

【I-1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
-①】

① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う 医療機関に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

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ける重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 ●点

[算定要件]

(1) 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]

(1) A100一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、A102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。）、A103精神病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）、A104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。）、A105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。）、A300救命救急入院料、A301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、A301-3脳卒中ケアユニッ

ト入院医療管理料、A301-4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、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料（小児入院医療管理料5を除く。）A311精神科救急入院料又はA311-3精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。

(2) 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。

(3) 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。

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。

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

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。

② 救急医療体制の充実

第1 基本的な考え方

救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送件数等の実績を踏まえ、救急搬送看護体制加算について、救急外来への看護師の配置に係る要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

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	改定案
<p>【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】</p> <p>注3 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、必要な医学管理を行った場合は、<u>救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】</p> <p>注3 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、必要な医学管理を行った場合は、<u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>救急搬送看護体制加算1</u> ●点</p> <p>ロ <u>救急搬送看護体制加算2</u> ●点</p> <p>[施設基準] (救急搬送看護体制加算1)</p> <p>イ <u>救急搬送について、十分な実績を有していること。</u></p> <p>ロ <u>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。</u></p> <p>(1) <u>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</u></p>

<p>(救急搬送看護体制加算) (略)</p>	<p><u>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。</u></p> <p>(2) <u>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。</u></p> <p>(救急搬送看護体制加算2) <現行通り></p>
-----------------------------	---

① 医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

1. 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。
2. 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。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、緩和ケア診療加算の注2</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、緩和ケア診療加算の注2</p>

<p>に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(3) (1)のアに掲げる医師は、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。</p>	<p>に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(3) (1)のアに掲げる医師は、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。<u>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（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医師に限る。）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。</u></p> <p>※ (1)のイに掲げる医師についても同様。</p> <p>※ <u>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についても同様。</u></p>
---	---

3. 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。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算 1】 [施設基準] 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p>	<p>【外来化学療法加算 1】 [施設基準] 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p> <p>※ 外来化学療法加算 2 についても同様。</p>

4. 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。

現 行	改定案
<p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専従の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。 ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤</p>	<p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。 ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤</p>

従事者との兼任はできないが、心
大血管疾患リハビリテーション料
（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等
リハビリテーション料（Ⅰ）、
（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リ
ハビリテーション料（Ⅰ）、
（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビ
リテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）
及び呼吸器リハビリテーション料
（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従
事者との兼任は可能であること。
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24時間以上の勤務を行っている
専従の非常勤理学療法士、非常勤
作業療法士又は非常勤看護師（障
害児（者）リハビリテーションの
経験を有する看護師に限る。）を
それぞれ2名以上組み合わせること
により、常勤理学療法士、常勤
作業療法士又は常勤看護師の勤務
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
士又は非常勤看護師がそれぞれ配
置されている場合には、これらの
非常勤理学療法士、非常勤作業療
法士又は非常勤看護師の実労働時
間を常勤換算し常勤理学療法士
数、常勤作業療法士数又は常勤看
護師数にそれぞれ算入することが
できる。ただし、常勤換算し常勤
理学療法士数、常勤作業療法士数
又は常勤看護師数に算入すること
ができるのは、常勤配置のうちそ
れぞれ1名までに限る。

従事者との兼任はできないが、心
大血管疾患リハビリテーション料
（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等
リハビリテーション料（Ⅰ）、
（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リ
ハビリテーション料（Ⅰ）、
（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビ
リテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）
及び呼吸器リハビリテーション料
（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従
事者との兼任は可能であること。
また、当該保険医療機関におい
て、疾患別リハビリテーション
（心大血管疾患リハビリテーショ
ンを除く。）、障害児（者）リハ
ビリテーション及びがん患者リハ
ビリテーションが行われる時間が
当該保険医療機関の定める所定労
働時間に満たない場合には、当該
リハビリテーションの実施時間以
外に他の業務に従事することは差
し支えない。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、非常勤作業療法士又は非常
勤看護師（障害児（者）リハビリ
テーションの経験を有する看護師
に限る。）をそれぞれ2名以上組
み合わせることにより、常勤理学
療法士、常勤作業療法士又は常勤
看護師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看護
師がそれぞれ配置されている場合
には、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看護
師の実労働時間を常勤換算し常勤
理学療法士数、常勤作業療法士数
又は常勤看護師数にそれぞれ算入
することができる。ただし、常勤
換算し常勤理学療法士数、常勤作
業療法士数又は常勤看護師数に算
入することができるのは、常勤配

	<p>置のうちそれぞれ1名までに限る。</p> <p>※ <u>がん患者リハビリテーション料</u> <u>についても同様。</u></p>
--	--

② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

第1 基本的な考え方

医師をはじめとした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、総合入院体制加算等について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算並びに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について、管理者によるマネジメントを推進する観点から、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議において、年1回以上当該病院の管理者が出席することとする。

現 行	改定案
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 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。</p> <p>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。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。</p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 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。</p> <p>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。<u>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。</u>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。</p>

	<p>※ <u>医師事務作業補助体制加算並びに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 についても同様。</u></p>
--	--

2. 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組が更に進むよう、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資する計画」の内容及び項目数について見直す。

現 行	改定案
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 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。</p> <p>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<u>2項目</u>以上を含んでいること。</p> <p>(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（許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）</p> <p>(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</p> <p>(二) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(ホ) 看護補助者の配置による看</u></p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 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。</p> <p>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<u>3項目</u>以上を含んでいること。</p> <p>(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（許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）</p> <p>(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</p> <p>(二) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> <p><u>(ホ) 特定行為研修修了者である看護師複数名の配置及び活用による病院勤務医の負担軽減</u></p> <p><u>(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による病院勤務医の負担軽減</u></p>

護職員の負担軽減	(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
----------	--------------------------

[経過措置]

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月の届出においては令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、令和3年7月以降の届出においては、令和2年度改定後の基準で届け出ること。

③ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第1 基本的な考え方

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、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

第2 具体的な内容

1. 病棟薬剤業務実施加算1及び2について、評価を充実する。

現 行	改定案
【病棟薬剤業務実施加算】	【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	1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） ●点
2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） 80点	2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） ●点

2. 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において評価する。

現 行	改定案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サ	【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 □ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サ

<p>ポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>	<p>ポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算2</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p>
---	--

④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、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に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、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も配置可能とする（ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要）。

現 行	改定案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。</u></p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(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。<u>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。</u></p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。</u></p>

	※ <u>薬剤管理指導料についても同</u> <u>様。</u>
--	-------------------------------------

⑤ 夜間看護体制の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関の実情に応じて、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係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

夜間における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備の要件について、項目内容の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。</p> <p>ア～ウ （略）</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>エ～オ （略）</p> <p>カ 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いること。</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。</p> <p>ア～ウ （略）</p> <p><u>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確保されていること。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>カ～キ （略）</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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</u></p>

<p>(3) (中略) (2)の<u>カ</u>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。</p>	<p><u>と。</u></p> <p>(3) (中略) (2)の<u>ク</u>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。<u>なお、利用者がいない日についてはこの限りではない。</u></p> <p>※ <u>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についても同様。</u></p>
--	--

⑥ 特定集中治療室管理料の見直し

第1 基本的な考え方

看護師の柔軟な働き方を推進する観点から、特定集中治療室における専門の研修を受けた看護師の配置に係る要件を見直す。

また、特定集中治療室の入院患者の適切な評価を行う観点から、入院患者の生理学的スコア（S O F Aスコア）の提出を要件とする入院料等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特定集中治療室管理料1及び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。

現 行	改定案
<p>【特定集中治療室管理料1及び2】 [施設基準]</p> <p>(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、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。</p>	<p>【特定集中治療室管理料1及び2】 [施設基準]</p> <p>(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、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。<u>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。</u></p>

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

なお、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。

※ 生理学的スコア（S O F A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、全身の早期障害の程度を判定するもの。

⑦ 心停止後臓器提供に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

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るため、臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担を踏まえ、移植臓器提供管理料について、評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 心停止後臓器提供では、医療機関における患者家族への説明、ドナーの全身管理、関係者との調整など業務が多岐にわたり、また、ドナー候補の循環動態に移植のタイミングが左右されることに伴う負担が大きいことから、同種死体腎移植術の腎を死体（脳死体を除く。）から移植した場合を評価する加算について、実態に見合った評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【同種死体腎移植術】 同種死体腎移植術 <u>98,770点</u></p> <p>[算定要件] 注1 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、<u>移植腎の提供のために要する費用</u>として、<u>40,000点</u>を加算する。</p>	<p>【同種死体腎移植術】 同種死体腎移植術 <u>●点</u></p> <p>[算定要件] 注1 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）<u>第6条第1項第2号</u>に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、<u>移植臓器提供加算</u>として、<u>●点</u>を所定点数に加算する。</p>

- 心停止後臓器提供は、腎臓のみでなく、膵、膵腎の臓器提供においても行われることから、同種死体腎移植術と同様に、同種死体膵移植術及び同種死体膵腎移植術においても移植臓器提供加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【同種死体膵移植術】 同種死体膵移植術 <u>112,570点</u></p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【同種死体膵移植術】 同種死体膵移植術 <u>●点</u></p> <p>[算定要件] 注1 臓器の移植に関する法律（平</p>

<p><u>注</u> 臓移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>成9年法律第104号)第6条第1項第2号に規定する脳死した者の身体から採取された臓を除く死体臓を移植した場合は、移植臓器提供加算として、●点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>2 臓移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p><u>(2) 移植の対象となる死体臓には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の臓を含む。</u></p> <p><u>(4) 「注1」の規定に基づく加算は、死体(脳死体を除く。)から移植のための臓採取を行う際の採取前の採取対象臓の灌流、臓採取、採取臓の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。</u></p> <p><u>※ 同種死体臓腎移植術についても同様。</u></p>
---	--

⑧ 脳死臓器提供管理料の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

脳死下臓器提供では、医療機関における患者家族への説明、脳死判定、ドナーの全身管理、関係者との調整など、業務が多岐にわたることから、脳死臓器提供管理料の評価について、実態に見合った見直しを行う。

また、造血幹細胞移植での評価に倣い、当該管理料においてもコーディネートの評価を明確化する。

現 行	改定案
<p>【脳死臓器提供管理料】 脳死臓器提供管理料 <u>20,000点</u> [算定要件] (2) 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、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。</p>	<p>【脳死臓器提供管理料】 脳死臓器提供管理料 ●点 [算定要件] (2) 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、<u>コーディネート</u>、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。</p>

⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

1. 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	改定案
<p>【入退院支援加算3】 [施設基準]</p> <p>□ 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専従の看護師が一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一名以上配置されていること。</p> <p>(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。</p>	<p>【入退院支援加算3】 [施設基準]</p> <p>□ 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、<u>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</u>が一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一名以上配置されていること。</p> <p>(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、<u>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</u>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。</p>

2. 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門における職員を非常勤職員でも可能とする。

現 行	改定案
<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(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。</p>	<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(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。</p> <p><u>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。</u></p> <p>※ <u>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。</u></p>

【Ⅰ－２ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ー⑩】

⑩ 重症度、医療・看護必要度の
測定に係る負担の軽減

「Ⅲ－１－⑤」を参照のこと。

【I-2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 -⑪】

⑪ 医療機関における業務の効率化・合理化

「I-4-①」を参照のこと。

① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

第1 基本的な考え方

勤務医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勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 勤務医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。
2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p>	<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト <u>医師事務作業補助体制加算</u> (<u>50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。</u>)</p> <p>チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>※ <u>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についても同様。</u></p>

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

【医師事務作業補助体制加算】

- 1 医師事務作業補助体制加算 1
イ 15対1補助体制加算 920点
ロ 20対1補助体制加算 708点

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

※ 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についても同様。

【医師事務作業補助体制加算】

- 1 医師事務作業補助体制加算 1
イ 15対1補助体制加算 ●点
ロ 20対1補助体制加算 ●点

ハ	25対1補助体制加算	<u>580点</u>	ハ	25対1補助体制加算	<u>●点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>495点</u>	ニ	30対1補助体制加算	<u>●点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>405点</u>	ホ	40対1補助体制加算	<u>●点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>325点</u>	ヘ	50対1補助体制加算	<u>●点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>245点</u>	ト	75対1補助体制加算	<u>●点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>198点</u>	チ	100対1補助体制加算	<u>●点</u>
2	医師事務作業補助体制加算2		2	医師事務作業補助体制加算2	
イ	15対1補助体制加算	<u>860点</u>	イ	15対1補助体制加算	<u>●点</u>
ロ	20対1補助体制加算	<u>660点</u>	ロ	20対1補助体制加算	<u>●点</u>
ハ	25対1補助体制加算	<u>540点</u>	ハ	25対1補助体制加算	<u>●点</u>
ニ	30対1補助体制加算	<u>460点</u>	ニ	30対1補助体制加算	<u>●点</u>
ホ	40対1補助体制加算	<u>380点</u>	ホ	40対1補助体制加算	<u>●点</u>
ヘ	50対1補助体制加算	<u>305点</u>	ヘ	50対1補助体制加算	<u>●点</u>
ト	75対1補助体制加算	<u>230点</u>	ト	75対1補助体制加算	<u>●点</u>
チ	100対1補助体制加算	<u>188点</u>	チ	100対1補助体制加算	<u>●点</u>
[施設基準]			[施設基準]		
(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。			(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準 次のいずれかの要件を満たしていること。		
ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。			ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。		
イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定する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こと。			イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定する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こと。		
<u>(新設)</u>			<u>ウ 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であること。</u>		
ウ 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であること。			エ 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であること。		

② 麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

第1 基本的な考え方

医師の負担軽減の推進の観点から、現行の麻酔管理料（Ⅱ）について実施者に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【麻酔管理料（Ⅱ）】 [算定要件]</p> <p>(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、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、<u>麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」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。</u>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。</p>	<p>【麻酔管理料（Ⅱ）】 [算定要件]</p> <p>(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、<u>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、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」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。</u>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</p>

<p><u>(新設)</u></p>	<p>に行われなければならない。<u>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。</u></p> <p>(4) <u>麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。</u></p>
<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>(6) <u>麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。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であること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(7) <u>麻酔を担当する医師の一部の行為を当該看護師が実施する場合にあっては、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。</u></p>

③ 看護職員と看護補助者との 業務分担・協働の推進

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

1. 看護職員夜間配置加算の評価を充実する。

現 行	改定案
【看護職員夜間配置加算】 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 <u>95点</u> □ 看護職員夜間12対1配置加算 2 <u>75点</u> 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 <u>55点</u> □ 看護職員夜間16対1配置加算 2 <u>30点</u>	【看護職員夜間配置加算】 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 ●点 □ 看護職員夜間12対1配置加算 2 ●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 ●点 □ 看護職員夜間16対1配置加算 2 ●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 <u>55点</u>	【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 ●点
【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 <u>55点</u>	【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 ●点
【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 <u>55点</u>	【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 ●点

2. 急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。

現 行	改 定 案
<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) <u>210点</u></p> <p>2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) <u>190点</u></p> <p>3 50対1急性期看護補助体制加算 <u>170点</u></p> <p>4 75対1急性期看護補助体制加算 <u>130点</u></p> <p>注2</p> <p>イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>90点</u></p> <p>ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>85点</u></p> <p>ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>70点</u></p> <p>【看護補助加算】</p> <p>1 看護補助加算1 <u>129点</u></p> <p>2 看護補助加算2 <u>104点</u></p> <p>3 看護補助加算3 <u>76点</u></p> <p>注2 夜間75対1看護補助加算 <u>40点</u></p> <p>【夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)】</p> <p>夜間看護加算 <u>35点</u></p> <p>【看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>129点</u></p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 <u>104点</u></p> <p>【看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)】</p> <p>看護補助者配置加算 <u>150点</u></p>	<p>【急性期看護補助体制加算】</p> <p>1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) <u>●点</u></p> <p>2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) <u>●点</u></p> <p>3 50対1急性期看護補助体制加算 <u>●点</u></p> <p>4 75対1急性期看護補助体制加算 <u>●点</u></p> <p>注2</p> <p>イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>●点</u></p> <p>ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>●点</u></p> <p>ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>●点</u></p> <p>【看護補助加算】</p> <p>1 看護補助加算1 <u>●点</u></p> <p>2 看護補助加算2 <u>●点</u></p> <p>3 看護補助加算3 <u>●点</u></p> <p>注2 夜間75対1看護補助加算 <u>●点</u></p> <p>【夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算)】</p> <p>夜間看護加算 <u>●点</u></p> <p>【看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算)】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>●点</u></p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 <u>●点</u></p> <p>【看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算)】</p> <p>看護補助者配置加算 <u>●点</u></p>

3. 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。

現 行	改定案
<p>【急性期看護補助体制加算】 [施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】 [施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p><u>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。</u></p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> <p>※ <u>看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13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についても同様。</u></p>

④ 栄養サポートチーム加算の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

算定対象となる入院料として、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）を追加する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヤ 略</p>	<p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～タ 略 <u>レ 栄養サポートチーム加算</u> ソ～マ 略</p>
<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件] 注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～テ 略</p>	<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件] 注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ク 略 <u>ヤ 栄養サポートチーム加算</u> マ～メ 略</p>
<p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等</p>	<p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等</p>

加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～テ 略

ア 栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）

サ～ 略

【栄養サポートチーム加算】

[算定要件]

注1 栄養管理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おいて、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（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、栄養サポートチーム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、週1回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～テ 略

ア 栄養サポートチーム加算

サ～ 略

【栄養サポートチーム加算】

[算定要件]

注1 栄養管理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おいて、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（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、栄養サポートチーム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、週1回（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及び特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る））を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

① 医療機関における業務の効率化・合理化

第1 基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

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。

1. 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。

現 行	改定案
<p>【医療安全管理体制の基準】 (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。</p>	<p>【医療安全管理体制の基準】 (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。<u>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は、対面によらない方法でも開催可能とする。</u></p> <p>※ <u>院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算についても同様。</u></p>

2. 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。

現 行	改定案
<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p>	<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p>

<p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 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。</p> <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p>	<p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 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。<u>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。</u></p> <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>※ 院内研修の内容 <u>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。</u> ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> <p>※ <u>看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13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についても同様。</u></p>
---	---

3. 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。

現 行	改定案
<p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準]</p>	<p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準]</p>

<p>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。<u>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。</u></p> <p><u>ア・イ（略）</u></p>	<p>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。</p> <p>※ <u>特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。</u></p>
--	--

4. 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。

現 行	改定案
<p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>「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。</u></p>	<p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>（削除）</u></p>
<p>【がん患者指導管理料「ハ」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。</p>	<p>※ <u>外来緩和ケア管理料注4についても同様。</u></p> <p>【がん患者指導管理料「ハ」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載し、<u>又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。</u></p>
<p>【退院時共同指導料1及び2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患</p>	<p>【退院時共同指導料1及び2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載し、又は患者若し</p>

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する。	くはその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。
------------------------------	-----------------------------

5. 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。

現 行	改定案
<p>【在宅療養指導料】 [算定要件]</p> <p>(4) <u>医師は、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載する。</u></p> <p>(5) <u>保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。</u></p>	<p>【在宅療養指導料】 [算定要件]</p> <p>(削除)</p> <p>(4) <u>保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。</u></p> <p>※ <u>糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料についても同様。</u></p>

6. 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。
7. 診療報酬の算定に当たり、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。
8. 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等について選択式記載とする。

② 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

第1 基本的な考え方

関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう、要件を見直す。

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いたカンファレンス等について、やむを得ない事情により対面で参加できない場合でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

また、情報通信機器を用いた退院時共同指導について、医療資源の少ない地域でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【感染防止対策加算1】 [施設基準]</p> <p>(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、<u>やむを得ない事情により参加できない場合は</u>、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能で機器を用いて参加することができる。</p> <p>ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> <p>イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対</p>	<p>【感染防止対策加算1】 [施設基準]</p> <p>(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能で機器を用いて参加することができる。</p> <p>ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> <p>イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対</p>

面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

【退院時共同指導料】

[算定要件]

- (8) 退院時共同指導料1の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料2の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、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又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護

面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

※ 感染防止対策加算2、入退院支援加算1、退院時共同指導料2の注3、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も同様。

【退院時共同指導料】

[算定要件]

- (8) 退院時共同指導料1の「注1」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は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保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算も同様。

③ 外来栄養食事指導

(情報通信機器の活用) の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料における、2回目以降の栄養食事指導について情報通信機器を用いて行う指導を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 ●点</p> <p>ロ 2回目以降</p> <p>(1) 対面で行った場合 ●点</p> <p>(2) 情報通信機器を使用する場合 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注₁ 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p><u>2 ロの(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の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。</u></p>