

# 令和2年度診療報酬改定の概要 (外来医療・かかりつけ機能)

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

## Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

# かかりつけ医機能に係る評価の充実

## 【治療と仕事の両立に向けた支援の充実】

- ・算定要件の見直し
- ・対象疾患の拡大

## 【かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化】

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



## 【かかりつけ医機能に係る評価の見直し】

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

## 【(参考1)継続的な診療に係る評価の見直し】

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

## 【(参考2)外来医療の機能分化の推進】

- ・紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大




# かかりつけ医機能の推進①

## 地域包括診療加算の見直し

- 地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の評価を推進する観点から、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする。具体的には、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

現行




[施設基準]

(8) 以下のいずれか1つを満していること。

- ア 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。
- イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
- ウ 在宅療養支援診療所であること。



改定後



[施設基準]

(8) 以下のいずれか1つを満していること。

- ア 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること。
- イ 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
- ウ 在宅療養支援診療所であること。

### 【参考】時間外対応加算 施設基準(抜粋)

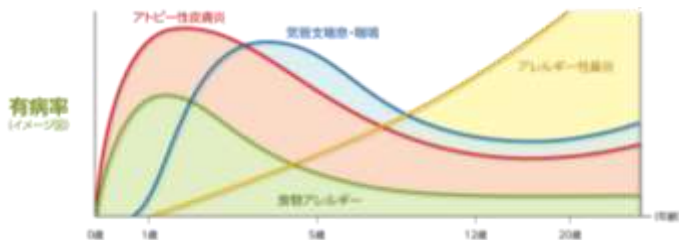
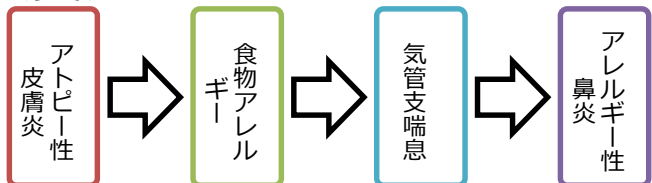
時間外対応加算1	時間外対応加算2	時間外対応加算3
○ 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。		
○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、 <u>原則として当該診療所において、常時対応</u> できる体制がとられていること。	○ 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、 <u>標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応</u> でき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

## かかりつけ医機能の推進②

### 小児かかりつけ診療料の見直し

- 小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大する。

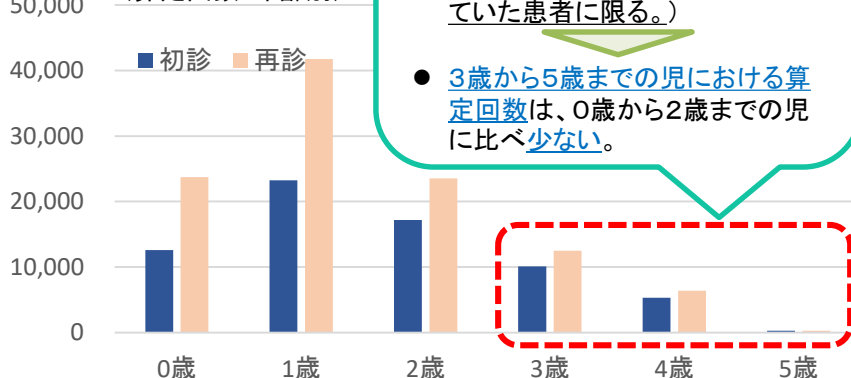
(参考)



例: アレルギーマーチ

- 進行の予防のためには、乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理が重要。
- 小児期においては、早期発見、早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえた継続的な介入・支援が重要。

小児かかりつけ診療料 (算定回数・年齢別)



[算定要件]

- 当該保険医療機関を予防接種等を含め4回以上受診した未就学児(3歳以上の患者については、3歳未満から当該診療料を算定していた患者に限る。)
- 3歳から5歳までの児における算定回数は、0歳から2歳までの児に比べ少ない。

- 院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現行

[算定要件]

- (5) 常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、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、当該月については、「2」の所定点数を算定できる。

改定後

[算定要件]

- (5) 当該保険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

- 小児科外来診療料の算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、院内処方を行わない場合の取扱いを見直す。また、施設基準に係る届出を求めることとする。

## Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用



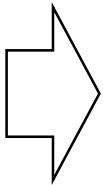
# かかりつけ医機能の普及の推進

- かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件について、以下のとおり見直す。
1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。
    - 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を含む地域の医療機関が検索できること。
  2. 院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
    - 当該掲示内容を書面にしたもの、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
    - 当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。

## 現行

[施設基準]

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。



## 改定後

[施設基準]

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応 及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。  
また、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可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見えやすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

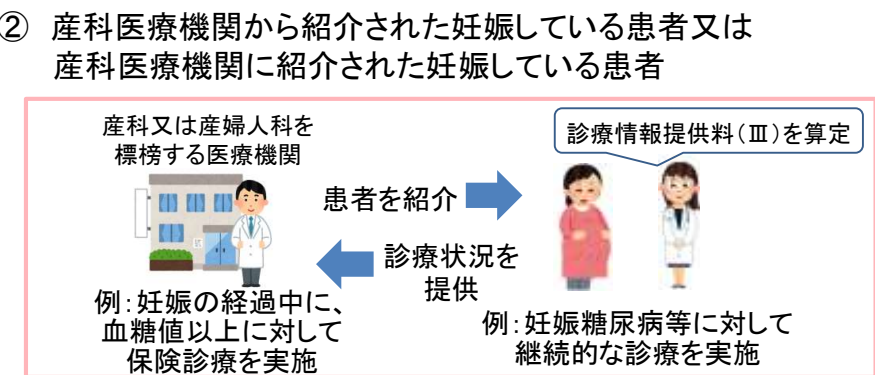
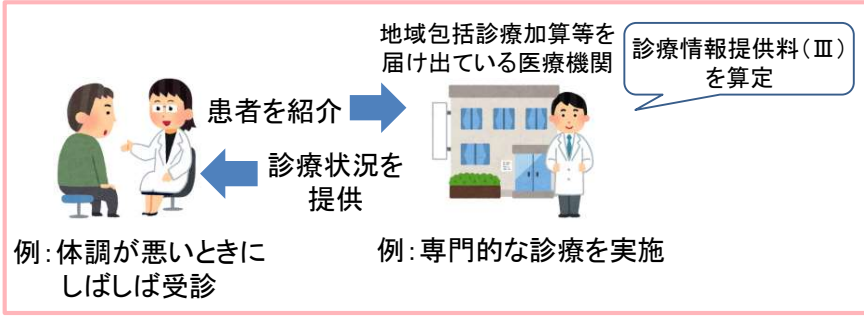
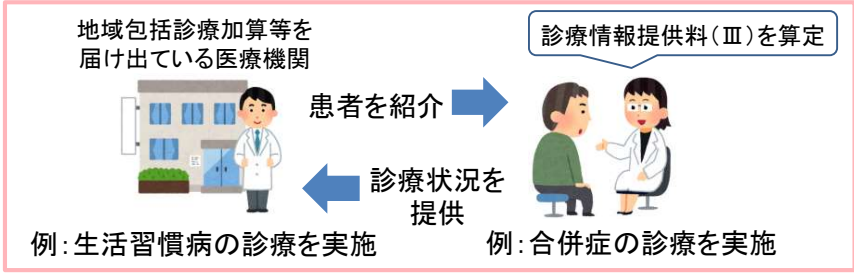
# かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

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

## (新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

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

- [対象患者]
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者
  - ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



- [施設基準]
- (1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
  - (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。
- ※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指す。



# 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

## 診療情報提供料(Ⅰ)の見直し

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

### 改定後

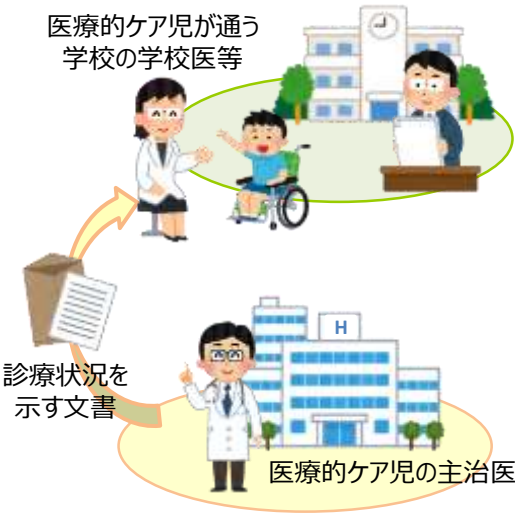
#### 【診療情報提供料(Ⅰ)】

(新設)

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

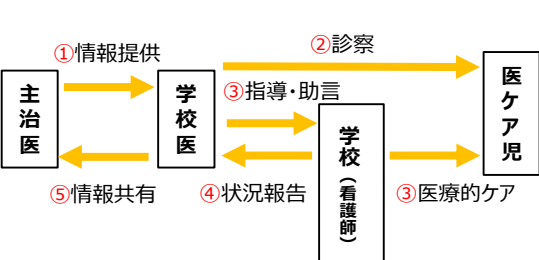
[算定要件]

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

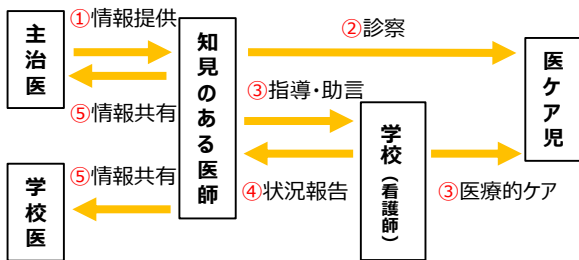


### (参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

#### ●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



#### ●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



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

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

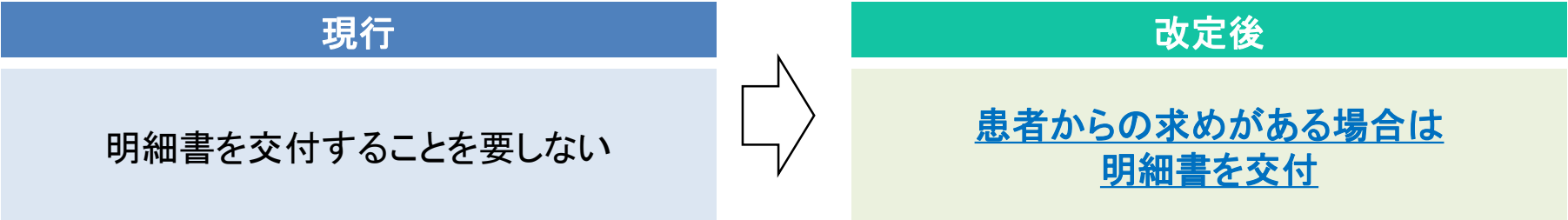
# 明細書発行の推進

## 明細書交付対象範囲の拡大

- 現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある診療所の場合は、明細書を交付することを要しない取扱いとなっている。
- このため、患者から見てわかりやすい医療を実現する観点から、以下の対応を行う。

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

《正当な理由がある場合の取扱い》



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

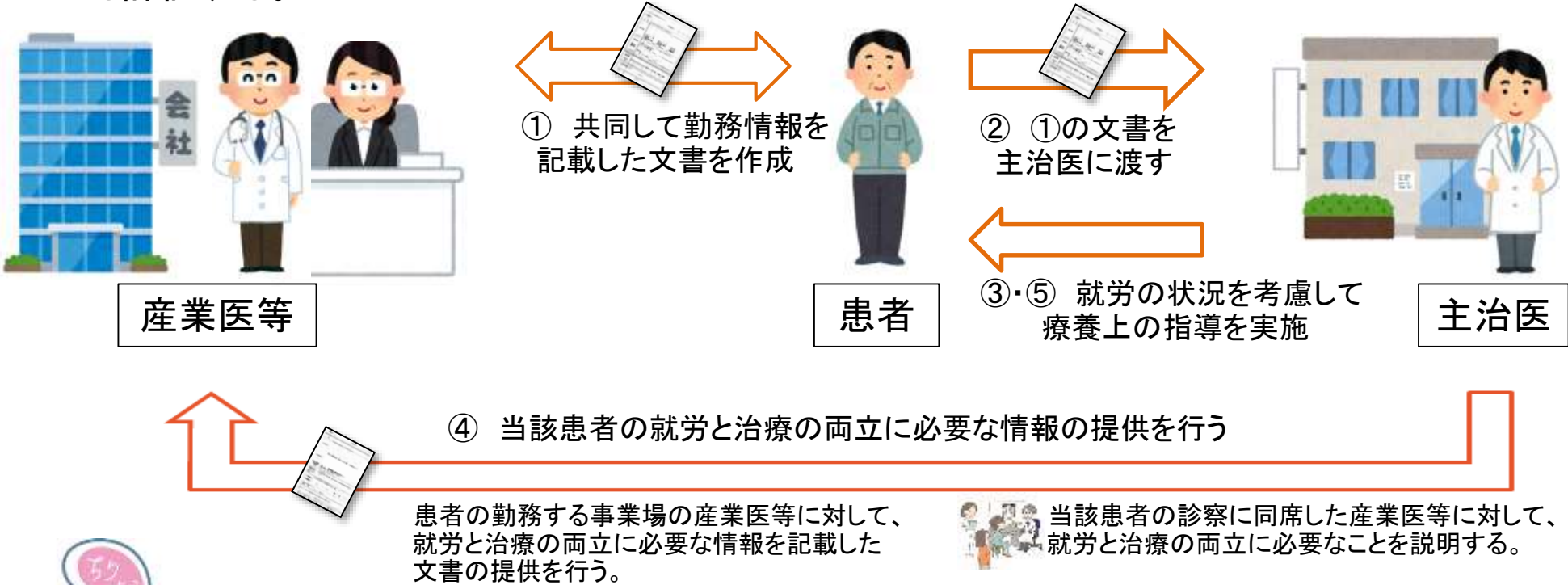
【※正当な理由(自己負担のない患者)】  
①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合  
②自動入金機の改修が必要な場合

## Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. **治療と仕事の両立に資する取組の推進**
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用

# 治療と仕事の両立に向けた支援の充実①

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



現行	
療養・就労両立支援指導料	1,000点
相談体制充実加算	500点



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

## 治療と仕事の両立に向けた支援の充実②

### 対象患者及び連携先の拡大

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、以下の見直しを行う。
  - ◆ 対象となる疾患に脳血管疾患、肝疾患、指定難病を追加
  - ◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者及び労働者の健康管理等を行う保健師を追加

### 相談支援加算の創設

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

療養・就労両立支援指導料

(新) 相談支援加算 50点

[相談支援加算の算定要件]

当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

[相談支援加算の施設基準]

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



## Ⅱ 患者・国民にとって身近であって、 安心・安全で質の高い医療の実現

1. かかりつけ機能の評価
2. 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進
3. 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化
4. 重症化予防の取組の推進
5. 治療と仕事の両立に資する取組の推進
6. アウトカムにも着目した評価の推進
7. 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
8. 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
9. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
10. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤業務の評価
11. 医療におけるICTの利活用



# 情報通信機器を用いた診療の活用の推進

## オンライン診療料の要件の見直し

### 実施方法

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



### 対象疾患

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

## オンライン診療のより柔軟な活用

### 医療資源の少ない地域等

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

### 在宅診療

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

## かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

### 遠隔連携診療料の創設

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



# 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

## 事前の対面診療に係る要件の見直し

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

### 現行

#### オンライン診療料 [算定要件]

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

### 改定後

#### オンライン診療料 [算定要件]

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

### 現行のイメージ (初診から最短でオンライン診療を開始する場合)

○: 対面診療(再診) ●: オンライン診療

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

6月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



### 改定後のイメージ

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

3月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



# 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し②

## 緊急時の対応に係る要件の見直し

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

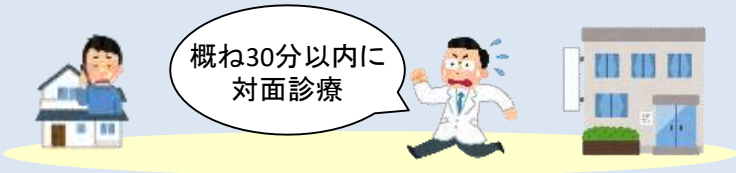
### 現行

オンライン診療料  
〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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



### 改定後

オンライン診療料  
〔算定要件〕

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

〔施設基準〕  
（削除）

原則は当該医療機関が対応



対応できない場合は事前に受診可能な医療機関を説明し、計画に記載しておく

計画書

# 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し③

## 対象疾患の見直し

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

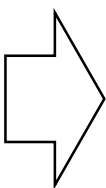
### 現行

#### オンライン診療料

[対象患者]

以下の管理料等(オンライン診療料対象管理料等)の算定対象となる患者

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



### 改定後

#### オンライン診療料

[対象患者]

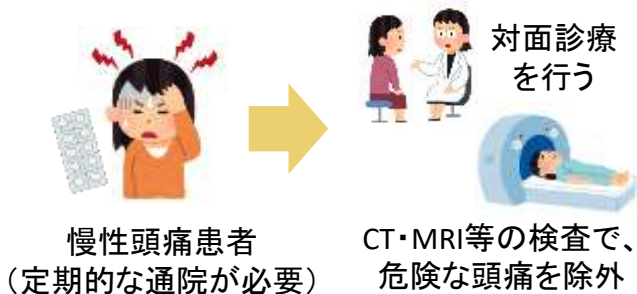
ア オンライン診療料対象管理料等の算定対象となる患者(変更なし)

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

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

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

※ 慢性頭痛患者の診療は、脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を受けた医師が行う必要がある。



対面診療と  
組み合わせて  
オンライン  
診療を活用

# 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用①

## 医師の急病時等における活用

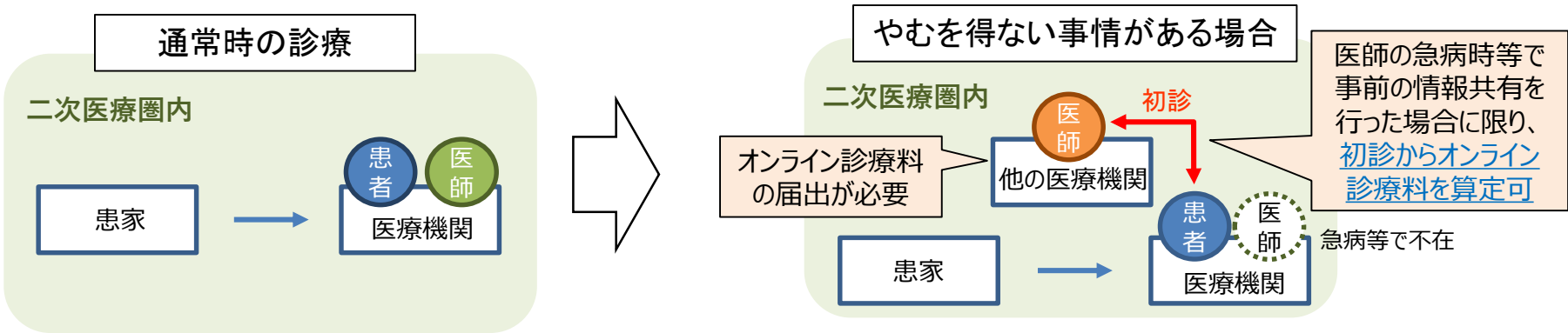
- へき地、医療資源が少ない地域等に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。

### A003 オンライン診療料

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

※やむを得ない事情

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





# 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用②

## 医師の所在に係る要件の見直し

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

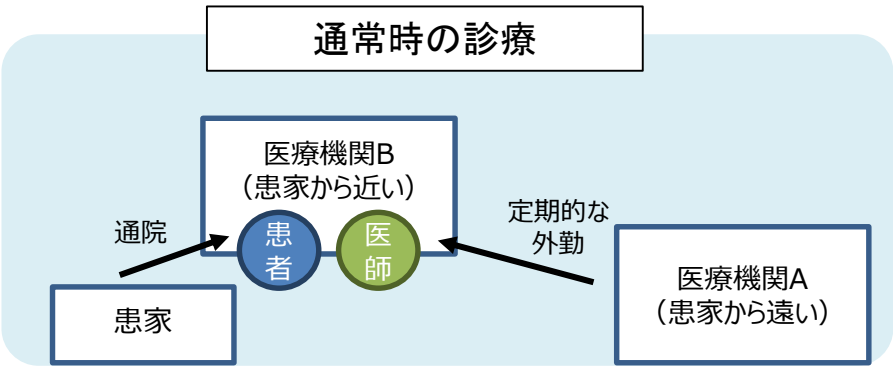
### 現行

オンライン診療料

[算定要件]

(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

### 通常時の診療



### 改定後

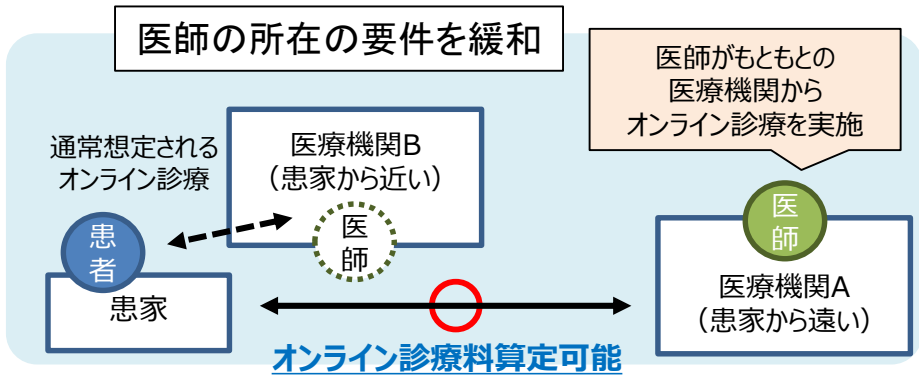
オンライン診療料

[算定要件]

(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

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

### 医師の所在の要件を緩和





# 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用③

## オンライン在宅管理料等の見直し

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

### 月2回以上の訪問診療

在宅時医学総合管理料の点数(例:機能強化型以外の在支診・在支病の場合)

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

オンライン在宅管理料  
の対象となる範囲

#### 現行

【オンライン在宅管理料】月1回の訪問診療を行っている場合に算定できる。

#### 改定後

【オンライン在宅管理料】月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。

### チームで診療を行う場合

#### 現行

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

#### 改定後

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

# かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

## 遠隔連携診療料の創設

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

### B005-11 遠隔連携診療料

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

[対象患者]

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

[対象医療機関] ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

[算定要件]

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

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う



連携した診療について  
患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師が  
オンライン診療を行う(初診可)



# 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

## 在宅酸素療法における記録項目の見直し

- 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、疾患ガイドラインにおける推奨事項を踏まえ、モニタリングを行う項目の一部を見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

### 現行

【在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】  
(9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。  
ア (略)情報通信機器を活用して、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



### 改定後

【在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算】  
(9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。  
ア (略)情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

## 在宅持続陽圧呼吸療法における指導方法の見直し

- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、エビデンスを踏まえ、モニタリングの結果必ずしも指導を行わなかった場合も算定できるよう見直す。また、緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

### 現行

【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】  
(6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。  
ア (略)情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



### 改定後

【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】  
(6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。  
ア (略)情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合 又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。



# 情報通信機器を用いた服薬指導(オンライン服薬指導)の評価

## 外来患者へのオンライン服薬指導

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

[対象患者]

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

[主な算定要件]

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

[主な施設基準]

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

※ 薬機法上の要件

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

## 在宅患者へのオンライン服薬指導料

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

[対象患者]

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

[主な算定要件]※基本的に外来患者と同様。異なる部分のみ記載

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

[施設基準]

- ・ 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

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

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		訪問	

↓ 月2回の訪問のうち、1回をオンライン服薬指導で対応

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

# 外来栄養食事指導(情報通信機器の活用)の見直し

## 外来栄養食事指導料の見直し

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

現行

【外来栄養食事指導料】

イ 初回 260点

ロ 2回目以降 200点

[算定要件]

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

改定後

【外来栄養食事指導料】

イ 初回 260点

ロ 2回目以降


(1) 対面で行った場合 200点

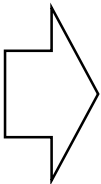
(2) 情報通信機器を使用する場合 180点

[算定要件]

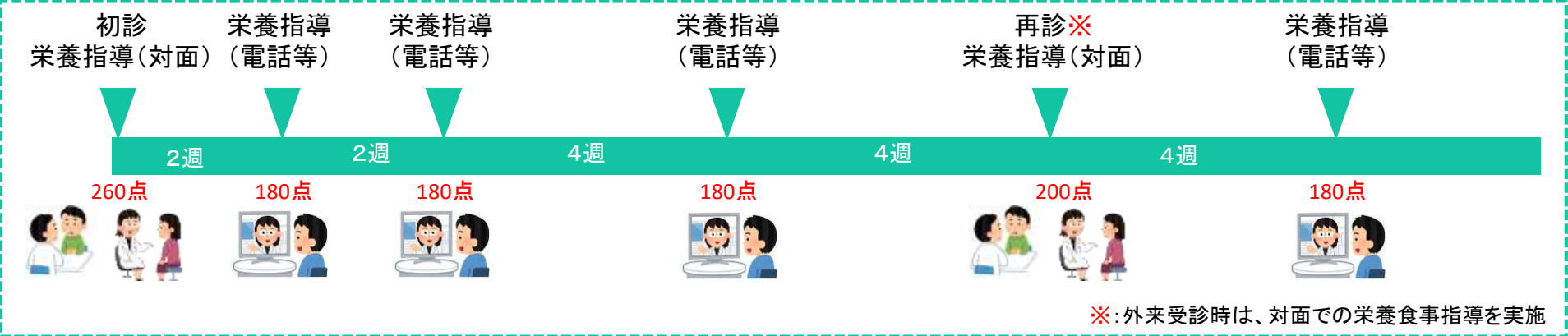
注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

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





### 算定の例

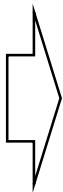




# ニコチン依存症管理料の見直し

- ニコチン依存症管理料について、2回目から4回目に情報通信機器を用いた診療に係る評価を新設する。
- 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
- ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件の見直しを行う。

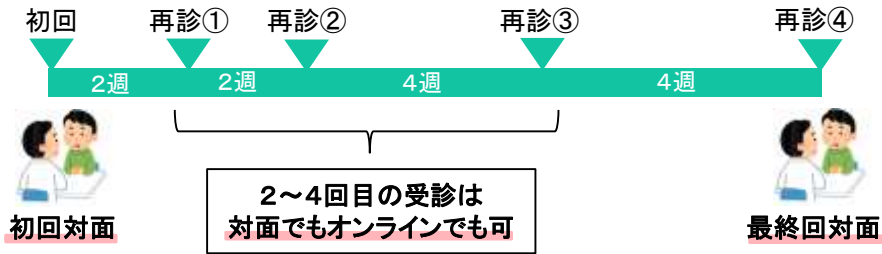
現行	
【ニコチン依存症管理料】	
1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点



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





## 算定方法(5回受診で一連)



### ◆受診ごとに算定する場合

<2~4回目の費用>	
対面診療の場合	184点
情報通信機器を用いた診療の場合	<u>155点</u>

### ◆一連の包括払いの場合(全5回)

 	
対面と情報通信機器のどちらで受診してもよい	
一連につき	<u>800点</u>

### [算定要件]

- 禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回指導時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
- ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。



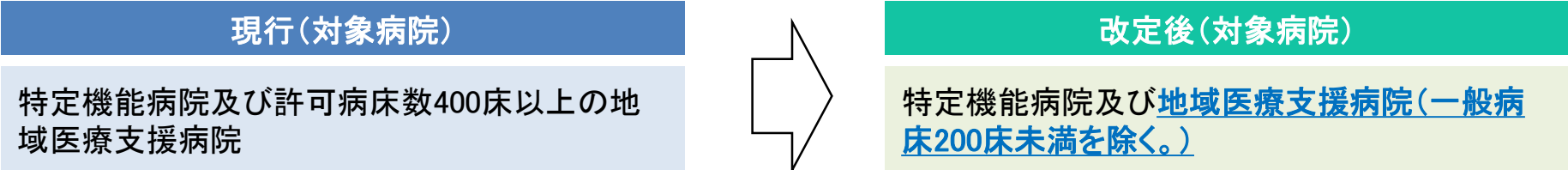
## Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムの推進

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

# 外来医療の機能分化の推進

## 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の対象範囲の拡大

- 外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担について、
- (1) 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大する。
  - (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。
- ※(2)については、(1)以外の病院であって、特別の料金を徴収する医療機関も対象とする。



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

## 紹介率等の低い病院に対する初診料等減算の対象範囲の拡大

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

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

[経過措置]  
令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

# 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

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

(新) 婦人科特定疾患治療管理料 250点(3月に1回)

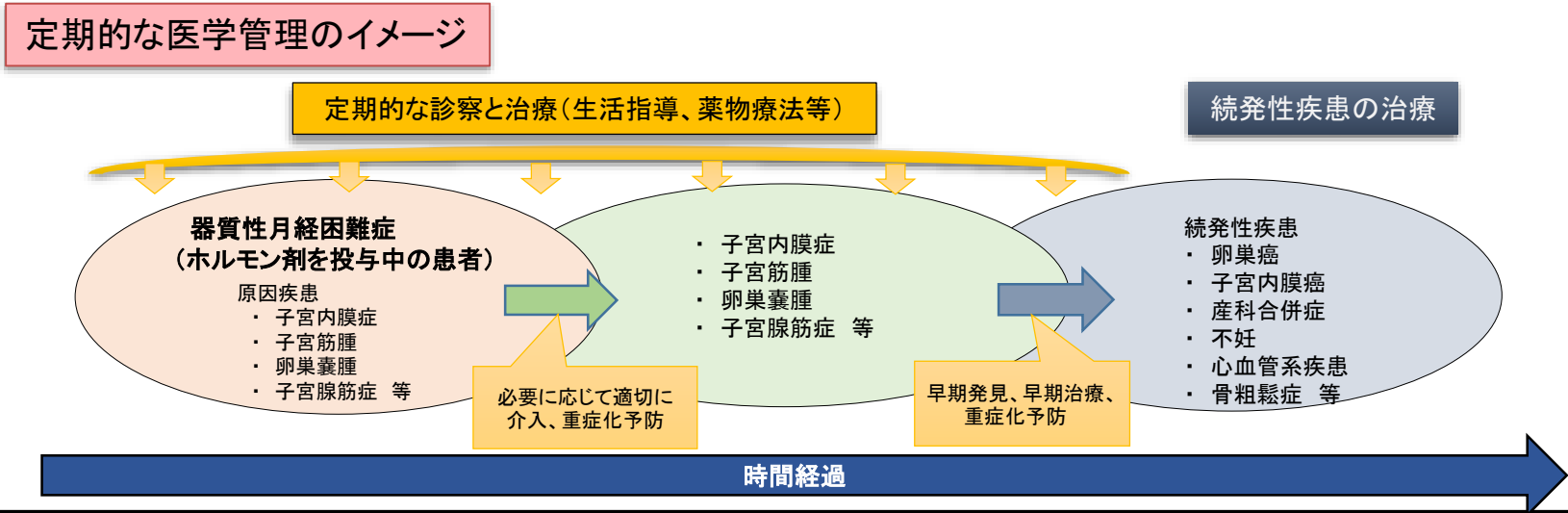


[算定要件]

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、**器質性月経困難症の患者**であって、**ホルモン剤(器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。)**を投与している患者に対して、**婦人科又は産婦人科を担当する医師**が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、**3月に1回**に限り算定すること。
- (2) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (3) 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されている**ガイドライン**を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

[施設基準]

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



# 緩和ケア診療加算等の見直し

## 緩和ケア診療加算等の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。
  1. 緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師に求める経験について、「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
  2. 受講を求める研修について、「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

### 現行

[施設基準(緩和ケア診療加算)]  
身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

緩和ケアチームの医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等



### 改定後

[施設基準(緩和ケア診療加算)]  
身体症状の緩和を担当する医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

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

- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

※ 有床診療所緩和ケア診療加算についても同様。

## 外来緩和ケア管理料の見直し

- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料の対象に末期心不全の患者を加えるとともに、当該患者を対象とする場合の要件を、緩和ケア診療加算等と同様に見直す。

## Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムの推進

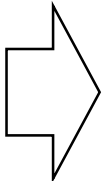
1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化
3. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 4. 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価**
5. 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

# 栄養食事指導の見直し

## 外来栄養食事指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料の見直し

➤ 外来・在宅患者に対する栄養食事指導を推進する観点から、診療所における外来栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、他の医療機関及び栄養ケア・ステーションの管理栄養士が栄養指導を行った場合を評価する。

現行	
【外来栄養食事指導料】	
イ 初回	260点
ロ 2回目以降	200点
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 単一建物診療患者が1人の場合	530点
2 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
3 1及び2以外の場合	440点



改定後	
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料1	(1) 初回 260点 (2) 2回目以降 200点
ロ <u>外来栄養食事指導料2</u>	<u>(1) 初回 250点</u> <u>(2) 2回目以降 190点</u>
【在宅患者訪問栄養食事指導料】	
1 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料1</u>	
イ 単一建物診療患者が1人の場合	530点
ロ 単一建物診療患者が2人～9人の場合	480点
ハイ及びロ以外の場合	440点
2 <u>在宅患者訪問栄養食事指導料2</u>	
イ <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>	<u>510点</u>
ロ <u>単一建物診療患者が2人～9人の場合</u>	<u>460点</u>
ハイ及びロ以外の場合	<u>420点</u>
[外来栄養食事指導料2、在宅患者訪問栄養食事指導料2の算定要件]	
診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、 <u>当該保険医療機関以外（日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の医療機関に限る）の管理栄養士</u> が、当該保健医療機関の医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。	



診療所



在宅等



栄養ケア・ステーション  
他の医療機関



経過措置について①

	項目	経過措置
1	初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件	令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
2	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料（7対1結核病棟、10対1一般病棟）、専門病院（10対1）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
3	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料4を除く）、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
4	重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料4の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
5	重症度、医療・看護必要度の施設基準	許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料1若しくは2、3又は4の届出を行っている病棟について、それぞれ急性期一般入院料2若しくは3、3又は4の基準を満たす患者の割合を、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ2%緩和する。
6	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
7	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

経過措置について②

	項目	経過措置
8	療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
9	療養病棟入院基本料の注11	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	総合入院体制加算	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出において、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。
11	抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。
12	データ提出加算（療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6）	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の医療機関に限る。）については、令和4年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
13	データ提出加算（療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、6）	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟の病床数の合計が200床未満（令和2年3月31日時点で、病床数に関係なくデータ提出加算が要件となっていた急性期一般入院基本料等の入院料等の届出を行っている病棟を有している医療機関を除く。）であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る施設基準を満たしているものとする。
14	入退院支援加算3	令和2年3月31日時点で、入退院支援加算3の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定を満たしているものとする。
15	小児入院医療管理料5	令和2年3月31日時点で、小児入院医療管理料5の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、小児入院医療管理料5における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。

経過措置について③

	項目	経過措置
16	回復期リハビリテーション病棟入院料	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、特定機能病院であっても、回復期リハビリテーション病棟入院料における施設基準のうち「特定機能病院以外の病院であること。」を満たしているものとする。
17	回復期リハビリテーション病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。
18	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和3年3月31日までの間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
19	地域包括ケア病棟入院料	許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、同年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
20	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和2年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
21	地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注7も同様)	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1又は3の届出を行っている病棟又は病室については、令和2年9月30日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。

経過措置について④

	項目	経過措置
22	精神科救急入院料の見直し	当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。
23	地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し	令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、従前の例により地域移行機能強化病棟入院料に係る施設基準を満たしているものとする。
24	医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し	平成2年3月31日において現に改正前の対象地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。
25	連携充実加算(外来化学療法加算)	令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の基準を満たしているものとする。
26	摂食嚥下支援加算(摂食機能療法)	令和2年3月31日時点で、経口摂取回復促進加算1又は2の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「専従の常勤言語聴覚士」が引き続き摂食嚥下支援チームの「専任の常勤言語聴覚士」として届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間に限り、「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定を満たしているものとする。
27	精神科在宅患者支援管理料の見直し	令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年31日までの間に限り、引き続き算定できる。

経過措置について⑤

	項目	経過措置
28	Bence Jones蛋白定性(尿)	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
29	アルブミン(BCP改良法・BCG法)	BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
30	CK-MB(免疫阻害法・蛋白量測定)	免疫阻害法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
31	動物使用検査	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
32	網膜中心血管圧測定	令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
33	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準(医療資源の少ない地域)	令和2年3月31日時点で、調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っている薬局については、令和4年3月31日までの間に限り、改正前の基本診療料の施設基準等別表第6の2に規定する地域に所在するものとみなす。
34	調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局(後発医薬品減算)	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。
35	地域支援体制加算	調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。
36	特定薬剤管理指導加算2	令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



## 施設基準の届出について

## お願い

- 令和2年4月1日から算定を行うためには、**令和2年4月20日(月曜日)(必着)**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

