



診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：株式会社日本医療企画

発行：メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）
 発行者：(株)佐々木総研 福岡県北九州市八幡東区石坪町10-13 TEL.093-651-5533

—速報【在宅医療版】—

本日開催された中央社会保険医療協議会総会で、令和4年度診療報酬改定が中医協より厚生労働大臣に答申されました（本速報は答申時点の資料に基づいています）。【在宅医療版】における主だった改定項目は以下の通りです。

外来在宅共同指導料の新設

外来医療を継続的に受けている患者が在宅医療に移行するに当たり、患家等において、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が連携して、当該患者に対する指導等を実施した場合に、在宅での療養を担う医療機関が算定する外来在宅共同指導料1及び外来医療を担っていた医療機関が算定する外来在宅共同指導料2を新設する。

（新）外来在宅共同指導料

| | | |
|---|-------------|------|
| 1 | 外来在宅共同指導料 1 | 400点 |
| 2 | 外来在宅共同指導料 2 | 600点 |

【対象患者】

外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。

【算定要件】

- （1）外来在宅共同指導料1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- （2）外来在宅共同指導料2については、1の場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。

継続診療加算の見直し

継続診療加算について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に参加し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価を新設するとともに、名称を在宅療養移行加算に変更する。

| 旧 | 新 |
|--|---|
| 【継続診療加算】 [算定要件] 注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制 | 【在宅療養移行加算】 [算定要件] 注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制 |

等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する継続診療加算は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。

ア 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。

イ 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(新設)

制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 在宅療養移行加算1 216点

ロ 在宅療養移行加算2 116点

(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する在宅療養移行加算1及び2は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。

ア 在宅療養移行加算1については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算1を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

(イ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。

(ロ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

(ハ) 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

イ 在宅療養移行加算2については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算2を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

(イ) 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。

(ロ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有していること。

(ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

(ニ) 当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話

| | |
|--|--|
| | 番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。 |
|--|--|

| 在支診及び在支病による地域連携の推進 | |
|--|--|
| 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略)</p> <p>(1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク (略) ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。</p> <p>コ～シ (略) (新設)</p> <p>(新設)</p> | <p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略)</p> <p>(1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク (略) ケ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。 コ～シ (略) ス <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。</u> セ <u>在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。</u></p> <p>※ <u>機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。</u></p> |

| 在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進 | |
|---|--|
| 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) (新設)</p> | <p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) ワ <u>当該診療所において、適切な意思決定支援</u></p> |

| | |
|---|---|
| | <p>に関する指針を定めていること。</p> <p>※ 機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。</p> |
| <p>〔経過措置〕</p> <p>令和4年3月31日において現に届出を行っている診療所等については、同年9月30日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。</p> | |

| 在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し | |
|---|---|
| <p>機能強化型の在宅療養支援病院について、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅療養支援病院】</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準</p> <p>次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。</p> <p>(中略)</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア～サ (略)</p> <p>シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。</p> <p>なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p> <p>ス (略)</p> | <p>【在宅療養支援病院】</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準</p> <p>次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。</p> <p>(中略)</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア～サ (略)</p> <p>シ <u>以下のいずれかの要件を満たすこと。</u></p> <p>① <u>当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。</u></p> <p>なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p> <p>② <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。</u></p> <p>③ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ていること。</u></p> <p>ス (略)</p> <p>※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院についても同様。</p> |

| 在宅がん医療総合診療料の見直し | |
|--|--|
| <p>在宅がん医療総合診療料について、小児に係る加算を新設する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅がん医療総合診療料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>(新設)</p> | <p>【在宅がん医療総合診療料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注6 <u>15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)に対して総合的な医療を提供した場合には、小児加</u></p> |

| | |
|--|-------------------------------|
| | 算として、週に1回に限り、1000点を所定点数に加算する。 |
|--|-------------------------------|

| 緊急往診加算の見直し | |
|---|---|
| <p>小児は、緊急の往診を要する病態（けいれん・呼吸不全等）が成人と異なることを踏まえ、小児患者に対して、当該病態が予想される場合に往診を行った場合について、緊急往診加算を算定可能とする。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【往診料】 [算定要件] (4) 「注1」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。</p> | <p>【往診料】 [算定要件] (4) 「注1」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（<u>15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）</u>）については、これに加えて、<u>低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合</u>）をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。</p> |

| 複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し | |
|--|---|
| <p>複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、業務継続計画（BCPを策定した上で、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] (2) 特別地域又は「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」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。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間に</p> | <p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] (2) 特別地域若しくは「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」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所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画してい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。1つの訪問看護ステーションにおい</p> |

| | |
|---|--|
| <p>おいては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(3) (略)</p> | <p>て連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。</p> <p>(3) (2)における自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは、次のいずれにも該当するものをいう。</p> <p>ア 都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業であること。</p> <p>イ 自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業であること。</p> <p>ウ 都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理していること。</p> <p>(4) (略)</p> |
|---|--|

| 医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化 | |
|---|---|
| 1. 訪問看護情報提供療養費1における情報提供先に指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者を追加するとともに、対象となる利用者の範囲を見直す。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【訪問看護情報提供療養費1】 [算定要件] 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）又は都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、当該市町村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、当該利用者に係る保健福祉サービスに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、当該市町村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1を算定している場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準]</p> | <p>【訪問看護情報提供療養費1】 [算定要件] 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）若しくは都道府県（以下「市町村等」という。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者等」という。）に対して、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者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、当該利用者に係る保健福祉サービスに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、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者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1を算定している場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準]</p> |

| | |
|---|--|
| <p>九 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) (4) <u>十五歳未満の小児</u></p> | <p>九 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) (4) <u>十八歳未満の児童</u></p> |
| <p>2. 訪問看護情報提供療養費2について、情報提供先に高等学校等を追加し、対象となる利用者の年齢を引き上げるとともに、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月においても算定可能とする。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 注2 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>児童福祉法(昭和22年法律第164号)第39条第1項に規定する保育所等、学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する幼稚園、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「学校等」という。)へ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、当該利用者の同意を得て、当該学校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。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校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> <p>[施設基準] 十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) <u>十五歳未満の超重症児又は準超重症児</u> (2) <u>十五歳未満の小児</u>であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) <u>十五歳未満の小児</u>であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</p> | <p>【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 注2 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>児童福祉法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校(大学を除く。)</u>等(以下「学校等」という。)へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校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。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、<u>当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に1回に限り、別に算定できる。</u>ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校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> <p>[施設基準] 十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) <u>十八歳未満の超重症児又は準超重症児</u> (2) <u>十八歳未満の児童</u>であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) <u>十八歳未満の児童</u>であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者</p> |

| |
|--|
| <p>訪問看護指示書の記載欄の見直し</p> |
| <p>令和3年度介護報酬改定において、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションの時間及び実施頻度等を訪問看護指示書に記載することとされたことを踏まえ、医療保険制度においても同様の対応を行うこととし、訪問看護指示書に当該事項に係る記載欄を設ける。</p> |

| | |
|--|--------------------------------------|
| <p>専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設</p> | |
| <p>専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【訪問看護管理療養費】 [算定要件]</p> | <p>【訪問看護管理療養費】 [算定要件]</p> |

| 評価を新設する。 | |
|---|--|
| 旧 | 新 |
| <p>【訪問看護指示料】 [算定要件] (新設)</p> <p>3・4 (略)</p> <p>(新設)</p> | <p>【訪問看護指示料】 [算定要件]</p> <p>注3 <u>当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り150点を所定点数に加算する。</u></p> <p>4・5 (略)</p> <p>(5) <u>保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものとする。</u></p> <p><u>ア 気管カニューレの交換</u> <u>イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換</u> <u>ウ 膀胱ろうカテーテルの交換</u> <u>エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去</u> <u>オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法</u> <u>カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整</u> <u>キ 脱水症状に対する輸液による補正</u></p> <p>※ <u>精神科訪問看護指示料についても同様。</u></p> |

| 退院日のターミナルケアの見直し | |
|---|---|
| 訪問看護ターミナルケア療養費の算定要件において、死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上実施することとされている訪問看護について、退院日の退院支援指導を含めて判断できることとする。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを</p> | <p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを</p> |

| | |
|--|--|
| <p>行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> | <p>行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（<u>区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。</u>）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（<u>区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。</u>）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> |
|--|--|

| <p>複数名訪問看護加算の見直し</p> | |
|--|--|
| <p>複数名訪問看護加算（複数名訪問看護・指導加算）における看護補助者が同行する場合の加算について、看護師等が同行する場合も算定可能とする。</p> | |
| <p>旧</p> | <p>新</p> |
| <p>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 [算定要件] 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>【複数名訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 [算定要件] 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（<u>以下「その他職員」という。</u>）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</p> |

| | |
|---|---|
| <p>イ・ロ (略)</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)~(3) (略)</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)~(3) (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者</p> <p>一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護師等」という。)による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの</p> <p>イ~ニ (略)</p> <p>ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者(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に限る。)</p> <p>へ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者(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に限る。)</p> | <p>日を限度として算定する。</p> <p>イ・ロ (略)</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<u>その他職員</u>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)~(3) (略)</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<u>その他職員</u>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)~(3) (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者</p> <p>一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護師等」という。)による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの</p> <p>イ~ニ (略)</p> <p>ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者(訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。)</p> <p>へ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者(訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。)</p> <p>※ 在宅患者訪問看護・指導料の注7及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に規定する複数名訪問看護・指導加算についても同様。</p> |
|---|---|

| 医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し | |
|--|---|
| 退院日に看護師等 が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【退院支援指導加算(訪問看護管理療養費)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。(中略)</p> | <p>【退院支援指導加算(訪問看護管理療養費)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円(区分番号01の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者)に対し、長</p> |

| | |
|--|---|
| | 時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円)を加算する。(中略) |
|--|---|

| 同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し | |
|---|--|
| 訪問看護において同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている加算について、同じ金額の評価区分を統合する。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【難病等複数回訪問加算(訪問看護基本療養費)】 [算定要件]</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>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 一建物内1人又は2人 4,500円(削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 4,000円</p> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 8,000円(削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 7,200円</p> | <p>【難病等複数回訪問加算(訪問看護基本療養費)】 [算定要件]</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>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 4,500円(削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 4,000円</p> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 8,000円(削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 7,200円</p> <p>※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、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、訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算、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。</p> |

| 在宅医療における医科歯科連携の推進 | |
|---|---|
| 診療情報提供料(I)における歯科医療機関連携加算1について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】 [算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情</p> | <p>【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】 [算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情</p> |

| | |
|--|--|
| <p>報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。 ア (略) イ <u>在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p> | <p>報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。 ア (略) イ <u>医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p> |
|--|--|

| 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進 | |
|--|---|
| 1. 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 注1 1及び2について、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> | <p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 注1 1及び2について、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又は<u>当該保険医療機関と連携する他の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。</u></p> <p>※ <u>在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</u></p> |
| 2. 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた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。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> | <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 注4 <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薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</u></p> <p>[施設基準] 十一の四 <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注4に規定する施設基準</u></p> |

| | <p>(1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</p> <p>(2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。</p> <p>※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p> |
|---|--|
| <p>3. 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた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。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> | <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</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薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一の五 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注7に規定する施設基準</p> <p>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。</p> <p>※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p> |

| 薬局に係る退院時共同指導料の見直し | |
|--|--|
| <p>退院時共同指導料について、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【退院時共同指導料】 [算定要件]</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合</p> | <p>【退院時共同指導料】 [算定要件]</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚</p> |

に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

(2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院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」（令和2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場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話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。

(3) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話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。

(4) (2)及び(3)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(5)～(7) (略)

士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

(2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話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。

(削除)

(3) (2)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(4)～(6) (略)

※ 情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

| ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設 | |
|---|--|
| <p>医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【遠隔死亡診断補助加算(訪問看護ターミナルケア療養費)】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> | <p>【遠隔死亡診断補助加算(訪問看護ターミナルケア療養費)】 [算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者(特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第4の4の3の3に規定する地域に居住している利用者に限る。)</u>について、その主治医の指示に基づき、<u>情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 七 <u>訪問看護ターミナルケア療養費の注4に規定する基準</u> <u>情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。</u></p> |

| 医療機関における ICT を活用した業務の効率化・合理化 | |
|---|---|
| <p>医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【入退院支援 加算】 [施設基準] (5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、<u>対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回(当該保険医療機関又は連携機関が、「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。)</u>又は<u>連携機関の場合、当該3回中3回)</u>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(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>【在宅患者訪問看護・指導料(同一建物居住者訪問看護・指導料)】 [算定要件]</p> | <p>【入退院支援 加算】 [施設基準] (5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>※ <u>感染防止対策加算、退院時共同指導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。</u> ※ <u>訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。</u></p> <p>【在宅患者訪問看護・指導料(同一建物居住者訪問看護・指導料)】 [算定要件]</p> |

(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア・イ (略)

ウ 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下の(イ)及び(ロ)を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(イ) 当該カンファレンスに3者以上が参加すること

(ロ) 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

エ また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」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。)等に所属する場合においては、以下の(イ)から(ハ)までを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(イ)～(ハ) (略)

オ ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対してしていること。

(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア・イ (略)

ウ 当該カンファレンスは、1者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(削除)

エ ウにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

※ 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についても同様。

※ 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についても同様。

| 医療機関等における事務等の簡素化・効率化 |
|---|
| <p>1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。</p> <p>2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。</p> <p>3. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。</p> <p>4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。</p> |

| 標準規格の導入に係る取組の推進 | |
|--|---|
| <p>診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及び HL7 International によって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークである HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【診療録管理体制加算（入院初日）】 [施設基準] 3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p> | <p>【診療録管理体制加算（入院初日）】 [施設基準] 3 届出に関する事項 <u>(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</u> <u>(2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7の様式により届け出ること。</u></p> |

| 在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見直し | |
|--|---|
| <p>在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【在宅時医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (新設) (3) (略) (新設)</p> | <p>【在宅時医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 <u>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</u> ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点 ③ ①及び②以外の場合 880点 (4) (略) (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合</p> |

| | |
|---|--|
| <p>[算定要件] 注12 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それぞれ、100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等(新設)</p> | <p style="text-align: right;">1,515点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</p> <p style="text-align: right;">843点</p> <p>③ ①及び②以外の場合</p> <p style="text-align: right;">440点</p> <p>※ 1のロ、2及び3についても同様。</p> <p>[算定要件] 注12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、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行われる場合に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (8) 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> |
|---|--|

| 施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設 | |
|---|--|
| 施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設する。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【施設入居時等医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (新設)</p> <p>(3) (略) (新設)</p> | <p>【施設入居時等医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(①及び②の場合を除く。) ① 単一建物診療患者が1人の場合2,249点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点 ③ ①及び②以外の場合 880点 (4) (略) (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合1,125点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 633点</p> |

| | |
|---|--|
| <p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (新設)</p> | <p>③ ①及び②以外の場合 440点</p> <p>※ 1のロ、2及び3についても同様。</p> <p>[算定要件] 注6 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、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行われる場合に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (8) 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> |
|---|--|

| 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し | |
|---|---|
| 外来栄養食事指導料1及び2について、初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【外来栄養食事指導料】 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</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器を用いた場合 180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] 注1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関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。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 イの(2)の②については、保険医療機関の医</p> | <p>【外来栄養食事指導料】 イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 260点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 235点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 180点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料2</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 250点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 225点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 190点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 170点</p> <p>[算定要件] 注1 イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関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。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>4 イの(1)の②及び(2)の②については、入院</p> |

| | |
|--|---|
| <p>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。</p> <p>4 ロについては、診療所において、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、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。</p> <p>(新設)</p> | <p>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ものに対して、保険医療機関の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によって必要な指導を行った場合に、<u>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>5 ロの(1)の①及び(2)の①については、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ものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)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。</p> <p>6 ロの(1)の②及び(2)の②については、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ものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)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電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、<u>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> |
|--|---|

| 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設 | |
|--|--|
| <p>生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料及び疾患別リハビリテーション料において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の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の評価を新設する。</p> | |
| 旧 | 新 |
| <p>【生活習慣病管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> | <p>【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け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、生活習慣病の治療管理の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は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] <u>四の十一 生活習慣病管理料の注5に規定する施設基準</u> <u>(1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。</u> <u>(2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p> |

| | |
|--|------------------------------|
| | ーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。 |
| (※) 「外来医療等のデータ」については、令和5年10月診療分をめどにデータ提出を受け付ける方向で対応する。 | |

| 摂食嚥下支援加算の見直し | |
|--|--|
| 摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。 | |
| 旧 | 新 |
| <p>【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】 [算定要件] 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、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、<u>摂食機能又は嚥下機能の回復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>【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】 [算定要件] 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>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点 ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点 ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点</p> |
| <p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。）の対応によって摂食機能又は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。</p> <p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。 ア 摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該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うこととしても差し支えない。（中略） イ アを実施した患者について、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すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンフ</p> | <p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下機能回復体制加算</u>は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下この区分番号において「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。）等による対応によって摂食機能又は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。</p> <p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下機能回復体制加算</u>は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。 ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。（中略） イ アを実施した患者について、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すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。</p> |

アレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準(新設)

- (1) 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うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局等に報告していること。

(新設)

(新設)

第45の2 摂食嚥下支援加算

1 摂食嚥下支援加算に関する施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(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。

ア (略)

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

ウ 専任の常勤言語聴覚士

エ 専任の常勤薬剤師

オ 専任の常勤管理栄養士

カ 専任の歯科衛生士

キ 専任の理学療法士又は作業療法士

- (2) (略)

- (3) 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

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準

(1) 摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準

イ 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うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局等に報告していること。

ハ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。

(2) 摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準

(1)のイ及びロを満たすものであること。

(3) 摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準

イ 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うにつき必要な体制が整備されていること。

ロ (1)のロを満たすものであること。

ハ 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。

ニ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。

第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算

1 摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。

ア (略)

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又は専従の常勤言語聴覚士

(削除)

(削除)

ウ 専任の常勤管理栄養士

(削除)

(削除)

- (2) (略)

- (3) 摂食嚥下支援チームの構成員は、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参

| | |
|--|---|
| <p>ち、<u>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、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士及び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>加していること。なお、<u>摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> |
| <p>(新設)</p> | |
| <p>(新設)</p> | <p>(4) <u>当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの(転院又は退院した患者を含む。)の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であること。</u> <u>ア 他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの</u> <u>イ 当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者</u></p> |
| <p>(新設)</p> | <p>2 <u>摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準</u> <u>1の(1)から(3)までの基準を満たしていること。</u></p> |
| <p>(新設)</p> | <p>3 <u>摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準</u> <u>(1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。</u> <u>(2) 当該医師、看護師又は言語聴覚士は、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参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</u> <u>(3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者(療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。)のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。ただし、令和4年3月31日時点において療養病棟入院料1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。</u></p> |
| <p>2 届出に関する事項 <u>(3) 1の(1)のイに掲げる「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</u></p> | <p>4 届出に関する事項 <u>(3) 令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和4</u></p> |

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」の規定については、令和2年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として令和2年3月31日において届出を行っていた者が、1の(1)のウに掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。

年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、1の(1)のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。