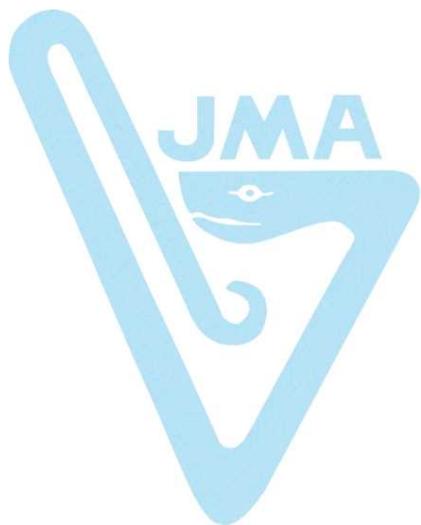


《都道府県医師会 社会保険担当理事連絡協議会》

令和2年度診療報酬改定について 〔概要版〕



令和2年3月5日
公益社団法人 日本医師会



日本医師会 新キャラクター
「日医君(にちいくん)」

令和2年度診療報酬改定

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 + 0.47%

各科改定率 医科 + 0.53%

歯科 + 0.59%

調剤 + 0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 + 0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲ 0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲ 0.01%

② 材料価格 ▲ 0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.01%

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として 公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

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

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

（社会保障審議会 医療保険部会・医療部会（令和元年12月10日））

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

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ タスク・シェアリング/タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

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

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

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

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
- ・ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

1. 改定に当たっての基本認識①

《健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現》

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025年にはいわゆる団塊の世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに現役世代(生産年齢人口)が急激に減少していく。
- このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会の実現と「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。
- 我が国の医療制度は、人口減少が進展する中で、地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題にも直面している。これらの課題に総合的に対応しながら、世界に冠たる国民皆保険を堅持し、あらゆる世代の国民一人一人が安全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要不可欠である。また、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズを柔軟に対応することが重要である。
- そのためには、来る人口減少社会に備えた将来の医療体制の展望を見据え、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現しながら、患者・国民にとって身近でわかりやすい医療を実現するとともに、医師等の働き方改革を推進することが必要である。その際、高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、効率化・適正化を進め、制度の安定性・持続性を確保しつつ経済・財政との調和を図る観点も重要である。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

1. 改定に当たっての基本認識②

《患者・国民に身近な医療の実現》

- 患者にとって身近でわかりやすい医療の実現のためには、地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築するとともに、かかりつけ医機能や患者への情報提供や相談・支援を充実させることが必要である。
- また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、厳しい財政状況など、医療を取り巻く社会経済状況を踏まえると、我が国の医療制度に関わる全ての関係者(住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等)が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。また、診療報酬制度の基本的仕組みやそこから見える医療の方向性について、住民に丁寧に理解を広めていく必要がある。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

1. 改定に当たっての基本認識③

《どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、 医師等の働き方改革の推進》

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められる。
- その中で、医師等の働き方改革については、将来の医療ニーズの変化や現役世代の減少、医療技術の進歩等も踏まえつつ、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等の負担軽減等を図ることが重要である。

《社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和》

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠であるとともに、医療政策においても経済・財政との調和を図っていくことが重要である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針2019」や「成長戦略実行計画・成長戦略フォローアップ・令和元年度革新的事業活動に関する実行計画」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性①

- 平成30年度診療報酬改定については、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定でもあったことから、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定を行った。
- 令和2年度診療報酬改定に当たっては、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、医師等の働き方改革の推進や、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を実現するための取組を進めつつ、効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上を図ることが重要である。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性②

(1) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

《基本的視点》

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革に関しては、2024年(令和6年)4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月を見据え、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、適切な評価の在り方について検討する必要がある。

《具体的方向性の例》

- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
 - ・ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進。
 - ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療を推進。
 - ・ 届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進。
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
 - ・ ICTを活用した医療連携の取組を推進。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性③

(2) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

《基本的視点》

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

《具体的方向性》

- かかりつけ医の評価
 - ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。また、患者にとって、かかりつけ医機能を有する医療機関等が分かる仕組み等を検討。
- 患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、適切な情報提供や相談への幅広い対応に資する取組、生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性④

(2) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

《具体的方向性(続き)》

- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
 - ・ 質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- 院内薬剤師業務の評価
 - ・ 院内薬剤師業務を適切に評価。
- 医療におけるICTの利活用
 - ・ 離島・へき地等の医療資源が少ない地域におけるニーズや、医療の質にかかるエビデンス等を踏まえ、医療におけるICTの利活用を適切に評価。
 - ・ ICTを活用した医療連携の取組を推進。(再掲)

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性③

(3) 医療機能の分化・強化、連携と患者・地域包括ケアシステムの推進

《基本的視点》

- 急性期、回復期、慢性期など患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるよう、切れ目のない医療の提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進めるとともに、在宅復帰等につながるよう、質の高い在宅医療・訪問看護の確保や、他の医療機関等との連携、介護サービスとの連携、協働等が必要である。

《具体的方向性》

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化
 - ・ 大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護等の提供体制を確保。
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組
 - ・ 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導など、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性④

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定的・持続可能性の向上

《基本的視点》

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定的・持続可能性を高める不断の取組が必要である。医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上とともに、効率化・適正化を図ることが求められる。

《具体的方向性》

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
 - ・ 後発品の使用促進について、「2020年9月までに後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成する」という目標を実現するための取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。
- 費用対効果評価の活用
 - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。
 - ・ エビデンスや相対的な臨床有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)
- 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、薬剤耐性(AMR)や、適正使用のための長期処方への在り方への対応等、医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

令和2年度診療報酬改定の基本方針

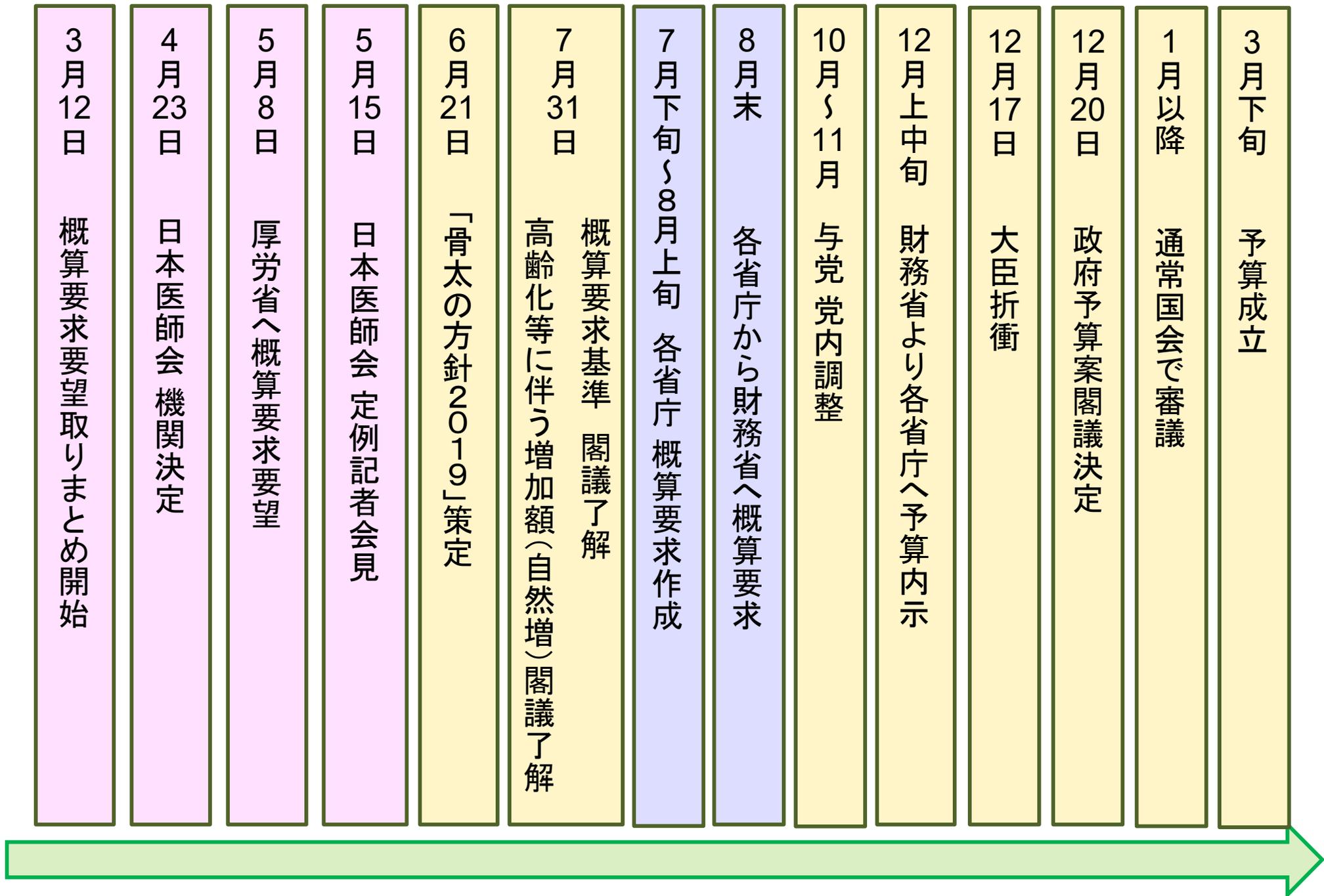
[令和元年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、高齢化の進展に併せて、サービスの担い手(生産年齢人口)が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。このような中、我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。
- 国民一人一人の生活が多様化する中、患者・国民にとって身近で安心・安全な医療を実現していくためには、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくことが求められる。あわせて医療に係る財源は、保険料、公費及び患者負担等によってまかなわれていることに鑑み、医療機関等の経営に携わる者は、社会に対する説明責任を果たしていくことが求められる。
- 加えて、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の関係者がそれぞれの役割を自覚しながら保健・医療に関わるのが重要であり、国民全体の医療制度に対する理解を深めていくための普及啓発も含め、国民に対して丁寧に説明していくことが求められている。
- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが必要である。

改定率決定までの主な流れ

2020年度概算要求要望から予算決定までの流れ



医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに制度改革に取り組んでいく必要があり、下記の視点で、早急に議論を前に進めるべき。

視点1 保険給付範囲の在り方の見直し

① 「『大きなリスクは共助、小さなリスクは自助』の原則の徹底」

「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

〔主な改革項目（案）〕 OTC類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入
介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

② 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて、保険収載の可否も含め公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。

視点2 保険給付の効率的な提供

① 「医療・介護提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療・介護提供体制の在り方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目（案）〕

- ・ 地域医療構想の実現（急性期病床の削減等）に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等

② 「公定価格の適正化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供
するよう、診療報酬・薬価の合理化・適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

視点3 高齢化・人口減少下での負担の公平化

① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げや介護の利用者負担などの改革を実施すべき。

② 「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」

保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

【2019年5月8日】

日本医師会定例記者会見「『令和』の幕開けと財政審の議論について」

「令和」の幕開けを迎えて

- 新しい時代においても医療は人が人に行うものであり、医師と患者との信頼関係に基づいて成り立つものであることに変わりはない。
- かかりつけ医の心は「和の心」と「寄り添う心」だと考えている。外務省が「令和」について外国政府に英語で説明する際には、「Beautiful Harmony」という趣旨を伝えるよう在外公館に指示したが、「美しい調和」の心を大切に、「令和」の時代も日本医師会綱領にもあるように、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指していく。
- これまでも日医では予防・健康づくりを推進してきたが、『令和』の時代には、今まで以上に予防・健康づくりが重要となり、かかりつけ医が積極的に関わる必要がある。
- 日医としても、健康寿命の延伸を目指すために、日本健康会議における取り組みなどと合わせて、引き続き予防・健康づくりを推進し、明るい健康社会の実現に努めていく。
- これからの「令和」の時代には、人工知能(AI)やICTなどの活用がより進み、今まで見つけにくかった病も早期に発見することが可能になる。医療技術がどんなに進歩しようとも、日医は『医療の専門家集団』として、国民が必要な医療を過不足なく受けられる社会の実現に向けて尽力し、医師が患者さんに寄り添いながら、安心・安全な医療を提供できるよう、その体制の構築に向けた取り組みを進めていく。



金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

- 日本医師会では以前から、社会保障の理念に基づき、所得や金融資産の多寡に応じた応能負担を行うべきであると主張してきた。こうした取り組みは進めていくべき。

受診時定額負担の導入

- 「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の受講者は約3万人であり、ほぼ全ての都道府県で修了者が出ていることから、現行の「日医かかりつけ医機能研修制度」を更に一步推し進め、今後のあるべき姿について前向きに議論していく必要があると考えている。また、国民に対し、社会保障に関する教育・啓発などを行って意識改革を促し、受療行動を変えて頂く施策も必要である。
- 受診時定額負担は、経済的な誘導を行うことで、経済格差が受療行動に影響を与える。少額で軽微な受診を抑制した結果、高額で深刻な受診が増える可能性もあるため、まずは所得の高い高齢者の自己負担のあり方を見直すべき。
- 一方、特定機能病院等の大病院における再診時の定額負担については、あまり活用されていない現状を鑑み、実効性をもたせる見直しを行うとともに、対象病院の拡大についても検討していくべき。

地域医療介護総合確保基金創設前から存在している事業についてもメリハリのある配分調整

- 基金創設前から存在している事業は、看護師等養成所への支援など、地域に大変重要な事業が多いことから、長期的な視野に立って検討するべき。

急性期病床の次期診療報酬改定での更なる要件厳格化

- 新しい評価体系が2018年度の診療報酬改定で導入されたばかりで、医療機関は自院の将来像を描いて改革をしているところである。改定のたびに入院基本料の要件を改変するのではなく、中長期的な方向性を踏まえた議論を行うべき。

民間医療機関に対する他の病床機能への転換命令に係る権限等の付与

- 地域医療構想の推進において、知事の権限強化による強制的な機能分化は現場に混乱を招き、医療提供体制を崩壊させかねない。知事の権限のあり方を検討する前に、公立病院のあり方について検討し、その地域にふさわしい病床数に調整していくことが重要である。

まとめ

- 急激な制度変更による医療費の抑制政策は、後期高齢者医療制度導入の時のように国民の理解を得られず、7月の参議院議員選挙で国民から与党は厳しい審判を突きつけられることになりかねない。
- 医療政策は財政主導で行うのではなく、社会保障が社会の安定に寄与していることを念頭に置いて実行すべき。



【2019年5月8日】

厚生労働省で「2020年度概算要求に対する日本医師会要望の説明会」を開催

国民が生涯にわたり健やかでいきいきと活躍し続ける「人生100年時代」を見据えた社会を実現するため、

1. 予防・健康への予算確保
2. 働き方改革への予算確保
3. オリンピック・パラリンピック対策への予算確保
4. 地域医療への予算確保
5. ICT・AI・IoT活用への予算確保
6. 災害対策への予算確保
7. 薬務対策への予算確保
8. 介護保険への予算確保
9. 医療の国際貢献推進への予算確保
10. 医学・学術への予算確保
11. 医療安全への予算確保

について、具体的な事項と
要望額を示し、その実現を強く要求。



【2019年5月16日】

「国民医療を守る議員の会」総会開催

日本医師会から2020年度概算要求要望、予防・健康づくりなどについて説明



【2019年5月21日】

第25回医療政策研究会開催

日本医師会から2020年度概算要求要望、予防・健康づくりなどについて説明



【2019年6月5日】

未来投資会議で「成長戦略実行計画案」「成長戦略フォローアップ案」の提示

【2019年6月11日】

経済財政諮問会議で「骨太の方針2019」の原案提示

【2019年6月18日】

日本医師会定例記者会見「経済財政諮問会議『経済財政運営と改革の基本方針2019』(案)および未来投資会議『成長戦略フォローアップ案』等について」

予防・健康づくり

- 「骨太の方針2019」案の疾病・介護の予防の考え方については、人生100年時代に向けて、社会保障を持続可能なものとするために、日医も予防・健康づくりを積極的に推進しているところであり、日医の考え方が反映されたものと考えている。
- 各地域で医療・介護に何が必要かを検証し、ボトムアップによりそれが国の政策に反映され、各地域にフィードバックされる『地域から国へ』という考え方は、私が会長就任以来掲げている会務運営に臨む基本姿勢の一つ。こうした日医の取り組みが、政府の「骨太の方針」にも反映された。

懸念事項

(1) 地域別診療報酬

地域別診療報酬の導入が懸念された奈良県において、奈良県医師会と奈良県知事との間で政策協定(2018年12月)が結ばれ、「奈良県で地域別診療報酬を下げることはない旨確認する」と明記されたことから、既に、この問題は解決済みである。

(2) 地域医療介護総合確保基金創設前から存在している事業も含めた大幅なメリハリ付け
基金創設前から存在している事業は、看護師等養成所への支援など、長期的にみて、地域に大変重要なものも多く、それらは十分に確保されなければならない。即時的な効果を求めるのではなく、長期的な視野に立つべき。

その他(「骨太の方針2019」関係)

- 知事の権限強化による強制的な機能分化は現場に混乱を招き、かえって医療提供体制を崩壊させかねない。高齢者人口の増加には地域差がある。地域のニーズや人口減少に応じて、病床は減少していくものであり、病床を急激に減少させるのではなく、ソフトランディングすることが必要。
- 国保の保険料の上限を見直すなどして、国保財政の収入増につなげることも必要。国保の法定外繰入の解消によって得られた財源は、予防・健康づくりの財源として活用することも考えるべきである。

未来投資会議の「復興特区特例措置により実施されている訪問リハビリテーションへの対応」について

- 「成長戦略フォローアップ案」についても、大筋で日医の意見が反映。
- 介護サービスを利用する高齢者は、主となる疾病を抱えている。訪問先の居宅で事故が発生したり、患者が急変した場合、医療機関等の開設主体ではない事業所では十分な対応は期待できず、安全なサービス提供に不安があり、サービスの質の担保についても懸念されるべき状態となる。

「規制改革会議実施計画」について

- 日医の意見が反映されている。今後も旧姓使用の活用等、引き続き男女共同参画の推進に努めていく。



【2019年6月19日】

財政制度等審議会が「令和時代の財政の在り方に関する建議」をとりまとめ

【2019年6月21日】

下記が閣議決定

- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」

- 「成長戦略」

（成長戦略実行計画、成長戦略フォローアップ、令和元年度革新的事業活動に関する実行計画）

- 「規制改革実施計画」

- 「まち・ひと・しごと創生基本方針2019」

【2019年6月5日】

日本医師連盟と自由民主党が参議院議員選挙における政策協定書を締結

第二十五回参議院議員通常選挙において、自由民主党と日本医師連盟は次の内容について政策協定を締結する。

政策協定書

記

自由民主党は、左記の政策協定事項を鋭意実現するものとする。また、日本医師連盟は、自由民主党候補者の当選に向けて一致団結して取り組むものとする。

政策協定事項

- 一、国民皆保険を堅持するとともに、国民間で医療・介護の享受に格差が生じないよう、国民医療・介護の更なる充実・強化を図る。
- 一、国民が住み慣れた地域において質の高い医療・介護を受けられるよう、かかりつけ医を中心とした地域における必要な医療を確保する。
- 一、人生百年時代に向けて、社会保障を持続可能なものとするために、健康寿命の延伸を図り、予防や生涯にわたる健康づくりをこれまで以上に推進する。
- 一、二〇四〇年に向けた社会保障のあり方に向けて、国民全体で合意の上、納得を得られる負担と給付を導き出すよう、議論し、結論を得るよう努める。
- 一、東京オリンピック・パラリンピックに向け、熱中症や感染症対策を行うとともに、外国人医療提供体制を整備する。

令和元年六月五日

自由民主党政務調査会会長

日本医師連盟委員長



印 印

【2019年7月21日】

第25回参議院議員選挙

羽生田たかし 152,807票で当選



【2019年7月24日】

日本医師会定例記者会見「第25回参議院議員選挙の結果を受けて」

- 選挙前の各種世論調査では、有権者が社会保障政策を最も重視していると報じられていたが、自由民主党は比例区における社会保障関係の候補者10名で120万票超を獲得しており、医療や介護に国民の関心が極めて高いことを表している。
- 羽生田たかし氏が2期目の当選を果たしたことについては、すべての人にやさしい医療・介護が提供できる社会の実現に向けて、より一層活躍されることを期待する。一方、当選したことで良しとせず、伸び悩んだ得票数について分析をするとともに、地域の実情について、都道府県においても分析が必要である。それを踏まえて医政活動のあり方を抜本的に見直していく必要がある。
- 若手医師に日医の考え方について一方的に理解を求めるのではなく、若手医師の意見を吸い上げていく組織に変えていくことを考えている。
- 市町村議会議員や都道府県議会議員にも医療の問題点を共有して頂くことも大切であり、地方議会議員に医師会の考え方を理解してもらうための取り組みを進めていかななくてはならない。
- その一例として、(1) 医師会と医師連盟との更なる連携強化、(2) 病院を始めとした医療機関等の若い医師への積極的なアプローチ、(3) 地域医師会と地方議会議員との日常的な連携が挙げられる。

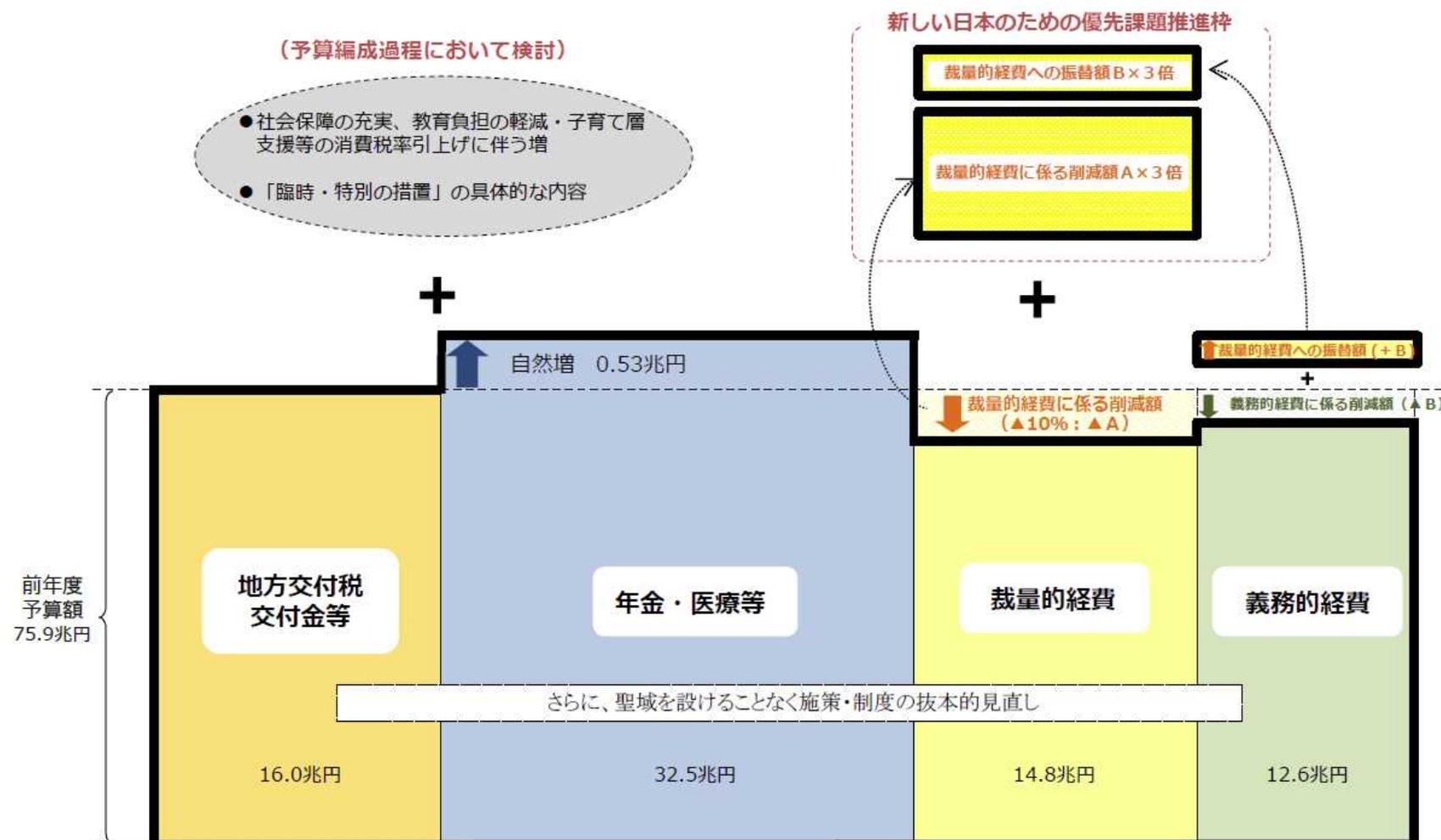


【2019年7月31日】

政府が2020年度予算の概算要求基準を閣議了解

高齢化等に伴ういわゆる自然増として5,300億円を加算した額の範囲内において、要求を認める。

令和2年度予算の概算要求に当たっての基本的な方針について



※ 地方交付税交付金等については「新経済・財政再生計画」との整合性に留意しつつ要求。義務的経費については、国勢調査に必要な経費の増等について加減算。

薬価、来年4月下げで政府調整

国費500億円以上抑制

厚生労働省と財務省が2020年度の予算編成で、薬の公定価格(薬価、3面きよこのことば)の引き下げで500億円以上の国費の削減を見込んでいることが分かった。20年4月は原則2年に1度の薬価の改定時期にあたるが、19年10月の消費増税に伴い臨時で下げる

ことをすでに決めており、半年で2度目の引き下げとなる。社会保障費の抑制に向け、どれだけ財源を捻出できるかが予算編成の焦点となる。

薬価は病院や調剤薬局が治療薬の代金を患者に請求する際の価格で、卸売業者が病院などに売る際の流通価格の下落を反映し、政府が定期的に見直す。厚労・財務両省はこれまでの流通価格の実態調査などを踏まえ、20年度に国費を最低でも500億円圧縮できると見込む。今後の実態調査に基づき、年末に決まる実際の削減幅はさらに大きくなる可能性がある。

財務省は高齢化などに伴う20年度の社会保障費の自然増を5300億円程度と見込み、圧縮に向けて厚労省と調整する。薬価を下げれば医療費に投入されている国費も減る。10月には消費税率の引き上げに伴い、増税分と流通価格の下落分との差し引きで0・51%(医療費ベース)下げることが

流通価格にあわせ見直し

薬価

きよこのことば

▽…公的医療保険の対象となる医療で、医師から処方されたり投与されたりする医薬品の公定価格のこと。すでに保険が適用されている薬の薬価は、卸売業者が医療機関や調剤薬局に販売する流通価格の下落にあわせて原則2年に1度見直す。競争を通じて流通価格は下がるため、改定ごとに薬価の引き下げが続いている。

▽…薬価改定のため、厚生労働省は卸売業者や医療機関、薬局を対象に薬価調査を実施する。改定年の前年秋時点での医薬品の品目ごとの流通価格や取引数量を調べ、薬価と流通価格との平均乖離(乖離率)をまとめる。乖離率から一定の調整幅を差し引くなどして実際の値下げ率をはいく。

▽…2019年度当初予算をみると、歳出総額の3割超を占める社会保障費は約34兆円にのぼる。医療分野に投入される国費は11・6兆円で、このうち2割程度が薬剤費に回っている見込みだ。薬価の引き下げは患者負担の軽減だけでなく、高齢化に伴う国庫負担の伸びを抑える効果もある。

改定年月	改定率 (医療費ベース)
2012年4月	▲1.26%
14年4月	▲0.58%
16年4月	▲1.22%
18年4月	▲1.65%
19年10月	▲0.51%

(出所)厚労省

がすでに決まっている。その後、半年しかたないが、20年4月にさらに薬価を下げる方針だ。経済協力開発機構(OECD)によると、保健医療支出に占める医薬品の割合が日本は2割弱と、10%台前半の欧米より高い。薬価を下げれば患者負担は軽くなる。ただ予算の帳尻合わせに使われている面もあり、製薬業界は「創薬への意欲をそぐ」と懸念している。

社会保障費 1200億円抑制

自然増400億円台に 財務・厚生省調整

高齢者の負担増 焦点

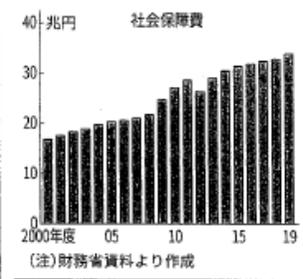
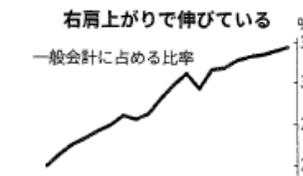
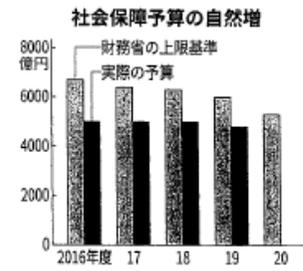
財務省と厚生労働省は来年度の社会保障関連の予算編成で、薬の公定価格の下げや介護保険の見直しで1200億円超の費用を減らす方向で調整する。高齢化の進展による社会保障費の自然増を当初想定5300億円程度から4千億円台に抑える。ただ、千億円規模の自然増抑制は既定路線。75歳以上の後期高齢者に負担増を求めるなど本格的な歳出改革に踏み込めるかが焦点になる。

来年度予算

薬利は差控から時間がたつと、卸売業者が病院や薬局に売る薬価は下がる傾向にある。薬価を来勢価格に合わせれば、財源は改定年度に捻出できる。製薬業界には痛手だが、患者の負担が減るため切り込みやすい。厚生省と財務省は薬割流通価格の未検証調査を踏まえ、20年度は最低でも500億円を圧縮できるとみている。

一般会計の3割 政府は7月31日、2020年度の社会保障費の自然増が5300億円程度になると公表した。第2次大戦中や、終戦直後の1945年生まれの世代に少ない。後期高齢者の伸びが一時的に鈍ることを見込んで、19年度の6千億円程度から700億円少なくなる見込み。社会保障費は今や一般

会計の3割超を占め、最大の政策経費になった。大の政策経費になった。高齡化の進展で放つておいたら膨らむ自然増をどれだけ抑え込めるかが毎年の予算編成の最大の焦点になっている。16〜18年度の自然増は約5千億円、19年度は約4800億円だった。いずれも厚労省が自然増に基づいて出した概算要求から1千億円以上を削り出した。財務省は20年度の予



(注)財務省資料より作成

社会保障の主な改革項目	
医療	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の窓口負担を引き上げ 薬剤の負担増や保険給付範囲を見直し 外来受診時の定額負担を導入 金融資産に応じた負担引き上げ
介護	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス計画書作成を有料に 軽度者向け生活援助サービスの負担増
年金	<ul style="list-style-type: none"> 働く高齢者の年金減額制度を見直し 厚生年金加入者の対象拡大 年金給付を抑制する「マクロ経済スライド」を発動しやすくする

る効果だ。中小企業の会社員が入る協会けんぽへの国の補助金が減る。17年度から始め、抑制策として機能してきた。22年度に急増も20年度の社会保障費を抑えても、その後は伸びが再び急増する可能性もある。47〜49年に生まれ「団塊の世代」が後期高齢者になり始める22年度以降、自然増は18千億円程度まで膨らむ見通

則1割から2割に上げる。ことが検討課題だが、今は手つかずのまま。75歳以上になると1人あたり医療費の平均は年に90万円を超え、45〜64歳の3倍超に増える。高額な薬剤への対応も検討課題だ。19年に公的保険の適用対象にした、がん治療薬「キムリア」は3千万円を超す国内最高価格だった。製薬会社の薬剤開発を阻害しないように配慮しつつ、軽い爆弾への保険適用の見直しが必要になる。温布やヒタミン剤といった市販薬と同じ成分を含む医薬品でも病院で処方されれば、3割の自己負担で買える。市販薬を買い取り得るので、わざわざ病院に通う人は多い。こうした現状を改めなければ、医療に使われる税金や保険料は増え続ける。将来世代にますます負担の見えるがある。原

【2019年8月27日】

厚生労働省が2020年度予算概算要求を公表

厚生労働省資料

令和2年度 厚生労働省予算概算要求のフレーム



注1 他府省所管予算に係る減少額△100億円を含む。

注2 消費税率引上げに伴う社会保障の充実、「新しい経済政策パッケージ」(平成29年12月8日閣議決定)で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」等については、社会保障改革プログラム法第28条に規定する消費税・地方消費税の収入及び社会保障の重点化・効率化の動向等を踏まえ、予算編成過程で検討する。

また、消費税率引上げに伴う需要変動に対する臨時・特別の措置、過去の年金国庫負担繰り延べの返済などについても予算編成過程で検討する。

<別枠で要求するもの>

- B型肝炎の給付金等支給経費
- 東日本大震災復興経費

MEDIFAX

株式会社 じほう

https://mf.jiho.jp/

弊社の許諾なしに、転送・転載、複写そのほかの複製、翻訳、およびデータの使用は固くお断りいたします ©2019じほう

社会保障制度改革に関する 新たな会議についての報道

2019年8月6日 MEDIFAX

2019年8月6日
朝日新聞朝刊

■ 給付・負担含む社保改革、「新たな会議」設置を 自民・社保調査会

自民党の社会保障制度調査会（鴨下一郎会長）は5日に役員会を開き、来年の「骨太の方針2020」を視野に入れ、今後の給付・負担見直しも含めた社会保障制度改革をどのように進めていくべきか意見を交わし、政府への提出を想定した提言案についても議論した。今後の社会保障改革に向け、従来の経済財政諮問会議などとは別に議論の場を設けるべきだとの考えが役員の中にはあり、提言案は「新たな会議」の設置を政府に求める内容となっている。提言案の取り扱いは鴨下会長に対応が一任された。

来年の「骨太2020」では、「給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる」予定になっている。これに向け、自民党が本格的に議論を始めたことになる。

● 「財政のつじつま合わせ」に否定的

調査会の提言案は、今後の社会保障改革で「財政のつじつま合わせ」に終始すれば、「国民の不安の解消にはつながらず、かえって不安を増すことになる」と指摘。

その上で▽従来型の給付と負担の見直しだけでなく、健康寿命の延伸、雇用制度や年金制度等の見直しを通じ、結果として「支え手」が増え、社会・経済に好循環が生まれる改革を検討することにより、国民の安心につながる社会保障の将来像を示していく必要がある▽政府においては、速やかに全世代型社会保障の構築に向けた新たな会議を立ち上げるとともに、2040年ごろを見据え、社会保障の将来像を構想し、中長期の改革の方向性を明らかにする中で、22年以降に見込まれる後期高齢者の急増に伴う一時的な自然増の急増への対応を検討すべき一と主張している。

この日の役員会には厚生労働省幹部も出席し、提出資料で今後の高齢者人口の伸び率や、政府の改革工程表に示された改革策などを提示。内閣府の中長期経済財政試算に基づく経済財政諮問会議の有識者議員資料（1月30日）によると、社会保障関係費の自然増は22～25年度の4年間で計3.3兆円程度になることも紹介した。団塊の世代が後期高齢者となるこの4年間でどう乗り切るかが当面の大きな課題、という認識は役員でおおむね共有しているようだ。

役員会終了後、調査会の後藤茂之事務局長が記者団の取材に応じ、将来の社会保障の全体像を考える中で、給付や負担についても検討していく必要があるとの認識を示した。

**社会保障新会議
申し入れを検討**
自民、政府に

自民党の社会保障制度調査会は5日、今後の社会保障改革を議論するための新会議設置を政府に申し入れる方向で検討に入った。膨らむ社会保障費を見すえ、政府は来年6月までに制度改正のあり方を検討する方針だが、財政再建の視点に偏らない社会保障議論の場を作ることで、国民の理解

を深めたい狙いがある。75歳以上の後期高齢者が急増する2022年以降、医療や介護などの社会保障費はさらに膨らむ見通し。社会保障を議論する場合は、消費税率10%への引き上げにつながった「社会保障と税の一体改革」の際は有識者らでつくる社会保障国民会議があったが、最近では経済成長や財政運営を念頭に置く経済財政諮問会議が中心で、自民党内には「財政の視点だけでは国民が納得できない」との懸念がある。

【2019年9月11日】

第4次安倍第2次改造内閣が発足

厚生労働大臣に加藤勝信氏、
全世代型社会保障改革担当大臣に西村康稔氏

【2019年9月19日】

横倉会長が西村全世代型社会保障改革担当大臣と全世代型社会保障改革
について意見交換



【2019年9月18日】

日本医師会定例記者会見「全世代型社会保障改革に向けて」

健保連の提案について

(1) 後期高齢者窓口負担の引き上げ

高齢になると医療を必要とする機会が増えるため、生活に過度な負担が掛からないようにするのが望ましいが、現役世代の負担も鑑み、低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分に議論を尽くしていくべき。

(2) 市販類似薬の保険給付範囲からの除外や償還率の変更

スイッチOTC化されたから医療用でなくなるということではなく、医療上必要な医薬品は保険でも対象とされるべき。早期に診断して早期に治療することが医療の鉄則である。

給付と負担について

- 共助である保険料について、被用者保険の保険料率が国家公務員共済組合7.99%、組合健保9.22%などとなっていることから、協会けんぽの10%に合わせて公平化することが必要。
- 雇用情勢の改善に伴い、失業等給付積立金が5.8兆円、雇用安定資金が1.3兆円に達し、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下したにもかかわらず、積立金は0.8兆円増加していることから、雇用保険料を引き下げずに、休業時の毎月給付である健康保険での傷病手当金を雇用保険の傷病手当で賄うことも必要ではないか。傷病手当金は市町村国保の加入者には支給されておらず、多様化する働き方に対応していない。

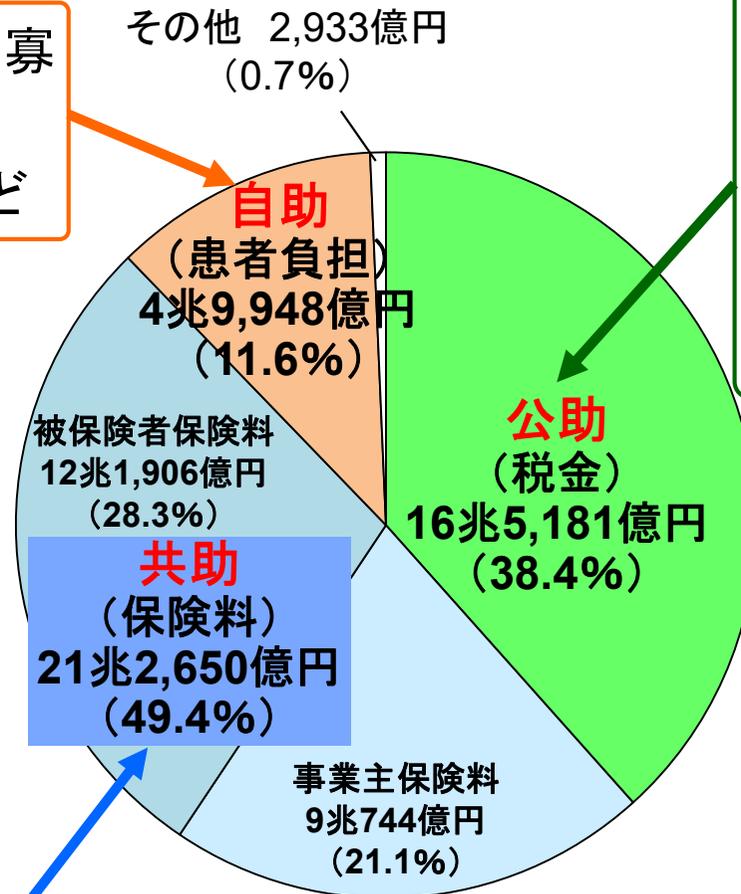
新たな税財源についても検討を(消費税一本足打法からの脱却)

- 例えば死亡した場合の税のあり方や、賃上げや設備投資が行われない場合のいわゆる内部留保への課税など、消費税一本足打法ではなく、新たな税財源についても併せて検討すべき。



国民医療費の財源構成(2017年度)と改革の方向性

- 所得や金融資産の多寡に応じた負担
※マイナンバーの活用 など



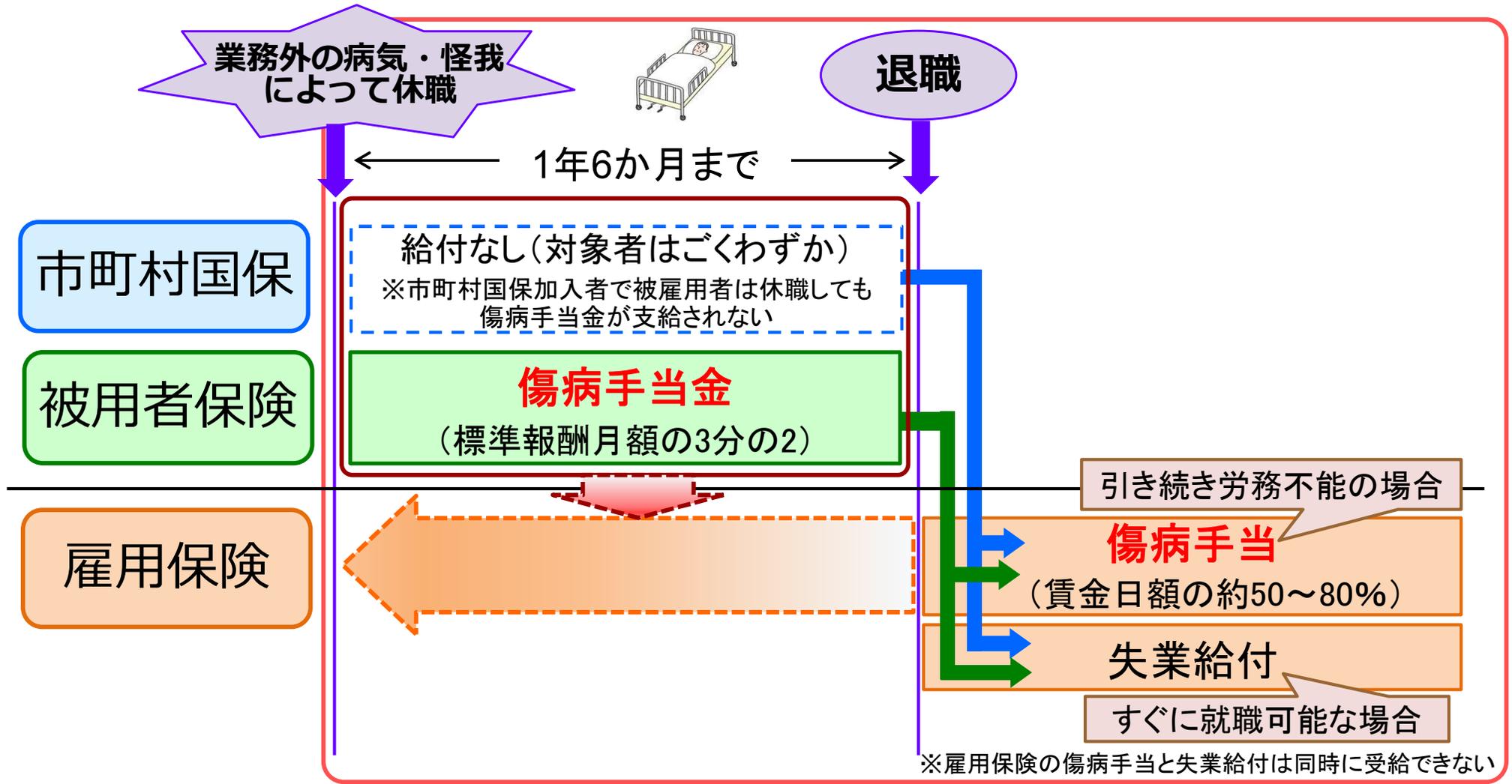
- 新たな税財源の確保による消費税一本足打法からの脱却
※死亡した場合の税のあり方
※賃上げや設備投資が行われない場合のいわゆる内部留保への課税 など

2017年度 国民医療費
43兆710億円

- 健康保険での休業時の毎月給付である傷病手当金を雇用保険へ
※景気回復による雇用情勢の改善に伴い、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下した
- 被用者保険の保険料率を協会けんぽ(10%)に合わせて引き上げ
※保険料率 国家公務員共済:7.99%、組合健保:9.22%など

など

傷病手当を全世代型社会保障へ



病気や怪我で就業できなくなった場合に、現在は休職・退職で保険が分かれているが、健康保険の傷病手当金を雇用保険の傷病手当で賄う

国民にも分かりやすくなり、安心して就業できる
全世代型社会保障制度を構築し、多様な働き方に対応すべき

傷病手当金と雇用保険関係積立金

健康保険

業務外の病気等のために仕事を休んだ際の給付である傷病手当金※1)は、健康保険で支払われているが、2016年度時点で3,485億円にのぼっている。

雇用保険

雇用保険における積立金として、2017年度には失業等給付積立金※2)が5.8兆円、雇用安定資金※3)が1.3兆円ある。

雇用情勢の改善に伴い、失業等給付積立金が5.8兆円、雇用安定資金が1.3兆円に達しており、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下したにもかかわらず、積立金は0.8兆円増加した。

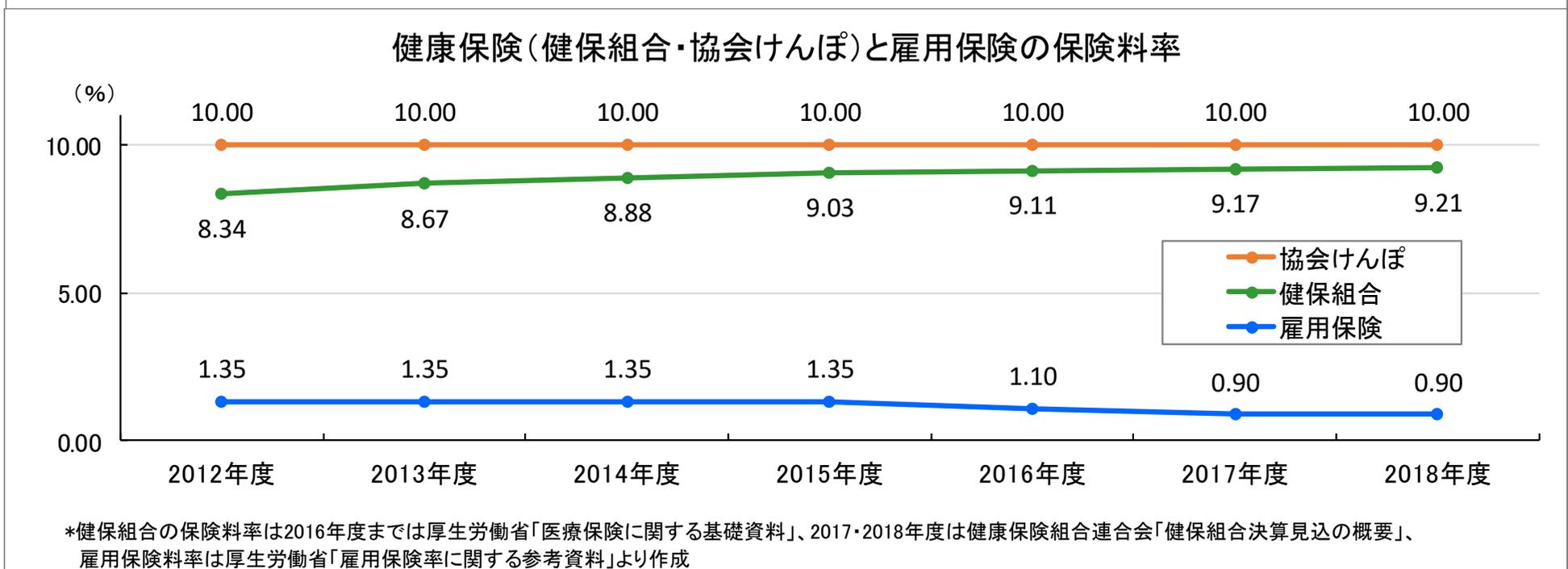
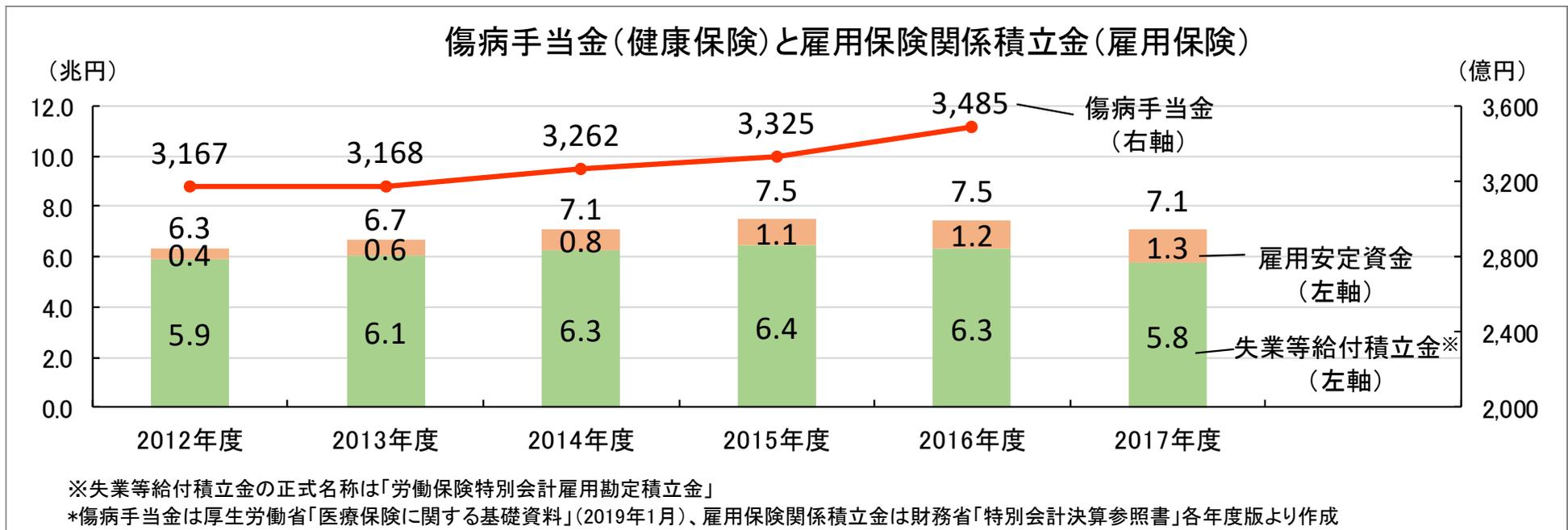
雇用保険料を引き下げずに、健康保険での休業時の標準報酬月額をベースとした給付である傷病手当金を雇用保険で賄うことも必要ではないか。

※1) 傷病手当金: 被保険者が業務外の病気や怪我のために4日以上仕事を休んだ場合、標準報酬月額の3分の2を最長1年6か月支給する制度。市町村国保にはない。

※2) 失業等給付積立金(労働保険特別会計雇用勘定積立金): 雇用保険事業の失業等給付費に充てるために必要な金額の積立金。この積立金は、雇用・失業情勢が悪化した際にも安定的な給付を行うため、好況期に積み立て、不況期にこれを財源として使用する。

※3) 雇用安定資金: 不況期に雇用安定事業(事業主に対する助成金、再就職支援など)の経費として将来必要となる資金。

傷病手当金と雇用保険関係積立金、保険料率

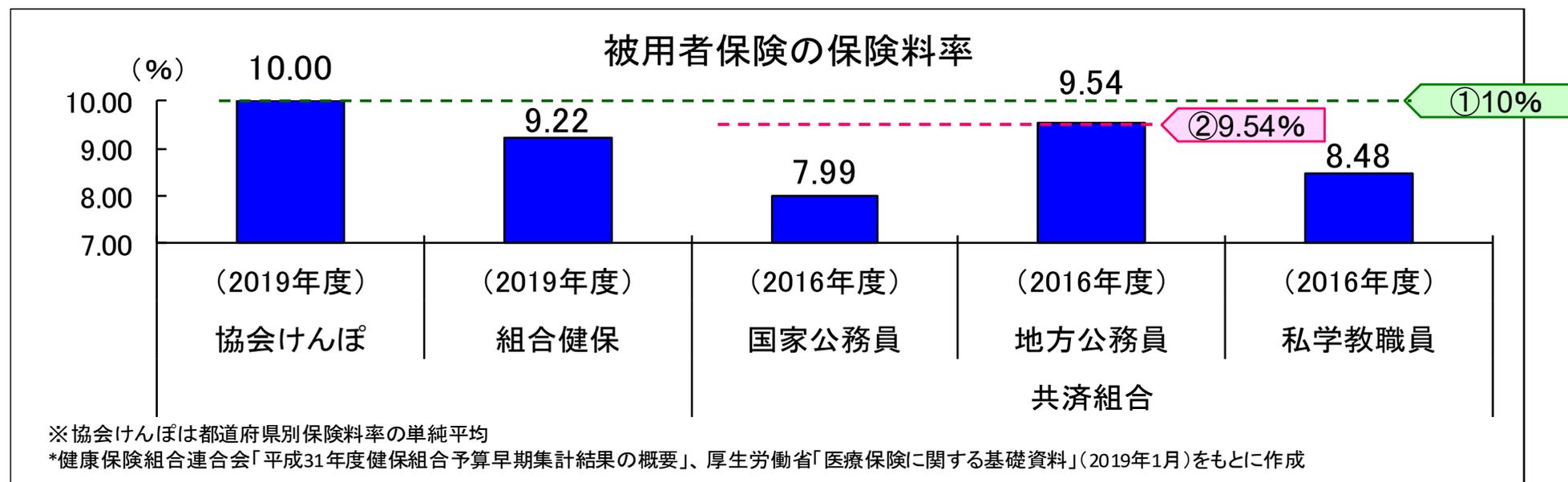


被用者保険 保険者別の保険料率と増収効果

被用者保険の保険料率には大きな格差がある。大企業が組織し平均給与の高い組合健保や、事業主負担にかわって公費負担のある公務員などの保険料率を、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきである。

被用者保険の保険料率を協会けんぽに合わせて、すべて10%にすると、現状の保険料収入と比べて、約1.0兆円の増収効果がある。

また、国家公務員共済組合の保険料率を地方公務員(9.54%)に合わせてると、約1,100億円の増収効果がある。



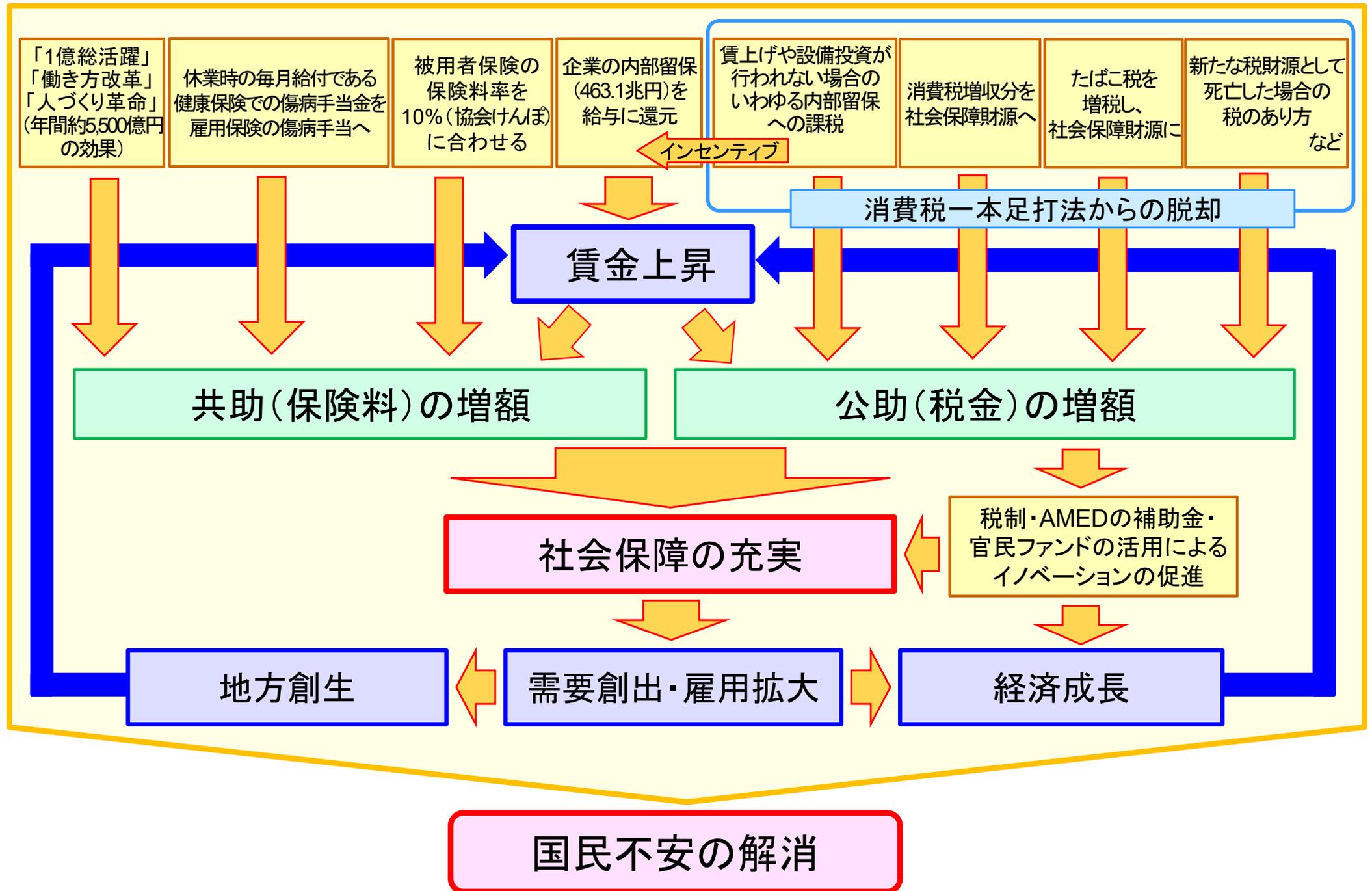
① 被用者保険の保険料率をすべて協会けんぽ(10%)に合わせた場合

約1兆円の増収効果

② 国家公務員共済組合の保険料率(7.99%)を地方公務員(9.54%)に合わせた場合

約1,100億円の増収効果

社会保障の充実による国民不安の解消



【2019年10月9日】

自民党「人生100年時代戦略本部」ヒアリング

- 横倉会長は、官邸で始まった全世代型社会保障検討会議について、財政論だけで議論が進むのではないかと懸念を表明。
- 人生100年時代の患者・国民の安心につながる議論とするためには、まずは超高齢社会、人口減少社会に向け、将来を見据えて医療全体のあるべき姿を議論することが何よりも重要であると主張。
- 以下の3つに分けて日本医師会の考え方を説明。

1. 予防の推進

～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～

2. 地域に根ざした医療提供体制の確立

～かかりつけ医の定着とあるべき姿の方向性～

3. 全世代型社会保障に向けて

～社会保障の充実による国民不安の解消～





自民党・人生100年時代戦略本部で挨拶する岸田文雄政調会長（右中央）。左奥は日本医師会・横倉義武会長ら＝9日午前、東京・永田町の自民党本部（春名中撮影）

政府が検討している全世代型社会保障の構築をめぐり、自民党の人生100年時代戦略本部（本部長・岸田文雄政調会長）は9日、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の三師会からヒアリングを行った。政府の全世代型社会保障検討会議は給付と負担の見直しについても議論する見通しだが、三師会は患者の負担増となる政策にそろって慎重な姿勢を示し、政府側を牽制（けんせい）した。（坂井広志、田村龍彦）

会場となった党本部の会議室には数多くの議員が詰めかけ、「満員御礼」状態となった。

そんな中、医師会の横倉義武会長は「患者負担を増やすことばかりを議論するのではなく、医療全体の姿を議論することが大事だ。社会保障は自助、共助、公助で成り立っている。社会保障の充実によって、国民不安を解消するのが重要だ」と強調した。

(<https://special.sankei.com/a/politics/article/20191009/0002.html>)

【2019年10月10日】

第26回医療政策研究会開催

全世代型社会保障改革に向けた日本医師会の考え方を説明

1. 予防の推進
～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～
2. 地域に根ざした医療提供体制の確立
～かかりつけ医の定着とあるべき姿の方向性～
3. 全世代型社会保障に向けて
～社会保障の充実による国民不安の解消～



【2019年10月30日】

自民党「予算・税制等に関する政策懇談会」

日本医師会から、2020年度予算編成に向けた要望を説明

2020年度予算編成に向けて

○概算要求要望

予防・健康、働き方改革等への予算確保

○事項要求要望

・2020年度診療報酬改定等

・日本医師会 令和2年度税制改正要望

【2019年10月16日】

公明党「政策要望懇談会」

日本医師会から、2020年度予算編成及び
全世代型社会保障に向けた要望を説明

公明新聞
2019年10月17日

【日本医師会】石田政調
会長らは16日、日本医師会
から医療に関する税制改正
や、全世代型社会保障に関
する取り組みについて要望
を聞いた。写真。
日本医師会の横倉義武会
長らは、消費税引き上げに
伴う負担増分の診療報酬へ
の補填について、定期的な



検証と見直しなどを要請。
医師が少ない区域にある医
療機関に対する税制優遇措
置も訴えた。
石田政調会長は「今後の
政策に反映していきたい」
と述べた。

【2019年11月6日】

共同会派 厚生労働合同部会(立憲・国民・社保・社民合同)ヒアリング

日本医師会から、2020年度予算編成に向けての要望を説明

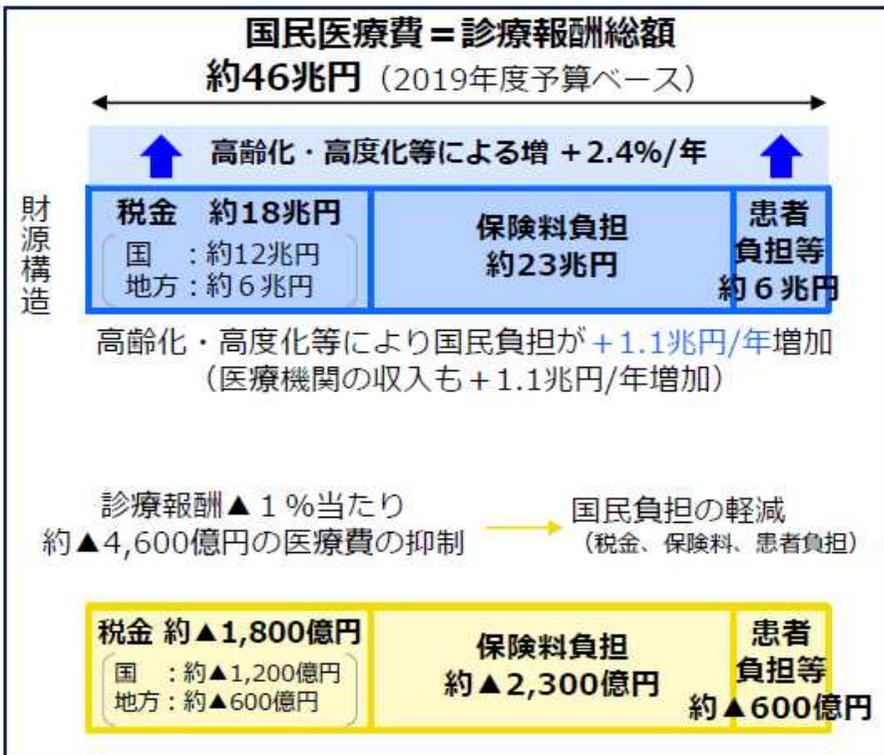
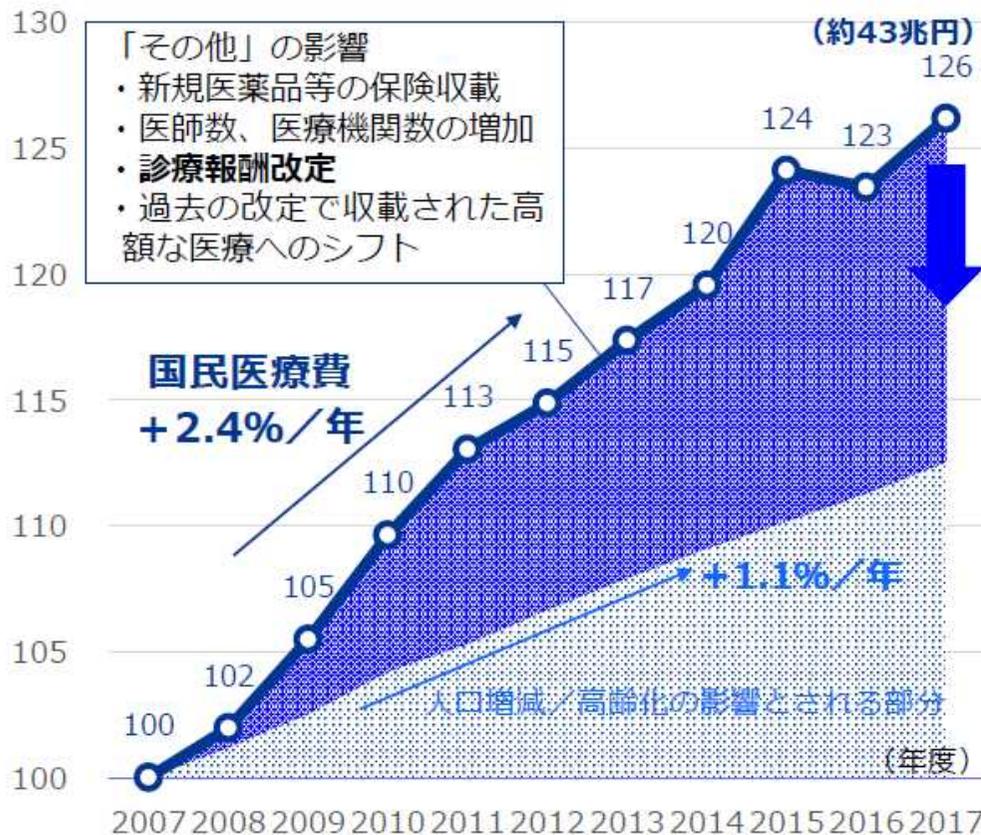
【2019年11月1日】

財政制度等審議会財政制度分科会が医療について議論

診療報酬改定に係る基本的な考え方：医療費の伸びを意識した水準

財政審資料

- 過去10年間で**国民医療費は平均2.4%/年**のペースで増加。このうち、**高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年**であり、**残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素**によるもの。
 高齢化等の要因による増加の範囲に収めるためには、診療報酬改定において2年間で**▲2%半ば以上**のマイナス改定とする必要。
- こうした観点から、制度改革の実現のほか、2020年度の診療報酬改定においても**一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要**。



国民医療費の抑制を図るためには、診療報酬のマイナス改定は不可欠。

(出典) 厚生労働省「国民医療費」 (注) 2017年度の影響割合は、概算医療費を基礎にした推計値

診療報酬本体と賃金・物価の動向

- 我が国がデフレを経験した1990年代後半以降、賃金や物価水準がデフレにより上昇せず、リーマンショック後などは急激に落ち込むこともあったが、**医療機関の人件費や物件費を賄う診療報酬本体の水準については、改定（人為的な価格増）により、概ね上昇を続けてきた。**
- この結果、診療報酬本体の水準は、賃金や物価の水準と比べて高い水準となっており、国民負担の抑制や制度の持続可能性の観点から、**診療報酬本体のマイナス改定によりこれを是正していく必要。**

1995年度 = 100



※ 診療報酬本体 (対本体部分) は、薬剤費を除く医療費（一部公表資料に基づく推計値）に対する改定率に換算したものを指数化することで、各年度の改定による本体部分の単価の伸びを示したもの。
 ※ 医療職種賃金 (加重平均) は、各年の職種別の給与（決まって支給する給与額）について、各年の職種別医療従事者数より加重平均し、指数化したもの。なお、理学療法士・作業療法士の平成7～8年の給与額は直近年からの推計値。
 ※ 「賃金・物価水準」は、医療機関の費用構造における人件費と物件費の比率により、賃金（雇員報酬）及び物価指数を加重平均したもの。

（出典）厚生労働省発表の診療報酬改定率、内閣府「国民経済計算（GDP統計）」、総務省統計局「消費者物価指数年報」、「労働力調査」による。

- 予算編成過程においては、基本的に**医科・歯科・調剤**というそれぞれの改定率が決定されるのみ。その中で改定財源がどの分野にどのように配分されているのかは明らかではない。
- これまでの収益の動向なども踏まえれば、特に2020年度改定においては、**病院（救急対応等）と診療所**の間で改定率に差を設けることなど、**予算編成過程において大枠を決めるべき**。

◆ 診療報酬における改定率の構造



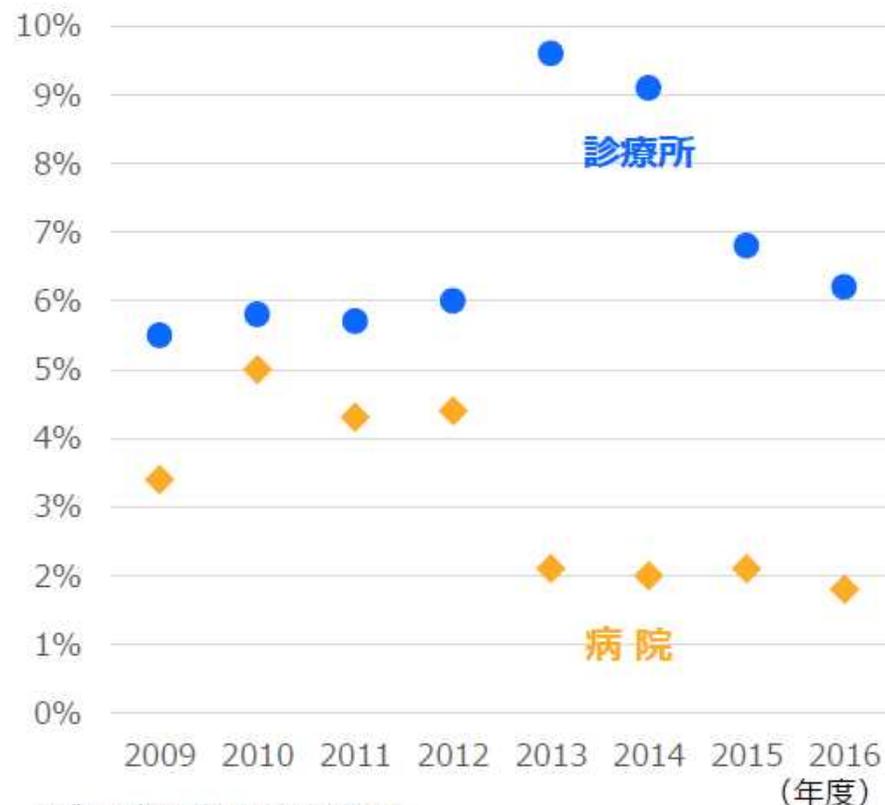
◆ 診療報酬本体改定における医科の改定率

2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度
+1.74% (入院+3.03% 外来+0.31%)	+1.55%	+0.11%	+0.56%	+0.63%

(注) 消費税対応分は除く。

◆ 一般病院と一般診療所の収益率の比較（医療法人）

⇒ 結果として必要な点数配分がなされていないのではないか



(出典) 厚生労働省「医療経済実態調査」

(注) 上記調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。

【2019年11月1日】

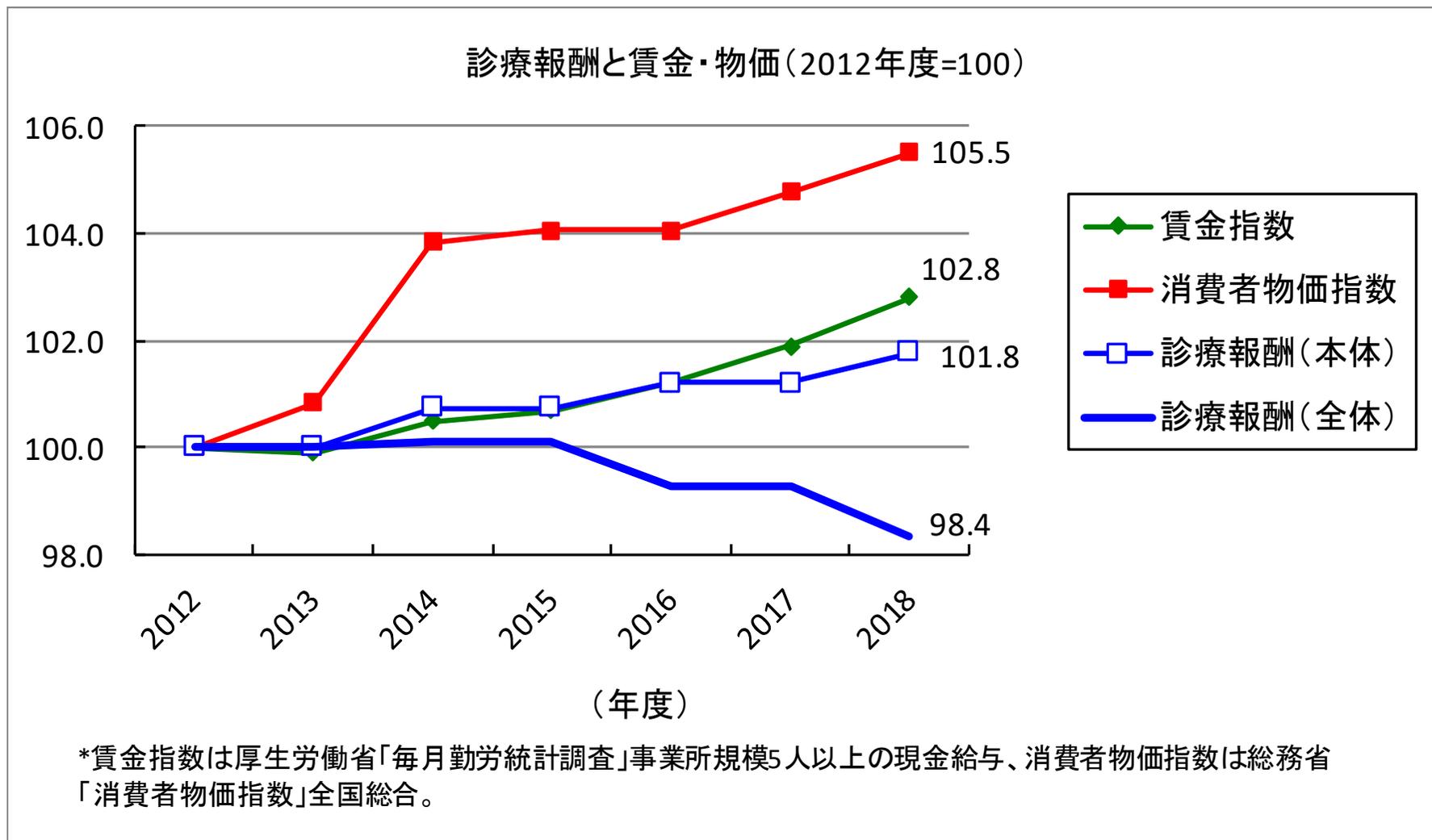
日本医師会緊急記者会見「財政制度等審議会財政制度分科会の議論について」

- 財政審は2007年度を100とした診療報酬本体改定率が賃金・物価水準よりも伸びているグラフを示している。指数の動向は、どの年度を起点とするかで大きく異なる。財政審のグラフは相変わらず恣意的である。
- 現在、医療機関には常勤換算で300万人以上、医療・福祉分野には延べ800万人以上が従事しており、全就業者の11.9%を医療・福祉従事者が占めている。他の産業が賃上げを行う中、医療従事者にも適切な手当てを行うことにより、社会保障が充実し、経済の好循環が達成できると考える。医療従事者だけが取り残されることがないようにしてはならない。さらに、医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながる。
- 一般病院と一般診療所の収益率を比較し、診療所が病院を上回っていることから財政審は「結果として必要な点数配分がなされていないのではないか」と指摘しているが、診療報酬は中医協において支払側、診療側、公益側の丁寧な議論によって決められている。病院の収益率が低いのは、消費税率8%への引き上げに伴う診療報酬による補てん状況調査において、厚生労働省の計算上の誤りにより、病院の補てん率が約8割にとどまっていたことが大きな理由として考えられる。再発防止の徹底や、実際の補てん状況の定期的・継続的な検証・見直していくべき。11月に公表予定の『医療経済実態調査』の結果を踏まえ、医療機関の経営を加味した適切な判断が必要である。
- 受診時定額負担はかつて民主党政権時代に議論され廃案となった国民にとっては良いとは言えない案。受診時定額負担の導入は容認できない。



診療報酬と賃金・物価(2012年度=100)

指数の動向は、どの年度を起点とするかで大きく異なる。安倍政権が始まった2012年度を起点とすると、2018年度の診療報酬本体の水準は賃金や物価よりも低い。



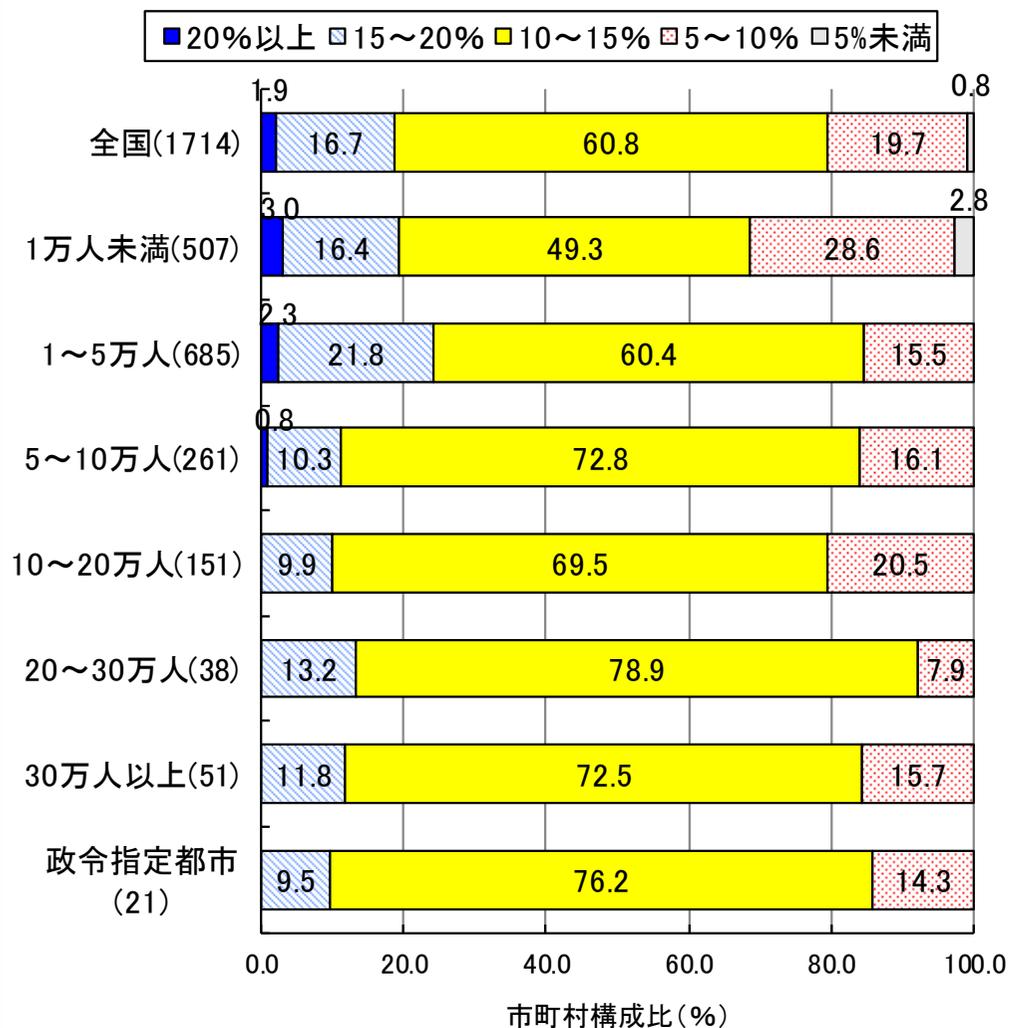
就業者に占める医療・福祉就業者の割合

全国平均 11.9%

各都道府県で最も割合の高い市町村

都道府県	市町村	割合(%)
北海道	黒松内町	30.5
福岡県	大任町	24.9
熊本県	水俣市	23.4
鹿児島県	龍郷町	22.7
島根県	邑南町	22.2
千葉県	鴨川市	22.2
秋田県	上小阿仁村	21.5
和歌山県	美浜町	21.5
高知県	佐川町	20.8
愛媛県	鬼北町	20.5

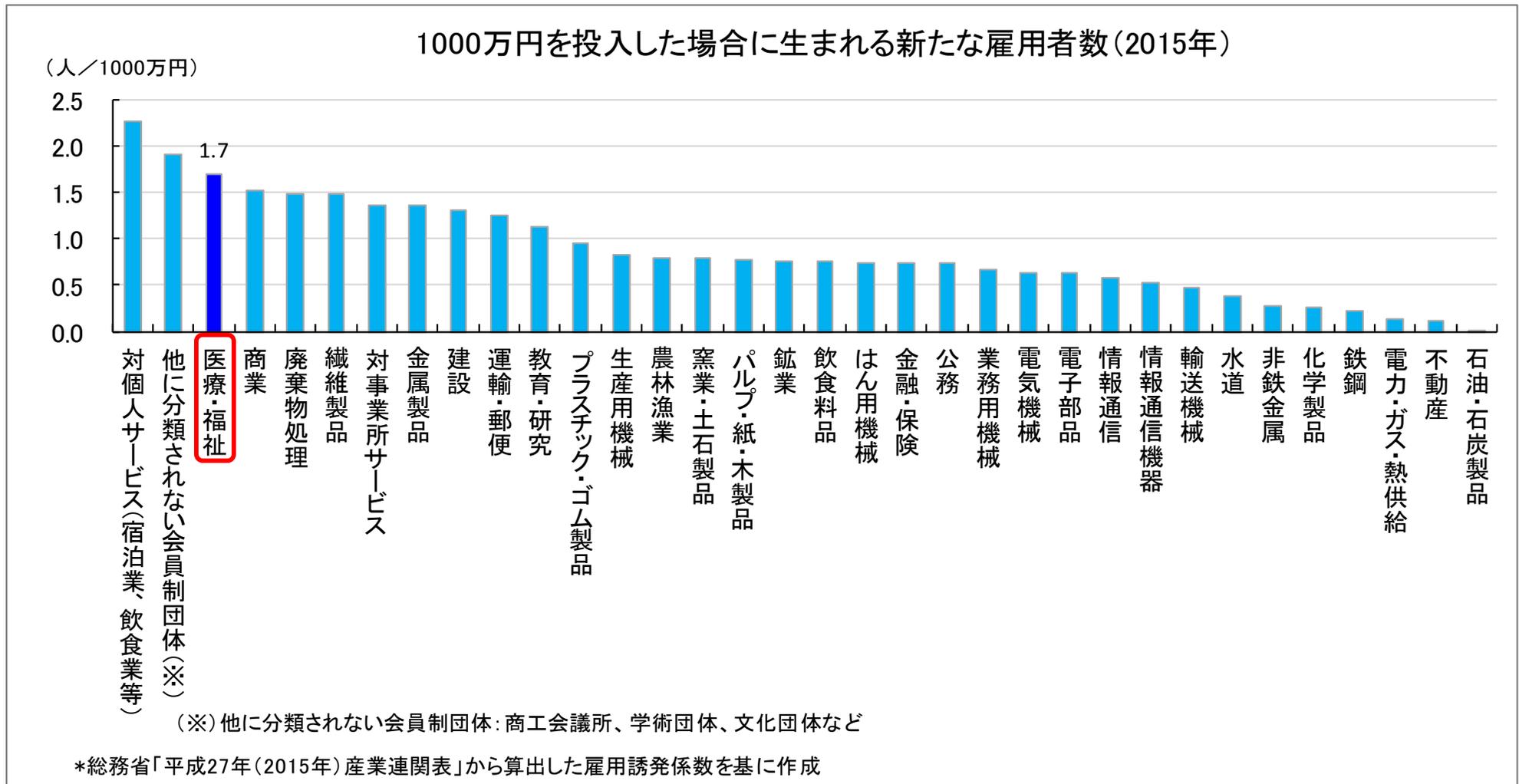
人口規模別 医療・福祉就業者割合 市町村構成比 (2015年)



*総務省「平成27年 国勢調査」から作成。()内は市町村数。政令指定都市は人口区分にかかわらず政令指定都市に区分。

医療・福祉分野が生み出す雇用

医療・福祉分野は雇用を生み出す効果大きい。



医療に財源を投入すれば、特に医療従事者の比率が高い地方では経済の活性化により、経済成長を促し、地方創生への多大な貢献につながる。

【2019年11月8日】

政府「全世代型社会保障検討会議」開催（首相官邸）

- 財政論に偏って議論を進め、結論を急ぐべきではないことを主張し、患者負担という今後の国民生活に深く関わる問題であることから、短い期間に拙速に結論を出すことのないこと。
- 特に受診時定額負担について、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」という議論があるが、公的医療保険には、既に、小さなリスクは「定率負担」をお願いし、大きなリスクは「高額療養費」で対応するという基本的な考え方があり、これを大きく転換するものであること。
- 将来にわたり患者の療養給付を最大でも3割までしか負担を求めないとしてきた、これまでの原則を破って患者に負担を求めていくものであり、容認できないと主張した。

*2019年11月11日「日医君だより」

(<http://www.med.or.jp/nichiionline/article/008969.html>)

全世代型社会保障改革への期待

～日本で暮らして良かった、日本で暮らして幸福だったという「全世代型社会保障制度」へ～

令和元年11月8日 全世代型社会保障検討会議

公益社団法人 日本医師会
公益社団法人 日本歯科医師会
公益社団法人 日本薬剤師会

○人生100年時代の患者・国民の安心につながる丁寧な議論を

医療全体のあるべき姿、ビジョンを国民に示していくことが安心につながる。

○疾病予防、健康づくりの推進 ～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～

人生100年時代の安心の基盤は健康であり、生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要。

○国民皆保険の理念の堅持

国民皆保険の理念に沿った改革こそが国民の安心につながる。

【2019年11月12日】

第27回医療政策研究会開催

全世代型社会保障改革に向けた日本医師会の考え方を説明

1. 人生100年時代の患者・国民の安心につながる丁寧な議論
2. 疾病予防、健康づくりの推進
～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～
3. 国民皆保険の理念の堅持



【2019年11月12日】

公明党「全世代型社会保障推進本部・厚生労働部会・医療制度委員会 合同会議」ヒアリング

- ・釜范常任理事と城守常任理事が全世代型社会保障改革についての日本医師会の考え方を説明

1. 予防の推進

～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～

2. 地域に根ざした医療提供体制の確立

～かかりつけ医の定着とあるべき姿の方向性～

3. 全世代型社会保障に向けて

～社会保障の充実による国民不安の解消～

公明新聞
2019年11月13日

全世代型社会保障の医療、予防が大切
党合同会議に
日本医師会
公明党の全世代型社会保障推進本部（本部長＝石田祝稔政務調査会長）と厚生労働部会（部会長＝高木美智代衆院議員）などは12日、



やす重要性を強調。その上で「病を防ぐことは医療の大きな役割」と述べ、地域住民の診断や治療、予防に携わる「かかりつけ医」による医療提供体制の確立を訴えた。

参院議員会館で合同会議を開き、日本医師会の釜范常任理事らから、全世代型社会保障の実現に向けた医療のあり方に関して意見を聞いた【写真】。
釜范氏は健康寿命の延伸で、社会保障の支え手を増

【2019年11月13日】

中医協で「第22回医療経済実態調査」公表

【2019年11月27日】

日本医師会定例記者会見「第22回医療経済実態調査の結果について」

(病院について)

- 損益差額率は一般病院でマイナス2.7%。医療法人では、病院長給与を引き下げたものの、チーム医療が進む中で職員数が増加し、給与費率は横ばい。また、医療法人の3分の1が赤字。
- 急性期一般入院料1は、医業収益(収入)が若干増加したものの、その他は横ばいで、急性期一般入院料1も含め、急性期一般入院料および地域一般入院料の損益差額率は、ほとんど改善されていない。
- 療養病棟入院基本料1(医療区分2・3の該当者割合8割以上)に比べて、療養病棟入院基本料2(同5割以上)は、医業収益(収入)の伸びが低く、国公立以外では損益差額率が低下している。
- 精神科病院は、一般病院に比べて医業収益(収入)の伸びが小さく、損益差額率も水面上ぎりぎりのまま。
- 一般病院では、看護職員、医療技術員等が増加しているが、医療法人の1人当たり給与費は、国公立に比べて100万円前後かそれ以上に低いため、タスクシフティングに向けた多職種の採用が難しい状況であること、また、減価償却費と設備関係費の合計の比率はどの開設者でも低下していることから、設備関係コストが抑制されていることが伺える。

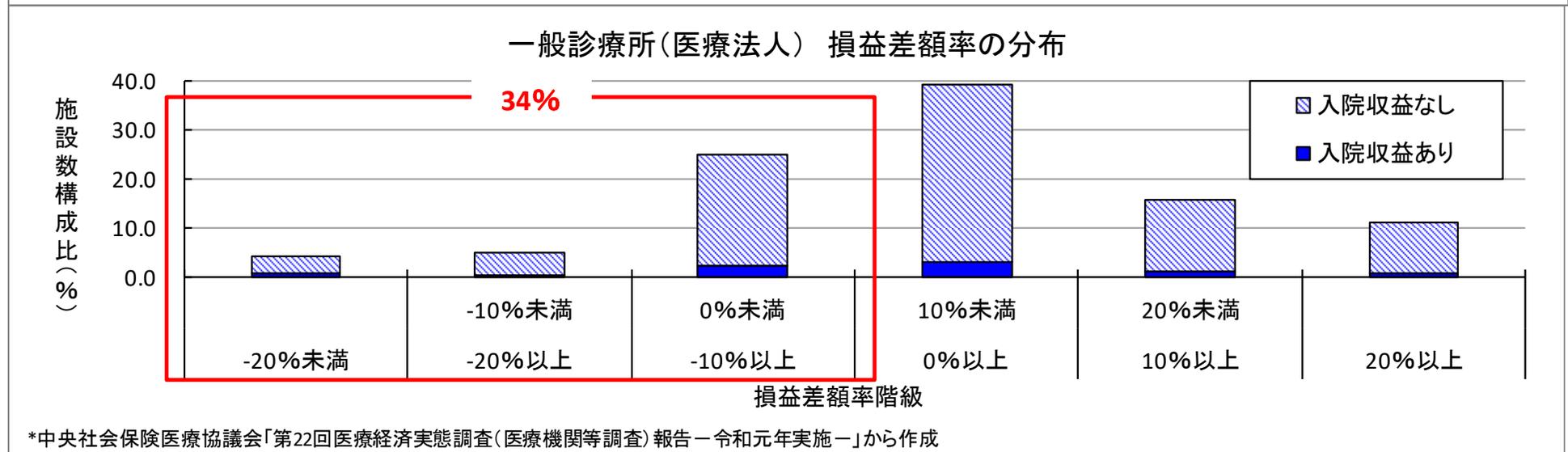
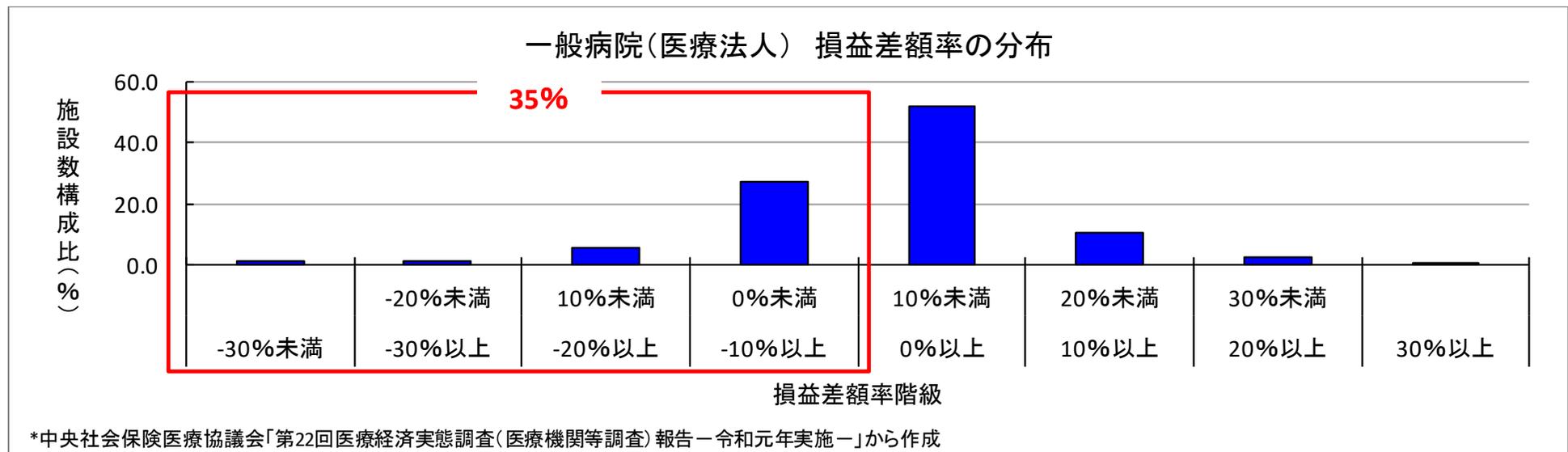
(診療所について)

- 医業収益(収入)が横ばい。医療法人は院長給与を引き下げたものの看護補助職員等の増加により、入院収益なしの損益差額率は横ばい。
- 入院収益あり(有床診療所)は、医業収益(収入)の減少が影響して損益差額率が低下。また、一般診療所(医療法人)の3分の1が赤字であった。



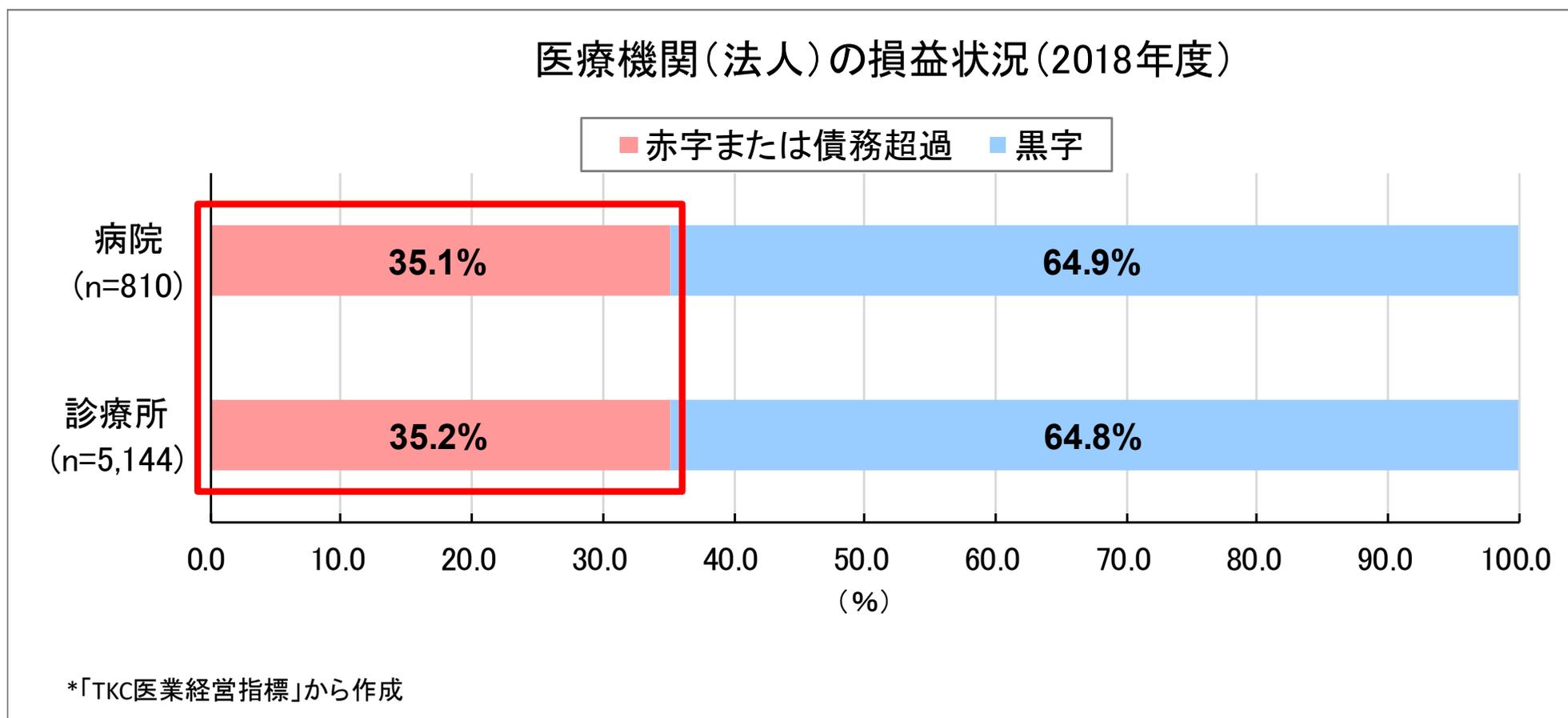
医療機関の損益差額率の分布

3分の1以上の医療法人の一般病院、一般診療所は損益差額率が赤字である。



医療機関の損益状況

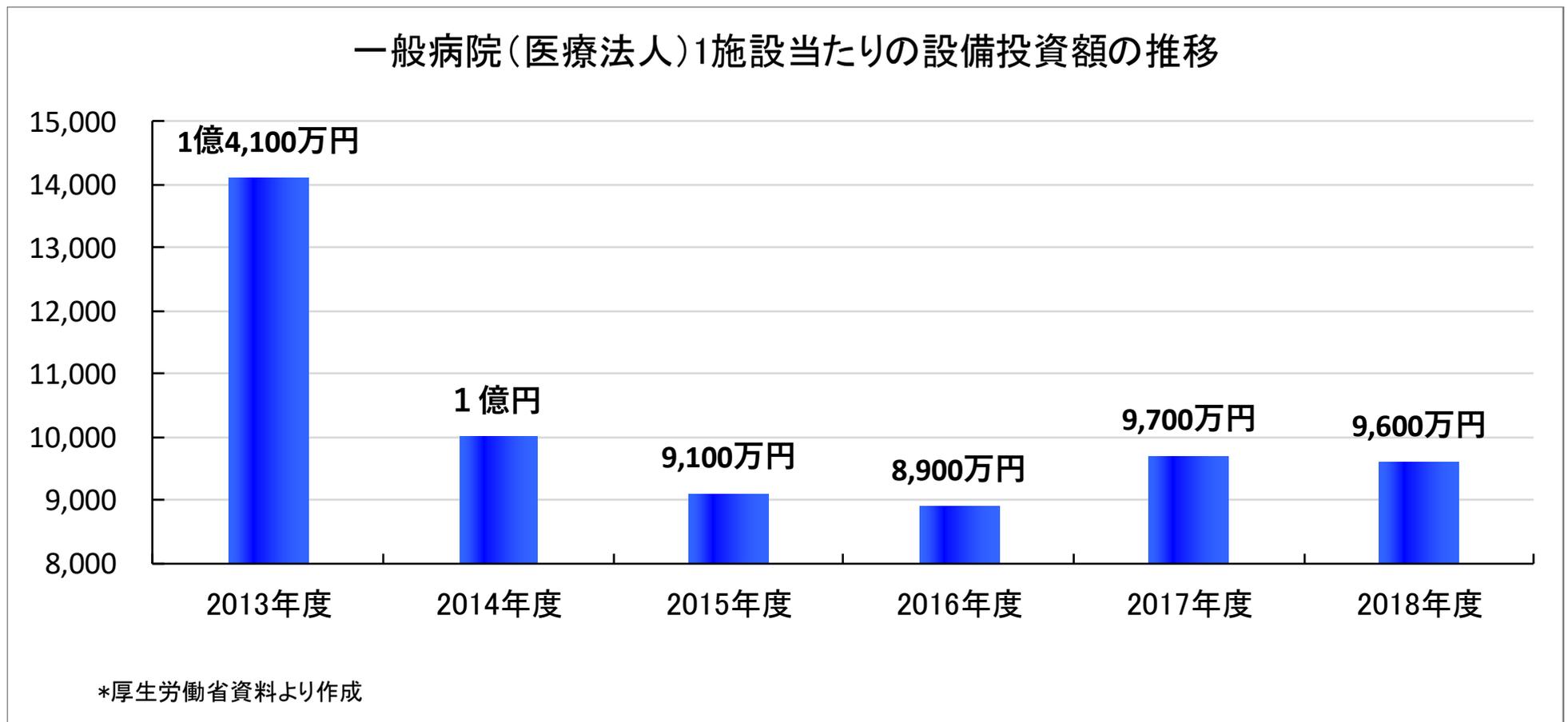
3分の1以上の医療法人・社会医療法人の一般病院、一般診療所は損益が赤字である。



TKC医業経営指標:TKC全国会(会員数1万名超の税理士、公認会計士のネットワーク)が株式会社TKCの開発した会計システムを利用して集積した関与先医療機関の決算データを集計・編纂されたものである(原則として未公開)。

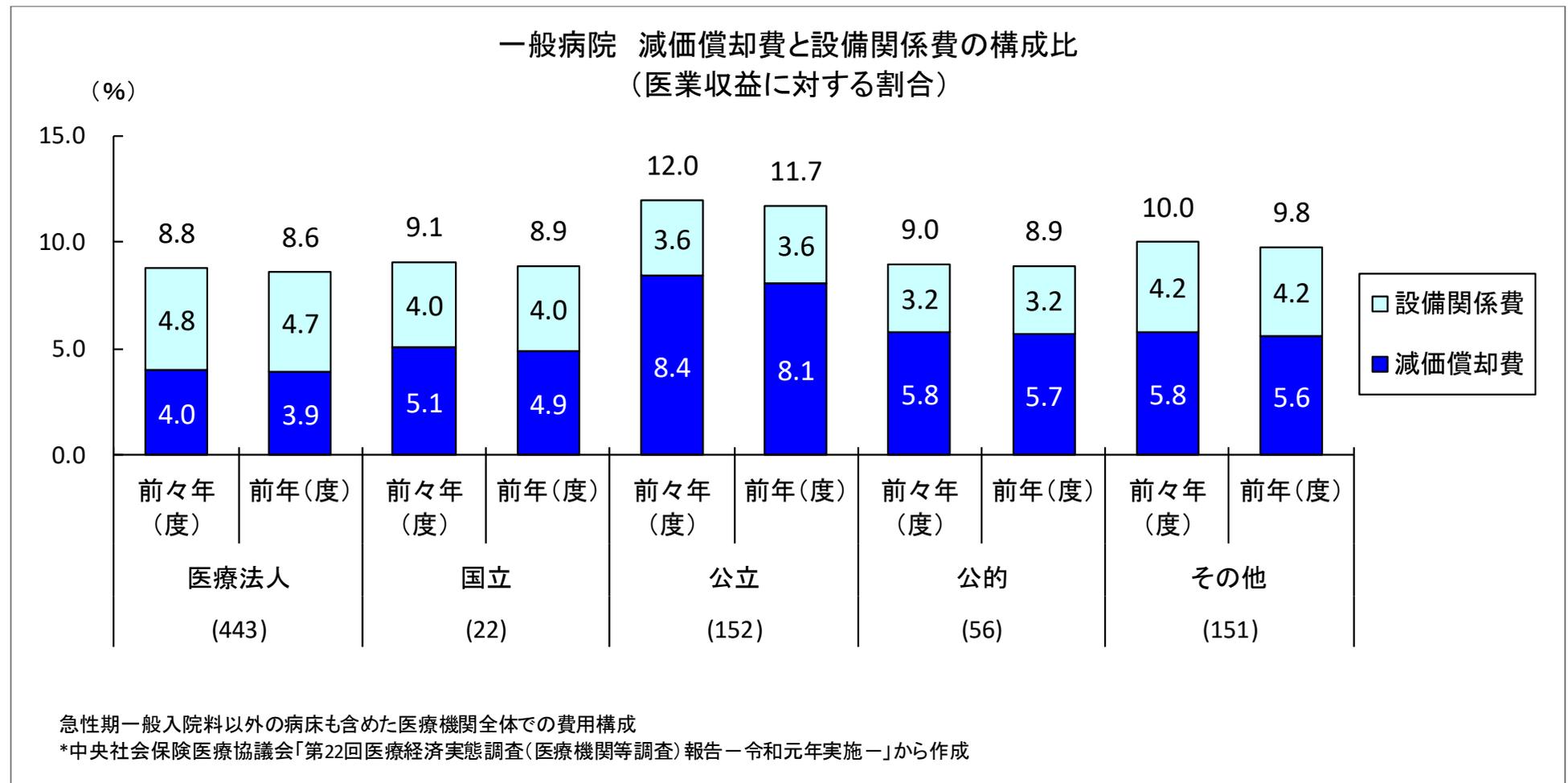
一般病院(医療法人)の設備投資額

一般病院(医療法人)1施設当たりの設備投資額は減少傾向にある。



一般病院 減価償却費と設備関係費の構成比

一般病院の減価償却費と設備関係費の合計の比率は、どの開設者でも低下しており、設備関係コストが抑制されていることがうかがえる。



【2019年11月22日】

第28回医療政策研究会で、決議を採択

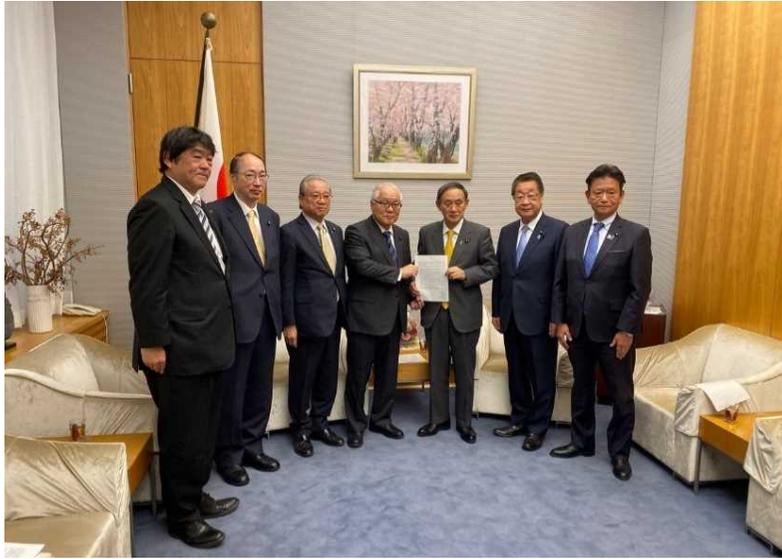
21世紀の今日、我が国は少子高齢化・人口減少社会にあって、全世代型社会保障改革を成功させ活力ある健康長寿社会を実現しなければならない。その為には健康寿命の延伸が不可欠である。そして健康寿命の延伸の基盤となるのが、我が国が主導的役割を果たし世界の共通目標となっているユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(国民誰もが負担可能なコストで予防を含む適切な医療にアクセスすることができる状態)を維持・発展させてきた我が国の国民皆保険制度である。

そこで健康寿命の延伸を基本的指針として、国民皆保険制度を持続可能とするとともに、国民一人一人が全世代型社会保障改革により地域医療の現場において生涯を通じて健康及び疾病管理を可能とすることを目途に、2020年度の予算編成にあたり、以下の事項を強く要求する。

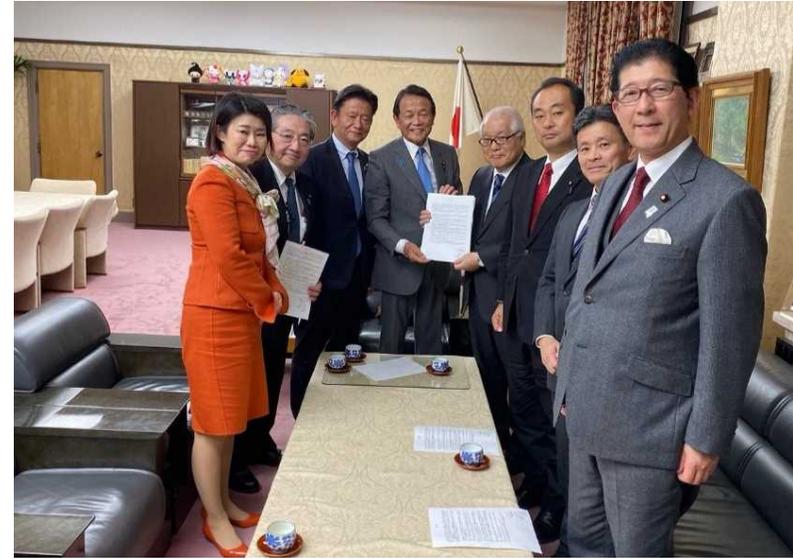
- 一、現在検討が進められている全世代型社会保障改革にあたっては、国民誰もが負担可能なコストで予防を含む適切な医療にアクセスすることができる、いわゆるユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持・発展させる基盤である国民皆保険制度の理念を堅持すること。
- 一、患者にとり負担可能なコストとして将来にわたり最大でも3割までとすることを法律により定めてきた。国民にとり負担可能なコストを逸脱する新たな負担の仕組みとなる受診時定額負担は絶対に導入しないこと。
- 一、医療全体のあるべき姿、ビジョンを国民に示していくことが、患者・国民の信頼を得るとともに安心につながる。まずは患者・国民の安心につながる丁寧な議論を行うこと。
- 一、国民にとり人生100年時代の安心の基盤は健康であり、生涯を通じ健やかに過ごすため、健康寿命を延伸し、結果として支え手が増え社会の活力を維持し発展させるよう健康づくりを推進するとともに疾病予防と医療との連携を強化する予防的医療の考え方を導入すること。
- 一、世界に誇るべき「国民皆保険」を持続可能なものとするため、令和2年度診療報酬改定については、他産業に比べて医療分野の賃金の伸びが低いことも踏まえ、前回は大幅に上回り、さらに働き方改革が実現できるような改定率を確保するなど、地域の医療現場を支えるために十分な手当を講じること。
- 一、社会保障費の自然増が約5,300億円と見込まれる中、消費税増収分を社会保障の充実に活用することは国民との約束であり、診療報酬の改定をはじめ、消費税増収財源を活用し、医療・介護における適切な財源を確保すること。
- 一、医療機関等で働く人の働き方改革は、喫緊の課題であり、国民に安全・安心な医療を提供するために必要な財源と人材を確保すること。
- 一、糖尿病、COPD等の疾病対策、禁煙対策、ワクチンで防ぐことができる病気(VPD)への予防接種、脳卒中対策など、予防への取り組みをより一層充実すること。
- 一、地域医療介護総合確保基金と医療情報化支援基金のさらなる積み増しを行うこと。
- 一、2025年に向けた高齢社会に対応できる医療提供体制を構築する必要がある一方、多くの医療機関では資金不足により医療機器の更新が進んでいないことから、そのための適切な財源を確保すること。

【2019年11月22日】

第28回医療政策研究会の決議を提出



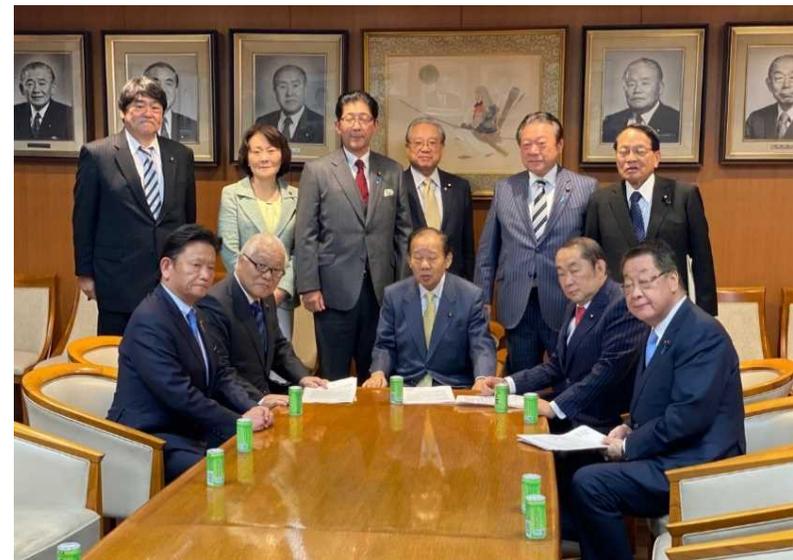
決議を菅官房長官に提出



決議を麻生財務大臣に提出



決議を加藤厚生労働大臣に提出



決議を自民党 二階幹事長に提出

*武見敬三参議院議員ツイッターより
(<https://twitter.com/TakemiKeizo>)

【2019年11月26日】

「国民医療を守る議員の会」総会開催

- 日本医師会から全世代型社会保障改革と令和2年度予算編成について説明
- 3項目の決議を採択



※12月4日に安倍首相に決議文を手交

決議文

政府は、人生100年時代を見すえた、持続可能な社会保障制度確立に向け、全世代型社会保障改革を進めているところであるが、わが国の「国民皆保険制度」が崩壊することがあってはならない。

よって、下記の事項の実現を強く要望する。

記

1. 受診時定額負担は、患者負担を将来にわたり最大でも3割までとしてきた、これまでの原則を変更するものであり、絶対に導入しないこと。
2. 後期高齢者の患者負担の在り方の検討にあたっては、低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くすこと。
3. 令和2年度診療報酬改定にあたっては、近年の賃金の動向等も踏まえ、前回を大幅に上回る改定とし、さらに働き方改革が実現できるような改定率を確保すること。

令和元年11月26日

国民医療を守る議員の会

【2019年11月27日】

日本医師会定例記者会見

「全世代型社会保障改革及び令和2年度予算編成について」

全世代型社会保障改革について

全世代型社会保障検討会議において

「大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度のあり方」における主な論点

1. 後期高齢者の自己負担割合のあり方



低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべき。

2. 外来受診時の定額負担のあり方



受診時定額負担は改正健保法附則で明記され、その後の国会での附帯決議でも確認されてきた、「給付率100分の70」を超えて患者から徴収するものであり、容認できない。

3. 市販品類似薬の保険上の取扱い

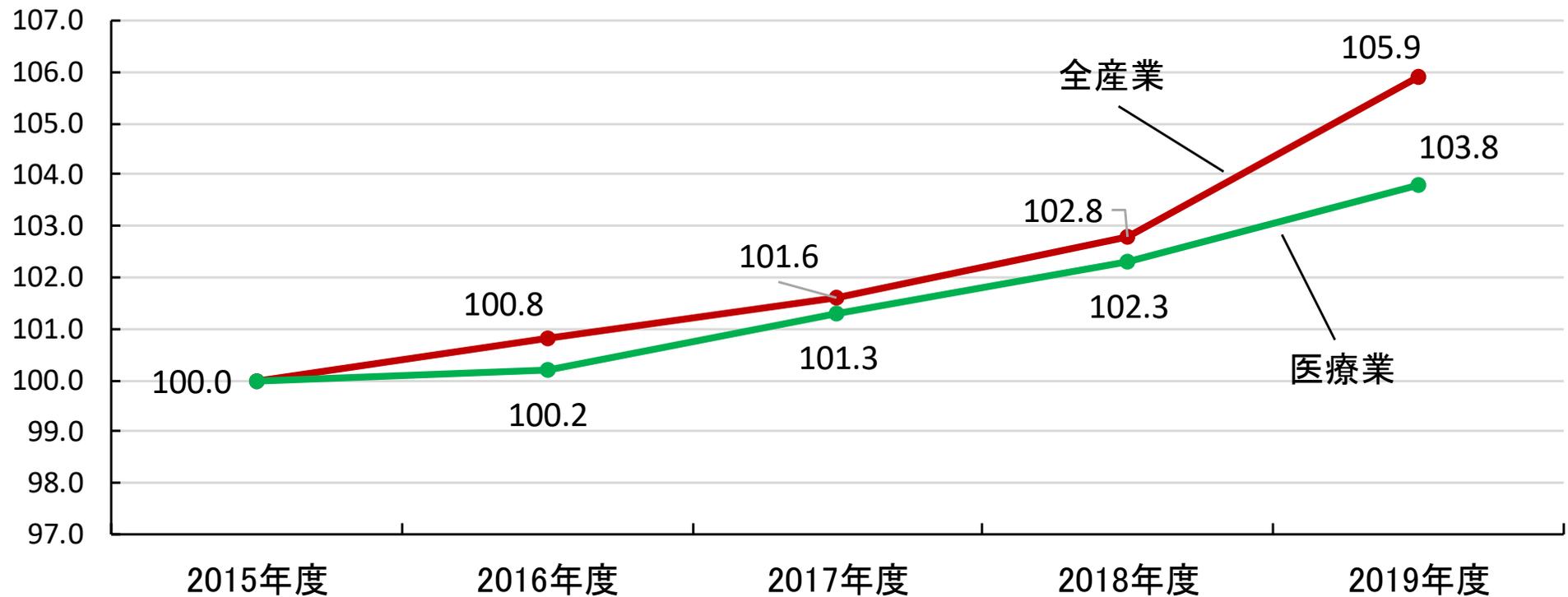


医療上必要な医薬品は保険でも対象とされるべき。
また、重篤な疾患だけを保険給付の対象とすれば、社会保険の恩恵が薄れ、経済的弱者が軽微な症状での受診を控えることにより、重症化するおそれがある。

令和2年度予算編成について

全産業と医療分野の賃金の伸びの比較

全産業と医療分野の賃金の伸びの比較(2015年度=100)



*厚生労働省資料から作成

医療機関の従事者数の推移

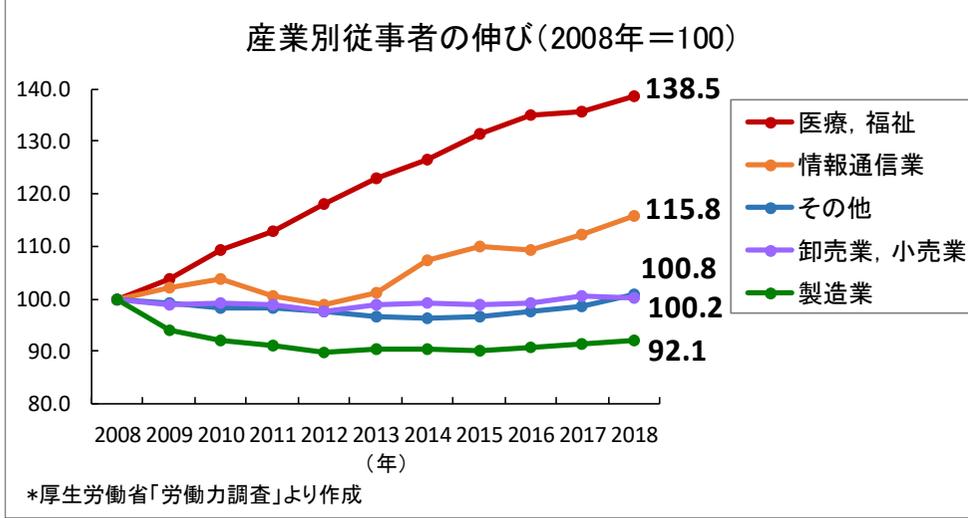
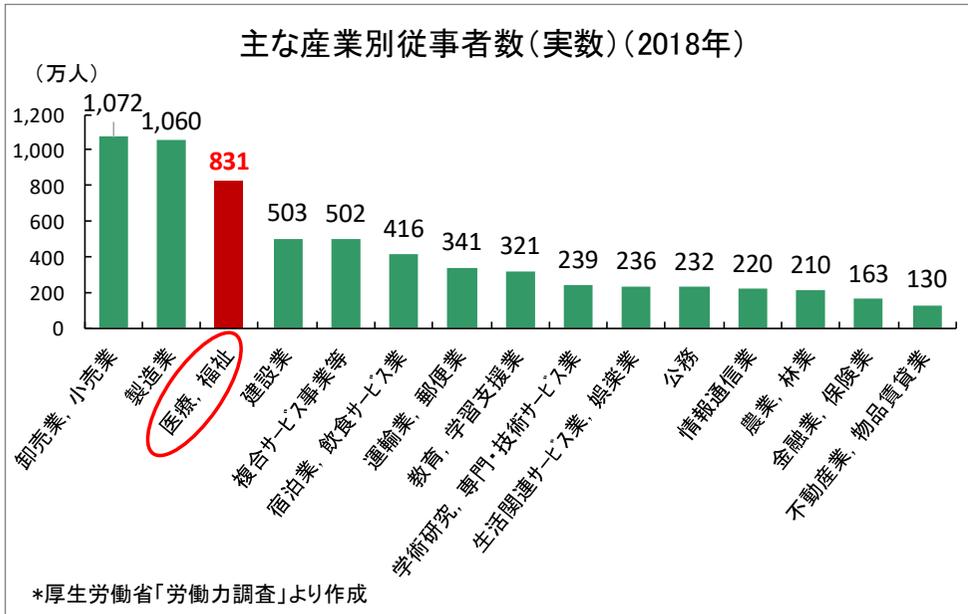
西村経済財政政策担当大臣が10月23日に開かれた経団連の会合で、賃上げの継続を産業界に改めて要請したと報じられています。現在、医療機関には常勤換算で300万人以上、医療・福祉分野には延べ800万人以上が従事しており、全就業者の11.9%を医療・福祉従事者が占めています。他の産業が賃上げを行う中、医療従事者にも適切な手当てを行うことにより、社会保障が充実し、経済の好循環が達成できると考えます。医療従事者だけが取り残されることがないようにしてはなりません。

*2019年11月1日 日本医師会緊急記者会見
(<http://www.med.or.jp/nichiionline/article/008962.html>)

医療従事者の人件費を1%引き上げるのに必要な財源

【国費ベース】	517億円 ※1)	(内訳) ※2)	
		医師	142億円
		看護師・准看護師	262億円
		その他医療関係職種	69億円
		事務職員他	43億円

※1) (国民医療費)44兆円 × (人件費率)46.4% × (引き上げ率)1% × (国庫負担率)25.3% = 517億円
 ※2) 総務省「平成24(2012)年度地方公営企業年鑑」をもとに2012年度の医療機関の費用構造の割合から推計



【医療機関の医療従事者数(常勤換算)】

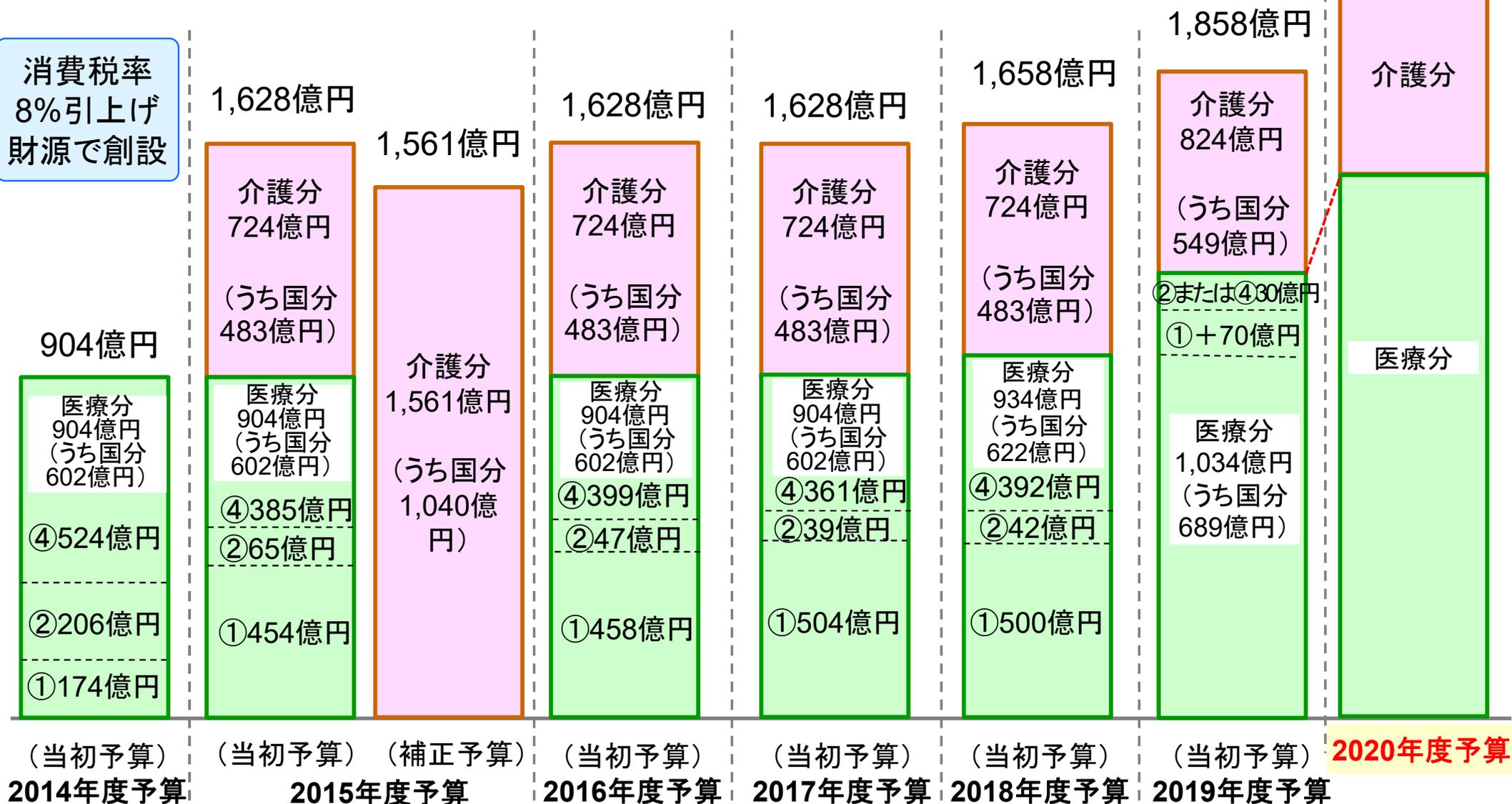
2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
252万人	263万人	277万人	295万人	304万人	312万人

地域医療介護総合確保基金の増額について

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ④ 医療従事者の確保に関する事業

消費税率
10%引上げ
に伴う増額
(事項要求)

消費税率
8%引上げ
財源で創設



令和2年度予算編成に向けて

1. 世界に誇るべき「国民皆保険」を持続可能なものとするため、令和2年度診療報酬改定については、他産業に比べて医療分野の賃金の伸びが低いことも踏まえ、前回は大幅に上回り、さらに働き方改革が実現できるような改定率を確保するなど、地域の医療現場を支えるために十分な手当を講じるべき。
2. 社会保障費の自然増が約5,300億円と見込まれる中、消費税増収分を社会保障の充実に活用することは国民との約束であり、診療報酬の改定をはじめ、消費税増税財源を活用し、医療・介護における適切な財源を確保すべき。
3. 地域医療介護総合確保基金と医療情報化支援基金のさらなる積み増しを行うべき。
4. 医療機関等で働く人の働き方改革は、喫緊の課題であり、国民に安全・安心な医療を提供するために必要な財源と人材を確保すべき。

*日本医師会定例記者会見(2019年11月27日)より

【2019年11月28日】

自民党 社会保障制度調査会医療委員会

「今後の医療の『あるべき姿』に向けた視点」とりまとめ

今後の医療の「あるべき姿」に向けた視点

令和元年11月28日

自由民主党社会保障制度調査会医療委員会

- 人生100年時代の国民の安心のため、以下のような医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人ひとりの主体的な取組を可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、疾病予防・早期対応から病気を抱えた後もその生活を支える医療のあるべき姿について議論していくことが必要。
 - ・ 団塊の世代が75歳以上を迎える中での高齢化による需要拡大への対応
 - ・ 生産年齢人口が減少する中での地域医療の確保
 - ・ 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へに向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進
 - ・ 働き方改革に対応した医師の職務環境の変化と地域医療確保の両立
 - ・ ゲノム医療等最先端医療の導入やデータヘルス改革の推進
- 以下を内容とする医療のあるべき姿をまとめていくべき。
 1. 地域差を伴う「高齢化による需要増大」と「支え手減少」の進展などの環境変化に対応し、質の向上と効率改善を図り、地域に必要な医療を確保する
 - ① 地域医療構想の推進
 - ② 更なる医師偏在対策、地域における看護職員をはじめとする医療関係人材の確保・育成、復職支援、定着の推進
 - ③ 医師の働き方改革、医療職種の役割分担の見直し
 2. 患者中心の医療を深化させる
 - ① 外来機能の明確化と「かかりつけ医」の機能の強化
 - ・ 継続的な健康管理・疾病管理とナビゲート・紹介機能の強化
 - ・ 重症化予防のための療養指導の強化
 - ・ 健康づくり・予防の重視、仕事と治療の両立等
 - ・ 地域密着型の中小病院・有床診療所のあり方
 - ② 在宅医療の更なる深化と推進、訪問看護体制の強化、適切な診療の推進
 - ③ 健康寿命延伸のための予防・健康づくりから医療への一貫した流れの構築
 - ・ 看護職員やリハビリテーション関係職種をはじめとする多職種連携による予防・健康づくりの強化
 - ・ 健康・医療情報の連携・活用
 - ④ 地域における歯科医療機関の機能の強化
 - ・ 予防から治療への歯科疾患の精密的管理、周術期口腔機能管理等医科歯科連携の推進
 - ⑤ 地域における薬剤師・薬局機能の強化
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的把握等の対人業務の強化、在宅訪問、予防・健康づくりへの積極的な関与
 - ・ 医療機関との連携の下でポリファーマシーや残薬の解消
 - ⑥ 医療のかかり方の変容へに向けた取組促進
 - ⑦ 尊厳と意思の尊重された人生の最終段階の迎え方支援
 3. 必要な医療を迅速に国民に届ける
 - ① 安全で質の高い先端的医療の普及
 - ② 革新的な医薬品、医療機器等が生み出される環境整備
 - ③ 必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保
- 上記のようなあるべき医療の姿の議論を深めることを前提に、世界に冠たる国民皆保険制度を将来の世代に受け継いでいくため、医療を取り巻く環境の変化や多様な国民のニーズに柔軟に対応し、あるべき医療の姿を支えるものとして、財源の確保にも留意しつつ、給付と負担の見直しについても、以下の視点を踏まえ、今後議論を深めていくべき。

<検討の視点>

- ・ 質が高く、効率的な医療の提供
- ・ 負担能力に応じた負担
- ・ 現役世代の負担増の抑制

【2019年11月28日】

横倉会長が鈴木自民党総務会長、岸田政調会長、世耕参議院自民党幹事長と意見交換

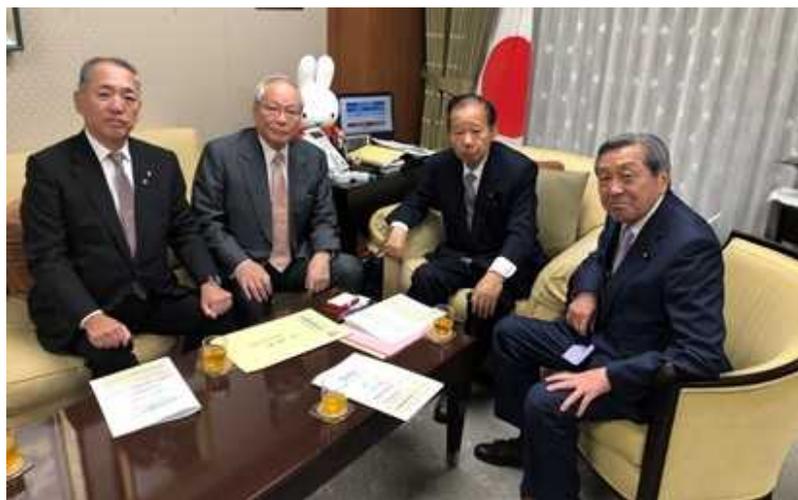
- 全世代型社会保障改革および令和2年度予算編成について



【2019年11月29日】

横倉会長が二階自民党幹事長、山口泰明自民党組織運動本部長と意見交換

- 全世代型社会保障改革および令和2年度予算編成について



【2019年12月6日】

国民医療を守るための総決起大会(憲政記念館)

決 議

人生100年時代を迎えるなか、幸福な国民生活を将来にわたりおくるためには、必要な医療・介護を安心して受けられるようにしなければならない。

よって、持続可能な社会保障制度の確立に向けて、適切な財源を確保するよう、本大会参加者全員の総意として、強く要望する。

以上、決議する。

令和元年12月6日

国民医療を守るための総決起大会



2020(令和2)年度診療報酬改定の基本方針

1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

2. 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

3. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

4. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【2019年12月10日】

横倉会長が菅官房長官と意見交換

- 全世代型社会保障改革および令和2年度予算編成について
- 「国民医療を守るための総決起大会」決議の申し入れ



【2019年12月10日】

横倉会長が鈴木自民党総務会長、岸田自民党政調会長と意見交換

- 全世代型社会保障改革および令和2年度予算編成について
- 「国民医療を守るための総決起大会」決議の申し入れ



【2019年12月10日】

横倉会長が加藤厚生労働大臣と意見交換

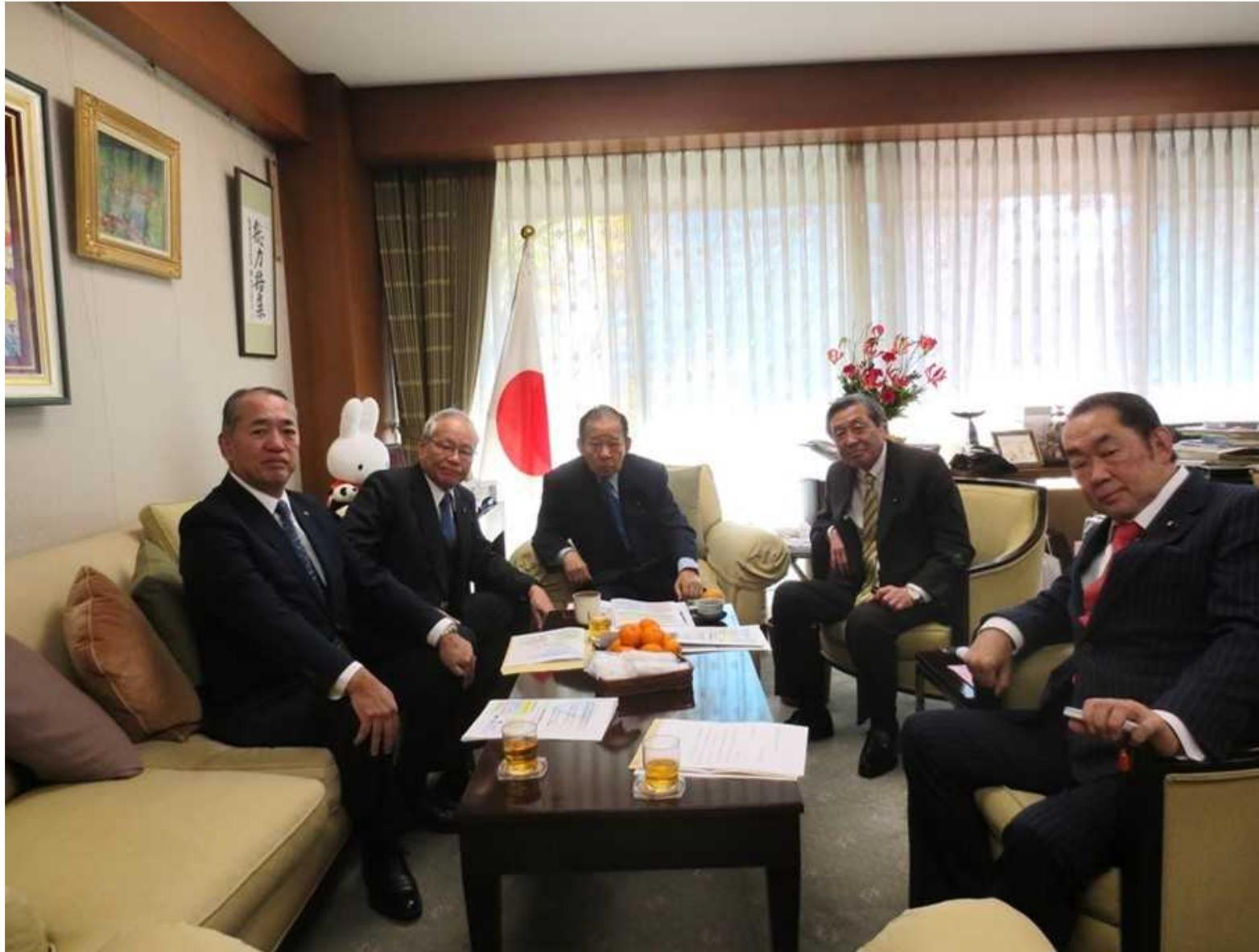
- 全世代型社会保障改革および令和2年度予算編成について
- 「国民医療を守るための総決起大会」決議の申し入れ



【2019年12月12日】

横倉会長が二階自民党幹事長と意見交換

- 全世代型社会保障改革および令和2年度予算編成について
- 「国民医療を守るための総決起大会」決議の申し入れ



令和2年度 診療報酬改定について

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和2年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.55% (国費 600億円程度)

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%

各科改定率	医科	+0.53%
	歯科	+0.59%
	調剤	+0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲0.98% (国費 ▲1,100億円程度)

※ うち、実勢価等改定 ▲0.43% (国費 ▲500億円程度)

※市場拡大再算定の見直し等の効果を含めた影響は▲0.99%

② 材料価格 ▲0.02% (国費 ▲30億円程度)

※ うち、実勢価等改定 ▲0.01% (国費 ▲10億円程度)

勤務医の働き方改革への対応について

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和2年度の勤務医の働き方改革への対応については、以下のとおりとなった。

診療報酬として

公費 126億円程度
(再掲)

地域医療介護総合確保基金として

公費 143億円程度

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

【2019年12月18日】

日本医師会定例記者会見「令和2年度診療報酬改定率等決定を受けて」

診療報酬改定率について

- 最終的に診療報酬が微増となったことについては、満足するものではないが、厳しい国家財政の中、一定の評価をしたい。今回の働き方改革への対応分を除く0.47%は、医療従事者の人件費を1%引き上げるのに必要な財源と同額であり、前回改定に引き続き、日医が主張してきた「モノから人へ」の評価がなされた。
- 第22回医療経済実態調査では、医療法人の一般病院1施設当たりの設備投資額は減少傾向にあり、一般病院の減価償却費と設備関係費の比率はいずれの開設者でも低下するなど、設備関係コストが抑制されている。今回の改定率では、人件費の引き上げへの対応のみで、医療機関の設備投資の財源への手当ては十分ではない。
- 財政審は「病院と診療所との間で改定率に差を設けるなど配分に当たっての大枠を示すべきである」と主張していたが、今回別枠となった救急病院における勤務医の働き方改革への対応としてのプラス0.08%は、あくまでも特例的なものであり、病院と診療所との間で改定率に差を設けたものではない。

地域医療介護総合確保基金について

- 今後閣議決定される政府予算案に反映されるよう期待する。消費税増収財源は地方分も含めて社会保障の充実のために使われることが国民との約束である。消費税増収財源の地方分が都道府県で活用されず、執行残となってしまうことは、国民との約束に反するもので、都道府県分の消費税増収財源もしっかりと社会保障の充実のために使われるべきである。

医療情報化支援基金について

- 日本医師会は、医療分野におけるICT化をさらに推進するための予算の増額と、機器導入などで医療現場に過度な負担がかからないよう求めてきた。結果として、医師や医療従事者の働き方改革も推進されるものと考えられる。



医師会の意向色濃く 20年度診療報酬改定

医療機関に支払う診療報酬の2020年度改定率が17日、まとまった。焦点だった医師らの人件費に当たる「本体部分」については、18年度改定と横ばいの0.55%アップで決着。来年の衆院解散の可能性をにらみ、政府・与党が自民党の有力支持団体で本体の引き上げを迫った日本医師会（日医）の意向を色濃く反映させた格好だ。

「このままでは病院経営は赤字になる。前回超えが必要です」。10日、首相官邸で菅義偉官房長官と向き合った日医の横倉義武会長は、本体アップを強く求めた。

改定率をめぐる政府内の折衝は表向き、ぎりぎりまで対立が続いた。厚生労働省は24年度から医師の残業時間規制が適用されるのを踏まえ、医療機関の働き方改革に重点配分する必要があるとして18年度並みの増加幅を要求した。

これに対し財務省は本体のマイナス改定を主張。「国庫ベースで財源を出せても（診療報酬引き上げは）国民の自己負担や保険料率の増加につながる」（幹部）と前回を下回る改定率にこだわった。

事務方同士の折衝に手詰まり感が漂う一方、政治レベルでは別の動きが進んだ。横倉氏は菅氏のほか、岸田文雄自民党政調会長ら政府・与党幹部に陳情攻勢をかけた。

特に麻生太郎財務相とは11月以降、少なくとも2回にわたり会談。ともに地元が福岡県で旧知の間柄の両者は18年度改定時と同様、電話も通じて緊密に連携しつつ落としどころを探った。

政府高官は先週半ば、医師らの人件費に加え、勤務医の働き方改革への充当分を合わせて18年度並みとする案に言及。13日に首相官邸で財務省が安倍晋三首相に示した案はこれを踏襲したものだ。

来年行われる日医会長選では横倉氏が5選を目指す構え。政府関係者は「改定率は完全な政治マターだ。衆院解散も視野に入りつつあり、医師会の意向は無視できないのだろう」と解説していた。

日医が財務省押し切る 診療報酬改定の舞台裏

2019.12.14 20:00 | ライフ | くらし

小数点以下の攻防は日本医師会（横倉義武会長、日医）が財務省をかるうじて押し切る格好となった。医師らの技術料や人件費にあたる「本体部分」を0・55%引き上げることが固まった、令和2年度の診療報酬改定。本体のマイナス改定を求める財務省と、プラス改定を主張する日医、日医をバックアップする厚生労働省との間で激しい攻防が展開された。（坂井広志、桑原雄尚）

13日夕、横倉氏の携帯電話が鳴った。電話の主は加藤勝信厚労相だった。

「働き方改革分の0・08%を含め0・55%です。
働き方改革は基金でも上積みし、診療報酬と基金のハイブリッドで対応します」

日医は働き方改革を前面に出し、人件費増を重点要望していた。前回（0・55%）を上回らなかったが、重点要望には診療報酬と基金の両方で対応する。そんなメッセージに横倉氏は納得した。

麻生太郎副総理兼財務相が攻勢を仕掛けてきたのは5日の経済財政諮問会議。「診療報酬の引き上げは医療機関にとって収入増だが、国民には負担増となる。国民全体の負担の抑制を主眼に置いて、慎重に対応する必要がある」と語り、日医を牽制（けんせい）した。

これに日医も黙ってはいなかった。医療系団体が構成する国民医療推進協議会は6日、総決起大会を開き、「適切な財源を確保するよう強く要望する」とした決議を採択した。大会には与野党の幹部らが多数出席。紹介される度に「頑張ります」などと氣勢を上げる議員たちに、横倉氏は満面の笑みで拍手を送った。

横倉氏が一貫して求めたのは、前回は上回る改定率だ。11日には講演で、他産業に比べて医療従事者の賃金の伸びが低いことを指摘し「少なくとも1%の賃上げをする必要がある。国費ベースでは517億円で診療報酬改定でいえば0・5%だ」と語った。

自民党厚労族は12日、非公式幹部会を開催。伊吹文明元衆院議長は厚労省幹部に強気で財務省と交渉するよう叱咤（しった）激励した。

日医と厚労省は「0・55%」という攻防ラインの土俵で踏ん張った。財務省は0・3%まで譲ることも念頭にあったが、それもかなわなかった。日医は自民党の有力支持団体。診療報酬の改定率は時の首相の意向を無視して決まることはない。来年夏の東京五輪以降の衆院解散がささやかれる中、日医の意向がむげにされることはなかった。



全世代型社会保障検討会議を終え記者団の質問に答える日本医師会・横倉義武会長＝11月8日午後、首相官邸（春名中撮影）

2019年12月14日
産経新聞web版

(<https://www.sankei.com/life/news/191214/lif1912140038-n1.html>)

【2019年12月17日】

自民党「人生100年時代戦略本部」とりまとめ
「人生100年時代の全世代型社会保障改革の実現」

(目次)

I. 検討の経緯

II. 基本的考え方

1. 全世代型社会保障制度の構築に向けて
2. 改革の視点

III. 令和時代の全世代型社会保障の具体策

1. 勤労者皆社会保険 ～人生100年時代のセーフティネット
2. 人生100年型年金制度 ～選択できる年金制度へ
3. 雇用制度改革 ～雇用を縦にも横にも伸ばす
4. 医療・介護の提供体制改革 ～国民起点の患者・利用者目線の改革へ
 - (1) 医療の提供体制改革
 - (2) 介護の提供体制改革
5. 医療保険制度改革 ～すべての世代が支え合う仕組みへ
6. 健康づくりの抜本強化 ～人生100年時代の安心の基盤
7. 子育て支援 ～社会全体で子育てを支える仕組みへ

IV. 今後の進め方

【2019年12月18日】

公明党「全世代型社会保障推進本部」

「安心の全世代型社会保障の構築に向けて」(中間提言)

(目次)

I. 年金分野

II. 雇用・労働分野

III. 医療分野

1. 今後の医療保険制度改革の方向性
2. 外来受診時の負担のあり方について
3. 後期高齢者の自己負担の割合について
4. 市販類似薬の保険上の取扱いについて
5. 医療提供体制の改革について
6. 全世代型の社会保障制度を構築するために

IV. 介護分野

1. 今後の介護保険制度改革の方向性
2. 介護予防・健康づくりの推進
3. 保険者機能の強化
4. 地域包括ケアシステムの推進
5. 認知症施策の総合的な推進
6. 介護人材の確保、生産性の向上
7. ケアマネジメントのあり方

V. 子育て支援分野

VI. 最後に

【2019年12月19日】

政府の全世代型社会保障検討会議が中間報告をとりまとめ

【2019年12月19日】

日本医師会緊急記者会見「全世代型社会保障検討会議中間報告について」

後期高齢者の自己負担割合のあり方

- 「社会保障の持続可能性と財政健全化の両立を図るため、低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべき」との日医の趣旨も踏まえたものとなっている。今後、負担能力に応じた負担とする方向性で議論されるものと思う。今後も引き続き、厚生労働省の社会保障審議会等での議論等において、日医の意見を主張していく。

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

- 「平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ」という表現は、三師会合同提言における「国民皆保険の理念の堅持」の理念が反映されたものであり、この理念はこれからもしっかりと守っていかなくてはならない。
- 「受診時定額負担」と「大病院選定療養」は全く別物である。「受診時定額負担」は医療が必要な社会的弱者である患者に対する追加負担であり、その導入は容認することはできない。一方、「大病院選定療養」の対象を200床以上の地域医療支援病院に拡大することについては中医協で既に議論が始まっているが、更なる拡大は拙速にするのではなく検証を重ねた上で、厚労省で引き続きしっかりと議論していくべき。

医療提供体制の改革

- 自民党の社会保障制度調査会医療委員会において取りまとめられた「今後の医療の『あるべき姿』に向けた視点」の内容がほぼ反映されているとして一定の評価ができる。日医としてもしっかり取り組んでいきたい。

予防・介護

- これまで日医として予防推進の重要性を強調するとともに、医療の役割として取り組んでいくことを表明している。全世代型社会保障制度の構築に向けては、エビデンスの確立が重要になる。厚労省と経済産業省が2020年度に予算計上している「予防・健康づくりにおけるエビデンス確立のための大規模実証事業」に、日医も連携を取りながら協力していきたい。

兼業・副業の拡大

- 被用者保険の加入者が兼業・副業によって総収入が増えたとしても、その収入に対して健康保険料が徴収されていない現状では、健康保険料収入の減少が懸念される。兼業・副業の拡大に当たっては、健康保険料収入の減少を招くことのないような留意が必要である。



BSフジ プライムニュース (2019年12月18日放送)

「医療改革の行方と課題 厚労省×医師会の本音」

番組内容

安倍首相が“最大のチャレンジ”と位置づける全世代型社会保障改革。その中間取りまとめが間もなく公表される。

医療制度改革はその柱の一つだが、一部の後期高齢者は窓口で支払う金額が増えるなど、国民の負担が増える改革案が盛り込まれる見通しで、大きな反発も予想される。

安倍政権は改革に向け、どのような道筋を立てているのか。その課題は何か。橋本岳・厚生労働副大臣と横倉義武・日本医師会会長を迎え、徹底議論する。

【ゲスト】 橋本 岳 厚生労働副大臣 自由民主党衆議院議員
横倉義武 日本医師会会長

番組構成

診療報酬改定・・・「本体」引き上げで何が変わるのか？
国民の負担増・・・年齢による区分けから“応能負担”への転換
医療費増大の打開策・・・新たな財源はあるのか？
日本の地域医療システムの将来・・・「人口減少」への対応
日本の地域医療システムの将来・・・「高齢化」への対応
提言：持続可能な医療を実現するために・・・



※番組ホームページ
<http://www.bsfuji.tv/primenews/>

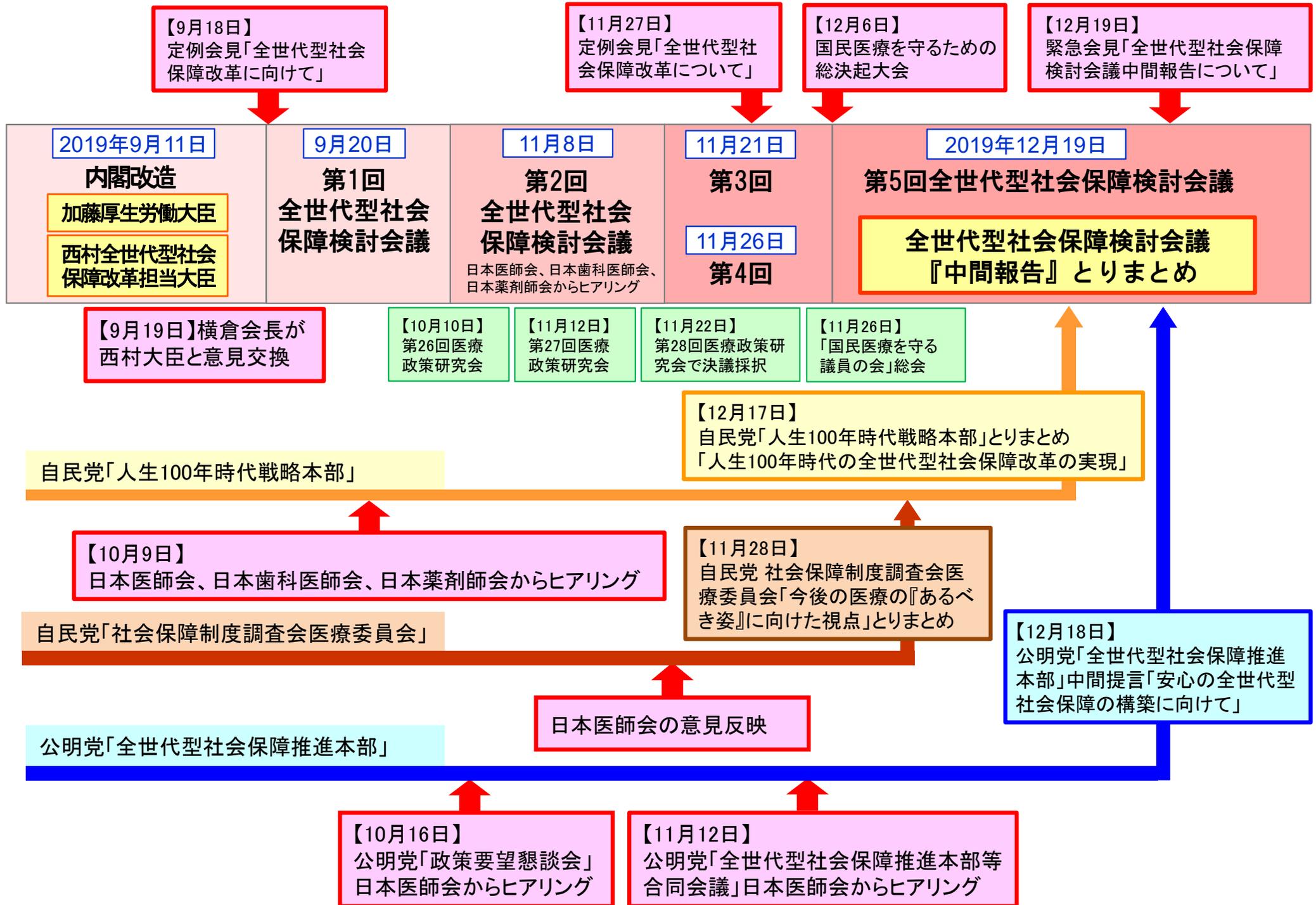
【2019年12月19日】

横倉会長が安倍首相と意見交換

- ・ 持続可能な社会保障に向けた日本医師会の考え方を説明



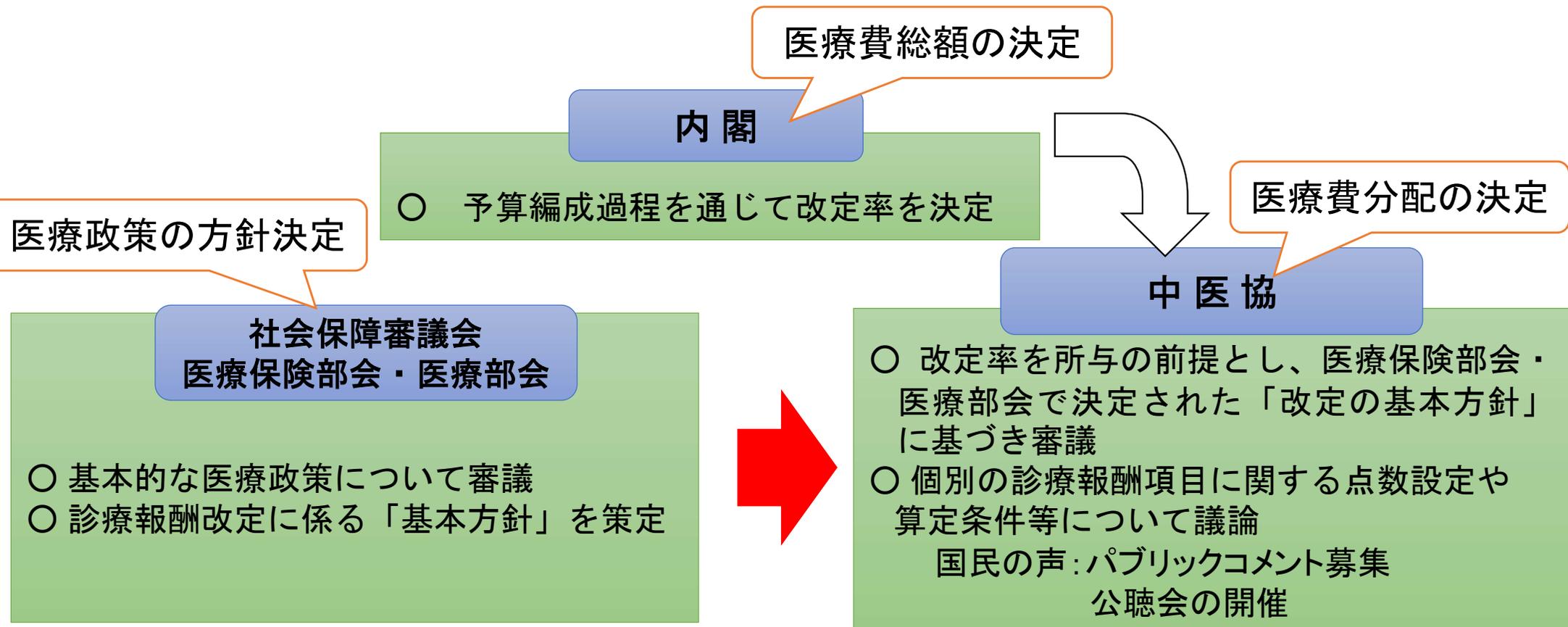
全世代型社会保障検討会議『中間報告』までの経緯



診療報酬改定の流れ

《診療報酬改定の役割分担》

- ① 予算編成過程を通じて内閣が改定率を決める
- ② 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)が「診療報酬改定の基本方針」を策定
- ③ ①②を踏まえ、中医協において、個々の具体的な診療報酬点数の設定を決める



※ 診療報酬改定は、中医協でエビデンスに基づく評価がなされ、さらには前回の改定結果を調査・検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立している

令和2年度診療報酬改定の大まかな流れ

令和元年10月 消費税率引上げに伴う改定
 中医協:平成30年9月～平成31年2月

令和元年

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

9月～12月 診療報酬改定の基本方針の議論
 12月10日 令和2年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月17日 予算編成過程で、診療報酬の改定率、地域医療介護総合確保基金による措置を決定

令和2年

厚生労働大臣

1月15日
 中医協に対し、
 ・ 内閣が決定した「診療報酬改定について」「勤務医の働き方改革への対応について」
 ・ 社会保障審議会で策定された「改定の基本方針」に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問

厚生労働大臣

3月 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中医協

平成30・31・令和元年度
 「答申書」附帯意見に基づく検証調査等の実施

[第1ラウンド]3月～7月
 ①患者の疾病構造や受療行動等を意識しつつ年代別に課題を整理
 ②昨今の医療と関連性の高いテーマについて課題を整理
 → 7月24日 第1ラウンドの概要のとりまとめ

[第2ラウンド]9月～1月
 外来・入院・在宅・個別・横断的事項
 薬価制度・保険医療材料制度改革
 改定の基本方針を踏まえた対応

5月～7月 医療経済実態調査の実施
 11月13日 医療経済実態調査の結果報告
 11月27日 医療経済実態調査結果に対する見解
 12月 4日 薬価調査・材料価格調査の速報報告
 12月 6日 診療報酬改定に関する両側の見解
 12月11日 診療報酬改定への意見 中医協→厚労大臣

1月15日 厚生労働大臣の諮問を受け、
 具体的な診療報酬点数の設定に係る審議
 「令和2年度改定に係るこれまでの議論の整理」
 パブリックコメント募集
 1月24日 公聴会の開催(静岡県富士市)
 1月29日～2月 個別改定項目(短冊)の集中審議
 2月 7日 厚生労働大臣に対し、改定案を答申

令和2年4月1日 施行

平成30年度改定「答申書」附帯意見20項目・検討の場①

平成30年4月25日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見

検討の場

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む。)に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。 | 入院医療等に関する調査・評価分科会
DPC評価分科会 |
| 2 | データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。 | 入院医療等に関する調査・評価分科会
DPC評価分科会
※調査は行わない |
| 3 | 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、DPC制度以外の入院医療とともに、DPC制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。 | 入院医療等に関する調査・評価分科会
DPC評価分科会 |

平成30年度改定「答申書」附帯意見20項目・検討の場②

平成30年4月25日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見

検討の場

- | 4 | 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直し、かかりつけ医機能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。 | 検証部会 |
|---|--|------|
| 5 | かかりつけ医機能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。 | 検証部会 |
| 6 | 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方。処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き推進すること。 | 検証部会 |
| 7 | 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。 | 検証部会 |
| 8 | オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせたICTを活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。 | 検証部会 |

平成30年度改定「答申書」附帯意見20項目・検討の場③

平成30年4月25日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見

検討の場

9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症疾患療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、
① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

総会
(検証部会、入院医療等に関する調査・評価分科会)

10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。
また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

検証部会

11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成32年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

総会
※調査は行わない

平成30年度改定「答申書」附帯意見20項目・検討の場④

平成30年4月25日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見

検討の場

- | | | |
|----|---|-------------------|
| 12 | かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。 | 検証部会 |
| 13 | 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。 | 総会
(検証部会) |
| 14 | 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型駅前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について、引き続き検討すること。 | 検証部会 |
| 15 | 後発医薬品の数量シェア80%目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や調剤報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。 | 検証部会 |
| 16 | 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。
また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。 | 調査実施小委、
薬価専門部会 |

平成30年度改定「答申書」附帯意見20項目・検討の場⑤

平成30年4月25日 中央社会保険医療協議会

答申附帯意見

検討の場

17	試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成30年度中に結論を得ること。	費用対効果評価専門部会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会 ※調査は行わない
18	現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成32年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。	総会 (検証部会)
19	先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価(分類)について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。	診療報酬基本問題小委員会 医療技術評価分科会、先進医療会議 ※調査は行わない
20	ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。	総会 (検証部会)

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施

【診療報酬改定結果検証部会】

平成30年度と31年度の2か年に分けて実施。経過措置が設けられているなど改定の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要な項目については平成31年度に実施

《平成30年度実施》

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (2) 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
- (3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (4) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

《平成31年度実施》

- (5) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (6) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (7) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
- (8) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
- (9) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

中央社会保険医療協議会（中医協）について

《社会保険医療協議会法(昭和25年法律第47号)》

第1条 厚生労働省に、中央社会保険医療協議会(以下「中央協議会」という。)を置く。

2 各地方厚生局(地方厚生支局を含む。)に、地方社会保険医療協議会(以下「地方協議会」という。)を置く。

【所掌事務】

◇ 中央社会保険医療協議会は、診療報酬点数の改定等について、厚生労働大臣の**諮問**に応じて審議**答申**するほか、自ら厚生労働大臣に**建議**することができる。

【三者構成】

◇ 支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整するという、いわゆる「三者構成」をとっている。任期は2年(3期6年が上限)。

- ① 支払側委員(保険者、被保険者の代表) 7名
- ② 診療側委員(医師、歯科医師、薬剤師の代表) 7名
- ③ 公益代表 6名(国会同意人事)

◇ 会長は、公益代表から委員の選挙にて1人置く。

◇ 中央協議会の公益を代表する委員は、会議の日程及び議題その他の中央協議会の運営に関する事項について協議を行い、支払側委員、診療側委員は、その協議の結果を尊重するものとする。

【専門事項の審議】

◇ 厚生労働大臣は、専門の事項を審議するため必要があると認めるときは、その都度、各10人以内の専門委員(大臣任命)を置くことができる。

中医協 委員名簿

令和元年10月30日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員 7名	吉森 俊 和 幸野 庄 司 佐保 昌 一 間 宮 清 宮 近 清 文 松 浦 満 晴 染 谷 絹 代	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 静岡県島田市市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 7名	松 本 吉 郎 今 村 聡 城 守 国 斗 猪 口 雄 二 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 全日本病院協会会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員 6名	荒 井 耕 関 心 佐 子 ◎ 田 辺 国 昭 中 村 洋 秋 山 美 紀 松 原 由 美	一橋大学大学院経営管理研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 慶應義塾大学環境情報学部教授 早稲田大学人間科学学術院准教授
4. 専門委員 10名	岩 田 利 雄 吉 川 久 美 子 半 田 一 登 田 村 文 誉 平 野 秀 之 上 出 厚 志 村 井 泰 介 堀 之 内 晴 美 林 利 史 五 嶋 規 夫	千葉県東庄町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 第一三共株式会社執行役員渉外部長 アステラス製薬株式会社上席執行役員渉外部長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 株式会社やよい専務取締役

◎印：会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会（昭和25年設置）

報告

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: 平成17年
会長: 松原由美(早稲田大学人間科学学術院准教授)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度4回
平成25年度2回
平成26年度6回
平成27年度4回
平成28年度3回
平成29年度3回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: 平成2年
会長: 中村洋(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度8回
平成25年度13回
平成26年度3回
平成27年度13回
平成28年度13回
平成29年度15回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: 平成24年
会長: 荒井耕(一橋大学大学院経営管理研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 2
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度8回
平成25年度7回
平成26年度8回
平成27年度10回
平成28年度5回
平成29年度11回

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: 平成11年
会長: 関ふ佐子(横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度1回
平成25年度10回
平成26年度4回
平成27年度9回
平成28年度1回
平成29年度12回

報告

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: 平成3年
会長: 田辺国昭(東京大学大学院法学政治学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度5回
平成25年度2回
平成26年度7回
平成27年度9回
平成28年度3回
平成29年度7回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: 昭和42年
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成24年度4回
平成25年度1回
平成26年度3回
平成27年度1回
平成28年度3回
平成29年度1回

聴取

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: 平成12年
委員長: 秋下雅弘(東京大学医学部老年病学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議
設置: 平成12年
委員長: 小澤壯治(東海大学医学部医学科領域主任教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の費用対効果評価について調査審議
設置: 平成28年
委員長: 田倉智之(東京大学大学院医学系研究科特任教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 1年に数回程度

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: 平成15年 委員: 保険医療専門審査員

■ 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度

会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)

■ 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授) (平成29年8月18日退任)

■ 医療機関等における消費税負担に関する分科会

会長: 荒井耕(一橋大学大学院経営管理研究科教授)

■ 入院医療等の調査・評価分科会

会長: 尾形裕也(九州大学名誉教授)

令和2年度診療報酬改定の流れ

〔中医協 医療経済実態調査〕

令和元年11月13日 医療経済実態調査結果の報告

令和元年11月27日 医療経済実態調査結果に対する両側の見解

〔中医協 薬価調査・保険医療材料価格調査〕

令和元年12月 4日 薬価調査・特定保険医療材料価格調査(速報値)

《平均乖離率》

薬価:約8.0%(前回:7.2%)

特定保険医療材料:約5.8%(前回:4.2%)

※令和元年10月1日に、平成30年度調査を踏まえて、消費税率引上げに伴う薬価改定・材料価格改定を実施

〔社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)〕

令和元年12月10日 令和2年度診療報酬改定の基本方針

《改定の基本的視点と具体的方向性》

- 1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】
- 2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- 3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進
- 4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

〔中医協 診療報酬改定に関する基本的見解〕

令和元年12月 6日 令和2年度診療報酬改定に関する両側の考え方

令和元年12月11日 令和2年度診療報酬改定について

中医協としてとりまとめ厚生労働大臣に意見具申(両論併記)

令和2年度診療報酬改定の流れ

〔内閣〕

令和元年12月17日 予算編成過程で、診療報酬改定、勤務医の働き方改革への対応を決定

1. 診療報酬: +0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%

(医科: +0.53%、歯科: +0.59%、調剤: +0.16%)

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

2. 薬価等 ①薬価: ▲0.99% うち、実勢価等改定▲0.43%

市場拡大再算定の見直し等▲0.01%

②材料価格: ▲0.02% うち、実勢価等改定▲0.01%

3. 勤務の働き方改革への対応

診療報酬として

公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として

公費 143億円程度

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

【厚生労働大臣】

令和2年1月15日 中医協に対して以下に基づき答申を行うよう諮問

① 予算編成過程で内閣が決定した診療報酬改定、勤務医の働き方改革への対応

② 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会が策定した「改定の基本方針」

中医協におけるこれまでの議論の整理を公表し、パブリックコメントを募集

〔中医協〕

令和2年1月24日 公聴会を静岡県富士市で開催

令和2年1月29・31日・2月5日 個別改定項目(短冊)を集中審議

《中医協》

◎前回改定「答申書」附帯意見(20項目)に基づく検討

- ・検証調査(9項目)、医療経済実態調査、薬価調査、特定保険医療材料価格調査
- ・外来医療、在宅医療、入院医療、個別事項、横断的事項、歯科医療、調剤
- ・薬価制度改革、保険医療材料制度の見直し、費用対効果評価、最適使用推進GL 等

[総会]

[薬価専門部会]

[保険医療材料専門部会]

[費用対効果評価専門部会][合同部会]

[診療報酬改定結果検証部会]

[診療報酬基本問題小委員会]

[調査実施小委員会]

[調査専門組織]

- ・医療技術評価分科会

- ・入院医療等の調査・評価分科会

- ・医療機関等における消費税負担に関する分科会

国民の声:パブコメ、公聴会



※2年度で153回開催

令和2年2月7日 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

(附帯意見:20項目)

中医協における第1ラウンドの審議（平成31年3月6日～令和元年7月10日）

- 3/6 (1) 2020年度改定に向けた検討項目と進め方について
- 3/27 (2) 2020年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方について(案)
- 4/10 (3) 年代別・世代別の課題(その1)について
乳幼児期～学童期・思春期、周産期
- 4/24 (4) 年代別・世代別の課題(その2)について
青年期・壮年期・中年期・高齢期・人生の最終段階
- 5/15 (5) 患者・国民に身近な医療の在り方について
- 5/29 (6) 働き方改革と医療の在り方について
- 6/12 (7) 科学的な根拠に基づく医療技術の評価の在り方について
- 6/12 (8) 医療におけるICTの利活用について
- 6/26 (9) 医薬品、医療機器の効率的かつ有効・安全な使用について
- 7/10 (10) 地域づくり・街づくりにおける医療の在り方について
- 7/17 (11) 介護・障害者福祉サービス等と医療との連携のあり方について
- 7/17 (12) 診療報酬に係る事務の効率化・合理化及び診療報酬の情報の利活用等を見据えた対応について

中医協における第2ラウンドの審議（令和元年9月11日～令和2年1月22日）

《外来医療》

10/30（その1）かかりつけ医機能、大病院受診時定額負担

11/20（その2）生活習慣病管理料、ニコチン依存症管理料、外来化学療法

12/11（その3）かかりつけ医機能等、女性の健康に係る課題等、分割調剤、ギャンブル依存症、ニコチン依存症管理料等その他

《在宅医療》

11/6（その1）在支診・在支病、医療資源の少ない地域における在宅、在宅における褥瘡の指導管理、在宅歯科、在宅薬剤管理

11/20（その2）訪問看護

《入院医療》

11/15（その1）急性期医療（一般病棟入院基本料、特定集中治療室管理料、急性期入院医療におけるその他の事項）

11/22（その2）慢性期医療（療養病棟入院基本料）、データ提出加算

11/29（その3）地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、入退院支援

12/6（その4）地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、短期滞在手術等基本料、入院時食事療養費制度

12/13（その5）重症度、医療・看護必要度の記録、特定機能病院に係る評価、地域の実情を踏まえた対応、その他

12/20（その6）重症度、医療・看護必要度（評価項目、判定基準、見直しを踏まえた施設基準の設定）

1/15（その7）重症度、医療・看護必要度（見直しを踏まえた施設基準の設定）

《調剤》

9/15（その1）調剤料①（薬局における調剤業務という視点での検討）

10/30（その2）調剤料②（医療機関における薬剤師の業務及び医療機関と薬局の比較という視点での検討）、調剤基本料①、地域支援体制加算

12/4（その3）調剤基本料②、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務

12/18（その4）かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む対人業務

中医協における第2ラウンドの審議（令和元年9月11日～令和2年1月22日）

《個別事項》

- 9/18（その1）リハビリテーション、医薬品の効率的かつ有効・安全な使用
- 9/25（その2）医療従事者の働き方、地域の実情を踏まえた対応
- 10/9（その3）がん対策、腎代謝療法、移植医療
- 10/18（その4）感染症、脳卒中、医療従事者の働き方②
- 10/23（その5）医療機器の効率的かつ有効・安全な利用
- 10/25（その6）治療と仕事の両立支援、救急／小児・周産期、業務の効率化・合理化
- 11/8（その7）医療従事者の働き方③
- 11/13（その8）技術的事項①
- 11/15（その9）医薬品の効率的かつ有効・安全な使用③
- 11/20（その10）精神医療、認知症・せん妄、明細書無料発行
- 11/27（その11）技術的事項②、有床診療所
- 12/4（その12）救急／小児・周産期②、がん対策②、脳卒中②、生活習慣病②
- 12/13（その13）がん対策③
- 12/18（その14）医療従事者の働き方④、技術的事項③
- 12/28（その15）情報共有・連携④、妊婦加算の今後の取扱い
- 1/10（その16）外来における抗菌薬適正使用、歯科麻酔薬の算定

《横断的事項》

- 9/11（その1）平成30年度改定後の算定状況等、主な施設基準の届出状況等、主な選定療養に係る報告状況
- 11/8（その2）ICTの利活用、情報共有・連携
- 12/11（その3）ICTの利活用②、情報共有・連携②
- 12/18（その4）ICTの利活用③、情報共有・連携③
- 12/20（その5）ICTの利活用④

中医協における第2ラウンドの審議(令和元年9月11日～令和2年1月22日)

《その他》

12/13

【多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術】

- (1) 先進医療会議で保険導入にかかる科学的根拠等を評価した結果、先進医療Aから削除された
- (2) 保険給付の対象としている白内障に対する「水晶体再建効果」に加え、疾病に対する治療には位置付けられないアメニティとしての「眼鏡装用率の軽減効果」を有し、それらが一体不可分であり、患者ニーズが相当程度ある

等の理由から、白内障に対する水晶体再建術における、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの使用を「選定療養」に位置付け、通常の水晶体再建術に係る保険適用との併用を認める

(関連学会と連携し求める対応)

- ・患者に対し本療養のメリット・デメリット及び費用等について十分な情報提供を行う
- ・患者から徴収する費用を妥当適切な範囲とすること
- ・関連学会が定める指針を遵守すること

中医協における第2ラウンドの審議(令和元年9月11日～令和2年1月22日)

《その他》

1/22

【医療技術評価分科会における医療技術の評価】

(1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術: 264件(新規技術: 102件、既存技術: 162件)

〔新規技術の評価の例〕

全視野精密網膜電図、先天性リンパ浮腫・静脈奇形の弾性ストッキング固定、外陰・膣細胞採取料、斜視注射(ボツリヌス毒素を用いた場合)、胎児輸血、臍帯穿刺、食道切除術(切除のみ、胸部食道)、外来栄養食事指導料・入院栄養食事指導料、薬剤耐性菌検出検査 等

〔既存技術の再評価の例〕

終夜睡眠ポリグラフィ、人工腎臓導入期加算、屈折検査(6歳未満)と矯正視力検査の同時請求、創外固定器加算、自動縫合器・自動吻合器加算の適応拡大、外来緊急開腹手術、電磁波温熱療法、ダーモスコピー、細胞診、血液採取・静脈、細胞培養同定検査・血液および穿刺液 等

(2) 今回改定では対応を行わない技術: 479件(新規技術: 204件、既存技術: 275件)

(3) 先進医療からの保険導入

- ① 神経変性疾患の遺伝子診断(脊髄小脳変性症のみ)
- ② 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術
- ③ 角膜ジストロフィーの遺伝子診断
- ④ MEN1 遺伝子診断
- ⑤ 腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術
- ⑥ 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療

中医協における第2ラウンドの審議(令和元年9月11日～令和2年1月22日)

《その他》

1/22

【市場拡大再算定品目・効能効果再算定品目】

(1)－1 市場拡大再算定:14成分39品目

年間販売額が150億円を超え、基準年間販売額の2倍以上

年間販売額が100億円を超え、基準年間販売額の10倍以上

→ ビンダケル(ファイザー)、サムスカ(大塚製薬)、フェブリク(帝人ファーマ)、
ウリアデック(三和科学研究所)、トピロリック(富士薬品)、レブラミド(セルジーン)、
リムパーサ(アストラゼネカ)、ステラーラ(ヤンセンファーマ)、パージェタ(中外製薬)、
フェソロデックス(アストラゼネカ)、デュピクセント(サノフィ)、ヘムライブラ(中外製薬)、
アクテムラ(中外製薬)、ケブザラ(サノフィ)、ジクアス(参天製薬)

(1)－2 市場拡大再算定の特例:2成分8品目

年間販売額が1,500億円を超え、基準年間販売額の1.3倍以上(最大50%下げ)

年間販売額が1,000億円を超え、基準年間販売額の1.5倍以上(最大25%下げ)

→ リクシアナ(第一三共)(1000億円超)、キイトルーダ(MSD)(1500億円超)

(2) 効能変化再算定の特例:1成分4品目

→ ゾレア(ノバルティス ファーマ)

(主たる効能効果「気管支喘息(既存治療によっても喘息症状をコントロールできない難治の患者に限る)」

→「季節性アレルギー性鼻炎(既存治療で効果不十分な重症又は最重症患者に限る)」)

《中医協における検討①》

[薬価専門部会]

令和元年12月18日 令和2年度薬価制度改革の骨子

令和2年1月22日 令和2年度薬価制度の見直しについて

[保険医療材料専門部会]

令和元年12月18日 令和2年度保険医療材料制度改革の骨子

令和2年1月22日 令和2年度保険医療材料制度の見直しについて

[費用対効果評価専門部会][合同部会]

平成31年2月20日 費用対効果評価について 骨子

中央社会保険医療協議会における費用対効果評価の分析ガイドライン 第2版

平成31年3月27日 医薬品、医療機器及び再生医療等製品の費用対効果評価に関する取扱いについて

[診療報酬基本問題小委員会]

平成30年7月18日 入院医療等の調査・評価分科会の今後の検討について

平成31年2月13日 2020年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について

令和元年8月28日 DPC/PDPSの対象病院と準備病院の募集について

令和元年11月6日 入院医療等の調査・評価分科会における検証結果(とりまとめ)について

医療技術評価分科会からの報告について

[調査実施小委員会]

令和元年11月13日 第22回医療経済実態調査の報告について

《中医協における検討②》

[診療報酬改定結果検証部会]

平成31年3月27日 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)の結果について

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (2) 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
- (3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (4) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

令和元年11月15日 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)の結果について

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (2) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (3) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
- (4) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
- (5) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

《中医協における検討③》

〔診療報酬調査専門組織〕

【入院医療等の調査・評価分科会】

令和元年 6月 7日 2018年度調査結果(速報)の概要について

令和元年 9月26日 2019年度調査結果(速報)の概要について

令和元年10月30日 入院医療等の調査・評価分科会における検討結果報告

【医療技術評価分科会】

平成31年 2月 8日 2020年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について(案)

令和元年10月31日 令和2年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価について(案)

令和2年 1月 9日 令和2年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価について

中医協における第2ラウンドの審議(令和元年9月11日～令和2年1月22日)

《次期薬価制度改革に向けて》

- (1) 新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の見直し(企業指標・企業要件、品目要件)
- (2) 長期収載品の段階的引下げまでの期間の在り方、長期収載品の薬価等の見直し
- (3) イノベーションの評価(効能追加等による革新性・有用性の評価等)
- (4) 薬価算定方式の妥当性・正確性の向上
 - 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定
 - 原価計算方式、類似薬効比較方式
 - 再生医療等製品の価格算定
 - 配合剤の価格算定
- (5) 後発医薬品の薬価の在り方
- (6) 再算定(市場拡大再算定、用法用量変化再算定)
- (7) その他(基礎的医薬品への対応の在り方、2020年度改定における実勢価の反映)

【これまでの審議経過】

- 2019/3/27: 次期改定に向けた薬価専門部会の主な検討スケジュール(案)
- 2019/5/29: 次期改定に向けた主な課題と今後の議論の進め方
- 2019/6/26: 薬価算定の基準に対する意見について(薬価算定組織からの意見)
- 2019/7/24: 関係業界からの意見聴取
- 2019/9/11: 次期薬価制度改革について(その1)
- 2019/9/25: 次期薬価制度改革について(その2)
- 2019/10/9: 次期薬価制度改革について(その3)
- 2019/10/23: 次期薬価制度改革について(その4)
- 2019/11/8: 次期薬価制度改革について(その5)
- 2019/11/22: 次期薬価制度改革に向けた論点整理(案)について
- 2019/12/6: 関係業界からの意見聴取
- 2019/12/13: 次期薬価制度改革の骨子(たたき台)について
- 2020/1/22: 令和2年度薬価制度の見直しについて(案)

中医協における第2ラウンドの審議(令和元年9月11日～令和2年1月22日)

《保険医療材料制度の見直しの検討》

1. イノベーションの評価

- (1) ニーズ選定されたにもかかわらず開発に至らない品目への対応
- (2) 迅速な保険導入に係る評価 (3) 機能区分の特例 (4) チャレンジ申請
- (5) 原価計算方式におけるイノベーションの評価 (6) 著しく単価の高い製品に係る補正加算
- (7) 再生医療等製品の価格算定 (8) 先駆け審査指定制度に指定された製品の評価
- (9) 単回使用医療機器の再製造品の価格算定

2. 内外価格差の是正

- (1) 新規収載品に係る外国価格調整 (2) 再算定(既収載品に係る外国価格調整)

3. その他

- (1) 2020年度改定における実勢価の反映 (2) 保険収載後に市場が拡大した場合の対応
- (3) 保険適用時期の特例 (4) 手続きの簡略化 (5) 医療機器の安定的な供給

【これまでの審議経過】

2019/4/10: 次期改定に向けた保険医療材料専門部会の主な検討スケジュール(案)

2019/6/26: 次期改定に向けた主な課題と今後の議論の進め方

2019/7/24: 特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準等に対する保険医療材料等専門組織からの意見について

2019/8/7: 医療機器業界からの意見聴取

2019/9/11: 保険医療材料制度の見直しの検討について(その1)

2019/10/9: 保険医療材料制度の見直しの検討について(その2)

2019/10/23: 保険医療材料制度の見直しの検討について(その3)

2019/11/15: 保険医療材料制度の見直しの検討について(その4)

2019/11/29: 医療機器業界からの意見聴取

2019/12/18: 令和2年度保険医療材料制度改革の骨子(案)

2020/1/22: 令和2年度保険医療材料制度の見直しについて(案)

令和2年度「答申書」附帯意見(20項目)①

令和2年2月7日 中央社会保険医療協議会

(全般的事項)

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

(働き方改革)

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

(入院医療)

3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。

4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC/PDPS)

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

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。

8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。

9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。

10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和2年度「答申書」附帯意見(20項目)②

令和2年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医薬品の適正使用)

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

(歯科診療報酬)

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

(調剤報酬)

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

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

(医療技術の評価)

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

(その他)

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

中医協答申を受けて

- ◇ 平成26年度改定で社会保障・税一体改革に基づく第一歩を踏み出し、28年度改定でその改革を継続した。前回30年度改定では、6年に一度の介護報酬との同時改定になるとともに、医療と介護の関連制度の一体改革にとって大きな節目であり、今後の医療・介護サービスの提供体制確保に向け、様々な視点からの検討が重要となった。また、医療・介護ニーズが横ばいから減少し、生産年齢人口の減少も考慮し、2025年から先を見据えた対応が求められているという認識の下で検討・対応された。
そして昨年度、各都道府県で策定された地域医療構想が実行に移され、2025年に向けた新しい医療提供体制に踏み出したことに加え、今回改定では「医師等の働き方改革の推進」という大きなミッションへの対応という新たな第一歩を踏み出した。
- ◇ 少子化のみならず、超高齢多死社会を迎え、国民が安心して医療を受けられる体制を整備していくことがますます重要になる。現在もそれぞれの地域で、医療関係者が懸命に地域医療の確保に尽力されているが、地域医療を堅持していくためには、医療関係者の働きやすい環境づくりと、医療機関の経営の安定化を図ることが不可欠。国民が住み慣れた地域において、質の高い医療・介護を受けるため、かかりつけ医を中心としたシームレスな医療・介護提供体制が確保されるよう、介護・福祉サービスなどとともに医療の充実はかかすことができないと主張し続けてきた。
- ◇ 非常に限られた財源の中でも、超高齢社会に対応する上での最重要課題である地域包括ケアの推進に向けて、地域における医療資源を有効活用しながら、継続して改革を進めるためにも、必要な財源配分を行うことが重要である。加えて今回の改定では、医師等の働き方改革の推進への対応を明確にした上で、評価の第一歩を踏むことができた。少ない改定財源の中、それなりの評価ができたと認識している。

〔総括〕

- ◇ 前回、平成30年度改定は、6年に一度の介護報酬との同時改定になるとともに、団塊の世代が75歳以上の高齢者になる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定であったことから、大幅な見直しが行われた。
- ◇ 昨年度、都道府県で策定された地域医療構想が実行に移され、2025年に向けた新しい医療提供体制に踏み出したことに加え、今回改定では、「働き方改革の推進」という大きなミッションへの対応という新たな一歩を踏み出した。
- ◇ 前回改定後、妊婦加算の凍結問題や、新たな評価を創設しても想定どおり算定されない項目もあったことから、
- ◇ 今回は、どっしりと腰を据え、現場の声を聴き、既存項目がより活用される見直しとなるような改定に徹した。

【主な改定項目】

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進
 - (1) 地域包括診療加算の要件緩和
 - (2) 機能強化加算の見直し
 - (3) 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の見直し
 - (4) かかりつけ医と他の医療機関との連携強化
 - (5) 電話等再診時の診療情報提供の評価
 - (6) 複数の医療機関による訪問診療の明確化
 - (7) 調剤料、一般名処方加算、調剤技術基本料の見直し
 - (8) 医師の基礎的な技術の再評価
 - (9) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (10) 生活習慣病の重症化予防推進に係る要件見直し
 - (11) ニコチン依存症管理料の見直し
 - (12) 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携
 - (13) 小児運動器疾患指導管理料の見直し
 - (14) 妊婦加算の再編
 - (15) 療養・就労両立支援指導料の見直し
 - (16) 超音波検査の評価の見直し
 - (17) 診療録、処方箋様式の見直し
 - (18) 明細書発行対象範囲の拡大
 - (19) 大病院の外来機能分化の推進
2. 医療技術の適正な評価(モノから人へ)
3. 医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進
4. 指導、監査、適時調査で指摘される重複記載の見直し
5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
6. 医療におけるICTの利活用
7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
8. 地域包括ケアシステムの推進
9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

【主な改定項目】

10. 重症化予防の取組
11. 治療と仕事の両立に向けた支援の充実
12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
13. 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
14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
15. 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
16. リハビリテーション
17. 認知症患者に対する適切な医療の評価
18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
19. 難病患者に対する適切な医療の評価
20. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価
22. 透析医療に係る診療報酬の見直し
23. 費用対効果評価制度
24. 薬価制度改革
25. 経過措置
26. 届出

◇ 新型コロナウイルス感染症にかかる診療報酬上の臨時的な取扱い等について

※ スライド各ページに記載している【点p〇〇、留p〇〇、施告p〇〇、施通p〇〇】等は『改定診療報酬点数表参考資料』の点数告示、留意事項通知、施設基準告示、施設基準通知の関連ページを示しています。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

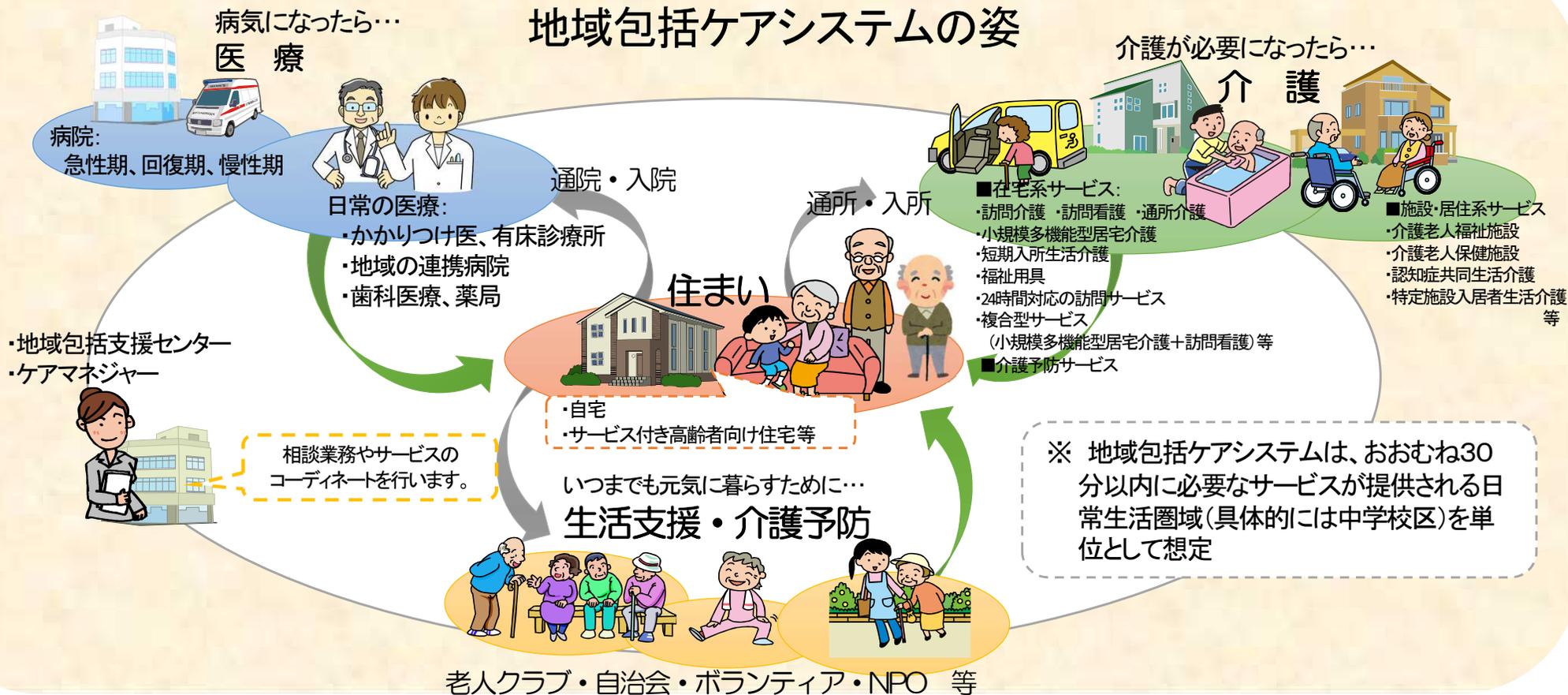
- (1) 地域包括診療加算の要件緩和 (2) 機能強化加算の見直し
- (3) 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の見直し
- (4) かかりつけ医と他の医療機関との連携強化 (5) 複数の医療機関による訪問診療の明確化
- (6) 医師の基礎的な技術の再評価 (7) 有床診療所入院基本料の見直し
- (8) 大病院の外来機能の分化の推進 (9) ニコチン依存症管理料の見直し 等

- ◇ 平成26年度改定で地域包括診療加算・地域包括診療料を創設して以降、改定のたびに評価の拡大が行われてきた。
- ◇ 今回の改定では、複数診療所の連携によって対応する時間外対応加算3の施設でも算定可能となるよう施設基準を緩和し、小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の対象年齢を6歳未満にまで拡大した。さらに紹介先の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関への情報提供を行った場合の新たな評価(診療情報提供料(Ⅲ))を行うことができた。さらには長年据え置きされてきた調剤料を20年振りに増点することができた。幅広く実施される各診療科医師の基本的な検査、処置、手術などもしっかりと評価されている。
- ◇ 紹介率・逆紹介率の規定を満たさない大病院の長期処方に対する処方料・処方箋料・薬剤料の減額措置の適正化により、大病院から診療所、中小病院への外来患者の誘導策の実効性の向上を図るとともに、今回、紹介状なしで受診した場合の定額負担の対象病院を特定機能病院および一般病床200床未満を除く地域医療支援病院に拡大が行われた。この選定療養の仕組みにより、外来機能の分化・連携が進み、患者さんの受療行動を変えることができれば、医師の働き方改革にもつなげることができる
- ◇ 日本医師会では、こうした外来機能分化の中で、かかりつけ医機能の定着により一層力を入れていく。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアシステムの姿

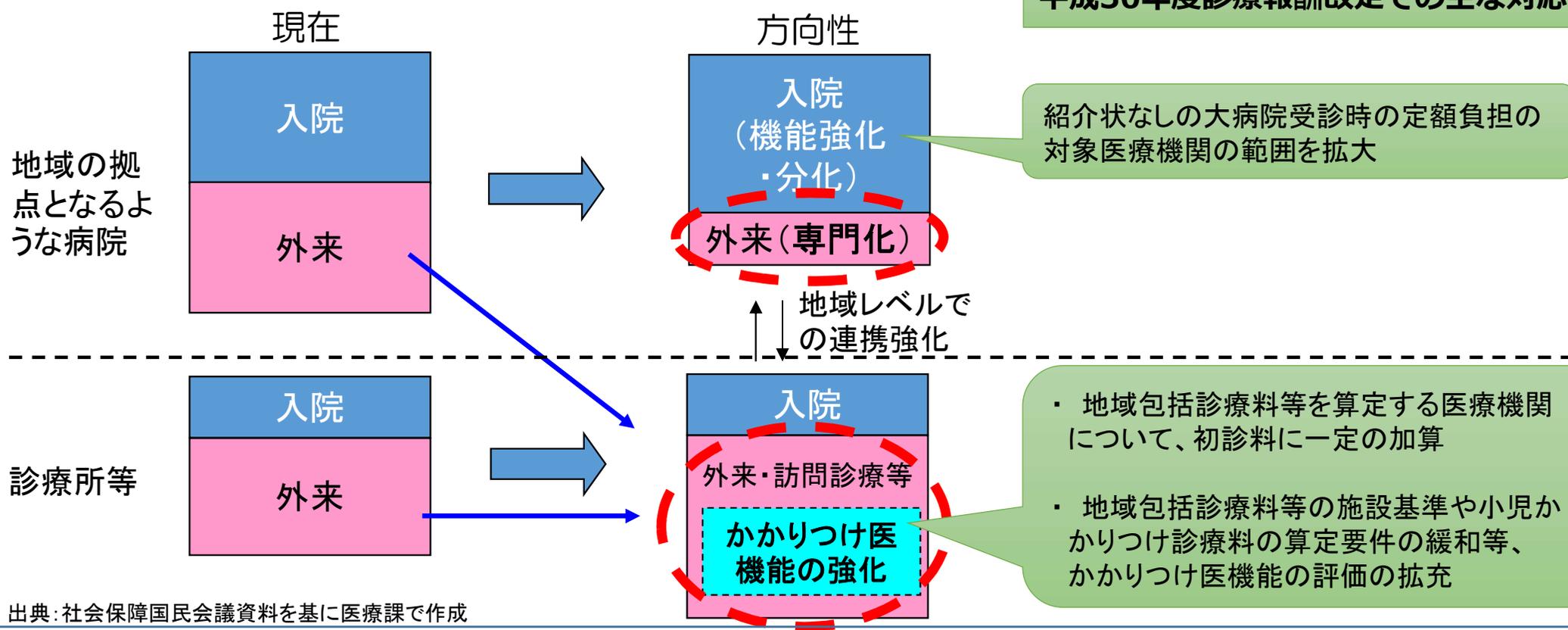


外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



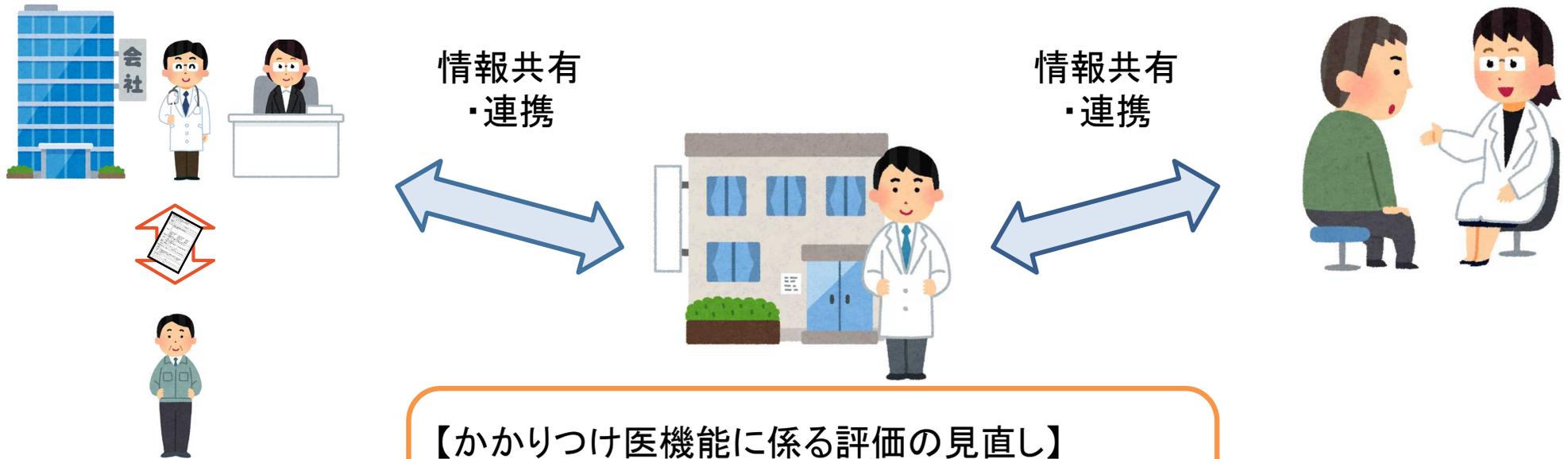
かかりつけ医機能に係る評価の充実

【治療と仕事の両立に向けた支援の充実】

- 算定要件の見直し
- 対象疾患の拡大

【かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化】

- 紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設



【かかりつけ医機能に係る評価の見直し】

- 機能強化加算の要件見直し
- 地域包括診療加算の施設基準の緩和
- 小児かかりつけ診療料の対象年齢拡大

【(参考1)継続的な診療に係る評価の見直し】

- 生活習慣病管理料の要件見直し
- 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価の新設

【(参考2)外来医療の機能分化の推進】

- 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(1) 地域包括診療加算の要件緩和

- 外来における継続的かつ全人的な医療の実施を推進する観点から、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外の対応に係る要件について、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

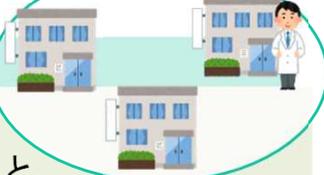
現行

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




改定後

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



【参考】時間外対応加算 施設基準(抜粋)

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

〔地域包括診療加算(診療所)〕

点p4, 留p16-18, 施告p665, 施通p719-720

地域包括診療加算1:25点、加算2:18点(1回につき)

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く)を有する患者**とする。
当該診療所で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること
- ③ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする
- ④ 下記のうち**いずれか1つ**を満たすこと
 - ア) 時間外対応加算**1、2又は3**の届出を行っている
 - イ) 常勤換算で2人以上の医師が配置され、そのうち1人以上が常勤医師である
 - ウ) 在支診であること
- ⑤ 療養上の指導、服薬管理(医師の指示を受けた看護職員等が情報把握することも可能)、健康管理、介護保険に係る対応を行っていること
- ⑥ 患者の署名付の同意書を作成し診療録に添付(直近1年間に4回以上の受診歴がある患者は、診療の要点を説明していれば同意の省略可能)
- ⑦ 抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること

[加算1]

- ◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し**24時間の往診等の体制**を確保していること(強化型在支診(単独型)以外は連携医療機関の協力を得て行うものを含む)
- ◇ 以下のすべてを満たすこと
 - ア) 直近1年間に、当該診療所での継続的な外来診療を経て、往診、訪問診療を算定した患者数(在支診:10人以上、在支診以外:3人以上)
 - イ) 直近1か月に初診、再診、往診、訪問診療を実施した患者のうち、往診・訪問診療を実施した患者割合が70%未満であること

[加算2]

- ◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し**24時間の連絡体制**を確保していること

薬剤適正使用連携加算:30点(1回)

[算定要件]

- ◇ 以下のすべてを満たすこと
 - ア) 処方内容、薬歴等を入院・入所先に情報提供
 - イ) 入院・入所先から処方内容の照会に適切に対応
 - ウ) 入院・入所先で減薬しており、減薬後の処方内容について退院・退所後1月以内に情報提供を受けている

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(2) 機能強化加算の見直し

点p3, 留p13, 施告p664, 施通p718-719

- 前回改定で創設した機能強化加算:80点については、かかりつけ医機能の普及を図る観点から、院内掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

※ 医療機関の体制に対する評価であり、対象疾患、対象患者に限定なく、初診料を算定する患者すべてに加算可能

※ 小児かかりつけ診療料届出医療機関で小児科外来診療料にも加算可能

[中医協における支払側(健保連)の主張]

- ◆ 患者はわからないまま初診料に加算されるのは妊婦加算と同じだ
- ◆ かかりつけ医機能の体制は有しているが機能を果たしていない医療機関が多数あることから、かかりつけ医機能を有していることを院内掲示した上で、診察前に文書を用いて患者に説明し同意を求めることを要件化すべき!

[今回の改定内容]

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



機能強化加算に係る院内掲示(例)

当院は「かかりつけ医」として、次のような取組を行っています

- 健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関する相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
- 保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
- 夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
- 日本医師会かかりつけ医機能研修制度 応用研修会を修了しています。

●● 医院

※ 厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで地域の医療機関が検索できます。



☆ ご自由にお持ち帰りください ☆

参考資料の巻末にサンプルを掲載したので活用ください

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(3) 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の見直し

➤ 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、対象患者を拡大する。

(1) 対象患者: 3歳未満 → 6歳未満

(2) 院内処方を行わない場合は「1 処方箋を交付する場合(初診時:631点、再診時:438点)」で算定

(3) 施設基準に係る届出を求める [小児科外来診療料]

(4) 小児抗菌薬適正使用支援加算(初診時80点)は月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

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1 処方箋を交付する場合 | [対象患者] |
| イ 初診時:631点 | 当該医療機関を4回以上受診した |
| ロ 再診時:438点 | 未就学児(6歳以上の患者にあつて |
| 2 処方箋を交付しない場合 | は、6歳未満から小児かかりつけ診療 |
| イ 初診時:748点 | 料を算定しているものに限る) |
| ロ 再診時:556点 | |

小児科外来診療料

- | | |
|---------------|--------------|
| 1 処方箋を交付する場合 | [対象患者] |
| イ 初診時:599点 | 6歳未満のすべての患者 |
| ロ 再診時:406点 | [施設基準] |
| 2 処方箋を交付しない場合 | 施設基準に係る届出が必要 |
| イ 初診時:716点 | |
| ロ 再診時:524点 | |

小児抗菌薬適正使用支援加算

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であつて、診察の結果、抗菌薬の投与の必要を認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、初診時に、**月1回に限り80点**を所定点数に加算する。

1 処方箋を交付する場合：

初診時602点、再診時413点

2 処方箋を交付しない場合：

初診時712点、再診時523点

小児抗菌薬適正使用加算(初診時)：80点

[算定要件]

- ① 対象患者は、当該医療機関を4回以上受診(予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む)した未就学児(6歳以上の患者にあっては6歳未満から当該診療料を算定しているものに限る)の患者を対象とする。なお、過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を行わなくなった場合、6歳以上の患者については、再度当該診療料を算定することはできない。
- ② 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。
- ③ 同一月において、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては、「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ④ 当該医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。
- ⑤ 以下の指導等を行うこと。
 - ア 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息など乳幼児期に頻繁に見られる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導・診療を行う
 - イ 他の医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う
 - ウ 健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じる
 - エ 予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行う
 - オ 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対し、原則として当該医療機関において、常時対応を行う
 ただし、以下のいずれかの要件を満たす常勤小児科医が配置された医療機関については、夜間・休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関、または「#8000事業」における電話相談の窓口を案内することも可能
 - (1) 在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力する常勤小児科医であること
 - (2) 直近1年間に、「#8000事業」に1回以上協力したことのある常勤小児科医であること
 - カ 上記の指導等を行う旨を、患者に書面を交付・説明し同意を得る。上記の指導等を行う旨を、院内掲示する。
- ⑨ 抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること
- ⑩ 小児抗菌薬適正使用加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診察を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又は感染の疑われる患者については算定できない。

1 処方箋を交付する場合：

初診時572点、再診時383点

2 処方箋を交付しない場合：

初診時682点、再診時493点

※ 施設基準の届出が必要となった

小児抗菌薬適正使用加算(初診時)：80点

〔算定要件〕

- ① 対象患者は、当該医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満のすべての者。対象患者に対する診療報酬の請求は、原則として小児科外来診療料により行う。
- ② 本点数は小児科を標榜する医療機関で算定する。ただし、小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者、パリビズマブを投与している患者(投与当日に限る)は算定対象にはならない。
- ③ 小児抗菌薬適正使用支援加算、初診料、再診料、外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、初診料の機能強化加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅱ)、[診療情報提供料\(Ⅲ\)](#)、往診料を除き、すべて所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点、230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点、180点を算定する。
- ④ 同一日に、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日つき所定点数を算定する。
- ⑤ 同一月に、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ⑥ [当該医療機関において院内処方を行わない場合は「1 処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。](#)
- ⑦ 当該届出を行った医療機関において、6歳未満の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。
- ⑧ 6歳の誕生日が属する月において、6歳の誕生日前に当該医療機関を受診し、小児科外来診療料を算定した場合にあっては、6歳の誕生日後に当該医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。
- ⑨ 当該届出を行った医療機関のうち、許可病床数200床以上の病院においては、他の医療機関等からの紹介なしに受診した6歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。
- ⑩ 本点数を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗生物質薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。
- ⑩ 小児抗菌薬適正使用加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため、抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診察を行った初診時に、[月に1回](#)に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又は感染の疑われる患者については算定できない。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(4) かかりつけ医と他の医療機関との連携強化

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

(新) 診療情報提供料(Ⅲ): 150点

点p180-181, 留p242-243,
施告p811-812, 施通p875, 様p1117

[算定要件]

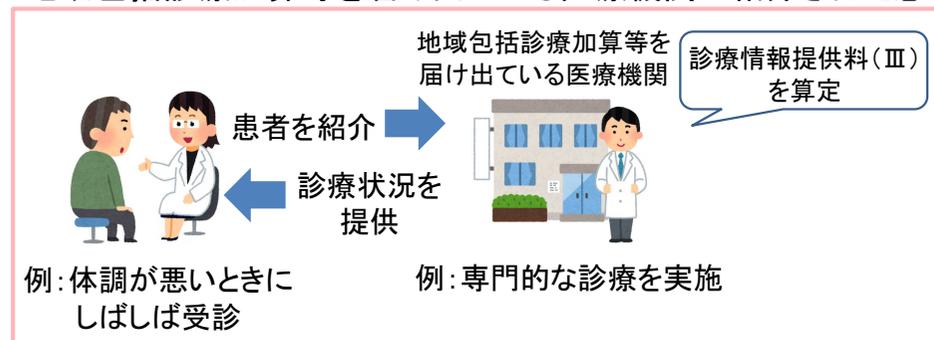
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

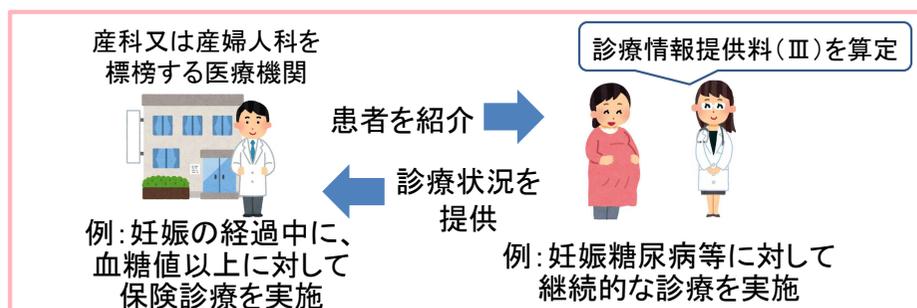
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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



[施設基準]

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

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

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(5) 電話等再診時の診療情報提供の評価

点p4, 留p16

- 電話等による再診の際、治療上の必要性から、救急医療機関の受診を指示した上で、同日に診療情報の提供を行った場合について、診療情報提供料(Ⅰ):250点を算定可能とする。

[算定要件]

- 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。

ただし、急病等で患者またはその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日または夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書等(FAX又は電子メールを含む)で提供した場合は、診療情報提供料(Ⅰ)を算定できる。

(イ)地域医療支援病院 (ロ)救急病院または救急診療所

(ハ)病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または共同利用型病院



(6) 複数の医療機関による訪問診療の明確化

点p250, 留p280

- 地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、複数の医療機関が連携して行う在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2(同一建物居住者:187点、同一建物居住者以外:884点)について、主治医が診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

[算定要件]

- 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の医療機関の求めを受けて、当該他の医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。

ただし、当該他の医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(7) 調剤料、一般名処方加算、調剤技術基本料の見直し

➤ 医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算、調剤技術基本料を見直す。

【調剤料】 点p422

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬(1回の処方に係る調剤につき) : 9点 → **11点**
 - ロ 外用薬(1回の処方に係る調剤につき) : 6点 → **8点**
- 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき) : 7点 → 7点

※ 2以上の診療科で異なる医師が処方した場合はそれぞれの処方につき調剤料を算定できる

【処方箋料 一般名処方加算】 点p425, 留p433-434

- イ 一般名処方加算1 : 6点 → **7点**
- ロ 一般名処方加算2 : 4点 → **5点**

[算定要件]

加算1 : 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合

加算2 : 交付した処方箋に1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合

【調剤技術基本料】 点p425

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 : 42点 → 42点
- 2 その他の患者に対して投薬を行った場合 : 8点 → **14点**

※ 薬剤師が常時勤務する医療機関で投薬を行った場合に算定する

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(8) 医師の基礎的な技術の再評価(モノから人へ)①

➤ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

現 行	改 定
D211 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	D211 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
D218 分娩監視装置による諸検査 1 1時間以内の場合:480点 2 1時間を超え1時間30分以内の場合:660点 3 1時間30分を超えた場合:840点	D218 分娩監視装置による諸検査 1 1時間以内の場合: 510点 2 1時間を超え1時間30分以内の場合: 700点 3 1時間30分を超えた場合: 890点
D219 ノンストレステスト(一連につき):200点	D219 ノンストレステスト(一連につき): 210点
D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 2 5時間を超えた場合(1日につき):600点	D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定 2 5時間を超えた場合(1日につき): 630点
D225-4 ヘッドアップティルト試験:980点	D225-4 ヘッドアップティルト試験: 1,030点
D230 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	D230 観血的肺動脈圧測定 2 2時間を超えた場合(1日につき): 570点
D236 脳誘発電位検査(脳は検査を含む。) 1 体性感覚誘発電位:804点 2 視覚誘発電位:804点 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査:804点 4 聴性定常反応:960点	D236 脳誘発電位検査(脳は検査を含む。) 1 体性感覚誘発電位: 850点 2 視覚誘発電位: 850点 3 聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査: 850点 4 聴性定常反応: 1,010点
D239 筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)):300点	D239 筋電図検査 1 筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき)): 320点
D282-4 ダーモスコピー 新たに他の疾患があれば前回算定日から1か月後でも算定可能	D282-4 ダーモスコピー 新たに他の病変があれば1月に1回に限り算定可能
D295 関節鏡検査(片側):720点	D295 関節鏡検査(片側): 760点
D400 血液採取(1日につき) 1 静脈:30点	D400 血液採取(1日につき) 1 静脈: 35点

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(8) 医師の基礎的な技術の再評価(モノから人へ)②

➤ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

現 行	改 定
D410 乳腺穿刺又は針生検(片側1日につき) 1 生検針によるもの:650点	D410 乳腺穿刺又は針生検(片側1日につき) 1 生検針によるもの: 690点
G004 点滴注射 1 6歳未満の乳幼児(100mL以上):98点 2 1以外の者(500mL以上):97点	G004 点滴注射 1 6歳未満の乳幼児(100mL以上): 99点 2 1以外の者(500mL以上) 98点
J007 頸椎・胸椎又は腰椎穿刺:264点	J007 頸椎・胸椎又は腰椎穿刺: 317点
J034 イレウス用ロングチューブ挿入法:610点	J034 イレウス用ロングチューブ挿入法: 730点
J043-3 ストーマ処置(1日につき) 2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合:100点	J043-3 ストーマ処置(1日につき) 2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合: 120点
J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法置 (1日につき):400点	J044-2 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法置 (1日につき): 480点
J050 気管内洗浄(1日につき):280点	J050 気管内洗浄(1日につき): 340点
J051 胃洗浄:250点	J051 胃洗浄: 300点
J072 膣洗浄(熱性洗浄を含む.):47点	J072 膣洗浄(熱性洗浄を含む.): 56点
J073 子宮腔洗浄(薬液注入を含む.):47点	J073 子宮腔洗浄(薬液注入を含む.): 56点
J092 涙嚢ブジー法(洗浄を含む.):45点	J092 涙嚢ブジー法(洗浄を含む.): 54点
J096 耳管処置(耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。) 1 カテーテルによる耳管通気法(片側):30点 2 ポリッツェル球による耳管通気法:20点	J096 耳管処置(耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。) 1 カテーテルによる耳管通気法(片側): 36点 2 ポリッツェル球による耳管通気法: 24点
J097 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。) :12点	J097 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。) : 14点
J098 口腔、咽頭処置:12点	J098 口腔、咽頭処置: 14点



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(8) 医師の基礎的な技術の再評価(モノから人へ)③

➤ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

現 行	改 定
J099 関節喉頭鏡下喉頭処置:27点	J099 関節喉頭鏡下喉頭処置: <u>32点</u>
J116 関節穿刺(片側):100点	J116 関節穿刺(片側): <u>120点</u>
K000 皮膚切開術 1 長径10センチメートル未満:470点 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満:820点 3 長径20センチメートル以上:1,470点	K000 皮膚切開術 1 長径10センチメートル未満: <u>570点</u> 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満: <u>990点</u> 3 長径20センチメートル以上: <u>1,770点</u>
K061 関節脱臼非観血的整復術 1 肩、股、膝:1,500点 2 胸鎖、肘、手、足:1,300点 3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障:800点	K061 関節脱臼非観血的整復術 1 肩、股、膝: <u>1,800点</u> 2 胸鎖、肘、手、足: <u>1,560点</u> 3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障: <u>960点</u>
K089 爪甲除去術:640点	K089 爪甲除去術: <u>770点</u>
K286 外耳道異物除去術 1 単純なもの:220点 2 複雑なもの:710点	K286 外耳道異物除去術 1 単純なもの: <u>260点</u> 2 複雑なもの: <u>850点</u>

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(9) 有床診療所入院基本料の見直し

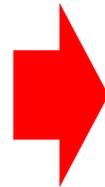
点p32-33, 留p56-57,
 施告p678-679, 施通p735-736

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

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

現行

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



改定後

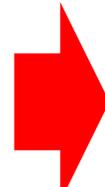
[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]
 (中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して**14日**を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき**150点**を所定点数に加算する。



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行

注5		
イ	医師配置加算1	88点
ロ	医師配置加算2	60点
注6		
イ	看護配置加算1	40点
ロ	看護配置加算2	20点
ハ	夜間看護配置加算1	85点
ニ	夜間看護配置加算2	35点
ホ	看護補助配置加算1	10点
ヘ	看護補助配置加算2	5点



改定後

注5		
イ	医師配置加算1	120点
ロ	医師配置加算2	90点
注6		
イ	看護配置加算1	60点
ロ	看護配置加算2	35点
ハ	夜間看護配置加算1	100点
ニ	夜間看護配置加算2	50点
ホ	看護補助配置加算1	25点
ヘ	看護補助配置加算2	15点



3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現行

[算定要件]
 有床診療所緩和ケア診療加算 150点



改定後

[算定要件]
 有床診療所緩和ケア診療加算 **250点**



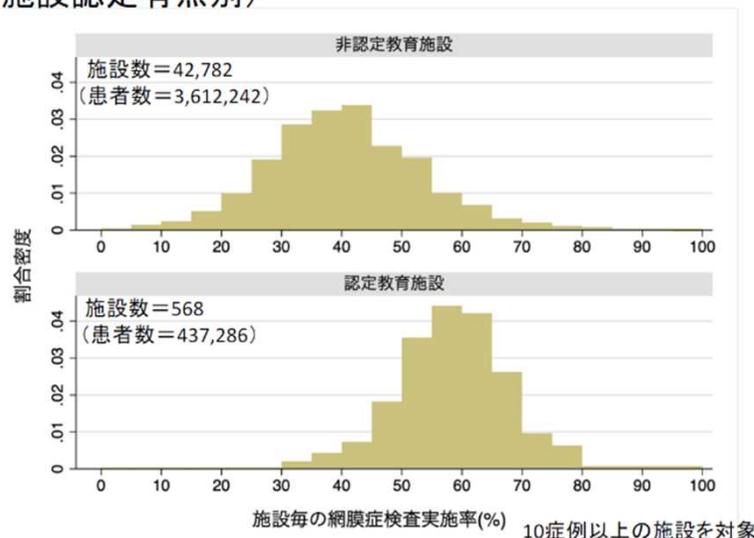
1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(10) 生活習慣病重症化予防推進に係る要件見直し

点p167-168, 留p216-217, 様p1114

- 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、①糖尿病患者について、患者の状態に応じて、年1回程度の眼科医師の診察を受けるよう指導すること、②療養計画書の記載項目に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



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。

生活習慣病管理料

生活習慣病管理料	
1 処方箋を交付する場合	
イ 脂質異常症を主病とする場合	650点
ロ 高血圧症を主病とする場合	700点
ハ 糖尿病を主病とする場合	800点
2 1以外の場合	
イ 脂質異常症を主病とする場合	1,175点
ロ 高血圧症を主病とする場合	1,035点
ハ 糖尿病を主病とする場合	1,280点

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(11) ニコチン依存症管理料の見直し

点p168, 留p217-218,
 施告p808, 施通p868



- 加熱式たばこを喫煙している患者も対象に加える。
- 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
- 2回目から4回目までに情報通信機器を用いて診察を行った場合の評価を新設する。

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



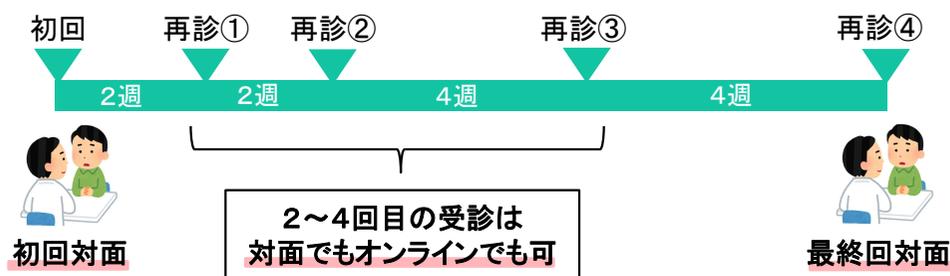
改定後	
【ニコチン依存症管理料】	
1 ニコチン依存症管理料1	
イ 初回	230点
ロ 2回目から4回目まで	
(1) 対面で診察を行った場合	184点
(2) <u>情報通信機器を用いて診察を行った場合</u>	<u>155点</u>
ハ 5回目	180点
2 <u>ニコチン依存症管理料2(一連につき)</u>	<u>800点</u>

[算定要件]

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

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

算定方法(5回受診で一連)



◆受診ごとに算定する場合

<2~4回目の費用>

- 対面診療の場合 184点
- 情報通信機器を用いた診療の場合 155点

◆一連の包括払いの場合(全5回)

- 対面と情報通信機器のどちらで受診してもよい
- 一連につき 800点

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(12) 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

点p179, 留p237-239, 様p1121

診療情報提供料(Ⅰ)の見直し

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

改定後

【診療情報提供料(Ⅰ)】

(新設)

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

[算定要件]

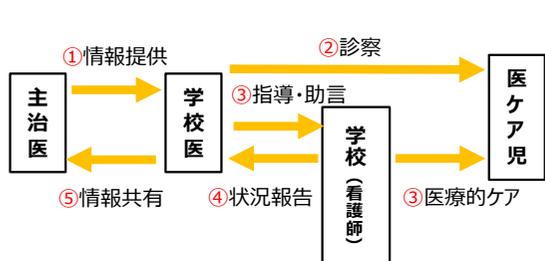
- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。



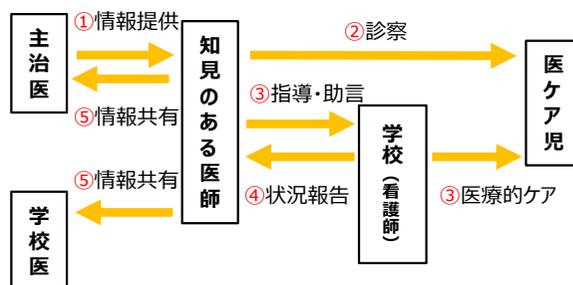
新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
(文部科学省、令和元年12月2日)より抜粋

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

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
- (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも調整
- (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
- (4) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報共有⑤
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(13) 小児運動器疾患指導管理料の見直し

点p162, 留p205, 施告p807, 施通p864

➤ 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

[算定要件]

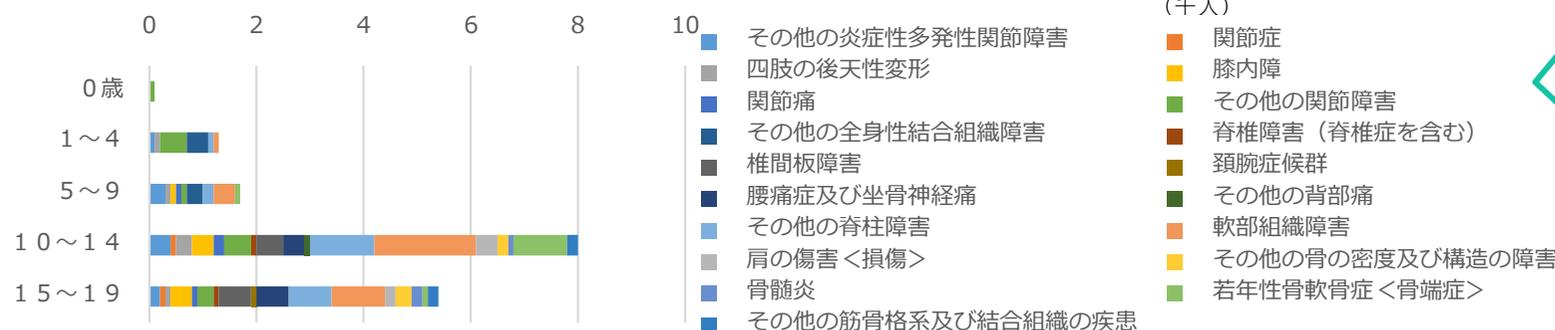
注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

改定後

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める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、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、かつ、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。

0～19歳の患者数（筋骨格系及び結合組織の疾患、小分類）



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、器具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(14) 妊婦加算の再編

- 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、**妊婦加算を再編する**。

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



産婦人科の主治医

指導内容や今後の治療方針等についての情報提供

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



相談窓口の設置

産婦人科以外の医療機関



研修の実施

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(14) 妊婦加算の再編〔①診療情報提供料(Ⅲ)の創設(再掲)〕

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

(新) 診療情報提供料(Ⅲ): 150点

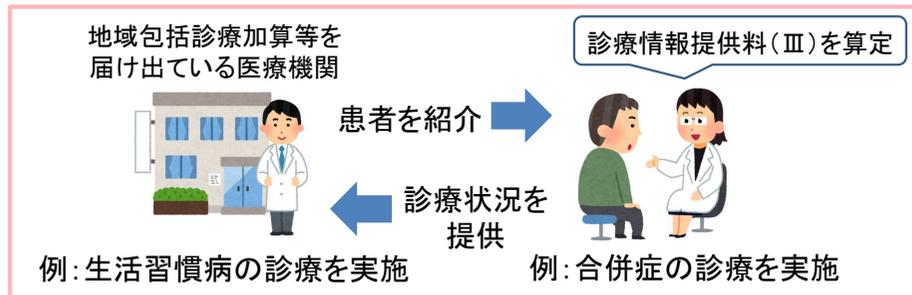
点p180-181, 留p242-243,
施告p811-812, 施通p875, 様p1117

[算定要件]

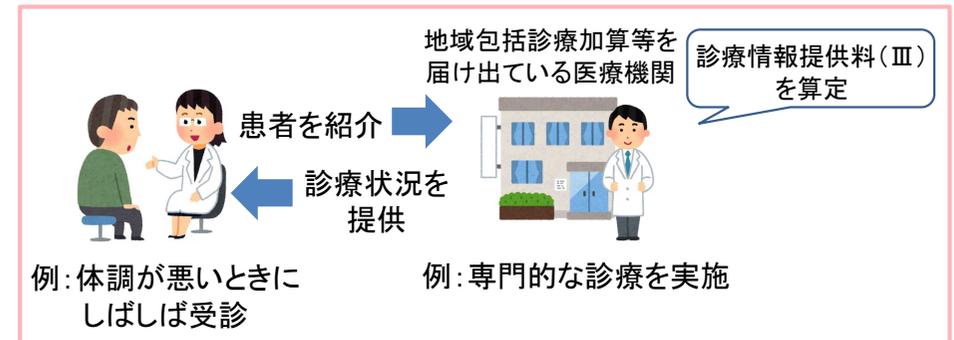
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

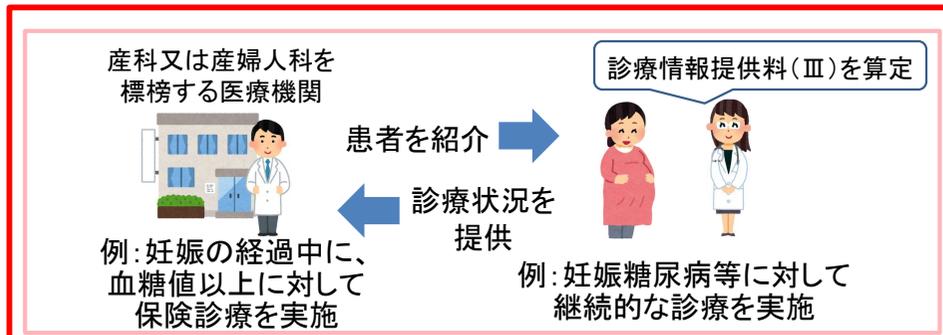
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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



[施設基準]

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

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

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(14) 妊婦加算の再編〔②婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価〕

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

(新) 婦人科特定疾患治療管理料:250点(3月に1回)

点p162-163, 留p206,
施告p807, 施通p864



[算定要件]

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、**ホルモン剤(器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。)**を投与している患者に対して、**婦人科又は産婦人科を担当する医師**が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。
- (2) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮する。
- (3) 治療に当たっては、関連学会等から示されている**ガイドライン**を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討する。
- (4) 治療計画を作成し、患者等に説明し同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載する。

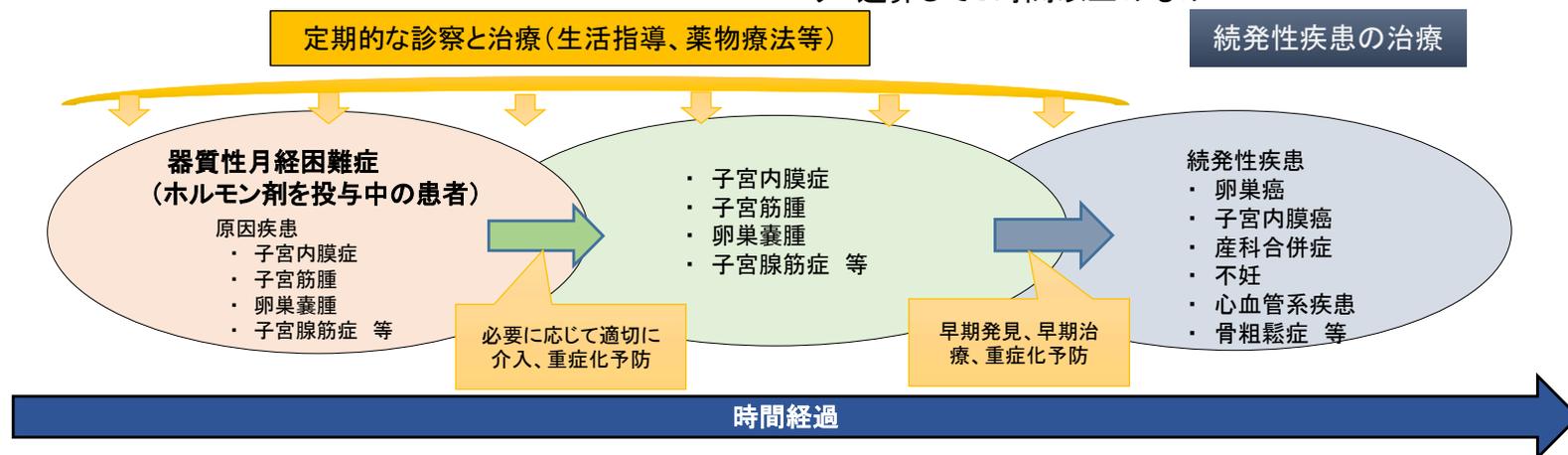
[施設基準]

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

《適切な研修》

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること
- イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれているもの
- ウ 通算して6時間以上のもの

定期的な医学管理のイメージ

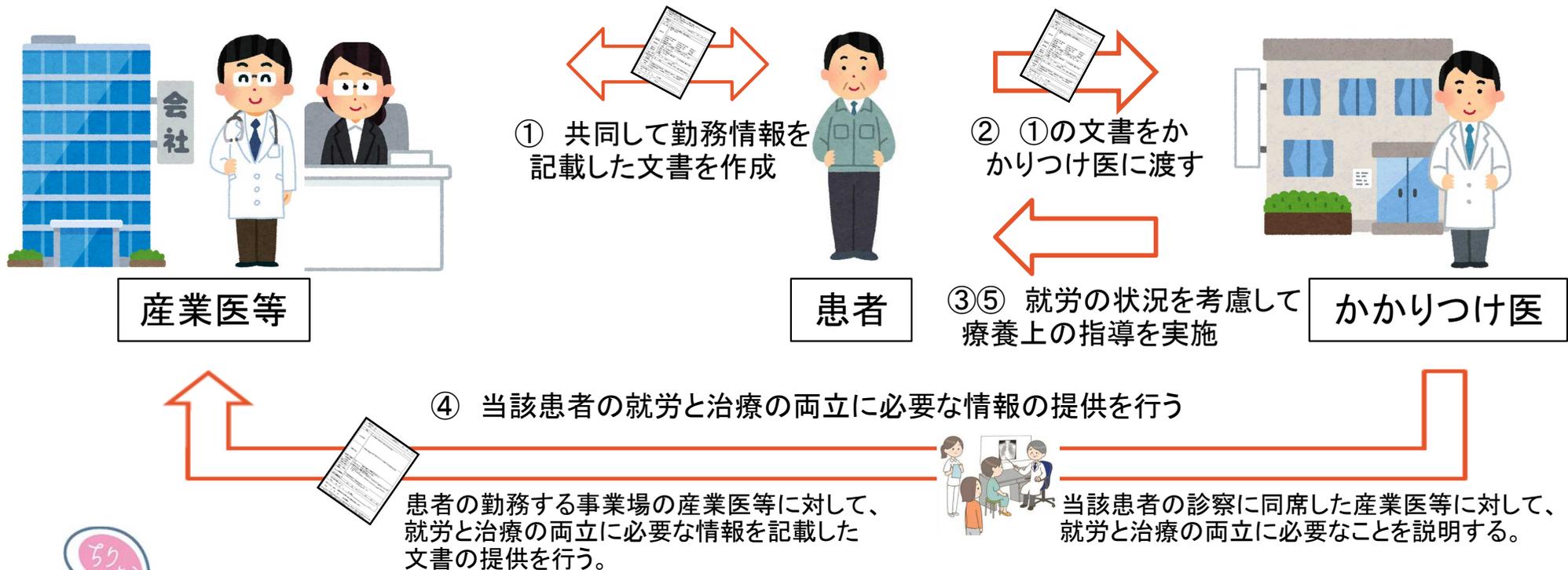


1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(15) 療養・就労両立支援指導料の見直し①

点p171, 留p221-222, 施告p808, 施通p868

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



現行	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



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

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(15) 療養・就労両立支援指導料の見直し②

点p171, 留p221-222, 施告p808, 施通p868

①対象患者及び連携先の拡大

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、以下の見直しを行う。
- ◆ 対象疾患について、悪性新生物の他に、**脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患、肝疾患（経過が慢性なものに限る）、指定難病その他これに準ずる疾患**を追加
- ◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師**を追加

②相談支援加算の創設

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

療養・就労両立支援指導料 **(新) 相談支援加算 50点**

[相談支援加算の算定要件]

当該患者に対して、**専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に、**相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

[相談支援加算の施設基準]

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



1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(15) 療養・就労両立支援指導料の見直し③

算定の例

①パターン1 (初回算定月の翌月から、2回目の指導を実施した場合)

2回目以降(400点)の点数は
初回算定月から起算して3月を限度に月1回算定

	7月1日	7月15日	8月1日	9月1日	10月1日
初回(800点)		○			
相談支援加算(50点)		○			
2回目以降(400点)			○	○	○
相談支援加算(50点)			○	○	○

②パターン2 (初回算定月と同一月に、2回目の指導を実施した場合)

初回算定月と同一月
2回目以降(400点)の点数は
初回算定月から起算して3月を限度に月1回算定

	7月1日	7月15日	8月1日	9月1日	10月1日
初回(800点)	○				
相談支援加算(50点)	○				
2回目以降(400点)		○	○	○	
相談支援加算(50点)		○	○	○	

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(16) 超音波検査の評価の見直し

点p348, 留p385

- 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報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。
- 胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査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する。
- 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。
- 超音波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、パルスドプラ加算について評価を見直す。

現行

【超音波検査】

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
- パルスドプラ法加算:200点



改定後

【超音波検査】

2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)

イ 訪問診療時に行った場合: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
- パルスドプラ法加算:**150点**

[新たな算定要件]

- ◇ 超音波検査(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、その文書について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記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。
- ◇ 断層撮影法「ロ」の「(1)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、そのすべてを記載すること。また、力に該当する場合は、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

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(17) 診療録、処方箋様式の見直し

- オンライン資格確認導入に向け、保険証に個人を識別する2桁の番号が追加されたことに伴い、様式変更がされた。

【処方箋様式】

処 方 箋																				
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)																				
分割指示に係る処方箋 〃分割の〃回目																				
公費負担者番号										保 険 者 番 号										
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号										(枝番)
患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称																		
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女	電 話 番 号	保 険 医 氏 名					印							
	区 分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード														

様式第二号の二 (第二十三条関係)

【処方箋様式】

処 方 箋																				
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)																				
分割指示に係る処方箋 〃分割の〃回目																				
公費負担者番号										保 険 者 番 号										
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号										(枝番)
患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称																		
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女	電 話 番 号	保 険 医 氏 名					印							
	区 分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード														

様式第二号 (第二十三条関係)

(別紙)新たな診療録の様式

診 療 録

関係p976

様式第一号(一)の1 (第二十二条関係)

公費負担者番号		保険者番号			
公費負担医療の受給者番号		被保険者手帳 記号・番号	(枝番)		
受診者	氏名	有効期限	令和 年 月 日		
	生年月日	被保険者氏名			
	住所	資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日		
	職業	所在地	電話 局 番		
	電話 局 番	業(船舶所有者)所	名称		
	被保険者との続柄	所在地	電話 局 番		
		名称			
傷病名	職務	開始	終了	転帰	期間満了予定日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
	上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日
傷病名	労務不能に関する意見		入院期間		
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付			
	自 月 日 日間 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日 日間		
	自 月 日 日間 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日 日間		
	自 月 日 日間 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間 至 月 日 日間		
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨					
備考	公費負担者番号				
	公費負担医療の受給者番号				

(別紙)新たな処方箋の様式

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

様式第二号
(第二十三条関係)

関係p977

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (校番)	
患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日 <small>明大昭平令</small>	年 月 日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者
		電話番号	保険医氏名 (印)
		都道府県番号	点数表番号 医療機関コード
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
<p>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。</p>			
処方	変更不可	<p>個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</p>	
	備考	<p>「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p>	
<p>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p>			
調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号	

- 備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

(別紙) 新たな処方箋の様式

関係p978

関係p979

様式第二号の二 (第二十三条関係)

処 方 箋												
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)												
分割指示に係る処方箋 分割の__回目												
公費負担者番号			保 険 者 番 号									
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			(枝番)						
患 者	氏 名		保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日	年 月 日	男・女	電 話 番 号								
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名 (印)								
都道府県番号		点数表番号		医療機関コード								
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処 方	変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)											
	備 考											
保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)												
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供												
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)		公費負担医療の受給者番号								

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

分割指示に係る処方箋 (別紙)

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

様式第二号の二

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(18) 明細書発行の対象範囲拡大

関係p974-975,p984-985,
p1029-1036

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

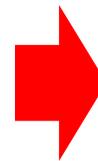
➤ このため、患者から見てわかりやすい医療を実現する観点から、以下の対応を行う。

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

《正当な理由がある場合の取扱い》

現行

明細書を交付することを要しない



改定後

患者から求められたときは、明細書を交付

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

【※正当な理由(自己負担のない患者)】

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

1. 外来医療の機能分化とかかりつけ医機能の一層の推進

(19) 大病院の外来機能分化の推進

療担p968, 通p1011, 1012

① 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大

➤ 外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担について、

- (1) 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大する。
- (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。

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

現行(対象病院)

特定機能病院及び許可病床数400床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)

[経過措置]

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

② 紹介率等の低い病院に対する初診料等減算の対象範囲の拡大

初診料: 点p2, 留p8-9
外来診療料: 点p5, 留p19-20

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

[算定要件](初診料)

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

[経過措置]

令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

2. 医療技術の適切な評価（モノから人へ）

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

(1) 医療技術の評価及び再評価

学会等からの提案書に基づき、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（先進医療として実施されている技術を含む。）の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む）を行う。**※ 医師の基礎的な技術の再評価**

(2) 期中に準用で導入された技術

新規医療材料等として保険適用され、現在、準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

(3) 外科的手術等の適正な評価

外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、「外保連試案2020」の評価等を参考に評価を見直す。

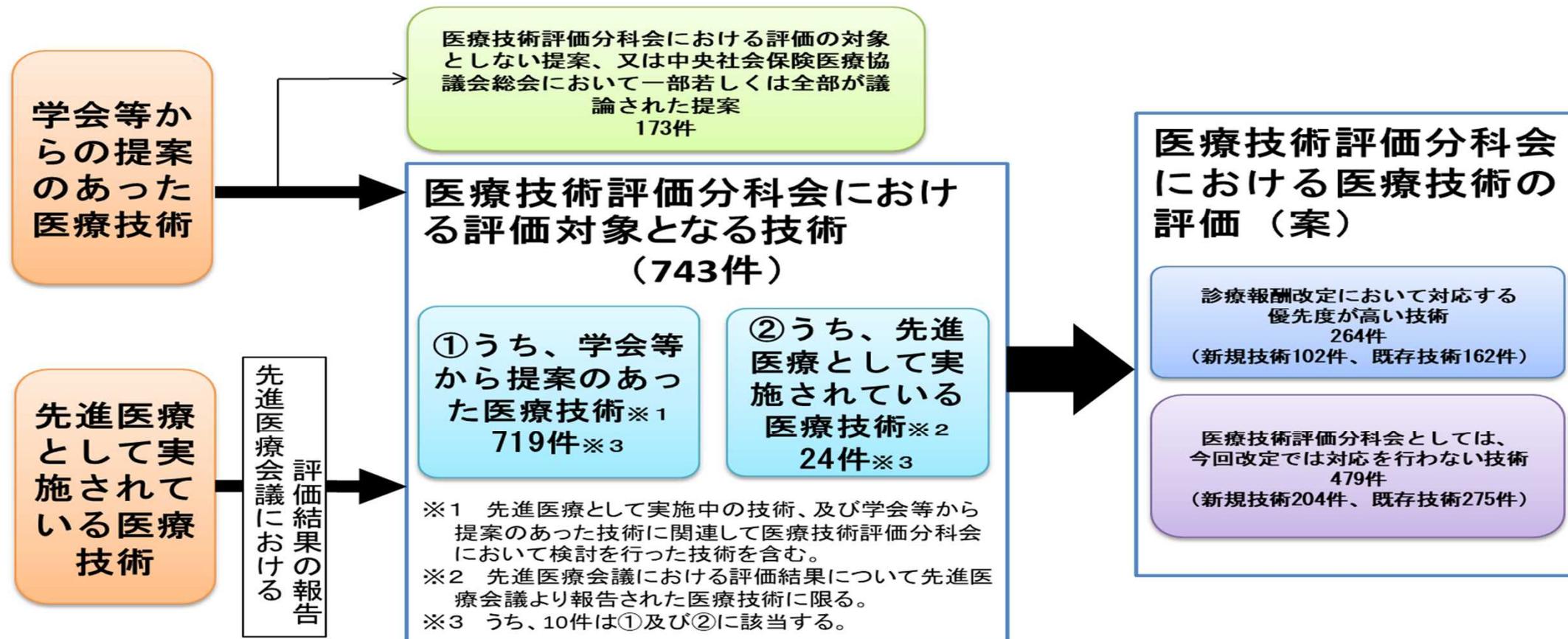
2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

(1) 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、**新しい医療技術102件を保険導入するとともに、既存技術162件について診療報酬上の評価の見直し**を行う。

【評価の実施方法等】

- ① 令和元年2月から6月にかけて関係学会から**947件(重複を含む)**の提案書が提出
- ② 学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料に係る提案や使用する医薬品等について医薬品医療機器等法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③ 幅広い観点から評価が必要な技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応①

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(先進医療として実施している医療技術を含む。)の保険導入及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行う。

➤ 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

- 腓体尾部切除術(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

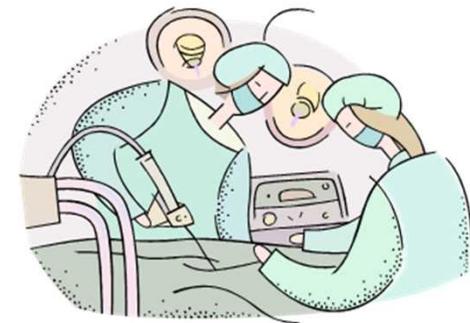
(2) 評価を見直す既存技術の例

- 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(令和4年3月31日まで算定できる)

- 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。



2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応②

➤ 保険導入を行う新規技術の例(1)

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。

2. 保険適用されるロボット支援下内視鏡手術

- 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 腹腔鏡下仙骨腔固定術
- 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



2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 医療技術評価分科会における検討を踏まえた対応②

➤ 保険導入を行う新規技術の例(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上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

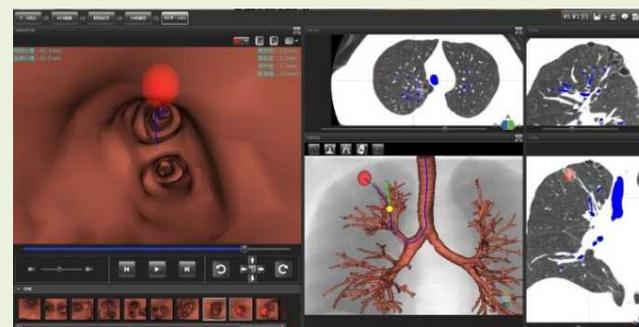
透視画像のみの、限られた情報。



2次元の情報と
剖学的な知識を
元に検査を実施。

新規技術

CT画像から構築した仮想気管支映像を元に、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。

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 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) 検査の例

検査名	現行	改定後
関節鏡検査(片側)	720点	<u>760点</u>
脳誘発電位検査(脳波検査を含む。) 「4」聴性定常反応	960点	<u>1,010点</u>
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	<u>570点</u>

(2) 処置の例

処置名	現行	改定後
頸椎、胸椎又は腰椎穿刺	264点	<u>317点</u>
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	<u>480点</u>
胃洗浄	250点	<u>300点</u>

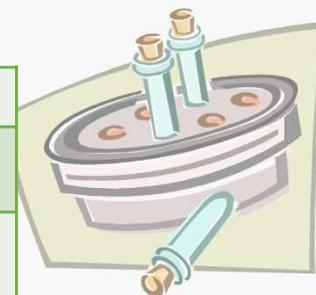
(3) 手術の例

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	<u>570点</u>
鼓膜切開術	690点	<u>830点</u>
乳腺腫瘍摘出術「1」長径5センチメートル未満	2,660点	<u>3,190点</u>

医療技術の保険導入①

《新たに保険適用された検査》

区分番号	項目名	点数	
D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	1,200点	
D006-21	血液粘弾性検査(一連につき)	600点	
D019	細菌薬剤感受性検査	4 薬剤耐性菌検出	50点
		5 抗菌薬併用効果スクリーニング	150点
D026	放射線治療用合成吸収性材料留置術	2 遺伝子関連・染色体検査判断料	100点
		注7 遺伝性腫瘍カウンセリング加算	1,000点
D239	筋電図検査	4 単線維筋電図(一連につき)	1,500点
D258-3	黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図		800点
D312-2	回腸囊(のう)ファイバースコープ		550点
D415-4	経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)		5,000点
D415-5	経気管支凍結生検法		5,500点



医療技術の保険導入②

《新規に保険導入された手術》

区分番号	手術項目名	点数
K046-3	一時的創外固定骨折治療術	<u>34,000点</u>
K076-2	関節鏡下関節授動術	<u>46,660点</u>
	1 肩、股、膝	<u>33,850点</u>
	2 胸鎖、肘、手、足	<u>10,150点</u>
	3 肩鎖、指(手、足)	
K082-4	自家肋骨肋軟骨関節全置換術	<u>91,500点</u>
K133-2	後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	<u>69,000点</u>
K142-5	内視鏡下椎弓形成術	<u>30,390点</u>
K142-6	歯突起骨折骨接合術	<u>23,750点</u>
K142-7	腰椎分離部修復術	<u>28,210点</u>
K149-2	後頭蓋窩減圧術	<u>31,000点</u>
K188-2	硬膜外腔癒着剥離術	<u>11,000点</u>
K190	脊髄刺激装置植込術	<u>24,200点</u>
	1 脊髄刺激電極を留置した場合	<u>16,100点</u>
	2 ジェネレーターを留置した場合	



医療技術の保険導入③

《新規に保険導入された手術》

区分番号	手術項目名	点数
K523-2	硬性内視鏡下食道異物摘出術	<u>5,360点</u>
K524-3	腹腔鏡下食道憩室切除術	<u>39,930点</u>
K529-3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	<u>109,240点</u>
K554-2	胸腔鏡下弁形成術	<u>109,860点</u>
	1 1弁のもの 2 2弁のもの	<u>123,170点</u>
K555-3	胸腔鏡下弁置換術	<u>115,500点</u>
	1 1弁のもの 2 2弁のもの	<u>130,200点</u>
K647-3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	<u>10,300点</u>
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	<u>31,710点</u>
K684-2	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	<u>119,200点</u>
K700-3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	<u>39,950点</u>
K716-3	移植用部分小腸採取術(生体)	<u>56,850点</u>
K716-4	生体部分小腸移植術	<u>164,240点</u>
K716-5	移植用小腸採取術(死体)	<u>65,140点</u>
K716-6	同種死体小腸移植術	<u>177,980点</u>



医療技術の保険導入④

《新規に保険導入された手術》

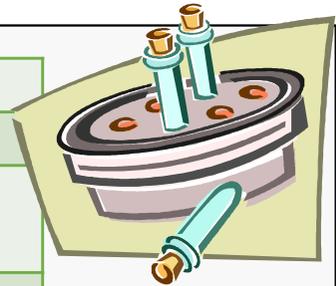
区分番号	手術項目名	点数
K735-5	腸管延長術	<u>76,000点</u>
K741-2	直腸瘤手術	<u>5,760点</u>
K805-2	膀胱皮膚瘻造設術	<u>25,200点</u>
K805-3	導尿路造設術	<u>49,400点</u>
K834-3	顕微鏡下精索静脈瘤手術	<u>12,500点</u>
K841-5	経尿道的前立腺核出術	<u>21,500点</u>
K920「注8」	輸血 コンピュータクロスマッチ加算	<u>30点</u>
K924-2	自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	<u>1,760点</u>



医療技術の保険導入⑤

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された技術》

区分番号	項目名	点数
C120	在宅中耳加圧療法指導管理料	1,800点
C150「7」	血糖自己測定器加算 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの	1,250点
C152-2	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	2個以下 1,320点 4個以下 2,640点 5個以上 3,300点
C152-2	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	2個以下 1,320点 4個以下 2,640点 5個以上 3,300点
D004-2「1」 イ(1)	悪性腫瘍組織検査 悪性腫瘍遺伝子検査 処理が容易なもの 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの	2,500点
D004-2「1」 イ(1)	悪性腫瘍組織検査 悪性腫瘍遺伝子検査 処理が容易なもの 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの	2,500点
D004-2「1」 「注2」ロ	悪性腫瘍組織検査 悪性腫瘍遺伝子検査 3項目以上	12,000点
D004-2「1」 ロ	悪性腫瘍組織検査 悪性腫瘍遺伝子検査 処理が複雑なもの	2,500点
D006-14	FLT3遺伝子検査	4,200点
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1,597点
D006-16	JAK2遺伝子検査	2,504点
D006-17	Nudix hydrolase 15 (NUDT15) 遺伝子多型	2,100点



医療技術の保険導入⑥

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された技術》

区分番号	項目名	点数
D006-18「1」	BRCA1／2遺伝子検査 腫瘍細胞を検体とするもの	<u>20, 200点</u>
D006-18「2」	BRCA1／2遺伝子検査 血液を検体とするもの	<u>20, 200点</u>
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	<u>56, 000点</u>
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	<u>56, 000点</u>
D007「30」	血液化学検査 25-ヒドロキシビタミンD	<u>117点</u>
D007「46」	血液化学検査 オートタキシン	<u>194点</u>
D007「60」	血液化学検査 FGF23	<u>788点</u>
D008「50」	内分泌学的検査 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	<u>320点</u>
D012	感染症免疫学的検査 クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性	<u>80点</u>
D014「40」	自己抗体検査 抗デスモグレイン1抗体、抗デスモグレイン3抗体及び抗BP180-NC16a抗体同時測定	<u>490点</u>
D023「17」	微生物核酸同定・定量検査 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	<u>963点</u>
E200-2	血流予備量比コンピューター断層撮影	<u>9, 400点</u>



医療技術の保険導入⑦

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された技術》

区分番号	項目名	点数
I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	1,200点
J003-3	局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)(1日につき)	1,100点
K007-3	放射線治療用合成吸収性材料留置術	14,290点
K007-3	放射線治療用合成吸収性材料留置術	14,290点
K154-4	集束超音波による機能的定位脳手術	105,000点
K534-4	腹腔鏡下横隔膜電極植込術	42,180点
K574-3	経皮的卵円孔開存閉鎖術	31,850点
K594	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	34,930点
K616-6	経皮的下肢動脈形成術	24,270点
K617-6	下肢静脈瘤血管内塞栓術	14,360点
K705「1」	膵嚢胞胃(腸)バイパス術 内視鏡によるもの	13,820点
K910-4	無心体双胎焼灼術(一連につき)	40,000点
K910-4	無心体双胎焼灼術(一連につき)	40,000点



2. 医療技術の適切な評価（モノから人へ）

(2) 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連合会「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。

区分番号	検査名	現行（点）	改定（点）
D206 2	心臓電気生理学検査（EPS）		
D218 1	分娩監視（1時間）	480	510
D218 2	分娩監視（1時間30分まで）	660	700
D218 3	分娩監視（1時間30分以上）	840	890
D219	ノンストレステスト（分娩前胎児機能検査）	200	210
D222 2	経皮的血液ガス分圧測定（2時間以上）	600	630
D225-4	ティルト（head-up tilt）試験	980	1,030
D230 2	観血的肺動脈圧測定（2時間以上）	540	570
D236 1	脊髄誘発電位	804	850
D236 2, 3	視覚誘発電位検査（VEP）	804	850
D236 4	聴性定常反応（ASSR）	960	1,010
D239 1	筋電図検査 1	300	320
D278	眼球電位図（EOG）	260	280
D295	関節内視鏡検査	720	760
D315	腹腔内視鏡検査（腹腔臓器）（硬性鏡）	2,160	2,270
D410 1	エックス線乳房造影検査（下乳房針生検（片側））	650	690

2. 医療技術の適切な評価（モノから人へ）

区分番号	処置名	現行（点）	改定（点）
J007	頚椎、胸椎又は腰椎穿刺	264	317
J034	イレウス用ロングチューブ挿入法	610	730
J043-3 2	ストーマ処置 2. ストーマを2個以上持つ患者に対して行った場合	100	120
J044-2	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	480
J050	気管内洗浄（1日につき）	280	340
J051	胃洗浄	250	300
J072	腔洗浄（熱性洗浄を含む）	47	56
J073	子宮腔洗浄（薬液注入を含む）	47	56
J092	涙嚢ブジー法（洗浄を含む）	45	54
J096 1	耳管処置（耳管通気法, 鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む） 1. カテテルによる耳管通気法（片側）	30	36
J096 2	耳管処置（耳管通気法, 鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む） 2. ポリッツェル球による耳管通気法	20	24
J098	口腔、咽頭処置	12	14
J099	間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）	27	32
J116	関節穿刺（片側）	100	120

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行(点)	改定(点)
K001 1	皮膚切開術・長径10cm未満	470	570
K001 2	皮膚切開術・長径10cm以上20cm未満	820	990
K001 3	皮膚切開術・長径20cm以上	1,470	1,770
K002 1	デブリードマン・手にわたる範囲	1,020	1,260
K002 2	デブリードマン・半肢の大部	3,580	4,300
K009 1	皮膚剥削術・25cm ² 未満	1,490	1,810
K025	股関節内転筋切離術	5,290	6,370
K029	筋肉内異物摘出術	2,840	3,440
K045 3	骨折経皮鋼線刺入固定術・手指骨	1,660	1,990
K050 3	腐骨摘出術・手根骨	3,420	4,100
K061 1	非観血的脱臼整復術・股関節	1,500	1,800
K061 2	非観血的脱臼整復術・手関節	1,300	1,560
K061 3	非観血的脱臼整復術・中手指節関節	800	960
K075 1	非観血的関節授動術・膝関節	1,320	1,590
K083	直達牽引術(鋼線等)	3,010	3,620
K089	爪甲除去術	640	770
K090 1	ひょう疽手術(軟部組織)	990	1,190
K145	穿頭術後脳室ドレナージ術	1,940	2,330

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行(点)	改定(点)
K189	脊髄ドレナージ術	408	490
K190-5	脳脊髄用植込型輸液ポンプ薬液再充填術	650	780
K199	涙点・涙小管形成術	550	660
K200	涙嚢切開術	690	830
K200-2	涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	630	760
K208	麦粒腫切開術	410	500
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	570
K209-2	外眦切開術	470	570
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、切開術	360	440
K214	霰粒腫摘出術	580	700
K215	瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,440	1,730
K217 1	眼瞼内反症手術(縫合法)	1,660	1,990
K217 2	眼瞼内反症手術(皮膚切開法)	2,160	2,590
K222	結膜異物除去術	390	470
K246	角膜縫合術	2,980	3,580
K249	角膜搔爬術	990	1,190
K278	硝子体注入術	1,900	2,280
K285	耳介血腫開窓術	380	460
K286 1	外耳道異物除去術(単純)	220	260
K286 2	外耳道異物除去術(複雑)	710	850
K289	耳茸摘出術	830	1,000

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行 (点)	改定 (点)
K292	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む)	6,330	7,600
K300	鼓膜切開術	690	830
K311	鼓膜穿孔閉鎖術	1,580	1,900
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	1,080
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	1,080
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	1,970
K335	鼻中隔骨折観血的手術	3,280	3,940
K338 1	鼻甲介切除術(高周波電気凝固法による)	900	1,080
K338 2	鼻甲介手術	2,770	3,320
K339	粘膜下下鼻甲介骨切除術	3,550	4,260
K340	鼻茸摘出術	1,090	1,310
K347-4	鼻中隔手術Ⅱ型(鼻中隔粘膜手術)(内視鏡下)	2,030	2,440
K347-5	鼻腔手術Ⅰ型(下鼻甲介手術)(内視鏡下)	6,620	7,940
K369 1	咽頭異物摘出術(簡単)	420	500
K377 1	口蓋扁桃切除術	1,430	1,720
K386	気管切開術	2,570	3,080
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	1,250
K472	乳腺膿瘍切開術	820	980
K474 1	乳腺腫瘍摘出術(長径5cm未満)	2,660	3,190
K475-2	乳腺悪性腫瘍手術(乳房部分切除)(腋窩部郭清を伴わないもの)(冷凍凝固摘出)	7,240	8,690
K604-2 4	植込型補助人工心臓(91日目以降)	1,500	1,800

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行(点)	改定(点)
K607 2	血管結紮術(開胸または開腹以外)	3,750	4,500
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,130	3,760
K636	試験開腹術(診断、組織試験採取)	5,550	6,660
K725	小腸瘻造設術	7,360	8,830
K743 1	痔核手術(硬化療法)	1,380	1,660
K747	肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	1,250
K824	陰茎尖形コンジローム切除術	1,130	1,360
K844	バルトリン腺膿瘍切開術	780	940
K848	バルトリン腺嚢胞摘出術	2,760	3,310
K849	女子外性器腫瘍摘出術	2,340	2,810
K851-2	外陰血腫除去術	1,600	1,920
K855 1	膣中隔切除術(不全中隔)	1,260	1,510
K856-3	膣ポリープ切除術	1,040	1,250
K856-4	膣壁尖圭コンジローム切除術	1,040	1,250
K861	子宮内膜搔爬術	1,180	1,420
K866	子宮頸管ポリープ切除術	990	1,190
K866-2	子宮腔部冷凍凝固術	990	1,190
K885	卵巣嚢腫内容排除術(腔式)	1,350	1,620
K896 1	膣壁裂創縫合術・前または後壁裂創(分娩時)	1,650	1,980
K896 2	膣壁裂創縫合術・肛門に及ぶ(分娩時)	4,630	5,560
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	5,880	7,060

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

区分番号	手術名	現行(点)	改定(点)
K901	子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む)	2,460	2,950
K906 1	頸管縫縮術(マクドナルド法)	1,680	2,020
K906 3	頸管縫縮術(縫縮解除術)	1,500	1,800
K907	胎児外回転術	670	800
K913 1	新生児仮死蘇生術(仮死第1度)	840	1,010

2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

(3) 先進医療会議・医療技術評価分科会の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

令和元年6月30日時点で先進医療告示に掲げられている先進医療A:25技術及び総括報告書の報告を終えている先進医療B:1技術について、保険導入にかかる科学的根拠等を評価・検討し、有効性、効率性等に鑑み、6技術について保険導入を行うこととなった。

【医科の6技術】

① 神経変性疾患の遺伝子診断※

※ 適応症のうち脊髄小脳変性症のみ

D006-4 遺伝学的検査 3 処理が極めて複雑なもの:8,000点

② 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術

D627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 1 後腹膜:40,670点

③ 角膜ジストロフィー遺伝子解析

D006-20 角膜ジストロフィー遺伝子検査:1,200点

④ MEN遺伝子診断

D006-4 遺伝学的検査 2 処理が複雑なもの:5,000点

⑤ 腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術

D627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 2 傍大動脈:35,500点

⑥ 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療

J003-4 多血小板血漿処置:4,190点

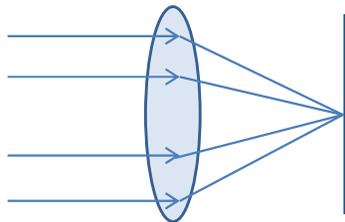
2. 医療技術の適切な評価(モノから人へ)

◇ 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



- 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。

現行: 先進医療

眼鏡装用率の軽減
に係る部分

水晶体再建
に係る部分

手術全体が
保険適用外
(患者の自己負担)

多焦点眼内レンズを用いた
水晶体再建術

改定後: 選定療養

眼鏡装用率の軽減
に係る部分

水晶体再建
に係る部分

保険適用外
(患者の自己負担)

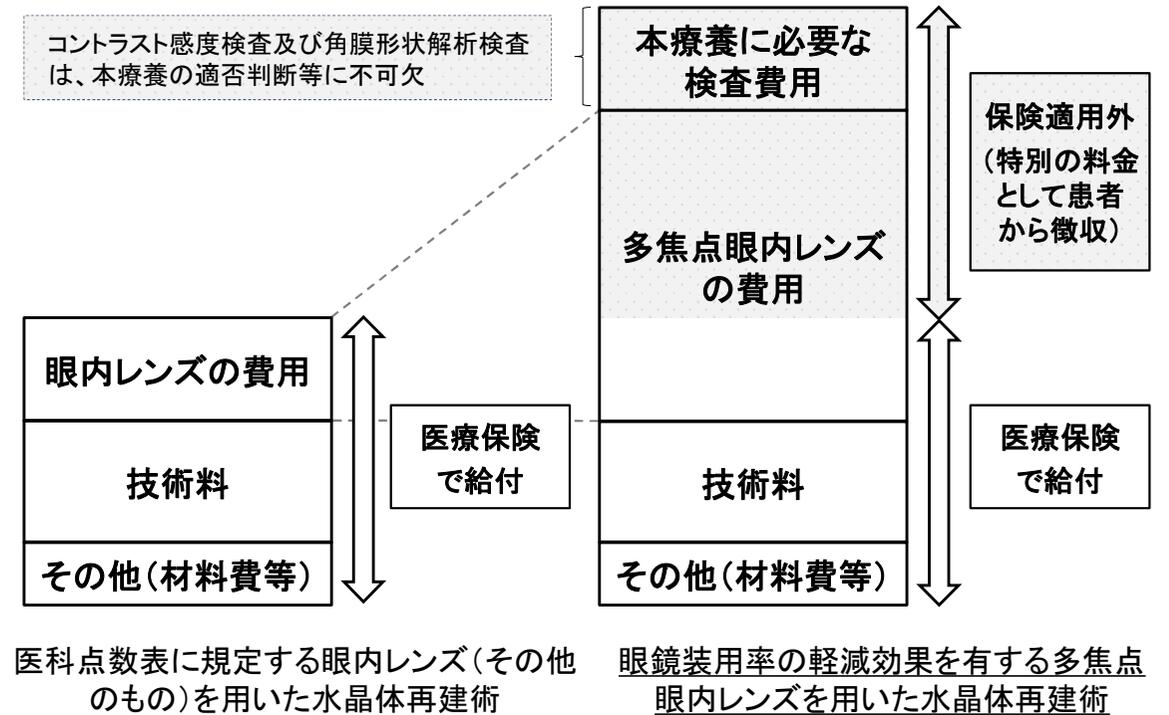
医療保険で給付
(保険外併用療養費)

多焦点眼内レンズを用いた
水晶体再建術

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)

費用について

- 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
 - ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給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。(右図参照)
- 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、レンズの種類毎の報告を求めるとともに、特別の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の提出を求める。



その他の手続き等

- 対象となる多焦点眼内レンズは、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及び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とする。
- 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。

3. 医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進

- (1) 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- (2) 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- (3) タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進
- (4) 業務の効率化に資するICTの利活用の推進 等

- ◇ 医師の働き方改革を進めるに当たり、地域の救急医療が維持できるよう、診療報酬+0.08%に当たる公費約126億円に加え、地域医療介護総合確保基金として公費約143億円が措置された。
- ◇ 救急用の自動車や救急医療用ヘリコプターによる搬送受入件数が年間2,000件以上の医療機関は診療報酬で、2,000件未満で地域医療に特別な役割がある医療機関などは基金の補助対象となった。
- ◇ 地域の実情に応じて適切に基金が使えるよう、日本医師会として改めて求めていく。
- ◇ その他、+0.08%に加え、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるよう、常勤配置・専従要件に関する要件緩和、業務分担・協働の推進、ICTの利活用など、長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組やタスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進が行われた。
- ◇ 負担軽減、働き方改革については、引き続き、対応していくべきものである。

救急病院等における勤務医の働き方改革への特例的な対応について

- 令和2年度の診療報酬改定においては、過酷な勤務環境となっている救急医療体制における重要な機能を担う医療機関(具体的には年間救急車等受入2,000台以上)について、地域医療の確保を図る観点から評価を行うことを検討。
- 一方、地域医療介護総合確保基金においては、診療報酬の対象とならない医療機関(B水準相当)を対象として、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

診療報酬の対象要件のイメージ (公費ベース126億円)

1. 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送受入件数が年間で2,000件以上であること。
2. 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 - ・ 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること
 - ・ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、計画を作成すること 等

基金事業の対象要件のイメージ (公費ベース143億円)

1. 補助の対象となる医療機関は、以下のような都道府県知事が認める医療機関を想定。
 - ・ 救急車受入件数が1,000台以上2,000台未満であり、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - ・ 救急車受入件数が1,000台未満のうち、
 - － 夜間・休日・時間外入院件数が500件以上で、地域医療に特別な役割がある医療機関
 - － 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど、特別な理由の存在する医療機関
 - ・ 地域医療の確保に必要な医療機関であって、
 - － 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している場合
 - － 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関であって一定の実績と役割がある場合など、5疾病5事業で重要な医療を提供している場合
 - ・ その他在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
2. 基金の交付要件として、追加的健康確保措置に取り組み、かつ、時短計画を定めるなどを条件に交付する。
3. 上記の総合的な取組に要する、ICT等機器、休憩室整備費用、改善支援アドバイス費用、短時間勤務要員の確保経費等をパッケージとして補助。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(1) 地域医療介護総合確保基金の運用について

- 救急用の自動車や救急医療用ヘリコプターによる搬送受入件数が年間2,000件未満で地域医療に特別な役割がある医療機関などは地域医療介護総合確保基金の補助対象となった。



《中医協における厚生労働省の答弁》

- 来年度、公費ベースで143億円の財源を確保し、確実な執行に努めていきたい。
- 国が示す今回の補助要件の客観的な要件について、都道府県向けに十分な説明を行う。補助が必要な医療機関に対して財政的な支援が確実に行われるよう、都道府県に対して要請してまいりたい。
- 基金は基本的に都道府県からの要望に応じて支払われるものだが、今回、都道府県別の対象となる可能性のある医療機関数を予め都道府県に示し、対象となる医療機関に確実に財源措置されるよう予算計上するよう要請する。
- 基金の負担は地方負担分が3分の1、国が3分の2であるが、地方負担分3分の1は地方消費税と地方交付税において都道府県別に財源保障が確実にされるという財源フレームとなっていることから、3分の1の都道府県負担分について、財源不足により予算計上されないことがないよう、都道府県への説明を徹底する。
- 今回の基金は、医師の働き方改革の推進、地域医療の確保の両立を図るための診療報酬と相まって対応が必要なものであるため、従来の基金の区分とは異なる、この事業専用の新たな区分を設定して都道府県に対して、民間医療機関も含めてきちんと支援されるよう徹底したい。
- 予算成立後、都道府県に加え、各医療関係団体に向け説明会を開催して趣旨を徹底していく。
- 昨年末の厚生労働大臣と財務大臣の合意も踏まえ、次年度以降も財務当局と調整を行い、必要な医師の働き方改革の支援が行われるよう厚生労働省として全力を尽くす。

地域の实情に応じて適切に基金が使えるよう、日本医師会として改めて求めていく。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(2) 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

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

点p70, 留p106, 施告p690, 施通p772-773

(新) 地域医療体制確保加算:520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設したもの。



[算定要件]

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

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

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

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

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

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

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

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



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(3) 救急医療体制の充実

救急搬送看護体制加算の評価区分の新設

点p164, 留p210, 施告p808, 施通p866

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

現行（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。



改定後（夜間休日救急搬送医学管理料の加算）

救急搬送看護体制加算1 400点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を複数名配置。なお、院内トリアージ実施料にかかる専任の看護師を兼ねることができる。

救急搬送看護体制加算2 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(4) 医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件緩和

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

常勤換算の見直し

週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。

医師の配置について

医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。

(対象となる項目)

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

看護師の配置について

看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。

専従要件について

専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。

(対象となる項目)

- ・ ウイルス疾患指導料(注2)
- ・ 障害児(者)リハビリテーション料
- ・ がん患者リハビリテーション料



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(5) 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の見直し

- 医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が推進されるよう、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画」の内容及び項目数を見直す。



現行

【総合入院体制加算】

[施設基準]

病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること

ア～ウ、オ（略）

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

- (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数 400床以上の病院は必ず含むこと）
- (ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい）
- (ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- (ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善

(ホ) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

改定後

【総合入院体制加算】

施告p680, 施通p740-741

[施設基準]

病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること

ア～ウ、オ（略）

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

- (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数 400床以上の病院は必ず含むこと）
- (ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育を含むことが望ましい）
- (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減
- (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応の負担軽減及び処遇改善

(ホ) 特定行為研修修了者である看護師の複数名配置及び活用による医師の負担軽減

(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減

(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

多職種からなる役割分担推進のための委員会等の見直し

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

改定後

【総合入院体制加算】 [施設基準]（上記施設基準のイ）

当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。**また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。**

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

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(6) 薬剤師の病棟業務に対する評価の充実

病棟薬剤業務実施加算：
点p67-68, 留p94-95, 施告p688-689, 施通p766

病棟薬剤業務実施加算の評価の充実

- 薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、棟薬剤業務実施加算1及び2について、評価を充実する。

現行

【病棟薬剤業務実施加算】

- | | |
|----------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回) | 100点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) | 80点 |

改定後

【病棟薬剤業務実施加算】

- | | |
|----------------------|------|
| 1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回) | 120点 |
| 2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) | 100点 |



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

薬剤師の常勤要件の緩和

- 病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置要件を緩和する。

現行

【病棟薬剤業務実施加算】

- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。
- (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。

改定後

【病棟薬剤業務実施加算】

- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、**週3日以上かつ週22時間以上**の勤務を行っている**非常勤薬剤師を2名組み合わせ**て常勤換算し**常勤薬剤師数に算入することができる**。ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要。
- (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、**院内からの相談に対応できる体制が整備されていること**。

※ 薬剤管理指導料についても同様。

施告p811, 施通p874

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(7) 夜間看護体制の見直し

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

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

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

看護職員の夜間配置に係る評価の充実

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

現行	改定後	現行	改定後
【看護職員夜間配置加算】 12対1加算1 95点 12対1加算2 75点 16対1加算1 55点 16対1加算2 30点	【看護職員夜間配置加算】 12対1加算1 105点 12対1加算2 85点 16対1加算1 65点 16対1加算2 40点	【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 55点 精神科救急入院料 55点 精神科救急・合併症入院料 55点	【注加算の看護職員夜間配置加算】 地域包括ケア病棟入院料 65点 精神科救急入院料 65点 精神科救急・合併症入院料 65点



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(8) 特定集中治療室管理料の見直し

専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し



- 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

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

現行

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。



改定後

【特定集中治療室管理料1及び2】

施告p691, 施通p778-779

[施設基準]

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。

生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。

※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

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

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(9) 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

点p580, 583, 留p619, 622

- 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	
【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



改定後	
【同種死体腎移植術】	
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

点p587, 留p624

- 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	
【脳死臓器提供管理料】	20,000点



改定後	
【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ス)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。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(10) 入退院支援に係る人員配置の見直し

点p69, 留p99-100,
施告p689-690, 施通p768-769

入退院支援加算3の配置要件の見直し

- より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行うことができるよう、入退院支援加算3について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

現行

【入退院支援加算3】

[施設基準]

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師
- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専従の社会福祉士



改定後

【入退院支援加算3】

[施設基準]

入退院支援部門に以下のいずれかを配置

- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、**小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任**の看護師
- 入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師 及び 専従の社会福祉士



入退院支援部門の職員の常勤要件緩和

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

改定後

【入退院支援加算、入院時支援加算】

[施設基準]

(入退院支援部門について) 当該専従の看護師(社会福祉士)については、**週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師**(社会福祉士)(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する者に限る。)を**2名以上組み合わせる**ことにより、常勤看護師(社会福祉士)と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師(社会福祉士)が配置されている場合には、基準を満たしているとみなすことができる。

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(11) 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減

B項目の評価方法の見直し

様p1170, 1171

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を不要とする。

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

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**(院外)研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

必要度Ⅱの要件化

急性期一般： 施告p668, 施通p727
 特定機能病院： 施告p675, 施通p727

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料(**急性期一般入院料1~6**に限る)又は**特定機能病院入院基本料**(一般病棟7対1に限る)について**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いることを要件とする。

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

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

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(12) タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

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



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

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

- 20対1～40対1補助体制加算について、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関であれば、要件を満たすこととする。

看護職員の夜間配置に係る評価の充実

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



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

看護補助者の配置に係る評価の充実

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



現行		改定後	
25対1～75対1急性期看護補助体制加算	130点～210点	25対1～75対1急性期看護補助体制加算	160点～240点
夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	70点～90点	夜間30対1～100対1急性期看護補助体制加算	100点～120点
看護補助加算1～3	76点～129点	看護補助加算1～3	88点～141点
夜間75対1看護補助加算	40点	夜間75対1看護補助加算	50点
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)	35点	夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)	45点
看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	104点～129点	看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)	116点～141点
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	150点	看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)	160点

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

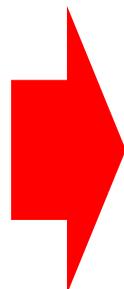
◇ 医師事務作業補助体制加算の見直し

点p62-63, 留p75,
 施告p682, 施通p745-747



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

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	920点/860点
20対1	708点/660点
25対1	580点/540点
30対1	495点/460点
40対1	405点/380点
50対1	325点/305点
75対1	245点/230点
100対1	198点/188点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	<u>970点/910点</u>
20対1	<u>758点/710点</u>
25対1	<u>630点/590点</u>
30対1	<u>545点/510点</u>
40対1	<u>455点/430点</u>
50対1	<u>375点/355点</u>
75対1	<u>295点/280点</u>
100対1	<u>248点/238点</u>

[算定可能となった入院料等]

【一般病棟に限定されていた入院料】

地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料2

【50対1、75対1、100対1に限る】

結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、
 児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

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

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

◇ 看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、看護職員の夜間配置及び看護補助者の配置に係る評価等を見直す。

看護職員夜間配置加算

【看護職員夜間配置加算】

点p63



1 看護職員夜間12対1配置加算

イ 看護職員夜間12対1配置加算1:95点→105点

ロ 看護職員夜間12対1配置加算2:75点→85点

2 看護職員夜間16対1配置加算

イ 看護職員夜間16対1配置加算1:55点→65点

ロ 看護職員夜間16対1配置加算2:30点→40点

【看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)】

看護職員夜間配置加算:55点→65点

点p116

【看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料の注加算)】

看護職員夜間配置加算:55点→65点

点p117

【看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料の注加算)】

看護職員夜間配置加算:55点→65点

点p118

- 急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。

急性期看護補助体制加算等

【急性期看護補助体制加算】

点p63



1 25対1急性期看護補助体制加算

(看護補助者5割以上):210点→240点

2 25対1急性期看護補助体制加算

(看護補助者5割未満):190点→220点

3 50対1急性期看護補助体制加算:170点→200点

4 75対1急性期看護補助体制加算:130点→160点

注2

イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算:90点→120点

ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算:85点→115点

ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算:70点→100点

【看護補助加算】

点p64

1 看護補助加算1:129点→141点

2 看護補助加算2:104点→116点

3 看護補助加算3:76点→88点

注2 夜間75対1看護補助加算40点→50点

【夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)】

点p26

夜間看護加算:35点→45点

【看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)】

点p32

イ 14日以内の期間:129点→141点

ロ 15日以上30日以内の期間:104点→116点

【看護補助加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)】

点p116

看護補助者配置加算:150点→160点

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(12) タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実

点p630, 留p639,
施告p830, 施通p958-959

麻酔科領域における医師の働き方改革の推進 麻酔管理料(Ⅱ)の見直し

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

現行

【麻酔管理料(Ⅱ)】

[算定要件]

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



改定後

【麻酔管理料(Ⅱ)】

[算定要件]

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

[施設基準](新設)

- 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修(※)を修了した常勤看護師が実施する場合には、当該研修を修了した専任の常勤看護師が1名以上配置されていること。
- ※ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修
- 上記の場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。



全身麻酔の場合の麻酔管理における主な医行為等

- 麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修を修了した看護師が、医師又は歯科医師が診療の補助行為を行わせるために指示として作成した手順書に基づき、実施できる。
- 特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる診療の補助行為が多く認められる。

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	麻酔薬等の投与
	マスク換気
	膀胱留置カテーテルの挿入
	気管挿管
	<u>橈骨動脈ラインの確保</u>
	<u>直接動脈穿刺法による採血</u>
	中心静脈ラインの確保
	<u>末梢留置型中心静脈ラインの確保</u>
	経鼻胃管の挿入
	体位変換

麻酔維持	<u>薬剤投与量の調整</u>
	<u>脱水症状に対する輸液による補正</u>
	<u>糖質・電解質輸液投与量の調整</u>
	<u>人工呼吸器の設定調整</u>
	<u>気管チューブ位置の調整</u>
麻酔覚醒	<u>人工呼吸器からの離脱</u>
	気管チューブの抜管
	経鼻胃管の抜去
	<u>中心静脈ラインの抜去</u>
	動脈ラインの抜去
術後	診察

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

硬膜外麻酔等の場合の麻酔管理における主な医行為等

○全身麻酔より侵襲性が低い硬膜外麻酔や脊椎麻酔においても、全身麻酔と同様に麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる。

【硬膜外麻酔の例】

麻酔管理の時期	主な医行為等
術前	診察
麻酔導入	硬膜外カテーテルの挿入
	麻酔薬等の投与
	膀胱留置カテーテルの挿入
	体位変換

麻酔維持	<u>薬剤投与量の調整</u>
	<u>脱水症状に対する輸液による補正</u>
	<u>糖質・電解質輸液投与量の調整</u>
術後	診察
	<u>硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整</u>

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

(参考) 手順書とは

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書であって、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲」、「診療の補助の内容」等が定められているものです。

具体的に、手順書の記載事項としては、以下の事項となります。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

なお、「3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」とは、その手順書を適用する患者の状態を指し、患者は、医師又は歯科医師が手順書により指示を行う時点において特定されている必要があります。

手順書の具体的な内容については、1. から6. の手順書の記載事項に沿って、各医療現場において、必要に応じて看護師等と連携し、医師又は歯科医師があらかじめ作成することになっています。

また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項やその具体的内容を追加することもできます。

出典：厚生労働省ホームページより引用

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(12) タスク・シェアリング／タスク・シフティングのための評価の充実

栄養サポートチーム加算の見直し

点p66, 留p87, 施告p686, 施通p759



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

現行

[算定可能病棟]

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

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

改定後

[算定可能病棟]

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

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

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(13) 医療機関における業務の効率化・合理化

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

会議や研修の効率化・合理化

会議 ➡ 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



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

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

記録の効率化・合理化

診療録 ➡ ・栄養サポートチーム加算注2等について、**栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良い**こととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
・在宅療養指導料等について、**医師が他の職種への指示内容を診療録に記載**することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト
摘要欄 ➡ 画像診断の撮影部位や算定日等について**選択式記載**とする。

事務の効率化・合理化

● 施設基準の届出について、**様式の簡素化や添付資料の低減**等を行う。

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



3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(14) 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

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



【対象となる項目】

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

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

現行

原則、対面で実施



やむを得ない場合に限り、ICT活用可

改定後

原則、対面で実施



日常的に、ICT活用可

3. 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(15) 外来栄養食事指導(情報通信機器の活用)の見直し

外来栄養食事指導料の見直し

点p156, 留p191-193

- 栄養食事指導の効果を高めるため、外来における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降 200点

[算定要件]

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

改定後

【外来栄養食事指導料1】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) 対面で行った場合 200点
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

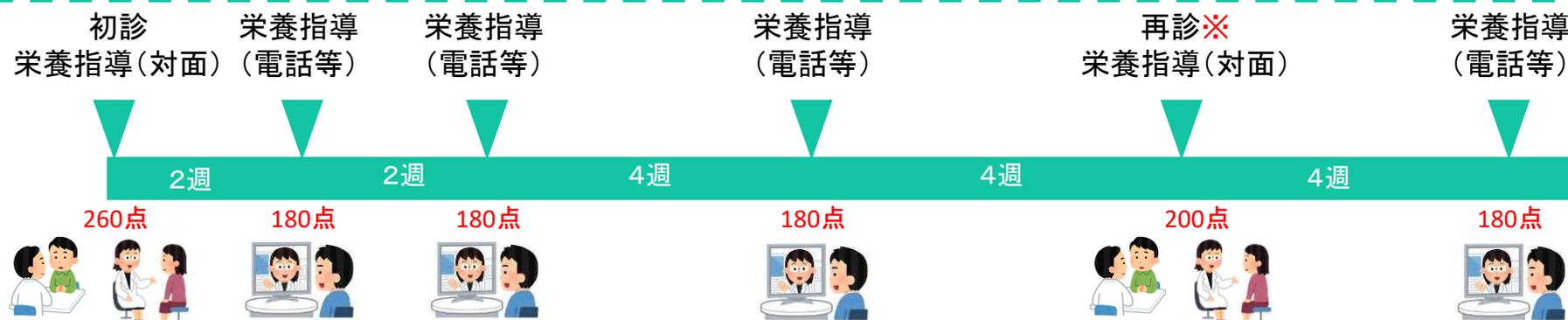
[算定要件]

注1 イ及びロの(1)については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

注2 ロの(2)については、医師の指示に基づき管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。



算定の例



※: 外来受診時は、対面での栄養食事指導を実施

4. 指導・監査・適時調査への対応

◇ 重複書類、診療録の記載の省略

- 患者に文書を交付してその写しを保存しているのに、さらにその要点を診療録に記載させる規定はできるだけなくす。
- 「貼付」という表現はのり付けして貼るという意味なので、「添付」に改める。

	対応例
貼付 → 添付	<ul style="list-style-type: none"> ・入院診療計画の基準(診療録に説明に用いた文書) ・栄養管理体制の基準(診療録等に栄養管理計画) ・A246 入退院支援加算(診療録に退院支援計画を診療録等、地域連携診療計画) ・B001-3 生活習慣病管理料(診療録に療養計画書) ・B005-7-3 認知症サポート指導料(診療録に療養上の指導、今後の療養方針) 等
診療録 → 診療録等	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養管理体制の基準(栄養管理計画の添付) ・A226-2 緩和ケア診療加算・A226-3有床診療所緩和ケア診療加算 (緩和ケア診療実績計画書の添付) ・A233-2 栄養サポートチーム加算(栄養治療実施計画書の添付) ・B004 退院時共同指導料1・B005退院時共同指導料2 (指導内容等の要点の記載、患者若しくは家族に提供した文書の写しの添付) ・B005-1-2 介護支援等連携指導料(指導内容等の要点を記載、ケアプラン等の添付) 等
記載 → 添付又は記載	<ul style="list-style-type: none"> ・B001「2」 特定薬剤治療管理料(診療録に薬剤の血中濃度、治療計画の要点) ・B001「3」 悪性腫瘍特異物質治療管理料 (診療録に腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点) ・B001「15」 慢性維持透析患者外来医学管理料 (診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点) 等

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

質の高い在宅医療の確保

➤ 複数の医療機関による訪問診療の明確化

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、複数の医療機関が継続的に訪問診療を実施する場合の要件明確化

➤ 在宅療養支援病院における診療体制の整備

- 在宅療養支援病院の往診医に係る要件を明確化

➤ 在宅医療における褥瘡管理の推進

- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直し

医療資源の少ない地域における在宅医療・訪問看護の推進

- 在宅療養支援病院として届出可能な医療機関を、許可病床数280床未満の保険医療機関まで拡大
- 複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大

質の高い訪問看護の確保

➤ 訪問看護の提供体制の確保

- 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し
- 訪問看護・指導体制充実加算の新設
- 複数名・複数回の訪問看護の見直し
- 理学療法士等による訪問看護の見直し

➤ 利用者のニーズへの対応

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

➤ 関係機関との連携の推進

- 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

訪問薬剤管理指導の充実

➤ 緊急訪問の評価の拡充

- 計画的な訪問の対象でない疾患で緊急訪問した場合を評価

➤ 経管投薬の患者への服薬支援の評価

- 簡易懸濁法を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(1) 複数の医療機関による訪問診療の明確化(再掲)

点p250, 留p280

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2(同一建物居住者:187点、同一建物居住者以外:884点)について、主治医が他の保険医療機関と情報共有し、診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

改定後

【在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2】

[算定要件]

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。

ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。

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

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



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

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

※保険局医療課調べ

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(1) 複数の医療機関による訪問診療の明確化(再掲)

点p250, 留p280

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、主治医が診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

(2) 緊急時の訪問薬剤管理指導の充実

- 医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合を新たに評価。

(3) 在宅療養支援病院における診療体制の整備

施告p812-813, 施通p878-880

- 在宅療養支援病院について、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨を明確化する。
- 医療資源の少ない地域においては、在宅療養支援病院として届出可能な医療機関を、現行の許可病床数240床未満から280床未満に見直す。



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制

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

利用者のニーズへの対応

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

関係機関等との連携

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



機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し ⑤



医療機関における質の高い訪問看護の評価 ⑥



医療資源の少ない地域における訪問看護の充実 ⑪

専門性の高い看護師による同行訪問の充実 ⑧



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

訪問看護における特定保険医療材料の見直し ⑨



理学療法士等による訪問看護の見直し ⑭

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化 ⑦



精神障害を有する者への訪問看護の見直し ⑩



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(4) 医療機関における質の高い訪問看護の評価

点p260, 留p302, 施告p815, 施通p881-882

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

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

(新) 訪問看護・指導体制充実加算: 150点(月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

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



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

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(5) 機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し①

施告p1085,
施通p1091-1093

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

現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none">常勤の看護職員 7人以上 <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none">常勤の看護職員 5人以上 <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none">常勤の看護職員 4人以上	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費】 [施設基準]</p> <p>機能強化型1</p> <ul style="list-style-type: none">常勤の看護職員 7人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u><u>看護職員 6割以上</u>※ <p>機能強化型2</p> <ul style="list-style-type: none">常勤の看護職員 5人以上 <u>(うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能)</u><u>看護職員 6割以上</u>※ <p>機能強化型3</p> <ul style="list-style-type: none">常勤の看護職員 4人以上<u>看護職員 6割以上</u>※ <p>[経過措置] (看護職員割合の要件について) 令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。</p>

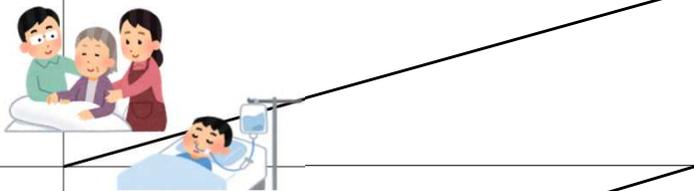


※ 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)の割合は、看護師等(看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)に占める看護職員の割合を指す。 (人員配置に係る基準のみ抜粋)

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(5) 機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し②

〔機能強化型訪問看護ステーションの要件等〕

	機能強化型 1	機能強化型 2	機能強化型 3
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤7人以上（ 1人は常勤換算可 ）、 6割以上	5人以上（ 1人は常勤換算可 ）、 6割以上	4人以上、 6割以上
24時間対応	 24時間対応体制加算の届出 + 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施 		
重症度の高い利用者の受入れ	別表7の利用者 月10人以上	別表7の利用者 月7人以上	別表7・8の利用者、精神科重症患者 or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者 月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル 前年度20件以上 ・ターミナル 前年度15件以上 + 重症児 常時4人以上 ・重症児 常時6人以上 	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナル 前年度15件以上 ・ターミナル 前年度10件以上 + 重症児 常時3人以上 ・重症児 常時5人以上 	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 + 特に医療的な管理が必要な利用者の1割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 + サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の1割程度について、計画を作成 		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年2回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす <ul style="list-style-type: none"> ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上

※1 機能強化型訪問看護管理療養費を届け出していない場合は、7,440円。

※2 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和3年3月末までの経過措置あり。

※3 重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(6) 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

施告p1085

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

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等



改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児**

学校等への情報提供の見直し

告p1071, 通p1083

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



現行

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

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



改定後

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

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

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(7) 人工肛門・人工膀胱の合併症を有する利用者を対象に追加

点p1085, p1073-1074

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

現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

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

改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

[算定要件]

訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、

- ・悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、
- ・真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者
- ・人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者

に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、

- ・緩和ケア ・褥瘡ケア ・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

に係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として算定。

ストーマ陥凹の例

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



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

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(8) 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

告p1045

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

改定後

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

C300 特定保険医療材料

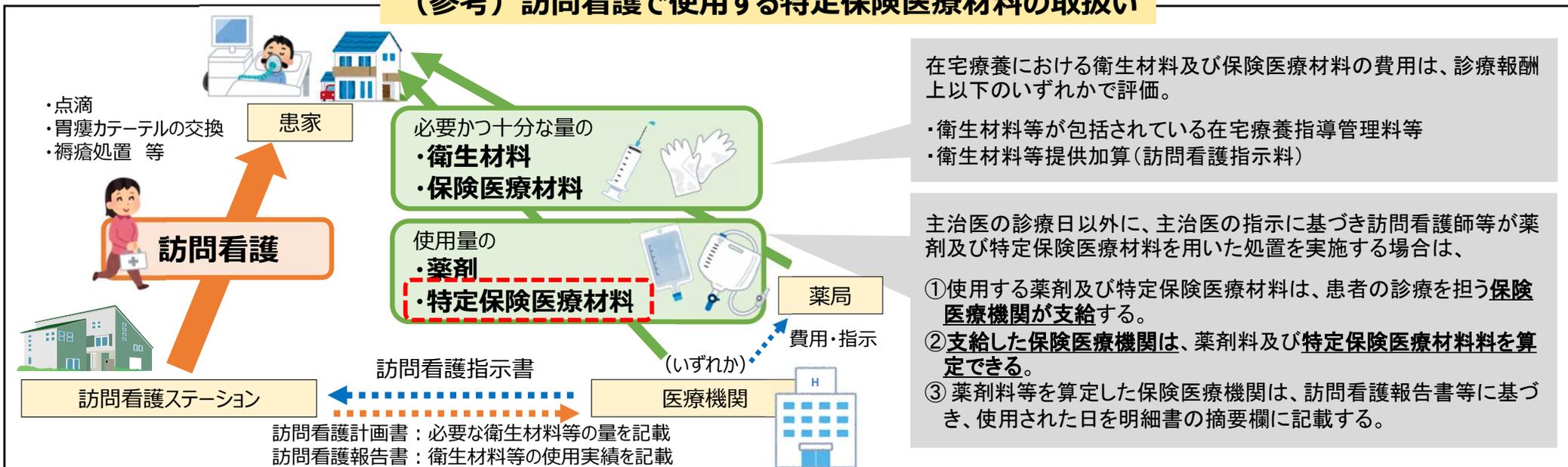
材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。(右記)

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

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

(参考) 訪問看護で使用する特定保険医療材料の取扱い



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(9) 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

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

GAF尺度による評価の要件化

留p501,1090

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

改定後

【精神科訪問看護基本療養費】

[算定要件](新規)

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

※精神科訪問看護・指導料においても記録を要件化

訪問職種による区分の見直し

点p477

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

現行

【精神科訪問看護・指導料】

- イ 保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士による場合
- ロ 准看護師による場合

改定後

【精神科訪問看護・指導料】

- イ 保健師又は看護師による場合
- ロ 准看護師による場合
- ハ 作業療法士による場合
- ニ 精神保健福祉士による場合

複数名精神科訪問看護加算の見直し

様p1122

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

※精神科特別訪問看護指示書についても同様



精神科訪問看護指示書

複数名訪問の必要性 あり・なし

理由:

1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者
4. その他(自由記載)



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(10) 医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

告p1070, 通p1080

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

現行

【24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)】

[算定要件]

特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。

改定後

【24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)】

[算定要件]

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

(参考) 特別地域/医療資源の少ない地域に含まれる地域

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



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(11) 同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し①

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

難病等複数回訪問加算等の見直し

告p1068

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

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

複数名訪問看護加算等の見直し

告p1068

現行	改定後
【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 4,500円 ロ 准看護師 3,800円 ハ 看護補助者(二以外) 3,000円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 3,000円 (2) 1日に2回の場合 6,000円 (3) 1日に3回以上の場合 10,000円	【複数名訪問看護加算】 イ 看護師等 (1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円 ロ 准看護師 (1) 同一建物内1人 3,800円 (2) 同一建物内2人 3,800円 (3) 同一建物内3人以上 3,400円 ハ 看護補助者(二以外) (1) 同一建物内1人 3,000円 (2) 同一建物内2人 3,000円 (3) 同一建物内3人以上 2,700円 ニ 看護補助者(別表7・8、特別指示) (1) 1日に1回の場合 ① 同一建物内1人 3,000円 ② 同一建物内2人 3,000円 ③ 同一建物内3人以上 2,700円 (2) 1日に2回の場合 ① 同一建物内1人 6,000円 ② 同一建物内2人 6,000円 ③ 同一建物内3人以上 5,400円 (3) 1日に3回以上の場合 ① 同一建物内1人 10,000円 ② 同一建物内2人 10,000円 ③ 同一建物内3人以上 9,000円

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

同一建物居住者の人数の明確化

留p1074, 1077, 1078

- 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する。

改定後

【基本療養費】

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

【難病等複数回訪問加算 と 精神科複数回訪問加算】

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

【複数名訪問看護加算 と 複数名精神科訪問看護加算】

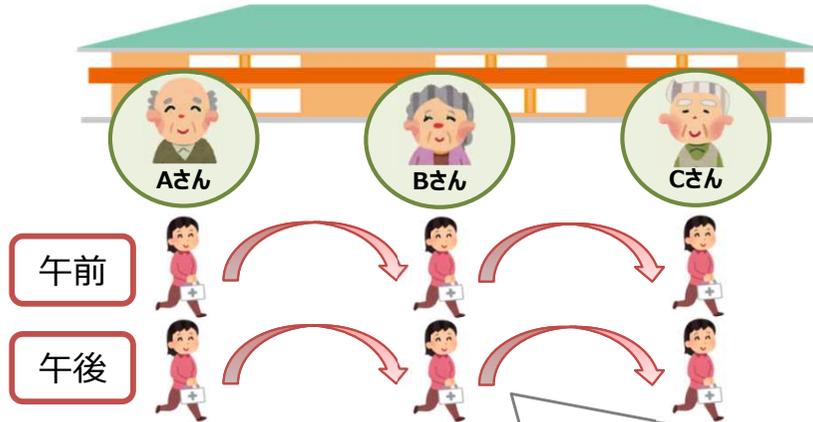
同一建物内において、複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算(同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(11) 同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し②

〔同一建物居住者における算定イメージ〕

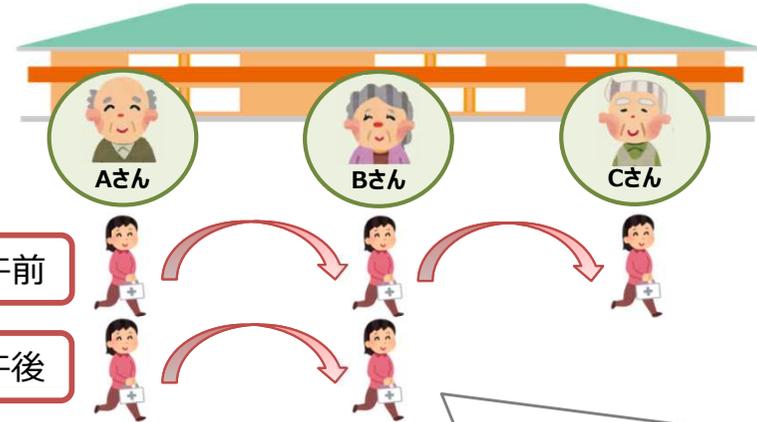
複数回の訪問看護



<Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円 +

難病等複数回訪問加算 1日2回
同一建物内3人以上 4,000円



<Aさん、Bさんの算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円 +

難病等複数回訪問加算 1日2回
同一建物内2人 4,500円

<Cさんの算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円のみ

複数名による訪問看護



<Aさん、Bさん、Cさんいずれも以下を算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円 +

複数名訪問看護加算 看護師等
同一建物内3人以上 4,000円



<Aさん、Bさんの算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円 +

複数名訪問看護加算 看護師等
同一建物内2人 4,500円

<Cさんの算定>

訪問看護基本療養費(Ⅱ)
同一日に3人以上 2,780円 +

複数名訪問看護加算 看護補助者
同一建物内1人 3,000円

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(12) 理学療法士等の訪問看護の適正化

告p1067, 留p1079

※ 理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

週4日目以降の評価の見直し

➤ 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。



現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

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



改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)】

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

※ 訪問看護基本療養費(Ⅱ)についても同様

計画書・報告書への記載事項の見直し

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

[算定要件]

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

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(13) 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

宿泊サービス利用中の訪問診療の要件見直し

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

※ 在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料についても同様

現行

【在宅患者訪問診療料等】

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

※1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

※2 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。

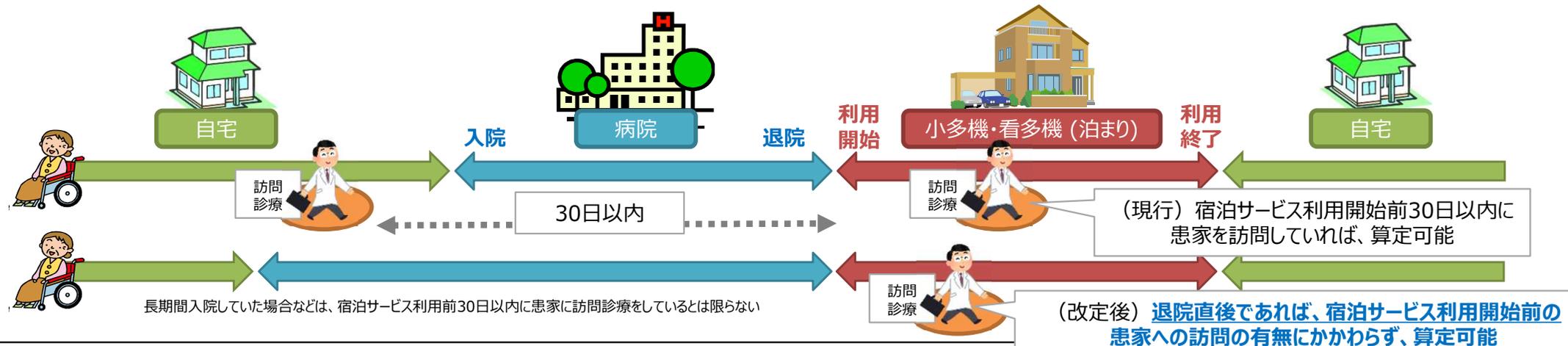
改定後

【在宅患者訪問診療料等】

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

※1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

※2 末期の悪性腫瘍以外の患者においては、サービス利用開始後30日までの間に限る。



5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(14) 小児の在宅呼吸管理における材料の評価

点p270, 留p328

- 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 (3月に3回に限る。)



[主な算定要件]

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

※ 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

5. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(15) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し①

点p266, 留p310-312, 施告p816, 施通p882-883

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

現行

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

[算定要件]

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

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

[対象患者]

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 強度の下痢が続く状態であるもの

オ 極度の皮膚脆弱であるもの

カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

改定後

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

[算定要件]

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

(7) 「注1」について、当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士は、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、管理指導を実施すること。

(8) 「注1」については、初回カンファレンスを実施した場合に算定する。

[対象患者]

重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを有する者をいう。

ア 重度の末梢循環不全のもの

イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

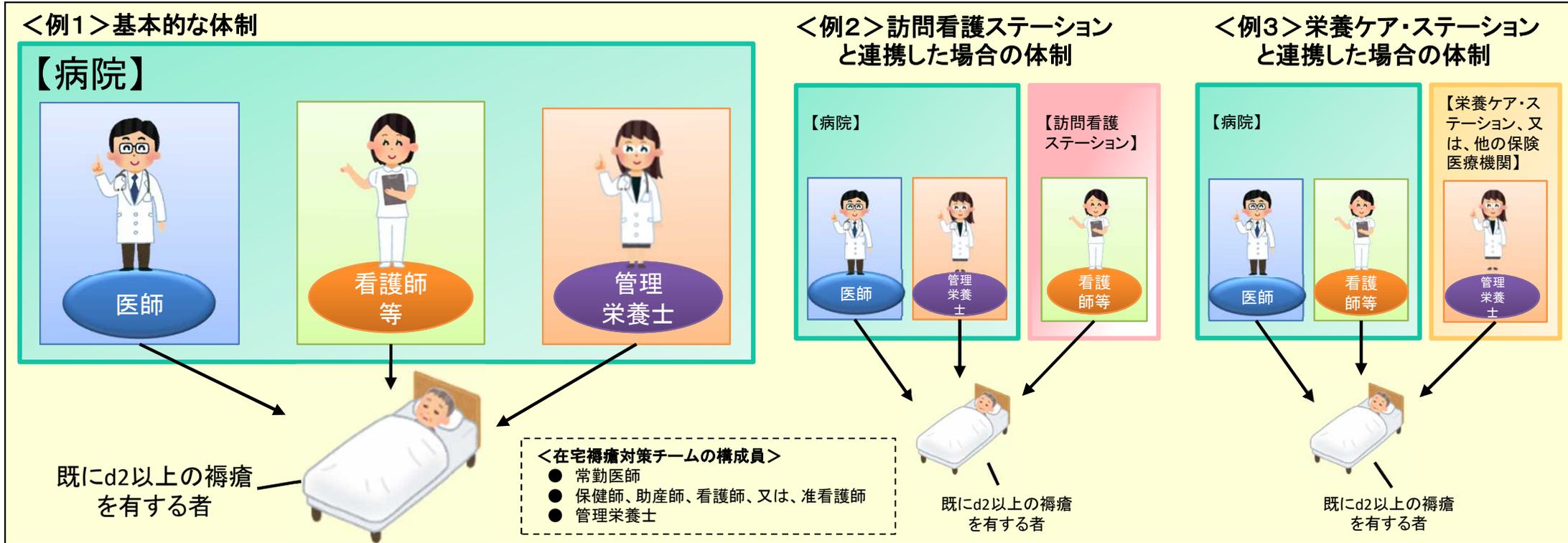
ウ 強度の下痢が続く状態であるもの

エ 極度の皮膚脆弱であるもの

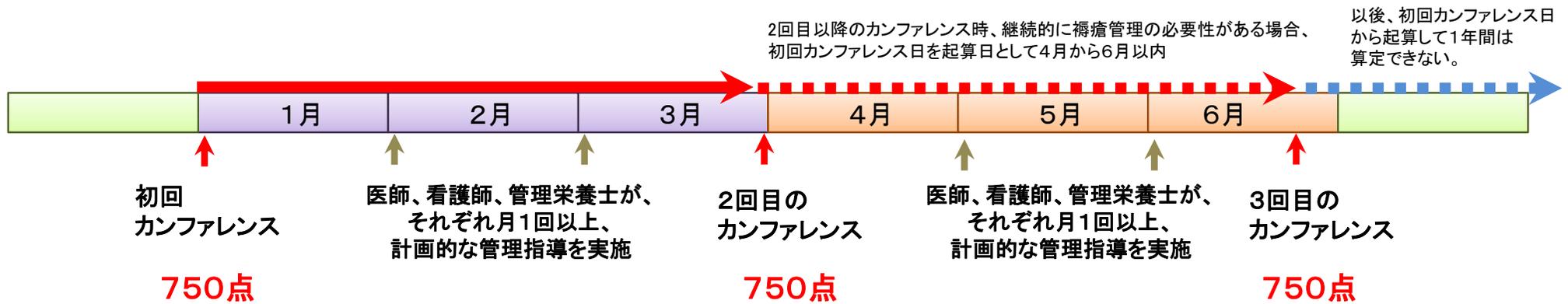
オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

(15) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し②

実施体制(例) [在宅褥瘡対策チームによる実施体制及び実施内容のイメージ]



実施内容(例)



4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(16) 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し

点p273, 留p333

現行

【在宅自己導尿指導管理料】

[算定要件]

在宅自己導尿指導管理料: 1,800点

注2 第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。

【特殊カテーテル加算】

[算定要件]

(新設)

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
(新設)

ロ イ以外のもの: 600点

2 間歇バルーンカテーテル: 600点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

改定後

在宅自己導尿指導管理料】

[算定要件]

在宅自己導尿指導管理料: 1,400点

注2 カテーテルの費用は、第2款に定める所定点数により算定する。

【特殊カテーテル加算】

[算定要件]

1 再利用カテーテル: 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*

(1) 60本以上90本未満の場合: 1,700点

(2) 90本以上120本未満の場合: 1,900点

(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

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

※ 親水性コーティングを有するものは、

① 排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、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、原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

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

② 1月当たり60本以上使用した場合(他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む。)に算定することとし、これに満たない場合は「2」の「イ」以外の主たるものの所定点数を算定する。

6. 医療におけるICTの利活用

(1) 情報通信機器を用いた診療の活用の推進

オンライン診療料の要件の見直し



実施方法

- 事前の対面診療の期間を **6月から3月** に見直す。
- 緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に **受診可能な医療機関を説明** した上で、診療計画に記載しておくこととする。

対象疾患

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

オンライン診療のより柔軟な活用

医療資源の少ない地等

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

在宅診療

- 複数の医師が **チームで診療** を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

遠隔モニタリング加算の要件見直し

在宅酸素療法指導管理料

- モニタリングを行う項目の一部を見直す。
血圧、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等

酸素持続陽圧呼吸療法指導管理料

- モニタリングを行った上で、療養上必要な指導を行った場合または患者の状態等を踏まえた医学的判断について診療録に記載した場合に算定できることとする。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料: 500点(3月に1回)の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、**かかりつけ医のもとで**、事前の情報共有の上、**遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療** を行う場合について新たな評価を行う。

患者: てんかん、指定難病の疑い

遠隔地の医師:

てんかん診療拠点病院、難病医療拠点病院

診療報酬は対面医療機関が請求

診療報酬の分配は相互の合議に委ねる



A003 オンライン診療料:71点(1月につき)

[算定要件]

- (1) オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診療を行った場合に算定。ただし、**連続する3月の間に対面診療が1度も行われな**場合は算定できない。
- (2) 対象となる管理料等を**初めて算定した月から3月以上経過**し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の**直近3月の間**、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、**毎月対面診療を受けている患者**。
- (3) **在宅自己注射指導管理料**を算定している糖尿病、肝疾患(経過が慢性)又は慢性ウイルス肝炎の患者に、注射薬の自己注射に関する**指導を最初に行った月から3月以上経過**し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の**直近3月の間**、当該疾患について、**毎月対面診療を受けている患者**。
- (4) **事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要な患者**であって、当該疾患に対する**対面診療を最初に行った月から3月以上経過**し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の**直近3月の間**、当該疾患について、**毎月対面診療を受けている患者**。
- (5) 日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者を対象として、患者の同意を得た上で、**対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画**(対面による診療の間隔は3月以内)を作成した上で実施。
- (6) 患者の急変時等の緊急時には、**原則として、当該医療機関が必要な対応を行うこと**。ただし、夜間や休日など当該医療機関で**やむを得ず対応できない場合**については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、**事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこと**として差し支えない。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める**情報通信機器を用いた診療に係る指針**に沿って診療を行う体制を有すること。
- (2) 当該保険医療機関内に**脳神経外科又は脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置**していること(頭痛患者に対して行う場合に限る。)
- (3) 1月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が**1割以下**であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から**3月以上を経過した患者**。

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



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

事前の対面診療に係る要件の見直し

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

現行

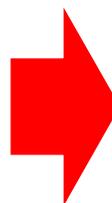
オンライン診療料
[算定要件]

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

改定後

オンライン診療料
[算定要件]

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。)。



現行のイメージ (初診から最短でオンライン診療を開始する場合)

○: 対面診療(再診) ●: オンライン診療

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

6月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



改定後のイメージ

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

3月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し②

緊急時の対応に係る要件の見直し

- 緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

現行

オンライン診療料

[算定要件]

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

[施設基準]

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



改定後

オンライン診療料

[算定要件]

- (4) オンライン診療は、**日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者を対象**として、患者の同意を得た上で、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画(対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。)を作成した上で実施すること。
(5) 患者の急変時等の緊急時には、**原則として、当該医療機関が必要な対応を行うこと**。ただし、夜間や休日など当該医療機関で**やむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載**しておくこととして差し支えない。

[施設基準]

(削除)

原則は当該医療機関が対応



対応できない場合は事前に受診可能な医療機関を説明し、計画に記載しておく

計画書

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し③

対象疾患の見直し

- オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。
- オンライン医学管理料について、医学管理等の通則から、個別の医学管理料における情報通信機器を用いて行った場合の評価に見直す。

現行

オンライン診療料

[対象患者]

以下の管理料等(オンライン診療料対象管理料等)の算定対象となる患者

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



改定後

オンライン診療料

[対象患者]

ア オンライン診療料対象管理料等の算定対象となる患者(変更なし)

イ 区分番号「C101」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患(経過が慢性なものに限る。)又は慢性ウイルス肝炎の患者

ウ 事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要な患者(頭痛患者)

※ ア～ウについて初めて算定又は診療した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について、毎月対面診療を受けている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く)。



慢性頭痛患者
(定期的な通院が必要)



対面診療
を行う



CT・MRI等の検査で、
危険な頭痛を除外

対面診療と
組み合わせて
オンライン
診療を活用

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用①

医師の急病時等における活用

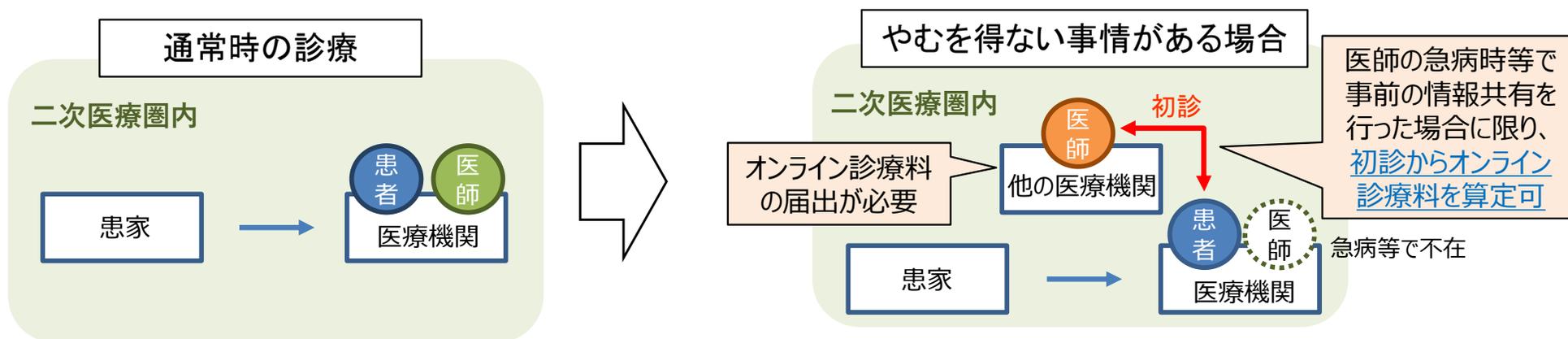
- へき地、医療資源が少ない地域等に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。

A003 オンライン診療料

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

※やむを得ない事情

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



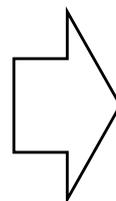
情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用②

医師の所在に係る要件の見直し

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

現行

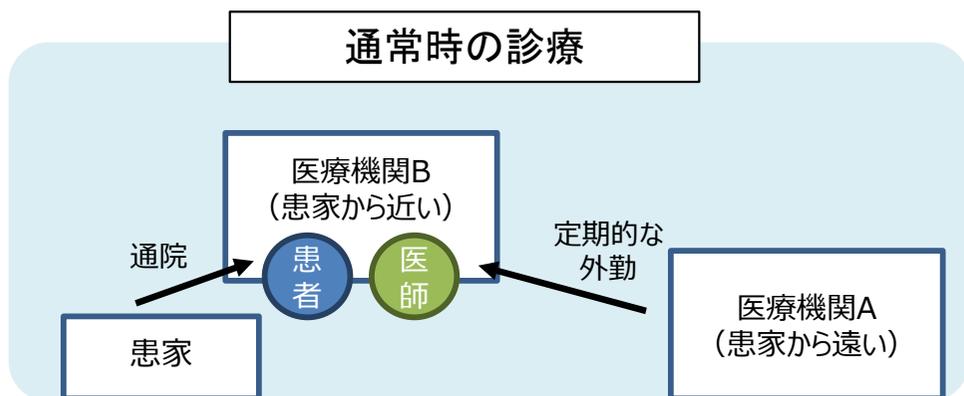
オンライン診療料
[算定要件]
(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。



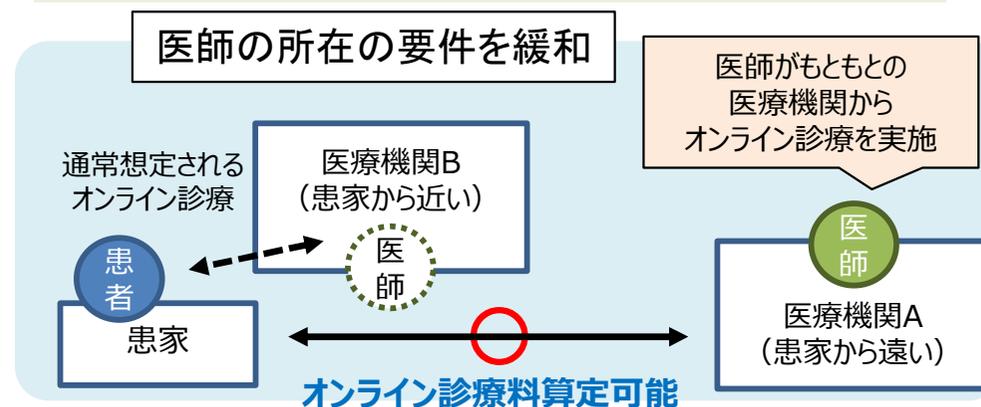
改定後

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

通常時の診療



医師の所在の要件を緩和



情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用③

オンライン在宅管理料等の見直し

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

月2回以上の訪問診療

在宅時医学総合管理料の点数
(例:機能強化型以外の在支診・在支病の場合)

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

オンライン在宅管理料
の対象となる範囲

現行

【オンライン在宅管理料】月1回の訪問診療を行っている場合に算定できる。

改定後

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



チームで診療を行う場合

現行

オンライン在宅管理料
[算定要件]

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

改定後

オンライン在宅管理料
[算定要件]

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

6. 医療におけるICTの利活用

(2) かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

点p177, 留p, 232-233
施告p811, 施通p873

遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

B005-11 遠隔連携診療料

(新) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

[対象患者]

- ・ 指定難病の疑いがある患者
- ・ てんかん(外傷性のてんかんを含む)の疑いがある患者

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の
医師に情報提供を行う



連携した診療について
患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う(初診も可)



〔遠隔モニタリング加算〕

在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算:150点

〔算定要件〕

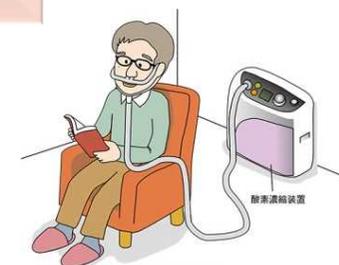
(9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、~~血圧~~、~~脈拍~~、~~酸素飽和度~~、~~機器の使用時間及び酸素流量~~等の状態について定期的にモニタリングを行った上で~~適切な指導・管理を行い~~、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

(以下略)

点p268, 留p318-319,
施告p817, 施通p883

在宅酸素療法



点p268, 留p322-323,
施告p817, 施通p883

持続陽圧呼吸療法



出典: 日本呼吸器学会HP

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算:150点

〔算定要件〕

(6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法(CPAP)を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で~~適切な指導・管理を行い~~、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合 又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

(以下略)

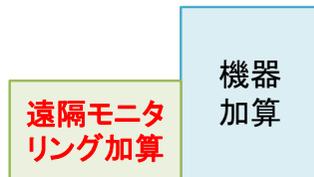
※それぞれの管理料ごとに、別途対象患者要件・施設基準が定められていることに留意

対面受診



1ヵ月目

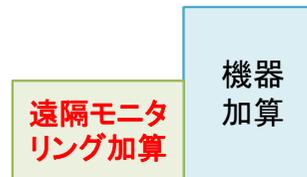
遠隔モニタリングによる指導管理



※請求は対面受診月

2ヵ月目

遠隔モニタリングによる指導管理



※請求は対面受診月

3ヵ月目

対面受診



4ヵ月目

6. 医療におけるICTの利活用

(3) 情報通信機器を用いた服薬指導(オンライン服薬指導)の評価

外来患者へのオンライン服薬指導

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合:43点(月1回まで)

[対象患者]

- ・ オンライン診療で処方箋が交付された患者
- ・ 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者

[主な算定要件]

- ・ 薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。ただし、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。
- ・ 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- ・ オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。

[主な施設基準]

- ・ 1月当たりの①薬剤服用歴管理指導料と②在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を含む。)の算定回数の合計に占める③薬剤服用歴管理指導料の4と④在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下。

※ 薬機法上の要件

- ①当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、
- ②オンライン診療による処方箋に基づき調剤を行う。

在宅患者へのオンライン服薬指導料

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

[対象患者]

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

[主な算定要件] ※基本的に外来患者と同様。異なる部分のみ記載

- ・ 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

[施設基準]

- ・ 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

※ 薬機法上の要件:①当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、②訪問診療による処方箋に基づき調剤を行う。

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		訪問	



月2回の訪問のうち、1回をオンライン服薬指導で対応

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

6. 医療におけるICTの利活用

(4) ニコチン依存症管理料の見直し(再掲)

点p168, 留p217-218,
 施告p808, 施通p868



- 加熱式たばこを喫煙している患者も対象に加える。
- 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
- 2回目から4回目までに情報通信機器を用いて診察を行った場合の評価を新設する。

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



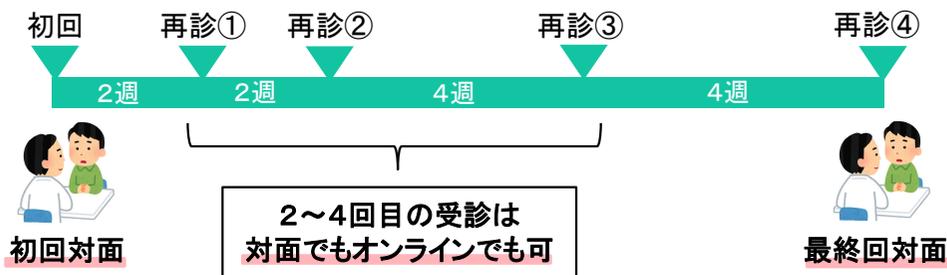
改定後	
【ニコチン依存症管理料】	
1 ニコチン依存症管理料1	
イ 初回	230点
ロ 2回目から4回目まで	
(1) 対面で診察を行った場合	184点
(2) <u>情報通信機器を用いて診察を行った場合</u>	<u>155点</u>
ハ 5回目	180点
2 <u>ニコチン依存症管理料2(一連につき)</u>	<u>800点</u>

[算定要件]

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

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

算定方法(5回受診で一連)



◆受診ごとに算定する場合

<2~4回目の費用>

- 対面診療の場合 184点
- 情報通信機器を用いた診療の場合 155点

◆一連の包括払いの場合(全5回)

- 対面と情報通信機器のどちらで受診してもよい
- 一連につき 800点

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- (1) 重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し
- (2) 地域包括ケア病棟入院料の届出・実績要件・施設基準・転棟時の算定方法の見直し
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
- (4) 特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し
- (5) 短期滞在手術等基本料の見直し (6) データ提出加算の見直し・対象の拡大
- (7) 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 等

- ◇ 都道府県で地域医療構想を策定し、医療機能ごとの将来需要に応じた限られた医療資源を、より効果的・効率的に活用した医療提供体制構築の取組が進められている。
- ◇ 将来の医療ニーズが大きく変動・多様化する一方、支え手は急速な減少が見込まれていることから、前回、入院医療の評価体系の再編・統合という、中長期的な方向性を踏まえた大きな改定が行われた。
- ◇ その後、7か月間で急性期一般入院料1の届出が約1万床も減少したにもかかわらず、中医協では、該当患者割合(必要度I)について支払側から35%以上というあり得ない主張があった。結果的に「公益裁定」となり、31%とされた。
- ◇ 改定のたびに入院基本料の要件が改変され、そのたびに医療現場は対応を迫られ混乱している。各地域において必要な医療提供体制を検討し、診療報酬は地域医療構想が描いた医療提供体制を推進するよう、医療機関がどのような医療機能を選択したとしても、経営が成り立つよう寄り添うという理念を守るべきである。
- ◇ 今回の改定が現場に及ぼす影響は計り知れないものがある。入院基本料の改正について朝令暮改はやめるべきであり、改めて中長期的な方向性で考えていくべきと強調したい。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(1) 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価(再掲)

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

点p70, 留p106, 施告p690, 施通p772

(新) 地域医療体制確保加算:520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設したもの。



[算定要件]

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

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

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

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

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

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

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

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



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(2) 総合入院体制加算の見直し

施通p739, 742-743

届出要件の見直し

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

現行

総合入院体制加算

[施設基準]

- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。



医療機関間で役割分担し、
医療機能の再編・統合を行う

改定後

総合入院体制加算

[施設基準]

- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていても、施設基準を満たしているものとする。

[届出について]

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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(3) データ提出加算の見直し①

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

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

[経過措置]

- 令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

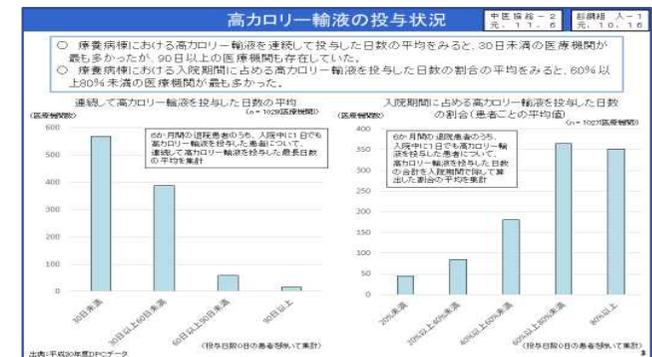
➤ アウトカムにも着目した入院医療の評価を推進する観点とデータの利活用という観点から、提出するデータの**内容を拡充**する。

[新たに提出する項目(例)]

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

(データの活用例)

療養病棟における高カロリー輸液の投与状況



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(3) データ提出加算の見直し②

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

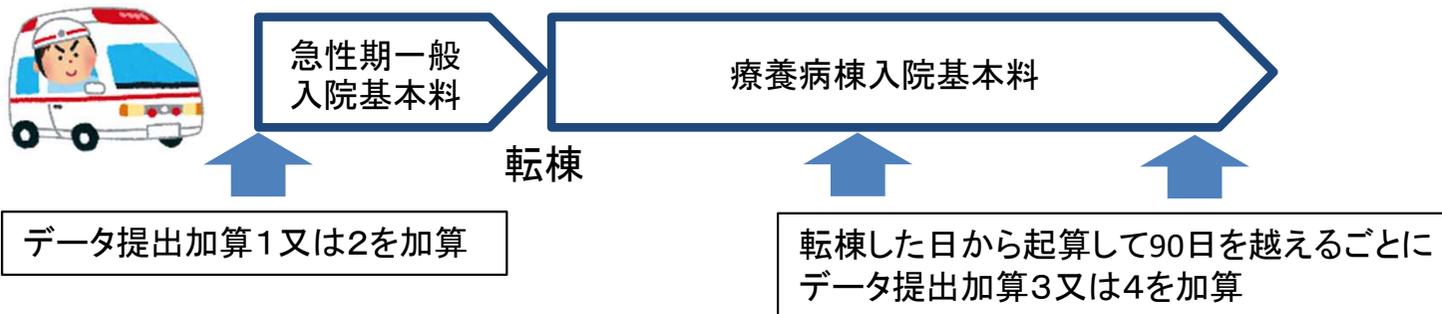
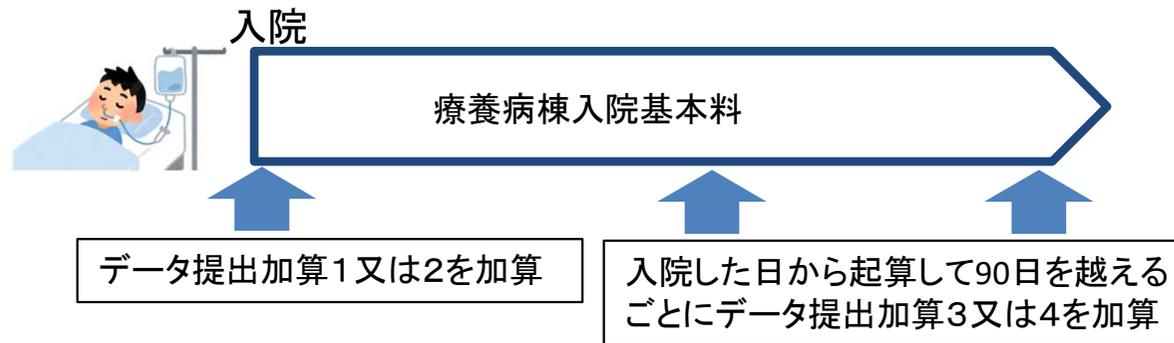
現行

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

改定後

点p69

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



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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(3) データ提出加算の見直し③

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

現 行

提出データ評価加算 20点 (退院時)

[算定要件]

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



改定後

留p96

提出データ評価加算 **40点**

[算定要件]

- イ データ提出加算**2のロ又は4のロ**を算定する病院であること
- ロ 未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて**2%未満**、かつ診療報酬明細書において**10%未満**であること

一般病棟入院基本料等の評価体系の見直し(前回改定)

- 一般病棟入院基本料等について、入院医療の基本的な診療に係る評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合する。

① 一般病棟入院基本料

- ・ 一般病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料とする。また、急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。

② 地域包括ケア病棟入院料

- ・ 基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る実績部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

③ 回復期リハビリテーション病棟入院料

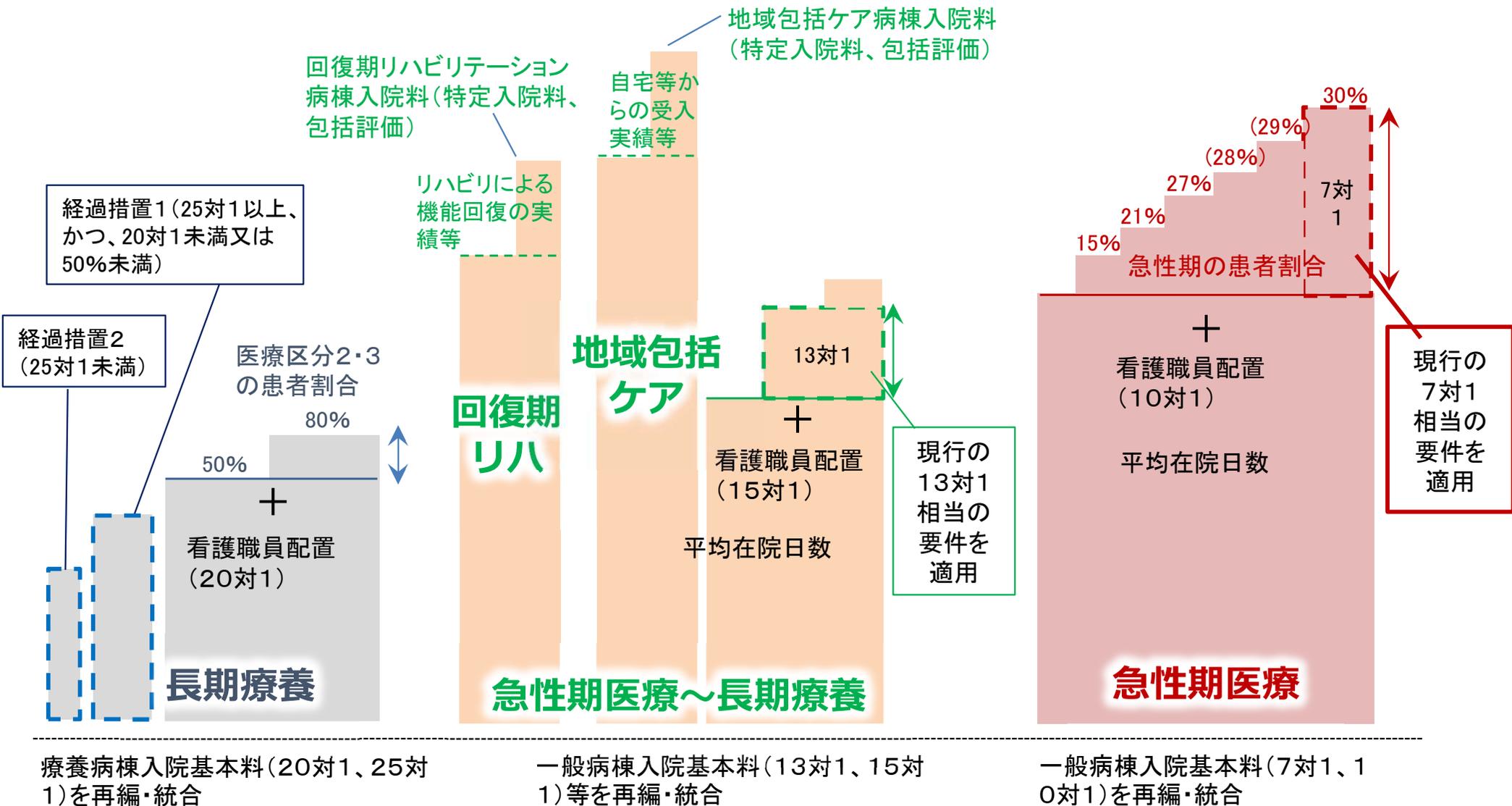
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系にリハビリテーションの実績指数(回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの)を組み込む。

④ 療養病棟入院基本料

- ・ 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。
- ・ 現行の療養病棟入院基本料2(25対1看護職員配置)については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは2年間と設定する。

新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ) (前回改定)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。

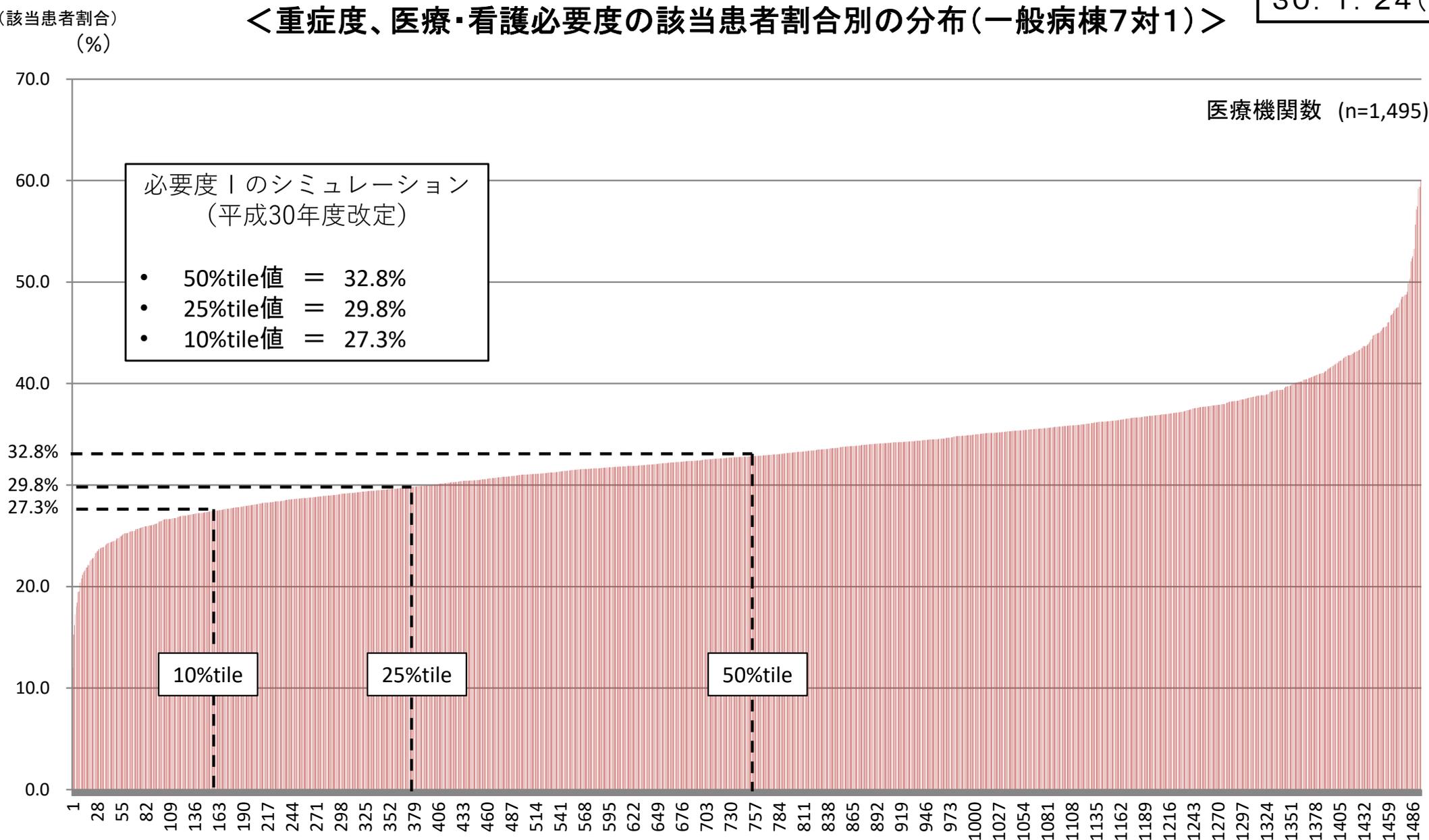


※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル) (見直し後の定義・基準 & 従来の判定方法)

中医協 総-1
30.1.24(改)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>

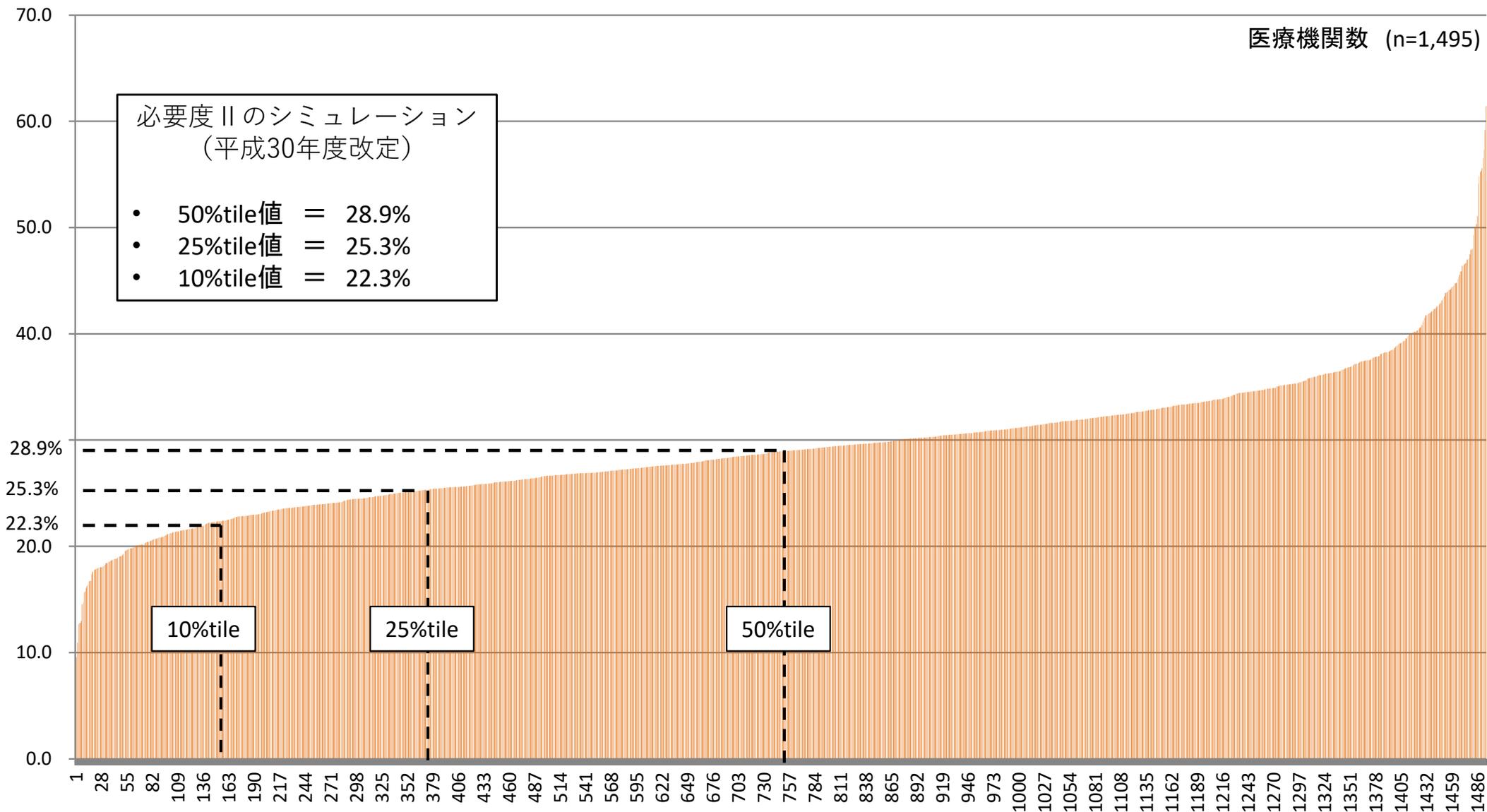


重症度、医療・看護必要度の変更の影響に関する分析(パーセンタイル) (見直し後の定義・基準 & 診療実績データを用いた判定方法)

中医協 総-1
30.1.24(改)

<重症度、医療・看護必要度の該当患者割合別の分布(一般病棟7対1)>

(該当患者割合)
(%)



該当患者割合のシミュレーションに係る対応方針

- 前回の中医協総会の議論を踏まえ、以下の対応方針とした上で、該当患者割合のシミュレーションを行う。

令和元年12月20日中医協総会で提示した条件

- 判定基準より、基準②(B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上)を除外
- A項目より、免疫抑制剤の内服を除外
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術(○点以上に限る)及び検査を追加
- C項目の評価対象日数を、在院日数の○%程度まで広げる

主なご意見

- 救急の患者を適切に評価するために、救急医療管理加算の対象患者を対象に追加すべきではないか。
- 認知症・せん妄患者の対応については、引き続き重症度、医療・看護必要度の中で評価すべきではないか。
- 内科の重症患者が適切に評価されるよう配慮すべきではないか。
- 新たに評価対象とする手術の点数や、評価日数は、複数のパターンで確認する必要があるのではないか。
- 基準②の除外の影響など、個別の条件が与える影響を、それぞれ確認する必要があるのではないか。

【対応方針】

- 内科の重症患者を含め、救急の患者を適切に評価するため、以下の項目を算定する患者を対象に追加する。
 - ・ A205 救急医療管理加算1及び2
 - ・ B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料
- 認知症・せん妄患者の対応を評価するため、基準②については評価対象から除外するが、B14・B15は引き続きB項目の評価対象とする。
- 現行の評価との関係や、在院日数の実態等を踏まえ、新たに評価対象とする手術は2万点以上の手術、評価日数は、在院日数の中央値の5割程度とする。また、全ての条件を適用した場合の影響とは別に、基準②の見直しによる影響と、新たな救急患者の評価による影響を個別に確認する。

シミュレーション条件について

- 最終的なシミュレーションは以下の条件で行う。

使用データ

- 平成31年4月に提出されたDPCデータ(急性期一般入院料)

シミュレーション条件

- 以下の条件を適用した場合の医療機関ごとの該当患者割合を集計する

【必要度Ⅰ・Ⅱ共通】

- 判定基準より、基準②（B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上）を除外
- A項目より、「免疫抑制剤の管理」を除外（注射剤を除く）
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術（2万点以上のものに限る）及び検査を追加
- C項目の評価対象日数を右表の期間に変更

	現行	見直し後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
新たに追加する検査	なし	2日間
新たに追加する手術	なし	6日間

【必要度Ⅱのみ】

- A項目に、入院日に「救急医療管理加算1・2」又は「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者を、A得点2点（5日間）として追加（※）

【必要度Ⅰのみ】

- A項目の「救急搬送後の入院」について、現行の2日間の評価から、5日間の評価に変更

※ 救急患者の評価については、H30年度社会医療診療行為別統計より当該加算の平均算定回数が約5回（加算1 = 4.95回、加算2 = 5.23回）であることを踏まえ、5日間に設定

留意点等

- 必要度ⅠはHファイル、必要度ⅡはEFファイルを用いて該当患者割合を集計（※）
- レセプト電算処理システム用コードに規定される薬剤については、類似薬等の追加を行った新たなリストを使用

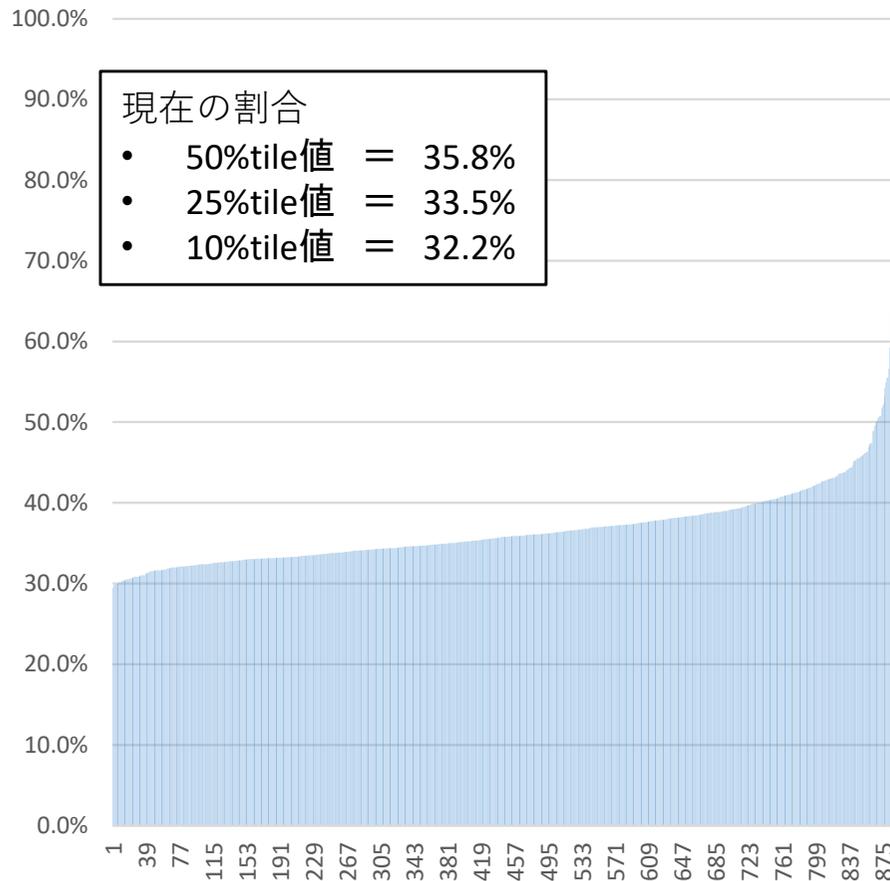
※ 新たに追加する手術等、集計にレセプト電算処理システム用コードを用いた診療実績データが必要なものに限り、必要度Ⅱの結果を用いて必要度Ⅰを推計

シミュレーション結果① 急性期一般入院料1 (必要度 I × 全条件のシミュレーション)

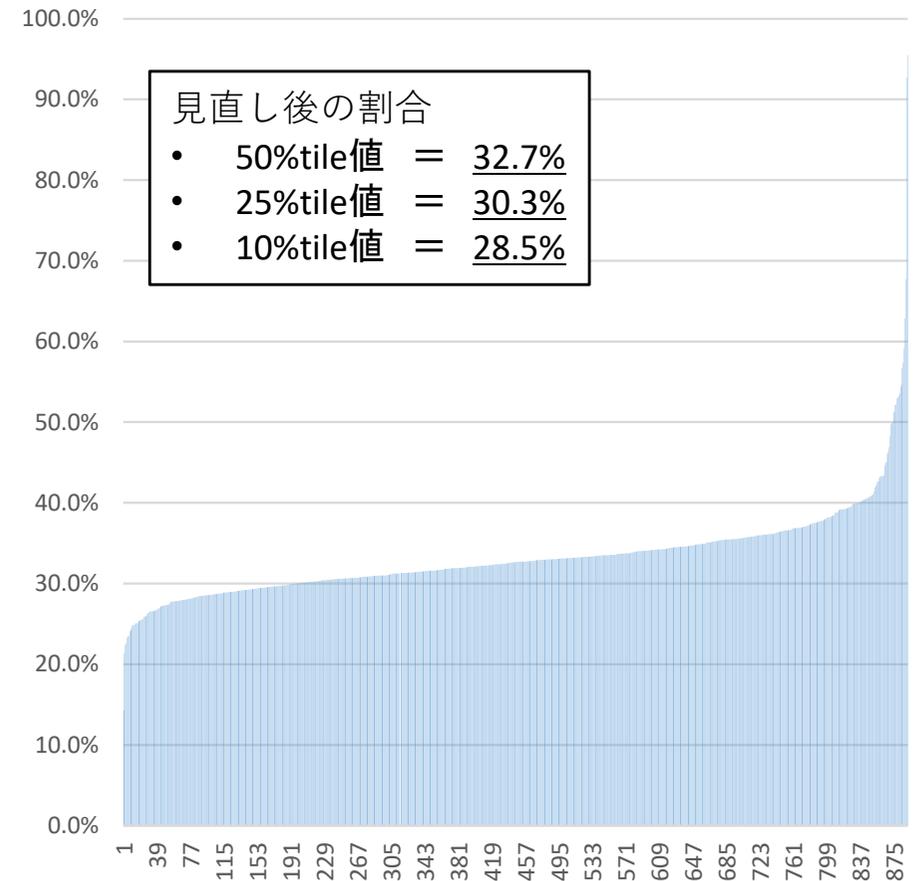
○ 急性期一般入院料1を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度 I の届出施設について、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の分布は以下のとおり。

医療機関数 (n=891)

必要度 I × 現在の患者割合



必要度 I × 見直し後の患者割合

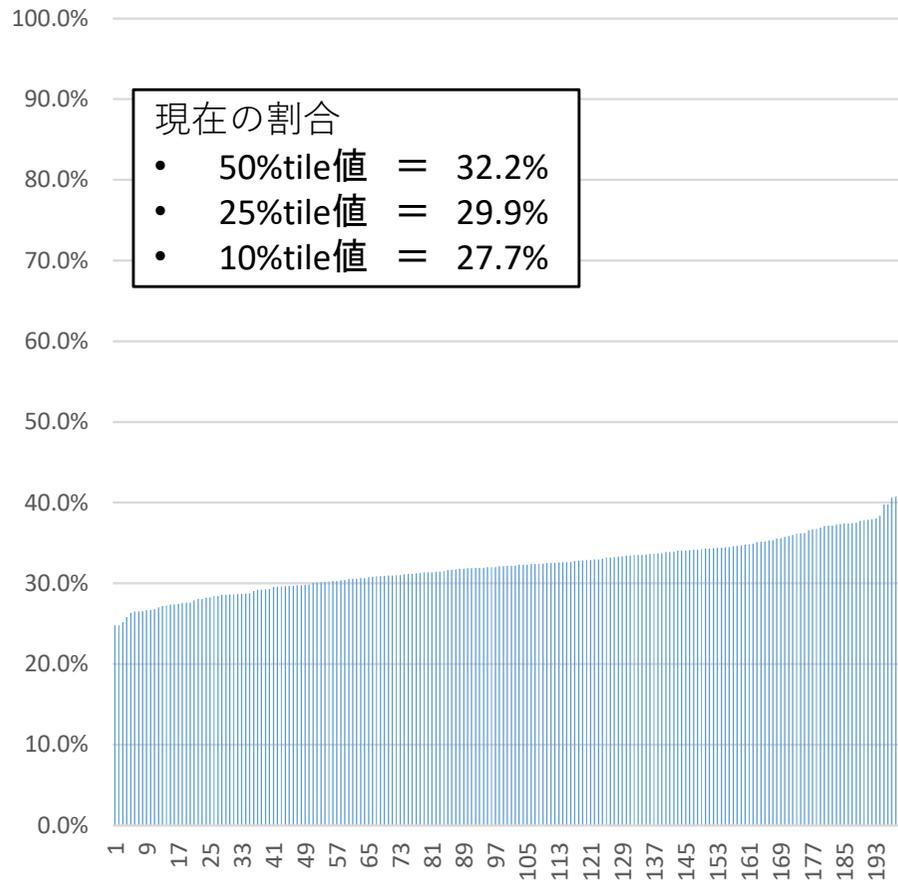


シミュレーション結果② 急性期一般入院料1 (必要度Ⅱ × 全条件のシミュレーション)

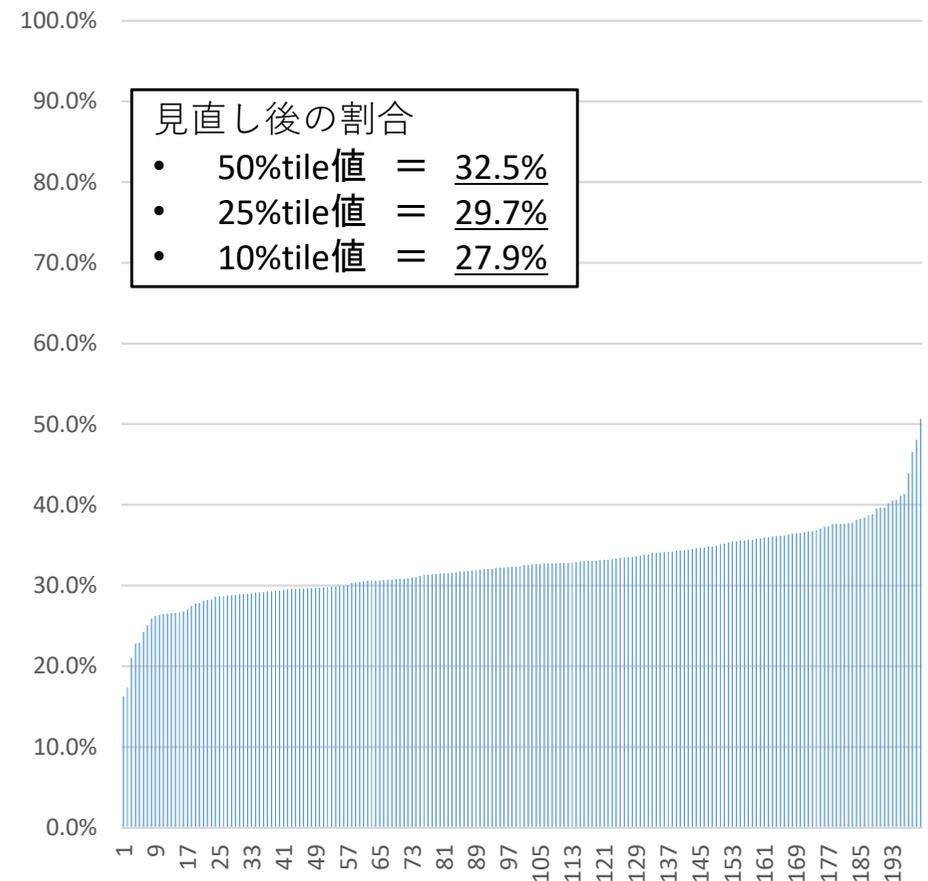
○ 急性期一般入院料1を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出施設について、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の分布は以下のとおり。

医療機関数 (n=200)

必要度Ⅱ × 現在の患者割合



必要度Ⅱ × 見直し後の患者割合

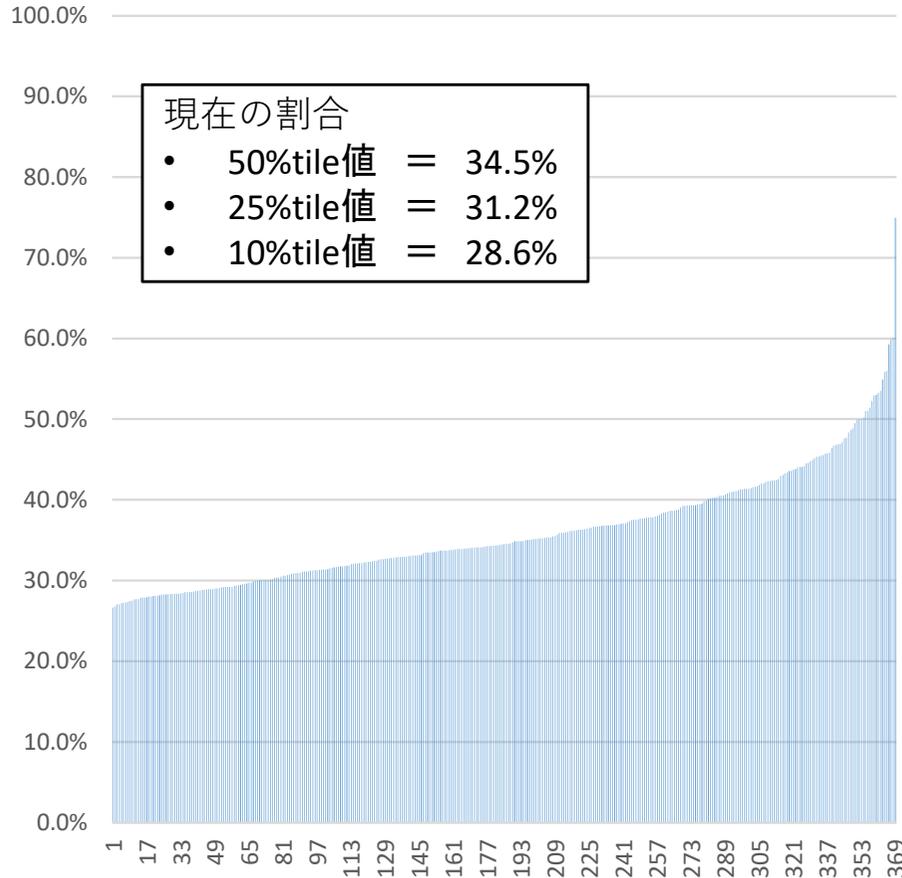


シミュレーション結果③ 急性期一般入院料4 (必要度 I × 全条件のシミュレーション)

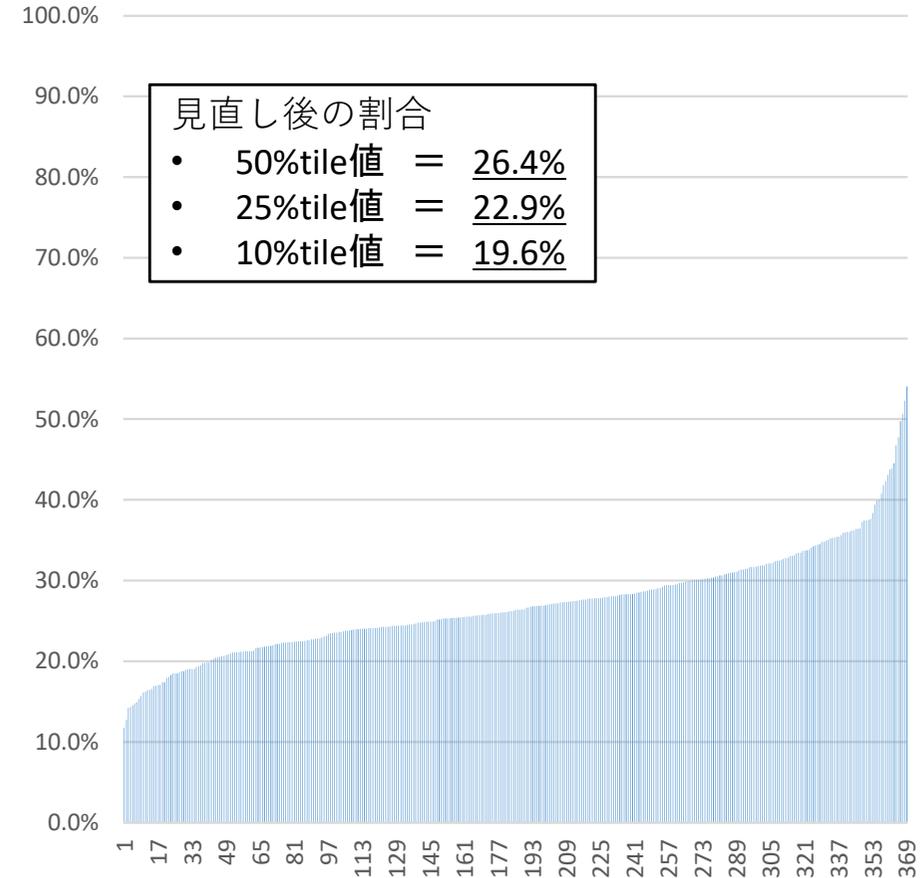
○ 急性期一般入院料4を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度 I の届出施設について、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の分布は以下のとおり。

医療機関数 (n=369)

必要度 I × 現在の患者割合



必要度 I × 見直し後の患者割合



シミュレーション結果④ 急性期一般入院料1 (必要度 I・II × 各条件のシミュレーション)

○ 急性期一般入院料1を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度 I・II の届出施設それぞれについて、各条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

急性期一般入院料1 (必要度 I・II) の届出施設

		現在の割合	現在の基準に 基準②の除外 のみを適用	現在の基準に 救急患者の追加 のみを適用	現在の基準に 全ての条件 を適用
必要度 I	50%tile	35.8%	28.8%	36.9%	32.7%
	25%tile	33.5%	26.6%	34.5%	30.3%
	10%tile	32.2%	24.8%	33.2%	28.5%
必要度 II	50%tile	32.2%	27.0%	34.8%	32.5%
	25%tile	29.9%	24.7%	32.4%	29.7%
	10%tile	27.7%	22.5%	30.9%	27.9%

シミュレーション結果⑤ 急性期一般入院料1・4 (必要度 I・II × 病床規模別のシミュレーション)

○ 急性期一般入院料1・4を算定する病棟のうち、重症度、医療・看護必要度 I・II の届出施設それぞれについて、全ての条件を適用した場合の該当患者割合の変化は以下のとおり。

必要度 I	施設数	50%tile値 (現在 / 見直し後)	25%tile値 (現在 / 見直し後)	10%tile値 (現在 / 見直し後)	施設基準 (現在)
急性期一般1	891	35.8% / 32.7%	33.5% / 30.3%	32.2% / 28.5%	30%
(うち許可病床数 200床未満)	264	37.3% / 33.5%	34.4% / 30.2%	32.6% / 27.8%	
(うち許可病床数 200床以上)	627	35.2% / 32.3%	33.3% / 30.4%	32.1% / 28.6%	
急性期一般4	369	34.5% / 26.4%	31.2% / 22.9%	28.6% / 19.6%	27%

必要度 II	施設数	50%tile値 (現在 / 見直し後)	25%tile値 (現在 / 見直し後)	10%tile値 (現在 / 見直し後)	施設基準 (現在)
急性期一般1	200	32.2% / 32.5%	29.9% / 29.7%	27.7% / 27.9%	25%
(うち許可病床数 200床未満)	29	31.9% / 31.9%	28.3% / 28.9%	26.8% / 22.8%	
(うち許可病床数 200床以上)	171	32.2% / 32.7%	30.1% / 29.8%	28.2% / 28.3%	
急性期一般4	36	29.2% / 26.8%	25.3% / 23.1%	23.3% / 18.5%	22%

重症度、医療・看護必要度に係る現状及び課題と論点(案)

【論点】

- 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の施設基準について、現在の基準を設定するに当たって過去に行ったシミュレーション結果や、今回の評価項目・判定基準の見直しの上で行ったシミュレーション結果を踏まえ、どのように考えるか。
- 同様に、急性期一般入院料4の該当患者割合の施設基準について、シミュレーション結果を踏まえ、どのように考えるか。
- 急性期一般入院料1及び4の施設基準の検討と併せて、急性期一般入院料2及び3の扱いを含め、急性期一般入院料の施設基準における該当患者割合の基準値の間隔についても検討してはどうか。
- 施設基準を検討するに当たって、許可病床数が200床未満の医療機関への対応について、どのように考えるか。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る該当患者割合の基準値について①

1. 今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の評価項目や判定基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことが検討され、これについては一定の合意が得られている。
2. 他方、急性期入院医療基本料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準値については、
 - ・ 1号側からは、重症度、医療・看護必要度における急性期一般入院料1の基準値は、現行の水準（I = 30%、II = 25%）から、それぞれ35%、34%に引き上げ、急性期一般入院料2及び3への機能分化を促進すべきという意見があった。また、重症度、医療・看護必要度IIの基準については、Iより1%程度低くすべきとの意見があった。
 - ・ 2号側からは、基準値の変更が医療機関に与える影響は極めて大きいことから、重症度、医療・看護必要度Iにおける急性期一般入院料1の基準値は27%又は28%に、急性期入院基本料4の基準値は18%又は19%にすべきであり、許可病床数200床未満の病院を含め、実態に十分に配慮して基準値を設定すべきという意見があった。また、重症度、医療・看護必要度IIの基準については、Iより2%程度低くすべきとの意見があった。
3. 今回の評価項目や判定基準の見直しのシミュレーションによると、特に急性期一般入院料4における重症度、医療・看護必要度Iの該当患者割合の変動が大きく、基準値を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が施設基準と満たさなくなることが想定される。これにより地域の医療提供体制に過大な影響を及ぼすことがないように、急性期一般入院料4の基準値は、実態を踏まえた適切な水準とする必要がある。
4. 一方で、急性期一般入院料1から、急性期一般入院料2及び3への適切な機能分化を促すことは重要であり、そのためには該当患者割合の一時的かつ比較的小さな変動（例えば、基準値の1割未満）によって、該当する入院料の区分が変わることがないように、各入院料の基準値に一定の間隔を設けるべきである。
5. また、入院患者の評価に係る医療従事者の負担軽減や、長期的に安定した判断を可能とする観点から、診療実績データに基づく判定方法である重症度、医療・看護必要度IIを用いていくことがより適切であり、基準値の設定に当たっては、重症度、医療・看護必要度IIを先に設定することが適当である。しかしながら、現在、重症度、医療・看護必要度IIの届出医療機関は限定的であるため、今回は重症度、医療・看護必要度Iの基準値を先に設定する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る該当患者割合の基準値について②

6. 以上から、

重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合の基準値について、急性期一般入院料4を22%とし、そこから一定の間隔をおいて急性期一般入院料1～3を設定し、急性期一般入院料1を31%とする。

また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準値については、医療機関の実態や、Ⅱの活用をさらに推進していく観点も踏まえ、Ⅰの基準値よりも低くなるよう一定の差を設けることとする。

	該当患者割合の基準値(見直し後)	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28%	26%
急性期一般入院料3	25%	23%
急性期一般入院料4	22%	20%

7. 本日関連資料の提示された、急性期一般入院料5及び6並びに特定機能病院入院基本料(7対1)等の入院料や、その他の加算等の施設基準における該当患者割合については、同様の考え方に基づき、適切に定めることとする。

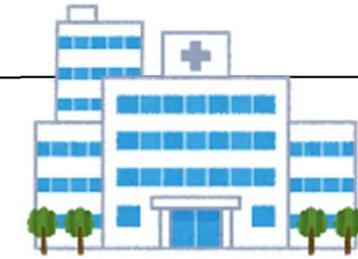
8. 経過措置については、前回改定と同様に、許可病床数200床未満の医療機関について必要と考えるが、特に、地域の医療提供体制に過大な影響を及ぼすことがないよう、急性期一般入院料4に配慮することとする。

9. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院基本料の適切な評価の在り方について、次期診療報酬改定に向けて引き続き検討を行うこととする。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(4) 急性期入院医療の適切な評価の推進

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し



評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
 - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価
- ✓ A項目、C項目に必要度Ⅰでもレセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする

	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
新たに追加する検査	なし	2日間
新たに追加する手術	なし	6日間

該当患者割合の施設基準

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



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

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

経過措置

令和2年3月31日時点において現に届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等にかかる重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

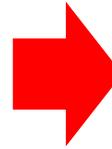
◇重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

様p1170, 1171

A項目の見直し

- 免疫抑制剤の管理を注射剤のみに見直す
- 急患者の評価を充実

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

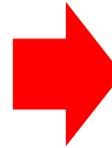


A	モニタリング及び処置等	点数
7	専門的な治療・処置 ⑥ 免疫抑制剤の管理 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)	2点
8	必要度Ⅰ： 救急搬送後の入院(5日間) 必要度Ⅱ： 緊急に入院を必要とする状態(5日間) (入院日に救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者)	

C項目の見直し

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

C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(7日間)	1点
17	開胸手術(7日間)	
18	開腹手術(4日間)	
19	骨の手術(5日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	
22	救命等に係る内科的治療(2日間)	



C	手術等の医学的状況	点数
16	開頭手術(13日間)	1点
17	開胸手術(12日間)	
18	開腹手術(7日間)	
19	骨の手術(11日間)	
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	
22	救命等に係る内科的治療(5日間)	
23	別に定める検査(2日間)	
24	別に定める手術(6日間)	



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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

施行p668,

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

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



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

【経過措置】 施行p703,

<全体>
令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和2年9月30日まで**
基準を満たしているものとする。

<急性期一般入院料4>
令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和3年3月31日まで**
基準を満たしているものとする。

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

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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

◇重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減(再掲)

B項目の評価方法の見直し

様p1170, 1171

- 重症度、医療・看護必要度のB項目について、「**患者の状態**」と「**介助の実施**」に分けた評価とし、「評価の手引き」により求めている「**根拠となる記録**」を不要とする。

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

A・C項目の評価方法の見直し

- A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価**とする。

院外研修の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件について、「所定の**(院外)研修**を修了したものが行う研修であることが望ましい」との記載を**削除**する。

必要度Ⅱの要件化

急性期一般： 施告p668, 施通p727
 特定機能病院： 施告p675, 施通p727

- 許可病床数**400床以上**の医療機関において、一般病棟入院基本料(**急性期一般入院料1~6**に限る)又は**特定機能病院入院基本料**(一般病棟7対1に限る)について**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いることを要件とする。

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1~6に限る)又は特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1に限る)を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(5) せん妄予防の取組の評価

点p69, 留p102-103, 施告p690, 施通p771, 様式p1113,

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算:100点(入院中1回)

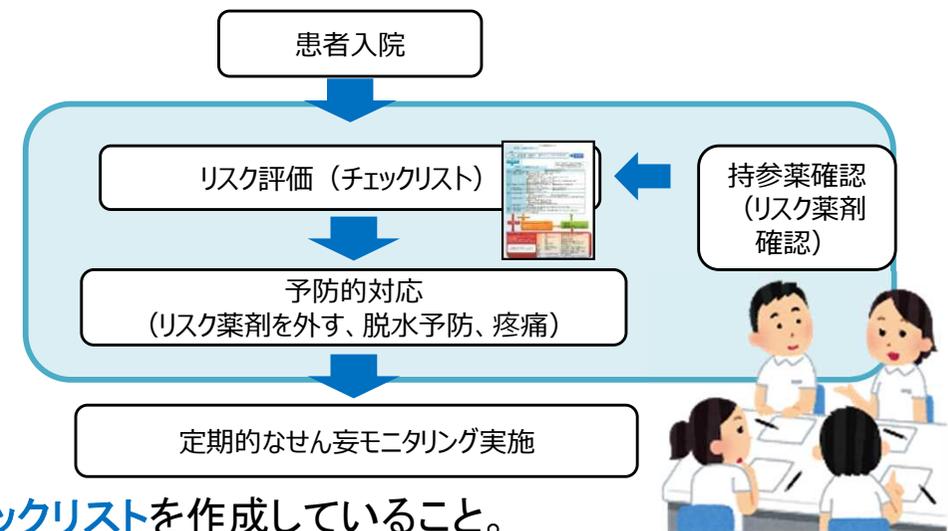
[算定要件]

- (1) 施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合に、当該対策を実施した患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 以下の入院料等を算定する病棟であること。
 - ・ 一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料に限る)
 - ・ 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)
 - ・ 救命救急入院料
 - ・ 特定集中治療室管理料
 - ・ ハイケアユニット入院医療管理料
 - ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及び せん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

せん妄対策のイメージ



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(6) 認知症ケア加算の見直し①

※認知症ケア加算＝認知症患者を対象とし、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床等を除いた入院料に対する加算

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

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



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

イ 14日以内の期間
ロ 15日以上期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

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

改定後

[認知症ケア加算2の施設基準]

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



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

現行

[認知症ケア加算2の施設基準]

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



改定後

[認知症ケア加算3の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修（9時間以上）を受けた看護師を3名以上配置

※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行

[認知症ケア加算1の施設基準]

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



改定後

[認知症ケア加算1の施設基準]

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

点p69, 留p100-102, 施告p690, 施通p769-771

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(6) 認知症ケア加算の見直し②

点p69, 留p100-102, 施告p690, 施通p769-771

〔認知症ケア加算の主要要件等〕

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

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

※2 認知症ケア加算1・2の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(7) 特定集中治療室管理料の見直し(再掲)

専門の研修を受けた看護師の配置要件の見直し



- 特定集中治療室管理料1・2の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

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

現行

【特定集中治療室管理料1及び2】

[施設基準]

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。



改定後

【特定集中治療室管理料1及び2】

施告p691, 施通p778-779

[施設基準]

- 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。
- 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。

生理学的スコアの測定に係る要件の見直し

- 特定集中治療室管理料1・2において提出が要件となっている生理学的スコア(SOFAスコア)について、特定集中治療室管理料3・4についても要件とする。

※令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者が提出対象

生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの

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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(8) 特定集中治療室での栄養管理の評価

点p112, 留p123-124, 施告p692, 施通p780

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

- 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算: 400点(1日につき)



[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

[留意事項]

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

ア 栄養アセスメント

イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成

ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養を開始

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認

カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること。

加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

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

[施設基準]

特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

① 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること。

② 特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること。

③ 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(9) 地域包括ケア病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

施告p695, 696施通p789, 790

- ✓ 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。
- ✓ 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の実績に係る施設基準を見直す。

(例)

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

施設基準の見直し

施告p695, 696施通p788, 789

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

転棟に係る算定方法の見直し

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

届出に係る直し

施告p704

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



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

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

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

地域包括ケアに係る実績要件の見直し

➤ 入院料(管理料)1・3に係る実績について、以下のとおり見直す。

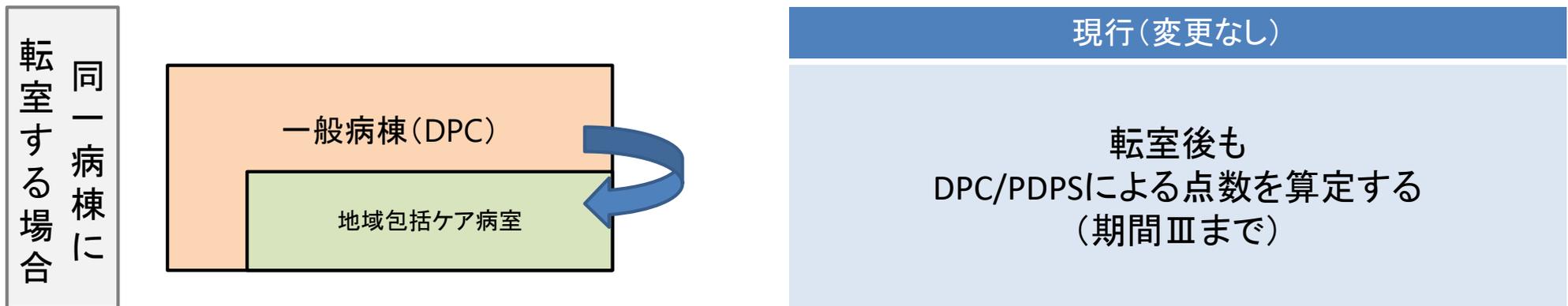
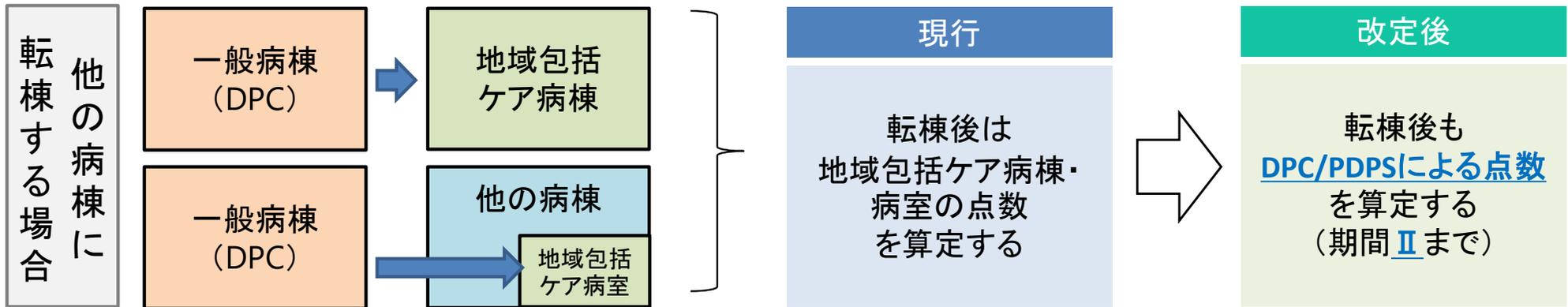
	現行	改定後
自宅等から入棟した患者割合	1割以上(10床未満の病室は3月3人以上)	1割 <u>5分</u> 以上(10床未満の病室は3月 <u>6人</u> 以上)
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	<u>6人</u> 以上
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 20回以上	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) <u>30回</u> 以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数/ 同一敷地内の訪問看護ステーションにおける 訪問看護基本療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

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

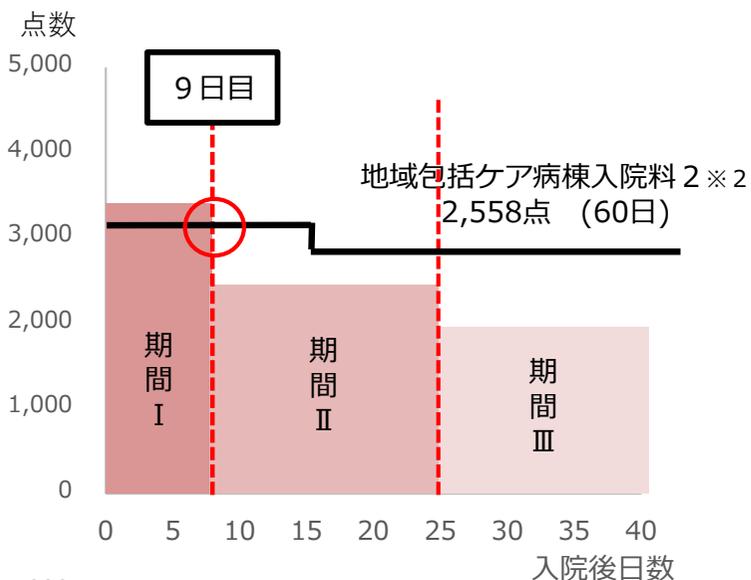
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。



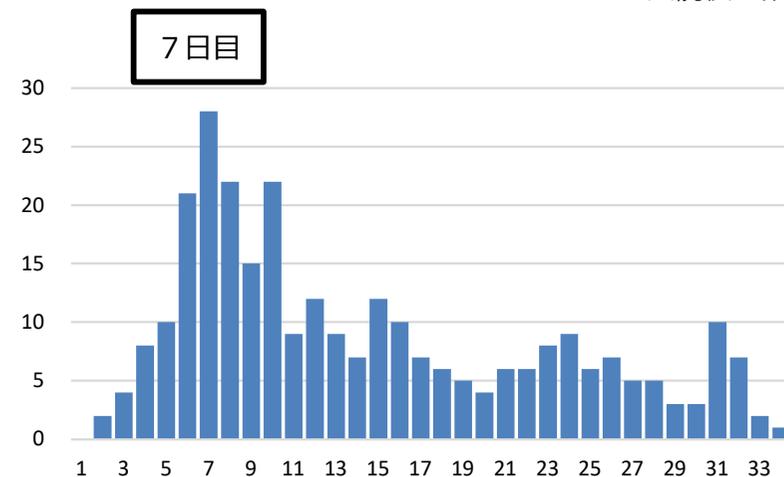
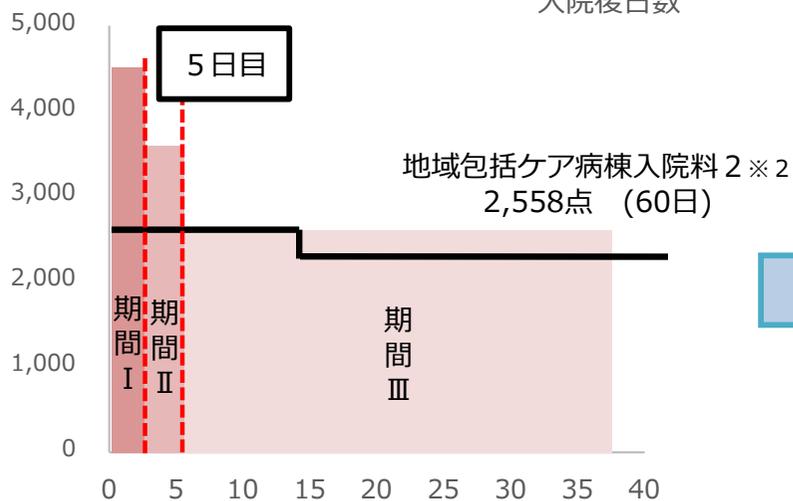
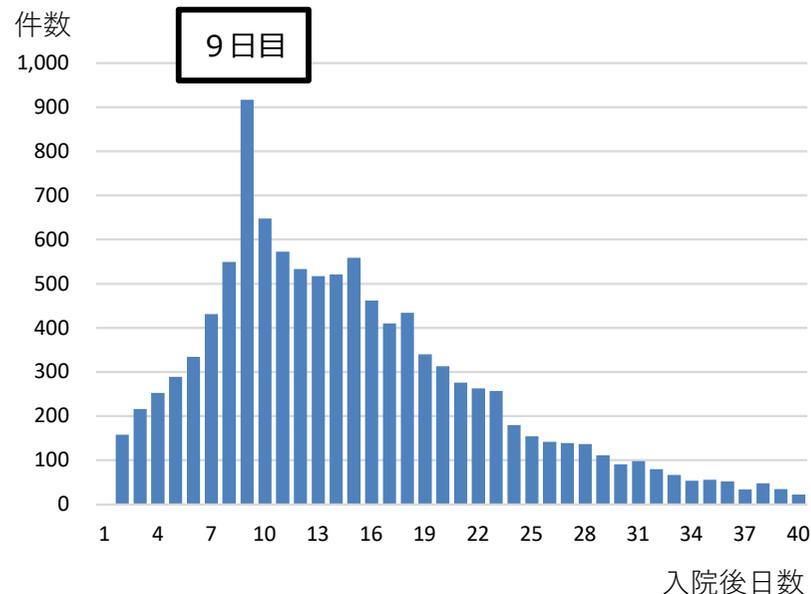
※診断群分類に定められた期間II又はIIIまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

○ DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3



7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(10) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

施告p695,

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

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

留p130,

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

入院患者に係る要件の見直し

施告p710

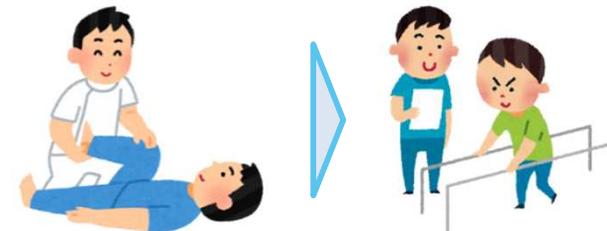
- ✓入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

施設基準の見直し

施告p695,

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

効果的なリハビリテーションの提供の推進



入退院時における適切なADLの評価と説明



適切な栄養管理の推進



回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)				
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		—			
管理栄養士	<u>専任常勤1名</u>	<u>専任常勤1名の配置が望ましい</u>				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	<u>管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい</u>				
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○			○(<u>※経過措置あり</u>)		
休日リハビリテーション	○		— <u>※休日リハビリテーション提供体制加算あり</u>			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		—	
重症者における退院時の日常生活機能評価 <u>※()内はFIM総得点</u>	3割以上が4点(<u>16点</u>)以上改善		3割以上が3点(<u>12点</u>)以上改善		—	
自宅等に退院する割合			7割以上			
リハビリテーション実績指数	<u>40以上</u>	—	<u>35以上</u>	—	30以上	—
点数	2,129点	2,066点	1,899点	1,841点	1,736点	1,678点
※()内は生活療養を受ける場合	(2,115点)	(2,051点)	(1,884点)	(1,827点)	(1,721点)	(1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

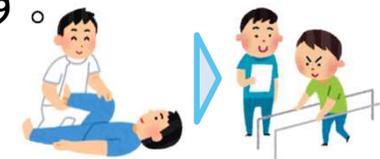
回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

実績要件の見直し

施告p695,

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。

1. 入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)**40**
2. 入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)**35**



現行

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

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



改定後

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

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

管理栄養士の配置に係る見直し

施告p695,

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



現行

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

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



改定後

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

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

回復期リハビリテーション病棟における入院患者に係る要件の見直し

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

留p130,

- 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。

現行

[算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

- (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。

改定後

[算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

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

- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

施告p710

- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

現行

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

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

改定後

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

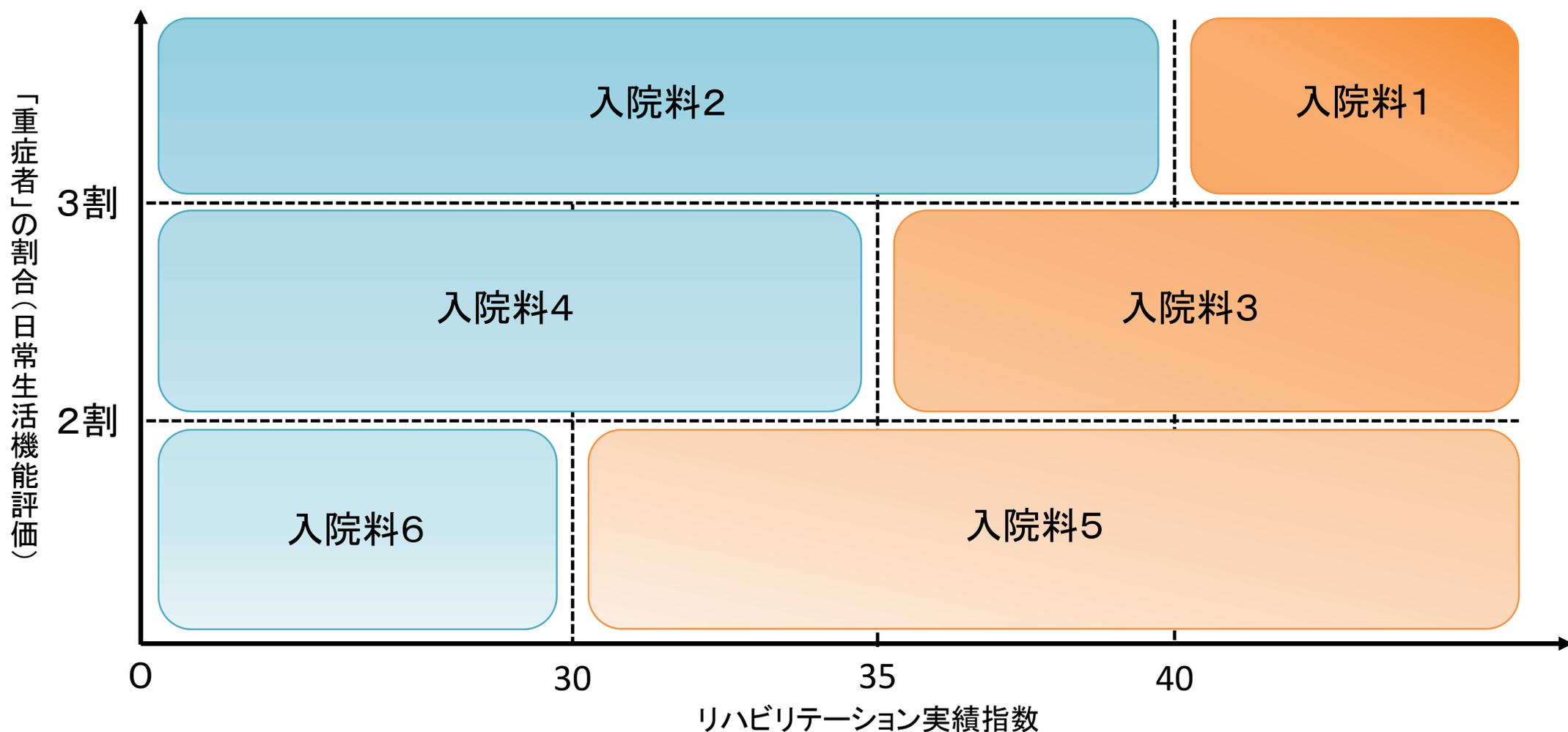
別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

- 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)

※ 二～五についても同様。

実績要件について

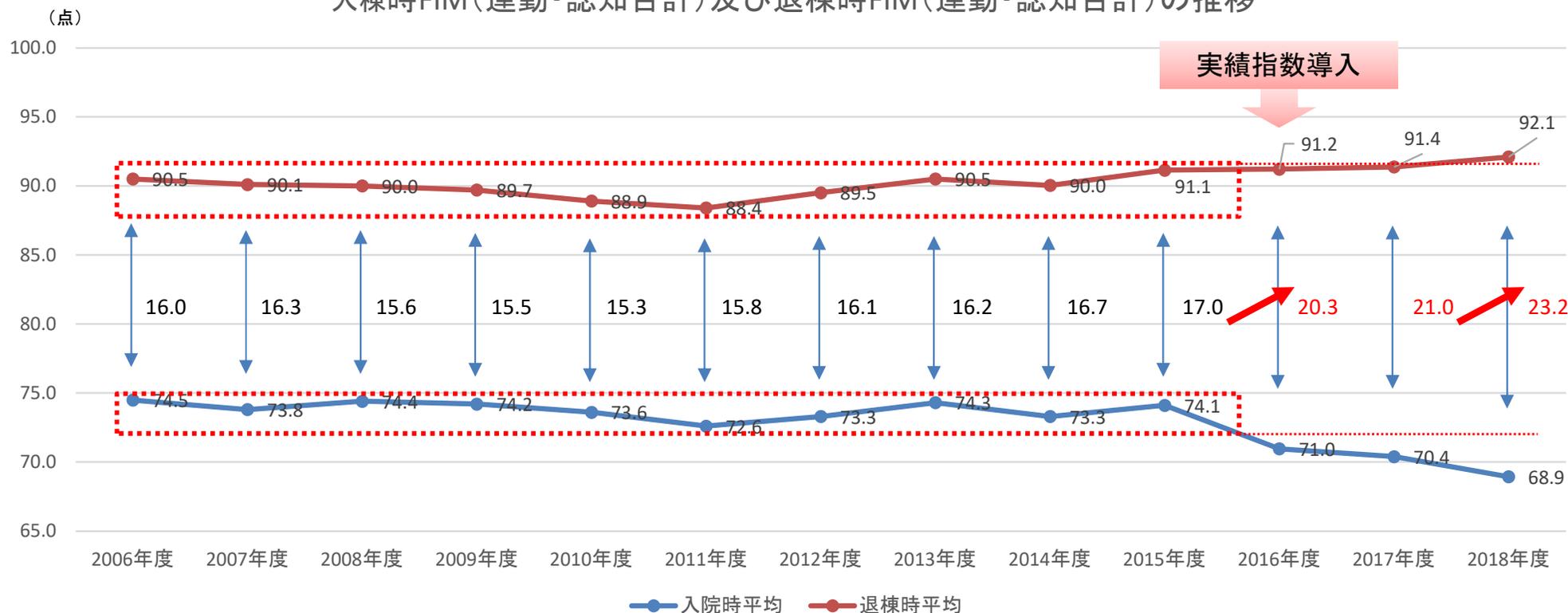
- 現行の回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件は、以下2つの観点で大別される。
 - ・ 患者のアウトカムを評価している項目（リハビリテーション実績指数、在宅復帰率 等）
 - ・ 入院時点の患者の重症度（日常生活機能評価により定義する「重症者」の割合）
- リハビリテーション実績指数と、重症者の割合により、現行の評価体系を整理すると、以下のとおり。



入退棟時FIM及びFIM得点の変化の年次推移

- 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。

入棟時FIM(運動・認知合計)及び退棟時FIM(運動・認知合計)の推移



(参考)発症から入棟までの日数



回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、発症後の期間に係る要件と、算定上限日数が設けられている。
- 一方で、重症の脳卒中や脊髄損傷等、病態が安定するまで時間を要する患者において、発症後の期間に係る要件を満たせず、回復期リハビリテーション病棟に入院できない場合がある。

➡ 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

施告p710

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後若しくは手術後の状態 (発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る) 又は義肢装着訓練を要する状態	○算定開始日から起算して150日以内 ○高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害等の場合、算定開始日から起算して180日以内
	2 大腿骨の骨折等又は手術後の状態 (発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る)	○算定開始日から起算して90日以内

※その他の回復期リハビリテーション病棟の入院患者についても、上記と同様に、発症からの期間に係る事項を削除する。

3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態~~(手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る)~~

4 大腿骨等の神経、筋又は靭帯損傷後の状態~~(損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。)~~

5 股関節又は膝関節の置換術後の状態~~(損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。)~~

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(11) 特定機能病院が届け出できる特定入院料について

施告p694

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

【現行】

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

【改定後】

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

[経過措置]

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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(12) 療養病棟入院料に係る見直し

施通p732-733

- **療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置**（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、**経過措置期間を2年間延長する**。
- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

現行

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



改定後

点p26,

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

適切な意思決定の支援

施告p670, 695

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

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(13) 結核病棟のユニットに係る見直し

点p27, 施告p672

- 効率的な運用が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たさない場合に算定できる入院基本料(重症患者割合特別入院基本料)について、常勤医師の員数に係る要件を満たさなくなった場合であっても算定できるよう見直す。

(14) 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア加算の見直し

施告p685, 施通p754-755

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、**末期心不全の患者**を対象とする場合の要件を見直す。
 - (1) 求める経験について「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて、「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする
 - (2) 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和トケアレーニングコース」の受講でもよいこととする

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(15) 中心静脈栄養の適切な管理の推進

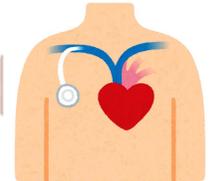
- 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

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。

留p443

[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。

施告p670, 施通p732

[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。

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

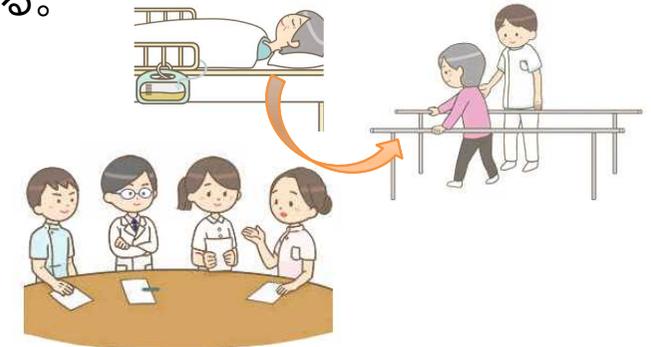
(16) 排尿自立指導料の見直し

入院における排尿自立指導の見直し

点p69-70, 留p81-82, 施告p690, 施通p772

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

(新) 排尿自立支援加算:200点(週1回)



[算定要件]

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

[施設基準]

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

<新たに算定可能となる入院料>

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

外来における排尿自立指導の評価

点p176, 留p230-231, 施告p811, 施通p873

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

現行

排尿自立指導料 200点

[算定要件]

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

改定後

外来排尿自立指導料 200点

[算定要件]

入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、**排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する**。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(17) 短期滞在手術等基本料3の見直し①

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

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

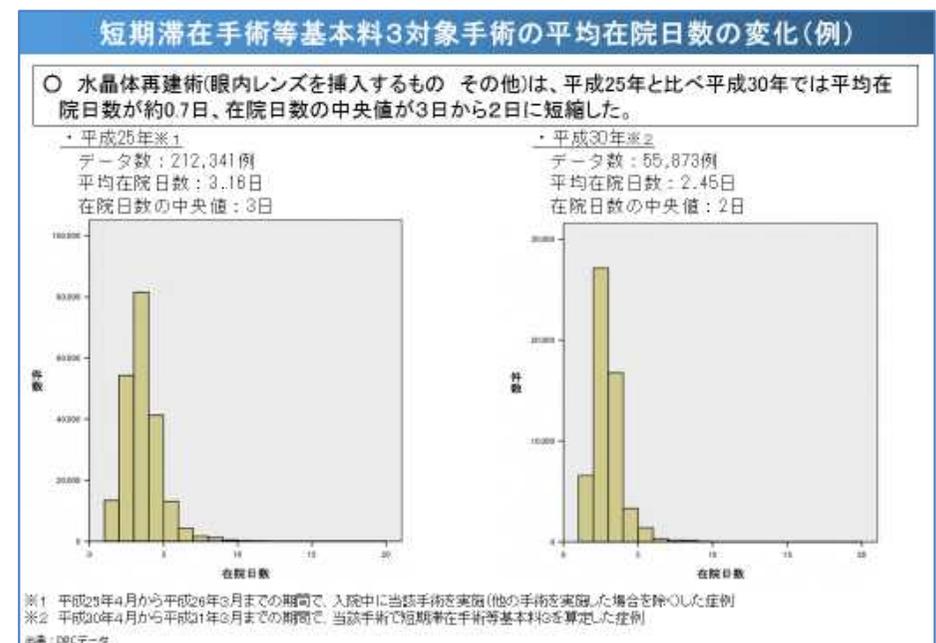
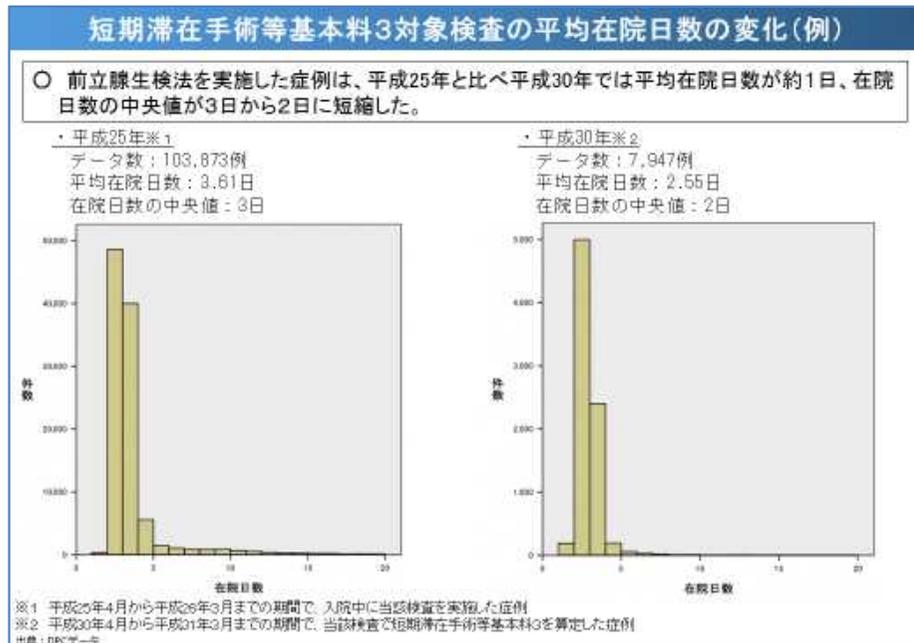
- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

現行(例)		改定後(例)	
D413 前立腺生検法	11,736点	D413 前立腺生検法	<u>10,309点</u>
K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの(片側)	22,411点	K282 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの(片側)	<u>19,873点</u>

(平均在院日数の検討例)

前立腺生検法

水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)



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

(17)短期滞在手術等基本料3の見直し②

【短期滞在手術等基本料3】

点p147.

ㄥ	D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 : 9,424点 → (削除) (生活療養を受ける場合 : 9,350点)
ㄱ イ	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 : 6,237点 → <u>5,630点</u> (生活療養を受ける場合 : 6,164点 → <u>5,556点</u>)
ㄷ ロ	D413 前立腺針生検法 : 11,736点 → <u>10,309点</u> (生活療養を受ける場合 : 11,662点 → <u>10,235点</u>)
ㄹ ハ	K093-2 関節鏡下手根管開放手術 : 19,747点 → <u>18,448点</u> (生活療養を受ける場合 : 19,673点 → <u>18,374点</u>)
ㄺ ニ	K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) : 42,138点 → <u>40,943点</u> (生活療養を受ける場合 : 42,064点 → <u>40,869点</u>)
ㄻ ホ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側) : 22,411点 → <u>19,873点</u> (生活療養を受ける場合 : 22,337点 → <u>19,799点</u>)
ㄽ ヘ	K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側) : 37,839点 → <u>34,416点</u> (生活療養を受ける場合 : 37,765点 → <u>33,342点</u>)
ㄿ ト	K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満 : 20,756点 → <u>18,588点</u> (生活療養を受ける場合 : 20,683点 → <u>18,514点</u>)
ㅁ チ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 : 1 初回 38,243点 → <u>32,540点</u> (生活療養を受ける場合 : 38,169点 → <u>32,466点</u>)

(17)短期滞在手術等基本料3の見直し③

【短期滞在手術等基本料3】

点p147,

リ	K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合： <u>32,540点</u> (新設) (生活療養を受ける場合： <u>32,466点</u>)
又	K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術：24,242点 → <u>21,755点</u> (生活療養を受ける場合：24,168点 → <u>21,681点</u>)
ル	K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)：12,507点 → <u>10,411点</u> (生活療養を受ける場合：12,433点 → <u>10,337点</u>)
ヲ	K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術：11,704点 → <u>10,225点</u> (生活療養を受ける場合：11,630点 → <u>10,151点</u>)
ワ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)：35,444点 → <u>31,835点</u> (生活療養を受ける場合：35,371点 → <u>31,761点</u>)
カ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。)：28,368点 → <u>25,358点</u> (生活療養を受ける場合：28,294点 → <u>25,284点</u>)
ヨ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。)： 25,578点 → <u>22,597点</u> (生活療養を受ける場合：25,505点 → <u>22,523点</u>)
タ	K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。)：25,394点 → <u>24,975点</u> (生活療養を受ける場合：25,321点 → <u>24,901点</u>)
レ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。)：69,217点 → <u>62,344点</u> (生活療養を受ける場合：69,143点 → <u>62,270点</u>)
ソ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。)： 55,428点 → <u>51,773点</u> (生活療養を受ける場合：55,354点 → <u>51,699点</u>)

(17)短期滞在手術等基本料3の見直し④

【短期滞在手術等基本料3】

点p147,

ツ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) (6歳以上15歳未満に限る。) : 44,061点 → <u>40,741点</u> (生活療養を受ける場合 : 43,988点 → <u>40,667点</u>)
ネ	K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) : 51,719点 → <u>50,328点</u> (生活療養を受ける場合 : 51,645点 → <u>50,254点</u>)
ナ	K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 : 14,525点 → <u>12,739点</u> (生活療養を受ける場合 : 14,451点 → <u>12,665点</u>)
ラ	K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル以上 : 18,141点 → <u>15,599点</u> (生活療養を受ける場合 : 18,068点 → <u>15,525点</u>)
ム	K743 痔核手術(脱肛を含む) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの) : 12,383点 → <u>11,109点</u> (生活療養を受ける場合 : 12,309点 → <u>11,035点</u>)
ウ	K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき) : 28,268点 → <u>25,597点</u> (生活療養を受ける場合 : 28,194点 → <u>25,523点</u>)
キ	K867 子宮頸部(腔部)切除術 : 18,179点 → <u>16,249点</u> (生活療養を受ける場合 : 18,106点 → <u>16,175点</u>)
ク	K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 : 35,141点 → (削除) (生活療養を受ける場合 : 35,067点)
ホ ノ	M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 : 60,403点 → <u>59,199点</u> (生活療養を受ける場合 : 60,330点 → <u>59,125点</u>)

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(18) DPC/PDPSの見直し

➤ 医療機関別係数

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

1. 基礎係数(医療機関群): 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続する。
2. 機能評価係数Ⅰ: 従前の評価手法を継続する。
3. 機能評価係数Ⅱ: 地域医療指数(体制評価指数)のうち、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、新型インフルエンザ対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。

現行

治験等の実施

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



改定後

治験等の実施

- ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上
- ・20例以上の治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施

新型インフルエンザ対策

- ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当

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

➤ 通常の報酬改定での対応

直近の診療実績データ等を用いた診断群分類点数表の見直し等、通常の報酬改定での所要の対応を実施する。

➤ DPC/PDPSの安定的な運用

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

医療機関別係数の対応

基礎係数(医療機関群)

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

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

機能評価係数 I

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

機能評価係数 II

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

激変緩和係数

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

機能評価係数Ⅱの見直し

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、6つの係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を基本的評価軸として評価している。
- 地域医療係数について、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ要件を見直す。また、新型インフルエンザ対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ項目を新設する。

各係数の評価の考え方

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

係数の設定方法

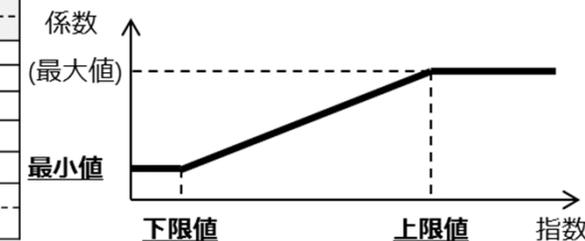
- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの(保険診療、複雑性、カバー率、地域医療)と、全医療機関において係数設定するもの(効率性、救急医療)がある。

上限値下限値の設定

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

項目ごとに上限値下限値を設定

指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

係数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） <p>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和4年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
効率性指数	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容②

係数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／ 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 ／ 〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・ A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301-5小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容③(地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕 (0.5P)		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P)	「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P) <p>(血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績)</p> <p>※ いずれか最大値で評価。</p>		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算(特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等(K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2)のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術(K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612)のいずれかが算定されている症例)の診療実績(25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	<p>A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)</p> <p>A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)</p>		
へき地	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価(いずれかで1P)		

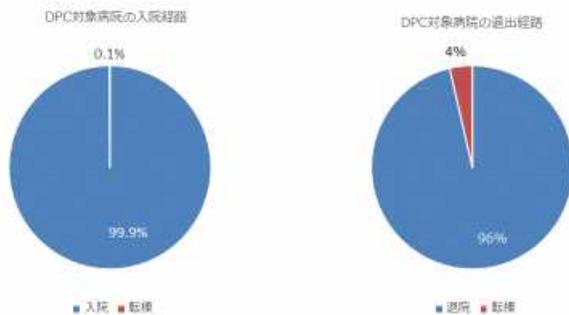
機能評価係数Ⅱの評価内容④(地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） 		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	①治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・<u>過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）</u> ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 	
	②新型インフルエンザ対策 <ul style="list-style-type: none"> ・<u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u> 		

今後の課題

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

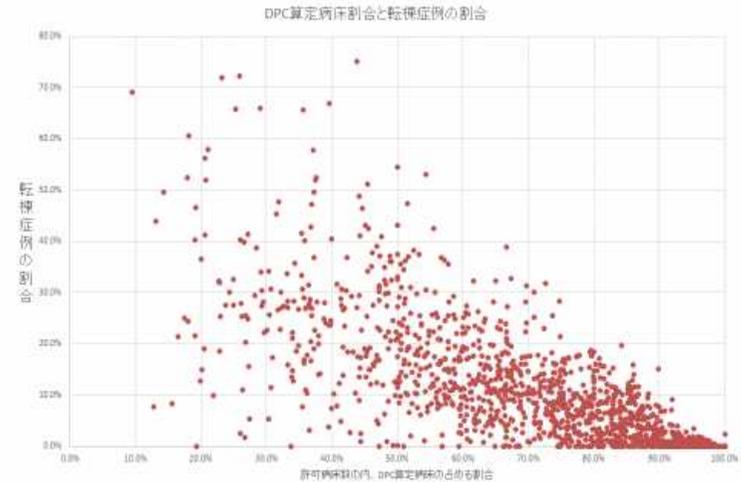
DPC対象病棟の入院患者の入退棟経路



出典: H30年DPCデータ

22

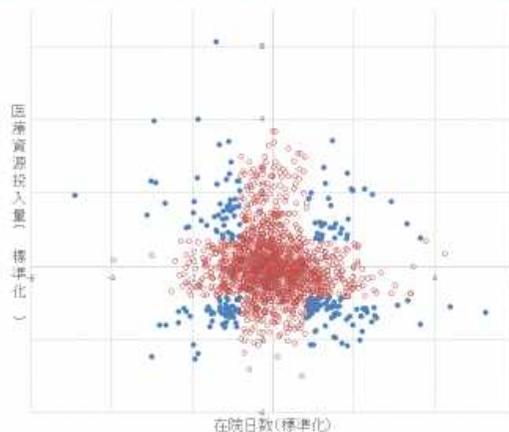
DPC対象病床の占める割合と転棟した症例の割合の分布



出典: H30年DPCデータ

27

医療資源投入量及び在院日数が外れた病院



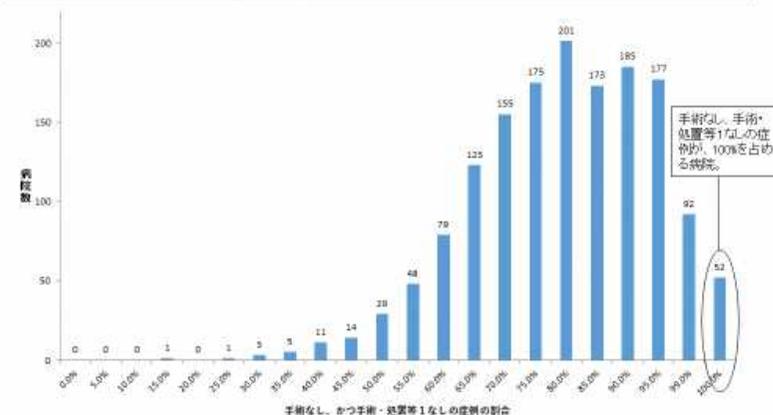
※ 医療資源投入量(1入院あたり)、在院日数について、病院ごとの疾病構成を補正し、さらに標準化している。
 ※ 標準化: (実測値-平均値)/標準偏差
 ※ 青は、医療資源投入量、在院日数ともに値が上位(下位)300病院となる病院

出典: H30年DPCデータ

27

心不全の診断群分類区分と病院数の分布

- 心不全(050130)の症例の内、手術なしかつ手術・処置等1なしの症例が100%を占める医療機関が一定数存在する。



出典: H30年DPCデータ

28

診断群分類点数表の見直し

- 診断群分類の見直しを行い、診断群分類数等を以下の通り設定した。

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

※1 MDC : Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 包括対象となるDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

再入院時の加算の取扱いについて

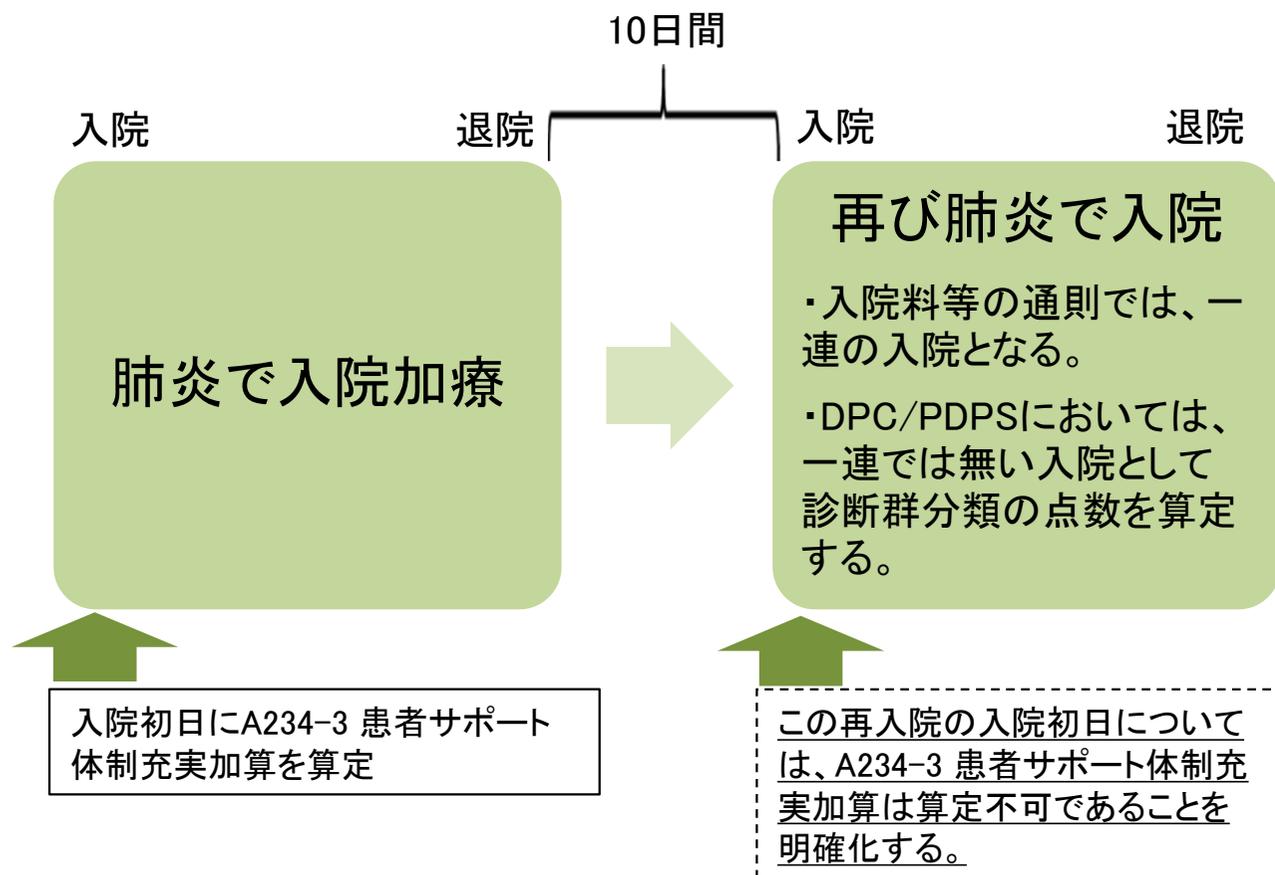
○ 入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するものについて、入院期間が通算される再入院の場合は算定できないことを明確化する。

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

区分番号	名称
A205 1,2	救急医療管理加算1,2
A205-2	超急性期脳卒中加算
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算
A206 1,2,3	在宅患者緊急入院診療科加算 1,2,3
A212 1,2	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 1,2
A231-3 1,2	重度アルコール依存症入院医療管理加算
A232 1イロ 2	がん拠点病院加算
A234-3	患者サポート体制充実加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算
A237	ハイリスク分娩管理加算
A246	入退院支援加算
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算
B004,B005	退院時共同指導料1,2
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
B014	退院時薬剤情報管理指導料
B015	精神科退院時共同指導料

(例)

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



DPCデータ(様式1)の見直し

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

様式1の項目名	見直し内容
要介護度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。
要介護情報	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。 ・ 栄養摂取の状況についての項目を追加する。
ADLスコア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従来の入力に加え、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に入棟及び退棟時にも入力必須とする。
SOFAスコア/pSOFAスコア	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定集中治療室管理料1及び2に加え、3及び4についても入力必須とする。
予定・救急医療入院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療管理加算の見直しに伴い、項目を見直す。
入棟時・退棟時の褥瘡の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本診療料の施設基準等に係る様式「褥瘡対策に関する診療計画書」に合わせ、項目を見直す。
関節リウマチ患者情報/分子標的薬	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診断群分類点数表の見直しに伴い、項目を廃止する。

令和2年3月31日以前から入院している患者の取扱い

➤ 令和2年3月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和2年4月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。

具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合

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

- 包括→出来高の場合

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

- 出来高→包括の場合

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

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

施告p708-709

(19) 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

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

現行

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 高知県須崎市、中土佐町、檮原町、津野町及び四万十町の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域

(新規)

改定後

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

[経過措置]

令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。

- 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- 長野県大町市及び北安曇野郡の地域
- 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域
- 滋賀県長浜市及び米原市の地域
- 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
- 島根県大田市及び邑智郡の地域

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

	医療資源の少ない地域	へき地医療拠点病院
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師事務作業補助体制加算(20対1、25対1、30対1及び40対1) ○ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 ○ 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 ○ 遠隔画像診断 ○ 保険医療機関間の連携による病理診断(受診側) <p style="text-align: right;">等</p>	<p>対象</p>	<p>対象</p>



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

現在経過措置の対象となっている地域:

神奈川県山北町、神奈川県大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、奈良県河合町、福岡県篠栗町

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

改定年度	改定内容
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般病棟入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする ※ 特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1・10対1入院基本料を算定している病院を除く ○ 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価として特定一般病棟入院料を新設 ○ チームで診療を行う栄養サポートチーム加算及び緩和ケア診療加算について、専従要件を緩和した評価を別途新設
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の要件を緩和した評価を導入 ○ 特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える ○ チーム医療等に係る評価について、糖尿病透析予防指導管理料や外来緩和ケア管理料等を追加するとともに専従要件等を緩和
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価については、利用状況が極めて低調であり、その要因として考えられる対象地域に関する要件を見直し <ul style="list-style-type: none"> <対象地域に関する要件> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 患者の流出率についての要件を緩和し、医療従事者が少ないこと自体を要件化※ ➢ 二次医療圏の一部が離島となっている場合についても対象地域に追加 ○ 一般病棟10対1入院基本料を算定している保険医療機関を対象に加える (特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※要件①かつ②</p> <ul style="list-style-type: none"> ①人口当たり医師数が下位1/3かつ人口当たり看護師数が下位1/2 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15% </div>
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療資源の少ない地域における加算等の要件の緩和対象について、200床未満の病院に加えて、許可病床400床未満の病院も対象に追加（特定機能病院、DPC対象病院及び病棟全体で急性期一般入院料1を算定している病院を除く） ○ 医療機関の病床数を基準としている診療報酬について、当該病床数の基準を2割緩和 <ul style="list-style-type: none"> <対象> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア入院医療管理料1～4 ○地域包括ケア病棟入院料1・3 ○精神疾患診療体制加算 ○精神科急性期医師配置加算 ○在宅療養支援診療所 ○在宅療養支援病院 ○在宅療養後方支援病院

人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

	人口増減率(2015年→2040年)					
	増加	±0~▲10%	~▲20%	~▲30%	~▲40%	~▲50%
100万人以上	さいたま市、川崎市、福岡市(3団体)	札幌市、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、広島市(6団体)	仙台市、神戸市(2団体)			
50~100万人	川口市、大田区、世田谷区、杉並区、板橋区、練馬区(6団体)	宇都宮市、千葉市、船橋市、江戸川区、相模原市、浜松市、岡山市、熊本市(8団体)	足立区、八王子市、新潟市、静岡市、堺市、東大阪市、姫路市、松山市、北九州市、鹿児島市(10団体)			
20~50万人	つくば市、越谷市、柏市、港区、新宿区、文京区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、渋谷区、豊島区、荒川区、調布市、西東京市、藤沢市、岡崎市(17団体)	水戸市、高崎市、伊勢崎市、太田市、川崎市、上尾市、草加市、市川市、松戸市、中野区、北区、葛飾区、府中市、町田市、茅ヶ崎市、大和市、金沢市、福井市、松本市、一宮市、豊田市、四日市市、大津市、豊中市、吹田市、茨木市、明石市、西宮市、倉敷市、福山市、高松市、久留米市、佐賀市、大分市、宮崎市、那覇市(36団体)	盛岡市、山形市、前橋市、所沢市、平塚市、厚木市、長岡市、富山市、長野市、岐阜市、豊橋市、春日井市、津市、高槻市、枚方市、八尾市、尼崎市、加古川市、宝塚市、奈良市、和歌山市、松江市、徳島市、高知市、佐世保市(25団体)	旭川市、青森市、八戸市、秋田市、春日部市、市原市、横須賀市、富士市、寝屋川市、呉市、下関市、長崎市(12団体)	函館市(1団体)	
10~20万人	戸田市、朝霞市、三郷市、ふじみ野市、木更津市、流山市、浦安市、中央区、台東区、三鷹市、小金井市、日野市、刈谷市、安城市、東海市、草津市、浦添市、沖縄市、うるま市(19団体)	帯広市、小山市、新座市、富士見市、成田市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、立川市、武蔵野市、小平市、東村山市、国分寺市、東久留米市、伊勢原市、海老名市、藤枝市、豊川市、西尾市、小牧市、稲沢市、桑名市、彦根市、和泉市、箕面市、米子市、出雲市、東広島市、廿日市市、山口市、防府市、丸亀市、筑紫野市、春日市(34団体)	苫小牧市、大崎市、土浦市、古河市、ひたちなか市、佐野市、那須塩原市、熊谷市、鴻巣市、深谷市、入間市、久喜市、坂戸市、野田市、佐倉市、我孫子市、青梅市、昭島市、多摩市、鎌倉市、小田原市、秦野市、座間市、高岡市、小松市、白山市、甲府市、上田市、大垣市、多治見市、各務原市、三島市、富士宮市、磐田市、掛川市、半田市、伊勢市、松阪市、鈴鹿市、長浜市、東近江市、岸和田市、池田市、泉佐野市、伊丹市、川西市、三田市、橿原市、生駒市、鳥取市、津山市、宇部市、新居浜市、飯塚市、諫早市、別府市、都城市、鹿屋市、霧島市(59団体)	鉦路市、北見市、江別市、弘前市、一関市、奥州市、酒田市、取手市、筑西市、足利市、栃木市、加須市、狭山市、上越市、飯田市、沼津市、焼津市、瀬戸市、宇治市、守口市、松原市、大東市、羽曳野市、尾道市、岩国市、周南市、西条市、大牟田市、唐津市、八代市、延岡市(31団体)	石巻市、鶴岡市、日立市、桐生市、富田林市、河内長野市、門真市、今治市(8団体)	小樽市(1団体)
3~10万人	名取市、富谷市、利府町、守谷市、つくばみらい市、志木市、吉川市、伊奈町、印西市、千代田区、狛江市、稲城市、野々市市、瑞穂市、常滑市、大府市、知立市、高浜市、日進市、長久手市、幸田町、守山市、栗東市、京田辺市、木津川市、藍住町、大野城市、福津市、志免町、新宮町、粕屋町、鳥栖市、合志市、大津町、菊陽町、宜野湾市、名護市、豊見城市、南城市、読谷村、南風原町(41団体)	千歳市、恵庭市、滝沢市、東根市、牛久市、鹿嶋市、さくら市、下野市、壬生町、東松山市、蕨市、和光市、八潮市、白岡市、四街道市、袖ヶ浦市、白井市、国立市、東大和市、清瀬市、武蔵村山市、綾瀬市、能美市、津幡町、鯖江市、甲斐市、美濃加茂市、可児市、袋井市、菊川市、長泉町、岩倉市、清須市、北名古屋市、みよし市、東郷町、扶桑町、大治町、蟹江町、いなべ市、菰野町、野洲市、長岡京市、精華町、芦屋市、加東市、播磨町、香芝市、葛城市、広陵町、岩出市、総社市、府中市、下松市、筑後市、宗像市、太宰府市、古賀市、那珂川町、篠栗町、大村市、石垣市、糸満市(63団体)	音更町、北上市、岩沼市、東松島市、柴田町、天童市、那珂市、神栖市、東海村、阿見町、上三川町、みどり市、大泉町、本庄市、桶川市、蓮田市、鶴ヶ島市、三芳町、上里町、宮代町、東金市、あきる野市、瑞穂町、逗子市、葉山町、寒川町、黒部市、砺波市、射水市、かほく市、敦賀市、坂井市、南アルプス市、笛吹市、中央市、諏訪市、駒ヶ根市、茅野市、塩尻市、佐久市、東御市、安曇野市、中津川市、羽島市、島田市、御殿場市、裾野市、湖西市、清水町、碧南市、蒲郡市、犬山市、江南市、知多市、尾張旭市、豊明市、田原市、弥富市、あま市、東浦町、武豊町、亀山市、近江八幡市、甲賀市、湖南市、福知山市、向日市、貝塚市、摂津市、藤井寺市、大阪狭山市、小野市、稲美町、太子町、田原本町、瀬戸内市、赤磐市、善通寺市、東温市、松前町、香南市、直方市、行橋市、小郡市、糸島市、宇美町、岡垣町、武雄市、小城市、桂井町、長与町、宇土市、益城町、中津市、由布市、始良市、宮古島市、西原町(98団体)	網走市、伊達市、北広島市、石狩市、十和田市、三沢市、むつ市、花巻市、久慈市、紫波町、塩竈市、角田市、多賀城市、登米市、巨理町、米沢市、寒河江市、南陽市、石岡市、結城市、龍ヶ崎市、下妻市、常総市、笠間市、坂東市、かすみがうら市、鉢田市、小美玉市、茨城町、鹿沼市、真岡市、大田原市、館林市、藤岡市、富岡市、安中市、玉村町、行田市、秩父市、飯能市、羽生市、北本市、幸手市、日高市、杉戸町、松伏町、館山市、茂原市、旭市、鴨川市、君津市、八街市、富里市、大網白里市、羽村市、南足柄市、大磯町、三条市、新発田市、見附市、燕市、阿賀野市、南魚沼市、胎内市、魚津市、滑川市、小矢部市、七尾市、越前市、富士吉田市、山梨市、北杜市、須坂市、小諸市、伊那市、中野市、千曲市、高山市、関市、瑞浪市、恵那市、土岐市、本巣市、郡上市、伊豆の国市、函南町、津島市、愛西市、名張市、高島市、米原市、亀岡市、八幡市、泉大津市、高石市、泉南市、四條畷市、交野市、熊取町、相生市、豊岡市、赤穂市、西脇市、高砂市、加西市、篠山市、丹波市、たつの市、狹山町、大和郡山市、天理市、桜井市、橋本市、田辺市、紀の川市、倉吉市、境港市、浜田市、益田市、真庭市、浅口市、三原市、三次市、光市、山陽小野田市、鳴門市、小松島市、阿南市、坂出市、三豊市、伊予市、四国中央市、南国市、四万十市、田川市、苅田町、伊万里市、島原市、荒尾市、玉名市、山鹿市、菊池市、宇城市、宇佐市、小林市、日向市、出水市、薩摩川内市、日置市、志布志市(150団体)	室蘭市、岩見沢市、滝川市、登別市、北斗市、黒石市、五所川原市、平川市、宮古市、大船渡市、釜石市、白石市、栗原市、横手市、大館市、鹿角市、由利本荘市、鶴岡市、大仙市、新庄市、上山市、常陸太田市、北茨城市、常陸大宮市、稲敷市、桜川市、行方市、日光市、佐賀市、沼田市、渋川市、毛呂山町、小川町、寄居町、富津市、匝瑛市、香取市、山武市、いすみ市、福生市、三浦市、愛川町、柏崎市、小千谷市、十日町市、村上市、糸魚川市、妙高市、五泉市、魚沼市、氷見市、南砺市、加賀市、大野市、都留市、韭崎市、甲州市、岡谷市、下呂市、熱海市、伊東市、御前崎市、牧之原市、新城市、伊賀市、舞鶴市、綾部市、城陽市、京丹後市、南丹市、柏原市、阪南市、洲本市、三木市、南あわじ市、朝来市、淡路市、大和高田市、海南市、大田市、安来市、雲南市、玉野市、笠岡市、井原市、高梁市、備前市、府中市、庄原市、柳井市、吉野川市、阿波市、美馬市、観音寺市、さぬき市、大洲市、西予市、柳川市、八女市、大川市、中間市、朝倉市、みやま市、雲南市、人吉市、天草市、日田市、佐伯市、臼杵市、杵築市、豊後大野市、日南市、西都市、指宿市、曽於市、奄美市、南九州市(117団体)	稚内市、つがる市、気仙沼市、能代市、湯沢市、北秋田市、銚子市、南房総市、佐渡市、海津市、伊豆市、志摩市、穴栗市、五條市、宇陀市、新見市、萩市、長門市、東かがわ市、宇和島市、八幡浜市、嘉麻市、平戸市、対馬市、五島市、南島原市、南さつま市(27団体)

※人口は2015年時点 ※下線(赤字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。
※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率の категория
※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30. 3)」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としていた

人口段階別市区町村の変動(2015→2040)【H30推計】

人口増減率(2015年→2040年)

	増加	±0~ ▲10%	~▲20%	~▲30%	~▲40%	~▲50%	~▲60%	~▲70%	▲70%~
1~3万人	吉岡町、滑川町、開成町、御代田町、南箕輪村、豊山町、大口町、阿久比町、朝日町、川越町、愛荘町、北島町、宇多津町、須恵町、恩納村、金武町、北谷町、北中城村、与那原町、八重瀬町 (21団体)	東神楽町、矢野町、大和町、一宮町、聖籠町、内灘町、昭和町、岐南町、北方町、大井町、富士河口湖町、軽井沢町、早島町、里庄町、勝央町、多津町、坂町、松茂町、筑前町、吉野ヶ里町、三股町、嘉手納町 (21団体)	幕別町、中標津町、六戸町、おいらせ町、大河原町、高根沢町、榛東村、明和町、千代田町、長生村、日の出町、大井町、富士河口湖町、軽井沢町、高森町、笠松町、大野町、池田町、吉田町、明和町、大山崎町、島本町、忠岡町、王寺町、有田川町、上富田町、湯梨浜町、海田町、石井町、多度津町、遠賀町、大刀洗町、大木町、広川町、基山町、時津町、波佐見町、佐々町、日出町、本部町 (40団体)	七飯町、倶知安町、芽室町、別海町、六ヶ所村、階上町、金ヶ崎町、村田町、七ヶ浜町、山辺町、八千代町、境町、益子町、市貝町、野木町、甘楽町、板倉町、邑楽町、嵐山町、美里町、酒々井町、横芝光町、二宮町、立山町、小浜市、勝山市、あわら市、永平寺町、高浜町、若狭町、富士見町、箕輪町、松川町、小布施町、垂井町、神戸町、安八町、川辺町、御嵩町、森町、東員町、多気町、日野町、高王町、久御山町、太子町、河南町、斑鳩町、御坊市、白浜町、北栄町、南部町、伯耆町、矢掛町、鏡野町 (87団体)	名寄市、富良野市、長沼町、粟山町、美瑛町、上富良野町、美幌町、斜里町、遠軽町、釧路町、藤崎町、鶴田町、野辺地町、東北町、五戸町、南部町、遠野市、陸前高田市、二戸市、幸石町、大楸町、蔵王町、山元町、松島町、加美町、涌谷町、美里町、美郷町、村山市、長井市、中山町、河北町、高島町、白鷹町、庄内町、高森市、潮来市、城里町、那須烏山市、芳賀町、那須町、中之条町、越生町、川島町、吉見町、鳩山町、神川町、栄町、東庄町、松田町、箱根町、湯河原町、加茂市、田上町、津南町、上市町、入善町、羽咋市、中能登町、南越前町、越前町、富士川町、大町市、佐久穂町、下諏訪町、辰野町、木曾町、坂城町、飯綱町、美濃市、山県市、飛騨市、養老町、小山市、美浜町、紀宝町、与謝野町、養父市、市川町、神河町、新温泉町、平群町、河合町、大淀町、有田市、新宮市、かつらぎ町、みなべ町、岩美町、八頭町、琴浦町、大山町、江津市、邑南町、隠岐の島町、美作市、和気町、美咲町、吉備中央町、世羅町、美祢市、板野町、上板町、土庄町、内子町、安芸市、土佐市、宿毛市、佐川町、四万十町、うきは市、鞆手町、福智町、みやこ町、築上町、多久市、白石町、松浦市、香南市、西海市、水俣市、氷川町、あさぎり町、玖珠町、国富町、川南町、都農町、高千穂町、枕崎市、西之表市、いちき串木野市、さつま町、長島町、徳之島町 (134団体)	留萌市、紋別市、士別市、根室市、砂川市、深川市、当別町、八雲町、岩内町、余市町、白老町、日高町、浦河町、新ひだか町、平内町、板柳町、七戸町、三戸町、八幡平市、遠野市、山田町、洋野町、一戸町、丸森町、南三陸町、にかほ市、仙北市、三種町、羽後町、尾花沢市、川西町、遊佐町、大洗町、大子町、美浦村、利根町、塩谷町、那珂川町、東吾妻町、みなかみ町、ときがわ町、皆野町、小鹿野町、勝浦市、多古町、九十九里町、白子町、山北町、輪島市、志賀町、宝達志水町、大月市、上野原市、市川三郷町、飯山市、山ノ内町、揖斐川町、八百津町、下田市、南知多町、鳥羽市、熊野市、紀北町、宮津市、京丹波町、豊能町、能勢町、岬町、多可町、上郡町、佐用町、香美町、御所市、上牧町、湯浅町、那智勝浦町、串本町、奥出雲町、竹原市、江田島市、三好市、小豆島町、鬼北町、愛南町、須崎市、土佐清水市、いの町、黒潮町、芦屋町、香春町、川崎町、上天草市、美里町、和木町、山都町、芦北町、津久見市、竹田市、国東市、串間市、えびの市、阿久根市、垂水市、伊佐市、湧水町、大崎町、肝付町 (107団体)	美唄市、芦別市、赤平市、森町、鱒ヶ沢町、中泊町、男鹿市、茂木町、阿賀町、朝日町、珠洲市、能登町、身延町、東伊豆町、尾鷲市、周防大島町、室戸市、新上五島町 (18団体)	南伊勢町 (1団体)	
1万人未満	御蔵島村、川北町、日吉津村、久山町、宜野座村 (5団体)	二セコ町、舟橋村、忍野村、山形村、豊郷町、田尻町、日高町、上峰町、江北町、嘉島町、今帰仁村、竹富町 (12団体)	東川町、鹿追町、中礼内村、更別村、小笠原村、刈羽村、鳴沢村、川上村、原村、宮田村、松川村、輪之内町、富加町、和木町、西原村、綾町、龍郷町、渡嘉敷村、南大東村、北大東村、与那国町 (21団体)	鷹栖町、西興部村、厚真町、新冠町、土幌町、清水町、大樹町、鶴居村、大衡村、色麻町、三川町、孺恋村、高山村、川場村、昭和村、睦沢町、新島村、清川村、弥彦村、湯沢町、西桂町、山中湖村、中川村、下條村、豊丘村、池田町、白馬村、高山村、坂祝町、白川村、飛島村、宇治田原町、川西町、海士町、西粟倉村、芸西村、吉富町、上毛町、玉東町、木城町、十島村、喜界町、天城町、和泊町、与論町、大宜味村、東村、座間味村、粟国村、伊平屋村、伊是名村 (51団体)	新篠津村、鹿部町、今金町、黒松内町、真狩村、留寿都村、共和町、泊村、仁木町、月形町、新十津川町、当麻町、中富良野町、南富良野町、猿払村、幌延町、小清水町、訓子府町、大空町、豊浦町、壮瞥町、安平町、上土幌町、新得町、浜中町、標茶町、標津町、田舎館村、横浜町、東通村、平泉町、川崎町、大郷町、大湯村、大江町、金山町、五霞町、横瀬町、長瀬町、神崎町、芝山町、長柄町、御宿町、大島町、利島村、神津島村、三宅村、青ヶ島村、中井町、出雲崎町、粟島浦村、美浜町、おおい町、道志村、南牧村、立科町、青木村、飯島町、阿智村、平谷村、赤木村、泰阜村、喬木村、木祖村、大桑村、麻績村、生坂村、朝日村、木島平村、南伊豆町、松崎町、木曾岬町、度会町、御浜町、甲良町、多賀町、井手町、安堵町、高取町、明日香村、広川町、美浜町、印南町、日高川町、大地町、三朝町、吉賀町、西ノ島町、新庄村、奈義町、久米南町、直島町、琴平町、北川村、本山村、土佐町、禰原町、糸田町、大任町、赤村、玄海町、大町町、東彼杵町、南関町、南小国町、産山村、高森町、水上村、九重町、高原町、東串良町、中種子町、宇検村、瀬戸内町、伊仙町、知名町、国頭村、伊江村、久米島町、多良間村 (120団体)	知内町、長万部町、江差町、厚沢部町、寿都町、蘭越町、喜茂別町、京極町、赤井川村、南幌町、奈井江町、由仁町、浦臼町、秩父別町、雨竜町、北竜町、比布町、和寒町、剣淵町、下川町、美深町、小平町、羽幌町、遠別町、天塩町、浜頓別町、枝幸町、豊富町、清里町、置戸町、佐呂間町、湧別町、興部町、雄武町、洞爺湖町、平取町、えりも町、広尾町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町、厚岸町、弟子屈町、羅臼町、蓬田村、西目屋村、大間町、田子町、新郷村、住田町、岩泉町、田野畑村、普代村、軽米町、野田村、九戸村、女川町、五城目町、八郎潟町、井川町、東成瀬村、西川町、朝日町、大石田町、最上町、舟形町、大蔵村、戸沢村、飯豊町、河内町、長野原町、草津町、片品村、東秩父村、長南町、大多喜町、鋸南町、八丈町、真鶴町、関川村、池田町、小海町、南相木村、北相木村、長和町、阿南町、上松町、南木曾町、玉滝村、筑北村、小谷村、野沢温泉村、信濃町、小川村、栄村、関ヶ原町、七宗町、東白川村、河津町、川根本町、設楽町、東栄町、大台町、大紀町、山添村、三宅町、古座川町、北山村、智頭町、江府町、飯南町、川本町、美郷町、津和野町、知夫村、安芸太田町、大崎上島町、神石高原町、勝浦町、佐那河内村、美波町、上島町、川野村、東秩父村、田野町、中土佐町、越知町、日高村、津野町、三原村、小竹町、東峰村、添田町、太良町、小国町、津奈木町、多良木町、湯前町、相良村、山江村、葦北町、西米良村、三島村、南種子町、大和村、渡名喜村 (149団体)	三笠市、上ノ国町、乙部町、奥尻町、せたな町、島牧村、神恵内村、古平町、妹背牛町、沼田町、愛別町、上川町、占冠村、音威子府村、中川町、幌加内町、増毛町、苫前町、初山別村、中頓別町、礼文町、利尻町、利尻富士町、津別町、滝上町、むかわ町、様似町、白糠町、外ヶ浜町、深浦町、大鰐町、風間浦村、佐井村、葛巻町、西和賀町、七ヶ宿町、小坂町、上小阿仁村、藤原町、八峰町、真室川町、鮭川村、小国町、上野村、下仁田町、檜原村、奥多摩町、伊方町、東洋町、早川町、南部町、小菅村、根羽村、大鹿村、白川町、西伊豆町、豊根村、笠置町、和束町、南山城村、伊根町、千早赤阪村、曾爾村、吉野町、十津川村、下北山村、紀美野町、九度山町、高野町、由良町、すさみ町、若桜町、日南町、日野町、阿武町、上勝町、神山村、那賀町、牟岐町、海陽町、つるぎ町、久万高原町、伊方町、東洋町、安田町、馬路村、大川村、仁淀川町、大月町、小値賀町、五木村、球磨村、姫島村、諸塚村、椎葉村、美郷町、日之影町、五ヶ瀬町、錦江町、南大隅町 (99団体)	夕張市、川上村、歌志内市、松前町、福島町、木古内町、積丹町、上砂川町、今別町、神流町、南牧村、丹波山村、天龍村、御杖村、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、上北山村、東吉野町、上関町、大豊町 (21団体)	

※人口は2015年時点 ※下線(赤文字)は2040年の人口が下位の人口区分へ変動する団体。枠囲み(緑文字)は2040年の人口が上位の人口区分へ変動する団体。
※太枠は各人口段階において団体数が最も多い人口増減率のカテゴリ
※ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30.3)」から作成
※ 地域別将来推計人口では福島県内市町村は推計がないため、市区町村数の合計は1,682としていた

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(20) 入院中の患者の他医療機関受診の逡減緩和

留p36-38

- ポジトロン断層撮影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の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

[入院料の減額が緩和される従来の点数項目]

区分番号M001:体外照射 3 強度変調放射線治療(IMRT)

区分番号M001-2:ガンマナイフによる定位放射線治療

区分番号M001-3:直線加速器による放射線治療 1 定位放射線治療の場合

区分番号M001-4:粒子線治療

【今回追加される点数項目】

医療区分E101:シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

医療区分E101-2:ポジトロン断層撮影

医療区分E101-3:ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

医療区分E101-4:ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

医療区分E101-5:乳房用ポジトロン断層撮影

【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

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から 40% 減額

入院料から 35% 減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から 20% 減額

入院料から 15% 減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から 10% 減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

7. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

(21) 有床診療所入院基本料の見直し(再掲)

点p32-33, 留p56-57,
 施告p678-679, 施通p735-736

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

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

現行

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



改定後

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



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行

注5		
イ	医師配置加算1	88点
ロ	医師配置加算2	60点
注6		
イ	看護配置加算1	40点
ロ	看護配置加算2	20点
ハ	夜間看護配置加算1	85点
ニ	夜間看護配置加算2	35点
ホ	看護補助配置加算1	10点
ヘ	看護補助配置加算2	5点



改定後

注5		
イ	医師配置加算1	120点
ロ	医師配置加算2	90点
注6		
イ	看護配置加算1	60点
ロ	看護配置加算2	35点
ハ	夜間看護配置加算1	100点
ニ	夜間看護配置加算2	50点
ホ	看護補助配置加算1	25点
ヘ	看護補助配置加算2	15点



3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現行

[算定要件]
 有床診療所緩和ケア診療加算 150点



改定後

[算定要件]
 有床診療所緩和ケア診療加算 **250点**



8. 地域包括ケアシステムの推進

(1) 入退院支援の取組の推進

点p69, 留p99-100, 施告p689, 施通p769

①入院時支援加算の見直し

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

現行	
【入院時支援加算】	
入院時支援加算	200点(入院中1回)



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

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



8. 地域包括ケアシステムの推進

(1) 入退院支援の取組の推進

② 入退院支援に係る人員配置の見直し

- より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

【入退院支援加算1】

施通p768

[施設基準]

- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。

なお、当該専従の看護師又は社会福祉士(以下、「看護師等」という。)については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

※ 入退院支援加算2・3及び入院時支援加算における入退院支援部門の専従職員についても同様

【入退院支援加算3】

施通p769

[施設基準]

- 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する~~し、~~小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の専従の看護師が1名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに~~及び~~及び専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する~~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専従の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに~~及び~~及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。

8. 地域包括ケアシステムの推進

(1) 入退院支援の取組の推進

点p68-69, 留p100, 施告p760, 施通p769

③入退院支援における総合的な機能評価(総合機能評価加算:50点)の新設

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

【入退院支援加算】

[算定要件]

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、**総合機能評価加算**として、**50点**を更に所定点数に加算する。

[別に厚生労働大臣が定めるもの]

1 入退院支援加算1又は2を算定する患者

2 介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の患者又は65歳以上の患者

- ◇ 総合機能評価加算は、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。
- ◇ 患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価(以下「総合的な機能評価」という。)を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。
- ◇ 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。
- ◇ 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載又は添付する。

[総合的な機能評価に係る適切な研修とは]

- ア 医療関係団体等が実施するもの
- イ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること
- ウ 研修期間は通算して16時間程度のものであること

8. 地域包括ケアシステムの推進

(2) 有床診療所入院基本料の見直し(再掲)

点p32-33, 留p56-57,
 施告p678-679, 施通p735-736

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

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

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



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



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行		
注5		
イ	医師配置加算1	88点
ロ	医師配置加算2	60点
注6		
イ	看護配置加算1	40点
ロ	看護配置加算2	20点
ハ	夜間看護配置加算1	85点
ニ	夜間看護配置加算2	35点
ホ	看護補助配置加算1	10点
ヘ	看護補助配置加算2	5点



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



3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現行	
[算定要件]	
有床診療所緩和ケア診療加算 150点	



改定後	
[算定要件]	
有床診療所緩和ケア診療加算 250点	



8. 地域包括ケアシステムの推進

(3) 小規模多機能型居宅介護等へ訪問診療の見直し(再掲)

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

(4) 電話等再診時の診療情報提供の評価(再掲)

点p4, 留p16

- 電話等による再診の際、治療上の必要性から、救急医療機関の受診を指示した上で、同日に診療情報の提供を行った場合について、診療情報提供料(I):250点を算定可能とする。

[算定要件]

- 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。

ただし、急病等で患者またはその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日または夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書等(FAX又は電子メールを含む)で提供した場合は、診療情報提供料(I)を算定できる。

(イ) 地域医療支援病院 (ロ) 救急病院または救急診療所

(ハ) 病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または共同利用型病院



8. 地域包括ケアシステムの推進

(5) かかりつけ医と他の医療機関との連携強化(再掲)

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

(新) 診療情報提供料(Ⅲ): 150点

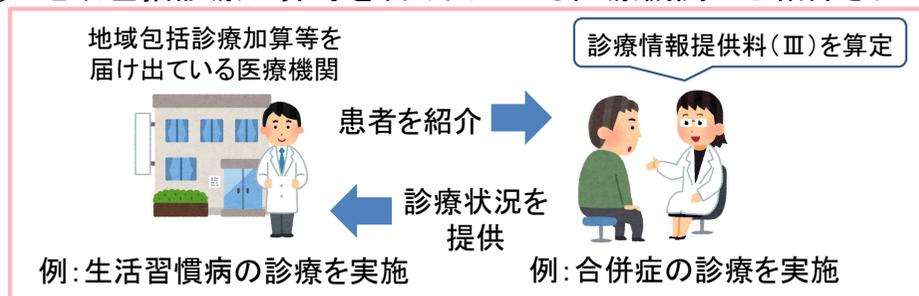
点p180-181, 留p242-243,
施告p811-812, 施通p875, 様p1117

[算定要件]

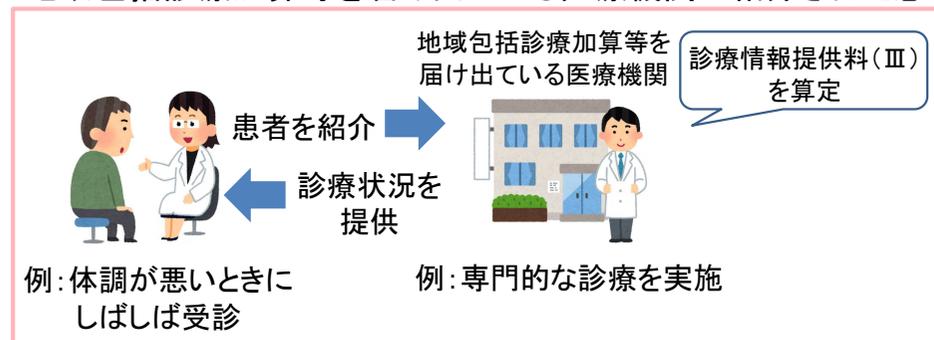
- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

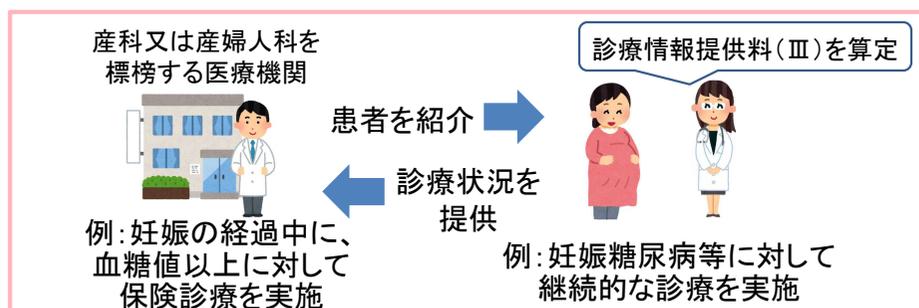
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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



[施設基準]

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

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

8. 地域包括ケアシステムの推進

(6) 入院中の栄養情報の提供に対する評価の新設

点p156-157, 留p193

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

(新) 栄養情報提供加算:50点 [入院栄養食事指導料「注3」]



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める患者に対して、栄養食事指導に加え、退院後の栄養及び食事管理に関する指導とともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。

栄養情報の提供に対する評価の新設



入院医療機関



<入院中の栄養管理に関する情報>

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



在宅担当医療機関等

8. 地域包括ケアシステムの推進

(7) 外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

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

現行	
【外来栄養食事指導料】	
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点



改定後	
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料1	(1) 初回 260点 (2) 2回目以降 200点
ロ 外来栄養食事指導料2	(1) 初回 250点 (2) 2回目以降 190点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 在宅患者訪問栄養食事指導料1	点p156, 留p192
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 在宅患者訪問栄養食事指導料2	点p264, 留p307
イ 単一建物診療患者が1人の場合	510点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	460点
ハイ及びロ以外の場合	420点
【外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件】	
入院中の患者以外の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、 当該保険医療機関以外(日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る)の管理栄養士 が、当該保険医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。	



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション
他の医療機関

8. 地域包括ケアシステムの推進

(8) 入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費に係る帳票等の見直し

通p1064

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

- 電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成し、保管等されている場合、紙での保管は不要とする。
- 栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、**集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外**する。(有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設)
- ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。(有床診療所にあつては、栄養管理実施加算を算定していない施設)

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

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

8. 地域包括ケアシステムの推進

(8) 入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費に係る帳票等の見直し

通p1061, 1065

現行

適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、病床数が概ね500床以上であって、かつ、当該保険医療機関の構造上、厨房から病棟への配膳車の移動にかなりの時間を要するなどの当該保険医療機関の構造上等の特別な理由により、やむを得ず午後6時以降の病棟配膳を厳守すると不都合が生じると認められる場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。また、全ての病棟で速やかに午後6時以降に配膳できる体制を整備するよう指導に努められたい。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。

なお、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。

また、クックチル、クックフリーズ、真空調理(真空パック)法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらしない。

改定後

適時の食事の提供に関しては、実際に病棟で患者に夕食が配膳される時間が、原則として午後6時以降とする。ただし、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。

保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。

なお、上記適温の食事を提供する体制を整えず、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。

また、検査等により配膳時間に患者に配膳できなかった場合等の対応のため適切に衛生管理がされていた食事を電子レンジ等で温めることは、差し支えない。また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。

また、クックチル、クックフリーズ、真空調理(真空パック)法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらしない。

8. 地域包括ケアシステムの推進

(9) 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

点p179, 留p240,

- 医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、周術期等口腔管理を行う医療機関において、**歯科を標榜する別の医療機関に予約をとった上で紹介**した場合の加算(**歯科医療機関連携加算2:100点**)を新設する。

【診療情報提供料(I)】

[算定要件]

注15 医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、**歯科医療機関連携加算2**として**100点**を所定点数に加算する。(新)

(10) 栄養サポートチーム加算の見直し(再掲)

点p66, 留p87, 施告p686, 施通p759

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

現行

[算定可能病棟]

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

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

改定後

[算定可能病棟]

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

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



8. 地域包括ケアシステムの推進

(11) 個別栄養食事管理加算の見直し

点p65, 留p81, 施告p685, 施通p755

- 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)

- 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)

- 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



8. 地域包括ケアシステムの推進

(12) 精神病棟における退院時共同指導の評価

点p182, 留p246-248, 施告p812, 施通p876

- 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師 ○ 精神保健福祉士
1のロ	重点的な支援が必要な患者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医又は医師の指示を受けた保健師又は看護師 ○ 精神保健福祉士
2	1のイ又は1のロの患者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師 ○ 精神保健福祉士

[算定要件]

- 外来又は在宅療養を担う医療機関の多職種チームと入院中の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年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究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。
- 外来又は在宅療養を担当する医療機関の多職種チームのいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、[ビデオ通話が可能な機器](#)を用いて参加することができる。

[施設基準]

- 当該医療機関内に、[専任の精神保健福祉士](#)が1名以上配置されていること。



8. 地域包括ケアシステムの推進

(13) 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

点p474-475, 留p485-486,
施告p824, 施通p914

- 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、初回算定日の属する月から起算して**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、保健師又は看護師及び精神保健福祉士**並びに必要なに応じて薬剤師、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**し、その写しを診療録等に添付する。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]

- ア 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。
- イ 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。



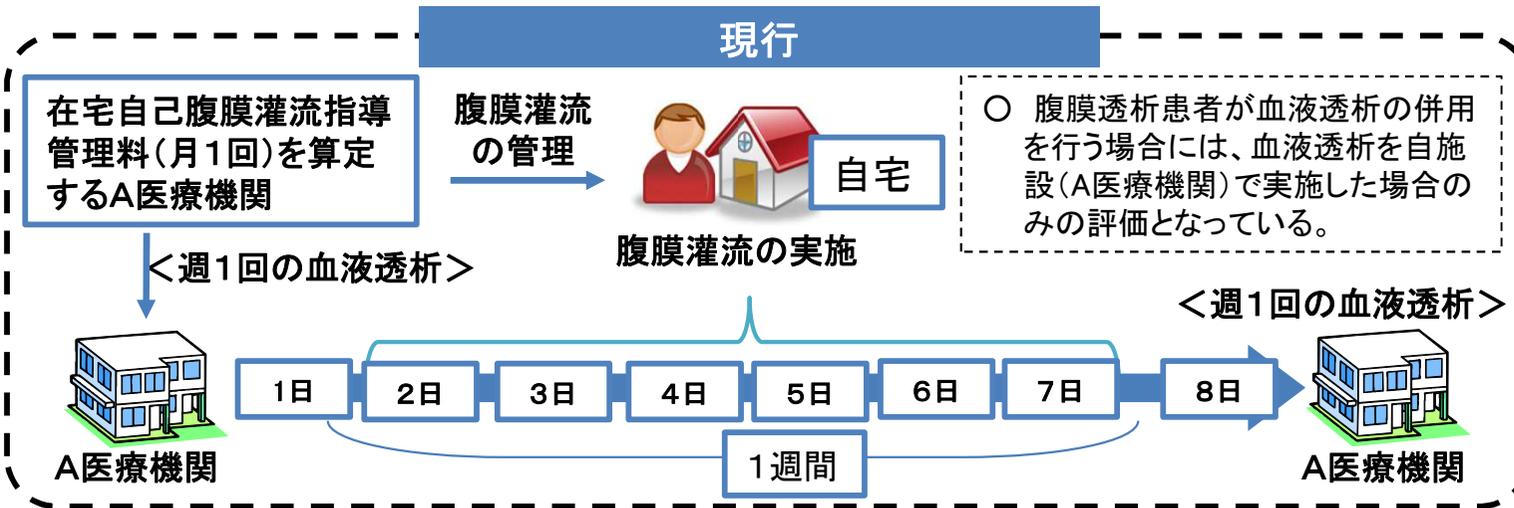
8. 地域包括ケアシステムの推進

(14) 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

点267, 留p316-317

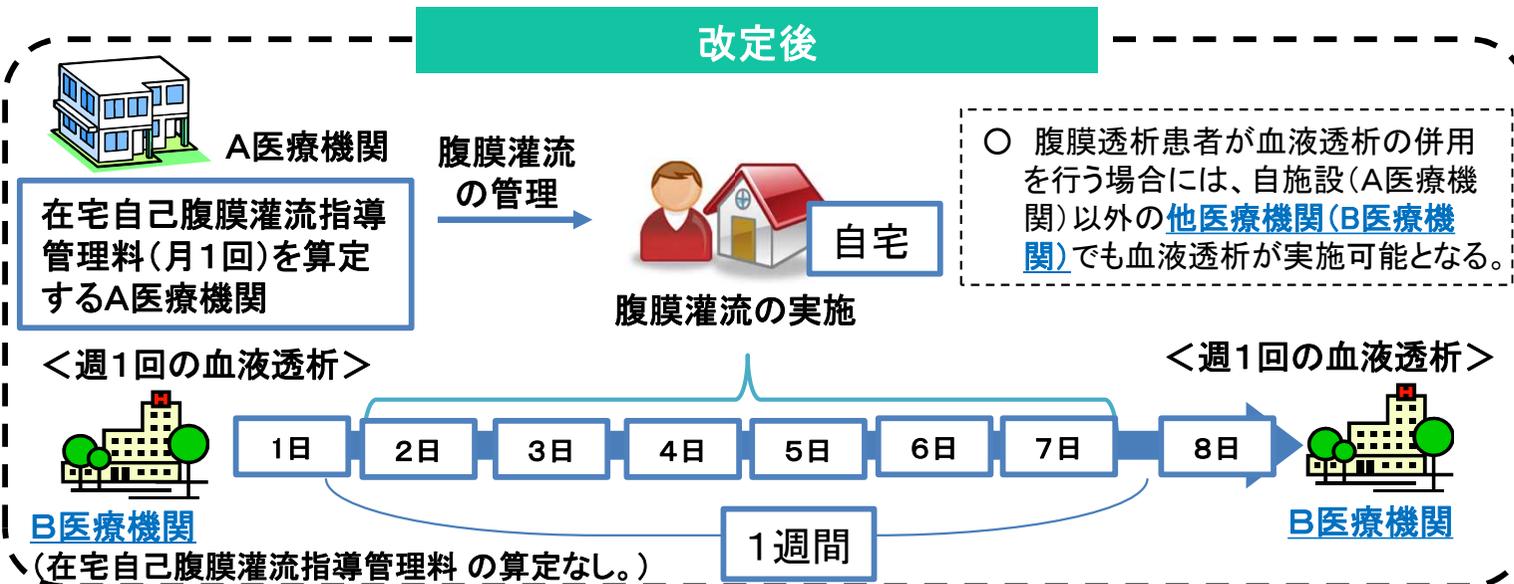
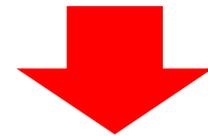
➤ 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

【C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料】



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帯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

[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帯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。

8. 地域包括ケアシステムの推進

(15) 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

点p448, 留p468, 通告p823, 施通p909

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 *
- 専任の常勤薬剤師 *
- 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
- 専任の常勤管理栄養士 *
- 専任の常勤言語聴覚士 *
- 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

9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

◇ 長期投薬を減らす取組(再確認)

留p427,432-433

- 平成28年度改定で、30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、取扱いの明確化を図った〔処方料・処方箋料の通知〕
- ◇ 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬に当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該医療機関の連絡先を患者に周知する。
- ◇ 上記の要件を満たさない場合は、原則として以下のいずれかの対応を行う。
 - 1) 30日以内に再診を行う
 - 2) 200床以上の医療機関は、患者に対して他の医療機関(200床未満の医療機関又は診療所)に文書による紹介を行う旨の申出を行う
 - 3) 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には分割指示処方箋を交付する

[療養担当規則]

第20条 二

- へ 投与量は予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする

※1:麻薬、向精神薬、新薬、※2:アルプラゾラム、エスタゾラム、フェンタニル、モルヒネ塩酸塩等、※3:ジアゼパム、ニトラエパム等

9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(1) 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

(新) 服用薬剤調整支援料2:100点(3月に1回まで)



[算定要件]

複数の医療機関より6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていたものについて、患者若しくはその家族等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行ったときは、3月に1回に限り所定点数を算定する。

9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(2) 入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

点p69, 留p104, 様式1148

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

現行

- 薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点
次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。
(1) 入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方の内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
(2) 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※



改定後

- ①薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点
ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
イ アを踏まえ、多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更又は中止を行う。
ウ カンファレンスにおいて、処方変更の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ 処方変更による病状の悪化等について、多職種で確認する。
②薬剤調整加算(退院時1回) 150点
①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
・退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続と見込まれる場合
・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※



※ クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合

医療機関から薬局に対する情報提供の評価

点p182, 留p246

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

退院時薬剤情報管理指導料

(新) 退院時薬剤情報連携加算: 60点



9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(3) 調剤料、一般名処方加算、調剤技術基本料の見直し(再掲)

➤ 医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算、調剤技術基本料を見直す。

【調剤料】 点p422

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬(1回の処方に係る調剤につき) : 9点 → **11点**
 - ロ 外用薬(1回の処方に係る調剤につき) : 6点 → **8点**
- 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき) : 7点 → **7点**

※ 2以上の診療科で異なる医師が処方した場合はそれぞれの処方につき調剤料を算定できる

【処方箋料 一般名処方加算】 点p425, 留p433-434

- イ 一般名処方加算1 : 6点 → **7点**
- ロ 一般名処方加算2 : 4点 → **5点**

[算定要件]

加算1 : 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合

加算2 : 交付した処方箋に1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合

【調剤技術基本料】 点p425

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 : 42点 → **42点**
- 2 その他の患者に対して投薬を行った場合 : 8点 → **14点**

※ 薬剤師が常時勤務する医療機関で投薬を行った場合に算定する

(4) 後発医薬品使用体制加算の見直し(再掲)

点p67, 留p93-94
施告p688, 施通p765

➤ 医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、加算4(60%以上:22点)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。

- 加算1(85%以上) : 45点 → **47点**
- 加算2(80%以上) : 40点 → **42点**
- 加算3(70%以上) : 35点 → **37点**

※ 医療機関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~~60%以上~~70%以上、80%以上または85%以上であるとともに、入院および外来において後発医薬品の使用を積極的に行っている旨を見やすい場所に掲示している医療機関に入院している患者について、入院中1回に限り、入院初日に算定する

9. 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働取組による医薬品の適正使用の推進

(5) バイオ後続品に係る情報提供の評価

点p267, 留p315
 施告p816,838-839

- ▶ バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

(新) バイオ後続品導入初期加算: 150点(月1回)



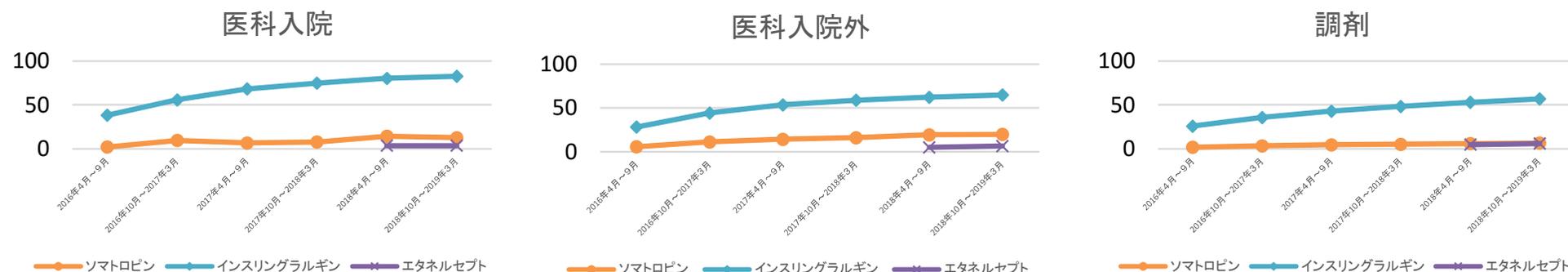
[算定要件]

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

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

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤

(参考) バイオ後続品の使用割合の推移



※バイオ後続品:

- ・販売承認を与えられているバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の医薬品。
- ・「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに掲載されている。

10. 重症化予防の取組

(1) 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

点p267,留p316,328-329
施告p816-817

- 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



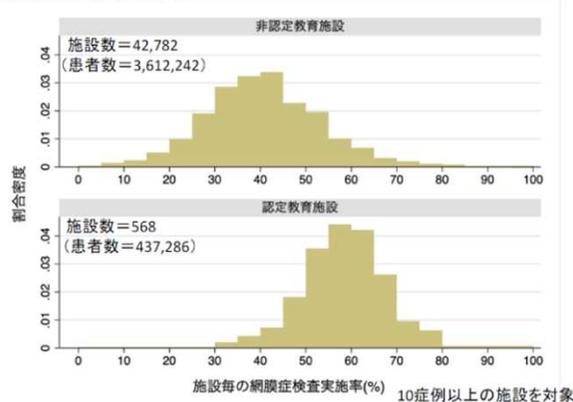
10. 重症化予防の取組

(2) 生活習慣病重症化予防推進に係る要件見直し(再掲)

点p167-168, 留p216-217, 様p1114

- 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病指導管理料について、①糖尿病患者に対して眼科受診勧奨、②療養計画書の記載項目に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

施設毎の網膜症検査実施率の分布
(施設認定有無別)



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。

(3) 健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴う見直し



禁煙

- 健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴い、医療機関においては、原則敷地内禁煙が義務づけられていることから、禁煙を求めている施設基準について要件を見直す。

10. 重症化予防の取組

(4) 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

点p512-513,留p530
 施告p826,施通p924

- 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	
【人工腎臓】	
導入期加算1	300点
導入期加算2	400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



改定後	
【人工腎臓】	
導入期加算1	200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

点p163,留p206-207
 施告p807,施通p864

- 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



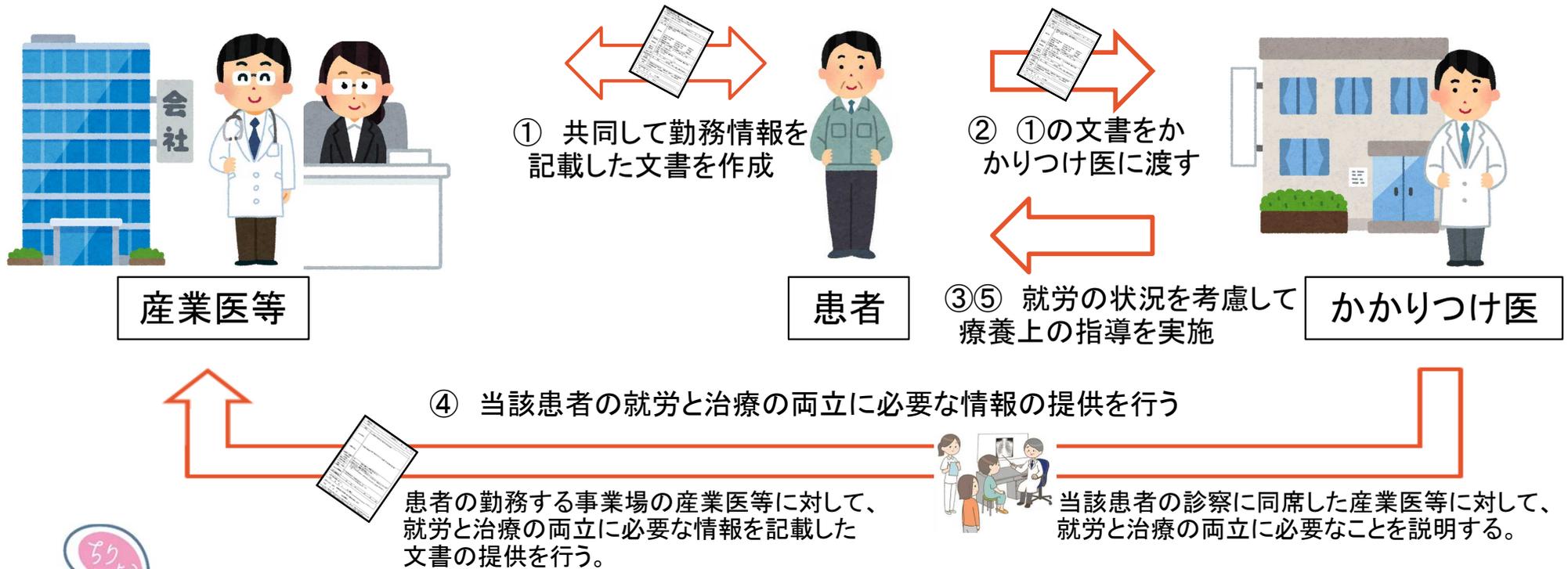
日本腎臓学会
 日本透析医学会
 日本移植学会
 日本臨床腎移植学会
 日本腹膜透析医学会

11. 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

◇ 療養・就労両立支援指導料の見直し①(再掲)

点p171, 留p221-222, 施告p808, 施通p868

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



現行	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



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

11. 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

◇ 療養・就労両立支援指導料の見直し②(再掲)

点p171, 留p221-222, 施告p808, 施通p868

①対象患者及び連携先の拡大

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、以下の見直しを行う。
- ◆ 対象疾患について、悪性新生物の他に、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患、肝疾患(経過が慢性なものに限る)、指定難病その他これに準ずる疾患を追加
- ◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師を追加

②相談支援加算の創設

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

療養・就労両立支援指導料 (新) 相談支援加算 50点

[相談支援加算の算定要件]

当該患者に対して、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

[相談支援加算の施設基準]

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



11. 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

◇ 療養・就労両立支援指導料の見直し③(再掲)

算定の例

①パターン1 (初回算定月の翌月から、2回目の指導を実施した場合)

2回目以降(400点)の点数は
初回算定月から起算して3月を限度に月1回算定

	7月1日	7月15日	8月1日	9月1日	10月1日
初回(800点)		○			
相談支援加算(50点)		○			
2回目以降(400点)			○	○	○
相談支援加算(50点)			○	○	○

②パターン2 (初回算定月と同一月に、2回目の指導を実施した場合)

初回算定月と同一月
2回目以降(400点)の点数は
初回算定月から起算して3月を限度に月1回算定

	7月1日	7月15日	8月1日	9月1日	10月1日
初回(800点)	○				
相談支援加算(50点)	○				
2回目以降(400点)		○	○	○	
相談支援加算(50点)		○	○	○	

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(1) がん拠点病院加算の見直し

点p66, 留p86, 施告p686, 施通p758

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

現行

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

改定後

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

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

現行

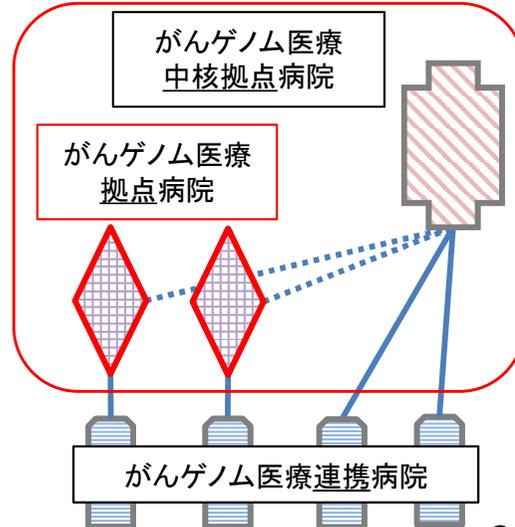
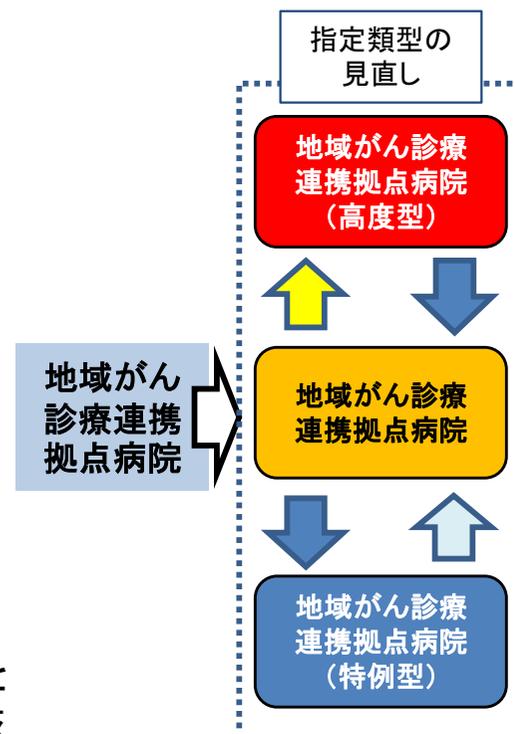
注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。

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

改定後

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

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



12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(2) 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

点p345, 留p381-382
施設p818, 施通p888

- 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

[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



改定後

[算定要件]
区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子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 (月1回)

[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。

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(3) 緩和ケア病棟入院料の見直し

施告p697-698, 施通p792-793

- 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]

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日未満であること。

イ 当該病棟の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。

(イ) 病棟に配置されている緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日

(ロ) 患者が当該病棟に入院した日

ウ 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。

(イ) 他の保険医療機関(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。)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(療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。)への転棟患者

(ハ) 死亡退院の患者

他病棟



改定後

【緩和ケア病棟入院料1】

[施設基準]

次のいずれかに係る届出を行っていること。

- ① 区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算
- ② 区分番号B001・24に掲げる外来緩和ケア管理料
- ③ 区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料

以下のア又はイを満たしていること。

ア 当該病棟直近1年間の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。

(イ) 病棟に配置されている緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日

(ロ) 患者が当該病棟に入院した日

イ 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。

(イ) 他の保険医療機関(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。)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(療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。)への転棟患者

(ハ) 死亡退院の患者

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(4) 緩和ケア診療加算等の見直し

点p65,留p80-81
施告p685,施通p754-755

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

現行

[施設基準(緩和ケア診療加算)]

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

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

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

改定後

[施設基準(緩和ケア診療加算)]

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

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

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

※ 有床診療所緩和ケア診療加算についても同様。

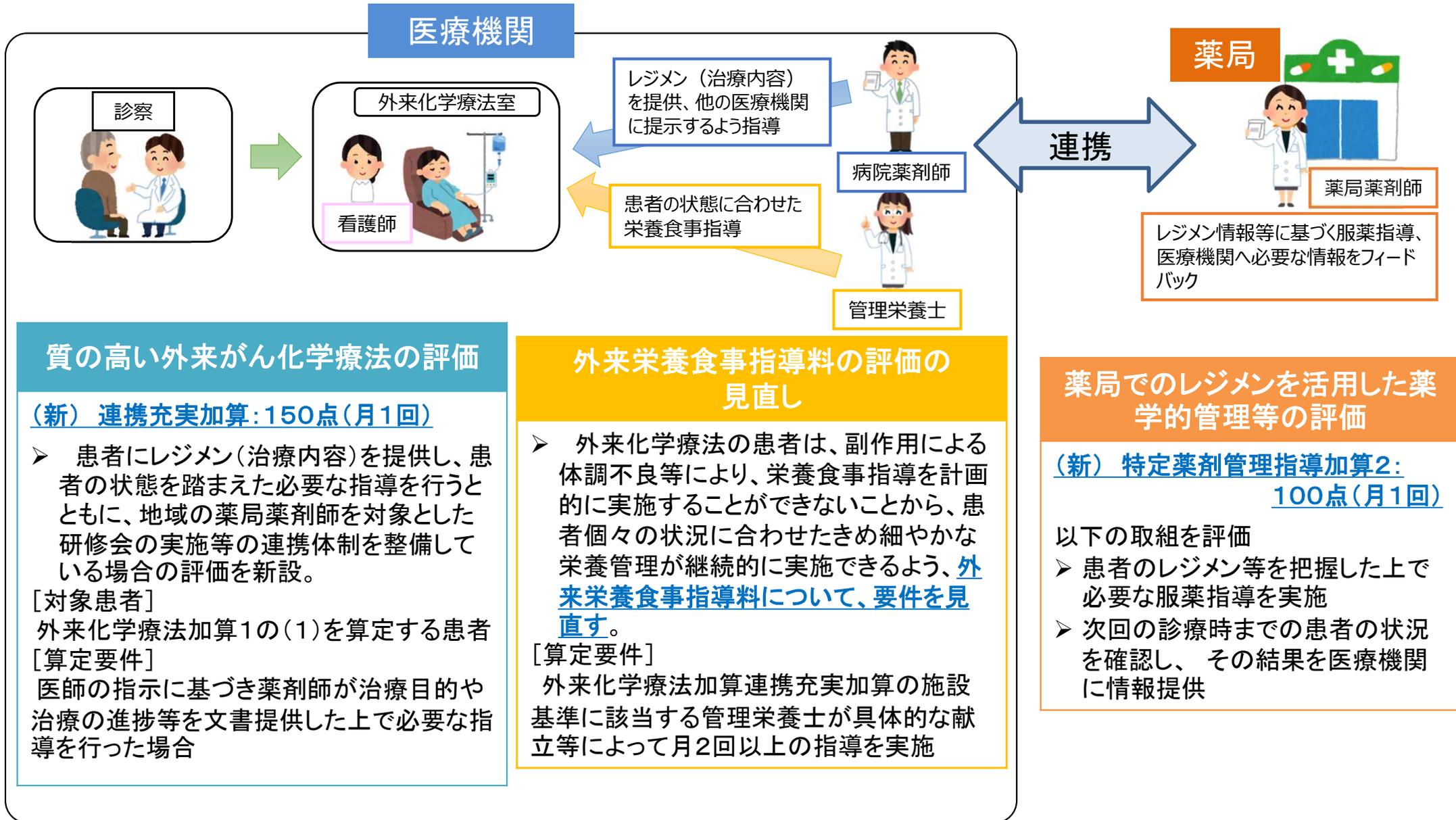
(5) 外来緩和ケア管理料の見直し

点p161,留p202-203
施告p806,施通p861-862

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

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(6) 外来がん化学療法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。

[対象患者]

外来化学療法加算1の(1)を算定する患者

[算定要件]

医師の指示に基づき薬剤師が治療目的や治療の進捗等を文書提供した上で必要な指導を行った場合

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。**

[算定要件]

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回以上の指導を実施

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)

点p436, 留p439-440,
施告p822, 施通p898-899



[算定要件]

- (1) 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が、**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治療の進捗に関する文書を患者に交付**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) 地域の保険医療機関及び保険薬局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**外来化学療法に関わる職員及び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 他の保険医療機関及び保険薬局からの**レジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供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

点p156, 留p191-193
 施告p805-806, 施通p859

- 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

【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)



改定後

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
- ロ 2回目以降
 - (1) **対面で行った場合** 200点
 - (2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[算定要件]

注2 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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき、**当該保険医療機関の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回目の指導時にロの(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。

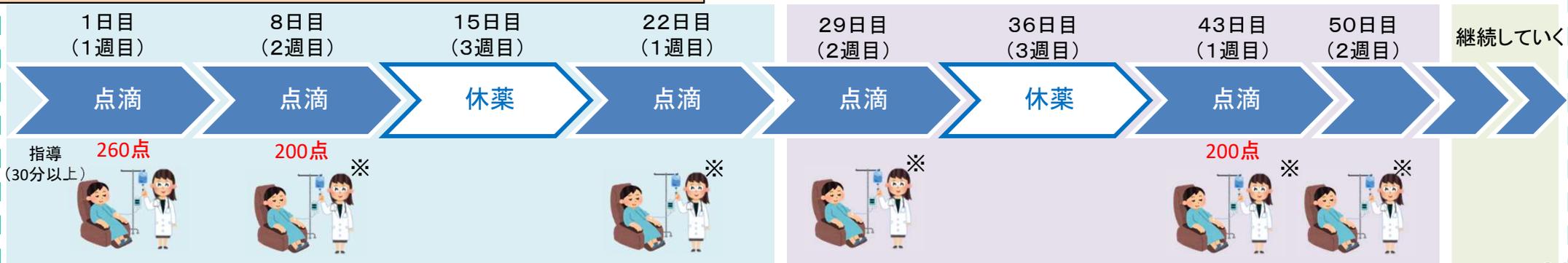
[施設基準]

- (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。



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

※: 指導(時間要件なし)



薬局における対人業務の評価の充実

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

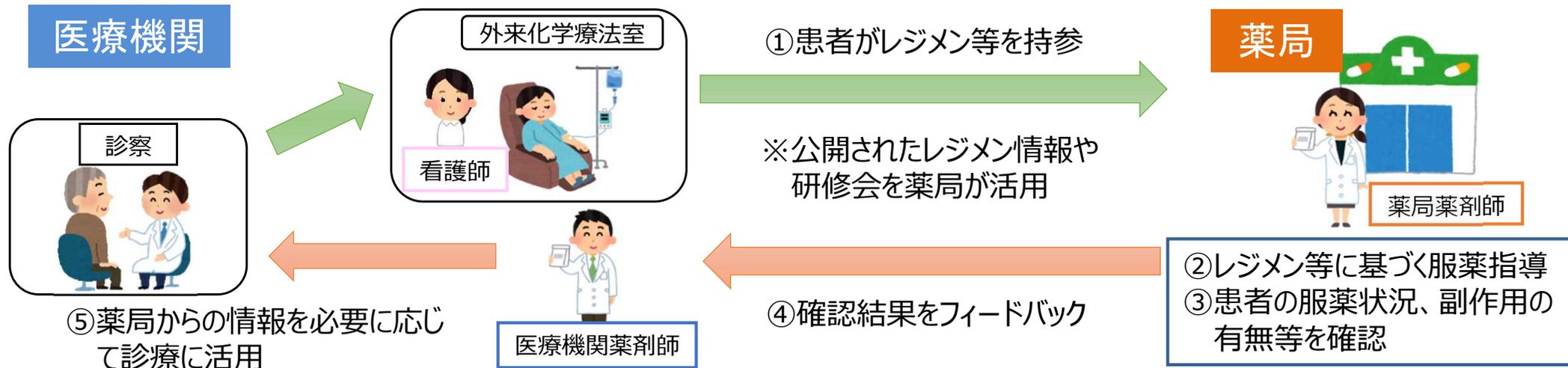
[算定要件]

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。



12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(7) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における、BRCA遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。

検査

- 遺伝性乳がん卵巣がん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に遺伝性乳癌卵巣癌を追加
- 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

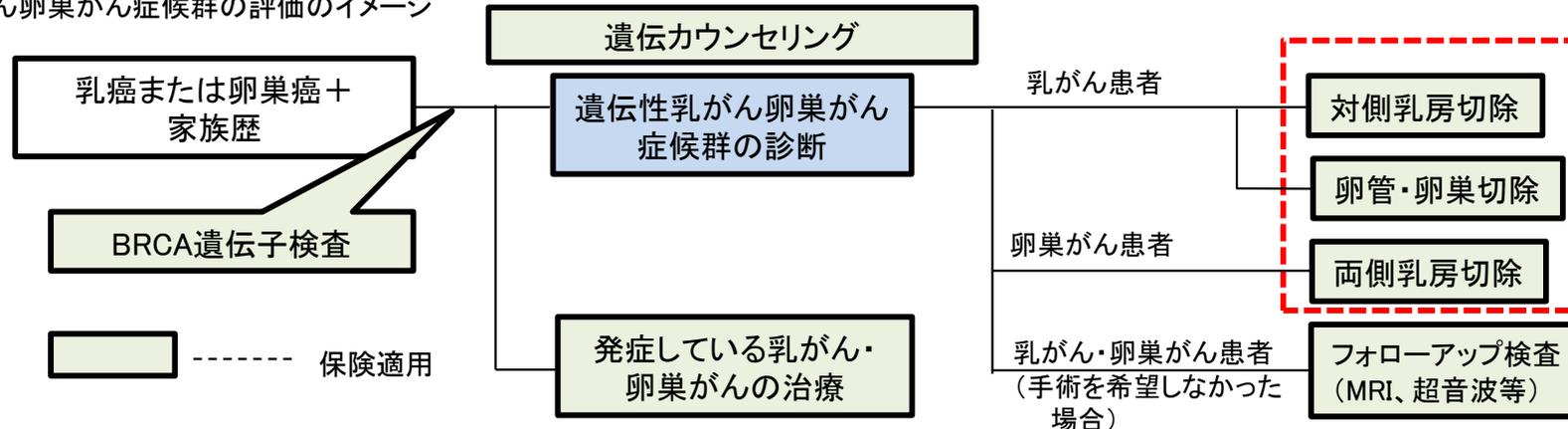
手術

- 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
[主な算定要件]
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、遺伝性乳がん卵巣がん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
[主な算定要件]
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**遺伝性乳がん卵巣がん患者に対して、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。

※遺伝性乳がん卵巣がん症候群の評価のイメージ



遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する治療等の評価

点p339, 留p364-365
 施告p818, 施通p885

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BRC A1／2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。		

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

点p160-161, 留p202,
施告p806, 施通p861

- 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。

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

点p555, 留p594-595
施告p829, 施通p955-956

- 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

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



改定後

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

12. 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

(8) 介護老人保健施設におけるがん診療の充実

施告p834

- 介護老人保健施設において必要ながん診療が提供されるよう、介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬について、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用についても、医療保険による給付対象とする。

13. 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

(1) 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①

- 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。

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

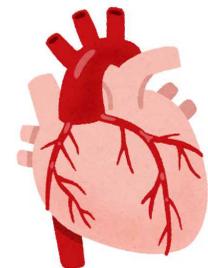
- 適応疾患や目的を確認するため、検査実施の医学的根拠等の記載を要件とする。

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。



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

点p347,留p384

- 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

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



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 1,600点

◇ 冠動脈CT撮影の算定要件の新設

点p405,留p418-419

- 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

【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。



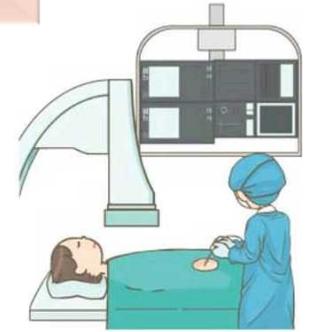
改定後

【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

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

点p572,留p607-609

- 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 その他医学的な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。

13. 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

(2) 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(再掲)

小児の在宅呼吸管理における材料の評価

点p270,留p328

- ▶ 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 (3月に3回に限る。)



[主な算定要件]

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

※ 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

13. 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

(2) 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

点p273,留p333

- 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	<u>1,400点</u>
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	<u>1,000点</u>
3 間歇バルーンカテーテル	<u>1,000点</u>

[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。

13. 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

(3) 人工内耳機器調整に対する評価

点p157-158,留p195-196

- 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ェ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氣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、単なる機種の変更等の場合は算定できない。

13. 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

(4) 認知機能検査等の算定要件の新設

点p352,留p396-397

- ▶ 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。

13. 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

(5) 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

点p339, 施告p663

- 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

点p345, 留p381-382

- 遺伝子関連・染色体検査について新たな評価を行う。

【検体検査判断料】

- 1 尿・糞便等検査判断料: 34点
- 2 **遺伝子関連・染色体検査判断料: 100点(新)**
- 3 血液学的検査判断料: 125点
- 4 生化学的検査(I)判断料: 144点
- 5 生化学的検査(II)判断料: 144点
- 6 免疫学的検査判断料: 144点
- 7 微生物学的検査判断料: 150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(KRT19) mRNA検出、WT1 mRNA、FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子、EGFR遺伝子検査(血漿)、骨髄微小残存病変量測定、BRACA1/2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、JAK2遺伝子検査等

13. 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

(6) 注射の準用に係る規定の創設

留p440

- 革新的な医薬品や医療機器の開発に伴い、特殊な注射手技が出現しうることを踏まえ、注射の準用に係る規定を設ける。

【注射の通則7】

[算定要件]

第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうち最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

(新)

7 第1節に掲げられていない注射のうち、特殊なもの（点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。）の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(1) 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の見直し(再掲)

➤ 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、対象患者を拡大する。

(1) 対象患者: **3歳未満** → **6歳未満**

(2) 院内処方を行わない場合は「1 処方箋を交付する場合(初診時:631点、再診時:438点)」で算定

(3) 施設基準に係る**届出**を求める [小児科外来診療料]

(4) 小児抗菌薬適正使用支援加算(初診時80点)は**月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

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1 処方箋を交付する場合 | [対象患者] |
| イ 初診時:631点 | 当該医療機関を4回以上受診した |
| ロ 再診時:438点 | 未就学児 (6歳以上の患者にあつて |
| 2 処方箋を交付しない場合 | は、6歳未満から小児かかりつけ診療 |
| イ 初診時:748点 | 料を算定しているものに限る) |
| ロ 再診時:556点 | |

小児科外来診療料

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1 処方箋を交付する場合 | [対象患者] |
| イ 初診時:599点 | 6歳未満 のすべての患者 |
| ロ 再診時:406点 | [施設基準] |
| 2 処方箋を交付しない場合 | 施設基準に係る届出 が必要 |
| イ 初診時:716点 | |
| ロ 再診時:524点 | |

小児抗菌薬適正使用支援加算

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であつて、診察の結果、抗菌薬の投与の必要を認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、初診時に、**月1回に限り80点**を所定点数に加算する。

点p166-167, 留p214-215,
施告p808, 施通p867-868, 様p1115

点p163, 留p207-208,
施告p807, 施通p864-865

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(2) 小児運動器疾患指導管理料の見直し(再掲)

点p162, 留p205, 施告p807, 施通p864

➤ 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

[算定要件]

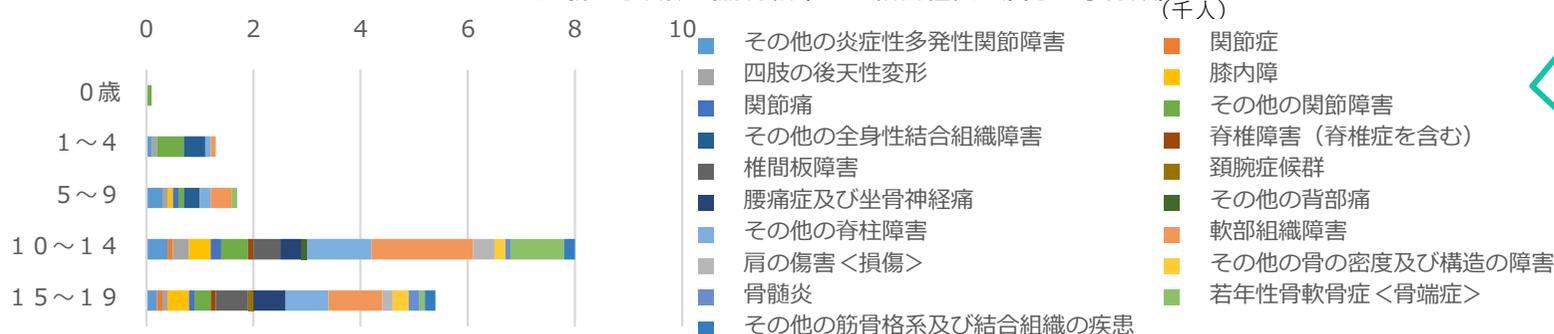
注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

改定後

[算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める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、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、かつ、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。

0～19歳の患者数(筋骨格系及び結合組織の疾患、小分類)



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、器具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(3) 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携(再掲)

点p179, 留p237-239, 様p1121

診療情報提供料(I)の見直し

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

改定後

【診療情報提供料(I)】

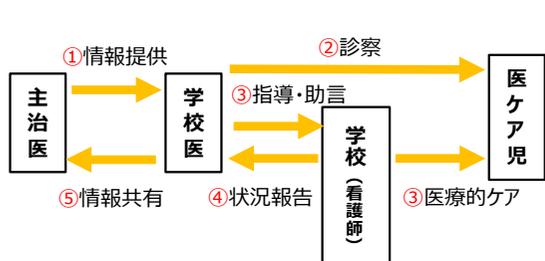
(新設)

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

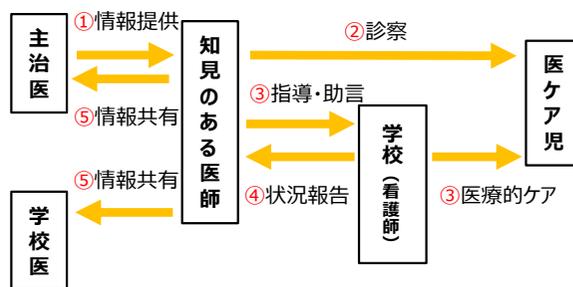


(参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



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

- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
- (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
- (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
- (4) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報を共有⑤
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(4) 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実(再掲)

点p154,留p188,
施告p805

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 <u>医師による場合</u>	
(1) 月の1回目	500点
(2) 月の2回目	400点
ロ <u>公認心理師による場合</u>	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。
 - (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。

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(5) 小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進

点p405,留p417-418

- 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。ガイドラインに沿った診療において、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

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(6) 精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実(再掲)

①ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

点p176-177, 留p231-232,
 施告p811, 施通p873

➤ 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。

	現行	改定後
カンファレンスの参加を 必須 とする職種	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 に応じてカンファレンスに参加する職種	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、ビデオ通話可能な機器を用いて参加可能とする。
4. 市町村等との連携実績にかかる要件を不要とする。

②精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

点p28, 29

➤ 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。

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(7) 妊婦加算の再編(再掲)

- 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、妊婦加算を再編する。

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



産婦人科の主治医

指導内容や今後の治療方針等についての情報提供

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



相談窓口の設置

産婦人科以外の医療機関



研修の実施

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(7) 妊婦加算の再編〔①診療情報提供料(Ⅲ)の創設(再掲)〕

点p180-181, 留p242-243,
施告p811-812, 施通p875, 様p1117

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

(新) 診療情報提供料(Ⅲ): 150点

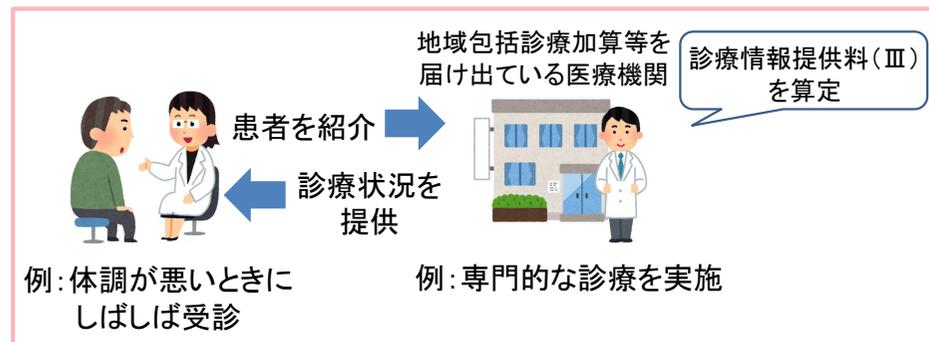
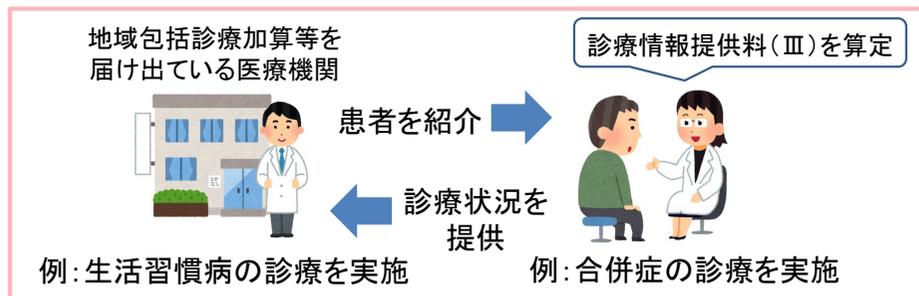
[算定要件]

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

[対象患者]

① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者

③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



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



[施設基準]

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

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

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(7) 妊婦加算の再編[②婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価](再掲)

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

(新) 婦人科特定疾患治療管理料:250点(3月に1回)

点p162-163, 留p206,
 施告p807, 施通p864



[算定要件]

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

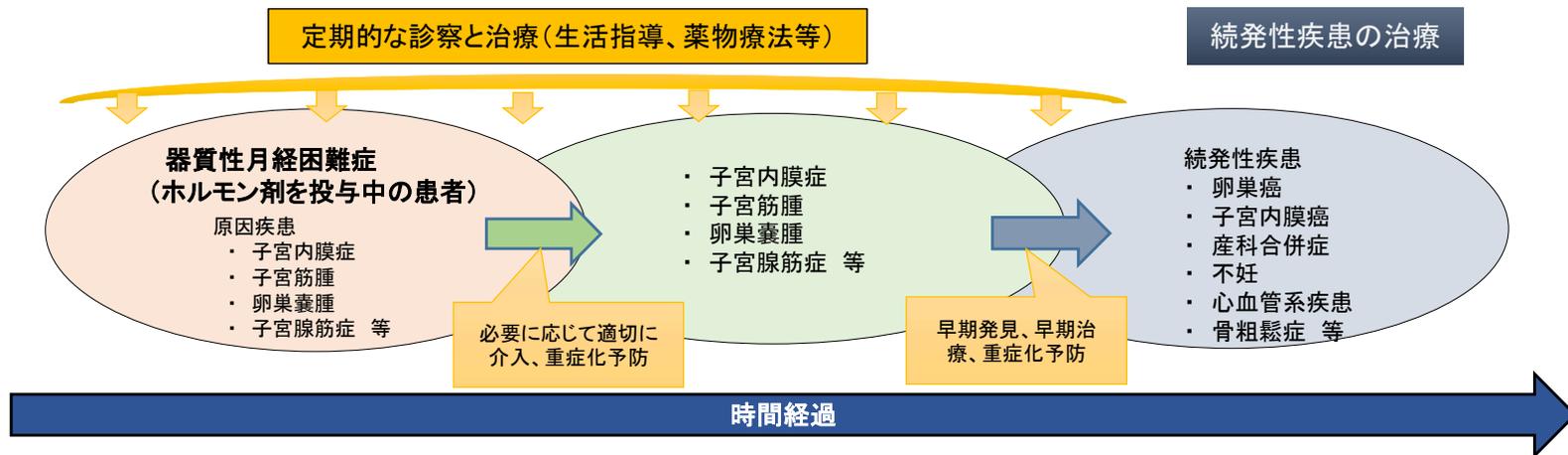
[施設基準]

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

《適切な研修》

- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること
- イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれているもの

定期的な医学管理のイメージ



14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(8) 地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価(再掲)

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

点p70, 留p106, 施告p690, 施通p772-773

(新) 地域医療体制確保加算:520点(入院初日に限る)



[算定要件]

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

[施設基準]

【救急医療に係る実績】

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

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

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

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

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

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



14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(9) 救急医療体制の充実(再掲)

救急搬送看護体制加算の評価区分の新設

点p164, 留p210, 施告p808, 施通p866

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

現行(夜間休日救急搬送医学管理料の加算)

救急搬送看護体制加算 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。



改定後(夜間休日救急搬送医学管理料の加算)

救急搬送看護体制加算1 400点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を複数名配置。

救急搬送看護体制加算2 200点

[施設基準]

- ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上。
- ② 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師を配置。



14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(10) 救急医療管理加算の見直し

点p62, 留p, 71-73
施告p682, 施通p743-744

- 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。

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 **又はその他の重症な状態(コ)** 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。

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
- (新) 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。

- ◆入院時にアからケのいずれの状態に該当するか(加算2の場合は、いずれの状態に準ずるか又はコに該当するか)
- ◆イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果
- ◆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

14. 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

(11) 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

点p62,留p73
施告p682,施通p744

- 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。



15. 感染症対策、薬剤耐性対策の推進

(1) 抗菌薬適正使用支援チームの役割の拡充

点p67,留p88-89
施告p687,施通p762-763

- 抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う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。



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
- ✓ 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

(2) 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し(再掲)

点p163,p167
留p207-208, 214-215

- 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(小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料)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。

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。

なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。



15. 感染症対策、薬剤耐性対策の推進

(3) 中心静脈栄養の適切な管理の推進（再掲）

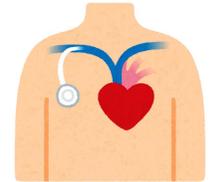
留p443-444,p614,p620

- 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。



施告p670,施通p732

- 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。



施告p704

【経過措置】

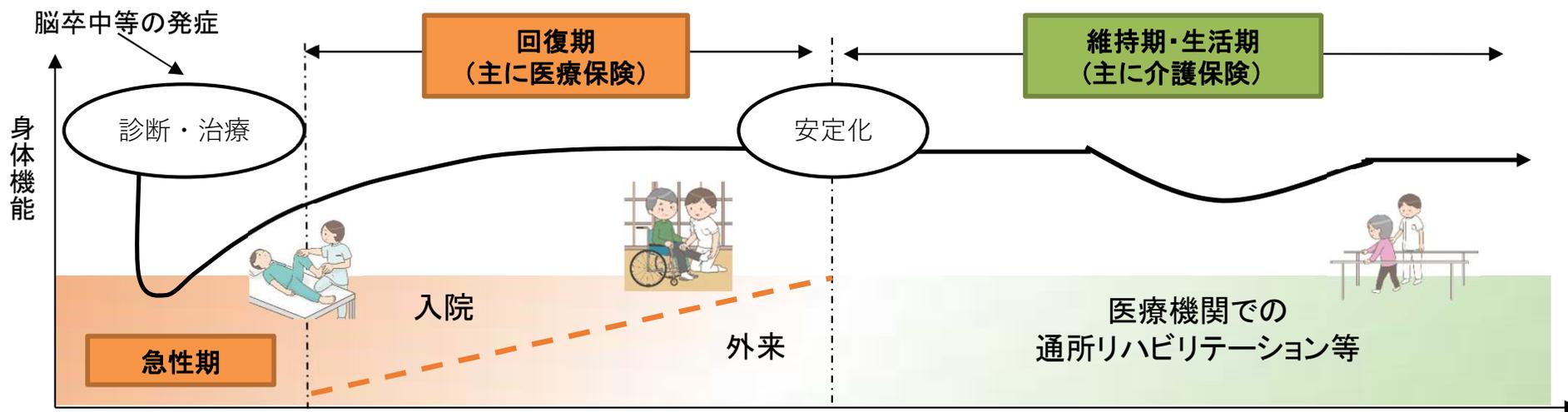
令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。

様式p1181

- 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。

16. リハビリテーション

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

16. リハビリテーション

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し(再掲)

実績要件の見直し

施告p695

✓入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。

- ・入院料1:リハビリテーション実績指数 37 → 40
- ・入院料3:リハビリテーション実績指数 30 → 35

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

留p130

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

入院患者に係る要件の見直し

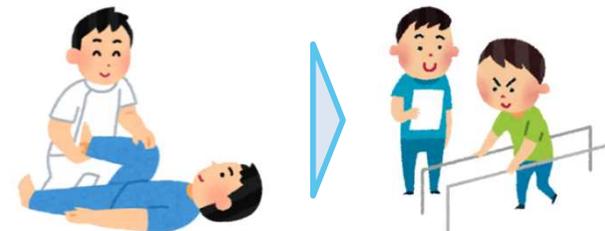
- ✓入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

施設基準の見直し

施告p695

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

効果的なリハビリテーションの提供の推進



入退院時における適切なADLの評価と説明



適切な栄養管理の推進



16. リハビリテーション

(2) 疾患別リハビリテーション料の見直し

留p450-453

➤ 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。

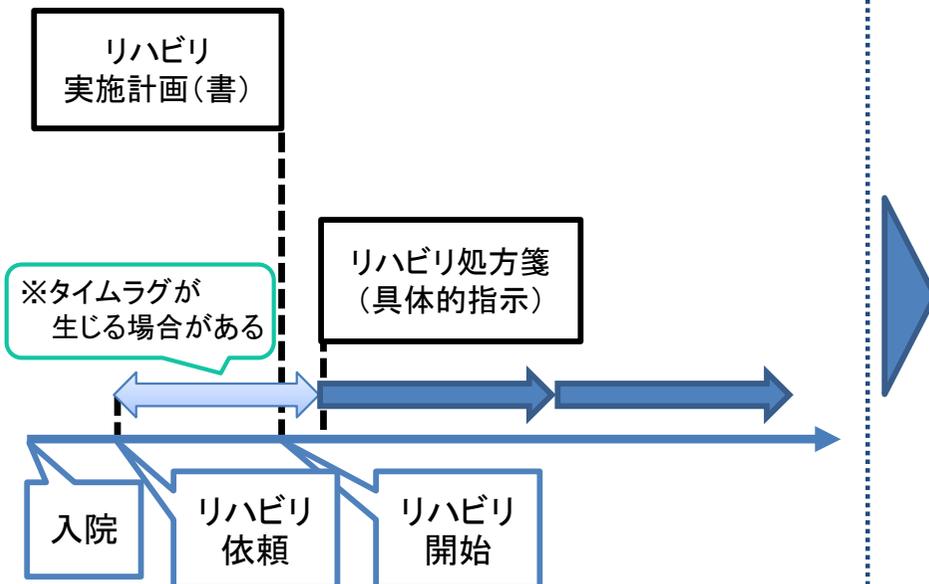
1. 「リハビリテーション実施計画書」の位置づけを明確化する。

- 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。

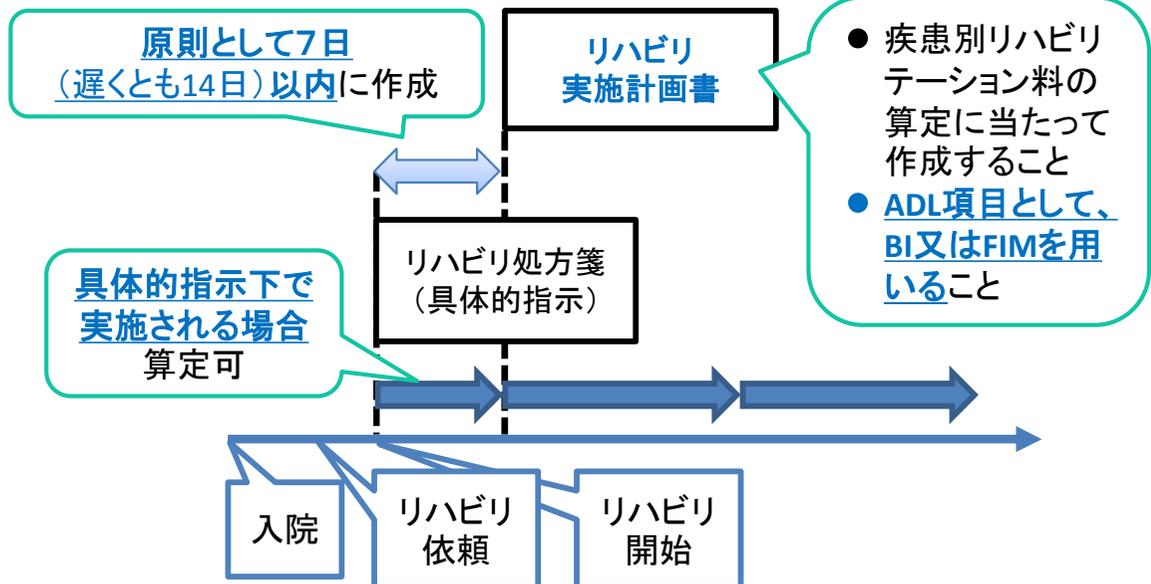
2. リハビリテーション実施計画書の作成は、疾患別リハビリテーションの算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行うこととする。

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。

【現行】



【改定後】



16. リハビリテーション

(3) 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。

留p464

現行

[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であっても、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。



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、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であっても、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。

施告p823,p841
施通p909-910

現行

[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。



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、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。

(4) 脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

施告p823,p840-841
施通p901

- 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)

16. リハビリテーション

(5) 外来リハビリテーション診療料の見直し

点p164-165,留p210-211

- 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推進する観点から、外来リハビリテーションを実施している患者に対して、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察をより実施しやすくするため、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

【外来リハビリテーション診療料】

- 1 外来リハビリテーション診療料:73点
- 2 外来リハビリテーション診療料:110点

[算定要件]

- (7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフ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。

改定後

【外来リハビリテーション診療料】

- 1 外来リハビリテーション診療料:73点
- 2 外来リハビリテーション診療料:110点

[算定要件]

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

(6) 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

留p456-457,
459,461-462

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

【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ※廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料も同様

注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等であるものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位):147点、(Ⅱ)(1単位):120点、(Ⅲ)(1単位):60点

16. リハビリテーション

(7) がん患者リハビリテーション料の見直し

留p471

➤ 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 在宅において、緩和ケア主体で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



【現行】

【がんの種別】

● 食道がん、肺がん 等

● 口腔がん、咽頭がん 等

● 血液腫瘍

×

×

×

【治療方法】

● 全身麻酔による手術

● 放射線治療

● 化学療法
● 造血幹細胞移植

【改定後】

【がんの種別】

がんの種別による規定を削除

【治療方法】

- 手術
- 骨髄抑制を来しうる化学療法
- 放射線治療
- 造血幹細胞移植

を予定又は行われた患者

16. リハビリテーション

(8)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。

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

点p171,留p149

[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つては、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。

改定後

点p449
留p472-473

[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つて、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。

17. 認知症患者に対する適切な医療の評価

点p69,留p101-102
 施告p690,施通p769-771

◇ 認知症ケア加算の見直し①(再掲)

※認知症ケア加算＝認知症患者を対象とし、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床等を除いた入院料に対する加算

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

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



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

イ 14日以内の期間
 ロ 15日以上期間

※ 身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定

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

改定後

[認知症ケア加算2の施設基準]

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



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

現行

[認知症ケア加算2の施設基準]

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



改定後

[認知症ケア加算3の施設基準]

- 認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を3名以上配置

※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行

[認知症ケア加算1の施設基準]

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



改定後

[認知症ケア加算1の施設基準]

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

17. 認知症患者に対する適切な医療の評価

◇ 認知症ケア加算の見直し②(再掲)

〔認知症ケア加算の主な要件等〕

点p69,留p101-102
 施告p690,施通p769-771

		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 <u>160点</u> □ 30点	イ <u>100点</u> □ <u>25点</u>	イ <u>40点</u> □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
主な施設基準	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟巡回（週1回以上） ・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	—
	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 <u>3年</u> 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 <u>3年</u> 又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2	—
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講（全ての病棟に、加算2・3と同様の9時間以上の研修又は院内研修を受けた看護師を1名以上配置が望ましい）	全ての病棟に、9時間以上の研修を受けた看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームが認知症ケアに関するマニュアルを作成し、周知・活用	専任の医師又は看護師を中心に認知症ケアに関するマニュアルを作成し、周知・活用	認知症ケアに関するマニュアルを作成し、周知・活用
院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	

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

※2 認知症ケア加算1・2の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

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

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

入院医療

外来・在宅医療

質の高い入院医療の評価

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

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援に対する評価

入院中の保険医療機関

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

退院後の外来又は在宅医療を担当する保険医療機関

- (新)
- 精神科退院時共同指導料2

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

継続支援

多職種による継続的な相談支援に対する評価

- (新)
- 通院精神療法療養生活環境整備指導加算

精神病棟における地域移行の推進

- 地域移行機能強化病棟の継続
- 精神科救急入院料の明確化

適切な精神科在宅医療の推進

- 精神科在宅患者支援管理料の見直し

精神疾患を有するハイリスク妊産婦に対する支援の充実

- ハイリスク分娩管理加算の対象病棟の拡大

- ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

個別疾患に対する治療・支援の充実

依存症に対する治療の充実

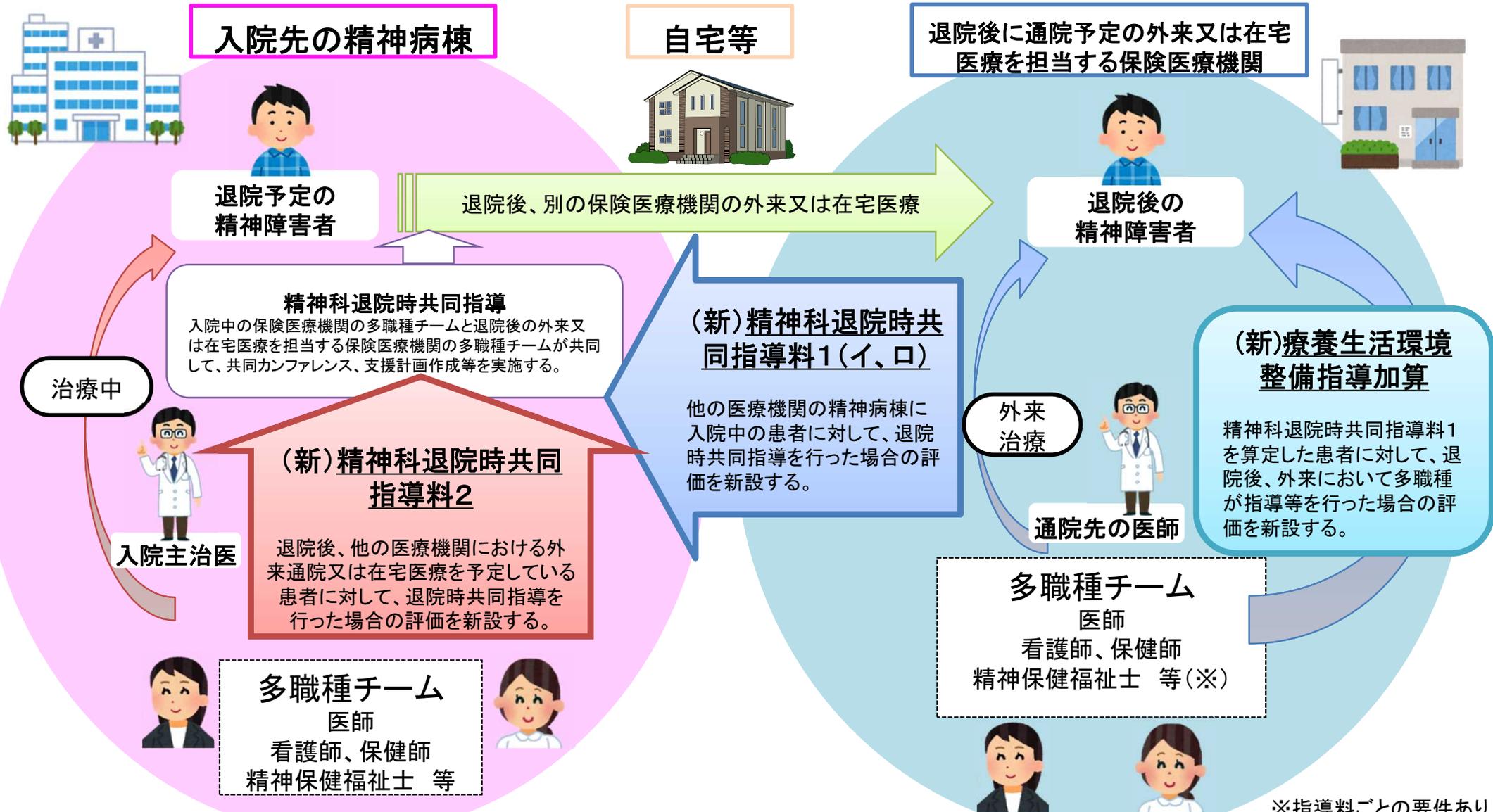
- 依存症集団療法
- (新) ギャンブル依存症の集団療法プログラムに対する評価

発達障害に対する支援の充実

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

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- 精神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

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(1) 精神病棟における退院時共同指導の評価(再掲)

点p182, 留p246-248, 施告p812, 施通p876

- 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重点的な支援が必要な患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1のイ又は1のロの患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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[一名以上](#)配置されていること。



18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(2) 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(再掲)

点p474-475, 留p485-486,
施告p824, 施通p914

- 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**精神科又は心療内科の医師、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]

- ア 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。
- イ 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。



18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(3) 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

点p479-480, 留p505-508,
 施告p825, 施通p919-920

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	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			
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

※ 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。

[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。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(3) 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

点p479-480, 留p505-508,
 施告p825, 施通p919-920

精神科在宅患者支援管理料の見直し ②

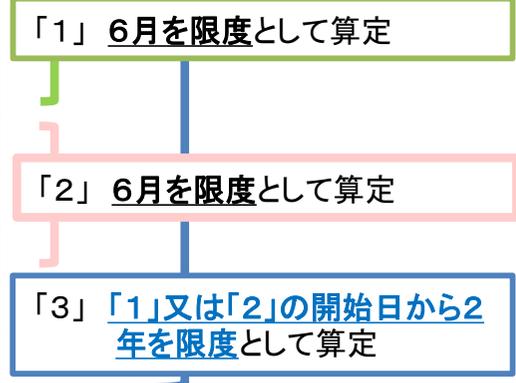
- 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」については、6月を限度として算定できることとし、「3」については、「1」又は「2」の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として算定出来ることとする。

「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」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	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	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室に会すること	必要に応じて実施 ビデオ通話による参加可	2月に1回以上 ※ 初回は関係者全員が一室に会すること	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。380

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(4) 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

施告p702, 施通p802-803

- 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－(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の際には、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－(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。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(5) 精神病棟における質の高い医療の評価

➤ 精神病棟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。

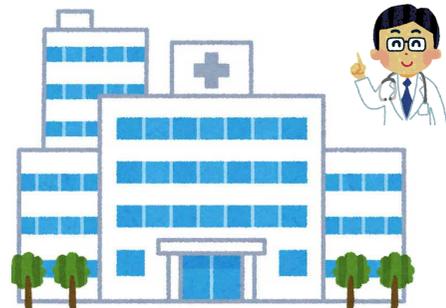


1. クロザピンの普及促進

- ・ 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って、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。



クロザピン

治療抵抗性統合失調症に効果がある唯一の治療薬

地域移行・地域定着支援

LAI

服薬アドヒアランスの向上
再入院率の低下

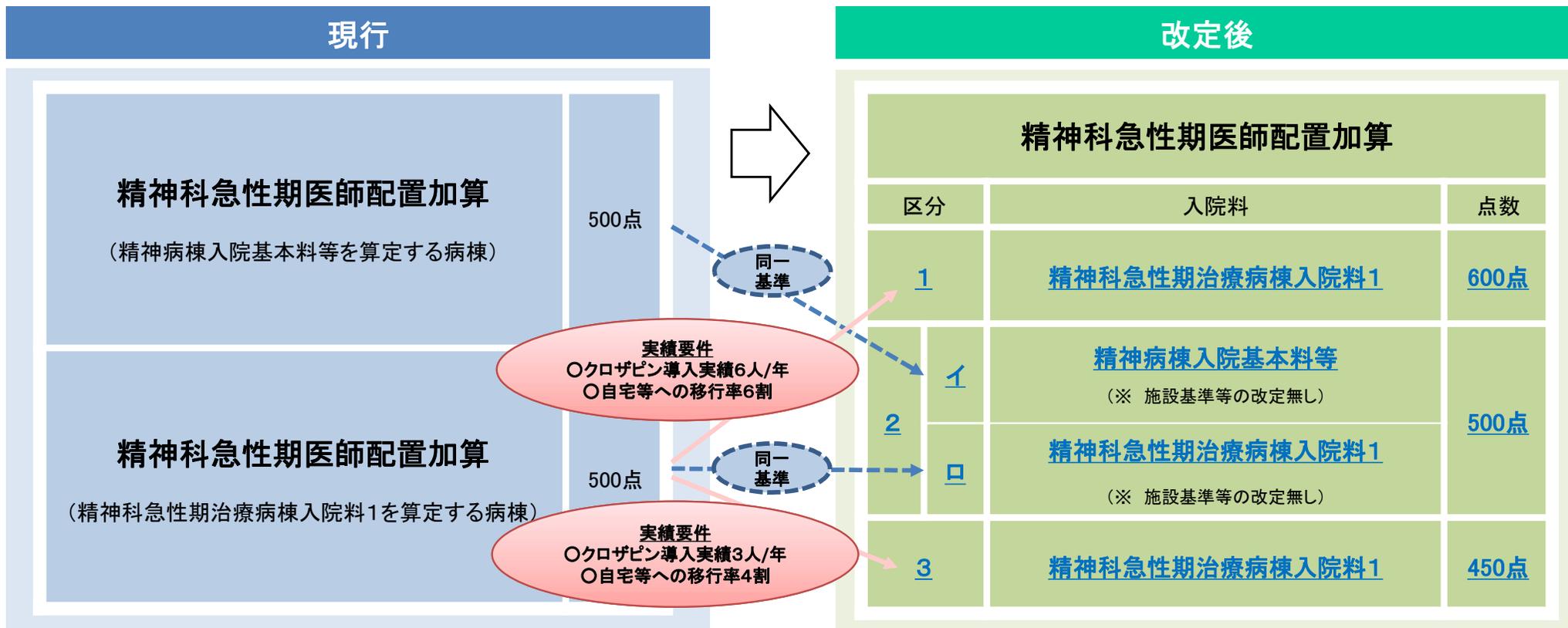


18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

◇ 精神科救急医師配置加算の見直し

点p69, 留p103-104, 施告p690, 施通p771-772

- 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。



[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の口	6割	—
3	4割	クロザピン新規導入患者 3人/年

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

◇ 精神科急性期病棟におけるクロザピンの普及促進

- クロザピンの普及を推進する観点から、クロザピンの新規導入を目的とする場合は、当該保険医療機関の他の病棟から転棟する患者であっても、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		改定後	
精神科救急入院料 <small>現行、転棟患者は対象外</small>	対象患者 [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	精神科救急入院料(※1) <small>新設</small>	対象患者 <small>留p136</small> [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)
急性期治療病棟入院料 <small>現行、急性増悪以外の転棟患者は対象外</small>	対象患者 [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	急性期治療病棟入院料 <small>新設</small>	対象患者 <small>留p138</small> [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。** 留 p139 -140

- 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。 施通p771-772, 793-796

現行	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、鑑定入院患者及び医療観察法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。 <small>※ 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</small>

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(6) 精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実(再掲)

①ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

点p176-177, 留p231-232,
 施告p811, 施通p873

➤ 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。

	現行	改定後
カンファレンスの参加を 必須 とする職種	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 に応じてカンファレンスに参加する職種	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神保健福祉士 ○ 社会福祉士 ○ 公認心理師 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、ビデオ通話可能な機器を用いて参加可能とする。
4. 市町村等との連携実績にかかる要件を不要とする。

②精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

点p28, 29

➤ 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。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(7) 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

点p154,留p188,
施告p805

- 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 <u>医師による場合</u>	
(1) 月の1回目	500点
(2) 月の2回目	400点
ロ <u>公認心理師による場合</u>	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。
 - (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。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(8) 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

〔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り。)

改定後

〔施設基準〕 【別表第五の一の四】

施告p707

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り。)
- **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り。)**

施告p707

※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

【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

改定後

点p479,留p504

施告p825,施通p919

【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。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(9) 精神科救急入院料の見直し

点p117, 留p136-138
施告p698,710,施通p793-794,

- 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。

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。)

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。

- 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

(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。

改定後

(13)当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が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。

18. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(10) 精神科身体合併症管理加算の見直し

点p66,留p83-84
施告p686,709-710,施通p756-757

- 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】
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。

[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】
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。

[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条第1項に規定する指定難病の患者(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。))

(11) 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

留p118

- 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(心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器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. 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

(12) ギャンブル依存症に対する治療の評価

点p475,留p490-491
 施告p825,施通p915

➤ 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。

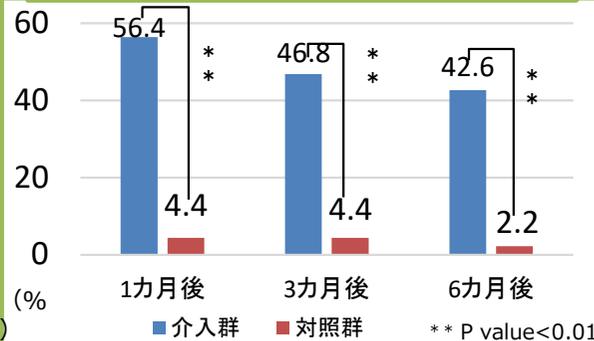
[施設基準]

- (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。

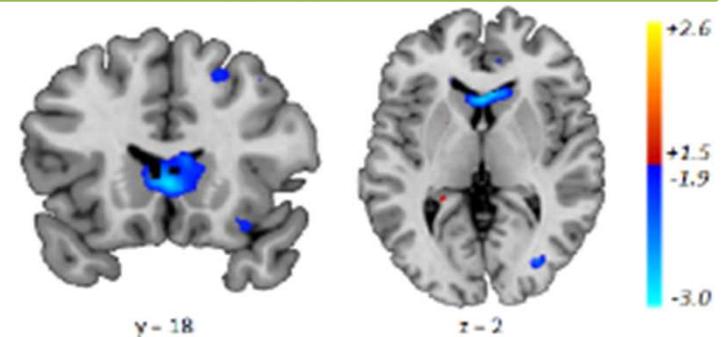
標準的治療プログラムのトピック

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渴望
第4回 生活の再建・代替行動 (ギャンブルの代わりにする行動)
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. 難病患者に対する適切な医療の評価

◇ 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価①

点p339,留p362-363
施告p817-818,施通p885

- 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

【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



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
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

19. 難病患者に対する適切な医療の評価

◇ 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価②

点p339,留p362-363
 施告p817-818,施通p885

[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受容体関連関連周期性症候群 、 中條一西村症候群 、 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、ロスモンド・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 、 コストロ症候群 、 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・シリシス症候群 、 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

20. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

◇ 一般名処方加算の見直し(再掲)

点p425, 留p433-434

- 新一般名での処方を推進するため、処方箋料の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	<u>7点</u>
一般名処方加算2	<u>5点</u>

[算定要件]

- 加算1: 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品がある全ての医薬品(2品目以上)が一般名処方されている場合
 加算2: 交付した処方箋に1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合

◇ 後発医薬品使用体制加算の見直し(再掲)

点p67, 留p93-94
 施告p688, 施通p765

- 医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、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)	<u>47点</u>
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	<u>42点</u>
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	<u>37点</u>
<u>(削除)</u>	

20. 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

◇ バイオ後続品に係る情報提供の評価(再掲)

点p267, 留p315
 施告p816,838-839

- ▶ バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

(新) バイオ後続品導入初期加算:150点(月1回)

[算定要件]

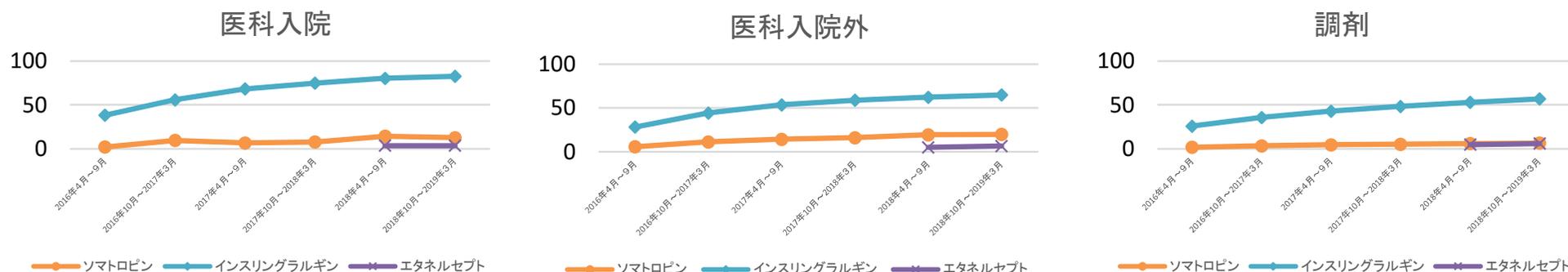
- ◇ バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、**当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。**



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

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤

(参考)バイオ後続品の使用割合の推移



※バイオ後続品:

- ・販売承認を与えられているバイオテクノロジー応用医薬品と同等/同質の医薬品。
- ・「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに掲載されている。

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(1) 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進(再掲)

留p36-38

- ポジトロン断層撮影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の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

[入院料の減額が緩和される従来の点数項目]

区分番号M001:体外照射 3 強度変調放射線治療(IMRT)

区分番号M001-2:ガンマナイフによる定位放射線治療

区分番号M001-3:直線加速器による放射線治療 1 定位放射線治療の場合

区分番号M001-4:粒子線治療

【今回追加される点数項目】

医療区分E101:シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

医療区分E101-2:ポジトロン断層撮影

医療区分E101-3:ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

医療区分E101-4:ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

医療区分E101-5:乳房用ポジトロン断層撮影

【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

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から 40% 減額

入院料から 35% 減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から 20% 減額

入院料から 15% 減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から 10% 減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(2) 小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進(再掲)

点p405,留p417-418

- 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。ガイドラインに沿った診療において、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

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(3) 超音波検査の評価の見直し(再掲)

点p348, 留p385

- 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報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。
- 胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査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する。
- 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。
- 超音波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、パルスドプラ加算について評価を見直す。

現行

【超音波検査】

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

パルスドプラ法加算:200点



改定後

【超音波検査】

2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)

イ 訪問診療時に行った場合: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

パルスドプラ法加算:150点

[新たな算定要件]

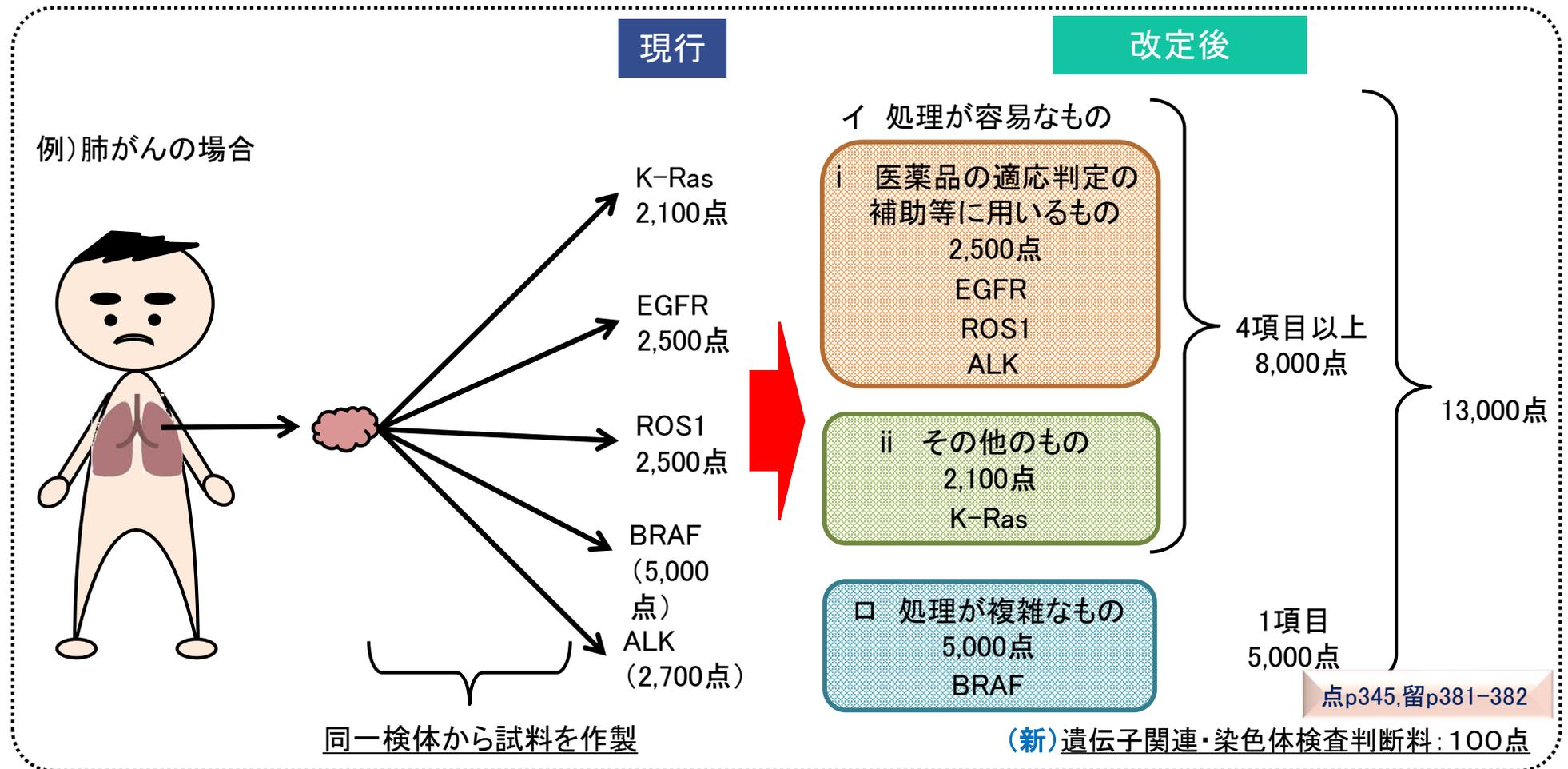
- ◇ 超音波検査(胎児心エコー法を除く)を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等の検査で得られた結果を文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- ◇ 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等の検査で得られた結果を文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。
- ◇ 断層撮影法「ロ」の「(1)胸腹部」を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、そのすべてを記載すること。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(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化器) イ 腎・泌尿器領域(腎臓・膀胱・尿管・前立腺)
 - ウ 女性生殖器領域(卵巣・卵管・子宮) 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

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(4) 悪性腫瘍遺伝子検査の評価体系の見直し

点p338,留p360-361

- 悪性腫瘍の遺伝子検査について、個別の遺伝子検査ごとでなく、臨床的な位置付けや検査技術に応じて類型化した評価体系とし、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。
- 同一がん種に対して同時に実施する可能性がある遺伝子検査の項目数が増加していることを踏まえ、複数遺伝子検査に係る運用について、項目数を充実させる。



21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(5) 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

点p511,留p521-522
関係p1056

- 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週3回に限り算定可能とする。

【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

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(6) 人工腎臓に係る評価の見直し

点p513-514,留p528-531
 施告p826,842,施通p924

- 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

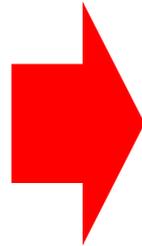
	場合1	場合2	場合3
4時間未満	1,980点	1,940点	1,900点
4時間以上 5時間未満	2,140点	2,100点	2,055点
5時間以上	2,275点	2,230点	2,185点

[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-PH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-PH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

留p197

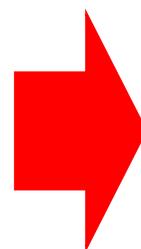
- 慢性維持透析患者外来医学管理料における二次性副甲状腺機能亢進症の検査を、エテルカルセチド及びエボカルセトにも対応した要件に見直す。

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(7) バスキュラーアクセスに係る手術の評価の適正化

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

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

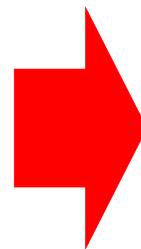


改定後	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 <u>内シャント造設術</u>	
イ 単純なもの	12,080点
ロ 静脈転位を伴うもの	15,300点
2 その他のもの	7,760点
<u>(削除)</u>	
<u>(削除)(末梢動静脈瘻造設術 1イ へ)</u>	

点p576,留p613

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

現行	
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	18,080点



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

点p576,留p614

[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。)

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(8) 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

点p513,留p531-532

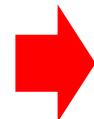
- 腎不全以外の患者に対する血液浄化療法を適正に実施するため、持続緩徐式血液濾過について要件を見直す。

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

点p513,留p535-536

- 吸着式血液浄化法について、エンド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**の患者にあつては、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**の患者にあつては、エンド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つて、**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。

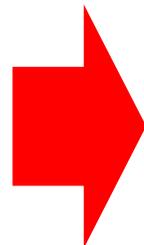
21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(9) 下肢静脈瘤に対する手術の評価の適正化

点p576,留p614

- 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】	<u>10,200点</u>
【下肢静脈瘤血管内焼灼術】	<u>10,200点</u>

[算定要件]

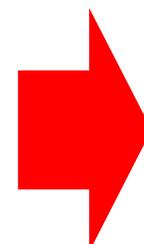
- ・下肢静脈瘤血管内焼灼術の実施に当たっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

(10) 網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止

点p351,留p395
経過措置p663

- 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	
<u>(削除)</u>	

※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。

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(11) 膝全摘後の患者に対する血糖管理の充実

点p270-271

- 血糖自己測定器加算について、月90回以上測定する場合及び月120回以上測定する場合の対象患者に、膝全摘後の患者を追加する。

改定後

【血糖自己測定器加算】

- 5 月90回以上測定する場合:1,170点
6 月120回以上測定する場合:1,490点

[算定要件]

注2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数を算定する。

- イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者(1型糖尿病の患者又は膝全摘後の患者に限る。)
ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者
ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)

(12) 注射の準用に係る規定の創設(再掲)

留p440

- 革新的な医薬品や医療機器の開発に伴い、特殊な注射手技が出現しうることを踏まえ、注射の準用に係る規定を設ける。

【注射の通則7】

[算定要件]

第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

(新)

7 第1節に掲げられていない注射のうち、特殊なもの(点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。)の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(12) 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価

➤ 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。

Dダイマー	137点
フェリチン半定量、フェリチン定量	111点
KL-6	117点
血液ガス分析	140点
血液化学検査 10項目以上	112点
甲状腺刺激ホルモン(TSH)	107点
前立腺特異抗原(PSA)	130点
A群β溶連菌迅速試験定性	130点
インフルエンザウイルス抗原定性	143点

133点	点p338
108点	点p340
114点	
139点	
109点	
104点	
127点	点p341
127点	点p342
139点	



➤ 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。

例) Bence Jones蛋白定性(尿)、動物使用検査、アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)

(13) 市場が拡大した場合の評価の見直し

➤ 医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組みを設ける。

(1) 新規掲載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更に当たって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、掲載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、評価の見直しを検討する基準を併せて審議し、個々の技術に応じた基準を設定することとする。なお、既に掲載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、**掲載時の市場規模予測の2倍以上という基準**を設定する。

(2) 設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、評価の見直しの妥当性について検討することとし、妥当性が認められたものについて、中医協において具体的な見直しを検討することとする。

21. 医薬品、医療機器、検査等の適正評価

(14) 義肢装具採型法・採寸法の見直し

点p517,留p549-550

- 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。



22. 透析医療に係る診療報酬の見直し

(1) 人工腎臓及びバスキュラーアクセスに係る評価の見直し(再掲)

点p513-514,留p528-531
 施告p826,842,施通p924

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1※	
4時間未満	1,980点
4時間以上 5時間未満	2,140点
5時間以上	2,275点
[施設基準] ・別に規定する注射薬 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1※	
4時間未満	別に定める患者の場合 1,924点 それ以外の場合 1,798点
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合 2,084点 それ以外の場合 1,958点
5時間以上	別に定める患者の場合 2,219点 それ以外の場合 2,093点
[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	

※ 施設の効率性を踏まえ、「慢性維持透析を行った場合2」もしくは「慢性維持透析を行った場合3」として評価される場合についても、「慢性維持透析を行った場合1」と同様の対応を実施。

バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

点p576,留p613-614

➤ 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。

現行	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 静脈転位を伴うもの	21,300点
【内シャント又は外シャント設置術】	18,080点
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	18,080点

改定後	
【末梢動静脈瘻造設術】	
1 内シャント造設術	
イ 単純なもの	12,080点
ロ 静脈転位を伴うもの (削除) (末梢動静脈瘻造設術 1イ へ)	15,030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



22. 透析医療に係る診療報酬の見直し

(2) 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価(再掲)

点p512-513,留p530
 施告p826,施通p924

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

点p163,留p206-207
 施告p807,施通p864

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



日本腎臓学会
 日本透析医学会
 日本移植学会
 日本臨床腎移植学会
 日本腹膜透析医学会

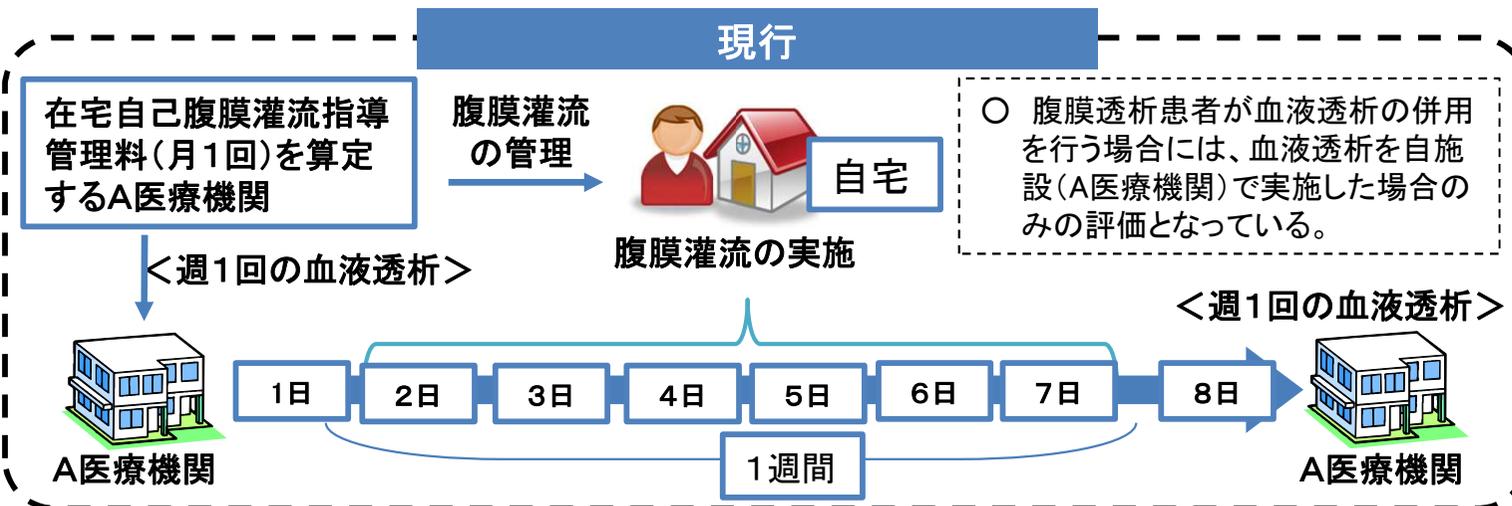
22. 透析医療に係る診療報酬の見直し

(3) 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件見直し(再掲)

留p317

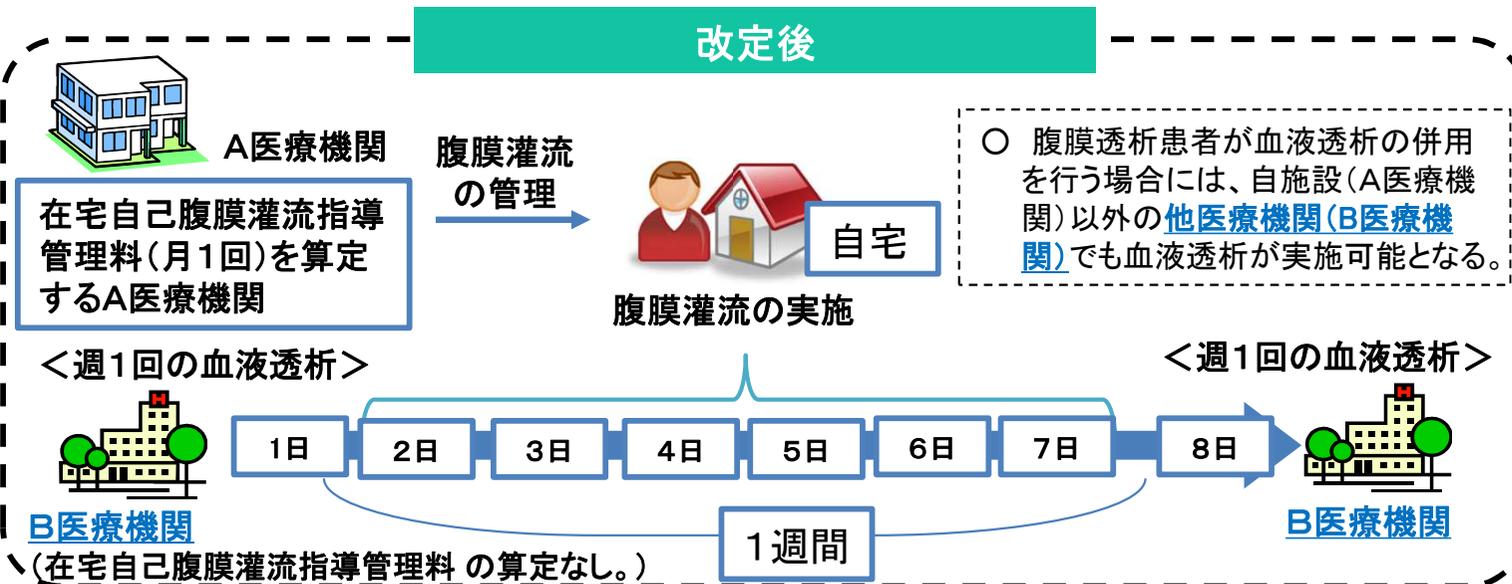
- 腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

【C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料】



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帯式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。



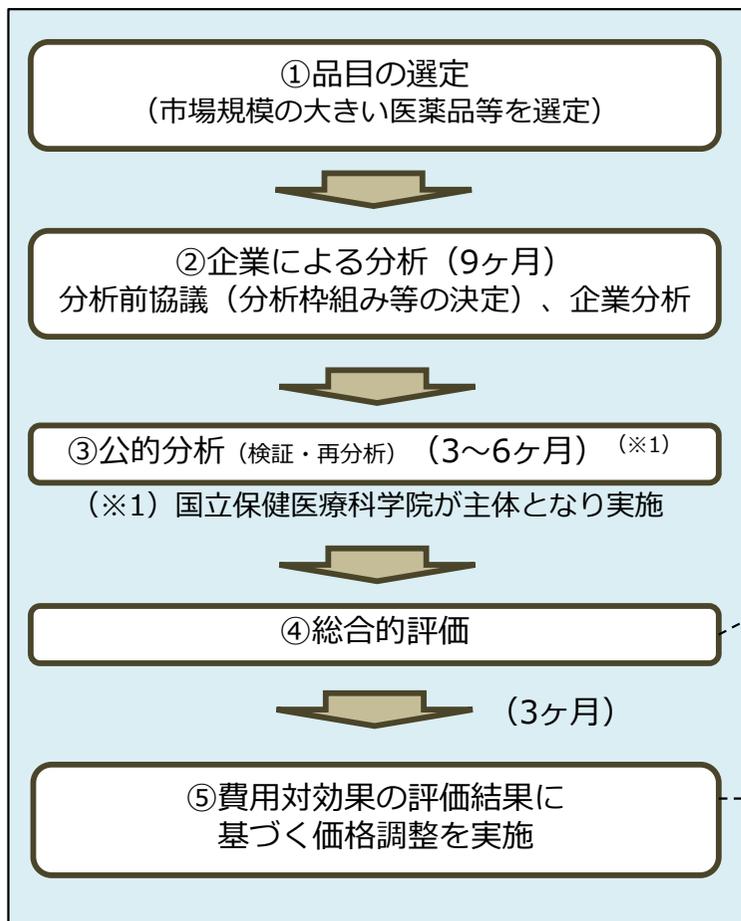
改定後

[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帯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。

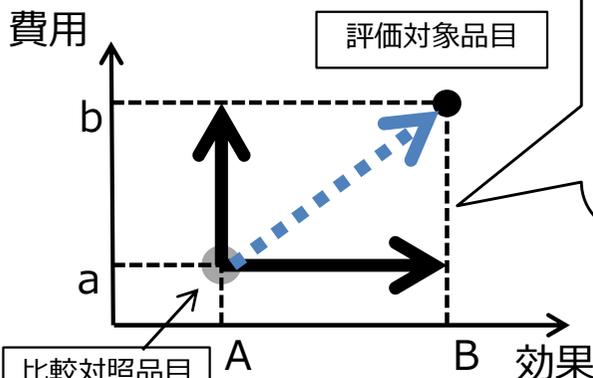
23. 費用対効果評価制度

- 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。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間

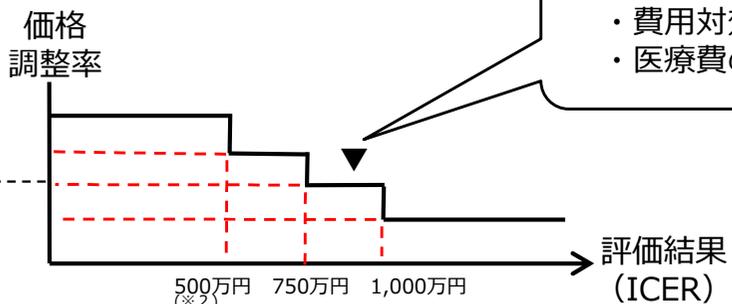


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)



評価結果に応じて対象品目の価格を調整 (※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ

(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準 (750万円/QALY) を用いる。
(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

24. 薬価制度改革

○ 平成30年度の薬価制度抜本改革に引き続き、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、平成30年度改定において引き続き検討することとされた事項を含め、令和2年度薬価制度改革が行われた

平成30年度薬価制度抜本改革において引き続き検討することとされた主な課題

新薬創出等加算の企業指標の在り方

● 概要

製薬企業の革新的新薬開発やドラッグ・ラグ解消の取組・実績を評価するものとして適切かどうかについて、新薬開発等に係る実態も踏まえつつ、検証を行い、次回以降の改定への見直し・反映を検討する。

効能追加等による革新性・有用性の評価の是非

● 概要

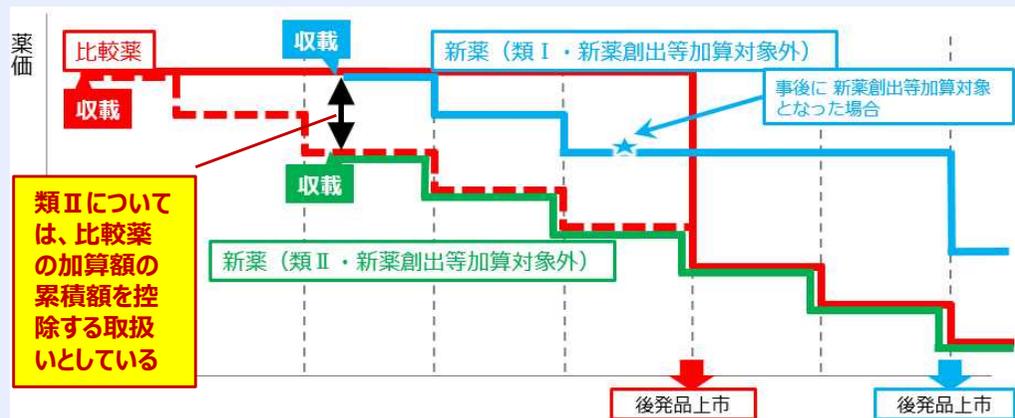
イノベーションの評価に関し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非について検討する。

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し

● 概要

新薬創出等加算の対象外である品目（類似薬効比較方式Ⅰ）に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における「比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱い」について検討する。

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定

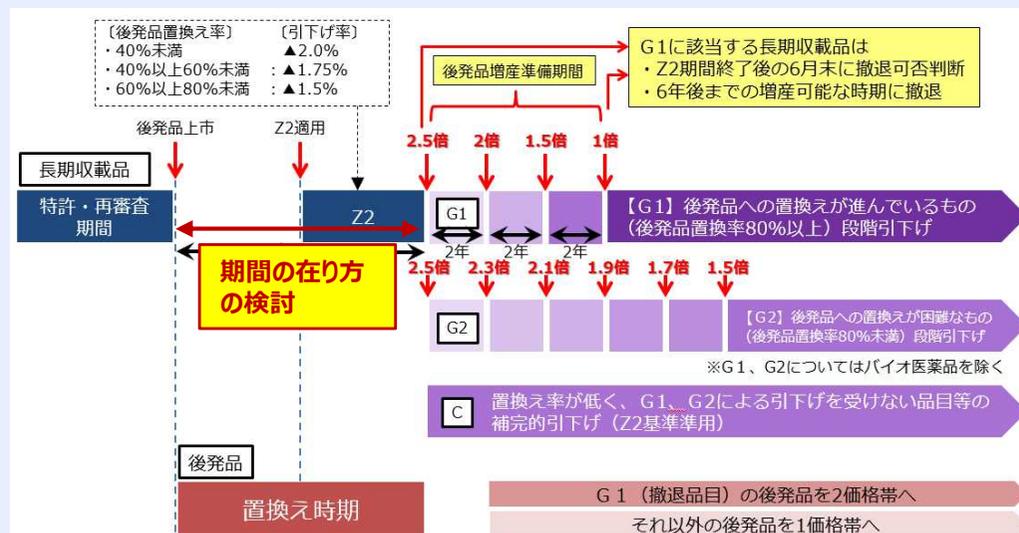


長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方

● 概要

長期収載品に関し、イノベーションを推進するとともに医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する観点から、段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方について検討する。

長期収載品の段階的な価格引き下げのイメージ



平成30年度の薬価制度抜本改革に引き続き、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、令和2年度薬価制度改革を行う。

1. イノベーションの評価と公平な競争環境の確保

- **新薬創出等加算制度の品目要件を拡充**（※ 令和2年度改定以降に収載又は効能追加されたものに適用）
 - ・先駆け審査指定制度対象品目
 - ・薬剤耐性菌の治療薬
 - ・効能追加のうち、新規作用機序かつ有用性・革新性のあるもの
- 革新的新薬の開発に取り組む企業が、その企業規模によらず評価されるよう、**収載品目数でなく、革新的新薬の収載実績の有無で評価する項目等を企業指標に追加**
- 条件・期限付承認を受けた再生医療等製品が、改めて承認を受ける際、**初回承認時に明らかでなかった有用性が示されれば、補正加算の該当性を評価**

2. 長期収載品依存からより高い創薬力へ

- 後発品への置換え率が高い長期収載品は、**薬価の段階的引下げを前倒して適用**（※現行では、後発品上市の10年後から適用）
- 後発品への置換えが進まない**長期収載品の特例引下げ等の基準を引き上げ※、対象を拡大**（※後発品置換え率 40%未満→50%未満 等）
この一方で、新薬創出等加算制度の品目要件を拡充（再掲）

3. 後発品の薬価の在り方

- 価格帯集約により**改定前より薬価が引き上がることを抑制するための措置を導入**

4. 効能追加等に伴う市場拡大への対応

- 以前の市場拡大再算定で下止めルール（最大で▲15%まで等）が適用された品目が、再度再算定を受ける場合、**再算定の薬価引下げ幅を拡大**
- 効能追加により、収載時とは別の効能で使用するケースが多くなるケース（主たる効能効果の変更）で、**当該効能を持つ既存薬との1日薬価の差が大きい場合等の再算定の特例を設ける**

5. 薬価算定の妥当性・正確性の向上

- 新薬創出等加算対象外の新薬（2～3番手の新規性のある新薬）が新薬創出等加算対象品目を比較薬として算定される場合、**収載後3回目の改定時（最長6年後）までに、効能追加等により新薬創出等加算の対象にならない場合は、比較薬の累積加算分を控除**
- 開示度が高く、市場規模の小さいバイオ医薬品の薬価算定における、**研究開発費等（一般管理販売費率）の上限引上げ**
- 再生医療等製品毎の流通経費の精査、著しく高額な再生医療等製品の補正加算額の傾斜配分
- 先発品と原薬等が同一のバイオ医薬品は、**バイオシミラーとの適切な競争等の観点から、収載時薬価を算定**
- 新医療用配合剤の特例の拡充

6. その他

- 令和2年度薬価改定は、令和元年度薬価調査で得られた市場実勢価格に基づいて実施

新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の見直し（品目要件）

- 革新性・有用性の高い品目を評価する観点から、「先駆け審査指定制度の対象品目」及び「薬剤耐性菌の治療薬」を品目要件に追加。
- イノベーションを評価するため、収載後に効能追加等が行われたもののうち、追加された効能等において新規作用機序であって、新規作用機序医薬品の革新性及び有用性に係る基準に該当するものを品目要件に追加。
(既存の効能・効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。)

対象範囲	対象品目	
後発品が上市されていない新薬*	● 希少疾病用医薬品	
	● 開発公募品	
	● 加算適用品	画期性加算、有用性加算 I・II 営業利益率の補正加算 真の臨床的有用性の検証に係る加算
	● 新規作用機序医薬品（革新性・有用性のあるものに限る）（※1）	
* 後発品が上市されない場合、薬価収載後15年まで	● 新規作用機序医薬品の収載から3年以内に収載された品目（3番手以内に限る。）であって、新規作用機序医薬品（1番手）が加算適用品又は上記基準に該当するもの	
	● <u>先駆け審査指定制度の指定品目</u>	
	● <u>薬剤耐性菌の治療薬（※2）</u>	

※1 効能追加のうち、当該追加された効能において新規作用機序医薬品に相当する場合であって、新規作用機序医薬品の革新性及び有用性に係る基準に該当する場合を含む。（ただし、既存の効能・効果の対象患者の限定を解除したもの等、既存の効能と類似性が高いと認められる効能追加等の場合を除く。）

※2 薬剤耐性菌の治療に用いるもので、薬事審査において薬剤耐性菌に対する治療効果が明確になったものに限る。

(注) 新規に追加・変更される要件については、令和2年度改定以降に保険収載又は効能追加されたものに適用する。

概要

- 新規作用機序医薬品については、革新性・有用性に係る基準を次のように定め、本基準のいずれかを満たすもののみに限ることとする。

基準

<p>新規作用機序により既存治療で効果不十分な疾患に有効性を示したものであること</p>	<p>当該疾患に対する標準療法で効果不十分又は不耐容の患者を含む臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、効果不十分又は不耐容の患者の目標症例数が事前に設定された企業治験に限る。）において有効性が示されることなどにより、添付文書の効能・効果、使用上の注意、臨床試験成績の項において、これらの患者に対して投与可能であることが明示的になっているものであること。</p>
<p>新規作用機序により既存治療に対して比較試験により優越性を示したものであること</p>	<p>対象疾患に対する既存治療（本邦における治療方法として妥当性があるものに限る。）を対照群（プラセボ除く）に設定した臨床試験（当初の承認を目的として実施されたもので、優越性を検証することを目的とした仮説に基づき実施された企業治験に限る。）を実施し、主要評価項目において既存治療に対する本剤の優越性が示されていること。 また、製造販売後において、当初の承認時の疾患を対象とした製造販売後臨床試験も同様に取り扱うものとする。</p>
<p>新規作用機序により認められた効能を有する他の医薬品が存在しないこと</p>	<p>薬事承認時点において、本剤と効能・効果が一致するものがなく、対象疾患に対して初めての治療選択肢を提供するもの、又は類似の効能・効果を有する既存薬と比べて、治療対象となる患者の範囲が拡大することが明らかであるもの。</p>

- また、上記のほか
 - ・ 新規作用機序医薬品の収載から3年以内に収載された品目（3番手以内に限る）であって、
 - ・ 新規作用機序医薬品が加算適用品又は上記基準に該当するもの
 については、有用性と革新性の程度が1番手と同程度であると認められることから、新薬創出等加算の対象とする。

薬価制度におけるイノベーション評価の俯瞰図（改定後）

	新規収載時		収載後（薬価改定時）	
	算定薬価への加算	新薬創出等加算の適用	薬価への加算	新薬創出等加算の適用
有用性の高い医薬品の開発	○ (治療方法の改善に相当する事例を明確化)	○	×	×
新規作用機序医薬品の開発	△ (有用性加算等として評価)	○ (革新性・有用性の基準を満たすもののみ)	×	× → ○ (革新性・有用性の基準を満たすもののみ。既存効能と類似性の高いものを除く)
希少疾病の医薬品の開発	○	○	○	○
小児用の医薬品の開発	○	×	○	×
世界に先駆けた日本での開発	○	× → ○	○	× → ○
厚労省が開発を公募した医薬品の開発	×	○	— (通常、公募ではなく開発要請)	— (通常、公募ではなく開発要請)
薬剤耐性菌の治療薬	△ (個別品目による)	○ (新規)	—	○ (新規)
市販後の真の有用性の検証	—	—	○ (併算定不可 → 併算定可)	○
優先審査の対象の医薬品	△ (個別品目による)	△ (個別品目による)	△ (個別品目による)	△ (個別品目による)

新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の見直し（企業要件）

- 革新的新薬の収載実績をより高く評価する観点から、新薬収載実績(A-2)については、革新的新薬の収載成分数を基本とし、それ以外の新薬の収載はその三分の二成分相当として計上した上で評価。
- また、革新的新薬の開発に取り組んでいる場合は、その企業規模に寄らず評価されるよう、革新的新薬の収載実績がある企業(A-3)や薬剤耐性菌の治療薬を収載した企業(A-4)を評価。

<企業指標>

	指標の内容	
A-1	国内試験（日本を含む国際共同試験を含む）（実施数）（Phase II以降）	上位25% 4pt 中位50% 2pt
A-2	新薬収載実績（収載成分数※1）（過去5年）	上位25% 4pt 中位50% 2pt
A-3	<u>革新的新薬(※2)の収載実績（過去5年）</u>	<u>実績あり 2pt</u>
A-4	<u>薬剤耐性菌の治療薬(※3)の収載実績（過去5年）</u>	<u>1品目について2pt</u>
B-1	開発公募品（開発着手数）（過去5年）（B-2分を除く）	1品目について2pt
B-2	開発公募品（承認取得数）（過去5年）	1品目について2pt
C	世界に先駆けた新薬の開発（品目数）（過去5年）	1品目について2pt

<分類方法>

区分	I	II	III
範囲	上位25%*	I、III以外	最低点数
加算係数	1.0	0.9	0.8

* 上位25パーセントの企業指標点数の企業が複数存在する場合、当該点数までの企業数が全体の企業数の30%を超えないことを限度として、当該点数の企業は区分Iとして取り扱う。

※1 新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品を1成分相当、それ以外の新薬を2/3成分相当として計算する。

※2 新薬創出等加算対象品目又は新規作用機序医薬品

※3 薬剤耐性菌の治療に用いるもので、薬事審査において薬剤耐性菌に対する治療効果が明確になったものに限る。

医薬品の例によって算定された再生医療等製品

中医協 薬-2

元. 9. 11

現状

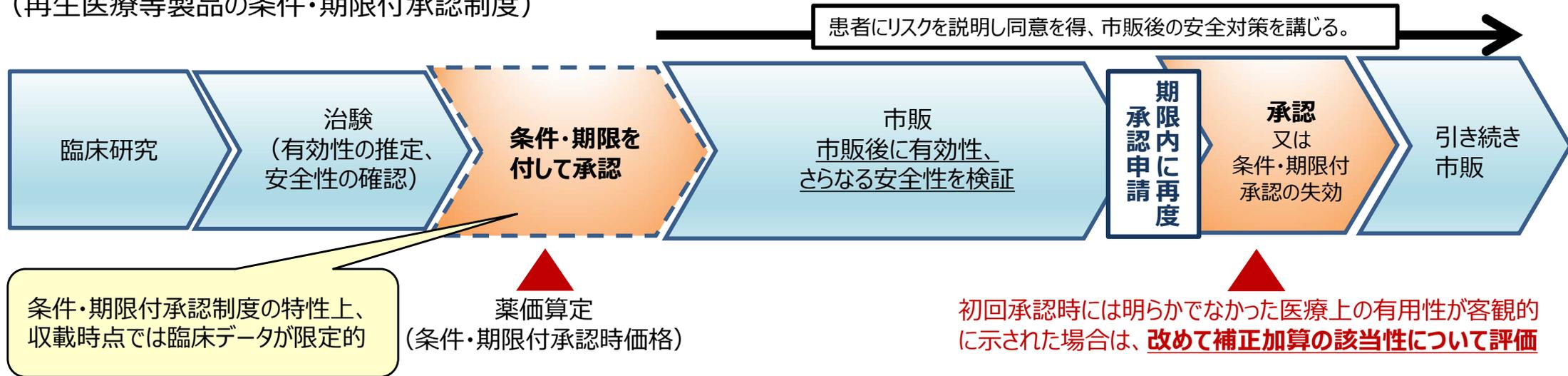
- これまでに再生医療等製品 4 品目について、医薬品の例によって算定が行われた。いずれも同様の効能・効果、薬理作用、組成等を有する既収載品はなく、原価計算方式により算定された。
- 既収載の医薬品の中には高額なものがあるが、再生医療等製品にはそれと比べても著しく高額な品目がある。

	製品名 (製造販売業者)	製品特性	対象疾患	条件・期限 付承認制度	収載時薬価	収載日	算定 方式
再生 医療 等 製品	テムセルHS注 (JCRファーマ)	他家骨髄由来 幹細胞	造血幹細胞移植後の急性移植片対宿主病	—	約87万円	2015/11/26	原価
	ステミラック注 (ニプロ)	自己骨髄由来 幹細胞	脊髄損傷に伴う神経症候及び機能障害の改善	○ (期限 7 年)	約1,496万円	2019/02/26	原価
	キムリア点滴静注 (ノバルティスファーマ)	遺伝子組換え 自己リンパ球	・再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病 ・再発又は難治性のCD19陽性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫	—	約3,349万円	2019/05/22	原価
	コラテジエン筋注用4mg (アンジェス)	遺伝子治療薬	標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症（閉塞性動脈硬化症及びバージャー病）における潰瘍の改善	○ (期限 5 年)	約60万円	2019/09/04	原価
（参考） 医薬品 （特に高額なもの）	スピラザ髄注 (バイオジェン・ジャパン)	アンチセンス 核酸	脊髄性筋萎縮症	—	約932万円	2017/08/30	原価
	ノボサーティーン静注用2500 (ノボ ノルディスク ファーマ)	遺伝子組換え タンパク	先天性血液凝固第XIII因子Aサブユニット欠乏患者における出血傾向の抑制	—	約365万円	2015/05/20	原価
	ゼヴァリン イットリウム静注用 (ムンディファーマ)	放射性医薬品	CD20陽性の再発又は難治性の下記疾患： 低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫、マンテル細胞リンパ腫	—	約253万円	2008/6/13	原価

条件・期限付承認を受けた再生医療等製品の特例等

- 条件・期限付承認を受けた再生医療等製品が、改めて承認を受けた際、初回承認時には明らかでなかった医療上の有用性が客観的に示された場合は、改めて補正加算の該当性について評価することとする。この際、現行の収載後加算と同様に、以下の算式により傾斜配分を行う。（なお、価格に応じた補正加算率の傾斜配分は別途行う。）
- 近年、著しく高額な再生医療等製品が登場しており、補正加算率がこれまでの品目と大きく変わらない場合でも、極めて大きな加算額となることを踏まえ、補正加算前の価格が1,000万円を超える著しく高額な再生医療等製品であって、ピーク時市場規模（予測）が50億円を超える場合は、以下の式によりその価格に応じて補正加算の加算率を傾斜配分する。（収載後の加算の場合を含む。）

(再生医療等製品の条件・期限付承認制度)



条件期限付承認を受けた再生医療等製品の特例の加算率の算式

$$\text{補正加算率}\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{X}{20}\right) / \log\left(\frac{10}{20}\right)}$$

(ただし、 $0.5A / 100 \leq \alpha \leq 1.5A / 100$)

著しく高額な再生医療等製品の加算率の補正

$$\text{補正加算率}\alpha = \frac{A}{100} \times 1.5^{\log\left(\frac{P}{1,000}\right) / \log\left(\frac{500}{1,000}\right)}$$

(ただし、 $P > 1,000$)

α：補正加算率（%）、A：当該再生医療等製品に対して適用される率（%）、P：補正加算前の価格（万円単位）
X：当該再生医療等製品の同一組成既収載品群の薬価改定前の薬価を元に計算した年間販売額の合計額（億円単位）

補正加算

画期性加算（70～120%）

次の要件を**全て満たす**新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

有用性加算（Ⅰ）（35～60%）

画期性加算の**3要件のうち2つの要件を満たす**新規収載品

有用性加算（Ⅱ）（5～30%）

次の**いずれかの要件を満たす**新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
- ニ 製剤における工夫により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

複数の補正加算に該当する場合

$$\text{加算額} = \text{算定値} \times (a_1 + a_2 + \dots)$$

市場性加算（Ⅰ）（10～20%）

次の要件を全て満たす新規収載品

- イ 希少疾病用医薬品であって、対象となる疾病又は負傷に係る効能及び効果が当該新規収載品の主たる効能及び効果であること。
- ロ 当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）の適用を受けていないこと

市場性加算（Ⅱ）（5%）

次の要件を全て満たす新規収載品

- イ 当該新規収載品の主たる効能及び効果が、市場規模が小さいものとして別に定める薬効に該当すること。
- ロ 当該新規収載品の比較薬が市場性加算（Ⅰ）又は市場性加算（Ⅱ）の適用を受けていないこと

小児加算（5～20%）

次の要件を全て満たす新規収載品。但し、国内で小児効能に係る臨床試験を実施していない場合等は除く。

- イ 当該新規収載品の主たる効能及び効果又は当該効能及び効果に係る用法及び用量に小児（幼児、乳児、新生児及び低出生体重児を含む。）に係るものが明示的に含まれていること。
- ロ 当該新規収載品の比較薬が小児加算の適用を受けていないこと。

（注）市場性加算（Ⅱ）にも該当する場合は、小児加算を優先。

先駆け審査指定制度加算（10～20%）

先駆け審査指定制度の対象品目として指定されたもの。

+

補正加算（製剤工夫以外の方法による治療方法の改善）

- 製剤工夫以外の方法による治療の質向上、リスク低減等のうち、有用性加算(Ⅱ)の「八. 治療方法の改善」に相当する事例（例えば、既存治療で必要とされる検査等が不要になることによる著しく高い利便性）は、同加算で評価され得ることを明確化する。

有用性加算（Ⅱ）（5～30%）

次のいずれかの要件を満たす。

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。**
- ニ 製剤における工夫により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

ハ. ③対象疾病の治療方法の改善 （該当する項目ポイントの合計により算出）

	細分化した要件項目	ポイント
a.	既存の治療方法では効果が不十分な患者群、あるいは安全性等の理由で既存の治療方法が使用できない患者群において効果が認められる	1p
b.	対象疾病に対する標準的治療法として位置づけられる	1p
c.	既存の治療方法に比べて効果の発現が著しく速く若しくは効果の持続が著しく長い、又は使用に際しての利便性が著しく高い（製剤工夫によるものを除く）	1p
d.	既存の治療方法との併用により臨床上有用な効果の増強が示される	1p
e.	上記の他、特に著しい治療方法の改善が示されていると薬価算定組織が認める	1p
f.	a～eのいずれかを満たす場合であって、標準的治療法が確立されていない重篤な疾病を適応対象とする	+1p

（参考）
「ニ. 製剤工夫による高い医療上の有用性」に係る細分化した要件項目：
・投与時の侵襲性が著しく軽減される
・投与の簡便性が著しく向上する
・特に安定した血中薬物濃度が得られる
・上記の他、特に高い医療上の有用性があると薬価算定組織が認める

「ハ. 治療方法の改善」に相当するものとしては、例えば、既存治療では必要とされる検査が不要になることや投与後の患者の行動制限がないこと等の著しく高い利便性が示され、それらによって既存の治療方法が特に限られた状況に新たな治療選択肢を提供すること等により、著しい治療方法の改善が客観的に示される場合が考えられる。

収載後の加算（真の臨床的有用性の検証に係る加算）

- 真の臨床的有用性が直接的に検証されたことを評価する観点から、真の臨床的有用性の検証に係る加算は、小児効能等の追加に係る加算等と併算定できることとする。

これまでの薬価改定時の加算

小児に係る効能及び効果等が追加された既収載品

希少疾病等に係る効能及び効果等が追加された既収載品

市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品

併算定不可



令和2年度改定後

小児に係る効能及び効果等が追加された既収載品

希少疾病等に係る効能及び効果等が追加された既収載品

市販後に真の臨床的有用性が検証された既収載品

併算定不可

併算定できる

併算定できる

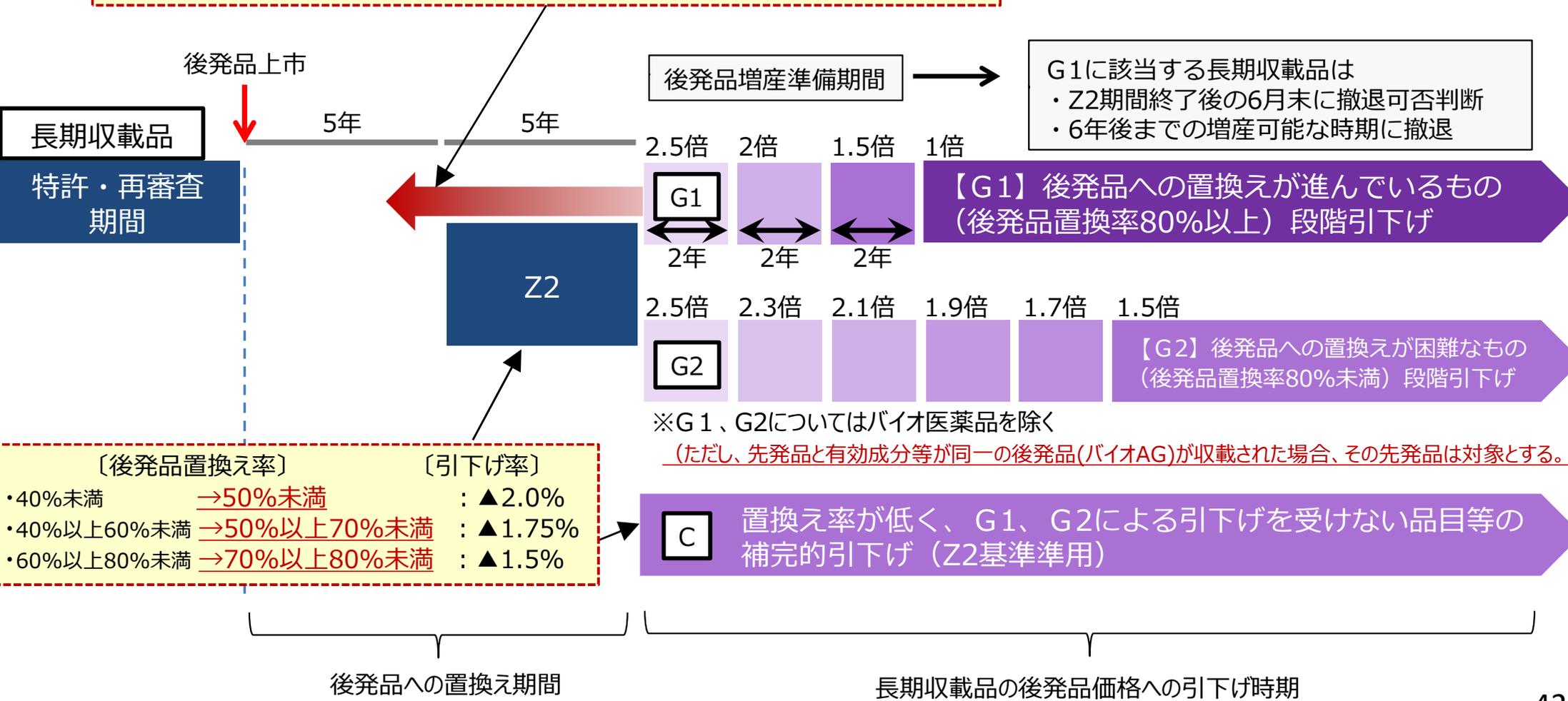
いずれか複数に該当する場合は、それらのうち補正加算率が最も大きなものを用い、補正加算率を乗じて改定後薬価を算定する。（併算定不可）

真の臨床的有用性の検証に係る加算は、小児効能等に係る加算又は希少疾病等に係る加算と併算定できることとする。

長期収載品の薬価の見直し (G1・G2・C, Z2)

- 後発品上市後10年を経過する前であっても、後発品への置換え率が80%以上となった長期収載品は、その2年後の薬価改定時に置換え率が80%以上となっていることを再度確認した上でG1ルールを前倒して適用。
- 一定期間を経ても後発品への置換えが図られていない場合の特例引下げ(Z2)及び補完的引下げ(C)の置換え率の基準を引上げ。

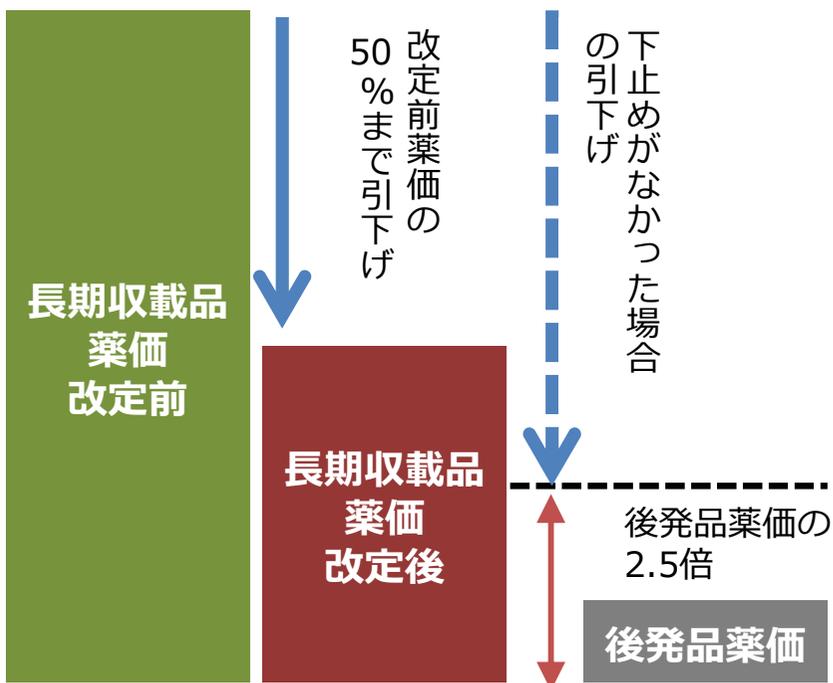
・ 長期収載品の段階的な価格引下げ (G1・G2) は後発品上市の10年後から適用
 ・ ただし、後発品への置換え率が80%以上となった場合は、その2年後の薬価改定時に置換え率が80%以上となっていることを再度確認した上で、**G1ルールを前倒して適用**



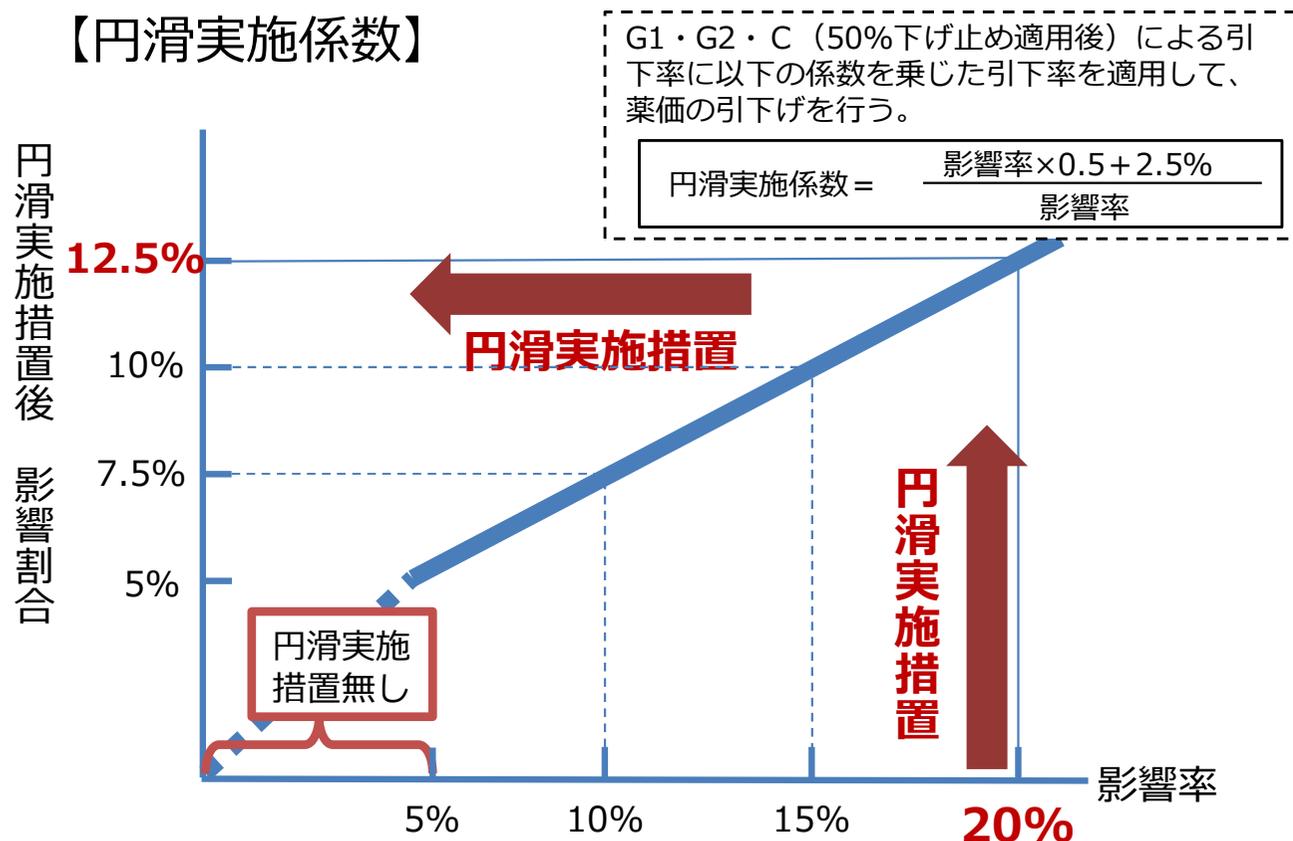
- G1・G2・Cルールにより大きな影響を受ける一定の品目・企業に対しては、平成30年度改定のときと同様に円滑実施措置を行う。

品目	● 品目によっては50%を超える引下率となるものもあることから、初めて本制度の適用を受ける品目においては、本制度による最大引下率を50%とする。
企業	● G1・G2・Cによる年間販売額の影響額の、医療用医薬品の総売上に対する割合（影響率）が一定程度高い企業もあることから、長期収載品の薬価の見直しによる影響の大きい企業（影響率＞5%）について、引下率に一定の係数を乗ずる。

【50%下げ止め】



【円滑実施係数】

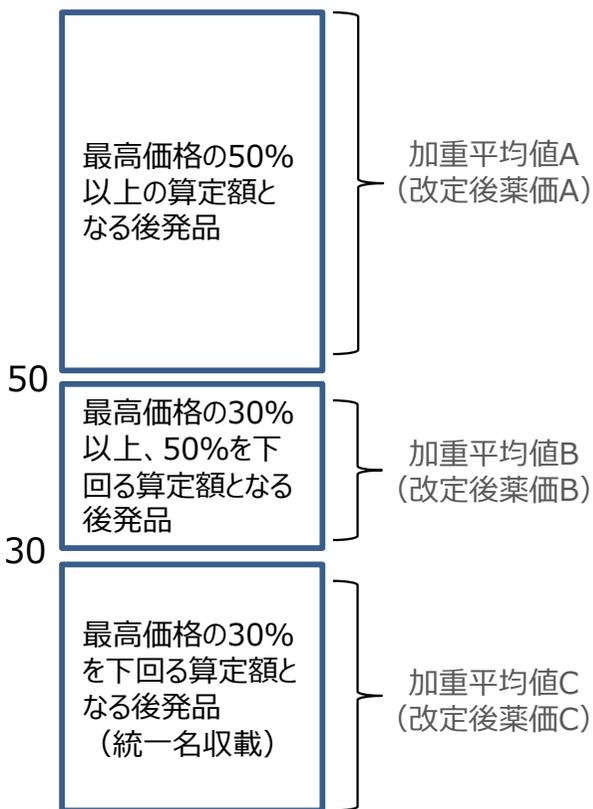


既記載の後発品の価格帯集約

- 後発品の価格帯の集約により、改定前より薬価が引き上がることを抑制するため、以下のように対応。
- G 1 品目又はG 2 品目に係る後発品も、価格帯の集約により改定前より薬価が引き上がることを抑制するため、改定前薬価が加重平均値を下回る品目・上回る品目のそれぞれで加重平均を行う。

現行

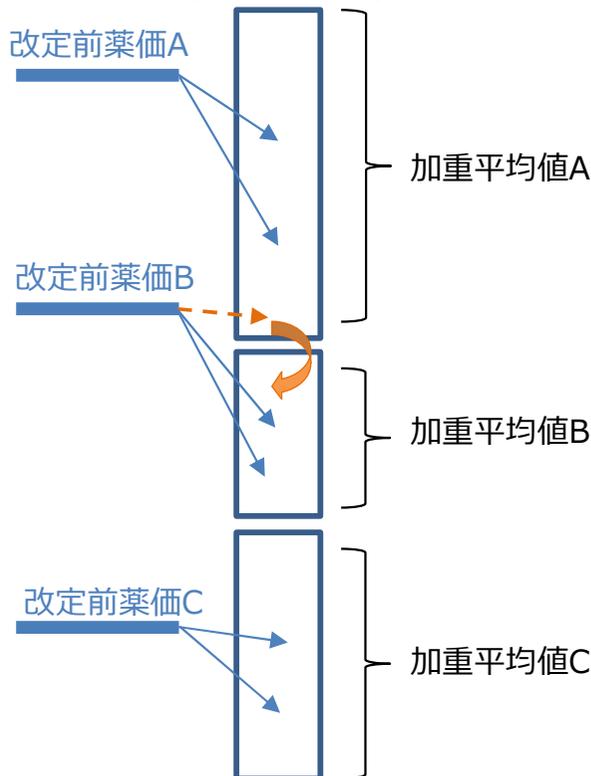
実勢価改定後薬価 改定後薬価
(最大3価格帯)



対応①：上の価格帯に上がることで、薬価が引き上がることを抑制する

30%、50%の境界値が下がり、実勢価改定後薬価が上の価格帯に相当することとなった場合でも、価格が引き上がる場合は、元の価格帯に含める。

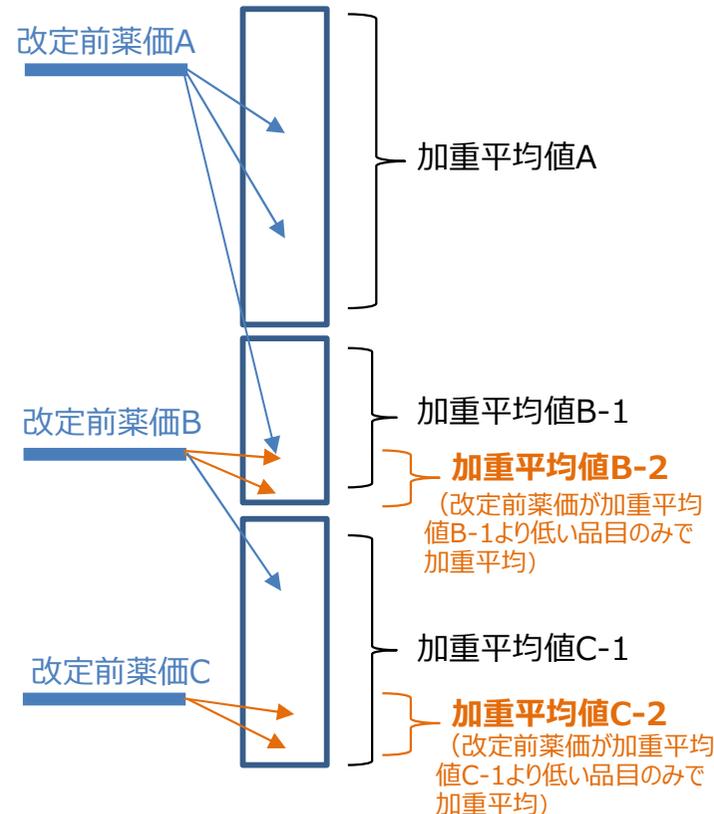
実勢価改定後薬価 (価格帯集約前)



対応②：価格が引き上がるものは別途加重平均を行い、価格帯を分ける

上の区分から降りてきた品目により、加重平均値が引き上がるケースでは、改定前薬価が加重平均値より低い品目のみで別途加重平均を行う。

実勢価改定後薬価 (価格帯集約前)



注：いずれも中間の価格帯(最高価格の30~50%)及び下位の価格帯(最高価格の30%未満)の品目に適用

新規後発医薬品の乖離率

- 新規後発品の薬価算定については現在の取扱いを継続し、後発品の乖離率、安定供給への対応等を踏まえて引き続き検討することとする。

R元年薬価調査における新規後発医薬品（0.4掛け&0.5掛け品目）の価格の乖離率

	（（市場実勢価－薬価）÷ 薬価）×100			対応する先発品
	H30.6～R元.6に収載された新規後発医薬品（）内は成分数			
	全体	0.5掛け	0.4掛け	
内用薬	▲23.6%	▲21.0%（17）	▲28.3%（4）	▲9.6%
注射薬	▲15.3%	▲15.3%（5）		▲13.3%
外用薬	▲13.2%	▲13.2%（7）		▲8.1%

注：R元.9薬価調査から算出（バイオ後続品を除く）

（参考）先発品の価格が100円であった場合、後発医薬品の収載時の薬価は0.5掛けの場合50円。収載後の最初の薬価調査時において、乖離率が21.0%とすると、薬価改定時に40.5円（先発品の価格の0.41倍）となる水準である。

（参考）H29薬価調査における新規後発医薬品（0.4掛け&0.5掛け品目）の価格の乖離率

	（（市場実勢価－薬価）÷ 薬価）×100			対応する先発品
	H28.6～H29.6に収載された新規後発医薬品（）内は成分数			
	全体	0.5掛け	0.4掛け	
内用薬	▲25.8%	▲19.5%（19）	▲37.7%（6）	▲10.1%
注射薬	▲9.1%	▲9.1%（4）		▲8.0%
外用薬	▲12.0%	▲12.0%（1）		▲8.9%

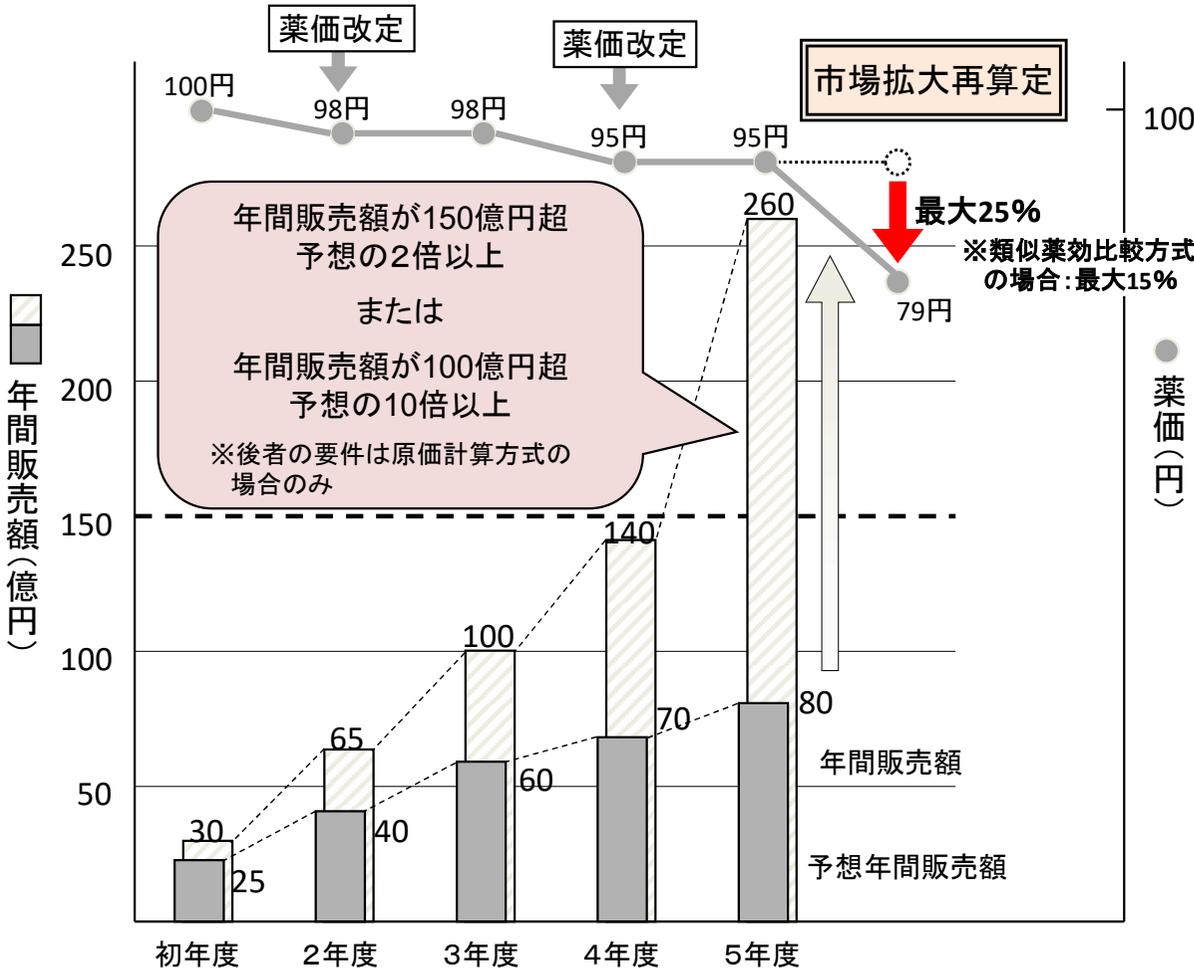
（参考）先発品の価格が100円であった場合、後発医薬品の収載時の薬価は0.5掛けの場合50円。収載後の最初の薬価調査時において、乖離率が19.5%とすると、薬価改定時に41.3円（先発品の価格の0.41倍）となる水準である。

注：H29.9薬価調査から算出（バイオ後続品を除く）

市場拡大再算定

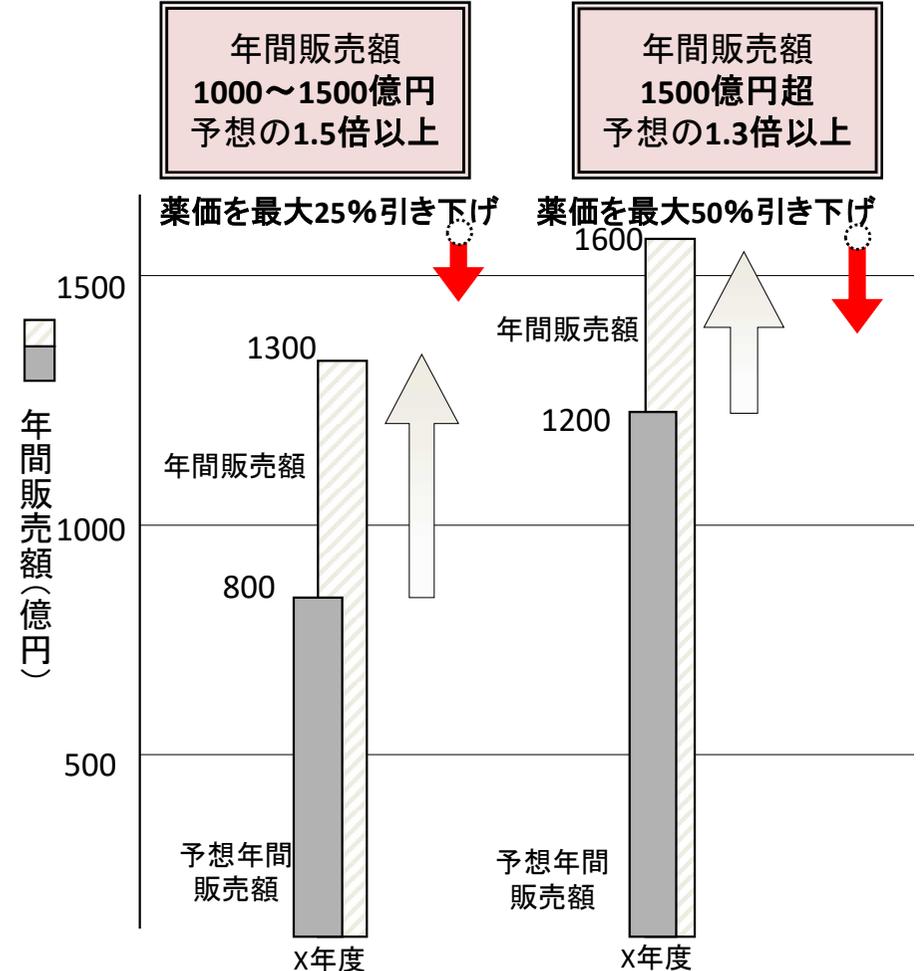
【市場拡大再算定】

年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げる。



【市場拡大再算定の特例】

年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例。



【薬価改定時以外の再算定】

効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会(年4回)を活用し、上記の算式に従い薬価改定を行う。

過去に再算定を受けた品目への対応

- 市場拡大再算定を受けた後に、再び市場規模が拡大し、改めて市場拡大再算定の対象となる品目については、前回再算定時の市場規模拡大が下止めの水準を超過した程度を踏まえて、市場規模拡大率の値を調整した上で、今回の再算定における再算定後薬価を算出する。

(例) 前回の再算定で、計算上▲23%の引下げに相当する市場拡大があったが、▲15%までの引下げに留められた場合、再度、市場拡大再算定の対象となった場合、市場規模拡大率 X_a に調整係数1.1 ($0.85/0.77=1.1$) を乗じて再算定後薬価を計算する。2回目の再算定の際、2倍の市場拡大があった場合は▲10.0%の引下げ幅となるが、本規定により引下げ幅が▲11.3%に拡大する。

再算定後薬価の算出に用いる調整市場規模拡大率 X_a

$$= \text{年間販売額の合計額} / \text{基準年間販売額} \times \text{調整係数} ※$$

(※ 調整係数は、前回再算定での下止めの水準と、再算定の計算式から算出される改定後薬価の比とする。
前回の再算定で下止めの対象とならなかった場合は1とする。)

(参考) 再算定後薬価の計算式の例 (年間販売額が150億円超、予想の2倍以上の場合)

$$\text{再算定後薬価} = \text{薬価改定前の薬価} \times \{ (0.9)^{\log X_a / \log 2} + a \}$$

X_p : 前回の市場拡大再算定の際の市場規模拡大率

a_p : 前回の市場拡大再算定の際の補正加算率

調整係数 :

$$0.75 / \{ (0.9)^{\log X_p / \log 2} + a_p \} \quad (75/100(\text{▲}25\%) \text{が下止めの場合})$$

$$0.85 / \{ (0.9)^{\log X_p / \log 2} + a_p \} \quad (85/100(\text{▲}15\%) \text{が下止めの場合})$$

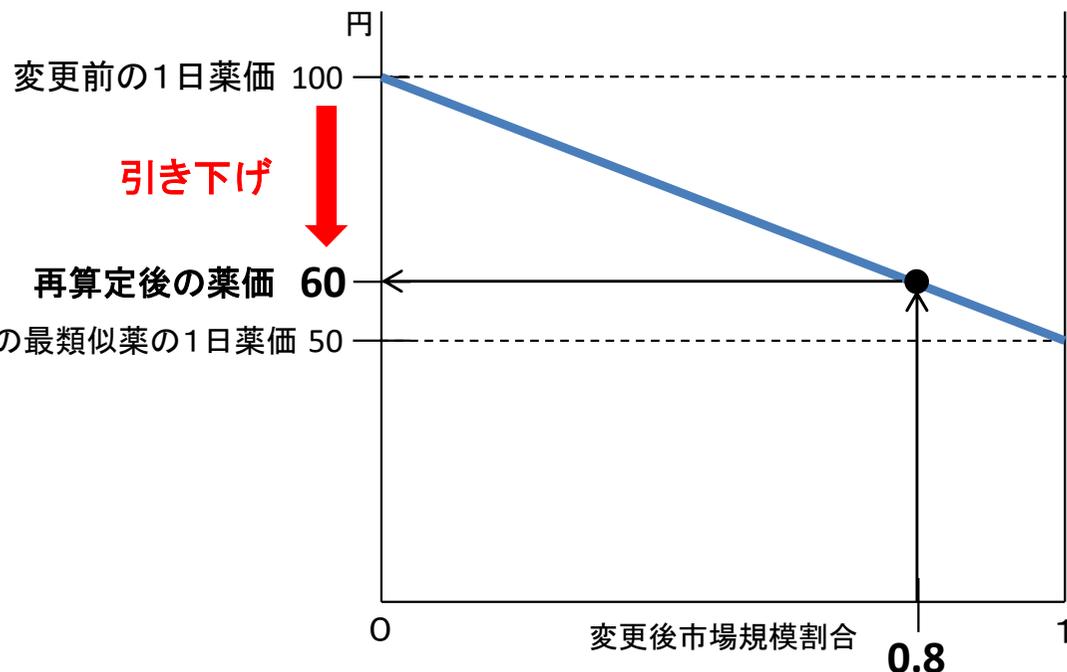
効能変化再算定

主たる効能・効果の変更がなされた医薬品に対して、薬価の改定を行う。

対象品目の要件

- ① 主たる効能・効果の変更がなされた医薬品 かつ
- ② 変更後の主たる効能・効果に係る類似薬がある医薬品

※ 新薬として薬価収載されたものに限る、当該既収載品と組成及び投与形態が同一のものを除く。



- ① 変更後の効能・効果の類似薬の価格に近づくよう、薬価を再算定
- ② 変更後の効能・効果の市場規模が変更前と比べて大きいほど、変化の程度が大きい

※改定率の上限はなし。

$$\text{変更後市場規模割合} = \frac{\text{変更後市場規模}}{\text{変更前市場規模} + \text{変更後市場規模}}$$

※市場規模は薬理作用類似薬の年間販売額の合計

○最近の効能変化再算定の例(H28改定)

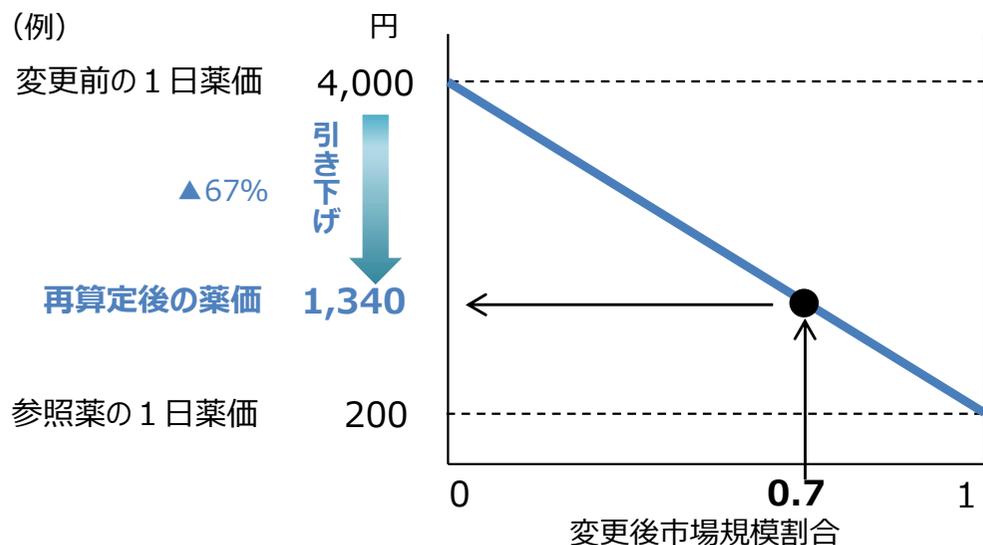
リクシアナ錠30mg	748.10 円	(従前の効能)	下肢整形外科手術施行患者における静脈血栓塞栓症の発症抑制
	→ 538.40 円	(追加効能)	非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制 静脈血栓塞栓症の治療及び再発抑制

効能変化再算定の特例

- 現行ルールでは、効能追加により主たる効能・効果の変更があった場合、変更後の主たる効能・効果に係る薬理作用類似薬がある場合は、その価格に近づくよう、効能変化再算定を行うこととしている。
- これに加え、薬理作用類似薬がない場合であっても、変更後の主たる効能・効果に係る参照薬（変更後の主たる効能・効果と同一又は類似する効能・効果を有する既存薬のうち、治療上の位置づけ等が類似するものをいう。））と比較して著しく1日薬価が高く、市場規模が著しく大きくなると考えられる場合は、当該参照薬の1日薬価を参照して、現行の効能変化再算定と同様の再算定を行う特例を設ける。

<再算定の方法>

- 参照薬の1日薬価に近づくよう薬価を再算定
- 変更後の効能効果の市場規模が変更前と比べて大きいほど、変化の程度を増加させる



$$\text{変更後市場規模割合} = \frac{\text{変更後市場規模}}{\text{変更前市場規模} + \text{変更後市場規模}}$$

※ 市場規模は、主たる効能効果が同一又は類似し、かつ治療上の位置づけ等が類似すると認められる既存薬の年間販売額の合計

<対象範囲>

- 対象となる医薬品は以下の要件をいずれも満たすものとする。

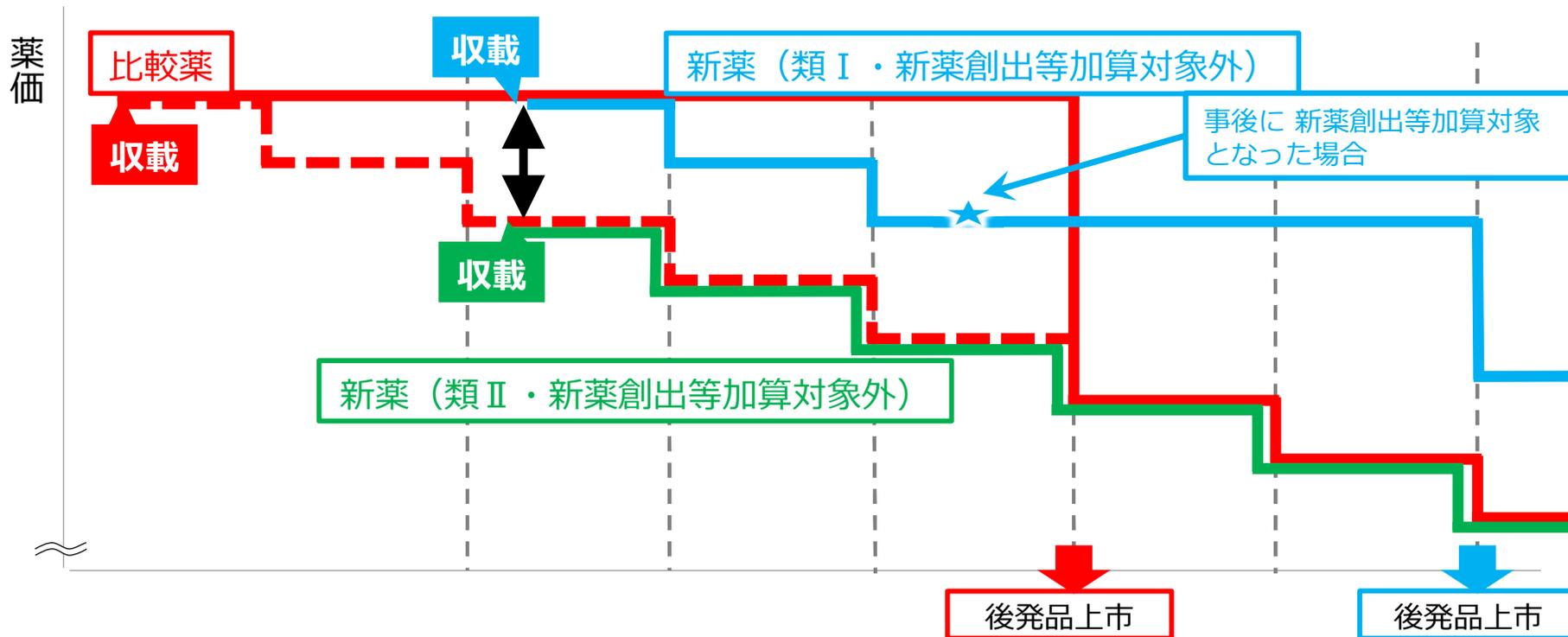
- 1日薬価が参照薬の1日薬価の10倍以上。
- 参照薬の年間販売額が150億円以上。
- 主たる効能・効果の変更に伴い対象患者数が現に使用されている患者数から最大で10倍以上に拡大すると認められるものであって、対象患者が最大で5万人以上と認められるもの。
- 変更後の主たる効能・効果が根治的治療法に該当するもの、生命に重大な影響のある重篤疾患、指定難病、血友病又は抗HIVの効能を追加するものは除く。
 - ※ 参照薬が複数ある場合は1日薬価の加重平均値
 - ※ 参照薬が複数ある場合は合計の年間販売額

- また、市場拡大再算定と同様に、年間販売額が350億円を超える場合は、新薬収載の機会（年4回）を活用して、効能変化再算定（本特例を含む）を行うこととする。

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定

これまでの経緯

- 新薬のうち、効能効果、薬理作用、投与形態等が類似した比較薬がある場合は、市場での公正な競争を確保する観点から、比較薬の1日薬価と同一となるように薬価を算定。（類似薬効比較方式(I)）
一方で、類似薬が3つ以上存在し、かつ補正加算のない、新規性の乏しい新薬は、過去の数年間の類似薬の薬価と比較して最も低い価格と1日薬価を合わせる。（類似薬効比較方式(II)）
- 平成30年度改定において、類似薬効比較方式(II)で算定され、新薬創出等加算の対象外の品目は、比較薬の新薬創出等加算の累積加算額を控除して薬価算定を行うことされた。
- 新薬創出等加算の対象外であって、類似薬効比較方式(I)等で算定された医薬品については、収載時に新薬創出等加算対象外であったが収載後に新薬創出等加算対象品目となった場合の対応を含め、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定について検討することとされた。（平成30年度改定時）



- 2011年度～2017年度に類似薬効比較方式（I）により算定された医薬品186品目について、2019年3月までの間の効能追加等のあった件数は76件。
- 過去5回の薬価改定時に、希少疾病に係る効能追加等（小児効能に係る効能追加等を除く。）により収載後の加算の対象となった38品目のうち、収載時、類似薬効比較方式（I）により算定されたものは13品目。一方で、類似薬効比較方式（II）により算定されたものでは、収載後に加算を受けたものはなかった。
- 類似薬効比較方式（I）により算定され、収載後に加算を受けたものの4割が、新規収載後4年以内に収載後の加算を受けている。

類似薬効比較方式（I）で算定された新薬の効能追加等の状況

（2011年度～2017年度収載分）

品目数	186品目
2019年3月までの効能追加等の件数	76件

※同一成分、同一剤形区分の品目については合わせて1品目と集計。

収載後加算を受けた品目の算定方式

算定方式	品目数
類似薬効比較方式（I）	13
類似薬効比較方式（II）	0
原価計算方式	17
その他	8
全体	38

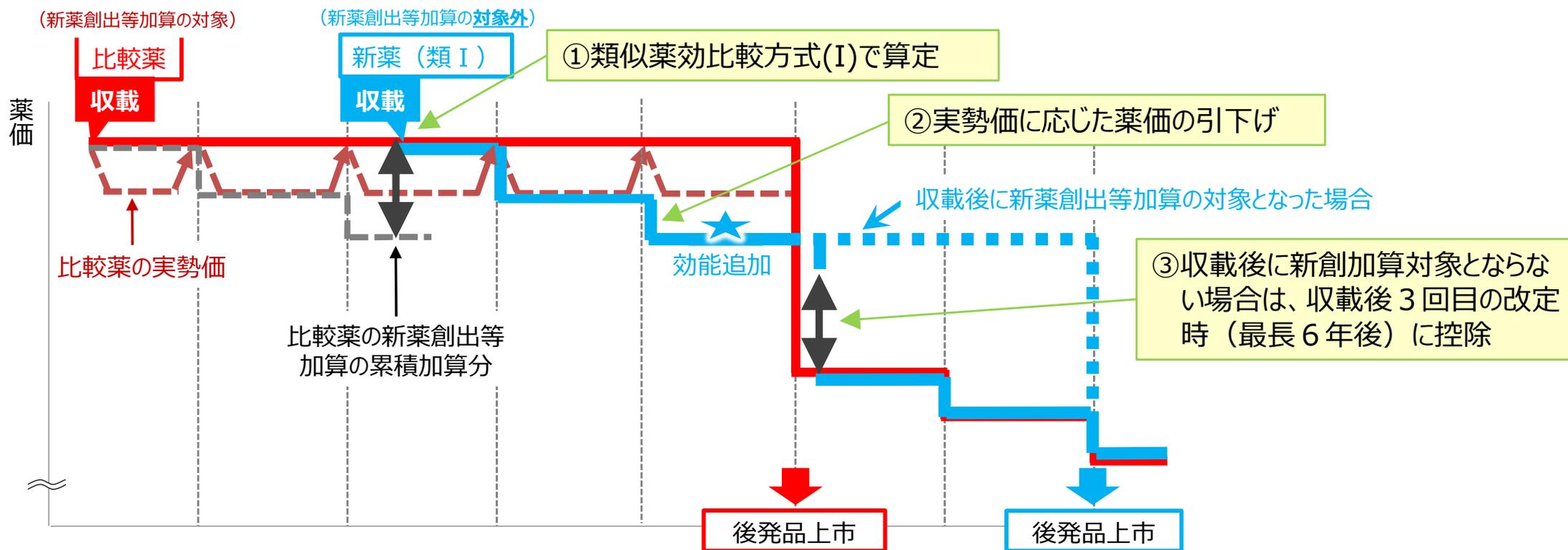
新規収載後、加算を受けるまでの年数（品目数は累計）

2年以内	4年以内	6年以内	6年超
2	5	7	6
16%	38%	54%	46%

2010～2018年の薬価改定時に、希少疾病に係る効能追加等の加算又は真の臨床的有用性の検証に係る加算を受けた品目（延べ数）を集計。
なお、2009～2017年度に収載された品目のうち類(I)で算定されたものは237品目。

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定

- 類似薬効比較方式(Ⅰ)等で算定された新薬で、新薬創出加算対象外のものについては、収載から4年を経過した後の初めての薬価改定（収載後3回目の薬価改定）の際に、収載後の効能追加等により新薬創出等加算対象となった場合を除き、収載時点での比較薬の累積加算分を控除する。
- なお、新薬の上市の状況、収載後の効能追加の状況等を踏まえて、本取扱い及び控除の影響を検証し、必要に応じ、所要の措置を検討することとする。



薬価算定法式の正確性（原価計算方式①）

- バイオ医薬品でも、研究開発費のみで一般管理販売費率の上限を超え、かつ開示度が80%以上でその妥当性が確認できる場合は、一般管理販売費率の上限を70%に引き上げることとする。
(ただし、一般的にバイオ医薬品は化学合成品より高額であることを踏まえ、この取扱いをピーク時市場規模（予測）が50億円未満の場合に限る。)

原価計算方式の例

①	原材料費	(有効成分、添加剤、容器・箱など)
②	労務費	(= 3,635 ^{注1} × 労働時間)
③	製造経費	
<hr/>		
④	製品製造（輸入）原価	
⑤	販売費・研究費等	(⑤ / (④ + ⑤ + ⑥) ≤ 0.486 ^{注2})
⑥	営業利益	(⑥ / (④ + ⑤ + ⑥) = 0.149 ^{注2})
⑦	流通経費	(⑦ / (④ + ⑤ + ⑥ + ⑦) = 0.075 ^{注3})
⑧	消費税	(10%)

合計：算定薬価

ただし、開示度 ≥ 80% の化成品 及び開示度 ≥ 80% かつ研究費開発費だけで販管費率上限(48.6%)を超えるバイオ医薬品 (ピーク時市場規模が50億円未満に限る) については、販管費率の上限は70%

注1 労務費単価：「毎月勤労統計調査」及び「就労条件総合調査」（厚生労働省）

注2 一般管理販売費率、営業利益率：「産業別財務データハンドブック」（日本政策投資銀行）

注3 流通経費率：「医薬品産業実態調査報告書」（厚生労働省医政局経済課）

上記の数値は、医薬品製造業の平均的な係数（前年度末時点で得られる直近3か年（平成27年～29年）の平均値）を用いることが原則

薬価算定法式の正確性（原価計算方式②）

- 再生医療等製品には自家細胞由来製品などもあり流通の形態が多様であるため、原価計算方式で算定する場合の流通経費については、個々の品目毎に精査することとし、平均的な係数を用いて算出される額よりも低い場合はその額を用いて算定する。

原価計算方式の例

①	原材料費	(有効成分、添加剤、容器・箱など)
②	労務費	(= 3,635 ^{注1} × 労働時間)
③	製造経費	
<hr/>		
④	製品製造（輸入）原価	
⑤	販売費・研究費等	(⑤ / (④ + ⑤ + ⑥) ≤ 0.486 ^{注2})
⑥	営業利益	(⑥ / (④ + ⑤ + ⑥) = 0.149 ^{注2})
⑦	流通経費	(⑦ / (④ + ⑤ + ⑥ + ⑦) = 0.075 ^{注3})
⑧	消費税	(10%)

再生医療等製品については、個々の品目毎に精査することとし、平均的な係数を用いて算出される額よりも低い場合はその額を用いて算定する。

合計：算定薬価

注1 労務費単価：「毎月勤労統計調査」及び「就労条件総合調査」（厚生労働省）

注2 一般管理販売費率、営業利益率：「産業別財務データハンドブック」（日本政策投資銀行）

注3 流通経費率：「医薬品産業実態調査報告書」（厚生労働省医政局経済課）

上記の数値は、医薬品製造業の平均的な係数（前年度末時点で得られる直近3か年（平成27年～29年）の平均値）を用いることが原則

薬価算定法式の正確性（バイオAG、配合剤）

- 先発品と有効成分、原薬、添加物、製法等が同一のバイオ医薬品で、後発品として薬事承認を受けたもの（以下「バイオAG」という。）の新規収載時の薬価は、バイオ後続品（いわゆるバイオシミラー）との適切な競争環境を維持すべきこと等を踏まえ、先発品の薬価に100分の70を乗じて得た額とする。

	いわゆるバイオシミラー (バイオ後続品)	バイオAG (後発バイオ医薬品)
概要	先発品と同一ではないが、 同等/同質 の品質、安全性、有効性を有することが治験等により確認されているバイオ医薬品	先発品と、有効成分のみならず、原薬、添加物、製法等が 同一 である後発品 (先発品と同一の成分を小分けしたものなど)
収載時薬価	先発品の0.7倍 臨床試験の充実度に応じて、10%を上限として加算	先発品の0.7倍
収載時薬価の設定の考え方	患者を対象とした臨床試験の実施など、研究開発・製造のコストが低分子である化学合成品の後発医薬品よりも高いことを踏まえて設定。	バイオシミラーとの適切な競争環境の維持等を踏まえて設定。

- 3成分以上が含まれる新医療用配合剤について、単剤が薬価収載されていない成分を含むが当該成分及び当該新医療用配合剤の他の成分を含む既存配合剤が薬価収載されている場合、当該既存配合剤を単剤と同様に取り扱って新医療用配合剤の特例の対象とする。

(例) 成分A、成分B、成分Cを含む新医療用配合剤の算定において、

- 単剤A（成分Aのみを含む）、単剤B（成分Bのみを含む）、単剤C（成分Cのみを含む）がある場合
→ 新医療用配合剤の特例により算定（単剤A,B,Cの薬価の合計の0.8倍など）
- 単剤A、単剤Bはないが、成分Aと成分Bから成る配合剤Dがある場合
→ **配合剤Dと単剤Cにより、新医療用配合剤の特例を適用して算定（配合剤Dと単剤Cの合計の0.8倍など）**

その他（市場実勢価格加重平均値調整幅方式、基礎的医薬品）

- 既掲載品目の薬価の改定の算式（市場実勢価格加重平均値調整幅方式）は、以下のとおりとしている。今回の改定においても、令和元年度薬価調査に基づき、以下の算式により算定する。

<算式>

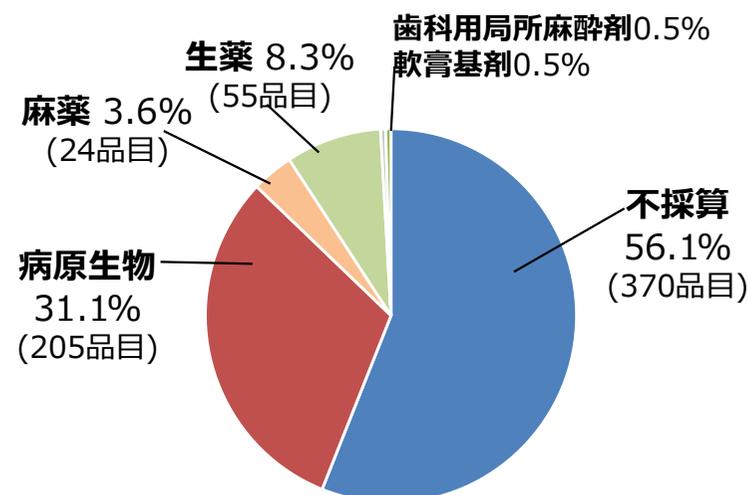
$$\text{新薬価} = \left(\begin{array}{l} \text{医療機関・薬局への販売} \\ \text{価格の加重平均値} \\ \text{（税抜の市場実勢価格）} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{l} 1 + \text{消費税率} \\ \text{（地方消費税分含む）} \end{array} \right) + \text{調整幅}$$

※ 調整幅は、改定前薬価の2/100に相当する額

- 基礎的医薬品については、不採算品再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度として位置づけられている。継続的な安定供給の観点から、現行ルールのとおりとし、今後の不採算品再算定や流通の状況等を踏まえて、引き続き検討することとする。

最低薬価では供給の維持（製造設備の改修を含む）が困難な品目や以前に不採算品再算定を受けた品目も含め、次のすべての要件を満たす医薬品を「基礎的医薬品」として、最も販売額が大きい銘柄に価格を集約してその薬価を維持することとしている。

- 収載25年以上、かつ成分・銘柄ごとのいずれの乖離率も平均乖離率以下
- 一般的なガイドラインに記載され、広く医療機関で使用されている
- 過去の不採算品再算定品目、並びに古くから医療の基盤となっている病原生物に対する医薬品（抗生物質など）、医療用麻薬、生薬、軟膏基剤及び歯科用局所麻酔剤



合計：660品目（平成30年度改定時点）

25. 經過措置

25. 経過措置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、1,2若しくは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、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。

25. 経過措置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に規定する入院料は、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る、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。

25. 経過措置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。

25. 経過措置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入院料の要件の見直し	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3月31日までの間に限り、引き続き算定できる。

25. 経過措置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。

26. 届出

施設基準等の各種様式は日本医師会ホームページ(メンバーズルーム)に掲載しますので、ダウンロードしてご活用ください

《医療課長通知》

- 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(月)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。
- 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通知するものであること。

〔日本医師会から厚生労働省・審査支払機関に要請〕

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、厚生労働省の説明会や各地の集団指導が開催されないことから、改定内容、施設基準届出の有無など行政による周知を徹底していただくとともに、例年以上に届出漏れ・届出誤り、請求誤りが出るおそれがあるため、最大限に柔軟・丁寧な対応をしていただきたい。

新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査の保険適用(事前周知)

◇令和2年3月4日 日本医師会 釜范・松本常任理事名 事務連絡

新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査につきましては、医師の総合的な判断により検査が必要と判断されたものについて、確実に検査につなげるため、これまで本会から国に対して検査体制の強化を強く要請してきたところです。

国はPCR検査を保険適用とする方針を固めており、これまでの地方衛生研究所等の他に、大学病院や民間検査施設等における検査が拡大され、検査実施数の増加が予想されます。

しかし、検体採取は、周囲への感染拡大のリスクが高く、PPE(個人防護具)の着用をはじめ、適切な感染予防策が不可欠であります。厚生労働省担当部局においても、同検査を保険適用した場合には、検体採取は適切な感染予防策を講じられる医療機関に限定する方針とのことであります。

「今後、全ての医療機関でPCR検査が可能となる」といった報道がなされ、医療機関に対して同検査の実施に関する問い合わせが増えております。一方、PPE等感染予防具は極めて入手が困難な状況にあります。

したがって、上記のような感染予防策を講じることのできない医療機関において、同検査の実施を求められた場合には、帰国者・接触者外来等の検査体制の整った医療機関に紹介する対応をお願いいたします。

この場合に、帰国者・接触者センターに連絡することが原則ですが、事前に帰国者・接触者外来と受診時間等を調整することで必ずしも帰国者・接触者相談センターを経由する必要はなくなるものと予想されます。

なお、厳格な取り扱いが求められる採取された検体の搬送をどのように行うかが現時点ではまだ不明確であります。

本件につきましては、近日中に厚生労働省より通知がなされる予定とのことではありますが、貴会におかれましてもご了知のうえ、貴会会員に対してあらかじめご周知いただきますよう特段の配慮をいただきたく何卒よろしくお願い申し上げます。

検査料の点数の取扱いについて

◇令和2年3月4日 厚生労働省保険局 医療課長通知

標記について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日付け保医発0305 第1号)を下記のとおり改正し、令和2年3月6日から適用する。

第3部 検査 第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料

DO23 微生物核酸同定・定量検査

(19) SARS-CoV-2(新型コロナウイルスをいう。以下同じ。)核酸検出は、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液又は鼻腔拭い液からの検体を用いて、国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」に記載されたもの若しくはそれに準じたもの 又は 体外診断用医薬品のうち、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2の検出(COVID-19の診断又は診断の補助)を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、

COVID-19の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合 又は COVID-19の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合に限り算定できる。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリ－Bの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、本区分の「12」SARSコロナウイルス核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数を準用して算定する。なお、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて(一部改正)」(令和2年2月18日健感発0218 第3号)の「第1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査つき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(準用点数)
DO23 微生物核酸同定・定量検査「12」
SARSコロナウイルス 450点

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い

◇令和2年2月14日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

今般、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等の診療報酬上の評価を適切に行う観点から、当該保険医療機関の入院基本料に係る施設基準について、臨時的ば対応として下記のとおり取り扱うこととしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関に対し周知徹底を図りたい。なお、下記の取扱いは、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関の診療報酬上の評価を適切に行う観点から行うものであって、看護要員の労働時間が適切であることが求められることは当然のことであり、例えば、非常勤職員を新たに採用するなど、看護要員の過重労働の防止に配慮すべきであることを申し添える。

1. 定数超過入院について

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

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い

◇令和2年2月14日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

2. 施設基準の取扱いについて

- (1) 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準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日保医発第0305第2号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。)の第3の1(1)の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。
- (2) また、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとすること。
- (3) 上記と同様の場合、DPC対象病院について、「DPC対制度への参加等の手続きについて」(平成30年3月26日保医発0326第7号)の第1の4(2)②に規定する「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。
- (4) (1)から(3)の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い

◇令和2年2月14日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

3. 診療報酬の取扱いについて

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

(答)

当面の間、以下の取扱いとする。

〈原則〉

実際に入院した病棟(病室)の入院基本料・特定入院基本料を算定する。

〈会議室等病棟以外に入院の場合〉

速やかに入院すべき病棟へ入院させることを原則とするが、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が入院すべき病棟の入院基本料を算定する。

この場合、当該患者の状態に応じてどのような診療や看護が行われているか確認できるよう、具体的に診療録、看護記録等に記録する。

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

○ 入院基本料を算定する病棟の場合

入院した病棟の入院基本料を算定する(精神病棟に入院の場合は精神病棟入院基本料を算定。)ただし、結核病棟については、結核病棟入院基本料の注3の規定に係わらず、入院基本料を算定する。

○ 特定入院料を算定する病棟の場合

医療法上の病床種別と当該特定入院基本料が施設基準上求めている看護配置により、算定する入院基本料を判断すること(一般病棟の回復期リハビリテーション病棟に入院の場合は13対1又は15対1の看護配置を求めていることから、地域一般入院基本料を算定。)

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い

◇令和2年2月14日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

3. 診療報酬の取扱いについて

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

(答)

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

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

(答)

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

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

(答)

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

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い

◇令和2年2月14日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

3. 診療報酬の取扱いについて

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

(答)

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

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い(2)

◇令和2年2月28日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(令和2年2月28日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)が、本日発出されたところですが、当該事務連絡に関連する診療報酬等の取扱い等について、別添1のとおり取りまとめたので、送付いたします。

※ 以下、「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(令和2年2月28日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)を単に「事務連絡」という。

問1 事務連絡の「1」にあるように、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、医師が電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行い、ファクシミリ等で処方箋情報が送付される場合、保険医療機関は、電話等再診料、処方箋料を算定できるか。

(答)
算定できる。

問2 問1について、電話や情報通信機器を用いて診療を行った場合は、電話等再診料とオンライン診療料のいずれかを算定するの。

(答)
問1の場合については、電話等再診料を算定すること。

問3 ファクシミリ等により処方箋情報を受け付けた保険薬局において、当該処方箋情報に基づく調剤を行った場合、調剤技術基本料及び薬剤料は算定できるのか。また、事務連絡の「3」にあるように、患者に薬剤を渡し、電話や情報通信機器を用いて服薬指導を行った場合、薬剤服用歴管理指導料等の薬剤師からの説明が要件となっている点数は算定できるのか。

(答)
調剤技術基本料及び薬剤料は算定できる。薬剤服用歴管理指導料等は電話や情報通信機器を用いて適切な指導を行っており、その他の要件を満たしていれば算定できる。

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い(3)

◇令和2年3月2日 厚生労働省保険局医療課 事務連絡

新型コロナウイルス感染症に係る保険医療機関の診療報酬上の評価を適切に行う観点から、基本診療料に係る基準及び外来診療料について、臨時的な対応として下記のとおり取り扱うこととしたので、その扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関に対して周知徹底を図られたい。

1. 基本診療料に係る施設基準の取扱いについて

「基本診療料の施設基準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日保医発第0305第2号)の第2の7において、各月の末日までに基本診療料の施設基準の要件審査を終え、届出を受理した場合の取扱いに係り、月の最初の開庁日に要件審査を終えた場合を除き、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定するとされているところである。今般、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、この規定にかかわらず、当面の間、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとする。

2. 外来診療料の取扱いについて

(1) 外来診療料の取扱いについては、電話等による再診を行った場合は算定できないとされているところであるが、「新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての電話や情報通信機器を用いた診療や処方箋の取扱いについて」(令和2年2月28日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)の「1」にあるように、慢性疾患等を有する患者等について、地域によってはかかりつけ医機能を有する医療機関が近くに存在しないなどの理由によって、当該患者が外来診療料を算定する医療機関に複数回以上受診している場合も考えられることから、医師が電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行い、ファクシミリ等で処方箋情報が送付される場合、外来診療料を算定できることとする。

(2) 本取扱いにしたがって外来診療料を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に電話等による旨及び当該診療日を記載すること。また、診療録への記載については、電話等再診の規定に基づいて対応されたい。

(3) 本取扱いについては、新型コロナウイルス感染症患者の状況等を踏まえた臨時的な取扱いであり、状況等に変化があった場合には、速やかに必要な見直しを行うこととする。

◇令和2年2月28日 厚生労働省医薬局医事課、医薬・生活衛生局総務課 事務連絡

今般、「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」(令和2年2月25日新型コロナウイルス感染症対策本部決定。以下「基本方針」という。)がとりまとめられたところです。基本方針を踏まえ、新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等を有する定期受診患者等が継続的な医療・投薬を必要とする場合に、電話や情報通信機器を用いた診療によりファクシミリ等による処方箋情報の送付等の対応が必要なケースがあることから、あらかじめ、その取扱いに関する留意点を別添にまとめましたので、貴管下の医療機関、薬局等に周知していただくようお願いいたします。

《慢性疾患等を有する定期受診患者等に係る電話や情報通信機器を用いた診療、処方箋の送付及びその調剤等に関する留意点について》

1. 電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行い、ファクシミリ等で処方箋情報が送付される場合

- ・ 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、当該慢性疾患等に対する医薬品が必要な場合、感染源と接する機会を少なくするため、一般的に、長期投与によって、なるべく受診間隔を空けるように努めることが原則であるが、既に診断されている慢性疾患等に対して医薬品が必要になった場合には、電話や情報通信機器を用いて診察した医師は、これまでも当該患者に対して処方されていた慢性疾患治療薬を処方の上、処方箋情報を、ファクシミリ等により、患者が希望する薬局に送付し、薬局はその処方箋情報に基づき調剤する。

注)処方箋情報のファクシミリ等による送付は、医療機関から薬局に行くことを原則とするが、患者が希望する場合には、患者自身が処方箋情報を薬局にファクシミリ等により送付することも差し支えない。

- ・ ただし、新型コロナウイルスへの感染を疑う患者の診察は、「視診」や「問診」だけでは診断や重症度の評価が困難であり、初診から電話や情報通信機器を用いて診療を行った場合、重症化のおそれもあることから、初診で電話や情報通信機器を用いた診療を行うことが許容される場合には該当せず、直接の対面による診療を行うこと。
- ・ なお、新型コロナウイルスへの感染者との濃厚接触が疑われる患者や疑似症を有し新型コロナウイルスへの感染を疑う患者について、電話や情報通信機器を用いて、対面を要しない健康医療相談や受診勧奨を行うことは差し支えない。その場合、新型コロナウイルスを疑った場合の症例の定義などを参考に、必要に応じて、帰国者・接触者相談センターに相談することを勧奨することとする。

◇令和2年2月28日 厚生労働省医薬局医事課、医薬・生活衛生局総務課 事務連絡

《慢性疾患等を有する定期受診患者等に係る電話や情報通信機器を用いた診療、処方箋の送付及びその調剤等に関する留意点について》

2. 医療機関における対応

- ・ 新型コロナウイルスの感染拡大を防止する観点から、電話や情報通信機器を用いた診療で処方する場合、慢性疾患等を有する定期受診患者等について、当該患者が複数回以上受診しているかかりつけ医等が、その利便性や有効性が危険性等を上回ると判断した場合において、これまでも当該患者に対して処方されていた慢性疾患治療薬を電話や情報通信機器を用いた診療で処方することは、事前に診療計画が作成されていない場合であっても差し支えないこととする。
- ・ 電話や情報通信機器を用いた診療で処方する場合、患者の同意を得て、医療機関から患者が希望する薬局にファクシミリ等により処方箋情報を送付することとして差し支えない。
- ・ 医療機関は、処方箋を保管し、後日、薬局に当該処方箋を送付するか、当該患者が医療機関を受診した際に当該処方箋を手渡し、薬局に持参させる。
- ・ 医師は、ファクシミリ等により処方箋情報を薬局に送付した場合は、診療録に送付先の薬局を記録すること。
- ・ 医師は、3. により、薬局から、患者から処方箋情報のファクシミリ等による送付があった旨の連絡があった場合にも、診療録に当該薬局を記録すること。この場合に、同一の処方箋情報が複数の薬局に送付されていないことを確認すること。

◇令和2年2月28日 厚生労働省医薬局医事課、医薬・生活衛生局総務課 事務連絡

《慢性疾患等を有する定期受診患者等に係る電話や情報通信機器を用いた診療、処方箋の送付及びその調剤等に関する留意点について》

3. 薬局における対応

- ・ 患者からファクシミリ等により処方箋情報を受け付けた薬局は、その真偽を確認するため、処方箋を発行した医師が所属する医療機関に、処方箋の内容を確認する(この行為は、薬剤師法第24条に基づく疑義照会とは別途に、必ず行うこととする)。なお、患者を介さずに医療機関からファクシミリ等による処方箋情報の送付を直接受けた場合には、この確認行為は行わなくてもよい。
- ・ 医療機関から処方箋原本を入手するまでの間は、ファクシミリ等により送付された処方箋を薬剤師法(昭和35年法律第146号)第23条～第27条、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)第49条における処方箋とみなして調剤等を行う。
- ・ 調剤した薬剤は、患者と相談の上、当該薬剤の品質の保持や、確実な授与等がなされる方法で患者へ渡し、服薬指導は電話や情報通信機器を用いて行うこととしても差し支えない。また、長期処方に伴う患者の服薬アドヒアランスの低下や薬剤の紛失等を回避するため、調剤後も、必要に応じ電話や情報通信機器を用いて服薬指導等を実施する。
- ・ 可能な時期に医療機関から処方箋原本を入手し、以前にファクシミリ等で送付された処方箋情報とともに保管すること。

◇令和2年2月28日 厚生労働省医政局、健康局、社会・援護局、社会・援護局障害保健福祉部、子ども家庭局、老健局、保険局 事務連絡

令和2年2月27日、今般の新型コロナウイルス感染症への対応の一環として、政府から小学校、中学校、高等学校等に対し、同年3月2日以降の臨時休業を要請したところです。今後、当該要請を踏まえて小学校等の休業等の対応が行われる場合、それに伴い、子どもを持つ医師、薬剤師、看護師、リハビリ専門職等の医療介護福祉分野の専門性を有する方々が子育て等を理由とした休暇の取得等を行うことが想定されます。

こうした場合においても、医療、介護、障害福祉等において必要とされるサービスが地域で適切に提供されるよう下記の取扱いを行うこととしたため、内容についてご了知いただくとともに、貴管内医療機関、社会福祉施設等に対する周知をお願いします。

なお、この取扱いは、今般の新型コロナウイルス感染症のまん延防止を図ることの重要性に鑑みたものであることに御留意いただくようお願い申し上げます。

2. 医療機関等における人員確保支援、配置基準や報酬算定要件等について

(1) 学校等の臨時休業による貴管内の医療機関等の人員不足状況や診療の継続の可否の影響について、各医療機関等の承諾を得た上で、特に救急医療(特にICUの状況)、透析医療、新型コロナウイルス感染症対策などの地域医療に対しての影響が大きい医療を優先して把握するとともに、診療の継続が困難等の課題があれば、前広に厚生労働省医政局に報告すること。

上記で把握した学校等の臨時休業期間における各医療機関等の人員不足状況等をもとに、学校等の臨時休業期間における必要な医療が提供できるよう、地域の医師会等の関係団体と協議した上で、例えば、近隣医療機関間の職員融通や輪番制などの体制整備など、地域の実情に応じて必要な医療提供体制を構築すること。

また、臨時的な代替職員の確保等については、厚生労働省において関係団体と調整を進めることとしており、都道府県においても、関係団体と必要な調整の上、人員が不足している医療機関等に対する支援策について検討していただきたい。

◇令和2年2月28日 厚生労働省医政局、健康局、社会・援護局、社会・援護局障害保健福祉部、子ども家庭局、老健局、保険局 事務連絡

2. 医療機関等における人員確保支援、配置基準や報酬算定要件等について

(2) 学校等の臨時休業に伴い、自宅での子育て等を理由として勤務することが困難となる医師等(臨時的な代替職員として一時的に他の医療機関等で従事することとなる者を含む。)については、当該医師等を医療法施行規則第19条、第21条の2、第22条の2及び第22条の6に定める医師等の数の算定に加える取扱いとして差し支えないこと。この場合における保険医療機関等の診療報酬上の施設基準の取扱いについては、「新型コロナウイルス感染症にかかる診療報酬上の臨時的な取扱いについて」(令和2年2月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡)【別添2】中2及び3に基づき行って差し支えない。なお、これらの取扱いをする場合においては、医療機関等における安全確保に努めるとともに、職員が一時的に不足したことを記録し、保管すること。

ご清聴ありがとうございました

改定内容についてのご質問は日本医師会保険医療部 医療保険課宛にメール、FAX等でご送付ください。

整理・確認後、日医版『Q&A』や厚生労働省 疑義解釈資料に反映させていただきます。

また、本資料は、HP掲載後に修正する可能性がありますのでご了承下さい。

