9. 小児医療·周產期医療

- (1) 小児医療かかりつけ診療料の見直し(再掲)
- (2) 小児運動器疾患指導管理料の見直し(再掲)
- (3) 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等に関わる関係機関の連携(再掲)
- (4) 小児入院医療管理料の評価
- (5) 小児特定集中治療室管理料等の見直し
- (6) 成育連携支援加算の新設
- (7) ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- (8) 地域連携分娩管理加算の新設(再掲)

(1) 小児かかりつけ診療料の見直し(再掲)

▶ 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応 に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す。

現行

【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 □ 再診時 438点
- 2 処方箋を交付しない場合
- イ 初診時 748点 □ 再診時 556点



「施設基準]

- 小児科外来診療料に係る届出を行っていること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目 のうち、3つ以上に該当すること。
 - 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回以上の頻度で行っていること イ〜エ (略)
 - オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること
- 時間外対応加算1又は2に係る届出を行っていること。



改定後

【小児かかりつけ診療料】

(改) 1 小児かかりつけ診療料 **1**

- イ 処方箋を交付する場合
- (1) 初診時 641点 ロ 処方箋を交付する場合

 - (1) 初診時 758点
- (2) 再診時 448点
- (2) 再診時 566点
- (改) 2 小児かかりつけ診療料2
 - イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 630点
 - ロ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 747点
- (2) 再診時 437点
- (2) 再診時 555点

「施設基準]

(共通)

- 小児科を標榜している医療機関であること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目 のうち、2つ以上に該当すること。

(削除)

ア〜ウ

エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校 **の学校医**に就任していること

(小児かかりつけ診療料1)時間外対応加算1又は2に係る届出 を行っていること。

(小児かかりつけ診療料2)次のいずれかを満たしていること。

- 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。
- イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休 日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

(2) 小児運動器疾患指導管理料の見直し(再掲)

算定要件の見直し

▶ 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料の対象患者の年齢を、12歳未満から20歳未満に拡大する。

小児運動器疾患指導管理料

250点

運動器疾患を有する20歳未満の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な 医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者(概要)】

- 対象患者は、以下のいずれかに該当する20歳未満の患者とする。
 - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変 形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者
 - イ 装具を使用する患者
 - ウ 医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者
 - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件(抜粋)】

- 初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載する。
- 6月に1回に限り算定する(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回)に限り算定する。
- 小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

(3) 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等に関わる関係機関の連携(再掲)

診療情報提供料(I)の見直し

- ▶ 診療情報提供料(I)注2における情報提供先に、児童相談所を追加する。
- ▶ 診療情報提供料(I)注7における情報提供先に、保育所や高等学校等を追加する。
- ▶ 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童が安心して安全に学校等に通うことができるよう、診療情報提供料(I)注7における対象患者に、小児慢性特定疾病支援及びアレルギー疾患を有する患者を追加する。

現行

【診療情報提供料(I)】

「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう(以下「指定居宅介護支援事業者等」という。)。(以下、略)

改定後

【診療情報提供料(I)】

「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう(以下「指定居宅介護支援事業者等」という。)。(以下、略)

【診療情報提供料(I)】

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)第1条に規定する小学校、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。



【診療情報提供料(I)】

注7 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校(大学を除く。)等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。

[情報提供先]

・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部

「対象患者]

・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

[情報提供先の追加]

・保育所、認定こども園等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期 課程、後期課程*、高等学校*、特別支援学校の幼稚部、小学部、中学部、高等部等*、高 等専門学校*、専修学校*(※18歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者)

「対象患者の追加]

- ・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
- ・児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者
- ・アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者※ ※生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり (除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びIg E抗体等検査陽性 に該当する患者に限る)に該当する患者

_25

(4) 小児入院医療管理料の評価①

▶ 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1

(新) 時間外受入体制強化加算1 300点(入院初日)

小児入院医療管理料2

(新) 時間外受入体制強化加算 2 180点(入院初日)



[対象患者]

小児入院医療管理料1又は2を現に算定している患者。

「算定要件」

当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。

「施設基準〕

- (1) 時間外受入体制強化加算1の施設基準
- ① 小児入院医療管理料1を算定する病棟であること。
- ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、年間で1,000件以上であること。
- ③ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、 3項目以上を満たしていること。

ア	11時間以上の勤務間隔の確保	オ	夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫
1	正准看の交代周期の確保	カ	夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築
ウ	夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	+	夜間院内保育所の設置
工	夜勤後の暦日の休日確保	ク	ICT、IoT等の活用による業務負担軽減

- (2) 時間外受入体制強化加算1の施設基準
- ① 小児入院医療管理料1を算定する病棟であること。
- ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、年間で600件以上であること。
- ③ (1)の③を満たしていること。

(4) 小児入院医療管理料の評価②

▶ 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して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。

小児入院医療管理料1~5

(新) 養育支援体制加算 300点(入院初日)

「対象患者〕

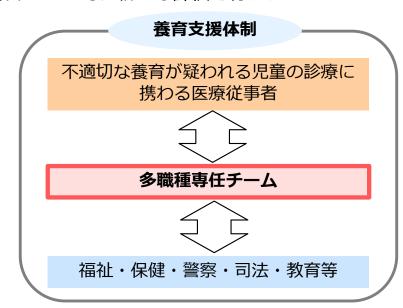
・小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

「算定要件」

・当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

「施設基準の概要]

- (1)以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う 養育支援チームが設置されていること
 - ア 小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
 - イ 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護士
 - ウ 小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士
- (2)養育支援チームの業務
 - ア 養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
 - イ 虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、**院内からの相談に対応**。
 - ウ 主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
 - 工 虐待等不適切な養育が疑われた<u>症例を把握・分析</u>し、養育支援の体制確保のために<u>必要な対策を推進</u>。
 - オ 養育支援体制を確保するための<u>職員研修を企画・実施</u>すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図る ことを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。
- (3) (2) のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置 を工夫すること。



(4) 小児入院医療管理料の評価③

▶ 小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供をした場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料1~5

(新) 退院時薬剤情報管理指導連携加算

150点(退院時1回)



「対象患者〕

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している
 - ・ 小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者
 - 医療的ケア児である患者

「算定要件〕

- ・ 当該保険医療機関の**医師又は医師の指示に基づき薬剤師**が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の**退院時**に、当該患者又は その家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する**必要な指導**を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が 選択する**保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供**した場合に、退院の日に1回に限り算定する。保 険薬局への情報提供に当たっては、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。
 - ア 患者の状態に応じた調剤方法
 - イ 服用状況に合わせた剤形変更に関する情報
 - ウ服用上の工夫
 - エ 入院前の**処方薬の変更又は中止に関する情報**や変更又は中止後の**患者の状態等に関する情報**
- ・ 情報文書の交付方法は、患者又はその家族等の選択する保険薬局に直接送付することに代えて、患者又はその家族等に交付し、患者又はその家族等が保険薬局に持参することでも差し支えない。
- ・ 患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、1回のみの算定とする。また、死亡退院の場合は算定でき ない。

(4) 小児入院医療管理料の評価④

病棟薬剤業務実施加算の見直し

▶ 小児入院医療管理料において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟について、病棟薬剤業務実施加算1を算定可能とする。

現行 (病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料1~7

地域一般入院料1~3

療養病棟入院料1、2、注11

結核病棟入院基本料

精神病棟入院基本料

特定機能病院入院基本料(一般病棟、結核病棟、 精神病棟)

専門病院入院基本料



改定後 (病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料1~6

地域一般入院料1~3

療養病棟入院料1、2、注11

結核病棟入院基本料

精神病棟入院基本料

特定機能病院入院基本料(一般病棟、結核病棟、精神病棟)

専門病院入院基本料

(新) 小児入院医療管理料1~5



(4) 小児入院医療管理料の評価⑤

▶ 小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に厳重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料1~5

(新)無菌治療管理加算12,000点(1日につき)(新)無菌治療管理加算21,500点(1日につき)

「対象患者〕

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している**造血幹細胞移植を実施する小児患者**。 [算定要件]
- ・ 造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理を行った場合、一連の治療につき、90日を限度として加算する。

[施設基準]

- (1) 無菌治療管理加算1に関する施設基準
 - ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
 - イ 滅菌水の供給が常時可能であること。
 - ウ 個室であること。
 - エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上であること。
 - オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。
- (2) 無菌治療管理加算2に関する施設基準
 - ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 I S O クラス 7 以上であること。
 - イ (1)のア及びイを満たしていること。

(5) 小児特定集中治療室管理料の見直し

▶ 高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、要件及び算定上限日数を見直す。

施設基準の見直し

小児特定集中治療室管理料の施設基準の実績要件について、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を 追加する。

改定後

【小児特定集中治療室管理料】

- (8) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた 患者を年間20名以上受け入れていること。
- イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。
- <u>ウ</u>当該治療室に入院する患者のうち、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間 に80名以上であること。

算定上限日数の見直し

▶ 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行う。

改定後	
15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、 急性血液浄化(腹膜透析は除く。)を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮 迫症候群、心筋炎、心筋症 のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児 ※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。	<u>55日</u>

(5) 新生児特定集中治療室管理料等の見直し

算定上限日数の見直し

▶ 慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、 新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

新生児特定集中治療室管理料·総合周産期特定集中治療室管理料

改定後	
通常の新生児	21日
出生時体重が1,500g以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	35⊟
出生時体重が1,000g以上1,500g未満の新生児	60日
出生時体重が1,000g未満の新生児	90日
出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児 500g未満であって慢性肺疾患の新生児	<u>105日</u> 110日

新生児治療回復室入院医療管理料

改定後	
通常の新生児	30日
出生時体重が1,500g以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	50日
出生時体重が1,000g以上1,500g未満の新生児	90日
出生時体重が1,000g未満の新生児	120日
出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児 500g未満であって慢性肺疾患の新生児	<u>135日</u> 140日

(6) 成育連携支援加算の新設

(胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等への支援)

▶ 胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。

総合周産期特定集中治療室管理料

(新) 成育連携支援加算 1,200点(入院中1回)

[対象患者]

[算定要件]

- ・妊婦とその家族等に対し、**分娩方針や出生後利用可能な福祉サービス等について、十分な説明**を行うこと。
- ・説明内容は、成育連携チーム及び必要に応じ関係職種が<mark>共同してカンファレンスを行った上で決定</mark>する。
- ・妊婦とその家族等の求めがあった場合には、**懇切丁寧に対応**すること。

「施設基準の概要]

以下から構成される成育連携チームが設置されていること。

がり伸放される<u>
成月建筑ナーム</u>が
改直されていること。

ア 産科又は産婦人科の医師 エ 5年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師

イ 小児科の医師 オ 専任の常勤社会福祉士

ウ 助産師 カ 専任の常勤公認心理師



妊娠中

• (新設) 成育連携支援加算

出産



- ·診療情報提供料(I)
- · 退院時共同指導料 1 · 2

出産後



(7) ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

▶ 精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の 指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

ハイリスク妊産婦連携指導料 1 (産科又は産婦人科)

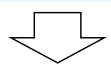
1,000点 (月1回) ハイリスク妊産婦連携指導料2 (精神科又は心療内科)

750点(月1回)

現行

「対象患者〕

入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるもの。



改定後

[対象患者]

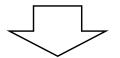
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する**又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された**妊婦又は出産後2月以内であるもの。

現行

[対象患者]

入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦 又は出産後2月以内であるもの。





改定後

[対象患者]

入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する**又は** 精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担 当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内である もの。

(8)地域連携分娩管理加算の新設(再掲)

(専門機関との連携分娩管理の評価の新設)

地域連携分娩管理加算の新設

▶ 妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、有床診療所において、医療機関が地域周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

ハイリスク分娩等管理加算(1日につき)(8日まで)

1 ハイリスク分娩管理加算

3,200点

(新) 2 地域連携分娩管理加算

3,200点



次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めたもの。

40歳以上の初産婦である患者	_
子宮内胎児発育遅延の患者	重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、地域周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。
糖尿病の患者	2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者(食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。)であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。
精神疾患の患者	他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書に より提供されているものに限る。

[算定要件]

- 地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。
- ・ 対象患者に該当する妊産婦であっても、<u>当該患者が複数の疾患等を有する場合</u>においては、<u>当該加算は算定できない</u>。 「施設基準の概要]
- (1) 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産 師**であること。
- (3) 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (5)公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。



10. 質の高いがん医療の評価

- (1) がん患者指導管理料の見直し
- (2)外来化学療法加算の見直し
- (3) 外来化学療法に係る栄養管理の充実
- (4)放射線治療病室管理加算の見直し
- (5) がんゲノムプロファイリング検査等の見直し
- (6) 小児の在宅がん医療総合診療料の評価

(1) がん患者指導管理料の見直し

(がん患者の心理的不安を軽減するための体制の充実)

がん患者指導管理料の算定要件の見直し

▶ がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

現行

【がん患者指導管理料】

「算定要件]

注1 イについては、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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該 保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に(略)算定する。

改定後

【がん患者指導管理料】

[算定要件]

注1 イについては、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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に(略)算定する。

がん患者指導管理料の職種要件の見直し

▶ がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

現行

【がん患者指導管理料】

イ (略)

ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための 面接を行った場合 200点

八~二 (略)



【がん患者指導管理料】

イ (略)

コ 医師、看護師<mark>又は公認心理師</mark>が心理的不安を軽減するための 面接を行った場合 200点

改定後

八~二 (略)

27

(2) 外来化学療法加算の見直し

(悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設)

▶ 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した 上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

現行 イ 外来化学療法加算 1 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ① 15歳未満 820点 ② 15歳以上 600点 □ 外来化学療法加算 2 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ① 15歳未満 740点 ② 15歳以ト 470点

改定後 (新) 1 外来腫瘍化学療法診療料 1

<u>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u> 700点

口 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点

(新) 2 外来腫瘍化学療法診療料 2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

口 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

(新)注 15歳未満の小児の場合

200点を加算

570点

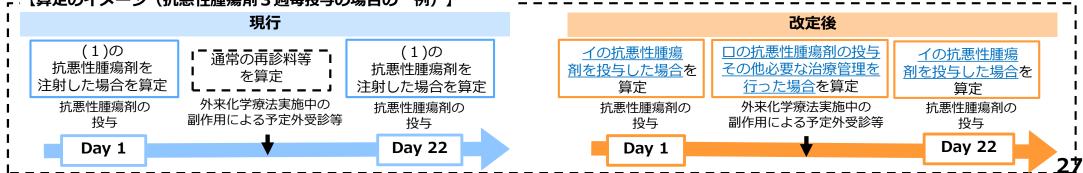
[算定要件]

- 悪性腫瘍を主病とする患者で、入院中の患者以外の患者に対して、**注射による化学療法の実施及び実施に伴うその他必要な治療管理(副作用等に係る診療等を含む)**を行った場合に、**イについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月3回に限り、口については抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週1回に限り**算定する。
- <u>口に規定する点数</u>は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、<u>当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患</u>者に対し、診察(身体診察を含む)の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。
- 患者の心理状態に十分配慮された環境で、**抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等について文書により説明**を行う。

[施設基準]

- ・ <u>専任の医師又は看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者からの副作用等に係る問い合わせ・相談に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。</u> ・ 急変時等に当該患者が入院できる体制が確保されていること。
- 外来化学療法を実施するための治療室を有していること。 ・ 化学療法の経験を有する専任の医師、看護師、薬剤師が勤務していること。
- (外来腫瘍化学療法診療料1のみ) 化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する委員会を開催していること。

【算定のイメージ(抗悪性腫瘍剤3週毎投与の場合の一例)】



(3) 外来化学療法に係る栄養管理の充実

外来栄養食事指導料の要件の見直し

外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が患者の状態 に応じた質の高い指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

現行

【外来栄養食事指導料】 イ 外来栄養食事指導料1

「算定要件」 (新設)

「施設基準] (新設)



改定後

【外来栄養食事指導料】

「算定要件】

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機 関において、**外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者**に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機 関の専門的な知識を有する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限り、月1回に限り 260点を算定する。

「留意事項]

専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者 ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行っ た場合に算定する。

「施設基準]

- (1) 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、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の管理栄養士が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 医療関係団体等が実施する300時間以上の研修であること。
 - イ 悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修である こと。

算定の例

※:患者の状態に合わせた指導のために必要な時間・回数を個別に設定することでよい

栄養指導 (初回)

栄養指導 (2回目) 栄養指導 栄養指導 栄養指導 栄養指導 (1回目) (2回目) (3回目)(4回目)

栄養指導 (1回目)

4调

4调

4调



260点



260点

(4) 放射線治療病室管理加算の見直し

▶ 放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

現行

【放射線治療病室管理加算】 放射線治療病室管理加算(1日につき) 2,500点

[施設基準] (新設)



放射線治療病室の一例(京都大学附属病院)



出典:QST量子医科学研究所東達也先生提供資料

改定後

【放射線治療病室管理加算】

- (改) 放射線治療病室管理加算(1日につき)
- 1 治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点
- 2 密封小線源による治療の場合

2,200点

[施設基準]

- 1 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準
 - (1) 以下のいずれも満たしていること。
 - ア 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。 なお、**当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につきーミリシーベルト以** 下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等 の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。
 - イ 当該病室内又は病室付近に必要な<u>放射線測定器</u>(放射性同位元素による汚染の検査に係るもの)、器材(放射性同位元素による汚染の除去に係るもの)及び洗浄設備並びに更衣設備を設置している。こと。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。
 - ウ 当該病室が**放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示**していること。

2 密封小線源による治療の場合の施設基準

- (1) 以下のいずれも満たしていること。
 - ア 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。 なお、**当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につきーミリシーベルト以** <u>下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設ける</u>こと。ただし、当該病室の画壁等 の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。
 - イ 当該病室が<u>放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示している</u>こと。

(5) がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査の見直し

がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直し、 検査結果の解釈・説明等の評価としてがんゲノムプロファイリング評価提供料を新設する。

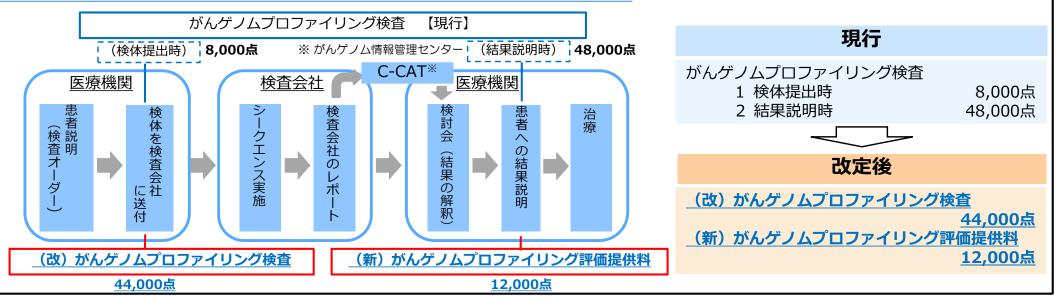
(新) がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点

「算定要件]

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、**区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得ら れた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による**検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合**に、患者1人につき1回に限り算定する。

「施設基準]

当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、<u>患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパ</u> **ネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明**していること。



無菌製剤処理料の対象施設の見直し

🕨 質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する🤧 🗸

(6) 小児の在宅がん医療総合診療料の評価(再掲)

在宅がん医療総合診療料 (1日につき)

- 1 機能強化型の在支診・在支病
 - イ 病床を有する場合
 - (1) 処方箋を交付する場合 1,800点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 2,000点
 - イ 病床を有しない場合
 - (1) 処方箋を交付する場合 1,650点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 1,850点
- 2 機能強化型以外の在支診・在支病
 - イ 処方箋を交付する場合 1,495点
 - ロ 処方箋を交付しない場合 1,685点



「算定要件」 (抜粋)

- **在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
- 計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間を単位として当該基準を全て 満たした日に算定する。
 - ア 当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であること。
 - イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。
 - ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。

「施設基準」 (抜粋)

- 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に 総合的な医療を提供できること。
- 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

※小児加算は15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)について算定。

11. 難病患者に対する適切な医療の評価

- (1) 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価
- (2) 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設
- (3) 生体移植時における適切な検査の実施
- (4) 知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し
- (5) 難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進

(1) 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

▶ 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、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する(53疾患)。

	エ 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 おいて検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易な もの (3,880点)	ライソゾーム病(ムコ多糖症 I 型、ム コ多糖症 I 型、ゴーシェ病、ファブリ 病及びポンペ病を含む。)、脆弱 X症 候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條 – 西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰 自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢 麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群(中略)、DΥΤ11ジストニア /MDS、DΥΤ12/RDP/AHC /CAPOS、パントテン酸キナーゼ 関連神経変性症/NBIA1、 <mark>根性点 状軟骨異形成症1型、家族性部分性脂</mark> <u>肪萎縮症</u>	ソトス症候群、CPT2欠損症(中略)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症 I 型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、X連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群(タイプ1、タイプ2、タイプ3)、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症 1 (ホモ接合体)、進行性家族性肝内胆汁うつ滞症
3 処理が極めて 複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群(中略)、血管型エーラスダンロス 症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾 患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、 ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダ ンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球 性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、 <u>ミトコンドリア病</u>

(2) 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

難病領域において、個別の疾患の診断・治療に関する知識等を有する医師が必ずしも十分には存在しないことを踏まえ、遺伝カウンセリング加算について、患者に対面診療を行う医師と当該疾患に関する十分な知識等を有する医師が連携し、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合も算定可能とする。

【検体検査判断料】 遺伝カウンセリング加算 1,000点

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査(区分番号 D O O 6 - 4 に掲げる遺伝学的検査及び区分番号 D O O 6 - 20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。)又は遺伝性腫瘍に関する検査(区分番号 D O O 6 - 19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。)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。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング(情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング(難病に関する検査に係るものに限る。)をいう。)を行う場合は、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行う場合に限り算定する。

[算定要件] (概要·一部抜粋)

- 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、**他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、**連携して診療を行うことについて、**あらか** <u>じめ患者に説明し同意を得る</u>こと。
- 当該他の保険医療機関の医師は、<u>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>こと。また、<u>個人の遺伝情報を適切</u> に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。
- <u>当該他の保険医療機関は本区分の「注6」遺伝カウンセリング加算の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であること。</u>

保険医療機関A

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関

保険医療機関B

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関

主治医

● ●症候群疑いと判断し、 検査を実施。



<u>遠隔連携</u> 遺伝カウンセリング



●重に候群の専門家

(3) 生体移植時における適切な検査の実施

算定要件の見直し

▶ HTLV-1陽性患者の生体移植後において、指定難病であるHTLV-1関連脊髄症の発症リスクが高い との報告を踏まえ、 HTLV - 1 核酸検出の要件及び生体移植時における臓器等提供者に係る感染症 検査の取扱いを見直す。

現行

【微生物核酸同定・定量検査】 [算定要件]

(18) HTLV-1核酸検出

「14」のHTLV-1核酸検出は、区分番号 「D012 | 感染症免疫学的検査の「50 | の HTLV-I抗体(ウエスタンブロット法及 びラインブロット法)によって判定保留と なった妊婦を対象として測定した場合にのみ 算定する。(中略)

【第10部 手術】

「算定要件】

<诵則>

- 20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓 器等提供者に係る感染症検査の取扱い
- (1) (略)
- (2) 臓器等提供者に係る感染症検査 ア臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs 抗原、HBc抗体半定量・定量、HCV抗体定 性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体 定性・定量、HTLV-Ι抗体、梅毒トレポ ネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定 量又はサイトメガロウイルス抗体(同一検査 で定性及び定量測定がある場合は、いずれか 1つの検査に限る。)の全部又は一部をいう。 イ〜エ (略)

改定後

【微生物核酸同定・定量検査】

[算定要件]

(18) HTLV-1核酸検出

「14 I のHTLV-1核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「50」のH TLV-I抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法)によって判定保留となった 妊婦、移植者(生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合 に限る。)又は臓器等提供者(生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分 小腸移植の場合に限る。)を対象として測定した場合にのみ算定する。(中略)

【第10部 手術】

[算定要件]

〈诵則〉

20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

(1) (略)

(2) 臓器等提供者に係る感染症検査

ア臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs抗原、HBc抗体半定量・定量、HCV抗体定 性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体定性・定量、HTLV-I抗体定性、HTLV - I 抗体半定量、H T L V - I 抗体、H T L V - I 抗体(ウエスタンブロット法及びライン ブロット法)、HTLV-1核酸検出、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗 体定量又はサイトメガロウイルス抗体の全部又は一部をいう(同一検査で定性及び定量測定 がある場合は、いずれか1つの検査に限り、HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定 量及びHTLV-I抗体については、このうちいずれか1つの検査に限る。)。ただし、H TLV-I抗体(ウエスタンブロット法及びラインブロット法)及びHTLV-1核酸検出 については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合で あって、HTLV-1感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。





(4) 知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

▶ 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化し、知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

現行

【遠隔連携診療料】

500点

[算定要件]

注1 略

(新設)



改定後

【遠隔連携診療料】

(改)1診断を目的する場合750点(改)2その他の場合500点

[算定要件]

注1 略

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準 を満たす保険医療機関において、<u>てんかん(知的障害</u> を有する者に係るものに限る。)の治療を行うことを <u>目的</u>として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

「施設基準]

- (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ (略)
 - てんかん(外傷性のてんかん及び知的障害を有する 者に係るものを含む。)の疑いがある患者

「施設基準]

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

口 てんかん(外傷性のてんかんを含む。)の疑いがある患者

(5) 難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進

▶ 地域の診療所等が、指定難病患者又はてんかん患者(当該疾病が疑われる患者を含む。)を専門の 医療機関に紹介し、紹介先の医療機関においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

(新) 連携強化診療情報提供料

150点

「算定要件」

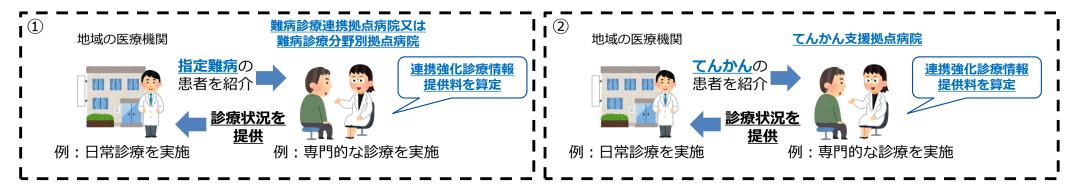
他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回に限り算定**する。

[対象患者]

• 他の保険医療機関から紹介された指定難病の患者又はてんかんの患者(当該疾病が疑われる患者を含む。)

[施設基準]

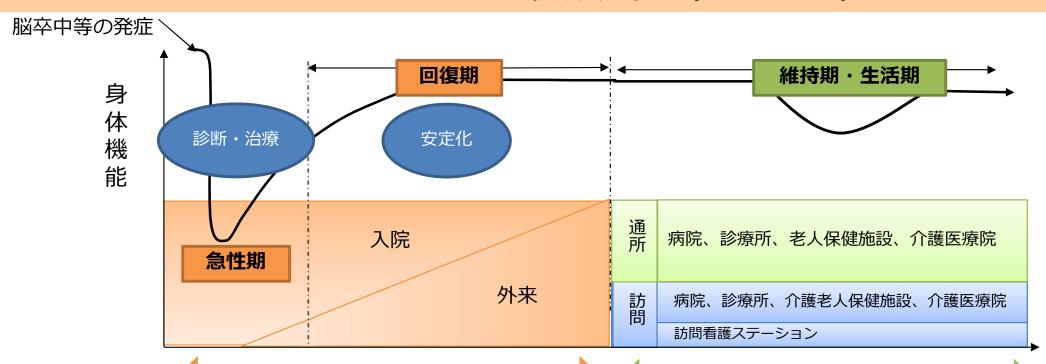
- 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。
 - ① 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院(指定難病の患者に係る場合に限る。)
 - ② **てんかん支援拠点病院**(てんかんの患者に係る場合に限る。)



12. リハビリテーション

- (1)疾患別リハビリテーション料の見直し
- (2) 運動器リハビリテーション料の見直し
- (3)リハビリテーションデータ提出加算の新設

リハビリテーションの役割分担(イメージ)



役割分担

主に医療保険

主に介護保険

	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	_	_	維持・向上
内容	<u>早期離床・早</u> <u>期リハ</u> による 廃用症候群の 予防	集中的リハによる機能回復・ADL向 上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成される <u>チームアプローチ</u> による生活機能の維持・向上、自 立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

疾患別リハビリテーション料の概要①

➤ H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2 廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患(抜粋)
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(I) 205点 心大血管疾患リハビリテーション料(II) 125点	1 単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大 血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40% 以下 等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 100点	1 単位 20分	180⊟	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキン ソン病、高次脳機能障害 等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料(I) 180点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) 146点 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) 77点	1 単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候 群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料(I) 185点 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 170点 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点	1 単位 20分	150日	上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料(I) 175点 呼吸器リハビリテーション料(II) 85点	1 単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性 閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上 の状態 等

疾患別リハビリテーション料の概要②

▶ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名		医師 ^{※1}	療法士全体	理学療法士 (PT ^{※2})	作業療法士 (OT ^{※2})	言語聴覚士 (ST ^{※2、※} ³)	専有面積 (内法による)	器械・ 器具具備		
心大血管疾患 リハビリテーション	(1)	循環器科又は心臓血管 外科の医師が実施時間 帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置 –		病院_30m²以上	要		
カバ に カコン 料	(Ⅱ)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を 含む) 1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上	JULIANO CHILE		診療所 20m ² 以上	×		
W. 4. 答:	(I)	専任常勤 2 名以上 ^{※ 4}	専従従事者 合計10名以上 ^{※4}	専従常勤PT 5 名以上 ^{※ 4}	専従常勤OT 3名以上 ^{※4}	(言語聴覚療法 を行う場合)	160m ² 以上 ^{※ 4} (言語聴覚療 法を行う場			
脳血管疾患等 リハビリテーション 料	(Ⅱ)	専任常勤 1 名以上	専従従事者 合計 4 名以上 ^{※ 4}	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1 名以上	専従常勤ST 1名以上 ^{※ 4}	病院 100m ² 以上 : 合) 診療所 45m ² 以上 : 専用室(8 m ²	要		
77	(Ⅲ)	専任常勤 1 名以上	專?	 従の常勤PT、常勤OT又は常勤	対上 1室以					
廃用症候群 リハビリテーション 料	(I) ~ (Ⅲ)			脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
	(I)		専従常勢	勤PT又は専従常勤OT合わせて	2					
運動器 リハビリテーション 料	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT 2 名又(は専従常勤OT2名以上あるい 従常勤OT合わせて2名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要				
	(Ⅲ)			 従常勤PT又は専従常勤OT 1 名	45m ² 以上					
				病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要					
料	(Ⅱ)	専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST 1 名以上				45m ² 以上				

^{※1} 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

^{※2} 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

^{※3} 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

^{※4} 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

[○] 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

[○] 医師: 専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

(1)疾患別リハビリテーション料の見直し

(質の高いリハビリテーションの推進)

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

➤ 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法(FIM)を測定していることを要件化する。

改定後

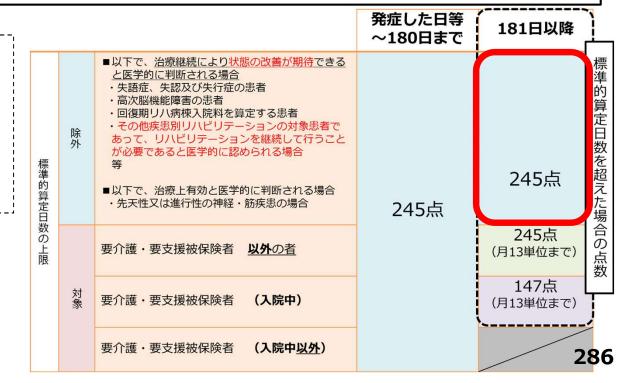
【リハビリテーション】

[算定要件] (概要)

- 1か月に1回以上、FIM(機能的自立度評価法)の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断する
- リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族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
- 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の様式に基づき、1年間に当該疾患別リハ ビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする (ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。)

★疾患別リハビリテーション料の点数について (イメージ) (脳血管リハビリテーション料 (I) の場合)

赤枠の部分(標準的算定日数を超えた場合であって、医学的にリハビリテーションを継続して行うことが必要であると認められた場合)について、月に1回以上機能的自立度評価法(FIM)を測定していることを要件化する。



(1)疾患別リハビリテーション料の見直し

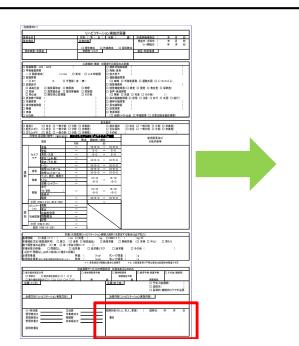
(質の高いリハビリテーションの推進)

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

▶ 医学的な理由により頻回のリハビリテーション計画書等の作成が必要な場合において、質の高いリハビリテーションを推進しつつ事務手続の簡素化を図る観点から、疾患別リハビリテーション料におけるリハビリテーション実施計画書に係る要件を以下のとおり見直す。

【リハビリテーション】 「算定要件」 (概要)

• リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。)を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。



- 計画書に、<u>署名欄が設けられており、患者又はその家族から、署名又は記名・押印が必要</u>である。
- <u>やむを得ない理由がある場合に限り、</u>計画書の内容等を説明した 上で、<u>説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得</u> <u>た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名</u> <u>を求めなくても差し支えない</u>こととする。

説明を受けた人:本人、家族()	説明日:	年	月	日
署名					

(2) 運動器リハビリテーション料の見直し

運動器リハビリテーション料の算定要件の見直し



▶ 運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確 化する。

現行

【運動器リハビリテーション料】 「算定要件]

(2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特 掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であっ て、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別 に運動器リハビリテーションが必要であると認めるもの である。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(1肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機 能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関 節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関 節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。



改定後

【運動器リハビリテーション料】 [算定要件]

(2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特 掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であっ て、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別 に運動器リハビリテーションが必要であると認めるもの である。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷)、脊椎損傷による四肢麻痺(1肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症、糖尿病足病変等のものをいう。



(3) リハビリテーションデータ提出加算の新設

(外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設(再掲))

外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する 観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、 保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚 生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算

50点(月1回)

「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、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

「施設基準]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算

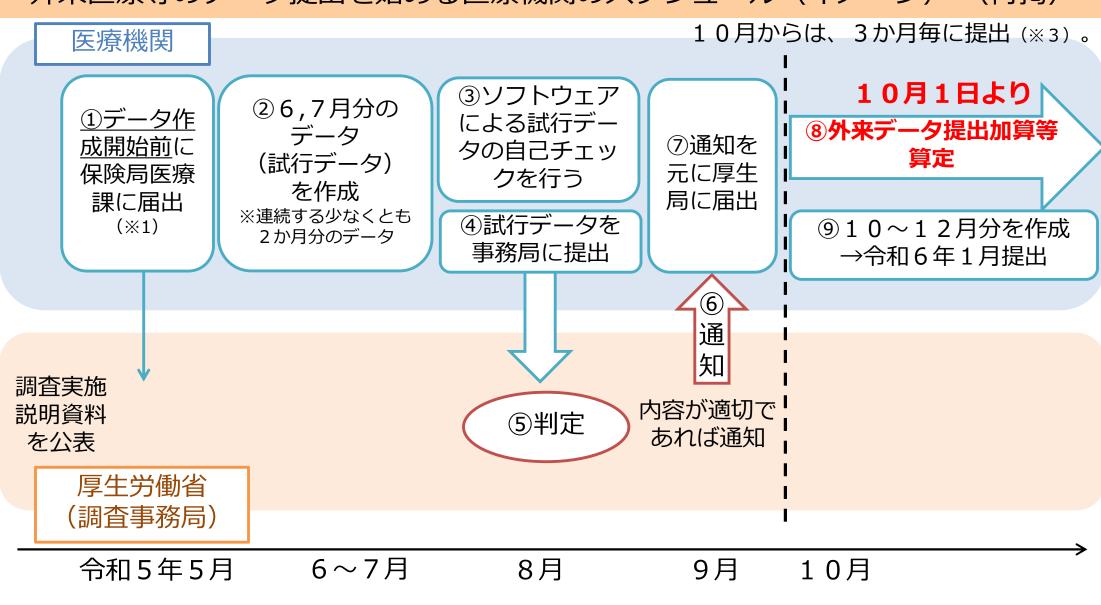
50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点(月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール(イメージ)(再掲)



- ※1 5/20までに厚生局を 経由して届出(施設の状況 により若干時期が異なる)
- ※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施(必須)。
- ※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省(調査事務局)にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。 290