令和４年度診療報酬改定の概要について

公益社団法人 日本医師会

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

※　本資料は、ＨＰ掲載後に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

総　　論

令和4年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1．診療報酬　　＋０．４３％

※１　うち、※２～５を除く改定分　＋０．２３％
　　各科改定率　　医科　＋０．２６％
　　歯科　＋０．２９％
　　調剤　＋０．０８％
※２　うち、看護の処遇改善のための特例的な対応　＋０．２０％
※３　うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化　▲０．１０％（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、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、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）
※４　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．２０％
※５　うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来　▲０．１０％
　　なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2．薬価等

①　薬価　　▲１．３５％
※１　うち、実勢価等改定　▲１．４４％
※２　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．０９％

②　材料価格　▲０．０２％

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置７対１の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

令和4年度診療報酬改定について

看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和３年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和３年12月21日）を踏まえ、令和４年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注１）に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を３％程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注２）を創設する。 これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注１）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関
（注２）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

令和４年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応

▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現

▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）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【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

（２）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【重点課題】

【具体的方向性の例】

○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
○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
○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
○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
○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等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（３）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

○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
○医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
○アウトカムにも着目した評価の推進
○重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
○口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
○薬局の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）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

○後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
○費用対効果評価制度の活用
○市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
○医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
○外来医療の機能分化等（再掲）
○重症化予防の取組の推進
○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
○効率性等に応じた薬局の評価の推進

令和４年度診療報酬改定の基本方針［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

1．改定に当たっての基本認識①

《新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応》

○　我が国の医療制度は、これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ機能の充実等の取組を進めてきた。今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における外来・入院・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性が改めて認識された。

○　まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注いでいくことが重要である。その上で、今般の経験を踏まえ、今後、新興感染症等が発生した際に、病院間等の医療機関間の役割分担や連携など、関係者が連携の上、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えるなど円滑かつ効果的に対応できるような体制を確保していく必要がある。加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できるよう、引き続き、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要がある。

《健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現》

○　同時に、我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに、既に減少に転じている現役世代（生産年齢人口）は、2025年以降、更に減少が加速していく。

○　このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。このような考え方の下、これまで数次の診療報酬改定を行ってきたところであり、このような視点は今回も引き継がれるべきものである。

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

１．改定に当たっての基本認識②

《患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現》

○　地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、患者が安心して医療を受けることができる体制を構築し、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要である。

○　また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、医療技術の進歩など、医療を取り巻く状況を踏まえると、医師等の働き方改革等について、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等が高い専門性を発揮できる環境の整備を加速させるとともに、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等）が、医療のかかり方の観点も踏まえ、それぞれの担う役割を実現することが必要である。

○　さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。社会全体として、ICTの進歩やデジタル基盤の整備が進み、クラウドベースで、安全かつ拘束に情報を共有・連携することが可能な時代になってきており、個別にシステムを整備するよりも低いコストで運用可能となってきているという指摘もある。こうした背景を踏まえて、医療分野におけるICTの利活用をより一層進め、電子カルテ情報の標準化など、デジタル化された医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組の推進等により、質の高い医療サービスを実点していく必要がある。

○　加えて、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けることを通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

1．改定に当たっての基本認識③

《社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和》

○　制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、こうした社会経済の新たな流れにも対応しながら、経済・財政との調和を図りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。

○　そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針2021」や「成長戦略実行計画（2021年）」等を踏まえつつ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響にも配慮しつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要である。

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

２. 改定の基本的視点と具体的方向性①

○　平成30年度の診療報酬と介護報酬の同時改定では、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示すものとして、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定が行われ、令和２年度診療報酬改定では、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、重点課題として医師等の働き方改革等の推進に取り組んだ。

○　令和４年度診療報酬改定に当たっては、こうしたこれまでの改定の流れを継承しながら、今般の新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応を行うことが重要である。その際、補助金等の予算措置を含めた新興感染症等への対応の全体的な視点の中で、診療行為に対する対価である診療報酬の在り方を考えていくことが必要である。

○　あわせて、デジタル化等の社会経済の新たな流れにも対応した効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築に向けた取組を進める必要がある。

（１）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【重点課題】

《基本的視点》

○　今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、局所的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築等の地域医療の様々な課題が浮き彫りとなった。

○　こうした中、新型コロナウイルス感染症患者への対応についてみても、重症者に対応する医療機関、中等症患者に対応する医療機関、快復後の患者に対応する後方支援医療機関、自宅・宿泊療養患者への医療を提供する医療機関、発熱患者等に対応する診療・検査医療機関、新型コロナウイルス感染症患者以外の患者も含め救急医療その他の通常医療に対応する医療機関など、各々の医療機関等がその機能に応じ地域医療を守るための役割を果たしており、かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした外来医療や在宅医療を含め、地域医療全体を視野に入れ、適切な役割分担の下、必要な医療を面として提供することの重要性も再認識された。

○　当面、まずは足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き対応していくことが重要である。今後の新興感染症等の感染拡大時にも機動的な対策を講じられるよう、医療法の改正により都道府県が策定する医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されたところであり、今後、平時からの取組・感染拡大時の取組等について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備がなされていくことも必要である。

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

２．改定の基本的視点と具体的方向性②

（１）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【重点課題】

《基本的視点（続き）》

○　一方で、その間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、労働力人口の減少によるマンパワーの誓約も一層厳しくなりつつあることや、各地域において、こうした実態を見据えつつ、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を維持していくため、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、中長期的な状況や見通しは変わっていない。

○　同時に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することは引き続き重要な課題であり、そのために、質の高い在宅医療・訪問看護を確保するとともに、急変時の救急医療体制等の確保を含め医療機関間・医療介護間等の連携の取組を推進することが重要である。

○　こうしたことから、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、今回の診療報酬改定においても、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を引き続き着実に進めることが必要である。

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

２．改定の基本的視点と具体的方向性③

（１）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【重点課題】

《具体的方向性の例》

○ 当面、経済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

・ 新型コロナウイルス感染症患者の診療について実態に応じた評価を行いつつ、外来、入院、在宅における必要な診療体制を確保。

○ 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

・ 平時からの感染症対策に係る取組が広く実施されるよう、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。

・ 今般の新型コロナウイルス感染拡大時における経験を踏まえ、主に重症患者等を受け入れる急性期病棟等について、感染拡大時における対応も見据えつつ平時からの体制・機能強化を推進。

○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、更なる包括払いの在り方を検討。

○ 外来医療の機能分化等

・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。

・ 外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

２. 改定の基本的視点と具体的方向性④

（１）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【重点課題】

《具体的方向性の例（続き）》

○ 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

・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、総合的・継続的な診療を行うとともに、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望にも配慮した診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。

・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進。

○ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

・ 中長期的には在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会等との連携、及び医療・介護の切れ目のない、地域の実情に応じた提供体制の構築等を推進し、効率的・効果的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導等の提供体制を確保。

・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進するとともに、外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。（再掲）

○ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

・ 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導、その他の地域の保健・福祉・教育・行政等の関係機関との連携も含め、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。

令和４年度診療報酬改定の基本方針［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

２. 改定の基本的視点と具体的方向性⑤

（２）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の推進【重点課題】

《基本的視点》

○　地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革等を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。

○　医師等の働き方改革等に関しては、2024年（令和６年）４月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、先般の医療法改正も踏まえ、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。

○　地域医療介護総合確保基金においては、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業に対して財政支援を実施している。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。また、令和２年度診療報酬改定では、新たに地域医療の確保を図る観点から、早急に対応が必要な救急医療体制等の評価も行ったところ。

○　時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年４月に向けての準備期間も考慮すると、実質的に最後の改定機会であることも踏まえ、引き続き、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、実効性ある取組について検討する必要がある。

《具体的方向性の例》

○　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

○　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

○　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

- ICTを活用した医療連携の取組を推進
- 届出・報告の簡略化、業務の効率化・合理化を推進

○　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

○　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き上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑥

（３）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

《基本的視点》

○　患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、デジタル化への対応、イノベーションの推進、不妊治療の保険適用などをはじめとした新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

○　また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

《具体的方向性の例》

○　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

- 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
- 患者の安心・安全を確保するため、臨床上必要性が高い医薬品の安定供給の確保を推進。
- 革新的な医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。
- 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のための取組を推進。

○　医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- 初診を含めたオンライン診療について、患者ニーズを踏まえた適切な普及・促進を図る中で、安全性と信頼性の確保を前提に適切に評価。
- 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を進めるとともに、医療の質を向上させるため、データを収集・利活用したエビデンスに基づく評価を推進。

○　アウトカムにも着目した評価の推進

- 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進

○　重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価

- 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な適切な評価
- 質の高いがん医療の評価　・　認知症の者に対する適切な医療の評価
- 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
- 難病患者に対する適切な医療の評価　・　小児医療、周産期医療、救急医療の充実

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

２. 改定の基本的視点と具体的方向性⑦

（４）効率的・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

《基本的視点》

○　高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。

○　医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められている。

《具体的方向性の例》

○　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

・　後発品の使用促進について、安定供給の確保の状況等を踏まえつつ、「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」という新目標を実現するため、更に取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。

○　費用対効果評価制度の活用

・　革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。

○　市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

・　医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。その際、長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保にも留意しつつ図る。

・　エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。

令和４年度診療報酬改定の基本方針 ［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

２. 改定の基本的視点と具体的方向性⑧

（４）効率的・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

《具体的方向性の例（続き）》

○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）

・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。

○ 外来医療の機能分化等（再掲）

・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。

○ 重症化予防の取組の推進

・ 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防。（再掲）

○ 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

・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応や、適正使用のための長期処方の在り方への対応、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策の検討等医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進するとともに、OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点から更なる対応を検討。

・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

○ 効率性等に応じた薬局の評価の推進

・ 薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。（再掲）

・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえつつ、薬局の評価の適正化等を推進。

令和４年度診療報酬改定の基本方針［令和3年12月10日 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）］

３．将来を見据えた課題

○　団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、高齢者化の進展に併せて、サービスの担い手（生産年齢人口）が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域包括ケアシステムの構築はもちろん、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。その際、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防・健康づくりに関するモデル事業」も実施されているところであり、今後、その結果や、かかりつけ医機能を含む外来機能の明確化・連携等を更に進めていく方策の検討等も踏まえつつ、地域資源の実情に即した取組を推進すべきである。

○　我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

○　患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくとともに、国民の制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して医療制度に関する丁寧な説明を行っていくことが必要である。

診療報酬改定の流れ

《診療報酬改定の役割分担》
① 予算編成過程を通じて内閣が改定率を決める
② 社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）が「診療報酬改定の基本方針」を策定
③ ①②を踏まえ、中医協において、個々の具体的な診療報酬点数の設定を決める

医療費総額の決定

内 閣

○ 予算編成過程を通じて改定率を決定

※ 改定のたびに対応すべき項目が具体化され、財源も紐付きとなって、中医協の裁量が縮小している

医療政策の方針決定

社会保障審議会
医療保険部会・医療部会

○ 基本的な医療政策について審議
○ 診療報酬改定に係る「基本方針」を策定

医療費分配の決定

中 医 協

○ 改定率を所与の前提とし、医療保険部会・医療部会で決定された「改定の基本方針」に基づき審議
○ 個別の診療報酬項目に関する点数設定や算定条件等について議論
国民の声：パブリックコメント募集
公聴会の開催

※ 診療報酬改定は、中医協でエビデンスに基づく評価がなされ、さらには前回の改定結果を調査・検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立している

令和4年度診療報酬改定の大まかな流れ

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応
診療報酬上の特例、補助金

令和3年

社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）

9月～12月　診療報酬改定の基本方針の議論
12月10日 令和4年度診療報酬改定の基本方針の策定

内　閣

看護処遇改善　＋0.2%
リフィル処方箋　▲0.1%
不妊治療の保険適用　＋0.2%
小児感染防止対策加算▲0.1%

12月22日　予算大臣折衝を踏まえ、診療報酬の改定率、改革を着実に進める7つの課題を決定

令和4年

厚生労働大臣

1月14日
中医協に対し、
・ 内閣が決定した「診療報酬改定について」
・ 社会保障審議会で策定された「令和4年度診療報酬改定の基本方針」
に基づき行うよう諮問

厚生労働大臣

【公益裁定（1月26日）】
・重症度、医療・看護必要度
・オンライン診療

3月　診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中医協

令和2年度
「答申書」附帯意見に基づく検証調査等の実施

〔第1シーズン〕7月～9月
コロナ・感染症対応・外来・在宅・入院・個別事項・歯科・調剤 → 9月8日 中間とりまとめ
〔第2シーズン〕10月～1月
外来・入院・在宅・個別事項・歯科・調剤
薬価制度・保険医療材料制度・費用対効果評価制度改革
改定の基本方針を踏まえた対応

5月～7月 医療経済実態調査の実施
11月24日 医療経済実態調査の結果報告
12月 2日 消費税率10%補てん状況把握結果
12月 3日 薬価調査・材料価格調査の速報報告
医療経済実態調査結果に対する見解
12月 8日 診療報酬改定に関する両側の見解
12月10日 診療報酬改定への意見　中医協→厚労大臣

1月14日　厚生労働大臣の諮問を受け、
具体的な診療報酬点数設定に係る審議
「令和4年度改定に係るこれまでの議論の整理」
パブリックコメント募集～1月21日
1月21日　公聴会の開催（オンライン形式）
1月26日～2月9日　個別改定項目（短冊）の集中審議
2月9日　厚生労働大臣に対し、改定案を答申

令和4年4月1日　施行

前回、令和2年度「答申書」附帯意見（20項目）①

令和2年2月7日　中央社会保険医療協議会

（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ものとなるよう検討すること。

（働き方改革）

2　医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（入院医療）

3　一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、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等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。

4　救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（DPC／PDPS）

5　急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

（かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等）

6　かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と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について引き続き検討すること。

7　地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。

8　妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。

9　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について引き続き検討すること。

10　依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

11　オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

前回、令和2年度「答申書」附帯意見（20項目）②

令和2年2月7日　中央社会保険医療協議会

（医薬品の適正使用）

12　重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。

13　AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物学薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。

14　病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

（歯科診療報酬）

15　院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、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。

16　口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

17　調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、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、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための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）

18　バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や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。

（医療技術の評価）

19　医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

（その他）

20　医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施

【診療報酬改定結果検証部会】

令和2年度と3年度の2か年に分けて実施。経過措置が設けられているなど改定の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要な項目については令和3年度に実施

《令和2年度実施》

（1）かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その1）
（2）精神医療等の実施状況調査（その1）
（3）在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
（4）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その1）
（5）後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

《令和3年度実施》

（6）かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その2）
（7）精神医療等の実施状況調査（その2）
（8）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その2）
（9）かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
（10）かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
（11）後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

中央社会保険医療協議会（中医協）について

《社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）》
第1条　厚生労働省に、中央社会保険医療協議会（以下「中央協議会」という。）を置く。
２　各地方厚生局（地方厚生支局を含む。）に、地方社会保険医療協議会（以下「地方協議会」という。）を置く。

【所掌事務】

◇　中央社会保険医療協議会は、診療報酬点数の改定等について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議答申するほか、自ら厚生労働大臣に建議することができる。

【三者構成】

◇　支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整するという、いわゆる「三者構成」をとっている。任期は2年（3期6年が上限）。

①	支払側委員（保険者、被保険者の代表）	7名
②	診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師の代表）	7名
③	公益代表	6名（国会同意人事）

◇　会長は、公益代表から委員の選挙にて1人置く。
◇　中央協議会の公益を代表する委員は、会議の日程及び議題その他の中央協議会の運営に関する事項について協議を行い、支払側委員、診療側委員は、その協議の結果を尊重するものとする。

【専門事項の審議】

◇　厚生労働大臣は、専門の事項を審議するため必要があると認めるときは、その都度、各10人以内の専門委員（大臣任命）を置くことができる。

中医協　委員名簿

令和３年11月5日現在

代表区分	氏名	現役職名
１．健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員 ７名	安藤伸樹	全国健康保険協会理事長
	松本真人	健康保険組合連合会理事
	佐保昌一	日本労働組合総連合会総合政策局長
	間宮　清	日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員
	眞田　亨	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
	鈴木順三	全日本海員組合総務局長
	末松則子	三重県鈴鹿市長
２．医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 ７名	城守国斗	日本医師会常任理事
	長島公之	日本医師会常任理事
	江澤和彦	日本医師会常任理事
	島　弘志	全日本病院協会会長
	池端幸彦	日本慢性期医療協会副会長
	林　正純	日本歯科医師会常務理事
	有澤賢二	日本薬剤師会常務理事
３．公益を代表する委員 ６名	秋山美紀	慶應義塾大学環境情報学部教授
	飯塚敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	◎小塩隆士	一橋大学経済研究所教授
	関ふ佐子	横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授
	永瀬伸子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	中村　洋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
４．専門委員 １０名	羽田健一郎	長野県長和町長
	吉川久美子	日本看護協会常任理事
	中村春基	チーム医療推進協議会代表
	田村文誉	日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授
	赤名正臣	エーザイ株式会社常務執行役
	石牟禮武志	アステラス製薬株式会社上席執行役員渉外部長
	村井泰介	株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長
	堀之内晴美	東レ株式会社常任理事
	林　利史	エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長
	青木幸生	丸木医科機器株式会社参与

◎印：会長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会　総会（昭和25年設置）

報告

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、中医協の議決により設置

診療報酬改定結果検証部会

所掌：診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置：平成17年
会長：永瀬伸子（お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授）
委員：公益委員のみ
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 6回
平成27年度 4回
平成28年度 3回
平成29年度 3回
平成30年度 3回
令和元年度　2回
令和 2年度　3回

薬価専門部会

所掌：薬価の価格算定ルールを審議
設置：平成2年
会長：中村洋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授）
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度3回
平成27年度13回
平成28年度13回
平成29年度15回
平成30年度7回
令和元年度13回
令和 2年度12回

費用対効果評価専門部会

所掌：医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置：平成24年
会長：飯塚敏晃（東京大学大学院経済学研究科教授）
委員：支払：診療：公益＝6：6：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度　8回
平成27年度 10回
平成28年度　5回
平成29年度 11回
平成30年度　3回
令和元年度　0回
令和 2年度　0回

保険医療材料専門部会

所掌：保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置：平成11年
会長：関ふ佐子（横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授）
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度　4回
平成27年度　9回
平成28年度　1回
平成29年度12回
平成30年度　6回
令和元年度 10回
令和 2年度　0回

報告

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき中医協の議決により設置

診療報酬基本問題小委員会

所掌：基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置：平成3年
会長：小塩隆士（一橋大学経済研究所教授）
委員：支払：診療：公益＝5：5：6
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度7回
平成27年度9回
平成28年度3回
平成29年度7回
平成30年度4回
令和元年度5回
令和 2年度4回

調査実施小委員会

所掌：医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置：昭和42年
会長：秋山美紀（慶應義塾大学環境情報学部教授）
委員：支払：診療：公益＝5：5：4
開催：調査設計で開催
平成26年度3回
平成27年度1回
平成28年度3回
平成29年度1回
平成30年度3回
令和元年度1回
令和 2年度3回

聴取　意見

診療報酬調査専門組織

所掌：診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置：平成15年　　委員：保険医療専門審査員

■**医療技術評価分科会**　時期：年1回程度
会長：福井次矢（東京医科大学茨城医療センター　病院長）

■**医療機関のコスト調査分科会**　時期：年1回程度
会長：田中滋（慶應義塾大学名誉教授）　（平成29年8月18日退任）

■**医療機関等における消費税負担に関する分科会**
会長：飯塚敏晃（東京大学大学院経済学研究科教授）

■**入院医療等の調査・評価分科会**
会長：尾形裕也（九州大学名誉教授）

聴取　意見

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌：新薬の薬価算定等についての調査審議
設置：平成12年
委員長：前田慎（横浜市立大学医学部消化器内科 主任教授）
委員：保険医療専門審査員
時期：4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌：特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議
設置：平成12年
委員長：：小澤壯治（多摩丘陵病院副院長）
委員：保険医療専門審査員
時期：4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

費用対効果評価専門組織

所掌：医薬品及び医療機器の費用対効果評価について調査審議
設置：平成28年
委員長：田倉智之（東京大学大学院医学系研究科特任教授）
委員：保険医療専門審査員
時期：1年に数回程度

令和4年度診療報酬改定の流れ①

〔中医協　医療経済実態調査〕
令和3年11月24日　医療経済実態調査結果の報告
令和3年12月　3日　医療経済実態調査結果に対する両側の見解

〔中医協　薬価調査・保険医療材料価格調査〕
令和3年12月　3日　薬価調査・特定保険医療材料価格調査（速報値）
《平均乖離率》
薬価：約7．6%（前回：8．0%）
特定保険医療材料：約3．8%（前回：5．8%）

〔社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）〕
令和3年12月10日　令和4年度診療報酬改定の基本方針
《改定の基本的視点と具体的方向性》
（1）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【重点課題】
（2）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の推進【重点課題】
（3）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
（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

〔中医協　診療報酬改定に関する基本的見解〕
令和3年12月　8日　令和4年度診療報酬改定に関する両側の考え方
令和3年12月10日　令和4年度診療報酬改定について
中医協としてとりまとめ厚生労働大臣に意見具申（両論併記）

令和4年度診療報酬改定の流れ②

〔内閣〕

令和3年12月22日　予算編成過程で、診療報酬改定、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から中医協での議論を踏まえて、改革を着実に進める7項目を決定

1．診療報酬　＋0．43%

※1 うち、※2～5を除く改定分　＋0．23%（医科：＋0．26%、歯科：＋0．29%、調剤：＋0．08%）

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応＋0．20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化▲0．10%（症状が安定している患者に ついて医師の処方により、医療機関に行かずとも、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、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応＋0．20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来▲0．10%

2．薬価等　①薬価　▲1．35%　※1 うち、実勢価等改定▲1．44%

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応＋0．09%

②材料価格　▲0．02%

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中医協での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

令和4年度診療報酬改定の流れ③

【厚生労働大臣】

令和4年1月14日　中医協に対して以下に基づき答申を行うよう諮問

①予算大臣折衝を踏まえ内閣が決定した改定率、中医協での議論も踏まえて改革を着実に進める7つの課題

②社会保障審議会 医療保険部会・医療部会が策定した「改定の基本方針」

中医協におけるこれまでの議論の整理を公表し、パブリックコメントを募集

〔中医協〕

令和4年1月14日～1月21日　パブリックコメント募集（688人から延べ3,282件の意見）

令和4年1月21日　公聴会をオンライン形式で開催

（公募による意見発表希望者から公益委員が選定した12名から発表

令和4年1月26・28日・2月2日　個別改定項目（短冊）を集中審議

《中医協》

◎前回改定「答申書」附帯意見（20項目）に基づく検討

・検証調査（11項目）、医療経済実態調査、薬価調査、特定保険医療材料価格調査
・外来、在宅、入院医療、個別事項、横断的事項、コロナ・感染症対応、不妊治療の保険適用
・薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度　等
・診療報酬上のコロナ特例措置

［総会］
［薬価専門部会］
［保険医療材料専門部会］
［費用対効果評価専門部会］［合同部会］
［診療報酬改定結果検証部会］
［診療報酬基本問題小委員会］
［調査実施小委員会］
［調査専門組織］
　・医療技術評価分科会
　・入院医療等の調査・評価分科会
　・医療機関等における消費税負担に関する分科会
国民の声：パブコメ、公聴会

※2年度で137回開催

令和4年2月9日　厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申
（附帯意見：20項目）

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）①

《外来医療》

【7月7日（その1）】
◆かかりつけ医機能・医療機関連携、生活習慣病対策、大病院受診の適正化、オンライン診療

【10月20日（その2）】
◆かかりつけ医機能：地域包括診療料・地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料
◆医療機関間の連携：診療情報提供料（Ⅲ）
◆生活習慣病管理料
◆耳鼻咽喉科診療

【11月12日（その3）】
◆外来機能分化の推進：①紹介状なしで受診する場合等の定額負担、②紹介・逆紹介の推進、
③医療資源を重点的に活用する外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価

【12月17日（その4）】
◆かかりつけ医機能に係る評価：機能強化加算、小児かかりつけ診療料

【12月22日（その5）】
◆診療におけるICTの活用：
オンライン診療：①初診・再診における取扱い・評価のあり方（対象患者、算定要件、施設基準等）、
②医師の所在、③医学管理の取扱い・評価のあり方、④オンライン在宅管理の取扱い・評価のあり方
オンライン資格確認、電子処方箋

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）②

《在宅医療》

【8月25日（その1）】
◆在宅医療を取りまく現状、在宅医療領域における取組等、在宅医療に係る診療報酬上の評価

【10月13日（その2）】
◆継続診療加算、在宅療養支援診療所在支診・在宅療養支援病院在支病、外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携、在宅ターミナルケア加算

【10月27日（その3）】
◆訪問看護：①専門性の高い看護師による同行訪問、②理学療法士等による訪問看護、③小児の訪問看護における関係機関等との連携

【11月10日（その4）】
◆緊急往診加算、在宅がん医療総合診療料、救急搬送診療料
◆在宅歯科医療：①歯科訪問診療において提供される医療、②在宅療養支援歯科診療所、③在宅歯科医療における他職種との連携

【11月26日（その5）】
◆訪問看護：提供体制、利用者の状態に応じた充実

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）③

《入院医療　①》

【8月25日（その1）】
◆入院医療をとりまく環境、入院医療と医療費、入院医療に係る診療報酬上の評価
◆急性期入院医療、回復期入院医療、慢性期入院医療、入院医療における他の取組

【11月10日（その2）】
◆急性期入院医療：①重症度、医療・看護必要度、急性期入院医療の評価、重症患者の対応
◆高度急性期医療：①重症度、医療・看護必要度、人員配置等

【11月12日（その3）】
◆回復期入院医療
①地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、②回復期リハビリテーション病棟入院料、
③特定機能病院におけるリハビリテーション
◆入院横断的個別事項
①データ提出加算・診療録管理体制加算、②入退院支援、③救急医療管理加算、④治療早期からの回復に向けた取組、⑤病棟における栄養管理、⑥周術期における褥瘡対策

【11月19日（その4）】
◆慢性期入院医療
①療養病棟入院基本料（総論、入院料毎の患者の状態等、医療区分・ADL区分）
②障害者施設等入院基本料等（脳卒中患者に対する医療的な状態等の差異）
③緩和ケア病棟入院料（緩和ケア病棟入院料の概要、がん患者疼痛に係る数字等を用いた評価）
④有床診療所入院基本料

【11月24日（その5）】
◆DPC／PDPS
①他院から転院した患者、②発症からの日数によって病態が変わる疾患、
③DPC制度における3段階の評価のあり方
◆短期滞在手術等基本料
①一定程度治療法が標準化され短期間で退院が可能となる手術等の評価のあり方
②短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類を含めた評価のあり方

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）④

《入院医療　②》

【12月1日（その6）】

◆急性期入院医療

①急性期入院医療を担う医療機関の役割

②充実した急性期医療を担っている医療機関に対する評価のあり方

※　急性期一般入院料1を届出している医療機関における治療室ほかの入院料の届出状況、救急搬送受入件数、手術（緊急手術等を含む）等の実績、平均在院日数、自他院病棟への転棟率等の実態、感染防止対策加算、認知症ケア加算、精神科リエゾンチーム加算の届出状況等を踏まえて

◆高度急性期入院医療

①重症患者対応の評価：人工呼吸器やECMO等を実施する場合に専門性の高い看護師や臨床工学技士が手厚く配置された上で、専門的なケア・技術を実施している実態

②その他：より長期の集中治療管理が必要となる場合、Tele－ICUによるICU内死亡リスクと院内死亡リスクの低下

【12月10日（その7）】

◆地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

※　求められる3つの役割について病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用のあり方が異なることを踏まえた評価のあり方

◆医療資源の少ない地域

※　これまでの経緯や考え方等を踏まえつつ、その特性に配慮した評価のあり方

◆退院患者調査（DPCデータ）

※　個人単位の被保険者番号データの提出等によるDPCデータにおけるDB間の連結精度向上に向けた取組

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）⑤

《入院医療　③》

【12月17日（その8）】

◆急性期入院医療

一般病棟用／治療室用の重症度、医療・看護必要度シミュレーション（案）

※　これまでの議論を踏まえ、施設基準の見直しに用いることを念頭に、該当患者割合のシミュレーションを行うための条件設定

〔一般病棟用（必要度Ⅰ・Ⅱ共通）〕

① 急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための項目の見直し
② 管理に係る実態をより適切に評価するための配点方法の変更
③ 急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための項目の内容の見直し

〔治療室用（特定集中治療室用・ハイケアユニット用共通）〕

① 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための項目の見直し
② 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための評価票の見直し
③ 一般病棟用にならい、項目の内容の見直し

【1月12日（その9）】

◆急性期入院医療

一般病棟用／治療室用の重症度、医療・看護必要度シミュレーション結果を踏まえた施設基準の設定

〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度〕

●項目の見直し（A項目「心電図モニターの管理」→削除、B項目「衣服の着脱」→削除）
●配点方法の変更（A項目「輸血や血液製剤の管理」の点数）
●項目の内容の見直し（A項目「点滴ライン同時3本以上の管理」の薬剤種類数、C項目「骨の手術」の日数）

〔特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度〕

●高度急性期入院医療を要する患者の状態の見直し
　A項目「心電図モニターの管理」、B項目を除いた上で、判定基準を「A項目3点以上」に見直す
●レセプト電算処理システムコードを用いた評価を導入し、合わせて各入院料における該当患者割合について現行との差の実態を踏まえた設定にする

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）⑥

《個別事項①》

【7月21日（その1）】
- ◆医薬品の適切な使用の推進：取組、後発医薬品、バイオ後続品、フォーミラリー
- ◆働き方改革の推進：前回改定の評価、タスクシェア・タスクシフト、医療従事者の負担軽減等、地域全体での取組等
- ◆不妊治療の保険適用：これまでの実態、生殖医療ガイドライン、保険適用に向けた検討

【10月22日（その2）】
- ◆がん対策：外来化学療法、栄養食事指導、がんゲノムプロファイリング検査、放射線内用療法
- ◆難病対策等：医療機関間の連携に係る評価の在り方
- ◆アレルギー疾患対策：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

【11月5日（その3）】
- ◆精神医療：現状、地域精神保健医療体制、精神科個別事項
- ◆療養・就労両立支援等：療養・就労両立支援、がん患者に対する心理的支援

【11月17日（その4）】
- ◆不妊治療の保険適用②：ヒアリング、保険適用の対象となる医療技術等の範囲（対象患者・年齢制限・回数制限、着床前診断、施設基準等）、運用課題
- ◆リハビリテーション：疾患別リハの適切な実施、摂食嚥下支援加算、慢性維持透析患者のリハビリ

【11月19日（その5）】
- ◆小児医療：小児急性期医療体制、小児高度急性期医療体制、医療機関間連携
- ◆周産期医療：現状、ハイリスク分娩管理、妊産婦の支援
- ◆精神科救急医療：病床数上限、実績要件、対象疾患・状態等

【11月26日（その6）】
- ◆データ提出等：現状、外来診療等に係るデータ、医療情報システム
- ◆診療報酬明細書の記載：選択式コメント記載コード、検査値データ
- ◆自殺対策等：孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策、救急現場の自殺対策

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）⑦

《個別事項②》

【12月3日（その7）】
◆技術的事項①：医療技術の評価、報告書の確認不足に対する医療安全対策、慢性維持透析、在宅腹膜灌流、在宅血液透析

【12月8日（その8）】
◆後発医薬品：骨太の方針を踏まえた今後の対応
◆医薬品の適切な使用の推進：フォーミュラリ、分割調剤、薬剤給付の適正化
◆働き方改革の推進②：現状等、医師事務作業補助体制加算、手術・処置の時間外等加算、医療機関における薬剤師業務に係る評価、特定行為研修修了者の活用、看護職員の処遇改善と負担軽減、ICTの活用、地域医療体制確保加算

【12月10日（その9）】
◆技術的事項②：二次性骨折の管理、運動器疾患管理、高度難聴管理、知的障害者等への医療提供、検査、周術期疼痛管理、人工呼吸器等管理、バイオ後続品の使用促進

【12月15日（その10）】
◆不妊治療の保険適用③：対象となる医療技術等の範囲、運用に係る課題、その他の事項

【12月22日（その11）】
◆オンライン服薬指導、電子版お薬手帳
◆歯科用貴金属材料の基準材料価格改定

【12月24日（その12）】
◆診療報酬上の簡素化等
◆内視鏡治療
◆これまでの指摘に対する回答

【1月12日（その13）】
◆歯科用貴金属材料の基準材料価格改定

中医協における審議内容（令和2年7月7日～令和3年1月12日）⑧

《コロナ・感染症対応》

【7月7日（その1）】

◆今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方

：発生状況、診療報酬における特例的な取扱い・算定状況、その他の措置、レセプトの算定件数、診療報酬における感染症の対応、今後の感染症対応等

◆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た取組

【12月3日（その2）】

◆診療報酬上の特例的な取扱いの今後の評価の在り方

◆感染防止対策加算の評価のあり方

【1月12日（その3）】

◆経過措置等に係る令和4年度診療報酬改定における取扱いについて

：令和2年度診療報酬改定に係る経過措置、施設基準等において年間実績を使用

《調剤》

【7月14日（その1）】

◆対物業務、対人業務、重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応、保険医療機関と保険薬局の連携、在宅訪問薬剤管理指導、オンライン服薬指導

【10月22日（その2）】

◆かかりつけ薬剤師・薬局の推進

◆重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価

◆保険薬局と保険医療機関との連携

◆医療的ケア児の薬学的管理

◆在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価

【11月26日（その3）】

◆調剤料：対物中心の業務から対人中心の業務への転換

◆調剤基本料：同一グループの店舗数や立地別の収益状況、不動産の賃貸借等の関係にある薬局等

◆その他：同一薬局の利用促進、在宅患者訪問薬剤管理指導（医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法）

《小委員会・部会における検討結果①》

［調査実施小委員会］
令和3年11月24日　第23回医療経済実態調査の報告について

［薬価専門部会］
令和3年12月22日　令和4年度薬価制度改革の骨子（案）について
令和4年　1月19日　令和4年度薬価制度の見直しについて

［保険医療材料専門部会］
令和3年12月22日　令和4年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
令和4年　1月19日　令和4年度保険医療材料制度改革の見直しについて

［費用対効果評価専門部会］
令和3年12月22日　令和4年度費用対効果評価制度改革の骨子（案）について
令和4年　1月19日　令和4年度費用対効果評価制度の見直しについて

［診療報酬基本問題小委員会］
令和2年10月28日　入院医療等の調査・評価分科会の今後の検討について
令和3年　2月10日　令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について（案）
令和3年　3月10日　入院医療等の調査・評価分科会における令和2年度調査結果（速報その1）の概要について
令和3年10月27日　入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）
令和4年　1月19日　医療技術評価分科会からの報告について（令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価）

《小委員会・部会における検討結果②》

［診療報酬改定結果検証部会］

令和3年3月24日　令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和2年度調査）の結果について

（1）かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その1）
（2）精神医療等の実施状況調査（その1）
（3）在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
（4）医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その1）
（5）後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

令和3年12月1日　令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度調査）の結果について

（1）かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その2）
（2）精神医療等の実施状況調査（その2）
（3）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その2）
（4）かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
（5）かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
（6）後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

薬価専門部会における審議経過・内容①

毎年薬価改定に係る検討

【令和3年1月13日】
◇ 薬価制度の見直し（案）について
【令和2年6月10日】
◇ 関係業界からの意見聴取について
【令和2年6月17日】
◇ 令和2年度医薬品価格調査（薬価調査）について
【令和2年7月22日】
◇ 令和2年度医薬品価格調査（薬価調査）について
【令和2年11月18日】
◇ 2021年度薬価改定に係る論点について
【令和2年11月25日】
◇ 薬価改定について（関係業界意見聴取①）
【令和2年12月2日】
◇ 薬価調査結果の速報及び薬価改定について
【令和2年12月9日】
◇ 薬価改定について（これまでの意見、財政影響の提示）
【令和2年12月11日】
◇ 薬価改定について（関係業界意見聴取②）
【令和2年12月14日】
◇ 2021年薬価改定について

■ 中医協における意見（令和2年12月14日）

【改定対象範囲】
- 対象品目は限定するべきであり、新型コロナウイルス感染症に対する医療機関等の経営への影響を最小限にするためにも、平均乖離率の２倍以上の品目に限定すべきである。
- 平均乖離率の0.5倍や0.25倍など１倍以下の品目についても改定対象に加える必要がある。また、乖離率のみでなく乖離額にも着目したり、新薬・長期収載品・後発医薬品のカテゴリーごとに改定対象の基準を設定するなどして、偏りがでないようにするべきである。

【新型コロナウイルス感染症による影響の勘案】
- 医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響や新型コロナウイルス感染症による影響を勘案すべきである。

【薬価改定の適用ルール】
- 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するという中間年改定の趣旨や、企業の予見性の観点から、適用するルールは実勢価改定に連動するルールのみ適用すべきである。
- 中間年においても、実勢価改定に連動しないルールについても適用すべきである。

■ 毎年薬価改定の実現について（令和2年12月17日 内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意）

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点からできる限り広くすることが適当である状況のもと、平均乖離率８％の0.5倍～0.75倍の中間である0.625倍（乖離率5%）を超える、価格乖離の大きな品目を対象とする。
また「新型コロナウイルス感染症特例」として薬価の削減幅を0.8%分緩和する。

【令和2年12月18日】
◇ 2021年薬価改定の骨子（案）について
【令和3年1月13日】
◇ 薬価制度の見直し（案）について

薬価専門部会における審議経過・内容②

令和4年度薬価改定に係る検討

【令和3年4月21日】
◇ 令和4年度薬価改定の主な課題と進め方について
【令和3年5月12日】
◇ 関係業界からの意見陳述
【令和3年6月23日】
◇ 令和3年度医薬品価格調査（薬価調査）について
【令和3年8月4日】
◇ 薬価算定組織からの意見
◇ 薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移
【令和3年10月20日】
◇ 次期薬価改定について①
　イノベーションの評価、国民皆保険の持続性・適正化、安定供給の確保、その他
【令和3年11月5日】
◇ 関係業界からの意見聴取
◇ 次期薬価改定について②
　新規後発品の薬価、調整幅、高額医薬品、診療報酬改定のない年の薬価改定
【令和3年12月1日】
◇ 次期薬価改定について（論点整理案）
【令和3年12月3日】
◇ 関係業界からの意見聴取
◇ 薬価調査の結果速報：平均乖離率：約7．6％
【令和2年12月22日】
◇ 令和4年度薬価制度改革の骨子（案）について
【令和4年1月19日】
◇ 令和4年度薬価制度の見直しについて

■ 次期薬価改定について（論点整理案）（令和3年12月1日）

1．革新的な医薬品のイノベーション評価
・革新的な効能・効果の追加承認があった新薬の取扱い
・先駆的医薬品及び特定用途医薬品の評価
2．国民皆保険の持続性・適正化
・新薬創出等加算の企業区分　・長期収載品の薬価の適正化
3．医薬品の安定供給の確保、薬価の透明性・予見性の確保
・安定確保の優先度が高い医薬品の取扱い
・原価計算方式における製造原価の開示度向上
・市場拡大再算定の対象品目の類似品の取扱い
・「リポジショニング」の際の薬価算定
4．その他
・基礎的医薬品の改定ルールの見直し・新規後発品の薬価算定
・調整幅の在り方　・高額医薬品に対する対応
・診療報酬改定がない年の薬価改定

保険医療材料専門部会における審議経過・内容

令和4年度保険医療材料制度改革に係る検討

【令和3年5月26日】
◇　令和4年度保険医療材料制度改革の主な課題と進め方
【令和3年6月23日】
◇　令和3年度に実施する特定保険医療材料価格調査（案）
【令和3年8月4日】
◇　保険医療材料等専門組織からの意見について
【令和3年8月25日】
◇　医療機器業界からの意見聴取について
【令和3年9月22日】
◇　令和4年度保険医療材料制度の見直しについて
【令和3年10月15日】
◇　令和4年度保険医療材料制度の見直しについて
【令和3年11月12日】
◇　令和4年度保険医療材料制度の見直しについて
【令和3年11月26日】
◇　医療機器業界からの意見聴取について
【令和3年12月22日】
◇　令和4年度保険医療材料制度改革の骨子（案）について
【令和4年1月19日】
◇　令和4年度保険医療材料制度の見直しについて

■ 次期改定に向けた主な課題と今後の議論の進め方（案）（令和3年5月26日）

（1）令和２年度保険医療材料価格制度改革に記載されている事項
・イノベーションの適切な評価
・外国価格調整
・再算定
（2）これまでに問題提起された事項等
・イノベーションの適切な評価（再掲）
・プログラム医療機器
（3）その他
・関係業界から提起された事項
・保険医療材料等専門組織から提起された事項　など

■ 令和4年度保険医療材料制度改革の骨子（案）（令和3年12月22日）

1　新規の機能区分等
（1）イノベーションの評価
　ア　使用実績を踏まえた再評価に係る申請（チェレンジ申請）
　イ　プログラム医療機器の評価　ウ　先駆的医療機器の評価
　エ　特定用途医療機器の評価
（2）外国価格調整
　ア　外国価格調整の比較水準
　イ　外国平均価格の算出方法

2　既存の機能区分
（1）市場実勢価格加重平均値一定幅方式
（2）再算定
　ア　外国価格調整の比較水準　イ　外国平均価格の算出方法
（3）機能区分の見直し等
（4）激変緩和措置
3　その他
（1）保険収載の手続きの見直し（2）医療機器の安定的な供給
（3）保険医療材料等専門組織の体制

診療報酬調査専門組織における審議経過・内容

［診療報酬調査専門組織］

【入院医療等の調査・評価分科会】

令和2年　9月10日　令和2年度入院医療等の調査について
令和2月10月22日　令和2年度調査の内容について
令和3年　3月10日　新型コロナウイルス感染症への対応とその影響（令和2年度調査結果（速報その1））
令和3年　4月28日　分科会の検討方針、令和3年度調査の内容、令和2年度調査の回収状況
令和3年　6月16日　令和2年度調査結果（速報その2）の概要、令和3年度特別調査（ヒアリング）の実施（案）
令和3年　6月30日　急性期入院医療
令和3年　7月　8日　回復期入院医療
令和3年　8月　6日　短期滞在入院基本料、慢性期入院医療、横断的事項、DPC対象病院・準備病院の募集
令和3年　8月27日　作業グループからの中間報告、特定集中治療室管理料等、救急医療管理加算、医療資源の少ない地域に配慮した評価
令和3年　9月　8日　これまでいただいたご指摘について、中間とりまとめ（案）
令和3年10月　1日　作業グループからの最終報告、令和3年度調査結果（速報）、特定集中治療室管理料（その2）、急性期入院医療（その2）、慢性期入院医療（その2）、短期滞在手術等基本料（その2）、横断的事項等
令和3年10月21日　入院分科会における検討結果報告案

【医療機関等における消費税負担に関する分科会】

令和3年　8月　4日　今後の検討の進め方等
令和3年12月　2日　消費税率10%への引き上げに伴う補てん状況の把握結果等

【医療技術評価分科会】

令和3年　2月　1日　令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等（案）
令和3年11月　4日　令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価（案）
令和4年　1月19日　医療技術の評価（案）

令和4年度「答申書」附帯意見（20項目）①

令和4年2月9日　中央社会保険医療協議会

（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もの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・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。

令和4年度「答申書」附帯意見（20項目）②

令和4年2月9日　中央社会保険医療協議会

（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、今回改訂による影響の調査・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促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給体制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。

令和4年度「答申書」附帯意見（20項目）③

令和4年2月9日　中央社会保険医療協議会

（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等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、患者から見てわかりやすい医療を実現していく観点から、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。

各　論

【主な改定項目】

1.新型コロナウイルス感染症への対応
2.新興感染症に対応できる医療提供体制の構築
3.かかりつけ医機能の評価と外来医療の機能分化等
4.情報通信機器を用いた診療に係る評価
5.入院医療
6.医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進
7.在宅医療・訪問看護
8.不妊治療の保険適用
9.小児医療・周産期医療
10.がん医療
11.難病患者に対する適切な医療の評価
12.リハビリテーション
13.精神医療
14.医療技術の評価
15.医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
16.後発医薬品やバイオ後続品の促進、医薬品の給付の適正化
17.経過措置
18.届出

１．新型コロナウイルス感染症への対応

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

- 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。

- 「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。

- 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。

- 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。

（参考）新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）①

○　患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

（１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

（２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等においては、当面、月平均夜勤時間数については、１割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出は不要とした。

（３）看護配置の変動に関する取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

（４）DPC対象病院の要件等の取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

（５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

（６）研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期することができることとした。

（参考）新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）②

（７）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために、緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとした。

（８）新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、次のとおりとした。（以下、「対象医療機関等」という。）

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

また、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について（新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を実施すべき区域として公示された区域において、重点措置を実施すべき期間とされた期間については、当該区域を含む都道府県に所在する全ての保険医療機関等について）、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。

なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間（重点措置を実施すべき期間とされた期間）については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。　※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

さらに、対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとした。また、対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いとして、

①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする

②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いる

こととした。

（参考）新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の主な特例について〔医科〕

入院

✓ 重症患者への対応

特定集中治療室(ＩＣＵ)管理料等を**３倍(12,672～48,951点)**
<令2.5.26～>

✓ 中等症患者への対応

中等症Ⅱ以上の場合：救急医療管理加算を**６倍(5,700点)**
それ以外の場合　　：救急医療管理加算を**４倍(3,800点)**
<令3.8.27～>

✓ 回復患者への対応

回復患者への入院医療：**750点＋950点**　※950点は最大90日
<令2.12.15～>　<令3.1.22～>
（個室で入院医療：＋個室加算**300点**）※300点は最大90日
<令3.5.11～>

外来

✓ 疑い患者への外来診療

疑い患者への外来診療：院内ﾄﾘｱｰｼﾞ実施料の特例算定(**300点**)
<令2.4.8～>

診療・検査医療機関の場合：**550点**※
※自治体HPでの公表が要件　　<令3.9.28～令4.3.31まで>

✓ コロナ患者への外来診療

通常の場合　　：救急医療管理加算**950点**
ロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算**３倍(2,850点)**
<令3.9.28～>

✓ 小児の外来診療（医科：**50点**）<令3.10.1～令4.3.31まで>

在宅

✓ 自宅･宿泊療養者への緊急の往診

ロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算を**５倍(4,750点)**
その他の場合　　：同**３倍(2,850点)**
<令3.9.28～>

✓ 自宅･宿泊療養者への緊急の訪問看護(**1,560点（15,600円）**)
<令3.9.28～>

✓ 自宅・宿泊療養者への電話等による初再診

診療・検査医療機関等※の場合：**500点** <令4.2.17～>
それ以外の場合：**250点** <令3.8.16～>

※重点措置が適用された都道府県内の医療機関で
①保健所等から健康観察に係る委託を受けた医療機関
②診療・検査医療機関として自治体HPで公表している医療機関

２．新興感染症に対応できる医療提供体制の構築

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

（２）救急搬送診療料の見直し

（３）人工呼吸の評価の見直し

（４）ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

（参考）令和４年度改定前の感染防止対策加算の概要

		感染防止対策加算１	感染防止対策加算２
点数		390点	90点
算定要件		院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う 保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。	
主な施設基準	病床規模	－	保険医療機関の一般病床の数が300 床以下を標準とする
	部門の設置	感染防止に係る部門（感染防止対策部門）を設置している	
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上） ・専任の臨床検査技師 （病院勤務経験３年以上 ※医師又は看護師のうち１名は専従であること。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上） ・専任の臨床検査技師 （病院勤務経験３年以上）
	マニュアルの作成・活用	感染制御チームがマニュアルを作成	
	院内研修	感染制御チームが年２回以上研修を実施	
	医療機関間の連携	・加算２の医療機関と合同で、年４回以上カンファレンスを実施 ・加算２の医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けている。	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS ）等、地域や全国サーベイランスに参加していること	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
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する ・感染制御チームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う ・院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する ・第三者機関による評価を受けていることが望ましい	

＊感染制御チームの業務

ア　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。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ　微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗ＭＲＳＡ薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

ウ　院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、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とともに、要件を見直す。

現行		改定後	
【感染防止対策加算】		（新）【感染対策向上加算】	
感染防止対策加算１	390点	感染対策向上加算１	710点（入院初日）
感染防止対策加算２	90点	感染対策向上加算２	175点（入院初日）
（新設）		感染対策向上加算３	75点（入院初日、90日毎）

- 感染対策向上加算１の保険医療機関が、加算２、加算３又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し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とともに、加算２、加算３の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

（新）　指導強化加算　30点（加算１の保険医療機関）
（新）　連携強化加算　30点、サーベイランス強化加算　５点（加算２又は３の保険医療機関）

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算1（入院初日：710点）の主な施設基準

１．感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年２回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

＜感染制御チームの構成員＞

ア　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師 等

イ　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ　３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

（※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。）

２．医療機関および行政機関等との連携

①　感染制御チームは、保健所、地域の医師会と連携し、加算２、３の医療機関と合同で年４回程度、院内感染対策に係るカンファレンス・訓練を実施

②　感染制御チームは、加算２、３、外来感染対策向上加算の医療機関に対し、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

③　加算１を算定する他の医療機関と連携し、年１回程度、感染防止対策について相互に評価

３．その他

①　抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬適正使用の支援業務を実施

＜感染制御チームの構成員＞

ア　感染症の診療について３年以上の経験を有する専任の常勤医師 等

イ　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ　３年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ　３年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

（※アからエのうちいずれか１人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。）

②　新興感染症の発生時等に、感染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体制を有する

③　院内感染症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　等

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算2（入院初日：175点）の主な施設基準

現行の
感染防止対策加算２
をアップグレード

１．感染制御チームの設置
　感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年２回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施
　＜感染制御チームの構成員＞
　ア　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師 等
　イ　５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
　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
　（※アからエのうち１名は院内感染管理者として配置）

２．医療機関および行政機関等との連携
　①　年４回程度、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練には少なくとも年１回参加）
　②　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を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること

３．その他
　①　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または疑い患者を受け入れる体制を有し、自治体ホームページで公開
　②　新興感染症の発生時等に、感染症患者また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体制を有する
　③　抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する
　④　院内感染症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た場合、サーベイランス強化加算として5点を算定　　等

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算3の主な施設基準

※75点（入院初日＋入院期間が90日を超えるごとに1回算定）

１．感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年２回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

＜感染制御チームの構成員＞

ア　専任の常勤医師 等

イ　専任の看護師

（※ア及びイに定める者のうち１名は院内感染管理者として配置）

中小病院、慢性期病床、有床診療所などを想定

２．医療機関および行政機関等との連携

① 年４回程度、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練には少なくとも年１回参加）

② 抗菌薬の適正使用について、連携する加算１の医療機関又は地域の医師会から助言等を受ける。

③ 細菌学的検査を外部委託している場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う

② 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を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること

３．その他

① 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また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、そのことを自治体ホームページで公開

② 新興感染症の発生時等に、感染症患者また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体制若しくは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

③ 院内感染症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た場合、サーベイランス強化加算として5点を算定

④ 外来感染症対策向上加算の届出を行っている保険医療機関であること　等

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算2および3に対する加算

感染対策向上加算2

感染対策向上加算3

１．連携強化加算　30点

［主な施設基準］

感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、
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うこと

２．サーベイランス強化加算　5点

［主な施設基準］

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　等

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

- 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　　６点　（患者１人につき月１回）

［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。

［主な施設基準］
（１）専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
（２）**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**。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**。
（３）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**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
（４）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**。

- 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の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　　３点　（患者１人につき月１回）

［施設基準］
（１）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　１点　（患者１人につき月１回）

［施設基準］
（１）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。

（１）外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

		感染対策向上加算１	感染対策向上加算２	感染対策向上加算３	外来感染対策向上加算
点数		710点	175点	75点	6点
算定要件		入院初日		入院初日＋入院期間が90日を超える毎に１回	患者１人の外来診療につき月１回に限り算定
主な施設基準	届出基準	（外来感染対策向上加算の届出がないこと）	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする（外来感染対策向上加算の届出がないこと）		診療所（感染対策向上加算の届出がないこと）
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上） ※　医師又は看護師のうち１名は専従であること。 ※　必要時に、専従の医師又は看護師を、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい） ・専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）	院内感染管理者（※）を配置していること。 ※　医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算２及び３の医療機関と合同で、年４回以上カンファレンスを実施（このうち１回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） ・加算２、３及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、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 ・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を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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、そのことを自治体HPで公開している	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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、そのことを自治体HPで公開している	・年２回以上、加算１の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランスへの参加	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	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として５点を算定する。		サーベイランス強化加算として１点を算定する。
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う
		・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 ・令和４年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・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	・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若しくは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	・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
		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、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算２又は３を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、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場合、連携強化加算として30点を算定する。		連携強化加算として３点を算定する。

経過措置について

	区分番号	項目	経過措置
1	A000等	初診料の注12等に規定する連携強化加算	令和５年３月31日までの間に限り、感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。
2	A234-2	感染対策向上加算２	令和４年３月31日において、旧医科点数表A234-2の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、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。
3	A234-2	感染対策向上加算の注２に規定する指導強化加算	令和５年３月31日までの間に限り、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赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。

（２）救急搬送診療料の見直し

算定要件の見直し

➢ 入院患者を転院搬送する際に、救急搬送診療料が算定可能な場合を明確化する。

救急搬送診療料　　1,300点

現行

・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。

改定後

・　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**。
・　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。
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
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

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

➢ 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、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ついて新たな評価を行う。

救急搬送診療料　　1,300点

（新）重症患者搬送加算　　1,800点

[対象患者]
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**。
[算定要件]
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。
[施設基準の概要]
（１）当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。
　　ア　集中治療の経験を５年以上有する医師　　イ　看護師　　ウ　臨床工学技士
（２）（１）のアの医師は、重症の小児患者を搬送する場合、小児の特定集中治療の経験を５年以上有することが望ましい。
（３）（１）のイの看護師は、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、適切な研修を修了した看護師であることが望ましい。
（４）（１）のウの臨床工学技士は、救命救急入院料等を届け出た病棟を有する保険医療機関で５年以上の経験を有することが望ましい。
（５）関係学会により認定された施設であること。
（６）日本集中治療医学会が定める指針等に基づき、**重症患者搬送が適切に実施**されていること。
（７）重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関する**研修を定期的に実施**すること。

（３）人工呼吸の評価の見直し

人工呼吸の評価の見直し

➢ 人工呼吸を実施する患者について、開始からの日数に応じた評価とするとともに、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。

現行	改定後
【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点 ［算定要件］ （新設）	【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき） **イ　14日目まで　950点** **ロ　15日目以降　815点** ［算定要件］ （１）「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。 （２）「３」について、自宅等におい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、「ロ」の所定点数を算定する。

（新）　覚醒試験加算　100点（１日につき）

［算定要件（抜粋）］

注３　**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14日**を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。

（１）「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。

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。

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。

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。

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。

（新）　離脱試験加算　60点（１日につき）

［算定要件（抜粋）］

注４　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60点を更に所定点数に加算する。

（１）「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。

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。

イ　以下のいずれにも該当すること。

(ｲ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。(ﾛ) 酸素化が十分であること。　等

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。

(ｲ) 吸入酸素濃度（ＦＩＯ２）50%以下、CPAP（PEEP）≦5cmH2OかつPS≦5cmH2O

(ﾛ) ＦＩＯ２50%以下相当かつＴピース

エ　ウの**評価に当たっては、以下の全てを評価**すること。

(ｲ) 酸素化の悪化の有無　(ﾛ) 血行動態の悪化の有無　等

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。

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。

（４）ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

ECMOの評価の見直し

➢ 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）

1	**初日**	**30,150点**
2	**２日目以降**	**3,000点**

［算定要件］
（１）**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。
（２）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。
※あわせて、人工心肺に係る算定要件を整理。

ECMOの治療管理に係る評価の新設

➢ 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）

1	**７日目まで**	**4,500点**
2	**８日目以降14日目まで**	**4,000点**
3	**15日目以降**	**3,000点**

［算定要件］
（１）**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。
（２）治療開始時においては、**導入時加算**として、**初回に限り5,000点**を所定点数に加算する。
（３）体外式膜型人工肺管理料は、区分番号Ｋ６０１－２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。

経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

現行		改定後
経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）	30点	**35点**

３．かかりつけ医機能の評価と外来医療の機能分化 等

（１）外来感染対策向上加算の新設（再掲）

（２）地域包括診療料・加算の見直し

（３）機能強化加算の見直し

（４）リフィル処方の導入

（５）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

（６）医師の基礎的な技術の再評価

（７）生活習慣病管理料の見直し

（８）療養・就労両立支援指導料の見直し

（９）こころの連携指導料の新設

（10）外来在宅共同指導料の新設

（11）小児かかりつけ診療料等の見直し

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

（13）小児運動器疾患指導管理料の見直し

（14）耳鼻咽喉科処置の見直し

（15）高度難聴指導管理料の見直し

（16）アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

（17）紹介状なしで受診する場合等の定額負担見直し

（18）紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

（19）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

（20）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

（１）外来感染対策向上加算の新設（再掲）

- 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　　６点　（患者１人につき月１回）

［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。

［主な施設基準］
（１）専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
（２）**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**。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**。
（３）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**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
（４）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**。

- 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の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　　３点　（患者１人につき月１回）

［施設基準］
（１）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　１点　（患者１人につき月１回）

［施設基準］
（１）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。

（１）外来感染対策向上加算の新設（再掲）

		感染対策向上加算１	感染対策向上加算２	感染対策向上加算３	外来感染対策向上加算
点数		710点	175点	75点	6点
算定要件		入院初日		入院初日＋入院期間が90日を超える毎に１回	患者１人の外来診療につき月１回に限り算定
主な施設基準	届出基準	（外来感染対策向上加算の届出がないこと）	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする（外来感染対策向上加算の届出がないこと）		診療所（感染対策向上加算の届出がないこと）
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上） ※　医師又は看護師のうち１名は専従であること。 ※　必要時に、専従の医師又は看護師を、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい） ・専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）	院内感染管理者（※）を配置していること。 ※　医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算２及び３の医療機関と合同で、年４回以上カンファレンスを実施（このうち１回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） ・加算２、３及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、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 ・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を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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、そのことを自治体HPで公開している	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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、そのことを自治体HPで公開している	・年２回以上、加算１の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・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診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランスへの参加	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	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として５点を算定する。		サーベイランス強化加算として１点を算定する。
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う
		・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 ・令和４年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・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	・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若しくは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	・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
		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、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算２又は３を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、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場合、連携強化加算として30点を算定する。		連携強化加算として３点を算定する。

（参考）令和４年度改定前の地域包括診療料・加算

	地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<u>下記以外は包括</u>とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		<u>出来高</u>
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の４疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、７剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および２４時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）		
	・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算１の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか１つを満たす ①時間外対応加算１、２又は３の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

（２）地域包括診療料・加算の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

- 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、
  - 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。
  - 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。
  - 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。

現行

【地域包括診療料】

［対象患者］
- 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

［算定要件］
- 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。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
  ア～ケ　（略）

［施設基準］
- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

改定後

【地域包括診療料】　（※地域包括診療加算も同様）

［対象患者］
- 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

［算定要件］
- 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。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
  ア～ケ　（略）
  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。

［施設基準］
- 健康相談**及び予防接種に係る相談**を実施している旨を院内掲示していること。

（参考）令和４年度改定前の機能強化加算

機能強化加算

➢　外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

（平成30年度診療報酬改定において新設）

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算　　80点

[算定要件]

①　施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料（ただし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。

[施設基準]

①　診療所又は許可病床数が200床未満の病院。

②　次のいずれかにおける届出を行っている。

　ア　地域包括診療加算

　イ　地域包括診療料

　ウ　小児かかりつけ診療料

　エ　在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）

　オ　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）

③　健康診断の相談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見やすい場所に掲示している。

④　医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。

⑤　③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。

（３）機能強化加算の見直し

➢ 地域においてかかりつけ医機能を有する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。

現行

【機能強化加算】

［算定要件］

- 外来医療における適切な役割分担を図り、より的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、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。

［施設基準］

（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。

改定後

【機能強化加算】

［算定要件］

- 外来医療における適切な役割分担を図り、**専門医療機関への受診の要否の判断等を含む**より的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、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- **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、必要な服薬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］

（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。（※）

（※ホームページ等への掲載は令和４年９月30日までの間は基準を満たすものとみなされる。）

機能強化加算の見直し

	現行	改定後
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。
	・地域包括診療加算 ・地域包括診療料	・地域包括診療料１／地域包括診療料１の届出を行っていること。 （参考：地域包括加算１／診療料１の施設基準） 以下の全てを満たしていること。 ■ 直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 又は往診料を算定した患者の数の合計が、10 人以上であること。 ■ 直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 以下のいずれも満たすものであること。 ・地域包括診療加算２／地域包括診療料２の届出を行っていること。 ・直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。（※） ■ 地域包括診療加算２／地域包括診療料２を算定した患者が３人以上。 ■ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が３人以上。
	小児かかりつけ診療料	・小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。
	・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 （在支診又は在支病に限る）	・在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 （参考：機能強化型の在支診又は在支病の施設基準） 以下のいずれにも該当していること。 過去１年間において、 ■ （在支診の場合）緊急往診の実績10件以上（連携型の場合、当該医療機関で４件以上）。 ■ （在支病の場合）緊急往診の実績10件以上（連携型の場合、当該医療機関で４件以上）又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 ■ 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が４件以上（連携型の場合、当該医療機関で２件以上）。 以下のいずれも満たすものであること。 ・在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 ・以下のいずれかを満たしていること。（※） 過去１年間において、 ■ （在支診の場合）緊急往診の実績３件以上。 ■ （在支病の場合）緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が３件以上。 ■ 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が１件以上。
配置医師	－	・以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。（※） ア　介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成　イ　警察医として協力　ウ　乳幼児健診を実施 エ　定期予防接種を実施　オ　幼稚園の園医等　カ　地域ケア会議に出席　キ　一般介護予防事業に協力

（※令和４年９月30日までの間は基準を満たすものとみなされる。）

機能強化加算に係る院内掲示（例）

当院は「かかりつけ医」として、必要に応じて次のような取組を行っています

◇　健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関する相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
◇　保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
◇　夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
◇　受診している他の医療機関や処方されているお薬を伺い、必要なお薬の管理を行います。
◇　日本医師会かかりつけ医機能研修制度　応用研修会を修了しています。

●●医院

※ 厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで地域の医療機関が検索できます。

参考資料（白本）の巻末にサンプルを掲載したので活用ください

（４）リフィル処方の導入

（参考） 令和4年度診療報酬改定について

１．診療報酬　　＋０．４３％

※１　うち、※２～５を除く改定分　＋０．２３％
　　各科改定率　　医科　＋０．２６％
　　歯科　＋０．２９％
　　調剤　＋０．０８％

※２　うち、看護の処遇改善のための特例的な対応　＋０．２０％

※３　うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化　▲０．１０％
（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、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、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※４　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．２０％

※５　うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来　▲０．１０％
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

（４）リフィル処方の導入

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。

具体的な内容

［対象患者］
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）リフィル処方の導入

具体的な内容（続き）

［留意事項］

（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、通常の処方箋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。

（４）リフィル処方の導入

具体的な内容（続き）

［留意事項］

（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。

（４）リフィル処方の導入

参 考　投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する 麻薬（30日を限度とされているものを除く。）
	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬（30日又は90日を限度とされているものを除く。）
	○新医薬品であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月 の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあっては、厚生労働大臣 が指定する期間）を経過していないもの （抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除 く。）
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、ブロチゾラム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
	○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
	○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

（４）リフィル処方の導入

処方箋様式の見直しについて

➢ 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、処方箋の様式を見直す。

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

➢ 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29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。

現行	改定後
【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日以上の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。	【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日以上の投薬を行った場合**（処方箋の複数回（３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29日以内の投薬を行った場合を除く。）**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。

新処方箋様式

様式第二号（第二十三条関係）

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	

患者	氏　名		保険医療機関の所在地及び名称 電　話　番　号 保 険 医 氏 名　㊞
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日	男・女
	区　分	被保険者	被扶養者

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　□　（　　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。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　　□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こと。

（５）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

電子的保健医療情報活用加算の新設

➢ 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。

初診料
（新）　電子的保健医療情報活用加算　　７点
再診料
（新）　電子的保健医療情報活用加算　　４点
外来診療料
（新）　電子的保健医療情報活用加算　　４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の診療情報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、３点を所定点数に加算**する。

［施設基準］
（１）オンライン請求を行っていること。
（２）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。

（参　考）
厚生労働省説明資料

オンライン資格確認の準備作業について

○ オンライン資格確認の導入にあたっての補助
- **顔認証付きカードリーダーの無償提供**（病院３台まで、診療所等１台）
- それ以外の費用（①資格確認端末等の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセプトコンピュータ等の既存システムの改修等）へは**補助金を交付**（**令和５年３月末までに設置準備を完了した場合**。なお、上限額及び補助割合が機関種別等によって異なる）。

○ オンライン資格確認導入に関する**手続き・各種申請**・QA → 医療機関等向けポータルサイト
医療機関等における導入状況・患者向けの周知広報素材等 → 厚生労働省ホームページ
その他お問い合わせ → オンライン資格確認等コールセンター

医療機関等向けポータルサイト

医療機関ポータル　検索

厚生労働省ホームページ

オンライン資格確認　検索

オンライン資格確認等コールセンター

contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp

0800-0804583（通話無料）月～金 8：00～18：00
（いずれも祝日を除く）　土　8：00～16：00

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

これからオンライン資格確認を導入される方は、「医療機関等向けポータルサイト」へのアカウント登録を行い、同サイトよりご希望の顔認証付きカードリーダーをお申し込みください。

■ システム業者へのご連絡をお願いします。

顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。
詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。
（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）

オンライン資格確認導入に向けた
準備作業の手引き

■ 運用開始の準備ができたら、「運用開始日」の登録を行ってください！

（参　考）
厚生労働省説明資料

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

○　マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和３年10月から本格運用を開始したところ。
今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築**等を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。
政府では、**令和５年３月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

オンライン資格確認を利用するメリット

①　医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
※　マイナンバーカードだけでなく、従来の保険証でも資格の有効性が確認できる。
②　医療機関や薬局において、特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を提供できる**。

マイナンバーカードの交付状況

・人口に対する交付枚数率は、**41.8%**（令和４年２月１日時点）
・マイナポイント第２弾として、マイナンバーカードの健康保険証利用申込を行った方に7,500円相当のポイントを付与する。（令和４年６月頃～）

オンライン資格確認導入に関する
手続き・各種申請は
医療機関等向けポータルサイトで！

AIチャットボット
「シカクくん」

医療機関ポータル　検索

（６）医師の基礎的な技術の再評価

既存技術の見直し（医師の基礎的な技術の再評価①）

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

現　行	改　定
D237　終夜睡眠ポリグラフィ 〔対象患者〕 合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者、睡眠障害の患者、13歳未満の小児の患者	D237　終夜睡眠ポリグラフィ 〔対象患者〕 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者であって、治療の効果を判定するため、安全精度管理下にCPAPを用いて当該検査を実施する医学的必要性が認められる患者を追加
D282－4　ダーモスコピー 〔対象疾患〕 悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変	D282－4　ダーモスコピー 〔対象疾患〕 円形脱毛、日光角化症を追加
D291－2　小児食物アレルギー負荷検査：1,000点 注1　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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。	D291－2　小児食物アレルギー負荷検査：1,000点 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、16歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年3回に限り算定する。
D400　血液採取（1日につき） 1　静脈：35点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、25点を所定点数に加算する。	D400　血液採取（1日につき） 1　静脈：37点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。
D419　その他の検体採取 3　動脈血採取（1日につき）：50点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。 6　鼻腔・咽頭拭い液採取：5点	D419　その他の検体採取 3　動脈血採取（1日につき）：55点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。 6　鼻腔・咽頭拭い液採取：25点

（６）医師の基礎的な技術の再評価

既存技術の見直し（医師の基礎的な技術の再評価②）

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

現　行	改　定
G000　皮内、皮下及び筋肉注射（1回につき）：20点	G000　皮内、皮下及び筋肉注射（1回につき）：**22点**
G001　静脈内注射（1回につき）：32点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G001　静脈内注射（1回につき）：**34点** 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、**48点**を所定点数に加算する。
G004　点滴注射（1日につき） 1　6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合）：99点 2　1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合）：98点 3　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）：49点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G004　点滴注射（1日につき） 1　6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合）：**101点** 2　1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合）：**99点** 3　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）：**50点** 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、**46点**を所定点数に加算する。
H002　運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等	H002　運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 **糖尿病足病変**を追加
J095　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）：25点	J095　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）：**27点**
J097　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）：14点	J097　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）：**16点**
J098　口腔、咽頭処置：14点	J098　口腔、咽頭処置：**16点**

（７）生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

➢ 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し、評価を見直す。

現行

【生活習慣病管理料】
（１：処方箋を交付する場合／２：それ以外の場合）
イ　脂質異常症を主病とする場合　650点／1,175点
ロ　高血圧症を主病とする場合　700点／1,035点
ハ　糖尿病を主病とする場合　800点／1,280点

［算定要件］
- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬、注射及び病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

改定後

【生活習慣病管理料】

（改）1　脂質異常症を主病とする場合　**570点**
2　高血圧症を主病とする場合　**620点**
3　糖尿病を主病とする場合　**720点**

［算定要件］
- 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用**は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

算定要件の見直し

➢ 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、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。

現行

【生活習慣病管理料】［算定要件］
- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、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、当該患者数を定期的に記録していること。

改定後

【生活習慣病管理料】［算定要件］
- 脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。**この場合において、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。**
- 糖尿病又は高血圧症の患者については、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。**（削除）**

（７）生活習慣病管理料の見直し

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

［算定要件］

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　**外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。

（２）　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）

※１　5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※２　自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※３　提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

（８）療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

➢ 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。

・対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症**を追加

・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生推進者**を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

➢ 治療と仕事の両立支援における心理的不安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、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。

現行	改定後
【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。	【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**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。

（９）こころの連携指導料の新設

（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）

➢ 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。

かかりつけ医

連携

精神科・心療内科

	（新）こころの連携指導料（Ⅰ） 350点（月１回）	（新）こころの連携指導料（Ⅱ） 500点（月１回）
対象患者	**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	区分番号B005-12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**
算定要件	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	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
	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	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**
施設基準	－	**精神科又は心療内科**
	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	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
	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。	－

（10）外来在宅共同指導料の新設

（外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価）

○ 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
○ 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

・患者に対して**継続的に外来医療を提供**している
・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、**在宅医療を提供していない／できない**。

・在宅医療を提供する医療機関（外来医療を提供していた医療機関と**別の**医療機関）

・外来に**継続的に通院**していた患者
・**経過中、「通院困難な者」**となる

（10）外来在宅共同指導料の新設

（外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価）

➢ 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、外来在宅共同指導料を新設する。

（新）　外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料１　400点　**（在宅療養を担う保険医療機関において算定）**

外来在宅共同指導料２　600点　**（外来において診療を行う保険医療機関において算定）**

［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］

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

（11）小児かかりつけ診療料等の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料】

1　処方箋を交付する場合
イ　初診時　631点　　ロ　再診時　438点
2　処方箋を交付しない場合
イ　初診時　748点　　ロ　再診時　556点

［施設基準］

- 小児科外来診療料に係る届出を行っていること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。
  ア　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月１回以上の頻度で行っていること
  イ～エ　（略）
  オ　幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること
- 時間外対応加算１又は２に係る届出を行っていること。

改定後

【小児かかりつけ診療料】

（改）１　小児かかりつけ診療料１
イ　処方箋を交付する場合
（１）　初診時　641点　　（２）　再診時　448点
ロ　処方箋を交付しない場合
（１）　初診時　758点　　（２）　再診時　566点

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

［施設基準］
（共通）

- 小児科を標榜している医療機関であること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、２つ以上に該当すること。
  （削除）
  ア～ウ　（略）
  エ　幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること

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

（小児かかりつけ診療料２）次のいずれかを満たしていること。
ア　時間外対応加算３に係る届出を行っていること。
イ　在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行っていること。

（11）小児かかりつけ診療料等の見直し

◆ 小児科外来診療料の**施設基準の届出を省略**する。

現行	改定後
【小児科外来診療料】 ［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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。	【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注１　**小児科を標榜する保険医療機関において、**入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

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

診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

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

現行

【診療情報提供料（Ⅰ）】

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

【診療情報提供料（Ⅰ）】

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

［情報提供先］
・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部

［対象患者］
・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者

改定後

【診療情報提供料（Ⅰ）】

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

【診療情報提供料（Ⅰ）】

注７　保険医療機関が、**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**、同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又は**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が**通園**又は通学する**同法第39条第１項に規定する保育所**又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する**学校（大学を除く。）等**の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

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

［対象患者の追加］
・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者
・**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
・**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者※**
※生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びＩｇＥ抗体等検査陽性に該当する患者に限る）に該当する患者

（13）小児運動器疾患指導管理料の見直し

算定要件の見直し

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

小児運動器疾患指導管理料　　250点

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

【対象患者（概要）】

○　対象患者は、**以下のいずれかに該当する20歳未満の患者**とする。

ア　先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者

イ　装具を使用する患者

ウ　医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者

エ　その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件（抜粋）】

○　**初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載**する。

○　６月に１回に限り算定する（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月に１回）に限り算定する。

○　小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

（14）耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

➢ 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。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。

（新）　耳鼻咽喉科乳幼児処置加算　　60点（１日につき）

［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、**耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所定点数に加算**する。

（新）　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算　　80点（月１回に限り）

［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、**耳鼻咽喉科処置を行った場合**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、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）　耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
（２）　薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
（３）　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。

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

➢ 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。

耳処置　25点 → **27**点　　鼻処置　14点 → **16**点　　口腔、咽頭処置　14点 →**16**点

（14）耳鼻咽喉科処置の見直し

（参考）
耳鼻咽喉科乳幼児処置加算：60点、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算：80点の対象となる耳鼻咽喉科処置

（耳鼻咽喉科処置）
Ｊ０９５　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）
Ｊ０９５－２　鼓室処置（片側）
Ｊ０９６　耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）
Ｊ０９７　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）
Ｊ０９７－２　副鼻腔自然口開大処置
Ｊ０９８　口腔、咽頭処置
Ｊ０９８－２　扁桃処置
Ｊ０９９　間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）
Ｊ１００　副鼻腔手術後の処置（片側）
Ｊ１０１　鼓室穿刺（片側）
Ｊ１０２　上顎洞穿刺（片側）
Ｊ１０３　扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。）
Ｊ１０４　唾液腺管洗浄（片側）
Ｊ１０５　副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）
Ｊ１０８　鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）
Ｊ１０９　鼻咽腔止血法（ベロック止血法）
Ｊ１１１　耳管ブジー法（通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。）（片側）
Ｊ１１２　唾液腺管ブジー法（片側）
Ｊ１１３　耳垢栓塞除去（複雑なもの）
Ｊ１１４　ネブライザ ー
Ｊ１１５　超音波ネブライザー（１日につき）
Ｊ１１５－２　排痰誘発法（１日につき）

（15）高度難聴指導管理料の見直し

➢ 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。

現行

【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。

［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）

今までは一生に１回だった。

改定後

【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**年**１回に限り算定する。

［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。

（16）アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

➢ アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

（新）　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（月１回に限る）　１月目　280点
２月目以降　25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、**入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者**に対して、アレルゲン免疫療法による治療の必要を認め、**治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で**、**アレルゲン免疫療法による計画的な治療管理を行った場合**に、**月１回に限り算定**する。
- 「１月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- アレルゲン免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載すること。
- 学会によるガイドライン等を参考にすること。

［施設基準］
（１）当該保険医療機関内に**アレルギーの診療に従事した経験を３年以上有する常勤医師が１名以上**配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（アレルギーの診療に従事した経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることでも可。
（２）**アレルゲン免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制**が整備されていること。
（３）院内の見やすい場所にアレルゲン免疫療法を行っ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。

（17）紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

➢ 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。

現行制度

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 5,000円、　歯科 3,000円
・再診：医科 2,500円、　歯科 1,500円

見直し後

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
・**紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 **7,000円**、　歯科 **5,000円**
・再診：医科 **3,000円**、　歯科 **1,900円**

［保険給付範囲からの控除］
外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）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**
・初診：医科 **200点**、　歯科 **200点**
・再診：医科　**50点**、　歯科　**40点**

（例）医科初診･選定療養費7,000円･患者負担3,000円の場合の医療費

［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**また、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。

（17）紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

現行制度

［対象患者］
・**初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
・**再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※　緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
※　正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

«定額負担を求めなくても良い場合»　※初診・再診共通
① 自施設の他の診療科を受診している患者
② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
③ 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
④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
⑤ 外来受診から継続して入院した患者
⑥ 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
⑦ 治験協力者である患者
⑧ 災害により被害を受けた患者
⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➢　定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

［初診の場合］
① 自施設の他の診療科**から院内紹介されて受診する**患者
② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
③ 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
④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
⑤ 外来受診から継続して入院した患者
⑥ 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
⑦ 治験協力者である患者
⑧ 災害により被害を受けた患者
⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者**（※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）**

［再診の場合］
~~① 自施設の他の診療科を受診している患者~~
~~② 医科と歯科との間で院内紹介された患者~~
~~③ 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~~
① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
② 外来受診から継続して入院した患者
~~⑥ 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~~
~~⑦ 治験協力者である患者~~
③ 災害により被害を受けた患者
④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者**（※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）**

※　再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**

（18）紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

機能分化･強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合

機能分化・強化を行っている場合

医療資源を重点的に活用する外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、医療資源重点活用外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。

（18）紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

➢ 「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。

（新）　紹介受診重点医療機関入院診療加算　　800点（入院初日）

［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、**入院初日に限り**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**。

（19）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

連携強化診療情報提供料の新設

➢ 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、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」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
- 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】　150点

［算定要件］

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

［対象患者］

1　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者

2　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

（改）【連携強化診療情報提供料】　150点

［算定要件］

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

［対象患者］

1　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者

2　紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者

3　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

（新）

連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 （紹介元に診療情報を提供した場合に、**連携強化診療情報提供料が算定可能**）	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	－	禁煙	**月に１回**
2	**以下のいずれか** • **200床未満の病院** • **診療所**	－	**以下のいずれも満たす** • **紹介受診重点医療機関** • **禁煙**	
3	－	－	以下のいずれも満たす • かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり • 禁煙	
4	－	**難病（疑い含む）の患者**	**以下のいずれも満たす** • **難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院** • **禁煙**	
		てんかん（疑い含む）の患者	**以下のいずれも満たす** • **てんかん支援拠点病院** • **禁煙**	
5	－	妊娠中の患者	－	３月に１回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に１回
	－		以下のいずれも満たす • 産科又は産婦人科を標榜 • 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している	

（20）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

- 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、
  - 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。
  - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】　初診料の注２、３　214点　　外来診療料の注２、３　55点

（情報通信機器を用いた初診については186点）

	特定機能病院	地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	**紹介受診重点医療機関（一般病床200床未満を除く）**	許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）
減算規定の基準	**紹介割合**50%未満　**又は** **逆紹介割合30‰未満**			**紹介割合**40%未満　**又は** **逆紹介割合20‰未満**
紹介割合（%）	（紹介患者数＋救急患者数）／初診患者数 × 100			
逆紹介割合（‰）	**逆紹介患者数／(初診＋再診患者数) × 1,000**			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を**除く**。 • 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	**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以外の患者の数。以下を除く。** • **救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、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**			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 • **情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。**			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 • **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を含む。** • **情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。**			
救急搬送者の数	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初診の患者の数。			

（20）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

【現行】

		特定機能病院	地域医療支援病院 （一般病床200床未満を除く）	許可病床400床以上
減算規定の基準		紹介率50%未満 （逆紹介率50%以上を除く）		紹介率40%未満 （逆紹介率30%以上を除く）
紹介率(%)		（紹介患者数＋救急搬送者数）／初診患者数 × 100		
逆紹介率(%)		逆紹介患者数／初診患者数 × 100		
	初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下**を除く**。 • 休日又は夜間に受診した患者 • 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を**除く**。 • 救急搬送者 • 休日又は夜間に受診した患者 • 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
	紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。		
	逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を**含む**。 • 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 • 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 • 診療状況を示す文書を添えて紹介（診療情報提供料を算定）した患者 • 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
	救急搬送者の数	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入された初診の患者の数。		

４．情報通信機器を用いた診療に係る評価

（１）情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

（２）情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

（３）情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

（４）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

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➢ 令和４年１月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

１．今回改定においては、オンライン診療について、令和２年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和２年４月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。

２．これらの議論を踏まえ、

○　**１号側**からは、**算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではない**との意見があった。また、**点数の水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要**との意見があった。

○　**２号側**からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、**対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要**との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、**「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべき**という意見があった。

３．算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、**患者が適切にオンライン診療を受けることができる環境を整備することが重要**となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。

４．以上を踏まえると、**オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべき**である。「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、**患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切**である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、**医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切**である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、**施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべき**である。

５．点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が 214 点に設定され、対面診療の場合の初診料 288 点と比較して、約 74%の水準となっている。

６．**オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当**である。

７．**オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当**である。

８．今後、**今回改定の影響を調査・検証**し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

（１）情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「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。
- 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）	**初診料（情報通信機器を用いた場合）**	**251点**
（新）	**再診料（情報通信機器を用いた場合）**	**73点**
（新）	**外来診療料（情報通信機器を用いた場合）**	**73点**

［算定要件］（初診の場合）

（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、251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）**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）（８）略

［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医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- **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**
- **薬剤総合評価調整管理料**

（※）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。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）
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

（２）情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➢ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
１ 診療所の場合	225点	196点
２ 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
３ 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点
B001 5 小児科療養指導料	270点	235点
B001 6 てんかん指導料	250点	218点
B001 7 難病外来指導管理料	270点	235点
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	305点
C101 在宅自己注射指導管理料		
１ 複雑な場合	1,230点	1,070点
２ １以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	566点
ロ 月28回以上の場合	750点	653点

➢ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料1	240点	209点
ウイルス疾患指導料2	330点	287点
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）	250点	218点
皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）	100点	87点
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	435点
ロ 略	200点	174点
ハ 略	200点	174点
ニ 略	300点	261点
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	261点
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	261点
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	435点
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
１ 初回	800点	696点
２ 2回目以降	400点	348点
B005-6 がん治療連携計画策定料2	300点	261点
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

（３）情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

- 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て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。
- 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て実施した場合の評価を新設する。

現行

【オンライン在宅管理料】
月１回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。

改定後

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も同様）に**情報通信機器を用いた場合の評価**を設定
（例：機能強化型在支診･在支病（病床あり）の場合）
※　機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

	1人	2～9人	１０人～
①月２回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点
②月２回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	3,029点	1,685点	880点
④月１回訪問	2,760点	1,500点	780点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,515点	843点	440点

（３）情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

※ 在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病	機能強化型在支診・在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
在宅時医学総合管理料	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
①月２回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
②月２回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	3,029点	1,685点	880点	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
④月１回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
①月２回以上訪問（重症患者）	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
②月２回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
④月１回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点

（３）情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

情報通信機器を用いた在宅管理に係る算定要件の見直し

➢ 在宅時医学総合管理料の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て実施した場合の評価における要件について、情報通信機器を用いた診療の見直しにあわせて、以下の見直しを行う。

・事前の対面診療の期間を３月とされていたところ、廃止する。
・複数の医師がチームで診療を行う場合について、要件を見直す。

現行	改定後
在宅時医学総合管理料 ［算定要件］ ウ　オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から３月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近３月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。 カ　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する５人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。	在宅時医学総合管理料 ［算定要件］ （削除） エ　情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、**同一の保険医療機関に所属するチームで診療を行っている場合**であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。 ※施設入居時等医学総合管理料、精神科オンライン在宅管理料も同様

（４）情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

外来栄養食事指導料の要件の見直し

➢ 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。

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　外来栄養食事指導料１
（１）初回　260点
（２）2回目以降
①対面で行った場合　200点
②情報通機器を用いた場合　180点
ロ　外来栄養食事指導料２
（１）初回　250点
（２）2回目以降　190点

［算定要件］
注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。
注４　ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
（新設）

改定後

【外来栄養食事指導料】
イ　外来栄養食事指導料１
（１）初回
①対面で行った場合　260点
②情報通機器等を用いた場合　235点
（２）2回目以降
①対面で行った場合　200点
②情報通機器等を用いた場合　180点

ロ　外来栄養食事指導料２
（１）初回
①対面で行った場合　250点
②情報通機器等を用いた場合　225点
（２）2回目以降
①対面で行った場合　190点
②情報通機器等を用いた場合　170点

［算定要件］
注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って、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき**当該保険医療機関の管理栄養士**が**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っては月２回に限り、その他の月にあっては月１回**に限り算定する。

注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（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っては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

注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（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っては月２回に限り、その他の月にあっては月１回**に限り算定する。

５．入院医療

（１）急性期入院医療･高度急性期入院医療

（２）回復期入院医療

（３）慢性期入院医療

（４）短期滞在手術等基本料、ＤＰＣ／ＰＤＰＳ

（５）横断的個別事項

入院医療の評価体系と期待される機能

○　入院医療の評価は、
- **個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供**されることが望ましいこと
- **患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれ**があること

を踏まえ、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○　入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※　特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

○　**新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等**も踏まえ、**入院から在宅まで切れ目のない医療**を提供する観点から、提供する医療の対象となる**患者の病態像や医療の内容に着目**し、それらに**見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等**を実施。その際、**医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算１・２・３、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進**。

急性期

急性期入院料の見直し

- 入院料の再編
- 重症度、医療・看護必要度の見直し
- 急性期充実体制加算の新設

特定集中治療室等の見直し

- 重症患者対応体制強化加算の新設
- 早期離床リハ加算・早期栄養介入管理加算の対象治療室拡大
- ECMOに係る評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 救急の実施等の要件化
- 自院一般病棟からの転棟割合適正化
- 在宅患者の受入等、在宅医療等の実績
- 入退院支援加算の要件化

地域包括ケア病棟

訪問看護の見直し

- 退院支援指導加算の充実
- 専門管理加算の新設

自宅

有床診療所の見直し

- 初期加算の見直し
- 維持透析受入の評価
- 地域連携分娩管理加算の新設

感染対策向上加算・外来感染対策向上加算の新設

診療所等

回復期リハ入院料の見直し

- 入院料の再編
- 重症患者割合の見直し
- 心疾患の回復期リハを要する状態への追加

回復期リハ

療養病棟入院料の見直し

- 医療区分の見直し
（嚥下機能評価等体制の要件化）
- 経過措置病棟の評価見直し

療養病棟

在支診・在支病の見直し

- 機能強化型在支病における後方入院機能の評価
- 小児の在宅がん診療の評価

在宅療養支援病院
在宅療養支援診療所

介護サービス

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

○　新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算１・２・３、外来感染対策向上加算において求めている医療機関間連携**や**回リハ病棟の対象病態の拡大**、**外来在宅共同指導料新設**、**機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み**等の**新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○　急性期一般入院料１における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、**自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。**

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**

※　転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※　在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

５．入院医療
（１）急性期入院医療･高度急性期入院医療

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る公益裁定

➢ 令和４年１月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

１．今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。

２．これらの議論を踏まえ、

○　**１号側**からは、将来の医療ニーズの変化を踏まえ、下記の意見があった。

・新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、地域医療の様々な課題が浮き彫りになってきたところであり、重症度、医療・看護必要度については、急性期入院医療における患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、**必要性に応じた見直しを進めるべき**である。

・さらに、令和４年１月12日中医協総－３のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、**見直し案４（※１）を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきとの意見**があった。　（※１）Ａ～Ｃのいずれの評価項目に変更する案

○　**２号側**からは、新型コロナ禍での病床の確保や新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ等、医療機関には通常と異なる対応が求められてきたことから、そのような状況での重症度、医療・看護必要度に係る見直しは、**医療機関の負担の増加につながるため、そもそも実施するべきではない**、との意見があった。

３．こういった議論の背景も踏まえ、両側委員において、評価項目や判定基準の見直しのシミュレーションを行うことに合意し、議論が進められた。当該シミュレーションにおいては、見直しの案として４つのパターンが示されたところである。それぞれの見直し案による、該当患者割合の基準を満たす医療機関数の変化、**急性期一般入院料１から、急性期一般入院料２及び３等への適切な機能分化**を促し、**患者の状態に応じた適切な入院料が選択されるよう取組を進める**ことの重要性等を踏まえると、**見直し案３（※２）の組み合わせが妥当と考えられる**。

（※２）「点滴ライン同時３本以上の管理」を「注射薬剤３種類以上の管理」に変更、「心電図モニターの管理」の削除、「輸血や血液製剤の管理」を２点に変更の組合せ。

４．その際、**簡素でわかりやすい診療報酬としていく観点**が重要であることも踏まえ、**急性期一般入院料５と６について、一体とする評価体系へ**と見直した上で、**それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら基準を設定**していくことが適切と考える。

５．なお、これらの見直しに当たっては、**新型コロナウイルス感染症に係る影響や地域医療への影響も鑑み、許可病床数200床未満の医療機関に対する一定の緩和措置を講じることが、必要な配慮**であると考えられることに加え、**重症度、医療・看護必要度Ⅱの活用を進め**、医療従事者の負担軽減も図っていく視点も重要と言える。

６．今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、**引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行う**こととする。

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１～６）の内容

➢ 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・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を７段階評価から６段階評価に再編する。

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 （7割以上が看護師）	10対1以上 （7割以上が看護師）				
該当患者割合の基準 必要度Ⅰ／Ⅱ	許可病床数200床以上	31%／28%	27%／24%	24%／21%	20%／17%	17%／14%	測定していること
	許可病床数200床未満	28%／25%	25%／22%	22%／19%	18%／15%		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	－				
その他		医師の員数が入院患者数の100分の10以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		－		
データ提出加算		○（要件）					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

【経過措置】
- 令和４年３月31日時点で施設基準の届出あり
  ⇒令和４年９月30日まで基準を満たしているものとする。
- 令和４年３月31日時点で急性期一般入院料６の届出あり
  ⇒令和４年９月30日まで改定前の点数を算定できる。

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

➢ 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。

現行

【一般病棟用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	－
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	－
4	心電図モニターの管理	なし	あり	－
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	－
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	－
7	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療	なし	－	あり
8	Ⅰ：救急搬送後の入院（5日間） Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（5日間）	なし	－	あり

改定後

・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
・「注射薬剤３種類以上の管理」へ変更する。
・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	－
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	－
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	－
5	輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり
6	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療	なし	－	あり
7	Ⅰ：救急搬送後の入院（5日間） Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（5日間）	なし	－	あり

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➢ 重症度、医療看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直す。

現行※

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28%（26%）	26%（24%）
急性期一般入院料3	25%（23%）	23%（21%）
急性期一般入院料4	22%（20%）	20%（18%）
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
7対1入院基本料（特定）	―	28%
7対1入院基本料（専門）	11%	9%
7対1入院基本料（結核）	30%	28%
看護必要度加算1（特定、専門）	22%	20%
看護必要度加算2（特定、専門）	20%	18%
看護必要度加算3（特定、専門）	18%	15%
総合入院体制加算1・2	35%	33%
総合入院体制加算3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	14%	11%

※　カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

改定後

		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料（特定）		―	28%
7対1入院基本料（結核）		10%	8%
7対1入院基本料（専門）		30%	28%
看護必要度加算1（特定、専門）		22%	20%
看護必要度加算2（特定、専門）		20%	18%
看護必要度加算3（特定、専門）		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%

【経過措置】
令和４年３月31日時点で施設基準の届出あり
⇒　令和４年９月30日まで基準を満たしているものとする。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

➢ 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。

現行

【急性期一般入院基本料１】
［施設基準］
許可病床数が400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。

改定後

【急性期一般入院基本料１】
［施設基準］
許可病床数が**200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400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。

［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１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）については、同年12月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

➢ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、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、高度かつ専門的な急性期医療を提供する体制として、以下のような取組が考えられる。

急性期・高度急性期

- 医療機関の外来機能分化に係る取組の実施
- 医療従事者の負担軽減に資する取組の実施

① 高度かつ専門的な医療の提供

- 全身麻酔の手術等の実施の高い実績
- 専門的な知識を有する医療従事者による集中治療の提供
- 十分な感染防止に係る取組の実施
- 院内心停止を減らす取組を通じた安全な医療の提供を支える仕組み
- 早期に回復させる実績

② 重症救急患者に対する医療の提供

- 24時間の救命救急医療提供や救急搬送の受入れの一定の実績
- 緊急手術の実施

③ 自宅や後方病床等への退院支援する機能

- 充実した入退院支援
- 回復期・慢性期入院医療等を担う地域の医療機関等との役割分担

回復期・慢性期病棟

自宅・介護施設等

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

➢ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供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）　急性期充実体制加算（１日につき）

７日以内の期間	**460点**
８日以上11日以内の期間	**250点**
12日以上14日以内の期間	**180点**

［算定要件］

- 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料１又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

［主な施設基準］

- **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**保険医療機関であること。　・ **総合入院体制加算の届出を行っていない**こと。
- **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年７月に届け出るとともに、院内に掲示**すること。

ア　以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち４つ以上において実績の基準を満たす。
　(イ)全身麻酔による手術　(ロ)悪性腫瘍手術　(ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術　(ニ)心臓カテーテル法による手術　(ホ)消化管内視鏡による手術
　(ヘ)化学療法（外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っており、かつ、レジメンの４割が外来で実施可能であること）
イ　以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち２つ以上において実績の基準を満たす。
　(イ)異常分娩　(ロ)６歳未満の乳幼児の手術

- **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ている**こと。　・ **感染対策向上加算１の届出**を行っていること。
- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１若しくは２の届出**を行っていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として**「院内迅速対応チーム」の整備等**を行っていること。
- **外来を縮小する体制**を確保していること。　・ **手術・処置の休日加算１等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていない**こと。**一般病棟の病床数の割合が、許可病床数（精神病棟入院基本料等を除く）の９割**であること。
- **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない**こと。**特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない**こと。
- **入退院支援加算１又は２を届け出**ていること。　・一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

（新）　精神科充実体制加算（１日につき）　30点

- **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届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- **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。
- **精神科を標榜**する保険医療機関であること。　・ **精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

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

急性期充実体制加算			
入院料等	• 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） • 敷地内禁煙に係る取組を行っている　・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 • 総合入院体制加算の届出を行っていない		
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	◆救命救急センター　又は　高度救命救急センター	
		◆救急搬送件数　2,000件/年以上　又は300床未満：6.0件/年/床以上	
	• 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 • 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上		
手術等の実績	• 全身麻酔による手術　2,000件/年以上（緊急手術　350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術　1.15件/年以上）		
	いずれかを満たす	ア　右のうち、4つ以上満たす	◆ 悪性腫瘍手術　400件/年以上　又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術　400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆ 心臓カテーテル法手術　200件/年以上　又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆ 消化管内視鏡手術　600件/年以上　又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆ 化学療法　1,000件/年以上　又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）
		イ　以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩　50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術　40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上	
高度急性期医療の提供	• 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、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている		
感染防止に係る取組	• 感染対策向上加算1を届け出ている		
医療の提供に係る要件	• 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している • 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている		
院内心停止を減らす取組	• 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている		
早期に回復させる取組	• 一般病棟における平均在院日数が14日以内 • 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満		
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30‰以上	
		◆ 紹介受診重点医療機関	
医療従事者の負担軽減	• 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい		
充実した入退院支援	• 入退院支援加算1又は2の届出を行っている		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	• 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない • 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 • 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない • 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない		

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

➢ 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。

現行

【総合入院体制加算１】

［施設基準］

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。

ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上

イ～カ　（略）

改定後

【総合入院体制加算１】（※総合入院体制加算２、３も同様）

［施設基準］

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。

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

イ～カ　（略）

外来を縮小する体制に係る見直し

➢ 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として、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。

現行

【総合入院体制加算１】

［施設基準］

外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア　初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。

イ　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のうち、４割以上である。

改定後

【総合入院体制加算１】

［施設基準］

外来を縮小するに当たり、**ア又はイのいずれかに該当**すること。

ア　次のいずれにも該当すること。

- 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- 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のうち、４割以上である。

イ　**紹介受診重点医療機関**である。

総合入院体制加算の見直し②

（1日につき／14日以内）	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	• 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 • 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても良い。） • 外来を縮小する体制を有すること。（下記参照） • 次のいずれにも該当する。 ア　療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ　同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 • 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。		
実績要件	（共通要件）全身麻酔による手術件数が年800件以上		
	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 イ　悪性腫瘍手術：400件/年以上　ウ　腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ　放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上　オ　化学療法：1,000件/年以上　カ　分娩件数：100件/年以上		
	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
救急自動車等による搬送件数	－	年間2,000件以上	－
精神科要件	（共通要件）精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ　精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ　精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ　精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ　精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は 高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は 救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は 救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（A2点以上又はC1点以上）	必要度Ⅰ：**3割3分以上** 必要度Ⅱ：**3割以上**		必要度Ⅰ：**3割以上** 必要度Ⅱ：**2割7分以上**

ア　次のいずれにも該当すること。
- 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- 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のうち、４割以上である。

イ　**紹介受診重点医療機関**である。

救急医療管理加算の見直し

➢ 患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

➢ 救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】（１日につき）（７日まで）
1　救急医療管理加算１　950点
2　救急医療管理加算２　350点

改定後

【救急医療管理加算】（１日につき）（７日まで）
1　救急医療管理加算１　**1,050点**
2　救急医療管理加算２　**420点**

［対象患者］
・救急医療管理加算１の対象となる患者は、**ア～サのいずれかの状態**であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。
・救急医療管理加算２の対象となる患者は、**ア～サまでに準ずる状態**又は**シ**の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ　意識障害又は昏睡
ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ　急性薬物中毒
オ　ショック
カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ　広範囲熱傷、**顔面熱傷又は気道熱傷**
ク　外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
サ　蘇生術を必要とする重篤な状態
シ　その他の重症な状態（加算2のみ）

算定要件の見直し

➢ 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を要件とする。
➢ DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後

［摘要欄記載事項］
◆　アからサのうち該当する状態
◆　イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
◆　**イの状態に該当する場合はJCSOの状態、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 IndexO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（救急医療管理加算２においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）**
◆　当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

［DPC様式１］※予定・救急医療入院の患者に限る

患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点

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

➢ 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、術後疼痛管理チーム加算を新設する。

（新）　術後疼痛管理チーム加算　100点（１日につき）

［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３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**。

周術期における薬学的管理の評価の新設

➢ 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、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。

麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）
２　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合
（新）　周術期薬剤管理加算　　75点

［算定要件］
・　専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を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実施した場合に算定する。
・　周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。
　ア　**「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和３年９月30日医政発0930第16号）」の３の３）①**等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。
　イ　アについては**病棟薬剤師等と連携して実施**すること。
　ウ　**時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備**していること。
　また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

［施設基準の概要］
・　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。
・　**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。
・　周術期薬剤管理に関する**プロトコルを整備**していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的な**プロトコルの見直し**を行うこと。
・　周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
・　医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ**薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備**し、**必要に応じて当直等の薬剤師と連携**を行っていること。

周術期の栄養管理の推進

➢ 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、周術期栄養管理実施加算を新設する。

（新）　周術期栄養管理実施加算　270点（１手術に１回）

［算定対象］
全身麻酔を実施した患者

［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、**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、270点を所定点数に加算する。

（１）周術期栄養管理実施加算は、**専任の管理栄養士が医師と連携**し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、**術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合**に算定する。
（２）栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
（３）（２）の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、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**並びに救命救急入院料の注９、特定集中治療室管理料の注５、ハイケアユニット入院医療管理料の注４、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び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。

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

➢ 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の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

特定集中治療室等における重症患者の対応強化

特定集中治療室

特定集中治療室管理料の対象患者
- 意識障害又は昏睡
- 急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- 急性心不全（心筋梗塞を含む）
- 急性薬物中毒
- ショック
- 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 広範囲熱傷
- 大手術後
- 救急蘇生後
- その他外傷、破傷風等で重篤な状態

①　重症患者に対する24時間体制の医療提供

➢ **重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績**

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の「特殊な治療法等」に該当する患者が**１割５分**以上

②　専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➢ **ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用**

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする看護に関する適切な研修を修了した看護師（専従の常勤看護師　1名以上）

➢ **高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用**

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において５年以上勤務した臨床工学技士（専従の常勤臨床工学技士　1名以上）

➢ **高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置**

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が３年以上かつ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受講（2名以上）

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。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい

③　重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

➢ **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。**

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、以下の内容を含む研修であること。

- 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
- 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

➢ **地域の医療機関等が主催する集中治療を必要と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、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。**

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

➢ 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を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料２・４、特定集中治療室管理料１～４

（新）　重症患者対応体制強化加算

イ　３日以内の期間　750点
ロ　４日以上７日以内の期間　500点
ハ　８日以上14日以内の期間　300点

［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。

［施設基準の概要］

<table>
<tr><td>専従の常勤看護師<u>1名</u>以上</td><td colspan="3">・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が５年以上かつ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看護師</td></tr>
<tr><td>専従の常勤臨床工学技士<u>1名</u>以上</td><td>・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士</td><td rowspan="2">＊実施業務＊
・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<u>院内研修を、年1回以上実施。</u>
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、以下の内容を含む研修であること

① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
② 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</td><td></td></tr>
<tr><td>看護師<u>2名</u>以上

<u>※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。</u>
<u>※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数に含めないこと。</u></td><td>・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ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受講。</td><td>＊実施業務＊
・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、<u>他の医療機関等の支援を行う</u>。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）
・<u>地域の医療機関等が主催する</u>集中治療を必要とする患者の看護に関する<u>研修に講師として参加する</u>など、地域における集中治療の質の向上を目的として、<u>地域の医療機関等と協働する</u>ことが望ましい。</td></tr>
</table>

必要な届出	・区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算　・区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月31日までの間に限り、別添７の様式42の８にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
実績	・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の「特殊な治療法等」に該当する患者が<u>１割５分以上</u>

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

➢ 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、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　300点（１日につき）

［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3日を限度**として所定点数に加算する。
- 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
  - ア　**当該患者及びその家族等の同意を得た上で、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ことを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
  - イ　支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
  - ウ　当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
  - エ　当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

［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、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、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、以下のいずれかであること。

　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**（医療関係団体等が実施する研修を令和５年３月31日までに修了していることが望ましい）

　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研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**

（５）　**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。

（６）　**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。

（７）　支援の内容その他必要な実績を記録していること。

（８）　定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

➢ 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。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

➢ 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】
［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。

［施設基準］
・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。

改定後

【早期栄養介入管理加算】
［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**250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400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］
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。
□　**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。**
※　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること**。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

➢ 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及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

・早期離床・リハビリテーション加算
　500点（１日につき）（14日まで）
・早期栄養介入管理加算
　400点（１日につき）（７日まで）

現行

特定集中治療室管理料1～4

改定後

特定集中治療室管理料１～４
救命救急入院料１～４
ハイケアユニット入院医療管理料１、２
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

救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

➢ 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、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている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。

現行

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日

（※１）救命救急入院料３及び４、特定集中治療室管理料２及び４に限る。

改定後

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日
急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者	**25日**
臓器移植（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	**30日**

［算定上限日数に係る施設基準の概要］
・当該治療室において、**「早期離床・リハビリテーション加算」**又は**「早期栄養介入管理加算」**の届出を行っていること。
・**関係学会と連携**をとって患者の診療を行っていること。

施設基準の見直し

➢ バイオクリーンルーム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に関する要件の見直しを行う。

現行

［施設基準］
・ 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。

改定後

［施設基準］
・ **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。**

［見直しの対象となる治療室］
「Ａ３００」救命救急入院料２・４、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料１～４、「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

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

評価項目及び判定基準の見直し

➢ 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。

現行

【特定集中治療室用】

A　モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1　心電図モニターの管理	なし	あり	
2　輸液ポンプの管理	なし	あり	
3　動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4　シリンジポンプの管理	なし	あり	
5　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6　人工呼吸器の管理	なし		あり
7　輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
9　特殊な治療法等（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定、ＥＣＭＯ）	なし		あり

B　患者の状況等
10　寝返り
11　移乗
12　口腔清潔
13　食事摂取
14　衣服の着脱
15　診療・療養上の指示が通じる
16　危険行動

基準	A得点4点以上かつ B得点3点以上

改定後

・「心電図モニターの管理」「Ｂ　患者の状況等」の項目を廃止

【特定集中治療室用】

A　モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1　輸液ポンプの管理	なし	あり	
2　動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
3　シリンジポンプの管理	なし	あり	
4　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
5　人工呼吸器の管理	なし		あり
6　輸血や血液製剤の管理	なし		あり
7　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
8　特殊な治療法等（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定、ＥＣＭＯ、ＩＭＰＥＬＬＡ）	なし		あり

基準	A得点3点以上

評価方法の見直し

➢ 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。

重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）	
救命救急入院料１	－
救命救急入院料２	7割
救命救急入院料３	－
救命救急入院料４	7割
特定集中治療室管理料１	7割
特定集中治療室管理料２	
特定集中治療室管理料３	6割
特定集中治療室管理料４	

【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っては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

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

重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

- 高度急性期入院医療を必要と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・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

現行

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度Ⅰ
救命救急入院料１	特定集中治療室用	－
救命救急入院料２	特定集中治療室用	8割
救命救急入院料３	特定集中治療室用	－
救命救急入院料４	特定集中治療室用	８割

改定後

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
救命救急入院料１	ハイケアユニット用	－	－
救命救急入院料２	特定集中治療室用	8割	７割
救命救急入院料３	ハイケアユニット用	－	－
救命救急入院料４	特定集中治療室用	８割	7割

【経過措置】
令和４年３月31日時点で救命救急入院料１及び3の届出を行っている病棟にあっては、
令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

救急搬送診療料の見直し（再掲）

算定要件の見直し

➢ 入院患者を転院搬送する際に、救急搬送診療料が算定可能な場合を明確化する。

救急搬送診療料　　1,300点

現行

・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。

改定後

・　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**。

・　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。

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

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

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

➢ 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、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ついて新たな評価を行う。

救急搬送診療料　　1,300点

（新）重症患者搬送加算　　1,800点

[対象患者]
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**。
[算定要件]
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。
[施設基準の概要]
（１）当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。
　　ア　集中治療の経験を５年以上有する医師　　イ　看護師　　ウ　臨床工学技士
（２）（１）のアの医師は、重症の小児患者を搬送する場合、小児の特定集中治療の経験を５年以上有することが望ましい。
（３）（１）のイの看護師は、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、適切な研修を修了した看護師であることが望ましい。
（４）（１）のウの臨床工学技士は、救命救急入院料等を届け出た病棟を有する保険医療機関で５年以上の経験を有することが望ましい。
（５）関係学会により認定された施設であること。
（６）日本集中治療医学会が定める指針等に基づき、**重症患者搬送が適切に実施**されていること。
（７）重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関する**研修を定期的に実施**すること。

人工呼吸の評価の見直し（再掲）

人工呼吸の評価の見直し

➢ 人工呼吸を実施する患者について、開始からの日数に応じた評価とするとともに、自発呼吸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。

現行	改定後
【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点 ［算定要件］ （新設）	【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき） **イ　14日目まで　950点** **ロ　15日目以降　815点** ［算定要件］ （１）「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。 （２）「３」について、自宅等におい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、「ロ」の所定点数を算定する。

（新）　覚醒試験加算　100点（１日につき）

［算定要件（抜粋）］

注３　**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14日**を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。

（１）「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。

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。

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。

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。

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。

（新）　離脱試験加算　60点（１日につき）

［算定要件（抜粋）］

注４　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60点を更に所定点数に加算する。

（１）「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。

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。

イ　以下のいずれにも該当すること。

(ｲ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。(ﾛ) 酸素化が十分であること。　等

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。

(ｲ) 吸入酸素濃度（ＦＩＯ２）50%以下、CPAP（PEEP）≦5cmH2OかつPS≦5cmH2O

(ﾛ) ＦＩＯ２50%以下相当かつＴピース

エ　ウの**評価に当たっては、以下の全てを評価**すること。

(ｲ) 酸素化の悪化の有無　(ﾛ) 血行動態の悪化の有無　等

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。

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。

ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し（再掲）

ECMOの評価の見直し

➢ 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）

1	初日	30,150点
2	２日目以降	3,000点

［算定要件］
（１）**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。
（２）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。
※あわせて、人工心肺に係る算定要件を整理。

ECMOの治療管理に係る評価の新設

➢ 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）

1	７日目まで	4,500点
2	８日目以降14日目まで	4,000点
3	15日目以降	3,000点

［算定要件］
（１）**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。
（２）治療開始時においては、**導入時加算**として、**初回に限り5,000点**を所定点数に加算する。
（３）体外式膜型人工肺管理料は、区分番号Ｋ６０１－２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。

経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

現行		改定後
経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）	30点	**35点**

５．入院医療
（２）回復期入院医療

①地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
②回復期リハビリテーション病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料１	管理料１	入院料２	管理料２	入院料３	管理料３	入院料４	管理料４
看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を１名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については１日平均２単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	**一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は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。）**							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		－	○	○		－	○
室面積	6.4平方メートル以上				―			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　**12%**以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　**８%**以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－		６割未満（許可病床数**200床以上**の場合）**（満たさない場合85／100に減算）**	－	－		６割未満（許可病床数**200床以上**の場合）**（満たさない場合85／100に減算）**	－
自宅等から入棟した患者割合	**２割**以上（管理料の場合、10床未満は３月で**８人**以上）		**いずれか１つ以上**（**満たさない場合90／100に減算**）（**「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい**）		**２割**以上（管理料の場合、10床未満は３月で**８人**以上）		**いずれか１つ以上**（**満たさない場合90／100に減算**）（**「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい**）	
自宅等からの緊急患者の受入	３月で**９人**以上				３月で**９人**以上			
在宅医療等の実績	○（２つ以上）				○（２つ以上）			
在宅復帰率	**７割２分５厘**以上				**７割以上（満たさない場合90／100に減算）**			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること **入院料及び管理料の１・２については入退院支援加算１を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90／100に減算）**							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

- **療養病床については95/100の点数を算定**する。ただし、**救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が６割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ３月で３０人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

参考
令和２年度改定

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 （7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　14%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				―			
一般病棟から転棟した患者割合※1	―		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	―	―		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	―
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―		1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―	
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		―		3月で6人以上		―	
実績部分 地域包括ケアの実績※2	○		―		○		―	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		―	○	○		―	○
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

※2　以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1　満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は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こと。
⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近３か月間で60回以上であること。

③ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で300回以上であること。

④ 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は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こと。

⑥ 当該保険医療機関において退院時共同指導料２及び**外来在宅共同指導料１**の算定回数が直近３か月間で６回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

➢ 救急体制に係る評価の見直し

- **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病棟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、**200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。

実績要件の見直し①

➢ 重症患者割合の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は１割２分以上、必要度Ⅱの割合は０割８分以上へ見直す。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　１割４分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　１割１分以上	【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　**１割２分以上** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　**０割８分以上**

➢ 自院一般病棟からの転棟割合の見直し

- 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200床以上400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85に相当する点数**を算定することとする。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 **200床以上**の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

➢ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

1. 入院料１・３、管理料１・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２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９人以上に変更する。

現行

【地域包括ケア病棟入院料１・３、管理料１・３】
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１割５分以上であること。（ただし、病床数が10未満のものにあっては、自宅等から入院した患者が６以上であること。）
二　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３月間において６人以上であること。

改定後

【地域包括ケア病棟入院料１・３、管理料１・３】
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**２割以上**であること。（ただし、病床数が10未満のものにあっては、自宅等から入院した患者が**８人以上**であること。）
二　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３月間において**９人以上**であること。

2. 入院料２・４、管理料２・４における自宅等から入院した患者割合の要件について、以下の**いずれか１つ以上を満たすことを追加**する。（※１）

ア　自宅等から入棟した患者割合が２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９人以上であること
ウ　在宅医療等の実績を１つ以上有すること

（※１）当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**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の算定回数の実績要件**について、**外来在宅共同指導料１の実績を加えてもよい**こととする。

➢ 在宅復帰率の見直し

● 入院料１・２、管理料１・２における在宅復帰率の要件について、７割以上から**７割２分５厘以上**に変更する。入院料３・４、管理料３・４について、**７割以上であることを要件に追加**する。（※２）

【地域包括ケア病棟入院料１・２、管理料１・２】
ロ　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７割以上であること。
【地域包括ケア病棟入院料３・４、管理料３・４】
（新設）

【地域包括ケア病棟入院料１・２、管理料１・２】
ロ　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**７割２分５厘以上**であること。
【地域包括ケア病棟入院料３・４、管理料３・４】
ロ　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**７割以上**であること。

（※２）　当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

➢ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

現行

【急性期病棟から受入れた患者】
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する。

【在宅から受入れた患者】
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対し、治療方針に関する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。

改定後

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14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。

（改）イ　急性期患者支援病床初期加算
（1）　許可病床数が400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　150点
　②　①の患者以外の患者の場合　50点
（2）　許可病床数400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　250点
　②　①の患者以外の患者の場合　125点

（改）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　500点
　②　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合　400点

現行

急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算
150点　（14日を限度とする。）
在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算
300点　（14日を限度とする。）

改定後

急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床**以上**の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点
		他院の一般病棟	150点
	算定する医療機関400床**未満**の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
		他院の一般病棟	250点
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設		500点
	自宅・その他施設		400点

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

➢ 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。

- 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95**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**以下のうちいずれかを満たす場合、所定点数（100分の100）**を算定する。

① 自宅等からの入院患者の受入れが６割以上

② 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前３月で30人以上である場合

③ 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

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（イメージ）

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5（※1）
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）		15対1以上（4割以上が看護師）		
看護補助者	30対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		専従常勤のPT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		－		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		－		
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	３割以上→４割以上		２割以上→３割以上		－
入院時に重症であった患者における退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	３割以上が４点（16点）以上改善		３割以上が３点（12点）以上改善		－
自宅等に退院する割合	７割以上				－
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
点数（）内は生活療養を受ける場合	2,129点（2,115点）	2,066点（2,051点）	1,899点（1,884点）	1,841点（1,827点）	1,678点（1,664点）

※１：入院料５については、届出から２年間に限り届け出ることができる。
なお、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、１年間、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を算定し、その後１年間、新入院料５を算定することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

入院料の評価体系の再編

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料を再編し、入院料５を廃止するともに、現行の入院料６を新たな入院料５として位置付ける

- 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２年間に限り算定する**ことができることとする。

現行	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］（概要） ５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,736点 ６　回復期リハビリテーション病棟入院料６　1,678点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］（概要） **（新）５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点** **（削除）**

【経過措置】
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５年３月31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。

重症の患者割合に係る要件の見直し

➢ 重症の患者割合の見直し

- 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新規入院患者のうちの、**重症の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４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３割以上**とする。

【経過措置】
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１、２、３又は４の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、当該基準を満たすものとみなす。

医療機関の体制に係る要件等の見直し

➢ 第三者評価について

- 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**。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

➢ 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90日以内とする。

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
回復期リハビリテーション病棟入院料に入院する患者	1　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	○　算定開始日から起算して**150日以内** ○　高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して**180日以内**
	2　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は２肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	○　算定開始日から起算して**90日以内**
	3　外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	○　算定開始日から起算して**90日以内**
	4　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	○　算定開始日から起算して**60日以内**
	5　股関節又は膝関節の置換術後の状態	○　算定開始日から起算して**90日以内**
	（新）　6　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**90日以内**

特定機能病院におけるリハビリテーションの評価

➢ 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　2,129点　**(生活療養を受ける場合にあっては2,115点)**

［算定要件］（概要）

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って、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。

［施設基準］（概要・一部抜粋）

- **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。
- **専従の常勤医師が１名以上配置**されていること。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。）**
- **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。
- 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。
- 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。
- 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。
- **他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。**
- 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。
- １病棟に限り届出を行うことができること。

５．入院医療
（３）慢性期入院医療

①療養病棟入院基本料
②障害者施設等入院基本料
③緩和ケア病棟入院料
④有床診療所

療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

【施設基準】
①看護配置：２０：１以上　②**医療区分２・３の患者が８割以上**

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，813点	1，414点	968点
ADL区分2	1，758点	1，386点	920点
ADL区分1	1，471点	1，232点	815点

療養病棟入院料 2

【施設基準】
①看護配置２０：１以上　②**医療区分２・３の患者が５割以上**

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，748点	1，349点	903点
ADL区分2	1，694点	1，322点	855点
ADL区分1	1，406点	1，167点	751点

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（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） ・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー　・多発性硬化症　・筋萎縮性側索硬化症　・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍　・肺炎　・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血　・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態　・褥瘡　・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄　・うつ状態　・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分３：　23点以上
ADL区分２：　11点以上～23点未満
ADL区分１：　11点未満

当日を含む過去３日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の４項目に０～６の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（　０．自立、１．準備のみ、２．観察、３．部分的援助、４．広範な援助、５．最大の援助、６．全面依存　）

項目	支援のレベル
a　ベッド上の可動性	0～6
b　移乗	0～6
C　食事	0～6
d　トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

➢ 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、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。

改定後

【療養病棟入院基本料】
［算定要件］（概要・抜粋）
注１　１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、**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**

【経過措置】
- 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。
- 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。

療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

➢ 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の85）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、評価を見直した上で、経過措置期間を２年間延長する。

現行	改定後
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］（概要） 注11　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。	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］（概要） 注11　療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の**100分の75**に相当する点数を算定する。

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）におけるリハビリテーションについて

➢ 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、以下の見直しを行う。

- 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（機能的自立度評価法）の測定を月に１回以上行っていない場合は、１日につき２単位まで出来高での算定**とする。
- 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。

【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。

医療区分について（参考）

医療区分３	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（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） ・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分２	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー　・多発性硬化症　・筋萎縮性側索硬化症　・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷）　・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍　・肺炎　・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分１の場合に相当する点数を算定） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血　・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態　・褥瘡　・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄　・うつ状態　・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析　・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養　・喀痰吸引（１日８回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア　・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍　・手術創　・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分１	医療区分２・3に該当しない者

療養病棟入院基本料の点数（参考）

療養病棟入院料 1

【施設基準】
①看護配置：２０：１以上
②医療区分２・３の患者が８割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，813点	1，414点	968点
ADL区分2	1，758点	1，386点	920点
ADL区分1	1，471点	1，232点	815点

療養病棟入院料 2

【施設基準】
①看護配置２０：１以上
②医療区分２・３の患者が５割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1，748点	1，349点	903点
ADL区分2	1，694点	1，322点	855点
ADL区分1	1，406点	1，167点	751点

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

			障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置			7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	－	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		－	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	－		
	両方を満たす	患者像	－	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、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が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、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が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
		看護要員	－	10対1以上		10対1以上（うち、看護職員5割以上）	10対1以上	看護補助者　20対1以上	
その他			一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症児(者)3割以上	－				褥瘡の評価	
点数	通常		1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点	1,748～751点
	重度の意識障害者（脳卒中患者）		1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点		
	上記以外の脳卒中患者		1,345, 1,221点	1,207～995点	1,717, 1,569点	1,490, 1,341点	1,717, 1,569点		
包括範囲	通常		出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者		療養病棟入院基本料と同様の取扱						

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

➢ 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、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（抜粋・例）

1	７対１入院基本料	1,615点
2	10対１入院基本料	1,356点
3	13対１入院基本料	1,138点
4	15対１入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（抜粋・例）
特殊疾患入院医療管理料　2,070点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］（抜粋・例）

1	特殊疾患病棟入院料１	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料２	1,675点

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注12　イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,345点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,221点
ロ　13対１入院基本料
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,207点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,084点
ハ　15対１入院基本料
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,118点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　イ　特殊疾患病棟入院料１
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点
ロ　特殊疾患病棟入院料２
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

➢ 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。

緩和ケア病棟入院料の見直し

➢ 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、疼痛の評価等を実施した場合の評価を新設する。

緩和ケア病棟入院料

（新）　緩和ケア疼痛評価加算　100点

［算定要件］（概要）

緩和ケア病棟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、「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を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算**する。

評価の例

疼痛の強さをNRS（Numerical Rating Scale）で表してもらう。現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、１日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に０～３点を軽度の疼痛、４～６ 点を中等度の疼痛、７ 点以上を強い疼痛と考える。

出典：「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）

➢ 緩和ケア病棟入院料について、加算の新設にあわせて評価の見直しを行う。

現行	改定後
【緩和ケア病棟入院料】	【緩和ケア病棟入院料】
［算定要件］	［算定要件］
1　緩和ケア病棟入院料１	1　緩和ケア病棟入院料１
イ　30日以内の　5,207点	イ　30日以内の　**5,107点**
ロ　31日以上60日以内の期間　4,654点	ロ　31日以上60日以内の期間　**4,554点**
ハ　61日以上の期間　3,450点	ハ　61日以上の期間　**3,350点**
2　緩和ケア病棟入院料２	2　緩和ケア病棟入院料２
イ　30日以内の期間　4,970点	イ　30日以内の期間　**4,870点**
ロ　31日以上60日以内の期間　4,501点	ロ　31日以上60日以内の期間　**4,401点**
ハ　61日以上の期間　3,398点	ハ　61日以上の期間　**3,298点**

緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

○　緩和ケア病棟入院料１
30日以内　5,107点　31日以上60日以内　4,554点　61日以上　3,350点

○　緩和ケア病棟入院料２
30日以内　4,870点　31日以上60日以内　4,401点　61日以上　3,298点

＋

緩和ケア疼痛評価加算　100点
緩和ケア病棟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に緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算**する。

［入院料１の施設基準］
入院料２の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。
○　以下のア又はイを満たしていること
　ア）当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
　イ）直近１年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
○　次のいずれかに係る届出を行っていること。
①　緩和ケア診療加算※1
②　外来緩和ケア管理料※1
③　在宅がん医療総合診療料※2
［入院料２の施設基準］
○　**看護配置７対１、緩和ケアを担当する常勤の医師を１名以上配置**
○　**がん診療の拠点となる病院若しくは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**又はこれらに準ずる病院であること　等

※1　悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。
※2　在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

➢ 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。

A108　有床診療所入院基本料
注３　　有床診療所一般病床初期加算（14日を限度）150点
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、転院又は入院した日から起算して７日を限度として加算する。

改定後

有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日を限度）150点
【急性期病棟から受入れた患者】
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からについては、転院した日から起算して21日を限度として加算する。

有床診療所在宅患者支援病床初期加算（21日を限度）300点
【在宅から受入れた患者】
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対し、治療方針に関する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21日を限度として加算する。

A109　有床診療所療養病床入院基本料
注６　救急・在宅等支援療養病床初期加算（14日を限度）　　150点
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、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。

改定後

有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（21日を限度）300点
【急性期病棟から受入れた患者】
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21日を限度として加算する。

有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（21日を限度）350点
【在宅から受入れた患者】
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対し、治療方針に関する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21日を限度として加算する。

（※）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を施設基準として求める。

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

➢ 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。

有床診療所療養病床入院基本料

（新）　慢性維持透析管理加算　　100点（１日当たり）

［対象患者］

- 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**

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩等管理加算（１日につき）（８日まで）

1　ハイリスク分娩管理加算　3,200点

（新）２　地域連携分娩管理加算　3,200点

［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もの。

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

［算定要件］

・　地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、**分娩を伴う入院前に、**当該保険医療機関から、**連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない**。

・　対象患者に該当する妊産婦であっても、**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**。

［施設基準の概要］

（１）当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が３名以上配置されていること。

（２）当該保険医療機関内に常勤の助産師が３名以上配置されていること。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師**であること。

（３）一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）**周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。**

（５）公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

５．入院医療
（４）短期滞在手術等基本料、ＤＰＣ／ＰＤＰＳ

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料１の見直し

➢ 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行

【短期滞在手術等基本料１】
短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）　2,947点

［施設基準］
短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

改定後

【短期滞在手術等基本料１】
短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）
（改）イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点
（改）ロ　イ以外の場合　2,718点

［施設基準］
短期滞在手術等基本料にかかる手術**（全身麻酔を伴うものに限る。）**が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

➢ 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の高いものについて、短期滞在手術等基本料１の対象とする（15項目→38項目）。
➢ 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。

短期滞在手術等基本料２の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料２について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行

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

改定後

（削除）

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料３の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
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。）
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。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７４７　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。）
Ｋ７４７　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。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８７２－３　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
Ｋ８７２－３　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
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	×（DPC/PDPSで算定）※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×（DPC/PDPSで算定）	対象	対象

➢ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	○（原則、短期滞在3を算定する）	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×	対象	対象

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料１の対象手術等（38項目）

Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００８　腋臭症手術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
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。）
Ｋ０６８　半月板切除術
Ｋ０６８―２　関節鏡下半月板切除術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３　手根管開放手術
Ｋ０９３―２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
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
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７―４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７―６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
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）
Ｋ７４７　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、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３―６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４―３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８４１―２　経尿道的レーザー前立腺・蒸散術

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料３の対象手術等（57項目）

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
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。）
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。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術の　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術の　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する患者
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）
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。）
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。）
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）
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。）
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。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）
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
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
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）の「２」硬化療法(四段階注射法によるもの)
Ｋ７４７　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。）
Ｋ７４７　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。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部(腟部)切除術
Ｋ８７２－３　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
Ｋ８７２－３　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
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術
Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療

DPC/PDPSの見直し

➢ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数（医療機関群）**：現行の３つの医療機関群の設定方法と、４つの評価基準（DPC特定病院群）を維持する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
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は、医療計画に係る取組等を踏まえ、以下のとおり見直す。

現行	改定後
【体制評価指数】 • がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、その他の９項目で評価 ＜災害＞（新設） ＜へき地＞「へき地医療拠点病院の指定」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」 ＜その他＞新型インフルエンザ対策	【体制評価指数】 • 従前の９項目に**感染症**を追加 ＜災害＞**ＢＣＰの策定**（災害拠点病院以外） ＜へき地＞「**へき地医療拠点病院の指定かつ主要３事業を年12回以上**」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」 「へき地医療拠点病院の指定（主要３事業を年12回以上実施している場合を除く。）」 ＜**感染症**＞新型インフルエンザ対策 **新型コロナウイルス感染症対策**（病床確保、ＧＭＩＳ）

4. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度の１年間のみ）。

➢ 算定ルールの見直し

1. **短期滞在手術等基本料3に該当する診断群分類等について**、DPC/PDPSの**点数設定方式Dにより設定する**。
2. **疾患の頻度が高く、医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患で、手術が定義されていない診断群分類について**、医療資源投入量の相違を踏まえ、**他院からの転院の有無により評価を区別する**。
3. **入院初期の医療資源投入量が増加傾向**であることを踏まえ、**点数設定方式Aについて、入院初期をより重点的に評価する体系に見直す**。

➢ 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、診療行為や薬材料等が包括されている外来診療に係る評価について、実施された診療行為を外来EFファイルで提出することとする。
2. 調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

医療機関別係数の見直し

基礎係数（医療機関群）

- 現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定する。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
  ※　診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
  ※　外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,501	1.0395
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0680

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
  ・　各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ

- 現行の６つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を維持し、令和２年10月1日から令和３年9月30日までの実績等を基に設定する。
- 地域医療係数の一部の項目について、評価項目の実態等を踏まえた要件を見直しや項目の新設を実施する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「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。 （【保険診療の質的改善に向けた取組み】：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：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 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〕 1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。 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。
効率性指数	〔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〕 ※　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。 ※　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。

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、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〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※　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。 ※　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。
カバー率指数	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕 ※　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。 ※　すべて（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。
救急医療指数	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・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 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">がん</td><td colspan="3">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〕（0.5P）</td></tr>
<tr><td>「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）</td><td colspan="2">「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)</td></tr>
<tr><td>脳卒中</td><td colspan="3">・t-PA療法の実施(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）
※ いずれか最大値で評価。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">心血管疾患</td><td colspan="3">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(0.5P)</td></tr>
<tr><td colspan="3">入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612イ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）</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td colspan="3">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)</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td colspan="3">・「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）</td></tr>
</table>

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・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	「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）	・「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	
救急	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	・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） ・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） ※　上記のいずれも満たした場合（0.75P） ・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）		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合（0.1P）	治験等の実施 ・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。	

診断群分類点数表の見直し①

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和４年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和4年4月	18	502	4,726	4,064	2,334

※１　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※２　包括対象となるDPC数
※３　CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類の見直し

- 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。
- 具体的には、以下の診断群分類等について、点数設定方式Ｄにより設定する。

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類（例）

改定後の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
010010xx9906xx	脳腫瘍	手術なし、ガンマナイフによる定位放射線治療あり
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	手術なし、終夜睡眠ポリグラフィーあり
030440xx02xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	鼓膜形成手術あり
060035xx05xx0x	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術あり
110080xx03xxxx	前立腺の悪性腫瘍	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術あり
130030xx99x8xx	非ホジキンリンパ腫	手術なし、化学療法（モガムリズマブ又はデニロイキンジフチトクス）あり

- なお、点数設定方式Ｄにより設定する診断群分類は、95分類→153分類となる。

現行	改定後
【診断群分類】 Ｄ方式　95分類	【診断群分類】 Ｄ方式　**153分類**

診断群分類点数表の見直し③

他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

- 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、他院から退院してきた症例と、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。

- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

現行の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
050030xx99000x	急性心筋梗塞	手術、処置等なし
050050xx9900xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術、処置等なし
050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査あり
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査＋血管内超音波検査等あり
050130xx9900xx	心不全	手術、処置等なし
160800xx99xxxx	股関節・大腿近位の骨折	手術なし

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

- 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。

2,334種類の支払分類のうち、点数設定法方Ａで設定される**1,688種類（約72%）**の支払分類において、適用となる。

退院患者調査の見直し①

様式１の見直し

項目名	見直しの内容
【新】P／F比、呼吸補助の有無	救急医療入院の場合であって、医療資源病名が040130（呼吸不全）に定義される傷病名になる場合、「救急受診時」及び「治療室又は病棟入室時」の入力を必須とする。
【新】急性心筋梗塞患者情報	医療資源病名が050030（急性心筋梗塞）に定義される傷病名になる場合、発症の時期を入力する。
【新】左室区出率	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名になる場合、左室区出率を入力する。
【新】解離性大動脈瘤情報	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、スタンフォード分類を入力する。
NYHA	救急医療入院の場合であって、主傷病等が心不全等の場合、「救急受診時」及び「治療室又は病棟入室時」の入力を必須とする。
JCS	救急医療入院の場合であって、意識障害がある場合、「救急受診時」及び「治療室又は病棟入室時」の入力を必須とする。
FIM	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に加え、特定機能病院リハビリテーション入院料を算定する患者についても、入力必須とする。
自傷行為・自殺企図の有無	医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に定義する傷病名の場合を入力対象に追加する。入力項目を見直す。
【新】過去の自傷行為・自殺企図	「自傷行為・自殺企図の有無」が「無」以外の場合に入力する。
【簡】要介護度	60歳未満の患者又は40歳未満の介護保険が適用されていない患者は入力不要とする。

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

退院患者調査の見直し②

外来ＥＦファイル等の見直し

ファイル	対象	見直しの内容	経過措置期間
外来EFファイル	全ての患者	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、在宅癌医療総合診療料）について、実施された診療行為等をEFファイルに出力する。	令和4年9月末まで（6ヶ月）
Kファイル	全ての患者	被保険者番号等を追加する。	－

DPC/PDPSの算定対象とならない患者

➢ 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当の新規手術等

Ｄ４１３　前立腺針生検法　１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの
Ｋ０１９－２　自家脂肪注入
Ｋ０５４－２　脛骨近位骨切り術
Ｋ０８０－７　上腕二頭筋腱固定術
Ｋ１４２－８　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
Ｋ１４５－２　皮下髄液貯溜槽留置術
Ｋ１６９－２　内視鏡下脳腫瘍生検術
Ｋ１６９－３　内視鏡下脳腫瘍摘出術
Ｋ１７４　水頭症手術　３　シャント再建術
Ｋ１９０－８　舌下神経電気刺激装置植込術
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　３　眼瞼下制筋前転法
Ｋ２２５－４　角結膜悪性腫瘍切除術
Ｋ２４２　斜視手術　６　調節糸法
Ｋ２５９－２　自家培養上皮移植術
Ｋ２６８　緑内障手術（２流出路再建術 イ眼内法及び ７濾過胞再建術（needle法）に限る。）
Ｋ３０５－２　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
Ｋ３０８－３　耳管用補綴材挿入術
Ｋ３１９－２　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
Ｋ３８８－３　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ４７０－２　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
Ｋ４９４－２　胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　４　気管支形成を伴う肺切除
Ｋ５２９－４　再建胃管悪性腫瘍手術
Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術
Ｋ５５５－２　経カテーテル弁置換術　３　経皮的肺動脈弁置換術
Ｋ５９４　不整脈手術　４　左心耳閉鎖術 胸腔鏡下によるもの
Ｋ６１６－７　ステントグラフト内挿術（シャント）
Ｋ６１６－８　吸着式潰瘍治療法（１日につき）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　４　静脈瘤切除術
Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術　４　側方
Ｋ６５３－６　内視鏡的逆流防止粘膜切除術
Ｋ６７５－２　腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）　１　腹腔鏡によるもの
Ｋ７２１－５　内視鏡的小腸ポリープ切除術
Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。（悪性腫瘍に対するものを除く。）
Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術（３超低位前方切除術及び４経肛門吻合を伴う切除術に限る。）
Ｋ７４６－３　痔瘻手術（注入療法）
Ｋ７５５－３　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　２　その他のもの
Ｋ７７３－６　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
Ｋ８００－４　ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
Ｋ８２３－７　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
Ｋ８２８－３　埋没陰茎手術
Ｋ８３８－２　精巣内精子採取術
Ｋ８４１－６　経尿道的前立腺吊上術
Ｋ８６０－３　腹腔鏡下腟断端挙上術
Ｋ８８２－２　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
Ｋ８８４－２　人工授精
Ｋ８８４－３　胚移植術
Ｋ８９０－４　採卵術
Ｋ９１６　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）
Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料
Ｋ９１７－２　受精卵・胚培養管理料
Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料
Ｋ９２２－３　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）
Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算
Ｍ００１－５　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

３月31日以前から入院している患者の取扱い

➢ 令和４年３月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和４年４月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合
  - ４月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ３月までの間で診断群分類の変更があった場合は、３月３１日に差額調整を行う。
  - ４月以降に診断群分類の変更がある場合は、４月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合
  - ４月分の請求は出来高で行う。
  - ３月までの間で診断群分類の変更があった場合は、３月３１日に差額調整を行う。
  - ４月以降に出来高→包括の変更がある場合は、４月１日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合
  - ４月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
  - ４月以降に診断群分類の変更がある場合は、４月１日以降の請求額の差額調整を行う。

５．入院医療
（５）横断的個別事項

褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

➢ 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。

現行

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
［施設基準］
４　褥瘡対策の基準
（新設）

褥瘡対策に関する診療計画書（２）

氏　名　　殿　男 ・ 女 ）　　年　　月　（　　歳）

＜薬学的管理に関する事項＞　☐ 対応の必要無し

褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用
☐無　☐有 （ 催眠鎮静剤、 抗不安剤、 麻薬、 解熱鎮痛消炎剤、 利尿剤、 腫瘍用薬、 副腎ホルモン剤、
免疫抑制剤、 その他（　　））

薬学的管理計画	
	＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 ☐無 ☐有

＜栄養管理に関する事項＞　☐ 対応の必要無し　☐ 栄養管理計画書での対応

栄養評価			
	評価日　年　月　日		
	体重　kg（測定日 ／ ）	BMI　kg/m2	体重減少 （ 無 ・ 有 ）
	身体所見	浮腫 （ 無 ・ 有 （ 胸水 ・ 腹水 ・ 下肢 ）・ 不明 ）	
	検査等 検査している 場合に記載	☐ 測定無し Alb値（　）g/dL 測定日（ ／ ）	☐ 測定無し Hb値 （　）g/dL 測定日（ ／ ） ☐ 測定無し CRP （　）mg/dL 測定日（ ／ ）
	栄養補給法	経口 ・ 経腸 （ 経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ）・ 静脈	栄養補助食品の使用 （ 無 ・ 有 ）
栄養管理計画			

改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
［施設基準］
４　褥瘡対策の基準
(1)～ (3)　（略）（変更なし）
(4) 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。
(5) 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。
(6)～ (8)　（略）（変更なし）

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

➢ 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１の評価及び要件を見直す

現行

【入退院支援加算１】
［算定要件］
イ　一般病棟入院基本料等の場合　600点
ロ　療養病棟入院基本料等の場合　1,200点

［施設基準］
・「連携機関」の数が20以上であること。
・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

改定後

【入退院支援加算１】
［算定要件］
イ　一般病棟入院基本料等の場合　**700点**
ロ　療養病棟入院基本料等の場合　**1,300点**

［施設基準］
・「連携機関」の数が**25以上**であること。
・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

➢ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算１及び２の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算１及び２の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

【入退院支援加算１及び２】
［算定要件］
退院困難な要因
ア　悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
イ　緊急入院であること
ウ　要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
エ　家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ　生活困窮者であること
カ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
キ　排泄に介助を要すること
ク　同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
コ　入退院を繰り返していること
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

改定後

【入退院支援加算１及び２】
［算定要件］
退院困難な要因
ア　悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
イ　緊急入院であること
ウ　要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
エ　家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ　生活困窮者であること
カ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
キ　排泄に介助を要すること
ク　同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
コ　入退院を繰り返していること
サ　入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
シ　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
ス　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
セ　その他患者の状況から判断して**アからスまでに**準ずると認められる場合

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

➢ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数 ＼ 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 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1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 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	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

［経過措置］

① 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で、許可病床数が200床以上のものにあっては**令和５年３月31日まで**の経過措置を設ける。

② 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で、許可病床数が200床未満のものにあっては**令和６年３月31日まで**の経過措置を設ける。

③ 令和４年３月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であって、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、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、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療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200床未満であり、かつ、データ提出加算の届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**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和６年３月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

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

➢ 安心・安全で質の高い医療の提供を推進するの観点から、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１回）　７点

［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。

［施設基準の概要］

（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）　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

（６）　報告書確認管理者が行う業務（報告書管理に係る企画立案、各部門との調整、各部門への支援、**報告書作成から概ね２週間後に主治医等による当該報告書の確認状況の確認**、**未確認報告書の把握**、**未確認報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて対応状況の確認**等）

（７）　報告書確認対策チームが行う業務（各部門における報告書管理の実施状況の評価、報告書管理のための業務改善計画書の作成、**報告書管理を目的とした院内研修を少なくとも年１回程度実施**、**報告書管理の評価に係るカンファレンスの月１回程度開催**等）

（８）　医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 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、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 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評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算　　270点（入院初日及び退院時）

［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）特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**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、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

ア　**入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。

イ　当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。

ウ　**医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

（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指定障害者支援施設等若しくは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**50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。

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

➢ 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。

現行

【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】
摂食嚥下支援加算　　200点（週１回）

［算定要件］
・摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
・内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施（月１回以上）
・検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施（週１回以上）
・カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施　　等

［施設基準］
摂食嚥下支援チームを設置

- 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 ＊
- 専任の常勤看護師（経験５年かつ研修修了）＊
- 専任の常勤言語聴覚士 ＊
- 専任の常勤薬剤師＊
- 専任の常勤管理栄養士＊
- 専任の歯科衛生士
- 専任の理学療法士又は作業療法士

＊の職種は、カンファレンスの参加が必須

入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

改定後

（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】

摂食嚥下機能回復体制加算１	210点（週１回）
摂食嚥下機能回復体制加算２	190点（週１回）
摂食嚥下機能回復体制加算３	120点（週１回）

［算定要件］
①内視鏡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
②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上）
③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上）
④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施

［施設基準］

加算1	加算2	加算3
摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任） ・医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士 ・カンファレンスに参加：必要に応じてその他職種		専任の医師、看護師又は言語聴覚士
摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病棟
・鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率35%以上 ・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長等に報告	・摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告	・中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、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患者」が1年に2人以上 ・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長等に報告

摂食嚥下支援加算の見直し②

➢ 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、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

摂食嚥下機能回復体制加算

		摂食嚥下機能回復体制加算1	摂食嚥下機能回復体制加算2	摂食嚥下機能回復体制加算3
算定要件	対象患者	摂食嚥下支援チームによる摂食・嚥下機能回復に係る取組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		
	算定可能な従事者	◆ 摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任） ・医師又は歯科医師 ・適切な研修を修了した看護師※専従の言語聴覚士 （※摂食・嚥下障害看護認定看護師、脳卒中リハビリテーション看護認定看看護師） ・管理栄養士 ◆ カンファレンスに参加：その他職種も		◆ 専任の医師、看護師又は言語聴覚士
	算定対象とする医療サービスの内容	①内視鏡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 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施		
	日数・回数の要件	1回／週		
施設基準	対象病棟・病床	摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病床入院基本料のうち、療養病棟入院料１又は入院料2を算定している病床
	実績等	・鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率35%以上 ・実績（FIM 及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）	・実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）	・中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、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患者」が1年に2人以上 ・実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）
経過措置		現に摂食嚥下支援加算を算定している医療機関については、半年間に限り、引き続き加算1を算定できる。		

摂食嚥下支援加算の見直し③

（経口摂取に回復させている割合の計算方法）

$$\frac{\text{経口摂取に回復した患者数}}{\text{自院導入患者数 ＋ 紹介患者数}} = \frac{\text{栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者（1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者）［１年以内注］}}{\text{自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」＋紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」「中心静脈栄養」の患者（「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」）}}$$

注）回復率は、鼻腔栄養導入、胃瘻造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算して１年以内に回復したもので計算する。

分子及び分母から除くもの

① １年以内※に死亡した患者　（ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。）
② １か月以内※に経口摂取に回復した患者
③ １年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者
④ 減圧ドレナージ目的（消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑤ 成分栄養剤の経路目的（炎症性腸疾患の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

※　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起算

（届出に関する取り扱い）

【通常の場合】　前々年の１月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出

（例）

【新規届出の場合】　直近2年のいずれかの4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。

（例）

①令和４年４月～６月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。（令和３年４月～６月でも可）
②継続は、令和４年１月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で判断（令和３年１月～12月でも可）

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

➢ 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）　二次性骨折予防継続管理料

イ　二次性骨折予防継続管理料１　1,000点（入院中１回・手術治療を担う一般病棟において算定）

ロ　二次性骨折予防継続管理料２　750点（入院中１回・リハビリテーション等を担う病棟において算定）

ハ　二次性骨折予防継続管理料３　500点（１年を限度として月に１回・外来において算定）

［対象患者］

イ：**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

ロ：**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

ハ：**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１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１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１年を限度として、月１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。なお、薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。
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。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

入退院支援加算の見直し

- 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。

現行	改定後
【入退院支援加算】 ［施設基準］ ５　入退院支援加算の「注５」に規定する施設基準 (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	【入退院支援加算】 ［施設基準］ ５　入退院支援加算の「注５」に規定する施設基準 (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。**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。**

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

○　医療資源の少ない地域においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件等が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
Ａ１００　一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
Ａ１０８　有床診療所入院基本料	入院基本料１～３の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
Ａ２０７　医師事務補助体制加算	20対１から100対１までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）ことこととする	施設基準の要件
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
Ａ２４６　入退院支援加算*	**看護師・社会福祉士の要件の緩和**	人員配置
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対１以上※1看護職員の最小必要数の４割以上※2が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※１　特定地域以外では13対１以上　　※２　特定地域以外では７割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料１、２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３）	人員配置 病床数
Ａ３１７　特定一般病棟入院料	一般病棟が１病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対１以上又は15対１以上 看護要員１人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
Ａ２４８　精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
Ｂ００１　２４　外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ｂ００１　２７　糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。
注）下線部については、令和４年度診療報酬改定において、見直しがあったもの。

６．医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進

（１）地域医療体制確保加算の見直し

（２）医師事務作業補助体制加算の評価の充実

（３）勤務医の負担軽減の取組の推進

（４）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

（５）特定行為研修修了者の活用の推進

（６）看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

（１）地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

➢ 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、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算　520点

［施設基準］

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

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。

改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算　**620点**

［施設基準］

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

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。

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1,000件以上であり、かつ、区分番号「Ａ２３７」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）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。

ウ　「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（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。

（１）地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

【経過措置】令和4年9月30日まで

➢ 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めることとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

（１）労働時間数
以下の全ての項目について、**①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載**
- 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- 年間の時間外・休日労働時間数960 時間超～1,860 時間の人数・割合
- 年間の時間外・休日労働時間数1,860 時間超の人数・割合

（２）労務管理・健康管理
以下の全ての項目について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載**
- 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- 労使の話し合い、36 協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)

（３）意識改革・啓発
以下の項目のうち、最低１つの取組について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中**の取組目標を計画に記載
- 管理者マネジメント研修
- 働き方改革に関する医師の意識改革
- 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）
⑴～⑸それぞれにおいて、最低１つの取組について**①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載**

（１） タスク・シフト／シェア

（２） 医師の業務の見直し

（３） その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)

（４）副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

（５） C-１水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

＜参考＞現行の要件
(地域医療体制確保加算)

① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

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、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」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、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、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負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。

⑤ 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上で、**必要な事項を記載**すること。（※例示は省略）

⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

（２）医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

➢ 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とする。

現行

医師事務作業補助体制加算１の施設基準
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基準を満たしていること。
（新設）

改定後

医師事務作業補助体制加算１の施設基準
（削除）

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。

※　医師事務作業補助体制加算２については上記要件を設けない

（※）医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、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、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

➢ 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	970点	910点
20対1	758点	710点
25対1	630点	590点
30対1	545点	510点
40対1	455点	430点
50対1	375点	355点
75対1	295点	280点
100対1	248点	238点

改定後

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	1，050点	975点
20対1	835点	770点
25対1	705点	645点
30対1	610点	560点
40対1	510点	475点
50対1	430点	395点
75対1	350点	315点
100対1	300点	260点

（３）勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算１等に係る要件の見直し

- 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、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の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上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要件を変更する。

現行

【時間外加算１・休日加算１・深夜加算１】

［施設基準］

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）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数

届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、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。

改定後

【時間外加算１・休日加算１・深夜加算１】

［施設基準］

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）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数**及び２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数**

(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４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４回以内であること。**

（４）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①

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

➢ 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、業務管理等の項目を見直す。

①「ア　11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ　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。

②看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療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。

※１　３交代制勤務又は変則３交代勤務の病棟のみが対象 ※２ 夜間30・50・100対１急性期看護補助体制加算の届出が該当	**看護職員夜間配置加算** 12対１加算１ 16対１加算１	**夜間看護体制加算** 急性期看護補助体制加算の注加算	**夜間看護体制加算** 看護補助加算の注加算	**夜間看護体制加算** 障害者施設等入院基本料の注加算	**看護職員夜間配置加算** 精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	**４項目以上**	**３項目以上**	**４項目以上**	**４項目以上**	**３項目以上**
ア　11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ　正循環の交代周期の確保（※１）	○	○	○	○	○
ウ　夜勤の連続回数が２連続（２回）まで	○	○	○	○	○
エ　夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ　夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ　夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ　看護補助業務のうち５割以上が療養生活上の世話			○	○	
ク　看護補助者の夜間配置（※２）	○				
ケ　みなし看護補助者を除いた看護補助者比率５割以上	○	○	○	○	
コ　夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ　ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

（４）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②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

➢ 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。

現行

看護職員の配置に係る加算

【看護職員夜間配置加算】

看護職員夜間12対１配置加算１	105点
看護職員夜間12対１配置加算２	85点
看護職員夜間16対１配置加算１	65点
看護職員夜間16対１配置加算２	40点

【注加算の看護職員夜間配置加算】

地域包括ケア病棟入院料	65点
精神科救急入院料	65点
精神科救急・合併症入院料	65点

看護補助者の配置に係る加算

【急性期看護補助体制加算】

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
夜間100対１急性期看護補助体制加算	100点

【看護補助加算】

夜間75対１看護補助加算	50点

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	45点
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
イ　14日以内の期間	141点
ロ　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の注加算）	
ハ　夜間看護配置加算１	100点
ニ　夜間看護配置加算２	50点

改定後

看護職員の配置に係る加算

【看護職員夜間配置加算】

看護職員夜間12対１配置加算１	**110点**
看護職員夜間12対１配置加算２	**90点**
看護職員夜間16対１配置加算１	**70点**
看護職員夜間16対１配置加算２	**45点**

【注加算の看護職員夜間配置加算】

地域包括ケア病棟入院料	**70点**
精神科救急急性期医療入院料	**70点**
精神科救急・合併症入院料	**70点**

看護補助者の配置に係る加算

【急性期看護補助体制加算】

夜間30対１急性期看護補助体制加算	**125点**
夜間50対１急性期看護補助体制加算	**120点**
夜間100対１急性期看護補助体制加算	**105点**

【看護補助加算】

夜間75対１看護補助加算	**55点**

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	**50点**
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
イ（１）14日以内の期間	**146点**
（２）15日以上30日以内の期間	**121点**
夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
ハ　夜間看護配置加算１	**105点**
ニ　夜間看護配置加算２	**55点**

（５）特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

➢ 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、 呼吸ケアチーム加算の算定に係る適切な研修に、特定行為に係る研修を追加する。

現行

【精神科リエゾンチーム加算】
［施設基準］
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）。

改定後

【精神科リエゾンチーム加算】
［施設基準］
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）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号の規定による指定研修機関において行われる研修**であること。

※【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

（６）看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

➢ 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。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）

［施設基準］

・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。

現行		改定後	
【急性期看護補助体制加算】		【急性期看護補助体制加算】 **（新）　看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算**	
25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上	240点	25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）	**245点**
25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）	220点	25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）	**225点**
50対１急性期看護補助体制加算	200点	50対１急性期看護補助体制加算	**205点**
75対１急性期看護補助体制加算	160点	75対１急性期看護補助体制加算	**165点**
【看護補助加算】		【看護補助加算】 **（新）　看護補助体制充実加算として、1日につき５点を更に所定点数に加算**	
看護補助加算１	141点	看護補助加算１	**146点**
看護補助加算２	116点	看護補助加算２	**121点**
看護補助加算３	88点	看護補助加算３	**93点**
夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	45点	イ　夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	**50点**
		（新）ロ　看護補助体制充実加算	**55点**
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		イ　看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
（１）14日以内の期間	141点	（１）14日以内の期間	**146点**
（２）15日以上30日以内の期間	116点	（２）15日以上30日以内の期間	**121点**
		（新）ロ　看護補助体制充実加算	
		（１）14日以内の期間	**151点**
		（２）15日以上30日以内の期間	**126点**
看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）	160点	イ　看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）	160点
		（新）ロ　看護補助体制充実加算	**165点**

（６）看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※1を修了していること。
看護職員	全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。 研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。 イ（イ）看護補助者との協働の必要性 （ロ）看護補助者の制度的な位置づけ （ハ）看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 （ニ）看護補助者との協働のためのコミュニケーション （ホ）自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	現行の研修内容※2のうち、エ（日常生活にかかわる業務）について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。

※１（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（５時間程度）
（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
①　看護補助者の活用に関する制度等の概要
②　看護職員との連携と業務整理
③　看護補助者の育成・研修・能力評価
④　看護補助者の雇用形態と処遇等

※２　ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
イ　医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
ウ　看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
エ　日常生活にかかわる業務
オ　守秘義務、個人情報の保護
カ　看護補助業務における医療安全と感染防止　等

７．在宅医療･訪問看護

（１）継続診療加算の見直し（在宅療養移行加算）

（２）外来在宅共同指導料の新設（再掲）

（３）在宅データ提出加算の新設

（４）在支診･在支病の施設基準の見直し

（５）小児に対する在宅医療の評価の見直し

（６）訪問看護の評価

（１）継続診療加算の見直し
（在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価）

在宅療養移行加算の新設

- 継続診療加算について、名称を在宅療養移行加算に変更する。
- 従来の継続診療加算に加えて、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している場合の評価を新設する。

現行

【継続診療加算】
継続診療加算　　216点

［施設基準］
継続診療加算
ア　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、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
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

改定後

（新）【在宅療養移行加算】
在宅療養移行加算１　216点
在宅療養移行加算２　116点

［施設基準］
在宅療養移行加算１
ア　24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
イ　訪問看護が必要な患者に対し、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
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

在宅療養移行加算２
ア　**当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制**を有していること。
イ　24時間の連絡体制を有していること
ウ　訪問看護が必要な患者に対し、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
エ　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

（１）継続診療加算の見直し

（在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価）

○：どちらでもよい
◎：必ず満たす必要がある
×：要件を満たさない
－：施設基準上の要件ではない

			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）	
	その他		○		○		◎	×
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）	
	その他		◎	×	○		◎	×
（新）在宅療養移行加算１			○※1		－		○※1	
（新）在宅療養移行加算２			※2		－		○※1	

※１：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）
※２：「２４時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、**往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること**を要件とする。
<10：連携医療機関数が10未満であること。

（２）外来在宅共同指導料の新設（再掲）
（外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価）

➢ 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、外来在宅共同指導料を新設する。

（新）　外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料１　400点　**（在宅療養を担う保険医療機関において算定）**

外来在宅共同指導料２　600点　**（外来において診療を行う保険医療機関において算定）**

［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］

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

（３）在宅データ提出加算の新設
（外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（再掲））

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

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）　**外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。

（２）　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）（再掲）

※１　5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※２　自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※３　提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

（４）在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

➢ 全ての在支診・在支病について、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。

【経過措置】
令和４年３月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、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。

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

➢ 機能強化型の在支診及び在支病について、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。

機能強化型在支病の要件の見直し

➢ 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し、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。

現行

【在宅療養支援病院】
［施設基準］（抜粋・例）
(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）
シ　過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
ス　（略）

改定後

【在宅療養支援病院】
［施設基準］（抜粋・例）
(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）
シ　以下のいずれかの要件を満たすこと。
- 過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
- **在支診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、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去１年間で31件以上あること。**
- **地域包括ケア病棟入院料・管理料１又は３を届け出ていること。**

ス　（略）

（４）在支診・在支病の施設基準（参考）

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診・
在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養
後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="6">①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制
③　24時間の訪問看護体制　④　緊急時の入院体制
⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している
⑦　適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="6">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
（２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</td><td rowspan="5">○　許可病床数200床以上
○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※　やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td rowspan="4">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅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が直近１年間で31件以上
・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</td><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で４件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅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が直近１年間で31件以上
・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</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑨　過去１年間の看取りの実績
連携内で４件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑩　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</td></tr>
</table>

※：**青字**は令和４年度診療報酬改定における変更点

（５）小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

➢ 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係る加算を新設する。

在宅がん医療総合診療料

（新）　小児加算　　1,000点（週に１回に限る）

［算定要件］

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算定する。

緊急往診加算の見直し

➢ 緊急往診加算について、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し、小児特有の速やかな往診が必要な場合を明確にする。

現行

【往診料】

［施設基準］

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。

改定後

【入退院支援加算３】

［施設基準］

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

（５）小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料　（１日につき）

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

＋ **小児加算 1,000点(週に１回)**

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

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

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

（６）【訪問看護】利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

➢ 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。

【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）
第二十二条の二　指定訪問看護事業者は、**感染症及び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**（以下この条において「**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に実施**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。

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

➢ 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、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、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。

現行

【24時間対応体制加算
（訪問看護管理療養費）】
［算定要件］
２つの訪問看護テーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- 特別地域に所在する訪問看護ステーション
- 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

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［算定要件］
２つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- 特別地域に所在する訪問看護ステーション
- 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
- **業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション**

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
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
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
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

（６）【訪問看護】機能強化型訪問看護ステーションの見直し

機能強化型訪問看護管理療養費の見直し

➢ 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等に対する研修等の実施及び相談の対応実施を必須の要件とするとともに、評価を見直す。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費１及び２】
機能強化型訪問看護管理療養費１　12,530円
機能強化型訪問看護管理療養費２　9,500円

［施設基準］
ア～キ　略
ク　地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費１ 及び２】
（改）機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円
（改）機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円

［施設基準］
ア～キ　略
ク　直近１年間に、人材育成のための研修等を実施していること。
ケ　直近１年間に、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して、訪問看護に関する情報提供又は相談に応じている実績があること。

［経過措置］
令和４年３月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１又は２を届け出ているものについては、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。

➢ 機能強化型訪問看護管理療養費１から３までについて、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して、要件に追加する。

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】
［施設基準］
コ　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。

（６）【訪問看護】機能強化型訪問看護ステーションの要件等（参考）

	機能強化型１	機能強化型２	機能強化型３
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,830円	9,800円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤７人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	５人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	４人以上、６割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 ＋ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表７の利用者　月10人以上	別表７の利用者　月7人以上	別表７・８の利用者、精神科重症患者又は複数の訪看STが共同して訪問する利用者　月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル　前年度20件以上 ・ターミナル　前年度15件以上 ＋　重症児　常時４人以上 ・重症児　常時６人以上	以下のいずれか ・ターミナル　前年度15件以上 ・ターミナル　前年度10件以上 ＋　重症児　常時３人以上 ・重症児　常時５人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 ＋特に医療的な管理が必要な利用者の１割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 ＋サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の１割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年２回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）		

（６）【訪問看護】訪問看護に係る関係機関との連携強化

自治体等への情報提供の見直し

➢ 訪問看護情報提供療養費１について、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。

現行

【訪問看護情報提供療養費１】

［算定要件］

・市町村　　・都道府県

に対して、当該市町村等からの求めに応じて、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

［算定対象］

（１）特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（２）特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
（３）精神障害を有する者又はその家族等
（４）15歳未満の小児

改定後

【訪問看護情報提供療養費１】

［算定要件］

・市町村　　・都道府県
・**指定特定相談支援事業者**　・**指定障害児相談支援事業者**

に対して、当該市町村等からの求めに応じて、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

［算定対象］

（１）特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（２）特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
（３）精神障害を有する者又はその家族等
（４）**18歳**未満の**児童**

学校等への情報提供の見直し

➢ 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する。

現行

【訪問看護情報提供療養費２】

［算定要件］

・保育所等（※）・幼稚園　・小学校　・中学校　・義務教育校
・中等教育学校（前期課程）・特別支援学校（小学部、中学部）

へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供

［算定対象］

（１）15歳未満の超重症児又は準超重症児
（２）15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（３）15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

改定後

【訪問看護情報提供療養費２】

［算定要件］

・保育所等（※）・幼稚園　・小学校　・中学校　・**高等学校**
・義務教育校　・**中等教育学校**　・**特別支援学校**　・**高等専門学校**
・**専修学校**

へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供

［算定対象］

（１）**18歳**未満の超重症児又は準超重症児
（２）**18歳**未満の特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（３）**18歳**未満の特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

（※）保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者

（６）【訪問看護】訪問看護情報提供療養費における情報提供先（参考）

情報提供先＼対象者	情報提供療養費１	情報提供療養費２	情報提供療養費３
	・別表第７該当者 ・別表第８該当者 ・精神障害を有する者、その家族等 ・18歳未満の児童	・18歳未満の超重症児、準超重症児 ・18歳未満の別表第７該当者 ・18歳未満の別表第８該当者	・入院・入所する利用者
市町村・都道府県	○	―	―
指定特定相談支援事業者	×⇒○	―	―
指定障害児相談支援事業者	×⇒○	―	―
保育所等（※１）、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校（前期課程）、特別支援学校（小学部、中学部）	―	○	―
特別支援学校（幼稚部、高等部）、高等学校、中等教育学校（後期課程）、高等専門学校、専修学校	―	×⇒○	―
保険医療機関（※２）	―	―	○
介護老人保健施設（※２）	―	―	○
介護医療院（※２）	―	―	○

（※１）保育所等：保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者
（※２）主治医が利用者の入院・入所する保険医療機関等に対して情報提供を行うにあたり、訪問看護ステーションから主治医に対して情報提供を行う

（６）【訪問看護】複数名訪問看護加算の見直し

複数名訪問看護加算の見直し

➢ 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。

現行

【複数名訪問看護加算】

［算定要件］
訪問看護ステーションの看護職員が、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った場合に算定
イ　看護師等
ロ　准看護師
ハ　看護補助者（別表７・８、特別指示以外）
ニ　看護補助者（別表７・８、特別指示）

［算定対象］
イ　特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
ロ　特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
ハ　特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
ニ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
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。）

改定後

【複数名訪問看護加算】

［算定要件］
訪問看護ステーションの看護職員が、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った場合に算定
イ　看護師等
ロ　准看護師
ハ　**その他職員**（別表７・８、特別指示以外）
ニ　**その他職員**（別表７・８、特別指示）

※その他職員：看護師等又は看護補助者

［算定対象］
イ　特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
ロ　特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
ハ　特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
ニ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
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

（６）【訪問看護】訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

➢ 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。

（別紙様式 16）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）
点滴注射指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名		生年月日　年　月　日（　歳）	
患者住所	電話（　）　－		
主たる傷病名	（1）　（2）　（3）		
現在の状況（該当項目に○を付ける）	病状・治療状態		
	投与中の薬剤の用量・用法	1.　2.　3.　4.　5.　6.	
	日常生活自立度	寝たきり度	J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2
		認知症の状況	Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M
	要介護認定の状況	要支援（１　２）　要介護（１　２　３　４　５）	
	褥瘡の深さ	DESIGN分類　D3　D4　D5　NPUAP分類　Ⅲ度　Ⅳ度	
	装着・使用医療機器等	1．自動腹膜灌流装置　2．透析液供給装置　3．酸素療法（　l／min） 4．吸引器　5．中心静脈栄養　6．輸液ポンプ 7．経管栄養　（経鼻・胃瘻：サイズ　、　日に１回交換） 8．留置カテーテル（部位：　サイズ　、　日に１回交換） 9．人工呼吸器　（陽圧式・陰圧式：設定　） 10．気管カニューレ（サイズ　） 11．人工肛門　12．人工膀胱　13．その他（　）	

留意事項及び指示事項
Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

Ⅱ　1．リハビリテーション
（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
１日あたり 20・40・60・（　）分を週（　）回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載））
2．褥瘡の処置等
3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4．その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（無　有：指定訪問看護ステーション名　）
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
（無　有：訪問介護事業所名　）

上記のとおり、指示いたします。
年　月　日
医療機関名
住　所
電　話
（FAX.）
医師氏名　印
事業所　殿

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

現行

Ⅱ　1．リハビリテーション
（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
１日あたり20･40･60･(　)分を週(　)回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載））
2．褥瘡の処置等
3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4．その他

⇩

改定後

Ⅱ　1．**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護**
（**１日あたり（　　）分を週（　　）回**）
2．褥瘡の処置等
3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4．その他

（６）【訪問看護】専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

➢ 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

現行	改定後
【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】 ［施設基準］ 褥瘡ケアに係る専門の研修 ・ 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	【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】 ［施設基準］ 褥瘡ケアに係る専門の研修 ・ 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 ・ **特定行為研修（創傷管理関連）**

※在宅患者訪問看護・指導料３、同一建物居住者訪問看護・指導料３についても同様

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

➢ 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。

（新）　専門管理加算　　2,500円（１月に１回）

［算定要件］

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特定行為研修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、所定額に加算する。

［算定対象］

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計画的な管理を行った場合

・ 悪性腫瘍の鎮痛療法若しく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
・ 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

ロ　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

・手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、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、膀胱ろうカテーテルの交換、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、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

（６）【訪問看護】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

➢ 質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、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。

（新）　手順書加算　　１５０点（６月に１回）

［算定要件］

当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、手順書を交付した場合に、所定点数に加算する。

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

- 気管カニューレの交換
- 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
- 膀胱ろうカテーテルの交換
- 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
- 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- 脱水症状に対する輸液による補正

（６）【訪問看護】医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

➢ 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。

現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

［算定要件］

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。

改定後

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

［算定要件］

指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円**（区分番号０１の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円）**を加算する。

（参考）別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの
- 15歳未満の超重症児又は準超重症児
- 特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
- 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

（６）【訪問看護】退院日のターミナルケアの見直し

訪問看護ターミナルケア療養費の見直し

➢ 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し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。

現行

【訪問看護ターミナルケア療養費】

［算定要件］

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又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、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。

改定後

【訪問看護ターミナルケア療養費】

［算定要件］

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又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、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**（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。）**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。

※１回を退院支援指導加算とする場合は、退院日にターミナルケアに係る療養上必要な指導を行っていること。

（６）【訪問看護】 ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

➢ 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。

（新）　遠隔死亡診断補助加算　　1,500円

［算定要件］

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（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）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、所定額に加算する。

［施設基準］

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること

（参考）死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ｉ)
　　注８　死亡診断加算　　200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29 年９月厚生労働省）」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。

ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。
イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。
ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

８．不妊治療の保険適用

（１）不妊治療の保険適用の概要

（２）先進医療の検討状況

（３）不妊治療に必要な医薬品への対応状況

（４）移行期における助成金の取扱い

（１）不妊治療の保険適用の概要

（参考） 令和4年度診療報酬改定について

１．診療報酬　　＋０．４３％

※１　うち、※２～５を除く改定分　＋０．２３％
　　各科改定率　　医科　＋０．２６％
　　歯科　＋０．２９％
　　調剤　＋０．０８％

※２　うち、看護の処遇改善のための特例的な対応　＋０．２０％

※３　うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化　▲０．１０％
（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、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、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※４　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．２０％

※５　うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来　▲０．１０％
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

（１）不妊治療の保険適用の概要

（不妊治療の保険適用に係る政府方針）

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○　不妊治療に係る経済的負担の軽減等

・　不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額の医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※　全世代型社会保障検討会議 第２次中間報告（令和２年６月25日 全世代型社会保障検討会議決定）においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針（令和２年９月16日閣議決定）（抄）

４．少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを生み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障改革の方針（令和２年12月15日閣議決定）（抄）

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和３年度（2021年度）中に詳細を決定し、**令和４年度（2022年度）当初から保険適用を実施する**こととし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（１回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。

（１）不妊治療の保険適用の概要

（不妊治療の全体像）

令和４年３月以前から保険適用

検査(原因検索)

①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

原因疾患への治療

①男性側に原因	精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。手術療法や薬物療法が行われる。
②女性側に原因	子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

原因不明の不妊や治療が奏功しないもの**【令和４年４月から新たに保険適用】**※令和４年３月までは保険適用外

一般不妊治療

ﾀｲﾐﾝｸﾞ法	排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。
人工授精	精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。

生殖補助医療

※**令和４年３月までは助成金の対象**。助成金事業では「特定不妊治療」という名称を使用

体外受精	精子と卵子を採取した上で体外で受精させ（シャーレ上で受精を促すなど）、子宮に戻して妊娠を図る技術。
顕微授精	体外受精のうち、卵子に注射針等で精子を注入するなど人工的な方法で受精させる技術。
男性不妊の手術	射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる

胚移植の段階で、以下に分かれる
・新鮮胚移植
・凍結胚移植

第三者の精子･卵子等を用いた生殖補助医療

- 第三者の精子提供による人工授精（AID）
- 第三者の卵子・胚提供
- 代理懐胎

「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和３年３月11日施行）の附則第３条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、**保険適用の対象外。**

（１）不妊治療の保険適用の概要

- 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、以下のとおり、不妊治療に係る医療技術等の評価を新設する。

一般不妊治療に係る評価の新設

- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

生殖補助医療に係る評価の新設

- 生殖補助医療管理料
- 抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）
- 採卵術
- 体外受精・顕微授精管理料
  - 卵子調整加算、採取精子調整加算
- 受精卵・胚培養管理料
- 胚凍結保存管理料
- 胚移植術
  - アシステッドハッチング
  - 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置

男性不妊治療に係る評価の新設

- Ｙ染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術

（１）不妊治療の保険適用の概要

（不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲（令和４年４月以降））

一般不妊治療

【新たに保険適用】

ﾀｲﾐﾝｸﾞ法　※管理料で包括評価

人工授精　※評価を新設

＜「生殖補助医療」の補足＞

○　下記診療の流れは、生殖医療ガイドラインに記載されている医療技術等について整理したもの。

○　推奨度ごとの考え方は、以下のとおり。

推奨度Ａ：実施を強く推奨
推奨度Ｂ：実施を推奨
推奨度Ｃ：実施を考慮

生殖補助医療

【新たに保険適用】
※ 年齢･回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様

① **採卵**
【いずれかを実施】
○　調整卵巣刺激法
○　低卵巣刺激法
○　自然周期
推奨度Ａ～Ｂ

② **採精**
○男性不妊の手術
・精巣内精子採取術（TESE）
推奨度Ａ～Ｂ

体外受精

③ **顕微授精**
【いずれかを実施】
○　体外受精
○　顕微授精
○　Split insemination
※　複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法
推奨度Ａ～Ｂ

④ **受精卵・胚培養**
【いずれかを実施】
○　初期胚まで
○　胚盤胞まで
推奨度Ａ～Ｂ

⑤ **胚凍結保存**
推奨度Ａ～Ｂ
【いずれかの場合に実施】
○　複数の胚が作成できた場合
○　全胚凍結周期である場合

⑥ **胚移植**
【いずれかを実施】
○　新鮮胚移植
○　凍結胚移植
推奨度Ａ～Ｂ

生殖補助医療のイメージ図

追加的に実施される場合があるもの

下線部は保険適用
その他は先進医療とする方針
※　先進医療は随時申請が可能

【③とセット】
○　卵子活性化　推奨度Ｂ
○　IMSI　推奨度Ｃ
○　PICSI　推奨度Ｃ

【④とセット】
○　タイムラプス　推奨度Ｃ

【⑥とセット】
○　アシステッドハッチング　推奨度Ｂ
○　高濃度ヒアルロン酸含有培養液　推奨度Ｂ
○　子宮内膜受容能検査　推奨度Ｃ
○　子宮内細菌叢検査　推奨度Ｃ
○　SEET法　推奨度Ｃ
○　子宮内膜スクラッチ　推奨度Ｃ
○　PGT　推奨度Ｂ
○　反復着床不全に対する投薬　推奨度Ｃ

（１）不妊治療の保険適用の概要

（不妊治療の診療の流れと診療報酬点数（令和４年４月以降））

一般不妊治療

ﾀｲﾐﾝｸﾞ法

一般不妊治療管理料
○　250点（３月に１回）

人工授精

人工授精
○　1,820点

生殖補助医療のイメージ図

生殖補助医療

生殖補助医療管理料（月に１回）
１：300点（相談対応の専任者を配置）
２：250点（上記以外）

① **採卵**

採卵術
○　3,200点+2,400～7,200点
（採卵数に応じ加算）

抗ミュラー管ホルモン（AMH）
○　600点（６月に１回）

② **採精**

Ｙ染色体微小欠失検査
○　3,770点（患者につき１回）

精巣内精子採取術
１：単純なもの　12,400点
２：顕微鏡を用いたもの　24,600点

③ **体外受精**
顕微授精
＋卵子活性化処理

体外受精・顕微授精管理料
１：体外受精　4,200点
２：顕微授精　4,800～12,800点
（個数に応じ評価）
＋採取精子調整加算　5,000点
＋卵子調整加算　1,000点

④ **受精卵・胚培養**

受精卵・胚培養管理料
○　4,500～10,500点（個数に応じ評価）
＋胚盤胞に向けた管理
1,500～3,000点（個数に応じ加算）

胚凍結保存

胚凍結保存管理料
１：胚凍結保存管理料（導入時）
5,000～13,000点（個数に応じ評価）
２：胚凍結保存維持管理料
3,500点（年に１回）

⑥ **胚移植**
＋ｱｼｽﾃｯﾄﾞﾊｯﾁﾝｸﾞ
＋高濃度ﾋｱﾙﾛﾝ酸
含有培養液

胚移植術
１：新鮮胚移植　7,500点
２：凍結･融解胚移植　12,000点
＋ｱｼｽﾃｯﾄﾞﾊｯﾁﾝｸﾞ　1,000点
＋高濃度ﾋｱﾙﾛﾝ酸含有培養液　1,000点

（２）先進医療の検討状況

（先進医療として告示されている不妊治療関連の技術（令和４年３月４日時点））

先進医療の類型	先進医療技術名	適応症	申請技術名	技術の概要
先進医療A	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）	PICSI	ヒアルロン酸を含有する培地を用いて、成熟精子の選択を行う技術。
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものに限る。）	タイムラプス	培養器に内蔵されたカメラによって、胚培養中の胚を一定間隔で自動撮影し、培養器から取り出すことなく、正確な胚の評価が可能となる技術。
	子宮内細菌叢検査	慢性子宮内膜炎が疑われるもの	子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。
	子宮内膜刺激術	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものに限る。）	SEET法	胚培養液を胚移植数日前に子宮に注入し、受精卵の着床に適した環境を作り出す技術。
	子宮内膜受容能検査	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）	子宮内膜受容能検査（ERA）	子宮内膜を採取し、次世代シークエンサーを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。
	子宮内膜擦過術	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）	子宮内膜スクラッチ	胚移植を行う予定の前周期に子宮内膜のスクラッチ（局所内膜損傷を与える）を行い、翌周期に胚移植を行う技術。

（２）先進医療の検討状況

（不妊治療関連の先進医療Ａの施設基準①（主として実施する医師に係る基準））

【主として実施する医師に係る基準】

<table>
<tr><th>先進医療技術名</th><th>診療科</th><th>資格</th><th>当該技術の
経験年数</th><th>当該技術の
経験症例数</th></tr>
<tr><td>ヒアルロン酸を用いた
生理学的精子選択術</td><td rowspan="6">専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。</td><td rowspan="6">産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること。</td><td>当該療養について二年以上の経験を有すること。</td><td rowspan="4">当該療養について、当該療養を主として実施する医師として十例以上の症例を実施していること。</td></tr>
<tr><td>タイムラプス撮像法による
受精卵・胚培養</td><td rowspan="5">－</td></tr>
<tr><td>子宮内細菌叢検査</td></tr>
<tr><td>子宮内膜刺激術</td></tr>
<tr><td>子宮内膜受容能検査</td><td rowspan="2">当該療養について、当該療養を主として実施する医師として五例以上の症例を実施していること。</td></tr>
<tr><td>子宮内膜擦過術</td></tr>
</table>

（２）先進医療の検討状況

（不妊治療関連の先進医療Ａの施設基準②（保険医療機関に係る基準））

【保険医療機関に係る基準】

<table>
<tr><th>先進医療技術名</th><th>診療科</th><th>実施診療科の医師数</th><th>その他医療従事者の配置</th><th>他の医療機関との連携体制
（患者容態急変時等）</th><th>医療機器の保守管理体制</th><th>倫理委員会による審査体制</th><th>医療安全管理委員会の設置</th><th>医療機関としての当該技術の実施症例数</th><th>その他</th></tr>
<tr><td>ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術</td><td rowspan="6">産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。</td><td rowspan="6">実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。</td><td rowspan="6">配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。</td><td rowspan="6">緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。</td><td rowspan="2">－</td><td rowspan="6">倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。</td><td rowspan="6">医療安全管理委員会が設置されていること。</td><td rowspan="4">当該療養について十例以上の症例を実施していること。</td><td rowspan="2">－</td></tr>
<tr><td>タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td></tr>
<tr><td>子宮内細菌叢検査</td><td rowspan="4">医療機器保守管理体制が整備されていること。</td><td>※</td></tr>
<tr><td>子宮内膜刺激術</td><td>－</td></tr>
<tr><td>子宮内膜受容能検査</td><td rowspan="2">当該療養について五例以上の症例を実施していること。</td><td>※</td></tr>
<tr><td>子宮内膜擦過術</td><td>－</td></tr>
</table>

※　**検査を委託して実施する場合**には、臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）第二十条の三第一項に規定する**衛生検査所**であって、**当該検査の実施に当たり適切な医療機器等を用いるもの**に委託すること。

（３）不妊治療に必要な医薬品への対応状況　①

表１：薬価収載予定・薬事承認済みの医薬品

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	
ルテウム腟錠100mg	プロゲステロン	生殖補助医療における黄体補充
ウトロゲスタン腟用カプセル200mg		
ルティナス腟錠100mg		
ワンクリノン腟用ゲル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・薬事承認済みの医薬品

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

（３）不妊治療に必要な医薬品への対応状況　②

表３：薬価収載済み・薬事承認に係る手続き中の医薬品 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
プラノバール配合錠	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

※　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（令和４年２月18日現在）。

「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_iryou/iyakuhin/topics/infertility_treatment.html

（３）不妊治療に必要な医薬品への対応状況　③

表３：薬価収載済み・薬事承認に係る手続き中の医薬品 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における排卵誘発 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における排卵誘発（ただし、肥満、耐糖能異常、又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る） 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（ただし、肥満、耐糖能異常、又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る）
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（体内での受精を目的とした不妊治療）における排卵誘発及び黄体化 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	生殖補助医療に伴う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（令和４年２月28日現在）。

「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_iryou/iyakuhin/topics/infertility_treatment.html

（４）移行期における助成金の取扱い

（不妊治療の保険適用の円滑な移行に向けた支援）

令和３年度補正予算：67億円

目　的

令和４年度からの不妊治療の保険適用の円滑な実施に向け、移行期の治療計画に支障が生じないよう、経過措置等を講じる。

円滑な移行に向けた支援

１．　移行期の治療計画に支障が生じないよう、年度をまたぐ一回の治療について、経過措置として助成金の対象とする。

・　実施主体：　都道府県、指定都市、中核市（負担割合：国1/2、都道府県等1/2）

２．　現行の助成が円滑に行われるよう、予算額が不足する自治体に対しては、不足分を措置する。

参考（現在の事業概要）

○　要旨　　不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成

○　対象治療法　　体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）

○　対象者　　特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された夫婦
（治療期間の初日における妻の年齢が４３歳未満である夫婦）

○　給付の内容　　①１回３０万円
※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものついては、１回１０万円
通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、４０歳未満であるときは通算６回まで、
４０歳以上４３歳未満であるときは通算３回まで助成（１子ごと）
②男性不妊治療を行った場合は３０万円　※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術

○　指定医療機関　　事業実施主体において医療機関を指定

○　実施主体　　都道府県、指定都市、中核市

○　補助率等　　１／２（負担割合：国１／２、都道府県・指定都市・中核市１／２）、安心こども基金を活用

９．小児医療･周産期医療

（１）小児医療かかりつけ診療料の見直し（再掲）

（２）小児運動器疾患指導管理料の見直し（再掲）

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

（４）小児入院医療管理料の評価

（５）小児特定集中治療室管理料等の見直し

（６）成育連携支援加算の新設

（７）ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

（８）地域連携分娩管理加算の新設（再掲）

（１）小児かかりつけ診療料の見直し（再掲）

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

現行

【小児かかりつけ診療料】

1　処方箋を交付する場合
イ　初診時　631点　　ロ　再診時　438点
2　処方箋を交付しない場合
イ　初診時　748点　　ロ　再診時　556点

［施設基準］

- 小児科外来診療料に係る届出を行っていること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。
  ア　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月１回以上の頻度で行っていること
  イ～エ　（略）
  オ　幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること
- 時間外対応加算１又は２に係る届出を行っていること。

改定後

【小児かかりつけ診療料】

（改） 1　小児かかりつけ診療料**1**
イ　処方箋を交付する場合
（１）　初診時　**641点**　　（２）　再診時　**448点**
ロ　処方箋を交付する場合
（１）　初診時　**758点**　　（２）　再診時　**566点**

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

［施設基準］
（共通）
- **小児科を標榜**している医療機関であること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、**２つ**以上に該当すること。
  （削除）
  ア～ウ　（略）
  エ　幼稚園の園医、保育所の嘱託医**又は小学校若しくは中学校の学校医**に就任していること

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

（小児かかりつけ診療料２）次のいずれかを満たしていること。
ア　時間外対応加算３に係る届出を行っていること。
イ　在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行っていること。

（２）小児運動器疾患指導管理料の見直し（再掲）

算定要件の見直し

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

小児運動器疾患指導管理料　　250点

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

【対象患者（概要）】

○　対象患者は、**以下のいずれかに該当する20歳未満の患者**とする。

ア　先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者

イ　装具を使用する患者

ウ　医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者

エ　その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件（抜粋）】

○　**初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載**する。

○　６月に１回に限り算定する（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月に１回）に限り算定する。

○　小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

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

診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

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

現行

【診療情報提供料（Ⅰ）】

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

【診療情報提供料（Ⅰ）】

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

［情報提供先］
・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部

［対象患者］
・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者

改定後

【診療情報提供料（Ⅰ）】

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

【診療情報提供料（Ⅰ）】

注７　保険医療機関が、**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**、同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又は**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が**通園**又は通学する**同法第39条第１項に規定する保育所**又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する**学校（大学を除く。）等**の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

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

［対象患者の追加］
・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者
・**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
・**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者※**
※生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びＩｇＥ抗体等検査陽性に該当する患者に限る）に該当する患者

（４）小児入院医療管理料の評価①

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

小児入院医療管理料１

（新）　時間外受入体制強化加算１　　300点（入院初日）

小児入院医療管理料２

（新）　時間外受入体制強化加算２　　180点（入院初日）

［対象患者］

小児入院医療管理料１又は２を現に算定している患者。

［算定要件］

当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。

［施設基準］

（１）　時間外受入体制強化加算１の施設基準

①　小児入院医療管理料１を算定する病棟であること。

②　当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。

③　次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、 **３項目以上**を満たしていること。

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

（２）　時間外受入体制強化加算１の施設基準

①　小児入院医療管理料１を算定する病棟であること。

②　当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。

③　（１）の③を満たしていること。

（４）小児入院医療管理料の評価②

➢ 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料１～５

（新）　養育支援体制加算　300点（入院初日）

［対象患者］

・**小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。**

［算定要件］

・当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

［施設基準の概要］

（１）以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う**養育支援チーム**が設置されていること

ア　小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師

イ　小児患者の看護に従事する専任の常勤看護士

ウ　小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

（２）養育支援チームの業務

ア　養育支援に関する**プロトコルの整備**及び定期的な**プロトコルの見直し**。

イ　虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、**院内からの相談に対応**。

ウ　**主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う**。

エ　虐待等不適切な養育が疑われた**症例を把握・分析**し、養育支援の体制確保のために**必要な対策を推進**。

オ　養育支援体制を確保するための**職員研修を企画・実施**すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年２回程度実施されていること。

（３）（２）のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。

（４）小児入院医療管理料の評価③

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

小児入院医療管理料１～５

（新）　退院時薬剤情報管理指導連携加算　150点（退院時１回）

［対象患者］

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

［算定要件］

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

（４）小児入院医療管理料の評価④

病棟薬剤業務実施加算の見直し

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

現行 （病棟薬剤業務実施加算１が算定可能な入院料）	改定後 （病棟薬剤業務実施加算１が算定可能な入院料）
急性期一般入院料１～７	急性期一般入院料１～**6**
地域一般入院料１～３	地域一般入院料１～３
療養病棟入院料１、２、注11	療養病棟入院料１、２、注11
結核病棟入院基本料	結核病棟入院基本料
精神病棟入院基本料	精神病棟入院基本料
特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）	特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）
専門病院入院基本料	専門病院入院基本料
	（新）　小児入院医療管理料１～５

（４）小児入院医療管理料の評価⑤

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

小児入院医療管理料１～５

（新）　無菌治療管理加算１　　2,000点（１日につき）

（新）　無菌治療管理加算２　　1,500点（１日につき）

［対象患者］

・　小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している**造血幹細胞移植を実施する小児患者**。

［算定要件］

・　造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって**無菌治療室管理**を行った場合、一連の治療につき、**90日を限度**として加算する。

［施設基準］

（１）　無菌治療管理加算１に関する施設基準

ア　当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。

イ　滅菌水の供給が常時可能であること。

ウ　個室であること。

エ　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス６以上であること。

オ　当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

（２）　無菌治療管理加算２に関する施設基準

ア　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス７以上であること。

イ　（１)のア及びイを満たしていること。

（５）小児特定集中治療室管理料の見直し

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

施設基準の見直し

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

改定後

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

算定上限日数の見直し

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

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

（５）新生児特定集中治療室管理料等の見直し

算定上限日数の見直し

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

新生児特定集中治療室管理料・総合周産期特定集中治療室管理料

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

新生児治療回復室入院医療管理料

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

（６）成育連携支援加算の新設
（胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等への支援）

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

総合周産期特定集中治療室管理料

（新）　成育連携支援加算　1,200点（入院中１回）

［対象患者］

総合周産期特定集中治療室管理料を算定する病室に入院する患者であって、**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**。なお、ここでいう胎児が重篤な状態とは「先天奇形」「染色体異常」「出生体重1,500g未満」の状態である。

［算定要件］

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

［施設基準の概要］

以下から構成される**成育連携チーム**が設置されていること。

ア　産科又は産婦人科の医師
イ　小児科の医師
ウ　助産師
エ　５年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師
オ　専任の常勤社会福祉士
カ　専任の常勤公認心理師

妊娠中

・（新設）成育連携支援加算

出産

出産後

・入退院支援加算３
・診療情報提供料（Ⅰ）
・退院時共同指導料１・２

（７）ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

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

ハイリスク妊産婦連携指導料１ （産科又は産婦人科）	1,000点 （月１回）

現行

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

改定後

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

共同指導

ハイリスク妊産婦連携指導料2 （精神科又は心療内科）	750点 （月１回）

現行

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

改定後

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

（８）地域連携分娩管理加算の新設（再掲）

（専門機関との連携分娩管理の評価の新設）

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩**等**管理加算（１日につき）（８日まで）

1　ハイリスク分娩管理加算　3,200点

（新）２　地域連携分娩管理加算　3,200点

［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もの。

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

［算定要件］

・　地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、**分娩を伴う入院前に、**当該保険医療機関から、**連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない**。

・　対象患者に該当する妊産婦であっても、**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**。

［施設基準の概要］

（１）当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が３名以上配置されていること。

（２）当該保険医療機関内に常勤の助産師が３名以上配置されていること。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師**であること。

（３）一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）**周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。**

（５）公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

10. 質の高いがん医療の評価

（１）がん患者指導管理料の見直し

（２）外来化学療法加算の見直し

（３）外来化学療法に係る栄養管理の充実

（４）放射線治療病室管理加算の見直し

（５）がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

（６）小児の在宅がん医療総合診療料の評価

（１）がん患者指導管理料の見直し

（がん患者の心理的不安を軽減するための体制の充実）

がん患者指導管理料の算定要件の見直し

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

現行

【がん患者指導管理料】
［算定要件］
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に（略）算定する。

改定後

【がん患者指導管理料】
［算定要件］
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合**又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合**に（略）算定する。

がん患者指導管理料の職種要件の見直し

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

現行

【がん患者指導管理料】

イ　（略）
ロ　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　　200点
ハ～二（略）

改定後

【がん患者指導管理料】

イ　（略）
ロ　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
ハ～二（略）

（２）外来化学療法加算の見直し

（悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設）

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

現行

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

改定後

（新）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　700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　400点
（新）２　外来腫瘍化学療法診療料２
　イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570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　270点

（新）注 15歳未満の小児の場合　200点を加算

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

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

【算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤３週毎投与の場合の一例）】

現行

（１）の抗悪性腫瘍剤を注射した場合を算定（抗悪性腫瘍剤の投与）
→ 通常の再診料等を算定（外来化学療法実施中の副作用による予定外受診等）
→ （１）の抗悪性腫瘍剤を注射した場合を算定（抗悪性腫瘍剤の投与）
Day 1 → Day 22

改定後

イの抗悪性腫瘍剤を投与した場合を算定（抗悪性腫瘍剤の投与）
→ ロの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を算定（外来化学療法実施中の副作用による予定外受診等）
→ イの抗悪性腫瘍剤を投与した場合を算定（抗悪性腫瘍剤の投与）
Day 1 → Day 22

（３）外来化学療法に係る栄養管理の充実

外来栄養食事指導料の要件の見直し

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

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　外来栄養食事指導料１

［算定要件］
（新設）

［施設基準］
（新設）

改定後

【外来栄養食事指導料】
［算定要件］
注3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者**に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の**専門的な知識を有する管理栄養士**が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、**月１回に限り260点**を算定する。
［留意事項］
　専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。
［施設基準］
（１）　**悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了**し、かつ、**栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る３年以上の経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
（２）（１)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
　ア　医療関係団体等が実施する**300時間以上の研修**であること。
　イ　**悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修**であること。

算定の例

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

（４）放射線治療病室管理加算の見直し

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

現行

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

［施設基準］
（新設）

改定後

【放射線治療病室管理加算】
（改）　放射線治療病室管理加算（１日につき）
１　治療用放射性同位元素による治療の場合　6,370点
２　密封小線源による治療の場合　2,200点

［施設基準］
１　治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準
（１）　以下のいずれも満たしていること。
ア　医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、**当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につき一ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設ける**こと。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。
イ　当該病室内又は病室付近に必要な**放射線測定器**（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、**器材**（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）**及び洗浄設備並びに更衣設備を設置している**こと。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。
ウ　当該病室が**放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示**していること。

２　密封小線源による治療の場合の施設基準
（１）　以下のいずれも満たしていること。
ア　医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、**当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につき一ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設ける**こと。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。
イ　当該病室が**放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示している**こと。

放射線治療病室の一例（京都大学附属病院）

出典：QST量子医科学研究所東達也先生提供資料

（５）がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査の見直し

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

（新）　がんゲノムプロファイリング評価提供料　12,000点

［算定要件］

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

［施設基準］

当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**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。

現行

がんゲノムプロファイリング検査
1　検体提出時　8,000点
2　結果説明時　48,000点

改定後

（改）がんゲノムプロファイリング検査　44,000点
（新）がんゲノムプロファイリング評価提供料　12,000点

無菌製剤処理料の対象施設の見直し

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

（６）小児の在宅がん医療総合診療料の評価（再掲）

在宅がん医療総合診療料　（１日につき）

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

＋ **小児加算**
1,000点(週に１回)

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

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

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

11. 難病患者に対する適切な医療の評価

（１）指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

（２）遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

（３）生体移植時における適切な検査の実施

（４）知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

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

（１）指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

- 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する（53疾患）。

	エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	**オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの**
1　処理が容易なもの（3,880点）	ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、脆弱Ｘ症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、**ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症**
2　処理が複雑なもの（5,000点）	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群（中略）、ＤＹＴ11ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹＴ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ、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、家族性部分性脂肪萎縮症**	ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症（中略）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、**筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、Ｘ連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ１、タイプ２、タイプ３）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症**
3　処理が極めて複雑なもの（8,000点）	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群（中略）、血管型エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、**ミトコンドリア病**

（２）遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

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

【検体検査判断料】　遺伝カウンセリング加算　1,000点

注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号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。）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。**ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。**

［算定要件］（概要・一部抜粋）

- 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、**他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、**連携して診療を行うことについて、**あらかじめ患者に説明し同意を得る**こと。
- 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。
- **当該他の保険医療機関は本区分の「注６」遺伝カウンセリング加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関である**こと。

（３）生体移植時における適切な検査の実施

算定要件の見直し

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

現行

【微生物核酸同定・定量検査】
［算定要件］
(18) ＨＴＬＶ－１核酸検出
「14」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

【第10部 手術】
［算定要件］
＜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
(1) （略）
(2) 臓器等提供者に係る感染症検査
ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。
イ～エ （略）

改定後

【微生物核酸同定・定量検査】
［算定要件］
(18) ＨＴＬＶ－１核酸検出
「14」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、**移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）**を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

【第10部 手術】
［算定要件］
＜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
(1) （略）
(2) 臓器等提供者に係る感染症検査
ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、**ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量、**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。**）。**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、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。**
イ～エ （略）

（４）知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

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

現行

【遠隔連携診療料】
500点

［算定要件］
注１　略
（新設）

［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

改定後

【遠隔連携診療料】
（改）１　診断を目的とする場合　**750点**
（改）２　その他の場合　**500点**

［算定要件］
注１　略
２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**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１年を限度として、３月に１回に限り算定する。

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

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

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

（新）連携強化診療情報提供料　150点

［算定要件］

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

［対象患者］

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

［施設基準］

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

12. リハビリテーション

（１）疾患別リハビリテーション料の見直し

（２）運動器リハビリテーション料の見直し

（３）リハビリテーションデータ提出加算の新設

リハビリテーションの役割分担（イメージ）

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

（資料出所）日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」（青海社）より厚生労働省老人保健課において作成

疾患別リハビリテーション料の概要①

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

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

疾患別リハビリテーション料の概要②

➢ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

<table>
<tr><th colspan="2">項目名</th><th>医師※1</th><th>療法士全体</th><th>理学療法士
（PT※2）</th><th>作業療法士
（OT※2）</th><th>言語聴覚士
（ST※2、※3）</th><th colspan="2">専有面積
（内法による）</th><th>器械・
器具具備</th></tr>
<tr><td rowspan="2">心大血管疾患
リハビリテーション
料</td><td>（Ⅰ）</td><td>循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務
専任常勤１名以上</td><td>－</td><td>専従常勤PT及び
専従常勤看護師
合わせて２名以上等</td><td rowspan="2">必要に応じて配置</td><td rowspan="2">－</td><td colspan="2" rowspan="2">病院　30m²以上
診療所　20m²以上</td><td rowspan="2">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td>実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師（いずれも非常勤を含む）１名以上勤務</td><td>－</td><td>専従のPT又は看護師
いずれか１名以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">脳血管疾患等
リハビリテーション
料</td><td>（Ⅰ）</td><td>専任常勤２名以上※4</td><td>専従従事者
合計10名以上※4</td><td>専従常勤PT
５名以上※4</td><td>専従常勤OT
３名以上※4</td><td rowspan="2">（言語聴覚療法を行う場合）
専従常勤ST
１名以上※4</td><td>160m²以上※4</td><td rowspan="3">（言語聴覚療法を行う場合）
専用室（８m²以上）１室以上</td><td rowspan="3">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td>専任常勤１名以上</td><td>専従従事者
合計４名以上※4</td><td>専従常勤PT
１名以上</td><td>専従常勤OT
１名以上</td><td>病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td></tr>
<tr><td>（Ⅲ）</td><td>専任常勤１名以上</td><td colspan="3">専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか１名以上</td><td>病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td></tr>
<tr><td>廃用症候群
リハビリテーション
料</td><td>（Ⅰ）
～
（Ⅲ）</td><td colspan="8">脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる</td></tr>
<tr><td rowspan="3">運動器
リハビリテーション
料</td><td>（Ⅰ）</td><td rowspan="3">専任常勤１名以上</td><td colspan="3">専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて４名以上</td><td rowspan="3">－</td><td colspan="2" rowspan="2">病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td><td rowspan="3">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td colspan="3">専従常勤PT２名又は専従常勤OT２名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて２名以上</td></tr>
<tr><td>（Ⅲ）</td><td colspan="3">専従常勤PT又は専従常勤OT１名以上</td><td colspan="2">45m²以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">呼吸器
リハビリテーション
料</td><td>（Ⅰ）</td><td rowspan="2">専任常勤１名以上</td><td colspan="3">専従常勤PT１名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて２名以上</td><td rowspan="2">－</td><td colspan="2">病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td><td rowspan="2">要</td></tr>
<tr><td>（Ⅱ）</td><td colspan="3">専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST１名以上</td><td colspan="2">45m²以上</td></tr>
</table>

※１　常勤医師は、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能
※２　常勤PT・常勤OT・常勤STは、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能（ただし、２名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで）
※３　言語聴覚士については、各項目で兼任可能
※４　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能
　○　医師：専任常勤１名以上　　○　専従常勤ST３名以上（※２の適用あり）　　○　専用室及び器械・器具の具備あり
また、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能
　○　医師：専任常勤１名以上　　○　専従常勤ST２名以上（※２の適用あり）　　○　専用室及び器械・器具の具備あり

（１）疾患別リハビリテーション料の見直し
（質の高いリハビリテーションの推進）

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

改定後

【リハビリテーション】
［算定要件］（概要）

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

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

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

（１）疾患別リハビリテーション料の見直し

（質の高いリハビリテーションの推進）

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

【リハビリテーション】
［算定要件］（概要）

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

○　計画書に、**署名欄**が設けられており、**患者又はその家族から、署名又は記名・押印が必要**である。

○　**やむを得ない理由がある場合に限り、**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**こととする。

説明を受けた人：本人、家族（　　）　説明日：　年　月　日

署名

（２）運動器リハビリテーション料の見直し

運動器リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

現行

【運動器リハビリテーション料】
［算定要件］
（２）　運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。
　ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。
　イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

改定後

【運動器リハビリテーション料】
［算定要件］
（２）　運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。
　ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。
　イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症、**糖尿病足病変**等のものをいう。

（３）リハビリテーションデータ提出加算の新設

（外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（再掲））

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

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

［算定要件］

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　**外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。

（２）　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）　（再掲）

※１　5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※２　自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※３　提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

13. 精神医療

（１）療養･就労両立支援指導料の見直し（再掲）

（２）こころの連携指導料の新設（再掲）

（３）依存症患者に対する医療の充実

（４）摂食障害治療の体制及び対象患者の見直し

（５）通院･在宅精神療法の見直し

（６）精神科在宅患者支援管理料の見直し

（７）精神科救急医療体制の整備の推進

（８）自殺企図者等への治療等の評価の見直し

（９）認知症専門診断管理料の見直し

（１）療養・就労両立支援指導料の見直し（再掲）

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

➢ 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。

・対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症**を追加

・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生推進者**を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

➢ 治療と仕事の両立支援における心理的不安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、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。

現行	改定後
【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。	【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**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。

（２）こころの連携指導料の新設（再掲）

（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）

➢ 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。

かかりつけ医

連携

精神科・心療内科

	（新）こころの連携指導料（Ⅰ） 350点（月１回）	（新）こころの連携指導料（Ⅱ） 500点（月１回）
対象患者	**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	区分番号B005-12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**
算定要件	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	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
	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	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**
施設基準	－	**精神科又は心療内科**
	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	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
	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。	－

（３）依存症患者に対する医療の充実

依存症入院医療の充実

➢ 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。

現行

【重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）】
1　30日以内　200点
2　31日以上60日以内　100点

［対象患者］
入院治療が必要なアルコール依存症の患者

改定後

（改）【依存症入院医療管理加算（１日につき）】
1　30日以内　200点
2　31日以上60日以内　100点

［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

依存症外来医療の充実

➢ 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。

現行

【依存症集団療法（１回につき）】
［対象疾患］
1　薬物依存症の場合　340点
2　ギャンブル依存症の場合　300点
(新設)
［算定要件］
（新設）

改定後

【依存症集団療法（１回につき）】
［対象疾患］
1　（略）
2　（略）
（新）３　アルコール依存症の場合　300点
［算定要件］
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10回に限り算定する。

（４）摂食障害治療の体制及び対象患者の見直し

（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）

- 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。

摂食障害入院医療管理加算の実績要件の見直し

- 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緩和する。

現行	改定後
【摂食障害入院医療管理加算】 ［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。	【摂食障害入院医療管理加算】 ［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**１人**以上であること。

精神科身体合併症管理加算の対象患者の見直し

- 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緩和する。

現行	改定後
【精神科身体合併症管理加算】 ［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 13未満の摂食障害）の患者	【精神科身体合併症管理加算】 ［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 **15**未満の摂食障害）の患者

（５）通院・在宅精神療法の見直し
（精神保健指定医の評価等）

➢ 通院精神療法及び在宅精神療法について、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。

現行

【通院精神療法】

診療時間	点数
６０分以上（初診のみ）	５４０点
３０分以上	４００点
３０分未満	３３０点

改定後

【通院精神療法】(在宅精神療法についても同様)

診療時間	実施者	点数
６０分以上（初診のみ）	指定医	５６０点
	それ以外	５４０点
３０分以上	指定医	４１０点
	それ以外	３９０点
３０分未満	指定医	３３０点
	それ以外	３１５点

（５）通院・在宅精神療法の見直し

（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）

➢ 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いた相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

（新）　療養生活継続支援加算　　350点（月１回）　※ １年を限度

［算定要件］

（１）通院・在宅精神療法の１を算定する患者で、重点的な支援を要する患者について、精神科を担当する医師の指示の下、**専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士**が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による**２０分以上の面接を含む支援**を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、**１年を限度**として、**月１回**に限り算定できる。

（２）実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア　対象となる**「重点的な支援を要する患者」**は、平成 28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における**「包括的支援マネジメント 導入基準」を１つ以上満たす者**であること。

イ　当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から２週間以内に、**多職種と共同して「療養生活環境の整備に関する支援計画書」（支援計画書）を作成**する。支援計画書の作成に当たっては、平成28～30 年度厚生労働行政推進調査事業の研究班が作成した、**「包括的支援マネジメント実践ガイド」**を参考にすること。

ウ　当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に、当該指導に**専任の精神保健福祉士**が**１名以上**勤務していること。

（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）　（略）

（５）通院・在宅精神療法の見直し
（児童思春期精神科専門管理加算の見直し）

➢ 児童・思春期精神医療の外来診療について、２年以上診療が継続している場合についても算定できるよう見直す。

現行	改定後
【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 (1) 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　500点	【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療）】 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 (1) 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　500点 **（新）(2) (1)以外の場合　300点**

（６）精神科在宅患者支援管理料の見直し

（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）

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- 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。

現行

【精神科在宅患者支援管理料】
「１」「２」の対象患者

イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から６月以内に限る） ア　１年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援機関にある患者又は入退院を繰り返す者 イ　統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者
ロ　重症患者等	○上記のア又はイに該当する患者（初回の算定日から６月以内に限る）

改定後

【精神科在宅患者支援管理料】
「１」「２」の対象患者

イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	（略）
ロ　重症患者等	○（略） **○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から６月以内に限る）** **ア　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** **イ　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** **ウ　当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者**

（７）精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急医療に係る入院についての評価の見直し

- 精神科救急入院料を精神科救急急性期医療入院料とし、手厚い救急急性期医療体制、緊急の患者に対応する体制及び医師の配置等をそれぞれ評価する。
- 精神科救急・急性期医療における役割に応じた評価体系とする。
- 精神科救急急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた３区分に見直す。

現行

精神科救急入院料１
　イ　30日以内　3,579点
　ロ　31日以上　3,145点

精神科救急入院料２
　イ　30日以内　3,372点
　ロ　31日以上　2,938点

改定後

＜（１）手厚い救急急性期医療体制＞			
（改）精神科救急急性期医療入院料	30日以内	**2,400点**	・病院常勤の指定医が**４名**以上 ・**常時精神科救急外来診療が可能** ・全ての入院形式の患者受入れが可能 ・時間外、休日・深夜の入院件数が**年間30件以上**又は**人口１万人当たり0.37件以上**であり、うち**６件以上**又は２割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・**データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関**
	31日以上**60日以内**	**2,100点**	
	61日以上90日以内	**1,900点**	
＜（２）緊急の患者に対応する体制＞			
（新）精神科救急医療体制加算	**1　身体合併症対応**	**600点**	・**精神科救急急性期医療入院料を算定** ・**精神科救急体制整備事業による指定** ・**病院常勤の指定医が５名以上** ・**時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口１万人当たり0.5件以上であり、うち８件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼**
	2　常時対応型	**590点**	
	3　病院群輪番型	**500点**	
＜（３）医師の配置とクロザピン使用体制＞			
（改）精神科急性期医師配置加算	1	600点	・クロザピン導入６件／年以上 ・**病棟常勤指定医２名以上**
	3	**400点**	・新規クロザピン導入３件／年以上

（７）精神科救急医療体制の整備の推進

入院期間に応じた区分の見直し

➢ 合併症や急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた３区分に見直す。

現行

（１日につき）	30日以内	31日以上
精神科急性期治療病棟入院料１	1,997点	1,665点
精神科急性期治療病棟入院料２	1,883点	1,554点
精神科救急・合併症入院料	3,579点	3,145点

改定後

（１日につき）	30日以内	31日以上 **60日以内**	**61日以上 90日以内**
精神科急性期治療病棟入院料１	**2,000点**	**1,700点**	**1,500点**
精神科急性期治療病棟入院料２	**1,885点**	**1,600点**	**1,450点**
精神科救急・合併症入院料	**3,600点**	**3,300点**	**3,100点**

病床数上限の見直し

➢ 精神科救急や急性期医療に係る病棟の病床数について、上限を見直す。

現行

［施設基準］

【精神科救急入院料】

・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

・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

　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。

【精神科急性期治療病棟入院料】

・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

・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

改定後

［施設基準］

（改）【精神科救急急性期医療入院料】

・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300床以下**

【精神科急性期治療病棟入院料】

・当該病棟の病床数は、**130床以下**

（新）【精神科救急医療体制加算】

・**精神科救急急性期医療入院料を算定している病棟**

・病棟の病床単位で届出、**120床以下**

・旧精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、**地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等が確認できる場合は、120床を超えて届出を行うことができ、60/100に相当する点数**を算定できる。

［経過措置］

旧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４年９月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下であることに該当するものとみなす。

（７）精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急・合併症入院料の見直し

➢ 精神科身体合併症管理加算や心大血管疾患リハビリテーション料等を包括評価の範囲から除外する。

現行

【精神科救急・合併症入院料】
○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療
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

改定後

【精神科救急・合併症入院料】
○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療
現行の項目（左記）に加え、以下の項目
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、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Ｈ００４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。）

➢ 指定医の配置、時間外、休日・深夜における外来診療件数、地域の入院需要に対する要件を見直す。

現行

【精神科救急・合併症入院料】
［施設基準］
・病棟に常勤の指定医が３名以上配置されていること。
・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。）件数の実績が年間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。
・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。

改定後

【精神科救急・合併症入院料】
［施設基準］
・病棟に常勤の指定医が**２名**以上配置されていること。
・常時精神科救急外来診療が可能であること。
（削除）
・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**５件以上**の患者を当該病棟において受け入れていること。

（７）精神科救急医療体制の整備の推進

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

➢ 加算の対象となる病棟として、精神科救急急性期医療入院料を加える。

現行

精神科急性期医師配置加算		
1	精神科急性期治療病棟１	600点
２のイ	精神病棟入院基本料等	500点
２の口	精神科急性期治療病棟１	500点
3	精神科急性期治療病棟１	450点
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		

改定後

精神科急性期医師配置加算		
1	**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	600点
２のイ	精神病棟入院基本料等	500点
２の口	精神科急性期治療病棟１	**450点**
3	**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	**400点**
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上	・**加算１：病棟常勤指定医２名以上**	

［経過措置］
令和四年三月三十一日において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及び精神科急性期医師配置加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和五年三月三十一までの間に限り、病棟常勤指定医２名以上の要件に該当するものとみなす。
令和４年３月31日時点で精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後に精神科救急急性期医療入院料を算定するものについては、令和６年３月31日までの間に限り、クロザピン導入に関する基準を満たしているものとする。

（参考）精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算１	加算２の口	加算３	加算２のイ
新規入院患者の自宅等への3か月以内の移行率	６割以上	６割以上	４割以上	• 内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜 • 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置 • 精神科リエゾンチーム加算を届出ている • 直近３か月間の新規入院患者の５％以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者 • 精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月５人以上診察
クロザピン新規導入患者数	６件／年以上	ー	３件／年以上	
時間外　外来診療	20件／年以上	20件／年以上	20件／年以上	
時間外　入院	６件／年以上	６件／年以上	６件／年以上	

（７）精神科救急医療体制の整備の推進

（精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進）

➢ クロザピンの普及推進のため、クロザピンの新規導入患者について、当該保険医療機関の他の病院から転院する場合であっても、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及び精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直す。

現行

【精神科救急入院料】
［算定要件］
ア　３月以内に精神病棟に入院したことがない患者
イ　他病棟入院患者の急性増悪例
ウ　クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者（※１）

改定後

【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・合併症入院料についても同様）
［算定要件］
ア　３月以内に精神病棟に入院したことがない患者
イ　他病棟入院患者の急性増悪例
ウ　クロザピンを新規に導入することを目的として転棟**又は転院**する患者（※１）

※１　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。

（８）自殺企図者等への治療等の評価の見直し
（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）

精神疾患診断治療初回加算等の新設

➢ 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。

現行

【救命救急入院料（１日につき）】
［算定要件］
注２　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、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定不可。

（新設）

［施設基準］
（新設）

改定後

【救命救急入院料（１日につき）】
［算定要件］
注２　**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、**精神疾患診断治療初回加算**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。この場合において、区分番号Ａ２４８に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定不可。
　イ　施設基準に適合している場合　**7,000点**
　ロ　イ以外の場合　**3,000点**

１０　注２のイに該当する場合であって、当該患者に対し、**生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合**は、当該患者の退院時に１回に限り、**2,500点**を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
二　救命救急入院料の施設基準等
(4) 救命救急入院料の注２のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準
適切な研修を受けた専任の常勤医師１名及び専任の常勤精神保健福祉士等１名が適切に配置されていること。

（８）自殺企図者等への治療等の評価の見直し
（救急患者精神科継続支援料の見直し）

救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し

➢ 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。

現行

【救急患者精神科継続支援料】
1　入院中の患者　435点
2　入院中の患者以外　135点
［算定要件］
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。
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。
［施設基準］
1　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
(3)　自殺企図等で入院した患者へ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。

2　届出に関する事項
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。

改定後

【救急患者精神科継続支援料】
1　入院中の患者　**900点**
2　入院中の患者以外　**300点**

［算定要件］
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。
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**24週**を限度として、**週１回**に限り算定する。

［施設基準］
1　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
(3)　自殺企図等で入院した患者へ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。

2　届出に関する事項
(1)　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**（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）**。
(2)　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。

（９）認知症専門診断管理料の見直し

➢ 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。

現行

【認知症専門診断管理料】
1　（略）
2　認知症専門診断管理料２　300点

［施設基準］
1　認知症専門診断管理料１に関する施設基準
「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。

2　認知症専門診断管理料２に関する施設基準
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。

3　（略）

改定後

【認知症専門診断管理料】
1　（略）
2　認知症専門診断管理料２
イ　基幹型又は地域型の場合　300点
ロ　**連携型の場合**　**280点**

［施設基準］
1　認知症専門診断管理料に関する施設基準
「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。

（削除）

2　（略）

14. 医療技術の評価

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

（２）手術等の医療技術の適切な評価

（３）質の高い臨床検査の適切な評価

（４）プログラム医療機器に係る評価の新設

（５）実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

（６）透析医療

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

➢　学会から提案のあった医療技術について、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、既存技術の評価の見直し等を行う。

学会からの提案技術

先進医療技術

先進医療会議における評価結果の報告

医療技術評価分科会における評価対象となる技術（733件）

① うち、学会等から提案のあった医療技術 **714件**※１ ※３

② うち、先進医療として実施されている医療技術 **19件**※２※３

※１　先進医療として実施中の技術、及び学会等から提案のあった技術に関連して医療技術評価分科会において検討を行った技術を含む。
※２　先進医療会議における評価結果について先進医療会議より報告された医療技術に限る。
※３　うち、７件は①及び②に該当する。

医療技術評価分科会における評価の対象としない提案、又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案 188件

医療技術評価分科会における医療技術の評価

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 175件※４
（新規77件、既存98件）

医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術 558件
（新規206件、既存352件）

※４　うち、提案書の「ガイドライン等での位置づけ」の欄において、「ガイドライン等での記載あり」とされたものは113件（新規36件、既存77件）であった。

中医協総会における検討

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**。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 現在保険収載されていない手術や検査等のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立しているものについて項目の新設等を行う。

［新たに保険収載される手術の例］

（新）	脛骨近位骨切り術	28,300点
（新）	不整脈手術　４　左心耳閉鎖術　ロ　胸腔鏡下によるもの	37,800点
（新）	再建胃管悪性腫瘍手術　１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの	112,190点
（新）	ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	9,930点
（新）	内視鏡下脳腫瘍摘出術	100,000点

［新たに保険収載される検査の例］

（新）	関節液検査	50点
（新）	ビデオヘッドインパルス検査	300点
（新）	超音波減衰法検査	200点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される検査①》

区分番号	項目名	点数
D004	穿刺液・採取液検査 ２　関節液検査	５０点
D006－5	染色体検査（全ての費用を含む。） １　FISH法を用いた場合 ２　その他の場合	２，５５３点 ２，５５３点
D215－4	超音波減衰法検査	２００点
D250	平衡機能検査 ６　ビデオヘッドインパルス検査	３００点
D310	小腸内視鏡検査 注2　内視鏡的留置術加算	２６０点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される検査②》

区分番号	項目名	点数
D313	大腸内視鏡検査 注3　バルーン内視鏡加算 注4　内視鏡的留置術加算	 450点 260点
D413	前立腺針生検法 １　MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの	8,210点
D415－4	経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合） 注　ガイドーシス加算	500点

《新規に保険収載される画像診断》

区分番号	項目名	点数
E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき） 注10　肝エラストグラフィ加算	600点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された検査①》

区分番号	項目名	点数
D001	尿中特殊物質定性定量検査 10 トリプシノーゲン2（尿）	105点
D006	血液形態・機能検査 7 DNA含有赤血球計数検査	40点
D006－3	BCR－ABL1 2 minor BCR－ABL mRNA イ 診断の補助に用いるもの ロ モニタリングに用いるもの	 2,520点 2,520点
D006－22	RAS遺伝子検査（血漿）	7,500点
D006－23	遺伝子相同組換え修復欠損検査	32,200点
D006－24	肺癌関連遺伝子多項目同時検査	10,000点
D006－25	CYP2C9遺伝子多型	2,037点
D006－26	染色体構造変異解析	8,000点
D006－27	悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿） 1 ROS1融合遺伝子検査 2 ALK融合遺伝子検査 3 METex14遺伝子検査 4 NTRK融合遺伝子検査	 2,500点 2,500点 5,000点 5,000点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された検査②》

区分番号	項目名	点数
D007	血液化学検査 57　ロイシンリッチα2グリコプロテイン 63　血管内皮増殖因子（VEGF）	 276点 460点
D008	内分泌学的検査 53　レプチン	 1,000点
D009	腫瘍マーカー 27　プロステートヘルスインデックス（phi）	 281点
D012	感染症免疫学的検査 46　百日咳菌抗原定性 47　赤痢アメーバ抗原定性 49　白癬菌抗原定性 58　HIV-1特異抗体・HIV-2特異抗体 60　鳥特異的IgG抗体 61　抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	 217点 223点 233点 660点 873点 12,850点
D014	自己抗体検査 28　抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、抗β2グリコプロテインⅠIgG抗体、抗β2グリコプロテインⅠIgM抗体 45　抗P／Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗P／Q型VGCC抗体）	 226点 1,000点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された検査③》

区分番号	項目名	点数
D015	血漿蛋白免疫学的検査 17　インターロイキン6（IL-6） 26　SCCA2 28　インターフェロン－λ3（IFN－λ3）、sFlt－1／P1GF比	 170点 300点 340点
D023	微生物核酸同定・定量検査 12　肺炎クラミジア核酸検出 18　サイトメガロウイルス核酸定量	 360点 450点
D206	心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について） 注5　冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）	7,200点
D217	骨塩定量検査 2　REMS法（腰椎） 注　大腿骨同時検査加算	 140点 55点
D310	小腸内視鏡検査 2　スパイラル内視鏡によるもの	6,800点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される処置》

区分番号	項目名	点数
通則	7　耳鼻咽喉科乳幼児処置加算（1日につき） 8　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（月1回）	60点 80点
J000－2	下肢創傷処置 1　足部（踵を除く。）の浅い潰瘍 2　足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 3　足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍	 135点 147点 270点
J003	局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき） 注3　新生児局所陰圧閉鎖加算／乳幼児局所陰圧閉鎖加算 ／幼児局所陰圧閉鎖加算	所定点数の 300/100 100/100 50/100
J045	人工呼吸 3　5時間を超えた場合（1日につき） イ　14日目まで ロ　15日目以降 注3　覚醒試験加算（14日を限度） 注4　離脱試験加算	 950点 815点 100点 60点
J068-2	陰唇癒合剥離	290点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術①》

区分番号	項目名	点数
K002	デブリードマン 注5　超音波式デブリードマン加算	2,500点
K019－2	自家脂肪注入 1　50mL未満 2　50mL以上100mL未満 3　100mL以上	22,900点 30,530点 38,160点
K046	骨折観血的手術 注　緊急整復固定加算	4,000点
K054－2	脛骨近位骨切り術	28,300点
K080－4	関節鏡下肩腱板断裂手術 2　簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）	37,490点
K080－7	上腕二頭筋腱固定術 1　観血的に行うもの 2　関節鏡下で行うもの	18,080点 23,370点
K081	人工骨頭挿入術 注　緊急挿入加算	4,000点
K142－8	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	24,560点
K145－2	皮下髄液貯溜槽留置術	5,290点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術②》

区分番号	項目名	点数
K169－2	内視鏡下脳腫瘍生検術	80,000点
K169－3	内視鏡下脳腫瘍摘出術	100,000点
K174	水頭症手術 ３ シャント再建術 イ 頭側のもの ロ 腹側のもの ハ 頭側及び腹側のもの	 15,850点 6, 600点 19, 150点
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの） 注1 ローフローバイパス術併用加算 注2 ハイフローバイパス術併用加算	 16,060点 30,000点
K188－3	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	38,790点
K217	眼瞼内反症手術 ３ 眼瞼下制筋前転法	 4,230点
K225－4	角結膜悪性腫瘍切除術	6,290点
K242	斜視手術 ６ 調節糸法	 12,060点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術③》

区分番号	項目名	点数
K268	緑内障手術 ２　流出路再建術 イ　眼内法 ロ　その他のもの ７　濾過胞再建術（needle法）	 14,490点 19,020点 3,440点
K319－2	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術 １　上鼓室開放を伴わないもの ２　上鼓室・乳突洞開放を伴うもの	 40,630点 52,990点
K343－2	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	110,950点
K388－3	内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	1,500点
K494－2	胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術	13,500点
K514－2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 ４　気管支形成を伴う肺切除	 81,420点
K529－4	再建胃管悪性腫瘍手術 １　頸部、胸部、腹部の操作によるもの ２　頸部、腹部の操作によるもの	 112,190点 101,670点
K533－3	内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術	8,990点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術④》

区分番号	項目名	点数
K601－2	体外式膜型人工肺（1日につき） １　初日 ２　2日目以降	30,150点 3,000点
K617	下肢静脈瘤手術 ４　静脈瘤切除術	1,820点
K627－2	腹腔鏡下リンパ節群郭清術 ４　側方	41,090点
K653－6	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	12,000点
K657	胃全摘術 ３　悪性腫瘍手術（空腸嚢作製術を伴うもの）	79,670点
K657－2	腹腔鏡下胃全摘術 ３　悪性腫瘍手術（空腸嚢作製術を伴うもの）	94,780点
K675－2	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	70,220点
K677	胆管悪性腫瘍手術 ３　肝外胆道切除術によるもの	50,000点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術⑤》

区分番号	項目名	点数
K697－4	移植用部分肝採取術（生体） １　腹腔鏡によるもの ２　その他のもの	105,000点 82,800点
K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 注1　消化管ポリポーシス加算 注2　バルーン内視鏡加算	5,000点 450点
K721－3	内視鏡的結腸異物摘出術 注　バルーン内視鏡加算	450点
K721－4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 注　バルーン内視鏡加算	450点
K721－5	内視鏡的小腸ポリープ切除術	11,800点
K740	直腸切除・切断術 注2　片側側方リンパ節郭清加算 両側側方リンパ節郭清加算	4,250点 6,380点
K740－2	腹腔鏡下直腸切除・切断術 ３　超低位前方切除術 ４　経肛門吻合を伴う切除術 注2　片側側方リンパ節郭清加算 両側側方リンパ節郭清加算	91,470点 100,470点 4,250点 6,380点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術⑥》

区分番号	項目名	点数
K800－4	ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	9,930点
K823－7	膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）	37,690点
K828－3	埋没陰茎手術	7,760点
K841－2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 ２　ツリウムレーザーを用いるもの	18,190点
K860－3	腹腔鏡下膣断端挙上術	43,870点
K882－3	腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	32,290点
K910－6	臍帯穿刺	3,800点
K916	体外式膜型人工肺管理料（1日につき） １　7日目まで ２　8日目以降14日目まで ３　15日目以降 注　導入時加算	 4,500点 4,000点 3,000点 5,000点
K921－3	末梢血単核球採取（一連につき） １　採取のみを行う場合 ２　採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合	 14,480点 19,410点
K922－3	自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）	22,280点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新たに保険収載される麻酔》

区分番号	項目名	点
L009	麻酔管理料（Ⅰ） 注5　周術期薬剤管理加算	75点
L010	麻酔管理料（Ⅱ） 注2　周術期薬剤管理加算	75点

《新たに保険収載される放射線治療》

区分番号	項目名	点
M000－2	放射性同位元素内用療法管理料 ６　神経内分泌腫瘍に対するもの ７　褐色細胞腫に対するもの	 2,660点 1,820点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された手術等①》

区分番号	項目名	点数
K169	頭蓋内腫瘍摘出術 注3　術中MRI撮影加算	3,990点
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 注　術中MRI撮影加算	3,990点
K190－8	舌下神経電気刺激装置植込術	28,030点
K259－2	自家培養上皮移植術	52,600点
K305－2	植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術	24,490点
K308－3	耳管用補綴材挿入術	18,100点
K470－2	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	22,100点
K555－2	経カテーテル弁置換術 ３　経皮的肺動脈弁置換術	39,060点
K594	不整脈手術 ４　左心耳閉鎖術 ロ　胸腔鏡下によるもの	37,800点
K616－7	ステントグラフト内挿術（シャント）	12,000点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された手術等②》

区分番号	項目名	点数
K616－8	吸着式潰瘍治療法（1日につき）	1,680点
K722	小腸結腸内視鏡的止血術 注2　スパイラル内視鏡加算	3,500点
K735－2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの） 注2　スパイラル内視鏡加算	3,500点
K746－3	痔瘻手術（注入療法）	1,660点
K755－3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 1　1センチメートル未満 2　1センチメートル以上	16,000点 22,960点
K841－6	経尿道的前立腺吊上術	12,300点
K939－9	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	5,190点
M001－5	ホウ素中性子捕捉療法（一連につき） 注2　ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算 注3　ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算 注4　体外照射用固定器具加算	187,500点 40,000点 10,000点 1,000点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 直腸癌の手術において、側方リンパ節郭清を併せて行った場合の加算を新設する。

（新）　片側側方リンパ節郭清加算　4,250点
（新）　両側側方リンパ節郭清加算　6,380点

【対象となる手術】
直腸切除・切断術
腹腔鏡下直腸切除・切断術

緑：側方リンパ節（郭清部位）

術中所見（右側方リンパ節）

日本臨床外科学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 帝王切開創子宮瘢痕部の修復に係る腹腔鏡手術を新設する。

（新）　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術　32,290点

日本産科婦人科内視鏡学会提出資料より引用

［算定要件］
帝王切開創子宮瘢痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定する。
（１）　続発性不妊症
（２）　過長月経
（３）　器質性月経困難症

［施設基準］
（１）　産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
（２）　**産科又は産婦人科について５年以上の経験をする常勤の医師が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**腹腔鏡手術が年間20例以上**実施されていること。
（４）　腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
（５）　実施診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。
（６）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】
- 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- 腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- 腹腔鏡下肝切除術
- 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- 腹腔鏡下副腎摘出術
- 腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

［内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要］
- **当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。**
- 当該手術を実施する患者について、**関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。**

新規技術の保険導入

➢ 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。

（新）　消化管ポリポーシス加算　5,000点

［算定要件］
- 以下のいずれも満たす家族性大腸腺腫症患者に対して内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を行った場合、**年１回に限り算定できる**。
  - ア　**16歳以上**であること。
  - イ　**大腸に腺腫が100個以上**あること。なお、手術又は内視鏡により摘除された大腸の腺腫の数を合算しても差し支えない。
  - ウ　大腸切除の手術が実施された場合においては、**大腸が10㎝以上残存している**こと。
  - エ　大腸の三分の一以上が**密生型ではない**こと。なお、密生型とは、大腸内視鏡所見において、十分に進展させた大腸粘膜を観察し、正常粘膜よりも腺腫の占拠面積が大きい場合をいう。
- **長径１㎝を超える大腸のポリープを基本的に全て摘除する**こと。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある患者に対し、適切な診断と治療を行う観点から、超音波減衰法による肝脂肪化定量に係る評価を新設する。

（新）　超音波減衰法検査　200点

出典：日本肝臓学会提案書より引用

［技術の概要］

○　肝脂肪化診断の標準法は肝生検とされているが、超音波減衰法検査は肝脂肪量が多い程肝組織内での超音波減衰が大きくなることを用いて、肝脂肪量を非侵襲的に評価することができる。

［算定要件］

○　脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合に、３月に１回に限り算定する。

新規技術の保険導入

➢ 結晶性関節炎の疑いがある患者に対して、適切な診断と治療を行う観点から、偏光顕微鏡を用いた関節液の検査に係る評価を新設する。

（新）　関節液検査　50点

出典：日本リウマチ学会提案書より引用

［算定要件］

（１）　関節水腫を有する患者であって、結晶性関節炎が疑われる者に対して実施した場合、一連につき１回に限り算定する。

（２）　当該検査と区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 下肢潰瘍の状態に応じた適切な処置及びその管理を推進する観点から、下肢の潰瘍の処置及びその管理に係る評価を新設する。

（新）　下肢創傷処置

1	**足部（踵を除く。）の浅い潰瘍**	**135点**
2	**足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍**	**147点**
3	**足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍**	**270点**

［算定要件］

・　下肢創傷処置の**対象となる部位は、足部、足趾又は踵**であって、**浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないもの**をいい、**深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るもの**をいう。
・　下肢創傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
・　複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

（新）　下肢創傷処置管理料　　500点（月１回に限り）

［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、入院中の患者以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、**下肢創傷処置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、区分番号Ｊ０００－２に掲げる**下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月１回に限り算定**する。ただし、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。
・　**初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得る**とともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
・　**学会によるガイドライン等を参考にする**こと。

［施設基準］

・　**整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科**の診療に従事した経験を**５年以上有し**、**下肢創傷処置に関する適切な研修を修了**している常勤の医師が１名以上勤務していること。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 高齢者の大腿骨近位部骨折に対する適切な治療を評価する観点から、骨折観血的手術（大腿）に対する緊急整復固定加算及び人工骨頭挿入術（股）に対する緊急挿入加算を新設する。

（新）　緊急整復固定加算　4,000点
（新）　緊急挿入加算　4,000点

出典：日本整形外科学会ホームページより引用

［算定要件］
（１）**75歳以上の大腿骨近位部骨折患者**に対し、**適切な周術期の管理**を行い、**骨折後48時間以内に骨折部位の整復固定**を行った場合に、所定点数に加算する。
（２）**一連の入院期間**において区分番号「Ｂ００１」の「34」の「イ」**二次性骨折予防継続管理料１**を算定する場合に１回に限り算定する。
（３）当該手術後は、**早期離床**に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて**適切な二次性骨折の予防**を行うこと。
（４）**診療報酬明細書の摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載**すること。

［施設基準］
（１）整形外科、内科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２）**整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置**されていること。
（３）麻酔科標榜医が配置されていること。
（４）常勤の内科の医師が１名以上配置されていること。
（５）緊急手術が可能な体制を有していること。
（６）**大腿骨近位部骨折患者に対する、前年の区分番号「Ｋ０４６　骨折観血的手術」及び「Ｋ０８１　人工骨頭挿入術」の算定回数の合計が60回以上**であること。
（７）当該施設における**大腿骨近位部骨折後48時間以内に手術を実施した前年の実績について、院内掲示**すること。
（８）**関係学会等と連携**の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
（９）**多職種連携を目的とした、大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアル**を作成すること。
（10）**速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準**を作成すること。
（11）**運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)**の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（12）**二次性骨折予防継続管理料１**の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（13）関係学会から示されているガイドライン等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 変形性膝関節症に対する適切な手術加療を評価する観点から、脛骨近位骨切り術を新設する。

（新）　脛骨近位骨切り術　28,300点

［算定要件］
変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者の膝関節に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、脛骨近位部の骨切りを実施した場合に算定する。

手術前
O脚

手術後
僅かなX脚

出典：日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会提案書より引用

新規技術の保険導入

➢ 上腕二頭筋長頭腱損傷に対する適切な手術加療を評価する観点から、上腕二頭筋腱固定術を新設する。

（新）　上腕二頭筋腱固定術
1　観血的に行うもの　18,080点
2　関節鏡下に行うもの　23,370点

［算定要件］
上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷（保存的治療が奏功しないものに限る。）に対し、インターファレンススクリューを用いて固定を行った場合に算定する。

手術前

手術後

出典：日本肩関節学会提案書より引用

新規技術の保険導入

➢ 腰部脊柱管狭窄症等に対する適切な手術加療を評価する観点から、顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術を新設する。

（新）　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術　24,560点

出典：日本脊髄外科学会提案書より引用

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 神経内分泌腫瘍及び褐色細胞腫に対する放射性同位元素内用療法に係る管理料を新設する。

放射性同位元素内用療法管理料
（新）神経内分泌腫瘍に対するもの　2,660点
（新）褐色細胞腫に対するもの　1,820点

［算定留意事項］
・「神経内分泌腫瘍に対するもの」は、ソマトスタチン受容体陽性の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者に対して行った場合に算定する。
・「褐色細胞腫に対するもの」は、MIBGが集積する悪性褐色細胞腫・パラガングリオーマの患者に対して行った場合に算定する。

新規技術の保険導入

➢ 膀胱頸部形成不全に対して、人工物を使用せず膀胱頸部を形成・再建する術式を新設する。

（新）　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）　37,690点

➢ 埋没陰茎に対する手術を新設する。

（新）　埋没陰茎手術　7,760点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 胃癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術について、既存の腹腔鏡下手術に比べ優越性が示されたことから、評価を見直す。

現行

【腹腔鏡下胃切除術】
2　悪性腫瘍手術　64,120点

【腹腔鏡下噴門側胃切除術】
2　悪性腫瘍切除術　75,730点

【腹腔鏡下胃全摘術】
2　悪性腫瘍手術　83,090点

改定後

【腹腔鏡下胃切除術】
2　悪性腫瘍手術　64,120点
3　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　73,590点
【腹腔鏡下噴門側胃切除術】
2　悪性腫瘍切除術　75,730点
3　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　80,000点
【腹腔鏡下胃全摘術】
2　悪性腫瘍手術　83,090点
3　（略）
4　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　98,850点

既存技術の見直し

➢ 食道癌、胃癌及び直腸癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術の施設基準について、術者の経験症例数と術後合併症の発生に有意な違いが示されなかったというレジストリの解析結果に基づき見直す。

現行

【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術の場合】
［施設基準］
(1)　（略）
(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。
(3)～(9)　（略）

改定後

［施設基準］
(1)　（略）
（削除）

(2)～(8)　（略）

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ ロービジョン検査判断料について、施設基準を見直す。

現行

【ロービジョン検査判断料】
［施設基準］
厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した眼科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

改定後

【ロービジョン検査判断料】
［施設基準］
厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）**（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）**を修了した眼科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。**なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。**

既存技術の見直し

➢ ダーモスコピーについて、対象疾患を追加する。

現行

【ダーモスコピー】
［算定要件］
ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず４月に１回に限り算定する。

改定後

【ダーモスコピー】
［算定要件］
ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変、**円形脱毛症若しくは日光角化症**の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず４月に１回に限り算定する。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 小児食物アレルギー負荷検査について、対象患者及び算定回数の見直しを行う。

現行

【小児食物アレルギー負荷検査】

注１　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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、９歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年２回に限り算定する。

２　小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。

改定後

【小児食物アレルギー負荷検査】

注１　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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**16歳未満**の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、**年３回**に限り算定する。

２　小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。

既存技術の見直し

➢ 腹腔鏡下直腸切除・切断術に超低位前方切除術及び経肛門吻合を伴う切除術を追加する。

現行

【腹腔鏡下直腸切除・切断術】

1	切除術	75,460点
2	低位前方切除術	83,930点
3	切断術	83,930点

改定後

【腹腔鏡下直腸切除・切断術】

1	切除術	75,460点
2	低位前方切除術	83,930点
3	**超低位前方切除術**	**91,470点**
4	**経肛門吻合を伴う切除術**	**100,470点**
5	切断術	83,930点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 画像診断管理加算３の施設基準において、人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアの管理に係る要件を追加し、評価を見直す。

現行

【画像診断管理加算３】
画像診断管理加算３　300点

［施設基準の概要］
・放射線科を標榜している特定機能病院
・画像診断を専ら担当する常勤の医師が６名以上配置
・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る画像情報の管理の実施
・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師へ報告
・夜間及び休日に読影を行う体制の整備
・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除く検査前の画像診断管理の実施
・当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していない。
・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境の確保
・関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理の実施
・関係学会の定める指針に基づく適切な被ばく線量管理の実施

（新設）

改定後

【画像診断管理加算３】
画像診断管理加算３　**340点**

［施設基準の概要］
・放射線科を標榜している特定機能病院
・画像診断を専ら担当する常勤の医師が６名以上配置
・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る画像情報の管理の実施
・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師へ報告
・夜間及び休日に読影を行う体制の整備
・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除く検査前の画像診断管理の実施
・当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していない。
・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境の確保
・関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理の実施
・関係学会の定める指針に基づく適切な被ばく線量管理の実施
・**関連学会の定める指針に基づく人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理の実施**
・**人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理にあたり、画像診断を専ら担当する医師を管理者として配置**

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

➢ 血流予備量比コンピューター断層撮影について、使用実態等を踏まえ施設基準を見直す。

現行

【血流予備量比コンピューター断層撮影】

［施設基準の概要］

（１）64 列以上のマルチスライス型のＣＴを有すること。
（２）画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
（３）次のいずれにも該当すること。
- 許可病床数が200 床以上の病院
- 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関
- ５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、５年以上の心臓血管外科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。
- ５年以上の心血管インターベンション治療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。
- 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。
- 画像診断を専ら担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。
- 放射線治療に専従の常勤の医師が１名以上配置されていること。

(新設)

- 日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること。

改定後

【血流予備量比コンピューター断層撮影】

［施設基準の概要］

（１）64 列以上のマルチスライス型のＣＴを有すること。
（２）画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
（３）次のいずれにも該当すること。
- 許可病床数が200 床以上の病院
- 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関
- ５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、５年以上の心臓血管外科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。
- ５年以上の心血管インターベンション治療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。
- 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。

（削除）

（削除）

- 血流予備量比コンピューター断層撮影により**冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上ある**こと。
- **日本循環器学会及び日本心血管インターベンション治療学会の研修施設**に該当すること。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

➢ 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
（１）　当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。（２）　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
（１)次のいずれかを満たしていること。
ア　略
イ　次のいずれも満たしていること。
（イ）**「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中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体制が構築**されていること。
（ロ）日本脳卒中学会が定める**「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備**されていること。
（ハ）日本脳卒中学会等の関係学会が行う**脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が１名以上配置**されていること。

施設基準の見直し

➢ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

現行

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。

改定後

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。**ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。**
ア　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
イ　関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
ウ　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してＭＲＩ撮影ができる等、乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

➢ 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
（１）　当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。（２）　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
（１)次のいずれかを満たしていること。
ア　略
イ　次のいずれも満たしていること。
（イ）**「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中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体制が構築**されていること。
（ロ）日本脳卒中学会が定める**「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備**されていること。
（ハ）日本脳卒中学会等の関係学会が行う**脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が１名以上配置**されていること。

施設基準の見直し

➢ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

現行

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。

改定後

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。**ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。**
ア　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
イ　関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
ウ　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してＭＲＩ撮影ができる等、乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 乳癌の放射線治療に係る一回線量増加加算の評価を見直すとともに、前立腺癌の放射線治療について、寡分割照射を行った場合の評価を見直す。

現行

【体外照射】
高エネルギー放射線治療
注２　１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、
１回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）
注２　１回の線量が2.5Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、
１回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。

改定後

【体外照射】
高エネルギー放射線治療
注２　１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、**690点**を所定点数に加算する。

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）
注２　１回の線量が**３Ｇｙ**以上の前立腺照射を行った場合は、**一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算**する。

既存技術の見直し

➢ 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）について、評価を見直す。

現行

【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）】
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　900点

改定後

【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）】
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　**1,100点**

既存技術の見直し

➢ 病理診断料及び病理判断料について、評価を見直す。

現行

【病理診断料】
１　組織診断料　450点
【病理判断料】
病理判断料　150点

改定後

【病理診断料】
１　組織診断料　**520点**
【病理判断料】
病理判断料　**130点**

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し（医師の基礎的な技術の再評価①）（再掲）

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

現　行	改　定
D237　終夜睡眠ポリグラフィ 〔対象患者〕 合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者、睡眠障害の患者、13歳未満の小児の患者	D237　終夜睡眠ポリグラフィ 〔対象患者〕 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者であって、治療の効果を判定するため、安全精度管理下にCPAPを用いて当該検査を実施する医学的必要性が認められる患者を追加
D282－4　ダーモスコピー 〔対象疾患〕 悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変	D282－4　ダーモスコピー 〔対象疾患〕 円形脱毛、日光角化症を追加
D291－2　小児食物アレルギー負荷検査：1,000点 注1　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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。	D291－2　小児食物アレルギー負荷検査：1,000点 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、16歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年3回に限り算定する。
D400　血液採取（1日につき） 1　静脈：35点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、25点を所定点数に加算する。	D400　血液採取（1日につき） 1　静脈：37点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。
D419　その他の検体採取 3　動脈血採取（1日につき）：50点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。 6　鼻腔・咽頭拭い液採取：5点	D419　その他の検体採取 3　動脈血採取（1日につき）：55点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。 6　鼻腔・咽頭拭い液採取：25点

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し（医師の基礎的な技術の再評価②）（再掲）

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

現　行	改　定
G000　皮内、皮下及び筋肉注射（1回につき）：20点	G000　皮内、皮下及び筋肉注射（1回につき）：**22点**
G001　静脈内注射（1回につき）：32点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G001　静脈内注射（1回につき）：**34点** 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、**48点**を所定点数に加算する。
G004　点滴注射（1日につき） 1　6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合）：99点 2　1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合）：98点 3　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）：49点 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G004　点滴注射（1日につき） 1　6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合）：**101点** 2　1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合）：**99点** 3　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）：**50点** 注2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、**46点**を所定点数に加算する。
H002　運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等	H002　運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 **糖尿病足病変**を追加
J095　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）：25点	J095　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）：**27点**
J097　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）：14点	J097　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）：**16点**
J098　口腔、咽頭処置：14点	J098　口腔、咽頭処置：**16点**

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

➢ 粒子線治療の対象疾患に、既存のX 線治療等と比較して生存率等の改善が確認された以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】
［算定要件］（概要）

1　希少な疾病に対して実施した場合　187,500点

・　陽子線治療：　**（改）肝細胞癌※（長径４センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）**
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

・　重粒子線治療：　**（改）肝細胞癌※（長径４センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）局所進行性子宮頸部線癌※、**
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※　手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

2　希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合　110,000点

・　陽子線治療　：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
・　重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

例：肝細胞癌に対する陽子線治療

［加算］
①粒子線治療適応判定加算　40,000点
（キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価）

②粒子線治療医学管理加算　10,000点
（照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価）

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

➢ 染色体検査の対象疾患に、流産検体を用いた染色体検査を追加する。

【染色体検査（全ての費用を含む。）】
　１　ＦＩＳＨ法を用いた場合　　2,553点
　２　その他の場合　　2,553点
　　注１　分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。
（改）　２　２については、流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合は、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う場合に限り算定する。

➢ 血漿交換療法の対象疾患に、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法を追加する。

【血漿交換療法（１日につき）】
　血漿交換療法（１日につき）　4,200点
　　注１　血漿交換療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。
（改）　２　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法については、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。

➢ 前立腺生検法において、ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像による場合を追加する。

【前立腺針生検法】
（新）　１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの　　8,210点

（２）手術等の医療技術の適切な評価

新規技術の保険導入

- 眼瞼内反症に係る手術について術式を追加する。

（新）　眼瞼内反症手術　眼瞼下制筋前転法　4,230点

- 角結膜悪性腫瘍に対する手術を新設する。

（新）　角結膜悪性腫瘍切除術　6,290点

- 斜視に係る手術について術式を追加する。

（新）　斜視手術（調節糸法）　12,060点

- 緑内障に対する手術について術式を追加する。

（新）　緑内障手術　流出路再建術（眼内法）　14,490点
（新）　緑内障手術　濾過胞再建術（needle法）　3,440点

【眼瞼内反症手術　眼瞼下制筋前転法】

日本眼科学会提出資料から引用

【角結膜悪性腫瘍切除術】

日本眼科学会提出資料から引用

【緑内障手術　流出路再建術（眼内法）】

日本緑内障学会提出資料から引用

（２）手術等の医療技術の適切な評価

➢ Ｃ２区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料を新設する。

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

1　1センチメートル未満　16,000点

2　1センチメートル以上　22,960点

［技術の概要］

○　片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者の副腎腫瘍に対して、ラジオ波帯の高周波電流を流し、組織を凝固する。

○　深鎮静の下、ＣＴガイド下にて副腎腫瘍を穿刺し、治療を行う。

＜ＣＴ画像＞

出典：企業提出資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【経カテーテル弁置換術】

（新）　経皮的肺動脈弁置換術　39,060点

［技術の概要］

○　先天性心疾患手術後の肺動脈弁機能不全の患者に対して、経皮的に人工弁を留置する。

［関連する特定保険医療材料］

182　経カテーテル人工生体弁セット

（１）バルーン拡張型人工生体弁セット　4,510,000円

215　経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）　5,270,000円

出典：企業提出資料

（２）手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　自家培養上皮移植術　52,600点

［技術の概要］

○　角膜上皮幹細胞疲弊症患者に対して、患者自身より採取した角膜輪部組織又は口腔粘膜組織から分離した角膜上皮細胞又は口腔粘膜上皮細胞をシート状に培養し、患者の眼表面に移植する。

［関連する特定保険医療材料］

150　ヒト自家移植組織

（３）	自家培養角膜上皮	①	採取・培養キット	4,280,000円
		②	調製・移植キット	5,470,000円
（４）	自家培養口腔粘膜上皮	①	採取・培養キット	4,280,000円
		②	調製・移植キット	5,470,000円

出典：企業提出資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　22,100点

［技術の概要］

○　切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌患者に対して、光感受性物質が結合した抗体であるセツキシマブサロタロカンナトリウムを投与し、腫瘍細胞にレーザー光を照射する局所療法。

○　レーザー光により腫瘍細胞に結合した光感受性物質が励起され、腫瘍細胞が傷害される。

セツキシマブ
サロタロカンナトリウム

＋

出典：企業提出資料

［関連する特定保険医療材料］

187	半導体レーザー用プローブ	229,000円
216	レーザー光照射用ニードルカテーテル	1,990円

（２）手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

出典：企業提出資料

（新）　禁煙治療補助システム指導管理加算　140点
（新）　禁煙治療補助システム加算　2,400点

［技術の概要］
○　バレニクリンを使用して禁煙治療を行うニコチン依存症患者に対して、アプリや呼気一酸化炭素濃度測定器を併用の上、標準禁煙治療プログラムを実施する。

患者アプリ
ニコチン依存症の理解及び禁煙に関する行動変容の定着を促すメッセージや動画等を提供

COチェッカー
呼気CO濃度を測定し、患者アプリに送信

医師アプリ
患者アプリの進捗の確認等診療のサポート

［算定要件］（概要）
○　区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料の１のイ又は２を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に１回に限り加算する。
○　禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【小腸内視鏡検査】
（新）　スパイラル内視鏡によるもの　6,800点
【小腸結腸内視鏡的止血術】
【小腸・結腸狭窄部拡張術】
（新）　スパイラル内視鏡加算　3,500点

［技術の概要］
○　電動回転可能なスパイラル形状のオーバーチューブと組み合わせ、フィンを電動で回転させることにより、小腸を手繰り寄せながら挿入する小腸内視鏡検査。
○　区分番号「Ｋ７２２」小腸結腸内視鏡的止血術又は区分番号「Ｋ７３５－２」小腸・結腸狭窄部拡張術について、スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算を加算する。

出典：企業提出資料

（２）手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

出典：企業提出資料

（新）　経尿道的前立腺吊上術　12,300点

［技術の概要］

○　前立腺肥大症に伴う排尿障害の患者に対して、経尿道的に前立腺の内側（尿道側）組織と外側（被膜側）組織を貫通してイプラントを留置することで、内側組織と外側組織を近づけて保持し、尿道開口部を広げることで、排尿障害を改善する。

［関連する特定保険医療材料］

214　前立腺用インプラント　97,900円

新規保険医療材料等に係る技術料の見直し

出典：企業提出資料

現行	改定後
【血糖自己測定器加算】 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの 注３　７については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を１日２回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。	【血糖自己測定器加算】 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの 注３　７については、**インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている**入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

［技術の概要］

○　センサーを上腕の後ろ側に装着し、リーダー等でセンサーをスキャンすることで、皮下間質液中のグルコース値を表示することができ、また、　連続グルコース値のグラフを表示することができる。

センサー

リーダー

スマートフォンアプリ

（２）手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　ホウ素中性子捕捉療法　　187,500点

[対象となる疾患]
切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌

[技術の概要]
○　ホウ素を付加した薬剤（ボロファラン）をがん細胞に取り込ませ、体外から低エネルギー中性子線を照射する放射線治療の一種である。
○　ホウ素と熱中性子との核反応により発生するアルファ線とリチウム原子核によりがん細胞を破壊する。

出典：企業提出資料

[加算]
①**ホウ素中性子捕捉療適応判定加算　40,000点**　※　キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価
②**ホウ素中性子捕捉療医学管理加算　10,000点**　※　照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価

（２）手術等の医療技術の適切な評価

- 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。

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K000	創傷処理		
	1 筋肉、臓器に達するもの（長径5cm未満）	1,250点	1,400点
	2 筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）	1,680点	1,880点
	3 筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）		
	イ 頭頸部のもの（長径20cm以上のものに限る。）	8,600点	9,630点
	ロ その他のもの	2,400点	2,690点
	4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm未満）	470点	530点
	5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm以上10cm未満）	850点	950点
	6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10cm以上）	1,320点	1,480点
K000-2	小児創傷処理（6歳未満）		
	1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm未満）	1,250点	1,400点
	2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm以上5cm未満）	1,400点	1,540点
	3 筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）	2,220点	2,490点
	4 筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）	3,430点	3,840点
	5 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm未満）	450点	500点
	6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm以上5cm未満）	500点	560点
	7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm以上10cm未満）	950点	1,060点
	8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10cm以上）	1,740点	1,950点

（２）手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K001	皮膚切開術		
	1 長径10cm未満	570点	640点
	2 長径10cm以上20cm未満	990点	1,110点
	3 長径20cm以上	1,770点	1,980点
K002	デブリードマン		
	1 100cm^{2}未満	1,260点	1,410点
	2 100cm^{2}以上3,000cm^{2}未満	4,300点	4,820点
	3 3,000cm^{2}以上	10,030点	11,230点
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）		
	1 乳房再建術の場合	89,880点	100,670点
	2 その他の場合	94,460点	105,800点
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840点	940点
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術 3　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	1,990点	2,190点
K049	骨部分切除術　2 前腕、下腿	4,410点	4,940点
K053	骨悪性腫瘍手術　1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550点	36,460点
K057	変形治癒骨折矯正手術　2 前腕、下腿	27,550点	30,860点
K066	関節滑膜切除術　3 肩鎖、指（手、足）	7,930点	8,880点
K101	合指症手術　1 軟部形成のみのもの	8,720点	9,770点
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	52,540点	58,840点

（２）手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K134-3	人工椎間板置換術（頸椎）	36,780点	40,460点
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	90,470点	101,330点
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む）		
	１ 前方椎体固定	37,240点	41,710点
	４ 前方後方同時固定	66,590点	74,580点
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060点	216,230点
K189	脊髄ドレナージ術	408点	460点
K220	結膜縫合術	1,260点	1,410点
K299	小耳症手術　１ 軟骨移植による耳介形成手術	56,140点	62,880点
K386	気管切開術	3,080点	3,450点
K394	喉頭悪性腫瘍手術　２ 全摘	63,710点	71,360点
K404	抜歯手術 ２ 前歯 ３ 臼歯 ４ 埋伏歯 注1 注3	 155点 265点 1,054点 210点 120点	 160点 270点 1080点 230点 130点
K414-2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,970点	10,050点
K415	舌悪性腫瘍手術　２ 亜全摘	75,070点	84,080点
K419	頬、口唇、舌小帯形成手術	560点	630点
K421	口唇腫瘍摘出術　１ 粘液嚢胞摘出術	910点	1,020点
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700点	121,740点

（２）手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K444	下顎骨形成術　１ おとがい形成の場合	7,780点	8,710点
K450	唾石摘出術（一連につき）１ 表在性のもの	640点	720点
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800点	5,300点
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術　２ 胸部、腹部の操作によるもの	109,190点	122,290点
K530-3	内視鏡下筋層切開術	11,340点	12,470点
K532	食道・胃静脈瘤手術　２ 食道離断術を主とするもの	37,620点	42,130点
K552	冠動脈、大動脈バイパス移植術　１ 1吻合のもの	71,570点	80,160点
K553-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術　１ 単独のもの	114,300点	128,020点
K560	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）		
	１ 上行大動脈　ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860点	166,720点
K566	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォータースストン手術）	44,670点	50,030点
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術		
	２ 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460点	83,400点
K586	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術　１ 両方向性グレン手術	71,570点	80,160点
K596	体外ペースメーキング術	3,370点	3,770点
K597	ペースメーカー移植術　１ 心筋電極の場合	15,060点	16,870点
K607-2	血管縫合術（簡単なもの）	3,760点	4,210点
K614	血管移植術、バイパス移植術		
	３ 腹腔内動脈	56,560点	63,350点
	４ 頭、頸部動脈	55,050点	61,660点
	５ 下腿、足部動脈	62,670点	70,190点

（２）手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K615	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）３ その他のもの	18,620点	20,480点
K616-3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）	24,550点	27,500点
K627	リンパ節群郭清術		
	６ 鼠径部及び股部	8,710点	9,760点
	７ 後腹膜	41,380点	46,350点
K637	限局性腹腔膿瘍手術　４ その他のもの	9,270点	10,380点
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術　１ 腸切除を伴わないもの	14,290点	16,000点
K643	後腹膜悪性腫瘍手術	48,510点	54,330点
K645	骨盤内臓全摘術	120,980点	135,500点
K675	胆嚢悪性腫瘍手術		
	１ 胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）	45,520点	50,980点
	２ 肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの	57,790点	64,720点
K677	胆管悪性腫瘍手術　３ その他のもの　→　４ その他のもの	84,700点	94,860点
K677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術　１ 血行再建あり	180,990点	202,710点
K695	肝切除術　２ 亜区域切除	56,280点	63,030点
K702	膵体尾部腫瘍切除術		
	１ 膵尾部切除術の場合　イ 脾同時切除の場合	24,000点	26,880点
	３ 周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730点	59,060点

（２）手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K703	膵頭部腫瘍切除術		
	1 膵頭十二指腸切除術の場合	81,620点	91,410点
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	86,810点	97,230点
	3 周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	86,810点	97,230点
K704	膵全摘術	103,030点	115,390点
K719	結腸切除術　3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680点	39,960点
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	8,830点	9,890点
K729	腸閉鎖症手術　1 腸管切除を伴わないもの	12,190点	13,650点
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930点	49,200点
K772	腎摘出術	18,760点	21,010点
K803	膀胱悪性腫瘍手術		
	4 全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）	107,800点	120,740点
	6 経尿道的手術　イ 電解質溶液利用のもの	12,300点	13,530点

（２）手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術　１ 全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）	76,880点	86,110点
K828	包茎手術　１ 背面切開術	740点	830点
K835	陰嚢水腫手術　１ 交通性陰嚢水腫手術 → １ 鼠径部切開によるもの	3,620点	3,980点
K879	子宮悪性腫瘍手術	62,000点	69,440点
K888-2	卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）		
	１ 開腹によるもの	12,460点	13,960点
K895	会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530点	1,710点

（３）質の高い臨床検査の適切な評価

➢ 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、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。

新規体外診断用医薬品に係る検査料の新設

（新）　サイトメガロウイルス核酸定量　450点

［算定要件］（概要）

○　サイトメガロウイルス感染症の診断又は治療効果判定を目的として、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者、ＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対し、血液を検体としてリアルタイムＰＣＲ法によりサイトメガロウイルスＤＮＡを測定した場合に算定する。

（新）　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）　7,500点

［算定要件］（概要）

○　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）は、大腸癌患者の血漿を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、高感度デジタルＰＣＲ法とフローサイトメトリー法を組み合わせた方法により行った場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

○　ただし、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。

○　医学的な理由により、大腸癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑵」その他のもののうち、大腸癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。

（新）　ＳＣＣＡ２　300点

［算定要件］（概要）

○　15歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に、月１回を限度として算定する。

（４）プログラム医療機器に係る評価の新設

➢ 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。

改定後

［目次］
第２章　特掲診療料
　第１部　医学管理等
　　第１節　医学管理料等
　　第２節　プログラム医療機器等医学管理加算
　　第３節　特定保険医療材料料

【第１部　医学管理等】
通則
１　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。
２　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。

医学管理料等　＋　**プログラム医療機器等医学管理加算**　**and/or**　**特定保険医療材料料**

（５）実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

検体検査の評価の見直し

- 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。

現行		改定後
血液ガス分析	139点	135点
血液化学検査　10項目以上	109点	106点
インフルエンザウイルス抗原定性	139点	136点

医学管理料の評価の見直し

- 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。

現行		改定後
慢性維持透析患者外来医学管理料	2,250点	2,211点

在宅療養指導管理材料加算の評価の見直し

- 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。

現行		改定後
呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点	291点
排痰補助装置加算	1,800点	1,829点

（６）人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

➢ 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。

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合		場合１	場合２	場合３
４時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
４時間以上５時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
５時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

［算定要件］
・「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（ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤は「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。
・「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］
・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
・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。）

改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合	場合１	場合２	場合３
４時間未満	**1,885点**	**1,845点**	**1,805点**
４時間以上５時間未満	**2,045点**	**2,005点**	**1,960点**
５時間以上	**2,180点**	**2,135点**	**2,090点**

［算定要件］
・「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。
・**「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］
・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

（６）人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓　導入期加算の見直し

➢ 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。

現行

【人工腎臓】
導入期加算１　200点
導入期加算２　500点

［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。
(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。
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。

改定後

【人工腎臓】
導入期加算１　200点
導入期加算２　**400点**
（新）導入期加算３　800点
［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**24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**２人**以上いること。
(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。
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36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５人以上いること。
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２人以上いること。

（６）透析中の運動指導に係る評価の新設

➢ 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。

人工腎臓

（新）　透析時運動指導等加算　　75点　（指導開始から90日を限度とする。）

［対象患者］

人工腎臓を実施している患者

［算定要件］（概要）

○ 透析患者の運動指導に係る研修を受講した**医師、理学療法士、作業療法士**又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した**看護師**が１回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定

○ **日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」**等の関係学会によるガイドラインを参照すること

（６）在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

➢ 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に遠隔モニタリング加算を新設する。

（新）　遠隔モニタリング加算　　115点（月１回に限る）

［算定要件］

遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　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。

イ　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。

ウ　当該加算を算定する月にあっては、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。

エ　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。

自動腹膜灌流用装置

出典：バクスター株式会社HP

（腹膜透析治療で得られた水分除去量）

（体重）

（血圧）

➢ 遠隔モニタリングで得られる治療結果（在宅機器のモニタリング）

1)治療実施状況の把握

2)治療中インシデント状況の把握

3)インシデント状況の詳細確認

（６）在宅血液透析指導管理料の見直し

在宅血液透析指導管理料の見直し

➢ 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。

現行	改定後
【在宅血液透析指導管理料】　8,000点 ［算定要件］ (5) 関係学会のガイドライン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、当該ガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。	【在宅血液透析指導管理料】　**10,000点** ［算定要件］ (5) **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、**当該マニュアルに基づいて**在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

（６）有床診療所における評価の見直し（再掲）

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

➢ 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。

有床診療所療養病床入院基本料

（新）　慢性維持透析管理加算　　100点（１日当たり）

［対象患者］

- **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**

15. 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

（１）情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

（２）事務の簡素化・効率化

（３）外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

（４）データ提出加算の要件化の拡大

（５）診療録管理体制加算の見直し

（１）情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

➢ 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実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

現行　（例：入退院支援加算）

原則対面（ICT活用に制限）

改定後

リアルタイム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。

現行　（例：在宅患者訪問看護・指導料）

関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、要件を満たす場合は、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。

改定後

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。

（２）事務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

➢ 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。

◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。

◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、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訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。

◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行	改定後
【小児科外来診療料】 ［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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。	【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注１　**小児科を標榜する保険医療機関において、**入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

◆ レセプト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**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト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。

【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】
・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	**施設要件　ア**
8201xxxxx	施設要件　イ
（略）	ウ～オ（略）

〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886 X 1
	施設要件　ア	
	医師要件　イ	
	併用投与　ア	

（３）外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（再掲）

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

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

［算定要件］

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　**外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。

（２）　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）（再掲）

※１　5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※２　自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※３　提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

（４）データ提出加算の要件化の拡大（再掲）

➢ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数 ／ 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料１～6 特定機能病院入院基本料（７対１、10対１） 専門病院入院基本料（７対１、10対１） 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１～４	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料１～３ **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**	規定なし　→　**データの提出が必須** （経過措置①、③）	規定なし　→　**データの提出が必須** （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし　→　**データの提出が必須**（経過措置③、④）	

［経過措置］

① 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で、許可病床数が200床以上のものにあっては**令和５年３月31日まで**の経過措置を設ける。

② 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で、許可病床数が200床未満のものにあっては**令和６年３月31日まで**の経過措置を設ける。

③ 令和４年３月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であって、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、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、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療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200床未満であり、かつ、データ提出加算の届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**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和６年３月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

（５）診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

- 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、要件を見直す。

現行	改定後
【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ （新設）	【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ **許可病床数が400床以上の保険医療機関**については、以下の要件を加える。 ・**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 ・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研修を実施**していること

- さらに、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。

現行	改定後
【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ （新設） （新設）	【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ **許可病床数が400床以上の保険医療機関**については、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。 **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等について、別添様式により届け出ること。** 届出内容（例） ・バックアップ対象のシステム ・バックアップの頻度、保管方式

（５）診療録管理体制加算の見直し（標準規格の導入に係る取組の推進）

診療録管理体制加算の見直し

➢ 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、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。

改定後

【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
(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。
(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、別添様式により届け出ること。

参考：HL7 FHIRとは

医療の診療記録等のデータのほか、医療関連の管理業務に関するデータ、公衆衛生に係るデータ及び研究データも含め、医療関連情報の交換を可能にするように設計された、HL7 Internationalによる
医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

第１回 健康・医療・介護情報利活用検討会
医療情報ネットワークの基盤に関するＷＧ
（令和３年11月10日）資料１（抜粋）

16. 後発医薬品やバイオ後続品の促進、医薬品の給付の適正化

（１）医療機関における後発医薬品の使用促進

（２）バイオ後続品に係る情報提供の評価

（３）医薬品の給付の適正化（湿布薬）

（１）医療機関における後発医薬品の使用促進

➢ 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。

後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行	改定後
後発医薬品使用体制加算１（85%以上）　47点	後発医薬品使用体制加算１（**90%以上**）　47点
後発医薬品使用体制加算２（80%以上）　42点	後発医薬品使用体制加算２（**85%以上**）　42点
後発医薬品使用体制加算３（70%以上）　37点	後発医薬品使用体制加算３（**75%以上**）　37点

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行	改定後
外来後発医薬品使用体制加算１（85%以上）5点	外来後発医薬品使用体制加算１（**90%以上**）5点
外来後発医薬品使用体制加算２（75%以上）4点	外来後発医薬品使用体制加算２（**85%以上**）4点
外来後発医薬品使用体制加算３（70%以上）2点	外来後発医薬品使用体制加算３（**75%以上**）2点

※後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発し、入手が困難となっていることを踏まえ、一部の品目については「後発医薬品使用体制加算」等の要件の「後発医薬品の使用割合」を算出する際、算出対象から除外しても差し支えないとする取扱いが示されている。（次ページ参照）
今後もこの取扱いが継続されるとともに、対象品目の見直しも予定されている。

【参考】後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて
（令和３年９月21日事務連絡）

○　後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発し、これらの製品を使用していた医療機関・薬局を中心に、代替品を入手することが困難となっていることを踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱いを実施（R3.9.21～R4.3.31）

「後発医薬品使用体制加算」等における後発医薬品の使用割合の取扱い

- 対象の供給停止品目（下記）と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」等の要件の「後発医薬品の使用（調剤）割合」を算出する際、算出対象から除外しても差し支えないこととする。※

※　対象の全ての品目（先発を含む）を割合の算出対象から除外することとする（一部の成分の品目のみを除外することは不可）

対象成分一覧　：27成分1025品目（先発：87品目、後発：938品目）　注）いずれも内服薬に限る。括弧内は主な効能等。

1. アトルバスタチンカルシウム水和物（高血圧）
2. アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物（高血圧）
3. イルベサルタン（高血圧）
4. エパルレスタット（糖尿病性神経障害）
5. エピナスチン塩酸塩（抗アレルギー）
6. エンタカポン（パーキンソン病）
7. エンテカビル水和物（B型慢性肝炎）
8. オロパタジン塩酸塩（抗アレルギー）
9. カンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩（高血圧）
10. クラリスロマイシン（抗菌）
11. グリメピリド（糖尿病）
12. クロピドグレル硫酸塩（抗血小板）
13. ゾルピデム酒石酸塩（睡眠導入）
14. トラニラスト（抗アレルギー）
15. トリアゾラム（睡眠導入）
16. ナテグリニド（糖尿病）
17. ニカルジピン塩酸塩（高血圧）
18. バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩（高血圧）
19. ピルシカイニド塩酸塩水和物（不整脈）
20. フェキソフェナジン塩酸塩（抗アレルギー）
21. プランルカスト水和物（喘息）
22. メサラジン（潰瘍性大腸炎）
23. ラロキシフェン塩酸塩（骨粗鬆症）
24. リシノプリル水和物（高血圧）
25. リスペリドン（抗精神病）
26. リルマザホン塩酸塩水和物（睡眠導入）
27. ロサルタンカリウム・ヒドロクロロチアジド（高血圧）

（２）バイオ後続品に係る情報提供の評価

➢ 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した場合の評価を新設する。

改定後
【在宅自己注射管理指導料】 バイオ後続品導入初期加算　150点 対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等 【外来腫瘍化学療法診療料】 **（新）　バイオ後続品導入初期加算　150点** 対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（**リツキシマブ製剤**、**トラスツズマブ製剤**、**ベバシズマブ製剤**） 【外来化学療法加算】 **（新）　バイオ後続品導入初期加算　150点** 対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：**インフリキシマブ製剤**

［算定要件］

・ 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、**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**所定点数に加算する。

（３）医薬品の給付の適正化（湿布薬）

医師が特別に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63枚までに変更する。

【第５部　投薬】

通則

５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき６３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６３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。

17. 経過措置

経過措置について①

	区分番号	項目	経過措置
1	A000 A002	初診料の注２及び注３、外来診療料の注２及び注３に規定する保険医療機関	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。
2	A000	初診料の注10に規定する機能強化加算	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、令和４年９月30日までの間に限り、地域包括診療加算２、地域包括診療料２、機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における実績に係る基準を満たしているものとする。
3	A000	初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算	区分番号A000の注14のただし書きの規定による加算は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
4	A000等	初診料の注12等に規定する連携強化加算	令和５年３月31日までの間に限り、感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。
5	ー	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和４年３月31日時点で、急性期一般入院料１～５、７対１入院基本料（結核、特定機能病院（一般病棟）、専門病院）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、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又は特定一般病棟入院料の注７を届け出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、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。
6	A100	急性期一般入院料１における重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和４年３月31日時点で現に急性期一般入院料１を届け出ている病棟（許可病床200床以上400床未満の保険医療機関に限る）については、令和４年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなす。
7	A100	急性期一般入院料６における施設基準	令和４年３月31日時点で現に急性期一般入院料６を届け出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、引き続き令和４年度改定前の点数表により急性期一般入院料６を算定可能とする。
8	A101	療養病棟入院基本料	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、令和４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。

経過措置について②

	区分番号	項目	経過措置
9	A101	療養病棟入院基本料（注11）	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	A101	療養病棟入院基本料（注11）	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、令和４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。
11	A106等	障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等	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、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基準を満たしているものとする。
12	A200	総合入院体制加算	令和４年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年９月30日までの間、令和４年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものとする。
13	A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームの構成員における所定の研修については、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
14	A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。ただし、その場合であっても１回目を令和４年９月30日までの間に開催すること。
15	A200-2	急性期充実体制加算	外来を縮小する体制における、紹介割合・逆紹介割合の要件及び、紹介受診重点医療機関については、令和５年４月１日以降に適用するものとする。
16	A200-2	急性期充実体制加算	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について、令和５年３月31日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
17	A207	診療録管理体制加算	令和４年３月31日において、現に診療録管理体制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５年３月31日までの間、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び情報セキュリティに関する研修に係る要件を満たしているものとみなす。

経過措置について③

	区分番号	項目	経過措置
18	A234-2	感染対策向上加算２	令和４年３月31日において、旧医科点数表A234-2の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、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。
19	A234-2	感染対策向上加算の注２に規定する指導強化加算	令和５年３月31日までの間に限り、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赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。
20	A234-4	重症患者初期支援充実加算	特に重篤な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について、開催が困難な場合にあっては、令和４年９月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。
21	A244	病棟薬剤業務実施加算１	令和４年３月31日時点において、現に病棟薬剤業務実施加算１の届出を行っている保険医療機関であって、小児入院医療管理料の届出を行っているものについては、令和４年９月30日までの間に限り、病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟に配置されているとみなす。ただし、この場合であっても小児入院医療管理料を算定する病棟に病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が配置されていないときは、当該加算を算定できない。
22	A245（A100, A101, A105, A106, A306, A308, A309, A310, A311）	データ提出加算（地域一般入院料、療養病棟入院基本料、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、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料）	令和４年３月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であって、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、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、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療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200床未満であり、かつ、データ提出加算の届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、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

経過措置について④

	区分番号	項目	経過措置
23	A245（A100, A105, A106, A306, A309, A310）	データ提出加算（地域一般入院料、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）	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で、許可病床数が200床以上のものにあっては、令和５年３月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。
24	A245（A100, A105, A106, A306, A309, A310）	データ提出加算（地域一般入院料、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）	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で、許可病床数が200床未満のものにあっては、令和６年３月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。
25	A245（A311）	データ提出加算（精神科救急急性期医療入院料）	令和４年３月31日時点で旧医科点数表A311の精神科救急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、令和６年３月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
26	A246	入退院支援加算１	１の(４)に掲げる「連携医療機関」等の規定については、令和４年３月31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。
27	A249	精神科急性期医師配置加算１ 精神科急性期医師配置加算３	令和４年３月31日時点で旧医科点数表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６年３月31日までの間に限り、クロザピン導入に係る基準を満たしているものとする。
28	A249	精神科急性期医師配置加算１	令和４年３月31日時点で旧医科点数表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５年３月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。
29	A249	精神科急性期医師配置加算１	令和４年３月31日時点で現に精神科急性期医師配置加算１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５年３月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。

経過措置について⑤

	区分番号	項目	経過措置
30	A252	地域医療体制確保加算	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、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成することに係る基準を満たしているものとする。
31	A300	救命救急入院料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	令和４年３月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前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。
32	A300等	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算	急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、A200-2急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月31日までの間に限り、別添７の様式42の８にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
33	A301	特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	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治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前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。
34	A301	特定集中治療室管理料の注５に規定する早期栄養介入管理加算	令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の「注５」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、８の(４)の基準を満たしているものとみなす。
35	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料１～４	令和４年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。
36	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料５・６	令和４年３月31日時点で、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５年３月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。

経過措置について⑥

	区分番号	項目	経過措置
37	A308－3	地域包括ケア病棟入院料 （200床以上400床未満の医療機関に限る。）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和４年９月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
38	A308－3	地域包括ケア病棟入院料	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・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４年９月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。
39	A308－3	地域包括ケア病棟入院料 （100床以上の医療機関）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、入退院支援加算１の届出を要さないこととする。
40	A308－3	地域包括ケア病棟入院料 （一般病床に限る。）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和５年３月31日までの間に限り、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院に該当するものとみなす。
41	A308－3	地域包括ケア病棟入院料 （療養病床に限る。）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が８割以上であること・当該病棟又は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３月間において30人以上であること・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の要件を満たしているものとする。
42	A311	精神科救急急性期医療入院料 精神科救急医療体制加算１ 精神科救急医療体制加算２ 精神科救急医療体制加算３	令和４年３月31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４年９月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下とすることについて要件を満たすものとみなす。
43	A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	令和４年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出を行っている病棟（特定機能病院に限る。）については、令和４年９月30日までの間に限り、施設基準を満たしているものとする。

経過措置について⑦

	区分番号	項目	経過措置
44	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	令和４年３月31日時点で外来化学療法加算１又は２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、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を満たしているものとする。
45	B001・23	がん患者指導管理料イ	令和４年３月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
47	B001・32	一般不妊治療管理料	令和４年９月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との連係に係る基準を満たしているものとする。
48	B001・33	生殖補助医療管理料	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、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料１における患者からの相談に対応する体制を除く。）に係る基準を満たしているものとする。
49	B005-12	こころの連携指導料（Ｉ）	自殺対策等に関する適切な研修を受講していない場合にあっては、令和４年９月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。
50	C在宅医療	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和４年３月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
51	D007 「１」	アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）	ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
52	E通則５	画像診断管理加算３に関する施設基準	令和４年３月31日時点で画像診断管理加算３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、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る要件を満たしているものとする。

経過措置について⑧

	区分番号	項目	経過措置
53	H004	摂食機能療法の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算１	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）の医科点数表区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和４年９月30日までの間に限り、摂食嚥下機能回復体制加算１に関する摂食嚥下支援チームの職種の規定における「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、経口摂取回復率35%以上の基準を満たしているものとする。
54	H通則	疾患別リハビリテーション料	令和４年９月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。
55	I002-3	救急患者継続支援料	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、人員配置に係る基準を満たしているものとする。
56	J038	人工腎臓 注２ ロ 導入期加算２	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、ウ及び工の基準を満たしているものとする。
57	J及びK	医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置等の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準	令和４年３月31日時点で時間外加算１等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、当直回数の基準を満たしているものとする。
58	K838-2	精巣内精子採取術	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、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との連係に係る基準（１）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（２）の基準を満たしているものとする。
59	訪問看護	機能強化型訪問看護管理療養費	令和４年３月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費１又は２の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４年９月30日までの間に限り、「人材育成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」に係る基準を満たしているものとする。

経過措置について⑨

	区分番号	項目	経過措置
60	訪問看護	指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	令和６年３月31日までの間、業務継続計画の策定等については、努力義務とする。
61	歯科Ａ000等	歯科点数表の初診料の注１	令和４年３月31日において、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、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）の第２の７（３）の院内感染防止対策に係る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。
62	歯科Ａ000等	地域歯科診療支援病院歯科初診料	令和４年３月31日において、現に歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料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(９)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）の第３の１（９）の院内感染防止対策に係る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。
63	歯科Ａ000等	初診料の注12に規定する電子的保健医療情報活用加算	区分番号A000の注12のただし書きの規定による加算は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
64	歯科Ｂ104等	在宅療養支援歯科診療所１	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)のアの基準を満たしているものとみなす。
65	歯科Ｍ015-2等	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	令和４年３月31日において現にCAD/CAM冠の点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要ない。
66	歯科Ｍ009	歯科充填用材料　Ⅲ（特定保険医療材料）	令和４年９月30日までの間に限り、算定できるものとする。
67	調剤	電子的保健医療情報活用加算	区分番号１０の２の注５のただし書の規定による加算は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

経過措置について⑩

	区分番号	項目	経過措置
68	調剤	地域支援体制加算１・２	令和４年３月末日時点で調剤基本料１を算定していた保険薬局であって、令和４年４月から調剤基本料３のハを算定することとなったものについては、令和５年３月末日までは、調剤基本料１を算定している保険薬局とみなす。（※調剤基本料については３のハを算定）
69	調剤	地域支援体制加算１・２	令和４年３月末時点で調剤基本料１を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料１の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和５年３月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。
70	調剤	地域支援体制加算３・４	令和４年３月末時点で調剤基本料１以外を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料１以外の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和５年３月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。
71	調剤	調剤基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局（後発医薬品減算）	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の施設基準については、令和４年９月30日までの間は現在の規定を適用する。（※減算は５点が適用される）

令和４年度診療報酬改定に係る経過措置等の取扱い
（新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について）

- 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。

- 「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。

- 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。

- 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。

新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）（参考）①

○　患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

（１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

（２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等においては、当面、月平均夜勤時間数については、１割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出は不要とした。

（３）看護配置の変動に関する取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

（４）DPC対象病院の要件等の取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

（５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

（６）研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期することができることとした。

新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）（参考）②

（７）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために、緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとした。

（８）新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、次のとおりとした。（以下、「対象医療機関等」という。）

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

また、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について（新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を実施すべき区域として公示された区域において、重点措置を実施すべき期間とされた期間については、当該区域を含む都道府県に所在する全ての保険医療機関等について）、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。

なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間（重点措置を実施すべき期間とされた期間）については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。　※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

さらに、対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとした。また、対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いとして、

①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする

②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いる

こととした。

18. 届出

施設基準等の各種様式は日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）に掲載しますので、ダウンロードしてご活用ください

《医療課長通知》

○　各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。

なお、令和４年４月２０日（水）までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

○　届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に通知するものであること。

〔日本医師会から厚生労働省・審査支払機関に要請〕

○　新型コロナウイルス感染症の感染拡大を防止するため、厚生労働省の説明会や各地の集団指導が開催されないことから、改定内容、施設基準届出の有無など行政による周知を徹底していただくとともに、例年以上に届出漏れ・届出誤り、請求誤りが出るおそれがあるため、最大限に柔軟・丁寧な対応をしていただきたい。

ご清聴ありがとうございました

「みんなで安心マーク」
はじめました

ぜひ、「みんなで安心マーク」をご活用ください！

日本医師会WEBサイト　トップページよりアクセスしてください