

2020年度診療報酬改定【個別改定項目】 医科・入院以外（2020年2月28日作成）

本資料では、個別改定項目のうち主に医科診療報酬の入院以外に関連する項目の一部を紹介しています。尚、本資料内の参考スライドは議論の途中で使用された資料等であり、改定の内容と必ずしも一致しているとは限りませんので、ご注意願います。

個別改定項目の全容については、厚労省のホームページ※でご確認ください。

※中央社会保険医療協議会 総会（第451回）資料（2020年2月7日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000593368.pdf>

本資料は作成（更新）日付時点の情報を記載するように心掛けていますが、正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。

本資料の内容

- （参考）「令和 2 年度診療報酬改定の基本方針（概要）」 …… 3
- 「個別改定項目について」 目次 …… 4
- 「個別改定項目について」 医科診療報酬の入院以外に関連する項目より
一部紹介※ …… 6

※6頁以降には、医科診療報酬の入院以外に関連する項目の一部について、その詳細を新旧対比表や厚生労働省資料等を用いて紹介しています。

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

「個別改定項目について」 目次

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

- I - 1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価 ①②
- I - 2 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ①～⑪
- I - 3 タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 ①～④
- I - 4 業務の効率化に資する I C T の利活用の推進 ①②③

II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- II - 1 かかりつけ機能の評価 ①②③④⑤
- II - 2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進 ①②③④
- II - 3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 ①～③④⑤⑥～⑨
- II - 4 重症化予防の取組の推進 ①②③④～⑥
- II - 5 治療と仕事の両立に資する取組の推進 ①
- II - 6 アウトカムにも着目した評価の推進 ①②
- II - 7 - 1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ①～③④⑤⑥⑦⑧
- II - 7 - 2 認知症患者に対する適切な医療の評価 ①
- II - 7 - 3 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 ①～⑫⑬
- II - 7 - 4 難病患者に対する適切な医療の評価 ①
- II - 7 - 5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 ①～③④⑤～⑫
- II - 7 - 6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進 ①②③④
- II - 7 - 7 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価 ①～⑩
- 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 ①②③④⑤⑥～⑨⑩
- II - 9 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ①～⑬
- II - 10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ①～⑥
- II - 11 医療における I C T の利活用 ①～④⑤～⑦⑧

(次頁へ続く)

※青字：本資料にてその内容を紹介

「個別改定項目について」 目次

Ⅲ 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ①～⑳

Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 ①～⑤⑥⑦

Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ①②～⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪～⑬⑭⑮⑯⑰

Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 ①～⑩

Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進 ①②③

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 ①②③

Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用 ①

Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

Ⅳ－４ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） ①

Ⅳ－５ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲） ①

Ⅳ－６ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進 ①②③～⑥

Ⅳ－７ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 ①②～⑧⑨⑩⑪⑫～⑯⑰⑱

(以上)

※青字：本資料にてその内容を紹介

Ⅰ－１ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価

- ① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設
- ② 救急医療体制の充実

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅰ－２ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価

- ① 医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和
- ② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進
- ③ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し
- ④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和
- ⑤ 夜間看護体制の見直し
- ⑥ 特定集中治療室管理料の見直し
- ⑦ 心停止後臓器提供に係る評価の見直し
- ⑧ 脳死臓器提供管理料の見直し
- ⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し
- ⑩ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減
- 11 医療機関における業務の効率化・合理化

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅰ－３ タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進

- ①医師事務作業補助体制加算の評価の充実
- ②麻酔科領域における医師の働き方改革の推進
- ③看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進
- ④栄養サポートチーム加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅰ－４ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

- ①医療機関における業務の効率化・合理化
- ②情報通信機器を用いた カンファレンス等の推進
- ③外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 医療機関における業務の効率化・合理化

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。

具体的な内容

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
【栄養サポートチーム加算注２】 (略) 【がん患者指導管理料「八」】 (略) 【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、<u>患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。</u>	【栄養サポートチーム加算注２】 (略) 【がん患者指導管理料「八」】 (略) 【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、<u>又は患者若し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。</u>

① 医療機関における業務の効率化・合理化

具体的な内容

- 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
【在宅療養指導料】 〔算定要件〕 <u>(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。</u> <u>(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。</u>	【在宅療養指導料】 〔算定要件〕 (削除) (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。 ※ <u>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。</u>

① 医療機関における業務の効率化・合理化

具体的な内容

- 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る事項のうち、画像診断の撮影部位等について選択式記載とする。

書類作成・研修等の合理化(イメージ)

診療報酬の算定にあたり書類の作成や診療録等への記載を求めている項目(例)

○ A233-2 栄養サポートチーム加算

- ・ 栄養サポートチーム加算の算定に当たっては、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとしている。
- ・ ただし、栄養サポートチーム加算(特定地域)の算定に当たっては、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、とされている。

○ B001・13 在宅療養指導料

- ・ 在宅療養指導料の算定に当たっては、医師が、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とともに、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ことが求められている。

- 作成する書類と、診療録に記載する事項の整理
- 書類の記載者と記載内容の整理

診療報酬の算定にあたり研修の修了等を求めている項目(例)

○ A234-2 感染防止対策加算1及び2(院内研修)

- ・ 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。

○ A214 看護補助加算等(院内研修)

- ・ 施設基準において、年に1回以上の受講が要件とされている院内研修について、内容が大きく変化しないと考えられる研修内容についても、毎年受講が求められているものがある。

○ 重症度、医療・看護必要度(院外研修)

- ・ 施設基準において、院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましいとされている。

- 研修の受講頻度等の要件見直し

診療報酬の算定にあたり会議の開催を求めている項目(例)

○ A246 入退院支援加算1

- ・ 連携機関の職員との年3回の面会について、やむを得ない事情により対面で面会できない場合は、3回中1回(医療資源の少ない地域に属する医療機関の場合は3回中3回)に限り、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。

○ 入院基本料等

- ・ 安全管理の責任者等で構成される委員会を月1回程度開催する。

- ICTの利活用を含めた要件見直し

Ⅱ－１ かかりつけ機能の評価

- ①地域包括診療加算の見直し
- ②小児かかりつけ診療料の見直し
- ③外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価
- ④かかりつけ薬剤師指導料等の評価
- ⑤同一薬局の利用推進

※灰字の項目は本資料では省略

① 地域包括診療加算の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【再診料（地域包括診療加算）】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算 １ 25点 ロ 地域包括診療加算 ２ 18点	【再診料（地域包括診療加算）】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算 １ 25点 ロ 地域包括診療加算 ２ 18点

① 地域包括診療加算の見直し

現行	改定案
[施設基準] 1 地域包括診療加算 1 に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (8) 以下のいずれか 1 つを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1 <u>又は</u> 2 の届出を行っていること。 イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、 うち 1 名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。	[施設基準] 1 地域包括診療加算 1 に関する施設基準 (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。 (8) 以下のいずれか 1 つを満たしていること。 ア 時間外対応加算 1、2 <u>又は</u> 3 の届出を行っていること。 イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、 うち 1 名以上が常勤の医師であること。 ウ 在宅療養支援診療所であること。

② 小児かかりつけ診療料の見直し

基本的な考え方

小児に対する継続的な診療をより一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について対象となる患者等の要件を見直す。

具体的な内容

1. 算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大する。
2. 当該保険医療機関において処方を行わない場合の取扱いを見直す。

現行	改定案
【小児かかりつけ診療料】 1 処方箋を交付する場合 イ 初診時 631点 ロ 再診時 438点 2 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 748点 ロ 再診時 556点 【算定要件】 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（ <u>3</u> 歳以上の患者にあっては、 <u>3</u> 歳未満から小児かかりつけ診療料を	【小児かかりつけ診療料】 1 処方箋を交付する場合 イ 初診時 631点 ロ 再診時 438点 2 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 748点 ロ 再診時 556点 【算定要件】 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（ <u>6</u> 歳以上の患者にあっては、 <u>6</u> 歳未満から小児かかりつけ診療料を

② 小児かかりつけ診療料の見直し

現行	改定案
算定しているものに限る。) の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。 (5) <u>常態として院外処方箋を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「２」の所定点数を算定できる。</u>	算定しているものに限る。) の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。 (5) <u>当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「１ 処方箋を交付する場合」で算定する。</u>

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理①(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
施設の 種別	- 診療所 - 在宅療養支援診療所の届出(*1)	- 診療所 - 許可病床数200床未満 【病院の場合】 - 地域包括ケア病棟入院料の届出 - 在宅療養支援病院の届出	小児科外来診療料を算定	—	診療所	- 許可病床数200床未満の病院 - 半径4km以内に診療所が存在しない(半径4km以内に病院が存在しても差し支えない)
医師の 要件	- 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 - 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師)(*1)	- 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師(担当医)を配置 【診療所の場合】 - 常勤換算2名以上の医師を配置(うち1名以上は常勤医師)	- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師を1名以上配置 - 上記の医師が、以下のうち3つ以上に該当 - ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で実施 - イ 母子保健法第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査を実施 - ウ 予防接種法第5条第1項の規定による予防接種(定期予防接種)を実施 - エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 - オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任	在宅医療を担当する常勤医師	【機能強化・単独型】 - 在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 【機能強化・連携型】 - 他の医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤医を3名以上配置 【従来型】 —	
時間外、 緊急時等 の対応の 体制	時間外対応加算1又は2の届出(*1)	【診療所の場合】 時間外対応加算1の届出	時間外対応加算1又は2の届出	—	当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者で直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供 ※ 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者で直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示	

*1 いずれか1つを満たせばよい

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理②(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
実施する 取組等	- 健康相談を実施している旨を院内掲示 - 敷地内(当該保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関が保有又は借用している部分)の禁煙	—	—	—	—	—
他の医療 機関等との 連携	【薬局】 院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携	—	—	—	- 当該地域において、他の保健医療サービスとの連携調整を担当する者と連携 【医療機関・訪問看護ステーションとの連携】 - 当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に随時提供	
介護サー ビスとの 連携	- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示 - 要介護認定に係る主治医意見書を作成 - 以下のいずれか1つを満たす - ア 介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員を配置 - イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供 - ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設 - エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」に規定する地域ケア会議に年1回以上出席 - オ 介護保険によるリハビリテーションを提供 - カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を経験を有する - キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講 - ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有する(地域包括診療料・病院の場合) - ケ 総合評価加算の届出又は介護支援等連携指導料を算定	—	—	—	—	—
その他	—	—	—	—	患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制の整備	

かかりつけ医機能に係る診療報酬の現状整理③(平成30年度診療報酬改定後)

項目名	A001 注12 地域包括診療加算	B001-2-9 地域包括診療料	B001-2-11 小児かかりつけ診療料	C002在総管 C002-2施設総管	在宅療養 支援診療所	在宅療養 支援病院
在宅医療の 提供体制	- 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の往診等の体制(*2) - 在宅医療の提供及び当該患者に対する24時間の連絡体制(*3)	—	—	—	- 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の指名、担当日等を文書により患家に提供 - 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の指名、担当日等を文書により患家に提供 - 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等を届出	
外来から訪 問診療への 移行実績	- 以下の全てを満たしていること(*2) - ア 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、C000往診料、C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又はC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計が - 在宅療養支援診療所については10人以上 - 在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上 - イ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満		—	—	—	
その他実績	—	—	—	—	- 年に1回、在宅看取り数等を報告【往診・訪問診療の患者の割合が95%以上の場合】 - 以下の全てを満たしていること - 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から紹介を受けて往診又は訪問診療を実施 - 過去1年間の看取り実績20件以上又は重症児の十分な診療実績 - 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち施設総管の患者割合が7割以下 - 直近1か月の在総管・施設総管算定患者のうち「要介護3以上」又は「別表8の2に該当する患者」の割合が5割以上	

*2 地域包括診療加算1の要件
*3 地域包括診療加算2の要件

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

処方箋交付あり 初診時 602点 再診時 413点、 処方箋交付なし 初診時 712点 再診時 523点

○ かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。

【対象患者】○ 当該保険医療機関を予防接種等を含め4回以上受診した未就学児（3歳以上の患者については、3歳未満から当該診療料を算定していた患者に限る。）※ 過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を行わなくなった場合、3歳以上の患者については、再度、当該診療料を算定することはできない。**【算定要件】**

ア 急性疾患の対応、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等。

イ 他の保険医療機関との連携、受診医療機関の把握。

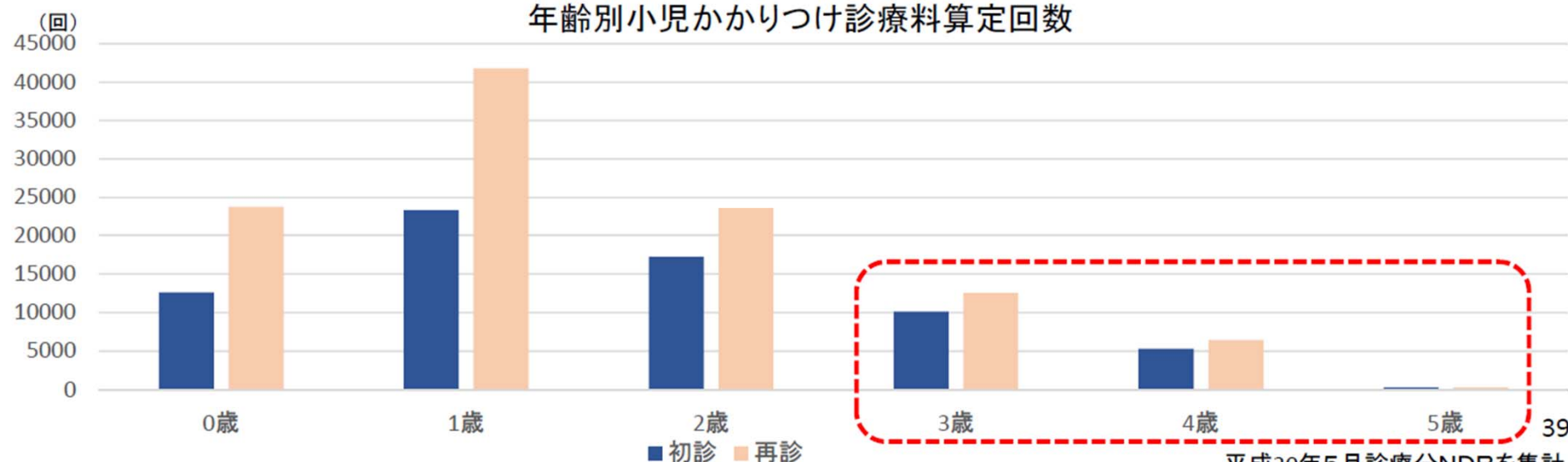
ウ 健康診査の受診状況及び受診結果を、助言・指導。

エ 予防接種の把握、指導やスケジュール管理等。

オ 緊急の相談への対応。（場合により#8000等）

カ かかりつけ医として、上記アからオまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面を交付して説明し、同意を得ること。

年齢別小児かかりつけ診療料算定回数

平成30年5月診療分NDBを集計
中央社会保険医療協議会総会資料（2019.10.30）

Ⅱ－２ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進

- ① 機能強化加算の見直し
- ② 診療情報の提供に対する評価の新設
- ③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携
- ④ 明細書発行の推進

※灰字の項目は本資料では省略

② 診療情報の提供に対する評価の新設

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。

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。

改定案

(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。）

② 診療情報の提供に対する評価の新設

改定案

ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。) に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。

(2) 妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月 1 回に限り算定する。

〔施設基準〕

(1) 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

基本的な考え方

主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

具体的な内容

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

現行	改定案
【診療情報提供料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 （新設）	【診療情報提供料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 <u>注 7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6 第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。</u>

中央社会保険医療協議会総会資料 (2020.2.7)

④ 明細書発行の推進

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。

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
【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。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 〔算定要件〕 注7 <u>保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、</u>

④ 明細書発行の推進

現行	改定案
【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<u>交付することを要しない。</u>	【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<u>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。</u>

Ⅱ－３ 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化

- ① 質の高い外来がん化学療法の評価
- ② 外来化学療法での栄養管理の評価
- ③ 精神病棟における退院時共同指導の評価
- ④ 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価
- ⑤ 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し
- ⑥ 栄養サポートチーム加算の見直し
- 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
- ⑧ 個別栄養食事管理加算の見直し
- ⑨ 周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

④精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 <u>(新設)</u>	【通院・在宅精神療法】 〔算定要件〕 <u>注 8 1 を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号 B015 に掲げる精神科退院時共同指導料 1 を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して 1 年を限度として、月 1 回に限り 250 点を所定点数に加算する。</u>

④精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

現行	改定案
	(21)「注 8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、<u>通院・在宅精神療法の「１」を算定する患者について、精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料を算定した患者であって退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診した患者又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師（以下、この区分において「看護師等」という。）又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に月 1 回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。</u> <u>ア 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、3 月に 1 回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは</u>

④精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

現行	改定案
	<u>作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。</u> <u>イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成し、その写しを診療録に添付すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。</u> <u>ウ 医師は、診療録に当該患者の療養生活環境整備支援及び指導を担当する看護師等又は精神保健福祉士への指示事項を記載すること。</u> <u>エ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、イにおいて作成した支援計画の内容を患者等に説明した上で、療養生活環境の整備のための支援及び指導を行うこと。なお、担当する患者ごとに療養生活環境整備支援・指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。</u>

④精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

現行	改定案
	<u>〔施設基準〕</u> (1) <u>通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準療養生活環境整備のための支援及び指導を適切に行うにつき十分な体制を有していること。</u> (1) <u>通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準</u> <u>ア 当該保険医療機関内に、当該支援・指導に専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。</u> <u>イ 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備支援及び指導の対象患者の数は１人につき３０人以下であること。また、それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。</u> (2) <u>当該加算の届出においては、様式●を用いること。</u>

⑤ 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点 〔算定要件〕 (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の１の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。	【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点 〔算定要件〕 (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の１の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。<u>また、当該管理料を算定している患者に対して、患者の希望する他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の</u>

⑤ 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

現行	改定案
【人工腎臓】 〔算定要件〕 (6) 区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C 1 0 2－2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。	<u>摘要欄に区分番号「J 0 3 8」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。</u> 【人工腎臓】 〔算定要件〕 (6) 区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C 1 0 2－2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。<u>なお、他の医療機関において区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定できる。</u>

腹膜透析患者が血液透析を併用する場合の診療報酬上における評価

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点

注1 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき、2,000点を月2回に限り算定する。

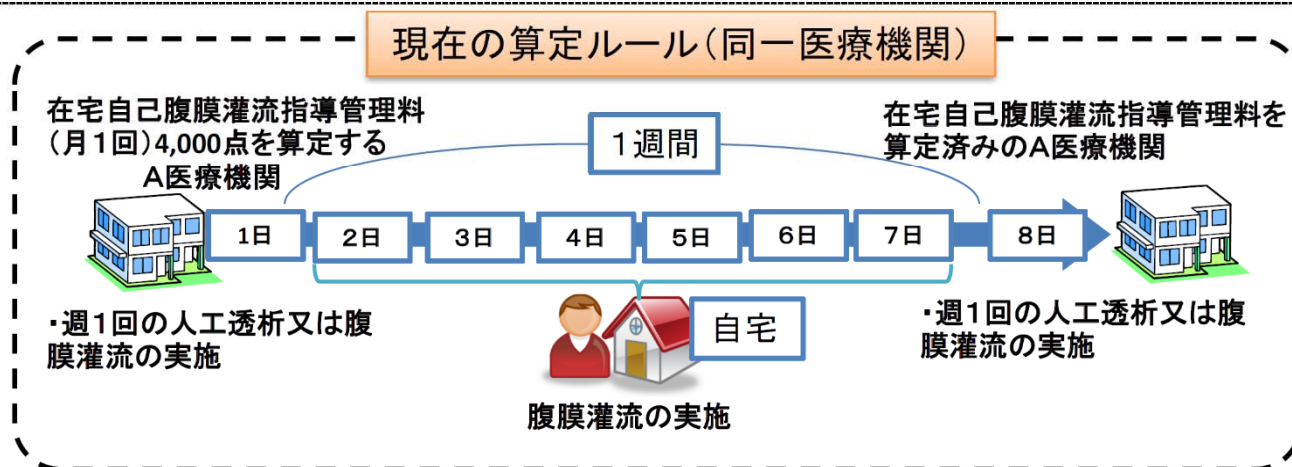
注2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓又はJ042に規定する腹膜灌流の1を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。

(1) 「注1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合を言う。

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
- オ その他医師が特に必要と認めるもの

(2) 1ヶ月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、診療報酬明細書の定期要覧に(1)のAからオまでの中から該当するものを明記する。

(3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者(入院中の患者を除く。)は週1回を限度として、J038人工腎臓又はJ042腹膜灌流の「1」の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。

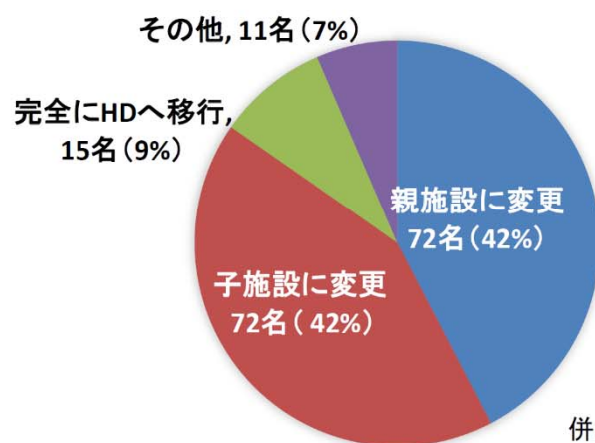


腹膜透析患者が血液透析を併用する場合の評価について

- 腹膜透析患者については、腹膜機能の低下に伴う透析効率の低下等により血液透析を併用する場合がある。
- 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者は、腹膜透析を実施している施設で行った場合に限り、週1回を限度として、人工腎臓の算定が可能となる。
- このように、在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する医療機関で全ての管理を行うことを評価しているが、腹膜透析を行うことができる透析施設は全体の16.7%（都道府県別では6.3%-37.5%）と限定的である。
- さらに学会アンケートでは、併用療法患者379名のうち、44.8%（170名）が何らかの影響を受けている。そのうち、144名（84%）は通院への制約等の理由により施設の変更が必要となり、15名（9%）は血液透析への移行せざるを得なくなったとしている。
- 腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合の評価について、患者の利便性や臨床実態を踏まえた評価が必要と考えられる。

在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する医療機関で全ての管理を行うことの影響に関するアンケート

対象：日本透析医学会関連施設及び日本腹膜透析医学会施設会員の総計 1,120施設を対象とし、727施設（64.9%）より回答



併用療法患者379名のうち、影響のあった170名の内訳
（親施設：腹膜透析管理施設、子施設：血液透析のみの管理施設）

主な意見

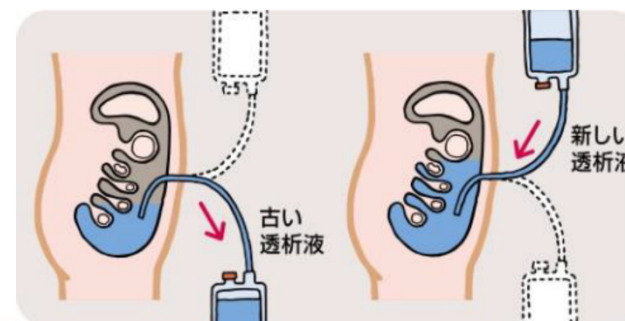
- ・患者への制約（経済的、時間的、精神的など）が増大する
- ・透析療法選択の自由を奪う
- ・大学病院など腹膜透析単独施設では併用療法が困難となる。
- ・旅行先での血液透析が受けられなくなる。
- ・理由を明記すれば認めてほしい。

透析会誌 2014;47: 483

- 腹腔内に直接透析液を注入し、一定時間貯留している間に腹膜を介して血中の尿毒素、水分及び塩分等を透析液に移動させ血液浄化を行うもの。
- 腹膜透析液の交換は通常1回約30分であり、日常生活の制約が少ない。
- 日本の腹膜透析患者数は、概ね9,100人程度。



腹膜透析のイメージ



出典：腎不全 治療選択とその実際【2019年版】（日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会）
日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2017年12月31日現在)」

Ⅱ－４ 重症化予防の取組の推進

- ① 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- ② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価
- ③ 分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進
- ④ 歯科疾患管理料の見直し
- ⑤ 歯周病重症化予防の推進
- ⑥ 健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴う見直し

※灰字の項目は本資料では省略

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案								
【導入期加算（人工腎臓の注加算）】 〔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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 <table> <tr> <td>イ 導入期加算 1</td><td>300点</td></tr> <tr> <td>ロ 導入期加算 2</td><td>400点</td></tr> </table> (17)「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>300点又は</u>	イ 導入期加算 1	300点	ロ 導入期加算 2	400点	【導入期加算（人工腎臓の注加算）】 〔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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 <table> <tr> <td>イ 導入期加算 1</td><td>200点</td></tr> <tr> <td>ロ 導入期加算 2</td><td>500点</td></tr> </table> (17)「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>200点又は</u>	イ 導入期加算 1	200点	ロ 導入期加算 2	500点
イ 導入期加算 1	300点								
ロ 導入期加算 2	400点								
イ 導入期加算 1	200点								
ロ 導入期加算 2	500点								

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

現行	改定案
400点を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。 〔施設基準〕 (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>過去2年で1人以上</u>いること。 〔記載上の注意〕 <u>(新設)</u>	<u>500点</u>を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。 〔施設基準〕 (2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>前年度に3人</u>以上いること。 〔記載上の注意〕 <u>3「4」の腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録を行った患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。</u>

腎代替療法(透析・移植)における生命予後の比較

- 腎移植は透析と比較して生命予後を改善し、腎不全患者の第一選択となる。
- 一方で、生体腎移植は、年間 1,500件程度、献腎移植(脳死・心停止下)は年間 200件程度にとどまっており、また、55才未満の透析患者約48,000名の内、献腎移植登録を行っているのは12,449名のみとなっている。
- 移植を含めた腎代替療法に関する説明・情報提供をより評価・推進する必要があると考えられる。

<導入期加算の算定状況>

算定回数	平成29年	平成30年
導入期加算 300点 (平成30年改定前)	37659回	
導入期加算1 300点		20181回
導入期加算2 400点		13812回

※社会医療診療行為別統計(平成29,30年度6月審査分)の算定回数

[施設基準]
導入期加算1
 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行うこと
導入期加算2
 ① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で 12 回以上算定していること
 ② 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること
 ③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

<日本における生体腎移植・献腎移植の生存率>

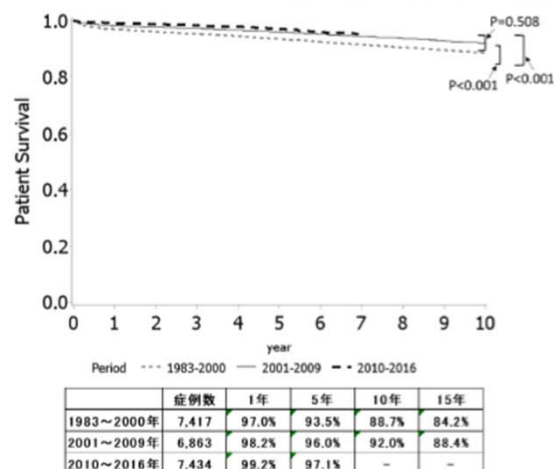


図4. 年代別生存率(生体腎)

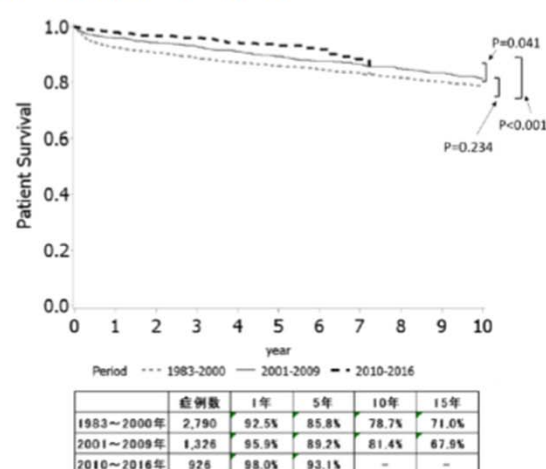


図5. 年代別生存率(献腎)

<日本における透析・移植患者の推移>

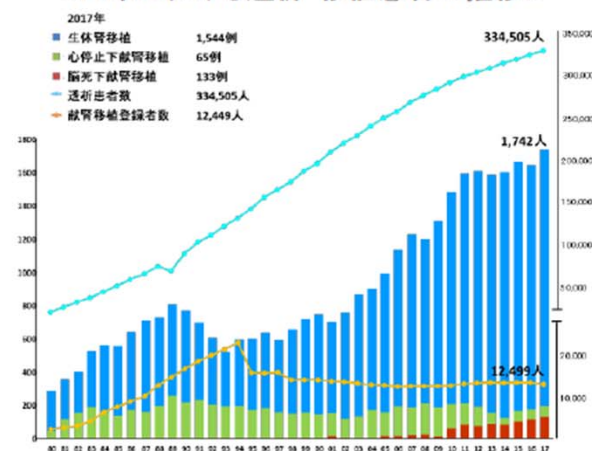
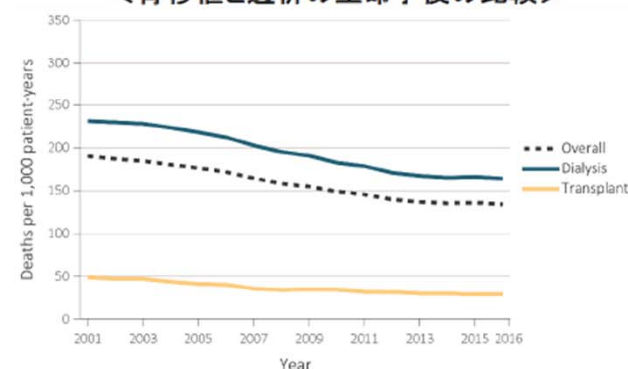


図3. 腎移植数の推移

<腎移植と透析の生命予後の比較>



③ 分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

基本的な考え方

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

具体的な内容

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料について、分娩後12週間以内も算定可能とする。

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

③ 分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進

現行	改定案
在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(1)又は(2)に該当する者 (1) 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合 (妊娠時に診断された明らかな糖尿病) (略) (2) ハイリスクな妊娠糖尿病である場合 (略) <u>(新設)</u>	(1) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者 ア 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病） (略) イ ハイリスクな妊娠糖尿病である場合 (略) (2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 2 は、(1)に該当し、<u>妊娠中に在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 1 を算定した患者であって、引き続き分娩後における血糖管理を必要とするものについては、分娩後 12 週間以内に適切な療養指導を行った場合に、1 回に限り算定する。</u>

Ⅱ－５ 治療と仕事の両立に資する取組の推進

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

※灰字の項目は本資料では省略

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

基本的な考え方

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

具体的な内容

1. 療養・就労両立支援指導料について、企業から提供された勤務情報に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価する。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価する。
2. 対象疾患について、がんの他に、脳卒中、肝疾患及び指定難病を追加する。
3. 対象者について、産業医の選任されている事業場に勤務する者の他に、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者又は保健師が選任されている事業場に勤務する者を追加する。
4. 相談体制充実加算については、廃止とする。

現行	改定案
【療養・就労両立支援指導料】 1,000点	【療養・就労両立支援指導料】 1 初回 800点 2 2回目以降 400点
【算定要件】 <u>注1 <u>がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うと</u></u>	【算定要件】 <u>注1 <u>1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意</u></u>

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

現行	改定案
<u>ともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。</u> <u>2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。</u> <u>(新規)</u> <u>3 注1の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</u>	<u>を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師（以下、「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。</u> <u>2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。</u> <u>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。</u> <u>4 注1の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。</u>

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

現行	改定案
(2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、<u>悪性腫瘍と診断されたものの</u>求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、<u>6月に1回</u>に限り算定する。 <u>ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」及び「別紙様式49の2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。</u> <u>イ 悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取したうえで、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。</u>	<u>る。</u> (2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、<u>別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているものの</u>求めを受けて、<u>患者の同意を得て</u>、以下の全ての医学管理を実施した場合に、<u>月1回</u>に限り算定する。 <u>ア 治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を受け取ること。</u> <u>イ 治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。</u>

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

現行	改定案
ウ <u>悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者の勤務する事業場の産業医から、文書で、療養と就労の両方を継続するために治療上望ましい配慮等について、助言を得ていること。</u>	ウ <u>治療を担当する医師が、以下のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。</u> ① <u>病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」、「別紙様式49の2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録等に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場合は、当該産業医に対して当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。</u> ② <u>当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。</u>

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

現行	改定案
<u>エ ウの助言を踏まえ、悪性腫瘍の治療を担当する医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うとともに、患者に対し治療計画変更の必要性の有無や具体的な変更内容等について説明すること。</u> <u>(3) 患者に対する指導及び説明並びに産業医による助言を診療録等に記載する。</u> <u>(4) 「注 2」に規定する相談体制充実加算については、入院中の患者以外の患者が利用可能な相談窓口等において専任の看護職員又は社会福祉士が、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、就労と治療の両立のための相談に応じる体制を有している保険医療機関において、所定点数に加算する。</u> <u>(新設)</u>	<u>(削除)</u> <u>(3) 2については、1を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。</u> <u>(4) 「注 3」に規定する相談支援加算については、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。</u> <u>(5) 1については、事業場の産業医等への就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービスとして、別に徴収することはできない。</u>

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

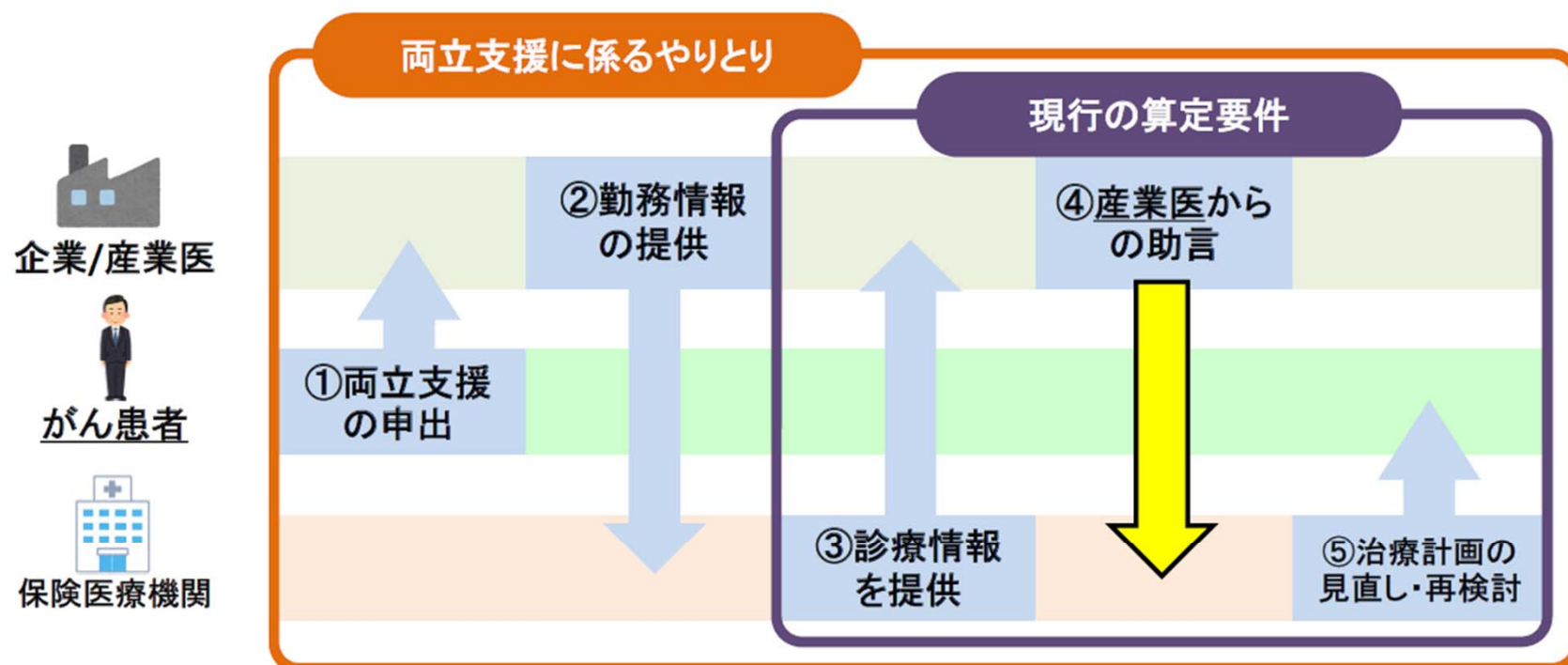
現行	改定案
<u>(新設)</u> 〔体制充実加算の施設基準〕 <u>(1) がん患者の療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該窓口は区分番号「A 2 3 4 - 3」患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していることが望ましい。</u> <u>(新設)</u>	<u>(6) 治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。</u> 〔相談支援加算の施設基準〕 <u>(1) 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A 2 3 4 - 3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。</u> <u>〔厚生労働大臣の定める疾患〕</u> <u>1. 悪性新生物</u> <u>2. 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患</u> <u>3. 肝疾患（経過が慢性なものに限る。）</u>

① 治療と仕事の両立に向けた支援の充実

現行	改定案
	<u>4. 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患</u>

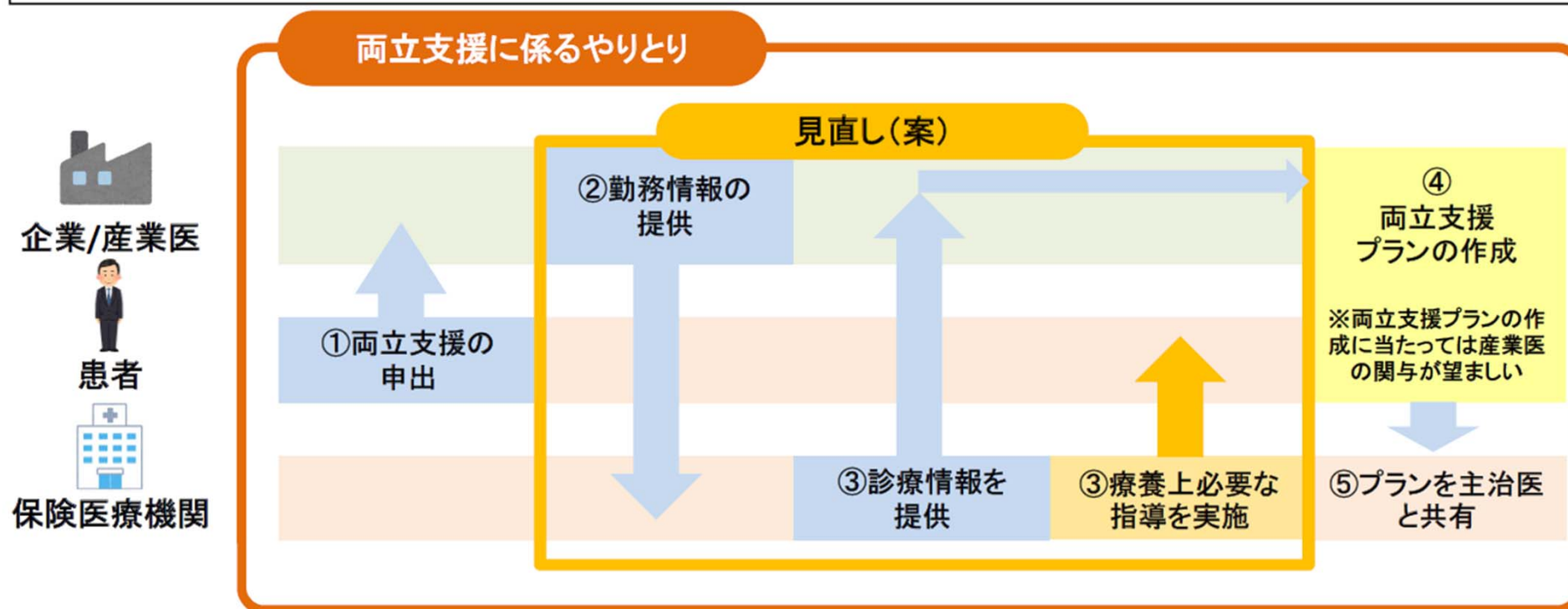
療養・就労両立支援指導料の現状と課題

- 主治医は、診療情報を提供した後、産業医からの助言を踏まえ、治療計画の見直し・再検討を行うまで、療養・就労両立支援指導料を算定することができない。
- また、対象患者は、現行では、産業医が選任されている事業場に勤務しているがん患者に限定されている。



療養・就労両立支援指導料の見直し(案)①

- 両立支援に係るやりとりのうち、企業からの勤務情報の提供に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対し診療情報を提供した場合を評価してはどうか。
- なお、主治医からの診療情報の提供に当たっては、患者本人に文書を交付する場合と患者本人の同意を得た上で患者とともに来院した産業医等に診療情報を提供をする場合が考えられる。



②主治医への勤務情報提供の内容

(勤務情報、相談事項等)

職務内容、勤務形態、勤務時間、通勤方法・時間、休業可能期間、有給休暇日数、利用可能な勤務制度、その他特記事項(仕事を行うために最低限必要な要件、避けるべき作業や困りごとの相談)など

③主治医による指導・情報提供の内容

(両立支援に必要な情報)

現在の症状、治療の状況、通院後または通院治療中の就業継続の可否、望ましい就業上の措置、その他配慮が必要な事項、措置や配慮が必要な理由・必要な期間の目安など

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)②

- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関与する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。

労働安全衛生法に位置づけられている労働者の健康に係る業務を担当する者

職種	選任すべき事業場/主な業務内容
産業医 (労働安全衛生法第13条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置 等
保健師 (労働安全衛生法第13条の2)	選任に特段の定めはない
	労働者の健康管理、保健指導 等
総括安全衛生管理者 (労働安全衛生法第10条)	常時100人～1000人以上の労働者を使用する事業場 (業種により選任すべき事業場の規模が異なる)
	以下の業務を統括管理すること ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等
衛生管理者 (労働安全衛生法第12条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	総括安全衛生管理者の統括管理する業務のうち衛生に係る技術的事項を管理すること
安全衛生推進者 (衛生推進者) (労働安全衛生法第12条の2)	常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場 (衛生推進者は安全衛生推進者を選任する必要がない事業場において選任する)
	総括安全衛生管理者の統括管理する以下の業務を担当すること ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等

療養・就労両立支援指導料の見直し(案)③

- がん、脳卒中、肝疾患及び難病については、治療と仕事の両立支援にあたり、特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)が示されている。
- また、がん、脳卒中及び肝疾患については、企業と医療機関が情報のやりとりを行うための様式の記載例(企業・医療機関連携マニュアル)が示されており、難病についても令和元年度中に連携マニュアルが作成される予定である。

両立支援ガイドライン 疾患別留意事項等作成(イメージ)



Ⅱ－6 アウトカムにも着目した評価の推進

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
- ② データ提出加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅱ－７－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ① がん拠点病院加算の見直し
- ② 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し
- ③ 緩和ケア病棟入院料の見直し
- ④ 質の高い外来がん化学療法の評価
- ⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価
- ⑥ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価
- ⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価
- ⑧ 介護老人保健施設におけるがん診療の充実

※灰字の項目は本資料では省略

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

改定案

（新）連携充実加算 150点（月1回）

〔対象患者〕

外来化学療法加算1のAを算定する患者

〔算定要件〕

（１）当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的及び治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、150点を月1回に限り所定点数に加算する。

（２）その他以下の要件を満たすこと。

- ・治療の状況等を共有することを目的に、提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと。
- ・他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析・評価等を行うこと。

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

改定案

- ・悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。
- ・療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

〔施設基準〕

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

〔経過措置〕

令和 2 年 3 月 31 日時点で外来化学療法加算 1 の届出を行っている保険医療機関については、令和 2 年 9 月 30 日までの間、上記（3）イの基準を満たしているものとする。

⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価

基本的な考え方

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

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【外来栄養食事指導料】 〔算定要件〕 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、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>（新設）</u>	【外来栄養食事指導料】 〔算定要件〕 注¹ 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 <u>2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している</u>

⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価

現行	改定案
〔施設基準〕 (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。	<u>悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目に□の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。</u> 〔施設基準〕 (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 <u>イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</u> <u>□ 外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士であること。</u>

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

基本的な考え方

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における、B R C A 遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても評価を行う。

具体的な内容

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

改定案

(新) B R C A 1 / 2 遺伝子検査 2 血液を検体とするもの 20,200点

〔算定要件〕

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

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

改定案

〔施設基準〕

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準）

（１）卵巣癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（２）乳癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（３）遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として実施する場合には、（１）又は（２）のいずれかを満たすこと。

（４）遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合は、この限りでない。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

改定案

(新) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術

〔算定要件〕

K手術 通則 第19号

K475（乳房切除術、K888（子宮附属器腫瘍切除術）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

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

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

〔施設基準〕

当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（１）乳房切除術を行う場合は、乳腺外科又は外科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

改定案

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

中央社会保険医療協議会総会資料（2020.2.7）

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

現行	改定案
【遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D 0 0 6－4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 (8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D 0 0 6－4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。	【<u>遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）</u>】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D 0 0 6－4に掲げる遺伝学的検査又は<u>遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D 0 0 6－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）</u>を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。 (8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D 0 0 6－4」遺伝学的検査、<u>区分番号「D 0 0 6－18」に掲げるB R C A遺伝子検査又は区分番号「D 0 0 4－2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u>を実施する際、以下のいずれも

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

現行	改定案
ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。 イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。 なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。	<u>満たした場合に算定できる。</u> ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。 イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。 なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

現行	改定案
【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】 〔算定要件〕 (12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】 〔算定要件〕 (12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合又は<u>遺伝性乳がん卵巣がん患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合</u>に限り算定する。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

現行	改定案
【組織拡張器による再建手術（一連につき）】 1 乳房（再建手術）の場合 18,460点 2 その他の場合 19,400点 〔算定要件〕 (2)「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。 ア 一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。	【組織拡張器による再建手術（一連につき）】 1 乳房（再建手術）の場合 18,460点 2 その他の場合 19,400点 〔算定要件〕 (2)「1」の乳房（再建手術）の場合は、<u>乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者</u>に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。 ア 一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

現行	改定案
イ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。 【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】 〔算定要件〕 (2) 乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。	イ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。 【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】 〔算定要件〕 (2) <u>乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者</u>に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

現行	改定案
イ 一次二期的再建の場合 乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。 ウ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。	イ 一次二期的再建の場合 乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。 ウ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

⑧ 介護老人保健施設におけるがん診療の充実

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 抗悪性腫瘍剤（ <u>医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。</u> ）の費用	【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 抗悪性腫瘍剤（ <u>悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。</u> ）の費用

Ⅱ－７－２ 認知症患者に対する適切な医療の評価

① 認知症ケア加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅱ－７－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 精神病棟における退院時共同指導の評価
- ② 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価
- ③ 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価
- ④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し
- ⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し
- ⑥ 精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し
- ⑦ 精神科急性期病棟におけるクロザピンの普及推進
- ⑧ 精神科救急入院料の見直し
- ⑨ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実
- ⑩ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑪ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実
- ⑫ クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA 1 c の測定に係る要件の見直し
- ⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し
- ⑭ 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進
- ⑮ ギャンブル依存症に対する治療の評価

※灰字の項目は本資料では省略

⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

1. 精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限を見直す。

現行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（１日につき） 1 7日以内 450点 2 8日以上10日以内 225点 〔算定要件〕 注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを	【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（１日につき） 1 7日以内 450点 2 8日以上15日以内 300点 〔算定要件〕 注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを

⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

現行	改定案
現に算定している患者に限る。) について、当該疾患の治療開始日から起算して<u>10日</u>を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。 <u>(新設)</u>	現に算定している患者に限る。) について、当該疾患の治療開始日から起算して<u>15日</u>を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。 <u>(4) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。</u>

⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

具体的な内容

２．対象に指定難病の患者を加える。

現行	改定案
〔施設基準〕 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略) <u>(新設)</u>	〔施設基準〕 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略) <u>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）</u>

Ⅱ－７－４ 難病患者に対する適切な医療の評価

① 難病患者に対する適切な医療の評価

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅱ－７－５ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ① 小児かかりつけ診療料の見直し
- ② 小児科外来診療料の見直し
- ③ 小児運動器疾患指導管理料の見直し
- ④ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し
- ⑤ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実
- ⑥ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実
- ⑦ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑧ 妊婦加算の扱い
- ⑨ 地域の救急医療体制における重要な役割を担う医療機関に対する評価
- ⑩ 救急医療管理加算の見直し
- ⑪ 救急医療体制の充実
- ⑫ 超急性期脳卒中加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

④ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。

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

④ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

現行	改定案
注４ １のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。	注４ １のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、<u>月に１回に限り</u>80点を所定点数に加算する。 ※ <u>小児かかりつけ診療料についても同様。</u>

Ⅱ－７－６ 感染症対策、薬剤耐性対策の推進

- ① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し
- ② 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し
- ③ 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進
- ④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

※灰字の項目は本資料では省略

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

１．抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の種類の拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加する。
また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す。

現行	改定案
【抗菌薬適正使用支援加算】 〔施設基準〕 (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。	【抗菌薬適正使用支援加算】 〔施設基準〕 (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬（抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む。）を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

現行	改定案
<u>(新設)</u> 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。 (5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等</u>を受けていること。	ウ <u>当該医療機関の外来における過去１年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。</u> カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年２回実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修の実施及びマニュアルの作成に当たっては、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。 (5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、第21の１の（７）に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。</u>

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

具体的な内容

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

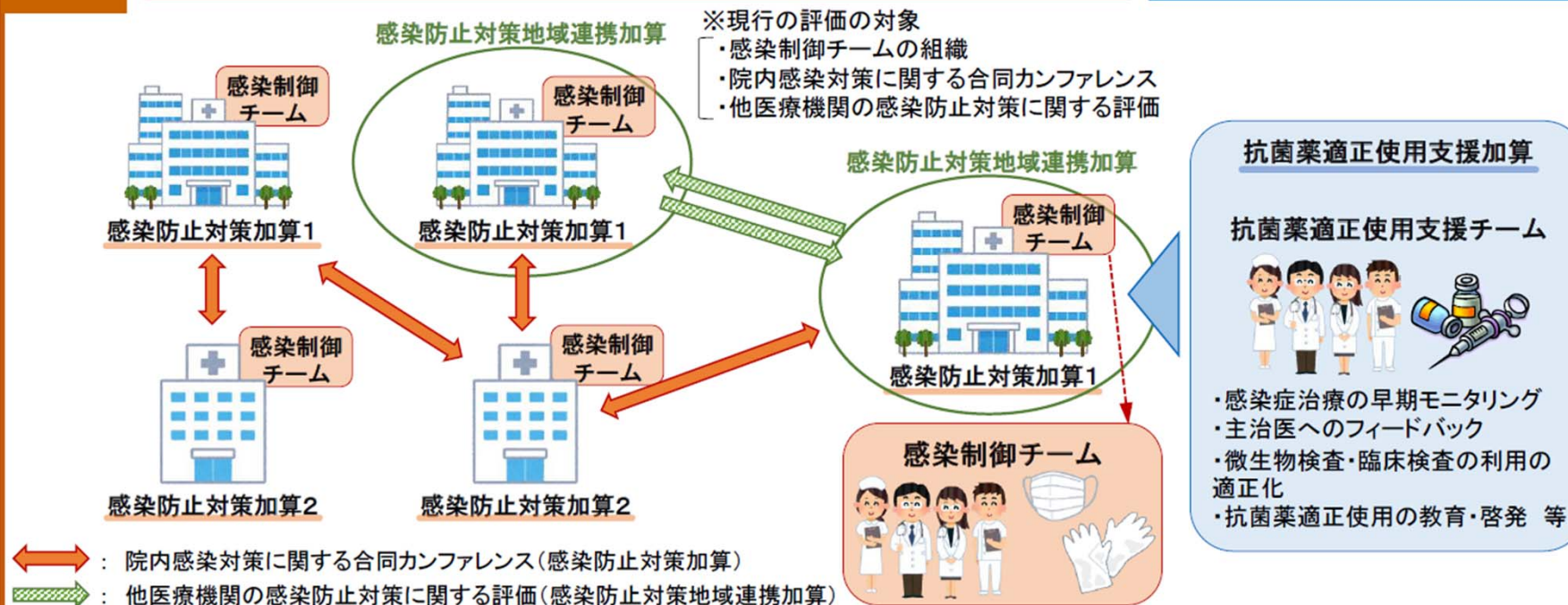
現行	改定案
【抗菌薬適正使用支援加算】 〔算定要件〕 ３ <u>感染防止対策地域連携加算</u>を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。	【抗菌薬適正使用支援加算】 〔算定要件〕 ３ <u>感染防止対策加算 1</u>を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院して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

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、抗菌薬適正使用の普及啓発の取組を行っていることを要件化



抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。

感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)



[算定要件]

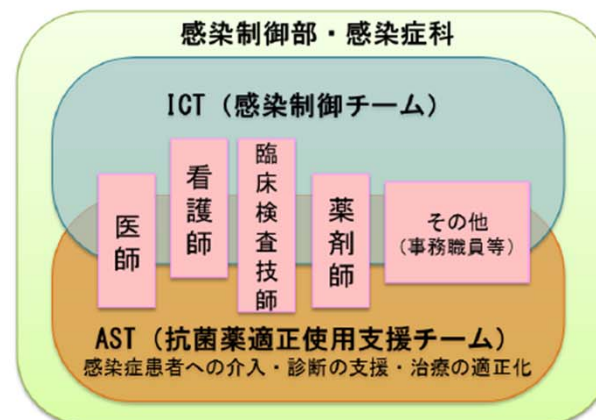
感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

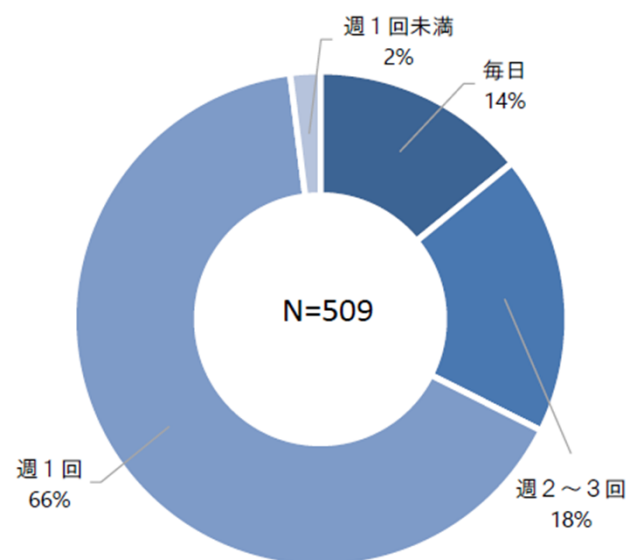
[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

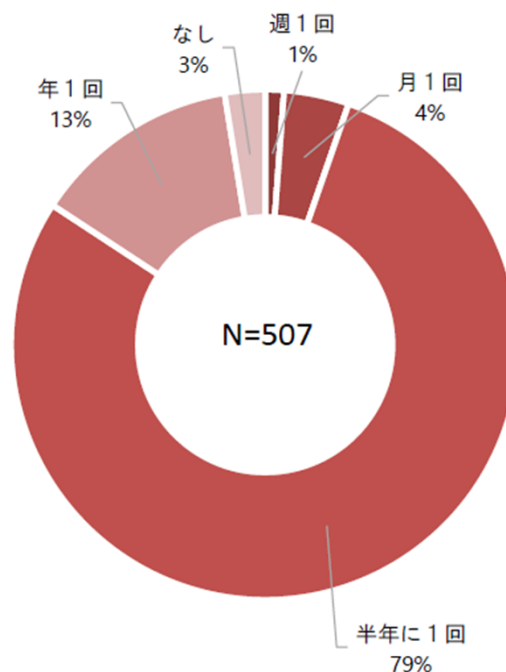


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

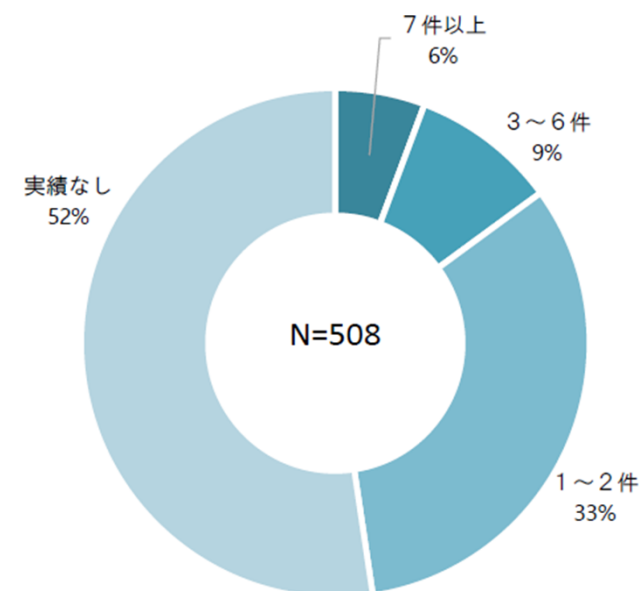
抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



抗菌薬適正使用に関する
院内講習会の頻度



周辺地域の医療機関からの
相談に応じた実績(直近3月)



出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

※無回答は除く

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

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。

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
【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 <u>（新設）</u>	【療養病棟入院基本料】 〔施設基準〕 <u>４の12 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>

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

具体的な内容

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
【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。	【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>

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

具体的な内容

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
【中心静脈注射用カテーテル挿入】 <u>〔算定要件〕</u> <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【中心静脈注射用カテーテル挿入】 <u>〔算定要件〕</u> <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と。</u> <u>※ 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術についても同様。</u>

Ⅱ－７－７ 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
- ② 疾患別リハビリテーション料の見直し
- ③ 呼吸器リハビリテーション料の見直し
- ④ 難病患者リハビリテーション料の見直し
- ⑤ 外来リハビリテーション診療料の見直し
- ⑥ 疾患別リハビリテーションの取扱いについて
- ⑦ 脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し
- ⑧ がん患者リハビリテーション料の見直し
- ⑨ リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し
- ⑩ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

※灰字の項目は本資料では省略

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

- ①小児の在宅呼吸管理における材料の評価
- ②在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し
- 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
- ④冠動脈ＣＴ撮影の算定要件の新設
- ⑤安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し
- ⑥人工内耳機器調整に対する評価
- ⑦認知機能検査等の算定要件の新設
- ⑧質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑨手術等医療技術の適切な評価
- ⑩注射の準用に係る規定の創設

※灰字の項目は本資料では省略

① 小児の在宅呼吸管理における材料の評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【在宅療養指導管理材料加算の通則】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【在宅療養指導管理材料加算の通則】 [算定要件] <u>3 区分番号C103、C107又はC107－2に掲げる管理料を6歳未満の乳幼児に対して算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。</u>

② 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し

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。

具体的な内容

- 「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。
- 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
【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 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。	【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 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。
【特殊カテーテル加算】 〔算定要件〕 （新設） <u>１ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u> イ 親水性コーティングを有するもの <u>960点</u> （新設）	【特殊カテーテル加算】 〔算定要件〕 <u>１ 再利用型カテーテル</u> <u>400点</u> <u>２ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u> イ 親水性コーティングを有するもの (1) 60本以上の場合 <u>1,700点</u> (2) 90本以上の場合 <u>1,900点</u>

② 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し

現行	改定案
□ イ以外のもの 600点	(3)120本以上の場合 2,100点 □ イ以外のもの 1,000点
2 間歇バルーンカテーテル 600点	3 間歇バルーンカテーテル 1,000点
注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。	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>
<u>(新設)</u>	(4)「 <u>2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u> 」の「 <u>イ 親水性コーティングを有するもの</u> 」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>

② 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し

現行	改定案
<u>(新設)</u>	ア 脊髄障害 イ 二分脊椎 ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱 エ その他 (5)「<u>２ 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル</u>」の 「<u>イ 親水性コーティングを有するもの</u>」は、１月あたり 60本以上使用した場合（他のカテーテルを合わせて 用いた場合を含む。）に算定することとし、これに満た ない場合は「<u>ロ イ以外のもの</u>」の所定点数を算定する。

④ 冠動脈CT撮影の算定要件の新設

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。

具体的な内容

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

現行	改定案
【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】 注４ ＣＴ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。 〔算定要件〕 （８）「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型の	【コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）（注加算）】 注４ ＣＴ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。 〔算定要件〕 （８）「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、<u>以下のアからオまでの場合に、64</u>

④ 冠動脈CT撮影の算定要件の新設

現行	改定案
C T 装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。	列以上のマルチスライス型のC T 装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。<u>この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u> <u>ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。）</u> <u>イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。）</u> <u>ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。）</u> <u>エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合</u> <u>オ その他、冠動脈C T 撮影が医学的に必要と認められる場合</u>

⑥ 人工内耳機器調整に対する評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
<u>(新設)</u>	【人工内耳機器調整加算（高度難聴指導管理料の注加算）】
[算定要件] <u>(新設)</u>	[算定要件] <u>注 3 区分番号 K 328 に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として 6 歳未満の乳幼児については 3 月に 1 回に限り、6 歳以上の患者については 6 月に 1 回に限り 800 点を所定点数に加算する。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(4) 人工内耳用音声信号処理刺激装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整</u>

⑥ 人工内耳機器調整に対する評価

現行	改定案
<u>(新設)</u>	<u>専用のソフトウェアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うことをいう。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(5)人工内耳機器調整加算は、耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科の常勤医師の指示を受けた言語聴覚士が人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合に算定する。</u>
	<u>(6) 6歳の誕生日の属する月より前に当該加算を算定した場合にあっては、6歳の誕生日以後、最初に算定する月までは注3の6歳未満の乳幼児の算定方法の例によるものとする。</u>

⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設

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。

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
【認知機能検査その他の心理検査（１ 操作が容易なもの）】 <u>（新設）</u> 〔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	【認知機能検査その他の心理検査（１ 操作が容易なもの）】 イ 簡易なもの 80点 ロ その他のもの 80点 〔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、<u>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</u>、「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

⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設

現行	改定案
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。 (10)区分番号「D 2 8 5」認知機能検査その他の心理検査の「1」とは、C A S不安測定検査、S D Sうつ性自己評価尺度、C E S－Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、H D R Sハミルトンうつ病症状評価尺度、S T A I状態・特性不安検査、P O M S、I E S－R、P D S、T K式診断的新親子関係検査、C M I健康調査票、G H Q精神健康評価票、M A S不安尺度、ブルドン抹消検査、M E D E多面的初期認知症判定検査、W H O Q O L 26、C O G N I S T A T、S I B、C o g h e a l t h（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。）、N P I、B E H A V E－A D、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、A Q日本語版、W U R S、M C M I－Ⅱ、M O C I邦訳版、日本語版 L S A S－J（6月に1回に限る。）、	分以上要するものをいう。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。 (10)区分番号「D 2 8 5」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>M A S不安尺度、M E D E多面的初期認知症判定検査、A Q日本語版、日本語版 L S A S－J、E A T－26、M－C H A T、長谷川式知能評価スケール及びM M S Eのことをいい、「ロ」のその他のもの</u>とは、C A S不安測定検査、S D Sうつ性自己評価尺度、C E S－Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、H D R Sハミルトンうつ病症状評価尺度、S T A I状態・特性不安検査、P O M S、I E S－R、P D S、T K式診断的新親子関係検査、C M I健康調査票、G H Q精神健康評価票、ブルドン抹消検査、W H O Q O L 26、C O G N I S T A T、S I B、C o g h e a l t h（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。）N P I、B E H A V E－A D、

⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設

現行	改定案
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。 <u>（新設）</u>	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。 <u>（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、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>

⑧ 質の高い臨床検査の適切な評価

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。

具体的な内容

1. E 3 又は C 2 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、B C G 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 アルブミン 11 点 [算定要件] (新設)	【血液化学検査】 1 アルブミン(B C P 改良法・B C G 法) 11点 [算定要件] <u>アルブミンのうち、B C G 法によるものは、令和 4 年 3 月 31 日までの間に限り、算定できるものとする。</u>

⑧ 質の高い臨床検査の適切な評価

具体的な内容

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、WT1 mRNA、FIP1L1-PDGFRα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遺伝子多型検査、JAK2遺伝子検査等

現行	改定案
【検体検査判断料】 1 尿・糞便等検査判断料 34点 （新設） 2 血液学的検査判断料 125点 3 生化学的検査（Ⅰ）判断料 144点 4 生化学的検査（Ⅱ）判断料 144点 5 免疫学的検査判断料 144点 6 微生物学的検査判断料 150点 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、	【検体検査判断料】 1 尿・糞便等検査判断料 34点 2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点 3 血液学的検査判断料 125点 4 生化学的検査（Ⅰ）判断料 144点 5 生化学的検査（Ⅱ）判断料 144点 6 免疫学的検査判断料 144点 7 微生物学的検査判断料 150点 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、

⑧ 質の高い臨床検査の適切な評価

現行	改定案
尿・糞(ふん)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。 <u>(新設)</u>	尿・糞(ふん)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。 <u>注３ 区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ０２４４０６－９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>

⑨ 手術等医療技術の適切な評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

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

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

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

- (1) 神経変性疾患の遺伝子診断（※1）
- (2) 泌尿生殖器腫瘍後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術（※2）
- (3) 角膜ジストロフィーの遺伝子解析
- (4) MEN 1 遺伝子診断
- (5) 腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術

⑨ 手術等医療技術の適切な評価

具体的な内容

(6)多血小板血漿を用いた難治性皮膚潰瘍の治療

※１：脊髄小脳変性症に係るもの。

※２：精巣腫瘍に係るもの。

〔廃止を行う技術の例〕

(1)四肢切断術 指（手、足）

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

〔技術の例〕

経皮的卵円孔開存閉鎖術 **31,850点**

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

現行	改定案
【結膜結石除去術】 ２ 多数のもの 390点	【結膜結石除去術】 ２ 多数のもの <u>（１眼瞼ごと）</u> 390点
【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】	【心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術】

⑨ 手術等医療技術の適切な評価

現行	改定案
[算定要件] <u>区分番号「K 544」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分番号「K 553」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分番号「K 553－２」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分番号「K 554」弁形成術（１弁のものに限る。）又は区分番号「K 555」弁置換術（１弁のものに限る。）を併施した場合は、区分番号「K 544」、区分番号「K 553」又は区分番号「K 553－２」の「２」により算定する。</u> <u>（新設）</u>	[算定要件] <u>（削除）</u> <u>（複数手術に係る費用の特例に関する告示）</u> <u>別表第一</u> <u>K 544 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術</u> <u>K 554 弁形成術</u> <u>K 555 弁置換術</u> <u>K 553 心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）</u> <u>K 554 弁形成術</u> <u>K 555 弁置換術</u> <u>K 553－２ 左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術</u> <u>K 554 弁形成術</u>

⑨ 手術等医療技術の適切な評価

現行	改定案
【精索捻転手術】 1 対側の精索固定術を伴うもの <u>7,810点</u> 2 その他のもの <u>8,230点</u> 【造血幹細胞移植】 注 5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。 注 9 1 及び 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。 【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 注 2 8 について、確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、<u>1,600点</u>を所定点数に加算する。	<u>K 555 弁置換術</u> 【精索捻転手術】 1 対側の精索固定術を伴うもの <u>8,230点</u> 2 その他のもの <u>7,910点</u> 【造血幹細胞移植】 注 5 <u>同種移植</u>における造血幹細胞移植者に係る骨髓採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。 注 9 1 及び 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において<u>同種移植</u>を実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。 【免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 注 2 8 について、確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、<u>1,200点</u>を所定点数に加算する。

⑨ 手術等医療技術の適切な評価

現行	改定案
【点滴注射（１日につき）】 １ ６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が 100mL 以上の場合） <u>98 点</u> ２ １に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合） <u>97点</u> ３ その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点	【点滴注射（１日につき）】 １ ６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が 100mL 以上の場合） <u>99点</u> ２ １に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合） <u>98点</u> ３ その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点

Ⅱ－９ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- ① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進
- ② 歯科疾患管理料の見直し
- ③ 歯周病重症化予防の推進
- ④ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
- ⑤ 非経口摂取患者に対する口腔管理の推進
- ⑥ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し
- ⑦ 静脈内鎮静法の評価の見直し
- ⑧ 歯科麻酔管理料の新設
- ⑨ 機械的歯面清掃処置の充実
- ⑩ C A D / C A M冠の対象拡大
- ⑪ 手術用顕微鏡を用いた治療の評価
- ⑫ 歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し
- ⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し等

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価

- ① 地域医療に貢献する薬局の評価
- ② 薬局における対人業務の評価の充実
- ③ 調剤基本料の見直し
- ④ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し
- ⑤ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和
- ⑥ 入院時のポリファーマシー解消の推進

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅱ－11 医療におけるICTの利活用

- ①情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し
- ②情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用
- ③かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価
- ④情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価
- ⑤情報通信機器を用いた服薬指導の評価
- ⑥情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進
- ⑦外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し
- ⑧ニコチン依存症管理料の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

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。

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
【オンライン診療料】 [算定要件] (3) オンライン診療料が算定可能な患者は、<u>区分番号「B 0 0 0」特定疾患療養管理料、「B 0 0 1」の「5」小児科療養指導料、「B 0 0 1」の「6」てんかん指導料、「B 0 0 1」の「7」難病外来指導管理料、「B 0 0 1」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B 0 0 1－2－9」地域包括診療料、「B 0 0 1－2－1 0」認知症地域包括診療料、「B 0 0 1－3」生活習慣病管理料、「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料又は「I 0 1 6」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</u>	【オンライン診療料】 [算定要件] (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月以上経過し、かつ直近3月</u>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。<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>

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

現行	改定案
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、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。<u>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。</u> (4) 患者の同意を得た上で、<u>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。</u>また、当該計画の中には、<u>患者の急変時における対応等も記載する。</u> <u>（新設）</u>	(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、<u>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。</u> <u>(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</u>

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

現行	改定案
<u>(新設)</u> [施設基準] (1) オンライン診療料の施設基準 ☐ <u>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。</u> <u>(新設)</u> (2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの 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<u>六</u>月を経過しているもの。	<u>を来すため定期的な通院が必要なものに限ること。</u> <u>(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。</u> [施設基準] (1) オンライン診療料の施設基準 <u>(削除)</u> ニ <u>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。）。</u> (2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの <u>次のいずれかに該当する患者</u> 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<u>三</u>月を経過しているもの。

中央社会保険医療協議会総会資料 (2020.2.7)

オンライン診療料の新設

- 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

[算定要件]

- (1) オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- (2) 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該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。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- (4) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (5) オンライン診療料を算定した同一月に、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。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

[施設基準]

- (1) 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こと。
- (2) オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- (3) 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

慢性頭痛に対するオンライン診療の活用

- 慢性頭痛に対するオンライン診療の活用について、医療技術評価提案書が提出されている。
- 慢性頭痛に対するオンライン診療は、対面診療と同等程度の安全性や治療効果があることが、ランダム化比較試験等で示されている。

オンライン診療の活用のエビデンス

■ 非急性頭痛に対するオンライン診療の安全性・有効性に関する研究 (RCT) Neurology 2017

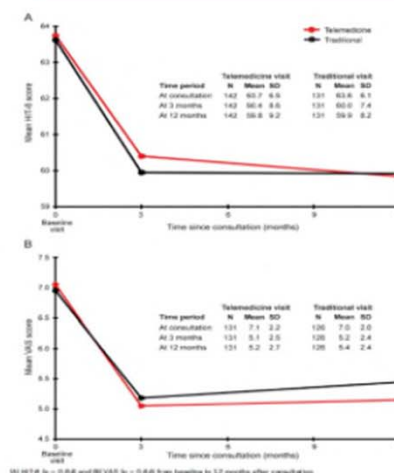
- ・ 対面診療群 (n=200) とオンライン診療群 (n=202)
- ・ 対象は片頭痛、緊張型頭痛、薬物使用過多による頭痛等が含まれる
- ・ 頭痛の重症度について痛みのスコアを用いて評価
- ・ その他の治療継続性や安全性等についても分析



対面診療とオンライン診療で安全性・有効性に差がない

※この他にも、非急性頭痛に対するオンライン診療が対面診療と比較して同等程度に安全・有効であることが、複数のエビデンスで示されている。

痛みのスコアを用いた重症度評価



痛みのスコア※の変化は対面とオンラインで差がなかった。

※ Headache Impact Test-6 (HIT-6), Visual analogue scale (VAS)

非急性頭痛のオンライン診療の安全性

	Telemedicine (n = 202)	Traditional (n = 202)	p Value
Secondary headaches, n (%) ^a	1 (0.5)	1 (0.5)	NA
Regulation brain imaging, n (%) ^a			0.29
Normal	58 (90.6)	62 (99.9)	
Not significant changes	8 (11.1)	4 (6.8)	
Significant changes	6 (9.3)	3 (4.3)	
Abnormal ordered imaging, n (%) ^a	14 (19.4)	7 (8.0)	0.19
All abnormal brain imaging, n (%) ^a	24 (13.7)	20 (11.6)	0.86
All brain imaging, n (%) ^a			0.67
Normal	151 (86.3)	153 (88.4)	
Not significant changes	12 (6.9)	8 (4.6)	
Significant changes	12 (6.9)	12 (6.9)	
Headache visits/hospitalizations, mean (SD) ^a	0.19 (0.55)	0.21 (0.63)	0.76
All hospitalizations, n (%) ^a			0.47
None	182 (91.0)	174 (86.1)	
1	14 (7.0)	23 (11.4)	
2	3 (1.5)	4 (2.0)	
3	1 (0.5)	1 (0.5)	
Compliance to treatment, n (%) ^a	100 (73.5)	86 (71.1)	0.76
Regulation LP, n (%) ^a	8 (4.0)	11 (5.4)	0.85

二次性頭痛の発症や入院治療に至った症例数等も差がなかった。

オンライン診療の対象となり得る疾患について

○ オンライン診療料を算定可能な管理料が対象としている疾患は以下のとおり。

管理料	管理料の主な対象疾患	管理料の算定要件
特定疾患療養管理料※	高血圧性疾患、糖尿病、甲状腺障害、虚血性心疾患、心不全、肺気腫、喘息、脳血管疾患、胃炎・十二指腸炎、胃潰瘍・十二指腸潰瘍、慢性肝疾患、悪性新生物、結核 等	プライマリケアを担う地域のかかりつけ医が治療計画に基づき服薬、運動、栄養等の管理・指導を行う
小児科療養指導料	脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症、川崎病(冠動脈瘤のあるもの)、小児慢性特定疾病 等	小児科医が慢性疾患で生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者に計画的な指導を行う
てんかん指導料	てんかん(外傷性のものを含む)	小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科において計画的な指導を行う
難病外来指導管理料	指定難病、その他これに準ずる疾患	計画的な医学管理・指導を行う
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病患者のうちHbA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)や薬物療法中で腎症2期以上の患者	医師、看護師等で構成される透析予防診療チームが学会のガイド等に基づき共同して指導を行う
地域包括診療料※	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症	診療所等の主治医が左記のうち2つ以上の疾患を有する患者に対して継続的かつ全人的な医療を行う
認知症地域包括診療料※	認知症	診療所等の主治医が認知症に加え1つ以上の疾病を有する患者に対して継続的かつ全人的な医療を行う
生活習慣病管理料※	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	治療計画に基づき服薬、運動、休養、栄養、喫煙等の生活習慣の総合的な治療管理を行う
在宅時医学総合管理料※	在宅医療を受けている患者	総合的な在宅療養計画に基づき定期的な訪問診療と医学管理を行う
精神科在宅患者支援管理料	在宅で精神医療を受けている患者	計画的な医学管理のもとに定期的な訪問診療と訪問看護等を行う

※200床未満に限り算定可能

頭痛学会によるオンライン診療の位置付けについて

- 慢性頭痛に対するオンライン診療のエビデンスを踏まえ、日本頭痛学会によるオンライン診療を行うための指針が策定された。

日本頭痛学会による指針

(慢性頭痛診療における遠隔医療の有用性)

- 服薬治療・在宅自己注射・在宅酸素療法などを導入している慢性頭痛患者への遠隔医療を併用することは、頭痛専門医による継続的頭痛診療を可能にし、薬物の使用過多を予防する。慢性頭痛診療において遠隔医療の併用は有用である。(推奨レベル I エビデンスグレードB)

(オンライン診療の適用患者について)

- 望ましい慢性頭痛遠隔診療の対象になる患者は、事前に対面診療を行い、MRIなどの画像診断で二次性頭痛をしっかりと除外し、病状が安定している非急性頭痛患者でかつ定期的診療を要するケースである。
- 二次性頭痛の除外にはアルゴリズムの活用が推奨される。また二次性頭痛が除外されていると判断可能な場合、アルゴリズムを活用して国際頭痛分類第三版に準じて診断することが推奨される。

危険な頭痛の簡易診断アルゴリズム



頭痛患者のスクリーニング



Managing chronic headaches in the clinic Int J Clin Pract 2004

神経画像検査の必要性の判断



Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA 2006

慢性頭痛に対してオンライン診療を行うに当たっての留意点等

- 学会の指針において、患者のオンライン診療の適切性を判断するに当たって確認が必要なことが明示されており、また、症状増悪や変化があった場合には、必ず対面診察による医学的処置を行うこととされている。

日本頭痛学会による指針

(オンライン診療の患者の適切性の判断)

- 以下について確認した上で適用患者を決定すること。
- 共存症の合併、頭痛発作増悪、新たな二次性頭痛が疑われる場合は、オンライン診療で完結することは許されず、対面診療による適切な医学的処置に繋げること。

【事前に確認が必要なこと】

- 患者の病状や治療内容が安定しており、診療計画の予測と共有が可能であること
- 症状に変化があった場合に患者が認識し、申告するが可能であること
- 診療に際して予期される緊急時の対応について患者が理解していること 等

(その他、オンライン診療の活用に当たって確認すること)

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を遵守していること
- 医師と患者の本人確認及び所在
- オンライン診療を利用する目的と限界の説明
- 事前の診療計画及び患者同意の取得
- 適切な診療を行うための環境の確保
- 緊急時の対応の確認 等

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

具体的な内容

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
【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B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 1の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B 0 0 1の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B 0 0 1－2－9に掲げる地域包括診療料、区分番号B 0 0 1－2－10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B 0 0 1－3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</u> <u>行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察</u>	【オンライン診医学管理料】 [算定要件] <u>（削除）</u>

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

現行	改定案
<u>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。</u> <u>〔施設基準〕</u> <u>(1) オンライン医学管理料の施設基準</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> <u>(2) 厚生労働大臣が定める患者</u> <u>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。</u> <u>イ 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管</u>	<u>〔施設基準〕</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u>

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

現行	改定案
<u>理料</u> <u>□ 区分番号 B 0 0 1 の 5 に掲げる小児科療養指導料</u> <u>ハ 区分番号 B 0 0 1 の 6 に掲げるてんかん指導料</u> <u>ニ 区分番号 B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料</u> <u>ホ 区分番号 B 0 0 1 の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料</u> <u>ヘ 区分番号 B 0 0 1 － 2 － 9 に掲げる地域包括診療料</u> <u>ト 区分番号 B 0 0 1 － 2 － 10 に掲げる認知症地域包括診療料</u> <u>チ 区分番号 B 0 0 1 － 3 に掲げる生活習慣病管理料</u> 【特定疾患療養管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【特定疾患療養管理料】 [算定要件] 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

中央社会保険医療協議会総会資料 (2020.2.7)

① 情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

現行	改定案
	※ <u>B 0 0 1 の 5 に掲げる小児科療養指導料、B 0 0 1 の 6 に掲げるてんかん指導料、B 0 0 1 の 7 に掲げる難病外来指導管理料、B 0 0 1 の 2 7 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、B 0 0 1 － 2 － 9 に掲げる地域包括診療料、B 0 0 1 － 2 － 10 に掲げる認知症地域包括診療料、B 0 0 1 － 3 に掲げる生活習慣病管理料及びC 1 0 1 の在宅自己注射指導管理料についても同様。</u>

② 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

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。

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
【オンライン診療料】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【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> <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つて、代診を立てられないこと等により患者の診療継続</u>

② 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

現行	改定案
(新設)	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。 (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。

② 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

具体的な内容

2. ヘ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ヘ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
【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。	【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。<u>ただし、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ヘ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> <u>なお、この場合の診療報酬の請求については、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ヘき地医療拠点病院において行うこと。</u>

② 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

具体的な内容

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
【オンライン在宅管理料】 [算定要件] 注12 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。<u>ただし、連続する3月は算定できない。</u> (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	【オンライン在宅管理料】 [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100点を所定点数に加えて算定できる。 (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

② 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

現行	改定案
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、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療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、<u>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。</u> 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<u>6月</u>以上経過し、かつ<u>当該管理料を初めて算定した月から6月の間</u>、オンライン診療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。<u>ただし、在宅時医学総合管理料を初めて</u>	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、月1回<u>以上</u>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療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<u>すること。</u> 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<u>3月</u>以上経過し、かつ<u>直近3月</u>の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

② 情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

現行	改定案
<u>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。</u> 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〕 (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</u>月を経過しているもの。	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。 <u>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</u> 〔施設基準〕 (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</u>月を経過しているもの。 ※ 精神科オンライン在宅管理料についても同様。

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

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。

改定案

(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
 - 指定難病の疑いがある患者

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

改定案

- (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。
□ 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

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。

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
【在宅酸素療法指導管理料】 〔算定要件〕 (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。 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</u>	【在宅酸素療法指導管理料】 〔算定要件〕 (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。 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</u>

④ 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

現行	改定案
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〕 <u>(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。</u> 【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。	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〕 <u>(削除)</u> 【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。

④ 情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

現行	改定案
(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<u>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> 〔施設基準〕 <u>(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。</u>	(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〕 <u>(削除)</u>

⑧ ニコチン依存症管理料の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

1. ニコチン依存症管理料について、2回目から4回目に情報通信機器を用いた診療に係る評価を新設する。
2. 初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価を新設する。
3. ニコチン依存症管理料について、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件の見直しを行う。

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

⑧ ニコチン依存症管理料の見直し

現行	改定案
[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。 <u>（新設）</u>	[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、<u>1の場合は5回に限り、2の場合は初回指導時に1回に限り算定する。</u>ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。 注3 <u>1の□の(2)を算定する場合は、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料、区分番号A 0 0 3に掲げるオンライン診療料、区分番号C 0 0 0に掲げる往診料、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料又は区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。</u>

⑧ ニコチン依存症管理料の見直し

現行	改定案
(1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	(1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。 <u>なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。</u> <u>(5) 情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。</u> <u>(6) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。</u> <u>(7) 情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行う。</u> <u>(8) 情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「F 1 0 0」処方料又は区分番号「F 4 0 0」処方箋料を別に算定できる。</u>

⑧ ニコチン依存症管理料の見直し

現行	改定案
<u>(新設)</u>	<u>(9) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(10)情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(11)ニコチン依存症管理料2を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(12)ニコチン依存症管理料2を算定した患者について、2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(13)ニコチン依存症管理料2を算定する場合においても、2回目から4回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示す</u>

⑧ ニコチン依存症管理料の見直し

現行	改定案
<u>(新設)</u>	<u>ものと同様である。</u> <u>〔ニコチン依存症管理料 1 の□の(2)の施設基準〕</u> <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体</u> <u>制が整備されていること。</u>

Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設
 - ② 総合入院体制加算の見直し
 - ③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し
 - ④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し
 - ⑤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減
 - ⑥ せん妄予防の取組の評価
 - ⑦ 特定集中治療室管理料の見直し
 - ⑧ 特定集中治療室での栄養管理の評価
 - ⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し
 - ⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し
 - 11 地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し
 - 12 地域包括ケア病棟の届出に関する見直し
 - 13 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
 - 14 療養病棟入院基本料の評価の見直し
 - 15 中心静脈栄養の適切な管理の推進
 - 16 特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し
 - 17 結核病棟のユニットに係る見直し
 - 18 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し
 - ⑲ 排尿自立指導料の見直し
 - ⑳ 短期滞在手術等基本料の見直し
 - ㉑ データ提出加算の見直し
 - ㉒ D P C / P D P S の見直し
 - ㉓ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し
- ※灰字の項目は本資料では省略

Ⅲ－２ 外来医療の機能分化

- ① 外来医療の機能分化の推進
- ② 質の高い外来がん化学療法の評価
- ③ 外来化学療法での栄養管理の評価
- ④ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価
- ⑤ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- ⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価
- ⑦ 外来緩和ケア管理料の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

基本的な考え方

器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

具体的な内容

器質性月経困難症を有する患者であって、ホルモン剤を投与しているものに対して、婦人科医又は産婦人科医が、治療計画を作成し、継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

改定案

(新) 婦人科特定疾患治療管理料 250点

[算定要件]

(1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。

(2) 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

(3) 治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。

(4) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

(5) 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

改定案

〔施設基準〕

- （１）当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
- （２）（１）に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあっては、令和２年９月３０日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
- （３）当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

⑦ 外来緩和ケア管理料の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【緩和ケア病棟入院料 １】 〔施設基準〕 <u>（新規）</u>	【緩和ケア病棟入院料 １】 〔施設基準〕 <u>次のいずれかに係る届出を行っていること。</u> <u>① 区分番号 A 2 2 6 － 2 に掲げる緩和ケア診療</u> <u>加算</u> <u>② 区分番号 B 0 0 1 ・ 2 4 に掲げる外来緩和ケア</u> <u>管理料</u> <u>③ 区分番号 C 0 0 3 に掲げる在宅がん医療総合</u> <u>診療料</u>

⑦ 外来緩和ケア管理料の見直し

現行	改定案
<u>(13)以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。</u> <u>ア 直近 1 年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満であること。</u> <u>イ 当該病棟の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14日未満であること。</u> （イ）(4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 （ロ）患者が当該病棟に入院した日 <u>ウ 直近 1 年間に於いて、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。</u> （イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者 （ロ）同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者 （ハ）死亡退院の患者	<u>(13)以下のア又はイを満たしていること。</u> <u>（削除）</u> <u>ア 当該病棟の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14日未満であること。</u> （イ）(4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 （ロ）患者が当該病棟に入院した日 <u>イ 直近 1 年間に於いて、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。</u> （イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者 （ロ）同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者 （ハ）死亡退院の患者

Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ① 複数の医療機関による訪問診療の明確化
- ② 在宅療養支援病院における診療体制の整備
- ③ 小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価
- ④ 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し
- ⑤ 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し
- ⑥ 医療機関における質の高い訪問看護の評価
- ⑦ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化
- ⑧ 専門性の高い看護師による同行訪問の充実
- ⑨ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し
- ⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し
- ⑪ 医療資源の少ない地域における訪問看護の充実
- ⑫ 同一建物居住者に対する複数回の訪問看護の見直し
- ⑬ 同一建物居住者に対する複数名による訪問看護の見直し
- ⑭ 理学療法士等による訪問看護の見直し
- ⑮ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し
- ⑯ 患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価
- ⑰ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し
- ⑱ 栄養サポートチーム等連携加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 複数の医療機関による訪問診療の明確化

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

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

① 複数の医療機関による訪問診療の明確化

現行	改定案
ア その診療科の医師でなければ困難な診療 イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療	<u>また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。</u> ア その診療科の医師でなければ困難な診療 イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

- 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料 I

(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

同一建物居住者以外 830点

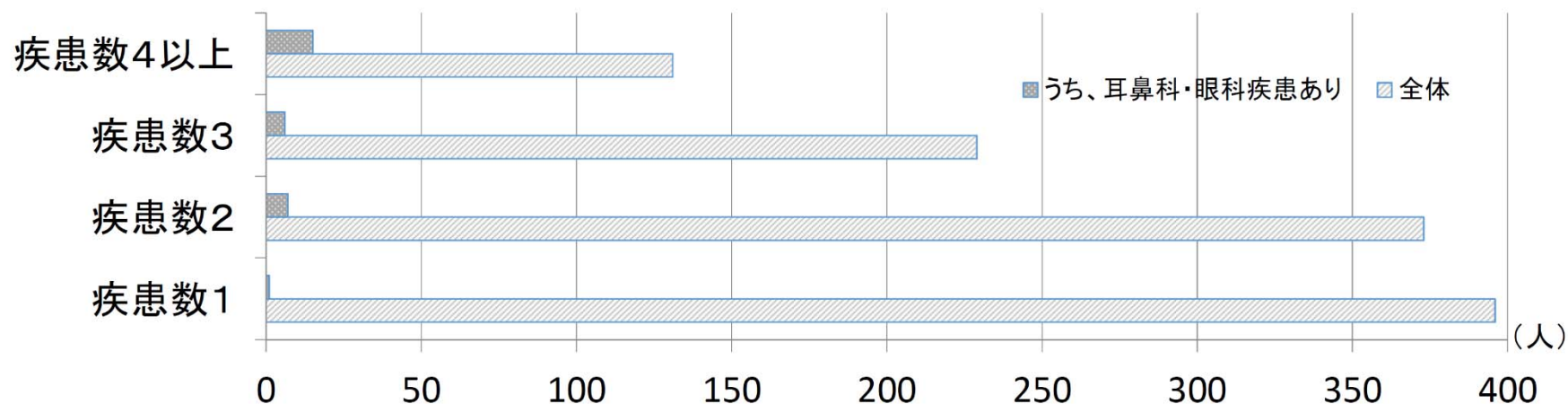
同一建物居住者 178点



[算定要件]

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

訪問診療を行っている患者の疾患数



(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

⑥ 医療機関における質の高い訪問看護の評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

改定案

(新) 訪問看護・指導体制充実加算（月１回） 150点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

〔施設基準〕

次のいずれにも該当するものであること。

（１）当該保険医療機関において又は他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。

（２）次に掲げる項目のうち少なくとも２つを満たしていること。ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた２項目以上を満たしていること。

⑥ 医療機関における質の高い訪問看護の評価

改定案

- ア 在宅患者訪問看護・指導料 3 又は同一建物居住者訪問看護・指導料 3 を前年度において計 5 回以上算定している保険医療機関であること。
- イ 在宅患者訪問看護・指導料の注 7 に掲げる乳幼児加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注 4 に掲げる乳幼児加算を前年度において計 25 回以上算定している保険医療機関であること。
- ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を前年度において計 25 回以上算定している保険医療機関であること。
- エ 在宅患者訪問看護・指導料の注 10 に掲げる在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者訪問看護・指導料の注 4 に掲げる同一建物居住者ターミナルケア加算を前年度において計 4 回以上算定している保険医療機関であること。
- オ 退院時共同指導料 1 又は 2 を前年度において計 25 回以上算定している保険医療機関であること。
- カ 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前年度において計 40 回以上算定している保険医療機関であること。

⑦ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

基本的な考え方

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

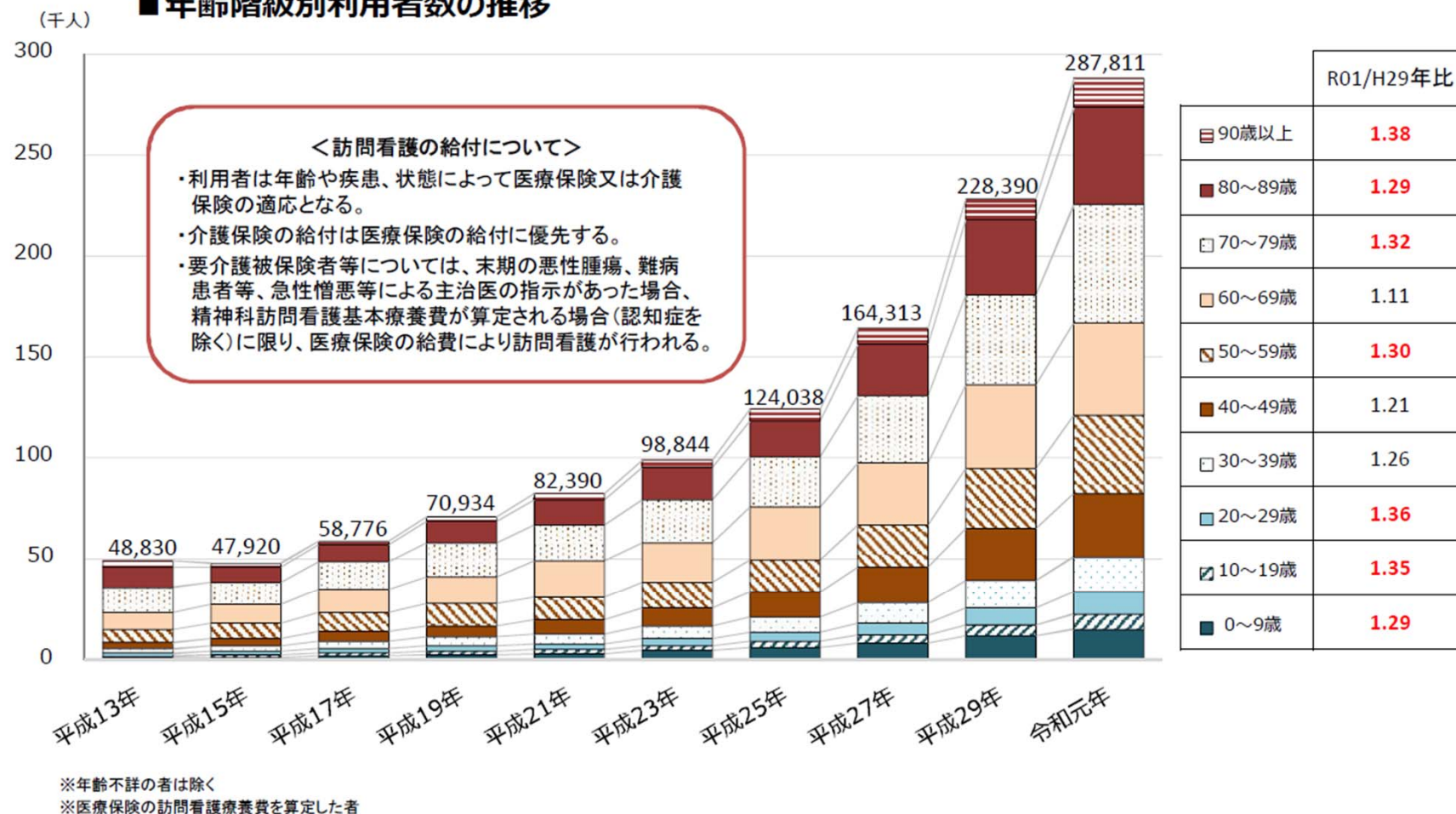
具体的な内容

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

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

- 訪問看護の利用者は高齢者が半数以上である。
- 特に70歳以上の高齢者と、乳幼児を含む30歳未満の若年層の利用者が増加している。

■ 年齢階級別利用者数の推移



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（平成13年のみ8月、他は6月審査分より推計、令和元年は暫定値）

⑦ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

具体的な内容

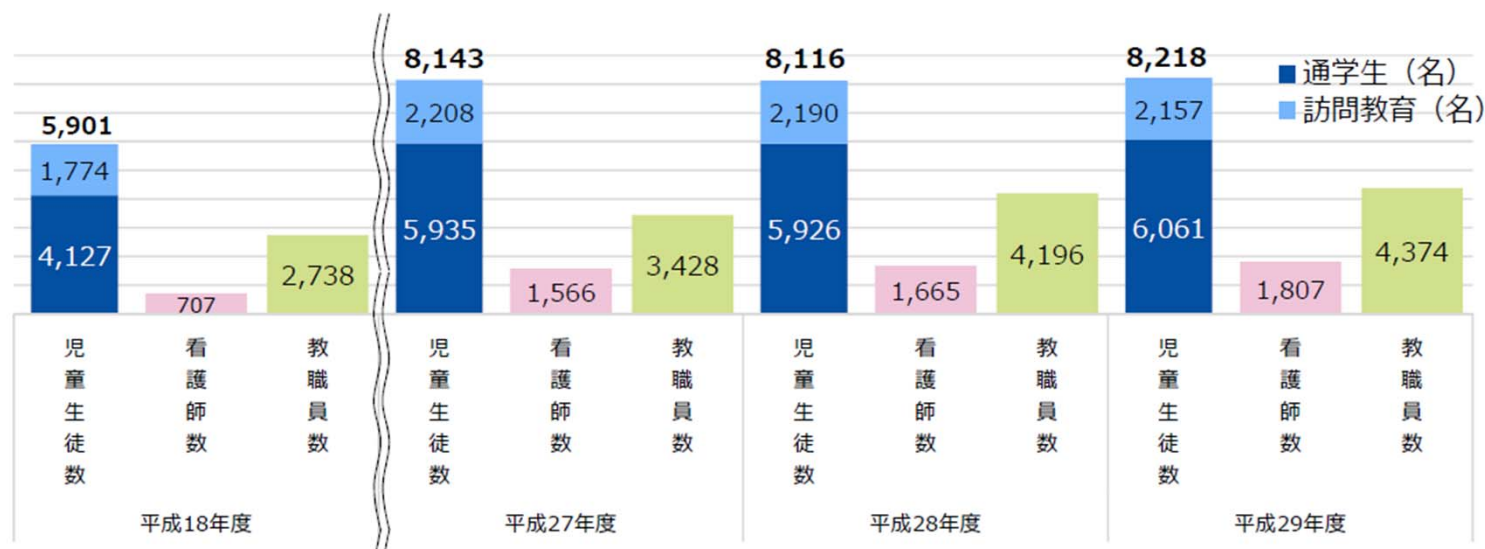
２．医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行	改定案
【訪問看護情報提供療養費２】 〔算定要件〕 ２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「<u>義務教育諸学校</u>」という。）への<u>入学時、転学時等により当該義務教育諸学校に初めて在籍することとなる利用者</u>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、<u>当該義務教育諸学校からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。</u>ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該義務教育諸学校に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。	【訪問看護情報提供療養費２】 〔算定要件〕 ２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、<u>保育所</u>、学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する<u>幼稚園</u>、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「<u>保育所等</u>」という。）へ<u>通園又は通学する利用者</u>について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該<u>保育所等</u>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。<u>ただし、入園又は入学、転園又は転学等により当該保育所等に初めて在籍することとなる月についてはこの限りでない。</u>また、他の訪問看護ステーションにおいて、当該<u>保育所等</u>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。

学校において医療的ケアが必要な児童生徒等の状況について（平成29年度）

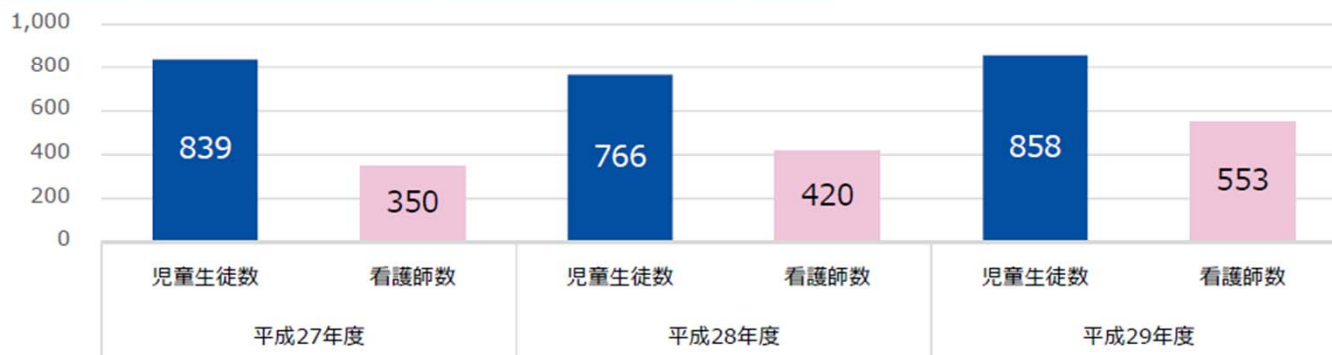
新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
（文部科学省、令和元年12月2日）（改）

対象となる幼児児童生徒数・看護師数・教職員数の推移（公立特別支援学校(幼稚部～高等部)）



（注）教職員数は、認定特定行為業務従事者として医療的ケアを実施する教職員の数。
平成27年度は9月1日現在、その他は5月1日現在。
平成28年度と平成29年度は年度中に医療的ケアを実施（予定を含む。）する教職員の数

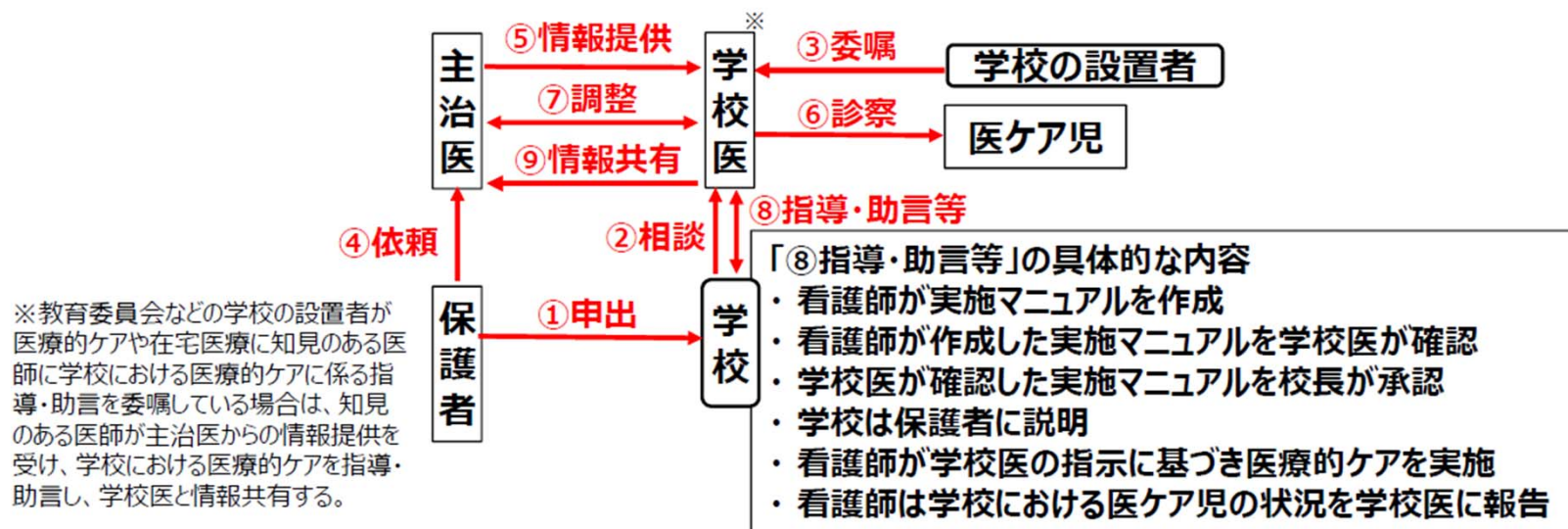
対象となる児童生徒数・看護師数の推移（公立小・中学校）



学校における医療的ケアの具体的な流れ（一例）

新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
(文部科学省、令和元年12月2日)(改)

「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



- (1) 「学校」は「保護者」からの申出①を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談②
- (2) 「学校医」への相談結果②を踏まえ、「学校の設置者」は学校における医療的ケアに係る指導・助言の業務を「学校医」に委嘱③
- (3) 「保護者」は学校への申出①を踏まえ、「主治医」に医ケア児の病状・治療状況、投薬中の薬剤の用量・用法、装着・使用医療機器等の情報を「学校医」に対して、文書による提供を依頼④
- (4) 「学校医」は「主治医」からの情報提供⑤を受けて、「医ケア児」の診察⑥、「主治医」との調整⑦を踏まえ、学校における医療的ケアを検討
- (5) 「学校医」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言⑧
- (6) 「学校医」は看護師からの状況報告等を踏まえ、医ケア児の学校生活上の情報を「主治医」に共有⑨

⑨ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

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

⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

基本的な考え方

精神障害を有する者への適切かつ効果的な訪問看護の提供を推進する観点から、利用者の状態把握を行うことが可能となるよう、精神科訪問看護基本療養費、精神科訪問看護・指導料及び複数名精神科訪問看護加算の要件の見直しを行う。

具体的な内容

1. 精神科訪問看護基本療養費等について、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書へのG A F尺度により判定した値の記載を要件とする。

現行	改定案
【精神科訪問看護基本療養費】 〔算定要件〕 <u>（新設）</u>	【精神科訪問看護基本療養費】 〔算定要件〕 <u>精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、当該月の最初の訪問看護時におけるG A F尺度により判定した値を記載する。</u>
【精神科訪問看護・指導料】 〔算定要件〕 (20)保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。	【精神科訪問看護・指導料】 〔算定要件〕 (20)保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、 <u>当該月の最初の訪問看護・指導時におけるG A F尺度により判定した値並びに精神科</u>

⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

現行	改定案
	訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録する。 <u>また、診療報酬明細書の摘要欄に当該月の最初の訪問看護・指導時におけるG A F尺度により判定した値を記載する。</u>

⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

具体的な内容

２．複数名精神科訪問看護加算について、精神科訪問看護指示書への必要性の記載方法を見直す。

現行	改定案
【精神科訪問看護指示料】 （別紙様式17） 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性 あり・なし <u>（新設）</u>	【精神科訪問看護指示料】 （別紙様式17） 精神科訪問看護指示書 複数名訪問の必要性 あり・なし <u>理由：</u> <u>１．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者</u> <u>２．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</u> <u>３．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者</u> <u>４．その他（自由記載）</u> <u>※ 精神科特別訪問看護指示書についても同様。</u>

⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し

具体的な内容

３．精神科訪問看護・指導料について、訪問した職種が分かるよう区分を新設する。

現行	改定案
【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ <u>保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合</u> (1)～(4)（略） ロ <u>准看護師による場合</u> (1)～(4)（略） <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】 イ <u>保健師又は看護師による場合</u> (1)～(4)（略） ロ <u>准看護師による場合</u> (1)～(4)（略） ハ <u>作業療法士による場合</u> (1)～(4)（略） ニ <u>精神保健福祉士による場合</u> (1)～(4)（略） ※ <u>精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。</u>

⑭ 理学療法士等による訪問看護の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

1. 理学療法士等による訪問看護について、週４日目以降の評価を見直す。

現行	改定案
【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 イ 保健師、助産師、<u>看護師</u>、<u>理学療法士</u>、<u>作業療法士</u>又は<u>言語聴覚士</u>による場合（ハを除く。） <u>□・八（略）</u> <u>（新設）</u>	【訪問看護基本療養費（Ⅰ）】 イ 保健師、助産師又は<u>看護師</u>による場合（ハを除く。） □・八（略） 二 <u>理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合</u> 5,550円 ※ <u>訪問看護基本療養費（Ⅱ）についても同様。</u>

⑭ 理学療法士等による訪問看護の見直し

具体的な内容

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

現行	改定案
【訪問看護管理療養費】 〔算定要件〕 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行う。	【訪問看護管理療養費】 〔算定要件〕 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこととし、<u>更に訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について記載すること。</u>

⑮ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】 〔算定要件〕 入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C 0 0 2－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C 0 0 3に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定した	【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料】 〔算定要件〕 入院中の患者以外の患者であって、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けているものについては、当該患者が当該サービスの利用を開始した日より前三十日の間に患家を訪問し、別表第一区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、別表第一区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、別表第一区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料、別表第一区分番号C 0 0 2－2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は別表第一区分番号C 0 0 3に掲げる在宅がん医療総合診療料（以下

⑮ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し

現行	改定案
保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合を除く。）に、当該サービスの利用を開始した日から三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。	「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師が診察した場合（当該サービスを提供する施設における医師により行われる場合をから三十日の間（末期の悪性腫瘍である患者に対して実施した場合を除く。）に限り、算定できる。 また、保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、<u>当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍以外の患者においては、利用開始後三十日までの間に限る。）</u>。

⑰ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

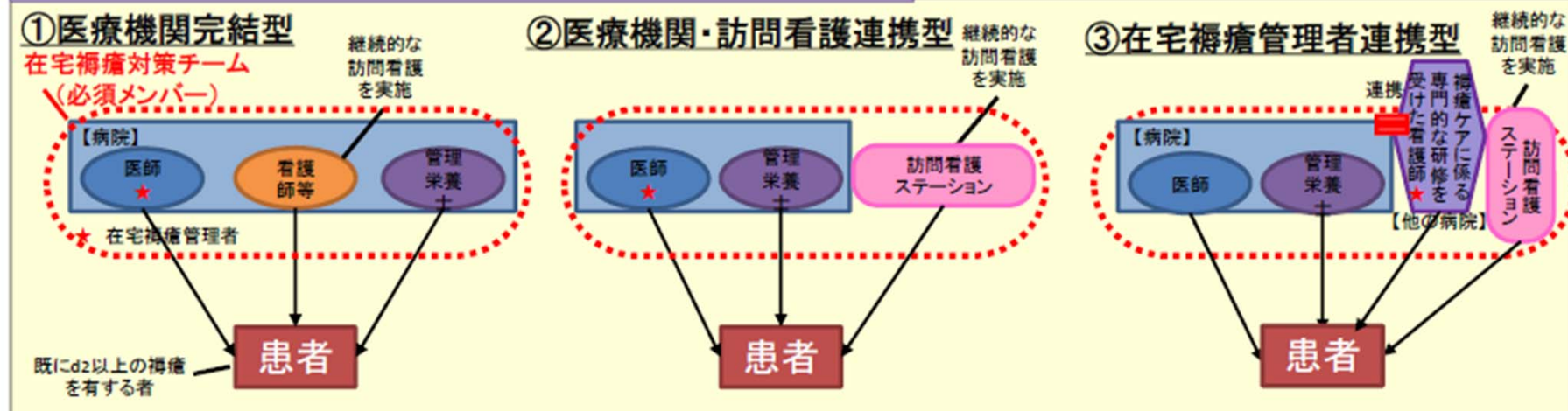
現行	改定案
【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 〔算定要件〕 注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき２回に限り所定点数を算定する。	【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】 〔算定要件〕 注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士、看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき３回に限り所定点数を算定する。

⑰ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し

現行	改定案
(7)「注 1」については、初回カンファレンスを起算日として 3 月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。<u>3 月以内の評価カンファレンス</u>の結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後 4 月以上 6 月以内に実施した <u>2 回目</u>の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。	(7)「注 1」については、<u>初回カンファレンス時に算定</u>できる。また、初回カンファレンスを起算日として 3 月以内に評価カンファレンスを実施した場合に <u>2 回目</u>の<u>カンファレンス</u>として算定できる。<u>2 回目</u>の<u>カンファレンス</u>の結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後 4 月以上 6 月以内に実施した <u>3 回目</u>の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

実施体制(例)



<在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

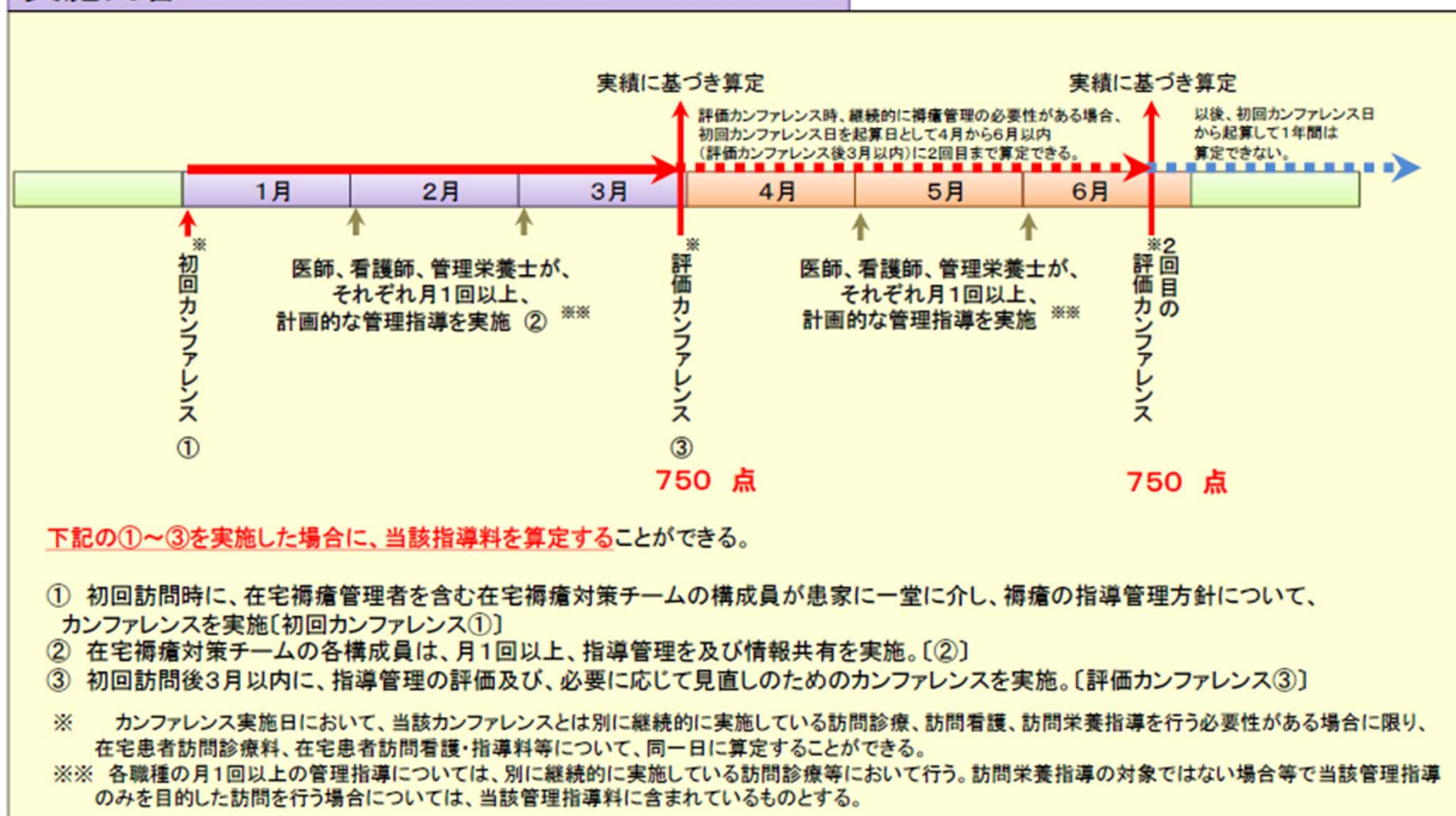
ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

<在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

在宅褥瘡対策チームによる実施内容

実施内容



Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

- ① 入退院支援に係る人員配置の見直し
- ② 入院時支援加算の見直し
- ③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価
- ④ 有床診療所入院基本料等の見直し
- ⑤ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し
- ⑥ 診療情報の提供に対する評価の新設
- ⑦ 栄養情報の提供に対する評価の新設
- ⑧ 栄養食事指導の見直し
- ⑨ 周術期等口腔機能管理における
- ⑩ 周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

- ① 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進
- ② 電話等による再診時の診療情報提供の評価
- ③ 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

※灰字の項目は本資料では省略

② 電話等による再診時の診療情報提供の評価

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。

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
【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。	【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>

② 電話等による再診時の診療情報提供の評価

現行	改定案
	<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> <u>(ハ) 「救急医療対策の整備事業について」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</u>

診療情報提供料(Ⅰ)の概要

B009 診療情報提供料(Ⅰ) (紹介先保険医療機関ごとに月1回に限り算定) 250点

保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

【算定要件】(抜粋)

- 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

(様式)

(別紙様式11)

紹介先保険医療機関等名

所在地 科 期

平成 年 月 日

紹介先保険医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名 印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	期・大・中・小 年 月 日 (歳) 職業

診療名

紹介目的

既往歴及び家族歴

現状経過及び検査結果

診療経過

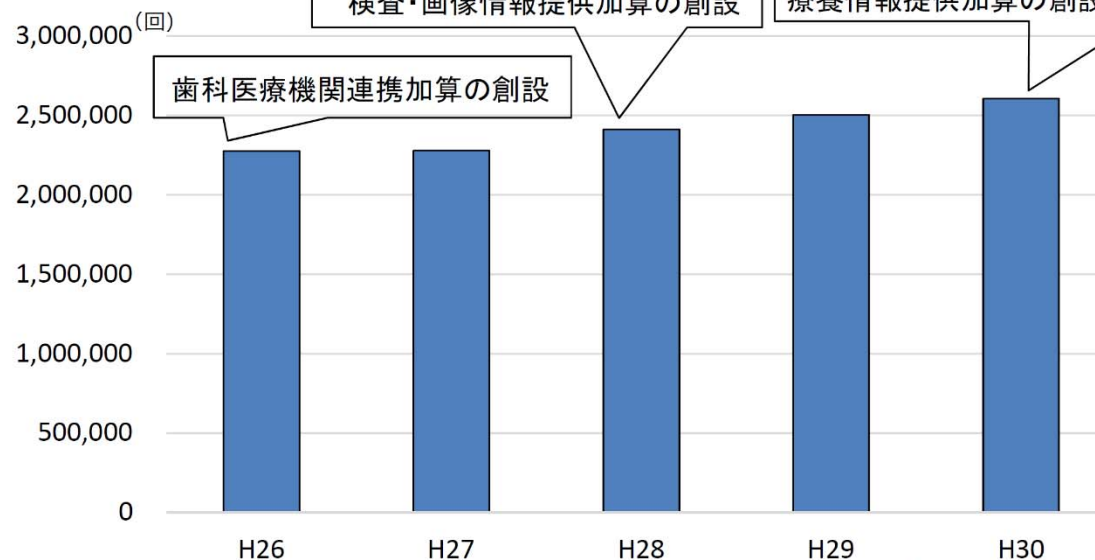
現在の処方

薬 剤

備考

1. 必要がある場合は詳細に記述して添付すること。
2. 必要がある場合は関係機関のファクス、検査の結果を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先保険医療機関等の欄に紹介先医療機関、所在地、連絡先等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

算定回数の推移



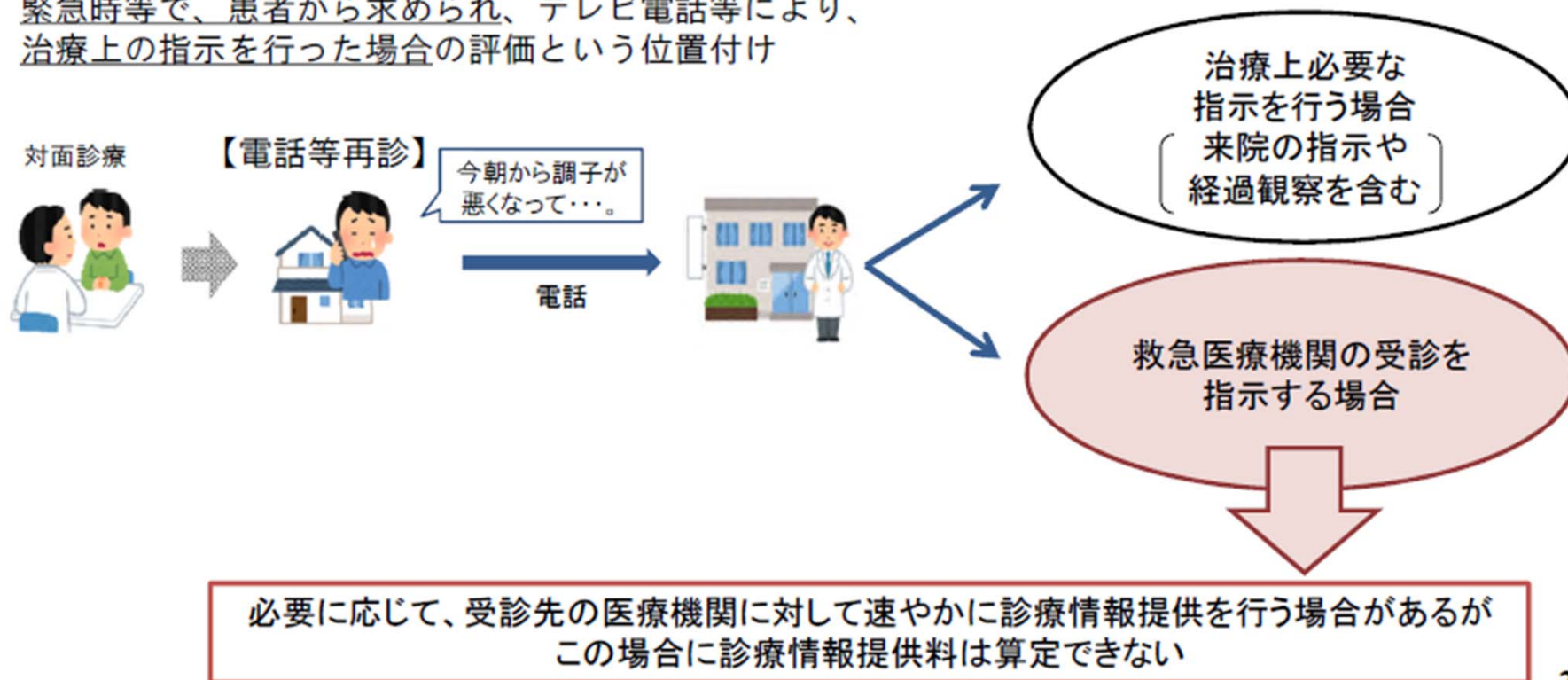
出典：社会医療診療行為別統計・調査(各年6月審査分)

患者の緊急時等における情報提供について

- 緊急時等で患者からの連絡を受けた際に、治療上の判断から救急医療機関の受診を指示する場合がある。
- 救急医療機関の受診の指示を行ったのち、必要に応じて、受診先の医療機関に対して速やかに診療情報の提供を行うことがあるが、この場合に診療情報提供料は算定できない。

再診料(電話等再診) 72点

緊急時等で、患者から求められ、テレビ電話等により、治療上の指示を行った場合の評価という位置付け



Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

- ① 薬局における後発医薬品の使用促進
- ② 医療機関における後発医薬品の使用促進
- ③ バイオ後続品に係る情報提供の評価

※灰字の項目は本資料では省略

③ バイオ後続品に係る情報提供の評価

基本的な考え方

バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

具体的な内容

在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

現行	改定案
【在宅自己注射指導管理料】 〔算定要件〕 <u>（新設）</u>	【在宅自己注射指導管理料】 〔算定要件〕 <u>注４ 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して３月を限度として、150点を所定点数に加算する。</u>

Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用

① 費用対効果評価制度の活用

※灰字の項目は本資料では省略

IV－3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

※灰字の項目は本資料では省略

IV－4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）

① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅳ－５ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

① 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅳ－６ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

- ① 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価
- ② 入院時のポリファーマシー解消の推進
- ③ 調剤料等の見直し
- ④ 薬局における後発医薬品の使用促進
- ⑤ 医療機関における後発医薬品の使用促進
- ⑥ バイオ後続品に係る情報提供の評価

※灰字の項目は本資料では省略

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

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。

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
【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 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。 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、<u>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> 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、<u>退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類</u>	【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 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。 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、<u>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</u> 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、<u>当該抗精神病薬の処方を総合的に評価し、その内</u>

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

現行	改定案
<u>以上減少した場合その他これに準ずる場合</u> <u>(新設)</u>	<u>容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</u> <u>２ 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> <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> <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>

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

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。

具体的な内容

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。

改定案

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点

[対象患者]

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。

Ⅳ－７ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

- ① 高度な医療機器の効率的な利用の推進
- ② 小児頭部外傷の際のＣＴ撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し
- ③ 超音波検査（胸腹部）の評価の見直し
- ④ 超音波検査の評価（要件）の見直し
- 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
- ⑥ 訪問診療時の超音波検査の新設
- ⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価
- ⑧ 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し
- ⑨ 網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止
- ⑩ 人工腎臓の評価の見直し
- ⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化
- ⑫ 持続緩徐式血液濾過の評価の見直し
- ⑬ 吸着式血液浄化法の評価の見直し
- ⑭ 下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化
- ⑮ 脾全摘後の患者に対する血糖管理の充実
- ⑯ 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価
- ⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し
- ⑱ 市場が拡大した場合の評価の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

基本的な考え方

小児の頭部外傷に対するコンピューター断層撮影については、ガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部CT検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価を見直す。

具体的な内容

小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。
また、加算の要件としてガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを求める。

現行	改定案
【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】 通則 4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。	【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】 通則 4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（<u>頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。</u>）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。<u>なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の100分の85、100分の55又は100分の35に</u>

② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

現行	改定案
[算定要件] <u>(新設)</u>	<u>相当する点数を加算する。</u> [算定要件] <u>「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、力による場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。</u> <u>ア GCS ≤ 14</u> <u>イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候</u> <u>ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）</u> <u>エ 受診後の症状所見の悪化</u> <u>オ 親の希望</u> <u>カ その他</u>

- 日本医学放射線学会の画像診断ガイドライン（2016年版）では軽度の頭部損傷を有する小児患者に対する頭部CTは推奨グレードDであり、PECARN rule¹⁾、CHALICE rule²⁾などの基準を使用して頭蓋内損傷のリスクを評価し、撮影に当たって慎重に判断されるべきとされている。

PECARN rule

【2歳未満】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋骨骨折の触知
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 皮下血腫（前額部を除く）
- ・ 意識消失 ≥ 5秒
- ・ 親から見て「普段と違う」
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 生後3ヶ月未満
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

【2歳以上】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋底骨折の微候
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 嘔吐
- ・ 意識消失
- ・ 激しい頭痛
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

CHALICE rule

- ・ 5分以上の意識消失
- ・ 5分以上の健忘
- ・ 傾眠
- ・ 3回以上の嘔吐
- ・ 虐待の疑い
- ・ てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・ GCS < 14, 1歳未満ではGCS < 15
- ・ 開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・ 頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- ・ 神経学的異常
- ・ 1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・ 高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

(1つでも)
Yes

CTを推奨

- 1) Kuppermann N et al : Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma : a prospective cohort study. Lancet 374 : 1160-1170, 2009
- 2) Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

- ガイドラインに沿って小児の頭部外傷の診療を行う場合、意識状態の評価が非常に重要である。
- 意識状態の評価は、グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）等のスケールを用いて行われることが多いが、新生児、乳児又は幼児において、意識障害の有無の判断は容易ではない。
- 新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判断は、意識状態の評価に当たって特別なスケールや技術を要する点、さらに、保護者に対してCT撮影の医学的必要性やリスク等についての丁寧な説明が必要である点からも、成人に比べて対応により多くの労力を要する。

《小児用グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）》【点数】

開眼(E)	自発的に	4
	呼びかけで	3
	疼痛で	2
	開眼せず	1
最良の 言語音声 反応(V)	理由ある啼泣、喃語～おしゃべり、 見当識あり	5
	あやすと泣きやむ	4
	泣きやまない	3
	うめき～発声のみ	2
	発語なし	1
最良の運 動反応 (M)	従命(>1歳)、自発運動	6
	払いのける	5
	逃避	4
	上肢の異常屈曲(除皮質硬直)	3
	四肢の異常伸展(除脳硬直)	2
	動かない	1

【最高】 15点

- ・ GCSは開眼（E）、最良の言語音声反応（V）、最良の運動反応（M）それぞれについて評価を行い、合計15～3点で評価を行う。
- ・ **14点以下で意識障害と判断する。**

小児、乳幼児の場合は、特に言語音声反応（V）の評価を行う場合、言葉で異常を表現することができず、泣いている際も何が原因か、あるいは意識状態は正常かなど、総合的に判断する必要がある。



② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

基本的な考え方

小児の頭部外傷に対するコンピューター断層撮影については、ガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部CT検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価を見直す。

具体的な内容

小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。
また、加算の要件としてガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを求める。

現行	改定案
【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】 通則 4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。	【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】 通則 4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（<u>頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。</u>）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。<u>なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、</u>

② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

現行	改定案
[算定要件] <u>(新設)</u>	<u>それぞれ所定の点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。</u> [算定要件] <u>「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、カによる場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。</u> <u>ア GCS≦14</u> <u>イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候</u> <u>ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）</u> <u>エ 受診後の症状所見の悪化</u> <u>オ 親の希望</u> <u>カ その他</u>

- 日本医学放射線学会の画像診断ガイドライン（2016年版）では軽度の頭部損傷を有する小児患者に対する頭部CTは推奨グレードDであり、PECARN rule¹⁾、CHALICE rule²⁾などの基準を使用して頭蓋内損傷のリスクを評価し、撮影に当たって慎重に判断されるべきとされている。

PECARN rule

【2歳未満】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋骨骨折の触知
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 皮下血腫（前額部を除く）
- ・ 意識消失 ≥ 5秒
- ・ 親から見て「普段と違う」
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 生後3ヶ月未満
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

【2歳以上】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋底骨折の徴候
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 嘔吐
- ・ 意識消失
- ・ 激しい頭痛
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

CHALICE rule

- ・ 5分以上の意識消失
- ・ 5分以上の健忘
- ・ 傾眠
- ・ 3回以上の嘔吐
- ・ 虐待の疑い
- ・ てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・ GCS < 14, 1歳未満ではGCS < 15
- ・ 開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・ 頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- ・ 神経学的異常
- ・ 1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・ 高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

(1つでも)
Yes

CTを推奨

- 1) Kuppermann N et al : Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma : a prospective cohort study. Lancet 374 : 1160-1170, 2009
- 2) Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

- ガイドラインに沿って小児の頭部外傷の診療を行う場合、意識状態の評価が非常に重要である。
- 意識状態の評価は、グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）等のスケールを用いて行われることが多いが、新生児、乳児又は幼児において、意識障害の有無の判断は容易ではない。
- 新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判断は、意識状態の評価に当たって特別なスケールや技術を要する点、さらに、保護者に対してCT撮影の医学的必要性やリスク等についての丁寧な説明が必要である点からも、成人に比べて対応により多くの労力を要する。

《小児用グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）》【点数】

開眼(E)	自発的に	4
	呼びかけで	3
	疼痛で	2
	開眼せず	1
最良の言語音声反応(V)	理由ある啼泣、喃語～おしゃべり、見当識あり	5
	あやすと泣きやむ	4
	泣きやまない	3
	うめき～発声のみ	2
	発語なし	1
最良の運動反応(M)	従命(>1歳)、自発運動	6
	払いのける	5
	逃避	4
	上肢の異常屈曲(除皮質硬直)	3
	四肢の異常伸展(除脳硬直)	2
	動かない	1

【最高】 15点

- ・ GCSは開眼（E）、最良の言語音声反応（V）、最良の運動反応（M）それぞれについて評価を行い、合計15～3点で評価を行う。
- ・ **14点以下で意識障害と判断する。**

小児、乳幼児の場合は、特に言語音声反応（V）の評価を行う場合、言葉で異常を表現することができず、泣いている際も何が原因か、あるいは意識状態は正常かなど、総合的に判断する必要がある。



③ 超音波検査(胸腹部)の評価の見直し

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。

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。

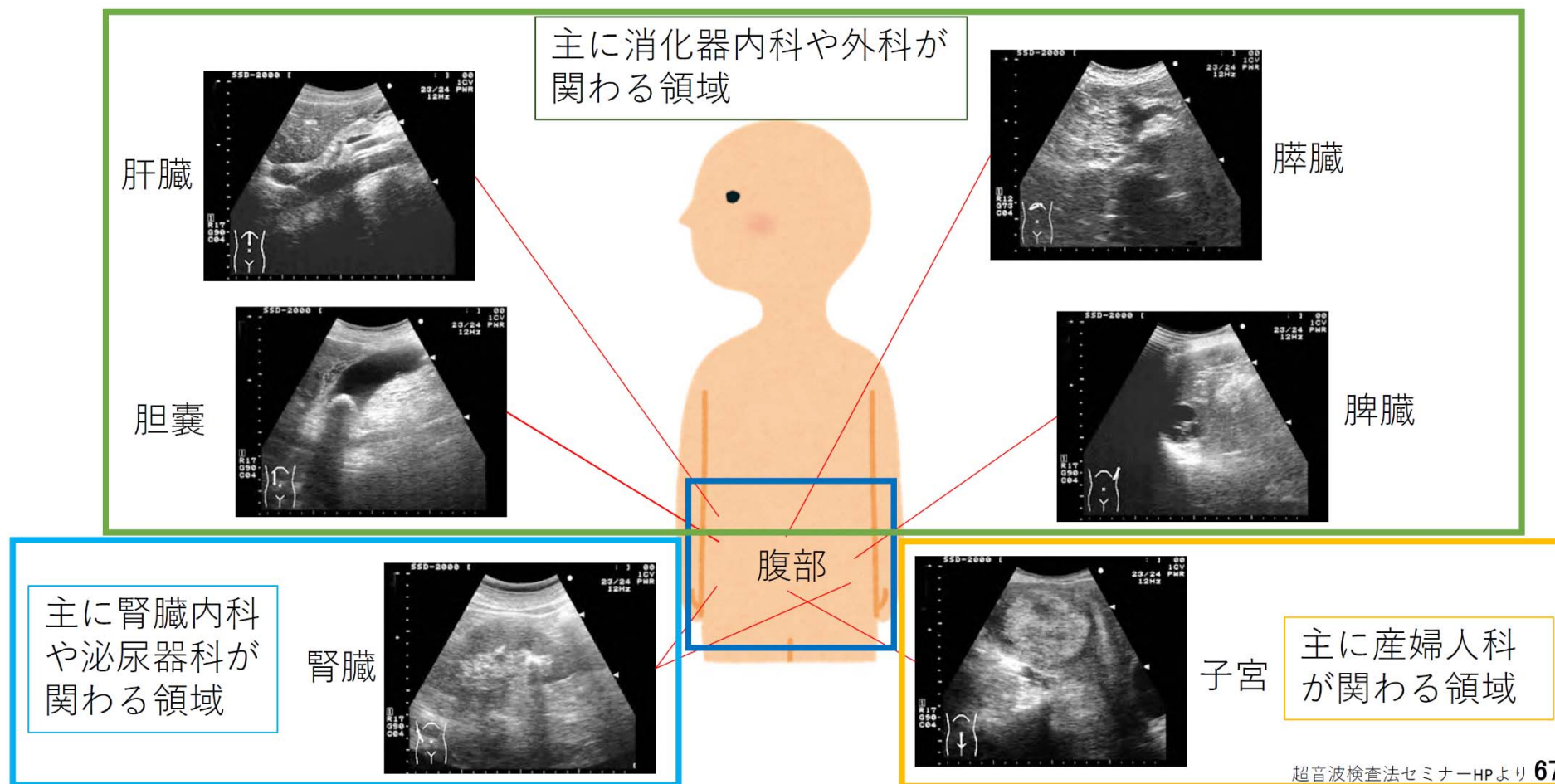
現行	改定案
【超音波検査】 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 胸腹部 530点 ロ 下肢血管 450点 ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点 [算定要件] <u>（新設）</u>	【超音波検査】 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 胸腹部 530点 ロ 下肢血管 450点 ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点 [算定要件] <u>(9)「2」の「イ」を算定する場合は、検査をした領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u>

③ 超音波検査(胸腹部)の評価の見直し

現行	改定案
	<u>ア 消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消管）</u> <u>イ 腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺）</u> <u>ウ 女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮）</u> <u>エ 血管領域（大動脈・大静脈等）</u> <u>オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等</u> <u>カ その他</u>

超音波検査の対象臓器

- 超音波検査では様々な臓器を精査、観察することができる。
- 例えば、胸腹部超音波検査では肝臓や胆道、膵臓などといった消化器領域や腎臓、膀胱などの泌尿器科領域、子宮、卵巣などの産婦人科領域、腹部大動脈等多岐に渡る。
- それらすべてを精査することもあれば、一部の領域だけ検査する場合もある。



超音波検査法セミナーHPより 67

レセプト摘要欄の記載事項の選択式化

中医協 総－1
元．10．25

現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、フリーコメント欄に手入力で撮影部位を記載しているが、フリーコメント欄への手入力は記載ミスの原因となっている。
- また、入力された内容のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

〔入力画面イメージ〕

コメント
撮影部位きょうぶ

手入力記載

〔レセプト表示イメージ〕

70	撮影部位頭部		
	MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X	1
	画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	70 X	1
	撮影部位胸部		
	CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器）		
	2回目以降減算（CT、MRI）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X	1

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、フリーコメント欄に手入力で記載を求めている事項のうち、部位等の記載について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、何に対するコメントか分かるようなコードを設定してはどうか。

〔入力画面イメージ〕

CT撮影（撮影部位）		
☐ 頭部	☐ 頸部	☒ 胸部
☐ 腹部	☐ 骨盤	☐ …

該当部位選択

〔レセプト表示イメージ〕

70	MRI撮影（撮影部位）：頭部		
	MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	1,450 X	1
	画像診断管理加算1（コンピューター断層診断）	70 X	1
	CT撮影（撮影部位）：胸部		
	CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器）		
	2回目以降減算（CT、MRI）		
	電子画像管理加算（コンピューター断層診断料）	840 X	1

④ 超音波検査の評価(要件)の見直し

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。

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
【超音波検査】 [算定要件] <u>(新設)</u>	【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>

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

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。

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

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。

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
【超音波検査】 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> イ 胸腹部 530点 ロ 下肢血管 450点 ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点	【超音波検査】 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 訪問診療時に行った場合 400点 ロ その他の場合 (1) 胸腹部 530点 (2) 下肢血管 450点 (3) その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点

⑥ 訪問診療時の超音波検査の新設

現行	改定案
[算定要件] <u>(新設)</u>	[算定要件] <u>(17)区分番号「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「C 0 0 1－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月1回に限り算定する。</u>

在宅での超音波検査の活用について

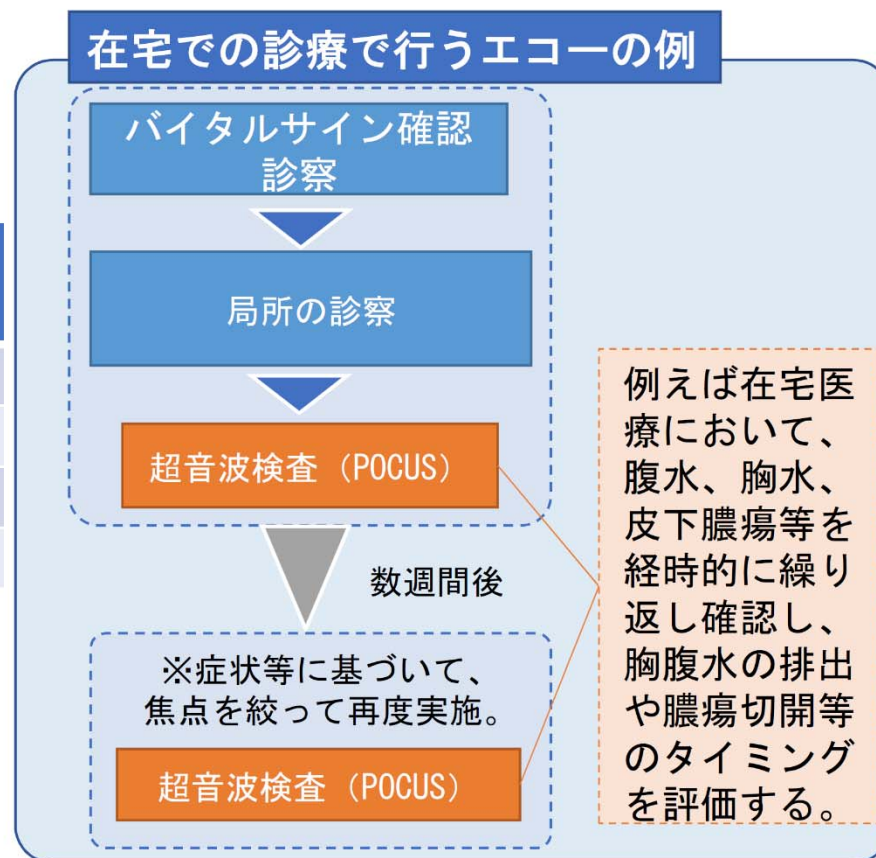
- 超音波装置の小型化が進み、在宅などにおいても検査が行われるようになっており、近年、Point-of-care ultrasound (POCUS)と呼ばれている。
- 在宅患者訪問診療料を算定された患者で、同一日に超音波検査(断層撮影法、経胸壁心エコー法)を算定している者については、経年的に増加傾向にあった。
- POCUSは、迅速で詳細な評価を省略可能であり、短期間に繰り返し実施できる。

在宅患者訪問診療料と超音波検査が
同一日に算定されている回数

在宅患者訪問診療料と同一日に算定されている回数(月)	平成28年5月	平成29年5月	平成30年5月
断層撮影法(胸腹部)	1,954回	2,397回	2,732回
断層撮影法(下肢血管)	—	—	27回
断層撮影法(その他)	209回	217回	260回
経胸壁心エコー法	821回	809回	1,056回

出典：NDBデータ

在宅での診療で行うエコーの例



⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

基本的な考え方

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

具体的な内容

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

現行	改定案
【悪性腫瘍遺伝子検査】	【超音波検査】
イ <u>E G F R 遺伝子検査（リアルタイム P C R 法）</u>	イ <u>処理が容易なもの</u>
2,500点	i <u>医薬品の適応判定の補助等に用いるもの</u> 2,500点
ロ <u>E G F R 遺伝子検査（リアルタイム P C R 法以外）</u>	ii <u>その他のもの</u>
2,100点	2,100点
ハ <u>K - r a s 遺伝子検査</u>	ロ <u>処理が複雑なもの</u>
2,100点	5,000点
ニ <u>E W S - F l i 1 遺伝子検査</u>	(削除)
2,100点	(削除)
ホ <u>T L S - C H O P 遺伝子検査</u>	(削除)
2,100点	(削除)
ヘ <u>S Y T - S S X 遺伝子検査</u>	(削除)
2,100点	(削除)
ト <u>c - k i t 遺伝子検査</u>	
2,500点	

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
チ マイクロサテライト不安定性検査 2,100点 リ センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査	(削除)
2,100点	(削除)
ヌ B R A F 遺伝子検査 6,520点	(削除)
ル R A S 遺伝子検査 2,500点	(削除)
ヲ R O S 1 融合遺伝子検査 2,500点	(削除)
[算定要件] 注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 2項目 4,000点 ロ 3項目以上 6,000点 (新設) (新設)	[算定要件] 注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してイを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ 2項目 4,000点 ロ 3項目 6,000点 ハ 4項目以上 8,000点 注2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してロを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算出する。 イ 2項目 8,000点 ロ 3項目以上 12,000点

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
〔算定要件〕 (1)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、<u>P C R 法、S S C P 法、R F L P 法、シーケンサーシステム等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、以下の遺伝子検査について、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</u>ただし、肺癌における E G F R 遺伝子検査については、再発や増悪により、2 次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、<u>家族性非ポリポージス大腸癌の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に 1 回に限り算定できる。</u> <u>ア 肺癌における E G F R 遺伝子検査、R O S 1 融合遺伝子検査又は K - r a s 遺伝子検査</u> <u>イ 膵癌における K - r a s 遺伝子検査</u>	〔算定要件〕 (1)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、<u>(2)から(4)に掲げる遺伝子検査について、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</u>ただし、肺癌における E G F R 遺伝子検査については、再発や増悪により、2 次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、<u>リンチ症候群の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に 1 回に限り算定できる。</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
<u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍における EWS－F I i</u> <u>1 遺伝子検査、T L S－C H O P 遺伝子検査又</u> <u>は S Y T－S S X 遺伝子検査</u> <u>エ 消化管間葉系腫瘍における c k i t 遺伝子検</u> <u>査</u> <u>オ 家族性非ポリポージス大腸癌又は局所進行若しく</u> <u>は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌</u> <u>におけるマイクロサテライト不安定性検査</u> <u>カ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係</u> <u>る遺伝子検査又は B R A F 遺伝子検査</u> <u>キ 大腸癌における E G F R 遺伝子検査、K－r</u> <u>a s 遺伝子検査、R A S 遺伝子検査又は B R A</u> <u>F 遺伝子検査</u> <u>(新設)</u>	<u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>(2)「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判</u> <u>定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検</u> <u>査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の</u> <u>適応を判定するための補助等に用いるものとして薬</u> <u>事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は</u> <u>医療機器を用いて、リアルタイム P C R 法、</u>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
(新設)	<u>P C R - r S S O 法、マルチプレックス P C R フラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。</u> <u>なお、その他の方法により肺癌における E G F R 遺伝子検査、大腸癌における R A S 遺伝子検査を行う場合は、令和 4 年 3 月 31 日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定できるものとする。</u> <u>ア 肺癌における E G F R 遺伝子検査、R O S 1 融合遺伝子検査、A L K 融合遺伝子検査</u> <u>イ 大腸癌における R A S 遺伝子検査、B R A F 遺伝子検査</u> <u>ウ 乳癌における H E R 2 遺伝子検査</u> <u>エ 局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u> <u>(3) 「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、P C R 法、S S C P 法、R F L P 法等により行う場合に算定できる。</u> <u>ア 肺癌における K - r a s 遺伝子検査</u>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
(新設)	イ 膵癌におけるK－r a s 遺伝子検査 ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS－F l i 1 遺伝子検査、T L S－C H O P 遺伝子検査、 S Y T－S S X 遺伝子検査 エ 消化管間葉系腫瘍におけるc k i t 遺伝子検査 オ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査 カ 大腸癌におけるE G F R 遺伝子検査、K－r a s 遺伝子検査、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。） (4)「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。 なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるB R A F 遺伝子検査を行う場合は、令和 4 年 3 月 31 日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ii」

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
<u>(新設)</u> (2)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、<u>(1)のアからキまでの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u> (3)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D 0 0 6－2」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「D 0 0 6－6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。	<u>その他のものを算定できるものとする。</u> <u>ア 肺癌におけるB R A F 遺伝子検査</u> <u>イ 悪性黒色腫におけるB R A F 遺伝子検査（リアルタイムP C R法）</u> <u>ウ 固形癌におけるN T R K 融合遺伝子検査</u> <u>(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「イ」処理が容易なものと「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数によって算定する。</u> <u>(6)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u> <u>(7)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D 0 0 6－2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D 0 0 6－6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D 0 0 6－14」F L T 3 遺伝子検査又は区分番号「D 0 0 6－16」J A K 2 遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
<u>(新設)</u>	<u>(8) 肺癌において区分番号「D 0 0 6－1 2」E G F R 遺伝子検査（血漿）と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるE G F R 遺伝子検査（「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定する場合も含む。）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(9) 肺癌において区分番号「N 0 0 2」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」A L K 融合タンパク又は区分番号「N 0 0 5－2」A L K 融合遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるA L K 融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</u>
<u>(新設)</u>	<u>(10)乳癌において区分番号「N 0 0 5」H E R 2 遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のウに規定する乳癌におけるH E R 2 遺伝子検査を併せて行った</u>

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

現行	改定案
<u>(新設)</u>	場合には、主たるもののみ算定する。 <u>(11)卵巣癌において区分番号「D 0 0 6－18」 B R C A 1 / 2 遺伝子検査と本区分の「1」悪性 腫瘍遺伝子検査「□」処理が複雑なもののうち、(4) のウに規定する固形癌におけるN T R K 融合遺伝 子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算 定する。</u>

⑧ 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

基本的な考え方

局所陰圧閉鎖処置について、ドレッシング材（創傷被覆材）の交換の頻度、処置にかかる手間及び技術を踏まえ、局所陰圧閉鎖処置について評価を見直す。

具体的な内容

局所陰圧閉鎖処置（入院）は現在、毎日算定できるところを、陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用した場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日に限り、週 3 回まで算定可能とする。なお、従前通り、特定保険医療材料「陰圧創傷治療用カートリッジ」は算定できない。

現行	改定案
【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>(8) 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週 3 回に限り算定できる。</u> <u>(9) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u>

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

基本的な考え方

エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬の使用を含め評価を見直す。

具体的な内容

現行、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、人工腎臓に包括され、院内処方で算定することとされているが、院外処方にも対応するため、ＨＩＦ－ＰＨＤ阻害薬を用いる場合に対応した評価体系を新たに設ける。

現行	改定案
【人工腎臓】	【人工腎臓】
１ 慢性維持透析を行った場合 １	１ 慢性維持透析を行った場合 １
イ ４時間未満の場合	イ ４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）
	1,924点
ロ ４時間以上５時間未満の場合	ロ ４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）
	2,084点
ハ ５時間以上の場合	ハ ５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。）
	2,219点
（新設）	ニ ４時間未満の場合（イを除く。）
	1,798点

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

現行	改定案
<u>(新設)</u>	<u>ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (口を除く。)</u>
	<u>1,958点</u>
<u>(新設)</u>	<u>ヘ 5 時間以上の場合 (ハを除く。)</u>
	<u>2,093点</u>
2 慢性維持透析を行った場合 2	2 慢性維持透析を行った場合 2
イ 4 時間未満の場合	イ 4 時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)
1,940点	<u>1,884点</u>
□ 4 時間以上 5 時間未満の場合	□ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)
2,100点	<u>2,044点</u>
ハ 5 時間以上の場合	ハ 5 時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)
2,230点	<u>2,174点</u>
<u>(新設)</u>	<u>ニ 4 時間未満の場合 (イを除く。)</u>
<u>(新設)</u>	<u>ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (口を除く。)</u>
	<u>1,918点</u>
<u>(新設)</u>	<u>ヘ 5 時間以上の場合 (ハを除く。)</u>
	<u>2,048点</u>

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

現行	改定案
3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 1,900点	3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。） <u>1,844点</u>
□ 4 時間以上 5 時間未満の場合 2,055点	□ 4 時間以上 5 時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。） <u>1,999点</u>
ハ 5 時間以上の場合 2,185点	ハ 5 時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。） <u>2,129点</u>
<u>（新設）</u>	ニ 4 時間未満の場合（イを除く。） <u>1,718点</u>
<u>（新設）</u>	ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合（□を除く。） <u>1,873点</u>
<u>（新設）</u>	ヘ 5 時間以上の場合（ハを除く。） <u>2,003点</u>
〔算定要件〕 注 6 1 から 3 までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。 <u>（新設）</u>	〔算定要件〕 注 6 1 から 3 までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。 <u>注14 1 から 3 までの場合であつて、イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。</u>

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

現行	改定案
(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 ア「1」から「3」までの場合 (「注13」の加算を算定する場合を含む。) には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及び<u>ダルベポエチン製剤</u>の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。 イ「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及び<u>ダルベポエチン製剤</u>の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。	(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 ア「1」から「3」までの場合 (「注13」の加算を算定する場合を含む。) には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、<u>ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤（院内処方されたものに限る。）</u>の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。 イ「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、<u>ダルベポエチン製剤及びH I F－P H D阻害剤（院内処方されたものに限る。）</u>の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

現行	改定案
(24)「 1 」から「 3 」までの場合 <u>（「注13」の加算を算定する場合を含む。）</u> には、<u>ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。</u> <u>「 1 」から「 3 」までの場合</u> <u>（「注13」の加算を算定する場合を含む。）</u> であって、<u>ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。</u> 〔施設基準〕 第十一 処置 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等	(24)「 1 」から「 3 」までのうち、「二」から「へ」までの場合 <u>（「注13」の加算を算定する場合を含む。）</u> には、<u>H I F－P H D阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。</u> 〔施設基準〕 第十一 処置 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

現行	改定案
(2) 人工腎臓に規定する注射薬 別表第十の三に掲げる注射薬 別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u> エリスロポエチン ダルベポエチン	(2) 人工腎臓に規定する薬剤 別表第十の三に掲げる薬剤 別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u> エリスロポエチン ダルベポエチン <u>H I F－P H D阻害剤（院内処方されたものに限る。）</u>

新たな腎性貧血治療薬(HIF-PHD阻害薬)について

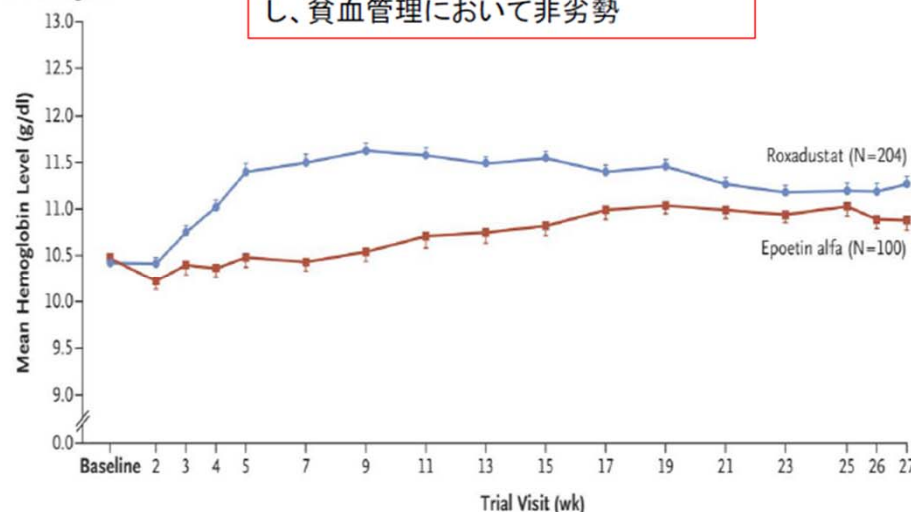
- 令和元年9月、ESA製剤とは別の機序による、新たな腎性貧血治療薬であるHIF-PHD阻害薬(※1)の薬事承認がされたところ。

(※1) HIF-PHD(低酸素誘導因子プロリン水酸化酵素 Hypoxia inducible factor prolyl hydroxylase)阻害薬(ロキサデュスタット)

- 血液透析患者の腎性貧血管理において、ESA抵抗性等によってESA製剤よりもHIF-PHD阻害薬の方が適切である症例も一定数存在すると考えられる。
- 現行の評価ではESA製剤は人工腎臓の点数に包括されることになるが、HIF-PHD阻害薬は経口内服薬であることから、院外処方した際の手続きが煩雑になる等のおそれがあり、腎性貧血治療にHIF-PHD阻害薬を用いる場合の新たな評価体系が必要と考えられる。
- また、療養病棟入院料等の処置や薬剤料等が包括される入院料を算定する病棟においては、人工腎臓を出来高で算定できることを踏まえ、HIF-PHD阻害薬の取扱をあわせて検討する必要がある。

<透析患者におけるロキサデュスタット(HIF-PHD阻害薬)とESA製剤との貧血管理(ヘモグロビン値)の比較>

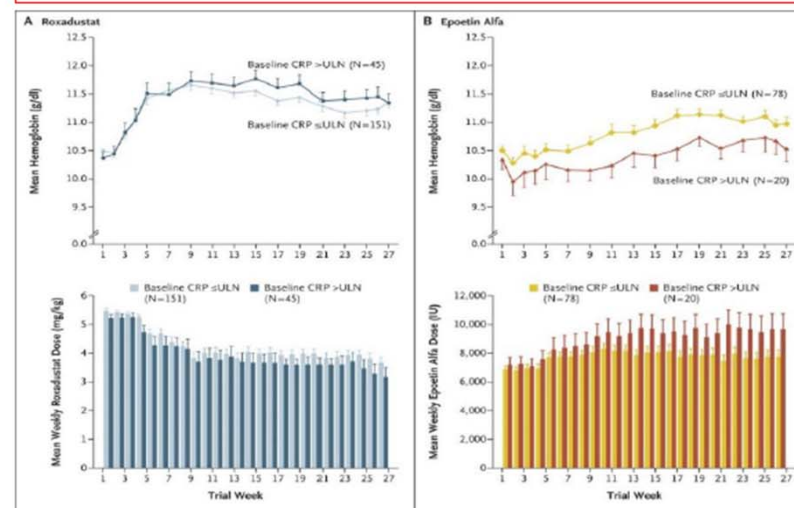
A Hemoglobin



ロキサデュスタットはESA製剤と比較し、貧血管理において非劣勢

N Chen et al. N Engl J Med 2019;381:1011-1022.

炎症状態(ESA抵抗性)ではESA製剤の反応性が低下するが、ロキサデュスタットは炎症の有無で反応性に変化は認めない。



⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

基本的な考え方

他の手技との難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者が一部存在することを踏まえ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術について要件を見直す。

具体的な内容

- １．内シャント設置術の評価を見直す。また、外シャント設置術に関する診療報酬上の評価を廃止する。

現行	改定案
【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 １ <u>静脈転位を伴うもの</u> <u>21,300点</u> ２ その他のもの <u>7,760点</u> 外シャント血栓除去術 <u>1,680点</u> 内シャント又は外シャント設置術 <u>18,080点</u>	【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 １ <u>内シャント造設術</u> イ <u>単純なもの</u> <u>12,080点</u> ロ <u>静脈転位を伴うもの</u> <u>15,300点</u> ２ その他のもの <u>7,760点</u> (削除) (削除)

⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

具体的な内容

２．経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者は一定程度存在し、より臨床実態に則した評価を行う必要があることから、一定の要件を満たす場合には経皮的シャント拡張術・血栓除去術を算定してから３ヶ月以内に実施した場合であっても、２回目の算定を可能とする。

現行	改定案
【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 <u>18,080点</u> <u>(新設)</u> [算定要件] ３ヶ月に１回に限り算定する。 <u>(新設)</u>	【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 <u>１ 初回</u> <u>12,000点</u> <u>２ １の実施後３月以内に実施する場合</u> <u>12,000点</u> [算定要件] <u>(１)「１」については、３ヶ月に１回に限り算定する。</u> <u>また、「２」については、「１」の実施後３月以内に実施する場合に、１回に限り算定する。</u> <u>(２)「１」を算定してから３ヶ月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、１回を限度として「２」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。</u> <u>ア 透析シャント閉塞の場合</u>

⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

具体的な内容

２．経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者は一定程度存在し、より臨床実態に則した評価を行う必要があることから、一定の要件を満たす場合には経皮的シャント拡張術・血栓除去術を算定してから３ヶ月以内に実施した場合であっても、２回目の算定を可能とする。

現行	改定案
(新設)	<u>イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）</u> <u>(3)「２」については、「１」の前回算定日（他の保険医療機関での算定を含む。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u>

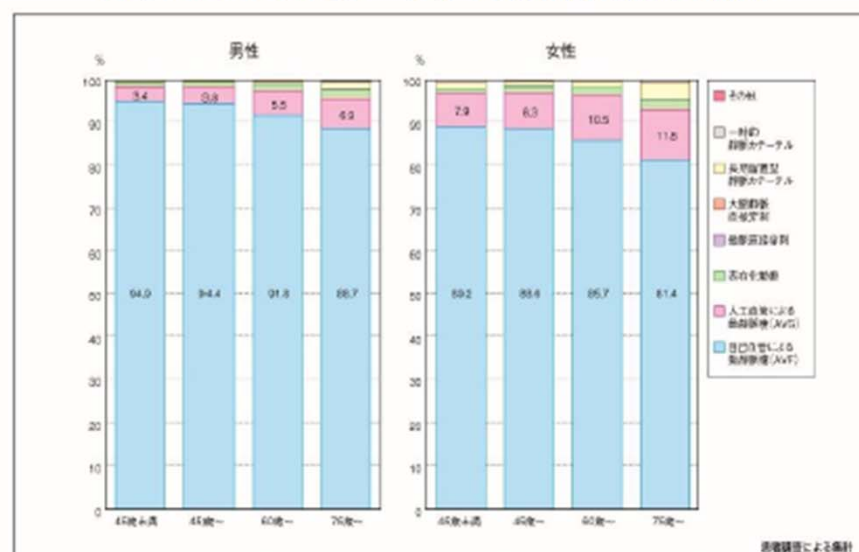
バスキュラーアクセス(シャント)に係る処置の評価について

- 血液透析に用いられるバスキュラーアクセス(Vascular Access(VA):透析シャント)は、血液透析を開始・継続していく上で必須である。日本では、自己血管による内シャント(AVF)及び人工血管による内シャント(AVG)がほとんどを占めている。
- 血液透析では、AVFもしくはAVGに対して、一般に週3回穿刺を行う必要であり、穿刺を繰り返すことで狭窄・閉塞等といったシャントトラブルを生じるため、狭窄・閉塞の部位によって、シャント拡張術(VAIVT:Vascular access intervention)は第一選択の治療となる。
- シャント拡張術は、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」により評価されており、算定回数は総数としては増加傾向であり、入院外の算定回数が70%程度である。

○ 診療報酬におけるバスキュラーアクセス(シャント)に係る処置の評価

- ・ K610-3 内シャント又は外シャント設置術 18,080点
- ・ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点(3ヶ月に1回に限る)
- ・ A400 短期滞在手術等基本料3 (リ)経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,350点

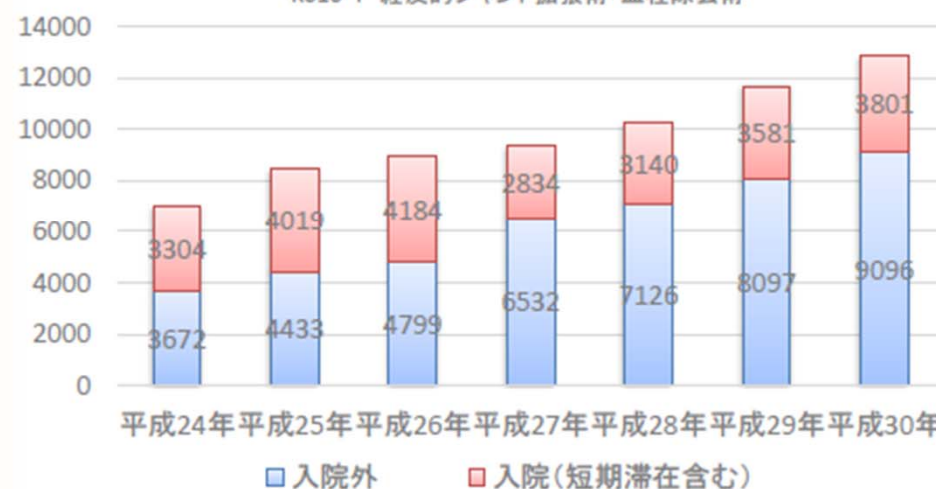
＜日本のバスキュラーアクセスの種類別の割合＞



「一般社団法人日本透析医学会『わが国の慢性透析療法の現況(2017年12月31日現在)』」

＜シャント拡張術(VAIVT)の診療報酬の算定回数＞

A400 短期滞在手術等基本料3 リ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術



□ 入院外 □ 入院(短期滞在含む)

社会医療診療行為別統計(平成30年度6月審査分)の算定回数

バスキュラーアクセス(シャント)に係る処置の評価における課題について

- 「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術(18,080点)」は、多くが外来で実施され短時間で可能な手技であり、また、シャント設置術も短時間で可能な手技である。
- 一方で、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」は現在3ヶ月に1回算定すること(材料費を含む。)とされているが、実臨床では3ヶ月未満に閉塞・狭窄を繰り返す患者が一定程度存在する。
- 入院が必要であったり、狭窄・閉塞を繰り返す等、対応が困難な患者のシャント拡張術(VAIVT:Vascular access intervention)が実施出来ない医療機関では、入院施設やシャント造設に関する専門的な技術を持った他医療機関に紹介して管理が行われている。

＜他手技との処置時間の比較(処置時間は外保連試算)＞

		処置時間
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	1
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	1.5
K639	急性反発性腹膜炎手術	2.5

＜医療機関における年間のVAIVT施行回数の例＞

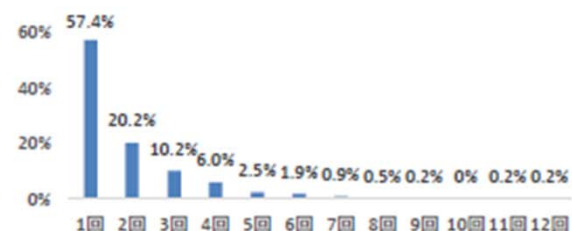
例1: 病院A

VAIVTの3ヶ月以内実施の割合	
前回自院で施行	8.2%
前回他院で施行	0.2%



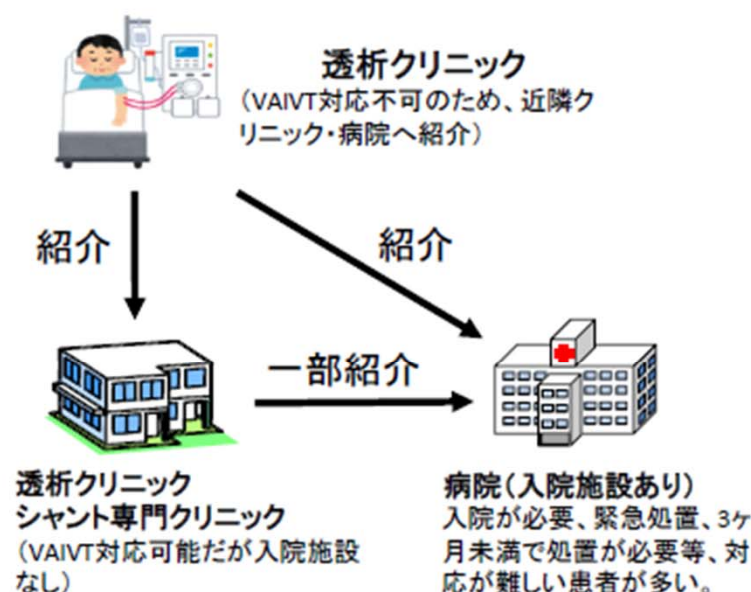
例2: 病院B

VAIVTの3ヶ月以内実施の割合	
前回自院で施行	14.3%
前回他院で施行	0.7%



出典: 日本透析医会提供資料

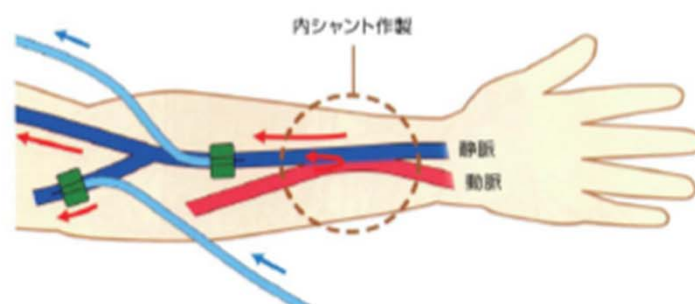
＜バスキュラーアクセスの管理の状況＞



(参考) 血液透析・バスキュラーアクセス(シャント)



太い血管をつくり、
血液をスムーズに流します。



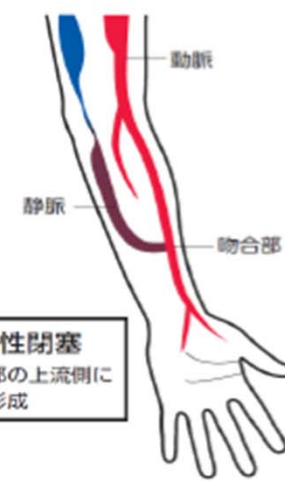
血液透析を行うには、1分間に約200ミリリットルの血液をダイアライザ(透析器)に送り込む必要があります。これだけの血液量を確保するためには血液流量の多い太い血管が必要となります。そこで手首近くの腕の動脈と静脈を手術でつなぎ合わせることで血管を太くします。これを内シャントといいます。手術後最低2～4週ぐらいたってから使用することが望ましいことから、計画的に手術が行われています。

内シャントには狭窄(細くなる)、閉塞(つまる)、瘤の形成(血管のこぶ)、感染などの合併症があり、再手術が必要となる場合もあります。一般的な内シャントがつかれない場合には人工血管を使用した内シャント、カテーテルの使用などにより血液透析を行います。

<シャント狭窄の例>



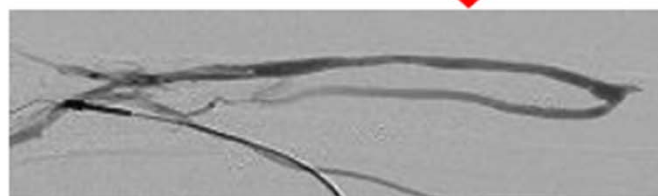
<シャント閉塞の例>



<シャント狭窄に対するVAIVT(シャントPTA)>



カテーテルで狭窄を解除



出典: 腎不全 治療選択と実際【2019年版】(日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会)

血液透析用バスキュラーアクセスのインターベンションによる修復(VAIVT: Vascular Access Intervention Therapy)の基本的技術に関するガイドライン(日本IVR学会)

⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し

基本的な考え方

義肢装具の採寸法、採型法について、対象とする装具を踏まえ、評価を見直す。

具体的な内容

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

現行	改定案
【治療装具の採型ギプス】 <u>1 義肢装具採型法（1肢につき）</u> 200点 <u>2 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（1肢につき）</u> 700点 <u>3 体幹硬性装具採型法</u> 700点 <u>4 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（1肢につき）</u> 1,050点	【義肢採型法】 <u>（削除）</u> <u>1 四肢切断の場合（1肢につき）</u> 700点 <u>（削除）</u> <u>2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）</u> 1,050点

⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し

現行	改定案
【練習用仮義足又は仮義手】 <u>1 義肢装具採型法（四肢切断の場合）（１肢につき）</u> 700点 <u>2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）（１肢につき）</u> 1,050点	【練習用仮義足又は仮義手採型法】 <u>1 四肢切断の場合（１肢につき）</u> 700点 <u>2 股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）</u> 1,050点
【義肢装具採寸法（１肢につき）】 200点	【治療用装具採寸法（１肢につき）】 200点
【治療装具採型法（１肢につき）】 700点	【治療用装具採型法】 <u>1 体幹装具</u> 700点 <u>2 四肢装具（１肢につき）</u> 700点 <u>3 その他（１肢につき）</u> 200点