

① 地域包括診療加算の見直し

第1 基本的な考え方

外来における継続的かつ全人的な医療の実施を推進する観点から、地域包括診療加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

地域包括診療加算の施設基準における時間外の対応に係る要件について、時間外対応加算3の届出でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【再診料（地域包括診療加算）】 注12 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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 <u>25点</u> 口 地域包括診療加算 2 <u>18点</u></p> <p>[施設基準] 1 地域包括診療加算 1に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (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 <u>又は</u> 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</p>	<p>【再診料（地域包括診療加算）】 注12 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（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 ●<u>点</u> 口 地域包括診療加算 2 ●<u>点</u></p> <p>[施設基準] 1 地域包括診療加算 1に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (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、<u>2又は3</u>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</p>

<p>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。</p>	<p>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。</p>
---	---

② 小児かかりつけ診療料の見直し

第1 基本的な考え方

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、小児かかりつけ診療料について対象となる患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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。
2. 当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現 行	改定案
<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 631点</p> <p>ロ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p>イ 初診時 748点</p> <p>ロ 再診時 556点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（3歳以上の患者にあっては、3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。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p> <p>(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</p>	<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 ●点</p> <p>ロ 再診時 ●点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p>イ 初診時 ●点</p> <p>ロ 再診時 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p> <p>(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。</p>

できる。	
------	--

③ 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。

(新) 服用薬剤調整支援料2 ●点（3月に1回まで）

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者若しくはその家族等の求めに応じて、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であって、処方医に対して、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ときは、3月に1回に限り所定点数を算定する。

④ かかりつけ薬剤師指導料等の評価

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者のプライバシーに配慮することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。

第2 具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、以下の見直しを行う。

1. 患者のプライバシーに配慮することを要件として追加する。
2. 対物業務から対人業務への転換を進める観点から評価を見直す。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】 73点	【かかりつけ薬剤師指導料】 ●点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 281点	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 ●点
[施設基準] <u>(新設)</u>	[施設基準] <u>患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。</u>

3. 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
※ かかりつけ薬剤師指導料が要件を引用する薬剤服用歴管理指導料の算定要件として追加。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】	【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】

<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<u>患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>
--	---

⑤ 同一薬局の利用推進

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者が同一の薬局を繰り返し利用することにより、処方薬の一元的・継続的な把握や重複投薬の解消をさらに進める観点から、薬剤服用歴管理指導料及び調剤基本料の見直しを行う。

第2 具体的な内容

患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。
「Ⅱ－10－③」を参照のこと。
3. 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する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

① 機能強化加算の見直し

第1 基本的な考え方

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を見直す。

第2 具体的な内容

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が検索できること。
2. また、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を、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	改定案
<p>【初診料（機能強化加算）】 注12 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、<u>80</u>点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に<u>掲示している</u>こと。</p>	<p>【初診料（機能強化加算）】 注12 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、<u>●</u>点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に<u>掲示するなどの取組を行っている</u>こと。</p>

<p>(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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(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、<u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、<u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p>
---	--

② 診療情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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、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） ●点

[対象患者]

- (1) 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。）を届け出ている医療機関から紹介された患者
- (2) 妊娠している者であって、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
- (3) 別の保険医療機関から地域包括診療加算、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。）を届け出ている医療機関に紹介された患者

[算定要件]

- (1) 別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別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（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。

- (2) 妊娠している者であって、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別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。

[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。

③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）において、医療的ケア児が通う学校の学校医又は医療的ケアに知見のある医師に対して、児が学校生活を送るに当たって必要な情報を主治医が提供した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] <u>注● 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（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部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。</u></p> <p>(1) <u>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。</u></p>
<p><u>（新設）</u></p>	
<p><u>（新設）</u></p>	

<p><u>(新設)</u></p>	<p>(2) 「<u>学校医等</u>」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。</p> <p>(3) 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。</p>
--------------------	---

④ 明細書発行の推進

第1 基本的な考え方

明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態を踏まえ、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、診療所における明細書発行に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 診療所において、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、正当な理由がある場合でも、患者からの求めがあったときには、明細書発行を義務とする。
2. 一部負担金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プトコンピューター又は自動入金機の改修が必要な診療所が対応を完了する期間を考慮し、2年間の経過措置を設ける。

現 行	改定案
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】</p> <p>[領収証等の交付]</p> <p>第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>【平成28年度改正附則】</p> <p>[経過措置]</p> <p>第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】</p> <p>[領収証等の交付]</p> <p>第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>【平成28年度改正附則】</p> <p>[経過措置]</p> <p>第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後</p>

の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を交付することを要しない。

の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を患者から求められたときに交付することで足りるものとする。

※ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。

【Ⅱ－３ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 －①】

① 質の高い外来がん化学療法の評価

「Ⅱ－７－１－④」を参照のこと。

【Ⅱ－３ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 －②】

② 外来化学療法での栄養管理の評価

「Ⅱ－７－１－⑤」を参照のこと。

③ 精神病棟における退院時共同指導の評価

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

精神病棟に入院中の患者に対して、入院医療を提供する保険医療機関の多職種チームと、地域において当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、退院後の療養等について共同で指導等を行った場合の評価を新設する。

(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 (外来又は在宅医療を担う保険医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料 (I) ●点

ロ 精神科退院時共同指導料 (II) ●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) ●点

[対象患者]

1のイ 精神病棟に入院中の患者であって、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が1年以上の患者（以下この区分番号において「措置入院者等」という。）

1のロ 精神病棟に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者

2 1のイ及び1のロの患者

[算定要件]

- (1) 精神科退院時共同指導料1については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって、措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅医療を担う保険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に外来又は在宅医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。ただし、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。
- (2) 精神科退院時共同指導料2については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅医療を担う他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に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。
- (3) 1のイについては、措置入院者等に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師(以下、看護師等という。)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が共同指導を行った場合に算定すること。
- (4) 1のロについては、1のイ以外の患者であって、平成28~30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を満たした、重点的な

支援が必要な患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師又は医師の指示を受けた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が共同指導を行った場合に算定すること。

- (5) 2については、(3)又は(4)に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、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（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が共同指導を行った場合に算定すること。
- (6) 外来又は在宅医療を担う医療機関については、入院中の医療機関とは別の医療機関であること。
- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別添●の様式を用いること。
- (8) 当該指導料を算定する場合は、行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (9) 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。
- (10) 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅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。

[施設基準]

- (1) 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であること。
- (2) 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。
- (3) 当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

- (4) 重点的な支援を必要とする患者とは、別紙●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。
- (5) 当該指導料の施設基準に係る届出は様式●を用いること。

④ 精神科外来における多職種による 相談支援・指導への評価

第1 基本的な考え方

地域で生活する精神疾患患者の支援を推進するために、精神科外来における多職種による相談・支援等について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

精神病棟に入院中に精神科退院時共同指導料 1 を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <u>注8 1を算定する患者であって、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、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B●に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(21)「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者に</p>

ついて、精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料を算定した患者であって退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診した患者又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師（以下、この区分において「看護師等」という。）又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科の医師、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の多職種が参加すること。

イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成し、その写しを診療録に添付すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。

ウ 医師は、診療録に当該患者の

	<p><u>療養生活環境整備支援及び指導を担当する看護師等又は精神保健福祉士への指示事項を記載すること。</u></p> <p><u>エ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、イにおいて作成した支援計画の内容を患者等に説明した上で、療養生活環境の整備のための支援及び指導を行うこと。なお、担当する患者ごとに療養生活環境整備支援・指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u> <u>療養生活環境整備のための支援及び指導を適切に行うにつき十分な体制を有していること。</u></p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u> <u>ア 当該保険医療機関内に、当該支援・指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。</u> <u>イ 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支援及び指導の対象患者の数は1人につき30人以下であること。また、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していること。</u></p> <p><u>(2) 当該加算の届出においては、様式●を用いること。</u></p>
--	--

⑤ 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

第1 基本的な考え方

通院への制約等の理由により保険医療機関の変更や血液透析への変更が必要となる患者もいることから、腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

腹膜透析を実施した患者について、他施設において血液透析を実施した場合、自施設にて診療報酬明細書の摘要欄に必要性等を記載した場合に限り在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定できるようにし、他施設では、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、人工腎臓を算定できるようにする。

現 行	改定案
<p>【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</p> <p>[算定要件] (3) 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、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」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。</p>	<p>【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 ●点</p> <p>[算定要件] (3) 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、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」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、<u>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</u></p>

<p>【人工腎臓】 [算定要件]</p> <p>(6) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」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できる。また、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。</p>	<p>欄に区分番号「J038」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。</p> <p>【人工腎臓】 [算定要件]</p> <p>(6) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」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できる。また、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。<u>なお、他の医療機関において区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険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できる。</u></p>
---	--

【Ⅱ－３ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 －⑥】

⑥ 栄養サポートチーム加算の見直し

「Ⅰ－３－④」を参照のこと。

⑦ 多職種チームによる

摂食嚥下リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について、多職種チームによる介入を評価できるよう、要件及び評価を見直すとともに名称の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【<u>経口摂取回復促進加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>経口摂取回復促進加算1</u> 185点</p> <p>ロ <u>経口摂取回復促進加算2</u> 20点</p> <p>(6) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2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（支）</u></p>	<p>【<u>摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>当該保険医療機関の医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(6) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算は、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（支）局長に届出を</u></p>

局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。）又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

(7) (略)
(新設)

行った保険医療機関において、摂食機能療法を算定する患者であって、摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の介入によって摂食嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

(削除)

(7) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、ア～ウの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいてリハビリテーション実施計画書を作成し、又はすでに摂食機能療法に係る計画書が作成されている場合には当該チームにより見直しを行い、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

イ 当該患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、リハビリテーション計画等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行う。当該カンファレンスには、摂食嚥下支援チームの構成員のうち、医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士が参加していること。

ウ カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）、摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、必要に

<p>(8) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2</u>を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況<u>を確認し、診療録に記載すること。</u></p> <p>(10) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2</u>を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関内に摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。</u></p> <p>(2) <u>摂食機能療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(3) <u>摂食機能に係る療養について相当の実績を有していること。</u></p> <p><u>1 経口摂取回復促進加算1に関する施設基準</u> (略)</p> <p><u>2 経口摂取回復促進加算2に関する施設基準</u></p>	<p><u>応じて患者又はその家族等への指導管理を行う。</u></p> <p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況、<u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>(10) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(1) <u>摂食嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局長等に報告していること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
---	--

<p>(略)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される摂食嚥下機能の回復の支援に係るチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、力については、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。</u></p> <p><u>ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師</u></p> <p><u>イ 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</u></p> <p><u>ウ 専任の常勤言語聴覚士</u></p> <p><u>エ 専任の常勤薬剤師</u></p> <p><u>オ 専任の常勤管理栄養士</u></p> <p><u>カ 専任の歯科衛生士</u></p> <p><u>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師、常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(3) 摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について、別添●の様式●の●を用いて、地方厚生局長等に報告していること。</u></p>

⑧ 個別栄養食事管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者の要件を見直す。

第2 具体的な内容

個別栄養食事管理加算の算定対象に後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を加える。

現 行	改定案
<p>【個別栄養食事管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>悪性腫瘍を有する当該患者</u>に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、<u>70点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>イ 緩和ケアを要する<u>悪性腫瘍患者</u>の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ロ 当該体制において、<u>悪性腫瘍患者</u>の個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。</p>	<p>【個別栄養食事管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>緩和ケアを要する患者</u>に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、<u>●点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>イ 緩和ケアを要する患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ロ 当該体制において、<u>緩和ケアを要する患者</u>に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。</p>

⑨ 周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し

第1 基本的な考え方

化学療法や放射線療法等が行われている患者に対して、実施される周術期等口腔機能管理を推進する観点から、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価及び周術期等専門的口腔衛生処置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価を見直す。
2. 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して行われる周術期等専門的口腔衛生処置1の算定回数制限を見直す。

現 行	改定案
<p>【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 190点</p> <p>【周術期等専門的口腔衛生処置（1 口腔につき）】 [算定要件] 注2 1について、区分番号B00 0－8に掲げる周術期等口腔機 能管理料（Ⅲ）を算定した患者 に対して、歯科医師の指示を受 けた歯科衛生士が専門的口腔清 掃を行った場合に、区分番号B 000－8に掲げる周術期等口 腔機能管理料（Ⅲ）を算定した 日の属する月において、月1回 に限り算定する。</p>	<p>【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ●点</p> <p>【周術期等専門的口腔衛生処置（1 口腔につき）】 [算定要件] 注2 1について、区分番号B00 0－8に掲げる周術期等口腔機 能管理料（Ⅲ）を算定した患者 に対して、歯科医師の指示を受 けた歯科衛生士が専門的口腔清 掃を行った場合に、区分番号B 000－8に掲げる周術期等口 腔機能管理料（Ⅲ）を算定した 日の属する月において、月2回 に限り算定する。</p>

① 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。

現 行	改定案
【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>糖尿病の患者については、患者の</u> <u>状態に応じて、年1回程度眼科の医</u> <u>師の診察を受けるよう指導を行うこ</u> <u>と。</u>

2. 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

第1 基本的な考え方

移植を含めた腎代替療法に関する情報提供を推進する観点から、人工腎臓の導入期加算の要件を見直すとともに、透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現 行	改定案								
<p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ 導入期加算 1</u></td> <td style="text-align: right;">300点</td> </tr> <tr> <td><u>ロ 導入期加算 2</u></td> <td style="text-align: right;">400点</td> </tr> </table>	<u>イ 導入期加算 1</u>	300点	<u>ロ 導入期加算 2</u>	400点	<p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ 導入期加算 1</u></td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td><u>ロ 導入期加算 2</u></td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> </table>	<u>イ 導入期加算 1</u>	●点	<u>ロ 導入期加算 2</u>	●点
<u>イ 導入期加算 1</u>	300点								
<u>ロ 導入期加算 2</u>	400点								
<u>イ 導入期加算 1</u>	●点								
<u>ロ 導入期加算 2</u>	●点								
<p>(17) 「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>300点又は400点</u>を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p>	<p>(17) 「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>●点又は●点</u>を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p>								

<p>[施設基準] (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 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<u>過去2年で1人以上</u>いること。</p> <p>[記載上の注意] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 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<u>前年度に3人以上</u>いること。</p> <p>[記載上の注意] 3 「4」の腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、<u>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又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。</u></p>
--	---

2. 腎代替療法開始前のより早期の段階から、腎代替療法に関する情報提供を行うことで、生命予後の改善が期待できることから、腎代替療法開始前の保存期腎不全患者に対する腎代替療法指導管理料を新設する。

(新) 腎代替療法指導管理料 ●点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の医師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に、患者1人につき2回に限り算定する。
- (2) 1回の指導を30分以上行った場合に算定する。
- (3) 腎代替療法指導管理料の対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR (mL/分/1.73m²) がいずれも30未満の場合
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
- (4) 当該管理料の算定に当たっては、(3)の要件を満たす慢性腎臓

病者の腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。なお、腎代替療法の情報提供を行う際には、腎臓病教室とは別に指導管理を行った場合に限る。

- (5) 当該管理料の算定に当たっては、腎臓内科の経験を有する医師及び腎臓病者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、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に、腎代替療法について指導を行い、当該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った場合に算定する。
- (6) 指導内容等の要点を診療録に記載する。
- (7) 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こと。
- (8) 本管理料を算定する場合にあつては、(3)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア (3)のアに該当する場合は、直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、以下の①から③のうちいずれかに該当するもの。
 - ① 25ml/min/1.73m²以上、30ml/min/1.73m²未満
 - ② 15ml/min/1.73m²以上、25ml/min/1.73m²未満
 - ③ 15ml/min/1.73m²未満
 - イ (3)のイに該当する場合は、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記載すること。

[施設基準]

- (1) 腎代替療法指導管理料の施設基準
 - ・ 以下の全てを満たしていること。
 - ア 区分番号「C102」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こと。
 - イ 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人以上いること。なお、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新規に登録された患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
 - ・ 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 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

- イ 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実施すること。

③ 分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

第1 基本的な考え方

妊娠中の糖尿病患者及び妊娠糖尿病患者における分娩後の糖尿病管理を推進する観点から、在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について、分娩後12週間以内も算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】 (新設)</p> <p>[算定要件] 注 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指</p>	<p>【在宅妊娠糖尿病患者指導管理料】</p> <p>1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1</p> <p>2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2</p> <p>[算定要件] 注 1 1については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>2 2については、1を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、1回に限り算定する。</p> <p>(1) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づ</p>

導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者

(1) 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）

（略）

(2) ハイリスクな妊娠糖尿病である場合

（略）

(新設)

く指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者

ア 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）

（略）

イ ハイリスクな妊娠糖尿病である場合

（略）

(2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

2は、(1)に該当し、妊娠中に在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1を算定した患者であって、引き続き分娩後における血糖管理を必要とするものについては、分娩後12週間以内に適切な療養指導を行った場合に、1回に限り算定する。

④ 歯科疾患管理料の見直し

第1 基本的な考え方

歯科疾患管理料について、長期的な継続管理等の評価をさらに充実させる観点から、初診時に係る評価を見直すとともに、長期的な継続管理について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 初診月の歯科疾患管理料の評価を見直す。
2. 歯科疾患に対する管理及び療養上必要な指導について、継続的な長期管理を実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【歯科疾患管理料】</p> <p style="text-align: right;">100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、<u>継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回に限り算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【歯科疾患管理料】</p> <p style="text-align: right;">●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、<u>歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の●に相当する点数により算定する。</u></p> <p>12 <u>初診日の属する月から起算して、6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合</u> ●点</p> <p>ロ <u>イ以外の保険医療機関の場合</u> ●点</p>

⑤ 歯周病重症化予防の推進

第1 基本的な考え方

歯周病安定期治療の対象となっていない歯周病を有する患者に対する継続的な治療について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

歯周病安定期治療の対象となっていない、歯肉に限局する炎症症状を認める患者に対する歯周病重症化予防治療を実施した場合の評価を新設する。

(新)	<u>歯周病重症化予防治療</u>	
	<u>1 1歯以上10歯未満</u>	●点
	<u>2 10歯以上20歯未満</u>	●点
	<u>3 20歯以上</u>	●点

[対象患者]

- (1) 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、2回目以降の歯周病組織検査終了後に、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者
- (2) 歯周組織の多くの部分は健康であるが、部分的に歯肉に限局する炎症症状を認める状態又はプロービング時の出血が見られる状態

[算定要件]

- (1) 2回目以降の区分番号D002に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病重症化予防治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- (2) 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。
- (3) 歯周病安定期治療（Ⅰ）又は歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定した月は、別に算定できない。

⑥ 健康増進法の一部を改正する法律の 施行に伴う見直し

第1 基本的な考え方

健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴い、医療機関においては、原則敷地内禁煙が義務づけられていることから、禁煙を求めている施設基準について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 屋内禁煙については、各施設基準の要件から削除する。

現 行	改定案
<p>【乳幼児加算・幼児加算】 [算定要件]</p> <p>注1 <u>乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児について、所定点数に加算する。</u></p> <p>注2 <u>幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児について、所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] <u>当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること</u></p>	<p>【乳幼児加算・幼児加算】 [算定要件]</p> <p>注1 <u>乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児について、所定点数に加算する。</u></p> <p>注2 <u>幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児について、所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] <u>(削除)</u></p> <p>※ <u>総合入院体制加算2及び3、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、小児療養環境特別加算、がん拠点病院加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、呼吸ケアチーム加算、悪性腫瘍特異物質治療管理料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、</u></p>

	<p><u>外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、喘息治療管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、糖尿病合併症管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、乳幼児育児栄養指導料、生活習慣病管理料、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料についても同様</u></p>
--	---

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

第1 基本的な考え方

治療と仕事の両立を推進する観点から、企業から提供された勤務状況に関する情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施する等の医学管理を行った場合の評価となるよう、療養・就労両立支援指導料について対象患者等の要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 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。
- 対象疾患について、がんの他に、脳卒中、肝疾患及び指定難病を追加する。
- 対象者について、産業医の選任されている事業場に勤務する者の他に、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者又は保健師が選任されている事業場に勤務する者を追加する。
- 相談体制充実加算については、廃止とする。

現 行	改定案				
<p>【療養・就労両立支援指導料】</p> <p style="text-align: right;">1,000点</p>	<p>【療養・就労両立支援指導料】</p> <table border="1"> <tr> <td>1 初回</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td>2 2回目以降</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> </table>	1 初回	●点	2 2回目以降	●点
1 初回	●点				
2 2回目以降	●点				
<p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）</u>について、就労の状況を</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、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の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を</u></p>				

考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、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文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める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は、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

(新規)

- 3 注1の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (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、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、6月に1回に限り算定する。

ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に

行うとともに、当該患者の同意を得て、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、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回に限り算定する。

- 2 2については、当該保険医療機関において1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、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。

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、●点を所定点数に加算する。

- 4 注1の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (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

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」及び「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あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。

イ 悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取したうえで、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 悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者の勤務する事業場の産業医から、文書で、療養と就労の両方を継続するために治療上望ましい配慮等について、助言を得ていること。

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、以下のいずれかにより、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治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。

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

<p><u>エ ウの助言を踏まえ、悪性腫瘍の治療を担当する医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うとともに、患者に対し治療計画変更の必要性の有無や具体的な変更内容等について説明すること。</u></p> <p><u>(3) 患者に対する指導及び説明並びに産業医による助言を診療録等に記載する。</u></p> <p><u>(4) 「注2」に規定する相談体制充実加算については、入院中の患者以外の患者が利用可能な相談窓口等において専任の看護職員又は社会福祉士が、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、就労と治療の両立のための相談に応じる体制を有している保険医療機関において、所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(4) 「注3」に規定する相談支援加算については、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できる。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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</u></p>
--	--

<p>[体制充実加算の施設基準]</p> <p>(1) <u>がん患者の療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該窓口は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用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が望ましい。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>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。</u></p> <p>[相談支援加算の施設基準]</p> <p>(1) <u>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。</u></p> <p>[厚生労働大臣の定める疾患]</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. 悪性新生物</u> <u>2. 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</u> <u>3. 肝疾患（経過が慢性なものに限る。）</u> <u>4. 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</u>
---	--

【Ⅱ－６ アウトカムにも着目した評価の推進 －①】

① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

② データ提出加算の見直し

第1 基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。

また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。

第2 具体的な内容

1. データ提出加算が要件となる入院料を許可病床数200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大する。
2. 看護配置等の基準は満たしているにもかかわらず、データ提出加算の要件を満たさないために急性期一般入院基本料が算定できない一定の医療機関について、急性期一般入院料7が一定期間算定できるよう、規定を見直す。
3. 急性期一般入院基本料等を算定する病棟以外において、データ提出加算を90日に1回に算定可能とする。
4. 提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。また、未コード化傷病名の割合の基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】 [施設基準] データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。 <u>ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の場合は、その限りではない。</u></p> <p>【療養病棟入院基本料1、2】 [施設基準] <u>許可病床数が200床以上の病院にあ</u></p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料5、6】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</p> <p>【療養病棟入院基本料1、2】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行っ</p>

つては、データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

【急性期一般入院基本料】

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

【経過措置】

[施設基準]

八 平成30年3月31日において、現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、平成31年3月31日（ただし、当該保険医療機関の許可病床数が50床未満、当該保険医療機関が保有する病棟が1のみ又は平成30年11月30日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入

た保険医療機関であること。

【急性期一般入院基本料】

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

ただし、新規に保険医療機関を指定する場合であって急性期一般入院料7を届け出る場合その他やむを得ない事情がある場合を除く。

（急性期一般入院料7について、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合又は急性期一般入院基本料1から7のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4（3）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなすことができる。）

【経過措置】

[施設基準]

八 令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、令和●年●月●日までの間に限り、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であるものは、平成32年3月31日)までの間に限り、次の(1)から(9)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(9)までに定めるものに該当するものとみなす。

- (1) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の十対一入院基本料(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (2) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のイ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (3) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のロ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (4) 旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のハ(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の二の(1)のイの①の4
- (5) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料1 第五の三の(1)のイの⑦
- (6) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料2 第五の三の(1)のイの⑦
- (7) 旧医科点数表の特定機能病院入院基本料の一般病棟の十対一入院基本料(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。) 第五の

(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(3) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料6(許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。)

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

五の(1)のイの②の5

(8) 旧医科点数表の専門病院入院基本料の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の六の(2)の口の⑤

(9) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料第九の十の(2)のト、(3)（(2)のトに限る。）、(4)のニ、(5)（(4)のニに限る。）、(6)のロ又は(7)

(新設)

(削除)

(削除)

九 令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データの提出を行う事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、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料

(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5

(3) 旧医科点数表の回復期リハビ

<p>【データ提出加算】 [算定要件]</p> <p>1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>150点</u> ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>200点</u></p> <p>2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>160点</u> ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>210点</u></p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、<u>入院中1回</u>に限り、<u>退院時に</u>、所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>	<p style="text-align: center;"><u>リテーション病棟入院料6</u></p> <p>【データ提出加算】 [算定要件]</p> <p>1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>●点</u> ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>●点</u></p> <p>2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>●点</u> ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>●点</u></p> <p>3 データ提出加算 3 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>●点</u> ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>●点</u></p> <p>4 データ提出加算 4 イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>●点</u> ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>●点</u></p> <p>注1 <u>1及び2</u>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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、<u>入院初日</u>に限り、所定点数に加算する。</p> <p>注2 <u>3及び4</u>については、別に厚</p>
--	--

<p>【提出データ評価加算】</p> <p>注2 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入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>退院時において、20点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p>	<p><u>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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</u></p> <p>【提出データ評価加算】</p> <p>注2 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入院している患者については、提出データ評価加算として、●点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2の<u>ロ</u>を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p>
--	--

<p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て1割未満であること。)</p>	<p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て●%未満、かつ診療報酬明細書においては同割合が●%未満であること。)</p>
--	--

[経過措置]

データ提出加算に係る施設基準について、令和2年3月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料5、6(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)、療養病棟入院基本料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)の届出を行っている病棟については、令和●年3月31日までは令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

また、データ提出加算に係る施設基準について、回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料の病床が200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提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場合については、当分の間、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

① がん拠点病院加算の見直し

第1 基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供体制を構築する観点から、がん診療連携拠点病院等の整備指針が変更されたこと及びがんゲノム医療提供体制の拠点として新たにがんゲノム医療拠点病院が指定されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. がん診療連携拠点病院等の類型として新たに設けられた、「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」及び「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」の取扱は、以下のとおりとする。
 - ・ 「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」については、従来の「地域がん診療連携拠点病院」と同様に、「1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院」の対象とする。
 - ・ 「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」については、地域がん診療連携拠点病院の要件を満たさない施設に対する暫定的な類型であることを踏まえ、「1 がん診療連携拠点病院加算 ロ 地域がん診療病院」の対象とする。

現 行	改 定 案
<p>【がん拠点病院加算】</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ がん診療連携拠点病院 <u>500点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 地域がん診療病院 <u>300点</u></p> <p>2 小児がん拠点病院加算 <u>750点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。</p>	<p>【がん拠点病院加算】</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ がん診療連携拠点病院 ●点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 地域がん診療病院 ●点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 ●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、<u>がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）</u>の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の</p>

<p>2 がん拠点病院加算の1の口に関する施設基準 (1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件] (2) がん拠点病院加算の1のイは、 キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。</p> <p>(3) がん拠点病院加算の1のロは、 がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療病院として指定された病院を評価したものである。</p>	<p>医療関係職種が参加していることが望ましい。</p> <p>2 がん拠点病院加算の1の口に関する施設基準 (1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、<u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）</u>又は<u>地域がん診療病院</u>の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件] (2) がん拠点病院加算の1のイは、 キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、<u>がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）</u>として指定された病院を評価したものである。</p> <p>(3) がん拠点病院加算の1のロは、 がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、<u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）</u>又は<u>地域がん診療病院</u>として指定された病院を評価したものである。</p>
---	--

2. 新たに指定された「がんゲノム医療拠点病院」については、「がんゲノム医療中核拠点病院」と同様に、「がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算」の対象とする。

現 行	改定案
<p>【がん拠点病院加算】 注2 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であって、ゲノム情報を用いたが</p>	<p>【がん拠点病院加算】 注2 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であって、ゲノム情報を用いたが</p>

<p>ん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(3) がん拠点病院加算の注2に規定する施設基準 ゲノム情報を用いたがん医療を提供する<u>中核となる拠点病院</u>であること。</p> <p>4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる加算に関する施設基準 「<u>がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について</u>」（平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、<u>がんゲノム医療中核拠点病院</u>の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、<u>がんゲノム医療中核拠点病院</u>において算定する。</p>	<p>ん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、<u>がんゲノム拠点病院加算として</u>250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(3) がん拠点病院加算の注2に規定する施設基準 ゲノム情報を用いたがん医療を提供する<u>拠点病院</u>であること。</p> <p>4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる加算に関する施設基準 「<u>がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について</u>」（令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、<u>がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院</u>の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、<u>がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院</u>において算定する。</p>
--	--

② 遺伝子パネル検査に係る 遺伝カウンセリングの評価の見直し

第1 基本的な考え方

がんゲノム医療を推進する観点から、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

遺伝子パネル検査の項目新設に伴い、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて評価を新設する。

がんゲノム医療中核拠点病院等で遺伝カウンセリング体制が整備されていることを踏まえ、遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリング加算を算定できる施設をがんゲノム医療中核拠点病院等に限定する。

現 行	改定案
<p>【遺伝性腫瘍カウンセリング加算 (検体検査判断料の注加算)】 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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>	<p>【遺伝性腫瘍カウンセリング加算 (検体検査判断料の注加算)】 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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査又は<u>遺伝性腫瘍に関する検査(区分番号D●●●-●に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。)</u>を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、●点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 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</p>

<p>[算定要件]</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報情報の適切な取り扱いのためのガイドンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドラ</p>	<p><u>陰医療機関において、区分番号「D●●●-●」に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査、<u>区分番号「D●●●-●」に掲げるBRCA遺伝子変異、又は区分番号「D●●●-●」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u>を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報情報の適切な取り扱いのためのガイドンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドラ</p>
---	--

<p>イン」(平成23年2月)を遵守すること。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>イン」(平成23年2月)を遵守すること。</p> <p><u>(9) 注6に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D●●●-●」に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施する際、(8)のア及びイのいずれも満たした場合に算定できる。</u></p> <p>[施設基準] <u>当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>1 遺伝性腫瘍カウンセリング加算に関する施設基準</u> <u>がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。</u></p> <p><u>2 届出に関する事項</u> <u>遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る届出については、別添2の様式●を用いること。</u></p>
--	--

③ 緩和ケア病棟入院料の見直し

第1 基本的な考え方

患者や家族の意向に沿いつつ地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

緩和ケア病棟入院料1について、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料又は在宅がん医療総合診療料の届出を行っていることを要件とするとともに、平均在院日数に係る要件を削除する。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>(新規)</u></p> <p>(13) <u>以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。</u> <u>ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満であること。</u> <u>イ 当該病棟の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。</u> (イ) (4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 (ロ) 患者が当該病棟に入院した</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>次のいずれかに係る届出を行っていること。</u> <u>① 区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算</u> <u>② 区分番号B001・24に掲げる外来緩和ケア管理料</u> <u>③ 区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料</u></p> <p>(13) <u>以下のア又はイを満たしていること。</u> <u>(削除)</u></p> <p><u>ア 当該病棟の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。</u> (イ) (4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 (ロ) 患者が当該病棟に入院した</p>

<p>日</p> <p><u>ウ</u> 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。</p> <p>(イ) 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者</p> <p>(ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者</p> <p>(ハ) 死亡退院の患者</p>	<p>日</p> <p><u>イ</u> 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。</p> <p>(イ) 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者</p> <p>(ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者</p> <p>(ハ) 死亡退院の患者</p>
--	--

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

第1 基本的な考え方

医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来での抗がん剤治療の質を向上させる観点から、患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

（新） 連携充実加算 ●点（月1回）

[対象患者]

外来化学療法加算1のAを算定する患者

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的及び治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、●点を月1回に限り所定点数に加算する。
- (2) その他以下の要件を満たすこと。
 - ・ 治療の状況等を共有することを目的に、提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと。
 - ・ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析・評価等を行うこと。
 - ・ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。
 - ・ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 外来化学療法加算1に規定するレジメン（治療内容）に係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、以下に掲げる体制が整備されていること。
 - ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）を当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
 - イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を少なくとも年1回実施すること。
 - ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からの患者のレジメン（治療内容）や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
- (4) 栄養指導の体制として、外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

[経過措置]

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●年●月●日までの間、上記（3）イの基準を満たしているものとする。

⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価

第1 基本的な考え方

がんの化学療法は、外来での治療が主流となってきたが、副作用による食欲不振は栄養状態の低下を来し、がん治療の継続に大きな影響を与えるため、個々の患者に対応した栄養食事指導が重要となる。

しかし、外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士がきめ細やかな栄養管理を患者の状態に合わせて継続的に実施した場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件]</p> <p>注₁ 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p><u>2 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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月</u></p>

<p>[施設基準]</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</p>	<p><u>2回以上の指導をした場合に限り、2回目に口の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 <u>イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</u> <u>ロ 外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士であること。</u></p>
--	---

⑥ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

第1 基本的な考え方

がん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、薬局が患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。

（新） 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2

●点（月1回まで）

[対象患者]

保険医療機関（連携充実加算を届出ている場合に限る）において、抗悪性腫瘍剤が注射されている悪性腫瘍の患者であって、化学療法のレジメン（治療内容）等について、文書により交付されているもの。

[算定要件]

- （1）保険医療機関で、抗悪性腫瘍剤を注射された患者について、当該患者の治療内容等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合であって、当該患者の同意を得た上で、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、当該保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り●点を所定点数に加算する。
- （2）当該加算における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

[施設基準]

特定薬剤管理指導加算2に規定する施設基準

- (1) 保険薬剤師としての勤務経験を5年以上有する薬剤師が勤務していること。
- (2) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること。
- (4) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する薬剤師の少なくとも1名が年1回以上参加していること。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間は、上記（4）の規定の基準を満たしているものとする。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する 治療等の評価

第1 基本的な考え方

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを
発症している患者における、BRCA遺伝子検査、遺伝カウンセリング、
乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。

また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても
評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 乳がん、卵巣がん又は卵管がんの患者のうち、発症年齢や家族歴等
から遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われるものに対する生殖細胞系
列のBRCA遺伝子検査について新たな評価を行う。
2. 乳がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断されたもの
に対する対側の乳房切除術や子宮附属器腫瘍切除術について新たな評
価を行う。
また、卵巣がん又は卵管がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん症
候群と診断された者に対する、乳房切除術について新たな評価を行う。
3. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された患者のうち、乳房切除術
を選択しなかったものに対するフォローアップとして、乳房MRI加
算を算定できるよう要件を見直す。
4. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対する一連の遺伝カ
ウンセリングについて新たな評価を行う。

(新) BRCA1/2遺伝子検査 2 血液を検体とするもの ●点

[算定要件]

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として当該検査を実施す
るに当たっては、厚生労働省がん対策推進総合研究事業研究班作成の
「遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き2017年版」
を参照すること。なお、その医療上の必要性について診療報酬明細書

の摘要欄に記載すること。

[施設基準]

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. BRCA1/2 遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準

- (1) 卵巣癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
- (2) 乳癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として実施する場合には、(1)又は(2)のいずれかを満たすこと。
- (4) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合は、この限りでない。

3. 届出に関する事項

- (1) BRCA1/2 遺伝子検査1又は2に係る届出については、別添2の様式●又は様式●の●を用いること。

(新) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術

[算定要件]

K手術 通則第●号

K475（乳房切除術）、K888（子宮附属器腫瘍切除術）に掲げる手術については、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遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

- (1) 当該手術の実施前に、臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳腺外科又は産婦人科の医師が参加するカンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえた治

療方針の検討を行うこと。

- (2) 当該手術の実施前に、(1) のカンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じる利益及び不利益について当該患者に説明を行うこと。

[施設基準]

当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- (1) 乳房切除術を行う場合は、乳腺外科又は外科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (2) 子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は、産婦人科又は婦人科を標榜しており、産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (3) 臨床遺伝学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。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (4) 乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (7) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

現 行	改定案
【がん患者指導管理料】 (新設)	【がん患者指導管理料】 ニ 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 ●点
(新設)	注4 ニについては、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、別に厚生労働大臣が定める者に対して、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D●●●-●に掲げるBRCA1/2遺伝子検査

<p>[施設基準] (新設)</p> <p>【遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】</p> <p>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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p>	<p><u>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。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>4 <u>がん患者指導管理料二に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>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。</u></p> <p>(2) <u>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。</u></p> <p>【遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】</p> <p>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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査又は<u>遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D●●●-●に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）</u>を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、●点を所定点数に加算する。</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査、<u>区分番号「D●●●-●」に掲げるBRCA遺伝子検査又は区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定</u></p>
---	---

ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。

イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報情報の適切な取り扱いのためのガイドランス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。

【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】

[算定要件]

(12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、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に限り算定する。

性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。

ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。

イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報情報の適切な取り扱いのためのガイドランス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。

【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】

[算定要件]

(12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、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がん卵巣がん患者に対して、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。

【組織拡張器による再建手術（一連につき）】

- 1 乳房（再建手術）の場合 18,460点
2 その他の場合 19,400点

[算定要件]

(2) 「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

ア 一次再建の場合

乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ 二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】

[算定要件]

(2) 乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【組織拡張器による再建手術（一連につき）】

- 1 乳房（再建手術）の場合 ●点
2 その他の場合 ●点

[算定要件]

(2) 「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

ア 一次再建の場合

乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ 二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】

[算定要件]

(2) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の

<p>ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStage II以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> <p>イ 一次二期的再建の場合 乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。</p> <p>ウ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p>	<p>摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStage II以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> <p>イ 一次二期的再建の場合 乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。</p> <p>ウ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p>
--	---

⑧ 介護老人保健施設におけるがん診療の充実

第1 基本的な考え方

介護老人保健施設において必要ながん診療が提供されるよう、介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬を見直す。

第2 具体的な内容

介護老人保健施設入所者について算定できる注射薬について、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤の費用についても、医療保険による給付の対象とする。

現 行	改定案
<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>三 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</p> <p>抗悪性腫瘍剤（<u>医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。</u>）の費用</p>	<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>三 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</p> <p>抗悪性腫瘍剤（<u>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。</u>）の費用</p>

① 認知症ケア加算の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、医師及び看護師に係る要件及び評価を見直すとともに、現場の実態を踏まえ、専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 認知症ケア加算の評価体系を、現行の2段階から3段階に見直す。

現 行	改定案
<p>【認知症ケア加算】</p> <p>1 認知症ケア加算 1</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>150点</u></p> <p>ロ 15日以上期間 <u>30点</u></p> <p>(新設)</p> <p>2 認知症ケア加算 2</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>30点</u></p> <p>ロ 15日以上期間 <u>10点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p>	<p>【認知症ケア加算】</p> <p>1 認知症ケア加算 1</p> <p>イ 14日以内の期間 ●点</p> <p>ロ 15日以上期間 ●点</p> <p>2 認知症ケア加算 2</p> <p>イ 14日以内の期間 ●点</p> <p>ロ 15日以上期間 ●点</p> <p>3 認知症ケア加算 3</p> <p>イ 14日以内の期間 ●点</p> <p>ロ 15日以上期間 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(6) 認知症ケア加算 2</p> <p>ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。</p> <p>イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュ</p>

<p>(6) <u>認知症ケア加算 2</u> (略)</p> <p>[施設基準] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>ニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。</u></p> <p><u>ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。</u></p> <p><u>エ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。</u></p> <p>(7) <u>認知症ケア加算 3</u> (略)</p> <p>[施設基準] <u>認知症ケア加算 2 の施設基準</u> <u>当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(1) 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。</u> (※ 医師及び看護師の要件は、認知症ケア加算 1 における認知症ケアチームの要件と同様)</p> <p><u>(2) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上</u></p>
--	--

	<p><u>配置すること。</u> (※ 看護師の研修に係る要件は、認知症ケア加算3の要件と同様)</p> <p><u>(3) (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。</u></p> <p><u>(4) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。</u></p> <p><u>(5) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対して、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。</u></p>
--	---

2. 認知症ケア加算1の医師及び看護師に係る要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【認知症ケア加算1】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ （略）</p> <p>(2) (1)のイに掲げる医師は、精神科</p>	<p>【認知症ケア加算1】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、<u>原則週16時間以上</u>、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症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、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ （略）</p> <p>(2) (1)のイに掲げる医師は、精神科</p>

<p>の経験を<u>5</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>5</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。</p> <p>(中略)また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(精神科の経験を<u>5</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>5</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</p>	<p>の経験を<u>3</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>3</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。</p> <p>(中略)また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(精神科の経験を<u>3</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>3</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</p>
---	---

3. 認知症ケア加算2の名称及び看護師に係る要件を見直し、評価の充実を行う。

現 行	改定案
<p>【認知症ケア加算2】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>30</u>点</p> <p>ロ 15日以上の期間 <u>10</u>点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を<u>複数名</u>配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</p>	<p>【認知症ケア加算3】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>●</u>点</p> <p>ロ 15日以上の期間 <u>●</u>点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を<u>3名以上</u>配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。<u>ただし、(1)に掲げる3名の看護師のうち1名については、次の事項に該当する研修を受講した看護師が行う認知症看護に係る院内研修の受講をもって満たすものと</u></p>

<p>ア 国、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。（修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。</p> <p>（略）</p>	<p><u>して差し支えない。</u></p> <p>ア 国、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。（修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。</p> <p>（略）</p>
---	---

【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 ー①】

① 精神病棟における退院時共同指導の評価

「Ⅱ－3－③」を参照のこと。

【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 ー②】

② 精神科外来における多職種による
相談支援・指導への評価

「Ⅱ－3－④」を参照のこと。

③ 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

第1 基本的な考え方

精神医療における在宅医療を適切に推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、その本来の趣旨等を踏まえ要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 精神科在宅患者支援管理料1及び2について、対象患者の要件等を見直すとともに、引き続き訪問診療を行う場合の評価を新設する。
2. 関係機関の職員等と共同して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、初回のカンファレンスは対面で行い、2回目以降についてはビデオ通話によるカンファレンスも可能とする。

現 行	改定案
<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>1 精神科在宅患者支援管理料1 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 3,000点 (2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点</p> <p>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 2,500点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点</p> <p>ハ イ及びロ以外の患者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 2,030点 (2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点</p> <p>2 精神科在宅患者支援管理料2 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</p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>1 精神科在宅患者支援管理料1 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 ●点 (2) 単一建物診療患者2人以上 ●点</p> <p>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 ●点 (2) 単一建物診療患者2人以上 ●点</p> <p>ハ イ及びロ以外の患者の場合 (1) 単一建物診療患者1人 ●点 (2) 単一建物診療患者2人以上 ●点</p> <p>2 精神科在宅患者支援管理料2 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</p>

<p>(1) 単一建物診療患者 1 人 2,467点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,850点</p> <p>□ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者 1 人 2,056点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 1,542点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>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、当該保険医療機関（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、<u>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。ただし、イについては、6 月を限度として算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(1) 単一建物診療患者 1 人 ●点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 ●点</p> <p>□ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者 1 人 ●点</p> <p>(2) 単一建物診療患者 2 人以上 ●点</p> <p>3 <u>精神科在宅患者支援管理料 3</u></p> <p>イ <u>単一建物診療患者 1 人 ●点</u></p> <p>ロ <u>単一建物診療患者 2 人以上 ●点</u></p> <p>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、当該保険医療機関（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、<u>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。</u></p> <p>2 <u>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、当該保険医療機関（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。</u></p>
---	--

2 2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、当該保険医療機関（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保険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、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。ただし、イについては、6月を限度として算定する。

(新設)

3 2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、当該保険医療機関（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保険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、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。

4 3については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者であって、精神科在宅患者支援管理料1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、当該保険医療機関（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等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料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、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。

(3) 「1」のロ及び「2」のロにつ

(3) 「1」のロ及び「2」のロにつ

いては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。

(新設)

(5) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定する。

ウ (5)のアに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等が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こと。

(6) 「1」のロ及び「2」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。

イ (5)のアに規定する専任のチー

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。

(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

(6) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。

ウ (6)のアに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を行うこと。うち、2月に1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議（以下「共同カンファレンス」という。）を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の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こと。なお、共同カンファレンスについては、初回は対面で行うこと。2回目以降については、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

(7) 「1」のロ及び「2」のロは、(6)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。

イ (6)のアに規定する専任のチー

ム及び保健所又は精神保健福祉センター等と共同して月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等が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こと。

(8) 精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のウに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア (5)のアに規定するチームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに直面で参加しているとき

イ 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会すること

(9) また、精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のアに規定する関係者のうちいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を

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、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。

(削除)

(削除)

<p>除く。)等の場合においては、関係者全員が一堂に会し当該患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</p> <p>(10)精神科在宅患者支援管理料2のロにおける(6)のイに規定するカンファレンスは、(5)のアに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)精神科在宅患者支援管理料1のイ及びロ並びに精神科在宅患者支援管理料2の施設基準</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>(削除)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1)精神科在宅患者支援管理料1のイ及びロ、精神科在宅患者支援管理料2並びに精神科在宅患者支援管理料3の施設基準</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
---	--

3. 訪問看護療養費における精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者支援管理連携加算について、精神科在宅患者支援管理料の見直しにあわせて以下の取扱いとする。

現 行	改定案
【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】	【精神科複数回訪問加算（精神科訪問看護基本療養費）】

<p>[算定要件]</p> <p>注10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号1016に掲げる<u>精神科在宅患者支援管理料1</u>（ハを除く。）又は2を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</p> <p>【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】</p> <p>[算定要件] (略)</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号1016に掲げる<u>精神科在宅患者支援管理料</u>を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</p> <p>※ <u>精神科訪問看護・指導料における精神科複数回訪問加算についても同様。</u></p> <p>【精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護管理療養費）】</p> <p>[算定要件] (略)</p> <p>※ <u>チームカンファレンス及び共同カンファレンスの要件について、精神科在宅患者支援管理料と同様に見直す。</u></p>
---	--

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

第1 基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を推進するため、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、届出期間の延長と要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料の算定に当たって要件となっている許可病床数に係る平均入院患者数の割合を見直すとともに、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.9</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.9</u>以上としても差し支えないこと。</p> <p>(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>1.5%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当</p>	<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.85</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.85</u>以上としても差し支えないこと。</p> <p>(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数</p> <p>(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>2.4%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当</p>

該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定年数）

- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の5分の1×当該病棟の算定月数÷12）

（新設）

該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

- (16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数）

- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定月数÷12）

- (18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届出する場合には、今回届出前月末日

	<p><u>時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。</u></p>
--	--

2. 当該病棟において、専従の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

現 行	改定案
<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト 当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上（入院患者数が四十を超える場合は三名以上）配置されていること。</p> <p>[施設基準] (8) 当該病棟に<u>2名以上（入院患者の数が40を超える場合は3名以上）</u>の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、<u>2名</u>の専従の常勤精神保健福祉士と、<u>1名</u>の専従の常勤社会福祉士が配置されていけばよいこと。</p>	<p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト 当該病棟に専従の<u>常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）</u>配置されていること。</p> <p>[施設基準] (8) 当該病棟に<u>1名以上</u>の専従の常勤精神保健福祉士及び<u>専任の常勤精神保健福祉士1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）</u>が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、<u>1名</u>の専従の常勤精神保健福祉士及び<u>1名の専任の常勤精神保健福祉士</u>と、<u>1名の専任の常勤社会福祉士</u>が配置されていけばよいこと。</p>

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和2年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和6年3月31日までに延長する。

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

第1 基本的な考え方

精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算について、実績に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

精神科急性期治療病棟入院料1における精神科急性期医師配置加算について、現行の要件である新規入院患者の自宅等への移行率に加えて、クロザピンを新規に導入した患者数の実績によって、3つの類型に分けて評価する。

現 行	改定案
<p>【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（1日につき） 500点 (新設)</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p>1 精神科急性期医師配置加算1 ●点</p> <p>2 精神科急性期医師配置加算2 ●点</p> <p>イ 精神病棟入院基本料等の場合 ●点</p> <p>ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 ●点</p> <p>3 精神科急性期医師配置加算3 ●点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。</p>

【精神科急性期医師配置加算】

[算定要件]

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

【精神科急性期医師配置加算】

[施設基準]

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

ロ 次のいずれも満たしていること。

① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有する保険医療機関であること。

(新設)

② 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(2) 以下のいずれかに該当する精神病棟であること。

イ 次のいずれも満たしていること。

① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料）

【精神科急性期医師配置加算】

[算定要件]

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

【精神科急性期医師配置加算】

[施設基準]

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準

① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。

② 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を相当程度有していること。

③ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準

① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料）

本料に限る。)であること。

- ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。
- ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床）以上の病院であること。

(新設)

(新設)

[施設基準]

1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

- (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

(新設)

であること。

- ② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。
- ③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床）以上の病院であること。

(4) 精神科急性期医師配置加算 2の口の施設基準

- ① 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- ② 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(5) 精神科急性期医師配置加算 3の施設基準

- ① 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。
- ② 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を一定程度有していること
- ③ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

[施設基準]

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算 1に

ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(新設)

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

(新設)

ア 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

イ 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医

関する基準

(1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(2) 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が6件以上であること。

(3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準

(1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医

療機関全体の許可病床数の50%未滿かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

ウ 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

エ 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

オ 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

カ 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車

(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該

療機関全体の許可病床数の50%未滿かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。

(3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

(4) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

(5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

(6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車

(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該

⑥ 精神療養病棟入院料等における 持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し

第1 基本的な考え方

精神病棟からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料及び管理料の取扱について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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及び地域移行機能強化病棟入院料について、持続性抗精神病注射薬剤に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

現 行	改定案
<p>[施設基準] 【別表第五の一の四】 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬 クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） <u>（新設）</u></p> <p>【別表第五の一の五】 精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又</p>	<p>[施設基準] 【別表第五の一の四】 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬 クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） <u>持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。）</u></p> <p>【別表第五の一の五】 精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬 インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又</p>

<p>はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)</p> <p><u>持続性抗精神病注射薬剤 (投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。)</u></p>
--	--

2. 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 <u>250点</u></p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 <u>500点</u></p> <p>注1 1については、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、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、<u>月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 <u>●点</u></p> <p><u>イ 入院中の患者</u></p> <p><u>ロ 入院中の患者以外</u></p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 <u>●点</u></p> <p>注1 1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、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、<u>当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p><u>2 1のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、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、月1回に限り、当該薬剤を投与</u></p>

<p>(新設)</p> <p>(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。</p>	<p>したときに算定する。</p> <p>(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>(2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。</p>
--	--

⑦ 精神科急性期病棟における クロザピンの普及推進

第1 基本的な考え方

精神科の急性期治療を担う病棟の入院料について、クロザピンを新規に導入する患者の転棟に係る要件及び自宅等への移行実績に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者について、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直し、また、精神科急性期治療病棟入院料を算定できる期間についても見直す。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料】 [算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。</p> <p>ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者</p> <p>イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起</p>	<p>【精神科救急入院料】 [算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）<u>若しくはウに該当する患者</u>であること。</p> <p>ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者</p> <p>イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起</p>

<p>算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。） <u>（新設）</u></p> <p>(2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。 <u>（新設）</u></p>	<p>算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）</p> <p><u>ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟から当該病棟に転棟した入院患者</u></p> <p>(2) <u>新規患者については、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。</u></p> <p>(3) (1)のウに該当する患者については、<u>当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。</u></p> <p><u>ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで要件を満たすものとする。</u></p> <p><u>イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで要件を満たすものとする。</u></p> <p><u>※ 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。</u></p>
---	---

2. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期医師配置加算及び精神科救急・合併症入院料について、クロザピンの新規導入を目的とした入院患者を、自宅等への移行率の対象から除外する。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料】 [施設基準] 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）</p>	<p>【精神科救急入院料】 [施設基準] 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</p> <p>(2) 措置入院患者、鑑定入院患者、<u>医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者</u>を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）</p> <p>※ <u>精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟における精神科急性期医師配置加算、及び精神科救急・合併症入院料についても同様。</u></p>

⑧ 精神科救急入院料の見直し

第1 基本的な考え方

地域における精神科救急の役割等を踏まえ、精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る場合に、病棟ごとに満たすべき要件を明確化する。また、届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

第2 具体的な内容

1. 精神科救急入院料について、複数の病棟を届け出る保険医療機関においては、病棟ごとに基準を満たす必要がある旨を明確化する。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>2 精神科救急入院料1に関する施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。</p> <p>ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口万対1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。</p> <p>イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口万対0.5件以上であ</p>	<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>2 精神科救急入院料1に関する施設基準等</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関が</u>、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。</p> <p>ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口<u>1万人当たり</u>1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。</p> <p>イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口<u>1万人当たり</u>0.5件</p>

<p>ること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。</p> <p>ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、<u>ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。</u></p>	<p>以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。</p> <p>ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、<u>ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。</u></p> <p>※ <u>精神科救急入院料2についても同様。</u></p>
---	--

2. 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を定める。

現 行	改定案
<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 精神科救急入院料に関する施設基準等</p> <p>(13) 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、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。</p>	<p>【精神科救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 精神科救急入院料に関する施設基準等</p> <p>(13) 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、<u>令和●年●月●日までの間</u>、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。</p>

⑨ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

第1 基本的な考え方

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す。

第2 具体的な内容

算定対象となる入院料として、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。

現 行	改定案
<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～コ (略) <u>(新設)</u> エ～ユ (略)</p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ミ (略) シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟に限る。) エ～イニ (略)</p>	<p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～コ (略) <u>エ ハイリスク分娩管理加算</u> <u>テ～メ</u> (略)</p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ミ (略) シ ハイリスク分娩管理加算 (一般病棟又は精神病棟に限る。) <u>る。)</u> エ～イニ (略)</p>

⑩ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 市町村又は都道府県の職員とのカンファレンスに係る参加者の要件及びビデオ通話等による参加の要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者への診療方針などに係る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ており、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、保健師又は看護師及び市町村又は都道府県（以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。）の担当者並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等が参加していること。</p> <p>(6) (5)のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者への診療方針などに係る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ており、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な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。</p> <p>(6) (5)のカンファレンスは、初回は対面で実施すること。2回目以降については、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</p>

<p>できる。</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(削除)</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様の取り扱いとする。</u></p>
---	--

2. 市町村又は都道府県との連携実績に係る要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [施設基準]</p> <p>1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準</p> <p><u>(1) 精神疾患を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。</u></p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [施設基準]</p> <p>1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料2についても同様の取り扱いとする。</u></p> <p><u>※ ハイリスク妊産婦連携指導料1については、施設基準の届出を不要とする。</u></p>

⑪ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実

第1 基本的な考え方

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要件を見直す。また、被虐待児等の診療機会を確保する観点から要件を見直す。

第2 具体的な内容

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。また、対象に被虐待児等を含むことを明確化する。

現 行	改定案
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 [算定要件]</p> <p>イ 月の1回目 <u>500点</u> ロ 月の2回目 <u>400点</u> (新設)</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、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回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(1) 乳幼児期及び学童期における特</p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 [算定要件]</p> <p>イ 医師による場合 (1) 月の1回目 ●点 (2) 月の2回目 ●点 ロ 公認心理師による場合 ●点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、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回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(1) <u>イ</u>については、乳幼児期及び学</p>

定の疾患を有する患者及びその家族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。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(新設)

(新設)

(3) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。

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。

(2) ロについては、一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとし、治療計画を立てた患者に対し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、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。なお、継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うものとする。

(3) (1)及び(2)のカウンセリングを家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(4) 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。

⑫ クロザピンを投与中の患者に対する ヘモグロビンA1cの測定に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

クロザピンを投与中の患者については、定期的にヘモグロビンA1cを測定する必要があることから、ヘモグロビンA1cの検査について要件を見直す。

第2 具体的な内容

血液形態・機能検査のヘモグロビンA1cについて、クロザピンを投与中の患者に対しては、月1回に限り別に算定できるようにする。

現 行	改定案
<p>【血液形態・機能検査】</p> <p>9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) 49点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「9」のヘモグロビンA1C (HbA1c)、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の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する。ただし、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月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。</p>	<p>【血液形態・機能検査】</p> <p>9 ヘモグロビンA1c (HbA1c) ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(8) 「9」のヘモグロビンA1C (HbA1c)、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の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する。ただし、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月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。<u>また、クロザピンを投与中の患者については、ヘモグロビンA1c (HbA1c) を月1回に限り別に算定できる。</u></p>

⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、対象疾患等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限を見直す。

現 行	改定案												
<p>【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">7日以内</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8日以上10日以内</td> <td style="text-align: right;">225点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] 注 精神科を標榜する病院であって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、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>（新設）</u></p>	1	7日以内	450点	2	8日以上10日以内	225点	<p>【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">7日以内</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8日以上15日以内</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] 注 精神科を標榜する病院であって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、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>（4）当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。</u></p>	1	7日以内	●点	2	8日以上15日以内	●点
1	7日以内	450点											
2	8日以上10日以内	225点											
1	7日以内	●点											
2	8日以上15日以内	●点											

2. 対象に指定難病の患者を加える。

現 行	改定案
<p>[施設基準] 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略) <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略) <u>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病の患者であつて、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1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。）</u></p>

⑭ 精神療養病棟における リハビリテーションの推進

第1 基本的な考え方

精神病棟に長期に渡り入院する患者の高齢化及び身体合併症等の実態を踏まえ、精神療養病棟におけるリハビリテーションの算定要件を見直す。

第2 具体的な内容

精神療養病棟入院料について、疾患別リハビリテーション料及びリハビリテーション総合計画評価料を別に算定できるよう見直す。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、<u>区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料</u>、<u>区分番号H</u></p>

	<p><u>003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</u></p>
--	---

⑮ ギャンブル依存症に対する治療の評価

第1 基本的な考え方

ギャンブル依存症に対して有効な治療の提供を推進する観点から、ギャンブル依存症の集団治療プログラムについて新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

依存症集団療法の対象疾患にギャンブル依存症を追加する。

現 行	改定案
<p>【依存症集団療法（1回につき）】</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>(1) 依存症集団療法は、入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソル</p>	<p>【依存症集団療法（1回につき）】</p> <p>1 薬物依存症の場合 ●点</p> <p>2 ギャンブル依存症の場合 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 2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、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。</p> <p>(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。</p> <p>ア 入院中の患者以外の患者であって、覚せい剤（覚せい剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚せい剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に</p>

ト等をいう。)に対する物質依存の状態にあるものについて、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った場合に算定する。

(2) 依存症集団療法は、1回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。

(3) 依存症集団療法は、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われた場合に算定すること。

(新設)

規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。)に対する物質依存の状態にあるものについて、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こと。

イ 1回に20人に限り、90分以上実施すること。

ウ 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こと。

(2) 依存症集団療法の「2」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル(平成三十年法律第七十四号ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。)に対する依存の状態にあるものについて、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

<p>[施設基準] 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>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、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こと。</u></p> <p><u>イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。</u></p> <p><u>ウ 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」に沿って行うこと。</u></p> <p>[施設基準] <u>(1) 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。</u></p> <p><u>(2) 依存症集団療法の2にあつては、(1)に加え、ギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。</u></p> <p><u>2 依存症集団療法2に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 「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。</u></p> <p><u>(2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること（いずれ</u></p>
--	--

	<p><u>も依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。)</u>。</p> <p><u>(3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。</u></p> <p><u>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(8時間以上の研修時間であるもの。)</u>。</p> <p><u>イ 研修内容に以下の内容を含むこと。</u></p> <p><u>(イ) ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴</u></p> <p><u>(ロ) ギャンブル依存症患者の精神医学的特性</u></p> <p><u>(ハ) ギャンブル依存症に関連する社会資源</u></p> <p><u>(ニ) ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応</u></p> <p><u>(ホ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点</u></p> <p><u>ウ 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こと。</u></p>
--	---

① 難病患者に対する適切な医療の評価

第1 基本的な考え方

難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となってい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。
2. 診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。

現 行	改定案
<p>【遺伝学的検査】</p> <p>1 処理が容易なもの <u>3,880点</u></p> <p>2 処理が複雑なもの <u>5,000点</u></p> <p>3 処理が極めて複雑なもの <u>8,000点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)</p> <p>エ 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</p> <p>① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱X症候群</p> <p>② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連</p>	<p>【遺伝学的検査】</p> <p>1 処理が容易なもの ●点</p> <p>2 処理が複雑なもの ●点</p> <p>3 処理が極めて複雑なもの ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)</p> <p>エ 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</p> <p>① ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱X症候群</p> <p>② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連</p>

症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスマンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1 p 36欠失症候群、4 p 欠失症候群、5 p 欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22 q 11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群

- ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

（新設）

症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスマンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1 p 36欠失症候群、4 p 欠失症候群、5 p 欠失症候群、第 14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22 q 11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1

- ③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

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 TNF受容体関連週期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱
 ② ソトス症候群、CPT2欠損

	<p>症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）/LMX1B 関連腎症、グルコーストランスポート1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病I型、III型、VI型、IXa型、IXb型、IXc型、IV型）、筋型糖原病（糖原病III型、IV型、IXd型）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症</p> <p>③ <u>ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症</u></p>
--	--

<p>(4) (1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(3)に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、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行われる場合に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからエまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからエまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患</p> <p>「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査</p> <p>(1)のエに掲げる疾患</p>	<p><u>候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群</u></p> <p>(4) (1)のエ及びオに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(3)に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、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行われる場合に限り算定する。</p> <p>(5) (1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合には、臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</p> <p>(6) 「1」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからオまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(7) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからオまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(8) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ、エ及びオの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患</p> <p>「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査</p> <p>(1)のエ及びオに掲げる疾患</p>
--	--

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －①】

① 小児かかりつけ診療料の見直し

「Ⅱ－1－②」を参照のこと。

② 小児科外来診療料の見直し

第1 基本的な考え方

小児に対する医療の提供を更に評価する観点から、小児科外来診療料について対象患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 算定対象となる患者の年齢を3歳未満から6歳未満に拡大する。
2. 当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。
3. 施設基準に係る届出を求めることとする。

現 行	改定案
<p>【小児科外来診療料】</p> <p>小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 <u>599点</u></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 <u>406点</u></p> <p>2 1以外の場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 <u>716点</u></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 <u>524点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（<u>3歳未満の乳幼児に限る。</u>）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>(6) <u>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</u></p>	<p>【小児科外来診療料】</p> <p>小児科外来診療料（1日につき）</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 <u>●点</u></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 <u>●点</u></p> <p>2 1以外の場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 初診時 <u>●点</u></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 再診時 <u>●点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（<u>6歳未満の乳幼児に限る。</u>）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>(6) <u>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。</u></p>

<p><u>できる。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 小児科外来診療料の届出に関する事項</p> <p><u>小児科外来診療料については、小児科を標榜する保険医療機関であればよく、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。</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>1 小児科外来診療料の届出に関する事項</p> <p><u>小児科外来診療料の施設基準に係る届出は、別添●の様式●を用いること。</u></p>
--	---

③ 小児運動器疾患指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

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、小児運動器疾患指導管理料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 初回算定日の属する月から起算して6月以内の期間は月1回に限り、6月を超えた期間については6月に1回に限り算定することとする。
2. 算定対象となる患者について、受診の契機に係る要件を廃止し、対象年齢を6歳未満から12歳未満に拡大する。
3. 施設基準に係る届出を求めることとする。

現 行	改定案
<p>【小児運動器疾患指導管理料】 小児運動器疾患指導管理料 <u>250点</u></p> <p>[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、<u>地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のもの</u>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回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p> <p>[施設基準] 1 小児運動器疾患指導管理料に関</p>	<p>【小児運動器疾患指導管理料】 小児運動器疾患指導管理料 <u>●点</u></p> <p>[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運動器疾患を有する<u>12歳未満のもの</u>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（<u>初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回</u>）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。</p> <p>[施設基準] 1 小児運動器疾患指導管理料に関</p>

<p>する基準</p> <p>(1) 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。</p> <p>ア 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。</p> <p>イ 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。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る取扱いについては、<u>当該基準を満たしていればよく、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。</u></p>	<p>する基準</p> <p>(1) 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。</p> <p>ア 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。</p> <p>イ 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。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出は、<u>別添●の様式●を用いること。</u></p>
--	---

④ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について対象となる患者や頻度等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

小児抗菌薬適正使用支援加算について、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、月に1回に限り算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 <u>599点</u></p> <p>ロ 再診時 <u>406点</u></p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 <u>716点</u></p> <p>ロ 再診時 <u>524点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（<u>3</u>歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投</p>	<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 <u>●点</u></p> <p>ロ 再診時 <u>●点</u></p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 <u>●点</u></p> <p>ロ 再診時 <u>●点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（<u>6</u>歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投</p>

与の必要性が認められないため
抗菌薬を使用しないものに対し
て、療養上必要な指導及び検査
結果の説明を行い、文書により
説明内容を提供した場合は、小
児抗菌薬適正使用支援加算とし
て、80点を所定点数に加算す
る。

与の必要性が認められないため
抗菌薬を使用しないものに対し
て、療養上必要な指導及び検査
結果の説明を行い、文書により
説明内容を提供した場合は、小
児抗菌薬適正使用支援加算とし
て、月に1回に限り80点を所定
点数に加算する。

※ 小児かかりつけ診療料について
も同様。

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑤】

⑤ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実

「Ⅱ－7－3－⑪」を参照のこと。

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑥】

⑥ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実

「Ⅱ－7－3－⑨」を参照のこと。

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑦】

⑦ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

「Ⅱ－7－3－⑪」を参照のこと。

⑧ 妊婦加算の扱い

第1 基本的な考え方

妊産婦に対する診療の課題について、産婦人科以外の診療科と産婦人科の主治医の連携を強化しつつ、妊産婦への診療体制の改善には引き続き取り組むとともに、妊婦加算の扱いを見直す。

第2 具体的な内容

区分番号A000に掲げる初診料の注7（妊婦に対して初診を行った場合に限る。）、注10及び注11、区分番号A001に掲げる再診料の注5（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注15及び注16並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8（妊婦に対して再診を行った場合に限る。）、注10及び注11に規定する加算について、削除する。

現 行	改定案
<p>【初診料】 [算定要件] 注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児又は妊婦の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>注10 妊婦に対して初診を行った場合は、妊婦加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、</p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p>

<p><u>注7又は注11に規定する加算を算定する場合は算定しない。</u></p> <p><u>注11 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において妊婦に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>（削除）</u></p> <p><u>※ 再診料及び外来診療料についても同様。</u></p>
--	---

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑨】

⑨ 地域の救急医療体制における重要な役割を担う
医療機関に対する評価

「Ⅰ－1－①」を参照のこと。

⑩ 救急医療管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

救急医療管理加算を算定するに当たって、項目ア～ケのうち一部の項目に係る重症度の指標や、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。また、当該加算の評価を見直す。

現 行	改 定 案
<p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算 1 <u>900点</u></p> <p>2 救急医療管理加算 2 <u>300点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。</p> <p>ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態</p> <p>イ 意識障害又は昏睡</p> <p>ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態</p> <p>エ 急性薬物中毒</p> <p>オ ショック</p> <p>カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）</p> <p>キ 広範囲熱傷</p>	<p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算 1 ●点</p> <p>2 救急医療管理加算 2 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。</p> <p>ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態</p> <p>イ 意識障害又は昏睡</p> <p>ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態</p> <p>エ 急性薬物中毒</p> <p>オ ショック</p> <p>カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）</p> <p>キ 広範囲熱傷</p>

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。

(4) 救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

(新設)

(新設)

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はその他の重症な状態(コ)にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態であっても算定できる。

(4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、(2)のアからケのいずれの状態に該当するか、救急医療管理加算2を算定する場合は、(2)のアからケに準ずる状態又はその他の重症な状態(コ)のいずれに該当するかについて、選択すること。

(5) 救急医療管理加算を算定するに当たって、(2)のイ、ウ、オ、カ若しくはキの状態又はそれに準ずる状態を選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(6) 救急医療管理加算を算定すべき重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 －⑪】

⑪ 救急医療体制の充実

「Ⅰ－1－②」を参照のこと。

⑫ 超急性期脳卒中加算の見直し

第1 基本的な考え方

脳梗塞の急性期治療に用いる r t - P A (アルテプラーゼ) 静注療法を普及する観点から、日本脳卒中学会による適正治療指針の改訂や、治療の安全性の確立等を踏まえ、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、人員配置や検査の体制に係る要件及び評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） 12,000点</p> <p>[施設基準] □ <u>当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。</u></p> <p>(2) <u>薬剤師が常時配置されていること。</u></p> <p>(3) <u>診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。</u></p> <p>(7) <u>コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。</u></p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） ●点</p> <p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(7) <u>コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。</u></p> <p>[算定要件] (4) <u>投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。</u></p>

2. 超急性期脳卒中加算の算定要件について、地域の医療機関間で連携し、一次搬送された施設で r t - P A を投与した上で、より専門的な医療機関に二次搬送を行って、入院治療及び管理する場合も算定できるよう見直す。

現 行	改定案
<p>【超急性期脳卒中加算】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。</p>	<p>【超急性期脳卒中加算】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、<u>組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合又は当該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他の保険医療機関の外来で、組織プラスミノゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</u></p> <p>(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与し、<u>当該医療機関において入院で治療を行った場合又は当該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他の保険医療機関の外来で、組織プラスミノゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</u>なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算</p>

<p><u>(新設)</u></p>	<p>日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。</p> <p>(5) 当該診療報酬の請求については、組織プラスミノーゲン活性化因子の投与後に入院で治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。</p>
--------------------	---

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

病院内及び地域における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬適正使用支援チームの業務の実態等を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算について外来における抗菌薬の使用状況の把握等を含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の種類を拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加する。

また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p> <p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗</p>	<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p> <p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬（<u>抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む。</u>）を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。 ウ <u>当該医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。</u> カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。また院内の抗菌薬</p>

<p>菌薬使用に関するマニュアルを作成する。</p> <p>(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>必要時に</u>抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。</p>	<p>使用に関するマニュアルを作成する。<u>当該院内研修の実施及びマニュアルの作成に当たっては、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。</u></p> <p>(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、第21の1の（7）に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。</u></p>
---	--

2. 抗菌薬適正使用支援加算について、感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算1の加算に見直す。

現 行	改定案
<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件]</p> <p>3 <u>感染防止対策地域連携加算</u>を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>抗菌薬適正使用支援加算</u>として、<u>100点</u>を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件]</p> <p>3 <u>感染防止対策加算1</u>を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>抗菌薬適正使用支援加算</u>として、●<u>点</u>を更に所定点数に加算する。</p>

【Ⅱ－7－6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進 －②】

② 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

「Ⅱ－7－5－④」を参照のこと。

③ 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

第1 基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進する観点から、常勤の歯科医師だけでなく関係する職員を対象とした研修を行うこととし、基本診療料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 歯科初診料、歯科再診料の施設基準について院内感染防止対策に係る要件を見直す。
2. 歯科初診料、歯科再診料の評価を充実する。

現 行	改定案
[算定要件]	[算定要件]
【初診料】	【初診料】
1 歯科初診料 <u>251点</u>	1 歯科初診料 <u>●点</u>
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>288点</u>	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>●点</u>
【再診料】	【再診料】
1 歯科再診料 <u>51点</u>	1 歯科再診料 <u>●点</u>
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 <u>73点</u>	2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 <u>●点</u>
[施設基準]	[施設基準]
(新設)	(5) <u>歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていること。</u>

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

第1 基本的な考え方

1. 中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を求める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。
2. 中心静脈栄養の適切な管理を推進する観点から、療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。
3. 中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件とする。

現 行	改定案
<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] (新設)</p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] 4の12 <u>中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するつき十分な体制として、次の体制を整備していること。</u> <u>ア 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を策定していること。</u> <u>イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握すること。</u></p>

2. 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件とする。

現 行	改定案
<p>【中心静脈栄養を実施している状態】 [施設基準] 本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。</p>	<p>【中心静脈栄養を実施している状態】 [施設基準] 本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。 <u>なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。</u></p>

3. 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件とする。

現 行	改定案
<p>【中心静脈注射用カテーテル挿入】 [算定要件] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【中心静脈注射用カテーテル挿入】 [算定要件] <u>(1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。</u> <u>(2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供するこ</u></p>

	<p>と。</p> <p>※ <u>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 についても同様。</u></p>
--	---

【Ⅱ－７－７ 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価 ①】

① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

② 疾患別リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、疾患別リハビリテーションの通則等について、疾患別リハビリテーションに係る日常生活動作の評価項目等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 疾患別リハビリテーションの実施に当たり作成する「リハビリテーション実施計画」の位置づけを明確化する。具体的には以下のとおり。
 - ・ 疾患別リハビリテーションを行うに当たっては、リハビリテーション実施計画書を作成することとする。
 - ・ リハビリテーション実施計画書の記載事項のうち、ADL項目としてBI又はFIMのいずれかをを用いるようにする。
 - ・ リハビリテーション実施計画書を作成し、診療録へ添付することとする。
2. リハビリテーション実施計画書の作成は、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日以内に行うこととした上で、当該計画書の作成前に行われる疾患別リハビリテーションについて、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こととする。また、併せて当該計画書の作成に当たり参考とする様式を整理する。

現 行	改定案
【リハビリテーション 通則】	【リハビリテーション 通則】
4 H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料及びH003呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な	4 H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料及びH003呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な

機能検査等をもとに、その効果判定を行い、「別紙様式21」から「別紙様式21の5」までを参考にしたりハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

また、リハビリテーションの開始時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載する。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明のうえ上交付するとともにその写しを診療録に添付する。

なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将

機能検査等をもとに、その効果判定を行い、「別紙様式21」から「別紙様式21の●」までを参考にしたりハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。

また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上、当該リハビリテーション実施計画書の内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。また、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、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明のうえ上交付するとともにその写しを診療録に添付する。

なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将

来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（FIM）、基本的日常生活活動度（BI）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものである。

4の2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。

なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態とを比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあつては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用

来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（FIM）又は基本的日常生活活動度（BI）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものである。

4の2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。

なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前3か月の状態と比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあつては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適

について適切に評価し、適用があると判断された場合にあつては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

- 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上（「難病の患者に対する医療等に関する法律」第5条第1項に規定する指定難病については5以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であつて、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM、BI、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。

用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあつては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

- 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上（「難病の患者に対する医療等に関する法律」第5条第1項に規定する指定難病については5以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であつて、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前3か月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又はBI及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。

③ 呼吸器リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

呼吸器リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

第2 具体的な内容

呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加する。

現 行	改定案
<p>【呼吸器リハビリテーション料】 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） <u>175点</u> 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） <u>85点</u></p> <p>[算定要件] (4) 呼吸器リハビリテーション料 は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。</p> <p>[施設基準] (呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準) (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。</p>	<p>【呼吸器リハビリテーション料】 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） （1単位） ●点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） （1単位） ●点</p> <p>[算定要件] (4) 呼吸器リハビリテーション料 は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。</p> <p>[施設基準] (呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準) (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が合わせて2名以上勤務していること。</p>

<p>(呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)に関する施設基準) (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1名以上勤務していること。</p>	<p>(呼吸器リハビリテーション料 (Ⅱ)に関する施設基準) (2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務していること。</p>
--	--

④ 難病患者リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

難病患者リハビリテーションにおける各職種の役割等を踏まえ、難病患者リハビリテーション料の算定要件及び施設基準を見直す。

第2 具体的な内容

難病患者リハビリテーション料の実施職種に言語聴覚士を追加する。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】 難病患者リハビリテーション料 640点</p> <p>[施設基準]</p> <p>□ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士又は作業療法士が適切に配置されていること。</p> <p>ハ 患者数は、看護師、理学療法士又は作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。</p> <p>(2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】 難病患者リハビリテーション料 ●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>□ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士、<u>作業療法士又は言語聴覚士</u>が適切に配置されていること。</p> <p>ハ 患者数は、看護師、理学療法士、<u>作業療法士又は言語聴覚士</u>を含む従事者の数に対し適切なものであること。</p> <p>(2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士、<u>作業療法士又は言語聴覚士</u>が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、<u>常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士</u>との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病</p>

う日を決めている場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

2 届出に関する事項

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

患者リハビリテーションを行う日を決めている場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

2 届出に関する事項

(2) 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

⑤ 外来リハビリテーション診療料の見直し

第1 基本的な考え方

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を推進する観点から、外来リハビリテーション診療料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

外来リハビリテーションを実施している患者に対して、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察をより実施しやすくするため、リハビリテーションスタッフとのカンファレンスに係る要件を緩和する。

現 行	改定案
<p>【外来リハビリテーション診療料】</p> <p>1 外来リハビリテーション診療料 1 72点</p> <p>2 外来リハビリテーション診療料 2 109点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、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効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。</p>	<p>【外来リハビリテーション診療料】</p> <p>1 外来リハビリテーション診療料 1 ●点</p> <p>2 外来リハビリテーション診療料 2 ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、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。</p>

⑥ 疾患別リハビリテーションの取扱いについて

第1 基本的な考え方

急性期から回復期、維持期・生活期まで一貫したリハビリテーションの提供を進めるとともに、疾患別リハビリテーションに係る事務手続きを簡素化するため、維持期リハビリテーションについて取扱いを整理する。

第2 具体的な内容

入院中の患者以外の患者であって、要介護被保険者等の患者に対する維持期リハビリテーションについて、平成31年3月31日まで算定可能とする経過措置が終了していることに伴い、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が明確になるよう、扱いを整理する。

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] 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。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。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 147点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 120点</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] 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つて、<u>要介護被保険者等以外のもの</u>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。</p>

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）

60点

注5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

注5 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つて、入院中の要介護被保険者等であるものに対して、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、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できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）

●点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）

●点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）

●点

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様。

⑦ 脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

言語聴覚療法を必要とする患者に対して、適切な治療を提供する体制を確保する観点から、言語聴覚療法のみを実施する場合について、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の要件を見直す。

第2 具体的な内容

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設ける。

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 100点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5) (略) <u>(新設)</u></p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） ●点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） ●点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） ●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5) (略) <u>(6) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の基準を満たすものとする。</u> <u>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</u></p>

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

⑧ がん患者リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供を推進する観点から、がん患者リハビリテーション料について対象患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

がん患者リハビリテーション料の算定対象患者について、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件に変更する。

現 行	改定案
<p>【がん患者リハビリテーション料】 がん患者リハビリテーション料 205点</p> <p>[算定要件] (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。 ア <u>食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がん</u>と診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者 イ <u>舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがん</u>により入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者 ウ <u>乳がん</u>により入院し、当該入</p>	<p>【がん患者リハビリテーション料】 がん患者リハビリテーション料 ●点</p> <p>[算定要件] (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。 ア 当該入院中にがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療又は造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>

<p><u>院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者</u></p>	
<p><u>エ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>
<p><u>キ 当該入院中に骨髄抑制を来し得る化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者</u></p>	<p><u>(削除)</u></p>

⑨ リンパ浮腫指導管理料及び リンパ浮腫複合的治療料の見直し

第1 基本的な考え方

リンパ浮腫に対する早期かつ適切な介入を推進する観点から、リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料について対象患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者について、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断された患者に変更する。また、リンパ浮腫複合的治療料「1」の「重症の場合」の対象患者について病期分類Ⅱ期以降の患者に変更する。

現 行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】 リンパ浮腫指導管理料 <u>100点</u></p> <p>[算定要件] 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、<u>子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったもの</u>に対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】 リンパ浮腫指導管理料 <u>●点</u></p> <p>[算定要件] 注1 保険医療機関に入院中の患者であって、<u>鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたもの</u>に対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか（<u>診断されたもの</u>にあっては、<u>当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。</u>）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院</p>

<p>(1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前又は手術後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>【リンパ浮腫複合的治療料】</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>重症の場合</td> <td><u>200点</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外の場合</td> <td><u>100点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(1) リンパ浮腫複合的治療料は、<u>B001-7リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ後期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。</u></p>	1	重症の場合	<u>200点</u>	2	1以外の場合	<u>100点</u>	<p>中1回に限り算定する。</p> <p>(1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前若しくは手術後又は診断時若しくは診断後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>【リンパ浮腫複合的治療料】</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>重症の場合</td> <td>●<u>点</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外の場合</td> <td>●<u>点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(1) リンパ浮腫複合的治療料は、<u>鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。</u></p>	1	重症の場合	● <u>点</u>	2	1以外の場合	● <u>点</u>
1	重症の場合	<u>200点</u>											
2	1以外の場合	<u>100点</u>											
1	重症の場合	● <u>点</u>											
2	1以外の場合	● <u>点</u>											

【Ⅱ－7－7 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価
⑩】

⑩ 多職種チームによる 摂食嚥下リハビリテーションの評価

「Ⅱ－3－⑦」を参照のこと。

【Ⅱ－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 ー①】

① 小児の在宅呼吸管理における材料の評価

第1 基本的な考え方

それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、小児の在宅人工呼吸管理等における実態を踏まえ、小児の呼吸管理に用いられる材料について、評価を見直す。

第2 具体的な内容

在宅人工呼吸管理等について、小児の呼吸管理の特性と実態を踏まえて、6歳未満の乳幼児に対する「乳幼児呼吸管理材料加算」を新設する。

現 行	改定案
【在宅療養指導管理材料加算の通則】 [算定要件] (新設)	【在宅療養指導管理材料加算の通則】 [算定要件] 3 区分番号C103、C107又はC107-2に掲げる管理料を6歳未満の乳幼児に対して算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り●点を所定点数に加算する。

【Ⅱ－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 ー②】

② 在宅自己導尿における 特殊カテーテル加算の見直し

第1 基本的な考え方

それぞれの患者にとって最適な在宅療養を提供し、質の高い在宅医療を確保する観点から、在宅自己導尿について、日本排尿機能学会等による診療ガイドラインを踏まえ、カテーテルに係る材料加算について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 「在宅自己導尿指導管理料」及び「特殊カテーテル加算」それぞれで評価されているカテーテルに係る費用について、評価体系を整理した上でエビデンスを踏まえた適切な評価とする。
2. 個々の患者の状態やニーズを踏まえ、受診回数及びカテーテルの使用頻度について、柔軟な算定が可能となるよう要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【在宅自己導尿指導管理料】 [算定要件] 在宅自己導尿指導管理料 <u>1,800点</u> 注2 <u>第2款に定めるものを除き、カテーテルの費用は、所定点数に含まれるものとする。</u></p> <p>【特殊カテーテル加算】 [算定要件] <u>(新設)</u> 1 <u>間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u> イ <u>親水性コーティングを有するもの</u> <u>960点</u> <u>(新設)</u> ロ <u>イ以外のもの</u> <u>600点</u></p>	<p>【在宅自己導尿指導管理料】 [算定要件] 在宅自己導尿指導管理料 <u>●点</u> 注2 <u>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する。</u></p> <p>【特殊カテーテル加算】 [算定要件] 1 <u>再利用型カテーテル</u> <u>●点</u> 2 <u>間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u> イ <u>親水性コーティングを有するもの</u> <u>(1) 60本以上の場合</u> <u>●点</u> <u>(2) 90本以上の場合</u> <u>●点</u> <u>(3) 120本以上の場合</u> <u>●点</u> ロ <u>イ以外のもの</u> <u>●点</u></p>

2 間歇バルーンカテーテル 600点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

3 間歇バルーンカテーテル ●点

注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

(4) 「2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」の「イ 親水性コーティングを有するもの」は、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することとし、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する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

ア 脊髄障害

イ 二分脊椎

ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱

エ その他

(5) 「2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル」の「イ 親水性コーティングを有するもの」は、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。）に算定することとし、これに満たない場合は「ロイ以外のもの」の所定点数を算定する。

【Ⅱ－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 ー③】

③ トレッドミル等による 負荷心肺機能検査の評価の見直し

第1 基本的な考え方

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

トレッドミル等による負荷心肺機能検査について、検査の実態を踏まえ評価を見直す。

現 行	改定案
【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】	【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】
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	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 ●点

【Ⅱ－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 －④】

④ 冠動脈ＣＴ撮影の算定要件の新設

第１ 基本的な考え方

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

第２ 具体的な内容

心筋梗塞のリスクや治療の緊急性が低い患者に対する、安定冠動脈疾患の診断を目的としたコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の冠動脈ＣＴ撮影加算について、適応疾患や目的を確認するため、診療報酬明細書の摘要欄に疾患や医学的根拠の記載をすることを算定要件に追加する。

現 行	改定案
<p>【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】 注４ ＣＴ撮影について、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、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件] (8) 「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、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。</p>	<p>【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】 注４ ＣＴ撮影について、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、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、●点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件] (8) 「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、<u>以下のアからオまでの場合に</u>、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。<u>この場合におい</u></p>

	<p><u>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。</u></p> <p><u>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。）</u></p> <p><u>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。）</u></p> <p><u>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。）</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p>
--	---

【Ⅱ－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 ー⑤】

⑤ 安定冠動脈疾患に対する

経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

第1 基本的な考え方

安定冠動脈疾患において待機的に実施される経皮的冠動脈インターベンションについて、日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえ要件を見直す。

第2 具体的な内容

安定冠動脈疾患に対して待機的に実施され、機能的虚血又は高度狭窄が存在することが確認されていない病変に対する経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術については、循環器内科又は心臓血管外科を含む複数診療科の医師が参加するカンファレンス等の実施を要件とする。

現 行	改定案
<p>【経皮的冠動脈形成術（3 その他 のもの）】</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 22,000点</p> <p>3 その他のもの 19,300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。また、<u>医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要</u></p>	<p>【経皮的冠動脈形成術（3 その他 のもの）】</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの ●点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの ●点</p> <p>3 その他のもの ●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。<u>なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス</u></p>

欄に記載すること。

ア 一方向から造影して90%以上の狭窄病変

イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）

ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変（新設）

- (8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的PCIのガイドライン（2011年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「PCI/CABGの適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（PCI/CABG）：ステントメント&適応（冠動脈血行再建術協議会）」及び「非ST上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 機能的虚血の原因である狭窄病変（削除）

イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変

ウ その他医学的必要性が認められる病変

- (8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

※ 経皮的冠動脈ステント留置術（3 その他のもの）についても同様。

【Ⅱ－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 ー⑥】

⑥ 人工内耳機器調整に対する評価

第1 基本的な考え方

人工内耳植込術後の、人工内耳用音声信号処理装置の調整は治療の一環であることから、医師や言語聴覚士による機器調整について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

人工内耳植込術を行った患者について、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合について、高度難聴指導管理料の加算を新設する。

現 行	改定案
(新設)	【人工内耳機器調整加算（高度難聴指導管理料の注加算）】
[算定要件] (新設)	[算定要件] 注3 <u>区分番号K328に掲げる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は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り●点を所定点数に加算する。</u>
(新設)	(4) <u>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をいう。</u>
(新設)	(5) <u>人工内耳機器調整加算は、耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科</u>

<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>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する。</u></p> <p><u>(6) 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ものとする。</u></p>
--------------------	--

【Ⅱ－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 ー⑦】

⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設

第1 基本的な考え方

認知機能検査その他の心理検査のうち、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とする簡易なものについては、結果の信頼性確保の観点から、算定間隔等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

認知機能検査その他の心理検査のうち操作が容易なものについて、簡易な検査に該当するものを実施する際は3月に1回算定することを原則とする。また、医学的な必要性から3月に2回以上検査を実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に医学的根拠の記載を求めることとする。

現 行	改定案				
<p>【認知機能検査その他の心理検査 （1 操作が容易なもの）】 （新設）</p> <p>[算定要件] (2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。 なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。</p>	<p>【認知機能検査その他の心理検査 （1 操作が容易なもの）】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">イ 簡易なもの</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ロ その他のもの</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] (2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、このうち「イ」の「簡易なもの」とは、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とするもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。 なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら</p>	イ 簡易なもの	●点	ロ その他のもの	●点
イ 簡易なもの	●点				
ロ その他のもの	●点				

<p>(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」とは、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、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、MAS不安尺度、ブルドン抹消検査、MED E多面的初期認知症判定検査、WHO QOL26、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。）、AQ日本語版、WURS、MCMII-II、MOCI邦訳版、日本語版LSAS-J（6月に1回に限る。）、DES-II、EAT-26、M-CHAT、STAI-C状態・特性不安検査（児童用）、DSRS-C、長谷川式知能評価スケール、MMSE、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoca-Jのことをいう。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>結果を分析した場合にのみ算定する。</p> <p>(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、<u>MAS不安尺度、MED E多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、EAT-26、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをいい、「ロ」のその他のもの</u>とは、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、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、WHO QOL26、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、MCMII-II、MOCI邦訳版、DES-II、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、ストループテスト及びMoca-Jのことをいう。</p> <p>(11) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」は、<u>原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、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すること。</u></p>
--	---

【Ⅱ－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 －⑧】

⑧ 質の高い臨床検査の適切な評価

第1 基本的な考え方

質の高い臨床検査の適切な評価を進めるため、以下の見直しを行う。

- ① 新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。
- ② 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、評価の対象の拡大を含め要件を見直す。
- ③ 血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため要件を見直す。
- ④ 遺伝子関連・染色体検査について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. E3又はC2区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、技術料の新設や削除を行う。
「Ⅱ－8－⑨」を参照のこと。
2. 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となってい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。また、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。
「Ⅱ－7－4－①」を参照のこと。
3. 血清アルブミンの測定方法の標準化を推進するため、BCG法については次回改定まで算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【血液化学検査】</p> <p>1 <u>アルブミン</u> 11点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【血液化学検査】</p> <p>1 <u>アルブミン（BCP改良法・BCG法）</u> ●点</p> <p>[算定要件] <u>アルブミンのうち、BCG法によるものは、令和4年3月31日までの</u></p>

間に限り、算定できるものとする。

4. 次の遺伝子関連・染色体検査について、遺伝子関連・染色体検査判断料を新設する。

悪性腫瘍遺伝子検査、造血器腫瘍遺伝子検査、Major BCR-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、WT1 mRNA、FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子、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

現 行	改定案
<p>【検体検査判断料】</p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点 (新設)</p> <p>2 血液学的検査判断料 125点</p> <p>3 生化学的検査（I）判断料 144点</p> <p>4 生化学的検査（II）判断料 144点</p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。</p> <p>(新設)</p>	<p>【検体検査判断料】</p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 ●点</p> <p>2 遺伝子関連・染色体検査判断料 ●点</p> <p>3 血液学的検査判断料 ●点</p> <p>4 生化学的検査（I）判断料 ●点</p> <p>5 生化学的検査（II）判断料 ●点</p> <p>6 免疫学的検査判断料 ●点</p> <p>7 微生物学的検査判断料 ●点</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、<u>遺伝子関連・染色体検査判断料</u>、血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。</p> <p>注3 <u>区分番号D004-2の1に掲げる悪性腫瘍遺伝子検査及び</u></p>

	<p><u>区分番号D006-2からD006-●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。</u></p>
--	--

【Ⅱ－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】

⑨ 手術等医療技術の適切な評価

第1 基本的な考え方

1. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
2. 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
3. 外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術（先進医療として実施している医療技術を含む。）の保険導入及び既記載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。

[診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったものの例]

- (1) 臍頭十二指腸切除術（ロボット支援）
- (2) 同種クリオプレシピテート作製術
- (3) 脳性Na利尿ペプチド（BNP）
- (4) 体幹部定位放射線治療の適応拡大
- (5) 経皮的腎生検
- (6) デブリードマン（重症軟部組織感染症）
- (7) 病理組織標本作製（セルブロック法によるもの）の適応疾患の拡大

[診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施しているもの]

- (1) 神経変性疾患の遺伝子診断（※1）
- (2) 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭

清術（※2）

- (3) 角膜ジストロフィーの遺伝子解析
- (4) MEN1 遺伝子診断
- (5) 腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術
- (6) 多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療

※1：脊髄小脳変性症に係るもの。

※2：精巣腫瘍に係るもの。

[廃止を行う技術の例]

- (1) 四肢切断術 指（手、足）

- 2. C2、E3 区分で保険適用された新規医療材料、新規体外診断用医薬品等及び新たに薬価収載された医薬品等を使用する際の手技について、それぞれ技術料の新設や削除を行う。

[技術の例]

経皮的卵円孔開存閉鎖術 ●点

- 3. 外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案2020」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。
また、以下の既存技術について、実態に即した評価の見直しを行う。

現 行	改定案
【結膜結石除去術】 2 多数のもの <u>390点</u>	【結膜結石除去術】 2 多数のもの <u>(1眼瞼ごと)</u> ●点
【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】	【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】
[算定要件] <u>区分番号「K544」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分番号「K553」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分番号「K553-2」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分番号</u>	[算定要件] <u>(削除)</u>

「K554」弁形成術（1弁のものに限る。）又は区分番号「K555」弁置換術（1弁のものに限る。）を併施した場合は、区分番号「K544」、区分番号「K553」又は区分番号「K553-2」の「2」により算定する。

（新設）

【精索捻転手術】

- 1 対側の精索固定術を伴うもの 7,810点
- 2 その他のもの 8,230点

【造血幹細胞移植】

注5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコストは所定点数に含まれるものとする。

注9 1及び2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実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

（複数手術に係る費用の特例に関する告示）

別表第一

K544 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	K554 弁形成術 K555 弁置換術
K553 心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）	K554 弁形成術 K555 弁置換術
K553-2 左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	K554 弁形成術 K555 弁置換術

【精索捻転手術】

- 1 対側の精索固定術を伴うもの ●点
- 2 その他のもの ●点

【造血幹細胞移植】

注5 同種移植における造血幹細胞移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコストは所定点数に含まれるものとする。

注9 1及び2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同種移植を実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、●点を所定点数に加算する。

【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】

注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,600点を所定点数に加算する。

【点滴注射（1日につき）】

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 98点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 97点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点

【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】

注2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、●点を所定点数に加算する。

【点滴注射（1日につき）】

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） ●点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） ●点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） ●点

【Ⅱ－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 －⑩】

⑩ 注射の準用に係る規定の創設

第1 基本的な考え方

今般、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ことを踏まえ、注射の準用に係る規定を設ける。

第2 具体的な内容

第1節に掲げられていない注射であって特殊なものの注射料について、処置や手術と同様に、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定できるよう注射の準用に係る規定を設ける。

現 行	改定案
<p>【注射の通則7】 [算定要件] 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>【注射の通則7】 [算定要件] 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、<u>特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</u></p> <p>7 <u>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する。</u></p>

【Ⅱ－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 －①】

① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

「Ⅱ－７－６－③」を参照のこと。

【Ⅱ－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 －②】

② 歯科疾患管理料の見直し

「Ⅱ－４－④」を参照のこと。

【Ⅱ－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 －③】

③ 歯周病重症化予防の推進

「Ⅱ－４－⑤」を参照のこと。

【Ⅱ－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 －④】

④ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第1 基本的な考え方

歯科疾患管理料の口腔機能管理加算及び小児口腔機能管理加算について、歯科疾患の継続管理を行っている患者に対する診療実態に合わせて要件等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算の扱いを見直す。
2. 口腔機能の発達不全を有する小児及び口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能管理を実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【歯科疾患管理料】 [算定要件]</p> <p>12 <u>口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、小児口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。</u></p> <p>13 <u>口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【歯科疾患管理料】 [算定要件] (削除)</p> <p>(削除)</p>

(新) 小児口腔機能管理料 ●点

[対象患者]

15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者（咀嚼機能、嚥下機能若しくは構音機能等が十分に発達していない又は正常に獲得できていない患者）

[算定要件]

- (1) 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日の属する月に行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
- (3) 小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

(新) 口腔機能管理料 ●点

[対象患者]

歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼能力低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうちいずれか3項目以上に該当する患者）

[算定要件]

- (1) 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機

能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

- (2) 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日の属する月に行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
- (3) 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管料（Ⅰ）、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

3. 口腔機能の評価を行うための口唇閉鎖力検査を行った場合の評価を新設する。

(新) 小児口唇閉鎖力検査（1回につき） ●点

[算定要件]

小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

4. 口腔機能の評価を行うための舌圧検査の算定頻度についての要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【舌圧検査】 [算定要件] 注1 舌圧測定を行った場合は、<u>6</u>月に1回に限り算定する。</p>	<p>【舌圧検査】 [算定要件] 注1 舌圧測定を行った場合は、<u>3</u>月に1回に限り算定する。</p>

【Ⅱ－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 －⑤】

⑤ 非経口摂取患者に対する口腔管理の推進

第1 基本的な考え方

経口摂取が困難な口腔の自浄作用の低下した療養中の患者に対する痂皮の除去等を評価する。

第2 具体的な内容

経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師等が口腔衛生状態の改善を目的として行う処置に対する評価を新設する。

(新) 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき） ●点

[対象患者]

経管栄養等を必要とする経口摂取が困難な療養中の患者であって、口腔疾患を有するもののうち、患者自身による口腔清掃が困難な者

[算定要件]

経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生状態の改善を目的として、痂皮等の除去（機械的歯面清掃を含む。）を行った場合に、月2回に限り算定する。

【Ⅱ－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 －⑥】

⑥ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し

第1 基本的な考え方

6歯以上の先天性部分（性）無歯症等であり、ブリッジや部分床義歯等の一般的な補綴治療では治療困難な患者がいることを踏まえ、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件を見直す。

第2 具体的な内容

6歯以上の先天性部分（性）無歯症等に対する広範囲顎骨支持型埋入手術の適応を拡大する。

現 行	改定案
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術 （1顎一連につき）】 [算定要件] <u>（新設）</u>	【広範囲顎骨支持型装置埋入手術 （1顎一連につき）】 [算定要件] <u>ニ 6歯以上の先天性部分（性）無 歯症又は3歯以上の前歯永久歯萌 出不全（埋伏歯開窓術を必要とす るものに限る。）であり、連続し た3分の1顎程度以上の多数歯欠 損（歯科矯正後の状態を含む。） であること。</u>

【Ⅱ－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 －⑦】

⑦ 静脈内鎮静法の評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科治療恐怖症の患者等に対して行われる静脈内鎮静法について評価
を見直す。

第2 具体的な内容

静脈内鎮静法に対する評価を見直す。

現 行		改定案	
【静脈内鎮静法】	120点	【静脈内鎮静法】	●点

【Ⅱ－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 ー⑧】

⑧ 歯科麻酔管理料の新設

第1 基本的な考え方

歯科診療における安全で質の高い麻酔を実施する観点から、閉鎖循環式全身麻酔を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

歯科診療における閉鎖循環式全身麻酔において、一定の実績を有する歯科医師が麻酔管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 歯科麻酔管理料 ●点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生支局長等に届け出た歯科医師に限る。）が行った場合に算定する。
- (2) 歯科麻酔管理料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の歯科麻酔を担当する歯科医師が医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。
- (3) 歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該歯科医師以外の歯科医師と共同して麻酔を実施する場合には、歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。
- (4) 歯科麻酔管理料を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

[施設基準]

- (1) 歯科麻酔に係る専門の知識及び2年以上の経験を有し、当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を200症例以上及び静脈内鎮静法を50症例以上経験している常勤の麻酔に従事する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 常勤の麻酔に従事する歯科医師により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

【Ⅱ－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 －⑨】

⑨ 機械的歯面清掃処置の充実

第１ 基本的な考え方

糖尿病患者に対する口腔管理を充実する観点から、機械的歯面清掃処置の対象を拡大する。

第２ 具体的な内容

医科の保険医療機関との連携に基づき糖尿病患者に対する機械的歯面清掃処置の算定要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【機械的歯面清掃処置（１口腔につき）】 <u>68点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注１ 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者又は妊婦</p>	<p>【機械的歯面清掃処置（１口腔につき）】 <u>●点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注１ 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又</p>

<p>については月<u>1</u>回に限り算定する。</p>	<p><u>は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づき、紹介された糖尿病患者については月<u>1</u>回に限り算定する。</u></p>
--------------------------------	--

【Ⅱ－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】

⑩ CAD／CAM冠の対象拡大

第1 基本的な考え方

コンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD／CAM装置）
 を用いて製作する歯冠修復物の対象を拡大する。

第2 具体的な内容

CAD／CAM冠の適応を上顎第一大臼歯に拡大する。

現 行	改定案
<p>【CAD／CAM冠】 [算定要件] (2) CAD／CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ 小臼歯に使用する場合 ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において下顎第一大臼歯に使用する場合 ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）</p>	<p>【CAD／CAM冠】 [算定要件] (2) CAD／CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ 小臼歯に使用する場合 ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において第一大臼歯に使用する場合 ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）</p>

【Ⅱ－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 －⑪】

⑪ 手術用顕微鏡を用いた治療の評価

第1 基本的な考え方

手術用顕微鏡を用いた根管充填処置等について、対象を見直す。

第2 具体的な内容

1. 3根管以上の加圧根管充填において、手術用顕微鏡を用いて治療した場合の対象を見直す。
2. 根管内異物除去において、手術用顕微鏡を用いて治療した場合の評価を新設する。

現 行	改定案												
<p>【加圧根管充填処置（1歯につき）】 [算定要件]</p> <table> <tr> <td>1 単根管</td> <td><u>136点</u></td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td><u>164点</u></td> </tr> <tr> <td>3 3根管以上</td> <td><u>200点</u></td> </tr> </table> <p>注3 3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、<u>4根管又は槌状根に対して歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</u></p>	1 単根管	<u>136点</u>	2 2根管	<u>164点</u>	3 3根管以上	<u>200点</u>	<p>【加圧根管充填処置（1歯につき）】 [算定要件]</p> <table> <tr> <td>1 単根管</td> <td>●点</td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td>●点</td> </tr> <tr> <td>3 3根管以上</td> <td>●点</td> </tr> </table> <p>注3 3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、<u>歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、●点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。ただし、区分番号1021に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合</u></p>	1 単根管	●点	2 2根管	●点	3 3根管以上	●点
1 単根管	<u>136点</u>												
2 2根管	<u>164点</u>												
3 3根管以上	<u>200点</u>												
1 単根管	●点												
2 2根管	●点												
3 3根管以上	●点												

<p>【根管内異物除去（1歯につき）】 150点</p> <p>[算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>は、算定できない。</p> <p>【根管内異物除去（1歯につき）】 ●点</p> <p>[算定要件] <u>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管内異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、●点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</u></p>
--	--

【Ⅱ－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 －⑫】

⑫ 歯科診療における麻酔の算定に係る 評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科点数表第9部「手術」の所定点数に包括されている歯科麻酔薬の算定方法を見直す。

第2 具体的な内容

歯科点数表第9部「手術」において、歯科麻酔薬を使用した場合の薬剤料の算定方法を見直す。

現 行	改定案
【手術（通則）】 [算定要件] 11 手術の所定点数は、当該手術に 当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又 は簡単な伝達麻酔を行った場合の 費用を含む。	【手術（通則）】 [算定要件] 11 手術の所定点数は、当該手術に 当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又 は簡単な伝達麻酔を行った場合の 費用を含む。 <u>ただし、麻酔に当た って使用した薬剤は、別に厚生労 働大臣の定めるところにより算定 できる。</u>

【Ⅱ－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 ー⑬】

⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し等

第1 基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 区分C2（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、それぞれ技術料の新設等を行う。

（新） 既製金属冠 ●点

現 行	改定案
【歯冠形成（1歯につき）】 [算定要件]	【歯冠形成（1歯につき）】 [算定要件]
1 生活歯歯冠形成	1 生活歯歯冠形成
イ 金属冠 306点	イ 金属冠 ●点
ロ 非金属冠 306点	ロ 非金属冠 ●点
ハ 乳歯金属冠 120点	ハ 既製冠 ●点
2 失活歯歯冠形成	2 失活歯歯冠形成
イ 金属冠 166点	イ 金属冠 ●点
ロ 非金属冠 166点	ロ 非金属冠 ●点
ハ 乳歯金属冠 114点	ハ 既製冠 ●点

（新） 象牙質レジンコーティング（1歯につき） ●点

[算定要件]

- （1）区分番号M001の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。
- （2）保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

2. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

[診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったものの例]

- (1) 睡眠時歯科筋電図検査
- (2) 線鉤の二腕鉤での鑄造レストの評価
- (3) 失活前歯充填の前処置としての築造
- (4) シリコーンゴム印象による咬合印象法
- (5) 接着ブリッジ装着料内面処理加算
- (6) 口蓋補綴等に対する軟質材料の適用拡大
- (7) 先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大

3. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等を踏まえ既存技術の評価の見直しを行う。

[評価の見直しを行うものの例]

- (1) 歯科疾患在宅療養管理料
- (2) 新製有床義歯管理料
- (3) 歯科口腔リハビリテーション料

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価 ー①】

① 地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算の実績要件について、以下のとおり見直す。

現 行	改定案
<p>[施設基準] <u>(1) 地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。</u></p> <p>イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>	<p>[施設基準] <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u> (1) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る体制及び十分な実績を有していること。</u> (2) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。</u></p> <p>(調剤基本料1を算定する保険薬局) <u>調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の5つの要件のうち4つ以上を満たすこと（ただし、①～③は必須とする。）。</u> ① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>

<p>受けていること。</p> <p><u>ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</u></p> <p>ハ <u>かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</u> (新設)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近 1 年間に、以下の①から⑧までの<u>全ての実績を有すること。</u></p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上 ② <u>麻薬指導管理加算の実績</u> 10回以上 ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 ④ <u>かかりつけ薬剤師指導料等の実績</u> 40回以上 ⑤ <u>外来服薬支援料の実績</u> 12回以上 ⑥ <u>服用薬剤調整支援料の実績</u> 1回以上 ⑦ <u>単一建物診療患者が 1 人の場合</u></p>	<p>受けていること。</p> <p>② <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 ●回以上</u> (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>③ <u>かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</u></p> <p>④ <u>患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績 ●回以上</u> (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑤ <u>薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に●回以上出席</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、以下の①から⑨までの<u>9つの要件のうち8つ以上を満たすこと。</u>この場合において、①から⑧までは常勤薬剤師一人当たりの直近 1 年間の実績、⑨は薬局当たりの直近の 1 年間の実績とする。</p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上 ② <u>調剤料の麻薬加算算定回数</u> 10回以上 ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 ④ <u>かかりつけ薬剤師指導料等の実績</u> 40回以上 ⑤ <u>外来服薬支援料の実績</u> 12回以上 ⑥ <u>服用薬剤調整支援料の実績</u> 1回以上 ⑦ <u>単一建物診療患者が 1 人の場合</u></p>
--	--

<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上</p> <p>(新設)</p>	<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上 (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上 (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑨ 薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に●回以上出席</p>
--	---

[経過措置]

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●年●月●日より適用することとし、令和●年●月●日までの間はなお従前の例による。

2. 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【地域支援体制加算】</p> <p>4 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薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に35点を加算する。</p>	<p>【地域支援体制加算】</p> <p>4 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薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に●点を加算する。</p>

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価 ー②】

② 薬局における対人業務の評価の充実

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。
「Ⅱ－1－③」を参照のこと。
2. 患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。
「Ⅱ－7－1－⑥」を参照のこと。
3. 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注8及び注9に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この</p>

表において「処方医」という。) に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

【服薬情報等提供料】

[算定要件]

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合

表において「処方医」という。) に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料(「区分番号15の5」に掲げる服薬情報等提供料を除く。)は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

【服薬情報等提供料】

[算定要件]

イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合
この場合において、残薬の有無、残薬が生じている場合はその量及び理由、副作用の有無、副作用が生じている場合はその原因の可能性のある薬剤の推定及びその他処方医に伝達すべき事項を情報提供するものとする

4. 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 ●点

[算定要件]

喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって吸入薬の投薬が行われているものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合に、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り●点を所定点数に加算する。

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

(新) 経管投薬支援料 ●点

[算定要件]

胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に初回に限り算定する。

6. 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 ●点

[算定要件]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局において、インスリン製剤又はスルホニルウレア剤（以下「糖尿病治療薬」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たに糖尿病治療薬が処方されたもの又は糖尿病治療薬に係る投薬内容の変更が行われたものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、1月に1回に限り●点を所定点数に加算する。

7. 薬剤服用歴管理指導料について、同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造的な転換の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来

局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。

- (2) 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
- (3) 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する。
- (4) 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>6月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 41点</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>53点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>3月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 ●点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 ●点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 ●点</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>●点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<u>患者に残薬が一定程度認められると</u></p>

<p>判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>判断される場合には、<u>患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p><u>(13) 保険薬局や保険医療機関等</u>の間で円滑に連携が行えるよう、<u>患者が日常的に利用する薬局があれば、その名称を手帳に記載するよう患者に促すこと。</u></p>
---	---

8. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 14日分以下の場合</u></p> <p> (1) <u>7日目以下の部分（1日につき）</u> <u>5点</u></p> <p> (2) <u>8日目以上の部分（1日につき）</u> <u>4点</u></p> <p><u>ロ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>67点</u></p> <p><u>ハ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>78点</u></p> <p><u>ニ 31日分以上の場合</u> <u>86点</u></p>	<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 7日分以下の場合</u> <u>●点</u></p> <p><u>ロ 8日分以上14日分以下の場合</u> <u>●点</u></p> <p><u>ハ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>●点</u></p> <p><u>ニ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>●点</u></p> <p><u>ホ 31日分以上の場合</u> <u>●点</u></p>

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価 ー③】

③ 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特定の医療機関からの処方箋の受付割合が著しく高く、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2及び調剤基本料3の要件を見直す。

特別調剤基本料についても同様の観点から要件及び評価を見直す。また、地域でかかりつけ機能を発揮する薬局を普及・推進する観点から、いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特定の医療機関からの処方箋受付割合が●%を超える薬局について、処方箋の1月あたりの受付回数が●回を超える場合を調剤基本料2とし、また、同一グループ内全体で●回を超える場合を調剤基本料3イとする。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。
3. 特別調剤基本料について、特定の診療所との不動産取引等その他の特別な関係がある診療所の敷地内薬局（同一建物内に診療所がある場合を除く。）を対象に追加する。さらに、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げ、点数も引き下げる。
4. いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現 行		改定案	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
調剤基本料 1	42点	調剤基本料 1	●点
調剤基本料 2	26点	調剤基本料 2	●点

調剤基本料 3

- イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 4万回 を超え40万回以下の場合 21点
- ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき11点を算定する。

(新設)

[施設基準]

(調剤基本料の注3に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

調剤基本料 3

- イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数 ●回 を超え40万回以下の場合 ●点
- ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 ●点

[算定要件]

注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき●点を算定する。

注3 2以上の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、注1及び注2の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、所定点数の100分の●に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(調剤基本料の注4に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回（特別調剤基本料を算定する薬局においては合計●回）算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

(2) 調剤基本料 2 の施設基準
(新設)

ハ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。
（イ又はロに該当する場合を除く。）

(3) 調剤基本料 3 のイの施設基準
同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。
(新設)

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超えること。

(2) 調剤基本料 2 の施設基準

ハ 処方箋の受付回数が1月に●回を超えること。（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超える場合に限る。）

ニ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。
（イ、ロ又はハに該当する場合を除く。）

※ ホも同様。

(3) 調剤基本料 3 のイの施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に●回を超え、4万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超えること

ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える

<p><u>ロ</u> 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であつて、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること。</u></p>	<p>こと。</p> <p><u>ハ</u> 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に●回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の（1）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であつて、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超えること。</u></p>
---	---

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価 ー④】

④ 病棟薬剤師業務実施加算の評価の見直し

「Ⅰ－2－③」を参照のこと。

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価 －⑤】

⑤ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

「Ⅰ－2－④」を参照のこと。

【Ⅱ－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、院内薬剤師業務の評価 －⑥】

⑥ 入院時のポリファーマシー解消の推進

「Ⅳ－6－②」を参照のこと。

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う診療について、対面診療と組み合わせた活用を適切に推進する観点から、実施方法や対象疾患に係る要件等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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。また、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、予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。

オンライン診療料の対象疾患について、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者を追加する。

現 行	改定案
<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、<u>区分番号「B000」特定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、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<u>6</u>月以上経過し、</u></p>	<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、<u>別に厚生労働大臣が定める患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月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</u>月以上経過し、かつ直近3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。<u>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。</u></p>

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ればよい。

- (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察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。

(新設)

(新設)

[施設基準]

- (1) オンライン診療料の施設基準
□ 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。

(新設)

- (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察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。また、患者の急変時等の緊急時には、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。

- (14) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者については、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、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に限ること。

- (15) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者に対して診療を行う医師は、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こと。

[施設基準]

- (1) オンライン診療料の施設基準
(削除)

ニ 当該保険医療機関内に慢性頭痛のオンライン診療に係る研修

<p>(2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>次のイからヌまでのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>を受けた医師が1名以上配置されていること（(2)のハに規定する患者に対してオンライン診療を行う場合に限る。）。</p> <p>(2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>次のいずれかに該当する患者</p> <p>イ 次の①から⑩までのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から三月を経過しているもの。</p> <p>ロ <u>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患者であって、糖尿病、肝疾患（経過が慢性のものに限る）又は慢性ウイルス肝炎に対する注射薬を使用しているものうち、当該管理料を初めて算定した月から三月以上経過しているもの。</u></p> <p>ハ <u>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慢性頭痛患者のうち、当該疾患に対する対面診療を初めて行った月から三月以上経過しているもの。</u></p>
---	---

2. 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	改定案
<p>【オンライン医学管理料】 [算定要件] <u>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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001</u></p>	<p>【オンライン診医学管理料】 [算定要件] <u>(削除)</u></p>

の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料、区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月1回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。

[施設基準]

(1) オンライン医学管理料の施設基準

オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。

(2) 厚生労働大臣が定める患者

次のイからチまでを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から六月を経過しているもの。

イ 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料

ロ 区分番号B001の5に掲げ

[施設基準]

(削除)

(削除)

<p><u>る小児科療養指導料</u> <u>ハ 区分番号B001の6に掲げ</u> <u>るてんかん指導料</u> <u>ニ 区分番号B001の7に掲げ</u> <u>る難病外来指導管理料</u> <u>ホ 区分番号B001の27に掲げ</u> <u>る糖尿病透析予防指導管理料</u> <u>ヘ 区分番号B001-2-9に</u> <u>掲げる地域包括診療料</u> <u>ト 区分番号B001-2-10に</u> <u>掲げる認知症地域包括診療料</u> <u>チ 区分番号B001-3に掲げ</u> <u>る生活習慣病管理料</u></p>	
<p>【特定疾患療養管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【特定疾患療養管理料】 [算定要件] <u>注5 別に厚生労働大臣が定める施</u> <u>設基準に適合しているものとし</u> <u>て地方厚生局長等に届け出た保</u> <u>険医療機関において、オンライン</u> <u>診療時に特定疾患療養管理料</u> <u>を算定すべき医学管理を行った</u> <u>場合は、注1の規定にかかわら</u> <u>ず、所定点数に代えて、特定疾</u> <u>患療養管理料（情報通信機器を</u> <u>用いた場合）として、月1回に</u> <u>限り●点を算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(12)「注5」に規定する点数は、対</u> <u>面診療とオンライン診療を組み合</u> <u>わせた診療計画を作成し、当該計</u> <u>画に基づいてオンライン診療によ</u> <u>る計画的な療養上の医学管理を行</u> <u>うことを評価したものであり、オ</u> <u>ンライン診療を行った月に、オ</u> <u>ンライン診療料と併せて、月1回に</u> <u>限り算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(13)「注5」に規定する点数が算定</u> <u>可能な患者は、特定疾患療養管理</u> <u>料を初めて算定した月から3月以</u> <u>上経過しているものに限る。</u></p>
<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] 一之三 特定疾患療養管理料（情報</p>

	<p><u>通信機器を用いた場合)の施設基準</u> <u>オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。</u></p> <p>※ <u>B001の5に掲げる小児科療養指導料、B001の6に掲げるてんかん指導料、B001の7に掲げる難病外来指導管理料、B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料及びC101の在宅自己注射指導管理料についても同様。</u></p>
--	--

<p>(新設)</p>	<p>イン診療を行う場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、情報提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。</p> <p>(15)「注3」に規定する診療に係る事前の診療情報の提供について、B009診療情報提供料（I）は別に算定できない。</p>
-------------	--

2. 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	改定案
<p>【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。</p>	<p>【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、<u>無医地区、準無医地区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ってもよい。</u>なお、この場合の診療報酬の請求については、<u>無医地区、準無医地区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行うこと。</u></p>

3. 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、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。

現 行	改定案
<p>【オンライン在宅管理料】 [算定要件] 注12 <u>1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。</u></p> <p>(27)在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。 ア オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、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ことを評価したものであり、月1回の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日^にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づかない</p>	<p>【オンライン在宅管理料】 [算定要件] 注12 <u>1から3までにおいて、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として●点を所定点数に加えて算定できる。</u></p> <p>(27)在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。 ア オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、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ことを評価したものであり、月1回^{以上}の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日^にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づ</p>

他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われない場合は、算定することはできない。

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料を初めて算定した月から6月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。ただし、在宅時医学総合管理料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月以内に当該管理料を6回以上、同一の医師による対面診療において算定していればよい。

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。

[施設基準]

かない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ直近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、毎月訪問診療を行っているものに限る。

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

[施設基準]

<p>(2) 厚生労働大臣が定める患者 在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から<u>六月</u>を経過しているもの。</p>	<p>(2) 厚生労働大臣が定める患者 在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から<u>三月</u>を経過しているもの。</p> <p>※ <u>精神科オンライン在宅管理料</u>についても同様。</p>
---	---

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

(新) 遠隔連携診療料 ●点

[算定要件]

- (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、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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に、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
- (2) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

[施設基準]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準
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保険医療機関であること。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める患者
 - イ てんかん（外傷性を含む）の疑いがある患者
 - ロ 指定難病の疑いがある患者
- (3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準（他の保険医療機関）
 - イ 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であること。
 - ロ てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

④ 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う遠隔モニタリングについて、有効性・安全性に係るエビデンス等を踏まえ、実施方法に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

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、モニタリングを行う項目の一部を見直す。

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、モニタリングを行った上で、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医学的判断について診療録に記載した場合に算定できるよう見直す。

また、これらの加算における緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅酸素療法指導管理料】 [算定要件]</p> <p>(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。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、<u>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うえで適切な指導・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。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) <u>緊急時の対応を行うにつき必要</u></p>	<p>【在宅酸素療養指導管理料】 [算定要件]</p> <p>(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。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、<u>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うえで、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。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(<u>削除</u>)</p>

な体制が整備されていること。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

[算定要件]

注2 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、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(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 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な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。

[施設基準]

(2) 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。

【在宅持続陽圧呼吸療養指導管理料】

[算定要件]

注2 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、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、●点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(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 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な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に、2月を限度として来院時に算定することができる。

[施設基準]

(削除)

⑤ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価

第1 基本的な考え方

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(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
●点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号A003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実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 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

[算定要件]

- (1) 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する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。
- (2) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (3) 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。
- (4) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (5) 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すること。
- (6) 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。ただし、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。

- (7) 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こと。また、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こと。
- (8) 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。
- (9) 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。
- (10) 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成26年厚生労働省令第33号）第31条第1号に該当する場合（以下「特区における離島・へき地の場合」という。）は、次のとおりとする。
 - ア (3)については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
 - イ (5)については、服薬指導計画を作成することを要しない。
 - ウ (6)については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、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ること。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の4及び在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下であること。
 - ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料
 - ② 区分番号15に掲げる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。）

2. 在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設する。

(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
●点（月1回まで）

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号0002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定している患者

[算定要件]

- (1) 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（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として●点を算定する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- (3) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 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。
- (5) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (6) 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すること。
- (7) 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。ただし、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。
- (8) 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。
- (9) 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こと。また、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、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。
- (10) 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。

(11) 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。

[施設基準]

(1) 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。

【Ⅱ－11 医療におけるICTの利活用 －⑥】

⑥ 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

「Ⅰ－4－②」を参照のこと。

【Ⅱ－11 医療におけるICTの利活用 －⑦】

⑦ 外来栄養食事指導
(情報通信機器の活用) の見直し

「Ⅰ－4－③」を参照のこと。

⑧ ニコチン依存症管理料の見直し

第1 基本的な考え方

ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者を対象とするとともに、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療を評価する。併せて、一連の治療についての評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 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。
2. 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。
3. 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	改定案																																	
【ニコチン依存症管理料】	【ニコチン依存症管理料】																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 85%;">初回</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">230点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>2回目から4回目まで</td> <td style="text-align: right;">184点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>5回目</td> <td style="text-align: right;">180点</td> </tr> </table>	1	初回	230点	2	2回目から4回目まで	184点	3	5回目	180点	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">1 ニコチン依存症管理料 1</td> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">イ</td> <td style="width: 85%;">初回</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ロ</td> <td>2回目から4回目まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 20px;">(1) 対面で診察を行った場合</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding-left: 20px;">(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ハ</td> <td>5回目</td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">2 ニコチン依存症管理料 2 (一連につき)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">●点</td> </tr> </table>	1 ニコチン依存症管理料 1			イ	初回	●点	ロ	2回目から4回目まで			(1) 対面で診察を行った場合	●点		(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合	●点	ハ	5回目	●点	2 ニコチン依存症管理料 2 (一連につき)					●点
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	●点																																
ロ	2回目から4回目まで																																	
	(1) 対面で診察を行った場合	●点																																
	(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合	●点																																
ハ	5回目	●点																																
2 ニコチン依存症管理料 2 (一連につき)																																		
		●点																																
<p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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</p>																																	