個別改定項目について

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

Ⅰ－１　当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応.....1
①　令和４年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応 1

Ⅰ－２　医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 2
①　外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し.....2

Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 16
①　高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設 16
②　総合入院体制加算の見直し 18
③　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し ...21
④　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化 25
⑤　短期滞在手術等基本料の評価の見直し 27
⑥　特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設 39
⑦　重症患者等に対する支援に係る評価の新設 42
⑧　バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し 44
⑨　救命救急入院料等における算定上限日数の見直し 45
⑩　早期離床・リハビリテーション加算の見直し 49
⑪　早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し .54
⑫　早期栄養介入管理加算の見直し 56
⑬　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し ...60
⑭　救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し 62
⑮　地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し 63
⑯　地域包括ケア病棟入院料の見直し 75
⑰　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し 77

⑱　回復期リハビリテーションを要する状態の見直し 82
⑲　特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設 85
⑳　療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し 88
㉑　中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し 92
㉒　障害者施設等入院基本料等の見直し 94
㉓　緩和ケア病棟入院料の見直し 98
㉔　有床診療所入院基本料等の見直し 100
㉕　有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設 103
㉖　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 104
㉗　DPC/PDPS の見直し 105

Ｉ－４　外来医療の機能分化等 119
①　紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し 119
②　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設 122
③　診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し 123
④　外来在宅共同指導料の新設 128
⑤　紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進 130

Ｉ－５　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 134
①　地域包括診療料等における対象疾患等の見直し 134
②　小児かかりつけ診療料の見直し 137
③　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設 140
④　耳鼻咽喉科処置の見直し 141
⑤　機能強化加算の見直し 143
⑥　継続診療加算の見直し 149
⑦　かかりつけ歯科医の機能の充実 152
⑧　地域における薬局のかかりつけ機能の評価 154

Ｉ－６　質の高い在宅医療・訪問看護の確保 155
①　在支診及び在支病による地域連携の推進 155

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

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組 199
① 医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化 199
② 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化.....200
③ 医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化.....201
④ 周術期の栄養管理の推進 202
⑤ 栄養サポートチーム加算の見直し 203

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

Ⅱ　安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

Ⅱ－１　地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保..... 219
①　地域医療体制確保加算の見直し 219

Ⅱ－３　医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進 222
①　勤務医の負担軽減の取組の推進 222
②　夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し 224

Ⅱ－４　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進..... 230
①　医師事務作業補助体制加算の見直し 230
②　特定行為研修修了者の活用の推進 233
③　病棟薬剤業務実施加算の見直し 234
④　周術期における薬学的管理の評価の新設 236
⑤　看護補助者の更なる活用に係る評価の新設 237

Ⅱ－５　業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 241
①　医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化 241
②　医療機関等における事務等の簡素化・効率化 244
③　標準規格の導入に係る取組の推進 245

Ⅲ　患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等 246
①　入退院支援の推進 246
②　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 249
③　画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設 250
④　療養・就労両立支援指導料の見直し 252
⑤　手術等の医療技術の適切な評価 254
⑥　質の高い臨床検査の適切な評価 257
⑦　家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進 258
⑧　人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し 259
⑨　人工腎臓に係る導入期加算の見直し 264
⑩　在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設 267
⑪　在宅血液透析指導管理料の見直し 269
⑫　プログラム医療機器に係る評価の新設 270
⑬　生活習慣病管理料の見直し 272
⑭　歯科口腔疾患の重症化予防の推進 275

Ⅲ－２　医療における ICT の利活用・デジタル化への対応 278
①　情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設 278
②　情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止 280
③　情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し 283
④　在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見直し 286
⑤　施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設 288
⑥　訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設 290
⑦　情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し 291
⑧　情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し 296
⑨　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し 298

⑩　診療録管理体制加算の見直し 302
⑪　標準規格の導入に係る取組の推進 304
⑫　外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設 305
⑬　オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設..... 308

Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進 310
①　摂食嚥下支援加算の見直し 310
②　疾患別リハビリテーション料の見直し 316
③　リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し 318
④　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し 320
⑤　外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設 321

Ⅲ－４－１　子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価 322
①　一般不妊治療に係る評価の新設 322
②　生殖補助医療に係る評価の新設 325
③　男性不妊治療に係る評価の新設 335

Ⅲ－４－２　質の高いがん医療の評価 338
①　がん患者指導管理料の見直し 338
②　外来化学療法に係る栄養管理の充実 342
③　放射線治療病室管理加算の見直し 343
④　がんゲノムプロファイリング検査の見直し 345
⑤　無菌製剤処理料の見直し 350
⑥　悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設 351

Ⅲ－４－３　認知症の者に対する適切な医療の評価 354
①　認知症専門診断管理料の見直し 354

Ⅲ－４－４　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価..... 356
①　療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し 356
②　薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実 358

③　アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設 ..361
④　摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し
.....362
⑤　精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設.....363
⑥　継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実 ..366
⑦　児童思春期精神科専門管理加算の見直し 367
⑧　通院・在宅精神療法の見直し 369
⑨　精神科救急医療体制の整備の推進 371
⑩　クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し ..385
⑪　かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設 387
⑫　救急患者精神科継続支援料の見直し 390
⑬　救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し.....392

Ⅲ－４－５　難病患者に対する適切な医療の評価 394
①　遺伝学的検査の見直し 394
②　遺伝カウンセリングの見直し 397
③　生体移植時における適切な検査の実施 401
④　知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し 403
⑤　アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化 405
⑥　難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進 407

Ⅲ－４－６　小児医療、周産期医療、救急医療の充実 409
①　小児運動器疾患指導管理料の見直し 409
②　医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化 .
.....410
③　小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化.....411
④　医療的ケア児に対する支援に係る 医療機関及び児童相談所の連携強化.....412

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

Ⅲ－５　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 438
①　歯科診療における院内感染防止対策の推進 438
②　歯科口腔疾患の重症化予防の推進 440
③　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 441
④　歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化 443
⑤　歯科固有の技術の評価の見直し 445

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

Ⅳ　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 469

① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進 469
② バイオ後続品の使用促進 474

Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用

Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等 475
① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化 475
② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化 476
③ 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し 477
④ 人工腎臓の評価の見直し 478

Ⅳ－４ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） 481
① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 481

Ⅳ－５ 外来医療の機能分化等（再掲） 482
① 外来医療の機能分化等 482

Ⅳ－６ 重症化予防の取組の推進 483
① 透析中の運動指導に係る評価の新設 483
② 継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設 484
③ 生活習慣病管理料の見直し 486
④ 高度難聴指導管理料の見直し 487
⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進 488

Ⅳ－７ 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 489
① 医薬品の給付の適正化 489
② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み） 490
③ 処方箋料の見直し 491

Ⅳ－８ 効率性等に応じた薬局の評価の推進 492
① 調剤基本料の見直し 492
② 特別調剤基本料の見直し 494

①　令和４年度診療報酬改定における コロナ特例等に係る対応

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。

２.「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 26)」（令和２年８月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。

３．令和４年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※１）を設けるとともに、令和２年度診療報酬改定における経過措置を終了する。

（※１）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。

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

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

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

①　外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　外来感染対策向上加算　　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ダンス」に沿った対応を行っていること。

(13) (７)に掲げる院内感染管理者は、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(15) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。

(16) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

(17)「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。

(18) 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

(19) 区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

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

（新）　　連携強化加算　　３点

［算定要件］
　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、連携強化加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。

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

（新）　　サーベイランス強化加算　　１点

［算定要件］
　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。

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

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

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

策向上加算に改める。

４．現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として、感染対策向上加算３を新設する。

５．感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。

６．感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 １　感染対策向上加算１　710点 ２　感染対策向上加算２　175点 ３　感染対策向上加算３　75点 ［算定要件］ 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、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該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。 ２　感染対策向上加算１を算定する場合について、感染症対策に関	【感染防止対策加算】 １　感染防止対策加算１　390点 ２　感染防止対策加算２　90点 （新設） ［算定要件］ 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、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該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。 ２　感染防止対策加算１を算定する場合について、感染防止対策に

する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。 ３　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。 ４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。	関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。 ３　感染防止対策加算１を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。 （新設）
［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (1)　感染対策向上加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。 ホ　他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施す	［施設基準］ 二十九の二　感染防止対策加算の施設基準等 (1)　感染防止対策加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染防止対策加算２に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。 （新設）

るための必要な体制が整備されていること。 ヘ　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。	（新設）
(2) 感染対策向上加算２の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算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。	(2) 感染防止対策加算２の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染防止対策加算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。
(3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。 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。 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。 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。	(3) 感染防止対策地域連携加算の施設基準 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。
(4) 指導強化加算の施設基準 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。	(4) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準 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。
(5) 連携強化加算の施設基準 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。	（新設）
(6) サーベイランス強化加算の施設基準 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。	（新設）

１　感染対策向上加算１に関する施設基準 (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。	１　感染防止対策加算１に関する施設基準 (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。
(7) (2)に掲げるチームにより、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。	(7) (2)に掲げるチームにより、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。
(8)～(10)　（略）	(8)～(10)（略）
(11) (2)に掲げるチームにより、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算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。	(11) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算２を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。
(16) 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。	(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。
(17) 新興感染症の発生時等に、都道	（新設）

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。	
(18) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。	（新設）
(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。	（新設）
(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。	（新設）
(21)～(24)　（略） ※　現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様。	（新設）
２　感染対策向上加算２の施設基準	２　感染防止対策加算２の施設基準
(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。	(3)　(2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～イ　（略）	ア～イ　（略）
ウ　３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬	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

剤師 エ　３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師 　アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の１の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和４年３月31日時点で感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、２の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。	エ　３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師 　アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の１の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
(7)　(3)に掲げるチームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算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。	(7)　(3)に掲げるチームは、少なくとも年４回程度、感染防止対策加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。
(14)　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	(14)　地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

ージ等により公開していること。	
(15) 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。	（新設）
(16) 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。	（新設）
(17) 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。	（新設）
３　感染対策向上加算３の施設基準	（新設）
(1) 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。	
(2) 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。	
(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。	
ア　専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）	
イ　専任の看護師	
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２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。 (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。 (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。 (6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。 (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加していること。 (8) 院内の抗菌薬の適正使用につい	

て、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。 (9) (3)に掲げるチームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。 (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。 (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。 (12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。 (13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。 (14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。 (15) 外来感染対策向上加算の届出を	

行っていない保険医療機関であること。 ４　指導強化加算の施設基準 (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。 (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。	（新設）
５　連携強化加算の施設基準 (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。 (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。	（新設）
６　サーベイランス強化加算の施設基準 (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。 (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。	（新設）

①　高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　急性期充実体制加算（１日につき）

１	７日以内の期間	460 点
２	８日以上 11 日以内の期間	250 点
３	12 日以上 14 日以内の期間	180 点

［対象患者］

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

［算定要件］

高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

［施設基準］

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

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

（新）　精神科充実体制加算　30 点

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

[算定要件]
精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30 点を更に所定点数に加算する。

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

②　総合入院体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

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

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

イのいずれかに該当すること。 ア　次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。 (ｲ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 (ﾛ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の「注８」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近１か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、４割以上であること。 イ　紹介受診重点医療機関（医療法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。）であること。	制を確保していること。 ア　病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 イ　地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の「注８」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近１か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、４割以上であること。

③　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。

○　「点滴ライン同時３本以上の管理」の項目について、「注射薬剤３種類以上の管理」に変更する。

○　「心電図モニターの管理」の項目について、評価項目から削除する。

○　「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、１点から２点に変更する。

２．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

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

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

（※）許可病床数 200 床未満の医療機関における基準

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

［経過措置］

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

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

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

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

［経過措置］

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

④　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【急性期一般入院基本料１】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　許可病床数が二百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料２から５までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。 ［経過措置］ 七　令和四年三月三十一日において現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が二百床以上四百床未満の保険医療機関に限る。）については、同年十二月三十一日までの間に限り、第五	【急性期一般入院基本料１】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１から６までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。 ［経過措置］ 十二　令和二年三月三十一日において現に急性期一般入院料１から６までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が四百床以上の保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第五

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

⑤　短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料１】 ［算定要件］ １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点 ロ　イ以外の場合　2,718点 ［施設基準］ 二　短期滞在手術等基本料１の施設基準 (1) 手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3)　（略） １　短期滞在手術等基本料１に関する施設基準 (1) 手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2)　（略） (3) 手術を行う場合にあっては、当	【短期滞在手術等基本料１】 ［算定要件］ １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）　2,947点 ［施設基準］ 二　短期滞在手術等基本料１の施設基準 (1) 局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3)　（略） １　短期滞在手術等基本料１に関する施設基準 (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2)　（略） (3) 当該保険医療機関が、退院後概

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

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

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

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

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの 10,549点（生活療養を受ける場合にあっては、10,475点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの 8,744点（生活療養を受ける場合にあっては、8,670点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試	【短期滞在手術等基本料３】 （新設） （新設） （新設）

験（ＭＳＬＴ） 11,485点（生活療養を受ける場合にあっては、11,411点）	
ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） 8,312点（生活療養を受ける場合にあっては、8,238点）	（新設）
ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 5,040点（生活療養を受ける場合にあっては、4,966点）	イ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 5,630点（生活療養を受ける場合にあっては、5,556点）
ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの 10,197点（生活療養を受ける場合にあっては、10,123点）	ロ　Ｄ４１３　前立腺針生検法 10,309点（生活療養を受ける場合にあっては、10,235点）
ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 33,572点（生活療養を受ける場合にあっては、33,498点）	（新設）
チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。） 16,224点（生活療養を受ける場合にあっては、16,150点）	（新設）
リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 32,937点（生活療養を受ける場合にあっては、32,863点）	（新設）
ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。） 20,611点（生活療養を受ける場合にあっては、20,537点）	（新設）
ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） 21,057点（生活療養を受ける場合にあっては、20,983点）	（新設）
ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手	（新設）

に限る。） 15,180点（生活療養を受ける場合にあっては、15,106点）	
ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術 １　手、足、指（手、足）（手に限る。） 13,878点（生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）	（新設）
カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 17,621点（生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）	ハ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 18,448点（生活療養を受ける場合にあっては、18,374点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 35,663点（生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）	ニ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 40,943点（生活療養を受ける場合にあっては、40,869点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術 １　涙道内視鏡を用いるもの 11,312点（生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）	（新設）
レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）	（新設）
ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法 18,016点（生活療養を受ける場合にあっては、17,942点）	（新設）
ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの 16,347点（生活療養を受ける場合にあっては、16,273点）	（新設）
ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの） 9,431点（生活療養を受ける場合にあっては、9,357点）	（新設）
ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法 18,326点（生活療養を受ける場合にあっては、18,252点）	（新設）
ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施 22,496点（生活療養を受ける場合に	（新設）

あっては、22,422点） ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術 １　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。） 20,426点（生活療養を受ける場合にあっては、20,352点）	（新設）
ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155点（生活療養を受ける場合にあっては、37,081点）	（新設）
キ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（片側） 17,888点（生活療養を受ける場合にあっては、17,814点）	ホ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（片側） 19,873点（生活療養を受ける場合にあっては、19,799点）
ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（両側） 32,130点（生活療養を受ける場合にあっては、32,056点）	ヘ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（両側） 34,416点（生活療養を受ける場合にあっては、34,342点）
オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合（片側） 15,059点（生活療養を受ける場合にあっては、14,985点）	（新設）
ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,312点（生活療養を受ける場合にあっては、25,238点）	（新設）
ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 30,571点（生活療養を受ける場合にあっては、30,497点）	（新設）
マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 18,809点（生活療養を受ける場合にあっては、18,735点）	（新設）
ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点（生活療養を受ける場合にあっては、26,238点）	（新設）

フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１ 長径５センチメートル未満 17,302点（生活療養を受ける場合にあっては、17,228点）	ト　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１ 長径５センチメートル未満 18,588点（生活療養を受ける場合にあっては、18,514点）
コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２ 長径５センチメートル以上 25,366点（生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）	（新設）
エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 28,842点（生活療養を受ける場合にあっては、28,768点）	チ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 32,540点（生活療養を受ける場合にあっては、32,466点）
テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 28,884点（生活療養を受ける場合にあっては、28,810点）	リ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 32,540点（生活療養を受ける場合にあっては、32,466点）
ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１ 抜去切除術 19,798点（生活療養を受ける場合にあっては、19,724点）	ヌ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１ 抜去切除術 21,755点（生活療養を受ける場合にあっては、21,681点）
サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２ 硬化療法（一連として） 9,149点（生活療養を受ける場合にあっては、9,075点）	ル　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２ 硬化療法（一連として） 10,411点（生活療養を受ける場合にあっては、10,337点）
キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３ 高位結紮術 9,494点（生活療養を受ける場合にあっては、9,420点）	ヲ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３ 高位結紮術 10,225点（生活療養を受ける場合にあっては、10,151点）
ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 23,090点（生活療養を受ける場合にあっては、23,016点）	（新設）
メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点（生活療養を受ける場合にあっては、20,056点）	（新設）
ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点（生活療養を受ける場合にあっては、22,178点）	（新設）
シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）	ワ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）

33,785点（生活療養を受ける場合にあっては、33,711点） ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 24,296点（生活療養を受ける場合にあっては、24,222点） ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 21,275点（生活療養を受ける場合にあっては、21,201点） モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 23,648点（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点） セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 70,492点（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点） ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 53,309点（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点） ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 41,081点（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点） イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 48,934点（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点） イロ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,560点（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点） イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 16,258点（生活療養を受ける場合に	31,835点（生活療養を受ける場合にあっては、31,761点） カ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 25,358点（生活療養を受ける場合にあっては、25,284点） ヨ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 22,597点（生活療養を受ける場合にあっては、22,523点） タ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５ 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 24,975点（生活療養を受ける場合にあっては、24,901点） レ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 62,344点（生活療養を受ける場合にあっては、62,270点） ソ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 51,773点（生活療養を受ける場合にあっては、51,699点） ツ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 40,741点（生活療養を受ける場合にあっては、40,667点） ネ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 50,328点（生活療養を受ける場合にあっては、50,254点） ナ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,739点（生活療養を受ける場合にあっては、12,665点） ラ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 15,599点（生活療養を受ける場合に

あっては、16,184点） イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） 10,604点（生活療養を受ける場合にあっては、10,530点）	あっては、15,525点） ム　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） 11,109点（生活療養を受ける場合にあっては、11,035点）
イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） 10,792点（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点）	（新設）
イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） 8,415点（生活療養を受ける場合にあっては、8,341点）	（新設）
イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,894点（生活療養を受ける場合にあっては、25,820点）	ウ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,597点（生活療養を受ける場合にあっては、25,523点）
イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） 24,703点（生活療養を受ける場合にあっては、24,629点）	（新設）
イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870点（生活療養を受ける場合にあっては、23,796点）	（新設）
イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 14,607点（生活療養を受ける場合にあっては、14,533点）	ヰ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 16,249点（生活療養を受ける場合にあっては、16,175点）
イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの 21,709点（生活療養を受ける場合にあっては、21,635点）	（新設）
イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの 18,652点（生活療養を受ける場合に	（新設）

あっては、18,578点）	
イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの 35,191点（生活療養を受ける場合にあっては、35,117点）	（新設）
イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの 33,460点（生活療養を受ける場合にあっては、33,386点）	（新設）
イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 109,045点（生活療養を受ける場合にあっては、108,971点）	（新設）
イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）	ノ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 59,199点（生活療養を受ける場合にあっては、59,125点）

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

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

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

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

（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 Ｋ８４１－２　（略）	（新設） （新設） Ｋ８４１－２　（略）
［施設基準］ 別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十三　（略） 二十四　別表第十一の一に規定する手術又は検査を行った患者	［施設基準］ 別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十三　（略） （新設）
第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (4) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。 ※　救命救急入院料、特定集中治療室	第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (4) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料２又は３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（３）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料２又は３に係る要件を満たす場合に限る。）は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。

管理料等についても同様。	

⑥　特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　重症患者対応体制強化加算

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

［対象患者］

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

［算定要件］

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。

（２）集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が１名以上配置

されていること。
（３）救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において５年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（４）常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が２名以上配置されていること。
（５）（４）に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。
ア　国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
イ　保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
（６）医師、（４）に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
ア　重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
イ　人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際
（７）（４）に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
（８）（４）に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。
（９）新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が２名以上確保されていること。なお、当該看護師は、（４）に規定する看護師であることが望ましいこと。
(10) 区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算及び区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、令和５年３月 31 日までの間に限り、「Ａ２００－２」急性期充実体制加算に係る届出を行っていなくても差し支えない。
(11)（４）に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準に係る看護配置に含めないこと。
(12)（４）に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟におい

て勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の勤務時間数に含めないこと。

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

⑦　重症患者等に対する支援に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　重症患者初期支援充実加算（１日につき）　300 点

［対象患者］
集中治療領域における入院患者

［算定要件］
特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。

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

当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。

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

ア　医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者

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

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

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

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

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

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

⑧　バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

⑨　救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間 11,802点 (2)　４日以上７日以内の期間 10,686点 (3)　８日以上の期間 9,371点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ (4)　救命救急入院料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。	４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 (1)　３日以内の期間 11,802点 (2)　４日以上７日以内の期間 10,686点 (3)　８日以上14日以内の期間 9,371点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ （新設）

【特定集中治療室管理料】 １　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　14,211点 ロ　８日以上の期間 12,633点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間 14,211点 (2)　８日以上の期間 12,633点 ロ　（略） ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,697点 ロ　８日以上の期間 8,118点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間 9,697点 (2)　８日以上の期間 8,118点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出	【特定集中治療室管理料】 １　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　14,211点 ロ　８日以上14日以内の期間 12,633点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間 14,211点 (2)　８日以上14日以内の期間 12,633点 ロ　（略） ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,697点 ロ　８日以上14日以内の期間 8,118点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間 9,697点 (2)　８日以上14日以内の期間 8,118点 ロ　（略） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 ［施設基準］ (4) 特定集中治療室管理料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。	 ［施設基準］ （新設）

⑩　早期離床・リハビリテーション加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料】 ［算定要件］ 注８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲	【救命救急入院料】 ［算定要件］ （新設）

げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ［施設基準］ (7) 救命救急入院料の注８に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 ［施設基準］	［施設基準］ （新設） 【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］

(3) ハイケアユニット入院医療管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	（新設）
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準	［施設基準］ （新設）

イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (6) 小児特定集中治療室管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

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

⑪　早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【早期離床・リハビリテーション加算】 ［算定要件］ ⑷　「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。 ア　早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。	【早期離床・リハビリテーション加算】 ［算定要件］ ⑷　「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。 ア　早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ　当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。 ウ～エ　（略） ［施設基準］ ６　特定集中治療室管理料の「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準 (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア～イ　（略） ウ　急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士 (2)～(5)　（略） (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。 (7)・(8)　（略）	イ　当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。 ウ～エ　（略） ［施設基準］ ６　特定集中治療室管理料の「注４」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準 (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア～イ　（略） ウ　急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士 (2)～(5)　（略） (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。 (7)・(8)　（略）

⑫　早期栄養介入管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。
［施設基準］ (6) 特定集中治療室管理料の注５に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体	［施設基準］ (6) 特定集中治療室管理料の注５に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 （新設）

制が整備されていること。	

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

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料】 ［算定要件］ 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	【救命救急入院料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (8) 救命救急入院料の注９に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）
【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理	【ハイケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	
［施設基準］ (3) ハイケアユニット入院医療管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４に規定する厚生労働大	［施設基準］ （新設）

臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (6) 小児特定集中治療室管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

⑬　重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

１.「心電図モニターの管理」の項目について、患者の９割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。

２.「Ｂ　患者の状況等」の項目（以下「Ｂ項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。

３.　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

	改　定　案		現　　行
	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	
救命救急入院料２	８割	７割	８割
救命救急入院料４	８割	７割	８割
特定集中治療室管理料１	８割	７割	８割

特定集中治療室管理料２	８割	７割	８割
特定集中治療室管理料３	７割	６割	７割
特定集中治療室管理料４	７割	６割	７割

［経過措置］

令和４年３月 31 日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月 30 日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙 17 の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

⑭　救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

［経過措置］

令和４年３月 31 日時点で救命救急入院料１又は３の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月 30 日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙 17 の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

⑮　地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

１．地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率の要件について、以下のとおり見直す。

（１）地域包括ケア病棟入院料１及び２並びに地域包括ケア入院医療管理料１及び２における在宅復帰率の要件について、７割以上から７割２分５厘以上に変更する。

（２）地域包括ケア病棟入院料３及び４並びに地域包括ケア入院医療管理料３及び４について、在宅復帰率が７割以上であることを要件に追加するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注10　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 ［施設基準］	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］

(2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割二分五厘以上であること。	(2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
(3) 地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準 イ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割二分五厘以上であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料２及び地域包括ケア入院医療管理料２についても同様。	(3) 地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準 イ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
(6) 地域包括ケア病棟入院料３の施設基準 イ　(2)のハからトまでを満たすものであること。 ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。	(6) 地域包括ケア病棟入院料３の施設基準 (2)のハからトまでを満たすものであること。 （新設）
(7) 地域包括ケア入院医療管理料３の施設基準 ハ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。	(7) 地域包括ケア入院医療管理料３の施設基準 （新設）
(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 ホ　(6)のロを満たすものであること。	(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 （新設）
(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 イ　(2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。 ハ　(7)のハを満たすものであること。	(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 (2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。 （新設）
(20) 地域包括ケア病棟入院料の注10に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (6)のロ若しくは(8)のホ又は(7)	（新設）

のハ若しくは(9)のハの基準 ［経過措置］ 二十三　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のロ、(3)のイ、(4)のロ((2)のロに限る。)、(5)((3)のイに限る。)、(6)のロ、(7)のハ、(8)のホ及び(9)のハに該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

２．地域包括ケア病棟入院料２及び４における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、許可病床数が 200 床以上 400 床未満の医療機関についても要件化するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の 100 分の 85 に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注９　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア病棟入院料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注９　注１に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注１に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
［施設基準］ (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 二　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該	［施設基準］ (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 （新設）

保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。 (8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 ニ　(4)の二を満たすものであること。 (20) 地域包括ケア病棟入院料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (4)の二又は(8)のニの基準 ［経過措置］ 二十七　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二及び(8)のニに該当するものとみなす。	(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 （新設） (20) 地域包括ケア病棟入院料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のヌの基準 ［経過措置］ 二十三　令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が四百床以上のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(1)のヌに該当するものとみなす。

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

（１）地域包括ケア病棟入院料１及び３並びに地域包括ケア入院医療管理料１及び３における自宅等から入院した患者割合の要件について、１割５分以上から２割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の３月の受入れ人数について、６人以上から９人以上に変更する。また、地域包括ケア入院医療管理料１及び３における病床数が 10 床未満の病室に係る自宅等から入院した患者数の要件ついて、３月で６人以上から８人以上に変更する。

（２）地域包括ケア病棟入院料２及び４並びに地域包括ケア入院医療管理料２及び４の要件に、以下のいずれか１つ以上を満たすことを追加する。

ア　自宅等から入棟した患者割合が２割以上であること

イ　自宅等からの緊急患者の受入れが３月で９人以上であること

ウ　在宅医療等の実績を１つ以上有すること

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

（３）在宅医療等の実績における退院時共同指導料２の算定回数の実績

の要件について、外来在宅共同指導料１の実績を用いてもよいこととする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣の定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 ［施設基準］ (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。 ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤　（略） ⑥　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料３についても同様。 (3) 地域包括ケア病棟入院医療管理	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。 ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤　（略） ⑥　退院時共同指導料２を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。 (3) 地域包括ケア病棟入院医療管理

料１の施設基準 ロ　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八以上であること。 ハ　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ニ　(2)のイ、ホ及びヘを満たすものであること。 ※　地域包括ケア入院医療管理料３についても同様。 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ハ　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ①　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。 ②　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ③　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ④　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑤　訪問看護療養費に係る指定	料１の施設基準 ロ　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六以上であること。 ハ　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。 ニ　(2)のイ及びホ及びヘを満たすものであること。 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 （新設）

訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　在宅患者訪問リハビテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑦　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑧　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。	
(5)　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 イ　(2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。 ロ　次のいずれか１つ以上を満たしていること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八以上であること。 ①　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。	(5)　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (2)のイ及びへ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。 （新設）

②　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。 ③　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ④　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑤　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　在宅患者訪問リハビテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。 ⑦　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑧　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定して	

いる保険医療機関であること。	
(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 ハ　(4)のハを満たすものであること。	(8) 地域包括ケア病棟入院料４の施設基準 （新設）
(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 イ　（略） ロ　(5)のロを満たすものであること。	(9) 地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準 イ　（略） （新設）
(21) 地域包括ケア病棟入院料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (4)のハ、(5)のロ、(8)のハ又は(9)のロの基準	（新設）
［経過措置］ 二十三　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ及びニ、(3) のロ及びハ、(4)のハ、(5)のロ、(6)のイ（(2) のハ及びニに限る。）、(7)のロ（(3) のロ及びハに限る。）、(8)のハ又は(9)のロに該当するものとみなす。	［経過措置］ 二十五　令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料１若しくは地域包括ケア入院医療管理料１又は地域包括ケア病棟入院料３若しくは地域包括ケア入院医療管理料３に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の(3)のロ、ハ及びニ（(2)のホに限る。）又は第九の十一の二の(6)（(2)のハ、ニ及びホに限る。）若しくは第九の十一の二の(7)のイ（(2)のホに限る。）及びロ（(3)のロ及びハに限る。）に該当するものとみなす。

４．地域包括ケア病棟入院料１若しくは２又は地域包括ケア入院医療管理料１若しくは２を算定する病棟又は病室を有する保険医療機関であって、許可病床数が 100 床以上のものについて、入退院支援加算１に係る届出を行っていない場合は、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣の定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (22) 地域包括ケア病棟入院料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関 入退院支援加算１に係る届出を行っていない保険医療機関（許可病床数が百床以上のものに限る。）。	［施設基準］ （新設）
［経過措置］ 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料１若しくは地域包括ケア入院医療管理料１又は地域包括ケア病棟入院料２若しくは地域包括ケア入院医療管理料２に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、基本診療料の施設基準第九の十一の二の(22)の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。	［経過措置］ （新設）

５．一般病床において地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合については、第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件とする。ただし、200 床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は 24 時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ １　地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること。なお、令和４年３月31日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和５年３月31日までの間の限り、なお従前の例による。 ア～オ　（略）	【地域包括ケア病棟入院料】 ［施設基準］ １　地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア～オ　（略）

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

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院

期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。	又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。
イ　急性期患者支援病床初期加算 (1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合 ①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　150点 ②　①の患者以外の患者の場合　50点 (2) 許可病床数400床未満の保険医療機関 ①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　250点 ②　①の患者以外の患者の場合　125点	（新設）
ロ　在宅患者支援病床初期加算 ①　介護老人保健施設から入院した患者の場合　500点 ②　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合　400点	（新設）

⑯　地域包括ケア病棟入院料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の 100 分の 95 に相当する点数を算定することとする。ただし、当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受入れが６割以上である場合、自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前三月で 30 人以上である場合又は救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合においては、所定点数（100 分の 100）を算定する。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点	【地域包括ケア病棟入院料）】 ［算定要件］ 注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。 （中略）

数）を算定する。（中略） ［施設基準］ (10) 地域包括ケア病棟入院料の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 次のいずれかに該当する場合であること。 イ　当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が六割以上であること。 ロ　当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三十人以上であること。 ハ　救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ［経過措置］ 二十一　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、同年九月三十日までの間に限り、当該病棟又は病室については、第九の十一の二の(10)に該当するものとみなす。	［施設基準］ （新設） ［経過措置］ （新設）

⑰　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のリハビリテーションに係る効果の実態を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方について、以下のとおり見直す。

（１）回復期リハビリテーション病棟入院料５を廃止し、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料６を新たな回復期リハビリテーション病棟入院料５として位置付ける。ただし、令和４年３月 31 日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６の届出を行っている病棟については、令和５年３月 31 日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６を算定できることとする。

（２）新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合は、算定を開始した日から２年間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定することができることとする。

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

［算定要件］ 注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。 ５　５については、算定を開始した日から起算して二十四月（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、十二月）に限り算定する。 （経過措置） 令和四年三月三十一日において現に改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料のうち回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６の算定については、令和五年三月三十一日までの間、なおその効力を有するものとする。 ※　回復期リハビリテーション病棟	［算定要件］ 注２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。 （新設）

入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６を算定していた病棟が改正後の診療報酬の算定方法により回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合は、１年間に限り算定することができることとする。 ［施設基準］ 十　施設基準等 （削除） (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 （経過措置） 令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、令和五年三月三十一日までの間に限り、改正後の基本診療料の施設基準等第九の十の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。	［施設基準］ 十　施設基準等 (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準 イ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十以上であること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料６の施設基準 (6)のロを満たすものであること。

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

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

院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 ホ　当該病棟において、新規入院患者のうち四割以上が重症の患者であること。 ※　回復期リハビリテーション病棟入院料２についても同様。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 イ　当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 ※　回復期リハビリテーション病棟入院料４についても同様。 ［経過措置］ 十九　令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のホ、(3)((2)のホに限る。)、(4)のイ又は(5)((4)のイに限る。)に該当するものとみなす。	院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 ホ　当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 イ　当該病棟において、新規入院患者のうち二割以上が重症の患者であること。 ［経過措置］ （新設）

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

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

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

⑱　回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

「回復期リハビリテーションを要する状態」について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を 90 日以内とする。

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

いて算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るＦＩＭの測定を行うこと。 ①～④　（略） ⑤　基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの (12)～(15)　（略） (16) 急性心筋梗塞等の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して90日まで算定できるものに限る。）については、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）の内容を踏まえ、心肺運動負荷試験（ＣＰＸ（cardiopulmonary exercise testing））を入棟時及び入棟後月に１回以上実施することが望ましい。 ［施設基準］ (1) 通則 ル　別表第九に掲げる急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態に該当する患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数	①～④　（略） （新設） (12)～(15)　（略） （新設） ［施設基準］ (1) 通則 （新設） 別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

六　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）	（新設）
別表第九の二　回復期リハビリテーションを要する状態 六　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	別表第九の二　回復期リハビリテーションを要する状態 （新設）

⑲　特定機能病院において リハビリテーションを担う病棟の評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料　2,129 点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,115 点）

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

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

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

[施設基準]

（１）回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を８割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること。

（２）回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有していること。

（３）心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（４）回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、１日当たり２単位以上のリハビリテーションが行われていること。

（５）当該病棟に専従の常勤医師が１名以上配置されていること。

（６）当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。

（７）当該病棟において、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。

（８）当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時､当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１以上であること。

（９）当該病棟に専従の常勤の理学療法士が３名以上、専従の常勤の作業療法士が２名以上、専従の常勤の言語聴覚士が１名以上、専従の常勤の管理栄養士が１名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が１名以上配置されていること。

(10) 特定機能病院であること。（当分の間は、令和４年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）

(11) 休日を含め、週７日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

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

⑳　療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の75に相当する点数を算定する。 ［経過措置］ ３　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、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。	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。 ［経過措置］ ３　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、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。

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

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

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

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

は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。	より、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。
４～10　（略）	４～10　（略）
11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。	11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。
［施設基準］ (3) 療養病棟入院基本料に含まれる第７部リハビリテーションの費用 入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症	［施設基準］ （新設）

候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行っていない場合に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。	

［経過措置］

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

㉑　中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

中心静脈栄養の管理等に係る実態を踏まえた適切な評価を行う観点から、療養病棟入院基本料の医療区分３の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。

第２　具体的な内容

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

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

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

［経過措置］

（１）令和４年３月 31 日において現に療養病棟入院料１又は２に係る届出を行っている保険医療機関については､同年９月 30 日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。

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

㉒　障害者施設等入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

く。）は、所定点数に含まれるものとする。	所定点数に含まれるものとする。
注12　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,345点 (2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,221点 ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,207点 (2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,084点 ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,118点 (2) 医療区分１の患者に相当するもの　995点	（新設）
【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ 注６　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の	【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病室の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点	
【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1)　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点 (2)　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1)　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点	【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）

(2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,341点	

㉓　緩和ケア病棟入院料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,107点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,554点 ハ　61日以上の期間　3,350点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,870点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,401点 ハ　61日以上の期間　3,298点 注３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在	【緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,207点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,654点 ハ　61日以上の期間　3,450点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,970点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,501点 ハ　61日以上の期間　3,398点 注３　診療に係る費用（注２に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理

宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。
４　当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。	（新設）
(6)　「注４」に規定する加算を算定する場合には、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。	（新設）

㉔　有床診療所入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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。	【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。	［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。	【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　有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準 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。	［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 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。

［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）のロの②（適切な意思決定支援に関する指針に係る基準）に該当するものとみなす。

㉕　有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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。	【有床診療所療養病床入院基本料】 ［算定要件］ （新設）

㉖　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

㉗　DPC/PDPS の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

２．医療機関別係数の見直し
（１）基礎係数（医療機関群の設定等）
医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、３つの医療機関群を設定する。

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

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

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

【実績要件２】: 医師研修の実施

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

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

【実績要件３】: 医療技術の実施

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

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

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

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

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

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
(3C)：対象症例件数

「(3A)：症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。
「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。
「(3C)：対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

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

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

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

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

３．手術時間数

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

別表１　特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中（JCS30以上）	010040x199x$xx（入院時JCS30以上）（DPC外含） 010060x199$$$$（入院時JCS30以上） 010060x399$$$$（入院時JCS30以上）	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99xx（入院時JCS100以上、もしくは処置２ありのうちJ045$人工呼吸あり）	処置２（人工呼吸）
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x$xx（処置２あり／なし） （ICD　G700のみ）（DPC外含）	診断名（ICD10）で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x$$x（処置２・副傷病あり／なし） （ICD　G41$のみ）	診断名（ICD10）で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx$$x（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD J46$、J45$のみ）	処置２（人工呼吸）
6	間質性肺炎	040110xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸）
7	COPD急性増悪	040120xx99$1$x（処置２あり）（J045$人工呼吸） （DPC外含む）	処置２（人工呼吸）
8	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx（処置２あり） （PGI2ありの場合、J045$人工呼吸があれば可）	処置２（人工呼吸）
9	急性心筋梗塞	050030xx975$$x（処置１　５あり） （ICD　I21$のみ）	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99$$xx（処置２あり　E101SPECT・E100$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く） 050130xx975$xx（処置１　５あり）	人工呼吸または緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99$$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（DPC外含）	処置２（人工呼吸・緊急透析）
12	肺塞栓症	050190xx975xxx（処置１　５あり） （ICD　I822を除く） 050190xx99x$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　I822を除く）	処置２（人工呼吸・緊急透析） Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx$$x$xx（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）	処置２（人工呼吸、PMX等）

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

【実績要件４】：補正複雑性指数（DPC補正後）

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

② 基準値

○ 各要件の基準値は、大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

<table>
<tr><th colspan="2">実績要件</th><th>令和4年度基準値</th></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件1】:診療密度
1日当たり包括範囲出来高平均点数
（全病院患者構成、後発医薬品補正:外的要因補正）</td><td rowspan="2">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件2】:許可病床1床あたりの臨床研修医師数
（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）</td></tr>
<tr><td colspan="3">【実績要件3】:医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">外保連試案</td><td>(3a):手術実施症例1件当たりの外保連手術指数</td><td rowspan="7">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td>(3b):DPC算定病床当たりの同指数</td></tr>
<tr><td>(3c):手術実施症例件数</td></tr>
<tr><td rowspan="3">特定内科診療</td><td>(3A):症例割合</td></tr>
<tr><td>(3B):DPC算定病床当たりの症例件数</td></tr>
<tr><td>(3C):対象症例件数</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件4】: 補正複雑性指数(DPC補正後)</td></tr>
</table>

（２）機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

（３）機能評価係数Ⅱ

従前の６つの評価項目を維持する。

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

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

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

（４）激変緩和係数

従前の考え方を維持し、診療報酬改定が行われる年度については、

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

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

３．診断群分類の見直し

（１）医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。

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

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

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

４．退院患者調査の見直し

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

（２）医療等情報の連結解析の精度向上に向けた取組として、個人単位化された被保険者番号を提出データに含めるよう、要件を見直す。

（３）調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

５．その他

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

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

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

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として１点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算	適切なDPCデータの作成 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の１%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が２%以上の場合、0.05点減算する。 （様式１で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・（保険診療への取組：令和６年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、１：１）構成	体制評価指数： ５疾病５事業等における急性期入院医療を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を１）小児（15歳未満）と２）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（１：１）。 DPC標準病院群は２次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は３次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：令和２年 10 月１日～令和３年９月 30 日データ

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

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	１入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（１入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均１入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	１症例あたり〔以下の患者について、入院後２日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算２相当の指数値は1/2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】:「救急医療入院」の患者

＜地域医療指数･体制評価指数＞

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">がん</td><td>がんの地域連携体制への評価（0.5P）</td><td colspan="3">退院患者の〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕</td></tr>
<tr><td>医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価（0.5P）</td><td>「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで 0.5P）</td><td colspan="2">「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定」（0.5P）
「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</td></tr>
<tr><td>脳卒中</td><td>脳卒中の急性期の診療実績への評価</td><td colspan="3">・t-PA 療法の実施を評価（0.25P）
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価（0.5P）
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（１P）
（血管内治療の実施：入院２日目までに K178-31,K178-32,K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績）
※ いずれかの最大値で評価。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">心筋梗塞等の心血管疾患</td><td>緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）</td><td colspan="3">医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価</td></tr>
<tr><td>急性大動脈解離の手術実績（0.5P）</td><td colspan="3">入院中にK5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612 ィ のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td>精神科入院医療への評価</td><td colspan="3">A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績（0.5P）
A311-3精神科救急・合併症入院料の１件以上の算定実績（１P）</td></tr>
<tr><td>災害</td><td>災害時における医療への体制を評価</td><td colspan="3">・~~BCPの策定実績有無別~~災害拠点病院の指定（0.5P）
・DMATの指定（0.25P）
・EMISへの参加（0.25P）
・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）</td></tr>
<tr><td>周産期</td><td>周産期医療への体制を評価</td><td>「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで１P）</td><td colspan="2">・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（１P）
・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td>へき地の医療への体制を評価</td><td colspan="3">・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで１P）
・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）</td></tr>
</table>

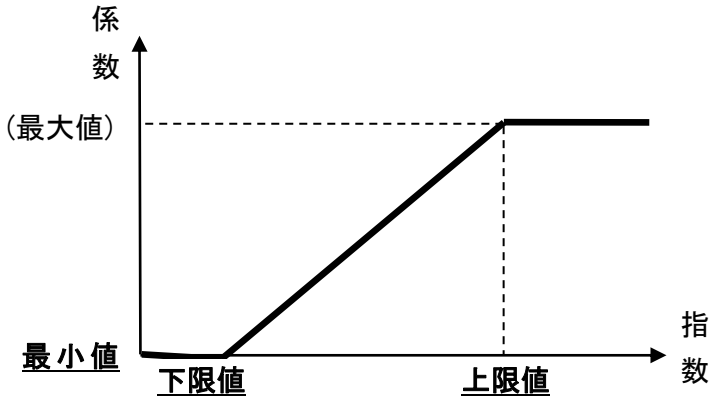
<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">・救命救急センター（0.5P）
二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td><u>感染症</u></td><td>新興感染症等に係る医療への体制を評価</td><td colspan="3">・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）
<u>・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）</u>
<u>※　上記のいずれも満たした場合0.75P</u>
<u>・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）</u></td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他</td><td rowspan="2">その他重要な分野への貢献</td><td>右記のいずれか１項目を満たした場合１P</td><td colspan="2">①治験等の実施
・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（１P）
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)
（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>② 新型インフルエンザ対策</u>
<u>・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）</u></td></tr>
</table>

地域医療計画等における一定の役割を 10 項目で評価

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

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

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



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

○ がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、GMIS への参加

・ 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile 値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点）。

○ 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・ 実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile 値を満たす場合は、各項目の上限値あるいは条件を満たす。25%tile 値に満たない場合は、0 ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。

①　紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

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

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

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

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

改　定　案	現　　行
【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 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　七千円 （二）　歯科医師である保険医に	【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 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　五千円 （二）　歯科医師である保険医に

よる初診の場合　五千円 二　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 （一）　医師である保険医による再診の場合　三千円 （二）　歯科医師である保険医による再診の場合　一千九百円	よる初診の場合　三千円 二　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 （一）　医師である保険医による再診の場合　二千五百円 （二）　歯科医師である保険医による再診の場合　一千五百円

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

【初診・再診共通】

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

【初診の場合】

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

【再診の場合】

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

［施行日等］

（１）令和４年 10 月１日から施行・適用する。

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

②　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　紹介受診重点医療機関入院診療加算（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。

③　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、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	【初診料】 ［算定要件］ 注２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）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。

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。	

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

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ (6)　（中略） 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、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」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20‰	【初診料】 ［算定要件］ (6)　（中略） 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介率」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、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」にあっては、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。

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。 紹介割合（%）　＝　（紹介患者数＋救急患者数）　÷　初診の患者数　× 100 逆紹介割合（‰）　＝　逆紹介患者数　÷　（初診の患者数＋再診の患者数）　× 1,000 なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。 ア　初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。 イ　再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診と	紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度１年間（ただし、前年度１年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する６か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。 ※　紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。 紹介率　＝　（紹介患者数＋救急患者数）÷　初診の患者数 逆紹介率　＝　逆紹介患者数　÷　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こと。 ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日に受診したものの数を除く。）」とする。また、地域医療支援病院及び「注３」に規定する病院における初診の患者数については、

いわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。）とする。 ウ　紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数とする。 エ　逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は区分番号「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数とする。 オ　救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

※　(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。	

④　外来在宅共同指導料の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　外来在宅共同指導料

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。

⑤　紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．現行の診療情報提供料（Ⅲ）について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を月に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。

改　定　案	現　　行
【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Ａ００００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	【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Ａ００００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

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。 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人につき月１回に限り算定する。	った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。 （新設）
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	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。	者１人につき３月に１回に限り算定する。 （新設） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注１に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注１に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注１の規定にかかわらず、月１回に限り算定する。
［施設基準］ 十の一の四　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	［施設基準］ 十の一の四　診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等 (1) 診療情報提供料（Ⅲ）の注１に規定する施設基準 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 (2) 診療情報提供料（Ⅲ）の注１に規

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）	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) 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
(3) 連携強化診療情報提供料の注３に規定する施設基準 イ・ロ　（略）	(4) 診療情報提供料（Ⅲ）の注２に規定する施設基準 イ・ロ　（略）
(4)　（略）	（新設）
(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。	(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。

①　地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。

２．患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。

３．患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

改　定　案	現　　行
【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、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る	【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。

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。	
(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、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の６疾病のうち、２つ以上（疑いは除く。）を有する者である。	(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。
(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。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。	(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。
(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。	(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）
(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） ウ　予防接種に係る相談を行っていること。	(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）
［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、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	［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

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

②　小児かかりつけ診療料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【小児かかりつけ診療料】 １　小児かかりつけ診療料１ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　641点 (2)　再診時　448点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　758点 (2)　再診時　566点 ２　小児かかりつけ診療料２ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　630点 (2)　再診時　437点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　747点 (2)　再診時　555点	【小児かかりつけ診療料】 １　処方箋を交付する場合 イ　初診時　631点 ロ　再診時　438点 ２　処方箋を交付しない場合 イ　初診時　748点 ロ　再診時　556点
［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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	［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。	場合に算定する。
［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。	［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） 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。 （新設）
(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。	（新設）
１　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 （削除）	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。
(2)　（略） (3) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、２つ以上に該当すること。 （削除）	(3)　（略） (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。 ア　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月１回以上の頻度で

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。 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。	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 （新設）

③　紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

「Ｉ－４－②」を参照のこと。

④　耳鼻咽喉科処置の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　耳鼻咽喉科乳幼児処置加算　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っては、データ提出加算２に係る届出を行っていること。

３．耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 27点	【耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）】 25点
【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 16点	【鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）】 14点
【口腔、咽頭処置】 16点	【口腔、咽頭処置】 14点

⑤　機能強化加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣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。 イ　機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて	【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、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣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。 （新設）

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

加算２に係る届出を行っていること。 (ﾛ)　直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。 ①　区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療加算２を算定した患者が３人以上 ②　区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が３人以上	
ウ　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料１に係る届出を行っていること。	イ　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料
エ　以下のいずれも満たすものであること。 (ｲ)　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料２に係る届出を行っていること。 (ﾛ)　直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。 ①　区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料２を算定した患者が３人以上 ②　区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が３人以上	（新設）
オ　区分番号「Ｂ００１－２－11」に掲げる小児かかりつけ診療料	ウ　区分番号「Ｂ００１－２－11」に掲げる小児かかりつけ診療料

に係る届出を行っていること。 カ　区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の２在宅療養支援病院の１(1)若しくは(2)に該当する病院であること。 キ　区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１(3)に該当する診療所並びに第14の２在宅療養支援病院の１(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。 (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。 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 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 (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	エ　区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（区分番号「Ｂ００４」退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号「Ｃ０００」往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。） オ　区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

って、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の２在宅療養支援病院と同様である。 ① 第14の２在宅療養支援病院の１(1)シ①に掲げる過去１年間の緊急の往診の実績又は１(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近１年間で３件以上 ② 第14の２在宅療養支援病院の１(1)スに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が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	
(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	（新設）

又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。 カ　「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席していること。 キ　通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。	
(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。（中略）	(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。（中略）
２　届出に関する事項 (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　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。
(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。	（新設）

⑥　継続診療加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

継続診療加算について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に加入し、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。

改　定　案	現　　行
【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、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。 イ　在宅療養移行加算１　216点 ロ　在宅療養移行加算２　116点 (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	【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、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する継続診療加算は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての

問診療を実施した場合に、以下により算定する。 ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算１を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(ｲ)又は(ﾛ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (ｲ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。 (ﾛ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。 (ﾊ) 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。 イ　在宅療養移行加算２については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(ｲ)又は(ﾛ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (ｲ) 往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他	要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。 ア　当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。 イ　訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。 ウ　当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。 （新設）

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

⑦　かかりつけ歯科医の機能の充実

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

⑧　地域における薬局のかかりつけ機能の評価

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

［算定要件］

当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注１に掲げる指導等の全てを行った場合には、注１の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付１回につき、59 点を算定する。

［施設基準］

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

①　在支診及び在支病による地域連携の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 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） (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） ケ　年に１回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。 コ～シ　（略） ス　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	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 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） (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） ケ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。 コ～シ　（略） （新設）

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。 セ　在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。 ※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。	（新設）

②　在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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） 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。 ※　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。	【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）

［経過措置］

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

③　在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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　以下のいずれかの要件を満たすこと。 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　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	【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。

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。 ③　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。 ス　（略） ※　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。	ス　（略）

④　外来在宅共同指導料の新設

「Ⅰ－４－④」を参照のこと。

⑤　継続診療加算の見直し

「Ⅰ－５－⑥」を参照のこと。

⑥　在宅がん医療総合診療料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

在宅がん医療総合診療料について、小児に係る加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ 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、1,000点を所定点数に加算する。	【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ （新設）

⑦　緊急往診加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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。	【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。

⑧　複数の訪問看護ステーションによる 24 時間対応体制の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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	【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

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。	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。
(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。 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。 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。 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。	（新設）
(4)　（略）	(3)　（略）

⑨　業務継続に向けた取組強化の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12 年厚生省令第 80 号）の一部を改正し、指定訪問看護事業者に対し、業務継続及び早期の業務再開に向けた計画の策定等を義務付ける。また、本改正に際し、２年の経過措置期間を設ける。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

（業務継続計画の策定等）

第二十二条の二　指定訪問看護事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

２　指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

３　指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

⑩　機能強化型訪問看護ステーションの見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【機能強化型訪問看護管理療養費１・２（訪問看護管理療養費）】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円 ハ・ニ　（略）	【機能強化型訪問看護管理療養費１・２（訪問看護管理療養費）】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,530円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,500円 ハ・ニ　（略）
［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 へ　地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績があること。	［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 （新設）
(2) 機能強化型訪問看護管理療養費２の基準 へ　地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績があること。	(2) 機能強化型訪問看護管理療養費２の基準 （新設）
［経過措置］ 一　令和四年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養	［経過措置］ 一　令和二年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養

費１又は２に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和四年九月三十日までの間に限り、第一の六の(1)のへ及び(2)のへに該当するものとみなす。	費１から３までに係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和三年九月三十日までの間に限り、第一の六の(1)のロ、(2)のロ又は(3)のロに該当するものとみなす。

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

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

⑪　医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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。 ［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) 十八歳未満の児童	［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) 十五歳未満の小児

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

改　定　案	現　　行
【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、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。）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	【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、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。）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

なる月については、当該学校等につき月１回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に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。	限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月１回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。
［施設基準］ 十　訪問看護情報提供療養費の注２に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) 十八歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 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七に掲げる疾病等の者 (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	［施設基準］ 十　訪問看護情報提供療養費の注２に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者 (1) 十五歳未満の超重症児又は準超重症児 (2) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) 十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

⑫　訪問看護指示書の記載欄の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

⑬　専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 ［施設基準］ 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。 (1)　（略） (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<u>又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律</u>	【訪問看護基本療養費（Ⅰ）・（Ⅱ）】 ［施設基準］ 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。 (1)　（略） (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

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 イ　（略） (3)　（略） ※　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。	イ　（略） (3)　（略）

⑭　専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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。 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	【訪問看護管理療養費】 ［算定要件］ （新設）

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。） 2,500円 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。） 2,500円	
［施設基準］ (7) 訪問看護管理療養費の注12に規定する専門管理加算の基準 次のいずれかに該当するものであること。 イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。 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。 ※　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	［施設基準］ （新設）

⑮　訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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。 ４・５　（略） (5) 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	【訪問看護指示料】 ［算定要件］ （新設） ３・４　（略） （新設）

管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものとする。 ア　気管カニューレの交換 イ　胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 ウ　膀胱ろうカテーテルの交換 エ　褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 オ　創傷に対する陰圧閉鎖療法 カ　持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 キ　脱水症状に対する輸液による補正 ※　精神科訪問看護指示料についても同様。	

⑯　退院日のターミナルケアの見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。	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。
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（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。	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。

⑰　複数名訪問看護加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

⑱　医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 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）	【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 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）

⑲　同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 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。 イ　１日に２回の場合 (1)　同一建物内１人又は２人　4,500円 （削除） (2)　同一建物内３人以上　4,000円 ロ　１日に３回以上の場合 (1)　同一建物内１人又は２人　8,000円 （削除）	【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 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。 イ　１日に２回の場合 (1)　同一建物内１人　4,500円 (2)　同一建物内２人　4,500円 (3)　同一建物内３人以上　4,000円 ロ　１日に３回以上の場合 (1)　同一建物内１人　8,000円 (2)　同一建物内２人

(2)　同一建物内３人以上 7,200円 ※　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。	8,000円 (3)　同一建物内３人以上 7,200円

⑳　質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が 20 分未満の歯科訪問診療を行った場合の減算（100 分の 70）について、歯科訪問診療１から３までについてはそれぞれ所定点数の 100 分の 80、100 分の 70、100 分の 60 に相当する点数を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ 注４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ・ロ　（略）	【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ 注４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ・ロ　（略）

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

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 １　10歯未満　400点	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 １　10歯未満　350点

２　10歯以上20歯未満　500点 ３　20歯以上　600点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。 【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 600点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。	２　10歯以上20歯未満　450点 ３　20歯以上　550点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。 【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。

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

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

合　340点 ２　在宅療養支援歯科診療所２の場合　230点 【在宅療養支援歯科診療所】 ［施設基準］ １　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 (1) 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療料１及び歯科訪問診療２を合計18回以上算定していること。 イ～オ　（略） カ　当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上であること。 キ～コ　（略） (2) 在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計4回以上算定していること。 イ・ウ　（略） (3) 令和４年３月31日において、現に在宅療養支援歯科診療所１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の（１）のアの	合　320点 ２　在宅療養支援歯科診療所２の場合　250点 【在宅療養支援歯科診療所】 ［施設基準］ １　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 (1) 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療料１及び歯科訪問診療２を合計15回以上を算定していること。 イ～オ　（略） カ　当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上であること。 キ～コ　（略） (2) 在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア　過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計10回以上算定していること。 イ・ウ　（略） （新設）

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

㉑　在宅医療における医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【歯科医療機関連携加算１（診療情報提供料（Ⅰ））】 ［算定要件］ (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。 ア　（略） イ　医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	【歯科医療機関連携加算１（診療情報提供料（Ⅰ））】 ［算定要件］ (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。 ア　（略） イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

㉒　患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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。 ※　在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	【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。

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

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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。 ［施設基準］ 十一の四　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注４に規定する施設基準 (1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 (2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。 ※　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。	［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

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

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

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。 ［施設基準］ 十一の五　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注７に規定する施設基準 　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。 ※　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	［施設基準］ （新設）

㉓　薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種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。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、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。 (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	【退院時共同指導料】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中２回に限り算定できる。 (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、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。	者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
(2) 退院時共同指導料の共同指導は、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。	(2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）の別添３の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
（削除）	(3) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の３者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち２者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
(3) (2)において、患者の個人情報を	(4) (2)及び(3)において、患者の個人

当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。 (4)～(6)　（略） ※　情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。 (5)～(7)　（略）

㉔　ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

①　医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注７における情報提供先に保育所等を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、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。

②　小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）注７における対象患者に、小児慢性特定疾病支援の対象患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第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（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。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、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。

③　医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）注２における情報提供先に児童相談所を追加する。

改　定　案	現　　行
【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。）。	【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。）。

④　周術期の栄養管理の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　周術期栄養管理実施加算　270 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270 点を所定点数に加算する。

（２）この場合において、区分番号Ａ１０４に掲げる特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料の注９、区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料の注５、区分番号Ａ３０１－２に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注４、区分番号Ａ３０１－３に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４及び区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

（２）総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤　栄養サポートチーム加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

⑥　病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　入院栄養管理体制加算（入院初日及び退院時）　270 点

［対象患者］
特定機能病院入院基本料を算定している患者

［算定要件］
（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に限る。）に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号Ｂ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。
（２）別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号）第 34 条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時１回に限り、栄養情報提供加算として 50 点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。

（２）入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（３）栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

⑦　褥瘡対策の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

⑧　手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　術後疼痛管理チーム加算（１日につき）　100 点

［対象患者］

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

［算定要件］

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

［施設基準］

（１）麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（３）当該保険医療機関内に、以下の３名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）

が設置されていること。

ア　麻酔に従事する専任の常勤医師

イ　手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

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

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

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

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

⑨　在宅医療における医科歯科連携の推進

「Ⅰ－６－㉑」を参照のこと。

⑩　総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

総合医療管理加算及び在宅総合医療管理加算について、以下のとおり見直す。

１．施設基準を廃止し、全ての歯科医療機関を対象とする。

２．対象患者にHIV感染症患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【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。	【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準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。
(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	(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

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

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

⑪　薬局に係る退院時共同指導料の見直し

「Ⅰ－６－㉓」を参照のこと。

⑫　処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

［対象患者］

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

［留意事項］

（１）保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。

（２）リフィル処方箋の総使用回数の上限は３回までとする。また、１回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。

（３）保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

（４）リフィル処方箋による１回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。２回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後７日以内とする。

（５）保険薬局は、１回目又は２回目（３回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

（６）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤

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

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

（７）保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。

（８）保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

新たな処方箋様式（案）　（※）**太字下線部**が見直し内容

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・　（枝番）

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

交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて４日以内に保険薬局に提出すること。）

処方	変更不可	（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。） **リフィル可　□　（　　回）**
備考	保険医署名	（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）

次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

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

⑬　処方箋料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

リフィル処方箋により、当該処方箋の１回の使用による投与期間が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。

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

①　地域医療体制確保加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算　　620点 ［施設基準］ 三十五の十一　地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。 (2)　（略） 第26の10　地域医療体制確保加算 １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。 ア　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2,000 件以上であること。 イ　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 1,000 件以上であり、かつ、区分番号「Ａ	【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算　　520点 ［施設基準］ 三十五の十一　地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。 (2)　（略） 第26の10　地域医療体制確保加算 １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 （新設）

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

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

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

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

①　勤務医の負担軽減の取組の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

②　夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．夜勤を行う看護職員及び看護補助者に係る業務の実態等を踏まえ、夜間の看護配置に係る評価等を見直す。

改　定　案	現　　行
【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、１日につき50点を所定点数に加算する。	【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、１日につき45点を所定点数に加算する。
【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　146点	【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　141点

ロ　15日以上30日以内の期間　121点	ロ　15日以上30日以内の期間　116点
【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】 注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 ハ　夜間看護配置加算１　105点 ニ　夜間看護配置加算２　55点	【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】 注６　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 ハ　夜間看護配置加算１　100点 ニ　夜間看護配置加算２　50点
【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】 注２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　125点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　120点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　105点	【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】 注２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　120点 ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　115点 ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　100点
【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　110点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　90点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算	【看護職員夜間配置加算】 １　看護職員夜間12対１配置加算 イ　看護職員夜間12対１配置加算１　105点 ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　85点 ２　看護職員夜間16対１配置加算 イ　看護職員夜間16対１配置加算

１　70点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算 ２　45点 【夜間75対１看護補助加算（看護補助加算）】 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間置加算（精神科救急・合併症入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病	１　65点 ロ　看護職員夜間16対１配置加算 ２　40点 【夜間75対１看護補助加算（看護補助加算）】 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。 【看護職員夜間置加算（精神科救急・合併症入院料）】 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病

棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。	棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。

２．夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）等の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」について、「11 時間以上の勤務間隔の確保」又は「連続する夜勤の回数が２回以下」のいずれかを満たしていることを必須化する。

改　定　案	現　　行
【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 ［施設基準］ ９　夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。 ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ　（略） ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。 エ～ケ　（略） 11　届出に関する事項 (4) 令和４年３月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行ってい	【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 ［施設基準］ ９　夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、３項目以上を満たしていること。 ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ　（略） ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。 エ～ケ　（略） 11　届出に関する事項 （新設）

る保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、９の(2)の基準を満たしているものとする。 ※　障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対１配置加算１及び看護職員夜間16対１配置加算１に限る）、看護補助加算の注３に規定する夜間看護体制加算についても同様。	

３．看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち満たすべき項目の数について、２項目以上から３項目以上に変更する。

改　定　案	現　　行
【看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）】 ［施設基準］ ４　看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ク　（略） ５　届出に関する事項 (3) 令和４年３月31日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っ	【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 ［施設基準］ ４　看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、２項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、２項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ク　（略） ５　届出に関する事項 （新設）

ている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、４の(3)の基準を満たしているものとする。 ※　精神科救急・合併症入院料の注５に規定する看護職員夜間配置加算についても同様。	

①　医師事務作業補助体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算１及び２について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
１　医師事務作業補助体制加算１	１　医師事務作業補助体制加算１
イ　15 対１補助体制加算　1,050 点	イ　15 対１補助体制加算　970 点
ロ　20 対１補助体制加算　835 点	ロ　20 対１補助体制加算　758 点
ハ　25 対１補助体制加算　705 点	ハ　25 対１補助体制加算　630 点
ニ　30 対１補助体制加算　610 点	ニ　30 対１補助体制加算　545 点
ホ　40 対１補助体制加算　510 点	ホ　40 対１補助体制加算　455 点
ヘ　50 対１補助体制加算　430 点	ヘ　50 対１補助体制加算　375 点
ト　75 対１補助体制加算　350 点	ト　75 対１補助体制加算　295 点
チ　100 対１補助体制加算　300 点	チ　100 対１補助体制加算　248 点
２　医師事務作業補助体制加算２	２　医師事務作業補助体制加算２
イ　15 対１補助体制加算　975 点	イ　15 対１補助体制加算　910 点
ロ　20 対１補助体制加算　770 点	ロ　20 対１補助体制加算　710 点
ハ　25 対１補助体制加算　645 点	ハ　25 対１補助体制加算　590 点

ニ　30対１補助体制加算 560点 ホ　40対１補助体制加算 475点 ヘ　50対１補助体制加算 395点 ト　75対１補助体制加算 315点 チ　100対１補助体制加算 260点	ニ　30対１補助体制加算 510点 ホ　40対１補助体制加算 430点 ヘ　50対１補助体制加算 355点 ト　75対１補助体制加算 280点 チ　100対１補助体制加算 238点
第４の２　医師事務作業補助体制加算 ２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準 当該保険医療機関における３年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。	第４の２　医師事務作業補助体制加算 ２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。 病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。
（削除）	ア　病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
（削除）	イ　外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当

	該時間に組み込むことはできない。 　ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。
３　医師事務作業補助体制加算２の施設基準 　それぞれの配置区分ごとに、医師事務作業補助者が配置されていること。	３　医師事務作業補助体制加算２の施設基準 　それぞれの配置区分ごとに、２の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

②　特定行為研修修了者の活用の推進

第１　基本的な考え方

医師の働き方改革を一層推進する観点から、精神科リエゾンチーム加算等の要件に係る研修に特定行為研修を追加する。

第２　具体的な内容

精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び呼吸ケアチーム加算の要件として履修が求められている研修の種類に、特定行為に係る研修を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科リエゾンチーム加算】 ［施設基準］ (2)　（略） ア　国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。 ※　栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算についても同様。	【精神科リエゾンチーム加算】 ［施設基準］ (2)　（略） ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。

③　病棟薬剤業務実施加算の見直し

第１　基本的な考え方

小児入院医療管理において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

小児入院医療管理料を算定する病棟について、病棟薬剤業務実施加算を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療

を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。	管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

④　周術期における薬学的管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、周術期における薬剤師による薬学的管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【麻酔管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注５　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三の二　周術期薬剤管理加算の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。 (2)　病棟薬剤業務実施加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ※　麻酔管理料（Ⅱ）についても同様。	【麻酔管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

⑤　看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施等、看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ　夜間看護加算の施設基準 ①～③　（略） ロ　看護補助体制充実加算の施設基準	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、１日につき45点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 （新設） イ～ハ　（略） （新設）

① イの①及び②を満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。	
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注９ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ 看護補助加算 (1) 14日以内の期間 146点 (2) 15日以上30日以内の期間 121点 ロ 看護補助体制充実加算 (1) 14日以内の期間 151点 (2) 15日以上30日以内の期間 126点	【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注９ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 141点 ロ 15日以上30日以内の期間 116点
［施設基準］ 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ 看護補助加算の施設基準 次のいずれにも該当すること。 ①～④ （略） ロ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が	［施設基準］ 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注９に規定する看護補助加算の施設基準 （新設） 次のいずれにも該当すること。 イ～ニ （略） （新設）

整備されていること。	
【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。	【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 (9) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 （新設）
【看護補助加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。	【看護補助加算】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 十三　看護補助加算の施設基準 (6) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備され	［施設基準］ 十三　看護補助加算の施設基準 （新設）

ていること。 【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護補助者配置加算　160点 ロ　看護補助体制充実加算　165点 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 地域包括ケア病棟入院料の注４に規定する施設基準 イ　看護補助者配置加算の施設基準 ①・②　（略） ロ　看護補助体制充実加算の施設基準 ①　イの①を満たすものであること。 ②　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日につき160点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 看護補助者配置加算の施設基準 （新設） イ・ロ　（略） （新設）

①　医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

第１　基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、カンファレンスの実施等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算】 ［施設基準］ (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。 ※　感染防止対策加算、退院時共同指	【入退院支援加算】 ［施設基準］ (5)　(4)に規定する連携機関の職員との年３回の面会は、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。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。

導料１及び２、介護支援等連携指導料についても同様。 ※　訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。	
【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】 ［算定要件］ (23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注９」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注９」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ　（略） ウ　当該カンファレンスは、１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。	【在宅患者訪問看護・指導料（同一建物居住者訪問看護・指導料）】 ［算定要件］ (23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注９」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注９」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ　（略） ウ　当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下の（イ）及び（ロ）を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。 （イ）　当該カンファレンスに３者以上が参加すること （ロ）　当該３者のうち２者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。 なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。
（削除）	エ　また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病

	棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下の（イ）から（ハ）までを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。 （イ）～（ハ）　（略）
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。 ※　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。 ※　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。	オ　ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

②　医療機関等における事務等の簡素化・効率化

第１　基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

第２　具体的な内容

１．所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。

２．訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。

３．レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。

４．小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。

③　標準規格の導入に係る取組の推進

第１　基本的な考え方

医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。

第２　具体的な内容

診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改　定　案	現　　行
【診療録管理体制加算（入院初日）】 ［施設基準］ ３　届出に関する事項 (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。	【診療録管理体制加算（入院初日）】 ［施設基準］ ３　届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式17を用いること。

①　入退院支援の推進

第１　基本的な考え方

質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．入退院支援加算１及び２について、算定対象である「退院困難な要因を有する患者」として、ヤングケアラー及びその家族を追加する。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算１及び２】 ［算定要件］ (2) 入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ　（略） サ　家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること シ　児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること ス　その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合	【入退院支援加算１及び２】 ［算定要件］ (2) 入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ　（略） （新設） （新設） サ　その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

２．入退院支援加算１の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を 20 以上から 25 以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICT を活用した対面によらない方法により実施することを認める。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算１】 ［算定要件］ イ　一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ　療養病棟入院基本料等の場合 1,300点	【入退院支援加算１】 ［算定要件］ イ　一般病棟入院基本料等の場合 600点 ロ　療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
【入退院支援加算１】 ［施設基準］ (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25以上であること。また、（２）又は（３）の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。 ［経過措置］	【入退院支援加算１】 ［施設基準］ (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が20以上であること。また、（２）又は（３）の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。 ［経過措置］

１の(4)に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和４年３月31日において現に入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。	（新設）

②　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

「Ⅰ－３－㉖」を参照のこと。

③　画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

（新）　報告書管理体制加算（退院時１回）　７点

［対象患者］
画像診断又は病理診断が行われた入院患者

［算定要件］
組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第４部画像診断又は第 13 部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
（２）医療安全対策加算１又は２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（３）画像診断管理加算２若しくは３又は病理診断管理加算１若しくは２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（４）医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。
（５）組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。
（６）当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること。
（７）報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年１回程度実施していること。
（８）報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月１回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。

④　療養・就労両立支援指導料の見直し

第１　基本的な考え方

治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

１．療養・就労両立支援指導料の対象疾患に、心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加する。

改　定　案	現　　行
【療養・就労両立支援指導料】 ［施設基準］ 別表第三の一の二　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患 悪性新生物 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 心疾患 糖尿病 若年性認知症 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患	【療養・就労両立支援指導料】 ［施設基準］ 別表第三の一の二　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患 悪性新生物 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患

２．患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供先に、当該患者が勤務する事業場の衛生推進者を追加する。

改　定　案	現　　行
【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。	【療養・就労両立支援指導料】 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。

⑤　手術等の医療技術の適切な評価

第１　基本的な考え方

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。

２．新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

３．外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。また、レジストリの解析結果に基づき、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の食道癌、胃癌及び直腸癌の手術に係る施設基準の見直しを行う。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】
（１）再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘（消化管再建を伴うもの）（頚部・胸部・腹部の操作）
（２）小児食物アレルギー負荷試験
（３）放射性同位元素内用療法管理料（神経内分泌腫瘍に対するもの）
（４）在宅ハイフローセラピー装置加算
（５）鼻腔・咽頭拭い液採取

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】
（１）陽子線治療（※１）
（２）重粒子線治療（※２）
（３）ＬＤＬアフェレシス療法

（４）ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法
（５）流産検体を用いた染色体検査
※１：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌又は大腸癌術後局所再発に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。
※２：大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行膵癌、大腸癌術後局所再発又は局所進行子宮頸部腺癌に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

【廃止を行う技術の例】
（１）椎間板ヘルニア徒手整復術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の手術に係る見直しの例】

改　定　案	現　　行
【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）	【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） (2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。 (3)～(9)　（略）
【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）	【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) 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。 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）

２．Ｃ２区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】

（新）　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

１	１センチメートル未満のもの	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。

⑥　質の高い臨床検査の適切な評価

第１　基本的な考え方

質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

Ｅ３区分で保険適用された新規体外診断用医薬品について、検査料を新設する。

【検査の例】

（新）　微生物核酸同定・定量検査

サイトメガロウイルス核酸定量　450 点

⑦　家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進

第１　基本的な考え方

家族性大腸腺腫症の適切な治療の提供に係る評価を推進する観点から、内視鏡手術を行った場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

消化管ポリポーシスのうち、家族性大腸腺腫症については、放置するとほぼ確実に大腸がんを発症することを踏まえ、内視鏡により大腸ポリープを徹底的に摘除した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 ［算定要件］ 注　家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポーシス加算として、年１回に限り5,000点を所定点数に加算する。	【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】 ［算定要件］ （新設）

⑧　人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．人工呼吸を実施する患者に対して、自発覚醒トライアル及び自発呼吸トライアルを実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき） イ　14日目まで　950点 ロ　15日目以降　815点	【人工呼吸】 ３　５時間を超えた場合（１日につき）　819点
［算定要件］ 注３　気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。	［算定要件］ （新設）
４　注３の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、１日につき60点を更に所定点数に加算する。	（新設）
(10)　「３」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。	（新設）
(11)　「３」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患	（新設）

者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。 (12) 「注３」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。 ア　自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。 イ　当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から４時間程度を目安とする。 ウ　意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。 エ　評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。	（新設）
(13) 「注４」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。 ア　自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。 イ　以下のいずれにも該当すること。 (ｲ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。 (ﾛ) 酸素化が十分であること。 (ﾊ) 血行動態が安定している	（新設）

こと。 (ニ) 十分な吸気努力があること。 (ホ) 異常な呼吸様式ではないこと。 (ヘ) 全身状態が安定していること。 ウ　人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。 (イ) 吸入酸素濃度（ＦＩＯ２）50%以下、CPAP (PEEP)≦5cmH20かつPS≦5cmH20 (ロ) ＦＩＯ２50%以下相当かつＴピース エ　ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。 (イ) 酸素化の悪化の有無 (ロ) 血行動態の悪化の有無 (ハ) 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無 オ　ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。 カ　評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。	

２．ECMO を用いた重症患者の治療管理について、処置に係る評価を新設し、取扱いを明確化する。

（新）　体外式膜型人工肺（１日につき）

１	初日	30,150 点
２	２日目以降	3,000 点

［算定要件］

（１）カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。

（２）急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。

（３）実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入し

た場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

改　定　案	現　　行
【人工心肺（１日につき）】 ［算定要件］ （削除）	【人工心肺（１日につき）】 ［算定要件］ (2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。

３．ECMO を用いた重症患者の治療管理について、治療管理に係る評価を新設する。

（新）　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）

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

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。

（２）急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。

（３）治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り 5,000 点を所定点数に加算する。

（４）体外式膜型人工肺管理料は、区分番号Ｋ６０１－２に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

［施設基準］

（１）次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。

ア　区分番号Ａ３００に掲げる救命救急入院料

イ　区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料

ウ　区分番号Ａ３０１－４に掲げる小児特定集中治療室管理料

（２）当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

４．第 10 部手術第１節手術料の「第 13 款　臓器提供管理料」を「第 13 款　手術等管理料」に改める。

５．呼吸不全等の患者の治療管理に必要な経皮的動脈血酸素飽和度測定について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）】 35点	【経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）】 30点

⑨　人工腎臓に係る導入期加算の見直し

第１　基本的な考え方

慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

現在実施されている腎代替療法の実態を踏まえ、慢性腎臓病の患者に対する手厚い情報提供や、移植実施施設における他施設との連携を推進するため、人工腎臓に係る導入期加算について、腎代替療法に係る所定の研修を修了した者の配置要件の追加等の見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 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。 イ　（略） ロ　導入期加算２　400点 ハ　導入期加算３　800点 ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 導入期加算の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　導入期加算３の施設基準 ①　導入期加算１の施設基準を満たしていること。 ②　当該療法を行うにつき十分	【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 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。 イ　（略） ロ　導入期加算２　500点 （新設） ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 導入期加算の施設基準 イ・ロ　（略） （新設）

な実績を有していること。	
第57の２　人工腎臓	第57の２　人工腎臓
２　導入期加算の施設基準	２　導入期加算の施設基準
(1) 導入期加算１の施設基準	(1) 導入期加算１の施設基準
ア　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。	関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
イ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。	（新設）
(2) 導入期加算２の施設基準	(2) 導入期加算２の施設基準
次のすべてを満たしていること。	次のすべてを満たしていること。
ア　(1)のアを満たしていること。	ア　導入期加算１の施設基準を満たしていること。
イ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。	（新設）
ウ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算３を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。	（新設）
エ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で24回以上算定していること。	イ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で12回以上算定していること。
オ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に２人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。	ウ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に３人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
(3) 導入期加算３の施設基準	（新設）
次のすべてを満たしていること。	
ア　(1)のア及び(2)のイを満たし	

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

⑩　在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

第１　基本的な考え方

腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングについて新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 ［算定要件］ 注３　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。	【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 ［算定要件］ （新設）
(4) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア　自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。 イ　モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。 ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。	（新設）

エ　モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。	

⑪　在宅血液透析指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

在宅血液透析指導管理料について、患者等に対する教育や在宅血液透析に関する指導管理の実施に当たっては、日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて行うことを要件化するとともに、当該管理料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅血液透析指導管理料】 10,000点 ［算定要件］ (5) 日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。	【在宅血液透析指導管理料】 8,000点 ［算定要件］ (5) 関係学会のガイドラインに基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該ガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

⑫　プログラム医療機器に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設する。

第２　具体的な内容

医科診療報酬点数表の第２章第１部（医学管理等）に、プログラム医療機器等医学管理加算及び特定保険医療材料料の節を新設する。

改　定　案	現　　行
［目次］ 第２章　特掲診療料 　第１部　医学管理等 　　第１節　医学管理料等 　　第２節　プログラム医療機器等医学管理加算 　　第３節　特定保険医療材料料	［目次］ 第２章　特掲診療料 　第１部　医学管理等 　　（新設） 　　（新設） 　　（新設）
【第１部　医学管理等】 通則 　１　医学管理等の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。 　２　医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節又は第３節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。	【第１部　医学管理等】 （新設）
第１節　医学管理料等	（新設）

（略） 第２節　プログラム医療機器等医学管理加算 （略） 第３節　特定保険医療材料料区分 Ｂ２００　特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	（新設） （新設）

⑬　生活習慣病管理料の見直し

第１　基本的な考え方

生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えないことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。

２．糖尿病又は高血圧症の患者について管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

３．生活習慣病患者は、患者ごとに薬剤料が大きく異なっている実態を踏まえ、投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外する。

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料】 １　脂質異常症を主病とする場合 570点 ２　高血圧症を主病とする場合 620点 ３　糖尿病を主病とする場合 720点	【生活習慣病管理料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ　高血圧症を主病とする場合 700点 ハ　糖尿病を主病とする場合 800点 ２　１以外の場合 イ　脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ　高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ　糖尿病を主病とする場合

	1,280点
［算定要件］ 注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。	［算定要件］ 注２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。	(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
(2)～(9)　（略）	(2)～(9)　（略）
(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の	(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。	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。

⑭　歯科口腔疾患の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、歯周病の安定期治療等及びフッ化物洗口指導等について、診療実態を踏まえた見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。 ２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。 ３　かかりつけ歯科医機能強化型	【歯周病安定期治療(Ⅰ)】 ［算定要件］ 注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(Ⅰ)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。 ２　２回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。 （新設）

歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。 ４　歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。 ５　歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 （削除）	３　歯周病安定期治療Ⅰを開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療Ⅰは算定できない。 ４　歯周病安定期治療Ⅰを開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 【歯周病安定期治療Ⅱ】

２．フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

改　定　案	現　　行
【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注８　16歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１	【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注８　13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１

回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。 【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点 ［算定要件］ 注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。	回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。 【フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）】 ２　在宅等療養患者の場合　110点 ［算定要件］ 注２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

①　情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　251点

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

［算定要件］
（１）保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
（２）情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
（３）情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
（４）情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載してお

くこと。

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

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

（５）当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

（６）情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

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

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

[施設基準]

（１）情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（２）厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

②　情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止

第１　基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

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

（新）　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て行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

（６）情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

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

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

［施設基準］

（１）情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（２）厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

（※）外来診療料（情報通信機器を用いた場合）についても同様。

③　情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の医学管理等について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

情報通信機器を用いて行った医学管理等については、以下のとおり整理する。

○　検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。
○　上記以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。
①　入院中の患者に対して実施されるもの
②　救急医療として実施されるもの
③　検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
④　「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
⑤　精神医療に関するもの

１．検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療料】 ［算定要件］ （削除）	【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。
［施設基準］ （削除） ※　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。	［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。

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

改　定　案	現　　行
【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。	【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (8)の２　小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５に規定する施設基準	［施設基準］ （新設）

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ※　ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、外来緩和ケア管理料、移植後患者指導管理料、腎代替療法指導管理料、乳幼児育児栄養指導料、療養・就労両立支援指導料、がん治療連携計画策定料２、外来がん患者在宅連携指導料、肝炎インターフェロン治療計画料及び薬剤総合評価調整管理料についても同様。	

④　在宅時医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、在宅医療における情報通信機器を用いた医学管理について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料】 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 イ　病床を有する場合 (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。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点 ③　①及び②以外の場合　880点 (4)　（略） (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 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,515点	【在宅時医学総合管理料】 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 イ　病床を有する場合 （新設） (3)　（略） （新設）

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　　843 点 ③　①及び②以外の場合　　440 点 ※　１のロ、２及び３についても同様。	
［算定要件］ 注 12　１のイの(3)及び(5)、１のロの(3)及び(5)、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	［算定要件］ 注 12　１から３までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料としてそれぞれ、100 点を所定点数に加えて算定できる。
［施設基準］ 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (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。	［施設基準］ 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 （新設）

⑤　施設入居時等医学総合管理料における オンライン在宅管理に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

施設において療養を行っている患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせて実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【施設入居時等医学総合管理料】 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 イ　病床を有する場合 (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。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,249点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,265点 ③　①及び②以外の場合　880点 (4)　（略） (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 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,125点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　633点	【施設入居時等医学総合管理料】 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 イ　病床を有する場合 （新設） (3)　（略） （新設）

③　①及び②以外の場合 440 点 ※　１のロ、２及び３についても同様。 ［算定要件］ 注６　１のイの(3)及び(5)、１のロの(3)及び(5)、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ［施設基準］ 一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (8) 在宅時医学総合管理料の注 12 及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	［算定要件］ （新設） ［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）

⑥　訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療を提供する観点から、訪問歯科衛生指導時に情報通信機器を活用した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ 注16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	【歯科訪問診療料（１日につき）】 ［算定要件］ （新設）

⑦　情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

第１　基本的な考え方

オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導等について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 イ　原則３月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合　45点 ロ　イの患者以外の患者に対して行った場合　59点 ［算定要件］ 注３　４については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、４のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、４のロにより算定する。	【薬剤服用歴管理指導料】 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合　43点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注３　４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薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号Ａ００３に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月１回に限り所定点数を算定する。この場合において、注４から注10までに規定

	する加算は算定できない。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 九の二　薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する保険薬局の施設基準 (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一割以下であること。 ① 区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料 ② 区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
（削除）	九の三　薬剤服用歴管理指導料の注３に規定する厚生労働大臣が定めるもの 原則三月以内に区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料１又は２を算定したもの

２．在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、算定上限回数等の要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者オンライン薬剤管理指導料（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 ［算定要件］ 注２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中	【在宅患者オンライン服薬指導料（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪

心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。	問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月１回に限り57点を算定する。この場合において、注３及び注４に規定する加算並びに区分番号１５の６に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 十一の二　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する施設基準 区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料の４に係る届出を行っている保険薬局であること。
（削除）	十一の三　在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する厚生労働大臣が定めるもの 区分番号１５の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であ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。

ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。	
【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。	【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。
【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。	【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。
【小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 注６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１	（新設）

回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。 ※　麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算に係る見直しについては、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様。	

⑧　情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

第１　基本的な考え方

栄養食事指導の実施を更に推進する観点から、初回から情報通信機器等を用いた場合の栄養食事指導について評価を見直す。

第２　具体的な内容

外来栄養食事指導料１及び２について、初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【外来栄養食事指導料】 イ　外来栄養食事指導料１ (1)　初回 ①　対面で行った場合　260点 ②　情報通信機器等を用いた場合　235点 (2)　２回目以降 ①　対面で行った場合　200点 ②　情報通信機器等を用いた場合　180点 ロ　外来栄養食事指導料２ (1)　初回 ①　対面で行った場合　250点 ②　情報通信機器等を用いた場合　225点 (2)　２回目以降 ①　対面で行った場合　190点 ②　情報通信機器等を用いた場合　170点	【外来栄養食事指導料】 イ　外来栄養食事指導料１ (1)　初回　260点 (2)　２回目以降 ①　対面で行った場合　200点 ②　情報通信機器を用いた場合　180点 ロ　外来栄養食事指導料２ (1)　初回　250点 (2)　２回目以降　190点
［算定要件］ 注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	［算定要件］ 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

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っては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	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っては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
２・３　（略）	２　（略）
４　イの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	３　イの⑵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。
５　ロの⑴の①及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	４　ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
６　ロの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	（新設）

⑨　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

第１　基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

第２　具体的な内容

データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料について、地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料及び精神科救急急性期医療入院料に拡大する。

改　定　案	現　　行
【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 （新設）
【専門病院入院基本料（13対１）】 ［施設基準］ 六　専門病院入院基本料の施設基準等 (2) 専門病院入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準 ハ　十三対一入院基本料の施設基準 ④　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【専門病院入院基本料（13対１）】 ［施設基準］ 六　専門病院入院基本料の施設基準等 (2) 専門病院入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準 ハ　十三対一入院基本料の施設基準 （新設）
【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設	【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設

基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①・②　（略） ロ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれかに該当する病棟であること。 イ・ロ　（略）
【特殊疾患入院医療管理料】 ［施設基準］ 八　特殊疾患入院医療管理料の施設基準等 (1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準 ヘ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【特殊疾患入院医療管理料】 ［施設基準］ 八　特殊疾患入院医療管理料の施設基準等 (1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準 （新設）
【特殊疾患病棟入院料】 ［施設基準］ 十二　特殊疾患病棟入院料の施設基準等 (1) 特殊疾患病棟入院料１の施設基準 ヘ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【特殊疾患病棟入院料】 ［施設基準］ 十二　特殊疾患病棟入院料の施設基準等 (1) 特殊疾患病棟入院料１の施設基準 （新設）
(2) 特殊疾患病棟入院料２の施設基準 次のいずれかに該当する病棟であること。 イ　次のいずれにも該当する病棟であること。 ①　（略） ②　(1)の施設基準のヘを満たすものであること。 ロ　次のいずれにも該当する病棟であること。 ①　（略） ②　(1)の施設基準のロからヘ	(2) 特殊疾患病棟入院料２の施設基準 次のいずれかに該当する病棟であること。 （新設） イ　（略） ロ　次のいずれにも該当する病棟であること。 ①　（略） ②　(1)の施設基準のロからホ

までを満たすものであること。	までを満たすものであること。
【緩和ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十三　緩和ケア病棟入院料の施設基準等 (1) 緩和ケア病棟入院料１の施設基準 ヲ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (2) 緩和ケア病棟入院料２の施設基準 (1)のイからリまで及びヲを満たすものであること。	【緩和ケア病棟入院料】 ［施設基準］ 十三　緩和ケア病棟入院料の施設基準等 (1) 緩和ケア病棟入院料１の施設基準 （新設） (2) 緩和ケア病棟入院料２の施設基準 (1)のイからリまでを満たすものであること。
【精神科救急急性期医療入院料】 ［施設基準］ 十四　精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の施設基準 ル　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【精神科救急入院料の施設基準等】 ［施設基準］ 十四　精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準 （新設）

［経過措置］

データ提出加算に係る施設基準について、令和４年３月 31 日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、許可病床数が 200 床以上のものにあっては令和５年３月 31 日までの間、許可病床数が 200 床未満のものにあっては令和６年３月 31 日までの間、令和４年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。

また、令和４年度診療報酬改定前からデータ提出加算に係る届出を行っていることが要件とされている入院料を届け出ていない保険医療機関であって、新たにデータ提出加算に係る届出が要件化される入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であること

について正当な理由があるものについては、当分の間、令和４年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。
　さらに、精神科救急急性期医療入院料については、令和６年３月31日までの間に限り、データ提出加算に係る届出の要件を満たすものとみなす。

⑩　診療録管理体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、許可病床数が400床以上の保険医療機関について、医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を診療録管理体制加算の要件に加える。また、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

改　定　案	現　　行
【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ １　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (1)　（略） (2) 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。 (3)～(9)　（略） (10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティ	【診療録管理体制加算】 ［施設基準］ １　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (1)　（略） (2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成29年５月厚生労働省）（以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」という。）に準拠した体制であること。 (3)～(9)　（略） （新設）

に関する研修を行っていること。さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和４年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和５年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。	
２　診療録管理体制加算２に関する施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2)～(5)　（略）	２　診療録管理体制加算２に関する施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。 (2)～(5)　（略）
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、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添７の様式により届け出ること。	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。

⑪　標準規格の導入に係る取組の推進

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

⑫　外来医療等における データ提出に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

外来医療、在宅医療及びリハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。	【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 四の十一　生活習慣病管理料の注４に規定する施設基準 (1)　外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備され	［施設基準］ （新設）

ていること。 (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	
【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。	【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ (8) 在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する施設基準 イ　在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。 ※　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。	［施設基準］ （新設）
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ （新設）

を継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ (10) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定するリハビリテーションデータ提出加算の施設基準 イ　リハビリテーションを実施している患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。 ※　脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。	［施設基準］ （新設）

（※）「外来医療等のデータ」については、令和５年 10 月診療分をめどにデータ提出を受け付ける方向で対応する。

⑬　オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

（新）　初診料
　注 14　電子的保健医療情報活用加算　　７点
再診料
　注 18　電子的保健医療情報活用加算　　４点
外来診療料
　注 10　電子的保健医療情報活用加算　　４点

［対象患者］
オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

（※）初診の場合であって、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、令和６年３月 31 日までの間に限り、３点を所定

点数に加算する。

［施設基準］
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

２．保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

（新）　調剤管理料
注５　電子的保健医療情報活用加算　３点

［対象患者］
オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。

（※）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあっては、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。

［施設基準］
（１）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
（２）健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
（３）電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

①　摂食嚥下支援加算の見直し

１　基本的な考え方

中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】 ［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、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　摂食嚥下機能回復体制加算１　210点 ロ　摂食嚥下機能回復体制加算２　190点 ハ　摂食嚥下機能回復体制加算３　120点 (7)　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機	【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】 ［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。 (7)　「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復

能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下この区分番号において「摂食嚥下支援チーム」という。）等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。	の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
(8) 「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。 ア　摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。（中略） イ　アを実施した患者について、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行うこと。	(8) 「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。 ア　摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。（中略） イ　アを実施した患者について、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。
［施設基準］ 一の二　摂食機能療法の注３に規定する施設基準 (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	［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

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長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。	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。
(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。	（新設）
(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。	（新設）
第45の２　摂食嚥下機能回復体制加算	第45の２　摂食嚥下支援加算
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ている場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。 ア　（略） イ　摂食嚥下機能障害を有する患	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、カについては、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。 ア　（略） 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又は専従の常勤言語聴覚士 （削除） （削除） ウ　専任の常勤管理栄養士 （削除） （削除） (2)　（略） (3) 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。 (4) 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。 ア　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 イ　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	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 ウ　専任の常勤言語聴覚士 エ　専任の常勤薬剤師 オ　専任の常勤管理栄養士 カ　専任の歯科衛生士 キ　専任の理学療法士又は作業療法士 (2)　（略） (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、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。 （新設）

設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者 ２　摂食嚥下機能回復体制加算２に関する施設基準 １の(1)から(3)までの基準を満たしていること。 ３　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。 (2)　当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。 (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。	（新設） （新設）
４　届出に関する事項 (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	２　届出に関する事項 (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

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。	勤看護師」の規定については、令和２年３月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和２年度改定前）の区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の「注３」に掲げる経口摂取回復促進加算１又は２に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として令和２年３月31日において届出を行っていた者が、１の(1)のウに掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和４年３月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。

②　疾患別リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合における疾患別リハビリテーション料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料における標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合において、月に１回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

改　定　案	現　　行
【リハビリテーション】 ［算定要件］ ４　（中略） 　また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ	【リハビリテーション】 ［算定要件］ ４　（中略） 　また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げ

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

③　リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し

第１　基本的な考え方

医学的な理由により頻回のリハビリテーション計画書等の作成が必要な場合において、質の高いリハビリテーションを推進しつつ事務手続の簡素化を図る観点から、疾患別リハビリテーション料におけるリハビリテーション実施計画書等に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名欄について、患者等に当該計画書に係る説明を行う際に、説明内容及び当該患者等の同意を得た旨を診療録に記載することにより、同意を得ていること等が事後的に確認できる場合には、患者等の署名を求めなくても差し支えないこととする。

改　定　案	現　　行
【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、家族等に情報通信機	【リハビリテーション】 ［算定要件］ （新設）

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。	

④　データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

「Ⅲ－２－⑨」を参照のこと。

⑤　外来医療等における
データ提出に係る評価の新設

「Ⅲ－２－⑫」を参照のこと。

①　一般不妊治療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、一般不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新）　一般不妊治療管理料　250 点

［対象患者］

（１）入院中の患者以外の患者であって、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。

（２）不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。ただし、区分番号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。

（２）区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

（３）治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（４）少なくとも６月に１回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
（５）治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
（６）当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
（７）当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
ア　当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
イ　当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]
（１）当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
（２）産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３）当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。
（４）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

[経過措置]
令和４年９月 30 日までの間に限り、（２）から（４）までの基準を満たしているものとする。

２.不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設する。

（新）　<u>人工授精</u>　<u>1,820 点</u>

[算定要件]
（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
（２）当該患者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－頚管粘液不適合
エ　機能性不妊
（３）人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
（４）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。
（５）必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

[施設基準]
（１）当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
（２）一般不妊治療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

②　生殖補助医療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、生殖補助医療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新）　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開催されていること。

(15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。

(16) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のＡＲＴ症例登録システムへの症例データの入力を適切に実施すること。

(17) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

(18) 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。

(19) 精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。

(20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
(21) 毎年７月において、前年度における治療件数等を把握するため、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）　内分泌学的検査
　抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）　600 点

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

３．不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設する。

（新）　採卵術　3,200 点
　注
　　イ　１個の場合　2,400 点
　　ロ　２個から５個までの場合　3,600 点
　　ハ　６個から９個までの場合　5,500 点
　　ニ　10 個以上の場合　7,200 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）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）　体外受精・顕微授精管理料

１	体外受精	4,200 点
２	顕微授精	
イ	１個の場合	4,800 点
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）　<u>卵子調整加算</u>　<u>1,000 点</u>

[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準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に算定する。

（２）胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。

（３）当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として治療計画に従って培養及び必要な医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。

（４）受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。

（５）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

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

（新）　胚凍結保存管理料

１	胚凍結保存管理料（導入時）	
イ	１個の場合	5,000 点
ロ	２個から５個までの場合	7,000 点
ハ	６個から９個までの場合	10,200 点
ニ	10 個以上の場合	13,000 点
２	胚凍結保存維持管理料	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	新鮮胚移植の場合	7,500 点
２	凍結・融解胚移植の場合	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用いた場合については２を算定する。

（４）胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（５）凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６）治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

（７）治療開始日の年齢とは、初回の胚移植術については、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。また、２回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいい、２回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施するものについては、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２）生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

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

（新）　胚移植術

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

［算定要件］

（１）胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、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。

③　男性不妊治療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、男性不妊治療に係る医療技術等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

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

（新）　Ｙ染色体微小欠失検査　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。

①　がん患者指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供を更に推進する観点から、がん患者指導管理料の要件を見直すとともに、がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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	【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。

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。	
［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。 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。 ハ　がん患者指導管理料の注４に規定する患者 （略）	［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。 （新設） ロ　がん患者指導管理料の注４に規定する患者 （略）
［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。）。	［経過措置］ （新設）

２．がん患者指導管理料ロについて、がん患者の心理的不安の軽減を目的とする面接を行う職種に、公認心理師を追加する。

改　定　案	現　　行

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

ウ　看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。	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。

②　外来化学療法に係る栄養管理の充実

第１　基本的な考え方

外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が、当該患者の状態に応じた質の高い栄養食事指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

外来栄養食事指導料において、外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月１回に限り260点を算定する。 ［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。	【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

③　放射線治療病室管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い放射線内用療法の提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

改　定　案	現　　行
【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） １　治療用放射性同位元素による治療の場合　6,370点 ２　密封小線源による治療の場合　2,200点 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、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施設基準に適合して	【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） ［算定要件］ 注　治療上の必要があって、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。 （新設）

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、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。 ［施設基準］ 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 放射性同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。 (2) 密封小線源による治療の場合の施設基準 密封小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。	［施設基準］ （新設）

④　がんゲノムプロファイリング検査の見直し

第１　基本的な考え方

がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、がんゲノムプロファイリング検査について評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．がんゲノムプロファイリング検査について、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直すとともに、検討会の開催や患者へのデータ提供等に係る実績を求めることとする。

改　定　案	現　　行
【がんゲノムプロファイリング検査】 44,000点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 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。 (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	【がんゲノムプロファイリング検査】 １　検体提出時　8,000点 ２　結果説明時　48,000点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。 （新設） (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

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。 ア・イ　（略） （削除） (2)　（略） (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クエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。 (4)・(5)　（略） （削除） （削除） （削除）	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。 ア・イ　（略） (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。 (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クエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様に説明し、及び同意の有無について管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。 (5)・(6)　（略） (7)　（略） (8)　（略） (9)　（略）

(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	(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。
（削除）	(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） (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クエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（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。）。 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。 (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ー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。 (6) 当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。 (7) （略） (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。	［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） （新設） （新設） (4) （略） （新設）

２　届出に関する事項 (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。	２　届出に関する事項 （新設）

２．がんゲノムプロファイリング検査の結果の解釈・説明等の評価として、がんゲノムプロファイリング評価提供料を新設する。

（新）　　がんゲノムプロファイリング評価提供料　　12,000 点

［対象患者］
　がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

［施設基準］
　がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること。

⑤　無菌製剤処理料の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。

第２　具体的な内容

無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【無菌製剤処理料】 ［施設基準］ 三　無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 （削除） イ・ロ　（略）	【無菌製剤処理料】 ［施設基準］ 三　無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 イ　病院であること。 ロ・ハ　（略）

⑥　悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

（新）　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　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、Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ００３－３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
（４）連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
イ　化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ　他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。

２．１に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第６部注射の通則第６号に規定する外来化学療法加算のイの（１）及びロの（１）

並びに通則第７号に規定する連携充実加算は廃止する。

①　認知症専門診断管理料の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い認知症診療を推進する観点から、認知症疾患医療センターの連携型において認知症の症状が増悪した患者の対応を行っている実態を踏まえ、認知症専門診断管理料の対象となる医療機関を見直す。

第２　具体的な内容

認知症専門診断管理料２の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

改　定　案	現　　行
【認知症専門診断管理料】 １　（略） ２　認知症専門診断管理料２ イ　基幹型又は地域型の場合　300点 ロ　連携型の場合　280点 ［算定要件］ 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。	【認知症専門診断管理料】 １　（略） ２　認知症専門診断管理料２　300点 ［算定要件］ 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。

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

①　療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し

第１　基本的な考え方

治療と仕事の両立支援における心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

療養・就労両立支援指導料における相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

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

ュラムに即した研修を修了していること。	ムに即した研修を修了していること。

②　薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

第１　基本的な考え方

薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

改　定　案	現　　行
【依存症入院医療管理加算（１日につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、依存症入院医療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。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。 ［施設基準］ 二十六の二　依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症又は薬物依存症の診療を行うにつき必要な体制が整	【重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療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。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。 ［施設基準］ 二十六の二　重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されているこ

備されていること。 (2) 依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者又は薬物依存症の患者 第17の３　依存症入院医療管理加算 １　依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2)　（略） (3)　アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア～ウ　（略） (4)　薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修である（14時間以上の研修時間であるもの）。	と。 (2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者 第17の３　重度アルコール依存症入院医療管理加算 １　重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2)　（略） (3)　当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。 研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア～ウ　（略） （新設）

イ　研修内容に以下の内容を含むものであること。 (ｲ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向 (ﾛ) 依存症患者の精神医学的特性 (ﾊ) 薬物の使用に対する司法上の対応 (ﾆ) 依存症に関連する社会資源 (ﾎ) 依存症に対する集団療法の概要と適応 (ﾍ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点 (ﾄ) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク (5)・(6)　（略）	(4)・(5)　（略）
２　届出に関する事項 依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32の３を用いること。	２　届出に関する事項 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32の３を用いること。

③　アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設

第１　基本的な考え方

アルコール依存症に対する集団療法の効果を踏まえ、外来におけるアルコール依存症の集団療法について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【依存症集団療法（１回につき）】 １・２　（略） ３　アルコール依存症の場合　300点 ［算定要件］ 注３　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。 ［施設基準］ 一の五　依存症集団療法の施設基準 (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。	【依存症集団療法（１回につき）】 １・２　（略） （新設） ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 一の五　依存症集団療法の施設基準 （新設）

④　摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について、10 人以上から１人以上に変更する。

改　定　案	現　　行
【摂食障害入院医療管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ １　摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が１人以上であること。	【摂食障害入院医療管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ １　摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。

２．精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について、Body Mass Index13 未満の摂食障害から Body Mass Index15 未満の摂食障害に拡大する。

改　定　案	現　　行
【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index15未満の摂食障害）の患者	【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index13未満の摂食障害）の患者

⑤　精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設

第１　基本的な考え方

精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による相談支援や関係機関との連絡調整等を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院精神療法】 ［算定要件］ 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ［施設基準］ 一の一の五　通院・在宅精神療法の注９に規定する施設基準	【通院精神療法】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。 第47の７　通院・在宅精神療法 ３　通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。 (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は１人につき80人以下であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。 (3) 当該看護師については、精神科等の経験を３年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。 イ　精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ　講義及び演習は、次の内容を含むものであること。 (ｲ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要 (ﾛ) 精神症状の病因・病態、治療 (ﾊ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法 (ﾆ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術	第47の７　通院・在宅精神療法 （新設）

(ﾎ) 患者・家族の支援、関係調整 (ﾍ) ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用） (ﾄ) ストレスマネジメント (ﾁ) コンサルテーション方法 エ　実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。	

⑥　継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

第１　基本的な考え方

在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

第２　具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象者であって、当該行政機関等から依頼を受けた精神科医により、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行うことが必要であると判断された者を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、⑵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。 ア　ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ　行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ　当該管理料を算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が40以下の者	【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、⑵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。

⑦　児童思春期精神科専門管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

児童・思春期精神医療の外来診療において、２年以上診療が継続している実態があることを踏まえ、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

児童思春期精神科専門管理加算のうち、16 歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の評価について、初診日から２年を超えて行った場合についても評価を行う。

改　定　案	現　　行
【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】 ［算定要件］ 注４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　500点 (2) (1)以外の場合　300点	【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】 ［算定要件］ 注４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。 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

ロ　（略）	ロ　（略）

⑧　通院・在宅精神療法の見直し

第１　基本的な考え方

精神保健指定医制度の見直しを踏まえ、精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

通院精神療法及び在宅精神療法のロ及びハについて、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法（１回につき）】	【通院・在宅精神療法（１回につき）】
１　通院精神療法	１　通院精神療法
イ　（略）	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	ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点
(1) 精神保健指定医による場合 560点	
(2) (1)以外の場合 540点	
ハ　イ及びロ以外の場合	ハ　イ及びロ以外の場合
(1) 30分以上の場合	(1) 30分以上の場合 400点
①　精神保健指定医による場合 410点	
②　①以外の場合 390点	
(2) 30分未満の場合	(2) 30分未満の場合 330点
①　精神保健指定医による場合 330点	
②　①以外の場合 315点	
２　在宅精神療法	２　在宅精神療法
イ　（略）	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	ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点
(1) 精神保健指定医による場合	

620点 (2) (1)以外の場合 600点 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 550点 ② ①以外の場合 530点 (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 410点 ② ①以外の場合 390点 (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 330点 ② ①以外の場合 315点	ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 540点 (2) 30分以上60分未満の場合 400点 (3) 30分未満の場合 330点

⑨　精神科救急医療体制の整備の推進

第１　基本的な考え方

精神科救急医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入院料について評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．精神科救急入院料について、名称を精神科救急急性期医療入院料に変更するとともに、入院期間に応じた３区分の評価に見直す。また、常勤の精神保健指定医の配置要件について、５名以上から４名以上に変更する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料（１日につき）】 １　30日以内の期間　2,400点 ２　31日以上60日以内の期間　2,100点 ３　61日以上90日以内の期間　1,900点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。 （中略） ［施設基準］ 十四　精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (1) 精神科救急急性期医療入院料の	【精神科救急入院料（１日につき）】 １　精神科救急入院料１ イ　30日以内の期間　3,579点 ロ　31日以上の期間　3,145点 ２　精神科救急入院料２ イ　30日以内の期間　3,372点 ロ　31日以上の期間　2,938点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い算定する。 （中略） ［施設基準］ 十四　精神科救急入院料の施設基準等 (1) 精神科救急入院料の施設基準

施設基準 イ～ニ　（略） ホ　当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が四名以上配置されていること。 ヘ～ヌ　（略） (2) 精神科救急急性期医療入院料の対象患者 （略） (3) 精神科救急急性期医療入院料の注２の除外薬剤・注射薬 （略） (4) 精神科救急急性期医療入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態 （略） (5) 精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準 （略） (6) 精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する厚生労働大臣が定める日 （略）	イ～ニ　（略） ホ　当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。 ヘ～ヌ　（略） (2) 精神科救急入院料の対象患者 （略） (3) 精神科救急入院料の注２の除外薬剤・注射薬 （略） (4) 精神科救急入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態 （略） (5) 精神科救急入院料の注５に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準 （略） (6) 精神科救急入院料の注５に規定する厚生労働大臣が定める日 （略）
第15　精神科救急急性期医療入院料 １　精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等 (1)　（略） (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が４名以上常勤していること。 (3)～(12)　（略） (13) 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下である	第15　精神科救急入院料 １　精神科救急入院料に関する施設基準等 (1)　（略） (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が５名以上常勤していること。 (3)～(12)　（略） (13) 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を

こと。	超える場合にはその２割以下であること。ただし、平成30年３月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和４年３月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。
(14) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であること。 イ　全ての入院形式の患者受入れが可能であること。 ウ　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又は(12)のアの地域における人口１万人当たり0.37件以上であること。そのうち６件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。 エ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	（新設）
(15) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホ	

ーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）	
（削除）	２　精神科救急入院料１に関する施設基準等 （略）
（削除）	３　精神科救急入院料２に関する施設基準等 （略）

２．精神科急性期治療病棟入院料について、入院期間に応じた３区分の評価に見直す。また、当該入院料を算定する病棟の病床数を 130 床以下に限定する。

改　定　案	現　　行
【精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）】 １　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　2,000点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,700点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,500点 ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,885点 ロ　31日以上60日以内の期間　1,600点 ハ　61日以上90日以内の期間　1,450点	【精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）】 １　精神科急性期治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,997点 ロ　31日以上の期間　1,665点 （新設） ２　精神科急性期治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,883点 ロ　31日以上の期間　1,554点 （新設）
［施設基準］ 第16　精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準	［施設基準］ 第16　精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

カ　当該病棟の病床数は、130床以下であること。	カ　当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその２割以下であること。

３．精神科救急・合併症入院料について、入院期間に応じた３区分の評価に見直すとともに、入院基本料等加算のうち精神科身体合併症管理加算等、リハビリテーションのうち心大血管疾患リハビリテーション料等及び処置のうち人工腎臓等の費用を包括評価の範囲から除外する。また、常勤の精神保健指定医の配置要件及び実績要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急・合併症入院料（１日につき）】 １　30日以内の期間　3,600点 ２　31日以上60日以内の期間　3,300点 ３　61日以上90日以内の期間　3,100点 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に	【精神科救急・合併症入院料（１日につき）】 １　30日以内の期間　3,579点 ２　31日以上の期間　3,145点 （新設） ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻

掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。	酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。
［施設基準］ 十五の二　精神科救急・合併症入院料の施設基準等 (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準 イ～ホ　（略） へ　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が二名以上配置されていること。 ト～ル　（略） (2)～(6)　（略）	［施設基準］ 十五の二　精神科救急・合併症入院料の施設基準等 (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準 イ～ホ　（略） へ　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が三名以上配置されていること。 ト～ル　（略） (2)～(6)　（略）

第16の２　精神科救急・合併症入院料 (1)～(11)　（略） (12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であること。 （削除） （削除） イ・ウ　（略） (13)　（略） (14) 以下の地域における直近１年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上又は５件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。 ア・イ　（略）	第16の２　精神科救急・合併症入院料 (1)～(11)　（略） (12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。 ア　常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数が年間200件以上又は次の地域における人口１万人当たり2.5件以上であること。 (ｲ)　（略） (ﾛ)　（略） イ・ウ　（略） (13)　（略） (14) 以下の地域における直近１年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。 ア・イ　（略）
【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 第16の３　精神科身体合併症管理加算 １　精神科身体合併症管理加算の施設基準 (1)　（略） (2) 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟である７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番	【精神科身体合併症管理加算（１日につき）】 ［施設基準］ 第16の３　精神科身体合併症管理加算 １　精神科身体合併症管理加算の施設基準 (1)　（略） (2) 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟である７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番

号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料及び区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。	号「Ａ３１１」精神科救急入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

４．精神科急性期医師配置加算１及び３について、精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟において算定可能とするとともに、精神保健指定医の配置に係る要件を設ける。

改　定　案	現　　行
【精神科急性期医師配置加算（１日につき）】 １　（略） ２　精神科急性期医師配置加算２ イ　（略） ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　450点 ３　精神科急性期医師配置加算３　400点	【精神科急性期医師配置加算（１日につき）】 １　（略） ２　精神科急性期医師配置加算２ イ　（略） ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　500点 ３　精神科急性期医師配置加算３　450点
三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1)　（略） (2) 精神科急性期医師配置加算１の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 二　当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が二名以上配置されていること。 (3)　（略） (4) 精神科急性期医師配置加算２のロの施設基準	三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1)　（略） (2) 精神科急性期医師配置加算１の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 （新設） (3)　（略） (4) 精神科急性期医師配置加算２のロの施設基準

イ　(2)のイを満たすものであること。 ロ　精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。 (5)　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　(2)のハを満たすものであること。 第26の８　精神科急性期医師配置加算 ６　届出に関する事項 (1)　（略） (2)　令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和６年３月31日までの間に限り、２の(2)及び５の(2)の基準を満たしているものとする。 【精神科救急急性期医療入院料】 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算（中略）、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。	(2)のイ及びハを満たすものであること。 （新設） (5)　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　(2)のハを満たすものであること。 第26の８　精神科急性期医師配置加算 ６　届出に関する事項 （略） 【精神科救急入院料】 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算（中略）、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

５．地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　精神科救急医療体制加算１　600点 ロ　精神科救急医療体制加算２　590点 ハ　精神科救急医療体制加算３　500点 ［施設基準］ 十四　精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 (7) 精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準 イ　精神科救急医療体制加算１の施設基準 ①　当該病棟における病床数が百二十床以下であること。ただし、(8)に該当する場合においては、この限りでない。	【精神科救急入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算（中略）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。 （新設） ［施設基準］ 十四　精神科救急入院料の施設基準等 （新設）

②　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。 ③　精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 ④　精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　精神科救急医療体制加算２の施設基準 ①　イの①から③までを満たすものであること。 ②　精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ　精神科救急医療体制加算３の施設基準 ①　イの①から③までを満たすものであること。 ②　精神科救急医療を行う体制が整備されていること。	
(8) 精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する厚生労働大臣が定める場合 当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟における病床数が百二十床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合	（新設）
第15　精神科救急急性期医療入院料 ５　精神科救急医療体制加算の施設基準等 (1) 精神科救急医療体制加算１の施設基準 ア　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業	第15　精神科救急入院料 （新設）

（以下、「本事業」という）に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること。 (ﾛ) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。）が五名以上配置されていること。 (ﾊ) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は以下の地域における人口１万人当たり0.5件以上であること。そのうち８件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（本事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。 ① 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。） ② １精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域 (ﾆ) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち６割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。 イ 複数の病棟において当該加算	

の届出を行う場合については、アの(ﾊ)の「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。 ウ　病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。 エ　「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること。 (2) 精神科救急医療体制加算２の施設基準 ア　(1)のアからウまでを満たすこと。 イ　本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。 (3) 精神科救急医療体制加算３の施設基準 ア　(1)のアからウまでを満たすこと。 イ　本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。 (4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合においては、令和４年３月31日時点で現に旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急入院料を算定している病床に限り、120床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること。	

［経過措置］ 　令和四年三月三十一日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和四年九月三十日までの間に限り、第九の十四の⑺のイの①、ロの①（イの①に限る。）及びハの①（イの①に限る。）に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑩　クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの使用に係る適切な評価を推進する観点から、精神科救急入院料等について、クロザピン導入目的の転院受入れに係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者に、クロザピンの導入を目的として他の保険医療機関から転院した患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急入院料】 ［算定要件］ (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ　（略） ウ　ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転院した患者 (2)　（略）	【精神科救急入院料】 ［算定要件］ (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。 ア・イ　（略） ウ　ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者 (2)　（略）

(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。 ア・イ　（略） (4)～(17)　（略） (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。 ※　精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。	(3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。 ア・イ　（略） (4)～(17)　（略） (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

⑪　かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　こころの連携指導料（Ⅰ）　350 点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して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に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、別に算定できない。

（６）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

［施設基準］

（１）精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。

（２）当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。

２．孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　こころの連携指導料（Ⅱ）　500点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号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。

（２）当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。

（３）当該患者に対する２回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。

（４）初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号Ｂ０１

１に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）の費用は、別に算定できない。
（５）必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]
（１）精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
（２）当該保険医療機関内に精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

⑫　救急患者精神科継続支援料の見直し

第１　基本的な考え方

自殺企図患者等に対する効果的な指導に係る評価を推進する観点から、救急患者精神科継続支援料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

改　定　案	現　　行
【救急患者精神科継続支援料】 １　入院中の患者　900点 ２　入院中の患者以外　300点 ［算定要件］ 注２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に週１回に限り算定する。 ３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週１回に限り算定する。 ［施設基準］ １　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準 (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。	【救急患者精神科継続支援料】 １　入院中の患者　435点 ２　入院中の患者以外　135点 ［算定要件］ 注２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に月１回に限り算定する。 ３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後６月を限度として、計６回に限り算定する。 ［施設基準］ １　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準 (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項 (1) 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の６を用いること。専任の常勤医師、専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。 (2) 令和４年３月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)の基準を満たしているものとする。	２　届出に関する事項 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の６を用いること。専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。 （新設）

⑬　救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料（１日につき）】 ［算定要件］ 注２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２４８に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。 イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準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	【救命救急入院料（１日につき）】 ［算定要件］ 注２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。

7,000点 ロ　イ以外の場合　3,000点 注10　注２のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｉ００２－３に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。	（新設）
［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 (4) 救命救急入院料の注２のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準 自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 （新設）

①　遺伝学的検査の見直し

第１　基本的な考え方

難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大する。

第２　具体的な内容

診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

改　定　案	現　　行
【遺伝学的検査】 ［施設基準］ １　遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款Ｄ００６－４ 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群（中略）、ＤＹＴ11ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹ	【遺伝学的検査】 ［施設基準］ １　遺伝学的検査の施設基準の対象疾患 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款Ｄ００６－４ 遺伝学的検査(1)のエ又はオに掲げる疾患 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群（中略）、ＤＹＴ11ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹ

Ｔ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症	Ｔ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１
③　（略）	③　（略）
オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症	①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群及び家族性地中海熱
②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症（中略）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素	②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症（中略）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症及び先天性アンチトロンビン欠乏症

欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、Ｘ連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ１、タイプ２、タイプ３）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症	
③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病	③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群及びルビンシュタイン・テイビ症候群

②　遺伝カウンセリングの見直し

第１　基本的な考え方

難病領域において遺伝学的検査に係る遺伝カウンセリングを適切に提供する観点から、他の医療機関の医師と連携し、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【検体検査判断料】 ［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保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機	【検体検査判断料】 ［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保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。 (10) 難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。）に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング（以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。）を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。 ア　患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。 イ　患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。 ウ　患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。 エ　当該他の保険医療機関は本区分の「注６」遺伝カウンセリング	（新設）

加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。 オ　当該他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。 カ　事前の診療情報提供については、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）は別に算定できない。 キ　当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。	
(11)～(13)　（略）	(10)～(12)　（略）
［施設基準］ 五　遺伝カウンセリング加算の施設基準等 (1) 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準 イ・ロ　（略） (2) 検体検査判断料の注６に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準 イ　遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　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。	［施設基準］ 五　遺伝カウンセリング加算の施設基準 （新設） (1)・(2)　（略） （新設）
第21　遺伝カウンセリング加算 １　（略） ２　検体検査判断料の注６に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準 (1) １に係る届出を行っている保険	第21　遺伝カウンセリング加算 １　（略） （新設）

医療機関であること。 (2) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。 ３　届出に関する事項 (1)　（略） (2) 「２」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。	２　届出に関する事項 （略）

③　生体移植時における適切な検査の実施

第１　基本的な考え方

HTLV-1 陽性患者の生体移植後において、指定難病である HTLV-1 関連脊髄症の発症リスクが高いとの報告を踏まえ、生体移植時における臓器等提供者に係る感染症検査の取扱いや、HTLV-1 核酸検出等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１. HTLV-1 感染の診断指針に基づき、HTLV-1 検査を確実に実施できるよう、移植者及び臓器等提供者（いずれも生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【微生物核酸同定・定量検査】 ［算定要件］ (18) ＨＴＬＶ－１核酸検出 「14」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦、移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）	【微生物核酸同定・定量検査】 ［算定要件］ (18) ＨＴＬＶ－１核酸検出 「14」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

２. 臓器等提供者に係る感染症検査に、HTLV-Ⅰ抗体定性、HTLV-Ⅰ抗体半定量、HTLV-Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及び HTLV-１核酸検出を追加する。

改　定　案	現　　行
【第10部　手術】 ［算定要件］ ＜通則＞ 20　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い (1)　（略） (2) 臓器等提供者に係る感染症検査 ア　臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）、ＨＴＬＶ－１核酸検出、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体の全部又は一部をいう（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限り、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量及びＨＴＬＶ－Ⅰ抗体については、このうちいずれか１つの検査に限る。）。ただし、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及びＨＴＬＶ－１核酸検出については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合であって、ＨＴＬＶ－１感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。 イ～エ　（略）	【第10部　手術】 ［算定要件］ ＜通則＞ 20　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い (1)　（略） (2) 臓器等提供者に係る感染症検査 ア　臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。 イ～エ　（略）

④　知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

第１　基本的な考え方

知的障害を有するてんかん患者に対する診療に係る遠隔連携診療料について、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【遠隔連携診療料】 ［施設基準］ (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ　（略） ロ　てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者	【遠隔連携診療料】 ［施設基準］ (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ　（略） ロ　てんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者

２．知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【遠隔連携診療料】 １　診断を目的とする場合　750点 ２　その他の場合　500点 ［算定要件］ 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目	【遠隔連携診療料】 500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当

的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。 ２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。	該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。 （新設）

⑤　アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

第１　基本的な考え方

アレルギー疾患を有する児童等が安心して安全に学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注７における対象患者に、アレルギー疾患を有する児童等を追加し、学校医等に対して、当該児童等が学校生活等を送るに当たり必要な情報の提供を行った場合について評価する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者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。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、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。
(17)「注７」に掲げる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は、保	（新設）

険医療機関が提供する生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又はIgE抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該義務教育諸学校において患者が生活するに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。なお、食物アレルギー患者については、当該義務教育諸学校からの求めに応じて必要な診療情報を提供した場合に算定する。	

⑥　難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進

第１　基本的な考え方

難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域の診療所等が、指定難病患者又はてんかん患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）を専門の医療機関に紹介し、紹介先の医療機関においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【連携強化診療情報提供料】 ［算定要件］ 注４　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人に	【診療情報提供料（Ⅲ）】 ［算定要件］ （新設）

つき月１回に限り算定する。 ［施設基準］ 十の一の四　連携強化診療情報提供料の施設基準等 (4) 連携強化診療情報提供料の注４に規定する施設基準 イ　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。 ロ　次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。 ①　難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。） ②　てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）	［施設基準］ 十の一の四　診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等 （新設）

①　小児運動器疾患指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

小児運動器疾患指導管理料の対象患者の年齢を、12 歳未満から 20 歳未満に拡大する。

改　定　案	現　　行
【小児運動器疾患指導管理料】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。	【小児運動器疾患指導管理料】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

②　医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－①」を参照のこと。

③　小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

「Ⅰ－７－②」を参照のこと。

④　医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化

「Ⅰ－７－③」を参照のこと。

⑤　造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する無菌治療管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して無菌治療管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に厳重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、１日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２２１－２小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。 イ　無菌治療管理加算１　2,000点 ロ　無菌治療管理加算２　1,500点 ６　診療に係る費用（注２、注３及び注５に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地

略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注５までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ８　診療に係る費用（注２から注５までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ (9) 小児入院医療管理料の注５に規定する加算の施設基準 イ　無菌治療管理加算１については、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。 ロ　無菌治療管理加算２については、室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。	域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ （新設）

⑥　時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

第１　基本的な考え方

一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、時間外における小児患者の緊急入院の受入体制を整備している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注８　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外受入体制強化加算１　300点 ロ　時間外受入体制強化加算２　180点 ９　診療に係る費用（注２、注３及び注８に規定する加算並びに当該	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に

患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ［施設基準］ (11) 小児入院医療管理料の注８に規定する加算の施設基準 イ　時間外受入体制強化加算１ ①　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。 ②　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 ロ　時間外受入体制強化加算２ ①　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。 ②　イの②を満たすものであること。	対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ［施設基準］ （新設）

⑦　医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の退院時に、医師又は薬剤師が、当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、薬局に対して特殊な調剤方法等を文書により情報提供した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟に入院している児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150点を所定点数に加算する。	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

７　診療に係る費用（注２、注３及び注６に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ８　診療に係る費用（注２から注６までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ９　診療に係る費用（注２から注６までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。	５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 ７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

⑧　医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注９　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注８に規定する加算は算定できない。 ※　かかりつけ薬剤師指導料についても同様。	【薬剤服用歴管理指導料】 ［算定要件］ （新設）
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注５に規	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ （新設）

定する加算は算定できない。 ※　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	

⑨　不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設

第１　基本的な考え方

不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

小児入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注７　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。 ８　診療に係る費用（注２、注３及び注７に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ９　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。 ６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第

２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 10　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ (10) 小児入院医療管理料の注７に規定する加算の施設基準 　虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。	２節在宅療養指導管理料、（中略）地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。 7　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、（中略）排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。 ［施設基準］ （新設）

⑩　小児特定集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

重篤な先天性心疾患を有する新生児に対して、高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について要件及び算定上限日数を見直す。

第２　具体的な内容

１.医療技術の発展により、重篤な先天性心疾患患者の救命率が向上し、高度な周術期管理を必要とする患者の範囲が拡大している実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料の施設基準における患者の受入実績に、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改　定　案	現　　行
【小児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ (5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者、救急搬送診療料を算定した患者又は手術を必要とする先天性心疾患の患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。	【小児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ (5) 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者又は救急搬送診療料を算定した患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。

２．手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を 55 日とする。

改　定　案	現　　行
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20

歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。	歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日）を限度として算定する。

⑪　新生児特定集中治療室管理料等の見直し

第１　基本的な考え方

慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

第２　具体的な内容

慢性肺疾患を伴う低出生体重児について、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料の算定上限日数を見直す。

改　定　案	現　　行
【新生児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グ	【新生児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

ラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	
【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
【新生児治療回復室入院医療管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があっ	【新生児治療回復室入院医療管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があっ

て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。	て新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。

⑫　専門機関との連携分娩管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

地域周産期母子医療センター等の専門機関との連携体制を構築し、妊産婦に対して適切な分娩管理を実施した場合の評価を新設する。

ハイリスク分娩等管理加算（１日につき）

	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おいては、当該加算は算定できない。

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

⑬　胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対する多職種による支援の評価の新設

第１　基本的な考え方

胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対して、多職種が共同して、胎児の疾患や出生後に必要となる治療等に関する適切な情報提供等の支援を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中１回に限り、1,200点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ (4)　総合周産期特定集中治療室管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【総合周産期特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

⑭　ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

第１　基本的な考え方

精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ､ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【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<u>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</u>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。	【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。
【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	【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。	地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

⑮　救急医療管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について、対象となる患者の状態、診療報酬明細書等に記載を求める内容及びその評価を見直す。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【救急医療管理加算】 １　救急医療管理加算１　1,050点 ２　救急医療管理加算２　420点 ［算定要件］ (2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。（中略） ア～カ　（略） キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 ク・ケ　（略） コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 サ　蘇生術を必要とする重篤な状態 シ　その他の重症な状態 (3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、（２）のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい	【救急医療管理加算】 １　救急医療管理加算１　950点 ２　救急医療管理加算２　350点 ［算定要件］ (2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。（中略） ア～カ　（略） キ　広範囲熱傷 ク・ケ　（略） （新設） （新設） コ　その他の重症な状態 (3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、（２）のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をい

う。	う。

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

改　定　案	現　　行
［算定要件］ (4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからサのうち該当する状態 イ　（略） ウ　（２）のイの状態に該当する場合はJCS0の状態、（２）のウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び（２）のキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 エ　（略） (5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの イ　（略） ウ　（２）のイに準ずる状態に該当する場合はJCS0の状態、（２）のウに準ずる状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び（２）のキに準ずる状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	［算定要件］ (4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからケのうち該当する状態 イ　（略） （新設） ウ　（略） (5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　（２）のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの イ　（略） （新設）

エ　（略）	ウ　（略）

⑯　救急搬送診療料の見直し

第１　基本的な考え方

重篤な患者を高次の医療機関へ搬送している実態や、ECMO 等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、救急搬送診療料について要件を見直すとともに、当該搬送中の診療について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．ガイドラインに基づいて適切に重症患者を搬送した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【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。	【救急搬送診療料】 ［算定要件］ （新設）
(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。	（新設）
［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 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。	［施設基準］ （新設）

２．入院患者を転院搬送する場合における救急搬送診療料の算定可否を整理する。

改　定　案	現　　行
【救急搬送診療料】 ［算定要件］ (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。 (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おいては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。 ア　搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合 イ　救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、患者の搬送を行う場合 (7)～(9)　（略） (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。	【救急搬送診療料】 ［算定要件］ （新設） (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。 (6)～(8)　（略） （新設）

①　歯科診療における院内感染防止対策の推進

第１　基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

歯科初診料の施設基準である歯科医師等が受講する研修について、飛沫感染防止対策等の新興感染症の対策に係る研修を追加するとともに、歯周基本治療処置等の廃止に併せて歯科初診料及び歯科再診料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【初診料】 1　歯科初診料　264点 ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (1)　（略） (2)　感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の院内感染防止に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした院内感染防止にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。 (5)・(6)　（略） (7)　令和４年３月31日において、	【初診料】 1　歯科初診料　261点 ［施設基準］ 1　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準 (1)　（略） (2)　感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。 (3)　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。 (4)　職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。 (5)・(6)　（略） (7)　令和２年３月31日において、

現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)及び（4）の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和３年４月１日から令和４年３月31日の間に（3）の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から２年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。	現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和２年６月30日までの間に限り、１の(4)の基準を満たしているものとみなす。
【再診料】 １　歯科再診料　56点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。	【再診料】 １　歯科再診料　53点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

②　歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

③　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、対象患者の年齢の範囲をそれぞれ拡大する。

改　定　案	現　　行
【口腔機能管理料】 ［算定要件］ (1) 口腔機能管理料とは、50歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略） 【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げ	【口腔機能管理料】 ［算定要件］ (1) 口腔機能管理料とは、65歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。（中略） 【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げ

る歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	る歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

④　歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化

第１　基本的な考え方

歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算について、地域における連携状況を踏まえ、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

著しく歯科診療が困難な者に対する歯科診療所と病院が連携した歯科診療を推進する観点から、歯科診療特別対応連携加算の対象となる医療機関に、一定の実績を有する病院を追加するとともに、当該加算の施設基準において、他の歯科医療機関との連携体制の整備を求めることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応連携加算（初診料）】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十一　歯科診療特別対応連携加算の施設基準 (1) 次のいずれかに該当すること。	【歯科診療特別対応連携加算（初診料）】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十一　歯科診療特別対応連携加算の施設基準 (1) 次のいずれかに該当すること。

イ　（略） ロ　歯科医療を担当する保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。 (2)・(3)　（略） (4) 歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていること。	イ　（略） ロ　歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。 (2)・(3)　（略） （新設）

⑤　歯科固有の技術の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．歯冠形成のメタルコア加算について、診療の実態を踏まえ、廃止する。

改　定　案	現　　行
【メタルコア加算（歯冠形成（１歯につき））】 ［算定要件］ （削除） （削除） ７～９　（略）	【メタルコア加算（歯冠形成（１歯につき））】 ［算定要件］ 注７　２のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 ８　２のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 ９～11　（略）

２．歯周基本治療処置について、診療の内容等も踏まえて廃止するとともに、基本診療料の評価の見直し等を行う。

改　定　案	現　　行
【歯周基本治療処置（１口腔につき）】 （削除）	【歯周基本治療処置（１口腔につき）】 10点

３．区分Ｃ２（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、それぞれ技術料の新設等を行う。

改　定　案	現　　行
【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置）を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

（新）　チタン冠（１歯につき）　1,200 点

（新）　磁性アタッチメント（１個につき）
　１　磁石構造体を用いる場合　260 点
　２　キーパー付き根面板を用いる場合　350 点

［算定要件］
　有床義歯（区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯又は区分番号Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号Ｍ０３０の２に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。）に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。

４．医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】
（１）ＣＡＤ／ＣＡＭインレー
（２）口腔細菌定量検査
（３）歯科部分パノラマ断層撮影
（４）広範囲顎骨支持型補綴装置埋入手術における画像等手術支援加算
（５）顎補綴等の症例に対する直接法における軟質材料の適用拡大
（６）先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大
（７）永久歯萌出不全に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適用基準の拡大

（８）チタンによる前歯部レジン前装金属冠
（９）歯科麻酔管理料における長時間麻酔管理加算

５．歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、随時改定の方法などを見直す。

６．口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

① 接着冠

（新） 接着冠（１歯につき）
１ 前歯 370 点
２ 臼歯 310 点

② 根面被覆

（新） 根面被覆（１歯につき）
１ 根面板によるもの 190 点
２ レジン充塡によるもの 106 点

③ 歯周疾患処置

改　定　案	現　　行
【歯周病処置（１口腔１回につき）】 14点	【歯周疾患処置（１口腔１回につき）】 14点

【その他、評価の見直しを行う技術の例】
（１）支台築造印象
（２）有床義歯

①　地域医療に貢献する薬局の評価

第１　基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

改　定　案	現　　行
【地域支援体制加算】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援体制加算１　39点 ロ　地域支援体制加算２　47点 ハ　地域支援体制加算３　17点 ニ　地域支援体制加算４　39点 ［施設基準］ 四　地域支援体制加算の施設基準	【地域支援体制加算】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。 ［施設基準］ 四　地域支援体制加算の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。

(1) 地域支援体制加算１の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。 ハ　地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。	(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。 ハ　地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。
(2) 地域支援体制加算２の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　(1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。	（新設）
(3) 地域支援体制加算３の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１以外を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。 ハ　(1)のハに該当する保険薬局であること。	（新設）
(4) 地域支援体制加算４の施設基準 (2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。	(2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　調剤基本料１以外を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。 ハ　地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。
第92　地域支援体制加算 １　地域支援体制加算１に関する施設基準 (1) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、以下の①から③までの３つの要件を満たし、かつ、④	第92　地域支援体制加算 １　地域支援体制加算に関する施設基準 (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア　調剤基本料１を算定する保険薬

及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。	局 (ｲ) 以下の①から③までの３つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。
①　（略） ②　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。（中略） ③　（略） ④　服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。 ⑤　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで１回以上出席していること。	①　（略） ②　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者　訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。（中略） ③　（略） ④　服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。 ⑤　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで１回以上出席していること。
(2) (1)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 （略）	(ﾛ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。 ・　薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 （略）

（削除） (3)～(25)　（略） ２　地域支援体制加算２に関する施設基準 (1)　調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、１の(1)及び(3)から(25)までの基準を満たした上で、以下の①から⑨までの９つの要件のうち３以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近１年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数１万回当たりの実績とする。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 ①　薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。 ②　薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。 ③　調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ④　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ⑤　外来服薬支援料１の算定回数が12回以上であること。	イ　調剤基本料１以外を算定する保険薬局 （略） (2)～(24)　（略） （新設）

⑥　服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑦　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。（中略） ⑧　服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。 (2)　(1)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、１の(2)に準じて取り扱う。 (3)　かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(1)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(1)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数 、(1)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(1)の⑤の外来服薬支援料１並びに(1)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳	

細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。 (4) (1)の「当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(1)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近１年間の実績が、直近１年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて１万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。	
３　地域支援体制加算３に関する施設基準 (1) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、１の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る十分な実績として、２の(1)の①から⑨までの９つの要件のうち、④及び⑦を含む３項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 (2) 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。	（新設）
４　地域支援体制加算４に関する施設基準 (1) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、１の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る相当の実績として、２の(1)の①から⑨までの９つの要件のうち８項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。	（新設）

５　届出に関する事項 (1)　（略） (2) 令和４年３月31日時点で地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしていると届出を行っている保険薬局については、令和５年３月31日までの間に限り、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。 (3) 令和４年３月31日時点で現に調剤基本料１を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料３のハを算定することとなったものについては、令和５年３月31日までの間に限り、調剤基本料１を算定しているものとみなす。	２　届出に関する事項 (1)　（略） (2) １の(1)のアに規定する調剤基本料１を算定する保険薬局の要件については、令和３年３月31日までの間に限り、なお従前の例による。 （新設）

２．地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　連携強化加算（調剤基本料）　２点

［算定要件］

注５（地域支援体制加算）に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、２点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。

（２）（１）の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア　災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。

イ　都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等にお

ける対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。

ウ　災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。

（３）災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

②　薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

第１　基本的な考え方

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え監査業務の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） 24点	【調剤料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） イ　７日分以下の場合 28点 ロ　８日分以上14日分以下の場合 55点 ハ　15日分以上21日分以下の場合 64点 ニ　22日分以上30日分以下の場合 77点 ホ　31日分以上の場合 86点
２～６　（略）	２～６　（略）
［算定要件］ 注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の	［算定要件］ 注６　次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、１調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が７又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。た

所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ　内服薬及び屯服薬 (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点 (3) 液剤　45点 ロ　（略）	だし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。 イ　内服薬及び屯服薬 (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬　20点 (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬　90点 (3) 液剤　45点 ロ　（略）
８　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料（区分番号１０の２に掲げる調剤管理料及び区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料の２を除く。）は算定しない。	８　長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目以降の調剤については、１分割調剤につき５点を算定する。なお、当該調剤においては第２節薬学管理料は算定しない。
９　後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号１０の２に掲げる調剤管理料、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料及び区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料の２を除く。）は算定しない。	９　後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における２回目の調剤に限り、５点を算定する。なお、当該調剤においては、第２節薬学管理料（区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
(9) 調剤技術料の時間外加算等 ア　時間外加算は調剤基本料、薬剤	(9) 調剤技術料の時間外加算等 ア　時間外加算は調剤基本料を含

調製料及び調剤管理料（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。 イ　時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注１」から「注10」までを適用して算出した点数）と薬剤調製料及び調剤管理料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用加算は基礎額に含まない。	めた調剤技術料（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。 イ　時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注１」から「注10」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は基礎額に含まない。
(11) 自家製剤加算 （削除）	(11) 自家製剤加算 オ　割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。
オ・カ　（略） キ　「錠剤を分割する」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。	カ・キ　（略） （新設）
ク～コ　（略）	ク～コ　（略）

２．これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

（新）　調剤管理料

１　内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき）

イ　７日分以下の場合　４点
ロ　８日分以上 14 日分以下の場合　28 点
ハ　15 日分以上 28 日分以下の場合　50 点
ニ　29 日分以上の場合　60 点
２　１以外の場合　４点

［算定要件］
（１）処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
（２）１については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、１剤として算定する。なお、４剤分以上の部分については算定しない。
（３）次に掲げる調剤録又は薬剤服用歴の記録等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。
イ　患者の基礎情報、他に服用中の医薬品の有無及びその服薬状況等について、お薬手帳、マイナポータルの薬剤情報等、薬剤服用歴又は患者若しくはその家族等から収集し、調剤録又は薬剤服用歴に記録すること。
ロ　服薬状況等の情報を踏まえ、処方された薬剤について、必要な薬学的分析を行うこと。
ハ　処方内容に疑義があるときは、処方医に対して照会を行うこと。
ニ　調剤録及び薬剤服用歴を作成し、適切に保管すること。

３．重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の在り方を見直す。

（新）　重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）
イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40 点
ロ　残薬調整に係るものの場合　30 点

［算定要件］
（１）薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、当該加算は算定できない。
（２）区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

については、算定しない。

［施設基準］

別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局とする。

改　定　案	現　　行
【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 （削除）	【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 注３　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注２　区分番号１０の２に掲げる調剤管理料の注３に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注２　区分番号１０に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。

４．薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 １　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	【薬剤服用歴管理指導料】 １　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合

45点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合 59点 ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 45点 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 45点	43点 ２　１の患者以外の患者に対して行った場合 57点 ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点 ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点
［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。 イ　（略） ロ　服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。 ホ　（略） ヘ　処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。 ２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する	［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。 イ　（略） ロ　処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。 ホ　（略） （新設） ２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する

特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 イ　（略） ロ　服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。 ホ　（略） ヘ　処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。	特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 イ　（略） ロ　処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　（略） ニ　患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。 ホ　（略） （新設）
３・４　（略） （削除） ５～12　（略）	３・４　（略） ５　薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ・ロ　（略） ６～13　（略）

５．複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は２回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

（新）　　調剤管理加算（調剤管理料）

イ　初めて処方箋を持参した場合　３点
ロ　２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合　３点

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

［施設基準］
　重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。

③　薬局における対人業務の評価の充実

第１　基本的な考え方

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

第２　具体的な内容

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

「Ⅰ－５－⑧」を参照のこと。

２．地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【調剤後薬剤管理指導加算（服薬管理指導料）】 ［算定要件］ 注10　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ	【調剤後薬剤管理指導加算（薬剤服用歴管理指導料）】 ［算定要件］ 注10　区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ

り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月１回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。	り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

３．服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、医療機関に文書により提供した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【服薬情報等提供料】 １・２　（略） ３　服薬情報等提供料３　　50点 ［算定要件］ 注３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。 ４　（略） ５　区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。 ［施設基準］ 十二の二　服薬情報等提供料の注５に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関	【服薬情報等提供料】 １・２　（略） （新設） ［算定要件］ （新設） ３　（略） （新設） ［施設基準］ （新設）

当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。	

４．多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【外来服薬支援料】 １　外来服薬支援料１　185点 ２　外来服薬支援料２ イ　42日分以下の場合　投与日数が７又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数 ロ　43日分以上の場合　240点	【外来服薬支援料】 185点 （新設）
［算定要件］ 注１　１については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。	［算定要件］ 注１　自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月１回に限り算定する。
２　１については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。	２　患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。
３　２については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被	３　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定し

包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、２剤以上の内服薬又は１剤で３種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。	ている患者については、算定しない。

５．服用薬剤調整支援料２について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

改　定　案	現　　行
【服用薬剤調整支援料】 １　（略） ２　服用薬剤調整支援料２ イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合　110点 ロ　イ以外の場合　90点 ［施設基準］ 十一の二　服用薬剤調整支援料２のイに規定する施設基準 重複投薬等の解消に係る実績を有していること。	【服用薬剤調整支援料】 １　（略） ２　服用薬剤調整支援料２　100点 ［施設基準］ （新設）

④　病棟薬剤業務実施加算の見直し

「Ⅱ－４－③」を参照のこと。

①　薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

第１　基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 注６　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。	【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】 イ　後発医薬品調剤体制加算１　15点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　22点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　28点 注６　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ～ハ　（略） ［施設基準］ (2) 後発医薬品調剤体制加算１の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 (3) 後発医薬品調剤体制加算２の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 (4) 後発医薬品調剤体制加算３の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。	イ～ハ　（略） ［施設基準］ (2) 後発医薬品調剤体制加算１の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 (3) 後発医薬品調剤体制加算２の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 (4) 後発医薬品調剤体制加算３の施設基準 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

２．後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注７　後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から５点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 ［施設基準］ 五の二　調剤基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注７　後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から２点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除く。 ［施設基準］ 五の二　調剤基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 ［経過措置］ 一　第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和四年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。	次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 ［経過措置］ 一　第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和二年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。

３．後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上	【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分

であること。 ハ・二　（略） (2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・二　（略） (3) 後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・二　（略） 【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 ［施設基準］ (1) 外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。 ハ・二　（略） (2) 外来後発医薬品使用体制加算２	以上であること。 ハ・二　（略） (2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 ハ・二　（略） (3) 後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・二　（略） 【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 ［施設基準］ (1) 外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・二　（略） (2) 外来後発医薬品使用体制加算２

の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・二　（略）	の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・二　（略）
(3) 外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・二　（略）	(3) 外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・二　（略）

②　バイオ後続品の使用促進

第１　基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品に関する情報を提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【第６部　注射】 通則 ７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。 ※　外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける。	【第６部　注射】 通則 （新設）

①　実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化

第１　基本的な考え方

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

２．慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。

改　定　案	現　　行
【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,211点	【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,250点

３．アルブミン（BCP 改良法・BCG 法）のうち、BCG 法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を２年間延長する。

改　定　案	現　　行
【血液化学検査】 ［経過措置］ 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。 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	【血液化学検査】 ［経過措置］ 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。 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

②　実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化

第１　基本的な考え方

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

第２　具体的な内容

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 291点 【排痰補助装置加算】 1,829点	【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 300点 【排痰補助装置加算】 1,800点

③　医療技術の評価・再評価の在り方の見直し

第１　基本的な考え方

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂や、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記することや、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

④　人工腎臓の評価の見直し

第１　基本的な考え方

包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH 阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

人工腎臓において HIF-PH 阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH 阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【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　1,885点	イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,924点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045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。）2,084点
ハ　５時間以上の場合　2,180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。）2,219点
（削除）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。）1,798点
（削除）	ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）1,958点
（削除）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）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　1,845点	イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,884点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005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。）2,044点
ハ　５時間以上の場合　2,135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。）

	2,174点
（削除）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。） 1,758点
（削除）	ホ　４時間以上５時間未満の場合 （ロを除く。）　1,918点
（削除）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。） 2,048点
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	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
ロ　４時間以上５時間未満の場合 1,960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。）　1,999点
ハ　５時間以上の場合　2,090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。） 2,129点
（削除）	ニ　４時間未満の場合（イを除く。） 1,718点
（削除）	ホ　４時間以上５時間未満の場合 （ロを除く。）　2,003点
（削除）	ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。） 2,003点
［算定要件］ (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 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）	［算定要件］ (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 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）
イ　「１」から「３」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止	イ　「１」から「３」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止

剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。	剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。
(24) 「１」から「３」までの場合（「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。	(24) 「１」から「３」までのうち、「ニ」から「ヘ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。
［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 （削除）	［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1) 人工腎臓に規定する患者 ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤を院外処方している患者以外の患者
(1)～(7)　（略）	(2)～(8)　（略）
別表第十の三　人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベポエチン エポエチンベータペゴル ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤	別表第十の三　人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベポエチン エポエチンベータペゴル ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（院内処方されたものに限る。）

①　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

「Ⅰ－３」を参照のこと。

①　外来医療の機能分化等

「Ⅰ－４」を参照のこと。

①　透析中の運動指導に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

慢性維持透析患者に対して、透析中に運動等に係る必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【人工腎臓】 ［算定要件］ 注14　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。	【人工腎臓】 ［算定要件］ （新設）

②　継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　二次性骨折予防継続管理料

イ	二次性骨折予防継続管理料１	1,000 点
ロ	二次性骨折予防継続管理料２	750 点
ハ	二次性骨折予防継続管理料３	500 点

［対象患者］

（１）大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの

（２）イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

（３）イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

［算定要件］

（１）イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

（２）ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行っ

た場合に、当該入院中１回に限り算定する。
（３）ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。
（４）イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
（５）ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
（６）診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]
（１）骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２）当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
（３）イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
（４）ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

③　生活習慣病管理料の見直し

「Ⅲ－１－⑬」を参照のこと。

④　高度難聴指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

高度難聴指導管理料について、人工内耳植込術を行った患者以外の患者に係る算定上限回数を年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。

改　定　案	現　　行
【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については年１回に限り算定する。 ［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。	【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については１回に限り算定する。 ［施設基準］ 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）

⑤　歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ－１－⑭」を参照のこと。

①　医薬品の給付の適正化

第１　基本的な考え方

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

第２　具体的な内容

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

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

②　処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

「Ⅰ－７－⑫」を参照のこと。

③　処方箋料の見直し

「Ⅰ－７－⑬」を参照のこと。

①　調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．調剤基本料３のロ（同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に 40 万回を超える場合）の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が 300 以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合に係る要件について、85%を超える薬局を対象に追加する。

２．同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に 40 万回を超える又は同一グループの店舗数が 300 以上である薬局について、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が 85%以下の場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 １・２　（略） ３　調剤基本料３ イ　21点 ロ　16点 ハ　32点 ［施設基準］ (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における	【調剤基本料】 １・２　（略） ３　調剤基本料３ イ　同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数３万５千回を超え40万回以下の場合　21点 ロ　同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合　16点 （新設） ［施設基準］ (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における

処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ　（略）	処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ　（略）
(5) 調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。	（新設）

②　特別調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．特別調剤基本料の点数を引き下げる。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。 ＜調剤技術料＞ 区分00　調剤基本料 ６　次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注３」（100分の80）及び「注４」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注５」（地域支援体制加算）、「注６」（連携強化加算）、「注７」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注８」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。ただし、当該点数が３点未満になる場合は、３点を算定する。	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき９点を算定する。 ＜調剤技術料＞ 区分00　調剤基本料 ６　次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注３」（100分の80）及び「注４」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注５」（地域支援体制加算）、「注６」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注７」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

２．特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。

「Ⅲ－６－①」及び「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

３．特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。

「Ⅲ－６－③」を参照のこと。