



令和2年度診療報酬改定のポイント ～外来編～

令和 2年 3月16日

診療報酬サポートチームMSG

有限会社メディカルサポートシステムズ
公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会
神奈川県支部副支部長
認定医業経営コンサルタント第5590号

細 谷 邦 夫

基本診療料

初再診料・外来診療料

Ms
G

- ◆ 初診料・再診料・外来診療料の加算
 - ▶ 妊婦加算の廃止
- ◆ 電話再診時の診療情報提供料算定の明確化
 - ▶ 算定要件の新設
 - ▶ 以下の場合に診療情報提供料(I)が算定可能
 - (新)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
 - ▶ 提供先医療機関
 - ▶ 地域医療支援病院
 - ▶ 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
 - ▶ 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

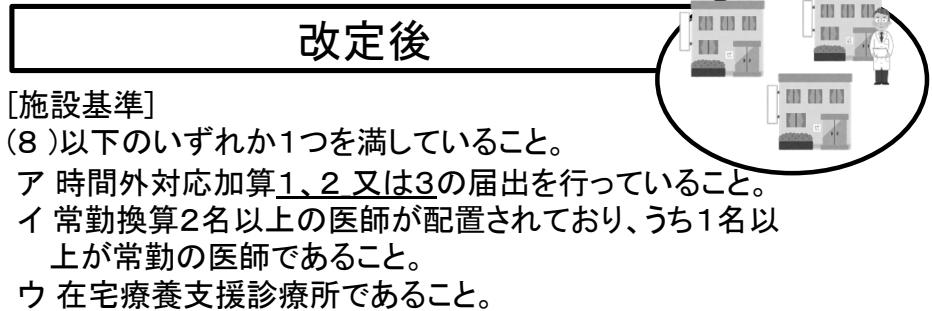
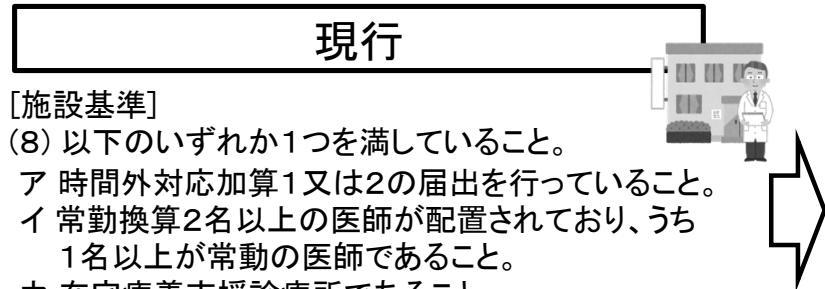
機能強化加算・地域包括診療加算の見直し1

MS

- ◆ 機能強化加算(要届出)の要件見直し 80点(点数変更無)
 - ▶ 院内掲示事項に以下を追加
 - ▶ 必要に応じて専門医、専門医療機関に紹介すること
 - ▶ 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関が検索できること
 - ▶ (新)院内掲示と同様の内容を患者へ提供
 - ▶ 掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で院内の見えやすいところに置く
 - ▶ 患者の求めがあった場合には、掲示内容を書面にしたもの交付
 - ▶ 新たに届出を検討されている医療機関の方へ
 - ▶ 届出に実績は不要です
- ◆ 地域包括診療加算の施設基準の見直し(点数変更無)
 - ▶ 地域包括診療加算1 25点
 - ▶ 地域包括診療加算2 18点
 - ▶ 時間外対応加算1・2以外にも時間外対応加算3での届出を認める

機能強化加算・地域包括診療加算の見直し2

MS



【参考】時間外対応加算施設基準(抜粋)

基本診療料

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

【調剤報酬】同一薬局(かかりつけ薬局)の利用推進

Ms

基本診療料

◆ 【調剤報酬】

- ▶ (新)服用薬剤調整支援料2(3月に1回) 100点
- ▶ 算定要件
 - 複数の医療機関より6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く)が処方された患者
 - 患者若しくはその家族等の求めに応じ、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合
 - 処方医に対し、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行った場合
- ▶ 患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進
 - ▶ 薬剤服用歴管理指導料の遞減規定について、再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮し、対象を調剤基本料1以外にも拡大
 - ▶ 調剤基本料の、同一患者の複数医療機関の処方箋を同時受付の場合、2回目以上の受付分は所定点数の100分の80に相当する点数を算定
 - ▶ 薬剤服用歴管理指導料について、医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加

オンライン診療料等

変更内容のまとめ

現行のイメージ

(初診から最短でオンライン診療を開始する場合) ○:対面診療(再診) ●:オンライン診療

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

6月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる

[施設基準]

概ね30分以内
対面診察



改定後のイメージ

○:対面診療(再診) ●:オンライン診療

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

3月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる

計画書

[施設基準]
(削除)

原則は当該
医療機関が対応

対応できない場合は
事前に受診可能な
医療機関を説明し、
計画に記載しておく



算定要件の大幅な見直し1

- ◆ 対象患者の見直し(いずれも3月以上経過していること)
 - ▶ オンライン診療料対象管理料等算定患者 ⇒ 別に厚生労働大臣が定める患者
 - ▶ (新)在宅自己注射指導管理料を算定している患者
 - ▶ 糖尿病、肝疾患(経過が慢性のもの)、慢性ウイルス肝炎に対する注射薬を使用
 - ▶ (新)慢性頭痛患者
 - ▶ 事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査で一次性頭痛と診断されている
 - ▶ 治療内容が安定しているが、痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要なもの
 - ▶ 初診を行った月は当該期間に含めない
 - ▶ 診療を行う医師は、慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を修了した医師に限る
 - 脳神経外科・脳神経内科
 - ▶ レセプトには頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日を記載
- ◆ 対面診療期間の見直し
 - ▶ オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上
 - ⇒ オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月(追加)又は慢性頭痛に対する対面診療を初めて行った月から3月以上
 - ▶ かつ「(削除)当該管理料等を初めて算定した月から」(変更)6→直近3月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者
 - ▶ ただし、直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合は、この限りではない

算定要件の大幅な見直し2

MS

オンライン診療料

▶ 急変時の対応の緩和

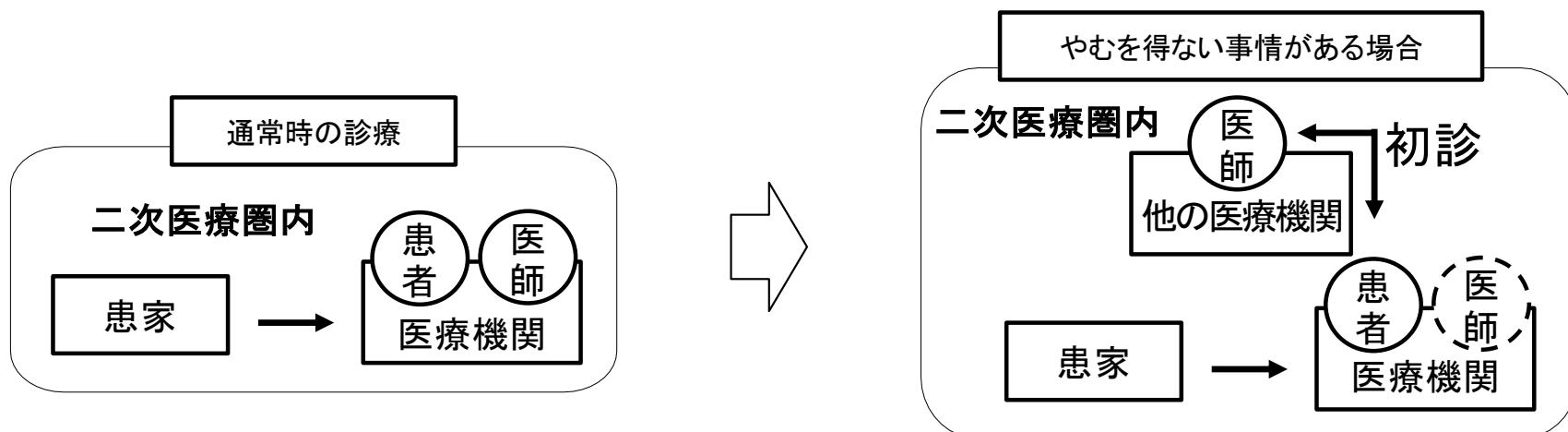
- ▶ 自院だけでの対応だけではなく、他院との連携も可に
- ▶ 診療計画の作成は従来通り
- ▶ 患者の急変(変更時等の緊急時には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこと)

▶ オンライン診療時の投薬

- ▶ 必要性があれば処方料又は処方箋料を算定可
- ▶ 原則、対面診療時と同一の疾患又は症状に対して行う
- ▶ 医療資源が少ない地域等における診療又は在宅診療の場合
- ▶ 速やかな受診が困難な患者に対しては発症が容易に予測される症状の変化と対応方針についてあらかじめ診療計画に記載している場合に限り、医師の判断により、当該症状の変化に対して医薬品を処方しても差し支えない

算定要件の大幅な見直し3

- ▶ 医療資源が少ない地域での対応
 - ▶ やむを得ない事情により、二次医療圏内の他院の医師が初診からオンライン診療を行う場合
 - ▶ 他院の医師が継続的な対面診療を行っている場合
 - ▶ 診療に係る事前の診療情報の提供は診療情報提供料(I)は算定不可



特定管理料等の規定の変更1

- ▶ 点数表に記載ページが変わるので実務に影響なし
 - ▶ 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料
 - ▶ 在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料
- ▶ 例)特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)
 - ▶ 算定要件の新設
 - 告示注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する
 - 通知(12)「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する
 - 通知(13)「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る

特定管理料等の規定の変更2

- ▶ 特定疾患療養管理料の注5に関する施設基準
 - ▶ 「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」(令和2年3月5日保医発0305第2号)別添7の第2の5に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること
- ▶ 届出に関する事項
 - ▶ 特定疾患療養管理料の注5に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っていればよく、特定疾患療養管理料の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと
- ▶ 例)在宅自己注射指導管理料:情報通信機器を用いた場合(月1回) 100点
 - ▶ 在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器で行った場合に算定
 - ▶ 対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成
 - ▶ 対象患者
 - 以下の患者で管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているもの
 - » 糖尿病、肝疾患(経過が慢性なもの)、慢性ウイルス性肝炎の患者

算定要件の大幅緩和

- ◆ オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料
 - ▶ 要件の見直し
 - ▶ 管理料算定から
 - 6月 ⇒ 3月
 - ▶ 連続する3月は算定不可の要件
 - 廃止
 - ▶ 訪問回数の見直し
 - ▶ 月2回以上の訪問診療を行った場合も算定可
 - ▶ 複数の医師がチームで診療を行う場合
 - ▶ 在宅診療を行う医師が5人以下のチームで診療を行っている場合で、あらかじめ診療を行う医師について診療計画に記載し、当該複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合
 - ▶ 事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない

遠隔連携診療料の新設(医学管理等)1

◆ (新)遠隔連携診療料(3月に1回) 500点

▶ 算定要件

- ▶ 別に厚生労働大臣が定めるものに、診断を目的として別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合
- ▶ レセプト請求は対面診療を行っている保険医療機関が行う
- ▶ 当該診療報酬の分配は相互の合議
- ▶ 他院の医師と連携して診療を行った際は、患者に対面診療を行っている医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載
- ▶ 連携診療を行う他院の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。また、その医療機関内で診療を行う
- ▶ 事前の診療情報提供について診療情報提供料(I)は算定不可

▶ 対象患者・施設基準

- ▶ 別に厚生労働大臣が定める施設基準(主治医)
 - 指針に沿って診療を行う体制を有する医療機関
- ▶ 別に厚生労働大臣が定める施設基準(他の医療機関)
 - 指針に沿って診療を行う体制を有する医療機関
 - 難病診療拠点病院
 - てんかん診療拠点病院

遠隔連携診療料の新設(医学管理等)2

Ms
G

▶ 対象患者・施設基準

- ▶ 別に厚生労働大臣が定める患者
 - 指定難病の疑いがある患者
 - てんかん(外傷性を含む)の疑いがある患者
- ▶ 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関
- ▶ 当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に届出不要

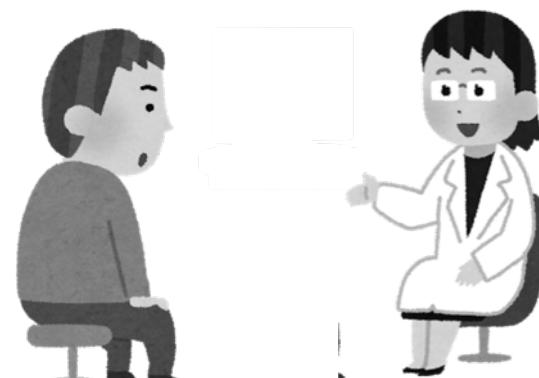
主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の
医師に情報提供を行う

連携した診療について
患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師が
オンライン診療を行う(初診も可)



【参考】オンライン服薬指導の新設1

◆ (新)薬剤服用歴管理指導料4

オンライン服薬指導を行った場合(月1回) 43点

▶ 対象患者

- ▶ 次のいずれにも該当する患者であること
 - オンライン診療料にて処方箋が交付された患者
 - 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2の算定患者

▶ 算定要件

- ▶ 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に1回に限り所定点数を算定
- ▶ 薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施
- ▶ 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施
- ▶ オンライン服薬指導は当該保険薬局内において行う
- ▶ 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施

【参考】オンライン服薬指導の新設2

▶ 算定要件

- ▶ オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること
- ▶ やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師(あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない
- ▶ 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認する
- ▶ 患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載する
- ▶ 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる
- ▶ 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと

- ▶ 実際には医薬・生活衛生局からのオンライン服薬指導の体制についての通知後に開始

医学管理等

婦人科特定疾患治療管理料の新設1

- ◆ (新)婦人科特定疾患治療管理料(3月に1回) 250点
 - ▶ 対象患者
 - ▶ 器質性月経困難症の患者
 - ▶ かつ、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
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 要届出
 - ▶ 婦人科又は産婦人科を担当する医師の指導
 - ▶ 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
 - ▶ 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算定不可
 - ▶ 治療計画を作成し患者等に説明・同意を得て、毎回の指導内容の要点を診療録に記載
 - ▶ 治療計画の策定には、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
 - ▶ 器質性月経困難症の治療には、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

婦人科特定疾患治療管理料の新設2

◆ (新)婦人科特定疾患治療管理料

▶ 施設基準

- ▶ 院内に婦人科疾患の十分な診療経験を有する常勤の医師を1名以上配置
 - 医師は以下の器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了
 - » 研修を受講していない場合にあっては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えない
 - » 国及び医療関係団体等が主催する研修
 - » 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
 - » 通算して6時間以上のものである
 - ▶ 届出は様式5の10を用いる

診療情報提供料の項目新設1

◆ (新)診療情報提供料(Ⅲ) 150点

- ▶ かかりつけ医とのやり取りの場合(3月に1回)
 - ▶ 以下を届け出ている医療機関から紹介された患者
 - ▶ 以下を届け出ている医療機関に紹介した患者
 - 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料
 - 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料
 - » 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院
- ▶ 妊娠している患者(月1回)
 - ▶ 産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者
 - ▶ 頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、紹介元の医療機関に情報提供を行った場合
 - ▶ 自院内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師の配置が望ましい
- ▶ 算定要件
 - ▶ 初診時は算定不可
 - 紹介先に受診日の予約をした場合は算定可
 - ▶ 同一医療機関に対して紹介を行っている場合は診療情報提供料(Ⅰ)は併算定不可
- ▶ 施設基準
 - ▶ 敷地内禁煙であること

診療情報提供料の項目新設2

◆ (新)診療情報提供料(Ⅲ)

- ▶ 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する
- ▶ 注2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する
- ▶ 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する
- ▶ 注4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る)を算定した月は、別に算定できない。

診療情報提供料の項目新設3

◆ (新)診療情報提供料(Ⅲ)

- ▶ 患者1人につき提供する医療機関ごとに3月に1回に限り算定
- ▶ 次の事項を記載し、患者又は提供する医療機関に交付し、文書の写しを診療録に添付
 - ▶ 患者の氏名、生年月日、連絡先
 - ▶ 診療情報の提供先保険医療機関名
 - ▶ 診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容
 - ▶ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名
 - ▶ 「注1」及び「注2」に規定する「次回受診する日の予約を行った場合」
 - 次回受診する日(予約診療を実施していない医療機関は、次回受診日)
- ▶ 必要に応じて、紹介元の医療機関が「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす医療機関であるかを確認
- ▶ 次回受診する日の予約を行った上で、初診時に診療情報提供料(Ⅲ)を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収不可
- ▶ 「注3」については、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合に月1回に限り算定
- ▶ 同一の患者に同一の保険医療機関に対して紹介を行い診療情報提供料(Ⅰ)を算定した保険医療機関では、診療情報提供料(Ⅰ)と同月に診療情報提供料(Ⅲ)は算定不可
- ▶ 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定不可

診療情報提供料の項目新設4

- ◆ (新)診療情報提供料(Ⅲ)
 - ▶ 別紙様式11の2には以下のようなチェック欄があります
 - ▶ 自院や紹介先の以下の診療報酬項目の届出状況
 - ▶ 地域包括診療加算 地域包括診療料 小児かかりつけ診療料
 - ▶ 在宅時医学総合管理料(□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
 - ▶ 施設入居時等時医学総合管理料(□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
 - ▶ 患者情報、傷病名、紹介目的以下は同じ

診療情報提供料の項目新設5

(別紙様式11の2)

紹介先医療機関等名
担当医 科 殿 年 月 日
紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況
 地域包括診療料 地域包括診療科 小児かかりつけ診療科
 在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
 施設入居時等時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)

医師氏名 印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

診療情報提供料の項目新設6

◆ (新)診療情報提供料(Ⅲ)算定のイメージ

○地域包括診療加算等の届出医療機関から紹介された患者

地域包括診療加算等
届出医療機関



例)生活習慣病の治療を実施

患者を紹介 →
← 診療情報提供



例)合併症の治療を実施

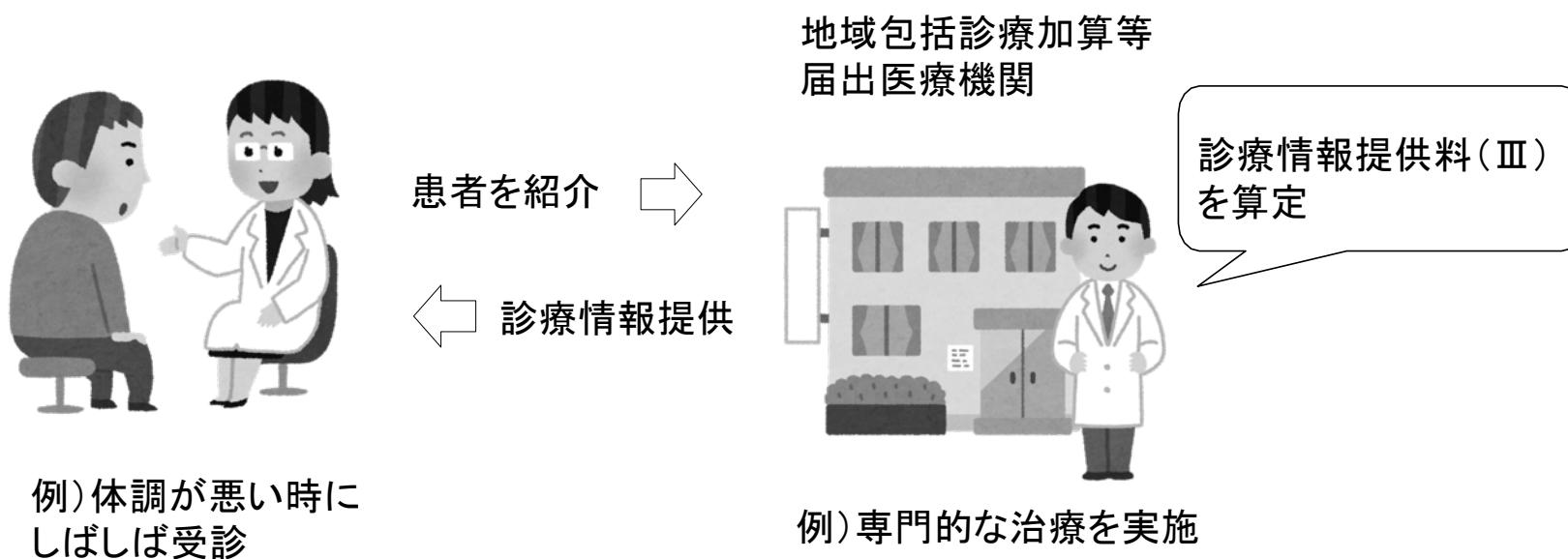
診療情報提供料(Ⅲ)
を算定

- ・よく紹介をして頂ける医療機関については施設基準の確認をしておきましょう
- ・届出状況については、各厚生局のHPで確認出来ます

診療情報提供料の項目新設7

◆ (新)診療情報提供料(Ⅲ)算定のイメージ

- 地域包括診療加算等の届出医療機関に紹介した患者



- ・よく紹介をする医療機関については施設基準の確認をしておきましょう
- ・届出状況については、各厚生局のHPで確認出来ます

診療情報提供料の項目新設8

◆ (新)診療情報提供料(Ⅲ)算定のイメージ

- ・産科医療機関から紹介された妊娠患者
- ・産科医療機関に紹介した妊娠患者

産科又は産婦人科を標榜
する医療機関

例: 妊娠の経過中に、
血糖値以上に対して保
険診療を実施



患者を紹介 →
← 診療情報提供



診療情報提供料(Ⅲ)
を算定

例) 妊娠糖尿病等に
対して継続的な診療
を実施

診療情報提供料の項目新設9

▶ 施設基準(届出不要)

- ▶ 診療情報提供料(Ⅲ)の注2に規定する施設基準
 - 当該保険医療機関の敷地内で喫煙が禁止されている
 - 次のいずれかの届出を行っている
 - » 地域包括診療加算
 - » 地域包括診療料
 - » 小児かかりつけ診療料
 - » 在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
 - » 施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)
- ▶ 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める患者
 - 妊娠中の者で他院から紹介された患者
 - 自院に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制を整備

診療情報提供料の項目新設10

MS
G

医学
管理
等

▶ 施設基準(届出不要)

- ▶ 1. 敷地内における禁煙の取扱いは次の基準を満たしていること
 - (1)当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること
 - (2)敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること
 - (3)保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること
 - (4)緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない
 - (5)敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと

診療情報提供料の項目新設11

▶ 施設基準(届出不要)

- ▶ 診療情報提供料(Ⅲ)の注2に関する施設基準
 - 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、(1)を満たすこと
- ▶ 診療情報提供料(Ⅲ)の注3に関する施設基準
 - (1)当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、1の(1)から(5)までを満たすこと
 - (2)当該保険医療機関内に、産科若しくは産婦人科を担当している医師又は妊娠している者の診療に係る適切な研修を修了した医師を配置していることが望ましいこと
 - (3)(2)の適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと
 - » 都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること
 - » 研修内容に以下の内容を含むこと
 - » 妊娠前後及び産後の生理的変化と検査値異常
 - » 妊娠している者の診察時の留意点
 - » 妊娠している者に頻度の高い合併症や診断が困難な疾患
 - » 妊娠している者に対する画像検査(エックス線撮影やコンピューター断層撮影)の可否の判断
 - » 胎児への影響に配慮した薬剤の選択

診療情報提供料の対象見直し1

◆ 医療的ケア児の診療情報提供料(Ⅰ)（患者1人月1回）

- ▶ 対象患者
 - ▶ 児童福祉法に規定する障害児
- ▶ 提供先
 - ▶ 当該患者が通学する学校教育法に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等(義務教育諸学校)
 - ▶ 別紙様式14を用いて提供
- ▶ 算定要件
 - ▶ 診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合
 - ▶ 義務教育諸学校で患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為
- ▶ 「学校医等」とは
 - ▶ 当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師
- ▶ 当該医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定不可

診療情報提供料の対象見直し2

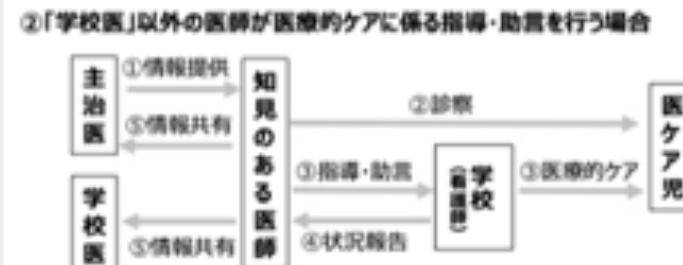
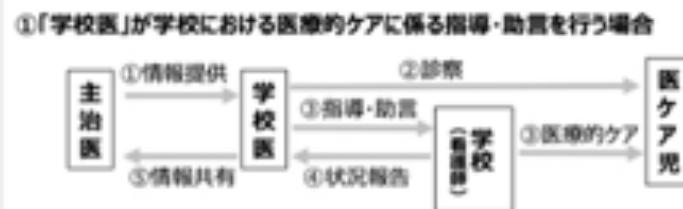
医療的ケア児への対応の充実について【主治医から学校医等への情報提供】

令和元年12月2日
新しい時代の昭和支援教育の
在り方にに関する有識者会議
資料1

- > 「医療的ケア児への対応として、主治医から学校へ情報提供の視点が欠けているため、充実させていく必要があるのではないか。」
【令和2年度診療報酬改定に向けた議論（中央社会保険医療協議会）】
- > 学校において医療的ケアを安全に実施するには学校保健に精通している学校医が中心となり、有機的に機能する組織が必要。
【小児在宅ケア検討委員会での議論（日本医師会）】
- > 安全な環境で医療的ケアを実施するには、標準的な手順の整理が必要。
【学校での医療的ケアの安全な実施のための体制整備に関する要望（日本看護協会）】

＜主治医から学校医等への情報提供に基づいた医療的ケアの流れ＞

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



小児科外来診療料の見直し1

◆ 小児科外来診療料(1日につき)(点数変更無)

▶ 1、処方箋を交付する場合

- ▶ イ初診時 599点
- ▶ ロ再診時 406点

▶ 2、1以外の場合

- ▶ イ初診時 716点
- ▶ ロ再診時 524点

▶ 算定要件の見直し

- ▶ (6)常態として院外処方箋を交付する医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月は「2」の所定点数を算定できる。

↓

- ▶ (6)当該医療機関において院内処方を行わない場合は、「1、処方箋を交付する場合」で算定する

小児科外来診療料の見直し2

- ▶ 対象年齢の拡大
 - ▶ 3歳未満 ⇒ 6歳未満
- ▶ 届出基準の見直し(要届出に変わります)
 - ▶ 施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること
 - ▶ ☆既に算定している医療機関でも改めて届出が必要です☆
- ▶ 小児抗菌薬適正使用支援加算に算定制限(届出不要)
 - ▶ 月に1回に限り加算
 - ▶ 小児かかりつけ診療料においても同様(届出要件は異なります)
 - 小児抗菌薬適正使用支援加算、院内処方を行わない場合
- ▶ 包括範囲の見直し
 - ▶ 小児抗菌薬適正使用支援加算、初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、再診料の注5及び注6に規定する加算、外来診療料の注8及び注9に規定する加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報提供料(Ⅲ)、往診料(注1から注3までに規定する加算を含む)を除き、診療に係る費用は当指導料に含まれる

小児かかりつけ診療料の見直し

◆ 小児かかりつけ診療料(点数変更無)

- ▶ 1、処方箋を交付する場合
 - ▶ イ、初診時 631点
 - ▶ ロ、再診時 438点
- ▶ 2、処方箋を交付しない場合
 - ▶ イ、初診時 748点
 - ▶ ロ、再診時 556点
- ▶ 対象年齢の拡大
 - ▶ 未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の患者
- ▶ 院内処方を行わない場合の明確化
 - ▶ 当該医療機関において院内処方を行わない場合は、「1処方箋を交付する場合」で算定

小児特定疾患カウンセリング料の見直し1

令和2年度診療報酬改定 II-7-3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 -①

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

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

現行

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

改定後

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



[公認心理師による場合の算定要件]



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

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

小児特定疾患カウンセリング料の見直し2

◆ 小児特定疾患カウンセリング料の再編

- ▶ 月の1回目 500点
- ▶ 月の2回目 400点
- ↓
- ▶ イ、医師による場合
 - ▶ (1)月の1回目 500点
 - ▶ (2)月の2回目 400点
 - ▶ (新)口、公認心理師による場合 200点

小児特定疾患カウンセリング料の見直し3

◆ 小児特定疾患カウンセリング料の再編

▶ 算定要件

- ▶ 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関
- ▶ 小児科又は心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師
- ▶ 別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定
- ▶ 特定疾患療養管理料、通院・在宅精神療法、心身医学療法とは併算定不可
- ▶ 療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定
- ▶ 一連のカウンセリングの初回は当該医師が行う
- ▶ 繼続的なカウンセリングが必要な場合でも、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行う
- ▶ 医師による場合は、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科(小児外科を含む。以下この部において同じ)又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する
- ▶ 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること

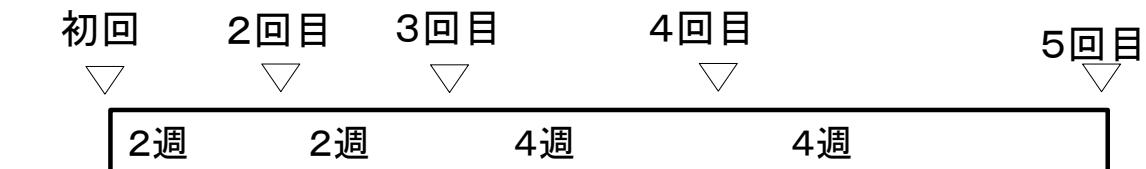
ニコチン依存症管理料の再編1

◆ ニコチン依存症管理料

- ▶ 1、初回 230点
- ▶ 2、2回目から4回目まで 184点
- ▶ 3、5回目 180点
- ↓
- ▶ 1、ニコチン依存症管理料1
 - イ、初回 230点
 - ロ、2回目から4回目まで
 - »(1)対面で診察を行った場合 184点
 - »(新)(2)情報通信機器を用いて診察を行った場合 155点
 - ハ、5回目 180点
- ▶ (新)2、ニコチン依存症管理料2(一連につき) 800点

ニコチン依存症管理料の再編2

◆ ニコチン依存症管理料の算定イメージ



初回は対面



最終回対面

2~4回目の受診
対面でもオンラインでもOK

◆受診ごとに算定する場合



<2~4回目の費用>

対面診療の場合 184点



情報通信機器を用いた

診療の場合 155点

◆一連の包括払いの場合(全5回)



対面と情報通信機器の一連につき 800点

ニコチン依存症管理料の再編3

Ms
G医学
管理
等

- ▶ 算定要件
 - ▶ 情報通信機器を用いた診察(2~4回目)の場合は以下の算定不可
 - 再診料、外来診療料、オンライン診療料
 - 往診料、在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(II)
 - ▶ (新)加熱式たばこを喫煙している患者も、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う
- ▶ ニコチン依存症管理料2の算定要件
 - ▶ 初回指導時に1回に限り算定
 - ▶ 患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成・患者に説明、交付し、その写しを診療録に添付
 - ▶ 2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等で受診を指示
 - ▶ 受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載
 - ▶ 2回目から4回目の指導は情報通信機器を用いて実施可能。その場合の留意事項は、次ページの情報通信機器を用いて行う場合及び中断の際の取り扱いに示すものと同様

ニコチン依存症管理料の再編4

Ms
G

医学
管理
等

- ▶ (新)情報通信機器を用いる場合の留意事項
 - ▶ 医師は初回に診察を行う医師と同一であること
 - ▶ 診察の際は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う
 - ▶ 自院にて行う
 - ▶ 投薬の必要性を認めた場合は、処方料又は処方箋料を算定可
 - ▶ 予約に基づく診察による特別の料金の徴収不可
 - ▶ 情報通信機器の運用に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収可
- ◆ 3月5日の疑義解釈
 - ▶ 届出は1と2に分かれて居らずニコチン依存症管理料の届出を行えばよい
 - ▶ 1を算定する患者と2を算定する患者の混在はOK
 - ▶ 管理料2(一連につき)で2回目以降の指導予定日に患者の都合により受診しなかった場合は、初回時に徴収した金額は特に返金しなくてもよい。ただし、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載

ニコチン依存症管理料の再編5

- ▶ 算定患者の指導に関する過去1年間の平均継続回数のカウント方法変更
 - ▶ 次のアに掲げる数及びイに掲げる数を合計した数をウに掲げる数で除して算出
 - ア、1年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料1の延べ算定回数（初回から5回目までの治療を含む）
 - イ、1年間に自院でニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数
 - ウ、管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数及び管理料2の算定回数を合計した数
 - ▶ 計算期間
 - 前年4月1日から当年3月31日まで
 - 平均継続回数の実績に基づく減算点数の算定は、当年7月1日より行う
 - 過去1年間に当該管理料の算定の実績が無い場合はこの限りでない
 - 過去1年間に自院で当該管理料を算定する患者が5人以下である場合
 - 当年3月に初回の治療を行った患者を、アからウまでの数から除くことができる
 - ▶ 届出に関する事項
 - 届出は別添2の様式8を用いる
 - ▶ 以下の名簿等を別添2の様式4を用いて提出
 - 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名
 - 勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)
 - 勤務時間

生活習慣病重症化予防

- ◆ 生活習慣病管理料
 - ▶ 算定要件の新設
 - ▶ 情報通信機器を用いて行った場合(月1回)(要届出) 100点
 - ▶ 糖尿病の患者に、患者の状態に応じて年1回程度眼科診察を受けるよう指導を行う
 - ▶ 療養計画書(初回用)の問診欄の様式変更
 - 歯科受診の状況に関する記載欄を追加
 - ◆ 糖尿病透析予防指導管理料
 - ▶ 情報通信機器を用いて行った場合(月1回)(要届出)
100点
 - ▶ オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を行った場合

外来栄養食事指導料の再編

◆ 外来栄養食事指導料1

- ▶ 初回 260点(変更なし)
- ▶ 2回目以降
 - ▶ 対面で行った場合 200点 ⇒ 200点
 - ▶ (新)情報通信機器を用いた場合(月1回) 180点
 - ▶ 情報通信機器を用いた場合は、医師の指示に基づき当該医療機関の管理栄養士が電話等によつて必要な指導を行った場合(指導時間は対面と同様20分以上必要)
 - ▶ 2回目以降で、対面と情報通信機器を同一月に実施した場合はにいづれか
 - ▶ 再診時には対面の栄養食事指導及び必要に応じて指導計画の見直しが必要

◆ (新)外来栄養食事指導料2(診療所のみ)

- ▶ 初回 250点
- ▶ 2回目以降 190点
- ▶ 当該医療機関の医師の指示に基づき自院以外の管理栄養士が具体的な献立等によって対面の指導を行った場合
 - 他院または栄養ケアステーションの管理栄養士
- ▶ 初回の指導を行った月は月2回、その他の月は月1回に限り算定
- ▶ 在宅患者訪問栄養食事指導料・入院栄養食事指導料も同様

高度難聴指導管理料の加算新設

Ms
G

◆ (新)人工内耳機器調整加算 800点

▶ 算定要件

- ▶ 人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合
- ▶ 6歳未満の乳幼児は3月に1回
- ▶ 6歳以上の患者は6月に1回
- ▶ 耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科の常勤医師の指示を受けた言語聴覚士が人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合に算定
- ▶ 6歳の誕生日の属する月より前に当該加算を算定した場合にあっては、6歳の誕生日以後、最初に算定する月までは注3の6歳未満の乳幼児の算定方法の例による
- ▶ 人工内耳用音声信号処理刺激装置の機器調整とは
 - 人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウェアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うこと

心臓ペースメーカー指導管理料の再編

- ◆ 心臓ペースメーカー指導管理料
 - ▶ 着用型自動除細動器による場合(点数変更無)
 - ▶ (改)ペースメーカーの場合
 - ▶ 遠隔モニタリング加算 360点 ⇒ 300点
 - ▶ 遠隔モニタリング加算 320点 ⇒ 260点
 - ▶ (新)植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合 520点
 - ▶ 遠隔モニタリング加算 480点
- ◆ 遠隔モニタリング加算は届出が必要になりました
 - ▶ 以下の経験等を有する常勤の医師を配置
 - ▶ 循環器内科、小児循環器内科、心臓血管外科の専門の知識及び5年以上の経験
 - ▶ 不整脈及び心臓植込み型電気デバイスについての専門的な臨床経験を3年以上有するが望ましい
 - ▶ 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関(循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る)は以下のいずれかの届出
 - ▶ 区分番号「K597」ペースメーカー移植術、「K597-2」ペースメーカー交換術、「K598」両心室ペースメーカー移植術から「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術まで
 - ▶ 関連学会から示されているガイドライン等を遵守する
 - ▶ 届出は別添2の様式1の3を用いる

がん患者指導管理料の項目新設

◆ がん患者指導管理料

- ▶ (新)医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合
(要届出) 300点
- ▶ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する
- ▶ 施設基準
 - ▶ BRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること
 - ▶ 患者のプライバシーに十分配慮した構造の個室を備えていること

療養・就労両立支援指導料の再編1

◆ 療養・就労両立支援指導料の再編

- ▶ 療養・就労両立支援指導料

1,000点

- ▶ 相談体制充実加算廃止 ⇒ 相談支援加算

50点(要届出)



- ▶ 1、初回 800点

- ▶ 2、2回目以降 400点(3月限度、月1回)

▶ 算定要件

- ▶ 「初回」は、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に、患者と患者の勤務先が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、患者の同意を得て、患者が勤務する事業場において選任されている産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師(以下、「産業医等」という)に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定

療養・就労両立支援指導料の再編2

MS
G

▶ 算定要件

- ▶ 「2回目以降」は、当該医療機関において「初回」を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、「初回」を算定した日の属する月から起算して3月を限度に月1回に限り算定
- ▶ 相談支援加算
 - 要届出
 - 当該患者に看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合にして加算
- ▶ 産業医等への文書の提供に係る診療情報提供料(Ⅰ)又は診療情報提供料(Ⅱ)の費用は所定点数に含まれる

療養・就労両立支援指導料の再編3

▶ 算定要件

- ▶ (2)療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月1回に限り算定する
 - ア、治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を受け取ること
 - イ、治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと
 - ウ 治療を担当する医師が、①又は②のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと

療養・就労両立支援指導料の再編4

▶ 算定要件

- ウ、(続き)

- » ①病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」、「別紙様式49の2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録等に添付すること
- » 患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない
- » なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場合は、当該産業医に対して当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行うこと
- » ②当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること

療養・就労両立支援指導料の再編5

▶ 算定要件

- ▶ (3)2については、1を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する
- ▶ (4)「注3」に規定する相談支援加算は、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定可
- ▶ (5)1については、事業場の産業医等への就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービスとして、別に徴収することはできない
- ▶ (6)治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない

療養・就労両立支援指導料の再編6

MS

医学管理等

▶ 相談支援加算の施設基準

- ▶ (1)専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること
- ▶ (新)厚生労働大臣の定める疾患
 - ▶ 悪性新生物
 - ▶ 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患
 - ▶ 肝疾患(経過が慢性なものに限る)
 - ▶ 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号)第五条に規定する指定難病(同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む)に係るものに限る)その他これに準ずる疾患

外来緩和ケア管理料の見直し1

◆ 外来緩和ケア管理料見直しの概要

▶ 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、外来緩和ケア管理料について、対象となる患者等の要件を見直す

▶ 具体的な内容

▶ 算定対象患者として、末期心不全及び後天性免疫不全症候群の患者を追加する

▶ 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

外来緩和ケア管理料の見直し2

MS
G

医学
管理等

▶ 算定要件

▶ 末期心不全の患者

- 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
 - » 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、適切な治療にかかりわらず、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

外来緩和ケア管理料の見直し3

▶ 算定要件

- ▶ 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いなくても本管理料は算定できる

▶ 施設基準

- ▶ (1)(略)
- ▶ (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
- ▶ また、悪性腫瘍患者二体す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)

外来緩和ケア管理料の見直し4

▶ 施設基準

- ▶ (3)(1)のア又はオに掲げる医師は、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差し支えない
- ▶ (5)(1)のア、イ、オ、カ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心不全緩和ケアトレーニングコース

在宅療養指導管理料
在宅療養指導管理料材料加算
(外来での指導など中心)

在宅自己注射指導管理料1

- ◆ (新)情報通信機器を用いた場合(月1回) 100点
 - ▶ オンライン診療料の項で詳説
- ◆ 導入初期加算の処方の内容に変更があった場合
 - ▶ 一般的名称に変更があった場合
 - ↓
 - ▶ 別表第九に掲げる注射薬に変更があった場合
 - ▶ 以下は算定不可
 - ▶ 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の変更を行った場合
 - ▶ バイオ後続品から先行バイオ医薬品が同一であるバイオ後続品に変更した場合
- ◆ 導入前の受診回数のルール
 - ▶ アドレナリン製剤を除外
- ◆ 外来受診時の注射の費用
 - ▶ 緊急時に受診した場合は除く
 - ▶ 診療報酬明細書の摘要欄に緊急時の受診である旨を記載

在宅自己注射指導管理料2

MS

在宅医療

- ◆ 対象薬剤の追加
 - ▶ サリルマブ製剤
 - ▶ デュピルマブ製剤
 - ▶ インスリン・グルカゴン様ペプチド1受容体アゴニスト配合剤
 - ▶ ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤
- ◆ ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤の対象患者
 - ▶ 以下の患者に筋肉内注射した場合に算定
 - ▶ 急性副腎皮質機能不全(副腎クリーゼ)の既往のある患者
 - ▶ 急性副腎皮質機能不全(副腎クリーゼ)を発症する危険性の高い患者

在宅自己注射指導管理料3

◆ 血糖自己測定器加算(点数変更無)

- ▶ 月90回以上測定する場合 1,170点
- ▶ 月120回以上測定する場合 1,490点
- ▶ 算定要件
 - ▶ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者
(1型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る)
 - 膵全摘後の患者に対する血糖管理の充実のため

在宅自己注射指導管理料4

- ◆ (新)間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの(3月に3回) 1,250点
 - ▶ 対象患者
 - ▶ 強化インスリン療法を行っているもの
 - ▶ 強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているもの
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合
 - ▶ 以下の医師が間歇スキャン式持続血糖測定器を使用して血糖管理を行った場合に算定
 - 糖尿病の専門知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師
 - 又は当該専門の医師の指導の下で糖尿病の治療を実施する医師
 - ▶ 間歇スキャン式持続血糖測定器以外の血糖自己測定は所定点数に含まれ別途算定不可
 - ▶ 強化インスリン療法の場合を除き、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用する場合には、間歇スキャン式持続血糖測定器以外の血糖自己測定をした回数を基準に算定

在宅自己注射指導管理料5

◆ 持続血糖測定器加算(要届出)の再編

- ▶ (改)間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

▶ 2個以下	1,320点
▶ 3個又は4個	2,640点
▶ 5個以上	3,300点

- ▶ (新)間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

▶ 2個以下	1,320点
▶ 3個又は4個	2,640点
▶ 5個以上	3,300点

- ▶ 「2月に2回に限り」を追加

▶ 算定要件

- ▶ 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器の場合

- 同一月に間歇注入シリンジポンプ加算併算定不可

- ▶ 間歇注入インスリンポンプと連動しない持続血糖測定器の場合

- プログラム付シリンジポンプの加算は併算定不可

- 間歇注入インスリンポンプを併用した場合は間歇注入シリンジポンプ加算が併算定可

在宅自己注射指導管理料6

◆ 持続血糖測定器加算(要届出)の再編

▶ 持続血糖測定器加算の算定対象患者

▶ ア、間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

- (イ) 血糖コントロールが不安定な1型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者
- (ロ) 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、持続皮下インスリン注入療法を行っている者

▶ イ、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

- (イ) 急性発症若しくは劇症1型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、皮下インスリン注入療法を行っている者
- (ロ) 内因性インスリン分泌の欠乏(空腹時血清Cペプチドが0.5mg/ml未満を示すものに限る)を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者

▶ レセプト記載事項

▶ ア及びイのいずれに該当するか

▶ イの(ロ)に該当する場合は直近の空腹時血清Cペプチドの測定値を併せて記載

在宅自己注射指導管理料7

- ◆ 持続血糖測定器加算(要届出)の再編
 - ▶ 持続血糖測定器加算の施設基準
 - ▶ 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合
 - 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師を1名以上配置
 - 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関
 - ▶ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合
 - 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師を1名以上配置
 - 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関
 - 糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師を1名以上配置
 - ▶ 適切な研修とは、次の事項に該当するもの
 - ▶ 医療関係団体が主催する研修
 - ▶ 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているもの

在宅自己注射指導管理料8

◆ (新)バイオ後続品導入初期加算(3月限度)(月1回) 150点

▶ 算定要件

- ▶ 当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算
- ▶ バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を処方した場合
- ▶ 「バイオ後続品を処方した場合」とは
 - バイオ後続品の一般的名称で処方した場合
(例:「〇〇〇〇〇〇〇(遺伝子組換え)[●●●●●後続1]」)
 - バイオ後続品の販売名で処方した場合
(例:「●●●●●BS注射液含量会社名」)

- ▶ 導入初期加算、バイオ後続品導入初期加算は、対面診療を行った場合に限り算定可

【参考】バイオシミラーの例

商品名	バイオシミラー
エンブレル皮下注用	エタネルセプト BS 皮下注 10mg シリンジ 1.0mL「日医工」 エタネルセプト BS 皮下注 25mg シリンジ 0.5mL「日医工」 エタネルセプト BS 皮下注 50mg シリンジ 1.0mL「日医工」 エタネルセプト BS 皮下注 50mg ペン 1.0mL「日医工」
グラン注射液	フィルグラスマスチムBS注「モチダ」, 「F」 フィルグラスマスチムBS注「NK」, 「テバ」 フィルグラスマスチムBS注「サンド」
ジェナトロピンゴークイック注	ソマトロピンBS皮下注「サンド」
ネスプ注射液	ダルベポエチン アルファBS注「JCR」 ダルベポエチン アルファBS注「三和」 ダルベポエチン アルファBS注射液「MYL」
フォルテオ皮下注	テリパラチド BS 皮下注キット 600 μg「モチダ」
ランタス注ソロスター	インスリングラルギンBS注「リリー」 インスリングラルギンBS注「FFP」

国立医薬品食品衛生研究所HPより抜粋

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

◆ 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

- ▶ 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 150点
- ▶ (新)在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2(1回限り) 150点
- ▶ 管理料2の算定要件
 - ▶ 管理料2は管理料1に該当し、妊娠中に管理料1を算定した患者
 - ▶ 引き続き分娩後における血糖管理を必要とするもの
 - ▶ 当該分娩後12週間以内に適切な療養指導を行った場合
 - ▶ 1回に限り算定
- ▶ 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合
(妊娠時に診断された明らかな糖尿病)
 - ▶ FBS(空腹時血糖)が126mg/dL以上
 - ▶ HbA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)
 - ▶ PPG(随時血糖値)が200mg/dL以上(空腹時血糖値又はHbA1cで確認)
 - ▶ 糖尿病網膜症が存在する場合

各種加算等の新設・見直し1

- ◆ 乳幼児呼吸管理材料加算(3月に3回) 1,500点
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を6歳未満の乳幼児に対して算定する場合
 - ▶ 6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給したときに算定
 - ▶ レセプト記載事項
 - ▶ 貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載
- ◆ 注入ポンプ加算(中心静脈栄養、成分栄養経管栄養、在宅小児経管栄養法等)
 - ▶ 2月に2回に限り加算
- ◆ 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算(3月に3回) 2,400点
 - ▶ 在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合

各種加算等の新設・見直し2

- ◆ 横隔神経電気刺激装置加算 600点
 - ▶ 対象患者
 - ▶ 在宅人工呼吸を行っている脊髄損傷又は中枢性低換気症候群
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 上記の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用した場合に算定
 - ▶ 関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合
 - ▶ 横隔神経電気刺激装置を使用するに当たり必要なバックアップ用体表面不関電極セット、コネクタホルダ、ストレインリリーフブートキット、その他療養上必要な医療材料の費用は別途算定不可
 - ▶ 施設基準
 - ▶ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に準ずる
- ◆ 在宅中耳加圧療法指導管理料 1,800点
 - ▶ 対象患者
 - ▶ メニエール病又は遅発性内リンパ水腫
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 在宅中耳加圧装置を用いた療養を実施する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等について療養上の指導を行った場合
 - ▶ 関連学会の定める適正使用指針を遵守して実施した場合
 - ▶ 療養上必要な機器等に係る費用は別途算定不可

在宅酸素・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1

- ◆ 遠隔モニタリング加算 150点
 - ▶ 在宅酸素療法指導管理料
 - ▶ モニタリングを行う項目の見直し
 - 血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態
⇒ 脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等
 - ▶ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
 - ▶ 算定要件の見直し
 - 療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた判断の内容について診療録に記載した場合
 - ▶ 施設基準の見直し
 - ▶ 緊急時の対応条項は削除されているが、オンライン診療に関する指針を参照する必要がある

在宅酸素・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2

◆ 遠隔モニタリング加算は届出が必要になりました！

- ▶ 在宅酸素療法指導管理料：遠隔モニタリング加算の施設基準
 - ▶ 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する
 - ▶ 以下のスタッフの配置
 - 呼吸器内科について3年以上の経験を有する常勤の医師
 - 呼吸器内科について3年以上の経験を有する看護師
 - ▶ 届出は別添2の様式20の3の2を用いる
- ▶ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料：遠隔モニタリング加算の施設基準
 - ▶ リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する
 - ▶ 届出は別添2の2を用いる

在宅自己導尿指導管理料の再編1

- ◆ 在宅自己導尿指導管理料 1,800点 ⇒ 1,400点
 - ▶ 3月に3回
 - ▶ カテーテルの費用は第2款に定める所定点数により算定
 - ▶ 特殊カテーテル加算の再編
 - ▶ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
 - イ、親水性コーティングを有するもの 960点
 - ロ、イ以外のもの 600点
 - ↓
 - ▶ (新)再利用型カテーテル 400点
 - ▶ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル
 - イ、親水性コーティングを有するもの
 - » (新)60本以上 1,700点
 - » (新)60本以上90本未満 1,900点
 - » (新)90本以上120本未満 2,100点
 - » (新)120本以上の場合 2,100点
 - ロ、イ以外の主たるもの 1,000点
 - ▶ 間歇バルーンカテーテル 600点 ⇒ 1,000点

在宅自己導尿指導管理料の再編2

◆ 在宅自己導尿指導管理料の算定要件見直し

- ▶ 算定要件
 - ▶ 療養上必要なカテーテルについて判断の上、必要かつ十分な量のカテーテルを患者に支給した場合に算定
 - ▶ 親水性コーティングを有するもの
 - ▶ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、親水性コーティングが施されたカテーテルで、包装内に潤滑剤が封入されており、開封後すぐに挿入可能なものののみを使用した場合に算定
 - ▶ 排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用
 - ▶ 原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定
 - 脊髄障害、二分脊椎、他の中枢神経を原因とする神經因性膀胱、その他
 - ▶ 1月あたり60本以上使用した場合(他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む)に算定
 - ▶ 60本に満たない場合は「イ、以外の主たるもの」で算定
 - ▶ レセプト記載事項
 - 上記のいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載
 - ▶ 間歇バルーンカテーテル
 - ▶ 患者自身が間歇導尿を行うことが可能なカテーテルで、当該カテーテルに接続してバルーンを膨らませるためのリザーバーを有し、患者自身が消毒下で携帯することが可能であるもの
 - ▶ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルと間歇バルーンカテーテルを併用した場合は、主たるもののみ算定

在宅患者診療・指導料

(訪問診療を行っている医療機関等)

在宅医療見直しの方向性

◆ 質の高い在宅医療の確保

- ▶ 複数の医療機関による訪問診療の明確化

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

◆ 在宅療養支援病院における診療体制の整備

- ▶ 在宅療養支援病院の往診医に係る要件を明確化

◆ 在宅医療における褥瘡管理の推進

- ▶ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件見直し

◆ 医療資源の少ない地域における在宅医療・訪問看護の推進

- ▶ 在宅療養支援病院として届出可能な医療機関を、許可病床数280床未満の保険医療機関まで拡大

- ▶ 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応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

在宅患者訪問診療料

◆ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2の訪問期間見直し

▶ 算定要件

- ▶ 「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う保険医が属する他院の求めを受けて、その他院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月を限度に算定可
- ▶ (改)ただし、他院の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他院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
 - その診療科の医師でなければ困難な診療
 - 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

◆ 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

- ▶ レセプト記載事項
- ▶ 包括的支援加算に該当する状態

訪問診療時の超音波検査

◆ 超音波検査の再編

- ▶ 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)

- ▶ (新)イ、訪問診療時に行った場合(月1回)

400点

- ▶ 算定要件

- ▶ (新)在宅患者訪問診療料(I)又は在宅患者訪問診療料(II)を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法(心臓超音波検査を除く)を行った場合に部位にかかわらず、月1回に限り算定

◆ 3月5日疑義解釈

- ▶ Q、患家にて訪問診療を行った際に医師がその場で超音波検査の断層撮影法を行い、精査目的に同日又は同月の後日、外来で再度同一部位に超音波検査の断層撮影法を行った場合、「イ訪問診療時に行った場合」と「口その他の場合」はそれぞれ算定可能か。

- A、算定可能。

- ▶ Q、往診時に患家等で、超音波検査の断層撮影法を行った場合は「イ、訪問診療時に行った場合」と「口、その他の場合」はどちらを算定するのか。

- A、往診時には「口、その他の場合」を算定する。

小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

◆ 在宅患者訪問診療料等の見直し

▶ 算定要件の見直し

- ▶ 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
 - 退院日から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30日までの間に限る)

- ▶ 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でも訪問診療を行うことを可能とした

▶ 在宅患者訪問診療料等とは

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

在宅療養指導管理料

在宅患者訪問栄養食事指導料

◆ 在宅患者訪問栄養食事指導料

▶ 在宅患者訪問栄養食事指導料1

- ▶ 単一建物診療患者が1人の場合 530点 ⇒ 530点
- ▶ 単一建物診療患者が2人以上9人以下 480点 ⇒ 480点
- ▶ 上記以外の場合 440点 ⇒ 440点

▶ (新) 在宅患者訪問栄養食事指導料2(月2回)

- ▶ 単一建物診療患者が1人の場合 510点
- ▶ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点
- ▶ 上記以外の場合 420点

- 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
- 診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ当該保険医療機関の医師の指示に基づき他院又は栄養ケアステーションの管理栄養士が指導した場合
- 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

在宅患者訪問褥瘡管理指導料1

◆ 算定要件の見直し

- ▶ 重点的な褥瘡管理が必要な患者(在宅療養を行っているもの)に対し、当該患者の同意を得て、自院の保険医、管理栄養士又は自院以外の管理栄養士、看護師又は連携する他院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、初回カンファレンスから起算して6月以内に、当該患者1人につき3回所定点数を算定
- ▶ 上記は、初回カンファレンス時に算定可。また、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定可。2回目のカンファレンスの結果、継続的指導管理が必要な場合に限り、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可
- ▶ 重点的な褥瘡管理が必要な者
 - ▶ ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者で、かつ以下のいずれかに該当
 - 重度の末梢循環不全のもの
 - 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
 - 強度の下痢が続く状態であるもの
 - 極度の皮膚脆弱であるもの
 - 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- ▶ レセプト記載事項
 - ▶ カンファレンスの実施日、DESIGN-Rによる深さの評価、上記のいずれに該当するか

在宅患者訪問褥瘡管理指導料2

令和2年度診療報酬改定 III-3 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 -⑦

在宅褥瘡対策チームによる実施体制及び実施内容(イメージ)

実施体制(例)

<例1>基本的な体制

【病院】



既にd2以上の褥瘡
を有する者

- <在宅褥瘡対策チームの構成員>
- 実動医師
 - 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
 - 管理栄養士

<例2>訪問看護ステーションと連携した場合の体制



既にd2以上の褥瘡
を有する者

<例3>栄養ケア・ステーションと連携した場合の体制



既にd2以上の褥瘡
を有する者

実施内容(例)

1回目以降のカンファレンス時、確実に褥瘡管理の必要性がある場合、
初回カンファレンス日を経算日として4月から6月以内

以後、初回カンファレンス日
から起算して1年間は
算定できない。

1月

2月

3月

4月

5月

6月

初回
カンファレンス

医師、看護師、管理栄養士が、
それぞれ月1回以上、
計画的な管理指導を実施

750点

2回目の
カンファレンス

医師、看護師、管理栄養士が、
それぞれ月1回以上、
計画的な管理指導を実施

750点

3回目の
カンファレンス

750点

19

在宅自己腹膜灌流指導管理料

- ◆ 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点
 - ▶ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者(入院中の患者を除く。)は週1回を限度として、人工腎臓又は腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる
 - ▶ なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない
 - ▶ また、当該管理料を算定している患者に対して、患者の希望する他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること

検査

検査の全般的な事項

◆ 全体的傾向

- ▶ 検体検査の点数は引き下げ傾向、判断料は点数変更無し

◆ トピック

- ▶ まるめ点数は10項目以上など多項目の場合は引き下げ

- ▶ アルブミン(尿・血液とともに)の検査方法の変更

- ▶ 血液採取(1日につき)

- ▶ 静脈 30点 ⇒ 35点

- ▶ 超音波検査の再編

- ▶ パルスドプラ加算 200点 ⇒ 150点

- ▶ 認知機能検査に算定回数制限

検査項目抜粋

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、
個々の点数は厚生労働省のHPからご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603751.pdf>

検体検査1

◆ 尿中特殊物質定性定量検査

- ▶ アルブミン定量(尿) 105点 ⇒ 102点
- ▶ 総ヨウ素(尿) 191点 ⇒ 186点
- ▶ IV型コラーゲン(尿) 194点 ⇒ 189点

◆ 出血・凝固検査

- ▶ トロンボテスト ⇒ 削除
- ▶ プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC) 162点 ⇒ 158点
- ▶ (新)血液粘弾性検査(一連につき) 600点

◆ 血液化学検査

- ▶ 5項目以上7項目以下 93点(点数変更無)
- ▶ 8項目又は9項目 99点(点数変更無)
- ▶ 10項目以上 112点 ⇒ 109点

検体検査2

◆ 血液化学検査

- ▶ アルブミン ⇒ アルブミン(BCP改良法・BCG法) 11点(変更無)
- ▶ アルブミンについての算定要件(尿検査も同様)
 - 令和4年3月31日までの間に限り算定できる(廃止される)
- ▶ ムコ蛋白 29点 ⇒ 削除
- ▶ CK-MB ⇒ CK-MB(免疫阻害法・蛋白量測定)(名称変更のみ)
- ▶ フェリチン半定量、フェリチン定量 111点 ⇒ 108点
- ▶ KL-6 117点 ⇒ 114点
- ▶ アルミニウム(AI) 118点 ⇒ 115点
- ▶ 心筋トロポニンT(TnT)定性・定量 120点 ⇒ 115点
- ▶ シスタチンC 121点 ⇒ 118点
- ▶ 血液ガス分析 140点 ⇒ 139点
- ▶ IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定量、アルブミン非結合型ビリルビン 143点 ⇒ 139点
- ▶ 亜鉛(Zn) 144点 ⇒ 140点
- ▶ アンギオテンシンⅠ 転換酵素(ACE)、ビタミンB12 148点 ⇒ 144点

検体検査3

◆ 血液化学検査

- ▶ 膀胱分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性 185点 ⇒ 180点
- ▶ レムナント様リポ蛋白コレステロール(RLP-C) 189点 ⇒ 184点
- ▶ アセトアミノフェン 190点 ⇒ 185点
- ▶ ビタミンB1 253点 ⇒ 246点
- ▶ ビタミンB2 256点 ⇒ 249点
- ▶ PCT定量、PCT半定量 301点 ⇒ 292点

◆ 内分泌学的検査

- ▶ レニン定量 111点 ⇒ 108点
- ▶ 遊離サイロキシン(FT4)、遊離トリヨードサイロニン(FT3)、コルチゾール 130点 ⇒ 127点
- ▶ サイログロブリン 137点 ⇒ 133点
- ▶ 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)、ヒト総毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β) 140点 ⇒ 136点
- ▶ カルシトニン 141点 ⇒ 137点

検体検査4

▶ ヒト総毛性ゴナドトロピン(HCG)定量、ヒト総毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	142点 ⇒ 138点
▶ 低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	162点 ⇒ 158点
▶ オステオカルシン(OC)	165点 ⇒ 161点
▶ 遊離テストステロン	166点 ⇒ 163点
▶ インタクト I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド (IntactPINP)	168点 ⇒ 163点
▶ 低単位ヒト総毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	170点 ⇒ 165点
▶ I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド(PINP)	170点 ⇒ 169点
▶ 副甲状腺ホルモン(PTH)、カテコールアミン分画	175点 ⇒ 170点
▶ デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体(DHEA-S)	176点 ⇒ 174点
▶ エストラジオール(E2)	182点 ⇒ 177点
▶ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)、カテコールアミン	200点 ⇒ 194点
▶ メタネフリン	223点 ⇒ 217点
▶ ソマトメジンC	224点 ⇒ 218点
▶ メタネフリン・ノルメタネフリン分画	227点 ⇒ 221点
▶ プレグナントリオール	240点 ⇒ 234点
▶ (新)遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画	320点

検体検査5

◆ 腫瘍マーカー

- ▶ 4項目以上 420点 ⇒ 408点
- ▶ 「2」の癌胎児性抗原(CEA)と「6」のDUPAN-2を併せて測定した場合は主たるもののみ

◆ 感染症免疫学的検査

- | | |
|--|-------------|
| ▶ ヘリコバクター・ピロリ抗原定性 | 146点 ⇒ 142点 |
| ▶ ヒトメタニューモウイルス抗原定性 | 150点 ⇒ 146点 |
| ▶ クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体 | 160点 ⇒ 156点 |
| ▶ 大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体 | 173点 ⇒ 168点 |
| ▶ 大腸菌血清型別 | 180点 ⇒ 175点 |
| ▶ 細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、 <u>及び大腸菌ベロトキシン定性</u> により毒素が確認又は <u>腸管出血性大腸菌用の選択培地に菌の発育が確認され、並びに血清抗体法により大腸菌のO抗原又はH抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定</u> | |
| ▶ この場合、細菌培養同定検査は算定不可 | |
| ▶ サイトメガロウイルス抗体 | 220点 ⇒ 削除 |
| ▶ レジオネラ抗原定性(尿) | 223点 ⇒ 217点 |
| ▶ 水痘ウイルス抗原定性(上皮細胞) | 240点 ⇒ 233点 |
| ▶ サイトメガロウイルスpp65抗原定性 | 387点 ⇒ 377点 |

検体検査6

◆ 肝炎ウイルス関連検査

- ▶ 5項目以上 447点 ⇒ 438点
- ▶ HBs抗原、HBs抗体、HBc抗体半定量・定量
 - ▶ 免疫抑制剤投与患者や化学療法実施患者に、B型肝炎の再活性化を考慮し、治療開始前に同時に測定した場合は、患者1人につきそれぞれ1回に限り算定可

◆ 自己抗体検査

- ▶ 抗Jo-1抗体定性、抗Jo-1抗体半定量、抗Jo-1抗体定量 144点 ⇒ 140点
- ▶ C1q結合免疫複合体 161点 ⇒ 157点
- ▶ 抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量 162点 ⇒ 161点
- ▶ 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性 172点 ⇒ 168点
- ▶ 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量 191点 ⇒ 186点
- ▶ 抗ミトコンドリア抗体定量 200点 ⇒ 194点

検体検査7

◆ 自己抗体検査

- ▶ 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体(PR3-ANCA) 275点 ⇒ 267点
- ▶ 抗糸球体基底膜抗体(抗GBM抗体) 277点 ⇒ 270点
- ▶ 抗シトルリン化ペプチド抗体定性・同定量
 - ▶ 関節リウマチに対する治療薬選択のために行う場合は、患者1人につき原則として1回限り算定
 - ▶ 当該検査結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合には3月に1回算定可
 - ▶ レセプト記載事項
 - 当該検査を2回以上算定する場合、その医学的な必要性
- ▶ 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA) 273点 ⇒ 265点
 - ▶ ELISA法、CLEIA法又はラテックス免疫比濁法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定

検体検査8

◆ 微生物核酸同定・定量検査

- ▶ クラミジア・トラコマチス核酸検出 204点 ⇒ 198点
- ▶ HCV核酸検出、HPV核酸検出 360点 ⇒ 350点
- ▶ HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定) 360点(変更無)
- ▶ HPV核酸検出、HPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)
 - 算定要件に区分番号K867-4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者を追加
 - 予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC-US(意義不明異型扁平上皮)と判定された患者又は過去に子宮頸部円錐切除若しくはレーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定できる
 - なお、過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者以外の患者については、細胞診と同時に実施した場合は算定できない

- ▶ 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出、淋菌核酸検出
 - ▶ 泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体(尿検体を含む)

◆ その他の微生物学的検査

- ▶ (新)クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出 450点

検体検査9

- ◆ 細菌培養同定検査
 - ▶ 血液又は穿刺液 210点 ⇒ 215点
- ◆ 細菌薬剤感受性検査
 - ▶ (新)薬剤耐性菌検出 50点
 - ▶ 基質特異性拡張型 β -ラクタマーゼ産生、メタロ β -ラクタマーゼ産生、AmpC産生等の薬剤耐性因子の有無の確認を行った場合に算定
 - ▶ (新)抗菌薬併用効果スクリーニング 150点
 - ▶ 多剤耐性グラム陰性桿菌が検出された際に、チェックカード法により抗菌薬の併用効果の確認を行った場合に算定
- ◆ 血漿蛋白免疫学的検査
 - ▶ β 2-マイクログロブリン 107点 ⇒ 104点
 - ▶ α 1-マイクログロブリン、ハプトグロビン(型補正を含む) 140点 ⇒ 136点
 - ▶ アレルゲン刺激性遊離ヒスタミン(HRT) 159点 ⇒ 削除
- ◆ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
 - ▶ (新)(4)症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なる複数の部位又は同一部位の複数箇所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1箇所のみの所定点数を算定する

検体検査10

◆ 検体検査判断料の見直し

- ▶ 尿・糞便等検査判断料 34点 (点数変更無)
- ▶ 血液学的検査判断料 125点 (点数変更無)
- ▶ 生化学的検査(Ⅰ)判断料 144点 (点数変更無)
- ▶ 生化学的検査(Ⅱ)判断料 144点 (点数変更無)
- ▶ 免疫学的検査判断料 144点 (点数変更無)
- ▶ 微生物学的検査判断料 150点 (点数変更無)
- ▶ (新)遺伝子関連・染色体検査判断料 100点
 - ▶ 注3区分番号D004-2の1に掲げる悪性腫瘍遺伝子検査及び区分番号D006-2からD006-9まで及びD006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない
- ▶ 対象項目
 - ▶ 悪性腫瘍遺伝子検査、造血器腫瘍遺伝子検査、MajorBCR-ABL1、遺伝学的検査、染色体検査、免疫関連遺伝子再構成、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型、サイトケラチン19(KRT19)mRNA検出、WT1mRNA、FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子検査、EGFR遺伝子検査(血漿)、骨髄微小残存病変量測定、BRCA1/2遺伝子検査、FLT3遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、NUDT15遺伝子多型、JAK2遺伝子検査等

検体採取料

◆ 血液採取(1日につき)

- ▶ 静脈

30点 ⇒ 35点

◆ 乳腺穿刺又は針生検(片側)

- ▶ 生検針によるもの

650点 ⇒ 690点

◆ (新)乳幼児加算の新設(6歳未満の乳幼児に対して行った場合)

- ▶ 胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む) 40点
- ▶ 動脈血採取(1日につき) 15点
- ▶ 前房水採取 90点
- ▶ 副腎静脈サンプリング(一連につき) 1,000点

生体検査1

- ◆ 脈波図、心機図、ポリグラフ検査
 - ▶ 閉塞性動脈硬化症は血管伸展性検査により算定
- ◆ 小腸内視鏡検査
 - ▶ ダブルバルーン内視鏡
 - ⇒ バルーン内視鏡検査 7,800点 ⇒ 6,800点
 - ▶ シングルバルーン内視鏡 5,000点 ⇒ 削除
 - ▶ カプセル型内視鏡によるもの 1,700点(変更無)
 - ▶ その他のもの 1,700点(変更無)
- ◆ (新)回腸囊ファイバースコピー 550点
- ◆ トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点 ⇒ 1,600点
- ◆ ヒステロスコピー 220点 ⇒ 620点
- ◆ 子宮腔部等からの検体採取
 - ▶ 子宮全摘術後の腔端細胞診を目的とした検体採取は子宮頸管粘液採取(40点)で算定

生体検査2

◆ 終夜睡眠ポリグラフィー

- ▶ 1・2(略)
- ▶ 1及び2以外の場合(3,960点)の再編
 - ▶ (新)イ、安全精度管理下で行うもの(要届出) 4,760点
 - ▶ (新)ロ、その他のもの 3,570点
- ▶ 安全精度管理下で行うものの算定要件
 - ▶ 次のいずれかに該当する患者等
 - (イ)以下のいずれかの合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者
 - » ①心疾患、神経筋疾患(脳血管障害を含む)又は呼吸器疾患(継続的に治療を行っている場合に限る)
 - » ②BMI35以上の肥満
 - » ③生活に常時介護を要する認知機能障害
 - (ロ)以下のいずれかの睡眠障害の患者
 - » ①中枢性過眠症
 - » ②パラソムニア
 - » ③睡眠関連運動障害
 - » ④睡眠中多発するてんかん発作
 - (ハ)13歳未満の小児の患者
 - (ニ)その他、安全精度管理が医学的に必要と主治医が認める場合

生体検査3

▶ 安全精度管理下で行うものの算定要件

▶ レセプト記載事項

- 前ページのいずれかの要件を満たす医学的根拠
- 診療報酬明細書の摘要欄に記載又は添付
- 安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む)
- 検査中の安全精度管理を担当した従事者の氏名
- 検査中の安全精度管理に係る記録
- 検査結果の要点
- 合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に実施した場合
- 当該患者の継続的な治療の内容、BMI、日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性

▶ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の算定患者の場合

- 治療効果判定のため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度に算定

▶ 下記の検査を全て測定し記録

- (イ)8極以上の脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図
- (ロ)鼻又は口における気流の検知
- (ハ)胸壁及び腹壁の換気運動記録
- (二)パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連續測定

▶ 当該患者の睡眠中8時間以上連続して自院内で測定、記録

▶ 専ら当該検査の安全及び精度の確保を担当する医師、看護師又は臨床検査技師の下で実施

▶ 原則として当該検査の実施中に他の業務を兼任しない

生体検査4

MS
G検
査

▶ 安全精度管理下で行うものの算定要件

▶ その他の要件

- 脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準
- 「D200」スパイログラフィー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び「D239」筋電図検査併算定不可
- 測定開始後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、中断した場合は、類似する検査項目によって算定
- 診療録記載事項
- 検査結果の要点を記載し、検査中の安全精度管理に係る記録を添付

生体検査5

◆ 生体検査判断料の見直し

- ▶ 幼児加算(3歳以上6歳未満)の対象追加 100分の40
- ▶ 区分番号D200からD242までに掲げる検査(次に掲げるものを除く)
- ▶ 食道ファイバースコピ一、胃・十二指腸ファイバースコピ一、小腸内視鏡検査、直腸ファイバースコピ一、大腸内視鏡検査、膀胱尿道ファイバースコピ一、肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

◆ ダーモスコピー

72点(点数変更無)

- ▶ 新たに他の疾患で検査を行う場合でも前回の算定日から1月を経過している
↓
- ▶ 新たに他の病変で検査を行う場合で、医学的な必要性から4月に2回以上算定する場合
 - ▶ 診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載することとし、この場合であっても1月に1回を限度

生体検査6

◆ 屈折検査1の加算新設

- ▶ (新)小児矯正視力検査加算 35点
 - ▶ 弱視又は不同視と診断された患者
 - ▶ 眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合
 - ▶ 散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合は前後各1回
 - ▶ 3月に1回加算
 - ▶ 矯正視力検査は算定不可

◆ 前眼部三次元画像解析

- ▶ 急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離の患者に対して月1回に限り算定する

◆ 網膜中心血管圧測定の廃止

- ▶ 簡単なもの 42点
- ▶ 複雑なもの 100点
- ▶ 経過措置
 - ▶ 令和4年3月31日までの間に限り算定できる

超音波検査1

◆ 超音波検査の再編

- ▶ 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)
 - ▶ イ、胸腹部
 - ▶ ロ、下肢血管
 - ▶ ハ、その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)

↓

- ▶ 断層撮影法(心臓超音波検査を除く)
 - ▶ (新)イ、訪問診療時に行った場合(月1回) 400点
 - ▶ ロ、その他の場合
 - 胸腹部 530点
 - 下肢血管 450点
 - その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等) 350点
- ▶ 加算の見直し
 - ▶ パルスドプラ法加算 200点 ⇒ 150点

超音波検査2

- ◆ 算定要件の新設
 - ▶ 超音波検査(胎児心エコー法を除く)を算定した場合の記載事項
 - ▶ 当該検査で得られた主な所見を診療録に記載
 - ▶ 又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載
 - ▶ 医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載
 - ▶ その他のカルテ・レセプト記載事項
 - ▶ 検査で得られた画像を診療録に添付
 - ▶ 測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付
 - ▶ 胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域を診療報酬明細書の摘要欄に以下の該当項目を記載(次ページ)

超音波検査3

- ◆ 算定要件の新設
 - ▶ レセプトに記載する検査領域
 - ▶ ア、消化器領域 (肝臓・胆嚢・脾臓・脾臓・消化器)
 - ▶ イ、腎・泌尿器領域 (腎臓・膀胱・尿管・前立腺)
 - ▶ ウ、女性生殖器領域 (卵巣・卵管・子宮)
 - ▶ エ、血管領域 (大動脈・大静脈等)
 - ▶ オ、胸腔内・腹腔内の貯留物等
 - ▶ カ、その他
 - 複数領域の検査を行った場合は全て記載
 - カに該当する場合は具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載
 - ▶ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法(心臓超音波検査を除く)を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月1回に限り算定する

認知機能検査その他の心理検査

◆ 操作が容易なものの再編

- ▶ イ、簡易なもの(原則、3月に1回) 80点
 - ▶ 主に疾患(疑いを含む)の早期発見を目的とする下記のもの
 - MAS不安尺度、MEDE多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール、MMSE
 - ▶ 原則として3月に1回に限り算定
 - ▶ 医学的な必要性から3月以内に2回以上算定する場合
 - 診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載
- ▶ 口、その他のもの 80点
 - ▶ CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病(抑うつ状態)自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、POMS2、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、ブルドン抹消検査、WHOQOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth(医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る)、NPI、BEHAVE-AD、音読検査(特異的読字障害を対象にしたものに限る)、WURS、MCMI-II、MOCI邦訳版、DES-II、EAT-26、STAI-C状態・特性不安検査(児童用)、DSRS-C、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト、MoCA-J及びClinical Dementia Rating(CDR)

MS
G

投 藥

調剤料、処方箋料、調剤技術基本料

MS

投薬

- ◆ 院内処方
 - ▶ 調剤料
 - ▶ 入院中の患者以外の患者
 - 内服薬、浸煎薬及び屯服薬 9点 ⇒ 11点
 - 外用薬 6点 ⇒ 8点
 - ▶ 調剤技術基本料
 - ▶ その他の患者に投薬を行った場合 8点 ⇒ 14点
- ◆ 院外処方
 - ▶ 処方箋料
 - ▶ 一般名処方加算1 6点 ⇒ 7点
 - ▶ 一般名処方加算2 4点 ⇒ 5点
 - ▶ 算定要件の追加
 - ▶ 品目数は一般的名称で計算
 - ▶ 投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても別品目として計算

注 射

注射全般

◆点滴注射(1日につき)の見直し

- ▶ 6歳未満で100ml以上 98点 ⇒ 99点
- ▶ 6歳以上で500ml以上 97点 ⇒ 98点
- ▶ 上記以外 49点 ⇒ 49点

◆注射の通則7の準用規定追加

- ▶ (新)第1節注射料に掲げられていない注射のうち、特殊な注射(点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む)の注射料は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定
 - ▶ 今後革新的な医薬品や医療機器の開発に伴い特殊な注射手技が出現しうるため

◆(新)外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点

- ▶ 実施に当たっては関連学会の定める手引きを遵守

◆介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用

- ▶ 抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る)の費用
 - ▶ 外来化学療法加算を算定する注射に係るものから修正

カテーテルの長期管理

MS

注射

- ◆ 中心静脈注射用カテーテル挿入
 - ▶ 長期の栄養管理目的の場合の算定要件追加
 - ▶ 中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際に患者又はその家族等への説明を行う
 - 中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項
 - ▶ 中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他院等に紹介する場合の診療情報提供
 - 中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項
 - 患者又はその家族等への説明内容 等
 - ▶ 下記についても同様
 - ▶ 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入
 - ▶ 中心静脈注射用埋込型カテーテル設置
 - ▶ 腸瘻・虫垂瘻造設術
 - ▶ 腹腔鏡下腸瘻・虫垂瘻造設術

画像診断

CTの加算の見直し1

- ◆ 頭部外傷の乳幼児加算等の算定要件見直し
 - ▶ (新)新生児頭部外傷撮影加算 100分の85
 - ▶ (新)乳幼児頭部外傷撮影加算 100分の55
 - ▶ (新)幼児頭部外傷撮影加算 100分の35
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 6歳未満の小児の頭部外傷に対し
 - ▶ 関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に算定
 - ▶ レセプト記載事項
 - ▶ 医学的根拠について以下のアからカのいずれか
 - ▶ カの場合は、その理由及び医学的な根拠
 - ア、GCS≤14
 - イ、頭蓋骨骨折の触知又は徵候
 - ウ、意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)
 - エ、受診後の症状所見の悪化
 - オ、家族等の希望
 - カ、その他

CTの加算の見直し2

- ◆ 冠動脈CT撮影加算(要届出) 600点 (変更無)
 - ▶ 算定要件の見直し
 - ▶ 以下のアからオまでの場に、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること
 - ▶ また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること
 - ア、諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常(超音波検査等の所見から疑われた場合に限る)
 - イ、急性冠症候群(血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る)
 - ウ、狭心症(定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る)
 - エ、狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)が認められる場合
 - オ、その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

MRIの加算の見直し

◆ 乳房MRI加算(要届出)の要件見直し

▶ 算定要件

▶ 触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する

画像診断のマスタ化(抜粋)

分類	コメントコード	コメント文
頭	830181000	単純撮影(撮影部位)頭部:(左/右の別を記載)
	820182000	CT撮影(撮影部位)頭部
	820183010	MRI撮影(撮影部位)頭部(脳を除く)
	820183020	MRI撮影(撮影部位)頭部(脳)
頸	830181100	単純撮影(撮影部位)頸部(頸椎を除く):(左/右の別を記載)
	830181120	単純撮影(撮影部位)頸椎:(左/右の別を記載)
	820182110	CT撮影(撮影部位)頸部
	820183110	MRI撮影(撮影部位)頸部
	830181120	MRI撮影(撮影部位)頸椎
胸	820183200	単純撮影(撮影部位)肩:(左/右の別を記載)
	830181220	単純撮影(撮影部位)胸部(肩を除く):(左/右の別を記載)
	830181230	単純撮影(撮影部位)乳房:(左/右の別を記載)
	830181250	単純撮影(撮影部位)胸椎:(左/右の別を記載)
	820182210	CT撮影(撮影部位)胸部(肩を含む)
	820182240	CT撮影(撮影部位)脊椎
	820182260	CT撮影(撮影部位)心臓



処 置

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、
個々の点数は厚生労働省のHPからご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603760.pdf>

手技の点数見直し1

MS

- ◆ 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含)
12点 ⇒ 14点
 - ▶ 口腔、咽頭処置と併施の場合も14点
- ◆ 口腔、咽頭処置
12点 ⇒ 14点
 - ▶ 鼻処置と併施の場合も14点
- ◆ 間接喉頭鏡下喉頭処置(喉頭注入を含む) 27点 ⇒ 32点
- ◆ 耳管処置(耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む)
 - ▶ カテーテルによる耳管通気法(片側) 30点 ⇒ 36点
 - ▶ ポリツツェル球による耳管通気法 20点 ⇒ 24点

処置

手技の点数見直し2

MS

処置

- ◆ 関節穿刺(片側) 100点 ⇒ 120点
- ◆ ストーマ処置(1日につき)
 - ▶ ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合 100点 ⇒ 120点
- ◆ 胃洗浄 250点 ⇒ 300点
- ◆ 膀胱洗浄(熱性洗浄を含む) 47点 ⇒ 56点
- ◆ 子宮腔洗浄(薬液注入を含む) 47点 ⇒ 56点
- ◆ 涙嚢ブジー法(洗浄を含む) 45点 ⇒ 54点

義肢装具の提供に係る評価の再編

【治療装具の採型ギプス】

義肢装具採型法(1肢につき)	200点
義肢装具採型法(四肢切断の場合) (1肢につき)	700点
体幹硬性装具採型法	700点
義肢装具採型法(1肢につき) (股関節、肩関節離断の場合)	1,050点

【練習用仮義足又は仮義手】

義肢装具採型法(四肢切断の場合) (1肢につき)	700点
義肢装具採型法(1肢につき) (股関節、肩関節離断の場合)	1,050点

【義肢装具採寸法(1肢につき)】

【治療装具採型法(1肢につき)】

【義肢採型法】

四肢切断の場合(1肢につき)	700点
股関節、肩関節離断の場合 (1肢につき)	1,050点

【練習用仮義足又は仮義手採型法】

四肢切断の場合(1肢につき)	700点
股関節、肩関節離断の場合(1肢につき)	1,050点

【治療用装具採寸法(1肢につき)】

体幹装具	700点
四肢装具(1肢につき)	700点
その他(1肢につき)	200点



- ◆ フットインプレッションフォームを使用して装具の採型を行った場合
 - ▶ 治療用装具採型法の「3」その他の場合で算定



手 術

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、
個々の点数は厚生労働省のHPからご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000603762.pdf>

手技の点数見直し1

◆ 外科・整形外科系

▶ 皮膚切開術

- ▶ 長径10cm未満 470点 ⇒ 570点
- ▶ 長径10cm以上20cm未満 820点 ⇒ 990点
- ▶ 長径20cm以上 1,470点 ⇒ 1,770点

▶ 乳腺膿瘍切開術

820点 ⇒ 980点

▶ 筋肉内異物摘出術

2,840点 ⇒ 3,440点

▶ 骨折経皮的鋼線刺入固定術

- ▶ 鎮骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 1,660点 ⇒ 1,990点

▶ 関節脱臼非観血的整復術

- ▶ 肩、股、膝 1,500点 ⇒ 1,800点
- ▶ 胸鎖、肘、手、足 1,300点 ⇒ 1,560点
- ▶ 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障 800点 ⇒ 960点

▶ 非観血的関節授動術

- ▶ 肩、股、膝 1,320点 ⇒ 1,590点

手技の点数見直し2

◆ 皮膚科・泌尿器科・婦人科系

▶ 爪甲除去術	640点 ⇒ 770点
▶ ひょう疽手術	
▶ 軟部組織のもの	990点 ⇒ 1,190点
▶ 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040点 ⇒ 1,250点
▶ 陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130点 ⇒ 1,360点
▶ バルトリソ腺膿瘍切開術	780点 ⇒ 940点
▶ 外陰・膣血腫除去術	1,600点 ⇒ 1,920点
▶ 膣壁尖圭コンジローム切除術	1,040点 ⇒ 1,250点
▶ 精索捻転手術の見直し	
▶ 対側の精巣固定術を伴うもの	7,810点 ⇒ 8,230点
▶ その他のもの	8,230点 ⇒ 7,910点
▶ 子宮頸管ポリープ切除術	990点 ⇒ 1,190点
▶ 子宮腔部冷凍凝固術	990点 ⇒ 1,190点

手技の点数見直し3

◆ 眼科

- ▶ 涙点、涙小管形成術 550点 ⇒ 660点
- ▶ 涙嚢切開術 690点 ⇒ 830点
- ▶ 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術 630点 ⇒ 760点
- ▶ 眼瞼膿瘍切開術 470点 ⇒ 570点
- ▶ 外眥切開術 470点 ⇒ 570点
- ▶ マイボーム腺梗塞摘出術、切開術 360点 ⇒ 440点
- ▶ 囊粒腫摘出術 580点 ⇒ 700点
- ▶ 瞼板切除術(巨大囊粒腫摘出) 1, 440点 ⇒ 1, 730点
- ▶ 眼瞼内反症手術
 - ▶ 縫合法 1, 660点 ⇒ 1, 990点
 - ▶ 皮膚切開法 2, 160点 ⇒ 2, 590点
- ▶ 結膜結石除去術 2、多数のもの ⇒ 2、多数のもの(1眼瞼ごと)

手技の点数見直し4

◆ 眼科

- ▶ 結膜下異物除去術 390点 ⇒ 470点
- ▶ 水晶体再建術:(新)高次収差解析加算 150点
- ▶ 算定要件
 - 水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に「縫着レンズを挿入するもの」に高次収差解析を行った場合
 - 手術の前後それぞれ1回に限り算定
 - 水晶体偏位又は眼内レンズ偏位が疑われた場合でも手術を行わなかった時は算定不可

◆ 耳鼻咽喉科

- ▶ 耳介血腫開窓術 380点 ⇒ 460点
- ▶ 外耳道異物除去術
 - ▶ 単純なもの 220点 ⇒ 260点
 - ▶ 複雑なもの 710点 ⇒ 850点
- ▶ 耳茸摘出術 830点 ⇒ 1, 000点
- ▶ 外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む) 6, 330点 ⇒ 7, 600点

手技の点数見直し5

◆ 耳鼻咽喉科

▶ 鼓膜切開術	690点 ⇒ 830点
▶ 鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1, 580点 ⇒ 1, 900点
▶ 鼻腔粘膜焼灼術	900点 ⇒ 1, 080点
▶ 下甲介粘膜焼灼術	900点 ⇒ 1, 080点
▶ 鼻骨骨折徒手整復術	1, 640点 ⇒ 1, 970点
▶ 鼻甲介切除術	
▶ 高周波電気凝固法によるもの	900点 ⇒ 1, 080点
▶ その他のもの	2, 770点 ⇒ 3, 320点
▶ 鼻茸摘出術	1, 090点 ⇒ 1, 310点
▶ 内視鏡下鼻中隔手術 II型(粘膜手術)	2, 030点 ⇒ 2, 440点
▶ 内視鏡下鼻腔手術 I型(下鼻甲介手術)	6, 620点 ⇒ 7, 940点
▶ 咽頭異物摘出術	
▶ 簡単なもの	420点 ⇒ 500点

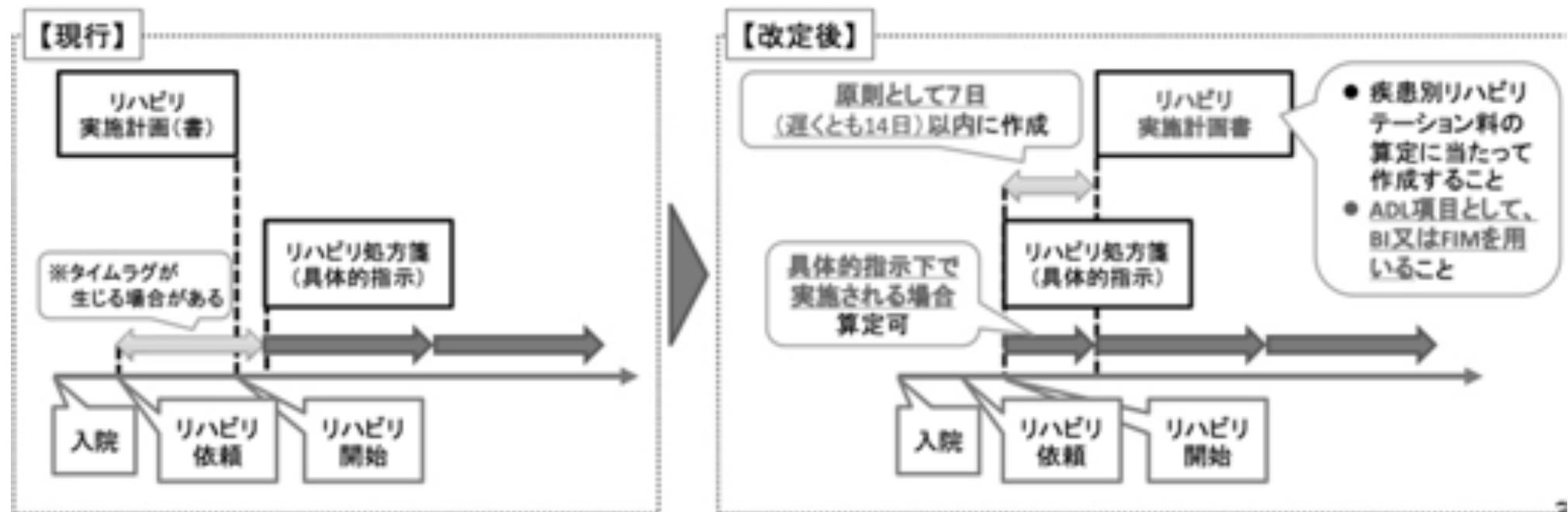
MS
G

リハビリテーション

事務手続きの簡素化1

- ◆ リハビリテーション通則の見直し
 - ▶ カルテの記載
 - ▶ 「要点を記載」から「計画書の添付」へ
 - ▶ 文言の見直し
 - ▶ 「関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能の指標」 ⇒ 「その他の指標」
 - ▶ 標準的算定日数超のレセプト記載事項
 - ▶ 「前月の状態とを比較した当月の患者の状態」
⇒ 「前3か月の状態と比較した当月の患者の状態」
- ◆ 「リハビリテーション実施計画書」の位置づけを明確化
 - ▶ 疾患別リハビリテーションの実施の際は、リハビリテーション実施計画書を作成
 - ▶ リハビリテーション実施計画書の作成には、ADL項目とし、BI又はFIMのいずれかを用いる
 - ▶ リハビリテーション実施計画書の作成期日
 - ▶ 疾患別リハビリテーションの算定開始後、原則として7日以内、遅くとも14日以内に行う
 - ▶ リハビリテーション実施計画書の作成前に行われる疾患別リハ
 - ▶ 医師の具体的な指示の下で行われる場合に限り、疾患別リハビリテーション料を算定できる

事務手続きの簡素化2



事務手続きの簡素化3

- ◆ 3月5日疑義解釈(リハビリテーション実施計画書)
 - ▶ Q、「リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、実施するリハビリテーションについて医師の具体的な指示があった場合に限り…算定できる。」とあるが、「医師の具体的な指示」とは具体的にどのような指示か
 - ▶ A、「医師の具体的指示」については、医学的判断によるが、例えば、患者のリハビリテーションの必要量や内容、実施するに当たっての禁忌事項等の指示が含まれる
 - ▶ Q、リハビリテーション実施計画書そのものは未作成の段階であっても、医師の具体的な指示のもとにリハビリテーションを実施するに当たり、患者等に対し、実施計画の内容の説明や本人等からの署名を得る必要はないのか
 - ▶ A、リハビリテーション実施計画書作成前に患者からの署名を得ることを要件とはしていない

疾患別リハビリテーション1

◆ リハビリテーション総合計画評価料の加算新設

- ▶ (新)運動量増加機器加算 150点
- ▶ 対象リハビリテーション料
 - 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
 - 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
- ▶ 算定要件
 - 脳卒中又は脊髄障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者(脳卒中又は脊髄障害の再発によるものを含む。)が対象
 - 医師、理学療法士又は作業療法士のうち1名以上が、患者の運動機能障害の状態を評価し、脳血管疾患等リハビリテーションに運動量増加機器を用いることが適当と判断した場合であって、当該機器を用いたリハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、1回に限り算定
 - ただし、当該機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められる場合に限り、発症日から起算して2月を限度として月1回に限り算定し、医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載
 - 算定時に適応疾患、発症年月日、運動障害に係る所見、使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定をリハビリテーション総合実施計画書に記載し、その写しを診療録等に添付

疾患別リハビリテーション2

- ◆ 呼吸器リハビリテーション料の算定要件等見直し
 - ▶ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位) 175点
 - ▶ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 85点
 - ▶ 施設基準に実施者追加
 - ▶ 常勤言語聴覚士を追加
- ◆ 難病患者リハビリテーション料の施設基準見直し
 - ▶ 難病患者リハビリテーション料 640点
 - ▶ 施設基準に実施者追加
 - ▶ 言語聴覚士を追加
 - ▶ 届出時の留意事項
 - ▶ 届出時の名簿に看護師と言語聴覚士を追加

疾患別リハビリテーション3

- ◆ 脳血管疾患等リハ料の見直し(言語聴覚士のみ実施)
 - ▶ 脳血管疾患等リハ料(Ⅱ)(1単位) 200点
 - ▶ 施設基準の見直し
 - ▶ (新)(6)言語聴覚療法のみを実施する場合
 - ▶ 以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハ料(Ⅱ)の基準を満たす
 - ア、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を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、当該基準を満たしていることとみなすことができる

疾患別リハビリテーション4

◆ 脳血管疾患等リハ料の見直し(言語聴覚士のみ実施)

▶以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハ料(Ⅱ)の基準を満たす

- イ、専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る
- ウ、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)を有していること
- エ、言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること

維持期リハビリテーション

- ◆ 維持期リハビリテーションの取扱いの明確化
 - ▶ 要介護被保険者等の患者に対する維持期は、平成31年3月31日で経過措置が終了
 - ▶ 引き続き維持期リハビリテーションの算定が可能である患者を明確化
- ◆ 脳血管疾患等・廃用症候群・運動器リハ料
 - ▶ 対象点数の廃止と算定要件の見直し
 - ▶ 注4((略))この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する
 - 脳血管疾患等リハ料(I)(1単位) 147点 ⇒ 廃止
 - 脳血管疾患等リハ料(II)(1単位) 120点 ⇒ 廃止
 - 脳血管疾患等リハ料(III)(1単位) 60点 ⇒ 廃止
 - ↓
 - ▶ 注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする

医学管理料1

◆ 外来リハビリテーション診療料の見直し

▶ 外来リハビリテーション診療料1 73点

▶ 外来リハビリテーション診療料2 110点

▶ 算定要件の緩和

▶ 医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの(略)

↓

▶ 医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない

医学管理料2

◆ 3月5日疑義解釈(外リハ診療料)

- ▶ Q、外来リハビリテーション診療料について、リハビリスタッフからの報告を受ければ、カンファレンスの実施は必須ではないということなのか。それとも、医師がカンファレンスに参加することが必須ではないということで、カンファレンスの実施そのものは必須となるのか
- ▶ A、「医師がリハビリテーションスタッフからの報告を受けることが要件であるため、前段については、貴見のとおり。後段の「カンファレンスの実施そのもの」は必須ではない

医学管理料3

- ◆ 小児運動器疾患指導管理料の見直し
 - ▶ 小児運動器疾患指導管理料(要届出) 250点
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 地域において診療を担う他の医療機関から紹介された ⇒ 削除
 - ▶ 運動器疾患有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回)に限り算定
 - ▶ 同一月に小児科療養指導料を算定している患者には算定不可
- ◆ 届出に関する事項(届出不要から要届出へ)
 - ▶ 届出は別添2の様式5の8の2を用いること
 - ▶ 施設基準(変更なし)
 - ▶ 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること
 - 整形外科の診療に従事した経験を5年以上有していること
 - 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること

MS
G

人工透析

人工腎臓の評価の見直し1

透析関係

慢性維持透析を行った場合 ※別に定める患者※
HIF-PH阻害剤を院内処方された患者

対象	基準	慢性維持透析1		慢性維持透析2		慢性維持透析3	
		旧	新	旧	新	旧	新
4時間未満	(新)別に定める患者	1,980点	1,924点	1,940点	1,884点	1,900点	1,844点
	上記以外		1,798点		1,758点		1,718点
4時間以上 5時間未満	(新)別に定める患者	2,140点	2,084点	2,100点	2,044点	2,055点	1,999点
	上記以外		1,958点		1,918点		1,873点
5時間以上	(新)別に定める患者	2,275点	2,219点	2,230点	2,174点	2,185点	2,129点
	上記以外		2,093点		2,048点		2,003点

人工腎臓の評価の見直し2

▶ 算定要件の見直し

▶ 人工腎臓の所定点数に含まれるもの(抄)

- 透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチニル製剤、ダルベポエチニル製剤、エポエチンベータペゴル製剤、HIF-PH阻害剤(院内処方されたものに限る)の費用は所定点数に含まれ別に算定不可
- なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等も別に算定不可

▶ 診療録への記載事項

- 上記薬剤を使用しない場合(慢性維持透析濾過加算を算定する場合を含む)には、HIF-PH阻害剤の服薬状況等

人工腎臓の評価の見直し3

◆ 導入期加算の見直し

- ▶ 導入期加算1 300点 ⇒ 200点
- ▶ 導入期加算2 400点 ⇒ 500点
- ▶ 導入期加算2の施設基準の見直し
 - ▶ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること
 - ▶ 腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録を行った患者、先行的腎移植が実施された患者又は又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す

◆ 3月5日疑義解釈(導入期加算)

- ▶ Q、令和2年度改定後、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いることとなつたが、届出している医療機関については要件を満たしていれば再度の届出は不要と考えてよいか
- ▶ A、毎年度届出は必要

人工腎臓の指導料の新設1

- ◆ (新)腎代替療法指導管理料(要届出)(患者1人2回) 500点
 - ▶ 算定要件
 - ▶ 当該患者の同意を得て、看護師と共同して患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合
 - ▶ 1回の指導時間は30分以上
 - ▶ 対象患者は次のいずれかの要件を満たすもの
 - 慢性腎臓病の患者で、3月前までの直近2回のe-GFR(ml/分/1.73m²)がいずれも30未満の場合
 - » 該当する場合は、直近の血液検査におけるeGFRの検査値でいずれかに該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載
 - » イ、25ml/min/1.73m²以上、30ml/min/1.73m²未満
 - » ロ、15ml/min/1.73m²以上、25ml/min/1.73m²未満
 - » ハ、15ml/min/1.73m²未満
 - » 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
 - » 当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由を診療報酬明細書に記載

人工腎臓の指導料の新設2

透析
関係

◆ (新)腎代替療法指導管理料

▶ 算定要件

- ▶ 以下の職種が以下の状況において情報提供等をした場合
 - 腎臓内科の経験を有する常勤医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師
 - 当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合
 - 腎代替療法について指導を行う
 - 患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行う
- ▶ 患者1人につき2回に限り算定
- ▶ 2回目の算定の際は、その医療上の必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載
- ▶ 腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に行い、血液透析、腹膜透析、腎移植等の腎代替療法のうち、いずれについても情報提供する(腎臓病教室とは別に行う)
- ▶ 指導内容等の要点を診療録に記載
 - 説明文書の写しを診療録に添付することで代用可
- ▶ 説明には、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行う

人工腎臓の指導料の新設③

◆ (新)腎代替療法指導管理料

▶ 施設基準

- ▶ 導入期加算2の施設基準に準じる
- ▶ 以下の全てを満たしていること

- 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行う
- 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定している
- 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いる

» 腎移植に向けた手続き等を行った患者

» 臨器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者

▶ 当該医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること

- 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
- 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師
- ▶ 腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的に実施すること
- ▶ 届出は別添2の様式2の2を用いること

人工腎臓の指導料の新設4

MS

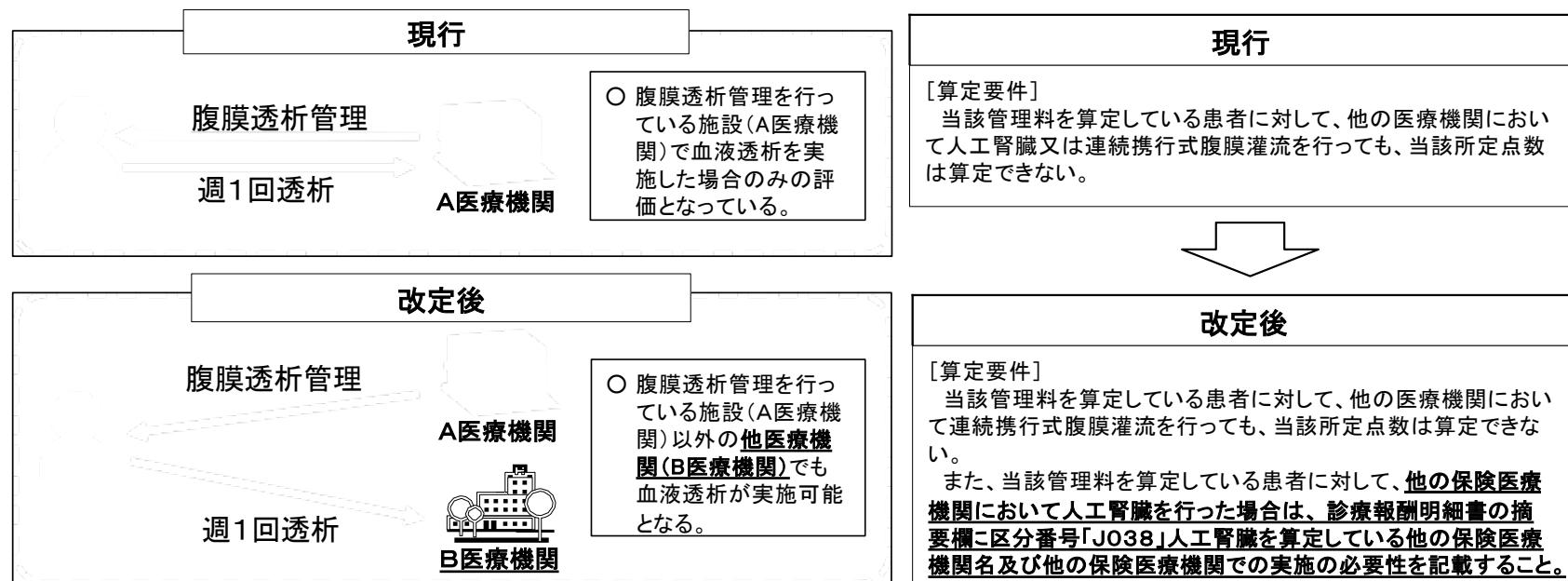
- ◆ 3月5日疑義解釈(腎代替療法指導管理料)
 - ▶ Q、腎移植に向けた手続きを行った患者の数に他の医療機関に紹介して紹介先医療機関で腎臓移植ネットワークに登録された患者及び生体腎移植を行った患者をカウントしてよいか
 - ▶ A、他の医療機関に紹介して紹介先医療機関で腎臓移植ネットワークに登録された患者及び生体腎移植を行った患者は、カウントしてもよい
 - ▶ Q、腎代替療法指導管理料に関する施設基における「関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料とは具体的にどの学会が作成した資料なのか
 - ▶ A、日本腎臓学会・日本透析医学会・日本移植学会・日本臨床腎移植学会・日本腹膜透析医学会により作成された「腎不全治療選択とその実際」を指す
 - ▶ Q、在宅腹膜灌流指導管理料を過去1年で12回以上算定していること」とあるが届出前の直近の1年でよいのか。定期的に実施が必要なのか
 - ▶ A、届出については、直近の1年でよい。また、定期的な実施が必要である
 - ▶ Q、「腎臓病教室を定期的に実施すること」とあるが、実施頻度の基準はあるのか
 - ▶ A、腎臓病教室は1回以上／年の開催が必要

透析関係

腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件見直し

◆ 人工腎臓の算定要件

- ▶ 在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定患者に行った場合
 - ▶ 腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定
 - ▶ 週1回を超えた場合は薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定可
- ▶ 他院で在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合
 - ▶ 診療報酬明細書の摘要欄に、在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定可



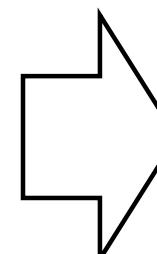
持続緩徐式血液濾過の見直し

◆ 持続緩徐式血液濾過

- ▶ 次のアからケまでに掲げるいずれかの状態の患者に算定
 - キ及びクの場合は一連につき概ね8回、ケの場合は一連につき月10回を限度として3月間に限り算定
- ▶ ア、末期腎不全の患者
- ▶ イ、急性腎障害と診断された高度代謝性アシドーシスの患者
- ▶ ウ、急性腎障害と診断された薬物中毒の患者
- ▶ エ、急性腎障害と診断された尿毒症の患者
- ▶ オ、急性腎障害と診断された電解質異常の患者
- ▶ カ、急性腎障害と診断された体液過剰状態の患者
- ▶ キ、急性膵炎診療ガイドライン2015において、持続緩徐式血液濾過の実施が推奨される重症急性膵炎の患者
- ▶ ク、重症敗血症の患者
- ▶ ケ、劇症肝炎又は術後肝不全(劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む)の患者
- ▶ レセプト記載事項
 - ▶ アからカのいずれかに該当
 - 該当項目
 - ▶ キからケのいずれかに該当
 - 要件を満たす医学的根拠

内シャント設置術の再編

◆ 末梢動静脈瘻造設術



改定前		改定後	
静脈転移を伴うもの	21,300点	内シャント増設術 静脈転移を伴うもの	15,300点
内シャント又は 外シャント設置術	18,080点	内シャント増設術 単純なもの	12,080点
外シャント血栓除去術	1,680点	—	—
その他のもの	7,760点	その他のもの	7,760点

末梢動静脈瘻造設術「静脈転位を伴うもの」は、穿刺することが困難な部位を走行する静脈を長さ15cm以上遊離して遠位端を切断し、穿刺することができる部位に転位して、断端を動脈と吻合して動静脈瘻を造設した場合に算定

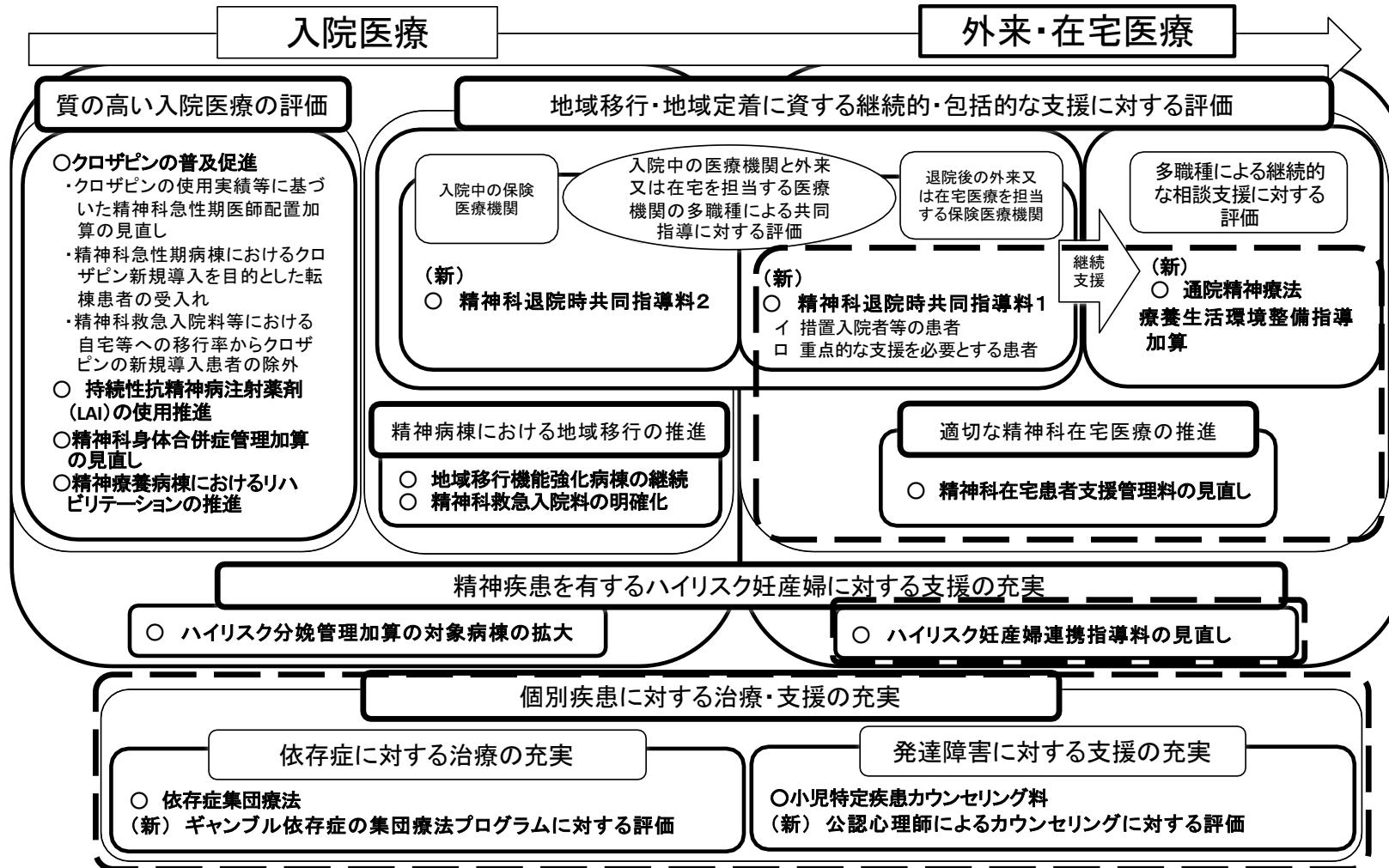
経皮的シャント拡張術・血栓除去術の再編

- ◆ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点
 - ↓
- ◆ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
 - ▶ 1、初回 12,000点
 - ▶ 「初回」は3月に1回に限り算定
 - ▶ 2、1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点
 - ▶ 「2」は次のいずれかに該当する場合に「初回」を算定してから3月以内に実施した場合は、1回を限度に算定
 - ア、透析シャント閉塞の場合
 - イ、超音波検査でシャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合(アの場合を除く)
 - ▶ レセプト記載事項
 - 上記のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠
 - 「2」については、「初回」の前回算定日(他院での算定を含む)

MS
G

精神科専門療法

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価



ギャンブル依存症に対する治療の評価1

- ◆ 依存症集団療法(1回につき)
 - ▶ 1、薬物依存症の場合(要届出) 340点
 - ▶ (新)2、ギャンブル依存症の場合(要届出) 300点
- ▶ ギャンブル依存症の場合の算定要件
 - ▶ ギャンブル依存症の患者
 - ▶ 入院中の患者以外のもの
 - ▶ 集団療法を実施した場合
 - ▶ 治療開始日から起算して3月を限度
 - ▶ 2週間に1回算定可能
- ▶ 対象医療機関
 - ▶ 依存症専門医療機関(後述)

ギャンブル依存症に対する治療の評価2

▶ 1、薬物依存症の場合の算定要件

▶ 以下のいずれも満たす場合に算定可

- 覚せい剤、麻薬、大麻、危険ドラッグに対する物質依存の状態にあるものに、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る)であることが、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行う
- 1回に20人に限り、90分以上実施する
- 平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行う

ギャンブル依存症に対する治療の評価3

▶ (新)2、ギャンブル依存症の場合の算定要件

▶ 以下のいずれも満たす場合に算定可

- ギャンブルに対する依存状態にあるものに、精神科医又は精神科医の指示を受けた以下の職種が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行う
 - » 看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれもギャンブル依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る)であること)
- 1回に10人に限り、60分以上実施する
- 平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行う

ギャンブル依存症に対する治療の評価4

MS

- ▶ (新)2、ギャンブル依存症の施設基準
 - ▶ ギャンブル依存症に関する専門の医療機関であること
 - ▶ 院内に適切な研修を修了した以下の人員配置(いずれも1名以上)
 - 専任の精神科医
 - 専任の看護師又は専任の作業療法士
 - ▶ 適切な研修とは
 - 国又は医療関係団体等が主催する研修(研修時間は8時間以上)
 - 研修内容に以下の内容を含む
 - » ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴
 - » ギャンブル依存症患者の精神医学的特性
 - » ギャンブル依存症に関連する社会資源
 - » ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応
 - » 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点
 - 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含む

ギャンブル依存症に対する治療の評価5

▶ 依存症専門医療機関の選定基準

- ▶ 精神保健指定医又は公益社団法人日本精神神経学会認定の精神科専門医を1名以上有する医療機関であること
- ▶ 依存症の専門性を有した医師が担当する入院医療、認知行動療法など依存症に特化した専門プログラムを有する外来医療を行っていること
- ▶ 依存症の診療実績があり、かつ診療実績を定期的に都道府県等に報告できる体制を有していること
- ▶ 依存症関連問題に対して相談機関や医療機関、民間団体(自助グループ等を含む)、依存症回復支援機関等と連携して取組むとともに、継続的な連携が図られること

「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」(平成29年6月13日障発0613第4号)における依存症専門医療機関であること

ギャンブル依存症に対する治療の評価6

▶ 依存症専門医療機関の選定基準

▶ 院内に下記の依存症に係る研修のいずれか一つを修了した医師が1名以上配置され、及び当該依存症に係る研修を修了した看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれかが少なくとも1名以上配置されていること

- アルコール健康障害、薬物依存症及びギャンブル等依存症に係る研修

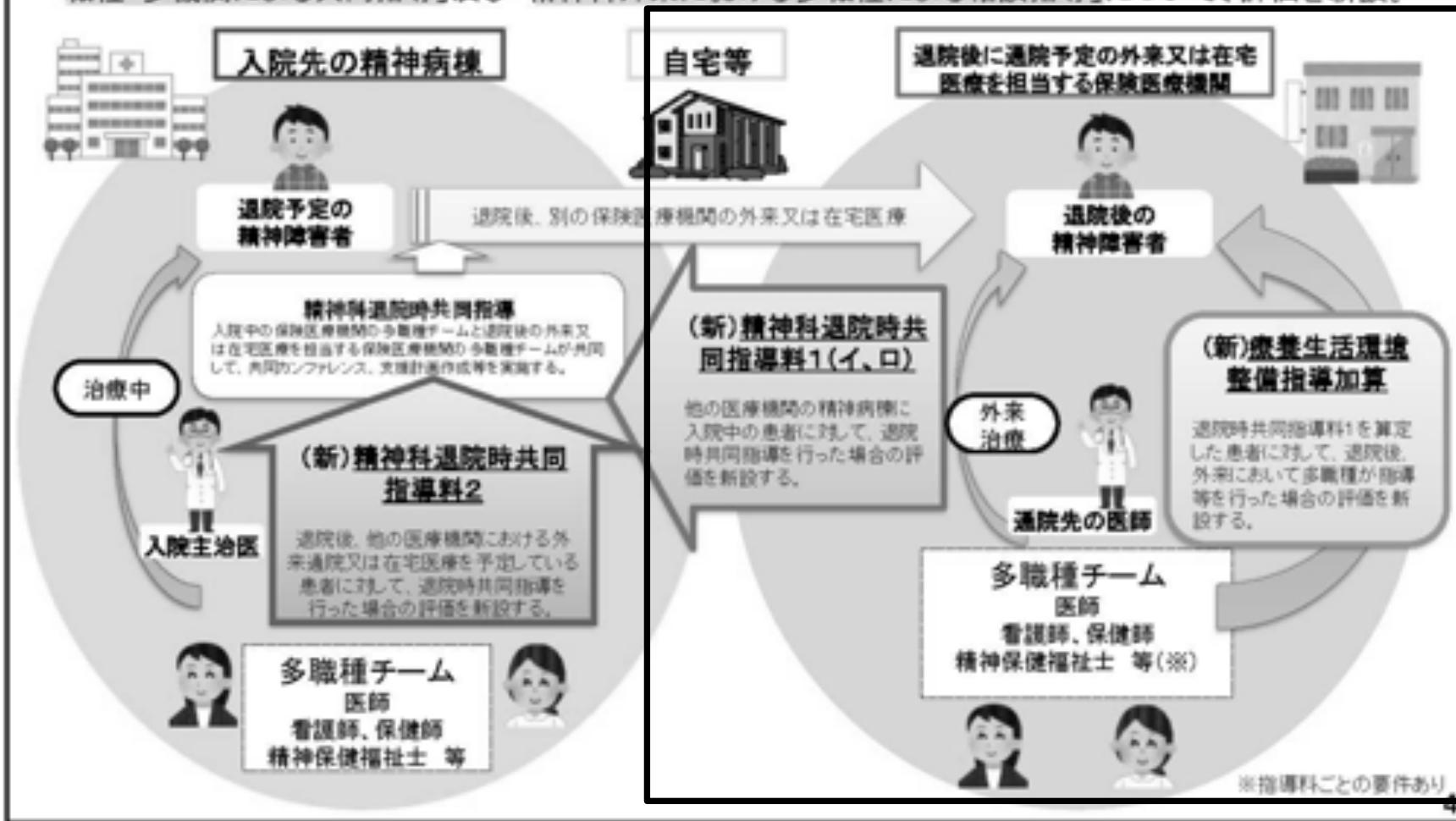
» 「依存症対策全国拠点機関設置運営事業の実施について」(平成29年6月13日付け障発0613第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)の別紙「依存症対策全国拠点機関設置運営事業実施要綱」で定める「依存症治療指導者養成研修」・「依存症対策総合支援事業の実施について」(平成29年6月13日付け障発0613第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)の別紙「依存症対策総合支援事業実施要綱」で定める「依存症医療研修」

- アルコール健康障害に係る研修・重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定対象となる研修
- 薬物依存症に係る研修・依存症集団療法の算定対象となる研修

令和2年度診療報酬改定 II-3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 ①③、④

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

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



精神病棟における退院時共同指導の評価

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



(新) 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1(外来又は在宅療養を担う保険医療機関の場合)

精神科退院時共同指導料(Ⅰ) 1,500点

精神科退院時共同指導料(Ⅱ) 900点

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

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

[算定要件]

- 外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った場合に算定する。
- 共同指導に当たっては、平成28~30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。
- 外来を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

[施設基準]

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



通院精神療法の加算新設

◆ (新)通院精神療法: 療養生活環境整備指導加算(要届出) 250点

▶ 算定要件

- ▶ 月1回、1年限度、要届出
- ▶ 精神科退院時共同指導料1を算定した患者
- ▶ 精神科を担当する医師の指示の下、看護師等(保健師、看護師、精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に加算)
- ▶ 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと
 - ア、多職種共同(以下の職種)で、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施
 - » 当該患者の診療を担当する精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等
 - イ、アのカンファレンスでは、患者の状態を把握し多職種共同で支援計画を作成。なお、支援計画作成には、平成28~30年度厚生労働省研究班作成の「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参照
 - ウ、担当する看護師等又は精神保健福祉士は、患者等に支援計画書の内容を説明し、かつ当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活環境の整備のための指導を行う。担当する患者ごとに指導記録を作成し、当該指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記

▶ 施設基準

- ▶ 当該指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務
- ▶ 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は1人につき30人以下
- ▶ それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成
- ▶ 届出は別添2の様式44の5の2を用いる

精神科退院時共同指導料の新設1

◆ (新)精神科退院時共同指導料(要届出)(入院中1回)

▶ 1、精神科退院時共同指導料1

(外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合)

- ▶ イ、精神科退院時共同指導料(I) 1,500点
- ▶ ロ、精神科退院時共同指導料(II) 900点

▶ 2、精神科退院時共同指導料2(入院編に記載)

▶ 施設基準

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

精神科退院時共同指導料の新設2

▶ 精神科退院時共同指導料1の算定要件

- ▶ 他院の精神病棟に入院中の患者で措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者
- ▶ 多職種協働
 - 当該患者の外来又は在宅医療を担う医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに
 - 当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行い、支援計画を作成し、文書で情報提供した場合
- ▶ 外来又は在宅医療を担う医療機関で入院中に1回に限り算定
- ▶ 以下は別途算定不可
 - 初診料、再診料、外来診療料、オンライン診療料、開放型病院共同指導料(Ⅰ)、退院時共同指導料1、往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- ▶ 以下の職種が共同指導する
 - 自院の精神科の医師、保健師又は看護師及び精神保健福祉士、必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師
 - 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等

精神科退院時共同指導料の新設3

▶ 精神科退院時共同指導料1の算定要件

▶ その他

- ▶ 外来又は在宅医療を担う医療機関と入院医療機関とは別の医療機関であること
- ▶ 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にする
- ▶ 患者又はその家族等に対して提供する文書は、別添2の様式51の2を用いる
- ▶ 指導の内容等の要点を診療録に記載、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付
- ▶ 共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅医療を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話等を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする
- ▶ 精神科退院時共同指導料は、退院後在家での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とはならない

精神科退院時共同指導料の新設4

◆ 1、精神科退院時共同指導料1

- ▶ イ、精神科退院時共同指導料(I) 1,500点

- ▶ 対象患者

- ▶ 措置入院患者
- ▶ 医療觀察法による入院若しくは通院をしたことがあるもの
- ▶ 当該入院の期間が1年以上のもの

- ▶ 算定要件

- ▶ 当該患者の外来を担う医療機関又は在宅療養担当医療機関で、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす医療機関
- ▶ 当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合

精神科退院時共同指導料の新設5

MS

◆ 1、精神科退院時共同指導料1

- ▶ 口、精神科退院時共同指導料(Ⅱ) 900点

- ▶ 別に厚生労働大臣が定める患者
 - ▶ 措置入院等以外の患者
 - ▶ 「包括的支援マネジメント実践ガイド」の「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たした療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者
- ▶ 当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関
- ▶ 当該患者が入院している他院と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ①

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

		現行	
		单一建物診療患者	
		1人	2~9人
管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
ハ	重症患者等以外	2,000点	1,248点
管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ	重症患者等	2,056点	1,542点

(新) 精神科在宅患者支援管理料3 (月1回)

イ 単一建物診療患者1人	2,030点
ロ 単一建物診療患者2人以上	1,248点

[算定要件]

精神科在宅患者支援管理料「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して2年に限り、月1回に限り算定する。

ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者

イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者

【施設基準】 精神科在宅支援管理料「1」又は「2」を届け出ている保険医療機関であること。

(※) 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準)

イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。

ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。

- 精神科在宅患者支援管理料「1」の「ハ」については、廃止する。

【経過措置】 令和2年3月31時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定出来る。

		改定後	
		单一建物診療患者	
		1人	2~9人
管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ	重症患者等	2,056点	1,542点
(新) 管理料3			
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合		2,030点	1,248点

令和2年度診療報酬改定 II-7-3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 -③

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ②

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

改定後	単一薬物診療患者	
	1人	2~3人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ 重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2(運営する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ 重症患者等	2,056点	1,542点
④管理料3		
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合	2,000点	1,240点

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

「1」 6月を限度として算定

「2」 6月を限度として算定

「3」「1」又は「2」の開始日から2
年を限度として算定

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

現行			改定後					
	イ	ロ	1	イ	ロ	1	イ	ロ
チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上	チームカンファレンス	週1回以上	月1回以上	週1回以上	月1回以上	月1回以上
共同カンファレンス	月1回以上		共同カンファレンス	2月に1回以上	※ 初回は関係者全員が一堂に会すること	必要に応じて実施	2月に1回以上	※ 初回は関係者全員が一堂に会すること
ビデオ通話が可能な機器を用いた参加	「2」の共同カンファレンスについては、要件を満たせば可能。							

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

改定後における共同カンファレンスについて、訪問看護患者群における精神科重症患者支援管理連携加算も同様の取扱いとする。

精神科在宅患者支援管理料の見直し1

◆ 精神科在宅患者支援管理料1(点数変更無)

- ▶ イ、別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

▶ 単一建物診療患者1人	3,000点
▶ 単一建物診療患者2人以上	2,250点

- ▶ ロ、別に厚生労働大臣が定める患者の場合

▶ 単一建物診療患者1人	2,500点
▶ 単一建物診療患者2人以上	1,875点

- ▶ ハ、イ及びロ以外の患者の場合 ⇒ 経過措置

▶ 単一建物診療患者1人	2,030点
▶ 単一建物診療患者2人以上	1,248点

- 令和2年3月31日時点で算定している患者は、令和3年3月31日まで引き続き算定可

精神科在宅患者支援管理料の見直し2

◆ 管理料1の算定要件

- ▶ 注1、1については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該医療機関(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ものに限る)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合(イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る)に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する
- ▶ (新)2、1のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該医療機関(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ものに限る)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する

精神科在宅患者支援管理料の見直し3

◆ 精神科在宅患者支援管理料2(要届出) (点数変更無)

- ▶ イ、別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

▶ (1)単一建物診療患者1人	2,467点
▶ (2)単一建物診療患者2人以上	1,850点

- ▶ ロ、別に厚生労働大臣が定める患者の場合

▶ (1)単一建物診療患者1人	2,056点
▶ (2)単一建物診療患者2人以上	1,542点

- ▶ 在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、自院の精神科の医師等が当該医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合(イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る)に、单一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する

精神科在宅患者支援管理料の見直し4

◆ (新)精神科在宅患者支援管理料3(月1回)(要届出)

- ▶ イ、単一建物診療患者1人 2,030点
- ▶ ロ、単一建物診療患者2人以上 1,248点
- ▶ 算定要件
 - ▶ 月1回に限り算定
 - ▶ 管理料1又は2を算定した月は3の併算定不可
 - ▶ 精神科を標榜する保険医療機関
 - ▶ 必要に応じて急変時等に常時対応できる体制を整備
 - ▶ 精神科在宅患者支援管理料1又は2を算定した患者
 - 管理料1又は管理料2の初回算定日から起算して2年に限り月1回算定
 - ▶ 以下の患者に計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施
 - ▶ 在宅で療養する通院が困難な者で以下のいずれかに該当する患者(精神症状により単独で通院困難な者を含)
 - 「集中的支援を要する」の算定開始月から6月を経過した患者
 - 上記以外を前月に算定した患者で、引き続き訪問診療が必要な患者
- ▶ 施設基準
 - ▶ 精神科在宅支援管理料「1」又は「2」を届け出ている保険医療機関
(※精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準)
 - ▶ 精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士を適切に配置
 - ▶ 自院又は訪問看護ステーションからの訪問看護の提供が可能な体制を確保
 - ▶ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制を確保

精神科在宅患者支援管理料の見直し5

- ◆ カンファレンス等の要件
 - ▶ (3)「1」の口及び「2」の口については、(2)のア又はイに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること
 - ▶ (新)(4)「3」については、以下のいずれかに該当する患者に限り算定すること
 - ▶ ア「1」のイ又は「2」のイを算定した患者で、算定を開始月から6月を経過した患者
 - ▶ イ「1」の口又は「2」の口を前月に算定した患者で、引き続き訪問診療が必要な患者
 - ▶ (7)「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定
 - ▶ ウ(7)のアに規定するチームカンファレンスを週1回以上実施
 - ▶ うち2月に1回は共同カンファレンスを開催
 - ▶ ただし、都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等が共同カンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する
 - ▶ なお、共同カンファレンスについては、初回は関係者全員が一同に会して実施
 - ▶ 2回目以降も、関係者全員が一同に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能
 - チームカンファレンス：専任のチームが一堂に会しカンファレンス
 - 共同カンファレンス：保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議
 - ▶ (8)「1」の口及び「2」の口は、(7)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する
 - ▶ イ(7)のアに規定する専任のチームが月1回以上一堂に会しチームカンファレンスを行い、その都度患者の同意を得て、保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、共同カンファレンスについては、ビデオ通話を用いて参加することもできる

精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

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

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

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



カンファレンス
の結果を、文書
により情報提供

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



精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

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



医学管理料

◆ ハイリスク妊産婦連携指導料1・2

▶ 算定要件

- ▶ (5)当該患者への診療方針などのカンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催され、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師及び市町村若しくは都道府県(以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という)の担当者等が参加していること
- ▶ (6)(5)のカンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会し実施。2回目以降にも、関係者全員が原則だが、ビデオ通話可能な機器で場合でも算定可能。なお、ビデオ通話可能な機器を使用する際、個人情報を画面上で共有する際は、患者の同意が必要(略)
- ▶ (削除)ア(5)のカンファレンスに参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対して当該連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加していること
- ▶ (新)(7)(5)のカンファレンスを実施した場合は、その都度、市町村等にその結果を文書により情報提供を行うこと
- ▶ 市町村又は都道府県との連携実績の見直し
 - ▶ ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準
 - (削除)(1)精神疾患有する妊婦又は出産後2月以内である患者について、直近1年間の市町村又は都道府県(以下「市町村等」という)との連携実績が1件以上であること

その他

◆ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の再編(入外に分けた)

▶ 1、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料(点数変更無)

- ▶ イ、入院中の患者 250点(入院編で解説)
- ▶ ロ、入院中の患者以外 250点
 - 持続性抗精神病注射薬剤を投与している統合失調症患者
 - 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
 - 月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定

▶ 2、(略)

◆ ヘモグロビンA1c(HbA1c) 49点

▶ 算定要件の追加

- ▶ ヘモグロビンA1C(HbA1c)、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定
- ▶ 妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等は、いずれか1項目を月1回に限り別に算定可
- ▶ また、クロザピンを投与中の患者には、ヘモグロビンA1c(HbA1c)を月1回に限り別に算定できる

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

令和2年度診療報酬改定 II-7-3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 -①

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

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

現行

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

改定後

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



[公認心理師による場合の算定要件]



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

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

ご清聴ありがとうございました

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



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

このスライドは3月16日時点の内容です
今後のQ & A等を必ずご確認ください



診療報酬研究会著の診療報酬マニュアルが
じほう社より刊行予定です。

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル
2020年度版』