



令和2年度診療報酬改定のポイント ～入院編～

令和 2年 3月16日
有限会社メディカルサポートシステムズ
公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会
神奈川県支部副支部長
認定医業経営コンサルタント 第5590号
細 谷 邦 夫

◆ 本日の内容

- ▶ 本日の資料は3月5日の官報告示及び訂正通知等に基づいています
- ▶ 本稿は改定において変更された部分を中心に記載していますので、詳細は白本もしくは厚生労働省のホームページにて確認してください
- ▶ 詳細な算定ルールやレセプト記載については、今後発出される疑義解釈(Q&A)や通知を待つ必要があります
- ▶ 訂正通知等が発出されることもありますので、十分注意をしてください
- ▶ 本稿の図表は特別な断りがない場合、出典は厚生労働省です
- ▶ カルテ記載、院内掲示等の算定要件に要注意

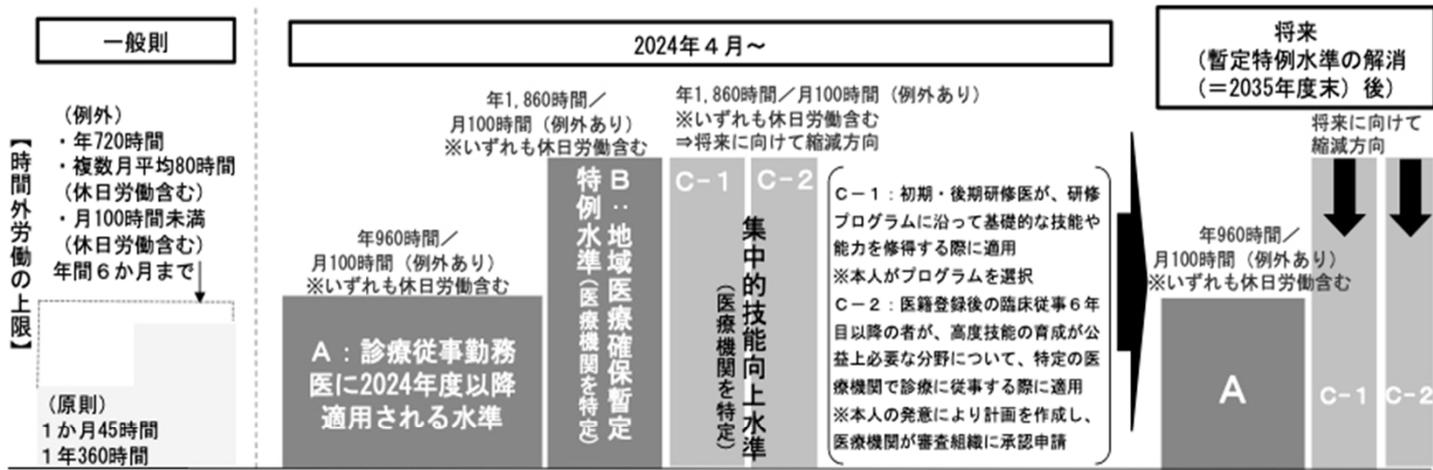
◆ 施設基準の届出を行う際の留意事項

- ▶ 新点数等を4月1日から算定のためには4月20日(月)必着
- ▶ 「算定要件を満たす」とされる場合には厚生局への届出は不要ですが、基準の満たされているか常に見直しをすることが大切です
- ▶ 届け出たらおしまいではなく、定期的なチェックを
- ▶ 経過措置のあるものは届出忘れの無いように注意

勤務環境改善関係

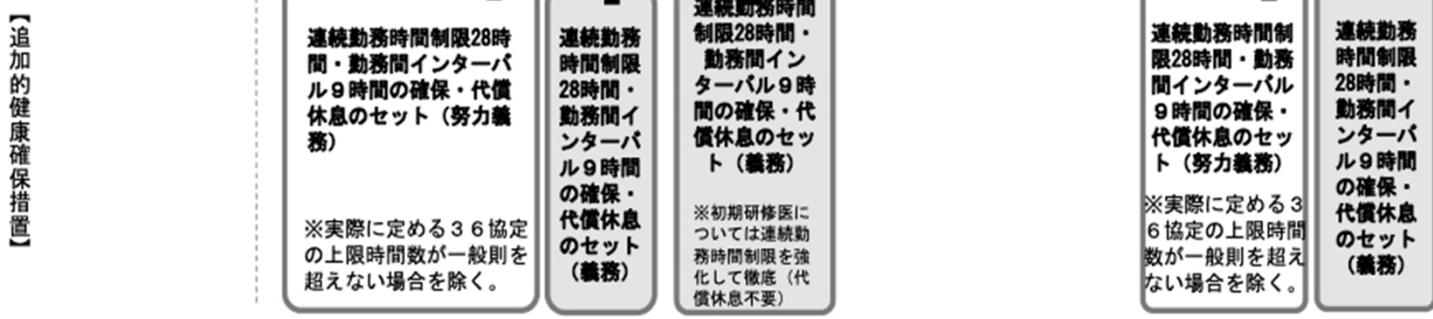
報告書概要資料より

医師の時間外労働規制について①



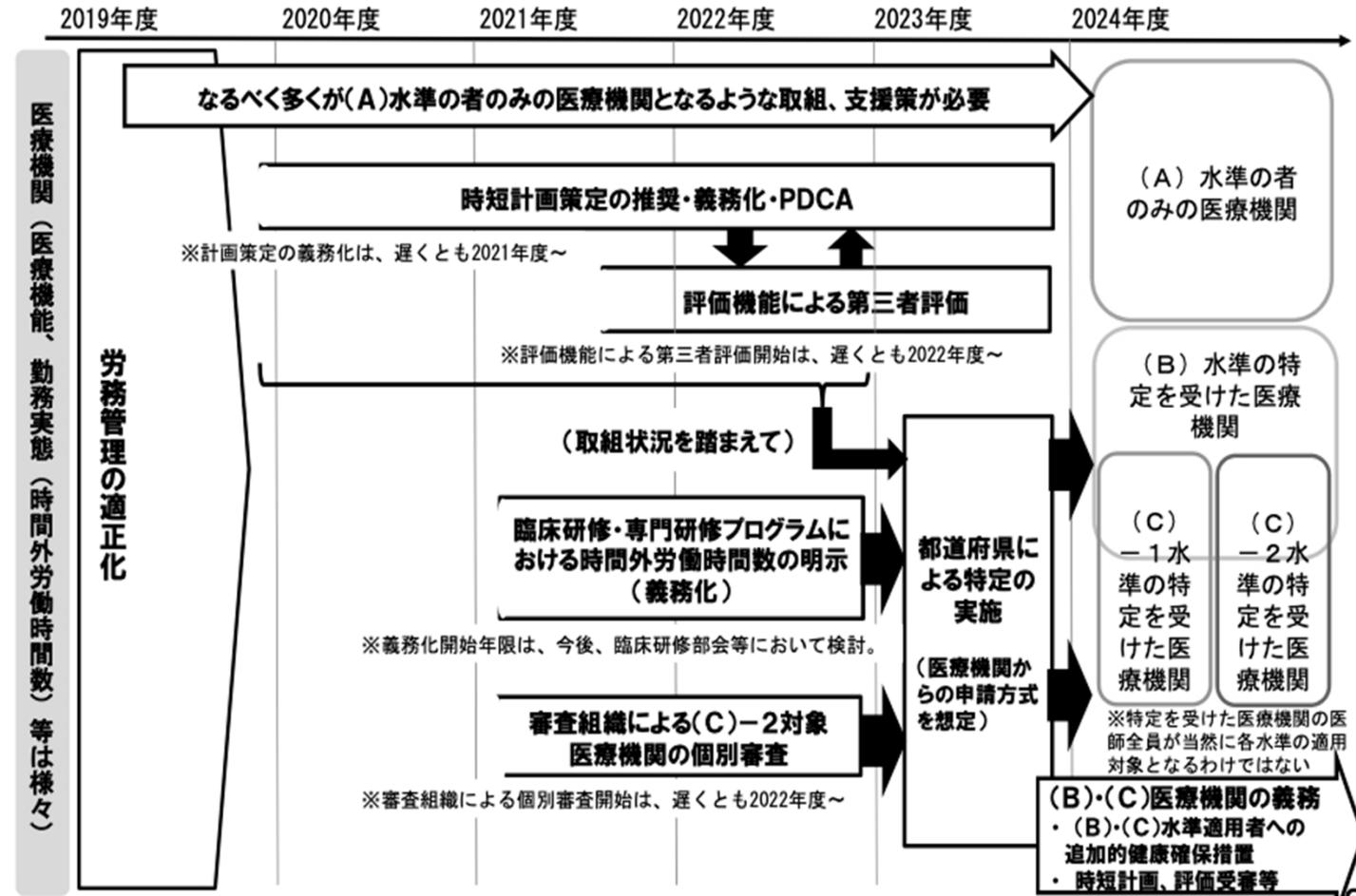
※この（原則）については医師も同様。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置（いわゆるトクストップ）



※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

2024年4月までの見通し

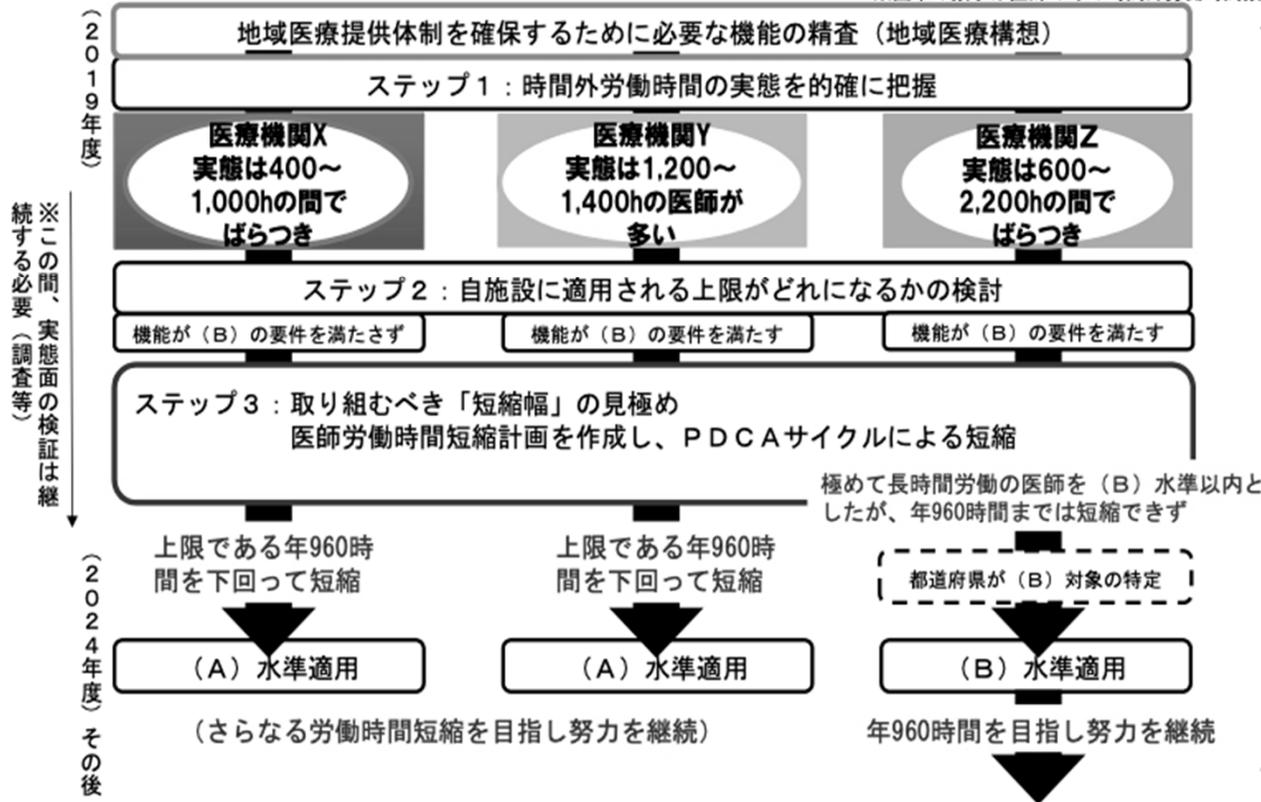


上限規制適用までの5年間における医療機関の動き

□ 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの5年間において、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。

<各医療機関の状況に応じた5年間の動き(例)>

※図中の数字は医師の年の時間外労働時間数



(B)水準の適用となる医療機関は、地域において必須の医療機能を有し、(A)水準の適用に向けた重点支援対象とするもの。都道府県は(A)・(B)の役割分担も含めた医療提供体制のあり方・必要な支援策を不断に検討していく必要がある。

◆ 管理者によるマネジメントを推進

▶ 対象となる項目

- ▶ 総合入院体制加算
- ▶ 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及び深夜加算1

▶ 施設基準

- ▶ 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
- ▶ 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
- ▶ なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない

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

- ▶ 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
- ▶ 院内研修について、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する。また、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
- ▶ 院外研修について、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

- ▶ 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、診療録への記録を、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
- ▶ レセプト摘要欄に記載を求めていた事項のうち、画像診断の撮影部位や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逡減等を行う
- ▶ 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

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進



情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

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



対象となる加算等

- 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

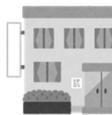
原則、対面で実施



やむを得ない場合に限り、ICT活用

改定後

原則、対面で実施



必要な場合ICT活用

◆ 勤務時間の緩和

- ▶ 週3日以上かつ週24時間以上

⇒ 週3日以上かつ22時間以上

◆ 常勤換算計算式

- ▶ 常勤換算人数 =

$$\text{常勤職員の人数} + \frac{\text{非常勤職員の勤務時間の合計}}{\text{常勤職員が勤務するべき時間}}$$

- ◆ 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・抗菌薬適正使用支援加算 等
 - ▶ 施設基準例
 - ▶ 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
 - ▶ (新)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任の非常勤医師(略)を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる
- ◆ 病棟薬剤業務実施加算・薬剤管理指導料 等
 - ▶ 施設基準例
 - ▶ 常勤の薬剤師が2人以上配置され、病棟薬剤業務の実施に必要な体制
 - ▶ (新)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非常勤の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を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、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る

◆ 特定集中治療室業務の負担軽減

▶ 特定集中治療室管理料1及び2

▶ 施設基準

- (2)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(略)配置すること
- なお、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(SOFAスコア)の提出拡大

▶ 特定集中治療室管理料3

▶ 特定集中治療室管理料4

- 経過措置

≫ 令和2年10月1日以降に当該治療室に入室した患者を提出対象とする

◆ 入退院支援部門の職員を非常勤職員でも可能とする

▶ 入退院支援加算1・2・3、入院時支援加算

▶ 施設基準

- (2)当該入退院支援部門に(略)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については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師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

◆ 麻酔管理料(Ⅱ)の要件見直し

▶ 算定要件

- ▶ (2)麻酔管理料(Ⅱ)は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(以下この区分番号において、単に「担当医師」という)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、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
- ▶ なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、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
- ▶ (新)(4)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

◆ 麻酔管理料(Ⅱ)の要件見直し

▶ 施設基準

- ▶ (新)(6)担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した専任の常勤看護師が1名以上配置されていること
- ▶ ここでいう「適切な研修」とは、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号に規定す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であること
- ▶ (7)担当医師が実施する一部の行為を、(6)に規定する看護師が実施する場合にあっては、麻酔科標榜医又は担当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。

◆ タスクシフトの観点から栄養サポートチーム加算の見直し

▶ 栄養サポートチーム加算

▶ 追加対象となる入院料

- 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(結核病棟及び精神病棟に限る)

◆ 夜間における看護業務の負担軽減

▶ 対象となる項目

- ▶ 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)
- ▶ 障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算
- ▶ 看護職員夜間配置加算(看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る)
- ▶ 看護補助加算の注3に掲げる夜間看護体制加算
- ▶ 精神科救急入院料の注5及び精神科救急・合併症入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算

◆ 夜間における看護業務の負担軽減

▶ 施設基準

▶ 次のうち3項目以上を満たしている

- ア～ウ(略)
- (新)エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること
- (新)オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、柔軟な勤務体制の工夫がなされていること
- カ～キ(略)
- ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること
- (新)ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること

- ▶ (3)(中略)クについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。ただし、利用者がいない日についてはこの限りではない

◆ 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

▶ 看護職員夜間配置加算

▶ 看護職員夜間12対1配置加算1	95点 ⇒ 105点
▶ 看護職員夜間12対1配置加算2	75点 ⇒ 85点
▶ 看護職員夜間16対1配置加算1	55点 ⇒ 65点
▶ 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の見直し

▶ 看護職員夜間配置加算	55点 ⇒ 65点
▶ 地域包括ケア病棟入院料の注加算	
▶ 精神科救急入院料の注加算	
▶ 精神科救急・合併症入院料の注加算	

◆ 看護補助者の院内研修の要件の見直し

▶ 対象項目

- ▶ 急性期看護補助体制加算
- ▶ 看護補助加算
- ▶ 看護職員夜間配置加算
- ▶ 療養病棟入院基本料の注12に掲げる夜間看護加算
- ▶ 障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算

▶ 施設基準

- ▶ (6)急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること
- ▶ ※院内研修のアについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えないものとする
 - ア医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
 - イ～カ(略)

◆ 抗菌薬適正使用支援加算の院内研修要件の見直し

▶ 施設基準

▶ (4)抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと

- カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する
- また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する
- なお、当該院内研修については、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない

◆ 実施計画等の記録の合理化

▶ 実施計画等の写しを診療録に添付すれば良いこととする

▶ 対象項目

- 栄養サポートチーム加算注2
- 外来緩和ケア管理料注4

▶ 算定要件の(削除)

- 「注2」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること

- ◆ 安全管理の責任者等で構成される会議等の効率化・合理化
 - ▶ ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能

 - ▶ 対象項目
 - ▶ 医療安全管理体制の基準
 - ▶ 院内感染防止対策の基準
 - ▶ 医療安全対策加算

 - ▶ (4)安全管理のための委員会が開催されていること
 - ▶ 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること
 - ▶ なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、対面によらない方法でも開催可能とする

◆ (新)地域医療体制確保加算(入院初日) 520点

▶ 算定要件

▶ 要届出

- ▶ 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)

▶ 対象入院料

- ▶ 一般病棟入院基本料(地域一般入院基本料を除く)
- ▶ 結核病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る)
- ▶ 精神病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る)
- ▶ 特定機能病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る)
- ▶ 専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る)
- ▶ 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、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料
- ▶ 総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料
- ▶ 一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料(小児入院医療管理料5を除く)
- ▶ 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料

◆ (新)地域医療体制確保加算(入院初日)

▶ 施設基準

- ▶ 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件数が、年間で2,000件以上であること
- ▶ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること(医師事務作業補助体制加算等と合わせての整備で可)
 - 1、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること
 - 2、病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること
 - 3、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、「病院勤務医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
 - また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること

◆ (新)地域医療体制確保加算(入院初日)

▶ 施設基準

▶ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること

- 4、3の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと
- 5、3の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること
 - ≫ 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(例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など)
 - ≫ イ、勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ≫ ウ、前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
 - ≫ エ、予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

◆ (新)地域医療体制確保加算(入院初日)

▶ 施設基準

- ▶ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること
 - 5、3の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること
 - ≫ 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、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用
 - 6、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること

◆ 救急搬送看護体制加算(夜間休日救急搬送医学管理料)の見直し

- ▶ (新)救急搬送看護体制加算1 400点
- ▶ 救急搬送看護体制加算2 200点

- ▶ 施設基準
 - ▶ 救急搬送看護体制加算1
 - イ、救急搬送について、十分な実績を有していること
 - ロ、救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること

◆ 救急搬送看護体制加算の見直し

▶ 施設基準

▶ 救急搬送看護体制加算1

- (1)救急用の自動車(消防法(昭和23年法律第186号)及び消防法施行令(昭和36年政令第37号)に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和35年法律第105号)及び道路交通法施行令(昭和35年政令第270号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る)をいう)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成19年法律第103号)第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること
- (2)救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること
- なお、当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係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

- 現行通り

有床診療所

◆ 有床診療所加算の見直し

- ▶ 有床診療所一般病床初期加算(1日につき)

100点 ⇒ 150点

- ▶ 転院又は入院した日から起算した算定上限日数

- 7日 ⇒ 14日

- | | | |
|-------------|-------|------|
| ▶ 医師配置加算1 | 88点 ⇒ | 120点 |
| ▶ 医師配置加算2 | 60点 ⇒ | 90点 |
| ▶ 看護配置加算1 | 40点 ⇒ | 60点 |
| ▶ 看護配置加算2 | 20点 ⇒ | 35点 |
| ▶ 夜間看護配置加算1 | 85点 ⇒ | 100点 |
| ▶ 夜間看護配置加算2 | 35点 ⇒ | 50点 |
| ▶ 看護補助配置加算1 | 10点 ⇒ | 25点 |
| ▶ 看護補助配置加算2 | 5点 ⇒ | 15点 |

有床診療所緩和ケア診療加算



◆ 有床診療所緩和ケア診療加算(1日につき)

150点⇒ 250点

▶ 施設基準

▶ 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師を配置

- 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1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1年以上の経験を有する者であっても差し支えない

▶ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師を配置

◆ 新たに加算が可能となった項目(新設加算除く)

▶ 医師事務作業補助体制加算

- ▶ 50対1補助体制加算
- ▶ 75対1補助体制加算
- ▶ 100対1補助体制加算

※有床診療所入院基本料・有床診療所療養病床入院基本料

▶ 施設基準

- ▶ 悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う医師は、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
- ▶ なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい
 - 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
- ▶ 看護師は次の事項に該当する研修を修了していること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る看護を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい(看護師の研修要件に変更なし)

入院基本料・特定入院料

急性期一般

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

回復期リハ病棟

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

地域包括ケア病棟

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

療養病棟

- 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す
- また、中心静脈カテーテル等の適切な管理を推進する観点から、施設基準や医療区分の要件を見直す

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費に係る帳票等の見直し

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

○電子カルテやオーダ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

入院時食事療養費の見直し

入院時食事療養費の適時適温に係る見直し

現行

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が、検査等により配膳時間に患者に配膳できなかった場合等の対応のため適切に衛生管理がされていた食事を電子レンジ等で温めることは、差し支えない。

(以下同じ)

重症度、医療・看護必要度の見直し1



入院基本料等

一般病棟用	重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合			重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合		
	現行	改定後	差異	現行	改定後	差異
急性期一般入院料1	30%	31%	1%	25%	29%	4%
急性期一般入院料2	-	28% (26%)	-	24%	26% (24%)	2%
急性期一般入院料3	-	25% (23%)	-	23%	23% (21%)	0%
急性期一般入院料4	27%	22% (20%)	- 5%	22%	20% (18%)	- 2%
急性期一般入院料5	21%	20%	- 1%	17%	18%	1%
急性期一般入院料6	15%	18%	3%	12%	15%	3%
7対1入院基本料 (特定機能病院(一般病棟))	28%	-		23%	28%	5%
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	28%	30%	2%	23%	28%	5%
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	11%	11%	0%	9%	9%	0%

重症度、医療・看護必要度の見直し2



入院基本料等

一般病棟用	重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合			重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合		
	現行	改定後	差異	現行	改定後	差異
看護必要度加算1	27%	22%	- 5%	22%	20%	- 2%
看護必要度加算2	21%	20%	- 1%	17%	18%	1%
看護必要度加算3	15%	18%	3%	12%	15%	3%
総合入院体制加算1	35%	35%	0%	30%	33%	3%
総合入院体制加算2	35%	35%	0%	30%	33%	3%
総合入院体制加算3	32%	32%	0%	27%	30%	3%
急性期看護補助体制加算	7%	7%	0%	6%	6%	0%
看護職員夜間配置加算	7%	7%	0%	6%	6%	0%
看護補助加算1	6%	6%	0%	5%	5%	0%
地域包括ケア病棟入院料	10%	14%	4%	8%	11%	3%
特定一般病棟入院料の注7	10%	14%	4%	8%	11%	3%

◆ 経過措置

- ▶ 令和2年3月31日時点において現に以下に掲げる入院料等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、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす
 - ▶ 急性期一般入院料1
 - ▶ 急性期一般入院料2
 - ▶ 急性期一般入院料3
 - ▶ 急性期一般入院料4
 - 令和3年3月31日まで
 - ▶ 急性期一般入院料5
 - ▶ 急性期一般入院料6
 - ▶ 看護必要度加算1
 - ▶ 看護必要度加算3
 - ▶ 7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る))
 - ▶ 7対1入院基本料(専門病院入院基本料)
 - ▶ 7対1入院基本料(結核病棟入院基本料)
 - ▶ 総合入院体制加算1
 - ▶ 総合入院体制加算2
 - ▶ 総合入院体制加算3
 - ▶ 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
 - ▶ 特定一般病棟入院料の注7
 - ▶ 看護必要度加算2

◆ A項目の見直し(救急患者の評価)

▶ 重症度、医療・看護必要度 I

▶ 救急搬送後の入院 2日間 ⇒ 5日間

▶ 重症度、医療・看護必要度 II

▶ 入院日に以下の項目を算定する患者を入院後5日間評価の対象とする

- 救急医療管理加算1
- 救急医療管理加算2
- 夜間休日救急搬送医学管理料

▶ 専門的な治療・処置6「免疫抑制剤の管理」

▶ 注射剤に限り評価の対象

重症度、医療・看護必要度の見直し5



入院基本料等

◆ B項目の見直し(一般・特定集中治療室・ハイケアユニット)

▶ 「患者の状態」と「介助の実施」で評価

▶ 「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」が不要に

		患者の状態			介助の実施		評価	
B	患者の状態等	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

◆ C項目(手術等の医学的状況)の見直し

- | | | |
|---|-------|------|
| ▶ 16、開頭手術 | 7日間 ⇒ | 13日間 |
| ▶ 17、開胸手術 | 7日間 ⇒ | 12日間 |
| ▶ 18、開腹手術 | 4日間 ⇒ | 7日間 |
| ▶ 19、骨の手術 | 5日間 ⇒ | 11日間 |
| ▶ 20、胸腔鏡・腹腔鏡手術 | 3日間 ⇒ | 5日間 |
| ▶ 21、全身麻酔・脊椎麻酔の手術 | 2日間 ⇒ | 5日間 |
| ▶ 22、救命等に係る内科的治療 | 2日間 ⇒ | 5日間 |
| ▶ (新)23、別に定める検査 | | 2日間 |
| ▶ 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) | | |
| ▶ (新)24、別に定める手術 | | 6日間 |
| ▶ 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 | | |

重症度、医療・看護必要度の見直し7



◆ 重症度、医療・看護必要度の要件見直し

- ▶ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
- ▶ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの要件見直し
 - ▶ レセプト電算処理システム用コードを用いた評価に(Ⅱと同様の評価)
 - 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)
 - C項目
 - ▶ 参考 : 別紙7別表1「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」
 - ▶ 急性期一般入院基本料(1~6)
 - 通則の変更により許可病床数400床以上は必須

◆ 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の基準

- ▶ 「B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」を削除

◆ 院内研修の指導者に係る要件の見直し

- ▶ 施設基準重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ(Ⅱにあつては、B項目のみ)に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、~~院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの(修了証が交付されているもの)又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい~~
- ▶ 特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度も同様

◆ 5%減算の対象追加

- ▶ シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影
- ▶ ポジトロン断層撮影
- ▶ ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
- ▶ ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
- ▶ 乳房用ポジトロン断層撮影

- ▶ 通則（6）イ、ウ、特定入院料等についても同様

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

➤ 実績要件の見直し

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

(例)

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

施設基準の見直し

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

転棟に係る算定方法の見直し

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

届出に係る見直し

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

地域包括ケア病棟の役割



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 14%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				-			
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-	-
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		-	3月で6人以上		-	-
	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(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 5分 以上(10床未満の病室は3月 6人 以上)	
自宅等からの緊急患者の受入(3月)	3人以上	6人 以上	
在宅医療等の提供	以下(4つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)20回以上	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 30回 以上	
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数／同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月間)100回以上／500回以上	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月) 60回 以上	併設 の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月) 300回 以上
		開放型病院共同指導料の算定回数(3月)10回以上	
	同一敷地内の事業所で介護サービスを提供していること	併設 の事業所が介護サービスの 提供実績を有していること	
	—	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 の算定回数(3月) 30回 以上	
	—	退院時共同指導料2 の算定回数(3月) 6回 以上	

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

◆ 実績要件の見直し

▶ 自院内の一般病棟からの転棟割合による減算

⇒ 所定点数の100分の90

▶ 許可病床数が400床以上の病院で、一般病棟からの転棟割合が 6割未満である場合

▶ 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を届け出ている場合は、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

▶ 地域包括ケア病棟入院料1・3の施設基準見直し

▶ 自宅等から入院したものの割合

- 1割以上 ⇒ 1割5分以上

▶ 自宅等からの緊急入院患者の受入れ人数

- 前3月間において3人以上 ⇒ 前3月間において6人以上

▶ 在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

- 前3月間に20回以上 ⇒ 前3月間に30回以上

▶ 地域包括ケア病棟入院料1・3の施設基準見直し

▶ ホ、次のいずれか二つ以上を満たしていること

- 2、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、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)
 - ≫ 前3月間において100回以上⇒ 前3月間において60回以上
- 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前3月間において500回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること
 - ⇒ 前3月間において300回以上
- 4、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を前3月間において10回以上算定している保険医療機関である
 - ≫ ⇒ (改訂)在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3月間において30回以上算定している保険医療機関である

▶ 地域包括ケア病棟入院料1・3の施設基準見直し

▶ ホ、次のいずれか二つ以上を満たしていること

- 5、介護保険の訪問介護、訪問看護、訪問リハ、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること
⇒ 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施設が当該保険医療機関に併設されていること
- (新)6、退院時共同指導料2を前3月間において6回以上算定している保険医療機関であること

▶ ロ、当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割以上であることただし、当該病室における病床数が10未満のものにあつては、前3月間において、自宅等から入院した患者が3以上であること

- ⇒ 自宅等から入院したものの割合が1割5分以上
- ⇒ 前3月間において、自宅等から入院した患者が6以上

▶ 経過措置

- ▶ 令和2年3月31日時点で地ケア入院料1・3又は地ケア医療管理料1・3を届出ている場合は、令和3年9月30日まではみなし

◆ 加算点数の見直し

- ▶ 看護補助者配置加算(1日につき) 150点 ⇒ 160点
- ▶ 看護職員夜間配置加算(1日につき) 55点 ⇒ 65点

◆ 地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

- ▶ 概略(下記項目の要件化 詳細は次ページ以降)
 - ▶ 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置
 - ▶ 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること
 - ▶ 疾患別リハビリテーションの提供に際して、入棟時の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

◆ 地域包括ケア病棟入院料の人員配置見直し

▶ 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件

▶ (1)通則

▶ ニ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること



▶ (1)通則

▶ ニ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること

▶ 当該部門に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従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること

▶ 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては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あつては専任の看護師が配置されていること

◆ 地域包括ケア病棟入院料の人員配置見直し

▶ (1)通則

- ▶ なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る)を2名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
- ▶ (3)当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という)が1名以上配置されていること
- ▶ なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない
- ▶ ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる

◆ 地域包括ケア病棟入院料の人員配置見直し

▶ (1)通則

- ▶ なお、注2の届出を行う場合にあつては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること
- ▶ 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理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は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理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる

▶ 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又は地域包括ケア入院医療管理料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

◆ 通則の見直し**▶ 適切な意思決定支援に関する指針の要件化**

- ▶ 対象が全ての地ケアに拡大(療養病棟入院基本料も同様)
- ▶ 当該保険医療機関において、厚生労働省「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
- ▶ 経過措置
 - 令和2年3月31日届出があれば令和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

▶ リハビリテーションの必要性の判断の要件化

- ▶ リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

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

施設基準の見直し

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

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

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

入院患者に係る要件の見直し

- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

効果的なリハビリテーションの提供の推進



適切な栄養管理の推進

入退院時における適切なADLの評価と説明

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

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

実績部分

*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

- 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
 として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
 として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
 として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
 としてリハビリテーションの効果に係る実績の指数が**35**以上であること。

管理栄養士の配置に係る見直し

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

現行

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

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
 □ **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

- 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

- 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。

◆ 回復期リハ病棟入院料1・3の実績指数引き上げ

▶ 回リハ病棟入院料1

▶ リハの効果に係る実績指数 37以上 ⇒ 40以上

▶ 回リハ病棟入院料3

▶ リハの効果に係る実績指数 30以上 ⇒ 35以上

▶ 経過措置

▶ 令和2年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3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

◆ 説明の強化

▶ 入院時FIM及び目標とするFIM

▶ リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、患者の求めに応じ計画書を交付する

▶ 退院時FIMについても同様

▶ 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いていた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

◆ 回りハ病棟1の管理栄養士の規定見直し

- ▶ 「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」とされているものを専任配置に変更
 - ▶ (2)回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
 - 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置
- ▶ 経過措置
 - ▶ 令和2年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1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

◆ 管理栄養士の算定要件の新設(回リハ病棟2から6)

- ▶ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が配置されている場合には、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい
 - ▶ ア、当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること
 - ▶ イ、当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと
 - ▶ ウ、当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること

◆ 入院患者要件から、発症からの期間を削除

▶ 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷等

(二～五についても同様の見直し)

- ▶ 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
- ▶ ただし、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)、専門病院入院基本料(七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る)、総合入院体制加算、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又は小児特定集中治療室管理料(以下「算定開始日数控除対象入院料等」という)を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月の期間から30日を限度として控除するものとする

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

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

現行

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

改定後

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

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

適切な意思決定の支援

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

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

中心静脈栄養の適切な管理の推進

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

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

[算定要件]

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

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

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

[施設基準]

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

ア 中心静脈注射用カテーテルに係る**院内感染対策のための指針を策定**していること。

イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る**感染症の発生状況を継続的に把握**すること。

【経過措置】

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

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

療養病棟入院基本料1



◆ 療養病棟入院基本料(経過措置1)の見直し

- ▶ 療養病棟入院料2の100分の90 ⇒ 100分の85
- ▶ 経過措置
 - ▶ 令和4年3月31日までの間に限り算定できる
- ▶ 施設基準
 - ▶ 令和2年3月31日時点で、旧点数表の療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っている病棟であること

◆ 療養病棟入院基本料(経過措置2)

- ▶ 令和2年3月31日で経過措置終了

◆ 適切な意思決定支援に関する指針の要件化

- ▶ 対象が全ての地ケアに拡大(療養病棟入院基本料も同様)
- ▶ 当該保険医療機関において、厚生労働省「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
- ▶ 経過措置
 - ▶ 令和2年3月31日届出があれば令和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

◆ 療養病棟入院基本料の施設基準の追加

- ▶ 4の12 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し、その結果を「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」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること

◆ 中心静脈栄養を実施している状態の見直し

- ▶ 消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない
- ▶ ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする
- ▶ なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること

◆ 3月5日疑義解釈

- ▶ Q、「ア、中心静脈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」とあるが、指針の届出が必要になるか
届出が必要になる場合、経過措置期間が設けられるか
- ▶ A、届出は必要。なお、令和2年9月30日までの経過措置を設ける

- ▶ Q、今回の改定において、当該基準は経過措置終了となり、療養病棟入院基本料又は療養病棟入院基本料注11を届出することとなったが、20対1又は25対1の看護配置が満たさなければ直ちに特別入院基本料となるのか
- ▶ A、貴見のとおり

- ▶ Q、データ提出加算の届出が要件化されたが、経過措置として電子カルテシステムが導入されていない等、正当な理由があれば当面基準を満たすことになるが、正当な理由とは、他にどのようなことを想定しているのか
- ▶ A、通知により示しているとおり、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場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する

◆ 短期滞在手術等基本料3の廃止項目

- ▶ 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
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、9,350点)
- ▶ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、35,067点)

◆ 引き続き短期滞在手術等基本料3の対象継続

- ▶ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
⇒ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術1 初回 38,243点 ⇒ 32,540点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、38,169 ⇒ 32,466点)
- ▶ (新)K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2
1の実施後3ヵ月以内 32,540点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、32,466点)

◆ 短期滞在手術等基本料3の見直し

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| ▶ 終夜睡眠ポリグラフィー31及び2以外の場合 | 9,424点 |
| (生活療養を受ける場合にあっては、9,350点) ⇒ 廃止 | |
| ▶ 小児食物アレルギー負荷検査 | 6,237点 ⇒ 5,630点 |
| ▶ (生活療養を受ける場合にあっては、6,164点) ⇒ 5,556点 | |
| ▶ 前立腺針生検法 | 11,736点 ⇒ 10,309点 |
| ▶ (生活療養を受ける場合にあっては、11,662点) ⇒ 10,235点 | |
| ▶ 関節鏡下手根管開放手術 | 19,747点 ⇒ 18,448点 |
| ▶ (生活療養を受ける場合にあっては、19,673点) ⇒ 18,374点 | |
| ▶ 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) | 42,138点 ⇒ 40,943点 |
| ▶ (生活療養を受ける場合にあっては、42,064点) ⇒ 40,869点 | |
| ▶ 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの(片側) | 22,411点 ⇒ 19,873点 |
| ▶ (生活療養を受ける場合にあっては、22,337点) ⇒ 19,799点 | |
| ▶ 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの(両側) | 37,839点 ⇒ 34,416点 |
| ▶ (生活療養を受ける場合にあっては、37,765点) ⇒ 34,342点 | |

短期滞在手術等基本料3



▶ 乳腺腫瘍摘出術1長径5センチメートル未満	20,756点 ⇒ 18,588点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、20,683点)	⇒ 18,514点
▶ 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術	24,242点 ⇒ 21,755点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、24,168点)	⇒ 21,681点
▶ 下肢静脈瘤手術2 硬化療法(一連として)	12,507点 ⇒ 10,411点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、12,433点)	⇒ 10,337点
▶ 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術	11,704点 ⇒ 10,225点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、11,630点)	⇒ 10,151点
▶ ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る)	35,444点 ⇒ 31,835点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、35,371点)	⇒ 31,761点
▶ 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 ⇒ 25,358点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、28,294点)	⇒ 25,284点
▶ 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 ⇒ 22,597点
▶ (生活療養を受ける場合にあつては、25,505点)	⇒ 22,523点

短期滞在手術等基本料4



▶ ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る)	25,394点 ⇒ 24,975点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、25,321点) ⇒ 24,901点	
▶ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る)	69,217点 ⇒ 62,344点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、69,143点) ⇒ 62,270点	
▶ 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 ⇒ 51,773点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、55,354点) ⇒ 51,699点	
▶ 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 ⇒ 40,741点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、43,988点) ⇒ 40,667点	
▶ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る)	51,719点 ⇒ 50,328点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、51,645点) ⇒ 50,254点	
▶ 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 ⇒ 12,739点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、14,451点) ⇒ 12,665点	

短期滞在手術等基本料5



▶ 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術2長径2センチメートル以上	18,141点 ⇒ 15,599点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、18,068点) ⇒ 15,525点	
▶ 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 ⇒ 11,109点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、12,309点) ⇒ 11,035点	
▶ 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	28,268点 ⇒ 25,597点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、28,194点) ⇒ 25,523点	
▶ 子宮頸部(腔部)切除術	18,179点 ⇒ 16,249点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、18,106点) ⇒ 16,175点	
▶ 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,141点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、35,067点) ⇒ 廃止	
▶ ガンマナイフによる定位放射線治療	60,403点 ⇒ 59,199点
▶ (生活療養を受ける場合にあっては、60,330点) ⇒ 59,125点	

◆ 緩和ケア病棟入院料1の要件追加

▶ 施設基準

- ▶ (新)次のいずれかに係る届出を行っていること
 - 緩和ケア診療加算
 - 外来緩和ケア管理料
 - 在宅がん医療総合診療料

▶ (13)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
 - ↓
- ▶ 削除

◆ 緩和ケア病棟入院料1の要件追加

▶ (13)以下のア又はイを満たしていること(以下は変更無し)

- ▶ ア、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)(4)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、当該病棟の直近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

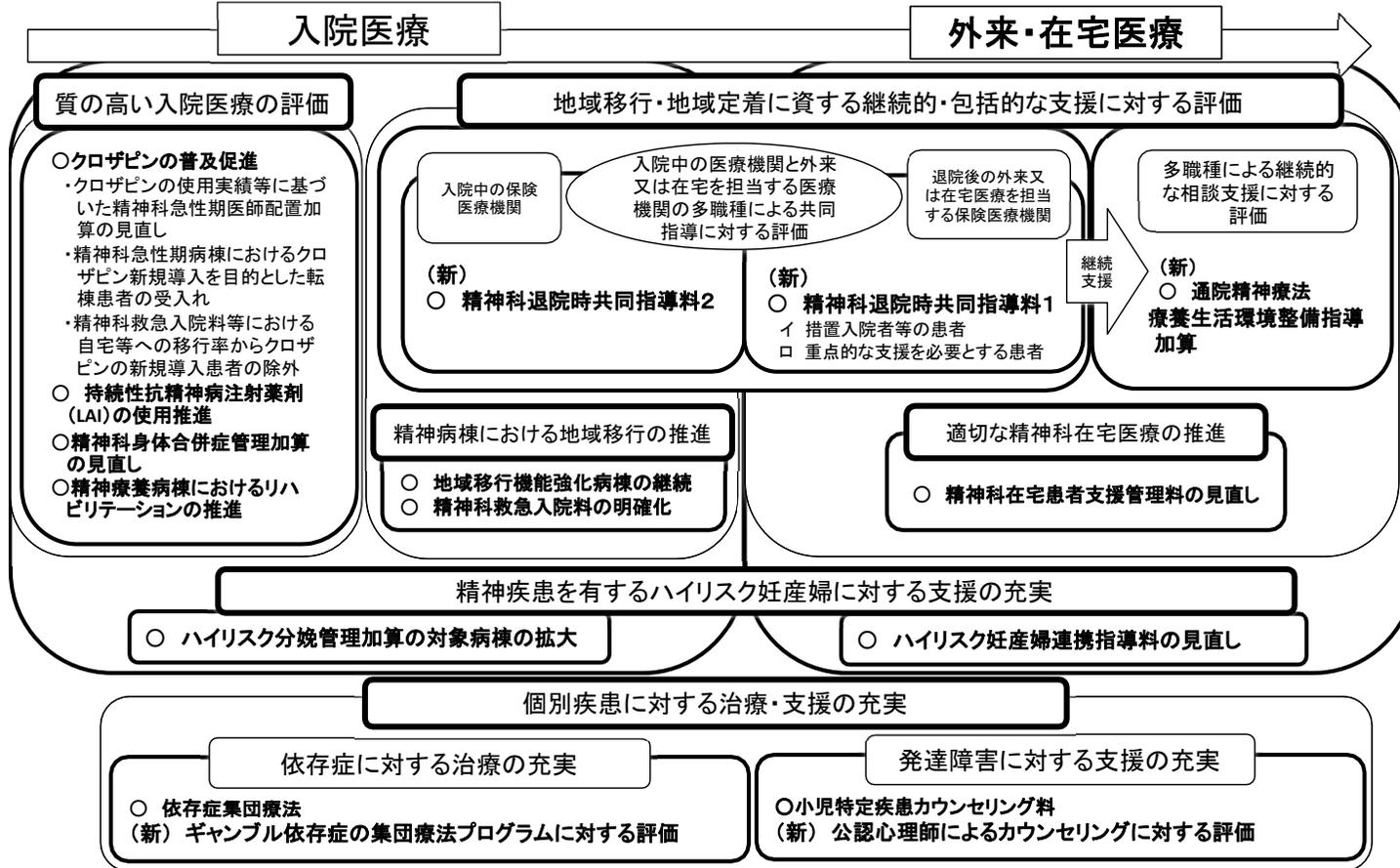
◆ 結核病棟のユニットに係る見直し

- ▶ 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、常勤の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に見直す

◆ 新たに加算が可能となった項目（新設加算除く）

- ▶ 医師事務作業補助体制加算
 - ▶ 50対1補助体制加算
 - ▶ 75対1補助体制加算
 - ▶ 100対1補助体制加算
- ▶ 栄養サポートチーム加算

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価



- ◆ 複数病棟を届出の際の基準の明確化
 - ▶ 病棟ごとに基準を満たす必要がある旨を明確化

- ◆ 精神科救急入院料1(入院料2)に関する施設基準等
 - ▶ 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
 - ▶ 具体的に次のいずれも満たしていること(以下は入院料1)
 - ▶ 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、うち初診患者(精神疾患で過去3か月間に自院を受診していない患者)の件数が30件以上又は2割以上
 - ▶ イ、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜の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、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、他院、都道府県(政令市の地域を含む。以下この項において同じ)、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

◆ 届出病床数の上限を超えている場合の経過措置

▶ 精神科救急入院料

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

◆ ハイリスク分娩管理加算の対象病棟の見直し

- ▶ 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

◆ 精神療養病棟入院料の包括範囲の見直し

▶ 新設の点数

- ▶ 排尿自立支援加算、精神科退院時共同指導料2

▶ リハビリテーション料

- ▶ 心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハ、呼吸器リハ、リハビリテーション総合計画評価料が算定可能に

⑫

精神病棟における質の高い医療の評価

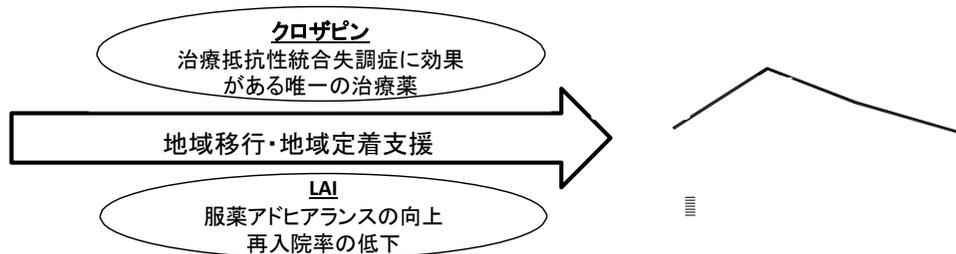
- 精神病棟等における質の高い医療を評価し、地域移行、地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. クロザピンの普及促進

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

2. 持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の使用推進

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



精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進

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

現行		改定後	
	対象患者		対象患者
精神科救急入院料 <small>（現行、転棟患者は対象外）</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	精神科救急入院料(※1) <small>（新規）</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)
精神科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>	[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	精神科急性期治療病棟入院料 <small>（新規）</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。**

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

改定後
[精神科救急入院料1に関する施設基準] (2) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及び クロザピンの新規導入を目的とした入院患者 を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。 <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>

- **クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し**
- **血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cについて、クロザピンを投与中の患者に対しては、月1回に限り別に算定できるようにする。**

◆ 除外薬剤・注射薬の見直し

▶ 対象入院料

- ▶ 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
- ▶ 地域移行機能強化病棟入院料

▶ 追加事項

- ▶ 持続性抗精神病注射薬剤(投与開始日から60日以内に投与された場合に限る)を追加

◆ 移行率の除外

- ▶ 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
 - ▶ 精神科救急入院料2
 - ▶ 精神科急性期治療病棟入院料
 - ▶ 精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟における精神科急性期医師配置加算
 - ▶ 精神科救急・合併症入院料についても同様

◆ 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)の要件見直し

- ▶ 算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者(以下この項において「新規患者」という)若しくはウに該当する患者であること
 - ▶ ア、措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
 - ▶ イ、ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関(当該病棟を有する保険医療機関を含む)の精神科病棟に入院(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院(医療観察法入院)を除く)したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者(当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む)
 - ▶ (新)ウ、ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟から当該病棟に転棟した入院患者

◆ 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・合併症入院料の要件見直し

- ▶ (2)新規患者については、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる
- ▶ (3)(1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟において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
- ▶ ただし、クロザピンの投与を中止した場合については、以下の取扱いとする
 - ▶ ア、クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで要件を満たすものとする
 - ▶ イ、患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで要件を満たすものとする

◆ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の再編

- ▶ 1、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点



- ▶ 1、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

- ▶ イ入院中の患者 250点
- ▶ ロ入院中の患者以外 250点(外来編に解説)

- ▶ 2、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

▶ 算定要件

- ▶ 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

◆ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の再編

▶ 算定要件

- ▶ (1)抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、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、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、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
- ▶ (2)抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する

◆ 精神科身体合併症管理加算の上限日数と対象疾患の見直し

▶ 精神科身体合併症管理加算(1日につき)

- ▶ 7日以内 (点数変更無) 450点
- ▶ 8日以上10日以内 225点 ⇒ 8日以上15日以内 300点

▶ レセプト記載の規定新設

- ▶ 診療報酬明細書の摘要欄に別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載
- ▶ 別表第七の二精神科身体合併症管理加算の対象患者
 - (略)
 - 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む)

◆ 精神科急性期医師配置加算の再編

- | | |
|--|------|
| ▶ 精神科急性期医師配置加算(1日につき) | 500点 |
| ↓ | |
| ▶ 精神科急性期医師配置加算1 | 600点 |
| ▶ 精神科急性期医師配置加算2 | |
| ▶ イ、精神病棟入院基本料等の場合 | 500点 |
| ▶ ロ、精神科急性期治療病棟入院料の場合 | 500点 |
| ▶ 精神科急性期医師配置加算3 | 450点 |
| ▶ 算定要件 | |
| ▶ 精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者(クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る)に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである | |
| ▶ 精神科急性期医師配置加算の施設基準 | |
| ▶ 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること | |

▶ 施設基準

▶ 精神科急性期医師配置加算1の施設基準

- 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること
- (新)直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を相当程度有していること(6件)
- 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること

▶ 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準

- 精神病棟入院基本料(10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る)又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟(7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る)であること
- 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること
- 許可病床(精神病床を除く)の数が100床(別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては80床)以上の病院であること

▶ 施設基準

▶ (新)(4)精神科急性期医師配置加算2の口の施設基準

- 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること
- 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること

▶ (新)(5)精神科急性期医師配置加算3の施設基準

- 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること
- 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を一定程度有していること(3件)
- 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること

精神科退院時共同指導料の新設1



◆ (新)精神科退院時共同指導料(入院中1回)

▶ 精神科退院時共同指導料1

(外来又は在宅医療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

▶ 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

▶ 精神科退院時共同指導料1の算定要件

▶ 他院の精神病棟に入院中の患者で措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者

▶ 多職種協働

- 当該患者の外来又は在宅医療を担う医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに
- 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い、支援計画を作成し、文書で情報提供した場合

▶ 外来又は在宅医療を担う医療機関で入院中に1回に限り算定

▶ 以下は別途算定不可

- 初診料、再診料、外来診療料、オンライン診療料、開放型病院共同指導料(Ⅰ)、退院時共同指導料1、往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

▶ 以下の職種が共同指導する

- 当該医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師及び精神保健福祉士、必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師
- 在宅療養担当医療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(准看護師を除く)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

- ▶ 精神科退院時共同指導料2の算定要件
 - ▶ 措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者
 - ▶ 入院医療機関で入院中に1回に限り算定
 - ▶ 以下は別途算定不可
 - 開放型病院共同指導料(Ⅱ)、退院時共同指導料2、精神科退院指導料
 - ▶ 多職種協働
 - 入院医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅医療を担う他院の多職種チームとともに
 - 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上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合
 - ▶ 以下の職種が共同指導する
 - 当該医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師及び精神保健福祉士
 - 必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師
 - 在宅療養担当医療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(准看護師を除く)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

▶ 算定要件

▶ ロ、精神科退院時共同指導料(Ⅱ)

- (Ⅰ)以外の患者で、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「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を満たした、重点的な支援が必要な患者

▶ その他の算定要件

- ▶ 外来又は在宅医療を担う医療機関と入院医療機関とは別の医療機関であること
- ▶ 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にする
- ▶ 患者又はその家族等に対して提供する文書は、別添2の様式51の2を用いる
- ▶ 指導の内容等の要点を診療録に記載、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付

▶ その他の算定要件

- ▶ 共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅医療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、ビデオ通話等を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする
- ▶ 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とはならない

▶ 施設基準

- ▶ 精神科退院時共同指導料1を算定する場合は、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること
- ▶ 精神科退院時共同指導料2を算定する場合は、精神科を標榜する病院であること
- ▶ 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
- ▶ 重点的な支援を必要とする患者とは、別紙51に掲げる包括的支援マネジメント導入基準を1つ以上満たすものをいう
- ▶ 当該指導料の施設基準に係る届出は様式16を用いること

入院基本料等加算

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;"> 改定後 データの提出が必須 ※経過措置①及び②を設定 </div>	

[経過措置]

- ①令和2年3月31日時点で現に回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟に係る届出を行っている場合であって、許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ②回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当分の間、当該入院料を算定できる経過措置を設ける。

提出データ評価加算の見直し

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

現行	改定後
提出データ評価加算 20点 [算定要件] イ データ提出加算2を算定する医療機関であること ロ 未コード化傷病名の割合が、様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書で全て1割未満であること。	提出データ評価加算 40点 [算定要件] イ データ提出加算2を算定する病院であること ロ 未コード化傷病名の割合が様式1及び外来EFファイルにおいて 2%未満 、診療報酬明細書において 10%未満 であること。

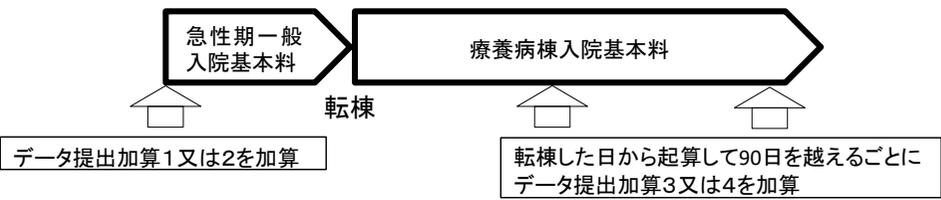
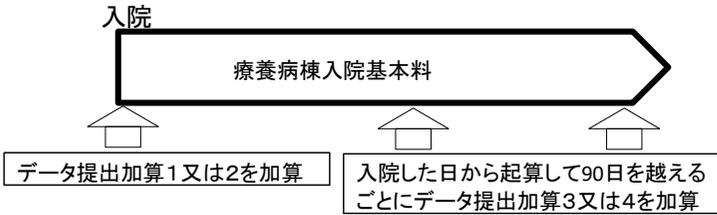
データ提出加算の見直し②

データ提出加算の評価の見直し

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

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

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



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のみならずものとする。

◆ 対象の拡大**▶ 50対1、75対1、100対1**

- ▶ 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

▶ 一般病棟の縛り削除

- ▶ 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/入院医療管理料、精神科急性期治療病棟入院料2

▶ 急性期一般入院基本料の例外規定

- ▶ 新規に保険医療機関を指定する場合で急性期一般入院料7を届け出る場合、その他やむを得ない事情がある場合を除く
 - 新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなす

▶ 回復期リハビリテーション病棟入院料5・6

- ▶ データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であることただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の場合はその限りではない



- ▶ データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること

▶ 療養病棟入院基本料1・2

- ▶ 許可病床数が200床以上の病院にあつては、データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること



- ▶ データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること

◆ 経過措置

- ▶ 令和2年3月31日時点で以下の届出病棟については、令和4年3月31日までの間に限り該当するものとみなす
 - ▶ 旧医科点数表の療養病棟入院基本料（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る）
 - ▶ 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る）
 - ▶ 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料6（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る）

データ提出加算の見直し3



◆ データ提出加算の再編(要届出)

▶ 許可病床数200床以上

▶ データ提出加算1(入院初日) 150点 ⇒ 140点

▶ データ提出加算2(入院初日) 160点 ⇒ 150点

▶ (新)データ提出加算3 140点

- 入院期間が90日を超えるごとに1回

▶ (新)データ提出加算4 150点

- 入院期間が90日を超えるごとに1回

▶ 許可病床数200床未満

▶ データ提出加算1(入院初日) 200点 ⇒ 210点

▶ データ提出加算2(入院初日) 210点 ⇒ 220点

▶ (新)データ提出加算3(要届出) 210点

- 入院期間が90日を超えるごとに1回

▶ (新)データ提出加算4(要届出) 220点

- 入院期間が90日を超えるごとに1回

◆ ※重要※3月5日疑義解釈

- ▶ 令和2年3月31日以前より入院し、診療報酬改定をまたいで令和2年4月1日において入院を継続している場合、データ提出加算1又は2は3月31日に算定する。ただし、同一入院中にデータ提出加算1又は2を算定していない場合に限る

◆ データ提出加算の再編

▶ データ提出加算1・加算2の算定要件(要届出)

- ▶ 診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、入院患者(入院基本料(特別入院基本料等を除く)又はデータ提出加算対象の特定入院料算定患者)に入院初日に所定点数に加算

▶ データ提出加算3・加算4の算定要件(要届出)

- ▶ 診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合
- ▶ 自院の入院患者(入院基本料(特別入院基本料等を除く)又はデータ提出加算対象能特定入院料)で以下の病棟の入院患者
 - 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、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
- ▶ 入院期間が90日を超えるごとに1回所定点数に加算

データ提出加算の見直し5



◆ 提出データ評価加算

20点 ⇒ 40点

- ▶ 退院時の算定ではなくなった
- ▶ 算定要件
 - ▶ データ提出加算2のロ又は4のロの算定病院
 - ▶ 未コード化傷病名(レセ電コード:0000999)の割合が全て2%未満かつ診療報酬明細書において10%未満であること
 - 様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する割合
- ▶ 経過措置
 - ▶ 令和2年3月31日時点で以下の届出病棟は、令和4年3月31日までは令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)
 - 療養病棟入院基本料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)
 - ▶ 令和2年3月31日時点で以下の届出病棟であり、かつデータ提出加算の届出が困難な正当な理由があるものは、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
 - 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の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)

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、評価を充実する。

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

- 医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大する。

改定後

【新たに算定が可能となる入院料】

回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)、地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)、精神科急性期治療病棟入院料2(50対1から100対1に限り算定が可能となる入院料)

結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料

、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

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

◆ 医師事務作業補助体制加算1

▶ 15対1補助体制加算	920点 ⇒ 970点
▶ 20対1補助体制加算	708点 ⇒ 758点
▶ 25対1補助体制加算	580点 ⇒ 630点
▶ 30対1補助体制加算	495点 ⇒ 545点
▶ 40対1補助体制加算	405点 ⇒ 455点
▶ 50対1補助体制加算	325点 ⇒ 375点
▶ 75対1補助体制加算	245点 ⇒ 295点
▶ 100対1補助体制加算	198点 ⇒ 248点

◆ 医師事務作業補助体制加算2

▶ 15対1補助体制加算	860点 ⇒ 910点
▶ 20対1補助体制加算	660点 ⇒ 710点
▶ 25対1補助体制加算	540点 ⇒ 590点
▶ 30対1補助体制加算	460点 ⇒ 510点
▶ 40対1補助体制加算	380点 ⇒ 430点
▶ 50対1補助体制加算	305点 ⇒ 355点
▶ 75対1補助体制加算	230点 ⇒ 280点
▶ 100対1補助体制加算	188点 ⇒ 238点

◆ 医師事務作業補助体制加算

▶ 20対1、25対1、30対1、40対1の施設基準

▶ 次のいずれかの要件を満たしていること

- 15対1補助体制加算の施設基準を満たしている
- 災害拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けている
- (新)「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関
- 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院

- | | |
|--|------|
| ◆ 入院時支援加算 | 200点 |
| ▶ 入院時支援加算1 | 230点 |
| ▶ 入院時支援加算2 | 200点 |
| ▶ 算定要件 | |
| ▶ 入院時支援加算1 | |
| - 入院前にアからクまで全て実施し療養支援計画を立てた場合 | |
| ▶ 入院時支援加算2 | |
| - 患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ、クを含む一部の項目を実施して療養支援計画を立てた場合 | |
| ※アからクは変更無し(次ページ) | |
| ▶ 新たな算定要件 | |
| ▶ 作成した療養支援計画書は患者の入院前に入院予定先の病棟職員と共有 | |
| ▶ 当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付し、診療録に添付又は記載 | |
| ▶ 入院診療計画書等をもって当該計画書としても差し支えない | |
| ▶ 患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図る | |

◆ 入院時支援加算

▶ 算定要件

- ア、身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 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
(患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)
- 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

◆ 入退院支援部門の看護師配置要件見直し(専門化)

▶ 入退院支援加算3

▶ 施設基準

- 口、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し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が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又は入退院支援及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

◆ (新)総合機能評価加算(要届出)

50点

▶ 算定要件

- ▶ 以下の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、結果を踏まえて入退院支援を行った場合

▶ 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歳未満のもの又は65歳以上の患者

◆ 総合評価加算は廃止

- ▶ 入退院支援加算の見直しに伴う

◆ (新)総合機能評価加算

▶ 算定要件

- ▶ 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歳未満である者又は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った上で、当該評価の結果を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は、患者及びその家族等に説明し、説明内容を診療録に記載又は添付する

◆ (新)総合機能評価加算

▶ 施設基準

- ▶ 総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した者が1名以上
 - 常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師
- ▶ 総合的な機能評価に係る適切な研修
 - 医療関係団体等が実施するもの
 - 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれている
 - 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
 - 研修期間は通算して16時間程度のものであること
- ▶ 院内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい

◆ 救急医療管理加算(要届出)

▶ 救急医療管理加算1

900点 ⇒ 950点

▶ 次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあつて、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。

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

- ▶ 救急医療管理加算2 300点 ⇒ 350点
 - ▶ 加算1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)にあつて、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
- ▶ 診療報酬明細書の記載事項
 - ▶ 救急医療管理加算1を算定する場合
 - (2)のアからケのうち該当する状態
 - (2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
 - ▶ 救急医療管理加算2を算定する場合
 - (2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの
 - (2)のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - 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

◆ 病棟薬剤業務実施加算

- ▶ 病棟薬剤業務実施加算1(週1回) 100点 ⇒ 120点
- ▶ 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき) 80点 ⇒ 100点

▶ 対象の拡大

- ▶ ハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室内における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算2において評価

◆ 後発医薬品使用体制加算の見直し

- ▶ 後発医薬品使用体制加算1(85%以上) 45点 ⇒ 47点
- ▶ 後発医薬品使用体制加算2(80%以上) 40点 ⇒ 42点
- ▶ 後発医薬品使用体制加算3(70%以上) 35点 ⇒ 37点
- ▶ 後発医薬品使用体制加算4(60%以上) 22点 ⇒ 廃止

◆ 薬剤総合評価調整加算の見直し

- ▶ 薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点 ⇒ 100点
 - ▶ 要件の見直し
 - 退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
⇒ その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合
 - ▶ 精神病棟
 - ▶ 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
⇒ 当該抗精神病薬の処方を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合

◆ (新)薬剤調整加算 150点

- ▶ 薬剤総合評価調整加算を算定し、次のいずれかに該当する場合
 - ▶ 1のイ(一般病棟)を算定する患者
 - 退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 - ▶ 1のロ(精神病棟)を算定する患者
 - 退院日まで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

◆ 抗菌薬適正使用支援加算の位置づけの見直し

- ▶ 感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算1の加算に見直し
 - ▶ 感染防止対策地域連携加算を算定する場合
⇒感染防止対策加算1を算定する場合 100点

◆ 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

- ▶ 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと
 - ▶ 抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定
 - ▶ (新)当該医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握
 - ▶ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施
 - 当該院内研修は、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない
 - 院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成
 - ≫ 当該院内研修及びマニュアルには、「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に係る内容も含める
 - ≫ 令和2年3月31日時点で届出済の場合は、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす
 - ▶ 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算の非算定病院から、抗菌薬適正使用の推進の相談体制を整備していること。また、相談体制があることを、定期的なカンファレンスで、他院に周知する

せん妄ハイリスク患者ケア加算の新設1



◆ (新)せん妄ハイリスク患者ケア加算(入院中1回)(要届出) 100点

▶ 算定要件

- ▶ 入院基本料(特別入院基本料等を除く)又は特定入院料(算定対象患者)に、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合加算

▶ 対象入院料

- ▶ 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

入院基本料等加算

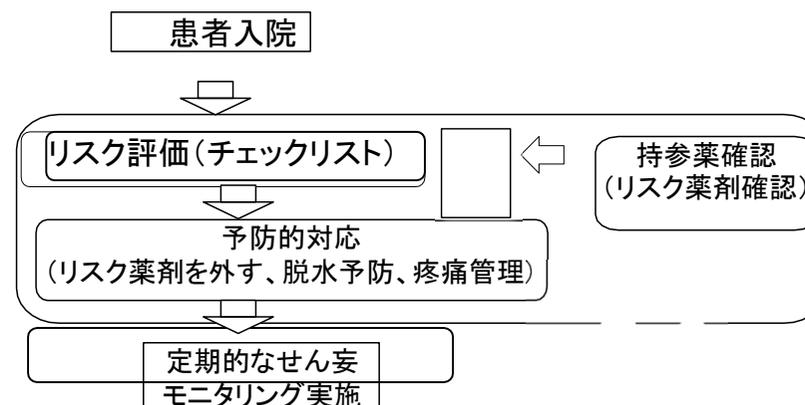
【せん妄のリスク因子の確認】

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 70歳以上 | <input type="checkbox"/> 脳器質的障害 |
| <input type="checkbox"/> 認知症 | <input type="checkbox"/> アルコール多飲 |
| <input type="checkbox"/> せん妄の既往 | <input type="checkbox"/> リスクとなる薬剤 |
| <input type="checkbox"/> 全身麻酔の手術 | |

【ハイリスク患者に対する対策】

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 認知機能低下に対する介入 | <input type="checkbox"/> 脱水の治療・予防 |
| <input type="checkbox"/> リスクとなる薬剤の漸減・中止 | <input type="checkbox"/> 早期離床の取組 |
| <input type="checkbox"/> 疼痛管理の強化 | <input type="checkbox"/> 適切な睡眠管理 |
| <input type="checkbox"/> 本人・家族への情報提供 | |

【せん妄対策のイメージ】



◆ (新)せん妄ハイリスク患者ケア加算

▶ 施設基準

▶ 以下を作成していること

- せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト

» 別紙様式7の3を参考

- ハイリスク患者に対する対策

▶ せん妄のリスク因子の確認

▶ 入院前又は入院後3日以内

▶ ハイリスク患者に対するせん妄対策

▶ リスク因子の確認後速やかに行う

▶ せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努めること

▶ リスク因子の確認及びせん妄対策に当たっては、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図る

▶ せん妄対策を実施したが、結果的にせん妄を発症した患者についても算定可能

◆ 急性期看護補助体制加算

▶ 25対1 (看護補助者5割以上)	210点 ⇒ 240点
▶ 25対1 (看護補助者5割未満)	190点 ⇒ 220点
▶ 50対1	170点 ⇒ 200点
▶ 75対1	130点 ⇒ 160点
▶ 夜間30対1	90点 ⇒ 120点
▶ 夜間50対1	85点 ⇒ 115点
▶ 夜間100対1	70点 ⇒ 100点

- ◆ 看護補助加算
 - ▶ 看護補助加算1 129点 ⇒ 141点
 - ▶ 看護補助加算2 104点 ⇒ 116点
 - ▶ 看護補助加算3 76点 ⇒ 88点
 - ▶ 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)
 - ▶ 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)
 - ▶ 14日以内の期間 129点 ⇒ 141点
 - ▶ 15日以上30日以内の期間 104点 ⇒ 116点

- ◆ 看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)
 - ▶ 看護補助者配置加算 150点 ⇒ 160点

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】	【看護職員夜間配置加算】	【注加算の看護職員夜間配置加算】	【注加算の看護職員夜間配置加算】
12対1加算1 95点	12対1加算1 105点	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	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
12対1加算2 75点	12対1加算2 85点		
16対1加算1 55点	16対1加算1 65点		
16対1加算2 30点	16対1加算2 40点		

特定集中治療室管理料の加算新設1



◆ (新)早期栄養介入管理加算(1日につき)(要届出) 400点

▶ 算定要件

- ▶ 重症患者の特定集中治療室への入室後、早期(48時間以内)に管理栄養士が特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を実施した場合に算定
- ▶ 7日を限度として加算
 - 1日当たりの算定患者数
 - 管理栄養士1名につき、10人以内
 - 当該加算及び栄養サポートチーム加算の算定患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内

▶ 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を専任で配置
 - 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
 - 特定集中治療室での栄養管理の経験を3年以上有すること
 - 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

◆ (新)早期栄養介入管理加算

▶ 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
- ▶ 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
 - ア、栄養アセスメント(入室後48時間)
 - イ、栄養管理に係る早期介入の計画を作成(入室後48時間)
 - ウ、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始(入室後48時間)
 - エ、経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画の見直すとともに栄養管理を実施
 - オ、再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認
 - カ、アからオまでの内容を診療録等に記載、ウは入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載
- ▶ 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し、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

◆ (新)早期栄養介入管理加算

▶ 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を専任で配置

- 別添2の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有する
- 特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を有する

▶ 管理栄養士は以下の知識及び技能を有することが望ましい

- 特定集中治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができる
- 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome Overfeeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができる
- 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができる
- 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができる
- 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができる

▶ 管理栄養士は当該治療室の入院患者数が10又はその端数を増すごとに1以上

▶ 算定患者数等について、別添7の様式42の5を用いて地方厚生(支)局長に報告

▶ 届出は別添7の様式42の4を用いる

◆ 3月5日疑義解釈

- ▶ Q、8時間以内に経腸栄養を開始し、2日間行ったが状態の変化により3日間中止し開始より6日目から再開した場合、中止している間の加算、再開後の加算は算定できるのか？
 - ▶ A、48時間以内に経腸栄養を開始し、その後のモニタリングにおいて、経腸栄養を中止した場合であっても算定は可能

- ▶ Q、管理栄養士のNSTでの3年の経験は、栄養サポートチーム加算届出医療機関におけるNSTでの経験が必要になるのか。また、届出の必要はあるか
 - ▶ A、管理栄養士のNSTの3年の経験について、A233-2の栄養サポートチーム加算を算定している施設における経験である必要はない。また、届出は必要である

- ▶ Q、専任の管理栄養士の10対1配置はどのように算出するのか
 - ▶ A「直近1か月間の特定集中治療室に入室した患者の数の和の1日平均」を基に算出する

◆ (新)排尿自立支援加算(週1回)(要届出) 200点

- ▶ ※以下の算定対象等については、一部を除き、現行の排尿自立指導料と同様
- ▶ 算定対象患者は以下のいずれか
 - ▶ 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
 - ▶ 尿道カテーテル留置中の患者で、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
- ▶ 算定要件
 - ▶ 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12週を限度として算定
 - ▶ 排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導又は援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定不可
 - ▶ 排尿が自立し指導を終了した後には算定不可
 - ▶ 退院後に外来で引き続き包括的排尿ケアを実施する必要性を認めた場合は、診療録等にその旨を記載

▶ 施設基準**▶ 以下の排尿ケアに係るチーム(以下「排尿ケアチーム」という)を設置**

- 下部尿路機能障害を有する患者の診療の経験を有する医師
 - ≫ 3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了している
 - ≫ 他院を主たる勤務先とする医師(3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る)が対診等により当該チームに参画も可
- 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

▶ 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**▶ 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集(排尿日誌、残尿測定)等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険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****▶ 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、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**

◆ 対象患者追加に伴う施設基準見直し

▶ 施設基準

- ▶ (略)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
- ▶ 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、ウのいずれかの研修を修了している者であること
- ▶ なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい
 - ア、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ、緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
 - ウ、日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

◆ 個別栄養食事管理加算(緩和ケア診療加算)の見直し

▶ 個別栄養管理加算

70点

▶ 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、緩和ケア診療加算を算定している患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合
- 悪性腫瘍 ⇒ 緩和ケアに修正

▶ 施設基準

- 個別栄養管理加算を算定する場合は、緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において緩和ケアを要する患者に対する患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加している

◆ 認知症ケア加算の体系見直し

▶ 認知症ケア加算1

- ▶ 14日以内の期間 150点 ⇒ 160点
- ▶ 15日以上の期間 (点数変更無)30点

▶ (新)認知症ケア加算2

- ▶ 14日以内の期間 100点
- ▶ 15日以上の期間 25点

▶ 認知症ケア加算2 ⇒ 認知症ケア加算3

- ▶ 14日以内の期間 30点 ⇒ 40点
- ▶ 15日以上の期間 (点数変更無)10点

◆ 認知症ケア加算1の医師及び看護師に係る要件緩和

- ▶ (1)当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム(以下「認知症ケアチーム」という)が設置されていること
- ▶ このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること
 - ▶ ア、認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師
 - ▶ イ、認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ▶ ウ、(略)
- ▶ (2)(1)のイに掲げる医師は、精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること
- ▶ (中略)
- ▶ また、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任の非常勤医師(精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる

◆ (新)認知症ケア加算2の算定要件1

- ▶ ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する
- ▶ イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと
- ▶ (新)ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと
- ▶ エ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと

◆ (新)認知症ケア加算2の施設基準2

▶ 認知症患者のケアを行うための適切な体制の整備

▶ 以下の人員配置

- 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
- 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師で、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること
- 医師及び看護師の要件は、認知症ケア加算1における認知症ケアチームの要件と同様

▶ 上記の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと

◆ (新) 認知症ケア加算2の施設基準3

- ▶ 原則として、全ての病棟(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は除く)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上配置すること
 - ▶ 3名の看護師のうち1名については、次の事項に該当する研修を受講した看護師が行う認知症看護に係る院内研修の受講をもって満たすものとして差し支えない
- ▶ 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修
 - ▶ 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(修了証が交付されるもの)
 - ▶ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること
 - ▶ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること
 - ▶ (略)

- ▶ 認知症ケア加算3の施設基準
 - ▶ 加算2の看護師及び県研修の施設基準を満たしている
 - ▶ 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用する
 - ▶ 加算2の認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施する

認知症対策の充実

(参考) 認知症ケア加算の主な要件等

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

※1 イ:14日以内の期間、ロ:15日以上期間(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)

病院における外来

◆ 診療情報提供料(I)

▶ 歯科医療機関連携加算

▶ 歯科医療機関連携加算1

100点(変更無)

▶ (新)歯科医療機関連携加算2

100点

- 周術期等における口腔機能管理の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合

◆ (新)栄養情報提供加算(入院中1回)

50点

▶ 算定要件

- ▶ 退院後の栄養食事管理について指導するとともに、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
- ▶ これを他院、介護老人保健施設等、指定障害者支援施設等の医師又は管理栄養士等と共有した場合
- ▶ 退院時共同指導料2は別に算定できない

特定薬剤治療管理料の見直し



- | | |
|--|------|
| ◆ 初回月加算の対象薬剤の追加 | |
| ▶ (新)バンコマイシンの濃度測定の場合 | 530点 |
| ▶ 入院中の患者 | |
| ▶ 同一暦月に複数回の血中のバンコマイシンの濃度を測定 | |
| ▶ その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合 | |
| ▶ (新)ミコフェノール酸モフェチル投与患者の場合 | 250点 |
| ▶ 6月に1回に限り加算 | |
| ▶ 臓器移植後の患者で、2種類以上の免疫抑制剤の投与患者 | |
| ▶ 同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定 | |
| ▶ その測定結果をもとに個々の投与量を精密に管理した場合 | |
| ▶ (新)エベロリムス投与患者の場合 | 250点 |
| ▶ エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め3月に限り月1回、4月目以降は4月に1回に限り250点を加算 | |
| ▶ 臓器移植後の患者で、2種類以上の免疫抑制剤の投与患者 | |
| ▶ 同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定 | |
| ▶ その測定結果をもとに個々の投与量を精密に管理した場合 | |

◆ 排尿自立指導料 200点

※入院と外来に分割

- | | |
|------------------|------|
| ⇒ 外来排尿自立指導料(要届出) | 200点 |
| ⇒ 排尿自立支援加算(要届出) | 200点 |

▶ 外来排尿自立指導料の算定要件

- ▶ 下記患者の入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、外来において、引き続き包括的排尿ケアを実施することを評価
 - 排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「排尿ケアチーム」という)を設置し、下部尿路機能の回復のための包括的なケア(以下「包括的排尿ケア」という)を実施
 - 入院中から当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価
 - 排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせる
- ▶ 排尿ケアチームの構成員は、排尿自立支援加算に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任可
- ▶ 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、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
- ▶ 届出に関する事項
 - ▶ 届出は別添2の様式13の4を用いる

▶ 算定要件

- ▶ 自院入院中に排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたものであって、次のいずれかに該当する者について算定
 - ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
 - イ 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

- ▶ 排尿ケアチーム及び当該患者の診療を担う医師又は看護師等は、共同して入院中に策定した包括的排尿ケアの計画に基づき包括的排尿ケアを実施し定期的に評価を行う(計画の見直しは必要に応じて排尿ケアチームが行う)
 - 上記について、診療録等に記載(見直した計画は、計画書を診療録等に添付でも可)

- ▶ 排尿ケアチームが当該患者の状況を評価する等の関与を行い、かつ、排尿ケアチーム、当該患者の診療を担う医師又は当該医師の指示を受けた看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行う

- ▶ 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計12週を限度として算定

- ▶ 排尿ケアチームは以下から構成される排尿ケアに係るチームを設置
 - ▶ 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - (2)(1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること
 - なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師(3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る)が対診等により当該チームに参画しても差し支えない
 - また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう
 - ≫ 国又は医療関係団体等が主催する研修
 - ≫ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれる
 - ≫ 通算して6時間以上のもの
 - ▶ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - 国又は医療関係団体等が主催する研修
 - 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれる
 - 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるもの
 - 通算して16時間以上のもの
 - ▶ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

◆ 退院時薬剤情報管理指導料

▶ (新)退院時薬剤情報連携加算(退院日に1回) 60点

▶ 算定要件

- ▶ 入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合
- ▶ 1患者で複数薬局に対し情報提供した場合でも1回のみ算定
- ▶ 薬局へは、「薬剤管理サマリー」(日本病院薬剤師会)等の様式を参照して情報提供文書を作成
- ▶ 当該文書を患者若しくはその家族等又は保険薬局に交付
- ▶ この場合において交付した文書の写しを診療録等に添付
- ▶ 死亡退院の場合は算定不可

◆ 夜間休日救急搬送医学管理料の再編

▶ 救急搬送看護体制加算 200点 ⇒

- ▶ (新)イ 救急搬送看護体制加算1 400点
- ▶ (新)ロ 救急搬送看護体制加算2 200点

- ◆ 在宅支援病院(在支病)の施設基準
 - ▶ 往診医はオンコールでも可能に
 - ▶ 医療資源の少ない地域では、許可病床数280床未満の医療機関も届出可能

- ◆ 外来化学療法加算の名称変更
 - ▶ 外来化学療法加算A
 - ⇒ 外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

 - ▶ 外来化学療法加算B
 - ⇒ 外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ◆ (新)連携充実加算(月1回) 150点
- ▶ 対象患者
 - ▶ 外来化学療法加算1の「抗悪性腫瘍剤を注射した場合」を算定する患者
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 外来化学療法加算1の届出医療機関
 - ▶ 外来化学療法加算1(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)を算定する日に以下の全ての業務を実施した場合
 - ▶ 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必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている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
 - ≫ 当該文書に以下の事項を記載
 - ≫ (イ)患者に実施しているレジメン
 - ≫ (ロ)当該レジメンの実施状況
 - ≫ (ハ)患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量
 - ≫ (ニ)主な副作用の発現状況(「有害事象共通用語規準v5.0日本語訳JCOG版」に基づく副作用の重篤度のスケール(Grade)及び関連する血液・生化学的検査の結果等)
 - ≫ (ホ)その他医学・薬学的管理上必要な事項

◆ (新)連携充実加算

▶ 算定要件

- ▶ 治療の状況等を共有し、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他院の医師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導
- ▶ 他院又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報提供がされた場合に、必要な分析又は評価等を行う
- ▶ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい
- ▶ 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

▶ 連携充実加算に関する施設基準

- ▶ (1) 外来化学療法加算1に係る届出
- ▶ (2) 1の(6)に規定するレジメンに係る委員会(レジメンの妥当性評価及び承認委員会)に管理栄養士の参加
- ▶ (3) 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当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるよう整備
 - 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
 - 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。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知を行う
- ▶ (4) 外来化学療法を実施している保険医療機関に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の勤務
- ▶ 経過措置 (5)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、上記(3)のイの基準を満たしているものとする (届出:別添2の様式39の2)

◆ 連携充実加算の新設と管理栄養士の評価

- ▶ 外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士がきめ細やかな栄養管理を患者の状態に合わせて継続的に実施した場合を評価

- ▶ (抜粋) イ 外来栄養食事指導料1
(2)2回目以降
 - ①対面で行った場合 200点

- ▶ 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回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)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
 - ▶ 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であること

処置1

- ◆ (新) 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)(要届出) 200点
 - ▶ (新) 静脈圧迫処置初回加算 150点
 - ▶ 初回の処置を行った場合
 - ▶ 静脈圧迫処置の算定要件
 - ▶ 慢性静脈不全による難治性潰瘍の患者で、以下のいずれにも該当する場合
 - ▶ 月に1回に限り3月を限度に算定(初回の潰瘍の大きさが100cm²超の場合は6月限度)
 - 2週間以上持続し、他の治療法によっては治癒又は改善しない下肢の難治性潰瘍を有する患者
 - 次のいずれかの方法により、慢性静脈不全と診断された患者で、それ以外の原因が否定されている場合
 - ≫ 下肢静脈超音波検査により、表在静脈において0.5秒、深部静脈において1秒を超える逆流所見が認められる場合又は深部静脈において有意な閉塞所見が認められる場合
 - ≫ 動脈性静脈性混合性潰瘍が疑われる場合で、足関節上腕血圧比(ABI)検査0.5以上の場合

◆ (新) 静脈圧迫処置

▶ 静脈圧迫処置の算定要件

- ▶ 専任の医師が直接行うもの又は専任の看護師が行うもの(専任の医師の指導の下)に算定
 - 当該医師又は看護師は、関連学会が主催する所定の研修会を受講
- ▶ 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動及び患肢のスキンケアによるセルフケア指導を適切に組み合わせて、処置及び指導を行った場合に算定
- ▶ 関連学会が定める指針等を遵守する
- ▶ 診療報酬明細書の摘要欄に以下を記載
 - 難治性潰瘍の所見(潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む)
 - これまでの治療経過
 - 慢性静脈不全と診断した根拠(下肢静脈超音波検査等の所見)
 - 静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容

◆ 局所陰圧閉鎖処置(入院)の要件新設

▶ 算定要件

- ▶ (新) 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
- ▶ (新) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

◆ 局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき)

▶ (新) 持続洗浄加算

500点

- ▶ 初回の貼付に限り持続洗浄を併せて実施した場合

◆ (新) 局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)(1日につき)

1,100点

◆ 多血小板血漿処置(要届出)

4,190点

- ▶ 多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は所定点数に含まれる

- ◆ 心不全に対する遠赤外線温熱療法(1日につき)(要届出) 115点
 - ▶ 入院中であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して30日を限度として週5回に限り所定点数を算定する

- ◆ 体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(1日につき)
400点 ⇒ 480点

- ◆ 肛門拡張法(徒手又はブジーによるもの)
 - ▶ (新)周術期乳幼児加算 100点
 - ▶ 3歳未満の乳幼児で、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合
 - ▶ 初回の算定日から起算して3月以内

◆ (新)遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る手術

▶ 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、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)当該手術の実施前に、(1)の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

◆ (新)遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る手術

▶ 施設基準

▶ 当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること

- (1)乳房切除術を行う場合は、乳腺外科又は外科を標榜しており、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。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること
- (2)子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は、産婦人科又は婦人科を標榜しており、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。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること
- (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。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること
- (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
- (5)病理部門が設置され、病理医が配置されていること
- (6)麻酔科標榜医が配置されていること
- (7)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

◆ 組織拡張器による再建手術(一連につき)

- | | |
|---------------|---------|
| ▶ 乳房(再建手術)の場合 | 18,460点 |
| ▶ その他の場合 | 19,400点 |
| ▶ 再建手術の算定要件 | |

- 「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」と修正

◆ 下肢静脈瘤手術の見直し

- | | |
|---------------|-------------------|
| ▶ 抜去切除術 | 10,200点(変更なし) |
| ▶ 大伏在静脈抜去術 | 11,020点 ⇒ 10,200点 |
| ▶ 下肢静脈瘤血管内焼灼術 | 14,360点 ⇒ 10,200点 |

◆ 経皮的冠動脈形成術の見直し

- ▶ 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点 ⇒ 36,000点
- ▶ 不安定狭心症に対するもの 22,000点
- ▶ その他のもの 19,300点

- ▶ 算定要件の見直し
 - ▶ (4) 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、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること
 - ▶ 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こと
 - ア、機能的虚血の原因である狭窄病変
 - イ、心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変
 - (新)ウ、その他医学的必要性が認められる病変

 - ▶ (8) (略)学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン(2018年改訂版)」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン(2018年改訂版)」に沿って行われた場合に限り算定

◆ (新)BRCA1/2遺伝子検査

2、血液を検体とするもの(要届出) 20,200点

▶ 算定要件

- ▶ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として当該検査を実施するに当たっては、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
- ▶ なお、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

▶ 施設基準

- ▶ 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ▶ (1)卵巣癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の実験を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実験を合わせて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
- ▶ (2)乳癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の実験を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実験を5年以上有する常勤医師を1名以上配置されていること

◆ (新)BRCA1/2遺伝子検査 2、血液を検体とするもの

▶ 施設基準

- ▶ (3)遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として実施する場合には、(1)又は(2)のいずれかを満たすこと
- ▶ (4)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

▶ 届出に関する事項

- ▶ 別添2の様式23の3を用いる

◆ 検体検査判断料の注加算の見直し

▶ 遺伝カウンセリング加算

1,000点（変更なし）

- ▶ 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、遺伝学的検査、角膜ジストロフィー遺伝子検査、遺伝性腫瘍に関する検査(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
- ▶ (8)注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、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)、遺伝学的検査、BRCA1/2遺伝子検査、角膜ジストロフィー遺伝子検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる
 - ア、イ(略)

◆ 遺伝学的検査

- | | |
|---------------|--------|
| ▶ 処理が容易なもの | 3,880点 |
| ▶ 処理が複雑なもの | 5,000点 |
| ▶ 処理が極めて複雑なもの | 8,000点 |
- ▶ レセプト記載
- ▶ アからオの遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる
 - ▶ ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する
- ▶ 追加疾患
- ▶ 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、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

▶ 追加疾患

- ▶ 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、TNF受容体関連関連周期性症候群、中條-西村症候群、家族性地中海熱
 - 2、ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、 β -ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、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、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、ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi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

◆ 悪性腫瘍遺伝子検査の再編

▶ 複数項目をシンプルに見直し

▶ イ、処理が容易なもの

▶ i 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの 2,500点

▶ ii その他のもの 2,100点

▶ ロ、処理が複雑なもの 5,000点

▶ イの算定要件

▶ 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する

- 2項目 4,000点(変更なし)

- 3項目以上 6,000点(変更なし)

- (新)4項目以上 8,000点

◆ 悪性腫瘍遺伝子検査の再編

▶ (新)口の算定要件

- ▶ 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算出する

- 2項目	8,000点
- 3項目以上	12,000点

◆ 悪性腫瘍遺伝子検査の再編

▶ 算定要件

- ▶ 卵巣癌において、「1」の「口」処理が複雑なものうち、(4)のウに規定する固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査と区分番号「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査の「1」腫瘍細胞を検体とするものを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する

- ◆ (新)経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点
- ◆ (新)経気管支凍結生検法(要届出) 5,500点
 - ▶ 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行われる場合に限り算定
- ◆ 筋電図検査
 - ▶ 筋電図 300点 ⇒ 320点
 - ▶ (新)単線維筋電図(一連につき)(要届出) 1,500点
 - ▶ (新)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行われる場合に限り算定する
- ◆ (新)黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図 800点
 - ▶ 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行われる場合に限り算定する
- ◆ (新)経皮的腎生検法 2,000点
 - ▶ 心電図検査、超音波検査を含む
- ◆ 経気管肺生検法
 - ▶ (新)顕微内視鏡加算 1,500点
 - ▶ プローブ型顕微内視鏡を用いて行った場合
 - ▶ ガイドシス加算は別に算定不可

- ◆ 免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製
1,600点 ⇒ 1,200点
- ◆ トレッドミルによる負荷心肺機能検査等の見直し
 - ▶ 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 ⇒ 1,600点
- ◆ (新)血流予備量比コンピューター断層撮影(要届出)
9,400点
 - ▶ 注1 血流予備量比コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、
月1回に限り算定できるものとする

◆ (新)全身MRI撮影加算(要届出)

600点

▶ 算定要件

- ▶ 関連学会の定める指針に従って、前立腺癌の骨転移の診断を目的
- ▶ 1. 5テスラ以上のMRI装置を使用して複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、頸部から骨盤部を少なくとも3部位に分けて撮像した場合算定
- ▶ 同一月内に骨転移の診断の目的でシンチグラム(画像を伴うもの)、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影(同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき)を実施した場合は、主たるもののみ算定

▶ 施設基準

- ▶ 1. 5テスラ以上のMRI装置を有している
- ▶ 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たす
- ▶ 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されてい2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること)を修了し、その旨が登録されているものに限る)が3名以上配置されている
- ▶ 画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう
- ▶ 自院において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除き検査前の画像診断管理を行っている
- ▶ 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っている
- ▶ 施設内の骨シンチグラフィの線量情報を電子的に記録し、患者単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っている
- ▶ 別添2の様式38を用いる

ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

	届出医療機関 (※1)	届出医療機関以外 (※2)
新生児加算	1,600点	1,280点
乳幼児加算	1,000点	800点
幼児加算	600点	480点

ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

	届出医療機関 (※1)	届出医療機関以外 (※2)
新生児加算	1,600点	1,280点
乳幼児加算	1,000点	800点
幼児加算	600点	480点

※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が算定

※2 ※1以外の保険医療機関は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定(注3)

◆ 脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハ料

▶ 対象点数の廃止と算定要件の見直し

- ▶ 注5 注4の場合において、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以外の医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する



- ▶ 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、必要があってそれぞれ発症、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

※廃用症候群・運動器も同様

◆ 脳血管疾患等

- | | |
|----------------------------|------|
| ▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) | 147点 |
| ▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) | 120点 |
| ▶ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) | 60点 |

◆ 廃用症候群

- | | |
|---------------------------|------|
| ▶ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) | 108点 |
| ▶ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) | 88点 |
| ▶ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) | 46点 |

◆ 運動器リハ料

- | | |
|-------------------------|------|
| ▶ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) | 111点 |
| ▶ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) | 102点 |
| ▶ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) | 51点 |

▶ 算定要件

▶ 診療録等に記載又は添付

- 当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要

▶ 診療報酬明細書の摘要欄に記載

- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付

▶ 実施基準

- ▶ 以下から構成される摂食嚥下支援チームを設置
- ▶ ただし、カについては、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加
 - ア、専任の常勤医師又は常勤歯科医師
 - イ、摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ、専任の常勤言語聴覚士
 - エ、専任の常勤薬剤師
 - オ、専任の常勤管理栄養士
 - カ、専任の歯科衛生士
 - キ、専任の理学療法士又は作業療法士

▶ 実施基準

▶ 摂食嚥下障害看護に係る適切な研修

- 国又は医療関係団体等が主催する研修(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
- 摂食嚥下障害看護に必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修
 - ≫ 講義及び演習は、次の内容を含む
 - ≫ (イ)摂食嚥下障害の原因疾患・病態及び治療
 - ≫ (ロ)摂食嚥下機能の評価とその方法、必要なアセスメント
 - ≫ (ハ)摂食嚥下障害に対する援助と訓練
 - ≫ (ニ)摂食嚥下障害におけるリスクマネジメント
 - ≫ (ホ)摂食嚥下障害のある患者の権利擁護と患者家族の意思決定支援
 - ≫ (ヘ)摂食嚥下障害者に関連する社会資源と関連法規
 - ≫ (ト)摂食嚥下リハビリテーションにおける看護の役割とチームアプローチ
- 実習により、事例に基づくアセスメントと摂食嚥下障害看護関連領域に必要な看護実践を含むもの

▶ 実施基準

- ▶ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンス
 - 摂食嚥下支援チームのうち、常勤医師又は歯科医師、常勤看護師、常勤言語聴覚士、常勤薬剤師、常勤管理栄養士が参加
 - 歯科衛生士、理学療法士、作業療法士は、必要に応じて参加することが望ましい

▶ 施設基準

- ▶ 院内に専従の常勤言語聴覚士を1名以上配置 ⇒ 削除
- ▶ 摂食嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ▶ 届出は別添2の様式43の6の2を用いる
- ▶ 摂食嚥下支援チームの医師その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出
- ▶ 摂食嚥下支援加算の算定患者の入院時・退院時の嚥下機能の評価等を、別添2の様式43の6で地方厚生局長等に報告

▶ 経過措置

- ▶ 「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」の規定については、令和2年3月31日において、令和2年度改定前の経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている場合は、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間当該規定を満たしているものとする

◆ がん患者リハビリテーション料の見直し

▶ がん患者リハ料 205点

▶ 算定要件の整理

▶ (3)がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である

－ ア当該入院中にか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

▶ ※個々にがん疾患名を規定したものをシンプルにした

◆ リンパ浮腫指導管理料の要件見直し

▶ リンパ浮腫指導管理料 100点

▶ 算定要件の整理

▶ 注1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



▶ 注1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(原発性リンパ浮腫と診断されたもの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

◆ リンパ浮腫指導管理料の要件見直し

▶ 算定要件の整理

- ▶ (1)リンパ浮腫指導管理料は、手術前又は手術後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる



- ▶ (1)リンパ浮腫指導管理料は、手術前若しくは手術後又は診断時若しくは診断後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる

◆ リンパ浮腫複合的治療料の要件見直し

- ▶ 1、重症の場合 200点
- ▶ 2、1以外の場合 100点

▶ 算定要件の見直し

- ▶ 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



- ▶ 鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類I期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する

- ◆ (新)経頭蓋磁気刺激療法(要届出) 1,200点
 - ▶ 薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者
 - ▶ 経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に算定
 - ▶ 算定要件
 - ▶ (1)当該治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること
 - ▶ (2)経頭蓋磁気刺激療法は、抗うつ剤を使用した経験があつて、十分な効果が認められない成人のうつ病患者に用いた場合に限り算定できる
 - ▶ ただし、双極性感情障害、軽症うつ病エピソード、持続気分障害などの軽症例や、精神病症状を伴う重症うつ病エピソード、切迫した希死念慮、緊張病症状、速やかに改善が求められる身体的・精神医学的状态を認めるなどの電気痙攣療法が推奨される重症例を除く
 - ▶ (3)経頭蓋磁気刺激療法は、関連学会の定める適正使用指針に基づき、適正時間の刺激により治療が行われた場合に算定できる
 - ▶ 時間については、治療装置による治療の前後の医師又は看護師によって行われる面接の時間及び治療装置の着脱に係る時間は含まない
 - ▶ なお、当該治療に用いた医療機器、治療を行った日時及び刺激した時間について、診療録に記載する

◆ (新)経頭蓋磁気刺激療法(要届出)

▶ 算定要件

- ▶ (4)初回の治療を行った日から起算して6週を限度として、計30回に限り算定できる。また、治療開始日と終了日の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること
- ▶ (5)治療開始前にHAMD17又はHAMD24(ハミルトンうつ病症状評価尺度)による評価を行い、その分析結果及び患者に対する本治療の説明内容の要点を診療録に記載する
- ▶ (6)治療開始から第3週目及び第6週目にHAMD17又はHAMD24による再評価を行い、その分析結果を診療録に記載する。なお、第3週目の評価において、その合計スコアがHAMD17で7以下、HAMD24で9以下である場合は寛解と判断し当該治療は中止又は漸減する
- ▶ 漸減する場合、第4週目は最大週3回、第5週目は最大週2回、第6週目は最大週1回まで算定できる
- ▶ また、第3週目の評価において、HAMD17又はHAMD24の合計スコアで寛解と判断されず、かつ治療開始前の評価より改善が20%未満の場合には中止する

◆ (新)経頭蓋磁気刺激療法(要届出)

▶ 施設基準

▶ 精神科を標榜し下記のいずれかを届出ている病院

- 精神科リエゾンチーム加算
- 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
- 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
- 精神科急性期医師配置加算
- 精神科救急入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神科救急・合併症入院料

▶ うつ病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科の医師が1名以上勤務している

▶ 認知療法・認知行動療法に関する研修を修了した専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務している

▶ 届出は、別添2の様式44の8を用いる

ご清聴ありがとうございました

本日の資料はMMSホームページ及び
Youtubeリンクからダウンロードできます

<http://www.medsus.jp/index.shtml>



このスライドは3月5日時点の内容です
今後のQ&A等を必ずご確認ください



診療報酬研究会著の診療報酬マニュアルが
じほう社より刊行予定です。

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル

2020年度版』