

④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、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も配置可能とする（ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要）。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。</p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。</u></p> | <p>【病棟薬剤業務実施加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。<u>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非常勤の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る。</u></p> <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。</u></p> |

| | |
|--|-------------------------------------|
| | ※ <u>薬剤管理指導料についても同</u> <u>様。</u> |
|--|-------------------------------------|

① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。
2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト 乳幼児加算・幼児加算</p> | <p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>へ 診療録管理体制加算</p> <p>ト <u>医師事務作業補助体制加算</u> (<u>50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。</u>)</p> <p>チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>※ <u>有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料についても同様。</u></p> |

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

【医師事務作業補助体制加算】

1 医師事務作業補助体制加算 1
イ 15対1補助体制加算 920点
ロ 20対1補助体制加算 708点

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌（かん）流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

※ 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料、精神科急性期治療病棟入院料2についても同様。

【医師事務作業補助体制加算】

1 医師事務作業補助体制加算 1
イ 15対1補助体制加算 970点
ロ 20対1補助体制加算 758点

| | | | | | |
|---|---------------|-------------|---|---------------|-------------|
| ハ | 25対1補助体制加算 | <u>580点</u> | ハ | 25対1補助体制加算 | <u>630点</u> |
| ニ | 30対1補助体制加算 | <u>495点</u> | ニ | 30対1補助体制加算 | <u>545点</u> |
| ホ | 40対1補助体制加算 | <u>405点</u> | ホ | 40対1補助体制加算 | <u>455点</u> |
| ヘ | 50対1補助体制加算 | <u>325点</u> | ヘ | 50対1補助体制加算 | <u>375点</u> |
| ト | 75対1補助体制加算 | <u>245点</u> | ト | 75対1補助体制加算 | <u>295点</u> |
| チ | 100対1補助体制加算 | <u>198点</u> | チ | 100対1補助体制加算 | <u>248点</u> |
| 2 | 医師事務作業補助体制加算2 | | 2 | 医師事務作業補助体制加算2 | |
| イ | 15対1補助体制加算 | <u>860点</u> | イ | 15対1補助体制加算 | <u>910点</u> |
| ロ | 20対1補助体制加算 | <u>660点</u> | ロ | 20対1補助体制加算 | <u>710点</u> |
| ハ | 25対1補助体制加算 | <u>540点</u> | ハ | 25対1補助体制加算 | <u>590点</u> |
| ニ | 30対1補助体制加算 | <u>460点</u> | ニ | 30対1補助体制加算 | <u>510点</u> |
| ホ | 40対1補助体制加算 | <u>380点</u> | ホ | 40対1補助体制加算 | <u>430点</u> |
| ヘ | 50対1補助体制加算 | <u>305点</u> | ヘ | 50対1補助体制加算 | <u>355点</u> |
| ト | 75対1補助体制加算 | <u>230点</u> | ト | 75対1補助体制加算 | <u>280点</u> |
| チ | 100対1補助体制加算 | <u>188点</u> | チ | 100対1補助体制加算 | <u>238点</u> |
| [施設基準] | | | [施設基準] | | |
| (2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。 | | | (2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。 | | |
| ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 | | | ア 「(1)15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。 | | |
| イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 | | | イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 | | |
| <u>(新設)</u> | | | <u>ウ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。</u> | | |
| ウ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。 | | | エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。 | | |

① 医療機関における業務の効率化・合理化

第1 基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

1. 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【医療安全管理体制の基準】 (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。</p> | <p>【医療安全管理体制の基準】 (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。<u>なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、対面によらない方法でも開催可能とする。</u></p> <p>※ <u>院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算についても同様。</u></p> |

2. 院内研修について、抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化する。また、急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p> | <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準]</p> |

| | |
|---|---|
| <p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。</p> <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準]</p> <p>(6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> | <p>(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。<u>なお、当該院内研修については、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。</u></p> <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準]</p> <p>(6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容 <u>アについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えないものとする。</u> ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> <p>※ <u>看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算、障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算、地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算についても同様。</u></p> |
|---|---|

3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準]</p> | <p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準]</p> |

| | |
|--|--|
| <p>重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。<u>なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。</u></p> <p><u>ア・イ（略）</u></p> | <p>重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。</p> <p>※ <u>特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても同様。</u></p> |
|--|--|

4. 栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>「注2」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。</u></p> | <p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>（削除）</u></p> |
| <p>【がん患者指導管理料「ハ」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。</p> | <p>※ <u>外来緩和ケア管理料注4についても同様。</u></p> |
| <p>【がん患者指導管理料「ハ」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。</p> | <p>【がん患者指導管理料「ハ」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載し、又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。</p> |
| <p>【退院時共同指導料1及び2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患</p> | <p>【退院時共同指導料1及び2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載し、又は患者若し</p> |

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。 | くはその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。 |
|------------------------------|-----------------------------|

5. 在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【在宅療養指導料】 [算定要件]</p> <p>(4) 医師は、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載する。</p> <p>(5) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。</p> | <p>【在宅療養指導料】 [算定要件]</p> <p>(削除)</p> <p>(4) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。</p> <p>※ 糖尿病合併症管理料、糖尿病透析予防指導管理料についても同様。</p> |

6. 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。
7. 診療報酬の算定に当たり、文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。
8. レセプト摘要欄に記載を求めていた事項のうち、画像診断の撮影部位等について選択式記載とする。

② 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

第1 基本的な考え方

関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう、要件を見直す。

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いたカンファレンス等について、やむを得ない事情により対面で参加できない場合でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

また、情報通信機器を用いた退院時共同指導について、医療資源の少ない地域でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【感染防止対策加算1】 [施設基準]</p> <p>(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、<u>やむを得ない事情により参加できない場合は</u>、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能で機器を用いて参加することができる。</p> <p>ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> <p>イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対</p> | <p>【感染防止対策加算1】 [施設基準]</p> <p>(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能で機器を用いて参加することができる。</p> <p>ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> <p>イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対</p> |

面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

【退院時共同指導料】

[算定要件]

- (8) 退院時共同指導料1の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料2の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護

面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

※ 感染防止対策加算2、入退院支援加算1、退院時共同指導料2の注3、在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料、訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算も同様。

【退院時共同指導料】

[算定要件]

- (8) 退院時共同指導料1の「注1」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算も同様。

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 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。

④ 明細書発行の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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><u>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される摂食嚥下機能の回復の支援に係るチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、力については、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。</u></p> <p><u>ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師</u></p> <p><u>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</u></p> <p><u>ウ 専任の常勤言語聴覚士</u></p> <p><u>エ 専任の常勤薬剤師</u></p> <p><u>オ 専任の常勤管理栄養士</u></p> <p><u>カ 専任の歯科衛生士</u></p> <p><u>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</u></p> |
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師、常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> |
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(3) 摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について、別添●の様式●の●を用いて、地方厚生局長等に報告していること。</u></p> |

⑧ 個別栄養食事管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

| 現 行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【個別栄養食事管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、<u>悪性腫瘍を有する当該患者</u>に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、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。

② データ提出加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

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

第2 具体的な内容

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

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

つては、データ提出加算に加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

【急性期一般入院基本料】

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

【経過措置】

[施設基準]

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

た保険医療機関であること。

【急性期一般入院基本料】

[施設基準]

データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

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

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

【経過措置】

[施設基準]

八 令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までの間に限り、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

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

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

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

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

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

(削除)

(削除)

(削除)

(削除)

五の(1)のイの②の5

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

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

(新設)

(削除)

(削除)

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

(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料

(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料5

(3) 旧医科点数表の回復期リハビ

| | |
|--|--|
| <p>【提出データ評価加算】</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>退院時において、20点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p> | <p><u>生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</u></p> <p>【提出データ評価加算】</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>40点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>イ データ提出加算2の<u>ロ</u>を算定する病院であること。</p> <p>ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されて</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>1割未満</u>であること。)</p> | <p>いること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード:0000999)の割合が全て<u>2%未満</u>、かつ診療報酬明細書においては同割合が<u>10%未満</u>であること。)</p> |
|---|---|

[経過措置]

データ提出加算に係る施設基準について、令和2年3月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料5、6(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)、療養病棟入院基本料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る)の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までは令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

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

① 認知症ケア加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 認知症ケア加算の評価体系を、現行の2段階から3段階に見直す。

| 現 行 | 改 定 案 |
|---|---|
| 【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上の間 30点 <u>(新設)</u> 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上の間 10点 [算定要件] <u>(新設)</u> | 【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 160点 ロ 15日以上の間 30点 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 100点 ロ 15日以上の間 25点 3 認知症ケア加算 3 イ 14日以内の期間 40点 ロ 15日以上の間 10点 [算定要件] (6) 認知症ケア加算 2 <u>ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。</u> <u>イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュ</u> |

| | |
|--|--|
| <p>(6) <u>認知症ケア加算 2</u> (略)</p> <p>[施設基準] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>ニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。</u></p> <p><u>ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。</u></p> <p><u>エ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。</u></p> <p>(7) <u>認知症ケア加算 3</u> (略)</p> <p>[施設基準] <u>認知症ケア加算 2 の施設基準</u> <u>当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(1) 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。</u> (※ 医師及び看護師の要件は、認知症ケア加算 1 における認知症ケアチームの要件と同様)</p> <p><u>(2) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上</u></p> |
|--|--|

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

2. 認知症ケア加算1の医師及び看護師に係る要件の見直しを行う。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【認知症ケア加算1】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ （略）</p> <p>(2) (1)のイに掲げる医師は、精神科</p> | <p>【認知症ケア加算1】 [施設基準]</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、<u>原則週16時間以上</u>、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ （略）</p> <p>(2) (1)のイに掲げる医師は、精神科</p> |

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

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

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【認知症ケア加算2】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>30</u>点</p> <p>ロ 15日以上の期間 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を<u>複数名</u>配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</p> | <p>【認知症ケア加算3】</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>40</u>点</p> <p>ロ 15日以上の期間 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を<u>3名以上</u>配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。<u>ただし、(1)に掲げる3名の看護師のうち1名については、次の事項に該当する研修を受講した看護師が行う認知症看護に係る院内研修の受講をもって満たすものと</u></p> |

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

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> |
|--|---|

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

| | |
|--|---|
| | <p>と。</p> <p>※ <u>末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術</u>についても同様。</p> |
|--|---|

⑥ 疾患別リハビリテーションの取扱いについて

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] 注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 147点</p> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 120点</p> | <p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] 注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、<u>要介護被保険者等以外のもの</u>に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。</p> |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）

60点

注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等であるものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）

147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）

120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）

60点

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

⑦ 脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 100点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5) (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 100点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準 (1)～(5) (略)</p> <p><u>(6) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の基準を満たすものとする。</u></p> <p><u>ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名組み合わせる</u></p> |

| | |
|--|---|
| | <p><u>ことにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</u></p> <p><u>イ 専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。</u></p> <p><u>ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8平方メートル以上）を有していること。</u></p> <p><u>エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。</u></p> |
|--|---|

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー②】

② 在宅自己導尿における 特殊カテーテル加算の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

【Ⅱ－8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー③】

③ トレッドミル等による 負荷心肺機能検査の評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

| 現 行 | 改定案 |
|---|---|
| 【トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査】 | 【トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査】 |
| トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点 | トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点 |

【Ⅱ－８ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー⑦】

⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

| 現 行 | 改定案 | | | | |
|---|--|---------|-----|----------|-----|
| <p>【認知機能検査その他の心理検査 （1 操作が容易なもの）】 （新設）</p> <p>[算定要件] (2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。 なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。</p> | <p>【認知機能検査その他の心理検査 （1 操作が容易なもの）】</p> <table border="1"> <tr> <td>イ 簡易なもの</td> <td>80点</td> </tr> <tr> <td>ロ その他のもの</td> <td>80点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] (2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、このうち「イ」の「簡易なもの」とは、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とするもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。 なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら</p> | イ 簡易なもの | 80点 | ロ その他のもの | 80点 |
| イ 簡易なもの | 80点 | | | | |
| ロ その他のもの | 80点 | | | | |

| | |
|--|---|
| <p>(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、MAS不安尺度、ブルドン抹消検査、MED E多面的初期認知症判定検査、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、NPI、BEHAVE-AD、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、AQ日本語版、WURS、MCMII-II、MOCI邦訳版、日本語版LSAS-J（6月に1回に限る。）、DES-II、EAT-26、M-CHAT、STAI-C状態・特性不安検査（児童用）、DSRS-C、長谷川式知能評価スケール、MMSE、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoca-Jのことをいう。</p> <p><u>（新設）</u></p> | <p>結果を分析した場合にのみ算定する。</p> <p>(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、<u>MAS不安尺度、MED E多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、EAT-26、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをいい、「ロ」のその他のもの</u>とは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、ブルドン抹消検査、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、NPI、BEHAVE-AD、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、WURS、MCMII-II、MOCI邦訳版、DES-II、STAI-C状態・特性不安検査（児童用）、DSRS-C、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoca-Jのことをいう。</p> <p>(11) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」は、<u>原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。</u></p> |
|--|---|

【Ⅱ－8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ー⑧】

⑧ 質の高い臨床検査の適切な評価

第1 基本的な考え方

質の高い臨床検査の適切な評価を進めるため、以下の見直しを行う。

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

第2 具体的な内容

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

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

間に限り、算定できるものとする。

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

悪性腫瘍遺伝子検査、造血器腫瘍遺伝子検査、Major BCR-ABL1、遺伝学的検査、染色体検査、免疫関連遺伝子再構成、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型、サイトケラチン19 (KRT19) mRNA検出、WT1 mRNA、FIP1L1-PDGFR α 融合遺伝子、EGFR遺伝子検査（血漿）、骨髄微小残存病変量測定、BRCA1/2遺伝子検査、FLT3遺伝子検査、膀胱がん関連遺伝子検査、NUDT15遺伝子多型、JAK2遺伝子検査 等

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【検体検査判断料】</p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点 (新設)</p> <p>2 血液学的検査判断料 125点</p> <p>3 生化学的検査（I）判断料 144点</p> <p>4 生化学的検査（II）判断料 144点</p> <p>5 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>6 微生物学的検査判断料 150点</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。</p> <p>(新設)</p> | <p>【検体検査判断料】</p> <p>1 尿・糞便等検査判断料 34点</p> <p>2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点</p> <p>3 血液学的検査判断料 125点</p> <p>4 生化学的検査（I）判断料 144点</p> <p>5 生化学的検査（II）判断料 144点</p> <p>6 免疫学的検査判断料 144点</p> <p>7 微生物学的検査判断料 150点</p> <p>注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、<u>遺伝子関連・染色体検査判断料</u>、血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。</p> <p>注3 <u>区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD0</u></p> |

| | |
|--|--|
| | <p><u>06-9まで及びD006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。</u></p> |
|--|--|

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>る小児科療養指導料 ハ 区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料 ニ 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料 ホ 区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料 ヘ 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料 ト 区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料 チ 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料</p> | |
| <p>【特定疾患療養管理料】 [算定要件] (新設)</p> | <p>【特定疾患療養管理料】 [算定要件]</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、オンライン診療時に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p> |
| <p>(新設)</p> | <p>(12) 「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療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、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。</p> |
| <p>(新設)</p> | <p>(13) 「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。</p> |
| <p>[施設基準] (新設)</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] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></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><u>(14)「注3」に規定するやむを得ない事情とは、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についても同様。</u></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。

⑭ 療養病棟入院基本料の評価の見直し

第１ 基本的な考え方

医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。

第２ 具体的な内容

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、経過措置期間を２年間延長する。
- 療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、経過措置を令和２年３月31日限りで終了する。

| 現 行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【療養病棟入院基本料（経過措置 1）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注11 注 1 に規定する療養病棟入院料 2 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注 2 の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料 2 のそれぞれの所定点数の<u>100分の90</u>に相当する点数を算定する。</p> <p>[経過措置]</p> <p>区分番号 A 1 0 1 の注11及び注12に規定する診療料は、<u>平成32年 3 月</u></p> | <p>【療養病棟入院基本料（経過措置 1）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注11 注 1 に規定する療養病棟入院料 2 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注 2 の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料 2 のそれぞれの所定点数の<u>100分の85</u>に相当する点数を算定する。</p> <p>[経過措置]</p> <p>区分番号 A 1 0 1 の注11に規定する診療料は、<u>令和 4 年 3 月31日</u>まで</p> |

31日までの間に限り、算定できるものとする。

[施設基準]

(別に厚生労働大臣が定める基準)

平成30年3月31日時点で、継続して6月以上「旧医科点数表」の療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であること。

【療養病棟入院基本料（経過措置2）】

[算定要件]

注12 注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）とする。）を算定する。

の間に限り、算定できるものとする。

[施設基準]

(別に厚生労働大臣が定める基準)

令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っている病棟であること。

(削除)

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。）</u>（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。）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。

② 入院時支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋がった場合について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

入院時支援加算について、関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の要件及び評価を見直す。

| 現 行 | 改定案 | | | | |
|---|--|--------------------|-------------|--------------------|-------------|
| <p>【入院時支援加算】</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し</p> | <p>【入院時支援加算】</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院前の支援の状況に応じて、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><u>イ 入院時支援加算 1</u></td> <td style="text-align: right;"><u>230点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ロ 入院時支援加算 2</u></td> <td style="text-align: right;"><u>200点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有し</p> | <u>イ 入院時支援加算 1</u> | <u>230点</u> | <u>ロ 入院時支援加算 2</u> | <u>200点</u> |
| <u>イ 入院時支援加算 1</u> | <u>230点</u> | | | | |
| <u>ロ 入院時支援加算 2</u> | <u>200点</u> | | | | |

| | |
|--|---|
| <p><u>た場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでに<u>ついて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。</u></u></p> <p>ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要因の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明 <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>た場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援計画を立てた場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画を立てた場合は、入院時支援加算2を算定する。</u></p> <p>ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要因の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明</p> <p><u>(22)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書については、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に交付して説明し、その内容を診療録等に記載又は添付すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該療養支援計画書としてもよい。</u></p> <p><u>(23)患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。</u></p> |
|--|---|

③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

第1 基本的な考え方

高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。

第2 具体的な内容

1. 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

| 現 行 | 改定案 |
|--------------------------------------|--|
| <p>【入退院支援加算】 [算定要件] (新設)</p> | <p>【入退院支援加算】 [算定要件] <u>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>[別に厚生労働大臣が定めるもの]</u> 1 入退院支援加算1又は2を算定する患者 2 介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の患者</p> <p>(22)「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令</p> |
| <p>(新設)</p> | <p>(22)「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令</p> |

| | |
|-------------------------------|--|
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。</u></p> |
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(23) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。</u></p> |
| <p>[施設基準] <u>(新設)</u></p> | <p><u>(24) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する。</u></p> <p>[施設基準] <u>(9) 総合機能評価加算の施設基準</u> 当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が一名以上配置されていること。</p> |
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>7 総合機能評価加算に関する施設基準</u> <u>(1) 当該保険医療機関内に総合的な</u></p> |

| | |
|--|--|
| | <p><u>機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を一年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。</u></p> <p>(2) <u>総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。</u></p> <p><u>ア 医療関係団体等が実施するものであること。</u></p> <p><u>イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等の内容が含まれているものであること。</u></p> <p><u>ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。</u></p> <p><u>エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。</u></p> <p>(3) <u>当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。</u></p> |
|--|--|

2. 入退院支援加算の見直しに伴い、総合評価加算の扱いを見直す。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--------------------|
| <p><u>総合評価加算（入院中1回）</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）</u></p> | <p><u>（削除）</u></p> |

に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること。
- (3) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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つて、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つて、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> <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 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> |

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 |
|---|---|
| 【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。 | 【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。 |

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>（新設）</p> <p>（新設）</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>（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 訪問診療時に行った場合 400点</p> <p>ロ その他の場合</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>（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。</p> |