令和２年度
診療報酬改定説明資料

（医科）

この資料に掲載されている内容及び通知などについては、令和２年３月５日現在において厚生労働省で示した内容によるものであり、取扱いが変更となる場合があります。

最新の内容は、その後に追加された通知などにより、ご確認をお願いします。

関 東 信 越 厚 生 局

【目次】

１．　令和２年度診療報酬改定について　・・・・・・・・・・・・・・・・・　１

２．　令和２年度診療報酬改定関連通知等について（その１）　・・・・・　２

３．　令和２年度診療報酬改定の概要
（１）総論　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３
（２）働き方改革の推進　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２６
（３）外来医療・かかりつけ機能　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３７
（４）入院医療　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５３
（５）ＤＰＣ／ＰＤＰＳ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７３
（６）在宅医療・訪問看護　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８０
（７）精神医療　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９０
（８）個別的事項　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１００
（９）技術的事項　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１６
（10）経過措置・届出について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１３８

４．　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
（１）通知（抜粋）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４２
（２）別添７及び別添７の２　基本診療料の施設基準等に係る届出書　１４８

５．　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
（１）通知（抜粋）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５２
（２）別添２　特掲診療料の施設基準に係る届出書　・・・・・・・・・１６８

保発 0305 第 1 号
令和２年３月５日

地方厚生（支）局長
都道府県知事 } 殿

厚生労働省保険局長
（公印省略）

令和２年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和２年厚生労働省告示第57号）等の関係告示等が別添のとおり公布（一部未定）され、本年４月１日から適用されることとなったため、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

（別添）

令和２年度診療報酬改定　関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は告示（予定）日	法令番号
1	健康保険法施行規則の一部を改正する省令	３月５日	厚生労働省令第23号
2	保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令	３月５日	厚生労働省令第24号
3	指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令	３月５日	厚生労働省令第25号
4	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示	３月５日	厚生労働省告示第55号
5	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掲示事項等の一部を改正する告示	３月５日	厚生労働省告示第56号
6	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第57号
7	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第58号
8	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第59号
9	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第60号
10	特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第61号
11	訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第62号
12	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第63号
13	複数手術に係る費用の特例を定める件の一部を改正する件	３月23日	（未定）
14	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の一部を改正する件	３月23日	（未定）
15	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第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	３月23日	（未定）
16	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び定義副傷病名の一部を改正する件	３月23日	（未定）
17	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数の一部を改正する件	３月23日	（未定）
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部を改正する件	３月27日	（未定）
19	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養等の一部を改正する件	３月27日	（未定）
20	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	３月27日	（未定）
21	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	３月27日	（未定）
22	要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件	３月27日	（未定）

事　務　連　絡
令和２年３月５日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）
（別　　記）関係団体
御中

厚生労働省保険局医療課

令和２年度診療報酬改定関連通知等について（その１）

令和２年度診療報酬改定に係る関連通知等については別紙のとおり発出されておりますので、その取扱いに遺漏なきよう、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

なお、当該通知等及び関連省令・告示については、厚生労働省ホームページに掲載されておりますことを申し添えます。

（別紙）

名称	番号・日付
令和2年度診療報酬改定について	令和2年3月5日 保発0305第1号
医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について	令和2年3月5日 保発0305第2号
訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について	令和2年3月5日 保発0305第3号
指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について	令和2年3月5日 保発0305第4号
指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第88条第1項の規定に基づく指定等の取扱いについて	令和2年3月5日 保発0305第5号
診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第1号
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0305第2号
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	令和2年3月5日 保医発0305第3号
訪問看護ステーションの基準に係る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0305第4号
「「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掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について	令和2年3月5日 保医発0305第5号
使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について	令和2年3月5日 保医発0305第6号
「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について	令和2年3月5日 保医発0305第7号
保険医の使用医薬品（掲示事項等告示第6関係）及び保険薬剤師の使用医薬品（掲示事項等告示第14 関係）に係る留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第8号
特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第9号
特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について	令和2年3月5日 保医発0305第10号
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
特定保険医療材料の定義について	令和2年3月5日 保医発0305第12号
入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る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0305第13号
入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について	令和2年3月5日 保医発0305第14号
特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望書（ 希望区分Ｂ ）に記載する機能区分コードについて	令和2年3月5日 事務連絡

令和2年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令和２年度診療報酬改定について

診療報酬改定

１．診療報酬　　＋０．５５％

※１　うち、※２を除く改定分　＋０．４７％
　　各科改定率　　医科　＋０．５３％
　　歯科　＋０．５９％
　　調剤　＋０．１６％
※２　うち、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　＋０．０８％

２．薬価等

①　薬価　　▲０．９９％
※　うち、実勢価等改定　▲０．４３％
　　市場拡大再算定の見直し等　▲０．０１％

②　材料価格　　▲０．０２％
※　うち、実勢価等改定　▲０．０１％

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として　　公費　１２６億円程度

地域医療介護総合確保基金として　　公費　１４３億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

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

3

令和2年度診療報酬改定

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

4

令２
改定

１．医科診療報酬改定の概要

① 働き方改革の推進
② 外来医療・かかりつけ機能
③ 入院医療
④ 在宅医療・訪問看護
⑤ 精神医療
⑥ 個別的事項
⑦ 技術的事項

２．歯科診療報酬改定の概要

３．調剤報酬改定の概要

5

令２
改定

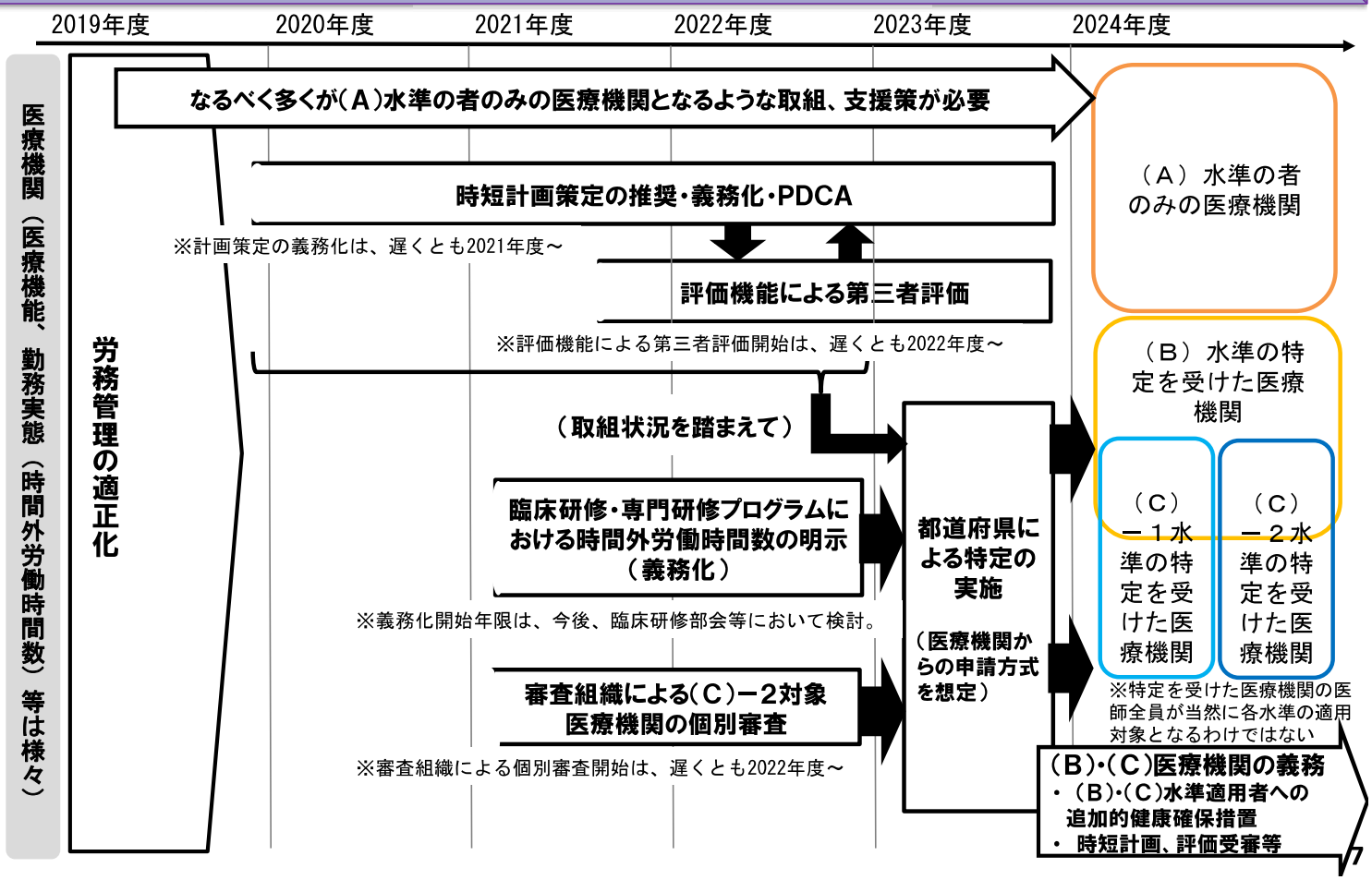
Ⅰ　医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

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

6

第１回医師の働き方改革の推進に関する検討会（令和元年７月５日）資料３

2024年4月までの見通し



令和2年度診療報酬改定　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　－①

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



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	198～920点	医師事務作業補助体制加算1	248～970点
医師事務作業補助体制加算2	188～860点	医師事務作業補助体制加算2	233～910点

【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	30～95点	看護職員夜間配置加算	40～105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）	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）	65点

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	130～210点	25対1～75対1急性期看護補助体制加算	160～240点
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	70～90点	夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	100～120点
看護補助加算1～3	76～129点	看護補助加算1～3	88～141点
夜間75対1看護補助加算	40点	夜間75対1看護補助加算	50点
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）	45点
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	104～129点	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	116～141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	看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）	160点

9

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おいては、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。

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

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

記録の効率化・合理化

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。

10

令２
改定

１．医科診療報酬改定の概要

① 働き方改革の推進
② 外来医療・かかりつけ機能
③ 入院医療
④ 在宅医療・訪問看護
⑤ 精神医療
⑥ 個別的事項
⑦ 技術的事項

２．歯科診療報酬改定の概要

３．調剤報酬改定の概要

11

令２
改定

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

12

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－1　かかりつけ機能の評価

かかりつけ医機能に係る評価の充実

【治療と仕事の両立に向けた支援の充実】
・算定要件の見直し
・対象疾患の拡大

【かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化】
・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



【かかりつけ医機能に係る評価の見直し】
・地域包括診療加算の施設基準の緩和
・小児かかりつけ診療料の対象年齢拡大
・機能強化加算の要件見直し

【（参考1）継続的な診療に係る評価の見直し】
・生活習慣病管理料の要件見直し
・婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価の新設
【（参考2）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





13

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－2　患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進　－②

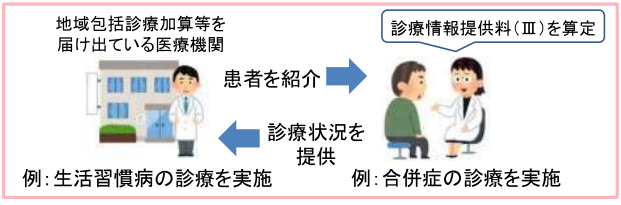
かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

➢ 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。

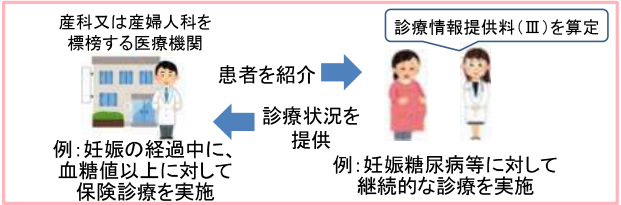
（新）　診療情報提供料（Ⅲ）　150点

[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。

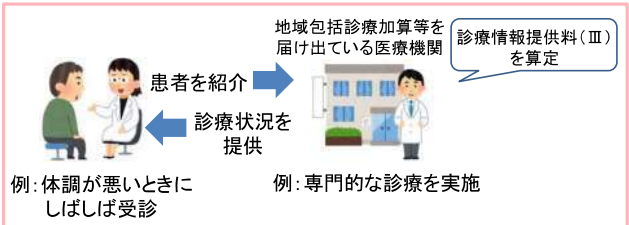
[対象患者]
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



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



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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

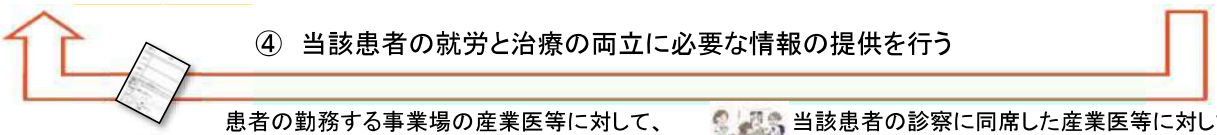
※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）若しくは施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）を指す。

14

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。





患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。



当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。



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

15

治療と仕事の両立に向けた支援の充実②

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。

◆ 対象となる疾患に**脳血管疾患、肝疾患、指定難病**を追加

◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者及び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。



16

情報通信機器を用いた診療の活用の推進

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。



17

令２
改定

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

18

婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

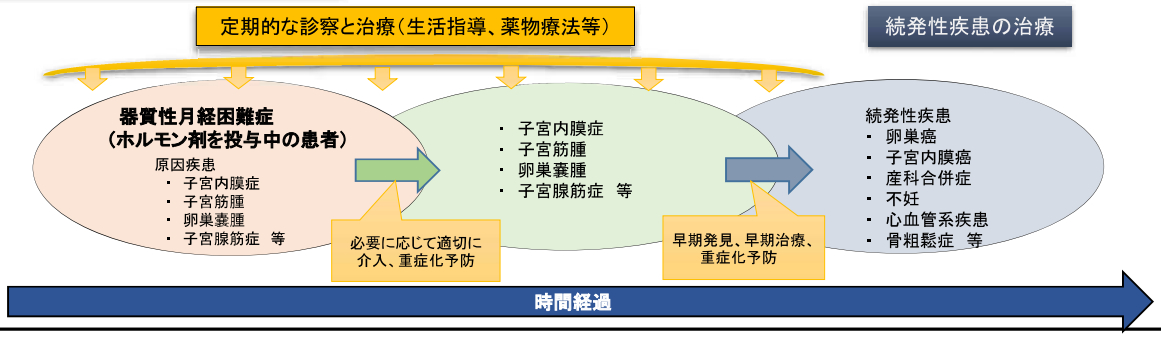
➢ 器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。



（新）　婦人科特定疾患治療管理料　　250点（3月に1回）

［算定要件］
（1）婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。
（2）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。
（3）器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。
［施設基準］
（1）当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
（2）（1）に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。

定期的な医学管理のイメージ



19

令2
改定

1．医科診療報酬改定の概要
① 働き方改革の推進
② 外来医療・かかりつけ機能
③ 入院医療
④ 在宅医療・訪問看護
⑤ 精神医療
⑥ 個別的事項
⑦ 技術的事項

2．歯科診療報酬改定の概要

3．調剤報酬改定の概要

20

令２
改定

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

21

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（概要）

➢ 医療機能や入院患者の状態に応じて適切な医療が提供されるよう、入院医療の評価について、以下のとおり見直しを行う。

急性期一般入院基本料

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、評価項目や判定基準を見直す。また、該当患者割合に係る施設基準について、実態を踏まえて見直す。

地域包括ケア病棟入院料

- 地域包括ケア病棟の主な3つの機能をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準を見直す。また、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法を見直す。

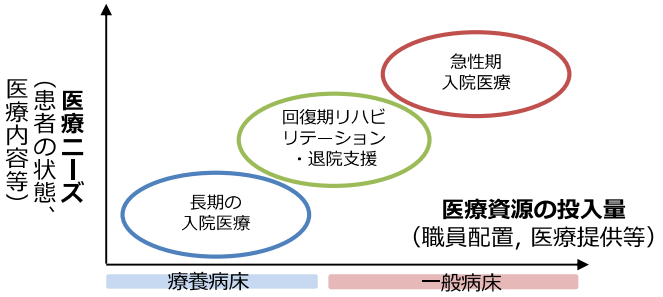
回復期リハビリテーション病棟入院料

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

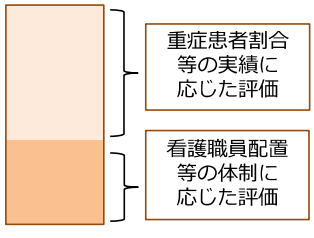
療養病棟入院基本料

- 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す。また、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す。

医療ニーズと医療資源投入量（イメージ）



医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価



入院料	実績指標
急性期一般入院基本料	重症度、医療・看護必要度
地域包括ケア病棟入院料	在宅医療等の提供実績
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリ実績指数、重症者の割合
療養病棟入院基本料	医療区分・ADL区分

22

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　－③～⑤

急性期入院医療の適切な評価の推進（概要）

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し



評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点１点以上かつB得点３点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
  - ・必要度Ⅰ　救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
  - ・必要度Ⅱ　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を新たに評価

	現行	改定後
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
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	現行　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2	ー / 24%（27% / 22%）
急性期一般入院料3	ー/ 23%（26% / 21%）
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%

⇒

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

23

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－7－2　認知症患者に対する適切な医療の評価　－①

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			改定後		
認知症ケア加算1	イ　150点	ロ　30点	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2	イ　30点	ロ　10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日以上の期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

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

24

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

地域包括ケア病棟の役割



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。

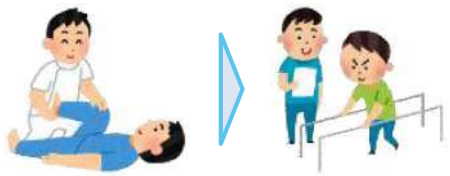
25

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

効果的なリハビリテーションの提供の推進



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。

適切な栄養管理の推進



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。

入退院時における適切なADLの評価と説明



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。

26

令２
改定

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

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）

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）

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
ロ　　入院時支援加算２　200点



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。

令２
改定

１．医科診療報酬改定の概要

① 働き方改革の推進
② 外来医療・かかりつけ機能
③ 入院医療
④ 在宅医療・訪問看護
⑤ 精神医療
⑥ 個別的事項
⑦ 技術的事項

２．歯科診療報酬改定の概要

３．調剤報酬改定の概要

29

令２
改定

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

30

在宅医療・訪問看護の改定概要

質の高い在宅医療の確保

➢ 複数の医療機関による訪問診療の明確化

○ 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

➢ 在宅療養支援病院における診療体制の整備

○ 在宅療養支援病院の往診医に係る要件を明確化

➢ 在宅医療における褥瘡管理の推進

○ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直し

医療資源の少ない地域における在宅医療・訪問看護の推進

○ 在宅療養支援病院として届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

○ 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

質の高い訪問看護の確保

➢ 訪問看護の提供体制の確保

○ 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

➢ 利用者のニーズへの対応

○ 専門性の高い看護師による同行訪問の充実
○ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し
○ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

➢ 関係機関との連携の推進

○ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

訪問薬剤管理指導の充実

➢ 緊急訪問の評価の拡充

○ 計画的な訪問の対象でない疾患で緊急訪問した場合を評価

➢ 経管投薬の患者への服薬支援の評価

○ 簡易懸濁法を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

31

令2
改定

1．医科診療報酬改定の概要

① 働き方改革の推進
② 外来医療・かかりつけ機能
③ 入院医療
④ 在宅医療・訪問看護
⑤ 精神医療
⑥ 個別的事項
⑦ 技術的事項

2．歯科診療報酬改定の概要

3．調剤報酬改定の概要

32

令2
改定

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

33

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－3　地域との連携を含む多職種連携の取組の強化　　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

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

入院医療

外来・在宅医療

質の高い入院医療の評価

○ クロザピンの普及促進
・クロザピンの使用実績等に基づいた精神科急性期医師配置加算の見直し
・精神科急性期病棟におけるクロザピン新規導入を目的とした転棟患者の受入れ
・精神科救急入院料等における自宅等への移行率からクロザピンの新規導入患者の除外
○ 持続性抗精神病注射薬剤（LAI）の使用推進
○ 精神科身体合併症管理加算の見直し
○ 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援に対する評価

入院中の保険医療機関

入院中の医療機関と外来又は在宅を担当する医療機関の多職種による共同指導に対する評価

退院後の外来又は在宅医療を担当する保険医療機関

（新）
○ 精神科退院時共同指導料2

（新）
○ 精神科退院時共同指導料1
イ 措置入院者等の患者
ロ 重点的な支援を必要とする患者

継続支援

多職種による継続的な相談支援に対する評価

（新）
○ 通院精神療法
療養生活環境整備指導加算

精神病棟における地域移行の推進

○ 地域移行機能強化病棟の継続
○ 精神科救急入院料の明確化

適切な精神科在宅医療の推進

○ 精神科在宅患者支援管理料の見直し

精神疾患を有するハイリスク妊産婦に対する支援の充実

○ ハイリスク分娩管理加算の対象病棟の拡大

○ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

個別疾患に対する治療・支援の充実

依存症に対する治療の充実

○ 依存症集団療法
（新） ギャンブル依存症の集団療法プログラムに対する評価

発達障害に対する支援の充実

○小児特定疾患カウンセリング料
（新） 公認心理師によるカウンセリングに対する評価

34

令２
改定

１．医科診療報酬改定の概要

① 働き方改革の推進
② 外来医療・かかりつけ機能
③ 入院医療
④ 在宅医療・訪問看護
⑤ 精神医療
⑥ **個別的事項**
⑦ 技術的事項

２．歯科診療報酬改定の概要

３．調剤報酬改定の概要

35

令２
改定

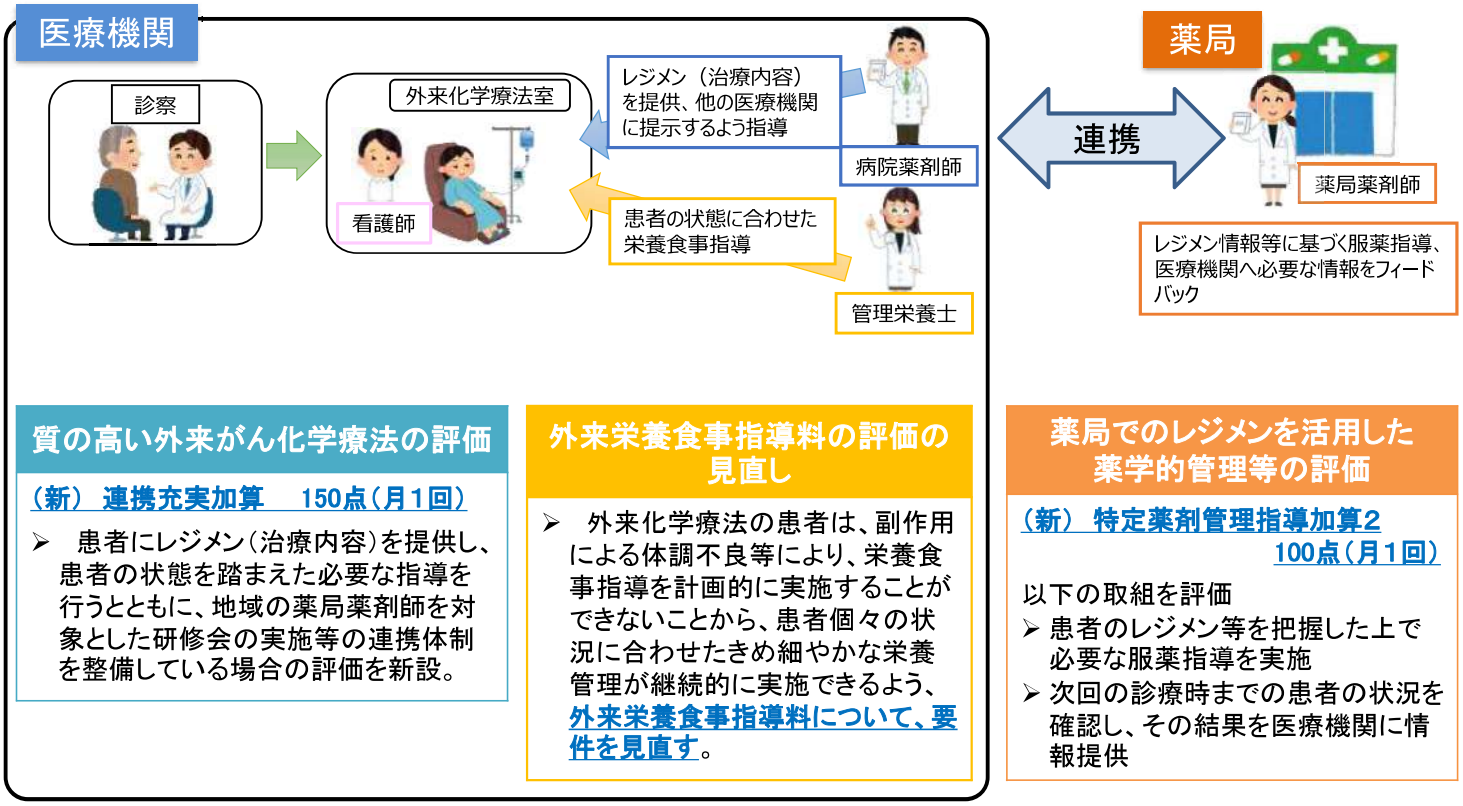
Ⅱ　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

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

36

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－7－1　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価　－④～⑥

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



質の高い外来がん化学療法の評価

（新）連携充実加算　150点（月1回）

- 患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設。

外来栄養食事指導料の評価の見直し

- 外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、**外来栄養食事指導料について、要件を見直す**。

薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価

（新）特定薬剤管理指導加算2　100点（月1回）

以下の取組を評価

- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
- 次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供

37

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－7－6　感染症対策、薬剤耐性対策の推進　－①、②

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。



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

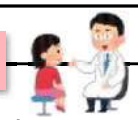
（新）外来における対策

- ✓ 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）

38

令２
改定

１．医科診療報酬改定の概要

①　働き方改革の推進
②　外来医療・かかりつけ機能
③　入院医療
④　在宅医療・訪問看護
⑤　精神医療
⑥　個別的事項
⑦　**技術的事項**

２．歯科診療報酬改定の概要

３．調剤報酬改定の概要

39

令２
改定

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

40

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

➢ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌や卵巣・卵管癌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・卵管切除等について評価を行う。

検査

➢ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われるものに対する生殖細胞系列のBRCA遺伝子検査について新たな評価を行う。

（新） BRCA1／2遺伝子検査　血液を検体とするもの　20,200点

遺伝カウンセリング

➢ 遺伝カウンセリング加算の対象検査にBRCA1／2遺伝子検査を追加

➢ がん患者指導管理料の新設

（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

手術

➢ 乳癌患者に対する対側の乳房切除術、卵巣・卵管切除術を評価。

➢ 卵巣癌患者に対する乳房切除術を評価

［算定要件］

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。

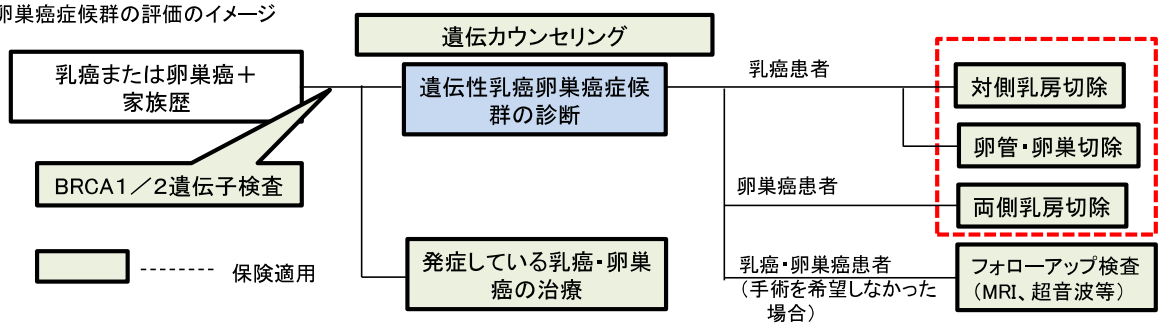
フォローアップ

➢ 乳房切除術を選択しなかったものに対するフォローアップとして、乳房MRI加算を算定できるよう要件を見直す。

［算定要件］

乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するため又は遺伝性乳癌卵巣癌患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

※遺伝性乳癌卵巣癌症候群の評価のイメージ



41

令2 改定

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

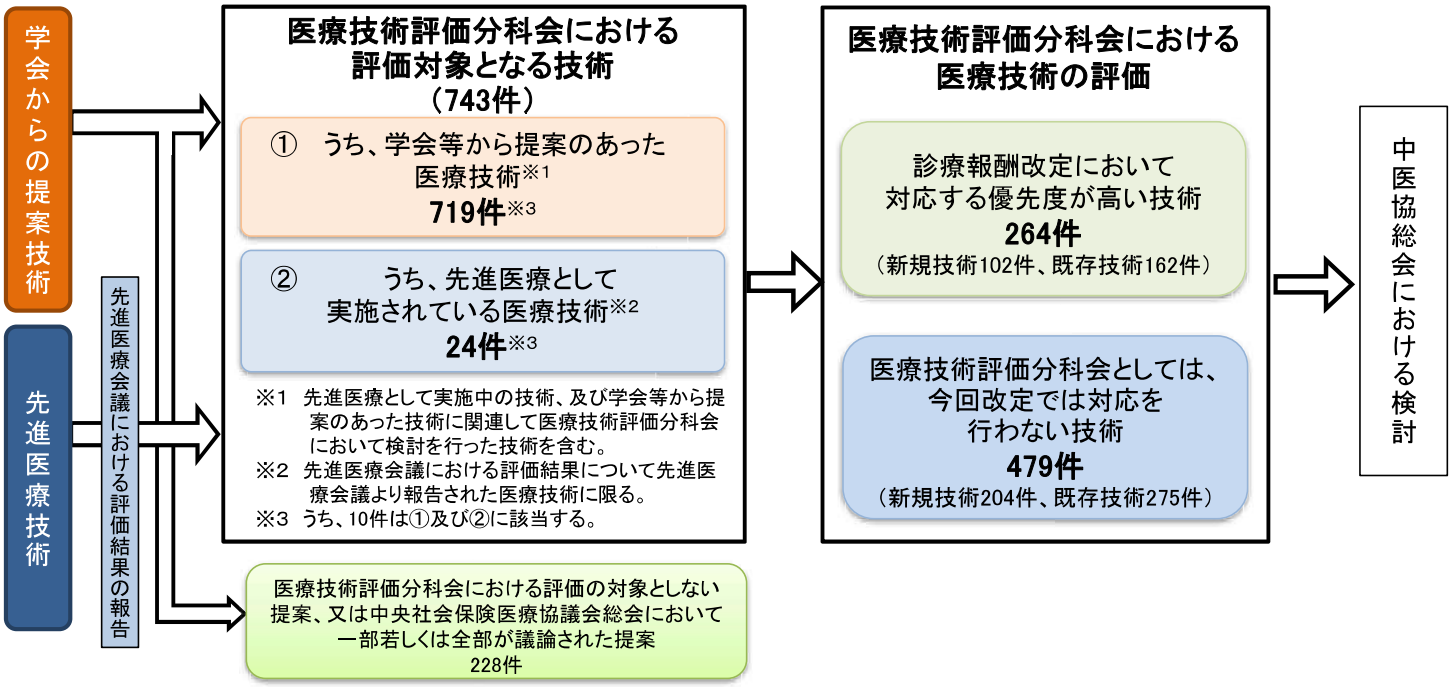
10．薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価

11．医療におけるICTの利活用

42

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応①

- 学会から提案のあった技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既存技術の評価の見直し（廃止を含む。）を行った。
- また、先進医療で実施されている技術についても、先進医療会議における科学的根拠に基づく評価の結果を踏まえ、医療技術評価分科会で保険導入に係る検討を行った。



43

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応②

概要

➢ 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術（先進医療として実施している医療技術を含む。）の保険適用及び既存技術の評価の見直し（廃止を含む。）を行う。

（1）保険導入等を行う新規技術の例
- 膵体尾部切除術（ロボット支援）
- 斜視注射（ボツリヌス毒素を用いた場合）
- 同種クリオプレシピテート作製術
- 薬剤耐性菌検出検査
- 仮想気管支鏡による画像等検査支援
- 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍治療※

※　先進医療として実施している技術

（2）評価を見直す既存技術の例
- 持続血糖測定器加算（SAP療法について）の算定要件見直し
- 体幹部定位放射線治療の適応拡大

（3）項目の削除を行う技術の例
- 四肢切断術　指（ 手、足）
- Bence Jones蛋白定性（尿）

➢ 先進医療会議における検討結果等を踏まえ、多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術に係る技術を先進医療から削除し、新たに選定療養に位置づける。

44

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（全般的事項）
1　近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすいものとなるよう検討すること。

（働き方改革）
2　医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（入院医療）
3　一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、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等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。
4　救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（DPC／PDPS）
5　急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

（かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等）
6　かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
7　地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。
8　妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。
9　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について引き続き検討すること。
10　依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
11　オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

59

令和2年度診療報酬改定

令和2年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（医薬品の適正使用）
12　重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
13　AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
14　病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

（歯科診療報酬）
15　院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
16　口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

（調剤報酬）
17　調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、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調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）
18　バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）
19　医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

（その他）
20　医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

60

令和2年度診療報酬改定の概要
（働き方改革の推進）

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令２
改定

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

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



3

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。

4

令２
改定

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

5

令和2年度診療報酬改定　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　－①

医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

➢ 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

6

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

「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

【総合入院体制加算】

［施設基準］

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

ア～ウ、オ （略）

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

（イ）外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数 400床以上の病院は必ず含むこと）

（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）

（ハ）医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減

（ニ）病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善

（ホ）看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

改定後

【総合入院体制加算】

［施設基準］

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

ア～ウ、オ （略）

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも**3項目以上**を含んでいること。

（イ）外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数 400床以上の病院は必ず含むこと）

（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）

（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

（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

（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

（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

（ト）看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

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。

7

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）　**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、**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**。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、**院内からの相談に対応できる体制が整備されていること**。

※　薬剤管理指導料についても同様。

8

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

➢ 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**

9

特定集中治療室管理料の見直し

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

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 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。

⇨

改定後

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 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。

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	PaO2/FiO2(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（×103/mm2）	＞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 あるいはドブタミン投与 （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

10

入退院支援に係る人員配置の見直し

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

入退院支援部門の職員の常勤要件緩和

➢ 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門の職員を非常勤職員でも可能とする。

改定後

【入退院支援加算、入院時支援加算】
［施設基準］
（入退院支援部門について）当該専従の看護師（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看護師**（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者に限る。）**を2名以上組み合わせる**ことにより、常勤看護師（社会福祉士）と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師（社会福祉士）が配置されている場合には、基準を満たしているとみなすことができる。

11

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。

12

令2
改定

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

13

令和2年度診療報酬改定　Ⅰ－3　タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進　－①、③

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	198～920点	医師事務作業補助体制加算1	248～970点
医師事務作業補助体制加算2	188～860点	医師事務作業補助体制加算2	233～910点

【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	30～95点	看護職員夜間配置加算	40～105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）	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）	65点

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	130～210点	25対1～75対1急性期看護補助体制加算	160～240点
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	70～90点	夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	100～120点
看護補助加算1～3	76～129点	看護補助加算1～3	88～141点
夜間75対1看護補助加算	40点	夜間75対1看護補助加算	50点
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）	45点
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	104～129点	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	116～141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	看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）	160点

14

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

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、評価を充実する。

現行		改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数（加算1／加算2）	医師事務作業補助者の配置	点数（加算1／加算2）
15対1	920点／860点	15対1	970点／910点
20対1	708点／660点	20対1	758点／710点
25対1	580点／540点	25対1	630点／590点
30対1	495点／460点	30対1	545点／510点
40対1	405点／380点	40対1	455点／430点
50対1	325点／305点	50対1	375点／355点
75対1	245点／230点	75対1	295点／280点
100対1	198点／188点	100対1	248点／238点

➢ 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。

改定後

【新たに算定が可能となる入院料】
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）、精神科急性期治療病棟入院料2（50対1から100対1に限り算定が可能となる入院料）
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、特殊疾患病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

➢ 20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たすこととする。

15

看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

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

16

麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

麻酔管理料（Ⅱ）の見直し

- 麻酔を担当する医師の一部の行為を、適切な研修（特定行為研修）を修了した看護師が実施しても算定できるよう見直す。
- 麻酔前後の診察について、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が実施した場合についても算定できるよう見直す。



現行

【麻酔管理料（Ⅱ）】

［算定要件］

- 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。



改定後

【麻酔管理料（Ⅱ）】

［算定要件］

- 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において**常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師**であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する**もの（担当医師）又は**当該保険医療機関の**常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を行い**、担当医師が、硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。
- 麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。
- **担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えない**ものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。

［施設基準］**（新設）**

- 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修（※）を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、**当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されている**こと。

※ 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麻酔中の患者の看護に係る研修

- 上記の場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。

17

栄養サポートチーム加算の見直し

栄養サポートチーム加算の見直し

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



現行

［算定可能病棟］

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、療養病棟入院基本料1、2

ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

改定後

［算定可能病棟］

急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、療養病棟入院基本料1、2、**結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）**

ただし、療養病棟、**結核病棟、精神病棟**については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

18

令２
改定

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

19

令和2年度診療報酬改定　Ⅰ－4　業務の効率化に資するICTの利活用の推進　－①

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おいては、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



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

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

記録の効率化・合理化

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。



20

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）

現行

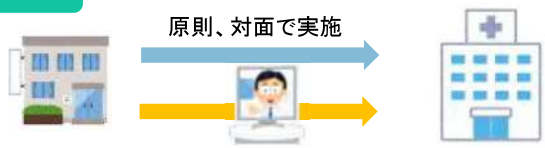
原則、対面で実施



やむを得ない場合に限り、ICT活用可

改定後

原則、対面で実施



必要な場合、ICT活用可

外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し

外来栄養食事指導料の見直し

➢ 栄養食事指導の効果を高めるため、外来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、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　初回　　260点
ロ　2回目以降　200点

［算定要件］
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

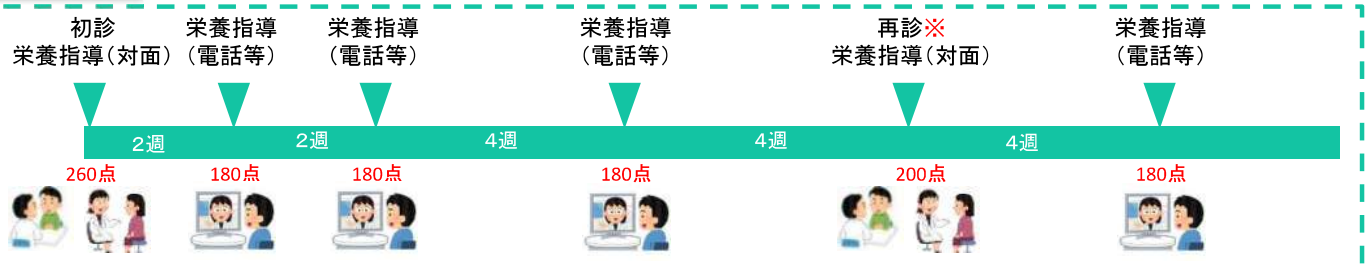
改定後

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



［算定要件］
注1　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。
2　ロの(2)については、**医師の指示に基づき管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。**

算定の例



※：外来受診時は、対面での栄養食事指導を実施

令和2年度診療報酬改定の概要
（外来医療・かかりつけ機能）

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令２
改定

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

かかりつけ医機能に係る評価の充実

【治療と仕事の両立に向けた支援の充実】
・算定要件の見直し
・対象疾患の拡大

【かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化】
・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



【かかりつけ医機能に係る評価の見直し】
・地域包括診療加算の施設基準の緩和
・小児かかりつけ診療料の対象年齢拡大
・機能強化加算の要件見直し

【（参考１）継続的な診療に係る評価の見直し】
・生活習慣病管理料の要件見直し
・婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価の新設
【（参考２）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





3

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
○ 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。		
○ 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、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。	○ 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、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がとられていること。 ※ 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。	○ 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、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。 ○ 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がとられていること。 ※ 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。

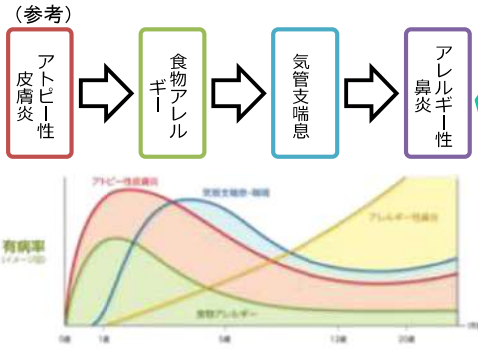
4

かかりつけ医機能の推進②

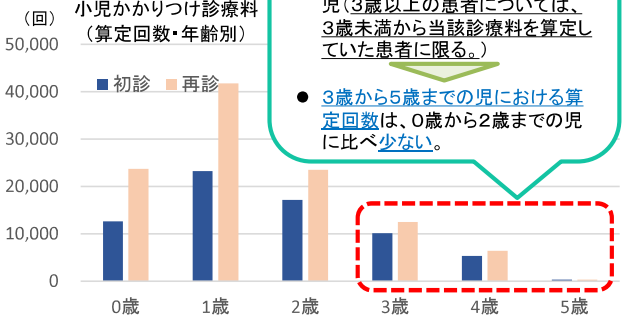
小児かかりつけ診療料の見直し

➢ 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）



例：アレルギーマーチ
- 進行の予防のためには、乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理が重要。
- 小児期においては、早期発見、早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえた**継続的な介入・支援が重要**。



［算定要件］
- 当該保険医療機関を予防接種等を含め4回以上受診した未就学児（3歳以上の患者については、3歳未満から当該診療料を算定していた患者に限る。）
- 3歳から5歳までの児における算定回数は、0歳から2歳までの児に比べ少ない。

➢ 院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現行	改定後
［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。	［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。

5

令2
改定

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

6

かかりつけ医機能の普及の推進

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

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。
   - 必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。
   - 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を含む地域の医療機関が検索できること。
2. 院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
   - 当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
   - 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

現行

［施設基準］
(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。



改定後

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

7

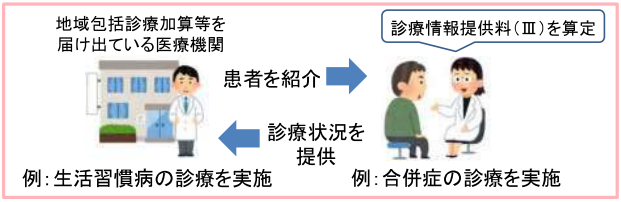
かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

➢ 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。

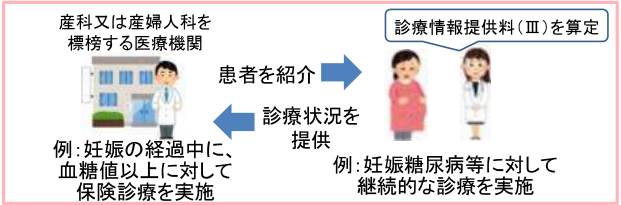
（新）　診療情報提供料（Ⅲ）　150点

［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。

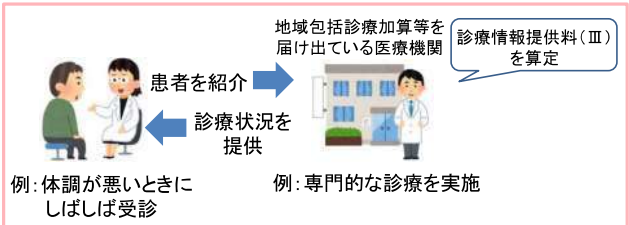
［対象患者］
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



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



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（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。

8

医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

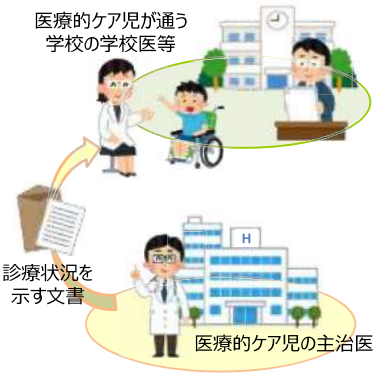
● 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

【診療情報提供料（Ⅰ）】

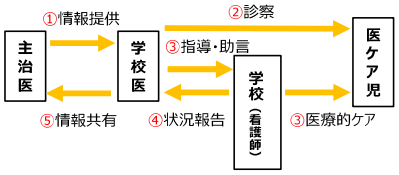
（新設）
保険医療機関が、**児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等**に対して、診療状況を示す文書を添えて、**当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合**に、患者1人につき月1回に限り算定する。

［算定要件］
- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

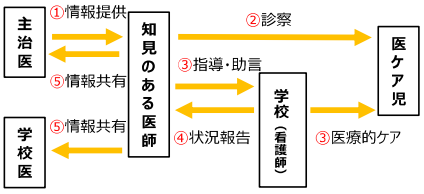


（参考）主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「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



新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議（文部科学省、令和元年12月2日）より抜粋

（1）学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱

（2）「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討

※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整

（3）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③

（4）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報を共有⑤

※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

9

明細書発行の推進

明細書交付対象範囲の拡大

➢ 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある診療所の場合は、明細書を交付することを要しない取扱いとなっている。

➢ このため、患者から見てわかりやすい医療を実現する観点から、以下の対応を行う。

① 自己負担のない患者について、正当な理由がある場合であっても、患者からの求めがある場合は、明細書交付を義務化。

≪正当な理由がある場合の取扱い≫

現行	改定後
明細書を交付することを要しない	**患者からの求めがある場合は明細書を交付**

② ただし、自己負担のない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューター又は自動入金機について、改修を必要とする診療所の対応が完了する期間を考慮し、施行については令和4年4月1日とする。

【※正当な理由（自己負担のない患者）】
①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
②自動入金機の改修が必要な場合

10

令２
改定

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

11

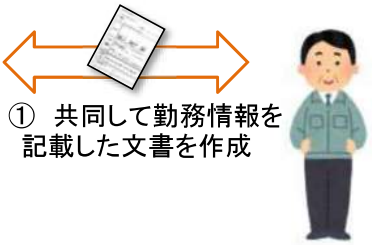
令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－5　治療と仕事の両立に資する取組の推進　－①

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。



産業医等



① 共同して勤務情報を記載した文書を作成

患者

② ①の文書を主治医に渡す

③･⑤ 就労の状況を考慮して療養上の指導を実施



主治医

④ 当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行う

患者の勤務する事業場の産業医等に対して、就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行う。



当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明する。



現行		改定後	
療養･就労両立支援指導料	1,000点	療養･就労両立支援指導料（3月に限る）	
相談体制充実加算	500点	1　初回	800点
		2　2回目以降	400点
		相談支援加算	50点

12

治療と仕事の両立に向けた支援の充実②

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。
  - ◆ 対象となる疾患に**脳血管疾患、肝疾患、指定難病**を追加
  - ◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者及び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。



13

令２
改定

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

14

情報通信機器を用いた診療の活用の推進

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。



15

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

事前の対面診療に係る要件の見直し

- オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。

現行	改定後
オンライン診療料 ［算定要件］ (3) オンライン診療料が算定可能な患者は（略）オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。	オンライン診療料 ［算定要件］ (3) オンライン診療料が算定可能な患者は（略）オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者（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。）。

現行のイメージ　（初診から最短でオンライン診療を開始する場合）　○：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	○	○	○	○	○	○	●	●	○	●	●

6月の対面診療　→　オンライン診療を組み合わせる

改定後のイメージ

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	○	○	○	●	●	○	●	●	○	●	●

3月の対面診療　→　オンライン診療を組み合わせる

16

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し②

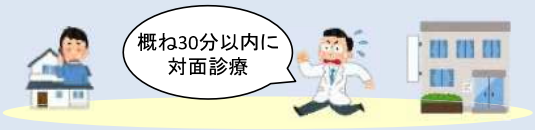
緊急時の対応に係る要件の見直し

➢ 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。

現行

オンライン診療料
［算定要件］
(4)　患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成する。また、当該計画の中には患者の急変時における対応等も記載する。

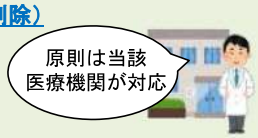
［施設基準］
(1)ロ　当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)　オンライン診療料の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有している（ただし、B001の「5」小児科療養指導料、B001の「6」てんかん指導料又はB001の「7」難病外来指導管理料の対象となる患者は除く）。



改定後

オンライン診療料
［算定要件］
(4)　オンライン診療は、**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、患者の同意を得た上で、対面診療とオンライン診療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。
(5)　患者の急変時等の緊急時には、**原則として、当該医療機関が必要な対応を行う**こと。ただし、夜間や休日など当該医療機関で**やむを得ず対応できない場合については、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**しておくこととして差し支えない。

［施設基準］
（削除）



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



17

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し③

対象疾患の見直し

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

現行

オンライン診療料
［対象患者］
以下の管理料等（オンライン診療料対象管理料等）の算定対象となる患者

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



慢性頭痛患者
（定期的な通院が必要）



CT・MRI等の検査で、
危険な頭痛を除外

対面診療と組み合わせてオンライン診療を活用

改定後

オンライン診療料
［対象患者］
ア　オンライン診療料対象管理料等の算定対象となる患者（変更なし）
イ　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糖尿病、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）又は慢性ウイルス肝炎の患者
ウ　事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な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患者

※　ア～ウについて初めて算定又は診療した月から3月以上経過し、かつ、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、毎月対面診療を受けている患者（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）。
※　慢性頭痛患者の診療は、脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を受けた医師が行う必要がある。

18

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用①

医師の急病時等における活用

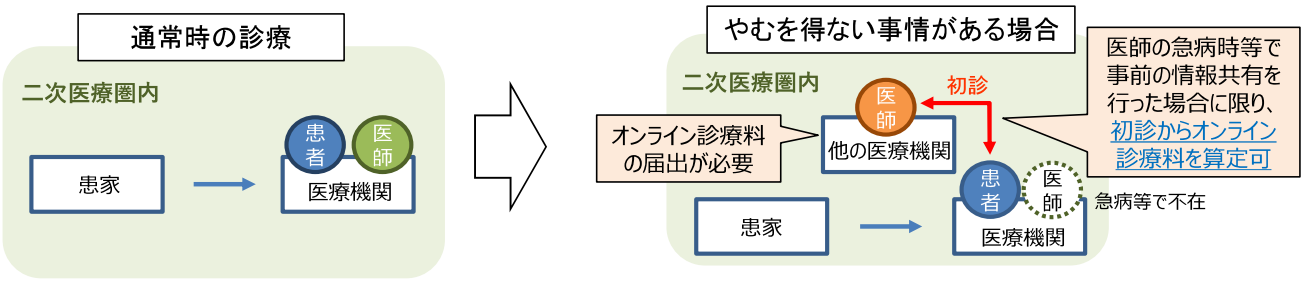
➢ へき地、医療資源が少ない地域等に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。

A003　オンライン診療料

（新）**注3　別に厚生労働大臣が定める地域**に所在する保険医療機関において、**医師の急病等やむを得ない事情**により、当該保険医療機関が、**同一の二次医療圏に所在する**オンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た**他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合**に、月１回に限り算定する。

※やむを得ない事情

医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が医師の判断により初診からオンライン診療を行う場合は、オンライン診療料を算定できる。



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用②

医師の所在に係る要件の見直し

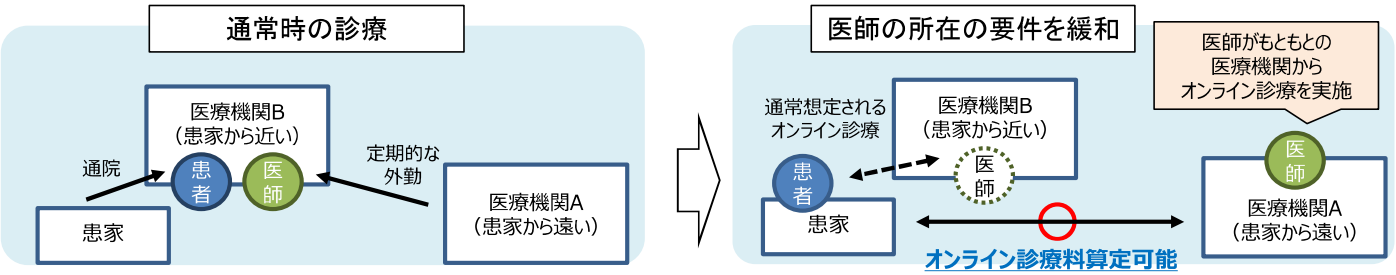
➢ へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことができるよう要件を見直す。

現行

オンライン診療料
［算定要件］
(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

改定後

オンライン診療料
［算定要件］
(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。
ただし、**医療資源が少ない地域等に所在する保険医療機関又はへき地医療拠点病院**において、当該保険医療機関で専門的な医療を提供する観点から、オンライン診療料の施設基準を満たすものとして届け出た他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、医師の判断により**当該他の保険医療機関内においてオンライン診療を行ってもよい。**



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用③

オンライン在宅管理料等の見直し

➢ オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について以下の見直しを行う。

- 事前の対面診療の期間を**6月から3月**に見直すとともに、連続する3月の算定に係る要件を見直す。
- オンライン在宅管理料について、**月2回以上の訪問診療を行った場合**についても算定可能となるよう見直す。また、**複数の医師がチームで診療**を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

月2回以上の訪問診療

在宅時医学総合管理料の点数（例：機能強化型以外の在支診・在支病の場合）

		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物診療患者	1人	4,600点	3,700点	2,300点
	2～9人	3,780点	2,000点	1,280点
	10人以上	2,400点	1,000点	680点

オンライン在宅管理料の対象となる範囲

現行

【オンライン在宅管理料】月1回の訪問診療を行っている場合に算定できる。

改定後

【オンライン在宅管理料】月1回**以上**の訪問診療を行っている場合に算定できる。



チームで診療を行う場合

現行

オンライン在宅管理料
［算定要件］
カ　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

改定後

オンライン在宅管理料
［算定要件］
カ　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。**ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合**であって、あらかじめ診療を行う医師について**在宅診療計画に記載**し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、**事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。**

21

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

（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）



22

情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

在宅酸素療法における記録項目の見直し

➢ 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、疾患ガイドラインにおける推奨事項を踏まえ、モニタリングを行う項目の一部を見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現行	改定後
【在宅酸素療法指導管理料　遠隔モニタリング加算】 (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア （略）情報通信機器を活用して、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。	【在宅酸素療法指導管理料　遠隔モニタリング加算】 (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア （略）情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、**機器の使用時間及び酸素流量**等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

在宅持続陽圧呼吸療法における指導方法の見直し

➢ 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、エビデンスを踏まえ、モニタリングの結果必ずしも指導を行わなかった場合も算定できるよう見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現行	改定後
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料　遠隔モニタリング加算】 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア （略）情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料　遠隔モニタリング加算】 (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア （略）情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合**又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合**に、2月を限度として来院時に算定することができる。



23

情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）の評価

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　オンライン服薬指導を行った場合　43点（月1回まで）

※ 薬機法上の要件
①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、
②オンライン診療による処方箋に基づき調剤を行う。

[対象患者]
- オンライン診療で処方箋が交付された患者
- 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]
- 薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。ただし、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。
- 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- 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。

[主な施設基準]
- 1月当たりの①薬剤服用歴管理指導料と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。）の算定回数の合計に占める③薬剤服用歴管理指導料の4と④在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下。

在宅患者へのオンライン服薬指導料

※ 薬機法上の要件：①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、②訪問診療による処方箋に基づき調剤を行う。

（新）在宅患者訪問薬剤管理指導料　在宅患者オンライン服薬指導料　57点（月1回まで）

[対象患者]
- 在宅時医学総合管理料による訪問診療時に処方箋が交付された患者
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定してる患者

[主な算定要件]※基本的に外来患者と同様。異なる部分のみ記載
- 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

[施設基準]
- 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		訪問	

月2回の訪問のうち、1回をオンライン服薬指導で対応

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

24

外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し

外来栄養食事指導料の見直し

➢ 栄養食事指導の効果を高めるため、外来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、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　初回　　260点
ロ　2回目以降　200点

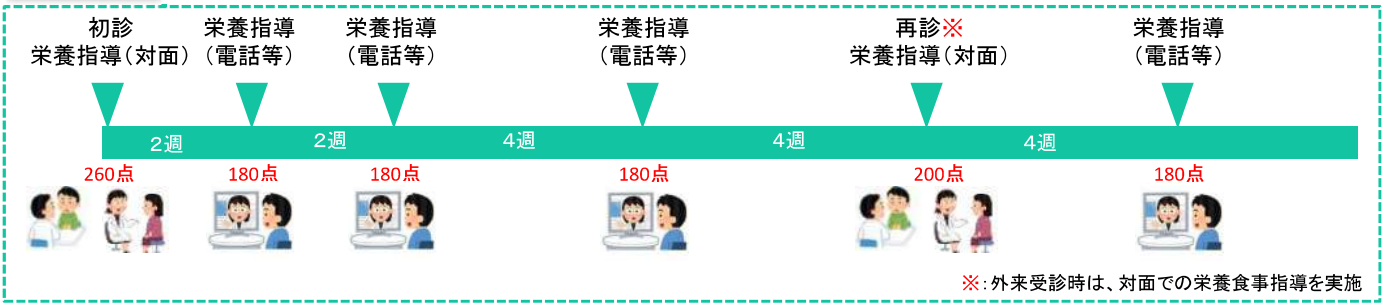
［算定要件］
注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

改定後



【外来栄養食事指導料】
イ　初回　　260点
ロ　2回目以降
(1) 対面で行った場合　　200点
(2) 情報通信機器を使用する場合　180点
［算定要件］
注1　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。
2　ロの(2)については、医師の指示に基づき管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

算定の例



※：外来受診時は、対面での栄養食事指導を実施

25

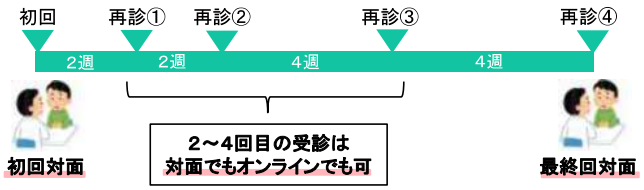
ニコチン依存症管理料の見直し

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

現行

【ニコチン依存症管理料】
1　初回　　230点
2　2回目から4回目まで　　184点
3　5回目　　180点

算定方法（5回受診で一連）



◆受診ごとに算定する場合

＜2～4回目の費用＞
対面診療の場合　184点
情報通信機器を用いた診療の場合　155点

◆一連の包括払いの場合（全5回）

対面と情報通信機器のどちらで受診してもよい
一連につき　800点

改定後



【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

［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。

・ ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者ついても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。

26

令２
改定

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

27

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）	改定後（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	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。

28

婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

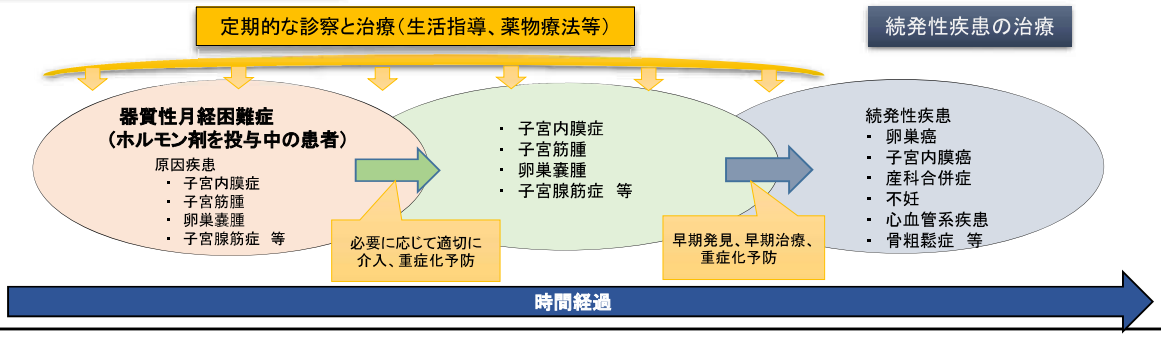
➢ 器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。



（新）　婦人科特定疾患治療管理料　　250点（3月に1回）

［算定要件］
（1）婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、**器質性月経困難症の患者**であって、**ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者**に対して、**婦人科又は産婦人科を担当する医師**が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、**3月に1回**に限り算定すること。
（2）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。
（3）器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されている**ガイドライン**を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。
［施設基準］
（1）当該保険医療機関内に**婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師**が1名以上配置されていること。
（2）（1）に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な**研修**を修了していること。

定期的な医学管理のイメージ



29

緩和ケア診療加算等の見直し

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料所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。
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	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。 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	［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。

30

令２
改定

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

31

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－4　地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価　－⑧

栄養食事指導の見直し

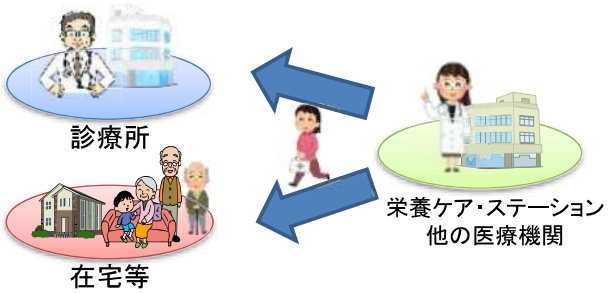
外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

➢ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　初回　260点
ロ　2回目以降　200点

【在宅患者訪問栄養食事指導料】
1 単一建物診療患者が1人の場合　530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合　480点
3 1及び2以外の場合　440点



改定後

【外来栄養食事指導料】
イ　外来栄養食事指導料1　(1) 初回　260点
　　(2) 2回目以降　200点
ロ　外来栄養食事指導料2　(1) 初回　250点
　　(2) 2回目以降　190点

【在宅患者訪問栄養食事指導料】
1　在宅患者訪問栄養食事指導料1
　イ 単一建物診療患者が1人の場合　530点
　ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合　480点
　ハ イ及びロ以外の場合　440点
2　在宅患者訪問栄養食事指導料2
　イ 単一建物診療患者が1人の場合　510点
　ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合　460点
　ハ イ及びロ以外の場合　420点

[外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件]
診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外（日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る）の管理栄養士が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。

32

令和2年度診療報酬改定の概要
（入院医療）

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令２
改定

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（概要）

➢ 医療機能や入院患者の状態に応じて適切な医療が提供されるよう、入院医療の評価について、以下のとおり見直しを行う。

急性期一般入院基本料

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、評価項目や判定基準を見直す。また、該当患者割合に係る施設基準について、実態を踏まえて見直す。

地域包括ケア病棟入院料

- 地域包括ケア病棟の主な3つの機能をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準を見直す。また、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法を見直す。

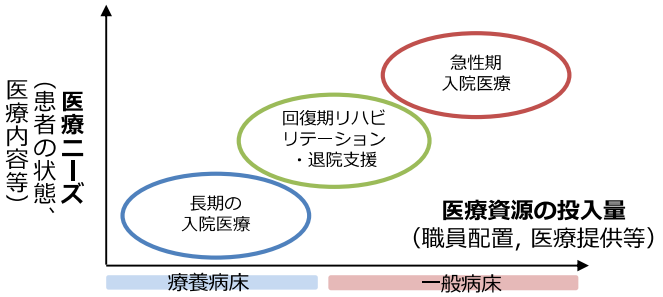
回復期リハビリテーション病棟入院料

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

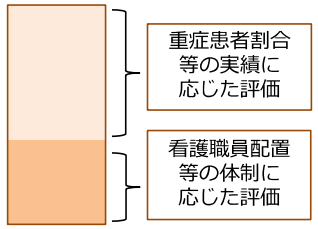
療養病棟入院基本料

- 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す。また、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す。

医療ニーズと医療資源投入量（イメージ）



医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価



入院料	実績指標
急性期一般入院基本料	重症度、医療・看護必要度
地域包括ケア病棟入院料	在宅医療等の提供実績
回復期リハビリテーション病棟入院料	リハビリ実績指数、重症者の割合
療養病棟入院基本料	医療区分・ADL区分

3

急性期入院医療の適切な評価の推進（概要）

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し



評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点１点以上かつB得点３点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
  - ・必要度Ⅰ　救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
  - ・必要度Ⅱ　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を新たに評価

	現行	改定後
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
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

	現行　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2	ー / 24%（27% / 22%）
急性期一般入院料3	ー/ 23%（26% / 21%）
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%

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

4

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　－③

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

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 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）	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 ⑦ 昇圧剤の使用（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

- 手術の評価日数を実績を踏まえて延長する
- 入院で実施される割合が高い手術・検査を評価対象に追加する

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、縦隔鏡、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、観血的関節固定術　等

5

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　－④

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

- 重症度、医療看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

現行		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	－（27%）	24%（22%）
急性期一般入院料3	－（26%）	23%（21%）
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料（特定）	28%	23%
7対1入院基本料（専門）	28%	23%
看護必要度加算1 （特定、専門）	27%	22%
看護必要度加算2 （特定、専門）	21%	17%
看護必要度加算3 （特定、専門）	15%	12%
7対1入院基本料（結核）	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

⇒

改定後		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28%（26%）※1	26%（24%）※1
急性期一般入院料3	25%（23%）※2	23%（21%）※2
急性期一般入院料4	22%（20%）※3	20%（18%）※3
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料（特定）	－	28%
7対1入院基本料（専門）	30%	28%
看護必要度加算1 （特定、専門）	22%	20%
看護必要度加算2 （特定、専門）	20%	18%
看護必要度加算3 （特定、専門）	18%	15%
7対1入院基本料（結核）	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

【経過措置】

＜全体＞
令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ 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4＞
令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ 令和3年3月31日まで
基準を満たしているものとする。

＜200床未満＞
許可病床数200床未満の病院
⇒ 令和4年3月31日まで
割合の基準値を緩和する。
（※1～3）

※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。

6

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。

7

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		改定後	
認知症ケア加算1	イ　150点　ロ　30点	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2	イ　30点　ロ　10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日以上の期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

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	改定後
［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	［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。

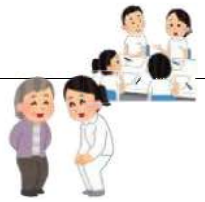
現行	改定後
［認知症ケア加算1の施設基準］ • 認知症ケアチームを設置 ア　専任の常勤医師 （精神科又は神経内科の経験5年以上） イ　専任の常勤看護師 （経験5年＋600時間以上の研修修了） ※ 16時間以上チームの業務に従事 ウ　専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	［認知症ケア加算1の施設基準］ • 認知症ケアチームを設置 ア　専任の常勤医師 （精神科又は神経内科の経験**3年**以上） イ　専任の常勤看護師 （経験5年＋600時間以上の研修修了） ※ **原則**16時間以上チームの業務に従事 ウ　専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士

8

認知症対策の充実

（参考）認知症ケア加算の主な要件等

		認知症ケア加算１ 認知症ケアチームによる取組を評価	（新）認知症ケア加算２ 専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	認知症ケア加算３ 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　ロ 30点	イ 100点　ロ 25点	イ 40点　ロ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週１回程度）　・病棟巡回（週１回以上） ・認知症ケアの実施状況把握　・病棟職員へ助言	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握　・病棟職員へ助言	－
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科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、ロ：15日以上の期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）

※2　認知症ケア加算１・２の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。
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）

9

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】

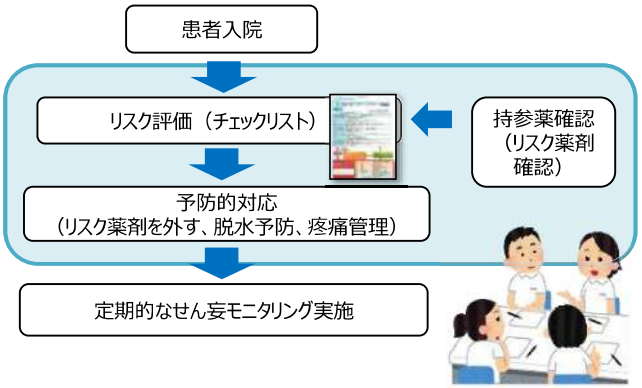
急性期一般入院基本料	特定集中治療室管理料
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

［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



10

令和2年度診療報酬改定　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　－⑥

特定集中治療室管理料の見直し

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
【特定集中治療室管理料1及び2】 [施設基準] • 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。	【特定集中治療室管理料1及び2】 [施設基準] • 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。

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	PaO2/FiO2（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（×103/mm2）	＞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 あるいはドブタミン投与 （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

11

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　－⑧

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すとともに栄養管理を実施
オ　再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認
カ　アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、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。

12

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

地域包括ケア病棟の役割



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。

13

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 （7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　14%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　11%以上							
入退院支援部門	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							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				―			
一般病棟から転棟した患者割合※1	―		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	―	―		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	―
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―		1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―	
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		―		3月で6人以上		―	
実績部分 地域包括ケアの実績※2	○		―		○		―	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		―	○	○		―	○
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

※2　以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること　　※1　満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
④当該保険医療機関において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が直近3か月間で30回以上であること。
⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

14

地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

地域包括ケアに係る実績要件の見直し

➢ 入院料（管理料）1・3に係る実績について、以下のとおり見直す。

	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	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） 20回以上	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

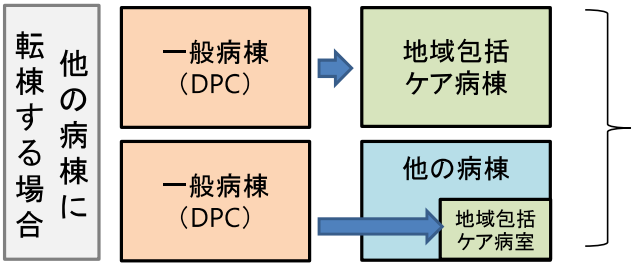
※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

15

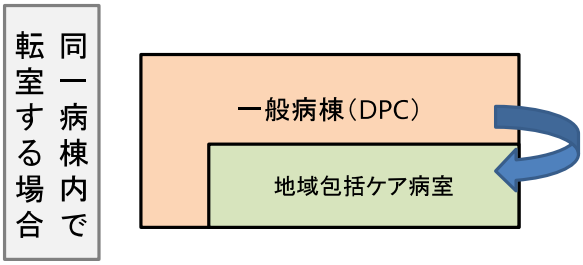
地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

➢ 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。



現行	改定後
転棟後は地域包括ケア病棟・病室の点数を算定する	転棟後もDPC/PDPSによる点数を算定する（期間Ⅱまで）



現行（変更しない）
転室後もDPC/PDPSによる点数を算定する（期間Ⅲまで）

※診断群分類に定められた期間Ⅱ又はⅢまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

16

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。

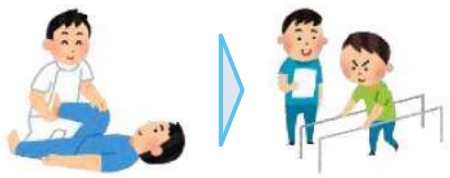
日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 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



17

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。
  - ● 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の見直し
  - ● 管理栄養士の配置に係る要件の見直し　等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）		15対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		－			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合：実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○				○（※経過措置あり）	
休日リハビリテーション	○		－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
実績部分 「重症者」（＊1）の割合	3割以上		2割以上		－	
実績部分 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	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		－	
実績部分 自宅等に退院する割合			7割以上			
実績部分 リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	30以上	－
点数 ※（）内は生活療養を受ける場合	2,085点（2,071点）	2,025点（2,011点）	1,861点（1,846点）	1,806点（1,791点）	1,702点（1,687点）	1,647点（1,632点）

＊1　日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

18

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

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。
  1. 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. 入院料3：リハビリテーション実績指数　（現行）30　→　（改定後）35



現行	改定後
［施設基準（回復期リハビリテーション病棟入院料）］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 チ　リハビリテーションの効果に係る実績指数が37以上であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 ホ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が30以上であること。	［施設基準（回復期リハビリテーション病棟入院料） (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 リ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準 ホ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が35以上であること。

管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行	改定後
［施設基準（回復期リハビリテーション病棟入院料）］ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 （新設） 2　回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準 (1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。 3　回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準 （新設）	［施設基準（回復期リハビリテーション病棟入院料） (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準 ロ　当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。 2　回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準 (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。 3　回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準 (1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

19

回復期リハビリテーション病棟における入院患者に係る要件の見直し

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。

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

- 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。

現行	改定後
［施設基準（回復期リハビリテーション病棟入院料）］ 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）	［施設基準（回復期リハビリテーション病棟入院料）］ 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内） ※　二～五についても同様。

20

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　－⑭、⑳

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	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90に相当する点数を算定する。	【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。

21

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－7－6　感染症対策、薬剤耐性対策の推進　－④

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。
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。

22

総合入院体制加算の見直し

届出要件の見直し

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

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



医療機関間で役割分担し、
医療機能の再編・統合を行う

［届出について］

地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、届出を行う保険医療機関が作成した議事概要をもって当該議事録としても差し支えない。

23

特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し

特定機能病院が届け出ることのできる特定入院料について

➢ 特定機能病院が担う役割及び医療法上の施設基準等を踏まえ、以下のとおり見直す。

現行		改定後	
救急入院料 特定集中治療室管理料　等	○	救急入院料 特定集中治療室管理料　等	○
小児入院医療管理料1～5	○	小児入院医療管理料1～4	○
		小児入院医療管理料5	×
回復期リハビリテーション病棟入院料	○	回復期リハビリテーション病棟入院料	×
地域包括ケア病棟入院料	×	地域包括ケア病棟入院料	×

［経過措置］
令和2年3月31日時点で現に小児入院医療管理料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟については、令和4年3月31日まで引き続き届出できるものとする。

24

栄養サポートチーム加算の見直し

栄養サポートチーム加算の見直し

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



現行	改定後
［算定可能病棟］ 急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、療養病棟入院基本料1、2 ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。	［算定可能病棟］ 急性期一般入院料1～7、地域一般入院料1～3、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、療養病棟入院基本料1、2、**結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）** ただし、療養病棟、**結核病棟、精神病棟**については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

25

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費に係る帳票等の見直し

➢ 医療従事者の負担軽減及び業務の効率化の観点から、入院時食事療養費で求めている帳票等について、電子的データでの保管及び、患者毎に個別に栄養管理が実施されている場合に必ず備えるべき帳票から除外する見直しを行う。

○電子カルテやオーダリングシステム等により**電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成し、保管等されている場合、紙での保管は不要**とする。

○栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき**管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外**する。（有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設）

○ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。（有床診療所にあっては、栄養管理実施加算を算定していない施設）

	必ず備えるべき帳票から除外される要件	帳票等名称
①	患者の入退院等の管理をしており、必要に応じて入退院患者数等の確認ができる場合	提供食数（日報、月報等）、患者入退院簿
②	栄養管理体制の基準を満たし、患者ごとに栄養管理を実施している場合	喫食調査
③	特別治療食等により個別に栄養管理を実施している場合	患者年齢構成表、給与栄養目標量
④	食材料等の購入管理を実施し、求めに応じてその内容が確認できる場合	食料品消費日計表、食品納入・消費・在庫等に関する帳簿

※　食事の提供に関する業務の一部又は全部を委託している場合は、委託契約の内容に合わせた食事療養の質が確保されていることを保険医療機関が確認するための帳票を定め、必ず備えるべき帳票から除外された帳票であっても整備すること。

26

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費の適時適温に係る見直し

現行	改定後
適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、病床数が概ね500床以上であって、かつ、当該保険医療機関の構造上、厨房から病棟への配膳車の移動にかなりの時間を要するなどの当該保険医療機関の構造上等の特別な理由により、やむを得ず午後6時以降の病棟配膳を厳守すると不都合が生じると認められる場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることはやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。また、全ての病棟で速やかに午後6時以降に配膳できる体制を整備するよう指導に努められたい。	適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、**午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることはやむを得ない。**この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。
保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。 即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。 なお、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。 また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。 また、クックチル、クックフリーズ、真空調理（真空パック）法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。	保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。 即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。 なお、**上記適温の食事を提供する体制を整えず、**電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない**が、検査等により配膳時間に患者に配膳できなかった場合等の対応のため適切に衛生管理がされていた食事を電子レンジ等で温めることは、差し支えない。**また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。 加えて、クックチル、クックフリーズ、真空調理（真空パック）法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらない。

27

緩和ケア診療加算等の見直し

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料所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。
  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	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。 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	［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。

28

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	改定後
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。	**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

29

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。

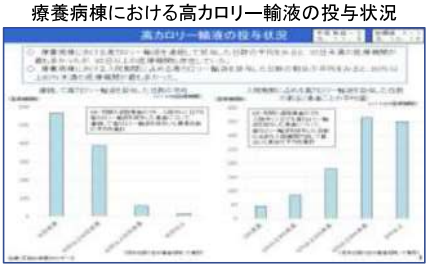
病棟＼許可病床数	200床以上	200床未満50床以上	50床未満又は保有する病棟が1のみの場合
急性期一般1 急性期一般2～7 （許可病床数200床以上）、 地域包括ケア病棟	データの提出が必須		
急性期一般2～7 （許可病床数200床未満）、 回復期リハビリテーション病棟1,2,3,4	データの提出が必須		データの提出が必須 （令和2年3月31日までの経過措置終了）
回復期リハビリテーション病棟5,6 療養病棟	データの提出が必須 （令和2年3月31日までの経過措置終了） **※経過措置②を設定**	現行：データの提出は不要 ⇒ 改定後：**データの提出が必須** **※経過措置①及び②を設定**	

［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な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



30

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日を越えるごとにデータ提出加算3又は4を加算



急性期一般入院基本料

転棟

療養病棟入院基本料

データ提出加算1又は2を加算

転棟した日から起算して90日を越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みなすものとする。

31

提出データ評価加算・短期滞在手術等基本料の見直し

提出データ評価加算の見直し

➢ 算定状況や未コード化傷病名の割合の現状を踏まえ、評価を見直すと共に、未コード化傷病名の割合の基準を満たす許可病床数200床未満の医療機関（入院及び外来データを提出する場合に限る）において算定可能とする。

現行

提出データ評価加算　20点
［算定要件］
イ　データ提出加算2を算定する医療機関であること
ロ　未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書で全て1割未満であること。

改定後

提出データ評価加算　40点
［算定要件］
イ　データ提出加算2ロを算定する病院であること
ロ　未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて2%未満、診療報酬明細書において10%未満であること。

短期滞在手術等基本料の見直し

➢ 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー　3　1及び2以外の場合	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

➢ 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

現行（例）

D413 前立腺生検法
11,736点

K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
22,411点

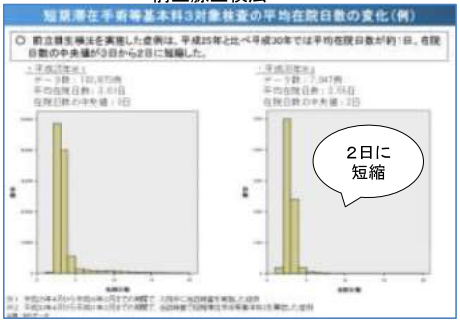
改定後（例）

D413 前立腺生検法
10,309点

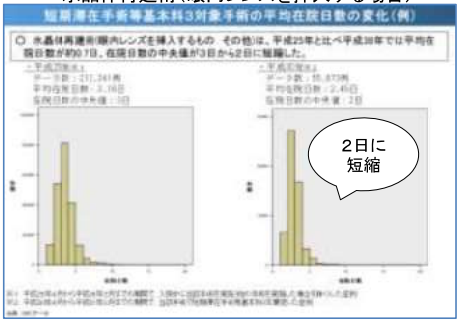
K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
19,873点

（平均在院日数の検討例）

前立腺生検法



水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）



➢ 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載（選択式）することとする。

32

DPC/PDPSの見直し（概要）

➢ **医療機関別係数**

平成30年度診療報酬改定において暫定調整係数の置き換えが完了し、医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、Ⅱ及び激変緩和係数の4項目となった。令和2年度診療報酬改定においては、基礎係数、機能評価係数Ⅰは従来の考え方を踏襲し、診療報酬改定を踏まえた見直しを行う。機能評価係数Ⅱについては、評価の実態等を踏まえ項目を見直す。

1. **基礎係数（医療機関群）**：現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準（DPC特定病院群）を継続する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価手法を継続する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：地域医療指数（体制評価指数）について、以下の見直しを行う。

現行	改定後
［地域医療指数の評価項目］ ◆治験等の実施 ・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例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施	［地域医療指数の評価項目］ ◆治験等の実施 ・**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** ・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 ◆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

4. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定（改定年度の1年間のみ）

➢ **診療実績等を踏まえた診断群分類点数表等の見直し**

直近の診療実績データや医科点数表の改定を踏まえ、診断群分類点数表等の見直しを行う。

➢ **DPC/PDPSの安定的な運用**

急性期の医療の標準化という観点とDPC/PDPSになじまない可能性のある病院の診療内容を分析するため、医療資源投入量等の指標について検討するとともに、書面調査やヒアリング等を通じて診療内容の実態についての分析を引き続き行う。

33

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

➢ 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

現行	改定後
別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域 ○ 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域 ○ 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域 ○ 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域 ○ 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域 ○ 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡 ○ 高知県須崎市、中土佐町、檮原町、津野町及び四万十町の地域 ○ 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域 （新規）	別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域 ［経過措置］ 令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。 **○ 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌 町の地域** **○ 長野県大町市及び北安曇野郡の地域** **○ 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域** **○ 滋賀県長浜市及び米原市の地域** **○ 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域** **○ 島根県大田市及び邑智郡の地域**

➢ へき地医療拠点病院であれば要件を満たすこととしている項目について、医療資源の少ない地域に所在する医療機関についても対象とする。

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
○ 医師事務作業補助体制加算（20対1～100対1） ○ 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 ○ 遠隔画像診断 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）　等	**対象** ← 拡大	対象

➢ 地域加算について、経過措置の対象となっている地域を、人事院規則で定める地域に準じる地域とする。

現在経過措置の対象となっている地域：
神奈川県山北町、神奈川県大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、奈良県河合町、福岡県篠栗町

34

令２
改定

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

35

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－4　地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価　－②、③

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）

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）

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
ロ　　入院時支援加算２　200点



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。

36

有床診療所入院基本料等の見直し

有床診療所入院基本料の注加算の見直し

➢ 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長するとともに、評価を見直す。

現行	改定後
［算定要件（有床診療所一般病床初期加算）］ （中略）入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。	［算定要件（有床診療所一般病床初期加算）］ （中略）入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行		改定後	
注3		注3	
イ　医師配置加算1	88点	イ　医師配置加算1	120点
ロ　医師配置加算2	60点	ロ　医師配置加算2	90点
注6		注6	
イ　看護配置加算1	40点	イ　看護配置加算1	60点
ロ　看護配置加算2	20点	ロ　看護配置加算2	35点
ハ　夜間看護配置加算1	85点	ハ　夜間看護配置加算1	100点
ニ　夜間看護配置加算2	35点	ニ　夜間看護配置加算2	50点
ホ　看護補助配置加算1	10点	ホ　看護補助配置加算1	25点
ヘ　看護補助配置加算2	5点	ヘ　看護補助配置加算2	15点



3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現行	改定後
［算定要件］ 有床診療所緩和ケア診療加算　150点	［算定要件］ 有床診療所緩和ケア診療加算　250点



37

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

➢ 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

（新）　栄養情報提供加算　　50点



［算定要件］

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、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等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



＜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

38

令2
改定

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

39

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

退院時薬剤情報管理指導料
（新）　退院時薬剤情報連携加算　60点



40

令和2年度診療報酬改定の概要（DPC/PDPS）

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

DPC/PDPSの見直し（概要）

➢ **医療機関別係数**

平成30年度診療報酬改定において暫定調整係数の置き換えが完了し、医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、Ⅱ及び激変緩和係数の4項目となった。令和2年度診療報酬改定においては、基礎係数、機能評価係数Ⅰは従来の考え方を踏襲し、診療報酬改定を踏まえた見直しを行う。機能評価係数Ⅱについては、評価の実態等を踏まえ項目を見直す。

1. **基礎係数（医療機関群）**：現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準（DPC特定病院群）を継続する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価手法を継続する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：地域医療指数（体制評価指数）について、以下の見直しを行う。

現行	改定後
［地域医療指数の評価項目］ ◆治験等の実施 ・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例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施	［地域医療指数の評価項目］ ◆治験等の実施 ・**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** ・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 ◆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

4. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定（改定年度の１年間のみ）

➢ **診療実績等を踏まえた診断群分類点数表等の見直し**

直近の診療実績データや医科点数表の改定を踏まえ、診断群分類点数表等の見直しを行う。

➢ **DPC/PDPSの安定的な運用**

急性期の医療の標準化という観点とDPC/PDPSになじまない可能性のある病院の診療内容を分析するため、医療資源投入量等の指標について検討するとともに、書面調査やヒアリング等を通じて診療内容の実態についての分析を引き続き行う。

医療機関別係数の対応

基礎係数（医療機関群）

- 現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定する。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
  ※　診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
  ※　外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,519	1.0404
大学病院本院群	82	1.1327
DPC特定病院群	156	1.0708

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
  - 各項目の評価の見直しに伴う対応
  - 新設の地域医療体制確保加算への対応

機能評価係数Ⅱ

- 現行の6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を維持し、平成30年10月1日から令和元年9月30日までの実績等を基に設定する。
- 地域医療係数の一部の項目について、評価項目の実態等を踏まえた要件を見直しや項目の新設を実施する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

3

機能評価係数Ⅱの見直し

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的評価軸として評価している。

○　地域医療係数について、以下の見直しを行う。

- 高度・先進的な医療の提供に関する評価項目について、医療機関の実態を踏まえ要件を見直す。
- 新型インフルエンザ対策について、評価の対象となる医療機関が明確となったことを踏まえ、評価項目を新設する。

各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組み（検討中）を評価。
地域医療係数	地域医療への貢献を評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価
カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価

係数の設定方法

- 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- 医療機関群ごとに係数設定するもの（保険診療、複雑性、カバー率、地域医療）と、全医療機関において係数設定するもの（効率性、救急医療）がある。

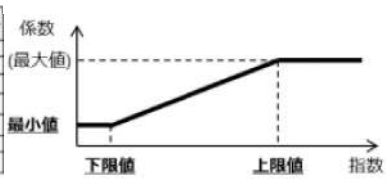
上限値下限値の設定



	指数 上限値	指数 下限値	係数 据置値
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）		
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
カバー率	1.0	0	0
救急医療	97.5%tile値	0	0
地域医療（定量）	1.0	0	0
（休制）	1.0	0	0

項目ごとに上限値下限値を設定

指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

4

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式１で評価） 【病院情報の公表】　自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 （【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和4年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

5

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　－㉒

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	**〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕** **／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕** ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	**〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕** ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	**1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕** ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者

6

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612のいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

7

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・BCPの策定実績有無別（令和３年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P）		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合１P	①治験等の実施 ・**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。	
	②新型インフルエンザ対策 ・**新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)**		

8

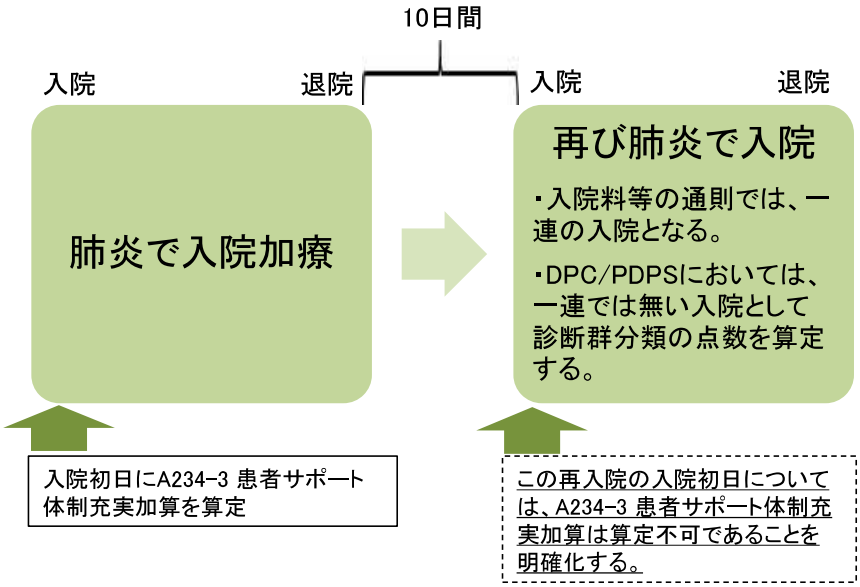
再入院時の加算の取扱いについて

○　入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、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できないことを明確化する。

入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するもの

区分番号	名称
A205 1,2	救急医療管理加算1,2
A205-2	超急性期脳卒中加算
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算
A206 1,2,3	在宅患者緊急入院診療科加算　1,2,3
A212 1,2	超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算　1,2
A231-3 1,2	重度アルコール依存症入院医療管理加算
A232 1イロ 2	がん拠点病院加算
A234-3	患者サポート体制充実加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算
A237	ハイリスク分娩管理加算
A246	入退院支援加算
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算
B004,B005	退院時共同指導料1,2
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
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

（例）
入院料の通則では一連の入院となるが、DPC/PDPSにおける算定のルールにおいては一連とならないケースにおける加算等の取扱い



9

DPCデータ（様式1）の見直し

- 診療報酬改定等に伴い、DPCデータの項目の見直しを行う。
- 様式1の項目について下記に詳細を記す。

様式1の項目名	見直し内容
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、すべての病棟で入力必須とする。
要介護情報	・ 療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。 ・ 栄養の摂取方法についての項目を追加する。
ADLスコア	・ 従来の入力に加え、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に入棟及び退棟時にも入力必須とする。
SOFAスコア/pSOFAスコア	・ 特定集中治療室管理料1及び2に加え、3及び4についても入力必須とする。
予定・救急医療入院	・ 救急医療管理加算の見直しに伴い、項目を見直す。
入棟時・退棟時の褥瘡の有無	・ 基本診療料の施設基準等に係る様式「褥瘡対策に関する診療計画書」に合わせ、項目を見直す。
関節リウマチ患者情報/分子標的薬	・ 診断群分類点数表の見直しに伴い、項目を廃止する。

10

診断群分類点数表の見直し

- 診断群分類の見直しを行い、診断群分類数等を以下の通り設定した。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年４月	16	575	2,552	1,860	
平成16年４月	16	591	3,074	1,726	
平成18年４月	16	516	2,347	1,438	
平成20年４月	18	506	2,451	1,572	
平成22年４月	18	507	2,658	1,880	
平成24年４月	18	516	2,927	2,241	
平成26年４月	18	504	2,873	2,309	
平成28年４月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年４月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年４月	18	502	4,557	3,990	2,260

※１　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※２　包括対象となるDPC数
※３　CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

11

令和2年3月31日以前から入院している患者の取扱い

➢ 令和2年3月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和2年4月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合
  - 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
  - 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合
  - 4月分の請求は出来高で行う。
  - 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
  - 4月以降に出来高→包括の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合
  - 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

12

DPC/PDPSの安定的な運用に係る今後の課題

○　急性期の医療の標準化を進める観点や、粗診粗療の可能性のある病院があるという指摘等を踏まえ、平均から外れて医療資源投入量が少ない場合や、在院日数が長い場合等の診療実態について分析・検討を行った。
○　DPC/PDPSの安定的な運用のため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量などの指標とその活用方法について引き続き検討する。

＜分析・検討の概要＞

急性期の医療の標準化に向けた検討

○　病院別の医療資源投入量や在院日数は、一定の幅は存在するものの平均に収れんすることが望ましいが、DPC対象病院の診療実態を分析したところ、ばらつきが見られた。
○　また、転棟した症例や比較的医療資源投入量の少なくて済む症例の割合と、医療資源投入量との関係が認められた。

粗診粗療の可能性のある病院の検討

○　DPC対象病院の診療実態について分析する中で、必要な医療が十分に提供されていない、また、急性期医療が適切な病棟で実施されていない病院の存在が指摘された。

＜対応や今後の方向性＞

各病院における自身の診療状況の把握

○　次の指標について、**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**する。
・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

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」の症例が占める割合が高い病院や、在院日数が短く、自院他病棟への転倒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**。
○　医療資源投入量が多い又は在院日数が長い病院についても引き続き評価・分析を行う。

13

令和2年度診療報酬改定の概要
（在宅医療・訪問看護）

厚生労働省保険局医療課

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
※　本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

令２
改定

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

在宅医療・訪問看護の改定概要

質の高い在宅医療の確保

➢ 複数の医療機関による訪問診療の明確化

○ 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

➢ 在宅療養支援病院における診療体制の整備

○ 在宅療養支援病院の往診医に係る要件を明確化

➢ 在宅医療における褥瘡管理の推進

○ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直し

医療資源の少ない地域における在宅医療・訪問看護の推進

○ 在宅療養支援病院として届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

○ 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

質の高い訪問看護の確保

➢ 訪問看護の提供体制の確保

○ 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

➢ 利用者のニーズへの対応

○ 専門性の高い看護師による同行訪問の充実
○ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し
○ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

➢ 関係機関との連携の推進

○ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

訪問薬剤管理指導の充実

➢ 緊急訪問の評価の拡充

○ 計画的な訪問の対象でない疾患で緊急訪問した場合を評価

➢ 経管投薬の患者への服薬支援の評価

○ 簡易懸濁法を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

3

質の高い在宅医療の確保

複数の医療機関による訪問診療の明確化

➢ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2について、主治医が他の保険医療機関と情報共有し、診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

改定後

【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2】

［算定要件］
（7）「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から**6月を限度**として算定できる。
ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、**当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で**、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、**6月を超えて算定できる**。

ア　その診療科の医師でなければ困難な診療
イ　既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

○ 現行、主治医の求めを受けて診療する他の医療機関について、当該診療料を6月を限度として算定することされているところ、アまたはイに該当する患者については、さらに6月（6月＋6月＝12月）算定できるとしている。
○ 今回の改定により、アまたはイに該当する患者については、要件を満たせば、12月を超えても算定できることを明確化する。



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

- 皮膚疾患（褥瘡等）
- 歯科・口腔疾患
- 循環器疾患（高血圧症、心不全など）
- 脳血管疾患（脳梗塞、脳出血など）
- 精神系疾患　　等

※保険局医療課調べ

4

質の高い訪問看護の確保（全体像）

訪問看護の課題と改定内容

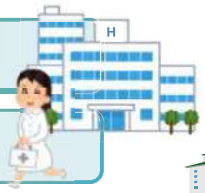
訪問看護の提供体制
利用者が安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応
医療的ニーズの高い利用者や、精神障害を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズに、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関等との連携
医療的ケア児をはじめとした小児患者が、地域で安心・安全に生活することができるよう、関係機関との連携の推進が必要



機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し ⑤



医療機関における質の高い訪問看護の評価 ⑥



医療資源の少ない地域における訪問看護の充実 ⑪



専門性の高い看護師による同行訪問の充実 ⑧





同一建物居住者に対する複数回の訪問看護、複数名による訪問看護の見直し ⑫・⑬

訪問看護における特定保険医療材料の見直し ⑨



理学療法士等による訪問看護の見直し ⑭

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化 ⑦





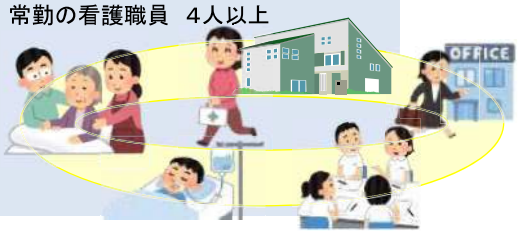
精神障害を有する者への訪問看護の見直し ⑩

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

➢ 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行	改定後
【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］ 機能強化型1 ・ 常勤の看護職員　7人以上 機能強化型2 ・ 常勤の看護職員　5人以上 機能強化型3 ・ 常勤の看護職員　4人以上	【機能強化型訪問看護管理療養費】 ［施設基準］ 機能強化型1 ・ 常勤の看護職員　7人以上 （うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能） ・ 看護職員　6割以上※ 機能強化型2 ・ 常勤の看護職員　5人以上 （うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能） ・ 看護職員　6割以上※ 機能強化型3 ・ 常勤の看護職員　4人以上 ・ 看護職員　6割以上※ ［経過措置］（看護職員割合の要件について） 令和2年3月31において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和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。



※ 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合を指す。　（人員配置に係る基準のみ抜粋）

訪問看護提供体制の充実

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型１	機能強化型２	機能強化型３
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤７人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	５人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	４人以上、６割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 ＋ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表７の利用者　月10人以上	別表７の利用者　月7人以上	別表７・８の利用者、精神科重症患者　or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者　月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル　前年度20件以上 ・ターミナル　前年度15件以上 ＋　重症児　常時４人以上 ・重症児　常時６人以上	以下のいずれか ・ターミナル　前年度15件以上 ・ターミナル　前年度10件以上 ＋　重症児　常時３人以上 ・重症児　常時５人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 ＋　特に医療的な管理が必要な利用者の１割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 ＋　サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の１割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修　年２回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上

※１　機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ていない場合は、7,440円。
※２　看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和３年３月末までの経過措置あり。
※３　重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

医療機関における質の高い訪問看護の評価

医療機関における訪問看護に係る加算の新設

➢ 医療機関からのより手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績を満たす場合について、在宅患者訪問看護・指導料の加算を新設する。

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

（新）　訪問看護・指導体制充実加算　　150点（月１回）

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において訪問看護・指導を実施した場合に、月１回に限り所定点数に加算。

［施設基準］
（１）当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、**24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保**し、訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していること。
（２）ア～カのうち**少なくとも2つ**を満たしていること。（ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上）

ア	**専門性の高い看護師による同行訪問** ・悪性腫瘍の患者への緩和ケア ・褥瘡ケア　・人工肛門・人工膀胱ケア	在宅患者訪問看護・指導料３	５回以上
イ	**小児**への訪問看護	在宅患者訪問看護・指導料の乳幼児加算	25回以上
ウ	**難病等の患者**への訪問看護	別表７の患者への在宅患者訪問看護・指導料	25回以上
エ	**ターミナルケア**に係る訪問看護	在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算	４回以上
オ	**退院時共同指導**の実施	退院時共同指導料１・２	25回以上
カ	**開放型病院での共同指導**の実施	開放型病院共同指導料（Ⅰ）・（Ⅱ）	40回以上



※ いずれも、前年度における算定回数（同一建物居住者訪問看護・指導料や当該指導料に係る加算についても含める）

8

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

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	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	【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**



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	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、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人つき月1回に限り算定。	【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、**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**学校等**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人つき**各年度**1回に限り算定。**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。**

9

専門性の高い看護師による同行訪問の充実

人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

➢ 利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現行	改定後
【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 ［算定要件］ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、 ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、 ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者 に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、 ・緩和ケア　・褥瘡ケア　・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。	【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 ［算定要件］ 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、 ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、 ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者 ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者 **・人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者** に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、 ・緩和ケア　・褥瘡ケア　・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

※ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハ、在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

ストーマ陥凹の例

凸面型装具に固定ベルトを併用して、安定した密着を得られるよう調整。
姿勢の変化により深いくぼみができるため、用手形成皮膚保護剤で調整し、便のもぐり込みを予防した。



【出典】消化管ストーマ関連合併症の予防と治療・ケアの手引き
（日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会編, 金原出版, 2018）

10

訪問看護における特定保険医療材料の見直し

在宅における特定保険医療材料の追加

➢ 医療ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

改定後

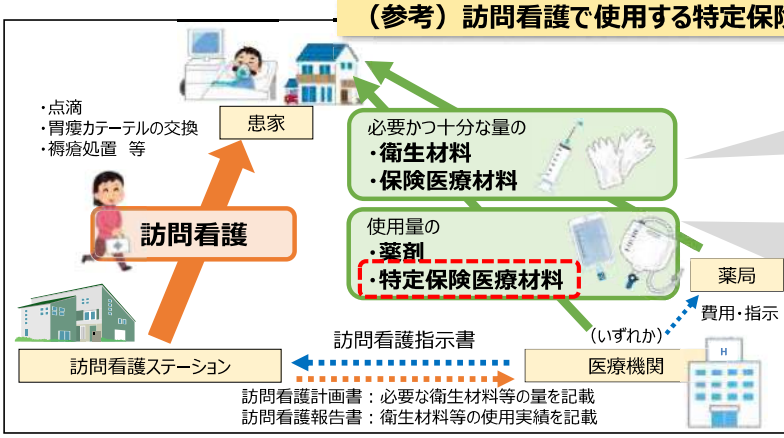
在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。

C300 特定保険医療材料
材料価格を10円で除して得た点数
注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。（右記）

001　腹膜透析液交換セット
002　在宅中心静脈栄養用輸液セット
003　在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ
004　在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
005　在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
006　在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む）
007　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
008　皮膚欠損用創傷被覆材
009　非固着性シリコンガーゼ
010　水循環回路セット

（新）011　膀胱瘻用カテーテル
012　交換用胃瘻カテーテル
（1）胃留値型
① バンパー型
ア ガイドワイヤーあり
イ ガイドワイヤーなし
② バルーン型
（2）小腸留置型
① バンパー型
② 一般型
013　局所陰圧閉鎖処置用材料
014　陰圧創傷治療用カートリッジ

（参考）訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



在宅療養における衛生材料及び保険医療材料の費用は、診療報酬上以下のいずれかで評価。
・衛生材料等が包括されている在宅療養指導管理料等
・衛生材料等提供加算（訪問看護指示料）

主治医の診療日以外に、主治医の指示に基づき訪問看護師等が薬剤及び特定保険医療材料を用いた処置を実施する場合は、
①使用する薬剤及び特定保険医療材料は、患者の診療を担う**保険医療機関が支給**する。
②**支給した保険医療機関は**、薬剤料及び**特定保険医療材料料を算定できる**。
③ 薬剤料等を算定した保険医療機関は、訪問看護報告書等に基づき、使用された日を明細書の摘要欄に記載する。

11

精神障害を有する者への訪問看護の見直し

➢ 精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握等を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護療養費等について以下の見直しを行う。

GAF尺度による評価の要件化

➢ 訪問看護記録書、報告書、明細書へのGAF尺度による評価の記載を要件とする。

改定後

【精神科訪問看護基本療養費】
［算定要件］（新規）
精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する場合には、**訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、月の初日の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。**

※精神科訪問看護・指導料においても記録を要件化

訪問職種による区分の見直し

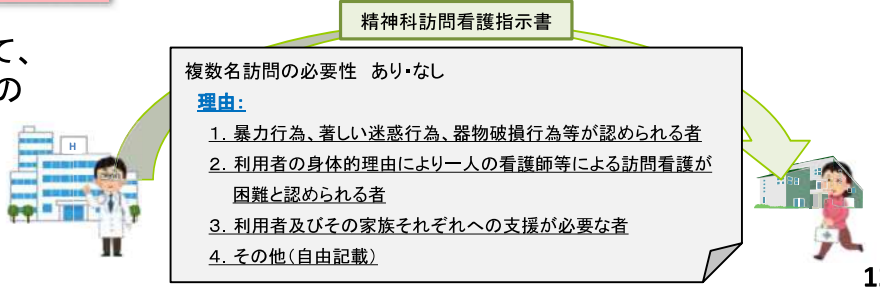
➢ 精神科訪問看護・指導料について、訪問した職種が分かるよう区分を新設する。

現行	改定後
【精神科訪問看護・指導料】 イ　保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士による場合 ロ　准看護師による場合	【精神科訪問看護・指導料】 イ　保健師又は看護師による場合 ロ　准看護師による場合 **ハ　作業療法士による場合** **ニ　精神保健福祉士による場合**

複数名精神科訪問看護加算の見直し

➢ 複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

※精神科特別訪問看護指示書についても同様



12

医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

複数のステーションによる24時間対応体制

➢ 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

現行	改定後
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] 特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] 特別地域**又は医療を提供しているが、医療資源の少ない地域**に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。



（参考）特別地域／医療資源の少ない地域に含まれる地域

特別地域	医療資源の少ない地域
	41の二次医療圏
離島振興法第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域	離島振興法第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
奄美群島振興開発特別措置法第１条に規定する奄美群島の地域	奄美群島振興開発特別措置法第１条に規定する奄美群島の地域
山村振興法第７条第１項の規定により振興山村と指定された山村の地域	
小笠原諸島振興開発特別措置法第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域	小笠原諸島振興開発特別措置法第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域
沖縄振興特別措置法第３条第三号に規定する離島の地域に該当する地域	沖縄振興特別措置法第３条第三号に規定する離島の地域に該当する地域
過疎地域自立促進特別措置法第２条第1項に規定する過疎地域	

13

同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

➢ 効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護、複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系を見直す。

難病等複数回訪問加算等の見直し

現行	改定後
【難病等複数回訪問加算】 １日に2回の場合 4,500円 １日に3回以上 8,000円	【難病等複数回訪問加算】 イ　１日に2回の場合 (1) 同一建物内１人　4,500円 (2) 同一建物内２人　4,500円 (3) 同一建物内３人以上　4,000円 ロ　１日に3回以上 (1) 同一建物内１人　8,000円 (2) 同一建物内２人　8,000円 (3) 同一建物内３人以上　7,200円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、
精神科基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様

同一建物居住者の人数の明確化

➢ 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する。

改定後

【基本療養費】
同一建物居住者に係る人数については、**同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数**とすること。

【難病等複数回訪問加算 と 精神科複数回訪問加算】
同一建物内において、難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算（１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

【複数名訪問看護加算 と 複数名精神科訪問看護加算】
同一建物内において、複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算（同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

複数名訪問看護加算等の見直し

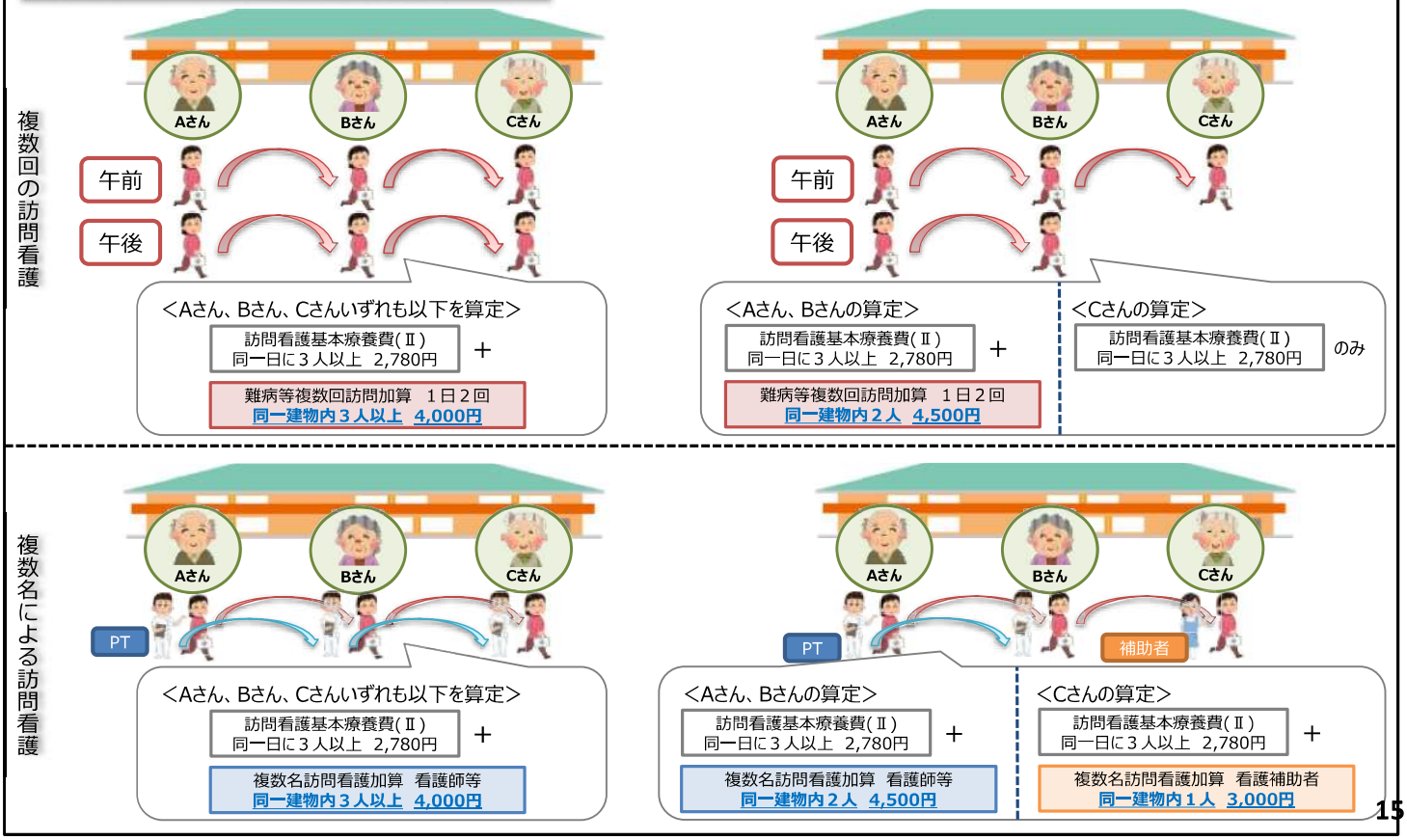
現行	改定後
【複数名訪問看護加算】 イ　看護師等 4,500円 ロ　准看護師 3,800円 ハ　看護補助者（ニ以外） 3,000円 ニ　看護補助者（別表7・8、特別指示） (1) １日に1回の場合 3,000円 (2) １日に2回の場合 6,000円 (3) １日に3回以上の場合 10,000円	【複数名訪問看護加算】 イ　看護師等 (1) 同一建物内１人　4,500円 (2) 同一建物内２人　4,500円 (3) 同一建物内３人以上　4,000円 ロ　准看護師 (1) 同一建物内１人　3,800円 (2) 同一建物内２人　3,800円 (3) 同一建物内３人以上　3,400円 ハ　看護補助者（ニ以外） (1) 同一建物内１人　3,000円 (2) 同一建物内２人　3,000円 (3) 同一建物内３人以上　2,700円 ニ　看護補助者（別表7・8、特別指示） (1) １日に1回の場合 ① 同一建物内１人　3,000円 ② 同一建物内２人　3,000円 ③ 同一建物内３人以上　2,700円 (2) １日に2回の場合 ① 同一建物内１人　6,000円 ② 同一建物内２人　6,000円 ③ 同一建物内３人以上　5,400円 (3) １日に3回以上の場合 ① 同一建物内１人　10,000円 ② 同一建物内２人　10,000円 ③ 同一建物内３人以上　9,000円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、
精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、
精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様

14

同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

（参考）同一建物居住者における算定イメージ



15

理学療法士等による訪問看護の見直し

週４日目以降の評価の見直し

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士



➢ 理学療法士等による訪問看護について、週４日目以降の評価を見直す。

現行	改定後
【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 イ　保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（ハを除く） （1）週3日目まで　5,550円　（2）週4日目まで　6,550円 ロ　准看護師による場合 （1）週3日目まで　5,550円　（2）週4日目まで　6,550円 ハ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　12,850円	【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 イ　**保健師、助産師又は看護師**による場合（ハを除く） （1）週3日目まで　5,550円　（2）週4日目まで　6,550円 ロ　准看護師による場合 （1）週3日目まで　5,550円　（2）週4日目まで　6,550円 ハ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　12,850円 **ニ　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合　5,550円**

※ 訪問看護基本療養費（Ⅱ）についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

➢ 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

［算定要件］

- 理学療法士等が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。
- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。
- **訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載する。**

16

小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

宿泊サービス利用中の訪問診療の要件見直し

➢ 退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

※ 在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料についても同様

現行

【在宅患者訪問診療料等】

- 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料等※1を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。※2

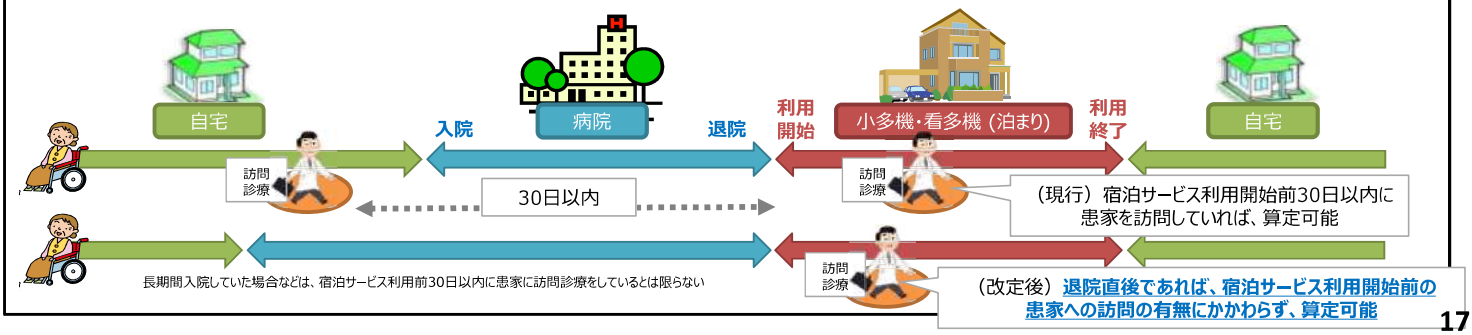
※1　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料
※2　末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。

改定後

【在宅患者訪問診療料等】

- 小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該サービスの利用を開始した日より前30日の間に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料等※1を算定した保険医療機関の医師が診察した場合に算定可能。※2
- **保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定可能。**※2

※1　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料
※2　末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。



17

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

➢ 在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

現行

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】
［算定要件］
注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。

（7）「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

［対象患者］
重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。
ア　ショック状態のもの
イ　重度の末梢循環不全のもの
ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
エ　強度の下痢が続く状態であるもの
オ　極度の皮膚脆弱であるもの
カ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
キ　褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】
［算定要件］
注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士**又は当該保険医療機関以外の管理栄養士**、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき**3回**に限り所定点数を算定する。

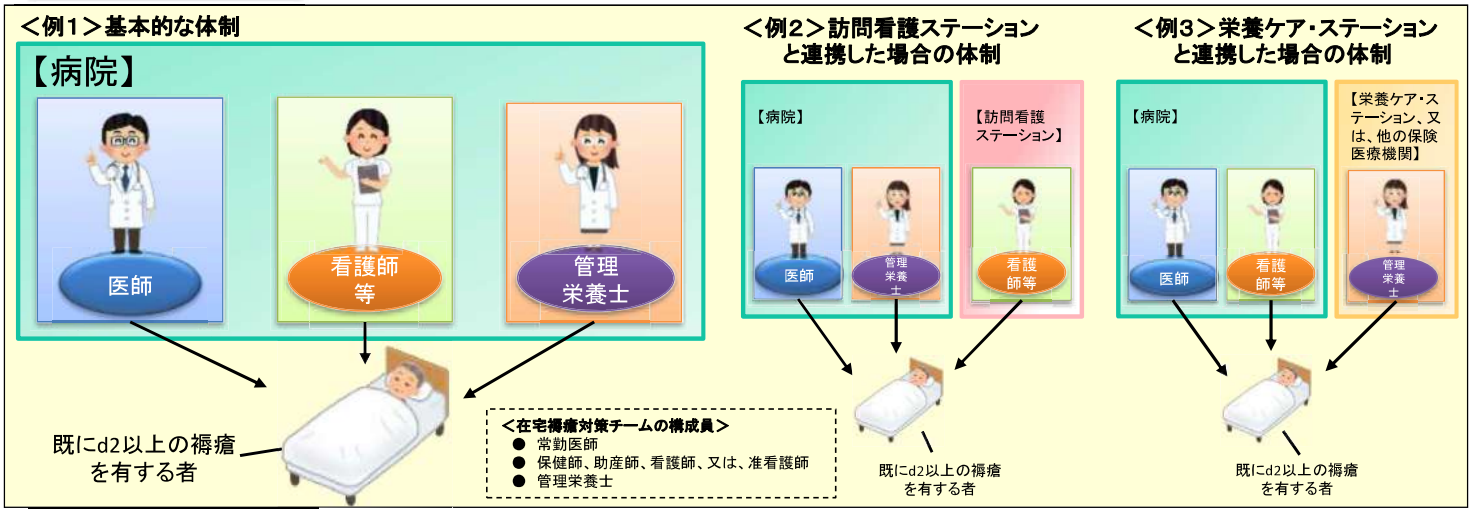
（7）「注1」については、**初回カンファレンス時に算定できる。また、**初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

［対象患者］
重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。
ア　重度の末梢循環不全のもの
イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
ウ　強度の下痢が続く状態であるもの
エ　極度の皮膚脆弱であるもの
オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

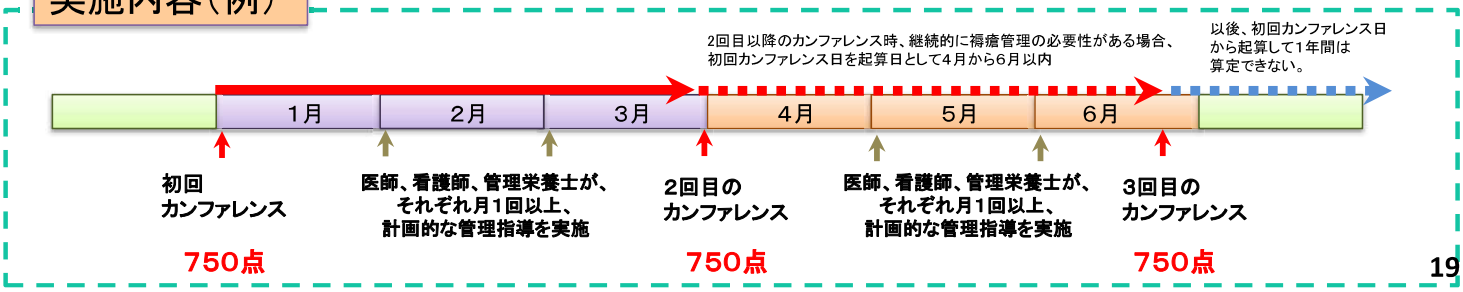
18

在宅褥瘡対策チームによる実施体制及び実施内容（イメージ）

実施体制（例）



実施内容（例）



19