



診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：株式会社日本医療企画

発行：メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）
 発信者：(株)佐々木総研 福岡県北九州市八幡東区石坪町10-13 TEL.093-651-5533

—速報【診療所版】—

本日開催された中央社会保険医療協議会総会で、令和4年度診療報酬改定が中医協より厚生労働大臣に答申されました（本速報は答申時点の資料に基づいています）。【診療所版】における主だった改定項目は以下の通りです。

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

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

外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

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

（新） 外来感染対策向上加算 6点

[算定要件]

組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

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

- ア 初診料
- イ 再診料
- ウ 小児科外来診療料
- エ 外来リハビリテーション診療料
- オ 外来放射線照射診療料
- カ 地域包括診療料
- キ 認知症地域包括診療料
- ク 小児かかりつけ診療料
- ケ 外来腫瘍化学療法診療料
- コ 救急救命管理料
- サ 退院後訪問指導料
- シ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）

- ス 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料
- セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- チ 在宅患者訪問栄養食事指導料
- ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- テ 精神科訪問看護・指導料

[施設基準]

- (1) 専任の院内感染管理者が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
- (3) 当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。
- (4) 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。
- (5) 診療所であること。
- (6) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の1の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (7) (6)に掲げる部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (8) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
- (9) (7)に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (10) (7)に掲げる院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (11) (7)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること。
- (12) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。
- (13) (7)に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (15) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (16) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (17) 「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。
- (18) 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な

<p>体制が整備されていること。</p> <p>(19) 区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。</p>			
<p>2. 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。</p>			
<p>(新) <u>連携強化加算</u> 3点</p> <p>[算定要件]</p> <p>感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、連携強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携体制を確保していること。</p> <p>(2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(3) 連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。</p>			
<p>(新) <u>サーベイランス強化加算</u> 1点</p> <p>[算定要件]</p> <p>感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。</p> <p>(2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(3) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p> <p>(※) 連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、1の(※)と同様の取扱いとする。</p>			
<p>3. これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、平時からの感染症対策に係る取組が実施されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改める。</p>			
<p>4. 現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として、感染対策向上加算3を新設する。</p>			
<p>5. 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。</p>			
<p>6. 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。</p>			
旧		新	
【感染防止対策加算】		【感染対策向上加算】	
1 <u>感染防止対策加算1</u>	390点	1 <u>感染対策向上加算1</u>	710点
2 <u>感染防止対策加算2</u>	90点	2 <u>感染対策向上加算2</u>	175点

<p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、<u>感染防止対策加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 <u>感染防止対策加算1</u>を算定する場合について、感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>感染防止対策地域連携加算</u>として、<u>100点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>3 <u>感染防止対策加算1</u>を算定する場合について、<u>抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>抗菌薬適正使用支援加算</u>として、<u>100点を更に所定点数に加算する。</u></u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>二十九の二 <u>感染防止対策加算の施設基準等</u></p> <p>(1) <u>感染防止対策加算1の施設基準</u> イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>感染防止対策につき、<u>感染防止対策加算2</u>に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) <u>感染防止対策加算2の施設基準</u></p>	<p>3 <u>感染対策向上加算3</u> 75点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、<u>感染対策向上加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り(3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回)、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 <u>感染対策向上加算1</u>を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>指導強化加算</u>として、<u>30点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>3 <u>感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3</u>を算定する場合について、<u>感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>連携強化加算</u>として、<u>30点を更に所定点数に加算する。</u></u></p> <p>4 <u>感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3</u>を算定する場合について、<u>感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、<u>サーベイランス強化加算</u>として、<u>5点を更に所定点数に加算する。</u></u></p> <p>[施設基準]</p> <p>二十九の二 <u>感染対策向上加算の施設基準等</u></p> <p>(1) <u>感染対策向上加算1の施設基準</u> イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>感染防止対策につき、<u>感染対策向上加算2</u>、<u>感染対策向上加算3</u>に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>ホ <u>他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ヘ <u>抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>感染対策向上加算2の施設基準</u></p>
---	---

<p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>感染防止対策につき、感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>(3) <u>感染防止対策地域連携加算の施設基準</u> <u>他の保険医療機関（感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>(4) <u>抗菌薬適正使用支援加算の施設基準</u> <u>抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>1 <u>感染防止対策加算1に関する施設基準</u></p> <p>(2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</p> <p>(7) (2)に掲げるチームにより、<u>感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。</u></p> <p>(8)～(10) (略)</p> <p>(11) (2)に掲げるチームにより、<u>感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感</u></p>	<p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ <u>感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>(3) <u>感染対策向上加算3の施設基準</u> <u>イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。</u> <u>ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。</u> <u>ハ 当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。</u> <u>ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</u></p> <p>(4) <u>指導強化加算の施設基準</u> <u>他の医療機関（感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>(5) <u>連携強化加算の施設基準</u> <u>他の医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。</u></p> <p>(6) <u>サーベイランス強化加算の施設基準</u> <u>地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。</u></p> <p>1 <u>感染対策向上加算1に関する施設基準</u></p> <p>(2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</p> <p>(7) (2)に掲げるチームにより、<u>保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。</u></p> <p>(8)～(10) (略)</p> <p>(11) (2)に掲げるチームにより、<u>感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向</u></p>
---	--

<p>染対策に関する相談等を受けていること。</p> <p>(16) 院内感染対策サーベイランス (JANIS) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 感染防止対策加算2の施設基準</p> <p>(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師</p> <p>エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師</p> <p>アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。</p>	<p>上加算を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。</p> <p>(16) 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、<u>感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)</u> 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p> <p>(17) 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、そのことについてホームページ等により公開していること。</p> <p>(18) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、<u>汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。</u></p> <p>(19) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>(20) 他の保険医療機関 (感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。) と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。</p> <p>(21)～(24) (略)</p> <p>※現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様。</p> <p>2 感染対策向上加算2の施設基準</p> <p>(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師</p> <p>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</p> <p>アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和4年3月31日時点で感染防止対策加算</p>
---	---

<p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。</p> <p>(14) <u>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。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p><u>に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。</u></p> <p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。<u>また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。</u></p> <p>(14) <u>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。</u></p> <p>(15) <u>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。</u></p> <p>(16) <u>新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(17) <u>外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p> <p>3 <u>感染対策向上加算3の施設基準</u></p> <p>(1) <u>当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。</u></p> <p>(2) <u>感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。</u></p> <p>(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア <u>専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)</u></p> <p>イ <u>専任の看護師</u></p> <p><u>当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第</u></p>
--	---

	<p><u>2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。</u></p> <p>(4) <u>感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。</u></p> <p>(5) <u>(3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。</u></p> <p>(6) <u>(3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。</u></p> <p>(7) <u>(3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。</u></p> <p>(8) <u>院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。</u></p> <p>(9) <u>(3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。</u></p> <p>(10) <u>当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。</u></p> <p>(11) <u>公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。</u></p> <p>(12) <u>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請</u></p>
--	---

<p>(新設)</p>	<p>を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。</p> <p>(13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。</p> <p>(14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>(15) 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>4 指導強化加算の施設基準</p>
<p>(新設)</p>	<p>(1) 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。</p> <p>5 連携強化加算の施設基準</p>
<p>(新設)</p>	<p>(1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。</p> <p>6 サーベイランス強化加算の施設基準</p> <p>(1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p>

有床診療所入院基本料等の見直し	
<p>有床診療所における入院患者の受入れの実態も踏まえ、有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う医療機関からの受入れを行った場合と在宅からの受入れを行った場合の評価に見直す。</p>	
旧	新
<p>【有床診療所入院基本料】 [算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老</p>	<p>【有床診療所入院基本料】 [算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度</p>

人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

[施設基準]

(2) 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ～ハ (略)

(新設)

【有床診療所療養病床入院基本料】

[算定要件]

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

[施設基準]

(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等
ホ 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準

として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

[施設基準]

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

イ 有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

①～③ (略)

ロ 有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれにも該当すること。

① イの①から③までのいずれかに該当すること。

② 当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

【有床診療所療養病床入院基本料】

[算定要件]

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

[施設基準]

(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等
ホ 有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初

<p>在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。</p>	<p>期加算の施設基準 在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。</p>
<p>〔経過措置〕 令和4年3月31日において現に有床診療所入院基本料に係る届出を行っている診療所については、同年9月30日までの間に限り、第六の二の(2)の口の②(適切な意思決定支援に関する指針に係る基準)に該当するものとみなす。</p>	

<p>有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設</p>	
<p>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。</p>	
<p>旧</p>	<p>新</p>
<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 〔算定要件〕 (新設)</p>	<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 〔算定要件〕 注12 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</p>

<p>紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し</p>	
<p>紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。</p>	
<p>1. 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」(※)のうち一般病床200床以上の病院にも拡大する。</p>	
<p>(※) 令和3年改正後の医療法(昭和23年法律第205号)に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。</p>	
<p>旧</p>	<p>新</p>
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (一部負担金等の受領) 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (一部負担金等の受領) 第五条 3 保険医療機関のうち、医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除</p>

	<p>く。)であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>
<p>2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。 【初診の場合】 医科：200点/歯科：200点 【再診の場合】 医科：50点/歯科：40点</p>	
<p>3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。 【初診の場合】 医科：7,000円/歯科：5,000円 【再診の場合】 医科：3,000円/歯科：1,900円</p>	
<p>旧</p>	<p>新</p>
<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】 第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による初診の場合 <u>五千円</u> (二) 歯科医師である保険医による初診の場合 <u>三千円</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>二千五百円</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千五百円</u></p>	<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】 第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による初診の場合 <u>七千円</u> (二) 歯科医師である保険医による初診の場合 <u>五千円</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>三千円</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千九百円</u></p>
<p>4. 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。 【初診・再診共通】 ○「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。 【初診の場合】 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。 【再診の場合】 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治験協力者である患者」を削除する。 [施行日等] (1) 令和4年10月1日から施行・適用する。 (2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置設ける。</p>	

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（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。	
(新)	紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日） 800点
[算定要件]	
(1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。	
(2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。	

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し	
1. 紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合において初診料及び外来診療料が減算となる対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。	
旧	新
<p>【初診料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。))及び地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。))(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。))に係るものの数が200未満の病院を除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p>	<p>【初診料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。))、地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。))(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。))の数が200未満であるものを除く。)及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。))(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p>
2. 初診料及び外来診療料における「紹介率」・「逆紹介率」について、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準に見直す。	
旧	新
<p>【初診料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(6) (中略)</p> <p>また、初診の患者に占める他の病院又は診療</p>	<p>【初診料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(6) (中略)</p> <p>また、初診の患者に占める他の病院又は診療</p>

所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介率」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）をいい、「注3」にあつては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）をいう。

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

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

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

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

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

ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日を受診したものの数を除く。）」とする。また、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送さ

所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたもの）に限り、一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。

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

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

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

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

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

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

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送

れた患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。)とする。

された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。)とする。

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

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

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

※ (6)における紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。

※ 外来診療料についても同様。

外来在宅共同指導料の新設

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

(新) 外来在宅共同指導料

1	外来在宅共同指導料 1	400点
2	外来在宅共同指導料 2	600点

[対象患者]

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

[算定要件]

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

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

1. 現行の診療情報提供料(Ⅲ)について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を月に1回までに変更する。
2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

旧	新
<p>【診療情報提供料(Ⅲ)】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき<u>3月に1回</u>に限り算定する。 (新設)</p>	<p>【連携強化診療情報提供料】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき<u>月1回</u>に限り算定する。</p> <p>2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。)である保険医療機関において、他の保険医療機関(許可病床の数が200床未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき<u>月1回</u>に限り算定する。</p>

2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

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

[施設基準]

十の四 診療情報提供料(Ⅲ)の施設基準等

(1) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する施設基準

当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する他の保険医療機関の基準

次のいずれかに係る届出を行っていること。
イ～ホ (略)

(3) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める患者

妊娠中の者であって、他の保険医療機関から紹介された患者

(4) 診療情報提供料(Ⅲ)の注2に規定する施設

3 注1又は注2に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

4 (略)

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回）に限り算定する。

[施設基準]

十の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等

(1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する施設基準

当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準

次のいずれかに係る届出を行っていること。
イ～ホ (略)

(削除)

(3) 連携強化診療情報提供料の注3に規定する

<p>基準 イ・ロ (略) (新設) (5) 診療情報提供料(Ⅲ)の注3に規定する施設基準(歯科点数表においては注2) 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>施設基準 イ・ロ (略) (4) (略) (5) 連携強化診療情報提供料の注5に規定する施設基準(歯科点数表においては注3) 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>
---	---

地域包括診療料等における対象疾患等の見直し	
<p>1. 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
旧	新
<p>【地域包括診療料】 [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保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日を除く。)に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。)を有する者である。</p> <p>(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。</p> <p>(4) 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) (新設)</p>	<p>【地域包括診療料】 [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保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、<u>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。)</u>又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日を除く。)に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、<u>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。)</u>及び認知症の6疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。)を有する者である。</p> <p>(3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。<u>なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えない。</u></p> <p>(4) 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</p>

<p>(5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア・イ (略) (新設)</p> <p>[施設基準] (1) 地域包括診療料1の施設基準 イ 当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。</p>	<p><u>把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。</u></p> <p>(5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア・イ (略) <u>ウ 予防接種に係る相談を行っていること。</u></p> <p>[施設基準] (1) 地域包括診療料1の施設基準 イ 当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、<u>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。)</u>又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 健康相談及び<u>予防接種に係る相談</u>を実施している旨を院内掲示していること。</p> <p>※ 地域包括診療加算(再診料)についても同様。</p>
--	--

小児かかりつけ診療料の見直し	
小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系とする。	
旧	新
<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 631点</p> <p>ロ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p>イ 初診時 748点</p> <p>ロ 再診時 556点</p>	<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料1</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 641点</p> <p>(2) 再診時 448点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 758点</p> <p>(2) 再診時 566点</p> <p>2 小児かかりつけ診療料2</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 630点</p> <p>(2) 再診時 437点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 747点</p> <p>(2) 再診時 555点</p>
<p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p>

<p>[施設基準] 四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料の施設基準 (新設)</p> <p>当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>1 小児かかりつけ診療料に関する施設基準 (2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料に係る届出を行っていること。 (3) (略) (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、<u>3</u>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</p> <p>(新設)</p>	<p>[施設基準] 四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料1の施設基準 イ 小児科を標榜している医療機関であること。 ロ 当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。</p> <p>(2) 小児かかりつけ診療料2の施設基準 イ (1)のイ及びロを満たすものであること。 ロ 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されていること。</p> <p>1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準 (削除)</p> <p>(2) (略) (3) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、<u>2</u>つ以上に該当すること。 (削除)</p> <p>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。</p> <p>2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準 (1) 1の(1)、(2)及び(4)の基準を全て満たしていること。 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。</p>
---	--

耳鼻咽喉科処置の見直し		
1. 耳鼻咽喉科において、6歳未満の乳幼児に対して耳鼻咽喉科処置を実施した場合の加算を新設する。		
(新)	耳鼻咽喉科乳幼児処置加算	60点
[算定要件]		

耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号J113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。

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

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

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

3. 耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置について、評価を見直す。

旧	新
【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 <u>25点</u> 【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 <u>14点</u>	【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 <u>27点</u> 【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 <u>16点</u>
【口腔、咽頭処置】 <u>14点</u>	【口腔、咽頭処置】 <u>16点</u>

機能強化加算の見直し

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。

旧	新
<p>【機能強化加算】 [算定要件] (23) 機能強化加算 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</p> <p>(新設)</p>	<p>【機能強化加算】 [算定要件] (23) 機能強化加算 ア 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、<u>専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</u> イ <u>機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を</u></p>

<p>[施設基準] 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (新設)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。</p> <p>(2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。</p> <p>ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算</p> <p>(新設)</p> <p>イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料</p> <p>(新設)</p>	<p>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。</p> <p>(イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。</p> <p>(ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。</p> <p>(ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。</p> <p>(ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。</p> <p>(ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。</p> <p>[施設基準] 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準</p> <p>(1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。</p> <p>(2) 次のいずれかを満たしていること。</p> <p>ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算1に係る届出を行っていること。</p> <p>イ 以下のいずれも満たすものであること。</p> <p>(イ) 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2に係る届出を行っていること。</p> <p>(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。</p> <p>① 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上</p> <p>② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)(注1のイの場合に限る。)又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上</p> <p>ウ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料1に係る届出を行っていること。</p> <p>エ 以下のいずれも満たすものであること。</p> <p>(イ) 区分番号「B001-2-9」に掲げる</p>
---	---

<p>ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料</p> <p>エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）</p> <p>オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）</p>	<p>地域包括診療料2に係る届出を行っていること。</p> <p>(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。</p> <p>① 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2を算定した患者が3人以上</p> <p>② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上</p> <p>オ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料に係る届出を行っていること。</p> <p>カ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。</p> <p>キ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。</p> <p>(イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所と同様である。</p> <p>① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上</p> <p>② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上</p> <p>(ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。</p> <p>① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ</p>
---	---

<p>(新設)</p> <p>(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。(中略)</p> <p>2 届出に関する事項 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。 (新設)</p>	<p>①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近1年間で3件以上</p> <p>② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上</p> <p>(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。 ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。 イ 警察医として協力していること。 ウ 母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査(市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査)を実施していること。 エ 予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条第1項に規定する予防接種(定期予防接種)を実施していること。 オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。 カ 「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に規定する地域ケア会議に出席していること。 キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。</p> <p>(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(中略)</p> <p>2 届出に関する事項 (1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。 (2) 令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、1の(2)のイの(ロ)、エの(ロ)及びキ、(3)並びに(4)の基準を満たしているものとする。</p>
---	---

継続診療加算の見直し	
<p>継続診療加算について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に加入し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価を新設するとともに、名称を在宅療養移行加算に変更する。</p>	
旧	新
<p>【継続診療加算】 [算定要件] 注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、<u>継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。</u> (新設) (新設)</p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する<u>継続診療加算</u>は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、<u>以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。</u></p> <p><u>ア</u> 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。 <u>イ</u> 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。 <u>ウ</u> 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。 (新設)</p>	<p>【在宅療養移行加算】 [算定要件] 注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、<u>当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> <u>イ 在宅療養移行加算 1 216点</u> <u>ロ 在宅療養移行加算 2 116点</u></p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する在宅療養移行加算1及び2は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、<u>以下により算定する。</u> <u>ア 在宅療養移行加算1については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算1を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。</u> <u>(イ)</u> 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。 <u>(ロ)</u> 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。 <u>(ハ)</u> 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。 <u>イ 在宅療養移行加算2については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算2を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地</u></p>

	<p>域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。</p> <p>(イ) 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。</p> <p>(ロ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有していること。</p> <p>(ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。</p> <p>(ニ) 当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。</p>
--	--

在支診及び在宅病による地域連携の推進	
<p>機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。</p>	
旧	新
<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略)</p> <p>(1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク (略)</p> <p>ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。</p> <p>コ～シ (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <p>1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略)</p> <p>(1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～ク (略)</p> <p>ケ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。</p> <p>コ～シ (略)</p> <p>ス <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。</u></p> <p>セ <u>在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。</u></p> <p>※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても</p>

	同様。
--	-----

在宅療養支援診療所における適切な意思決定支援の推進	
在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。	
旧	新
<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) (新設)</p>	<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ヲ (略) <u>ワ 当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></p> <p>※ 機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。</p>
<p>[経過措置] 令和4年3月31日において現に届出を行っている診療所等については、同年9月30日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。</p>	

在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し	
機能強化型の在宅療養支援病院について、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。	
旧	新
<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略) (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ (略) シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p> <p>ス (略)</p>	<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] 1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略) (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～サ (略) シ <u>以下のいずれかの要件を満たすこと。</u> ① 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。 ② <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。</u> ③ <u>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ていること。</u></p> <p>ス (略)</p>

	※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院についても同様。
--	--------------------------------

在宅がん医療総合診療料の見直し	
在宅がん医療総合診療料について、小児に係る加算を新設する。	
旧	新
【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] (新設)	【在宅がん医療総合診療料】 [算定要件] 注6 15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合には、小児加算として、週に1回に限り、1000点を所定点数に加算する。

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

複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し	
複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、業務継続計画（BCPを策定した上で、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。	
旧	新
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] (2) 特別地域又は「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供し	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] (2) 特別地域若しくは「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を

<p>ているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(3) (略)</p>	<p>提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。</p> <p>(3) (2)における自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは、次のいずれにも該当するものをいう。</p> <p>ア 都道府県、市町村又は医療関係団体等(ウにおいて「都道府県等」という。)が主催する事業であること。</p> <p>イ 自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業であること。</p> <p>ウ 都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理していること。</p> <p>(4) (略)</p>
--	---

医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化	
1. 訪問看護情報提供療養費1における情報提供先に指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者を追加するとともに、対象となる利用者の範囲を見直す。	
旧	新
<p>【訪問看護情報提供療養費1】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。)又は都道府県(以下「市町村等」という。)に対して、当該市町村等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等</p>	<p>【訪問看護情報提供療養費1】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。)若しくは都道府県(以下「市町村等」という。)又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相</p>

<p>に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費1を算定している場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準] 九 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3) (略) (4) <u>十五歳未満の小児</u></p>	<p><u>談支援事業者(以下「指定特定相談支援事業者等」という。)</u>に対して、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費1を算定している場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準] 九 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1)～(3) (略) (4) <u>十八歳未満の児童</u></p>
<p>2. 訪問看護情報提供療養費2について、情報提供先に高等学校等を追加し、対象となる利用者の年齢を引き上げるとともに、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月においても算定可能とする。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p>	<p style="text-align: center;">新</p>
<p>【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 注2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、<u>児童福祉法(昭和22年法律第164号)第39条第1項に規定する保育所等、学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部(以下「学校等」という。)</u>へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準] 十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) <u>十五歳未満の超重症児又は準超重症児</u> (2) <u>十五歳未満の小児</u>であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者</p>	<p>【訪問看護情報提供療養費2】 [算定要件] 注2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、<u>児童福祉法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校(大学を除く。)</u>等(以下「学校等」という。)へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、<u>当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に1回に限り、別に算定できる。</u>ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準] 十 訪問看護情報提供療養費の注2に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) <u>十八歳未満の超重症児又は準超重症児</u> (2) <u>十八歳未満の児童</u>であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者</p>

(3) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者	(3) 十八歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
---------------------------------------	---------------------------------------

訪問看護指示書の記載欄の見直し

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

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

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

旧	新
<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 〔施設基準〕</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師 次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式4を用いること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの</p> <p>イ (略)</p> <p>(3) (略)</p>	<p>【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 〔施設基準〕</p> <p>4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師 次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式4を用いること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる創傷管理関連の研修</p> <p>イ (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>※ 在宅患者訪問看護・指導料の3及び同一建物居住者訪問看護・指導料の3についても同様。</p>

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

旧	新
<p>【訪問看護管理療養費】 〔算定要件〕 (新設)</p>	<p>【訪問看護管理療養費】 〔算定要件〕 注12 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師</p>

<p>[施設基準] (新設)</p>	<p><u>助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</u></p> <p><u>イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して行った場合に限る。）</u> 2,500円</p> <p><u>ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（医科点数表の区分番号C007の注3又は区分番号I012-2の注3に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。）</u> 2,500円</p> <p>[施設基準] (7) 訪問看護管理療養費の注12に規定する専門管理加算の基準 次のいずれかに該当するものであること。</p> <p><u>イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。</u></p> <p><u>ロ 保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。</u></p> <p>※ 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。</p>
------------------------	--

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設	
訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価を新設する。	
<p>旧</p> <p>【訪問看護指示料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>新</p> <p>【訪問看護指示料】 [算定要件] 注3 当該患者に対する診療を担う保険医療機関</p>

<p>3・4 (略)</p> <p>(新設)</p>	<p><u>の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第2号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者1人につき6月に1回に限り150点を所定点数に加算する。</u></p> <p>4・5 (略)</p> <p>(5) <u>保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものとする。</u></p> <p><u>ア 気管カニューレの交換</u> <u>イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換</u> <u>ウ 膀胱ろうカテーテルの交換</u> <u>エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去</u> <u>オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法</u> <u>カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整</u> <u>キ 脱水症状に対する輸液による補正</u></p> <p>※ 精神科訪問看護指示料についても同様。</p>
----------------------------	---

退院日のターミナルケアの見直し	
<p>訪問看護ターミナルケア療養費の算定要件において、死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上実施することとされている訪問看護について、退院日の退院支援指導を含めて判断できることとする。</p>	
旧	新
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当す</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当す</p>

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

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

<p>除く。)</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者</p> <p>一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護師等」という。)による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの</p> <p>イ～ニ (略)</p> <p>ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者(看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。)</p> <p>ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者(看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。)</p>	<p>除く。)</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が<u>その他職員</u>と同時に指定訪問看護を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者</p> <p>一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護師等」という。)による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの</p> <p>イ～ニ (略)</p> <p>ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者(訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。)</p> <p>ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者(訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。)</p> <p>※ <u>在宅患者訪問看護・指導料の注7及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に規定する複数名訪問看護・指導加算についても同様。</u></p>
--	--

医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し	
退院日に看護師等 が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。	
旧	新
<p>【退院支援指導加算(訪問看護管理療養費)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。(中略)</p>	<p>【退院支援指導加算(訪問看護管理療養費)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円(区分番号01の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円)を加算する。(中略)</p>

同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し	
訪問看護において同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている加算について、同じ金額の評価区分を統合する。	
旧	新
<p>【難病等複数回訪問加算(訪問看護基本療養費)】 [算定要件]</p> <p>注7 1及び2(いずれもハを除く。)については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 一建物内1人又は2人 4,500円 (削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 4,000円</p> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 8,000円 (削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 7,200円</p>	<p>【難病等複数回訪問加算(訪問看護基本療養費)】 [算定要件]</p> <p>注7 1及び2(いずれもハを除く。)については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 1日に2回の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 4,500円 (削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 4,000円</p> <p>ロ 1日に3回以上の場合</p> <p>(1) 同一建物内1人又は2人 8,000円 (削除)</p> <p>(2) 同一建物内3人以上 7,200円</p> <p>※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算、訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算、同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。</p>

在宅医療における医科歯科連携の推進	
診療情報提供料(I)における歯科医療機関連携加算1について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする。	
旧	新
<p>【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】 [算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病</p>	<p>【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】 [算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の</p>

<p>院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、<u>歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p>	<p>保険医療機関の医師が、<u>歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p>
---	---

<p>患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進</p>	
<p>1. 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p> <p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は<u>当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</u></p> <p>※ <u>在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</u></p>
<p>2. 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</u></p> <p>[施設基準] 十一の四 <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注4に規定する施設基準</u> (1) <u>麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</u> (2) <u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の</u></p>

	<p>規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。</p> <p>※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p>
<p>3. 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。</p>	
旧	新
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出した保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>十一の五 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注7に規定する施設基準</u> <u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。</u></p> <p>※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p>

薬局に係る退院時共同指導料の見直し	
<p>退院時共同指導料について、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。</p>	
旧	新
<p>【退院時共同指導料】 [算定要件]</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p>	<p>【退院時共同指導料】 [算定要件]</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、<u>准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中</p>

<p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、<u>原則として</u>当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2) 退院時共同指導料の共同指導は<u>対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</u></p> <p>(3) <u>退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</u></p> <p>(4) (2)及び(3)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>(5)～(7) (略)</p>	<p>2回に限り算定できる。</p> <p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、<u>薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p> <p>(削除)</p> <p>(3) (2)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>(4)～(6) (略)</p> <p>※ <u>情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</u></p>
---	---

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

<p>【遠隔死亡診断補助加算(訪問看護ターミナルケア療養費)】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【遠隔死亡診断補助加算(訪問看護ターミナルケア療養費)】 [算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者(特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第4の4の3の3に規定する地域に居住している利用者に限る。)</u>について、その主治医の指示に基づき、<u>情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 七 <u>訪問看護ターミナルケア療養費の注4に規定する基準</u> 情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。</p>
--	---

医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	
診療情報提供料(Ⅰ)の注7における情報提供先に保育所等を追加する。	
旧	新
<p>【診療情報提供料(Ⅰ)】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、<u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、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</u>に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>【診療情報提供料(Ⅰ)】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、<u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、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。)</u>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。</p>

小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	
診療情報提供料(Ⅰ)注7における対象患者に、小児慢性特定疾病支援の対象患者を追加する。	
旧	新
<p>【診療情報提供料(Ⅰ)】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、<u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、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</u></p>	<p>【診療情報提供料(Ⅰ)】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、<u>児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、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</u></p>

<p>の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>(昭和22年法律第26号)第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
---	---

医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化

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。

旧	新
<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] (11) 「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。</p>	<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] (11) 「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所、精神保健福祉センター、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。）。</p>

総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

総合医療管理加算及び在宅総合医療管理加算について、以下のとおり見直す。

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

旧	新
<p>【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件] 注11 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</u> (16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担</p>	<p>【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件] 注11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。 (16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関</p>

<p>当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 六の二の四 <u>歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準</u> (1)～(4) (略)</p> <p>【在宅総合医療管理加算(歯科疾患在宅療養管理料)】 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)</u>から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 八 <u>歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準</u> (1)～(4) (略)</p>	<p>の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 六の二の四 <u>歯科治療時医療管理料の施設基準</u> (1)～(4) (略)</p> <p>【在宅総合医療管理加算(歯科疾患在宅療養管理料)】 注4 <u>別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)</u>から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 八 <u>在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準</u> (1)～(4) (略)</p>
---	--

処方箋様式の見直し(リフィル処方箋の仕組み)

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

<p>[対象患者]</p> <p>(1) 医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者</p>
<p>[留意事項]</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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ことを説明すること。</p> <p>(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。</p>

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

<p>医療機関における ICT を活用した業務の効率化・合理化</p> <p>医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対</p>
--

面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。	
旧	新
<p>【入退院支援 加算】 [施設基準]</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、<u>対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。</u>なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】 [算定要件]</p> <p>(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ（略） ウ <u>当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下の(イ)及び(ロ)を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。</u> <u>(イ) 当該カンファレンスに3者以上が参加すること</u> <u>(ロ) 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。</u> <u>なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。</u> エ <u>また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下の(イ)から</u></p>	<p>【入退院支援 加算】 [施設基準]</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>※ <u>感染防止対策加算、退院時共同指導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。</u> ※ <u>訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。</u></p> <p>【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】 [算定要件]</p> <p>(23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ（略） ウ <u>当該カンファレンスは、1者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。</u></p> <p>(削除)</p>

<p>(ハ)までを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。</p> <p>(イ)～(ハ) (略)</p> <p>オ ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対してしていること。</p>	<p>エ ウにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>※ <u>在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料についても同様。</u></p> <p>※ <u>訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算についても同様。</u></p>
---	--

医療機関等における事務等の簡素化・効率化
<ol style="list-style-type: none"> 1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。 2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。 3. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。 4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。

標準規格の導入に係る取組の推進	
<p>診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及び HL7 International によって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークである HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。</p>	
旧	新
<p>【診療録管理体制加算 (入院初日)】 [施設基準]</p> <p>3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p>	<p>【診療録管理体制加算 (入院初日)】 [施設基準]</p> <p>3 届出に関する事項 (1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。 (2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7の様式により届け出ること。</p>

手術等の医療技術の適切な評価
<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術(先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価(廃止を含む。)を行う。また、レジストリの解析結果に基づき、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の食道癌、胃癌及び直腸癌の手術に係る施設基準の見直しを行う。
<p>【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案が</p>

あったものの例】

- (1) 再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘（消化管再建を伴うもの）（頸部・胸部・腹部の操作）
- (2) 小児食物アレルギー負荷試験
- (3) 放射性同位元素内用療法管理料（神経内分泌腫瘍に対するもの）
- (4) 在宅ハイフローセラピー装置加算
- (5) 鼻腔・咽頭拭い液採取

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】

- (1) 陽子線治療（※1）
- (2) 重粒子線治療（※2）
- (3) LDLアフェレシス療法
- (4) MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法
- (5) 流産検体を用いた染色体検査

※1：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌又は大腸癌術後局所再発に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

※2：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌、大腸癌術後局所再発又は局所進行子宮頸部腺癌に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

【廃止を行う技術の例】

- (1) 椎間板ヘルニア徒手整復術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の手術に係る見直しの例】

旧	新
<p>【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 [施設基準] 1 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) <u>(2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。</u> (3)～(9) (略)</p> <p>【腹腔鏡下胃切除術】 [施設基準] 1 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) (2) <u>以下のアからウまでの手術を術者として、合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。</u> ア 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） イ 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） ウ 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） (3)～(9) (略)</p>	<p>【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 [施設基準] 1 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) (削除) (2)～(8) (略)</p> <p>【腹腔鏡下胃切除術】 [施設基準] 1 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準 (1) (略) (削除) (2)～(8) (略)</p>
<p>2. C2区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。</p>	
<p>【技術の例】 (新) 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）</p>	

1	1センチメートル未満のもの	16,000点
2	1センチメートル以上のもの	22,960点

3. 外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2022」において、実態調査を踏まえてデータが更新された手術について、手術の技術度や必要な医師数等を参考に、技術料の見直しを行う。

人工腎臓に係る導入期加算の見直し	
現在実施されている腎代替療法の実態を踏まえ、慢性腎臓病の患者に対する手厚い情報提供や、移植実施施設における他施設との連携を推進するため、人工腎臓に係る導入期加算について、腎代替療法に係る所定の研修を修了した者の配置要件の追加等の見直しを行う。	
旧	新
<p>【導入期加算（人工腎臓）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 導入期加算2 <u>500点</u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p>(2) 導入期加算の施設基準</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>第57の2 人工腎臓</p> <p>2 導入期加算の施設基準</p> <p>(1) 導入期加算1の施設基準</p> <p>関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 導入期加算2の施設基準</p> <p>次のすべてを満たしていること。</p> <p>ア <u>導入期加算1の施設基準を満たしていること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【導入期加算（人工腎臓）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 導入期加算2 <u>400点</u></p> <p>ハ 導入期加算3 <u>800点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p>(2) 導入期加算の施設基準</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>ハ <u>導入期加算3の施設基準</u></p> <p>① <u>導入期加算1の施設基準を満たしていること。</u></p> <p>② <u>当該療法を行うにつき十分な実績を有していること。</u></p> <p>第57の2 人工腎臓</p> <p>2 導入期加算の施設基準</p> <p>(1) 導入期加算1の施設基準</p> <p>ア <u>関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。</u></p> <p>イ <u>腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。</u></p> <p>(2) 導入期加算2の施設基準</p> <p>次のすべてを満たしていること。</p> <p>ア (1)のアを満たしていること。</p> <p>イ <u>腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。</u></p> <p>ウ <u>腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定</u></p>

<p>イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で<u>12回</u>以上算定していること。</p> <p>ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に<u>3人以上</u>いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、<u>臓器移植ネットワーク</u>に腎臓移植希望者として新規に登録された患者、<u>先行的腎移植が実施された患者</u>又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。 (新設)</p> <p>5 届出に関する事項 (新設)</p>	<p><u>期的に受講していること。</u></p> <p>エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で<u>24回</u>以上算定していること。</p> <p>オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に<u>2人以上</u>いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、<u>日本臓器移植ネットワーク</u>に腎臓移植希望者として新規に登録された患者、<u>先行的腎移植が実施された患者</u>又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。</p> <p>(3) <u>導入期加算3の施設基準</u> <u>次のすべてを満たしていること。</u></p> <p>ア <u>(1)のア及び(2)のイを満たしていること。</u></p> <p>イ <u>腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。</u></p> <p>ウ <u>導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。</u></p> <p>エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で<u>36回</u>以上算定していること。</p> <p>オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に<u>5人以上</u>いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、<u>日本臓器移植ネットワーク</u>に腎臓移植希望者として新規に登録された患者、<u>先行的腎移植が実施された患者</u>又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。</p> <p>カ <u>当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。</u></p> <p>5 届出に関する事項 (4) <u>令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。</u></p>
--	---

在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時

に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合の評価を新設する。	
旧	新
<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 [算定要件] 注3 <u>注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月1回に限り115点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(4) <u>遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。</u></p> <p>ア <u>自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。</u></p> <p>イ <u>モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。</u></p> <p>ウ <u>当該加算を算定する月にあつては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。</u></p> <p>エ <u>モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。</u></p>

在宅血液透析指導管理料の見直し	
在宅血液透析指導管理料について、患者等に対する教育や在宅血液透析に関する指導管理の実施に当たっては、日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて行うことを要件化するとともに、当該管理料の評価を見直す。	
旧	新
<p>【在宅血液透析指導管理料】 8,000点 [算定要件] (5) <u>関係学会のガイドライン</u>に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、<u>当該ガイドラインを参考</u>に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】 10,000点 [算定要件] (5) <u>日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」</u>に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、<u>当該マニュアルに基づいて在宅血液透析</u>に関する指導管理を行うこと。</p>

プログラム医療機器に係る評価の新設	
医科診療報酬点数表の第2章第1部(医学管理等)に、プログラム医療機器等医学管理加算及び特定保険医療材料の節を新設する。	
旧	新
<p>[目次] 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 (新設)</p>	<p>[目次] 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等</p>

<p>和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p> <p>(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2)～(9) (略)</p> <p>(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。</p>	<p>和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p> <p>(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。<u>この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。</u>なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2)～(9) (略)</p> <p>(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。</p>
--	---

<p>情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設</p>	
<p>初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。</p>	
<p>(新) <u>初診料(情報通信機器を用いた場合)</u></p>	<p>251点</p>
<p>[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</p> <p>[算定要件] (1) <u>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。</u> (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。 (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。 (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則</p>	

として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

- (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせることが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止

再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

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

[対象患者]

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

[算定要件]

- (1) 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
- ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせることが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(※) 外来診療料（情報通信機器を用いた場合）についても同様。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し	
情報通信機器を用いて行った医学管理等については、以下のとおり整理する。	
○検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。	
○上記以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。	
<ul style="list-style-type: none"> ① 入院中の患者に対して実施されるもの ② 救急医療として実施されるもの ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの ⑤ 精神医療に関するもの 	
1. 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。	
旧	新
【地域包括診療料】 [算定要件] 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け	【地域包括診療料】 [算定要件] (削除)

<p><u>出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] (3) 地域包括診療料の注4に規定する施設基準オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p>	<p>[施設基準] (削除)</p> <p>※ <u>認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料についても同様。</u></p>
<p>2. ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料2、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価の対象に追加する。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p> <p>【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 [算定要件] <u>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、小児悪性腫瘍患者指導管理料(情報通信機器を用いた場合)として、479点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] (8)の2 <u>小児悪性腫瘍患者指導管理料の注5に規定する施設基準</u> <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>※ <u>ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料2、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料についても同様。</u></p>

<p>在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見直し</p>	
<p>在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p> <p>【在宅時医学総合管理料】</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>【在宅時医学総合管理料】</p>

<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合 (新設)</p> <p>(3) (略) (新設)</p> <p>[算定要件] 注12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察(訪問診療と同日に行う場合を除く。)による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料としてそれぞれ、100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (新設)</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合((1) 及び(2) の場合を除く。)</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 880点</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,515点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 440点</p> <p>※ 1のロ、2及び3についても同様。</p> <p>[算定要件] 注12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等</p> <p>(8) 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>
---	--

施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設	
施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設する。	
旧	新
【施設入居時等医学総合管理料】	【施設入居時等医学総合管理料】

<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合 (新設)</p> <p>(3) (略) (新設)</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (新設)</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(3) <u>月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(①及び②の場合を除く。)</u></p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,249点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 880点</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) <u>月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</u></p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,125点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 633点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 440点</p> <p>※ 1のロ、2及び3についても同様。</p> <p>[算定要件]</p> <p>注6 <u>1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準] 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等</p> <p>(8) <u>在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準</u> <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>
--	--

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し	
外来栄養食事指導料1及び2について、初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。	
旧	新
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器を用いた場合 180点</p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 260点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 235点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 180点</p>

<p>□ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回 <u>250点</u></p> <p>(2) 2回目以降 <u>190点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>4 ロについては、<u>診療所において</u>、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>□ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 <u>250点</u></p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 <u>225点</u></p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 <u>190点</u></p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 <u>170点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>4 イの(1)の②及び(2)の②については、<u>入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</u></p> <p>5 ロの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <p>6 ロの(1)の②及び(2)の②については、<u>入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</u></p>
--	---

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設	
生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料及び疾患別リハビリテーション料において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。	
旧	新
【生活習慣病管理料】	【生活習慣病管理料】

<p>[算定要件] (新設)</p>	<p>[算定要件] 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。</u></p>
<p>[施設基準] (新設)</p>	<p>[施設基準] 四の十一 <u>生活習慣病管理料の注5に規定する施設基準</u> (1) <u>外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。</u> (2) <u>データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p>
<p>【在宅時医学総合管理料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【在宅時医学総合管理料】 [算定要件] 注13 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>[施設基準] (新設)</p>	<p>[施設基準] (8) <u>在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準</u> イ <u>在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。</u> ロ <u>データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u> ※ <u>施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料についても同様。</u></p>
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 [算定要件] 注5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーシ</u></p>

<p>[施設基準] (新設)</p>	<p><u>オンラインデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] (10) <u>心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定するリハビリテーションデータ提出加算の施設基準</u> イ <u>リハビリテーションを実施している患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。</u> ロ <u>データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</u></p> <p>※ <u>脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。</u></p>
<p>(※) 「外来医療等のデータ」については、令和5年10月診療分をめどにデータ提出を受け付ける方向で対応する。</p>	

<p>オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設</p>	
<p>1. オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。</p>	
<p>(新) 初診料 注14 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> 7点 再診料 注18 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> 4点 外来診療料 注10 <u>電子的保健医療情報活用加算</u> 4点</p>	
<p>[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</p>	
<p>[算定要件] 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p>	
<p>(※) 初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。</p>	
<p>[施設基準] (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>	
<p>2. 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を</p>	

<p>取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。</p>	
<p>(新) 調剤管理料</p> <p>注5 電子的保健医療情報活用加算</p>	<p>3点</p>
<p>[対象患者]</p> <p>オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者</p>	
<p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。</p>	
<p>(※) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>	
<p>[施設基準]</p> <p>(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。</p> <p>(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</p> <p>(3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。</p>	

摂食嚥下支援加算の見直し	
<p>摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。</p>	
旧	新
<p>【<u>摂食嚥下支援加算</u> (摂食機能療法)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【<u>摂食嚥下機能回復体制加算</u> (摂食機能療法)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者(ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。)</u>1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>摂食嚥下機能回復体制加算1</u> 210点</p> <p>ロ <u>摂食嚥下機能回復体制加算2</u> 190点</p> <p>ハ <u>摂食嚥下機能回復体制加算3</u> 120点</p>
<p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。)の対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。</p>	<p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下機能回復体制加算</u>は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下この区分番号において「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。)等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。</p>
<p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、アか</p>	<p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下機能回復体制加算</u></p>

らウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。(中略)

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準(新設)

- (1) 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局等に報告していること。

(新設)

(新設)

第45の2 摂食嚥下支援加算

1 摂食嚥下支援加算に関する施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)が設置されていること。ただし、力については、歯科医

は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。(中略)

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

[施設基準]

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準

(1) 摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準

- イ 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局等に報告していること。
- ハ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。

(2) 摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準

(1)のイ及びロを満たすものであること。

(3) 摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準

- イ 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ロ (1)のロを満たすものであること。
- ハ 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。
- ニ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。

第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算

1 摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加し

<p>師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ 専任の常勤言語聴覚士</p> <p>エ 専任の常勤薬剤師</p> <p>オ 専任の常勤管理栄養士</p> <p>カ 専任の歯科衛生士</p> <p>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、<u>摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。</u>なお、<u>歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>ている場合には、<u>歯科衛生士が必要に応じて参加していること。</u></p> <p>ア (略)</p> <p>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、<u>摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士</u></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>ウ 専任の常勤管理栄養士</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。</u>なお、<u>摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> <p>(4) <u>当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの(転院又は退院した患者を含む。)の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であること。</u></p> <p>ア <u>他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの</u></p> <p>イ <u>当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者</u></p> <p>2. <u>摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準</u></p> <p>1の(1)から(3)までの基準を満たしていること。</p> <p>3. <u>摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。</u></p> <p>(2) <u>当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。</u>なお、<u>その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p>
---	---

<p>2 届出に関する事項</p> <p>(3) 1の(1)のイに掲げる「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定については、令和2年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として令和2年3月31日において届出を行っていた者が、1の(1)のウに掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。</p>	<p>(3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者(療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。)のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。ただし、令和4年3月31日時点において療養病棟入院料1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。</p> <p>4 届出に関する事項</p> <p>(3) 令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和4年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、1の(1)のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。</p>
--	---

疾患別リハビリテーション料の見直し	
疾患別リハビリテーション料における標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合において、月に1回以上機能的自立度評価法(FIM)を測定していることを要件化する。	
旧	新
<p>【リハビリテーション】</p> <p>[算定要件]</p> <p>4 (中略)</p> <p>また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数(以下「標準的算定日数」という。)を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者(疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。)のうち、治療を継続する</p>	<p>【リハビリテーション】</p> <p>[算定要件]</p> <p>4 (中略)</p> <p>また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数(以下「標準的算定日数」という。)を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者(疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。)のうち、治療を継続する</p>

<p>ことにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)(以下この部において「FIM」という。)又は基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下この部において「BI」という。)及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。</p>	<p>ことにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)(以下この部において「FIM」という。)の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとし、かつ、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の様式に基づき、1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする(ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。)。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又は基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下この部において「BI」という。)及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由などを記載したものであること。</p>
--	--

リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し	
<p>リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名欄について、患者等に当該計画書に係る説明を行う際に、説明内容及び当該患者等の同意を得た旨を診療録に記載することにより、同意を得ていること等が事後的に確認できる場合には、患者等の署名を求めなくても差し支えないこととする。</p>	
旧	新
<p>【リハビリテーション】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【リハビリテーション】 [算定要件] 4の4 リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書(以下この項において「計画書」という。)については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。)を除き、家</p>

	<p>族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。</p>
--	---

一般不妊治療に係る評価の新設		
1. 一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。		
(新)	<u>一般不妊治療管理料</u>	<u>250点</u>
[対象患者]		
<p>(1) 入院中の患者以外の患者であって、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。</p> <p>(2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。</p>		
[算定要件]		
<p>(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。</p> <p>(2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。</p> <p>(3) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。</p> <p>(4) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。</p> <p>(5) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。</p> <p>(6) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。</p> <p>(7) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。</p>		
[施設基準]		
<p>(1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。</p> <p>(2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。</p> <p>(4) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。</p>		
[経過措置]		

令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。	
2. 不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設する。	
(新)	人工授精 1,820点
[算定要件]	
(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。	
(2) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、妊娠を目的として実施した場合に算定する。	
ア 精子・精液の量的・質的異常	
イ 射精障害・性交障害	
ウ 精子-頸管粘液不適合	
エ 機能性不妊	
(3) 人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスィムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。	
(4) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。	
(5) 必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。	
[施設基準]	
(1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。	
(2) 一般不妊治療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	

生殖補助医療に係る評価の新設	
1. 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。	
(新)	生殖補助医療管理料
	1 生殖補助医療管理料 1 300点
	2 生殖補助医療管理料 2 250点
[対象患者]	
(1) 入院中の患者以外の患者であって、生殖補助医療を実施している不妊症の患者。	
(2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。	
[算定要件]	
(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。	
(2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。	
(3) 不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの(実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー(当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。))のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。)に対して、生殖補助医療に係る医学的管理及び療養上必要な指導等を行った場合に算定する。	
(4) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。	
(5) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意につ	

いて確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。

- (6) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (8) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
- (10) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名以上配置されていることが望ましい。
- (6) 生殖補助医療管理料1を算定する施設については、以下の体制を有していること。
 - ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
 - イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
- (7) 採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。
- (8) 培養を行う専用の室を備えていること。
- (9) 凍結保存を行う専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
- (10) 当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。
- (11) 安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (12) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
- (13) 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (14) 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に行われていること。
- (15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
- (16) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のART症例登録システムへの症例データの投入を適切に実施すること。
- (17) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

- (18) 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。
- (19) 精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。
- (20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
- (21) 毎年7月において、前年度における治療件数等を把握するため、所定の様式により届け出ること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、(2)から(21)までの基準を満たしているものとする。

2. 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的に実施される、血漿中の抗ミュラー管ホルモン測定に係る評価を新設する。

(新)	<u>内分泌学的検査</u>	
	<u>抗ミュラー管ホルモン (AMH)</u>	<u>600点</u>

[算定要件]

- (1) 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6月に1回に限り算定する。
- (2) 抗ミュラー管ホルモン (AMH) は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断のために、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に算定できる。

3. 不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設する。

(新)	<u>採卵術</u>	<u>3,200点</u>
	<u>注</u>	
	<u>イ 1個の場合</u>	<u>2,400点</u>
	<u>ロ 2個から5個までの場合</u>	<u>3,600点</u>
	<u>ハ 6個から9個までの場合</u>	<u>5,500点</u>
	<u>ニ 10個以上の場合点</u>	<u>7,200点</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 採取された卵子の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。
- (3) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、体外受精又は顕微授精に用いることを目的として、治療計画に従って実施した場合に算定する。
 - ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊 (閉塞性無精子症等)
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- (4) 採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

4. 不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精を実施した場合の評価を新設する。

(新)	<u>体外受精・顕微授精管理料</u>	
	<u>1 体外受精</u>	<u>4,200点</u>
	<u>2 顕微授精</u>	
	<u>イ 1個の場合</u>	<u>4,800点</u>

ロ	2個から5個までの場合	6,800点
ハ	6個から9個までの場合	10,000点
ニ	10個以上の場合	12,800点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。
- (3) 精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。
- (4) 1については、体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定し、2については、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて算定する。
- (5) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）から採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。
 - ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- (6) 体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き、別に算定できない。
- (7) 体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (9) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

5. 顕微授精による受精卵の作成に当たり、卵子活性化処理を実施した場合の評価を新設する。

(新)	卵子調整加算	1,000点
-----	--------	--------

[算定要件]

受精卵の作成に当たり、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を顕微授精の所定点数に加算する。

6. 体外受精又は顕微授精により作成した受精卵の培養等の管理に係る評価を新設する。

(新)	受精卵・胚培養管理料	
	1 1個の場合	4,500点
	2 2個から5個までの場合	6,000点
	3 6個から9個までの場合	8,400点
	4 10個以上の場合	10,500点
	注	
	イ 1個の場合	1,500点
	ロ 2個から5個までの場合	2,000点
	ハ 6個から9個までの場合	2,500点
	ニ 10個以上の場合	3,000点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として治療計画に従って培養及び必要な医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。
- (4) 受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

7. 受精卵の培養により作成された初期胚又は胚盤胞の凍結保存に係る医学的管理に係る評価を新設する。

(新) 胚凍結保存管理料

1	<u>胚凍結保存管理料(導入時)</u>	
イ	<u>1個の場合</u>	5,000点
ロ	<u>2個から5個までの場合</u>	7,000点
ハ	<u>6個から9個までの場合</u>	10,200点
ニ	<u>10個以上の場合</u>	13,000点
2	<u>胚凍結保存維持管理料</u>	3,500点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に限り算定する。
- (2) 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として、治療計画に従って凍結保存及び必要な医学的管理を行った場合に算定する。
- (4) 胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (6) 妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

8. 不妊症の患者に対して、胚移植を実施した場合の評価を新設する。

(新) 胚移植術

1	<u>新鮮胚移植の場合</u>	7,500点
2	<u>凍結・融解胚移植の場合</u>	12,000点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 当該患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する(ただし、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合には、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。)
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合については1を、凍結胚を融解したものをを用いた場合については2を算定する。
- (4) 胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7) 治療開始日の年齢とは、初回の胚移植術については、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。また、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいい、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施するものについては、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

9. 胚移植術を実施する患者に対して、着床率の向上を目的として実施する治療に係る評価を新設する。

(新) 胚移植術

注4	<u>アシステッドハッチング</u>	<u>1,000点</u>
注5	<u>高濃度ヒアルロン酸含有培養液</u>	<u>1,000点</u>

[算定要件]

- (1) 胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
- (2) 胚移植術において、高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

男性不妊治療に係る評価の新設

1. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的にY染色体微小欠失検査を実施した場合の評価を新設する。

(新) Y染色体微小欠失検査 3,770点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断のために、PCR-rSSO法により測定した場合に限り算定できる。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 - ア 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

- イ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 (2) 遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携により当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていることが望ましい。

2. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術を実施した場合の評価を新設する。

(新)	精巣内精子採取術	
	1 単純なもの	12,400点
	2 顕微鏡を用いたもの	24,600点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
 (2) 1については精巣内精子採取術を行った場合に、2については顕微鏡下精巣内精子採取術を行った場合に算定する。
 (3) 1については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 ア 閉塞性無精子症
 イ 非閉塞性無精子症
 ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの
 (4) 2については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 ア 非閉塞性無精子症
 イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者
 (5) 精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。
 (6) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
 (7) (3)のウ又は(4)のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 ア 次のいずれの基準にも該当すること。
 ① 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
 ② 泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。
 イ 次のいずれの基準にも該当すること。
 ① 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 ② 精巣内精子採取術について過去2年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について5年以上の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
 ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 ④ 泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
 (2) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、上記の基準を満たしているものとする。

がん患者指導管理料の見直し

1. がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する

<p>る意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。</p>	
旧	新
<p>【がん患者指導管理料】 [算定要件] 注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回(当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。</p> <p>[施設基準] (12) がん患者指導管理料の施設基準等 イ がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(新設)</p> <p>ロ がん患者指導管理料の注4に規定する患者 (略)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>	<p>【がん患者指導管理料】 [算定要件] 注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回(当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。</p> <p>[施設基準] (12) がん患者指導管理料の施設基準等 イ がん患者指導管理料のイの施設基準 ① がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ② 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</p> <p>ロ がん患者指導管理料のロ、ハ及びニの施設基準 イの①を満たすものであること。</p> <p>ハ がん患者指導管理料の注4に規定する患者 (略)</p> <p>[経過措置] 令和4年3月31日時点でがん患者指導管理料イに係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、第三の二の(12)のイの②の基準を満たしているものとする(入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。)</p>
<p>2. がん患者指導管理料ロについて、がん患者の心理的不安の軽減を目的とする面接を行う職種に、公認心理師を追加する。</p>	

旧	新
<p>【がん患者指導管理料】 □ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>[算定要件] 注2 □については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>(2) がん患者指導管理料□ ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> <p>イ (略) ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p>	<p>【がん患者指導管理料】 □ 医師、<u>看護師又は公認心理師</u>が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>[算定要件] 注2 □については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき<u>看護師若しくは公認心理師</u>が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p> <p>(2) がん患者指導管理料□ ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又は<u>がん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師</u>が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> <p>イ (略) ウ <u>看護師又は公認心理師</u>が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p>

外来化学療法に係る栄養管理の充実	
<p>外来栄養食事指導料において、外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導を行った場合の評価を新設する。</p>	
旧	新
<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的</u></p>

<p>[施設基準] (新設)</p>	<p><u>な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] (6)の2 外来栄養食事指導料の注3に規定する基準 悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。</p>
------------------------	--

放射線治療病室管理加算の見直し	
放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。	
旧	新
<p>【放射線治療病室管理加算】 放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点 (新設) (新設)</p> <p>[算定要件] 注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、<u>放射線治療病室管理が行われた入院患者</u>（第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【放射線治療病室管理加算】 放射線治療病室管理加算（1日につき）</p> <p>1 治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点</p> <p>2 密封小線源による治療の場合 2,200点</p> <p>[算定要件] 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める<u>施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者</u>(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。 2 2については、別に厚生労働大臣が定める<u>施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者</u>(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 二十一の四 放射線治療病室管理加算の施設基準 (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準</p>

	<p>放射線同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。</p> <p>(2) 密封小線源による治療の場合の施設基準 密封小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。</p>
--	--

がんゲノムプロファイリング検査の見直し	
1. がんゲノムプロファイリング検査について、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直すとともに、検討会の開催や患者へのデータ提供等に係る実績を求めることとする。	
旧	新
<p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p>1 検体提出時 8,000点</p> <p>2 結果説明時 48,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 (新設)</p> <p>(1) 「1」検体提出時については、固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に患者1人につき1回(以下のイの場合については2回)に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>(2) 「2」結果説明時については、「1」検体提出時で得た包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種(がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等)による検討会(エキスパートパネル)での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ(FASTQ又はBAM)、解析データ(VCF又はXML)</p>	<p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p style="text-align: right;">44,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。</p> <p>2 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。</p> <p>(1) 固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、検体提出時に患者1人につき1回(以下のイの場合については、血液を検体とする検査を含めて2回)に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシーケンスデータ(FASTQ又はBAM)、解析データ(VCF又はXML)</p>

及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様に説明し、及び同意の有無について管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。

(5)・(6) (略)

(7) (略)

(8) (略)

(9) (略)

(10) 「2」結果説明時については、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を標準治療の終了後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合にも算定できる。なお、この場合には(2)から(9)までを満たすこと。

(11) 「1」検体提出時と「2」結果説明時は一連であるため、「1」検体提出時については区分番号「D026」の検体検査判断料及び区分番号「D027」の基本的検体検査判断料は算定できない。

[施設基準]

1 がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

(1)～(3) (略)

(新設)

及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。

(4)・(5) (略)

(削除)

(削除)

(削除)

(6) 「注2」に係る規定は、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には(2)から(5)までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること。

ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査

イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査

ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査

エ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

オ 肺癌におけるMETex14遺伝子検査

カ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査

キ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査

ク 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査

ケ 卵巣癌又は前立腺癌におけるBRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子検査

(削除)

[施設基準]

1 がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

(1)～(3) (略)

(4) がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ(FASTQ

<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4) (略) (新設)</p> <p>2 届出に関する事項 (新設)</p>	<p>又はBAM)、解析データ(VCF又はXML)及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター(C-CAT)に全例を提出していること(当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。)</p> <p>なお、提出に当たっては、C-CAT検査データ転送システム利用規約を遵守していること。</p> <p>(5) 臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリ臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。</p> <p>(6) 当該検査で得られた包括的なゲノムプロフィールの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。</p> <p>(7) (略)</p> <p>(8) エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日一部改正健発0719第3号)及び「エキスパートパネルの実施要件について」(令和4年2月)に基づき開催していること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。</p>
<p>2. がんゲノムプロファイリング検査の結果の解釈・説明等の評価として、がんゲノムプロファイリング評価 提供料 を新設する。</p>	
<p>(新) <u>がんゲノムプロファイリング評価提供料</u> <u>12,000点</u></p> <p>[対象患者] がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者</p> <p>[算定要件] 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロフィールの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種(がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等)による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p>	

無菌製剤処理料の見直し	
無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする。	
旧	新
【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 イ 病院であること。 ロ・ハ (略)	【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 (削除) イ・ロ (略)

悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設	
1. 必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。	
(新)	外来腫瘍化学療法診療料 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点
[対象患者]	悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者
[算定要件]	(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注6から注8までに規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4から注6までに規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7から注9までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。 (2) 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。 (3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。 (4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 (5) 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。 (6) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
[施設基準]	(1) 外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。 (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。 (3) 外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G0

<p>03に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。</p> <p>(4) 連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。</p> <p>イ 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。</p>
<p>2. 1に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算のイの(1)及びロの(1)並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。</p>

認知症専門診断管理料の見直し	
認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。	
旧	新
<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2 <u>300点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの(入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。)に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p>2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準1の認知症疾患医療センターのうち、<u>基幹型又は地域型であること。</u></p> <p>3 (略)</p>	<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p>イ <u>基幹型又は地域型の場合</u> <u>300点</u></p> <p>ロ <u>連携型の場合</u> <u>280点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの(入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。)に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 認知症専門診断管理料に関する施設基準「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。 (削除)</p> <p>2 (略)</p>

療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し	
療養・就労両立支援指導料における相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。	
旧	新
【療養・就労両立支援指導料】	【療養・就労両立支援指導料】

<p>[算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 2 相談支援加算に関する施設基準 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、<u>専任の看護師又は社会福祉士</u>については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。</p>	<p>[算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 2 相談支援加算に関する施設基準 専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、<u>当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。</u></p>
---	--

アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設	
依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。	
旧	新
<p>【依存症集団療法（1回につき）】 1・2（略） （新設）</p> <p>[算定要件] （新設）</p> <p>[施設基準] 一の五 依存症集団療法の施設基準 （新設）</p>	<p>【依存症集団療法（1回につき）】 1・2（略） 3 <u>アルコール依存症の場合 300点</u></p> <p>[算定要件] 注3 <u>3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回に限り算定する。</u></p> <p>[施設基準] 一の五 依存症集団療法の施設基準 <u>(3) アルコール依存症の場合の施設基準 (1)を満たすものであること。</u></p>

継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実	
精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象者であって、当該行政機関等から依頼を受けた精神科医により、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行うことが必要であると判断された者を追加する。	
旧	新
<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件] (3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)</p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件] (3) 「1」の口及び「2」の口については、(2)</p>

<p>のア又はイに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</p>	<p>のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</p> <p>ア <u>ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者</u></p> <p>イ <u>行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者</u></p> <p>ウ <u>当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者</u></p>
--	--

児童思春期精神科専門管理加算の見直し	
<p>児童思春期精神科専門管理加算のうち、16歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の評価について、初診日から2年を超えて行った場合についても評価を行う。</p>	
旧	新
<p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、口については、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。） 500点</p> <p>口 （略）</p>	<p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、口については、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合</u> 500点</p> <p style="margin-left: 20px;">(2) (1)以外の場合 300点</p> <p>口 （略）</p>

通院・在宅精神療法の見直し	
<p>通院精神療法及び在宅精神療法の口及びハについて、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。</p>	
旧	新
<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>口 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点</p>	<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ （略）</p> <p>口 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>精神保健指定医による場合</u> 560点</p>

ハイ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 <u>400点</u> (2) 30分未満の場合 <u>330点</u>	(2) (1)以外の場合 <u>540点</u> ハイ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>410点</u> ② ①以外の場合 <u>390点</u> (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>330点</u> ② ①以外の場合 <u>315点</u>
2 在宅精神療法 イ (略) ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 <u>600点</u>	2 在宅精神療法 イ (略) ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 <u>620点</u> (2) (1)以外の場合 <u>600点</u>
ハイ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合5 <u>540点</u> (2) 30分以上60分未満の場合 <u>400点</u> (3) 30分未満の場合 <u>330点</u>	ハイ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>550点</u> ② ①以外の場合 <u>530点</u> (2) 30分以上60分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>410点</u> ② ①以外の場合 <u>390点</u> (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>330点</u> ② ①以外の場合 <u>315点</u>

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	
1. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。	
(新)	こころの連携指導料 (I) <u>350点</u>
[算定要件]	
(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。	
(2) 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ 9 又はK 6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。	
(3) 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。	
(4) 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。 また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。	
(5) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療	

<p>情報提供料（Ⅰ）の費用は、別に算定できない。</p> <p>（6）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。</p> <p>[施設基準]</p> <p>（1）精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。</p> <p>（2）当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。</p>
<p>2. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。</p>
<p>（新） <u>こころの連携指導料（Ⅱ）</u> 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>（1）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号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に対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>（2）当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。</p> <p>（3）当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。</p> <p>（4）初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、別に算定できない。</p> <p>（5）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。</p> <p>[施設基準]</p> <p>（1）精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。</p> <p>（2）当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。</p>

アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	
<p>診療情報提供料（Ⅰ）の注7における対象患者に、アレルギー疾患を有する児童等を追加し、学校医等に対して、当該児童等が学校生活を送るに当たり必要な情報の提供を行った場合について評価する。</p>	
旧	新
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又は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、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況等を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>

	者に係る場合に限る。)
--	-------------

専門機関との連携分娩管理の評価の新設	
地域周産期母子医療センター等の専門機関との連携体制を構築し、妊産婦に対して適切な分娩管理を実施した場合の評価を新設する。	
ハイリスク分娩等 管理加算（1日につき）	
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者	
ア 40歳以上の初産婦である患者	
イ 子宮内胎児発育遅延の患者（重度の 子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、地域周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）	
ウ 糖尿病の患者（2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。）であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。）	
エ 精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）	
[算定要件]	
(1) 地域連携分娩管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。	
(2) 地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする。	
(3) 地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。	
(4) 対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合には、当該加算は算定できない。	
[施設基準]	
(1) 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。	
(2) 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。	
(3) 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	
(4) 周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	
(5) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。	

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し	
ハイリスク妊産婦連携指導料の 対象患者について、現に精神療法を受けている 妊産婦に限らず、メンタルスクリーニング検査等により精神科又は心療内科の受診が必要と判断された妊産婦を追加する。	
旧	新

<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [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産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料2】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料1】 [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産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料2】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
--	--

救急搬送診療料の見直し	
1. ガイドラインに基づいて適切に重症患者を搬送した場合の評価を新設する。	
旧	新
<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] 注4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。</p> <p>(9)「注4」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。</p> <p>[施設基準] 二の二 救急搬送診療料の注4に規定する施設基準</p>

	重症患者の搬送を行うにつき十分な体制が整備されていること。
2. 入院患者を転院搬送する場合における救急搬送診療料の算定可否を整理する。	
旧	新
<p>【救急搬送診療料】 [算定要件] (新設)</p> <p>(5) 当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。</p> <p>(6)～(8) (略) (新設)</p>	<p>【救急搬送診療料】 [算定要件]</p> <p>(5) 救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。</p> <p>(6) 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合には、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。</p> <p>ア 搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合</p> <p>イ 救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、患者の搬送を行う場合</p> <p>(7)～(9) (略)</p> <p>(10) 同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。</p>

実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化	
1. 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。	
2. 慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。	
旧	新
<p>【慢性維持透析患者外来医学管理料】</p> <p style="text-align: right;">2,250点</p>	<p>【慢性維持透析患者外来医学管理料】</p> <p style="text-align: right;">2,211点</p>
3. アルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を2年間延長する。	
旧	新
<p>【血液化学検査】 [経過措置]</p> <p>4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>ロ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの</p>	<p>【血液化学検査】 [経過措置]</p> <p>第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの</p>

実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化			
材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。			
【呼吸同調式デマンドバルブ加算】		【呼吸同調式デマンドバルブ加算】	
	300点		291点
【排痰補助装置加算】		【排痰補助装置加算】	
	1,800点		1,829点

医療技術の評価・再評価の在り方の見直し
医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記することや、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。
今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

人工腎臓の評価の見直し	
人工腎臓においてHIF-PH 阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH 阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。	
旧	新
【人工腎臓（1日につき）】	【人工腎臓（1日につき）】
1 慢性維持透析を行った場合 1	1 慢性維持透析を行った場合 1
イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	イ 4時間未満の場合 1,885点
1,924点	
ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点
2,084点	
ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	ハ 5時間以上の場合 2,180点
2,219点	
ニ 4時間未満の場合（イを除く。）	（削除）
1,798点	（削除）
ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	（削除）
1,958点	（削除）
ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。）	（削除）
2,093点	
2 慢性維持透析を行った場合 2	2 慢性維持透析を行った場合 2
イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	イ 4時間未満の場合 1,845点
1,884点	
ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点
2,044点	
ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）	ハ 5時間以上の場合 2,135点
2,174点	
ニ 4時間未満の場合（イを除く。）	（削除）
1,758点	（削除）
ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。）	（削除）
1,918点	

<p>へ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,048点</p> <p>3 慢性維持透析を行った場合3 イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,844点</p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,999点</p> <p>ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,129点</p> <p>ニ 4時間未満の場合（イを除く。） 1,718点</p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） 2,003点</p> <p>へ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,003点</p>	<p>（削除）</p> <p>3 慢性維持透析を行った場合3 イ 4時間未満の場合 1,805点</p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点</p> <p>ハ 5時間以上の場合 2,090点</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p>
<p>[算定要件]</p> <p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。</p> <p>ア 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用（HIF-PH阻害剤は「イ」から「ハ」までの場合に限る。）は所定点数に含まれており、別に算定できない。（中略）</p> <p>イ 「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。</p> <p>(24) 「1」から「3」までのうち、「ニ」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。</p> <p>[施設基準]</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。</p> <p>ア 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。（中略）</p> <p>イ 「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。</p> <p>(24) 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。</p> <p>[施設基準]</p>

<p>二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1) <u>人工腎臓に規定する患者</u> <u>H I F - P H阻害剤を院外処方している患者以外の患者</u> (2) ~ (8) (略)</p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベポエチン エポエチンベータペゴル H I F - P H阻害剤 (院内処方されたものに限る。)</p>	<p>二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (削除)</p> <p>(1) ~ (7) (略)</p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベポエチン エポエチンベータペゴル H I F - P H阻害剤</p>
---	--

透析中の運動指導に係る評価の新設	
人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。	
旧	新
<p>【人工腎臓】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【人工腎臓】 [算定要件] <u>注14 人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合は、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。</u></p>

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設							
大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。							
<p>(新) <u>二次性骨折予防継続管理料</u></p> <table border="0"> <tr> <td><u>イ 二次性骨折予防継続管理料 1</u></td> <td><u>1,000点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ロ 二次性骨折予防継続管理料 2</u></td> <td><u>750点</u></td> </tr> <tr> <td><u>ハ 二次性骨折予防継続管理料 3</u></td> <td><u>500点</u></td> </tr> </table>	<u>イ 二次性骨折予防継続管理料 1</u>	<u>1,000点</u>	<u>ロ 二次性骨折予防継続管理料 2</u>	<u>750点</u>	<u>ハ 二次性骨折予防継続管理料 3</u>	<u>500点</u>	
<u>イ 二次性骨折予防継続管理料 1</u>	<u>1,000点</u>						
<u>ロ 二次性骨折予防継続管理料 2</u>	<u>750点</u>						
<u>ハ 二次性骨折予防継続管理料 3</u>	<u>500点</u>						
<p>[対象患者]</p> <p>(1) 大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの</p> <p>(2) イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの</p> <p>(3) イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの</p>							
<p>[算定要件]</p> <p>(1) イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。</p> <p>(2) ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したもののに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中</p>							

<p>1回に限り算定する。</p> <p>(3) ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p>(4) イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。</p> <p>(5) ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス (FLS) クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。</p> <p>(6) 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。</p> <p>(3) イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。</p> <p>(4) ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。</p>

高度難聴指導管理料の見直し	
<p>高度難聴指導管理料について、人工内耳植込術を行った患者以外の患者に係る算定上限回数を1回までに変更するとともに、指導を行う耳鼻咽喉科の医師に係る要件を見直す。</p>	
旧	新
<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略)</p>	<p>【高度難聴指導管理料】 [算定要件] 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。</p> <p>[施設基準] 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1) (略) (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略) また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。</p>

医薬品の給付の適正化
<p>医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから63枚までに変更する。</p>

旧	新
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>