令和2年度 診療報酬改定ポイント

日本病院会 診療報酬検討委員会
診療報酬作業小委員会
目次

- 令和2年度診療報酬改定の概要 .................................................. 3
- 診療情報提供料（Ⅲ） ............................................................... 4
- 急性期一般入院料 ................................................................. 5
- 重症度、医療・看護必要度 .................................................... 7
- 特定集中治療室管理料 ............................................................ 10
- 入院基本料等加算 ................................................................. 12
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 .......................... 34
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 ..................................... 37
- 疾病別リハビリテーション料 .................................................... 39
- 救急医療 .............................................................................. 42
- 小児医療 .............................................................................. 44
- がん医療 .............................................................................. 46

- 療養病棟・在宅医療 ............................................................... 48
- 精神科領域 ........................................................................... 51
- 医療におけるICTの利活用 ................................................... 57
- 医療機関における業務の効率化・合理化 .................................. 63
- DPC/PDPS ............................................................................ 64
- 経過措置について .................................................................. 68
- 施設基準（基本診療料） ...................................................... 72
- 施設基準（特掲診療料） ...................................................... 78
- 診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目 ............................... 87
- （新規・変更のみ）

- 診療報酬に記載する項目（新規・変更のみ） .......................... 94
- 委員名簿 .............................................................................. 96
令和2年度診療報酬改定の概要

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進
1. 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療提供体制等の評価
2. 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
3. タスク・シェアリング/タスク・シフトインのためのチーム医療等の推進
4. 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 難症化予防の取組の推進
5. 使命感をも持つ医師の再評価の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価
11. 医療におけるICTの利活用

III 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化
3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
4. 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価
5. 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

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

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

（新） 診療情報提供料（Ⅲ） 150点

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

【対象患者】
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者

② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者

③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者

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

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅看護管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）若しくは施設入居者等管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）を指す。
急性期一般入院料

【注目ポイント】

- 入院料1〜7の基本構造は変更なし
- 1〜7の算定に係る重症度、医療・看護必要度に大きな変更があり、従来通りの入院料が算定できない医療機関が出ると考えられる
  - 評価点数の見直し
  - 評価項目についての見直し

- 入院料2・3算定の制限事項（4・5・6からの移行）に関しては変更なし

- 許可病床数400床以上で急性期一般入院料1〜6を算定する医療機関及び特定機能病院入院基本料7対1を算定する医療機関は重症度、医療・看護必要度IIを用いる

★経過措置

- 経過措置1：以下の入院基本料を令和2年3月31日に算定している施設は令和2年9月30日まで基準を満たしているものとする。
  - 急性期一般入院料1・2・3・5・6
  - 7対1入院基本料（特定機能病院・専門病院・結核病棟）

- 経過措置2：以下の入院基本料を令和2年3月31日に算定している施設は令和3年3月31日まで基準を満たしているものとする。
  - 急性期一般入院料4

※Ⅲ−1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
急性期一般入院料

【解説】
入院料に増減はなく、重度度、医療・看護必要度以外の要件において変更はなかった。
入院料2及び3への移行に関しては入院料1からしか認められず入院料4~7からの移行は認められないというルールが踏襲されている。ただし、入院料2・3に必要度Ⅰが設定された点が異なっている。
入院料1～6の算定に係る重症度、医療・看護必要度のカットオフ値が変更になったことに加えて、目的内容が大幅に変更になっている。（次項で記載）
グラフに示すように入院料1～4の必要度の傾きが強くなくなった。
従来は、7対1（入院料1）から10対1への移行を促すために設定したが、入院料の変化と必要度の変化に大きな乖離があったが、今回の改定では、必要度に関しては、ほぼ等間隔で推移するようになった。これにより入院料1～4においては乖離が小さくなり、重症度と入院料の増減がよりマッチしたものになっている。

入院料2及び3に必要度Ⅰが設定され、A項目の薬剤およびC項目にレジ電算コードを使用することになっており、必要度Ⅱへの移行を促すものとなっている。

入院料1が30%から31%へと1%のアップに見えるが、各項目の内容が変化しており大幅に必要度に下がる医療機関が出ることが予測される。入院料2～5に関してはカットオフ値が下がっている。
必要度Ⅱに関しては必要度Ⅰとの差が入院料1~5で2％、入院料6で3％と大幅に小さくなっている。
中略図に示されてきたデータの新たな要件でのデータでは必要度Ⅰと必要度Ⅱの差がほとんどなかったが、～3％の差を計画付けることは必要度Ⅱへの移行を促しているとも見える。

令和2年3月31日に急性期一般入院料1・2・3・4の届け出を行っている200床未満の医療機関に対しては別基準を設定している。（今までは200床未満の医療機関には別基準が存在していた）

許可病床数が400床以上の医療機関に関しては新たに2つの制約が設けられた。
① 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが必須となった。
② 新たに地域包括ケア病棟を設置することが出来なくなった。すでに地域包括ケア病棟をもっている医療機関においても自院の急性期病棟からの転棟が60%未満であれば入院料が90%に減算することになった。（令和2年9月30日までの経過措置あり）
重症度、医療・看護必要度

【注目ポイント】

- 判定基準より基準②を除外
  B14：診療・療養上の指示が通じる
  B15：緊急行動
- 「B14又はB15に該当」かつ、「A得点1点かつB得点3点以上」
- A項目より「免疫抑制剤の管理（注射薬を除く）」を除外
- A項目での救急に関する評価の変更
  - 必要度Ⅰで救急搬送が2日から5日
  - 必要度Ⅱで入院日に救急医療管理加算Ⅰ若しくは2又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定している患者を、入院後5日間評価対象
- C項目に、入院実施割合90%以上の手術（2万点以上）及び 検査 を追加（追加の手術・検査については3月5日 保医発0305第2号を参照）
- C項目の評価対象日数を変更
- A項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するもの）及びC項目は、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
- B項目の評価方法の見直しと根拠となる記録を要件から削除
  - 「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価
  - 根拠となる記録不要
- 院内研修の指導者に係る要件の見直し
  - 「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」との部分が削除

※Ⅲ－1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
重症度、医療・看護必要度

★手術日数の変更

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>現行</th>
<th>見直し後</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>開頭手術</td>
<td>7日間</td>
<td>13日間</td>
</tr>
<tr>
<td>開胸手術</td>
<td>7日間</td>
<td>12日間</td>
</tr>
<tr>
<td>開腹手術</td>
<td>4日間</td>
<td>7日間</td>
</tr>
<tr>
<td>骨の手術</td>
<td>5日間</td>
<td>11日間</td>
</tr>
<tr>
<td>胸腔鏡・開胸鏡手術</td>
<td>3日間</td>
<td>5日間</td>
</tr>
<tr>
<td>全身麻酔・脊椎麻酔の手術</td>
<td>2日間</td>
<td>5日間</td>
</tr>
<tr>
<td>腎内等に係る内科的治療</td>
<td>2日間</td>
<td>5日間</td>
</tr>
<tr>
<td>新たに追加する検査</td>
<td>なし</td>
<td>なしで</td>
</tr>
<tr>
<td>新たに追加する手術</td>
<td>なし</td>
<td>6日間</td>
</tr>
</tbody>
</table>

★新たに追加する検査（2日間）

（入院実施割合90%以上）
- 經皮的針生検法
- EUS-FNA
- 心臓カテーテル検査（左心・右心）
- 胸腔鏡
- 腹腔鏡
- 経隔鏡
- 縦隔鏡
- 関節鏡

※III-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

A-C2項目の評価方法の見直し

A項目（専門診療科（処置）のうち薬剤を使用するものに限る）及びC項目については、必要度1を含む項目において、必要な薬剤の使用を検討可能な範囲に制限するための医療機器等の利用を評価しない。

必要度2の要件化

許可薬剤（60日以上の連続使用）、一般病棟入院基本料（任意料1入院料）又は検査機能病院入院基本料（一般病棟7日対1に現れる）について、重症度、医療・看護必要度2を用いることを要件とする。

院外研修の見直し

重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者による要件について、所定の（院外研修）を修了したものが行う研修であることが望ましいと解釈する。

※III-2 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の実施

1. 本項の規定が未実施の施設では、必要度の重要度、医療機能の重要度等の算出について定める。
重症度、医療・看護必要度

【解説】

判定基準より基準②が除外された。基準①とは「B14又はB15に該当」かつ、「A得点1点かつB得点3点以上」でありB14は「診療・療養上の指示が通じる」。B15は「危険行動」である。いわゆる認知症・せん妄を評価する項目で、これがあればB項目3点にA項目1点（約半数が心電図モニターの装着であった）が加わることで重症患者にカウント出来た。これが除外されたことで認知症やせん妄となりやすい高齢者割合の高い医療機関が影響を受けると思われる。これに対しての救済と思われる、「せん妄ハイリスク患者ケア算加」（詳細は後述）が新たに設けられた。

一般病棟入院基本料を算定している医療機関であれも施設基準を満たすものとして届け出を行うことにより算定可能となる。特別な施設基準が設けていないので是非とも算定するよう考慮すべきである。

判定基準から除外されたもう一つは、注射を除く「免疫抑制剤の管理」である。免疫抑制剤のうちステロイドがあり、これら薬剤の使用が多い医療機関では必要度に影響を与える。

逆に評価が厚くなったのが救急と手術。そして、新たにC項目に加わったのが90%以上を入院で行う検査である。手術に関しては今まで評価されたカテゴリーは開頭、開胸、開腹、骨、胸腔鏡・腹腔鏡に限られていたのが今回の改定では90％以上を入院で行う2万点以上の手術が評価されることになった。また、評価の日数に関してもそれぞれの手術カテゴリーの入院日数の中央値の50％が評価される日数となり従来の2倍近い日数になっている。外科系の患者が多い医療機関では必要度のUPが期待できる。

今回の改定では急性期入院料4を算定する病院にとって影響があるB項目も手が加えられた。B項目の評価方法の見直しを行い、「患者の状態」と「介助の実施」に分けての評価になった。患者の状態と介助の実施を分けて評価したことで患者の状態が把握できることになり、「根拠となる記録」が要件から削除され、それに加えて院内研修の指導者に係る要件の見直しされて、「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」の部分が削除された。すなわち院外研修を受けた指導者以外が指導を行って研修することができる。評価による負担が大幅に緩和されたと言える。
特集集中治療室管理料
★特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置要件見直し

【解説】
特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置要件見直しを行い、専任の常勤看護師を2名組み合わせて週20時間以上配置してもよいことになった。また、特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっていた生理的スコア（SOFAスコア）について、特定集中治療室管理料3・4についても要件となった。また、ICUに関する早期の経腸栄養等の栄養管理の実施が評価され、新たに「早期栄養介入管理加算」が設けられた。尚、施設基準として経験のある管理栄養士を専任で配置することが必要である。

【注目ポイント】
- 集中治療室管理料1・2の専任看護師配置要件の緩和
- 集中治療室管理料3・4へのSOFAスコア提出の拡大
- 特定集中治療室における経腸栄養等の必要な栄養管理の新たな評価
特定集中治療室管理料
★特定集中治療室での栄養管理の評価

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

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、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 400点（1日につき）

【算定基準】
特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要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。

【留意事項】
日本臨床治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に則った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施すること。

ア 栄養アセスメント
イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成
ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画の見直すとともに栄養管理を実施
オ 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
カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ネに関しては、経腸栄養の開始が入室後何時間目であったのか記載すること。

加えて、上記項目を実施する場合、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等を実施するとともに、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は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

当該加算の1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、10人以内とする。また、当該加算及び栄養サポートチーム加算を算定する患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。

【施設基準】
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。
入院基本料等加算

★A200 総合入院体制加算 1:240点 2:180点 3:120点

【解説】
総合入院体制加算1に関する施設基準等

これまで1は病院内に小児科、産科又は産婦人科を標榜し入院医療を提供している場合に算定可能であったが、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、合意を得た会議の書面を提示すれば施設基準を満たすものとするという項目となった。自院で小児科、産科又は産婦人科を標榜し入院医療を提供している医療機関と提携し地域医療構想調整会議で合意が得られた場合に算定できる。

また、病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、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、これに当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席することが加わった。

病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資するため、
・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
・院内助産又は助産師外来の開設

が加わった。

総合入院体制加算における地域医療計画に配慮した周産期の要件緩和が加わった。「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い場合であっても、施設基準を満たしているものとする」というものである。これは総合入院体制加算1にのみ適用され、2・3に対しては適用されない。

総合入院体制加算における「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の内容及び項目数の見直しが行われたことに加え、多職種からなる役割分担推進のための委員会・会議が設置され、管理者の年1回以上の出席が要件となった。

小児科や産科を自院にいない場合であっても、同じ二次医療圏に小児科や産科を標榜している保険医療機関があればここに提携して、地域医療調整会議で認められた場合には、総合入院体制が算定できるようになった。

また、総合入院体制加算の条件として、多職種からなる負担軽減及び処遇改善のための役割分担推進のための委員会に施設長が出席することが必要となった。
入院基本料等加算

★A205 救急医療管理加算 1:900点、2:300点→1:950点、2:350点

【解説】
今回から事前に届出が必要になった。また、算定する患者の状態を診療報酬明細書の摘要欄に記載することが求められている。内容は入院後3日以内の検査、画像診断、処置又是手術のうち主要なもの、意識障害又は昏睡、呼吸不全又は心不全で重篤な状態、ショック、重篤な代謝障害、広範囲気管鏡や入院時の状態に係る指標の記載が必要になった。

もう一つ特筆すべきが救急医療管理加算2において、従来の算定対象となる状態（アーケ）には該当しない重症疾患・神経症変種病態が“コ”として含まれることとなったことである。これにどのようなものが該当するかは示されていないが、例えば「主幹動脈閉塞による脳梗塞」で手術やT-PA治療の対象でないものや、大動脈瘤の切開触診で減圧療法のために緊急入院した場合などが該当すると思われる。患者の状態を診療報酬明細書の摘要欄に記載することが重要である。（スライド43も参照のこと）

【注意点】
イ、ウ、オ、カ、キ、ク、ノと判断した根拠を記載することが求められた。イとして算定された例の中に、JCSが0点の例が15%程度含まれていたことを反映した改訂と考えられる。また、（コ）と判定した場合には、その根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要がある。

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>現行</th>
<th>改定後</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>【救急医療管理加算】</td>
<td>【救急医療管理加算】</td>
</tr>
<tr>
<td>1 救急医療管理加算1</td>
<td>900点</td>
</tr>
<tr>
<td>2 救急医療管理加算2</td>
<td>300点</td>
</tr>
</tbody>
</table>

【算定要件】
(1) 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。
(2) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(1)のアからクまでのうちから、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

【届出基準】
*届出基準を満たしていない情報、届出を行う必要はない。*

算定対象となる状態

- ア 呼吸、酸血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、糖尿病者等)
- イ 意識障害又は昏眠
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- オ 急性薬物中毒
- ユ ショック
- ユ その他の重症状態（算定2のみ）

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

- アからカのうち該当する状態（算定2の場合）は、アからカのうち該当する状態又はカの状態のうち該当するもの
- イ、ウ、オ、カは該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- 当該重篤な状態に対して、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

様式1に準拠したものと思われるが具体的な指標は示されていない（3月12日現在）
入院基本料等加算

1. 救急医療管理加算に関する施設基準

（1）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であって、医療法第30条の4の規定に基づく都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 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）

イ 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

ウ 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

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年5月26日障発第0526001号）に従い実施されたい。

（2）第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従業者を確保していること。

（3）夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

2．届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。
入院基本料等加算

★A205-2【超急性期脳卒中加算】 12,000点→10,800点

【解説】
入院初日の点数が、12,000点から10,800点に引き下げられた。

そのかわり【施設基準】の当該保険医療機関内、薬剤師が常時配置されていることと、診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること、の項目が削除されている。しかし、【算定要件】に必要に応じて、薬剤師、放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ることが追加されている。

【注目ポイント】
薬剤師や放射線技師、臨床検査技師のオンコード体制が求められている。また、脳血管造影が常時行えるとの記載から、必要な脳画像診断及び診断、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に改訂されている。

【解説】
また、【算定要件】の中に、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算定できる項目が加わり、他の保険医療機関で治療が行われた患者についても算定できるようになった。この場合、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会合に委ねると記載されている。

【注目ポイント】
プラスミノーゲン活性化因子を投与してから、別の保険医療機関に搬送して入院することが可能になったが、その按分についてそれぞれの医療機関の取り決めをしておく必要がある。
入院基本料等加算

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

- より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等における項目内容の見直しを行い。

<table>
<thead>
<tr>
<th>適用基準項目</th>
<th>看護職員夜間配置加算</th>
<th>夜間看護体制加算</th>
<th>夜間看護体制加算</th>
<th>夜間看護体制加算</th>
<th>看護職員夜間配置加算</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>適用対象</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
</tr>
<tr>
<td>適用要件</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
<td>12時〜1時加算</td>
</tr>
</tbody>
</table>

看護職員の夜間配置に係る評価の充実

- 看護職員の負担軽減を推進する観点から、看護職員夜間配置加算の評価を充実する。
入院基本料等加算

看護補助者の配置に係る評価の充実

看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

![比較図（現行・改定後）]

<table>
<thead>
<tr>
<th>現行</th>
<th>改定後</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>【急性期看護補助体制加算】</strong></td>
<td><strong>【急性期看護補助体制加算】</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）</td>
<td>25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）</td>
</tr>
<tr>
<td>210点</td>
<td>240点</td>
</tr>
<tr>
<td>25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）</td>
<td>25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）</td>
</tr>
<tr>
<td>190点</td>
<td>220点</td>
</tr>
<tr>
<td>50対1急性期看護補助体制加算</td>
<td>50対1急性期看護補助体制加算</td>
</tr>
<tr>
<td>170点</td>
<td>200点</td>
</tr>
<tr>
<td>75対1急性期看護補助体制加算</td>
<td>75対1急性期看護補助体制加算</td>
</tr>
<tr>
<td>130点</td>
<td>160点</td>
</tr>
<tr>
<td>夜間30対1急性期看護補助体制加算</td>
<td>夜間30対1急性期看護補助体制加算</td>
</tr>
<tr>
<td>90点</td>
<td>120点</td>
</tr>
<tr>
<td>夜間50対1急性期看護補助体制加算</td>
<td>夜間50対1急性期看護補助体制加算</td>
</tr>
<tr>
<td>85点</td>
<td>115点</td>
</tr>
<tr>
<td>夜間100対1急性期看護補助体制加算</td>
<td>夜間100対1急性期看護補助体制加算</td>
</tr>
<tr>
<td>70点</td>
<td>100点</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>【看護補助加算】</strong></td>
<td><strong>【看護補助加算】</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>看護補助加算1</td>
<td>看護補助加算1</td>
</tr>
<tr>
<td>129点</td>
<td>141点</td>
</tr>
<tr>
<td>看護補助加算2</td>
<td>看護補助加算2</td>
</tr>
<tr>
<td>104点</td>
<td>116点</td>
</tr>
<tr>
<td>看護補助加算3</td>
<td>看護補助加算3</td>
</tr>
<tr>
<td>76点</td>
<td>88点</td>
</tr>
<tr>
<td>夜間75対1看護補助加算</td>
<td>夜間75対1看護補助加算</td>
</tr>
<tr>
<td>40点</td>
<td>50点</td>
</tr>
<tr>
<td>夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）</td>
<td>夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）</td>
</tr>
<tr>
<td>35点</td>
<td>45点</td>
</tr>
<tr>
<td>看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）</td>
<td>看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>イ</strong> 14日以内の期間</td>
<td><strong>イ</strong> 14日以内の期間</td>
</tr>
<tr>
<td>129点</td>
<td>141点</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ロ</strong> 15日以上30日以内の期間</td>
<td><strong>ロ</strong> 15日以上30日以内の期間</td>
</tr>
<tr>
<td>104点</td>
<td>116点</td>
</tr>
<tr>
<td>看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）</td>
<td>看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）</td>
</tr>
<tr>
<td>150点</td>
<td>160点</td>
</tr>
</tbody>
</table>

※1-3 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
入院基本料等加算

(健康増進法の一部改正)

改正の趣旨

望まない受動喫煙の防止を図るため、多数の者が利用する施設等の区分に応じ、当該施設等の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、当該施設等の管理について適正を有する者が講ずべき措置等について定める。

【基本的考え方 第１】「望まない受動喫煙」をなくす

受動喫煙が被者に与える健康影響と、喫煙者が一定場所にいる状況を認めた場合において、施設内において、受動喫煙にさらされることを望まない者がそのような状況に置かれることのないようにすることを基本に、「望まない受動喫煙」をなくす。

【基本的考え方 第２】受動喫煙による健康影響が大きい子ども、患者等に特に配慮

子どもなど2歳未満の者、患者等は受動喫煙による健康影響が大きいことを考慮し、こうした方が住む利用者となる施設等、施設内において、受動喫煙対策を一層徹底する。

【基本的考え方 第３】施設のタイプ・場所ごとに対策を実施

「望まない受動喫煙」をなくすという観点から、施設のタイプ・場所ごとに、住む利用者等の選別や、喫煙が施設内に与える健康影響の程度に応じ、喫煙場所の選定をそれぞれ対策を講ず。その間、既存の飲食店の喫煙規制が小さい施設者が運営する場合には、事業継続に配慮し、必要な措置を講ずる。

★A208他 乳幼児加算・幼児加算

【算定要件】

【注意点】

・健康増進法の一部改正に伴い、「医療機関は原則飲食内禁煙が義務」づけられている。

・厚生労働大臣が定める基準（飲食内禁煙）の項目が削除され、「保険医療機関」との表記となる。

★A212 超重症症（者）入院診療加算・準重症症（者）入院診療加算

・超重症症（者）、準重症症（者）入院診療加算の施設基準で、“別に厚生労働大臣が定める基準を満たす”が削除された。

★A221-2 小児療養環境特別加算

・同様に、“別に厚生労働大臣が定める基準を満たす”が削除された。
入院基本料等加算
★A226-2 緩和ケア診療加算

【解説】
末期心不全の患者を対象とする場合の要件を以下のように定めることになった。

1. 緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師に求める経験について、「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
2. 受講を求める研修について、「日本心不全学会により開催される基本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。

<table>
<thead>
<tr>
<th>緩和ケア診療加算等の見直し</th>
<th>改定後</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>運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料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。</td>
<td>運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料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。</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 1. 緩和ケアチームの身体状態の緩和を担当する医師に求める経験について、「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。 | 末期心不全の患者を対象とする場合、または末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主任・主任以上の経験を有する者であること。
| 2. 受講を求める研修について、「日本心不全学会により開催される基本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。 | 末期心不全の患者を対象とする場合、または末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主任・主任以上の経験を有する者であること。

外来緩和ケア管理料の見直し

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

★A226-2 緩和ケア診療加算

【解説】
・週3日以上勤務しており、また、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とみなすことができる。に改訂され、週22時間以上勤務する非常勤医師2名を組み合わせることが可能になった。
・栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算、抗菌薬適正使用加算についても同様。
・また、これまで“悪性腫瘍を有する当該患者”であった対象が、“緩和ケアを要する患者”に改訂され心不全などの良性疾患にも対象になった。
・末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全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支えない。が追加された。
この例として・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研修が追加された。

★A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算
（看護師の研修）が削除になった。研修項目は残されているので、看護師以外の職種が受講しても修了書が交付されていれば算定できる。
【注目ポイント】有床診療所緩和ケア診療加算が150点から250点に増点された。

★A226-2注4 個別栄養指導管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）
従来“悪性腫瘍を有する”患者であったのが、“緩和ケアを要する”患者に改訂された。
【注目ポイント】悪性腫瘍以外に「後天性免疫不全症候群」及び「末期心不全」も加算対象となった。
入院基本料等加算

★A234-2 感染防止対策加算1

【解説】カウンセランスは、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、“やむを得ない事情により参加できない場合は”が削除になった。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。に改訂された。

【注目ポイント】感染防止対策加算1がビデオ通話で行うことが可能になった。

★A234-2注3 医療安全管理体制の基準

【解説】安全管理のための委員会が開催されている。の中に、なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくても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。と記載され、オンライン会議でもよいと考えられる。

【注目ポイント】医療安全管理体制の責任者が、オンライン会議で行う場合でも可能になった。

★A234-2注3 抗菌薬適正使用支援加算

【解説】

（4）抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。目的に（抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む。）が追加された。

ウとして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。が加わった。

カとして2回の院内研修に関して、“当該院内研修の実施及びマニュアルの作成にあたっては、「感染対策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関する内容を含めること。が追記された。

（5）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ウンセランスの場を通じて、他の医療機関に周知することが追加された。

【算定要件】

感染防止対策地域連携加算が、感染防止対策加算1に変更になった。

【注目ポイント】感染防止対策加算1がビデオ通話で行うことが可能になった。
入院基本料等加算

★A240 総合評価加算
削除された。

★A243 後発医薬品使用加算
2・3がそれぞれ2点増点になり、4の60％以上が削除された。

★A244 病棟薬剤業務実施加算

【注目ポイント】
常勤薬剤師1名と、週22時間以上勤務する非常勤薬剤師2名の組み合わせでよいことに改訂された。
入院基本料等加算

【A425 データ提出加算】

データを用いた診療実績の適切な評価のため、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

<table>
<thead>
<tr>
<th>200床以上</th>
<th>200床未満50床以上</th>
<th>50床未満又は保有する施設が1軒のみの場合</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>検査提出数</td>
<td>100件以上</td>
<td>70件以上</td>
</tr>
<tr>
<td>徳の提出数</td>
<td>10件以上</td>
<td>7件以上</td>
</tr>
</tbody>
</table>

データの提出が必須

※II-6 アウトカムにも着目した評価の推進

【データ提出加算の評価の見直し】

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

【解説】

・加算11に加え、算定日が「退院日」、「入院日」に変更となった。
・加算3、4において、療養病棟入院基本料等にて「90日5日」算定可能となった（新設）

【A425 データ提出評価加算】

【解説】

注3 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、“40点”を更に所定点数に加算する。

【算定要件】

・「許可病床200床未満の病院」に限り算定可能となる。
・「データ提出」が必須

・DPCデータの「様式1」及び「外来EFファイル」の未収受傷病名が2%未満かつ診療情報明細書において同割合が10%未満であること。
入院基本料等加算

★ A246 入院院支援加算1

【解説】
当該専門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門の非常勤の看護師又は社会福祉士（入院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。が追加され、非常勤2名の組み合わせで入院院支援加算1が算定可能になった。

【注目ポイント】
評価を行うタイミングについて
○ 総合評価加算については、病状の安定が見込まれるだけ早期に、の文言が加わった。
○ 栄養管理の基準（通則）に“入院時”が加わった。
○ 病棟薬剤業務実施加算に“入院時”が加わった。
○ 入院院支援加算の加算1では3日以内に、加算2では7日以内に、が加わった。
○ 入院診療計画書の基準（通則）に、（外来でもよい）が加わった。

★ A246 入院院支援加算3

入院院支援加算3の配置要件の見直し

現行

【入院院支援加算3】
【施設基準】
入院院支援部門における病院の配置
- 入院院支援及び15年以上の社会福祉士で年収の長期にわたる障害有する障害者の配置
- 入院院支援及び5年以上の社会福祉士で年収の長期にわたる障害有する障害者の配置

改定後

【入院院支援加算3】
【施設基準】
入院院支援部門における病院の配置
- 入院院支援及び15年以上の社会福祉士で年収の長期にわたる障害有する障害者の配置
- 入院院支援及び5年以上の社会福祉士で年収の長期にわたる障害有する障害者の配置

(24)
入院基本料等加算

★入院時支払加算

【解説】

注4 及び区分番号B01に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）は別に算定できない、と記載された。

注7 入院前の支援の状況に応じて、点数が改訂された。

イ 入院時支援加算1 230点、ロ入院時支援加算2 200点

【算定要件】

・「注7」に規定する入院時支援加算を算定するため療養支援計画書については、

前に入院予定先の病棟職員に共有すること。

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基づき記載又は

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、が付記された。

・ 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。
入院基本料等加算

【総合機能評価算】

【解説】

注8 割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、意思等について統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、総合機能評価算として、60点を更に所定点数に加算する。

【総合機能評価算】

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

【算定要件】

・「注8」に規定する総合評価算については、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歳未満のもの及び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強化するものである。患者の状態の安定が見込まれた後でかつ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意思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。

・総合的な機能評価に係る判定は、医師又は歯科医師以外の医療職が行うことも可能であるが、当該判定結果に基づく評価に、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、関係学会より示されているガイドラインに沿った適切な評価を実施されるよう十分留意する。

・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。が追加された。

【施設基準】

・総合的な機能評価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。が付記された。

(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療方法、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。
入院基本料等加算

★A247 認知症ケア加算

【解説】
従来は認知症ケアチームを求める1と研修を受けた病棟看護師による2の2種類だった。今回はこの中間が設けられた。専任の医師または専門性の高い看護師の配置でよく、14日以内は認知症ケア加算1が160点（14日以内）に対して新たに設けられた認知長ケア加算2は100点（14日以内）であり算定を考慮すべき加算と言える。

### 認知症ケア加算の主な要件等

<table>
<thead>
<tr>
<th>認知症ケア加算1</th>
<th>専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価</th>
<th>研修を受けた病棟看護師による取組を評価</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>点数*1</td>
<td>イ 160点</td>
<td>イ 100点</td>
</tr>
<tr>
<td>質問対象</td>
<td>認知症高齢者の日常生活自立度判定基準III以上の患者（重度の意思障害のある者を除く）</td>
<td>認知症高齢者の日常生活自立度判定基準IV以上の患者（重度の意思障害のある者を除く）</td>
</tr>
<tr>
<td>身体的拘束</td>
<td>身体的拘束を必要としないよう環境を整えるが、身体拘束をするべきかは従来の基準、やむを得ず実施する場合は早期解除が求められる</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ケア実施等</td>
<td>認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施</td>
<td>病棟の看護師等が実施</td>
</tr>
<tr>
<td>専任の職員の活動</td>
<td>認知症ケアチームが、 - カンファレンス（週1回程度） - 病棟巡回（週1回以上） - 認知症ケアの実施状況把握 - 病棟職員への助言</td>
<td>専任の医師又は看護師が、 - 定期的に認知症ケアの実施状況把握 - 病棟職員への助言</td>
</tr>
<tr>
<td>専任の職員の配置</td>
<td>認知症ケアチームを設置 - 専任の常勤医師（精神科・心療内科3年又は研修終了者） - 専任の常勤看護師（1年以内が300時間を超える研修終了者） - 専任の常勤社会福祉士又は精神保険福祉士</td>
<td>いずれかを配置 - 専任の常勤医師（精神科・心療内科3年又は研修終了者） - 専任の常勤看護師（1年以内が300時間を超える研修終了者）</td>
</tr>
<tr>
<td>病棟職員</td>
<td>認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講（全ての職種に、加算2-3との9時間以上の研修又は院内研修を受けていた看護師を1名以上配置が望ましい）</td>
<td>全ての病棟に、9時間以上の研修を受けた看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）</td>
</tr>
<tr>
<td>マニュアルの作成・活用</td>
<td>認知症ケアチームが認知症ケアに関するマニュアルを作成し、周知・活用</td>
<td>専任の医師又は看護師を中心に認知症ケアに関するマニュアルを作成し、周知・活用</td>
</tr>
<tr>
<td>院内研修</td>
<td>認知症ケアチームが定期的に研修を実施</td>
<td>専任の医師又は看護師を中心に、常1回は研修又は事例検討会等を実施</td>
</tr>
</tbody>
</table>

※1 イ：14日以内の期間、ロ：15日以上の期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）
※2 認知症ケア加算1・2の専任の常勤看護師の研修は以下の通り。
①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
②日本看護協会認定認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
③日本精神科看護師会が認定している「精神科認定看護師」認定基準が設定されていることを除く

※II－7－2 認知症患者に対する適切な医療の評価

27
入院基本料等加算

★A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

【解説】
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で算定できる。施設基準の届出が必要。せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後3日以内とされていることから、入院支援において確認することも出来る。リスク因子とその対策に関してもリストが示されている。リスクのある患者に対して対策を行うことで算定できる。実際にせん妄を発症しても算定可能。
積極的に算定を行いたい加算である。

【せん妄ハイリスク患者ケア加算】

[算定要件]
施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、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、所定点数に算定する。

【対象となる入院料】
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）
救命救急入院料
脳卒中ケアユニット入院医療管理料

【施設基準】
(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。

【せん妄のリスク因子の確認】

- 20歳以上
- 腦器質的障害
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤
- 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

- 認知機能低下に対する介入
- 脱水の治療・予防
- リスクとなる薬剤の漸減・中止
- 早期離床の促進
- 疼痛管理の強化
- 適切な睡眠管理
- 本人・家族への情報提供

入院前又は入院後3日以内

せん妄対策のイメージ

患者入院

リスク評価（チェックリスト）

予防的対応

持参薬確認（リスク薬剤確認）

定期的なせん妄モニタリング実施
入院基本料等加算

（1）せん妄ハイリスク患者ケア加算は、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届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。

（2）せん妄ハイリスク患者ケア加算は、急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合には、当該対策を実施した患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。

（3）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は、各保険医療機関において作成したチェックリストに基づいて行うこと。なお、当該チェックリストを作成するに当たっては、別紙様式7の3を参考にすること。

（4）せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後3日以内ハイリスク患者に対するせん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行うこと。また、リスク因子の確認及びせん妄対策に当たっては、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図ること。

（5）せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努めること。なお、せん妄ハイリスク患者ケア加算は、せん妄対策を実施したが、結果的にせん妄を発症した患者についても算定可能であること。
入院基本料等加算

★A250 薬剤総合評価調整加算

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

<table>
<thead>
<tr>
<th>現行</th>
<th>改定後</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>薬剤総合評価調整加算（退院時1回）</td>
<td>250点</td>
</tr>
<tr>
<td>次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(1) 入院前に2種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方の内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(2) 精神病床に入院中の患者であって、入院前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までに、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合など、これに準ずる場合</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>100点</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ア 患者の入院時に、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>イ ユリを踏まえ、多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更又は中止を行う。</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ウ カンファレンスにおいて、処方変更の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>エ 処方変更による症状の悪化等について、多職種で確認する。</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>180点</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>①薬剤調整加算（退院時1回）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(1) に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>・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</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

医療機関から薬局に対する情報提供の評価

退院前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文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。

退院時薬剤情報管理指導料 (新) 退院時薬剤情報連携加算 60点
入院基本料等加算
★A251 19 排尿自立指導料
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。

【注目ポイント】
排尿自立支援加算 200点（週1回） 新設
他の医療機関に勤務する非常勤の泌尿器科医師が確保できることが条件である。
3年以上の経験を有する泌尿器科医師と排尿ケアチームによって適切な指導を行うことによって算定できるようになった。

入院における排尿自立指導の見直し
＞ 入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア（排尿自立指導料）について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

（新）排尿自立支援加算 200点（週1回）

外来における排尿自立指導の評価
＞ 退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

外来排尿自立指導料 200点

※III－1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
入院基本料等加算

★A262 地域医療体制確保加算 新設 620点

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

地域の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。

【算定要件】

（1）救急医療を提供する体制、病院勤務医の業務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特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厚生労働省により認定された病院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（地域一般除く）、病棟病棟入院基本料（7対1及び10対1限る）、精神病棟入院基本料（10対1限る）、特定機能病院入院基本料（7対1及び10対1限る）、健康診断病院入院基本料（7対1及び10対1限る）、救急救急入院料、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、特別集中治療室管理料、小児特別集中治療室管理料、総合病院集中治療室管理料、新生児特別集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料の各料金に係る加算である。

（2）救急医療に係る搬送件数実績満1,200件以上（救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター）

（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 病院勤務医の業務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勤務状況を把握していること。

③ 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軽減及び処遇の改善に資する計画を作成すること。また、計画作成に当たっては、次に掲げるア～ウ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（※1）。

⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～ウ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（※1）。

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救急医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

【注目ポイント】非常に大きな改訂といえるが、保険医療のあり方を問うべき課題が示されている。これまで厚生労働省が示した医師の時間外労務規制についてや、医師の労働時間短縮に向けた積極的な取組の提案を参照し、推進していく必要がある。
入院基本料等算加

【参考】
※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
〇 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病院職員（具体的には年間救急車等2,000台以上）について、地域医療の確保を図る観点から算出を行うことを検討。
〇 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る医療機関（A水準相当）を対象として、地域医療に特別な役割がある、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。
と付記されている。

【注目ポイント】
この算出は救急車を多く応需して地域に欠くことができない役割をはたしている全国病院職員において、医師の過重労働の軽減を進めるための加算を行うため、医師の労働内容を把握することと、タスクシェア化によって医師の負担軽減を進めるための加算を行う。評価できる算出であるが、医療機関全体で取り組むべき課題を進めていく必要があることを示している。

★医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療機関の見直し並びに地域算加の見直し
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、見直し見直し、対象地域を見直す。 医療資源の少ない地域が提示されている。
2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、地域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。

【医師事務作業補助体制加算】
[施設基準]
ウ 基本診療料の施設基準等別表第六条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、が新設された。
※施設画像診断、処置の休日観察１、時間外観察１及び深夜観察１、手術の休日観察１、時間外観察１及び深夜観察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成（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迅速細胞診（受診側）についても同様。
3. 地域算出について、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。
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

★地域包括ケア病棟入院料（管理料）1・3に係る実績要件の見直し

経過措置  令和2年9月30日まで

<table>
<thead>
<tr>
<th>在宅等から入院した患者の数</th>
<th>現行</th>
<th>改定後</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1訪問以上（12訪問未満の病室は3人以上）</td>
<td>1訪問5回以上（12訪問未満の病室は3人6人以上）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>自宅等からの急患患者の受入（3月）</td>
<td>3人以上</td>
<td>5人以上</td>
</tr>
</tbody>
</table>

在宅医療等の提供

<table>
<thead>
<tr>
<th>再開発型医療施設等の算定等</th>
<th>現行</th>
<th>改定後</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>以下（4つ）のうちいずれか2つを満たすこと</td>
<td>以下（4つ）のうちいずれか2つを満たすこと</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>在宅居宅診療所等の算定等（3月）</td>
<td>在宅居宅診療所等の算定等（3月）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>出勤前の診療等の算定等（3月）</td>
<td>出勤前の診療等の算定等（3月）</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>退院日後60日目前の診療等の算定等（3月）</td>
<td>退院日後60日目前の診療等の算定等（3月）</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

【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た患者が同一保険医療機関内で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は、診断群分類点数表に定められた入院日より後の間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日より後の間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。

なお、入院日より2日を超えた日以降は、医点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することによりが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該転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。

![DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直しの図](image-url)
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

★施設基準の見直し

【解説】

・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・地域連携業務を担う部門の設置」を要件（義務化）とする

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

施設基準のリハビリテーション提供にあたる要件追加

→ 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。

・地域包括ケア病棟入院料の施設基準において「適切な意見決定支援に関する指針（いわゆるACP）を定めていること」を要件とする

→ 経過措置 令和2年9月30日まで

・許可病床数400床以上の病院に設置する「地域包括ケア病棟」について、入院患者のうち同一医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が6割以上である場合に入院料を減額 入院料減算（90/100で算定）

→ 経過措置 令和2年9月30日まで

・許可病床数400床以上の病院において、地域包括ケア病棟の新設を認めない（ただし既に保有する地域包括ケア病棟は維持できる）

→ 地域包括ケア病棟（病室単位含む）の新たな届出不可 （現時点届出医療機関は、維持可）
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

★施設基準の見直し

【解説】

「入退院支援・地域連携業務を担う部門の設置」の要件化、「入退院支援加算」の要件緩和（非常勤スタッフの活用を可能とする）、「リハビリの必要性判断」の要件化、「適切な意思決定支援に関する指針（いわゆるACP）を定めていること」、現在は、「SUB ACUTE患者受け入れ実績の評価」の1要件となっているACP（ADVANCED CARE PLANNING、人生の最終段階で自分が受けたい医療・ケア、受けたくない医療・ケア（例えば延命治療など）について医療関係者や家族・友人等と繰り返し話し合うプロセス）について、すべての地域包括ケア病棟を持つ病院で要件化（指針を定めることのみが要件）細かい要件を見落とすこと無く対応しなくてはならない。

2014年度の診療報酬改定にて、地域包括ケア病棟が設立され、急性期後患者の受け入れ（POST ACUTE）機能、在宅等で療養する患者が急変した場合等の受け入れ（SUB ACUTE）機能、在宅復帰支援機能の3機能を併せ持つ病棟・病床として創設されましたが、7対1（現急性期1）を維持するためにPOST ACUTEとしてしか活用しない病棟が一部にあったことから（7対1で「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たさなかった患者」を自院の地域包括ケア病棟に転棟させ、7対1病棟の重症患者割合を維持する）。2018年度改定では、地域包括ケア病棟におけるSUB ACUTE患者受け入れを推進するために、「SUB ACUTE患者受け入れ」実績の高い200床未満病院における地域包括ケア病棟を高く評価したものと考える。
回復期リハビリテーション病棟入院料

リハビリテーションの実績を適切に評価に反映する観点から、実績指数等に係る要件を見直すとともに、日常生活動作の評価に関する取扱いが見直された。

1. リハビリテーション実績指数の要件 水準の見直し
   1. 回復期リハビリテーション病棟入院料1：リハビリテーション実績指数（現行）37 → （改定後）40
   2. 回復期リハビリテーション病棟入院料3：リハビリテーション実績指数（現行）30 → （改定後）35

（経過措置） 令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとする。

2. 入院時FIM及び目標とするFIM、退院時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、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。

<table>
<thead>
<tr>
<th>回復期リハビリテーション病棟の対象疾患</th>
<th>※発症又は手術から入院までの期間＜削除＞</th>
<th>算定上限日数</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 脳血管疾患、腎臓損傷、頭部外傷、くも膜下出血の両側手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄損、多発性神経炎、多発性硬化症、聴神経損傷等の発症後もしくは手術後の状態又は義肢装置訓練を要する状態</td>
<td>2か月以内</td>
<td>150日以内</td>
</tr>
<tr>
<td>2 高度機能障害を伴った重度脳血管障害、重度の頭蓋損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷</td>
<td>2か月以内</td>
<td>180日以内</td>
</tr>
<tr>
<td>2 大脳、骨盤、脊椎、脊髄損傷又は腰痛の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態</td>
<td>2か月以内</td>
<td>90日以内</td>
</tr>
<tr>
<td>3 外科手術又は肺炎等の治療後の安静により通院症候群を有しており、手術後または発症後の状態</td>
<td>2か月以内</td>
<td>60日以内</td>
</tr>
<tr>
<td>4 大脳、骨盤、脊椎、脊髄損傷又は腰痛の神経、筋又は靭帯損傷後の状態</td>
<td>損傷後</td>
<td>60日以内</td>
</tr>
<tr>
<td>8 腎関節又は腰痛の腰痛術後の状態</td>
<td>損傷後</td>
<td>90日以内</td>
</tr>
</tbody>
</table>
回復期リハビリテーション病棟入院料

4. 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。
   · 重症者: 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下
   重症者の割合 入院料1・2 ... 3割以上、入院料3・4 ... 2割以上
   · 重症者における退院時の日常生活機能評価 （ ）内はFIM総得点
   回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 ... 3割以上が4点（16点）以上改善
   回復期リハビリテーション病棟入院料3・4 ... 3割以上が3点（12点）以上改善

5. 入院料1: 常勤の専任管理栄養士の配置を必須とする。
   · 回復期リハビリテーション病棟入院料2～6: 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。
（経過措置） 令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

6. その他
   · 医師事務作業補助者加算の算定が可能となったが、年間の緊急入院患者数が15対1で800名以上、20対1、25対1、30対1及び40対1が200名以上であり、50対1が100名以上、75対1及び100対1は50名以上の実績を有していることが要件の1つとなっているので留意が必要である。
疾患別リハビリテーション料

【注目ポイント】
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見直しが行われた。

1. 疾患別リハビリテーションの取扱いの見直し
   ○ リハビリテーション実施計画書の位置づけを明確化する。
     • 疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成すること。
     • リハビリテーション実施計画書の作成に当たり、ADL項目として、BI又はFIMのいずれかを用いること。
     • 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。
（「診療録にその要件を記載する」を削除）
   ○ 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。併せて参考様式を整理。

2. 呼吸器リハビリテーション料および難病患者リハビリテーション料の見直し
   • 呼吸器リハビリテーション料、難病患者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。

3. 腦血管疾患等リハビリテーション料の見直し
   • 言語聴覚療法のみを実施する場合の、脳血管リハビリテーション料（Ⅱ）規定を設ける。
疾患別リハビリテーション料

4. がん患者リハビリテーション料の見直し
・算定対象者について、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。

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

医師はリハビリテーションスタッフからの報告を受け、効果や進捗状況を確認し、診療録に記載する。
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を可能としている。

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

脳血管疾患等リハビリテーション料では発症等から180日、廃用症候群リハビリテーション料が120日、運動器疾患リハビリテーション料については150日を超えてリハビリテーションを行った場合、要介護被保険者等以外の患者である場合と入院中の要介護被保険者等である患者について1月13単位に限り、それぞれ定められた点数を算定できる。
疾患別リハビリテーション料
★多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

○摂食機能療法の加算の見直し 摂食機能療法の経口摂取回復加算について、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、名称の変更を行う。

・摂食嚥下支援加算（摂食機能療法） 200点（週1回に限り摂食機能療法に加算）

[算定対象]

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

[算定要件]

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

・年に1回、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を、別添2の様式43 の6を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
救急医療

地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点（入院初日日に限る）

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

[施設基準]

【救急医療に係る実績】
- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上である（※1）こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】
- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提示するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」（※2）の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組等の公開（当該保険医療機関内に掲示する等）

※1 診療報酬の対象となる医療機関（E水準相当）のうち、を対象として、地域医療機関総合確保基準において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア〜キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
イ 勤務計画書、連続当直を行わない勤務体制の実施
ウ 勤務間インターバルの確保
エ 予定手術等の当直及び夜勤に対する配慮
オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
キ 短時間正規雇用医師の活用
救急医療

★救急搬送看護体制加算（8001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料） 200点 → 1) 400点  2) 200点
1）の条件 ①救急車等の搬送件数が1000件/年以上
   ②複数の専任看護師
2）の条件  現行のまま

★A205  救急医療管理加算  1) 900点 → 950点  2) 300点 → 350点
2）については（コ）その他重症な状態を新設
1） 2)とも、適用項目によって重症度にかかわる指標の入院時の測定結果の記載、および3日以内に実施した検査、画像診断、処置または手術のうち主要なものの記載が必要となる。
【解説】
具体的な指標については、今後、記載要領通知で示される
（スライド13も参照のこと）

★A205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日） 12,000点 → 10,800点
[施設基準の緩和]  1）薬剤師、診療放射線技師および臨床検査技師の常駐要件を削除
   2）脳血管造影の常時施行を削除
   3）一般血液検査、凝固学的検査、心電図検査の常時施行を追加
[算定要件の追加]  1）必要に応じ薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師と連携すること
   2）適合する医療機関の外来でR-TPAを投与された後に患者を受け入れた場合も入院初日に限り加算できる
小児医療

★H007 障害児（者）リハビリテーション料
専従を求める療法士が専従を求める業務を実施していない勤務時間帯に他の業務に従事することは差支えない（がん患者リハビリテーション料についても同様）

★8001-2 小児外来診療料、8001-2-11 小児かかりつけ診療料・小児抗菌薬適正使用支援加算
算定対象となる患者を3歳未満→6歳未満に変更

★8009 診療情報提供料（Ⅰ）
[算定要件の新設]医療的ケア児に関する主治医と学校医との連携を評価

★8001 4 小児特定疾患カウンセリング料
[算定要件の見直し] 発達障害等、児童期精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、公認心理師が実施する場合の評価を新設する
また、対象に被虐待児等を含むことを明確化する

★8001 28 小児運動器疾患指導管理料
[算定要件の見直し] 1) 対象を12歳未満に拡大、2) 6月までは月1回の算定が可能、3) 届出を必要とする

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

★（新）乳幼児呼吸管理材料加算 1,500点

在宅療養指導管理料材料加算の通則の算定条件に6歳未満の乳幼児を追加（3月3回に限る）

[主な算定要件]

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

★訪問看護情報提供療養費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に15歳未満の小児を追加

★訪問看護情報提供療養費2

訪問看護ステーションから学校等への情報提供先に幼稚園や保育所を追加

※Ⅲ－3 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
がん医療

★8001-9 療養・就労両立支援指導料 1,000点→1) 800点、2) 400点
[算定要件の変更]
1) 職場の衛生管理者や保健師等に情報を提供した場合に算定（1月1回）
2) 1) 算定後に患者を指導した場合に算定（3月限度に月1回）

★8001-23 がん患者指導管理料「H」
[算定要件の緩和]
診療録等に記載→記載または説明に用いた文書の写しを添付する

★8001-24 外来緩和ケア管理料注4
[算定要件の緩和]
チームのすべての職種が実施した治療等を診療録に記載すること→削除

★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）
新たな評価を追加新設
[施設基準の追加]
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

※II-5 治療と仕事の両立に資する取組の推進
II-7-1 緩和ケアを含む高齢がん治療の評価

医師の配置について
[対象となる医師]
- 退職ケア医療師
- 退職サポートチーム医師
- 感染症対策医師

看護師の配置について
[対象となる職種]
- 看護師
- 医療技術者

外来緩和ケア管理料について

がん拠点病院加算の見直し

新たに指定された「がんゲノム医療拠点病院」については、「がんゲノム医療拠点病院」と同様に、「がんゲノム医療を提供する緩和医療機関に対する加算」の対象とするとともに、当該加算の名称を置く。

地域がん拠点病院 加算の見直し

地域がん拠点病院 加算の見直し

地域がん拠点緩和医療病院 加算の見直し

地域がん拠点緩和医療病院 加算の見直し

地域がん拠点緩和医療病院 加算の見直し

地域がん拠点緩和医療病院 加算の見直し

地域がん拠点緩和医療病院 加算の見直し
がん医療

★A310 緩和ケア病棟入院料1
平均在院日数に係る要件を削除するとともに、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とする

★質の高い外来化学療法の評価（新）連携充実加算160点（月1回）
[算定要件] 1）医師の指示に基づき薬剤師が指導、2）他の医療機関や薬局に文書で治療内容を提示等
[施設基準] 1）外来化学療法算1を取得、2）レジメンに関する委員会に管理栄養士が参加、
3）地域医療機関や薬局との体制整備、4）経験のある専任の常勤管理栄養士

★遺伝性乳がん家族がん症候群の症状である乳がんや卵巢・卵巣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・卵巣管切除について評価する
（新）BRCA1/2遺伝子検査2 治療剤を併用するもの 20,200点
（新）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 300点
K475（乳房切除術）、K888（子宮再発器局所切除術）に掲げる手術については、遺伝性乳癌家族症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

★H007-2 がん患者リハビリテーション料205点
[算定要件の変更] 疾病から実施される治療（手術、化学療法、放射線治療、造血細胞移植）に要件を変更する

★B001-7 リンパ浮腫指率管理料 100点、H007-4 リンパ浮腫複合的治療料 1）200点、2）100点
[算定要件の変更] 原発巣の部位ではなく、細胞療、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節廓清を伴う悪性腫瘍手術を行ったものを原発性リンパ浮腫と診断されたものに変更

※II-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
療養病棟・在宅医療

【総評】
当該入院料については前回改定で抜本的な報酬体系の見直しが行われたため、今回は小幅な修正にとどまったという印象が強い。2025年の病床再編のゴールに向けて、過去の改定で推し進めてきた
・「急性期縮小」⇒「療養・在宅へ」の流れを強化
・地域包括ケア（医療・介護・生活支援の連携、多職種連携）の推進
等の取り組みを、さらに後押しする改定内容となっている。
在宅医療・訪問看護についても、過去改定で在宅医療管理料や医学管理料など根幹をなす報酬見直しが行われてきたため、今回は要件の明確化などの小幅な見直しが中心であるが、病床再編の受け皿として在宅医療・訪問看護が担う役割と重要性は増しており、多岐にわたりきめ細かな検討・改定が行われている点は意義深い。
療養病棟・在宅医療

【療養】主な改定項目

療養病棟入院基本料

△ 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直し

△ 中心静脈カテーテル等の適切な管理を推進する観点から、施設基準や医療区分の要件を見直し

△ データを用いた診療実績に適切な評価のため、データ提出加算の要件を200床未満の病院にも拡大

------------------------------

その他 療養・慢性期関連項目

△ 認知症ケア加算の見直し

△ 排尿自立指導料の見直し

△ 摂食嚥下リハビリテーションの評価

△ 療養病棟における夜間看護体制の充実

△ 医療事務作業補助体制加算の算定病床を拡大

------------------------------

□ 診療情報提供料（Ⅲ）
療養病棟・在宅医療

【在宅】主な改定項目

高齢化、病床再編に伴う在宅医療・訪問看護の需要拡大を踏まえ、質の向上や効率化等に主眼を置いた見直しがされている。

在宅医療

- 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2について、複数の医療機関が継続的に訪問診療を実施する場合の要件明確化
- 在宅療養支援病院の往診医に係る要件を明確化
- 在宅患者訪問看護管理指導料の要件見直し
- 在宅療養支援病院として届け出可能な医療機関を、許可床数280床未満の保険医療機関まで拡大

訪問看護

- 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し
- 訪問看護・指導体制充実加算の新設
- 同一建物居住者に対する複数名・複数回の訪問看護の見直し
- 理学療法士等による訪問看護の見直し
- 専門性の高い看護師による同行訪問の評価拡大
- 訪問看護における特定保険医療材料の見直し
- 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化
- 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大

※Ⅲ—1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
Ⅲ—3 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
精神科領域

【総評】

日本病院会からの要望のうち、栄養サポートチーム加算の対象病棟の拡大と、持続性抗精神病薬剤の包括からの除外については完全に認められ、またクロザピンの導入についても、精神科急性期病棟において使用しやすくなったことやヘモグロビンA1C検査の要件変更など、要望の一部が認められた。精神科リエゾンチームについての見直しはなかったが、せん妄ハイリスク患者ケア加算の新設や認知症ケア加算の医師・看護師の要件緩和、精神科身体合併症管理加算の期間延長と増点など、総合病院における精神科医療の役割がさらに評価される結果であった。

病院精神科委員会では時期尚早と見送ったが、日本精神神経学会と全国自治体病院協議会からは、精神科包括支援マネジメント料の新設を要望していた。これは患者の生活機能に焦点をあて、多職種での評価と計画、地域支援機関とのケア会議を、入院から外来まで通して行うものだが、今回の改定で退院時と外来でのケア会議等に点数がついた。まだまだ要件は厳しいが一歩前進と言える。一方で精神科救急入院料に関して、診療内容による施設基準の変更ではなく、大病院に有利なように病床数の制限が加えられたことには疑問を感じる。

今回、再入院の抑制が期待できるクロザピンや持続性抗精神病薬剤が導入しやすくなったこと、退院時や外来でのケア会議が評価されたことなど、患者の退院支援や地域定着支援に目を向けた改定が散見される。しかし精神科の診療報酬体系は圧倒的に入院偏重であり、ひたすら入院患者を抱えている昔からの病院が経営上有利なことに変わりはない。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されたのは平成16年である。厚労省がこれを真剣に実現しようと考えるならば、退院支援にインセンティブが働くような画期的な診療報酬改定が必要である。
精神科領域

【診療報酬検討委員会からの要望とその結果】
今回の改定により、要望が十分認められたものに○、一部認められたものに△、関連のあったものに△、認められなかったものに×を付した。

【1. 重点項目】
× 他医療機関受診の見直し
△ 精神科リエゾンチーム加算の見直し
○ 栄養サポートチーム加算の対象病棟の拡大

【2. 入院の要望】
○ 高額薬剤（持続性抗精神病薬注射薬剤）の算定要件の見直し
× 総合入院体制加算の施設基準の見直し
○ クロザピン、電気刺激療法導入目的に関する評価
△ クロザピン投与に伴う検査料の包括からの除外
× 精神病棟入院基準における平均在院日数の見直し
× 精神科救急入院料の施設基準の見直し

【3. 外来の要望】
× 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の見直し
精神科領域

【個別の改定項目についての解説】

★A233-2 栄養サポートチーム加算の見直し

算定対象となる入院料に、精神科病棟入院基本料が追加された。しかしチーム員の要件として日本静脈経腸栄養学会が認定した教育施設での合計40時間の実地修練を終了した看護師、薬剤師または管理栄養士が必要なことや、週に一度の回診やカンファレンスが必要なことより、単科精神科病院での算定はハードルが高いかもしれない。

★B004 B005 精神病棟における退院時共同指導の評価

精神科退院時共同指導料が新設された。共同指導料1は入院している病院の多職種チームと外来医療を行う保険医療機関の多職種チームが共同で指導した場合に、共同指導料2は入院している病院の多職種チームと訪問看護ステーションの看護師や作業療法士または市町村や都道府県の担当者と共同で指導した場合に、入院中1回に限り算定できる。対象者は措置入院患者が「包括支援マニュアル実践ガイド」に示された重点的な支援が必要な患者である。共同指導料1は措置入院患者の場合1,500点、その他は900点、共同指導料2は700点である。参加者の時間調整も含め、開催に多大なる労力を要する退院時のケア会議に点数がついたことは評価できる。

★I002 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

上記の精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対し、外来診療で多職種による支援や指導を行った場合は、1年を限度に月1回250点が退院在宅・精神療法に加算される。また3か月に1度カンファレンスを開催することも条件となる。入院患者の退院支援や地域定着支援に対し、外来での取り組みにも評価が得られたことは意義深い。しかしながら多くの単科精神科病院は、自院を退院する患者に対しては共同指導料を算定できないことが分かれるので、この加算は細かな努力に応える可能性がある。次回改定時に算定要件の拡大が望まれる。

★I016 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

これまで精神科在宅患者管理支援料は、月1回6か月が限度であったが、今回、精神科在宅患者管理支援料3が設けられ、引き続き訪問診療が必要な患者には2年まで算定できるようになった。また保健全所等の関係機関職員とのカンファレンスも初回のみ対面で、2回目以降はビデオ通話によるカンファレンスも可能になった。
精神科領域

A318 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

平成28年度改定で新設された地域移行強化病棟入院料は、1,527点と精神療養病棟入院料の1,090点と比べ圧倒的に高く、長期入院患者の退院支援を重点的に実施する病棟として期待されている。今回の改定では、当該保険医療機関の精神病床の利用率が90%以上から85%以上に引き下げられ、当該病棟からの1年以上の長期入院患者の自宅等への退院が、月平均で該当病棟の1.5%以上から2.4%以上に引き上げられた。この意味は、平均1人退院させるための届け出病床が、これまでの66床以下から41床以下でなければならなくなったということである。また専従の精神保健福祉士の配置要件が緩和され、2名の専従（入院患者が40を超える場合は3名以上）から1名の専従と1名の専従（入院患者が40を超える場合は2名以上）となった。

A249 精神科急性期医師配置加算の見直し

平成28年度改定で、精神科急性期病棟の常勤医師を、入院患者16人に対して1人以上配置した場合、急性期病棟入院料にさらに1日につき500点が加算された。今回の改定では従来の新規入院患者の自宅等への移行率に加え、その病棟で新規にクロザピンを導入した実績によって3つの類型ができた。急性期医師配置加算2は総合病院精神科を想定しており、これまでと同じ条件で500点である。急性期医師配置加算1と3は単科精神科病院を想定している。新規のクロザピン導入患者が年間6人以上なら急性期医師配置加算1で600点、年間3人以上なら急性期医師配置加算3で450点となった。

精神科療養病棟入院料等における持続性抗精神病薬注射薬剤の取り扱いの見直し

精神科医療のなかでは高額な持続性抗精神病薬注射薬剤の薬剤料の包括範囲が見直され、療養病棟やスーパー救急病棟など「マルメ」病棟では除外しとなった。これで急性期患者への新規に導入しやすくなった。さらに投与開始日から60日以内という条件が付けられた。持続性抗精神病薬注射薬剤の意義はあくまでも外来での維持療法にあるので、療養病棟で浸漬と使用することは適切ではない。よってこの条件は理にかなっている。

精神科急性期病棟におけるクロザピンの普及推進

クロザピンの新規導入を目的に転棲した患者について、精神科救急入院料等を算定できるようになり、またこれらの患者は自宅等への移行率の対象から外されることになった。この改定によりクロザピンの導入は増えると思われるが、クロザピン開始初期の無顔眠症や心筋炎などの合併症は重篤であり、容易な導入は慎むべきであろう。
精神科領域

★A311 精神科救急入院料の見直し

平成30年度改定で精神科救急入院料の病床数に上限が設けられた。平成30年3月31日時点で基準を超えた病床を有する保険医療機関においては届け出し病床数が維持できたが、今回の改定で、これが令和4年3月31日までと期限が設けられた。病床数の上限は300床以下の場合は60床まで、300床を超える場合は病床数の2割以下である。病棟機能を検討し、病床をコンパクトにして精神科救急・急性期治療に特化した300床以下の病院では、精神科救急入院料病床を減らさなければならなかったかもしれない。一方、昔ながらの経営方針で病床数を維持している大きな精神科病院ではあまり影響ないかもしれない。

★A237 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

精神科医療でも、ハイリスク分娩管理加算を算定できるようになった。

★B001-4 児童期における精神疾患に対する支援の充実

小児特定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が新設された。また被虐待児や虐待が疑われる子供も小児特定カウンセリング料の対象となった。被虐待児を含め、児童期における精神科医療の関与が今後ますます重要になると思われる。しかししながら、小児特定カウンセリング料は小児科または心療内科を標榜する保険医療機関でなければ算定できない。「児童期における精神疾患に対する支援の充実」と譲いながら、精神科ではなく心療内科の標榜を求めている点は理解できない。

★クロザピン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

妊娠などと同じように、クロザピン投与中の患者は毎月ヘモグロビンA1Cが算定できるようになった。

★A230-3 精神科身体合併症管理加算の見直し

精神科身体合併症管理加算の日数の上限が見直され、8日以上10日以内225点から、8日以上15日以内にそれぞれ600点に変更された。
精神科領域

★精神療養棟におけるリハビリテーションの推進

長期入院患者の高齢化に伴い、脳血管疾患等リハビリテーション料や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などのリハビリテーションが精神療養棟内で算定できるようになった。見直しにかかわる改定に見えるが、このようなリハビリテーションは精神病床の本来の業務とは異なる上に、リハビリテーション専任の医師、理学療法士、作業療法士が必要なことなどより、ほとんどの病院は算定できない。むしろ長期入院患者のリハビリテーションの必要性を厚労省が真剣に考えているのなら、精神障害者でも積極的に受け入れてくれる回復期リハビリテーション病棟などにインセンティブを与える方が合理的なのではないだろうか。

★I006-2 ギャンブル依存症に対する治療の評価

いわゆるIR推進法に関連して、薬物依存症に加え、ギャンブル依存症も依存症集団精神療法の対象となった。

その他、精神科に関連するものとして、以下があげられる。

★D285 認知機能検査等の算定要件の新設

点数に変更はないが、長谷川式やMMSEは疾患の早期発見を目的とする簡易な検査と位置付けられ、3か月に1回に限り算定できると明記された。同じ認知症の検査でもFABやMOCA-J、NPIなどは毎月算定できる。

★A247 認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の評価体系が2段階から3段階に見直され、また医師や看護師の要件が若干緩和された。

★A247-2 せん妄予防の取組の評価

せん妄高リスク患者ケア加算100点が新設され、せん妄予防の対応に新たな評価がなされた。

★ 精神障害者を有する者への訪問看護の見直し

その月の初回の訪問看護時のGAF尺度を記載することが要件に加えられた。
医療におけるICTの利活用

【注目ポイント】
標準的医療情報システムに関する検討会の開催について、次世代医療ICT基盤協議会決定 1. 電子カルテをはじめとする医療情報システムの標準的なあり方を明らかにすることにより、医療の質・効率性や患者・国民の利便性向上、臨床研究等の研究開発、産業競争力の強化、社会保障のコストの効率化の実現を図るため、次世代医療ICT基盤協議会のもとに、標準的医療情報システムに関する検討会（以下、「検討会」という。）を開催するとされたが、検討作業部会のみ開催されたが、成案は示されていない。

- 1. 電子カルテをはじめとする医療情報システムの標準的なあり方を明らかにすることにより、医療の質・効率性や患者・国民の利便性向上、臨床研究等の研究開発、産業競争力の強化、社会保障のコストの効率化の実現を図るため、次世代医療ICT基盤協議会のもとに、標準的医療情報システムに関する検討会（以下、「検討会」という。）を開催するとされたが、検討作業部会のみ開催されたが、成案は示されていない。

- 2. 評価方法と指標を提案することにより、医療の質・効率性や患者・国民の利便性向上、臨床研究等の研究開発、産業競争力の強化、社会保障のコストの効率化の実現を図るため、次世代医療ICT基盤協議会のもとに、標準的医療情報システムに関する検討会（以下、「検討会」という。）を開催するとされたが、検討作業部会のみ開催されたが、成案は示されていない。

- 3. 要件の見直しと整備を図ることにより、医療の質・効率性や患者・国民の利便性向上、臨床研究等の研究開発、産業競争力の強化、社会保障のコストの効率化の実現を図るため、次世代医療ICT基盤協議会のもとに、標準的医療情報システムに関する検討会（以下、「検討会」という。）を開催するとされたが、検討作業部会のみ開催されたが、成案は示されていない。

- 4. 資源の有効活用と医療情報の共有を図ることにより、医療の質・効率性や患者・国民の利便性向上、臨床研究等の研究開発、産業競争力の強化、社会保障のコストの効率化の実現を図るため、次世代医療ICT基盤協議会のもとに、標準的医療情報システムに関する検討会（以下、「検討会」という。）を開催するとされたが、検討作業部会のみ開催されたが、成案は示されていない。

- 5. 限界技術の実用化を目指すことにより、医療の質・効率性や患者・国民の利便性向上、臨床研究等の研究開発、産業競争力の強化、社会保障のコストの効率化の実現を図るため、次世代医療ICT基盤協議会のもとに、標準的医療情報システムに関する検討会（以下、「検討会」という。）を開催するとされたが、検討作業部会のみ開催されたが、成案は示されていない。

- 6. に基づく医療情報の共有と利用を目指すことにより、医療の質・効率性や患者・国民の利便性向上、臨床研究等の研究開発、産業競争力の強化、社会保障のコストの効率化の実現を図るため、次世代医療ICT基盤協議会のもとに、標準的医療情報システムに関する検討会（以下、「検討会」という。）を開催するとされたが、検討作業部会のみ開催されたが、成案は示されていない。
医療におけるICTの利活用

★算定要件の見直し

・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、オンライン診療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。

・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。

・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、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上で一次性頭痛（※1）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通院が必要なものに限ること。

※1 明らかな基礎疾患のない慢性の頭痛

・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。
医療におけるICTの利活用

【オンライン診療料の施設基準】

ロ（削除）

（新設）ニ 当該保険医療機関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の次のいずれかに該当する患者

イ 次の①から⑩（※2）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。

※2 ①特定疾患療養管理料、②地域包括診療料、③小児科療養指導料、④認知症地域包括診療料、⑤てんかん指導料、⑥生活習慣病管理料、⑦難病外来指導管理料、⑧在宅時医学総合管理料、⑨糖尿病透析予防指導管理料、⑩精神科在宅患者支援管理料

ハ 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。
医療におけるICTの活用

★（新）【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（※2）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100点を算定する。

※2 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。

「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。

「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】

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。

★情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

べき地、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。

【具体的な内容】

べき地、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。
医療におけるICTの利活用

遠隔連携診療料の創設

- 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。

外来患者へのオンライン服薬指導

(新)薬剤服用履歴管理指導4.情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合49点（月1回まで）

- 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により効果が交付された患者、かつ、
- 再度6回以内に薬剤服用履歴管理指導者が患者を訪問した患者

【対象要件】
- 演示法及び処方及び関連書類に沿って実施すること
- 掃原の処方箋を提出し、当該処方に準じて実施すること
- 通常の医薬品の処方及び関連書類の原形を保持すること
- 通常の医薬品の処方及び関連書類の原形を保持すること

★情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

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。

【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。
医療におけるICTの利活用

★ 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進
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。
【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。

★ BO01-9 外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し
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。
【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。

★ BO01-3-2 ニコチン依存症管理料の見直し
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。
【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。

【ニコチン依存症管理料】
1. ニコチン依存症管理料
<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>点数</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>初回</td>
<td>230</td>
</tr>
<tr>
<td>2回目から4回目まで</td>
<td>184</td>
</tr>
<tr>
<td>(1) 対面で診療を行った場合</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(2) 情報通信機器を用いて診療を行った場合</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>5回目</td>
<td>180</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2. ニコチン依存症管理料（一連につき） | 800  |
医療機関における業務の効率化・合理化

会議や研修の効率化・合理化

会議
安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、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。

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

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

記録の効率化・合理化

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

レセプト摘要欄
画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

施設基準の届出について、揺式の簡素化や添付資料の低減等を行う。

文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。
DPC/PDPS

★DPCにかかる診療報酬改定のポイント

1. 基礎係数（医療機関群）については、現行の3つの医療機関群の設定方法と4つの評価基準を継続する
   1) 3つの医療機関群
      (1) DPC標準病院群（1,519病院、基礎係数1.0404）
      (2) 大学病院本院群（82病院、基礎係数1.1327）
      (3) DPC特定病院群（156病院、基礎係数1.0708）
   2) 4つの評価基準
      (1) 基礎係数（医療機関群）：現行の設定方法を維持
      (2) 機能評価係数　Ⅰ：新設の地域医療体制確保加算へ対応
      (3) 機能評価係数　Ⅱ：一部の項目に要件見直しや項目新設
      (4) 激変緩和係数：現行の設定方法を維持するが改定年度については変動に関して、推計診療報酬変動率が2%を超えないように設定

※分類そのものは、現行と比較すると、傷病名（505→502）、診断群分類数（4,955→4,557）、包括対象（4,296→3,990）、支払い分類（2,462→2,260）と全てが減少している。
DPC/PDPS

★見直しポイントについて

1）機能評価係数：基本的評価軸6つの係数について「地域医療指数の評価項目」に見直しあり。

（1）治験等の実施

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

＜改定＞
・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治療が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治療が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）
・20例以上の治療（※）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

※いずれか1項目を満たした場合（1P）：DPC標準病院群

（2）新型インフルエンザ対策（新設）
・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）
2）再入院時の加算の取扱について

入院加算が通算される再入院時は算定出来ず、入院中に1回のみ算定が可能とされている加算等のうち、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するものについては、入院期間が通算される再入院の場合は算定出来ないことの明確化。

＜例＞

初回入院初日にA234-3患者サポート体制充実加算を算定した場合、退院後10日経過して再入院した場合、再入院時の入院初日にはA234-3の患者サポート体制充実加算は算定不可であることを明確にした。

3）DPC対象病棟から地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

＜例＞

（1）一般病棟（DPC）から地域包括ケア病棟（他病棟の地域包括ケア病室を含む）へ転棟する場合、＜現行＞では、転棟後は地域包括ケア病棟・病室の点数を賛成する→＜改定＞後は、転棟後もDPC/PDPSによる点数を算定する（期間Ⅱまで）

（2）同一病棟内で地域包括ケア病室に転室する場合は現行どおり
DPC/PDPS

★DPCデータ（様式1）の見直しとデータ提出加算、今後の課題について

1）DPCデータ（様式1）の見直し
   （1）要介護度：療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく全ての病棟で入力必須
   （2）要介護情報：上記と同様の条件と栄養の摂取方法の項目追加
   （3）ADLスコア：地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟も必須化
   （4）SOFAスコア/PSOFAスコア：特定集中治療室管理料3及び4を追加
   （5）予定・救急医療入院：救急医療管理加算の見直しに伴い見直し
等がある（詳細は影響調査説明書等を参照のこと）

2）データ提出加算の見直し：診療実績の評価のためデータ提出加算の要件の範囲拡大→DPC対象、準備病院でなくても対応が必須なので注意のこと
＜現在＞回復期リハ病棟5、6、療養病棟はデータ提出は不要
＜改訂後＞データ提出が必須（※経過措置あり）

※その他の急性期一般2～7および、回復期リハ病棟1から4までの病院に対しての経過措置は令和2年3月31日までに終了
※また、提出データ評価加算も見直しがされているので確認のこと

3）今後の課題：DPC対象病院全体の分布における位置を各病院に連絡し、その後の当該指標の変化について分析→医療資源投入量、在院日数、転棟した症例の占める割合、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の占める割合の指標。また、診療実態の状況や具体的原因の調査：医療資源投入量が少なく「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の占める割合が高い病院や在院日数が短く、自院他病棟への転棟割合が高い病院について、書面調査や個別のヒアリングを行う。
### 経過措置について

<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>経過措置</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. 初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件</td>
<td>令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）」とあるのは、「許可病床400床以上」地域医療支援病院」とする。</td>
</tr>
<tr>
<td>2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法</td>
<td>令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料（7対1結核病棟、10対1一般病棟）、専門病院（10対1）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。</td>
</tr>
<tr>
<td>3. 重症度、医療・看護必要度の施設基準</td>
<td>令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料4を除く）、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>4. 重症度、医療・看護必要度の施設基準</td>
<td>令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>5. 重症度、医療・看護必要度の施設基準</td>
<td>許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料1若しくは2、3又は4の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料2若しくは3、3又は4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ2％緩和する。</td>
</tr>
<tr>
<td>6. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法</td>
<td>令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。</td>
</tr>
<tr>
<td>7. ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法</td>
<td>令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。</td>
</tr>
<tr>
<td>8. 療養病棟入院基本料</td>
<td>令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>9. 療養病棟入院基本料の注11</td>
<td>療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>項目</td>
<td>経過措置</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>10 総合入院体制加算</td>
<td>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。</td>
</tr>
<tr>
<td>11 抗菌薬適正使用支援加算</td>
<td>令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関について、令和2年9月30日までの間に限る。院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>12 データ提出加算（療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6）</td>
<td>令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟（許可床数が200床未満の医療機関に限る。）については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>13 データ提出加算（療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6）</td>
<td>令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満（令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていただ急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く。）であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>14 入退院支援加算3</td>
<td>令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>15 小児入院医療管理料5</td>
<td>令和2年3月31日時点で、小児入院医療管理料5の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、小児入院医療管理料5における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること」を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>16 回復期リハビリテーション病棟入院料</td>
<td>令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、回復期リハビリテーション病棟入院料における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること」を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>17 回復期リハビリテーション病棟入院料1・3</td>
<td>令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 経過措置について

<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>経過措置</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18</td>
<td>地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）  令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院については、令和3年3月31日までの間限り、退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>地域包括ケア病棟入院料  許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院を有するものについては、同年9月30日までの間限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）  令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病院については、令和2年9月30日までの間限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）  令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病院又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>精神科救急入院料の見直し  当該病棟の病床数は、当該病棟の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病棟の精神病床数が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、現在当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現在届出れた病床数を維持することができる。</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し  令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病院については、「（14）から（17）までを規定に限り、従前の例により施設移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療機関の見直し  平成2年3月31日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、必要や効力を有するものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>連携充実加算（外来化学療法加算）  令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、「当該保険医療機関において医療薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を1回以上実施すること」の基準を満たしているものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）  令和2年3月31日時点で、経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている保険医療機関は、同時で配置されている「専従の常勤語聴覚士」が引き続き摂食嚥下支援チームの「専任の常勤語聴覚士」として届出を行う場合には、令和4年3月31日までの間限り、「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事の経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定を満たしているものとする。</td>
</tr>
</tbody>
</table>
経過措置について

<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>経過措置</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>27 精神科在宅患者支援管理料の見直し</td>
<td>令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定できる。</td>
</tr>
<tr>
<td>28 Bence Jones蛋白定性（尿）</td>
<td>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。</td>
</tr>
<tr>
<td>29 アルブミン（BCP改良法・BCG法）</td>
<td>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。</td>
</tr>
<tr>
<td>30 CK－MB（免疫阻害法・蛋白量測定）</td>
<td>免疫阻害法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>31 動物使用検査</td>
<td>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。</td>
</tr>
<tr>
<td>32 網膜中心血管圧測定</td>
<td>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。</td>
</tr>
<tr>
<td>33 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準（医療資源の少ない地域）</td>
<td>令和2年3月31日時点で、調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っている薬局については、令和4年3月31日までの間に限り、改正前の基本診療料の施設基準等別表第6の2に規定する地域に所在するものとする。</td>
</tr>
<tr>
<td>34 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局（後発医薬品減算）</td>
<td>後発医薬品の調剤剤割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。</td>
</tr>
<tr>
<td>35 地域支援体制加算</td>
<td>調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。</td>
</tr>
<tr>
<td>36 特定薬剤管理指導加算2</td>
<td>令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準を満たしているものとして取り扱う。</td>
</tr>
</tbody>
</table>

令和2年4月1日から算定を行うためには、令和2年4月20日（月曜日）（必着）までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
施設基準（基本診療料）

基準診療料の施設基準等に係る届出書

施設基準等届出書

病院名称

指定診療料

施設基準（基本診療料）

施設基準等届出書

病院名称

指定診療料

施設基準（基本診療料）
# 施設基準（基本診療料）

<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>名称</th>
<th>内容</th>
<th>医療機種</th>
<th>特定疾病</th>
<th>医療機種</th>
<th>特定疾病</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>12</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1301</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1302</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1303</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1304</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1305</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1306</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1307</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>1308</td>
<td>腎臓疾患を伴う消化器障害</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
</tr>
</tbody>
</table>

※所定の治療料を含む。

以上の表は、ある特定の診療料を示しています。各項目の内容や適用範囲は、具体的な医療機種や特定の病名によります。詳細については、医療機関にご確認ください。
施設基準（基本診療料）

- オンライン診療料（頭痛患者の診療に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
- 結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料（重症度、医療・看護必要度に係る基準及び常勤の医師の員数の基準に該当する場合に限る。）
- 緩和ケア診療加算（別添3の第14の1の（1）に規定する緩和ケアチームのうち身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師が第14の1の（5）のうに規定する研修のみ終了している者である場合に限る。）
- 入退院支援加算の注8に掲げる総合機能評価加算
- 認知症ケア加算2
- せん妄ハイリスク患者ケア加算
- 精神科急性期医師配置加算1
- 精神科急性期医師配置加算3
- 排尿自立支援加算
- 地域医療体制確保加算
- 特定集中治療室管理料の注5に掲げる早期栄養介入管理加算
- 緩和ケア病棟入院料1
施設基準（基本診療料）

★施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なものの①

① 認知症ケア加算3（令和2年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A247に掲げる認知症ケア加算2に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

② 精神科急性期医師配置加算2のイ及びロ（令和2年3月31日において、現に旧算定方法別表第一区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

③ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料7、地域一般入院基本料を除く。）（急性期一般入院料1、2、3、5及び6については令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合、急性期一般入院料4については令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

④ 療養病棟入院基本料（当該入院料の施設基準における「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和2年11月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

⑤ 療養病棟入院基本料（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注111に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

⑥ 結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和2年11月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
施設基準（基本診療料）
施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの②

- 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 総合入院体制加算（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 救急医療管理加算
- 急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 看護補助加算1（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- データ提出加算
- 入退院支援加算3（入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師の規定を満たすことにより令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1（管理栄養士の配置に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3（リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
施設基準（基本診療料） ★施設基準の改正により、令和2年3月31日において現在相当点数を算定していた保険医療機関であっても、令和2年4月以降において相当点数を算定するに当たり届出の必要なもの③

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

■ 地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

■ 地域包括ケア入院管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

■ 地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

■ 地域包括ケア入院管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

■ 精神科救急入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

■ 精神科救急・合併症入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

■ 特定一般病棟入院料の注7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

■ 特定一般病棟入院料の注7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日移行に引き続き算定する場合に限る。）
### 施設基準（特設診療料）

<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>内容</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>患者管理基準の名称</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>患者管理基準の項目</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>患者管理基準の内容</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>患者管理基準の適用条件</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 十願の施設基準に係る届出書

<table>
<thead>
<tr>
<th>備考</th>
<th>内容</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1 | 本届出書に記載する施設名称及び診療科目を記入すること。
| 2 | 本届出書に記載する施設名称及び診療科目を記入すること。
| 3 | 備考欄に記載する施設名称及び診療科目を記入すること。
### 施設基準（特掲診療料）

<table>
<thead>
<tr>
<th>号数</th>
<th>名称</th>
<th>扱い</th>
<th>周間排出</th>
<th>罫当出</th>
<th>限度額</th>
<th>株式（除き金）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>00</td>
<td>招待型定期診療料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>01</td>
<td>招待型髄液検査および顕微鏡検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>02</td>
<td>招待型血検査および顕微鏡検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>03</td>
<td>招待型尿検査および顕微鏡検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>04</td>
<td>招待型診療料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>05</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>06</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>07</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>08</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>09</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>59</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>60</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>62</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>63</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>64</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>65</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>66</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>67</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>68</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>69</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>70</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>71</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>72</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>73</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>74</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>75</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>76</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>77</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>78</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>79</td>
<td>招待型検査料</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*注：以上の内容は要約したものです。詳細は元の文書をご覧ください。*
### 施設基準（特例診療料）

<table>
<thead>
<tr>
<th>病院等名</th>
<th>種類</th>
<th>中型基準</th>
<th>本数基準</th>
<th>許可状況</th>
<th>塾式（医療機関）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>例1</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例2</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例3</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例4</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例5</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例6</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例7</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例8</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例9</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
<tr>
<td>例10</td>
<td>医療機関等診療料</td>
<td>□</td>
<td>□</td>
<td>60</td>
<td>□</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 付記事項
- この基準は、医療機関等の環境に基づき、個別に検討して適用されます。
- 各項目の詳細は、医療機関等の管理上必要な範囲で必要に応じて変更することが可能です。
- 基準の適用は、医療機関等の管理上必要な範囲で必要に応じて変更することが可能です。
<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>名称</th>
<th>品目コード</th>
<th>項目コード</th>
<th>項目コード</th>
<th>項目コード</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1000</td>
<td>施設基準（特撮診療料）</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2000</td>
<td>人工呼吸機療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3000</td>
<td>内科療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4000</td>
<td>外科療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5000</td>
<td>妇人科療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6000</td>
<td>小児科療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7000</td>
<td>眼科療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8000</td>
<td>耳鼻科療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9000</td>
<td>皮膚科療法</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

...
### 施設基準（特掲診療料）

<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>名称</th>
<th>条項</th>
<th>再掲出</th>
<th>意匠設計</th>
<th>材料（面積）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>20</td>
<td>内科床等診療科、精神科等診療科</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 施設基準（特掲診療料）

<table>
<thead>
<tr>
<th>名称</th>
<th>視野</th>
<th>他</th>
<th>観点</th>
<th>視野</th>
<th>他</th>
<th>観点</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>92</td>
<td></td>
<td></td>
<td>93</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>94</td>
<td></td>
<td></td>
<td>95</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>96</td>
<td></td>
<td></td>
<td>97</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>98</td>
<td></td>
<td></td>
<td>99</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>101</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

(続)
施設基準（特掲診療料）

新たに施設基準が創設されたことにより、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの①

- 外来栄養食事指導料（注2に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合）
- 心臓ベースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算
- がん患者指導管理料のニ
- 婦人科特定疾患治療管理料
- 腎代替療法指導管理料
- ニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いる診療に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
- 療養・就労両立支援指図料の注3に掲げる相談支援加算
- 外来排尿自立指導料
- 精神科退院時共同指導料1
- 精神科退院時共同指導料2
- 在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導体制充実加算
- 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
- 睡眠時心肺筋電図検査
- BRCA1／2遺伝子検査
- がんゲノムプロファイリング検査
- 角膜ジストロフィー遺伝子検査
- 先天性代謝異常症検査
- 細胞・細菌核酸多項目同時検出
- 検体検査判斷料の注7に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
- 単線維筋電図
- 脳磁図（自発活動を測定するもの）
- 終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）
- 眼結膜所網膜電図
- 全視野精密網膜電図
- 経気管支凍結生検法
- 血流予備量比コンピューター断層撮影
- 全身MRI撮影加算
- 連携充実加算
- 経頭蓋磁気刺激療法
- 療養生活環境整備指導加算
- 非依存症集団療法2
- 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
- 多血小板血漿処置
施設基準（特設診療料）

- 心不全に対する遠赤外線温熱療法
- 乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌姦群患者に対する乳房切除術に限る。）
- 子宮内膜症の摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌姦群患者に対する乳房切除術に限る。）
- 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の処理療法に於ける処理療法再建加算
- 椎間板内核素注入療法
- 頭面内視頭挿入術（脳深部電極によるもの〈7本以上の電極による場合〉）に限る。
- 角膜移植術〈内皮移植算〉
- 羽根下咽頭悪性腫瘍手術〈軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。〉
- 羽根下喉頭悪性腫瘍手術
- 頸部リンパ節全摘術
- 肺気腫下拡大胸腺摘出術〈内視鏡手術用支援機器を用いる場合〉
- 頸部気管下肺悪性腫瘍手術〈区域切除で内視鏡手術を用いる場合〉
- 前隔下食道悪性腫瘍手術〈内視鏡手術が用いる場合〉
- 不整脈手術 左心耳閉鎖術（心臓手術療法によるもの）
- 両心室ペースメーカー移植術（心電解極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心電解極の場合）
- 植込み型除細動器移植術（心電解極を用いるもの）及び植込み型除細動器交換術（心電解極を用いるもの）
- 両室ペーシング機能付き植込み型除細動器移植術（心電解極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込み型除細動器交換術（心電解極の場合）
- 経皮的下肢動脈形成術
- 腹腔鏡下リノバ節群郭清術（後腹膜）
- 腹腔鏡下リノバ節群郭清術（傍下動脈）
- 腹腔鏡下十二指腸潰瘍切除術（内視鏡処置を併用するもの）
- 腹腔鏡下肺体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 腹腔鏡下肺頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 同種死体肺移植手術
- 腹腔鏡下腎盂形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 腹腔鏡下仙骨床固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）
- 無心体双胎焼灼術
- 胎児輸血術
- 同種クライオプレーシング作業
- 頸関節人工関節全置換術（歯科）
- 歯科麻酔代謝料
- 薬剤服用歴管理指導料の4に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導
- 薬剤服用歴管理指導料の注7に掲げる特定薬剤管理指導加算2
施設基準（特掲診療料）

★施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該漸数を算定していた保険医療機関であっても、令和2年4月以降において当該漸数を算定するに当たり届出の必要なもの

- 小児運動器疾患指導管理料
- 小児科外来診療料
- 摂食機能療法の注3に掲げる摂食嚥下支援加算（令和2年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和2年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の注3に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2月4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 導入期加算2
- 腹腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
- 麻酔管理料（Ⅱ）（麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。）

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

- 持続血糖測定器加算 → 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
- 脳磁図 → 脳磁図（その他のもの）
- 依存症集団療法 → 依存症集団療法1
- 腹腔鏡下脾摘除術 → 腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）
- 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 → 両心室ペースメーカー移植術（経靜脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経靜脈電極の場合）
- 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経靜脈電極抜去術 → 植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるものの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの及び経静脈電極抜去術に関する施設基準
- 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 → 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器
- 植術（経靜脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）
診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

**A003 オンライン診療料**
該当するオンライン診療料の対象となる管理料等の名称及び算定を開始した年月日又は頭頸患者に対する対面診療を開始した年月日を記載すること。

**A205 救急医療管理料**
救急医療管理料を算定する場合は、以下の内容について記載すること。

**A230-3 精神科身体合併症管理料**
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こと。

**A302 新生児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**
例から数までのいずれに該当するかを記載すること。

**A303 新生児集中治療室管理料**
母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、例から数までのいずれに該当するかを記載すること。新生児集中治療室管理料を算定する場合は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の（1）の例から数までのいずれに該当するかを記載すること。

**A400 短期間滞在手術等基本料**
短期滞在手術等基本料1及び2を算定する場合、実施した当該基本料の対象手術を記載すること。

**B001 2 特定薬剤治療料1**
「注8」に規定する加算を算定する場合は、ミクロネーム・ヘモカフ血中濃度測定の必要性について詳細を記載すること。

「注10」に規定する加算を算定する場合は、エベロックスの初回投与から3月の間に限り、当該薬剤の血中濃度測定の必要性について詳細を記載すること。
診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

★B001 9 外来栄養食事指導料
「注2」の場合、指導した年月日を全て記載すること。

★B001 14 高度離職指導管理料
前回の昇定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

★B001 31 腎代謝療法指導管理料
2回目の当該管理料の算定に当たっては、その医療上の必要性について記載すること。

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、直近の血液検査におけるEGFRの検査値について、以下の（イ）から（ハ）までのうちいずれかに該当するもの。

（イ）25ML/MIN/1.73M2 以上 30ML/MIN/1.73M2 未満
（ロ）15ML/MIN/1.73M2 以上 25ML/MIN/1.73M2 未満
（ハ）15ML/MIN/1.73M2 未満

イ 急性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当該指導管理の実施について適切な時期と判断した理由。

★B015 精神科退院時共同指導料
当該指導料の対象となる患者の状態について記載すること。

★C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）
「2」は、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

★C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料
「注10」に規定する包括的支援加算は、いずれの状態に該当するかを記載すること。

★C013 在宅患者訪問療養管理指導料
「注1」「注2」の算定に当たっては、カンファレンスの実施、DESIGN-Rによる深さの評価及び未通知C013130（2）において規定する要件のいずれに該当するかを記載すること。

★C011 在宅自己注射指導管理料
緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合は、緊急時の受診である旨を記載すること。

★C012 在宅自己皮膚穿刺指導管理料
当該管理料を算定している患者に対して、他の保険医療機関において人工膵臓を行った場合は、区分番号「J038」人工膵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。

★在宅療養指導管理材料加算
「3」の加算については、貸与又は支給した機器等の名称及びその数等を記載すること。
診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

★C152-2 慢性血栓症薬剤加算
（1）のいずれに該当するかを記載すること。また、（1）のイの(1)に該当する場合、直近の空腹時血清Cペプチドの測定値を併せて記載すること。

★C163 特殊カテゴリー加算
親水性コーティングを有するものについては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 脳障害 イ 分隔障害 ウ 他の中枢神経を原因とする神経性障害 エ その他

★D006-4 遺伝学的検査
（1）の才に属す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を記載すること。

★D006-15 腦圧がん関連遺伝子検査
上皮内癌（CIS）と診断された病理所見。区分番号「K803」抗脱性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を記載すること。

★D006-18 BRCA1／2遺伝子検査
「2」血液を検体とするものについて、医療上の必要性について記載すること。
BRCA1／2遺伝子検査を行った患者を医療機関と遺伝カウンセリングを行った患者を医療機関により異なる場合遺伝カウンセリングを行った患者を医療機関に受診した日付を記載すること。

★D006-20 角膜ジストロフィ遺伝子検査
医学的な必要性を記載すること。

★D014 自己抗体検査 支持剤リン化ペプチド抗体定量又は同定量
2回以上算定するに当たっては、その医学的な必要性を記載する。

★D023 微生物核酸同定・定量検査 SARS-COV-2（新型コロナウイルスをいう。）核酸検査
検体採取を行った患者を医療機関及び施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を記載すること。
COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として検査を実施した場合は、検査が必要と判断した医学的根拠を記載すること。
COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、検査を実施した日時及びその結果を記載すること。

★D023 微生物核酸同定・定量検査 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
検査を実施した年月日を記載すること。
診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

★D216 胸音診検査
「4」の「5」の「6」の胸背部を算定する場合は、検査を行った領域について該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、該当する場合は、具体的な機器又は領域を記載すること。

ア 腎臓領域 イ 腸・消化管領域 ウ 女性生殖器領域 エ 血管領域（大動脈・大静脈等） オ 腹腔内・胸腔内の腫瘤物等 カ その他

★D236-3 原則

「1」自発活動を測定するものを算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を記載すること。

「2」その他のものを算定するに当たっては、当該検査の医学的な必要性及び結果の概要を記載すること。

★D237 臨床画期/波リファーム

「3 1及び2以外の場合」の「イ 安全精度管理下で行うもの」を算定するに当たっては、（イ）から（ニ）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。

（イ）以下のいずれかの合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者
① 心疾患、神経筋疾患（脳血管障害を含む。）又は呼吸器疾患（継続的治療を行っている場合限る。） ② BMI35 以上の肥満
③ 生活に常時介護を要する認知機能障害
④ 以下のいずれかの睡眠障害の患者
（ロ）以下のいずれかの睡眠障害の患者
① 中枢性睡眠障害 ② パラソルニア ③ 睡眠関連運動障害 ④ 睡眠中多発するてんかん発作
（ハ）13 奈未満の小児の患者
（ニ）その他、安全精度管理が医学的に必要と主治医が認める場合

安全精度管理を要する者が診断中の診断名（疑い診断を含む。）検査中の安全精度管理を担当した医師の氏名、検査中の安全精度管理に係る記録及び検査結果の要件を記載又は添付すること。また、合併症を有する睡眠障害の患者に対して実施した場合は、当該患者の継続的治療に関する内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査実施の医学的な必要性についても記載すること。

★D258-3 資料局所聴診電気、全身の精密聴診電気

年2回以上算定する場合は、その医学的必要性を記載すること。

★D282-4 ダーモスコピー

医学的な必要性から4月に2回以上算定するときは、その理由を記載すること。

★D286 認知機能検査その他の心理検査

「1」の「5」を、医学的な必要性から3月以内に2回以上算定する場合には、その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

★E200 コンピューター断層撮影検査
「4」の新生児頭部外傷撮影加算。児童頭部外傷撮影加算及び児童頭部外傷撮影加算を算定する場合は、の医学的な理由で該当項目を記載すること。また、新設の場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を記載すること。

ア GCS≦14　頭盖骨骨折の触知又は微軽　骨眼鏡（発熱、頭痛、会話の反応が鈍い等）　発汗後及びの症状所見の悪化　家族の希望　その他

★E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）
「注3」に規定する冠動脈CT撮影加算を算定する場合は、医学的根拠について該当項目を記載すること。また、新設の場合は、その詳細な理由を記載すること。

ア 腫瘍の原因による冠動脈の構造的・解剖的異常（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（血流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（足の低血圧血圧又は狭窄心エコー法により機能的低血圧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

★H000 リハビリテーション
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師の判断される場合は、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か月の状態との比較をした当日の患者の状態、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の期間、④FIM又はBMD及び他の機能状態を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を記載すること。

「注2」に掲げる運動量増加訓練機器加算は、当該機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められる場合に限り、発症日から算定して2月を限度として月1回に限り算定できる。なお、この場合においては、医学的な必要性について記載すること。

★H004 病院機能療養病床加算
内視鏡下摘出機能検査又は摘出組織を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を記載すること。

★H001 資格書登載学習療法
治療開始日と終了日の年月日を記載すること。

★H002 通院・在宅精神療法　療養生活環境整備指導加算
直近の精神科退院時共同指導料を算定した年月を記載すること。

★H016 精神科在宅患者支援管理料
「3」の算定に当たっては、「1」又は「2」の初回の算定日、「3」の初回の算定日及び算定する月に行われる訪問の日時、診療時間及びに訪問した者の職種を記載すること。

ア「1」の又は「2」の加算の算定を終了した月から、6月を経過した患者
イ「1」の又は「2」の初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

91
診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

★J001－10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む）、これまでの治療経過、慢性静脈不全と診断した検査（下肢静脈超音波検査等の所見）、靜脈圧迫処置を必要とする医学的由来及び指導内容について記載すること。

★J003 局所療養閉鎖処置（入院）（1日につき）
持続洗浄加算を算定した場合は、その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

骨髄炎又は骨髄炎を伴う難治性骨髄炎に対して、局所療養閉鎖処置と洗浄を行った場合は、「注2」の持続洗浄加算を算定できず、区分番号「J040」局所療養の「2」骨髄・骨髄炎に対するものを併せて算定する。この場合は、その理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

初回加算を算定した日、圧迫維持装置として使用した装置及び本処置の医学的必要性を記載すること。

★J003－3 局所療養閉鎖処置（膝部開放創）（1日につき）
処置開始日を記載すること。

★J003－4 多血小板血漿処置
当該処置を行う医学的必要性を記載すること。

★J032 肝門遮断法（装置又はブジーによるもの）
初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

★J038－2 持続緩徐流式血液透通
アからアイいずれかに該当する場合は該当項目を記載すること。のキからウのいずれかに該当する場合は件数を満たす医学的根拠について記載すること。

ア末期肝不全の患者  イ急性腎障害と診断された高度代謝異常症の患者  ウ急性腎障害と診断された薬物中毒の患者  エ急性腎障害と診断された尿毒症の患者  オ急性腎障害と診断された電解質異常の患者  カ急性腎障害と診断された脱水状態の患者  ケ急性腎炎治療ガイドライン2015において、持続流式血液透析の実施が推奨される症例急性腎炎の患者  シ重症肝炎の患者  ス術後肝不全（術後肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者

★J041 術後式血液浄化法
要件を満たす医学的根拠について記載すること。

★J047－3 心不全に対する遠赤外線温熱療法
開始日及び医学的必要性について記載すること。
診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

★K002 デプライドマン
「注１」のA群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合については、病歴、細菌培養検査及び画像所見を記載すること。

★K079－2 関節鏡下筋帯切断形成術
両側帯損傷と診断する根査となった検査所見等及び一期的な顕微鏡形成術の医学的必要性について記載すること。

★K172 頭動脈脳動脈直接術
画像所見及び手術の概要を記載又は添付すること。

★K546 頭皮性冠動脈形成術、K549 総合的冠動脈ステント留置術

ウの変更に対して実施する場合は、実施の医学的な必要性及び検討の結果を記載すること。

★K616－4 総合的シャント拡張術・血栓除去術
3月以内に実施した場合には、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を記載すること。

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。）

「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。）を記載すること。

★K696 肝切脾術、K695－2 腹腔鏡下肝切除術
「1」の「ロ」を算定する場合は、複数回の切除を要した根査となる画像所見及び医学的必要性を記載又は添付すること

★K738－2 小腸・結腸吻合部狭窄術（内視鏡によるもの）
2回目を算定する場合は、その理由及び医学的必要性を記載すること。

★L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖型全身麻酔
神経ブロックを超音波ガイド下に併せて行った場合（「イ」の加算を算定する場合）は、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を記載すること。
診療録に記載する項目（新規・変更のみ）

★診療録→診療録等に変更になっているため確認が必要な項目

- A100 一般病棟入院基本料 ADL維持向上等体制加算
- A101 療養病棟入院基本料
- A102 結核病棟入院基本料（化学療法を行う際（保健所との連携））
- A104 特定機能病院入院基本料（結核病棟）（化学療法を行う際（保健所との連携））
- A226－2 緩和ケア診療加算
- A230－4 精神科リハビリチーム加算
- A231－3 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- A233－2 栄養サポートチーム加算
- A236 呼吸ハイリスク患者ケア加算
- A244 病棟薬剤業務実施加算
- A246 入退院支援加算
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308－3 地域包括ケア病棟入院料
- B001 5 小児科療養指導料
- B001 24 外来緩和ケア管理料
- B001－2－5 院内トリアージ実施料
- B001－2－7 外来リハビリテーション診療料
- B001－2－9 地域包括診療料（一部 診療録等→診療録）

- B001－7 リンパ浮腫指導管理料
- B004 退院時共同指導料1、B005 退院時共同指導料2
- B005－1－2 介護支援等連携指導料
- B005－1－3 介護保険リハビリテーション移行支援料
- B005－6 がん治療連携計画策定料、B005－6－2 がん治療連携指導料
- B005－7 認知症専門診断管理料
- B011－3 薬剤情報提供料
- B014 退院時薬剤情報管理指導料
- E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）
- F400 処方箋料
- H003－2 リハビリテーション総合計画評価料
- H003－3 リハビリテーション計画提出料
- H003－4 目標設定等支援・管理料
- H004 摂食機能療法
- H007－2 がん患者リハビリテーション料
- I016 精神科在宅患者支援管理料
診療録に記載する項目（新規・変更のみ）

★診療録（等）に記載する内容が一部追加、削除、変更になっているため確認が必要な項目

・A226〜2 緩和ケア診療加算
・A233〜2 介護サポートチーム加算
・A246 入退院支援加算
・A246 入退院支援加算「注7」に規定する入院時支援加算、「注8」に規定する総合機能評価加算
・A250 薬剤総合評価調整加算
・A251 排尿自立支援加算
・A301 特定集中治療室管理料「注5」に掲げる早期栄養管理加算
・A308 病院区内リハビリテーション床棟入院料
・B001 4 小児特定疾患カウンセリング料
・B001 9 外来栄養事指導料
・B001 11 集団栄養事指導料
・B001 13 在宅栄養指導料
・B001 20 糖尿病合併症管理料
・B001 23 がん患者指導管理料 Hakini
・B001 24 外来緩和ケア管理料
・B001 27 糖尿病療養指導管理料
・B001 31 慎代替療法指導管理料
・B001〜3〜2 ニコチン依存症管理料
・B001〜9 労災・就労再立支援指導料
・B004 退院時共同指導料1、B005 退院時共同指導料2
・B005〜1〜2 介護支援等連携指導料
・B005〜1〜3 介護保険リハビリテーション移行支援料

・B005〜9 外来排尿自立指導料
・B005〜11 遠隔連携診療料
・B009 診察情報提供料（I）「注15」に規定する歯科医療機関連携加算2
・B011 診察情報提供料（III）
・B014 退院時薬剤情報管理指導料
・B015 精神科退院時共同指導料
・C103 在宅高齢療法指導料連携モニタリング加算
・D006〜19 がんゲノムプロファイリング検査
・D008 逆分泌学的検査 遊離メタフォリン・遊離ノルメタフォリン分画
・D023〜2 その他の微生物学的検査 クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検査
・D215 超音波検査
・D237 終夜睡眠ポジクラインー「注1および2以外の場合」の「I 安全管理下で行うもの」
・D313 大腸内視鏡検査「2」ガスゼル内視鏡によるもの
・E200〜2 血液検査料コンピュータ断層撮影
・H000 リハビリテーション＜通則＞
・H003〜2 リハビリテーション総合計画評価料「注5」に掲げる運動量増加機器加算
・H004 餌食機能療法「注3」に掲げる餌食唾下支援加算
・I000〜2 透析器磁気刺激療法
・I002 通院・在宅精神療法「注8」に規定する生活環境整備指導加算
・J038 人工呼吸
・J047〜3 心不全に対する遠赤外線温熱療法
・K546 経皮的冠動脈形成術、K549 経皮的冠動脈ステント留置術
<table>
<thead>
<tr>
<th>委員長</th>
<th>島 弘志</th>
<th>聖マリア病院</th>
<th>院長</th>
<th>院長</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>副委員長</td>
<td>万代 慎朗</td>
<td>北多摩病院</td>
<td>院長</td>
<td>院長</td>
</tr>
<tr>
<td>委員</td>
<td>泉 並木</td>
<td>武蔵野赤十字病院</td>
<td>院長</td>
<td>院長</td>
</tr>
<tr>
<td>北村 立</td>
<td>石川県立高松病院</td>
<td>院長</td>
<td>院長</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>船越 尚志</td>
<td>土浦市民病院</td>
<td>情報管理室</td>
<td>室長</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>牧野 憲一</td>
<td>旭川赤十字病院</td>
<td>院長</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>松本 純夫</td>
<td>国立病院機構 東京医療センター</td>
<td>名誉院長</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>松本 潤</td>
<td>東京都保健医療公社多摩北部医療センター</td>
<td>院長</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>松本 朝利</td>
<td>八千代病院</td>
<td>理事長</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>永易 卓</td>
<td>わかくさ八番リハビリテーション病院</td>
<td>理事・院長</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>阿南 诚</td>
<td>川崎医療福祉大学</td>
<td>教授</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| 委員長 | 永易 卓 | わかくさ八番リハビリテーション病院 | 理事・部長 | 理事・院長 |
| 副委員長 | 佐々 茂樹 | 木の記念病院 | 病院長補佐 | 病院長補佐 |
| 委員 | 荒井 康夫 | 北里大学病院 | 病院長 | 理事・院長 |
| 朝見 浩一 | 上尾中央医療グループ協議会 | 病院管理室 | 室長 |
| 池田 隆一 | 相澤東病院 | 事業部・医療連携センター | センター長 |
| 北澤 将 | 虎の門病院 | 事業次長 | |
| 島 由基 | 聖マリア病院 | 業務管理部 | 部長 |
| 中山 和則 | 筑波メディカルセンター病院 | 副院長・事務部長 | |
| 原口 博 | 武蔵野赤十字病院 | 事業部長 | |
| 持田 勇治 | 济生会保健・医療・福祉総合研究所 | 上席研究員 | |