１の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。
(2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、６月に１回に限り算定する。	(2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月１回に限り算定する。
ア　悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に	ア　治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用

伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」及び「別紙様式49の２」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。	する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を受け取ること。
イ　悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取したうえで、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。	イ　治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。
ウ　悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者の勤務する事業場の産業医から、文書で、療養と就労の両方を継続するために治療上望ましい配慮等について、助言を得ていること。	ウ　治療を担当する医師が、以下のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。 ①　病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」、「別紙様式49の２」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録等に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場

	合は、当該産業医に対して当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。 ② 当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。
エ ウの助言を踏まえ、悪性腫瘍の治療を担当する医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うとともに、患者に対し治療計画変更の必要性の有無や具体的な変更内容等について説明すること。	（削除）
(3) 患者に対する指導及び説明並びに産業医による助言を診療録等に記載する。	(3) ２については、１を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。
(4) 「注２」に規定する相談体制充実加算については、入院中の患者以外の患者が利用可能な相談窓口等において専任の看護職員又は社会福祉士が、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、就労と治療の両立のための相談に応じる体制を有している保険医療機関において、所定点数に加算する。	(4) 「注３」に規定する相談支援加算については、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。
（新設）	(5) １については、事業場の産業医等への就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービスとして、別に徴収することはできない。
（新設）	(6) 治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業

	場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。
［体制充実加算の施設基準］ (1) がん患者の療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該窓口は区分番号「Ａ２３４－３」患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していることが望ましい。	［相談支援加算の施設基準］ (1) 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「Ａ２３４－３」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。
（新設）	［厚生労働大臣の定める疾患］ １．悪性新生物 ２．脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患 ３．肝疾患（経過が慢性なものに限る。） ４．難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一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。）に係るものに限る。） その他これに準ずる疾患

【Ⅱ－６　アウトカムにも着目した評価の推進　－①】

①　回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

②　データ提出加算の見直し

第１　基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。

また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。

第２　具体的な内容

１．データ提出加算が要件となる入院料を許可病床数200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料５若しくは６又は療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大する。

２．看護配置等の基準は満たしているにもかかわらず、データ提出加算の要件を満たさないために急性期一般入院基本料が算定できない一定の医療機関について、急性期一般入院料７が一定期間算定できるよう、規定を見直す。

３．急性期一般入院基本料等を算定する病棟以外において、データ提出加算を90日に１回に算定可能とする。

４．提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。また、未コード化傷病名の割合の基準を見直す。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料５、６】 ［施設基準］ データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。 ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の場合は、その限りではない。	【回復期リハビリテーション病棟入院料５、６】 ［施設基準］ データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。
【療養病棟入院基本料１、２】 ［施設基準］ 許可病床数が200床以上の病院にあ	【療養病棟入院基本料１、２】 ［施設基準］ データ提出加算に係る届出を行っ

ては、データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	た保険医療機関であること。
【急性期一般入院基本料】 ［施設基準］ 　データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。	【急性期一般入院基本料】 ［施設基準］ 　データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。 　ただし、 新規に保険医療機関を指定する場合であって急性期一般入院料７を届け出る場合その他やむを得ない事情がある場合を除く。 　（急性期一般入院料７について、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合又は急性期一般入院基本料１から７のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の４の４（３）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して１年に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなすことができる。）
【経過措置】 ［施設基準］ 八　平成30年３月31日において、現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、平成31年３月31日（ただし、当該保険医療機関の許可病床数が50床未満、当該保険医療機関が保有する病棟が１のみ又は平成30年11月30日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入	【経過措置】 ［施設基準］ 八　令和２年３月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、令和●年●月●日までの間に限り、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料５若しくは６を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるものは、平成32年３月31日）までの間に限り、次の(1)から(9)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(9)までに定めるものに該当するものとみなす。	
(1) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の４	(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。）
(2) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注６のイ（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の４	(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料５（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。）
(3) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注６のロ（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の４	(3) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料６（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。）
(4) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注６のハ（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の４	（削除）
(5) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料１ 第五の三の(1)のイの⑦	（削除）
(6)旧医科点数表の療養病棟入院基本料２ 第五の三の(1)のイの⑦	（削除）
(7) 旧医科点数表の特定機能病院入院基本料の一般病棟の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の	（削除）

五の(1)のイの②の５ (8) 旧医科点数表の専門病院入院基本料の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の六の(2)のロの⑤ (9) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料第九の十の(2)のト、(3)（(2)のトに限る。）、(4)のニ、(5)（(4)のニに限る。）、(6)のロ又は(7)	（削除） （削除）
（新設）	九　令和２年３月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料５若しくは６を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データの提出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。 (1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料 (2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料５ (3) 旧医科点数表の回復期リハビ

	リテーション病棟入院料６
【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１ イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　150点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　200点 ２　データ提出加算２ イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　160点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点	【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１ イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　●点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　●点 ２　データ提出加算２ イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　●点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　●点 ３　データ提出加算３ イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　●点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　●点 ４　データ提出加算４ イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　●点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　●点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院中１回に限り、退院時に、所定点数に加算する。 （新設）	注１　１及び２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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、所定点数に加算する。 注２　３及び４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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとにつき１回、所定点数に加算する。
【提出データ評価加算】 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に入院している患者については、提出データ評価加算として、退院時において、20点を更に所定点数に加算する。	【提出データ評価加算】 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に入院している患者については、提出データ評価加算として、●点を更に所定点数に加算する。
［算定要件］ イ　データ提出加算２を算定する病院であること。 ロ　診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて	［算定要件］ イ　データ提出加算２のロを算定する病院であること。 ロ　診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて

いること。(DPCデータの様式１及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名（レセプト電算処理用コード：0000999）の割合が全て１割未満であること。）	いること。(DPCデータの様式１及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名（レセプト電算処理用コード：0000999）の割合が全て●%未満、かつ診療報酬明細書においては同割合が●%未満であること。）

［経過措置］

データ提出加算に係る施設基準について、令和２年３月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料５、６（許可病床数が200床未満の医療機関に限る)、療養病棟入院基本料（許可病床数が200床未満の医療機関に限る）の届出を行っている病棟については、令和●年３月31日までは令和２年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

また、データ提出加算に係る施設基準について、回復期リハビリテーション病棟入院料５若しくは６又は療養病棟入院基本料の病床が200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合については、当分の間、令和２年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

①　がん拠点病院加算の見直し

第１　基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供体制を構築する観点から、がん診療連携拠点病院等の整備指針が変更されたこと及びがんゲノム医療提供体制の拠点として新たにがんゲノム医療拠点病院が指定されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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）」及び　「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」の取扱は、以下のとおりとする。

・　「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」については、従来の「地域がん診療連携拠点病院」と同様に、「１　がん診療連携拠点病院加算　イ　がん診療連携拠点病院」の対象とする。

・　「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」については、地域がん診療連携拠点病院の要件を満たさない施設に対する暫定的な類型であることを踏まえ、「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	改定案
【がん拠点病院加算】 １　がん診療連携拠点病院加算 イ　がん診療連携拠点病院　500点 ロ　地域がん診療病院　300点 ２　小児がん拠点病院加算　750点 ［施設基準］ １　がん拠点病院加算の１のイに関する施設基準 (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。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。	【がん拠点病院加算】 １　がん診療連携拠点病院加算 イ　がん診療連携拠点病院　●点 ロ　地域がん診療病院　●点 ２　小児がん拠点病院加算　●点 ［施設基準］ １　がん拠点病院加算の１のイに関する施設基準 (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。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の

	医療関係職種が参加していることが望ましい。
２　がん拠点病院加算の１のロに関する施設基準 (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。	２　がん拠点病院加算の１のロに関する施設基準 (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。
［算定要件］ (2) がん拠点病院加算の１のイは、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。 (3) がん拠点病院加算の１のロは、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療病院として指定された病院を評価したものである。	［算定要件］ (2) がん拠点病院加算の１のイは、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、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。）として指定された病院を評価したものである。 (3) がん拠点病院加算の１のロは、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、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として指定された病院を評価したものである。

２．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。

現　行	改定案
【がん拠点病院加算】 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	【がん拠点病院加算】 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。	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］ (3) がん拠点病院加算の注２に規定する施設基準 ゲノム情報を用いたがん医療を提供する中核となる拠点病院であること。	［施設基準］ (3) がん拠点病院加算の注２に規定する施設基準 ゲノム情報を用いたがん医療を提供する拠点病院であること。
４　がん拠点病院加算の「注２」に掲げる加算に関する施設基準 「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。	４　がん拠点病院加算の「注２」に掲げる加算に関する施設基準 「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。
［算定要件］ (7) 「注２」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、がんゲノム医療中核拠点病院において算定する。	［算定要件］ (7) 「注２」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院において算定する。

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

第１　基本的な考え方

がんゲノム医療を推進する観点から、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

遺伝子パネル検査の項目新設に伴い、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて評価を新設する。

がんゲノム医療中核拠点病院等で遺伝カウンセリング体制が整備されていることを踏まえ、遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリング加算を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。

現　行	改定案
【遺伝性腫瘍カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】 注５　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、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。	【遺伝性腫瘍カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】 注５　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、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Ｄ●●●－●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、●点を所定点数に加算する。
（新設）	注６　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、区分番号「Ｄ●●●-●」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、●点を所定点数に加算する。
［算定要件］ ⑻ 注５に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。	［算定要件］ ⑻ 注５に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査、区分番号「Ｄ●●●－●」に掲げるＢＲＣＡ遺伝子変異、又は区分番号「Ｄ●●●－●」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。）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。）を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。
ア　当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。 イ　患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。 なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドラ	ア　当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。 イ　患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。 なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドラ

イン」（平成23年２月）を遵守すること。 （新設） ［施設基準］ （新設）	イン」（平成23年２月）を遵守すること。 (9) 注６に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ●●●－●」に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施する際、(8)のア及びイのいずれも満たした場合に算定できる。 ［施設基準］ 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 １　遺伝性腫瘍カウンセリング加算に関する施設基準 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。 ２　届出に関する事項 遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る届出については、別添２の様式●を用いること。

③　緩和ケア病棟入院料の見直し

第１　基本的な考え方

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について要件を見直す。

第２　具体的な内容

緩和ケア病棟入院料１について、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料又は在宅がん医療総合診療料の届出を行っていることを要件とするとともに、平均在院日数に係る要件を削除する。

現　行	改定案
【緩和ケア病棟入院料１】 ［施設基準］ （新規）	【緩和ケア病棟入院料１】 ［施設基準］ 次のいずれかに係る届出を行っていること。 ①　区分番号Ａ２２６－２に掲げる緩和ケア診療加算 ②　区分番号Ｂ００１・２４に掲げる外来緩和ケア管理料 ③　区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料
(13) 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日未満であること。 イ　当該病棟の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14日未満であること。 （イ）(4) の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 （ロ）患者が当該病棟に入院した	(13) 以下のア又はイを満たしていること。 （削除） ア　当該病棟の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14日未満であること。 （イ）(4) の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 （ロ）患者が当該病棟に入院した

日 ウ　直近１年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。 （イ）他の保険医療機関（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。）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（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者 （ハ）死亡退院の患者	日 イ　直近１年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。 （イ）他の保険医療機関（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。）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（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者 （ハ）死亡退院の患者

④　質の高い外来がん化学療法の評価

第１　基本的な考え方

医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

外来での抗がん剤治療の質を向上させる観点から、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、地域の薬局に勤務する薬剤師等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について、新たな評価を行う。

（新）　連携充実加算　　●点（月１回）

［対象患者］
外来化学療法加算１のＡを算定する患者

［算定要件］
（１）当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的及び治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、●点を月１回に限り所定点数に加算する。
（２）その他以下の要件を満たすこと。
- 治療の状況等を共有することを目的に、提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと。
- 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析・評価等を行うこと。
- 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。
- 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に係る届出を行っていること。

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

（３）　地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、以下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（治療内容）を当該保険医療機関の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外来化学療法に関わる職員及び地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を少なくとも年１回実施すること。

ウ　他の保険医療機関及び保険薬局からの患者のレジメン（治療内容）や患者の状況に関する相談及び情報提供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。

（４）栄養指導の体制として、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。

［経過措置］

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●年●月●日までの間、上記（３）イの基準を満たしているものとする。

⑤　外来化学療法での栄養管理の評価

第１　基本的な考え方

がんの化学療法は、外来での治療が主流となってきているが、副作用による食欲不振は栄養状態の低下を来し、がん治療の継続に大きな影響を与えるため、個々の患者に対応した栄養食事指導が重要となる。

しかし、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。

第２　具体的な内容

外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士がきめ細やかな栄養管理を患者の状態に合わせて継続的に実施した場合を評価する。

現　行	改定案
【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 （新設）	【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 ２　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］ (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。	［施設基準］ (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 イ　当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。 ロ　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であること。

⑥　がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

第１　基本的な考え方

がん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、薬局が患者のレジメン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。

第２　具体的な内容

患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。

（新）　　薬剤服用歴管理指導料　特定薬剤管理指導加算２

●点（月１回まで）

［対象患者］

保険医療機関（連携充実加算を届出ている場合に限る）において、抗悪性腫瘍剤が注射されている悪性腫瘍の患者であって、化学療法のレジメン（治療内容）等について、文書により交付されているもの。

［算定要件］

（１）保険医療機関で、抗悪性腫瘍剤を注射された患者について、当該患者の治療内容等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合であって、当該患者の同意を得た上で、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、当該保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算２として、月１回に限り●点を所定点数に加算する。

（２）当該加算における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

［施設基準］

特定薬剤管理指導加算２に規定する施設基準

（１）保険薬剤師としての勤務経験を５年以上有する薬剤師が勤務していること。

（２）患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

（３）麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること。

（４）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当該保険薬局に勤務する薬剤師の少なくとも１名が年１回以上参加していること。

［経過措置］

令和●年●月●日までの間は、上記（４）の規定の基準を満たしているものとする。

⑦　遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

第１　基本的な考え方

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がん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・卵管切除について評価を行う。

また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても評価を行う。

第２　具体的な内容

１．乳がん、卵巣がん又は卵管がんの患者のうち、発症年齢や家族歴等から遺伝性乳がん卵巣がん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。

２．乳がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん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、卵巣がん又は卵管がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん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。

３．遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された患者のうち、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。

４．遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対する一連の遺伝カウンセリングについて新たな評価を行う。

（新）　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査　２　血液を検体とするもの　●点

［算定要件］

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として当該検査を実施するに当たっては、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。なお、その医療上の必要性について診療報酬明細書

の摘要欄に記載すること。

［施設基準］
当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

２．ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準
（１）卵巣癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、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こと。
（２）乳癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、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こと。
（３）遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として実施する場合には、（１）又は（２）のいずれかを満たすこと。
（４）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。

３．届出に関する事項
（１）ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査１又は２に係る届出については、別添２の様式●又は様式●の●を用いること。

（新）　<u>遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術</u>

［算定要件］
Ｋ手術　通則第●号
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がん卵巣がん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）当該手術の実施前に、（１）の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］
当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（１）乳房切除術を行う場合は、乳腺外科又は外科を標榜しており、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。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
（２）子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は、産婦人科又は婦人科を標榜しており、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。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
（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。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
（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。
（５）病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
（６）麻酔科標榜医が配置されていること。
（７）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。

現　行	改定案
【がん患者指導管理料】 （新設） （新設）	【がん患者指導管理料】 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　●点 注４　ニについては、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、別に厚生労働大臣が定める者に対して、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Ｄ●●●－●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。
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ ４　がん患者指導管理料ニに関する施設基準 (1) ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。 (2) 患者のプライバシーに十分配慮した構造の個室を備えていること。
【遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】 注５　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、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。	【遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】 注５　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、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Ｄ●●●－●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、●点を所定点数に加算する。
(8) 注５に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。	(8) 注５に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査、区分番号「Ｄ●●●－●」に掲げるＢＲＣＡ遺伝子検査又は区分番号「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

ア　当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。 イ　患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。 　なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29 年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23 年２月）を遵守すること。 【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）】 ［算定要件］ (12)「注５」に規定する乳房ＭＲＩ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で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に、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。	性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。 ア　当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。 イ　患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。 　なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29 年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23 年２月）を遵守すること。 【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）】 ［算定要件］ (12)「注５」に規定する乳房ＭＲＩ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で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に、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又は遺伝性乳がん卵巣がん患者に対して、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。

【組織拡張器による再建手術（一連につき）】 1　乳房（再建手術）の場合　18,460点 2　その他の場合　19,400点 ［算定要件］ (2)「1」の乳房（再建手術）の場合は、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で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。 ア　一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。 イ　二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。 【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】 ［算定要件］ (2) 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で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	【組織拡張器による再建手術（一連につき）】 1　乳房（再建手術）の場合　●点 2　その他の場合　●点 ［算定要件］ (2)「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん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で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。 ア　一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。 イ　二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。 【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】 ［算定要件］ (2) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん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で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の

ア　一次一期的再建の場合 　大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。 イ　一次二期的再建の場合 　乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。 ウ　二次再建の場合 　乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。	摘要欄に記載すること。 ア　一次一期的再建の場合 　大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。 イ　一次二期的再建の場合 　乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。 ウ　二次再建の場合 　乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

⑧　介護老人保健施設におけるがん診療の充実

第１　基本的な考え方

介護老人保健施設において必要ながん診療が提供されるよう、介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬を見直す。

第２　具体的な内容

介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬について、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用についても、医療保険による給付の対象とする。

現　行	改定案
【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 　抗悪性腫瘍剤（医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。）の費用	【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 　抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用

①　認知症ケア加算の見直し

第１　基本的な考え方

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、医師及び看護師に係る要件及び評価を見直すとともに、現場の実態を踏まえ、専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．認知症ケア加算の評価体系を、現行の２段階から３段階に見直す。

現　行	改定案
【認知症ケア加算】	【認知症ケア加算】
１　認知症ケア加算１	１　認知症ケア加算１
イ　14日以内の期間　150点	イ　14日以内の期間　●点
ロ　15日以上の期間　30点	ロ　15日以上の期間　●点
（新設）	２　認知症ケア加算２
	イ　14日以内の期間　●点
	ロ　15日以上の期間　●点
２　認知症ケア加算２	３　認知症ケア加算３
イ　14日以内の期間　30点	イ　14日以内の期間　●点
ロ　15日以上の期間　10点	ロ　15日以上の期間　●点
［算定要件］	［算定要件］
（新設）	(6) 認知症ケア加算２
	ア　病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。
	イ　当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュ

	ニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。 ウ　認知症患者の診療について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年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。 エ　身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも１日に１度は行うこと。
(6) 認知症ケア加算２ （略）	(7) 認知症ケア加算３ （略）
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 認知症ケア加算２の施設基準 当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。
（新設）	(1) 認知症患者の診療について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年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。 （※　医師及び看護師の要件は、認知症ケア加算１における認知症ケアチームの要件と同様） (2) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を３名以上

	配置すること。 （※　看護師の研修に係る要件は、認知症ケア加算３の要件と同様） (3) (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。 (4) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。 (5) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対して、少なくとも年に１回は研修や事例検討会等を実施すること。

２．認知症ケア加算１の医師及び看護師に係る要件の見直しを行う。

現　行	改定案
【認知症ケア加算１】 ［施設基準］ (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。 ア　認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師 イ　認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 ウ　（略） (2) (1)のアに掲げる医師は、精神科	【認知症ケア加算１】 ［施設基準］ (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。 ア　認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師 イ　認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 ウ　（略） (2) (1)のアに掲げる医師は、精神科

の経験を５年以上有する医師、神経内科の経験を５年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。 （中略）また、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24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（精神科の経験を５年以上有する医師、神経内科の経験を５年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。	の経験を３年以上有する医師、神経内科の経験を３年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。 （中略）また、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任の非常勤医師（精神科の経験を３年以上有する医師、神経内科の経験を３年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

３．認知症ケア加算２の名称及び看護師に係る要件を見直し、評価の充実を行う。

現　行	改定案
【認知症ケア加算２】 イ　14日以内の期間　30点 ロ　15日以上の期間　10点 ［施設基準］ (1) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を複数名配置すること。 (2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。	【認知症ケア加算３】 イ　14日以内の期間　●点 ロ　15日以上の期間　●点 ［施設基準］ (1) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を３名以上配置すること。 (2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。ただし、(1)に掲げる３名の看護師のうち１名については、次の事項に該当する研修を受講した看護師が行う認知症看護に係る院内研修の受講をもって満たすものと

ア　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの） イ　認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ　講義及び演習は、次の内容について９時間以上含むものであること。 （略）	<u>して差し支えない。</u> ア　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの） イ　認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ　講義及び演習は、次の内容について９時間以上含むものであること。 （略）

①　精神病棟における退院時共同指導の評価

「Ⅱ－３－③」を参照のこと。

②　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

「Ⅱ－３－④」を参照のこと。

③　精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

第１　基本的な考え方

精神医療における在宅医療を適切に推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、その本来の趣旨等を踏まえ要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．精神科在宅患者支援管理料１及び２について、対象患者の要件等を見直すとともに、引き続き訪問診療を行う場合の評価を新設する。
２．関係機関の職員等と共同して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、初回のカンファレンスは対面で行い、２回目以降についてはビデオ通話によるカンファレンスも可能とする。

現　行	改定案
【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ １　精神科在宅患者支援管理料１ イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 (1) 単一建物診療患者１人　3,000点 (2) 単一建物診療患者２人以上　2,250点 ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合 (1) 単一建物診療患者１人　2,500点 (2) 単一建物診療患者２人以上　1,875点 ハ　イ及びロ以外の患者の場合 (1) 単一建物診療患者１人　2,030点 (2) 単一建物診療患者２人以上　1,248点 ２　精神科在宅患者支援管理料２ イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合	【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ １　精神科在宅患者支援管理料１ イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 (1) 単一建物診療患者１人　●点 (2) 単一建物診療患者２人以上　●点 ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合 (1) 単一建物診療患者１人　●点 (2) 単一建物診療患者２人以上　●点 ハ　イ及びロ以外の患者の場合 (1) 単一建物診療患者１人　●点 (2) 単一建物診療患者２人以上　●点 ２　精神科在宅患者支援管理料２ イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

(1) 単一建物診療患者１人 2,467点 (2) 単一建物診療患者２人以上 1,850点 ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合 (1) 単一建物診療患者１人 2,056点 (2) 単一建物診療患者２人以上 1,542点 （新設）	(1) 単一建物診療患者１人 ●点 (2) 単一建物診療患者２人以上 ●点 ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合 (1) 単一建物診療患者１人 ●点 (2) 単一建物診療患者２人以上 ●点 ３　精神科在宅患者支援管理料３ イ　単一建物診療患者１人　●点 ロ　単一建物診療患者２人以上 ●点
注１　１については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週２回以上、ロについては月２回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、イについては、６月を限度として算定する。 （新設）	注１　１については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週２回以上、ロについては月２回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。 ２　１のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者１人につき月１回に限り算定する。

２　２については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週２回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月２回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、イについては、６月を限度として算定する。 （新設）	３　２については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週２回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月２回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。 ４　３については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者であって、精神科在宅患者支援管理料１又は２を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、当該保険医療機関（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ものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月１回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料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、月１回に限り算定する。ただし、１又は２を算定した月には、３を算定することはできない。
(3)　「１」のロ及び「２」のロにつ	(3)　「１」のロ及び「２」のロにつ

いては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。	いては、(2)のア又はイに該当する患者について、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月に１回に限り算定すること。
（新設）	(4) 「３」については、以下のいずれかに該当する患者に限り算定すること。 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
(5) 「１」のイ及び「２」のイは、以下の全てを実施する場合に算定する。 ウ (5)のアに規定する専任のチームが週１回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月１回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	(6) 「１」のイ及び「２」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。 ウ (6)のアに規定する専任のチームが週１回以上一堂に会しカンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を行うこと。うち、２月に１回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議（以下「共同カンファレンス」という。）を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等が共同カンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、共同カンファレンスについては、初回は対面で行うこと。２回目以降について、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
(6) 「１」のロ及び「２」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。 イ (5)のアに規定する専任のチー	(7) 「１」のロ及び「２」のロは、(6)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。 イ (6)のアに規定する専任のチー

ム及び保健所又は精神保健福祉センター等と共同して月１回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	ムが月１回以上一堂に会しチームカンファレンスを行い、その都度、保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、共同カンファレンスについては、ビデオ通話を用いて参加することもできる。
(8) 精神科在宅患者支援管理料２のイにおける(5)のウに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。 ア　(5)のアに規定するチームの構成員全員が、月１回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき イ　保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会すること	（削除）
(9) また、精神科在宅患者支援管理料２のイにおける(5)のアに規定する関係者のうちいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年３月５日保医発0305第２号）」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を	（削除）

除く。）等の場合においては、関係者全員が一堂に会し当該患者に関するカンファレンスを１回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。 (10)精神科在宅患者支援管理料２のロにおける(6)のイに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が６月に１回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。	（削除）
［施設基準］ (1) 精神科在宅患者支援管理料１のイ及びロ並びに精神科在宅患者支援管理料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。	［施設基準］ (1) 精神科在宅患者支援管理料１のイ及びロ、精神科在宅患者支援管理料２並びに精神科在宅患者支援管理料３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。

３．訪問看護療養費における精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者支援管理連携加算について、精神科在宅患者支援管理料の見直しにあわせて以下の取扱いとする。

現　行	改定案
【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】	【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】

［算定要件］ 注10　１及び３については、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料１（ハを除く。）又は２を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。	［算定要件］ 注10　１及び３については、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。 ※　精神科訪問看護・指導料における精神科複数回訪問加算についても同様。
【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ （略）	【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ （略） ※　チームカンファレンス及び共同カンファレンスの要件について、精神科在宅患者支援管理料と同様に見直す。

④　地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

第１　基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を推進するため、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、届出期間の延長と要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料の算定に当たって要件となっている許可病床数に係る平均入院患者数の割合を見直すとともに、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

現　行	改定案
【地域移行機能強化病棟】 ［施設基準］ (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以上としても差し支えないこと。 （イ）届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 （ロ）届出前１年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 （ハ）届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数 イ　以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当	【地域移行機能強化病棟】 ［施設基準］ (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0.85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0.85以上としても差し支えないこと。 （イ）届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 （ロ）届出前１年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 （ハ）届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数 イ　以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当

該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に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（%）	該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に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)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に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（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）	(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に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（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）
(16)算定開始以降、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、当該保険医療機関の所在する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×当該病棟の算定年数）	(16)算定開始以降、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、当該保険医療機関の所在する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30%×当該病棟の算定年数）
(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の５分の１×当該病棟の算定月数÷12）	(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定月数÷12）
（新設）	(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。

２．当該病棟において、専従の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

現　行	改定案
【地域移行機能強化病棟】 ［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上（入院患者数が四十を超える場合は三名以上）配置されていること。	【地域移行機能強化病棟】 ［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。
［施設基準］ (8) 当該病棟に２名以上（入院患者の数が40を超える場合は３名以上）の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、２名の専従の常勤精神保健福祉士と、１名の専従の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。	［施設基準］ (8) 当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤精神保健福祉士１名以上（入院患者の数が40を超える場合は２名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、１名の専従の常勤精神保健福祉士及び１名の専任の常勤精神保健福祉士と、１名の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。

３．地域移行機能強化病棟入院料については、令和２年３月３１日までに届け出ることとしているところ、令和６年３月３１日までに延長する。

⑤　精神科急性期医師配置加算の見直し

第１　基本的な考え方

精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算について、実績に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

精神科急性期治療病棟入院料１における精神科急性期医師配置加算について、現行の要件である新規入院患者の自宅等への移行率に加えて、クロザピンを新規に導入した患者数の実績によって、３つの類型に分けて評価する。

現　行	改定案
【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（１日につき）　500点 （新設） ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。	【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（１日につき） １　精神科急性期医師配置加算１　●点 ２　精神科急性期医師配置加算２ イ　精神病棟入院基本料等の場合　●点 ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　●点 ３　精神科急性期医師配置加算３　●点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

【精神科急性期医師配置加算】 ［算定要件］ 精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。	【精神科急性期医師配置加算】 ［算定要件］ 精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。
【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］ 三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。 ロ　次のいずれも満たしていること。 ①　精神科救急医療に係る実績を相当程度有する保険医療機関であること。 （新設） ②　精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 (2) 以下のいずれかに該当する精神病棟であること。 イ　次のいずれも満たしていること。 ①　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基	【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］ 三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。 (2) 精神科急性期医師配置加算１の施設基準 ①　精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 ②　直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を相当程度有していること。 ③　精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 (3) 精神科急性期医師配置加算２のイの施設基準 ①　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）

本料に限る。）であること。 ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。 ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。	であること。 ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。 ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。
（新設）	(4) 精神科急性期医師配置加算２のロの施設基準 ① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 ② 精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。
（新設）	(5) 精神科急性期医師配置加算３の施設基準 ① 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。 ② 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を一定程度有していること ③ 精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。
［施設基準］ 1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準 (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。	［施設基準］ 1 通則 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。
（新設）	2 精神科急性期医師配置加算１に

	関する基準
ア　措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）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。 「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。	(1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
（新設）	(2) 直近１年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が６件以上であること。
イ　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間８件以上であること。	(3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間８件以上であること。
（新設）	３　精神科急性期医師配置加算２のイに関する施設基準
ア　精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては80 床）以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。	(1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては80 床）以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
イ　当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医	(2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医

療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が２病棟以下であること。 ウ　24 時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。 （イ）「救急医療対策事業実施要綱」に定める第２「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第３「救命救急センター」、第４「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関 （ロ）（イ）と同様に24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関 エ　区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。 オ　当該病棟の直近３か月間の新規入院患者の５%以上が入院時に区分番号「Ａ２３０－３」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。 カ　当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該	療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が２病棟以下であること。 (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。 （イ）「救急医療対策事業実施要綱」に定める第２「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第３「救命救急センター」、第４「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関 （ロ）（イ）と同様に24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関 (4) 区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。 (5) 当該病棟の直近３か月間の新規入院患者の５%以上が入院時に区分番号「Ａ２３０－３」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。 (6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該

保険医療機関到着後12時間以内に毎月５人以上（直近３か月間の平均）診察していること。 （新設） （新設）	保険医療機関到着後12時間以内に毎月５人以上（直近３か月間の平均）診察していること。 ４　精神科急性期医師配置加算２のロに関する施設基準 ２の(1)及び(3)を満たすものであること。 ５　精神科急性期医師配置加算３に関する施設基準 (1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち４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。なお、当該要件にかかる留意点については２の(1)と同様であること。 (2) 直近１年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が３件以上であること。 (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間８件以上であること。

⑥　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

第１　基本的な考え方

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、精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料及び管理料の取扱について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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、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	改定案
［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。） （新設）	［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 インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又	【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 インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又

はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 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。） （新設）	はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 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。）

２．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	改定案
【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 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点 注１　１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患者以外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、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。 （新設）	【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　●点 イ　入院中の患者 ロ　入院中の患者以外 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　●点 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。 ２　１のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外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、月１回に限り、当該薬剤を投与

（新設）	したときに算定する。 (1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「１」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、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、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、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。
(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「１」持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。	(2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「１」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

⑦　精神科急性期病棟における クロザピンの普及推進

第１　基本的な考え方

精神科の急性期治療を担う病棟の入院料について、クロザピンを新規に導入する患者の転棟に係る要件及び自宅等への移行実績に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直し、また、精神科急性期治療病棟入院料を算定できる期間についても見直す。

現　行	改定案
【精神科救急入院料】 ［算定要件］ (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。 ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起	【精神科救急入院料】 ［算定要件］ (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）<u>若しくはウに該当する患者</u>であること。 ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起

算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。） （新設）	算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。） ウ　ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟から当該病棟に転棟した入院患者
(2) 当該入院料は、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。 （新設）	(2) 新規患者については、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。 (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟において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。ただし、クロザピンの投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。 ア　クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から２週間まで要件を満たすものとする。 イ　患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで要件を満たすものとする。 ※　精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。

２．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。

現　行	改定案
【精神科救急入院料】 ［施設基準］ 　精神科救急入院料１に関する施設基準等 (2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）	【精神科救急入院料】 ［施設基準］ 　精神科救急入院料１に関する施設基準等 (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。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。） ※　精神科救急入院料２、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟における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。

⑧　精神科救急入院料の見直し

第１　基本的な考え方

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に、病棟ごとに満たすべき要件を明確化する。また、届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

第２　具体的な内容

１．精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る保険医療機関においては、病棟ごとに基準を満たす必要がある旨を明確化する。

現　行	改定案
【精神科救急入院料】 ［施設基準］ ２　精神科救急入院料１に関する施設基準等 (1) 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万対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　精神疾患に係る時間外、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万対0.5件以上であ	【精神科救急入院料】 ［施設基準］ ２　精神科救急入院料１に関する施設基準等 (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　精神疾患に係る時間外、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

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（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、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、ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。	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（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、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．届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

現　行	改定案
【精神科救急入院料】 ［施設基準］ １　精神科救急入院料に関する施設基準等 (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。	【精神科救急入院料】 ［施設基準］ １　精神科救急入院料に関する施設基準等 (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●年●月●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。

⑨　精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

第１　基本的な考え方

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す。

第２　具体的な内容

算定対象となる入院料として、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。

現　行	改定案
【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～コ　（略） （新設） エ～ユ　（略）	【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～コ　（略） エ　ハイリスク分娩管理加算 テ～メ　（略）
【特定機能病院入院基本料】 ［算定要件］ 注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ミ　（略） シ　ハイリスク分娩管理加算 （一般病棟に限る。） ヱ～イニ　（略）	【特定機能病院入院基本料】 ［算定要件］ 注８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ミ　（略） シ　ハイリスク分娩管理加算 （一般病棟又は精神病棟に限る。） ヱ～イニ　（略）

⑩　ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

第１　基本的な考え方

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要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．市町村又は都道府県の職員とのカンファレンスに係る参加者の要件及びビデオ通話等による参加の要件を見直す。

現　行	改定案
【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね２か月に１回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師及び市町村又は都道府県（以下区分番号「Ｂ００５－10－２」において「市町村等」という。）の担当者並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等が参加していること。 (6) (5)のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「Ｂ００５－10－２」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することが	【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね２か月に１回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師及び市町村若しくは都道府県（以下区分番号「Ｂ００５－10－２」において「市町村等」という。）の担当者等が参加していること。 (6) (5)のカンファレンスは、初回は対面で実施すること。２回目以降について、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「Ｂ００５－10－２」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。

できる。 ア　(5)のカンファレンスに参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対して当該連携指導料を算定する期間中、少なくとも１回は直接対面で実施するカンファレンスに参加していること。 （新設）	（削除） (7)　(5)のカンファレンスを実施した場合は、その都度、市町村等にその結果を文書により情報提供を行うこと。 ※　ハイリスク妊産婦連携指導料２についても同様の取り扱いとする。

２．市町村又は都道府県との連携実績に係る要件を見直す。

現　行	改定案
【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［施設基準］ １　ハイリスク妊産婦連携指導料１の施設基準 (1)　精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内である患者について、直近１年間の市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）との連携実績が１件以上であること。	【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［施設基準］ １　ハイリスク妊産婦連携指導料１の施設基準 （削除） ※　ハイリスク妊産婦連携指導料２についても同様の取り扱いとする。 ※　ハイリスク妊産婦連携指導料１については、施設基準の届出を不要とする。

⑪　児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実

第１　基本的な考え方

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要件を見直す。また、被虐待児等の診療機会を確保する観点から要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。また、対象に被虐待児等を含むことを明確化する。

現　行	改定案
【小児特定疾患カウンセリング料】 ［算定要件］ イ　月の１回目　500点 ロ　月の２回目　400点 （新設） 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 (1) 乳幼児期及び学童期における特	【小児特定疾患カウンセリング料】 ［算定要件］ イ　医師による場合 (1) 月の１回目　●点 (2) 月の２回目　●点 ロ　公認心理師による場合　●点 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 (1) イについては、乳幼児期及び学

定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。	童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。
（新設）	(2) ロについては、一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとし、治療計画を立てた患者に対し乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、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。なお、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。
（新設）	(3) (1)及び(2)のカウンセリングを家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
(3) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。	(4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。

⑫　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

第１　基本的な考え方

クロザピンを投与中の患者については、定期的にヘモグロビンＡ１ｃを測定する必要があることから、ヘモグロビンＡ１ｃの検査について要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【血液形態・機能検査】 ９　ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）　49点 ［算定要件］ ⑻「９」のヘモグロビンＡ１Ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に併せて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。	【血液形態・機能検査】 ９　ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）　●点 ［算定要件］ ⑻「９」のヘモグロビンＡ１Ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に併せて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。また、クロザピンを投与中の患者については、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）を月１回に限り別に算定できる。

⑬　精神科身体合併症管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

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、対象疾患等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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を見直す。

現　行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】 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であって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（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該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。	【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（１日につき） １　７日以内　●点 ２　８日以上15日以内　●点 ［算定要件］ 注　精神科を標榜する病院であって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（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該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。
（新設）	(4) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。

２．対象に指定難病の患者を加える。

現　行	改定案
［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）	［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） 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。）

⑭　精神療養病棟における リハビリテーションの推進

第１　基本的な考え方

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、精神療養病棟におけるリハビリテーションの算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【精神療養病棟入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。	【精神療養病棟入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ

	００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第２章第８部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

⑮　ギャンブル依存症に対する治療の評価

第１　基本的な考え方

ギャンブル依存症に対して有効な治療の提供を推進する観点から、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。

第２　具体的な内容

依存症集団療法の対象疾患にギャンブル依存症を追加する。

現　行	改定案
【依存症集団療法（１回につき）】	【依存症集団療法（１回につき）】 １　薬物依存症の場合　●点 ２　ギャンブル依存症の場合　●点
［算定要件］ （新設）	［算定要件］ ２　２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、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して３月を限度として、２週間に１回に限り算定する。
(1) 依存症集団療法は、入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第２条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第２条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第１条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第２条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソル	(1) 依存症集団療法の「１」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。 ア　入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第２条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第２条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第１条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第２条第15項に

ト等をいう。）に対する物質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（このうち１人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用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った場合に算定する。	規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。）に対する物質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（このうち１人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用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。
(2) 依存症集団療法は、１回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。	イ　１回に20人に限り、90分以上実施すること。
(3) 依存症集団療法は、平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行われた場合に算定すること。	ウ　平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。
（新設）	(2) 依存症集団療法の「２」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。 ア　入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル（平成三十年法律第七十四号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（このうち１人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）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「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「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］ 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。	［施設基準］ (1) 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。
（新設）	(2) 依存症集団療法の２にあっては、(1)に加え、ギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。
（新設）	２　依存症集団療法２に関する施設基準 (1) 「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成２９年６月１３日障発０６１３第４号）における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（いずれ

	も依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。 (3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（８時間以上の研修時間であるもの。）。 イ　研修内容に以下の内容を含むこと。 （イ）ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴 （ロ）ギャンブル依存症患者の精神医学的特性 （ハ）ギャンブル依存症に関連する社会資源 （ニ）ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応 （ホ）集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点 ウ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

①　難病患者に対する適切な医療の評価

第１　基本的な考え方

難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。

２．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	改定案
【遺伝学的検査】 １　処理が容易なもの　3,880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 ［算定要件］ (1) 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 ①　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 ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20番染色体症候群、ＰＣＤＨ 19関連	【遺伝学的検査】 １　処理が容易なもの　●点 ２　処理が複雑なもの　●点 ３　処理が極めて複雑なもの　●点 ［算定要件］ (1) 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 ①　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 ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20番染色体症候群、ＰＣＤＨ 19関連

症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群	症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群、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
③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、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	③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群
（新設）	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 ①　TNF受容体関連関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱 ②　ソトス症候群、CPT2欠損

	症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）/LMX1B 関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型）、筋型糖原病（糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症 ③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症

	候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群
(4) (1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(3)に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、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行われる場合に限り算定する。	(4) (1)のエ及びオに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(3)に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、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行われる場合に限り算定する。
（新設）	(5) (1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合には、臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
(5) 「１」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからエまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。	(6) 「１」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからオまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。
(6) 「２」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからエまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。	(7) 「２」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからオまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。
(7) 「３」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。	(8) 「３」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ、エ及びオの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。
［施設基準］ １　遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年３月５日保医発0305第１号）の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款Ｄ００６－４ 遺伝学的検査 (1)のエに掲げる疾患	［施設基準］ １　遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年３月５日保医発0305第１号）の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款Ｄ００６－４ 遺伝学的検査 (1)のエ及びオに掲げる疾患

①　小児かかりつけ診療料の見直し

「Ⅱ－１－②」を参照のこと。

②　小児科外来診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する医療の提供を更に評価する観点から、小児科外来診療料について対象患者等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．算定対象となる患者の年齢を３歳未満から６歳未満に拡大する。

２．当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。

３．施設基準に係る届出を求めることとする。

現　行	改定案
【小児科外来診療料】 小児科外来診療料（１日につき） １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　599点 ロ　再診時　406点 ２　１以外の場合 イ　初診時　716点 ロ　再診時　524点 ［算定要件］ 注１　小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（３歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。 (6) 常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「２」の所定点数を算定	【小児科外来診療料】 小児科外来診療料（１日につき） １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　●点 ロ　再診時　●点 ２　１以外の場合 イ　初診時　●点 ロ　再診時　●点 ［算定要件］ 注１　小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。 (6) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「１　処方箋を交付する場合」で算定する。

できる。 ［施設基準］ 1　小児科外来診療料の届出に関する事項 　小児科外来診療料については、小児科を標榜する保険医療機関であればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。	 ［施設基準］ 1　小児科外来診療料の届出に関する事項 　小児科外来診療料の施設基準に係る届出は、別添●の様式●を用いること。

③　小児運動器疾患指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

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	改定案
【小児運動器疾患指導管理料】 小児運動器疾患指導管理料　250点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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。 ［施設基準］ １　小児運動器疾患指導管理料に関	【小児運動器疾患指導管理料】 小児運動器疾患指導管理料　●点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって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。 ［施設基準］ １　小児運動器疾患指導管理料に関

する基準 (1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が１名以上勤務していること。 ア　整形外科の診療に従事した経験を５年以上有していること。 イ　小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。 ２　届出に関する事項 小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。	する基準 (1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が１名以上勤務していること。 ア　整形外科の診療に従事した経験を５年以上有していること。 イ　小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。 ２　届出に関する事項 小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出は、別添●の様式●を用いること。

④　小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

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対象となる患者や頻度等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　599点 ロ　再診時　406点 ２　１以外の場合 イ　初診時　716点 ロ　再診時　524点	【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　●点 ロ　再診時　●点 ２　１以外の場合 イ　初診時　●点 ロ　再診時　●点
［算定要件］ 注１　小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（３歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。 注４　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投	［算定要件］ 注１　小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。 注４　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投

与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。	与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月に１回に限り80点を所定点数に加算する。 ※　小児かかりつけ診療料についても同様。

⑤　児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実

「Ⅱ－７－３－⑪」を参照のこと。

⑥　精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

「Ⅱ－７－３－⑨」を参照のこと。

⑦　ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

「Ⅱ－７－３－⑪」を参照のこと。

⑧　妊婦加算の扱い

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７（妊婦に対して初診を行った場合に限る。）、注10及び注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注15及び注16並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注10及び注11に規定する加算について、削除する。

現　行	改定案
【初診料】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（６歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。 注10　妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、	【初診料】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。 （削除）

注７又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。 注11　産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注７の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。	（削除） ※　再診料及び外来診療料についても同様。

⑨　地域の救急医療体制における重要な役割を担う医療機関に対する評価

「Ⅰ－１－①」を参照のこと。

⑩　救急医療管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

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を見直す。

第２　具体的な内容

救急医療管理加算を算定するに当たって、項目ア～ケのうち一部の項目に係る重症度の指標や、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について、診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。また、当該加算の評価を見直す。

現　行	改定案
【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。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。 ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ　意識障害又は昏睡 ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ　急性薬物中毒 オ　ショック カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ　広範囲熱傷	【救急医療管理加算】 １　救急医療管理加算１　●点 ２　救急医療管理加算２　●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。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。 ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ　意識障害又は昏睡 ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ　急性薬物中毒 オ　ショック カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ　広範囲熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 (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。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。 (4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。 （新設） （新設）	ク　外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 (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その他の重症な状態（コ）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。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。 (4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、(2)のアからケのいずれの状態に該当するか、救急医療管理加算２を算定する場合は、(2)のアからケに準ずる状態又はその他の重症な状態（コ）のいずれに該当するかについて、選択すること。 (5) 救急医療管理加算を算定するに当たって、(2)のイ、ウ、オ、カ若しくはキの状態又はそれに準ずる状態を選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (6) 救急医療管理加算を算定すべき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について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑪　救急医療体制の充実

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑫　超急性期脳卒中加算の見直し

第１　基本的な考え方

脳梗塞の急性期治療に用いるｒｔ－ＰＡ（アルテプラーゼ）静注療法を普及する観点から、日本脳卒中学会による適正治療指針の改訂や、治療の安全性の確立等を踏まえ、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、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	改定案
【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） 12,000点	【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） ●点
［施設基準］ ロ　当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。	［施設基準］ （削除）
(2) 薬剤師が常時配置されていること。	（削除）
(3) 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。	（削除）
(7) 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。	(7) 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］ （新設）	［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。

２．超急性期脳卒中加算の算定要件について、地域の医療機関間で連携し、一次搬送された施設でｒｔ－ＰＡ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。

現　行	改定案
【超急性期脳卒中加算】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。	【超急性期脳卒中加算】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合又は当該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他の保険医療機関の外来で、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。
(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。	(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与し、当該医療機関において入院で治療を行った場合又は当該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他の保険医療機関の外来で、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算

（新設）	日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。 (5) 当該診療報酬の請求については、組織プラスミノーゲン活性化因子の投与後に入院で治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

①　抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

病院内及び地域における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬適正使用支援チームの業務の実態等を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算について外来における抗菌薬の使用状況の把握等を含め要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の種類の拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加する。

また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す。

現　行	改定案
【抗菌薬適正使用支援加算】 ［施設基準］ (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア　広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。 （新設） オ　抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年２回程度実施する。また院内の抗	【抗菌薬適正使用支援加算】 ［施設基準］ (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア　広域抗菌薬等の特定の抗菌薬（抗ＭＲＳＡ薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む。）を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。 ウ　当該医療機関の外来における過去１年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。 カ　抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年２回実施する。また院内の抗菌薬

菌薬使用に関するマニュアルを作成する。	使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修の実施及びマニュアルの作成に当たっては、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。
(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。	(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、第21の１の（７）に規定す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すること。

２．抗菌薬適正使用支援加算について、感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算１の加算に見直す。

現　行	改定案
【抗菌薬適正使用支援加算】 ［算定要件］ ３　感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。	【抗菌薬適正使用支援加算】 ［算定要件］ ３　感染防止対策加算１を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、●点を更に所定点数に加算する。

②　小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

「Ⅱ－７－５－④」を参照のこと。

③　歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

第１　基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進する観点から、常勤の歯科医師だけでなく関係する職員を対象とした研修を行うこととし、基本診療料について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．歯科初診料、歯科再診料の施設基準について院内感染防止対策に係る要件を見直す。

２．歯科初診料、歯科再診料の評価を充実する。

現　行	改定案
［算定要件］ 【初診料】 １　歯科初診料　251点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　288点 【再診料】 １　歯科再診料　51点 ２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　73点 ［施設基準］ （新設）	［算定要件］ 【初診料】 １　歯科初診料　●点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　●点 【再診料】 １　歯科再診料　●点 ２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　●点 ［施設基準］ (5) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていること。

④　中心静脈栄養の適切な管理の推進

第１　基本的な考え方

１．中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を求める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。

２．中心静脈栄養の適切な管理を推進する観点から、療養病棟入院基本料の医療区分３の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。

３．中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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とする。

現　行	改定案
【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ （新設）	【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ ４の12　中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止する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。

２．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とする。

現　行	改定案
【中心静脈栄養を実施している状態】 ［施設基準］ 　本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。	【中心静脈栄養を実施している状態】 ［施設基準］ 　本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。 　なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

３．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とする。

現　行	改定案
【中心静脈注射用カテーテル挿入】 ［算定要件］ （新設） （新設）	【中心静脈注射用カテーテル挿入】 ［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、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。 ※　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,虫垂瘻造設術についても同様。

【Ⅱ－７－７　患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価　－①】

①　回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

②　疾患別リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

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、疾患別リハビリテーションに係る日常生活動作の評価項目等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．疾患別リハビリテーションの実施に当たり作成する「リハビリテーション実施計画」の位置づけを明確化する。具体的には以下のとおり。

・　疾患別リハビリテーションを行うに当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成することとする。

・　リハビリテーション実施計画書の記載事項のうち、ＡＤＬ項目としてＢＩ又はＦＩＭのいずれかを用いるようにする。

・　リハビリテーション実施計画書を作成し、診療録へ添付することとする。

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算定開始後、原則として７日以内、遅くとも14日以内に行うこととした上で、当該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、医師の具体的な指示の下で行われる場合に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。また、併せて当該計画書の作成に当たり参考とする様式を整理する。

現　行	改定案
【リハビリテーション　通則】 ４　H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料及びH003呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な	【リハビリテーション　通則】 ４　H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料及びH003呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な

機能検査等をもとに、その効果判定を行い、「別紙様式21」から「別紙様式21の５」までを参考にしたリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。	機能検査等をもとに、その効果判定を行い、「別紙様式21」から「別紙様式21の●」までを参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として７日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。
また、リハビリテーションの開始時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」にそれぞれ規定する場合を含む。）３か月に１回以上当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する。	また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」にそれぞれ規定する場合を含む。）３か月に１回以上、当該リハビリテーション実施計画書の内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。また、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、実施するリハビリテーションについて医師の具体的な指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。
また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後１か月に１回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明のうえ上交付するとともにその写しを診療録に添付する。 なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将	また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後１か月に１回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明のうえ上交付するとともにその写しを診療録に添付する。 なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将

来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（FIM）、基本的日常生活活動度（BI）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものである。	来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（FIM）又は基本的日常生活活動度（BI）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものである。
４の２　疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後３か月に１回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。 　なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態とを比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用	４の２　疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後３か月に１回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。 　なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前３か月の状態と比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適

について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。 ９　疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、１週間以内にＦＩＭ又はＢＩが10以上（「難病の患者に対する医療等に関する法律」第５条第１項に規定する指定難病については５以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態とのの比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ、ＢＩ、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。	用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。 ９　疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、１週間以内にＦＩＭ又はＢＩが10以上（「難病の患者に対する医療等に関する法律」第５条第１項に規定する指定難病については５以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前３か月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ又はＢＩ及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。

③　呼吸器リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

呼吸器リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

第２　具体的な内容

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	改定案
【呼吸器リハビリテーション料】 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） （１単位）　175点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） （１単位）　85点 ［算定要件］ (4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。 ［施設基準］ （呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準） (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士１名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。	【呼吸器リハビリテーション料】 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） （１単位）　●点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） （１単位）　●点 ［算定要件］ (4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。 ［施設基準］ （呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準） (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士１名を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が合わせて２名以上勤務していること。

（呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準） (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が１名以上勤務していること。	（呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準） (2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか１名以上勤務していること。

④　難病患者リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

難病患者リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、難病患者リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

第２　具体的な内容

難病患者リハビリテーション料の実施職種に言語聴覚士を追加する。

現　行	改定案
【難病患者リハビリテーション料】 難病患者リハビリテーション料 640点 ［施設基準］ ロ　当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士又は作業療法士が適切に配置されていること。 ハ　患者数は、看護師、理学療法士又は作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。 (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。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行	【難病患者リハビリテーション料】 難病患者リハビリテーション料 ●点 ［施設基準］ ロ　当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。 ハ　患者数は、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を含む従事者の数に対し適切なものであること。 (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。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病

う日を決めている場合、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。 ２　届出に関する事項 ⑵　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。	患者リハビリテーションを行う日を決めている場合、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。 ２　届出に関する事項 ⑵　当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

⑤　外来リハビリテーション診療料の見直し

第１　基本的な考え方

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推進する観点から、外来リハビリテーション診療料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

外来リハビリテーションを実施している患者に対して、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察をより実施しやすくするため、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	改定案
【外来リハビリテーション診療料】 １　外来リハビリテーション診療料１　72点 ２　外来リハビリテーション診療料２　109点 ［算定要件］ (7) 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。	【外来リハビリテーション診療料】 １　外来リハビリテーション診療料１　●点 ２　外来リハビリテーション診療料２　●点 ［算定要件］ (7) 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。

⑥　疾患別リハビリテーションの取扱について

第１　基本的な考え方

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、維持期リハビリテーションについて取扱いを整理する。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　147点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　120点	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。

ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） 60点 注５　注４の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注４に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等であるものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） ●点 ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） ●点 ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） ●点 ※　廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様。

⑦　脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

言語聴覚療法を必要とする患者に対して、適切な治療を提供する体制を確保する観点から、言語聴覚療法のみを実施する場合について、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　245点 ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　200点 ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　100点 ［施設基準］ １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5)　（略） （新設）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　●点 ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　●点 ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　●点 ［施設基準］ １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5)　（略） (6) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、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。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任の非常勤医師を２名組み合わせる

	ことにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 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　遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を有していること。 エ　言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

⑧　がん患者リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供を推進する観点から、がん患者リハビリテーション料について対象患者等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

がん患者リハビリテーション料の算定対象患者について、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変更する。

現　行	改定案
【がん患者リハビリテーション料】 がん患者リハビリテーション料 205点 ［算定要件］ (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。 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	【がん患者リハビリテーション料】 がん患者リハビリテーション料 ●点 ［算定要件］ (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。 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 （削除） （削除）

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	（削除）
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	（削除）
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	（削除）
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	（削除）

⑨　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

第１　基本的な考え方

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について対象患者等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

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、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に変更する。また、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期以降の患者に変更する。

現　行	改定案
【リンパ浮腫指導管理料】 リンパ浮腫指導管理料　100点 ［算定要件］ 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。	【リンパ浮腫指導管理料】 リンパ浮腫指導管理料　●点 ［算定要件］ 注１　保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか（診断されたものにあっては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院

	中１回に限り算定する。
(1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前又は手術後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。	(1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前若しくは手術後又は診断時若しくは診断後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。
【リンパ浮腫複合的治療料】 １　重症の場合　200点 ２　１以外の場合　100点	【リンパ浮腫複合的治療料】 １　重症の場合　●点 ２　１以外の場合　●点
［算定要件］ (1) リンパ浮腫複合的治療料は、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。	［算定要件］ (1) 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。

⑩　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

「Ⅱ－３－⑦」を参照のこと。

①　小児の在宅呼吸管理における材料の評価

第１　基本的な考え方

それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、小児の在宅人工呼吸管理等における実態を踏まえ、小児の呼吸管理に用いられる材料について、評価を見直す。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【在宅療養指導管理材料加算の通則】 ［算定要件］ （新設）	【在宅療養指導管理材料加算の通則】 ［算定要件］ ３　区分番号Ｃ１０３、Ｃ１０７又はＣ１０７－２に掲げる管理料を６歳未満の乳幼児に対して算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、３月に３回に限り●点を所定点数に加算する。

②　在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し

第１　基本的な考え方

それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、在宅自己導尿について、日本排尿機能学会等による診療ガイドラインを踏まえ、カテーテルに係る材料加算について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１.「在宅自己導尿指導管理料」及び「特殊カテーテル加算」それぞれで評価されているカテーテルに係る費用について、評価体系を整理した上でエビデンスを踏まえた適切な評価とする。

２. 個々の患者の状態やニーズを踏まえ、受診回数及びカテーテルの使用頻度について、柔軟な算定が可能となるよう要件の見直しを行う。

現　行	改定案
【在宅自己導尿指導管理料】 ［算定要件］ 在宅自己導尿指導管理料　1,800点 注２　第２款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。	【在宅自己導尿指導管理料】 ［算定要件］ 在宅自己導尿指導管理料　●点 注２　カテーテルの費用は、第２款に定める所定点数により算定する。
【特殊カテーテル加算】 ［算定要件］ （新設） 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 （新設） ロ　イ以外のもの　600点	【特殊カテーテル加算】 ［算定要件］ １　再利用型カテーテル　●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 (1) 60本以上の場合　●点 (2) 90本以上の場合　●点 (3) 120本以上の場合　●点 ロ　イ以外のもの　●点

２　間歇バルーンカテーテル　600点 注　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。	３　間歇バルーンカテーテル　●点 注　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。
（新設）	(4)　「２　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」の「イ　親水性コーティングを有するもの」は、排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場において導尿が必要となる場合等、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、原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。 ア　脊髄障害 イ　二分脊椎 ウ　他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱 エ　その他
（新設）	(5)　「２　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」の「イ　親水性コーティングを有するもの」は、１月あたり60本以上使用した場合（他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む。）に算定することとし、これに満たない場合は「ロ　イ以外のもの」の所定点数を算定する。

③　トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の見直し

第１　基本的な考え方

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

第２　具体的な内容

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	改定案
【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】 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】 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　●点

④　冠動脈ＣＴ撮影の算定要件の新設

第１　基本的な考え方

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

第２　具体的な内容

心筋梗塞のリスクや治療の緊急性が低い患者に対する、安定冠動脈疾患の診断を目的としたコンピューター断層撮影（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に疾患や医学的根拠の記載をすることを算定要件に追加する。

現　行	改定案
【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】 注４　ＣＴ撮影について、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、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。 ［算定要件］ (8)「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、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。	【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】 注４　ＣＴ撮影について、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、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、●点を所定点数に加算する。 ［算定要件］ (8)「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、以下のアからオまでの場合に、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。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、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。） イ　急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。） ウ　狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。） 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

⑤　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

第１　基本的な考え方

安定冠動脈疾患において待機的に実施される経皮的冠動脈インターベンションについて、日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえ要件を見直す。

第２　具体的な内容

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、循環器内科又は心臓血管外科を含む複数診療科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	改定案
【経皮的冠動脈形成術（３　その他のもの）】 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］ (4)「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、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。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	【経皮的冠動脈形成術（３　その他のもの）】 １　急性心筋梗塞に対するもの　●点 ２　不安定狭心症に対するもの　●点 ３　その他のもの　●点 ［算定要件］ (4)「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、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。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

欄に記載すること。	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こと。
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 （新設）	ア　機能的虚血の原因である狭窄病変 （削除） イ　区分番号「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変 ウ　その他医学的必要性が認められる病変
(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドイン（2011年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「ＰＣＩ／ＣＡＢＧの適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（ＰＣＩ／ＣＡＢＧ）：ステートメント＆適応（冠動脈血行再建術協議会））」及び「非ＳＴ上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。	(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。 ※　経皮的冠動脈ステント留置術（３　その他のもの）についても同様。

⑥　人工内耳機器調整に対する評価

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
（新設）	【人工内耳機器調整加算（高度難聴指導管理料の注加算）】
［算定要件］ （新設）	［算定要件］ 注３　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●点を所定点数に加算する。
（新設）	(4) 人工内耳用音声信号処理刺激装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウエアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うことをいう。
（新設）	(5) 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

（新設）	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。 (6) ６歳の誕生日の属する月より前に当該加算を算定した場合にあっては、６歳の誕生日以後、最初に算定する月までは注３の６歳未満の乳幼児の算定方法の例によるものとする。

⑦　認知機能検査等の算定要件の新設

第１　基本的な考え方

認知機能検査その他の心理検査のうち、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。

第２　具体的な内容

認知機能検査その他の心理検査のうち操作が容易なものについて、簡易な検査に該当するものを実施する際は３月に１回算定することを原則とする。また、医学的な必要性から３月に２回以上検査を実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に医学的根拠の記載を求めることとする。

現　行	改定案
【認知機能検査その他の心理検査 （１　操作が容易なもの）】 （新設）	【認知機能検査その他の心理検査 （１　操作が容易なもの）】 イ　簡易なもの　●点 ロ　その他のもの　●点
［算定要件］ (2) 各区分のうち「１」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「２」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね１時間以上を要するもの、「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に１時間30分以上要するものをいう。 　なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。	［算定要件］ (2) 各区分のうち「１」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、このうち「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、「２」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね１時間以上を要するもの、「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に１時間30分以上要するものをいう。 　なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら

	結果を分析した場合にのみ算定する。
(10) 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「１」とは、ＣＡＳ不安測定検査、ＳＤＳうつ性自己評価尺度、ＣＥＳ－Ｄうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、ＨＤＲＳハミルトンうつ病症状評価尺度、ＳＴＡＩ状態・特性不安検査、ＰＯＭＳ、ＩＥＳ－Ｒ、ＰＤＳ、ＴＫ式診断的新親子関係検査、ＣＭＩ健康調査票、ＧＨＱ精神健康評価票、ＭＡＳ不安尺度、ブルドン抹消検査、ＭＥＤＥ多面的初期認知症判定検査、ＷＨＯ ＱＯＬ26、ＣＯＧＮＩＳＴＡＴ、ＳＩＢ、Ｃｏｇｈｅａｌｔｈ（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、ＮＰＩ、ＢＥＨＡＶＥ－ＡＤ、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、ＡＱ日本語版、ＷＵＲＳ、ＭＣＭＩ－Ⅱ、ＭＯＣＩ邦訳版、日本語版ＬＳＡＳ－Ｊ（６月に１回に限る。）、ＤＥＳ－Ⅱ、ＥＡＴ－26、Ｍ－ＣＨＡＴ、ＳＴＡＩ－Ｃ状態・特性不安検査（児童用）、ＤＳＲＳ－Ｃ、長谷川式知能評価スケール、ＭＭＳＥ、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びＭｏＣＡ－Ｊのことをいう。	(10) 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「１」の「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、ＥＡＴ－26、Ｍ－ＣＨＡＴ、長谷川式知能評価スケール及びＭＭＳＥのことをいい、「ロ」のその他のものとは、ＣＡＳ不安測定検査、ＳＤＳうつ性自己評価尺度、ＣＥＳ－Ｄうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、ＨＤＲＳハミルトンうつ病症状評価尺度、ＳＴＡＩ状態・特性不安検査、ＰＯＭＳ、ＩＥＳ－Ｒ、ＰＤＳ、ＴＫ式診断的新親子関係検査、ＣＭＩ健康調査票、ＧＨＱ精神健康評価票、ブルドン抹消検査、ＷＨＯ ＱＯＬ26、ＣＯＧＮＩＳＴＡＴ、ＳＩＢ、Ｃｏｇｈｅａｌｔｈ（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、ＮＰＩ、ＢＥＨＡＶＥ－ＡＤ、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、ＷＵＲＳ、ＭＣＭＩ－Ⅱ、ＭＯＣＩ邦訳版、ＤＥＳ－Ⅱ、ＳＴＡＩ－Ｃ状態・特性不安検査（児童用）、ＤＳＲＳ－Ｃ、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びＭｏＣＡ－Ｊのことをいう。
（新設）	(11) 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「１」の「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こと。

⑧　質の高い臨床検査の適切な評価

第１　基本的な考え方

質の高い臨床検査の適切な評価を進めるため、以下の見直しを行う。

①　新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

②　難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。

③　血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため要件を見直す。

④　遺伝子関連・染色体検査について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．Ｅ３又はＣ２区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、技術料の新設や削除を行う。
「Ⅱ－８－⑨」を参照のこと。

２．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。また、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。
「Ⅱ－７－４－①」を参照のこと。

３．血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため、ＢＣＧ法については次回改定まで算定できることとする。

現　行	改定案
【血液化学検査】 １　アルブミン　11点 ［算定要件］ （新設）	【血液化学検査】 １　アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）　●点 ［算定要件］ アルブミンのうち、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。

４．次の遺伝子関連・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。

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検出、ＷＴ１　ｍＲＮＡ、ＦＩＰ１Ｌ１-ＰＤＧＦＲα融合遺伝子、ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）、骨髄微小残存病変量測定、ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査、ＦＬＴ３遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、ＮＵＤＴ15遺伝子多型、ＪＡＫ２遺伝子検査　等

現　行	改定案
【検体検査判断料】 １　尿・糞便等検査判断料　34点 （新設） ２　血液学的検査判断料　125点 ３　生化学的検査（Ｉ）判断料　144点 ４　生化学的検査（Ⅱ）判断料　144点 ５　免疫学的検査判断料　144点 ６　微生物学的検査判断料　150点 注１　検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月１回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ｉ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。 （新設）	【検体検査判断料】 １　尿・糞便等検査判断料　●点 ２　遺伝子関連・染色体検査判断料　●点 ３　血液学的検査判断料　●点 ４　生化学的検査（Ｉ）判断料　●点 ５　生化学的検査（Ⅱ）判断料　●点 ６　免疫学的検査判断料　●点 ７　微生物学的検査判断料　●点 注１　検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月１回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ｉ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。 注３　区分番号Ｄ００４―２の１に掲げる悪性腫瘍遺伝子検査及び

	区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－●までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

⑨　手術等医療技術の適切な評価

第１　基本的な考え方

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。

２．新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

３．外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．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（先進医療として実施している医療技術を含む。）の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったものの例］
（１）膵頭十二指腸切除術（ロボット支援）
（２）同種クリオプレシピテート作製術
（３）脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）
（４）体幹部定位放射線治療の適応拡大
（５）経皮的腎生検
（６）デブリードマン（重症軟部組織感染症）
（７）病理組織標本作製（セルブロック法によるもの）の適応疾患の拡大

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施しているもの］
（１）神経変性疾患の遺伝子診断（※１）
（２）泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭

清術（※２）
（３）角膜ジストロフィーの遺伝子解析
（４）ＭＥＮ１遺伝子診断
（５）腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術
（６）多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療
※１：脊髄小脳変性症に係るもの。
※２：精巣腫瘍に係るもの。

［廃止を行う技術の例］
（１）四肢切断術　指（手、足）

２．Ｃ２、Ｅ３区分で保険適用された新規医療材料、新規体外診断用医薬品等及び新たに薬価収載された医薬品等を使用する際の手技について、それぞれ技術料の新設や削除を行う。

［技術の例］
経皮的卵円孔開存閉鎖術　　●点

３．外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案2020」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。
また、以下の既存技術について、実態に即した評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【結膜結石除去術】 ２　多数のもの　390点	【結膜結石除去術】 ２　多数のもの（１眼瞼ごと） ●点
【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】	【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】
［算定要件］ 区分番号「Ｋ544」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分番号「Ｋ553」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分番号「Ｋ553－２」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分番号	［算定要件］ （削除）

<table>
<tr>
<td>「Ｋ554」弁形成術（１弁のものに限る。）又は区分番号「Ｋ555」弁置換術（１弁のものに限る。）を併施した場合は、区分番号「Ｋ544」、区分番号「Ｋ553」又は区分番号「Ｋ553－２」の「２」により算定する。
（新設）

【精索捻転手術】
１　対側の精索固定術を伴うもの　7,810点
２　その他のもの　8,230点

【造血幹細胞移植】
注５　造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用は所定点数に含まれるものとする。

注９　１及び２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実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。</td>
<td>（複数手術に係る費用の特例に関する告示）
別表第一
<table><tr><td>Ｋ544　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術</td><td>Ｋ554　弁形成術</td></tr><tr><td></td><td>Ｋ555　弁置換術</td></tr><tr><td>Ｋ553　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）</td><td>Ｋ554　弁形成術</td></tr><tr><td></td><td>Ｋ555　弁置換術</td></tr><tr><td>Ｋ553－2　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術</td><td>Ｋ554　弁形成術</td></tr><tr><td></td><td>Ｋ555　弁置換術</td></tr></table>
【精索捻転手術】
１　対側の精索固定術を伴うもの　●点
２　その他のもの　●点

【造血幹細胞移植】
注５　同種移植における造血幹細胞移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用は所定点数に含まれるものとする。

注９　１及び２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同種移植を実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、●点を所定点数に加算する。</td>
</tr>
</table>

【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 注２　８について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する。 【点滴注射（１日につき）】 １　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　98点 ２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　97点 ３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　49点	【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 注２　８について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、●点を所定点数に加算する。 【点滴注射（１日につき）】 １　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　●点 ２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　●点 ３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　●点

⑩　注射の準用に係る規定の創設

第１　基本的な考え方

今般、革新的な医薬品や医療機器の開発に伴い特殊な注射手技が出現しうることを踏まえ、注射の準用に係る規定を設ける。

第２　具体的な内容

第１節に掲げられていない注射であって特殊なものの注射料について、処置や手術と同様に、第１節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定できるよう注射の準用に係る規定を設ける。

現　行	改定案
【注射の通則７】 ［算定要件］ 第１節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第２節の各区分の所定点数のみにより算定する。	【注射の通則７】 ［算定要件］ 第１節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第２節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第１節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。
（新設）	７　第１節注射料に掲げられていない注射のうち、特殊な注射（点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。）の注射料は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

【Ⅱ－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　－①】

①　歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

「Ⅱ－７－６－③」を参照のこと。

②　歯科疾患管理料の見直し

「Ⅱ－４－④」を参照のこと。

③　歯周病重症化予防の推進

「Ⅱ－４－⑤」を参照のこと。

④　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算の扱いを見直す。

２．口腔機能の発達不全を有する小児及び口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能管理を実施した場合の評価を新設する。

現　行	改定案
【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ 12　口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、小児口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。 13　口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。	【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ （削除） （削除）

（新）　　小児口腔機能管理料　　●点

［対象患者］

15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者（咀嚼機能、嚥下機能若しくは構音機能等が十分に発達していない又は正常に獲得できていない患者）

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日の属する月に行った指導の費用は、第１章第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

（３）小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

（新）　<u>口腔機能管理料　　●点</u>

［対象患者］

歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼能力低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の７項目のうちいずれか３項目以上に該当する患者）

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機

能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日の属する月に行った指導の費用は、第１章第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

（３）口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管料（Ⅰ）、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

３．口腔機能の評価を行うための口唇閉鎖力検査を行った場合の評価を新設する。

（新）　小児口唇閉鎖力検査（１回につき）　●点

［算定要件］

小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。

４．口腔機能の評価を行うための舌圧検査の算定頻度についての要件を見直す。

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

⑤　非経口摂取患者に対する口腔管理の推進

第１　基本的な考え方

経口摂取が困難な口腔の自浄作用の低下した療養中の患者に対する痂皮の除去等を評価する。

第２　具体的な内容

経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師等が口腔衛生状態の改善を目的として行う処置に対する評価を新設する。

（新）　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）　●点

［対象患者］

経管栄養等を必要とする経口摂取が困難な療養中の患者であって、口腔疾患を有するもののうち、患者自身による口腔清掃が困難な者

［算定要件］

経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生状態の改善を目的として、痂皮等の除去（機械的歯面清掃を含む。）を行った場合に、月２回に限り算定する。

⑥　広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

６歯以上の先天性部分（性）無歯症等に対する広範囲顎骨支持型埋入手術の適応を拡大する。

現　行	改定案
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術（１顎一連につき）】 ［算定要件］ （新設）	【広範囲顎骨支持型装置埋入手術（１顎一連につき）】 ［算定要件］ ニ　６歯以上の先天性部分（性）無歯症又は３歯以上の前歯永久歯萌出不全（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）であり、連続した３分の１顎程度以上の多数歯欠損（歯科矯正後の状態を含む。）であること。

⑦　静脈内鎮静法の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科治療恐怖症の患者等に対して行われる静脈内鎮静法について評価を見直す。

第２　具体的な内容

静脈内鎮静法に対する評価を見直す。

現　行	改定案
【静脈内鎮静法】　120点	【静脈内鎮静法】　●点

⑧　歯科麻酔管理料の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

歯科診療における閉鎖循環式全身麻酔において、一定の実績を有する歯科医師が麻酔管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　歯科麻酔管理料　●点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生支局長等に届け出た歯科医師に限る。）が行った場合に算定する。

（２）歯科麻酔管理料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が医科点数表の区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

（３）歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該歯科医師以外の歯科医師と共同して麻酔を実施する場合においては、歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。

（４）歯科麻酔管理料を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

［施設基準］

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

（２）常勤の麻酔に従事する歯科医師により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

⑨　機械的歯面清掃処置の充実

第１　基本的な考え方

糖尿病患者に対する口腔管理を充実する観点から、機械的歯面清掃処置の対象を拡大する。

第２　具体的な内容

医科の保険医療機関との連携に基づき糖尿病患者に対する機械的歯面清掃処置の算定要件を見直す。

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

については月１回に限り算定する。	は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づき、紹介された糖尿病患者については月１回に限り算定する。

⑩　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の対象拡大

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の適応を上顎第一大臼歯に拡大する。

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

⑪　手術用顕微鏡を用いた治療の評価

第１　基本的な考え方

手術用顕微鏡を用いた根管充填処置等について、対象を見直す。

第２　具体的な内容

１．３根管以上の加圧根管充填において、手術用顕微鏡を用いて治療した場合の対象を見直す。

２．根管内異物除去において、手術用顕微鏡を用いて治療した場合の評価を新設する。

現　行	改定案
【加圧根管充填処置（１歯につき）】 ［算定要件］ １　単根管　136点 ２　２根管　164点 ３　３根管以上　200点 注３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、４根管又は樋状根に対して歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第４部に掲げる歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	【加圧根管充填処置（１歯につき）】 ［算定要件］ １　単根管　●点 ２　２根管　●点 ３　３根管以上　●点 注３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、●点を所定点数に加算する。なお、第４部に掲げる歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。ただし、区分番号Ｉ０２１に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合

	は、算定できない。
【根管内異物除去（１歯につき）】 150点 ［算定要件］ （新設）	【根管内異物除去（１歯につき）】 ●点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管内異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、●点を所定点数に加算する。なお、第４部に掲げる歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

⑫　歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

歯科点数表第９部「手術」において、歯科麻酔薬を使用した場合の薬剤料の算定方法を見直す。

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

⑬　歯科固有の技術の評価の見直し等

第１　基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．区分Ｃ２（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、それぞれ技術料の新設等を行う。

（新）　既製金属冠　●点

現　行		改定案	
【歯冠形成（１歯につき）】		【歯冠形成（１歯につき）】	
［算定要件］		［算定要件］	
１　生活歯歯冠形成		１　生活歯歯冠形成	
イ　金属冠	306点	イ　金属冠	●点
ロ　非金属冠	306点	ロ　非金属冠	●点
ハ　乳歯金属冠	120点	ハ　既製冠	●点
２　失活歯歯冠形成		２　失活歯歯冠形成	
イ　金属冠	166点	イ　金属冠	●点
ロ　非金属冠	166点	ロ　非金属冠	●点
ハ　乳歯金属冠	114点	ハ　既製冠	●点

（新）　象牙質レジンコーティング（１歯につき）　●点

［算定要件］

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

（２）保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

２．医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったものの例］
（１）睡眠時歯科筋電図検査
（２）線鉤の二腕鉤での鋳造レストの評価
（３）失活前歯充填の前処置としての築造
（４）シリコーンゴム印象による咬合印象法
（５）接着ブリッジ装着料内面処理加算
（６）口蓋補綴等に対する軟質材料の適用拡大
（７）先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大

３．口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等を踏まえ既存技術の評価の見直しを行う。

［評価の見直しを行うものの例］
（１）歯科疾患在宅療養管理料
（２）新製有床義歯管理料
（３）歯科口腔リハビリテーション料

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価　－①】

①　地域医療に貢献する薬局の評価

第１　基本的な考え方

薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．地域支援体制加算の実績要件について、以下のとおり見直す。

現　行	改定案
［施設基準］ (1) 地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料１を算定している保険薬局にあっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。	［施設基準］ 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１を算定する保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る体制及び十分な実績を有していること。 (2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１以外を算定する保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。 （調剤基本料１を算定する保険薬局） 調剤基本料１を算定している保険薬局については、下記の５つの要件のうち４つ以上を満たすこと（ただし、①～③は必須とする。）。
イ　麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を	①　麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を

受けていること。 ロ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。	受けていること。 ②　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数　●回以上 （在宅協力薬局（現「サポート薬局」）として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）） ③　かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。
ハ　かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。 （新設）	④　患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績　●回以上 （服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む） ⑤　薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に●回以上出席
（新設）	
（調剤基本料１以外を算定する薬局） 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近１年間に、以下の①から⑧までの全ての実績を有すること。	（調剤基本料１以外を算定する薬局） 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、以下の①から⑨までの９つの要件のうち８つ以上を満たすこと。この場合において、①から⑧までは常勤薬剤師一人当たりの直近１年間の実績、⑨は薬局当たりの直近の１年間の実績とする。
①　夜間・休日等の対応実績　400回以上 ②　麻薬指導管理加算の実績　10回以上 ③　重複投薬・相互作用等防止加算等の実績　40回以上 ④　かかりつけ薬剤師指導料等の実績　40回以上 ⑤　外来服薬支援料の実績　12回以上 ⑥　服用薬剤調整支援料の実績　1回以上 ⑦　単一建物診療患者が１人の場合	①　夜間・休日等の対応実績　400回以上 ②　調剤料の麻薬加算算定回数　10回以上 ③　重複投薬・相互作用等防止加算等の実績　40回以上 ④　かかりつけ薬剤師指導料等の実績　40回以上 ⑤　外来服薬支援料の実績　12回以上 ⑥　服用薬剤調整支援料の実績　1回以上 ⑦　単一建物診療患者が１人の場合

の在宅薬剤管理の実績　12回以上	の在宅薬剤管理の実績　12回以上 （在宅協力薬局（現「サポート薬局」）として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）） ⑧　服薬情報等提供料の実績　60回以上 （服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む）
⑧　服薬情報等提供料の実績　60回以上	
（新設）	⑨　薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に●回以上出席

［経過措置］

調剤基本料１を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和●年●月●日より適用することとし、令和●年●月●日までの間はなお従前の例による。

２．薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【地域支援体制加算】 ４　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薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に35点を加算する。	【地域支援体制加算】 ４　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薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に●点を加算する。

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価　－②】

②　薬局における対人業務の評価の充実

第１　基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．服用薬剤調整支援料について、６種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。
「Ⅱ－１－③」を参照のこと。

２．患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。
「Ⅱ－７－１－⑥」を参照のこと。

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

現　行	改定案
【調剤基本料】 ［算定要件］ ９　医師の分割指示に係る処方箋受付（注７及び注８に該当する場合を除く。）において、１回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、２回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この	【調剤基本料】 ［算定要件］ ９　医師の分割指示に係る処方箋受付（注８及び注９に該当する場合を除く。）において、１回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、２回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この

表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号００に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号０１に掲げる調剤料及びその加算並びに第２節に掲げる薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を１分割調剤につき算定する。 【服薬情報等提供料】 ［算定要件］ イ　「区分番号00」の調剤基本料の「注９」に掲げる分割調剤において、２回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合	表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号００に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号０１に掲げる調剤料及びその加算並びに第２節に掲げる薬学管理料（「区分番号15の５」に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を１分割調剤につき算定する。 【服薬情報等提供料】 ［算定要件］ イ　「区分番号00」の調剤基本料の「注９」に掲げる分割調剤において、２回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合 この場合において、残薬の有無、残薬が生じている場合はその量及び理由、副作用の有無、副作用が生じている場合はその原因の可能性がある薬剤の推定及びその他処方医に伝達すべき事項を情報提供するものとする

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

（新）　薬剤服用歴管理指導料　吸入薬指導加算　●点

［算定要件］

喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって吸入薬の投薬が行われているものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合に、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り●点を所定点数に加算する。

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

（新）　経管投薬支援料　●点

［算定要件］
胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に初回に限り算定する。

６．地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師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　調剤後薬剤管理指導加算　●点

［算定要件］
地域支援体制加算を届け出ている保険薬局において、インスリン製剤又はスルホニルウレア剤（以下「糖尿病治療薬」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たに糖尿病治療薬が処方されたもの又は糖尿病治療薬に係る投薬内容の変更が行われたものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、１月に１回に限り●点を所定点数に加算する。

７．薬剤服用歴管理指導料について、同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造的な転換の観点から、以下の見直しを行う。

（１）薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来

局の期間を「原則６月以内」から「原則３月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料１以外にも拡大する。

（２）医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。

（３）医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。

（４）同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。

現　行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】 １　原則６月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合 53点 ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 41点 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号００の１に掲げる調剤基本料１以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付１回につき、53点を算定する。 ［算定要件］ (1) エ　残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると	【薬剤服用歴管理指導料】 １　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 ●点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合 ●点 ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 ●点 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付１回につき、●点を算定する。 ［算定要件］ (1) エ　残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると

判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。	判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。
（新設）	(13)保険薬局や保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する薬局があれば、その名称を手帳に記載するよう患者に促すこと。

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

現　行	改定案
【調剤料　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（１剤につき）】 イ　14日分以下の場合 (1) ７日目以下の部分（１日分につき）　５点 (2) ８日目以上の部分（１日分につき）　４点 ロ　15日分以上21日分以下の場合　67点 ハ　22日分以上30日分以下の場合　78点 ニ　31日分以上の場合　86点	【調剤料　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（１剤につき）】 イ　７日目以下の場合　●点 ロ　８日目以上14日以下の場合　●点 ハ　15日分以上21日分以下の場合　●点 ニ　22日分以上30日分以下の場合　●点 ホ　31日分以上の場合　●点

③　調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

特定の医療機関からの処方箋の受付割合が著しく高く、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料２及び調剤基本料３の要件を見直す。

特別調剤基本料についても同様の観点から要件及び評価を見直す。また、地域でかかりつけ機能を発揮する薬局を普及・推進する観点から、いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．特定の医療機関からの処方箋受付割合が●%を超える薬局について、処方箋の１月あたりの受付回数が●回を超える場合を調剤基本料２とし、また、同一グループ内全体で●回を超える場合を調剤基本料３イとする。

２．調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、２回目以上の受付分については所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。

３．特別調剤基本料について、特定の診療所との不動産取引等その他の特別な関係がある診療所の敷地内薬局（同一建物内に診療所がある場合を除く。）を対象に追加する。さらに、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げ、点数も引き下げる。

４．いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現　行		改定案	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
調剤基本料１	42点	調剤基本料１	●点
調剤基本料２	26点	調剤基本料２	●点

調剤基本料３ イ　同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数４万回を超え40万回以下の場合　21点 ロ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合　16点 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき11点を算定する。 （新設） ［施設基準］ （調剤基本料の注３に規定する保険薬局） ６　薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、５で定める当年４月１日から翌年３月末日までの期間中であっても、４に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。 ［施設基準］	調剤基本料３ イ　同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数●回を超え40万回以下の場合　●点 ロ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合　●点 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき●点を算定する。 注３　２以上の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、当該処方箋のうち、受付が２回目以降の調剤基本料は、注１及び注２の規定にかかわらず、処方箋受付１回につき、所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。 ［施設基準］ （調剤基本料の注４に規定する保険薬局） ６　薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、５で定める当年４月１日から翌年３月末日までの期間中であっても、４に掲げる業務を合計10回（特別調剤基本料を算定する薬局においては合計●回）算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。 ［施設基準］

(2) 調剤基本料２の施設基準 （新設）	(2) 調剤基本料２の施設基準 ハ　処方箋の受付回数が１月に●回を超えること。（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超える場合に限る。）
ハ　特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が１月に４千回を超えること。 （イ又はロに該当する場合を除く。）	ニ　特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が１月に４千回を超えること。 （イ、ロ又はハに該当する場合を除く。） ※　ホ及びヘも同様。
(3) 調剤基本料３のイの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に４万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（２の２の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 （新設）	(3) 調剤基本料３のイの施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に●回を超え、４万回以下のグループに属する保険薬局（２の２の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超えること
イ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が８割５分を超えること。	ロ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に４万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（２の２の（１）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が８割５分を超える

ロ　特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。	こと。 ハ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に●回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（２の２の（１）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。
２の２　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が９割５分を超えること。	２の２　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超えること。

④　病棟薬剤師業務実施加算の評価の見直し

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

⑤　薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

「Ⅰ－２－④」を参照のこと。

⑥　入院時のポリファーマシー解消の推進

「Ⅳ－６－②」を参照のこと。

①　情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う診療について、対面診療と組み合わせた活用を適切に推進する観点から、実施方法や対象疾患に係る要件等を見直す。

第２　具体的な内容

１．オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を６月から３月に見直す。また、緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、予め患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

オンライン診療料の対象疾患について、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者を追加する。

現　行	改定案
【オンライン診療料】 ［算定要件］ (3) オンライン診療料が算定可能な患者は、区分番号「Ｂ０００」特定疾患療養管理料、「Ｂ００１」の「５」小児科療養指導料、「Ｂ００１」の「６」てんかん指導料、「Ｂ００１」の「７」難病外来指導管理料、「Ｂ００１」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料、「Ｂ００１－２－１０」認知症地域包括診療料、「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から６月以上経過し、	【オンライン診療料】 ［算定要件］ (3) オンライン診療料が算定可能な患者は、別に厚生労働大臣が定める患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月又は慢性頭痛に対する対面診療を初めて行った月から３月以上経過し、かつ直近３月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、直近２月の間にオンライン診療料の算定がある場合は、この限りではない。

かつ当該管理料等を初めて算定した月から６月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近12月以内に６回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。	
(4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は３月以内のものに限る。）を作成する。また、当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。	(4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は３月以内のものに限る。）を作成した上で実施すること。また、患者の急変時等の緊急時には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこと。
（新設）	(14) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者については、事前の対面診療、ＣＴ又はＭＲＩ及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要なものに限ること。
（新設）	(15) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者に対して診療を行う医師は、慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を修了した医師に限ること。
［施設基準］ (1) オンライン診療料の施設基準 ロ　当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。 （新設）	［施設基準］ (1) オンライン診療料の施設基準 （削除） ニ　当該保険医療機関内に慢性頭痛のオンライン診療に係る研修

	を受けた医師が１名以上配置されていること（(2)のハに規定する患者に対してオンライン診療を行う場合に限る。）。
(2) 注１に規定する厚生労働大臣が定めるもの 次のイからヌまでのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの。 （新設） （新設）	(2) 注１に規定する厚生労働大臣が定めるもの 次のいずれかに該当する患者 イ　次の①から⑩までのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から三月を経過しているもの。 ロ　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者であって、糖尿病、肝疾患（経過が慢性のものに限る）又は慢性ウイルス肝炎に対する注射薬を使用しているもののうち、当該管理料を初めて算定した月から三月以上経過しているもの。 ハ　事前の対面診療、ＣＴ又はＭＲＩ及び血液学的検査等の必要な検査で一次性頭痛と診断されている慢性頭痛患者のうち、当該疾患に対する対面診療を初めて行った月から三月以上経過しているもの。

２．オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直す。

現　行	改定案
【オンライン医学管理料】 ［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であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１	【オンライン診医学管理料】 ［算定要件］ （削除）

の５に掲げる小児科療養指導料、区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料、区分番号Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が２月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月１回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。	
［施設基準］ (1)　オンライン医学管理料の施設基準 　オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。 (2) 厚生労働大臣が定める患者 　次のイからチまでを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの。 イ　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料 ロ　区分番号Ｂ００１の５に掲げ	［施設基準］ （削除） （削除）

る小児科療養指導料 ハ　区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料 ニ　区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料 ホ　区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料 ヘ　区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料 ト　区分番号Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料 チ　区分番号Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料	
【特定疾患療養管理料】 ［算定要件］ （新設）	【特定疾患療養管理料】 ［算定要件］ 注５　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、オンライン診療時に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を行った場合は、注１の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月１回に限り●点を算定する。
（新設）	(12)「注５」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月１回に限り算定する。
（新設）	(13)「注５」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から３月以上経過しているものに限る。
［施設基準］ （新設）	［施設基準］ 一の三　特定疾患療養管理料（情報

	通信機器を用いた場合）の施設基準 　オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。 ※　Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料、Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料、Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料、Ｂ００１の２７に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料、Ｂ００１－２－10に掲げる認知症地域包括診療料、Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料及びＣ１０１の在宅自己注射指導管理料についても同様。

②　情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

第１　基本的な考え方

へき地、医療資源が少ない地域や在宅医療において、情報通信機器を用いて行う診療がより柔軟に活用できるよう、実施方法に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

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

現　行	改定案
【オンライン診療料】 ［算定要件］ （新設）	【オンライン診療料】 ［算定要件］ 注３　無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行った場合については、注１及び注２の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。
（新設）	(14)「注３」に規定するやむを得ない事情とは、無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が初診からオンラ

	イン診療を行う場合は、注１及び注２の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、情報提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。
（新設）	(15)「注３」に規定する診療に係る事前の診療情報の提供について、Ｂ００９診療情報提供料（Ｉ）は別に算定できない。

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

現　行	改定案
【オンライン診療料】 ［算定要件］ (8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。	【オンライン診療料】 ［算定要件］ (8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。ただし、無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行ってもよい。なお、この場合の診療報酬の請求については、無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において行うこと。

３．オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について、事前の対面診療の期間を６月から３月に見直すとともに、連続する３月の算定に係る要件を見直す。

オンライン在宅管理料について、月２回以上の訪問診療を行った場合についても算定可能となるよう見直す。また、複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

現　行	改定案
【オンライン在宅管理料】 ［算定要件］ 注12　１のイの(3)若しくはロの(3)、２のハ又は３のハの場合であって、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、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する３月は算定できない。	【オンライン在宅管理料】 ［算定要件］ 注12　１から３までにおいて、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、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として●点を所定点数に加えて算定できる。
(27)在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。 ア　オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月１回の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づかない	(27)在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。 ア　オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月１回以上の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づ

他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。 イ　オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する３月の間に対面診療が１度も行われない場合は、算定することはできない。 ウ　オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から６月以上経過し、かつ当該管理料を初めて算定した月から６月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。ただし、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近12月以内に当該管理料を６回以上、同一の医師による対面診療において算定していればよい。 カ　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。 ［施設基準］	かない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。 イ　オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。 ウ　オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から３月以上経過し、かつ直近３月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。 カ　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が５人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について診療計画に記載し、当該複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない ［施設基準］

(2) 厚生労働大臣が定める患者 　在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの。	(2) 厚生労働大臣が定める患者 　在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から三月を経過しているもの。 ※　精神科オンライン在宅管理料についても同様。

③　かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

第１　基本的な考え方

希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

（新）　遠隔連携診療料　●点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断を行うまでの間、３月に１回に限り算定する。

（２）当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

［施設基準］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準

厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

（２）別に厚生労働大臣が定める患者

イ　てんかん（外傷性を含む）の疑いがある患者

ロ　指定難病の疑いがある患者

（３）別に厚生労働大臣が定める施設基準（他の保険医療機関）

イ　厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

ロ　てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

④　情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

第１　基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う遠隔モニタリングについて、有効性・安全性に係るエビデンス等を踏まえ、実施方法に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行う項目の一部を見直す。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った上で、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた医学的判断について診療録に記載した場合に算定できるよう見直す。

また、これらの加算における緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現　行	改定案
【在宅酸素療法指導管理料】 ［算定要件］ ⑼ 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア　「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のＣＯＰＤの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。 ［施設基準］ ⑵ 緊急時の対応を行うにつき必要	【在宅酸素療養指導管理料】 ［算定要件］ ⑼ 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア　「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のＣＯＰＤの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。 ［施設基準］ （削除）

な体制が整備されていること。	
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 ［算定要件］ 注２　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、２を算定し、ＣＰＡＰを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、２月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（ＣＰＡＰ）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。 ［施設基準］ (2) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。	【在宅持続陽圧呼吸療養指導管理料】 ［算定要件］ 注２　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、２を算定し、ＣＰＡＰを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、●点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、２月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（ＣＰＡＰ）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた判断の内容について診療録に記載した場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。 ［施設基準］ （削除）

⑤　情報通信機器を用いた服薬指導の評価

第１　基本的な考え方

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　４　オンライン服薬指導を行った場合
●点（月１回まで）

［対象患者］
次のいずれにも該当する患者であること。
（１）医科点数表の区分番号Ａ００３オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
（２）原則３月以内に薬剤服用歴管理指導料１又は２を算定した患者

［算定要件］
（１）別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に１回に限り所定点数を算定する。この場合において、注４から注10までに規定する加算は算定できない。
（２）オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
（３）医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
（４）オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
（５）患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
（６）オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある２名までの保

険薬剤師に限る。以下同じ。）の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

（７）患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載すること。

（８）　当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

（９）医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

（10）厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成26年厚生労働省令第33号）第31条第１号に該当する場合（以下「特区における離島・へき地の場合」という。）は、次のとおりとする。

ア　（３）については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。

イ　（５）については、服薬指導計画を作成することを要しない。

ウ　（６）については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ること。

[施設基準]

（１）情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（２）当該保険薬局において、１月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の４及び在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が１割以下であること。

①　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料

②　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を含む。）

２．在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設する。

（新）　在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅患者オンライン服薬指導料

●点（月１回まで）

［対象患者］
次のいずれにも該当する患者であること。
（１）医科点数表の区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
（２）保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月１回のみ算定している患者

［算定要件］
（１）別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として●点を算定する。この場合において、保険薬剤師１人につき、週10回に限り算定できる。
（２）在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。
（３）オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
（４）医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
（５）オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
（６）患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
（７）オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある２名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。）の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。
（８）訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
（９）患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。
（10）当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医

薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

（11）医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

［施設基準］

（１）薬剤服用歴管理指導料の４に係る届出を行った保険薬局であること。

⑥　情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

「Ｉ－４－②」を参照のこと。

⑦　外来栄養食事指導
（情報通信機器の活用）の見直し

「Ｉ－４－③」を参照のこと。

⑧　ニコチン依存症管理料の見直し

第１　基本的な考え方

ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者を対象とするとともに、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療を評価する。併せて、一連の治療についての評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．ニコチン依存症管理料について、２回目から４回目に情報通信機器を用いた診療に係る評価を新設する。

２．初回から５回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。

３．ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件の見直しを行う。

現　行	改定案
【ニコチン依存症管理料】 １　初回　230点 ２　２回目から４回目まで　184点 ３　５回目　180点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（ＴＤＳ）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要	【ニコチン依存症管理料】 １　ニコチン依存症管理料１ イ　初回　●点 ロ　２回目から４回目まで (1) 対面で診察を行った場合　●点 (2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合　●点 ハ　５回目　●点 ２　ニコチン依存症管理料２（一連につき）　●点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（ＴＤＳ）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要

を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、５回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。	を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、１の場合は５回に限り、２の場合は初回指導時に１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
（新設）	注３　１のロの(2)を算定する場合は、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。
(1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計５回の禁煙治療を行った場合に算定する。	(1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計５回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者ついても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。
（新設）	(5) 情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。
（新設）	(6) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
（新設）	(7) 情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行

	う。
（新設）	(8) 情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方箋料を別に算定できる。
（新設）	(9) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。
（新設）	(10)情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
（新設）	(11)ニコチン依存症管理料２を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。
（新設）	(12)ニコチン依存症管理料２を算定した患者について、２回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。
（新設）	(13)ニコチン依存症管理料２を算定する場合においても、２回目から４回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示すものと同様である。
（新設）	［ニコチン依存症管理料１のロの(2)の施設基準］ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

①　地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

「Ⅰ－１－①」を参照のこと。

②　総合入院体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、小児科や産婦人科を標榜する医療機関や入院患者が減少していることを踏まえ、医療機関間の医療機能の再編・統合がより柔軟に行えるよう、総合入院体制加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

総合入院体制加算について、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても、施設基準を満たしているものとする。

現　行	改定案
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。 ただし、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第７条第２項第１号に規定す	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても、施設基準を満たしているものとする。 なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第７条第２項第１号に規定する

る精神病床を有していること。また、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。 ６　届出に関する事項 （新設）	精神病床を有していること。また、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。 ６　届出に関する事項 (6) 地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、届出を行う保険医療機関が作成した議事概要をもって当該議事録としても差し支えない。

③　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

第１　基本的な考え方

急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、判定に係る項目や判定基準を以下のように見直す。

１．重症度、医療・看護必要度のＡ項目について、以下のように見直す。

（１）重症度、医療・看護必要度Ⅰの「救急搬送後の入院」について、評価期間を入院後５日間に見直す。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて、入院日に救急医療管理加算１若しくは２又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者を、入院後５日間評価の対象とする。

（２）専門的な治療・処置のうち「免疫抑制剤の管理」について、注射剤に限り評価の対象とする。

２．重症度、医療・看護必要度のＣ項目について、評価期間を見直す。また、対象となる検査及び手術について、入院で実施される割合が９割以上のものを追加するとともに、入院で実施される割合が９割未満のものを除外する。

現　行	改定案
【重症度、医療・看護必要度】 ［手術等の医学的状況］ 16　開頭手術（７日間） 17　開胸手術（７日間） 18　開腹手術（４日間） 19　骨の手術（５日間） 20　胸腔鏡・腹腔鏡手術（３日間） 21　全身麻酔・脊椎麻酔の手術（２日間）	【重症度、医療・看護必要度】 ［手術等の医学的状況］ 16　開頭手術（13日間） 17　開胸手術（12日間） 18　開腹手術（７日間） 19　骨の手術（11日間） 20　胸腔鏡・腹腔鏡手術（５日間） 21　全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）

22　救命等に係る内科的治療（２日間） （新設） （新設）	22　救命等に係る内科的治療（５日間） 23　別に定める検査（２日間） 24　別に定める手術（６日間） ※　別に定める検査及び手術は、レセプト電算処理システム用コードで規定する。

３．重症度、医療・看護必要度のＡ項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。）及びＣ項目について、重症度、医療・看護必要度Ｉにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。

４．重症度、医療・看護必要度の基準について、「Ｂ14又はＢ15に該当する患者であって、Ａ得点が１点以上かつＢ得点が３点以上」の基準を削除する。

現　行	改定案
【重症度、医療・看護必要度】 ［基準］ 次のいずれかに該当する患者 ・　Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上の患者 ・　Ｂ項目のうち「Ｂ14診療・療養上の指示が通じる」又は「Ｂ15危険行動」に該当する患者であって、Ａ得点が１点以上かつＢ得点が３点以上の患者 ・　Ａ得点が３点以上の患者 ・　Ｃ得点が１点以上の患者	【重症度、医療・看護必要度】 ［基準］ 次のいずれかに該当する患者 ・　Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上の患者 （削除） ・　Ａ得点が３点以上の患者 ・　Ｃ得点が１点以上の患者

④　重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料２及び３の届出に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合について見直す。

また、急性期一般入院料２及び３について、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合も届け出られるよう見直す。

	現行		改定案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１	３割	２割５分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料２		２割４分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料３		２割３分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料４	２割７分	２割２分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料５	２割１分	１割７分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料６	１割５分	１割２分	●割●分	●割●分
７対１入院基本料（特定機能病院	２割８分	２割３分		●割●分

入院基本料（一般病棟に限る。））				
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	２割８分	２割３分	●割●分	●割●分
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	１割１分	0.9割	●割●分	●割●分
看護必要度加算１	２割７分	２割２分	●割●分	●割●分
看護必要度加算２	２割１分	１割７分	●割●分	●割●分
看護必要度加算３	１割５分	１割２分	●割●分	●割●分
総合入院体制加算１	３割５分	３割	●割●分	●割●分
総合入院体制加算２	３割５分	３割	●割●分	●割●分
総合入院体制加算３	３割２分	２割７分	●割●分	●割●分
急性期看護補助体制加算	0.7割	0.6割	●割●分	●割●分
看護職員夜間配置加算	0.7割	0.6割	●割●分	●割●分
看護補助加算１	0.6割	0.5割	●割●分	●割●分
地域包括ケア病棟入院料	１割	0.8割	●割●分	●割●分
特定一般病棟入院料の注７	１割	0.8割	●割●分	●割●分

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に以下に掲げる入院料等を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- 急性期一般入院料１
- 急性期一般入院料２
- 急性期一般入院料３
- 急性期一般入院料４
- 急性期一般入院料５
- 急性期一般入院料６
- ７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））
- ７対１入院基本料（専門病院入院基本料）
- ７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）
- 看護必要度加算１
- 看護必要度加算２
- 看護必要度加算３
- 総合入院体制加算１
- 総合入院体制加算２
- 総合入院体制加算３
- 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
- 特定一般病棟入院料の注７

⑤　重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

第１　基本的な考え方

入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に係る要件を見直す。

また、看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてＢ項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。）

第２　具体的な内容

１．一般病棟入院基本料　（急性期一般入院料１～６に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１に限る）の届出を行う保険医療機関であって、許可病床数400床以上のものについて、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。

現　行	改定案
【急性期一般入院基本料】 ［施設基準］ ①　通則 （新設）	【急性期一般入院基本料】 ［施設基準］ ①　通則 ５　許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１～６に限る）の届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。
【特定機能病院入院基本料】 ［施設基準］ イ　一般病棟 ①　七対一入院基本料の施設基準 ４　次のいずれかに該当すること。	【特定機能病院入院基本料】 ［施設基準］ イ　一般病棟 ①　七対一入院基本料の施設基準 ４　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備

（一）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。 （二）診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割三分以上入院させる病棟であること。	された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●割●分以上入院させる病棟であること。

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１～６に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟７対１に限る）を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

２．Ｂ項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、ＡＤＬを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様。）

３．院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。（再掲）

現　行	改定案
【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 ［施設基準］ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあっては、Ｂ項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。	【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 ［施設基準］ 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあっては、Ｂ項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。

ア・イ　（略）	※　特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。

⑥　せん妄予防の取組の評価

第１　基本的な考え方

急性期の入院患者に対して、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に適切なせん妄予防の対応を行うことについて新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

（新）　せん妄ハイリスク患者ケア加算　●点（入院中１回）

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中１回に限り、所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）Ａ１００一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、Ａ３００救命救急入院料、Ａ３０１特定集中治療室管理料、Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料又はＡ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟であること。

（２）せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

⑦　特定集中治療室管理料の見直し

「Ⅰ－２－⑥」を参照のこと。

⑧　特定集中治療室での栄養管理の評価

第１　基本的な考え方

患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

重症患者の集中治療室への入室後、早期（48時間以内）に経口移行・維持及び低栄養の改善等の栄養管理（栄養アセスメントに基づく栄養管理計画の作成・実施及びその後の頻回なモニタリングによる計画の見直し等）を実施した場合の評価として、早期栄養介入管理加算を新設する。

（新）　早期栄養介入管理加算　●点（１日につき）

［算定要件］

（１）特定集中治療室に入室後早期から、経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、７日を限度として、所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

①　栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を３年以上有すること

②　特定集中治療室における栄養管理の経験を３年以上有すること

③　特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上であること。

［留意事項］

（１）日本集中治療学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。

（２）次の項目を実施すること。

①　栄養スクリーニングの実施

② 栄養アセスメントの実施
③ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成し、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診を実施
④ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養を開始
⑤ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリング後、計画の見直し及び栄養管理を実施
⑥ 医師の指示に基づく再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認

（３）早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合、適切に連携して栄養管理を実施すること。

⑨　地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括ケア病棟を有する許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注９　注１に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注１に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。
［施設基準］ (1) 通則 （新設）	［施設基準］ (1) 通則 ヌ　許可病床数が四百床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること。
（新設）	(19) 地域包括ケア病棟入院料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のヌに掲げる基準

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

２．地域包括ケア病棟入院料１及び３並びに地域包括ケア入院医療管理料１及び３について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料１】 ［施設基準］ ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割以上であること。 ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三人以上であること。 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ①　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において二十回以上算定している保険医療機関であること。 ②　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において百回以上算定している保険医療機関であること又は訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において五百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。 ③　開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前三月間において十回以上算定している保険医療	【地域包括ケア病棟入院料１】 ［施設基準］ ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。 ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ①　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ②　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保

機関であること。 ④　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。 ⑤　（新設） 【地域包括ケア入院医療管理料１】 ［施設基準］ ロ　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が三以上であること。 ハ　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三人以上であること。	険医療機関であること。 ⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　退院時共同指導料２を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。 【地域包括ケア入院医療管理料１】 ［施設基準］ ロ　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六以上であること。 ハ　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料３及び地域包括ケア入院医療管理料３も同様。

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料１若しくは３又は地域包括ケア入院医療管理料１若しくは３を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑩　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ (1) 通則 ニ　当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ (1) 通則 ニ　当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。 なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配

	置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
(3) 当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が１名以上配置されていること。また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるＡＤＬ維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注２の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上配置されていること。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24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ２人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は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理学療法士、非常勤作業療法	(3) 当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるＡＤＬ維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注２の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上配置されていること。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理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ２人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は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理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。

士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。	

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

２．地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したＡＤＬスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、１日平均２単位以上提供していること。ただし、１患者が１日に算入できる単位数は９単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者１人あたりの実施単位数に含むものとする。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、１日平均２単位以上提供していること。ただし、１患者が１日に算入できる単位数は９単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者１人あたりの実施単位数に含むものとする。なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したＡＤＬ等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

３．地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ (1) 通則 （新設）	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ (1) 通則 ヌ　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
（新設）	(11) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
【地域包括ケア病棟入院料１】 ［施設基準］ へ　当該保険医療機関において、適切な看取りに対する指針を定めていること。	【地域包括ケア病棟入院料１】 ［施設基準］ （削除）
(9) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。	（削除）
	※　地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３及び療養病棟入院基本料も同様。

［経過措置］

令和２年３月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑪　地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関内において、ＤＰＣ対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のＤＰＣ対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ (10)診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ (10)診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅱ又はⅢを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して60日間とする。

⑫　地域包括ケア病棟の届出に関する見直し

第１　基本的な考え方

地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

第２　具体的な内容

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を届け出られないこととする。ただし、令和●年●月●日時点で地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟又は病室を維持することができる。

現　行	改定案
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 14　届出に関する事項 （新設） また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は１病棟に限る。ただし、(3)及び(4)について、平成28年１月１日時点で地域包括ケア病棟入院料１若しくは２を２病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が500床以上の保険医療機関若しくは(4)に掲げる施設基準を届け出	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 14　届出に関する事項 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の届出を行うことはできない。ただし、●年●月●日時点で地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟又は病室を維持することができる。 また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は１病棟に限る。ただし、(4)について、平成28年１月１日時点で地域包括ケア病棟入院料１若しくは２を２病棟以上届け出ている保険医療機関であって、(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け

ている保険医療機関又は平成30年１月１日時点で地域包括ケア病棟入院料１若しくは２を２病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。	出ている複数の病棟を維持することができる。
⑶ 許可病床数が400床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入院料１、２、３又は４の届出を行う場合	（削除）
⑷ 区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料１、２、３又は４の届出を行う場合	⑷ 区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料１、２、３又は４の届出を行う場合

⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

第１　基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び回復期リハビリテーション病棟入院料３におけるリハビリテーション実績指数の要件について、それぞれ水準を引き上げる。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 チ　リハビリテーションの効果に係る実績指数が三十七以上であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 ホ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十以上であること。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 リ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 ホ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十五以上であること。

［経過措置］

令和２年３月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

２．回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時ＦＩＭ及び目標とするＦＩＭについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとする。また、退院時ＦＩＭについても同様の取扱いとする。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後２週間以内に入棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後２週間以内に入棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付すること。

３．入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢（そう）損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢（そう）損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸（けい）髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）

卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「算定開始日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸(けい)髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）	※　二～五についても同様の見直しを行う。

４．回復期リハビリテーション病棟入院料における重症者の定義に、日常生活機能評価に代えてＦＩＭ総得点を用いてもよいものとする。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算の注４に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみな	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算の注４に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携

す。	診療計画に記載された日常生活機能評価又はＦＩＭの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はＦＩＭとみなす。
［施設基準］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 へ　重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。	［施設基準］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 ト　重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「ＦＩＭ」という。）が改善していること。
(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 ハ　重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。	(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 ハ　重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はＦＩＭが改善していること。

５．回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準である、「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が１名以上配置されていることが望ましい」とされているものを専任配置に変更する。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 （新設）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 ロ　当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

［経過措置］

令和２年３月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

６．回復期リハビリテーション病棟入院料２～６について、現状、管理栄養士の配置規定はないが、施設基準に「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が１名以上配置されていることが望ましい」旨を追加するとと

もに、栄養管理に係る要件を設ける。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ ２　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準 (1)　（中略） 　また、回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士１名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。 ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３、４、５及び６の施設基準 (1)　（中略） 　（新設） ［算定要件］ （新設）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ ２　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準 (1)　（中略） 　また、回復期リハビリテーション病棟入院料２を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士１名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。 ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３、４、５及び６の施設基準 (1)　（中略） 　また、当該病棟に専任の管理栄養士１名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。 ［算定要件］ (14)回復期リハビリテーション病棟入院料２から６について、当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が配置されている場合には、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。 イ　当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含

	む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。 ウ　当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週１回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

⑭　療養病棟入院基本料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、経過措置期間を２年間延長する。

２．療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、経過措置を令和２年３月31日限りで終了する。

現　行	改定案
【療養病棟入院基本料（経過措置１）】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 ［経過措置］ 区分番号Ａ１０１の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年３月	【療養病棟入院基本料（経過措置１）】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。 ［経過措置］ 区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、令和●年●月●日まで

31日までの間に限り、算定できるものとする。 ［施設基準］ （別に厚生労働大臣が定める基準） 平成30年３月31日時点で、継続して６月以上「旧医科点数表」の療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であること。 【療養病棟入院基本料（経過措置２）】 ［算定要件］ 注12　注１に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）とする。）を算定する。	の間に限り、算定できるものとする。 ［施設基準］ （別に厚生労働大臣が定める基準） 令和２年３月31日時点で、療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っている病棟であること。 （削除）

⑮　中心静脈栄養の適切な管理の推進

「Ⅱ－７－６－④」を参照のこと。

⑯　特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し

第１　基本的な考え方

特定機能病院の有する機能及び体制等を踏まえ、回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いについて見直す。

第２　具体的な内容

特定機能病院について、医療法で規定されている基準に満たない人員配置を要件とする特定入院料を届出できないこととする。

現　行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ （回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等） (1) 通則 （新設）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ （回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等） (1) 通則 ヌ　特定機能病院以外の病院であること。
【小児入院医療管理料】 ［施設基準］ （小児入院医療管理料の施設基準） (6) 小児入院医療管理料５の施設基準 （新設）	【小児入院医療管理料】 ［施設基準］ （小児入院医療管理料の施設基準） (6) 小児入院医療管理料５の施設基準 ニ　特定機能病院以外の病院であること。

［経過措置］

令和●年●月●日時点で、旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料又は小児入院医療管理料５を届け出ているものについては、それぞれ令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑰　結核病棟のユニットに係る見直し

第１　基本的な考え方

効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて１病棟として運用する結核病棟について、常勤の医師の員数に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料と併せて１病棟として運用する結核病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たさない場合に算定できる入院基本料（重症患者割合特別入院基本料）について、常勤の医師の員数に係る要件を満たさなくなった場合であっても算定できるよう見直す。

現　行	改定案
【結核病棟入院基本料】 注７　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注２の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。 ［施設基準］ (1) 結核病棟入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準	【結核病棟入院基本料】 注７　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注２の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。 ［施設基準］ (1) 結核病棟入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準

イ　七対一入院基本料の施設基準 ③　次のいずれかに該当すること。 １　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。 ２　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。 ④　常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。 (6) 結核病棟入院基本料の注７に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のイの③の基準	イ　七対一入院基本料の施設基準 ③　次のいずれかに該当すること。 １　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。 ２　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。 ④　常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。 (6) 結核病棟入院基本料の注７に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの 次のいずれかに該当するもの (1)のイの③の基準 (1)のイの③及び④の基準

⑱　緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

第１　基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。

第２　具体的な内容

末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。

- 求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
- 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現　行	改定案
【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） 390点 ［施設基準］ 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する専任	【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） ●点 ［施設基準］ 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する専任

の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が１日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注２に規定する点数を算定する場合には、以下の４名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する医師 ウ　緩和ケアの経験を有する看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師	の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が１日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注２に規定する点数を算定する場合には、以下の４名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。 オ　身体症状の緩和を担当する常勤医師 カ　精神症状の緩和を担当する医師 キ　緩和ケアの経験を有する看護師 ク　緩和ケアの経験を有する薬剤師
(2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。 また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の２分の１以下であること。）	(2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。 また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。 （ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の２分の１以下であること。）
(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。	(3) (1)のア及びオに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。 なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であっても差し支えない。
(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、	(5) (1)のア及びイに掲げる医師のう

以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。	ち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等	ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 ウ　日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
【有床診療所緩和ケア診療加算】 有床診療所緩和ケア診療加算（１日につき）　150点	【有床診療所緩和ケア診療加算】 有床診療所緩和ケア診療加算（１日につき）　●点
(1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。	(1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
(2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした１年以上の経験を有する者であること。	(2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした１年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした１年以上の経験を有する者であっても差し支えない。
(4) (1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよ	(4) (1)に掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係

い。	る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
（医師の研修） ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 （新設）	（削除） ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 ウ　日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
（新設）	(5) (1)に掲げる看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る看護を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
（看護師の研修） ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（２日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの） イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。 （イ）　緩和ケア総論及び制度等の概要 （ロ）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法 （ハ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法	（削除） ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（２日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの） イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。 （イ）緩和ケア総論及び制度等の概要 （ロ）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法 （ハ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法

⑲　排尿自立指導料の見直し

第１　基本的な考え方

膀胱留置カテーテルの適切な管理を推進する観点から、排尿の自立に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．現行の排尿自立指導料において評価をしている入院中の患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケアについて、入院基本料等加算において、評価を行う。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

（新）　排尿自立支援加算　●点（週１回）

※　以下の算定対象等については、一部を除き、現行の排尿自立指導料と同様である。

［算定対象］

尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。

［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入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り12週を限度として算定する。

［施設基準］

（１）保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア　下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師

イ　下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を３年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

（２）アに掲げる医師は、３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了していること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。

（３）排尿ケアチームの構成員は、区分番号●に掲げる外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。

（４）排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

（５）包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

２．現行の排尿自立指導料について、入院中の患者を対象とした評価から、入院中の患者以外の患者を対象とした評価に変更し、管理料の名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

現　行	改定案
【排尿自立指導料】 200点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り６週を限度として算定する。 (1) 排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る	【外来排尿自立指導料】 ●点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り、区分番号Ａ●に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。 (1) 外来排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに

専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。	係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、入院中から当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施していた患者に対して、入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、外来において、引き続き包括的排尿ケアを実施することを評価するものである。
(2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。	(2) 当該指導料は、当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後も継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたものであって、次のいずれかに該当する者について算定できる。
ア　尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの イ　尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの	ア　尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの イ　尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの
(3) 病棟の看護師等は、以下の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。 ア　尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。 イ　アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。 ウ　尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性がある患者を抽出する。	（削除）
(4) 排尿ケアチームは、(3)を基に下	（削除）

部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。 　包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。	
(5) 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して(4)に基づく包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行う。	(3) 排尿ケアチーム及び当該患者の診療を担う保険医又は看護師等は、共同して、入院中に策定した計画に基づいて包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行い、必要に応じて排尿ケアチームが当該計画の見直しを行う。
(6) (3)から(5)までについて、診療録に記載する。	(4) (3)について、診療録に記載する。
(7) 排尿ケアチームが当該患者の状況を評価するなど何らかの関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導・援助を行った場合について、週１回に限り、計６回まで算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導・援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。	(5) 排尿ケアチームが当該患者の状況を評価するなど何らかの関与を行うと共に、排尿ケアチーム、当該患者の診療を担う保険医又は当該医師の指示を受けた看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導・援助を行った場合について、週１回に限り、排尿自立支援加算を算定した期間と通算して計12週まで算定できる。当該患者の診療を担う保険医又は看護師等による患者への直接的な指導・援助のみしか行われなかった場合については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。
［施設基準］ (1) 排尿自立指導料の施設基準 　排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 排尿自立指導料の対象患者 　尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者で	［施設基準］ (1) 外来排尿自立指導料の施設基準 　排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 外来排尿自立指導料の対象患者 　当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定していた患者のうち、尿道カテーテル抜去後

あって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。	に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。
(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師が対診等により当該チームに参画してもよい。） イ～ウ　（略）	(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師 イ～ウ　（略）
(2) アに掲げる医師は、３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了していること。	(2) アに掲げる医師は、３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了していること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。
(3) （略）	(3) （略）
（新設）	(4) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号●に掲げる排尿自立支援加算に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
(4) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。	（削除）
(5) （略）	(5) （略）

⑳　短期滞在手術等基本料の見直し

第１　基本的な考え方

短期滞在手術等基本料３について、対象となっている手術等の評価の見直しに伴い、当該手術等の実態に即した評価を行う観点から、一部項目については評価を廃止する。

また、実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料３について、対象となる手術等における平成30年度の平均在院日数等を踏まえ評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．短期滞在手術等基本料３の対象検査及び手術の一部項目について、当該検査及び手術の見直しに伴い、評価を廃止する。

現行	改定案
【短期滞在手術等基本料３】 ［算定要件］ イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 9,424点（生活療養を受ける場合にあっては、9,350点） ノ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点（生活療養を受ける場合にあっては、35,067点）	【短期滞在手術等基本料３】 ［算定要件］ （削除） （削除）

２．経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、評価の見直しを踏まえ、引き続き短期滞在手術等基本料３の対象手術とする。

現行	改定案
【短期滞在手術等基本料３】 ［算定要件］ リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術 38,243 点（生活療養を受ける場合にあっては、38,169 点） （新規）	【短期滞在手術等基本料３】 ［算定要件］ チ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３ヵ月以内

	●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）

３．短期滞在手術等基本料３について、評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【短期滞在手術等基本料３】 ［算定要件］ イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 9,424点（生活療養を受ける場合にあっては、9,350点） ロ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 6,237点（生活療養を受ける場合にあっては、6,164点） ハ　Ｄ４１３　前立腺針生検法 11,736点（生活療養を受ける場合にあっては、11,662点） ニ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 19,747点（生活療養を受ける場合にあっては、19,673点） ホ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 42,138点（生活療養を受ける場合にあっては、42,064点） ヘ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） 22,411点（生活療養を受ける場合にあっては、22,337点） ト　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） 37,839点（生活療養を受ける場合にあっては、37,765点） チ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 20,756点（生活療養を受ける場合にあっては、20,683点） リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術 38,243点（生活療養を受ける場合にあっては、38,169点）	【短期滞在手術等基本料3】 ［算定要件］ （削除） イ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） ロ　Ｄ４１３　前立腺針生検法 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） ハ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） ニ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） ホ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） ヘ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） ト　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点） チ　Ｋ６１６－４　１　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　初回 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）

（新設）	リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３ヵ月以内 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ヌ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 24,242点（生活療養を受ける場合にあっては、24,168点）	ヌ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ル　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） 12,507点（生活療養を受ける場合にあっては、12,433点）	ル　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ヲ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 11,704点（生活療養を受ける場合にあっては、11,630点）	ヲ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ワ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） 35,444点（生活療養を受ける場合にあっては、35,317点）	ワ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
カ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 28,368点（生活療養を受ける場合にあっては、28,294点）	カ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ヨ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 25,578点（生活療養を受ける場合にあっては、25,505点）	ヨ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
タ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 25,394点（生活療養を受ける場合にあっては、25,321点）	タ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
レ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 69,217点（生活療養を受ける場合にあっては、69,143点）	レ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ソ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 55,428点（生活療養を受ける場合にあっては、55,354点）	ソ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）

ツ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 44,061点（生活療養を受ける場合にあっては、43,988点）	ツ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ネ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 51,719点（生活療養を受ける場合にあっては、51,645点）	ネ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ナ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 14,525点（生活療養を受ける場合にあっては、14,451点）	ナ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ラ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 18,141点（生活療養を受ける場合にあっては、18,068点）	ラ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ム　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） 12,383点（生活療養を受ける場合にあっては、12,309点）	ム　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ウ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 28,268点（生活療養を受ける場合にあっては、28,194点）	ウ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ヰ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 18,179点（生活療養を受ける場合にあっては、18,106点）	ヰ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）
ノ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点（生活療養を受ける場合にあっては、35,067点）	（削除）
オ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 60,403点（生活療養を受ける場合にあっては、60,330点）	ノ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 ●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）

㉑　データ提出加算の見直し

「Ⅱ－６－②」を参照のこと。

㉒　ＤＰＣ／ＰＤＰＳの見直し

第１　基本的な考え方

機能評価係数Ⅱについて、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。

入院医療の適切な評価を推進するとともに、データ入力の負荷を軽減する観点から、診断群分類を含む算定に係る要件及びＤＰＣデータの調査項目等について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．診療報酬改定に関連した見直し

急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

２．基礎係数（医療機関群の設定等）の見直し

医療機関群の設定について、基本的な考え方は現行の３つの医療機関群の設定方法を維持する。

①　設定要件

○　ＤＰＣ特定病院群は以下の要件を満たした医療機関とする。

・　実績要件１～４の全て（実績要件３については、６つのうち５つ）を満たす。

・　各要件の基準値は、大学病院の最低値（外れ値は除く）とする。

・　各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（平成30年10月～令和元年９月の診療内容及び診断群分類）に基づき設定する。

【実績要件１】：診療密度

１日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正：外的要因、後発品補正）

・　当該医療機関において症例数が一定以上（１症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医

療機関が全ＤＰＣ対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の１日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

・　当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和元年9月4日～令和元年9月30日）に掲載された「２：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「３：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の１日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件２】：医師研修の実施
届出病床１床あたり臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後２年目まで）

・ 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
・ 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件３】：医療技術の実施

・　外科系（外保連試案9.2版）

(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）
(3c)：手術実施症例件数

「(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数※を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。
「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。
「(3c)：手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.2版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも対象とする。

・　内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表１））

(3A)：症例割合
(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
(3C)：対象症例件数

「(3A)：症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。
「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。
「(3C)：対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

※外保連手術指数の算出方法
外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.2版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B、外科医師数１人を１としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度D、外科医師数３、手術時間数３の手術は7.07×3=21.21

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.56	13.29	13.02	12.74	11.74	9.43	5.66
D	8.17	7.90	7.63	7.36	7.08	6.08	3.77
C			4.13	3.86	3.58	3.31	2.31
B				1.82	1.54	1.27	1.00

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- １つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を１つに絞り対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。
- 内視鏡試案における評価は「手技技術度」、「協力医師数+１」、「施行時間」。

別表１　特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中（JCS30以上）	010040x199x$$x（入院時JCS30 以上） 010060x199$$$$（入院時JCS30 以上） 010060x399$$$$（入院時JCS30 以上） DPC 対象外コード含	出血と梗塞 JCS30 以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x$$x （入院時JSC100以上、もしくは処置2ありのうち人工呼吸あり）	処置2（人工呼吸）
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x$xx（処置2 あり/なし） （ICDG700 のみ）（DPC外含）	診断名（ICD10）で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x$$x（処置2・副傷病あり/なし） （ICDG41$のみ）	診断名（ICD10）で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxx$$x（処置2 あり）（J045 人工呼吸）（ICDJ46$、J45$のみ）	処置2（人工呼吸）
6	間質性肺炎	040110xxxxx$xx（処置2あり）（ICD絞りなし）のうちJ045人工呼吸あり	処置2（人工呼吸）
7	COPD 急性増悪	040120xx99$1$x（処置2あり）（J045人工呼吸） （DPC外含む）	処置2（人工呼吸）
8	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	040250xx99x$xx（処置2あり） （PGIありの場合、J045人工呼吸があれば可）	処置2（人工呼吸）
9	急性心筋梗塞	050030xx975$$x（処置1 5あり） （ICDI21$のみ）	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99$$$x（処置2あり） （SPECT・シンチ・中心静脈注射のいずれかありの場合、人工呼吸または緊急透析があれば可） 050130xx975$xx（処置1 5あり）	人工呼吸or緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99$$xx（処置2あり中心静脈注射のみ除く）（DPC外含）	処置2（人工呼吸・緊急透析） Kコードあり
12	肺塞栓症	050190xx975xxx（処置1 5あり） （ICDI822を除く） 050190xx99x$xx（処置2あり中心静脈注射のみ除外）（ICDI822を除く）	処置2（人工呼吸・緊急透析） Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx$$x$xx 、 060270xx97x40x 、	処置2（人工呼吸、PMX

		060270xx97x41（手術あり/なし、処置2あり中心静脈注射の除外） （ICDK85$のみ）（DPC外含）	等）
14	重症急性膵炎	060350xx$$$1x$（手術あり/なし、処置2あり中心静脈注射のみ除外）（ICD絞りなし）	処置2（人工呼吸、CHDF等）
15	糖尿病ケトアシドーシス	100040（DPC6桁全て）	診断名あればすべて
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x$$x（処置2　あり/なし） （ICDE055のみ）	
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx（処置2　あり/なし）	診断名あればすべて
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x$xx（処置2　あり/なし） （腎生検D412　必須）	診断名と腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x$xx（処置2　あり/なし） （腎生検D412　必須）（DPC　外含）	診断名と腎生検
20	急性白血病	130010xx99x$xx（化学療法あり） （ICDC910、C920、C950のみ）（DPC外含）	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx$$x$xx（処置2あり）（DPC外含） 130030xx99x$$x（化学療法あり） 130030xx97x$$x（化学療法あり）（ICD絞りなし） （DPC外含）	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080（DPC6桁全て）（ICD絞りなし）	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870（DPC6桁全て）（ICD絞りなし）（リハビリ実施必須）	
24	薬物中毒	161070（DPC6桁全て）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置2（人工呼吸器・PMX等）あり
25	敗血症性ショック	180010x$xxx3xx（処置2　3あり）（ICD絞りなし） （DPC外含）	処置2　3（PMX・CHDF）あり

【実績要件4】：補正複雑性指数（DPC補正後）

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

② 基準値

○ 各要件の基準値は大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

<table>
<tr><th colspan="2">実績要件</th><th>令和2年度基準値</th></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件1】:診療密度
1日当たり包括範囲出来高平均点数
（全病院患者構成、後発医薬品補正;外的要因補正）</td><td rowspan="2">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件2】:許可病床1床あたりの臨床研修医師数
（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）</td></tr>
<tr><td colspan="3">【実績要件3】:医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">外保連試案</td><td>（3a）:手術実施症例1件当たりの外保連手術指数</td><td rowspan="7">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td>（3b）:DPC算定病床当たりの同指数</td></tr>
<tr><td>（3c）:手術実施症例件数</td></tr>
<tr><td rowspan="3">特定内科診療</td><td>（3A）:症例割合</td></tr>
<tr><td>（3B）:DPC算定病床当たりの症例件数</td></tr>
<tr><td>（3C）:対象症例件数</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件4】: 補正複雑性指数（DPC補正後）</td></tr>
</table>

3 機能評価係数Ⅰ

機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正値」等を評価しており、従前の評価方法を継続し、出来高評価体系の改定に応じて必要な見直しを行う。

4 機能評価係数Ⅱ

既存の6つの係数項目を継続し、地域医療係数については、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。（別表2）

5 激変緩和係数

診療報酬改定のある年度については、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%程度を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。（診療報酬

改定のない年度の当該係数は0）

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2％を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が2％を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2％となるように措置を行う。

６ その他

診断群分類点数表について、医療資源の同等性、臨床的類似性の観点から、診断群分類及び診断群分類毎の評価を見直す。

退院患者調査の調査項目については簡素化も含めた必要な見直しを行う。

別表２　＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和2年度）＞

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	適切なDPCデータの作成 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。 （様式１で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・（保険診療への取組：令和４年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成	体制評価指数： 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1）小児（15歳未満）と2）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：平成 30 年 10 月 1 日～令和元年 9 月 30 日データ

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算2相当の指数値は1/2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】:「救急医療入院」の患者

＜地域医療指数･体制評価指数＞

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">心筋梗塞等の心血管疾患</td><td>緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績
（0.5P）</td><td colspan="3">医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価</td></tr>
<tr><td>急性大動脈解離の手術実績
（0.5P）</td><td colspan="3">入院中にK5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612 ｲ のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td>精神科入院医療への評価</td><td colspan="3">A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)
A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)</td></tr>
<tr><td>災害</td><td>災害時における医療への体制を評価</td><td colspan="3">・BCPの策定実績有無別（令和３年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P）
・DMATの指定（0.25P）
・EMISへの参加（0.25P）</td></tr>
<tr><td>周産期</td><td>周産期医療への体制を評価</td><td>「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）</td><td colspan="2">・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）
・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td>へき地の医療への体制を評価</td><td colspan="3">「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">・救命救急センター（0.5P）
二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他</td><td rowspan="2">その他重要な分野への貢献</td><td>右記のいずれか1項目を満たした場合１P</td><td colspan="2">① 治験等の実施
・<u>過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）</u>
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>② 新型インフルエンザ対策</u>
<u>・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）</u></td></tr>
</table>

地域医療計画等における一定の役割を9項目で評価(1項目1P、上限は大学病院本院群、DPC特定病院群:8P、DPC標準病院群:6P)

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	

＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

〇がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績

・特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点）。

〇脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセンタイル値を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25パーセンタイル値に満たない場合は、0ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。

㉓　医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直すとともに、配慮した評価について要件を見直す。また、地域加算について、経過措置となっている地域の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．　医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

現　行	改定案
別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域	別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域
一　北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域	一　北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
二　北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域	二　北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
三　北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域	（削除）
四　北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域	三　北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
（新規）	四　北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌 町の地域
五　北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域	五　北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域

六　青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域	六　青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
七　青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域	七　青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
八　岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域	八　岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
九　岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域	九　岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
十　岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域	十　岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
十一　岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域	十一　岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
十二　岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域	（削除）
十三　秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域	十二　秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
十四　秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域	十三　秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
十五　秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域	十四　秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
十六　山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域	十五　山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
十七　福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域	（削除）
十八　東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域	十六　東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
十九　新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域	十七　新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
二十　新潟県佐渡市の地域	十八　新潟県佐渡市の地域
二十一　石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域	（削除）
二十二　福井県大野市及び勝山市の地域	十九　福井県大野市及び勝山市の地域
二十三　山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域	二十　山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域
二十四　長野県木曽郡の地域	二十一　長野県木曽郡の地域
（新設）	二十二　長野県大町市及び北安曇野郡の地域
二十五　長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡	（削除）

（新設）	二十三　岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域
二十六　愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域	二十四　愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
（新設）	二十五　滋賀県長浜市及び米原市の地域
二十七　滋賀県高島市の地域	二十六　滋賀県高島市の地域
（新設）	二十七　兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
二十八　奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域	二十八　奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
二十九　島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域	二十九　島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
（新設）	三十　島根県大田市 及び邑智郡の地域
三十　島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域	三十一　島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
三十一　香川県小豆郡の地域	三十二　香川県小豆郡の地域
三十二　高知県須崎市、中土佐町、檮原町、津野町及び四万十町の地域	（削除）
三十三　長崎県五島市の地域	三十三　長崎県五島市の地域
三十四　長崎県小値賀町及び新上五島町の地域	三十四　長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
三十五　長崎県壱岐市の地域	三十五　長崎県壱岐市の地域
三十六　長崎県対馬市の地域	三十六　長崎県対馬市の地域
三十七　熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域	（削除）
三十八　鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域	三十七　鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
三十九　鹿児島県奄美市及び大島郡の地域	三十八　鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
四十　沖縄県宮古島市及び多良間村の地域	三十九　沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
四十一　沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域	四十　沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域
上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する	上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する

小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域	小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域 ［経過措置］ 令和２年３月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和●年●月●日までの間、なお効力を有するものとする。

２．医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

現　行	改定案
【医師事務作業補助体制加算】 ［施設基準］ （２）　20対１、25対１、30対１及び40対１補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア　「（１）　15対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ　「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年３月21日医政発0321第２号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日 医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 （新設） ウ　年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。	【医師事務作業補助体制加算】 ［施設基準］ （２）　20対１、25対１、30対１及び40対１補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。 ア　「（１）　15対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 イ　「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年３月21日医政発0321第２号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日 医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 ウ　基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。 エ　年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。 ※　遠隔画像診断、処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、手術の休日加算１、時間外加算１及

	び深夜加算１、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

３．地域加算について、経過措置の対象となっている地域を、人事院規則で定める地域に準じる地域とする。

［現在経過措置の対象となっている地域］

- 神奈川県山北町
- 神奈川県大井町
- 岐阜県海津市
- 愛知県稲沢市
- 奈良県安堵町
- 奈良県河合町
- 福岡県篠栗町

①　外来医療の機能分化の推進

第１　基本的な考え方

外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しについて

（１）紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。

（２）定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。

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

現　行	改定案
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 【一部負担金等の受領】 第５条 ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 【一部負担金等の受領】 第５条 ３　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

２．紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、１と同様に、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。

現　行	改定案
【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が 400以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、214点を算定する。	【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、●点を算定する。 ※　外来診療料についても同様。

［経過措置］

令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

②　質の高い外来がん化学療法の評価

「Ⅱ－７－１－④」を参照のこと。

③　外来化学療法での栄養管理の評価

「Ⅱ－７－１－⑤」を参照のこと。

④　がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

「Ⅱ－７－１－⑥」を参照のこと。

⑤　生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

「Ⅱ－４－①」を参照のこと。

⑥　婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

第１　基本的な考え方

器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

第２　具体的な内容

器質性月経困難症を有する患者であって、ホルモン剤を投与しているものに対して、婦人科医又は産婦人科医が、治療計画を作成し、継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　婦人科特定疾患治療管理料　　●点

［算定要件］

（１）婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定すること。

（２）区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

（３）治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。

（４）治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（５）器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）（１）に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあっては、令和●年●月●日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。

イ　器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。

（３）当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

⑦　外来緩和ケア管理料の見直し

第１　基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料について、対象となる患者等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．算定対象患者として、末期心不全及び後天性免疫不全症候群の患者を追加する。
２．末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。
・　求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
・　受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現　行	改定案
【外来緩和ケア管理料】 外来緩和ケア管理料　290点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	【外来緩和ケア管理料】 外来緩和ケア管理料　●点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

(1) 外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。	(1) 外来緩和ケア管理料については、医師が症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。
（新設）	(2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。 ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。 イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。 ウ　過去１年以内に心不全による急変時の入院が２回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。 エ　左室駆出率が20%以下であること。 オ　医学的に終末期であると判断される状態であること。 カ　エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。
(2) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。	(3) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本管理料は算定できる。
［施設基準］	［施設基準］

(1) 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が１日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、注４に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。 ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する医師 ウ　緩和ケアの経験を有する看護師 エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師	(1) 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ　緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が１日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、注４に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。 オ　身体症状の緩和を担当する常勤医師 カ　精神症状の緩和を担当する医師 キ　緩和ケアの経験を有する看護師 ク　緩和ケアの経験を有する薬剤師
(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。 また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の２分の１以下であること。）	(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。 また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の２分の１以下であること。）
(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を	(3) (1)のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症

主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。	候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であっても差し支えない。
⑸ ⑴のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。	⑸ ⑴のア及びイに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 （新設）	ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 ウ　日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

①　複数の医療機関による訪問診療の明確化

第１　基本的な考え方

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、複数の医療機関が連携して行う訪問診療について、当該医療機関間において情報共有の取組を行った場合に、依頼先の医療機関が６か月以上訪問診療を実施できるよう要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２について、主治医が診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、６月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

現　行	改定案
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２】 ［算定要件］ ⑺　「２」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から６月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、さらに以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、当該求めがあった日を含む月から６月さらに算定できる。	【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）２】 ［算定要件］ ⑺　「２」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から６月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で必要に応じて情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、６月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

ア　その診療科の医師でなければ困難な診療 イ　既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療	ア　その診療科の医師でなければ困難な診療 イ　既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

②　在宅療養支援病院における診療体制の整備

第１　基本的な考え方

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、在宅療養支援病院について、24時間往診が可能な体制の整備に係る要件を明確化するとともに、医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能となるよう見直す。

第２　具体的な内容

１．医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能とする。

現　行	改定案
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。 (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ　保険医療機関である病院であっ	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。 (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ　保険医療機関である病院であっ

て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のものであること。 (3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。	て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のものであること。 (3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。

２．在宅療養支援病院について、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨を明確化する。

現　行	改定案
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ 第14の２　在宅療養支援病院 １　在宅療養支援病院の施設基準 (1) オ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ 第14の２　在宅療養支援病院 １　在宅療養支援病院の施設基準 (1) オ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。 ※　(2)、(3)についても(1)と同様の取り扱いとする。

③　小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価

「Ⅱ－８－①」を参照のこと。

④　在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し

「Ⅱ－８－②」を参照のこと。

⑤　機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

第１　基本的な考え方

より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置等に係る要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．機能強化型訪問看護管理療養費１及び２の人員配置基準について、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現　行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が７以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。	【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が７以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数のうち６については、常勤職員のみの数とし、１については、非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入することができる。
【機能強化型訪問看護管理療養費２（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が５以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。	【機能強化型訪問看護管理療養費２（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が５以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数のうち４については、常勤職員のみの数とし、１については、非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入することができる。

２．機能強化型訪問看護管理療養費１、２及び３の人員配置基準について、看護職員の割合を要件に加える。

現　行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費１、	【機能強化型訪問看護管理療養費１、

２及び３（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ （新設）	２及び３（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ 看護師等の６割以上が看護職員であること。

［経過措置］

令和２年３月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１、２又は３を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

３．機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件のうちターミナルケア件数について、実績を求める期間を変更する。

現　行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ ウ　次のいずれかを満たすこと。 （イ）訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが６月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、７日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が20以上。 （ロ）ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時４人以上。	【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ ウ　次のいずれかを満たすこと。 （イ）訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが６月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、７日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が前年度に20以上。 （ロ）ターミナルケア件数を合計した数が前年度に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時４人以上。 ※　機能強化型訪問看護管理療養費２についても同様。

⑥　医療機関における質の高い訪問看護の評価

第１　基本的な考え方

医療機関からの訪問看護について、より手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績要件を満たす場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医療機関からの訪問看護について、一定の実績要件を満たす場合の在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の加算を新設する。

（新）　訪問看護・指導体制充実加算（月１回）　●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訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月１回に限り●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

次のいずれにも該当するものであること。

（１）当該保険医療機関において又は他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。

（２）次に掲げる項目のうち少なくとも２つを満たしていること。ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた２項目以上を満たしていること。

ア　在宅患者訪問看護・指導料３又は同一建物居住者訪問看護・指導料３を前年度において計５回以上算定している保険医療機関であること。

イ　在宅患者訪問看護・指導料の注７に掲げる乳幼児加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注４に掲げる乳幼児加算を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

ウ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

エ　在宅患者訪問看護・指導料の注10に掲げる在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注４に掲げる同一建物居住者ターミナルケア加算を前年度において計４回以上算定している保険医療機関であること。

オ　退院時共同指導料１又は２を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

カ　開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度において計40回以上算定している保険医療機関であること。

⑦　小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

第１　基本的な考え方

訪問看護ステーションと自治体等の関係機関の連携を推進するため、訪問看護情報提供療養費に係る要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．訪問看護ステーションから自治体への情報提供の対象者について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現　行	改定案
【訪問看護情報提供療養費１】 ［算定要件］ 訪問看護情報提供療養費の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3)　（略） （新設）	【訪問看護情報提供療養費１】 ［算定要件］ 訪問看護情報提供療養費の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3)　（略） （４）十五歳未満の小児

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

現　行	改定案
【訪問看護情報提供療養費２】 ［算定要件］ ２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「義務教育諸学校」という。）への入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者	【訪問看護情報提供療養費２】 ［算定要件］ ２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、保育所、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「保育所等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該

について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該義務教育諸学校に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。	利用者の同意を得て、当該保育所等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき各年度１回に限り算定する。ただし、入園又は入学、転園又は転学等により当該保育所等に初めて在籍することとなる月についてはこの限りでない。また、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保育所等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。

⑧　専門性の高い看護師による同行訪問の充実

第１　基本的な考え方

利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、人工肛門・人工膀胱ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現　行	改定案
【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 ［算定要件］ (3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に１回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護	【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 ［算定要件］ (3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者<u>若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者</u>に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に１回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及

ステーションが算定できるものである。（略）	び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。（略） ※　訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハ、在宅患者訪問看護・指導料３及び同一建物居住者訪問看護・指導料３についても同様

⑨　訪問看護における特定保険医療材料の見直し

第１　基本的な考え方

医療的ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料について評価を見直す。

第２　具体的な内容

訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

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

⑩　精神障害を有する者への訪問看護の見直し

第１　基本的な考え方

精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料及び複数名精神科訪問看護加算の要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．精神科訪問看護基本療養費等について、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書へのＧＡＦ尺度により判定した値の記載を要件とする。

現　行	改定案
【精神科訪問看護基本療養費】 ［算定要件］ （新設）	【精神科訪問看護基本療養費】 ［算定要件］ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、当該月の最初の訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値を記載する。
【精神科訪問看護・指導料】 ［算定要件］ (20)保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。	【精神科訪問看護・指導料】 ［算定要件］ (20)保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、当該月の最初の訪問看護・指導時におけるＧＡＦ尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。また、診療報酬明細書の摘要欄に、当該月の最初の訪問看護・指導時におけるＧＡＦ尺度により判定した値を記載する。

２．複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

現　行	改定案
【精神科訪問看護指示料】 （別紙様式17） 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性　あり・なし （新設）	【精神科訪問看護指示料】 （別紙様式17） 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性　あり・なし 理由： １．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 ２．利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 ３．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 ４．その他（自由記載） ※　精神科特別訪問看護指示書についても同様。

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

現　行	改定案
【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合 (1)～(4)　（略） ロ　准看護師による場合 (1)～(4)　（略） （新設） （新設）	【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ　保健師又は看護師による場合 (1)～(4)　（略） ロ　准看護師による場合 (1)～(4)　（略） ハ　作業療法士による場合 (1)～(4)　（略） ニ　精神保健福祉士による場合 (1)～(4)　（略） ※　精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

⑪　医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

第１　基本的な考え方

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合について、24時間対応体制加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制加算の体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

現　行	改定案
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、２つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 特別地域又は医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、２つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。

⑫　同一建物居住者に対する複数回の訪問看護の見直し

第１　基本的な考え方

効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護を行う場合の加算について、評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現　行	改定案
【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 注７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。 （新設） ［算定要件］ （新設）	【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 注７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　１日に２回の場合 （１）同一建物内１人　●円 （２）同一建物内２人　●円 （３）同一建物内３人以上　●円 ロ　１日に３回以上の場合 （１）同一建物内１人　●円 （２）同一建物内２人　●円 （３）同一建物内３人以上　●円 ［算定要件］ 難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算（１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る）のそれぞれを合

	算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。 ※　同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算、精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様。

⑬　同一建物居住者に対する複数名による訪問看護の見直し

第１　基本的な考え方

効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

複数名訪問看護加算、複数名訪問看護・指導加算、複数名精神科訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護・指導加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現　行	改定案
【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 注12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時	【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 注12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時

に指定訪問看護を行う場合 4,500円 （新設）	に指定訪問看護を行う場合 （１）同一建物内１人　●円 （２）同一建物内２人　●円 （３）同一建物内３人以上　●円
ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合　3,800円 （新設）	ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 （１）同一建物内１人　●円 （２）同一建物内２人　●円 （３）同一建物内３人以上　●円
ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）　3,000円 （新設）	ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） （１）同一建物内１人　●円 （２）同一建物内２人　●円 （３）同一建物内３人以上　●円
ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） （１）１日に１回の場合　3,000円 （新設） （２）１日に２回の場合　6,000円 （新設） （３）１日に３回以上の場合 10,000円 （新設）	ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） （１）１日に１回の場合 ①　同一建物内１人　●円 ②　同一建物内２人　●円 ③　同一建物内３人以上 ●円 （２）１日に２回の場合 ①　同一建物内１人　●円 ②　同一建物内２人　●円 ③　同一建物内３人以上 ●円 （３）１日に３回以上の場合 ①　同一建物内１人　●円 ②　同一建物内２人　●円 ③　同一建物内３人以上 ●円
［算定要件］ （新設）	［算定要件］ 複数名訪問看護加算又は複数名精神

	科訪問看護加算（訪問する職種及び１日当たりの回数が同じ場合に限る）のそれぞれを合算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。 ※　同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。

⑭　理学療法士等による訪問看護の見直し

第１　基本的な考え方

医療的なニーズの高い利用者への訪問看護がより適切に提供されるよう、理学療法士等による訪問看護について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．理学療法士等による訪問看護について、週４日目以降の評価を見直す。

現　行	改定案
【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 イ　保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（ハを除く。） ロ・ハ　（略） （新設）	【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 イ　保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。） ロ・ハ　（略） ニ　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合　●円 ※　訪問看護基本療養費（Ⅱ）についても同様。

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

現　行	改定案
【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利	【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利

用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。	用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこととし、更に訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載すること。

⑮　小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

第１　基本的な考え方

退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用中の訪問診療の要件を見直す。

第２　具体的な内容

小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）の宿泊サービスを利用する患者について、保険医療機関の退院日からサービスを利用している場合に限り、サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

現　行	改定案
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ 入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く。）に、当該サービスの利用を開始した日	【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ 入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を

から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。	除く。）に、当該サービスの利用を開始した日から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。 　また、保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍以外の患者においては、利用開始後三十日までの間に限る。）。

⑯　患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

第１　基本的な考え方

質の高い在宅医療の確保の観点から、在宅薬学管理業務について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合について新たな評価を行う。

現　行	改定案
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料　500点 （新設） 注１　訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月４回に限り算定する。	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 １　計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合　●点 ２　１以外の場合　●点 注１　１及び２については、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。

２．経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援等を行った場合について新たな評価を行う。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

⑰　在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

第１　基本的な考え方

在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

第２　具体的な内容

初回カンファレンスの実施及び在宅褥瘡診療計画の策定を評価するとともに、管理栄養士の雇用形態に関わらず、褥瘡対策チームに参画できるよう要件を見直す。

現　行	改定案
【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき２回に限り所定点数を算定する。	【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき３回に限り所定点数を算定する。
(7)　「注１」については、初回カンファレンスを起算日として３月以内に評価カンファレンスを実施した場合	(7)　「注１」については、初回カンファレンス時に算定できる。また、初回カンファレンスを起算日として３

に算定できる。３月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後４月以上６月以内に実施した２回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。	月以内に評価カンファレンスを実施した場合に２回目のカンファレンスとして算定できる。２回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後４月以上６月以内に実施した３回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

⑱　栄養サポートチーム等連携加算の見直し

第１　基本的な考え方

多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

第２　具体的な内容

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に栄養サポートチーム等連携加算を新設する。

現　行	改定案
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】　450点	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】　●点
（新設）	注６　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関等の栄養サポートチーム又は食事観察等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に定する口機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算１として、●点を所定点数に加算する。
（新設）	注７　当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42 条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算２として、●点を所定点数に加算する。

①　入退院支援に係る人員配置の見直し

「Ⅰ－２－⑨」を参照のこと。

②　入院時支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋げた場合について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

入院時支援加算について、関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の要件及び評価を見直す。

現　行	改定案
【入院時支援加算】 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。 （新設） （新設） ［算定要件］ (21)「注７」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し	【入院時支援加算】 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院前の支援の状況に応じて、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ　入院時支援加算１　●点 ロ　入院時支援加算２　●点 ［算定要件］ (21)「注７」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し

た場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。 ア　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ　入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ　褥瘡に関する危険因子の評価 エ　栄養状態の評価 オ　服薬中の薬剤の確認 カ　退院困難な要因の有無の評価 キ　入院中に行われる治療・検査の説明 ク　入院生活の説明	た場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援計画を立てた場合は入院時支援加算１を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画を立てた場合は、入院時支援加算２を算定する。 ア　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ　入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ　褥瘡に関する危険因子の評価 エ　栄養状態の評価 オ　服薬中の薬剤の確認 カ　退院困難な要因の有無の評価 キ　入院中に行われる治療・検査の説明 ク　入院生活の説明
（新設）	(22)「注７」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書については、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に交付して説明し、その内容を診療録等に記載又は添付すること。なお、第１章第２部の通則７の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該療養支援計画書としてもよい。
（新設）	(23)患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。

③　入退院支援における総合的な機能評価の評価

第１　基本的な考え方

高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

現　行	改定案
【入退院支援加算】 ［算定要件］ （新設）	【入退院支援加算】 ［算定要件］ 注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、●点を更に所定点数に加算する。 ［別に厚生労働大臣が定めるもの］ １　入退院支援加算１又は２を算定する患者 ２　介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の患者
（新設）	(22)「注８」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令

	第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。
（新設）	(23)　総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を１年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。
（新設）	(24)　総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する。
［施設基準］	［施設基準］
（新設）	(9) 総合機能評価加算の施設基準 当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を１年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が一名以上配置されていること。
（新設）	７　総合機能評価加算に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関内に総合的な

	機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を１年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が１名以上いること。 (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。 ア　医療関係団体等が実施するものであること。 イ　研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等の内容が含まれているものであること。 ウ　研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。 エ　研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。 (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。

２．入退院支援加算の見直しに伴い、総合評価加算の扱いを見直す。

現　行	改定案
総合評価加算（入院中１回） ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）	（削除）

に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中１回に限り、所定点数に加算する。 ［施設基準］ (1) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。 (2) 当該保険医療機関内に、高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること。 (3) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を行うにつき十分な体制が整備されていること。	

④　有床診療所入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、有床診療所入院基本料の加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

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

２．注５の医師配置加算及び注６の看護配置加算、夜間看護配置加算並びに看護補助配置加算について、評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注３　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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して７日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。 注５　医師配置等につき別に厚生労働	【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注３　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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、１日につき●点を所定点数に加算する。 注５　医師配置等につき別に厚生労働

大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　医師配置加算１　88点 ロ　医師配置加算２　60点 注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護配置加算１　40点 ロ　看護配置加算２　20点 ハ　夜間看護配置加算１　85点 ニ　夜間看護配置加算２　35点 ホ　看護補助配置加算１　10点 ヘ　看護補助配置加算２　５点	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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　医師配置加算１　●点 ロ　医師配置加算２　●点 注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護配置加算１　●点 ロ　看護配置加算２　●点 ハ　夜間看護配置加算１　●点 ニ　夜間看護配置加算２　●点 ホ　看護補助配置加算１　●点 ヘ　看護補助配置加算２　●点

３．有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現　行	改定案
【有床診療所緩和ケア診療加算】 有床診療所緩和ケア診療加算　150点	【有床診療所緩和ケア診療加算】 有床診療所緩和ケア診療加算　●点

⑤　小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

「Ⅲ－３－⑮」を参照のこと。

⑥　診療情報の提供に対する評価の新設

「Ⅱ－２－②」を参照のこと。

⑦　栄養情報の提供に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合に新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

入院栄養食事指導料を算定している患者について、退院後の栄養・食事管理について指導するとともに在宅担当医療機関等の医師又は管理栄養士に対して、栄養管理に関する情報を文書により提供を行った場合の評価として栄養情報提供加算を新設する。

（新）　栄養情報提供加算　　●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中１回に限り、栄養情報提供加算として●点を所定点数に加算する。

⑧　栄養食事指導の見直し

第１　基本的な考え方

外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、他の医療機関等と連携した栄養食事指導について、診療所が他の医療機関等と連携した場合の取扱いを含め要件を見直す。

第２　具体的な内容

診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、当該保険医療機関以外（他の保険医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現　行	改定案
【外来栄養食事指導料】	【外来栄養食事指導料】
	イ　外来栄養食事指導料１
イ　初回　260点	(1)　初回　●点
ロ　２回目以降　200点	(2)　２回目以降　●点
（新設）	ロ　外来栄養食事指導料２
	(1)　初回　●点
	(2)　２回目以降　●点
［算定要件］	［算定要件］
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
（新設）	２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める

	ものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
【在宅患者訪問栄養食事指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合　530点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　480点 ３　１及び２以外の場合　440点 （新設）	【在宅患者訪問栄養食事指導料】 １　在宅患者訪問栄養食事指導料１ イ　単一建物診療患者が１人の場合　●点 ロ　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●点 ハ　イ及びロ以外の場合　●点 ２　在宅患者訪問栄養食事指導料２ イ　単一建物診療患者が１人の場合　●点 ロ　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●点 ハ　イ及びロ以外の場合　●点
［算定要件］ 注１　在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。 （新設）	［算定要件］ 注１　１については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。 ２　２については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、か

	つ、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。
２　在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。	３　在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

⑨　周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

周術期等口腔機能管理を行う医療機関において、歯科を標榜する別の保険医療機関に予約をとった上で紹介した場合の加算を新設する。

現　行	改定案
医科【診療情報提供料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注13　保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として100点を所定点数に加算する。 （新設）	医科【診療情報提供料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注13　保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算１として●点を所定点数に加算する。 注14　保険医療機関が周術期等口腔機能管理の必要を認め、当該患者又は家族等の同意を得て、歯科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算２として●点を所定点数に加算する。

⑩　周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

「Ⅱ－３－⑨」を参照のこと。

①　情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

「Ⅰ－４－②」を参照のこと。

②　電話等による再診時の診療情報提供の評価

第１　基本的な考え方

電話等による再診の際に、救急医療機関の受診を指示し、受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合について、診療情報提供料を算定可能となるよう要件を見直す。

第２　具体的な内容

電話等による再診の際に、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる医療機関の受診を指示した上で、同日に診療情報の提供を行った場合について、診療情報提供料（Ⅰ）を算定可能とする。

現　行	改定案
【電話等による再診】 ［算定要件］ カ　当該再診料を算定する際には、第２章第１部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。	【電話等による再診】 ［算定要件］ カ　当該再診料を算定する際には、第２章第１部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書で提供した場合は、Ｂ009診療情報提供料（Ⅰ）を算定できる。 （イ）地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院） （ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

	（ハ）「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

③　周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

「Ⅲ－４－⑨」を参照のこと。

①　薬局における後発医薬品の使用促進

第１　基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、2020年９月までに後発医薬品使用割合80%を達成するという政府目標を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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。

２．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について、当該割合の基準を拡大する。

現　行	改定案
【後発医薬品調剤体制加算】 イ　後発医薬品調剤体制加算１ （75%以上）　18点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２ （80%以上）　22点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３ （85%以上）　26点 ［施設基準］ （調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局） 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (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	【後発医薬品調剤体制加算】 イ　後発医薬品調剤体制加算１ （75%以上）　●点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２ （80%以上）　●点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３ （85%以上）　●点 ［施設基準］ （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） 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (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。	数量の割合が●割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

［経過措置］

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和●年●月●日までの間はなお従前の例による。

②　医療機関における後発医薬品の使用促進

第１　基本的な考え方

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．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	改定案
【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１ （85%以上）　45点 ２　後発医薬品使用体制加算２ （80%以上）　40点 ３　後発医薬品使用体制加算３ （70%以上）　35点 ４　後発医薬品使用体制加算４ （60%以上）　22点 ［施設基準］ 当該保険医療機関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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算３にあっては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算４にあっては60%以上70%未満であること。	【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１ （85%以上）　●点 ２　後発医薬品使用体制加算２ （80%以上）　●点 ３　後発医薬品使用体制加算３ （70%以上）　●点 （削除） ［施設基準］ 当該保険医療機関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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算３にあっては70%以上80%未満であること。

２．一般名処方加算の見直し

「Ⅳ－６－③」を参照のこと。

③　バイオ後続品に係る情報提供の評価

第１　基本的な考え方

バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

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。

現　行	改定案
【在宅自己注射指導管理料】 ［算定要件］ （新設）	【在宅自己注射指導管理料】 ［算定要件］ 注４　当該患者に対し、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、●点を所定点数に加算する。

①　費用対効果評価制度の活用

第１　基本的な考え方

近年、革新的であるが非常に高額な医薬品や医療機器が登場しており、我が国の医療保険財政への影響が懸念され、医療の質の向上や、医療のイノベーションを適切に評価する制度の運用を平成30年４月より開始した。現在、６品目について評価の検討を行っており、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。

第２　具体的な内容

市場規模が大きい又は著しく単価が高い医薬品及び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。薬価・材料価格制度の補完として、評価の結果は、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上で、価格の調整に用いる。

また、人材の育成をはじめとした費用対効果評価に係る組織体制の強化や、制度における課題を整理した上で、活用方法についての検討を継続する。

①　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

「Ⅲ－１」を参照のこと。

①　外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

「Ⅱ－４」及び「Ⅲ－２」を参照のこと。

①　外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

「Ⅱ－１－③」を参照のこと。

②　入院時のポリファーマシー解消の推進

第１　基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

第２　具体的な内容

１．薬剤総合評価調整加算について、現在は２種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び調整の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現　行	改定案
【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時１回） 250点 注　入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時１回に限り所定点数に加算する。 イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が２種類以上減少した場合 ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病	【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時１回） ●点 注１　入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時１回に限り所定点数に加算する。 イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合 ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の

薬の種類数が２種類以上減少した場合その他これに準ずる場合 （新設）	処方を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合 ２　薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として●点を更に所定点数に加算する。 イ　１のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が２種類以上減少した場合 ロ　１のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が２種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

２．入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

（新）　退院時薬剤情報連携加算　●点

［算定要件］

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、●点を所定点数に加算する。

③　調剤料等の見直し

第１　基本的な考え方

医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算及び調剤技術基本料を見直す。

現　行	改定案
【調剤料】 １　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　９点 ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき）　６点 ２　入院中の患者に対して投薬を行った場合（１日につき）　７点	【調剤料】 １　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　●点 ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき）　●点 ２　入院中の患者に対して投薬を行った場合（１日につき）　●点
【処方箋料】 注７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　６点 ロ　一般名処方加算２　４点	【処方箋料】 注７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　●点 ロ　一般名処方加算２　●点
【調剤技術基本料】 １　入院中の患者に投薬を行った場合　42点 ２　その他の患者に投薬を行った場合　８点	【調剤技術基本料】 １　入院中の患者に投薬を行った場合　●点 ２　その他の患者に投薬を行った場合　●点

④　薬局における後発医薬品の使用促進

「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

⑤　医療機関における後発医薬品の使用促進

「Ⅳ－１－②」を参照のこと。

⑥　バイオ後続品に係る情報提供の評価

「Ⅳ－１－③」を参照のこと。

①　高度な医療機器の効率的な利用の推進

第１　基本的な考え方

ポジトロン断層撮影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。

第２　具体的な内容

ポジトロン断層撮影を目的に、入院中の患者の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

現　行	改定案
【第２部入院料等】 ［算定要件］ (6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。 ア　入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、区分番号「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」直線加速器	【第２部入院料等】 ［算定要件］ (6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。 ア　入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コ

による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は区分番号「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の５％を控除した点数により算定すること。	ンピューター断層複合撮影、「区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、区分番号「Ｅ１０１－５」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、区分番号「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は区分番号「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の５％を控除した点数により算定すること。 ※　イ、ウ、特定入院料等についても同様。

②　小児頭部外傷の際のＣＴ撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

第１　基本的な考え方

小児の頭部外傷に対するコンピューター断層撮影については、ガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部ＣＴ検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、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評価を見直す。

第２　具体的な内容

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。
また、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。

現　行	改定案
【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】 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。	【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】 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●、100分の●又は100分の●に相当する点数を加算する。

［算定要件］ （新設）	［算定要件］ 「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以下のアからカのいずれかを記載し、カによる場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。 ア　GCS≦14 イ　頭蓋骨骨折の触知、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　親の希望 カ　その他

③　超音波検査（胸腹部）の評価の見直し

第１　基本的な考え方

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要件を見直す。

第２　具体的な内容

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、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。

現　行	改定案
【超音波検査】 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 ［算定要件］ （新設）	【超音波検査】 ２　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ　胸腹部　●点 ロ　下肢血管　●点 ハ　その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）　●点 ［算定要件］ (9)　「２」の「イ」を算定する場合は、検査をし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。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化器） イ　腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺） ウ　女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮） 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

④　超音波検査の評価（要件）の見直し

第１　基本的な考え方

超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

第２　具体的な内容

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報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。

現　行	改定案
【超音波検査】 ［算定要件］ （新設）	【超音波検査】 ［算定要件］ (3) 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、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が、報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。

⑤　超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

超音波検査におけるパルスドプラ法加算の評価を見直す。

現　行	改定案
【超音波検査】 注２　２について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、200点を所定点数に加算する。	【超音波検査】 注２　２について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、●点を所定点数に加算する。

⑥　訪問診療時の超音波検査の新設

第１　基本的な考え方

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、訪問診療時の超音波検査について評価を見直す。

第２　具体的な内容

超音波検査に訪問診療時に行った場合●点（１月につき）を新設する。

現　行	改定案
【超音波検査】 ２　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） （新設） （新設） 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 ［算定要件］ （新設）	【超音波検査】 ２　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ　訪問診療時に行った場合　●点 ロ　その他の場合 (1) 胸腹部　●点 (2) 下肢血管　●点 (3) その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）　●点 ［算定要件］ (17)区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「２」の「イ」を、月１回に限り算定する。

⑦　悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍に係る遺伝子検査である、単一遺伝子検査及び複数遺伝子検査について、それぞれの検査の特性を踏まえ、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．悪性腫瘍の遺伝子検査について、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し、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。

２．同一がん種に対して同時に実施する可能性がある遺伝子検査の項目数が増加していることを踏まえ、複数遺伝子検査に係る運用について、項目数を充実させる。

現　行	改定案
【悪性腫瘍遺伝子検査】	【悪性腫瘍遺伝子検査】
イ　ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）　2,500点	イ　処理が容易なもの ｉ　医薬品の適応判定の補助等に用いるもの　●点 ⅱ　その他のもの　●点
ロ　ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外）　2,100点	ロ　処理が複雑なもの　●点
ハ　Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査　2,100点	（削除）
ニ　ＥＷＳ－ＦＬｉ１遺伝子検査　2,100点	（削除）
ホ　ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査　2,100点	（削除）
ヘ　ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査　2,100点	（削除）
ト　ｃ－ｋｉｔ遺伝子検査　2,500点	（削除）
チ　マイクロサテライト不安定性検査　2,100点	（削除）
リ　センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査　2,100点	（削除）
ヌ　ＢＲＡＦ遺伝子検査　6,520点	（削除）

ル　ＲＡＳ遺伝子検査　2,500点 ヲ　ＲＯＳ１融合遺伝子検査　2,500点	（削除） （削除）
［算定要件］ 注　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目　4,000点 ロ　３項目以上　6,000点 （新設） （新設）	［算定要件］ 注１　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してイを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ　２項目　●点 ロ　３項目　●点 ハ　４項目以上　●点 注２　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してロを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算出する。 イ　２項目　●点 ロ　３項目以上　●点
［算定要件］ (1)「１」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、ＰＣＲ法、ＳＳＣＰ法、ＲＦＬＰ法、シークエンサーシステム等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、以下の遺伝子検査について、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査については、再発や増悪により、２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、家族性非ポリポージス大腸癌の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合にあっても、別に１回に限	［算定要件］ (1)「１」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査について、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査については、再発や増悪により、２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合にあっても、別に１回に限り算定できる。

り算定できる。 ア　肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査又はＫ－ｒａｓ遺伝子検査 イ　膵癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査 ウ　悪性骨軟部組織腫瘍におけるＥＷＳ－ＦＬｉ１遺伝子検査、ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査又はＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査 エ　消化管間葉系腫瘍におけるｃ－ｋｉｔ遺伝子検査 オ　家族性非ポリポージス大腸癌又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査 カ　悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査又はＢＲＡＦ遺伝子検査 キ　大腸癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査、ＲＡＳ遺伝子検査又はＢＲＡＦ遺伝子検査	（削除） （削除） （削除） （削除） （削除） （削除） （削除）
（新設）	(2)　「イ」処理が容易なものの「ｉ」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムＰＣＲ法、ＰＣＲ−ｒＳＳＯ法、マルチプレックスＰＣＲフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。 　なお、その他の方法により肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査を行う場合は、令和４年３月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ⅱ」その他のものを算定できるものとする。 ア　肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検

	査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査 イ　大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査、ＢＲＡＦ遺伝子検査 ウ　乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査 エ　局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査
（新設）	(3)　「イ」処理が容易なものの「ⅱ」その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、ＰＣＲ法、ＳＳＣＰ法、ＲＦＬＰ法等により行う場合に算定できる。 ア　肺癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査 イ　膵癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査 ウ　悪性骨軟部組織腫瘍におけるＥＷＳ－ＦＬｉ１遺伝子検査、ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査、ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査 エ　消化管間葉系腫瘍におけるｃ－ｋｉｔ遺伝子検査 オ　悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査 カ　大腸癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査、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。）
（新設）	(4)　「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。 　なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査を行う場合は、令和４年３月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なも

	のの「ⅱ」その他のものを算定できるものとする。 ア　肺癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査 イ　悪性黒色腫おけるＢＲＡＦ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法） ウ　固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査
（新設）	(5) 患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「イ」処理が容易なものと「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数によって算定する。
(2) 「１」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(1)のアからキまでの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	(6) 「１」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
(3) 「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。	(7) 「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「Ｄ００６－●」ＦＬＴ３遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－●」ＪＡＫ２遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
（新設）	(8) 肺癌において区分番号「Ｄ００６－１２」ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）と本区分の「１」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「ｉ」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査（「イ」処理が容易なものの「ⅱ」その他のものを算定する場合も含む。）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
（新設）	(9) 肺癌において区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「６」ＡＬＫ融合タンパク又は区分番号「Ｎ００５－２」

	ＡＬＫ融合遺伝子標本作製と本区分の「１」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「ｉ」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるＡＬＫ融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
（新設）	(10)乳癌において区分番号「Ｎ００５」ＨＥＲ２遺伝子標本作製と本区分の「１」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「ｉ」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のウに規定する乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
（新設）	(11)卵巣癌において区分番号「「Ｄ００６－●」ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査と本区分の「１」悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」処理が複雑なもののうち、(4)のウに規定する固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

⑧　局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

局所陰圧閉鎖処置について、ドレッシング材（創傷被覆材）の交換の頻度、処置にかかる手間及び技術を踏まえ、局所陰圧閉鎖処置について評価を見直す。

第２　具体的な内容

局所陰圧閉鎖処置（入院）は現在、毎日算定できるところを、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。なお、従前通り、特定保険医療材料「陰圧創傷治療用カートリッジ」は算定できない。

現　行	改定案
【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 ［算定要件］ （新設）	【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 ［算定要件］ (8) 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。
（新設）	(9) 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必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑨　網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

第１　基本的な考え方

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ついて扱いを見直す。

第２　具体的な内容

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	改定案
【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	【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 ［経過措置］ 網膜中心血管圧測定は、令和●年●月●日までの間に限り、算定できるものとする。

⑩　人工腎臓の評価の見直し

第１　基本的な考え方

エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬の使用を含め評価を見直す。

第２　具体的な内容

現行、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、人工腎臓に包括され、院内処方で算定することとされているが、院外処方にも対応するため、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬を用いる場合に対応した評価体系を新たに設ける。

現　行	改定案
【人工腎臓】	【人工腎臓】
１　慢性維持透析を行った場合１	１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　1,980点	イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,140点	ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
ハ　５時間以上の場合　2,275点	ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
（新設）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。）　●点
（新設）	ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）　●点
（新設）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）　●点
２　慢性維持透析を行った場合２	２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　1,940点	イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
ロ　４時間以上５時間未満の場合	ロ　４時間以上５時間未満の場合

2,100点	（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
ハ　５時間以上の場合　2,230点	ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
（新設）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。）　●点
（新設）	ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）　●点
（新設）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）　●点
３　慢性維持透析を行った場合３	３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　1,900点	イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,055点	ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
ハ　５時間以上の場合　2,185点	ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）　●点
（新設）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。）　●点
（新設）	ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）　●点
（新設）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）　●点
［算定要件］	［算定要件］
注６　１から３までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。	注６　１から３までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。
（新設）	注14　１から３までの場合であって、イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。
(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。	(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。
ア　「１」から「３」までの場合	ア　「１」から「３」までの場合

（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。	（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。
イ　「１」から「３」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。	イ　「１」から「３」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びＨＩＦ－ＰＨＤ阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。
(24)「１」から「３」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）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（「注13」の加算を算定する場合を含む。）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。	(24)「１」から「３」までのうち、「ニ」から「ヘ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。
［施設基準］ 第十一　処置 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等	［施設基準］ 第十一　処置 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

(2) 人工腎臓に規定する注射薬 別表第十の三に掲げる注射薬 別表第十の三　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	(2) 人工腎臓に規定する薬剤 別表第十の三に掲げる薬剤 別表第十の三　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 ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害剤（院内処方されたものに限る。）

⑪　バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

第１　基本的な考え方

他の手技との難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。また、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。

第２　具体的な内容

１．内シャント設置術の評価を見直す。また、外シャント設置術に関する診療報酬上の評価を廃止する。

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

２．経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者は一定程度存在し、より臨床実態に則した評価を行う必要があることから、一定の要件を満たす場合には経皮的シャント拡張術・血栓除去術を算定してから３ヶ月以内に実施した場合であっても、２回目の算定を可能とする。

現　行	改定案
【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】

経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点 （新設） ［算定要件］ ３ヶ月に１回に限り算定する。 （新設） （新設）	経皮的シャント拡張術・血栓除去術 １　初回　●点 ２　１の実施後３月以内に実施する場合　●点 ［算定要件］ (1)「１」については、３ヶ月に１回に限り算定する。また、「２」については、「１」の実施後３月以内に実施する場合に、１回に限り算定する。 (2)「１」を算定してから３ヶ月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、１回を限度として「２」を算定する。また、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。） (3)「２」については、「１」の前回算定日（他の保険医療機関での算定を含む。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑫　持続緩徐式血液濾過の評価の見直し

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

持続緩徐式血液濾過について、腎不全以外の患者（重症急性膵炎、重症敗血症、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。））に実施する場合は、持続緩徐式血液濾過を実施する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実施の要件に追加する。

⑬　吸着式血液浄化法の評価の見直し

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

吸着式血液浄化法は、グラム陰性桿菌感染症による敗血症性ショックにおいてエンドトキシンの吸着を行うことを治療目的としているという観点から、敗血症性ショックの診断基準を満たすことや細菌培養同定検査においてグラム陰性桿菌の感染が確認されていること等を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを算定要件に追加する。

⑭　下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術の評価を見直す。

現　行		改定案	
下肢静脈瘤手術		下肢静脈瘤手術	
１　抜去切除術	10,200点	１　抜去切除術	●点
大伏在静脈抜去術	11,020点	大伏在静脈抜去術	●点
下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360点	下肢静脈瘤血管内焼灼術	●点

⑮　膵全摘後の患者に対する血糖管理の充実

第１　基本的な考え方

血糖自己測定器加算について、膵全摘後の患者の病態を踏まえ、月90回以上測定する場合等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

血糖自己測定器加算について、月90回以上測定する場合及び月120回以上測定する場合の対象患者に、膵全摘後の患者を追加する。

現　行	改定案
【血糖自己測定器加算】 ５　月90回以上測定する場合　1,170点 ６　月120回以上測定する場合　1,490点 ［算定要件］ 注２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者に限る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ハ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）	【血糖自己測定器加算】 ５　月90回以上測定する場合　●点 ６　月120回以上測定する場合　●点 ［算定要件］ 注２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。） ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者 ハ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。） ※　注１についても同様。

⑯　実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

第１　基本的な考え方

検体検査の実施料について、実態を踏まえ、以下の見直しを行う。
①　衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ評価を見直す。
②　臨床的有用性がなくなった検査等について評価を廃止する。

第２　具体的な内容

１．衛生検査所検査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。

２．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]
（１）アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン（ＨＲＴ）

⑰　義肢装具の提供に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

義肢装具の採寸法、採型法について、対象とする装具を踏まえ、評価を見直す。

第２　具体的な内容

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	改定案
【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	【義肢採型法】 （削除） １　四肢切断の場合（１肢につき）　●点 （削除） ２　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）　●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	【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）　●点 ２　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）　●点
【義肢装具採寸法（１肢につき）】　200点	【治療用装具採寸法（１肢につき）】　●点
【治療装具採型法（１肢につき）】　700点	【治療用装具採型法】 １　体幹装具　●点 ２　四肢装具（１肢につき）　●点 ３　その他（１肢につき）　●点

⑱　市場が拡大した場合の評価の見直し

第１　基本的な考え方

医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があり、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組みを設ける。

第２　具体的な内容

１．新規収載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更に当たって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、収載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、評価の見直しを検討する基準を併せて審議し、個々の技術に応じた基準を設定することとする。なお、既に収載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、収載時の市場規模予測の２倍以上という基準を設定する。

２．設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、評価の見直しの妥当性について検討することとし、妥当性が認められたものについて、中央社会保険医療協議会総会において具体的な見直しを検討することとする。

補足資料

（救急病院等における勤務医の
働き方改革関係）

救急病院等における勤務医の働き方改革への特例的な対応について

○　令和2年度の診療報酬改定においては、過酷な勤務環境となっている救急医療体制における重要な機能を担う医療機関（具体的には年間救急車等受入2000台以上）について、地域医療の確保を図る観点から評価を行うことを検討。

○　一方、地域医療介護総合確保基金においては、診療報酬の対象とならない医療機関（B水準相当）を対象として、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

診療報酬の対象要件のイメージ　（公費ベース126億円）

1．救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送受入件数が年間で2000件以上であること。

2．病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、計画を作成すること　等

基金事業の対象要件のイメージ　（公費ベース143億円）

1．補助の対象となる医療機関は、以下のような都道府県知事が認める医療機関を想定。
- 救急車受入件数が1000台以上2000台未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
- 救急車受入件数が1000台未満のうち、
  - 夜間・休日・時間外入院件数が500件以上で、地域医療に特別な役割がある医療機関
  - 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
- 地域医療の確保に必要な医療機関であって、
  - 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
  - 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
- その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

2．基金の交付要件として、追加的健康確保措置に取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。

3．上記の総合的な取組に要する、ICT等機器、休憩室整備費用、改善支援アドバイス費用、短時間勤務要員の確保経費等をパッケージとして補助。

金額は令和2年度予算案

（重症度、医療･看護必要度関係）

シミュレーション結果（必要度Ⅰ・Ⅱ×各入院料）

○ 急性期一般入院料1、4～6及び特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出施設それぞれについて、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

必要度Ⅰ	施設数	50%tile値（現在 / 見直し後）	25%tile値（現在 / 見直し後）	10%tile値（現在 / 見直し後）	施設基準（現在）
急性期一般1	891	35.8% / 32.7%	33.5% / 30.3%	32.2% / 28.5%	30%
（うち許可病床数200床未満）	264	37.3% / 33.5%	34.4% / 30.2%	32.6% / 27.8%	
（うち許可病床数200床以上）	627	35.2% / 32.3%	33.3% / 30.4%	32.1% / 28.6%	
急性期一般4	369	34.5% / 26.4%	31.2% / 22.9%	28.6% / 19.6%	27%
急性期一般5	351	27.4% / 25.5%	24.4% / 21.7%	22.5% / 18.8%	21%
急性期一般6	204	21.5% / 21.4%	18.3% / 18.4%	16.8% / 16.3%	15%
特定機能病院一般7対1	44	31.5% / 31.7%	30.6% / 30.5%	30.1% / 29.4%	28%

必要度Ⅱ	施設数	50%tile値（現在 / 見直し後）	25%tile値（現在 / 見直し後）	10%tile値（現在 / 見直し後）	施設基準（現在）
急性期一般1	200	32.2% / 32.5%	29.9% / 29.7%	27.7% / 27.9%	25%
（うち許可病床数200床未満）	29	31.9% / 31.9%	28.3% / 28.9%	26.8% / 22.8%	
（うち許可病床数200床以上）	171	32.2% / 32.7%	30.1% / 29.8%	28.2% / 28.3%	
急性期一般4	36	29.2% / 26.8%	25.3% / 23.1%	23.3% / 18.5%	22%
急性期一般5	32	23.0% / 23.8%	20.7% / 20.6%	18.6% / 17.9%	17%
急性期一般6	9	17.7% / 16.5%	16.7% / 15.4%	-	12%
特定機能病院一般7対1	13	30.5% / 31.9%	28.0% / 28.7%	25.0% / 24.5%	23%

※集計対象期間中の届出の変更等で評価方法を特定できない医療機関は除く

認知症ケア加算の算定状況

診調組　入－1
元．10．3（改）

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数（1日につき）		イ　14日以内の期間　150点　　ロ　15日以上の期間　　30点 （身体的拘束を実施した日は60%）	イ　14日以内の期間　30点　　ロ　15日以上の期間　10点 （身体的拘束を実施した日は60%）
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・施設基準	身体的拘束	・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。	
	病棟職員の対応	・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。　④ ①～③を診療録等に記載。	・当該患者が入院する病棟の看護師等は、 行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な環境調整や患者とのコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。
	職員の配置等	・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 ア　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（精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか） イ　認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修（600時間以上）を修了した専任の常勤看護師 ウ　認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。　② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。　④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的に実施。	・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護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。
	マニュアル	・認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。	・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。
	院内研修等	・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。	・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。

届出医療機関数及び算定件数

【出典】保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
※区分不明のものは除く。

	加算1の算定施設数	加算2の算定施設数	加算1・加算2のいずれかを算定する割合
急性期一般1	370	696	70.2%
急性期一般2	4	18	62.9%
急性期一般4	40	298	64.4%
急性期一般5	19	356	55.1%
急性期一般6	9	234	48.2%
急性期一般7	4	101	24.3%

【出典】保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）
※区分不明のものは除く。

参考資料

（１月15日中医協資料）

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➢ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	ー
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	ー
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	ー
4	心電図モニターの管理	なし	あり	ー
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	ー
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	ー
7	専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療)	なし	ー	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	ー	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	ー
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	ー
15	危険行動	ない	ー	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度	・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➢ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	ー
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	ー
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	ー
4	心電図モニターの管理	なし	あり	ー
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	ー
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	ー
7	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪ 無菌治療室での治療 ）	なし	ー	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	ー
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	ー
15	危険行動	ない	ー	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術（7日間）	なし	あり
17	開胸手術（7日間）	なし	あり
18	開腹手術（4日間）	なし	あり
19	骨の手術（5日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（2日間） （①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり

［各入院料・加算における該当患者の基準］

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度	・基準①： A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②： 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③： A得点3点以上 ・基準④： C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 （地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む）	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１～７）の内容

➢ 一般病棟入院基本料（7対1、10対1）について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料１～7に再編する。

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	入院料7
看護職員		7対1以上 （7割以上が看護師）	10対1以上 （7割以上が看護師）					
患者割合 [ ]内は200床未満の経過措置	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1	30%以上	ー [27%以上]	ー [26%以上]	27%以上	21%以上	15%以上	測定していること
	重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2	25%以上	24%以上 [22%以上]	23%以上 [21%以上]	22%以上	17%以上	12%以上	測定していること
平均在院日数		18日以内	21日以内					
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	ー					
その他		医師の員数が入院患者数の100分の10以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		ー			
データ提出加算		○						
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,408点	1,382点

*1：現行方法による評価　*2：診療実績データを用いた場合の評価
[　]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

一般病棟入院基本料の施設基準の見直し

急性期一般入院料2･3の施設基準

➢ 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を検討するために、急性期一般入院基本料のうち、急性期一般入院料2及び3については、以下の施設基準を追加する。

■ 届出前3月において以下の算定実績が必要
- 急性期一般入院料2 → 急性期一般入院料1の算定実績
- 急性期一般入院料3 → 急性期一般入院料1又は2の算定実績

■ 厚生労働省が実施する入院医療等の調査に適切に参加

経過措置について

➢ 一般病棟用の重症度、医療･看護必要度の基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	経過措置
施設基準	病棟群単位の届出病棟、 許可病床数200床未満の一般病棟７対１入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が２３%以上２５%未満の病棟	平成30年３月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成30年９月30日までの間は、急性期一般入院料２の施設基準を満たしているものとする。
急性期一般入院料２及び３の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟７対１入院基本料の病棟	平成30年３月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年３月31日までの間は、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ｉを用いて評価しても差し支えない。
	一般病棟７対１入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年３月31日に、当該入院料等を届出している病棟については、平成32年３月31日までの間は、継続3か月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1･2の算定に係る要件を満たしているものとする。

重症度、医療・看護必要度の見直し

各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

➢ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う.

（ ）内は200床未満の経過措置

平成30年度改定前の基準を満たす患者割合の要件	
一般病棟7対1入院基本料	25%（23%）
看護必要度加算1（一般）	24%
看護必要度加算2（一般）	18%
看護必要度加算3（一般）	12%
7対1入院基本料（特定、専門）	25%（23%）
看護必要度加算1（特定、専門）	24%
看護必要度加算2（特定、専門）	18%
看護必要度加算3（特定、専門）	12%
7対1入院基本料（結核）	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%

平成30年度改定後の基準を満たす患者割合の要件		
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	ー（27%）	24%（22%）
急性期一般入院料3	ー（26%）	23%（21%）
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料（特定、専門）	28%	23%
看護必要度加算1（特定、専門）	27%	22%
看護必要度加算2（特定、専門）	21%	17%
看護必要度加算3（特定、専門）	15%	12%
7対1入院基本料（結核）	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

シミュレーション条件について

○ 最終的なシミュレーションは以下の条件で行う。

使用データ

○ 平成31年4月に提出されたDPCデータ（急性期一般入院料）

シミュレーション条件

○ 以下の条件を適用した場合の医療機関ごとの該当患者割合を集計する

【必要度Ⅰ・Ⅱ共通】
○ 判定基準より、基準②（B14又はB15に該当、かつ、A得点１点以上かつB得点３点以上）を除外
○ A項目より、「免疫抑制剤の管理」を除外（注射剤を除く）
○ C項目に、入院実施割合が90%以上の手術（２万点以上のものに限る）及び検査を追加
○ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更

【必要度Ⅱのみ】
○ A項目に、入院日に「救急医療管理加算１・２」又は「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者を、A得点２点（５日間）として追加（※）

【必要度Ⅰのみ】
○ A項目の「救急搬送後の入院」について、現行の２日間の評価から、５日間の評価に変更

	現行	見直し後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
新たに追加する検査	なし	2日間
新たに追加する手術	なし	6日間

※ 救急患者の評価については、H30年度社会医療診療行為別統計より当該加算の平均算定回数が約５回（加算１＝4.95回、加算２＝5.23回）であることを踏まえ、５日間に設定

留意点等

○ 必要度ⅠはHファイル、必要度ⅡはEFファイルを用いて該当患者割合を集計（※）
○ レセプト電算処理システム用コードに規定される薬剤については、類似薬等の追加を行った新たなリストを使用

※ 新たに追加する手術等、集計にレセプト電算処理システム用コードを用いた診療実績データが必要なものに限り、必要度Ⅱの結果を用いて必要度Ⅰを推計

シミュレーション結果①　急性期一般入院料1
（必要度Ⅰ×全条件のシミュレーション）

○　急性期一般入院料1を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度Ⅰの届出施設について、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の分布は以下のとおり。

医療機関数　(n=891)

必要度Ⅰ×現在の患者割合

現在の割合
- 50%tile値　＝　35.8%
- 25%tile値　＝　33.5%
- 10%tile値　＝　32.2%

必要度Ⅰ×見直し後の患者割合

見直し後の割合
- 50%tile値　＝　32.7%
- 25%tile値　＝　30.3%
- 10%tile値　＝　28.5%

シミュレーション結果②　急性期一般入院料1
（必要度Ⅱ×全条件のシミュレーション）

○　急性期一般入院料1を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出施設について、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の分布は以下のとおり。

医療機関数　(n=200)

必要度Ⅱ×現在の患者割合

現在の割合
- 50%tile値　＝　32.2%
- 25%tile値　＝　29.9%
- 10%tile値　＝　27.7%

必要度Ⅱ×見直し後の患者割合

見直し後の割合
- 50%tile値　＝　32.5%
- 25%tile値　＝　29.7%
- 10%tile値　＝　27.9%

シミュレーション結果③　急性期一般入院料4
（必要度Ⅰ×全条件のシミュレーション）

○　急性期一般入院料4を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度Ⅰの届出施設について、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の分布は以下のとおり。

医療機関数　(n=369)

必要度Ⅰ×現在の患者割合

必要度Ⅰ×見直し後の患者割合

シミュレーション結果④　急性期一般入院料1（必要度Ⅰ・Ⅱ×各条件のシミュレーション）

○　急性期一般入院料1を算定する病棟のうち、重症度、医療･看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出施設それぞれについて、各条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

急性期一般入院料１（必要度Ⅰ・Ⅱ）の届出施設

		現在の割合	現在の基準に基準②の除外のみを適用	現在の基準に救急患者の追加のみを適用	現在の基準に全ての条件を適用
必要度Ⅰ	50%tile	35.8%	28.8%	36.9%	32.7%
	25%tile	33.5%	26.6%	34.5%	30.3%
	10%tile	32.2%	24.8%	33.2%	28.5%
必要度Ⅱ	50%tile	32.2%	27.0%	34.8%	32.5%
	25%tile	29.9%	24.7%	32.4%	29.7%
	10%tile	27.7%	22.5%	30.9%	27.9%

重症度、医療・看護必要度に係る現状及び課題と論点（案）

【論点】

○　急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の施設基準について、現在の基準を設定するに当たって過去に行ったシミュレーション結果や、今回の評価項目・判定基準の見直しの上で行ったシミュレーション結果を踏まえ、どのように考えるか。

○　同様に、急性期一般入院料4の該当患者割合の施設基準について、シミュレーション結果を踏まえ、どのように考えるか。

○　急性期一般入院料1及び4の施設基準の検討と併せて、急性期一般入院料2及び3の扱いを含め、急性期一般入院料の施設基準における該当患者割合の基準値の間隔についても検討してはどうか。

○　施設基準を検討するに当たって、許可病床数が200床未満の医療機関への対応について、どのように考えるか。