

令和8年度診療報酬改定

12. 重点的な対応が求められる分野 (がん・難病・感染症)

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、**皮下注射を実施した場合についても評価を行う。**

現行

- | | |
|-----------------------|------|
| 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで
(新設) | 800点 |
| (2) 4回目以降
(新設) | 450点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 350点 |
| 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで
(新設) | 600点 |
| (2) 4回目以降
(新設) | 320点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 220点 |
| 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで
(新設) | 540点 |
| (2) 4回目以降
(新設) | 280点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 180点 |



改定後

- | | |
|--------------------------|------|
| 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで (静注製剤等の場合) | 801点 |
| (2) 初回から3回目まで (その他の場合) | 351点 |
| (3) 4回目以降 (静注製剤等の場合) | 451点 |
| (4) 4回目以降 (その他の場合) | 201点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 351点 |
| 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで (静注製剤等の場合) | 601点 |
| (2) 初回から3回目まで (その他の場合) | 261点 |
| (3) 4回目以降 (静注製剤等の場合) | 321点 |
| (4) 4回目以降 (その他の場合) | 141点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 221点 |
| 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで (静注製剤等の場合) | 541点 |
| (2) 初回から3回目まで (その他の場合) | 241点 |
| (3) 4回目以降 (静注製剤等の場合) | 281点 |
| (4) 4回目以降 (その他の場合) | 121点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 181点 |

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

- ▶ がんゲノムプロファイリング検査について、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合等においては、エキスパートパネルでの検討を実施しない場合であっても、がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料が算定できるよう、要件を見直す。

現行

【がんゲノムプロファイリング検査】

【施設基準】

当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。

【がんゲノムプロファイリング評価提供料】

【算定要件】

(新設)



改定後

【がんゲノムプロファイリング検査】

【施設基準】

当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**「B011-5」がんゲノムプロファイリング評価提供料における留意事項の(1)に基づいてエキスパートパネルを省略する場合又は患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き**、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。

【がんゲノムプロファイリング評価提供料】

【算定要件】 (概要・抜粋)

以下のア、イ及びウを満たす場合については、エキスパートパネルを省略しても差し支えない。

ア 「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」固形腫瘍を対象とする場合を行った場合

イ C-CAT調査結果において、二次的所見を疑う病的変異が検出されない場合

ウ 以下のいずれかを満たす場合

① **検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が存在する場合 (検査に用いた体外診断用医薬品若しくは医療機器の薬事承認若しくは認証された使用目的又は関連学会の定める指針に従う場合に限る。)**

② **C-CAT調査結果において、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合**

人口減少地域におけるIMRTの施設基準の見直し

IMRTの施設基準の見直し

- 地域における強度変調放射線治療（IMRT）の提供体制を確保する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるIMRTについて、遠隔の医師と共同で放射線治療計画を作成できるよう医師配置に係る要件を見直す。

現行

【強度変調放射線治療（IMRT）】

[施設基準通知]

強度変調放射線治療（IMRT）に関する施設基準
 (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。
 (新設)



改定後

【強度変調放射線治療（IMRT）】

[施設基準通知]

強度変調放射線治療（IMRT）に関する施設基準
 (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。
(3) (2)の放射線治療を専ら担当する常勤の医師の配置について、当該保険医療機関が、放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設の医師による支援を受けて実施する場合には、放射線治療を専ら担当する常勤の医師は1名（放射線治療の経験を5年以上有する者に限る。）の配置とすることができる。

[放射線治療を行う施設]

- ア **地域がん診療連携拠点病院**又は**体外照射を年間200症例以上実施している地域がん診療病院**であること。
- イ 当該保険医療機関が所在する**がん医療圏にIMRTの施設基準に係る届出を行っている他の保険医療機関がない**こと。
- ウ 当該治療を行うために必要な機器及び施設を備えていること。
- エ **放射線治療を支援する施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制**にあること。
- オ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する**指針が策定**されていること。
- カ **ガイドラインに基づき**、当該治療を適切に実施していること。

[放射線治療を支援する施設]

- ア **特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院**又は**地域がん診療連携拠点病院**であること。
- イ 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が**3名以上**配置されており、そのうち2名は5年以上の放射線治療の経験を有すること。
- ウ 放射線治療を行う施設の支援をする医師は、放射線治療を専ら担当する常勤医師であって5年以上の放射線治療の経験を有すること。**複数の施設を支援する場合、放射線治療を専ら担当する常勤医師**（放射線治療の経験を5年以上有する者に限る。）**1名につき、2施設まで**とする。
- エ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。
- オ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する**指針が策定**されており、遠隔放射線治療の実施に係る**記録が保存**されていること。
- カ **ガイドラインに基づき**、当該支援を適切に実施していること。

がん患者指導管理料の見直し

がん患者指導管理料の見直し

- 悪性腫瘍の患者に対する診療方針等に関する患者の意思決定支援や、患者の心理的不安を軽減するための指導の実施を推進する観点から、がん患者指導管理料について、算定要件を見直す。

現行

【算定要件】

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、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又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

【算定要件】（通知抜粋）

（2）がん患者指導管理料ロ

- ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じて、**社会福祉士等**のその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、**就学、就労、妊孕性の温存、アピランスケア等**の患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。（略）
- イ～カ （略）

改定後

【算定要件】

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、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又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に1回に限り算定できる。

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し

遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者のうち、乳癌及び卵巣癌を発症していない患者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除の有効性に関するエビデンスを踏まえ、診断に必要なBRCA 1/2 遺伝子検査等の要件を見直す。

現行

【BRCA 1/2 遺伝子検査】

[算定要件]

- (1) (略)
- (2) (略) 転移性、再発若しくはHER2陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA 1 遺伝子及びBRCA 2 遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。



改定後

【BRCA 1/2 遺伝子検査】

[算定要件]

- (1) (略)
- (2) (略) 転移性、再発若しくはHER2陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者（乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「D006-18」の「2」に掲げるBRCA 1/2 遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。）の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA 1 遺伝子及びBRCA 2 遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設



投与時閉鎖式接続器具使用加算の新設

- 抗がん剤のばく露リスクに関する国内の疫学調査や、閉鎖式接続器具を用いた場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理料について、抗がん剤投与時に閉鎖式接続器具を使用した場合について新たな評価を行う。

(新) 投与時閉鎖式接続器具使用加算 **150点**

[対象患者]

- ・無菌製剤処理料1の「イ」の対象患者

[算定要件]

- ・無菌製剤処理料1のイを実施した場合であって、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

[施設基準]

- ・外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し①

末期呼吸器疾患患者及び末期腎不全患者に対する緩和ケア

- 末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に**末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加える**。

現行

【A226-2 緩和ケア診療加算】

【B001 24 外来緩和ケア管理料】

【算定要件（通知）】

- (1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】

3 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点

注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する

[対象患者]

- 末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。
 - ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施している。
 - ウ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。
- 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。
 - ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 器質的な腎障害により、適切な治療に関わらず慢性的に日本腎臓学会CKD重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態。
 - ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。
 - エ Palliative Performance Scale (PPS) が40%以下である。
 - オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。

改定後

【A226-2 緩和ケア診療加算】

【B001 24 外来緩和ケア管理料】

【算定要件（通知）】

- (1) (中略) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、**末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全**の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチームによる診療が行われた場合に算定する。

【C108 在宅麻薬等注射指導管理料】

3 心不全、呼吸器疾患**又は腎不全**の場合 1,500点

注3 3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患**又は腎不全**の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

※ 注入ポンプ加算、携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算についても同様



非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し②

緩和ケア病棟入院料の評価の見直し

- 緩和ケア病棟入院料の対象患者に、透析の差し控えや中断を選択した終末期の末期腎不全患者を追加する。

現行

【A310 緩和ケア病棟入院料】

注1 (中略) ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

[対象患者]

- 終末期の末期腎不全の患者とは、以下のア及びイに該当するものをいう。
 - ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
 - イ 器質的な腎障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類 Stage G5 以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。
- 緩和ケア病棟入院料について、神経ブロックを包括範囲から除外する。

現行

【A310 緩和ケア病棟入院料】

注3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、(中略)、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、(中略)区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

改定後

【A310 緩和ケア病棟入院料】

注1 (中略) ただし、悪性腫瘍の患者、後天性免疫不全症候群の患者及び終末期の末期腎不全の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

改定後

【A310 緩和ケア病棟入院料】

注3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、(中略)、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、**第11部第2節神経ブロック料、第2節神経ブロックに係る第3節薬剤料、第2節神経ブロックに係る第4節特定保険医療材料料、**第12部放射線治療及び第14部その他、(中略)、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

- ▶ 遺伝学的検査の実施時等における遺伝学的情報に基づく療養指導等に係る評価について、検査実施前及び検査実施後のライフステージの変化に応じて算定できるよう医学管理料として新設するとともに、遺伝カウンセリング加算及び遺伝性腫瘍カウンセリング加算を廃止する。

(新) 遺伝性疾患療養指導管理料

1	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	300点
2	医師が遺伝子検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合	
	イ 初回	700点
	ロ 2回目	200点

[算定要件] (概要・抜粋)

- 1については、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断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。
- 2のイについては、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- 2のロについては、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- 遺伝性療養指導管理料は、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」並びに関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」及び「遺伝カウンセリング実施に関するガイダンス」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

[施設基準] (概要・抜粋)

- 遺伝性疾患の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 遺伝性疾患に対する療養指導を年間合計20例以上実施していること。

遺伝学的検査の見直し

遺伝学的検査の対象疾患の見直し

- 新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

	工 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	ライソゾーム病（中略）、 レット症候群 、 ロウ症候群 、 三好型ミオパチー 、 レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症 、 シトステロール血症 、 偽性副甲状腺機能低下症	TNF受容体関連周期性症候群（中略）、 マリネスコ・シェーグレン症候群 、 ガラクトースー1ーリン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症 、 進行性骨化性線維異形成症 、 無虹彩症 、 PURA関連神経発達異常症 、 レーベル遺伝性視神経症
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病（中略）、 肺胞低換気症候群及び脳腱黄色腫症	ソトス症候群（中略）、 ジュベール症候群関連疾患 、 ウェルナー症候群 、 コケイン症候群 、 弾性線維性仮性黄色腫 、 ダイヤモンド・ブラックファン貧血 、 LMNB1関連大脳白質脳症
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症（中略）、 先天性魚鱗癬 、 眼皮膚白皮症 、 乳児発症STING関連血管炎 、 進行性白質脳症及びシャルコー・マリー・トゥース病	ドラベ症候群（中略）、 先天性副腎皮質酵素欠損症及び出血性線溶異常症

感染症に係る検査の見直し①

SARS-CoV-2に係る検査の算定要件の見直し

- 新型コロナウイルス感染症を含む感染症を同時に対象とする検査について、関係学会による提言も踏まえ、評価体系及び要件を見直す。

現行

【SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性】(※)
 [算定要件](抜粋)
 ・ SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）】
 [施設基準](抜粋)
 ・ 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
 ・ 当該検査の対象患者の治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む。）】
 [算定要件](概要・抜粋)
 ・ COVID-19が疑われる患者であって、医学的に多項目の病原微生物の検索の必要性が高いと考えられる患者に対し、一連の治療につき1回に限り算定する。

※ SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出定性及びSARS-CoV-2・インフルエンザウイルス・RSウイルス抗原同時検出定性についても同様の見直しを行う。

改定後

【SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性】(※)
 [算定要件](抜粋)
 ・ SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19及びインフルエンザ感染症が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。

【ウイルス・細菌核酸多項目同時検出】
 [施設基準](抜粋)
 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

[算定要件](概要・抜粋)
以下のいずれかに該当する場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。

- ・ 重症呼吸器感染症と診断された又は疑われる患者であって、救命救急入院料等を算定する病床で集中治療が行われた患者に対して実施する場合。
- ・ 呼吸器感染症が重症化するおそれのある入院外の患者に対して、入院の必要性の判断に当たって、COVID-19若しくはインフルエンザウイルス感染症を対象とする抗原検査又は本検査以外の核酸検出検査では不十分であり、特に医学的必要性があるために、本検査を実施する場合。



感染症に係る検査の見直し②

薬剤感受性検査の算定要件の明確化

- 抗菌薬の適正使用を推進する観点から、薬剤感受性検査について、厳格な抗菌薬適正使用が必要とされている抗菌薬の投与に際して、追加的に薬剤感受性検査を実施した場合には、改めて所定点数を算定できることを明確化する。

現行

【細菌薬剤感受性検査】
[算定要件]
(新設)



改定後

【細菌薬剤感受性検査】
[算定要件]

- 細菌薬剤感受性検査は、原則として、細菌感染症に対する一連の治療につき1回に限り算定できる。ただし、細菌薬剤感受性検査の結果、カルバペネム系抗菌薬を含む通常の治療で用いられる抗菌薬に対する非感受性または耐性が確認された場合であって、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌等、多剤耐性を有する細菌に対して有効な抗菌薬の適応判定を行う必要があるため、本検査を再度実施した場合にも算定できる。

感染症対策や薬剤耐性対策の推進

微生物学的検査体制加算の新設

- 感染対策向上加算1について、微生物学的検査室が果たす役割を踏まえ、抗菌薬適正使用を推進する観点から、微生物学的検査室を有する医療機関について新たな評価を行う。

(新) 微生物学的検査体制加算 (入院初日)

30点

[施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有しており、院内の抗菌薬の適正使用の監視、院内感染対策サーベイランス等への参加及び抗菌薬適正使用支援チームに係る業務等に活用していること。

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の対象疾病の範囲の拡充

- 院内感染対策において感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、標準予防策に加えて適切な感染対策を推進する観点から、特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の対象疾病の範囲を見直す。

現行

【特定感染症入院医療管理加算】

[算定要件]

院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、1入院に限り7日を限度として加算する。

ア～ホ (略)

(新設)

【特定感染症患者療養環境特別加算】

[算定要件]

特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。

ア～マ (略)

(新設)

改定後

【特定感染症入院医療管理加算】

[算定要件]

院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、1入院に限り7日を限度として加算する。

ア～ホ (略)

マ **クロストリジオイデス・ディフィシル感染症**

ミ **基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症**

【特定感染症患者療養環境特別加算】

[算定要件]

特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。

ア～マ (略)

ミ **クロストリジオイデス・ディフィシル感染症**

ム **基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症**



結核に係る入院医療提供体制の確保①

結核病棟入院基本料における加算の見直し

- 結核患者の入院患者数が減少する中、結核医療の提供を持続的に確保するため、入院期間に応じた加算を増点する。

現行

【結核病棟入院基本料】

[算定告示]

注1～3 (略)

4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間 (特別入院基本料等については、320点)	400点
ロ 15日以上30日以内の期間 (特別入院基本料等については、240点)	300点
ハ 31日以上60日以内の期間 (特別入院基本料等については、160点)	200点
ニ 61日以上90日以内の期間	100点



改定後

【結核病棟入院基本料】

[算定告示]

注1～3 (略)

4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間 (特別入院基本料等については、 500点)	600点
ロ 15日以上30日以内の期間 (特別入院基本料等については、 400点)	480点
ハ 31日以上60日以内の期間 (特別入院基本料等については、 300点)	360点
ニ 61日以上90日以内の期間	120点

結核に係る入院医療提供体制の確保②

微生物学的検査体制加算の新設

- 入院患者数の減少により、医療機関が結核病棟を維持することが難しくなっている中で、結核患者受入体制の確保の観点から、結核病棟と一般病棟を併せて1看護単位とするいわゆる「ユニット化病床」やモデル病床等における重症度、医療・看護必要度等の対象となる患者の範囲等を見直す。

現行

【結核病棟入院基本料】

[施設基準]

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者
一～二十四（略）
(新設)

[施設基準]

重症度、医療・看護必要度の評価に当たっては、産科患者及び15歳未満の小児患者は、対象から除外すること。



改定後

【結核病棟入院基本料】

[施設基準]

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者
一～二十四（略）

二十五 結核の治療が必要な者のうち、一般病床又は精神病床に入院する、次のいずれかに該当する結核を主病とする患者

(1) 合併症が重症又は専門的・高度医療若しくは特殊医療を必要とする患者

(2) 合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある患者

(3) 入院を要する精神障害者である患者

二十五の二 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第10条第5号の規定により、感染症病床に入院する、結核を主病とする患者

[施設基準]

重症度、医療・看護必要度の評価に当たっては、以下に掲げる患者は対象から除外すること。

ア 産科患者

イ 15歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る。）

(イ) 一般病棟及び結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合

(ロ) 「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成4年12月10日付け健医発1415号厚生省保健医療局長通知）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

(ハ) 医療法施行規則第10条第4号により感染症病床に入院する場合