

川口市医師会 御中



2020年度診療報酬改定概要について

2020年3月31日（火）
マーケティング部
コンサルティンググループ

アルフレッサ株式会社

※今後の審議内容によっては変更となる
可能性がありますのでご了承ください。
(本資料は2020年3月5日時点の
情報をもとに作成しています)

本日の内容

- 1. 改定率・基本方針**
- 2. 働き方改革の推進**
- 3. 外来医療・かかりつけ機能**
- 4. 入院医療**
- 5. 個別的事項**

2020年度改定率

本体部分+0.55% (600億円)

全体+0.47%

(医科+0.53%、歯科+0.59%、調剤+0.16%)

⇒ 1 : 1.1 : 0.3の維持



救急病院勤務医
働き方改革+0.08%
(公費126億円)

薬価▲0.99% (約1100億円)

(0.55%分：消費増税に伴う平年度効果)

(0.43%分：実勢価改定)

(0.01%分：市場拡大再算定の見直し等)

材料▲0.02%

(約30億円)

(実勢価改定▲0.01)

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2 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

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 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
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

3 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

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 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

働き方改革の推進

ポイント

- * 救急医療提供体制
- * 勤務環境の改善
- * タスク・シェアリング／タスク・シフティング
- * 業務の効率化・合理化 ICTの利活用

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 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を配置
- 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)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



救急医療体制の充実

救急搬送看護体制加算の評価区分の新設

- 救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送看護体制加算について、救急外来への搬送件数及び看護師の配置の実績に応じた新たな評価区分を設ける。

現行(夜間休日救急搬送医学管理料の加算)

救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

- ① 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200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。



改定後(夜間休日救急搬送医学管理料の加算)

救急搬送看護体制加算 1 400点

[施設基準]

- ① 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1,000件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を複数名配置。

救急搬送看護体制加算 2 200点

[施設基準]

- ① 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200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。

医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

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

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させた**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



薬剤師の病棟業務に対する評価の充実

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)	<u>120点</u>
2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	<u>100点</u>

- 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</u> の勤務を行っている <u>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。

タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

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



現行		改定後	
医師事務作業補助体制加算 1	198点～920点	医師事務作業補助体制加算 1	<u>248点～970点</u>
医師事務作業補助体制加算 2	188点～860点	医師事務作業補助体制加算 2	<u>238点～910点</u>

【新たに算定可能となる入院料】

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)
- ・地域包括ケア病棟入院料／入院医療管理料(療養病棟)
- ・結核病棟入院基本料
- ・有床診療所入院基本料
- ・有床診療所療養病床入院基本料
- ・精神療養病棟入院料 等

- 20対1～100対1 補助体制加算について、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関であれば、要件を満たすこととする。

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		改定後	
看護職員夜間配置加算	30点～95点	看護職員夜間配置加算	<u>40点～105点</u>
看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算)	55点	看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算)	<u>65点</u>

看護補助者の配置に係る評価の充実

- 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		改定後	
25対1～75対1急性期看護補助体制加算	130点～210点	25対1～75対1急性期看護補助体制加算	<u>160点～240点</u>
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	70点～90点	夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	<u>100点～120点</u>
看護補助加算1～3	76点～129点	看護補助加算1～3	<u>88点～141点</u>
夜間75対1看護補助加算	40点	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)	35点	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)	104点～129点	看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	<u>116点～141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)	150点	看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	<u>160点</u>

夜間看護体制の見直し

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

※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）	○	○	○	○	○

研修の合理化・効率化

看護補助者に対する研修

様式18の3

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注12）
 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注9）
 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
 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注4）

に係る届出書添付書類
より一部抜粋

看護補助業務に必要な基礎的な知識・技術を習得するための院内研修の実施状況

実施日： 月 日
（複数日ある場合は複数日）

研修の主な内容等

- ・
- ・
- ・

2回目以降の受講の看護補助者に対して「ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解」を省略している場合、該当する□に「✓」を記入

全看護補助者のうち、2回目以降の受講の看護補助者のみ省略
 全看護補助者が2回目以降の受講のため、全ての研修で省略

【院内研修に含めるべき基礎知識】

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

医療機関における業務の効率化・合理化

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

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。

記録の効率化・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](#)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。

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

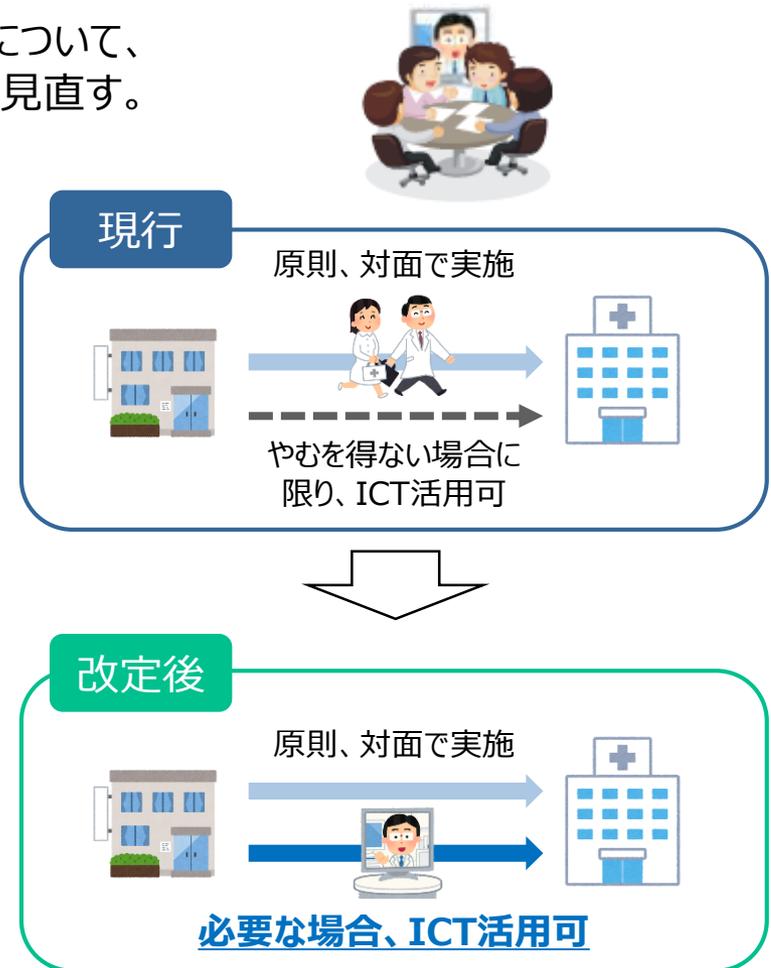
情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直す。

【対象となる項目】

- ・感染防止対策加算
- ・入退院支援加算1
- ・退院時共同指導料 1・2 注1
- ・退院時共同指導料2 注3
- ・介護支援等連携指導料
- ・在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)



外来医療・かかりつけ機能

ポイント

- * かかりつけ医機能の強化・患者への周知を促進
- * オンライン診療の要件緩和

外来医療の機能分化の推進

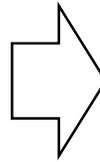
紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大

- 外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担について、
 - (1) 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大する。
 - (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。

※（２）については、（１）以外の病院であって、特別の料金を徴収する医療機関も対象とする。

現行（対象病院）

特定機能病院及び許可病床数400床以上の地域医療支援病院



改定後（対象病院）

特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）

[経過措置]

自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

紹介率等の低い病院に対する初診料等減算の対象範囲の拡大

- 紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象範囲を拡大する。

[算定要件](初診料)

特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの(紹介率の実績が50%未満かつ、逆紹介率の実績が50%未満)において、別に厚生労働大臣が定める患者（他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。))に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。(外来診療料についても同様)

[経過措置]

令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

かかりつけ医機能の推進①

地域包括診療加算の見直し

- 地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の評価を推進する観点から、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外の対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする。具体的には、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

現行

【施設基準】
 (8) 以下のいずれか1つを満していること。
 ア 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。
 イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
 ウ 在宅療養支援診療所であること。




改定後

【施設基準】
 (8) 以下のいずれか1つを満していること。
 ア 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること。
 イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
 ウ 在宅療養支援診療所であること。



【参考】時間外対応加算 施設基準(抜粋)

時間外対応加算 1	時間外対応加算 2	時間外対応加算 3
<p>○ 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。</p> <p>○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>原則として当該診療所において、常時対応できる体制</u>がとられていること。</p>	<p>○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制</u>がとられていること。</p> <p>※ 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。</p>	<p>○ 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、<u>複数の診療所による連携により対応する体制</u>がとられていること。</p> <p>○ <u>当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制</u>がとられていること。</p> <p>※ 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。</p>

機能強化加算の見直し

施設基準の見直し

- 院内に掲示する事項
 - 健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応 及び 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
 - 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を含む地域の医療機関が 検索できること。
- 掲示内容を書面化し、設置・必要に応じて交付
 - 当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
 - 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

次のいずれかの届出を行っていること

A 0 0 1 注12	地域包括診療加算
B 0 0 1 - 2 - 9	地域包括診療料
B 0 0 1 - 2 - 11	小児かかりつけ診療料
C 0 0 2	在宅時医学総合管理料※
C 0 0 2 - 2	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

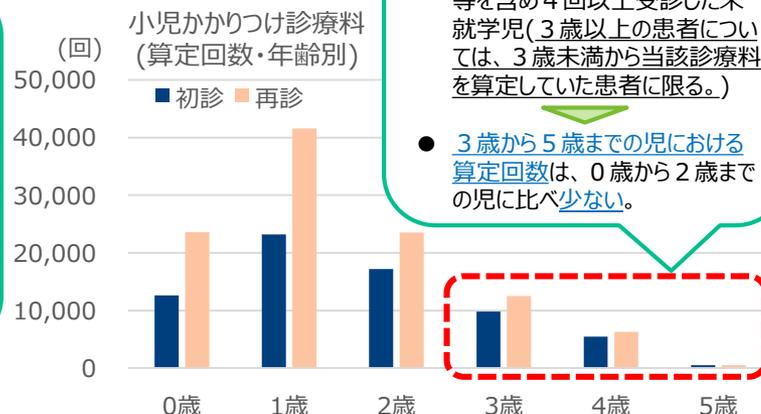
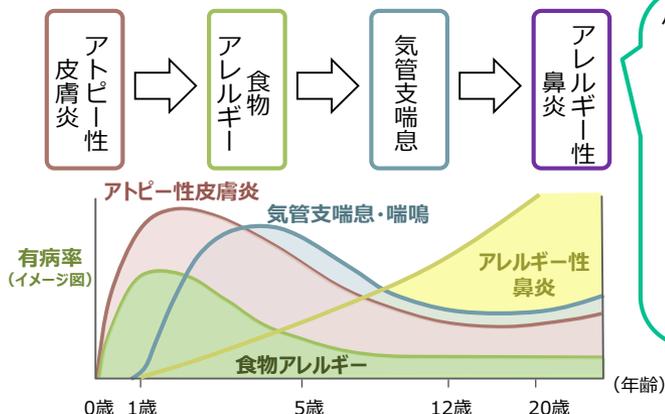


かかりつけ医機能の推進②

小児かかりつけ診療料の見直し

- 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、算定対象となる患者を**3歳未満から6歳未満に拡大**する。

(参考)



- 院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現行

[算定要件]

(5) 常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「2」の所定点数を算定できる。

改定後

[算定要件]

(5) **当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。**

小児科外来診療料の見直し

- 小児科外来診療料の算定対象となる患者を**3歳未満から6歳未満に拡大**するとともに、院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。また、**施設基準に係る届出を求める**こととする。

オンライン診療料



- 算定要件となる対面診療期間を6か月⇒3カ月に短縮。
- 対象に慢性頭痛、在宅自己注射を行っている糖尿病・慢性肝炎患者を追加。
- 緊急時対応の施設基準が削除され、「緊急時に受診する医療機関について説明と計画書へ記載」が要件化。
- オンライン医学管理料（100点/月）を廃止し、医学管理料に「情報通信機器を用いた場合」の評価を新設。

施設基準

新

慢性頭痛のオンライン診療に係る研修を受けた医師を1名以上配置（当該患者のオンライン診療を実施する場合のみ）

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等に沿って診療を行う体制

1月あたりの再診料等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

削除

緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制

実質、要件緩和

「緊急時に受診する医療機関の説明と計画書への記載」を算定要件化

対象患者

- ① 以下のいずれかを3か月対面診療にて算定

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

新

- ② 以下の糖尿病・慢性肝疾患の患者

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

新

- ③ 以下の慢性頭痛患者

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

ニコチン依存症管理料の見直し

- 「2～4回目についてオンライン対応の評価」「1～5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。
- 対象患者に「加熱式たばこの喫煙者」を追加。

改定後（2020年度）

- 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

算定要件

禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、**2の場合は初回指導時に1回に限り算定する**。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

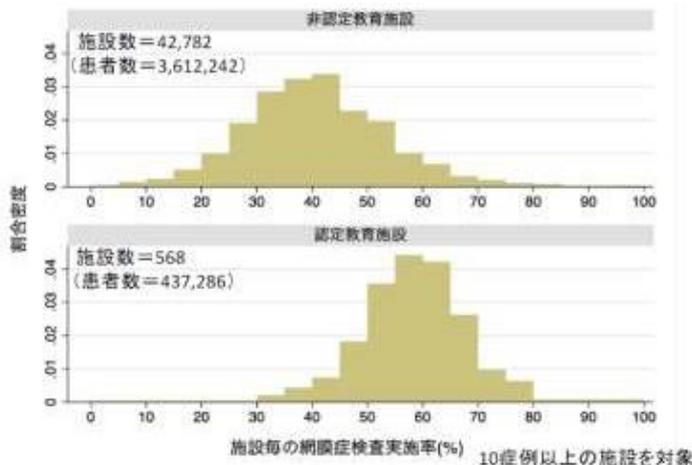


生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

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

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

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」（日本糖尿病学会）

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

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

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

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- 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。

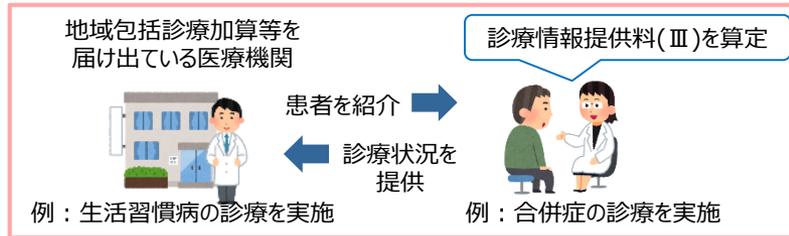
（新） 診療情報提供料（Ⅲ） 150点

〔算定要件〕

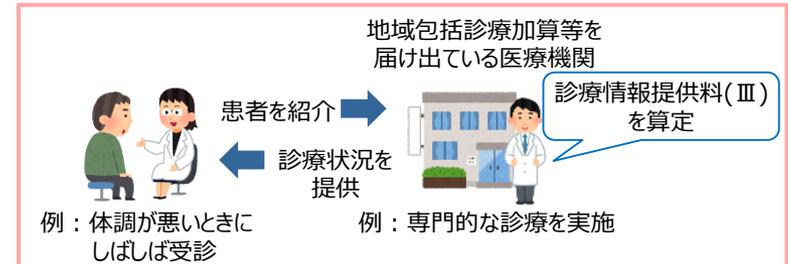
- （1） 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- （2） 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

〔対象患者〕

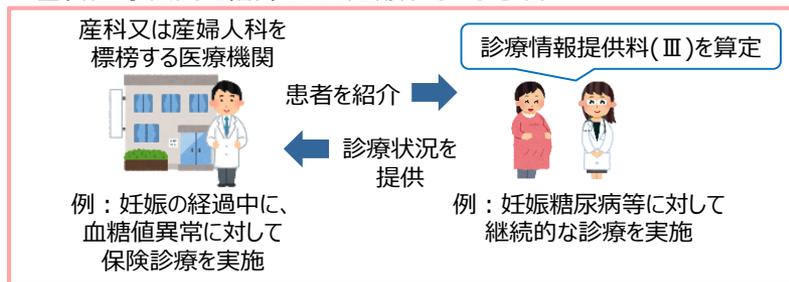
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



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。

診療情報提供料（I）の対象追加①

- 診療情報提供料 I の対象に「学校医等」「休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている」と認められる医療機関（電話再診時）」を追加。

改定後

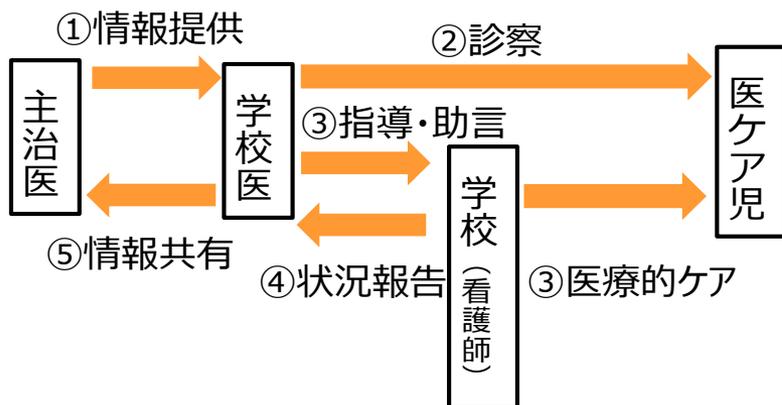
【診療情報提供料 I】

（新設）

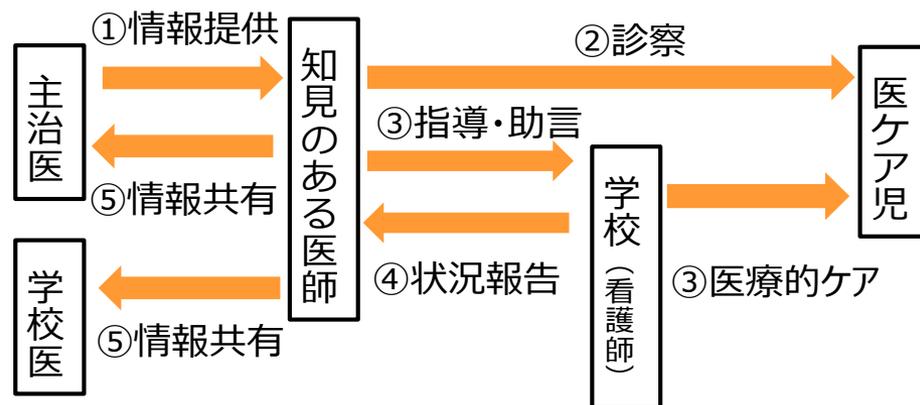
保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障がい児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【参考】主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

- 「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



- 「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



診療情報提供料（I）の対象追加②

- 診療情報提供料 I の対象に「学校医等」「休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている」と認められる医療機関（電話再診時）」を追加。

改定後

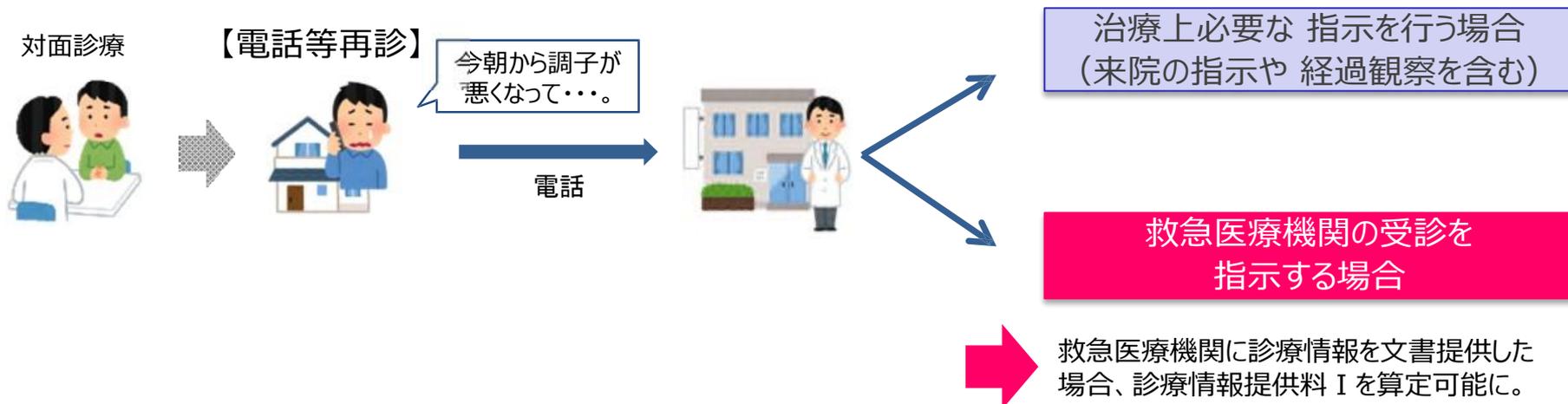
【電話等による再診】

【算定要件】

カ 当該再診料を算定する際には、第 2 章第 1 部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、**休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている**と認められる次に掲げる**保険医療機関**の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書で提供した場合は、B009 診療情報提供料（I）を算定できる。

- (イ) 地域医療支援病院（医療法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院）
- (ロ) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- (ハ) 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

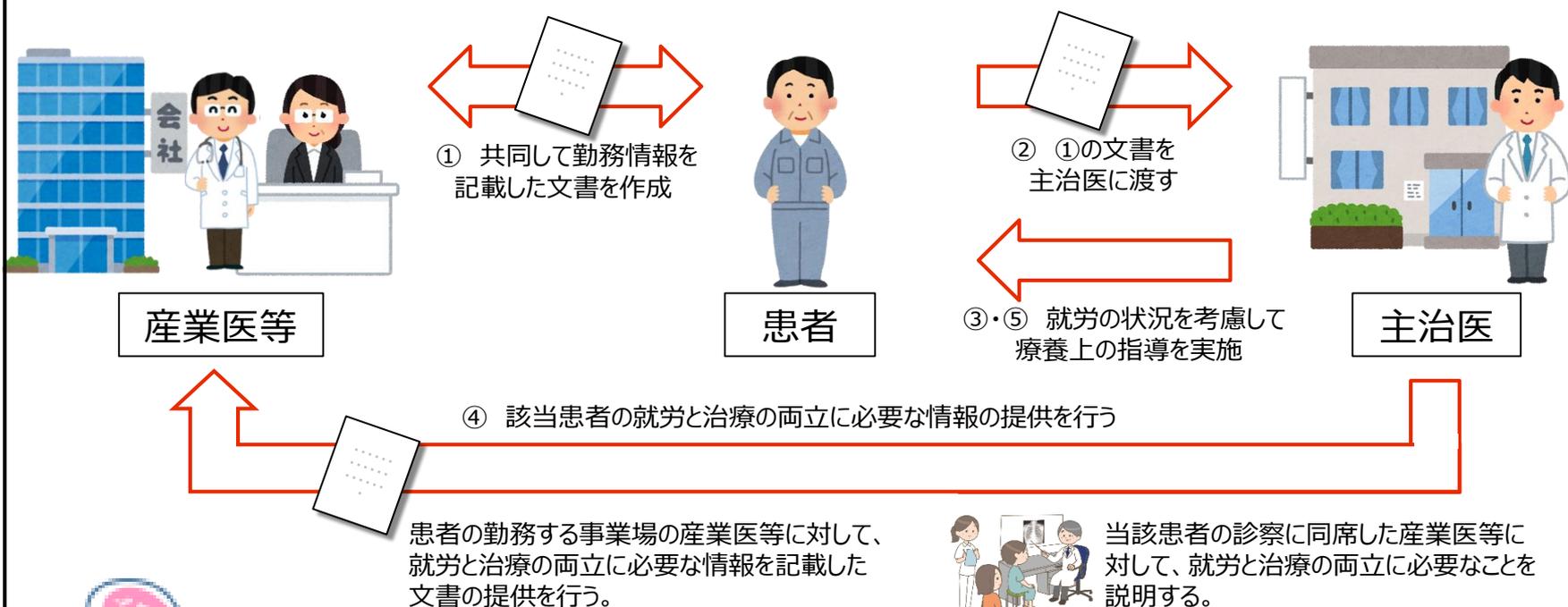
再診料（電話等再診） 72点



令和2年度診療報酬改定 II-5 治療と仕事の両立に資する取組の推進①

治療と仕事の両立に向けた支援の充実①

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

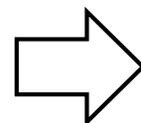


現行

療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点

改定後

療養・就労両立支援指導料（3月に限る）	
1 初回	800点
2 2回目以降	400点
相談支援加算	50点



治療と仕事の両立に向けた支援の充実

対象患者及び連携先の拡大

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、以下の見直しを行う。
- ◆ 対象疾患に対象となる疾患に**脳血管疾患、肝疾患、指定難病**を追加
- ◆ 対象者となる企業の連携先に、患者が勤務する事業場において、**総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師**を追加

相談支援加算の創設

- 当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が、相談支援を行った場合の評価を新設する。

療養・就労両立支援指導料

(新) 相談支援加算 50点

[相談支援加算の算定要件]

当該患者に対して、**看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合**に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

[相談支援加算の施設基準]

専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。



婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

- 器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

(新) 婦人科特定疾患治療管理料

250点（3月に1回）



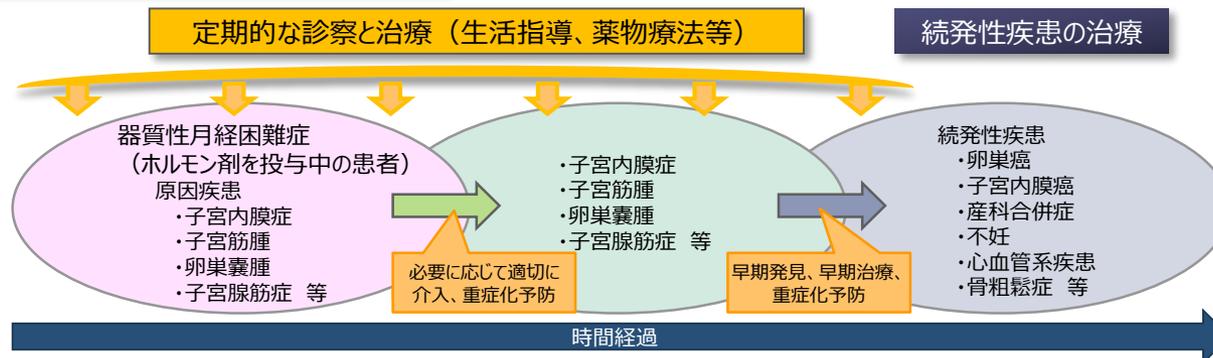
[算定要件]

- 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。
- 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

[施設基準]

- 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。

定期的な医学管理のイメージ



バイオ後続品に係る情報提供の評価

- ▶ 在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)

[算定要件]

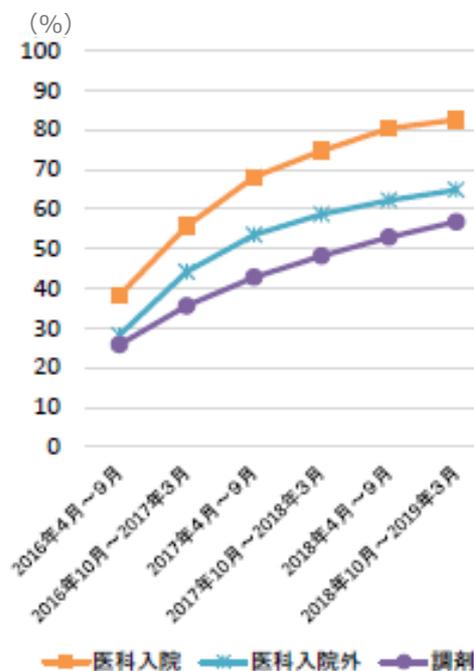
バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

「在宅自己注射指導管理料の対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの」

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、
エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤



(参考)インスリングルルギンの
バイオ後続品の使用割合の推移



入院医療

ポイント

- * 急性期は重症度、医療・看護必要度の見直し
- * 地ケア・回り八は実績要件等の見直し
- * 療養病棟は経過措置の変更や指針の策定が要件追加

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	何かにつかまればできる	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。

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。

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。

[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。

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

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

現行	
【救急医療管理加算】	
1 救急医療管理加算 1	900点
2 救急医療管理加算 2	300点
[算定要件]	
(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。	
(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2)のA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られた重症患者をいう。	
[届出について]	
施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。	



改定後	
【救急医療管理加算】	
1 救急医療管理加算 1	950 点
2 救急医療管理加算 2	350 点
[算定要件]	
(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちA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られた重症患者をいう。	
(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2)のA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られた重症患者をいう。	
[届出について]	
施設基準の届出を行うこと。（※施設基準は従来と変更なし）	



算定対象となる状態

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

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

- ◆ Aからケのうち該当する状態(加算2の場合は、A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

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価一⑥

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	特定集中治療室管理料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

[施設基準]

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

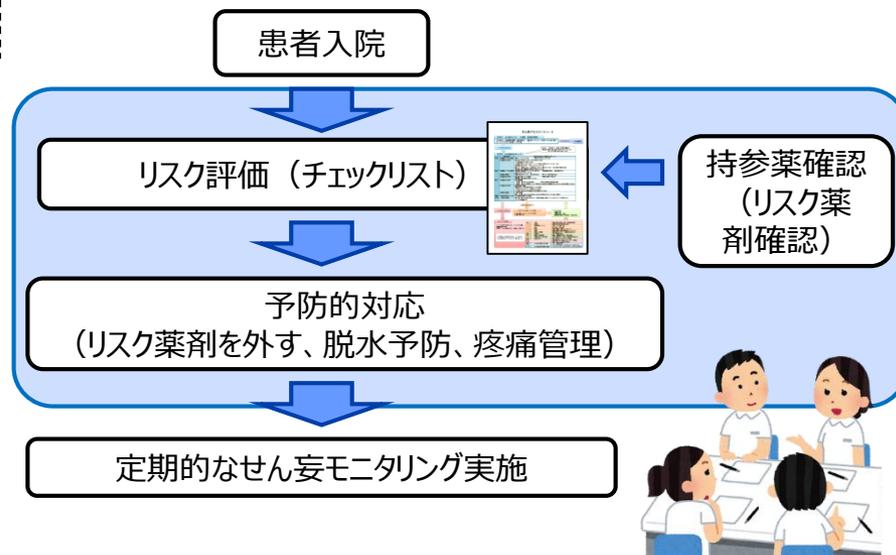
【せん妄のリスク因子の確認】

- 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



認知症対策の充実

認知症ケア加算の見直し

- 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

現行		
認知症ケア加算 1	イ 150点	ロ 30点
認知症ケア加算 2	イ 30点	ロ 10点



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

- イ 14日以内の期間
ロ 15日以上期間
※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

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

改定後

[認知症ケア加算 2 の施設基準]

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



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

現行

[認知症ケア加算 2 の施設基準]

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



改定後

[認知症ケア加算 3 の施設基準]

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

- ③ 認知症ケア加算 1 について、**医師及び看護師に係る要件を緩和**する。

現行

[認知症ケア加算 1 の施設基準]

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



改定後

[認知症ケア加算 1 の施設基準]

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

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し（概要）

実績要件の見直し

- 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。
- 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の実績に係る施設基準を見直す。

(例)

- ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → **1割5分以上**
- ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → **30回以上**



施設基準の見直し

- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。
- 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- 適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

転棟に係る算定方法の見直し

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

届出に係る見直し

- 許可病床数が**400床以上**の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。
 - ・入院料1：リハビリテーション実績指数（現行）37 →（改定後）40
 - ・入院料3：リハビリテーション実績指数（現行）30 →（改定後）35

施設基準の見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を必須とするとともに、入院料2～6についても、配置が望ましいこととする。

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。
- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 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。

効果的なリハビリテーションの提供の推進



適切な栄養管理の推進



入退院時における適切なADLの評価と説明



療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

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

現行
【療養病棟入院基本料（経過措置1）】 [算定要件] 注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。



改定後
【療養病棟入院基本料（経過措置1）】 [算定要件] 注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の 100分の85 に相当する点数を算定する。

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

適切な意思決定の支援

- ▶ **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和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。

入退院支援の取組の推進

入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の評価をさらに評価する。

現行

【入院時支援加算】

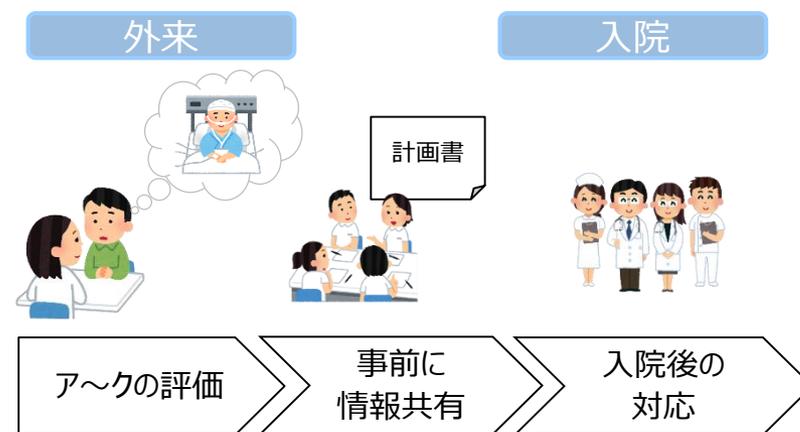
入院時支援加算 200点（入院中1回）

改定後

【入院時支援加算】

イ (新) 入院時支援加算1 230点 ← 項目ア～クを全て行う場合
 □ 入院時支援加算2 200点

ア	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握（必須）
イ	入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握（該当する場合は必須）
ウ	褥瘡に関する危険因子の評価
エ	栄養状態の評価
オ	服薬中の薬剤の確認
カ	退院困難な要件の有無の評価
キ	入院中に行われる治療・検査の説明
ク	入院生活の説明（必須）



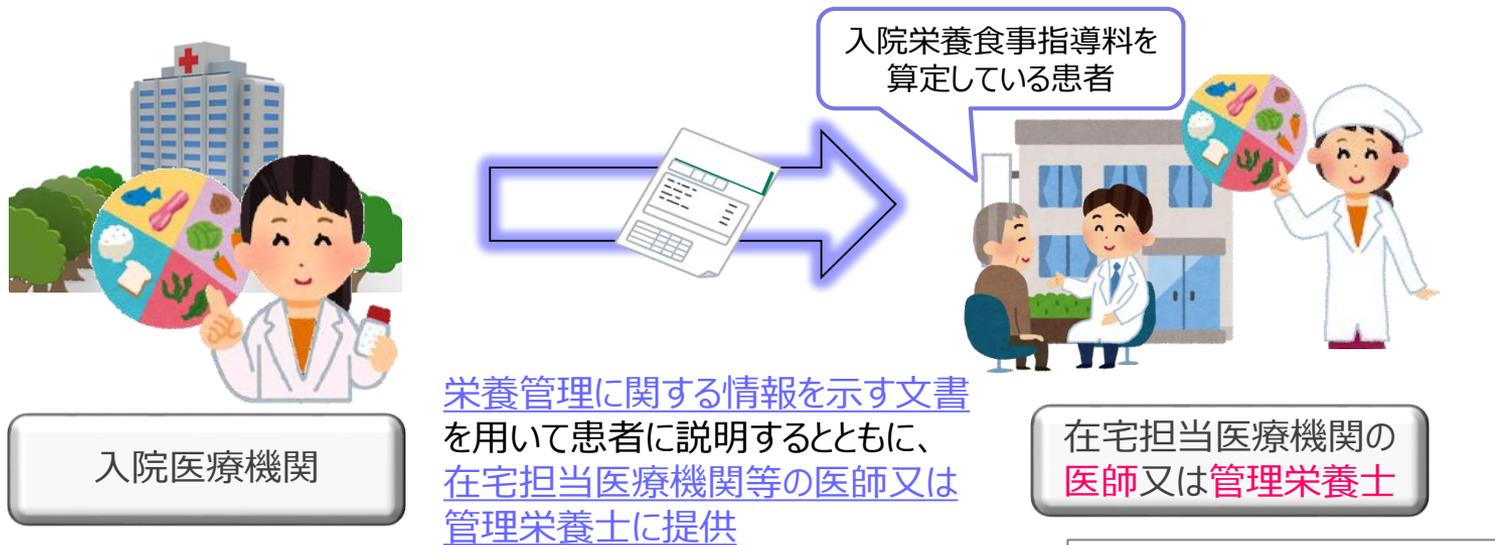
総合機能評価加算の新設

- 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

栄養情報提供加算

- 入院栄養食事指導料を算定している患者について、退院後の栄養・食事管理について指導するとともに在宅担当医療機関等の医師又は管理栄養士に対して、栄養管理に関する情報を文書により提供を行った場合の評価として**栄養情報提供加算**（50点 入院中1回）を新設（入院栄養食事指導料の注3）。

※退院時共同指導料2は別に算定できない



<入院中の栄養管理に関する情報>

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態（嚥下食コードを含む。）
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等

在宅担当医療機関等の例

- ・保健医療機関
- ・介護老人保健施設
- ・介護老人福祉施設
- ・介護療養型医療施設
- ・介護医療院
- ・指定障害者支援施設
- ・福祉型障害児入所施設

令和2年度診療報酬改定 II-6 アウトカムにも着目した評価の推進-②

データ提出加算の見直し①

➤ 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。

病棟	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
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 blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 現行 データの提出は不要 </div> ⇒ <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; 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]

- 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。
- 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。

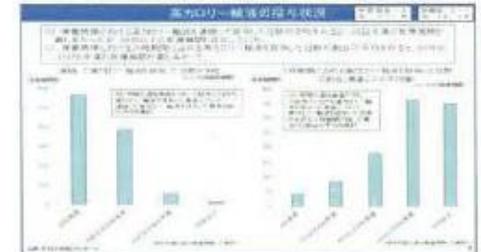
➤ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの内容を拡充する。

[新たに提出する項目(例)]

- ◆ 要介護度や栄養摂取の状況について、療養病棟から急性期病棟に拡大
- ◆ 地域包括ケア病棟において、入退室時のADLスコアを提出

(データの活用例)

療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



令和2年度診療報酬改定 II-6 アウトカムにも着目した評価の推進②

データ提出加算の見直し②

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。

現行

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合200点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合160点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合210点
- 注 入院中に1回に限り、退院時に加算する。



改定後

- 1 データ提出加算 1
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点
 - 2 データ提出加算 2
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点
- 注 データ提出加算 1 及び 2 について 入院初日に限り加算する。
- 3 データ提出加算 3
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点
 - 4 データ提出加算 4
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点
- 注 データ提出加算 3 及び 4 について 療養病棟入院基本料等を届け出ている病棟について入院期間が90日を越えるごとに1回加算する。

入院

療養病棟入院基本料

データ提出加算1又は2を加算

入院した日から起算して90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を加算

入院

急性期一般
入院基本料

療養病棟入院基本料

データ提出加算1又は2を加算

転棟

転棟した日から起算して90日を超えるごとにデータ提出加算3又は4を加算

- 急性期一般入院料7について、急性期一般入院基本料を新規に開設する場合等に限り、1年間に限りデータ提出加算に係る届出を行っているときみなすものとする。

個別的事項

ポイント

- * 中心静脈栄養にかかる要件追加
- * 疾患別リハビリテーションの通則見直し

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ-7-5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-⑫

脳卒中対策の推進

超急性期脳卒中加算の施設基準の見直し

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

現行

【超急性期脳卒中加算】

A 205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日） 12,000点

【施設基準】

- ・ 薬剤師が常時配置されていること。
- ・ 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- ・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。



改定後

【超急性期脳卒中加算】

A 205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日） **10,800点**

【施設基準】

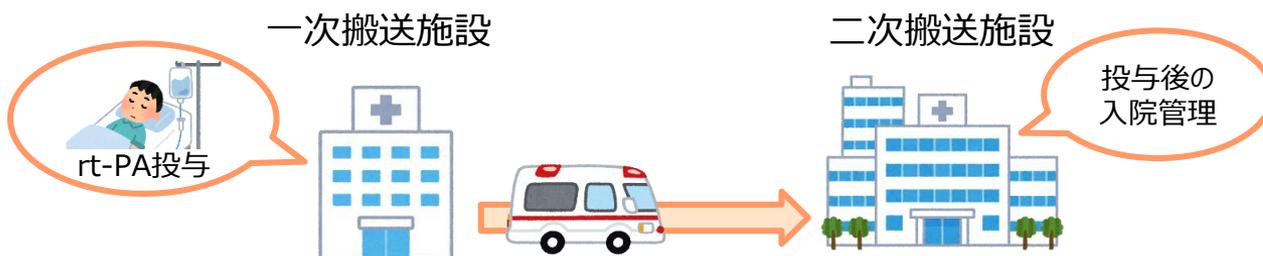
(削除)(削除)

- ・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

【算定要件】

(4) 投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。

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



※一次搬送施設でrt-PAを投与して、二次搬送施設で入院管理を行った場合

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

中心静脈栄養の適切な管理の推進

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

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

〔算定要件〕

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



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

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

〔施設基準〕

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

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



〔経過措置〕

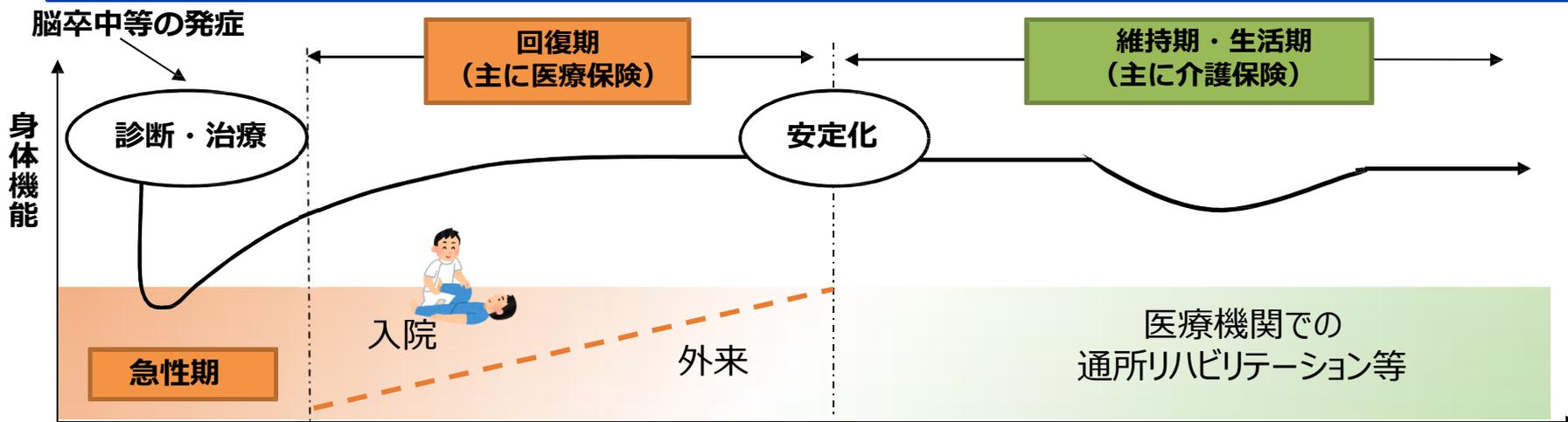
令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のAに該当するものとみなす。



- 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。

令和2年度診療報酬改定 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 - ②

リハビリテーションに係る見直し



回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

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

リハビリテーションに係る施設基準等の要件緩和

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

リハビリテーションに係る業務の効率化・合理化

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

リハビリテーションの対象患者に係る見直し

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

摂食嚥下訓練に係る取組の評価の見直し

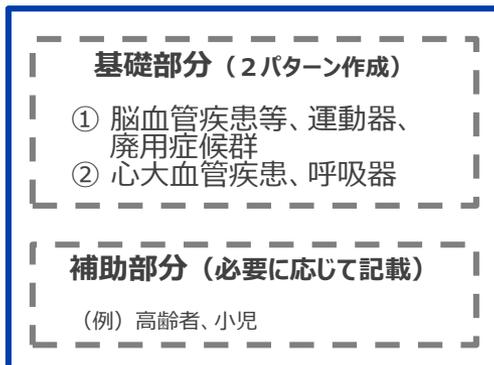
- 摂食嚥下療法の加算の見直し

疾患別リハビリテーション料の見直し

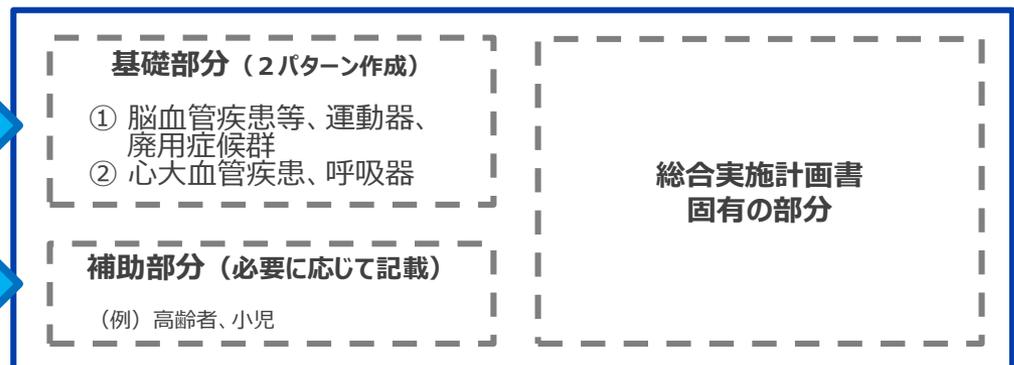
疾患別リハビリテーションの通則等の見直し

- 疾患別リハビリテーションの通則等について、疾患別リハビリテーションに係る日常生活動作の評価項目等の要件を見直す。
- リハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として **7日以内**、遅くとも **14日以内** に作成
- リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後3か月に1回以上、当該リハビリテーション実施計画書の内容を **患者又はその家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付**。
- リハビリテーション実施計画書の **作成前に** 疾患別リハビリテーションを実施する場合には、実施するリハビリテーションについて **医師の具体的な指示があった場合に限り**、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。
- リハビリテーション実施計画書の記載事項のうち、A D L 項目として B I **又は** F I M **のいずれか** を用いるようにする。
- 計画書の作成にあたり参考とする様式を整理する。

【リハビリテーション実施計画書】



【リハビリテーション総合実施計画書】



同一の様式に整理

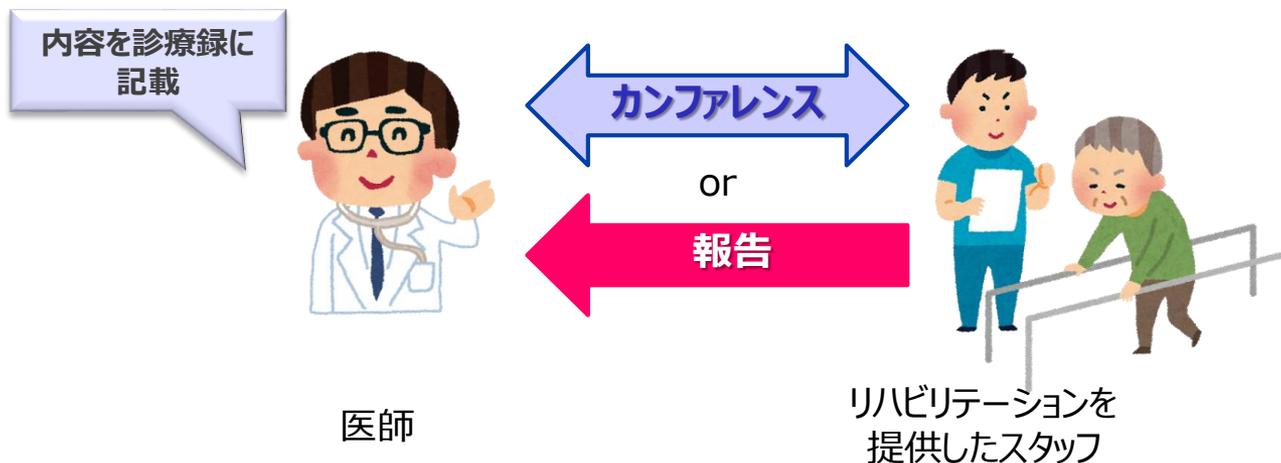
外来リハビリテーション料の見直し

- 外来リハビリテーション料のカンファレンス要件について、「医師がリハビリ担当者からの報告を受ける」ことも可とする。

【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診療料 1 73点

外来リハビリテーション診療料 2 110点



算定要件（抜粋）

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

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

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

現行

【摂食機能療法】

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

[算定対象]

- 鼻腔栄養を実施している患者（加算1のみ）
- 胃瘻を造設している患者

[算定要件]

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

[施設基準]

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

改定後

【摂食機能療法】

摂食嚥下支援加算 200点

(週1回に限り摂食機能療法に加算)

[算定対象]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

• **摂食嚥下支援チームを設置**

* の職種は、カンファレンスの参加が必須

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

• **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**



排尿自立指導料の見直し

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。

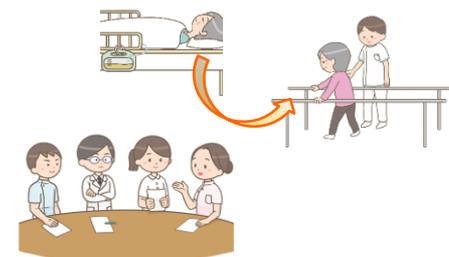
（新） 排尿自立支援加算 200点(週1回)

〔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、排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。



※ 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

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

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

抗菌薬適正使用
支援チーム



感染防止対策加算 1

入院における対策

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

(新) 外来における対策

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



(新) その他の要件

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

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



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

(※小児かかりつけ診療料についても同様)

令和2年度診療報酬改定 IV - 6 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進 -②

入院時のポリファーマシー解消の推進

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

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

現行

薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点

次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。

- (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
- (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※



改定後

①薬剤総合評価調整加算（退院時1回） **100点**

- ア 患者の入院時に、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
- イ アを踏まえ、多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更又は中止を行う。
- ウ カンファレンスにおいて、処方変更の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
- エ 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。

②薬剤調整加算（退院時1回） **150点**

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。

- ・ 退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ・ 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※

※ 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



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、中止等が見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。

退院時薬剤情報管理指導料

(新) 退院時薬剤情報連携加算

60点



認知機能検査等の算定要件の新設

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

認知機能検査その他の心理検査 (1 操作が容易なもの)		点数	対象
<u>(新設)</u>	<u>イ 簡易なもの</u>	<u>80点</u>	M A S不安尺度、M E D E多面的初期認知症判定検査、A Q日本語版、日本語版L S A S - J、E A T - 26、M - C H A T、長谷川式知能評価スケール及びM M S E
<u>(新設)</u>	<u>ロ その他のもの</u>	<u>80点</u>	C A S不安測定検査、S D Sうつ性自己評価尺度、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、S T A I - C状態・特性不安検査（児童用）、D S R S - C、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びM o C A - J など

主な算定要件

- ・イ「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「簡易なもの」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。

人工腎臓に係る評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

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

現行			
【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合			
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,980点	1,940点	1,900点
4時間以上 5時間未満	2,140点	2,100点	2,055点
5時間以上	2,275点	2,230点	2,185点



改定後				
【人工腎臓】				
慢性維持透析を行った場合				
		場合1	場合2	場合3
4時間未満	別に定める患者場合 それ以外の場合	1,924点 1,798点	1,884点 1,758点	1,844点 1,718点
4時間以上 5時間未満	別に定める患者場合 それ以外の場合	2,084点 1,958点	2,044点 1,918点	1,999点 1,873点
5時間以上	別に定める患者場合 それ以外の場合	2,219点 2,093点	2,174点 2,048点	2,129点 2,003点

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

- ・人工腎臓に規定する注射薬
エリスロポエチン、ダルベポエチン



〔算定要件〕

- ・「1」から「3」までのうち、定める薬剤を使用しない場合には、HIF-PHD阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

〔施設基準〕

- ・別に規定する患者
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータベゴル、HIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）

慢性維持透析患者外来医学管理料に係る要件の見直し

- 慢性維持透析患者外来医学管理料における二次性副甲状腺機能亢進症の検査を、[エテルカルセチド](#)及び[エボカルセト](#)にも対応した要件に見直す。

バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

- 他の手技との難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。外シャント設置術に関しては、診療報酬上の評価を廃止する。

現行	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 静脈転位を伴うもの	21,300点
2 その他のもの	7,760点
【外シャント血栓除去術】	1,680点
【内シャント又は外シャント設置術】	18,080点



改定後	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 内シャント造設術	
イ 単純なもの	12,080点
ロ 静脈転位を伴うもの	15,300点
2 その他のもの	7,760点
<u>(削除)</u>	
<u>(削除) (末梢動静脈瘻造設術 1イ ハ)</u>	

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

現行	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	18,080点



改定後	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	
1 初回	12,000点
2 1の実施後3月以内に実施する場合	12,000点

【算定できる要件】

- ・「1」については、3ヶ月に1回に限り算定する。
- ・「2」を算定する場合には、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。

ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）

移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

人工腎臓 導入期加算の見直し

- 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現行			改定後		
【人工腎臓】		[施設基準] 導入期加算 2	【人工腎臓】		[施設基準] 導入期加算 2
導入期加算 1	300点	ア 導入期加算 1 の施設基準を満たしていること イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること	導入期加算 1	200点	ア 導入期加算 1 の施設基準を満たしていること イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること
導入期加算 2	400点	ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること	導入期加算 2	500点	ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること

腎代替療法指導管理料の新設

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

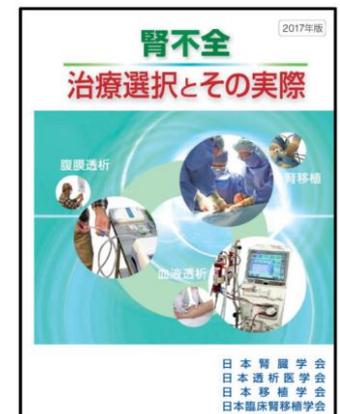
(新) 腎代替療法指導管理料 500点 (患者1人につき2回に限る。)

[算定要件]

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

[施設基準]

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



令和2年度診療報酬改定 II-8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入ー③～⑤

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療の適切な評価等

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

【主な対応】

トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の充実

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

冠動脈CT撮影の算定要件の新設

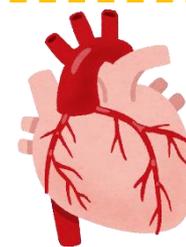
- 適応疾患や目的を確認するため、検査実施の医学的根拠等の記載を要件とする。

経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

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

安定冠動脈疾患について

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



(參考資料) 經過措置

経過措置について①

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

経過措置について②

	項目	経過措置
8	療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
9	療養病棟入院基本料の注11	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	総合入院体制加算	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。
11	抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関においては、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。

経過措置について③

	項目	経過措置
16	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、回復期リハビリテーション病棟入院料における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。
17	回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。
18	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
19	地域包括ケア病棟入院料	許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、同年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
20	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
21	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。

経過措置について④

	項目	経過措置
22	精神科救急入院料の見直し	当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。
23	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、従前の例により地域移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。
24	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	平成2年3月31日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
25	連携充実加算（外来化学療法加算）	令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の基準を満たしているものとする。
26	摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）	令和2年3月31日時点で、経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「専従の常勤言語聴覚士」が引き続き摂食嚥下支援チームの「専任の常勤言語聴覚士」として届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間に限り、「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定を満たしているものとする。
27	精神科在宅患者支援管理料の見直し	令和2年3月31日時点で、現に「1」の「八」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定できる。

経過措置について⑤

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

alfresa

アルフレッサ株式会社



川口市医師会 行（4月25日までに送付してください）

電子メール： <kawaguchidocinfo@vanilla.ocn.ne.jp>

FAX：048-227-5812

質問用紙 令和2年度 診療報酬改定関係

医療機関名 _____

氏名 _____ FAX _____

質問項目名：

【質問要旨】