

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	□ 療養病棟・在宅医療	55
□ 診療情報提供料(Ⅲ)	4	□ 精神科領域	58
□ 急性期一般入院料	5	□ 医療におけるICTの利活用	65
□ 重症度、医療・看護必要度	7	□ 医療機関における業務の効率化・合理化	71
□ 特定集中治療室管理料	11	□ DPC/PDPS	72
□ 入院基本料等加算	13	□ 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応	76
□ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料	39	□ 経過措置について	86
□ 回復期リハビリテーション病棟入院料	43	□ 施設基準(基本診療料)	90
□ 疾患別リハビリテーション料	45	□ 施設基準(特掲診療料)	96
□ 救急医療	49	□ 診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目	(新規・変更のみ) 104
□ 小児医療	51	□ 診療録に記載する項目(新規・変更のみ)	112
□ がん医療	53	□ 委員名簿	114

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

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)

※Ⅱ-2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進

- 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]

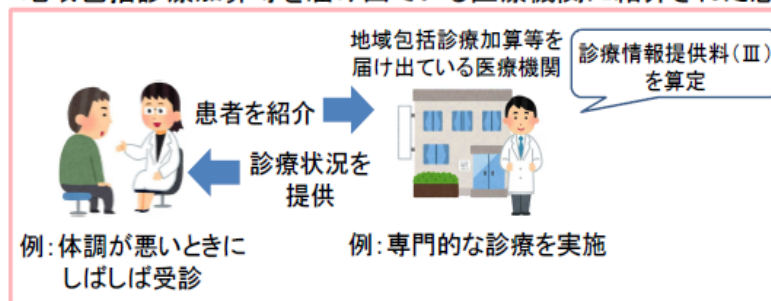
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[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



- 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



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



[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。)を指す。

【疑義解釈】

Q 紹介元の医療機関に対して単に受診した旨を記載した文書を提供した場合には算定できないか。

A 単に受診した旨のみを記載した文書を提供した場合は算定不可。

Q 紹介された患者が、紹介元の医療機関への受診する予定が明らかにない場合についても、算定可能か。

A 算定不可。

Q 予約した次回受診日に患者が受診しなかった場合又は予約した次回受診日を変更した場合についても、算定可能か。

A 算定可能。

急性期一般入院料

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

【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

該当患者割合の施設基準

現行 I / II (200床未満の経過措置)		見直し後 I / II (200床未満の経過措置)	
急性期一般入院料1	30% / 25%	急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	- / 24% (27% / 22%)	急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	- / 23% (26% / 21%)	急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	27% / 22%	急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	21% / 17%	急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	15% / 12%	急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%	特定機能病院入院基本料	- / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る

★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

急性期一般入院料

【解説】

入院料に増減はなく、重症度、医療・看護必要度以外の要件に変更はなかった。

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従来の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、項目の内容が大幅に変更になっている。(次の項で記載)

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された入院料2・3であり、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が設定されたが、A項目の薬剤およびC項目にレセ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が下がる医療機関が出るのが予測される。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。中医協に出てきた資料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、2～3%の差を敢て付けたことは必要度Ⅱへの移行を促しているとも見える。

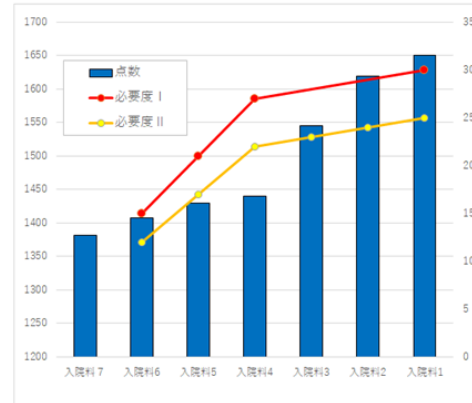
令和2年3月31日に急性期一般入院料1・2・3・4の届け出を行っている200床未満の医療機関に対しては別基準を設定している。(今までも200床未満の医療機関には別基準が存在していた)

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。

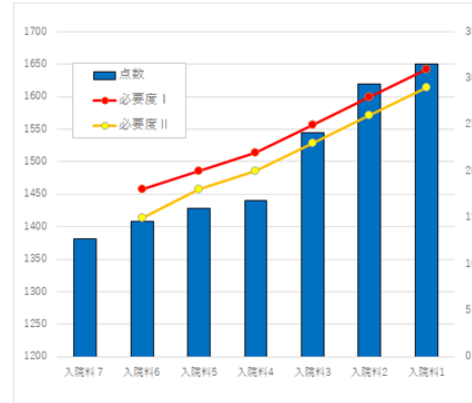
- ① 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが必須となった。2
- ② 新たに地域包括ケア病棟を設置することが出来なくなった。すでに地域包括ケア病棟をもっている医療機関においても自院の急性期病棟からの転棟が60%未満でなければ入院料が90%に減算することになった。(令和2年9月30日までの経過措置あり)

急性期一般入院料

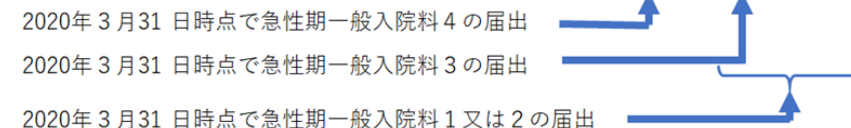
2020年改定前



2020年改定後



2020年改定前	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
点数	1382	1408	1429	1440	1545	1619	1650
必要度Ⅰ		15	21	27	28	29	30
必要度Ⅱ		12	17	22	23	24	25
必要度Ⅰ(200床未満)					26	27	
必要度Ⅱ(200床未満)					21	22	
2020年改定後	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
点数	1382	1408	1429	1440	1545	1619	1650
必要度Ⅰ		18	20	22	25	28	31
必要度Ⅱ		15	18	20	23	26	29
必要度Ⅰ(200床未満)				20	23	26	
必要度Ⅱ(200床未満)				18	21	24	



重症度、医療・看護必要度

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

【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：危険行動

- ・「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日に
- ・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」の部分が削除

A項目の見直し

- > 「免疫抑制剤の管理」について注射剤のみを対象とする
- > 救急患者の評価を充実する

A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理	2点
8	救急搬送後の入院(必要度 I のみ/2日間)	

A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)	2点
8	必要度 I： 救急搬送後の入院(5日間) 必要度 II： 緊急に入院を必要とする状態(5日間) (入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者)	

C項目の見直し

- > 手術の評価日数を延長
- > 入院で実施される割合が高い手術を評価対象に追加

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(7日間)	1点
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)	
22	救命等に係る内科的治療(2日間)	

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(13日間)	1点
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(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)	

対象となる検査・手術(例)	
別に定める検査	経皮的針生検法、EUS-FNA、硬膜鏡、腹腔鏡、胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術	眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、靱帯的関節固定術 等

重症度、医療・看護必要度

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

★手術日数の変更

	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

★新たに追加する検査(2日間)

(入院実施割合90%以上)

- 経皮的針生検法
- EUS-FNA
- 心臓カテーテル検査(左心・右心)
- 胸腔鏡
- 腹腔鏡
- 縦隔鏡
- 関節鏡

★新たに加わる手術(6日間)の例

- 眼窩内異物除去術(深在性)(眼窩尖端)
- 眼窩骨折整復術
- 眼窩悪性腫瘍手術
- 中耳根治手術
- 下顎骨折観血の手術(両側)
- 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(全摘)
- 乳腺悪性腫瘍手術(拡大乳房切除術(郭清を併施する))
- パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)
- 他

★重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

B項目の評価方法の見直し

➢ 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とし、「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。

B	患者の状態等	患者の状態			介助の実施		評価	
		0点	1点	2点	0	1		
9	寝返り	できる	何かにつままれ ばできる	できない			点	
10	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点	
11	口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり	点	
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点	
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり	点	
14	診療・療養上の指 示が通じる	はい	いいえ				点	
15	危険行動	ない		ある			点	
							B得点	点

A・C項目の評価方法の見直し

➢ 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、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。

必要度Ⅱの要件化

➢ 許可病床数**400床以上**の医療機関において、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)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。

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係る要件について、「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」との記載を**削除**する。

[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2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ B項目及び院外研修の見直しについて、特定集中治療室用・ハイケアユニット用の必要度についても同様。

重症度、医療・看護必要度

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

【解説】

判定基準より基準②が除外された。基準②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される。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加算」（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ば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られ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」に分けた評価になった。患者の状態と介助の実施を分けてた評価と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た。それに加えて院内研修の指導者に係る要件の見直しが行われ、「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。

重症度、医療・看護必要度

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

【疑義解釈】

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合について、令和2年9月30日又は令和3年3月31日までの経過措置が設けられている入院料については、令和2年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価をいつから行う必要があるか。

A 経過措置が令和2年9月30日までの入院料は少なくとも令和2年7月1日から、経過措置が令和3年3月31日までの入院料は少なくとも令和3年1月1日から、令和2年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目について、レセプト電算処理システム用コード一覧に記載のない薬剤であって、当該薬剤の類似薬又は先発品が一覧に記載されている場合は、記載のある薬剤に準じて評価してよいか。

A 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象となる薬剤は、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(令和2年3月5日保医発1315第2号)のレセプト電算処理システム用コード一覧に記載のある薬剤に限る。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その5)」(平成30年7月10日付け事務連絡)問13及び「疑義解釈資料の送付について(その8)」(平成30年10月9日付け事務連絡)問1は廃止する。

なお、当該一覧については、定期的な見直しを行っていくものであること。

Q 一般病棟用の重症度、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、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なったが、必要度Ⅱと同様に評価してよいか。

A よい。

特定集中治療室管理料

※ 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

★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

専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し

- ▶ 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。

※専門性の高い看護師の配置に係る経過措置は、予定通り令和2年3月31日で終了

現行	改定後
<p>【特定集中治療室管理料1及び2】</p> <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 	<p>【特定集中治療室管理料1及び2】</p> <p>【施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。

【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が行われ、専任の常勤看護師を2名組み合わせることで週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学的スコア(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にけ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。

★特定集中治療室管理料における生理学的スコア(SOFAスコア)

生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- ▶ 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・4についても要件とする。 ※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

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、全身の臓器障害の程度を判定するもの

		0	1	2	3	4
呼吸機能	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	≤400	≤300	≤200 呼吸器補助下	≤100 呼吸器補助下
凝固機能	血小板数 (×10 ³ /mm ²)	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能	ビリルビン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能	血圧低下	なし	平均動脈圧<70mmHg	ドパミン≤5γ あるいはドパミン投与 (投与量は問わない)	ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能	Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能	クレアチニン値 (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満	>5.0 あるいは尿量200ml/日未満

【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)



[算定要件]

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。

[留意事項]

日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿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し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、エに関しては、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。

【疑義解釈】

- Q 48時間以内の経腸栄養の開始に関して、必要な栄養量の全てを経腸栄養でまかなう必要があるのか。
- A 必要な栄養量の一部が経腸栄養であれば、全ての栄養量を経腸栄養でまかなう必要はない。
- Q 施設基準にある管理栄養士は、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有した後に、特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を積む必要があるのか。
- A 栄養サポートチームの経験期間と特定集中治療室の経験は、同一期間で差し支えない。
- Q 特定集中治療室での3年の経験には、どのような内容の業務が含まれるのか。
- A 特定集中治療室に入室中の患者に対する栄養管理計画に基づいた栄養管理やNSTでの栄養管理に係る業務が含まれる。
- Q 施設基準に「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。」とあるが、どのように算出するのか。
- A 「直近1か月間の特定集中治療室に入室した患者の数の和の1日平均」を医科14基に算出する。
- Q 早期栄養介入管理加算を算定するに当たり、複数の管理栄養士を配置する場合は、配置された全ての管理栄養士が、施設基準において求めている経験を有している必要があるのか。
- A 原則として、経験を有する管理栄養士が行うこととなる。ただし、特定集中治療室の入室患者の平均が10名を超える場合は、特定集中治療室に経験を有する管理栄養士が1名配置されていれば、経験を有していない別の管理栄養士と連携して行っても差し支えない。
- Q 時間以内に経腸栄養ではなく経口摂取を開始した場合、算定可能か。
- A 48時間以内に経口摂取または、経腸栄養を開始すれば、算定できる。
- Q 48時間以内に経腸栄養を開始し、2日間行ったが状態の変化により3日間中止し開始より6日目から再開した場合、中止している間の加算、再開後の加算は算定できるのか。
- A 48時間以内に経腸栄養を開始し、1日に3回以上のモニタリングを継続している場合には、経腸栄養を中断した場合であっても算定は可能。
- Q 管理栄養士の栄養サポートチームでの3年以上の経験は、栄養サポートチーム加算届出医療機関における栄養サポートチームでの経験が必要になるのか。
- A 管理栄養士の栄養サポートチームの3年の経験について、区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定している施設における経験である必要はない。

入院基本料等加算

※ 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
III-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

★A200 総合入院体制加算 1:240点 2:180点 3:120点

【解説】

総合入院体制加算に関する施設基準等

これまでは病院内に小児科、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出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。

【注目ポイント】

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。

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て、「多職種からなる役割分担推進のための委員会・会議」について、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そこと提携して、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。

「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の見直し

➤ 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関する計画」の内容及び項目数を見直す。

現行	改定後
<p>【総合入院体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>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、次の体制を整備していること</p> <p>ア～ウ、オ（略）</p> <p>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。</p> <p>(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400床以上の病院は必ず含むこと）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい）</p> <p>(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</p> <p>(ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善</p> <p>(ホ) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p>	<p>【総合入院体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>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、次の体制を整備していること</p> <p>ア～ウ、オ（略）</p> <p>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。</p> <p>(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400床以上の病院は必ず含むこと）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい）</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</p> <p>(ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善</p> <p>(ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減</p> <p>(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減</p> <p>(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p>

多職種からなる役割分担推進のための委員会等の見直し

➤ 管理者によるマネジメントを推進する観点から、総合入院体制加算等における「多職種からなる役割分担推進のための委員会・会議」について、管理者の年1回以上の出席を要件とする。

改定後

【総合入院体制加算】【施設基準】（上記施設基準のイ）
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。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。

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

入院基本料等加算

※ 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
III-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

★A200 総合入院体制加算 1:240点 2:180点 3:120点

【疑義解釈】

- Q 「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2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、「保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修」には、どのようなものがあるか。
- A 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修のうち、いずれの区分であっても該当する。また、領域別パッケージ研修も該当する。
- Q 区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準における「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2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減」について、当該看護師の勤務時間や特定行為の実施状況等といった活動実績に係る要件はあるか。
- A 特定行為研修を修了した看護師について、活動実績に係る要件はない。ただし、当該医療機関において、当該看護師の特定行為研修修了者として果たす役割について、位置づけを明確にしておくこと。
- Q 区分番号「A200」総合入院体制加算の施設基準における「院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減」について、院内助産や助産師外来の開設に係る要件や、妊産褥婦の受入れ実績に係る要件はあるか。
- A 開設及び実績に係る要件はないが、「院内助産・助産師外来ガイドライン2018(平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業)」を参考として開設し、当該医療機関の院内助産又は助産師外来における医師と助産師との役割分担を明確にしておくこと。
- Q 区分番号「A200」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」とあるが、具体的にどのような場合か。
- A 構想区域において、複数の保険医療機関がそれぞれに小児科、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る場合であって、地域医療構想調整会議において、保険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合意を得た結果、当該保険医療機関のうち、現に総合入院体制加算の届出を行っているもののいずれかが、当該診療科の標榜又は当該診療科に係る入院医療の提供を中止する場合を指す。

★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、処置又は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、広範囲熱傷については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～ケ)には該当しない重症疾患・重症な病態が“コ”として含まれることになったことである。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治療の対象とならないものや、大動脈瘤の切迫破裂で降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50も参照のこと)

【注目ポイント】

イ、ウ、オ、カ、キ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。

現行	改定後
<p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算1 900点</p> <p>2 救急医療管理加算2 300点</p> <p>【算定要件】</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>【届出について】</p> <p>施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。</p>	 <p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算1 950点</p> <p>2 救急医療管理加算2 350点</p> <p>【算定要件】</p> <p>(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。</p> <p>(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。</p> <p>【届出について】</p> <p>施設基準の届出を行うこと。(※施設基準は従来と変更なし)</p>

算定対象となる状態

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

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

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

入院基本料等加算

※Ⅱ-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

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思わ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の規定に基づき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。

別添7の2

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入れに対応できる医師等を始めとする医療従事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門、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。

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		連絡先 担当者氏名: 電話番号:
(届出事項)		
<input type="checkbox"/> 機能強化加算	(※機能強化第 号)	
<input type="checkbox"/> 救急医療管理加算	(※救急医療第 号)	
<input type="checkbox"/> せん妄ハイリスク患者ケア加算	(※せん妄ケア第 号)	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。		
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。		
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。		
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。		
標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているため、届出します。		
令和 年 月 日		
保険医療機関の所在地 及び名称		
開設者名		印
殿		
備考1 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 2 ※は記載する必要がないこと。 3 届出書は、1通提出のこと。		

入院基本料等加算

※Ⅱ-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

★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ル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と記載されている。

【注目ポイント】

プラスミノ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

※ 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

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う。

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	2項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保(※1)	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保(新)	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫(新)	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	○	○	○	○	○
ク 看護補助者の夜間配置(※2)	○	○	○	○	○
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績(見直し) ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減(新)	○	○	○	○	○

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。

現行	
【看護職員夜間配置加算】	
12対1加算1	95点
12対1加算2	75点
16対1加算1	55点
16対1加算2	30点



改定後	
【看護職員夜間配置加算】	
12対1加算1	105点
12対1加算2	85点
16対1加算1	65点
16対1加算2	40点

現行	
【注加算の看護職員夜間配置加算】	
地域包括ケア病棟入院料	55点
精神科救急入院料	55点
精神科救急・合併症入院料	55点



改定後	
【注加算の看護職員夜間配置加算】	
地域包括ケア病棟入院料	65点
精神科救急入院料	65点
精神科救急・合併症入院料	65点



入院基本料等加算

※ 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

【疑義解釈】「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」

Q 「夜勤後の暦日の休日が確保されていること」について、例えば、4月1日の18時から24時を越えて夜勤を行った場合には、4月3日に暦日の休日を確保するということが。

A そのとおり。

Q 「夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること」について、どのような勤務体制がとられていれば要件を満たすか。

A 深夜や早朝における患者の状態等に対応する業務量を把握した上で、早出や遅出等を組み合わせた勤務体制をとること。なお、勤務者の希望を加味した上で、1か月の間に10日以上、早出や遅出等の活用実績があることが望ましい。また、早出及び遅出の勤務時間には、各保険医療機関が定めた夜勤時間帯（午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間）のうち少なくとも2時間を含むこと。

Q 「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」について、どの程度の利用実績があればよいか。

A 少なくとも月に1人は利用実績があること。また、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)の問49の①は廃止する。

Q 「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と」について、

① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。

② 1年に1回以上実施する看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか。

A ① 看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心電図又はSPO2モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。

② 看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。

Q 「看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること」について、「5割以上」とは、各看護補助者の業務量でみるのか、もしくは、全看護補助者の業務をあわせて考えるのか。

A 各看護補助者の業務において、5割以上である必要がある。ただし、「主として事務的業務を行う看護補助者」は除いてよい。

入院基本料等加算

※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

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。



現行	
【急性期看護補助体制加算】	
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
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
50対1急性期看護補助体制加算	170点
75対1急性期看護補助体制加算	130点
夜間30対1急性期看護補助体制加算	90点
夜間50対1急性期看護補助体制加算	85点
夜間100対1急性期看護補助体制加算	70点
【看護補助加算】	
看護補助加算1	129点
看護補助加算2	104点
看護補助加算3	76点
夜間75対1看護補助加算	40点
夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算)	35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
看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算)	150点



改定後	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	<u>240点</u>
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	<u>220点</u>
50対1急性期看護補助体制加算	<u>200点</u>
75対1急性期看護補助体制加算	<u>160点</u>
夜間30対1急性期看護補助体制加算	<u>120点</u>
夜間50対1急性期看護補助体制加算	<u>115点</u>
夜間100対1急性期看護補助体制加算	<u>100点</u>
【看護補助加算】	
看護補助加算1	<u>141点</u>
看護補助加算2	<u>116点</u>
看護補助加算3	<u>88点</u>
夜間75対1看護補助加算	<u>50点</u>
夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算)	<u>45点</u>
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	<u>141点</u>
ロ 15日以上30日以内の期間	<u>116点</u>
看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算)	<u>160点</u>

入院基本料等加算

※Ⅱ-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(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権原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

受動喫煙が他人に与える健康影響と、喫煙者が一定程度いる現状を踏まえ、屋内において、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20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、こうした方々が主たる利用者となる施設や、屋外について、受動喫煙対策を一層徹底する。

【基本的考え方 第3】施設の類型・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、施設の類型・場所ごとに、主たる利用者の違いや、受動喫煙が他人に与える健康影響の程度に応じ、禁煙措置や喫煙場所の特定を行うとともに、掲示の義務付けなどの対策を講ずる。

その際、既存の飲食店のうち経営規模が小さい事業者が運営するものについては、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〕

【注目ポイント】

- 健康増進法の一部改正に伴い、「医療機関は原則敷地内禁煙が義務」づけられている。
厚生労働大臣が定める基準(屋内禁煙)の項目が削除され、「保険医療機関」との表記となる。

★A212 超重症児(者)入院診療加算・準重症児(者)入院診療加算

- 超重症児(者)、準重症児(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。

【原則屋内禁煙と喫煙場所を設ける場合のルール】

		経過措置	
A 学校・病院・児童福祉施設等、行政機関 旅客運送事業自動車・航空機	禁煙 (敷地内禁煙 ※1)	当分の間の措置	
	B 上記以外の多数の者が利用する施設、 旅客運送事業船舶・鉄道	原則屋内禁煙 (喫煙専用室(喫煙のみ)内 での喫煙可)	【加熱式たばこ ※2】 原則屋内禁煙 (喫煙室(飲食等も可)内 での喫煙可)
飲食店			

※1 屋外で受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた場所に、喫煙場所を設置することができる。

※2 たばこのうち、当該たばこから発生した煙が他人の健康を損なうおそれがあることが明らかでないたばことして厚生労働大臣が指定するもの。

※3 一の大規模会社が発行済株式の総数の二分の一以上を有する会社である場合などを除く。

注：喫煙をすることができる場所については、施設等の管理権原者による標識の掲示が必要。

注：公衆喫煙所、たばこ販売店、たばこの対面販売(出張販売によるものを含む。)をしていることなどの一定の条件を満たしたパーやスナック等といった喫煙を主目的とする施設について、法律上の類型を設ける。

入院基本料等加算

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
Ⅲ-2 外来医療の機能分化

★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見直すことになった。

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。

緩和ケア診療加算等の見直し

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

現行

【施設基準(緩和ケア診療加算)】

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

緩和ケアチームの医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等

改定後

【施設基準(緩和ケア診療加算)】

身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

緩和ケアチームの医師は、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

※ 有床診療所緩和ケア診療加算についても同様。

外来緩和ケア管理料の見直し

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

入院基本料等加算

※Ⅱ-3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 Ⅲ-2 外来医療の機能分化

★A226-2 緩和ケア診療加算

【解説】

- ・週3日以上勤務しており、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な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

※ I-4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
II-7-6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進

★A234-2 感染防止対策加算1

【解説】カンファレンスは、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こと。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の中に（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。

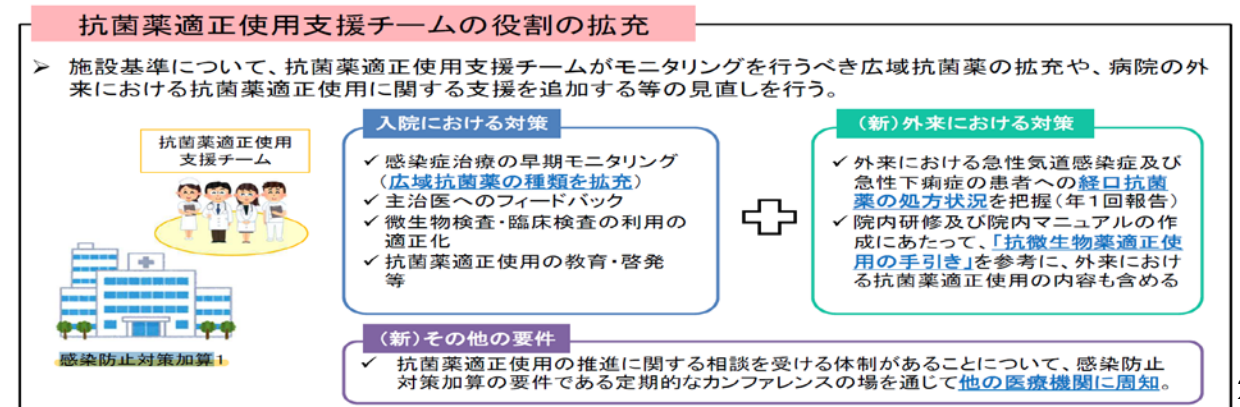
カとして2回の院内研修に関して、“当該院内研修の実施及びマニュアルの作成にあたっては、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。が追記された。

(5) に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

※ 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
IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

★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

病棟薬剤業務実施加算の評価の充実

➤ 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	
【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



改定後	
【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)	120点
2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	100点



➤ 病棟薬剤業務実施加算2の対象病棟に、ハイケアユニット入院医療管理料を追加する。

薬剤師の常勤要件の緩和

➤ 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要件を緩和する。

現行	
【病棟薬剤業務実施加算】	
(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。	
(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。	



改定後	
【病棟薬剤業務実施加算】	
(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名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、 <u>週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている非常勤の薬剤師を2名組み合わせて常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。</u> ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要。	
(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、 <u>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。</u>	

※ 薬剤管理指導料についても同様。

【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

※Ⅱ-6 アウトカムにも着目した評価の推進

★A245 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。

許可病床数	200床以上	200床未満 50床以上	50床未満又は保有する 病棟が1のみの場合
病棟	データの提出が必須		
急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション病棟1,2, 3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 (令和2年3月31日までの 経過措置終了)
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 (令和2年3月31日までの経過措置終了) ※経過措置②を設定	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 現行 データの提出は不要 </div> ⇒ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> 改定後 データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定 </div>	

【経過措置】

①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。

②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで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は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

【解説】

- ・ 加算1、2においては、算定日が「退院日」→「入院日」に変更となった。
- ・ 加算3、4においては、療養病棟入院基本料等にて「90日に1回」算定可能となった(新設)

★A245 データ提出評価加算

【解説】

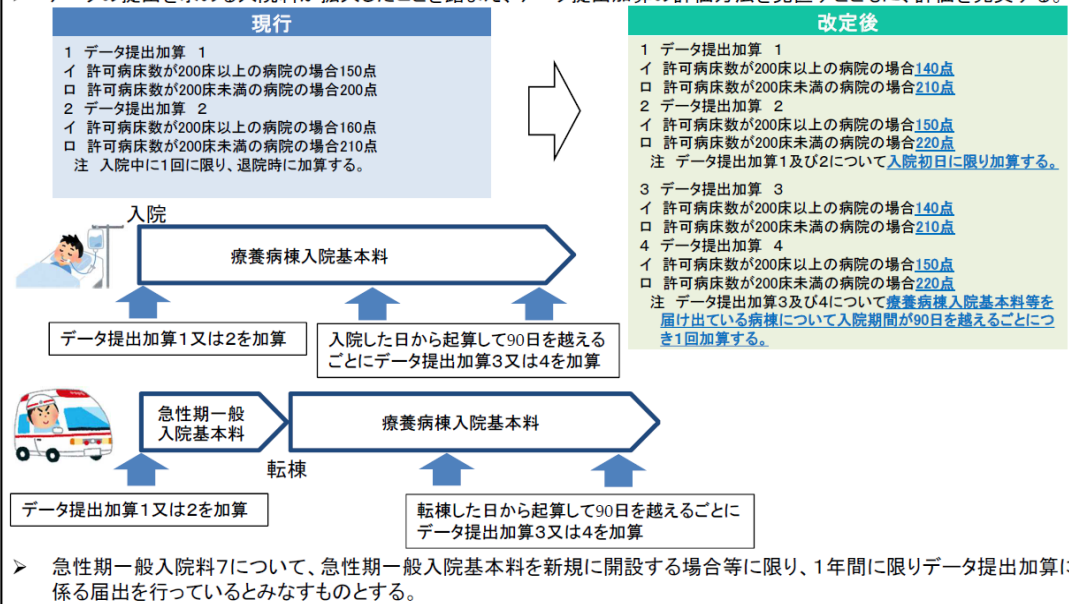
注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については提出データ評価加算として、“40点”を更に所定点数に加算する。

【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」の未コード傷病名が2%未満 かつ 診療情報明細書においては同割合が10%未満であること。

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、評価を充実する。



入院基本料等加算

※Ⅱ-6 アウトカムにも着目した評価の推進

★A245 データ提出加算

【疑義解釈】

Q 療養病棟入院基本料を届け出る病棟に入院する患者の場合、入院初日にデータ提出加算1又は2を算定し、当該病棟における入院期間が90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を算定するのか。

A そのとおり。

Q データ提出加算3及び4について、例えば、区分番号「A100」急性期一般入院基本料1を届け出る病棟に入院し、「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に転棟した場合、データ提出加算3又は4に係る入院期間の起算日は、転棟した日となるのか。

A そのとおり。

Q データ提出加算1及び2について、令和2年3月31日以前より入院を継続している場合、データ提出加算1及び2の算定期間はいつか。また、その場合のデータ提出加算3及び4に係る入院期間の起算日はいつか。

A 令和2年3月31日にデータ提出加算1又は2を算定すること。ただし、同一入院中にデータ提出加算1又は2を算定していない場合に限る。また、データ提出加算3又は4に係る入院期間の起算日は、令和2年3月31日以前の入院日となる。

Q 医科点数表の第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の場合の取扱いはどのようになるか。

① 区分番号「A100」急性期一般入院基本料1を届け出る病棟に入院し、入院初日にデータ提出加算1を算定した患者が、同病棟を退院後に、区分番号「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に再入院(入院期間が通算される再入院に該当)した場合

② 区分番号「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に入院し、医科8入院初日にデータ提出加算1を算定した患者が、同病棟を退院後に、同病棟に再入院(入院期間が通算される再入院に該当)した場合

A それぞれ、以下の取扱いとなる。

① 再入院の初日にデータ提出加算1は算定できない。データ提出加算3は再入院した日から起算し90日を超えるごとに1回算定する。

② 再入院の初日にデータ提出加算1は算定できない。データ提出加算3は初回の入院日から起算し入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。

Q 新たにデータ提出加算に係る届出を行った場合、データ提出加算の算定方法はどのようになるか。例えば、10月1日からデータ提出加算1及び3が算定可能となる医療機関において、9月15日に区分番号「A101」療養病棟入院基本料1を届け出る病棟に入院し、10月1日を超えて継続して入院している患者について、どのように算定するのか。

A データ提出加算1は算定できない。データ提出加算3は10月1日以降に、9月15日から起算して90日を超えるごとに1回算定する。

入院基本料等加算

※ 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
III-4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

★ A246 入退院支援加算1

【解説】

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退院支援加算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た後できるだけ早期に**の文言が加わった。
- 栄養管理体制の基準(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。
- 入退院支援加算の**・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 入退院支援加算3

入退院支援加算3の配置要件の見直し

- より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行うことができるよう、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
【入退院支援加算3】 【施設基準】 入退院支援部門に以下のいずれかを配置 ・ 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 ・ 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 及び 専従の社会福祉士



改定後
【入退院支援加算3】 【施設基準】 入退院支援部門に以下のいずれかを配置 ・ 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 ・ 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 及び 専従の社会福祉士



【疑義解釈】

Q 入退院支援加算3の施設基準で求める「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」には、どのようなものがあるか。

A 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成試行事業研修」
- ② 日本看護協会「2019年度小児在宅移行支援指導者育成研修」
- ③ 日本看護協会「小児在宅移行支援指導者育成研修」

Q 入退院支援加算及び入院時支援加算について、非常勤の看護師又は社会福祉士を2名以上組み合わせ、専従の看護師又は社会福祉士の配置基準を満たす場合、例えば、専従の看護師1名の代わりに、非常勤看護師1名と非常勤社会福祉士1名を組み合わせ配置してもよいか。

A 不可。

入院基本料等加算

※ 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
 III-4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

★入院時支援加算

【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にあたって、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。

【疑義解釈】

(入院時支援加算)

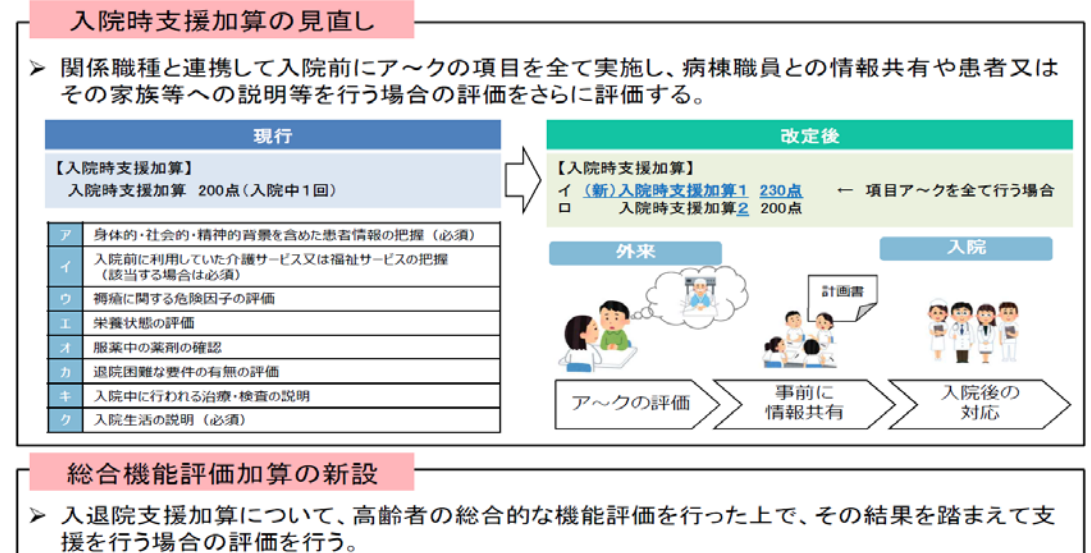
Q 「患者の入院前」とは、入院当日を含むか。

A 入院時支援加算を算定するに当たっては、療養支援計画書の作成及び入院予定先の病棟職員への共有は入院前に、当該計画書の患者又はその家族等への説明及び交付は入院前又は入院当日に行うこととしており、この場合の入院前には入院当日は含まれない。

(総合機能評価加算)

Q 「総合的な機能評価に係る適切な研修」及び「関係学会より示されているガイドライン」とは、令和2年3月31日以前の旧医科点数表における区分番号「A240」総合評価加算の要件を満たす研修及びガイドラインで差し支えないか。

A 当該研修及びガイドラインに基づいて患者の総合機能評価を行い、結果を踏まえて入退院支援を行うことができる内容であれば差し支えない。



入院基本料等加算

※Ⅲ-4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

★総合機能評価加算

【解説】

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、**総合機能評価加算として、50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

〔算定要件〕

- ・「注8」に規定する総合評価加算については、介護保険法第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強化するものである。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、意欲等について統合的な評価（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が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1名以上配置されていること。**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。

★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

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ 160点 □ 30点	イ 100点 □ 25点	イ 40点 □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
主な施設基準	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握	病棟職員へ助言
	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2 …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2	—
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講（全ての病棟に、加算2・3と同様の9時間以上の研修又は院内研修を受けた看護師を1名以上配置が望ましい）	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）	
	マニュアルの作成・活用	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	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	認知症ケアに関するマニュアルを作成し、周知・活用
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施

※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上（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とおり。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

入院基本料等加算

※Ⅱ-7-2 認知症患者に対する適切な医療の評価

★A247 認知症ケア加算

【疑義解釈】

Q 認知症ケア加算1の施設基準において、「認知症ケアチーム」の専任の常勤看護師は、「原則週16時間以上」当該チームの業務に従事することとされているが、夏季休暇や病休等により週16時間以上の業務を行えない週があった場合には、施設基準を満たさないこととなるか。

A 夏季休暇や病休等により、当該看護師が認知症ケアチームの業務を週16時間以上行えない場合は、当該週の前後の週を含めた連続した3週間について、平均業務時間数が週16時間以上であれば施設基準を満たすものであること。ただし、当該看護師が不在の間は、当該チームの他の構成員によりチームの業務を適切に行うこと。

Q 認知症ケア加算2の施設基準における「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」のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

A 認知症ケア加算1と同様である。「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)の間67を参照のこと。

Q 認知症ケア加算2の施設基準における「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」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

A 認知症ケア加算1と同様である。「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)の間68を参照のこと。

Q 認知症ケア加算2の施設基準における「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」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

A 認知症ケア加算3(令和2年度診療報酬改定前の認知症ケア加算2)と同様である。「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)の間69を参照のこと。

Q 認知症ケア加算2の施設基準の(4)及び認知症ケア加算3の施設基準の(1)における「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修」について、

- ① 当該院内研修の具体的な内容や時間は決められているか。
- ② 当該院内研修は、認知症ケア加算2の施設基準(7)又は認知症ケア加算3の施設基準(3)で示されている「研修や事例検討会等」でもよいか。
- ③ 認知症ケア加算2の場合は、施設基準の(1)に掲げる「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」が実施しても差し支えないか。

A それぞれ以下のとおり。

- ① 具体的な内容や時間についての特段の規定はないが、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、知識・技術を得ることが可能な内容とすること。
- ② 認知症患者のアセスメントや看護方法等について知識・技術を得ることが可能な内容を含む研修や事例検討会等であればよい。
- ③ よい。

★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。リスク因子も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。

入院前又は入院後3日以内

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 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 100点(入院中1回)

[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、所定点数に加算する。

【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

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。

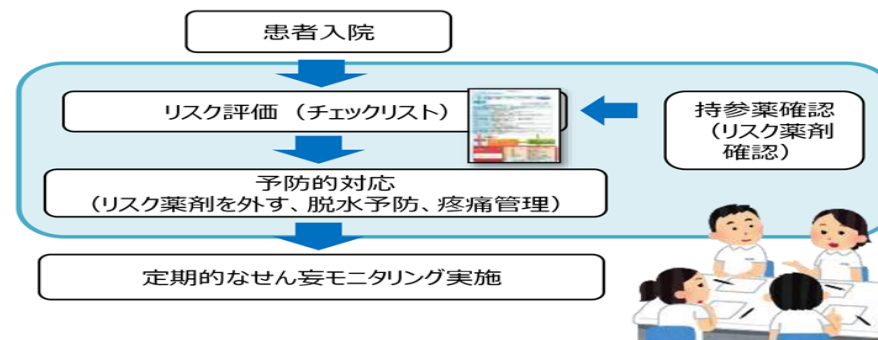
【せん妄のリスク因子の確認】

- 70歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- 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
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化
- 適切な睡眠管理
- 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ



入院基本料等加算

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- (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、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。

【疑義解釈】

Q せん妄ハイリスク患者ケア加算について、「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」とあるが、医療機関において従来よりせん妄対策のためのアセスメントシート等を作成している場合は、それを用いて対応してもよいか。

A 各保険医療機関が従来よりせん妄対策のためのアセスメントシート等を作成している場合は、当該アセスメントシート等を用いて対応してもよい。
ただし、当該アセスメントシート等は、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に係る内容として、留意事項通知の別紙様式7の3に示す事項を含む必要があること。

別紙様式7の3

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト

(患者氏名) _____ 殿

入院日 : 令和 年 月 日
リスク因子確認日 : 令和 年 月 日
せん妄対策実施日 : 令和 年 月 日

1. せん妄のリスク因子の確認
(該当するものにチェック)

- 70歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用
- 全身麻酔を要する手術後又はその予定があること

2. ハイリスク患者に対するせん妄対策
(リスク因子に1項目以上該当する場合は、以下の対応を実施)

- 認知機能低下に対する介入（見当識の維持等）
- 脱水の治療・予防（適切な補液と水分摂取）
- リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化（痛みの客観的評価の併用等）
- 適切な睡眠管理（非薬物的な入眠の促進等）
- 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供

3. 早期発見

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。

※1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後3日以内に行う。
※2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

★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
総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現行	改定後
<p>薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点</p> <p>次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。</p> <p>(1) 入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方の内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>(2) 精神病床に入院中の患者であって、入院前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※</p>	<p>①薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点</p> <p>ア 患者の入院時に、<u>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。</u></p> <p>イ アを踏まえ、<u>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。</u></p> <p>ウ カンファレンスにおいて、<u>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。</u></p> <p>エ <u>処方変更による病状の悪化等について、多職種で確認する。</u></p> <p>②薬剤調整加算(退院時1回) 150点</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u> ・<u>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※</u> <p>※ クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合</p>

医療機関から薬局に対する情報提供の評価

- 入院前の処方薬の内容に変更、中止等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。

(新) 退院時薬剤情報管理指導料
退院時薬剤情報連携加算 60点



【疑義解釈】

Q 「入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものは除く。)が処方されている患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合」等に算定できるとされているが、どのような場合が「処方の内容を変更」に該当するのか。

- A 次のようなものが該当する。
- ・作用機序が同一である院内の採用薬への変更は、「処方の内容を変更」には該当しない。
 - ・内服薬の種類数の変更
 - ・内服薬の削減又は追加
 - ・内服薬の用量の変更
 - ・作用機序が異なる同一効能効果の内服薬への変更

入院基本料等加算

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

★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。

【疑義解釈】

Q 尿道カテーテルを抜去後に、尿道カテーテルを再留置した場合であっても、初回の算定から12週間以内であれば算定可能か。

A 算定可能。

Q 基準で求める医師の「排尿ケアに係る適切な研修」及び看護師の「所定の研修」には、どのようなものがあるか。

A 令和2年度診療報酬改定前の区分番号「B005-9」排尿自立指導料と同様である。「疑義解釈の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)の問97を参照のこと。

Q 「包括的排尿ケアの計画を策定する」とあるが、リハビリテーション実施計画書、またはリハビリテーション総合実施計画書の作成をもって併用することは可能か。

A 包括的排尿ケアの計画の内容が、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明記されていれば、併用しても差し支えない。

Q 排尿ケアチームに構成されている職員は病棟専従者等を兼務しても差し支えないか。

A 病棟業務に専従することとされている職員については、専従する業務の範囲に「排尿ケアチーム」の業務が含まれないと想定されるため、兼務することはできない。

入院における排尿自立指導の見直し

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

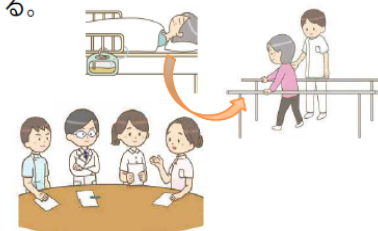
(新) 排尿自立支援加算 200点(週1回)

【算定要件】

入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

【施設基準】

- (1) 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。



<新たに算定可能となる入院料>

- 地域包括ケア病棟入院料
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 精神科救急入院料
- 精神療養病棟入院料 等

外来における排尿自立指導の評価

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

現行	
排尿自立指導料	200点
【算定要件】 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。	

改定後	
外来排尿自立指導料	200点
【算定要件】 入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、 <u>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</u> 。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。	



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様

入院基本料等加算

※ 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

★A252 地域医療体制確保加算 新設 520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(地域一般除く)、結核病棟入院基本料(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)、専門病院入院基本料(7対1及び10対1限る)、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料(管理料5除く)、精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。
- (2) 救急医療に係る搬送件数実績年間2,000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 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(※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保険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、保険医療施設をあげて取り組む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働規制についてや、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要を参照し、推進していく必要がある。

※1 「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 勤務計画上、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 短時間正規雇用医師の活用



入院基本料等加算

※ 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

【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

- 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2,000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。

と付記されている。

【注目ポイント】

この加算は救急車を多く応需して地域にとって欠くことができない役割をはたしている保険医療機関において、医師の過重労働の軽減を進めるための加算といえるため、医師の労働内容を把握することと、タスクシェアなどによって医師の負担軽減を進めるための加算といえる。評価できる加算であるが、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圏の見直し並びに地域加算の見直し

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、直近の統計を用いて、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、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。

【医師事務作業補助体制加算】

〔施設基準〕

ウ 基本診療科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。

※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。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

★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

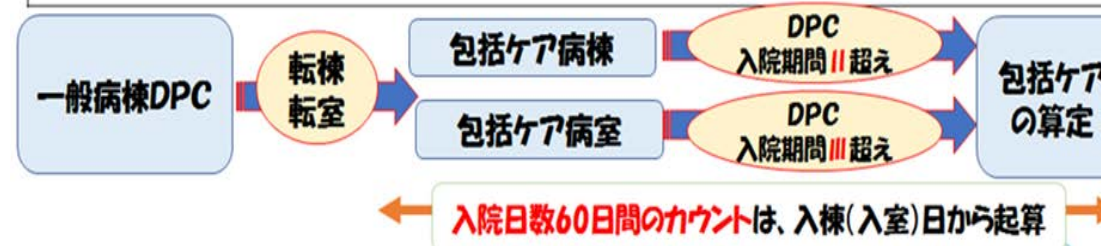
経過措置 令和2年9月30日まで

	現行	改定後
自宅等から入棟した患者割合	1割以上(10床未満の病室は3月3人以上)	1割5分以上(10床未満の病室は3月6人以上)
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	6人以上
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)20回以上	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)30回以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数／同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月間)100回以上／500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月)60回以上 併設の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月)300回以上
	開放型病院共同指導料の算定回数(3月)10回以上	(削除)
	同一敷地内の事業所で介護サービスを提供していること	併設の事業所が介護サービスの提供実績を有していること
	-	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数(3月)30回以上
	-	退院時共同指導料2の算定回数(3月)6回以上
	-	-

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

★DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

改定
<p>【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。</p> <p>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。</p>



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

★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「適切な意思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床以上の病院について、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）**

★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・病室として創設されましたが、旧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くなった患者」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。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

※Ⅲ－1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

【疑義解釈】

Q 「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」とあるが、当該部門及び部門に配置される看護師及び社会福祉士は、区分番号「A246」入退院支援加算の施設基準に規定される「入退院支援及び地域連携業務を担う部門」と同一の部門でよいか。

A よい。

Q 施設基準において、「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、家族に説明すること。」とあるが、

- ① 地域包括ケア病棟に入棟した全ての患者(リハビリテーション実施の有無に関わらず)にADL等の評価が必要か。
- ② ADL等の評価とは具体的にどのような評価となるか。
- ③ リハビリテーションを実施する必要がない患者に対しても、リハビリテーションの必要性について、説明することが必要か。
- ④ リハビリテーションの必要性を説明する者は、医師以外に理学療法士でもよいか。
- ⑤ 「患者又はその家族等に説明」については、書面による同意を得る必要があるか。また、その規定の書式はあるか。
- ⑥ リハビリテーションを提供する患者については、疾患別リハビリテーションの規定のとおり実施計画書の作成及び説明等を行うことでよいか。

A それぞれ以下のとおり。

- ① 必要。
- ② 例えば、入棟時に測定が必須のADLスコア(内容はBIと同等)を用いることを想定。
- ③ 判断の結果について、診療録に記載及び患者又はその家族等に説明を行うこと。
- ④ 医師の指示を受けた理学療法士等が行ってもよい。
- ⑤ 書面による同意は不要。
- ⑥ よい。

Q 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、同一の保険医療機関内の他の病棟における地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合に、転室後の診療報酬はどのように算定すればよいか。

A 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、同一の保険医療機関内の他の病棟における地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室(以下、地域包括ケア病室という。)に転室する場合の算定方法は、なお従前のとおり。具体的には、同一の保険医療機関内の他の「一般病棟」における地域包括ケア病室に転室する場合は、診断群分類点数表に定められた期間Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って算定し、同一の保険医療機関内の「療養病棟」における地域包括ケア病室に転室する場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する。

回復期リハビリテーション病棟入院料

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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みなす。

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※。

	回復期リハビリテーション病棟の対象疾患	※発症又は手術から入棟までの期間<削除>	算定上限日数
1	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、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	2か月以内	150日以内
	高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	2か月以内	180日以内
2	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	2か月以内	90日以内
3	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後の状態	2か月以内	60日以内
4	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	損傷後 1か月以内	60日以内
5	股関節又は膝関節の置換術後の状態	損傷後 1か月以内	90日以内

回復期リハビリテーション病棟入院料

※Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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。

【疑義解釈】

Q「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、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、説明すること。なお、患者の求めがあった場合には、作成したリハビリテーション実施計画書を交付すること。」とあるが、回復期リハビリテーション病棟入棟時のリハビリテーション実施計画書は疾患別リハビリテーションで求められるリハビリテーション実施計画書とは異なるものか。

A 同様の内容で差し支えない。なお、その際、ADLの項目として、FIMを記載すること。

Q 急変などにより同一医療機関内の一般病床にて治療が必要となり、その後状態が安定し同一医療機関内の回復期リハビリテーション病棟に再度入院した場合もリハビリテーション実施計画書が新たに必要となるか。

A 当該患者の、回復期リハビリテーションを要する状態に変わりがない場合については、新たに作成する必要はない。なお、その場合においても、実施する疾患別リハビリテーションに係る要件について留意すること。

Q「他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者」には、介護老人保健施設の短期入所療養介護を利用する者を含むか。

A 含む。

疾患別リハビリテーション料

※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

【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。（「診療録にその要点を記載する」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。

【疑義解釈】

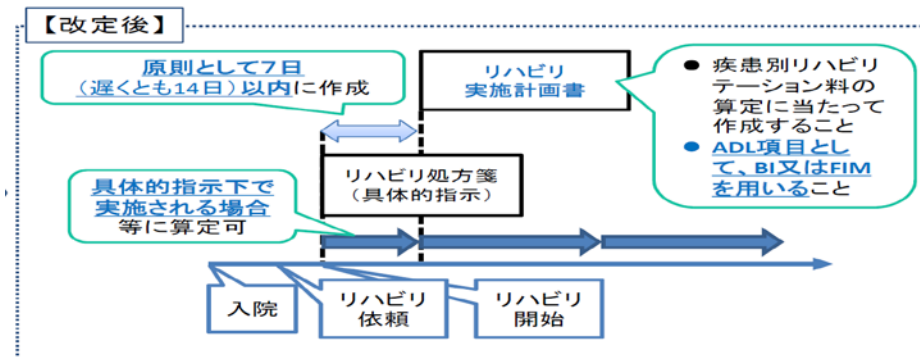
- Q 誤嚥性肺炎等、呼吸器疾患で言語聴覚士による呼吸訓練とともに摂食嚥下訓練(嚥下評価・食形態、姿勢、量等の記載)を併せて行なった場合、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定してよいか。
- A 呼吸器リハビリテーション料の算定要件を満たす場合において、算定可能。

3. 脳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。

【疑義解釈】

- Q 言語聴覚療法のみを実施する場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定する基準施設であっても脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)として算定するのか。
- A 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準を満たす医療機関において実施される言語聴覚療法については、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる。
- Q 「言語聴覚療法のみを実施する場合」とは、当該患者が言語聴覚療法のみを実施することを示すのか、もしくは、当該医療機関が言語聴覚療法のみを実施する場合を示すのか。
- A 当該医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーションのうち言語聴覚療法のみを実施する場合を示す。



疾患別リハビリテーション料

※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

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。

【疑義解釈】

Q リハビリテーションスタッフからの報告については、口頭での報告でもよいか。

A 報告そのものは口頭でも差し支えないが、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、診療録等に記載することが必要である。

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

※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

【疑義解釈】

Q 留意事項通知において、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日以内に行うことになったが、例えば、入院期間が5日の場合は、この入院期間中にリハビリテーション実施計画書を作成することでよいのか。

A そのとおり。

Q リハビリテーション実施計画書の作成について、術前にリハビリテーションを実施する場合は、術後、手術日を起算日として新たにリハビリテーション実施計画書を作成する必要があるか。

A 手術日を起算日として新たに疾患別リハビリテーション料を算定する場合は、新たにリハビリテーション実施計画書を作成する必要がある。「疑義解釈資料の送付について(その15)」(平成25年8月6日事務連絡)の問6を参照のこと。

Q 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよいのか。

A 医師による説明が必要である。

Q 留意事項通知において、実施計画書の作成は、現時点では、開始時とその後3か月に1回以上の実施となっているが、例えば、1月1日に疾患別リハビリテーションを開始した場合、4月1日までの作成となるのか、1月、2月、3月の3か月で、3月中に作成となるのか。

A 暦月で、3ヶ月に1回以上の作成及び説明等が必要であるため、当該事例においては、4月末日までに作成する必要がある。

Q 例えば、1月31日にリハビリテーションが開始となり、2月7日にリハビリテーション実施計画書を作成した場合、リハビリテーション実施計画書の作成は、いつまでに必要となるのか。

A 疾患別リハビリテーションを開始した日を起算日とするため、2回目のリハビリテーション実施計画書の作成及び説明等は、4月末日までに実施する必要がある。

Q 留意事項通知において、「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。」となったが、具体的な指示の内容として想定しているものはなにか。

A 具体的な指示は、医学的判断によるが、例えば、リハビリテーションの必要量及び内容、リハビリテーションを実施するに当たっての禁忌事項等が含まれる。

Q リハビリテーション総合実施計画書を作成した際に、患者の状況に大きな変更がない場合に限り、リハビリテーション実施計画書に該当する1枚目の新規作成は省略しても差し支えないか。

A 差し支えない。なお、その場合においても、3ヶ月に1回以上、リハビリテーション実施計画書の作成及び説明等が必要である。

Q 運動器リハビリテーション料を算定する患者が、入院中に誤嚥性肺炎を生じた場合、運動器リハビリテーション料とは別に言語聴覚士が区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料を別に算定してよいのか。

A 算定可能。留意事項通知第7部リハビリテーション通則8を参照のこと。

Q 運動量増加機器加算について、区分番号「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料の中に「運動量増加機器」が示されたが、これは具体的にどのような機器が含まれるのか。

A 「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」(令和2年3月5日保医発0305 第11号)に掲げる定義に適合する医療機器が該当する。

疾患別リハビリテーション料

※Ⅱ-3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化

★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**
- ・ **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**
- ・ **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。**

【疑義解釈】

Q 施設基準で求める「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるか。

A 現時点では、日本看護協会の認定看護師教育課程「摂食・嚥下障害看護」である。

Q 算定するに当たり、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」を作成する必要があるが、「摂食嚥下支援計画書」は別に指定する様式があるか。また、リハビリテーション総合実施計画書でよいのか。

A 摂食嚥下支援チームにおいて作成する「摂食嚥下支援計画書」については、様式を定めていない。必要な事項が記載されていれば、リハビリテーション総合実施計画書を用いても差し支えない。なお、摂食嚥下支援加算の算定に当たっては、算定対象となる患者の、入院時及び退院時における FOIS を含む事項について報告する必要があるため、留意されたい。詳細は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2様式 43 の6を参照のこと。

Q 摂食嚥下支援チームに構成されている職員は病棟専従者等を兼務しても差し支えないか。

A 病棟業務に専従することとされている職員については、専従する業務の範囲に「摂食嚥下支援チーム」の業務が含まれないと想定されるため、兼務することはできない。

[施設基準]

- ・ **摂食嚥下支援チームを設置※**

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

※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、ア～オは参加必須。カ、キは必要に応じて参加。

救急医療

※ 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

- 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(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。



[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言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事項の公開(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らない医療機関(B水準相当)のうち、を対象として、地域医療介護総合確保基金において、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 勤務計画上、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 短時間正規雇用医師の活用



救急医療

※ 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

★救急搬送看護体制加算(B001-2-6 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。(スライド15も参照のこと)

【疑義解釈】

Q 「当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの」を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとあるが、主要なものとはどのようなものか。

A 主要なものとは、例えば、当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した診療行為のうち、最も人的又は物的医療資源を投入したものを指す。

★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

【疑義解釈】

Q 救急搬送看護体制加算1について、対応が必要な救急患者が1名しかおらず、専任の看護師複数名による対応が必要でない場合にも、複数名の看護師により対応する必要はあるか。

A 看護師複数名による対応が必要である場合にすぐに対応可能な体制がとられていればよく、複数名による対応が不要な場合には他の業務に従事していても差し支えない。なお、複数名による対応の必要性の有無については、救急患者の人数や状態等に応じ、必要な看護が提供できるよう、各医療機関において適切に判断いただきたい。

Q 救急搬送看護体制加算1及び2について、病棟において夜間の看護配置の必要数を超えて配置されている看護師や、外来業務を行っている看護師が、当番制により夜間・休日の救急患者の受入に対応している場合は、当該看護師全員を専任として届け出ていれば当該加算の算定が可能か。

A 専任の看護師であれば算定可能であるので、届出時点の専任の看護師を全て記載し、届出を行うこと。

【指標】

イ: 意識障害又は昏睡 JCS

ウ: 心不全 NYHA

呼吸不全 P/F比

オ: ショック 平均血圧、昇圧剤利用

カ: 肝不全 AST値、ALT値

腎不全 EGFR値

重症糖尿病 JSD値、NGSP値、随時血糖値

その他 具体的な状態

キ: 広範囲熱傷 : BURN INDEX、気道熱傷

小児医療

※Ⅱ-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

★H007 障害児(者)リハビリテーション料

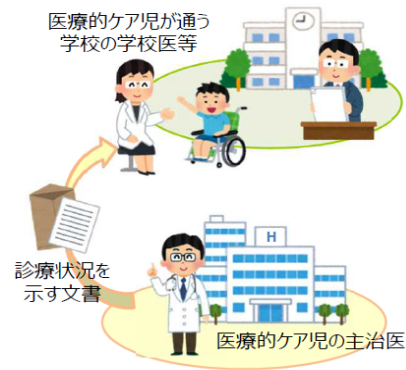
専従を求められる療法士が専従を求められる業務を実施していない勤務時間帯に他の業務に従事することは差支えない(がん患者リハビリテーション料についても同様)

★B001-2 小児科外来診療料、B001-2-11 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

★B009 診療情報提供料(I)

[算定要件の新設]医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携を評価



★B001 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、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、公認心理師が実施する場合の評価を新設する
また、対象に被虐待児等を含むことを明確化する

【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

★B001 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

★(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

自治体への情報提供の見直し

➤ 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行
【訪問看護情報提供療養費1】 [算定対象] (1)特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 (2)特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 (3)精神障害を有する者又はその家族等

改定後
【訪問看護情報提供療養費1】 [算定対象] (1)特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 (2)特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 (3)精神障害を有する者又はその家族等 (4)15歳未満の小児

★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

学校等への情報提供の見直し

➤ 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行
【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校(小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定。

改定後
【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、 <u>学校等(保育所等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)へ通園又は通学する利用者</u> について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該 <u>学校等</u> からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき <u>各年度</u> 1回に限り算定。 <u>また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。</u>



がん医療

※Ⅱ-5 治療と仕事の両立に資する取組の推進

Ⅱ-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

★BOO1-9 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)

[疑義解釈]

Q 相談支援加算の施設基準で求める「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」とあるが、当該研修にはどのようなものがあるか。

A 現時点では、独立行政法人労働者健康安全機構の実施する両立支援コーディネーター基礎研修及び応用研修が該当する。

★BOO1 23 がん患者指導管理料「ハ」

[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

★BOO1 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。

常勤換算の見直し

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。

医師の配置について

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。

(対象となる項目)

- ・緩和ケア診療加算
- ・栄養サポートチーム加算
- ・感染防止対策加算 等

看護師の配置について

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。

専従要件について

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。

(対象となる項目)

- ・ウイルス疾患指導料(注2)
- ・障害児(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



がん拠点病院加算の見直し

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

現行

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

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

改定後

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

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

現行

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

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

改定後

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

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

がんゲノム医療中核拠点病院
がんゲノム医療拠点病院
がんゲノム医療連携病院

がん医療

※Ⅱ-7-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

★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

★質の高い外来癌化学療法の評価→(新)連携充実加算150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) 外来化学療法加算1を取得、2) レジメンに関わ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する

(新) BRCA1/2遺伝子検査2 血液を検体とするもの **20,200点**

(新) がん患者指導管理料二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**

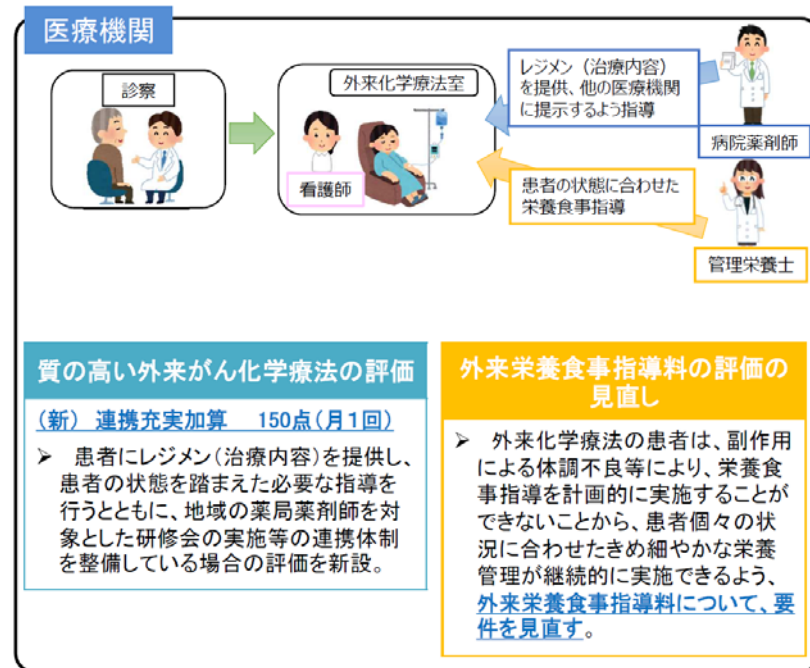
K475(乳房切除術)、K888(子宮附属器腫瘍切除術)に掲げる手術については、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

★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] 疾患から実施される治療(手術、化学療法、放射線治療、造血幹細胞移植)に要件を変更する

★B001-7 リンパ浮腫指導管理料 **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、鼠径部、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または原発性リンパ浮腫と診断されたものに変更



【現行】	【改定後】												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>【がんの種類】</th> <th>【治療方法】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>● 食道がん、肺がん 等</td> <td>● 全身麻酔による手術</td> </tr> <tr> <td>● 口腔がん、咽頭がん 等</td> <td>● 放射線治療</td> </tr> <tr> <td>● 血液腫瘍</td> <td>● 化学療法 ● 造血幹細胞移植</td> </tr> </tbody> </table>	【がんの種類】	【治療方法】	● 食道がん、肺がん 等	● 全身麻酔による手術	● 口腔がん、咽頭がん 等	● 放射線治療	● 血液腫瘍	● 化学療法 ● 造血幹細胞移植	<table border="1"> <thead> <tr> <th>【がんの種類】</th> <th>【治療方法】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>がんの種類による規定を削除</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● 手術 ● 骨髄抑制を来しうる化学療法 ● 放射線治療 ● 造血幹細胞移植 を予定又は行われた患者 </td> </tr> </tbody> </table>	【がんの種類】	【治療方法】	がんの種類による規定を削除	<ul style="list-style-type: none"> ● 手術 ● 骨髄抑制を来しうる化学療法 ● 放射線治療 ● 造血幹細胞移植 を予定又は行われた患者
【がんの種類】	【治療方法】												
● 食道がん、肺がん 等	● 全身麻酔による手術												
● 口腔がん、咽頭がん 等	● 放射線治療												
● 血液腫瘍	● 化学療法 ● 造血幹細胞移植												
【がんの種類】	【治療方法】												
がんの種類による規定を削除	<ul style="list-style-type: none"> ● 手術 ● 骨髄抑制を来しうる化学療法 ● 放射線治療 ● 造血幹細胞移植 を予定又は行われた患者												

療養病棟・在宅医療

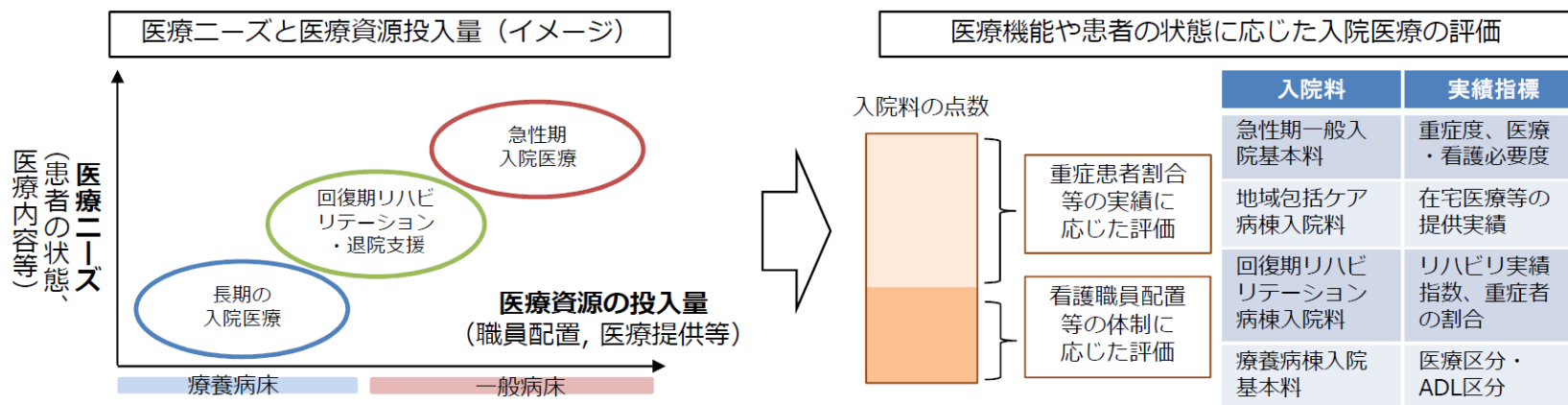
【総評】

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、過去の改定で押し進めてきた

- ・「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を中心であるが、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

【疑義解釈】

Q 療養病棟入院基本料の施設基準において策定が求められている「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」について、参考にすべきものはあるか。

A 「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き」(平成25年度厚生労働科学研究費補助金「医療機関における感染制御に関する研究」)の「カテーテル関連血流感染対策」等を参考とすること。なお、他の院内感染対策のための指針と併せて策定しても差し支えない。

- 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

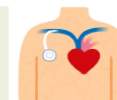
- 診療情報提供料(Ⅲ)

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

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

【算定要件】

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



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

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

【施設基準】

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

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



【経過措置】

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

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

療養病棟・在宅医療

※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

【在宅】主な改定項目

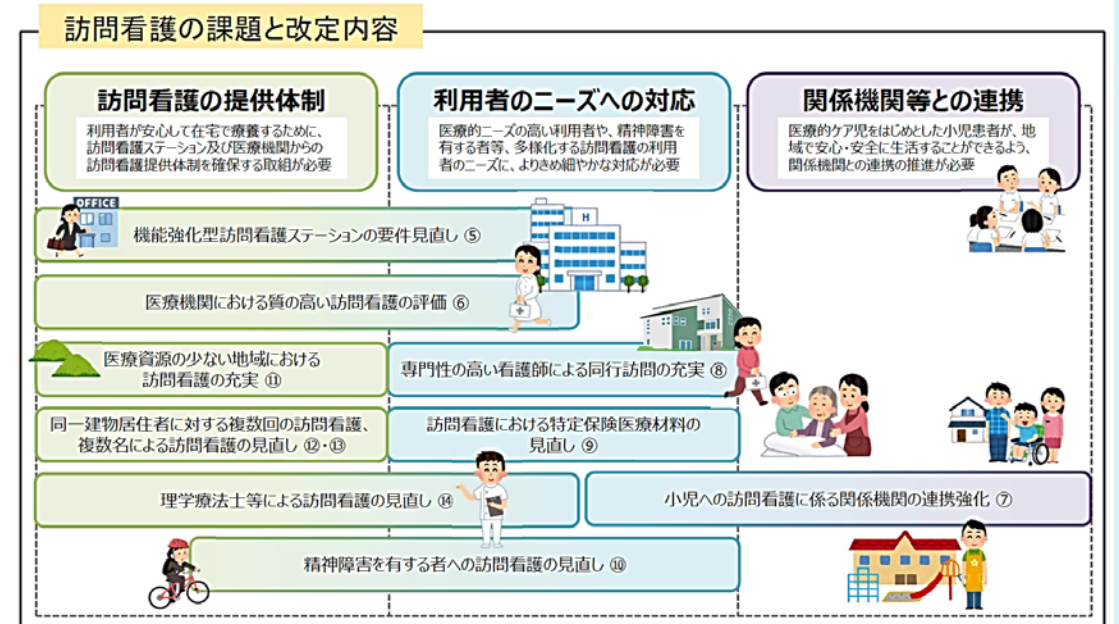
高齢化、病床再編に伴う在宅医療・訪問看護の需要拡大を踏まえ、質の向上や効率化等に主眼を置いた見直しがされている。

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
- 在宅患者訪問褥瘡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、許可病床数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



【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、持続性抗精神病注射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步前進と言える。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注射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ながらの病院が経営上有利なことには変わりはない。「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するなら、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

※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

【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】

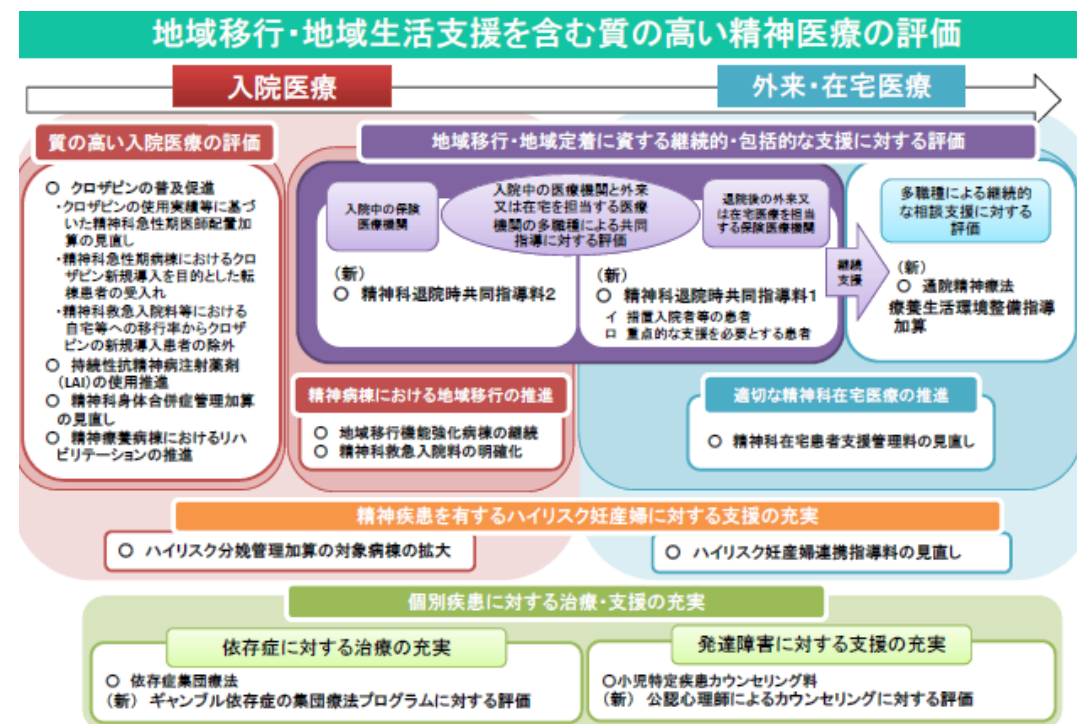
- × 他医療機関受診の見直し
- △ 精神科リエゾンチーム加算の見直し
- ◎ 栄養サポートチーム加算の対象病棟の拡大

【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、電気けいれん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
- × 精神病棟入院基本料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



【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。対象患者は措置入院患者か「包括支援マネジメント実践ガイド」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点が通院在宅・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2しか算定できないと思われるので、この加算は絵に描いた餅に終わる可能性がある。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

※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

★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、月平均で当該病棟の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名の専任(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」病棟では外出しとなった。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、療養病棟で漫然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棟した患者について、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顆粒球症や心筋炎などの合併症は重篤であり、安易な導入は慎むべきであろう。



★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。病棟機能を見直し病院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棟を減らさなければならないかもしれない。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



精神病棟でも、ハイリスク分娩管理加算が算定できるようになった。

★B001-4 児童思春期の精神疾患等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。被虐待児も含め、児童思春期への精神科医療の関与が今後ますます必要になると思われる。しかしながら、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。「児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実」と謳いながら、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。

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

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

★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

妊婦などと同じように、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300点に増点された。

[公認心理師による場合の算定要件]

- (1) 一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
- (2) 医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定できる。
- (3) 継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。



精神科領域

※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

★精神療養病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病棟で算定できるようになった。一見理にかなった改定に見えるが、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。

★1006-2 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。

【疑義解釈】

Q 施設基準におけるギャンブル依存症に対する適切な研修とは何を指すのか。

A 現時点では、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターの主催するギャンブル障害の標準的治療プログラム研修

そのほか、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

せん妄ハイ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。

【認知機能検査その他の心理検査(1 操作が容易なもの)】

(新)イ 簡易なもの	80点
(新)ロ その他のもの	80点



【主な算定要件】

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

【疑義解釈】

Q 精神科急性期医師配置加算の「1」又は「3」において求められているクロザピンの年間新規導入実績の「年間」とは、直近1年間を指すのか。

A そのとおり。

Q 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料について、「クロザピンを新規に導入する」とは、当該病棟においてクロザピンを新規に投与開始したことを指すのか。

A そのとおり。

Q 精神科急性期医師配置加算、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料の施設基準において、「(略)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、4割(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」とあるが、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者とは、当該保険医療機関の他の病棟から転棟した患者のみを指すのか。

A 転棟かどうかにかかわらず、クロザピンの新規導入を目的とした新規入院患者を指す。

Q 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料におけるクロザピンの新規導入を目的とした転棟患者に対するクロザピンの投与後に投与を中止した場合について、「クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症」とあるが、具体的にはどのような場合か。

A 「クロザピンの使用あたっの留意事項について」(平成21年4月22日薬食審査発第0422001号)において、流通管理の基本として規定されている「クロザリル患者モニタリングサービス運用手順」における「投与を中止する基準」が該当する。

Q 精神療養病棟入院料を算定する病棟に配置されている作業療法士が、当該保険医療機関における疾患別リハビリテーションの専従の常勤作業療法士を兼ねることはできるか。

A 不可。

【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。**

オンライン診療料の要件の見直し

実施方法

- 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- 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、あらかじめ患者に**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。



対象疾患

- オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な**慢性頭痛**の患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。

オンライン診療のより柔軟な活用

医療資源の少ない地域等

- やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で**初診からオンライン診療を行う**ことを可能とする。
- 医師の所在に係る要件を緩和する。

在宅診療

- 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。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

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、事前の情報共有の上、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。



・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。

・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。

・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。

・外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を利用した遠隔服薬指導について新たな評価を行う。

・情報通信機器を利用した遠隔服薬指導時に薬局が医薬品を患家に配送等をするに当たり、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できることについて明確化する。

・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。

・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情報通信機器を活用して実施し、栄養食事指導の効果を高めるための取組を評価する。

・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。

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。
- ・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、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(※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な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。

【疑義解釈】

Q オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について毎月対面診療を行う医師は、オンライン診療を行う医師と同一のものに限られるか。

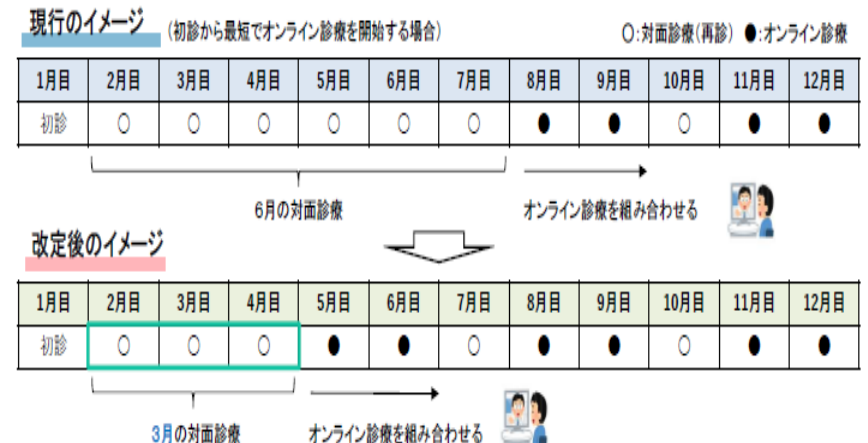
A そのとおり。

Q 「日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者」とあるが、現に通院又は訪問を行っている患者であれば、通院又は訪問に一定の時間を要する場合であっても対象としてよいか。

A その場合も対象としてよいが、当該要件における「日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者」とは、目安としては、概ね30分以内に通院又は訪問が可能な患者を想定している。

Q 算定可能な対象に「一次性頭痛であると診断」された患者とあるが、当該頭痛にはどのような疾患が含まれるか。

A 片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛等が含まれる。



医療におけるICTの利活用

※ II-11 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

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。



★(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

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。

[具体的な内容]

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。

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。

B005-11 遠隔連携診療料 500点

(新) 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、対面診療を行っている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、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている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、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

【対象患者】

- ・ 指定難病の疑いがある患者
 - ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者
- 【対象医療機関】 ※連携先の医療機関
- ・ 難病診療連携拠点病院
 - ・ てんかん診療拠点機関

【算定要件】

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、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こと。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う

連携した診療について
患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う(初診も可)



外来患者へのオンライン服薬指導

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点 (月1回まで)

【対象患者】

- (1) 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処方箋が交付された患者、かつ、
- (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

【主な算定要件】

- ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
 - ・ 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
 - ・ 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
 - ・ 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
- ※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、オンライン診療による処方箋により調剤することなどが要件として求められる。

【施設基準】

- (1) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿ってオンライン服薬指導を行う体制を有する保険薬局であること。
 - (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次の①、②の算定回数に占めるオンライン服薬指導(※)の割合が1割以下であること。
 - ① 薬剤服用歴管理指導料
 - ② 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。)
- ※ 薬剤服用歴管理指導料「4」及び「在宅患者オンライン服薬指導料」の合計



★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。

★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。

★BOO1 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。

【疑義解釈】

Q 電話又は情報通信機器等を使用した場合の栄養食事指導について、メールを使用した場合も算定が可能か。

A メールのみを使用した指導では算定できない。なお、必要な資料等をメールで送付することは差し支えない。

★BOO1-3-2 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1	
イ 初回	230点
ロ 2回目から4回目まで	
(1) 対面で診察を行った場合	184点
(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合	155点
ハ 5回目	180点
2 ニコチン依存症管理料2(一連につき)	800点



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

- 診療録 → ・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。
・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、**様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。

★見直しポイントについて

1) 機能評価係数Ⅱ: 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験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成
- ・ 20例以上の治験の実施、10例以上の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)
- ・ 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

※ 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いについて

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、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ついては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。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて 令和2年2月14日

1. 定数超過入院について

- (1)「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」(平成 18 年3月 23 日保医発第 0323003 号)の第1の3において、保険医療機関が、医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いに係り、「災害等やむを得ない事情」の場合は、当該入院した月に限り減額の対象としないとされているところである。今般、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより超過入院となった保険医療機関にあっては、この規定にかかわらず、当面の間、同通知第1の2の減額措置は適用しないものとする。
- (2)(1)の場合においては、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」(平成 30 年厚生労働省告示第 68 号)の第4項第一号に掲げるDPC対象の保険医療機関が医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合の取扱いによらず、当面の間、従前の通り診断群分類点数表に基づく算定を行うものとする。

2. 施設基準の取扱いについて

- (1)新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「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。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。)の第3の1(1)の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。
- (2)また、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。
- (3)上記と同様の場合、DPC対象病院について、「DPC制度への参加等の手続きについて」(平成 30年3月 26日保医発 0326第7号)の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。
- (4)(1)から(3)の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて 令和2年2月14日

問1 保険医療機関が、新型コロナウイルス感染症患者等を医療法上の許可病床数を超過して入院させた場合等は、どの入院基本料、特定入院料を算定するのか。

(答) 当面の間、以下の取扱いとする。

＜原則＞実際に入院した病棟(病室)の入院基本料・特定入院料を算定する。

＜会議室等病棟以外に入院の場合＞

速やかに入院すべき病棟へ入院させることを原則とするが、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が入院すべき病棟の入院基本料を算定する。この場合、当該患者の状態に応じてどのような診療や看護が行われているか確認できるよう、具体的に診療録、看護記録等に記録する。

＜医療法上、本来入院できない病棟に入院(精神病棟に精神疾患ではない患者が入院した場合など)又は診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院(回復期リハビリテーション病棟に施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合など)した場合＞

- 入院基本料を算定する病棟の場合
入院した病棟の入院基本料を算定する(精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定。)。ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係らず、入院基本料を算定する。
- 特定入院料を算定する病棟の場合
医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること(一般病床の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は13対1又は15対1の看護配置を求めていることから、地域一般入院基本料を算定。)

問2 保険医療機関において新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院(例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など)した場合に、特定入院料等に規定する施設基準の要件についてどのように考えればよいか。

(答) 保険医療機関において、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院(例えば回復期リハビリテーション病棟に回復期リハビリテーションを要する状態ではない患者が入院した場合など)した場合には、当面の間、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否かを判断する。

問3 新型コロナウイルス感染症患者等を第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院させた場合、A210の2二類感染症患者入院診療加算を算定できるか。

(答) 算定できる。ただし、当該点数を算定できる入院基本料を算定している場合に限る。

問4 新型コロナウイルス感染症患者等を個室に入院させた場合には、A220-2二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるか。

(答) 問3と同様に、算定できる。ただし、当該点数を算定できる入院基本料を算定している場合に限る。なお、A210の2二類感染症患者入院診療加算との併算定も、要件を満たせば可である。

問5 新型コロナウイルスの感染が疑われる患者が「帰国者・接触者相談センター」等に連絡し、その指示等により、200床以上の病院で、帰国者・接触者外来等を受診した場合、初診時の選定療養費の取扱いはどうなるか。

(答) この場合、「緊急その他やむを得ない事情がある場合」に該当するため、初診時の選定療養費の徴収は認められない。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その9) 令和2年4月8日

1. 外来における対応について

新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者に対し、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価する観点から、新型コロナウイルス感染症患者(新型コロナウイルス感染症であることが疑われる者を含む。以下同じ。)の外来診療を行う保険医療機関においては、当該患者の診療について、受診の時間帯によらず、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。) **B001-2-5 院内トリアージ実施料を算定できることとする**こと。なお、その際は、「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第1版」に従い、院内感染防止等に留意した対応を行うこと。

また、新型コロナウイルス感染症患者に対してのみ院内トリアージ実施料を算定する保険医療機関については、特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第三の四の四に規定する施設基準を満たしているものとみなすとともに、第一に規定する届出は不要とすること。

2. 入院における対応について

(1) 緊急に入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対する診療を評価する観点から、新型コロナウイルス感染症患者の入院診療に当たっては、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた患者(入院基本料又は特定入院料のうち、救急医療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、算定告示 **A205の1救急医療管理加算1を算定できることとする**こと。その際、**最長14日算定できることとする**こと。

なお、新型コロナウイルス感染症患者については、算定告示A205救急医療管理加算の注1に規定する「緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者」とみなすものとする。

また、新型コロナウイルス感染症患者に対してのみ A205 の1救急医療管理加算1を算定する保険医療機関については、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の体制を確保しており、かつ、基本診療料の施設基準等(平成30年厚生労働省告示第62号)第八の六の二に規定する要件を満たしているものとみなすとともに、第一に規定する**届出は不要**とすること。

(2) 必要な感染予防策を講じた上で実施される入院診療を評価する観点から、新型コロナウイルス感染症患者の入院診療に当たっては、第二種感染症指定医療機関の指定の有無に関わらず、算定告示**A210の2二類感染症患者入院診療加算を算定できることとする**こと。

なお、算定告示 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を算定する病棟・病室については、当該加算を含むものとし、別に算定できないこととする。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

外来における対応

新型コロナウイルスへの感染を疑う患者

- 必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価

B001-2-5
院内トリアージ実施料
(300点/回)

入院における対応 ※

入院を必要とする
新型コロナウイルス
感染症患者

- 入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対する診療を評価
- 必要な感染予防策を講じた上で実施される診療を評価

感染症病棟、一般病棟

A205
救急医療管理加算
(950点/日)

- 特例的に、14日間まで算定できることとする

A210の2
二類感染症患者入院診療
加算
(250点/日)

※ 個室又は陰圧室において受け入れた場合については、二類感染症患者療養環境特別加算（200～500点/日）を算定できることを明確化。

※ 感染症病棟及び一般病棟のみで新型コロナウイルス感染症患者を受け入れることが困難な場合が想定されることを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は療養病棟入院基本料を算定する病棟に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた場合については、それぞれ、在宅患者支援病床初期加算（300点/日）又は在宅患者支援療養病床初期加算（350点/日）を算定できることを明確化。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その9) 令和2年4月8日

問1 新型コロナウイルス感染症患者であって、一般病棟入院基本料を算定している病棟に入院している患者に対して、個室又は陰圧室で管理を行った場合に、A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算は算定可能か。

(答) 新型コロナウイルス感染症患者は、二類感染症患者相当の取扱いとされていることから、二類感染症患者療養環境特別加算の算定要件を満たせば、算定できる。

問2 新型コロナウイルス感染症患者であって、地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟に入院している患者に対して、在宅患者支援病床初期加算は算定可能か。

(答) 地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟に、新型コロナウイルス感染症患者が入院した場合には、在宅患者支援病床初期加算を算定できる。

問3 新型コロナウイルス感染症患者であって、療養病棟入院基本料を算定している病棟に入院している患者に対して、在宅患者支援療養病床初期加算は算定可能か。

(答) 療養病棟入院基本料を算定している病棟に、新型コロナウイルス感染症患者が入院した場合には、在宅患者支援療養病床初期加算を算定できる。

問4 新型コロナウイルス感染症患者が療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院した場合、基本診療料の施設基準等別表第五の二に規定する「感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態」とみなしてよいか。

(答) そのような状態とみなしてよい。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その10) 令和2年4月10日

1. 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について

新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的な対応として、4月10日事務連絡1.(1)に規定する初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をする場合には、当該患者の診療について、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。)A000初診料の注2に規定する214点を算定すること。その際は、4月10日事務連絡における留意点等を踏まえ、適切に診療を行うこと。また、その際、医薬品の処方を行い、又はファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料、又は薬剤料を算定することができる。ただし、4月10日事務連絡1.(1)に規定する場合であっても、既に保険医療機関において診療を継続中の患者が、他の疾患について当該保険医療機関において初診があった場合には、電話等再診料を算定すること。

2. 保険薬局において、保険医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話や情報通信機器を用いて服薬指導等を行う場合について

新型コロナウイルスの感染拡大を防止するため、4月10日事務連絡2.(1)に基づき調剤を実施した場合、調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料を算定することができる。また、4月10日事務連絡2.(2)に規定する電話や情報通信機器を用いて服薬指導を行った場合、その他の要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料等を算定することができる。

3. 慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合について

新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、算定告示B000の2に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の147点を月1回に限り算定できることとする。

4. 4月10日事務連絡において「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(令和2年2月28日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)及び「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(令和2年3月19日付け厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)が廃止されたことに伴い、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その2)」(令和2年2月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡)、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その3)」(令和2年3月2日厚生労働省保険局医療課事務連絡)、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その5)」(令和2年3月12日厚生労働省保険局医療課事務連絡)及び「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その6)」(令和2年3月19日厚生労働省保険局医療課事務連絡)において「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(令和2年2月28日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)及び「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(令和2年3月19日付け厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)を参照している箇所については、4月10日事務連絡の該当箇所と読み替えるものとする。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて令和2年4月10日

(1) 初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について

患者から電話等により診療等の求めを受けた場合において、診療等の求めを受けた医療機関の医師は、当該医師が電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方が当該医師の責任の下で医学的に可能であると判断した範囲において、初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をして差し支えないこと。ただし、麻薬及び向精神薬の処方をしてはならないこと。診療の際、できる限り、過去の診療録、診療情報提供書、地域医療情報連携ネットワーク(※)又は健康診断の結果等(以下「診療録等」という。)により当該患者の基礎疾患の情報を把握・確認した上で、診断や処方を行うこと。診療録等により当該患者の基礎疾患の情報が把握できない場合は、処方日数は7日間を上限とするとともに、麻薬及び向精神薬に加え、特に安全管理が必要な医薬品(いわゆる「ハイリスク薬」)として、診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤(抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤等)の処方をしてはならないこと。

(※)患者の同意を得た上で、医療機関間において、診療上必要な医療情報(患者の基本情報、処方データ、検査データ、画像データ等)を電子的に共有・閲覧できる仕組み

なお、当該医師が電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行うことが困難であると判断し、診断や処方を行わなかった場合において、対面での診療を促す又は他の診療可能な医療機関を紹介するといった対応を行った場合は、受診勧奨に該当するものであり、こうした対応を行うことは医師法(昭和23年法律第201号)第19条第1項に規定する応招義務に違反するものではないこと。

(2) 初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施する場合の留意点について

① 実施に当たっての条件及び留意点:上記(1)により初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行う場合は、以下アからウまでに掲げる条件を満たした上で行うこと。

ア 初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行うことが適していない症状や疾病等、生ずるおそれのある不利益、急病急変時の対応方針等について、医師から患者に対して十分な情報を提供し、説明した上で、その説明内容について診療録に記載すること(※)。(※)説明に当たっては、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成30年3月厚生労働省策定。以下「指針」という。)Ⅴの1.(1)に定める説明や同意に関する内容を参照すること。

イ 医師が地域における医療機関の連携の下で実効あるフォローアップを可能とするため、対面による診療が必要と判断される場合は、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した医療機関において速やかに対面による診療に移行する又は、それが困難な場合は、あらかじめ承諾を得た他の医療機関に速やかに紹介すること。

ウ 電話や情報通信機器を用いて診療を行う場合においては、窓口での被保険者の確認等の手続きが行われず、また、診療も問診と視診に限定されていることなどから、対面で診療を行う場合と比べて、患者の身元の確認や心身の状態に関する情報を得ることが困難であり、患者のなりすましの防止や虚偽の申告による処方を防止する観点から、以下の措置を講じること。

・ 視覚の情報を含む情報通信手段を用いて診療を行う場合は、患者については被保険者証により受給資格を、医師については顔写真付きの身分証明書により本人確認を、互いに行うこと。その際、医師にあっては医師の資格を有していることを証明することが望ましい。

・ 電話を用いて診療を行う場合は、当該患者の被保険者証の写しをファクシミリで医療機関に送付する、被保険者証を撮影した写真の電子データを電子メールに添付して医療機関に送付する等により、受給資格の確認を行うこと。

・ 電話を用いて診療を行う場合であって、上記に示す方法による本人確認が困難な患者についても、電話により氏名、生年月日、連絡先(電話番号、住所、勤務先等)に加え、保険者名、保険者番号、記号、番号等の被保険者証の券面記載事項を確認することで診療を行うこととしても差し支えないこと。

・ なお、被保険者証の確認に加えて患者の本人確認を行う場合には、「保険医療機関等において本人確認を実施する場合の方法について」(令和2年1月10日付け保保発0110第1号、保国発0110第1号、保高発0110第1号、保医発0110第1号厚生労働省保険局保険課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、医療課長連名通知)等に留意して適切に対応されたい。

・ 虚偽の申告による処方疑われる事例があった場合は、その旨を所在地の都道府県に報告すること。報告を受けた都道府県は、管下の医療機関に注意喚起を図るなど、同様の事例の発生の防止に努めること。

② その他:患者が保険医療機関に対して支払う一部負担金等の支払方法は、銀行振込、クレジットカード決済、その他電子決済等の支払方法により実施して差し支えないこと。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて令和2年4月10日

(3) 2度目以降の診療を電話や情報通信機器を用いて実施する場合について

① 既に対面で診断され治療中の疾患を抱える患者について

既に対面で診断され治療中の疾患を抱える患者について、電話や情報通信機器を用いた診療により、当該患者に対して、これまでも処方されていた医薬品を処方することは事前に診療計画が作成されていない場合であっても差し支えないこと。また、当該患者の当該疾患により発症が容易に予測される症状の変化に対して、これまで処方されていない医薬品の処方しても差し支えないこと。ただし、次に掲げる場合に応じて、それぞれ次に掲げる要件を満たす必要があること。なお、感染が収束して本事務連絡が廃止された後に診療を継続する場合は、直接の対面診療を行うこと。

ア 既に当該患者に対して定期的なオンライン診療(※)を行っている場合

オンライン診療を行う前に作成していた診療計画に、発症が容易に予測される症状の変化を新たに追記するとともに、当該診療計画の変更について患者の同意を得ておくこと。なお、上記により追記を行う場合においては、オンライン診療により十分な医学的評価を行い、その評価に基づいて追記を行うこと。

イ これまで当該患者に対して定期的なオンライン診療を行っていない場合(既に当該患者に対して2月28日事務連絡に基づき電話や情報通信機器を用いた診療を行っている場合を含む。)

電話や情報通信機器を用いた診療により生じるおそれのある不利益、発症が容易に予測される症状の変化、処方する医薬品等について、患者に説明し、同意を得ておくこと。また、その説明内容について診療録に記載すること。

(※)「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成30年3月厚生労働省策定。以下「指針」という。)が適用され、指針に沿って行われる診療

② 上記(1)により電話や情報通信機器を用いて初診を行った患者について

上記(1)により電話や情報通信機器を用いて初診を行った患者に対して、2度目以降の診療も電話や情報通信機器を用いて行う場合については、上記(1)の記載に沿って実施すること。なお、上記(1)による診療は、問診及び視診に限定されたものであることから、その際に作成した診療録は、上記(1)に記載した「過去の診療録」には該当しないこと。また、感染が収束して本事務連絡が廃止された後に診療を継続する場合は、直接の対面診療を行うこと。

(4) 処方箋の取扱いについて

患者が、薬局において電話や情報通信機器による情報の提供及び指導(以下「服薬指導等」という。)を希望する場合は、処方箋の備考欄に「0410 対応」と記載し、当該患者の同意を得て、医療機関から患者が希望する薬局にファクシミリ等により処方箋情報を送付すること。その際、医師は診療録に送付先の薬局を記載すること。また、医療機関は、処方箋原本を保管し、処方箋情報を送付した薬局に当該処方箋原本を送付すること。

上記(1)の診療により処方を行う際、診療録等により患者の基礎疾患を把握できていない場合は、処方箋の備考欄にその旨を明記すること。

なお、院内処方を行う場合は、患者と相談の上、医療機関から直接配送等により患者へ薬剤を渡すこととして差し支えないこと。その具体的な実施方法については、下記2.(4)に準じて行うこと。

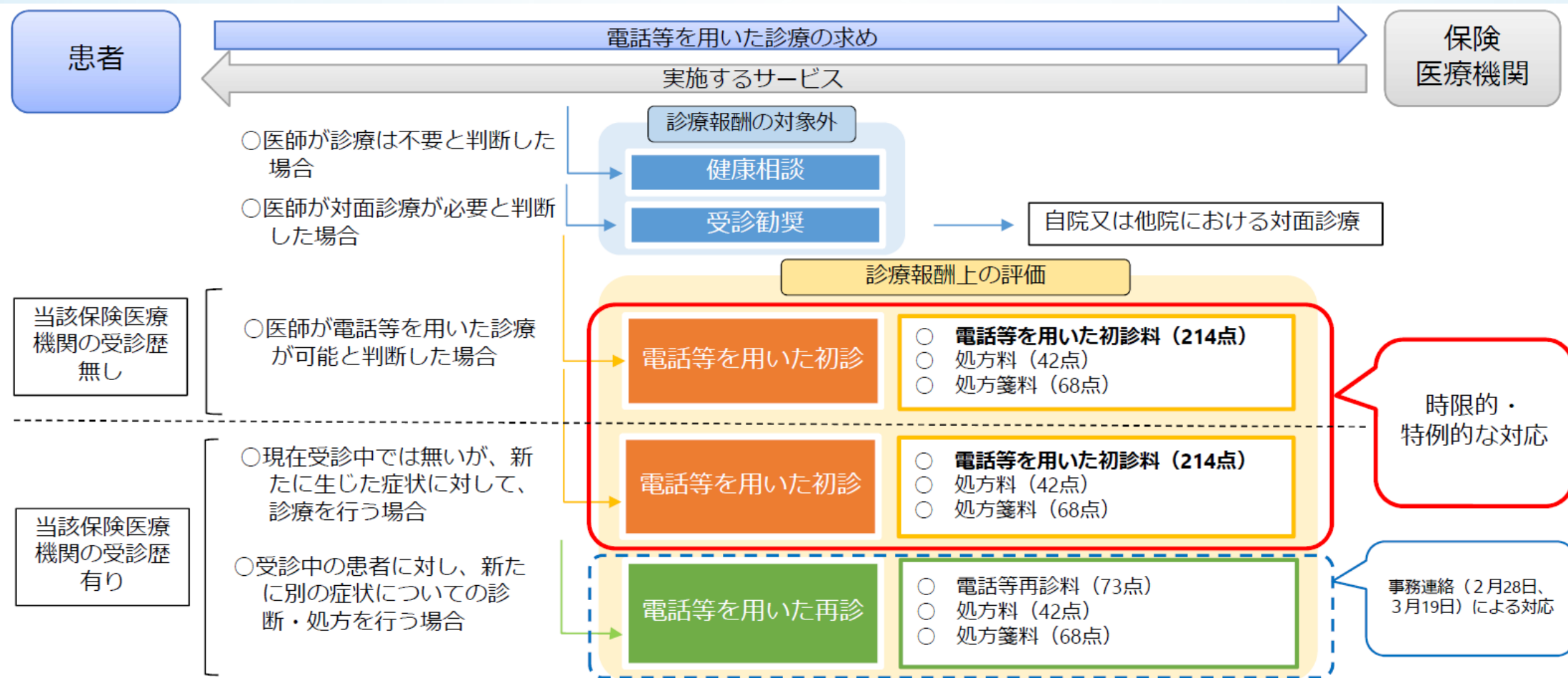
(5) 実施状況の報告について

上記(1)及び(3)②により電話や情報通信機器を用いた診療や受診勧奨を行う医療機関は、その実施状況について、別添1の様式により、所在地の都道府県に毎月報告を行うこと。また、各都道府県は管下の医療機関における毎月の実施状況をとりまとめ、厚生労働省に報告を行うこと。

(6) オンライン診療を実施するための研修受講の猶予について

指針において、2020年4月以降、オンライン診療を実施する医師は、厚生労働省が定める研修を受講しなければならないとされており、オンライン診療及び本事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実施する医師は当該研修を受講することが望ましいが、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況に鑑み、本事務連絡による時限的・特例的な取扱いが継続している間は、当該研修を受講していない医師が、オンライン診療及び本事務連絡に基づく電話や情報通信機器を用いた診療を実施しても差し支えないこと。なお、感染が収束して本事務連絡が廃止された場合は、指針に定めるとおり、研修を受講した医師でなければオンライン診療を実施できないことに留意すること。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応



- 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等を用いた診療及び処方を行う場合であって、電話等を用いた診療を行う以前より、「情報通信機器を用いた場合」が注に規定されている管理料等を算定していた患者に対して、電話等を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、147点 (※) を算定することとしてはどうか。
- 薬局で医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、電話等による服薬指導を行った場合でも調剤技術料、薬剤料、特定保険医療材料及び薬剤服用歴管理指導料等を算定できることとしてはどうか。

※算定告示B000「特定疾患療養管理料」の注に規定する「許可病床数が100床未満の病院の場合」の点数

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応

A003 オンライン診療料 71点(月1回)



[算定要件]

- (1) 対面診療とビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療(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計画的なオンライン診療を行った場合に算定。連続する3月の間に対面診療が一度も行われない場合は算定できない。
- (2) 日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者を対象として実施すること。患者の急変時等の緊急時には、原則、当該医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、やむを得ず対応できない場合は、事前に受診可能な医療機関を説明し、計画に記載しておくことよい。
- (3) オンライン診療を行う医師は、対面診療を行った医師と同一の医師であること。また、オンライン診療は当該保険医療機関内で行うこと。
- (4) 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(オンライン診療の適切な実施に関する指針)に沿って診療を行うこと。

算定イメージ (初診から最短でオンライン診療を活用する場合)

○:対面診療(再診) ●:オンライン診療

1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目
初診	○	○	○	●	●	○	●	●	○	●	●

事前の3月の対面診療

- ・医師-患者関係の構築
- ・状態の安定の確認

オンライン診療を活用可



計画に基づき、対面診療と組み合わせて実施



[対象患者]

オンライン診療料が算定可能な患者は以下①～②について3月以上診療を行っており、かつ、オンライン診療を実施する直近3月の間、毎月対面診療を行っている患者。(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。)

① 下表の医学管理料等を算定する患者

特定疾患療養管理料	てんかん指導料	糖尿病透析予防指導管理料	認知症地域包括診療料	在宅時医学総合管理料	在宅自己注射指導管理料※
小児科療養指導料	難病外来指導管理料	地域包括診療料	生活習慣病管理料	精神科在宅患者支援管理料	

② 事前の対面診療・画像検査等で一次性頭痛と診断されている慢性頭痛患者



※糖尿病、肝疾患(経過が慢性なもの)又は慢性ウイルス肝炎に限る。



[施設基準]

(1) 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こと。

(2) 一月あたりの再診料等(電話等再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

経過措置について

	項目	経過措置
1	初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件	令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
2	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料(7対1結核病棟、10対1一般病棟)、専門病院(10対1)、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
3	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料(急性期一般入院料4を除く)、7対1入院基本料(結核、特定(一般病棟)、専門)、看護必要度加算(特定、専門)、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
4	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
5	重症度、医療・看護必要度の施設基準	許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料1若しくは2、3又は4の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料2若しくは3、3又は4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ2%緩和する。
6	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
7	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
8	療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
9	療養病棟入院基本料の注11	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

経過措置について

	項目	経過措置
10	総合入院体制加算	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。
11	抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。
12	データ提出加算(療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟(許可病床数が200床未満の医療機関に限る。)については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
13	データ提出加算(療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6)	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満(令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていた急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く。)であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
14	入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定を満たしているものとする。
15	小児入院医療管理料5	令和2年3月31日時点で、小児入院医療管理料5の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、小児入院医療管理料5における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。
16	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、回復期リハビリテーション病棟入院料における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。
17	回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。

経過措置について

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

経過措置について

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

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)

別添7の2

基本診療料の施設基準等に係る届出書

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

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添7(又は別添7の2))
第1の2	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(別添7の2)
2	時間外対応加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式2
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式2の3
2の6	オンライン診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式2の6, 2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式2の8, 3
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5~11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5~11
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5~11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5~11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5~11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5~11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5~11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5, 12~12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式5, 12~12の10
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
2の2	救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(別添7の2)
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式15
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2

施設基準(基本診療料)

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添7(又は別添7の2))
12	診療所療養病床療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神科棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式34
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の4
26の4	データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の10, 40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(別添7の2)
26の7	精神疾患診療体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の13, 53
26の9	排尿自立支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式40の15, 40の16
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 42の3, 42の4, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式20, 44

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添7(又は別添7の2))
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式10, 20, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 48~48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 49~49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50~50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52, 52の2
15	精神科救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 50~50の3, 57の2, 57の3, (特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 57の4
	短期滞在手術等基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式58
	短期滞在手術等基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	様式58

※様式1, 2の2, 5の2, 9の2, 9の3, 9の4, 10の4, 13の4, 14, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 39, 39の2, 40, 53の2は欠番

施設基準（基本診療料）

★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

- 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）のウに規定する研修のみ終了している者である場合に限る。）
- 入退院支援加算の注8に掲げる総合機能評価加算
- 認知症ケア加算2
- せん妄ハイリスク患者ケア加算
- 精神科急性期医師配置加算1
- 精神科急性期医師配置加算3
- 排尿自立支援加算
- 地域医療体制確保加算
- 特定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

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

- 排尿自立指導料→排尿自立支援加算【追加】

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①

- 医師事務作業補助体制加算(許可病床が全て一般病床である保険医療機関を除く。)**【追加】**
- 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。)
- 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。)
- 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。)
- 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。)
- 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。)
- 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。）
- ~~日~~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。）
- 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。）
- 地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（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。）
- 地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（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。）~~
- ~~□ 精神科急性期治療病棟入院料（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(特掲診療料)

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

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

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))	
1の2	ウイルス疾患指導料	□	□	年 月	□	1,4
1の6	外来栄養食事指導料(注2)	□	□	年 月	□	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算(ベースメーカー指導管理料)	□	□	年 月	□	1の3
3	喘息治療管理料	□	□	年 月	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□	年 月	□	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□	年 月	□	別添2の2
4の3	がん患者指導管理料	□	□	年 月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□	年 月	□	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□	年 月	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□	年 月	□	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	□	□	年 月	□	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	□	□	年 月	□	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	□	□	年 月	□	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	□	□	年 月	□	別添2の2
5	小児科外来診療料	□	□	年 月	□	別添2の2
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	□	□	年 月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	□	□	年 月	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□	年 月	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□	年 月	□	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	□	□	年 月	□	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	□	□	年 月	□	7の6
6の8	地域包括診療料1	□	□	年 月	□	7の7
6の8	地域包括診療料2	□	□	年 月	□	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	□	□	年 月	□	7の8
7	ニコチン依存症管理料	□	□	年 月	□	8,4
7の2	療養・就労両立支援指導料	□	□	年 月	□	8の3
8	開放型病院共同指導料	□	□	年 月	□	9,10
9	在宅療養支援診療所	□	□	年 月	□	11,11の3,11の4,11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料(I)	□	□	年 月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□	年 月	□	13の2,13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□	年 月	□	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	□	□	年 月	□	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料	□	□	年 月	□	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□	年 月	□	13の6
12	薬剤管理指導料	□	□	年 月	□	14,4
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□	年 月	□	12,12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□	年 月	□	14の2
12の2	医療機器安全管理料1	□	□	年 月	□	15
12の2	医療機器安全管理料2	□	□	年 月	□	15
12の2	医療機器安全管理料(歯科)	□	□	年 月	□	15
12の3	精神科退院時共同指導料	□	□	年 月	□	16

施設基準(特掲診療料)

施設基準通知	名称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))
13	総合医療管理加算(歯科疾患管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算(歯科疾患在宅療養管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一施設居住者訪問看護・指導料の注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問看護管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算(在宅酸素療法指導管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	別添2の2
16の8	在宅遠隔型補助人工心臓(非拍動型)指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅遠隔治療電極療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血酸素測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	骨髄微小残存病変定量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の4	BRCA1/2遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1の5	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1の6	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23の5
18の1の7	先天性代謝異常症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23の6
18の1の9	抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5の5
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出(陽高ジェノタイプ判定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22の3
19	検体検査管理加算(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算(Ⅲ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算(Ⅳ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23の4
22	心臓カテテル法による冠検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の7
23	人工関節検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の5

施設基準通知	名称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
25の2	単維筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26の2, 52
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの(終夜睡眠ポリグラフィー)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
27の2	黄斑所網膜電図及び全視野精密網膜電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検(片側)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31の3, 52
29の4	CT透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の1の4
30	画像診断管理加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37の2, 52
35の3	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36の1の5	全身MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来検薬医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
37の1の5	連携充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39の2
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42, 44の2

施設基準(特掲診療料)

施設基準 要請記	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式(別添2 (又は別添2の2))
41	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	□	□年 月	□	42,44の2
42	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	□	□年 月	□	42,44の2
42の2	運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	□	□年 月	□	42,44の2
43	運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	□	□年 月	□	42,44の2
44	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	□	□年 月	□	42,44の2
45	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	□	□年 月	□	42,44の2
45の2	摂食機能療法(摂食嚥下支援加算)	□	□年 月	□	43の6の2,44の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□年 月	□	43,44の2
47	障害児(者)リハビリテーション料	□	□年 月	□	43,44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□年 月	□	43の2,44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□年 月	□	43の3,44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□年 月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□年 月	□	44,44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料2	□	□年 月	□	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□年 月	□	44の8
47の7	通院・在宅精神療法(児童思春期精神科専門管理加算)	□	□年 月	□	44の5
47の7	通院・在宅精神療法(療養生活環境整備指導加算)	□	□年 月	□	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□年 月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□年 月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□年 月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□年 月	□	45,4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□年 月	□	46,4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□年 月	□	46,4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□年 月	□	46,4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□年 月	□	46,4
53	精神科ナイト・ケア	□	□年 月	□	46,4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□年 月	□	46,4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	□	□年 月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□年 月	□	47,4
55の2	精神科在宅患者支援管理料1又は2	□	□年 月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料3	□	□年 月	□	別添2の2
56	医療保護入院等診療料	□	□年 月	□	48
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	□	□年 月	□	48の2,48の2の2,48の3,48の4,4(基本別添7)13の4
56の2の2	静脈圧追迫量(慢性静脈不全に対するもの)	□	□年 月	□	48の5
56の2の3	多血小血管血漿処置	□	□年 月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□年 月	□	52,48の6
57	131I-Ⅱの局所注入(甲状腺に対するもの)	□	□年 月	□	49
57	131I-Ⅱの局所注入(副甲状腺に対するもの)	□	□年 月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□年 月	□	87の4,2の2,49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□年 月	□	49の3の2
57の2の3	人工静脈療法	□	□年 月	□	4,24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激療法	□	□年 月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□年 月	□	49の4の2,52
57の4の3	歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	□	□年 月	□	49の6,4,49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□年 月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜炎処置	□	□年 月	□	49の9

施設基準 要請記	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式(別添2 (又は別添2の2))
57の5	う蝕歯無痛の窩洞形成加算	□	□年 月	□	50
57の6	CAD/CAM冠	□	□年 月	□	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□年 月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)	□	□年 月	□	50の4,52
57の8の2	皮膚移植術(死体)	□	□年 月	□	87の6,52
57の9	組織拡張器による再建手術(一連につき)(乳房(再建手術)の場合に限る。)	□	□年 月	□	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	□	□年 月	□	50の5の3,52
57の9の3	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植(非生体)(同種骨移植(特殊なものに限る。)))	□	□年 月	□	50の5の2
57の10	骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術に限る。)	□	□年 月	□	50の6,52
57の11	後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	□	□年 月	□	52,87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□年 月	□	50の7
58	腫瘍骨格骨全摘術	□	□年 月	□	51,52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□年 月	□	51の2,52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□年 月	□	51の3
59	頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)	□	□年 月	□	52,54
60	脳刺激装置置換術(頭蓋内電極置換術を含む。)&及び脳刺激装置置換術、脊髄刺激装置置換術及び脊髄刺激装置置換術	□	□年 月	□	25
60の2	頭蓋内電極置換術(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。)	□	□年 月	□	25の3
60の2の2	仙骨神経刺激装置置換術及び仙骨神経刺激装置置換術	□	□年 月	□	53
60の3	治療的角膜切除術(エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。))	□	□年 月	□	52,54の2
60の3の2	内皮移植加算	□	□年 月	□	54の2の2
60の4	羊膜移植術	□	□年 月	□	52,54の3
60の5	緑内障手術(緑内障治療用インプラント挿入術(プレートのあるもの))	□	□年 月	□	52,54の4
60の6	緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)	□	□年 月	□	52,54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)	□	□年 月	□	52,54の5
60の8	網膜再建術	□	□年 月	□	52,54の6
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□年 月	□	52,55
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	□	□年 月	□	52,54の7
61の2の2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	□	□年 月	□	52,56の7
61の2の3	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□年 月	□	52,56の7
61の2の4	喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたもの)	□	□年 月	□	52,87の5
61の3	上顎骨切除術(骨移植を伴うものに限る。)(骨移植以外の診療に係るものに限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)(歯科診療以外の診療に係るものに限る。)	□	□年 月	□	52,56
61の4の2	顎関節人工関節全置換術(歯科診療以外の診療に係るものに限る。)	□	□年 月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術(歯科診療に係るものに限る。)	□	□年 月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下ハセトワ甲状腺全摘(全摘)術(尚業)、内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	□	□年 月	□	52,56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□年 月	□	52,56の4
61の4の6	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MR Iによるもの)	□	□年 月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術(乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)	□	□年 月	□	52,56の2
61の5の2	乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))	□	□年 月	□	52,56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	□	□年 月	□	50の5
61の6の2	腋窩鏡下拡大腋窩摘出術(内視鏡手術用支援装置を用いる場合)	□	□年 月	□	52,87の22

施設基準(特掲診療料)

施設基準 番号	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式(別添2 (又は別添2の2))
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	□	□年 月 □	□	52,87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術(壁側・縦隔胸膜全切除(横隔膜、心臓合 併切除を伴うもの)に限る。)	□	□年 月 □	□	52,56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるも ので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	□	□年 月 □	□	52,87の17
62	同種死体肺移植術	□	□年 月 □	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□年 月 □	□	52,58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用い る場合)	□	□年 月 □	□	52,87の10
62の2の3	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用い る場合)	□	□年 月 □	□	52,87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□年 月 □	□	52,58の2
62の2の5	食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡 下胃・十二指腸穿孔閉鎖術、胃腸閉鎖術(内視鏡による もの)、小腸閉鎖術(内視鏡によるもの)、結腸閉鎖 術(内視鏡によるもの)、腎(腎孟)結腸閉鎖術(内視 鏡によるもの)、尿管結腸閉鎖術(内視鏡によるもの)、 膀胱結腸閉鎖術(内視鏡によるもの)及び経腸閉鎖術 (内視鏡によるもの)	□	□年 月 □	□	87の9
63	経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)	□	□年 月 □	□	52,59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□年 月 □	□	52,87の11
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	□	□年 月 □	□	52,59の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□年 月 □	□	52,87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□年 月 □	□	52,59の3
63の5の2	不整脈手術(左心耳閉鎖術(経カテーテル的手術によるも の)に限る。)	□	□年 月 □	□	52,59の3の2
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション 装置	□	□年 月 □	□	52,59の4
64	経皮的左心筋焼灼術	□	□年 月 □	□	52,60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□年 月 □	□	24,52
66	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	□	□年 月 □	□	52,61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈 置換除去術	□	□年 月 □	□	52,62
67の2	両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術及び両室 ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換術	□	□年 月 □	□	52,63
68	大動脈バルーンパンピング法(I A B P法)	□	□年 月 □	□	24
68の2	経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)	□	□年 月 □	□	52,87の13
69	補助人工心臓	□	□年 月 □	□	52,64
69の2	小児補助人工心臓	□	□年 月 □	□	52,64の2
70の2	植込型補助人工心臓(非拍動型)	□	□年 月 □	□	52,65の3
71	同種心移植術	□	□年 月 □	□	57
72	同種心臓移植術	□	□年 月 □	□	57
72の1の2	背筋筋由来細胞シート心表面移植術	□	□年 月 □	□	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□年 月 □	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝離断術	□	□年 月 □	□	52,65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術(後腹膜)	□	□年 月 □	□	52,65の4の2、別添2の 2
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□年 月 □	□	52,65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□年 月 □	□	52,65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹 膜悪性腫瘍手術	□	□年 月 □	□	52,65の5
72の7の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するも の)	□	□年 月 □	□	52,65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	□	□年 月 □	□	52,87の14
72の7の4	腹腔鏡下横門側胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる 場合)	□	□年 月 □	□	52,87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	□	□年 月 □	□	52,87の14
72の8	腹腔鏡下胃結小術(スリーブ状切除によるもの)	□	□年 月 □	□	52,65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□年 月 □	□	52,87の15

施設基準 番号	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式(別添2 (又は別添2の2))
72の9	胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以 上)を伴うものに限る。)	□	□年 月 □	□	52,65の7
73	体外衝撃波碎石破砕術	□	□年 月 □	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□年 月 □	□	52,66の2
73の3	腹腔鏡下部道閉鎖手術	□	□年 月 □	□	52,87の16
74	生体部分肝移植術	□	□年 月 □	□	52,67
75	同種死体肝移植術	□	□年 月 □	□	57
75の2	体外衝撃波碎石破砕術	□	□年 月 □	□	66
75の3	腹腔鏡下部道腫瘍摘出術及び腹腔鏡下部道腫瘍切除術	□	□年 月 □	□	52,67の2
75の3	腹腔鏡下部道腫瘍摘出術(内視鏡手術用支援機器を用い る場合)	□	□年 月 □	□	52,67の2の2
75の4	腹腔鏡下部道腫瘍切除術	□	□年 月 □	□	52,67の2の3
75の4	腹腔鏡下部道腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用い る場合)	□	□年 月 □	□	52,67の2の4
76	同種死体脾臓移植術、同種死体脾臓腎移植術	□	□年 月 □	□	57
76の2	同種死体脾臓移植術	□	□年 月 □	□	52,57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□年 月 □	□	52,87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□年 月 □	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□年 月 □	□	52,67の3
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□年 月 □	□	52,65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用い る場合)	□	□年 月 □	□	52,87の18
77	体外衝撃波・尿管結石破砕術	□	□年 月 □	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	□	□年 月 □	□	52,65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)	□	□年 月 □	□	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる もの)	□	□年 月 □	□	52,68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂成形手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場 合)	□	□年 月 □	□	52,68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□年 月 □	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□年 月 □	□	52,69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□年 月 □	□	52,65の5
77の7	膀胱水圧拡張術	□	□年 月 □	□	52,69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□年 月 □	□	52,65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□年 月 □	□	52,69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用い る場合)	□	□年 月 □	□	52,69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□年 月 □	□	52,69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□年 月 □	□	69の4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	□	□年 月 □	□	52,70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□年 月 □	□	52,71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□年 月 □	□	52,65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用い るもの)	□	□年 月 □	□	52,71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腫固定術	□	□年 月 □	□	52,71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腫固定手術(内視鏡手術用支援機器を用いる 場合)	□	□年 月 □	□	52,71の1の4
78の3	腹腔鏡下腹式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる 場合)	□	□年 月 □	□	52,87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	□	□年 月 □	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)	□	□年 月 □	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	□	□年 月 □	□	52,71の5
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□年 月 □	□	52,71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□年 月 □	□	52,71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術(一連につき)	□	□年 月 □	□	52,71の4
78の5の3	胎児輸血術(一連につき)	□	□年 月 □	□	52,71の4

施設基準(特掲診療料)

施設基準通知	名称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))
78の6	医科点数表第2章第10部手術の通則4(性同一性障害の患者に対して行うものに限る。)に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52, 87の20
79の2	手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, (基本別添2)13の4
79の3	腎臓造設術(内視鏡下腎臓造設術、腹腔鏡下腎臓造設術を含む。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
79の4	医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87の23
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73
80の2	コーディネート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3の2	自己クリオプレシビート作製術(用手法)及び同種クリオプレシビート作製術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73の3
80の5	腎臓造設時嚥下機能評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74の3
80の9	歯根端切除手術の注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49の9
81	麻酔管理料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
81の2	麻酔管理料(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
81の3	歯科麻酔管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75の2
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76の2
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77
83の2	1回線量増加加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77
83の3	強度変調放射線治療(IMRT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算(IGRT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78の3
84	定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78の3
84の2の2	粒子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79の2
84の4	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80
84の5	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80の2
84の7	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81

施設基準通知	名称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料(顎変形症(顎関節等の手術を必要とするものに限る。)の手術前後における歯科矯正に係るもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87の2
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77の3, 87の3の2, 87の3の3
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
95	無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89
97	薬剤服用歴管理指導料4(情報通信機器を用いた服薬指導)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91
98	特定薬剤管理指導加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92
100	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90

※様式2, 6, 704, 705, 1305, 2402, 65, 6502, 66, 72, 7304, 7402, 86は欠番。

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)
- 心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算
- がん患者指導管理料の二
- 婦人科特定疾患治療管理料
- 腎代替療法指導管理料
- 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算1【追加】
- ニコチン依存症管理料(情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。)
- 療養・就労両立支援指導料の注3に掲げる相談支援加算
- 外来排尿自立指導料
- 精神科退院時共同指導料1
- 精神科退院時共同指導料2
- 在宅患者訪問看護・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)
- 睡眠時歯科筋電図検査
- 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
- ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
- 検体検査判断料の注7に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
- 単線維筋電図
- 脳磁図(自発活動を測定するもの)
- 終夜睡眠ポリグラフィー(安全精度管理下で行うもの)
- 黄斑局所網膜電図
- 全視野精密網膜電図
- 経気管支凍結生検法
- 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
- 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②

- 心不全に対する遠赤外線温熱療法
- 乳房切除術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。)
- 子宮附属器腫瘍摘出術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術に限る。)**【訂正】**
- 四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算
- 椎間板内酵素注入療法
- 頭蓋内電極植込術(脳深部電極によるもの(7本以上の電極による場合)に限る。)
- 角膜移植術(内皮移植加算)
- 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)
- 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- 顎関節人工関節全置換術
- 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- ~~□ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合)~~
- 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 不整脈手術 左心耳閉鎖術(経カテーテル的手術によるもの)
- 両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場合)
- 植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)
- 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(心筋電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(心筋電極の場合)
- 経皮的下肢動脈形成術
- 腹腔鏡下リンパ節群郭清術(後腹膜)
- 腹腔鏡下リンパ節群郭清術(傍大動脈)
- 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)
- 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 同種死体腓島移植術
- 腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 腹腔鏡下仙骨腔固定術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 無心体双胎焼灼術
- 胎児輸血術
- 同種クリオプレシピテート作製術
- 顎関節人工関節全置換術(歯科)
- 歯科麻酔管理料
- 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

- 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年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
- ~~胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)~~
- 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
- 麻酔管理料(Ⅱ)(麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。)

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

- 排尿自立指導料 → 外来排尿自立指導料【追加】
- 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算 → 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算2【追加】
- 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
- 「胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合) → 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は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)【追加】
- 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術 → 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。)
- 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 → 両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)
- 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術 → 植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、
植込型除細動器交換術(その他のもの)及び経静脈電極除去術
両室ペースメーカー移植術及び両室ペースメーカー交換術 → 両室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)
- 両室ペースメーカー移植術及び両室ペースメーカー交換術 → 両室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペースメーカー交換術(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管理料等の名称及び算定を開始した年月日、在宅自己注射指導管理料の算定を開始した年月日又は頭痛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。【訂正】

★A205 救急医療管理加算

救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について記載すること。

ア(2)のアからケのうち該当する状態

イ(2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標

ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について記載すること。

ア(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの

イ(2)のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標

ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

★A230-3 精神科身体合併症管理加算

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

アからスまでのいずれに該当するかを記載すること。

ア 高度の先天奇形 イ 低体温 ウ 重症黄疸 エ 未熟児 オ 意識障害又は昏睡 カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)

ク 急性薬物中毒 ケ ショック コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) サ 大手術後 シ 救急蘇生後 ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態

★A303 総合周産期特定集中治療室管理料

母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、アからカ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)のアからスまでのいずれに該当するかを記載すること。

ア 合併症妊娠 イ 妊娠高血圧症候群 ウ 多胎妊娠 エ 胎盤位置異常 オ 切迫流早産 カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

診療報酬明細書の摘要欄に記載する項目（新規・変更のみ）

★A311 精神科救急入院料【追加】

(1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか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。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

★A311-2 精神科急性期治療病棟入院料【追加】

(1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(4)のア又はイのいずれか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。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

★A311-3 精神科・合併症入院料【追加】

(1)のエに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか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。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のエに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

★A400 短期滞在手術等基本料

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 特定薬剤治療管理料1

「注9」に規定する加算を算定する場合は、ミコフェノール酸モフェテルの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、エベロリムスの初回投与から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。

★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 高度難聴指導管理料

前回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

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 31 腎代替療法指導管理料

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。

★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 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

「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本通知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。

★C101 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。

★C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

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腎臓を行った場合は、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。

★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量を記載すること。

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 持続血糖測定器加算

(1)のいずれに該当するかを記載すること。また、(1)のイの(ロ)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 特殊カテーテル加算

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 脊髄障害 イ 二分脊椎 ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱 エ その他

★D006-4 遺伝学的検査

(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を記載すること。

★D006-15 膀胱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」膀胱悪性腫瘍手術の「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保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を記載すること。

★D006-20 角膜ジストロフィー遺伝子検査

医学的な必要性を記載すること。

★D014 自己抗体検査 抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量

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。)核酸検出

検体採取を行った保険医療機関以外の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、診断を目的として本検査を実施した場合は、本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）

★D215 超音波検査

「2」の「ロ」の「(1)」の胸腹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、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を記載すること。

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

★D236-3 脳磁図

「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 終夜睡眠ポリグラフィー

「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（継続的に治療を行っている場合に限る。） 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

(ロ) 以下のいずれかの睡眠障害の患者

① 中枢性過眠症 ② パラソムニア 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歳未満の小児の患者

(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

安全精度管理を要した患者の診断名（疑い病名を含む。）、検査中の安全精度管理を担当した従事者の氏名、検査中の安全精度管理に係る記録及び検査結果の要点を記載又は添付すること。また、合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合は、当該患者の継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性についても記載すること。

★D258-3 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図

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。

★D285 認知機能検査その他の心理検査

「1」の「イ」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診断料

「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を算定する場合は、の医学的な理由について該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、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 イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候 ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等) エ 受診後の症状所見の悪化 オ 家族等の希望 カ その他

★E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

「注4」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、オに該当する場合は、その詳細な理由を記載すること。

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

★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学的に判断される場合は、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記載すること。

「注5」に掲げる運動量増加機器加算は、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、発症日から起算して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 摂食機能療法「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算

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記載すること。

★I000-2 経頭蓋磁気刺激療法

治療開始日と終了日の年月日を記載すること。

★I002 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1を算定した年月を記載すること。

★I016 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った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

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

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根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。

★J003 局所陰圧閉鎖処置（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。

骨髄炎又は骨膜炎を伴う難治性創傷に対して、局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合は、「注2」の持続洗浄加算は算定できず、区分番号「J040」局所灌流の「2」骨膜・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、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記載すること。

★J003-3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（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 肛門拡張法（徒手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 持続緩徐式血液濾過

アからカのいずれかに該当する場合は該当項目を記載すること。のキからケのいずれかに該当する場合は要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア 末期腎不全の患者 イ 急性腎障害と診断された高度代謝性アシドーシスの患者 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体液過剰状態の患者 キ 急性膵炎診療ガイドライン 2015 において、持続緩徐式血液濾過の実施が推奨される重症急性膵炎の患者 ク 重症敗血症の患者
ケ 劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者

★J041 吸着式血液浄化法

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 デブリードマン

「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 関節鏡下靭帯断裂形成手術

両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性について記載すること。

★K172 脳動静脈奇形摘出術

画像所見及び手術の概要を記載又は添付すること。

★K546 経皮的冠動脈形成術、K549 経皮的冠動脈ステント留置術

ウの病変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 経皮的シャント拡張術・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。

★K695 肝切除術、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拠となる画像所見及び医学的な理由を記載又は添付すること

★K735-2 小腸・結腸狭窄部拡張術(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な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循環式全身麻酔

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 精神科リエゾンチーム加算
- ・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 褥瘡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供料
- ・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 栄養サポートチーム加算
- ・★A234-2注3 抗菌薬適正使用支援加算
- ・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」に掲げる早期栄養介入管理加算
- ・A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・B001 4 小児特定疾患カウンセリング料
- ・B001 9 外来栄養食事指導料
- ・B001 11 集団栄養食事指導料
- ・B001 13 在宅療養指導料
- ・B001 20 糖尿病合併症管理料
- ・B001 23 がん患者指導管理料ハ・ニ
- ・B001 24 外来緩和ケア管理料
- ・B001 27 糖尿病透析予防指導管理料
- ・B001 31 腎代替療法指導管理料
- ・B001-3-2 ニコチン依存症管理料
- ・B001-9 療養・就労両立支援指導料
- ・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 診療情報提供料(Ⅰ)「注15」に規定する歯科医療機関連携加算2
- ・B011 診療情報提供料(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 在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング加算
- ・D006-19 がんゲノムプロファイリング検査
- ・D008 内分泌学的検査 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画
- ・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遺伝子検出
- ・D215 超音波検査
- ・D237 終夜睡眠ポリグラフィー「3 1及び2以外の場合」の「イ 安全精度管理下で行うもの」
- ・D313 大腸内視鏡検査「2」カプセル型内視鏡によるもの
- ・E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影
- ・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 摂食機能療法「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算
- ・I000-2 経頭蓋磁気刺激療法
- ・I002 通院・在宅精神療法「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算
- ・J038 人工腎臓
- ・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

委員名簿

＜日本病院会 診療報酬検討委員会＞

委員長	島 弘志	聖マリア病院	病院長
副委員長	万代 恭嗣	北多摩病院	病院長
委員	泉 並木	武蔵野赤十字病院	病院長
	北村 立	石川県立高松病院	病院長
	船越 尚哉	土浦協同病院	情報管理室 室長
	牧野 憲一	旭川赤十字病院	病院長
	松本 純夫	国立病院機構 東京医療センター	名誉院長
	松本 潤	東京都立大塚病院	病院長
	松本 隆利	八千代病院	理事長
	永易 卓	社会医療法人若弘会 若弘会本部	理事・総務部長
	阿南 誠	川崎医療福祉大学	
		医療福祉マネジメント学部医療情報学科	教授

＜日本病院会 診療報酬作業小委員会＞

委員長	永易 卓	社会医療法人若弘会 若弘会本部	理事・総務部長
副委員長	佐合 茂樹	木沢記念病院	病院長補佐・事務長
委員	荒井 康夫	北里大学病院	医療支援部 診療情報管理室 課長
	朝見 浩一	伊奈病院	事務長
	池田 隆一	相澤東病院	事務長・医療連携センター
			センター長
	北澤 将	国家公務員共済組合連合会	病院部経営指導第一課 課長
	島 由親	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	事務部長
	持田 勇治	済生会保健・医療・福祉総合研究所	上席研究員

2020年3月26日 第1版

2020年4月13日 第2版