

埼玉県医師会
「令和4年度診療報酬改定等に関する説明会」

JMA
『令和4年度診療報酬改定について』



令和4年3月17日
公益社団法人 日本医師会
常任理事 松本 吉郎



本日の項目

1. 改定率
2. 感染症対策
3. 入院医療
4. 外来医療
5. オンライン診療
6. その他（不妊治療など）

（※本講演では、中医協の資料を一部改変して使用しております。）

1. 改定率

改定率等について

1. 診療報酬 +0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23%

各科改定率 医科 +0.26%
歯科 +0.29%
調剤 +0.08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応

+0.20%

※3 うち、リフィル処方箋(反復利用できる処方箋)の導入・活用促進による効率化

▲0.10%

(症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う)

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応

+0.20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来

▲0.10%

なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.35%

※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%

② 材料価格 ▲0.02%

改定率等について

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

2. 感染症対策

(参考) 令和4年度改定前の感染防止対策加算の概要

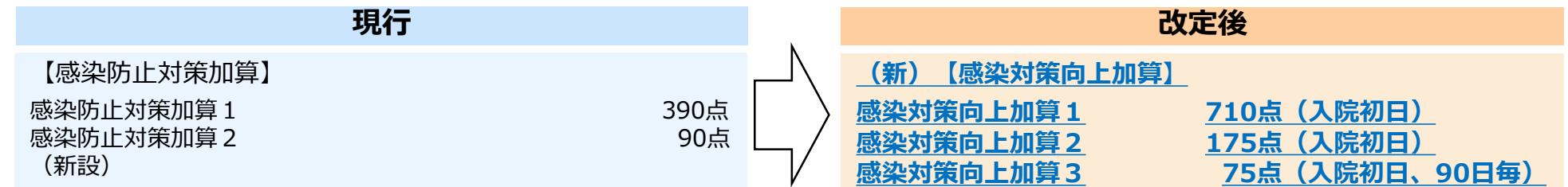
	感染防止対策加算1	感染防止対策加算2
点数	390点	90点
算定要件	院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。	
病床規模	—	
部門の設置	感染防止に係る部門（感染防止対策部門）を設置している	
主な施設基準	感染制御チームの設置 <ul style="list-style-type: none"> 専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） 専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了） 専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） 専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※医師又は看護師のうち1名は専従であること。	以下の中からなる感染制御チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> 専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） 専任の看護師（感染管理の経験5年以上） 専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） 専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上）
	マニュアルの作成・活用	
	院内研修	
	医療機関間の連携 <ul style="list-style-type: none"> 加算2の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施 加算2の医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けている。 	<ul style="list-style-type: none"> 年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加
	サーベイランスへの参加 <ul style="list-style-type: none"> 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国サーベイランスに参加していること 	地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい
	その他 <ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する 感染制御チームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う 院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する 第三者機関による評価を受けていることが望ましい 	

* 感染制御チームの業務

- ア 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。パンコマイシン等の抗M R S A薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
- ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

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。

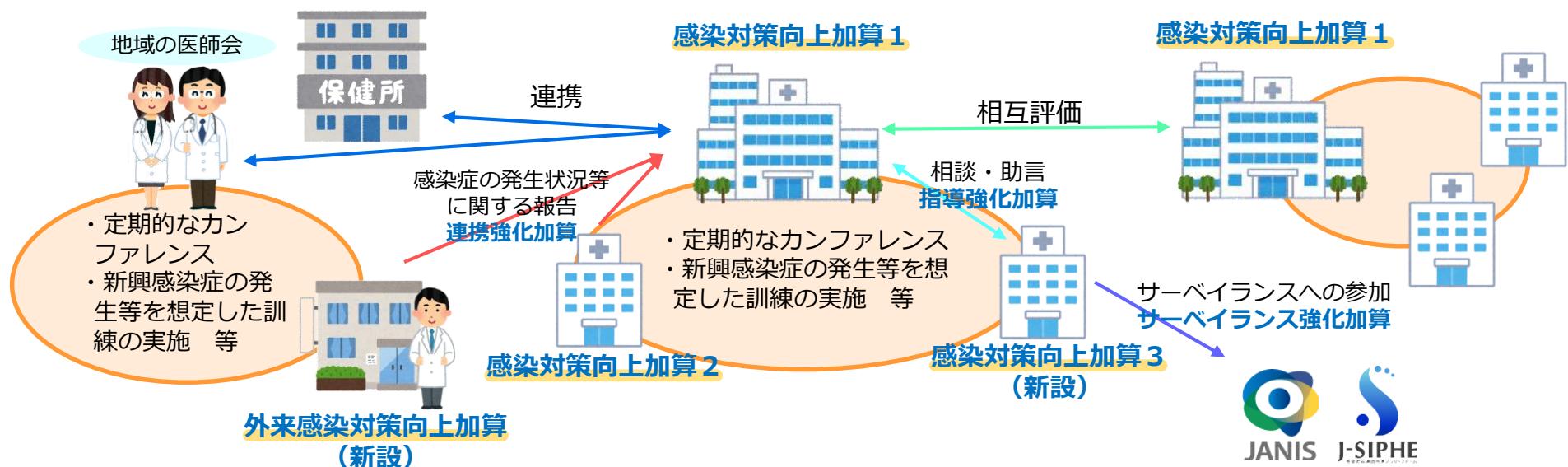


- 感染対策向上加算1の保険医療機関が、加算2、加算3又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算2、加算3の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(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）



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算1(入院初日:710点)の主な施設基準

1. 感染制御チームの設置

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

<感染制御チームの構成員>

- ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師 等
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- (※アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。)

現行の
感染防止対策加算1
をアップグレード



2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 感染制御チームは、**保健所、地域の医師会**と連携し、加算2、3の医療機関と合同で年4回程度、院内感染対策に係るカンファレンス・訓練を実施
- ② 感染制御チームは、加算2、3、**外来感染対策向上加算**の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する
- ③ **加算1を算定する他の医療機関**と連携し、年1回程度、感染防止対策について相互に評価

3. その他

- ① **抗菌薬適正使用支援チーム**を組織し、**抗菌薬適正使用の支援業務**を実施

<感染制御チームの構成員>

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

- ② **新興感染症の発生時等に、感染患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニング**を行う体制を有する

- ③ 院内感染症対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 等、地域や全国のサーベイランスに参加 等

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算2（入院初日：175点）の主な施設基準

1. 感染制御チームの設置

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

＜感染制御チームの構成員＞

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師等

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師

（※アからエのうち1名は院内感染管理者として配置）

現行の
感染防止対策加算2
をアップグレード



2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 年4回程度、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練には少なくとも年1回参加）
- ② 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること

3. その他

- ① 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者または疑い患者を受け入れる体制を有し、自治体ホームページで公開
- ② 新興感染症の発生時等に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行う体制を有する
- ③ 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する
- ④ 院内感染症対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加した場合、サーベイランス強化加算として5点を算定 等

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算3の主な施設基準

※75点(入院初日+入院期間が90日を超えるごとに1回算定)

1. 感染制御チームの設置

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

<感染制御チームの構成員>

ア 専任の常勤医師 等

イ 専任の看護師

(※ア及びイに定める者の中1名は院内感染管理者として配置)

中小病院、慢性期病床、有床診料所などを想定



2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 年4回程度、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練には少なくとも年1回参加）
- ② 抗菌薬の適正使用について、連携する加算1の医療機関又は地域の医師会から助言等を受ける。
- ③ 細菌学的検査を外部委託している場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイド」に沿った対応を行う
- ④ 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること

3. その他

- ① 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者または疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体ホームページで公開
- ② 新興感染症の発生時等に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行う体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
- ③ 院内感染症対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加した場合、**サーベイランス強化加算**として5点を算定
- ④ 外来感染症対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること 等

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

感染対策向上加算2および3に対する加算

1. 連携強化加算 30点

[主な施設基準]

感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行うこと



感染対策向上加算3

感染対策向上加算2

2. サーベイランス強化加算 5点

[主な施設基準]

院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること 等

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。

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
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		診療所(感染対策向上加算の届出がないこと)
感染制御チームの設置	<p>以下の構成員からなる感染制御チームを設置</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。</p> <p>※ 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。</p>	<p>以下の構成員からなる感染制御チームを設置</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) 	<p>以下の構成員からなる感染制御チームを設置</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) 	<p>院内感染管理者(※)を配置していること。</p> <p>※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。</p>
医療機関間・行政等との連携	<p>・保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。)</p> <p>・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</p> <p>・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</p>	<p>・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。)</p> <p>・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</p> <p>・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</p>	<p>・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。)</p> <p>・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</p> <p>・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</p>	<p>・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。)</p> <p>・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</p> <p>・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</p>
サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 サーベイランス強化加算 として 5点 を算定する。		サーベイランス強化加算 として 1点 を算定する。
その他	<p>・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する</p>		<p>・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</p> <p>・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイド」に沿った対応を行う</p>	<p>・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</p> <p>・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う</p> <p>・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイド」に沿った対応を行う</p>
	<p>・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</p> <p>・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</p>	<p>・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</p>	<p>・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</p>	<p>・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</p>
	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。

人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し①

人工呼吸器やECMOを用いた重症患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、人工呼吸及び人工心肺について要件及び評価を見直す。

1. 「J045 人工呼吸」の評価の見直し

現行	改定案
<p>【J045 人工呼吸】</p> <p>3 5時間を超えた場合（1日につき） <u>819点</u></p>	<p>【J045 人工呼吸】</p> <p>3 5時間を超えた場合（1日につき）</p> <p>イ 14日目まで 950点</p> <p>ロ 15日目以降 815点</p> <p>注3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。</p>

人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し②

人工呼吸器やECMOを用いた重症患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、人工呼吸及び人工心肺について要件及び評価を見直す。

2. ECMOの評価の明確化

現行	改定案
<p>【K 6 0 1 人工心肺】（1日につき）</p> <p>1 初日 30,150点 2 2日目以降 3,000点</p>	<p>【K 6 0 1 人工心肺】（1日につき）</p> <p>1 初日 30,150点 2 2日目以降 3,000点</p>
<p>〔留意事項〕</p> <p>(2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。</p>	
<p>【K 6 0 2 経皮的心肺補助法】（1日につき）</p> <p>1 初日 11,100点 2 2日目以降 3,120点</p>	<p>【K 6 0 2 経皮的心肺補助法】（1日につき）</p> <p>1 初日 11,100点 2 2日目以降 3,120点</p>
<p>※現行の【K 6 0 1 人工心肺】の(2)の留意事項を削除し、K 6 0 1-2として、ECMOの取扱いを明確化</p>	<p>【K 6 0 1-2 体外式膜型人工肺】（1日につき）</p> <p>1 初日 30,150点 2 2日目以降 3,000点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>(2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。</p>

人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し③

人工呼吸器やECMOを用いた重症患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、人工呼吸及び人工心肺について要件及び評価を見直す。

3. ECMOを用いた管理料の新設

(新) 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）

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

※治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を加算

〔施設基準〕

- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

4. 経皮的動脈血酸素飽和度測定の増点

現行	改定案
【D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定】（1日につき） 30点	【D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定】（1日につき） 35点

3. 入院医療

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

【現行】急性期一般入院料1～7の内容

※[]内は許可病床数200床未満の病院の経過措置

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						
患者割合 []内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度 I	測定していること	18%以上	20%以上	22%以上 [20%以上] ^{※3}	25%以上 [23%以上] ^{※2}	28%以上 [26%以上] ^{※1}	31%以上
	重症度、 医療・看護 必要度 II	測定していること	15%以上	18%以上	20%以上 [18%以上] ^{※3}	23%以上 [21%以上] ^{※2}	26%以上 [24%以上] ^{※1}	29%以上
平均在院日数		21日以内						
在宅復帰・ 病床機能連携率		—						
その他		—				・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績 が必要	医師の員数が入 院患者数の100 分の10以上	
データ提出加算		○(要件)						
点数		1,382点	1,408点	1,429点	1,440点	1,545点	1,619点	1,650点

【経過措置】

<全体>

令和2年3月31日時点で施設基準の届出あり

⇒令和3年9月30日まで基準を満たしているものとする。

<200床未満>

許可病床数200床未満の病院

⇒令和4年3月31日まで割合いの基準値を緩和する。

※1現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。

※2現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。

※3現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

公益裁定の内容①

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準について

令和4年1月26日

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準について、公益委員の考えは以下のとおりである。

1. 今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。
2. これらの議論の中では、
 - **1号側**からは、将来の医療ニーズの変化を踏まえ、下記の意見があった。
 - ・入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めることが求められる。新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、地域医療の様々な課題が浮き彫りになってきたところであり、重症度、医療・看護必要度については、**急性期入院医療における患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、必要性に応じた見直しを進めるべき**である。
 - ・さらに、令和4年1月12日中医協総－3のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、**見直し案4**を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきである。

シミュレーション 条件	A項目			B項目	C項目
	点滴ライン 同時3本以上の管理	心電図 モニターの管理	輸血や血液製剤 の管理	衣服の着脱	骨の手術 (11日間)
見直し案1	点滴薬剤 3種に変更	—	点数を2点に変更	—	—
見直し案2	—	—	—	項目を削除	10日間に変更
見直し案3	点滴薬剤 3種に変更	項目を削除	点数を2点に変更	—	—
見直し案4	点滴薬剤 3種に変更	項目を削除	点数を2点に変更	項目を削除	10日間に変更

公益裁定の内容②

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

3. こういった議論の背景も踏まえ、両側委員において、評価項目や判定基準の見直しのシミュレーションを行うことに合意し、議論が進められた。

当該シミュレーションにおいては、見直しの案として4つのパターンが示されたところである。

そのうち、見直し案4の組み合わせの場合、該当患者割合の基準を満たす医療機関数の変化が、特に急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度Iにおいて、大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定される。

4. 一方で、急性期一般入院料1から、急性期一般入院料2及び3等への適切な機能分化を促し、患者の状態に応じた適切な入院料が選択されるよう、取組を進めることは重要である。今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応するよう、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関に対する特例的な措置を継続した上で、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が見込まれる中であっても、将来の医療ニーズの変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めることが求められる。

5. 見直し案1又は2においては、現行の該当患者割合の基準を適用することにより、該当する医療機関が増加する試算となっている。これを踏まえると、見直し案3の組み合わせが妥当と考えられる。

6. その際、シミュレーションによると、急性期一般入院料5については、見直し案3であっても大きな影響を受ける結果となっており、該当患者割合の基準を引き下げるシミュレーションも示されている。簡素でわかりやすい診療報酬としていく観点が重要であることも踏まえ、急性期一般入院料5と6について、一体とする評価体系へと見直した上で、それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら基準を設定していくことが適切と考える。

公益裁定の内容③

7. なお、これらの見直しに当たっては、新型コロナウイルス感染症に係る影響や地域医療への影響も鑑み、**許可病床数200床未満の医療機関に対する一定の緩和措置を講じることが必要**である。加えて、重症度、医療・看護必要度Ⅱの活用を進め、医療従事者の負担軽減も図っていく視点も重要と言える。
8. 以上から、見直し案3を採用した上で、シミュレーションで示された実態も踏まえつつ、（下記の表のとおり、）重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合の基準について、急性期一般入院料1を31%と据え置いた上で、許可病床数200床未満の医療機関については、28%と引き下げるとしている。さらに、重症度、医療・看護必要度Ⅱについては、それぞれ、28%、25%とし、重症度、医療・看護必要度Ⅰと一定の差を設けることとする。
また、急性期入院料4及び5の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて、それぞれ20%及び17%とし、急性期入院料4については、許可病床数200床未満の医療機関の場合に18%とする。重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準については、急性期入院料1と同様に、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準と一定の差を設けることとする。
9. なお、特定機能病院入院基本料（7対1）等の入院料や、その他の加算等の施設基準における該当患者割合の基準については、同様の考え方に基づき、適切に定めることとする。
10. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

注射薬剤3種類以上の管理に変更

◎施行の回数や時間の長さ、注射方法、注射針の刺入箇所の数は問わない。

◎造影剤、生理食塩水を含めた輸液などは対象外

◎食事療養を受けている患者に対して投与されたビタミン剤については、患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであって、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師がビタミン剤の注射が有効であると判断した場合は、対象となる。

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

項目を削除

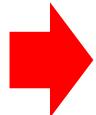
点数を
2点に変更

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

【経過措置】令和4年9月30日まで

改定前		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%	29%
急性期一般入院料2	28%(26%)	26%(24%)
急性期一般入院料3	25%(23%)	23%(21%)
急性期一般入院料4	22%(20%)	20%(18%)
急性期一般入院料5	20%	18%
急性期一般入院料6	18%	15%
急性期一般入院料7	—	—

改定後(公益裁定)		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%(28%)	28%(25%)
急性期一般入院料2	27%(25%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	24%(22%)	21%(19%)
急性期一般入院料4	20%(18%)	17%(15%)
急性期一般入院料5		
急性期一般入院料6-5	17%	14%
急性期一般入院料7-6	—	—



※()内は200床未満の緩和措置

【公益裁定】

- ・シミュレーションによると、急性期一般入院料5については、見直し案3であっても大きな影響を受ける結果となっており、該当患者割合の基準を引き下げるシミュレーションも示されている。
- ・簡素でわかりやすい診療報酬としていく観点が重要であることも踏まえ、急性期一般入院料5と6について、一体とする評価体系へと見直した上で、それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら基準を設定していくことが適切と考える。

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

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



改定後		
	必要度 I	必要度 II
7対1入院基本料(特定)	—	28%
7対1入院基本料(結核)	10%	8%
7対1入院基本料(専門)	30%	28%
看護必要度加算1	22%	20%
看護必要度加算2	20%	18%
看護必要度加算3	18%	15%
総合入院体制加算1・2	33%	30%
総合入院体制加算3	30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7	12%	8%

【経過措置】令和4年9月30日まで

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

改定後(公益裁定)		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	31%(28%)	28%(25%)
急性期一般入院料2	27%(25%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	24%(22%)	21%(19%)
急性期一般入院料4	20%(18%)	17%(15%)
急性期一般入院料5		
急性期一般入院料-6-5	17%	14%
急性期一般入院料-7-6	—	

※()内は200床未満の緩和措置

許可病床数200床以上の保険医療機関において、
急性期一般入院料Ⅰを算定する病棟については、
重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する
ことを要件とする。
(経過措置：令和4年12月31日まで)

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の見直し

現行	改定案	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
救命救急入院料2	80%	80% 70%
救命救急入院料4	80%	80% 70%
特定集中治療室管理料1	80%	80% 70%
特定集中治療室管理料2	80%	80% 70%
特定集中治療室管理料3	70%	70% 60%
特定集中治療室管理料4	70%	70% 60%

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算（1日につき）

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

[算定要件]

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

[主な施設基準]

- 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・総合入院体制加算の届出を行っていないこと。
- 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。

- ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。
- (イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (二)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術 (ヘ)化学療法 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)
- イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。
- (イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

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

(新) 精神科充実体制加算（1日につき） 30点

- 精神疾患有する患者の受け入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、更に所定点数に加算する。
- 急性期の治療を要する精神疾患有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
- 精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1を届け出ている(急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている) 敷地内禁煙に係る取組を行っている・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 			
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	<p>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</p> <p>◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満:6.0件/年/床以上</p> <ul style="list-style-type: none"> 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 		
手術等の実績	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上(緊急手術 350件/年以上)又は300床未満:6.5件/年/床以上(緊急手術 1.15件/年以上) <p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <p>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満:0.1件/年/床以上</p> <p>◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満:0.1件/年/床以上</p> <p>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満:1.0件/年/床以上</p> <p>◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満:1.0件/年/床以上</p> <p>◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満:0.6件/年/床以上</p> <p>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満:1.5件/年/床以上</p> <p>◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満:3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。)</p>		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 			
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算1を届け出ている 			
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている 			
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 			
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者(退院患者を含む)に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満 			
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	<p>◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</p> <p>◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</p> <p>◆紹介受診重点医療機関</p>		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい 			
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 			
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 			

総合入院体制加算の見直し

(1日につき／14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している。(※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても良い。) 外来を縮小する体制を有すること。(下記参照) 次のいずれにも該当する。 <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 病院の医療従事者の負担の軽減及び待遇の改善に資する体制を整備していること。 		
実績要件	<p>(共通要件)全身麻酔による手術件数が年800件以上</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術<u>及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術</u>：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上</p>		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
精神科要件	精神患者の入院受入体制 がある	<p>(共通要件)精神科につき24時間対応できる体制があること</p> <p>以下のいずれも満たす</p> <p>イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 <input type="checkbox"/> 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>	<p>以下のいずれかを満たす</p> <p>イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 <input type="checkbox"/> 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A2点以上又はC1点以上)	必要度 I : <u>3割3分以上</u> 必要度 II : <u>3割以上</u>		必要度 I : <u>3割以上</u> 必要度 II : <u>2割7分以上</u>

ア 次のいずれにも該当すること。

- 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- 診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。

イ 紹介受診重点医療機関である。

救急医療管理加算の見直し

1. 救急医療管理加算について、対象患者の状態のうち熱傷に係る状態を明確化し、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を追加するとともに、評価を見直す。

【救急医療管理加算】

1 救急医療管理加算 1	950点	⇒ 1050点
2 救急医療管理加算 2	350点	⇒ 420点

【算定要件】

- (2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。（中略）

ア～カ (略)

キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

ク・ケ (略)

コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

サ 蘇生術を必要とする重篤な状態

シ その他の重症な状態

- (3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2) のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

2. 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。

【算定要件】

イの状態 (意識障害又は昏睡) に該当する場合はJCS 0 の状態

ウの状態 (呼吸不全又は心不全で重篤な状態) に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態

キの状態 (広範囲熱傷) に該当する場合はBurn Index 0 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

地域医療体制確保加算の見直し

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

【地域医療体制確保加算】 520点 ⇒ 620点

〔施設基準〕

- ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
- イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

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

【経過措置】令和4年9月30日まで

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について



【経過措置】令和4年9月30日まで

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

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

（1）労働時間数

以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載

- ・年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- ・年間の時間外・休日労働時間数960 時間超～1,860 時間の人数・割合
- ・年間の時間外・休日労働時間数1,860 時間超の人数・割合

（2）労務管理・健康管理

以下の全ての項目について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載

- ・労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- ・医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- ・労使の話し合い、36 協定の締結
- ・衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- ・追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休憩、面接指導等)

（3）意識改革・啓発

以下の項目のうち、最低1つの取組について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を計画に記載

- ・管理者マネジメント研修
- ・働き方改革に関する医師の意識改革
- ・医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）

（1）～（5）それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載

（1）タスク・シフト／シェア

（2）医師の業務の見直し

（3）その他の勤務環境改善（ICT活用、WLB推進等）

（4）副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

（5）C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

＜参考＞現行の要件

（地域医療体制確保加算）

- ① 病院勤務医の負担の軽減及び待遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
- ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び待遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
- ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び待遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。
- ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。（※例示は省略）
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び待遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

医師事務作業補助体制加算の見直し

1. 現行の医師事務作業補助体制加算は、クラークの勤務時間の8割以上が病棟又は外来で実施されていれば加算1を算定でき、8割未満の場合は加算2を算定するというように、**クラークの業務場所や業務の直接性**に着目した評価であったが、これを**クラークの経験年数**に着目した評価に見直す。

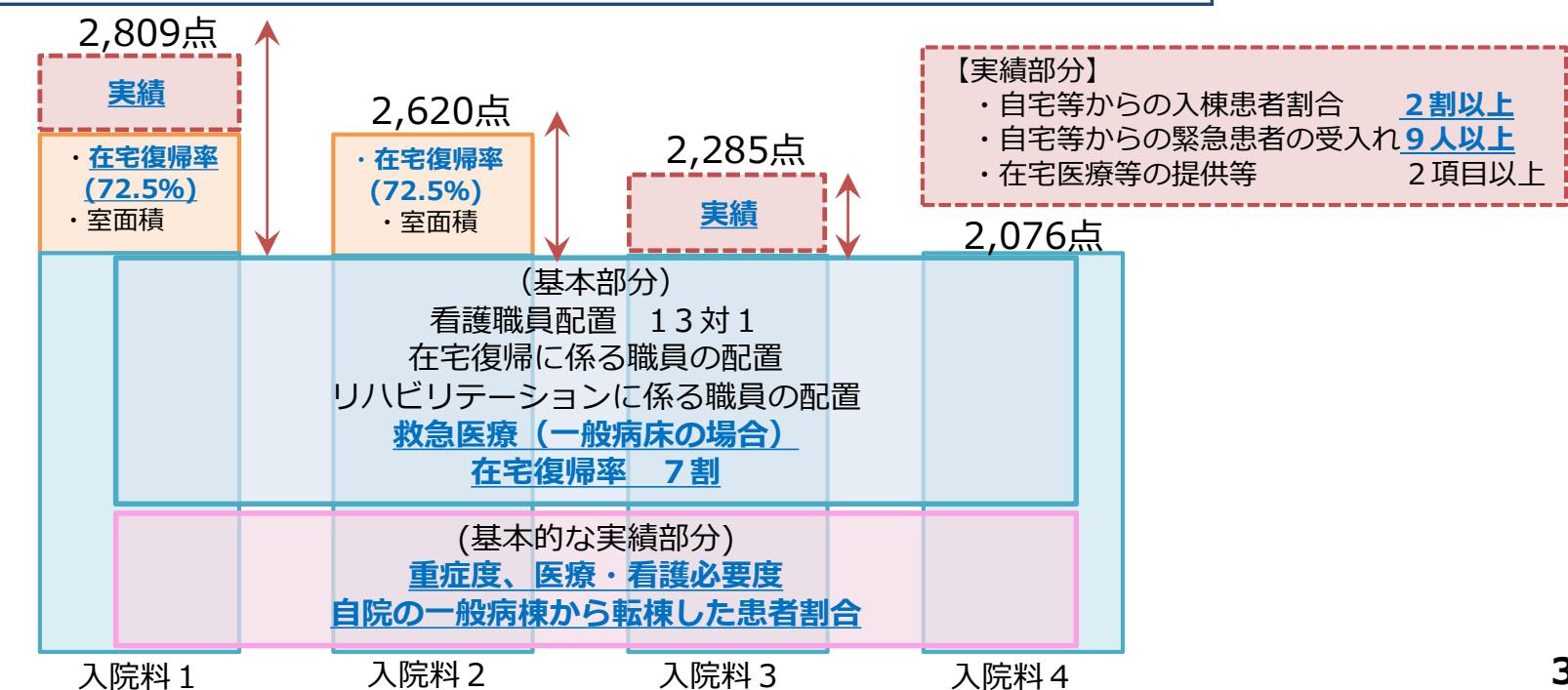
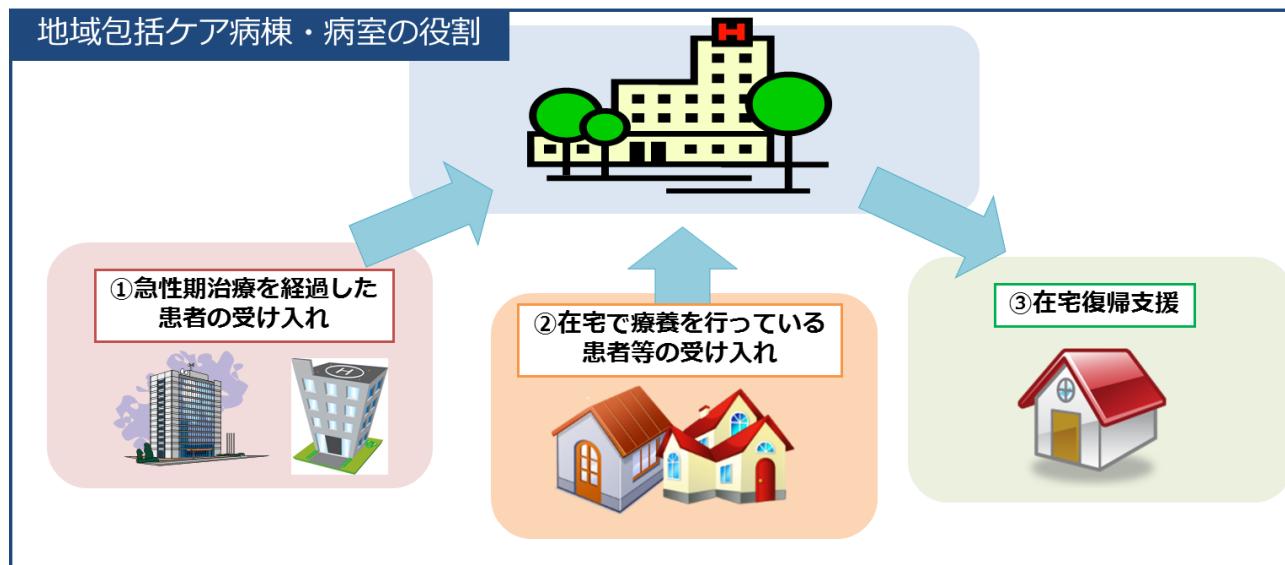
現行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算1の施設基準】</p> <p>医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算1の施設基準】</p> <p>当該保険医療機関における3年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。</p>

2. 点数を見直す。

医師事務作業補助体制加算1		医師事務作業補助体制加算2	
イ 15対1補助体制加算	<u>970点</u> ⇒ 1035点	イ 15対1補助体制加算	<u>910点</u> ⇒ 975点
ロ 20対1補助体制加算	<u>758点</u> ⇒ 835点	ロ 20対1補助体制加算	<u>710点</u> ⇒ 770点
ハ 25対1補助体制加算	<u>630点</u> ⇒ 705点	ハ 25対1補助体制加算	<u>590点</u> ⇒ 645点
ニ 30対1補助体制加算	<u>545点</u> ⇒ 610点	ニ 30対1補助体制加算	<u>510点</u> ⇒ 560点
ホ 40対1補助体制加算	<u>455点</u> ⇒ 510点	ホ 40対1補助体制加算	<u>430点</u> ⇒ 475点
ヘ 50対1補助体制加算	<u>375点</u> ⇒ 430点	ヘ 50対1補助体制加算	<u>355点</u> ⇒ 395点
ト 75対1補助体制加算	<u>295点</u> ⇒ 350点	ト 75対1補助体制加算	<u>280点</u> ⇒ 315点
チ 100対1補助体制加算	<u>248点</u> ⇒ 300点	チ 100対1補助体制加算	<u>238点</u> ⇒ 260点

現行の加算1よりも増点

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）



地域包括ケア病棟入院料の見直し

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員				13対1以上 (7割以上が看護師)				
重症患者割合			重症度、医療・看護必要度 I 14%以上⇒12%以上	／ 重症度、医療・看護必要度 II 11%以上⇒8%以上				
入退院支援部門			入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については、入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合)【減算90/100】					
救急の実施			一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること)					
リハビリ専門職			病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置					
リハビリテーション実施			患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること					
意思決定支援の指針			適切な意思決定支援に係る指針を定めていること					
在宅復帰率	7割以上	⇒ 7割2分5厘以上			無し	⇒ 7割以上【減算90/100】		
一般病棟から転棟した患者割合	—	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	—	許可病床数200床以上の場合に対象拡大— 【減算90/100⇒85/100】	—	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	—	
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上⇒2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)⇒8人以上	— 実績要件の導入 (いずれか1つ以上) 【減算90/100】	1割5分以上⇒2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)⇒8人以上	— 実績要件の導入 (いずれか1つ以上) 【減算90/100】			
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上⇒9人以上		3月で6人以上⇒9人以上				
	地域包括ケアの実績	○		○				
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみ対象	○	—	○	—	○	—	—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

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

【経過措置】令和4年9月30日まで 「救急の実施」に係る変更については令和5年3月31日まで

地域包括ケア病棟入院料の見直し

療養病床の場合

療養病床については、95／100の点数を算定。

ただし、①救急医療を行うにつき必要な体制の整備、
②自宅等から入棟した患者割合が6割以上、
③自宅等からの緊急患者受け入れ30人以上
のいずれかを満たす場合は100／100を算定

(経過措置:令和4年9月30日まで)

初期加算の見直し

(1)急性期患者支援病床初期加算

現行	
自院又は他院の一般病棟からの転棟・転院	150点



改定後		
許可病床数400床以上の地ケア	自院等の一般病棟	50点
	他院の一般病棟	150点
許可病床数400床未満の地ケア	自院等の一般病棟	125点
	他院の一般病棟	250点

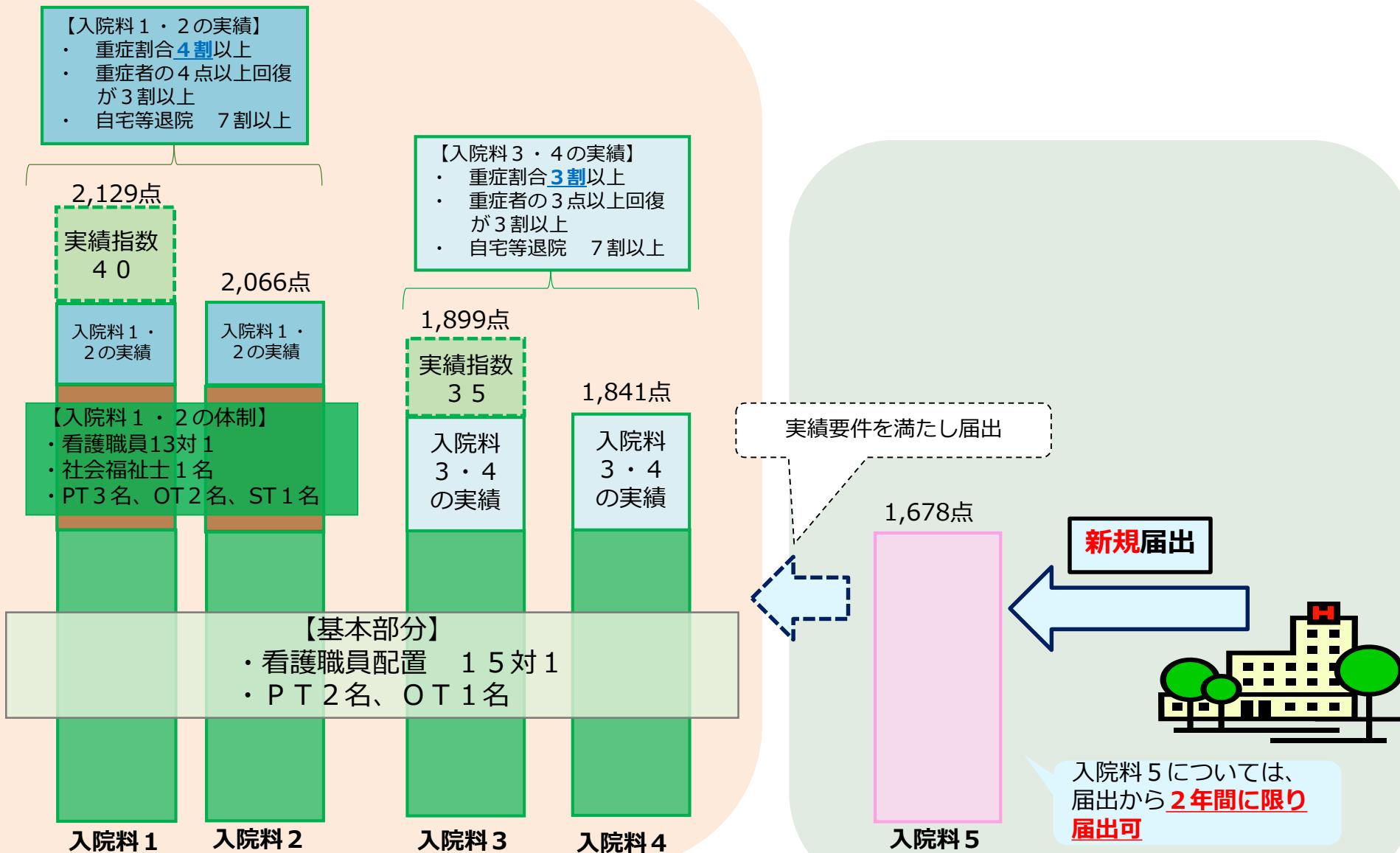
(2)在宅患者支援病床初期加算

現行	
自宅、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム等から入院	300点



改定後	
自宅、その他の施設	400点
介護老人保健施設	500点

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準(イメージ)



回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

(注)日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

入院料5は廃止

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6-5
医師			専任常勤1名以上			
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)			15対1以上(4割以上が看護師)		
看護補助者			30対1以上			
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上			専従常勤のPT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上			一		
管理栄養士	専任常勤1名		専任常勤1名の配置が望ましい			
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須		管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい			
リハビリテーション実績指標等の院内掲示等による公開			○			
データ提出加算の届出		○			○	
休日リハビリテーション	○		一 ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」 ^(注) の割合	3割以上 ⇒ 4割以上		2割以上 ⇒ 3割以上			
重症者における退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善			
自宅等に退院する割合		7割以上				
リハビリテーション実績指標	40以上	一	35以上	一	30以上	一
第三者評価	受けていることが望ましい	一	受けていることが望ましい	一		一
点数 ※()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

- 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、算定を開始した日から2年間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定することができる。
- なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定できる。

有床診療所入院基本料等の見直し

初期加算の見直し

(1) 有床診療所入院基本料

現行		
有床診療所 一般病床 初期加算	①急性期医療を担う 他の保険医療機関の 一般病棟から転院した患者 ②介護老人保健施設、介 護医療院、特別養護老 人ホーム、軽費老人ホーム、 有料老人ホーム等若しく は自宅から入院した患者	150点 (14日)



改定後		
有床診療所 急性期患者支援病床 初期加算	急性期医療を担う 他の保険医療機関の 一般病棟から転院した患者	150点 (21日)
有床診療所 在宅患者支援病床 初期加算(※1)	介護老人保健施設、介護医 療院、特別養護老人ホーム、 軽費老人ホーム、有料老人 ホーム等若しくは自宅から 入院した患者	300点 (21日)

※1:算定に際しては、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行う(経過措置令和4年9月30日まで)

(2) 有床診療所療養病床入院基本料

現行[在支診において算定]		
救急・在宅 等支援 療養病床 初期加算	①急性期医療を担う 他の保険医療機関の 一般病棟から転院した患者 ②介護老人保健施設、介 護医療院、特別養護老 人ホーム、軽費老人ホーム、 有料老人ホーム等若しく は自宅から入院した患者	150点 (14日)



改定後[在支診において算定(※2)]		
有床診療所 急性期患者支援 療養病床初期加算	急性期医療を担う 他の保険医療機関の 一般病棟から転院した患者	300点 (21日)
有床診療所 在宅患者支援 療養病床初期加算	介護老人保健施設、介護医 療院、特別養護老人ホーム、 軽費老人ホーム、有料老人 ホーム等若しくは自宅から入 院した患者	350点 (21日)

※2:在支診(および在支病)の施設基準に「適切な意思決定支援に関する指針を定めること」が追加された(経過措置令和4年9月30日まで)

有床診療所入院基本料等の見直し

慢性維持透析患者の受け入れの評価

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

改 定 案

【有床診療所療養病床入院基本料】

[算定要件]

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、

J038に掲げる人工腎臓、

J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、

J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流

を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、**1日につき100点**を所定点数に加算する。

有床診療所（専門機関との連携分娩管理の評価の新設）

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）（8日まで）

1 ハイリスク分娩管理加算 3,200点

（新）2 地域連携分娩管理加算 3,200点

[対象患者]

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

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

[算定要件]

- 地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、**分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。**
- 対象患者に該当する妊産婦であっても、**当該患者が複数の疾患等を有する場合**においては、**当該加算は算定できない。**

[施設基準の概要]

- 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。
- 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師**であること。
- 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- 周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。**
- 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

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

現行

【短期滞在手術等基本料 1】

短期滞在手術等基本料 1 (日帰りの場合)

2,947点



[施設基準]

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

改定後

【短期滞在手術等基本料 1】

短期滞在手術等基本料 1 (日帰りの場合)

- (改) イ 麻酔を伴う手術を行った場合
- (改) ロ イ以外の場合

2,947点
2,718点

[施設基準]

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

- 短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料 1 の対象とする (15項目→38項目)。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料 2 の見直し

- 短期滞在手術等基本料 2 について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

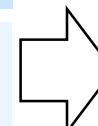
現行

【短期滞在手術等基本料 2】

短期滞在手術等基本料 2 (1泊2日の場合)

(生活療養を受ける場合にあっては、

5,075点
5,046点



改定後

(削除)

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料 3 の見直し

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

追加する手術等

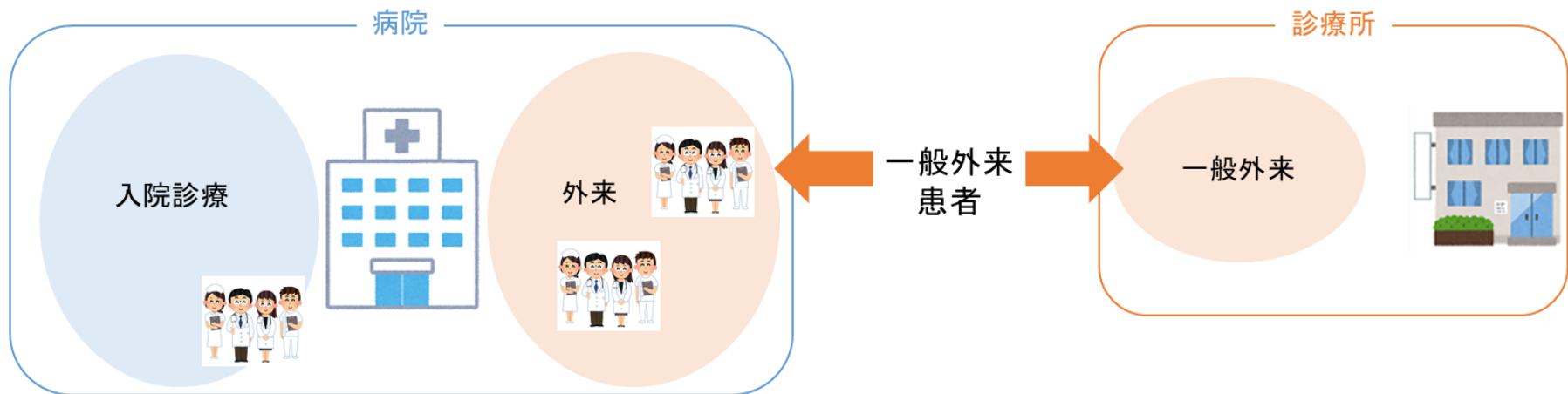
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合 イ 安全精度
管理下で行うもの
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合 ロ その他の
もの
D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (M S L T)
D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (G
H) (一連として)
K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限
る。)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、
指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、
指 (手、足) その他 (手に限る。)
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
K 2 0 2 液管チューブ挿入術 1 液道内視鏡を用いるもの
K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジスト
ロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
K 3 1 8 鼓膜形成手術
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバース
コープによるもの
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径 5 センチメートル以上
K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛
門ポリープ切除術に限る。)
K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛
門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
K 8 3 4-3 顕微鏡下精索靜脈瘤手術
K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
2 その他のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術

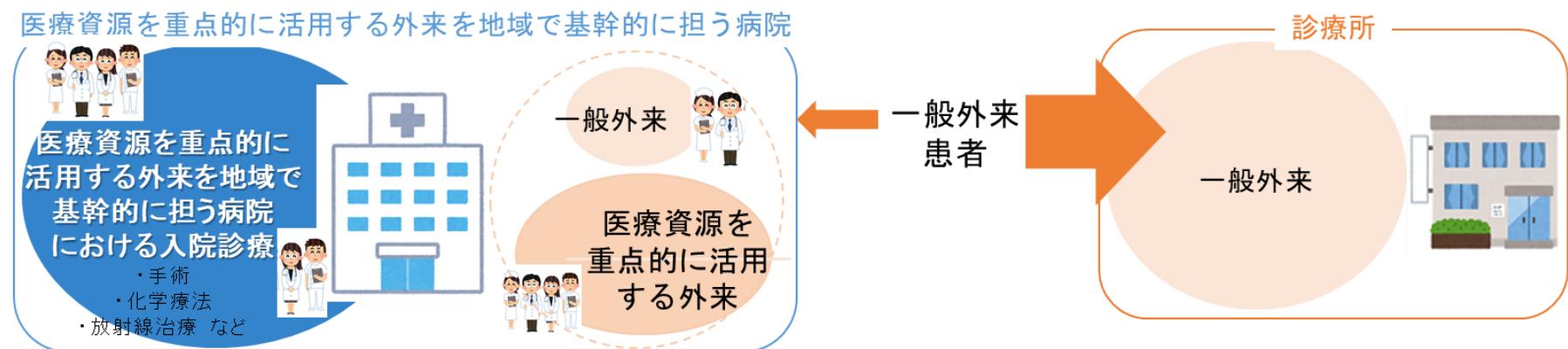
紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合



機能分化・強化を行っている場合



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

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 A 2 0 4 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。**

4. 外来医療

【現行】地域包括診療加算・診療料

	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	
包括範囲	<p><u>下記以外は包括とする。</u>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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

地域包括診療加算(診療料)の見直し

1. 地域包括診療加算(診療料)の対象疾患に、慢性心不全又は慢性腎臓病を追加する。(高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)及び認知症の6疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。)を有する者)
2. 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
3. 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

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。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。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。

【現行】機能強化加算について

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とする。

機能強化加算(80点)の見直し①

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

1. 機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。

- ① 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
- ② 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
- ③ 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
- ④ 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
- ⑤ 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。

機能強化加算(80点)の見直し②

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

- ① 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。
- ② 警察医として協力していること。
- ③ 母子保健法に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。
- ① 予防接種法に規定する予防接種（定期予防接種）を実施していること。
- ② 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。
- ③ 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席していること。
- ④ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

【参考】地域包括診療加算の実績要件

地域包括診療加算1:25点 、 加算2:18点(1回につき)

[算定要件]

- ① 対象患者は、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)を有する患者とする。
当該診療所で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること
- ③ 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
- ④ 下記のうちいずれか1つを満たすこと
 - ア) 時間外対応加算1又は2を届出していること イ) 常勤換算で2人以上の医師が配置され、そのうち1人以上が常勤医師であること
ウ) 在支診であること
- ⑤ 療養上の指導、服薬管理(医師の指示を受けた看護職員等が情報把握することも可能)、健康管理、介護保険に係る対応を行っていること
- ⑥ 患者の署名付の同意書を作成し診療録に添付(直近1年間に4回以上の受診歴がある患者は、診療の要点を説明していれば同意の省略可能)
- ⑦ 抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること

[加算1]

- ◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること
(強化型在支診(単独型)以外は連携医療機関の協力を得て行うものを含む)
- ◇ 以下のすべてを満たすこと
 - ア) 直近1年間に、当該診療所での継続的な外来診療を経て、
往診、訪問診療を算定した患者数(在支診:10人以上、在支診以外:3人以上)
イ) 直近1か月に初診、再診、往診、訪問診療を実施した患者のうち、往診・訪問診療を実施した患者割合が70%未満であること

[加算2]

- ◇ 在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の連絡体制を確保していること

加算1の算定要件には実績が含まれているが、加算2では実績が求められていない

【参考】在宅療養支援診療所及び在宅支援病院の施設基準の概要

	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		
全ての 在支診・在支病 が満たすべき基準	①24時間連絡を受ける体制の確保 ②24時間の往診体制 ③24時間の訪問看護体制 ④緊急時の入院体制 ⑤連携する医療機関等への情報提供 ⑥年に1回、看取り数等を報告している			○許可病床数200床以上 ○在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※やむを得ず当該病院に入院させることができなかつた場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
全ての 在支病が 満たすべき基準	「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)			
機能強化型 在支診・在支病が 満たすべき基準	⑦在宅医療を担当する常勤の医師3人以上 ⑧過去1年間の緊急往診の実績10件以上 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	⑦在宅医療を担当する常勤の医師連携内で3人以上 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 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

機能強化型在支診・在支病には実績が含まれているが、
機能強化型でない在支診・在支病には実績が含まれていない

機能強化加算(80点)の見直し③

3. 地域包括診療加算2/診療料2又は機能強化型以外の在医総管/施設総管の届出に基づき機能強化加算を届け出している場合^(※)は、**以下の実績を満たしていること。**

※機能強化加算は、上記のほか、地域包括診療加算1/診療料1、機能強化型の在医総管/施設総管、小児かかりつけ診療料の届出に基づき届け出ることも可能であるが、その場合は各々の算定要件・施設基準のなかで往診や看取り等について、一定の実績要件を満たすことが別途求められている。

【地域包括診療加算2・診療料2の場合】

以下のいずれかを満たしていること。

- 直近1年間において、地域包括診療加算2又は地域包括診療料2を算定した患者が3人以上
- 直近1年間に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

【機能強化型以外の在医総管/施設総管の場合】

以下のいずれかを満たしていること。

- 過去1年間において、緊急往診の実績又は（在支病の場合は）在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上
- 過去1年間の看取りの実績が1件以上又は超・準超重症児の医学管理の実績が1件以上

機能強化加算の見直し

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

現行

【機能強化加算】

[算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。



改定後

【機能強化加算】

[算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (1) 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。
 - (2) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (3) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (4) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (5) 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】

- （略）
- 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】

- 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。
- （略）
- 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。 （※）

機能強化加算の見直し

現行		改定後
次のいずれかの届出		次のいずれかを満たしていること。
届出 ・ 実績	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料 	<ul style="list-style-type: none"> <u>地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行つてのこと。</u> <p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■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。
	小児かかりつけ診療料	<ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行つてのこと。 <u>在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行つて機能強化型の在支診又は在支病であること。</u> <p>(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、</p> <ul style="list-style-type: none"> ■(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	—	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを行つて常勤の医師を配置すること。(※) <p>ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力</p>

(※令和4年9月30日までの間は基準を満たすものとみなされる。)



機能強化加算に係る院内掲示(例)

当院は「かかりつけ医」として、必要に応じて次のような取組を行っています

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

●●医院

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



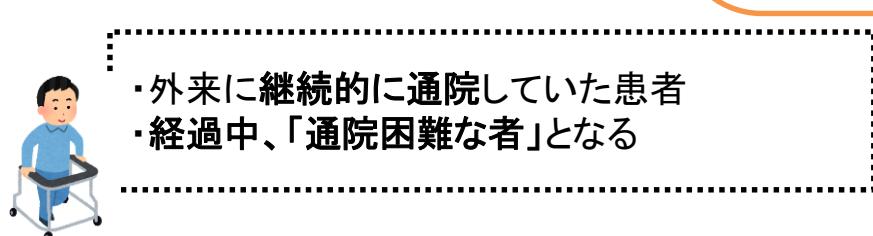
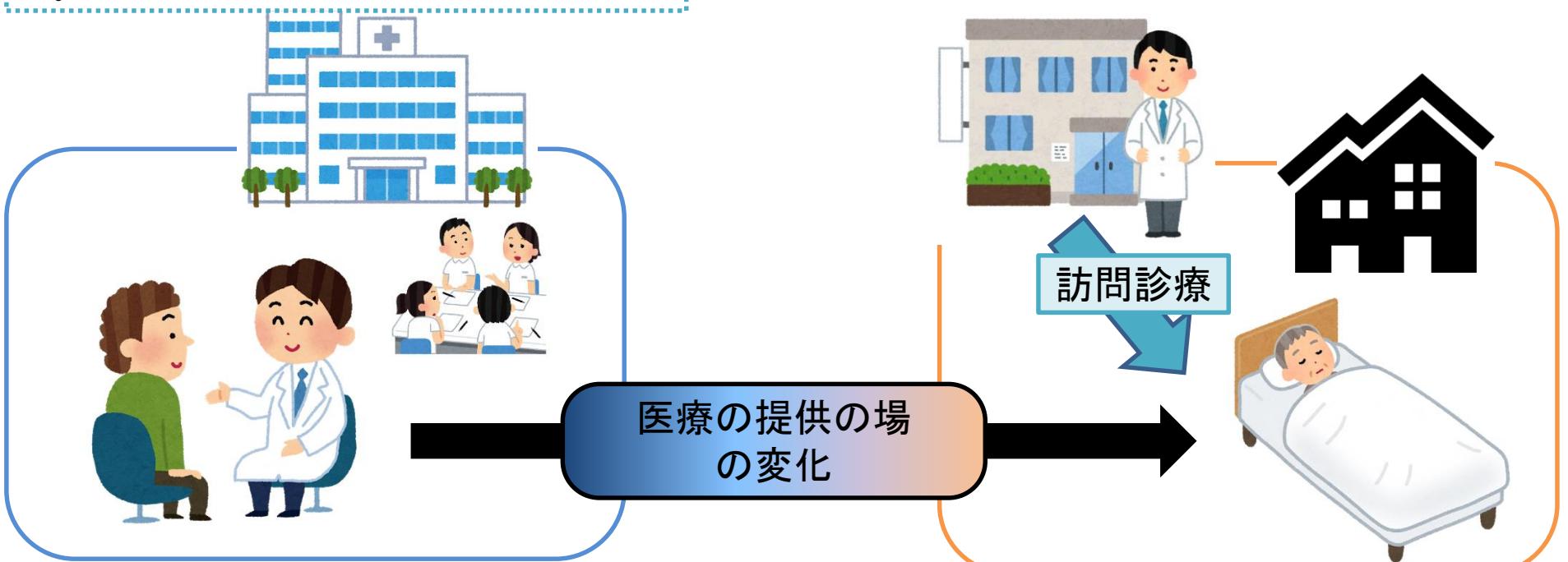
参考資料（白本）の巻末にサンプルを掲載したので活用ください

外来在宅共同指導料の新設

- 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）



外来在宅共同指導料の新設

(外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価)

- 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設する。

(新) 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料 1	400点
外来在宅共同指導料 2	600点

(在宅療養を担う保険医療機関において算定)

(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。



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)

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]

- 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に必要な体制が整備されていること。
- 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

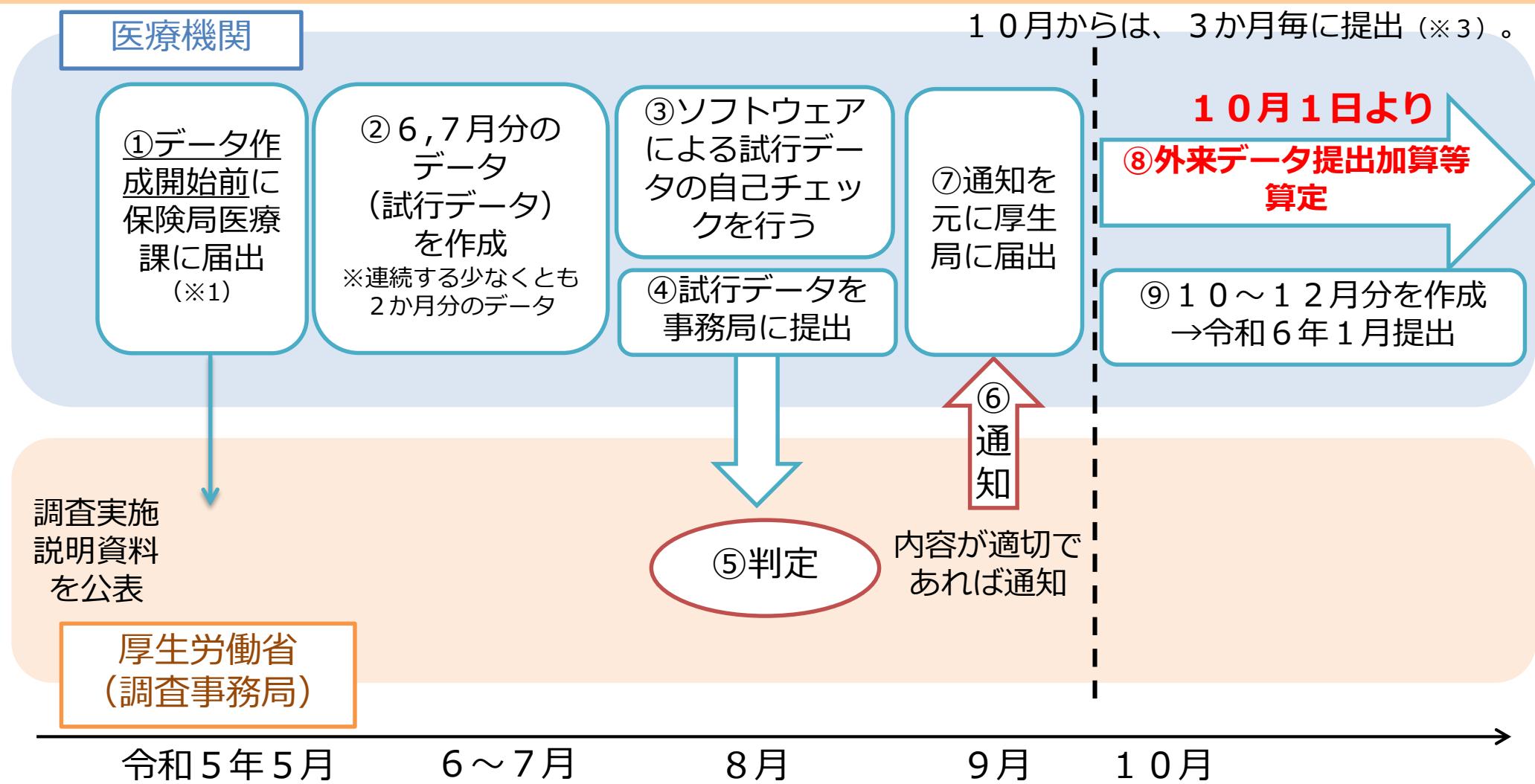
(新) 在宅データ提出加算 50点（月1回）

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。

療養・就労両立支援指導料の見直し

1. 対象疾患に心疾患、糖尿病、若年性認知症を追加

悪性新生物

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患

肝疾患（経過が慢性なものに限る。）

心疾患

糖尿病

若年性認知症

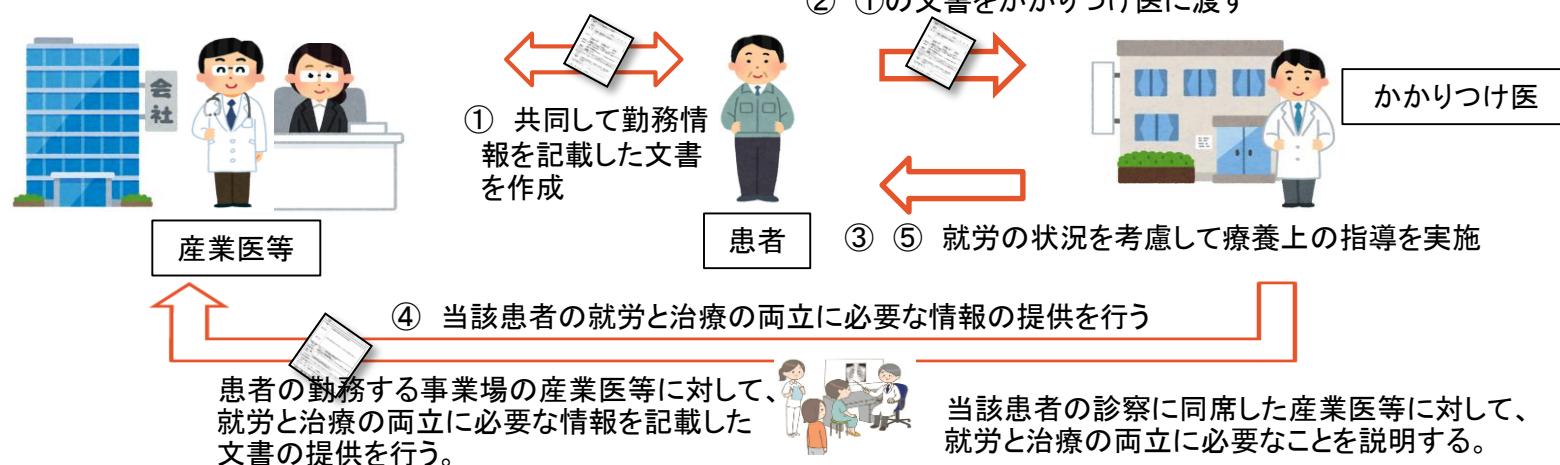
指定難病その他これに準ずる患者

心疾患

糖尿病

若年性認知症

2. 情報の提供先に患者が勤務する事業場の衛生推進者を追加



3. 相談支援加算の対象職種である看護師又は社会福祉士に、精神保健福祉士および公認心理師を追加

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。



	(新) こころの連携指導料（Ⅰ） 350点（月1回）	(新) こころの連携指導料（Ⅱ） 500点（月1回）
対象患者	地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたもの	区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたもの
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
	診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載	連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応
施設基準	—	精神科又は心療内科
	精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築	当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること
	当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。	—

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

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

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

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。

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。

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

改 定

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〕

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:**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):**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**

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

G000 皮内、皮下及び筋肉注射(1回につき):20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。

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。

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・切斷・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

J095 耳処置(耳浴及び耳洗浄を含む。):25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

J098 口腔、咽頭処置:14点

改 定

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):**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):**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〕

糖尿病足病変を追加

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。):**16点**

J098 口腔、咽頭処置:**16点**

オンライン資格確認システムの活用に係る評価の新設

基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

具体的な内容

初診料	電子的保健医療情報活用加算	7点
再診料	電子的保健医療情報活用加算	4点
外来診療料	電子的保健医療情報活用加算	4点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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、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、**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、電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者の診療情報の提供を受けた場合等にあっては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) 電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

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-portsite.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)



■ 運用開始の準備ができたら、「運用開始日」の登録を行ってください！

オンライン資格確認導入に向けた
準備作業の手引き

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

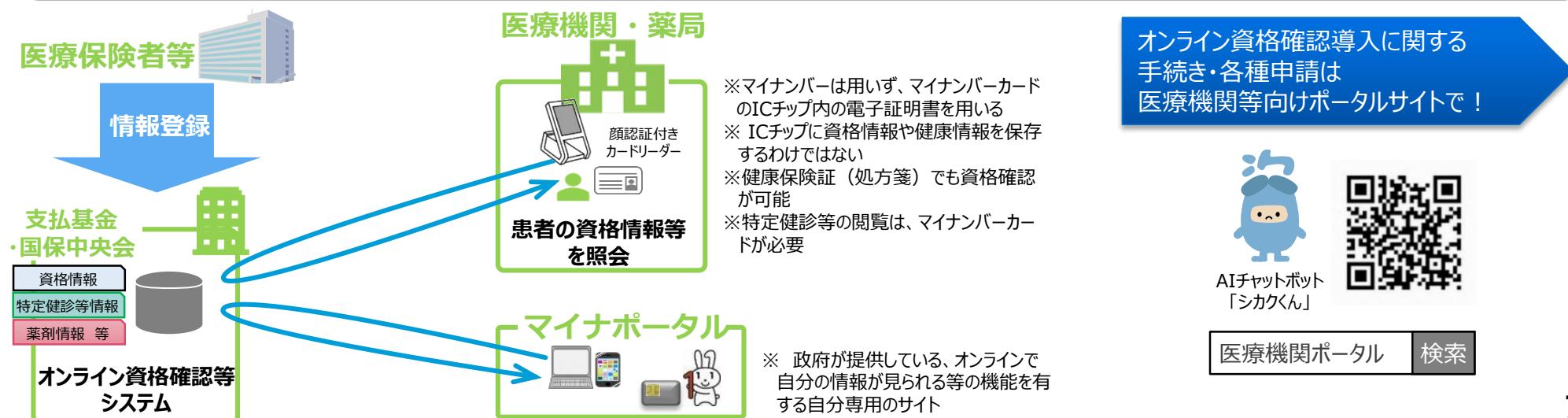
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。
今後、閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築等を予定しており、データヘルスの基盤となることが期待されている。
政府では、令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

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～)



リフィル処方の導入

基本的な考え方

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

具体的な内容

[対象患者]

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

[留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

リフィル処方の導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、 1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。
また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、 リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。
また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

リフィル処方の導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

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

処方箋料の見直し

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。

特定機能病院、地域医療支援病院、400床以上の病院のうち、紹介率等が低い病院

【処方箋料】 [算定要件]

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合 (処方箋の複数回 (3回までに限る。) の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。) には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

リフィル処方の導入

参考

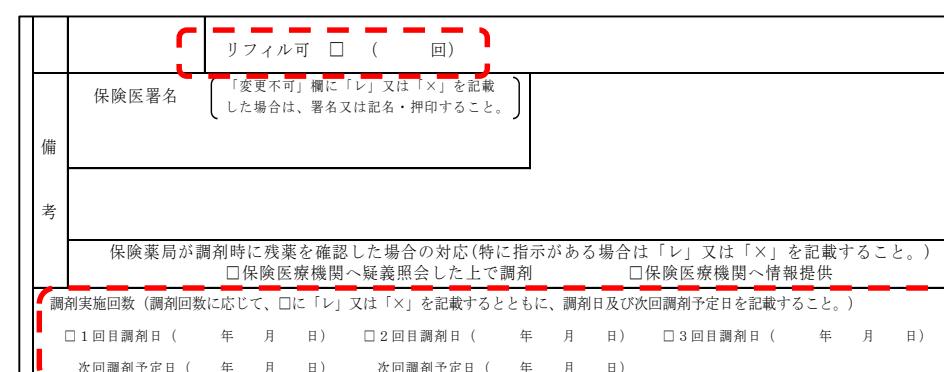
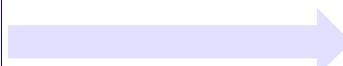
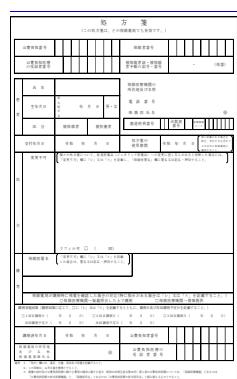
投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する 麻薬(30日を限度とされているものを除く。)
	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)
	○新医薬品であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への収載の日の属する月の翌月 の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するものにあっては、厚生労働大臣 が指定する期間)を経過していないもの (抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾビックロン、ゾルピデム酒石酸塩、タベンタドール、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

リフィル処方の導入

処方箋様式の見直しについて

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



リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

- リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行

【処方箋料】
[算定要件]

注2
区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【処方箋料】
[算定要件]

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合 (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

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 令 合		年 月 日		電話番号							
	区分		被保険者		被扶養者		保険医氏名 (印)							
	交付年月日		令和 年 月 日				処方箋の使用期間		令和 年 月 日				特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
	処 方		変更不可				個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。							
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)														
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		(印)				公費負担医療の受給者番号								
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用法を記載すること。 2. この用紙は、A4判5番を標準とする。 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、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。														

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** 再診時 **448点**
 □ 処方箋を交付しない場合
 (1) 初診時 **758点** 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** 再診時 **437点**
 □ 処方箋を交付しない場合
 (1) 初診時 **747点** 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。

小児かかりつけ診療料等の見直し

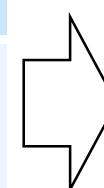
◆ 小児科外来診療料の施設基準の届出を省略する。

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。

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

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

【対象患者（概要）】

- 対象患者は、**以下のいずれかに該当する20歳未満の患者**とする。
 - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、二分脊椎、脊髓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

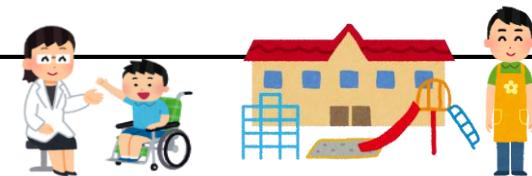
【算定要件（抜粋）】

- **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。

小児慢性特定疾患やアレルギー疾患を有する児童等に関する関係機関の連携

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。**
- 小児慢性特定疾患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、**小児慢性特定疾患支援及びアレルギー疾患を有する患者を追加する。**



現行

【診療情報提供料（I）】

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



改定後

【診療情報提供料（I）】

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



【診療情報提供料（I）】

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

【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

【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患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患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**

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

- 外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、**診療情報提供料（Ⅲ）**について、
 - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
 - 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

[算定要件]

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

[対象患者]

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



改定後

(改) 【連携強化診療情報提供料】 150点

[算定要件]

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

[対象患者]

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

(新)

地域の診療所等



患者を紹介

診療状況を
提供

紹介受診重点医療機関

連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

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

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

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

(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算

60点（1日につき）

[算定要件]

- 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所定点数に加算する。

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

80点（月1回に限り）

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎**により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

[施設基準]

- 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- 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。
- 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

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

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。

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。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

現行制度

[対象患者]

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者
 - ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
 - ※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

«定額負担を求めなくても良い場合» ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

見直し後

- 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

[初診の場合]

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

[再診の場合]

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

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

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

【現行】

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上
減算規定の基準	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率(%)	(紹介患者数+救急搬送者数)／初診患者数 × 100		
逆紹介率(%)	逆紹介患者数／初診患者数 × 100		
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があつた患者の数。 以下を除く。 <ul style="list-style-type: none">休日又は夜間に受診した患者自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があつた患者の数。 以下を除く。 <ul style="list-style-type: none">救急搬送者休日又は夜間に受診した患者自院の健康診断で疾患が発見された患者	
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を含む。 <ul style="list-style-type: none">電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 <ul style="list-style-type: none">診療状況を示す文書を添えて紹介（診療情報提供料を算定）した患者地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- ・ 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - ・ 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】

初診料の注2、3 214点

(情報通信機器を用いた初診については186点)

外来診療料の注2、3 55点

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
<u>紹介割合</u> (%)	(紹介患者数 + 救急患者数) / 初診患者数 × 100			
<u>逆紹介割合</u> (%)	<u>逆紹介患者数 / (初診 + 再診患者数) × 1,000</u>			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
<u>再診患者の数</u>	<u>患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。</u> ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <u>B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

5. オンライン診療

公益裁定の内容①

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ついて

令和4年1月26日

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ついて、公益委員の考えは以下のとおりである。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数の水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。

公益裁定の内容②

3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受けることができる環境を整備することが重要となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべきである。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、**保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること**、また、「指針」において、「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. オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、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。

公益裁定の内容③

7. また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が 87 点から 1,681 点までであるところ、オンライン診療の場合では一律 100 点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律 147 点となっている。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。

オンライン診療料の見直し

基本的な考え方

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。

【公益裁定】

- 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。
- 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。

具体的な内容

(新)	<u>初診料（情報通信機器を用いた場合）</u>	<u>251点</u>
(新)	<u>再診料（情報通信機器を用いた場合）</u>	<u>73点</u>
(新)	<u>外来診療料（情報通信機器を用いた場合）</u>	<u>73点</u>

[対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者^(※)（※再診の場合は「医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者」）

具体的な内容

[算定要件]

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、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。

具体的な内容

[算定要件]

（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、診療録に記載すること。

- 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。

具体的な内容

〔算定要件〕

(6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

具体的な内容

〔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。

(※) 再診（情報通信機器を用いた場合）、外来診療料（情報通信機器を用いた場合）についても同様。

オンライン診療料の見直し

情報通信機器を用いた医学管理等に係る基本的な考え方

- 検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。

→ 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。

- 上記以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの

→ ウィルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料2、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価の対象に追加する。

【公益裁定】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。

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 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	<u>196点</u>
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	<u>128点</u>
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	<u>76点</u>
B0015 小児科療養指導料	270点	<u>235点</u>
B0016 てんかん指導料	250点	<u>218点</u>
B0017 難病外来指導管理料	270点	<u>235点</u>
B00127 糖尿病透析予防指導管理料	350点	<u>305点</u>
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	<u>1,070点</u>
2 1以外の場合		
1月27回以下の場合	650点	<u>566点</u>
口 月28回以上の場合	750点	<u>653点</u>

- ▶ 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	<u>209点</u>
ウイルス疾患指導料2	330点	<u>287点</u>
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	<u>218点</u>
皮膚科特定疾患指導管理料（II）	100点	<u>87点</u>
B00118 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	<u>479点</u>
B00122 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	<u>174点</u>
B00123 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	<u>435点</u>
口 略	200点	<u>174点</u>
ハ 略	200点	<u>174点</u>
ニ 略	300点	<u>261点</u>
B00124 外来緩和ケア管理料	290点	<u>252点</u>
B00125 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	<u>261点</u>
口 造血幹細胞移植後の場合	300点	<u>261点</u>
B00131 腎代替療法指導管理料	500点	<u>435点</u>
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	<u>113点</u>
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	<u>696点</u>
2 2回目以降	400点	<u>348点</u>
B005-6 がん治療連携計画策定料2	300点	<u>261点</u>
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	<u>435点</u>
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	<u>609点</u>
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	<u>218点</u>

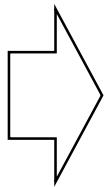
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

- 在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせて実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。
- 施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせて実施した場合の評価を新設する。

現行

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



改定後

在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料についても同様）に情報通信機器を用いた場合の評価を設定
(例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合)
※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

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

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

※ 在宅療養支援診療所:在支診 在宅療養支援病院:在支病		機能強化型在支診・在支病(病床あり)			機能強化型在支診・在支病(病床なし)			在支診・在支病			その他		
在 宅 時 医 学 總 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 總 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 101

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

情報通信機器を用いた在宅管理に係る算定要件の見直し

- 在宅時医学総合管理料の訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせて実施した場合の評価における要件について、情報通信機器を用いた診療の見直しにあわせて、以下の見直しを行う。
 - ・事前の対面診療の期間を3月とされていたところ、廃止する。
 - ・複数の医師がチームで診療を行う場合について、要件を見直す。

現行

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)

工 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

6. その他

- ①不妊治療
- ②後発医薬品の使用促進
- ③DPC/PDPSの見直し
- ④コロナ特例

不妊治療の保険適用の概要

(参考) 令和4年度診療報酬改定について

1. 診療報酬 + 0. 43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 23%

各科改定率 医科 + 0. 26%
 歯科 + 0. 29%
 調剤 + 0. 08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲ 0. 10%
(症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う)

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 20%

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

不妊治療の保険適用の概要

(不妊治療の保険適用に係る政府方針)

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

- 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額の医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告（令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定）においても同様の記載あり

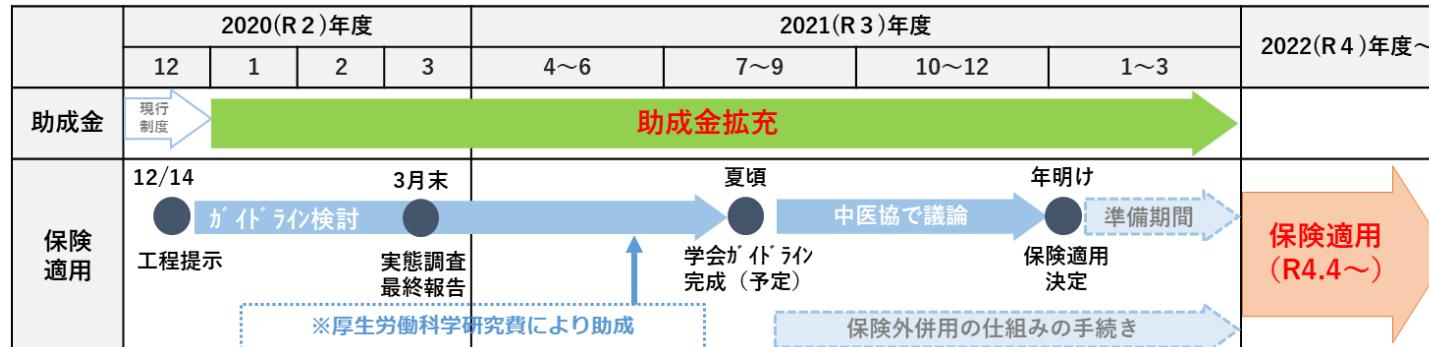
菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを生み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）（抄）

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度（2021年）中に詳細を決定し、**令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施すること**とし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。



不妊治療の保険適用の概要

(不妊治療の全体像)

令和4年3月以前から保険適用

検査(原因検索)

①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からぬ機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

原因疾患への治療

①男性側に原因

精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。
手術療法や薬物療法が行われる。

②女性側に原因

子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

原因不明の不妊や治療が奏功しないもの **【令和4年4月から新たに保険適用】** ※令和4年3月までは保険適用外

一般不妊治療

タイミング法

排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。



人工授精

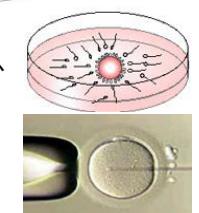
精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。

生殖補助医療

※令和4年3月までは助成金の対象。助成金事業では「特定不妊治療」という名称を使用

体外受精

精子と卵子を採取した上で体外で受精させ（シャーレ上で受精を促すなど）、子宮に戻して妊娠を図る技術。



顕微授精

体外受精のうち、卵子に注射針等で精子を注入するなど人工的な方法で受精させる技術。

胚移植の段階で、
以下に分かれる
・新鮮胚移植
・凍結胚移植

男性不妊の手術

射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる

第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療

第三者の精子提供による人工授精（AID）

第三者の卵子・胚提供

代理懐胎

「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和3年3月11日施行）の附則第3条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、**保険適用の対象外**。

不妊治療の保険適用の概要

- 子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、以下のとおり、不妊治療に係る医療技術等の評価を新設する。

一般不妊治療に係る評価の新設

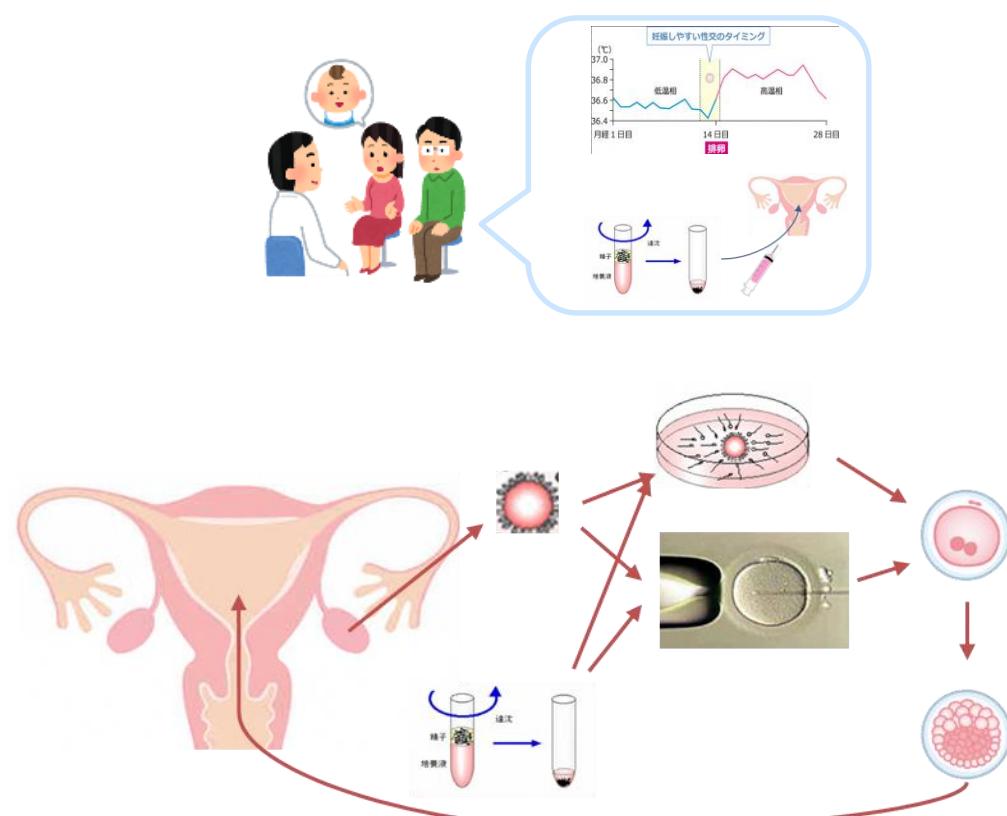
- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

生殖補助医療に係る評価の新設

- 生殖補助医療管理料
- 抗ミュラー管ホルモン（AMH）
- 採卵術
- 体外受精・顕微授精管理料
 - 卵子調整加算、採取精子調整加算
- 受精卵・胚培養管理料
- 胚凍結保存管理料
- 胚移植術
 - アシステッドハッチング
 - 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置

男性不妊治療に係る評価の新設

- Y染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術



不妊治療の保険適用の概要

(不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降))

一般不妊治療

【新たに保険適用】

タイミング法

※管理料で
包括評価



人工授精

※評価を新設



＜「生殖補助医療」の補足＞

- 下記診療の流れは、生殖医療ガイドラインに記載されている医療技術等について整理したもの。
- 推奨度ごとの考え方は、以下のとおり。

- 推奨度A：実施を強く推奨**
推奨度B：実施を推奨
推奨度C：実施を考慮

生殖補助医療

【新たに保険適用】

※ 年齢・回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様

1 採卵

- 【いずれかを実施】
- 調整卵巣刺激法
 - 低卵巣刺激法
 - 自然周期

推奨度
A～B

2 採精

- 男性不妊の手術
・精巣内精子採取術
(TESE)

推奨度
A～B

3 体外受精

- 【いずれかを実施】
- 体外受精
 - 顕微授精

4 受精卵・胚培養

- ※ 複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法

- 【いずれかを実施】
- 初期胚まで
 - 胚盤胞まで

推奨度
A～B

5 胚凍結保存

- 【いずれかの場合に実施】
- 複数の胚が作成できた場合
 - 全胚凍結周期である場合

推奨度
A～B

6 胚移植

- 【いずれかを実施】
- 新鮮胚移植
 - 凍結胚移植

推奨度
A～B

下線部は保険適用

その他は先進医療とする方針

※ 先進医療は随時申請が可能

追加的に実施される場合があるもの

【③とセット】

- 卵子活性化
- IMSI
- PICSI

【⑥とセット】

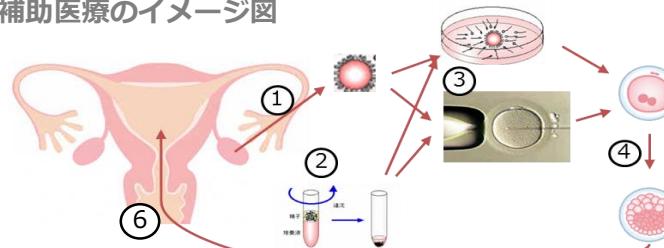
- アシステッドハッチング
- 高濃度ヒアルロン酸含有培養液
- 子宮内膜受容能検査
- 子宮内細菌叢検査
- SEET法
- 子宮内膜スクラッチ
- PGT
- 反復着床不全に対する投薬

【④とセット】

- タイムラプス

推奨度
B

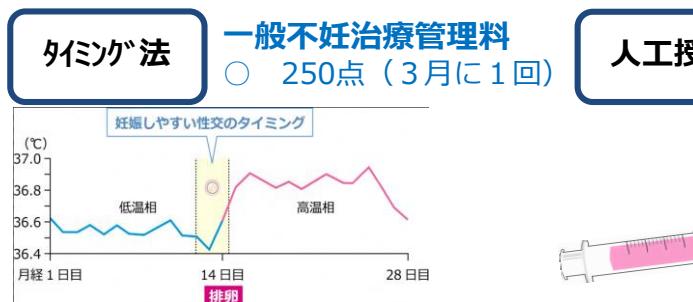
生殖補助医療のイメージ図



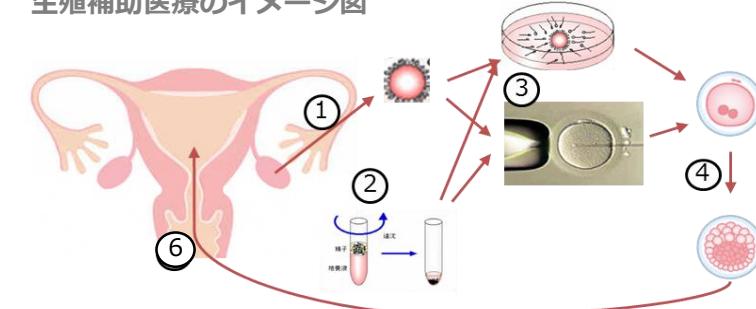
不妊治療の保険適用の概要

(不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降))

一般不妊治療

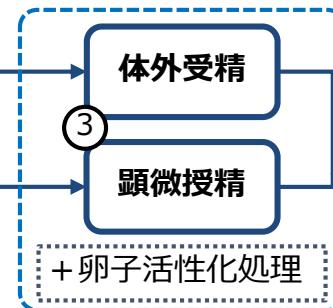
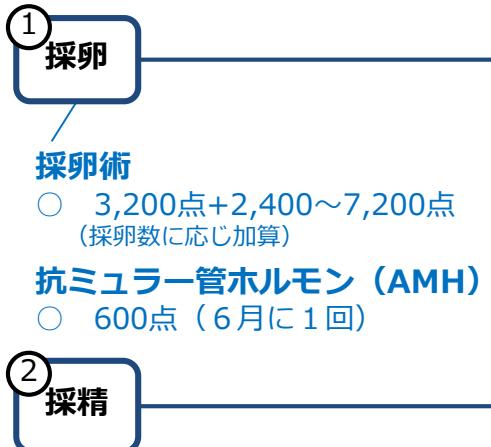


生殖補助医療のイメージ図



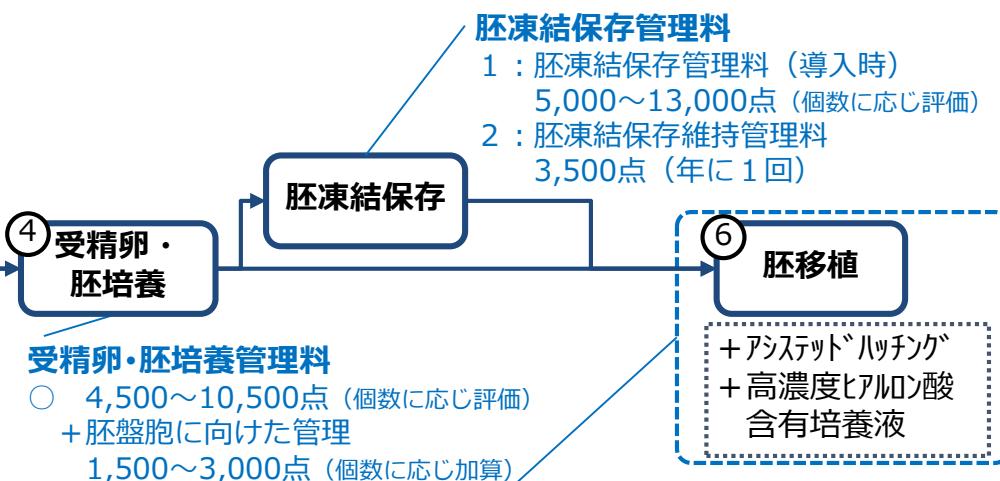
生殖補助医療

生殖補助医療管理料 (月に1回)
1 : 300点 (相談対応の専任者を配置)
2 : 250点 (上記以外)



体外受精・顕微授精管理料

- 1 : 体外受精 4,200点
2 : 顕微授精 4,800~12,800点 (個数に応じ評価)
+ 採取精子調整加算 5,000点
+ 卵子調整加算 1,000点



- Y染色体微小欠失検査** ○ 3,770点 (患者につき1回)
- 精巣内精子採取術**
1 : 単純なもの 12,400点
2 : 顕微鏡を用いたもの 24,600点

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。

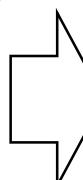
後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行

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 2 (80%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上)	37点

改定後

後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上)	47点
後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上)	37点



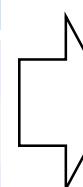
外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行

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 2 (75%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上)	2点

改定後

外来後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上)	5点
外来後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上)	2点



※後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発し、入手が困難となっていることを踏まえ、一部の品目については「後発医薬品使用体制加算」等の要件の「後発医薬品の使用割合」を算出する際、算出対象から除外しても差し支えないとする取扱いが示されている。（次ページ参照）
今後もこの取扱いが継続されるとともに、対象品目の見直しも予定されている。

【参考】後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて (令和3年9月21日事務連絡)

- 後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発し、これらの製品を使用していた医療機関・薬局を中心に、代替品を入手することが困難となっていることを踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱いを実施 (R3.9.21～R4.3.31)

「後発医薬品使用体制加算」等における後発医薬品の使用割合の取扱い

- ・ 対象の供給停止品目（下記）と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」等の要件の「後発医薬品の使用（調剤）割合」を算出する際、算出対象から除外しても差し支えないこととする。※
※ 対象の全ての品目（先発を含む）を割合の算出対象から除外することとする（一部の成分の品目のみを除外することは不可）

対象成分一覧

：27成分1025品目（先発：87品目、後発：938品目） 注） いずれも内服薬に限る。括弧内は主な効能等。

1. アトルバスタチンカルシウム水和物（高血圧）
2. アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物（高血圧）
3. イルベサルタン（高血圧）
4. エパルレスタン（糖尿病性神経障害）
5. エピナスチン塩酸塩（抗アレルギー）
6. エンタカポン（パーキンソン病）
7. エンテカビル水和物（B型慢性肝炎）
8. オロパタジン塩酸塩（抗アレルギー）
9. カンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩（高血圧）
10. クラリスロマイシン（抗菌）
11. グリメピリド（糖尿病）
12. クロピドグレル硫酸塩（抗血小板）
13. ゾルピデム酒石酸塩（睡眠導入）
14. トランナスト（抗アレルギー）
15. トリアゾラム（睡眠導入）
16. ナテグリニド（糖尿病）
17. ニカルジピン塩酸塩（高血圧）
18. パルサルタン・アムロジピンベシル酸塩（高血圧）
19. ピルシカイニド塩酸塩水和物（不整脈）
20. フェキソフェナジン塩酸塩（抗アレルギー）
21. プランルカスト水和物（喘息）
22. メサラジン（潰瘍性大腸炎）
23. ラロキシフェン塩酸塩（骨粗鬆症）
24. リシノプリル水和物（高血圧）
25. リスペリドン（抗精神病）
26. リルマザホン塩酸塩水和物（睡眠導入）
27. ロサルタントリウム・ヒドロクロロチアジド（高血圧）

【参考】後発医薬品の出荷停止等を踏まえた診療報酬上の臨時的な取扱いについて (令和4年3月4日事務連絡)

- 後発医薬品の製造販売業者が業務停止命令を受けたことなどに伴い、後発医薬品の供給停止や出荷調整が頻発し、これらの製品を使用していた医療機関・薬局を中心に、代替品を入手することが困難となっていることを踏まえ、令和3年9月から令和4年3月まで臨時的な診療報酬の取扱いを講じていたところ。
- 依然として後発医薬品の供給停止や出荷調整が続き、代替後発医薬品の入手が困難な状況となっていることを踏まえ、令和4年4月以降においても引き続き臨時的な診療報酬の取扱いを実施 (R4.4.1～R4.9.30)

「後発医薬品使用体制加算」等における後発医薬品の使用割合の取扱い

- 対象の供給停止品目（下記）と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」等の要件の「後発医薬品の使用（調剤）割合」を算出する際、算出対象から除外しても差し支えないこととする。※
※ 対象の全ての品目（先発を含む）を割合の算出対象から除外することとする（一部の成分の品目のみを除外することは不可）

対象成分一覧

：58成分1,936品目（先発：187品目、後発：1,749品目）注）いずれも内服薬に限る。括弧内は主な効能等。

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1. アトルバスタチンカルシウム水和物（高脂血症） | 20. ゾルピデム酒石酸塩（睡眠導入） | 40. フルボキサミンマレイン酸塩（抗うつ） |
| 2. アムロジピンベシル酸塩（高血圧） | 21. タルチレリン水和物（運動失調） | 41. プロチゾラム（睡眠障害） |
| 3. アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物（高血圧） | 22. タンドスピロニン酸塩（抗不安） | 42. プロピペリン塩酸塩（頻尿） |
| 4. アリピラゾール（抗精神病） | 23. チアブリド塩酸塩（抗精神病） | 43. ベロスピロン塩酸塩水和物（抗精神病） |
| 5. エトドラク（非ステロイド） | 24. チザニジン塩酸塩（筋弛緩） | 44. マプロチリン塩酸塩（抗うつ） |
| 6. エナラブリルマレイン酸塩（高血圧） | 25. テルビナフィン塩酸塩（抗真菌） | 45. ミルナシプロラン塩酸塩（抗うつ） |
| 7. エパリレスタット（糖尿病性神経障害） | 26. トランニラスト（抗アレルギー） | 46. メキシレチン塩酸塩（不整脈） |
| 8. エピナステチン塩酸塩（抗アレルギー） | 27. トリアゾラム（睡眠導入） | 47. メサラジン（潰瘍性大腸炎） |
| 9. エベリゾン塩酸塩（鎮痙） | 28. ドロキシドバ（パーキンソン病） | 48. ラロキシフェン塩酸塩（骨粗鬆症） |
| 10. エンタカポン（パーキンソン病） | 29. ナテグリニド（糖尿病） | 49. ランソプラゾール（胃潰瘍） |
| 11. オメプラゾール（胃潰瘍） | 30. ニカルジピン塩酸塩（高血圧） | 50. リシノブリル水和物（高血圧） |
| 12. オロパタジン塩酸塩（抗アレルギー） | 31. ニザチジン（胃酸分泌抑制） | 51. リスペリドン（抗精神病） |
| 13. クアゼバム（睡眠障害） | 32. バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩（高血圧） | 52. リルマザホン塩酸塩水和物（睡眠導入） |
| 14. クラリスロマイシン（抗菌） | 33. パロキセチン塩酸塩水和物（抗うつ） | 53. レボセチリジン塩酸塩（抗アレルギー） |
| 15. グリメピリド（糖尿病） | 34. フェキソフェナジン塩酸塩（抗アレルギー） | 54. レボドバ・カルビドバ水和物（パーキンソン病） |
| 16. クロピドグレル硫酸塩（抗血小板） | 35. プラバスタチンナトリウム（高脂血症） | 55. ロキシストロマイシン（抗菌） |
| 17. セチリジン塩酸塩（抗アレルギー） | 36. フラボキサート塩酸塩（頻尿） | 56. ロサルタンカリウム（高血圧） |
| 18. セカベンビポキシル塩酸塩水和物（抗菌） | 37. プラミペキソール塩酸塩水和物（パーキンソン病） | 57. ロピニロール塩酸塩（パーキンソン病） |
| 19. ゾテビン（抗精神） | 38. ブランカルカスト水和物（喘息） | 58. ロペラミド塩酸塩（下痢） |
| | 39. ブリンゾラミド（眼圧降下） | |

※新規太字

(参考) 対象品目一覧

前回から継続

: 22成分 (注) いずれも内服薬に限る。括弧内は主な効能等。取消線は今回除外対象から外れたもの

1. アトルバスタチンカルシウム水和物 (高脂血症)
2. アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム水和物 (高血圧)
3. ~~イルベサルタン (高血圧)~~
4. エパルレstatt (糖尿病性神経障害)
5. エピナスチン塩酸塩 (抗アレルギー)
6. エンタカポン (パーキンソン病)
7. ~~エンテカビル水和物 (B型慢性肝炎)~~
8. オロパタジン塩酸塩 (抗アレルギー)
9. ~~カンデサルタンシレキセチル・アムロジピンベシル酸塩 (高血圧)~~
10. クラリスロマイシン (抗菌)
11. グリメビリド (糖尿病)
12. クロピドグレル硫酸塩 (抗血小板)
13. ゾルピデム酒石酸塩 (睡眠導入)
14. トランニラスト (抗アレルギー)
15. トリアゾラム (睡眠導入)
16. ナテグリニド (糖尿病)
17. ニカルジピン塩酸塩 (高血圧)
18. バルサルタン・アムロジピンベシル酸塩 (高血圧)
19. ~~ピルシカイニド塩酸塩水和物 (不整脈)~~
20. フェキソフェナジン塩酸塩 (抗アレルギー)
21. ブランルカスト水和物 (喘息)
22. メサラジン (潰瘍性大腸炎)
23. ラロキシフェン塩酸塩 (骨粗鬆症)
24. リシノブリル水和物 (高血圧)
25. リスペリドン (抗精神病)
26. リルマザホン塩酸塩水和物 (睡眠導入)
27. ~~ロサルタンカリウム・ヒドロクロロチアジド (高血圧)~~

新規

: 36成分 (注) いずれも内服薬に限る。括弧内は主な効能等。

1. アムロジピンベシル酸塩 (高血圧)
2. アリピプラゾール (抗精神病)
3. エトドラク (非ステロイド)
4. エナラプリルマレイン酸塩 (高血圧)
5. エペリゾン塩酸塩 (鎮痙)
6. オメプラゾール (胃潰瘍)
7. クアゼパム (睡眠障害)
8. セチリジン塩酸塩 (抗アレルギー)
9. セフカベン ピボキシル塩酸塩水和物 (抗菌)
10. ゾテビン (抗精神)
11. タルチレリン水和物 (運動失調)
12. タンドスピロンクエン酸塩 (抗不安)
13. チアブリド塩酸塩 (抗精神病)
14. チザニジン塩酸塩 (筋弛緩)
15. テルビナフィン塩酸塩 (抗真菌)
16. ドロキシドバ (パーキンソン病)
17. ニザチジン (胃酸分泌抑制)
18. パロキセチン塩酸塩水和物 (抗うつ)
19. プラバスタチンナトリウム (高脂血症)
20. フラボキサート塩酸塩 (頻尿)
21. プラミペキソール塩酸塩水和物 (パーキンソン病)
22. ブリンソラミド (眼圧降下)
23. フルボキサミンマレイン酸塩 (抗うつ)
24. プロチゾラム (睡眠障害)
25. プロピベリン塩酸塩 (頻尿)
26. ベロスピリон塩酸塩水和物 (抗精神病)
27. マプロチリン塩酸塩 (抗うつ)
28. ミルナシプロラン塩酸塩 (抗うつ)
29. メキシレチン塩酸塩 (不整脈)
30. ランソプラゾール (胃潰瘍)
31. レボセチリジン塩酸塩 (抗アレルギー)
32. レボドバ・カルビドバ水和物 (パーキンソン病)
33. ロキシスロマイシン (抗菌)
34. ロサルタンカリウム (高血圧)
35. ロピニロール塩酸塩 (パーキンソン病)
36. ロペラミド塩酸塩 (下痢)

DPC/PDPSの見直し

➤ 医療機関別係数の見直し

- 基礎係数（医療機関群）**：現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準（DPC特定病院群）を維持する。
- 機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
- 機能評価係数Ⅱ**：従前の6つの評価項目を維持する。地域医療指数における体制評価指数は、医療計画に係る取組等を踏まえ、以下のとおり見直す。

現行

【体制評価指数】

- がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、その他の9項目で評価
- 〈災害〉（新設）
- 〈へき地〉「へき地医療拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」
- 〈その他〉新型インフルエンザ対策

改定後

【体制評価指数】

- 従前の9項目に**感染症**を追加

〈災害〉 **B C Pの策定**（災害拠点病院以外）

〈へき地〉 **「へき地医療拠点病院の指定かつ主要3事業を年12回以上」**又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」

「へき地医療拠点病院の指定（主要3事業を年12回以上実施している場合を除く。）」

〈感染症〉新型インフルエンザ対策

新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、G M I S）



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

➤ 算定ルールの見直し

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

➤ 退院患者調査の見直し

- 入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬材料等が包括されている外来診療に係る評価について、実施された診療行為を外来EFファイルで提出することとする。
- 調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

診断群分類点数表の見直し

点数設定方式Dで設定する診断群分類の見直し

- 短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dにより設定する。
- 具体的には、以下の診断群分類等について、点数設定方式Dにより設定する。

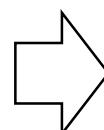
点数設定方式Dで設定する診断群分類（例）

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

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

現行

【診断群分類】
D方式
95分類



改定後

【診断群分類】
D方式
153分類

診断群分類点数表の見直し

他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

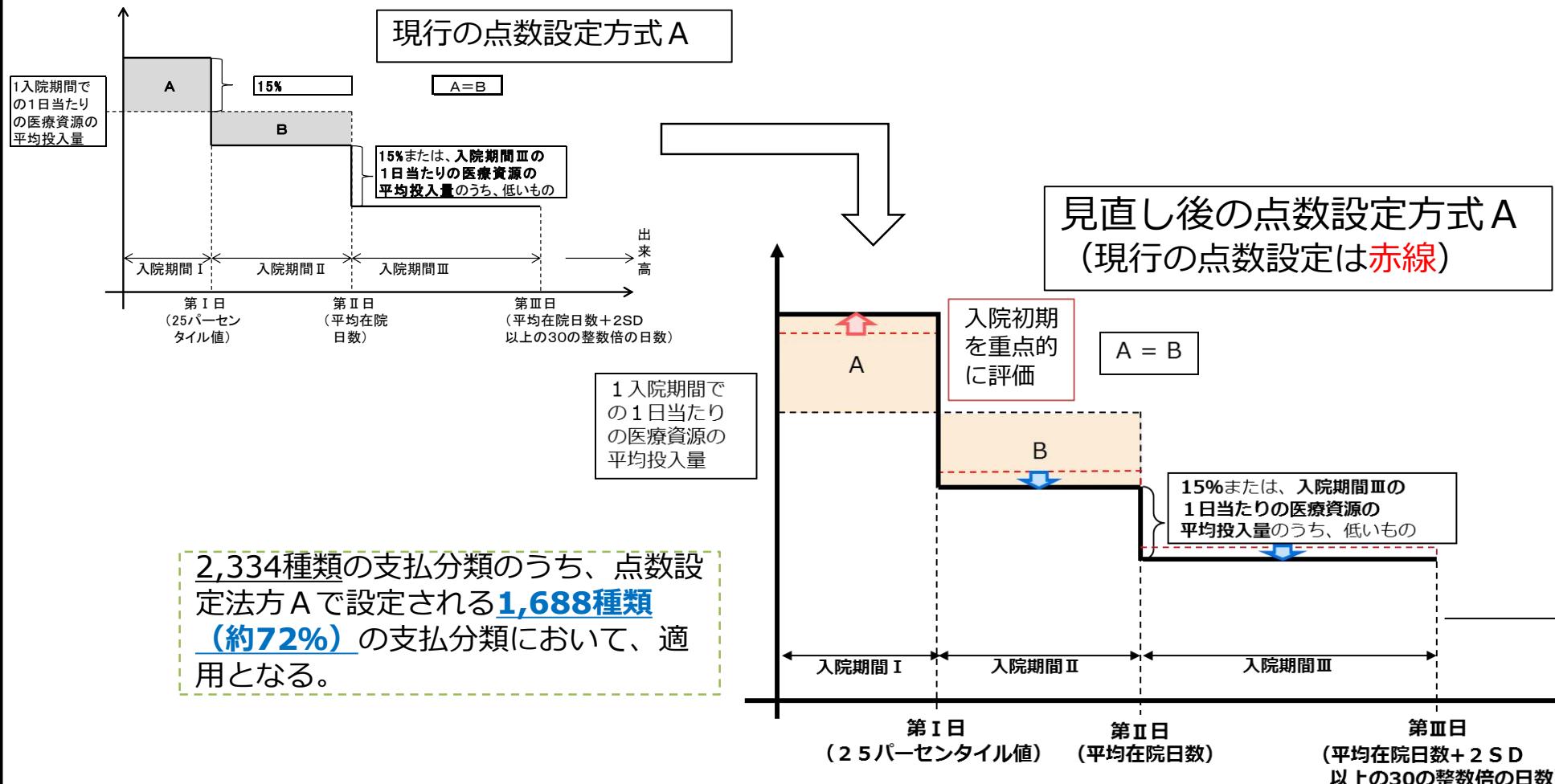
- 治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から退院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

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

診断群分類点数表の見直し

点数設定方式の見直し

- 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間I）をより重点的に評価する体系に見直す。



令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

- 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。
- 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
- 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。
(※1) 具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。
- 令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※2）も終了する。
(※2) 新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

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

(1) 医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

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

(2) 施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

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

(3) 看護配置の変動に関する取扱い

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

(4) DPC対象病院の要件等の取扱い

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

(5) 本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

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

(6) 研修等の取扱いについて

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

(7) 緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

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

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

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

- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
- イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
- ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
- エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

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

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

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

- ①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする
- ②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いることとした。

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 : 院内トリア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** 〕
 口ナブリーブ投与の場合 : 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

〔 口ナブリーブ投与の場合 : 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

[一次補正以降] (R2.4/18～) <u>重症患者</u> 特定集中治療室管理料等を 2倍 (8,448～28,422点)	[二次補正以降] (R2.5/26～) <u>重症患者(専用病床の確保)</u> 特定集中治療室管理料等を 3倍 (12,672～42,633点)	[令和2年9月15日予備費以降] (R2.9/15～) <u>重症患者</u> (同左) <u>中等症患者</u> 中等症Ⅱ以上 の患者は 救急医療管理加算を 5倍 (4,750点)	[令和3年8月27日予備費以降] (R3.8/27～) <u>重症患者</u> (同左) <u>中等症患者</u> 救急医療管理加算を、 入院加療の必要な患者は 4倍 (3,800点) 中等症Ⅱ以上 の患者は 6倍 (5,700点)
<u>中等症患者</u> 救急医療管理加算を 2倍 (1,900点)	<u>中等症患者(専用病床の確保)</u> 救急医療管理加算を 3倍 (2,850点)		

(令和2年4月8日～)

- 新型コロナへの感染を疑う患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療で、院内トリアージ実施料(300点/回)を算定できることとした。

(令和2年4月18日～)

- 入院を要する新型コロナ患者について、救急医療管理加算(950点/日)、及び二類感染症入院診療加算(250点/日)を算定できることとした。

(令和2年4月18日～)

- 医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとした。

(令和2年12月15日～)

- 6歳未満の乳幼児に対し、感染予防策を講じた上で外来診療等を実施した場合、**医科100点、歯科55点、調剤12点**を算定できることとした。(令和3年10月～**令和4年3月末まで**については、**医科50点、歯科28点、調剤6点**とした。)

(令和2年12月15日～)

- 新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げた。※これまでの臨時特例二類感染症患者入院診療加算(1倍)250点→今回の見直し(3倍)750点

(令和3年1月22日～)

- 新型コロナから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者について、**救急医療管理加算(950点)**を最大90日間算定できることとした。

(令和3年2月26日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に往診・訪問看護を緊急に実施した場合に、それぞれ、**緊急往診加算(325～850点)**、**緊急訪問看護加算(2,650円)**を算定できることとした。

(令和3年4月1日～)

- 全ての患者の診療等について特に手厚い感染症対策を要することを勘案して**医科外来等感染症対策実施加算5点**を算定できることとした。(令和3年9月末まで)

(令和3年5月11日～)

- 新型コロナ患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、**298点**を算定できることとした。
- 新型コロナ感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者に対して、個室で入院医療を行った場合に、**個室加算(300点)**を算定できることとした。

(令和3年7月30日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して往診・訪問診療又は訪問看護を実施した場合、それぞれ、救急医療管理加算(950点)、長時間訪問看護加算(5,200円)を算定できることとした。※長時間訪問看護加算は8月4日～

(令和3年8月16日～)

- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いた初診・再診を行った場合に二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できることとした。

(令和3年8月27日～)

- 新型コロナに感染した妊産婦について、ハイリスク妊娠管理加算を21日目以降、ハイリスク分娩管理加算を9日目以降も算定できることとした。

(令和3年9月28日～)

- 自治体HPで公表された診療・検査医療機関が、新型コロナへの感染を疑う患者に、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、院内トリアージ実施料(300点/回)とは別に二類感染症患者入院診療加算(250点/日)を算定できることとした。(令和4年3月末まで)
- 新型コロナ患者の外来診療について、ロナプリーブ投与を行った場合は救急医療管理加算の3倍(2,850点)、その他の場合は当該加算(950点)を算定できることとした。
- 自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対する往診について、ロナプリーブ投与を行った場合は救急医療管理加算の5倍(4,750点)、その他の場合は当該加算の3倍(2,850点)を算定出来ることとした。緊急に訪問看護を行った場合は長時間訪問看護加算の3倍(15,600円)を算定できることとした。

問1 「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63)」(令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の問1において、「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、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、令和4年3月31日までの措置として、「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9)」(令和2年4月8日厚生労働省保険局医療課事務連絡)の2(2)における二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できるとされているが、令和4年4月1日以降の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答)令和4年7月31日までの間は、引き続き、当該加算を算定することができる。

外来

- ✓ 疑い患者への外来診療

疑い患者への外来診療：院内トリアー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>

院内トリアージ実施料の特例算定(300点)
+ 二類感染症患者入院診療加算の特例加算 (250点)

令4.7.31まで 引き続き算定可能

問2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その66)」(令和4年2月17日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「2月17日事務連絡」という。)の問1において、自宅・宿泊療養を行っている者に対して、重点措置を実施すべき区域として公示された区域を含む都道府県に所在する保険医療機関であって、保健所等から健康観察に係る委託を受けているもの又は「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ものの医師が、電話や情報通信機器を用いて新型コロナウイルス感染症に係る診療を行った場合、二類感染症患者入院診療加算の100分の200に相当する点数(500点)を算定できるとされているが、重点措置が解除された場合の取扱いについてどのように考えればよいか。

(答) 令和4年3月21日時点において重点措置を実施すべき区域として公示された区域を含む都道府県に所在する保険医療機関については、令和4年4月30日までの間に限り、2月17日事務連絡の問1に示す「重点措置を実施すべき期間とされた期間において、実施すべき区域として公示された区域を含む都道府県に所在する保険医療機関」に該当するものとみなす。

在宅

令4.4.30まで算定可能

✓ 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～重点措置解除まで>
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

【見直し案】

- 「核酸検出(PCR)検査(委託)」について、感染状況や医療機関での実施状況を踏まえ、激変緩和のための更なる経過措置として、令和4年4月1日から令和4年6月30日まで850点とし、令和4年7月1日に700点とする。

検査項目	～12/30	12/31～3/31	4/1～6/30	7/1～
核酸検出(PCR)検査(委託)	1800点	1350点	700点 850点	700点
核酸検出(PCR)検査(委託以外)	1350点		700点	
抗原検出検査(定性)			300点	
抗原検出検査(定量)	600点		560点	

【日本医師会からの主張】

厚生労働省から業界へ強く働きかけが行われた上で、2月に実施した調査結果に基づき、4月以降について 850 点と修正いただくことについては了承したい。

加えて、7月以降に 700 点に引き下げる予定とされているが、今回同様、その時の感染状況や医療機関での実施状況を踏まえた上で、医療現場の持ち出しどとなるようなことのないような柔軟な対応をしていただきたい。

あわせて、今回提案のあった委託検査以外についても、適切に実態把握を行っていただき、必要に応じて迅速・柔軟な対応を求めたい。

ご清聴ありがとうございました

No.0000001321



「みんなで安心マーク」
はじめました



院内における新型コロナウイルス 感染症対策チェックリスト

- 職員に対して、サーボカルマスクの着用、手指衛生を適切に実施しています。
- 職員に対して、毎日(朝、夕)の検温等の健康管理を適切に実施しています。
- 職員が身体の不調を訴えた場合に適切な対応を講じています。
- 患者、取引業者等に対して、マスクの着用、手指衛生の適切な実施を指導しています。
- 発熱患者への対応として、事前に電話での受診相談を行う、または対応できる医療機関へ紹介する等の対策を講じています。また、発熱患者を診察する場合には、時間的または空間的に動線を分けるなどの対策を講じています。
- 受付における感染予防策(遮蔽物の設置等)を講じています。
- 患者間が一定の距離が保てるよう必要な措置を講じています。
- 共用部分、共有物等の消毒、換気等を適時、適切に実施しています。
- マスク等を廃棄する際の適切な方法を講じています。

日本医師会
Japan Medical Association

協力：厚生労働省

ぜひ、「みんなで安心マーク」をご活用ください！

日本医師会WEBサイト トップページよりアクセスしてください