令和2年度診療報酬改定の概要（精神医療）

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

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

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

- 入院中の保険医療機関
- 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

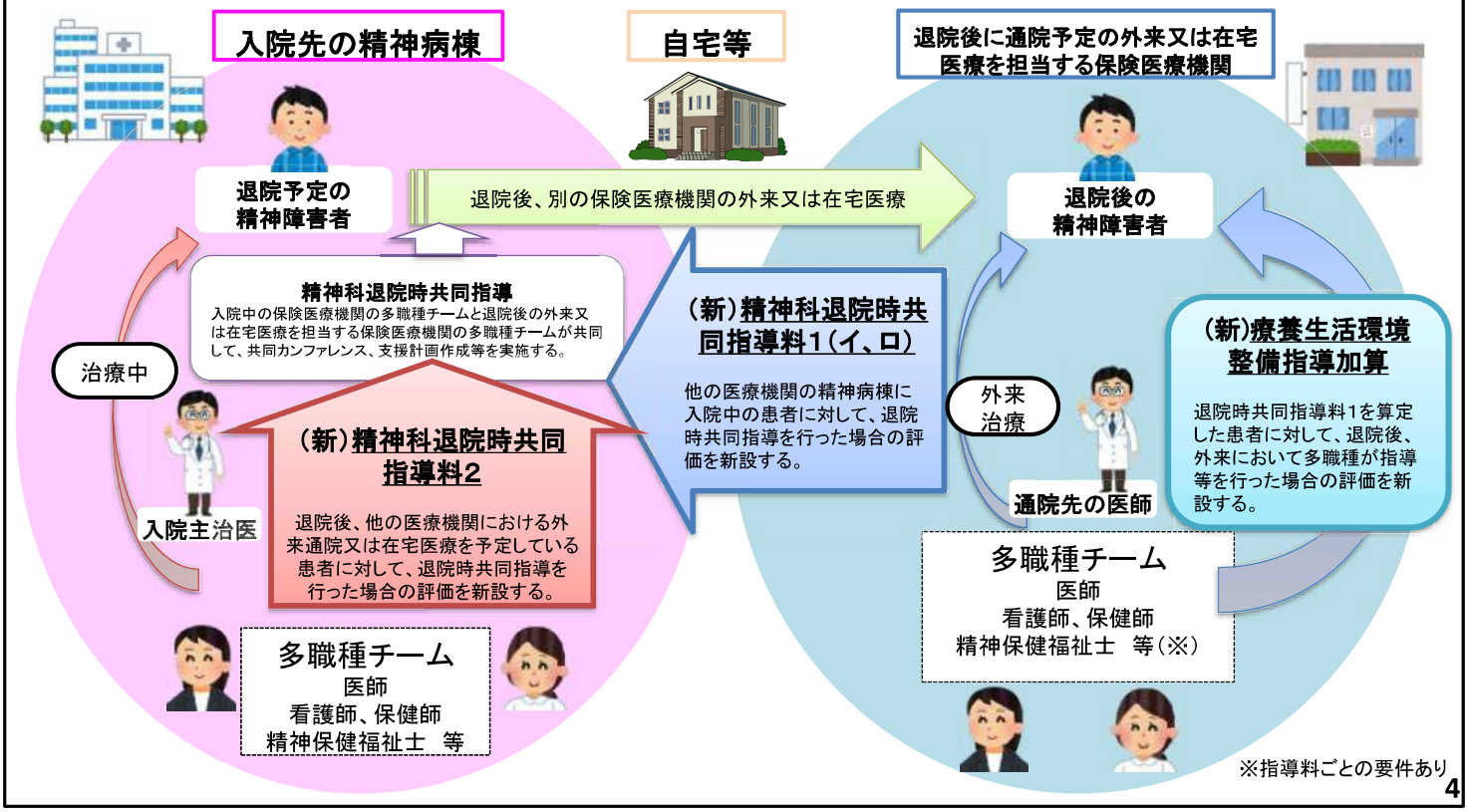
発達障害に対する支援の充実

- ○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

3

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

➢ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



※指導料ごとの要件あり

4

精神病棟における退院時共同指導の評価

➢ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。



（新）　精神科退院時共同指導料

１　精神科退院時共同指導料１（外来又は在宅療養を担う保険医療機関の場合）

イ　精神科退院時共同指導料（Ⅰ）　1,500点

ロ　精神科退院時共同指導料（Ⅱ）　900点

２　精神科退院時共同指導料２（入院医療を提供する保険医療機関の場合）　700点

	対象患者	共同指導を実施する多職種チーム（必要に応じて他の職種も参加）
1のイ	○ 措置入院又は緊急措置入院の患者 ○ 医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者 ○ 1年以上の長期入院患者	○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師（以下、看護師等） ○ 精神保健福祉士
1のロ	○ 重点的な支援が必要な患者 ※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者	○ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等 ○ 精神保健福祉士
2	○ 1のイ又は1のロの患者	○ 精神科医 ○ 看護師等 ○ 精神保健福祉士

［算定要件］

○ 外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った場合に算定する。

○ 共同指導に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、**「包括的支援マネジメント実践ガイド」**を参考にすること。

○ 外来を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、**ビデオ通話**を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

［施設基準］

○ 当該保険医療機関内に、**専任の精神保健福祉士**が**1名以上**配置されていること。





5

精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

➢ 精神病棟に入院中に精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。



（新）　療養生活環境整備指導加算　250点（月１回）

［算定要件］

（1） 通院精神療法を算定する患者のうち、精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、**保健師、看護師（以下、「看護師等」という。）又は精神保健福祉士**が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、**1年を限度**として、**月１回**に限り**250点**を所定点数に加算する。

（2） 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア　多職種が共同して、**3月に1回**の頻度で**カンファレンス**を実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する**精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士**並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。

イ　アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、**多職種が共同して支援計画を作成**すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、**「包括的支援マネジメント実践ガイド」**を参考にすること。



［施設基準］

（1） 当該保険医療機関内に、当該指導に**専任の精神保健福祉士**が**1名以上**勤務していること。

（2） 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は、**1人につき30人以下**であること。

6

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

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し　①

➢ 精神疾患の患者に対して多職種が実施する計画的な訪問診療及び訪問看護を評価する精神科在宅患者支援管理料について、現行の管理料「1」又は「2」に引き続き訪問診療を行う場合の評価として、「3」を新設する。

現行

		単一建物診療患者	
		1人	2～9人
管理料1（当該医療機関が訪問看護を提供）			
	イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
	ロ　重症患者等	2,500点	1,875点
	ハ　重症患者等以外（廃止）	2,030点	1,248点
管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）			
	イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
	ロ　重症患者等	2,056点	1,542点

改定後

		単一建物診療患者	
		1人	2～9人
管理料1（当該医療機関が訪問看護を提供）			
	イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
	ロ　重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）			
	イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
	ロ　重症患者等	2,056点	1,542点
（新）管理料3（新設）			
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合		2,030点	1,248点

（新）　精神科在宅患者支援管理料3（月1回）
イ　単一建物診療患者1人　　2,030点
ロ　単一建物診療患者2人以上　　1,248点

［算定要件］
精神科在宅患者支援管理料「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して2年に限り、月1回に限り算定する。
ア　「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者
イ　「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者

［施設基準］　精神科在宅支援管理料「1」又は「2」を届け出ている保険医療機関であること。
（※　精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準）
イ　当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。
ロ　当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
ハ　患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。

➢ 精神科在宅患者支援管理料「1」の「ハ」については、廃止する。
［経過措置］　令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定出来る。

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ②

➢ 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」については、6月を限度として算定できることとし、「3」については、「1」又は「2」の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として算定出来ることとする。

「3」の対象患者
○ 「1」の「イ」の算定を開始した月から6月を経過した患者
○ 「1」の「ロ」を前月に算定した患者

「2」から「3」へ移行する患者も同様

改定後	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1（当該医療機関が訪問看護を提供）		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ 重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ 重症患者等	2,056点	1,542点
(新)管理料3		
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合	2,030点	1,248点

※「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」についても、「1」の「イ」及び「2」の「イ」と同様に、6月まで算定できるものとする。

「1」 6月を限度として算定

「2」 6月を限度として算定

「3」 「1」又は「2」の開始日から2年を限度として算定

➢ 「1」及び「2」のカンファレンスについて、行政機関職員等と共同で実施するカンファレンスの開催頻度等の要件を見直す。また、当該保険医療機関以外の職員等とカンファレンスを行う場合、要件を満たせば、ビデオ通話による参加を可能とする。

現行

	イ	ロ
チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上
共同カンファレンス	月1回以上	
ビデオ通話が可能な機器を用いた参加	「2」の共同カンファレンスについては、要件を満たせば可能。	

チームカンファレンス：　専任の多職種チームによるカンファレンス
共同カンファレンス：　専任の多職種チーム及び保健所又は精神保健福祉センター等の職員が共同で実施するカンファレンス

改定後

ビデオ通話による参加可

	1		2	
	イ	ロ	イ	ロ
チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上 ※ 保健所等に文書で情報提供	週1回以上	月1回以上 ※ 保健所等に文書で情報提供
共同カンファレンス	2月に1回以上 ※ 初回は関係者全員が一堂に会すること	必要に応じて実施	2月に1回以上 ※ 初回は関係者全員が一堂に会すること	必要に応じて実施

※カンファレンスについて、訪問看護療養費における精神科重症患者支援管理連携加算も同様の取扱いとする。

9

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

➢ 地域移行を推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、届出に係る要件を見直すとともに、精神保健福祉士等の配置要件を緩和する。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】
[施設基準]　**※<>内は現行**

届出時の病床稼働率に係る係数を見直し

（14）届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。
ア 届出前月に、以下の（イ）又は（ロ）いずれか小さい値を（ハ）で除して算出される数値が**<0.9>**0.85以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより**<0.9>** 0.85以上としても差し支えないこと。
（イ） 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
（ロ） 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
（ハ） 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

地域移行に係る実績係数を見直し

イ 以下の式で算出される数値が**<1.5>** 2.4%以上であること。
1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）
（15）各月末時点で、以下の式で算出される数値が**<1.5>** 2.4 %以上であること。
1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数　×100（%）
（16）1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数ー（当該病棟の届出病床数の**<5分の1>** 30%×当該病棟の算定年数）
（17）地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数ー（当該病棟の届出病床数の**<5分の1>** 30%　×当該病棟の算定月数÷12）
（18）地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。

[施設基準]	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従　常勤　精神保健福祉士2名以上	専従　常勤　精神保健福祉士1名以上 専任　常勤　精神保健福祉士1名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従　常勤　精神保健福祉士3名以上	専従　常勤　精神保健福祉士1名以上 専任　常勤　精神保健福祉士2名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従　常勤　精神保健福祉士2名以上 専従　常勤　社会福祉士1名以上	専従　常勤　精神保健福祉士1名以上 専任　常勤　精神保健福祉士1名以上 専任　常勤　社会福祉士1名以上

➢ 当該入院料については、令和6年3月31日まで届出を可能とする。

[経過措置]　令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

10

精神病棟における質の高い医療の評価

➢ 精神病棟等における質の高い医療を評価し、地域移行、地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. クロザピンの普及促進

- 精神科急性期医師配置加算について、クロザピンの新規導入患者数の実績等を要件とした評価の類型を新設する。
- 精神科急性期病棟において、クロザピン新規導入を目的とした転棟患者を受入れ可能となるよう要件を見直す。
- 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を除外する。
- クロザピンを投与中の患者に対しては、ヘモグロビンA1cを月１回に限り別に算定できるようにする。

2. 持続性抗精神病注射薬剤（LAI）の使用推進

- LAIについて、精神病棟に入院中の患者に対して、投与開始日から60日以内に投与された場合に限り、薬剤料を包括範囲から除外する。
- LAIに係る管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。



11

精神科急性期医師配置加算の見直し

➢ クロザピンの普及を促進する観点から、精神病棟における手厚い配置を評価する精神科急性期医師配置加算について、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟において、クロザピンを新規に導入した患者数の実績を要件とした評価を新設する。併せて、自宅等への移行率に係る要件も見直し、より柔軟な評価を可能とする。

現行

精神病棟入院基本料等を算定する病棟（精神科急性期医師配置加算）	500点
精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟（精神科急性期医師配置加算）	500点

改定後

精神科急性期医師配置加算

区分		入院料	点数
1		精神科急性期治療病棟入院料1	600点
2	イ	精神病棟入院基本料等（※ 施設基準等の改定無し）	500点
	ロ	精神科急性期治療病棟入院料1（※ 施設基準等の改定無し）	
3		精神科急性期治療病棟入院料1	450点

同一基準

同一基準

［施設基準］ ＜改定後の実績要件＞

精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟）	新規入院患者の自宅等への移行率	クロザピン新規導入患者実績要件
1	6割	クロザピン新規導入患者　6人/年
2のロ	6割	－
3	4割	クロザピン新規導入患者　3人/年

12

精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し



➢ 精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料について、投与開始日から60日以内に投与された場合に限り、持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

現行	改定後
［施設基準］【別表第五の一の四】 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬 ○ クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）	［施設基準］【別表第五の一の四】 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬 ○ クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） ○ 持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。） ※別表第五の一の五（精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬）についても同様の取り扱いとする。

➢ 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。

現行	改定後
【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 ［算定要件］ 1　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点	【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 ［算定要件］ 1　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点 イ 入院中の患者 ロ 入院中の患者以外 注1　1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

13

精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進



➢ クロザピンの普及推進のため、クロザピンの新規導入患者について、当該保険医療機関の他の病棟から転棟する場合であっても、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直す。

現行

	対象患者
精神科救急入院料 （現行、転棟患者は対象外）	［算定要件］ ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
精神科急性期治療病棟入院料 （現行、急性増悪以外の転棟患者は対象外）	［算定要件］ ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 イ 他病棟入院患者の急性増悪例

改定後

	対象患者
精神科救急入院料（※1） （新設）	［算定要件］ ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者 イ 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者（※2）
精神科急性期治療病棟入院料 （新設）	［算定要件］ ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 イ 他病棟入院患者の急性増悪例 ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者（※2）

※1　精神科救急・合併症入院料についても同様の取り扱いとする。

※2　クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者については、クロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。

➢ 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を、自宅等への移行率の対象から除外する。

改定後

［精神科救急入院料1に関する施設基準］
（2）　措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。
※　精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料についても同様

クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し

➢ 血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cについて、クロザピンを投与中の患者に対しては、月1回に限り別に算定できるようにする。

14

精神科救急入院料の見直し

➢ 地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合、当該入院料を届け出ている病棟の数に応じて時間外診療等の実績を必要とする旨を明確化する。

改定後

【精神科救急入院料1】
［施設基準］
(1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上（又は1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。

イ 精神患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

※ 精神科救急入院料2についても同様。

2病棟届け出る場合、当該保険医療機関において、時間外等外来診療の実績は、年間300件以上必要。（その他についても同様。）

➢ 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を令和4年3月31日までとする。

現行	改定後
(13)当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。	(13)当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

15

精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し



➢ ハイリスク妊産婦への診療・ケアをより一層充実させる観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について、多職種によるカンファレンスに係る要件等を以下のように見直す。

1. 多職種によるカンファレンスについて、市町村等の担当者は必要に応じて参加すればよいこととする。
2. 市町村等に対して、カンファレンスの結果を文書により情報提供することとする。



カンファレンスへの参加	現行	改定後
参加が**必須**	○ 産科又は産婦人科を担当する医師 又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師 又は保健師若しくは看護師 ○ 市町村等の担当者	○ 産科又は産婦人科を担当する医師 又は保健師、助産師若しくは看護師 ○ 精神科又は心療内科を担当する医師 又は保健師若しくは看護師
必要に応じて参加	○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師　等	○ 市町村等の担当者 ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師　等

カンファレンスの結果を、文書により情報提供

3. 多職種によるカンファレンスについて、初回は対面で実施することとし、2回目以降については、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加可能とする。
4. 直近1年間の市町村又は都道府県との連携実績を不要とする。



精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実



➢ ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となる病棟を見直し、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟）を追加する。

16

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の見直し

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

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】
イ　月の1回目　　500点
ロ　月の2回目　　400点

改定後

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





［公認心理師による場合の算定要件］

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

➢ 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

17

精神病棟における身体合併症の治療等の推進

精神科身体合併症管理加算の見直し

➢ 精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限及び対象疾患等の要件を見直す。

現行

【精神科身体合併症管理加算】（1日につき）
1　7日以内　　450点
2　8日以上10日以内　　225点

［算定要件］
注　精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。
（3）（略）

［施設基準］
別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者
（略）

改定後

【精神科身体合併症管理加算】（1日につき）
1　7日以内　　450点
2　8日以上15日以内　　300点

［算定要件］
注　精神科を標榜する病院において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。
（3）（略）手術又は直達・介達牽引を要する骨折については、骨折の危険性が高い骨粗鬆症であって骨粗鬆症治療剤の注射を要する状態を含むものとする。

［施設基準］
別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者
（略）
（新設）難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）

精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

➢ 精神病棟に長期に渡り入院する患者の高齢化及び身体合併症等の実態を踏まえ、精神療養病棟入院料について、疾患別リハビリテーション料及びリハビリテーション総合計画評価料を別に算定できるよう見直す。

18

ギャンブル依存症に対する治療の評価

➢ ギャンブル依存症に対する有効な治療法が確立されたことを踏まえ、ギャンブル依存症の集団治療プログラムについて新たな評価を行う。



（新）　依存症集団療法　　2　ギャンブル依存症の場合　　300点（1回につき）

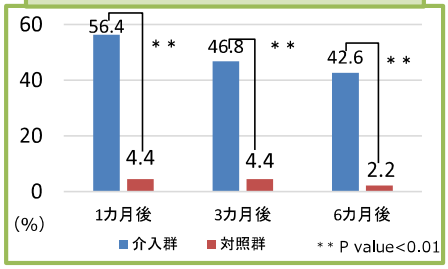
［算定要件］
（1） ギャンブル依存症の患者に対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から**3月を限度**として、**2週間に1回**に限り算定する。
（2） 次のア～ウの全てを満たすこと。
ア　ギャンブル（ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。）に対する依存の状態にあるものについて、**精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者**が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。
イ　**1回に10人に限り、60分以上実施すること。**
ウ　平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において、研究班が作成した、**「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」**に沿って行うこと。

［施設基準］
（1） **依存症専門医療機関**であること。
（2） 当該保険医療機関に、**専任の精神科医**及び**専任の看護師**又は**専任の作業療法士**がそれぞれ1名以上勤務していること。

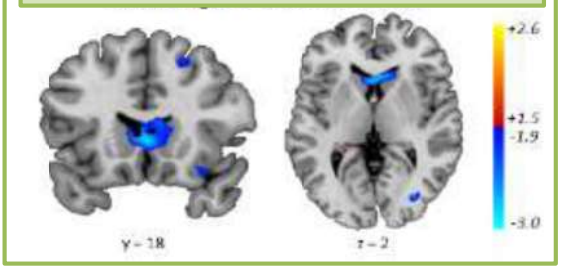
標準的治療プログラムのトピック

第1回 あなたにとってのギャンブルとは？
第2回 ギャンブルの「引き金」について
第3回 引き金への対処とギャンブルへの渇望
第4回 生活の再建・代替行動 （ギャンブルの代わりになる行動）
第5回 考え方のクセ
第6回 まとめ

治療プログラムの効果
（断ギャンブルの継続率）



健常者群と比べて、ギャンブル依存症群特有でみられる脳の異常部位



19

令和2年度診療報酬改定の概要（個別的事項）

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

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

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



現行

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

［算定対象］
- 鼻腔栄養を実施している患者（加算1のみ）
- 胃瘻を造設している患者

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

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



改定後

【摂食機能療法】
摂食嚥下支援加算　　**200点**
（**週1回**に限り摂食機能療法に加算）

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

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

［施設基準］
- **摂食嚥下支援チームを設置**　＊の職種は、カンファレンスの参加が必須
  - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師＊
  - 専任の常勤看護師（経験5年かつ研修修了）＊
  - 専任の常勤言語聴覚士＊
  - 専任の常勤薬剤師＊
  - 専任の常勤管理栄養士＊
  - 専任の歯科衛生士
  - 専任の理学療法士又は作業療法士
- **入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告**

個別栄養食事管理加算の見直し

個別栄養食事管理加算の見直し

➢ 患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者に**後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を追加**する。

現行

【個別栄養食事管理加算
（緩和ケア診療加算の注加算）】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、悪性腫瘍を有する当該患者に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
イ　（略）
ロ　当該体制において、悪性腫瘍患者の個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

［対象患者］
悪性腫瘍

改定後



【個別栄養食事管理加算
（緩和ケア診療加算の注加算）】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**緩和ケアを要する患者**に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
イ　（略）
ロ　当該体制において、**緩和ケアを要する患者**に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

［対象患者］
悪性腫瘍、**後天性免疫不全症候群、末期心不全**

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

令和2年度診療報酬改定　Ⅱ－4　重症化予防の取組の推進　－③

分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の要件見直し

➢ 妊娠中の糖尿病患者及び妊娠糖尿病患者における分娩後の糖尿病管理を推進する観点から、在宅妊娠糖尿病指導管理料について、分娩後12週間以内も算定可能とする。

現行

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料　150点（月１回）

［算定要件］
妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定。

［算定対象］
妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、ア又はイに該当する者
ア　妊娠時に診断された明らかな糖尿病（以下のいずれかを満たす）
① 空腹時血糖値　126mg/dL以上
② HbA1c　JDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上）
③ 随時血糖値　200mg/dL以上
④ 糖尿病網膜症
イ　ハイリスクな妊娠糖尿病
① HbA1c　JDS値で6.1%未満（NGSP値で6.5%未満）かつ
75gOGTT2時間値　200mg/dL以上
② 75gOGTTで以下2項目以上該当 又は
非妊娠時BMI 25以上かつ以下1項目以上該当
（イ）空腹時血糖値　92mg/dL以上
（ロ）1時間値　180mg/dL以上
（ハ）2時間値　153mg/dL以上

改定後

【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1　150点（月１回）
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2　150点（分娩後12週の間1回）

［算定要件］
- 管理料1：現行通り
- **管理料2：分娩後に引き続き血糖管理を必要とするものについて、分娩後12週間以内に適切な療養指導を行った場合に算定。**

［算定対象］
- 管理料1：現行通り
- **管理料2：妊娠中に在宅妊娠糖尿病指導管理料1を算定した患者**



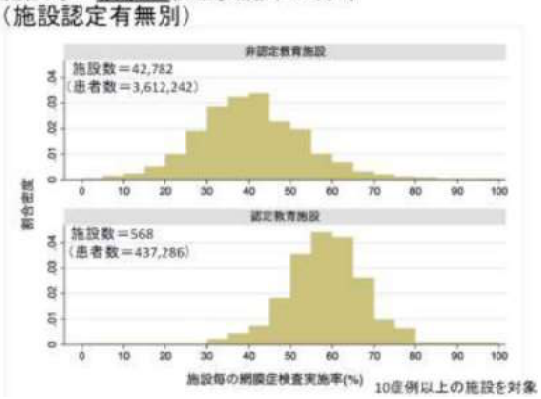
生活習慣病の重症化予防の推進に係る要件の見直し

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

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

（参考）

施設毎の網膜症検査実施率の分布
（施設認定有無別）



厚生労働科学研究（平成29年度～）
今後の糖尿病対策と医療提供体制の整備のための研究
研究代表者：門脇 孝

歯周病と糖尿病の関係

「糖尿病診療ガイドライン2016」（日本糖尿病学会）

○　歯周病は、慢性炎症として血糖コントロールに悪影響を及ぼすことが疫学的に示されている。

○　歯周炎の重症度が高いほど血糖コントロールが困難になる。

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

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

7

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

8

がん拠点病院加算の見直し

がん拠点病院加算の見直し

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

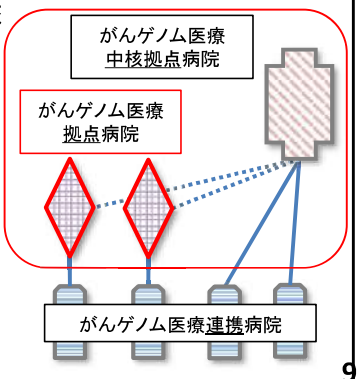
現行	改定後
［施設基準（がん拠点病院加算の1のイ）］ (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。 ［施設基準（がん拠点病院加算の1のロ）］ (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。	［施設基準（がん拠点病院加算の1のイ）］ (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）の指定を受けていること。［施設基準（がん拠点病院加算の1のロ）］ (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療連携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

地域がん診療連携拠点病院



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

現行	改定後
注2　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。 ［施設基準（がん拠点病院加算の注2）］ 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること。	注2　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、がんゲノム拠点病院加算として250点を更に所定点数に加算する。 ［施設基準（がん拠点病院加算の注2）］ 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること。



9

緩和ケア病棟と地域との連携の推進

➢ 患者や家族の意向に沿いつつ、地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料1について、平均在院日数に係る要件を削除するとともに、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とする。

現行

【緩和ケア病棟入院料1】
［施設基準（概要）］
○　以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。

ア　直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。
⇒ 削除

イ　当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。

（緩和ケアを担当する医師等から説明を受け、患者等が入院の意思表示を行った日）－（患者が当該病棟に入院した日）≦平均14日

ウ　直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

15%以上

(イ)　他の保険医療機関※1に転院した患者
(ロ)　同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟※2への転棟患者
(ハ)　死亡退院の患者

※1　療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。
※2　療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。

改定後

【緩和ケア病棟入院料1】
［施設基準（概要）］
○　次のいずれかに係る届出を行っていること。
①　緩和ケア診療加算※1
②　外来緩和ケア管理料※1
③　在宅がん医療総合診療料※2

※1　悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。
※2　在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

○　以下のア又はイを満たしていること。

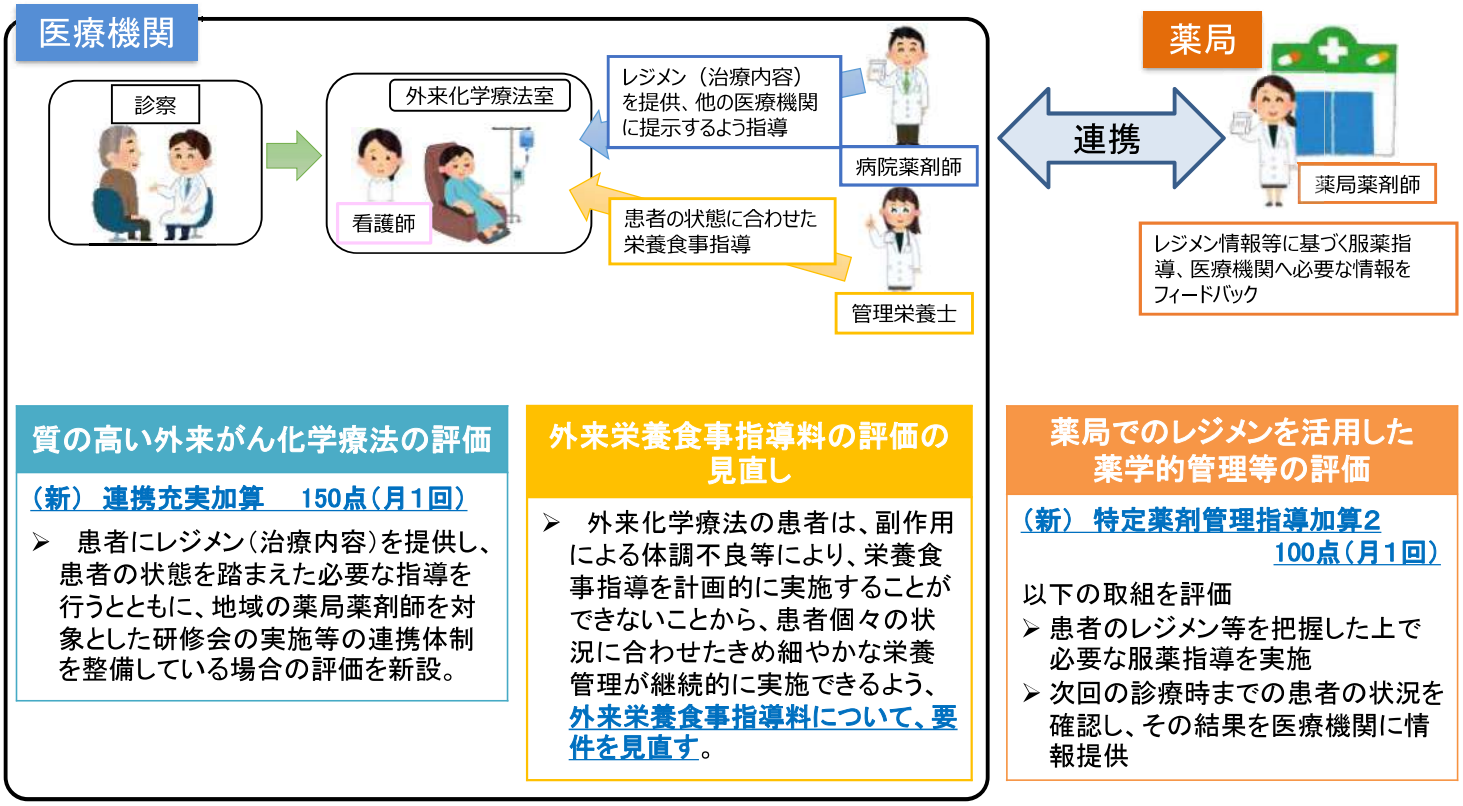
ア　当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。（変更なし）

イ　直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。（変更なし）



10

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

質の高い外来がん化学療法の評価

- 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する

外来化学療法加算1（抗悪性腫瘍剤を注射した場合）

（新）　連携充実加算　　150点（月1回）



［算定要件］

（1）　化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が、**抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価**するとともに、**副作用の発現状況を記載した治療計画等の文書を患者に交付**すること。

※　患者に交付する文書には、①実施しているレジメン、②レジメンの実施状況、③抗悪性腫瘍剤等の投与量、④主な副作用の発現状況、⑤その他医学・薬学的管理上必要な事項が記載されていること。

（2）　療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、**管理栄養士と連携を図る**こと。

［施設基準］

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

（2）　地域の保険薬局等との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア　当該**保険医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページ等で閲覧できるようにしておく**こと。

イ　当該保険医療機関において**地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施**すること。

ウ　保険薬局等からの**レジメンに関する照会等に応じる体制を整備**すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

（3）　外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する**専任の常勤管理栄養士が勤務**していること。

外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

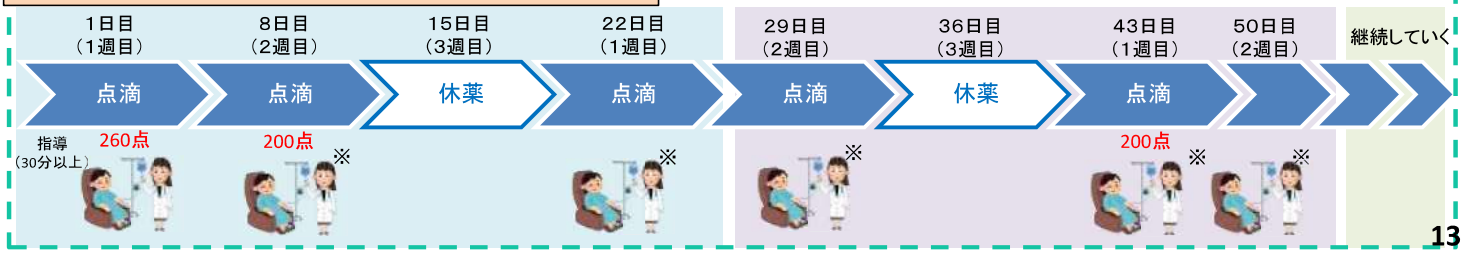
➢ 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

現行	改定後
【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］ （新設） ［施設基準］ （新設）	【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2　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目にロの(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。 ［施設基準］ (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有し、専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。 (2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。



※：指導（時間要件なし）

週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例



13

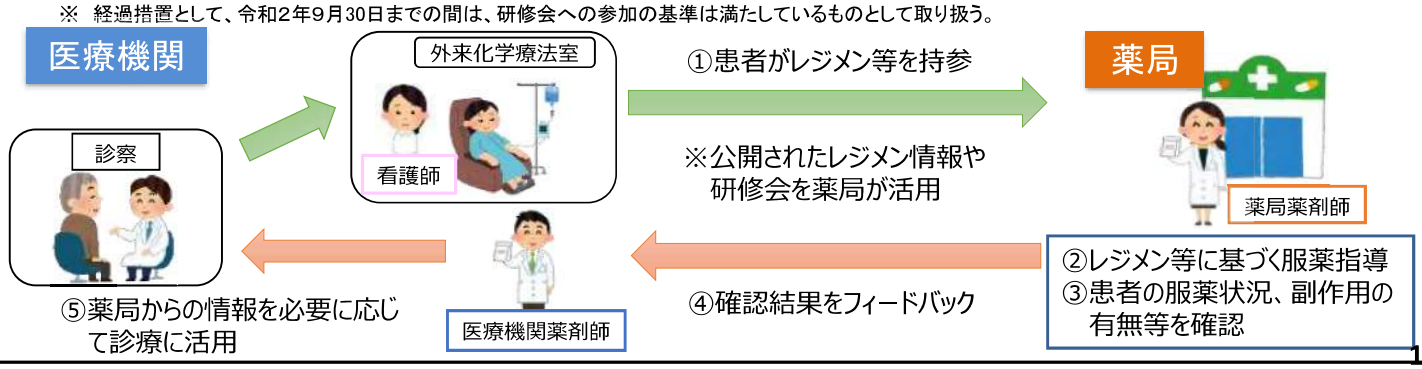
薬局における対人業務の評価の充実　②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

➢ 薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

（新）　薬剤服用歴管理指導料　特定薬剤管理指導加算2　　100点（月1回まで）

［対象患者］
連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者
［算定要件］
①レジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、②電話等により、抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定する。
［施設基準］
(1)　パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
(2)　保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加していること。
※　経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



14

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

イ 14日以内の期間
ロ 15日以上の期間

※ 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

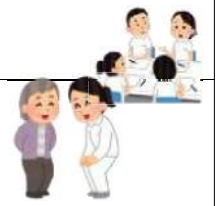
15

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

（参考）認知症ケア加算の主な要件等

		認知症ケア加算１	（新）認知症ケア加算２	認知症ケア加算３
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ 160点　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）	－
	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、９時間以上の研修を修了した看護師を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マニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
	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）

16

運動器疾患を有する小児に対する継続的な診療の評価

小児運動器疾患指導管理料の見直し

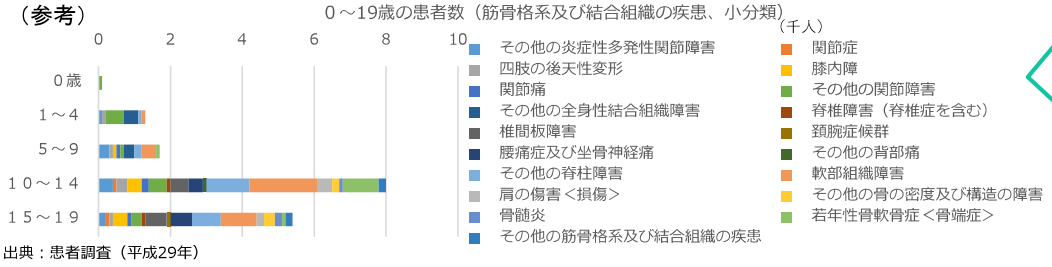
➢ 小児運動器疾患指導管理料の要件について、以下のとおり見直す。

1. 初回算定日の属する月から起算して**6月以内の期間は月1回**に限り、6月を超えた期間については6月に1回に限り算定することとする。
2. 算定対象となる患者について、**受診の契機に係る要件を廃止**し、対象年齢を**6歳未満から12歳未満に拡大**する。
3. **施設基準に係る届出を求める**こととする。



現行	改定後
［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する**6歳未満**のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。	［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって運動器疾患を有する**12歳未満**のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回**(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回)**に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

（参考）



出典：患者調査（平成29年）

- 0～19歳の運動器疾患の患者数を年齢階級別に見ると、10～14歳が最も多い。
- 小児の運動器疾患の管理については、疾患にもよるが、概ね2～6か月ごとの管理が必要であり、特に、診療開始から間もない時期や、装具などによる治療を実施した後には、頻回の診療が必要とされる。

17

妊産婦に対する質の高い医療の推進

➢ 妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、**妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組む**とともに、**妊婦加算の扱いを見直す**。

妊産婦への情報提供の推進

○ 都道府県のホームページで、妊産婦の診療に積極的な医療機関の検索を可能とする。



都道府県の医療機能情報提供制度を活用



適時適切な情報提供の実施

○ 母子健康手帳の交付等の際に、妊産婦の診療に積極的な医療機関の一覧又は検索方法を示したリーフレット等を配布する。



市役所の窓口



産婦人科以外の医療機関

指導内容や今後の治療方針等についての情報提供



産婦人科の主治医



相談窓口の設置



研修の実施

妊産婦に対する診療の質の更なる向上

○ 妊産婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修を実施する。
○ 医師が妊婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置する。
○ 新たな医療機関間の情報共有の評価を活用し、産婦人科以外の診療科から産婦人科の主治医に対し、妊娠管理に必要な情報を提供する。

○　妊婦加算は、削除する。

18

患者の重症度に応じた救急医療の適切な評価

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

現行

【救急医療管理加算】
1　救急医療管理加算1　　900点
2　救急医療管理加算2　　300点

［算定要件］
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
［届出について］
施設基準を満たしていればよく、届出を行う必要はない。

改定後



【救急医療管理加算】
1　救急医療管理加算1　　950点
2　救急医療管理加算2　　350点

［算定要件］
(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
(3)救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
［届出について］
施設基準の届出を行うこと。（※施設基準は従来と変更なし）

算定対象となる状態

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

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

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

19

脳卒中対策の推進

超急性期脳卒中加算の施設基準の見直し

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

現行

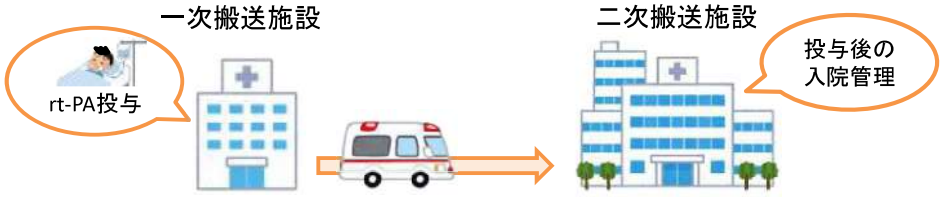
【超急性期脳卒中加算】
A205－2　超急性期脳卒中加算（入院初日）　　12,000点
［施設基準］
・ 薬剤師が常時配置されていること。
・ 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】
A205－2　超急性期脳卒中加算（入院初日）　　10,800点
［施設基準］
（削除）
（削除）
・ コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

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

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



※一次搬送施設でrt-PAを投与して、二次搬送施設で入院管理を行った場合

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

20

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

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

抗菌薬適正使用支援チーム





感染防止対策加算1

入院における対策

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

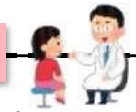
（新）外来における対策

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

（新）その他の要件

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

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し



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

（※小児かかりつけ診療料についても同様）

21

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。





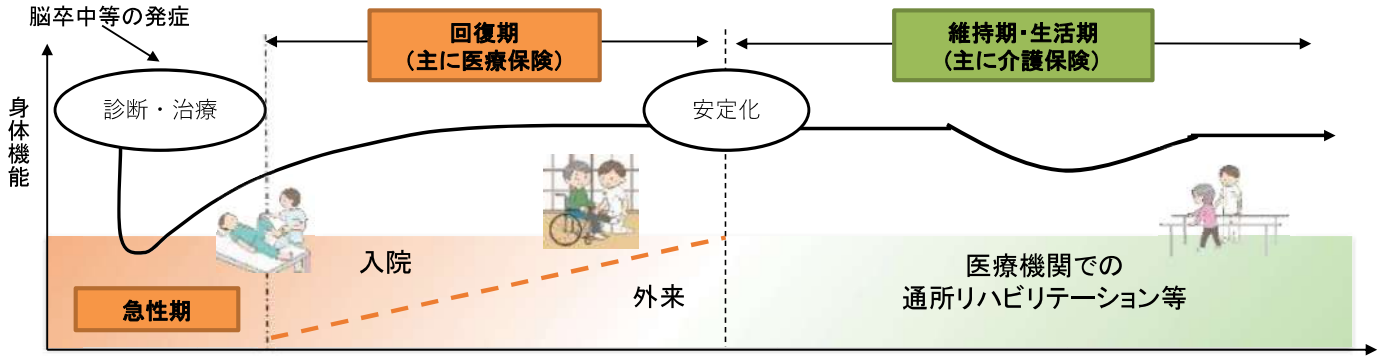
【経過措置】

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

リハビリテーションに係る見直し



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

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

リハビリテーションに係る業務の効率化・合理化
- 疾患別リハビリテーション料の運用の見直し
- 外来リハビリテーション診療料の運用の見直し

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

摂食嚥下訓練に係る取組の評価の見直し
- 摂食機能療法の加算の見直し

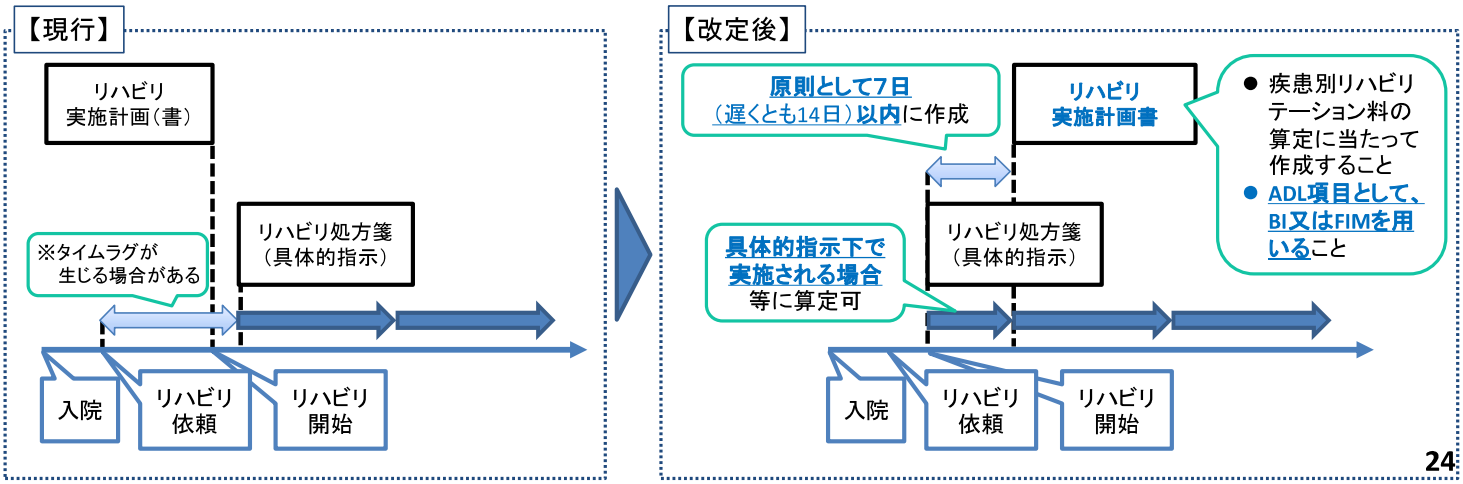
23

疾患別リハビリテーション料の見直し

疾患別リハビリテーションの取扱いの見直し

➢ 急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、以下のとおり見直す。

1. 「リハビリテーション実施計画書」の位置づけを明確化する。
   - 疾患別リハビリテーションの実施に当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成すること。
   - リハビリテーション実施計画書の作成に当たり、ADL項目として、BI又はFIMのいずれかを用いること。
2. リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととする。
3. リハビリテーション実施計画書の作成前に行われる疾患別リハビリテーションについては、医師の具体的な指示の下で行われる場合等に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できることとする。



24

リハビリテーションに係る施設基準の見直し

呼吸器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料の見直し

➢ 呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加する。

現行	改定後
［算定要件］ (4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。	［算定要件 ］ (4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は**言語聴覚士**の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。 ※施設基準も併せて見直す。

➢ 難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を追加する。

現行	改定後
［施設基準］ (2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。	［施設基準］ (2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士、作業療法士又は**言語聴覚士**が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。

脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

➢ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設ける。

［施設基準］
言語聴覚療法のみを実施する場合は、（中略）以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の基準を満たすものとする。
ア　専任の常勤医師が1名以上勤務していること。（中略）
イ　**専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること**。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。
ウ～エ　（略）

25

外来リハビリテーション診療料等の見直し

外来リハビリテーション診療料の見直し

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

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





維持期リハビリテーションの取扱いの明確化

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

26

がん患者に対するリハビリテーションに係る見直し

がん患者リハビリテーション料の見直し

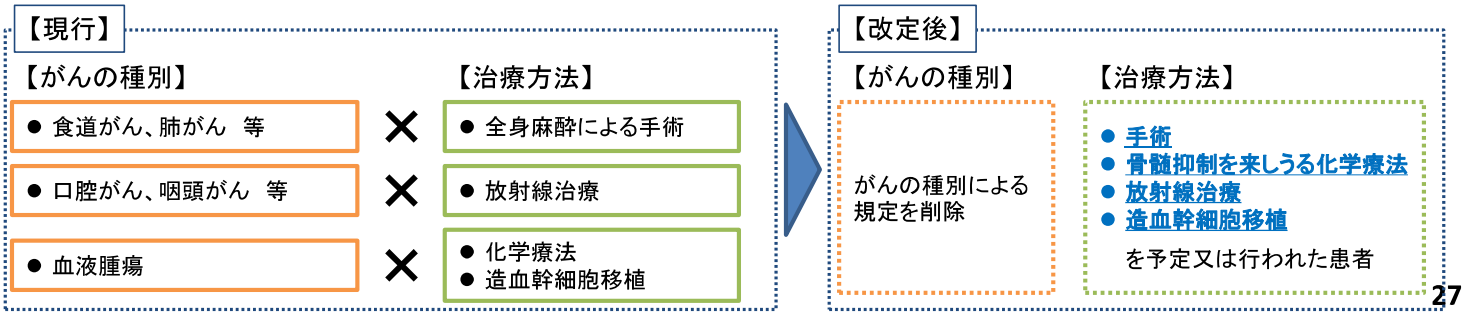
➢ がん患者リハビリテーション料の算定対象となる患者について、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件に見直す。

現行

ア　食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
イ　舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
ウ　乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
エ　骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
オ　原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
カ　血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
キ　当該入院中に骨髄抑制を来し得る化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
ク　緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

改定後

ア　当該入院中にがんの治療のための**手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療又は造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者**
イ　緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの



27

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し

➢ リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者について、以下の見直しを行う。
1. **鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者**又は**原発性リンパ浮腫と確定診断された患者**を対象とする。
2. リンパ浮腫複合的治療料「1」の「**重症の場合**」の対象患者について、**病期分類Ⅱ期以降の患者**を対象とする。



現行

［算定要件（リンパ浮腫指導管理料）］
注1　保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

改定後

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

現行

［算定要件（リンパ浮腫複合的治療料）］
B001-7リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。

改定後

［算定要件（リンパ浮腫複合的治療料）］
リンパ浮腫複合的治療料は、**鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者**又は**原発性リンパ浮腫と診断された患者**であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、**病期分類Ⅱ期以降の患者**が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。

28

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

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

➢ 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。

現行	
後発医薬品調剤体制加算１（75%以上）	１８点
後発医薬品調剤体制加算２（80%以上）	２２点
後発医薬品調剤体制加算３（85%以上）	２６点

⇒

改定後	
後発医薬品調剤体制加算１（75%以上）	**15点**
後発医薬品調剤体制加算２（80%以上）	２２点
後発医薬品調剤体制加算３（85%以上）	**28点**

➢ 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局（現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下）に対する調剤基本料の減算規定（２点減算）について、当該割合の基準を拡大する。

現行
(1)　当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

⇒

改定後
(1)　当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が**4割以下**であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

［経過措置］
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、
令和２年９月30日までの間は現在の規定を適用する。

医療機関における後発医薬品の使用促進

一般名処方加算

➢ 一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	4点

⇒

改定後	
一般名処方加算1	7点
一般名処方加算2	5点

後発医薬品使用体制加算

➢ 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現行	
後発医薬品使用体制加算1（85%以上）	45点
後発医薬品使用体制加算2（80%以上）	40点
後発医薬品使用体制加算3（70%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算4（60%以上）	22点

⇒

改定後	
後発医薬品使用体制加算1（85%以上）	47点
後発医薬品使用体制加算2（80%以上）	42点
後発医薬品使用体制加算3（70%以上）	37点
（削除）	

31

バイオ後続品に係る情報提供の評価

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

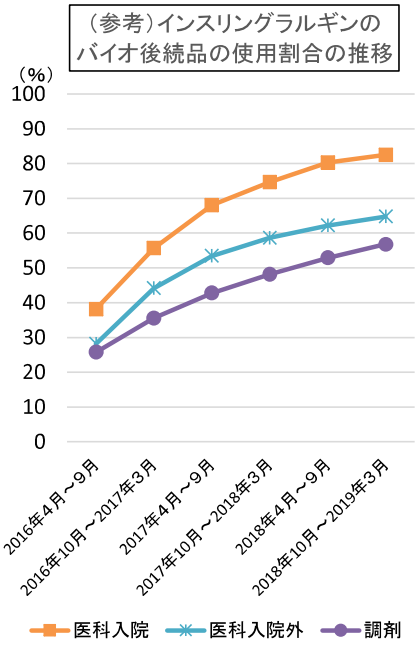
在宅自己注射指導管理料
（新）　バイオ後続品導入初期加算　　150点（月1回）

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

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

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、
エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤





32

令和2年度診療報酬改定の概要（技術的事項）

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

遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し

- 遺伝カウンセリング加算の対象検査に遺伝性腫瘍に係る検査を加える。
- 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリング加算については、算定できる施設をがんゲノム医療中核拠点病院等に限定する。

遺伝カウンセリング加算の要件の見直し

・検体検査判断料
　遺伝カウンセリング加算

現行	改定後
［算定要件］ 区分番号D006－4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 ［対象検査］ 区分番号「D006－4」遺伝学的検査	［算定要件］ 区分番号D006－4に掲げる遺伝学的検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 ［対象検査］ 区分番号「D006－4」遺伝学的検査 区分番号「D006－18」に掲げるBRCA1／2遺伝子検査 区分番号「D004－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）

遺伝性腫瘍カウンセリング加算の新設

・検体検査判断料
（新）　遺伝性腫瘍カウンセリング加算　1,000点
［算定要件］
区分番号「D006-19」に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。
［施設基準］
がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

3

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

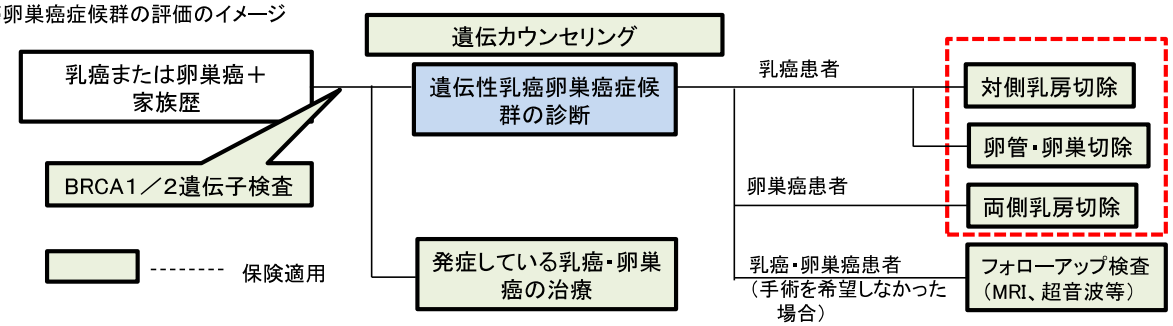
［算定要件］
K475（乳房切除術）、K888（子宮附属器腫瘍切除術）に掲げる手術については、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

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



4

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に係る検査の評価

- 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BRCA1／2遺伝子検査について評価を行う。

（新）　BRCA1／2遺伝子検査　血液を検体とするもの　20,200点

［算定要件］

厚生労働省がん対策推進総合研究事業研究班作成の「遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き2017年版」を参照すること。

［施設基準］

遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合は、この限りでない。

※BRCA1／2遺伝子検査の概要

	血液を検体とするもの		腫瘍細胞を検体とするもの
対象患者	遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌・卵巣癌患者	転移性又は再発乳癌患者	初発の進行卵巣癌患者
目的	遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断	抗悪性腫瘍剤による治療法の選択	
施設基準①	(A)又は(B)	化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されている保険医療機関(A)	化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されている保険医療機関(B)
施設基準②	遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。 ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。		

5

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に係るカウンセリングの評価

- 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
- 検査前の診療方針等の説明に対する管理料を新設

現行

がん患者指導管理料

イ　医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合　500点
ロ　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点
ハ　医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合　200点

改定後

がん患者指導管理料

イ　医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合　500点
ロ　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点
ハ　医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合　200点
ニ　医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合　300点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1／2遺伝子検査の血液を検体とするものを**実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に**、患者1人につき1回に限り算定する。

［留意事項］（抜粋）

乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対して、**臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で**、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

説明した結果、区分番号D006―18の2に掲げるBRCA1／2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施し、遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、がん患者指導管理料ニの所定点数は算定できない。

6

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に係る手術の評価

- 乳癌患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断されたものに対する対側の乳房切除術や子宮附属器腫瘍切除術について新たな評価を行う。
- また、卵巣癌又は卵管癌患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者に対する、乳房切除術について新たな評価を行う。

（新）　遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術

［算定要件］（抜粋）

K475（乳房切除術）、K888（子宮附属器腫瘍切除術）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において遺伝性乳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。

（1）当該手術の実施前に、臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳腺外科又は産婦人科の医師が参加するカンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえた治療方針の検討を行うこと。

（2）また、当該手術の実施前に、カンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じうる利益及び不利益について当該患者に説明を行うこと。

［施設基準］（抜粋）

（1）乳房切除術を行う場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。

（2）子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。

（3）臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

（4）乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。

- 乳房切除後の乳房再建術についても評価を行う。

現行	改定後
乳房再建術（対象患者） 乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例	乳房再建術（対象患者） 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例

7

難病患者に対する適切な医療の評価①

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価①

- 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。
- 診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。

現行	改定後
【遺伝学的検査】 1　処理が容易なもの　3，800点 2　処理が複雑なもの　5，000点 3　処理が極めて複雑なもの　8，000点 ［対象疾患］ エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ライソゾーム病など41疾患	【遺伝学的検査】 1　処理が容易なもの　3，800点 2　処理が複雑なもの　5，000点 3　処理が極めて複雑なもの　8，000点 ［対象疾患］ エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの 副腎皮質刺激ホルモン不応症など7疾患を追加 オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの 脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）など65疾患

8

難病患者に対する適切な医療の評価②

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価②

［対象疾患］

	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1　処理が容易なもの	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱
2　処理が複雑なもの	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1	ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)、筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症
3　処理が極めて複雑なもの	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリ　　ス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群

9

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

10

患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し①

小児の在宅呼吸管理における材料の評価

➢ 在宅人工呼吸管理等について、小児の呼吸管理の特性と実態を踏まえて、6歳未満の乳幼児に対する「乳幼児呼吸管理材料加算」を新設する。



（新）乳幼児呼吸管理材料加算　　1,500点

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

※　小児と成人との在宅人工呼吸管理の違い

	小児	成人
予備能（一時的に酸素の供給が絶たれた際の余力）	低い	一定程度あり
自覚症状	乏しい・訴えられない	あり・場合によっては訴えられない
モニタリング	原則24時間	病状によっては間欠的なモニタも可
その他の特徴	体格が小さく、活発に動く場合があり、専用のプローブが必要	継続使用可能なプローブを使用

患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し②

在宅自己導尿における材料の評価

➢ 日本排尿機能学会等の診療ガイドラインに基づいて、脊髄損傷等の患者における尿路感染症の予防に係るエビデンスが認められる材料について、評価を充実する。

➢ その他、個々の患者の状態やニーズを踏まえ、柔軟な算定が可能となるよう要件の見直しを行う。

現行

在宅自己導尿指導管理料　1,800点
特殊カテーテル加算
1　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
イ　親水性コーティングを有するもの　960点
ロ　イ以外のもの　600点
2　間歇バルーンカテーテル　600点



改定後

在宅自己導尿指導管理料　**1,400点**
特殊カテーテル加算
（新）1　再利用型カテーテル　400点
2　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
イ　親水性コーティングを有するもの
（新）(1) 60本以上の場合　1,700点
（新）(2) 90本以上の場合　1,900点
（新）(3) 120本以上の場合　2,100点
ロ　イ以外のもの　**1,000点**
3　間歇バルーンカテーテル　**1,000点**

[主な算定要件]
・**3月に3回に限り**、所定点数に加算する。
・**当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合**に使用することとし、脊髄損傷や二分脊椎等の患者に使用する。

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療の適切な評価等

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

【主な対応】

トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の充実

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

冠動脈CT撮影の算定要件の新設

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

経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

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

安定冠動脈疾患について

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



13

安定冠動脈疾患の診断等に用いられる検査の評価及び要件の見直し

- 安定冠動脈疾患の診断等に用いられる検査について、日本循環器学会等の診療ガイドラインに基づき適切に実施されるよう、評価の充実及び要件の見直しを行う。

トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の充実

- トレッドミル等による負荷心肺機能検査について、検査の実態を踏まえ評価を見直す。

現行	改定後
トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査　1,400点	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査　1,600点

冠動脈CT撮影の算定要件の新設

- CT撮影の冠動脈CT撮影加算について、適応疾患や目的を確認するため、診療報酬明細書の摘要欄への医学的根拠の記載を要件とする。

現行	改定後
【冠動脈CT撮影加算】 [算定要件（概要）] 64 列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。	【冠動脈CT撮影加算】 [算定要件（概要）] （新）以下のいずれかの場合に算定する。また、医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ア　諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常 イ　急性冠症候群 ウ　狭心症 エ　狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合 オ　その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

14

安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

● 日本循環器学会等のガイドラインを踏まえ、安定冠動脈疾患に対して待機的に実施され、機能的虚血又は高度狭窄が存在することが確認されていない病変に対する経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術については、複数名の医師が参加するカンファレンス等の実施を要件とする。



現行

【経皮的冠動脈形成術】
1　急性心筋梗塞に対するもの　32,000点
2　不安定狭心症に対するもの　22,000点
3　その他のもの　19,300点

[算定要件（概要）]
○「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。
○ また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア　一方向から造影して90%以上の狭窄病変
イ　安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）
ウ　機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変

改定後

【経皮的冠動脈形成術】
1　急性心筋梗塞に対するもの　**36,000点**
2　不安定狭心症に対するもの　22,000点
3　その他のもの　19,300点

[算定要件（概要）]
○「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。
○ なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア　機能的虚血の原因である狭窄病変
イ　区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変
ウ　その他医学的必要性が認められる病変

※　経皮的冠動脈ステント留置術についても同様の見直しを行う。

人工内耳機器調整に対する評価

- 人工内耳植込術後の、人工内耳用音声信号処理装置の調整は治療の一環であることから、医師や言語聴覚士による機器調整について新たな評価を行う。
- 人工内耳植込術を行った患者について、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合について、高度難聴指導管理料の加算を新設する。

（新）　人工内耳機器調整加算　　800点

【高度難聴指導管理料の注加算】
区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り800点を所定点数に加算する。

[算定要件]
人工内耳機器調整加算は、**耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科の常勤医師の指示を受けた言語聴覚士が人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合に算定する。**

人工内耳用音声信号処理装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウエアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うことをいう。

※　以下は今回改定で変更されたものではなく、従来より規定されている事項であるが、改めてご確認いただきたい。
＜特定保険医療材料である人工内耳用材料の算定留意事項について＞
人工内耳用材料の**交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の交換等の場合は算定できない。**

認知機能検査等の算定要件の新設

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

【認知機能検査その他の心理検査（1　操作が容易なもの）】



（新）イ　簡易なもの　80点
（新）ロ　その他のもの　80点

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

17

質の高い臨床検査の適切な評価

血清アルブミンの評価の見直し

➢ 血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため、BCP改良法による測定を要件とする。

現行	
【血液化学検査】	
アルブミン	11点

⇒

改定後	
【血液化学検査】	
アルブミン（BCP改良法・BCG法）	11点

［経過措置］
アルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

遺伝子関連・染色体検査の評価

➢ 近年、新規の遺伝子検査技術の収載が相次いでおり、これらの検査は尿糞便等検査判断料や血液学的検査判断料の区分に属しているが、同区分に属する他の検査とは測定項目の性質に差異があることから、遺伝子関連・染色体検査について、遺伝子関連・染色体検査判断料を新設する。

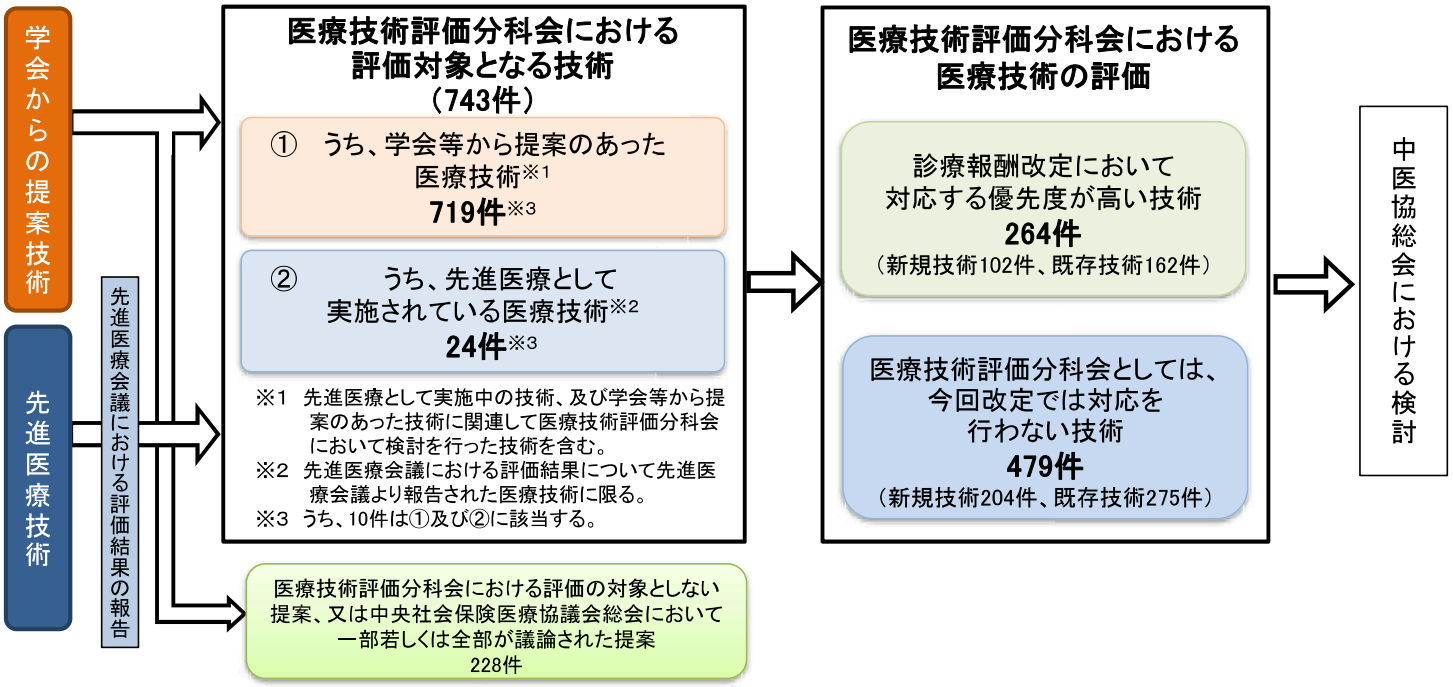
（新）　遺伝子関連・染色体検査判断料　100点

［対象検査］
悪性腫瘍遺伝子検査、造血器腫瘍遺伝子検査、Major　BCR-ABL1、遺伝学的検査、染色体検査、免疫関連遺伝子再構　成、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型、サイトケラチン19（KRT19）　mRNA検、WT1　mRNA、FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子、EGFR遺伝子検査（血漿）、骨髄微小残存病変量測定、BRCA1/2遺伝子検査、FLT3遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、NUDT15遺伝子多型検査、JAK2遺伝子検査　等

18

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。



19

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。

20

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応③

保険適用する新規技術の例（1）

➢　有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術を保険適用する。

【対象技術の例】

腹腔鏡下膵体尾部切除術
1　脾同時切除の場合　　53,480点
2　脾温存の場合　　56,240点

（新）　内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

【技術の概要】

膵体尾部腫瘍に対して、内視鏡手術用支援機器を用いて内視鏡下に　膵部分切除を行う技術。

[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]
・**当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。**
・当該手術を実施する患者について、**関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。**

➢　保険適用されるロボット支援下内視鏡手術は、次の通り。

① 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）
② 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
③ 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術
④ 腹腔鏡下仙骨膣固定術
⑤ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作によるもの）
⑥ 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
⑦ 腹腔鏡下腎盂形成手術



21

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応④

保険適用する新規技術の例（2）

➢　仮想気管支鏡画像を用いた気管支鏡検査を保険適用する。

【保険適用された技術】

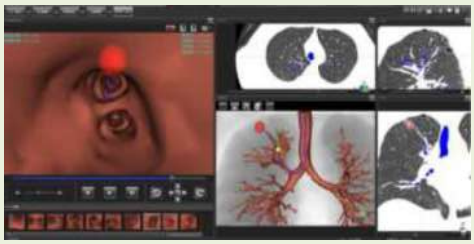
（新）　経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）　　5,000点

【技術の概要】

CTから構築した病変への気管支ルートの仮想気管支鏡の画像をリアルタイムに実際の気管支鏡画像に合わせて表示させることで、経気管肺生検をサポートする技術。

【技術の有用性及び安全性】

- 経気管肺生検と比較し、診断率が高い（11%改善）。
- 合併症率は低く（1%）、経気管肺生検と同等。

既存技術	新規技術
透視画像のみの、限られた情報。	CT画像から構築した仮想気管支映像を元に、検査を実施。
	
2次元の情報と剖学的な知識を元に検査を実施。	より多くの情報を元にして、診断率と安全性を向上。

22

外保連試案等を活用した技術料の見直し

➢　外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2020」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

（1）見直しを行う検査の例

検査名	現行	改定後
関節鏡検査（片側）	720点	760点
脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）「4」 聴性定常反応	960点	1,010点
観血的肺動脈圧測定 「2」 2時間を超えた場合（1日につき）	540点	570点

（2）見直しを行う処置の例

処置名	現行	改定後
頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	264点	317点
体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき）	400点	480点
胃洗浄	250点	300点

（3）見直しを行う手術の例

手術名	現行	改定後
皮膚切開術 「1」 長径10センチメートル未満	470点	570点
鼓膜切開術	690点	830点
乳腺腫瘍摘出術 「1」 長径5センチメートル未満	2,660点	3,190点

23

多焦点眼内レンズに係る選定療養の新設

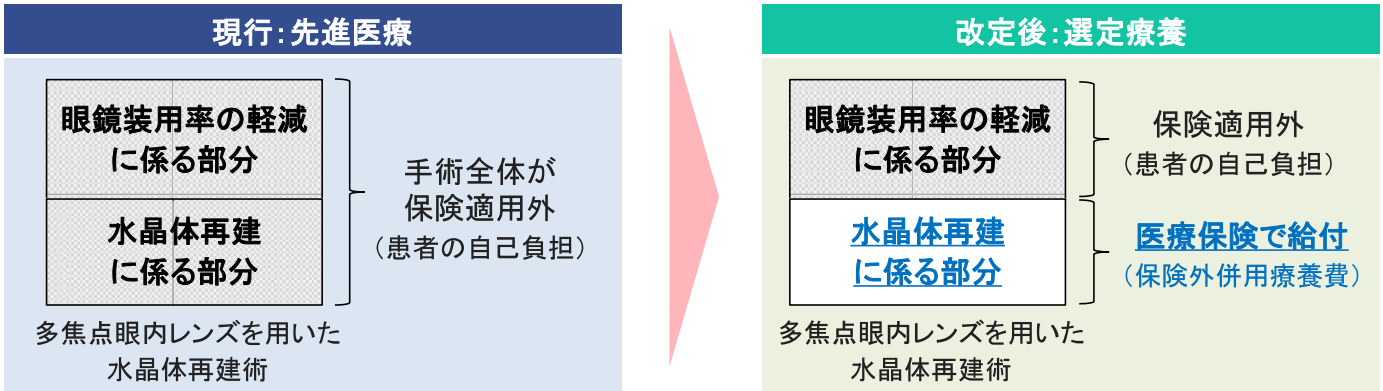
概要

➢　患者のニーズが相当程度あることを踏まえ、白内障に対する水晶体再建に使用する「眼鏡装用率の軽減効果」を一体不可分として有する多焦点眼内レンズの支給を新たに選定療養に位置付け、水晶体再建に係る療養費に相当する部分について保険給付の対象とする。

多焦点眼内レンズについて

■　白内障に対する水晶体再建術では、通常、単焦点眼内レンズが使用され、遠方又は近方のみの焦点となるため、眼鏡が必要となる。

■　多焦点眼内レンズを使用した場合、その多焦点機構により遠方及び近方の視力回復が可能となり、それに伴い眼鏡装用率が軽減される。



24

多焦点眼内レンズに係る選定療養の運用について（イメージ）

対象レンズ

- 本療養においては、以下の多焦点眼内レンズを対象とする。
  - 眼鏡装用率の軽減効果を有するとして薬事承認されたもの
  - 先進医療において眼鏡装用率の軽減効果を有すると評価されたもの

費　用

- 本療養を実施した場合は、医科点数表に規定する眼内レンズ（その他のものに限る。）を使用した水晶体再建術を実施したものとみなして、保険外併用療養費を支給するものとする。
- 患者から徴収する特別の料金については、
  - 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの費用から、医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する眼内レンズ（その他のものに限る。）の費用を控除した額
  - 本療養に必要な検査に係る費用（医科点数表に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とする。）

  を合算したものを標準として、社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- 保険医療機関が特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、地方厚生（支）局長にその都度報告する。その際、レンズの種類毎に特別の料金を定めることとし、また、当該料金が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、
  - 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズ
  - 当該医療機関で医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する主たる眼内レンズ（その他のものに限る。）

  の購入価格を示す資料を添付する。

その他の手続き等

- 本療養のメリット、デメリット及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得る。
- 本制度趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示する。
- 患者から特別の料金を徴収した保険医療機関は、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告する。
- 関係学会から示されている指針に基づき、本療養を適切に実施する。

25

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

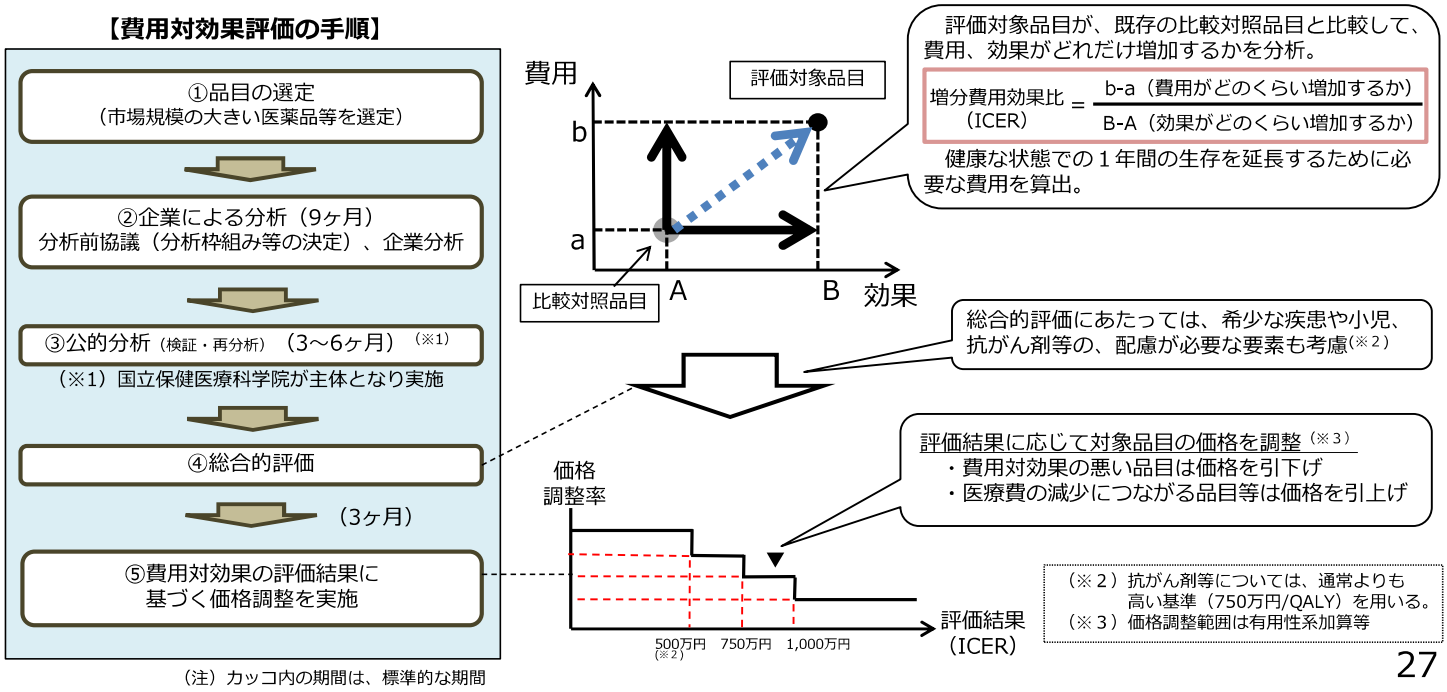
6．医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

7．医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

26

費用対効果評価制度について（概要）

○費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
○市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
○評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる（薬価制度の補完）。
○今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。



27

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

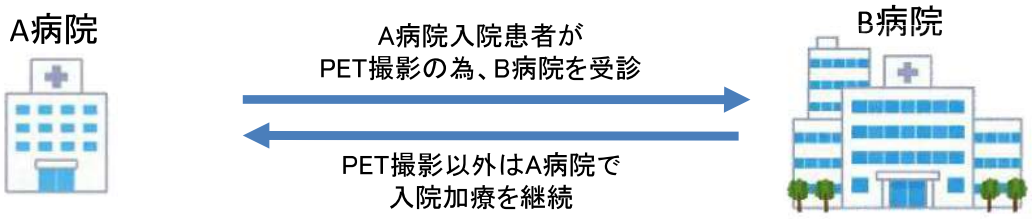
28

高度な医療機器の効率的な利用の推進

➢　ポジトロン断層撮影（PET）のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

	【現行】	【改定後】
出来高病棟	入院基本料から10%減額	入院基本料から5%減額

※特定入院料等算定病棟でも同様



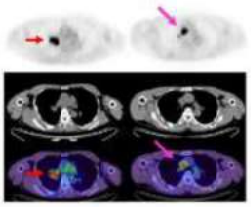
A病院が算定する入院基本料から10%減額

⇩

A病院が算定する入院基本料から 5% 減額

○　PET検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断などに利用される。
○　癌には放射性薬剤が集まるため、薬剤が集まっている場所や集まり方でがんの部位や転移、機能等を診断することができる。（右図矢印）





国立国際医療研究センター病院HPより

小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進①

小児のCT撮影に係る加算の創設

➢　医療被ばくの低減の観点も踏まえ、小児の頭部外傷に対するガイドラインに沿った診療を推進する。ガイドラインにおいて、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ、小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。

現行

【第4部画像診断　第3節　コンピューター断層撮影診断料】
通則4
新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

⇨

改定後

【第4部画像診断　第3節　コンピューター断層撮影診断料】
通則4
新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

頭部外傷のリスク評価基準の例：CHALICE rule

- 5分以上の意識消失
- 5分以上の健忘
- 傾眠
- 3回以上の嘔吐
- 虐待の疑い
- てんかんの既往のない患者でのけいれん
- GCS<14、1歳未満ではGCS<15
- 開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- 頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- 神経学的異常
- 1歳未満では5cm以上の皮下血種や打撲痕
- 高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

⇨　左の基準をひとつでも満たした場合は CTを推奨



※Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進②

小児のCT撮影に係る理由等の記載の要件化

➢ 小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算の要件として、ガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを求める。

【第４部画像診断　第３節　コンピューター断層撮影診断料】
［算定要件］**（新設）**
「４」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、６歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。**この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。**
ア　GCS≦14
イ　頭蓋骨骨折の触知又は徴候
ウ　意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）
エ　受診後の症状所見の悪化
オ　家族等の希望
カ　その他

31

超音波検査の評価の見直し①

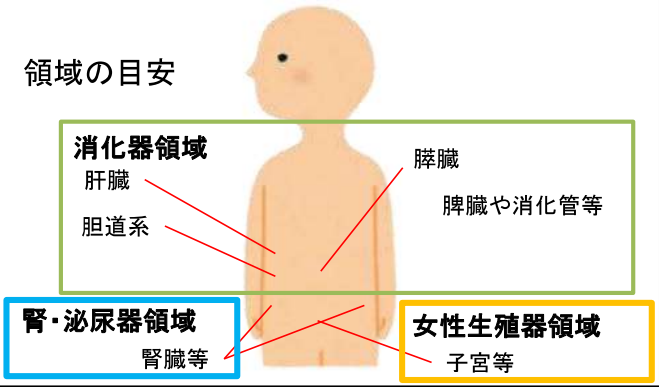
超音波検査の要件の見直し

➢ 超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を診療録等へ記載するよう要件を見直す。

［算定要件］**（新設）**
・ 超音波検査（「３」の「ニ」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、当該検査で得られた**主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書を医師が確認した旨を診療録に記載すること。**
・ 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。

➢ 超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

領域の目安



［算定要件］**（新設）**
「断層撮影法」の「胸腹部」を算定する場合は、**検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。**複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。**また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。**
ア　消化器領域
イ　腎・泌尿器領域
ウ　女性生殖器領域
エ　血管領域（大動脈・大静脈等）
オ　胸腔内・腹腔内の貯留物等
カ　その他

32

超音波検査の評価の見直し②

訪問診療時の超音波検査の新設

➢ 超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、超音波検査を訪問診療時に行った場合の点数を新設する。

現行	
2　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）	
イ　胸腹部	530点
ロ　下肢血管	450点
ハ　その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）	350点

⇒

改定後	
2　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）	
（新）イ　訪問診療時に行った場合（月１回に限り算定）	400点
ロ　その他の場合	
（1）胸腹部	530点
（2）下肢血管	450点
（3）その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）	350点

［算定要件］（新設）
区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「C001－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月１回に限り算定する。

超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し

➢ 超音波診断装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

現行	
【超音波検査】	
パルスドプラ法加算	200点

⇒

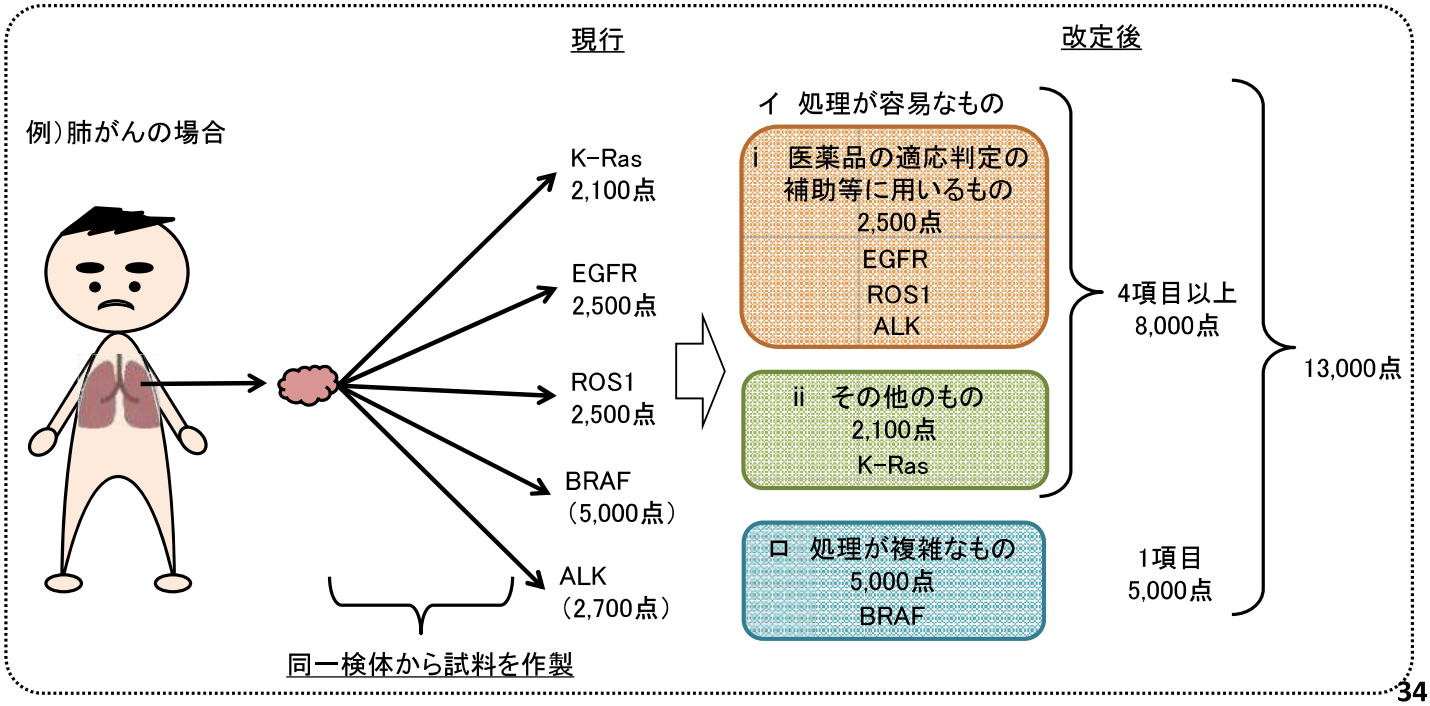
改定後	
【超音波検査】	
パルスドプラ法加算	150点

33

悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

悪性腫瘍遺伝子検査の評価体系の見直し

➢ 個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系する。
➢ 同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価とする。



34

局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

➢　局所陰圧閉鎖処置（入院）について、ドレッシング材（創傷被覆材）の交換の頻度、処置に係る手間及び技術を踏まえ、陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用した場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日に限り、週3回まで算定可能とする。

【局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）】
1　100平方センチメートル未満　1,040点
2　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,060点
3　200平方センチメートル以上　1,100点

注　初回貼付加算
1　1,690点
2　2,650点
3　3,300点
初回の貼付に限り、上記点数を加算する。

［算定要件］
（新設）
- 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、 特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週3回に限り算定できる。
- 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

※1　単回使用陰圧創傷治療システムの例



入院中の患者に対して、単回使用陰圧創傷治療システムを使用した場合は、局所陰圧閉鎖処置（入院）は週3回まで算定できる。

※2　単回使用でない陰圧創傷治療システムの例



出典：スミス・アンド・ネフュー株式会社HP
ケーシーアイ株式会社HP

35

臓器提供施設や担当医の負担を踏まえた臓器提供に係る評価の見直し

心停止後臓器提供に係る評価の見直し

➢　心停止後臓器提供では業務が多岐にわたることから、同種死体腎移植術について、移植臓器提供加算として、実態に見合った評価の見直しを行う。
➢　また、同種死体膵移植術及び同種死体膵腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

現行		改定後	
【同種死体腎移植術】		【同種死体腎移植術】	
移植腎の提供のために要する費用としての加算	40,000点	移植臓器提供加算	55,000点

※【同種死体膵移植術】及び【同種死体膵腎移植術】についても同様。

脳死臓器提供管理料の見直し

➢　ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めていくため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、脳死臓器提供管理料について評価を見直す。また、当該管理料においてコーディネートの評価を明確化する。

現行		改定後	
【脳死臓器提供管理料】	20,000点	【脳死臓器提供管理料】	40,000点

［算定要件］
・脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、院内のコーディネート、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

その他移植医療の充実に資する技術の保険適用※1

➢　（新）　同種死体膵島移植術　56,490点
➢　（新）　免疫抑制剤（ミコフェノール酸モフェチル及びエベロリム）の血中濃度測定に対する加算　250点
➢　（新）　抗HLA抗体検査加算※2　4,000点

※1　医療技術評価分科会に対して関連学会等から提案のあった技術。
※2　同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、同種死体小腸移植術、同種死体腎移植術及び生体腎移植術における加算として新設。

36

移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

人工腎臓　導入期加算の見直し

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

現行		改定後	
【人工腎臓】		【人工腎臓】	
導入期加算1	300点	導入期加算1	200点
導入期加算2	400点	導入期加算2	500点

［施設基準］
導入期加算2
ア　導入期加算1の施設基準を満たしていること
イ　在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で 12 回以上算定していること
ウ　腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること

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

腎代替療法指導管理料の新設

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

（新）　腎代替療法指導管理料　　500点　（患者1人につき2回に限る。）



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

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

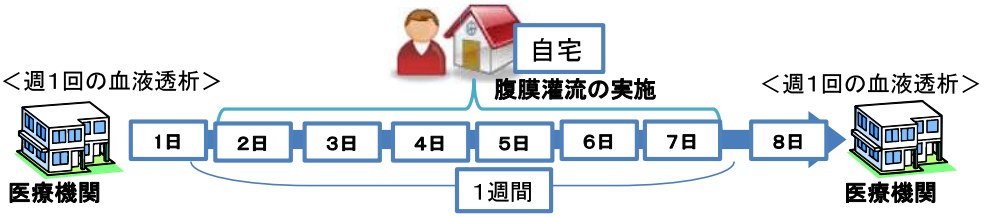
37

腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

➢ 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

○　腹膜灌流と血液透析を併用する場合の、一般的な管理方法（右図）



現行

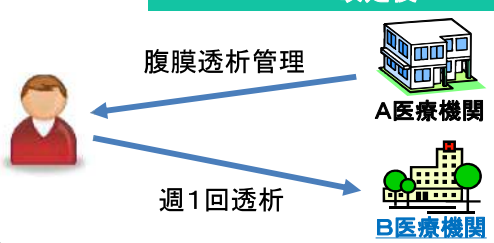


○　腹膜透析管理を行っている施設（A医療機関）で血液透析を実施した場合のみの評価となっている。

現行

［算定要件］
当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。

改定後



○　腹膜透析管理を行っている施設（A医療機関）以外の他医療機関（B医療機関）でも血液透析が実施可能となる。

改定後

［算定要件］
当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。
また、当該管理料を算定している患者に対して、他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に区分番号「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。

38

人工腎臓に係る評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

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

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

	場合１	場合２	場合３
4時間未満	1,980点	1,940点	1,900点
4時間以上5時間未満	2,140点	2,100点	2,055点
5時間以上	2,275点	2,230点	2,185点

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

［施設基準］
・人工腎臓に規定する注射薬
　エリスロポエチン、ダルベポエチン



改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

		場合１	場合２	場合３
4時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
4時間以上5時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
5時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

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

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

慢性維持透析患者外来医学管理料に係る要件の見直し

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

39

バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

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

現行		改定後	
【末梢動静脈瘻造設術】		【末梢動静脈瘻造設術】	
1　静脈転位を伴うもの	21,300点	1　内シャント造設術	
		イ　単純なもの	12,080点
		ロ　静脈転位を伴うもの	15,300点
2　その他のもの	7,760点	2　その他のもの	7,760点
【外シャント血栓除去術】	1,680点	（削除）	
【内シャント又は外シャント設置術】	18,080点	（削除）（末梢動静脈瘻造設術　1イ　へ）	

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

現行		改定後	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	18,080点	【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	
		1　初回	12,000点
		2　1の実施後3月以内に実施する場合	12,000点

［算定できる要件］
・「1」については、3ヶ月に1回に限り算定する。
・「2」を算定する場合には、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。
　ア　透析シャント閉塞の場合
　イ　超音波検査において、シャント血流量が400ml以下　又は　血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）

40

急性血液浄化療法に係る要件の見直し

持続緩徐式血液濾過の評価の見直し

➢ 腎不全以外の患者に対する血液浄化療法を適正に実施するため、持続緩徐式血液濾過について要件を見直す。

現行

【持続緩徐式血液濾過】

［算定要件］
・ 持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性膵炎、重症敗血症、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者に対しても算定できる。

改定後

【持続緩徐式血液濾過】

［算定要件］
・ 次のいずれか掲げる状態の患者に算定できる。なお、③から⑤の場合は診療報酬明細書の摘要欄に、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
① 末期腎不全の患者
② 急性腎障害と診断され、高度代謝性アシドーシス、薬物中毒、尿毒症、電解質異常もしくは体液過剰状態のいずれかに該当する患者
③ 急性膵炎診療ガイドライン2015において、実施が推奨される重症急性膵炎の患者
④ 重症敗血症の患者
⑤ 劇症肝炎又は術後肝不全の患者

吸着式血液浄化法の評価の見直し

➢ 吸着式血液浄化法について、エンドトキシンを吸着するという治療目的や敗血症診療ガイドライン2016、標準治療と比較して死亡率の改善は認められないこと等を踏まえ、適切な実施を推進するよう要件の見直しを行う。

現行

【吸着式血液浄化法】

［算定要件］
・次のいずれにも該当する場合に、算定する。
ア エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの
イ SIRS基準を満たすこと
ウ 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの

改定後

【吸着式血液浄化法】

［算定要件］
・ 18歳以上の患者にあっては、次のいずれにも該当する患者。
ア 次のいずれかの項目に該当するもの。
① 血液による細菌培養同定検査において、グラム陰性桿菌の陽性が確認されている場合。
② 他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていた場合。
③ グラム陰性桿菌による敗血症性ショックでが強く疑われ、急性期DIC診断基準が4点以上、又はそれに準じる状態の場合。
イ 日本版敗血症診療ガイドライン2016における敗血症性ショックの定義を満たすもの。
・ 18歳未満の患者にあっては、エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるものであって、日本版敗血症診療ガイドライン2016における小児SIRS診断基準をみたすこと。

41

下肢静脈瘤に係る評価の適正化、網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化

➢ 大伏在静脈抜去術及び下肢静脈瘤血管内焼灼術について、他の手技との有効性が同等とされていることを踏まえ、評価を見直す。

現行	
【下肢静脈瘤手術】	
1　抜去切除術	10,200点
【大伏在静脈抜去術】	11,020点
【下肢静脈瘤血管内焼灼術】	14,360点

改定後	
【下肢静脈瘤手術】	
1　抜去切除術	10,200点
【大伏在静脈抜去術】	10,200点
【下肢静脈瘤血管内焼灼術】	10,200点

［算定要件］
・下肢静脈瘤血管内焼灼術の実施に当たっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

➢ 眼循環動態の把握に用いられる検査として、検査の精度等の観点から、現在は蛍光眼底造影検査や眼底三次元画像解析等が一般的に用いられていること等を踏まえ、網膜中心血管圧測定に関する診療報酬上の評価を廃止する。

現行	
【網膜中心血管圧測定】	
1　簡単なもの	42点
2　複雑なもの	100点

改定後

（削除）

※経過措置として、令和4年3月31日までの間に限り算定できるものとする。

42

実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

実勢価格を踏まえた臨床検査の適正な評価

➢ 衛生検査所料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。

例）

フェリチン半定量・定量	111点	⇨	108点
生化学検査Ⅰ　10項目以上	112点		109点
インフルエンザウイルス抗原定性	143点		139点



臨床的有用性がなくなった検査等の評価の廃止

➢ 臨床的有用性がなくなった検査や既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査について、診療報酬上の評価を廃止する 。

［臨床的有用性がなくなった検査］
（1）Bence Jones蛋白定性（尿）
（2）動物使用検査

［既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した体外診断用医薬品を用いる検査］
アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン(HRT)

43

義肢装具の提供に係る評価の見直し

義肢装具採型法・採寸法の見直し

➢ 現行の採寸法及び採型法について、義肢、練習用仮義足又は仮義手、治療用装具に分類し、対象とする装具を踏まえた項目の見直しを行う。

現行	
【治療装具の採型ギプス】	
1　義肢装具採型法（1肢につき）	200点
2　義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき）	700点
3　体幹硬性装具採型法	700点
4　義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき）	1,050点
【練習用仮義足又は仮義手】	
1　義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき）	700点
2　義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき）	1,050点
【義肢装具採寸法（1肢につき）】	200点
【治療装具採型法（1肢につき）】	700点

⇨

改定後	
【義肢採型法】	
1　四肢切断の場合（1肢につき）	700点
2　股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）	1,050点
【練習用仮義足又は仮義手採型法】	
1　四肢切断の場合（1肢につき）	700点
2　股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）	1,050点
【治療用装具採寸法（1肢につき）】	200点
【治療用装具採型法】	
1　体幹装具	700点
2　四肢装具（1肢につき）	700点
3　その他（1肢につき）	200点

［算定要件］
フットインプレッションフォームを使用して装具の採型を行った場合は、治療用装具採型法の「3」その他の場合を算定する。

44

令和2年度診療報酬改定の概要（経過措置・届出について）

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。

経過措置について①

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

経過措置について②

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

3

令和2年度診療報酬改定

経過措置について③

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

4

経過措置について④

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

経過措置について⑤

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

施設基準の届出について

お願い

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

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



7

保医発 0305 第２号
令和２年３月５日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
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）長

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

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

標記については、本日、「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）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和２年厚生労働省告示第 58 号）が公布され、令和２年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30 年３月５日保医発 0305 第２号）は、令和２年３月 31 日限り廃止する。

記

第１　基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

１　初・再診料の施設基準等は別添１のとおりとする。

２　入院基本料等の施設基準等は別添２のとおりとする。

３　入院基本料等加算の施設基準等は別添３のとおりとする。

４　特定入院料の施設基準等は別添４のとおりとする。

５　短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添５のとおりとする。

６　基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

７　診療等に要する書面等は別添６のとおりである。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

８　基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第２　届出に関する手続き

１　基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。

２　「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添７の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を１通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

３　届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第１に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前１か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者

及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前４か月、回復期リハビリテーション病棟入院料１、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３、回復期リハビリテーション病棟入院料４及び回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準については届出前６か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前１年間の実績を有していること。

5　基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

（1）　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。

（2）　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号）に違反したことがある保険医療機関である場合。

（3）　地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）に該当している保険医療機関である場合。

（4）　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 78 条第１項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第 72 条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成 12 年５月 31 日保発第 105 号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

機能強化加算	（機能強化）第　　号
初診料（歯科）の注１に掲げる基準	（歯初診）第　　号
時間外対応加算１	（時間外１）第　　号
時間外対応加算２	（時間外２）第　　号
時間外対応加算３	（時間外３）第　　号
地域包括診療加算	（地包加）第　　号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	（病初診）第　　号
歯科外来診療環境体制加算１	（外来環１）第　　号
歯科外来診療環境体制加算２	（外来環２）第　　号
歯科診療特別対応連携加算	（歯特連）第　　号
オンライン診療料	（オン診）第　　号
一般病棟入院基本料	（一般入院）第　　号
療養病棟入院基本料	（療養入院）第　　号

結核病棟入院基本料	（結核入院）第　　号
精神病棟入院基本料	（精神入院）第　　号
特定機能病院入院基本料	（特定入院）第　　号
専門病院入院基本料	（専門入院）第　　号
障害者施設等入院基本料	（障害入院）第　　号
有床診療所入院基本料	（診入院）第　　号
有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算	（診入帰）第　　号
有床診療所療養病床入院基本料	（診療養入院）第　　号
有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算	（診療養入帰）第　　号
総合入院体制加算１	（総合１）第　　号
総合入院体制加算２	（総合２）第　　号
総合入院体制加算３	（総合３）第　　号
救急医療管理加算	（救急医療）第　　号
超急性期脳卒中加算	（超急性期）第　　号
診療録管理体制加算１	（診療録１）第　　号
診療録管理体制加算２	（診療録２）第　　号
医師事務作業補助体制加算１	（事補１）第　　号
医師事務作業補助体制加算２	（事補２）第　　号
急性期看護補助体制加算	（急性看補）第　　号
看護職員夜間配置加算	（看夜配）第　　号
特殊疾患入院施設管理加算	（特施）第　　号
看護配置加算	（看配）第　　号
看護補助加算	（看補）第　　号
療養環境加算	（療）第　　号
重症者等療養環境特別加算	（重）第　　号
療養病棟療養環境加算１	（療養１）第　　号
療養病棟療養環境加算２	（療養２）第　　号
療養病棟療養環境改善加算１	（療養改１）第　　号
療養病棟療養環境改善加算２	（療養改２）第　　号
診療所療養病床療養環境加算	（診療養）第　　号
診療所療養病床療養環境改善加算	（診療養改）第　　号
無菌治療室管理加算１	（無菌１）第　　号
無菌治療室管理加算２	（無菌２）第　　号
緩和ケア診療加算	（緩診）第　　号
有床診療所緩和ケア診療加算	（診緩診）第　　号
精神科応急入院施設管理加算	（精応）第　　号
精神病棟入院時医学管理加算	（精入学）第　　号
精神科地域移行実施加算	（精移行）第　　号
精神科身体合併症管理加算	（精合併加算）第　　号
精神科リエゾンチーム加算	（精リエ）第　　号

重度アルコール依存症入院医療管理加算　（重アル）第　　号
摂食障害入院医療管理加算　（摂食障害）第　　号
栄養サポートチーム加算　（栄養チ）第　　号
医療安全対策加算１　（医療安全１）第　　号
医療安全対策加算２　（医療安全２）第　　号
感染防止対策加算１　（感染防止１）第　　号
感染防止対策加算２　（感染防止２）第　　号
患者サポート体制充実加算　（患サポ）第　　号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算　（褥瘡ケア）第　　号
ハイリスク妊娠管理加算　（ハイ妊娠）第　　号
ハイリスク分娩管理加算　（ハイ分娩）第　　号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算　（精救急紹介）第　　号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算　（精救急受入）第　　号
呼吸ケアチーム加算　（呼吸チ）第　　号
後発医薬品使用体制加算１　（後発使１）第　　号
後発医薬品使用体制加算２　（後発使２）第　　号
後発医薬品使用体制加算３　（後発使３）第　　号
病棟薬剤業務実施加算１　（病棟薬１）第　　号
病棟薬剤業務実施加算２　（病棟薬２）第　　号
データ提出加算　（データ提）第　　号
入退院支援加算　（入退支）第　　号
認知症ケア加算　（認ケア）第　　号
せん妄ハイリスク患者ケア加算　（せん妄ケア）第　　号
精神疾患診療体制加算　（精疾診）第　　号
精神科急性期医師配置加算　（精急医配）第　　号
排尿自立支援加算　（排自支）第　　号
地域医療体制確保加算　（地医確保）第　　号
地域歯科診療支援病院入院加算　（地歯入院）第　　号
救命救急入院料１　（救１）第　　号
救命救急入院料２　（救２）第　　号
救命救急入院料３　（救３）第　　号
救命救急入院料４　（救４）第　　号
特定集中治療室管理料１　（集１）第　　号
特定集中治療室管理料２　（集２）第　　号
特定集中治療室管理料３　（集３）第　　号
特定集中治療室管理料４　（集４）第　　号
ハイケアユニット入院医療管理料１　（ハイケア１）第　　号
ハイケアユニット入院医療管理料２　（ハイケア２）第　　号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料　（脳卒中ケア）第　　号
小児特定集中治療室管理料　（小集）第　　号

新生児特定集中治療室管理料１　（新１）第　　号
新生児特定集中治療室管理料２　（新２）第　　号
総合周産期特定集中治療室管理料　（周）第　　号
新生児治療回復室入院医療管理料　（新回復）第　　号
一類感染症患者入院医療管理料　（一類）第　　号
特殊疾患入院医療管理料　（特入）第　　号
小児入院医療管理料１　（小入１）第　　号
小児入院医療管理料２　（小入２）第　　号
小児入院医療管理料３　（小入３）第　　号
小児入院医療管理料４　（小入４）第　　号
小児入院医療管理料５　（小入５）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料１　（回１）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料２　（回２）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料３　（回３）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料４　（回４）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料５　（回５）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料６　（回６）第　　号
地域包括ケア病棟入院料１及び地域包括ケア入院医療管理料１　（地包ケア１）第　　号
地域包括ケア病棟入院料２及び地域包括ケア入院医療管理料２　（地包ケア２）第　　号
地域包括ケア病棟入院料３及び地域包括ケア入院医療管理料３　（地包ケア３）第　　号
地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４　（地包ケア４）第　　号
特殊疾患病棟入院料１　（特疾１）第　　号
特殊疾患病棟入院料２　（特疾２）第　　号
緩和ケア病棟入院料１　（緩１）第　　号
緩和ケア病棟入院料２　（緩２）第　　号
精神科救急入院料１　（精救１）第　　号
精神科救急入院料２　（精救２）第　　号
精神科急性期治療病棟入院料１　（精急１）第　　号
精神科急性期治療病棟入院料２　（精急２）第　　号
精神科救急・合併症入院料　（精合併）第　　号
児童・思春期精神科入院医療管理料　（児春入）第　　号
精神療養病棟入院料　（精療）第　　号
認知症治療病棟入院料１　（認治１）第　　号
認知症治療病棟入院料２　（認治２）第　　号
特定一般病棟入院料１　（特般１）第　　号
特定一般病棟入院料２　（特般２）第　　号
地域移行機能強化病棟入院料　（移機強）第　　号
短期滞在手術等基本料１　（短手１）第　　号
短期滞在手術等基本料２　（短手２）第　　号

7　各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診

療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、令和２年４月 20 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

8　届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第３　届出受理後の措置等

1　届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。（病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して１割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。）

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

（1）　平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（2）　医師と患者の比率については、暦月で３か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動

ア　医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から１を減じた数以上である範囲

イ　「基本診療料の施設基準等」第五の二の（１）のイの②の３、四の（１）のイの④及び六の（２）のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じて得た数から１を減じた数以上

（3）　１日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で１か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（4）　医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が 100 床未満の病院及び特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、１日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（5）　算定要件（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ（以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ」という。）の評価方法を用いる要件は除く。）中の該当患者の割合については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（6）　算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で３か月間の一時的な変動。

2　１による変更の届出は、１のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の１日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

3　届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年１回、受理後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

4　基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。

5　届出を行った保険医療機関は、毎年７月１日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

6　地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。

7　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）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（昭和 58 年厚生省告示第 14 号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

（掲示例）

（1）　入院患者数 42 人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料７を算定している病院の例

「当病棟では、１日に 13 人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

・　朝９時から夕方 17 時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は６人以内です。
・　夕方 17 時から深夜１時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。
・　深夜１時から朝９時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。

（2）　有床診療所入院基本料１を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が７人以上勤務しています。」

第４　経過措置等

1　第２及び第３の規定にかかわらず、令和２年３月 31 日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

令和２年３月 31 日において現に表１及び表２に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出

を要しないが、令和２年４月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表１　新たに施設基準が創設されたことにより、令和２年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの
オンライン診療料（頭痛患者の診療に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
結核病棟入院基本料の注７に掲げる重症患者割合特別入院基本料（重症度、医療・看護必要度に係る基準及び常勤の医師の員数の基準に該当する場合に限る。）
緩和ケア診療加算（別添３の第 14 の１の（1）に規定する緩和ケアチームのうち身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師が第 14 の１の（5）のウに規定する研修のみ終了している者である場合に限る。）
入退院支援加算の注８に掲げる総合機能評価加算
認知症ケア加算２
せん妄ハイリスク患者ケア加算
精神科急性期医師配置加算１
精神科急性期医師配置加算３
排尿自立支援加算
地域医療体制確保加算
特定集中治療室管理料の注５に掲げる早期栄養介入管理加算
緩和ケア病棟入院料１

表２　施設基準の改正により、令和２年３月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和２年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの
認知症ケア加算３（令和２年３月 31 日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号Ａ２４７に掲げる認知症ケア加算２に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
精神科急性期医師配置加算２のイ及びロ（令和２年３月 31 日において、現に旧算定方法別表第一区分番号Ａ２４９に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る）。
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。）（急性期一般入院料１、２、３、５及び６については令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合、急性期一般入院料４については令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
療養病棟入院基本料（当該入院料の施設基準における「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
療養病棟入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和２年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13

対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料５若しくは６を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和４年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
結核病棟入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料に限る。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定機能病院入院基本料の注５に掲げる看護必要度加算（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
総合入院体制加算（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
救急医療管理加算
急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料７又は 10 対１入院基本料に限る。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料７又は 10 対１入院基本料に限る。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
看護補助加算１（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
データ提出加算
入退院支援加算３（「入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」の規定を満たすことにより令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
回復期リハビリテーション病棟入院料１（管理栄養士の配置に係る規定に限る。）（令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３（リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
回復期リハビリテーション病棟入院料（許可病床数が 200 床未満の医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和２年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料５若しくは６を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由

があるものを除く。）（令和４年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
精神科救急入院料（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
精神科急性期治療病棟入院料（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
精神科救急・合併症入院料（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定一般病棟入院料の注７（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和２年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定一般病棟入院料の注７（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和３年４月１日移行に引き続き算定する場合に限る。）

２　精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

別添７

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届 出 番 号	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

別添７の２

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

□　機能強化加算　（※機能強化第　　号）

□　救急医療管理加算　（※救急医療第　　号）

□　せん妄ハイリスク患者ケア加算　（※せん妄ケア第　　号）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　２　※は記載する必要がないこと。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3　「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７（又は別添７の２）
第1の2	機能強化加算	□	□　年　月	□	（別添７の２）
2	時間外対応加算	□	□　年　月	□	様式2
2の3	地域包括診療加算	□	□　年　月	□	様式2の3
2の6	オンライン診療料	□	□　年　月	□	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準	□	□　年　月	□	様式2の6, 2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	□	□　年　月	□	様式2の8, 3
4	歯科外来診療環境体制加算	□	□　年　月	□	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	□	□　年　月	□	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	専門病院入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	□	□　年　月	□	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	□	□　年　月	□	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	□	□　年　月	□	様式10, 13, 13の2
2の2	救急医療管理加算	□	□　年　月	□	（別添７の２）
3	超急性期脳卒中加算	□	□　年　月	□	様式15
4	診療録管理体制加算	□	□　年　月	□	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	□	□　年　月	□	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	□	□　年　月	□	様式8, 9, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	□	□　年　月	□	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	□	□　年　月	□	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	□	□　年　月	□	様式8, 9
7	看護補助加算	□	□　年　月	□	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
9	療養環境加算	□	□　年　月	□	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	□	□　年　月	□	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算	□	□　年　月	□	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	□	□　年　月	□	様式24, 24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	□	□　年　月	□	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	□	□　年　月	□	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	□	□　年　月	□	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	□	□　年　月	□	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	□	□　年　月	□	様式27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	□	□　年　月	□	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	□	□　年　月	□	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	□	□　年　月	□	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	□	□　年　月	□	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	□	□　年　月	□	様式32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	□	□　年　月	□	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	□	□　年　月	□	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	□	□　年　月	□	様式34
20	医療安全対策加算	□	□　年　月	□	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	□	□　年　月	□	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	□	□　年　月	□	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	□	□　年　月	□	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	□	□　年　月	□	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	□	□　年　月	□	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	□	□　年　月	□	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	□	□　年　月	□	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	□	□　年　月	□	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	□	□　年　月	□	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	□	□　年　月	□	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	□	□　年　月	□	様式40の4
26の4	データ提出加算	□	□　年　月	□	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	□	□　年　月	□	様式40の9 (特掲別添2)様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	□	□　年　月	□	様式40の10, 40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	□	□　年　月	□	（別添７の２）
26の7	精神疾患診療体制加算	□	□　年　月	□	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	□	□　年　月	□	様式40の13, 53
26の9	排尿自立支援加算	□	□　年　月	□	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	□	□　年　月	□	様式40の15, 40の16
27	地域歯科診療支援病院入院加算	□	□　年　月	□	様式41
第1	救命救急入院料	□	□　年　月	□	様式20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20, 42, 42の3, 42の4, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式20, 44

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７（又は別添７の２）
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式10,20,45
4の2	小児特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,43,43の2,48
5	新生児特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の2,45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式8,9.46
9	特殊疾患入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9,20,47
10	小児入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9,48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	□	□　年　月	□	様式8,9,20,49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式8,9,10,13の3,18の3,20,50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,24の2,51
14	緩和ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,52,52の2
15	精神科救急入院料	□	□　年　月	□	様式8,9,13の3,20,53,54,(特掲別添2)様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,53
16の2	精神科救急・合併症入院料	□	□　年　月	□	様式9,13の3,20,53,55(特掲別添2)様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9,57
17	精神療養病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,24の2,55の2,55の3
19	認知症治療病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,56,(特掲別添2)様式48
20	特定一般病棟入院料	□	□　年　月	□	様式8,9,20,50～50の3,57の2,57の3,(特掲別添2)様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,24の2,57の4
	短期滞在手術等基本料１	□	□　年　月	□	様式58
	短期滞在手術等基本料２	□	□　年　月	□	様式58

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

保医発 0305 第３号
令和２年３月５日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
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）長

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

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

標記については、本日、「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）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和２年厚生労働省告示第59号）が公布され、令和２年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年３月５日保医発0305第３号）は、令和２年３月31日限り廃止する。

記

第１　特掲診療料の施設基準等

１　特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるものの他、別添１のとおりとする。

２　別添１に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

３　特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

４　特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第２条第１号に規定する育児休業、同条第２号に規定する介護休業、同法第23条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第２　届出に関する手続き

１　特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。

２　「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添２の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を１通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

３　届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

（１）　開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

（２）　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ　既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ　イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年 12 月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

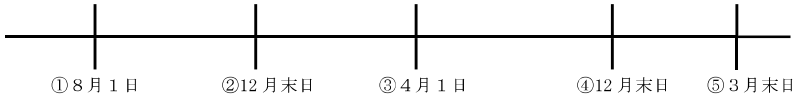
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

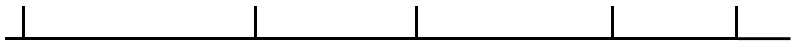
・翌年の３月末（③の前日）までは算定可

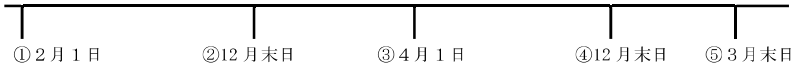
・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。





（３）　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査１、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除又は肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術）（経カテーテル的手術によるもの）、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）、両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）、植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）、植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（その他のもの）、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機

器を用いる場合）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨膣固定術、腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）、腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、高エネルギー放射線治療、１回線量増加加算並びに強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係る年間実施件数

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年 12 月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ　医科点数表第２章第 10 部第１節手術料に掲げる手術のうち、通則 18 に掲げる内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合にも算定できることとされているものにおける実施件数は、別に規定する場合を除き、内視鏡又は内視鏡手術用支援機器による実施件数を合算して施設基準の適合性を判断するものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

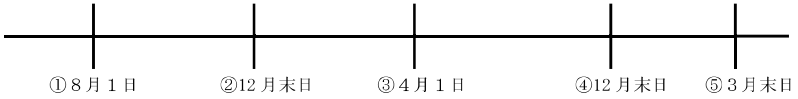
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

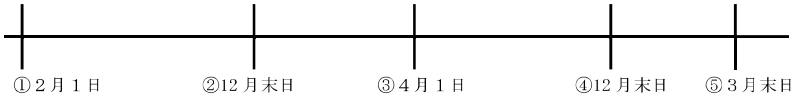
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（４）　コンタクトレンズ検査料１から３までに係る検査割合及び院内交付割合

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前６月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後６月以内に届け出る場合は、届出前３月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年 12 月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ　アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が１月当たり平均 500 件を超える保険医療機関にあって

は、１月から６月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、６月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年６月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の 10 月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとし、７月から 12 月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、12 月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から９月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ　コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月１月間で 33％（又は 44％）を超えた場合又は 30％（又は 40％）以上 33％（又は 44％）未満の場合が暦月で３か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

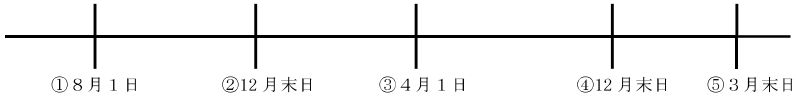
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

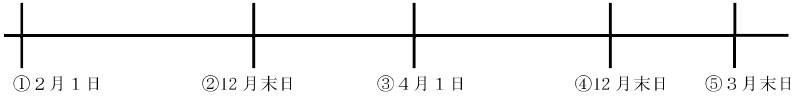
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（５）　後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

届出前３月間の実績を有していること。

（６）　高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

ア　新規に届出をする場合は、届出のあった月の４月前までの３か月間に糖尿病透析予防

指導管理料を算定した患者で、別添１第４の６（９）のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から２か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から起算して３か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ　継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の４月前までの３か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添１第４の６（９）のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の１日から起算して３か月間に限り所定点数を算定することができる。

（７）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施日数

ア　緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

（イ）　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（ロ）　（イ）にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

（ハ）　（ロ）に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

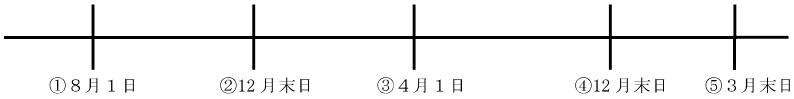
例：イの（ハ）による届出の場合

８月１日から新規に算定を開始した場合

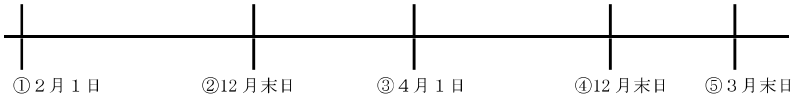
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から新規に算定を開始した場合
・翌年３月末（③の前日）までは算定可
・①～②までの実績により適合性を判断
・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（８）　手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施日数

手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１については、（９）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の例による。

（９）　人工腎臓（慢性維持透析を行った場合１及び２に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのＪ０３８人工腎臓を算定した患者数の割合

ア　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前12月の実績（届出前12月の実績がない場合は届出前３月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から所定点数を算定することができるものとする。

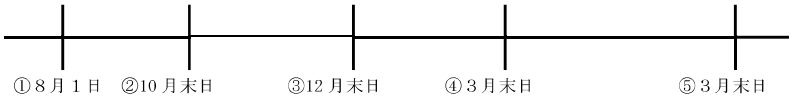
ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年12月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのＪ０３８人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びＪ０３８人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。

エ　アにかかわらず、届出前12月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施

設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合

例１：７月10日から算定を開始した場合
・①から②までの実績により適合性を判断
・　施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
・　施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



例２：１月10日から算定を開始した場合
・①から②までの実績により適合性を判断
・　施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
・　施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



（10）　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

１月から12月までの１年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　経口摂取回復率

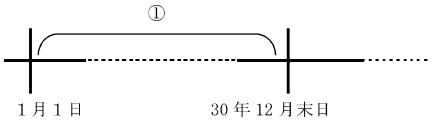
（イ）　１月から12月までの１年間に別添１の第79の３の１の（２）のイの①の（ア）又は（イ）のいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年４月１日から翌々々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（ロ） 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、４月から６月（直近２年以内）までの３か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

（ハ） (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の１月から12月までの１年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例１：イ（イ）による届出の場合

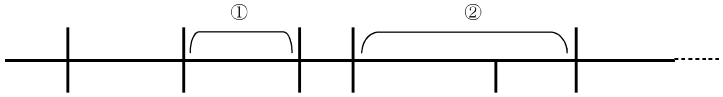
・平成30年１月１日から12月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和２年４月１日から令和３年３月31日まで（②）算定可





例２：イ（ロ）による新規届出の場合

・令和２年４月１日から６月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から平成31年３月末日まで（②）算定可



令和２年１月１日　４月１日　６月末日　届出　12月末日　令和３年３月末日

※算定開始が令和２年１月以降である場合は、令和３年３月末日まで算定可

例３：イ（ハ）による届出の場合

・令和２年１月１日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成31年４月１日から令和２年３月末日まで（②）算定可



(11) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

（イ） 前年３月１日から当年２月末日までの１年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定する。

（ロ） （イ）にかかわらず、前年３月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料１に該当しているものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添１の第90の１（１）から（４）までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３とする。）。

a 前年３月１日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について
指定の日の属する月の翌月１日から当年２月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年４月１日から翌年３月31日まで適用する。

b 前年12月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について
指定の日の属する月の翌月１日から３か月間の処方箋受付回数で判定し、当該３か月の最終月の翌々月１日から翌年３月31日まで適用する。

（ハ） 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(ロ)bにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

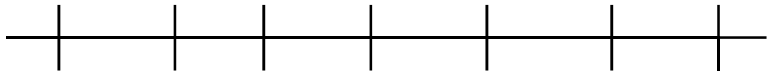
例：30年８月１日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

・①から④までは調剤基本料１に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第90の１（１）から（４）までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除

き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３とする。）。

・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。

・31年４月１日（⑥の翌日）から令和２年３月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



①30年８月１日　②９月１日　③11月末日　④12月末日　⑤31年２月末日　⑥３月末日　⑦令和２年３月末日

(12) 調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準

当年２月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年４月１日から翌年３月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(13)　妥結率の実績

イ　妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年４月１日から９月30日までとし、翌年４月

１日から翌々年３月31日まで適用する。

ロ　イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年４月２日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年３月31日までは妥結率が５割を超えているものとみなす.

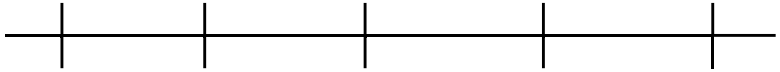
ハ　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：30年５月１日に新規指定された薬局の場合

・①から④までは妥結率が５割を超えていると見なす

・②から③までの妥結率の実績を令和２年４月１日（④の翌日）から⑤まで適用する。



①30年５月１日　②31年４月１日　③９月末日　④令和２年３月末日　⑤令和３年３月末日

(14) 調剤基本料の注６に規定する保険薬局

届出前３月間の実績にて判定すること。

5　特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

（１）　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

（２）　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

（３）　地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。

（４）　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第１項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年５月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料　（医管）第　　号

ウイルス疾患指導料　（ウ指）第　　号

喘息治療管理料　（喘管）第　　号

心臓ペースメーカー指導管理料の注５に掲げる遠隔モニタリング加算　（遠隔ペ）第　　号

糖尿病合併症管理料　（糖管）第　　号

がん性疼痛緩和指導管理料　（がん疼）第　　号

がん患者指導管理料イ　（がん指イ）第　　号

がん患者指導管理料ロ　（がん指ロ）第　　号

がん患者指導管理料ハ　（がん指ハ）第　　号

がん患者指導管理料ニ　（がん指ニ）第　　号

外来緩和ケア管理料　（外緩）第　　号

移植後患者指導管理料（臓器移植後）　（移植管臓）第　　号

移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）　（移植管造）第　　号

糖尿病透析予防指導管理料　（糖防管）第　　号

小児運動器疾患指導管理料　（小運指管）第　　号

乳腺炎重症化予防・ケア指導料　（乳腺ケア）第　号
婦人科特定疾患治療管理料　（婦特管）第　号
腎代替療法指導管理料　（腎代替管）第　号
小児科外来診療料　（小外診）第　号
地域連携小児夜間・休日診療料１　（小夜１）第　号
地域連携小児夜間・休日診療料２　（小夜２）第　号
地域連携夜間・休日診療料　（夜）第　号
院内トリアージ実施料　（トリ）第　号
夜間休日救急搬送医学管理料の注３に掲げる救急搬送看護体制加算　（救搬看体）第　号
外来放射線照射診療料　（放射診）第　号
地域包括診療料　（地包診）第　号
小児かかりつけ診療料　（小か診）第　号
ニコチン依存症管理料　（ニコ）第　号
療養・就労両立支援指導料の注３に掲げる相談支援加算　（両立支援）第　号
開放型病院共同指導料　（開）第　号
別添１の「第９」の１の（１）に規定する在宅療養支援診療所　（支援診１）第　号
別添１の「第９」の１の（２）に規定する在宅療養支援診療所　（支援診２）第　号
別添１の「第９」の１の（３）に規定する在宅療養支援診療所　（支援診３）第　号
別添１の「第９」の２の（３）に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
（在緩診実）第　号
別添１の「第９」の２の（４）に規定する在宅療養実績加算１　（在診実１）第　号
別添１の「第９」の２の（５）に規定する在宅療養実績加算２　（在診実２）第　号
ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）　（ハイⅠ）第　号
がん治療連携計画策定料　（がん計）第　号
がん治療連携指導料　（がん指）第　号
外来排尿自立指導料　（外排自）第　号
肝炎インターフェロン治療計画料　（肝炎）第　号
ハイリスク妊産婦連携指導料１　（ハイ妊連１）第　号
ハイリスク妊産婦連携指導料２　（ハイ妊連２）第　号
薬剤管理指導料　（薬）第　号
地域連携診療計画加算　（地連計）第　号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料　（電情）第　号
医療機器安全管理料１　（機安１）第　号
医療機器安全管理料２　（機安２）第　号
医療機器安全管理料（歯科）　（機安歯）第　号
精神科退院時共同指導料１及び２　（精退共）第　号
在宅療養支援歯科診療所１　（歯援診１）第　号
在宅療養支援歯科診療所２　（歯援診２）第　号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所　（か強診）第　号
別添１の「第14の２」の１の（１）に規定する在宅療養支援病院　（支援病１）第　号

別添１の「第14の２」の１の（２）に規定する在宅療養支援病院　（支援病２）第　号
別添１の「第14の２」の１の（３）に規定する在宅療養支援病院　（支援病３）第　号
別添１の「第14の２」の２の（２）に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
（在緩診病）第　号
別添１の「第14の２」の２の（３）に規定する在宅療養実績加算１　（在病実１）第　号
別添１の「第14の２」の２の（４）に規定する在宅療養実績加算２　（在病実２）第　号
歯科疾患在宅療養管理料の注４に掲げる在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料　（在歯管）第　号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料　（在医総管）第　号
在宅がん医療総合診療料　（在総）第　号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２　（在看）第　号
在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導体制充実加算　（訪看充）第　号
在宅療養後方支援病院　（在後病）第　号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料　（在訪褥）第　号
在宅血液透析指導管理料　（在血液）第　号
在宅酸素療法指導管理料の注２に掲げる遠隔モニタリング加算　（遠隔酸素）第　号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注２に掲げる遠隔モニタリング加算
（遠隔持陽）第　号
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　（在植補心）第　号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料　（在電場）第　号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料　（在洗腸）第　号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定　（持血測）第　号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
（持血測１）第　号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
（持血測２）第　号
地域医療連携体制加算　（歯地連）第　号
遺伝学的検査　（遺伝検）第　号
歯科訪問診療料の注13に規定する基準　（歯訪診）第　号
在宅歯科医療推進加算　（在推進）第　号
有床義歯咀嚼機能検査１のイ　（咀嚼機能１）第　号
有床義歯咀嚼機能検査１のロ及び咀嚼能力検査　（咀嚼能力）第　号
有床義歯咀嚼機能検査２のイ　（咀嚼機能２）第　号
有床義歯咀嚼機能検査２のロ及び咬合圧検査　（咬合圧）第　号
精密触覚機能検査　（精密触覚）第　号
睡眠時歯科筋電図検査　（歯筋電図）第　号
骨髄微小残存病変量測定　（骨残測）第　号
ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査　（ＢＲＣＡ）第　号
がんゲノムプロファイリング検査　（がんプロ）第　号
角膜ジストロフィー遺伝子検査　（角ジ遺）第　号

先天性代謝異常症検査	（先代異）第	号
抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）	（抗ＨＬＡ）第	号
ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	（ＨＰＶ）第	号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	（ウ細多同）第	号
検体検査管理加算（Ⅰ）	（検Ⅰ）第	号
検体検査管理加算（Ⅱ）	（検Ⅱ）第	号
検体検査管理加算（Ⅲ）	（検Ⅲ）第	号
検体検査管理加算（Ⅳ）	（検Ⅳ）第	号
国際標準検査管理加算	（国標）第	号
遺伝カウンセリング加算	（遺伝カ）第	号
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	（遺伝腫カ）第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	（血内）第	号
胎児心エコー法	（胎心エコ）第	号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	（歩行）第	号
ヘッドアップティルト試験	（ヘッド）第	号
人工膵臓検査、人工膵臓療法	（人膵）第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	（長）第	号
長期脳波ビデオ同時記録検査１	（脳ビ）第	号
脳波検査判断料１	（脳判）第	号
遠隔脳波診断	（遠脳）第	号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	（中磁誘）第	号
単線維筋電図	（単筋電）第	号
光トポグラフィー	（光ト）第	号
脳磁図（自発活動を測定するもの）	（脳磁診１）第	号
脳磁図（その他のもの）	（脳磁診２）第	号
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）	（終夜睡安）第	号
神経学的検査	（神経）第	号
補聴器適合検査	（補聴）第	号
黄斑局所網膜電図	（黄網電）第	号
全視野精密網膜電図	（全網電）第	号
ロービジョン検査判断料	（ロー検）第	号
コンタクトレンズ検査料１	（コン１）第	号
コンタクトレンズ検査料２	（コン２）第	号
コンタクトレンズ検査料３	（コン３）第	号
小児食物アレルギー負荷検査	（小検）第	号
内服・点滴誘発試験	（誘発）第	号
ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	（Ｃ気鏡）第	号
経気管支凍結生検法	（経気凍）第	号
画像診断管理加算１	（画１）第	号
画像診断管理加算２	（画２）第	号

画像診断管理加算３	（画３）第	号
歯科画像診断管理加算１	（歯画１）第	号
歯科画像診断管理加算２	（歯画２）第	号
遠隔画像診断	（遠画）第	号
ポジトロン断層撮影	（ポ断）第	号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	（ポ断コ複）第	号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	（ポ断磁複）第	号
乳房用ポジトロン断層撮影	（乳ポ断）第	号
ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	（Ｃ・Ｍ）第	号
冠動脈ＣＴ撮影加算	（冠動Ｃ）第	号
血流予備量比コンピューター断層撮影	（血予備断）第	号
外傷全身ＣＴ加算	（外傷Ｃ）第	号
心臓ＭＲＩ撮影加算	（心臓Ｍ）第	号
乳房ＭＲＩ撮影加算	（乳房Ｍ）第	号
小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	（小児Ｍ）第	号
頭部ＭＲＩ撮影加算	（頭部Ｍ）第	号
全身ＭＲＩ撮影加算	（全身Ｍ）第	号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	（抗悪処方）第	号
外来後発医薬品使用体制加算	（外後発使）第	号
外来化学療法加算１	（外化１）第	号
外来化学療法加算２	（外化２）第	号
連携充実加算	（外化連）第	号
無菌製剤処理料	（菌）第	号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	（心Ⅰ）第	号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	（心Ⅱ）第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	（脳Ⅰ）第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	（脳Ⅱ）第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	（脳Ⅲ）第	号
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	（運Ⅰ）第	号
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	（運Ⅱ）第	号
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	（運Ⅲ）第	号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	（呼Ⅰ）第	号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	（呼Ⅱ）第	号
摂食機能療法の注３に掲げる摂食嚥下支援加算	（摂嚥支）第	号
難病患者リハビリテーション料	（難）第	号
障害児（者）リハビリテーション料	（障）第	号
がん患者リハビリテーション料	（がんリハ）第	号
認知症患者リハビリテーション料	（認リハ）第	号
リンパ浮腫複合的治療料	（リン複）第	号
集団コミュニケーション療法料	（集コ）第	号
歯科口腔リハビリテーション料２	（歯リハ２）第	号

経頭蓋磁気刺激療法　（頭磁刺）第　　号
児童思春期精神科専門管理加算　（児春専）第　　号
療養生活環境整備指導加算　（療活環）第　　号
救急患者精神科継続支援料　（急精支）第　　号
精神科作業療法　（精）第　　号
認知療法・認知行動療法１　（認１）第　　号
認知療法・認知行動療法２　（認２）第　　号
依存症集団療法１　（依集１）第　　号
依存症集団療法２　（依集２）第　　号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」　（ショ大）第　　号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」　（ショ小）第　　号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」　（デ大）第　　号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」　（デ小）第　　号
精神科ナイト・ケア　（ナ）第　　号
精神科デイ・ナイト・ケア　（デナ）第　　号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）　（抗治療）第　　号
重度認知症患者デイ・ケア料　（認デ）第　　号
医療保護入院等診療料　（医療保護）第　　号
精神科在宅患者支援管理料　（精在宅援）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の休日加算１　（医処休）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の時間外加算１　（医処外）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の深夜加算１　（医処深）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の休日加算１　（歯処休）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の時間外加算１　（歯処外）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の深夜加算１　（歯処深）第　　号
口腔粘膜処置　（口腔粘膜）第　　号
口腔粘膜血管腫凝固術　（口血凝）第　　号
レーザー機器加算　（手光機）第　　号
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）　（静圧）第　　号
多血小板血漿処置　（多血）第　　号
硬膜外自家血注入　（血入）第　　号
エタノールの局所注入（甲状腺）　（エタ甲）第　　号
エタノールの局所注入（副甲状腺）　（エタ副甲）第　　号
人工腎臓　（人工腎臓）第　　号
導入期加算１　（導入１）第　　号
導入期加算２及び腎代替療法実績加算　（導入２）第　　号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算　（透析水）第　　号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算　（肢梢）第　　号
磁気による膀胱等刺激法　（磁膀刺）第　　号

手術用顕微鏡加算　（手顕微加）第　　号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算　（う蝕無痛）第　　号
心不全に対する遠赤外線温熱療法　（心遠温）第　　号
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）　（歩行ロボ）第　　号
ＣＡＤ／ＣＡＭ冠　（歯ＣＡＤ）第　　号
手術時歯根面レーザー応用加算　（手術歯根）第　　号
歯科技工加算１及び２　（歯技工）第　　号
センチネルリンパ節加算　（セ節）第　　号
皮膚移植術（死体）　（皮膚植）第　　号
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算　（処骨）第　　号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）　（組再乳）第　　号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））　（同種）第　　号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）　（自家）第　　号
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）　（後縦骨）第　　号
椎間板内酵素注入療法　（椎酵注）第　　号
腫瘍脊椎骨全摘術　（脊椎摘）第　　号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算　（脳覚）第　　号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算　（脳光）第　　号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）　（頭移）第　　号
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術　（脳刺）第　　号
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）　（頭深電）第　　号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術　（脊刺）第　　号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）　（仙神交便）第　　号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）　（仙神交膀）第　　号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））　（角膜切）第　　号
角膜移植術（内皮移植加算）　（内移）第　　号
羊膜移植術　（羊膜移）第　　号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））　（緑内イ）第　　号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）　（緑内ド）第　　号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）　（硝切）第　　号
網膜再建術　（網膜再）第　　号
人工中耳植込術　（人工中耳）第　　号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術　（植補聴）第　　号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）　（内鼻Ｖ）第　　号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）　（鏡咽悪）第　　号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術　（鏡喉悪）第　　号

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）　（喉頭形成）第　　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）
（顎移）第　　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）　（歯顎移）第　　号
顎関節人工関節全置換術　（顎人工）第　　号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術　（内下）第　　号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術　（内甲悪）第　　号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（ＭＲＩによるもの）　（乳腺ガ）第　　号
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）　（乳切性障）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算１及びセンチネルリンパ節生検（併用）　（乳セ１）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算２及びセンチネルリンパ節生検（単独）　（乳セ２）第　　号
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））　（乳腫）第　　号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）　（ゲル乳再）第　　号
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔拡胸支）第　　号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔縦悪支）第　　号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔縦支）第　　号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）
（胸腔肺悪区）第　　号
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）
（肺腫）第　　号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔肺悪）第　　号
同種死体肺移植術　（肺植）第　　号
生体部分肺移植術　（生肺）第　　号
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
（穿瘻閉）第　　号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔食悪支）第　　号
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（縦隔食悪支）第　　号
内視鏡下筋層切開術　（内筋）第　　号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）　（経特）第　　号
胸腔鏡下弁形成術　（胸腔弁形）第　　号
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸弁形内支）第　　号
経カテーテル大動脈弁置換術　（カ大弁置）第　　号
胸腔鏡下弁置換術　（胸腔下置）第　　号

経皮的僧帽弁クリップ術　（経僧帽）第　　号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術　（脈動開）第　　号
不整脈手術　左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）　（不整経カ）第　　号
磁気ナビゲーション加算　（磁場心）第　　号
経皮的中隔心筋焼灼術　（経中）第　　号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術　（ペ）第　　号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
（ペリ）第　　号
両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）　（両ペ心）第　　号
両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）　（両ペ静）第　　号
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）　（除心）第　　号
植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術　（除静）第　　号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）　（両除心）第　　号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）　（両除静）第　　号
大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）　（大）第　　号
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）　（経循補）第　　号
補助人工心臓　（補心）第　　号
小児補助人工心臓　（小補心）第　　号
植込型補助人工心臓（非拍動流型）　（植補心非）第　　号
同種心移植術　（心植）第　　号
同種心肺移植術　（心肺植）第　　号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術　（筋シ心移）第　　号
経皮的下肢動脈形成術　（経下肢動）第　　号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術　（内下不切）第　　号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）　（腹リ後腹）第　　号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）　（腹リ傍大）第　　号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術　（腹小切）第　　号
腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（腹胃切支）第　　号
腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（腹側胃切支）第　　号
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）　（腹十二局）第　　号

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）（腹胃縮）第　号
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹胃全）第　号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術（バ経静脈）第　号
胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）
（胆腫）第　号
体外衝撃波胆石破砕術（胆）第　号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術（腹胆閉鎖）第　号
腹腔鏡下肝切除術（腹肝）第　号
生体部分肝移植術（生）第　号
同種死体肝移植術（肝植）第　号
体外衝撃波膵石破砕術（膵石破）第　号
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術（腹膵腫瘍）第　号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（腹膵切）第　号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膵切支）第　号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（腹膵頭）第　号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膵頭支）第　号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術（膵植）第　号
同種死体膵島移植術（膵島植）第　号
生体部分小腸移植術（生小腸植）第　号
同種死体小腸移植術（小腸移植）第　号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術（早大腸）第　号
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
（腹直腸切支）第　号
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹腎形支）第　号
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（腎）第　号
腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）（腎凝固）第　号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹腎支器）第　号
同種死体腎移植術（腎植）第　号
生体腎移植術（生腎）第　号
膀胱水圧拡張術（膀胱）第　号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膀胱悪支）第　号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腹膀）第　号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（腹小膀悪）第　号
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
（尿形性障）第　号
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（尿裂性障）第　号
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（陰形性障）第　号
人工尿道括約筋植込・置換術（人工尿）第　号
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（陰全性障）第　号
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（精摘性障）第　号

焦点式高エネルギー超音波療法（焦超）第　号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（腹前）第　号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹前支器）第　号
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
（会形性障）第　号
造膣術、膣閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）
（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（造膣閉性障）第　号
腹腔鏡下仙骨膣固定術（腹仙骨固）第　号
腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）（腹仙骨固支）第　号
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（子宮全性障）第　号
腹腔鏡下腟式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）
（腹膣子性障）第　号
腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膣子内支）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
（腹子悪内支）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）（腹子）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）（腹子頸）第　号
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
（子宮附性障）第　号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術（内胎）第　号
胎児胸腔・羊水腔シャント術（胎羊）第　号
無心体双胎焼灼術（無心）第　号
胎児輸血術（胎輸）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算１（医手休）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算１（医手外）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算１（医手深）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の休日加算１（歯手休）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の時間外加算１（歯手外）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の深夜加算１（歯手深）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の16に掲げる手術（胃瘻造）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）（乳切遺伝）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術に対する乳房切除術）（子宮附遺伝）第　号
輸血管理料Ⅰ（輸血Ⅰ）第　号
輸血管理料Ⅱ（輸血Ⅱ）第　号
輸血適正使用加算（輸適）第　号
貯血式自己血輸血管理体制加算（貯輸）第　号
コーディネート体制充実加算（コ体充）第　号
自己生体組織接着剤作成術（自生接）第　号

自己クリオプレシピテート作製術（用手法）　（自己ク）第　　号
同種クリオプレシピテート作製術　（同種ク）第　　号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算　（造設前）第　　号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算　（胃瘻造嚥）第　　号
凍結保存同種組織加算　（凍保組）第　　号
歯周組織再生誘導手術　（ＧＴＲ）第　　号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術　（人工歯根）第　　号
顎関節人工関節全置換術（歯科）　（歯顎人工）第　　号
歯根端切除手術の注３　（根切顕微）第　　号
麻酔管理料（Ⅰ）　（麻管Ⅰ）第　　号
麻酔管理料（Ⅱ）　（麻管Ⅱ）第　　号
歯科麻酔管理料　（歯麻管）第　　号
放射線治療専任加算　（放専）第　　号
外来放射線治療加算　（外放）第　　号
遠隔放射線治療計画加算　（遠隔放）第　　号
高エネルギー放射線治療　（高放）第　　号
１回線量増加加算　（増線）第　　号
強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　（強度）第　　号
画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）　（画誘）第　　号
体外照射呼吸性移動対策加算　（体対策）第　　号
定位放射線治療　（直放）第　　号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算　（定対策）第　　号
粒子線治療　（粒）第　　号
粒子線治療適応判定加算　（粒適）第　　号
粒子線治療医学管理加算　（粒医）第　　号
画像誘導密封小線源治療加算　（誘密）第　　号
保険医療機関間の連携による病理診断　（連携診）第　　号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製　（連組織）第　　号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診　（連細胞）第　　号
病理診断管理加算１　（病理診１）第　　号
病理診断管理加算２　（病理診２）第　　号
デジタル病理画像による病理診断　（デ病診）第　　号
悪性腫瘍病理組織標本加算　（悪病組）第　　号
口腔病理診断管理加算１　（口病診１）第　　号
口腔病理診断管理加算２　（口病診２）第　　号
クラウン・ブリッジ維持管理料　（補管）第　　号
歯科矯正診断料　（矯診）第　　号
顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）　（顎診）第　　号

調剤基本料１　（調基１）第　　号
調剤基本料２　（調基２）第　　号
調剤基本料３イ　（調基３イ）第　　号
調剤基本料３ロ　（調基３ロ）第　　号
調剤基本料１（注１のただし書に該当する場合）　（調基特１）第　　号
地域支援体制加算　（地支体）第　　号
後発医薬品調剤体制加算１　（後発調１）第　　号
後発医薬品調剤体制加算２　（後発調２）第　　号
後発医薬品調剤体制加算３　（後発調３）第　　号
無菌製剤処理加算　（薬菌）第　　号
在宅患者調剤加算　（在調）第　　号
薬剤服用歴管理指導料の４に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導　（オン外薬）第　　号
薬剤服用歴管理指導料の注７に掲げる特定薬剤管理指導加算２　（特薬管２）第　　号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料　（か薬）第　　号

7　次の(1)から(10)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか１つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

（1）　持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）、皮下連続式グルコース測定

（2）　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

（3）　センチネルリンパ節生検（併用）、乳がんセンチネルリンパ節加算１

（4）　センチネルリンパ節生検（単独）、乳がんセンチネルリンパ節加算２

（5）　人工膵臓検査、人工膵臓療法

（6）　時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト

（7）　検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

（8）　導入期加算２、腎代替療法実績加算

（9）　透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

(10)　食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

8　４に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、令和２年４月 20 日までに届出書の提出が

あり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

9　届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第３　届出受理後の措置等

1　届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算１、２及び３、歯科画像診断管理加算１及び２、麻酔管理料（Ⅰ）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の１日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。

2　届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年１回、受理後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

3　特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。

4　届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年７月１日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

5　地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。

6　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）、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（昭和 58 年厚生省告示第 14 号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第４　経過措置等

第２及び第３の規定にかかわらず、令和２年３月 31 日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

令和２年３月 31 日において現に表１及び表２に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、令和２年４月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

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

外来栄養食事指導料（注２に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合）
心臓ペースメーカー指導管理料の注５に掲げる遠隔モニタリング加算
がん患者指導管理料のニ
婦人科特定疾患治療管理料
腎代替療法指導管理料
ニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
療養・就労両立支援指導料の注３に掲げる相談支援加算
外来排尿自立指導料
精神科退院時共同指導料１
精神科退院時共同指導料２
在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導体制充実加算
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
睡眠時歯科筋電図検査
ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査
がんゲノムプロファイリング検査
角膜ジストロフィー遺伝子検査
先天性代謝異常症検査
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
検体検査判断料の注７に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
単線維筋電図
脳磁図（自発活動を測定するもの）
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）
黄斑局所網膜電図
全視野精密網膜電図
経気管支凍結生検法
血流予備量比コンピューター断層撮影

全身ＭＲＩ撮影加算
連携充実加算
経頭蓋磁気刺激療法
療養生活環境整備指導加算
依存症集団療法２
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
多血小板血漿処置
心不全に対する遠赤外線温熱療法
乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）
子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算
椎間板内酵素注入療法
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）
角膜移植術（内皮移植加算）
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
顎関節人工関節全置換術
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
不整脈手術　左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）
両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）
経皮的下肢動脈形成術
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
同種死体膵島移植術
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）
無心体双胎焼灼術
胎児輸血術
同種クリオプレシピテート作製術
顎関節人工関節全置換術（歯科）

歯科麻酔管理料
薬剤服用歴管理指導料の４に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導
薬剤服用歴管理指導料の注７に掲げる特定薬剤管理指導加算２

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

小児運動器疾患指導管理料
小児科外来診療料
摂食機能療法の注３に掲げる摂食嚥下支援加算（令和２年３月 31 日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和２年度改定前）の区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の注３に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２月４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
導入期加算２
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
麻酔管理料（Ⅱ）（麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。）
調剤基本料の注５に掲げる地域支援体制加算（調剤基本料１を算定している保険薬局で、令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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

持続血糖測定器加算	→	持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
脳磁図	→	脳磁図（その他のもの）
依存症集団療法	→	依存症集団療法１
腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	→	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	→	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	→	植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術に関する施設基準

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	→	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届出番号	

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。
３　届出書は、１通提出のこと。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。
1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
1の2	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料（注２）	□	□　年　月	□	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	□	□　年　月	□	1の3
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4の3	がん患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6, 5の8
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	□	□　年　月	□	5の10
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□　年　月	□	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	□	□　年　月	□	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
6の8	地域包括診療料１	□	□　年　月	□	7の7
6の8	地域包括診療料２	□	□　年　月	□	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	□	□　年　月	□	7の8
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	8, 4
7の2	療養・就労両立支援指導料	□	□　年　月	□	8の3
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9, 10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3の3	排尿自立指導料	□	□　年　月	□	13の4
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□　年　月	□	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□　年　月	□	14の2
12の２	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15
12の２	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の２	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15
12の３	精神科退院時共同指導料	□	□　年　月	□	16
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	□	□　年　月	□	17

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
13	歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	□	□　年　月	□	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所１	□	□　年　月	□	18
14	在宅療養支援歯科診療所２	□	□　年　月	□	18
14の2	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	□	□　年　月	□	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	□	□　年　月	□	19
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２	□	□　年　月	□	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	□	□　年　月	□	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□　年　月	□	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□　年　月	□	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の3
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	□	□　年　月	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□　年　月	□	20の10, 52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	□	□　年　月	□	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	□	□　年　月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	□	□　年　月	□	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	□	□　年　月	□	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	□	□　年　月	□	23
18の1の3	骨髄微小残存病変量測定	□	□　年　月	□	23の2
18の1の4	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の3
18の1の5	がんゲノムプロファイリング検査	□	□　年　月	□	23の4
18の1の6	角膜ジストロフィー遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の5
18の1の7	先天性代謝異常症検査	□	□　年　月	□	23の6
18の1の9	抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）	□	□　年　月	□	5の5
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□　年　月	□	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
20の3	国際標準検査管理加算	□	□　年　月	□	22
21	遺伝カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	□	□　年　月	□	24の6, 52
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7, 52
23	人工膵臓検査	□	□　年　月	□	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査１	□	□　年　月	□	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
25の2	単線維筋電図	□	□　年　月	□	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	□	□　年　月	□	26の2, 52
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	□	□　年　月	□	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料１	□	□　年　月	□	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	□	□　年　月	□	27の3
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	□	□　年　月	□	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	□	□　年　月	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	□	□　年　月	□	31の3, 52, 4
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	□	□　年　月	□	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	□	□　年　月	□	38の1の3
29の７	睡眠時歯科筋電図検査	□	□　年　月	□	38の1の4
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算３	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	□	□　年　月	□	36
34	ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	□	□　年　月	□	37の2
35の3	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の2	乳房ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の3	小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
36の1の4	頭部ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	□	□　年　月	□	38の3
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の２	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
40の２	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）	□	□　年　月	□	43の6の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□　年　月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□　年　月	□	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料２	□	□　年　月	□	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□　年　月	□	44の8
47の7	通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算）	□	□　年　月	□	44の5
47の7	通院・在宅精神療法（療養生活環境整備指導加算）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□　年　月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□　年　月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	□	□　年　月	□	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□　年　月	□	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□　年　月	□	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料	□	□　年　月	□	47の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の2の2	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□　年　月	□	48の5
56の2の3	多血小板血漿処置	□	□　年　月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□　年　月	□	52, 48の6
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□　年　月	□	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□　年　月	□	49の3の2
57の2の3	人工膵臓療法	□	□　年　月	□	24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□　年　月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□　年　月	□	49の4の2, 52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□　年　月	□	49の6, 4, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□　年　月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□　年　月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50
57の6	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	□	□　年　月	□	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の4, 52, 4
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□　年　月	□	87の6, 52
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	□	□　年　月	□	50の5の3, 52
57の9の3	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	□	□　年　月	□	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□　年　月	□	50の6, 52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□　年　月	□	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□　年　月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□　年　月	□	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□　年　月	□	51の3
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□　年　月	□	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）	□	□　年　月	□	25の3
60の2の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□　年　月	□	53
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52, 54の2
60の4	羊膜移植術	□	□　年　月	□	52, 54の3

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□　年　月	□	52, 54の4
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	□	□　年　月	□	52, 54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 54の5
60の8	網膜再建術	□	□　年　月	□	52, 54の6
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□　年　月	□	52, 55
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）	□	□　年　月	□	52, 54の7
61の2の2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	□	□　年　月	□	52, 56の7
61の2の3	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 56の7
61の2の4	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□　年　月	□	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□　年　月	□	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 56の4
61の4の6	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）	□	□　年　月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52, 56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□　年　月	□	52, 56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	□	□　年　月	□	50の5
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の17
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52, 58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□　年　月	□	52, 58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□　年　月	□	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□　年　月	□	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□　年　月	□	52, 87の11
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	□	□　年　月	□	52, 59の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□　年　月	□	52, 87の12

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□　年　月	□	52, 59の3
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52, 59の3の2
63の6	磁気ナビゲーション加算	□	□　年　月	□	52, 59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	24
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	52, 61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	□	□　年　月	□	52, 62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52, 63
68	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）	□	□　年　月	□	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□　年　月	□	52, 87の13
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52, 64
69の2	小児補助人工心臓	□	□　年　月	□	52, 64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□　年　月	□	52, 65の3
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□　年　月	□	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□　年　月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□　年　月	□	52, 65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	□	□　年　月	□	52, 65の4の2
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52, 65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52, 65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 65の5
72の7の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□　年　月	□	52, 65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□　年　月	□	52, 65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□　年　月	□	52, 87の15
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52, 66の2
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□　年　月	□	52, 87の16
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52, 67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□　年　月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 67の2の4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□　年　月	□	52, 57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□　年　月	□	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□　年　月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	52, 67の3
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52, 65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の18
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□　年　月	□	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52, 65の5
77の7	膀胱水圧拡張術	□	□　年　月	□	52, 69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52, 65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4
77の12	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52, 70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 65の5, 4
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定術	□	□　年　月	□	52, 71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 71の1の4
78の3	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□　年　月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□　年　月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52, 71の5
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52, 71の2
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□　年　月	□	52, 71の4
78の6	医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	52, 87の20
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, (基本別添7)13の4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□　年　月	□	43の4, 43の5
80	輸血管理料Ⅰ	□	□　年　月	□	73

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□　年　月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□　年　月	□	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□　年　月	□	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	□	□　年　月	□	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□　年　月	□	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□　年　月	□	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
80の9	歯根端切除手術の注３	□	□　年　月	□	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□　年　月	□	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□　年　月	□	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
81の3	歯科麻酔管理料	□	□　年　月	□	75の2
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□　年　月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の2	１回線量増加加算	□	□　年　月	□	77
83の3	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	□	□　年　月	□	78
83の4	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□　年　月	□	79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	□	□　年　月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□　年　月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□　年　月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	調剤基本料	□	□　年　月	□	84
89	調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準	□	□　年　月	□	87の2
92	地域支援体制加算	□	□　年　月	□	87の3, 87の3の2, 4
93	後発医薬品調剤体制加算	□	□　年　月	□	87
95	保険薬局の無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	88
96	在宅患者調剤加算	□	□　年　月	□	89
97	薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する施設基準	□	□　年　月	□	91
98	特定薬剤管理指導加算２	□	□　年　月	□	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	□	□　年　月	□	90

※様式2、6、7の4、7の5、13の5、24の2、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86は欠番。

診療報酬改定による届出やお問い合わせなどは管轄の関東信越厚生局都県事務所（埼玉県は指導監査課）にお願いいたします。

保険医療機関の所在他	お問い合わせ事務所	所 在 地	電話番号
埼玉県	関東信越厚生局 指導監査課	〒 ３３０−９７２７ 埼玉県さいたま市中央区新都心２−１ さいたま新都心合同庁舎検査棟　２階	０４８ （８５１）３０６０
茨城県	関東信越厚生局 茨城事務所	〒 ３１０−００６１ 茨城県水戸市北見町１−１１ 水戸地方合同庁舎 ４階	０２９ （２７７）１３１６
栃木県	関東信越厚生局 栃木事務所	〒 ３２０−００４３ 栃木県宇都宮市桜５−１−１３ 宇都宮地方合同庁舎 ５階	０２８ （３４１）８４８６
群馬県	関東信越厚生局 群馬事務所	〒 ３７１−００２４ 群馬県前橋市表町２−２−６ 前橋ファーストビルディング ７階	０２７ （８９６）０４８８
千葉県	関東信越厚生局 千葉事務所	〒 ２６０−００１３ 千葉県千葉市中央区中央３−３−８ 日進センタービル ７階	０４３ （３７９）２７１６
東京都	関東信越厚生局 東京事務所	〒 １６３ー１１１１ 東京都新宿区西新宿６−２２−１ 新宿スクエアタワー １１階	０３ （６６９２）５１１９
神奈川県	関東信越厚生局 神奈川事務所	〒 ２３１−００１５ 神奈川県横浜市中区尾上町１−６ ＩＣＯＮ関内 ６階	０４５ （２７０）２０５３
新潟県	関東信越厚生局 新潟事務所	〒 ９５０−００８８ 新潟県新潟市中央区万代２−３−６ 新潟東京海上日動ビルディング １階	０２５ （３６４）１８４７
山梨県	関東信越厚生局 山梨事務所	〒 ４００−０８５８ 山梨県甲府市相生１−４−２３ 損保ジャパン日本興亜鮎川ビル ５階 ※令和２年４月よりビル名が変わります （新名称）損保ジャパン鮎川ビル ５階	０５５ （２０６）０５６９
長野県	関東信越厚生局 長野事務所	〒 ３８０−０８４６ 長野県長野市旭町１１０８ 長野第２合同庁舎 ４階	０２６ （４７４）４３４６