

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －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

「Ⅰ－１－①」を参照のこと。

② 総合入院体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、小児科や産婦人科を標榜する医療機関や入院患者が減少していることを踏まえ、医療機関間の医療機能の再編・統合がより柔軟に行えるよう、総合入院体制加算について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。</p> <p>ただし、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定す</p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。<u>ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないなくても、施設基準を満たしているものとする。</u></p> <p>なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する</p>

る精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

6 届出に関する事項
(新設)

精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

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

③ 重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

第1 基本的な考え方

急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、判定に係る項目や判定基準を以下のように見直す。

1. 重症度、医療・看護必要度のA項目について、以下のように見直す。
 - (1) 重症度、医療・看護必要度Ⅰの「救急搬送後の入院」について、評価期間を入院後5日間に見直す。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて、入院日に救急医療管理加算1若しくは2又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者を、入院後5日間評価の対象とする。
 - (2) 専門的な治療・処置のうち「免疫抑制剤の管理」について、注射剤に限り評価の対象とする。
2. 重症度、医療・看護必要度のC項目について、評価期間を見直す。また、対象となる検査及び手術について、入院で実施される割合が9割以上のものを追加するとともに、入院で実施される割合が9割未満のものを除外する。

現 行	改定案
【重症度、医療・看護必要度】	【重症度、医療・看護必要度】
[手術等の医学的状況]	[手術等の医学的状況]
16 開頭手術（ <u>7</u> 日間）	16 開頭手術（ <u>13</u> 日間）
17 開胸手術（ <u>7</u> 日間）	17 開胸手術（ <u>12</u> 日間）
18 開腹手術（ <u>4</u> 日間）	18 開腹手術（ <u>7</u> 日間）
19 骨の手術（ <u>5</u> 日間）	19 骨の手術（11日間）
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（ <u>3</u> 日間）	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術（ <u>5</u> 日間）
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（ <u>2</u> 日間）	21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（ <u>5</u> 日間）

22 救命等に係る内科的治療（ <u>2</u> 日間） <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	22 救命等に係る内科的治療（ <u>5</u> 日間） 23 <u>別に定める検査（2日間）</u> 24 <u>別に定める手術（6日間）</u> ※ <u>別に定める検査及び手術は、レセプト電算処理システム用コードで規定する。</u>
--	--

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

4. 重症度、医療・看護必要度の基準について、「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」の基準を削除する。

現 行	改定案
【重症度、医療・看護必要度】 [基準] 次のいずれかに該当する患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 ・ <u>B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」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点以上の患者</u> ・ A得点が3点以上の患者 ・ C得点が1点以上の患者 	【重症度、医療・看護必要度】 [基準] 次のいずれかに該当する患者 <ul style="list-style-type: none"> ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 ・ <u>（削除）</u> ・ A得点が3点以上の患者 ・ C得点が1点以上の患者

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

第１ 基本的な考え方

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料２及び３の届出に係る要件を見直す。

第２ 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合について見直す。

また、急性期一般入院料２及び３について、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合も届け出られるよう見直す。

	現行		改定案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１	3割	2割5分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料２		2割4分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料３		2割3分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料４	2割7分	2割2分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料５	2割1分	1割7分	●割●分	●割●分
急性期一般入院料６	1割5分	1割2分	●割●分	●割●分
7対1入院基本料（特定機能病院）	2割8分	2割3分		●割●分

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)	<u>2割8分</u>	<u>2割3分</u>	●割●分	●割●分
7対1入院基本料(結核病棟入院基本料)	<u>1割1分</u>	<u>0.9割</u>	●割●分	●割●分
看護必要度加算1	<u>2割7分</u>	<u>2割2分</u>	●割●分	●割●分
看護必要度加算2	<u>2割1分</u>	<u>1割7分</u>	●割●分	●割●分
看護必要度加算3	<u>1割5分</u>	<u>1割2分</u>	●割●分	●割●分
総合入院体制加算1	<u>3割5分</u>	<u>3割</u>	●割●分	●割●分
総合入院体制加算2	<u>3割5分</u>	<u>3割</u>	●割●分	●割●分
総合入院体制加算3	<u>3割2分</u>	<u>2割7分</u>	●割●分	●割●分
急性期看護補助体制加算	<u>0.7割</u>	<u>0.6割</u>	●割●分	●割●分
看護職員夜間配置加算	<u>0.7割</u>	<u>0.6割</u>	●割●分	●割●分
看護補助加算1	<u>0.6割</u>	<u>0.5割</u>	●割●分	●割●分
地域包括ケア病棟入院料	<u>1割</u>	<u>0.8割</u>	●割●分	●割●分
特定一般病棟入院料の注7	<u>1割</u>	<u>0.8割</u>	●割●分	●割●分

[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●年●月●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
- ・ 急性期一般入院料 5
- ・ 急性期一般入院料 6
- ・ 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）
- ・ 看護必要度加算 1
- ・ 看護必要度加算 2
- ・ 看護必要度加算 3
- ・ 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

⑤ 重症度、医療・看護必要度の 測定に係る負担の軽減

第1 基本的な考え方

入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に係る要件を見直す。

また、看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてB項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。）

第2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）の届出を行う保険医療機関であって、許可病床数400床以上のものについて、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。

現 行	改定案
<p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準]</p> <p>① 通則 <u>（新設）</u></p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [施設基準]</p> <p>イ 一般病棟</p> <p>① 七対一入院基本料の施設基準 4 <u>次のいずれかに該当すること。</u></p>	<p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準]</p> <p>① 通則</p> <p>5 <u>許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）の届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。</u></p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [施設基準]</p> <p>イ 一般病棟</p> <p>① 七対一入院基本料の施設基準 4 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備</p>

<p>(一) <u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。</u></p> <p>(二) <u>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割三分以上入院させる病棟であること。</u></p>	<p>された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●割●分以上入院させる病棟であること。</p>
--	---

[経過措置]

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

2. B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、ADLを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様。）
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。（再掲）

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

<u>ア・イ</u> (略)	※ <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>
----------------	--

⑥ せん妄予防の取組の評価

第1 基本的な考え方

急性期の入院患者に対して、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に適切なせん妄予防の対応を行うことについて新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 ●点（入院中1回）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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、せん妄ハイリスク患者ケア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、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) A100一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、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又はA301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟であること。
- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －⑦】

⑦ 特定集中治療室管理料の見直し

「Ⅰ－２－⑥」を参照のこと。

⑧ 特定集中治療室での栄養管理の評価

第1 基本的な考え方

患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

重症患者の集中治療室への入室後、早期（48時間以内）に経口移行・維持及び低栄養の改善等の栄養管理（栄養アセスメントに基づく栄養管理計画の作成・実施及びその後の頻回なモニタリングによる計画の見直し等）を実施した場合の評価として、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 ●点（1日につき）

[算定要件]

(1) 特定集中治療室に入室後早期から、経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

- ① 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること
- ② 特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること
- ③ 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

[留意事項]

- (1) 日本集中治療学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- (2) 次の項目を実施すること。
 - ① 栄養スクリーニングの実施

- ② 栄養アセスメントの実施
 - ③ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成し、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を実施
 - ④ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養を開始
 - ⑤ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリング後、計画の見直し及び栄養管理を実施
 - ⑥ 医師の指示に基づく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
- (3) 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、適切に連携して栄養管理を実施すること。

⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

第１ 基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟を有する許可病床数が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。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p> <p>[施設基準] (1) 通則 <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] <u>注9 注1に規定する保険医療機関</u> <u>以外の保険医療機関であって、</u> <u>注1に規定する地域包括ケア病</u> <u>棟入院料の施設基準のうち別に</u> <u>厚生労働大臣が定めるもののみ</u> <u>に適合しなくなったものとして</u> <u>地方厚生局長等に届け出た場合</u> <u>に限り、当該病棟又は病室に入</u> <u>院している患者については、所</u> <u>定点数の100分の●に相当する点</u> <u>数を算定する。</u></p> <p>[施設基準] (1) 通則 <u>又 許可病床数が四百床以上の病</u> <u>院にあっては、当該病棟におけ</u> <u>る、入院患者に占める、同一の</u> <u>保険医療機関の一般病棟から転</u> <u>棟したものの割合が6割未満で</u> <u>あること。</u></p> <p><u>(19) 地域包括ケア病棟入院料の注9</u> <u>に規定する別に厚生労働大臣が定</u> <u>めるもの</u> <u>(1)の又に掲げる基準</u></p>

[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ものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

2. 地域包括ケア病棟入院料1及び3並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び3について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準]</p> <p>ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が<u>一割以上</u>であること。</p> <p>ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>三人以上</u>であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。</p> <p>① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において<u>二十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>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）を前三月間において<u>百回以上</u>算定している保険医療機関であること又は訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する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三月間において<u>五百回以上</u>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と<u>同一の敷地内</u>にあること。</p> <p>③ <u>開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）</u>を前三月間において<u>十回以上</u>算定している保険医療</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準]</p> <p>ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が<u>一割五分以上</u>であること。</p> <p>ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>六人以上</u>であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。</p> <p>① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において<u>三十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>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）を前三月間において<u>六十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>③ <u>訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）</u>に規定する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三月間において<u>三百回以上</u>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。</p> <p>④ <u>在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料</u>を前三月間において<u>三十回以上</u>算定している保</p>

<p><u>機関であること。</u></p> <p>④ <u>介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する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。</u></p> <p>⑤ <u>(新設)</u></p> <p>【地域包括ケア入院医療管理料1】 [施設基準]</p> <p>□ 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<u>一割以上</u>であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が<u>三</u>以上であること。</p> <p>ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>三人</u>以上であること。</p>	<p><u>陰医療機関であること。</u></p> <p>⑤ <u>介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する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。</u></p> <p>⑥ <u>退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。</u></p> <p>【地域包括ケア入院医療管理料1】 [施設基準]</p> <p>□ 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<u>一割五分以上</u>であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が<u>六</u>以上であること。</p> <p>ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>六人</u>以上であること。</p> <p>※ <u>地域包括ケア病棟入院料3及び地域包括ケア入院医療管理料3も同様。</u></p>
--	--

[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1若しくは3又は地域包括ケア入院医療管理料1若しくは3を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第１ 基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、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。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(1) 通則</p> <p>二 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。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(1) 通則</p> <p>二 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。</p> <p>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</p>

<p>(3) <u>当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が1名以上配置されていること。また、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。なお、注2の届出を行う場合にあっては、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、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</u></p>	<p><u>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>(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。なお、注2の届出を行う場合にあっては、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。</p>
--	--

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●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

2. 地域包括ケア病棟におけ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。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(7) (6)の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。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(7) (6)の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。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。<u>なお、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。</u></p>

3. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、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。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 <u>又 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></p> <p>(11) <u>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。</u></p>
<p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>へ 当該保険医療機関において、適切な看取りに対する指針を定めていること。</u></p> <p>(9) <u>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、看取りに対する指針を定めていること。</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p> <p>※ <u>地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3及び療養病棟入院基本料も同様。</u></p>

[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●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑪ 地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

第１ 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を妨げないように、同一の保険医療機関内において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

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。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(10) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(10) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合には、<u>診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。</u>なお、入院日Ⅱ又はⅢを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して60日間とする。</p>

⑫ 地域包括ケア病棟の届出に関する見直し

第1 基本的な考え方

地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

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及び地域包括ケア入院医療管理料を届け出られないこととする。ただし、令和●年●月●日時点で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又は病室を維持することができる。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>14 届出に関する事項 <u>(新設)</u></p> <p>また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)及び(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、<u>許可病床数が500床以上の保険医療機関若しくは(4)に掲げる施設基準を届け出</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>14 届出に関する事項 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、<u>地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の届出を行うことはできない。ただし、●年●月●日時点で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又は病室を維持することができる。</u></p> <p>また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、(4)に掲げる施設基準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</p>

ている保険医療機関又は平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

(3) 許可病床数が400床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合

(4) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合

出ている複数の病棟を維持することができる。

(削除)

(4) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

第１ 基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。

第２ 具体的な内容

- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び回復期リハビリテーション病棟入院料３におけるリハビリテーション実績指数の要件について、それぞれ水準を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 <u>チ</u> リハビリテーションの効果に係る実績指数が<u>三十七</u>以上であること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 <u>ホ</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十</u>以上であること。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 <u>リ</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>四十</u>以上であること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 <u>ホ</u> リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十五</u>以上であること。</p>

[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●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

- 回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時 F I M 及び目標とする F I M について、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとする。また、退院時 F I M についても同様の取扱いとする。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(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。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>(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。</p>

3. 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>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</p> <p>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(そう)損傷等の発症後若しくは手術後の状態（<u>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。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。）</u>、<u>特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）</u>、<u>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。）</u>、<u>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</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>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</p> <p>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(そう)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(けい)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）</p>

<p>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、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）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(けい)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)</p>	<p>※ <u>二～五についても同様の見直しを行う。</u></p>
--	------------------------------------

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料における重症者の定義に、日常生活機能評価に代えてFIM総得点を用いてもよいものとする。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] (7) 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、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A246」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみな</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] (7) 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、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A246」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携</p>

<p>す。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 <u>ハ</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 <u>ハ</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。</p>	<p>診療計画に記載された日常生活機能評価又は F I M の結果を入院時に測定された日常生活機能評価又は F I M とみなす。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 <u>ト</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure、以下「F I M」という。) が改善していること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 <u>ハ</u> 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は F I M が改善していること。</p>
---	--

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準である、「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する。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 <u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 <u>ロ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。</u></p>

[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●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 ～ 6 について、現状、管理栄養士の配置規定はないが、施設基準に「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」旨を追加すると

もに、栄養管理に係る要件を設ける。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>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) (中略) 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。</p> <p>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) (中略) <u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>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) (中略) また、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。</p> <p>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) (中略) また、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。</p> <p>[算定要件] <u>(14)回復期リハビリテーション病棟入院料 2 から 6 について、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。</u> <u>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。</u> <u>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</u></p>

	<p><u>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。</u></p> <p>ウ <u>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。</u></p>
--	---

⑭ 療養病棟入院基本料の評価の見直し

第１ 基本的な考え方

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、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。

第２ 具体的な内容

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長する。
- 療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、経過措置を令和2年3月31日限りで終了する。

現 行	改定案
<p>【療養病棟入院基本料（経過措置1）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注11 注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、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。</p> <p>[経過措置]</p> <p>区分番号A101の注11及び注12に規定する診療料は、平成32年3月</p>	<p>【療養病棟入院基本料（経過措置1）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注11 注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。</p> <p>[経過措置]</p> <p>区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和●年●月●日まで</p>

31日までの間に限り、算定できるものとする。

[施設基準]

(別に厚生労働大臣が定める基準)

平成30年3月31日時点で、継続して6月以上「旧医科点数表」の療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であること。

【療養病棟入院基本料（経過措置2）】

[算定要件]

注12 注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）とする。）を算定する。

の間に限り、算定できるものとする。

[施設基準]

(別に厚生労働大臣が定める基準)

令和2年3月31日時点で、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。

(削除)

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －⑮】

⑮ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

「Ⅱ－７－６－④」を参照のこと。

⑯ 特定機能病院における 特定入院料の取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

特定機能病院の有する機能及び体制等を踏まえ、回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いについて見直す。

第2 具体的な内容

特定機能病院について、医療法で規定されている基準に満たない人員配置を要件とする特定入院料を届出できないこととする。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等) (1) 通則 <u>(新設)</u></p> <p>【小児入院医療管理料】 [施設基準] (小児入院医療管理料の施設基準) (6) 小児入院医療管理料5の施設基準 <u>(新設)</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] (回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等) (1) 通則 <u>又 特定機能病院以外の病院であること。</u></p> <p>【小児入院医療管理料】 [施設基準] (小児入院医療管理料の施設基準) (6) 小児入院医療管理料5の施設基準 <u>二 特定機能病院以外の病院であること。</u></p>

[経過措置]

令和●年●月●日時点で、旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料又は小児入院医療管理料5を届け出ているものについては、それぞれ令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑰ 結核病棟のユニットに係る見直し

第１ 基本的な考え方

効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟について、常勤の医師の員数に係る要件を見直す。

第２ 具体的な内容

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見直す。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】 注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> <p>[施設基準] (1) 結核病棟入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準</p>	<p>【結核病棟入院基本料】 注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> <p>[施設基準] (1) 結核病棟入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準</p>

<p>イ 七対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。</p> <p>2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。</p> <p>④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。</p> <p>(6) 結核病棟入院基本料の注7に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>(1)のイの③の基準</p>	<p>イ 七対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。</p> <p>2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。</p> <p>④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。</p> <p>(6) 結核病棟入院基本料の注7に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</p> <p><u>次のいずれかに該当するもの</u></p> <p>(1)のイの③の基準</p> <p><u>(1)のイの③及び④の基準</u></p>
--	--

⑱ 緩和ケア診療加算及び

有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

第1 基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。

- ・ 求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
- ・ 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） 390点</p> <p>[施設基準] 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (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（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） ●点</p> <p>[施設基準] 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (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（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任</p>

の薬剤師

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。

また、緩和ケア診療加算の注2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。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する医師

ウ 緩和ケアの経験を有する看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。(ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。)

- (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。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、

の薬剤師

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。

また、緩和ケア診療加算の注2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。

オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師

カ 精神症状の緩和を担当する医師

キ 緩和ケアの経験を有する看護師

ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。

(ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。)

- (3) (1)のア及びオに掲げる医師は、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。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。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師のう

以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。また、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

【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

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)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1年以上の経験を有する者であること。
- (4) (1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。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診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよ

ち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。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

【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） ●点

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)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。
- (4) (1)に掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係

<p>い。</p> <p><u>(医師の研修)</u></p> <p>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</p> <p>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</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(看護師の研修)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <p>(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要</p> <p>(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法</p> <p>(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法</p>	<p>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。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>(5) (1)に掲げる看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。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。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <p>(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要</p> <p>(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法</p> <p>(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法</p>
---	---

⑱ 排尿自立指導料の見直し

第１ 基本的な考え方

膀胱留置カテーテルの適切な管理を推進する観点から、排尿の自立に係る評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 現行の排尿自立指導料において評価をしている入院中の患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケアについて、入院基本料等加算において、評価を行う。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

(新) 排尿自立支援加算 ●点 (週1回)

※ 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である。

[算定対象]

尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 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
 - イ 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

- ウ 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
- (2) 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ていること。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。
- (3) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号●に掲げる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。
- (4) 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。
- (5) 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。

2. 現行の排尿自立指導料について、入院中の患者を対象とした評価から、入院中の患者以外の患者を対象とした評価に変更し、管理料の名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

現 行	改定案
<p>【排尿自立指導料】</p> <p style="text-align: right;">200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 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中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。</p> <p>(1) 排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る</p>	<p>【<u>外来排尿自立指導料</u>】</p> <p style="text-align: right;">●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 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、<u>入院中の患者以外</u>の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、<u>区分番号A●に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週</u>を限度として算定する。ただし、<u>区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。</u></p> <p>(1) <u>外来排尿自立指導料</u>は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに</p>

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、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、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など、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。）を実施することを評価するものである。

(2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。

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

(3) 病棟の看護師等は、以下の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。

ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。

イ アの患者について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）を行う。

ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者を抽出する。

(4) 排尿ケアチームは、(3)を基に下

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、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し、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など、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。）を実施していた患者に対して、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するものである。

(2) 当該指導料は、当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後も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できる。

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

(削除)

(削除)

部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。

包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。

(5) 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して(4)に基づく包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行う。

(6) (3)から(5)までについて、診療録に記載する。

(7) 排尿ケアチームが当該患者の状況の評価するなど何らかの関与を行うと共に、病棟の看護師等が、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・援助を行った場合について、週1回に限り、計6回まで算定できる。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・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できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

[施設基準]

- (1) 排尿自立指導料の施設基準
排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 排尿自立指導料の対象患者
尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者で

(3) 排尿ケアチーム及び当該患者の診療を担う保険医又は看護師等は、共同して、入院中に策定した計画に基づいて包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行い、必要に応じて排尿ケアチームが当該計画の見直しを行う。

(4) (3)について、診療録に記載する。

(5) 排尿ケアチームが当該患者の状況の評価するなど何らかの関与を行うと共に、排尿ケアチーム、当該患者の診療を担う保険医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・援助を行った場合について、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週まで算定できる。当該患者の診療を担う保険医又は看護師等による患者への直接的な指導・援助のみしか行われなかった場合については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

[施設基準]

- (1) 外来排尿自立指導料の施設基準
排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 外来排尿自立指導料の対象患者
当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定していた患者のうち、尿道カテーテル抜去後

<p>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。</p> <p>(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 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（<u>他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師が対診等により当該チームに参画してもよい。</u>） イ～ウ （略）</p> <p>(2) 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ていること。</p> <p>(3) （略） <u>（新設）</u></p> <p>(4) <u>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。</u></p> <p>(5) （略）</p>	<p>に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。</p> <p>(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 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</p> <p>イ～ウ （略）</p> <p>(2) 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ていること。<u>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。</u></p> <p>(3) （略）</p> <p>(4) <u>排尿ケアチームの構成員は、区分番号●に掲げる排尿自立支援加算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。</u> <u>（削除）</u></p> <p>(5) （略）</p>
---	---

⑳ 短期滞在手術等基本料の見直し

第１ 基本的な考え方

短期滞在手術等基本料３について、対象となっている手術等の評価の見直しに伴い、当該手術等の実態に即した評価を行う観点から、一部項目については評価を廃止する。

また、実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料３について、対象となる手術等における平成30年度の平均在院日数等を踏まえ評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 短期滞在手術等基本料３の対象検査及び手術の一部項目について、当該検査及び手術の見直しに伴い、評価を廃止する。

現行	改定案
<p>【短期滞在手術等基本料３】 [算定要件] イ D 2 3 7 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 あっては、9,350点） ノ K 8 7 3 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）</p>	<p>【短期滞在手術等基本料３】 [算定要件] (削除) (削除)</p>

2. 経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、評価の見直しを踏まえ、引き続き短期滞在手術等基本料３の対象手術とする。

現行	改定案
<p>【短期滞在手術等基本料３】 [算定要件] リ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 38,243点（生活療養を受ける場合 にあっては、38,169点） (新規)</p>	<p>【短期滞在手術等基本料３】 [算定要件] チ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 1 初回 ●点（生活療養を受ける場合に あっては、●点） リ K 6 1 6 - 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</p>

●点（生活療養を受ける場合にあっては、●点）

3. 短期滞在手術等基本料3について、評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] <u>イ D237 終夜睡眠ポリグラフ ィー 3 1及び2以外の場合</u> 9,424点（生活療養を受ける場合に あっては、9,350点）</p> <p><u>ロ D291-2 小児食物アレルギー 負荷検査</u> 6,237点（生活療養を受ける場合に あっては、6,164点）</p> <p><u>ハ D413 前立腺針生検法</u> 11,736点（生活療養を受ける場合 にあっては、11,662点）</p> <p><u>ニ K093-2 関節鏡下手根管 開放手術</u> 19,747点（生活療養を受ける場合 にあっては、19,673点）</p> <p><u>ホ K196-2 胸腔鏡下交感神 経節切除術（両側）</u> 42,138点（生活療養を受ける場合 にあっては、42,064点）</p> <p><u>へ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側）</u> 22,411点（生活療養を受ける場合 にあっては、22,337点）</p> <p><u>ト K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両側）</u> 37,839点（生活療養を受ける場合 にあっては、37,765点）</p> <p><u>チ K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満</u> 20,756点（生活療養を受ける場合 にあっては、20,683点）</p> <p><u>リ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術</u> 38,243点（生活療養を受ける場合 にあっては、38,169点）</p>	<p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] <u>（削除）</u></p> <p><u>イ D291-2 小児食物アレルギー 負荷検査</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p> <p><u>ロ D413 前立腺針生検法</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p> <p><u>ハ K093-2 関節鏡下手根管 開放手術</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p> <p><u>ニ K196-2 胸腔鏡下交感神 経節切除術（両側）</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p> <p><u>ホ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片側）</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p> <p><u>へ K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両側）</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p> <p><u>ト K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p> <p><u>チ K616-4 1 経皮的シャ ント拡張術・血栓除去術 初回</u> ●点（生活療養を受ける場合にあ っては、●点）</p>

<p>(新設)</p> <p>ヌ K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 <u>24,242点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>24,168点</u>)</p> <p>ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) <u>12,507点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>12,433点</u>)</p> <p>ヲ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 <u>11,704点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>11,630点</u>)</p> <p>ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限 る。) <u>35,444点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>35,317点</u>)</p> <p>カ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満 に限る。) <u>28,368点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>28,294点</u>)</p> <p>ヨ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満 に限る。) <u>25,578点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>25,505点</u>)</p> <p>タ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限 る。) <u>25,394点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>25,321点</u>)</p> <p>レ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニ ア手術 (両側) (3歳未満に限 る。) <u>69,217点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>69,143点</u>)</p> <p>ソ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニ ア手術 (両側) (3歳以上6歳未 満に限る。) <u>55,428点</u> (生活療養を受ける場合 にあつては、<u>55,354点</u>)</p>	<p>リ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 2 1の実 施後3ヵ月以内 <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>ヌ K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>ヲ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限 る。) <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>カ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満 に限る。) <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>ヨ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満 に限る。) <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>タ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限 る。) <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>レ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術 (両側) (3歳未満に限 る。) <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p> <p>ソ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニ ア手術 (両側) (3歳以上6歳未 満に限る。) <u>●点</u> (生活療養を受ける場合にあ つては、<u>●点</u>)</p>
--	---

<p>ツ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）</p>	<p>ツ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）</p>
<p><u>44,061点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>43,988点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>ネ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）</p>	<p>ネ K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）</p>
<p><u>51,719点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>51,645点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>ナ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満</p>	<p>ナ K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満</p>
<p><u>14,525点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>14,451点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>ラ K721 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</p>	<p>ラ K721 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</p>
<p><u>18,141点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>18,068点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>ム K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）</p>	<p>ム K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）</p>
<p><u>12,383点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>12,309点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）</p>	<p>ウ K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）</p>
<p><u>28,268点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>28,194点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>エ K867 子宮頸部（腔部）切除術</p>	<p>エ K867 子宮頸部（腔部）切除術</p>
<p><u>18,179点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>18,106点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>オ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術</p>	<p>オ K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術</p>
<p><u>35,141点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>35,067点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p>カ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療</p>	<p>カ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療</p>
<p><u>60,403点</u>（生活療養を受ける場合 にあつては、<u>60,330点</u>）</p>	<p><u>●点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、<u>●点</u>）</p>
<p></p>	<p>（削除）</p>

【Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 －②①】

②① データ提出加算の見直し

「Ⅱ－６－②」を参照のこと。

②② D P C / P D P S の見直し

第 1 基本的な考え方

機能評価係数Ⅱについて、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。

入院医療の適切な評価を推進するとともに、データ入力の負荷を軽減する観点から、診断群分類を含む算定に係る要件及びD P Cデータの調査項目等について要件を見直す。

第 2 具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。
2. 基礎係数（医療機関群の設定等）の見直し
医療機関群の設定について、基本的な考え方は現行の3つの医療機関群の設定方法を維持する。
 - ① 設定要件
 - D P C 特定病院群は以下の要件を満たした医療機関とする。
 - ・ 実績要件1～4の全て（実績要件3については、6つのうち5つ）を満たす。
 - ・ 各要件の基準値は、大学病院の最低値（外れ値は除く）とする。
 - ・ 各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（平成30年10月～令和元年9月の診療内容及び診断群分類）に基づき設定する。

【実績要件1】：診療密度

1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正：外的要因、後発品補正）

- ・ 当該医療機関において症例数が一定以上（1症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医

療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

- ・ 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和元年9月4日～令和元年9月30日）に掲載された「2：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「3：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件2】：医師研修の実施

届出病床1床あたり臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで）

- ・ 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- ・ 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件3】：医療技術の実施

- ・ 外科系（外保連試案9.2版）

(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3c)：手術実施症例件数

「(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数※を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.2版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも対象とする。

- ・ 内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表1））

- (3A) : 症例割合
- (3B) : DPC算定病床当たりの症例件数
- (3C) : 対象症例件数

「(3A) : 症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B) : DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C) : 対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

※外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.2版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は $7.07 \times 3 = 21.21$

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.56	13.29	13.02	12.74	11.74	9.43	5.66
D	8.17	7.90	7.63	7.36	7.08	6.08	3.77
C			4.13	3.86	3.58	3.31	2.31
B				1.82	1.54	1.27	1.00

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- ・ 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- ・ 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。
- ・ 内視鏡試案における評価は「手技技術度」、「協力医師数+1」、「施行時間」。

別表 1 特定内科診療25疾患

疾患 No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$\$x(入院時JCS30 以上) 010060x199\$\$\$\$x(入院時JCS30 以上) 010060x399\$\$\$\$x(入院時JCS30 以上) DPC 対象外コード含	出血と梗塞 JCS30 以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$\$x (入院時JSC100以上、もしくは処置2ありのうち人工呼吸あり)	処置2(人工呼吸)
3	重症筋無力症 クリーゼ	010130xx99x\$\$x(処置2 あり/なし) (ICDG700 のみ)(DPC外含)	診断名(ICD10)で判断
4	てんかん重積 状態	010230xx99x\$\$x(処置2・副傷病あり/なし) (ICDG41\$のみ)	診断名(ICD10)で判断
5	気管支喘息重 症発作	040100xxxxx\$\$x(処置2 あり)(J045 人工呼 吸)(ICDJ46\$, J45\$のみ)	処置2(人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx\$\$x(処置2あり)(ICD絞りなし)の うちJ045人工呼吸あり	処置2(人工呼吸)
7	COPD 急性増 悪	040120xx99\$1\$x(処置2あり)(J045人工呼吸) (DPC外含む)	処置2(人工呼吸)
8	急性呼吸窮く促 >迫症候群、A RDS	040250xx99x\$\$x(処置2あり) (PGIありの場合、J045人工呼吸があれば可)	処置2(人工呼吸)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x(処置1 5あり) (ICDI21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$\$x(処置2あり) (SPECT・シンチ・中心静脈注射のいずれかあ りの場合、人工呼吸または緊急透析があれば 可) 050130xx975\$\$x(処置1 5あり)	人工呼吸or緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈 瘤	050161xx99\$\$\$\$x(処置2あり中心静脈注射のみ 除く)(DPC外含)	処置2(人工呼吸・緊急透 析) Kコードあり
12	肺塞栓症	050190xx975xxx(処置1 5あり) (ICDI822を除く) 050190xx99x\$\$x(処置2あり中心静脈注射の み除外)(ICDI822を除く)	処置2(人工呼吸・緊急透 析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$\$\$x 、 060270xx97x40x 、	処置2(人工呼吸、PMX)

		060270xx97x41(手術あり/なし、処置2あり中心 静脈注射の除外) (ICDK85のみ)(DPC外含)	等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$(手術あり/なし、処置2あり中 心静脈注射のみ除外)(ICD絞りなし)	処置2(人工呼吸、CHDF 等)
15	糖尿病ケトアシ ドーシス	100040(DPC6桁全て)	診断名あればすべて
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$(処置2あり/なし) (ICDE055のみ)	
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxx(処置2あり/なし)	診断名あればすべて
18	難治性ネフロー ゼ症候群	110260xx99x\$(処置2あり/なし) (腎生検D412必須)	診断名と腎生検
19	急速進行性糸 球体腎炎	110270xx99x\$(処置2あり/なし) (腎生検D412必須)(DPC外含)	診断名と腎生検
20	急性白血病	130010xx99x\$(化学療法あり) (ICDC910、C920、C950のみ)(DPC外含)	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx\$\$\$x\$(処置2あり)(DPC外含) 130030xx99x\$(化学療法あり) 130030xx97x\$(化学療法あり)(ICD絞りなし) (DPC外含)	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧 血	130080(DPC6桁全て)(ICD絞りなし)	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870(DPC6桁全て)(ICD絞りなし)(リハビリ 実施必須)	
24	薬物中毒	161070(DPC6桁全て)(ICD絞りなし)(DPC外 含)	処置2(人工呼吸器・PMX 等)あり
25	敗血症性ショッ ク	180010x\$xxx3xx(処置2 3あり)(ICD絞りなし) (DPC外含)	処置2 3(PMX・CHDF) あり

【実績要件4】:補正複雑性指数(DPC補正後)

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

② 基準値

- 各要件の基準値は大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

実績要件		令和2年度基準値
【実績要件1】: 診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数 (全病院患者構成、後発医薬品補正; 外的要因補正)		外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
【実績要件2】: 許可病床1床あたりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)		
【実績要件3】: 医療技術の実施 (6つのうち5つを満たす)		
外保連試案	(3a): 手術実施症例1件当たりの外 保連手術指数	外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
	(3b): DPC算定病床当たりの同指数	
	(3c): 手術実施症例件数	
特定内科診療	(3A): 症例割合	
	(3B): DPC算定病床当たりの症例件 数	
	(3C): 対象症例件数	
【実績要件4】: 補正複雑性指数(DPC補正後)		

3 機能評価係数 I

機能評価係数 I については、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を評価しており、従前の評価方法を継続し、出来高評価体系の改定に応じて必要な見直しを行う。

4 機能評価係数 II

既存の6つの係数項目を継続し、地域医療係数については、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。(別表2)

5 激変緩和係数

診療報酬改定のある年度については、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。(診療報酬

改定のない年度の当該係数は0)

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2%を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率(補正診療報酬変動率)を算出し、その結果が2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置を行う。

6 その他

診断群分類点数表について、医療資源の同等性、臨床的類似性の観点から、診断群分類及び診断群分類毎の評価を見直す。

退院患者調査の調査項目については簡素化も含めた必要な見直しを行う。

別表2 <機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(令和2年度)>

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	<p>適切なDPCデータの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・（保険診療への取組：令和4年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは1:1）構成	<p>体制評価指数： 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価（別頁に詳細を記載）</p> <p>定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1）小児（15歳未満）と2）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1:1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>

評価対象：平成30年10月1日～令和元年9月30日データ

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算2相当の指数値は1/2</p> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】：「救急医療入院」の患者</p>

<地域医療指数・体制評価指数>

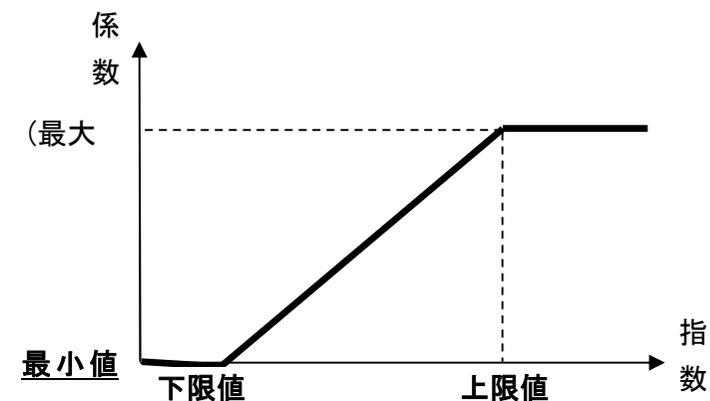
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の手術実績 (0.5P)	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	精神科入院医療への評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	災害時における医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） 		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
へき地	へき地の医療への体制を評価	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P）		

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P)	
		救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P)	
その他	その他重要な分野への貢献	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	① 治験等の実施 ・ <u>過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P)</u> ・20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)(※)協力施設としての治験の実施を含む。	
		② <u>新型インフルエンザ対策</u> ・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u>		

地域医療計画等における一定の役割を9項目で評価(1項目1P、上限は大学病院本院群、DPC特定病院群:8P、DPC標準病院群:6P)

<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0	0	全群共通で評価
地域医療 (定 量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績
 - ・特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント(指数)、実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25パーセンタイル値を各項目の上限値(つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点)。
- 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績
 - ・実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25パーセンタイル値を満たす場合は各項目の上限値あるいは条件を満たす。25パーセンタイル値に満たない場合は、0ポイント(指数)、あるいは条件を満たさない、とする。

㉓ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び 対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

第1 基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直すとともに、配慮した評価について要件を見直す。また、地域加算について、経過措置となっている地域の取扱いを見直す。

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域	別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域
一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域	一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域	二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
三 <u>北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域</u>	(削除)
四 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域 (新規)	三 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域	四 <u>北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域</u> 五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域

<p>六 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域</p> <p>七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域</p> <p>八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域</p> <p>九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域</p> <p>十 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域</p> <p>十一 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域</p> <p>十二 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域</p> <p>十三 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域</p> <p>十四 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域</p> <p>十五 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域</p> <p>十六 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域</p> <p>十七 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域</p> <p>十八 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域</p> <p>十九 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域</p> <p>二十 新潟県佐渡市の地域</p> <p>二十一 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域</p> <p>二十二 福井県大野市及び勝山市の地域</p> <p>二十三 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域</p> <p>二十四 長野県木曾郡の地域 (新設)</p> <p>二十五 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡</p>	<p>六 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域</p> <p>七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域</p> <p>八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域</p> <p>九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域</p> <p>十 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域</p> <p>十一 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 (削除)</p> <p>十二 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域</p> <p>十三 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域</p> <p>十四 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域</p> <p>十五 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域 (削除)</p> <p>十六 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域</p> <p>十七 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域</p> <p>十八 新潟県佐渡市の地域 (削除)</p> <p>十九 福井県大野市及び勝山市の地域</p> <p>二十 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域</p> <p>二十一 長野県木曾郡の地域</p> <p>二十二 長野県大町市及び北安曇野郡の地域 (削除)</p>
---	---

<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>二十三 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域</u></p>
<p><u>二十六 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域</u></p>	<p><u>二十四 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>二十五 滋賀県長浜市及び米原市の地域</u></p>
<p><u>二十七 滋賀県高島市の地域</u></p>	<p><u>二十六 滋賀県高島市の地域</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>二十七 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域</u></p>
<p><u>二十八 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域</u></p>	<p><u>二十八 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域</u></p>
<p><u>二十九 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域</u></p>	<p><u>二十九 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>三十 島根県大田市 及び邑智郡の地域</u></p>
<p><u>三十 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域</u></p>	<p><u>三十一 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域</u></p>
<p><u>三十一 香川県小豆郡の地域</u></p>	<p><u>三十二 香川県小豆郡の地域</u></p>
<p><u>三十二 高知県須崎市、中土佐町、禰原町、津野町及び四万十町の地域</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>三十三 長崎県五島市の地域</u></p>	<p><u>三十三 長崎県五島市の地域</u></p>
<p><u>三十四 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域</u></p>	<p><u>三十四 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域</u></p>
<p><u>三十五 長崎県壱岐市の地域</u></p>	<p><u>三十五 長崎県壱岐市の地域</u></p>
<p><u>三十六 長崎県対馬市の地域</u></p>	<p><u>三十六 長崎県対馬市の地域</u></p>
<p><u>三十七 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>三十八 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域</u></p>	<p><u>三十七 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域</u></p>
<p><u>三十九 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域</u></p>	<p><u>三十八 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域</u></p>
<p><u>四十 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域</u></p>	<p><u>三十九 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域</u></p>
<p><u>四十一 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域</u></p>	<p><u>四十 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域</u></p>
<p>上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する</p>	<p>上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する</p>

<p>小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域</p>	<p>小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域</p> <p><u>[経過措置]</u> <u>令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和●年●月●日までの間、なお効力を有するものとする。</u></p>
---	---

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>【医師事務作業補助体制加算】 [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。 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。 <u>(新設)</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。</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】 [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。 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。 <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> 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。 <u>※ 遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及</u></p>

	<u>び深夜加算 1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。</u>
--	--

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

[現在経過措置の対象となっている地域]

- ・ 神奈川県山北町
- ・ 神奈川県大井町
- ・ 岐阜県海津市
- ・ 愛知県稲沢市
- ・ 奈良県安堵町
- ・ 奈良県河合町
- ・ 福岡県篠栗町

① 外来医療の機能分化の推進

第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しについて
 - (1) 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。
 - (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。
 - (3) 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、●か月間の経過措置を設ける。

現 行	改定案
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】</p> <p>【一部負担金等の受領】</p> <p>第5条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】</p> <p>【一部負担金等の受領】</p> <p>第5条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）<u>第七条第二項第五号に規定する一般病床</u>（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>

2. 紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、1と同様に、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。

現 行	改定案
<p>【初診料】 [算定要件] 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<u>214点を算定する。</u></p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び<u>地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）</u>（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<u>●点を算定する。</u></p> <p>※ 外来診療料についても同様。</p>

[経過措置]

令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －②】

② 質の高い外来がん化学療法の評価

「Ⅱ－７－１－④」を参照のこと。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －③】

③ 外来化学療法での栄養管理の評価

「Ⅱ－７－１－⑤」を参照のこと。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －④】

④ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

「Ⅱ－７－１－⑥」を参照のこと。

【Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 －⑤】

⑤ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

「Ⅱ－４－①」を参照のこと。

⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

器質性月経困難症を有する患者であって、ホルモン剤を投与しているものに対して、婦人科医又は産婦人科医が、治療計画を作成し、継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 婦人科特定疾患治療管理料 ●点

[算定要件]

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。
- (2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3) 治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。
- (4) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (5) 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

- (2) (1) に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあっては、令和●年●月●日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
- (3) 当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

(1) 外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

(新設)

(2) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。

[施設基準]

(1) 外来緩和ケア管理料については、医師が症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

(2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。

なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

エ 左室駆出率が20%以下であること。

オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

(3) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本管理料は算定できる。

[施設基準]

<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（以下「緩和ケアチーム」という。）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療する患者数が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、注4に規定する点数を算定する場合は、以下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>(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</p> <p>また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)の<u>ア</u>に掲げる医師は、悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を</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（以下「緩和ケアチーム」という。）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療する患者数が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、注4に規定する点数を算定する場合は、以下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>オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>カ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>キ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</p> <p>また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)の<u>ア</u>又は<u>オ</u>に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症</p>
--	--

<p>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>(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。</p> <p>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</p> <p>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 <u>（新設）</u></p>	<p>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>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。</u></p> <p>(5) (1)のア及びイに掲げる医師のうち、<u>悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。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。</u></p> <p>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</p> <p>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</p> <p><u>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</u></p>
--	---

① 複数の医療機関による訪問診療の明確化

第1 基本的な考え方

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、複数の医療機関が連携して行う訪問診療について、当該医療機関間において情報共有の取組を行った場合に、依頼先の医療機関が6か月以上訪問診療を実施できるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2】 [算定要件]</p> <p>(7) 「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、<u>さらに以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、当該求めがあった日を含む月から6月さらに算定できる。</u></p>	<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2】 [算定要件]</p> <p>(7) 「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、<u>当該他の保険医療機関との間で必要に応じて情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。</u></p>

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

② 在宅療養支援病院における診療体制の整備

第1 基本的な考え方

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、在宅療養支援病院について、24時間往診が可能な体制の整備に係る要件を明確化するとともに、医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能となるよう見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等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二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の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二百四十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であっ</p>	<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等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二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の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二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であっ</p>

<p>て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等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二百四十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等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二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p>	<p>て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等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二百八十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等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二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p>
--	--

2. 在宅療養支援病院について、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨を明確化する。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 第14の2 在宅療養支援病院 1 在宅療養支援病院の施設基準 (1) オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。</p>	<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 第14の2 在宅療養支援病院 1 在宅療養支援病院の施設基準 (1) オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の<u>ものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。</u></p> <p>※ (2)、(3)についても(1)と同様の<u>取り扱いとする。</u></p>

【Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 －③】

③ 小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価

「Ⅱ－８－①」を参照のこと。

【Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 －④】

④ 在宅自己導尿における
特殊カテーテル加算の見直し

「Ⅱ－８－②」を参照のこと。

⑤ 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

第1 基本的な考え方

より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置等に係る要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 機能強化型訪問看護管理療養費1及び2の人員配置基準について、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現 行	改定案
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数については、<u>常勤職員のみ</u>の数とすること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数のうち6については、<u>常勤職員のみ</u>の数とし、1については、<u>非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入</u>することができる。</p>
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が5以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数については、<u>常勤職員のみ</u>の数とすること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が5以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数のうち4については、<u>常勤職員のみ</u>の数とし、1については、<u>非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入</u>することができる。</p>

2. 機能強化型訪問看護管理療養費1、2及び3の人員配置基準について、看護職員の割合を要件に加える。

現 行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費1、	【機能強化型訪問看護管理療養費1、

2 及び 3 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] <u>(新設)</u>	2 及び 3 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 看護師等の6割以上が看護職員であること。
--	---

[経過措置]

令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和●年●月●日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

3. 機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件のうちターミナルケア件数について、実績を求める期間を変更する。

現 行	改定案
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] ウ 次のいずれかを満たすこと。 (イ) 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数 (以下「ターミナルケア件数」という。)を合計した数が20以上。 (ロ) ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] ウ 次のいずれかを満たすこと。 (イ) 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数 (以下「ターミナルケア件数」という。)を合計した数が<u>前年度に</u>20以上。 (ロ) ターミナルケア件数を合計した数が前年度に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上。</p> <p>※ <u>機能強化型訪問看護管理療養費2</u>についても同様。</p>

⑥ 医療機関における質の高い訪問看護の評価

第1 基本的な考え方

医療機関からの訪問看護について、より手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績要件を満たす場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医療機関からの訪問看護について、一定の実績要件を満たす場合の在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の加算を新設する。

(新) 訪問看護・指導体制充実加算（月1回） ●点

[算定要件]

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

[施設基準]

次のいずれにも該当するものであること。

- (1) 当該保険医療機関において又は他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
- (2) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上を満たしていること。
 - ア 在宅患者訪問看護・指導料3又は同一建物居住者訪問看護・指導料3を前年度において計5回以上算定している保険医療機関であること。
 - イ 在宅患者訪問看護・指導料の注7に掲げる乳幼児加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる乳幼児加算を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

- ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。
- エ 在宅患者訪問看護・指導料の注10に掲げる在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる同一建物居住者ターミナルケア加算を前年度において計4回以上算定している保険医療機関であること。
- オ 退院時共同指導料1又は2を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。
- カ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度において計40回以上算定している保険医療機関であること。

⑦ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

第1 基本的な考え方

訪問看護ステーションと自治体等の関係機関の連携を推進するため、訪問看護情報提供療養費に係る要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【訪問看護情報提供療養費 1】</p> <p>[算定要件]</p> <p>訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【訪問看護情報提供療養費 1】</p> <p>[算定要件]</p> <p>訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p><u>(4) 十五歳未満の小児</u></p>

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

現 行	改定案
<p>【訪問看護情報提供療養費 2】</p> <p>[算定要件]</p> <p>2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「義務教育諸学校」という。）への<u>入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者</u></p>	<p>【訪問看護情報提供療養費 2】</p> <p>[算定要件]</p> <p>2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、<u>保育所、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「保育所等」という。）へ通園又は通学する利用者</u>について、訪問看護ステーションが、当該</p>

<p>について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該義務教育諸学校に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。</p>	<p>利用者の同意を得て、当該保育所等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。ただし、入園又は入学、転園又は転学等により当該保育所等に初めて在籍することとなる月についてはこの限りでない。また、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保育所等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。</p>
---	---

⑧ 専門性の高い看護師による同行訪問の充実

第1 基本的な考え方

利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、人工肛門・人工膀胱ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現 行	改定案
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>(3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護</p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>(3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及</p>

<p>ステーションが算定できるものである。(略)</p>	<p>び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。(略)</p> <p>※ <u>訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3及び同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様</u></p>
------------------------------	---

⑨ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

第1 基本的な考え方

医療的ニーズの高い在宅療養者への質の高い訪問看護の提供を推進するため、訪問看護において用いる可能性のある医療材料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

訪問看護において用いる可能性のある医療材料を、特定保険医療材料として算定可能な材料に追加する。

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

⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料及び複数名精神科訪問看護加算の要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護基本療養費等について、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書へのGAF尺度により判定した値の記載を要件とする。

現 行	改定案
<p>【精神科訪問看護基本療養費】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【精神科訪問看護基本療養費】 [算定要件] <u>精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、当該月の最初の訪問看護時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。</u></p>
<p>【精神科訪問看護・指導料】 [算定要件] (20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。</p>	<p>【精神科訪問看護・指導料】 [算定要件] (20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、<u>当該月の最初の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。</u> また、<u>診療報酬明細書の摘要欄に、当該月の最初の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により判定した値を記載する。</u></p>

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

現 行	改定案
<p>【精神科訪問看護指示料】 (別紙様式17) 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性 あり・なし <u>(新設)</u></p>	<p>【精神科訪問看護指示料】 (別紙様式17) 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性 あり・なし 理由： <u>1. 暴力行為、著しい迷惑行為、 器物破損行為等が認められる者</u> <u>2. 利用者の身体的理由により一 人の看護師等による訪問看護が 困難と認められる者</u> <u>3. 利用者及びその家族それぞれ への支援が必要な者</u> <u>4. その他（自由記載）</u></p> <p>※ <u>精神科特別訪問看護指示書につい ても同様。</u></p>

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

現 行	改定案
<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ <u>保健師、看護師、作業療法士又は 精神保健福祉士による場合</u> (1)～(4) (略) ロ 准看護師による場合 (1)～(4) (略) <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p>	<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ 保健師又は看護師による場合 (1)～(4) (略) ロ 准看護師による場合 (1)～(4) (略) ハ <u>作業療法士による場合</u> <u>(1)～(4) (略)</u> ニ <u>精神保健福祉士による場合</u> <u>(1)～(4) (略)</u></p> <p>※ <u>精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）に ついても同様。</u></p>

⑪ 医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

第1 基本的な考え方

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合について、24時間対応体制加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容

複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制加算の体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

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

⑫ 同一建物居住者に対する 複数回の訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護を行う場合の加算について、評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注7 1及び2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、<u>それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</u></p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注7 1及び2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、<u>次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。</u></p> <p><u>イ 1日に2回の場合</u></p> <p><u>（1）同一建物内1人 ●円</u></p> <p><u>（2）同一建物内2人 ●円</u></p> <p><u>（3）同一建物内3人以上 ●円</u></p> <p><u>ロ 1日に3回以上の場合</u></p> <p><u>（1）同一建物内1人 ●円</u></p> <p><u>（2）同一建物内2人 ●円</u></p> <p><u>（3）同一建物内3人以上 ●円</u></p>
<p>[算定要件]</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算（1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る）のそれぞれを合</u></p>

	<p><u>算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。</u></p> <p>※ <u>同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算、精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様。</u></p>
--	--

⑬ 同一建物居住者に対する 複数名による訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

複数名訪問看護加算、複数名訪問看護・指導加算、複数名精神科訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護・指導加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注12 1及び2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時</p>	<p>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注12 1及び2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時</p>

<p>に指定訪問看護を行う場合 4,500円</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>□ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 3,000円</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合 3,000円</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(2) 1日に2回の場合 6,000円</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 10,000円</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>に指定訪問看護を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 ●円</p> <p>(2) 同一建物内2人 ●円</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 ●円</p> <p>□ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 ●円</p> <p>(2) 同一建物内2人 ●円</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 ●円</p> <p>ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）</p> <p>(1) 同一建物内1人 ●円</p> <p>(2) 同一建物内2人 ●円</p> <p>(3) 同一建物内3人以上 ●円</p> <p>ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 ●円</p> <p>② 同一建物内2人 ●円</p> <p>③ 同一建物内3人以上 ●円</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 ●円</p> <p>② 同一建物内2人 ●円</p> <p>③ 同一建物内3人以上 ●円</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人 ●円</p> <p>② 同一建物内2人 ●円</p> <p>③ 同一建物内3人以上 ●円</p> <p>[算定要件] 複数名訪問看護加算又は複数名精神</p>
---	---

	<p><u>科訪問看護加算（訪問する職種及び1日当たりの回数が同じ場合に限る）のそれぞれを合算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。</u></p> <p>※ <u>同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。</u></p>
--	---

⑭ 理学療法士等による訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

医療的なニーズの高い利用者への訪問看護がより適切に提供されるよう、理学療法士等による訪問看護について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（ハを除く。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】</p> <p>イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p>ニ <u>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合</u> ●円</p> <p>※ <u>訪問看護基本療養費（Ⅱ）についても同様。</u></p>

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

現 行	改定案
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>[算定要件]</p> <p>理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>[算定要件]</p> <p>理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利</p>

<p>用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。</p>	<p>用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこととし、更に訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載すること。</p>
---	--

⑮ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

第1 基本的な考え方

退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用中の訪問診療の要件を見直す。

第2 具体的な内容

小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）の宿泊サービスを利用する患者について、保険医療機関の退院日からサービスを利用している場合に限り、サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く。）に、当該サービスの利用を開始した日</p>	<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を</p>

<p>から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。</p>	<p>除く。）に、当該サービスの利用を開始した日から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。</p> <p>また、<u>保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍以外の患者においては、利用開始後三十日までの間に限る。）。</u></p>
--	---

⑬ 患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

第1 基本的な考え方

質の高い在宅医療の確保の観点から、在宅薬学管理業務について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合について新たな評価を行う。

現 行	改定案
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点 (新設)</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 ●点</p> <p>2 1以外の場合 ●点</p> <p>注1 1及び2については、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p>

2. 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援等を行った場合について新たな評価を行う。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

⑰ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

初回カンファレンスの実施及び在宅褥瘡診療計画の策定を評価するとともに、管理栄養士の雇用形態に関わらず、褥瘡対策チームに参画できるように要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。</p> <p>(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合</p>	<p>【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。</p> <p>(7) 「注1」については、<u>初回カンファレンス時に算定できる</u>。また、<u>初回カンファレンスを起算日として3</u></p>

<p>に算定できる。<u>3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。</u></p>	<p>月以内に評価カンファレンスを実施した場合に<u>2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。</u></p>
--	---

⑩ 栄養サポートチーム等連携加算の見直し

第1 基本的な考え方

多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

第2 具体的な内容

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に栄養サポートチーム等連携加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ●点</p> <p>注6 <u>当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関等の栄養サポートチーム又は食事観察等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に定する口機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注7 <u>当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、●点を所定点数に加算する。</u></p>

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －①】

① 入退院支援に係る人員配置の見直し

「Ⅰ－２－⑨」を参照のこと。

② 入院時支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋がった場合について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

入院時支援加算について、関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の要件及び評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【入院時支援加算】</p> <p>注7 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であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し</p>	<p>【入院時支援加算】</p> <p>注7 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であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院前の支援の状況に応じて、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 入院時支援加算 1 ●点</u></p> <p><u>ロ 入院時支援加算 2 ●点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し</p>

た場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。

- 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
- 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

(新設)

(新設)

た場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援計画を立てた場合は入院時支援加算1を、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、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）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は、入院時支援加算2を算定する。

- 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
- 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

(22) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書については、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に交付して説明し、その内容を診療録等に記載又は添付すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該療養支援計画書としてもよい。

(23) 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こと。

③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

第1 基本的な考え方

高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。

第2 具体的な内容

1. 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【入退院支援加算】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【入退院支援加算】 [算定要件] <u>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、●点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>[別に厚生労働大臣が定めるもの]</u> 1 入退院支援加算1又は2を算定する患者 2 <u>介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の患者</u></p> <p>(22) 「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令</p>
<p>(新設)</p>	<p>(22) 「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令</p>

	<p><u>第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(23) 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。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(24) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する。</u></p>
<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] <u>(9) 総合機能評価加算の施設基準</u> 当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた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が一名以上配置されていること。</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>7 総合機能評価加算に関する施設基準</u> <u>(1) 当該保険医療機関内に総合的な</u></p>

	<p><u>機能評価に係る適切な研修を修了した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一年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。</u></p> <p>(2) <u>総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。</u></p> <p><u>ア 医療関係団体等が実施するものであること。</u></p> <p><u>イ 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、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等の内容が含まれているものであること。</u></p> <p><u>ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。</u></p> <p><u>エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。</u></p> <p>(3) <u>当該保険医療機関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。</u></p>
--	--

2. 入退院支援加算の見直しに伴い、総合評価加算の扱いを見直す。

現 行	改定案
<p><u>総合評価加算（入院中1回）</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注 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、入院中の患者であって、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歳以上のもの（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、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）</u></p>	<p><u>（削除）</u></p>

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場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること。
- (3) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を行うにつき十分な体制が整備されていること。

④ 有床診療所入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、有床診療所入院基本料の加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長する。
2. 注5の医師配置加算及び注6の看護配置加算、夜間看護配置加算並びに看護補助配置加算について、評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【有床診療所入院基本料】</p> <p>[算定要件]</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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 医師配置等につき別に厚生労働</p>	<p>【有床診療所入院基本料】</p> <p>[算定要件]</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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき●点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 医師配置等につき別に厚生労働</p>

<p>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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 医師配置加算1 <u>88点</u></p> <p>ロ 医師配置加算2 <u>60点</u></p> <p>注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 看護配置加算1 <u>40点</u></p> <p>ロ 看護配置加算2 <u>20点</u></p> <p>ハ 夜間看護配置加算1 <u>85点</u></p> <p>ニ 夜間看護配置加算2 <u>35点</u></p> <p>ホ 看護補助配置加算1 <u>10点</u></p> <p>ヘ 看護補助配置加算2 <u>5点</u></p>	<p>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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 医師配置加算1 ●点</p> <p>ロ 医師配置加算2 ●点</p> <p>注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 看護配置加算1 ●点</p> <p>ロ 看護配置加算2 ●点</p> <p>ハ 夜間看護配置加算1 ●点</p> <p>ニ 夜間看護配置加算2 ●点</p> <p>ホ 看護補助配置加算1 ●点</p> <p>ヘ 看護補助配置加算2 ●点</p>
---	--

3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【有床診療所緩和ケア診療加算】</p> <p>有床診療所緩和ケア診療加算 <u>150点</u></p>	<p>【有床診療所緩和ケア診療加算】</p> <p>有床診療所緩和ケア診療加算 ●点</p>

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －⑤】

⑤ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

「Ⅲ－３－⑮」を参照のこと。

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －⑥】

⑥ 診療情報の提供に対する評価の新設

「Ⅱ－２－②」を参照のこと。

⑦ 栄養情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合に新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

入院栄養食事指導料を算定している患者について、退院後の栄養・食事管理について指導するとともに在宅担当医療機関等の医師又は管理栄養士に対して、栄養管理に関する情報を文書により提供を行った場合の評価として栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 ●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として●点を所定点数に加算する。

⑧ 栄養食事指導の見直し

第1 基本的な考え方

外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、他の医療機関等と連携した栄養食事指導について、診療所が他の医療機関等と連携した場合の取扱いを含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、当該保険医療機関以外（他の保険医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現 行	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>（新設）</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っては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>（新設）</p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料 1</p> <p>(1) 初回 ●点</p> <p>(2) 2回目以降 ●点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回 ●点</p> <p>(2) 2回目以降 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</u></p> <p>2 <u>ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）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</u></p>

<p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 <u>530点</u></p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>480点</u></p> <p>3 <u>1及び2以外の場合</u> <u>440点</u> (新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>ものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の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。</u></p> <p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p>1 在宅患者訪問栄養食事指導料 1</p> <p>イ 単一建物診療患者が1人の場合 ●点</p> <p>ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合 ●点</p> <p>2 在宅患者訪問栄養食事指導料 2</p> <p>イ 単一建物診療患者が1人の場合 ●点</p> <p>ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</u></p> <p>2 <u>2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、か</u></p>
--	---

<p><u>2</u> 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p><u>つ</u>、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>3</u> 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
--	---

⑨ 周術期等口腔機能管理における 医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

周術期等口腔機能管理を行う医療機関において、歯科を標榜する別の保険医療機関に予約をとった上で紹介した場合の加算を新設する。

現 行	改定案
<p>医科【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 注13 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、<u>歯科医療機関連携加算として100点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>医科【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 注13 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、<u>歯科医療機関連携加算1として●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注14 <u>保険医療機関が周術期等口腔機能管理の必要を認め、当該患者又は家族等の同意を得て、歯科を標榜する別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は、歯科医療機関連携加算2として●点を所定点数に加算する。</u></p>

【Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 －⑩】

⑩ 周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

「Ⅱ－３－⑨」を参照のこと。

【Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進 －①】

① 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

「Ⅰ－４－②」を参照のこと。

② 電話等による再診時の診療情報提供の評価

第1 基本的な考え方

電話等による再診の際に、救急医療機関の受診を指示し、受診先の医療機関に対して必要な情報提供を行った場合について、診療情報提供料を算定可能となるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

電話等による再診の際に、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っているとして認められる医療機関の受診を指示した上で、同日に診療情報の提供を行った場合について、診療情報提供料（I）を算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【電話等による再診】 [算定要件] カ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。</p>	<p>【電話等による再診】 [算定要件] カ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。<u>ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っているとして認められる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書で提供した場合は、B009診療情報提供料（I）を算定できる。</u> （イ）<u>地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）</u> （ロ）<u>救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所</u></p>

	<p>(ハ) 「<u>救急医療対策の整備事業について</u>」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院</p>
--	---

【Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進 －③】

③ 周術期等口腔機能管理における
医科歯科連携の推進

「Ⅲ－４－⑨」を参照のこと。