

③ 外来栄養食事指導

(情報通信機器の活用) の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料における、2回目以降の栄養食事指導について情報通信機器を用いて行う指導を評価する。

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 <u>200点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降</p> <p>(1) 対面で行った場合 <u>200点</u></p> <p>(2) 情報通信機器を使用する場合 <u>180点</u></p> <p>[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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p><u>2 ロの(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p>

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）】</p> <p>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 25点 ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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つを満たしていること。 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。</p>	<p>【再診料（地域包括診療加算）】</p> <p>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 25点 ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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つを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1、<u>2</u> <u>又は</u> <u>3</u> の届出を行っていること。</p>

<p>イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p>	<p>イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。</p> <p>ウ 在宅療養支援診療所であること。</p>
--	--

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2 100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。

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、80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、80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>また、<u>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) 150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。

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200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>(1) <u>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>(2) <u>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>(3) <u>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、70点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、70点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>

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 状態に応じて、年1回程度眼科の医 師の診察を受けるよう指導を行うこ 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。

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>
--	---

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。）にあつては、夜間であつ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－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>【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>1,400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] <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></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>400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>1,700点</u> <u>(2) 90本以上の場合</u> <u>1,900点</u> <u>(3) 120本以上の場合</u> <u>2,100点</u></p>
<p>ロ <u>イ以外のもの</u> <u>600点</u></p>	<p>ロ <u>イ以外のもの</u> <u>1,000点</u></p>

<p><u>2 間歇バルーンカテーテル 600点</u></p> <p>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、<u>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。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>3 間歇バルーンカテーテル 1,000点</u></p> <p>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、<u>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。</u></p> <p><u>(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、<u>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。</u></u></p> <p><u>ア 脊髄障害</u></p> <p><u>イ 二分脊椎</u></p> <p><u>ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱</u></p> <p><u>エ その他</u></p> <p><u>(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、<u>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。</u></u></p>
---	--

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いれ
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100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>
--	--

② 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

第1 基本的な考え方

へき地、医療資源が少ない地域や在宅医療において、情報通信機器を用いて行う診療がより柔軟に活用できるよう、実施方法に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【オンライン診療料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【オンライン診療料】 [算定要件] <u>注3 無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行った場合については、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。</u></p>
<p>(新設)</p>	<p>(14)「注3」に規定するやむを得ない事情とは、<u>無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が初診からオンラ</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100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 500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、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、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
43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
57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57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。

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
<p>【ニコチン依存症管理料】 (新設)</p> <p>1 初回 230点</p> <p>2 2回目から4回目まで 184点</p> <p>3 5回目 180点 (新設)</p> <p>[算定要件] 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>【ニコチン依存症管理料】</p> <p>1 ニコチン依存症管理料 1</p> <p>イ 初回 230点</p> <p>ロ 2回目から4回目まで</p> <p>(1) 対面で診察を行った場合 184点</p> <p>(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合 155点</p> <p>ハ 5回目 180点</p> <p>2 ニコチン依存症管理料 2 (一連につき) 800点</p> <p>[算定要件] 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>

を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

(新設)

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

(新設)

を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回指導時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

注3 1の口の(2)を算定する場合

は、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。

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。

(5) 情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。

(6) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

(7) 情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行

<p><u>(新設)</u></p>	<p>う。</p> <p>(8) <u>情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料を別に算定できる。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(9) <u>情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(10) <u>情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(11) <u>ニコチン依存症管理料2を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(12) <u>ニコチン依存症管理料2を算定した患者について、2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>(13) <u>ニコチン依存症管理料2を算定する場合においても、2回目から4回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示すものと同様である。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>[ニコチン依存症管理料1の口の(2)の施設基準]</u> <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>

① 外来医療の機能分化の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しについて

- (1) 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。
- (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。
- (3) 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

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

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

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

[経過措置]

令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

⑦ 外来緩和ケア管理料の見直し

第1 基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料について、対象となる患者等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 算定対象患者として、末期心不全及び後天性免疫不全症候群の患者を追加する。
2. 末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。
 - ・ 求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
 - ・ 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【外来緩和ケア管理料】 外来緩和ケア管理料 <u>290点</u></p> <p>[算定要件] 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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（<u>がん性疼痛</u>の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して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。</p>	<p>【外来緩和ケア管理料】 外来緩和ケア管理料 <u>290点</u></p> <p>[算定要件] 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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して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。</p>

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

(新設)

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

[施設基準]

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

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

ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。

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

ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。

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

エ 左室駆出率が20%以下であること。

オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

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

[施設基準]

<p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</p> <p>また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)の<u>ア</u>に掲げる医師は、悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を</p>	<p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師</p> <p>ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p> <p>カ 精神症状の緩和を担当する医師</p> <p>キ 緩和ケアの経験を有する看護師</p> <p>ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。</p> <p>また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)の<u>ア</u>又は<u>オ</u>に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症</p>
--	--

<p>主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。</p> <p>(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。</p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 <u>（新設）</u></p>	<p>候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。<u>なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。</u></p> <p>(5) (1)のア及びイに掲げる医師のうち、<u>悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</u></p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等</p> <p><u>ウ 日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース</u></p>
--	---

① 複数の医療機関による訪問診療の明確化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

② 在宅療養支援病院における診療体制の整備

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であっ</p>	<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であっ</p>

<p>て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p>	<p>て、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p>
--	--

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

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

⑨ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新)	011	膀胱瘻用カテーテル	3,790円
	012	交換用胃瘻カテーテル	
		(1) 胃留置型	
		① バンパー型	
		ア ガイドワイヤーあり	21,700円
		イ ガイドワイヤーなし	16,500円
		② バルーン型	7,480円
		(2) 小腸留置型	
		① バンパー型	26,500円
		② 一般型	15,800円
	013	局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm ² 当たり20円
	014	陰圧創傷治療用カートリッジ	19,800円

⑩ 栄養サポートチーム等連携加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点</p> <p>注6 <u>当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関等の栄養サポートチーム又は食事観察等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注7 <u>当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。</u></p>

⑦ 栄養情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 栄養情報提供加算 50点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。

⑧ 栄養食事指導の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【外来栄養食事指導料】 (新設)</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 200点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料 1</p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目以降 200点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(2) 2回目以降 190点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</u></p> <p>2 <u>ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める</u></p>

<p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p><u>1</u> 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p><u>2</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p><u>3</u> <u>1</u>及び<u>2</u>以外の場合 440点 (新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>ものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</u></p> <p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p><u>1</u> 在宅患者訪問栄養食事指導料1</p> <p><u>イ</u> 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p><u>ロ</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点</p> <p><u>ハ</u> <u>イ</u>及び<u>ロ</u>以外の場合 440点</p> <p><u>2</u> 在宅患者訪問栄養食事指導料2</p> <p><u>イ</u> 単一建物診療患者が1人の場合 510点</p> <p><u>ロ</u> 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点</p> <p><u>ハ</u> <u>イ</u>及び<u>ロ</u>以外の場合 420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>1</u>については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>2</u> <u>2</u>については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、か</p>
--	---

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

② 電話等による再診時の診療情報提供の評価

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

② 医療機関における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>45点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>40点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>35点</u></p> <p>4 後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上) <u>22点</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算4にあっては60%以上70%未満であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>47点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>42点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>37点</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満であること。</p>

③ 調剤料等の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算及び調剤技術基本料を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1 6点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2 4点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 8点</p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1 7点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p>

③ 超音波検査（胸腹部）の評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(9) 「2」の「イ」を算定する場合は、検査をした領域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、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p><u>ア 消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化管）</u></p> <p><u>イ 腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺）</u></p> <p><u>ウ 女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮）</u></p> <p><u>エ 血管領域（大動脈・大静脈等）</u></p> <p><u>オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等</u></p> <p><u>カ その他</u></p>

④ 超音波検査の評価（要件）の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【超音波検査】 [算定要件] <u>(3) 超音波検査（「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が、報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。</u></p>

⑤ 超音波検査におけるパルスドプラ加算の 評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査におけるパルスドプラ法加算の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】 注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>200点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>【超音波検査】 注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>150点</u>を所定点数に加算する。</p>

⑥ 訪問診療時の超音波検査の新設

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、訪問診療時の超音波検査について評価を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査を訪問診療時に行った場合400点（1月につき）を新設する。

現 行	改定案
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p><u>イ 訪問診療時に行った場合 400点</u></p> <p><u>ロ その他の場合</u></p> <p>(1) 胸腹部 530点</p> <p>(2) 下肢血管 450点</p> <p>(3) その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>(17) 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患者等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月1回に限り算定する。</u></p>

⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

義肢装具の採寸法、採型法について、対象とする装具を踏まえ、評価を見直す。

第2 具体的な内容

現行の採寸法及び採型法について、義肢、練習用仮義足又は仮義手、治療用装具に分類し、対象とする装具を踏まえた項目の見直しを行う。

現 行	改定案
【治療装具の採型ギプス】	【義肢採型法】
1 義肢装具採型法（1肢につき） 200点	（削除）
2 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） 700点	1 四肢切断の場合（1肢につき） 700点
3 体幹硬性装具採型法 700点	（削除）
4 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） 1,050点	2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点
【練習用仮義足又は仮義手】	【練習用仮義足又は仮義手採型法】
1 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき） 700点	1 四肢切断の場合（1肢につき） 700点
2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき） 1,050点	2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき） 1,050点
【義肢装具採寸法（1肢につき）】 200点	【治療用装具採寸法（1肢につき）】 200点
【治療装具採型法（1肢につき）】 700点	【治療用装具採型法】
	1 体幹装具 700点
	2 四肢装具（1肢につき） 700点
	3 その他（1肢につき） 200点