

① 医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。
2. 医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</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察する患者数が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、緩和ケア診療加算の注2</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</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察する患者数が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、緩和ケア診療加算の注2</p>

<p>に規定する点数を算定する場合には、以下の4名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>(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。</p>	<p>に規定する点数を算定する場合には、以下の4名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>(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。<u>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（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和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。</u></p> <p>※ (1)のイに掲げる医師についても同様。</p> <p>※ <u>栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算、抗菌薬適正使用支援加算についても同様。</u></p>
---	---

3. 看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算 1】 [施設基準] 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p>	<p>【外来化学療法加算 1】 [施設基準] 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p> <p>※ 外来化学療法加算 2 についても同様。</p>

4. 専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。

現 行	改定案
<p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専従の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の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。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2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</p>	<p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の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。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2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</p>

従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。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24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。

従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。また、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる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。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理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配

	<p>置のうちそれぞれ1名までに限る。</p> <p>※ <u>がん患者リハビリテーション料</u> <u>についても同様。</u></p>
--	--

⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し

第1 基本的な考え方

より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 入退院支援加算3について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【入退院支援加算3】 [施設基準]</p> <p>□ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。</p>	<p>【入退院支援加算3】 [施設基準]</p> <p>□ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、<u>小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師</u>が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、<u>小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師</u>又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。</p>

2. 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門における職員を非常勤職員でも可能とする。

現 行	改定案
<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p>	<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p> <p><u>なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</u></p> <p>※ <u>入退院支援加算2・3及び入院時支援加算における入退院支援部門の専従職員についても同様。</u></p>

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

1. 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。
2. 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。
3. 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。
4. 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" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 初回</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">800点</td> </tr> <tr> <td>2 2回目以降</td> <td style="text-align: right;">400点</td> </tr> </table>	1 初回	800点	2 2回目以降	400点
1 初回	800点				
2 2回目以降	400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つて、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、50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つて、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><u>[体制充実加算の施設基準]</u></p> <p><u>(1) 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><u>[相談支援加算の施設基準]</u></p> <p><u>(1) 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。</u></p> <p><u>[厚生労働大臣の定める疾患]</u></p> <p><u>1. 悪性新生物</u></p> <p><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></p> <p><u>3. 肝疾患（経過が慢性なものに限る。）</u></p> <p><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></p>
--	--

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 500点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 地域がん診療病院 300点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750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、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 500点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 地域がん診療病院 300点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750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、<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、<u>がん</u>の集学的治療、緩和ケアの提供、<u>地域医療</u>との連携、<u>専門医師</u>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、<u>相談支援センター</u>等の体制を備えた、<u>がん診療連携拠点病院</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、<u>がん</u>の集学的治療、緩和ケアの提供、<u>地域医療</u>との連携、<u>専門医師</u>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、<u>相談支援センター</u>等の体制を備えた、<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>	<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、<u>がん</u>の集学的治療、緩和ケアの提供、<u>地域医療</u>との連携、<u>専門医師</u>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、<u>相談支援センター</u>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、<u>がん</u>の集学的治療、緩和ケアの提供、<u>地域医療</u>との連携、<u>専門医師</u>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、<u>相談支援センター</u>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拠点病院であること。</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D006-19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、1,000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イン」（平成23年2月）を遵守すること。</p>	<p><u>除医療機関において、区分番号「D006-19」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、1,000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「D006-18」に掲げるBRCA遺伝子変異、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イン」（平成23年2月）を遵守すること。</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>【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></p> <p>① <u>区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算</u> ② <u>区分番号B001・24に掲げる外来緩和ケア管理料</u> ③ <u>区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料</u></p>
<p><u>(13) 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> <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</u> <u>(ロ) 患者が当該病棟に入院した</u></p>	<p><u>(13) 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> <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</u> <u>(ロ) 患者が当該病棟に入院した</u></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 150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、150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2年9月30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

100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100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2年9月30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) BRCA 1/2 遺伝子検査 2 血液を検体とするもの

20,200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。

(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、化学療法の実験を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実験を合わせて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、化学療法の実験を5年以上有する常勤医師又は乳癌外科の専門的な研修の実験を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。

(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19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癌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う

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
<p>【がん患者指導管理料】 (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>ニ <u>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</u> 300点</p> <p>注4 <u>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D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を</u></p>

<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>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遺伝性腫瘍に関する検査（<u>区分番号D006-19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、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、<u>区分番号「D006-18」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</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 の適切な取り扱いのためのガイダンス」（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。

【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

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 の適切な取り扱いのためのガイダンス」（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	18,460点
2 その他の場合 19,400点	2 その他の場合 19,400点
<p>[算定要件]</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(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。</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</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(2) 「1」の乳房（再建手術）の場合は、<u>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</u>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 乳腺腫瘍<u>患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者</u>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。</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</p>

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。

イ 一次二次的再建の場合

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。

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。

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。

イ 一次二次的再建の場合

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。

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。

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>

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</u>その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、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 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 当該入院中にがんの治療のための手術、<u>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</u>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 100点</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 100点</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>200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外の場合</td> <td>100点</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	200点	2	1以外の場合	100点	<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>200点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外の場合</td> <td>100点</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	200点	2	1以外の場合	100点
1	重症の場合	200点											
2	1以外の場合	100点											
1	重症の場合	200点											
2	1以外の場合	100点											

⑱ 緩和ケア診療加算及び

有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

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、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。

- ・ 求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
- ・ 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） 390点</p> <p>[施設基準] 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (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。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（１日につき） 390点</p> <p>[施設基準] 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (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。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任</p>

の薬剤師

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察する患者数が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。

また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名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。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する医師

ウ 緩和ケアの経験を有する看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者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、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。)

- (3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、

の薬剤師

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察する患者数が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。

また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名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。

オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師

カ 精神症状の緩和を担当する医師

キ 緩和ケアの経験を有する看護師

ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、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、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。)

- (3) (1)のア及びオに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師のう

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。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

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

【有床診療所緩和ケア診療加算】
[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。
- (4) (1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、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。

ち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

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

【有床診療所緩和ケア診療加算】
[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であっても差し支えない。
- (4) (1)に掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又

<p><u>(医師の研修)</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>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(看護師の研修)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・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 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <p>(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要</p> <p>(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法</p> <p>(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法</p>	<p><u>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><u>(削除)</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>ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース</p> <p><u>(5) (1)に掲げる看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る看護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><u>(削除)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・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 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <p>(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要</p> <p>(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法</p> <p>(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法</p>
---	--

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>
--	---

⑤ 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

第1 基本的な考え方

より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置等に係る要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 機能強化型訪問看護管理療養費1及び2の人員配置基準について、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現 行	改定案
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数については、<u>常勤職員のみ</u>の数とすること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数のうち6については、<u>常勤職員のみ</u>の数とし、1については、<u>非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入</u>することができる。</p>
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が5以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数については、<u>常勤職員のみ</u>の数とすること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2 (訪問看護管理療養費)】 [施設基準] 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が5以上であること(サテライトに配置している看護職員も含む)。当該職員数のうち4については、<u>常勤職員のみ</u>の数とし、1については、<u>非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入</u>することができる。</p>

2. 機能強化型訪問看護管理療養費1、2及び3の人員配置基準について、看護職員の割合を要件に加える。

現 行	改定案
【機能強化型訪問看護管理療養費1、	【機能強化型訪問看護管理療養費1、

2 及び 3（訪問看護管理療養費）】 〔施設基準〕 <u>（新設）</u>	2 及び 3（訪問看護管理療養費）】 〔施設基準〕 看護師等の6割以上が看護職員であること。
---	--

[経過措置]

令和2年3月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

3. 機能強化型訪問看護管理療養費の実績要件のうちターミナルケア件数について、実績を求める期間を変更する。

現 行	改定案
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1（訪問看護管理療養費）】 〔施設基準〕 ウ 次のいずれかを満たすこと。 （イ）訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が20以上。 （ロ）ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1（訪問看護管理療養費）】 〔施設基準〕 ウ 次のいずれかを満たすこと。 （イ）訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が<u>前年度に</u>20以上。 （ロ）ターミナルケア件数を合計した数が前年度に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上。</p> <p>※ <u>機能強化型訪問看護管理療養費2</u>についても同様。</p>

⑥ 医療機関における質の高い訪問看護の評価

第1 基本的な考え方

医療機関からの訪問看護について、より手厚い訪問看護提供体制を評価する観点から、訪問看護に係る一定の実績要件を満たす場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医療機関からの訪問看護について、一定の実績要件を満たす場合の在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の加算を新設する。

(新) 訪問看護・指導体制充実加算（月1回） 150点

[算定要件]

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訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次のいずれにも該当するものであること。

- (1) 当該保険医療機関において又は他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
- (2) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた2項目以上を満たしていること。
 - ア 在宅患者訪問看護・指導料3又は同一建物居住者訪問看護・指導料3を前年度において計5回以上算定している保険医療機関であること。
 - イ 在宅患者訪問看護・指導料の注7に掲げる乳幼児加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる乳幼児加算を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。

- ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。
- エ 在宅患者訪問看護・指導料の注10に掲げる在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に掲げる同一建物居住者ターミナルケア加算を前年度において計4回以上算定している保険医療機関であること。
- オ 退院時共同指導料1又は2を前年度において計25回以上算定している保険医療機関であること。
- カ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度において計40回以上算定している保険医療機関であること。

⑦ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

第1 基本的な考え方

訪問看護ステーションと自治体等の関係機関の連携を推進するため、訪問看護情報提供療養費に係る要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護ステーションから自治体への情報提供の対象者について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現 行	改定案
<p>【訪問看護情報提供療養費 1】 [算定要件] 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3) (略) <u>(新設)</u></p>	<p>【訪問看護情報提供療養費 1】 [算定要件] 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3) (略) <u>(4) 十五歳未満の小児</u></p>

2. 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現 行	改定案
<p>【訪問看護情報提供療養費 2】 [算定要件] 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、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（以下「義務教育諸学校」という。）への<u>入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者</u></p>	<p>【訪問看護情報提供療養費 2】 [算定要件] 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、<u>保育所、</u>学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する<u>幼稚園、</u>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（以下「<u>保育所等</u>」という。）へ<u>通園又は通学する利用者</u>について、訪問看護ステーションが、当該</p>

<p>について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該義務教育諸学校に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。</p>	<p>利用者の同意を得て、当該保育所等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。ただし、入園又は入学、転園又は転学等により当該保育所等に初めて在籍することとなる月についてはこの限りでない。また、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保育所等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。</p>
---	---

⑧ 専門性の高い看護師による同行訪問の充実

第1 基本的な考え方

利用者のニーズに合わせた質の高い訪問看護の提供を推進するため、人工肛門・人工膀胱ケア等のニーズを有する在宅療養者に対する専門の研修を受けた看護師による同行訪問について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱の皮膚障害を伴わない合併症を対象に含める。

現 行	改定案
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>(3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護</p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>(3) 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態にある利用者若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及</p>

<p>ステーションが算定できるものである。(略)</p>	<p>び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。(略)</p> <p>※ <u>訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハ、在宅患者訪問看護・指導料3及び同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様</u></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

⑪ 医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

第1 基本的な考え方

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合について、24時間対応体制加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容

複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応体制加算の体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

現 行	改定案
<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] 特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。</p>	<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] 特別地域又は医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。</p>

⑫ 同一建物居住者に対する 複数回の訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護を行う場合の加算について、評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注7 1及び2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、<u>それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>[算定要件] <u>（新設）</u></p>	<p>【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注7 1及び2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。</p> <p><u>イ 1日に2回の場合</u></p> <p><u>（1）同一建物内1人 4,500円</u></p> <p><u>（2）同一建物内2人 4,500円</u></p> <p><u>（3）同一建物内3人以上</u> <u>4,000円</u></p> <p><u>ロ 1日に3回以上の場合</u></p> <p><u>（1）同一建物内1人 8,000円</u></p> <p><u>（2）同一建物内2人 8,000円</u></p> <p><u>（3）同一建物内3人以上</u> <u>7,200円</u></p> <p>[算定要件] 難病等複数回訪問加算又は精神科複</p>

	<p><u>数回訪問加算（1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る）のそれぞれを合算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。</u></p> <p>※ <u>同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算、精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様。</u></p>
--	--

⑬ 同一建物居住者に対する 複数名による訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

複数名訪問看護加算、複数名訪問看護・指導加算、複数名精神科訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護・指導加算について、同一建物居住者に訪問看護を行った場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注12 1及び2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時</p>	<p>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>注12 1及び2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時</p>

<p>に指定訪問看護を行う場合 4,500円 <u>(新設)</u></p> <p>□ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円 <u>(新設)</u></p> <p>ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 3,000円 <u>(新設)</u></p> <p>ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合 3,000円 <u>(新設)</u></p> <p>(2) 1日に2回の場合 6,000円 <u>(新設)</u></p> <p>(3) 1日に3回以上の場合 10,000円 <u>(新設)</u></p>	<p>に指定訪問看護を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 4,500円 (2) 同一建物内2人 4,500円 (3) 同一建物内3人以上 4,000円</p> <p>□ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合</p> <p>(1) 同一建物内1人 3,800円 (2) 同一建物内2人 3,800円 (3) 同一建物内3人以上 3,400円</p> <p>ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）</p> <p>(1) 同一建物内1人 3,000円 (2) 同一建物内2人 3,000円 (3) 同一建物内3人以上 2,700円</p> <p>ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）</p> <p>(1) 1日に1回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 3,000円 ② 同一建物内2人 3,000円 ③ 同一建物内3人以上 2,700円</p> <p>(2) 1日に2回の場合</p> <p>① 同一建物内1人 6,000円 ② 同一建物内2人 6,000円 ③ 同一建物内3人以上 5,400円</p> <p>(3) 1日に3回以上の場合</p> <p>① 同一建物内1人 10,000円 ② 同一建物内2人 10,000円</p>
---	---

<p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p style="text-align: right;">③ <u>同一建物内3人以上</u> 9,000円</p> <p>[算定要件] <u>複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算（訪問する職種及び1日当たりの回数が同じ場合に限る）のそれぞれを合算した人数に応じて、同一建物居住者に係る区分とすること。</u></p> <p>※ <u>同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。</u></p>
-------------------------------	--

⑭ 理学療法士等による訪問看護の見直し

第1 基本的な考え方

医療的なニーズの高い利用者への訪問看護がより適切に提供されるよう、理学療法士等による訪問看護について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】</p> <p>イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合（ハを除く。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】</p> <p>イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）</p> <p>ロ・ハ （略）</p> <p>ニ <u>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合</u> 5,550円</p> <p>※ <u>訪問看護基本療養費（Ⅱ）</u>についても同様。</p>

2. 訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、訪問する職種又は訪問した職種の記載を要件とする。

現 行	改定案
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>[算定要件]</p> <p>理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>[算定要件]</p> <p>理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利</p>

<p>用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。</p>	<p>用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこととし、更に訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載すること。</p>
---	--

⑮ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

第1 基本的な考え方

退院直後に小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を利用する医療的なニーズの高い患者について、自宅への生活へスムーズに移行できるよう、宿泊サービス利用中の訪問診療の要件を見直す。

第2 具体的な内容

小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）の宿泊サービスを利用する患者について、保険医療機関の退院日からサービスを利用している場合に限り、サービス利用開始前30日以内の訪問診療の算定がない場合においても訪問診療を行うことを可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く。）に、当該サービスの利用を開始した日</p>	<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を</p>

<p>から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。</p>	<p>除く。）に、当該サービスの利用を開始した日から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。</p> <p>また、<u>保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍以外の患者においては、利用開始後三十日までの間に限る。）。</u></p>
--	---

⑬ 患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

第1 基本的な考え方

質の高い在宅医療の確保の観点から、在宅薬学管理業務について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合について新たな評価を行う。

現 行	改定案				
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点 (新設)</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">500点</td> </tr> <tr> <td>2 1以外の場合</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">200点</td> </tr> </table> <p>注1 1及び2については、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p>	1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合	500点	2 1以外の場合	200点
1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合	500点				
2 1以外の場合	200点				

2. 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等を行った場合について新たな評価を行う。

「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

⑰ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

在宅における褥瘡管理を推進する観点から、在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、管理栄養士の雇用形態等を含め、要件を見直す。

第2 具体的な内容

初回カンファレンスの実施及び在宅褥瘡診療計画の策定を評価するとともに、管理栄養士の雇用形態に関わらず、褥瘡対策チームに参画できるように要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 [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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定点数を算定する。</p> <p>(7) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に評価カンファレンスを実施した場合</p>	<p>【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 [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、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。</p> <p>(7) 「注1」については、<u>初回カンファレンス時に算定できる</u>。また、<u>初回カンファレンスを起算日として3</u></p>

に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

月以内に評価カンファレンスを実施した場合に2回目のカンファレンスとして算定できる。2回目のカンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した3回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

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>

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して認めら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して認めら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> <u>（イ）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> <u>（ロ）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>

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

第1 基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び調整の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現 行	改定案
<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点</p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点</p> <p>注₁ 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の</p>

<p><u>薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>処方</u>を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>2 <u>薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 1のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u></p> <p><u>ロ 1のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p>
---	---

2. 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点

[算定要件]

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

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>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

第1 基本的な考え方

悪性腫瘍に係る遺伝子検査である、単一遺伝子検査及び複数遺伝子検査について、それぞれの検査の特性を踏まえ、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 悪性腫瘍の遺伝子検査について、個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系とし、同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価とする。
2. 同一がん種に対して同時に実施する可能性がある遺伝子検査の項目数が増加していることを踏まえ、複数遺伝子検査に係る運用について、項目数を充実させる。

現 行	改定案
【悪性腫瘍遺伝子検査】	【悪性腫瘍遺伝子検査】
イ <u>EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法）</u> 2,500点	イ <u>処理が容易なもの</u>
	i <u>医薬品の適応判定の補助等に用いるもの</u> 2,500点
	ii <u>その他のもの</u> 2,100点
ロ <u>EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法以外）</u> 2,100点	ロ <u>処理が複雑なもの</u> 5,000点
ハ <u>K-ras遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ニ <u>EWS-Fli1遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ホ <u>TLS-CHOP遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ヘ <u>SYT-SSX遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ト <u>c-kit遺伝子検査</u> 2,500点	(削除)
チ <u>マイクロサテライト不安定性検査</u> 2,100点	(削除)
リ <u>センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u> 2,100点	(削除)
ヌ <u>BRAF遺伝子検査</u> 6,520点	(削除)

ル RAS遺伝子検査 2,500点
 ヲ ROS1融合遺伝子検査 2,500点

[算定要件]

注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 4,000点
 ロ 3項目以上 6,000点

(新設)

(新設)

[算定要件]

(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、PCR法、SSCP法、RFLP法、シーケンサーシステム等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、以下の遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、家族性非ポリポーシス大腸癌の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り

(削除)

(削除)

[算定要件]

注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してイを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 4,000点
 ロ 3項目 6,000点
 ハ 4項目以上 8,000点

注2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してロを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算出する。

イ 2項目 8,000点
 ロ 3項目以上 12,000点

[算定要件]

(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。

<p>り算定できる。</p> <p><u>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査又はK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査又はSYT-SSX遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査</u></p> <p><u>オ 家族性非ポリポージス大腸癌又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u></p> <p><u>カ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>キ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、RAS遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) 「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR-rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。</p> <p>なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査、大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定できるものとする。</p> <p>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査</p>
--	---

<p>(新設)</p>	<p><u>査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査、BRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u></p> <p>(3) 「イ」処理が容易なものの「ii」 <u>その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、PCR法、SSCP法、RFLP法等により行う場合に算定できる。</u></p> <p><u>ア 肺癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査、SYT-SSX遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査</u></p> <p><u>オ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u></p> <p><u>カ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、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></p>
<p>(新設)</p>	<p>(4) 「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、 <u>使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。</u></p> <p><u>なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なも</u></p>

<p>(新設)</p> <p>(2) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(1)のアからキまでの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(3) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>の「ii」その他のものを算定できるものとする。</p> <p>ア 肺癌におけるBRAF遺伝子検査</p> <p>イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）</p> <p>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</p> <p>(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「イ」処理が容易なものと「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数によって算定する。</p> <p>(6) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(7) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006-14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006-16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(8) 肺癌において区分番号「D006-12」EGFR遺伝子検査（血漿）と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるEGFR遺伝子検査（「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定する場合も含む。）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(9) 肺癌において区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」ALK融合タンパク又は区分番号「N005-2」</p>
--	--

	<p><u>ALK融合遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)のアに規定する肺癌におけるALK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(10)乳癌において区分番号「N005」HER2遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)のウに規定する乳癌におけるHER2遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(11)卵巣癌において区分番号「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」処理が複雑なものうち、(4)のウに規定する固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u></p>