

中央社会保険医療協議会 総会（第 515 回） 議事次第

令和4年2月2日(水) 10:30～

於 オンライン開催

議 題

- 医薬品の新規薬価収載について
- パブリックコメント、公聴会の報告について
- 個別改定項目（その3）について
- 答申書の附帯意見案について（その2）

新医薬品一覧表(令和4年4月1日収載予定)

中医協 総 - 1 - 1
4 . 2 . 2

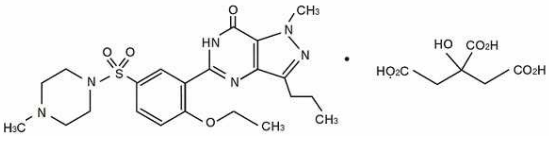
No.	銘柄名	規格単位	会社名	成分名	承認区分	算定薬価	算定方式	補正加算等	薬効分類	ページ
1	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム25mg バイアグラODフィルム50mg	25mg1錠 50mg1錠 25mg1枚 50mg1枚	ヴィアトリス製薬(株)	シルденаフィルクエン酸塩	新有効成分含有医薬品	959.60円 1,380.00円 991.60円 1,424.10円	原価計算方式	有用性加算()A=5%	内259 その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬(勃起不全(満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者))	2
2	シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	5mg1錠 10mg1錠 20mg1錠	日本新薬(株)	タダラフィル	新有効成分含有医薬品	1,343.80円 1,454.60円 1,529.90円	原価計算方式	有用性加算()A=5%	内259 その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬(勃起不全(満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者))	4
3	レコベル皮下注12µgペン レコベル皮下注36µgペン レコベル皮下注72µgペン	12µg0.36mL1筒 36µg1.08mL1筒 72µg2.16mL1筒	フェリング・ファーマ(株)	ホリトロピン デルタ(遺伝子組換え)	新有効成分含有医薬品	15,103円 36,394円 63,390円	類似薬効比較方式()	-	注241 脳下垂体ホルモン剤(生殖補助医療における調節卵巣刺激)	6
4	ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ	0.25mg0.5mL1筒	オルガノン(株)	ガニレリクス酢酸塩	新有効成分含有医薬品	9,085円	類似薬効比較方式()	有用性加算()A=5% 新薬創出等加算	注249 その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。)(調節卵巣刺激下における早発排卵の防止)	8
5	セトロタイド注射用0.25mg	0.25mg1瓶	日本化薬(株)	セトロレリクス酢酸塩	新有効成分含有医薬品	9,241円	類似薬効比較方式()	有用性加算()A=5% 新薬創出等加算	注249 その他のホルモン剤(抗ホルモン剤を含む。)(調節卵巣刺激下における早発排卵の防止)	10
6	ルテウム膈用坐剤400mg	400mg1個	あすか製薬(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	553.10円	類似薬効比較方式()	有用性加算()A=5% 新薬創出等加算	外247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤(生殖補助医療における黄体補充)	12
7	ウトロゲスタン膈用カプセル200mg	200mg1カプセル	富士製薬工業(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	368.80円	類似薬効比較方式()	有用性加算()A=5% 新薬創出等加算	外247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤(生殖補助医療における黄体補充)	14
8	ルティナス膈錠100mg	100mg1錠	フェリング・ファーマ(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	368.80円	類似薬効比較方式()	有用性加算()A=5% 新薬創出等加算	外247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤(生殖補助医療における黄体補充)	16
9	ワンクリノン膈用ゲル90mg	90mg1アプリーケータ	メルクバイオファーマ(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	1,106.40円	類似薬効比較方式()	有用性加算()A=5% 新薬創出等加算	外247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤(生殖補助医療における黄体補充)	18

	品目数	成分数
内用薬	7	2
注射薬	5	3
外用薬	4	1
計	16	6

新医薬品の薬価算定について

整理番号	22-04-内-1																			
薬効分類	259 その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬（内用薬）																			
成分名	シルデナフィルクエン酸塩																			
新薬収載希望者	ヴィアトリス製薬（株）																			
販売名 （規格単位）	バイアグラ錠25mg（25mg1錠） バイアグラ錠50mg（50mg1錠） バイアグラODフィルム25mg（25mg1枚） バイアグラODフィルム50mg（50mg1枚）																			
効能・効果	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者） 保険適用の対象として想定されるのは、勃起不全による男性不妊のみ																			
主な用法・用量	通常、成人には1日1回シルデナフィルとして25mg～50mgを性行為の約1時間前に経口投与する。																			
算 定	算定方式	原価計算方式																		
	原 価 計 算	規格	25mg1錠	50mg1錠	25mg1枚	50mg1枚														
		製品総原価	649.39円	933.93円	671.04円	963.71円														
		営業利益	119.12円 <small>（流通経費を除く価格の15.5%）</small>	171.31円 <small>（流通経費を除く価格の15.5%）</small>	123.09円 <small>（流通経費を除く価格の15.5%）</small>	176.78円 <small>（流通経費を除く価格の15.5%）</small>														
		流通経費	62.31円 <small>（消費税を除く価格の7.5%）</small>	89.61円 <small>（消費税を除く価格の7.5%）</small>	64.39円 <small>（消費税を除く価格の7.5%）</small>	92.47円 <small>（消費税を除く価格の7.5%）</small>														
		消費税	83.08円	119.49円	85.85円	123.30円														
	<small>出典：「医薬品産業実態調査報告書」（厚生労働省医政局経済課）</small>																			
	補正加算	有用性加算（ ）(A=5%) 加算係数 1.0 <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">（加算前）</td> <td style="text-align: center;">（加算後）</td> </tr> <tr> <td>25mg1錠</td> <td style="text-align: right;">913.90円</td> <td style="text-align: right;">959.60円</td> </tr> <tr> <td>50mg1錠</td> <td style="text-align: right;">1,314.30円</td> <td style="text-align: right;">1,380.00円</td> </tr> <tr> <td>25mg1枚</td> <td style="text-align: right;">944.40円</td> <td style="text-align: right;">991.60円</td> </tr> <tr> <td>50mg1枚</td> <td style="text-align: right;">1,356.30円</td> <td style="text-align: right;">1,424.10円</td> </tr> </table>					（加算前）	（加算後）	25mg1錠	913.90円	959.60円	50mg1錠	1,314.30円	1,380.00円	25mg1枚	944.40円	991.60円	50mg1枚	1,356.30円	1,424.10円
		（加算前）	（加算後）																	
	25mg1錠	913.90円	959.60円																	
50mg1錠	1,314.30円	1,380.00円																		
25mg1枚	944.40円	991.60円																		
50mg1枚	1,356.30円	1,424.10円																		
外国平均価格調整	なし																			
算定薬価	25mg1錠 959.60円 50mg1錠 1,380.00円 25mg1枚 991.60円 50mg1枚 1,424.10円																			
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測																		
なし 本邦では勃起障害を伴う男性不妊症での使用に限定して薬価収載される予定であり、海外と使用実態が異なることから、外国平均価格調整の対象外とした （参考） 25mg1錠 英国 4.1ポンド 598.6円 独国 12.5ユーロ 1,600.0円 外国平均価格 1,099.3円 50mg1錠 英国 5.3ポンド 773.8円 独国 12.7ユーロ 1,625.6円 外国平均価格 1,199.7円		予測年度	予測本剤投与患者数	予測販売金額																
		（ピーク時） 10年度 1.1千人 0.2億円																		
		最初に承認された国（年月）： ブラジル（1998年2年） （注1）為替レートは令和2年11月～令和3年10月の平均																		
製造販売承認日	平成11年1月25日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日																	

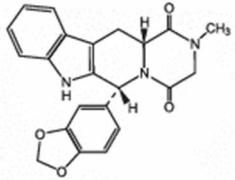
薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	原価計算方式	第一回算定組織	令和3年11月30日
原価計算方式を採用する妥当性		新 薬	類似薬がない根拠
	成分名	シルденаフィルクエン酸塩	本剤と同様の効能・効果を有する既収載品はないことから、新薬算定最類似薬はないと判断した。
	イ．効能・効果	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者）	
	ロ．薬理作用	P D E 5 阻害作用	
	ハ．組成及び化学構造		
	ニ．投与形態 剤形 用法	内用 錠剤 1日1回	
補正加算	画期性加算 (70~120%)	該当しない	
	有用性加算() (35~60%)	該当しない	
	有用性加算() (5~30%)	該当する (A = 5%) [ハ．治療方法の改善(標準的治療法) : -b=1p] ----- 日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、本剤を含む「P D E 5 阻害薬」について「勃起障害を伴う男性不妊症に対して有効である」として推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算() (A = 5%) を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算() (10~20%)	該当しない	
	市場性加算() (5%)	該当しない	
	小 児 加 算 (5~20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10~20%)	該当しない	
	新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当しない	
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

新医薬品の薬価算定について

整理番号	22-04-内-2														
薬効分類	259 その他の泌尿生殖器官及び肛門用薬（内用薬）														
成分名	タダラフィル														
新薬収載希望者	日本新薬（株）														
販売名 （規格単位）	シアリス錠5mg（5mg1錠） シアリス錠10mg（10mg1錠） シアリス錠20mg（20mg1錠）														
効能・効果	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者） 保険適用の対象として想定されるのは、勃起不全による男性不妊のみ														
主な用法・用量	通常、成人には1日1回タダラフィルとして10mgを性行為の約1時間前に経口投与する。十分な効果が得られず、忍容性が良好と判断された器質性又は混合型勃起不全患者に対しては、20mgに増量することができる。														
算 定	算定方式	原価計算方式													
	原 価 計 算	規格	5mg1錠	10mg1錠	20mg1錠										
		製品総原価	945.40円	1,023.40円	1,076.40円										
		営業利益	173.40円 <small>（流通経費を除く価格の15.5%）</small>	187.70円 <small>（流通経費を除く価格の15.5%）</small>	197.40円 <small>（流通経費を除く価格の15.5%）</small>										
		流通経費	90.70円 <small>（消費税を除く価格の7.5%）</small>	98.20円 <small>（消費税を除く価格の7.5%）</small>	103.30円 <small>（消費税を除く価格の7.5%）</small>										
		消費税	121.00円	130.90円	137.70円										
	<small>出典：「医薬品産業実態調査報告書」（厚生労働省医政局経済課）</small>														
補正加算	有用性加算（ ）(A=5%) 加算係数 0.2 <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">（加算前）</td> <td style="text-align: center;">（加算後）</td> </tr> <tr> <td>5mg1錠</td> <td style="text-align: right;">1,330.50円</td> <td style="text-align: right;">1,343.80円</td> </tr> <tr> <td>10mg1錠</td> <td style="text-align: right;">1,440.20円</td> <td style="text-align: right;">1,454.60円</td> </tr> <tr> <td>20mg1錠</td> <td style="text-align: right;">1,514.80円</td> <td style="text-align: right;">1,529.90円</td> </tr> </table>				（加算前）	（加算後）	5mg1錠	1,330.50円	1,343.80円	10mg1錠	1,440.20円	1,454.60円	20mg1錠	1,514.80円	1,529.90円
	（加算前）	（加算後）													
5mg1錠	1,330.50円	1,343.80円													
10mg1錠	1,440.20円	1,454.60円													
20mg1錠	1,514.80円	1,529.90円													
外国平均価格調整	なし														
算定薬価	5mg1錠	1,343.80円													
	10mg1錠	1,454.60円													
	20mg1錠	1,529.90円													
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測													
なし 本邦では勃起障害を伴う男性不妊症での使用に限定して薬価収載される予定であり、海外と使用実態が異なることから、外国平均価格調整の対象外とした （参考） 5mg1錠 米国(NADAC) (11.4ドル) 1,219.20円 英国 2.0ポンド 286.70円 独国 4.6ユーロ 585.60円 外国平均価格 436.20円 10mg1錠 英国 7.2ポンド 1,054.10円 独国 (22.0ユーロ) 2,817.60円 外国平均価格 1,054.10円		予測年度	予測本剤投与患者数	予測販売金額											
		（ピーク時）													
		初年度	1.3千人	0.3億円											
		20mg1錠 英国 7.2ポンド 1,054.10円 独国 (22.0ユーロ) 2,817.60円 外国平均価格 1,054.10円													
		最初に承認された国（年月）： 豪州（2002年10月） （注1）為替レートは令和2年11月～令和3年10月の平均 （注2）外国の価格に大きな開きがあるので、調整した外国平均価格を用いている（は最低価格の2.5倍を上回るため対象から除いた）													
製造販売承認日	平成19年7月31日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日												

薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	原価計算方式	第一回算定組織	令和3年11月30日
原価計算方式を採用する妥当性		新 薬	類似薬がない根拠
	成分名	タダラフィル	本剤と同様の効能・効果を有する既収載品はないことから、新薬算定最類似薬はないと判断した。
	イ．効能・効果	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者）	
	ロ．薬理作用	PDE5阻害作用	
	ハ．組成及び化学構造		
ニ．投与形態 剤形 用法	内用 錠剤 1日1回		
補正加算	画期性加算 (70~120%)	該当しない	
	有用性加算() (35~60%)	該当しない	
	有用性加算() (5~30%)	該当する (A = 5%) [ハ．治療方法の改善(標準的治療法)]: -b=1p <hr/> 日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、本剤を含む「PDE5阻害薬」について「勃起障害を伴う男性不妊症に対して有効である」として推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算() (A = 5%)を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算() (10~20%)	該当しない	
	市場性加算() (5%)	該当しない	
	小児加算 (5~20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10~20%)	該当しない	
	新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当しない	
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

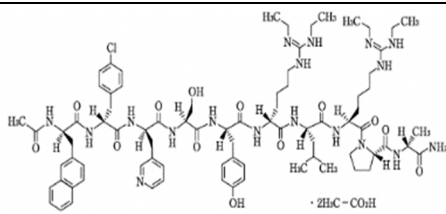
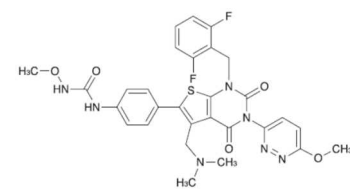
新医薬品の薬価算定について

整理番号	22-04-注-1																		
薬効分類	241 脳下垂体ホルモン剤（注射薬）																		
成分名	ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）																		
新薬収載希望者	フェリング・ファーマ（株）																		
販売名 （規格単位）	レコベル皮下注12μgペン（12μg0.36mL1筒） レコベル皮下注36μgペン（36μg1.08mL1筒） レコベル皮下注72μgペン（72μg2.16mL1筒）																		
効能・効果	生殖補助医療における調節卵巣刺激																		
主な用法・用量	通常、ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）として、投与開始前の血清抗ミュラー管ホルモン（AMH）値及び体重に基づき、下表に従い算出した投与量を、月経周期2日目又は3日目から1日1回皮下投与し、卵胞が十分に発育するまで継続する。なお、下表に従い算出した投与量が6μgを下回る場合は6μgを、12μgを上回る場合は12μgを、1日あたりの投与量とする。																		
	血清 AMH 値 (pmol/L)	<15	15~16	17	18	19~20	21~22	23~24	25~27	28~32	33~39	40							
	1日あたりの投与量	μg	0.19	0.18	0.17	0.16	0.15	0.14	0.13	0.12	0.11	0.10							
算定	算定方式	類似薬効比較方式（ ）																	
	比較薬	成分名：ホリトロピン アルファ（遺伝子組換え） 会社名：メルクバイオフファーマ（株）																	
		販売名（規格単位）	薬価（1日薬価）																
	規格間比	ゴナールエフ皮下注ペン900と同450の規格間比：0.80056																	
	補正加算	なし																	
外国平均価格調整	なし																		
算定薬価	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">12μg0.36mL1筒</td> <td style="width: 50%;">15,103円</td> </tr> <tr> <td>36μg1.08mL1筒</td> <td>36,394円</td> </tr> <tr> <td>72μg2.16mL1筒</td> <td>63,390円（1日薬価：10,565円）</td> </tr> </table> <p>現行薬価をもとに算定した薬価。薬価収載時には、令和4年度改定を受けた比較薬の薬価を用いて算定される。</p>			12μg0.36mL1筒	15,103円	36μg1.08mL1筒	36,394円	72μg2.16mL1筒	63,390円（1日薬価：10,565円）										
12μg0.36mL1筒	15,103円																		
36μg1.08mL1筒	36,394円																		
72μg2.16mL1筒	63,390円（1日薬価：10,565円）																		
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">12μg0.36mL1筒</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>英国 118.31ポンド</td> <td>17,155円</td> </tr> <tr> <td>独国 143.16ユーロ</td> <td>18,324円</td> </tr> <tr> <td>外国平均価格</td> <td>17,740円</td> </tr> </table>		12μg0.36mL1筒		英国 118.31ポンド	17,155円	独国 143.16ユーロ	18,324円	外国平均価格	17,740円	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">予測年度 (ピーク時)</td> <td style="width: 25%;">予測本剤投与患者数</td> <td style="width: 25%;">予測販売金額</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>6年度</td> <td>2.4万人</td> <td>31億円</td> <td></td> </tr> </table>		予測年度 (ピーク時)	予測本剤投与患者数	予測販売金額		6年度	2.4万人	31億円	
12μg0.36mL1筒																			
英国 118.31ポンド	17,155円																		
独国 143.16ユーロ	18,324円																		
外国平均価格	17,740円																		
予測年度 (ピーク時)	予測本剤投与患者数	予測販売金額																	
6年度	2.4万人	31億円																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">36μg1.08mL1筒</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>英国 354.94ポンド</td> <td>51,466円</td> </tr> <tr> <td>独国 407.41ユーロ</td> <td>52,148円</td> </tr> <tr> <td>外国平均価格</td> <td>51,807円</td> </tr> </table> <p>(注1) 為替レートは令和2年10月~令和3年9月の平均</p>		36μg1.08mL1筒		英国 354.94ポンド	51,466円	独国 407.41ユーロ	52,148円	外国平均価格	51,807円	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">72μg2.16mL1筒</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>英国 709.89ポンド</td> <td>102,934円</td> </tr> <tr> <td>独国 803.76ユーロ</td> <td>102,881円</td> </tr> <tr> <td>外国平均価格</td> <td>102,908円</td> </tr> </table>		72μg2.16mL1筒		英国 709.89ポンド	102,934円	独国 803.76ユーロ	102,881円	外国平均価格	102,908円
36μg1.08mL1筒																			
英国 354.94ポンド	51,466円																		
独国 407.41ユーロ	52,148円																		
外国平均価格	51,807円																		
72μg2.16mL1筒																			
英国 709.89ポンド	102,934円																		
独国 803.76ユーロ	102,881円																		
外国平均価格	102,908円																		
		最初に承認された国（年月）： 欧州（2016年12月）																	
製造販売承認日	令和3年3月23日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日																

薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	類似薬効比較方式()	第一回算定組織	令和3年11月2日
最類似薬選定の妥当性		新 薬	最類似薬
	成分名	ホリトロピン デルタ(遺伝子組換え)	ホリトロピン アルファ(遺伝子組換え)
	イ. 効能・効果	生殖補助医療における調節卵巣刺激	<ul style="list-style-type: none"> 生殖補助医療における調節卵巣刺激 視床下部 - 下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発 低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症における精子形成の誘導
	ロ. 薬理作用	卵巣刺激ホルモン作用	左に同じ
	ハ. 組成及び化学構造	分子量約34,000の糖タンパク質	分子量約31,000の糖タンパク質
	ニ. 投与形態 剤形 用法	注射 注射剤(キット製品) 1日1回	左に同じ 左に同じ 左に同じ
	補正加算	画期性加算 (70~120%)	該当しない
有用性加算() (35~60%)		該当しない	
有用性加算() (5~30%)		該当しない	
市場性加算() (10~20%)		該当しない	
市場性加算() (5%)		該当しない	
小児加算 (5~20%)		該当しない	
先駆け審査指定制度加算 (10~20%)		該当しない	
新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当しない		
費用対効果評価への 該当性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

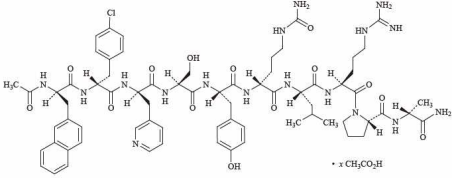
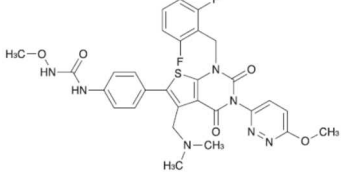
薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	類似薬効比較方式 ()	第一回算定組織	令和3年11月2日
最類似薬選定の妥当性		新 薬	最類似薬
	成分名	ガニレリクス酢酸塩	レルゴリクス
	イ. 効能・効果	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止	・子宮筋腫に基づく下記諸症状の改善 過多月経、下腹痛、腰痛、貧血 ・子宮内膜症に基づく疼痛の改善(令和3年12月24日効能等追加承認)
	ロ. 薬理作用	G n R H受容体拮抗作用	左に同じ
	ハ. 組成及び化学構造		
ニ. 投与形態 剤形 用法	注射 注射剤(キット製品) 1日1回	内用 錠剤 1日1回	
補正加算	画期性加算 (70~120%)	該当しない	
	有用性加算() (35~60%)	該当しない	
	有用性加算() (5~30%)	該当する(A=5%) [ハ. 治療方法の改善(標準的治療法): -b = 1p] <hr/> 本剤は日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、本剤を含むG n R Hアンタゴニストを用いて調節卵巣刺激を行うことが推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算() (A=5%)を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算() (10~20%)	該当しない	
	市場性加算() (5%)	該当しない	
	小児加算 (5~20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10~20%)	該当しない	
新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する(主な理由: 加算適用)		
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

新医薬品の薬価算定について

整理番号	22-04-注-3			
薬効分類	249 その他のホルモン剤（抗ホルモン剤を含む。）（注射薬）			
成分名	セトロレリクス酢酸塩			
新薬収載希望者	日本化薬（株）			
販売名 （規格単位）	セトロタイド注射用0.25mg（0.25mg1瓶）			
効能・効果	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止			
主な用法・用量	卵巣刺激開始6日目から排卵誘発日まで、セトロレリクスとして0.25mgを1日1回腹部皮下に連日投与する。			
算定	算定方式	類似薬効比較方式（ ）		
	比較薬	成分名：レルゴリクス 会社名：あすか製薬（株）		
		販売名（規格単位） レルミナ錠40mg （40mg1錠）	薬価（1日薬価） 911.50円 （911.50円）	
	剤形間比	類似薬に適切な剤型間比がない：1		
	補正加算	有用性加算（ ）（A = 5%）	（加算前）	（加算後）
	0.25mg1瓶	8,801円	9,241円	
外国平均価格調整	なし			
算定薬価	0.25mg1瓶 9,241円（1日薬価：957円） 現行薬価をもとに算定した薬価。薬価収載時には、令和4年度改定を受けた比較薬の薬価を用いて算定される。			
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測		
なし 英国、独国、仏国においては不妊治療の医療保険での扱いが異なることから、外国平均価格調整の対象外とした。 （参考） 0.25mg1瓶 英国 27.13ポンド 3,934円 独国 54.74ユーロ 7,007円 仏国 42.93ユーロ 5,495円 外国平均価格 5,479円 最初に承認された国（年月）： 欧州（1999年4月） （注1）為替レートは令和2年10月～令和3年9月の平均		予測年度 （ピーク時） 初年度	予測本剤投与患者数 2.1万人	予測販売金額 9.2億円
製造販売承認日	平成18年4月20日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日	

薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	類似薬効比較方式 ()	第一回算定組織	令和3年11月2日
最類似薬選定の妥当性		新 薬	最類似薬
	成分名	セトロレリクス酢酸塩	レルゴリクス
	イ. 効能・効果	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止	・子宮筋腫に基づく下記諸症状の改善 過多月経、下腹痛、腰痛、貧血 ・子宮内膜症に基づく疼痛の改善(令和3年12月24日効能等追加承認)
	ロ. 薬理作用	G n R H受容体拮抗作用	左に同じ
	ハ. 組成及び化学構造		
	ニ. 投与形態 剤形 用法	注射 注射剤 1日1回	内用 錠剤 1日1回
補正加算	画期性加算 (70~120%)	該当しない	
	有用性加算 () (35~60%)	該当しない	
	有用性加算 () (5~30%)	該当する (A = 5%) [ハ. 治療方法の改善 (標準的治療法) : -b = 1p] <hr/> 本剤は日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、本剤を含むG n R Hアンタゴニストを用いて調節卵巣刺激を行うことが推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算 () (A = 5%) を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算 () (10~20%)	該当しない	
	市場性加算 () (5%)	該当しない	
	小児加算 (5~20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10~20%)	該当しない	
	新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する (主な理由: 加算適用)	
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

新医薬品の薬価算定について

整理番号	22-04-外-1							
薬効分類	247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤(外用薬)							
成分名	プロゲステロン							
新薬収載希望者	あすか製薬(株)							
販売名 (規格単位)	ルテウム腔用坐剤400mg(400mg1個)							
効能・効果	生殖補助医療における黄体補充							
主な用法・用量	プロゲステロンとして1回400mgを1日2回、採卵日(又はホルモン補充周期下での凍結胚移植ではエストロゲン投与により子宮内膜が十分な厚さになった時点)から最長10週間(又は妊娠12週まで)腔内に投与する。							
算 定	算定方式	類似薬効比較方式()						
	比 較 薬	成分名:プロゲステロン 会社名:持田製薬(株)						
		販売名(規格単位) プロゲホルモン筋注用25mg (25mg1管)	薬価(1日薬価) 147円 (294円)					
	剤形間比	ソルコセリル注2mLとソルコセリル腔坐薬の剤形間比:3.5840						
	補正加算	有用性加算()(A=5%) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">(加算前)</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">(加算後)</td> </tr> <tr> <td>400mg1個</td> <td style="text-align: center;">526.80円</td> <td style="text-align: center;">553.10円</td> </tr> </table>			(加算前)	(加算後)	400mg1個	526.80円
	(加算前)	(加算後)						
400mg1個	526.80円	553.10円						
外国平均 価格調整	なし							
算定薬価	400mg1個 553.10円(1日薬価:1,106.20円) 現行薬価をもとに算定した薬価。薬価収載時には、令和4年度改定を受けた比較薬の薬価を用いて算定される。							
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測						
なし 独国においては不妊治療の医療保険での扱いが異なることから、外国平均価格調整の対象外とした。 (参考) 400mg1個 独国 1.66 1-0 213.10円 外国平均価格 213.10円		予測年度 (ピーク時) 10年度	予測本剤投与患者数 2.4万人	予測販売金額 15億円				
		最初に承認された国(年月): 英国(1977年2月) (注1)為替レートは令和2年10月~令和3年9月の平均						
製造販売承認日	平成28年3月28日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日					

薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	類似薬効比較方式()	第一回算定組織	令和3年11月2日
最類似薬選定の妥当性		新 薬	最類似薬
	成分名	プロゲステロン	左に同じ
	イ. 効能・効果	生殖補助医療における黄体補充	無月経、月経困難症、機能性子宮出血、黄体機能不全による不妊症、切迫流早産、習慣性流早産
	ロ. 薬理作用	黄体ホルモン作用	左に同じ
	ハ. 組成及び化学構造		左に同じ
	ニ. 投与形態 剤形 用法	外用 腔剤 1日2回	注射 注射剤 1日1~2回
補正加算	画期性加算 (70~120%)	該当しない	
	有用性加算() (35~60%)	該当しない	
	有用性加算() (5~30%)	該当する(A=5%) [ハ. 治療方法の改善(標準的治療法): -b=1p] ----- 本剤は日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、プロゲステロン製剤を用いた黄体補充が不妊治療に有効であり、経腔剤の投与が推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算()(A=5%)を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算() (10~20%)	該当しない	
	市場性加算() (5%)	該当しない	
	小児加算 (5~20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10~20%)	該当しない	
新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する(主な理由: 加算適用)		
費用対効果評価への 該当性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

新医薬品の薬価算定について

整理番号	22 - 04 - 外 - 2							
薬効分類	247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤（外用薬）							
成分名	プロゲステロン							
新薬収載希望者	富士製薬工業（株）							
販売名 （規格単位）	ウトロゲスタン腔用カプセル200mg（200mg 1カプセル）							
効能・効果	生殖補助医療における黄体補充							
主な用法・用量	プロゲステロンとして 1回200mgを1日3回、胚移植2～7日前より経腔投与する。妊娠が確認できた場合は、胚移植後9週（妊娠11週）まで投与を継続する。							
算 定	算定方式	類似薬効比較方式（ ）						
	比較薬	成分名：プロゲステロン 会社名：持田製薬（株）						
		販売名（規格単位） プロゲホルモン筋注用25mg （25mg 1管）	薬価（1日薬価） 147円 （294円）					
	剤形間比	ソルコセリル注2mLとソルコセリル腔坐薬の剤形間比：3.5840						
	補正加算	有用性加算（ ）（A = 5%） <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">（加算前）</td> <td style="text-align: center;">（加算後）</td> </tr> <tr> <td>200mg 1カプセル</td> <td style="text-align: center;">351.20円</td> <td style="text-align: center;">368.80円</td> </tr> </table>			（加算前）	（加算後）	200mg 1カプセル	351.20円
	（加算前）	（加算後）						
200mg 1カプセル	351.20円	368.80円						
外国平均 価格調整	なし							
算定薬価	200mg 1カプセル 368.80円（1日薬価：1,106.40円） 現行薬価をもとに算定した薬価。薬価収載時には、令和4年度改定を受けた比較薬の薬価を用いて算定される。							
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測						
なし 英国、独国、仏国においては不妊治療の医療保険での扱いが異なることから、外国平均価格調整の対象外とした。 （参考） 200mg 1カプセル 英国 1.00ポンド 145.00円 独国 (1.40ユーロ 179.20円) 仏国 0.43ユーロ 55.00円 外国平均価格 100.00円 最初に承認された国（年月）： フランス（1999年4月） （注1）為替レートは令和2年10月～令和3年9月の平均 （注2）外国の価格に大きな開きがあるので、調整した外国平均価格を用いている（は最低価格の2.5倍を上回るため対象から除いた）		予測年度 （ピーク時） 10年度	予測本剤投与患者数 1.8万人	予測販売金額 11億円				
製造販売承認日	平成28年1月22日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日					

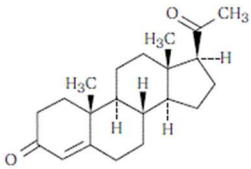
薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	類似薬効比較方式 ()	第一回算定組織	令和3年11月2日
最類似薬選定の妥当性		新 薬	最類似薬
	成分名	プロゲステロン	左に同じ
	イ．効能・効果	生殖補助医療における黄体補充	無月経、月経困難症、機能性子宮出血、黄体機能不全による不妊症、切迫流早産、習慣性流早産
	ロ．薬理作用	黄体ホルモン作用	左に同じ
	ハ．組成及び化学構造		左に同じ
	ニ．投与形態 剤形 用法	外用 腔剤 1日3回	注射 注射剤 1日1～2回
補正加算	画期性加算 (70～120%)	該当しない	
	有用性加算 () (35～60%)	該当しない	
	有用性加算 () (5～30%)	該当する (A = 5%) [ハ．治療方法の改善 (標準的治療法) : -b = 1p] ----- 本剤は日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、プロゲステロン製剤を用いた黄体補充が不妊治療に有効であり、経腔剤の投与が推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算 () (A = 5%) を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算 () (10～20%)	該当しない	
	市場性加算 () (5%)	該当しない	
	小児加算 (5～20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10～20%)	該当しない	
新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する (主な理由: 厚生労働省が開発を公募)		
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

新医薬品の薬価算定について

整理番号	22-04-外-3																		
薬効分類	247 卵巣ホルモン及び黄体ホルモン剤（外用薬）																		
成分名	プロゲステロン																		
新薬収載希望者	フェリング・ファーマ（株）																		
販売名 （規格単位）	ルティナス膣錠100mg（100mg1錠）																		
効能・効果	生殖補助医療における黄体補充																		
主な用法・用量	プロゲステロンとして1回100mgを1日2回又は3回、採卵日（又はホルモン補充周期下での凍結胚移植ではエストロゲン投与により子宮内膜が十分な厚さになった時点）から最長10週間（又は妊娠12週まで）膣内に投与する。																		
算定	算定方式	類似薬効比較方式（ ）																	
	比較薬	成分名：プロゲステロン 会社名：持田製薬（株）																	
		販売名（規格単位） プロゲホルモン筋注用25mg （25mg1管）	薬価（1日薬価） 147円 （294円）																
	剤形間比	ソルコセリル注2mLとソルコセリル膣坐薬の剤形間比：3.5840																	
	補正加算	有用性加算（ ）（A = 5%） （加算前） 100mg1錠 351.20円 （加算後） 368.80円																	
	外国平均 価格調整	なし																	
算定薬価	100mg1錠 368.80円（1日薬価：1,106.40円） 現行薬価をもとに算定した薬価。薬価収載時には、令和4年度改定を受けた比較薬の薬価を用いて算定される。																		
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測																	
なし 米国、英国、独国においては不妊治療の医療保険での扱いが異なることから、外国平均価格調整の対象外とした。		予測年度 （ピーク時） 10年度	予測本剤投与患者数 5.9万人																
		予測販売金額 26億円																	
<p>（参考） 100mg1錠</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">米国(NADAC)</td> <td style="width: 20%;">12.42ドル</td> <td style="width: 20%;">1,329.20円</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>英国</td> <td>0.93ポンド</td> <td>134.90円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>独国</td> <td>2.25ユーロ</td> <td>228.00円</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">外国平均価格</td> <td>211.50円</td> <td></td> </tr> </table> <p>（注1）為替レートは令和2年10月～令和3年9月の平均 （注2）外国の価格に大きな開きがあるので、調整した外国平均価格を用いている（は最低価格の2.5倍を上回るため対象から除いた）</p> <p style="text-align: right;">最初に承認された国（年月）： 米国（2007年6月）</p>				米国(NADAC)	12.42ドル	1,329.20円		英国	0.93ポンド	134.90円		独国	2.25ユーロ	228.00円		外国平均価格		211.50円	
米国(NADAC)	12.42ドル	1,329.20円																	
英国	0.93ポンド	134.90円																	
独国	2.25ユーロ	228.00円																	
外国平均価格		211.50円																	
製造販売承認日	平成26年9月26日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日																

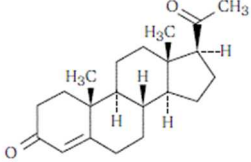
薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	類似薬効比較方式 ()	第一回算定組織	令和3年11月2日
最類似薬選定の妥当性		新 薬	最類似薬
	成分名	プロゲステロン	左に同じ
	イ．効能・効果	生殖補助医療における黄体補充	無月経、月経困難症、機能性子宮出血、黄体機能不全による不妊症、切迫流早産、習慣性流早産
	ロ．薬理作用	黄体ホルモン作用	左に同じ
	ハ．組成及び化学構造		左に同じ
	ニ．投与形態 剤形 用法	外用 腔剤 1日3回	注射 注射剤 1日1～2回
補正加算	画期性加算 (70～120%)	該当しない	
	有用性加算 () (35～60%)	該当しない	
	有用性加算 () (5～30%)	該当する (A = 5%) [ハ．治療方法の改善 (標準的治療法) : -b = 1p] ----- 本剤は日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、プロゲステロン製剤を用いた黄体補充が不妊治療に有効であり、経腔剤の投与が推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算 () (A = 5%) を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算 () (10～20%)	該当しない	
	市場性加算 () (5%)	該当しない	
	小児加算 (5～20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10～20%)	該当しない	
新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する (主な理由: 加算適用)		
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

新医薬品の薬価算定について

整理番号	22 - 04 - 外 - 4			
薬効分類	247 卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤（外用薬）			
成分名	プロゲステロン			
新薬収載希望者	メルクバイオファーマ（株）			
販売名 （規格単位）	ワンクリノン腔用ゲル90mg（90mg 1アプリータ）			
効能・効果	生殖補助医療における黄体補充			
主な用法・用量	プロゲステロンとして1回90mgを1日1回、採卵日（又はホルモン補充周期下での凍結胚移植ではエストロゲン投与により子宮内膜が十分な厚さになった時点）から最長10週間（又は妊娠12週まで）腔内に投与する。			
算 定	算定方式	類似薬効比較方式（ ）		
	比 較 薬	成分名：プロゲステロン 会社名：持田製薬（株）		
		販売名（規格単位） プロゲホルモン筋注用25mg （25mg 1管）	薬価（1日薬価） 147円 （294円）	
	剤形間比	ソルコセリル注2mLとソルコセリル腔坐薬の剤形間比：3.5840		
	補正加算	有用性加算（ ）（A = 5%） （加算前） 90mg 1アプリータ 1,053.70円 （加算後） 1,106.40円		
外国平均 価格調整	なし			
算定薬価	90mg 1アプリータ 1,106.40円（1日薬価：1,106.40円） 現行薬価をもとに算定した薬価。薬価収載時には、令和4年度改定を受けた比較薬の薬価を用いて算定される。			
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測		
なし 独国においては不妊治療の医療保険での扱いが異なることから、外国平均価格調整の対象外とした。 （参考） 90mg 1アプリータ 独国 7.31-0 934.40円 外国平均価格 934.40円 最初に承認された国（年月）： 英国（1995年6月） （注1）為替レートは令和2年10月～令和3年9月の平均		予測年度 （ピーク時） 7年度	予測本剤投与患者数 1.7万人	予測販売金額 8.0億円
製造販売承認日	平成28年7月4日	薬価基準収載予定日	令和4年4月1日	

薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	類似薬効比較方式()	第一回算定組織	令和3年11月2日
最類似薬選定の妥当性		新 薬	最類似薬
	成分名	プロゲステロン	左に同じ
	イ．効能・効果	生殖補助医療における黄体補充	無月経、月経困難症、機能性子宮出血、黄体機能不全による不妊症、切迫流早産、習慣性流早産
	ロ．薬理作用	黄体ホルモン作用	左に同じ
	ハ．組成及び化学構造		左に同じ
	ニ．投与形態 剤形 用法	外用 腔剤 1日1回	注射 注射剤 1日1～2回
補正加算	画期性加算 (70～120%)	該当しない	
	有用性加算() (35～60%)	該当しない	
	有用性加算() (5～30%)	該当する(A=5%) [ハ．治療方法の改善(標準的治療法)： -b = 1p] ----- 本剤は日本生殖医学会作成の「生殖医療ガイドライン」(2021年版)において、プロゲステロン製剤を用いた黄体補充が不妊治療に有効であり、経腔剤の投与が推奨されていることを踏まえ、標準的治療に位置づけられると考えられることから、有用性加算() (A=5%)を適用することが適当と判断した。	
	市場性加算() (10～20%)	該当しない	
	市場性加算() (5%)	該当しない	
	小児加算 (5～20%)	該当しない	
	先駆け審査指定制度加算 (10～20%)	該当しない	
新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する(主な理由：加算適用)		
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない		
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点			
上記不服意見に 対する見解	第二回算定組織	令和 年 月 日	

令和4年4月薬価収載予定の新薬のうち 14日ルールの例外的な取扱いをすることについて（案）

- 1．新医薬品（ ）が、次の場合には、処方日数制限について例外的な取扱いとすることとされている（平成22年10月27日中医協了承）。

新医薬品：薬事承認に際し、再審査の対象になるものとして厚生労働大臣が指示した医薬品

同様の効能・効果、用法・用量の既収載品の組合せと考えられる新医療用配合剤など、有効成分にかかる効能・効果、用法・用量について、実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品については、新医薬品に係る処方日数制限を設けないこととする。
--

- 2．別添の令和4年4月薬価収載予定の新薬のうち、再審査期間を満了しているものについては、自由診療下で1年以上の臨床使用経験があることは明らかであり、本条件を満たすものに相当することから、例外的に、「14日ルールの対象としないこと」としてはどうか。

別添

銘柄名	規格単位	会社名	成分名	承認区分	承認日	再審査期間
バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラODフィルム25mg バイアグラODフィルム50mg	25mg1錠 50mg1錠 25mg1枚 50mg1枚	ヴィアトリス製薬(株)	シルデナフィルクエン酸塩	新有効成分含有医薬品	1999年1月25日 1999年1月25日 2016年9月1日 2016年9月1日	6年 (2005年1月24日まで)
シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	5mg1錠 10mg1錠 20mg1錠	日本新薬(株)	タダラフィル	新有効成分含有医薬品	2007年7月31日 2007年7月31日 2007年7月31日	8年 (2015年7月30日まで)
ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ	0.25mg0.5mL1筒	オルガノン(株)	ガニレリクス酢酸塩	新有効成分含有医薬品	2008年7月16日	8年 (2016年7月15日まで)
セトロタイド注射用0.25mg	0.25mg1瓶	日本化薬(株)	セトロレリクス酢酸塩	新有効成分含有医薬品	2006年4月20日	8年 (2014年4月19日まで)
ルテウム膣用坐剤400mg	400mg1個	あすか製薬(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	2016年3月28日	ルティナス膣錠の残余 (2020年9月25日まで)
ウトロゲスタン膣用カプセル200mg	200mg1カプセル	富士製薬工業(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	2016年1月22日	ルティナス膣錠の残余 (2020年9月25日まで)
ルティナス膣錠100mg	100mg1錠	フェリング・ファーマ(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	2014年9月26日	6年 (2020年9月25日まで)
ワンクリノン膣用ゲル90mg	90mg1アプリケーター	メルクバイオフファーマ(株)	プロゲステロン	新投与経路医薬品	2016年7月4日	ルティナス膣錠の残余 (2020年9月25日まで)

レコベル皮下注12 µgペン、同36 µgペン及び同72 µgペンについては、再審査期間を満了していないことから、14日ルールの対象からの除外は行わない。

新医薬品の処方日数制限の取扱いについて

平成22年10月27日

中 医 協 了 承

- 新医薬品については、薬価基準収載の翌月の初日から1年間は、原則、1回14日分を限度として投与することとされているところである。しかしながら、当該処方日数制限を行うことが不合理と考えられる下記のような場合は例外的な取扱いとする。
 - ① 同様の効能・効果、用法・用量の既収載品の組合せと考えられる新医療用配合剤など、有効成分にかかる効能・効果、用法・用量について、実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる新医薬品については、新医薬品に係る処方日数制限を設けないこととする。
 - ② 疾患の特性や、含有量が14日分を超える製剤のみが存在しているといった製剤上の特性から、1回の投薬期間が14日を超えることに合理性があり、かつ、投与初期から14日を超える投薬における安全性が確認されている新医薬品については、薬価基準収載の翌月から1年間は、処方日数制限を、製剤の用法・用量から得られる最少日数に応じた日数とする。
- 例外的な取扱いとする新医薬品は、個別に中医協の確認を得ることとする。

不妊治療に必要な医薬品への対応

表1：薬価収載が必要なもの（薬事承認済み）

販売名	一般名	関係する効能・効果
バイアグラ錠25mgほか	シルデナフィルクエン酸塩	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者）※
シアリス錠5mgほか	タダラフィル	
レコベル皮下注12μgペンほか	ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）	生殖補助医療における調節卵巣刺激
ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ	ガニレリクス酢酸塩	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止
セトロタイド注射用0.25mg	セトロレリクス酢酸塩	
ルテウム錠100mg	プロゲステロン	生殖補助医療における黄体補充
ウトロゲスタン腔用カプセル200mg		
ルティナス錠100mg		
ワンクリノン腔用ゲル90mg		

※ 保険適用の対象として想定されるのは、勃起不全による男性不妊のみ

表2：薬価収載済みのもの（薬事承認済み）

販売名	一般名	関係する効能・効果
ゴナールエフ皮下注ペン300ほか	ホリトロピン アルファ（遺伝子組換え）	生殖補助医療における調節卵巣刺激 視床下部-下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発 低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症における精子形成の誘導
オビドレル皮下注シリンジ250μg	コリオゴナドトロピン アルファ（遺伝子組換え）	視床下部-下垂体機能障害に伴う無排卵又は希発排卵における排卵誘発及び黄体化 生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化

不妊治療に必要な医薬品への対応

表3：薬価収載済みのもの（薬事承認が必要で現在手続き中）①

販売名	一般名	関係する効能・効果（予定）
ジュリナ錠0.5mg	エストラジオール	生殖補助医療における周期調整 凍結融解胚移植におけるホルモン調整周期
エストラーナテープ0.72mgほか		
ディビゲル1mg		
ル・エストロジェル0.06%		
デュファストン錠5mg	ジドロゲステロン	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体ホルモン併用調節卵巣刺激法 生殖補助医療における黄体補充
ヒスロン錠5	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体ホルモン併用調節卵巣刺激法
ルトラール錠2mg	クロルマジノン酢酸エステル	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体補充
ノアルテン錠（5mg）	ノルエチステロン	生殖補助医療における周期調整
プラノバル配合錠	ノルゲストレル・エチニルエストラジオール	
ジェミーナ配合錠	レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール	
ルナベル配合錠LDほか	ノルエチステロン・エチニルエストラジオール	
ヤーズフレックス配合錠	ドロスピレノン・エチニルエストラジオール ベータデクス	
スプレキュア点鼻液0.15%	ブセレリン酢酸塩	生殖補助医療における早発排卵の防止 生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化
ナサニール点鼻液0.2%	ナファレリン酢酸塩水和物	生殖補助医療における早発排卵の防止

不妊治療に必要な医薬品への対応

表3：薬価収載済みのもの（薬事承認が必要で現在手続き中）②

販売名	一般名	関係する効能・効果（予定）
HMG注射用75IU「フェリング」ほか	ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン	生殖補助医療における調節卵巣刺激
HMG筋注用75単位「F」ほか		
HMG筋注用75単位「あすか」ほか		
フォリルモンP注75ほか	精製下垂体性性腺刺激ホルモン	
uFSH注用150単位「あすか」		
クロミッド錠50mg	クロミフェンクエン酸	生殖補助医療における調節卵巣刺激 男性不妊症に対する造精機能の改善
フェマーラ錠2.5mg	レトロゾール	多嚢胞性卵巣症候群の排卵誘発 原因不明不妊における排卵誘発 生殖補助医療における調節卵巣刺激
メトグルコ錠500mgほか	メトホルミン塩酸塩	多嚢胞性卵巣症候群の排卵誘発 多嚢胞性卵巣症候群の生殖補助医療における調節卵巣刺激
注射用HCG5,000単位「F」ほか	ヒト絨毛性性腺刺激ホルモン	生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化 一般不妊治療における排卵誘発及び黄体化 視床下部－下垂体機能障害に伴う無排卵又は希発排卵、原因不明不妊、および男性不妊で人工授精を実施する場合 生殖補助医療における黄体補充
HCGモチダ筋注用 5千単位ほか		
ゴナトロピン注用5000単位		
カバサール錠0.25mg	カベルゴリン	卵巣過剰刺激症候群の発症抑制

※ 表3は以下のHPで公開されている情報に基づき作成した。

「不妊治療に関する医薬品の承認審査について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/topics/infertility_treatment.html

「令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」に関する
ご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

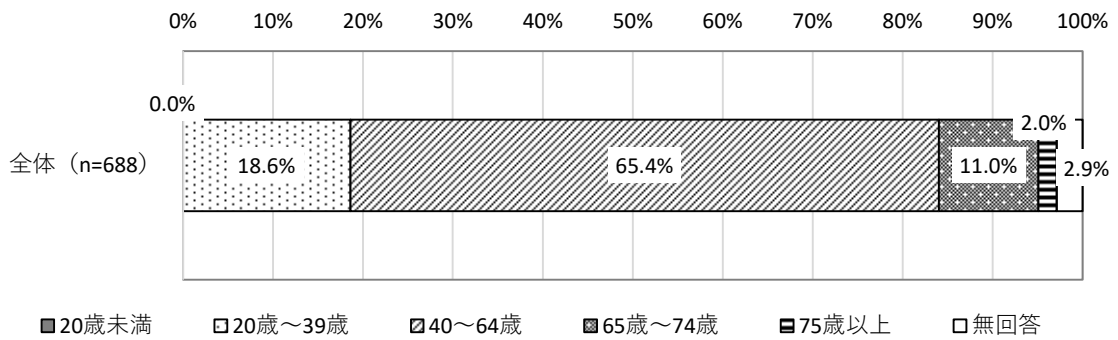
- (1) 意見募集期間 : 令和4年1月14日(金)～令和4年1月21日(金)
- (2) 告知方法 : 厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法 : 電子メール

2. 寄せられた意見

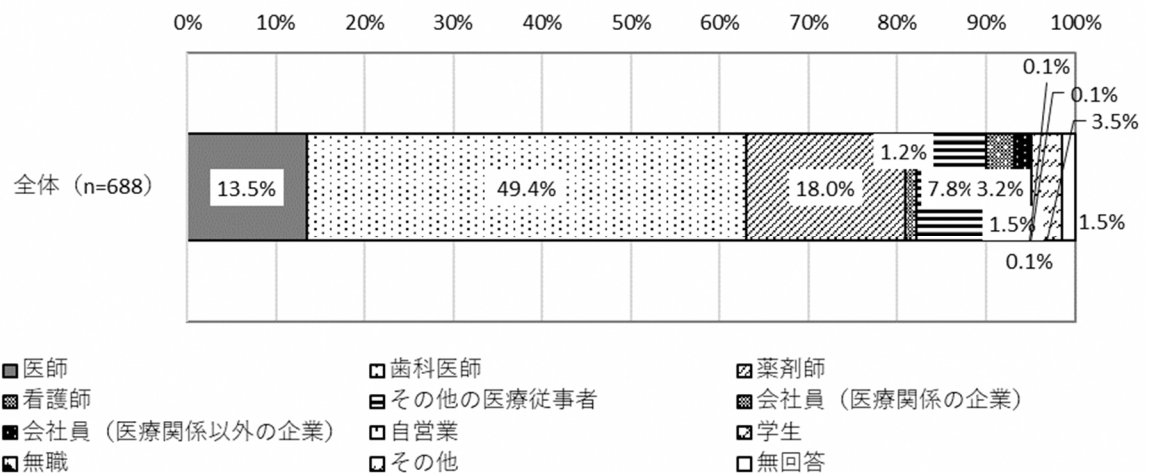
(1) 意見提出件数 688件

(2) 意見者の属性 (n=688)

① 年齢



② 職業



(3) 項目別の総意見件数 (3,282 件)

I 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

項目番号	内 容	件数
I-1	当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応	45 件
I-2	医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組	16 件
I-3	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	39 件
I-4	外来医療の機能分化等	31 件
I-5	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	187 件
I-6	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	86 件
I-7	地域包括ケアシステムの推進のための取組	182 件

II 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

項目番号	内 容	件数
II-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確保	2 件
II-2	令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げに係る必要な対応について検討	16 件
II-3	医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進	6 件
II-4	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進	16 件
II-5	業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	23 件

III 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

項目番号	内 容	件数
III-1	患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等	78 件
III-2	医療における ICT の利活用・デジタル化への対応	74 件
III-3	アウトカムにも着目した評価の推進	16 件
III-4-1	子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価	10 件
III-4-2	質の高いがん医療の評価	7 件
III-4-3	認知症の者に対する適切な医療の評価	1 件
III-4-4	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	38 件
III-4-5	難病患者に対する適切な医療の評価	3 件
III-4-6	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	6 件
III-5	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	2,136 件
III-6	薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価	70 件

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

項目 番号	内 容	件数
IV-1	後発医薬品やバイオ後続品の使用促進	45 件
IV-2	費用対効果評価制度の活用	2 件
IV-3	市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	28 件
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 件
IV-5	外来医療の機能分化等（再掲）	1 件
IV-6	重症化予防の取組の推進	7 件
IV-7	医師・病棟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等の推進	43 件
IV-8	効率性等に応じた薬局の評価の推進	67 件

・その他の意見

2 件

(4) 「令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」についての主な意見（適宜集約して記載）

I 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

I-1 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応（45件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 新型コロナウイルスに関連する診療報酬上の加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・廃止された「感染症対策実施加算」を再開し、廃止予定の「乳幼児感染予防策加算」を継続してほしい。（同旨2件） ・オミクロン株対応で負担を強いられる中、診療報酬改定において十分な配慮”特例措置”をお願いしたい。 ・外来・入院医療機関双方の医療従事者の努力に見合った形での評価をしてほしい。（同旨3件） ・十分な院内感染対策を出来るだけの点数を付けてほしい。 ・新型コロナ感染への対応は地域の実情を考慮してほしい。 ・診療所や病院が地域医療で担っている役割を正當に評価し初・再診料や入院料等、基本診療料そのものを引き上げるべき。 ・地域医療の一端を担う中、新型コロナウイルスの影響を受けて従業員維持の資金不足に直面している。従来の出来高払いの報酬体系に疑念が生じている。 ・新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れる医療機関でも経営を安定的に行えるよう、またスタッフに対しての処遇を確保するためにも、特例的評価の継続・充実が不可欠。 ・新型コロナウイルス感染症への対応する、急性期医療を担う保険医療機関が正しく補助金を受け取れる法整備が必要と考える。 ・「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」における、結核病棟の取り扱いを整理してほしい。 ・発熱患者と陽性患者のみコロナ加算を算定可能とし、それ以外の患者の診療報酬を全体的に下げるべき。 	16件
<p>○ 歯科における新型コロナウイルス感染症対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科診療所においても感染防止に係る対策が必要であり、初診料及び再診料へのコロナ感染対策加算等の新設を希望する。（同旨7件） ・歯科では従来からスタンダードプリコーションに基づいた感染対策が実施されており、今後も医療従事者、患者の双方が安心して歯科診療所での診療を実施できるよう診療料の評価を見直してほしい。（同旨7件） ・歯初診の施設基準の4年毎の研修の受講について、歯科診療所でクラスターは発生しておらず、受講の義務化は不要と考える。 ・スタッフが濃厚接触者となった場合は歯科衛生士がいない状態での診療を強いられるため、ブラッシング指導を行っても衛生士実地指導を算定できない。歯科医師による実地指導を新たに算定項目として取り入れることはできないか。 ・歯科においても感染予防の評価を細目に分けて実施すべき。 ・当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応として、補綴処置の際における印象採得の方法として、「光学印象」の保険適応を要請する。 ・刺激の少ない医薬部外品の歯科口腔薬を医科でも処方できるようにしてほしい。 	21件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・早くワクチン接種ができる環境を整えてほしい。また、予約を取る際に混乱が生じないようにしていただきたい。 ・新型コロナウイルス PCR 検査及び抗原定性検査について実態に見合った点数で設定しなおすように要望する。（同旨3件） ・ワクチン接種と同じように PCR、抗原検査等の検査場所を増やす、ネット等で簡単に予約ができ希望者が順次受けられる体制を希望する。 ・コロナ患者対応時の処方がエビデンスに基づくものとなるよう、診療報酬で評価をしてほしい。 	8件

・薬局の医療従事者の濃厚接触の見解はどのようになっているか。	
--------------------------------	--

I-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 (16件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 診療報酬全体について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全体の底上げをするために初診料、再診料を引き上げてほしい。(同旨5件) ・新興感染症も視野に入れ感染防止対策に関する評価を恒久化するとともに、感染対策のコストと外来・入院医療機関双方の医療従事者の努力に見合った形で評価することを要望する。(同旨3件) ・これまでの新型コロナウイルスに関する診療報酬上の特例措置も終了し、今後は診療報酬そのもので評価されるべき。 ・限られた医療費総枠での配分の問題だけでなく医療、介護、教育、保育などエッセンシャルワーカーへの予算を増やすべき。 	12件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ歯科医による継続的な管理は国民の健康維持には不可欠であるため、従来よりもか強診の施設が算定できる項目の充実、増点をしていただきたい。 ・外来診療時に加え、薬局における感染防止対策に係る体制についても評価してほしい。 ・感染対策の諸々の加算について、医療機関の機能的評価と経営評価の分離を行うべき。 ・結核病床のような専門的医療機関の拡充と病床毎、フロアごとの入院基本料の拡充と看護手当を図り、アウトカムに基づいた補助金交付等を実施頂きたい。また、病床数の一時的増加を例外的に認めるなどの特定処置を検討頂きたい。 	4件

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 (39件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「心電図モニター」の管理を一律除外するのではなく、疾患(DPC)や治療内容、入院日数によって評価対象とするのが、より適切なのではないか。また、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」が精緻化されてからの方がよいのではないか。(同旨1件) ・新型コロナウイルス感染拡大の下での見直しは行うべきではない。(同旨5件) ・重症度、医療・看護必要度ではなく看護配置による評価を重視してほしい。 ・重症度、医療必要度、看護必要度は独立した概念であり、1つの指標として入院料の評価を行うことに無理があるのではないか。 	10件
<p>○ 医療資源の少ない地域に配慮した評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各地域に偏りなく手術ができるような、施設基準の設定を配慮いただきたい。また、急性期の入院料の点数設定で下位の入院料を算定していても、救急医療で役割分担が可能となるよう、配慮いただきたい。 ・医療従事者等の確保の難しさは、「へき地等に勤務するには、この報酬では足りない」ということであり、専従・専任要件の緩和では解決されない。 ・医療資源の少ない地域への配慮は必要だが、加算および入院料について、経営状態による傾斜配分を行い、その理由を開示すべき。 	3件
<p>○ 地域包括ケア病棟について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟も地域によりその役割が異なるため3つの役割で画一的に入院料に差を付けることはふさわしくない。(同旨1件) ・地域包括ケア病棟入院料の要件及び評価の在り方の見直しにあたっては、1回の期間中に地域包括ケア病棟入院料を算定した後、他の入院料を算定した場合でも、再度当該入院料の算定を認めるよう見直しを求める。 ・本年の改定においては地域のコロナ対応に係る医療提供体制を崩壊させないためにも、ポストアキュート機能の評価の引下げは見送るべき。 	4件

<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「早期栄養介入管理加算」の対象となる治療室及び評価の在り方を見直すについて、早期からの経腸栄養での管理については、管理栄養士が関わり栄養管理を行っていくことが必要。(同旨 1 件) ・救命救急入院料 1、3 について、必要度の最低基準の導入には反対する。 ・救命救急入院料 1、3 について、特定集中治療室から患者を受け入れるハイケアユニットの重症度評価もバリエーションをつけてほしい。 ・心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準の見直しを要望する。 ・中心静脈栄養を実施している状態について、一定期間経過後、医療区分 2 に下げる議論がなされているが、医療区分 3 を継続すべきである。 ・DPC 準備病院から、何年も DPC 病院への移行を見送っている保険医療機関について、準備病院で居られる期間の設定を行うべきではないか。 ・リハビリテーションによる状態回復は個人差が大きいことから、アウトカム評価を回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の要件とするのは不適切である。 ・療養病棟の経過措置病棟の廃止について、経過措置は継続すべき。 ・短期滞在手術等基本料の議論に関して、日帰りに対応可能な手術等の外来移行を促進するため、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を拡大し、現状より評価を手厚くしてはどうか。 ・短期滞在手術等基本料の見直しについて、DPC 包括評価の対象外に戻す、若しくは単独の除外基準を設け様式 1 や様式 3 から対象入院患者を容易に検索出来る仕組みを構築すべき。 ・入院時重症患者対応メディエーターについて、研修修了者が少なく評価開始に向け、対象研修の実施を増やすなどの配慮してほしい。(同旨 2 件) ・入院時重症患者対応メディエーターについて、急性・重症患者看護専門看護師も加算要件として欲しい。 ・特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、学会認証看護師の配置を新たに認めるとともに、COVID19 パンデミックによる集中治療領域で働ける看護師の育成を常時行っている施設への評価をしてほしい。 ・早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている治療室における算定上限日数に係る評価の在り方を見直すについては、病棟における患者状態悪化を早期に介入する Rapid Response System を評価できる仕組みを提示してほしい。 ・入院中の患者の他医療機関受診の取扱いを見直してほしい。 ・地域医療構想に反対する。(同旨 1 件) ・平時から、感染症拡大の経験も踏まえゆとりある人員体制を組めるように措置して頂きたい。 ・認知症のある入院患者に対する評価をあげて頂きたい。 	22 件
---	------

I - 4 外来医療の機能分化等 (31 件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 紹介状なしで受診した患者等の定額負担について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一律に病床数のみで対象病院を規定することは反対。(同旨 1 件) ・紹介状なしで受診した患者等の定額負徴収は患者の意向に反しており、反対である。(同旨 4 件) ・患者に本来の保険診療における負担割合以上を負担させることになる。(同旨 5 件) ・負担能力の十分ある者の立場から見ると、お金さえ出せば大病院に外来受診することが容認されてしまうこととなり、機能分化という目的そのものにも合致しない。(同旨 1 件) ・開業医の少ない山間僻地における中核病院も対象になるため、患者負担が増え受診抑制につながり、重症化を招くため反対。 ・患者の受診の機会を奪い、病院の経営に深刻な影響を与える受診時定額負担の増額及び保険給付額から控除する仕組みについては反対する。 ・自病院の近くにサテライトクリニックを作り、紹介／逆紹介率を高めることは制度の趣旨に基づいていない。 	18 件

<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合の新たな評価について <ul style="list-style-type: none"> ・共同指導した場合は外来担当医師と在宅担当医師の双方にそれぞれに点数を評価するように要望する。自院以外の多職種と連携して指導する場合は別途加算を設けてほしい。 ・従来からある退院時共同指導料についても、問題点を省みながら新たな枠組み作りをしてほしい。 	2件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療情報提供料について <ul style="list-style-type: none"> ・評価対象を「紹介受診重点医療機関」等に限定せず、情報提供・共有を行う全ての医療機関へ拡大してほしい。 ・遠い転居で受診する医療機関を定めようがない時にも医療機関を特定しないと診療情報提供料の算定要件を満たさないとするのは、実情に合わない。 ・一般診療所で3回目の歯周病検査を終了した上で、診療内容及び検査結果等を情報提供して、他院に歯周外科手術のみを依頼することが難しいケースがあるので、疑義解釈等でも構わないが、実態に即した改定をお願いしたい。 	3件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・外来機能の分化について、かかりつけ医機能の強化や地域包括ケアシステムの構築と一体的に推進される必要があり、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の要件見直しや点数の引き上げが検討されるべき。 ・看取りについて、自宅看取りの現場に数多くある一般診療所において、24時間往診体制をとること・連絡を受けることなどは非現実的であり、早期に見直しを求める。 ・多々ある施設基準においての設定項目中で歯科衛生士の配置については、歯科医師で代務可能であると考えられる。現在、歯科衛生士の確保が困難な状態にあるため、歯科医師が歯科衛生士の業務の一部を代行することにより、施設基準を満たすものとするべきである。 ・口腔機能の維持向上を目指すため、地域住民に関わる機会を歯科診療以外にも幅広く持たせるべき。 ・かかりつけ歯科医の機能の評価について、診療の実態に即して算定できるように改めるべき。(同旨2件) ・健診から二次精査で医療機関を受診した際、結果連絡票の記載が必要であり、診療情報提供書として算定できるようにお願いしたい。 	8件

I-5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 (187件)

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括診療料等について <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括診療料の365日24時間対応の要求は問題である。 ・今後、予防接種に関する相談は病院側だけではなく、薬局の機能としても備えてもよいのではないかと。薬局における相談機能も評価対象の行為としてはどうか。 ・再診料の「外来管理加算」と地域包括診療料等や特定疾患療養管理料等の併算定を不可とする意見は受け入れられない。 ・「特定疾患療養管理料」を算定のためにさらなる事務手続きの増加を求められると、このコロナ禍でたださえ業務多忙な中で医療関係者の労働環境の悪化に繋がり兼ねず、支払い側の考えは受け入れられない。 ・地域包括診療料等(地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料)については廃止し、服薬管理・時間外の相談対応・予防接種に係る相談などの個別評価を実施した上で、患者に対して地域の開業医が慢性疾患等の管理に手厚くあたれるよう基本診療料の底上げにあててもらいたい。 ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価については、抜本的な見直しが必要であり、「初期う蝕管理」「SPT」、「医科歯科連携」「多職種連携」などをそれぞれ切り離して個別評価を充実させるとともに、基本診療料の底上げが必須である。 ・わざわざかかりつけ医にゲートキーパーをさせなくても、無駄な医療費を使うことなく、賢明なかかり方をされている。 	7件

主な意見の内容	件数
<p>○ 小児かかりつけ診療料について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「小児かかりつけ診療料」は「小児科外来診療料」にはいくつかの条件が加わって算定されることとなる。多くの小児科医がその算定条件をクリアしているが、時間外対応加算1又は2のハードルがまだ高い。 ・小児かかりつけ診療料は単に高い点数をとっているだけで患者側メリットがほぼない状態である。かかりつけ診療料を算定しているところに受診する患者側メリットを今後つくるべきであるとする。 	2件
<p>○ 耳鼻咽喉科処置について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍の影響により、耳鼻咽喉科は減収が大きかったこと、元々の処置点数の設定が低いことから、処置点数は小児に限らず引き上げが必要である。(同旨1件) ・耳鼻咽喉科処置点数の包括化が議論されているが、耳鼻咽喉科関連処置を併施するかどうかは病態により異なる。まずは現在ある個々の処置点数を引き上げ、医師の技術料として個々の医療行為が正当に評価されることを望む。 ・耳処置(25点)、鼻処置(14点)といった外来管理加算(52点)より低い処置料について、処置を行う方が処置を行わない場合より点数が低くなるという矛盾を速やかに解決すべき。 ・耳鼻咽喉科でも生活習慣病や慢性疾患の管理指導をおこなっており同等の評価が受けられるよう改善を望む。耳鼻咽喉科検査、処置を行うと再診料が低くなり減収になる点は耳鼻咽喉科専門性に対する評価が低いと考えられ評価の改善を望む。 	5件
<p>○ 機能強化加算の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべての診療所や病院が地域医療で担っている役割を正当に評価し、初・再診料そのものを引き上げるべき。(同旨2件) ・そもそも地域の開業医はすでに「かかりつけ医」としての役割を果たしており、機能強化加算など、かかりつけ機能を趣旨とした加算点数の廃止を求める。診療報酬上で評価するのであれば、全ての医療機関が算定できるよう、基本診療料の引き上げによって行うべきである。 ・機能強化加算の算定要件について、患者への説明や同意(署名)要件等を全患者に説明する等は非現実的であるとともに、発熱診療等を担っている医療機関もあることから、これ以上の要件の追加には反対する。 ・地域医療におけるかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療を行うに当たらないような指導をしている予防的処置に対する評価を行っていただきたい。 ・より効果的な「かかりつけ医」機能を医療機関、患者間で意識づけるためには「同意書」による合意などが求められる。 	7件
<p>○ 継続診療加算について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「外来で診ていた患者が通院困難となった場合には在宅医療で最期まで診察する」という方針については大いに賛同するが、訪問看護ステーションや急性期に対応できる入院医療機関の充実こそが近道だと考えている。また、往診料の引き上げ等が求められているのではないかと。 ・在宅療養支援診療所以外の医療機関に対する「往診の翌日に行った在宅患者訪問診療料の算定を認めない」などの不要な制限を無くすことを求める。 	2件
<p>○ かかりつけ歯科医の機能の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SPT(歯周病安定期治療)やCe(エナメル質初期う蝕)に対する処置など全ての歯科医療機関で給付可能な項目を、施設基準によって差別化しないこと。(同旨138件) ・重症化予防に係る初期う蝕治療や歯周病安定期治療(SPT)などは、か強診とは切り離して個別に評価すべきと考える。か強診は、医科歯科連携、医療機関間連携、多職種連携の構築を重視した施設基準要件とするべきである。 <p>歯周病治療関連、歯科訪問診療関連の実績要件について、より多くの医療機関が参加可能な内容になるよう配慮すべきだ。さらに、退院時共同指導料、退院前在宅療養指導料、在宅患者連携指導料等、社会医療診療行為別調査でほとんど算定実績のない項目については見直しが必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・か強診の枠組みそのものを廃止し、診療報酬上の評価は基本診療料の引き上げにより行うべきである。 ・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の観点より「か強診」の施設基準の緩和を要請する。 	153件

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・小児歯科治療における非協力児への対応時において、従前どおり十分な感染対策を施していてもやはり感染のリスクを感じざるを得ない状況は少なからずあるように思う。手厚い対応を求めたい。 ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準には歯科訪問診療、もしくは歯科訪問診療の依頼の実績が含まれている。訪問歯科診療を行っていない地域に連携する機会は多々あるため、施設基準から訪問歯科診療の実績を外していただきたい。（同旨5件） ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の中で、3つ以上に該当する項目があるが、「自治体を実施する歯科保健に係る事業に協力していること」については「自治体など」と要件を緩和し、保育園などでの口腔衛生教育活動なども明確に含めるようにした方がよい。 ・医科保険医療機関から歯科医院へ検査や診断の依頼があり、その結果を情Ⅲで返信する場合、紹介元が「かかりつけ医機能」を有するかの判断が難しい。施設基準があるため、一覧表の作成を考えて頂きたい。 ・在宅の場で歯科医師が栄養管理や機能訓練を担う場面は数多い。しかしながら、栄養士や言語聴覚士への指示ができず、速やかな連携ができない。そのため、歯科医師が栄養や機能訓練の業務を担うことも現場では多い。何らかの形で連携をすることで、二重の指示や業務がへりより高度なケアを提供できる。 ・施設基準を満たせる歯科医院とそうでない歯科医院とでは算定出来る項目や点数に大きな差が生じ、二極化が進んでいる。医療機関が二極化されていくことは利用する患者が不利益を被ることを意味する。施設基準の乱発を廃止することを望む。 	
<p>○ かかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ薬剤師・薬局が、24時間対応として、夜間・休日等に電話対応した場合について、新たな評価とされたい。かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が対応した場合についても、かかりつけ薬剤師と同等の評価とされたい。 ・かかりつけ薬剤師指導料の評価見直しについて、あらかじめ代理を決めておくような個人に紐づく要件ではなく、薬局全体でのかかりつけ機能の発揮として施設基準としてはどうか。そのための連携方法として、薬局全体で当該患者における対応上の留意点、生活背景といった個別性の高い情報の項目を要件化するのはいかがでしょうか。 ・かかりつけ薬剤師が不在時における対応について評価をすることで「かかりつけ薬局」としての評価へと切り替えていくことが考えられるが、「かかりつけ薬局指導料」という形にし、患者に同意を求めることが求められる。 ・病院と薬局が連携をとり、次回受診日をあらかじめ把握できれば同一の薬剤師で対応が可能となる。その連携を強化するための情報共有に対して一定の評価を病院に付随すればさらなる連携強化が図れるのではないかと。 ・かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について新たな評価を行うに賛成である。 ・かかりつけ薬剤師としての要件が現実的ではない。 ・かかりつけ薬剤師になるための主な要件は、件数ありきで同じ薬剤師が対応するのみの算定を積み上げるだけ、また、定期的な地域活動の参画も無意味ではないか。この算定自体の存続を再検討が必要ではないか。 	7件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・繰り返しその病院や薬局を利用している事実がすでにかかりつけとしての機能を有しているということであり、同一の患者が同一の医療機関を繰り返し利用しているその利用回数に応じて自動的に診療報酬が加算されるそのような制度の方が日々診療を行っている医療者への負担が少なくまた評価をして貰えるモチベーションになるのではないかと。 ・かかりつけ機能の利用が進むまでの間、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師を決めた患者は金銭的に優遇される仕組みにしてはどうか。 ・現状、返信は情Ⅲであるが「かかりつけ医機能」を有していない医療機関には、診療報酬点数なしでの返信となるため、可能にして頂きたい。（同旨1件） 	4件

I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保（86件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 地域支援事業等への参加を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加することについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児や、若年の末期がんや重症者への在宅医療が縮小する要因となりうる状況と思われる。重症者の診療数などこれら診療所でも在宅療養支援診療所として残れる要件をご検討いただきたい。 ・患者の半数以上が小児であれば、医師会・小児科医会などの在宅医療委員会への参加や、医療福祉連携を目的として構築されつつある電子連絡帳ネットワークへの参加でも認める、などとして頂きたい。 ・要件追加に当たっては、当然、評価の引き上げを伴うこと。また、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料について、同一月に単一建物で管理する患者の人数で差別的に評価が下がる点数設定を廃止し、何人管理していても1人のみ医学管理した場合の点数を算定できるようにすること。 ・在宅療養支援診療所は24時間365日の対応が求められている。地域支援事業への参加する事を追加されても対応する時間はない。 	4件
<p>○ 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「人生の最終段階における適切な意思決定支援に関する指針」の施設基準化は時期尚早。加算等で評価すべきである。（同旨5件） 	6件
<p>○ 機能強化型在宅療養支援病院の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神患者主の訪問看護ステーションとしては要件が厳しい。特に1、2はターミナル、15歳未満の超重症児及び準超重症児は一般科の内容であり、精神科訪問看護ステーションでは施設基準が満たすことができないため、緩和を要望する。 	1件
<p>○ 通院患者のスムーズな在宅医療への移行の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来を担当する医師が患者まで出向くことはハードルが高く現実的でないように思える。在宅医療を担当する医療機関側の医師・看護師・MSWなどが患者へ出向き、本格的に診療を開始する前に医療処置内容等や介護用品の有無等について事前に聞き取りを行うケースは多く、在宅医療機関側としては評価していただけるのであれば嬉しく思う。外来を担当する医師の参加については改めてご検討いただきたい。 	1件
<p>○ 小児在宅医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所、在宅療養実績加算の要件にも重症児、超重症児など重症者の診療の実績が評価の対象となるようご検討をお願いしたい。 	1件
<p>○ 機能強化型訪問看護ステーションの更なる役割の強化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能強化型ステーションの看護師6割以上の基準は撤廃すべきである。看護師を募集しても集まらない現実があり、そのために理学療法士等による訪問看護を増やすこともできず、ニーズがあっても応えられない状態となっている。 	1件
<p>○ 理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士等の訪問看護では看護師と理学療法士等が連携して訪問することで、早期の回復を図ることが可能となっている。算定要件の厳格化は、逆に連携を阻害するものであり不要である。 ・医療的ニーズの高い訪問看護の一環として実施するリハビリテーションの定義が不明であり、訪問リハビリテーションとの違いを明確に位置づけする必要がある。 	2件
<p>○ 質の高い在宅歯科医療の提供について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問口腔リハビリテーションの対象患者拡大に賛同する。（同旨1件） ・歯科訪問診療料の20分未満の評価を見直すと言われていたが、20分要件そのものを撤廃すべきである。歯科医師は患者の体力や気力を考慮し、短い時間で正確な治療をすることに力を注いでおり、その努力を適正に評価すべきである。（同旨18件） ・②についてリハビリテーションの範疇に含まれるとは言い難い処置を含めて包括される項目が多い。歯清などは同時算定できるようにすべきである。 ・②口腔機能の発達不全などで継続的な指導管理が必要な患者に対し、年齢による給付打ち切りが起こらないよう対象年齢の拡大や算定要件の多様化を進めるべきである。 ・③について、歯援診の評価は、コロナ禍での診療体制を考慮し、「過去1年間の診療実績」は当面の間は満たしているものとする。また、歯援診を安定して継続できるように、必 	38件

主な意見の内容	件数
<p>須要件の項目を絞り、選択要件の項目を増やすとともに選択すべき要件の数を削減すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・③について歯科衛生士の人員配置などは、地域や個々の医院における差異が大きく一律の算定要件とするのにはそぐわない。柔軟な対応を求める。(同旨1件) ・歯科医療機関が在宅歯科医療に取り組みやすくなり、患者にとっても有益である見直しには賛同する。 ・在宅医療推進のためにも「同一建物」「単一建物」の考え方を、診療現場の実態に即したものに直すべき。そもそも、移動時間や準備時間は含まれないはず。全ての患者で同一の評価を行うようにすべきである。時間要件は不要と考える。在宅推進は、自宅・マンションに限らずに訪問診療1の算定に対して算定可能にすべき。 ・患者口腔粘膜処置について、通知文から「経管栄養等を必要とする」を削除することを要求する。経管栄養と経口摂取を一時的に併用する場合もある。 ・歯援診と歯診では、「歯科疾患在宅療養管理料(歯在管)」「歯科訪問診療補助加算(訪補助)」「在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(訪問口腔リハ)」等において評価に差がつけられている。同じ指導管理等を行っても評価が異なる「一物二価(多価)」となるのは不合理である。 ・歯援診と関連付けられた指導管理等の点数を歯援診から切り離すことを求める。その上で、歯援診の場合には、別途「一物二価(多価)」とならない評価体系とすることを求める。そして、在宅歯科医療を推進するのであれば、要件を緩和するなど多くの診療所が参入できるよう工夫が必要と考える。 ・歯診を廃止し、届出の負担を解消することで、在宅歯科医療の推進を図ることができると考える。 ・在宅療養支援歯科診療所について、地域における歯科訪問診療の受け皿となる特に在宅療養支援歯科診療所2は、要件の厳格化はすべきでない。(同旨4件) ・歯科訪問診療について、特に介護施設等への訪問診療の妨げになるような点数の引き下げは望ましくない。 	
<p>○ 在宅医療における医科歯科連携を推進する観点について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象となる疾患は、現状を考えると不足であり、対象疾患の拡大を求める。 ・歯科医療機関連携加算1の対象医療機関に制限が多く算定が困難になっている。在宅連携においても、歯援診や在宅病に限定せず幅広く紹介等連携ができるようにすべきである。 ・医科歯科連携を推進する観点から、診療情報連携共有料算定にあたっての照会方法については、文書だけでなく、メール・FAX等の照会方法を認めることを求める。医科歯科双方で算定できるようにし、文書以外の照会方法も認めるべき。 ・対象患者を限定することなく、医科医療機関歯科医療機関にかかわらず医療機関間での文書のやり取りは、その都度毎に診療情報共有連携料を算定できるように適用拡大すべきである。 	4件
<p>○ 在宅患者に対する薬学的管理指導の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・算定要件のなか6日空けるという算定要件は撤廃していただきたい。また、現在在宅協力薬局が基幹薬局に代わり訪問指導した場合は、在宅協力薬局が算定することとしていただきたい。 ・無菌製剤加算：例えば1枚の処方の中に、麻薬のポンプの充填と数日分の中心静脈栄養の充填の記載があった場合、どちらかの日数のみしか算定できない。高度な技術、手間がかかる割に評価されているとは言えない。シリンジポンプ加算、在宅自己注射加算などは医科のみの評価で薬科には評価がない。対人業務：薬剤師は居宅療養管理指導のみしか評価されないのか。医師や現場のスタッフと協力して行う処方設計は重複相互作用防止加算としても評価されず、実際の現場と診療報酬が乖離していると思われる。 ・在宅業務に関しては臨機応変な対応が必要で、通知で示されている点数では対応できない業務も多く、現状に即した報酬体系の検討が必要と思われる。 ・継続的に患者訪問し、医師等へ情報提供を行う必要性があれば、在宅療養患者の対象として認められても良いのではないかと。 ・患者の都合または治療方法の変更等による場合に限り、月内に異なる薬局による訪問薬剤管理指導の算定を認めていただきたい。 ・無菌調剤における高カロリー輸液や、麻薬をポンプに詰めての配薬に対応している中で、医師から患者の応需可否の依頼が入るが、その基準が、「薬局の方でポンプレタルが可能か 	6件

主な意見の内容	件数
どうか」という部分が焦点になっている。薬局におけるポンプ貸し出し(機材提供)について、評価を検討いただきたい。	
○ 入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携について ・退院時共同指導の薬局薬剤師の参加要件について、情報通信機器を利用した参加が常時可能とするよう要件の設定をお願いしたい。 ・病院薬剤師と薬局薬剤師の連携をもって、退院時共同指導料として評価するよう要件を見直されたい。	2件
○ その他 ・医療機関ではPSWの単独訪問が可能だが、訪問看護ステーションでは単独訪問が対象外となっているため緩和を要望する。(同旨6件) ・今後も需要が見込める在宅・訪看への支援案と作って欲しい。在宅徴収のアップや新たにクリニック・訪看ステーションを設立する際には補助金・支援金を手厚くしてほしい。 ・質の高い在宅医療の提供を推進するにあたっては、医科も含め訪問診療とデイケアサービスとのあり方に今まで以上に考慮して頂きたい。 ・質の高い訪問歯科衛生の構築には、要介護者の口腔衛生管理・誤嚥性肺炎防止には基本診療料・特掲診療料にみとめられる特別対応加算加算のような障害の程度に合わせた加算の算定が必要である。 ・超高齢化社会を迎えるにあたって、在宅患者訪問口腔リハビリテーションの需要は増加していくと考えられる。今のうちから対応できる歯科医師の養成が必要だが進んでいる気しない。政策的な誘導が必要だと思う。 ・質の高い在宅医療を確保するためには、レセプトをチェックしpolypharmacy率等が高い医療機関の診療報酬の評価を下げるような工夫も必要なのではないか。 ・訪問診療をする際に、歯科衛生士のみで訪問診療に行った際に訪問口腔衛生指導料のみしか算定できないのは矛盾である。歯科衛生士の患者診察という観点から新規項目を設置いただくことを要望する。(同旨6件) ・在宅歯科医療を推進するために医科の訪問医からの紹介を評価するのはよいが、ケアマネジャーや訪看ステーション等からの紹介も評価してほしい。	20件

I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組(182件)

主な意見の内容	件数
○ 周術期における適切な栄養管理について ・入院前から退院を見据えた栄養管理は重要であり、また、これを入院後にもつなげ、継続的な栄養管理を行っていくことが必要である。(同旨3件)	4件
○ 入院医療における栄養管理に係る適切な評価について ・多職種による栄養サポートチームが介入することで、患者のQOL向上、合併症予防を図り、入院期間の短縮に繋がるため、地域包括ケア病棟も対象に含まれると良い。(同旨1件)	2件
○ 患者の病態・状態に応じた栄養管理について ・病床単位が約40床となっている施設が多く、病床単位当り1名の管理栄養士の病棟配置が機能面・効率化の面でも推奨でき、地域包括ケアシステムの推進に寄与できると考える。 ・患者一人ひとりに適切な栄養改善が求められており、管理栄養士の病棟への充実度が患者満足度や医療の質の向上が図られるため、業務内容に見合った管理栄養士による栄養管理体制が望まれる。 ・管理栄養士が病棟で行う栄養管理業務は近年増加しており、適宜変化する患者の病態に応じて適切な栄養評価及び栄養管理は重要である。病棟における管理栄養士配置体制を推進する意義は大きい。	3件
○ 入院患者に対する褥瘡対策について ・褥瘡管理においては多職種連携と栄養アセスメント・栄養計画の実施・モニタリング・再評価を繰り返していくことが重要であり、それらを実施できる職種は管理栄養士であることから、管理栄養士の業務を明確化し実施内容に加えることが重要であると考え。 ・当院では医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・薬剤師が回診を行っている。各職種が専門性を生かして継続的に介入することで治癒を目指しており、実施内容の明確化に賛成であ	3件

<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡管理は多職種介入及び管理が重要であり、管理栄養士が行う栄養管理（栄養アセスメント・栄養管理計画立案・栄養介入・モニタリング・評価及びアウトカム）が果たす役割は大きい。そのため、褥瘡対策における管理栄養士業務を明確化することで、各施設における業務及びアウトカムの統一性が図れると考える。 	
<p>○ 術後患者に対する質の高い疼痛管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、新たな評価に関しては、全領域の周術期患者を対象とできる急性重症患者看護専門看護師やクリティカルケア認定看護師などでチームを組み、対応することで加算対象としていただきたい。 ・術後疼痛管理チームは米国の Acute Pain Service（急性疼痛管理チーム；以下、APS と標記）を参考にしていると思われる。構成メンバーは様々であるが、中でも看護師メンバーについて「日本看護協会認定 急性・重症患者看護専門看護師」を含めることを提案したい。 ・術後疼痛管理は本来、患者の痛みを取り除くというあたりまえにやらなければならない医療である。加算でも良いが、多職種チームを置いて介入していなければ「減算にする」という方法をとっても良いかもしれない。 	3 件
<p>○ 在宅医療における医科歯科連携の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不合理な施設基準要件を撤廃すること。特に、歯管の総合医療管理加算の施設基準を撤廃し、医管については歯科衛生士の配置要件を抜本的に見直すこと。（同旨 124 件） ・歯科医療機関の地域偏在の常態化に鑑み、歯科保険医療機関が行う往診・訪問診療については、いわゆる「16km 制限」の例外としていただきたい。 ・歯科訪問診療に特化した歯科診療所が施設に対し営業を行い、我々一般歯科診療所への訪問診療依頼が少ない。病院や施設側、ケアマネージャーがかかりつけ歯科医に連絡を取ること加算が算定できるような形にすれば、こういった現状を変えられるのではないか。 ・診療情報提供料Ⅲにおいて、歯科から医科へ必要に応じて返書を行う場合に紹介元が施設基準をみだしているかがわからず、算定において厚生局に届け出ている医院の施設基準を一から探す必要があり、もっと簡便にわかるようにして頂きたい。 	128 件
<p>○ 総合医療管理加算等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設基準の要件と、医科歯科連携化の総合的な医学管理を行う評価の内容とが不整合である。施設基準としての取り扱いを廃止すべきである。 ・対象疾患を患者・国民のため、HIV 感染症だけでなくエビデンスに基づいて広く認めるべきである。（同旨 4 件） ・医科からの情報提供を基に実施する総合医療管理加算に施設基準は不要である。また、歯科治療時医療管理料（医管）も医科の類似「検査」と同様に、施設基準をなくすべきである。特に、歯科疾患管理料の総合医療管理加算は医科の主治医と連携して医学管理する歯科医師の技術料という性格から、歯科衛生士の人員基準は不要であり、二重の意味で施設基準から外すべきである。（同旨 1 件） ・歯科治療時医療管理料については、対象となる処置等が、クラウン・ブリッジ維持管理期間中の再製作により算定ができない項目の場合、及び対象となっていない歯冠修復物の試適、装着において、浸麻を使用した場合は算定を認める取扱いとすること。 ・総合医療管理加算は医師と歯科医師間の情報共有による医学管理であり、歯科衛生士の配置は不要である。 ・HIV 感染症等の患者を総合医療管理加算の対象疾患とすることは、一見良いことに思えるが、患者の立場を考えると、病名を申告することで負担金が増えることに抵抗を感じるかもしれない。 ・総合医療管理加算等の対象疾患に HIV 感染症等を加えるという考え方と思われるが、歯科治療を行うに当たって他にも総合的な医療管理が必要な疾患はあり、診療情報提供により医療連携を行った上で管理が必要な対象疾患（大動脈瘤解離等）を増やすべきである。 	12 件
<p>○ 入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チェーンドラッグストアの薬剤師が率先して多職種連携の場に出ることにより、地域貢献がより推進されると考える。 	1 件
<p>○ リフィル処方箋の仕組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフィル処方を導入することには反対である。そもそも医師は、個々の患者の病態により、投薬は症状の予見できる範囲内としている。医師は毎月の診察、検査等によりし、患者の病態や服薬管理が良好と判断した場合は、投薬内容が変わらないことがある。これがリフィル 	1 件

<p>処方置き換わるとすれば、医師の管理が不十分になることは明らかであり、大きな問題である。結果として、患者の状態悪化を招く可能性が高い。</p>	
<p>○ リフィル処方箋により処方を行った場合の処方箋料の要件について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフィル処方箋の導入には反対。医師の診察を省略して処方箋を反復活用することは、医師が症状の変化に適した処方ができなくなることにつながる。（同旨 18 件） ・今後の医療費削減・患者負担低減に繋がるため期待しているが、どこまで対象者や対象疾病を広げられるか。例えば費用対効果が高いであろう生活習慣病は確実に対象になりうるが、合併症を伴う場合への扱いは難しいと思われる。 ・症状が安定している患者に関するリフィル処方箋の調剤は、患者のかかりつけ薬剤師が実施することが望ましい。リフィル処方箋であっても、調剤基本料、調剤料、薬学管理料について各々の要件を満たす業務が求められることから、リフィル処方箋でない通常の処方箋受付時と同等の評価とされたい。 ・リフィル処方箋が進められると思われるが、その場合はより広域の医療機関からの処方箋応需に対応する必要性が今以上に発生すると考えられる。先発医薬品の調剤に関しても、類似した剤形等への変更調剤を認めることでより柔軟な処方箋調剤を行うことができる。 	22 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネージャーや施設職員の方等との患者様の情報共有、治療計画・評価する場の評価がないため、多職種連携が行える項目を双方から模索していただきたい。（同旨 1 件） ・現在歯科医療機関から医科医療機関等の職種への情報提供に対する評価が全くされていない。地域包括ケア推進のためにも歯科（双方）からの情報提供（診療情報連携共有料等）に対する評価（算定要件拡大）をお願いしたい。 	3 件

II 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

II-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確保（2件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に勤務する医師の不足は地域間格差が激しく、深刻な医師不足に陥っている地域もある。お産ができない、夜間・休日の小児救急の体制も弱い地域が広がっており、将来的に医師は過剰になるという国の見方は地域の実感からは大きくずれている。 ・地方において救急搬送受入の中心を担っている中小病院においては、医師数が少なく救急を担当する勤務医は多忙であり、働き方改革に逆行している状態である。救急医療管理加算を増点するなどがなければ勤務医を増員できず、労働基準局からの夜間の宿直許可も承認されず、2年後には地方の救急医療は崩壊すると予想される。 	2件

II-2 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げに係る必要な対応について検討（16件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護職の収入の引き上げについて <ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善の対象看護師はコロナ対応や等の限られた部分にとどまっているが、すべての看護職員を対象にすべき。（同旨1件） ・診療報酬に組込まれる形ではなく、賃金改善を行うため必要な費用を補助する明朗な方法を希望する。診療報酬で対応するというのであれば、看護処遇改善加算を明確化し、看護処遇改善の算定合計額≒看護職員への支給合計額となるよう設定してほしい。 ・看護職員の処遇改善、人件費等を担保するためには、入院基本料を大幅に引き上げることで対応すべき。加算点数として設定すると、その対応の有無により医療機関の分断が進んでしまう。 ・診療所が今後の新興・再興感染症にも耐えられるように「診療所（外来）看護師配置加算」のような加算点数の新設を希望する。 ・看護現場の看護師の収入と医療機関収入とをリンクさせるためには、入退院時の手続きを実施（完遂）した個別ナースヘフィーを設定する、あるいは、外来看護について（医師の訪問診療時の補助含む）外来看護料を創設し適切なフィーを設定することが簡便かつ有効と考える。同時に経営者側が適切に仕組みを運用することを担保するため、匿名報告者制度を作り給与事情のモニタリングを行うことも有効と考える。 	6件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護職以外の収入の引き上げについて <ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シフティングの結果、事務職の負担は増加するばかりであるが、事務職の賃金は一向に上がる見込みがない。すべての医療従事者がチーム医療として地域医療を支えている事を考えると、他のコメディカルも含めた全ての医療従事者の抜本的な賃上げに繋がるよう、配慮してほしい。（同旨1件） ・介護医療院で勤務する介護職員、一般・療養病棟で勤務する看護補助者という名称だけで、業務は同じ介護の業務をしているのに賃上げの対象になる者とならない者がおり、どちらも支援できる仕組みを希望する。 	3件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療管理加算について <ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症の対応する医療機関であるかといった項目は加算の要件として考慮されるよう検討してほしい。 ・救急医療管理加算について、対象となる実際的人数は、予算上の対象人数58万1250名とどの程度誤差があるのか明らかにしてほしい。 ・「1年間における救急搬送件数が200件以上」の基準があることで、救急搬送は受け入れていないが、急性期の医療機関と連携して地域医療に貢献している回復期や慢性期の医療機関等、基準に届かない病院が多くなってしまふ。（同旨1件） 	4件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・実際として過酷な環境で労働している職員は一握りであるため、広く医療従事者の収入を増加させるのではなく、収入引き上げによる高度急性期医療機関への人材集約を検討してほしい。 ・医科歯科調剤の技術料分配率「1:1.1:0.3」が、今回の改定では実質「1:0.63:0.17」と 	3件

歪曲されているのではないか。 ・現状の低い診療報酬のままでは、働き方改革どころか現状を維持するだけでも精一杯である。	
---	--

Ⅱ－３ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進（６件）

主な意見の内容	件数
○ コメディカル職の働き方について ・歯科衛生士の高度プロフェッショナル制度が必要である。能力が高い歯科衛生士には労働基準法範囲で働くのではなく、自身の能力に合わせ判断を行い患者の健康管理を行うような働き方も用意すべきである。 ・急性期病院ではコメディカル・パラメディカルも病院や患者のために相当な業務量を担当しており、様々な職種の労働環境改善に言及してほしい。	2件
○ 手術及び処置に係る時間外加算について ・現在、手術及び処置に係る時間外加算１の要件では、ごく一部の大病院でしか届出できない。勤務医の負担軽減を推進するためにも、中小病院でも届出・算定できるようにすべきである	1件
○ 夜間看護体制加算について ・2021年12月8日の中医協の総会時の議論において、「11時間以上の勤務間隔の確保」を夜間看護体制加算の必須項目にするといった意見が出されたと聞いているが、必須項目にすると3交代制の病院や人員配置が少ない中小の病院は加算対象から外れてしまうので、必須項目にすることはやめてほしい。	1件
○ その他 ・急性期病院には、どうしても36協定の範囲内では業務が収まらない職場もあることを認識してほしい。そのような現場で電子カルテのログイン・ログアウト時間を以て勤務時間とするのは難しいと感じる。 ・医師の働き方改革、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療も医療従事者不足を改善しなければ根本的に意味がない。まずは診療報酬以前に医療従事者の不足改善を行うべきではないか。	2件

Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進（16件）

主な意見の内容	件数
○ 医師事務作業補助体制加算について ・医師事務作業補助者の業務内容は施設基準で規定されているが、より明確にしてほしい。そのなかで、クリニカルパスに係る業務について医師事務作業補助者はどの範囲で従事してよいのかを明記してほしい。 ・医師事務作業補助体制加算の施設基準が緊急入院患者数や全身麻酔による手術年間件数など厳しい要件となっており、見直しを要すると考える。 ・医師事務作業補助者の業務範囲を看護師の事務補助にも拡大するほうが、無駄なく活動できると考える。 ・医療事務作業補助者（非薬剤師）による一包化行為も容認してほしい。	4件
○ 看護師の特定行為研修について ・現在特定行為研修修了者として病院内で活動しているが普段の看護業務にプラスアルファされる部分に関しての人員の増加や配置基準の変更がない。そのため実際のタスクシフトが円滑に行われていない。 ・修了者の扱いも資格制度とはいわないまでもほぼ新たな資格として認識している関係者が多数であり国・関係機関からの説明が不足している。診療報酬の改定に合わせて特定行為研修修了者の扱いや加算案件がはっきりしなければ病院・組織として動くのは難しいと思われる。 ・栄養サポートチーム加算等の要件である看護師の40時間研修と特定行為研修を比較すると後	6件

<p>者の方が難易度は高く、同列で扱われることに違和感がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養サポートチーム加算において、特定行為看護師を加えたチームであれば、医師を要件のメンバーから外した3名構成（特定行為看護師、研修済み薬剤師、研修済み管理栄養士）にし、主治医と相談しながら、必要な栄養改善案等を提案する形のほうが運用しやすい。 ・専門的な教育を受け、専門的な知識を提供することが可能な看護師：専門看護師・認定看護師による教育プログラムについて評価を検討してほしい。 ・特定看護師の輩出、その活動でも栄養面で役割発揮できることは、医療の質の向上にもつながり、医師の労務時間の改善の一助になることが期待される。よって、栄養サポートチーム加算の要件に、特定行為研修が含まれることは非常に良いことだと思う。 	
<p>○ 周術期における薬学的管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・例えば抗血栓薬の術前休止などはかかりつけ薬局との連携で行った場合（一包化から当該薬剤を抜くなど）の評価も検討してほしい。 ・術前に休薬が必要な薬剤について、薬局が医療機関に提言した場合も新たな評価としてほしい。 ・保険薬局の薬剤師でも周術期の薬物療法と評価してはどうか。例として抗凝固薬やサプリメントの指導ができるのではないかな。 	3件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師も医師の監督下でワクチン接種等ができるようにすべき。 ・医療の質の高度化に伴い必要な病院の歯科医師、小児病棟薬剤師、コメディカルを雇うための費用を考慮に入れてもらいたい。（同旨1件） 	3件

Ⅱ－５ 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 (23 件)

主な意見の内容	件数
<p>○ 施設基準の届出、レセプト請求に係る事務について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保、基金からの増減点、過誤調整（二次審査、保険者による再審査）について、情報提供の形態（紙ではなくデータ<csv ファイル等>を希望）や、その情報の見やすさについて改善を求める。（同旨 11 件） ・ 「算定ルールの複雑化」は、医療機関の負担増となり予期しない過誤請求・萎縮請求の元凶となるため簡素化を行うべき。（同旨 1 件） ・ 従来どおり、紙面での届出について医療機関の選択を妨げないでほしい。 ・ コンピュータによる審査を正確に行うために、一定の摘要欄記載が必要なことは分かるが、歯科における「暫間固定」において、固定方法、○回目、歯周外科の予定の有無の 3 つの記載は不必要ではないかと考える。 ・ 感染症拡大を防止するため各種届出などを郵送するようにしているが、郵送料負担や期日前に前倒して作業が必要等の負担があるため、すべての施設基準についてオンラインでの提出が出来るようにしてほしい。 ・ 基準を定めないと著しく医療提供に支障をきたすものに限って施設基準の届出を求めるなど、届出医療の制度全般の見直しにも着手してほしい。 ・ 診療報酬明細書摘要欄のコメントに共通のレセプト電算処理システム用コードを用いる機会が増えたが、歴週で一部明確なルールが定まっていないことで、返戻に繋がったケースがある。歴週や 1 週間単位で算定要件を満たす診療報酬の場合、当月第 1 週目と最終週の算定時に、どのように実施日のコードを入力すべきか指針を定めてほしい。 	9 件
<p>○ カンファレンスの実施等の要件見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療で継続管理中の患者に対して新型コロナウイルス感染症に対応する施設内に立ち入れない場合の特例措置も検討すべき。 ・ 機能強化型、連携型の在宅療養支援診療所の施設基準に定められた月一回の連携体制におけるカンファレンスについても、ビデオ通話等の ICT を活用したカンファレンスを認めてほしい。（同旨 1 件） 	3 件
<p>○ 記録の簡素化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科は医科よりも診察時間は長くなり、準備や片付け等の業務も多い。1 日での処置本数による加算等の評価、また業務の効率化・合理化の面からも、煩雑な算定要件である診療録、提供文書等への記載等についてのさらなる簡略化を進めてほしい。 ・ 処置後にカルテ記載をして文書提供できるまでの患者の待ち時間発生等で苦情になることもあるので、文書提供の要件緩和・記録の簡素化を求める。（同旨 1 件） 	3 件
<p>○ 行政からの情報発信・情報公開について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地方厚生局が厚労省に照会した結果等について、可能な限り疑義解釈で公表することを求める。 ・ 地方厚生局によって、施設基準の細かい情報（入院加算等の区分など）も公開されている／公開されていないといった違いがある。統一して幅広く公開することを求める。 ・ 「答申」では、診療報酬点数表が公表されるが、点数の変更箇所について Excel ファイルでも提供してほしい。多くの医療機関が自施設で PDF ファイルから変更前後の比較行を作成しており手間がかかっている。 	3 件
<p>○ オンライン診療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ オンライン診療で行える医療の範囲は限定的であり、現在のような営利企業を優遇する方策で行うのは患者の不利益を誘発すると思われる。 ・ 薬剤の添付文書に照らしても矛盾や齟齬が生じると思われるため、初診からオンラインで診察する場合には、処方不可とする等の制限を検討すべき。 	2 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ キャッシュレス決済は、業務効率化および現金授受に伴う感染症リスクの削減に寄与すると考えるので、こちらも加算点数の創設等を検討してほしい。 ・ 歯科用口腔内スキャナーを使用することで、患者の負担軽減、スタッフの労働時間の短縮、労働環境の改善を図る事が可能となるため、歯科用口腔内スキャナーの導入推進を検討してほしい。 	3 件

・多職種連携について、医師等への情報提供も「文書で行った場合」に限らず、SNSにおけるタイムリーな連絡により文書に取って代わる形式を認めてほしい。	
---	--

Ⅲ 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

Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等（78件）

主な意見の内容	件数
○ 画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について ・取り組みに対する評価だけでなく、実際に防止できているか数値目標を厳しく設定したうえで評価をするよう要望する。	1件
○ 療養・就労両立支援指導料の見直しについて ・療養・就労両立支援指導料は、算定が非常に難しい。職場への情報提供等は、「診断書」等、健康保険外で足りているのでは。	1件
○ 手術等の医療技術の見直しについて ・精神療法の保険点数が実態に即していない。 ・手術や保険医療材料の算定に係る評価充実を要望。（同旨2件）	4件
○ 歯科口腔疾患の重症化予防について ・歯周病の安定期治療及び重症化予防治療の評価充実をお願いしたい（同旨21件） ・欠損補綴治療も対象にして欲しい（同旨4件） ・長期管理を行ううえで、算定回数の制限を無くして欲しい。（同旨4件） ・口腔機能低下が見られる患者等へのう蝕及び処置等の評価の充実。（同旨12件） ・歯周病安定期治療は施設基準の有無にかかわらず、患者の重症度等により評価すべき。（同旨5件） ・新設された歯周病重症化予防治療では、包括される項目が多すぎるため、必要とされる処置等は別で算定できるよう検討していただきたい。（同旨7件）	59件
○ 医薬品等の安定供給について ・ジェネリックが手配できず先発で対応した事もあり改善してほしい。（同旨3件） ・調剤基本料、または地域支援体制加算等について、医療過疎地においても持続的な薬局経営ができる報酬体系の設定、枠組みの設定を検討してほしい。 ・供給不安定の一因として、日本の原薬受け入れ基準が厳しすぎると思う。 ・厚生労働省は供給不安への対応、可能なら在庫融通もとのことであるが、実際は会計上の問題もあり私立でも公立でも関連病院間でさえ医薬品のやりとりはほぼ無理。	7件
○ その他 ・各診療科で診療情報提供料および診療情報連携共有料が算定可能となるよう要望する。（同旨4件） ・ホスピスケアが誰にでも受けられるように、施設を作る場合の補助金制度や高額になった場合の減免制度を設けてほしい。	6件

Ⅲ－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応（74件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 情報通信機器を用いた場合の初診について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科診療においては、オンラインの初診には反対。 ・オンライン初診の恒久化には賛同できない。あくまで対面診療の補完に留めるべき。（同旨10件） ・かかりつけ医以外でもあらかじめ診療録や診療情報提供書、健康診断結果等で医師が状態を把握できる場合に初診からのオンライン診療を可能とする方向で進んでいるが、この“状態把握”が果たして対面による初診と同水準の質を確保できるのか疑問。 	13件
<p>○ 情報通信機器を用いた場合の再診について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電話による投薬については、コロナ禍に伴う時限的・特例的措置であり、平時の診療に適用するのは適当でない。 ・電話再診を続けなくてはかかりつけ医がコロナ診療の一端を担うことは困難になる。 	2件
<p>○ 情報通信機器を用いた場合の医学管理等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様々な事業者より、患者が自らの症状を記録し共有するツールが提供されているが、これらのツールによりオンラインにて日常的に症状を管理する場合も、遠隔モニタリングの一つとして診療報酬の対象にならないか。 ・口腔内の光学的なデジタルスキャンを認めてほしい。（同旨3件） ・オンライン診療の価値と可能性を正当に評価すべき。 ・対面診療が足りている場所ではオンライン診療の点数は低く、対面診療が足りていない地域ではオンライン診療に加算をつけるべき。 ・患者情報等についてメール等による情報共有を可としてほしい。（同旨2件） ・オンライン診療は情報セキュリティについての議論が不十分。 ・ICT活用においてトラブルが起きた時の責任範囲などルール作りが必要。 	12件
<p>○ 情報通信機器を活用した質の高い在宅歯科医療の提供について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問口腔衛生指導の評価のみではなく、同様に居宅療養管理指導費（歯科衛生士）に関しても評価が必要。（同旨9件） ・ICT活用は重要だと思うが、現場に行って実際に行う訪問衛生指導の点数を引き下げるのはやめてほしい。（同旨1件） ・患者宅の状況がある程度把握する・家族とコミュニケーション取る意味でも、在宅歯科診療のICT活用を進めてほしい。 ・情報通信機器を活用するのは重要だが、ネットワークツールの整備をすべき。（同旨2件） ・情報通信機器を用いた訪問歯科衛生指導については、実用性の検証が不十分。（同旨2件） ・歯科衛生士を介してだけでなく、患者自身のタイミングで相談に応じるべき 	20件
<p>○ 情報通信機器を用いた服薬指導等について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全く記録のない電子お薬手帳持参時に「手帳持参あり」と算定していいのか。 ・オンライン接続されていないカルテからも容易に閲覧できるならよいが、現状できないためお薬手帳の電子化は困る。 ・薬価収載され運用を開始する際の負担をよく考えICTを活用してほしい。 ・「薬局内の定められた場所」からのオンライン服薬指導を算定すべき。 	4件
<p>○ 情報通信機器等を用いた栄養食事指導について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・情報通信機器を活用した栄養食事指導を初回時から行えるようにしていくべき。 ・オンライン食事指導の点数化を希望。 	2件
<p>○ データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲拡大について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・算定回数の少ない中小病院にとっては病床規模に応じた点数の増点が必要。（同旨1件） ・診療所では物理的に対応不可能であり、要件化には反対。 	3件
<p>○ 適切な診療記録の管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切な診療記録の管理を推進する観点から、「診療記録管理者」の部分「診療情報管理士」と明記すべき。（同旨1件） ・別の加算の形（診療情報セキュリティー対策加算）が必要。 ・システム更新費用を回収できるような加算あるいは点数設定を希望。 	5件

・システム担当を配置すると加算できるような体系を希望。	
○ 外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療におけるデータに基づく評価について ・患者による評価指標を加えるべき。 ・診療内容のデータが審査に利用されることのないようお願いする。	2件
○ オンライン資格確認システムの活用について ・マイナンバーカードと保険証との紐付けに係る設備を設置した医療機関に管理加算点数等のインセンティブを付けてほしい。(同旨3件) ・システム導入の有無に関して、「診断及び治療等の質の向上」は関係しておらず、その点を診療報酬で評価するのは問題。(同旨1件) ・施設基準への導入、もしくは減算等により厳罰にしないで普及は進まない。	7件
○ その他 ・レセプトオンライン請求、顔認証システムの費用については診療報酬に全く反映されていない。(同旨3件)	4件

Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進 (16件)

主な意見の内容	件数
○ 摂食嚥下支援加算の見直しについて ・チームへの管理栄養士の参画が重要。	1件
○ 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おける疾患別リハビリテーション料の要件について ・日数を超えて算定する場合の組み合わせがわかりづらいため、一覧表等を整理してほしい。 ・算定日数上限超えについて、改善しなくても医療においてリハを続けないと悪化するケースが少なからずあり、ある程度のリハビリは認めるべき。(同旨1件) ・リハビリ日数は訓練終了の目安として残すものの、算定日数上限については撤廃し、必要なリハビリテーションは制限せずに、全て医療保険で患者に提供できるよう制度を改めるべき。(同旨6件)	10件
○ 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 ・ある程度期間をあげずに同様の検査があり、直近での検査が不必要な症状がない場合などは、そのデータを使用して医師が判断した際の評価の点数の導入。(同旨1件)	2件
○ その他 ・現在の医療費はアウトカムに関係なく使われている部分が非常に大きい。(同旨2件)	3件

Ⅲ-4-1 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価 (10件)

主な意見の内容	件数
○ 保険適用の適否について ・少子化対策は、若者の不安定雇用や低賃金労働の解消、保育所の拡充や保育・教育の負担軽減など生まれた子どもを育てられる環境を整えていくという根本的な問題を改善することが求められている。不妊治療が保険適用となったことで少子化の問題が解決するわけではない。 ・健康保険は疾病や傷害等に備えて制度化されており、不妊を保険に含めるのか否かは十分な検討が必要。 ・現在の不妊治療の成功率や安全性を考慮すれば、ただ保険適用の範囲を広げればいいというわけでもなく、現時点での保険適用はあまりに拙速であると言わざるを得ない。当面は現行の不妊治療助成制度を継続し、今次改定での不妊治療の保険適用は見送るべきである。	3件
○ 適切な制度設計(標準治療、治療施設)について ・標準治療を定めることにより、不妊治療を行っている医師の技術選択が狭くなり、結果的に患者の妊娠成功が減少する可能性がある。そのような結果にならないための適切な評価及び制度設計を構築することを要望する。	3件

<ul style="list-style-type: none"> ・程度の低い施設まで保険診療の恩恵を受けることがないようにしてほしい。 ・採卵時の卵巣刺激方法については、学会等の方針に基づき治療知見による、いわゆる適用外使用が行われることもあるが、四角四面に保険適用として使用できなくなる事態が起こらないよう十分配慮いただきたい。 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・保険診療と自由診療の範囲及び取扱いを明確化するべきである。 ・子どもを望むカップルが経済的負担を理由に不妊治療をあきらめることがないような、保険診療（保険外併用含め）における評価、保険適用によって当事者の負担増とならない制度設計とすること。また保険適用対象外となった患者が経済的負担を理由に不妊治療を断念することのない公的助成制度の継続・拡充が必要である。（同旨1件） ・不妊治療等の実効性の担保には、産科領域の保険診療と、正常分娩との間のシームレスな行き来が必要。今一度、正常分娩の公費化（保険診療化）を検討いただきたい。 	4件

Ⅲ－４－２ 質の高いがん医療の評価（7件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門的な知識を有する管理栄養士による質の高い栄養食事指導について <ul style="list-style-type: none"> ・実地修練課程を経た者が、過半数を超えるまでは保留すべき。 ・外来化学療法を施行している患者にあつては、副作用による有害事象が治療にも影響し、体重変化や栄養摂取状況、味覚障害、消化器症状、口内炎などの栄養アセスメントを定期的に行うことで、低栄養予防が可能であるため、専門的な知識を有した管理栄養士による栄養食事指導は重要である。（同旨2件） ・がん患者において、レジメン及び各種病態に応じた栄養管理は専門的な知識を有する管理栄養士の存在意義は大きい。患者の期待に応えることが可能である「専門的知識を有する管理栄養士」への評価は重要である。 	4件
<ul style="list-style-type: none"> ○ がん患者指導管理料(ハ)について <ul style="list-style-type: none"> ・がん患者指導管理料(ハ)について、質の高いがん医療を行うには経営面のメリットがないとなかなか病院幹部が人的リソースを割くことに納得しないので、少しでも点数を上乗せしてほしい。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・質の高い放射線内用療法の提供について、内用療法だけでなく患者に適した外部照射療法が適切に提供できるための要件および評価の見直しを追加することが必要。 ・特定薬剤管理指導加算2に加えて、抗悪性腫瘍剤の内服薬を服用している患者に対して、レジメン等を確認し、薬学的管理及び指導した場合についても評価されたい。 	2件

Ⅲ－４－３ 認知症の者に対する適切な医療の評価（１件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科における評価について ・ 歯科の外来にも認知症の患者は来院し、予約忘れや予約時間違い、治療方針についての繰り返し説明が必要。歯科においても、認知症患者に対する評価をお願いしたい。 	1件

Ⅲ－４－４ 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（38件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 通院・在宅精神療法における児童思春期精神科専門管理加算算定の困難さと20歳未満加算算定期間の延長について ・ 児童青年期の患者は診療時間がかかり多職種や地域での連携なども必要。また成長に伴い様々な課題が出てくるために、長期間継続して診療が行われている現状もある。「通院在宅精神療法の20歳未満加算」の算定期限の延長が必要であると考え。 (同旨11件) ・ 近年児童思春期精神科の医療需要は急激に増加している一方でその専門性を確保できている医療機関の少なさから数少ない地域基幹医療機関に患者が集中している。地域の基幹病院のみではその対応は困難と言わざるを得ない一方で、地域の数少ない基幹病院以外の医療機関では児童思春期精神科専門管理加算は算定できていない。(同旨1件) ・ 子どもたちを守る地域の医療機関のためにも、現在の通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価の見直しと、20歳未満加算の算定期限の延長の検討を求める。(同旨2件) ・ 児童思春期医療について「効果がある医療を十分提供しても医療機関がつぶれない」ために児童思春期専門管理加算要件についての検討を望む。(同旨2件) ・ 患者にとってファーストコンタクトであり、発達障害を抱えながらも社会生活を送る患者が利用することの多い診療所の機能を改善することも精神科医療に必要なことである。 ・ 常勤2人という基準は難しい診療所が多い。常勤1人＋非常勤で1人換算を希望する。 ・ 児童思春期精神科専門管理加算についての見直し、診療が2年以上長く継続する実態に鑑み、20歳未満加算および小児特定疾患カウンセリング料の算定年限の延長を喫緊の課題として取り上げていただきたい。 ・ 児童・思春期精神科専門管理加算では、「診療所では50%以上が16歳未満でないといけない」という制約のために、年齢における患者人数の制限が必要である。発達障害支援では保護者支援も重要な役割の1つであるが、この要件のために親子別の医療機関への受診が必要となる等、医療機関にとっても利用する患者にとってもデメリットとなっている。 ・ 通院・在宅精神療法が全体が50%以上という規定は、地域における児童精神科医療を停滞させる。通院在宅の比率より、16歳未満の初診が半数以上ということが児童精神科の専門性を証明するのではないか。 ・ 公認心理士、精神保健福祉士等の多職種でのフォローと教育や福祉とのカンファレンスを評価してほしい。 	26件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科救急入院料算定病床を精神病床全体の2割以下とする制限について ・ 精神科救急入院料病棟60床では現状の体制は到底賄えきれない。万が一、現行どおりの改定(病床制限60床)が行われた場合には他の入院料に転換しなければならないが、それには改修工事が必要。24時間365日対応できる精神科救急医療ができる人員を雇用できなくなる。病院の存続も危機的状況となり、地域精神科救急医療の存続も危うくなると言っても過言ではない。 ・ 精神科の病床数削減を躊躇させ、精神科医療の慢性化を助長させるものであることが懸念される。一律の病床数制限でなく患者個別の暴力行為や自傷行為の有無など精神科救急病棟での治療の必要性に照準を置いた基準を策定していただきたい。 	2件

<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養・就労両立支援指導料の見直しについて、公認心理師を加えるべき。精神保健指定医による通院・在宅精神療しが、公認心理師と協働して行われた場合、保険点数上で評価を行うべき。医師が、公認心理師と協働して認知療法・認知行動療法を行った場合、保険点数に加算を行うべきである。あるいは、うつ病・不安症などの外来指導において「認知行動外来指導」等を創設するべき。 ・小児特定疾患カウンセリング料も2年以上診療が継続している。特に発達障害の診療にあたっては就学前から児童・思春期まで小児科において外来診療を継続している実態から、小児特定疾患カウンセリングにおいても要件及び評価を見直していただきたい。（同旨1件） ・（1）について、具体的な実施方法等を実際に算定している病院等から聞き取りし、点数本に掲載されていると有難い。 ・（5）について「多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等」とあるが、多職種があつまるケース会議などの出席も診療報酬上算定出来る仕組みが必要である。看護師、精神保健福祉士の参加も算定の対象とすべき。 ・（6）について本人に会えない「ひきこもり」患者等であっても、診療報酬上算定できるような仕組みが必要である。 ・精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を追加することに賛成する。併せて、「ひきこもり」の長期化や高齢化が社会問題化している。2021年3月末に廃止された精神科在宅患者支援管理料1のハを復活し、算定できるようにすることを望む。また2020年改定で規定された、初回算定日より2年を限度とするとの要件を見直すことを求める。 ・（8）に対し精神保健指定医も他の精神科医も診ている患者はほぼ同じ、病状、深刻度合い、改善度合いもほぼ同等。同等でありながら報酬の差を付け、恒常化させるのは両者の分断に繋がり、地域精神医療の連携を損なう可能性をはらむ。 ・精神科救急医療について公的病院に対しては、厚くする必要があるが、民間病院は急性期は最小限にして、慢性入院患者の退院に力を注ぐべき。 ・精神科救急病棟入院料の施設基準に医療保護である割合、3か月以内の自宅等への移行率等が定められているが、任意入院であっても希死念慮のある患者や家庭環境により自宅退院が容易でない患者が多く見られる。必要な患者に必要な医療を提供することを阻害することがなきようご配慮いただきたい。 	10件
--	-----

Ⅲ－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価（3件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 難病患者に対する適切な歯科医療の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険適応のブリッジ設計では、支台歯の抵抗、ポンティックの疲労、補足疲労を考慮して咬合力の負担を算出しているため、金属アレルギー患者のみに適応させて頂きたい。 	1件
<p>○ 難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対し当該患者の診療情報を提供した場合の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療情報の提供に係る評価の前進には賛同するが、評価対象を「難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関」等に限定せず、情報提供・共有を行う全ての医療機関へ拡大するよう求める。 	1件
<p>○ 難病患者に対する適切な医療の評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・難病法の施行に伴い、難病外来指導管理料の対象疾患が順次拡大されている中で、保険医は難病患者の医学管理に当たり高度かつ幅広い知識を求められている。現行の点数では難病に係る指導管理の評価としては低すぎるため、引き上げるべきである。 	1件

Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実（６件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児入院医療管理料に包括されている無菌室治療管理加算は出来高評価について ・ 小児入院医療管理料に包括されている無菌室治療管理加算は出来高評価とすることに賛成だが、その分小児入院医療管理料を引き下げるべきという意見には反対。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 通常の調剤に比べて手間がかかることへの評価について ・ 病状等に合わせて量の調整が必要であったり、粉碎や脱カプセル、長期処方による配合変化を考慮すると、計量混合はできない。それぞれを分包し、家族の負担軽減を考慮するとさらに一回分ずつにまとめるなど長時間の作業が生じる。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 ・ ①小児科専門医（日本小児科学会、日本専門医機構認定）取得者の待遇改善（診療報酬点数の上乗せ）、②輸液・迅速検査の包括外請求可能となる制度③小児科専門医のみ対応可能な周産期医療から継続する乳児早期（月齢6未満）児に対する診療報酬の上乗せをお願いしたい ・ 小児特定集中治療室管理料の要件及び算定上限日数見直しについて、ありがたく思うが、以下の様に現状に合わせた施設基準とするべき。 <ul style="list-style-type: none"> ①当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に C004 救急搬送診療料を算定したものに限り）が直近1年間に 50 名以上 → 30 名以上 ②そのうち、当該治療室に入室後 24 時間以内に人工呼吸を実施した患者が 30 名以上 → 20 名以上 ・ 小児科外来診療料の点数を大幅に引き上げることを要望する。また、診療情報提供料や高額な「検査、処置、投薬、注射」の費用は、別途算定できるようにすることを望む。 ・ 在宅で療養する 6 歳未満の小児患者については、出来高算定を認めてほしい。 	4件

Ⅲ－５ 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（2,136件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染防止対策を行う上で必要な金額を初再診料に反映させて欲しい。（同旨8件） ・院内感染防止対策に対する評価を復活・充実すべき。（同旨155件） ・初再診料を医科と同一にすべき。（同旨5件） ・初再診料を引き上げ、歯初診注1の施設基準は廃止すべき。（同旨153件） ・初診料の施設基準の変更は理解できるが、医療機関が対応できるように経過措置を十分設けて欲しい。（同旨1件） ・毎年の研修義務化としたうえで、歯科初診料の大幅な点数アップをして欲しい。（同旨1件） ・歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件の見直しについて、要件を増やさないで欲しい。（同旨2件） ・施設基準の研修についてe-learningを認めて欲しい。 	333件
<p>○ 歯科口腔疾患の重症化予防について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SPT（歯周病安定期治療）やCe（エナメル質初期う蝕）に対する処置など全ての歯科医療機関で給付可能な項目を、施設基準によって差別化すべきではない。（同旨131件） ・歯周病安定期や重症化予防治療に包括した項目を独立して算定できるようにし、歯周基本治療の点数を引き上げて欲しい。（同旨124件） ・歯周病安定期治療および重症化予防治療について、混乱がないようにして欲しい。（同旨2件） ・歯周病重症化予防治療については、混合歯列期における評価を見直すべき。（同旨2件） ・P重防、SPTに関して、開始時期、算定期間の要件緩和や内容の見直し、更なる評価をして欲しい。（同旨12件） ・現在の一口腔におけるう蝕治療完了後から管理を行う取り扱いを改め、初診時にう蝕を有している場合は、その時点からC管理を行うことを可能とすべき。 ・う蝕多発傾向者の判定基準の更なる要件緩和を要望する。（同旨1件） ・フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、対象患者拡大をして欲しい。（同旨2件） ・重症化予防の観点からすると未病の段階で管理料が算定できず、口腔機能が低下してから管理するのでは意味が無い。健康なうちから定期的に管理指導が必要。 	283件
<p>○ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能管理料および小児口腔機能管理料について、点数を引き上げ、診断や管理に必要なものを包括するのではなく、検査・技術等にも適切な評価をすべき。（同旨121件） ・小児口腔機能管理料から口腔機能管理料へと切れ目のない口腔機能管理ができるよう要望する。（同旨2件） ・口腔機能管理料について、対象年齢、算定回数等要件の見直しをして欲しい。（同旨7件） ・口腔機能低下についての評価とリハビリテーションに対し、診療報酬により更に評価を行うべきである。（同旨2件） ・口腔機能低下症に係る検査項目について、十分な検査が評価されるよう見直しを要望する。（同旨2件） ・口腔機能低下症の必須有検査（咀嚼機能検査・咬合圧検査）について、代替法での検査でも必須検査として認めて欲しい。 ・口腔機能発達不全症の評価としても舌圧検査、咀嚼能力検査、咬合力検査が必要。検査を歯科点数表に記載していただきたい。 ・口腔機能低下症の啓発活動が必要。 ・小児期よりの機能的な原因による不正咬合の治療、指導に関して保険診療の拡充と口腔機能管理加算の引き上げをして欲しい。 ・小児口腔機能管理料については、歯科領域のみでの対応では不十分である。捕食開始時から介入した方が、効果は期待できる。職域を超えた、特に産科領域の方との連携が重要。（同旨1件） 	145件

<p>○ 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科診療特別対応連携加算について、患者の年齢等の実態や地域における連携状況を踏まえて、見直しを行うことに賛同する。（同旨 1 件） ・ 歯特連の評価の見直しに際しては、紹介外来患者の減少を考慮し、「歯科診療特別対応加算等を算定した患者が月平均 10 人以上」の要件を緩和すること。 ・ 情Ⅲに関しては密なる連携を可能とするためにはかかりつけ機能の有無は撤廃すべき。 ・ 情Ⅳの算定は、保険医療機関ごとではなく、診療科ごとにすべき。 ・ 診療情報連携共有料の要件緩和をすべき。（同旨 1 件） 	7 件
<p>○ 歯科固有の技術について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ メタルコア加算の廃止は中止しファイバーコアにも加算を新設して欲しい。（同旨 133 件） ・ メタルコア加算の廃止に反対。（同旨 11 件） ・ 歯周基本治療処置の廃止は中止し、基本診療料に包括されているラバーダムや歯肉息肉除去手術など再評価して欲しい。（同旨 130 件） ・ 歯周基本治療処置の廃止は反対。（同旨 7 件） ・ 歯周基本治療処置については、単なる廃止ではなく、それに見合った点数の引き上げをして欲しい。（同旨 4 件） ・ 金パラにかかる点数は基準改定・随時改定ともに実勢価格をもとに改定して欲しい。（同旨 154 件） ・ 歯科用貴金属について、「逆ザヤ」が発生することが無い仕組みとなるよう、制度を抜本的に見直して欲しい。（同旨 21 件） ・ 歯科技工士にも適正な報酬が配分できるよう、補綴関連の点数を大幅に引き上げて欲しい。（同旨 144 件） ・ 処置手術、補綴治療に係る麻酔について、実態どおり算定できるようにして欲しい。（同旨 136 件） ・ 補管を廃止すること。少なくとも補管は歯科医師の判断で装置ごとに算定できるようにして欲しい。（同旨 142 件） 	1,005 件
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同一初診期間中 1 回のみ算定などを見直し、実態に則した評価として欲しい。（同旨 133 件） ・ 不合理な施設基準要件を撤廃して欲しい。特に、歯管の総合医療管理加算の施設基準を撤廃し、医管については歯科衛生士の配置要件を抜本的に見直して欲しい。（同旨 123 件） ・ 歯科での禁煙治療を保険適用して欲しい。（同旨 49 件） ・ 診療報酬の引き上げをすべき。（同旨 9 件） ・ 文書提供の要件緩和や、要件となる記載内容を簡略化する等、業務の効率化に向けて適切に実施できるようにお願いしたい。（同旨 2 件） ・ 3 D スキャンを用いた印象採得を算定可能にしてほしい。（同旨 1 件） ・ 歯科医師、歯科技工士など関係する医療従事者も納得のできる保険点数にしていただき、国民の健康に資する歯科技工物が世に広まるようにして欲しい。（同旨 1 件） ・ 唾液検査を保険で認めて欲しい。（同旨 1 件） ・ 小児・学童の歯列矯正を公的医療保険へ拡大導入すべき。 ・ 必要に応じてデイサービス等の施設への歯科訪問診療を認めて欲しい。 	363 件

Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価（70件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 地域支援体制加算について要件及び評価について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師の経験年数や薬局の所属年数がかかりつけ機能の質の高さに比例しないため、薬剤師歴(5年)、薬剤師の所属年数(1年)の条件を変更するべき。(同旨1件) ・ 地域連携薬局や専門医療機関連携薬局、健康サポート薬局などさまざまな薬局の形ができている中で、地域支援体制加算との区別は必要になってくるかと思う。(同旨1件) 	4件
<p>○ 薬剤調製や取り揃え監査業務の評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 調剤料の内服薬については現状の処方日数で区切る評価ではなく、処方剤数での区分にしてはどうか。 ・ 取り揃え監査業務は当然ながら調剤料に含まれる業務である。 ・ 監査業務の評価においても、一包化や散剤調剤などの監査に時間を要するものの評価を検討していただきたい。(同旨1件) 	5件
<p>○ 処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、薬歴の管理等に係る業務の評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「処方の分析」ではなく、「処方の妥当性評価」ではないか。 ・ 「処方内容の薬学的分析」はもともと薬剤服用歴管理指導料で評価されている内容と考えるべきではないか。 ・ 調剤料として評価されていた評価の新設について、医師へ疑義紹介を実施した場合の評価を検討していただきたい。 ・ 今後どのような点数が新設されるのかはわかりませんが、薬生総発0402第1号にあるように、薬剤師でなくてもできる業務については点数を縮小し、患者として納得のできる医療費になっていただきたい。 	5件
<p>○ 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定薬剤管理指導加算について、算定要件に対する点数としての評価が少ない。 	1件
<p>○ 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用であって処方内容が変更された場合における当該患者に対する薬学的管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 6種類とした根拠は何か？ ・ 必ずしも6種類以上ではない場合も含めて評価してほしい。(同旨1件) ・ 下記のケースは加算の不適切算定を防止する観点からも除外すべき。 ケース：A病院で4種類、B診療所で3種類をそれぞれC薬局、D薬局で受付 	4件
<p>○ かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等についての評価の新設について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ薬剤師指導料を廃止し、かかりつけ薬局として体制・実績を評価する。今の基準に、副作用報告件数、健康や栄養についての相談体制の評価を追加する。(同旨1件) ・ かかりつけ薬剤師の意義である『患者の薬物治療を一元管理することによる処方薬の適正化』の観点より、患者へ対するディスインセンティブとなる報酬体系ではなく、包括的に評価し重複投与防止や減薬といった職能発揮によって結果的に経費率の下がる報酬体系とすべき。 	3件
<p>○ 調剤後薬剤管理指導加算の評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 調剤後薬剤管理指導加算を算定できる対象薬局は現在、「地域支援体制加算」だけであるが、全薬局が算定できるように改定を求める。また、対象患者は糖尿病患者であるため、処方薬のインスリン製剤またはスルフォニル尿素系製剤に限らず、糖尿病の適応が処方薬にある全ての患者を対象とすべき。 ・ インスリン等の糖尿病治療薬の適正使用について、評価対象を地域支援体制加算を算定する薬局に限定することなく、また電話またはオンラインツールを用いたフォローアップのみならず、処方せん受付日以外の日程において薬局内で実施する個別カウンセリングまたは患者同士で支えあうきっかけづくりを目的として薬剤師または管理栄養士がおこなう集団型の糖尿病教室（お薬教室、栄養・運動指導等）についても療養の給付が可能とし、相応の評価をすべき。 	2件

<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院予定の患者に対して、医療機関からの求めに応じて、薬局において持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬等に関する情報を一元的に把握し、その結果を医療機関に文書により提供した場合についての評価の新設について <ul style="list-style-type: none"> ・持参薬の整理について、持参する薬そのものの整理を示すのか、服用しているすべての薬の情報の整理の場合も認めることとするのか、それによって実効性も大きく変わるものと考える。 ・入院予定患者の服用薬整理について、複数科受診している場合などは薬剤の確認や再分包など相応の業務が生じると思われる。従来の残薬整理にかかる外来服薬支援料と同等の業務が想定されるため、外来服薬支援料と同等の評価をお願いしたい。 ・患者からの求めによる持参薬整理等でも、医療機関の業務負荷、リスク低減につながる事が期待できるため、要件に患者からの求めも追加してはどうか。 ・病院業務として持参薬の内容確認、服薬確認、医師への継続・中止確認（手術・検査時の中止薬の有無）、電子カルテへの持参薬入力など入院時に常時に行っていて持参薬にかなりの時間を要しており、病院での持参薬業務の評価をして欲しい。（同旨1件） ・入院予定の患者に対しての医療機関への情報提供については、「医療機関からの求め」以外に「患者または患者家族からの要望」や「当該薬局薬剤師の判断に応じて」といった要件があっても良い。 	6件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 多種類の薬剤が投与されている患者又は直接被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、治療上の必要性が認められる場合に、医師の了解を得た上で、内服薬の一包化を行い、必要な服薬指導を行った場合の評価の新設について <ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表にも、分包機を設置して医師又は薬剤師が内服薬を一包化した場合の技術料を新設し、点数設定は調剤報酬の一包化加算と同点数とすること。調剤薬局のない地域等では必要不可欠だが評価がないのはおかしい。（同旨1件） ・医師の了解なしで、一包化できるようにしてほしい。（同旨1件） ・一包化については、必要な服薬指導に加えて、その後のフォローアップとして一包化したことの効果についての処方医へのフィードバックも要件に加えてはどうか。 ・ある程度の条件（3剤以上など）はあってもよいが、適切な理由があり、服用状況を確認して、コンプライアンス改善につながっているのであれば、認めてもよいと考える。 ・一包化加算については、43日分を上限として評価されているが、長期処方が増え90日処方の一包化に対しても更なる評価とされたい。 ・本人の状態・特性のみでなく管理状況など周囲状態の情報を得て一包化の必要性を考慮する必要があり、要件の拡大と、地域連携の面から通常の一包化加算と別に評価がされることを求める。 	8件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 服用薬剤調整支援料2の評価の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> ・薬は、患者の病態に合わせて処方されるものであり、増減も含めて医師の治療上の判断と責任で処方されるものであるため、目標値（2種類以上）を設定し、薬剤師に対する「成功報酬」のような加算で減薬を誘導することは、医師と薬剤師の間の信頼関係を損なう。 ・書面での医師への情報提供が現在必要となっているが、それとは別に薬剤師が医師の往診に同行し、口頭で処方提案を行い、服用薬剤数を減らすことができた場合の評価を検討いただきたい。 	2件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方の見直しについて <ul style="list-style-type: none"> ・基本方針に病棟薬剤師業務の評価とされているが、項目があまりにも少ない。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・「対物中心から対人中心へ」という表現に関しては、様々な解釈を生むと思う。「Patient Centerd Care」に寄与する薬剤師の職能を示す、新たな表現があって良いと思う。 ・昨今の風潮を診ていると、対物業務を軽視しているような薬剤師もいるが、あまり対人業務を強調するあまり誤ったメッセージを送らないようにしてほしい。 ・超高齢化社会を迎え、医療費の取捨選択を行わなくてはならない時代に、夜間救急外来があり救急車が走っている国で24時間対応の調剤やお薬相談は過剰サービスである。 ・地域支援体制加算とかかりつけ薬剤師指導料では24時間の相談対応など重複している要素が多分にみられる。 ・かかりつけ薬剤師の要件の一つである地域活動について、地域の特別養護老人ホームなどの施設の従業員（介護に当たられている方や看護師、理学療法士、生活相談員の方々）に対し 	30件

て、薬剤師が講師として、薬に関する勉強会を行った場合を含めていただきたい。

- ・かかりつけ機能の推進のためには、患者のかかりつけ薬剤師利用による自己負担増加は解消する必要があると考える。
- ・薬局は対人業務を強化し、選ばれる薬局となれば、立地に頼らず応需処方箋の増加が期待できる。結果として、基本料や薬学管理料の影響を回避すべく、かかりつけ機能を強化するよう、動機付けが期待できる。
- ・かかりつけ薬剤師指導料についても、長らく届出のみになっており実算定していない算定薬局もいることが考えられる。要件に算定実績を含むべきである。
- ・できるだけ変更幅の少ない改正内容にさせていただくとともに、もっと早くから議論いただき、システム改修の時間を確保いただきたい。
- ・すべての薬局に対して一律の基本調剤料とし、面対している薬局に対して、補助金という形で手当すべきである。
- ・患者の容態変化や検査等のために、医師の指示に基づき、調剤済みの一包化された薬剤の一部が服薬中止となり、当該薬剤以外の薬剤で再度一包化した場合について、新たに評価されたい。また、当該患者が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者等であり、前記のとおり再度一包化した場合についても、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料として評価されたい。
- ・院外処方箋の需要が少ない時間帯や曜日にも開院してくれる薬局に対しての評価を行ってほしいと思う。
- ・院内処方の分包数が多くなっているため、その評価をいただきたい。
- ・かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師をもっと進めていく上で、門前の点数は下げても、患者負担は自宅近くの薬局でもらった方が安くなるような仕組みを考えるべき。
- ・疑義照会により、処方箋に記載された薬剤の全てが削除となった場合についても、薬剤師の対人業務として、新たに評価されたい。
- ・本来、医療機関が交付すべき検査薬等について、院外処方箋により薬局が受け付けた場合においても、通常の処方箋受付時と同様に、調剤基本料、調剤料、薬学管理料、薬剤料として評価されたい。
- ・病棟薬剤師業務の評価として、使用ガイド付き院内医薬品リスト(フォーミュラリ)の作成について、入院時の診療報酬で評価すべき。
- ・国民(患者)の利益を最優先に考えた調剤報酬にいただきたい。
- ・医者に聞かれたことと同じことを聞かれ患者にも不評な院外薬局の保険点数を下げ、医療機関に手厚くすべきである。
- ・処方箋枚数に依存しない大中小規模薬局毎に対応した対人業務での点数設定をお願いしたい。
- ・内服薬外用剤については剤数日数にかかわらず、患者さんの理解のためにも一律の点数とすることを希望する。
- ・対物業務から対人業務への転換を推進する上で、地域支援体制加算、調剤料、薬剤服用歴管理指導料の見直しに賛成。
- ・「調剤料」の中に対物業務と対人業務に対する評価が混在していることで、患者にとっても点数の説明が分かりにくいと感じることがあったが、今回の改訂により、対物業務と対人業務が切り離されることで、薬剤師が行う調剤に対して患者への理解がより一層進むと感じている。(同旨1件)
- ・急性期病院では入院患者70人に対して薬剤師配置基準1ではとてもではないが個々を詳しくチェックしてもらえず、職能を一定水準でまんべんなく提供することができない。せめて1.5人としていただきたい。
- ・回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)での病棟薬剤業務を適正に評価、点数化してほしい。
- ・対物から対人ということで調剤料が減らされ、代わりに患者さんとの対話で加算の流れができつつあるが、この流れでは個人経営とチェーン薬局との差がどんどん開いていってしまう。
- ・慢性疾患などで継続処方が続いている患者において、服薬指導が必要でないと考えられる患者においては薬剤師の管理下における薬剤師以外の職員の投薬を認めなくてはならない。その指導料をなくすことで医療費の抑制につながる。
- ・薬剤服用歴管理指導料を算定しない場合は、基本料、調剤料、後発品体制加算、地域支援体制加算などを大幅に減算する方が良い。

・小児科同様の子供処方と比較的多い耳鼻科処方箋については薬剤師配置数の特例からは除外すべき。	
--	--

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（45件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の更なる使用促進について ・後発医薬品の供給量に不足が生じているため、やむを得ず先発医薬品に変更せざるを得ない状況もある中で、①「後発医薬品の調剤割合が低い薬局に対する減算」や、②「後発医薬品の使用割合が高い医療機関に重点を置いた評価」を検討できる環境にはない。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品調剤体制加算の要件及び評価の見直しについて ・保険薬局では概ね後発医薬品の使用を促進しているが、変更不可の処方や昨今の後発品の供給問題、一部の患者による先発品希望、などによってこれ以上の進展は現場感覚から厳しいと言わざるを得ない。（同旨11件） ・定期的に、市場の医薬品流通状況を除外措置対応に反映させて頂きたい。（同旨2件） ・先発医薬品で変更不可で処方している医療機関側の大幅な減算は検討していないのか。先発医薬品を中心に使用している医療機関の門前は後発医薬品の活用を患者に促しても変更不可医薬品では対応できない。（同旨5件） ・後発医薬品の供給不足に伴い、2022年3月31日まで指定医薬品の除外措置が取られているが、後発医薬品が安定供給されるまでは同措置を継続していただきたい。 ・後発医薬品を入手するのが困難な診療所もある為、調剤割合が低い薬局に対する減算ではなく、調剤割合が高い薬局への加算比率を高める改訂にすべきである。 ・本来、減算とは医療保険制度を遵守していないことに対するペナルティと解釈されるため、後発医薬品の調剤割合が低いことのみをもって、減算とすべきではない。 ・引き続き、後発医薬品を推奨するのであれば、供給不足により信用を失墜した後発医薬品のイメージを引き上げる政策を打ち出していただきたい。 	26件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品使用体制加算について要件及び評価を見直しについて ・後発医薬品使用体制加算の施設基準は複雑でわかりづらい。 ・後発品医薬品についてはメーカー側の問題から供給制限が続いており、現状から脱するには期間を要すると認識されるため、医療現場の実態を無視した要件見直しには反対する。（同旨3件） ・後発医薬品の使用促進にあたっては、後発品使用割合が低い医療機関に対し減算規定を設ける等、医師の裁量権・処方権の侵害に繋がる方向性とならないよう求める。 ・一部の極端に高い薬価を改め、一般薬品の安全性と安定供給に資する薬価に設定するよう国が責任を持つことを求める。 ・後発医薬品をはじめとする医薬品の供給不安定が続くなかにおいて、後発医薬品使用体制加算等の要件緩和を求める。 	11件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合についての評価の新設について ・国産のバイオシミラーが少なすぎる。安全保障的な観点からも製作としてもっと国産バイオシミラーに力を入れてほしい。 	1件
<ul style="list-style-type: none"> ○ その他 ・汎用されており薬価も十分に下がっている後発品についてはこれ以上薬価を引き下げない方がよい。 ・普通錠と口腔内崩壊錠の違いがあっても、一般名処方加算2が算定できるようにしていただきたい。 ・一般名処方の処方せんに対して、アレルギーや効果不十分などの妥当な理由なく、先発品を希望する患者には、一定の自己負担をお願いするような仕組みを導入を検討しても良いのではないか。 ・現状では後発医薬品への新たな切り替えは困難である。「すべての都道府県でジェネリック医薬品の割合を80%以上とする」といった目標についても、その妥当性について再検討し見 	6件

<p>直す必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師が、後発医薬品を使わない一番大きな理由は、後発医薬品が信用できないということである。 ・ 薬剤の認可の時点では止むを得ないにせよ、少なくとも市販された後は、実際の製造ラインの中から無作為に製剤を抽出し、認可の際に出された申請書どおりに薬剤が作られているかどうか、チェックすべきである。また「先発品と同等の効果」と謳われていても、実際に効くのかどうかは、信頼に足る症例数に基づいた臨床試験を義務づける必要がある。 	
--	--

IV-2 費用対効果評価制度の活用（2件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「企業との関連が一定の基準内である場合には、公的分析班として公的分析に関わることができる」と利益相反規定を緩和することは、分析結果の信頼性に関わるものでありやめるべきである。 ・ 医師の薬剤選択権に幅があり過ぎ、実態のエビデンスに基づかなく、個人の（ほとんどが思い込み）による薬剤の選択が、薬剤料の過大になっている。 	2件

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等（28件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 「令和4年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和4年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づく対応について ・ 新薬開発の難易度が高まるなか、市販後のエビデンス等によって明らかになる有用性や、継続的な開発によって明らかになる価値もあることから、企業による継続的な開発投資が行われるよう、より一層のイノベーションの成果が適切に評価される環境整備が必要である。 ・ 新薬のイノベーション評価は、税制・補助金（予算）などでも対応可能である。高薬価の継続により患者アクセスを阻害する新薬創出等加算は廃止すべきである。 ・ 原価算定方式における製造原価の開示度の加算係数の引下げについて、薬価算定の透明性確保の重要性は理解している。一方で、透明性確保のトレードオフとしてイノベーションの評価を低下させることは、製薬企業の日本における新薬開発投資意欲を低下させ、結果として日本国民の新薬へのアクセスが低下するといった悪影響につながることを懸念する。 ・ 原価計算方式では、製品価格の申請コストの内訳・根拠が半分程度も開示されない以上について、今回の補正加算を加味しないとする措置は当然である。 ・ 過度な薬剤費抑制策は、日本の医薬品市場としての魅力の低下や、日本の医薬品産業の世界における競争力の低下をまねき、結果として日本国民の革新的新薬やワクチンなど高水準な医療へのアクセス低下という不利益に繋がりがかねない。 ・ 診療報酬改定年度の合間に行う中間年の薬価改定については中止すべきである。頻繁な薬価改定の実施により、後発品や長期収載品など値下がり幅の大きい品目が集中的に引き下げられ、医薬品の安定供給に更に支障を来しかねない一方、新薬の薬価が高止まりする傾向が更に強まる事態が危惧される。 ・ メーカーが強気の新薬に関しては値引きが消費税分しかなく逆ザヤではないがゼロに限りなく近く、使用条件が色々付随する高額な新薬の管理コストなどを考えると赤字である。価格設定において過剰な値引きは不要だが、卸や使用する病院のことも考えた価格設定や卸値になるようにしてほしい。 	7件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価の見直しについて ・ 新型コロナウイルス感染症におけるPCR検査の点数の大幅な引き下げは、当該感染症の収束が見通せない状況の中で、検査体制の拡充に逆行する対応であり実施するべきではない。（同旨2件） 	3件
<ul style="list-style-type: none"> ○ 材料加算として評価されている材料等に関する実勢価格等を踏まえた適正な評価について ・ 歯科治療において金属の詰め物、被せものは金、パラジウムが含まれており、それぞれ市場価格が異常とあってよいほど高騰している。にもかかわらず保険点数がそれに見合ったものとなっていないため、治療を行えば行うほど赤字となる。（同旨12件） ・ 購入した歯科材料が必要となる診療項目には消費税分を付加した点数配分が必要と考える。 ・ 保険医療材料の価格設定については、当該技術、機器、材料の保険点数を適正評価し、購入価格と保険給付基準の「逆ざや」をなくすこと、また物価等による価格変動を確実に反映す 	15件

ることとし、保険償還価格が購入価格を下回ることがないようにすることを求める。	
○ リアルワールドデータの解析結果を踏まえた医療技術の評価・再評価の在り方の見直しについて ・データによるエビデンスの蓄積には賛同するが、あまりに厳格な運用は医師の負担を過剰にし、働き方改革に逆行するものであり、バランスには留意いただきたい。	1件
○ その他 ・諸外国と比較しても著しく低い歯科診療報酬が何十年と渡り維持されている。外国の歯科医療関係者から見ると日本の歯科医療の低評価にあきれ返るはずだ。 ・妊婦健診にかかる費用に関し、最低でも、異常がない場合は補助券のみで賄えるようにしなければ、少子化は進む一方であり、高齢出産を促すことに繋がりがかねないと考える。関連して、骨盤ベルトが医療費控除の対象になっているのであれば、授乳用ブラジャーや母乳パッドと言った品目についても医療費控除の対象としていただきたい。	2件

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）

（I-3を参照）

IV-5 外来医療の機能分化等（再掲）

（I-4を参照）

IV-6 重症化予防の取組の推進（7件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防の取組の推進における項目として、造血細胞移植等により免疫機能が消失した患者に対するワクチン再接種を医療として評価することが必要。 ・口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のためには個々の実態に即した処置及び期間・回数が必要不可欠であり、それらに対する柔軟な算定が可能となるようご検討いただきたい。 ・歯科における重症化予防はSPT、P重防、エナメル質初期う蝕管理加算等、外来診療に重きを置いた項目が多いのが現状である。多種多様化している在宅患者に対し、歯科訪問診療における実態に即した新たな重症化予防の項目新設や既存の項目の要件緩和等、再度ご検討いただきたい。 ・フレイル、サルコペニアなどの早期発見のための薬局でのチェックに関する点数化があるとよい。（同旨1件） ・骨粗鬆症の二次予防対象を大腿骨近位部骨折患者以外に椎体骨折患者も加えるのはどうか。 ・必要な治療を実施した場合だけでなく、取組み（骨粗鬆症リエゾンサービスチーム）を評価（検査、フォローアップ、教育・啓発なども含む）したほうがいいのではないかと。また、そのチーム構成を医師・薬剤師・看護師・理学療法士 MSWを必須条件とし、カンファレンスの実施など要件を明確にするのはどうか。 	7件

IV-7 医師・病棟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等の推進（43件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ○ 処方箋等に理由を記載することなく処方ができる湿布薬の枚数の上限の見直しについて ・湿布薬の処方枚数上限はその製品の用法・容量に即して検討されるべきと考える。加えて、現在70枚とされている湿布薬の処方枚数の上限を更に見直す（削減する）ことは、患者の頻回の来院をよりもたらすとともに、患者の身体的・経済的負担も増すこととなり、決して医療費の削減には繋がらないと思う。（同旨20件） ・70枚制限をして医療費削減の効果が出ているのであれば継続をした方が良く思う。 	22件
<ul style="list-style-type: none"> ○ リフィル処方箋の仕組みについて ・リフィル処方箋による処方については、患者の健康状態悪化を見逃すことが懸念されるので、反対である。（同旨5件） ・症状が安定している患者が症状悪化してしまった場合は薬剤師に責任が問われるか。（同旨 	16件

<p>1件)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リフィル処方箋の活用にあたっては、よりきめ細かな患者情報の把握が必要と考える。リフィル処方箋の利用に際し、疾患管理手帳（紙媒体、電子媒体を問わず）の使用を条件として定める、或いは、お薬手帳のように使用の有無により点数に差をつけてはどうか。 ・リフィル処方箋を実効性のある制度とするためには、2回目以降にリフィルが可能であるか否かの判断について、医療機関とのプロトコルからの逸脱の有無および医療機関での検査実施により一定期間を経過した時点において薬局においてもPOCTを活用した一定のバイタルデータの確認が必要とすべきではないか。 ・リフィル処方箋について、具体的な運用形態が見えづらい。 ・現在も90日分等の長期投与をされる医師もいる中で、この制度の導入によりどれだけのリフィルが発行されるのか疑問がある。 ・病院との連携が不可欠なため、やり取り手段や内容、計画など記録を残して実施した時と、患者様の経過を確認した時にそれぞれ加点がつくような算定が出来ると良い。 ・近隣の複数のクリニックを受診しているが数回に1回は診察無しで受付で処方箋をもらって再診料と診察料を取られている。医療費、時間の無駄であり、コロナ感染リスクにもさらされている。 ・リフィルは不必要な医師の診察回数を減らし、限りある資源の見直しの1つの方策であり、適正な費用対効果の施策と思われる。 ・リフィル処方箋を普及させるためには、合理的でわかりやすい仕組みが必須と思われる。医師、薬剤師また患者にとってわかりやすい仕組みの構築をお願いしたい。 	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定入院料（回復期リハビリテーション病棟入院料）における高額薬剤等の包括除外。 ・医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働における医療機関側（病棟薬剤師等）の評価も検討いただきたい。 ・適切な理由をきちんと病院、薬局が記録を残したとしても、湿布薬だけでなく、ビタミン剤（漫然投与）、うがい薬の上限も設定して欲しい。 	5件

IV-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進（67件）

主な意見の内容	件数
<p>○ 調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多店舗展開する薬局の対する低評価が疑問。多店舗展開やチェーン薬局企業なども個人薬局等と同等の地域社会の貢献、患者様健康サポートを有している薬局もあるため、一概にはすべてのチェーン薬局の点数を下げる方針はいかがなものかを感じる。薬局機能・かかりつけを有している薬局個別毎に点数での評価することがいいのではないか。（同旨29件） ・医薬分業、特に面分業、地域のかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師を推進しているはずなのに、損益率など効率性を評価指標に入れるのはいかがなものかと思う。（同旨19件） ・国民にとっては、同じ薬局にもかかわらず、基本料金が異なるのはおかしいと感じる。全薬局が一律の基本料で良いのではないか。 ・調剤基本料の集中率の計算から特別養護老人ホームの処方箋を除外すべきである。集中率を下げるための過度な競争を生んでいる。 ・医療ビル等に対する月間4000枚要件を引き下げるべきである。基本料が経営の効率性を評価する報酬であれば、医療ビル等への要件変更も考えるべき項目である。 	55件
<p>○ 特別調剤基本料の評価の見直しについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・構造上敷地内にあるものは敷地内薬局として一本化するべきである ・医療機関と薬局の両方を院内処方と同様の取り扱いにする。 ・病院である医療機関の敷地内に薬局を有する薬局チェーン等について、敷地内薬局の開設に際して高額な賃料や付帯設備の建築等を請け負うといった状態は、療養の給付が患者への医療提供体制へ適切に還元されていると言える状況ではない。 ・特別調剤基本料を算定する保険薬局は保険医療機関内の薬局と同一の施設と考えられ、調剤報酬においても保険医療機関内の薬局と同一な点数算定（診療報酬の調剤料と同一の点数算定）を行う事が当然と考える。 ・点数引き下げは患者から見ると自己負担分の軽減となり、インセンティブになりかねないおそれがある。 	9件

<ul style="list-style-type: none"> ・ あきらかに敷地外（隣接もせず、敷地が離れていて、特に優遇もされていない）の薬局であっても、たまたま何らかの形で医師と不動産取引関係があれば「敷地内薬局」の制度が適用されてしまっている。 ・ 外形的にあきらかに敷地内の薬局であるにもかかわらず、不動産取引関係に抜け道をつくり敷地内薬局制度の適用を逃れている事例がかなりある。 ・ 敷地内薬局については曖昧な判断が出来ないように、病院に限り敷地内にある薬局は全て特別調剤基本料とすべきである。 	
<p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 敷地内薬局を診療側、支払側ともに敵視しているが、そもそも患者利便性を無視した議論であり、司法も合理性のない規制と判断したことを脇において、薬剤師の既得権益を守ろうとしているように見える。 ・ 対物から対人業務の転換にあたり調剤基本料よりも対人業務、施設基準へのウエイトをあげるにより薬局の機能分化を進めるべきである。 ・ 医療機関へは診察室のプライバシー配慮を求める一方、調剤薬局では対策が講じられていません。そのため、調剤薬局における、プライバシー保護の確保を望む。 	3件

○ その他（2件）

主な意見の内容	件数
<ul style="list-style-type: none"> ・ コロナ禍で一層疲弊した医療現場を改善させるためには、基礎的技術料を中心とした診療報酬全体でのプラス改定が不可欠であることを政府は認識し、必要な財源を投入すべき。 ・ 診療報酬改定について、改定内容の十分な周知徹底のための期間を設けるべき。パブリックコメントの意見募集期間を1カ月の期間を設け、意見を改定の審議に反映させるべき。 	2件

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の概要

令和4年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催した。

1. 開催日時

令和4年1月21日（金）10時00分～12時00分

2. 開催場所

オンライン開催

（新型コロナウイルス感染症対策の観点からオンライン形式により開催することとし、公聴会の様子はYouTube（中央社会保険医療協議会動画チャンネル）のライブ配信により公開。）

3. 出席者

- ・ 中医協委員（総会委員）、保険局長、大臣官房審議官
- ・ 公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者12名

4. 意見発表の主な内容

意見発表者①（秋山実・日本航空健康保険組合理事長）

- 健保の令和2年度決算集計によると、全体の3分の1の健保は赤字。収入面では、経済の低迷により平均標準報酬月額と平均標準賞与額はいずれも低下し、保険料が大きく減少。支出面では、後期高齢者医療拠出金が増加し、義務的経費に占める拠出金割合は平均48.1%となり、全体の約4割に及ぶ健保で拠出金割合が50%を超えている。さらに足元では保険給付費が急激に伸びている。コロナ禍の中において少子高齢化は着実に進展し、支え手が減少する中で、いよいよ今年から団塊の世代が75歳以上になり始め、この数年で高齢者医療拠出金が増加し、保険財政は危機的状況を迎えることが確実。10月以降は後期高齢者でも一定以上の所得があれば自己負担が2割になるが、それでも過大な現役世代の負担軽減にはほど遠く、さらなる給付と負担の見直しが求められている。
- 給付の見直しに向けては、後期高齢者が急増し始めるタイミングで行われる今回の改定は特に重要な意味を持つと認識。被保険者と事業主から預かった保険料、限りある保険財源を有効活用するために、これまで以上に重点化と適正化のメリハリを利かせ、より安心・安全で効率的・効果的な医療を実現することが不可欠。
- まずは入院と外来のいずれも、医療機能の分化、強化と連携をさらに進めていただきたい。入院については、人口構造の変化に対応し、医療ニーズを過不足なく満たすことが重要であり、特に急性期医療において医療資源の集約が進み、新型コロナのような有事にも

対応できる強い医療提供体制につながるように、入院基本料の見直しを行っていただきたい。外来については、患者が選んだかかりつけ医をまず受診し、必要に応じて専門医や入院へスムーズにつなげてもらうことが大切。コロナ禍の教訓から、保険者としても、かかりつけ医を持つことで安心が高まることを加入者に周知しているが、個人がかかりつけ医を探そうというときには、やはり国や医療施設がかかりつけ医になる医療機関についての情報提供や情報公開をすることが効果的。

- コロナの医療費については、一昨年の春にPCR検査が保険適用されて以降、治療費について様々な特例措置が設定され、診療報酬が通常より高くなっているが、自己負担が公費で補助されるため、大部分を保険で給付している事実を御存じない方も多いように感じる。保険者としては、保険適用された部分は責任を持って給付するが、限界がある。今回の教訓を生かして、国の責任で対応する部分と医療保険制度で対応する部分を改めて整理することが必要。
- 不妊治療は、我々現役世代の保険給付に特に影響がある。保険適用するからには患者の希望に応えられるよう、安全で効果的な内容としていただきたい。さらに、企業の働き方や子育て支援を含め、国を挙げた総合的な対応について厚労省が中心となって御検討いただきたい。

意見発表者②（松井道宣・京都九条病院理事長）

- 現在、オミクロン株が猛威を振るっており、全国各地で感染者数が過去最大を更新しているが、医療従事者は常に感染リスクにさらされ、感染者増とともに多くの医療従事者が感染あるいは濃厚接触者になり、仕事ができなくなっている。病院のベッドに空きがあっても、医療従事者がいないため十分な医療が提供できないという状況になっている。
- 今回のコロナ禍において、京都府では当初から京都府が入院医療コントロールセンターを設置し、感染者の情報の一元管理を行ってきた。症状やリスクに応じて入院や宿泊療養のトリアージを行い、入院については病院の診療機能と余力を鑑みながら入院先を決定し、症状悪化時の上り搬送や軽快時の下り搬送など医療機関がそれぞれの機能に応じて、役割を分担し連携を行った。結果として限りある医療資源を有効に活用し、感染者増にも対応することができたと考えている。
- 今回の感染症を経験して、医療機関の機能に応じた役割分担と連携の重要性を改めて確認した。一方で、課題となったことは、感染の拡大によって医療が逼迫し、通常医療が大きく制限されたこと。このたび感染症対策が5疾病5事業に加えられることになったが、その目的は、新たに起こるであろう感染症に対しても通常医療を損なうことなく医療体制を維持することであり、そのための医療資源、人材の余裕のある確保などが必要であることが明確になった。
- 言うまでもないことだが、医療機関経営を健全に維持するための原資は、診療報酬しかない。今回の医療経済実態調査の結果を見ても、新型コロナウイルス感染拡大の影響は大

きく、新型コロナウイルス感染症関連の補助金が断続的に投入されたにもかかわらず、多くの病院で収益が悪化しており、診療報酬による手当てが十分でないことは明白。

このような中、令和4年度の診療報酬改定が本体プラスになったことは、医療機関にとって明るい材料ではあるが、その財源をどのように分配するか、この中医協での議論が非常に重要な意味を持つことになる。

- 病院の現場では、不測の事態に備えて基準以上の人員配置を当然のように行っているが、その状況を見て、人員に余剰があるという誤った解釈がなされ、改定のたびに要件が厳格化されるようであれば、経営が圧迫され続けることになる。国民が求める十分な医療提供体制を維持し続けるためには、有事にも耐え得る余力を平時にも確保しておく必要があることから、人員に対する評価は極めて重要。病院がどのような機能を選択したとしても、一定の余裕のある経営が成り立つような診療報酬体系であるべき。今回の新型コロナウイルス感染症の経験を糧に、これまでの医療費抑制政策が見直されることを望む。
- 近年の診療報酬改定は、前回改定を踏まえてその結果を検証し、次の改定に生かすという方法が確立している。この方法は改定内容が医療現場に寄り添うものであったかを確認する上で非常に有効な仕組みといえる。一方で、改定のたびに手直しされる項目が固定化されてしまうという課題もあり、医療現場に過度な負担を強いる要因となっている側面もある。7対1看護配置の急性期一般入院料等はまさにその象徴的な点数。直近の中医協総会においても、重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに関するシミュレーションが提示されたが、日々患者さんの治療やケアに当たっている医療従事者の現場感覚と大きな乖離がある。通常の入院患者さんに加えて新型コロナ患者への対応に苦慮する中で、献身的に目の前の患者さんに寄り添い続けている医療従事者の努力をぜひとも正当に評価いただきたい。

意見発表者③（宿野部武志・一般社団法人ピーペック代表理事）

- ピアサポートという、同じ病気の人が同じ病気の人を支えるという取組を医療の現場の内と外で生かすことを進めていただきたい。人は病気になったときに、不安になったり、恐怖に襲われたりする。その際に、同じ病気を持つ立場からの支援、ピアサポートの関わりがそういった方々を支える意味で大変重要かつ効果的。治療の場面において、同じ病気のサポーターや患者会などのピアサポートにつなげることを積極的に進めていただくということが、医療者の負担軽減にもつながる重要なことではないか。実際にアメリカでは、がんの領域で、医療者だけではなく、一般市民が一緒になってがん患者に伴走するシステムを導入した病院があり、実際に医療費が下がったという事例もあるので、例えばチーム医療の中にピアサポートワーカーという職種を加えていただくことを検討していただくこともよいのではないか。
- 3人に1人が病気を持ちながら働いているという現状もあることから、治療と仕事の両立の支援は、本質的には病名というよりも、その個別の症状で対応してほしい。療養・就

労両立支援指導料に関しては、本制度の施行後、まだ件数自体がかなり少ないという実態がある。病気を持つ人が安心して就労し続けるための支援を多くの患者が受けられるように要件緩和を進めていただきたい。

- コロナ禍において感染リスクの高い患者の通院は大変不安を伴うものになる。特別な検査など通院をしないと行えないというものでなければ、オンラインで診療を行ってもらえる状況だととても助かる。コロナが終息しても体力的に厳しい患者にとっては通院自体もかなり大きな負担になっているので、オンライン診療が受けやすい環境が整備されることはとてもありがたいもの。希望される方が格差なくオンラインで受診できるように医療機関の体制を整えていただきたいし、その推進のバックアップもぜひお願いしたい。
- 多くの国民が、治療は受けるものという意識が強いのではないかと思うが、医療は全ての国民が関わるものであり、つくり上げていくもの。自身が受けた医療を理解して、医療に参加する意識を高めるためにも診療明細書の無料発行をお願いしたい。私自身、自分から申し出て診療明細書を頂き、自分の治療についての理解を深めているという現状がある。通院、入院、在宅など、受診形態にかかわらず医療を受けた全ての患者が無料で受け取れる環境を整備していただきたい。

意見発表者④（黒瀬巖・ケイアイクリニック理事長）

- 今回の診療報酬改定に向けた中医協では、かかりつけ医の役割について熱心に御議論いただいております。また、コロナ禍にあつて国民のかかりつけ医に対する関心も高まっていると認識。我が国では、高齢化の進展に伴い、複数の慢性疾患を抱える患者さんが増加しており、予防や健康管理のほか、在宅医療や介護を含めて継続的に患者さんを診療する必要性が高まっている。また、今般のコロナ禍のような有事の際には、患者さんが必要な医療にアクセスできるようにするために、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医機能を推進する必要性を感じている。

ただ、御議論の中には、かかりつけ医を制度化することを求めている御意見もあると承知している。そもそもかかりつけ医とは、制度化により義務づけられるものではなく、国民皆保険の基本原則であるフリーアクセスの下、患者さん御自身が自由に選択すべきもの。かかりつけ医の制度化により、患者さんの選択の自由が阻害されたり、あるいは包括払いを導入することで医師の裁量が制限されてしまい、かえって患者さんに必要な医療を適切に提供できなくなるような事態に陥ることは絶対に避けるべき。かかりつけ医機能の普及は、各地の医師会で行っているかかりつけ医機能研修制度等の拡充によってかかりつけ医そのものの質を向上させるとともに、国や保険者も含めた関係者全体で患者さんに対して上手な医療のかかり方の普及啓発を行いながら進めていくべき。

- 新型コロナの感染拡大期において、オンライン診療が一定の役割を果たしたことは間違いない。一方、医療現場においては対面診療のほうがより質が高く安全であり、単に利便性や営利性を優先した拡大を目指すべきではない。オンライン診療は、ただ単にDXという

時代の流れに翻弄されながら進めていくのではなく、診療の質を担保しつつ、安全性と信頼性を柱とする適切な基準や点数設定を行うべきであり、対面診療を前提とした医療提供体制を壊してしまうようなオンライン診療へとはならないよう、診療報酬の仕組みづくりこそが喫緊の課題である。

- 2年にわたり全国の医療機関は感染リスクを乗り越え、風評にも耐えながら新型コロナウイルス感染症と全力で闘っている。診療所では複数の慢性疾患を抱える高齢の患者さんを診療する機会も多いために、重症化リスクが高い患者さんも診療しながら、同時に感染症の患者さんを受け入れることはなかなか難しい面もある。小規模な診療所が多いために、発熱患者を受け入れる場合には感染防止のためにやむなくほかの一般の患者さんの受入れを一時停止しなければならない場合も少なくない。このような対応は受診抑制につながりやすく、その点を配慮した診療報酬上の評価がなければ、発熱患者さんへの対応が困難となる場合がある。

他方で、発熱患者さんを受け入れることができない医療機関であったとしても、コロナの終息がいまだ見通せない現状では、感染防御策の継続は必要かつ不可欠。コロナ禍の診療において患者さんと医療従事者を感染から守るためには、全ての診療所において基本的感染予防策の徹底が求められているわけだが、既存の診療報酬では、そのポストを適正に評価されてはいない。令和4年度改定に向けてぜひとも御議論いただきたいと切に願う。

意見発表者⑤（森嶋和宏・三重県名張市役所福祉子ども部長）

- 国民健康保険は、全ての国民がいつでも、どこでも、安心して医療を受けることができる、国民皆保険制度の中核を担うものであるが、被用者保険に比べて中高年齢者が多く加入していることから、さらなる医療費の増加が見込まれる一方で、保険料の負担能力が弱い方々の加入割合が高い構造となっており、被保険者にとって保険料の負担が高いなどの課題を抱えている。そのような中においても、新興感染症を含め、様々な疾病に対し有用性と安全性を確保しながら被保険者が必要な治療を受け、健康的な生活を送ることができるよう、被用者保険とともに保険事業を安定的に運営していくことが求められている。
新型コロナウイルス感染症拡大については、現在、第6波の真ただ中にあり、今後も予断を許さない状況であることを踏まえ、国民が適切な医療を身近で安心して受けることができるような医療体制の構築が必要。
- 令和4年度の改定においては、新たに不妊治療の保険適用など、今後の少子化対策に向けても大きな希望となる項目が含まれている。患者のニーズと医学の進歩を踏まえ、限られた医療資源が効果的に機能するよう、医療機能の分化、強化と連携の推進に向け、エビデンスに基づいた評価がなされていくことが必要。
- 10月より診療報酬に採用される看護における処遇改善については、確実に本人に行き渡るような仕組みをお願いしたい。
- 2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、今後の人口構造が及ぼす医療費の影響を踏

まえ、国の方向性である地域医療構想の推進に向けて丁寧な御議論を期待させていただきたい。患者の経済的負担を抑え、安心して医療を受けることができる環境整備につながる診療報酬の改定であっていただくことをお願いしたい。

意見発表者⑥（小林弘祐・内科系学会社会保険連合理事長）

- 米国の公的保険の基となる相対評価尺度、RBRVS（アメリカのメディケアで用いられている医師の技術料の評価システム）では、医師の負荷（ワークロード）が約50%評価されており、診療報酬評価に関する外保連試案でも手術時間と医師の経験年数による負荷を算定の根拠にしている。しかし、現在の日本の診療報酬体系では、内科系医師の技術評価はあるが、負荷（ワークロード）は評価されていない。内保連では内科系医師の負荷の評価を2015年から継続して行い、広範なデータを集めて統計学者とともに分析し、2020年12月にグリーンブックとして公表した。
- まず、分析にあたり、DPCデータを収集し、内科系約1,800分類を対象に1,629人の主治医から回答を得た患者1万1395人のエピソードについて負荷度評価を行い、これにより約3分の1の内科系診療をカバーした。次に、19領域249人からなるエキスパートパネルで負荷度ランクを決め、これにより合わせて約3分の2の内科系診療をカバーした。最後に、主治医調査を「教師データ」として、負荷度ランクを推定する機械学習モデルを構築し、この機械学習モデルを活用して内科系診療全体をカバーした。この負荷度評価の診療報酬への応用として重症度、医療・看護必要度への適用を提案している。
- 現行の重症度、医療・看護必要度の問題点として、内科系医師から見た重症度や負荷の視点が十分には評価されていない点や、現行の重症度、医療・看護必要度はAからC項目で構成されているところ、A、B、C項目が縦割りのカットオフ値を持っており、統合した指標ではない点、そして、重症度、医療・看護必要度といいながら、重症度評価の感度や特異度を検証していない点などが挙げられる。
- 内保連では、負荷度ランクのビッグデータを基に内科系医師の負荷を適切に表現できる新たな項目案としてのD項目を9項目選定したところ、各種の重症度評価における感度、特異度がD項目を含まない従来の重症度、医療・看護必要度より有意に改善した。この分析については、グリーンブックに詳しく書かれている。

その後、全日本病院協会、日本医師会、厚労省保険局医療課、医系議員の方々とも意見交換を行い、現場の意見を広く聴取し、現場の負担を軽減する観点から、D項目の中でE Fファイルから抽出できる6項目に絞り分析を全てやり直した。その6項目でも、従来のD項目を含まない重症度、医療・看護必要度より感度、特異度ともに改善できた。さらに補足的にAからD項目の素点の合計値についてカットオフ値を設けることも提案している。
- 第506回中医協資料pdf39ページ右下9ページに内保連提案の内科系医療ニーズとしてD項目案が掲載されているが、これは古い資料で、9頁目から6項目に改定しており、それに伴い、重症患者の判定基準は素点合計が9.5点以上から8.5点以上に変更になっている。

- 新型コロナウイルス感染症が蔓延し、この医療の最前線に立ち、自ら感染するリスクにありながらこの感染症と闘っているのは全国の内科系医師である。この内科系医師のワークロードを評価する診療報酬の仕組みを何とぞ御考慮いただきたい。

意見発表者⑦（田中達也・メイトク株式会社代表取締役）

- 昨年12月の政府の月例経済報告によると、景気は、新型コロナウイルス感染症による厳しい状況は徐々に緩和される中で、このところ持ち直しの動きが見られるとの認識が示されている。経営者としても確かにそのような状況にあるのは把握しており、需要としては非常に好調であるが、原油をはじめとする各種原材料の価格高騰、そして、半導体を代表とする部品供給の不足で、非常に生産状況が厳しいというのが現状。まだまだ今年も厳しい状況が続くのではないかと考えている。

そのような中で、協会けんぽの平均保険料率は、依然として10%と高い水準にあり、我々保険料を負担する経営者側、そして加入者の負担が限界に達していると感じている。この意味でも、診療報酬改定だけではなくて、高齢者医療の在り方、また、国庫補助の在り方も含めて国民皆保険制度をどのように持続可能なものにしていくかということが重要。

- 本年から団塊の世代の方が後期高齢者となり始め、医療需要がますます増大していくというところに差しかかっている。加えて、新型コロナウイルス感染症の拡大により、入院が必要な方でも自宅療養を余儀なくされたという事実は、医療提供体制の構築という課題を浮き彫りにしたと考えている。
- いわゆる第6波ということで、第5波のような事態が二度と起こらないような体制の整備を早急に進めていただきたい。このような厳しい経済環境の下、人口の構造変化、また、コロナ禍の教訓を踏まえて入院、外来、在宅にわたる医療機能の分化、強化、連携を進めて、効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していただきたい。
- その意味でも、令和4年度診療報酬改定はこれまで以上にメリハリをつけた改定としていただきたい。事業主の立場からして、このメリハリには大きく2つのポイントがあると考えている。1つ目はかかりつけ医の明確化。こちらについては、昨年来、新型コロナウイルス感染症をきっかけにして、かかりつけ医の重要性が認識されているが、我々のような中小企業においては、従業員はなかなかかかりつけ医が見つからないという状況であるので、ぜひともかかりつけ医を各人が持てるような制度、体制を構築していただきたい。
- 2つ目はオンライン診療。こちらについても、コロナ禍においてオンライン診療の活用が進んできたが、中小企業の従業員は、平日は仕事との兼ね合いで受診がままならないというのが現実。そういった観点からもオンライン診療というものは有効な手段の一つである。安全性、有効性を前提として、患者のニーズに対応したオンライン診療のさらなる普及・促進を進めていただきたい。
- また、従業員の観点からすると、特にがんの治療やメンタルヘルス、いわゆる仕事と治療との両立ということが出来る体制づくりも構築をしていただきたい。

- 診療報酬は、我々患者が受けた医療行為の対価として支払われるものとして理解をしており、診療報酬の改定を行うに当たっては、その目的や趣旨、内容が国民に十分に理解されるよう、十分な周知、説明をしていただくことが不可欠。こうした患者本位の医療を推進することによって、保険料や窓口負担を支払う国民の納得感を高めることができ、結果として我が国の国民皆保険制度を持続可能なものとしていくことができる。

意見発表者⑧（大杉和司・大杉歯科医院理事長）

- 当初、新型コロナの感染リスクが高いと懸念された歯科医療現場だが、幸い大きな感染事例は報告されていない。これは私どもが長年にわたり肝炎やエイズなど様々な感染症を念頭に置きながら行ってきた標準予防策が大きく貢献したものと考え。一方で、こうした対策に係る評価が必ずしも十分でなかったこともかねてから指摘されてきたところ。令和3年には感染予防対策について時限的な評価が行われたが、これは本来、初再診料として既に恒久的に評価されてしかるべきもの。この2年間の実績も踏まえ、国民が安心して歯科医療を受けることができる環境を守るためにも、歯科だけ低い初再診料の是正も含めて御検討いただきたい。
- 保険診療に係る明細書の発行が原則義務化されてから10年以上が経過した。この措置は医療機関と患者との信頼関係を高めることに大きく寄与したと受け止めている。一方で、複雑な診療報酬体系は専門家であっても分かりづらい部分が多く、明細書発行の意義を高めるためにも適宜見直しが必要。例えば、虫歯の治療や抜歯など歯科治療では頻繁に麻酔が行われるが、処置、手術の内容によって麻酔の手技料や薬剤の算定に係る決まり事が異なるため、同じように麻酔をしても明細書に現れたり現れなかったりする。これでは患者さんに誤解を与えかねない。また、歯の修復物などの製作に際し、歯冠形成と印象採得などを行うが、メタルコアの場合のみ印象採得しか算定できない。このような一貫性のないルールは明細書の発行がない時代になされた配慮が背景にあると考えられ、明細書発行が定着した現在、こうした負の遺産を清算して、合理的で分かりやすいルールへの見直しを積極的に進めていただきたい。
- 近年の改定では、かかりつけ歯科医機能の評価や医科歯科連携の推進などに重点が置かれてきたが、現場での運用に当たっては、実態との乖離や使い勝手の悪さを覚える部分も少なくない。特に施設基準については、より現状に即したものであるべき。現場で訪問診療の実施の有無が過剰なハードルになっていると感じている。歯科医師が診療所を離れることが困難な小規模な医療機関の現状にも御配慮いただき、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所などに係る施設基準では、応需の体制を整えていることを条件とするにとどめ、通知によって過剰に厳格化されている算定実績などの回数制限を緩和・撤廃することを検討していただきたい。在宅療養支援歯科診療所に関しても同様。
- 医科歯科連携は周術期の口腔健康管理を端緒として導入されたが、実際の連携は、やや伸び悩んでいる。医科からの情報提供や実際の医科歯科連携についても、より取り組みや

すい制度設計を工夫し、小規模歯科診療所でも病院や在宅医療の現場からの要望に応えられる環境づくりが進められるよう、一層の御配慮をお願いしたい。

- 金パラ問題は長年の懸案であり、先日の中医協でも新しい見直し案が示された。代替材料の保険導入も積極的に進められているが、依然として現場からは悲鳴のような声が聞こえている。患者さんのために懸命に努力しながら材料価格の高騰で赤字になってしまうという現場が解消されなければ、現場は疲弊し、国民も不利益を被る。引き続き、国と歯科界の協力の下、一日も早く抜本的な解決策を見い出していきたい。

意見発表者⑨（小林妙・JAM総務グループ長）

- 診療報酬は診療の対価であるため、医療機関への経営支援は公費を基本とし、国民の安心感の醸成につながる診療報酬改定になればと思っている。
- 将来にわたり質の高い医療を受けられるようにするためには、看護職員をはじめ医療従事者の確実な処遇改善を継続的に行うとともに、働き方改革の推進や業務負担の軽減につながる人員配置の評価などにより、人材確保を図ることが重要。また、医療の質の向上や従業員の負担軽減につながるよう、多職種連携によるチーム医療の推進も必要。その上で、必要なときに必要な医療を受けられるよう、地域の実情に応じた医療機能の分化・連携を後押しすべき。また、コロナ禍では発熱患者が診療してもらえない、あるいはたらい回しにされたといった事例があったことを踏まえると、今回の議論になっているかかりつけ医機能については、24時間対応で医療を提供するなど、医療機関の連携を含めて、不安を抱く患者をしっかりと受け止める機能を現に果たしている場合に報酬上の評価を行い、安心・安全で質の高い外来医療の確立につなげていただきたい。さらに、医療安全の確保を前提に、オンライン診断などICTの利活用を推進すべき。
- 不妊治療の保険適用に当たっては、当事者の意思を尊重することを前提に、患者の安全性の確保と医療の標準化を重視した上で、可能な限り広く治療を選択できるようすべき。例えば保険対象外となって治療を諦めざるを得ない状況が生じることのないよう、引き続き何らかの助成も検討いただきたい。また、患者が医療機関を適切に選択できるよう、情報開示の仕組みの整理や不妊治療による心理的負担を軽減するための措置も患者にとって大変重要。また、改定後は実施状況を検証し、保険適用の範囲や要件など必要な見直しを行っていただきたい。
- 医療や医療費の内容を患者自身が知ることは、患者の納得と安心につながることに加え、患者と医師のより強固な信頼関係の構築につながる。今回の改定でも全ての医療機関で例外なく明細書を無料で受けられるよう、着実に前進を図るべき。2020年3月の連合の調査では、医療明細書は必要との回答が7割を超えており、その理由は、受けた医療の内容を知ることができるのは当然の権利というのが7割以上、続いて、医療費の明細を知るための情報源になるという回答が5割を超えていた。一方で、必要でないとする理由は、もらってもよく分からないというのが一番多くの理由で挙げられていた。ヘルスリテラシーの

向上という観点からも、分かりやすい明細書にするということも課題。

意見発表者⑩（青木浩朗・保険調剤薬局つつみ薬剤師）

- 地域包括ケアシステムについて、この中で薬局が機能していくためには、健康サポート薬局や地域連携薬局を通じて、薬剤師がかかりつけ機能を発揮していくことが大変重要。
- 薬局の現状について、私の地域（宮崎県小林市）では、人口減少に加えて新型コロナウイルス感染症の影響により処方箋枚数もかなり減っている。小さな薬局は経営を維持することが大変困難になって、閉局したところも出ている。そのような場合、交通手段のない地域住民は、調剤だけでなく、困ったとき、相談したいときに何でも顔の見える場所というのが必要だが、そういったものも失うことになってしまう。一般薬とか消毒、マスク、最近では抗原検査の問合せが多いが、そういったものの提供も含めて支障が出てくることを御理解いただきたい。
さらに、毎年の薬価改定の影響による資産価値の減少も薬局の経営に大きな打撃となっている。こういった現状については、地域医療提供体制を守る観点からも何かしらの御配慮をぜひお願いしたい。
- 調剤料について、対物中心から対人中心への転換ということで今回も改定が示されている。薬剤師にとって対物業務は安心・安全に薬を使用していただくために非常に重要なもの。患者さんのライフスタイルに合っている剤型・用法なのか等、条件を合わせながら調剤したり、薬剤の情報の進歩とともに選択肢がますます増えている。私たち薬剤師は常に様々な考察と適切な判断の下で考えながら調剤を行っていることを分かっていたいただきたい。
- 医療事故を起こさないためにも、調剤を始める前の処方監査はとても重要度の高い業務であり、本来の対物業務の重要性も併せて御認識いただいて、質の担保に資する評価は引き続きお願いしたい。
- 現場は今も後発医薬品の供給問題に苦しめられている。週単位で出荷調整が増えていき、現場は発注と患者さんにお渡しできなかった薬の配達などの対応に追われている。患者さんにお渡ししなければならない薬が適切なタイミングで入手できないことは、国民の命に関わる問題でもある。保険に関しては柔軟な対応ができるように、供給については企業に対して適切な指導をぜひお願いしたい。
- 地域医療かかりつけ医機能を推進しているわけだが、敷地内薬局はそれに全く逆行するものであって、ケースによっては地域医療提供の崩壊につながる。特に特例とか抜け穴をなくしていただき、今後も敷地内薬局が開局されないような施策をぜひお願いしたい。
- 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携について、地域で見るという観点からも、病院薬剤師から入院中の経過や退院時の指導内容を、薬局薬剤師からは入院前に薬局での一元管理された情報を病棟の薬剤師に届けるということもお互い重要。入退院時の連携は特に医療的ケア児も含め非常に重要。今回の改定では、連携推進の観点から情報通信機器の利用に関する要件を見直すという提案もあるようなので、現場としては非常に助かっている。病院薬

剤師と薬局薬剤師の連携推進が地域包括ケアシステムの肝となるので、ぜひ引き続き、連携推進に向けた施策をお願いしたい。

意見発表者⑪（兒玉和歌子・不妊・不育治療の環境改善を目指す当事者の会）

- 不妊治療の保険適用について、具体的な運用方法の早期発表をお願いしたい。保険適用化を目前に、その運用情報が錯綜する中、現状、当事者は具体的な治療計画を立てられずにいる。例えば、助成金の残りの回数が保険適用の回数制限へ引き継がれるのかといった点や、保険適用における1回の治療の考え方とは何か、また、保険を利用する治療は助成金制度のように自分で選択できるのかといったベースの部分、また、生殖ガイドラインに記載のない不妊の検査などはどこまで保険適用になるのかなど、患者に直接影響する運用について見えてこず困惑しているため、早めの周知をお願いしたい。また、診療報酬の決定方法についても透明性の高い議論と治療の公開を希望する。
- 現在、非配偶者間の生殖医療が保険適用外となっているが、保険適用の対象となることを強く望む。例えば無精子症と診断され、切開しても精子が見つからず、苦悩と葛藤のなか次の治療法を模索する。同じ医療を必要とする疾病の苦しみであるのに、法的に婚姻するカップルの治療が第三者の配偶子を使うという理由のみで除外される理由が分からない。まずは法律婚、事実婚のカップルが行う非配偶者間の生殖医療を保険適用としてほしい。
- 不妊治療の保険適用について、保険適用施設ごとの情報開示が必要。情報開示については、12月の総会でその必要性について触れてくださった委員が多かったと記憶しているが、施設間での技術格差や治療方針の違いが大きい現状において、患者が適切な医療施設を選択するため、情報の開示が絶対に必要。具体的には、レセプトデータを用い、治療別の患者数や治療成績を開示することを想定している。
- 例えば、生殖専門外である一般産婦人科の不妊治療で、同じ治療を漫然と繰り返されること、男性不妊を見落とされることといったケースが多く見られるため、治療の最適化、短期化がかなうよう、生殖専門施設へのスムーズな接続など、病診連携の強化が必要。
- 現状、ガイドラインで推奨度Cとされる治療について、このC治療が適合する患者もいるため、研究の促進が必要。また、不育症に関しても研究体制の強化を求める。
- PGT-AIは現在、先進医療としての検討がなされているところであるが、認定されるまで、この治療を必要とする患者は治療費が全額自費となってしまうため、早期の認定をお願いしたい。
- 現状、生殖医療に関する実質的な法整備がないため、非科学的な治療法、SNSを介した精子提供、産み分けビジネスなどが昨今増えてきており、法整備によって早急にこの環境を改善していただきたい。
- 不妊治療は長年自由診療で発展してきており、まだまだ多くの課題が山積している。保険適用がそれらを解消する一歩であると大きな期待を寄せているが、同時にとても大きく複雑な取組になると思うので、当事者含め、現在の現場感を把握した人の目を常に入れて

検討を進めてほしい。

意見発表者⑫（山田佐登美・川崎医科大学総合医療センター看護部長付参与）

- 高度急性期・急性期入院医療の評価方法としての、重症度、医療・看護必要度の重要性について、A項目とC項目は患者さんへの治療内容に応じて提供される医療・看護ケアの評価、B項目は患者さんが自立して動けるか、日常生活行動に援助が必要かなど、患者さんの状態の評価である。B項目ではどのような身体状況の患者さんが入院しているかを把握でき、さらに、A項目、B項目、C項目について時間を追って評価することで退院のめどを予測し、より早期に退院支援を行うことができる。このように退院の時期や退院先の決定、そして療養のためのケア計画の作成、社会資源の活用などの判断にも役立っている。
急性期入院医療は、とかく高度な医療技術に目が行きがちだが、そのような治療を受ける患者さんは生活機能も大きな影響を受ける。看護師はその影響を最小限にとどめ、生活機能の回復に専門的な知識とスキル、多くの労働力を費やしている。
- 新興感染症対応に向けた集中治療室における人材確保と地域連携に対する評価拡充について、新型コロナウイルス感染症対応では、ECMOや人工呼吸器管理が必要となる重症患者については、特定の医療機関の集中治療室で対応している。その管理には膨大な資源を必要とし、かつ高度な医療技術を要する。特にECMOの管理は看護の中でも認定看護師や特定行為研修修了者などが担当することが多く、感染拡大に応じて基準以上の人員配置をせざるを得ないのは周知のとおり。一方で、地域では在宅療養も含めて重症化予防と急変への迅速な対応が課題。認定看護師などの確保が困難な医療機関に対しては、急性期病院の人的資源を活用した研修機会を提供したり、このようなときはどうしたらいいのか、何を観察してどう判断すればよいのかといった相談に対して直接施設に出向き、具体的に支援を行うなど、地域連携の視点での取組が今後も重要。
- 看護職のさらなる専門性発揮に向けたタスク・シフティング推進のための看護補助者の活用促進について、看護補助者の活用には、まず、看護補助者の確保と教育が重要。現在の教育は各医療機関の裁量で行われているが、必要とされる知識やスキルの基準を明確にし、標準化されたカリキュラムに基づいて実施することや、教育と実践に見合う処遇、特に給与面の改善がポイントとなる。そのためには、診療報酬上のさらなる評価が必要。

個別改定項目について

I 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い

医療提供体制の構築

I-1	当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応	1
①	令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応	1
I-2	医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組	2
①	外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し	2
I-3	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	16
①	高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設	16
②	総合入院体制加算の見直し	18
③	重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し	21
④	重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化	25
⑤	短期滞在手術等基本料の評価の見直し	27
⑥	特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設	38
⑦	重症患者等に対する支援に係る評価の新設	41
⑧	バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し	43
⑨	救命救急入院料等における算定上限日数の見直し	44
⑩	早期離床・リハビリテーション加算の見直し	48
⑪	早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し	53
⑫	早期栄養介入管理加算の見直し	55
⑬	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	59
⑭	救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し	61
⑮	地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し	62
⑯	地域包括ケア病棟入院料の見直し	75
⑰	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し	77

⑱	回復期リハビリテーションを要する状態の見直し	82
⑲	特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設	85
⑳	療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し	88
㉑	中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し	92
㉒	障害者施設等入院基本料等の見直し	94
㉓	緩和ケア病棟入院料の見直し	98
㉔	有床診療所入院基本料等の見直し	100
㉕	有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設	103
㉖	医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	104
㉗	DPC/PDPSの見直し	105
I-4	外来医療の機能分化等	119
①	紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し	119
②	紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設	122
③	診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し	123
④	外来在宅共同指導料の新設	128
⑤	紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進	130
I-5	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	134
①	地域包括診療料等における対象疾患等の見直し	134
②	小児かかりつけ診療料の見直し	137
③	紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設	140
④	耳鼻咽喉科処置の見直し	141
⑤	機能強化加算の見直し	143
⑥	継続診療加算の見直し	149
⑦	かかりつけ歯科医の機能の充実	152
⑧	地域における薬局のかかりつけ機能の評価	154
I-6	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	155
①	在支診及び在支病による地域連携の推進	155

②	在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進	157
③	在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し	158
④	外来在宅共同指導料の新設	160
⑤	継続診療加算の見直し	161
⑥	在宅がん医療総合診療料の見直し	162
⑦	緊急往診加算の見直し	163
⑧	複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し	164
⑨	業務継続に向けた取組強化の推進	166
⑩	機能強化型訪問看護ステーションの見直し	167
⑪	医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化	169
⑫	訪問看護指示書の記載欄の見直し	172
⑬	専門性の高い看護師による同行訪問の見直し	173
⑭	専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設	175
⑮	訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設	177
⑯	退院日のターミナルケアの見直し	179
⑰	複数名訪問看護加算の見直し	181
⑱	医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し	183
⑲	同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し	184
⑳	質の高い在宅歯科医療の提供の推進	186
㉑	在宅医療における医科歯科連携の推進	190
㉒	患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進	191
㉓	薬局に係る退院時共同指導料の見直し	194
㉔	ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設	197
I-7	地域包括ケアシステムの推進のための取組	199
①	医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	199
②	小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	200
③	医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化	201
④	周術期の栄養管理の推進	202
⑤	栄養サポートチーム加算の見直し	203

⑥	病棟における栄養管理体制に対する評価の新設	205
⑦	褥瘡対策の見直し	207
⑧	手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設	208
⑨	在宅医療における医科歯科連携の推進	210
⑩	総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進	211
⑪	薬局に係る退院時共同指導料の見直し	214
⑫	処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）	215
⑬	処方箋料の見直し	218

Ⅱ 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－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確保	219
①	地域医療体制確保加算の見直し	219
Ⅱ－3	医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進	222
①	勤務医の負担軽減の取組の推進	222
②	夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し	224
Ⅱ－4	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進	230
①	医師事務作業補助体制加算の見直し	230
②	特定行為研修修了者の活用の推進	233
③	病棟薬剤業務実施加算の見直し	234
④	周術期における薬学的管理の評価の新設	236
⑤	看護補助者の更なる活用に係る評価の新設	237
Ⅱ－5	業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	241
①	医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化	241
②	医療機関等における事務等の簡素化・効率化	244
③	標準規格の導入に係る取組の推進	245

Ⅲ 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

Ⅲ－１	患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や 医薬品の安定供給の確保等	246
①	入退院支援の推進	246
②	医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	249
③	画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設	250
④	療養・就労両立支援指導料の見直し	252
⑤	手術等の医療技術の適切な評価	254
⑥	質の高い臨床検査の適切な評価	257
⑦	家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進	258
⑧	人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し	259
⑨	人工腎臓に係る導入期加算の見直し	264
⑩	在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設	267
⑪	在宅血液透析指導管理料の見直し	269
⑫	プログラム医療機器に係る評価の新設	270
⑬	生活習慣病管理料の見直し	272
⑭	歯科口腔疾患の重症化予防の推進	275
Ⅲ－２	医療における ICT の利活用・デジタル化への対応	278
①	情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設	278
②	情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料 の廃止.....	280
③	情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し	283
④	在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見 直し.....	286
⑤	施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評 価の新設.....	288
⑥	訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設	290
⑦	情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し	291
⑧	情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し	296
⑨	データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し	298

⑩	診療録管理体制加算の見直し	302
⑪	標準規格の導入に係る取組の推進	304
⑫	外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設	305
⑬	オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価 の新設	308
Ⅲ－３	アウトカムにも着目した評価の推進	310
①	摂食嚥下支援加算の見直し	310
②	疾患別リハビリテーション料の見直し	316
③	リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し	318
④	データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し	320
⑤	外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設	321
Ⅲ－４－１	子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治 療を受けられるようにするための適切な医療の評価	322
①	一般不妊治療に係る評価の新設	322
②	生殖補助医療に係る評価の新設	325
③	男性不妊治療に係る評価の新設	335
Ⅲ－４－２	質の高いがん医療の評価	338
①	がん患者指導管理料の見直し	338
②	外来化学療法に係る栄養管理の充実	342
③	放射線治療病室管理加算の見直し	343
④	がんゲノムプロファイリング検査の見直し	345
⑤	無菌製剤処理料の見直し	350
⑥	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	351
Ⅲ－４－３	認知症の者に対する適切な医療の評価	354
①	認知症専門診断管理料の見直し	354
Ⅲ－４－４	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	356
①	療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し	356
②	薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実	358

③	アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設	361
④	摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し	362
⑤	精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設	363
⑥	継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実	366
⑦	児童思春期精神科専門管理加算の見直し	367
⑧	通院・在宅精神療法の見直し	369
⑨	精神科救急医療体制の整備の推進	371
⑩	クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し	385
⑪	かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設	387
⑫	救急患者精神科継続支援料の見直し	390
⑬	救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し	392
III-4-5	難病患者に対する適切な医療の評価	394
①	遺伝学的検査の見直し	394
②	遺伝カウンセリングの見直し	397
③	生体移植時における適切な検査の実施	401
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	403
⑤	アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	405
⑥	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	407
III-4-6	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	409
①	小児運動器疾患指導管理料の見直し	409
②	医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	410
③	小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	411
④	医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化	412

⑤ 造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する無菌治療管理の評価の新設	413
⑥ 時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設	415
⑦ 医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設	417
⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設	419
⑨ 不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設	421
⑩ 小児特定集中治療室管理料の見直し	423
⑪ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し	425
⑫ 専門機関との連携分娩管理の評価の新設	428
⑬ 胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対する多職種による支援の評価の新設	430
⑭ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し	431
⑮ 救急医療管理加算の見直し	433
⑯ 救急搬送診療料の見直し	436

Ⅲ－５ 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	438
① 歯科診療における院内感染防止対策の推進	438
② 歯科口腔疾患の重症化予防の推進	440
③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進	441
④ 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化	443
⑤ 歯科固有の技術の評価の見直し	445

Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価	448
① 地域医療に貢献する薬局の評価	448
② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し	456
③ 薬局における対人業務の評価の充実	464
④ 病棟薬剤業務実施加算の見直し	468

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	469
-----------------------	-----

① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進	469
② バイオ後続品の使用促進	474
IV-2 費用対効果評価制度の活用	
IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	475
① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化	475
② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化	476
③ 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し	477
④ 人工腎臓の評価の見直し	478
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）	481
① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	481
IV-5 外来医療の機能分化等（再掲）	482
① 外来医療の機能分化等	482
IV-6 重症化予防の取組の推進	483
① 透析中の運動指導に係る評価の新設	483
② 継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設	484
③ 生活習慣病管理料の見直し	486
④ 高度難聴指導管理料の見直し	487
⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進	488
IV-7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正 使用等の推進	489
① 医薬品の給付の適正化	489
② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）	490
③ 処方箋料の見直し	491
IV-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進	492
① 調剤基本料の見直し	492
② 特別調剤基本料の見直し	494

① 令和4年度診療報酬改定における コロナ特例等に係る対応

第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、令和4年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

第2 具体的な内容

1. 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。
2. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
3. 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

（※1）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。

4. 令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※2）も終了する。

（※2）新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

【I-2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組-①】

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

第1 基本的な考え方

平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

(新) 外来感染対策向上加算 ●●点

[算定要件]

組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

(※) 以下を算定する場合において算定可能とする（ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。）。

- ア 初診料
- イ 再診料
- ウ 小児科外来診療料
- エ 外来リハビリテーション診療料
- オ 外来放射線照射診療料
- カ 地域包括診療料
- キ 認知症地域包括診療料
- ク 小児かかりつけ診療料
- ケ 外来腫瘍化学療法診療料

- コ 救急救命管理料
- サ 退院後訪問指導料
- シ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）
- ス 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料
- セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- チ 在宅患者訪問栄養食事指導料
- ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- テ 精神科訪問看護・指導料

[施設基準]

- (1) 専任の院内感染管理者が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
- (3) 当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。
- (4) 感染防止対策につき、感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。
- (5) 診療所であること。
- (6) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第 20 の 1 の（1）のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (7) (6) に掲げる部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第 20 の 1 の（1）アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第 2 部通則 7 に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (8) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
- (9) (7) に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (10) (7) に掲げる院内感染管理者により、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。なお当該研修は別添 2 の第 1 の 3 の（5）に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- (11) (7)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること。
- (12) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。
- (13) (7)に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (15) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (16) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (17) 「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、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。
- (18) 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
- (19) 区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

2. 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 連携強化加算 ●●点

[算定要件]

感染症対策に関する医療機関間の連携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おいて診療を行った場合は、連携強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。
- (2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

(新) サーベイランス強化加算 ●●点

[算定要件]

感染防止対策に資する情報を提供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おいて診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
- (2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

(※) 連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、1の(※)と同様の取扱いとする。

3. これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、平時からの感染症対策に係る取組が実施されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対

策向上加算に改める。

4. 現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として、感染対策向上加算3を新設する。
5. 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。
6. 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

改 定 案	現 行
<p>【感染対策向上加算】</p> <p>1 <u>感染対策向上加算1</u> ●●点</p> <p>2 <u>感染対策向上加算2</u> ●●点</p> <p>3 <u>感染対策向上加算3</u> ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 組織的な感染防止対策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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、<u>感染対策向上加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（3については、<u>入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回</u>）、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 <u>感染対策向上加算1</u>を算定する場合について、<u>感染症対策</u>に関</p>	<p>【感染防止対策加算】</p> <p>1 <u>感染防止対策加算1</u> 390点</p> <p>2 <u>感染防止対策加算2</u> 90点 (新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 組織的な感染防止対策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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、<u>感染防止対策加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 <u>感染防止対策加算1</u>を算定する場合について、<u>感染防止対策</u>に</p>

する医療機関間の連携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、指導強化加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

3 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携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、連携強化加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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、サーベイランス強化加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等

(1) 感染対策向上加算1の施設基準イ～ハ (略)

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

ホ 他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携により感染防止対策を実施す

関する医療機関間の連携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、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。

3 感染防止対策加算1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。

(新設)

[施設基準]

二十九の二 感染防止対策加算の施設基準等

(1) 感染防止対策加算1の施設基準イ～ハ (略)

ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(新設)

<p><u>るための必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>へ <u>抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>感染対策向上加算 2 の施設基準</u> イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>感染防止対策につき、感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>(3) <u>感染対策向上加算 3 の施設基準</u> イ <u>専任の院内感染管理者が配置されていること。</u> ロ <u>当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。</u> ハ <u>当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。</u> ニ <u>感染防止対策につき、感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>(4) <u>指導強化加算の施設基準</u> <u>他の医療機関（感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>(5) <u>連携強化加算の施設基準</u> <u>他の医療機関（感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。</u></p> <p>(6) <u>サーベイランス強化加算の施設基準</u> <u>地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(2) <u>感染防止対策加算 2 の施設基準</u> イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>感染防止対策につき、感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>(3) <u>感染防止対策地域連携加算の施設基準</u> <u>他の保険医療機関（感染防止対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>(4) <u>抗菌薬適正使用支援加算の施設基準</u> <u>抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	---

<p>1 <u>感染対策向上加算 1</u>に関する施設基準</p> <p>(2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、<u>抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</u></p> <p>(7) (2)に掲げるチームにより、<u>保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。</u></p> <p>(8)～(10) (略)</p> <p>(11) (2)に掲げるチームにより、<u>感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。</u></p> <p>(16) 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、<u>感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)</u> 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p> <p>(17) <u>新興感染症の発生時等に、都道</u></p>	<p>1 <u>感染防止対策加算 1</u>に関する施設基準</p> <p>(2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、<u>抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</u></p> <p>(7) (2)に掲げるチームにより、<u>感染防止対策加算 2 に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。</u></p> <p>(8)～(10) (略)</p> <p>(11) (2)に掲げるチームにより、<u>感染防止対策加算 2 を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。</u></p> <p>(16) 院内感染対策サーベイランス (JANIS) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p> <p>(新設)</p>
--	--

<p><u>府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。</u></p>	
<p><u>(18) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。</u></p>	(新設)
<p><u>(19) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p>	(新設)
<p><u>(20) 他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。</u></p>	(新設)
<p><u>(21)～(24) (略)</u></p>	(新設)
<p>※ 現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様。</p>	
<p>2 <u>感染対策向上加算2の施設基準</u> (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～イ (略) ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬</p>	<p>2 <u>感染防止対策加算2の施設基準</u> (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～イ (略) ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師</p>

剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和4年3月31日時点で感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。

(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。

(14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームペ

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。

(14) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

<p>ージ等により公開していること。</p>	
<p>(15) <u>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(16) <u>新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(17) <u>外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>3 <u>感染対策向上加算 3 の施設基準</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(1) <u>当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。</u></p>	
<p>(2) <u>感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。</u></p>	
<p>(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、<u>感染防止に係る日常業務を行うこと。</u></p>	
<p>ア <u>専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)</u></p>	
<p>イ <u>専任の看護師</u> <u>当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できない</u></p>	

が、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) (3)に掲げるチームにより、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。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。
- (8) 院内の抗菌薬の適正使用につい

て、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。

- (9) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。
- (12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
- (15) 外来感染対策向上加算の届出を

<p><u>行っていない保険医療機関であること。</u></p>	
<p><u>4 指導強化加算の施設基準</u></p>	(新設)
<p><u>(1) 感染対策向上加算 1 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>	
<p><u>(2) 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去 1 年間に 4 回以上、感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。</u></p>	
<p><u>5 連携強化加算の施設基準</u></p>	(新設)
<p><u>(1) 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>	
<p><u>(2) 連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。</u></p>	
<p><u>6 サーベイランス強化加算の施設基準</u></p>	(新設)
<p><u>(1) 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>	
<p><u>(2) 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</u></p>	

① 高度かつ専門的な 急性期医療の提供体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れに係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新)	<u>急性期充実体制加算（1日につき）</u>	
1	<u>●●日以内の期間</u>	●●点
2	<u>●●日以上●●日以内の期間</u>	●●点
3	<u>●●日以上●●日以内の期間</u>	●●点

[対象患者]

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者

[算定要件]

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

[施設基準]

(1) 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。

- (2) 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。
- (4) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。
- (5) 感染対策向上加算 1 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- (6) 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。
- (7) 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

(新) 精神科充実体制加算 ●●点

[対象患者]

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している病院の入院患者

[算定要件]

精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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、精神科充実体制加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - イ 精神科を標榜する保険医療機関であること。
 - ロ 精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかに係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

② 総合入院体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、総合入院体制加算について、手術の実績及び外来を縮小する体制等に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

- 手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件／年以上</p> <p>イ～カ (略)</p> <p>(4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術</p> <p>人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K55</p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上</p> <p>イ～カ (略)</p> <p>(4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 人工心肺を用いた手術</p> <p>人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K55</p>

<p>7」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。<u>また、人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K552-2」に掲げる手術をいう。</u></p> <p>ウ～キ (略)</p> <p>2 総合入院体制加算2に関する施設基準等</p> <p>(2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。</p> <p>ア <u>人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術</u> 40件/年以上</p> <p>イ～カ (略)</p>	<p>7」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。</p> <p>ウ～キ (略)</p> <p>2 総合入院体制加算2に関する施設基準等</p> <p>(2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上</p> <p>イ～カ (略)</p>
--	--

2. 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものに、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績に係る要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(6) 外来を縮小するに当たり、<u>ア又は</u></p>	<p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(6) 外来を縮小するに当たり、<u>次の体</u></p>

イのいずれかに該当すること。

ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

(ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の「注8」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

イ 紹介受診重点医療機関(医療法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。)であること。

制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の「注8」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

③ 重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直すとともに、入院料について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。
 - 「点滴ライン同時3本以上の管理」の項目について、「注射薬剤3種類以上の管理」に変更する。
 - 「心電図モニターの管理」の項目について、評価項目から削除する。
 - 「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、1点から2点に変更する。
2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

	改 定 案		現 行	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料1 (※)	3割1分	<u>2割8分</u>	3割1分	<u>2割9分</u>
急性期一般入院料2 (※)	<u>2割7分</u>	<u>2割4分</u>	<u>2割8分</u>	<u>2割6分</u>
急性期一般入院料3 (※)	<u>2割4分</u>	<u>2割1分</u>	<u>2割5分</u>	<u>2割3分</u>

急性期一般入院料 4 (※)	<u>2割</u>	<u>1割7分</u>	<u>2割2分</u>	<u>2割</u>
急性期一般入院料 5	<u>1割7分</u>	<u>1割4分</u>	<u>2割</u>	<u>1割8分</u>
急性期一般入院料 6			<u>1割8分</u>	<u>1割5分</u>
7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))		2割8分		2割8分
7対1入院基本料(結核病棟入院基本料)	<u>1割</u>	<u>0.8割</u>	<u>1割1分</u>	<u>0.9割</u>
7対1入院基本料(専門病院入院基本料)	3割	2割8分	3割	2割8分
看護必要度加算 1	2割2分	2割	2割2分	2割
看護必要度加算 2	2割	1割8分	2割	1割8分
看護必要度加算 3	1割8分	1割5分	1割8分	1割5分
総合入院体制加算 1	<u>3割3分</u>	<u>3割</u>	<u>3割5分</u>	<u>3割3分</u>
総合入院体制加算 2	<u>3割3分</u>	<u>3割</u>	<u>3割5分</u>	<u>3割3分</u>
総合入院体制加算 3	<u>3割</u>	<u>2割7分</u>	<u>3割2分</u>	<u>3割</u>
急性期看護補助体制加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護補助加算 1	<u>0.5割</u>	<u>0.4割</u>	<u>0.6割</u>	<u>0.5割</u>
地域包括ケア病棟入院料	<u>1割2分</u>	<u>0.8割</u>	<u>1割4分</u>	<u>1割1分</u>
特定一般病棟入院料の注7	<u>1割2分</u>	<u>0.8割</u>	<u>1割4分</u>	<u>1割1分</u>

(※) 許可病床数 200 床未満の医療機関における基準

	改定案		現行	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料 1	<u>2割8分</u>	<u>2割5分</u>		
急性期一般入院料 2	<u>2割5分</u>	<u>2割2分</u>	<u>2割6分</u>	<u>2割4分</u>
急性期一般入院料 3	<u>2割2分</u>	<u>1割9分</u>	<u>2割3分</u>	<u>2割1分</u>
急性期一般入院料 4	<u>1割8分</u>	<u>1割5分</u>	<u>2割</u>	<u>1割8分</u>

[経過措置]

令和4年3月31日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- ・ 急性期一般入院料 1
- ・ 急性期一般入院料 2
- ・ 急性期一般入院料 3
- ・ 急性期一般入院料 4
- ・ 急性期一般入院料 5
- ・ 7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）
- ・ 7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））
- ・ 7対1入院基本料（専門病院入院基本料）
- ・ 看護必要度加算 1
- ・ 看護必要度加算 2
- ・ 看護必要度加算 3
- ・ 総合入院体制加算 1
- ・ 総合入院体制加算 2
- ・ 総合入院体制加算 3
- ・ 急性期看護補助体制加算
- ・ 看護職員夜間配置加算
- ・ 看護補助加算 1
- ・ 地域包括ケア病棟入院料
- ・ 特定一般病棟入院料の注7

3. 急性期一般入院基本料について、施設基準における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準を変更することに伴い、以下の入院料の評価を見直す。なお、令和4年3月31日時点において、急性期一般入院料6に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により急性期一般入院料6を算定可能とする。

改 定 案	現 行
【急性期一般入院基本料】 (削除)	【急性期一般入院基本料】 <u>急性期一般入院料6</u> 1,408点
<u>急性期一般入院料6</u> ●●点	<u>急性期一般入院料7</u> 1,382点

[経過措置]

令和4年3月31日において現に急性期一般入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における急性期一般入院料6の算定については、令和4年9月30日までの間、なおその効力を有するものとする。

④ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

第1 基本的な考え方

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

第2 具体的な内容

許可病床数200床以上の保険医療機関において、急性期一般入院料1を算定する病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件とする。

改定案	現行
<p>【急性期一般入院基本料1】 [施設基準]</p> <p>イ 急性期一般入院基本料の施設基準</p> <p>① 通則</p> <p>5 <u>許可病床数が二百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>● <u>令和四年三月三十一日</u>において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（<u>許可病床数が二百床以上四百床未満の保険医療機関に限る。</u>）については、同年●月●日までの間に限り、第五の二の</p>	<p>【急性期一般入院基本料1】 [施設基準]</p> <p>イ 急性期一般入院基本料の施設基準</p> <p>① 通則</p> <p>5 <u>許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>十二 <u>令和二年三月三十一日</u>において現に急性期一般入院料1から6までに係る届出を行っている病棟（<u>許可病床数が四百床以上の保険医療機関に限る。</u>）については、同年九月三十日までの間に限り、第五</p>

(1)のイの①の5に該当するものとみなす。	の二の(1)のイの①の5に該当するものとみなす。
-----------------------	--------------------------

⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第1 基本的な考え方

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 短期滞在手術等基本料1について、麻酔科医の配置に係る要件を見直すとともに、麻酔を伴う手術の実施状況を踏まえ、適切な評価を実施する観点から、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【短期滞在手術等基本料1】 [算定要件]</p> <p>1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）</p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>麻酔を伴う手術を行った場合</u> ●●点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ <u>イ以外の場合</u> ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>二 短期滞在手術等基本料1の施設基準</p> <p>(1) <u>手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>1 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準</p> <p>(1) <u>手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>手術を行う場合にあっては、当</u></p>	<p>【短期滞在手術等基本料1】 [算定要件]</p> <p>1 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） <u>2,947点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>二 短期滞在手術等基本料1の施設基準</p> <p>(1) <u>局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>1 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準</p> <p>(1) <u>術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>当該保険医療機関が、退院後概</u></p>

<p>該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。</p> <p>(4) 短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。</p> <p>(5) (略)</p>	<p>ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。</p> <p>(4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。</p> <p>(5) (略)</p>
---	---

2. 短期滞在手術等基本料2について、算定件数等の実態を踏まえ、評価を廃止する。

改定案	現行
<p>【短期滞在手術等基本料2】 (削除)</p>	<p>【短期滞在手術等基本料2】 2 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5,075点 <u>（生活療養を受ける場合にあっては、5,046点）</u></p>

3. 短期滞在手術等基本料3について、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象手術に加えるとともに、これまで対象となっていた手術等について、実態を踏まえ、評価の見直しを行う。

改定案	現行
<p>【短期滞在手術等基本料3】</p> <p>イ <u>D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合</u> <u>イ 安全精度管理下で行うもの</u> <u>●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）</u></p> <p>ロ <u>D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合</u> <u>ロ その他のもの</u> <u>●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）</u></p> <p>ハ <u>D237-2 反復睡眠潜時試</u></p>	<p>【短期滞在手術等基本料3】 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>験 (MSLT)</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	
<p><u>ニ D287 内分泌負荷試験 1</u> <u>下垂体前葉負荷試験 イ 成長</u> <u>ホルモン (GH) (一連として)</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p><u>ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	<p><u>イ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査</u> <u>5,630点 (生活療養を受ける場合にあっては、5,556点)</u></p>
<p><u>ハ D413 前立腺針生検法</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	<p><u>ロ D413 前立腺針生検法</u> <u>10,309点 (生活療養を受ける場合にあっては、10,235点)</u></p>
<p><u>ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ留置術</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p><u>チ K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p><u>リ K046 骨折観血的手術 2</u> <u>前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p><u>ヌ K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p><u>ル K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)</u> <u>●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p><u>ヲ K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)</u></p>	(新設)

<p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>ワ K070 <u>ガングリオン摘出術</u> 1 <u>手、足、指(手、足)(手に限る。)</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>カ K093-2 <u>関節鏡下手根管開放手術</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>ヨ K196-2 <u>胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>タ K202 <u>涙管チューブ挿入術</u> 1 <u>涙道内視鏡を用いるもの</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>レ K217 <u>眼瞼内反症手術</u> 2 <u>皮膚切開法</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>ソ K219 <u>眼瞼下垂症手術</u> 1 <u>眼瞼挙筋前転法</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>ツ K219 <u>眼瞼下垂症手術</u> 3 <u>その他のもの</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>ネ K224 <u>翼状片手術(弁の移植を要するもの)</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>ナ K242 <u>斜視手術</u> 2 <u>後転法</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p> <p>ラ K242 <u>斜視手術</u> 3 <u>前転法及び後転法の併施</u></p> <p>●●点(生活療養を受ける場合にあっては、●●点)</p>	<p>(新設)</p> <p>ハ K093-2 <u>関節鏡下手根管開放手術</u> <u>18,448点(生活療養を受ける場合にあっては、18,374点)</u></p> <p>ニ K196-2 <u>胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)</u> <u>40,943点(生活療養を受ける場合にあっては、40,869点)</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	--

<p>ム <u>K 2 5 4 治療的角膜切除術</u> <u>1 エキシマレーザーによるもの</u> <u>(角膜ジストロフィー又は带状</u> <u>角膜変性に係るものに限る。)</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p>ウ <u>K 2 6 8 緑内障手術 6 水</u> <u>晶体再建術併用眼内ドレーン挿</u> <u>入術</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p>エ <u>K 2 8 2 水晶体再建術 1</u> <u>眼内レンズを挿入する場合 口</u> <u>その他のもの(片側)</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	<p>ホ <u>K 2 8 2 水晶体再建術 1</u> <u>眼内レンズを挿入する場合 口</u> <u>その他のもの(片側)</u> <u>19,873点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、19,799点)</u></p>
<p>イ <u>K 2 8 2 水晶体再建術 1</u> <u>眼内レンズを挿入する場合 口</u> <u>その他のもの(両側)</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	<p>ヘ <u>K 2 8 2 水晶体再建術 1</u> <u>眼内レンズを挿入する場合 口</u> <u>その他のもの(両側)</u> <u>34,416点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、34,342点)</u></p>
<p>オ <u>K 2 8 2 水晶体再建術 2</u> <u>眼内レンズを挿入しない場合(片</u> <u>側)</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p>ク <u>K 2 8 2 水晶体再建術 2</u> <u>眼内レンズを挿入しない場合(両</u> <u>側)</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p>ヤ <u>K 3 1 8 鼓膜形成手術</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p>マ <u>K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p>ケ <u>K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切</u> <u>除術 2 直達喉頭鏡又はファイ</u> <u>バースコープによるもの</u> <u>●●点(生活療養を受ける場合に</u> <u>あっては、●●点)</u></p>	(新設)
<p>フ <u>K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1</u></p>	<p>ト <u>K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1</u></p>

<p>長径5センチメートル未満 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>コ K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>エ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 1 初回 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>テ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 2 1の実施 後3月以内に実施する場合 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>ア K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>サ K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として） ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>キ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>ユ K617-2 大伏在静脈抜去 術 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>メ K617-4 下肢静脈瘤血管 内焼灼術 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>ミ K617-6 下肢静脈瘤血管 内塞栓術 ●●点（生活療養を受ける場合に あつては、●●点）</p> <p>シ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合に</p>	<p>長径5センチメートル未満 18,588点（生活療養を受ける場合に あつては、18,514点） （新設）</p> <p>チ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 1 初回 32,540点（生活療養を受ける場合に あつては、32,466点）</p> <p>リ K616-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 2 1の実施 後3月以内に実施する場合 32,540点（生活療養を受ける場合に あつては、32,466点）</p> <p>ヌ K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 21,755点（生活療養を受ける場合に あつては、21,681点）</p> <p>ル K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として） 10,411点（生活療養を受ける場合に あつては、10,337点）</p> <p>ヲ K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 10,225点（生活療養を受ける場合に あつては、10,151点） （新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>ワ K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。） 31,835点（生活療養を受ける場合に</p>
---	--

<p>っては、●●点)</p> <p><u>エ</u> K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>ヒ</u> K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>モ</u> K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>セ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>ス</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。) ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>ン</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る。) ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>イイ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>イロ</u> K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p> <p><u>イハ</u> K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 ●●点(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)</p>	<p>あつては、<u>31,761点</u>)</p> <p><u>カ</u> K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る。) <u>25,358点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>25,284点</u>)</p> <p><u>ク</u> K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る。) <u>22,597点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>22,523点</u>)</p> <p><u>タ</u> K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) <u>24,975点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>24,901点</u>)</p> <p><u>レ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) <u>62,344点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>62,270点</u>)</p> <p><u>ソ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。) <u>51,773点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>51,699点</u>)</p> <p><u>ツ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る。) <u>40,741点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>40,667点</u>)</p> <p><u>ネ</u> K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) <u>50,328点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>50,254点</u>)</p> <p><u>ナ</u> K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 <u>12,739点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>12,665点</u>)</p> <p><u>ラ</u> K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 <u>15,599点</u>(生活療養を受ける場合にあつては、<u>15,525点</u>)</p>
--	---

<p><u>イニ</u> K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p><u>ム</u> K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの） <u>11,109点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>11,035点</u>）</p>
<p><u>イホ</u> K747 <u>肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）</u> <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p>（新設）</p>
<p><u>イヘ</u> K747 <u>肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）</u> <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p>（新設）</p>
<p><u>イト</u> K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき） <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p><u>ウ</u> K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき） <u>25,597点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>25,523点</u>）</p>
<p><u>イチ</u> K823-6 <u>尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）</u> <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p>（新設）</p>
<p><u>イリ</u> K834-3 <u>顕微鏡下精索静脈瘤手術</u> <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p>（新設）</p>
<p><u>イヌ</u> K867 <u>子宮頸部（腔部）切除術</u> <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p><u>ヅ</u> K867 <u>子宮頸部（腔部）切除術</u> <u>16,249点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>16,175点</u>）</p>
<p><u>イル</u> K872-3 <u>子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの</u> <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p>（新設）</p>
<p><u>イロ</u> K872-3 <u>子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 その他のもの</u> <u>●●点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>●●点</u>）</p>	<p>（新設）</p>

イワ <u>K873</u> <u>子宮鏡下子宮筋腫 摘出術 1</u> <u>電解質溶液利用の もの</u> ●●点(生活療養を受ける場合に あつては、●●点)	(新設)
イカ <u>K873</u> <u>子宮鏡下子宮筋腫 摘出術 2</u> <u>その他のもの</u> ●●点(生活療養を受ける場合に あつては、●●点)	(新設)
イヨ <u>K890-3</u> <u>腹腔鏡下卵管 形成術</u> ●●点(生活療養を受ける場合に あつては、●●点)	(新設)
イタ <u>M001-2</u> <u>ガンマナイフ による定位放射線治療</u> ●●点(生活療養を受ける場合に あつては、●●点)	ノ <u>M001-2</u> <u>ガンマナイフに よる定位放射線治療</u> 59,199点(生活療養を受ける場合に あつては、59,125点)

4. 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合が高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする。

また、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

改 定 案	現 行
[施設基準] 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査 <u>D287</u> <u>内分泌負荷試験 1</u> <u>下垂体前葉負荷試験 イ</u> <u>成長ホルモン(GH)</u> (一連として) <u>D291-2</u> <u>小児食物アレルギー負荷検査</u> K005~K008 (略) K030 <u>四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2</u> <u>手、足(手に限る。)</u> K048 <u>骨内異物(挿入物を含む。)</u> <u>除去術 4</u> <u>鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。)</u>	[施設基準] 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術 (新設) (新設) K005~K008 (略) (新設) (新設)

K068~K068-2 (略)	K068~K068-2 (略)
<u>K070</u> <u>ガングリオン摘出術</u>	(新設)
<u>1手、足、指(手、足)(手に限る。)</u>	
K093~K093-2 (略)	K093~K093-2 (略)
<u>K202</u> <u>涙管チューブ挿入術</u>	(新設)
<u>1 涙道内視鏡を用いるもの</u>	
<u>K217</u> <u>眼瞼内反症手術</u> <u>2</u>	(新設)
<u>皮膚切開法</u>	
<u>K219</u> <u>眼瞼下垂症手術</u> <u>1</u>	(新設)
<u>眼瞼挙筋前転法</u>	
<u>K219</u> <u>眼瞼下垂症手術</u> <u>3</u>	(新設)
<u>その他のもの</u>	
<u>K224</u> <u>翼状片手術(弁の移植を要するもの)</u>	(新設)
<u>K254</u> <u>治療的角膜切除術</u> <u>1</u>	(新設)
<u>エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)</u>	
<u>K268</u> <u>緑内障手術</u> <u>6</u> <u>水晶</u>	(新設)
<u>体再建術併用眼内ドレーン挿入術</u>	
K282~K510 (略)	K282~K510 (略)
<u>K616-4</u> <u>経皮的シャント拡張術・血栓除去術</u> <u>1</u> <u>初回</u>	(新設)
<u>K616-4</u> <u>経皮的シャント拡張術・血栓除去術</u> <u>2</u> <u>1の実施後3</u>	(新設)
<u>月以内に実施する場合</u>	
<u>K617</u> <u>下肢静脈瘤手術</u> <u>1</u> <u>抜</u>	(新設)
<u>去切除術</u>	
<u>K617</u> <u>下肢静脈瘤手術</u> <u>2</u> <u>硬</u>	(新設)
<u>化療法(一連として)</u>	
<u>K617</u> <u>下肢静脈瘤手術</u> <u>3</u> <u>高</u>	(新設)
<u>位結紮術</u>	
<u>K617-4</u> <u>下肢静脈瘤血管内</u>	(新設)
<u>焼灼術</u>	
<u>K617-6</u> <u>下肢静脈瘤血管内</u>	(新設)
<u>塞栓術</u>	
K653・K721 (略)	K653・K721 (略)
<u>K743</u> <u>痔核手術(脱肛を含む。)</u>	(新設)
<u>2</u> <u>硬化療法(四段階注射法によるもの)</u>	
<u>K747</u> <u>肛門良性腫瘍、肛門ポリ</u>	(新設)
<u>ープ、肛門尖圭コンジローム切除術</u>	
<u>(肛門ポリープ、肛門尖圭コンジロ</u>	

一ム切除術に限る。)

K 8 2 3 - 6 尿失禁手術(ポツリ
ヌス毒素によるもの)

K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈
瘤手術

K 8 4 1 - 2 (略)

[施設基準]

別表第二 平均在院日数の計算対象
としない患者

一～二十三 (略)

二十四 別表第十一の一に規定す
る手術又は検査を行った患
者

第2 病院の入院基本料等に関する
施設基準

4の2 急性期一般入院基本料、7
対1入院基本料、10対1入院基本
料及び地域一般入院基本料(地域
一般入院料1に限る。)に係る重
症度、医療・看護必要度につい
ては、次の点に留意する。

(4) 評価に当たっては、産科患者、
15歳未満の小児患者、短期滞在手
術等基本料を算定する患者、基本
診療料の施設基準等の別表第二
の二十三に該当する患者(基本診
療料の施設基準等第十の三に係
る要件以外の短期滞在手術等基
本料3に係る要件を満たす場合
に限る。)及び基本診療料の施設
基準等の別表第二の二十四に該
当する患者は、対象から除外す
ること。また、重症度、医療・看護
必要度Ⅱの評価に当たっては、歯
科の入院患者(同一入院中に医科
の診療も行う期間については除
く。)は、対象から除外すること。

※ 救命救急入院料、特定集中治療室
管理料等についても同様。

(新設)

(新設)

K 8 4 1 - 2 (略)

[施設基準]

別表第二 平均在院日数の計算対象
としない患者

一～二十三 (略)

(新設)

第2 病院の入院基本料等に関する
施設基準

4の2 急性期一般入院基本料、7
対1入院基本料、10対1入院基本
料及び地域一般入院基本料(地域
一般入院料1に限る。)に係る重
症度、医療・看護必要度につい
ては、次の点に留意する。

(4) 評価に当たっては、産科患者、
15歳未満の小児患者、短期滞在手
術等基本料を算定する患者及び
基本診療料の施設基準等の別表
第二の二十三に該当する患者に
対して短期滞在手術等基本料2
又は3の対象となる手術、検査又
は放射線治療を行った場合(基本
診療料の施設基準等第十の三
(3)及び四に係る要件以外の短
期滞在手術等基本料2又は3に
係る要件を満たす場合に限る。)
は、対象から除外すること。また、
重症度、医療・看護必要度Ⅱの評
価に当たっては、歯科の入院患者
(同一入院中に医科の診療も行
う期間については除く。)は、対
象から除外すること。

⑥ 特定集中治療室等における 重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

特殊な治療法に係る実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等において、専門性の高い看護師及び臨床工学技士を配置するとともに、医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者への看護に当たり必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施するなど、重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 重症患者対応体制強化加算

<u>イ</u>	<u>3日以内の期間</u>	<u>●●点</u>
<u>ロ</u>	<u>4日以上7日以内の期間</u>	<u>●●点</u>
<u>ハ</u>	<u>8日以上14日以内の期間</u>	<u>●●点</u>

[対象患者]

特定集中治療室管理料1から4まで又は救命救急入院料2若しくは4を算定する病室に入院している患者

[算定要件]

重症患者の対応に係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病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。
- (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置

- されていること。
- (3) 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が1名以上配置されていること。
 - (4) 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。
 - (5) (4)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
 - イ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
 - (6) 医師、(4)に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
 - ア 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
 - イ 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際
 - (7) (4)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
 - (8) (4)に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。
 - (9) 新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が2名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(4)に規定する看護師であることが望ましいこと。
 - (10) 区分番号「●●」急性期充実体制加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、令和5年3月31日までの間に限り、「●●」急性期充実体制加算に係る届出を行っていても差し支えない。
 - (11) (4)に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準に係る看護配置に含めないこと。
 - (12) (4)に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の勤務時

間数に含めないこと。

- (13) 特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

⑦ 重症患者等に対する支援に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、専任の担当者（入院時重症患者対応メディエーター）を配置して当該患者等に対する支援を行う体制を整備した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

集中治療領域において、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 重症患者初期支援充実加算（1日につき） ●●点

[対象患者]

集中治療領域における入院患者

[算定要件]

特に重篤な患者及びその家族等に対する支援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（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して●●日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、

当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。

- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましいこと。

ア 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者

イ 医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

- (5) 当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。

- (6) 当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。

- (7) 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。

- (8) 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

- (※) 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、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及び新生児治療回復室入院医療管理料において算定可能とする。

⑧ バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

日本集中治療医学会による「集中治療部設置のための指針」の改訂を踏まえ、特定集中治療室等におけるバイオクリーンルームの設置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

バイオクリーンルームの設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置の要件を廃止し、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室の設置が望ましいこととする。

改 定 案	現 行
<p>【特定集中治療室管理料】 [施設基準]</p> <p>(8) <u>当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。</u></p> <p>※ <u>A300救命救急入院料2及び4、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料についても同様。</u></p>	<p>【特定集中治療室管理料】 [施設基準]</p> <p>(8) <u>原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。</u></p>

⑨ 救命救急入院料等における 算定上限日数の見直し

第1 基本的な考え方

患者の病態によって、長期の集中治療管理が必要となる場合があることを踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている治療室における算定上限日数に係る評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

改 定 案	現 行
【救命救急入院料】 1 救命救急入院料 1 イ 3日以内の期間 ●●点 ロ 4日以上7日以内の期間 ●●点 ハ 8日以上14日以内の期間 ●●点 ハ 8日以上14日以内の期間 ●●点 2 救命救急入院料 2 イ 3日以内の期間 ●●点 ロ 4日以上7日以内の期間 ●●点 ハ 8日以上14日以内の期間 ●●点 3 救命救急入院料 3 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 ●●点 (2) 4日以上7日以内の期間 ●●点 (3) 8日以上14日以内の期間 ●●点 ロ (略)	【救命救急入院料】 1 救命救急入院料 1 イ 3日以内の期間 10,223点 ロ 4日以上7日以内の期間 9,250点 ハ 8日以上14日以内の期間 7,897点 2 救命救急入院料 2 イ 3日以内の期間 11,802点 ロ 4日以上7日以内の期間 10,686点 ハ 8日以上14日以内の期間 9,371点 3 救命救急入院料 3 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 10,223点 (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点 (3) 8日以上14日以内の期間 7,897点 ロ (略)

<p>4 救命救急入院料 4 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 ●●点 (2) 4日以上7日以内の期間 ●●点 (3) 8日以上14日以内の期間 ●●点 ロ (略)</p> <p>[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。)にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化(腹膜透析を除く。)又は体外式心肺補助(ECMO)を必要とするものにあつては●●日、臓器移植を行ったものにあつては●●日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>[施設基準] (4) 救命救急入院料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備</p>	<p>4 救命救急入院料 4 イ 救命救急入院料 (1) 3日以内の期間 11,802点 (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点 (3) 8日以上14日以内の期間 9,371点 ロ (略)</p> <p>[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。)にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
--	---

されていること。

【特定集中治療室管理料】

- 1 特定集中治療室管理料 1
イ 7日以内の期間 ●●点
ロ 8日以上14日以内の期間 ●●点
- 2 特定集中治療室管理料 2
イ 特定集中治療室管理料
(1) 7日以内の期間 ●●点
(2) 8日以上14日以内の期間 ●●点
ロ (略)
- 3 特定集中治療室管理料 3
イ 7日以内の期間 ●●点
ロ 8日以上14日以内の期間 ●●点
- 4 特定集中治療室管理料 4
イ 特定集中治療室管理料
(1) 7日以内の期間 ●●点
(2) 8日以上14日以内の期間 ●●点
ロ (略)

[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、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、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

【特定集中治療室管理料】

- 1 特定集中治療室管理料 1
イ 7日以内の期間 14,211点
ロ 8日以上14日以内の期間 12,633点
- 2 特定集中治療室管理料 2
イ 特定集中治療室管理料
(1) 7日以内の期間 14,211点
(2) 8日以上14日以内の期間 12,633点
ロ (略)
- 3 特定集中治療室管理料 3
イ 7日以内の期間 9,697点
ロ 8日以上14日以内の期間 8,118点
- 4 特定集中治療室管理料 4
イ 特定集中治療室管理料
(1) 7日以内の期間 9,697点
(2) 8日以上14日以内の期間 8,118点
ロ (略)

[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、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

<p><u>として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするもの</u>にあつては●●日、<u>臓器移植を行ったもの</u>にあつては●●日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>[施設基準] <u>(4) 特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準</u> <u>患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>[施設基準] (新設)</p>
--	-------------------------

⑩ 早期離床・リハビリテーション加算の見直し

第1 基本的な考え方

特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けたリハビリテーション等の総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算の対象となる治療室を見直す。

第2 具体的な内容

早期離床・リハビリテーション加算の算定対象に、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を算定する治療室を加える。

改 定 案	現 行
<p>【救命救急入院料】 [算定要件]</p> <p><u>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として●●点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に</u></p>	<p>【救命救急入院料】 [算定要件] (新設)</p>

<p><u>掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(7) 救命救急入院料の注8に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u></p> <p><u>イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>ロ 心大血管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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p><u>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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として●●点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p>	<p>[施設基準] (新設)</p> <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準]</p>
--	---

<p>(3) <u>ハイケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u></p> <p><u>イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>ロ 心大血管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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] <u>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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として●●点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</u></p> <p>[施設基準] <u>(10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u></p>	<p>(新設)</p> <p>【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
--	--

イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 心大血管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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【小児特定集中治療室管理料】

[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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として●●点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

[施設基準]

(6) 小児特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【小児特定集中治療室管理料】

[算定要件]

(新設)

[施設基準]

(新設)

<p><u>ロ</u> <u>心大血管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又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>	
--	--

⑪ 早期離床・リハビリテーション加算における 職種要件の見直し

第1 基本的な考え方

特定集中治療室等に入室した患者に対して、早期から離床に必要な取組を行うことを更に推進する観点から、早期離床・リハビリテーション加算における職種要件を見直す。

第2 具体的な内容

入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【早期離床・リハビリテーション加算】 [算定要件]</p> <p>(4) 「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、<u>言語聴覚士</u>又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。</p> <p>ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。</p>	<p>【早期離床・リハビリテーション加算】 [算定要件]</p> <p>(4) 「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。</p> <p>ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。</p>

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ～エ (略)

[施設基準]

6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

(1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア～イ (略)

ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士

(2)～(5) (略)

(6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であっても差し支えない。

(7)・(8) (略)

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ～エ (略)

[施設基準]

6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

(1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア～イ (略)

ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

(2)～(5) (略)

(6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であっても差し支えない。

(7)・(8) (略)

⑫ 早期栄養介入管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

患者の早期離床及び在宅復帰を推進する観点から、早期栄養介入管理加算の対象となる治療室及び評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

- 入院患者に対する入室後早期の栄養管理について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として●●点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は●●点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(6) 特定集中治療室管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p>イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。</p> <p>ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体</p>	<p>【特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(6) 特定集中治療室管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p>当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 (新設)</p>

制が整備されていること。	
--------------	--

2. 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料を算定する病室について、早期栄養介入管理加算を算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【救命救急入院料】 [算定要件]</p> <p>注9 <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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として●●点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から●●点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(8) <u>救命救急入院料の注9に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u> イ <u>当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。</u> ロ <u>当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理</u></p>	<p>【救命救急入院料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>

を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として●●点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から●●点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

(3) ハイケアユニット入院医療管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

[算定要件]

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として●●点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から●●点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

(10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4に規定する厚生労働大

[施設基準]

(新設)

【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

[算定要件]

(新設)

[施設基準]

(新設)

<p><u>臣が定める施設基準</u></p> <p><u>イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。</u></p> <p><u>ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p><u>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として●●点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から●●点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(6) 小児特定集中治療室管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u></p> <p><u>イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。</u></p> <p><u>ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
--	--

⑬ 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

第1 基本的な考え方

高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

第2 具体的な内容

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

1. 「心電図モニターの管理」の項目について、患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
2. 「B 患者の状況等」の項目（以下「B項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

	改定案		現行
	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	
救命救急入院料 2	8割	●割	8割
救命救急入院料 4	8割	●割	8割
特定集中治療室管理料 1	8割	●割	8割

特定集中治療室管理料 2	8割	●割	8割
特定集中治療室管理料 3	7割	●割	7割
特定集中治療室管理料 4	7割	●割	7割

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあつては、令和●年●月●日までの間に限り、令和4年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙17の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

⑭ 救命救急入院料 1 及び 3 における 重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

第 1 基本的な考え方

高度急性期医療を要する患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料 1 及び 3 における重症度、医療・看護必要度に係る評価票を見直す。

第 2 具体的な内容

救命救急入院料 1 及び 3 における重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

[経過措置]

令和 4 年 3 月 31 日時点で救命救急入院料 1 又は 3 の届出を行っている病棟にあっては、令和●年●月●日までの間に限り、令和 4 年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）の別添 6 の別紙 17 の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケア病棟に求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価体系及び要件を見直す。

第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

1. 地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率の要件について、以下のとおり見直す。
 - (1) 地域包括ケア病棟入院料1及び2並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び2における在宅復帰率の要件について、7割以上から●●割●●分●●厘以上に変更する。
 - (2) 地域包括ケア病棟入院料3及び4並びに地域包括ケア入院医療管理料3及び4について、在宅復帰率が●●割以上であることを要件に追加するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数を算定することとする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注10 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。</p> <p>[施設基準]</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準]</p>

<p>(2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>□ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が<u>●●割●●分●●厘</u>以上であること。</p> <p>(3) 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準</p> <p>イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が<u>●●割●●分●●厘</u>以上であること。</p>	<p>(2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>□ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が<u>七割</u>以上であること。</p> <p>(3) 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準</p> <p>イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が<u>七割</u>以上であること。</p>
<p>※ <u>地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2</u>についても同様。</p>	
<p>(6) 地域包括ケア病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>イ (2) のハからトまでを満たすものであること。</p> <p>□ <u>当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が●●割以上</u>であること。</p>	<p>(6) 地域包括ケア病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>(2) のハからトまでを満たすものであること。 (新設)</p>
<p>(7) 地域包括ケア入院医療管理料 3 の施設基準</p> <p>ハ <u>当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が●●割以上</u>であること。</p>	<p>(7) 地域包括ケア入院医療管理料 3 の施設基準 (新設)</p>
<p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準</p> <p>ホ (6) のロを満たすものであること。</p>	<p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 (新設)</p>
<p>(9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準</p> <p>イ (2) のへ及び(3) のホを満たすものであること。</p> <p>ハ (7) のハを満たすものであること。</p>	<p>(9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準 (2) のへ及び(3) のホを満たすものであること。 (新設)</p>
<p>(20) <u>地域包括ケア病棟入院料の注10</u>に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>(6) のロ若しくは(8) のホ又は(7)</p>	<p>(新設)</p>

<p style="text-align: center;"><u>のハ若しくは(9)のハの基準</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>● <u>令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のロ、(3)のイ、(4)のロ((2)のロに限る。)、(5)((3)のイに限る。)、(6)のロ、(7)のハ、(8)のホ及び(9)のハに該当するものとみなす。</u></p>	<p>[経過措置] (新設)</p>
--	------------------------

2. 地域包括ケア病棟入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、許可病床数が●●床以上●●床未満の医療機関についても要件化するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数を算定することとする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注9 注1に規定する<u>地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア病棟入院料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもの</u>のみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、<u>それぞれの所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準 二 <u>当該病棟(許可病床数が●●床以上の保険医療機関に限る。)</u>において、入院患者に占める、当該</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注9 注1に規定する<u>保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの</u>のみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、<u>地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準 (新設)</p>

<p><u>保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が●●割未満であること。</u></p> <p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 <u>ニ (4)の二を満たすものであること。</u></p> <p>(20) 地域包括ケア病棟入院料の注 9 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの <u>(4)の二又は(8)の二の基準</u></p> <p>[経過措置] <u>● 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が●●床以上●●床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、<u>第九の十一の二の(4)の二及び(8)の二に該当するものとみなす。</u></u></p>	<p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 (新設)</p> <p>(20) 地域包括ケア病棟入院料の注 9 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの <u>(1)の又の基準</u></p> <p>[経過措置] <u>二十三 令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が四百床以上のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、<u>第九の十一の二の(1)の又に該当するものとみなす。</u></u></p>
---	---

3. 地域包括ケア病棟入院料における自宅等から入院した患者割合及び在宅医療等の実績要件について、以下のとおり見直す。

- (1) 地域包括ケア病棟入院料 1 及び 3 並びに地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 3 における自宅等から入院した患者割合の要件について、1 割 5 分以上から●●割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の 3 月の受入れ人数について、6 人以上から●●人以上に変更する。また、地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 3 における病床数が 10 床未満の病室に係る自宅等から入院した患者数の要件について、3 月で 6 人以上から●●人以上に変更する。
- (2) 地域包括ケア病棟入院料 2 及び 4 並びに地域包括ケア入院医療管理料 2 及び 4 の要件に、以下のいずれか●●つ以上を満たすことを追加する。
- ア 自宅等から入棟した患者割合が●●割以上であること
- イ 自宅等からの緊急患者の受入れが 3 月で●●人以上であること
- ウ 在宅医療等の実績を●●つ以上有すること
- また、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の 100 分の●●に相当する点数を算定することとする。

- (3) 在宅医療等の実績における退院時共同指導料2の算定回数の実績の要件について、外来在宅共同指導料1の実績を用いてもよいこととする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] 注11 <u>注1に規定する地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。</u></p> <p>[施設基準] (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が●●割以上であること。</p> <p>ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において●●人以上であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤ (略) ⑥ <u>退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。</u></p> <p>※ <u>地域包括ケア病棟入院料3についても同様。</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が<u>一割五分</u>以上であること。</p> <p>ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>六人</u>以上であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤ (略) ⑥ 退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。</p>

(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1 の施設基準

- ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が●●割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が●●以上であること。
- ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において●●人以上であること。
- ニ (2)のイ、ホ及びへを満たすものであること。

※ 地域包括ケア入院医療管理料 3 についても同様。

(4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準

ハ 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。

- ① 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が●●割以上であること。
- ② 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において●●人以上であること。
- ③ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。
- ④ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において●●回以上算定している保

(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1 の施設基準

- ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六以上であること。
- ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。
- ニ (2)のイ及びホ及びへを満たすものであること。

(4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準
(新設)

険医療機関であること。

⑤ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において●●回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。

⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。

⑦ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。

⑧ 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。

(5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

イ (2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。

ロ 次のいずれか●●つ以上を満たしていること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が●●以上であること。

① 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院

(5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

(2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。

(新設)

したものの割合が●●割以上であること。

- ② 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において●●人以上であること。
- ③ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。
- ④ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。
- ⑤ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において●●回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。
- ⑦ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑧ 退院時共同指導料 2 及び外

<p><u>来在宅共同指導料 1 を前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。</u></p> <p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 <u>ハ (4) のハを満たすものであること。</u></p> <p>(9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準 イ (略) <u>ロ (5) のロを満たすものであること。</u></p> <p><u>(21) 地域包括ケア病棟入院料の注11 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>(4) のハ、(5) のロ、(8) のハ又は(9) のロの基準</u></p> <p>[経過措置] ● <u>令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2) のハ及びニ、(3) のロ及びハ、(4) のハ、(5) のロ、(6) のイ ((2) のハ及びニに限る。)、(7) のロ ((3) のロ及びハに限る。)、(8) のハ又は(9) のロに該当するものとみなす</u></p>	<p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 (新設)</p> <p>(9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準 イ (略) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[経過措置] 二十五 <u>令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは地域包括ケア入院医療管理料 1 又は地域包括ケア病棟入院料 3 若しくは地域包括ケア入院医療管理料 3 に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2) のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の(3) のロ、ハ及びニ ((2) のホに限る。)</u> <u>又は第九の十一の二の(6) ((2) のハ、ニ及びホに限る。)</u> <u>若しくは第九の十一の二の(7) のイ ((2) のホに限る。)</u> <u>及びロ ((3) のロ及びハに限る。)</u> に該当するものとみなす。</p>
--	--

4. 地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは 2 又は地域包括ケア入院医療管理料 1 若しくは 2 を算定する病棟又は病室を有する保険医療機関であって、許可病床数が●●床以上のものについて、入退院支援加算 1 に係る届出を行っていない場合は、所定点数の 100 分の●●に相当する

点数を算定することとする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] <u>注12 別に厚生労働大臣の定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。</u></p> <p>[施設基準] <u>(22) 地域包括ケア病棟入院料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関 入退院支援加算1に係る届出を行っていない保険医療機関(許可病床数が●●床以上のものに限る。)</u></p> <p>[経過措置] <u>令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料1若しくは地域包括ケア入院医療管理料1又は地域包括ケア病棟入院料2若しくは地域包括ケア入院医療管理料2に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、基本診療料の施設基準第九の十一の二の(22)の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>

5. 一般病床において地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合については、第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件とする。ただし、●●床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提

供を行っていることで要件を満たすこととする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準</p> <p>(10) 次のいずれかの基準を満たしていること。<u>なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあつては、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が●●床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあつては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること。なお、令和4年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和五年三月三十一日までの間の限り、なお従前の例による。</u></p> <p>ア～オ (略)</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準</p> <p>(10) 次のいずれかの基準を満たしていること。</p> <p>ア～オ (略)</p>

6. 急性期患者支援病床初期加算及び在宅患者支援病床初期加算について、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険</p>

医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して●●日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

イ 急性期患者支援病床初期加算

(1) 許可病床数が●●床以上の保険医療機関の場合

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合

●●点

② ①の患者以外の患者の場合

●●点

(2) 許可病床数●●床未満の保険医療機関

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合

●●点

② ①の患者以外の患者の場合

●●点

ロ 在宅患者支援病床初期加算

① 介護老人保健施設から入院した患者の場合

●●点

② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホ

一ム等又は自宅から入院した患者の場合	●●点
--------------------	-----

⑯ 地域包括ケア病棟入院料の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケア病棟について、一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料の評価体系及び要件を見直す。

第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の●●に相当する点数を算定することとする。ただし、当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受入れが●●割以上である場合、自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前三月で●●人以上である場合又は救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合においては、所定点数（100分の100）を算定する。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注1 1、3、5及び7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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の●●に相当する点</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料）】 [算定要件]</p> <p>注1 1、3、5及び7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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。 (中略)</p>

<p>数)を算定する。(中略)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(10) 地域包括ケア病棟入院料の注1</u> <u>に規定する別に厚生労働大臣が</u> <u>定める場合</u> <u>次のいずれかに該当する場合であ</u> <u>ること。</u></p> <p><u>イ 当該病棟又は病室において、入</u> <u>院患者に占める、自宅等から入院</u> <u>したものの割合が●●割以上で</u> <u>あること。</u></p> <p><u>ロ 当該病棟又は病室における自</u> <u>宅等からの緊急の入院患者の受</u> <u>入れ人数が、前三月間において●</u> <u>●人以上であること。</u></p> <p><u>ハ 救急医療を行うにつき必要な</u> <u>体制が整備されていること。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p><u>● 令和四年三月三十一日において</u> <u>現に地域包括ケア病棟入院料に係</u> <u>る届出を行っている場合であって、</u> <u>当該病棟又は病室に係る病床が療</u> <u>養病床である場合には、同年九月三</u> <u>十日までの間に限り、当該病棟又は</u> <u>病床については、第九の十一の二の</u> <u>(10)に該当するものとみなす。</u></p>	<p>[施設基準] (新設)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>
---	---

⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

第1 基本的な考え方

重症患者に対する効率的・効果的なリハビリテーションの提供を更に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のリハビリテーションに係る効果の実態を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方について、以下のとおり見直す。
 - (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料5を廃止し、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料6を新たな回復期リハビリテーション病棟入院料5として位置付ける。ただし、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和●●年●●月●●日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定できることとする。
 - (2) 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、算定を開始した日から●●年間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定することができることとする。

改 定 案	現 行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (削除)	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,736点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,721点)
5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、 ●●点)	6 回復期リハビリテーション病棟入院料6 1,678点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,664点)

[算定要件]

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4又は回復期リハビリテーション病棟入院料5を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

5 5については、算定を開始した日から起算して●●月（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあつては、●●月）に限り算定する。

(経過措置)

令和四年三月三十一日において現に改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料のうち回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6の算定については、令和●●年●●月●●日までの間、なおその効力を有するものとする。

※ 回復期リハビリテーション病棟

[算定要件]

注2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。

(新設)

<p><u>入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6を算定していた病棟が改正後の診療報酬の算定方法により回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、●●年間に限り算定することができることとする。</u></p> <p>[施設基準] 十 施設基準等 (削除)</p> <p><u>(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準</u> <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>(経過措置) <u>令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、改正後の基本診療料の施設基準等第九の十の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。</u></p>	<p>[施設基準] 十 施設基準等 <u>(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準</u> <u>イ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十以上であること。</u> <u>ロ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p><u>(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料6の施設基準</u> <u>(6)のロを満たすものであること。</u></p>
---	--

2. 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までに係る施設基準における重症患者の割合を見直し、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については●●割以上、回復期リハビリテーション病棟入院料3及び4については●●割以上とする。

改定案	現行
【回復期リハビリテーション病棟入	【回復期リハビリテーション病棟入

<p>【院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。</p> <p>※ <u>回復期リハビリテーション病棟入院料 2 についても同様。</u></p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>イ 当該病棟において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。</p> <p>※ <u>回復期リハビリテーション病棟入院料 4 も同様。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>● <u>令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 2、回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 4 に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のホ、(3) ((2)のホに限る。)、(4)のイ又は(5) ((4)のイに限る。)に該当するものとみなす。</u></p>	<p>【院料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>イ 当該病棟において、新規入院患者のうち二割以上が重症の患者であること。</p> <p>[経過措置]</p> <p>(新設)</p>
--	--

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 3 について、公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする。

改 定 案	現 行
【回復期リハビリテーション病棟入	【回復期リハビリテーション病棟入

<p>院料】 [施設基準] 十 回復期リハビリテーション病棟 入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟 入院料 1 の施設基準 又 <u>公益財団法人日本医療機能評価 機構等が行う医療機能評価を受 けている病院又はこれに準ずる 病院であることが望ましいこと。</u> (4) 回復期リハビリテーション病棟 入院料 3 の施設基準 へ <u>(2) の又を満たすものであるこ と。</u></p> <p>7 届出に関する事項 (4) <u>毎年 7 月において、第三者評価の 状況等について、別添 7 の様式●に より届け出ること。</u></p>	<p>院料】 [施設基準] 十 回復期リハビリテーション病棟 入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟 入院料 1 の施設基準 (新設)</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟 入院料 3 の施設基準 (新設)</p> <p>7 届出に関する事項 (新設)</p>
---	---

⑩ 回復期リハビリテーションを要する状態 の見直し

第1 基本的な考え方

回復期リハビリテーションの提供体制の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する患者の状態として、「急性心筋梗塞、狭心症の発作若しくはその他急性発症した心大血管疾患の発症後又は手術後の状態」を追加する。

第2 具体的な内容

「回復期リハビリテーションを要する状態」について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を●●日以内とする。

改 定 案	現 行
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(11) 「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者につ</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(11) 「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。</p>

<p>いて算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るFIMの測定を行うこと。</p> <p>①～④ (略)</p> <p>⑤ <u>基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの</u></p> <p>(12)～(15) (略)</p> <p>(16) <u>急性心筋梗塞等の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して●●日まで算定できるものに限る。）については、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）の内容を踏まえ、心肺運動負荷試験（CPX（cardiopulmonary exercise testing））を入棟時及び入棟後月に1回以上実施することが望ましい。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 通則</p> <p><u>ル 別表第九に掲げる急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態に該当する患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数</p>	<p>①～④ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(12)～(15) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 通則</p> <p>(新設)</p> <p>別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数</p>
---	--

<p>六 <u>急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態（算定開始日から起算して●●日以内）</u></p>	<p>（新設）</p>
<p>別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態</p>	<p>別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態</p>
<p>六 <u>急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態</u></p>	<p>（新設）</p>

⑱ 特定機能病院において

リハビリテーションを担う病棟の評価の新設

第1 基本的な考え方

患者のニーズに応じたリハビリテーションの提供を推進する観点から、特定機能病院において実施するリハビリテーションについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

令和4年3月31日をもって廃止予定であった特定機能病院における回復期リハビリテーション病棟入院料について、現に届出がなされている特定機能病院の病棟において一定程度の役割を果たしていることが確認されることから、特定機能病院におけるリハビリテーションに係る役割を明確化することとし、「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」と位置付け、当該入院料に係る施設基準を見直す。

(新) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 ●●点
(生活療養を受ける場合にあつては、●●点)

[対象患者]

特定機能病院の一般病棟に入院している患者であつて、回復期リハビリテーションを要する状態にあるもの

[算定要件]

- (1) 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する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保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- (2) 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在

宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

[施設基準]

- (1) 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること。
- (2) 回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有していること。
- (3) 心大血管疾患リハビリテーション料（I）、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、運動器リハビリテーション料（I）及び呼吸器リハビリテーション料（I）に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- (5) 当該病棟に専従の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (6) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (7) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- (8) 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (9) 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置されていること。
- (10) 特定機能病院であること。（当分の間は、令和4年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）
- (11) 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

- (12) 当該病棟において、新規入院患者のうち5割以上が重症の患者であること。
- (13) 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- (14) リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
- (15) 他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (16) 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (17) 1病棟に限り届出を行うことができること。

⑳ 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

第1 基本的な考え方

医療法に基づく医療療養病床に係る人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いを見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療療養病床に係る医療法に基づく人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定する令和4年3月31日までの経過措置（所定点数の100分の85に相当する点数を算定）について、評価を見直すとともに、当該経過措置の期間を2年間延長する。

改 定 案	現 行
<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の<u>100分の●●</u>に相当する点数を算定する。</p> <p>[経過措置]</p> <p>3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、<u>令和6年3月31日</u>までの間に限り、算定できるものとする。</p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の<u>100分の85</u>に相当する点数を算定する。</p> <p>[経過措置]</p> <p>3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、<u>令和4年3月31日</u>までの間に限り、算定できるものとする。</p>

<p>[施設基準]</p> <p>(7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 令和四年三月三十一日時点で、<u>診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和四年厚生労働省告示第●号)</u>による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表(以下「旧医科点数表」という。)の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。</p> <p>ハ (略)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>(7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 令和二年三月三十一日時点で、<u>診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和二年厚生労働省告示第五十七号)</u>による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表(以下「旧医科点数表」という。)の療養病棟入院基本料の注11又は注12の届出を行っている病棟であること。</p> <p>ハ (略)</p>
---	--

2. 療養病棟入院基本料の注11に規定する場合において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)(以下「FIM」という。)の測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき●単位まで出来高での算定とする。

また、医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分1の場合に相当する点数を算定することとする。

改 定 案	現 行
<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、<u>第7部リハビリテーション(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)</u>及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。)費用を除く。)</p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。)の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪に</p>

は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数(入院料D、E又はFを算定する場合であって、心大血管疾患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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数)の100分の●●に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(3) 療養病棟入院基本料に含まれる第7部リハビリテーションの費用
入院中の患者に対する心大血管疾患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、廃用症

より、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4～10 (略)

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(新設)

<p>候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき●単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定を行っていない場合に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。</p>	
---	--

[経過措置]

令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。

②1 中心静脈栄養の実施に係る 療養病棟入院基本料の見直し

第1 基本的な考え方

中心静脈栄養の管理等に係る実態を踏まえた適切な評価を行う観点から、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。

第2 具体的な内容

療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、当該病棟が患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定することとする。

改 定 案	現 行
<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場</p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基</p>

<p>合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。</p>	<p>準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。</p>
--	--------------------------------------

[経過措置]

- (1) 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- (2) 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

② 障害者施設等入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料について、対象とならない脳卒中患者等に係る入院料を見直す（特殊疾患病棟入院料についても同様の対応を行う。）。

第2 具体的な内容

障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、当該病棟に入院してから90日までの間に限り、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

改 定 案	現 行
<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、</p>

<p>く。)は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注● <u>当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</u></p> <p>イ <u>7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</u></p> <p>(1) <u>医療区分2の患者に相当するもの</u> ●●点</p> <p>(2) <u>医療区分1の患者に相当するもの</u> ●●点</p> <p>ロ <u>13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</u></p> <p>(1) <u>医療区分2の患者に相当するもの</u> ●●点</p> <p>(2) <u>医療区分1の患者に相当するもの</u> ●●点</p> <p>ハ <u>15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合</u></p> <p>(1) <u>医療区分2の患者に相当するもの</u> ●●点</p> <p>(2) <u>医療区分1の患者に相当するもの</u> ●●点</p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注6 <u>当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の</u></p>	<p>所定点数に含まれるものとする。</p> <p>(新設)</p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>(新設)</p>
---	--

意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病室の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの ●●点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの ●●点

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件]

注6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの ●●点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの ●●点

ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの ●●点

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件]

(新設)

(2) <u>医療区分1の患者に相当するもの</u>	<u>●●点</u>
----------------------------	------------

⑳ 緩和ケア病棟入院料の見直し

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料について、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

緩和ケア病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、がん疼痛薬物療法ガイドラインに沿った評価指標を用いて疼痛の評価を実施し、療養上必要な指導を行った場合について新たな評価を行うとともに、緩和ケア病棟入院料の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【緩和ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>●●点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u></p> <p>ハ 61日以上60日以内の期間 <u>●●点</u></p> <p>2 緩和ケア病棟入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>●●点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u></p> <p>ハ 61日以上60日以内の期間 <u>●●点</u></p> <p>注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>1 緩和ケア病棟入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>5,207点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,654点</u></p> <p>ハ 61日以上60日以内の期間 <u>3,450点</u></p> <p>2 緩和ケア病棟入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>4,970点</u></p> <p>ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,501点</u></p> <p>ハ 61日以上60日以内の期間 <u>3,398点</u></p> <p>注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理</p>

宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

4 当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき●●点を所定点数に加算する。

(6) 「注4」に規定する加算を算定する場合には、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」(日本緩和医療学会)、「新版 がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。

指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

②4 有床診療所入院基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う他の医療機関からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを区別して評価する。

第2 具体的な内容

有床診療所における入院患者の受入れの実態も踏まえ、有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う医療機関からの受入れを行った場合と在宅からの受入れを行った場合の評価に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【有床診療所入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、<u>転院した日から起算して●●日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、1日につき●●点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して●●日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、1日につき●●点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【有床診療所入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、<u>転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。</u></p>

[施設基準]

(2) 有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

イ 有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

①～③ (略)

ロ 有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれにも該当すること。

① イの①から③までのいずれかに該当すること。

② 当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

【有床診療所療養病床入院基本料】

[算定要件]

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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して●●日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき●●点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して●●日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

(2) 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ～ハ (略)

(新設)

【有床診療所療養病床入院基本料】

[算定要件]

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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

<p>[施設基準]</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>ホ <u>有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準</u></p> <p>在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>ホ <u>救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準</u></p> <p>在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。</p>
---	--

[経過措置]

令和4年3月31日において現に有床診療所入院基本料に係る届出を行っている診療所については、同年9月30日までの間に限り、第六の二の(2)の口の②(適切な意思決定支援に関する指針に係る基準)に該当するものとみなす。

②5 有床診療所における慢性維持透析患者の 受入れに係る評価の新設

第1 基本的な考え方

慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

有床診療所療養病床入院基本料について、慢性維持透析を行っている入院患者に係る評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 [算定要件] 注12 <u>有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき●●点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 [算定要件] (新設)</p>

②6 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

第1 基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、入退院支援加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。

改 定 案	現 行
<p>【入退院支援加算】 [施設基準]</p> <p>5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。 <u>なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該要件を満たしているとみなすことができる。</u></p>	<p>【入退院支援加算】 [施設基準]</p> <p>5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。</p>

②7 DPC/PDPS の見直し

第1 基本的な考え方

DPC/PDPS について、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類点数表や医療機関別係数等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。
2. 医療機関別係数の見直し
 - (1) 基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、3つの医療機関群を設定する。

 - ① 設定要件
 - DPC 特定病院群は、以下の要件を満たした医療機関とする。
 - ・ 実績要件1から4までの全て（実績要件3については、6つのうち5つ）を満たす。
 - ・ 各要件の基準値は、大学病院の最低値（外れ値を除く。）とする。
 - ・ 各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（令和2年10月から令和3年9月までの診療内容及び診断群分類）に基づき設定する。
 - ・ 診療実績に基づく要件については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

【実績要件1】：診療密度

1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成、後発医薬品により補正：外的要因補正）

- ・ 当該医療機関において症例数が一定以上（1症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- ・ 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、

「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」(令和3年9月22日～令和3年10月31日)に掲載された「2:後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁(成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで)が一致する「3:後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件2】: 医師研修の実施

届出病床1床当たりの臨床研修医師の採用数(基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで)

- ・ 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- ・ 特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものと取り扱う。

【実績要件3】: 医療技術の実施

- ・ 外科系(外保連試案9.3版)
 - (3a): 手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)
 - (3b): DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)
 - (3c): 手術実施症例件数

「(3a): 手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数(※)を「(3c): 手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b): DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c): 手術実施症例件数」は、外保連試案(第9.3版)において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

- ・ 内科系(特定内科診療(2014年度版)(別表1))
 - (3A): 症例割合

(3B) : DPC算定病床当たりの症例件数

(3C) : 対象症例件数

「(3A) : 症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B) : DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C) : 対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

(※) 外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.3版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度B、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】 難易度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は $7.05 \times 3 = 21.15$

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.49	13.22	12.95	12.68	11.68	9.37	5.62
D	8.14	7.87	7.60	7.32	7.05	6.05	3.75
C			4.12	3.85	3.58	3.30	2.30
B				1.82	1.54	1.27	1.00

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- ・ 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- ・ 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を1つに絞り、対応関係を作成する。
 1. 外科医師数
 2. 難易度

3. 手術時間数

- ・ 内視鏡試案における評価は、「手技技術度」、「協力医師数＋１」、「施行時間」。

別表 1 特定内科診療25疾患

疾患 No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$xx (入院時JCS30以上) (DPC外含) 010060x199\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) 010060x399\$\$\$\$ (入院時JCS30以上)	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$x\$ (入院時JCS100以上、もしくは処置2ありのうちJ045\$人工呼吸あり)	処置2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x\$xx (処置2あり/なし) (ICD G700のみ) (DPC外含)	診断名 (ICD10)で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x\$x\$ (処置2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10)で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx\$x\$ (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD J46\$、J45\$のみ)	処置2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx\$x\$ (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD 絞りなし)	処置2 (人工呼吸)
7	COPD急性増悪	040120xx99\$1\$x (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (DPC外含む)	処置2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮乏(促)迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx (処置2あり) (PGI2ありの場合、J045\$人工呼吸があれば可)	処置2 (人工呼吸)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置1 5あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$xx (処置2あり E101SPECT・E100\$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$\$x (処置1 5あり)	人工呼吸または緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99\$\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置1 5あり) (ICD I822を除く) 050190xx99x\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD I822を除く)	処置2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$x\$xx (手術あり/なし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く)	処置2 (人工呼吸、PMX等)

		(ICD絞りなし)	
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり/なし) (処置2あり G005 中心静脈注射のみ除く) (ICD K85\$のみ) (DPC外含)	処置2 (人工呼 吸、CHDF等)
15	糖尿病性ケトアシ ドーシス	100040 (DPC6桁全て)	診断名あれば全 て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$x (処置2あり/なし) (ICD E055のみ)	診断名と手術な し
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxx (ICD E272のみ)	診断名あれば全 て
18	難治性ネフローゼ 症候群	110260xx99x\$xx (処置2あり/なし) (D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のい ずれか一方が必須) (DPC外含)	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体 腎炎	110270xx99x\$xx (処置2あり/なし) (D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のい ずれか一方が必須) (DPC外含)	診断名、腎生検
20	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、 C950のみ) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、 C950のみ)	化学療法、実症 例数
21	悪性リンパ腫	130020xx\$\$\$xx (化学療法あり) (ICD絞りなし) (DPC 外含) 130030xx99x\$xx (化学療法あり) (ICD絞りなし) 130030xx97x\$\$\$x (化学療法あり) (ICD絞りなし) (DPC 外含)	化学療法、実症 例数
22	再生不良性貧血	130080 (DPC6桁全て) (ICD絞りなし)	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC6桁全て) (リハビリ実施必須) (ICD絞り なし)	リハビリ
24	薬物中毒	161070 (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD 絞りなし) (DPC外含)	処置2 (人工呼 吸器、PMX等)
25	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx (処置2 3あり) (ICD絞りなし) (DPC 外含)	処置2 3 (PMX、CHDF)

【実績要件4】：補正複雑性指数 (DPC補正後)

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

② 基準値

- 各要件の基準値は、大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

実績要件		令和4年度基準値
【実績要件1】: 診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数 (全病院患者構成、後発医薬品補正: 外的要因補正)		外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
【実績要件2】: 許可病床1床あたりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)		
【実績要件3】: 医療技術の実施 (6つのうち5つを満たす)		
外保連試案	(3a): 手術実施症例1件当たりの外保連手術指数	外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
	(3b): DPC算定病床当たりの同指数	
	(3c): 手術実施症例件数	
特定内科診療	(3A): 症例割合	
	(3B): DPC算定病床当たりの症例件数	
	(3C): 対象症例件数	
【実績要件4】: 補正複雑性指数(DPC補正後)		

(2) 機能評価係数 I

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

(3) 機能評価係数 II

従前の6つの評価項目を維持する。

地域医療指数における体制評価指数については、これまで、医療計画5疾病5事業等における急性期入院医療について、項目ごとの評価を行っているが、第8次医療計画から、新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれ、「5疾病6事業」となる見込みであることを踏まえ、評価項目に「感染症」を追加する。

「感染症」においては、従前の新型インフルエンザ対策に係る評価に加え、新型コロナウイルス感染症対策に係る評価を追加する。

なお、「災害」及び「へき地」の項目においても、医療計画に係る取組等を踏まえ、評価内容を見直す。(別表2)

(4) 激変緩和係数

従前の考え方を維持し、診療報酬改定が行われる年度については、

診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分を含む。）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する（診療報酬改定が行われない年度の当該係数は0）。

新たに DPC/PDPS に参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2%を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置する。

3. 診断群分類の見直し

- (1) 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。
- (2) 短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dにより設定する。
- (3) 治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から転院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- (4) 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間I）をより重点的に評価する体系に見直す。

4. 退院患者調査の見直し

- (1) 入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬剤料等が包括されている外来診療に係る評価（小児科外来診療料、慢性維持透析患者外来医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料）を算定している場合について、実施された診療行為等を外来EFファイルとして提出するよう、要件を見直す。なお、半年間の経過措置を設ける。

- (2) 医療等情報の連結解析の精度向上に向けた取組として、個人単位化された被保険者番号を提出データに含めるよう、要件を見直す。
- (3) 調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

5. その他

血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。

現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤（ボニコグアルファ（遺伝子組換え）」）を血友病の類縁疾患である von Willebrand 病の患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、von Willebrand 病は血友病と同様の疾病としての特徴を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

別表2 <機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(令和4年度)> **太字下線部**が見直し内容

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として1点、右記の基準に該当した場合はそ、れぞれ加算又は減算	<p>適切なDPCデータの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数との矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。 (様式1で評価) ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・(保険診療への取組：令和6年度からの評価を検討)
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、1：1）構成	<p>体制評価指数： 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価（別頁に詳細を記載）</p> <p>定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を1）小児（15歳未満）と2）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（1：1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>

評価対象：令和2年10月1日～令和3年9月30日データ

※ 診療実績に基づく指数については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均1入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後2日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2相当の指数値は1/2</p> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】：「救急医療入院」の患者</p>

<地域医療指数・体制評価指数>

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	がんの地域連携体制への評価 (0.5P)	退院患者の〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕		
	医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価 (0.5P)	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」 (いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA 療法の実施を評価 (0.25P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価 (0.5P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P) (血管内治療の実施：入院2日目までに K178-31, K178-32, K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれかの最大値で評価。		

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算(特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等(K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2)のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の手術実績 (0.5P)	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612のいずれかが算定されている症例の診療実績(25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P)		
精神疾患	精神科入院医療への評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	災害時における医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPの策定実績有無別災害拠点病院の指定(0.5P) ・DMATの指定(0.25P) ・EMISへの参加(0.25P) ・BCPの策定(災害拠点病院に指定されている場合を除く)(0.25P) 		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価(いずれかで1P)	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P) ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
へき地	へき地の医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価(いずれかで1P) ・「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.5P) 		

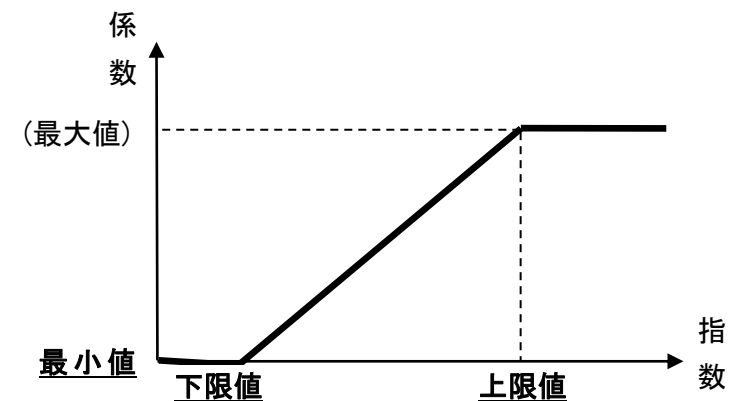
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P)	
		上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P)	
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) ・ <u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P)</u> ※ <u>上記のいずれも満たした場合0.75P</u> ・ <u>GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で評価)(最大0.25P)</u> 		
その他	その他重要な分野への貢献	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	① 治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・ 過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P) ・ 20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) (※) 協力施設としての治験の実施を含む。 	
		② <u>新型インフルエンザ対策</u> ・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u>		

地域医療計画等における一定の役割を10項目で評価

(上限は大学病院本院群、DPC 特定病院群：8P、DPC 標準病院群：6P)

<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0	0	全群共通で評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、GMIS への参加
 - ・ 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント(指数)、実績を有するデータ(評価指標が 0 でないデータ)の 25%tile 値を各項目の上限値(つまり、実績を有する施設の上位 4 分の 3 は満点)。
- 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績
 - ・ 実績を有するデータ(評価指標が 0 でないデータ)の 25%tile 値を満たす場合は、各項目の上限値あるいは条件を満たす。25%tile 値に満たない場合は、0 ポイント(指数)、あるいは条件を満たさない、とする。

① 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

第1 基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

第2 具体的な内容

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

1. 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」（※）のうち一般病床200床以上の病院にも拡大する。

（※）令和3年改正後の医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

改定案	現行
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領） 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）<u>及</u>同法第四条の二第一項に規定する特</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領） 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）<u>及び</u>同法第四条の二第一項に規定する</p>

<p>定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>	<p>特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>
---	--

2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。

【初診の場合】

医科：●●点 / 歯科：●●点

【再診の場合】

医科：●●点 / 歯科：●●点

3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】

医科：●●円 / 歯科：●●円

【再診の場合】

医科：●●円 / 歯科：●●円

改 定 案	現 行
<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額</p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 ●●円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医に</p>	<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額</p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 五千円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医に</p>

よる初診の場合 ●●円 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 ●●円 (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 ●●円	よる初診の場合 三千円 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 二千五百円 (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 一千五百円
--	--

4. 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。

【初診・再診共通】

- 「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。

【初診の場合】

- 「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。

【再診の場合】

- 「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治験協力者である患者」を削除する。

[施行日等]

- (1) 令和4年10月1日から施行・適用する。
- (2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

② 紹介受診重点医療機関における 入院診療の評価の新設

第1 基本的な考え方

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算（●●） ●●点

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、●●に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

③ 初診料及び外来診療料における 紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

第1 基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合において初診料及び外来診療料が減算となる対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。

改定案	現行
<p>【初診料】 [算定要件] 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）<u>、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）</u>（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満<u>であるものを除く。</u>）<u>及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）</u>（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表され</p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）<u>及び</u>地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）<u>に係るもの</u>の数が200未満の病院を除く。）に限る。）<u>であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いもの</u>において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p>

<p>たもの限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、●●点を算定する。</p>	
---	--

2. 初診料及び外来診療料における「紹介率」・「逆紹介率」について、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【初診料】 [算定要件] (6) (中略) また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合(以下「<u>紹介割合</u>」という。)等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、<u>紹介割合の実績が●●%未満又は逆紹介割合の実績が●●%未満の特定機能病院、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をいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)</u>及び<u>外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたもの</u>に限る、<u>一般病床の数が200床未満であるものを除く。)</u>をいい、「注3」にあつては、<u>紹介割合の実績が●●%未満又は逆紹介割合の実績</u></p>	<p>【初診料】 [算定要件] (6) (中略) また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合(以下「<u>紹介率</u>」という。)等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、<u>紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)(ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。)</u>をいい、「注3」にあつては、<u>紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)(ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。)</u>をいう。</p>

が●●%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。

紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介割合 (\%)} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

$$\text{逆紹介割合 (\%)} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1,000$$

なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。

ア 初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診と

紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について（平成5年2月15日）（健政発第98号）」により、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について（平成10年5月19日）（健政発第639号）」により定めるものとする。

ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日に受診したものの数を除く。）」とする。また、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院における初診の患者数については、

いわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。）とする。

ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数とする。

エ 逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療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他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「B005-11」遠隔連携診療料又は区分番号「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数とする。

オ 救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。

患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

<p>※ (6)における紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。</p> <p>※ 外来診療料についても同様。</p>	
---	--

④ 外来在宅共同指導料の新設

第1 基本的な考え方

通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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

(新) 外来在宅共同指導料

<u>1</u>	<u>外来在宅共同指導料1</u>	●●点
<u>2</u>	<u>外来在宅共同指導料2</u>	●●点

[対象患者]

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

[算定要件]

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

において、患者 1 人につき●●回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。

⑤ 紹介受診重点医療機関と

かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 現行の診療情報提供料（Ⅲ）について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、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であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を●●回までに変更する。
2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」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。

改 定 案	現 行
<p>【連携強化診療情報提供料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、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から紹介された患者について、当該患者を紹介した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（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 [算定要件]</p> <p>注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、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から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した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（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行</p>

供する保険医療機関ごとに患者1人につき●●回に限り算定する。

2 注1に該当しない場合であつて、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200床未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した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（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき●●回に限り算定する。

3 注1又は注2に該当しない場合であつて、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、他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（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患

った場合はこの限りでない。）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。

（新設）

2 注1に規定する患者以外の患者については、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、他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（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患

者1人につき●●回に限り算定する。

4 (略)

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した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(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき●●回(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、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回)に限り算定する。

[施設基準]

十の一の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等

(1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する施設基準

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。

(2) 連携強化診療情報提供料の注1

者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

3 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、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する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、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

[施設基準]

十の一の四 診療情報提供料(Ⅲ)の施設基準等

(1) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する施設基準

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。

(2) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規

<p>に規定する他の保険医療機関の基準</p> <p>次のいずれかに係る届出を行っていること。</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>(削除)</p> <p><u>(3) 連携強化診療情報提供料の注3</u> に規定する施設基準</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p><u>(4) (略)</u></p> <p><u>(5) 連携強化診療情報提供料の注5</u> に規定する施設基準(歯科点数表においては注●)</p> <p>当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>定する他の保険医療機関の基準</p> <p>次のいずれかに係る届出を行っていること。</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p><u>(3) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める患者妊娠中の者であって、他の保険医療機関から紹介された患者</u></p> <p><u>(4) 診療情報提供料(Ⅲ)の注2に規定する施設基準</u></p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(新設)</p> <p><u>(5) 診療情報提供料(Ⅲ)の注3に規定する施設基準(歯科点数表においては注2)</u></p> <p>当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>
--	--

① 地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患を見直すとともに、成人に対する予防接種の増加を踏まえ、予防接種に関する相談への対応を要件に追加する。

第2 具体的な内容

1. 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
2. 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
3. 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括診療料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、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（初診の日を除く。）に、当該基準に係る</p>	<p>【地域包括診療料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、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入院中の患者以外の患者に対して、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（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p>

<p>区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>(2) <u>地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。</u></p> <p>(3) <u>当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えない。</u></p> <p>(4) <u>当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。</u> ア～ケ （略） <u>コ 必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。</u></p> <p>(5) <u>当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。</u> ア・イ （略） <u>ウ 予防接種に係る相談を行っていること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>地域包括診療料1の施設基準</u> イ <u>当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限</u></p>	<p>(2) <u>地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。</u></p> <p>(3) <u>当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。</u></p> <p>(4) <u>当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。</u> ア～ケ （略） （新設）</p> <p>(5) <u>当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。</u> ア・イ （略） （新設）</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>地域包括診療料1の施設基準</u> イ <u>当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な</u></p>
--	--

<p>る。)又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) <u>健康相談及び予防接種に係る相談</u>を実施している旨を院内掲示していること。</p> <p>※ <u>地域包括診療加算（再診料）</u>についても同様。</p>	<p>指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。</p>
--	--

② 小児かかりつけ診療料の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系とする。

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

<p>場合に、<u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</u></p> <p>[施設基準] 四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料<u>1</u>の施設基準 イ <u>小児科を標榜している医療機関であること。</u> ロ <u>当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> ハ <u>当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>小児かかりつけ診療料2の施設基準</u> イ <u>(1)のイ及びロを満たすものであること。</u> ロ <u>当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されていること。</u></p> <p>1 小児かかりつけ診療料<u>1</u>に関する施設基準 (削除)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、<u>●つ</u>以上に該当すること。 (削除)</p>	<p>場合に算定する。</p> <p>[施設基準] 四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料の施設基準 (新設)</p> <p>当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>1 小児かかりつけ診療料に関する施設基準 (2) <u>区分番号「B001-2」小児科外来診療料に係る届出を行っていること。</u> (3) (略) (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、<u>3つ</u>以上に該当すること。 ア <u>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</u></p>
--	--

<p><u>ア～ウ</u> (略)</p> <p><u>エ</u> <u>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。</u></p> <p><u>2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 1の(1)、(2)及び(4)の基準を全て満たしていること。</u></p> <p><u>(2) 次のいずれかの基準を満たしていること。</u></p> <p><u>ア 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算3に係る届出を行っていること。</u></p> <p><u>イ 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年●回以上の頻度で行っていること。</u></p>	<p><u>行っていること</u></p> <p><u>イ～エ</u> (略)</p> <p><u>オ</u> <u>幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること</u></p> <p>(新設)</p>
---	---

【 I - 5 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 - ③】

③ 紹介受診重点医療機関における
入院診療の評価の新設

「 I - 4 - ②」を参照のこと。

④ 耳鼻咽喉科処置の見直し

第1 基本的な考え方

耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行うとともに、耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性（AMR）対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 耳鼻咽喉科において、6歳未満の乳幼児に対して耳鼻咽喉科処置を実施した場合の加算を新設する。

(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 ●●点

[算定要件]

耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、●●につき●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号J113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。

2. 耳鼻咽喉科領域における6歳未満の乳幼児に対する抗菌薬適正使用に係る評価を新設する。

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 ●●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、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合であって、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場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、●●回に限り●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

3. 耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置について、評価を見直す。

改 定 案	現 行
【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 ●●点	【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 25点
【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 ●●点	【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 14点
【口腔、咽頭処置】 ●●点	【口腔、咽頭処置】 14点

⑤ 機能強化加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

機能強化加算を算定する保険医療機関が、地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【機能強化加算】 [算定要件] (23) 機能強化加算 ア 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、<u>専門医療機関への受診の要否の判断等を含む</u>よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、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）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</p> <p>イ <u>機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて</u></p>	<p>【機能強化加算】 [算定要件] (23) 機能強化加算 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、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）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</p> <p style="text-align: center;">（新設）</p>

患者に対して説明すること。

- (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
- (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
- (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
- (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
- (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
 - (2) (略)
 - (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。
- (2) 次のいずれかを満たしていること。
- ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算1に係る届出を行っていること。
 - イ 以下のいずれも満たすものであること。
 - (イ) 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療

[施設基準]

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準

(新設)

- (1) (略)
 - (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
- ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算
- (新設)

加算2に係る届出を行っていること。

(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2を算定した患者が●●人以上

② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が●●人以上

ウ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料1に係る届出を行っていること。

エ 以下のいずれも満たすものであること。

(イ) 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2に係る届出を行っていること。

(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2を算定した患者が●●人以上

② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が●●人以上

イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料

（新設）

オ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料に係る届出を行っていること。

カ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。

キ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。

(1) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所と同様である。

① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が●●件以上

② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が●●件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が●●件

ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料

エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所(区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。))又は在宅療養支援病院(区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。))に限る。)

オ 区分番号「C002-2」に掲げる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。)

以上

(ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。

① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近1年間で●●件以上

② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が●●件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が●●件以上

(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。

イ 警察医として協力していること。

ウ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。

エ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防

（新設）

接種（定期予防接種）を実施していること。

オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。

カ 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席していること。

キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。（中略）

2 届出に関する事項

(1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。

(2) 令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、1の(2)のイの(ロ)、エの(ロ)及びキ、(3)並びに(4)の基準を満たしているものとする。

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。（中略）

2 届出に関する事項

機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

(新設)

⑥ 継続診療加算の見直し

第1 基本的な考え方

24時間の往診及び連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画を更に推進する観点から、継続診療加算の名称及び評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養移行加算】 [算定要件]</p> <p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養移行加算1 ●●点 ロ 在宅療養移行加算2 ●●点</p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する在宅療養移行加算1及び2は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪</p>	<p>【継続診療加算】 [算定要件]</p> <p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設) (新設)</p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する継続診療加算は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての</p>

問診療を実施した場合に、以下により算定する。

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

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

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

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

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

(イ) 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他

要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。

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

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

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

(新設)

の医療機関が往診を提供する体制を有していること。

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

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

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

⑦ かかりつけ歯科医の機能の充実

第1 基本的な考え方

地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準について、地域における連携体制に係る要件として、介護施設等における歯科健診への協力を追加するとともに、継続的な口腔管理・指導に係る実績要件に、歯周病重症化予防治療の実績を算入可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 次の要件のいずれにも該当するものがかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 過去1年間に<u>歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療</u>をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ (略)</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 ア～ク (略)</p> <p>ケ <u>過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護</u></p>	<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 次の要件のいずれにも該当するものがかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 過去1年間に<u>歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)</u>をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ (略)</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 ア～ク (略)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>老人保健施設等における定期的な歯科健診に協力していること。</u></p> <p><u>コ</u> 自治体を実施する事業<u>（ケに該当するものを除く。）</u>に協力していること。</p> <p><u>サ・シ</u> （略）</p>	<p><u>ケ</u> 自治体を実施する事業に協力していること。</p> <p><u>コ・サ</u> （略）</p>
---	--

⑧ 地域における薬局のかかりつけ機能の評価

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対して、当該患者のかかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。

(新) 服薬管理指導料の特例 (かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合)

[算定要件]

当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注1に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、●●点を算定する。

[施設基準]

別に厚生労働大臣が定めるものは、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者であること。

① 在支診及び在支病による地域連携の推進

第1 基本的な考え方

質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に明記する。

第2 具体的な内容

機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略)</p> <p>(1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク (略)</p> <p>ケ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。 コ～シ (略)</p> <p>ス <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に</u>関す</p>	<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略)</p> <p>(1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク (略)</p> <p>ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。 コ～シ (略)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>るサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。</u></p> <p><u>セ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。</u></p> <p><u>※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。</u></p>	<p>(新設)</p>
---	-------------

② 在支診及び在支病における 適切な意思決定支援の推進

第1 基本的な考え方

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加する。

第2 具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) <u>ワ 当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></p> <p>※ <u>機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。</u></p>	<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) (新設)</p>

[経過措置]

令和4年3月31日において現に届出を行っている診療所等については、同年9月30日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

③ 在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直す。

第2 具体的な内容

機能強化型の在宅療養支援病院について、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

改 定 案	現 行
<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略)</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ (略)</p> <p>シ <u>以下のいずれかの要件を満たすこと。</u></p> <p>① 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p> <p>② <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保している</u></p>	<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略)</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ (略)</p> <p>シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p>

<p><u>こと及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で●件以上あること。</u></p> <p>③ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ていること。</u></p> <p>ス (略)</p> <p>※ <u>機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院についても同様。</u></p>	<p>ス (略)</p>
---	--------------

【 I - 6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 - ④】

④ 外来在宅共同指導料の新設

「 I - 4 - ④」を参照のこと。

【 I - 6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 - ⑤】

⑤ 継続診療加算の見直し

「 I - 5 - ⑥」を参照のこと。

⑥ 在宅がん医療総合診療料の見直し

第1 基本的な考え方

在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について、小児に対するがん診療に係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

在宅がん医療総合診療料について、小児に係る加算を新設する。

改定案	現行
【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] <u>注6 15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合には、小児加算として、週に1回に限り、●●点を所定点数に加算する。</u>	【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] (新設)

⑦ 緊急往診加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直す。

第2 具体的な内容

小児は、緊急の往診を要する病態（けいれん・呼吸不全等）が成人と異なることを踏まえ、小児患者に対して、当該病態が予想される場合に往診を行った場合について、緊急往診加算を算定可能とする。

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

⑧ 複数の訪問看護ステーションによる 24時間対応体制の見直し

第1 基本的な考え方

利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、24時間対応体制加算について、複数の訪問看護ステーションが連携して当該体制を整備する場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、業務継続計画(BCP)を策定した上で、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件]</p> <p>(2) 特別地域若しくは「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で<u>自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション</u>においては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあ</p>	<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件]</p> <p>(2) 特別地域又は「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届</p>

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

⑨ 業務継続に向けた取組強化の推進

第1 基本的な考え方

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化する。

第2 具体的な内容

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）の一部を改正し、指定訪問看護事業者に対し、業務継続及び早期の業務再開に向けた計画の策定等を義務付ける。また、本改正に際し、●●年の経過措置期間を設ける。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（業務継続計画の策定等）

- 第二十二條の二 指定訪問看護事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- 2 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。
 - 3 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

⑩ 機能強化型訪問看護ステーションの見直し

第1 基本的な考え方

機能強化型訪問看護ステーションの更なる役割の強化を図る観点から、研修の実施等に係る要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 機能強化型訪問看護療養費1及び2について、他の訪問看護ステーションや地域住民等に対する研修及び相談の対応実績があることを必須の要件とするとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費 1・2（訪問看護管理療養費）】 1 月の初日の訪問の場合 イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 ●●円 ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 ●●円 ハ・ニ （略）</p> <p>[施設基準] (1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 へ <u>地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績があること。</u> (2) 機能強化型訪問看護管理療養費2の基準 へ <u>地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績があること。</u></p> <p>[経過措置] 一 令和四年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費 1・2（訪問看護管理療養費）】 1 月の初日の訪問の場合 イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 <u>12,530円</u> ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 <u>9,500円</u> ハ・ニ （略）</p> <p>[施設基準] (1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 (新設) (2) 機能強化型訪問看護管理療養費2の基準 (新設)</p> <p>[経過措置] 一 令和二年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養</p>

<p>費1又は2に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第一の六の(1)のへ及び(2)のへに該当するものとみなす。</p>	<p>費1から3までに係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和三年九月三十日までの間に限り、第一の六の(1)の口、(2)の口又は(3)の口に該当するものとみなす。</p>
---	---

2. 機能強化型訪問看護管理療養費1から3までの要件において、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましいこととする。

改 定 案	現 行
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1（訪問看護管理療養費）】 [施設基準] (1) 機能強化型訪問看護管理療養費1 ケ <u>在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。</u> ※ <u>機能強化型訪問看護管理療養費2及び3についても同様。</u></p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1（訪問看護管理療養費）】 [施設基準] (1) 機能強化型訪問看護管理療養費1 (新設)</p>

⑪ 医療的ケア児等に対する訪問看護に係る 関係機関の連携強化

第1 基本的な考え方

訪問看護ステーションの利用者に係る関係機関との連携を更に推進する観点から、訪問看護情報提供療養費の対象者及び情報提供先等を見直す。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護情報提供療養費1における情報提供先に指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者を追加するとともに、対象となる利用者の範囲を見直す。

改定案	現行
<p>【訪問看護情報提供療養費1】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）若しくは都道府県（以下「市町村等」という。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者等」という。）に対して、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係</p>	<p>【訪問看護情報提供療養費1】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）又は都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、当該市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費1を算定している場合は、算定しない。</p>

<p>る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、<u>当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等</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1を算定している場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準] 九 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3) (略) (4) ●●歳未満の児童</p>	<p>[施設基準] 九 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3) (略) (4) <u>十五歳未満の小児</u></p>
---	--

2. 訪問看護情報提供療養費2について、情報提供先に高等学校等を追加し、対象となる利用者の年齢を引き上げるとともに、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月においても算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 注2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、<u>児童福祉法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校(大学を除く。)</u>等(以下「学校等」という。)へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することと</p>	<p>【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 注2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、<u>児童福祉法(昭和22年法律第164号)第39条第1項に規定する保育所等、学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部(以下「学校等」という。)</u>へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に</p>

なる月については、当該学校等につき月1回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に●●回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

[施設基準]

十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者

- (1) ●●歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2) ●●歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
- (3) ●●歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

[施設基準]

十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者

- (1) 十五歳未満の超重症児又は準超重症児
- (2) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
- (3) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

⑫ 訪問看護指示書の記載欄の見直し

第1 基本的な考え方

医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。

第2 具体的な内容

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

⑬ 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、専門性の高い看護師による同行訪問について、当該看護師が受講する褥瘡ケアに係る専門の研修に、特定行為研修を追加する。

第2 具体的な内容

専門性の高い看護師による同行訪問について、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師として、特定行為研修修了者（創傷管理関連）を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護基本療養費（I）・（II）】 [施設基準]</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師</p> <p>次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式4を用いること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律</p>	<p>【訪問看護基本療養費（I）・（II）】 [施設基準]</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師</p> <p>次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式4を用いること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの</p>

<p><u>第203号) 第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる創傷管理関連の研修</u></p> <p>イ (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>※ <u>在宅患者訪問看護・指導料の3及び同一建物居住者訪問看護・指導料の3についても同様。</u></p>	<p>イ (略)</p> <p>(3) (略)</p>
---	-----------------------------

⑭ 専門性の高い看護師による 訪問看護における専門的な管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

質の高い訪問看護の更なる充実を図る観点から、専門性の高い看護師が、利用者の病態に応じた高度なケア及び管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護管理療養費】 [算定要件] 注12 <u>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月●●回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</u> イ <u>緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しく</u></p>	<p>【訪問看護管理療養費】 [算定要件] (新設)</p>

は化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して行った場合に限る。）

●●円

□ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（医科点数表の区分番号C007の注3又は区分番号I012-2の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。）

●●円

[施設基準]

(7) 訪問看護管理療養費の注12に規定する専門管理加算の基準

次のいずれかに該当するものであること。

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

□ 保健師助産師看護師法（昭和三十三年法律第二百三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。

[施設基準]

(新設)

⑮ 訪問看護における特定行為の手順書の 交付に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、医師が特定行為を行う必要性を認めた患者の病状の範囲及び診療の補助の内容等に係る手順書を交付した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護指示料】 [算定要件] <u>注3 当該患者に対する診療を担う</u> <u>保険医療機関の保険医が、診療に</u> <u>基づき、保健師助産師看護師法</u> <u>(昭和23年法律第203号)第37条</u> <u>の2第2項第1号に規定する特</u> <u>定行為(訪問看護において専門の</u> <u>管理を必要とするものに限る。)</u> <u>の必要を認め、当該患者の同意を</u> <u>得て当該患者の選定する訪問看</u> <u>護ステーション等の看護師(同項</u> <u>第5号に規定する指定研修機関</u> <u>において行われる研修を修了し</u> <u>た者に限る。)</u>に対して、同項第 2号に規定する手順書を交付し た場合は、手順書加算として、患 者1人につき●●月に●●回に 限り●●点を所定点数に加算す る。 4・5 (略)</p> <p>(5) <u>保健師助産師看護師法第37条の</u> <u>2第2項第1号に規定する特定行</u></p>	<p>【訪問看護指示料】 [算定要件] (新設) 3・4 (略) (新設)</p>

為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものとする。

ア 気管カニューレの交換

イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ウ 膀胱ろうカテーテルの交換

エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

キ 脱水症状に対する輸液による補正

※ 精神科訪問看護指示料についても同様。

⑯ 退院日のターミナルケアの見直し

第1 基本的な考え方

在宅での看取りに係る評価を拡充する観点から、訪問看護ターミナルケア療養費について要件を見直す。

第2 具体的な内容

訪問看護ターミナルケア療養費の算定要件において、死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上実施することとされている訪問看護について、退院日の退院支援指導を含めて判断できることとする。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡</p>

<p>日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（<u>区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。</u>）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護（<u>区分番号02の注7に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。</u>）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p>	<p>日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p> <p>注2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。</p>
--	--

⑰ 複数名訪問看護加算の見直し

第1 基本的な考え方

看護補助者による複数回の同行訪問のニーズを踏まえ、複数名訪問看護加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容

複数名訪問看護加算（複数名訪問看護・指導加算）における看護補助者が同行する場合の加算について、看護師等が同行する場合も算定可能とする。

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

職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

(1)～(3) (略)

二 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) (略)

[施設基準]

(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者

一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの

イ～ニ (略)

ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）

ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）

※ 在宅患者訪問看護・指導料の注7及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に規定する複数名訪問看護・指導加算についても同様。

助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

(1)～(3) (略)

二 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1)～(3) (略)

[施設基準]

(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者

一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの

イ～ニ (略)

ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）

ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）

⑱ 医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

第1 基本的な考え方

退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院支援指導加算の評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件]</p> <p>注7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円（<u>区分番号01の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったとき</u>にあつては、●●円）を加算する。（中略）</p>	<p>【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件]</p> <p>注7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。（中略）</p>

⑱ 同一建物居住者に対する訪問看護に係る 評価区分の見直し

第1 基本的な考え方

訪問看護の事務手続簡素化の観点から、難病等複数回訪問加算等における同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を見直す。

第2 具体的な内容

訪問看護において同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている加算について、同じ金額の評価区分を統合する。

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

<p>(2) 同一建物内3人以上 7,200円</p>	<p style="text-align: right;"><u>8,000円</u></p> <p>(3) 同一建物内3人以上 7,200円</p>
<p>※ <u>同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算、訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算、同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。</u></p>	

⑳ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第1 基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療や医療機関の実態を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合の減算（100分の70）について、歯科訪問診療1から3までについてはそれぞれ所定点数の100分の●●、100分の●●、100分の●●に相当する点数を算定することとする。

改定案	現行
<p>【歯科訪問診療料（1日につき）】 [算定要件]</p> <p>注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における<u>歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ●●点、●●点又は●●点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。</u> イ・ロ（略）</p>	<p>【歯科訪問診療料（1日につき）】 [算定要件]</p> <p>注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、<u>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。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。</u> イ・ロ（略）</p>

2. 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の対象疾患に口腔機能低下症が含まれることを明確化する。また、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、対象患者の年齢を15歳未満から18歳未満に引き上げるとともに、18歳に達した日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要な者を対象患者に追加し、評価を見直す。

改定案	現行
<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>1 10歳未満 ●●●点</p>	<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>1 10歳未満 350点</p>

2	10歯以上20歯未満	●●点	2	10歯以上20歯未満	450点
3	20歯以上	●●点	3	20歯以上	550点
<p>[算定要件]</p> <p>注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、<u>摂食機能障害又は口腔機能低下症</u>を有し、<u>継続的な歯科疾患の管理が必要なもの</u>に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p style="text-align: right;">●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した●●歳未満の患者であって、<u>継続的な歯科疾患の管理が必要なもの</u>又は●●歳に達した日以前に当該管理料を算定した患者であって、<u>同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なもの</u>に対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>			<p>[算定要件]</p> <p>注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、<u>摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの</u>に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p style="text-align: right;">450点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、<u>継続的な歯科疾患の管理が必要なもの</u>に対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>		

3. 在宅療養支援歯科診療所1及び2の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件を変更するとともに、当該施設基準に関連する項目の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所1の場合</p>	<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所1の場合</p>

<p>合 <u>●●点</u> 2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場 合 <u>●●点</u></p>	<p>合 <u>320点</u> 2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場 合 <u>250点</u></p>
<p>【在宅療養支援歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 在宅療養支援歯科診療所 2 の施設 基準</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施 設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等 の療養に関して歯科医療面から支 援できる体制等を確保しているこ と。</p> <p>ア 過去 1 年間に歯科訪問診療料 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 <u>●</u> <u>●</u>回以上算定していること。</p> <p>イ～オ (略)</p> <p>カ 当該診療所において、過去 1 年 間の在宅医療を担う他の保険医 療機関、保険薬局、訪問看護ス テーション、地域包括支援セン ター、居宅介護支援事業所又は 介護保険施設等からの依頼によ る歯科訪問診療料の算定回数 の実績が 5 回以上であること。</p> <p>キ～コ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所 2 の施 設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等 の療養に関して歯科医療面から支 援できる体制等を確保しているこ と。</p> <p>ア 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 <u>●</u> <u>●</u>回以上算定していること。</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(3) 令和 4 年 3 月 31 日において、現 に在宅療養支援歯科診療所 1 の 届出を行っている保険医療機関 については、令和 5 年 3 月 31 日ま での間に限り、1 の (1) のアの</p>	<p>【在宅療養支援歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所 1 及び 在宅療養支援歯科診療所 2 の施設 基準</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施 設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等 の療養に関して歯科医療面から支 援できる体制等を確保しているこ と。</p> <p>ア 過去 1 年間に歯科訪問診療料 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 <u>15</u> <u>回以上</u>を算定していること。</p> <p>イ～オ (略)</p> <p>カ 当該診療所において、過去 1 年 間の在宅医療を担う他の保険医 療機関、訪問看護ステーション、 地域包括支援センター、居宅介 護支援事業所又は介護保険施設 等からの依頼による歯科訪問診 療料の算定回数の実績が 5 回以 上であること。</p> <p>キ～コ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所 2 の施 設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等 の療養に関して歯科医療面から支 援できる体制等を確保しているこ と。</p> <p>ア 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 を合計 <u>10</u> <u>回以上</u>算定していること。</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(新設)</p>

<p>基準を満たしているものとみなす。</p> <p>※ <u>在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料についても同様</u></p>	
---	--

㉑ 在宅医療における医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、歯科医療機関連携加算1について、医療機関が歯科訪問診療の必要性を認めて歯科医療機関へ情報提供を行った場合に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

診療情報提供料（I）における歯科医療機関連携加算1について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする。

改 定 案	現 行
<p>【歯科医療機関連携加算1（診療情報提供料（I））】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。</p> <p>ア （略）</p> <p>イ <u>医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p>	<p>【歯科医療機関連携加算1（診療情報提供料（I））】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。</p> <p>ア （略）</p> <p>イ <u>在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p>

② 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

第1 基本的な考え方

在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に応じた評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。

改定案	現行
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p> <p>※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p>

2. 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

改定案	現行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

<p>[算定要件] <u>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき●●点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</u></p> <p>[施設基準] <u>十一の四 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注4に規定する施設基準</u> <u>(1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</u> <u>(2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。</u></p> <p>※ <u>在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</u></p>	<p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
--	---

3. 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] <u>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保</u></p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>

険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

十一の五 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注7に規定する施設基準

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

[施設基準]

(新設)

②③ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

改 定 案	現 行
<p>【退院時共同指導料】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、<u>准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患</p>	<p>【退院時共同指導料】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患</p>

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

- (2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(削除)

- (3) (2)において、患者の個人情報

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

- (2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

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

- (4) (2)及び(3)において、患者の個人

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

(4)～(6) (略)

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

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

(5)～(7) (略)

②4 ICT を活用した遠隔死亡診断の補助 に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医師が行う死亡診断等について、ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

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

<p><u>の注4に規定する基準</u> <u>情報通信機器を用いた在宅での看</u> <u>取りに係る研修を受けた看護師が配</u> <u>置されていること。</u></p>	
--	--

① 医療的ケア児に対する支援に係る 主治医及び学校医等の連携強化

第1 基本的な考え方

医療的ケア児が安心して安全に保育所や学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

第2 具体的な内容

診療情報提供料（I）の注7における情報提供先に保育所等を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 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<u>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</u>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等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。</p>	<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 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<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の学校医等</u>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。</p>

② 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る 主治医及び学校医等の連携強化

第1 基本的な考え方

小児慢性特定疾病の児が安心して安全に保育所、学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

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の対象患者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、<u>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又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者</u>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。</p>	<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、<u>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</u>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。</p>

③ 医療的ケア児に対する支援に係る 医療機関及び児童相談所の連携強化

第1 基本的な考え方

在宅復帰が困難な医療的ケア児に関する適切な情報提供を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

第2 具体的な内容

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。

改 定 案	現 行
<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] (11) 「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、精神保健福祉センター、<u>児童相談所</u>、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。）。</p>	<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] (11) 「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。）。</p>

④ 周術期の栄養管理の推進

第1 基本的な考え方

周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

全身麻酔下で実施する手術を要する患者に対して、医師及び管理栄養士が連携し、当該患者の日々変化する栄養状態を把握し、術前・術後における適切な栄養管理を実施した場合の評価を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 ●●点

[算定要件]

- (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、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、●●点を所定点数に加算する。
- (2) この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な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) 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤ 栄養サポートチーム加算の見直し

第1 基本的な考え方

入院医療における栄養管理に係る適切な評価を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

第2 具体的な内容

栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

改 定 案	現 行
<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ (略) <u>ソ 栄養サポートチーム加算</u> ツ～オ (略)</p> <p>【栄養サポートチーム加算】 [算定要件]</p> <p>注1 栄養管理体制その他の事項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おいて、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定で</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ (略) (新設) <u>ソ～ノ</u> (略)</p> <p>【栄養サポートチーム加算】 [算定要件]</p> <p>注1 栄養管理体制その他の事項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おいて、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定で</p>

きるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回) (障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

きるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

⑥ 病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

管理栄養士が、特定機能病院入院基本料を算定している患者に対して、栄養スクリーニング、他職種とのカンファレンス等の実施による栄養管理を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対して退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について更に評価する。

(新) 入院栄養管理体制加算（入院初日及び退院時） ●●点

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に限る。）に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、栄養情報提供加算として●●点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

⑦ 褥瘡対策の見直し

第1 基本的な考え方

入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。

第2 具体的な内容

入院患者に対する褥瘡対策について、薬剤師又は管理栄養士が他職種と連携し、当該患者の状態に応じて、薬学的管理や栄養管理を実施することに関し、診療計画への記載を求める。

改定案	現行
<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】 [施設基準]</p> <p>4 褥瘡対策の基準</p> <p>(4) <u>褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。</u></p> <p>(5) <u>栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。</u></p> <p>(6)～(8) (略)</p>	<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】 [施設基準]</p> <p>4 褥瘡対策の基準 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4)～(6) (略)</p>

⑧ 手術後の患者に対する 多職種による疼痛管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

全身麻酔下手術を行った患者に対して、麻酔に従事する医師を中心とした多職種により構成される術後疼痛管理チームが、質の高い疼痛管理を実施した場合の評価を新設する。

(新) 術後疼痛管理チーム加算（1日につき） ●●点

[対象患者]

全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの

[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、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して●●日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）

が設置されていること。

ア 麻酔に従事する専任の常勤医師

イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。

(4) 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

(5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(※) 急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小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（母体・胎児集中治療室管理料に限る。）、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能とする。

【I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組-⑨】

⑨ 在宅医療における医科歯科連携の推進

「I-6-⑳」を参照のこと。

⑩ 総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

HIV 感染症等の口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

第2 具体的な内容

総合医療管理加算及び在宅総合医療管理加算について、以下のとおり見直す。

1. 施設基準を廃止し、全ての歯科医療機関を対象とする。
2. 対象患者に HIV 感染症患者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件] 注11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>(16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保</p>	<p>【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件] 注11 <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、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該</p>

険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

[施設基準]

六の二の四 歯科治療時医療管理料の施設基準

(1)～(4) (略)

【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】

注4 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、

疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

[施設基準]

六の二の四 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準

(1)～(4) (略)

【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定

<p>診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 八 在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p>	<p>める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 八 <u>歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準</u></p> <p>(1)～(4) (略)</p>
--	---

【 I - 7 地域包括ケアシステムの推進のための取組 - ⑪】

⑪ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

「 I - 6 - ⑳」を参照のこと。

⑫ 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

第1 基本的な考え方

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

第2 具体的な内容

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する（別紙）。

[対象患者]

- (1) 医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

[留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤

することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。

また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

新たな処方箋様式（案） （※）太字下線部が見直し内容

処 方 箋 （この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）												
公費負担番号				保険者番号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				・ (枝番)				
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日		明大昭平令 年 月 日		男・女		電話番号					
	区分		被保険者		被扶養者		保険医氏名			㊞		
		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード						
交付年月日		令和 年 月 日				処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。		
処方	変更不可		「個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
			リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)									
備考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。									
			保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)												
□1回目調剤日(年 月 日)				□2回目調剤日(年 月 日)				□3回目調剤日(年 月 日)				
次回調剤予定日(年 月 日)				次回調剤予定日(年 月 日)								
調剤済年月日		令和 年 月 日				公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		㊞				公費負担医療の受給者番号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

⑬ 処方箋料の見直し

第1 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な処方薬を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が●●日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

改定案	現行
<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合（<u>処方箋の複数回（●●回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が●●日以内の投薬を行った場合を除く。</u>）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>

【Ⅱ－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確保－
①】

① 地域医療体制確保加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 <u>●●点</u></p> <p>[施設基準] 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) <u>救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。</u> (2) (略)</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) <u>以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。</u> <u>ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。</u> <u>イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で●●件以上であり、かつ、区分番号「A</u></p>	<p>【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 <u>520点</u></p> <p>[施設基準] 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略)</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 (新設)</p>

<p>237」ハイリスク分娩管理加算若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>ウ 「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について</u>」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。</p>	<p>(新設)</p>
---	-------------

2. 医師の働き方改革をより実効的に進めるため、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に沿った計画の作成を地域医療体制確保加算の要件に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【地域医療体制確保加算】 [施設基準] 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「<u>医師労働時間短縮計画作成ガイドライン</u>」（以下「<u>短縮計画作成ガイドライン</u>」<u>という。</u>）に基づき、「<u>医師労働時間短縮計画</u>」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 (削除)</p>	<p>【地域医療体制確保加算】 [施設基準] 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「<u>病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u>」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 ④ ③の計画は、<u>現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負</u></p>

<p>(削除)</p> <p>2 届出に関する事項 <u>(3) 令和4年3月31日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、1の(3)の③及び④の基準を満たしているものとする。</u></p>	<p><u>担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。</u></p> <p>⑤ <u>③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討したうえで、必要な事項を記載すること。</u> ア～キ (略)</p> <p>2 届出に関する事項 (新設)</p>
--	--

【Ⅱ－３ 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進－①】

① 勤務医の負担軽減の取組の推進

第1 基本的な考え方

勤務医の負担軽減の取組を推進する観点から、手術及び処置に係る時間外加算1等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件について、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る制限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師1人当たりの当直回数に規制範囲を変更する。また、当直等を行った日の記録に係る事務負担の軽減を行う。

改定案	現行
<p>【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】</p> <p>6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。</p> <p>(2) <u>以下のア及びイの事項について記録していること。</u></p> <p>ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日</p> <p>イ <u>当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行</u></p>	<p>【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】</p> <p>6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。</p> <p>(2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）<u>を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年1月から12月までのものを作成し、少なくとも5年間保管していること。</u></p>

<p style="text-align: center;"><u>った日</u></p> <p>(3) <u>(2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間●●日以内であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間●●回以内であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、(2)のアの当直等を行った日には数えない。</u></p> <p>9 届出に関する事項</p> <p>(4) <u>令和4年3月31日時点で時間外加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、6の(2)のイ及び(3)の基準を満たしているものとする。</u></p> <p>※ <u>休日加算1及び深夜加算1についても同様。</u></p>	<p>(3) (2)の当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、<u>当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、<u>当該日数には数えない。</u></u></p> <p>9 届出に関する事項 (新設)</p>
--	--

【Ⅱ－3 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進－②】

② 夜間の看護配置に係る評価及び 業務管理等の項目の見直し

第1 基本的な考え方

看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直すとともに、業務管理等の項目を見直す。

第2 具体的な内容

1. 夜勤を行う看護職員及び看護補助者に係る業務の実態等を踏まえ、夜間の看護配置に係る評価等を見直す。

改定案	現行
<p>【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき●●点を所定点数に加算する。</p> <p>【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】</p> <p>注9 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病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 ●●点</p>	<p>【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。</p> <p>【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】</p> <p>注9 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病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 141点</p>

□ 15日以上30日以内の期間
●●点

【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】

注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- ハ 夜間看護配置加算 1 ●●点
- ニ 夜間看護配置加算 2 ●●点

【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】

注2 夜間における看護業務の補助の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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

- イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 ●●点
- 夜間50対1急性期看護補助体制加算 ●●点
- ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 ●●点

【看護職員夜間配置加算】

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
 - イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 ●●点
 - 看護職員夜間12対1配置加算 2 ●●点
- 2 看護職員夜間16対1配置加算
 - イ 看護職員夜間16対1配置加算

□ 15日以上30日以内の期間
116点

【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】

注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- ハ 夜間看護配置加算 1 100点
- ニ 夜間看護配置加算 2 50点

【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】

注2 夜間における看護業務の補助の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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

- イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点
- 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点
- ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点

【看護職員夜間配置加算】

- 1 看護職員夜間12対1配置加算
 - イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 105点
 - 看護職員夜間12対1配置加算 2 85点
- 2 看護職員夜間16対1配置加算
 - イ 看護職員夜間16対1配置加算

<p>1 <u>●●点</u></p> <p>□ 看護職員夜間16対1配置加算</p> <p>2 <u>●●点</u></p> <p>【夜間75対1看護補助加算（看護補助加算）】</p> <p>注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病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として<u>●●点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき<u>●●点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき<u>●●点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間置加算（精神科救急・合併症入院料）】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病</p>	<p>1 <u>65点</u></p> <p>□ 看護職員夜間16対1配置加算</p> <p>2 <u>40点</u></p> <p>【夜間75対1看護補助加算（看護補助加算）】</p> <p>注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病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として<u>50点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき<u>65点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき<u>65点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間置加算（精神科救急・合併症入院料）】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病</p>
---	---

棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき●●点を所定点数に加算する。	棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。
---	---

2. 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）等の施設基準における「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」について、「11 時間以上の勤務間隔の確保」又は「連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを必須化する。

改 定 案	現 行
<p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 [施設基準]</p> <p>9 夜間看護体制加算の施設基準 (2) 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、<u>ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。</u>ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、<u>ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。</u></p> <p>ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。</p> <p>イ (略)</p> <p>ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。</p> <p>エ～ケ (略)</p> <p>11 届出に関する事項 (4) <u>令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行って</u></p>	<p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 [施設基準]</p> <p>9 夜間看護体制加算の施設基準 (2) 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。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、3項目以上を満たしていること。</p> <p>ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。</p> <p>イ (略)</p> <p>ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。</p> <p>エ～ケ (略)</p> <p>11 届出に関する事項 (新設)</p>

<p>る保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、9の(2)の基準を満たしているものとする。</p> <p>※ 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る）、看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算についても同様。</p>	
---	--

3. 看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における「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」のうち満たすべき項目の数について、2項目以上から3項目以上に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）】 [施設基準]</p> <p>4 看護職員夜間配置加算の施設基準</p> <p>(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、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。 ア～ク (略)</p> <p>5 届出に関する事項</p> <p>(3) 令和4年3月31日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っ</p>	<p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 [施設基準]</p> <p>4 看護職員夜間配置加算の施設基準</p> <p>(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、2項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、2項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。 ア～ク (略)</p> <p>5 届出に関する事項 (新設)</p>

ている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、4の(3)の基準を満たしているものとする。

※ 精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算についても同様。

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－①】

① 医師事務作業補助体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価に見直す。

改 定 案	現 行
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
1 医師事務作業補助体制加算 1	1 医師事務作業補助体制加算 1
イ 15 対 1 補助体制加算 ●●点	イ 15 対 1 補助体制加算 <u>970 点</u>
ロ 20 対 1 補助体制加算 ●●点	ロ 20 対 1 補助体制加算 <u>758 点</u>
ハ 25 対 1 補助体制加算 ●●点	ハ 25 対 1 補助体制加算 <u>630 点</u>
ニ 30 対 1 補助体制加算 ●●点	ニ 30 対 1 補助体制加算 <u>545 点</u>
ホ 40 対 1 補助体制加算 ●●点	ホ 40 対 1 補助体制加算 <u>455 点</u>
ヘ 50 対 1 補助体制加算 ●●点	ヘ 50 対 1 補助体制加算 <u>375 点</u>
ト 75 対 1 補助体制加算 ●●点	ト 75 対 1 補助体制加算 <u>295 点</u>
チ 100 対 1 補助体制加算 ●●点	チ 100 対 1 補助体制加算 <u>248 点</u>
2 医師事務作業補助体制加算 2	2 医師事務作業補助体制加算 2
イ 15 対 1 補助体制加算 ●●点	イ 15 対 1 補助体制加算 <u>910 点</u>
ロ 20 対 1 補助体制加算 ●●点	ロ 20 対 1 補助体制加算 <u>710 点</u>
ハ 25 対 1 補助体制加算 ●●点	ハ 25 対 1 補助体制加算 <u>590 点</u>

ニ	30 対 1 補助体制加算	●●点	ニ	30 対 1 補助体制加算	510 点
ホ	40 対 1 補助体制加算	●●点	ホ	40 対 1 補助体制加算	430 点
へ	50 対 1 補助体制加算	●●点	へ	50 対 1 補助体制加算	355 点
ト	75 対 1 補助体制加算	●●点	ト	75 対 1 補助体制加算	280 点
チ	100 対 1 補助体制加算	●●点	チ	100 対 1 補助体制加算	238 点
<p>第 4 の 2 医師事務作業補助体制加算</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準</p> <p><u>当該保険医療機関における 3 年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに 5 割以上配置されていること。</u></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>			<p>第 4 の 2 医師事務作業補助体制加算</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準</p> <p><u>医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。</u></p> <p><u>病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。</u></p> <p><u>ア 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。</u></p> <p><u>イ 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当</u></p>		

<p>3 医師事務作業補助体制加算2の施設基準 <u>それぞれの配置区分ごとに、医師事務作業補助者が配置されていること。</u></p>	<p><u>該時間に組み込むことはできない。</u> <u>ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。</u></p> <p>3 医師事務作業補助体制加算2の施設基準 <u>それぞれの配置区分ごとに、2の(1)から(4)までの基準を満たしていること。</u></p>
---	---

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－②】

② 特定行為研修修了者の活用の推進

第1 基本的な考え方

医師の働き方改革を一層推進する観点から、精神科リエゾンチーム加算等の要件に係る研修に特定行為研修を追加する。

第2 具体的な内容

精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び呼吸ケアチーム加算の要件として履修が求められている研修の種類に、特定行為に係る研修を追加する。

改定案	現行
<p>【精神科リエゾンチーム加算】 [施設基準] (2) (略) ア 国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。</p> <p>※ <u>栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算についても同様。</u></p>	<p>【精神科リエゾンチーム加算】 [施設基準] (2) (略) ア 国又は医療関係団体等が主催する研修<u>であること</u>（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。</p>

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－③】

③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児入院医療管理において、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薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料を算定する病棟について、病棟薬剤業務実施加算を算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療</p>

<p>を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。)及び排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p>管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。)及び排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>
--	--

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－④】

④ 周術期における薬学的管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、周術期における薬剤師による薬学的管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【麻酔管理料(Ⅰ)】 [算定要件] <u>注5 2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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] <u>三の二 周術期薬剤管理加算の施設基準</u> <u>(1) 当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。</u> <u>(2) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> ※ 麻酔管理料(Ⅱ)についても同様。</p>	<p>【麻酔管理料(Ⅰ)】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－⑤】

⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施等、看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>夜間看護加算</u> ●●点 ロ <u>看護補助体制充実加算</u> ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>三 療養病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p>イ <u>夜間看護加算の施設基準</u> ①～③ (略)</p> <p>ロ <u>看護補助体制充実加算の施設基準</u></p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件]</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、<u>夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>三 療養病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 (新設)</p> <p>イ～ハ (略) (新設)</p>

① イの①及び②を満たすものであること。

② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件]

注9 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病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護補助加算

(1) 14日以内の期間 ●●点

(2) 15日以上30日以内の期間 ●●点

ロ 看護補助体制充実加算

(1) 14日以内の期間 ●●点

(2) 15日以上30日以内の期間 ●●点

[施設基準]

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

イ 看護補助加算の施設基準

次のいずれにも該当すること。

①～④ (略)

ロ 看護補助体制充実加算の施設基準

① イの①から③までを満たすものであること。

② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件]

注9 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病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 14日以内の期間 141点

ロ 15日以上30日以内の期間 116点

[施設基準]

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算の施設基準

(新設)

次のいずれにも該当すること。

イ～三 (略)

(新設)

<p style="text-align: center;"><u>整備されていること。</u></p> <p>【急性期看護補助体制加算】 [算定要件]</p> <p><u>注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき●●点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 <u>(9) 看護補助体制充実加算の施設基準</u> <u>看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>【看護補助加算】 [算定要件]</p> <p><u>注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき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病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき●●点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 十三 看護補助加算の施設基準 <u>(6) 看護補助体制充実加算の施設基準</u> <u>看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備され</u></p>	<p>【急性期看護補助体制加算】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 (新設)</p> <p>【看護補助加算】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 十三 看護補助加算の施設基準 (新設)</p>
---	--

<p><u>ていること。</u></p> <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>看護補助者配置加算</u> ●●点</p> <p>ロ <u>看護補助体制充実加算</u> ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(13) <u>地域包括ケア病棟入院料の注4に規定する施設基準</u></p> <p>イ <u>看護補助者配置加算の施設基準</u> ①・② (略)</p> <p>ロ <u>看護補助体制充実加算の施設基準</u> ① <u>イの①を満たすものであること。</u> ② <u>看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、<u>看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(13) <u>看護補助者配置加算の施設基準</u></p> <p>(新設)</p> <p>イ・ロ (略) (新設)</p>
--	---

【Ⅱ－５ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－①】

① 医療機関におけるICTを活用した 業務の効率化・合理化

第1 基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、カンファレンスの実施等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

改 定 案	現 行
<p>【入退院支援加算】 [施設基準]</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p>	<p>【入退院支援加算】 [施設基準]</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、<u>対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。</u>なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p>

※ 感染防止対策加算、退院時共同指導料 1 及び 2、介護支援等連携指導料についても同様。

※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。

【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】

[算定要件]

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

ア・イ (略)

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

(削除)

【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】

[算定要件]

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

ア・イ (略)

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

(イ) 当該カンファレンスに 3 者以上が参加すること

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

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

エ また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の

<p>エ ウにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>※ <u>在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料についても同様。</u></p> <p>※ <u>訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算についても同様。</u></p>	<p><u>病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下の(イ)から(ハ)までを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。</u></p> <p><u>(イ)～(ハ) (略)</u></p> <p>オ ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p>
--	---

【Ⅱ－５ 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－②】

② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

第1 基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

第2 具体的な内容

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

【Ⅱ－5 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－③】

③ 標準規格の導入に係る取組の推進

第1 基本的な考え方

医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。

第2 具体的な内容

診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及び HL7 International によって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークである HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改 定 案	現 行
【診療録管理体制加算（入院初日）】 [施設基準] 3 届出に関する事項 <u>(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</u> <u>(2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7の様式●により届出ること。</u>	【診療録管理体制加算（入院初日）】 [施設基準] 3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－①】

① 入退院支援の推進

第１ 基本的な考え方

質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 入退院支援加算１及び２について、算定対象である「退院困難な要因を有する患者」として、ヤングケアラー及びその家族を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【入退院支援加算１及び２】 [算定要件]</p> <p>(2) 入退院支援加算１にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p> <p>ア～コ （略）</p> <p><u>サ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u></p> <p><u>シ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u></p> <p><u>ス その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合</u></p>	<p>【入退院支援加算１及び２】 [算定要件]</p> <p>(2) 入退院支援加算１にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p> <p>ア～コ （略）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p><u>サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合</u></p>

2. 入退院支援加算 1 の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を 20 以上から●以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICT を活用した対面によらない方法により実施することを認める。

改 定 案	現 行
<p>【入退院支援加算 1】 [算定要件]</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 ●●点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 ●●点</p> <p>【入退院支援加算 1】 [施設基準]</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が●以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。</p> <p>[経過措置]</p>	<p>【入退院支援加算 1】 [算定要件]</p> <p>イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点</p> <p>ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点</p> <p>【入退院支援加算 1】 [施設基準]</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が20以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。</p> <p>[経過措置]</p>

<p><u>1の(4)に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和●年●月●日において現に入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。</u></p>	<p>(新設)</p>
---	-------------

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－②】

② 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

「Ⅰ－３－⑳」を参照のこと。

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－③】

③ 画像診断情報等の適切な管理による 医療安全対策に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 報告書管理体制加算（退院時●回） ●●点

[対象患者]

画像診断又は病理診断が行われた入院患者

[算定要件]

組織的な医療安全対策の実施状況の確認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であって、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

- (4) 医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。
- (5) 組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること。
- (7) 報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。
- (8) 報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－④】

④ 療養・就労両立支援指導料の見直し

第1 基本的な考え方

治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。

第2 具体的な内容

- 療養・就労両立支援指導料の対象疾患に、心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加する。

改定案	現行
<p>【療養・就労両立支援指導料】 [施設基準] 別表第三の一の二 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患 悪性新生物 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 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） <u>心疾患</u> <u>糖尿病</u> <u>若年性認知症</u> 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）第五条第一項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</p>	<p>【療養・就労両立支援指導料】 [施設基準] 別表第三の一の二 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患 悪性新生物 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 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 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）第五条第一項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</p>

- 患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供先に、当該患者が勤務する事業場の衛生推進者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【療養・就労両立支援指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 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、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により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療養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。</p>	<p>【療養・就労両立支援指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 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、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により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療養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。</p>

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤】

⑤ 手術等の医療技術の適切な評価

第1 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。

第2 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されている技術を含む。）の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。また、レジストリの解析結果に基づき、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の食道癌、胃癌及び直腸癌の手術に係る施設基準の見直しを行う。

【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があったものの例】

- (1) 再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘（消化管再建を伴うもの）（頸部・胸部・腹部の操作）
- (2) 小児食物アレルギー負荷試験
- (3) 放射性同位元素内用療法管理料（神経内分泌腫瘍に対するもの）
- (4) 在宅ハイフローセラピー装置加算
- (5) 鼻腔・咽頭拭い液採取

【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されているもの】

- (1) 陽子線治療（※1）
- (2) 重粒子線治療（※2）
- (3) LDLアフェレシス療法

(4) MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法

(5) 流産検体を用いた染色体検査

※1：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌又は大腸癌術後局所再発に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

※2：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌、大腸癌術後局所再発又は局所進行子宮頸部腺癌に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

【廃止を行う技術の例】

(1) 椎間板ヘルニア徒手整復術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の手術に係る見直しの例】

改定案	現行
<p>【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 [施設基準] 1 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) (削除)</p> <p>(2)～(8) (略)</p>	<p>【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 [施設基準] 1 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) <u>(2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した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。</u> (3)～(9) (略)</p>
<p>【腹腔鏡下胃切除術】 [施設基準] 1 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) (削除)</p> <p>(2)～(8) (略)</p>	<p>【腹腔鏡下胃切除術】 [施設基準] 1 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) <u>(2) 以下のアからウまでの手術を術者として、合わせて10例以上実施した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。</u> <u>ア 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）</u> <u>イ 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）</u> <u>ウ 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）</u> (3)～(9) (略)</p>

2. C2区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】

(新)	<u>副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）</u>	
	<u>1 1センチメートル未満のもの</u>	<u>●●点</u>
	<u>2 1センチメートル以上のもの</u>	<u>●●点</u>

3. 外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2022」において、実態調査を踏まえてデータが更新された手術について、手術の技術度や必要な医師数等を参考に、技術料の見直しを行う。

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑥】

⑥ 質の高い臨床検査の適切な評価

第1 基本的な考え方

質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、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。

第2 具体的な内容

E3区分で保険適用された新規体外診断用医薬品について、検査料を新設する。

【検査の例】

(新) 微生物核酸同定・定量検査
サイトメガロウイルス核酸定量 ●●点

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑦】

⑦ 家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進

第1 基本的な考え方

家族性大腸腺腫症の適切な治療の提供に係る評価を推進する観点から、内視鏡手術を行った場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

消化管ポリポシスのうち、家族性大腸腺腫症については、放置するとほぼ確実に大腸がんを発症することを踏まえ、内視鏡により大腸ポリポプを徹底的に摘除した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 [算定要件] 注 家族性大腸腺腫症の患者に対し て実施した場合は、消化管ポリポー シス加算として、年●回に限り●● 点を所定点数に加算する。	【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 [算定要件] (新設)

【Ⅲ－1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑧】

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

人工呼吸器や ECMO を用いた重症患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、人工呼吸及び人工心肺について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 人工呼吸を実施する患者に対して、自発覚醒トライアル及び自発呼吸トライアルを実施した場合の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【人工呼吸】</p> <p>3 5時間を超えた場合（1日につき）</p> <p>イ 14日目まで ●●点</p> <p>ロ 15日目以降 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 <u>気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して●●日を限度として、1日につき●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>4 <u>注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき●●点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>(10) <u>「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。</u></p> <p>(11) <u>「3」について、自宅等におい</u></p>	<p>【人工呼吸】</p> <p>3 5時間を超えた場合（1日につき） <u>819点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>て人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「口」の所定点数を算定する。</u></p>	
<p>(12) <u>「注3」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。</u></p> <p><u>ア 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。</u></p> <p><u>イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする。</u></p> <p><u>ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) 等の指標を用いること。</u></p> <p><u>エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(13) <u>「注4」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。</u></p> <p><u>ア 自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。</u></p> <p><u>イ 以下のいずれにも該当すること。</u></p> <p><u>(イ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。</u></p> <p><u>(ロ) 酸素化が十分であること。</u></p>	<p>(新設)</p>

<p><u>(ハ) 血行動態が安定していること。</u></p> <p><u>(ニ) 十分な吸気努力があること。</u></p> <p><u>(ホ) 異常な呼吸様式ではないこと。</u></p> <p><u>(ハ) 全身状態が安定していること。</u></p> <p><u>ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。</u></p> <p><u>(イ) 吸入酸素濃度 (F I O 2) 50%以下、CPAP (PEEP) ≤ 5cmH20かつPS ≤ 5cmH20</u></p> <p><u>(ロ) F I O 2 50%以下相当かつTピース</u></p> <p><u>エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。</u></p> <p><u>(イ) 酸素化の悪化の有無</u></p> <p><u>(ロ) 血行動態の悪化の有無</u></p> <p><u>(ハ) 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無</u></p> <p><u>オ ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。</u></p> <p><u>カ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。</u></p>	
--	--

2. ECMO を用いた重症患者の治療管理について、処置に係る評価を新設し、取扱いを明確化する。

(新) 体外式膜型人工肺 (1日につき)

<u>1</u>	<u>初日</u>	<u>●●点</u>
<u>2</u>	<u>2日目以降</u>	<u>●●点</u>

[算定要件]

- (1) カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。
- (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。

- (3) 実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

改 定 案	現 行
【人工心肺（1日につき）】 [算定要件] (削除)	【人工心肺（1日につき）】 [算定要件] <u>(2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。</u>

3. ECMO を用いた重症患者の治療管理について、治療管理に係る評価を新設する。

(新) 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）

<u>1</u>	<u>7日目まで</u>	<u>●●点</u>
<u>2</u>	<u>8日目以降 14日目まで</u>	<u>●●点</u>
<u>3</u>	<u>15日目以降</u>	<u>●●点</u>

[算定要件]

- (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、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
- (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
- (3) 治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り●●点を所定点数に加算する。
- (4) 体外式膜型人工肺管理料は、区分番号K●●に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

4. 第10部手術第1節手術料の「第13款 臓器提供管理料」を「第13款 手術等管理料」に改める。

5. 呼吸不全等の患者の治療管理に必要な経皮的動脈血酸素飽和度測定について、評価を見直す。

改定案	現行
【経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）】 <u>●●点</u>	【経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）】 <u>30点</u>

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑨】

⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

第１ 基本的な考え方

慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

第２ 具体的な内容

現在実施されている腎代替療法の実態を踏まえ、慢性腎臓病の患者に対する手厚い情報提供や、移植実施施設における他施設との連携を推進するため、人工腎臓に係る導入期加算について、腎代替療法に係る所定の研修を修了した者の配置要件の追加等を見直しを行う。

改 定 案	現 行
<p>【導入期加算（人工腎臓）】 [算定要件]</p> <p>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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 導入期加算２ ●●点</p> <p>ハ 導入期加算３ ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>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</p> <p>(2) 導入期加算の施設基準</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>ハ 導入期加算３の施設基準</p> <p>① 導入期加算１の施設基準を満たしていること。</p> <p>② 当該療法を行うにつき十分</p>	<p>【導入期加算（人工腎臓）】 [算定要件]</p> <p>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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 導入期加算２ 500点 (新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>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</p> <p>(2) 導入期加算の施設基準</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(新設)</p>

な実績を有していること。

第57の2 人工腎臓

2 導入期加算の施設基準

(1) 導入期加算1の施設基準

ア 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、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。

(2) 導入期加算2の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア (1)のアを満たしていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。

ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で●●回以上算定していること。

オ 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前年に●●人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

(3) 導入期加算3の施設基準

次のすべてを満たしていること。

第57の2 人工腎臓

2 導入期加算の施設基準

(1) 導入期加算1の施設基準

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、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

(新設)

(2) 導入期加算2の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること。

(新設)

(新設)

イ 区分番号「C102」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。

ウ 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前年に3人以上いること。なお、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新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

(新設)

ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。

イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。

ウ 導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で●●回以上算定していること。

オ 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前年に●●人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に●●人以上いること。

5 届出に関する事項

(4) 令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。

5 届出に関する事項 (新設)

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑩】

⑩ 在宅腹膜灌流に係る 遠隔モニタリングの評価の新設

第１ 基本的な考え方

腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングについて新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 〔算定要件〕</p> <p>注3 <u>注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したのに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月1回に限り●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(4) <u>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。</u></p> <p>ア <u>自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。</u></p> <p>イ <u>モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。</u></p> <p>ウ <u>当該加算を算定する月にあつては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。</u></p>	<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 〔算定要件〕 (新設)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>エ</u> <u>モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。</u></p>	
--	--

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑪】

⑪ 在宅血液透析指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

在宅血液透析患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、在宅血液透析指導管理料について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

在宅血液透析指導管理料について、患者等に対する教育や在宅血液透析に関する指導管理の実施に当たっては、日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて行うことを要件化するとともに、当該管理料の評価を見直す。

改定案	現行
<p>【在宅血液透析指導管理料】 ●●点</p> <p>[算定要件] (5) <u>日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」</u>に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、<u>当該マニュアル</u>に基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】 <u>8,000点</u></p> <p>[算定要件] (5) <u>関係学会のガイドライン</u>に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、<u>当該ガイドライン</u>を参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。</p>

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑫】

⑫ プログラム医療機器に係る評価の新設

第１ 基本的な考え方

プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設する。

第２ 具体的な内容

医科診療報酬点数表の第２章第１部（医学管理等）に、プログラム医療機器等医学管理加算及び特定保険医療材料料の節を新設する。

改 定 案	現 行
<p>[目次]</p> <p>第２章 特掲診療料</p> <p>第１部 医学管理等</p> <p>第１節 医学管理料等</p> <p>第２節 <u>プログラム医療機器等</u></p> <p>医学管理加算</p> <p>第３節 特定保険医療材料料</p> <p>【第１部 医学管理等】</p> <p>通則</p> <p>1 <u>医学管理等の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。</u></p> <p>2 <u>医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節又は第３節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</u></p> <p>第１節 医学管理料等</p>	<p>[目次]</p> <p>第２章 特掲診療料</p> <p>第１部 医学管理等</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>【第１部 医学管理等】</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

<p>(略)</p> <p><u>第2節 プログラム医療機器等医学 管理加算</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(略)</p> <p><u>第3節 特定保険医療材料料 区分</u></p> <p><u>B200 特定保険医療材料</u> <u>材料価格を10円で除して得た点数</u> <u>注 使用した特定保険医療材料の</u> <u>材料価格は、別に厚生労働大臣が</u> <u>定める。</u></p>	<p>(新設)</p>

【Ⅲ－1 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑬】

⑬ 生活習慣病管理料の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えないことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。
2. 糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。
3. 生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外する。

改 定 案	現 行
<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 <u>脂質異常症を主病とする場合</u> ●●点</p> <p>2 <u>高血圧症を主病とする場合</u> ●●点</p> <p>3 <u>糖尿病を主病とする場合</u> ●●点</p>	<p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 <u>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</u></p> <p>イ <u>脂質異常症を主病とする場合</u> 650点</p> <p>ロ <u>高血圧症を主病とする場合</u> 700点</p> <p>ハ <u>糖尿病を主病とする場合</u> 800点</p> <p>2 <u>1以外の場合</u></p> <p>イ <u>脂質異常症を主病とする場合</u> 1,175点</p> <p>ロ <u>高血圧症を主病とする場合</u> 1,035点</p> <p>ハ <u>糖尿病を主病とする場合</u></p>

〔算定要件〕

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

(2)～(9) (略)

(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の

〔算定要件〕

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

(2)～(9) (略)

(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の

<p>変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。</p>	<p>変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、<u>当該患者数を定期的に記録</u>していること。</p>
---	--

【Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑭】

⑭ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

第1 基本的な考え方

歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、歯周病の安定期治療等及びフッ化物洗口指導等について、診療実態を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【歯周病安定期治療】 [算定要件]</p> <p>注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「<u>歯周病安定期治療</u>」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。</p> <p>2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の<u>歯周病安定期治療</u>の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において<u>歯周病安定期治療</u>を開始した場合は、この限りでない。</p> <p>3 <u>かかりつけ歯科医機能強化型</u></p>	<p>【歯周病安定期治療Ⅱ】 [算定要件]</p> <p>注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「<u>歯周病安定期治療Ⅱ</u>」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。</p> <p>2 2回目以降の歯周病安定期治療Ⅱの算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の<u>歯周病安定期治療Ⅱ</u>の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。</p> <p>(新設)</p>

<p><u>歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>4 <u>歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。</u></p> <p>5 <u>歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p> <p>(削除)</p>	<p>3 <u>歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(Ⅱ)は算定できない。</u></p> <p>4 <u>歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p> <p>【歯周病安定期治療(Ⅱ)】</p>
--	---

2. フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注8 ●●歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につ</p>	<p>【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1</p>

<p>き1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。</p> <p>【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】</p> <p>2 <u>初期の根面う蝕に罹患している患者の場合</u> ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は<u>区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している●●歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。</u></p>	<p>回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。</p> <p>【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】</p> <p>2 <u>在宅等療養患者の場合</u> 110点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。</p>
---	--

① 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

(新) 初診料（情報通信機器を用いた場合） ●●点

[対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者

[算定要件]

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、●●点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載してお

くこと。

ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

- (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療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。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」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 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設 及びオンライン診療料の廃止

第 1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。

第 2 具体的な内容

再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

(新)	<u>再診料（情報通信機器を用いた場合）</u>	●●点
	<u>外来診療料（情報通信機器を用いた場合）</u>	●●点

[対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者

[算定要件]

- (1) 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が 200 以上のものを除く。）において再診を行った場合（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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対

応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

- (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療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。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」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。

(※) 外来診療料（情報通信機器を用いた場合）についても同様。

③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る 評価の見直し

第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の医学管理等について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いて行った医学管理等については、以下のとおり整理する。

- 検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。
 - 上記以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。
 - ① 入院中の患者に対して実施されるもの
 - ② 救急医療として実施されるもの
 - ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
 - ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
 - ⑤ 精神医療に関するもの
1. 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括診療料】 [算定要件] (削除)</p>	<p>【地域包括診療料】 [算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療</u></p>

<p>[施設基準] (削除)</p> <p>※ <u>認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料についても同様。</u></p>	<p><u>料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] <u>(3) 地域包括診療料の注4に規定する施設基準</u> <u>オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>
---	---

2. ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料2、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価の対象に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 [算定要件] <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、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、小児悪性腫瘍患者指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、●●点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] <u>(8)の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料の注5に規定する施設基準</u></p>	<p>【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

※ ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料2、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料についても同様。

④ 在宅時医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の見直し

第 1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、在宅医療における情報通信機器を用いた医学管理について、要件及び評価を見直す。

第 2 具体的な内容

在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅時医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(3) <u>月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1) 及び (2) の場合を除く。）</u></p> <p>① <u>単一建物診療患者が 1 人の場合</u> ●●点</p> <p>② <u>単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合</u> ●●点</p> <p>③ <u>① 及び ② 以外の場合</u> ●●点</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) <u>月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</u></p> <p>① <u>単一建物診療患者が 1 人の場合</u> ●●点</p>	<p>【在宅時医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合 (新設)</p> <p>(3) (略) (新設)</p>

- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●●点
- ③ ①及び②以外の場合 ●●点

※ 1のロ、2及び3についても同様。

[算定要件]

注12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

[施設基準]

一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等

(8) 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

注12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料としてそれぞれ、100点を所定点数に加えて算定できる。

[施設基準]

一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等
 (新設)

⑤ 施設入居時等医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

施設において療養を行っている患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(3) <u>月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</u></p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 ●●点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●●点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 ●●点</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) <u>月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</u></p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 ●●点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●●点</p>	<p>【施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(新設)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(新設)</p>

<p style="text-align: center;">③ <u>①及び②以外の場合</u> ●●点</p> <p>※ <u>1のロ、2及び3についても同様。</u></p> <p>[算定要件] 注6 <u>1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準] 一の六 <u>在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等</u> (8) <u>在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準</u> <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 一の六 <u>在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等</u> (新設)</p>
--	--

⑥ 訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設

第 1 基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療を提供する観点から、訪問歯科衛生指導時に情報通信機器を活用した場合について、新たな評価を行う。

第 2 具体的な内容

歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科訪問診療料（１日につき）】 [算定要件] 注16 <u>1 及び 2 について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去●●月以内に区分番号 C 0 0 1 に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り、●●点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【歯科訪問診療料（１日につき）】 [算定要件] (新設)</p>

⑦ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

第1 基本的な考え方

オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導等について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ <u>原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合</u> ●●点</p> <p>ロ <u>イの患者以外の患者に対して行った場合</u> ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 4については、<u>情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。</u></p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 <u>43点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 4については、<u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定</u></p>

<p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>する加算は算定できない。</p> <p>[施設基準] 九の二 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準 (1) <u>情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> (2) <u>当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一分以下であること。</u> ① <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</u> ② <u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u></p> <p>九の三 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの <u>原則三月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの</u></p>
------------------------------------	---

2. 在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、算定上限回数等の要件及び評価を見直す。

改定案	現行
<p>【在宅患者オンライン薬剤管理指導料(在宅患者訪問薬剤管理指導料)】 [算定要件] 注2 <u>在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導(訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)</u>を行った場合に、注1の規定にかかわらず、<u>在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中</u></p>	<p>【在宅患者オンライン服薬指導料(在宅患者訪問薬剤管理指導料)】 [算定要件] 注2 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導(訪</u></p>

心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回)に限り●●点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。

[施設基準]
(削除)

(削除)

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月1回に限り57点を算定する。この場合において、注3及び注4に規定する加算並びに区分番号15の6に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。

[施設基準]

十一の二 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する施設基準区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行っている保険薬局であること。

十一の三 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの区分番号15の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、●●点を算定する。

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき●●点）を所定点数に加算する。

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき●●点）を所定点数に加算する。

【小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注6 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又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき●●点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

（新設）

回につき●●点)を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

※ 麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算に係る見直しについては、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様。

⑧ 情報通信機器等を用いた 外来栄養食事指導の評価の見直し

第1 基本的な考え方

栄養食事指導の実施を更に推進する観点から、初回から情報通信機器等を用いた場合の栄養食事指導について評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料1及び2について、初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 ●●点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 ●●点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 ●●点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 ●●点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料2</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 ●●点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 ●●点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 ●●点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関</p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回 <u>260点</u></p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器を用いた場合 <u>180点</u></p> <p>ロ 外来栄養食事指導料2</p> <p>(1) 初回 <u>250点</u></p> <p>(2) 2回目以降 <u>190点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医</p>

の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2・3 (略)

4 イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

5 ロの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

6 ロの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2 (略)

3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)

⑨ データ提出加算に係る届出を要件とする 入院料の見直し

第1 基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

第2 具体的な内容

データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料について、地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対 1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料及び精神科救急急性期医療入院料に拡大する。

改 定 案	現 行
<p>【地域一般入院基本料】 [施設基準] □ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 4 データ提出加算に係る届出 <u>を行っている保険医療機関で あること。</u></p> <p>【専門病院入院基本料（13対1）】 [施設基準] 六 専門病院入院基本料の施設基準 等 (2) 専門病院入院基本料の注1本文 に規定する入院基本料の施設基準 ハ 十三対一入院基本料の施設基 準 ④ <u>データ提出加算に係る届出 を行っている保険医療機関で あること。</u></p> <p>【障害者施設等入院基本料】 [施設基準] 七 障害者施設等入院基本料の施設</p>	<p>【地域一般入院基本料】 [施設基準] □ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 (新設)</p> <p>【専門病院入院基本料（13対1）】 [施設基準] 六 専門病院入院基本料の施設基準 等 (2) 専門病院入院基本料の注1本文 に規定する入院基本料の施設基準 ハ 十三対一入院基本料の施設基 準 (新設)</p> <p>【障害者施設等入院基本料】 [施設基準] 七 障害者施設等入院基本料の施設</p>

<p>基準等</p> <p>(1) 通則 <u>障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。</u> <u>イ 次のいずれかに該当する病棟であること。</u> ①・② (略) <u>ロ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 [施設基準] 八 特殊疾患入院医療管理料の施設基準等 (1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準 <u>へ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【特殊疾患病棟入院料】 [施設基準] 十二 特殊疾患病棟入院料の施設基準等 (1) 特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準 <u>へ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> (2) 特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準 次のいずれかに該当する病棟であること。 <u>イ 次のいずれにも該当する病棟であること。</u> ① (略) ② (1)の施設基準のへを満たすものであること。 <u>ロ 次のいずれにも該当する病棟であること。</u> ① (略) ② (1)の施設基準のロからへ</p>	<p>基準等</p> <p>(1) 通則 <u>障害者施設等一般病棟は、次のいずれかに該当する病棟であること。</u></p> <p><u>イ・ロ (略)</u></p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 [施設基準] 八 特殊疾患入院医療管理料の施設基準等 (1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準 (新設)</p> <p>【特殊疾患病棟入院料】 [施設基準] 十二 特殊疾患病棟入院料の施設基準等 (1) 特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準 (新設) (2) 特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準 次のいずれかに該当する病棟であること。 (新設) <u>イ (略)</u></p> <p><u>ロ 次のいずれにも該当する病棟であること。</u> ① (略) ② (1)の施設基準のロからホ</p>
---	--

<p>までを満たすものであること。</p> <p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準] 十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準等 (1) 緩和ケア病棟入院料 1 の施設基準 <u>ヲ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> (2) 緩和ケア病棟入院料 2 の施設基準 (1) のイからりまで <u>及びヲ</u> を満たすものであること。</p> <p>【精神科救急急性期医療入院料】 [施設基準] 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の施設基準 <u>ル データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>	<p>までを満たすものであること。</p> <p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準] 十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準等 (1) 緩和ケア病棟入院料 1 の施設基準 (新設) (2) 緩和ケア病棟入院料 2 の施設基準 (1) のイからりまでを満たすものであること。</p> <p>【精神科救急入院料の施設基準等】 [施設基準] 十四 精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準 (新設)</p>
--	---

[経過措置]

データ提出加算に係る施設基準について、令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、許可病床数が200床以上のものにあつては令和●年●月●日までの間、許可病床数が200床未満のものにあつては令和●年●月●日までの間、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。

また、令和4年度診療報酬改定前からデータ提出加算に係る届出を行っていることが要件とされている入院料を届け出ていない保険医療機関であつて、新たにデータ提出加算に係る届出が要件化される入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、当分の間、令和4年度診

療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。

さらに、精神科救急急性期医療入院料については、令和●年●月●日までの間に限り、データ提出加算に係る届出の要件を満たすものとみなす。

⑩ 診療録管理体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、許可病床数が400床以上の保険医療機関について、医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を診療録管理体制加算の要件に加える。また、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

改 定 案	現 行
<p>【診療録管理体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 診療録管理体制加算1に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。</p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(10) <u>許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ</u></p>	<p>【診療録管理体制加算】 [施設基準]</p> <p>1 診療録管理体制加算1に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成29年5月厚生労働省)(以下、「<u>医療情報システムの安全管理に関するガイドライン</u>」という。)に準拠した体制であること。</p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>に関する研修を行っていること。さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和4年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和●年●月●日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。</u></p> <p>2 診療録管理体制加算2に関する施設基準 (1) 1の(1)から(4)まで、<u>(9)及び(10)</u>を満たしていること。 (2)～(5) (略)</p> <p>3 届出に関する事項 (1) <u>診療録管理体制加算の施設基準</u>に係る届出は、別添7の様式17を用いること。 (2) <u>毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添7の様式●により届け出ること。</u></p>	<p>2 診療録管理体制加算2に関する施設基準 (1) 1の(1)から(4)まで<u>及び(9)</u>を満たしていること。 (2)～(5) (略)</p> <p>3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p>
---	--

【Ⅲ－２ 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応－⑪】

⑪ 標準規格の導入に係る取組の推進

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

⑫ 外来医療等における データ提出に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料及び疾患別リハビリテーション料において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け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、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] <u>四の十一 生活習慣病管理料の注5に規定する施設基準</u> (1) <u>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</u></p>	<p>【生活習慣病管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

<p><u>ていること。</u></p> <p><u>(2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p> <p>【在宅時医学総合管理料】 [算定要件]</p> <p><u>注13 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、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、在宅データ提出加算として、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(8) 在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準</u></p> <p><u>イ 在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>ロ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p> <p><u>※ 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についても同様。</u></p> <p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 [算定要件]</p> <p><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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータ</u></p>	<p>【在宅時医学総合管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> <p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 [算定要件] (新設)</p>
---	--

を継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

(10) 心大血管疾患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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定するリハビリテーションデータ提出加算の施設基準

イ リハビリテーションを実施している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。

ロ 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。

※ 脳血管疾患等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、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

[施設基準]

(新設)

(※)「外来医療等のデータ」については、令和5年10月診療分をめぐりにデータ提出を受け付ける方向で対応する。

⑬ オンライン資格確認システムを通じた 患者情報等の活用に係る評価の新設

第 1 基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

(新)	初診料		
	注●	電子的保健医療情報活用加算	●●点
	再診料		
	注●	電子的保健医療情報活用加算	●●点
	外来診療料		
	注●	電子的保健医療情報活用加算	●●点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[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を受診した患者に対して、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月 1 回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

- (※) 初診の場合であって、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、●●点を所

定点数に加算する。

[施設基準]

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2. 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

(新) 調剤管理料

注● 電子的保健医療情報活用加算 ●●点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

[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薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。

- (※)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3月に1回に限り●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

① 摂食嚥下支援加算の見直し

1 基本的な考え方

中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【<u>摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u> <u>1</u> ●●点</p> <p>ロ <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u> <u>2</u> ●●点</p> <p>ハ <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u> <u>3</u> ●●点</p> <p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下機能回復体制加算</u>は、<u>摂食機能及び嚥下機</u></p>	<p>【<u>摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、<u>摂食機能及び嚥下機能の回復</u></p>

能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下この区分番号において「摂食嚥下支援チーム」という。）等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

(8) 「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。（中略）

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準

(1) 摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準

イ 摂食機能又は嚥下機能の回復

の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

(8) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。（中略）

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準

(新設)

(1) 摂食機能又は嚥下機能の回復の

<p>のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ロ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局等に報告していること。</u></p> <p>ハ <u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。</u></p> <p>(2) <u>摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準</u> <u>(1)のイ及びロを満たすものであること。</u></p> <p>(3) <u>摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準</u> <u>イ 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>ロ (1)のロを満たすものであること。</u> <u>ハ 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。</u> <u>ニ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。</u></p>	<p>ために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) <u>摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局等に報告していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>第45の2 <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u></p> <p>1 <u>摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>摂食嚥下機能障害を有する患</u></p>	<p>第45の2 <u>摂食嚥下支援加算</u></p> <p>1 <u>摂食嚥下支援加算に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、力については、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>摂食嚥下機能障害を有する患</u></p>

<p>者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>ウ 専任の常勤管理栄養士</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> <p>(4) <u>当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であること。</u></p> <p>ア <u>他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの</u></p> <p>イ <u>当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造</u></p>	<p>者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ 専任の常勤言語聴覚士</p> <p>エ 専任の常勤薬剤師</p> <p>オ 専任の常勤管理栄養士</p> <p>カ 専任の歯科衛生士</p> <p>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> <p>(新設)</p>
---	--

<p><u>設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者</u></p> <p><u>2 摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準</u> <u>1の(1)から(3)までの基準を満たしていること。</u></p> <p><u>3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。</u></p> <p><u>(2) 当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> <p><u>(3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。ただし、令和4年3月31日時点において療養病棟入院料1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。</u></p> <p><u>4 届出に関する事項</u></p> <p><u>(3) 令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和4年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(3) <u>1の(1)のイに掲げる「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常</u></p>
--	---

加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和●年●月●日までの間に限り、1の(1)のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。

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

② 疾患別リハビリテーション料の見直し

第1 基本的な考え方

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おける疾患別リハビリテーション料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

疾患別リハビリテーション料における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おいて、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。

改 定 案	現 行
<p>【リハビリテーション】 [算定要件] 4 （中略）</p> <p>また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ</p>	<p>【リハビリテーション】 [算定要件] 4 （中略）</p> <p>また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ</p>

る場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下この部において「FIM」という。)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とともに、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することとし、かつ、「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。)。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又は基本的日常生活活動度 (Barthel Index) (以下この部において「BI」という。)及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由などを記載したものであること。

る場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上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すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下この部において「FIM」という。)又は基本的日常生活活動度 (Barthel Index) (以下この部において「BI」という。)及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。

③ リハビリテーション実施計画書の 署名欄の取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

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等に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

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の署名欄について、患者等に当該計画書に係る説明を行う際に、説明内容及び当該患者等の同意を得た旨を診療録に記載することにより、同意を得ていること等が事後的に確認できる場合には、患者等の署名を求めなくても差し支えないこととする。

改 定 案	現 行
<p>【リハビリテーション】 [算定要件] 4の4 <u>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（以下この項において「計画書」という。）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等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</u></p>	<p>【リハビリテーション】 [算定要件] (新設)</p>

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。

【Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進－④】

④ データ提出加算に係る届出を要件とする
入院料の見直し

「Ⅲ－２－⑨」を参照のこと。

【Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進－⑤】

⑤ 外来医療等における
データ提出に係る評価の新設

「Ⅲ－２－⑫」を参照のこと。

【Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価－①】

① 一般不妊治療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、一般不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

(新) 一般不妊治療管理料 ●●点

[対象患者]

- (1) 入院中の患者以外の患者であって、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。
- (2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

[算定要件]

- (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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、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。ただし、区分番号B●●に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。
- (2) 区分番号A000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の同月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、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

- (4) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (5) 治療計画の作成に当たっては、関係学会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。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
- (6) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の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。
- (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
- (4) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

[経過措置]

令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

2. 不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設する。

(新) 人工授精 ●●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、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であ

って、妊娠を目的として実施した場合に算定する。

ア 精子・精液の量的・質的異常

イ 射精障害・性交障害

ウ 精子-頸管粘液不適合

エ 機能性不妊

- (3) 人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。
- (5) 必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 一般不妊治療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価－②】

② 生殖補助医療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、生殖補助医療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

(新)	<u>生殖補助医療管理料</u>	
	<u>1 生殖補助医療管理料 1</u>	●●点
	<u>2 生殖補助医療管理料 2</u>	●●点

[対象患者]

- (1) 入院中の患者以外の患者であって、生殖補助医療を実施している不妊症の患者。
- (2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

[算定要件]

- (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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、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、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。
- (2) 区分番号A000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の同月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) 不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。）に対して、生殖補助医療に係る医学的管理及び療

養上必要な指導等を行った場合に算定する。

- (4) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、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) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (6) 治療計画の作成に当たっては、関係学会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。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (8) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
- (10) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の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。
- (3) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の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。
- (4) 配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名

- 以上配置されていることが望ましい。
- (6) 生殖補助医療管理料1を算定する施設については、以下の体制を有していること。
- ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
 - イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
- (7) 採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。
- (8) 培養を行う専用の室を備えていること。
- (9) 凍結保存を行う専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
- (10) 当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。
- (11) 安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (12) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
- (13) 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (14) 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に行われていること。
- (15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
- (16) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のART症例登録システムへの症例データの入力を適切に実施すること。
- (17) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (18) 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。
- (19) 精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。

- (20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
- (21) 毎年7月において、前年度における治療件数等を把握するため、別添●の様式●及び様式●の●により届け出ること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、(2)から(21)までの基準を満たしているものとする。

2. 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的に実施される、血漿中の抗ミュラー管ホルモン測定に係る評価を新設する。

(新) 内分泌学的検査
抗ミュラー管ホルモン (AMH) ●●点

[算定要件]

- (1) 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6月に1回に限り算定する。
- (2) 抗ミュラー管ホルモン (AMH) は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断のために、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に算定できる。

3. 不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設する。

(新) 採卵術 ●●点

注

<u>イ</u>	<u>1個の場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ロ</u>	<u>2個から5個までの場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ハ</u>	<u>6個から9個までの場合</u>	<u>●●点</u>
<u>ニ</u>	<u>10個以上の場合</u>	<u>●●点</u>

[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、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 採取された卵子の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

- (3) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であつて、体外受精又は顕微授精に用いることを目的として、治療計画に従つて実施した場合に算定する。
- ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であつた場合
- (4) 採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

4. 不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精を実施した場合の評価を新設する。

(新) 体外受精・顕微授精管理料

1	<u>体外受精</u>	●●●点
2	<u>顕微授精</u>	
イ	<u>1個の場合</u>	●●●点
ロ	<u>2個から5個までの場合</u>	●●●点
ハ	<u>6個から9個までの場合</u>	●●●点
ニ	<u>10個以上の場合</u>	●●●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、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の●●●に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。
- (3) 精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、●●●点を所定点数に加算する。
- (4) 1については、体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定

し、2については、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微受精を実施した卵子の個数に応じて算定する。

- (5) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であつて、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）から採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従つて実施した場合に算定する。
- ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であつた場合
- (6) 体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き、別に算定できない。
- (7) 体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (9) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

5. 顕微授精による受精卵の作成に当たり、卵子活性化処理を実施した場合の評価を新設する。

(新) 卵子調整加算 ●●点

[算定要件]

受精卵の作成に当たり、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、●●点を顕微授精の所定点数に加算する。

6. 体外受精又は顕微授精により作成した受精卵の培養等の管理に係る評価を新設する。

(新)	<u>受精卵・胚培養管理料</u>	
	<u>1 1個の場合</u>	●●点
	<u>2 2個から5個までの場合</u>	●●点
	<u>3 6個から9個までの場合</u>	●●点
	<u>4 10個以上の場合</u>	●●点
	注	
	<u>イ 1個の場合</u>	●●点
	<u>ロ 2個から5個までの場合</u>	●●点
	<u>ハ 6個から9個までの場合</u>	●●点
	<u>ニ 10個以上の場合</u>	●●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、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として治療計画に従って培養及び必要な医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。
- (4) 受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

7. 受精卵の培養により作成された初期胚又は胚盤胞の凍結保存に係る医学的管理に係る評価を新設する。

(新)

胚凍結保存管理料

<u>1</u>	<u>胚凍結保存管理料（導入時）</u>	
イ	1個の場合	●●点
ロ	2個から5個までの場合	●●点
ハ	6個から9個までの場合	●●点
ニ	10個以上の場合	●●点
<u>2</u>	<u>胚凍結保存維持管理料</u>	●●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、不妊症の患者に対して、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に限り算定する。
- (2) 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として、治療計画に従って凍結保存及び必要な医学的管理を行った場合に算定する。
- (4) 胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (6) 妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

8. 不妊症の患者に対して、胚移植を実施した場合の評価を新設する。

(新)

胚移植術

- | | | |
|----------|--------------------|------------|
| <u>1</u> | <u>新鮮胚移植の場合</u> | <u>●●点</u> |
| <u>2</u> | <u>凍結・融解胚移植の場合</u> | <u>●●点</u> |

[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、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 当該患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する(ただし、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合には、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。)
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合については1を、凍結胚を融解したものをを用いた場合については2を算定する。
- (4) 胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7) 治療開始日の年齢とは、初回の胚移植術については、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。また、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいい、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施するものについては、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

9. 胚移植術を実施する患者に対して、着床率の向上を目的として実施する治療に係る評価を新設する。

(新)

胚移植術

注4 アシステッドハッチング

●●点

注5 高濃度ヒアルロン酸含有培養液

●●点

[算定要件]

- (1) 胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、●●点を所定点数に加算する。
- (2) 胚移植術において、高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、●●点を所定点数に加算する。

【Ⅲ－４－１ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価－③】

③ 男性不妊治療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、男性不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的にY染色体微小欠失検査を実施した場合の評価を新設する。

(新) Y染色体微小欠失検査 ●●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、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断のために、PCR-rSSO法により測定した場合に限り算定できる。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 - ア 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - イ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (2) 遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携により当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていることが望ましい。
2. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術を実施した場合の評価を新設する。

- (新) 精巣内精子採取術
- | | |
|--------------------|-----|
| <u>1 単純なもの</u> | ●●点 |
| <u>2 顕微鏡を用いたもの</u> | ●●点 |

[算定要件]

- (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、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 1については精巣内精子採取術を行った場合に、2については顕微鏡下精巣内精子採取術を行った場合に算定する。
- (3) 1については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
- ア 閉塞性無精子症
 - イ 非閉塞性無精子症
 - ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの
- (4) 2については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
- ア 非閉塞性無精子症
 - イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者
- (5) 精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (6) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7) (3)のウ又は(4)のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
- ア 次のいずれの基準にも該当すること。
 - ① 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
 - ② 泌尿器科について5年以上の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。
 - ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

イ 次のいずれの基準にも該当すること。

- ① 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - ② 精巣内精子採取術について過去2年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について5年以上の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
 - ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ④ 泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (2) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、上記の基準を満たしているものとする。

① がん患者指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供を更に推進する観点から、がん患者指導管理料の要件を見直すとともに、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。

第2 具体的な内容

1. 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。

改 定 案	現 行
<p>【がん患者指導管理料】 [算定要件]</p> <p>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、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連</p>	<p>【がん患者指導管理料】 [算定要件]</p> <p>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、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。</p>

<p>携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。</p> <p>[施設基準] (12) <u>がん患者指導管理料の施設基準等</u> イ <u>がん患者指導管理料のイの施設基準</u> ① <u>がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> ② <u>当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u> ロ <u>がん患者指導管理料のロ、ハ及びニの施設基準</u> <u>イの①を満たすものであること。</u> ハ <u>がん患者指導管理料の注4に規定する患者</u> (略)</p> <p>[経過措置] ● <u>令和4年3月31日時点でがん患者指導管理料イに係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、第三の二の(12)のイの②の基準を満たしているものとする(入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。)</u>。</p>	<p>[施設基準] (12) <u>がん患者指導管理料の施設基準等</u> イ <u>がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>ロ <u>がん患者指導管理料の注4に規定する患者</u> (略)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>
--	--

2. がん患者指導管理料ロについて、がん患者の心理的不安の軽減を目的とする面接を行う職種に、公認心理師を追加する。

改定案	現行
-----	----

<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>□ 医師、看護師又は公認心理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</p> <p>[算定要件]</p> <p>注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、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又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>(2) がん患者指導管理料□</p> <p>ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> <p>イ (略)</p>	<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>□ 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</p> <p>[算定要件]</p> <p>注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、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又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>(2) がん患者指導管理料□</p> <p>ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> <p>イ (略)</p>
---	--

<p>ウ 看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p>	<p>ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p>
---	---

② 外来化学療法に係る栄養管理の充実

第1 基本的な考え方

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、当該患者の状態に応じた質の高い栄養食事指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料において、外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件] <u>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●●点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] <u>(6)の2 外来栄養食事指導料の注3に規定する基準</u> <u>悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な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。</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

③ 放射線治療病室管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い放射線内用療法を提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

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。

改 定 案	現 行
<p>【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）</p> <p>1 治療用放射性同位元素による治療の場合 ●●点</p> <p>2 密封小線源による治療の場合 ●●点</p> <p>[算定要件] 注1 1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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（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、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>2 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</p>	<p>【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</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>[算定要件] 注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（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、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>（新設）</p>

いるものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（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、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

[施設基準]

● 放射線治療病室管理加算の施設基準

(1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

放射線同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。

(2) 密封小線源による治療の場合の施設基準

密封小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。

[施設基準]

(新設)

④ がんゲノムプロファイリング検査の見直し

第1 基本的な考え方

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、がんゲノムプロファイリング検査について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. がんゲノムプロファイリング検査について、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直すとともに、検討会の開催や患者へのデータ提供等に係る実績を求めることとする。

改 定 案	現 行				
<p>【がんゲノムプロファイリング検査】 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。</p> <p>2 <u>抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B●●に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。</u></p> <p>(1) 固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、<u>検体提出</u></p>	<p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 検体提出時</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">8,000点</td> </tr> <tr> <td>2 結果説明時</td> <td style="text-align: right;">48,000点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 (新設)</p> <p>(1) 「1」検体提出時については、固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイル</p>	1 検体提出時	8,000点	2 結果説明時	48,000点
1 検体提出時	8,000点				
2 結果説明時	48,000点				

<p>時に患者1人につき1回（以下のイの場合については、<u>血液を検体とする検査を含めて2回</u>）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合のみ算定できる。</p> <p>ア・イ（略） （削除）</p>	<p>の取得を行う場合に患者1人につき1回（以下のイの場合については2回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合のみ算定できる。</p> <p>ア・イ（略）</p> <p>(2) 「2」結果説明時については、「1」<u>検体提出時で得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多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、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（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。</u></p>
<p>(2)（略）</p> <p>(3) <u>がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシーケンスデータ（FASTQ又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。</u></p> <p>(4)・(5)（略） （削除） （削除） （削除）</p>	<p>(3)（略）</p> <p>(4) <u>がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ（FASTQ又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様に説明し、及び同意の有無について管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。</u></p> <p>(5)・(6)（略） (7)（略） (8)（略） (9)（略）</p>

(6) 「注2」に係る規定は、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、区分番号B●●に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には(2)から(5)までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること。

ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査

イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査

ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査

エ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

オ 肺癌におけるMETex14遺伝子検査

カ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査

キ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査

ク 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査

ケ 卵巣癌又は前立腺癌におけるBRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子検査

(削除)

(10) 「2」結果説明時については、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を標準治療の終了後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合にも算定できる。なお、この場合には(2)から(9)までを満たすこと。

(11) 「1」検体提出時と「2」結果説明時は一連であるため、「1」検体提出時については区分番号「D026」の検体検査判断料及び区分番号「D027」の基本的検体検査判

<p>[施設基準]</p> <p>1 <u>がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準</u></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(4) <u>がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ (FASTQ又はBAM)、解析データ (VCF又はXML) 及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター (CCAT) に全例を提出していること (当該患者の同意が得られなかった場合、当該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く。)</u></p> <p><u>なお、提出に当たっては、CCAT検査データ転送システム利用規約を遵守していること。</u></p> <p>(5) <u>臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。</u></p> <p>(6) <u>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、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。</u></p> <p>(7) (略)</p> <p>(8) <u>エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日一部改正健発0719第3号)及び「エキスパートパネルの実施要件について」(令和●年●月●日●●)に基づき開催していること。</u></p>	<p><u>断料は算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 <u>がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準</u></p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

<p>2 届出に関する事項 <u>(2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。</u></p>	<p>2 届出に関する事項 (新設)</p>
---	-----------------------------

2. がんゲノムプロファイリング検査の結果の解釈・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 ●●点

[対象患者]

がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者

[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多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、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、治療方針等について文書を用いて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]

がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤ 無菌製剤処理料の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする。

改定案	現行
【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 (削除) イ・ロ (略)	【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 イ 病院であること。 ロ・ハ (略)

⑥ 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

第1 基本的な考え方

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した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 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。

(新) 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料 1

- イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 ●●点
- ロ 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 ●●点

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 ●●点
- ロ 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 ●●点

[対象患者]

悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者

[算定要件]

- (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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番

- 号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- (2) 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月●回に限り算定する。
 - (3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、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●回に限り算定する。
 - (4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - (5) 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に●●点を加算する。
 - (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、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。
 - (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
 - (3) 外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
 - (4) 連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
 - イ 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。
2. 1に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算のイの(1)及びロの(1)

並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。

① 認知症専門診断管理料の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い認知症診療を推進する観点から、認知症疾患医療センターの連携型において認知症の症状が増悪した患者の対応を行っている実態を踏まえ、認知症専門診断管理料の対象となる医療機関を見直す。

第2 具体的な内容

認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

改 定 案	現 行
<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>基幹型又は地域型の場合</u> ●●点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ <u>連携型の場合</u> ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 認知症専門診断管理料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が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p>	<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2 <u>300点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 認知症専門診断管理料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<u>病院である</u>保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p>

<p>[施設基準]</p> <p>1 認知症専門診断管理料に関する施設基準</p> <p>「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年7月9日老発0709第3号）の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p>(削除)</p> <p><u>2</u> (略)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>1 認知症専門診断管理料<u>1</u>に関する施設基準</p> <p>「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年7月9日老発0709第3号）の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p><u>2</u> 認知症専門診断管理料<u>2</u>に関する施設基準</p> <p><u>1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。</u></p> <p><u>3</u> (略)</p>
---	--

① 療養・就労両立支援指導における 相談支援に係る職種要件の見直し

第1 基本的な考え方

治療と仕事の両立支援における心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

療養・就労両立支援指導料における相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

改定案	現行
<p>【療養・就労両立支援指導料】 [算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、<u>看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師</u>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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>2 相談支援加算に関する施設基準 専任の<u>看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師</u>を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、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</p>	<p>【療養・就労両立支援指導料】 [算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、<u>看護師又は社会福祉士</u>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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>2 相談支援加算に関する施設基準 専任の<u>看護師又は社会福祉士</u>を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、<u>専任の看護師又は社会福祉士</u>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</p>

ユラムに即した研修を修了していること。	ムに即した研修を修了していること。
---------------------	-------------------

② 薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

第1 基本的な考え方

薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【<u>依存症入院医療管理加算（１日につき）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>依存症入院医療管理加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>二十六の二 <u>依存症入院医療管理加算の施設基準等</u></p> <p>(1) <u>依存症入院医療管理加算の施設基準</u></p> <p>アルコール依存症又は薬物依存症の診療を行うにつき必要な体制が整</p>	<p>【<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>二十六の二 <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等</u></p> <p>(1) <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準</u></p> <p>アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されているこ</p>

備されていること。

(2) 依存症入院医療管理加算の対象患者

入院治療が必要なアルコール依存症の患者又は薬物依存症の患者

第17の3 依存症入院医療管理加算

1 依存症入院医療管理加算の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア～ウ (略)

(4) 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修である(14時間以上の研修時間であるもの)。

と。

(2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者

入院治療が必要なアルコール依存症の患者

第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

(1)・(2) (略)

(3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア～ウ (略)

(新設)

<p><u>イ 研修内容に以下の内容を含むものであること。</u></p> <p><u>(イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向</u></p> <p><u>(ロ) 依存症患者の精神医学的特性</u></p> <p><u>(ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応</u></p> <p><u>(ニ) 依存症に関連する社会資源</u></p> <p><u>(ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応</u></p> <p><u>(ヘ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点</u></p> <p><u>(ト) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク</u></p> <p><u>(5)・(6) (略)</u></p> <p>2 届出に関する事項 <u>依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。</u></p>	<p><u>(4)・(5) (略)</u></p> <p>2 届出に関する事項 <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。</u></p>
--	---

③ アルコール依存症の外来患者に対する 集団療法の評価の新設

第1 基本的な考え方

アルコール依存症に対する集団療法の効果を踏まえ、外来におけるアルコール依存症の集団療法について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【依存症集団療法（1回につき）】 1・2 （略） 3 <u>アルコール依存症の場合 ●●点</u></p> <p>[算定要件] 注3 <u>3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、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計●●回に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準] 一の五 <u>依存症集団療法の施設基準</u> (3) <u>アルコール依存症の場合の施設基準</u> <u>(1)を満たすものであること。</u></p>	<p>【依存症集団療法（1回につき）】 1・2 （略） (新設)</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 一の五 <u>依存症集団療法の施設基準</u> (新設)</p>

④ 摂食障害入院医療管理加算及び 精神科身体合併症管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

1. 摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について、10人以上から●人以上に変更する。

改定案	現行
<p>【摂食障害入院医療管理加算（1日につき）】 [施設基準] 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が●人以上であること。</p>	<p>【摂食障害入院医療管理加算（1日につき）】 [施設基準] 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。</p>

2. 精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について、Body Mass Index₁₃未満の摂食障害からBody Mass Index●●未満の摂食障害に拡大する。

改定案	現行
<p>【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】 [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 重篤な栄養障害（Body Mass Index●●未満の摂食障害）の患者</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】 [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 重篤な栄養障害（Body Mass Index₁₃未満の摂食障害）の患者</p>

⑤ 精神疾患を有する者の地域定着に向けた 多職種による支援の評価の新設

第1 基本的な考え方

精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による相談支援や関係機関との連絡調整等を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【通院精神療法】 [算定要件] 注9 <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、1を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、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●●点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</u></p> <p>[施設基準] <u>一の一の五 通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準</u></p>	<p>【通院精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

第47の7 通院・在宅精神療法

3 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。

(2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。また、それぞれの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。

(3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。

イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

(ロ) 精神症状の病因・病態、治療

(ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

(ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

第47の7 通院・在宅精神療法
(新設)

<p><u>(ホ) 患者・家族の支援、関係調整</u> <u>(ハ) ケアの連携体制の構築（他職</u> <u>種・他機関との連携、社会資源</u> <u>の活用）</u> <u>(ト) ストレスマネジメント</u> <u>(チ) コンサルテーション方法</u> <u>エ 実習により、事例に基づくアセ</u> <u>スメントと精神看護関連領域に</u> <u>必要な看護実践を含むものであ</u> <u>ること。</u></p>	
---	--

⑥ 継続的な精神医療の提供を要する者に対する 訪問支援の充実

第1 基本的な考え方

在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

第2 具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象者であって、当該行政機関等から依頼を受けた精神科医により、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行うことが必要であると判断された者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</p> <p>ア <u>ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者</u></p> <p>イ <u>行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者</u></p> <p>ウ <u>当該管理料を算定する日においてG A F尺度による判定が40以下の者</u></p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)のア又はイに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</p>

⑦ 児童思春期精神科専門管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

児童・思春期精神医療の外来診療において、2年以上診療が継続している実態があることを踏まえ、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

児童思春期精神科専門管理加算のうち、16歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の評価について、初診日から2年を超えて行った場合についても評価を行う。

改定案	現行
<p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関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、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合</p> <p>(1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合</u> 500点</p> <p>(2) (1)以外の場合 ●●点</p>	<p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関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、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） 500点</p>

□ (略)	□ (略)
-------	-------

⑧ 通院・在宅精神療法の見直し

第1 基本的な考え方

精神保健指定医制度の見直しを踏まえ、精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

通院精神療法及び在宅精神療法の口及びハについて、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。

改定案	現行
<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p>(1) <u>精神保健指定医による場合</u> ●●点</p> <p>(2) (1)以外の場合 ●●点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> ●●点</p> <p>② ①以外の場合 ●●点</p> <p>(2) 30分未満の場合</p> <p>① <u>精神保健指定医による場合</u> ●●点</p> <p>② ①以外の場合 ●●点</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p>(1) <u>精神保健指定医による場合</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 400点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点</p>

(2) (1) 以外の場合	●●点	
ハイ及びロ以外の場合	●●点	
(1) 60分以上の場合		
① 精神保健指定医による場合		540点
② ①以外の場合	●●点	
(2) 30分以上60分未満の場合	●●点	
① 精神保健指定医による場合		400点
② ①以外の場合	●●点	
(3) 30分未満の場合	●●点	
① 精神保健指定医による場合		330点
② ①以外の場合	●●点	

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

第1 基本的な考え方

精神科救急医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入院料について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 精神科救急入院料について、名称を精神科救急急性期医療入院料に変更するとともに、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、常勤の精神保健指定医の配置要件について、5名以上から●●名以上に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急急性期医療入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 ●●点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 ●●点</p> <p>3 61日以上90日以内の期間 ●●点</p> <p>[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。（中略）</p> <p>[施設基準] 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の</p>	<p>【精神科救急入院料（1日につき）】</p> <p>1 精神科救急入院料1 イ 30日以内の期間 3,579点 ロ 31日以上90日以内の期間 3,145点</p> <p>2 精神科救急入院料2 イ 30日以内の期間 3,372点 ロ 31日以上90日以内の期間 2,938点</p> <p>[算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。（中略）</p> <p>[施設基準] 十四 精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準</p>

<p>施設基準 イ～ニ (略) ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が●●名以上配置されていること。 へ～ヌ (略) (2) <u>精神科救急急性期医療入院料の対象患者</u> (略) (3) <u>精神科救急急性期医療入院料の注2の除外薬剤・注射薬</u> (略) (4) <u>精神科救急急性期医療入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態</u> (略) (5) <u>精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準</u> (略) (6) <u>精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日</u> (略) 第15 <u>精神科救急急性期医療入院料</u> 1 <u>精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等</u> (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が●●名以上常勤していること。 (3)～(12) (略) (13) <u>当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が●●床以下であ</u></p>	<p>イ～ニ (略) ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が<u>五名</u>以上配置されていること。 へ～ヌ (略) (2) <u>精神科救急入院料の対象患者</u> (略) (3) <u>精神科救急入院料の注2の除外薬剤・注射薬</u> (略) (4) <u>精神科救急入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態</u> (略) (5) <u>精神科救急入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準</u> (略) (6) <u>精神科救急入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日</u> (略) 第15 <u>精神科救急入院料</u> 1 <u>精神科救急入院料に関する施設基準等</u> (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が<u>5名</u>以上常勤していること。 (3)～(12) (略) (13) <u>当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を</u></p>
--	--

ること。

(14) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。

イ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

ウ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間●●件以上又は(12)のアの地域における人口●●万人当たり●●件以上であること。そのうち●●件以上又は●●割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。

エ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(15) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち●●割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉

超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

(新設)

<p>ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）</p>	
<p>(削除)</p>	<p><u>2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</u> (略)</p>
<p>(削除)</p>	<p><u>3 精神科救急入院料 2 に関する施設基準等</u> (略)</p>

2. 精神科急性期治療病棟入院料について、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、当該入院料を算定する病棟の病床数を130床以下に限定する。

改定案	現行
<p>【精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）】</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 ●●点</p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> ●●点</p> <p>ハ <u>61日以上90日以内の期間</u> ●●点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 ●●点</p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> ●●点</p> <p>ハ <u>61日以上90日以内の期間</u> ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>第16 精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 又は2の施設基準</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）】</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>1,997点</u></p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>1,665点</u></p> <p>(新設)</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>1,883点</u></p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>1,554点</u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>第16 精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 又は2の施設基準</p>

<p>カ 当該病棟の病床数は、<u>●●床以下</u>であること。</p>	<p>カ 当該病棟の病床数は、<u>当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下</u>であること。</p>
---------------------------------------	--

3. 精神科救急・合併症入院料について、入院期間に応じた3区分の評価に見直すとともに、入院基本料等加算のうち精神科身体合併症管理加算等、リハビリテーションのうち心大血管疾患リハビリテーション料等及び処置のうち人工腎臓等の費用を包括評価の範囲から除外する。また、常勤の精神保健指定医の配置要件及び実績要件を緩和する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 <u>●●点</u></p> <p>2 <u>31日以上60日以内の期間</u> <u>●●点</u></p> <p>3 <u>61日以上90日以内の期間</u> <u>●●点</u></p> <p>[算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、<u>精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に</u></p>	<p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 <u>3,579点</u></p> <p>2 <u>31日以上</u>の期間 <u>3,145点</u></p> <p>（新設）</p> <p>[算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻</p>

掲げる精神科退院時共同指導料
2、第7部リハビリテーションの
 区分番号H000に掲げる心大
 血管疾患リハビリテーション料、
 H001に掲げる脳血管疾患等
 リハビリテーション料、H001
 -2に掲げる廃用症候群リハビ
 リテーション料、H002に掲げ
 る運動器リハビリテーション料、
 H003に掲げる呼吸器リハビ
 リテーション料、区分番号H00
 4に掲げる摂食機能療法、区分番
 号H007に掲げる障害児（者）
 リハビリテーション料及び区分
 番号H007-2に掲げるがん
 患者リハビリテーション料、第8
 部精神科専門療法、第9部処置の
 区分番号J038に掲げる人工
 腎臓、区分番号J042に掲げる
 腹膜灌流、区分番号J400に掲
 げる特定保険医療材料（区分番号
 J038に掲げる人工腎臓又は
 区分番号J042に掲げる腹膜
 灌流に係るものに限る。）、第10
 部手術、第11部麻酔及び第12部放
 射線治療並びに除外薬剤・注射薬
 に係る費用を除く。）は、精神科
 救急・合併症入院料に含まれるも
 のとする。

[施設基準]

十五の二 精神科救急・合併症入院料
 の施設基準等

(1) 精神科救急・合併症入院料の施設
 基準

イ～ホ (略)

へ 当該病棟を有する保険医療機
 関に、常勤の精神科医が五名以上
 配置され、かつ、当該病棟に常勤
 の精神保健指定医が●●名以上
 配置されていること。

ト～ル (略)

(2)～(6) (略)

酔及び第12部放射線治療並びに
 除外薬剤・注射薬に係る費用を除
 く。）は、精神科救急・合併症入
 院料に含まれるものとする。

[施設基準]

十五の二 精神科救急・合併症入院料
 の施設基準等

(1) 精神科救急・合併症入院料の施設
 基準

イ～ホ (略)

へ 当該病棟を有する保険医療機
 関に、常勤の精神科医が五名以上
 配置され、かつ、当該病棟に常勤
 の精神保健指定医が三名以上配
 置されていること。

ト～ル (略)

(2)～(6) (略)

第16の2 精神科救急・合併症入院料

(1)～(11) (略)

(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。

(削除)

(削除)

イ・ウ (略)

(13) (略)

(14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は●●件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア・イ (略)

【精神科身体合併症管理加算(1日につき)】

[施設基準]

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料(精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番

第16の2 精神科救急・合併症入院料

(1)～(11) (略)

(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く。)件数が年間200件以上又は次の地域における人口1万人当たり2.5件以上であること。

(イ) (略)

(ロ) (略)

イ・ウ (略)

(13) (略)

(14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア・イ (略)

【精神科身体合併症管理加算(1日につき)】

[施設基準]

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料(精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番

号「A311」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。	号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
---	---

4. 精神科急性期医師配置加算1及び3について、精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟において算定可能とするとともに、精神保健指定医の配置に係る要件を設ける。

改定案	現行
<p>【精神科急性期医師配置加算（1日につき）】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 精神科急性期医師配置加算2 イ (略) □ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 ●●点</p> <p>3 精神科急性期医師配置加算3 ●●点</p> <p>三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 イ・ロ (略) ハ <u>精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。</u></p> <p>ニ <u>当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が●●名以上配置されていること。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 精神科急性期医師配置加算2の□の施設基準</p>	<p>【精神科急性期医師配置加算（1日につき）】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 精神科急性期医師配置加算2 イ (略) □ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 <u>500点</u></p> <p>3 精神科急性期医師配置加算3 <u>450点</u></p> <p>三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 イ・ロ (略) ハ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。</p> <p>(新設)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 精神科急性期医師配置加算2の□の施設基準</p>

<p>イ (2)のイを満たすものであること。</p> <p>ロ <u>精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。</u></p> <p>(5) 精神科急性期医師配置加算3の施設基準 イ・ロ (略)</p> <p>ハ (2)のハを満たすものであること。</p> <p>第26の8 精神科急性期医師配置加算</p> <p>6 届出に関する事項</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、2の(2)及び5の(2)の基準を満たしているものとする。</u></p> <p>【精神科救急急性期医療入院料】</p> <p>注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、データ提出加算、<u>精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。)</u>、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、<u>精神科救急急性期医療入院料</u>に含まれるものとする。</p>	<p>(2)のイ及びハを満たすものであること。 (新設)</p> <p>(5) 精神科急性期医師配置加算3の施設基準 イ・ロ (略)</p> <p>ハ (2)のハを満たすものであること。</p> <p>第26の8 精神科急性期医師配置加算</p> <p>6 届出に関する事項 (略)</p> <p>【精神科救急入院料】</p> <p>注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、<u>精神科救急入院料</u>に含まれるものとする。</p>
---	---

5. 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保に係る評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【<u>精神科救急急性期医療入院料</u>】 [算定要件]</p> <p>注2 <u>診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。</u></p> <p>6 <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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の●●に相当する点数）をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>精神科救急医療体制加算1</u> ●●点</p> <p>ロ <u>精神科救急医療体制加算2</u> ●●点</p> <p>ハ <u>精神科救急医療体制加算3</u> ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>十四 <u>精神科救急急性期医療入院料の施設基準等</u></p> <p>(7) <u>精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準</u></p> <p>イ <u>精神科救急医療体制加算1の施設基準</u></p> <p>① <u>当該病棟における病床数が●●床以下であること。ただし、(8)に該当する場合においては、この限りでない。</u></p>	<p>【<u>精神科救急入院料</u>】 [算定要件]</p> <p>注2 <u>診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。</u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>十四 <u>精神科救急入院料の施設基準等</u> (新設)</p>

<p>② <u>当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が●●名以上配置されていること。</u></p> <p>③ <u>精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。</u></p> <p>④ <u>精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ロ <u>精神科救急医療体制加算2の施設基準</u></p> <p>① <u>イの①から③までを満たすものであること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>精神科救急医療体制加算3の施設基準</u></p> <p>① <u>イの①から③までを満たすものであること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療を行う体制が整備されていること。</u></p> <p>(8) <u>精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する厚生労働大臣が定める場合</u> <u>当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟における病床数が●●床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合</u></p> <p>第15 <u>精神科救急急性期医療入院料</u> 5 <u>精神科救急医療体制加算の施設基準等</u> (1) <u>精神科救急医療体制加算1の施設基準</u> ア <u>次のいずれも満たしていること。</u> (イ) <u>「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業</u></p>	<p>(新設)</p> <p>第15 <u>精神科救急入院料</u> (新設)</p>
---	--

(以下、「本事業」という)に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること。

(ロ) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。)が●●名以上配置されていること。

(ハ) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間●●件以上又は以下の地域における人口●●万人当たり●●件以上であること。そのうち●●件以上又は●●割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(本事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。

① 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。)

② 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域

(ニ) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち●●割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

イ 複数の病棟において当該加算の届出を行う場合については、アの(ハ)の「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

ウ 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。

エ 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること。

(2) 精神科救急医療体制加算2の施設基準

ア (1)のアからウまでを満たすこと。

イ 本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。

(3) 精神科救急医療体制加算3の施設基準

ア (1)のアからウまでを満たすこと。

イ 本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。

(4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、●●床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合においては、令和4年3月31日時点で現に旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料を算定している病床に限り、●●床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、

<p><u>当該文書の写しを提出すること。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>● <u>令和四年三月三十一日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の十四の(7)のイの①、ロの①（イの①に限る。）及びハの①（イの①に限る。）に該当するものとみなす。</u></p>	<p>[経過措置] (新設)</p>
---	------------------------

⑩ クロザピンの導入を目的とする 転院患者に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの使用に係る適切な評価を推進する観点から、精神科救急入院料等について、クロザピン導入目的の転院受入れに係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者に、クロザピンの導入を目的として他の保険医療機関から転院した患者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急入院料】 [算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ （略） ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転院した患者</p> <p>(2) （略）</p>	<p>【精神科救急入院料】 [算定要件]</p> <p>(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ （略） ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者</p> <p>(2) （略）</p>

(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア・イ (略)

(4)～(17) (略)

(18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか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。あわせて、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

※ 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。

(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア・イ (略)

(4)～(17) (略)

(18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか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。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

⑪ かかりつけ医等及び精神科医等が連携した 精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

(新) こころの連携指導料（Ⅰ） ●●点

[算定要件]

- (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、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して●年を限度として、患者1人につき月●回に限り算定する。
- (2) 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9 又はK-6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。
- (3) 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。
- (4) 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神

- 科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。
また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (5) 初回の診療等における他の保険医療機関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）の費用は、別に算定できない。
 - (6) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。
 - (2) 当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。
2. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

(新) こころの連携指導料（II） ●●点

[算定要件]

- (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、入院中の患者以外の患者であって、区分番号●●に掲げるこころの連携指導料（I）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して●年を限度として、患者1人につき月●回に限り算定する。
- (2) 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- (3) 当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (4) 初回の診療等における他の保険医療機関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）及び区分番号B01

- 1に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、別に算定できない。
- （5）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- （1）精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- （2）当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

⑫ 救急患者精神科継続支援料の見直し

第1 基本的な考え方

自殺企図患者等に対する効果的な指導に係る評価を推進する観点から、救急患者精神科継続支援料について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

改 定 案	現 行
<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 ●●点</p> <p>2 入院中の患者以外 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に週1回に限り算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後●●を限度として、●●回に限り算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。</p>	<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 435点</p> <p>2 入院中の患者以外 135点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。</p>

<p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) <u>救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師、専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。</u></p> <p>(2) <u>令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているものとする。</u></p>	<p>2 届出に関する事項</p> <p>救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。</p> <p>(新設)</p>
--	---

⑬ 救命救急医療における自殺企図患者等に対する 治療等に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【救命救急入院料（１日につき）】 〔算定要件〕</p> <p>注２ 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、<u>精神疾患診断治療初回加算</u>として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、<u>区分番号A248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。</u></p> <p>イ <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行った場合</u></p>	<p>【救命救急入院料（１日につき）】 〔算定要件〕</p> <p>注２ 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、<u>3,000点を所定点数に加算する。</u>なお、精神疾患診療体制加算は<u>同時に算定できない。</u></p>

<p style="text-align: right;">●●点 ●●点</p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>注10 <u>注2のイに該当する場合であ</u> <u>って、当該患者に対し、生活上の</u> <u>課題又は精神疾患の治療継続上</u> <u>の課題を確認し、助言又は指導を</u> <u>行った場合は、当該患者の退院時</u> <u>に1回に限り、●●点を更に所定</u> <u>点数に加算する。この場合におい</u> <u>て、区分番号1002-3に掲げ</u> <u>る救急患者精神科継続支援料は</u> <u>別に算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>二 救命救急入院料の施設基準等</p> <p>(4) <u>救命救急入院料の注2のイに規</u> <u>定する厚生労働大臣が定める施設</u> <u>基準</u> <u>自殺企図後の精神疾患の患者に対</u> <u>する指導を行うにつき必要な体制が</u> <u>整備されていること。</u></p>	<p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>二 救命救急入院料の施設基準等 (新設)</p>
--	---

① 遺伝学的検査の見直し

第1 基本的な考え方

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、対象疾患を拡大する。

第2 具体的な内容

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。

改 定 案	現 行
<p>【遺伝学的検査】 [施設基準] 1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 (令和4年●月●日保医発●●第●号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患</p> <p>[算定要件] (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。(中略) ア～ウ (略) 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 ① (略) ② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群(中略)、DY</p>	<p>【遺伝学的検査】 [施設基準] 1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」 (令和2年3月5日保医発0305第1号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患</p> <p>[算定要件] (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。(中略) ア～ウ (略) 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 ① (略) ② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群(中略)、DY</p>

T11ジストニア/MDS、DY
T12/RDP/AHC/CA
POS、パントテン酸キナーゼ
関連神経変性症/NBIA1、
根性点状軟骨異形成症1型及
び家族性部分性脂肪萎縮症

③ (略)

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 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、結節性硬化症及び肥厚
性皮膚骨膜炎

② 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

T11ジストニア/MDS、DY
T12/RDP/AHC/CA
POS及びパントテン酸キナ
ーゼ関連神経変性症/NBIA1

③ (略)

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 TNF受容体関連周期性症
候群、中條-西村症候群及び家
族性地中海熱

② 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
欠乏症及び先天性アンチトロ
ンビン欠乏症

症、プラズ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、遺伝性膀胱炎、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）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

③ ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、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coni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・テイビ症候群及びミトコンドリア病

③ ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、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coni貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群及びルビンシュタイン・テイビ症候群

② 遺伝カウンセリングの見直し

第1 基本的な考え方

難病領域において遺伝学的検査に係る遺伝カウンセリングを適切に提供する観点から、他の医療機関の医師と連携し、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について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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、検体検査判断料における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、事前に情報共有を行った上で、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。

改 定 案	現 行
<p>【検体検査判断料】 [算定要件]</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20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。）</u>又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）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。<u>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</u></p>	<p>【検体検査判断料】 [算定要件]</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）</u>を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p>

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。

- (10) 難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。）に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング（以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。）を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。
- ア 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。
- イ 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、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ウ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- エ 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

(新設)

<p><u>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></p> <p><u>オ 当該他の保険医療機関の医師は、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こと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。</u></p> <p><u>カ 事前の診療情報提供については、区分番号「B009」診療情報提供料（I）は別に算定できない。</u></p> <p><u>キ 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。</u></p> <p>(11)～(13) (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>五 <u>遺伝カウンセリング加算の施設基準等</u></p> <p>(1) <u>遺伝カウンセリング加算に関する施設基準</u></p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(2) <u>検体検査判断料の注6に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準</u></p> <p>イ <u>遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>ロ <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>第21 遺伝カウンセリング加算</p> <p>1 (略)</p> <p>2 <u>検体検査判断料の注6に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準</u></p> <p>(1) <u>1に係る届出を行っている保険</u></p>	<p>(10)～(12) (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>五 <u>遺伝カウンセリング加算の施設基準</u></p> <p>(新設)</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>第21 遺伝カウンセリング加算</p> <p>1 (略)</p> <p>(新設)</p>
---	--

<p><u>医療機関であること。</u></p> <p><u>(2) 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。</u></p> <p><u>3 届出に関する事項</u></p> <p><u>(1) (略)</u></p> <p><u>(2) 「2」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。</u></p>	<p><u>2 届出に関する事項</u></p> <p>(略)</p>
---	-------------------------------------

③ 生体移植時における適切な検査の実施

第1 基本的な考え方

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、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や、HTLV-1 核酸検出等の要件を見直す。

第2 具体的な内容

- HTLV-1 感染の診断指針に基づき、HTLV-1 検査を確実に実施できるよう、移植者及び臓器等提供者（いずれも生体部分肺移植、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。）を対象患者に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【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、<u>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。）</u>を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）</p>	<p>【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）</p>

- 臓器等提供者に係る感染症検査に、HTLV-I 抗体定性、HTLV-I 抗体半定量、HTLV-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 核酸検出を追加する。

改 定 案	現 行

<p>【第10部 手術】 [算定要件] <通則> 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</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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、<u>HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定量、HTLV-I抗体、HTLV-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。）</u>。ただし、HTLV-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、<u>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。</u></p> <p>イ～エ (略)</p>	<p>【第10部 手術】 [算定要件] <通則> 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</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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、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（<u>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。</u>）の全部又は一部をいう。</p> <p>イ～エ (略)</p>
--	--

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

第1 基本的な考え方

知的障害を有するてんかん患者に対する診療に係る遠隔連携診療料について、評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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する。

改 定 案	現 行
<p>【遠隔連携診療料】 [施設基準] (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ (略) ロ てんかん(外傷性のてんかん及 <u>び知的障害を有する者に係るもの</u> <u>を含む。)</u>の疑いがある患者</p>	<p>【遠隔連携診療料】 [施設基準] (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ (略) ロ てんかん(外傷性のてんかんを 含む。)の疑いがある患者</p>

2. 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。

改 定 案	現 行
<p>【遠隔連携診療料】 1 <u>診断を目的とする場合</u> ●●点 2 <u>その他の場合</u> ●●点</p> <p>[算定要件] 注1 <u>1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、対面診療を行っている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、診断を目的</u></p>	<p>【遠隔連携診療料】 <u>500点</u></p> <p>[算定要件] 注 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、対面診療を行っている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、診断を目的として、当</p>

的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている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、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

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、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、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●●年を限度として、●●月に1回に限り算定する。

該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている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、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

（新設）

⑤ アレルギー疾患を有する児童等に対する 支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第1 基本的な考え方

アレルギー疾患を有する児童等が安心して安全に学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注7における対象患者に、アレルギー疾患を有する児童等を追加し、学校医等に対して、当該児童等が学校生活等を送るに当たり必要な情報の提供を行った場合について評価する。

改 定 案	現 行
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>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又は<u>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</u>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、診療状況等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。</p> <p>(17) 「注7」に掲げる<u>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</u>については、保</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p>

除医療機関が提供する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IgE抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該義務教育諸学校において患者が生活するに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。なお、食物アレルギー患者については、当該義務教育諸学校からの求めに応じて必要な診療情報を提供した場合に算定する。

⑥ 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

第1 基本的な考え方

難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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。

改 定 案	現 行
<p>【連携強化診療情報提供料】 [算定要件] 注4 <u>注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、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、他の保険医療機関から紹介された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条第1項に規定する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。）について、当該患者を紹介した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（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険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</u></p>	<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 [算定要件] (新設)</p>

<p><u>つき●●回に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>十の一の四 <u>連携強化診療情報提供料の施設基準等</u></p> <p>(4) <u>連携強化診療情報提供料の注4に規定する施設基準</u></p> <p>イ <u>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。</u></p> <p>ロ <u>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。</u></p> <p>① <u>難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）</u></p> <p>② <u>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。）</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>十の一の四 <u>診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等</u> (新設)</p>
---	---

① 小児運動器疾患指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

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について要件を見直す。

第2 具体的な内容

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。

改 定 案	現 行
<p>【小児運動器疾患指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する<u>20歳未満のもの</u>に対し、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、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げ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。</p>	<p>【小児運動器疾患指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する<u>12歳未満のもの</u>に対し、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、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げ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。</p>

【Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実－②】

② 医療的ケア児に対する支援に係る
主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－①」を参照のこと。

【Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実－③】

③ 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る
主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－②」を参照のこと。

【Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実－④】

④ 医療的ケア児に対する支援に係る
医療機関及び児童相談所の連携強化

「Ⅰ－７－③」を参照のこと。

⑤ 造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する 無菌治療管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して無菌治療管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に嚴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。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <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の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。</u></p> <p>イ 無菌治療管理加算1 ●●点</p> <p>ロ 無菌治療管理加算2 ●●点</p> <p>6 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] （新設）</p> <p>5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）地</p>

略) 地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

7 診療に係る費用(注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

8 診療に係る費用(注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

[施設基準]

(9) 小児入院医療管理料の注5に規定する加算の施設基準

イ 無菌治療管理加算1については、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。

ロ 無菌治療管理加算2については、室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。

域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

6 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

7 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

[施設基準]

(新設)

⑥ 時間外における小児患者の緊急入院の 受入体制の評価の新設

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、時間外における小児患者の緊急入院の受入体制を整備している場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注8 <u>当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保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の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>時間外受入体制強化加算1</u> ●●点</p> <p>ロ <u>時間外受入体制強化加算2</u> ●●点</p> <p>9 <u>診療に係る費用（注2、注3及び注8に規定する加算並びに当該</u></p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>5 <u>診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に</u></p>

患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

[施設基準]

(11) 小児入院医療管理料の注8に規定する加算の施設基準

イ 時間外受入体制強化加算1

① 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。

② 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ロ 時間外受入体制強化加算2

① 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。

② イの②を満たすものであること。

対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

[施設基準]

(新設)

⑦ 医療的ケア児等に対する 専門的な薬学管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

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について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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、医師又は薬剤師が、当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、薬局に対して特殊な調剤方法等を文書により情報提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <u>注6 当該病棟に入院している児童福祉法第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又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、●●点を所定点数に加算す</u></p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>

る。

7 診療に係る費用（注2、注3及び注6に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

8 診療に係る費用（注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

9 診療に係る費用（注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 [算定要件] <u>注9 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係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合</u>には、小児特定加算として、●●点を所定点数に加算する。この場合において、注8に規定する加算は算定できない。</p> <p>※ <u>かかりつけ薬剤師指導料についても同様。</u></p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] <u>注6 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又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</u>は、小児特定加算として、1回につき●●点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>

定する加算は算定できない。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

⑨ 不適切な養育等が疑われる小児患者に対する 支援体制の評価の新設

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p><u>注7</u> 患者に対する支援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の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り●●点を所定点数に加算する。</p> <p><u>8</u> 診療に係る費用（注2、注3及び注7に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><u>9</u> 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p><u>5</u> 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><u>6</u> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第</p>

<p>2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>10</u> 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>(10) 小児入院医療管理料の注7に規定する加算の施設基準</u> <u>虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>7</u> 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
---	---

⑩ 小児特定集中治療室管理料の見直し

第1 基本的な考え方

重篤な先天性心疾患を有する新生児に対して、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、小児特定集中治療室管理料について要件及び算定上限日数を見直す。

第2 具体的な内容

- 医療技術の発展により、重篤な先天性心疾患患者の救命率が向上し、高度な周術期管理を必要とする患者の範囲が拡大している実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料の施設基準における患者の受入実績に、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 案	現 行
<p>【小児特定集中治療室管理料】 [施設基準]</p> <p>(5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者、<u>救急搬送診療料を算定した患者又は手術を必要とする先天性心疾患の患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。</u></p>	<p>【小児特定集中治療室管理料】 [施設基準]</p> <p>(5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者又は救急搬送診療料を算定した患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。</p>

- 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、小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を●●日とする。

改 定 案	現 行
<p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（<u>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</u></p>	<p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（<u>児童福祉法第6条の2第2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</u></p>

<p>歳未満の者) に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液浄化(腹膜透析を除く。))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又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする<u>先天性心疾患の新生児にあつては●●日</u>を限度として算定する。</p>	<p>歳未満の者) に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液浄化(腹膜透析を除く。))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又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあつては35日)を限度として算定する。</p>
--	---

⑪ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

慢性肺疾患を伴う低出生体重児について、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及び新生児治療回復室入院医療管理料の算定上限日数を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【新生児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、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にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日（<u>出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては●●日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては●●日</u>）、出生時体重が1,000</p>	<p>【新生児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、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にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、<u>出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日</u>）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>

グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【総合周産期特定集中治療室管理料】
[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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上であつて、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にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては●●日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては●●日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【新生児治療回復室入院医療管理料】
[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、必要があつ

【総合周産期特定集中治療室管理料】
[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、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上で、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にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【新生児治療回復室入院医療管理料】
[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、必要があつ

て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、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にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては●●日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては●●日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、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にあつては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日）を限度として算定する。

⑫ 専門機関との連携分娩管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

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、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。

第2 具体的な内容

地域周産期母子医療センター等の専門機関との連携体制を構築し、妊産婦に対して適切な分娩管理を実施した場合の評価を新設する。

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）

- | | | | |
|-----|---|-------------|-----|
| (新) | 1 | ハイリスク分娩管理加算 | ●●点 |
| | 2 | 地域連携分娩管理加算 | ●●点 |

[対象患者]

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者

ア 40歳以上の初産婦である患者

イ 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。）

ウ 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。）

エ 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]

- (1) 地域連携分娩管理加算は、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局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院

中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

- (2) 地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする。
- (3) 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。
- (4) 対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。

[施設基準]

- (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。
- (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。

⑬ 胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等 に対する多職種による支援の評価の新設

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対して、多職種が共同して、胎児の疾患や出生後に必要となる治療等に関する適切な情報提供等の支援を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【総合周産期特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注3 <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、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] (4) <u>総合周産期特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>【総合周産期特定集中治療室管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

⑭ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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。

第2 具体的な内容

ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者について、現に精神療法を受けている妊産婦に限らず、メンタルスクリーニング検査等により精神科又は心療内科の受診が必要と判断された妊産婦を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産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月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料2】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして</p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産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月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料2】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして</p>

地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内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月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内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であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

⑮ 救急医療管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について、対象となる患者の状態、診療報酬明細書等に記載を求める内容及びその評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 救急医療管理加算について、対象患者の状態のうち熱傷に係る状態を明確化し、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を追加するとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算 1 ●●点</p> <p>2 救急医療管理加算 2 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。(中略)</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>キ <u>広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷</u></p> <p>ク・ケ (略)</p> <p>コ <u>消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態</u></p> <p>サ <u>蘇生術を必要とする重篤な状態</u></p> <p>シ その他の重症な状態</p> <p>(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2) のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい</p>	<p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算 1 950点</p> <p>2 救急医療管理加算 2 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。(中略)</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>キ 広範囲熱傷</p> <p>ク・ケ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>コ その他の重症な状態</p> <p>(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2) のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい</p>

う。	う。
----	----

2. 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。

改 定 案	現 行
<p>[算定要件]</p> <p>(4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからサのうち該当する状態</p> <p>イ (略)</p> <p><u>ウ (2) のイの状態に該当する場合はJCS0の状態、(2) のウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び(2) のキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</u></p> <p>エ (略)</p> <p>(5) 救急医療管理加算 2 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの</p> <p>イ (略)</p> <p><u>ウ (2) のイに準ずる状態に該当する場合はJCS0の状態、(2) のウに準ずる状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び(2) のキに準ずる状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</u></p>	<p>[算定要件]</p> <p>(4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからケのうち該当する状態</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ウ (略)</p> <p>(5) 救急医療管理加算 2 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2) のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p>

<u>エ</u> (略)	<u>ウ</u> (略)
--------------	--------------

⑯ 救急搬送診療料の見直し

第1 基本的な考え方

重篤な患者を高次の医療機関へ搬送している実態や、ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、救急搬送診療料について要件を見直すとともに、当該搬送中の診療について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. ガイドラインに基づいて適切に重症患者を搬送した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] <u>注4 注1に規定する場合であって、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が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(9) <u>「注4」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。</u></p> <p>[施設基準] <u>二の二 救急搬送診療料の注4に規定する施設基準 重症患者の搬送を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

2. 入院患者を転院搬送する場合における救急搬送診療料の算定可否を整理する。

改 定 案	現 行
<p>【救急搬送診療料】 [算定要件]</p> <p>(5) <u>救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。</u></p> <p>(6) <u>入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合においては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。</u></p> <p><u>ア 搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合</u></p> <p><u>イ 救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、患者の搬送を行う場合</u></p> <p>(7)～(9) (略)</p> <p>(10) <u>同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。</u></p>	<p>【救急搬送診療料】 [算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p>(5) <u>当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。</u></p> <p>(6)～(8) (略)</p> <p>(新設)</p>

【Ⅲ－5 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】

① 歯科診療における院内感染防止対策の推進

第1 基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

歯科初診料の施設基準である歯科医師等が受講する研修について、飛沫感染防止対策等の新興感染症の対策に係る研修を追加するとともに、歯周基本治療処置等の廃止に併せて歯科初診料及び歯科再診料の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に通講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>(7) 令和4年3月31日において、</p>	<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 261点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に通講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>(7) 令和2年3月31日において、</p>

現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

【再診料】

1 歯科再診料 ●●点
[算定要件]

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策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おいて、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

現に歯科点数表の初診料の注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6月30日までの間に限り、1の(4)の基準を満たしているものとみなす。

【再診料】

1 歯科再診料 53点
[算定要件]

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策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おいて、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

【Ⅲ－５ 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－②】

② 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

【Ⅲ－５ 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－③】

③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第1 基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、対象患者の年齢の範囲をそれぞれ拡大する。

改 定 案	現 行
<p>【口腔機能管理料】 [算定要件] (1) 口腔機能管理料とは、●●歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略）</p> <p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げ</p>	<p>【口腔機能管理料】 [算定要件] (1) 口腔機能管理料とは、65歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略）</p> <p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げ</p>

<p>る歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する●●歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>る歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>
---	---

【Ⅲ－５ 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－④】

④ 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化

第1 基本的な考え方

歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算について、地域における連携状況を踏まえ、評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

著しく歯科診療が困難な者に対する歯科診療所と病院が連携した歯科診療を推進する観点から、歯科診療特別対応連携加算の対象となる医療機関に、一定の実績を有する病院を追加するとともに、当該加算の施設基準において、他の歯科医療機関との連携体制の整備を求めることを明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】 [算定要件]</p> <p>注10 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、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り●●点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準</p> <p>(1) 次のいずれかに該当すること。</p>	<p>【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】 [算定要件]</p> <p>注10 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、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準</p> <p>(1) 次のいずれかに該当すること。</p>

<p>イ (略)</p> <p>□ 歯科医療を担当する保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p><u>(4) 歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていること。</u></p>	<p>イ (略)</p> <p>□ 歯科医療を担当する<u>診療所である</u>保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

【Ⅲ－５ 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－⑤】

⑤ 歯科固有の技術の評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯冠形成のメタルコア加算について、診療の実態を踏まえ、廃止する。

改定案	現行
【メタルコア加算（歯冠形成（1歯につき））】 [算定要件] (削除) (削除) <u>7</u> ～ <u>9</u> (略)	【メタルコア加算（歯冠形成（1歯につき））】 [算定要件] <u>注7</u> <u>2</u> のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 <u>8</u> <u>2</u> のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 <u>9</u> ～ <u>11</u> (略)

2. 歯周基本治療処置について、診療の内容等も踏まえて廃止するとともに、基本診療料の評価の見直し等を行う。

改定案	現行
【歯周基本治療処置（1口腔につき）】 (削除)	【歯周基本治療処置（1口腔につき）】 10点

3. 区分C2（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、それぞれ技術料の新設等を行う。

改 定 案	現 行
<p>【CAD/CAM冠（1歯につき）】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</p>	<p>【CAD/CAM冠（1歯につき）】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、<u>臼歯に対して</u>歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</p>

(新) チタン冠（1歯につき） ●●点

(新) 磁性アタッチメント（1個につき）

1 磁石構造体を用いる場合 ●●点

2 キーパー付き根面板を用いる場合 ●●点

[算定要件]

有床義歯（区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号M030の2に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。）に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。

4. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、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の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

【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があったものの例】

- (1) CAD/CAMインレー
- (2) 口腔細菌定量検査
- (3) 歯科部分パノラマ断層撮影
- (4) 広範囲顎骨支持型補綴装置埋入手術における画像等手術支援加算
- (5) 顎補綴等の症例に対する直接法における軟質材料の適用拡大
- (6) 先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大
- (7) 永久歯萌出不全に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適用基準の拡大

- (8) チタンによる前歯部レジン前装金属冠
- (9) 歯科麻酔管理料における長時間麻酔管理加算

5. 歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、随時改定の方法などを見直す。

6. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

① 接着冠

(新) 接着冠 (1歯につき)

- | | | |
|----------|-----------|-----|
| <u>1</u> | <u>前歯</u> | ●●点 |
| <u>2</u> | <u>臼歯</u> | ●●点 |

② 根面被覆

(新) 根面被覆 (1歯につき)

- | | | |
|----------|-------------------|-----|
| <u>1</u> | <u>根面板によるもの</u> | ●●点 |
| <u>2</u> | <u>レジン充填によるもの</u> | ●●点 |

③ 歯周疾患処置

改定案	現行
【 <u>歯周病処置 (1口腔1回につき)</u> 】 14点	【 <u>歯周疾患処置 (1口腔1回につき)</u> 】 14点

【その他、評価の見直しを行う技術の例】

- (1) 支台築造印象
- (2) 有床義歯

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－①】

① 地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域支援体制加算】 [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薬局において調剤した場合には、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の●●に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>地域支援体制加算1</u> ●●点</p> <p>ロ <u>地域支援体制加算2</u> ●●点</p> <p>ハ <u>地域支援体制加算3</u> ●●点</p> <p>ニ <u>地域支援体制加算4</u> ●●点</p> <p>[施設基準] 四 <u>地域支援体制加算の施設基準</u></p>	<p>【地域支援体制加算】 [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薬局において調剤した場合には、<u>地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。</u></p> <p>[施設基準] 四 <u>地域支援体制加算の施設基準次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p>

<p>(1) <u>地域支援体制加算 1 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(2) <u>地域支援体制加算 2 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>(1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p> <p>(3) <u>地域支援体制加算 3 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>(1)のハに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(4) <u>地域支援体制加算 4 の施設基準 (2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p>	<p>(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p>
<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、以下の①から③までの 3 つの要件を満たし、かつ、④</u></p>	<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) <u>以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。</u></p> <p>ア <u>調剤基本料 1 を算定する保険薬</u></p>

及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

- ① (略)
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで●●回以上であること。(中略)
- ③ (略)
- ④ 服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで●●回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで●●回以上出席していること。

(2) (1)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
- ・ 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算

(略)

局

(1) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

- ① (略)
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。(中略)
- ③ (略)
- ④ 服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。

(ロ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- ・ 薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算

(略)

<p>(削除)</p> <p>(3)～(25) (略)</p> <p>2 地域支援体制加算2に関する施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料1を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、1の(1)及び(3)から(25)までの基準を満たした上で、以下の①から⑨までの9つの要件のうち●●以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数●●回当たりの実績とする。なお、直近1年間の処方箋受付回数が●●回未満の場合は、処方箋受付回数●●回とみなす。</p> <p>① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が●●回以上であること。</p> <p>② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が●●回以上であること。</p> <p>③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が●●回以上であること。</p> <p>④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が●●回以上であること。</p> <p>⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が●●回以上であること。</p>	<p>イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局</p> <p>(略)</p> <p>(2)～(24) (略)</p> <p>(新設)</p>
---	---

- ⑥ 服用薬剤調整支援料 1 及び 2 の算定回数の合計が●●回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が 1 人の場合の算定回数の合計が計●●回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。（中略）
- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が●●回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に●●回以上出席していること。

(2) (1)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、1の(2)に準じて取り扱う。

(3) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(1)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(1)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(1)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(1)の⑤の外来服薬支援料 1 並びに(1)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳

細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。

(4) (1)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(1)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて●●で除して得た回数以上であるか否かで判定する。

3 地域支援体制加算3に関する施設基準

(新設)

(1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る十分な実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち、④及び⑦を含む●●項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が●●回未満の場合は、処方箋受付回数●●回とみなす。

(2) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

4 地域支援体制加算4に関する施設基準

(新設)

(1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る相当の実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち●●項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が●●回未満の場合は、処方箋受付回数●●回とみなす。

<p>5 届出に関する事項</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>令和4年3月31日時点で地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしていると届出を行っている保険薬局については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。</u></p> <p>(3) <u>令和4年3月31日時点で現に調剤基本料1を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料3のハを算定することとなったものについては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、調剤基本料1を算定しているものとみなす。</u></p>	<p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>1の(1)のアに規定する調剤基本料1を算定する保険薬局の要件については、令和3年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</u></p> <p>(新設)</p>
--	--

2. 地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価を新設する。

(新) 連携強化加算（調剤基本料） ●●点

[算定要件]

注5（地域支援体制加算）に該当する場合であって、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薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。

(2) (1)の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。

イ 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係

団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。

ウ 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。

- (3) 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価 ー②】

② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え監査業務の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【薬剤調製料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。 （1剤につき））</p> <p style="text-align: right;">●●点</p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件]</p> <p>注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の</p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。 （1剤につき））</p> <p>イ 7日分以下の場合 28点</p> <p>ロ 8日分以上14日分以下の場合 55点</p> <p>ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点</p> <p>ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点</p> <p>ホ 31日分以上の場合 86点</p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件]</p> <p>注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。た</p>

所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点
- (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点
- (3) 液剤 45点

ロ (略)

8 長期投薬(14日分を超える投薬をいう。)に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料(区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。)は算定しない。

9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料(区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。)は算定しない。

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤

ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点
- (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点
- (3) 液剤 45点

ロ (略)

8 長期投薬(14日分を超える投薬をいう。)に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。

9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料(区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。)は算定しない。

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料を~~含~~

<p><u>調製料及び調剤管理料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と<u>薬剤調製料及び調剤管理料</u>のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、<u>計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 (削除)</p> <p>オ・カ (略)</p> <p>キ <u>「錠剤を分割する」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。</u></p> <p>ク～コ (略)</p>	<p><u>めた調剤技術料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、<u>一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 オ <u>割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。</u></p> <p>カ・キ (略) (新設)</p> <p>ク～コ (略)</p>
---	--

2. これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

(新) 調剤管理料

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）を調剤した場合（1剤につき）

イ	7日分以下の場合	●●点
ロ	8日分以上14日分以下の場合	●●点
ハ	15日分以上28日分以下の場合	●●点
ニ	29日分以上の場合	●●点
2	1以外の場合	●●点

[算定要件]

- (1) 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
- (2) 1については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。
- (3) 次に掲げる調剤録又は薬剤服用歴の記録等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
 - イ 患者の基礎情報、他に服用中の医薬品の有無及びその服薬状況等について、お薬手帳、マイナポータルの薬剤情報等、薬剤服用歴又は患者若しくはその家族等から収集し、調剤録又は薬剤服用歴に記録すること。
 - ロ 服薬状況等の情報を踏まえ、処方された薬剤について、必要な薬学的分析を行うこと。
 - ハ 処方内容に疑義があるときは、処方医に対して照会を行うこと。
 - ニ 調剤録及び薬剤服用歴を作成し、適切に保管すること。

3. 重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の在り方を見直す。

(新) 重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）

イ	残薬調整に係るもの以外の場合	●●点
ロ	残薬調整に係るものの場合	●●点

[算定要件]

- (1) 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、当該加算は算定できない。
- (2) 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

については、算定しない。

[施設基準]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局とする。

改 定 案	現 行
<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 （削除）</p>	<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 <u>注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 30点</p>
<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 <u>区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注3に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</u></p>	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</u></p>

4. 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合</p>

<p style="text-align: right;">●●点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合</p> <p style="text-align: right;">●●点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合</p> <p style="text-align: right;">●●点</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p style="text-align: right;">●●点</p>	<p style="text-align: right;">43点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合</p> <p style="text-align: right;">57点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合</p> <p style="text-align: right;">43点</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p style="text-align: right;">43点</p>
<p>[算定要件]</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ホ (略)</p> <p>ヘ <u>処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></p> <p>2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u></p> <p>ホ (略) (新設)</p> <p>2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する</p>

<p>特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ホ (略)</p> <p>ヘ <u>処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></p> <p>3・4 (略) (削除)</p> <p><u>5～12 (略)</u></p>	<p>特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u></p> <p>ホ (略) (新設)</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 <u>薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ・ロ (略)</u></p> <p><u>6～13 (略)</u></p>
---	--

5. 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

(新) 調剤管理加算 (調剤管理料)

- イ 初めて処方箋を持参した場合 ●●点
- ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

[施設基準]

重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－③】

③ 薬局における対人業務の評価の充実

第1 基本的な考え方

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対して、当該患者のかかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。
「I－5－⑧」を参照のこと。
2. 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>服薬管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>	<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>薬剤服用歴管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>

<p>り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p>	<p>り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p>
---	---

3. 服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、医療機関に文書により提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬情報等提供料】 1・2 (略) 3 服薬情報等提供料 3 ●●点</p> <p>[算定要件] 注3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</p> <p>4 (略) 5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</p> <p>[施設基準] 十二の二 服薬情報等提供料の注5に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関</p>	<p>【服薬情報等提供料】 1・2 (略) (新設)</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>3 (略) (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

<p style="text-align: center;">当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。</p>	
---	--

4. 多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【外来服薬支援料】</p> <p>1 外来服薬支援料 1 ●●点</p> <p>2 外来服薬支援料 2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに ●●点を加算して得た点数</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 43日分以上の場合 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被</p>	<p>【外来服薬支援料】</p> <p style="text-align: right;">185点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定し</p>

<p><u>包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。</u></p>	<p><u>ている患者については、算定しない。</u></p>
--	---------------------------------

5. 服用薬剤調整支援料2について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2</p> <p>イ <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合</u> ●●点</p> <p>ロ <u>イ以外の場合</u> ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>十一の二 服用薬剤調整支援料2のイに規定する施設基準</u></p> <p><u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u></p>	<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2 <u>100点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

【Ⅲ－６ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－④】

④ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

「Ⅱ－４－③」を参照のこと。

【IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進-①】

① 薬局及び医療機関における 後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 ●●点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 ●●点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 ●●点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の●●に相当する点数）を所定点数に加算する。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 28点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し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薬局において調剤した場合には、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。</p>

<p>イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。</p>	<p>イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。</p>
--	--

2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から●●点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p>

<p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[経過措置]</p> <p>● 第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和●●年●●月●●日までの間に限り、なお従前の例による。</p>	<p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[経過措置]</p> <p>二 第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和二年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。</p>
--	--

3. 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

改 定 案	現 行
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七条の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七条の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分</p>

<p>であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2</p>	<p>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2</p>
--	--

<p>の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が●●以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が●●以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p>	<p>の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が七割五分以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が七割以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p>
---	---

【IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進-②】

② バイオ後続品の使用促進

第1 基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品に関する情報を提供した上で、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。

改 定 案	現 行
<p>【第6部 注射】 通則</p> <p><u>7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、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使用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●●点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>※ <u>外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける。</u></p>	<p>【第6部 注射】 通則 （新設）</p>

【IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等-①】

① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化

第1 基本的な考え方

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。
2. 慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。

改定案	現行
【慢性維持透析患者外来医学管理料】 ●●点	【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,250点

3. アルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を●年間延長する。

改定案	現行
<p>【血液化学検査】 [経過措置]</p> <p>● 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和●年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>● 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの</p>	<p>【血液化学検査】 [経過措置]</p> <p>4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、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。</p> <p>□ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの</p>

【IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等-②】

② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化

第1 基本的な考え方

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

第2 具体的な内容

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

改定案	現行
【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 ●●●点	【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 300点
【排痰補助装置加算】 ●●●点	【排痰補助装置加算】 1,800点

③ 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し

第1 基本的な考え方

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂や、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記することや、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

④ 人工腎臓の評価の見直し

第1 基本的な考え方

包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

人工腎臓においてHIF-PH阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。

改定案	現行
<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合1</p> <p>イ 4時間未満の場合 ●●点</p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 ●●点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 ●●点</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>2 慢性維持透析を行った場合2</p> <p>イ 4時間未満の場合 ●●点</p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 ●●点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 ●●点</p>	<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合1</p> <p>イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,924点</p> <p>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患者に限る。） 2,084点</p> <p>ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,219点</p> <p>ニ 4時間未満の場合（イを除く。） 1,798点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） 1,958点</p> <p>ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,093点</p> <p>2 慢性維持透析を行った場合2</p> <p>イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,884点</p> <p>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患者に限る。） 2,044点</p> <p>ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）</p>

(削除)	ニ <u>4時間未満の場合(イを除く。)</u> <u>2,174点</u>
(削除)	ホ <u>4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。)</u> <u>1,758点</u>
(削除)	ヘ <u>5時間以上の場合(ハを除く。)</u> <u>1,918点</u>
3 慢性維持透析を行った場合 3	3 慢性維持透析を行った場合 3
イ 4時間未満の場合 ●●点	イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)
ロ 4時間以上5時間未満の場合 ●●点	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患者に限る。)
ハ 5時間以上の場合 ●●点	ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)
(削除)	ニ <u>4時間未満の場合(イを除く。)</u> <u>2,048点</u>
(削除)	ホ <u>4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。)</u> <u>1,844点</u>
(削除)	ヘ <u>5時間以上の場合(ハを除く。)</u> <u>1,999点</u>
[算定要件]	[算定要件]
(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。	(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、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。(中略)	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、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用(「イ」から「ハ」までの場合に限る。)は所定点数に含まれており、別に算定できない。(中略)
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	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、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤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適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

[施設基準]

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
(削除)

(1)～(7) (略)

別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン
ダルベポエチン
エポエチンベータペゴル
HIF-PH阻害剤

剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）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適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までのうち、「二」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。

[施設基準]

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

(1) 人工腎臓に規定する患者

HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者

(2)～(8) (略)

別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン
ダルベポエチン
エポエチンベータペゴル
HIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）

【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】

① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

「I-3」を参照のこと。

【Ⅳ－５ 外来医療の機能分化等（再掲）－①】

① 外来医療の機能分化等

「Ⅰ－４」を参照のこと。

【Ⅳ－6 重症化予防の取組の推進－①】

① 透析中の運動指導に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

慢性維持透析患者に対して、透析中に運動等に係る必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
【人工腎臓】 [算定要件] 注14 <u>人工腎臓を実施している患者</u> <u>に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合は、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して●●日を限度として、●●点を所定点数に加算する。</u>	【人工腎臓】 [算定要件] (新設)

② 継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新)	<u>二次性骨折予防継続管理料</u>	
	<u>イ 二次性骨折予防継続管理料 1</u>	●●点
	<u>ロ 二次性骨折予防継続管理料 2</u>	●●点
	<u>ハ 二次性骨折予防継続管理料 3</u>	●●点

[対象患者]

- (1) 大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの
- (2) イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
- (3) イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

[算定要件]

- (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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中●●回に限り算定する。
- (2) ロについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定した

ものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中●●回に限り算定する。

- (3) ハについては、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、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したのものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して●●年を限度として、月●●回に限り算定する。
- (4) イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
- (5) ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- (6) 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]

- (1) 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
- (3) イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
- (4) ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

【Ⅳ－６ 重症化予防の取組の推進－③】

③ 生活習慣病管理料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

④ 高度難聴指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

第2 具体的な内容

高度難聴指導管理料について、人工内耳植込術を行った患者以外の患者に係る算定上限回数を●●回までに変更するとともに、指導を行う耳鼻咽喉科の医師に係る要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については●●回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略) また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。</p>	<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略)</p>

【Ⅳ－６ 重症化予防の取組の推進－⑤】

⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

① 医薬品の給付の適正化

第1 基本的な考え方

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

第2 具体的な内容

医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから●●枚までに変更する。

改定案	現行
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき●●枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず●●枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>

【Ⅳ－７ 医師・病棟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等の推進
－②】

② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

「Ⅰ－７－⑫」を参照のこと。

【Ⅳ－７ 医師・病棟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等の推進
－③】

③ 処方箋料の見直し

「Ⅰ－７－⑬」を参照のこと。

① 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 調剤基本料3のロ（同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に40万回を超える場合）の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が●●以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合に係る要件について、●●%を超える薬局を対象に追加する。
2. 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に●●回を超える又は同一グループの店舗数が●●以上である薬局について、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が●●%以下の場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p>イ 21点</p> <p>ロ 16点</p> <p>ハ ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p>イ <u>同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数3万5千回を超え40万回以下の場合</u> 21点</p> <p>ロ <u>同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合</u> 16点</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準</p>

<p>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が●●以上のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p><u>(5) 調剤基本料3のハの施設基準</u></p> <p><u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に●●回を超える又は同一グループの保険薬局の数が●●以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●●以下であること。</u></p>	<p>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>(新設)</p>
--	---

② 特別調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき●●点を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（連携強化加算）、「注7」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注8」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。ただし、当該点数が●●点未満になる場合は、●●点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき9点を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注7」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。</p>

2. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。

「Ⅲ－６－①」及び「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

3. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。

「Ⅲ－６－③」を参照のこと。

答申書附帯意見（案）

（全般的事項）

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（入院医療）

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

（かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療）

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革)

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

(在宅医療等)

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 11 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器（プログラム医療機器を含む）や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

- 14 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(その他)

- 15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。
- 16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。
- 17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。
- 18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。
- 20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。