

令和4年度 診療報酬改定及び届出事項について

公 益 社 団 法 人
東 京 都 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、日本医師会が作成している「令和4年度 診療報酬改定の概要について」より資料を抜粋して作成しています。右下にありますページ数は日本医師会資料のページ数となります。

総論



診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0. 4 3 %

※ 1 うち、※ 2 ～ 5 を除く改定分 + 0. 2 3 %

各科改定率 医科 + 0. 2 6 %

歯科 + 0. 2 9 %

調剤 + 0. 0 8 %

※ 2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※ 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. 1 0 %（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. 2 0 %

※ 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. 1 0 %

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. 3 5 %

※ 1 うち、実勢価等改定 ▲ 1. 4 4 %

※ 2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 0 9 %

② 材料価格 ▲ 0. 0 2 %

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

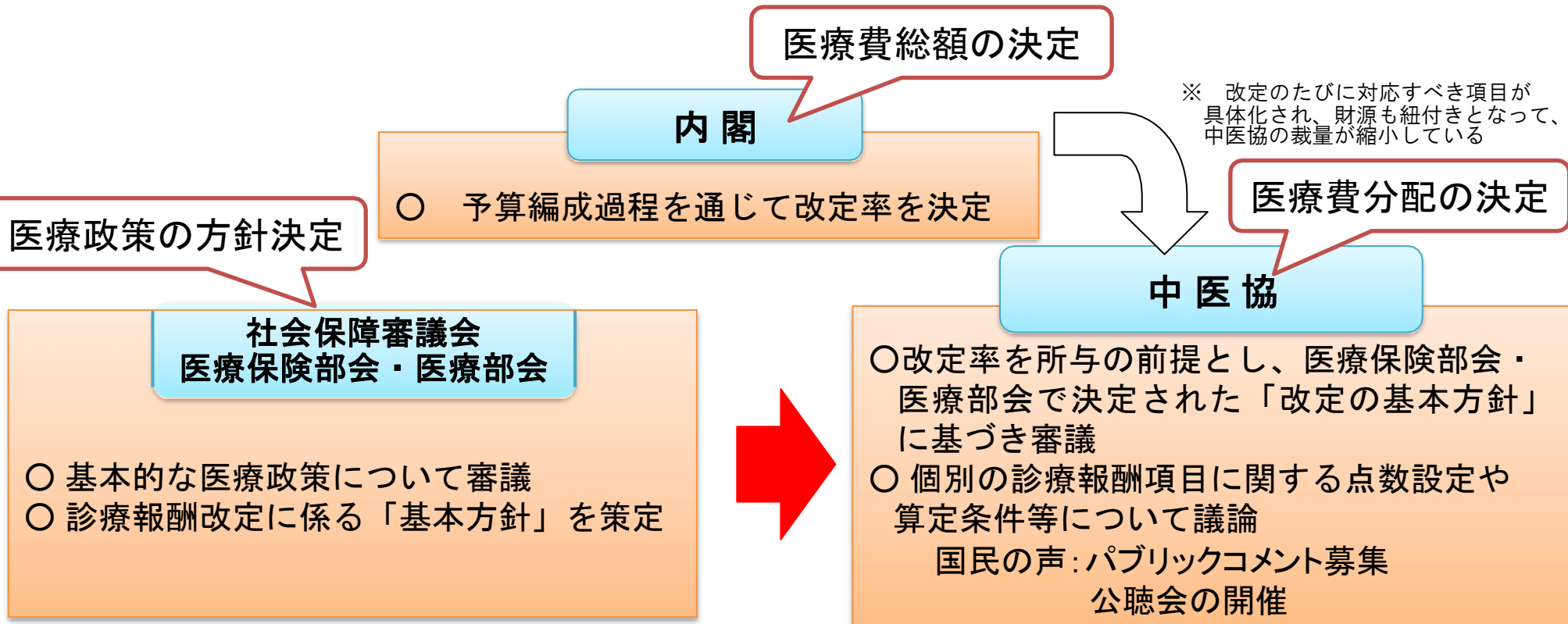
【具体的方向性の例】

- 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

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



※ 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

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」
・社会保障審議会が策定された「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

3月 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

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

【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

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

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

(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(I C U)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：院内トリージ実施料の特例算定(**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

東都医保発第3580号
(地区第2019号)
令和4年3月18日

地区医師会長 殿

公益社団法人
東京都医師会
会長 尾崎 治夫
(公印省略)

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68)

平素は本会事業にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
標記について日本医師会より別添のとおり通知がありました。
新型コロナウイルス感染症が拡大している現状をふまえ、厚生労働省から臨時的な診療報酬の取扱いについて下記のとおり示されました。
つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただき、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

記

■コロナ疑い患者の外来診療に係る「二類感染症患者入院診療加算」(250点)の継続
【令和4年7月31日まで】

臨時的な取扱い(その63)の間1で示された、「診療・検査医療機関」として都道府県から指定され、その旨が公表されている保険医療機関において、その診療・検査対応時間内に、新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合に算定可能な「二類感染症患者入院診療加算(外来診療・診療報酬上臨時的取扱)」(250点)について、引き続き令和4年7月31日まで算定可能となった。

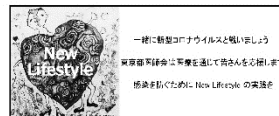
■自宅・宿泊療養中のコロナ患者への電話等による初・再診に対する評価(500点)の継続
【令和4年4月30日まで (まん防解除後も算定可能)】

令和4年3月21日時点のまん延防止等重点措置の実施区域を含む都道府県において、保健所等から健康観察に係る委託を受けている医療機関や「診療・検査医療機関」が自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス感染症患者への電話や情報通信機器を用いた診療を行った場合、重点措置の解除後(東京都では3月22日以降)も引き続き、令和4年4月30日まで臨時的取扱い(その66)の間1で示された「二類感染症患者入院診療加算(電話等診療・臨取)(重点措置)」(500点)を算定可能となった。

※要件を満たさない場合のコロナ患者への電話等による初・再診については、臨時的取扱い(その54)の「二類感染症患者入院診療加算(電話等初診料・診療報酬上臨時的取扱)」(250点)等を算定する。

<外部委託によるPCR検査料について>

外部委託する場合のPCR検査料については、令和4年4月1日より1,350点から700点に減じられる旨、お知らせしたところですが、この度、3月16日付厚生労働省文書「検査料の点数の取り扱い」におきまして「**令和4年4月1日から6月30日までの間、850点を算定できる**」措置が示されております。詳細は日本医師会から通知があり次第、改めてお知らせいたします。



(公社)東京都医師会 事業部 医療保険課
TEL : 03-3294-8838(直) FAX : 03-3292-7097
▽新型コロナウイルス感染症の保険適用に関する情報
<https://www.tokyo.med.or.jp/17904>

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

(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

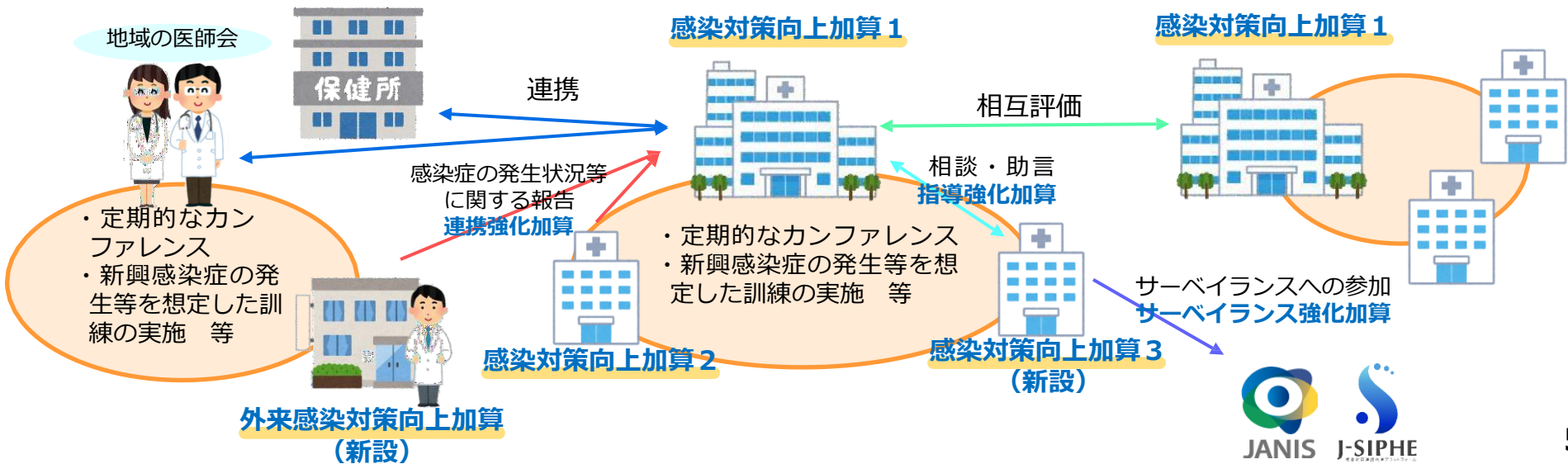
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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 (新設)	90点	感染対策向上加算 2	175点 (入院初日)
		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

- 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)		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。	
	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 ・細菌学的検査を外委委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドス」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ることを念頭に、汚染区域・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ることを念頭に、汚染区域や清潔区域・地域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
		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。

62

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） | 11 | 小児かかりつけ診療料等の見直し |
| • (2) 地域包括診療料・加算の見直し | 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 |
| • (3) 機能強化加算の見直し | 13 | 小児運動器疾患指導管理料の見直し |
| • (4) リフィル処方導入 | 14 | 耳鼻咽喉科処置の見直し |
| • (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 | 15 | 高度難聴指導管理料の見直し |
| • (6) 医師の基礎的な技術の再評価 | 16 | アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価 |
| • (7) 生活習慣病管理料の見直し | 17 | 紹介状なしで受診する場合等の定額負担見直し |
| • (8) 療養・就労両立支援指導料の見直し | 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 |
| • (9) こころの連携指導料の新設 | 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 |
| • (10) 外来在宅共同指導料の新設 | 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 |

(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	下記以外は包括とする。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		出来高
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

70

(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]

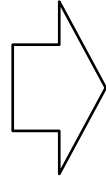
- ・ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

[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

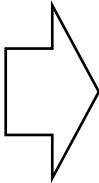
➤ 地域においてかかりつけ医機能を有する医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

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、よりの確で質の高い診療機能の評価する観点から、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。



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の確で質の高い診療機能の評価する観点から、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) (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。



[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	<u>地域包括診療加算 1 / 地域包括診療料 1 の届出を行っていること。</u> (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。	<u>在宅時医学総管理料 / 施設入居時等医学総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。</u> (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）。
配置医師	—	<u>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。(※)</u> <u>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</u> <u>イ 警察医として協力</u> <u>ウ 乳幼児健診を実施</u> <u>エ 定期予防接種を実施</u> <u>オ 幼稚園の園医等</u> <u>カ 地域ケア会議に出席</u> <u>キ 一般介護予防事業に協力</u>	



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。



(4) リフィル処方導入

(参考) 令和4年度診療報酬改定について

1. 診療報酬 + 0. 4 3 %

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 2 3 %

各科改定率	医科	+ 0. 2 6 %
	歯科	+ 0. 2 9 %
	調剤	+ 0. 0 8 %

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※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. 1 0 %
（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. 2 0 %

※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. 1 0 %
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

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

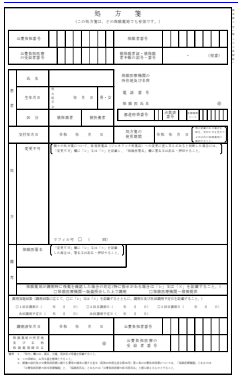
投与期間に上限が設けられている医薬品

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つては、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ベンゾラート臭化物・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) リフィル処方箋の導入

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。



旧処方箋様式（従来の処方箋）



備考	リフィル可 ☐ (回)	
	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)	

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

【処方箋料】
【算定要件】

注 2

区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【処方箋料】
【算定要件】

注 2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合(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（第二十三集関係）

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																					
	生年月日	明大昭平合					年月日					男・女					電話番号																
	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	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更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。

(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	
<u>(新) 電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>7 点</u>
再診料	
<u>(新) 電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>4 点</u>
外来診療料	
<u>(新) 電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>4 点</u>

[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つては、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。

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
医療機関等における導入状況・患者向けの周知広報素材等
その他お問い合わせ

- ➡ 医療機関等向けポータルサイト
- ➡ 厚生労働省ホームページ
- ➡ 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れば、「運用開始日」の登録を行ってください！

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

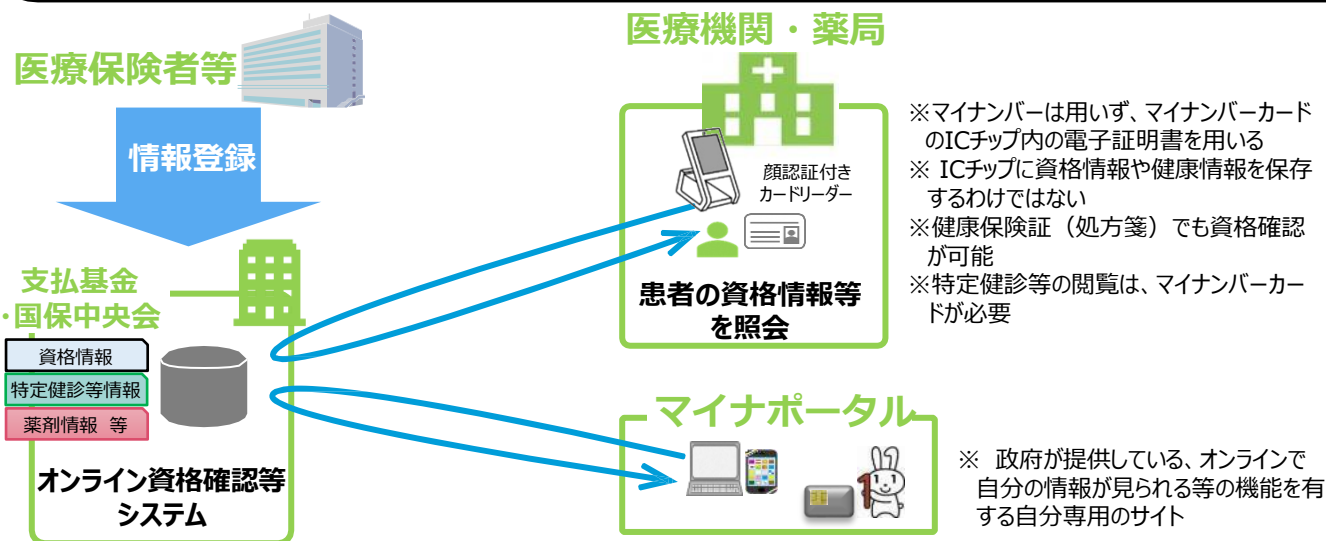
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築**等を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。政府では、**令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

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。

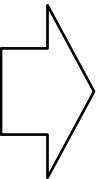
改定後

【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

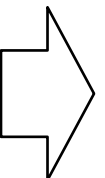
【生活習慣病管理料】 [算定要件]

- ・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

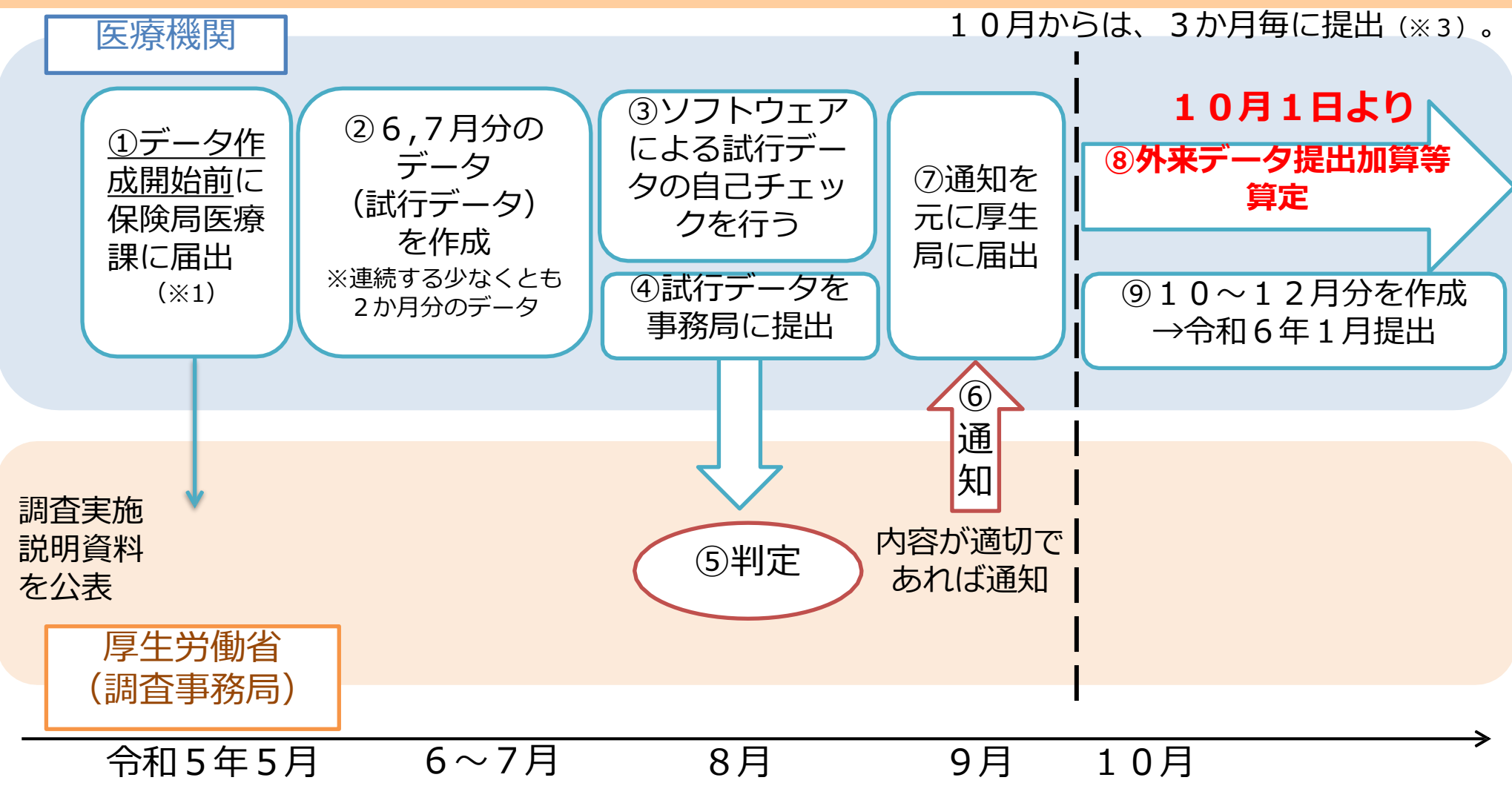
(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

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。

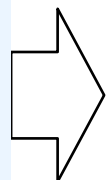


現行

【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。



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、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。



	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> <u>350点 (月1回)</u>	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅱ)</u> <u>500点 (月1回)</u>
対象患者	<u>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</u> 又は <u>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</u> されたもの	区分番号B005-12に掲げる <u>こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> を算定し、 <u>当該保険医療機関に紹介されたもの</u>
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、 <u>患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応</u>
施設基準	—	<u>精神科又は心療内科</u>
	<u>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</u> を構築	当該保険医療機関内に <u>精神保健福祉士が1名以上</u> 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。	—

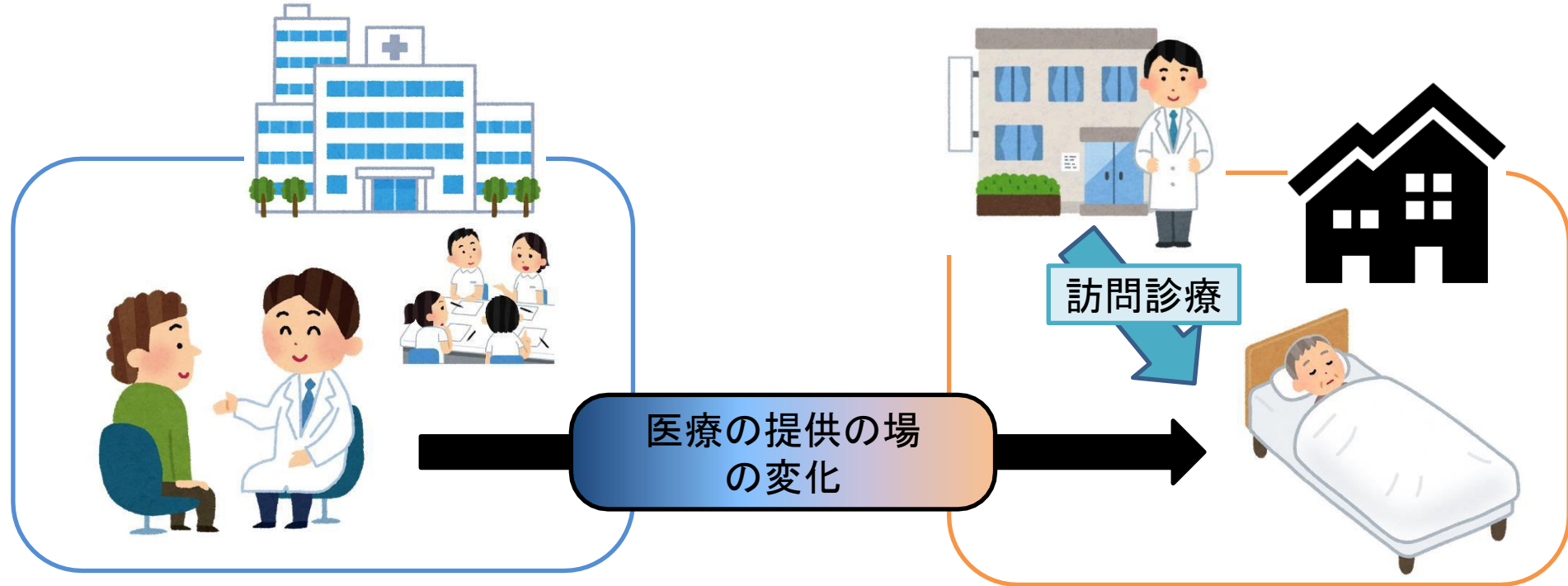
(10) 外来在宅共同指導料の新設

(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

<u>外来在宅共同指導料 1</u>	<u>400点</u>	<u>(在宅療養を担う保険医療機関において算定)</u>
<u>外来在宅共同指導料 2</u>	<u>600点</u>	<u>(外来において診療を行う保険医療機関において算定)</u>

[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

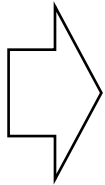
【小児かかりつけ診療料】

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



〔施設基準〕

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



改定後

【小児かかりつけ診療料】

- (改) 1 小児かかりつけ診療料 1
イ 処方箋を交付する場合
(1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点
□ 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
□ 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。

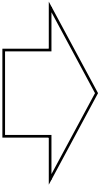
(11) 小児かかりつけ診療料等の見直し

◆ 小児科外来診療料の施設基準の届出を省略する。

現行

【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。

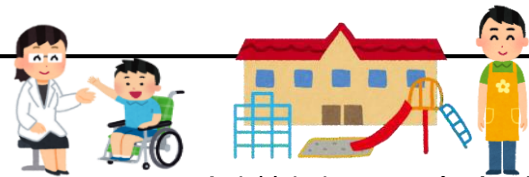


改定後

【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つては、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)

- J 0 9 5 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）
- J 0 9 5－2 鼓室処置（片側）
- J 0 9 6 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。）
- J 0 9 7 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）
- J 0 9 7－2 副鼻腔自然口開大処置
- J 0 9 8 口腔、咽頭処置
- J 0 9 8－2 扁桃処置
- J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）
- J 1 0 0 副鼻腔手術後の処置（片側）
- J 1 0 1 鼓室穿刺（片側）
- J 1 0 2 上顎洞穿刺（片側）
- J 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。）
- J 1 0 4 唾液腺管洗浄（片側）
- J 1 0 5 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）
- J 1 0 8 鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）
- J 1 0 9 鼻咽腔止血法（ベロック止血法）
- J 1 1 1 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）
- J 1 1 2 唾液腺管ブジー法（片側）
- J 1 1 3 耳垢栓塞除去（複雑なもの）
- J 1 1 4 ネブライザー
- J 1 1 5 超音波ネブライザー（1日につき）
- J 1 1 5－2 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〕

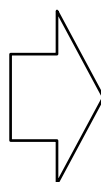
注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

〔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、アレルギー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、アレルギー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。
- アレルギー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) アレルギー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ギー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

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[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。

(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]

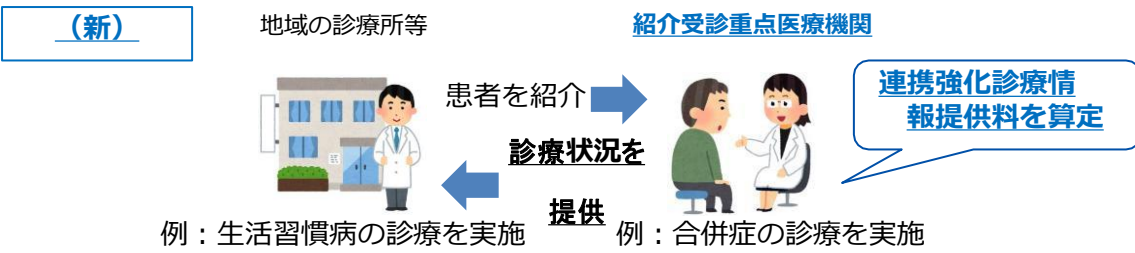
- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

(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	改定後
【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	<u>（改）</u> 【<u>連携強化診療情報提供料</u>】 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 <u>月1回</u>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 <u>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</u> <u>3</u> 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



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に、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る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
B0015 小児科療養指導料	270点	235点
B0016 てんかん指導料	250点	218点
B0017 難病外来指導管理料	270点	235点
B00127 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
B0011 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
B0018 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
B00118 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
B00122 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
B00123 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
B00124 外来緩和ケア管理料	290点	252点
B00125 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
B00131 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

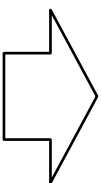
(3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

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で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で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
※例機能強化型在宅診療・在宅病（病床あり）の在宅診療・在宅病、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：在宅診療 在宅療養支援病院：在宅病		機能強化型在宅診療・在宅病（病床あり）			機能強化型在宅診療・在宅病（病床なし）			在宅診療・在宅病			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
117													

(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

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。

改定後

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。

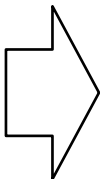
※施設入居時等医学総合管理料、精神科オンライン在宅管理料も同様

(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
□ 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 □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	□ 外来栄養食事指導料 2
(1) 初回	(1) 初回
①対面で行った場合 260点	①対面で行った場合 250点
②情報通機器等を用いた場合 235点	②情報通機器等を用いた場合 225点
(2) 2回目以降	(2) 2回目以降
①対面で行った場合 200点	①対面で行った場合 190点
②情報通機器等を用いた場合 180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 □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 □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。	

オンライン診療の適切な実施に関する指針

平成30年3月
(令和4年1月一部改訂)

(診療前相談)

診療前相談は、日頃より直接の対面診療を重ねている等、患者と直接的な関係が既に存在する医師(以下、本指針において「かかりつけの医師」という。)以外の医師が初診からのオンライン診療を行おうとする場合(医師が患者の医学的情報を十分に把握できる場合を除く。)に、医師－患者間で映像を用いたリアルタイムのやりとりを行い、医師が患者の症状及び医学的情報を確認する行為。適切な情報が把握でき、医師・患者双方がオンラインでの診療が可能であると判断し、相互に合意した場合にオンライン診療を実施することが可能である(オンライン診療を実施する場合においては、診療前相談で得た情報を診療録に記載する必要がある。オンライン診療に至らなかった場合にも診療前相談の記録は保存しておくことが望ましい。)。

なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。

情報通信機器を用いた診療に係る届出書添付書類

裏面

1 診療体制等

要件	該当
(1) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下「オンライン指針」という。)に沿って診療を行う体制を有していること。	☐
(2) 対面診療を行う体制を有していること。	☐

2 医師が保険医療機関外で診療を行う場合

☐ 想定している ・ ☐ 想定していない (以下も記載すること)

① 別紙2に定める「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に属する保険医療機関であるか	☐ 該当する ・ ☐ 該当しない
② 実施場所	
③ 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制(具体的な内容を記載すること。)	
④ 医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制(具体的な内容を記載すること。)	
⑤ 物理的に外部から隔離される空間であるかの状況	

3 自院以外で緊急時に連携する保険医療機関(あらかじめ定めている場合)

① 名称	
② 所在地	
③ 開設者名	
④ 担当医師名	
⑤ 調整担当者名	
⑥ 連絡方法	

4 医師の配置状況

	配置医師の氏名	経験等	修了証登録番号	修了年月日
☐		☐ 情報通信機器を用いた診療を実施する医師が、オンライン指針に定める「厚生労働省が定める研修」を修了している		

[記載上の注意]

- 1 「4」については、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管していること。
- 2 ☐には適合する場合「✓」を記入すること。

情報通信機器を用いた診療に係る報告書（7月報告）

保険医療機関名	
保険医療機関コード (レセプトに記載する7桁の数字を記載)	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

1 診療実施状況

1) 患者の所在が、医療機関と同一の市町村又は特別区である場合

診療件数	そのうち「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」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数

2) 患者の所在が、医療機関と異なる市町村又は特別区である場合

患者の所在 (市町村及び特別区単位で記載すること。)	診療件数 (市町村及び特別区単位でまとめた回数を記載すること。)	そのうち「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」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数

2 情報通信機器を用いた診療の件数

	対面診療で実施した診療の算定件数		情報通信機器を用いた診療の算定件数	
	初診料	再診料等 (外来診療料を含む)	初診料 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)	再診料等 (外来診療料を含む)
7月			() 件 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数:) 件 (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数:) 件	
8月			() 件 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数:) 件 (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数:) 件	
9月			() 件 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数:) 件 (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数:) 件	
10月			() 件 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数:) 件 (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数:) 件	
11月			() 件 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数:) 件	

			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	
12月			(件) (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数： 件) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	
1月			(件) (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数： 件) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	
2月			(件) (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数： 件) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	
3月			(件) (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数： 件) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	
4月			(件) (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数： 件) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	
5月			(件) (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数： 件)	

			(初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	
6月			(件) (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数： 件) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数： 件)	

〔記載上の注意〕

- 1 本報告については、前年7月1日～当年6月30日の診療実施状況を記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。

記

1. 電話や情報通信機器を用いた初診の実施について

令和2年4月10日事務連絡の1の(1)に掲げる初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行った場合には、当該診療について、A000 初診料の注2に規定する214点を算定することとされているが、診療報酬改定後の情報通信機器を用いた診療に掲げる施設基準を満たすものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、診療報酬改定後のA000 初診料の注1ただし書に規定する情報通信機器を用いて当該診療が行われた場合には、同ただし書に規定する251点を算定するものとする。なお、当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、電話や情報通信機器を用いた診療が行われた場合にあっては、コロナ特例による214点を引き続き算定しても差し支えない。ただし、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。

2. 電話や情報通信機器を用いた再診の実施について

電話や情報通信機器を用いた再診により診断や処方を行った場合の取扱いについて、時限的・特例的な対応としてその取扱いが定められているところではあるが、診療報酬改定後の情報通信機器を用いた診療に掲げる施設基準を満たすものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において当該診療が実施された場合には、診療報酬改定後のA001 再診料の注1ただし書又はA002 外来診療料の注1ただし書に規定する73点を算定することとなる。ただし、当該施設基準の届出を行っていない保険医療機関において、当該診療が行われた場合にあっては、コロナ特例による電話等再診料等を引き続き算定しても差し支えない。なお、この場合であっても診療報酬改定後の施設基準に準じた体制の整備に最大限努めること。

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) 横断の個別事項

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。



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）

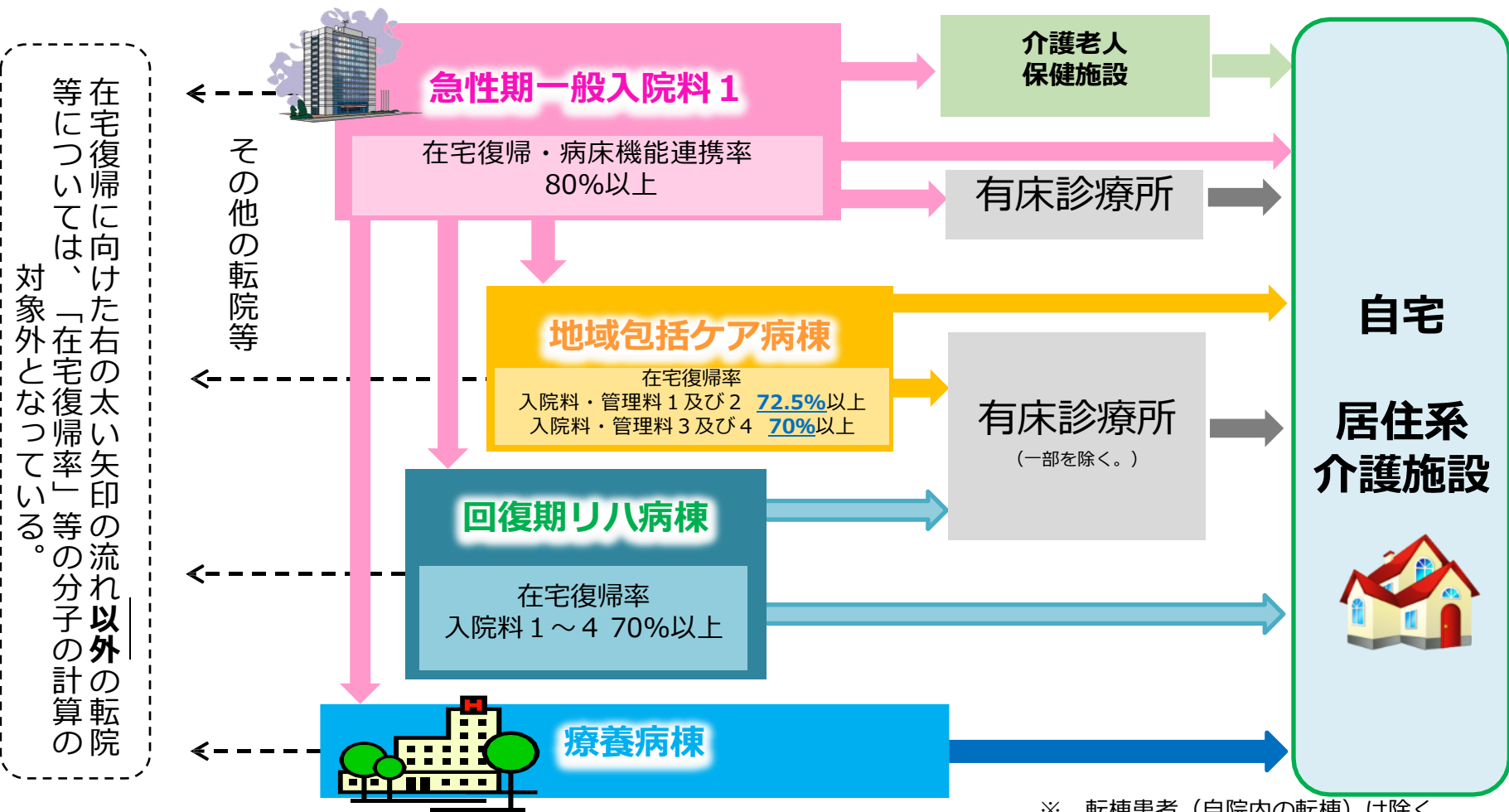
○新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算において求めている医療機関間連携や回リ八病棟の対象病態の拡大、外来在宅共同指導料新設、機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み**等の**新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



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。

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	改定後
【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）	【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	1 救急医療管理加算 1 1,050点
2 救急医療管理加算 2 350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	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷
イ 意識障害又は昏睡	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	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
エ 急性薬物中毒	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
オ ショック	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	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 Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（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

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)

□ 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
- ： 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]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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]

- 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。
- 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。
- 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。
- の施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

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

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		改定後
【継続診療加算】 継続診療加算 216点		(新) 【在宅療養移行加算】 <u>在宅療養移行加算 1 216点</u> <u>在宅療養移行加算 2 116点</u>
【施設基準】 継続診療加算		【施設基準】 <u>在宅療養移行加算 1</u>
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		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		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		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
		<u>在宅療養移行加算 2</u>
		ア <u>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</u> 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		◎		○		◎	×
<u>（新）在宅療養移行加算1</u>			○※1		－		○※1	
<u>（新）在宅療養移行加算2</u>			※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時間の体制は在宅診療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

（在宅療養を担う保険医療機関において算定）

点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

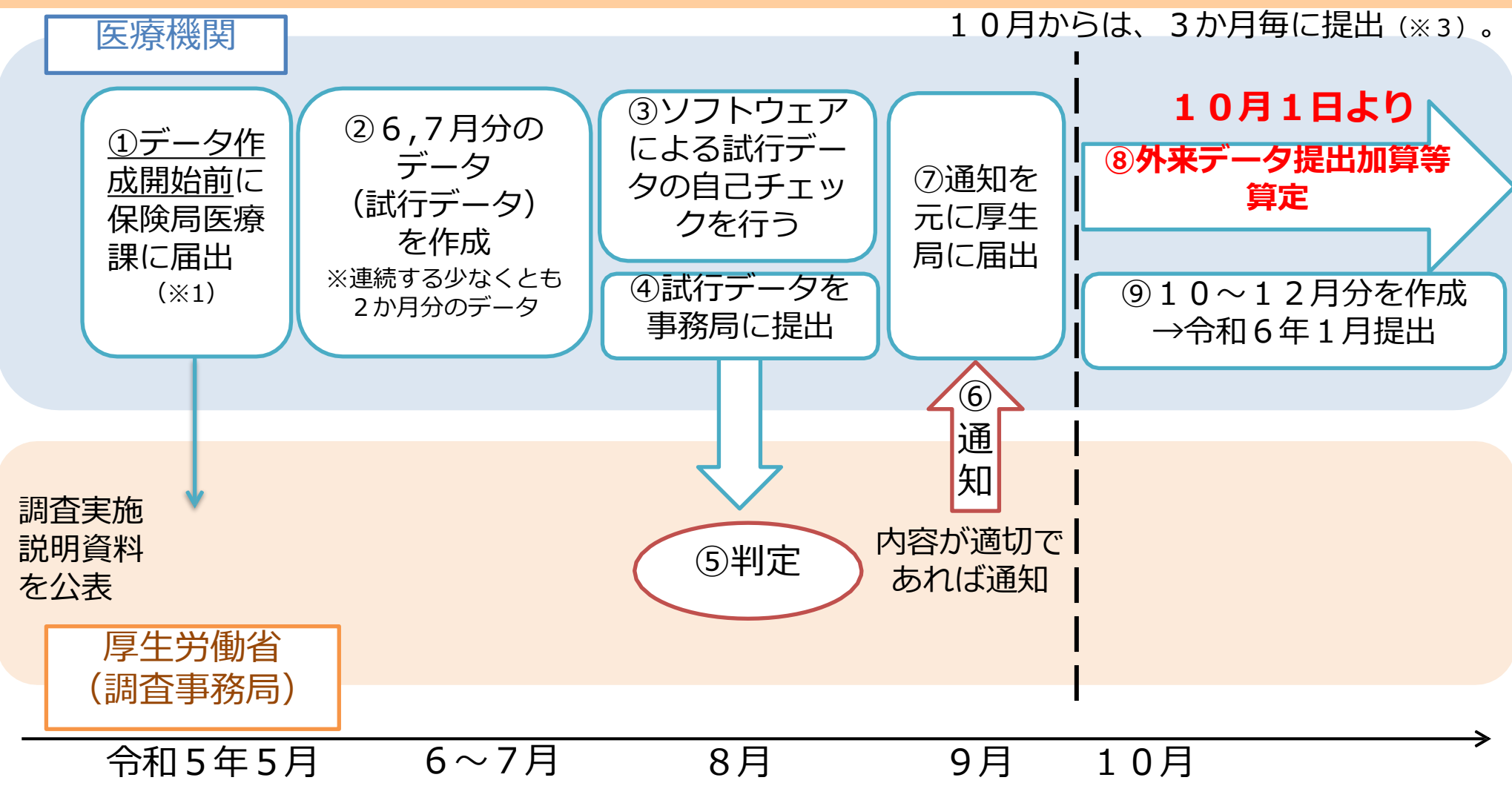
(新) 在宅データ提出加算 50点(月1回)

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 (参考)

	機能強化型在支診・在支病				在支診・ 在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支 診・在支病 の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ③ 24時間の訪問看護体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u> ② 24時間の往診体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している					
全ての在支 病の基準	「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					○ 許可病床数200床 以上
機能強化型 在支診・在 支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			○ 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
	⑧ 過去1年間の緊 急往診の実績 10件以上	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 ・ <u>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</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院 医療管理料1又は3を届け出 ている</u>	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	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 ・ <u>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</u> ・ <u>地域包括ケア病棟入院料・入 院医療管理料1又は3を届け 出ている</u>		○ 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
	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		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			○ 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
	<u>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</u>					

※：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 | 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 |
| | □ | 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）

第二十二條の二 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

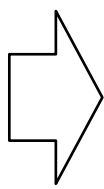
- 利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

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



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**



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

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）

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

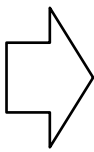
- がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

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

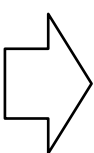
- がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

現行

【がん患者指導管理料】

イ （略）

□ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
八～二（略）



改定後

【がん患者指導管理料】

イ （略）

□ 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
八～二（略）

➤ 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。

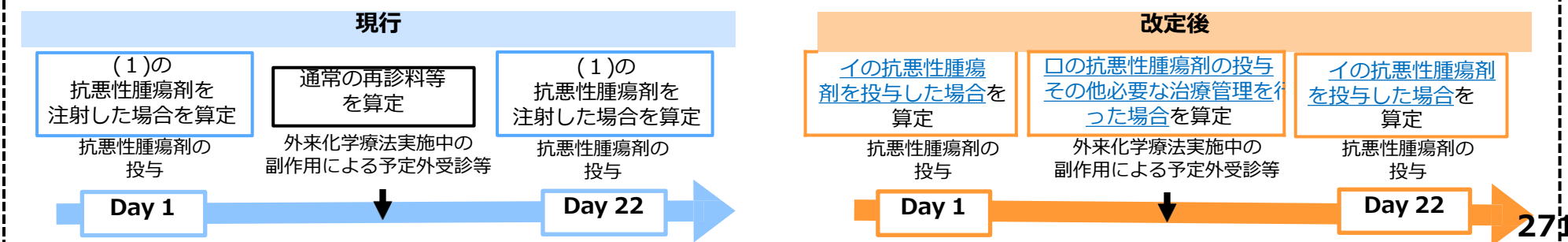


改定後	
(新) 1 外来腫瘍化学療法診療料 1	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	700点□
抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点
(新) 2 外来腫瘍化学療法診療料 2	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点□
抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点
(新) 注 15歳未満の小児の場合	200点を加算

- 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を含む）**を行った場合に、**Ⅰについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月3回に限り、Ⅱ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。
- Ⅱ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。

- ・ **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。

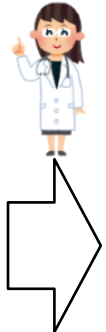
【算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤 3 週毎投与の場合の一例）】



(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		改定後
【外来栄養食事指導料】 イ 外来栄養食事指導料 1		【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により



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、 <u>ベスレムミオパチー</u> 、 <u>過剰自己食食を伴うX連鎖性ミオパチー</u> 、 <u>非ジストロフィー性ミオトニー症候群</u> 、 <u>遺伝性周期性四肢麻痺</u> 、 <u>禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症</u> 、 <u>結節性硬化症</u> 、 <u>肥厚性皮膚骨膜炎</u>
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、 <u>根性点状軟骨異形成症Ⅰ型</u> 、 <u>家族性部分性脂肪萎縮症</u>	ソトス症候群、CPT2欠損症（中略）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、 <u>筋萎縮性側索硬化症</u> 、 <u>家族性特発性基底核石灰化症</u> 、 <u>縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー</u> 、 <u>シュワルツ・ヤンペル症候群</u> 、 <u>肥大型心筋症</u> 、 <u>家族性高コレステロール血症</u> 、 <u>先天性ミオパチー</u> 、 <u>皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症</u> 、 <u>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</u> 、 <u>先天性無痛無汗症</u> 、 <u>家族性良性慢性天疱瘡</u> 、 <u>那須・ハコラ病</u> 、 <u>カーニー複合</u> 、 <u>ペルオキシソーム形成異常症</u> 、 <u>ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症</u> 、 <u>プラスマローゲン合成酵素欠損症</u> 、 <u>アカタラセミア</u> 、 <u>原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型</u> 、 <u>レフサム病</u> 、 <u>先天性葉酸吸収不全症</u> 、 <u>異型ポルフィリン症</u> 、 <u>先天性骨髄性ポルフィリン症</u> 、 <u>急性間欠性ポルフィリン症</u> 、 <u>赤芽球性プロトポルフィリン症</u> 、 <u>X連鎖優性プロトポルフィリン症</u> 、 <u>遺伝性コプロポルフィリン症</u> 、 <u>晩発性皮膚ポルフィリン症</u> 、 <u>肝性骨髄性ポルフィリン症</u> 、 <u>原発性高カイロミクロン血症</u> 、 <u>無βリポタンパク血症</u> 、 <u>タナトフォリック骨異形成症</u> 、 <u>遺伝性膀胱炎</u> 、 <u>嚢胞性線維症</u> 、 <u>アッシャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3）</u> 、 <u>カナバン病</u> 、 <u>先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症</u> 、 <u>大理石骨病</u> 、 <u>脳クレアチン欠乏症候群</u> 、 <u>ネフロン癆</u> 、 <u>家族性低βリポタンパク血症Ⅰ（ホモ接合体）</u> 、 <u>進行性家族性肝内胆汁うっ滞症</u>
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群（中略）、血管型エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、 <u>ミトコンドリア病</u>

(2) 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

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

【検体検査判断料】 遺伝カウンセリング加算 1,000点

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号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。

保険医療機関A

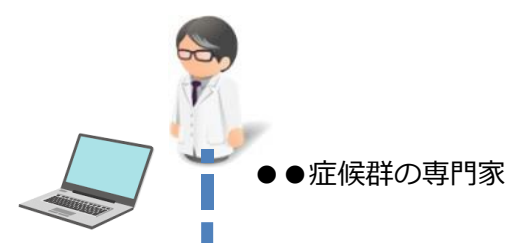
保険医療機関B

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関



遠隔連携
遺伝カウンセリング



(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

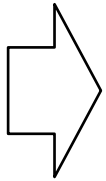
(新設)

【施設基準】

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ (略)

□ 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)

□ 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つて、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

(新) 連携強化診療情報提供料 150点

[算定要件]

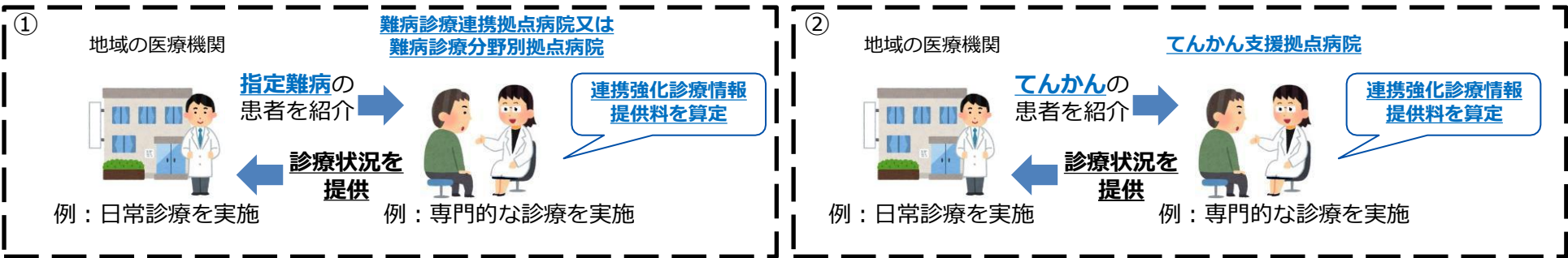
他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

[対象患者]

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

[施設基準]

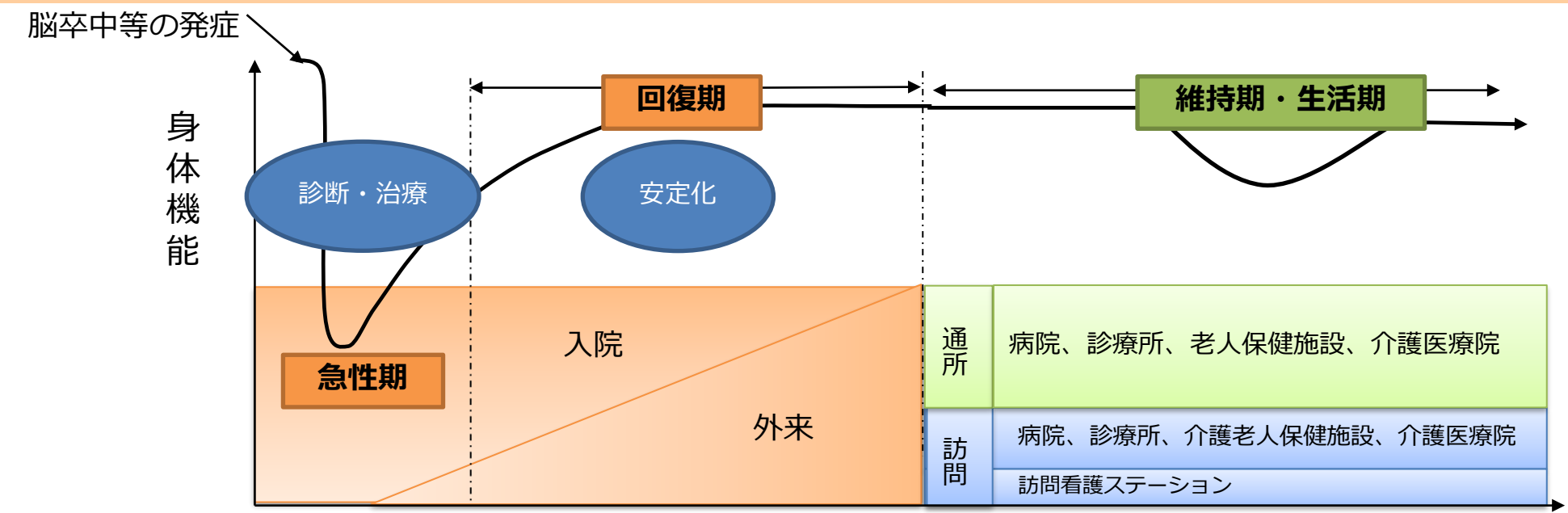
- 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。
 - ① 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（指定難病の患者に係る場合に限る。）
 - ② てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）



12. リハビリテーション

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

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	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

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。

項目名		医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)		器械・器具具備
心大血管疾患 リハビリテーション料	(Ⅰ)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	－	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	－	病院 30㎡以上 診療所 20㎡以上		要
	(Ⅱ)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師（いずれも非常勤を含む）1名以上勤務	－	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上					
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	(言語聴覚療法を行う場合) 専従常勤ST 1名以上※4	160㎡以上※4	(言語聴覚療法を行う場合) 専用室（8㎡以上）1室以上	要
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上		病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		
	(Ⅲ)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上				病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(Ⅰ)～(Ⅲ)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる							
運動器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上			－	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		要
	(Ⅱ)		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						
	(Ⅲ)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上				45㎡以上		
呼吸器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	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			－	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		要
	(Ⅱ)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上				45㎡以上		

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能
※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能（ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで）
※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能
※4 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能
○医師：専任常勤1名以上 ○専従常勤ST3名以上（※2の適用あり） ○専用室及び器械・器具の具備あり
また、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能
○医師：専任常勤1名以上 ○専従常勤ST2名以上（※2の適用あり） ○専用室及び器械・器具の具備あり

(1) 疾患別リハビリテーション料の見直し
(質の高いリハビリテーションの推進)

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

改定後

【リハビリテーション】

〔算定要件〕（概要）

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

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

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

		発症した日等 ～180日まで	181日以降	標準的算定日数を超えた場合の点数
標準的算定日数の上限	除外	■以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、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医学的に認められる場合等 ■以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合	245点	
	対象	要介護・要支援被保険者 以外の者	245点 (月13単位まで)	
		要介護・要支援被保険者 (入院中)	147点 (月13単位まで)	
		要介護・要支援被保険者 (入院中以外)		286

(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。

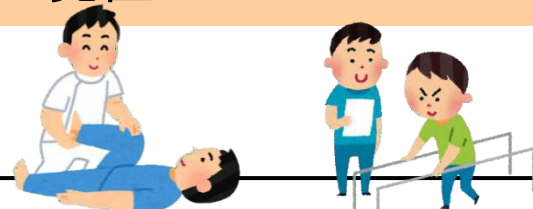
- 計画書に、署名欄が設けられており、患者又はその家族から、署名又は記名・押印が必要である。
- やむを得ない理由がある場合に限り、計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えないこととする。

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

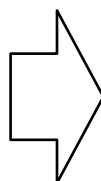
【運動器リハビリテーション料】

【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・靱帯、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・靱帯、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

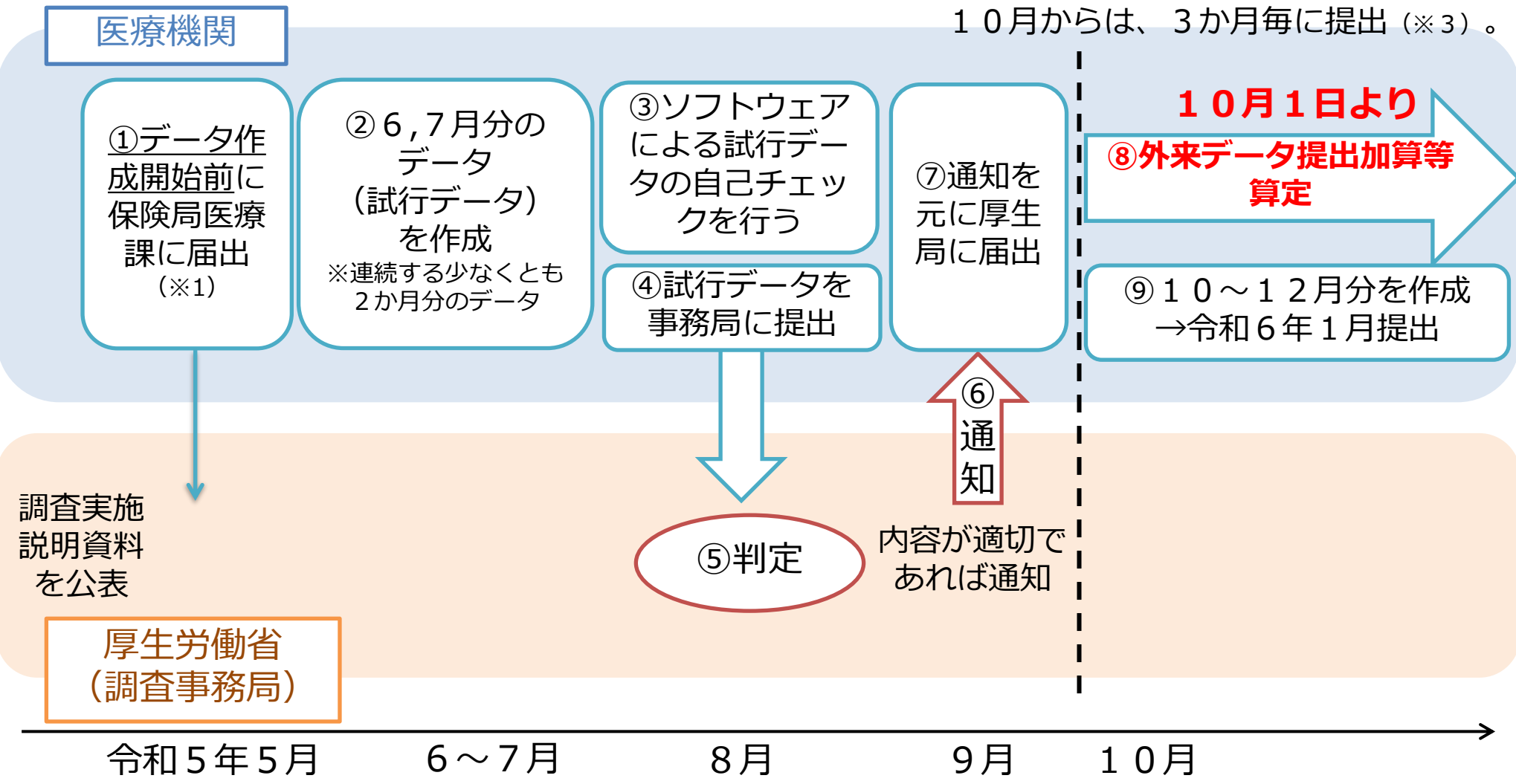
(新) 在宅データ提出加算 50点(月1回)

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

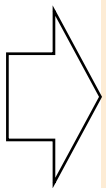
- (1) 療養・就労両立支援指導料の見直し（再掲）
- (2) こころの連携指導料の新設（再掲）
- (3) 依存症患者に対する医療の充実
- (4) 摂食障害治療の体制及び対象患者の見直し
- (5) 通院・在宅精神療法の見直し
- (6) 精神科在宅患者支援管理料の見直し
- (7) 精神科救急医療体制の整備の推進
- (8) 自殺企図者等への治療等の評価の見直し
- (9) 認知症専門診断管理料の見直し

(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		

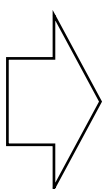


改定後		
<u>（改）【依存症入院医療管理加算（1日につき）】</u>		
1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点
[対象患者] 入院治療が必要なアルコール依存症の患者 <u>又は薬物依存症</u> の患者		

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。

29

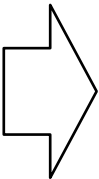
(5) 通院・在宅精神療法の見直し
(精神保健指定医の評価等)

- 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）	<u>指定医</u>	<u>560点</u>
	<u>それ以外</u>	540点
30分以上	<u>指定医</u>	<u>410点</u>
	<u>それ以外</u>	<u>390点</u>
30分未満	<u>指定医</u>	330点
	<u>それ以外</u>	<u>315点</u>

(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。
 - 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)

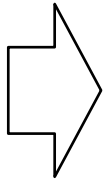
(5) 通院・在宅精神療法の見直し
(児童思春期精神科専門管理加算の見直し)

- 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

【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



改定後

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療）】

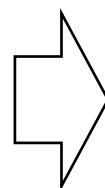
- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2
年以内の期間に行った場合 500点
(新) (2) (1)以外の場合 300点

(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）

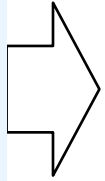


改定後	
【精神科在宅患者支援管理料】 「1」「2」の対象患者	
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	(略)
ロ 重症患者等	○ (略) ○ <u>以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る）</u> ア <u>ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者</u> イ <u>行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者</u> ウ <u>当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者</u>

(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		改定後
【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。		【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。

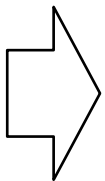
現行

【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
 - ☐ 連携型の場合 280点

[施設基準]

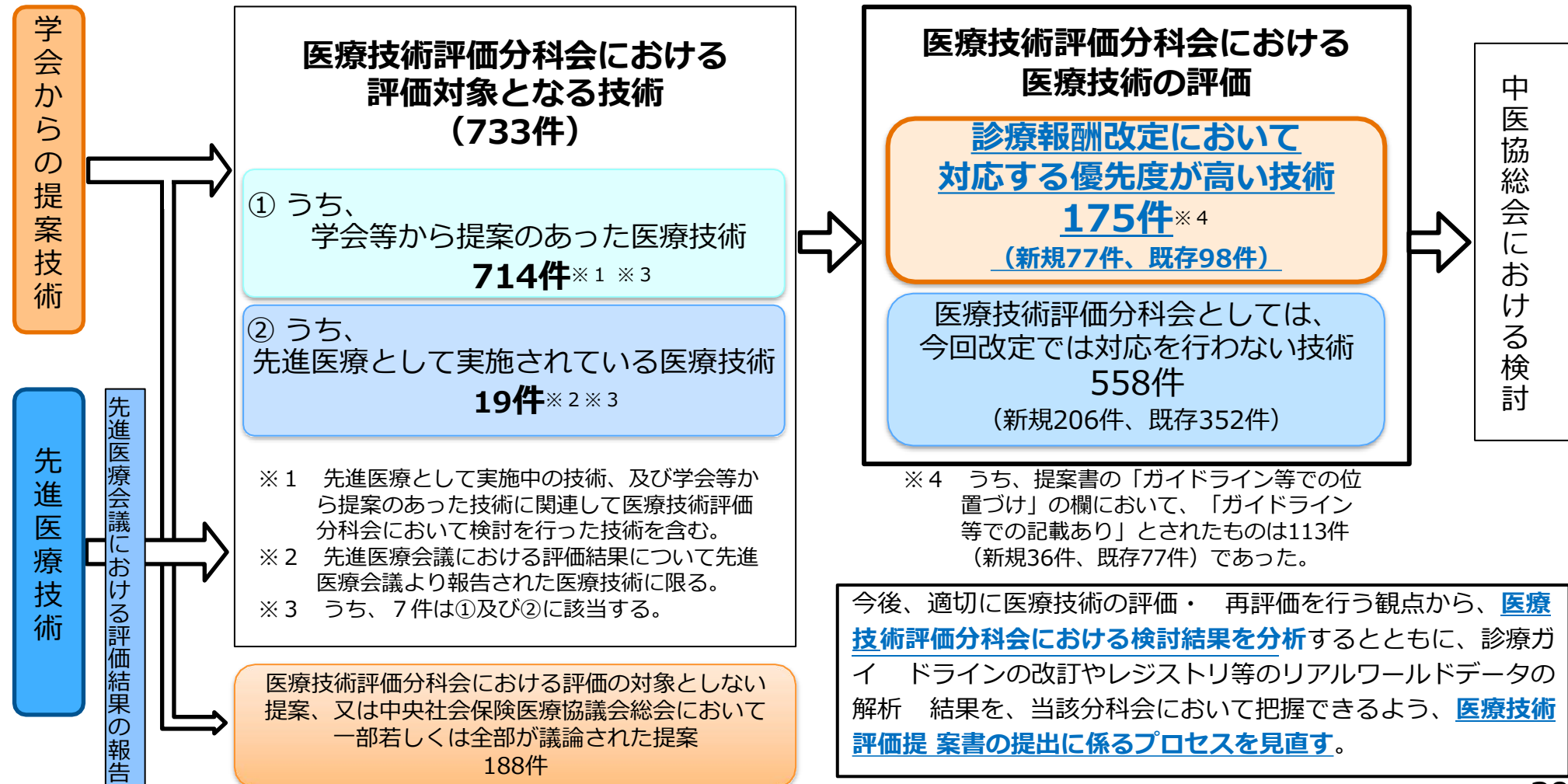
- 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年 7 月 9 日老発0709第 3 号)の別添 2 認知症疾
患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医
療センターであること。
- (削除)
- 2 (略)

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。



(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



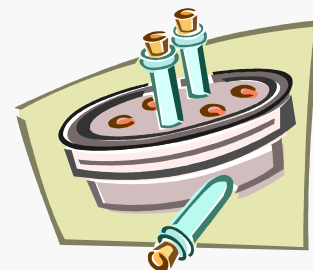
《新規に保険収載される画像診断》

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》

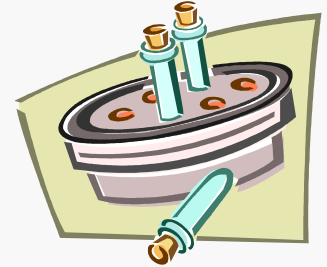
区分番号	項目名	点数
D001	尿中特殊物質定性定量検査 10 トリプシノーゲン2(尿)	105点
D006	血液形態・機能検査 7 DNA含有赤血球計数検査	40点
D006-3	BCR-ABL1 2 minor BCR-ABL mRNA イ 診断の補助に用いるもの ロ モニタリングに用いるもの	2,520点 2,520点
D006-22	RAS遺伝子検査(血漿)	7,500点
D006-23	遺伝子相同組換え修復欠損検査	32,200点
D006-24	肺癌関連遺伝子多項目同時検査	10,000点
D006-25	CYP2C9遺伝子多型	2,037点
D006-26	染色体構造変異解析	8,000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》

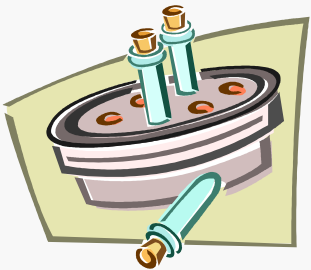
区分番号	項目名	点数
D007	血液化学検査 57 ロイシンリッチ α_2 グリコプロテイン 63 血管内皮増殖因子(VEGF)	276点 460点
D008	内分泌学的検査 53 レプチン	1,000点
D009	腫瘍マーカー 27 プロステートヘルスインデックス(phi)	281点
D012	感染症免疫学的検査 46 百日咳菌抗原定性 47 赤痢アメーバ抗原定性 49 白癬菌抗原定性 58 HIV-1特異抗体・HIV-2特異抗体 60 鳥特異的IgG抗体 61 抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体	217点 223点 233点 660点 873点 12,850点
D014	自己抗体検査 28 抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、 抗 β 2グリコプロテイン I IgG抗体、抗 β 2グリコプロテイン I IgM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)	170点
	26 SCCA2	300点
	28 インターフェロン-λ3(IFN-λ3)、sFlt-1/P1GF比	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	360点
	18 サイトメガロウイルス核酸定量	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)	140点
	注 大腿骨同時検査加算	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10cm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1cm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。

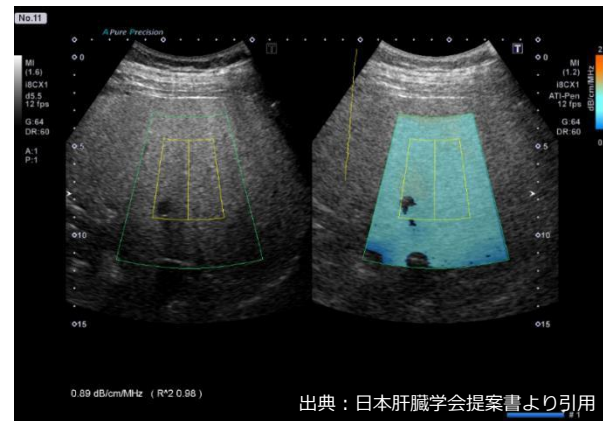
(新) 超音波減衰法検査 200点

[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。



出典：日本肝臓学会提案書より引用

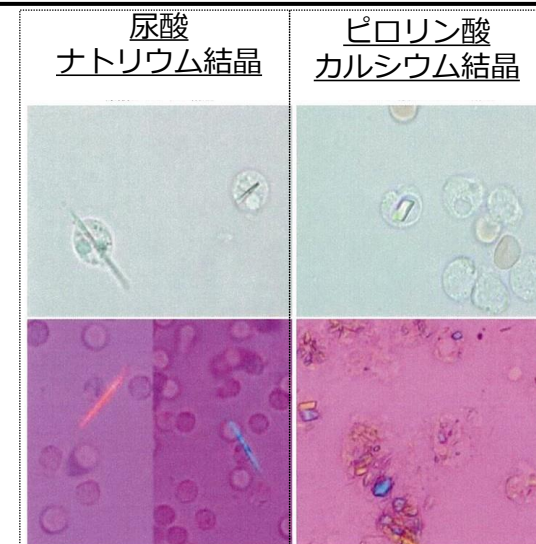
新規技術の保険導入

- 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

[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、主たるものののみ算定する。



出典：日本リウマチ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

- 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

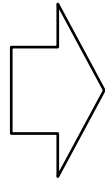
既存技術の見直し

- 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。

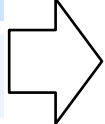
強度変調放射線治療（IMRT）
注2 1回の線量が**3Gy**以上の前立腺照射を行った場合は、**一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算**する。

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

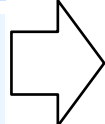
【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）】
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき） **1,100点**

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

(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。

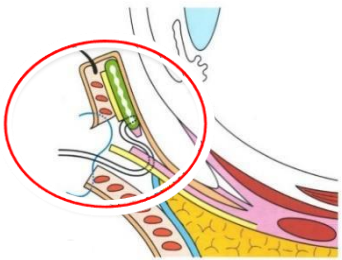
(新) 斜視手術（調節糸法） 12,060点

➤ 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】



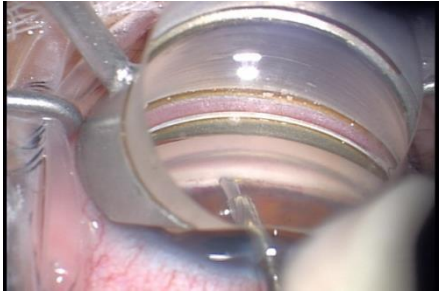
日本眼科学会提出資料から引用

【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

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

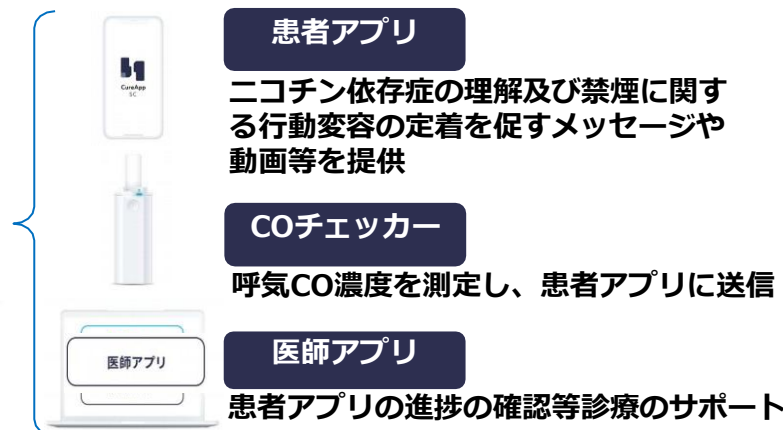
(新)	禁煙治療補助システム指導管理加算	140点
(新)	禁煙治療補助システム加算	2,400点

[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。

[算定要件] (概要)

- 区分番号 B 0 0 1 - 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「K 7 2 2」小腸結腸内視鏡的止血術又は区分番号「K 7 3 5 - 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

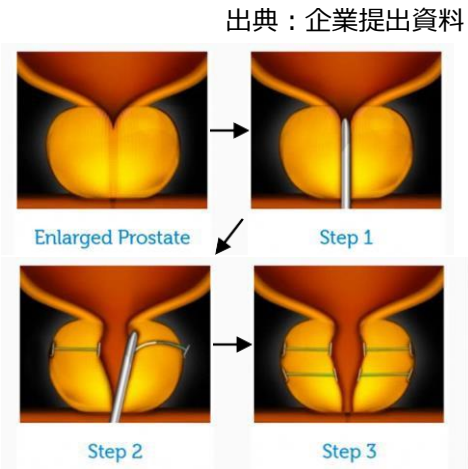
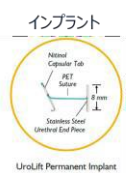
(新) 経尿道的前立腺吊上術 12,300点

[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）組織を貫通してイン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

【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。

[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

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、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。

(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
	☒ 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	155点	160点
	3 臼歯	265点	270点
	4 埋伏歯	1,054点	1080点
	注1	210点	230点
	注3	120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

(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「(1)」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「(2)」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)

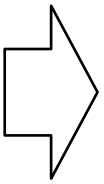
- 15歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ELISA法により測定した場合に、月1回を限度として算定する。

(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	
血液ガス分析	139点
血液化学検査 10項目以上	109点
インフルエンザウイルス抗原定性	139点

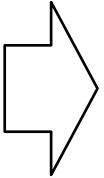


改定後
<u>135点</u>
<u>106点</u>
<u>136点</u>

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	
慢性維持透析患者外来医学管理料	2,250点



改定後
<u>2,211点</u>

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	
呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点
排痰補助装置加算	1,800点



改定後
<u>291点</u>
<u>1,829点</u>

(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、エポエチンベータベゴル製剤及び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-P
H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、エポエチンベータベゴル、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		<u>1,885点</u>	<u>1,845点</u>	<u>1,805点</u>
4 時間以上 5 時間未満		<u>2,045点</u>	<u>2,005点</u>	<u>1,960点</u>
5 時間以上		<u>2,180点</u>	<u>2,135点</u>	<u>2,090点</u>

【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、エポエチンベータベゴル製剤及び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、エポエチンベータベゴル、HIF-PH阻害剤

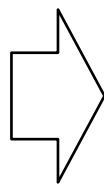
(6) 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

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]

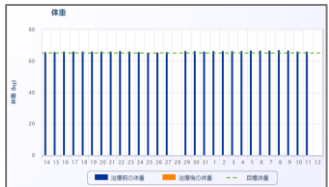
- 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
 - イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。
 - ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。
 - エ モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。



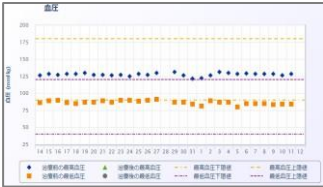
自動腹膜灌流用装置
出典：バクスター株式会社HP



(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)

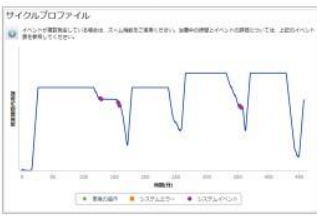
1) 治療実施状況の把握

主観	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	操作
注液量	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	注液量
排液量	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	排液量

2) 治療中インシデント状況の把握

インシデント発生数	インシデント発生率
0	0%
1	10%
2	20%
3	30%
4	40%
5	50%
6	60%
7	70%
8	80%
9	90%
10	100%

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

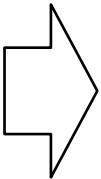
- 在宅血液透析患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、在宅血液透析指導管理料について要件及び評価を見直す。

現行

【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。



改定後

【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

(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

【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。

改定後

【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：デ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
	デ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

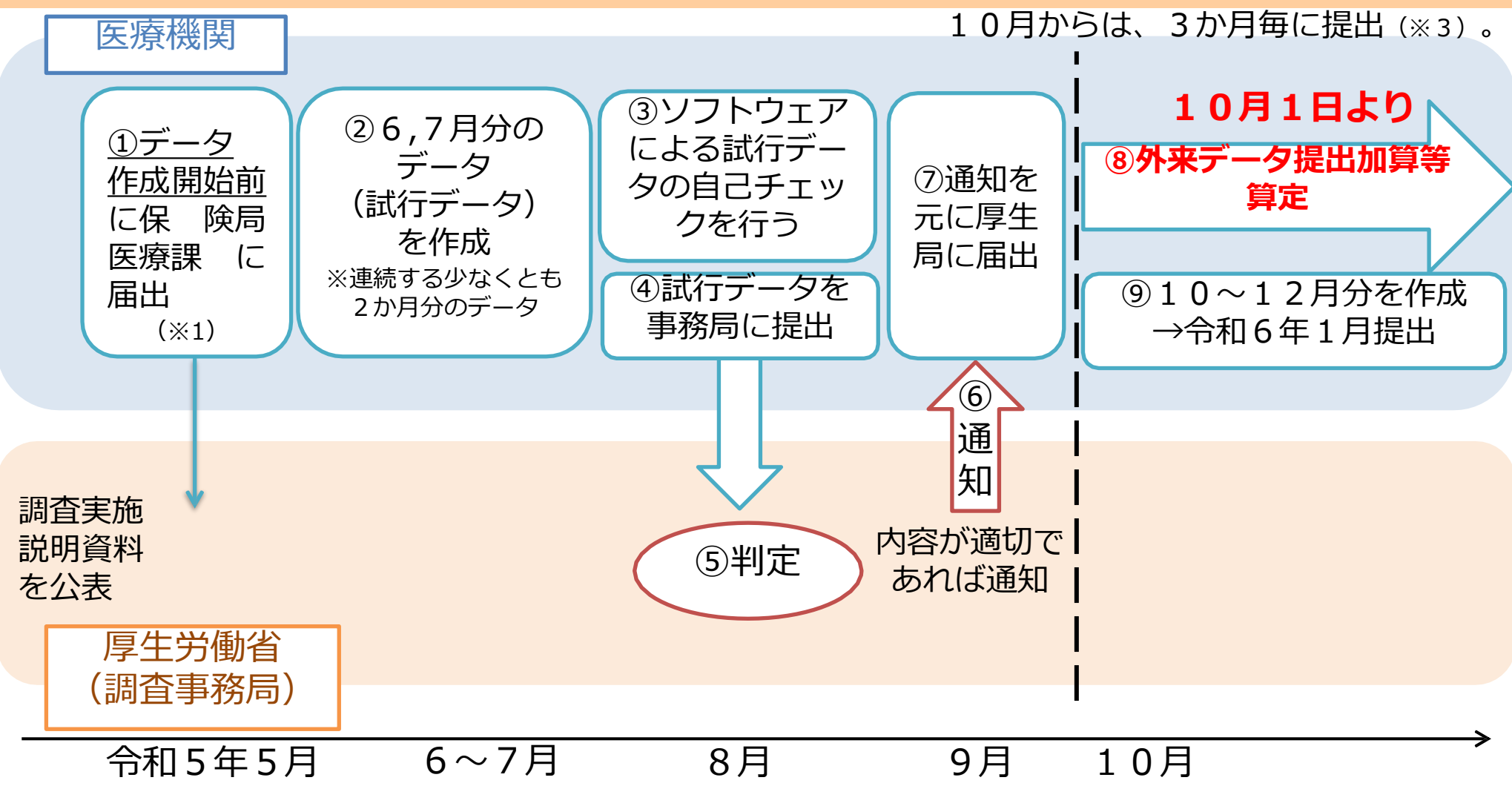
(新) 在宅データ提出加算 50点（月1回）

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。

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	(<u>90%以上</u>)	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	(<u>85%以上</u>)	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	(<u>75%以上</u>)	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	(<u>90%以上</u>)	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	(<u>85%以上</u>)	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	(<u>75%以上</u>)	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。

(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. 經過措置

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。

東京都医師会からのお知らせ

令和4年度診療報酬改定に関する問合せ先

1. 施設基準等に関するご質問

関東信越厚生局東京事務所(03-6692-5119)

(※医科・歯科・薬局・訪看で担当が分かれています)

2. 算定要件等(留意事項通知)に関するご質問

関東信越厚生局東京事務所(03-6692-5126)

(※医科・歯科・薬局・訪看で担当が分かれています)

3. レセプト請求に関するご質問

- ・社保: 社会保険診療報酬支払基金東京支部(03-3987-6181)代表
- ・国保: 東京都国民健康保険団体連合会(03-6238-0011)大代表

東京都医師会ホームページのご案内

東京都医師会ホームページ <https://www.tokyo.med.or.jp/25873>

【令和4年診療報酬改定に関する情報】

■現在掲載中の主な情報(今後も最新情報はこちらに順次追加掲載します。)

日 医	改定診療報酬点数表参考資料（白本）全体版	PDF
	診療報酬点数表 新旧対照表	PDF
	改定診療報酬点数表の概要（日医ニュース）	PDF
	令和4年度診療報酬改定について〔概要版〕	PDF
	//	パワポ
	//	You Tube（音声解説付き）
厚労省	令和4年度診療報酬改定説明（You Tube）	ページリンク
	令和4年度診療報酬改定の概要（全体概要版）	PDF
	令和4年度診療報酬改定説明会資料等	ページリンク

令和4年 東京都医師会 診療報酬改定講習会 アンケートのご案内

本日はご参加いただき、ありがとうございました。今後の開催方法の参考とするため、よろしければ下記リンク(Googleフォーム)よりアンケートにご協力ください。診療報酬改定に伴う算定に関するご質問も受付いたしますが、関係機関に問合せのうえ、確認が取れ次第、本会ホームページ上に回答を掲載いたします。(個別回答はいたしません。)

■ 令和4年東京都医師会診療報酬改定講習会アンケート

URL <https://docs.google.com/forms/d/1q8jw3LrTKgypcw73IXho3tODHxZssVSMYXQOpd2c2mU>



【アンケート設問内容】

- 問1. 今回の診療報酬改定講習会の講習時間はいかがでしたか。(選択式)
- 問2. 今後の診療報酬改定講習会の開催日について、希望する項目にチェックしてください。(選択式)
- 問3. 診療報酬改定に伴う算定に関するご質問があれば、ご入力ください。(自由記載)
- 問4. 自由意見(自由記載)