

2022年度診療報酬改定 【医科③】



2022年3月28日
東和薬品株式会社
医薬政策課

本資料は正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。
本資料における「改定前」は、本日時点では「現行」を意味します。

改定の項目一覧

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

①入退院支援の推進

②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②掲）

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

④療養・就労両立支援指導料の見直し

⑤手術等の医療技術の適切な評価

⑥質の高い臨床検査の適切な評価

⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進

⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し

⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

⑪在宅血液透析指導管理料の見直し

⑫プログラム医療機器に係る評価の新設

⑬生活習慣病管理料の見直し

⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

Ⅲ－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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

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

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

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

⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

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

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

※灰色で示した項目は本資料には掲載していません

改定の項目一覧

⑩診療録管理体制加算の見直し

⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）

⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進

①摂食嚥下支援加算の見直し

②疾患別リハビリテーション料の見直し

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

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-2⑨再掲）

⑤外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（Ⅲ-2⑫再掲）

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

①一般不妊治療に係る評価の新設

②生殖補助医療に係る評価の新設

③男性不妊治療に係る評価の新設

Ⅲ－４－２ 質の高いがん医療の評価

①がん患者指導管理料の見直し

②外来化学療法に係る栄養管理の充実

③放射線治療病室管理加算の見直し

④がんゲノムプロファイリング検査の見直し

⑤無菌製剤処理料の見直し

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

Ⅲ－４－３ 認知症の者に対する適切な医療の評価

①認知症専門診断管理料の見直し

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

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

②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

改定の項目一覧

- [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](#)
- [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](#)
- [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](#)
- [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](#)
- [⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し](#)
- [⑧通院・在宅精神療法の見直し](#)
- [⑨精神科救急医療体制の整備の推進](#)
- [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](#)
- [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](#)
- [⑫救急患者精神科継続支援料の見直し](#)
- [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](#)

Ⅲ－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- [①遺伝学的検査の見直し](#)
- [②遺伝カウンセリングの見直し](#)
- [③生体移植時における適切な検査の実施](#)
- [④知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し](#)
- [⑤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](#)
- [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](#)

Ⅲ－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- [①小児運動器疾患指導管理料の見直し](#)
- [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－７①再掲）](#)
- [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－７②再掲）](#)
- [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－７③再掲）](#)
- [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](#)
- [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](#)
- [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](#)

改定の項目一覧

- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- [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](#)
- [⑩小児特定集中治療室管理料の見直し](#)
- [⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し](#)
- [⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設](#)
- [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](#)
- [⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し](#)
- [⑮救急医療管理加算の見直し](#)
- [⑯救急搬送診療料の見直し](#)

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

- ①歯科診療における院内感染防止対策の推進
- ②歯科口腔疾患の重症化予防の推進
- ③ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
- ④歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化
- ⑤歯科固有の技術の評価の見直し

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

- ①地域医療に貢献する薬局の評価
- ②薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し
- ③薬局における対人業務の評価の充実
- ④病棟薬剤業務実施加算の見直し（Ⅱ-4③再掲）

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

- 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す



現行

- 【入退院支援加算1】
[算定要件]
イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 【施設基準】
・「連携機関」の数が20以上であること。
・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

- 【入退院支援加算1】
[算定要件]
イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**
- 【施設基準】
・「連携機関」の数が**25以上**であること。
・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

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

現行

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

改定後

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

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

・ 入退院支援加算
・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・（入院前に）利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



- 福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が課題となっている。

ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム報告

【厚生労働省・文部科学省の副大臣を共同議長とするヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチームとりまとめ】

中医協 総-2
3. 8. 25

現状・課題

令和3年5月17日

- ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であることなどから表面化しにくい構造。福祉、介護、医療、学校等、関係機関におけるヤングケアラーに関する研修等は十分でなく、地方自治体での現状把握も不十分。
- ヤングケアラーに対する支援策、支援につなぐための窓口が明確でなく、また、福祉機関の専門職等から「介護力」と見なされ、サービスの利用調整が行われるケースあり。
- ヤングケアラーの社会的認知度が低く、支援が必要な子どもがいても、子ども自身や周囲の大人が気付くことができない。



福祉、介護、医療、教育等、関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、以下の取組を推進

今後取り組むべき施策

1 早期発見・把握

- 福祉・介護・医療・教育等関係機関、専門職やボランティア等へのヤングケアラーに関する研修・学ぶ機会の推進。
- 地方自治体における現状把握の推進。

2 支援策の推進

- 悩み相談支援
支援者団体によるピアサポート等の悩み相談を行う地方自治体の事業の支援を検討（SNS等オンライン相談も有効）。
- 関係機関連携支援
 - ・ 多機関連携によるヤングケアラー支援の在り方についてモデル事業・マニュアル作成を実施（就労支援を含む）。
 - ・ 福祉サービスへのつなぎなどを行う専門職や窓口機能の効果的な活用を含めヤングケアラーの支援体制の在り方を検討。
- 教育現場への支援
スクールソーシャルワーカー等の配置支援。民間を活用した学習支援事業と学校との情報交換や連携の促進。
- 適切な福祉サービス等の運用の検討
家族介護において、子どもを「介護力」とすることなく、居宅サービス等の利用について配慮するなどヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体等へ周知。
- 幼いきょうだいをケアするヤングケアラー支援
幼いきょうだいをケアするヤングケアラーがいる家庭に対する支援の在り方を検討。

3 社会的認知度の向上

2022年度から2024年度までの3年間をヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」とし、広報媒体の作成、全国フォーラム等の広報啓発イベントの開催等を通じて、社会全体の認知度を調査するとともに、当面は中高生の認知度5割を目指す。

※ヤングケアラー：法令上の定義はないが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている児童を指す。

ヤングケアラーとは

一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもをいう。

(ヤングケアラーのイメージ (例))



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

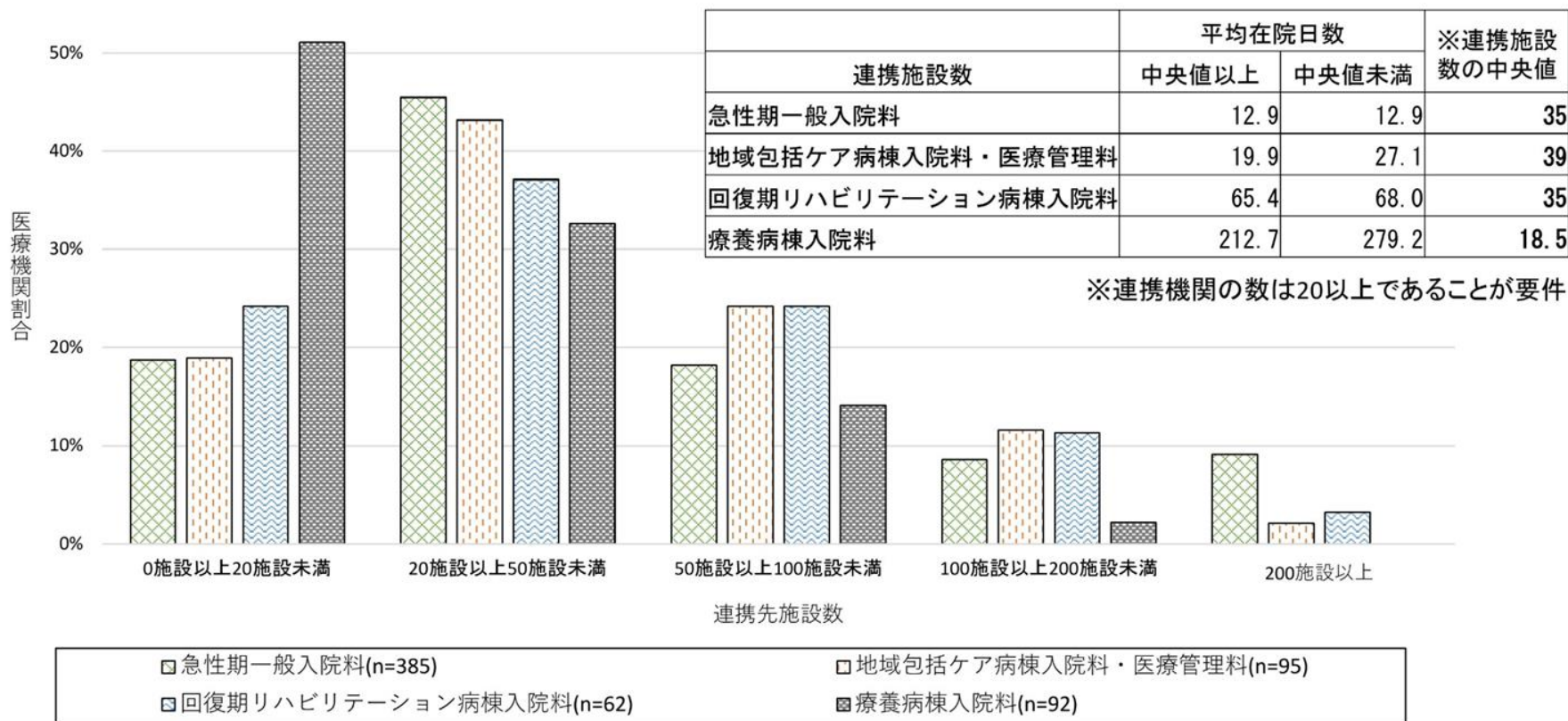
©一般社団法人日本ケアラー連盟 / illustration : Izumi Shiga

退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。

入院料別・連携施設数の状況

連携施設数が中央値以上・未満別
平均在院日数



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）

※無回答のものは除く

出典：厚生労働省_中医協総会(2021/11/12)総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

- 安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 報告書管理体制加算 (退院時 1 回) 7 点

[算定要件]

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

[施設基準の概要]

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) **医療安全対策加算 1 又は 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (3) **画像診断管理加算 2 若しくは 3 又は病理診断管理加算 1 若しくは 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- (4) **医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置**されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される**報告書確認対策チームが設置**されていること
- (6) 報告書確認管理者が行う業務（報告書管理に係る企画立案、各部門との調整、各部門への支援、**報告書作成から概ね 2 週間後に主治医等による当該報告書の確認状況の確認、未確認報告書の把握、未確認報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて対応状況の確認等**）
- (7) 報告書確認対策チームが行う業務（各部門における報告書管理の実施状況の評価、報告書管理のための業務改善計画書の作成、**報告書管理を目的とした院内研修を少なくとも年 1 回程度実施、報告書管理の評価に係るカンファレンスの月 1 回程度開催等**）
- (8) 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

医療安全対策における画像診断報告書等について

- 画像診断や病理診断を依頼した医師による、画像診断医の作成した画像診断報告書又は病理診断医の作成した病理診断報告書(以下「レポート」という。)の確認不足については、報告書の確認不足に対する注意喚起を図ることに加え、レポートの確認不足を防止するための組織的対応について求められている。

画像診断報告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組について (令和元年12月11日厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡) (抄)

- ・ 報告書に記載された緊急度の高い所見や重要所見を受けて必要な対応がとられるためには、組織的な伝達体制や確認体制を構築することが推奨される。
- ・ 具体的には、診断結果の説明を担当する医師が重要所見を認知しやすくするための通知方法の工夫や報告書の未読・既読の管理、更には、その後適切に対応されたかを組織的に確認できる仕組みが構築されることが望ましい。

(参考) 医療機関において工夫されている取組の紹介

- ・ 画像読影医が緊急度の高い所見を指摘した場合、検査依頼医に電話するとともに、報告書を検査依頼医が所属する診療科の責任者に送付する。
- ・ 患者自らが結果をいつ聞くことができるかを主治医に確認するように促す等、患者の参画を図る。
- ・ 画像診断や病理診断を専ら担当する医師が診断を行った場合、その診断結果が確実に患者へ伝わるよう、説明を担当する医師はその結果を丁寧にわかりやすく患者に説明し、その旨を診療録に記載する。

医療安全対策の取組に係る実施状況について

- 研究班における調査によると、画像診断報告書について、半数の病院で、確認漏れ（医師の未読）を防ぐ仕組みを設けていた。
- 同調査の結果において、最近3年以内に画像診断報告書の確認漏れに関連して、患者の治療に影響した事例が12%存在していた。

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究」（研究代表者永井庸次）における全国の病院を対象としたアンケート調査

対象：国内の全病院（n=8294）

調査期間及び調査法：令和2年12月16日～令和3年1月15日において、郵送法により実施

有効回答率：16%（1302/8294）

【画像診断報告書の場合】

- 画像診断報告書の確認漏れ（医師の未読）を防ぐ仕組みの有無
(n=1302)

■あり ■なし ■無回答



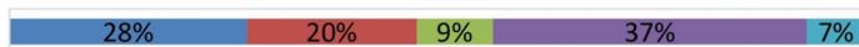
- 画像診断報告書の既読を確認する担当が決まっているか否か
(n=650)

■決まっている ■決まっていない ■無回答



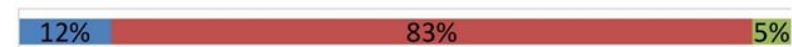
- 画像診断報告書の既読を確認する担当の内訳
(n=357)

■画像診断部門 ■医療安全部門 ■診療情報管理部門 ■その他 ■無回答



- 最近3年以内における、画像診断報告書の確認漏れに関連した患者の治療に影響した事例（※）の有無
(n=1302)

■あり ■なし ■無回答



※治療開始が遅れた、適切な治療が行われなかった等

報告書の確認不足に対する組織的医療安全対策の効果(例)

- 画像診断において、医療安全部門が主体となって院内全体で取り組むことにより、レポートの未開封率は半減した。
- また、カルテを監査することで、確実なレポートの確認不足に対する対策が図られている。

【群馬大学医学部附属病院での事例】

院内での周知

- ・診療科毎に未開封レポートのリスト作成
- ・リスクマネージャー会議での報告 等

【レポート未開封率の推移】

導入前：8.9%
導入1年後：3.4～4.5%

管理システムの導入

- ・重要所見のあるレポートに目印（フラグ）
- ・医師へポップアップ通知 等

【管理システム及び監査の実績】

調査期間（10か月）において、

- ・全レポート数：64280件
- うち、フラグあり1.38%
 - うち、一次スクリーニング該当10.22%
 - うち、二次スクリーニング該当2.47%
- ・医師へ電話連絡の実施：22件

重要所見のあるレポートのカルテ監査

- ・レポート作成から2週間後にカルテを監査
 - 診療情報管理士による一次スクリーニング
 - 対応が十分と確認できない場合、医療安全部門所属医師による二次スクリーニング
- ・必要がある場合、医師へ電話連絡

出典：令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）医療安全に資する病院情報システムの機能を普及させるための施策に関する研究
分担研究報告書「画像診断レポート既読管理システム導入と重要レポートのカルテ監査実施事例」

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
 - ・対象となる疾患に心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加
 - ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている衛生管理者を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し



- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

現行

【療養・就労両立支援指導料】

〔算定要件〕

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

【療養・就労両立支援指導料】

〔算定要件〕

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

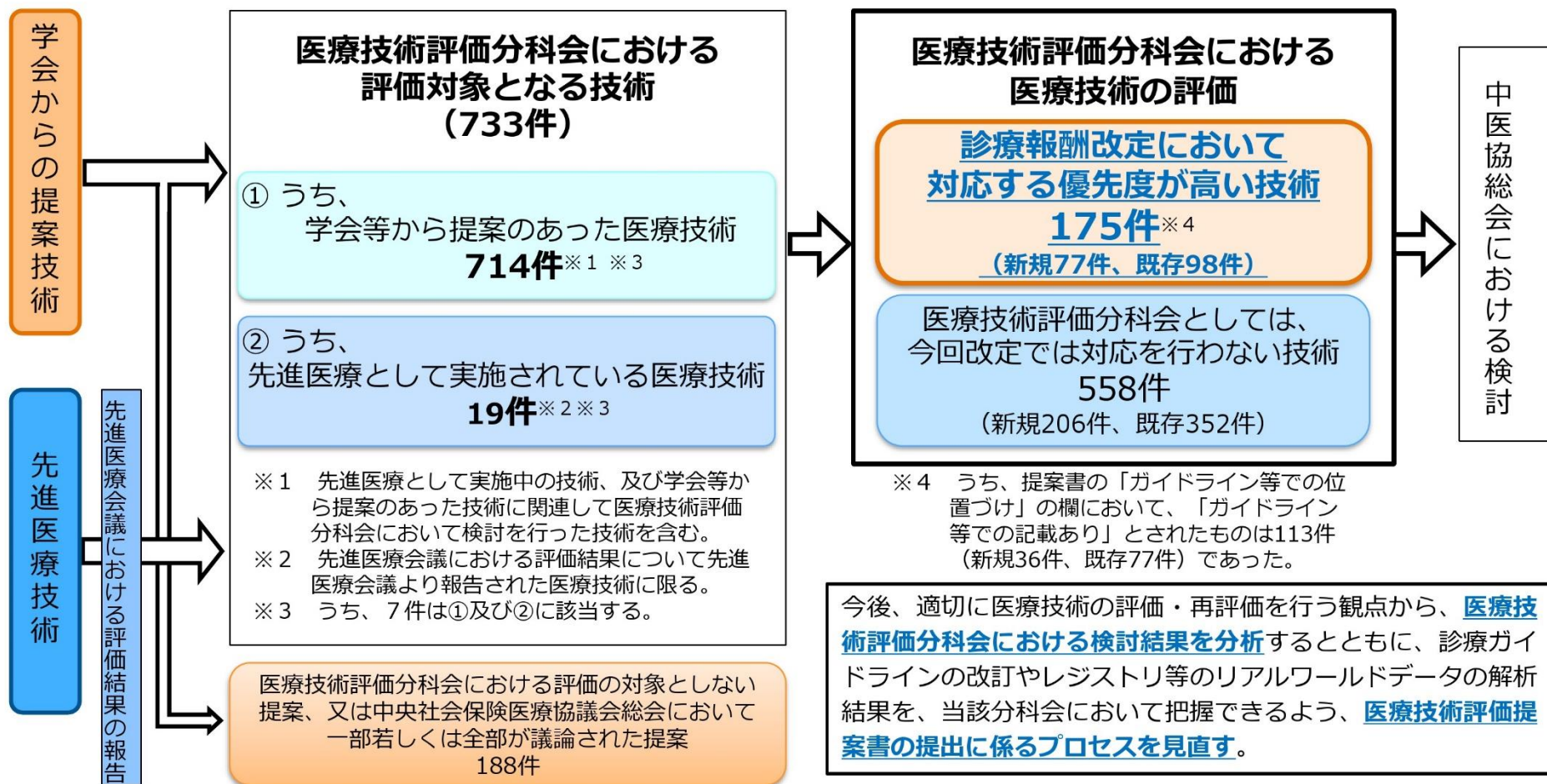
Ⅲ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 現在保険収載されていない手術や検査等のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立しているものについて項目の新設等を行う。

[新たに保険収載される手術の例]

(新)	脛骨近位骨切り術	28,300点
(新)	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 □ 胸腔鏡下によるもの	37,800点
(新)	再建胃管悪性腫瘍手術 1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	112,190点
(新)	ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	9,930点
(新)	内視鏡下脳腫瘍摘出術	100,000点

[新たに保険収載される検査の例]

(新)	関節液検査	50点
(新)	ビデオヘッドインパルス検査	300点
(新)	超音波減衰法検査	200点

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

- ▶ 粒子線治療の対象疾患に、既存のX線治療等と比較して生存率等の改善が確認された以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】

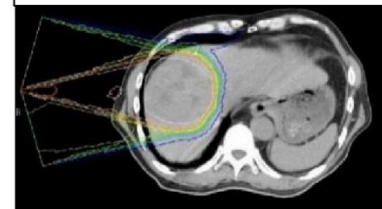
〔算定要件〕（概要）

1 希少な疾病に対して実施した場合 187,500点

- ・ 陽子線治療： （改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膀胱癌※、
局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- ・ 重粒子線治療： （改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膀胱癌※、
局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
局所進行性子宮頸部腺癌※、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

例：肝細胞癌に対する陽子線治療



〔加算〕

- ①粒子線治療適応判定加算 40,000点
（カンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価）
- ②粒子線治療医学管理加算 10,000点
（照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価）

2 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合 110,000点

- ・ 陽子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
- ・ 重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

- 染色体検査の対象疾患に、流産検体を用いた染色体検査を追加する。

【染色体検査（全ての費用を含む。）】

- | | | |
|---|-------------|--------|
| 1 | FISH法を用いた場合 | 2,553点 |
| 2 | その他の場合 | 2,553点 |

注1 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。

(改) 2 2については、流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。

- 血漿交換療法の対象疾患に、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法を追加する。

【血漿交換療法（1日につき）】

血漿交換療法（1日につき） 4,200点

注1 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。

(改) 2 難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

- 前立腺生検法において、MRI撮影及び超音波検査融合画像による場合を追加する。

【前立腺針生検法】

(新) 1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの 8,210点

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 直腸癌の手術において、側方リンパ節郭清を併せて行った場合の加算を新設する。

(新) 片側側方リンパ節郭清加算 4,250点

(新) 両側側方リンパ節郭清加算 6,380点

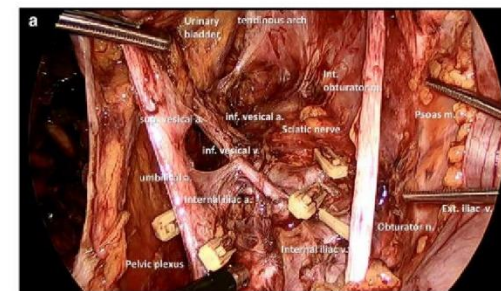
【対象となる手術】

直腸切除・切断術

腹腔鏡下直腸切除・切断術



緑：側方リンパ節（郭清部位）



術中所見（右側方リンパ節）

日本臨床外科学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

- 帝王切開創子宮瘢痕部の修復に係る腹腔鏡手術を新設する。

(新) 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術 32,290点

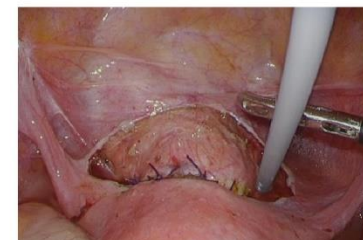
【算定要件】

帝王切開創子宮瘢痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定する。

- (1) 続発性不妊症
- (2) 過長月経
- (3) 器質性月経困難症

【施設基準】

- (1) 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 産科又は産婦人科について5年以上の経験を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腹腔鏡手術が年間20例以上実施されていること。
- (4) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
- (5) 実施診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (6) 麻酔科標榜医が配置されていること。



日本産科婦人科内視鏡学会提出資料より引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】

- ・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- ・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下副腎摘出術
- ・腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

〔内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要〕

- ・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。
- ・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。



新規技術の保険導入

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

（新） 消化管ポリポシス加算 5,000点

〔算定要件〕

- ・以下のいずれも満たす家族性大腸腺腫症患者に対して内視鏡的大腸ポリプ・粘膜切除術を行った場合、**年1回に限り算定できる。**
 - ア **16歳以上**であること。
 - イ **大腸に腺腫が100個以上**あること。なお、手術又は内視鏡により摘除された大腸の腺腫の数を合算しても差し支えない。
 - ウ 大腸切除の手術が実施された場合においては、**大腸が10cm以上残存している**こと。
 - エ 大腸の三分の一以上が**密生型ではない**こと。なお、密生型とは、大腸内視鏡所見において、十分に進展させた大腸粘膜を観察し、正常粘膜よりも腺腫の占拠面積が大きい場合をいう。
- ・**長径1cmを超える大腸のポリプを基本的に全て摘除すること。**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある患者に対し、適切な診断と治療を行う観点から、超音波減衰法による肝脂肪化定量に係る評価を新設する。

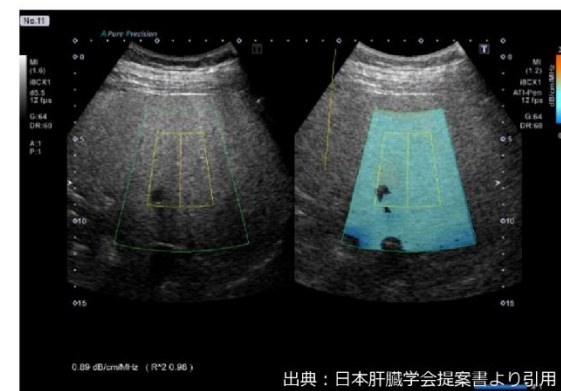
(新) 超音波減衰法検査 200点

[技術の概要]

- 肝脂肪化診断の標準法は肝生検とされているが、超音波減衰法検査は肝脂肪量が多い程肝組織内での超音波減衰が大きくなることを用いて、肝脂肪量を非侵襲的に評価することができる。

[算定要件]

- 脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合に、3月に1回に限り算定する。



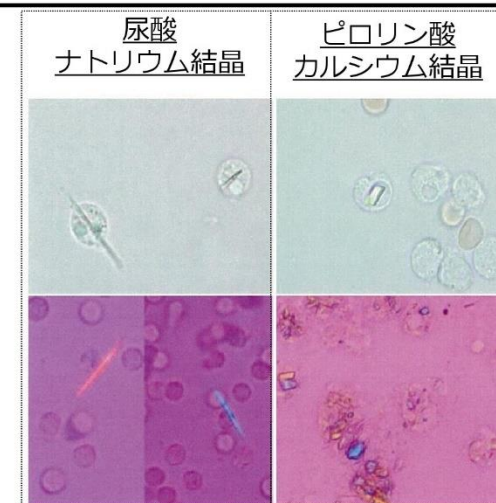
新規技術の保険導入

- 結晶性関節炎の疑いがある患者に対して、適切な診断と治療を行う観点から、偏光顕微鏡を用いた関節液の検査に係る評価を新設する。

(新) 関節液検査 50点

[算定要件]

- (1) 関節水腫を有する患者であって、結晶性関節炎が疑われる者に対して実施した場合、一連につき1回に限り算定する。
- (2) 当該検査と区分番号「D017」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて実施した場合は、主たるものののみ算定する。



出典：日本リウマチ学会提案書より引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 下肢潰瘍の状態に応じた適切な処置及びその管理を推進する観点から、下肢の潰瘍の処置及びその管理に係る評価を新設する。

(新) 下肢創傷処置

1 足部（踵を除く。）の浅い潰瘍	135点
2 足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍	147点
3 足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍	270点

[算定要件]

- ・ 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものをいう。
- ・ 下肢創傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- ・ 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

(新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。
- ・ 初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
- ・ 学会によるガイドライン等を参考にすること。

[施設基準]

- ・ 整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有し、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了している常勤の医師が1名以上勤務していること。

10

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 高齢者の大腿骨近位部骨折に対する適切な治療を評価する観点から、骨折観血的手術（大腿）に対する緊急整復固定加算及び人工骨頭挿入術（股）に対する緊急挿入加算を新設する。

(新) 緊急整復固定加算 4,000点

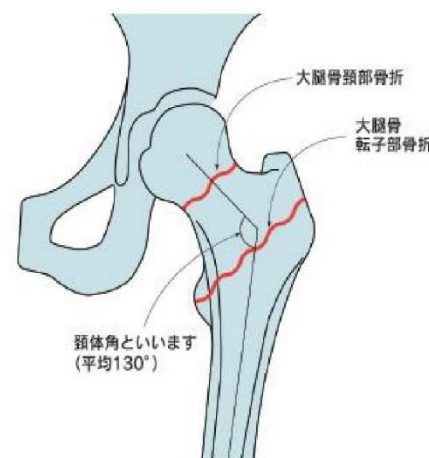
(新) 緊急挿入加算 4,000点

[算定要件]

- (1) **75歳以上の大腿骨近位部骨折患者**に対し、**適切な周術期の管理**を行い、**骨折後48時間以内に骨折部位の整復固定**を行った場合に、所定点数に加算する。
- (2) **一連の入院期間**において区分番号「B001」の「34」の「イ」**二次性骨折予防継続管理料1**を算定する場合に1回に限り算定する。
- (3) 当該手術後は、**早期離床**に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて**適切な二次性骨折の予防**を行うこと。
- (4) **診療報酬明細書の摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載**すること。

[施設基準]

- (1) 整形外科、内科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) **整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置**されていること。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 常勤の内科の医師が1名以上配置されていること。
- (5) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- (6) **大腿骨近位部骨折患者に対する、前年の区分番号「K046 骨折観血的手術」及び「K081 人工骨頭挿入術」の算定回数の合計が60回以上**であること。
- (7) 当該施設における**大腿骨近位部骨折後48時間以内に手術を実施した前年の実績について、院内掲示**すること。
- (8) **関係学会等と連携**の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- (9) **多職種連携を目的とした、大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアル**を作成すること。
- (10) **速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準**を作成すること。
- (11) **運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)**の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
- (12) **二次性骨折予防継続管理料1**の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
- (13) 関係学会から示されているガイドライン等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。



出典：日本整形外科学会ホームページより引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 変形性膝関節症に対する適切な手術加療を評価する観点から、脛骨近位骨切り術を新設する。

(新) 脛骨近位骨切り術 28,300点

[算定要件]

変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者の膝関節に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、脛骨近位部の骨切りを実施した場合に算定する。

手術前
O脚



手術後
僅かなX脚



出典：日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会提案書より引用

新規技術の保険導入

- 上腕二頭筋長頭腱損傷に対する適切な手術加療を評価する観点から、上腕二頭筋腱固定術を新設する。

(新) 上腕二頭筋腱固定術

- | | |
|-------------|---------|
| 1 観血的に行うもの | 18,080点 |
| 2 関節鏡下に行うもの | 23,370点 |

[算定要件]

上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷（保存的治療が奏功しないものに限る。）に対し、インターファレンススクリューを用いて固定を行った場合に算定する。



手術前



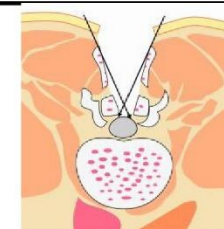
手術後

出典：日本肩関節学会提案書より引用

新規技術の保険導入

- 腰部脊柱管狭窄症等に対する適切な手術加療を評価する観点から、顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術を新設する。

(新) 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術 24,560点



出典：日本脊髄外科学会提案書より引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 神経内分泌腫瘍及び褐色細胞腫に対する放射性同位元素内用療法に係る管理料を新設する。

放射性同位元素内用療法管理料

(新) 神経内分泌腫瘍に対するもの	2,660点
(新) 褐色細胞腫に対するもの	1,820点

[算定留意事項]

- ・「神経内分泌腫瘍に対するもの」は、ソマトスタチン受容体陽性の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者に対して行った場合に算定する。
- ・「褐色細胞腫に対するもの」は、MIBGが集積する悪性褐色細胞腫・パラガングリオーマの患者に対して行った場合に算定する。

新規技術の保険導入

- 膀胱頸部形成不全に対して、人工物を使用せず膀胱頸部を形成・再建する術式を新設する。

(新) 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外） 37,690点

- 埋没陰茎に対する手術を新設する。

(新) 埋没陰茎手術 7,760点

手術等の医療技術の適切な評価

新規技術の保険導入

- 眼瞼内反症に係る手術について術式を追加する。

(新) 眼瞼内反症手術 眼瞼下制筋前転法 4,230点

- 角結膜悪性腫瘍に対する手術を新設する。

(新) 角結膜悪性腫瘍切除術 6,290点

- 斜視に係る手術について術式を追加する。

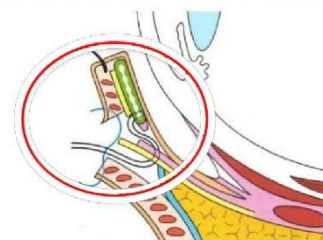
(新) 斜視手術（調節糸法） 12,060点

- 緑内障に対する手術について術式を追加する。

(新) 緑内障手術 流出路再建術（眼内法） 14,490点

(新) 緑内障手術 濾過胞再建術（needle法） 3,440点

【眼瞼内反症手術 眼瞼下制筋前転法】



日本眼科学会提出資料から引用

【角結膜悪性腫瘍切除術】



日本眼科学会提出資料から引用

【緑内障手術 流出路再建術（眼内法）】



日本緑内障学会提出資料から引用

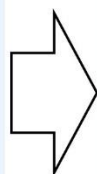
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

- 胃癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術について、既存の腹腔鏡下手術に比べ優越性が示されたことから、評価を見直す。

現行

【腹腔鏡下胃切除術】 2 悪性腫瘍手術	64,120点
【腹腔鏡下噴門側胃切除術】 2 悪性腫瘍切除術	75,730点
【腹腔鏡下胃全摘術】 2 悪性腫瘍手術	83,090点



改定後

【腹腔鏡下胃切除術】 2 悪性腫瘍手術	64,120点
3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	73,590点
【腹腔鏡下噴門側胃切除術】 2 悪性腫瘍切除術	75,730点
3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	80,000点
【腹腔鏡下胃全摘術】 2 悪性腫瘍手術	83,090点
3 (略)	
4 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	98,850点

既存技術の見直し

- 食道癌、胃癌及び直腸癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術の施設基準について、術者の経験症例数と術後合併症の発生に有意な違いが示されなかったというレジストリの解析結果に基づき見直す。

現行

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



改定後

〔施設基準〕 (1) (略) (削除) (2)~(8) (略)



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

- ロービジョン検査判断料について、施設基準を見直す。

現行

【ロービジョン検査判断料】

〔施設基準〕

厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。



改定後

【ロービジョン検査判断料】

〔施設基準〕

厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

既存技術の見直し

- ダーモスコピーについて、対象疾患を追加する。

現行

【ダーモスコピー】

〔算定要件〕

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず4月に1回に限り算定する。



改定後

【ダーモスコピー】

〔算定要件〕

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変、円形脱毛症若しくは日光角化症の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず4月に1回に限り算定する。



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

- 小児食物アレルギー負荷検査について、対象患者及び算定回数の見直しを行う。

現行

【小児食物アレルギー負荷検査】

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、9歳未満
の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年
2回に限り算定する。
- 2 小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の
費用は、所定点数に含まれるものとする。



改定後

【小児食物アレルギー負荷検査】

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして
地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**16歳未満**
の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、**年**
3回に限り算定する。
- 2 小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の
費用は、所定点数に含まれるものとする。

既存技術の見直し

- 腹腔鏡下直腸切除・切断術に超低位前方切除術及び経肛門吻合を伴う切除術を追加する。

現行

【腹腔鏡下直腸切除・切断術】

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1 | 切除術 | 75,460点 |
| 2 | 低位前方切除術 | 83,930点 |
| 3 | 切断術 | 83,930点 |



改定後

【腹腔鏡下直腸切除・切断術】

- | | | |
|---|--------------------|-----------------|
| 1 | 切除術 | 75,460点 |
| 2 | 低位前方切除術 | 83,930点 |
| 3 | 超低位前方切除術 | 91,470点 |
| 4 | 経肛門吻合を伴う切除術 | 100,470点 |
| 5 | 切断術 | 83,930点 |

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

- 画像診断管理加算3の施設基準において、人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアの管理に係る要件を追加し、評価を見直す。

現行

【画像診断管理加算3】

画像診断管理加算3 300点

【施設基準の概要】

- 放射線科を標榜している特定機能病院
- 画像診断を専ら担当する常勤の医師が6名以上配置
- 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る画像情報の管理の実施
- 核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師へ報告
- 夜間及び休日に読影を行う体制の整備
- 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除く検査前の画像診断管理の実施
- 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していない。
- 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境の確保
- 関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理の実施
- 関係学会の定める指針に基づく適切な被ばく線量管理の実施

(新設)



改定後

【画像診断管理加算3】

画像診断管理加算3 **340点**

【施設基準の概要】

- 放射線科を標榜している特定機能病院
- 画像診断を専ら担当する常勤の医師が6名以上配置
- 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る画像情報の管理の実施
- 核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師へ報告
- 夜間及び休日に読影を行う体制の整備
- 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除く検査前の画像診断管理の実施
- 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していない。
- 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境の確保
- 関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理の実施
- 関係学会の定める指針に基づく適切な被ばく線量管理の実施
- 関連学会の定める指針に基づく人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理の実施**
- 人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理に当たり、画像診断を専ら担当する医師を管理者として配置**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

- 血流予備量比コンピューター断層撮影について、使用実態等を踏まえ施設基準を見直す。

現行

【血流予備量比コンピューター断層撮影】

[施設基準の概要]

- (1) 64列以上のマルチスライス型のCTを有すること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 次のいずれにも該当すること。
 - ・ 許可病床数が200床以上の病院
 - ・ 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関
 - ・ 5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。
 - ・ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
 - ・ 放射線治療に専従の常勤の医師が1名以上配置されていること。

(新設)

- ・ 日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること。

改定後

【血流予備量比コンピューター断層撮影】

[施設基準の概要]

- (1) 64列以上のマルチスライス型のCTを有すること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 次のいずれにも該当すること。
 - ・ 許可病床数が200床以上の病院
 - ・ 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関
 - ・ 5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。

(削除)

(削除)

- ・ 血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること。
- ・ 日本循環器学会及び日本心血管インターベンション治療学会の研修施設に該当すること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

- 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会を受講していること。



改定後

【超急性期脳卒中加算】

【施設基準】

- (1) 次のいずれかを満たしていること。
 ア 略
 イ 次のいずれも満たしていること。
 (イ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。
 (ロ) 日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke) ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
 (ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。

施設基準の見直し

- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

現行

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

【施設基準】（抜粋）

乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。



改定後

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

【施設基準】（抜粋）

乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。
 ア 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
 イ 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
 ウ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のMRI装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してMRI撮影ができる等、乳房MRI撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

- 乳癌の放射線治療に係る一回線量増加加算の評価を見直すとともに、前立腺癌の放射線治療について、寡分割照射を行った場合の評価を見直す。

現行

【体外照射】

高エネルギー放射線治療

注2 1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

強度変調放射線治療（IMRT）

注2 1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。

改定後

【体外照射】

高エネルギー放射線治療

注2 1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、**690点**を所定点数に加算する。

強度変調放射線治療（IMRT）

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

既存技術の見直し

- 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）について、評価を見直す。

現行

【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）】

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき） 900点

改定後

【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）】

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

既存技術の見直し

- 病理診断料及び病理判断料について、評価を見直す。

現行

【病理診断料】

1 組織診断料 450点

【病理判断料】

病理判断料 150点

改定後

【病理診断料】

1 組織診断料 **520点**

【病理判断料】

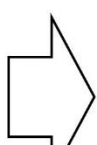
病理判断料 **130点**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➤ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既存技術評価の見直し（削除を含む。）を行う。

[再評価を行う既存技術の例]

現行			改定後
排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 集菌塗抹法加算 その他のもの	32点		<u>35点</u>
	61点		<u>64点</u>
細菌培養同定検査 口腔、気道又は呼吸器からの検体 消化管からの検体 血液又は穿刺液 泌尿器又は生殖器からの検体 その他の部位からの検体	160点		<u>170点</u>
	180点		<u>190点</u>
	215点		<u>220点</u>
	170点		<u>180点</u>
	160点		<u>170点</u>
細菌感受性検査 1 菌種 2 菌種 3 菌種以上	170点		<u>180点</u>
	220点		<u>230点</u>
	280点		<u>290点</u>
抗酸菌分離培養（液体倍地法）	280点		<u>300点</u>
抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	204点		<u>209点</u>
抗酸菌薬剤感受性検査	380点		<u>400点</u>

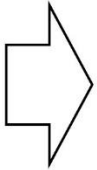
[項目を削除する技術の例]

椎間板ヘルニア徒手整復術

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

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

現行			改定後
血液採取 静脈	35点		<u>37点</u>
注2 乳幼児加算	25点		<u>30点</u>
その他の検体採取 動脈血採取	50点		<u>55点</u>
注2 乳幼児加算	15点		<u>30点</u>
その他の検体採取 鼻腔・咽頭ぬぐい液採取	5点		<u>25点</u>
皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	20点		<u>22点</u>
静脈内注射（1回につき）	32点		<u>34点</u>
注2 乳幼児加算	45点		<u>48点</u>
点滴注射（1日につき）			
1 乳幼児（1日100mL以上）	99点		<u>101点</u>
2 1に掲げる者以外の者（1日500mL以上）	98点		<u>99点</u>
3 その他の場合	49点		<u>50点</u>
注2 乳幼児加算	45点		<u>46点</u>

手術等の医療技術の適切な評価

- C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料を新設する。

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

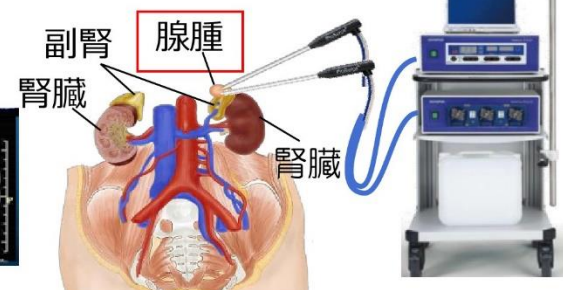
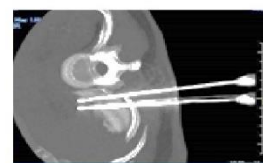
(新) 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

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

〔技術の概要〕

- 片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者の副腎腫瘍に対して、ラジオ波帯の高周波電流を流し、組織を凝固する。
- 深鎮静の下、CTガイド下にて副腎腫瘍を穿刺し、治療を行う。

<CT画像>



出典：企業提出資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【経カテーテル弁置換術】

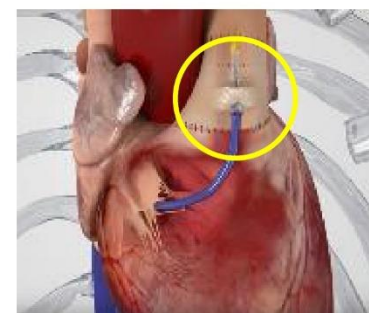
(新) 経皮的肺動脈弁置換術 39,060点

〔技術の概要〕

- 先天性心疾患手術後の肺動脈弁機能不全の患者に対して、経皮的に人工弁を留置する。

〔関連する特定保険医療材料〕

182	経カテーテル人工生体弁セット	
(1)	バルーン拡張型人工生体弁セット	4,510,000円
215	経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）	5,270,000円



出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

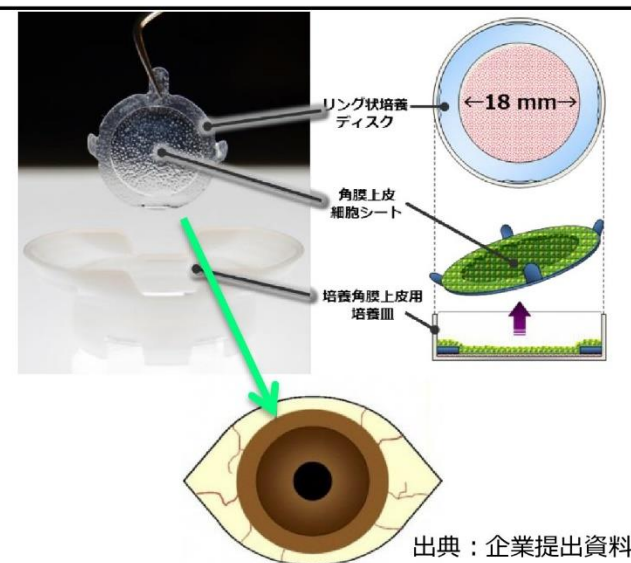
(新) 自家培養上皮移植術 52,600点

[技術の概要]

- 角膜上皮幹細胞疫癰症患者に対して、患者自身より採取した角膜輪部組織又は口腔粘膜組織から分離した角膜上皮細胞又は口腔粘膜上皮細胞をシート状に培養し、患者の眼表面に移植する。

[関連する特定保険医療材料]

150 ヒト自家移植組織			
(3) 自家培養角膜上皮	① 採取・培養キット	4,280,000円	
	② 調製・移植キット	5,470,000円	
(4) 自家培養口腔粘膜上皮	① 採取・培養キット	4,280,000円	
	② 調製・移植キット	5,470,000円	



出典：企業提出資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

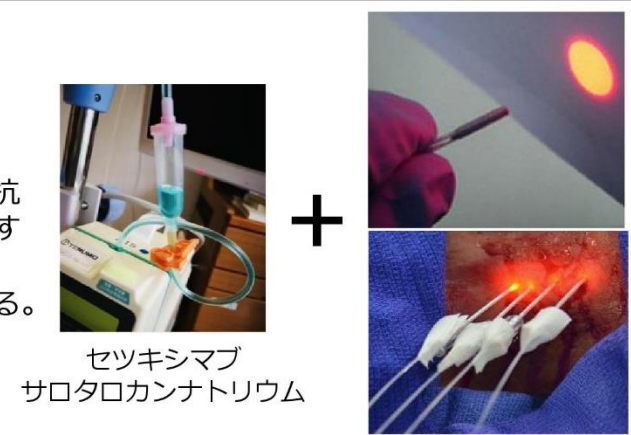
(新) 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点

[技術の概要]

- 切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌患者に対して、光感受性物質が結合した抗体であるセツキシマブサロタロカンナトリウムを投与し、腫瘍細胞にレーザー光を照射する局所療法。
- レーザー光により腫瘍細胞に結合した光感受性物質が励起され、腫瘍細胞が傷害される。

[関連する特定保険医療材料]

187 半導体レーザー用プローブ	229,000円
216 レーザー光照射用ニードルカテーテル	1,990円



セツキシマブ
サロタロカンナトリウム

出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

出典：企業提出資料

(新) 禁煙治療補助システム指導管理加算

140点

(新) 禁煙治療補助システム加算

2,400点

〔技術の概要〕

- バレニクリンを使用して禁煙治療を行うニコチン依存症患者に対して、アプリや呼気一酸化炭素濃度測定器を併用の上、標準禁煙治療プログラムを実施する。

〔算定要件〕（概要）

- 区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。
- 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。



患者アプリ

ニコチン依存症の理解及び禁煙に関する行動変容の定着を促すメッセージや動画等を提供

COチェッカー

呼気CO濃度を測定し、患者アプリに送信

医師アプリ

患者アプリの進捗の確認等診療のサポート

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【小腸内視鏡検査】

(新) スパイラル内視鏡によるもの 6,800点

【小腸結腸内視鏡的止血術】

【小腸・結腸狭窄部拡張術】

(新) スパイラル内視鏡加算 3,500点

〔技術の概要〕

- 電動回転可能なスパイラル形状のオーバーチューブと組み合わせ、フィンを電動で回転させることにより、小腸を手繰り寄せながら挿入する小腸内視鏡検査。
- 区分番号「K722」小腸結腸内視鏡的止血術又は区分番号「K735-2」小腸・結腸狭窄部拡張術について、スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算を加算する。



出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

(新) 経尿道的前立腺吊上術 12,300点

[技術の概要]

- 前立腺肥大症に伴う排尿障害の患者に対して、経尿道的に前立腺の内側（尿道側）組織と外側（被膜側）組織を貫通してインプラントを留置することで、内側組織と外側組織を近づけて保持し、尿道開口部を広げることで、排尿障害を改善する。

[関連する特定保険医療材料]

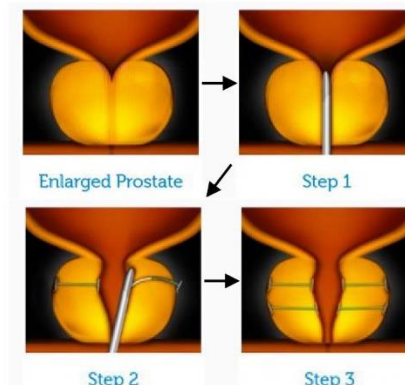
214 前立腺用インプラント 97,900円



インプラント
デリバリーデバイス
(右) ハンドル
(下) カートリッジ



出典：企業提出資料



新規保険医療材料等に係る技術料の見直し

出典：企業提出資料

現行

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

[技術の概要]

- センサーを上腕の後ろ側に装着し、リーダー等でセンサーをスキャンすることで、皮下間質液中のグルコース値を表示することができ、また、連続グルコース値のグラフを表示することができる。



改定後

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

注3 7については、**インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている**入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。



センサー



リーダー



スマートフォンアプリ

手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

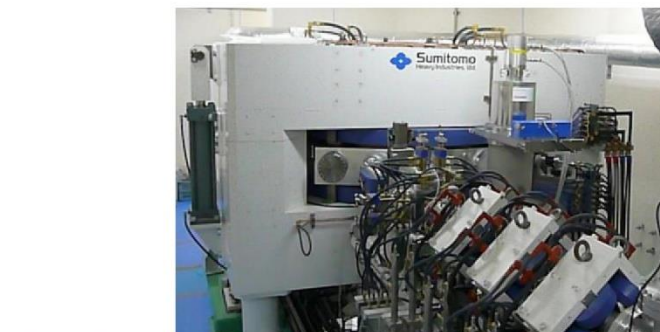
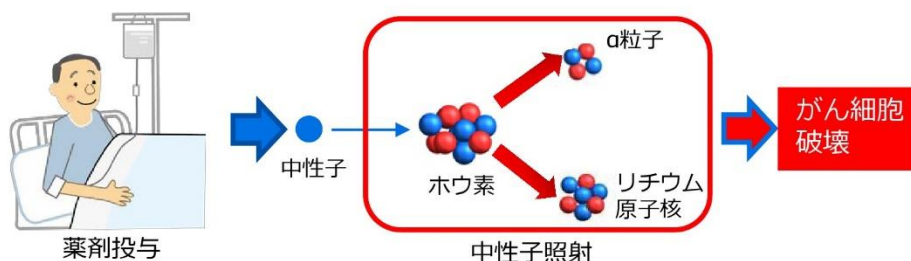
(新) ホウ素中性子捕捉療法 187,500点

[対象となる疾患]

切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌

[技術の概要]

- ホウ素を付加した薬剤（ボロファラン）をがん細胞に取り込ませ、体外から低エネルギー中性子線を照射する放射線治療の一種である。
- ホウ素と熱中性子との核反応により発生するアルファ線とリチウム原子核によりがん細胞を破壊する。



出典：企業提出資料

[加算]

- ① **ホウ素中性子捕捉療適応判定加算 40,000点**
- ② **ホウ素中性子捕捉療医学管理加算 10,000点**

- ※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価
- ※ 照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価

手術等の医療技術の適切な評価

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

〔見直しを行う手術の例〕

手術名	現行	改定後
創傷処理 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	1,250点	<u>1,400点</u>
筋膜切離術、筋膜切開術	840点	<u>940点</u>
骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550点	<u>36,460点</u>
脊髄ドレナージ術	408点	<u>460点</u>
結膜縫合術	1,260点	<u>1,410点</u>
唾石摘出術（一連につき） 1 表在性のもの	640点	<u>720点</u>
体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	44,670点	<u>50,030点</u>
腸瘻、虫垂瘻造設術	8,830点	<u>9,890点</u>
包茎手術 1 背面切開術	740点	<u>830点</u>
会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530点	<u>1,710点</u>

目次に戻る

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

質の高い臨床検査の適切な評価

- 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、E3区分で保険適用された新規体外診断用医薬品について、検査料を新設する。

新規体外診断用医薬品に係る検査料の新設

(新) サイトメガロウイルス核酸定量 450点

〔算定要件〕（概要）

- サイトメガロウイルス感染症の診断又は治療効果判定を目的として、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者、HIV感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対し、血液を検体としてリアルタイムPCR法によりサイトメガロウイルスDNAを測定した場合に算定する。

(新) RAS遺伝子検査（血漿） 7,500点

〔算定要件〕（概要）

- RAS遺伝子検査（血漿）は、大腸癌患者の血漿を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、高感度デジタルPCR法とフローサイトメトリー法を組み合わせた方法により行った場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。
- ただし、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。
- 医学的な理由により、大腸癌の組織を検体として、区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるRAS遺伝子検査又は区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の「イ」処理が容易なものの「(2)」その他のもののうち、大腸癌におけるK-ras遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。

(新) SCCA2 300点

〔算定要件〕（概要）

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



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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】

- ・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- ・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下副腎摘出術
- ・腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

〔内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要〕

- ・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。
- ・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。



新規技術の保険導入

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

（新） 消化管ポリポシス加算 5,000点

〔算定要件〕

- ・以下のいずれも満たす家族性大腸腺腫症患者に対して内視鏡的大腸ポリプ・粘膜切除術を行った場合、**年1回に限り算定できる。**
 - ア **16歳以上**であること。
 - イ **大腸に腺腫が100個以上**あること。なお、手術又は内視鏡により摘除された大腸の腺腫の数を合算しても差し支えない。
 - ウ 大腸切除の手術が実施された場合においては、**大腸が10cm以上残存している**こと。
 - エ 大腸の三分の一以上が**密生型ではない**こと。なお、密生型とは、大腸内視鏡所見において、十分に進展させた大腸粘膜を観察し、正常粘膜よりも腺腫の占拠面積が大きい場合をいう。
- ・**長径1cmを超える大腸のポリプを基本的に全て摘除すること。**

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

人工呼吸の評価の見直し

人工呼吸の評価の見直し

- 人工呼吸を実施する患者について、開始からの日数に応じた評価とするとともに、自発覚醒トライアル及び自発呼吸トライアルを実施した場合の評価を新設する。

現行

【人工呼吸】

3 5時間を超えた場合（1日につき） 819点

〔算定要件〕
（新設）



改定後

【人工呼吸】

3 5時間を超えた場合（1日につき）

イ 14日目まで 950点

ロ 15日目以降 815点

〔算定要件〕

- (1) 「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。
- (2) 「3」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

（新） 覚醒試験加算 100点（1日につき）

〔算定要件（抜粋）〕

注3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。

- (1) 「注3」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

- ア 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。
- イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする。
- ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。
- エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

（新） 離脱試験加算 60点（1日につき）

〔算定要件（抜粋）〕

注4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。

- (1) 「注4」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

- ア 自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。
- イ 以下のいずれにも該当すること。
- (イ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。(ロ) 酸素化が十分であること。等
- ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。
- (イ) 吸入酸素濃度(FIO2) 50%以下、CPAP(PEEP) ≤5cmH2OかつPS ≤5cmH2O
- (ロ) FIO2 50%以下相当かつTピース
- エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。
- (イ) 酸素化の悪化の有無 (ロ) 血行動態の悪化の有無 等
- オ ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。
- カ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

ECMOの評価の見直し

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

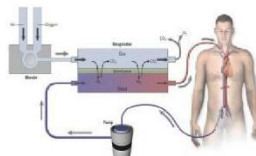
(新) 体外式膜型人工肺（1日につき）

1	初日	30,150点
2	2日目以降	3,000点

[算定要件]

- (1) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。
 (2) 実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

※あわせて、人工心肺に係る算定要件を整理。



ECMOの治療管理に係る評価の新設

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

(新) 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）

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

[算定要件]

- (1) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
 (2) 治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。
 (3) 体外式膜型人工肺管理料は、区分番号K601-2に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

[施設基準]

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



経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

現行

経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）

30点



改定後

35点

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓 導入期加算の見直し

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

現行	改定後										
【人工腎臓】 <table><tr><td>導入期加算 1</td><td>200点</td></tr><tr><td>導入期加算 2</td><td>500点</td></tr></table> 【施設基準】 (1) 導入期加算 1 の施設基準 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 (2) 導入期加算 2 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア 導入期加算 1 の施設基準を満たしていること。 イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること。	導入期加算 1	200点	導入期加算 2	500点	【人工腎臓】 <table><tr><td>導入期加算 1</td><td>200点</td></tr><tr><td>導入期加算 2</td><td>400点</td></tr><tr><td><u>(新) 導入期加算 3</u></td><td><u>800点</u></td></tr></table> 【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。 <u>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。</u> (2) 導入期加算 2 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア (1)のアを満たしていること。 <u>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。</u> <u>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。</u> エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で24回以上算定していること。 オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に2人以上いること。 (3) 導入期加算 3 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。 <u>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</u>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。 <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>	導入期加算 1	200点	導入期加算 2	400点	<u>(新) 導入期加算 3</u>	<u>800点</u>
導入期加算 1	200点										
導入期加算 2	500点										
導入期加算 1	200点										
導入期加算 2	400点										
<u>(新) 導入期加算 3</u>	<u>800点</u>										

経過措置：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。

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

- 腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。

(新) 遠隔モニタリング加算 115点 (月1回に限る)

〔算定要件〕

遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。

イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。

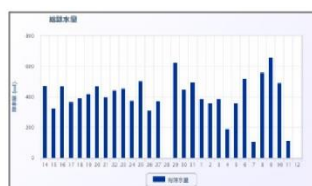
ウ 当該加算を算定する月にあつては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。

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

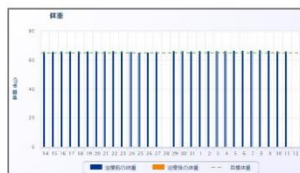


自動腹膜灌流用装置

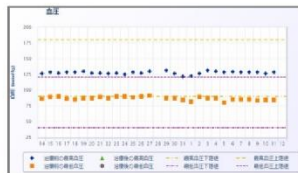
出典：バクスター株式会社HP



(腹膜透析治療で得られた水分除去量)



(体重)



(血圧)

➤ 遠隔モニタリングで得られる治療結果 (在宅機器のモニタリング)

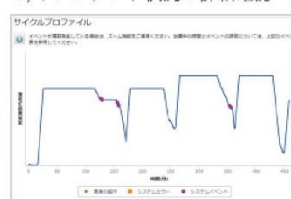
1)治療実施状況の把握

主曜日 5	日曜日 7	月曜日 8	火曜日 9	水曜日 10	木曜日 11	金曜日 12	操作
✓	✓	1	...	2	✓	...	 
✓	✓	✓	✓	✓	✓	...	 

2) 治療中インシデント状況の把握

1 選挙の日程・開票方法 ③	1 選挙の日程・開票方法 ③
・ 選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)	
選挙	
選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)	
選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)	選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)
選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)	選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)
選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)	選挙区別得票数 (10 選挙区: 50)

3) インシデント状況の詳細確認



腹膜透析の現状

- 日本の腹膜透析患者は、近年増加傾向にあるものの、2019年で9,920人で透析患者全体の約2.9%。
- 腹腔内に直接透析液を注入し、一定時間貯留している間に腹膜を介して血中の尿毒素、水分及び塩分等を透析液に移動させ血液浄化を行うもの。
- 腹膜透析液の交換は通常 1 回約30分であり、日常生活の制約が少ない。

<在宅自己腹膜灌流に係る診療報酬点数の算定状況>

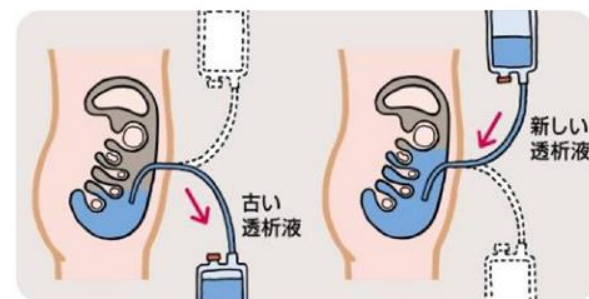
算定回数	令和2年
C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点/月	9,233回
頻回指導管理料(/回) *同一月内の2回目以降、月2回に限り	1,328回
C154 紫外線殺菌加算 360点/月	6,623回
C155 自動腹膜灌流装置加算 2,500点/月	4,478回

※社会医療行為別診療統計(令和2年度6月審査分)の算定回数
(参考)
J038 人工腎臓 場合1(4時間以上5時間未満)
別に定める患者 2084点/回 月 12~13回算定 2,727,025回

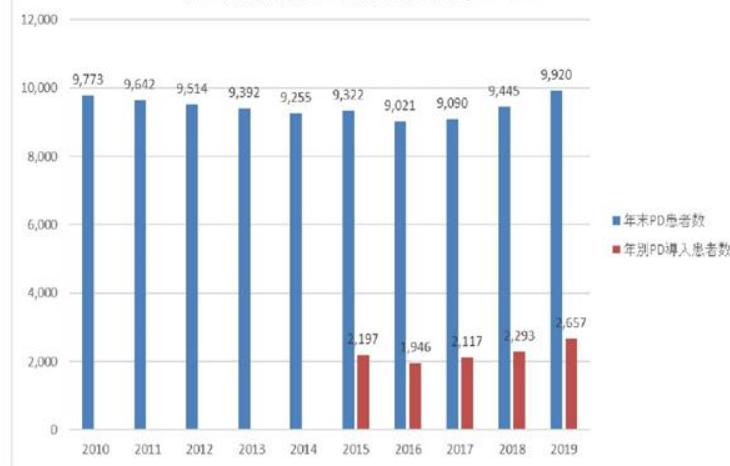


社会医療診療行為別統計における2011年~2020年6月審査分の算定回数

腹膜透析のイメージ



年末PD患者数およびPD導入患者数の推移, 2010-2019



出典: 腎不全 治療選択とその実際【2021年版】(日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会)
日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2019年12月31日現在)」

出典: 厚生労働省 中医協総会 (2021/12/03) 総-2

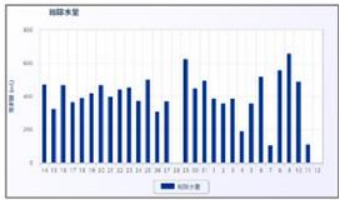
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

腹膜透析患者の遠隔モニタリングによる評価について

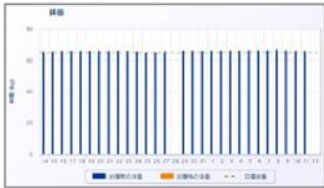
- 腹膜透析患者は日々の治療に係る記録を専用用紙に記録する（注液量、廃液料、体重等）。
- 腹膜透析患者については、上記のモニタリングが可能な情報通信機器を活用して遠隔モニタリングを実施することで医療資源、予約外受診やアラーム発生回数が減少し、治療改善効果があることが報告されている。



自動腹膜灌流装置



(腹膜透析治療で得られた水分除去量)



(体重)



(血圧)

➤ 遠隔モニタリングで得られる治療結果 (在宅機器のモニタリング)

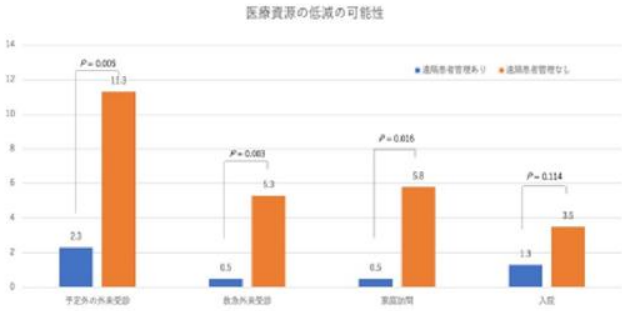
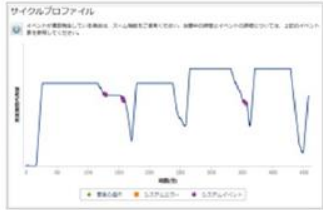
1) 治療実施状況の把握

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	備考
●	●	●	●	●	●	●	
●	●	●	●	●	●	●	
●	●	●	●	●	●	●	
●	●	●	●	●	●	●	
●	●	●	●	●	●	●	
●	●	●	●	●	●	●	

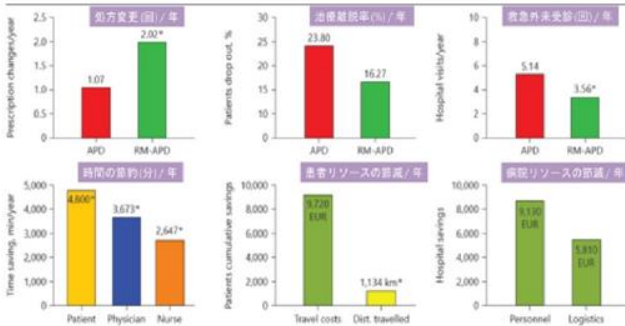
2) 治療中インシデント状況の把握

インシデント発生状況	
インシデント発生回数 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)	インシデント発生率 (%)
20/10/27	20/10/27
20/10/28	20/10/28
20/10/29	20/10/29
20/10/30	20/10/30
20/10/31	20/10/31
20/11/01	20/11/01
20/11/02	20/11/02
20/11/03	20/11/03
20/11/04	20/11/04
20/11/05	20/11/05
20/11/06	20/11/06
20/11/07	20/11/07
20/11/08	20/11/08
20/11/09	20/11/09
20/11/10	20/11/10
20/11/11	20/11/11
20/11/12	20/11/12
20/11/13	20/11/13
20/11/14	20/11/14
20/11/15	20/11/15
20/11/16	20/11/16
20/11/17	20/11/17
20/11/18	20/11/18
20/11/19	20/11/19
20/11/20	20/11/20
20/11/21	20/11/21
20/11/22	20/11/22
20/11/23	20/11/23
20/11/24	20/11/24
20/11/25	20/11/25
20/11/26	20/11/26
20/11/27	20/11/27
20/11/28	20/11/28
20/11/29	20/11/29
20/11/30	20/11/30
20/12/01	20/12/01
20/12/02	20/12/02
20/12/03	20/12/03
20/12/04	20/12/04
20/12/05	20/12/05
20/12/06	20/12/06
20/12/07	20/12/07
20/12/08	20/12/08
20/12/09	20/12/09
20/12/10	20/12/10
20/12/11	20/12/11
20/12/12	20/12/12
20/12/13	20/12/13
20/12/14	20/12/14
20/12/15	20/12/15
20/12/16	20/12/16
20/12/17	20/12/17
20/12/18	20/12/18
20/12/19	20/12/19
20/12/20	20/12/20
20/12/21	20/12/21
20/12/22	20/12/22
20/12/23	20/12/23
20/12/24	20/12/24
20/12/25	20/12/25
20/12/26	20/12/26
20/12/27	20/12/27
20/12/28	20/12/28
20/12/29	20/12/29
20/12/30	20/12/30
20/12/31	20/12/31

3) インシデント状況の詳細確認



予定外の外来受診、救急外来受診が減少した。
Uchiyama K et al., Clinical Nephrology 2018



救急外来受診、治療中のアラームが減少した。
死亡や血液透析への移行が減少した。

Milan Manami S et al., Nephron Clinical Practice 2019

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

在宅血液透析指導管理料の見直し

在宅血液透析指導管理料の見直し

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

現行

【在宅血液透析指導管理料】 8,000点

〔算定要件〕

- (5) 関係学会のガイドラインに基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該ガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。



改定後

【在宅血液透析指導管理料】 10,000点

〔算定要件〕

- (5) 日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

プログラム医療機器に係る評価の新設

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

改定後

[目次]

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

第2節 プログラム医療機器等医学管理加算

第3節 特定保険医療材料料

【第1部 医学管理等】

通則

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

医学管理料等

+

プログラム医療機器等医学管理加算

and/or

特定保険医療材料料



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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

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

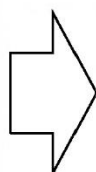
現行

【生活習慣病管理料】

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

【算定要件】

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



改定後

【生活習慣病管理料】

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

【算定要件】

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

算定要件の見直し

- 生活習慣に関する総合的な治療管理については、多職種と連携して実施しても差し支えないことを明確化する。また、管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録を求めないこととする。

現行

【生活習慣病管理料】 【算定要件】

- ・脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。
- ・糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。



改定後

【生活習慣病管理料】 【算定要件】

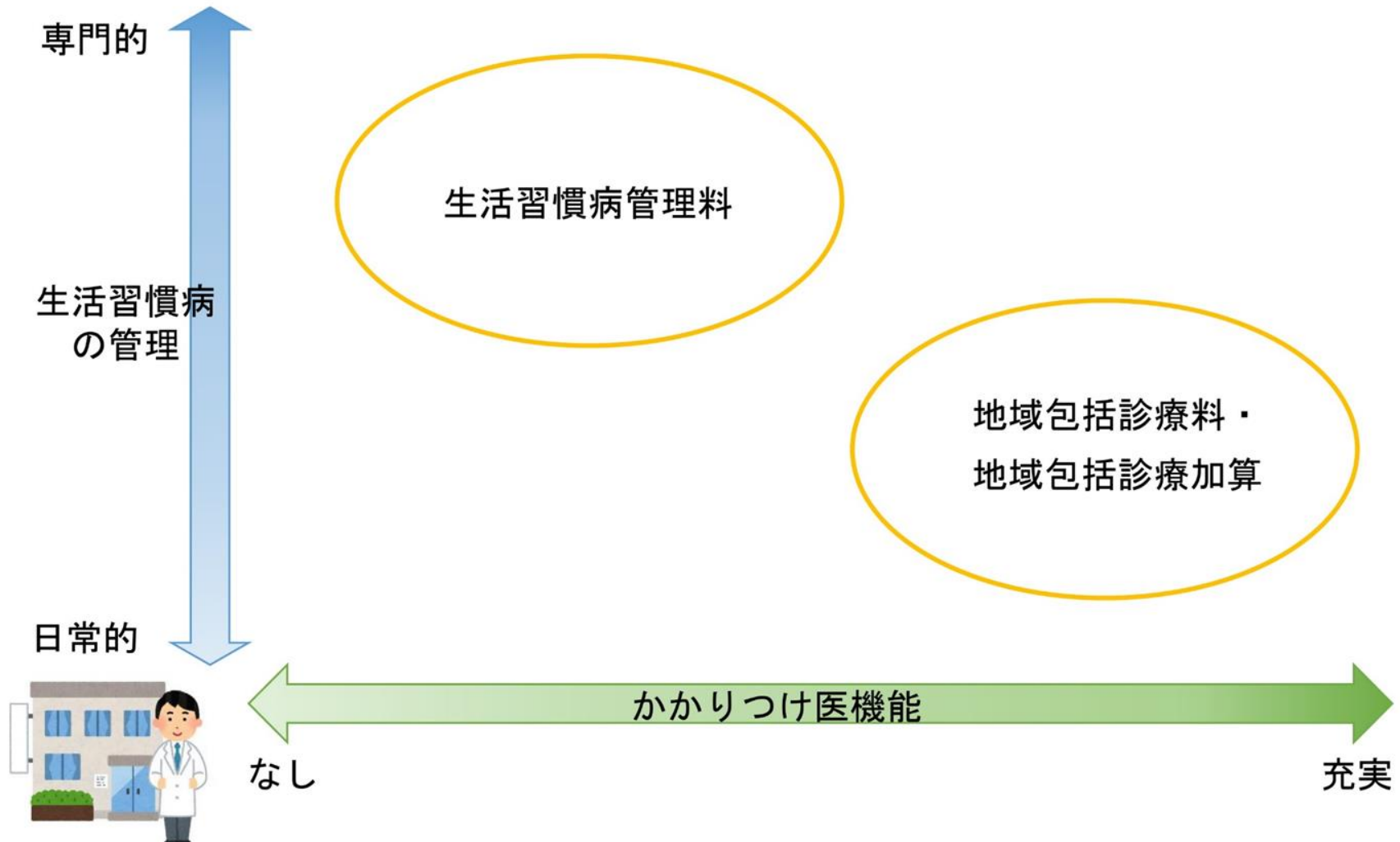
- ・脂質異常症等の患者に対し、治療計画を策定し、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、算定できる。この場合において、総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。
- ・糖尿病又は高血圧症の患者については、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。
(削除)

生活習慣病の診療の評価について（現行）

	生活習慣病管理料	糖尿病合併症管理料	糖尿病透析予防指導管理料	高度腎機能障害患者指導加算
評価	650～1,280点（月1回）	170点（月1回）	350点（月1回）	100点
概要	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算定。	糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対し、専任の医師又は看護師が、患者に対し爪甲切除、角質除去、足浴等を実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定。	ヘモグロビンA1cが6.1%(JDS) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用し、糖尿病性腎症第2期以上の患者に対し、「透析予防診療チーム」が、食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定。	eGFR 45ml/分/1.73m ² 未満の患者に、医師が、腎機能を維持するために運動の種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導した場合に算定。
算定要件	- 療養計画書を作成。 - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う。 - 管理方針を変更した場合に、理由・内容等を記録し、当該患者数を定期的に記録。 - 学会等の診療ガイドライン等を参考にする。 - 糖尿病患者に対しては年1回程度眼科の診察を促す。	- 指導計画を作成。 - ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載。	「透析予防診療チーム」（糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を持つ、専任の医師、専任の看護師（保健師）及び管理栄養士からなる）が、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき指導を行う。 - 指導計画を作成する。 - 保険者から求めがあった場合は情報提供を行う。	糖尿病透析予防指導管理料を算定している。
対象疾患	脂質異常症、高血圧症、糖尿病	糖尿病	糖尿病	糖尿病
対象医療機関・施設基準	200床未満の病院及び診療所	- 糖尿病・糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師1名以上配置。 - 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した専任の看護師を1名以上配置。	- 医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤。 - 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。 - 糖尿病教室を定期的に実施している。 - 算定した患者の状態の変化等を厚生局長に報告している。	次の②の①に対する割合が5割以上。 ① 3か月間に本管理料を算定しeGFRが30未満だった患者 ② ①から3月以上経過した時点で、血清クレアチニン等が改善した患者
包括範囲	在宅自己注射指導管理料、医学管理等（糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料を除く）、検査、 投薬 、注射、病理診断		外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、特定疾患療養管理料	

生活習慣病の管理を中心とした評価のイメージ

200床未満の病院及び診療所における
生活習慣病の管理を中心とした評価



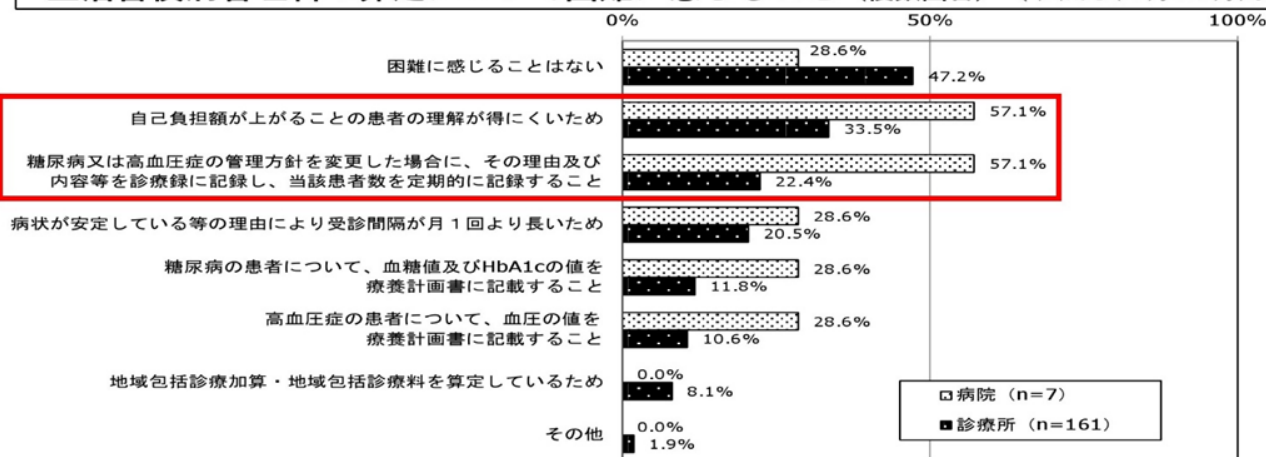
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

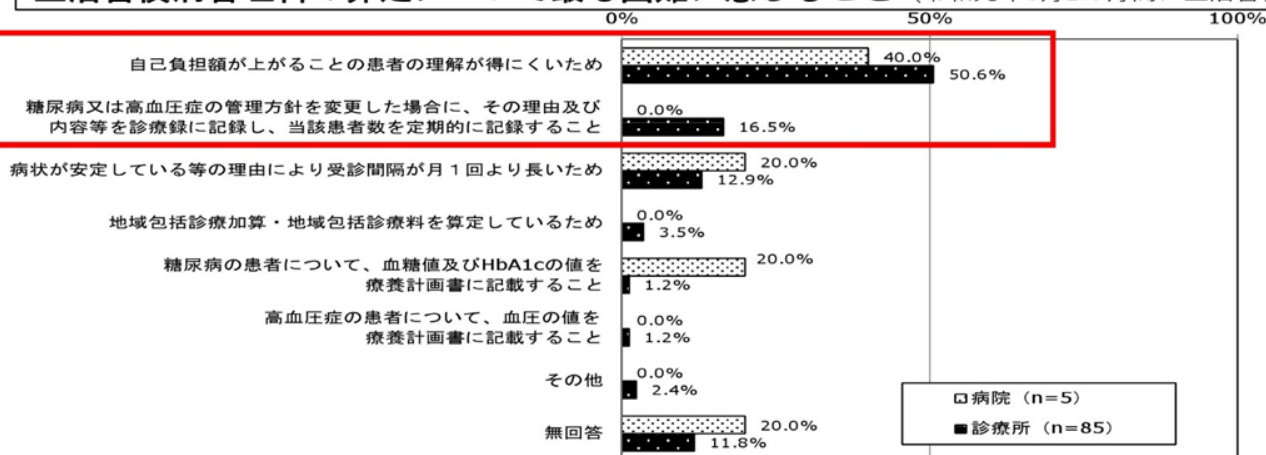
生活習慣病管理料の算定について困難なもの

- 生活習慣病管理料の算定について困難なものとしては、病院においては、管理方針変更の理由及び内容等を診療録に記録し、当該患者数を定期的に記録することと、自己負担額が上がることにについて患者の理解が得にくいことが最も多く、診療所でも、同選択肢が2番目、3番目を占めていた。

生活習慣病管理料の算定について困難に感じる事（複数回答）（令和元年6月1カ月間に生活習慣病管理料を算定した患者がいた施設）



生活習慣病管理料の算定について最も困難に感じる事（令和元年6月1カ月間に生活習慣病管理料を算定した患者がいた施設）



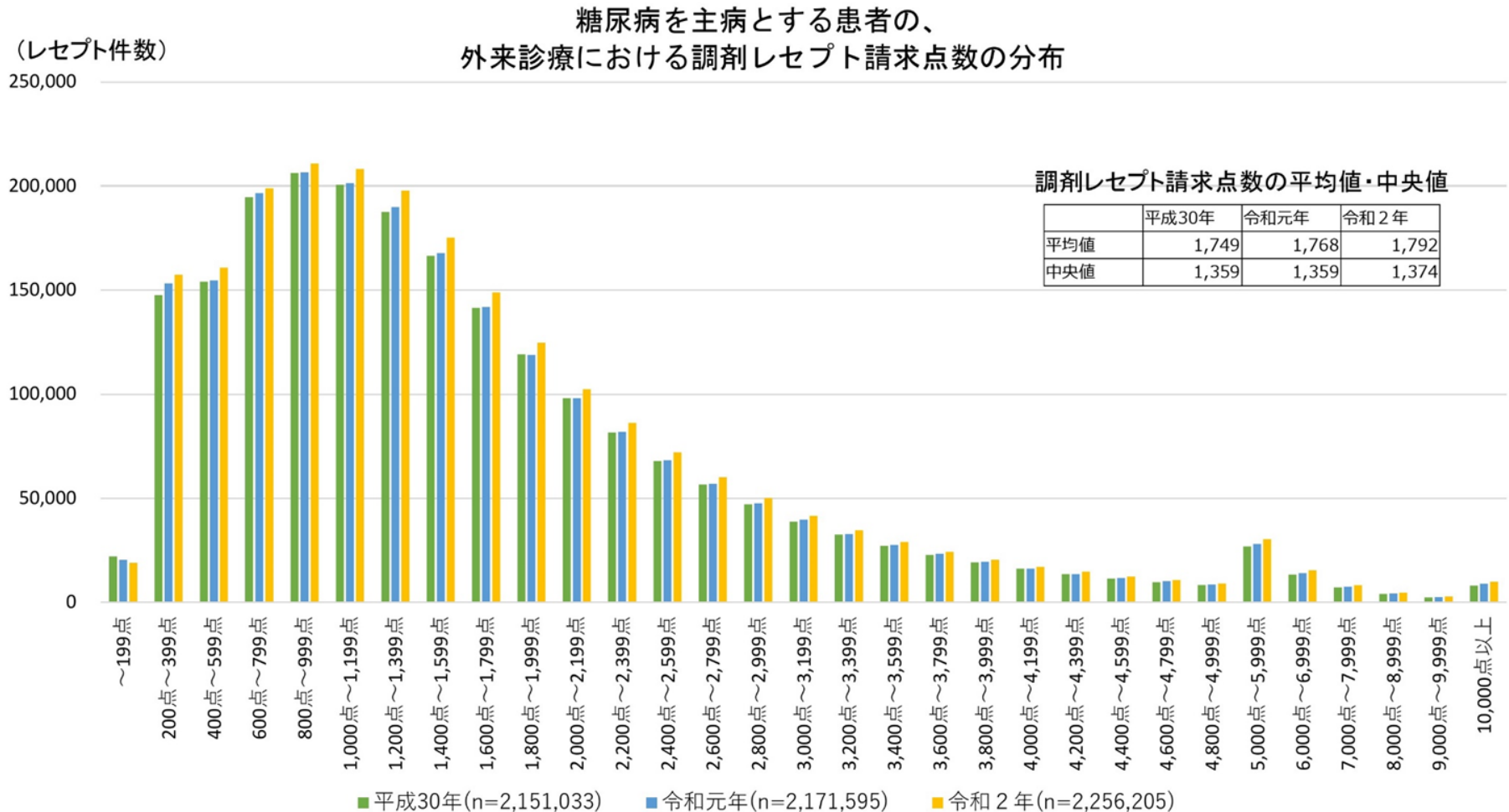
出典：令和元年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

出典：厚生労働省_中協総会（2021/10/20）総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

糖尿病患者の外来における調剤レセプト請求点数

○ 糖尿病を主病とする患者の外来診療における1件あたりの調剤レセプト請求点数の分布を見たところ、令和2年における中央値は1,374点であった。また、平均値は平成30年から令和2年にかけて増加していた。



出典：NDBより、保険局医療課調べ

※各年10月診療分

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

生活習慣病の管理における多職種連携

○ 高血圧症や糖尿病等においては、多職種による療養指導の重要性についてガイドライン等で示されており、関係学会による研修・認定制度が設けられている。

「高血圧治療ガイドライン2019」 日本高血圧学会

表3-4 医療スタッフが患者とパートナーシップを築き
コンコーダンス医療を続ける方法

- 高血圧によるリスクと治療の有益性について話し合う
- 高血圧治療の情報を口頭、紙媒体、視聴覚資料でわかりやすく提供する
- 患者の合意、自主的な選択を尊重し、患者の生活に合った治療方針を決める
- 処方薬を単純化し、服薬回数、服薬錠数を減らす(合剤の使用、一包化調剤など)
- 家庭血圧の自己測定・記録を推奨し、その評価をフィードバックする
- 医療スタッフ(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士)、患者、家族を含めた治療支援体制を作る
- 治療の費用や中断した場合に負担となるコストについて話し合う
- 服薬忘れの原因・理由について話し合い、特に副作用や心配・気がかりな問題に注意して、必要であれば薬剤の変更を考慮する

※「コンコーダンス」：患者がチームの一員として医療スタッフと話し合い、治療方針を決定し続けていくこと

出典：日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）
「高血圧治療ガイドライン2019」, p55

「糖尿病診療ガイドライン2019」 日本糖尿病学会

●糖尿病自己管理教育の総死亡リスクへの効果

DSME RCT 42 件のメタ解析¹⁾では、DSME 介入は通常ケアに比べて2型糖尿病患者の総死亡リスクを26%抑制することが報告され、その効果は多職種チームによる介入、看護師主導介入双方ともに有効であった。DSMEによる総死亡リスク抑制効果は、10時間以上、複数回、組織化されたカリキュラム、対面式での介入を受けた患者で大きかった。

出典：

日本糖尿病学会編・著：糖尿病診療ガイドライン2019, p107, 108, 南江堂, 2019



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

- ①入退院支援の推進
- ②医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅰ-3②再掲）
- 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
- ④療養・就労両立支援指導料の見直し
- ⑤手術等の医療技術の適切な評価
- ⑥質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑦家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進
- ⑧人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し
- ⑨人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑩在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設
- ⑪在宅血液透析指導管理料の見直し
- ⑫プログラム医療機器に係る評価の新設
- ⑬生活習慣病管理料の見直し
- ⑭歯科口腔疾患の重症化予防の推進

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

歯周病安定期治療の見直し

- 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。

現行

【歯周病安定期治療（Ⅰ）】

〔算定要件〕

注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）

【歯周病安定期治療（Ⅱ）】



改定後

【歯周病安定期治療】

〔算定要件〕

注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。

（削除）

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物洗口指導加算の対象患者の見直し

- フッ化物洗口指導について、小児のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

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 **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。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	－
5～7歳	3歯以上	又は 1歯以上
8～10歳	－	2歯以上
11～12歳	－	3歯以上

改定後

【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。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	－
5～7歳	2歯以上	又は 1歯以上
8～11歳	2歯以上	又は 2歯以上
12～15歳	－	2歯以上

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

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

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数の水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないように、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受けることができる環境を整備することが重要となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべきである。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせる行うことが求められる」とされていることから、患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべきである。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当である。
7. オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当である。
8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

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

[算定要件] (初診の場合)

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせで行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7) (8) 略

[施設基準]

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

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しについて

指針の見直しについて

- ・ オンライン診療の適切な実施に関する指針は定期的に見直しを行うこととされており、前回の見直しは令和元年7月に行った。
- ・ その後、初診からのオンライン診療等の論点について本検討会で議論を行ってきた。
- ・ 第17回、第18回の検討会において以下の5つの論点ごとに指針改定の方針についてご議論いただき、整理が行われた。
- ・ この整理を踏まえて、次ページ以降のポイントのとおり指針の改定を行うこととしたい。

ご議論いただいた論点

1. 初診に必要な医学的情報
2. 診療前相談について
3. 症状について
4. 処方について
5. 対面診療の実施体制について

初診に必要な医学的情報

見直しのポイント

- 診療に必要な医学的情報について、一律の基準を定めることは困難。
- オンライン診療を実施する前に患者が保有する医学的情報を医師に提供し、患者の症状と合わせて当該医師が可能と判断した場合に、オンライン診療を実施できることとする。
- 得た情報について診療録に記載する。

改定案

初診からのオンライン診療は、原則として「かかりつけの医師」が行うこと。ただし、既往歴、服薬歴、アレルギー歴等の他、症状から勘案して問診及び視診を補完するのに必要な医学的情報を過去の診療録、診療情報提供書、健康診断の結果、地域医療情報ネットワーク及びお薬手帳等から把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも実施できる（後者の場合、事前に得た情報を診療録に記載する必要がある。）。

診療前相談について

見直しのポイント

- ・ 医師・患者間でリアルタイムのやりとりを行い、相互に合意した場合にオンライン診療を行う。
- ・ 診療前相談はオンライン診療が可能かどうかを判断する枠組であり、この段階では処方や診断は行わない。
- ・ 診療前相談を経てオンライン診療を実施する場合には、診療前相談で得た情報について診療録に記載する。
- ・ 他院での対面受診が必要な場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行う。
- ・ オンライン診療が行えない可能性及び診療前相談の費用等についてあらかじめ患者に十分周知する。

改定案

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

なお、診療前相談は、診断、処方その他の診療行為は含まない行為である。

診療前相談により対面受診が必要と判断した場合であって、対面診療を行うのが他院である場合は、診療前相談で得た情報について必要に応じて適切に情報提供を行うこと。

診療前相談を行うにあたっては、結果としてオンライン診療が行えない可能性があることや、診療前相談の費用等について医療機関のホームページ等で示すほか、あらかじめ患者に十分周知することが必要である。

症状について

見直しのポイント

- ・ オンライン診療が可能な症状かどうかについて、日本医学会連合が作成している「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえて医師が判断する。
- ・ 上記の可否の判断は速やかに行う。

改定案

オンライン診療の実施の可否の判断については安全にオンライン診療が行えることを確認しておくことが必要であることから、オンライン診療が困難な症状として、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」等を踏まえて医師が判断し、オンライン診療が適さない場合には対面診療を実施する(対面診療が可能な医療機関を紹介する場合も含む。)こと。なお、緊急性が高い症状の場合は速やかに対面受診を促すことに留意する。

処方について

見直しのポイント

- オンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができる医薬品は限られる。
- 初診での医薬品の処方、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参考に行う。
- さらに、時限的・特例的措置における取扱いと同様の規定を設ける。

改定案

現在行われているオンライン診療は、診察手段が限られることから診断や治療に必要な十分な医学的情報を初診において得ることが困難な場合があり、そのため初診から安全に処方することができない医薬品がある。

患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、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参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

対面診療の実施体制

見直しのポイント

- 初診からのオンライン診療は原則かかりつけの医師が行うものであり、対面診療が必要になった場合には当該かかりつけの医師が行うことが原則。
- 例外として、かかりつけの医師以外の医師が初診からのオンライン診療を行うのは、
 - かかりつけの医師がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、かかりつけの医師がオンライン診療に対応できない場合
 - 患者にかかりつけの医師がいない場合
 - かかりつけの医師がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合を含む）や、セカンドオピニオンのために受診する場合
- が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められるのではないかな。
- オンライン診療後の対面診療については、
 - かかりつけの医師が存在する場合には、オンライン診療を行われた患者が、オンライン診療を行った医師からかかりつけの医師に紹介され実施されることが望ましい。
 - かかりつけの医師がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介されることも想定されるのではないかな（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、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）。
- なお、オンライン診療は直接の対面診療を適切に組み合わせて行うことが原則である。

対面診療の実施体制

対面診療の実施体制

「かかりつけの医師」以外の医師が診療前相談を行った上で初診からのオンライン診療を行うのは、

- ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療を行っていない場合や、休日夜間等で、「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応できない場合
- ・ 患者に、「かかりつけの医師」がいない場合
- ・ 「かかりつけの医師」がオンライン診療に対応している専門的な医療等を提供する医療機関に紹介する場合（必要な連携を行っている場合、D to P with Dの場合を含む。）や、セカンドオピニオンのために受診する場合

が想定される。その際、オンライン診療の実施後、対面診療につなげられるようにしておくことが、安全性が担保されたオンライン診療が実施できる体制として求められる。

オンライン診療後の対面診療については、

- ・ 「かかりつけの医師」がいる場合には、オンライン診療を行った医師が「かかりつけの医師」に紹介し、「かかりつけの医師」が実施することが望ましい。
- ・ 「かかりつけの医師」がいない場合等においては、オンライン診療を行った医師が対面診療を行うことが望ましいが、患者の近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介することも想定される（ただし、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。）。

初診からのオンライン診療を行う場合については、診察の後にその後の治療方針（例えば、次回の診察の日時及び方法並びに症状の増悪があった場合の対面診療の受診先等）を患者に説明する。

オンライン診療にかかる評価の経緯

	オンライン診療（遠隔診療）の取扱い	診療報酬上の対応
平成9年	平成9年12月（医政局長通知） 「離島、へき地の場合」などの遠隔診療を認める	—
平成27年	平成27年8月（事務連絡） 「離島、へき地」については例示であることを明確化	
平成30年	平成30年3月（医政局長通知） 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出	平成30年度診療報酬改定 「オンライン診療料」等を新設
令和元年	令和元年7月 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」改訂	—
令和2年	令和2年度診療報酬改定 「オンライン診療料」等の見直し等 新型コロナウイルスの感染拡大に伴う対応（主なもの） 【初診】 ○ 初診から電話やオンラインで診療可能 【再診】 ○ 慢性疾患を抱える定期受診患者について、症状に変化が生じた場合においても、電話やオンライン診療を実施した場合の処方可能 ○ 事前の計画作成は不要 【初診】 ○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、初診料を算定可能 【再診】 ○ 慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話等再診料等を算定可能 ○ 電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、管理料を算定可能	
令和3年（現在）		

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

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

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料

- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

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

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

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

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

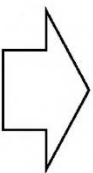
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

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

現行

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



改定後

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

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

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について②

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

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

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

情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価

- 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。

(新) 歯科訪問診療料（1日につき） 通信画像情報活用加算 30点

[対象患者]

過去2月以内に訪問歯科衛生指導料を算定した患者

[対象施設]

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

[算定要件]

訪問歯科衛生指導の実施時に歯科衛生士等がリアルタイムで口腔内の画像を撮影できる装置を用いて、口腔内の状態等を撮影し、当該保険医療機関において歯科医師がリアルタイムで観察し、得られた情報を次の歯科訪問診療（歯科訪問診療1又は2に限る。）に活用した場合に算定



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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

外来栄養食事指導料の要件の見直し

- 初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

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

【算定要件】

注3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

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

(新設)



改定後

【外来栄養食事指導料】

- イ 外来栄養食事指導料 1
- | | |
|---------------|------|
| (1) 初回 | |
| ①対面で行った場合 | 260点 |
| ②情報通機器等を用いた場合 | 235点 |
| (2) 2回目以降 | |
| ①対面で行った場合 | 200点 |
| ②情報通機器等を用いた場合 | 180点 |
- 外来栄養食事指導料 2
- | | |
|---------------|------|
| (1) 初回 | |
| ①対面で行った場合 | 250点 |
| ②情報通機器等を用いた場合 | 225点 |
| (2) 2回目以降 | |
| ①対面で行った場合 | 190点 |
| ②情報通機器等を用いた場合 | 170点 |

【算定要件】

注4 イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき**当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。**

注5 □の(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

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

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料 1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟 5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料 1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

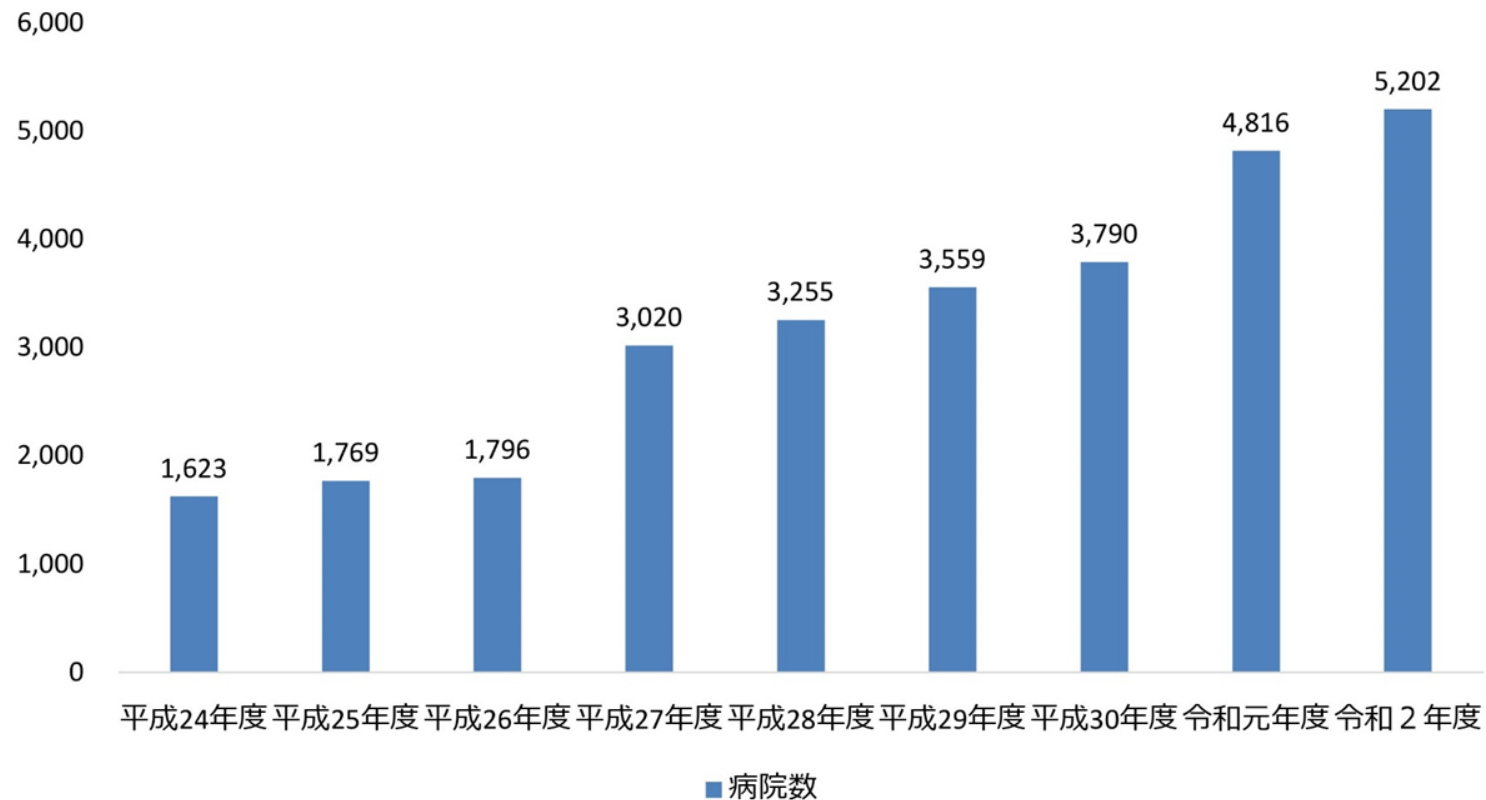
〔経過措置〕

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては令和5年3月31日までの経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては令和6年3月31日までの経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

- データ提出加算を届け出ている医療機関数の推移は以下のとおり。

データ提出加算 届出医療機関数

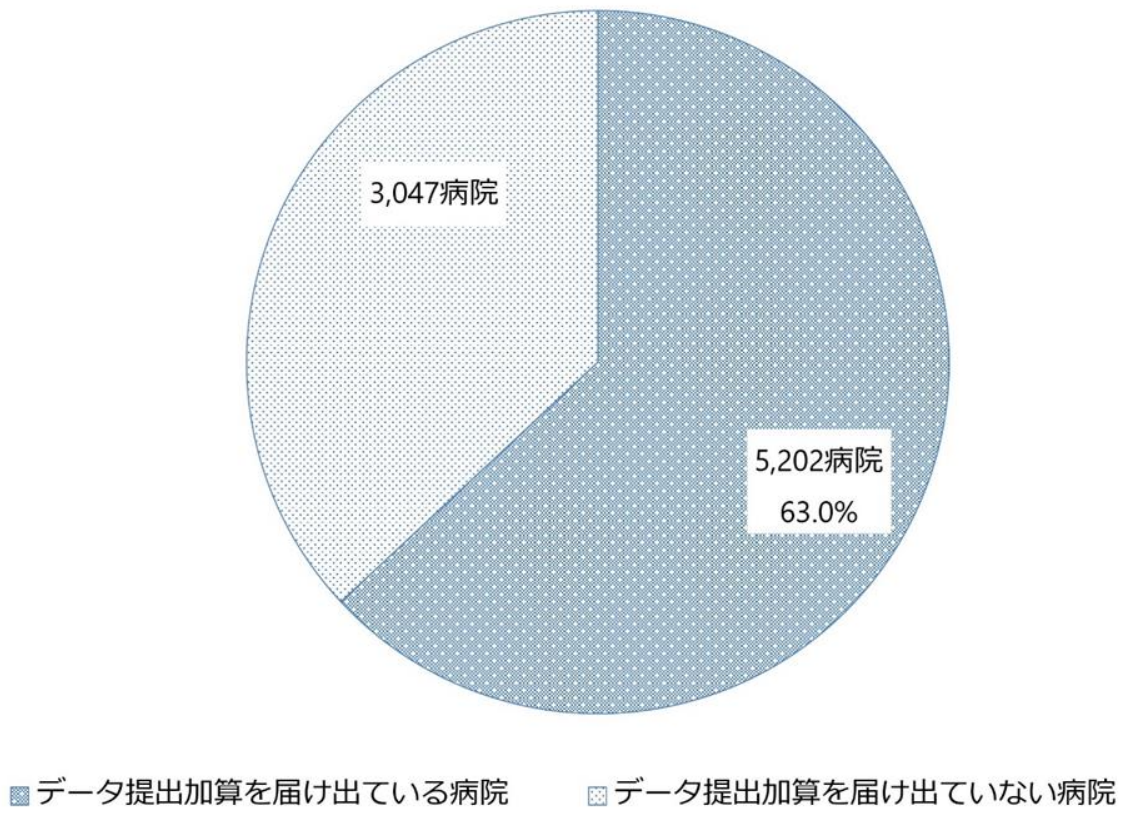


出典：保険局医療課調べ 各年7月1日時点

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

○ 令和2年7月時点のデータと比較すると、全ての病院のうち、データ提出加算を届出ている病院の割合は、63.0%であった。

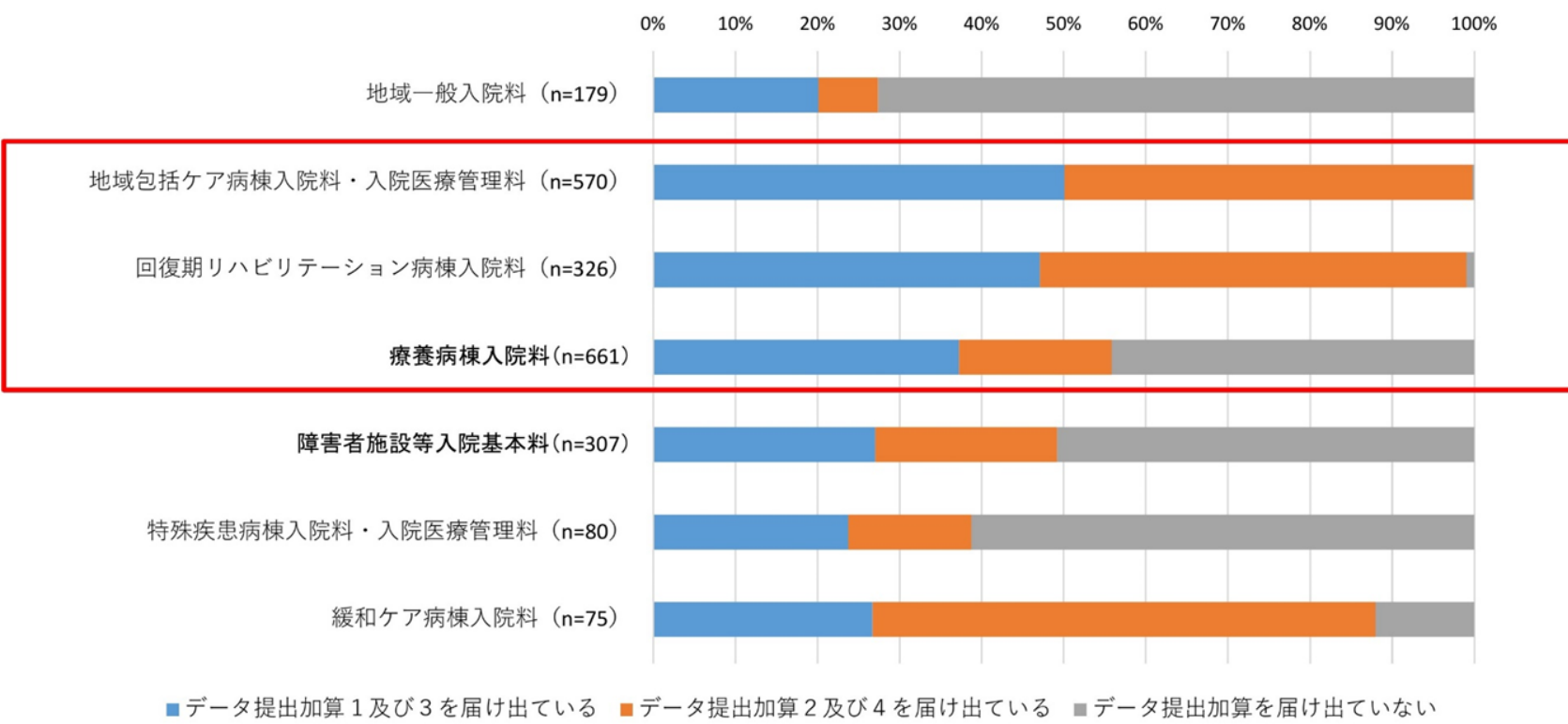


出典：医療施設動態調査（令和2年7月末概数）、保険局医療課調べ（令和2年7月1日時点）

入院料ごとのデータ提出加算の届出医療機関の割合

○ 各入院料を届け出ている医療機関における、データ提出加算の届出状況は以下のとおりであった。データ提出加算の届出が要件となっている入院料においては、届出割合が高くなっていたが、要件となっていない入院料においては、届出割合が低いものもあった。

データ提出加算の届出状況



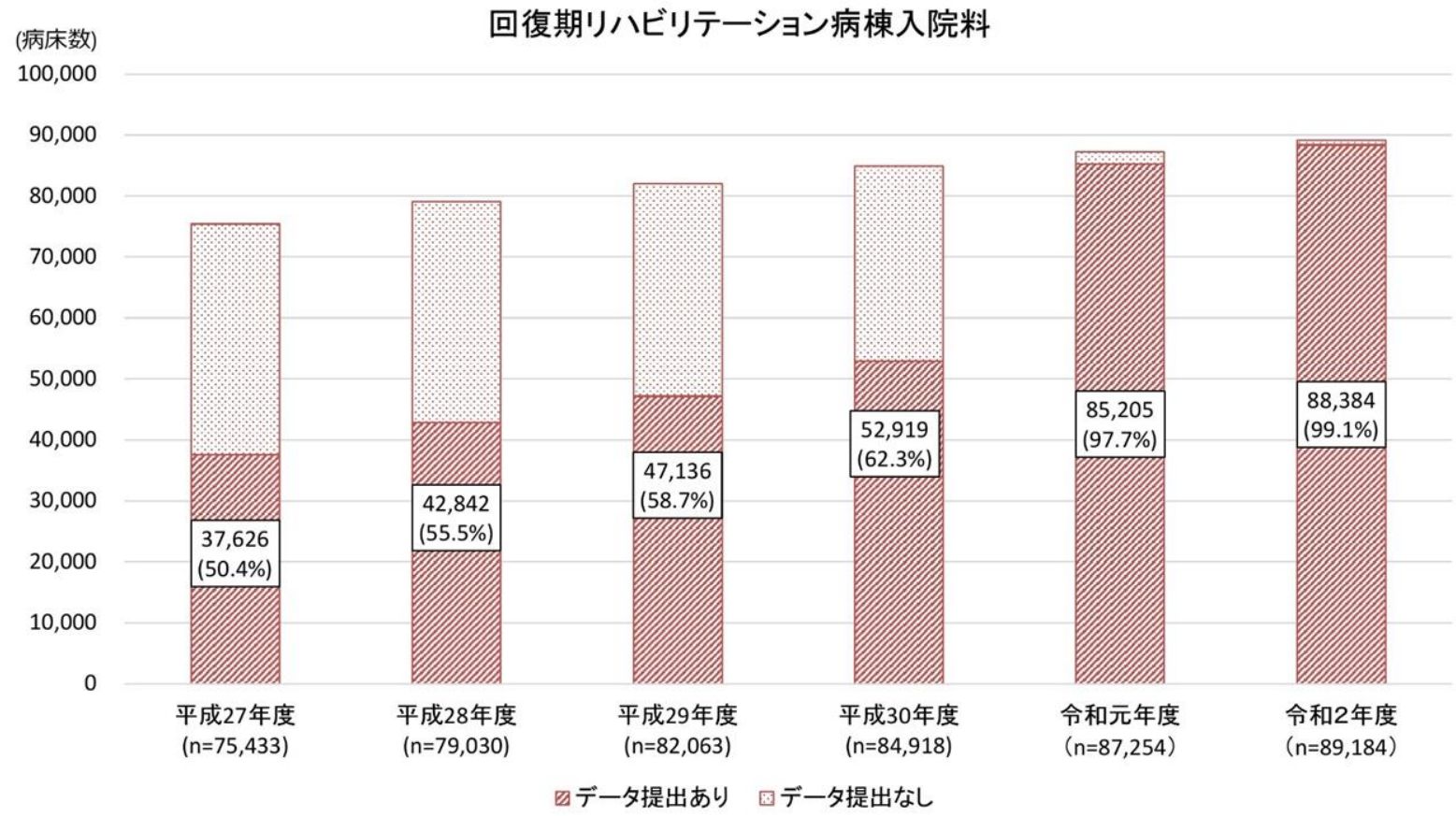
出典: 令和3年度入院医療等の調査(施設票) ※赤枠内は、データ提出加算の届出が要件となっている入院料(一部経過措置あり)。

出典: 厚生労働省_中医協総会 (2021/11/12) 総-2-2 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

DPCデータを提出している病床：回復期リハビリテーション病棟入院料

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、99.1%を占めていた。



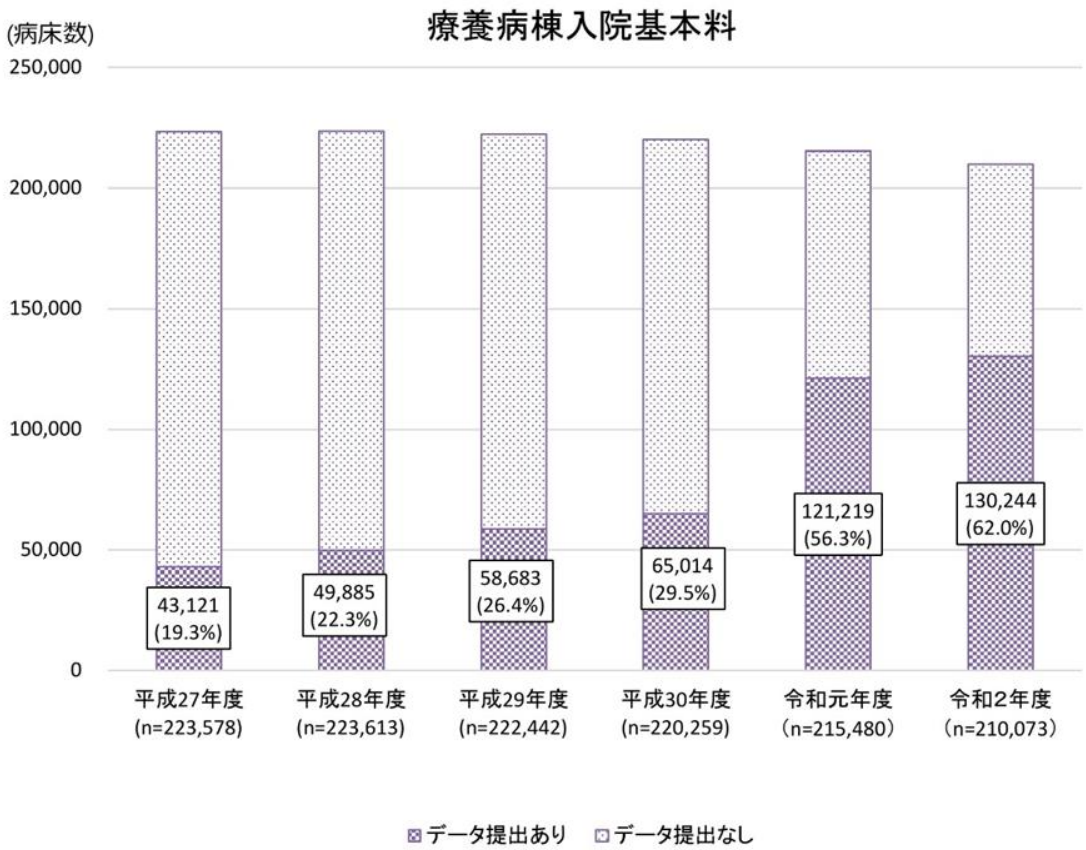
出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

DPCデータを提出している病床：療養病棟入院基本料

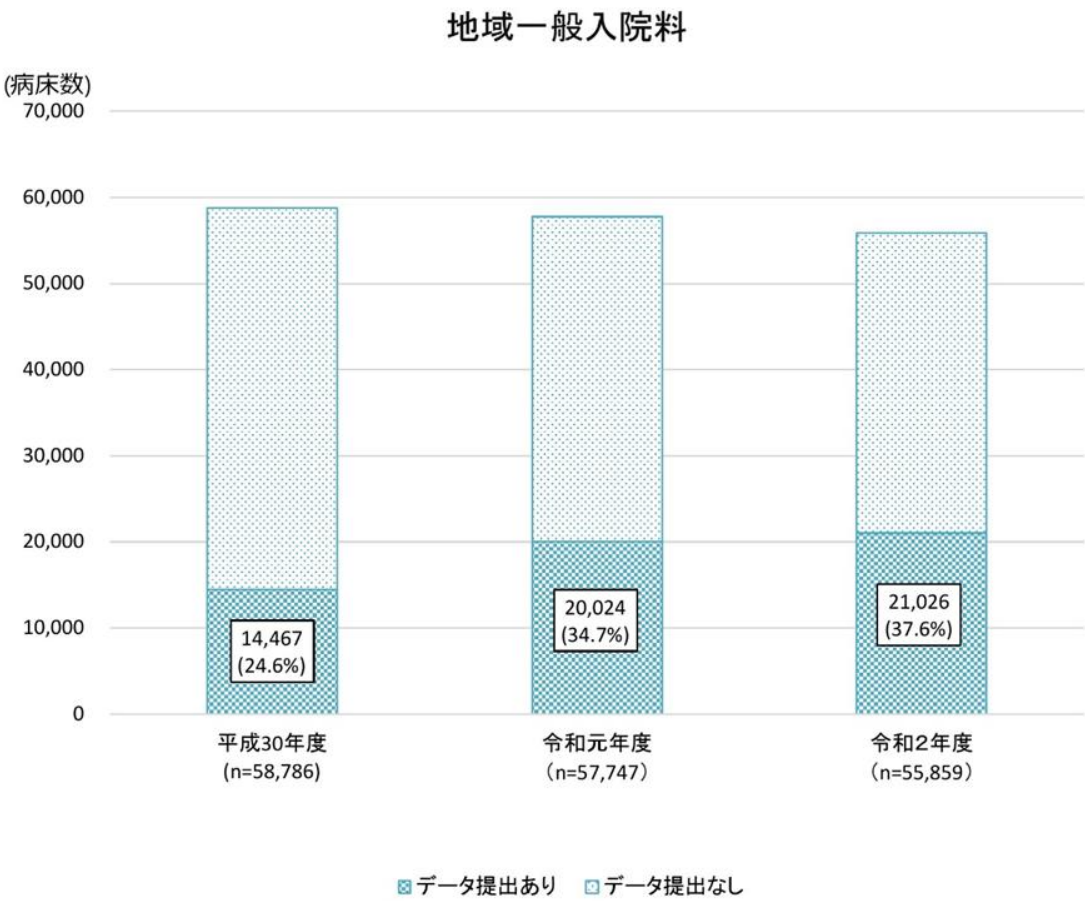
- 療養病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、62.0%を占めていた。
- 令和2年度診療報酬改定において設けられている経過措置（許可病床200床未満）が令和4年3月31日に終了するため、今後も一定数増加することが見込まれる。



令和2年度の入院料別の内訳		
入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出 する割合
療養1	112,811/ 174,701	64.6%
療養2	14,739/ 29,246	50.4%
注11	2,380/ 5,529	43.0%
特別	314/ 597	52.6%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ（各年7月1日時点）

○ 地域一般入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、37.6%を占めていた。



令和2年度の入院料別の内訳		
入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出 する割合
地域 一般1	9,120/ 16,417	55.6%
地域 一般2	1,786/ 5,690	31.4%
地域 一般3	10,120/ 33,752	30.0%

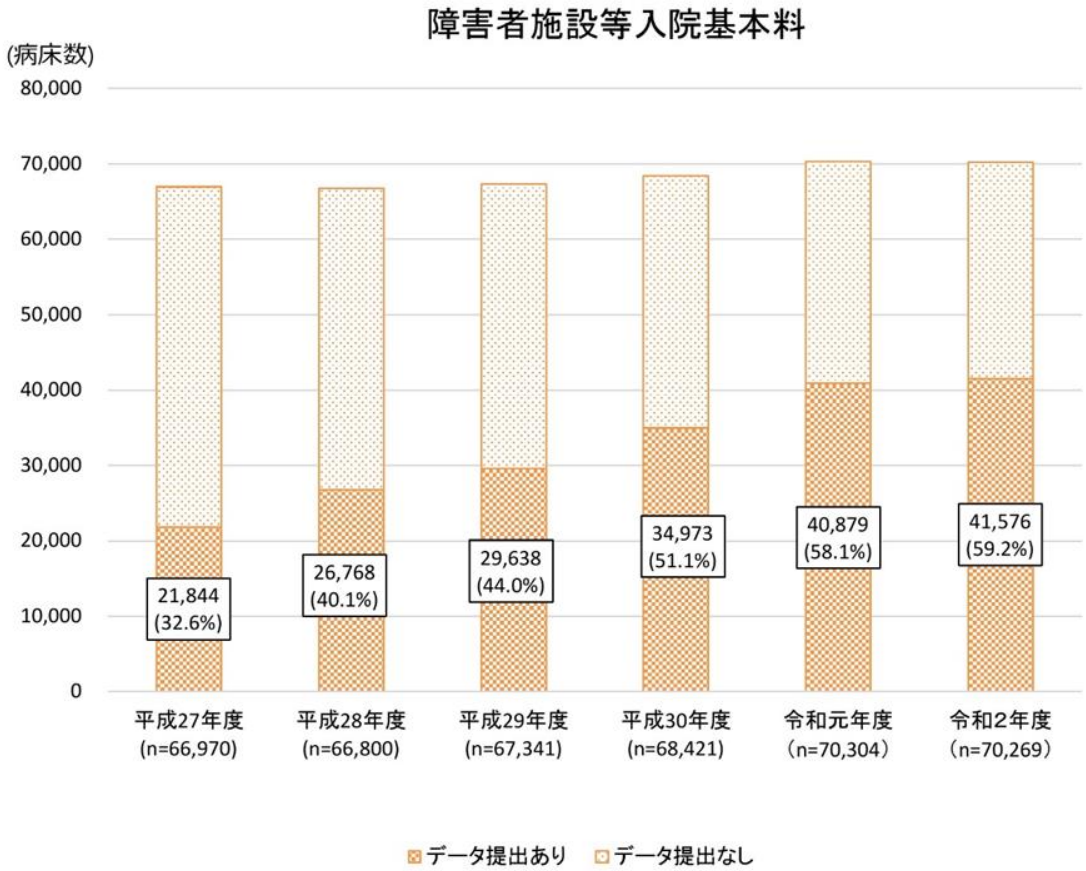
出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

DPCデータを提出している病床：障害者施設等入院基本料

○ 障害者施設等入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、59.2%を占めていた。

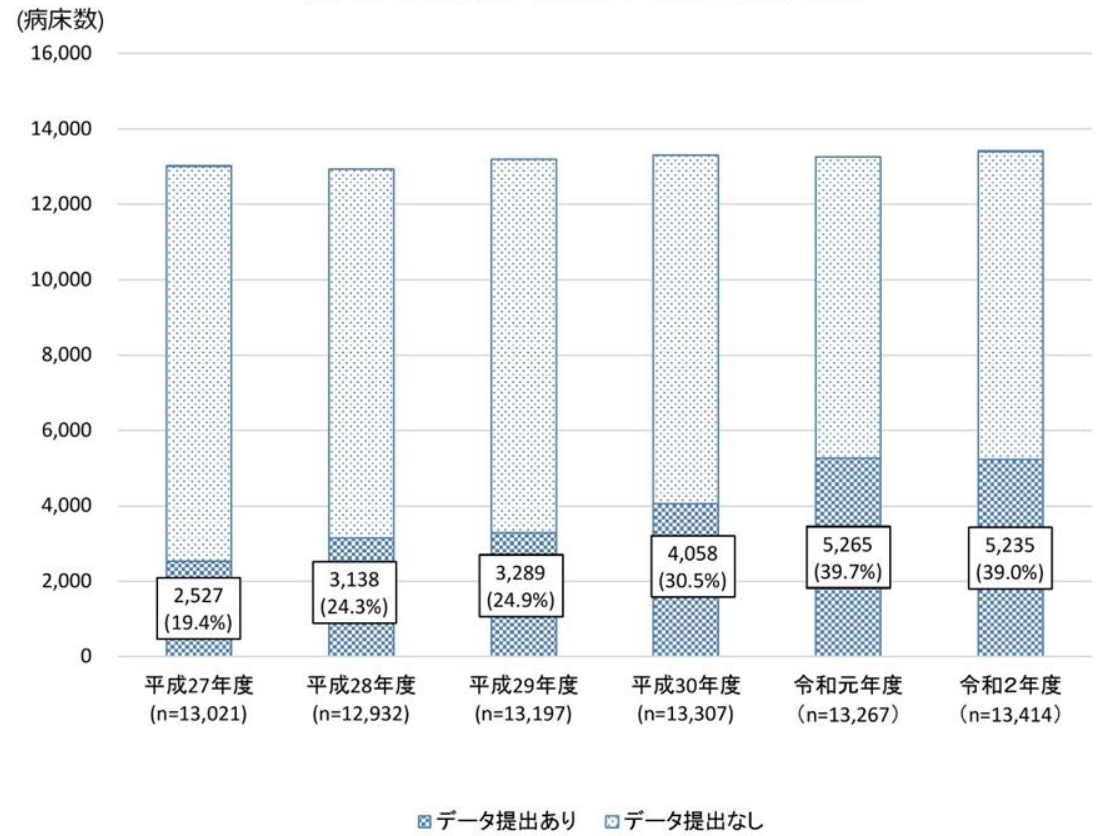


令和2年度の入院料別の内訳		
入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出 する割合
7対1	9,072/ 14,250	63.7%
10対1	26,742/ 45,479	58.8%
13対1	4,992/ 8,333	59.9%
15対1	770/ 2,207	34.9%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

○ 特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、39.0%を占めていた。

特殊疾患病棟入院料・入院医療管理料



令和2年度の入院料別の内訳

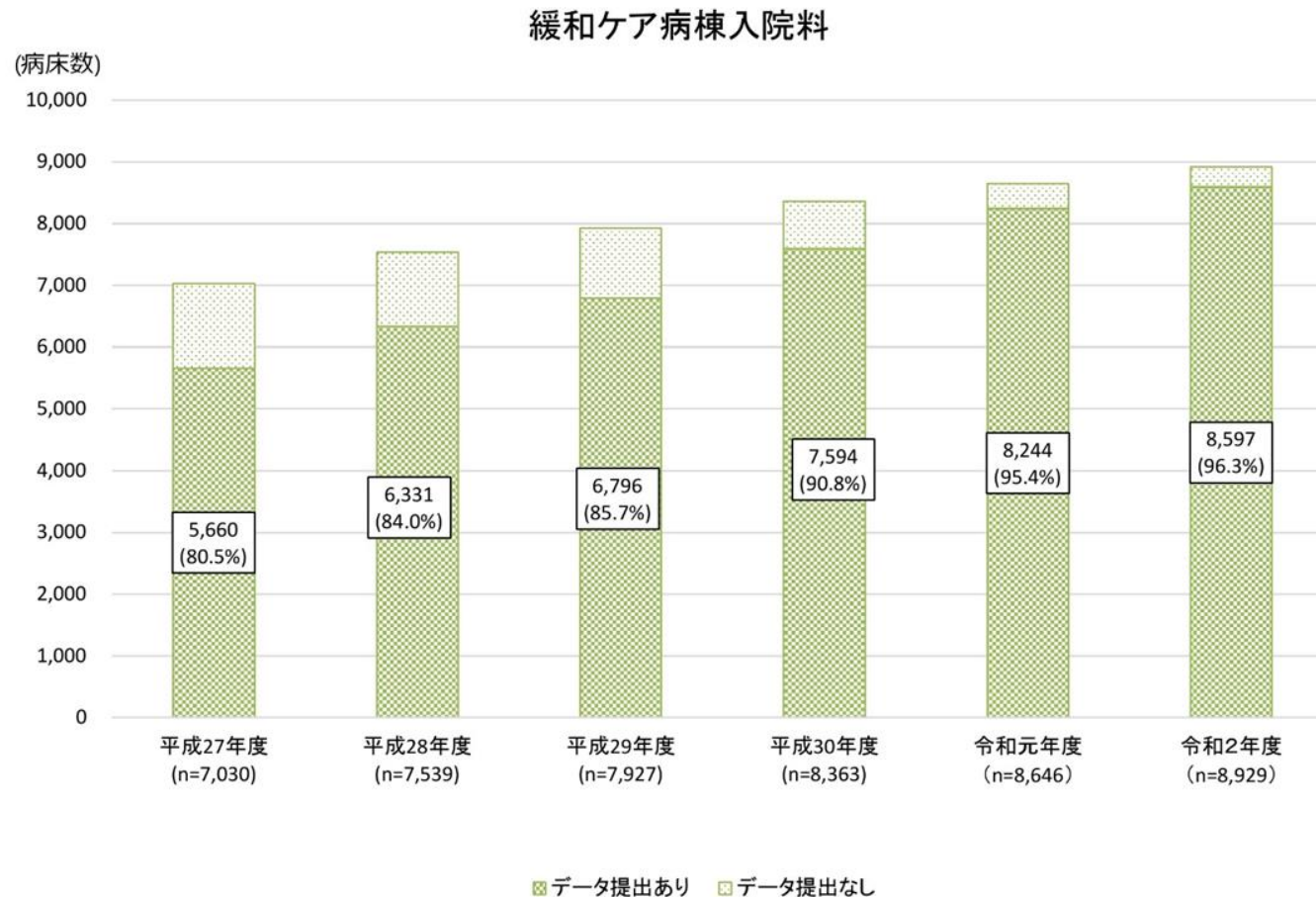
入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出す る割合
特殊疾 患病棟1	3,981/ 5,431	73.3%
特殊疾 患病棟2	986/ 7,539	13.1%
特殊疾 患入院 医療	268/ 444	60.3%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

DPCデータを提出している病床：緩和ケア病棟入院料

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
令和2年度においては、96.3%を占めていた。



出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

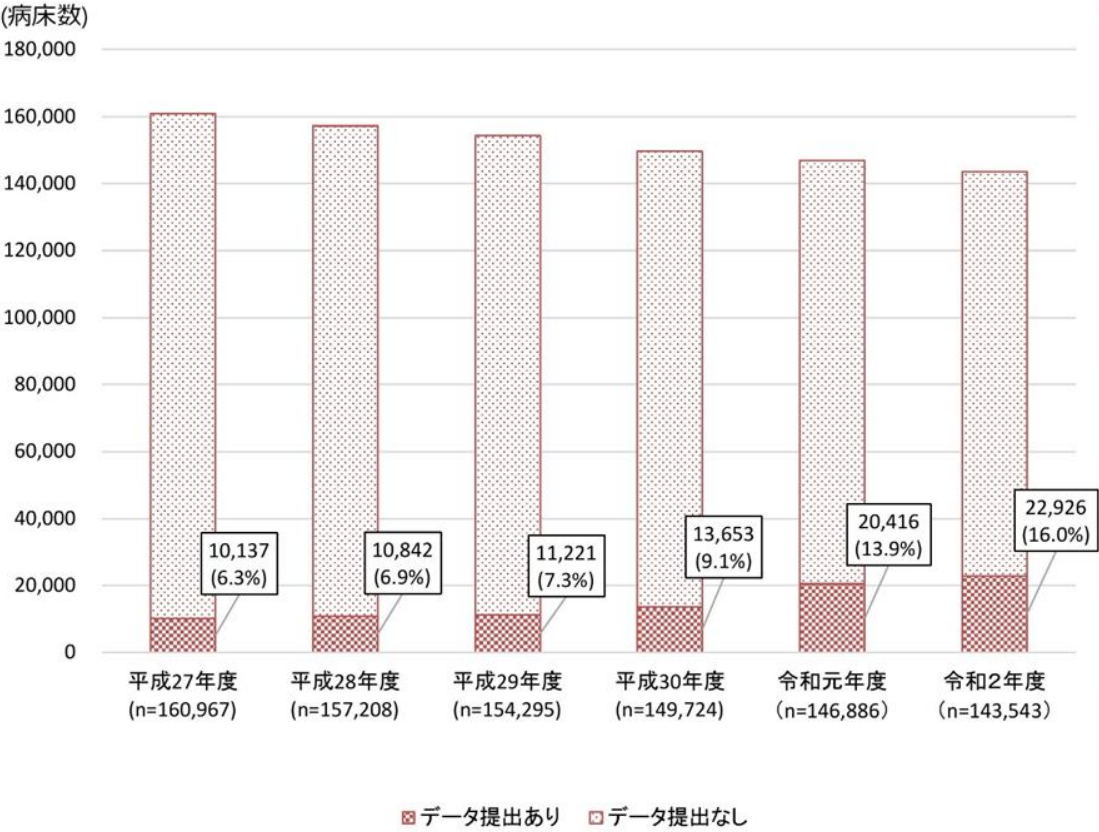
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

○ 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
令和2年度においては、16.0%を占めていた。

精神病棟入院基本料



令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出する 割合
10対1	1,384/ 1,512	91.5%
13対1	2,970/ 4,376	67.9%
15対1	17,351/ 130,445	13.3%
18対1	1,156/ 4,140	27.9%
20対1	0/ 1,750	0.0%
特別	65/ 1,320	4.9%

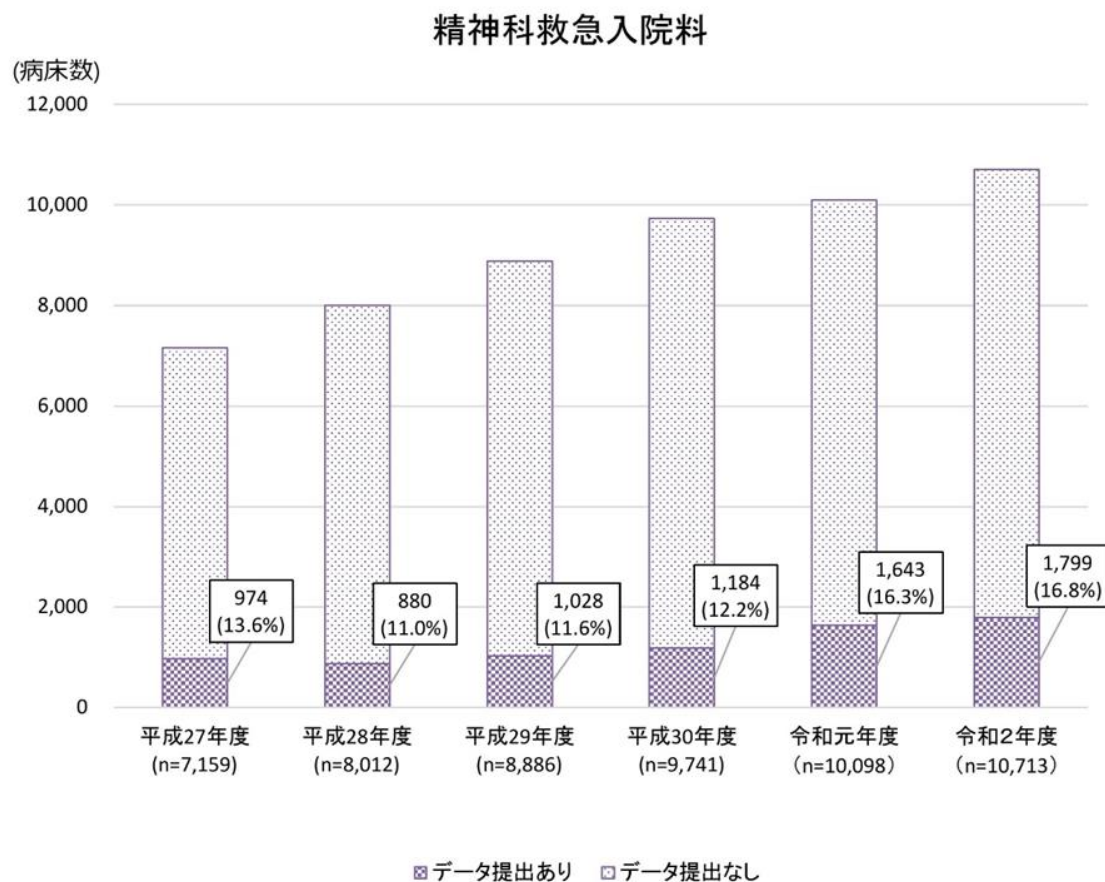
出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

DPCデータを提出している病床：精神科救急入院料

- 精神科救急入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和2年度においては、16.8%を占めていた。



令和2年度の入院料別の内訳

入院料	データを提出する 病床数/当該基本 料の総病床数	データを提出する 割合
精神科 救急1	1,799/ 10,586	17.0%
精神科 救急2	0/ 127	0.0%

出典：保険局医療課調べ、DPCデータ(各年7月1日時点)

出典：厚生労働省_中医協総会(2021/11/12) 総-2-2

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

- 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、要件を見直す。

現行

【診療録管理体制加算】

[施設基準]

(新設)



改定後

【診療録管理体制加算】

[施設基準]

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、以下の要件を加える。

- ・ 専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること
- ・ 当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施していること

- さらに、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

現行

【診療録管理体制加算】

[施設基準]

(新設)



改定後

【診療録管理体制加算】

[施設基準]

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。

毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制等について、別添様式により届け出ること。

届出内容（例）

- ・ バックアップ対象のシステム
- ・ バックアップの頻度、保管方式

A207 診療録管理体制加算（入院初日）

診療録管理体制加算1 100点 診療録管理体制加算2 30点

【算定要件】

適切な診療記録の管理を行っている体制を評価するものであり、現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関において、入院初日に算定する。

【施設基準】

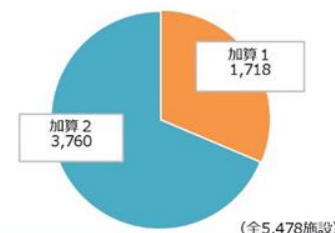
（加算1）

- (1) 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (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」に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づく管理が実施されていること。
 - ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）
 - イ 入院日、退院日
 - ウ 担当医、担当診療科
 - エ ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名
 - オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」を参考にする。

（加算2）

- (1) 加算1の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。
- (2) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (3) 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

診療録管理体制加算の 届出医療機関数



【出典】
 保険局医療課調べ
 （令和2年7月1日時点）

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの概要

中医協 総-1-2
3. 10. 27

- **個人情報保護に資する情報システムの運用管理と e-文書法への適切な対応を行うための指針**として「医療情報ネットワーク基盤検討会」（現 健康・医療・介護情報利活用検討会、医療等情報利活用WG）での議論を経て「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」初版を平成17年3月に公開した。
 - 本ガイドラインは、**医療機関等における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象**としている。各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定を行っており、**今般第5.1版に改定され、令和3年1月29日に公表**した。
 - 医療情報システムのセキュリティについては、厚生労働省、総務省及び経済産業省が連携してガイドラインを整備している。（いわゆる3省2ガイドライン（※））
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版 （厚生労働省、2021年1月）
医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン （経済産業省、総務省 2020年8月）

ガイドライン内容

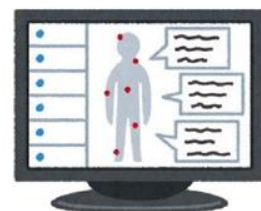
- 電子的な医療情報を扱う際の責任のあり方
- 情報システムの基本的な安全管理
→ 技術的、物理的、組織的、人的対策を規程
- 診療録等を電子化・外部保存する際の安全管理基準
→ 電子保存の際に真正性・見読性・保存性を要求

3省2ガイドライン

本GL

経産省
総務省
GL医療機関等における
電子的な医療情報の
取扱いに係る責任者

基準に沿うようにシステムが
構築運用されているか確認
規程類を作成し、医療従事
者が遵守していることを確認



医療情報システム

構築・運用



システム事業者

6.10 災害、サイバー攻撃等の非常時の対応

ガイドライン	論点	改定における対応
(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備	サイバーセキュリティ事故情報の報告スキーム	◆ B 項に「(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備」を新設し、緊急時対応に必要な体制の構築の必要性を追記。 ◆ 一定の医療機関等において、CISOやCSIRTの設置の必要性を追記 ◆ 「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日) に示す報告を行うこと及びこれに必要な体制を整備する旨に変更 (C項)

B. 考え方

(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備

非常時やサイバー攻撃などに対して、的確に対応できるようにセキュリティ体制を医療機関等においても構築することが求められる。非常時等において必要な原因関係の調査、必要なセキュリティ対応等に関する指揮、所管官庁等への報告などの体制については、平常時から明確にする必要がある。

また、一定規模以上の病院や、地域で重要な機能を果たしている医療機関等においては、そのために情報セキュリティ責任者(CISO)等の設置や、緊急対応体制(CSIRT等)を整備するなどが強く求められる。

C. 最低限のガイドライン

5. コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた(疑い含む)場合や、サイバー攻撃により障害が発生し、個人情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがある事案であると判断された場合には、「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」(医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日)に基づき、所管官庁への連絡等、必要な対応を行うほか、そのための体制を整備すること。また上記に関わらず、医療情報システムに障害が発生した場合も、必要に応じて所管官庁への連絡を行うこと。

- 医療機関へのサイバーセキュリティ対策のため、情報セキュリティインシデント発生時の国への報告について通知

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

<通知内容1及び3の概要>

1. 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の周知徹底 について

- 医療機関等においてコンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた疑いがある場合、医療情報システムの保守会社等に直ちに連絡。
- サイバー攻撃により、医療情報システムに障害が発生し、個人情報情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがあると判断された場合、速やかに当該医療機関等から厚生労働省医療情報技術推進室に連絡。

3. 情報セキュリティインシデントが発生した医療機関等に対する調査及び指導について

- 自治体においては、コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた医療機関等に対し、必要に応じて被害状況、対応状況、復旧状況、再発防止策等に係る調査及び指導を行い、医療技術情報推進室に報告。
- 病院、診療所又は助産所に対する情報セキュリティインシデントに係る調査及び指導については、医療法第25条及び第26条並びに医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第42条に基づく立入検査等を行うことが可能。

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

⑪ 標準規格の導入に係る取組の推進（再掲）

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。（Ⅱ－５（３）を参照）

具体的な内容：（略）

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

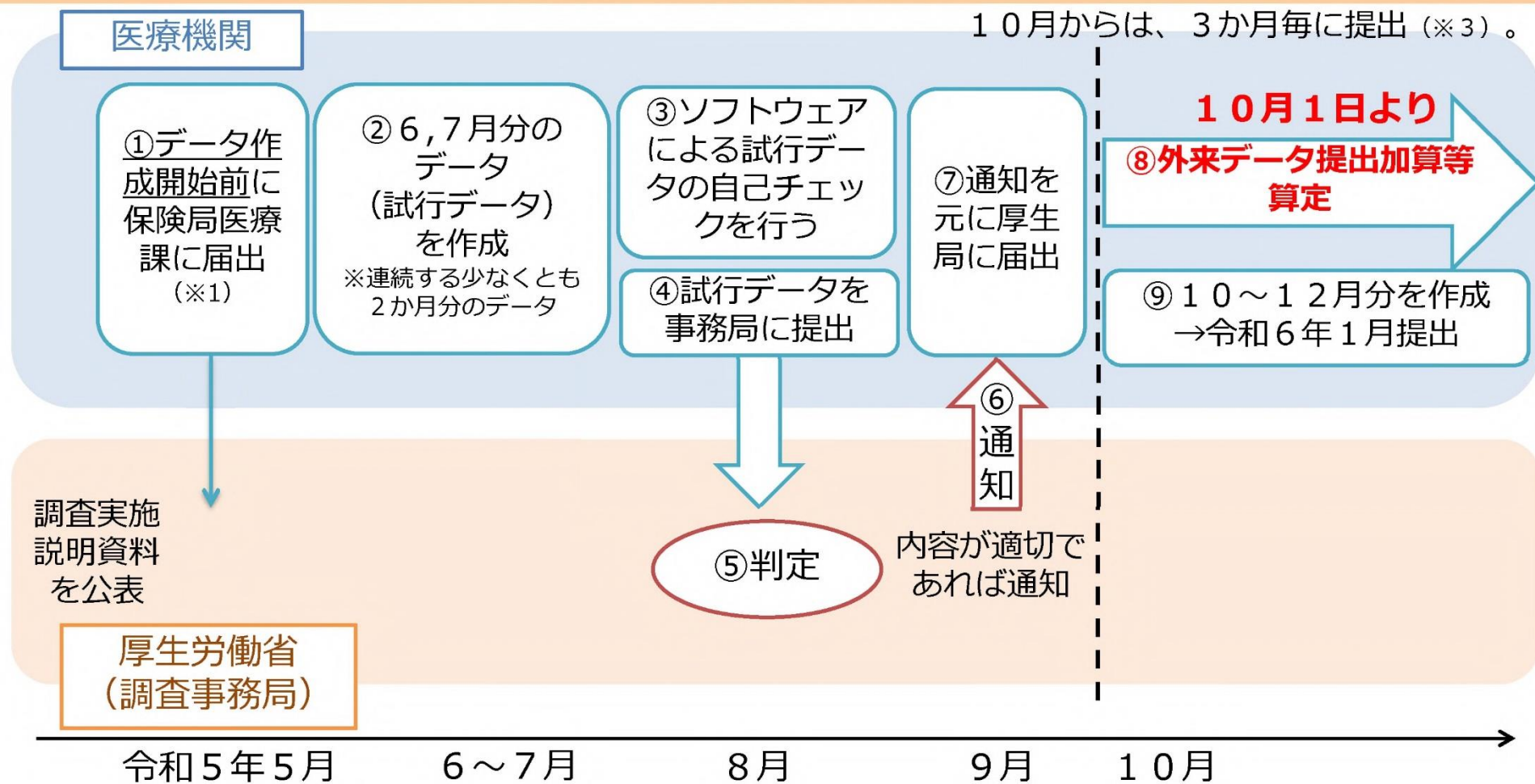
(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

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

⑫ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

項 目	点 数
【生活習慣病管理料】 外来データ提出加算	50点
【在宅時医学総合管理料】 在宅データ提出加算	50点
【施設入居時等医学総合管理料】 在宅データ提出加算	50点
【在宅がん医療総合診療料】 在宅データ提出加算	50点
【心大血管疾患リハビリテーション料】 リハビリテーションデータ提出加算	50点
【脳血管疾患リハビリテーション料】 リハビリテーションデータ提出加算	50点
【廃用症候群リハビリテーション料】 リハビリテーションデータ提出加算	50点
【運動器リハビリテーション料】 リハビリテーションデータ提出加算	50点
【呼吸器リハビリテーション料】 リハビリテーションデータ提出加算	50点

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

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

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－２ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ①情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し
- 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
- 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
- ⑩診療録管理体制加算の見直し
- ⑪標準規格の導入に係る取組の推進（Ⅱ-5③再掲）
- ⑫外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- 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

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

[対象患者]

- ・ オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

(※)

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

[施設基準]

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

オンライン資格確認の準備作業について

○ オンライン資格確認の導入にあたっての補助

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

○ オンライン資格確認導入に関する**手続き・各種申請**・QA

医療機関等における導入状況・患者向けの周知広報素材等
その他お問い合わせ

- ➡ 医療機関等向けポータルサイト
- ➡ 厚生労働省ホームページ
- ➡ オンライン資格確認等コールセンター

医療機関等向けポータルサイト



医療機関ポータル

検索

厚生労働省ホームページ



オンライン資格確認

検索

オンライン資格確認等コールセンター

✉ contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp

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

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

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

■ システム業者へのご連絡をお願いします。

顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。

詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。

（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）



オンライン資格確認導入に向けた
準備作業の手引き

■ 運用開始の準備ができたなら、「運用開始日」の登録を行ってください！

オンライン資格確認とは・・・？

ポイント 1：健康保険証の資格確認がオンラインで可能になります。

ポイント 2：特定健診や薬剤情報が医療機関で閲覧可能になります。

注）ポイントは、厚生労働省「オンライン資格確認 説明動画」より抽出

医療機関・薬局で変わること（導入メリット）

- ・ 医療機関・薬局の窓口で直ちに資格確認ができるようになります。
- ・ 資格過誤によるレセプト返戻が減ります。また、窓口の入力の手間も減ります。
- ・ 保険証の入力の作業の手間が減ります。
- ・ 事前に予約されている患者等の保険資格が来院・来局前に事前確認できる一括照会が可能。
- ・ 限度額適用認定証等情報が取得可能（患者本人の同意が必要）
- ・ 薬剤情報、特定健診情報が閲覧可能（患者本人の同意が必要）
- ・ 災害時における薬剤情報・特定健診等情報が確認できるようになります。
- ・ レセプト情報に基づいた薬剤情報を一括で電子版お薬手帳に取込みできます。

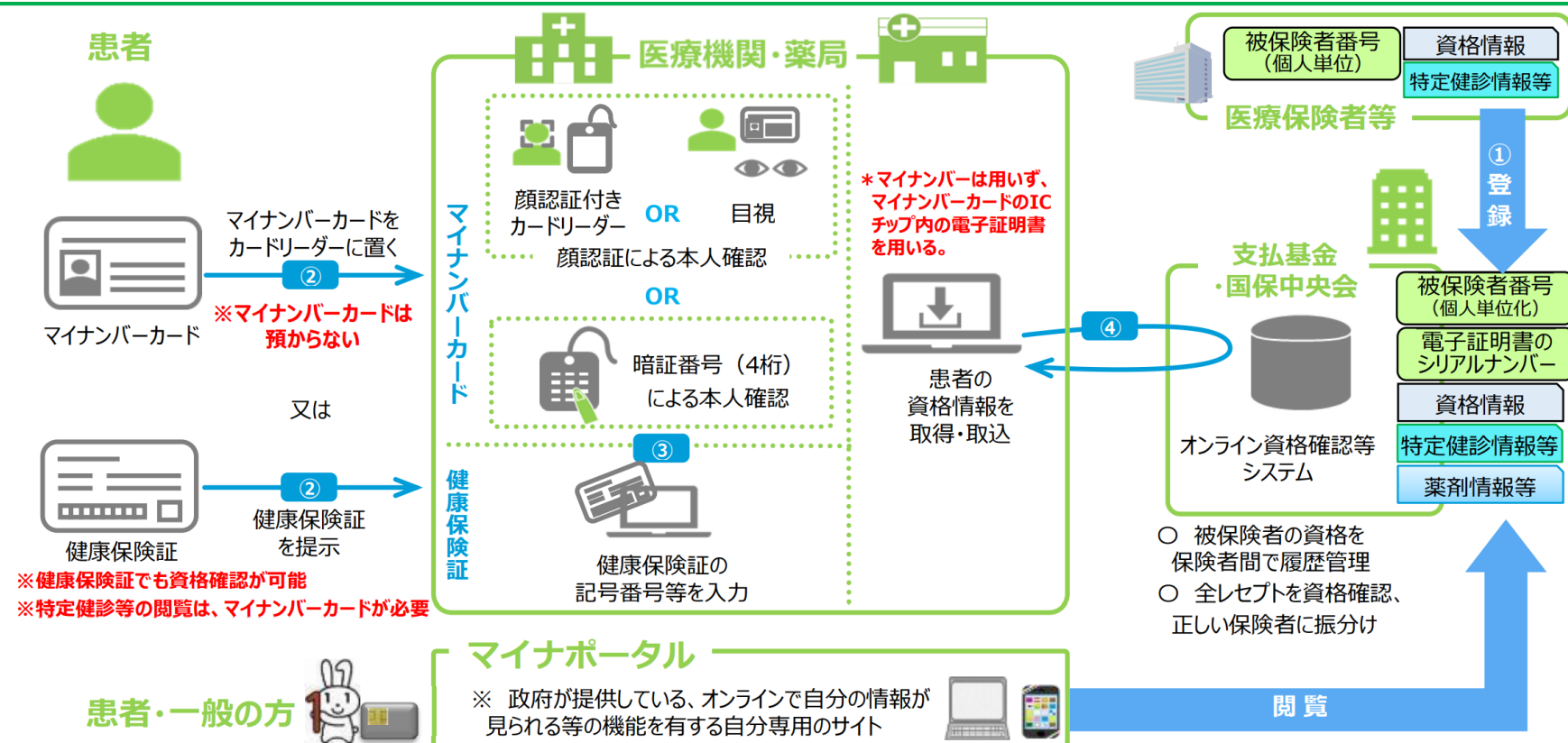
患者のメリットについて

- ・ 限度額適用認定証を持参しなくていい。
- ・ 薬剤情報、特定健診情報の提供により、より適切な検査、診断、治療等の実施が可能。
- ・ 窓口での限度額以上の医療費支払いが不要になる。

オンライン資格確認の導入（マイナンバーカードの保険証利用）について

○ オンライン資格確認等システムの導入により、

- ① 医療機関・薬局の窓口で、患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減できます。
- ② また、マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられる環境となります（マイナポータルでの閲覧も可能）。



オンライン資格確認の導入状況①（1月23日時点）

- オンライン資格確認に必要である顔認証付きカードリーダーの申込は約6割（約13万施設）となっているが、システム改修が終了し、準備が完了している施設が約16%、運用を開始している施設が約11%となっており、導入の加速化に向けた取組・支援が必要となっている。

全体

① 顔認証付きカードリーダー 申込施設数

130,039 / 229,271 施設
56.7%

56.3%→56.7% (+0.4%)

② 準備完了施設数

36,014 / 229,271 施設
15.7%

8.9%→15.7% (+6.8%)

③ 運用開始施設数

25,043 / 229,271 施設
10.9%

5.1%→10.9% (+5.8%)

病院

6,415 / 8,223 施設

77.5%→78.0% (+0.5%)

2,446 / 8,223 施設

19.7%→29.7% (+10.0%)

1,884 / 8,223 施設

12.8%→22.9% (+10.1%)

内科診療所

39,743 / 89,456 施設

44.0%→44.4% (+0.4%)

10,418 / 89,456 施設

6.8%→11.6% (+4.8%)

7,035 / 89,456 施設

3.6%→7.9% (+4.3%)

歯科診療所

34,614 / 70,757 施設

48.6%→48.9% (+0.3%)

7,884 / 70,757 施設

6.6%→11.1% (+4.5%)

5,977 / 70,757 施設

4.0%→8.4% (+4.4%)

薬局

49,267 / 60,835 施設

80.7%→81.0% (+0.3%)

15,266 / 60,835 施設

13.2%→25.1% (+11.9%)

10,147 / 60,835 施設

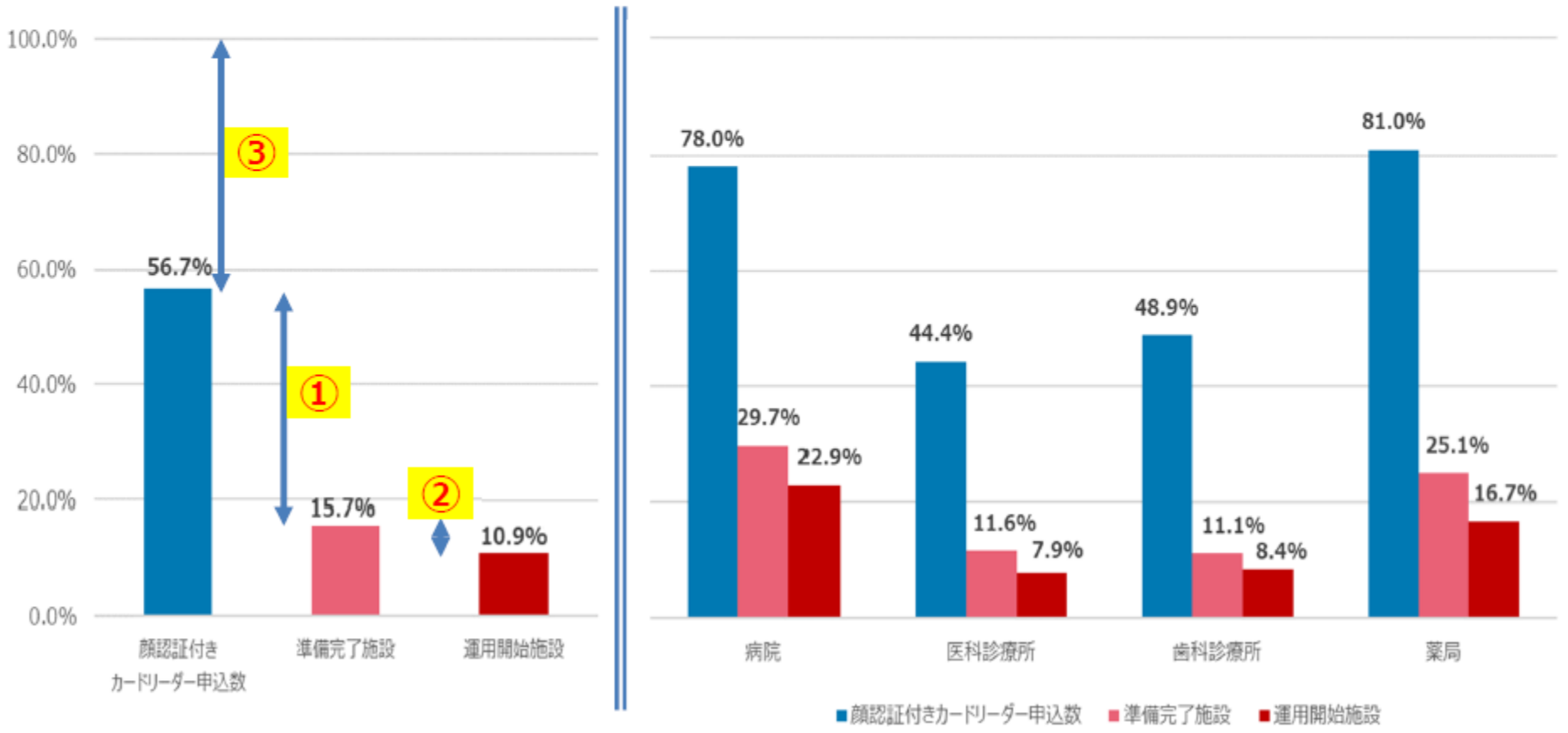
7.5%→16.7% (+9.2%)

出典：厚生労働省_社保審医療部会（2022/1/27）資料1

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23573.html

オンライン資格確認の導入状況②（1月23日時点）

- 今後、①「申込済施設が改修を行い準備完了となること」、②「準備完了施設が速やかに運用を開始すること」、③「顔認証付きカードリーダーの申込を増やすこと」に取り組んでいく必要がある。
- 各施設類型ごとの導入状況を見ると、病院において運用開始している施設の割合が高くなっている。



出典：厚生労働省_社保審医療部会（2022/1/27）資料1

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23573.html

オンライン資格確認の利用状況①

- 本格運用開始から12月末までの期間で、オンライン資格確認等システムを活用した資格確認が約4,200万件行われた。
(マイナンバーカードによるもの：約26万件、保険証によるもの：約3,200万件、一括照会によるもの：約900万件)

■ 運用開始施設における資格確認の利用件数

※ 一括照会：医療機関等が予約患者等の保険資格が有効かどうか事前にオンライン資格確認等システムに一括して照会すること

期間	合計 (件)	マイナンバー カード (件)	保険証 (件)	一括照会 (件)
10月分(10/20～10/31)	5,442,891	58,178	4,069,008	1,315,705
11月分(11/1～11/30)	16,481,919	104,727	12,683,446	3,693,746
12月分(12/1～12/31)	19,741,726	97,041	15,561,411	4,083,274
総計	41,666,536	259,946	32,313,865	9,092,725



【12月分の内訳】

	合計 (件)	マイナンバー カード (件)	保険証 (件)	一括照会 (件)
病院	4,685,427	28,400	1,310,121	3,346,906
内科診療所	4,439,316	29,104	4,300,344	109,868
歯科診療所	1,653,793	21,531	1,018,153	614,109
薬局	8,963,190	18,006	8,932,793	12,391
総計	19,741,726	97,041	15,561,411	4,083,274

【参考】

- ・ 総レセプト請求枚数：月平均約1億7千万枚（令和3年1月～10月） ※支払基金及び国保中央会への請求レセプト総数

オンライン資格確認の利用状況②

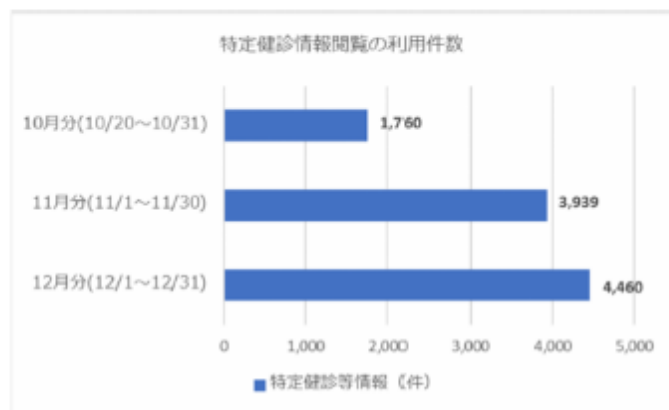
■ 特定健診等情報・薬剤情報の利用件数

※ マイナンバーカードを持参した患者で特定健診等情報、薬剤情報の閲覧に同意をし、医療機関・薬局が利用した件数

期間	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)
10月分(10/20～10/31)	1,760	4,294
11月分(11/1～11/30)	3,939	7,436
12月分(12/1～12/31)	4,460	11,942
総計	10,159	23,672

【12月分の内訳】

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)
病院	1,328	3,085
医科診療所	1,593	6,092
歯科診療所	1,014	1,790
薬局	525	975
総計	4,460	11,942



■ マイナポータルでの特定健診等情報・薬剤情報の閲覧件数

期間	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)
10月分(10/21～10/31)	4,655	8,760
11月分(11/1～11/30)	9,985	20,656
12月分(12/1～12/31)	7,698	18,174
総計	22,338	47,590

出典：厚生労働省_社保審医療部会（2022/1/27）資料1

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23573.html

オンライン資格確認のメリット

患者

- ・マイナンバーカードを用いて、特定健診情報等、医療費通知情報、薬剤情報を閲覧することが出来るようになります。本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、より良い医療を受けることが出来るようになります。
- ・限度額適用認定証等がなくても、窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要となります。（従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。）
- ・転職・結婚・退職しても、被保険者証の発行を待たずに、マイナンバーカードで保険医療機関等を利用できるようになります。（医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です。）
- ・保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。

医療機関・薬局

- ・被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。
- ・病院システムへの資格情報の入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少します。
- ・正しい資格情報の確認ができていないと、レセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認を毎回実施することによりレセプトの返戻を回避でき、未収金が減少します。（患者等への確認事務も減少します。）
- ・マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、保険医療機関及び保険薬局では薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが出来るようになり、より適切な医療を提供することが出来ます。
- ・災害時には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。（患者の同意は必要です。）

保険者

- ・資格切れの被保険者証の使用が抑制されます。
- ・資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による過誤請求の事務処理負担（資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業）が減少します。
- ・限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少します。
- ・限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少します。

（出典）厚生労働省HP公表資料（オンライン資格確認等システムに関する運用等に係る検討結果について（令和3年4月版） 抜粋（p22））

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/22）総-4

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00130.html

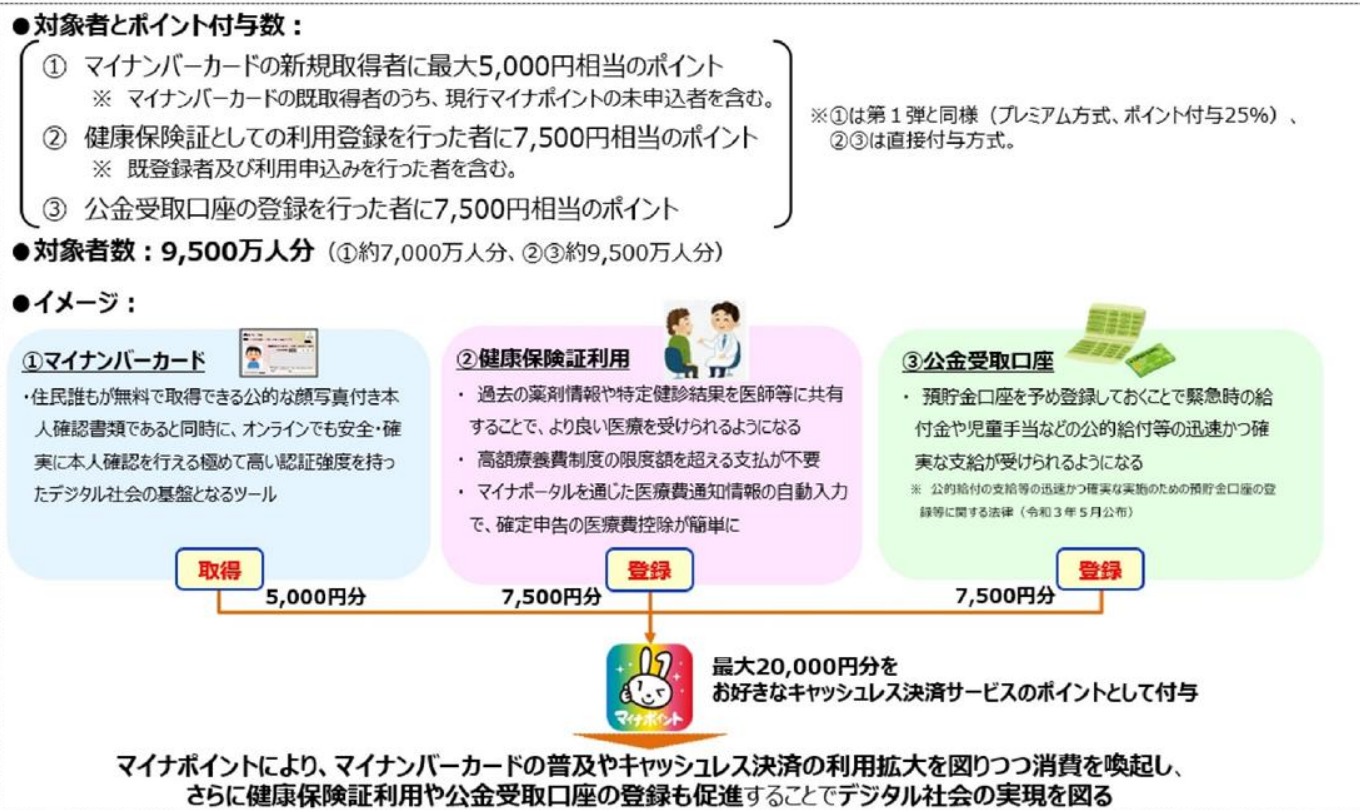
① 施策の目的

マイナポイントにより、マイナンバーカードの普及やキャッシュレス決済の利用拡大を図りつつ消費を喚起し、さらに健康保険証利用や公金受取口座の登録も促進することでデジタル社会の実現を図る。

② 施策の概要

マイナンバーカードの普及を促進するとともに、消費喚起や生活の質の向上につなげるため、マイナンバーカードを活用して、幅広いサービスや商品の購入などに利用できるマイナポイント(1人当たり最大2万円相当)を付与する。

③ 施策の具体的内容



（出典）内閣府HP公表資料（コロナ克服・新時代開拓のための経済対策（令和3年11月19日）施策例抜粋(p54)）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/22）総-4

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00130.html

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－３ アウトカムにも着目した評価の推進

- ① 摂食嚥下支援加算の見直し
- ② 疾患別リハビリテーション料の見直し
- 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
- 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-2⑨再掲）
- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（Ⅲ-2⑫再掲）

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

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

現行

【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】
摂食嚥下支援加算 200点（週1回）

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

[施設基準]
摂食嚥下支援チームを設置

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

*の職種は、カンファレンスの参加が必須

入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

改定後

（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】

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

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

[施設基準]

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

摂食嚥下支援加算の見直し②

➤ 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

摂食嚥下機能回復体制加算

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

摂食嚥下支援加算の見直し③

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

経口摂取に回復
した患者数

栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者 (1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者) [1年以内注]

自院導入患者数
+ 紹介患者数

**自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」
+ 紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」「中心静脈栄養」の患者** (「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)

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

分子及び分母から除くもの

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

(届出に関する取り扱い)

【通常の場合】 前々年の1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出

(例)



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

(例)

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

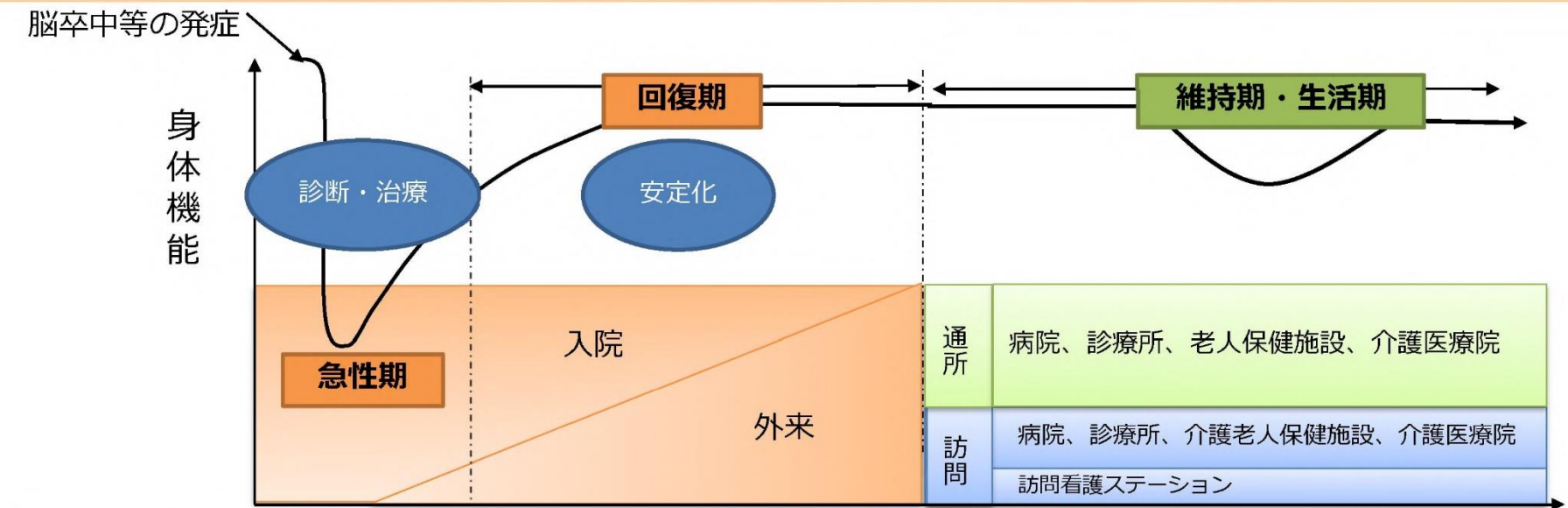


Ⅲ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進

- ①摂食嚥下支援加算の見直し
- ②疾患別リハビリテーション料の見直し
- 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
- 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-2⑨再掲）
- ⑤外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（Ⅲ-2⑫再掲）

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

（資料出所）日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」（青海社）より厚生労働省老人保健課において作成

疾患別リハビリテーション料の概要①

- H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患（抜粋）
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 205点 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 125点	1単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下 等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 100点	1単位 20分	180日	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害 等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） 180点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） 146点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 77点	1単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185点 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 170点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点	1単位 20分	150日	○ 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 85点	1単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態 等

疾患別リハビリテーション料の概要②

➤ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

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

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

疾患別リハビリテーション料の見直し①

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

改定後

【リハビリテーション】

〔算定要件〕（概要）

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

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

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

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

疾患別リハビリテーション料の見直し②

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

【リハビリテーション】

〔算定要件〕（概要）

- ・ リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。



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

説明を受けた人：本人、家族（ ） 説明日： 年 月 日

署名

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－３ アウトカムにも着目した評価の推進

- ①摂食嚥下支援加算の見直し
- ②疾患別リハビリテーション料の見直し
- 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
- 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-2⑨再掲）
- ⑤外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（Ⅲ-2⑫再掲）

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

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。（Ⅲ－２(9)再掲）

具体的な内容：（略）

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－3 アウトカムにも着目した評価の推進

- ①摂食嚥下支援加算の見直し
- ②疾患別リハビリテーション料の見直し
- 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
- 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-2⑨再掲）
- ⑤外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（Ⅲ-2⑫再掲）

⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（再掲）

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。（Ⅲ－２（１２）を参照）

具体的な内容：（略）

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－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

- ①一般不妊治療に係る評価の新設
- ②生殖補助医療に係る評価の新設
- ③男性不妊治療に係る評価の新設

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

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

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

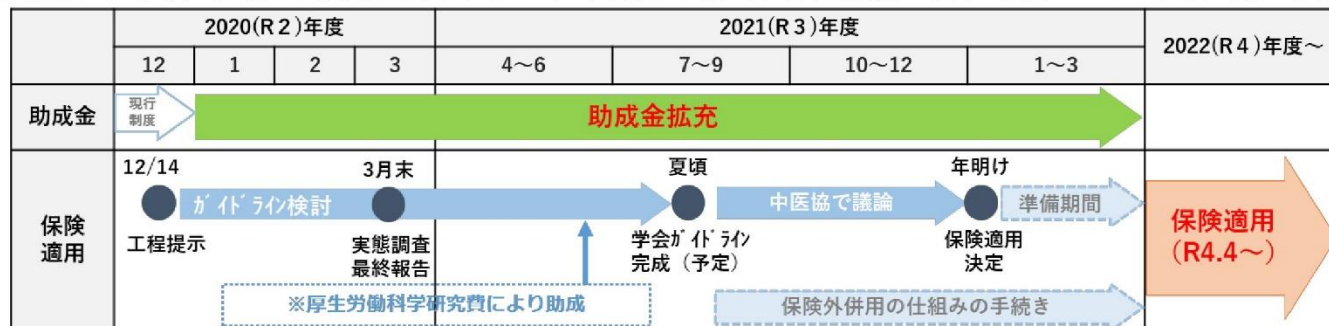
菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

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

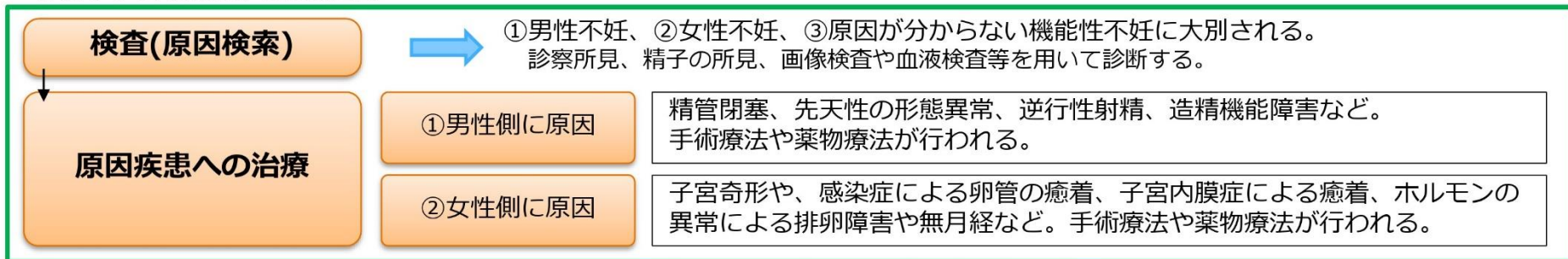
全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）（抄）

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

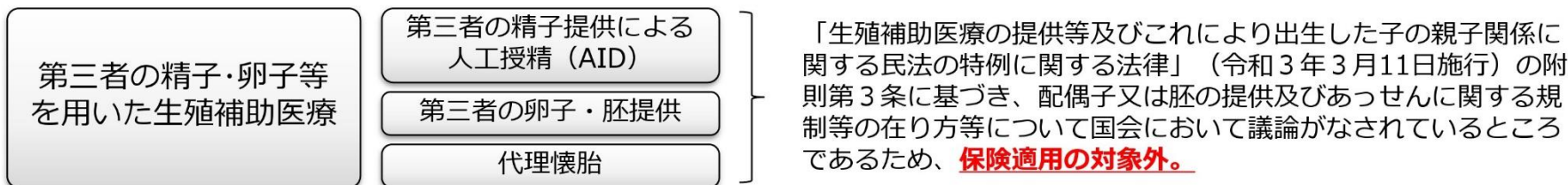
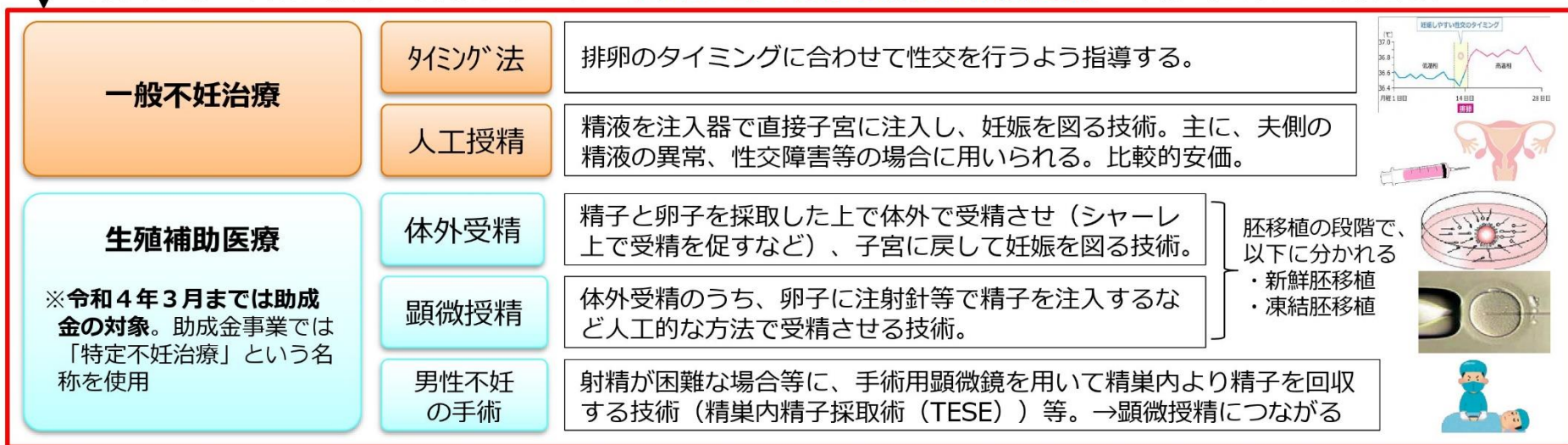


不妊治療の全体像

令和4年3月以前から保険適用



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



不妊治療の保険適用

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

一般不妊治療に係る評価の新設

(一般不妊治療に係る医療技術等の評価)

- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

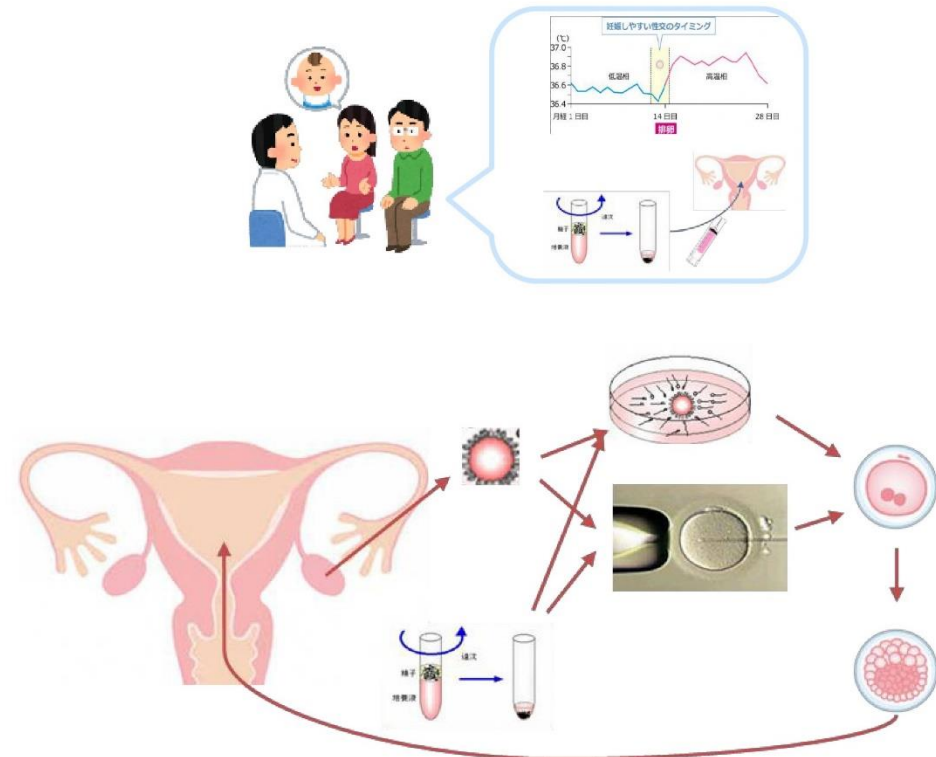
生殖補助医療に係る評価の新設

(生殖補助医療に係る医療技術等の評価)

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

(男性不妊治療に係る医療技術等の評価)

- Y染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術



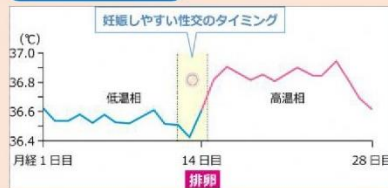
不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

【新たに保険適用】

タイミング法

※管理料で
包括評価



人工授精

※評価を新設



<「生殖補助医療」の補足>

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

推奨度A：実施を強く推奨
推奨度B：実施を推奨
推奨度C：実施を考慮

生殖補助医療

【新たに保険適用】

※年齢・回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様

① 採卵

【いずれかを実施】

- 調整卵巣刺激法
- 低卵巣刺激法
- 自然周期

推奨度 A～B

② 採精

- 男性不妊の手術・精巣内精子採取術 (TESE)

推奨度 A～B

③ 体外受精

顕微授精

【いずれかを実施】

- 体外受精
- 顕微授精
- Split insemination

※複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法

推奨度 A～B

④ 受精卵・胚培養

【いずれかを実施】

- 初期胚まで
- 胚盤胞まで

推奨度 A～B

⑤ 胚凍結保存

【いずれかの場合に実施】

- 複数の胚が作成できた場合
- 全胚凍結周期である場合

推奨度 A～B

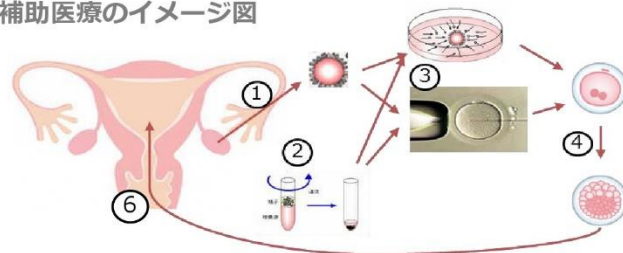
⑥ 胚移植

【いずれかを実施】

- 新鮮胚移植
- 凍結胚移植

推奨度 A～B

生殖補助医療のイメージ図



追加的に実施される場合があるもの

【③とセット】

- 卵子活性化 推奨度 B
- IMSI 推奨度 C
- PICSI 推奨度 C

【④とセット】

- タイムラプス 推奨度 C

【⑥とセット】

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

下線部は保険適用 その他は先進医療とする方針

※ 先進医療は随時申請が可能

不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

タイミング法

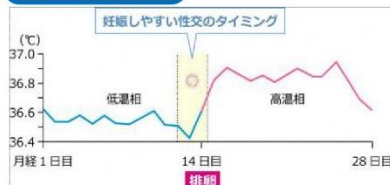
一般不妊治療管理料

○ 250点 (3月に1回)

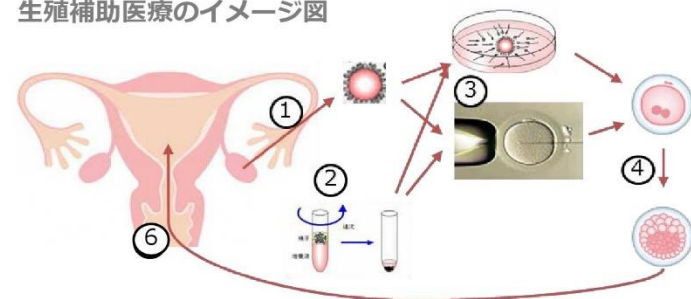
人工授精

人工授精

○ 1,820点



生殖補助医療のイメージ図



生殖補助医療管理料 (月に1回)

1 : 300点 (相談対応の専任者を配置)

2 : 250点 (上記以外)

① 採卵

採卵術

○ 3,200点+2,400~7,200点
(採卵数に応じ加算)

抗ミュラー管ホルモン (AMH)

○ 600点 (6月に1回)

② 採精

Y染色体微小欠失検査

○ 3,770点 (患者につき1回)

精巣内精子採取術

1 : 単純なもの 12,400点

2 : 顕微鏡を用いたもの 24,600点

体外受精

顕微授精

+ 卵子活性化処理

④ 受精卵・胚培養

受精卵・胚培養管理料

○ 4,500~10,500点 (個数に応じ評価)

+ 胚盤胞に向けた管理

1,500~3,000点 (個数に応じ加算)

体外受精・顕微授精管理料

1 : 体外受精 4,200点

2 : 顕微授精 4,800~12,800点
(個数に応じ評価)

+ 採取精子調整加算 5,000点

+ 卵子調整加算 1,000点

胚凍結保存

胚凍結保存管理料

1 : 胚凍結保存管理料 (導入時)

5,000~13,000点 (個数に応じ評価)

2 : 胚凍結保存維持管理料

3,500点 (年に1回)

⑥ 胚移植

+ アシテッドハッチング
+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液

胚移植術

1 : 新鮮胚移植 7,500点

2 : 凍結・融解胚移植 12,000点

+ アシテッドハッチング 1,000点

+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

生殖補助医療

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－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

- ①一般不妊治療に係る評価の新設
- ②生殖補助医療に係る評価の新設
- ③男性不妊治療に係る評価の新設

一般不妊治療に係る医療技術等の評価 ①（一般不妊治療管理料）

- 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（3月に1回）

【対象患者】

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

【算定要件】

- (1) 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。
- (2) 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。）に文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。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。
- (3) 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。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (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。
- (8) (7)の確認に当たっては、確認した方法について、診療録に記載するとともに、提出された文書等がある場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

【施設基準】

- (1) 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) 当該保険医療機関内に、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) 以下のいずれかを満たす施設であること。
 - ア 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること。
 - イ 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること。

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

一般不妊治療に係る医療技術等の評価 ②（人工授精）

➤ 不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設する。

（新）人工授精 1,820点

〔算定要件〕

- （1）不妊症の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、当該患者のパートナーから採取した精子を用いて、妊娠を目的として実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア 精子・精液の量的・質的異常
 - イ 射精障害・性交障害
 - ウ 精子－頸管粘液不適合
 - エ 機能性不妊
- （2）人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスィムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- （3）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、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- （4）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し提案すること。また、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の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

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－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

- ①一般不妊治療に係る評価の新設
- ②生殖補助医療に係る評価の新設
- ③男性不妊治療に係る評価の新設

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ①（生殖補助医療管理料（その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（月に1回）

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〕

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**

〔算定要件（その1）〕

- (1) 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（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、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、月に1回に限り算定する。
- (2) **治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。**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。
- (3) 治療計画は、**胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成**すること。また、当該計画は、**採卵術（実施するため準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成**すること。ただし、既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、**当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成**すればよい。
- (4) 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これまでの治療経過を把握すること。特に、**治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計**について確認した上で、診療録に記載するとともに、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に照会すること。
- (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。なお、治療計画の見直しを行った場合には、**当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付**すること。
- (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等を踏まえ、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) 治療計画を作成し、又は見直した場合における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。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ②（生殖補助医療管理料（その2））

（新） 生殖補助医療管理料（月に1回）

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

〔算定要件（その2）〕

- （8）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。
- （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、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。
- （11）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。
- （12）（11）の確認に当たっては、確認した方法について、診療録に記載するとともに、提出された文書等がある場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

〔施設基準（その1）〕

- （1）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）当該保険医療機関内に、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）当該保険医療機関内に、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）当該保険医療機関内に、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）当該保険医療機関内に、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）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オンライン登録へのデータ入力を適切に実施すること。

※ 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（20）の基準を満たしているものとする。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ③（生殖補助医療管理料（その3））

（新） 生殖補助医療管理料（月に1回）

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

〔施設基準（その2）〕

- (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の以下の装置・器具等を有していること。
ただし、採卵、培養及び凍結保存を行う専用の室は、同一のものであって差し支えない。
ア 酸素供給装置 イ 吸引装置 ウ 心電計
エ 呼吸循環監視装置 オ 救急蘇生セット
- (8) 培養を行う施設可能な専用の室を備えていること。
- (9) 凍結保存を行う施設可能な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) 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こと又は他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備されていること。
- (17) 胚移植術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。
- (18) 胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。また、当該保険医療機関において実施した胚移植術の実施回数について、他の保険医療機関から情報提供を求められた場合には、それに応じること。
- (19) 以下のいずれかを満たす施設であることが望ましい。
ア 精巣内精子採取術に係る届出を行っていること。
イ 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の連携体制を構築していること。
- (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) 生殖補助医療管理料1に係る届出を行う保険医療機関においては、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。

※ 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(20)の基準を満たしているものとする。
※ 当面の間、(7)から(9)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料1又は2に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との関係により要件を満たすものとして差し支えない。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ④ (採卵術、AMH)

- 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 採取された卵子の数に応じて、次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。

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

[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の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

[算定要件]

- (1) 不妊症の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。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - 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
- (2) 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。
- (3) 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、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

- 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的に実施される、抗ミュラー管ホルモン測定に係る評価を新設する。

(新) 抗ミュラー管ホルモン (AMH) 600点 (6月に1回)

[算定要件]

- 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的として、血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に、6月に1回に限り算定できる。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑤（体外受精・顕微授精管理料（その1））

➤ 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（その1）〕

- （1）不妊症の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。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 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
- （2）体外受精及び必要な医学管理を行った場合は「1」により算定し、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合は、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて「2」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定する。その際、当該管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- （3）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、「注2」に規定する採取精子調整加算を除き、別に算定できない。

- （4）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。
- （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、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- （6）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の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑤（体外受精・顕微授精管理料（その2））

（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

注1 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。

注2 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。

注3 2について、**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**を所定点数に加算する。

〔算定要件（その2）〕

（7）「注1」の規定に従って算定する場合は、**体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

（8）「注2」の採取精子調整加算は、**精巣内精子採取術により採取された精子を用いて、当該手術後初めて「1」又は「2」を実施する場合**に算定する。その際、**精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関において実施した場合には、その名称及び当該保険医療機関において実施された年月日）を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

（9）「注3」の卵子調整加算は、**顕微授精における受精障害の既往があること等により、医師が必要と認めた場合であって、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として実施した場合**に算定する。その際、**実施した医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑥ (受精卵・胚培養管理料)

➤ 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 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次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。

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

[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の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

[算定要件]

- (1) 不妊症の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、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から、胚移植術を実施するために必要な初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、治療計画に従っ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、当該管理を実施した受精卵及び胚の数に応じて算定する。その際、当該管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 「注」については、作成された初期胚のうち、胚盤胞の作成を目的として管理を実施したものの数に応じて算定する。その際、当該管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 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。
- (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、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑦ (胚凍結保存管理料)

- 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等の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 (1 年に 1 回)

注 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。

[算定要件]

- (1) 不妊症の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、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、治療計画に従っ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算定する。
- (2) 凍結保存及び必要な医学管理を開始した場合は、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて「1」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定し、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は「2」により算定する。
- (3) 「1」について、初期胚又は胚盤胞の凍結を開始した場合には、当該初期胚又は胚盤胞ごとに凍結を開始した年月日を診療録等に記載すること。
- (4) 「1」の算定に当たっては、凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (5) 「2」の算定に当たっては、当該維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数及び当該初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (6) 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。
- (7) 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、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (8) 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。
- (9) 患者の希望に基づき、凍結した初期胚又は胚盤胞を他の保険医療機関に移送する場合には、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の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑧（胚移植術（その1））

▶ 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

注1 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。

〔算定要件（その1）〕

- (1) 不妊症の患者に対して、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は「1」により算定し、凍結胚を融解したものをを用いた場合は「2」により算定する。
- (2) 「注1」における治療開始日の年齢とは、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う。ただし、算定回数の上限に係る治療開始日の年齢は、当該患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢により定めるものとする。
- (3) 「注1」について、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合であって、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につきさらに6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につきさらに3回に限り算定する。
- (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、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (7) 当該患者及びそのパートナーに係る胚移植術の実施回数の合計について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、実施回数の合計の記載に当たっては、当該胚移植術の実施に向けた治療計画の作成に当たり確認した事項を踏まえること。

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－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

- ①一般不妊治療に係る評価の新設
- ②生殖補助医療に係る評価の新設
- ③男性不妊治療に係る評価の新設

生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ⑧（胚移植術（その２））

（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

注2 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。

注3 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。

〔算定要件（その２）〕

- （８）「注２」のアシステッドハッチングは、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であつて、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- （９）「注３」の高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置は、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であつて、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

〔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の施設基準に係る届出を行った**保険医療機関であること。

男性不妊治療に係る医療技術等の評価 ①（Y染色体微小欠失検査）

- 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（患者1人につき1回）

〔算定要件〕

- Y染色体微小欠失検査は、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、PCR－rSSO法により、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。なお、本検査を実施する医学的な理由を診療録に記載すること。

〔施設基準〕

- （1）次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

ア 生殖補助医療管理料

イ 精巣内精子採取術

- （2）検体検査判断料の「注6」遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていることが望ましい。

男性不妊治療に係る医療技術等の評価 ②（精巣内精子採取術）

➤ 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) 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、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。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - 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
- (3) 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。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - 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
- (4) 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。
- (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、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
- (6) (2)のウ又は(3)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こと又は他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備されていること。**
- (3) **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。**

※ 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、(1)のアの②及び③並びにイの②から④まで及び(2)の基準を満たしているものとする。

経過措置について（不妊）

	区分番号	項目	経過措置
1	B001・32	一般不妊治療管理料	令和4年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との関係に係る基準を満たしているものとする。
2	B001・33	生殖補助医療管理料	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料1における患者からの相談に対応する体制を除く。）に係る基準を満たしているものとする。
3	K838-2	精巣内精子採取術	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との関係に係る基準（1）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（2）の基準を満たしているものとする。

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－４－２ 質の高いがん医療の評価

- ①がん患者指導管理料の見直し
- ②外来化学療法に係る栄養管理の充実
- ③放射線治療病室管理加算の見直し
- ④がんゲノムプロファイリング検査の見直し
- ⑤無菌製剤処理料の見直し
- 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

がん患者の心理的不安を軽減するための体制の充実

がん患者指導管理料の算定要件の見直し

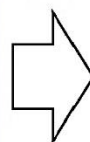
- がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

現行

【がん患者指導管理料】

【算定要件】

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に（略）算定する。



改定後

【がん患者指導管理料】

【算定要件】

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合 又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に（略）算定する。

がん患者指導管理料の職種要件の見直し

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

現行

【がん患者指導管理料】

イ （略）

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



改定後

【がん患者指導管理料】

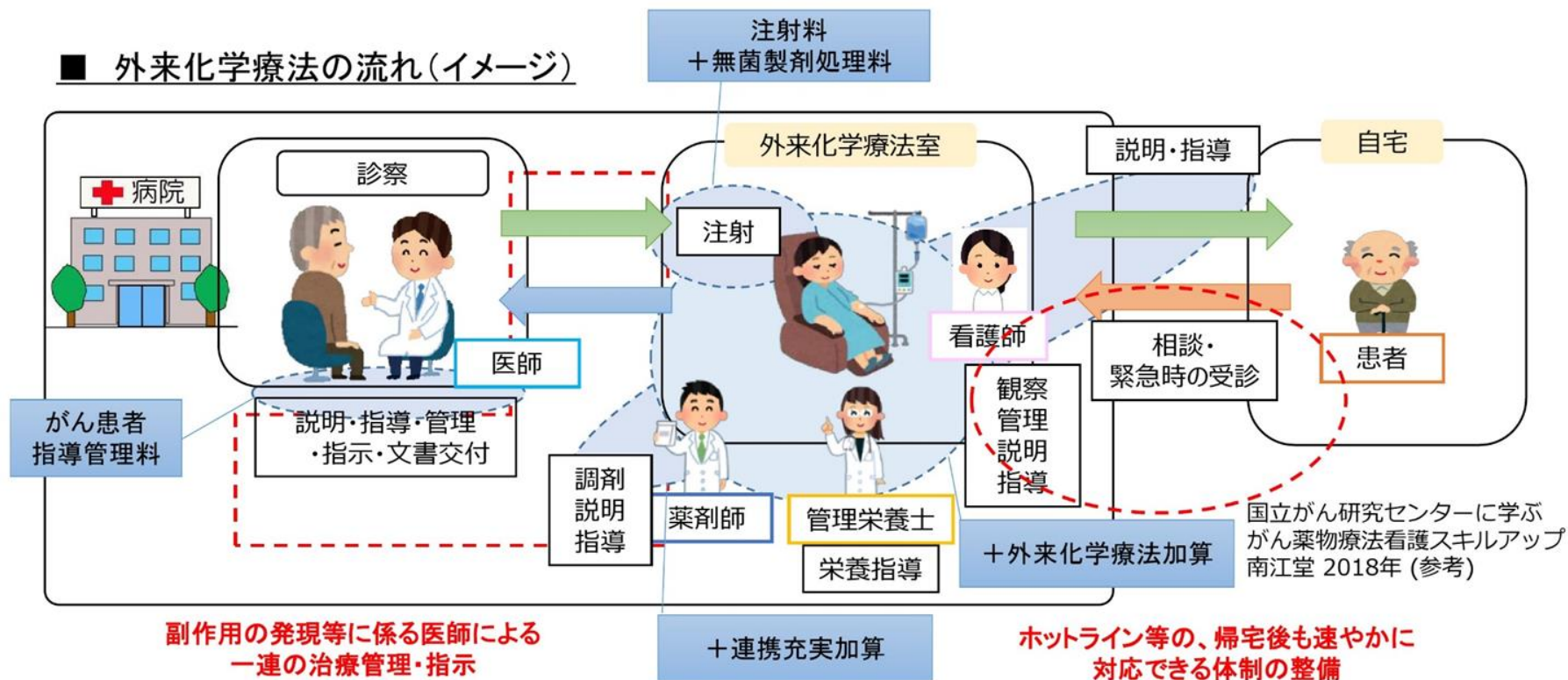
イ （略）

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

外来化学療法の評価のイメージ

- 外来化学療法においては、注射料における外来化学療法加算を中心として各種の体制整備を評価してきている。
- 安心・安全な外来化学療法を推進していく観点から、副作用の発現に係る管理や緊急時の相談対応等について、体制整備に万全を期す必要がある。

■ 外来化学療法の流れ(イメージ)



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－４－２ 質の高いがん医療の評価

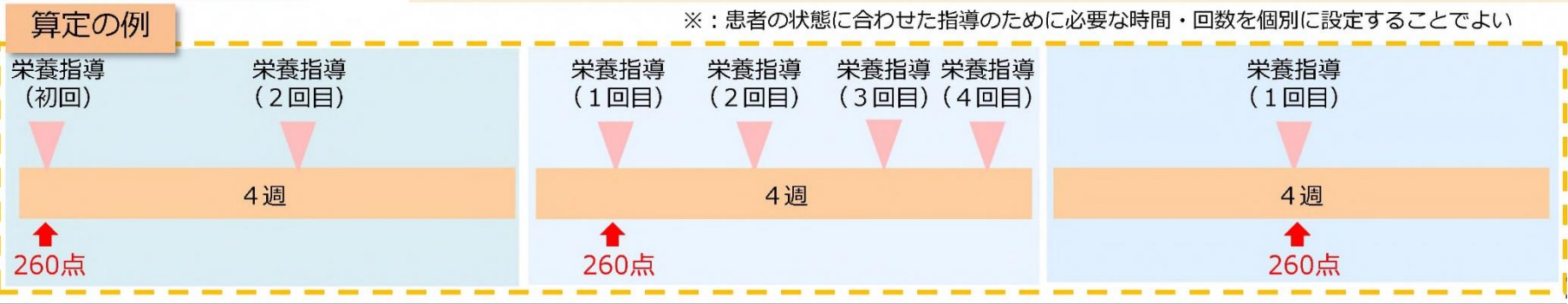
- ①がん患者指導管理料の見直し
- ②外来化学療法に係る栄養管理の充実
- ③放射線治療病室管理加算の見直し
- ④がんゲノムプロファイリング検査の見直し
- ⑤無菌製剤処理料の見直し
- ⑥悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

外来化学療法に係る栄養管理の充実

外来栄養食事指導料の要件の見直し

➤ 外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が患者の状態に応じた質の高い指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

現行	改定後
【外来栄養食事指導料】 イ 外来栄養食事指導料 1 【算定要件】 (新設) 【施設基準】 (新設)	【外来栄養食事指導料】 【算定要件】 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。 【留意事項】 専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。 【施設基準】 (1) 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。 (2) (1)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。 ア 医療関係団体等が実施する300時間以上の研修であること。 イ 悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修であること。



外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

- 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
ロ 2回目以降 200点

〔算定要件〕
(新設)

〔施設基準〕
(新設)

改定後

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
ロ 2回目以降
(1) 対面で行った場合 200点
(2) 情報通信機器を使用する場合 180点

〔算定要件〕

注2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目にロの(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

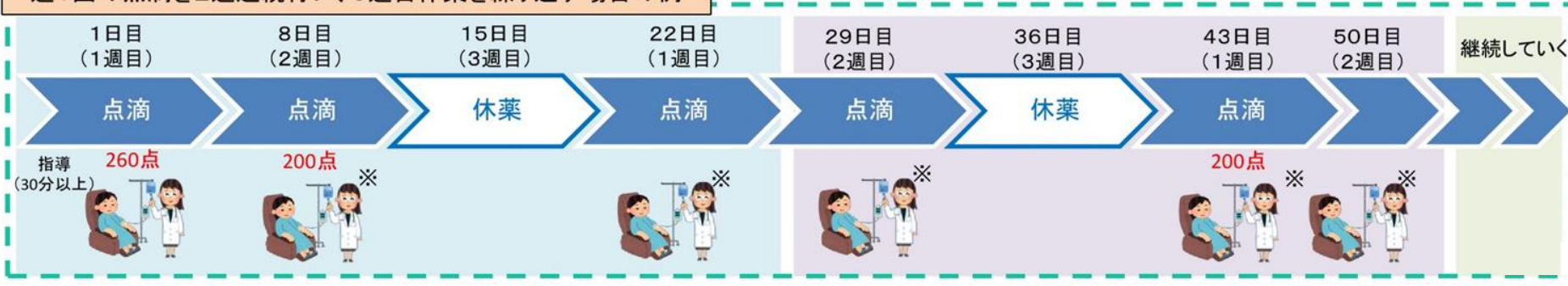
〔施設基準〕

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。
(2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。



週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例

※：指導(時間要件なし)



外来化学療法実施時の栄養指導等の例

- 外来化学療法室における栄養相談内容としては、食欲不振、体重減少、味覚障害等が多い。
- 抗がん剤の副作用は、症状により発症時期が異なり、栄養管理・指導ポイントは、症状毎に異なっている。

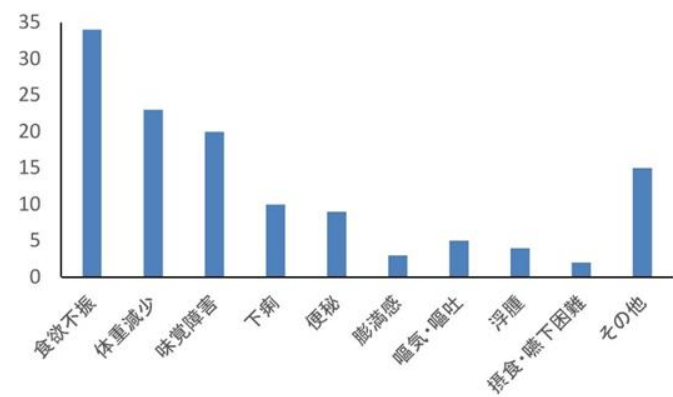


図 外来化学療法室における栄養相談内容

出典：堤ら、日本静脈経腸栄養学会雑誌33(4)：1019-024:2018

表 各症状と栄養管理・指導ポイント

症状	栄養管理・指導ポイント
悪心・嘔吐	・さっぱりとしたのどごしのよいものを選択する。 ・“におい”を抑えた食品調理を選択する。 ・消化が良く、刺激の少ない食品・調理を選択する。 ・一回量は少なめに、感触を加える。 ・体調のよいときを見計らって摂取する。
味覚障害(味覚鈍化、味覚過敏、異味症、感覚への違和感)	・味覚障害の症状を把握する。 ・違和感のある味やにおいを避け、食べやすい味・風味を利用する。 ・好きな香り・うま味を利用し、メニューを工夫する。 ・滑らかな口当たりの食材・料理を選択する。
口腔粘膜障害	・簡単に潰せる軟らかい食品・料理を選択する。 ・薄い味付けを心がける。 ・水分を多く含む滑らかな形態にする。 ・食事の温度は人肌程度に調整する。
下痢	・腸に刺激を与える食品を控える。 ・温かく消化吸収のよい食品・料理を選択する。 ・十分な水分摂取に努める。 ・水溶性食物繊維・乳酸菌を適量摂取する。
便秘	・水溶性・不溶性食物繊維の豊富な食事をとる。 ・十分な水分摂取を心がける。 ・脂質を適度に摂取する。 ・乳酸菌食品をとり、腸内環境を整える。
貧血	・鉄運を豊富に含む食品を選択する。 ・十分なエネルギーとたんぱく質の補給を心がける。 ・ビタミンCと鉄を同時に摂取し、吸収率を上げる。 ・食事中、食事前後は濃い緑茶・コーヒーは控える。 ・食事のみで改善がむずかしい場合は鉄剤の必要性を伝える。

期間	症状
投与当日	アレルギー反応(顔面紅潮、灼熱感、発疹など)、めまい、発熱、血管痛、耳下腺痛、悪心・嘔吐など
1～3日	発疹、全身倦怠感、食欲不振、悪心・嘔吐など
7～14日	口内炎、下痢、食欲不振、胃部重圧感、白血球・血小板の減少など
14～28日	臓器障害(骨髄、内分泌腺、心臓、肝臓、腎臓など)、膀胱炎、皮膚角質化、色素沈着、脱毛、神経症状など
2～6か月	肺線維症、うっ血性心不全など

出典：千歳、臨床栄養、Vol129(4) 486-493：2016

がん病態栄養専門管理栄養士について

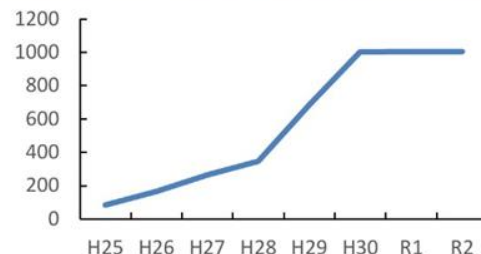
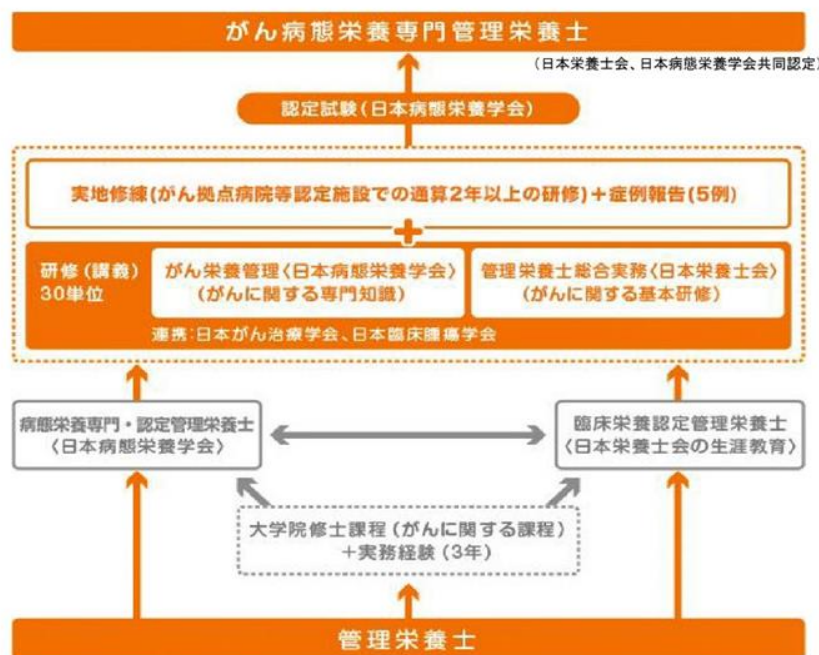
- がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、患者の状態等に応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有するものとして、管理栄養士として一定の経験を有した後、必要な研修及び2年以上の実地修練を行った場合に、がん病態栄養専門管理栄養士として認定される制度がある。

がん病態栄養専門管理栄養士とは

がん病態栄養専門管理栄養士とは、がんの栄養療法に関する専門的知識を有するとともに、研究や臨床で求められる高い倫理性、情報収集能力、対人関係形成能力、洞察力を合わせ持ち、がんサバイバーの身体機能の向上やステージに応じた栄養療法に関する高度な知識と技術を有する管理栄養士である。また、医療チームの一員として、がん患者への円滑な治療を推進すべく、栄養に関わる問題の解決策について多職種に対し提議、提案を行い、がん患者や家族に対する実践的な栄養指導を担うものである。

- 1) がん患者の栄養障害を適切に評価・予測し、がんの罹患部位や症状、手術療法、化学療法、放射線療法等、治療に伴う有害事象の軽減に向けて、個々に応じたきめ細かな栄養管理、栄養指導ができる。
- 2) 治療中・治療後の薬物療法やリハビリテーション、個人の体質・、心理等を考慮した生活療養の指導を行うことができる。
- 3) がんの病態に応じた栄養素等の代謝を理解し、輸液・経腸栄養を含めた栄養の投与に関する提案と調整ができる。
- 4) がん患者における摂食・嚥下障害の発生要因に関する知識を有し、その食形態の提案と調整ができる。
- 5) 緩和ケアに関する知識を有し、全人的な視点に立った支援ができる。
- 6) 最新の栄養情報や臨床情報・ガイドライン等を、国内外のデータベースや文献から得て活用できる。
- 7) がんの予防や診断・治療における問題を抽出し、科学的に解析するとともに、新たなエビデンスの構築に向けて情報の発信ができる。
- 8) 以上のような高度な知識及び技術を有する者として、いずれのステージにおいてもがん治療が効果的に継続できるように努めるとともに、実践内容の検証、改善及びその発信を通じて、がん栄養療法の向上に大きく貢献することができる。

がん病態栄養専門管理栄養士の認定フロー



がん病態栄養専門管理栄養士の認定者数(累計)

専門的な知識を有した管理栄養士の配置について

○ がん病態栄養専門管理栄養士が配置されている場合、配置前と比較して、退院時の食事摂取割合の改善、体重の減少割合、入院日数の無延長が有意に影響を受けていた。

【対象と方法】

A病院において2015年度から2020年度（2015年4月1日～2021年3月31日）の期間に、消化器腫瘍外科に入院した18歳以上の胃がん患者（DPC病名が「060020 胃の悪性腫瘍」）858名を対象として、入院中の栄養管理体制において、がん病態栄養専門管理栄養士の配置整備がなかった2015～2017年度と、配置を行った2018～2020年度の入院中の栄養状態および食事摂取量等の変化について、比較検討を行った。

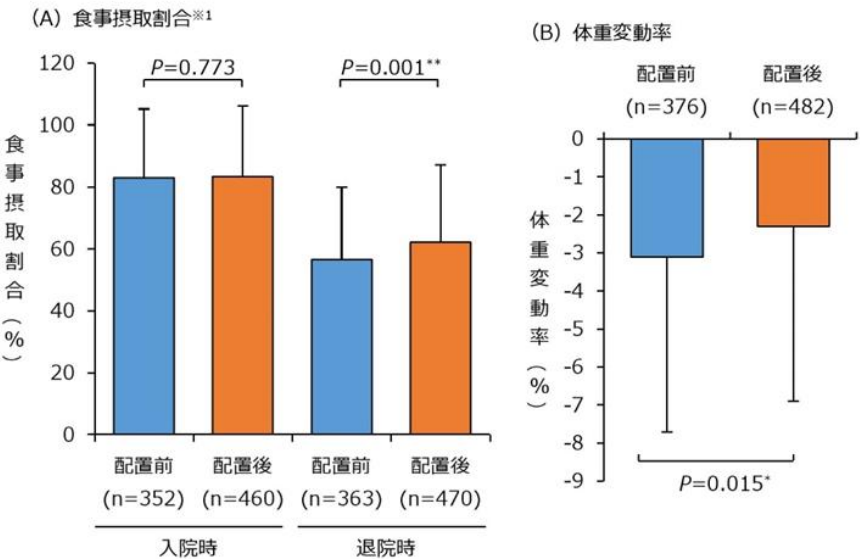


図 食事摂取割合および体重変動率の比較

※1 栄養管理法が経口摂取であった患者を対象とした。
*P<0.05, **P<0.01

	多変量解析		
	オッズ比	(95%信頼区間)	P値
入院時年齢	1.034	(1.02-1.05)	<0.001
体重減少率	0.928	(0.89-0.96)	<0.001
食事摂取割合（入院時）	0.990	(0.98-1.00)	0.011
食事摂取割合（退院時）	1.020	(1.01-1.03)	<0.001
がん病態栄養専門管理栄養士配置の有無	4.235	(3.02-5.92)	<0.001

表 入院日数の延長に影響を与える因子の分析

モデルχ²検定 P<0.001, 判別率 70.5%
目的変数：DPC期間Ⅰ・DPC期間Ⅱを入院日数の延長なし(=1)、DPCⅢ・DPC期間Ⅲ超を入院日数の延長あり(=2)とした。
説明変数：入院時年齢、がん病態栄養専門管理栄養士配置(なし=1,あり=2)、BMI(入院時)、BMI(退院時)、体重変動率、Alb(入院時)、Alb(退院時)、総リンパ球数(入院時)、総リンパ球数(退院時)、食事摂取割合(入院時)、食事摂取割合(退院時)から、ステップワイズ法(変数増加法)で変数選択を行った。

出典：令和2年度 全国国立大学病院栄養部門会議調査「特定機能病院における栄養ケアの在り方」

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－４－２ 質の高いがん医療の評価

- ①がん患者指導管理料の見直し
- ②外来化学療法に係る栄養管理の充実
- ③放射線治療病室管理加算の見直し
- ④がんゲノムプロファイリング検査の見直し
- ⑤無菌製剤処理料の見直し
- 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

放射線治療病室管理加算の見直し

- 放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

現行

【放射線治療病室管理加算】

放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点

【施設基準】
(新設)



改定後

【放射線治療病室管理加算】

(改) 放射線治療病室管理加算（1日につき）

1 治療用放射性同位元素による治療の場合	6,370点
2 密封小線源による治療の場合	2,200点

【施設基準】

1 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

(1) 以下のいずれも満たしていること。

ア 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。

なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につき一ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。

イ 当該病室内又は病室付近に必要な放射線測定器（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに更衣設備を設置していること。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。

ウ 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

2 密封小線源による治療の場合の施設基準

(1) 以下のいずれも満たしていること。

ア 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。

なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につき一ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。

イ 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

放射線治療病室の一例（京都大学附属病院）



出典：QST量子医科学研究所東達也先生提供資料

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－４－２ 質の高いがん医療の評価

- ①がん患者指導管理料の見直し
- ②外来化学療法に係る栄養管理の充実
- ③放射線治療病室管理加算の見直し
- ④がんゲノムプロファイリング検査の見直し
- ⑤無菌製剤処理料の見直し
- 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

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査の見直し

- がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直し、検査結果の解釈・説明等の評価としてがんゲノムプロファイリング評価提供料を新設する。

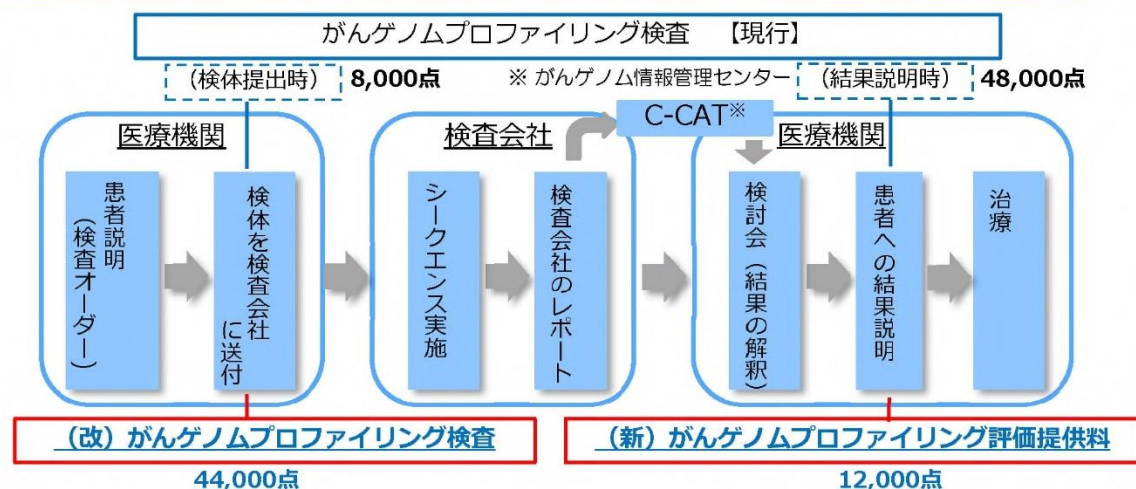
(新) がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

[施設基準]

当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。



現行	
がんゲノムプロファイリング検査	
1 検体提出時	8,000点
2 結果説明時	48,000点
改定後	
(改) がんゲノムプロファイリング検査	44,000点
(新) がんゲノムプロファイリング評価提供料	12,000点

無菌製剤処理料の対象施設の見直し

- 質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する

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－４－２ 質の高いがん医療の評価

- ①がん患者指導管理料の見直し
- ②外来化学療法に係る栄養管理の充実
- ③放射線治療病室管理加算の見直し
- ④がんゲノムプロファイリング検査の見直し
- ⑤無菌製剤処理料の見直し
- 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

悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

現行	改定後
イ 外来化学療法加算1 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ① 15歳未満 820点 ② 15歳以上 600点 □ 外来化学療法加算2 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ① 15歳未満 740点 ② 15歳以上 470点	(新) 1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点 (新) 2 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点 (新) 注 15歳未満の小児の場合 200点を加算

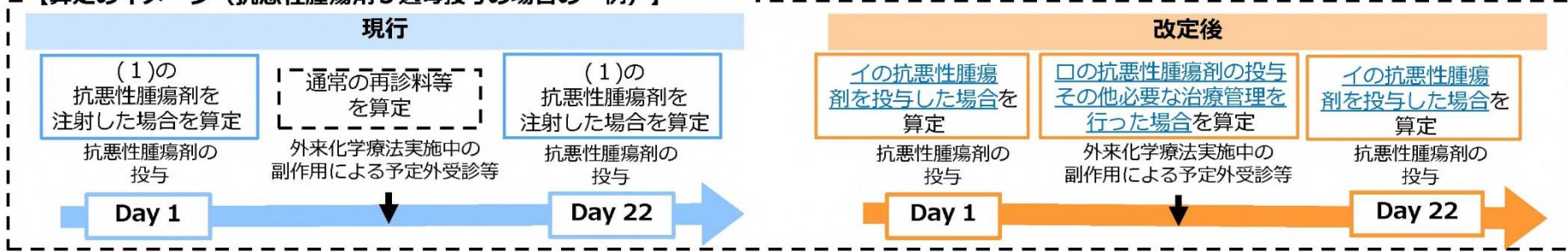
[算定要件]

- 悪性腫瘍を主病とする患者で、入院中の患者以外の患者に対して、注射による化学療法の実施及び実施に伴うその他必要な治療管理（副作用等に係る診療等を含む）を行った場合に、イについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月3回に限り、□については抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週1回に限り算定する。
- に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。
- 患者の心理状態に十分配慮された環境で、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等について文書により説明を行う。

[施設基準]

- 専任の医師又は看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者からの副作用等に係る問い合わせ・相談に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。 ・ 急変時等に当該患者が入院できる体制が確保されていること。
- 外来化学療法を実施するための治療室を有していること。 ・ 化学療法の経験の有する専任の医師、看護師、薬剤師が勤務していること。
- （外来腫瘍化学療法診療料1のみ）化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する委員会を開催していること。

【算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤3週毎投与の場合の一例）】



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－４－３ 認知症の者に対する適切な医療の評価

① 認知症専門診断管理料の見直し

認知症専門診断管理料の見直し

- 認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

現行

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2 300点

【施設基準】

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



改定後

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2
イ 基幹型又は地域型の場合 300点
ロ 連携型の場合 280点

【施設基準】

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

(削除)

- 2 (略)

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
 - ・対象となる疾患に心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加
 - ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている衛生管理者を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し



- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

現行

【療養・就労両立支援指導料】

〔算定要件〕

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

【療養・就労両立支援指導料】

〔算定要件〕

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

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

依存症患者に対する医療の充実

依存症入院医療の充実

- 重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

現行

【重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）】

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 30日以内 | 200点 |
| 2 | 31日以上60日以内 | 100点 |

〔対象患者〕
入院治療が必要なアルコール依存症の患者

改定後

（改）【依存症入院医療管理加算（1日につき）】

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 30日以内 | 200点 |
| 2 | 31日以上60日以内 | 100点 |

〔対象患者〕
入院治療が必要なアルコール依存症の患者 又は薬物依存症
の患者

依存症外来医療の充実

- 依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

現行

【依存症集団療法（1回につき）】

- 〔対象疾患〕
- | | | |
|---|-------------|------|
| 1 | 薬物依存症の場合 | 340点 |
| 2 | ギャンブル依存症の場合 | 300点 |
- （新設）
〔算定要件〕
（新設）

改定後

【依存症集団療法（1回につき）】

〔対象疾患〕

- | | |
|---|-----|
| 1 | （略） |
| 2 | （略） |

（新）3 アルコール依存症の場合 300点

〔算定要件〕

アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のもの
に対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回
に限り算定する。

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し

- 摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。

摂食障害入院医療管理加算の実績要件の見直し

- 摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について緩和する。

現行

【摂食障害入院医療管理加算】

[施設基準]

(1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。



改定後

【摂食障害入院医療管理加算】

[施設基準]

(1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が1人以上であること。

精神科身体合併症管理加算の対象患者の見直し

- 精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について緩和する。

現行

【精神科身体合併症管理加算】

[施設基準]

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者
重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者



改定後

【精神科身体合併症管理加算】

[施設基準]

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者
重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価

- 精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 療養生活継続支援加算 350点 (月1回) ※ 1年を限度

[算定要件]

- (1) 通院・在宅精神療法の1を算定する患者で、重点的な支援を要する患者について、精神科を担当する医師の指示の下、専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り算定できる。
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
 - 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を1つ以上満たす者であること。
 - 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から2週間以内に、多職種と共同して「療養生活環境の整備に関する支援計画書」(支援計画書)を作成する。支援計画書の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進調査事業の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。
 - 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。
- (3) (略)

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

現行

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限り） ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援機関にある患者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者
□ 重症患者等	○上記のア又はイに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限り）



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	(略)
□ 重症患者等	○(略) ○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限り） 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

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

児童思春期精神科専門管理加算の見直し

- 児童・思春期精神医療の外来診療について、2年以上診療が継続している場合についても算定できるよう見直す。

現行

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】

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



改定後

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療）】

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

(新) (2) (1)以外の場合

300点

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

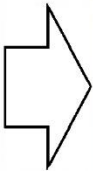
通院・在宅精神療法の見直し

- 通院精神療法及び在宅精神療法について、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。

現行

【通院精神療法】

診療時間	点数
60分以上（初診のみ）	540点
30分以上	400点
30分未満	330点



改定後

【通院精神療法】（在宅精神療法についても同様）

診療時間	実施者	点数
60分以上（初診のみ）	<u>指定医</u>	<u>560点</u>
	<u>それ以外</u>	540点
30分以上	<u>指定医</u>	<u>410点</u>
	<u>それ以外</u>	<u>390点</u>
30分未満	<u>指定医</u>	330点
	<u>それ以外</u>	<u>315点</u>

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－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

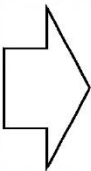
- ①療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- ③アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設
- ④摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し
- ⑤精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設
- ⑥継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- ⑩クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し
- ⑪かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急医療に係る入院についての評価の見直し

- 精神科救急入院料を精神科救急急性期医療入院料とし、手厚い救急急性期医療体制、緊急の患者に対応する体制及び医師の配置等をそれぞれ評価する。
- 精神科救急・急性期医療における役割に応じた評価体系とする。
- 精神科救急急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた3区分に見直す。

現行		
精神科救急入院料 1		
イ	30日以内	3,579点
ロ	31日以上	3,145点
精神科救急入院料 2		
イ	30日以内	3,372点
ロ	31日以上	2,938点



改定後		
< (1) 手厚い救急急性期医療体制 >		
<u>(改) 精神科救急急性期医療入院料</u>	30日以内	<u>2,400点</u>
	31日以上 <u>60日以内</u>	<u>2,100点</u>
	<u>61日以上90日以内</u>	<u>1,900点</u>
・ 病院常勤の指定医が 4名以上 ・ 常時精神科救急外来診療が可能 ・ 全ての入院形式の患者受入れが可能 ・ 時間外、休日・深夜の入院件数が 年間30件以上 又は 人口1万人当たり0.37件以上 であり、うち 6件以上 又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関		
< (2) 緊急の患者に対応する体制 >		
<u>(新) 精神科救急医療体制加算</u>	<u>1 身体合併症対応</u>	<u>600点</u>
	<u>2 常時対応型</u>	<u>590点</u>
	<u>3 病院群輪番型</u>	<u>500点</u>
・ 精神科救急急性期医療入院料を算定 ・ 精神科救急体制整備事業による指定 ・ 病院常勤の指定医が5名以上 ・ 時間外、休日・深夜の入院件数が 年間40件以上 又は 人口1万人当たり0.5件以上 であり、うち 8件以上 又は2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼		
< (3) 医師の配置とクロザピン使用体制 >		
<u>(改) 精神科急性期医師配置加算</u>	1	600点
	<u>3</u>	<u>400点</u>
・ クロザピン導入 6件／年 以上 ・ 病棟常勤指定医2名以上 ・ 新規クロザピン導入 3件／年 以上		

精神科救急医療体制の整備の推進

入院期間に応じた区分の見直し

- 合併症や急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた3区分に見直す。

現行		
(1日につき)	30日以内	31日以上
精神科急性期治療病棟入院料1	1,997点	1,665点
精神科急性期治療病棟入院料2	1,883点	1,554点
精神科救急・合併症入院料	3,579点	3,145点



改定後			
(1日につき)	30日以内	31日以上 60日以内	61日以上 90日以内
精神科急性期治療病棟入院料1	2,000点	1,700点	1,500点
精神科急性期治療病棟入院料2	1,885点	1,600点	1,450点
精神科救急・合併症入院料	3,600点	3,300点	3,100点

病床数上限の見直し

- 精神科救急や急性期医療に係る病棟の病床数について、上限を見直す。

現行
【施設基準】 【精神科救急入院料】 - 当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下 - 当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下 ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。 【精神科急性期治療病棟入院料】 - 当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下 - 当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下



改定後
【施設基準】 <u>(改) 【精神科救急急性期医療入院料】</u> - 当該保険医療機関における<u>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</u> 【精神科急性期治療病棟入院料】 - 当該病棟の病床数は、<u>130床以下</u> <u>(新) 【精神科救急医療体制加算】</u> <u>精神科救急急性期医療入院料を算定している病棟</u> - 病棟の病床単位で届出、<u>120床以下</u> - 旧精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、<u>地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等が確認できる場合は、120床を超えて届出を行うことができ、60/100に相当する点数を算定できる。</u> 【経過措置】 旧精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下であることに該当するものとみなす。

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急・合併症入院料の見直し

- 精神科身体合併症管理加算や心大血管疾患リハビリテーション料等を包括評価の範囲から除外する。

現行

【精神科救急・合併症入院料】

○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療

第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用



改定後

【精神科救急・合併症入院料】

○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療

現行の項目(左記)に加え、以下の項目

精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)

- 指定医の配置、時間外、休日・深夜における外来診療件数、地域の入院需要に対する要件を見直す。

現行

【精神科救急・合併症入院料】

[施設基準]

- ・病棟に常勤の指定医が3名以上配置されていること。
- ・常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く。)件数の実績が年間200件以上、又は次の地域における人口1万人当たり2.5件以上であること。
- ・以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。



改定後

【精神科救急・合併症入院料】

[施設基準]

- ・病棟に常勤の指定医が2名以上配置されていること。
- ・常時精神科救急外来診療が可能であること。

(削除)

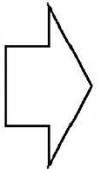
- ・以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は5件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

➤ 加算の対象となる病棟として、精神科救急急性期医療入院料を加える。

現行		
精神科急性期医師配置加算		
1	精神科急性期治療病棟 1	600点
2 のイ	精神科病棟入院基本料等	500点
2 のロ	精神科急性期治療病棟 1	500点
3	精神科急性期治療病棟 1	450点
・ 当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		



改定後		
精神科急性期医師配置加算		
1	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料 1	600点
2 のイ	精神科病棟入院基本料等	500点
2 のロ	精神科急性期治療病棟 1	450点
3	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料 1	400点
・ 当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		
・ 加算 1：病棟常勤指定医 2 名以上		

〔経過措置〕

令和四年三月三十一日において旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟及び精神科急性期医師配置加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関については、令和五年三月三十一までの間に限り、病棟常勤指定医 2 名以上の要件に該当するものとみなす。
令和 4 年 3 月 31 日時点で精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後に精神科救急急性期医療入院料を算定するものについては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、クロザピン導入に関する基準を満たしているものとする。

（参考）精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算 1	加算 2 のロ	加算 3	加算 2 のイ
新規入院患者の 自宅等への3か月以内の移行率	6 割以上	6 割以上	4 割以上	- 内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜 - 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置 - 精神科リエゾンチーム加算を届出している - 直近 3 か月間の新規入院患者の 5 %以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者 - 精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月 5 人以上診察
クロザピン新規導入患者数	6 件／年以上	—	3 件／年以上	
時間外 外来診療	20 件／年以上	20 件／年以上	20 件／年以上	
時間外 入院	6 件／年以上	6 件／年以上	6 件／年以上	

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進

- クロザピンの普及推進のため、クロザピンの新規導入患者について、当該保険医療機関の他の病院から転院する場合であっても、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直す。

現行

【精神科救急入院料】

〔算定要件〕

- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
- イ 他病棟入院患者の急性増悪例
- ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者（※1）



改定後

【精神科救急急性期医療入院料】

（精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様）

〔算定要件〕

- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
- イ 他病棟入院患者の急性増悪例
- ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟又は転院する患者（※1）

※1 クロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

- 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

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

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

救急患者精神科継続支援料の見直し

救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し

- 救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

現行

【救急患者精神科継続支援料】

- 1 入院中の患者 435点
- 2 入院中の患者以外 135点

【算定要件】

注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。

- 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。

【施設基準】

- 1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

- (3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。

- 2 届出に関する事項

専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付。

改定後

【救急患者精神科継続支援料】

- 1 入院中の患者 **900点**
- 2 入院中の患者以外 **300点**

【算定要件】

注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に**週1回**に限り算定する。

- 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後**24週**を限度として、**週1回**に限り算定する。

【施設基準】

- 1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

- (3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した**専任の常勤精神保健福祉士及び**専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。

- 2 届出に関する事項

- (1) 専任の常勤医師、**専任の常勤精神保健福祉士**及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付**(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)**。

- (2) 令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているもの。

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－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

- 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
- ②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実
- 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
- 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
- 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
- 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
- ⑦児童思春期精神科専門管理加算の見直し
- ⑧通院・在宅精神療法の見直し
- ⑨精神科救急医療体制の整備の推進
- 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
- 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
- ⑫救急患者精神科継続支援料の見直し
- 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

救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

精神疾患診断治療初回加算等の新設

- 救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

現行

【救命救急入院料（1日につき）】

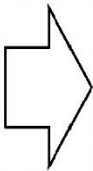
〔算定要件〕

注2 自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定不可。

（新設）

〔施設基準〕

（新設）



改定後

【救命救急入院料（1日につき）】

〔算定要件〕

注2 自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算。この場合において、区分番号A248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定不可。

イ 施設基準に適合している場合

7,000点

ロ イ以外の場合

3,000点

10 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。

〔施設基準〕

二 救命救急入院料の施設基準等

(4) 救命救急入院料の注2のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること。

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－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 遺伝学的検査の見直し
- ② 遺伝カウンセリングの見直し
- ③ 生体移植時における適切な検査の実施
- ④ 知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑤ 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
- 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

指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

➤ 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する（53疾患）。

	エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、 <u>ベスレムミオパチー</u> 、 <u>過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー</u> 、 <u>非ジストロフィー性ミオトニー症候群</u> 、 <u>遺伝性周期性四肢麻痺</u> 、 <u>禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症</u> 、 <u>結節性硬化症</u> 、 <u>肥厚性皮膚骨膜炎</u>
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病、クリオピリン関連周期性熱症候群（中略）、DYT11ジストニア／MDS、DYT12／RDP／AHC／CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症／NBIA1、 <u>根性点状軟骨異形成症Ⅰ型</u> 、 <u>家族性部分性脂肪萎縮症</u>	ソトス症候群、CPT2欠損症（中略）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、 <u>筋萎縮性側索硬化症</u> 、 <u>家族性特発性基底核石灰化症</u> 、 <u>縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー</u> 、 <u>シュワルツ・ヤンベル症候群</u> 、 <u>肥大型心筋症</u> 、 <u>家族性高コレステロール血症</u> 、 <u>先天性ミオパチー</u> 、 <u>皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症</u> 、 <u>神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症</u> 、 <u>先天性無痛無汗症</u> 、 <u>家族性良性慢性天疱瘡</u> 、 <u>那須・ハコラ病</u> 、 <u>カーニー複合</u> 、 <u>ペルオキシソーム形成異常症</u> 、 <u>ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症</u> 、 <u>プラズマローゲン合成酵素欠損症</u> 、 <u>アカタラセミア</u> 、 <u>原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型</u> 、 <u>レフサム病</u> 、 <u>先天性葉酸吸収不全症</u> 、 <u>異型ボルフィリン症</u> 、 <u>先天性骨髄性ボルフィリン症</u> 、 <u>急性間欠性ボルフィリン症</u> 、 <u>赤芽球性プロトボルフィリン症</u> 、 <u>X連鎖優性プロトボルフィリン症</u> 、 <u>遺伝性コプロボルフィリン症</u> 、 <u>晩発性皮膚ボルフィリン症</u> 、 <u>肝性骨髄性ボルフィリン症</u> 、 <u>原発性高カイロミクロン血症</u> 、 <u>無βリポタンパク血症</u> 、 <u>タナトフォリック骨異形成症</u> 、 <u>遺伝性脾炎</u> 、 <u>嚢胞性線維症</u> 、 <u>アッシャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3）</u> 、 <u>カナバン病</u> 、 <u>先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症</u> 、 <u>大理石骨病</u> 、 <u>脳クレアチン欠乏症候群</u> 、 <u>ネフロン癆</u> 、 <u>家族性低βリポタンパク血症Ⅰ（ホモ接合体）</u> 、 <u>進行性家族性肝内胆汁うっ滞症</u>
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群（中略）、血管型エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・ティビ症候群、 <u>ミトコンドリア病</u>

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－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ①遺伝学的検査の見直し
- ②遺伝カウンセリングの見直し
- ③生体移植時における適切な検査の実施
- ④知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑤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
- 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

遺伝カウンセリングの見直し

遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

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

【検体検査判断料】 遺伝カウンセリング加算 1,000点

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査及び区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。

〔算定要件〕（概要・一部抜粋）

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ・ 当該他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。
- ・ 当該他の保険医療機関は本区分の「注6」遺伝カウンセリング加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

保険医療機関A

保険医療機関B

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関



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－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ①遺伝学的検査の見直し
- ②遺伝カウンセリングの見直し
- ③生体移植時における適切な検査の実施
- ④知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑤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
- 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

生体移植時における適切な検査の実施

算定要件の見直し

- HTLV-1陽性患者の生体移植後において、指定難病であるHTLV-1関連脊髄症の発症リスクが高いとの報告を踏まえ、HTLV-1核酸検出の要件及び生体移植時における臓器等提供者に係る感染症検査の取扱いを見直す。

現行

【微生物核酸同定・定量検査】

【算定要件】

(18) HTLV-1核酸検出

「14」のHTLV-1核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「50」のHTLV-1抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

【第10部 手術】

【算定要件】

<通則>

20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

(1) (略)

(2) 臓器等提供者に係る感染症検査

ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs抗原、HBc抗体半定量・定量、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体定性・定量、HTLV-I抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか1つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。
イ～エ (略)



改定後

【微生物核酸同定・定量検査】

【算定要件】

(18) HTLV-1核酸検出

「14」のHTLV-1核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「50」のHTLV-1抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦、移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

【第10部 手術】

【算定要件】

<通則>

20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

(1) (略)

(2) 臓器等提供者に係る感染症検査

ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs抗原、HBc抗体半定量・定量、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体定性・定量、HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定量、HTLV-I抗体（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)

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－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ①遺伝学的検査の見直し
- ②遺伝カウンセリングの見直し
- ③生体移植時における適切な検査の実施
- ④知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑤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
- 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

知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

- 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化し、知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

現行

【遠隔連携診療料】

500点

【算定要件】

注1 略
(新設)

【施設基準】

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

- イ (略)
□ てんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者



改定後

【遠隔連携診療料】

- (改) 1 診断を目的とする場合 **750点**
(改) 2 その他の場合 **500点**

【算定要件】

- 注1 略
2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的**として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

【施設基準】

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

- イ (略)
□ てんかん（外傷性のてんかん及び**知的障害を有する者に係るもの**を含む。）の疑いがある患者

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－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ①遺伝学的検査の見直し
- ②遺伝カウンセリングの見直し
- ③生体移植時における適切な検査の実施
- ④知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑤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
- 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

医療的ケア児等に関わる関係機関の連携

診療情報提供料（I）の見直し

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

現行

【診療情報提供料（I）】

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

【診療情報提供料（I）】

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

【情報提供先】

- ・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部

【対象患者】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者

改定後

【診療情報提供料（I）】

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

【診療情報提供料（I）】

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

【情報提供先の追加】

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

【対象患者の追加】

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

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－４－５ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ①遺伝学的検査の見直し
- ②遺伝カウンセリングの見直し
- ③生体移植時における適切な検査の実施
- ④知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑤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
- 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

難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進

- 地域の診療所等が、指定難病患者又はてんかん患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）を専門の医療機関に紹介し、紹介先の医療機関においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

（新）連携強化診療情報提供料

150点

〔算定要件〕

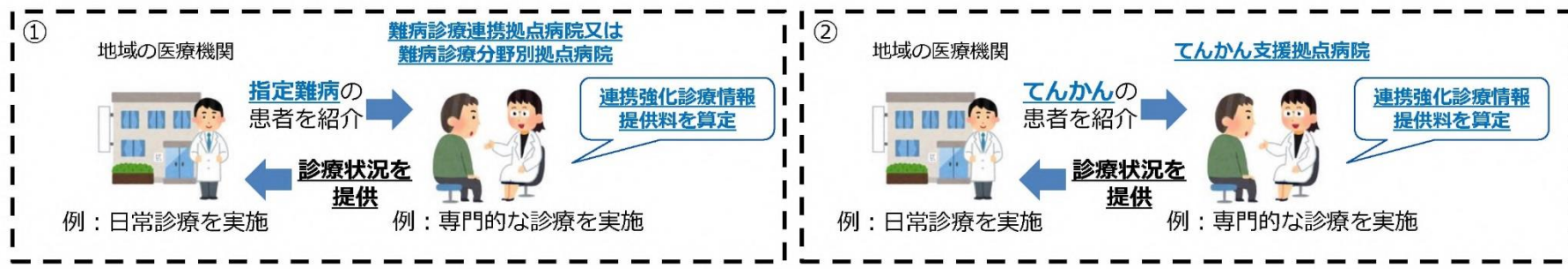
他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

〔対象患者〕

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

〔施設基準〕

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



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

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

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

小児運動器疾患指導管理料の見直し

算定要件の見直し

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

小児運動器疾患指導管理料 250点

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

【対象患者（概要）】

- 対象患者は、**以下のいずれかに該当する20歳未満の患者**とする。
 - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者
 - イ 装具を使用する患者
 - ウ 医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者
 - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件（抜粋）】

- 初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載する。
- 6月に1回に限り算定する（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回）に限り算定する。
- 小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

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（再掲）

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。（Ⅰ－７（１）を参照）

具体的な内容：（略）

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

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（再掲）

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。（Ⅰ－７（２）を参照）

具体的な内容：（略）

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

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（再掲）

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。（Ⅰ－７（３）を参照）

具体的な内容：（略）

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

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評価

- 小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に嚴重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料 1 ～ 5

(新) 無菌治療管理加算 1	2,000点 (1日につき)
(新) 無菌治療管理加算 2	1,500点 (1日につき)

[対象患者]

- 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者。

[算定要件]

- 造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理を行った場合、一連の治療につき、90日を限度として加算する。

[施設基準]

- 無菌治療管理加算 1 に関する施設基準
 - 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
 - 滅菌水の供給が常時可能であること。
 - 個室であること。
 - 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 6 以上であること。
 - 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。
- 無菌治療管理加算 2 に関する施設基準
 - 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 7 以上であること。
 - (1) のア及びイを満たしていること。

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

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

➤ 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

- 小児入院医療管理料 1
- (新) 時間外受入体制強化加算 1 300点 (入院初日)**
- 小児入院医療管理料 2
- (新) 時間外受入体制強化加算 2 180点 (入院初日)**

[対象患者]
小児入院医療管理料 1 又は 2 を現に算定している患者。
[算定要件]
当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。

- [施設基準]
- (1) 時間外受入体制強化加算 1 の施設基準
- ① 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。
 - ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。
 - ③ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**3項目以上**を満たしていること。

ア 11時間以上の勤務間隔の確保	オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫
イ 正循環の交代周期の確保	カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	キ 夜間院内保育所の設置
エ 夜勤後の暦日の休日確保	ク ICT、IoT等の活用による業務負担軽減

- (2) 時間外受入体制強化加算 2 の施設基準
- ① 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。
 - ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。
 - ③ (1) の③を満たしていること。

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価

- 小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供をした場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 退院時薬剤情報管理指導連携加算 150点 (退院時 1回)

[対象患者]

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している
 - ・ **小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
 - ・ **医療的ケア児である患者**

[算定要件]

- ・ 当該保険医療機関の**医師又は医師の指示に基づき薬剤師**が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の**退院時**に、当該患者又はその家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する**必要な指導**を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が選択する**保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供**した場合に、退院の日に1回に限り算定する。保険薬局への情報提供に当たっては、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。
 - ア 患者の**状態に応じた調剤方法**
 - イ 服用状況に合わせた**剤形変更に関する情報**
 - ウ **服用上の工夫**
 - エ 入院前の**処方薬の変更又は中止に関する情報**や変更又は中止後の**患者の状態等に関する情報**
- ・ 情報文書の交付方法は、患者又はその家族等の選択する保険薬局に直接送付することに代えて、患者又はその家族等に交付し、患者又はその家族等が保険薬局に持参することでも差し支えない。
- ・ 患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、1回のみ算定とする。また、死亡退院の場合は算定できない。

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

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

- 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 養育支援体制加算 300点(入院初日)

[対象患者]

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

[算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準の概要]

- (1) 以下から構成される虐待等不適切内容行が疑われる小児患者への支援を行う

養育支援チームが設置されていること

- ア 小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
- イ 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
- ウ 小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

- (2) 養育支援チームの業務

ア 養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。

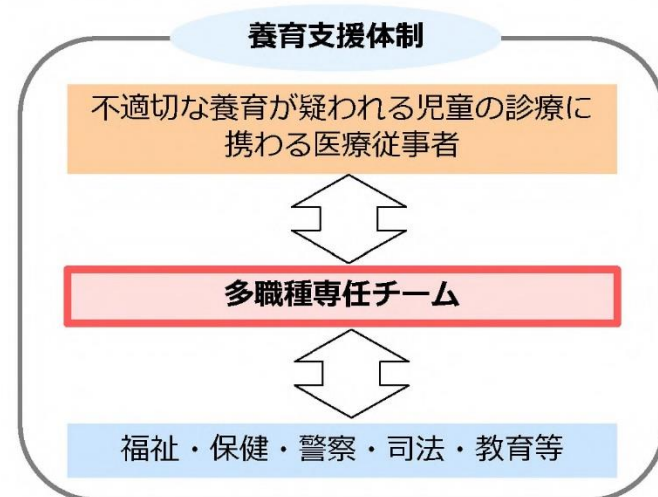
イ 虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。

ウ 主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。

エ 虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。

オ 養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。

- (3) (2)のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。



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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

小児特定集中治療室管理料の見直し

- 高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、要件及び算定上限日数を見直す。

施設基準の見直し

- 小児特定集中治療室管理料の施設基準の実績要件について、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改定後

【小児特定集中治療室管理料】

(8) 次の**いずれか**の基準を満たしていること。

ア 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。

ウ 当該治療室に入院する患者のうち、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

算定上限日数の見直し

- 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行う。

改定後

15歳未満の小児	14日
----------	-----

15歳未満の小児のうち、急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症 のいずれかに該当する患者	21日
---	-----

15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
--------------------------------------	-----

手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児	55日
------------------------------	------------

※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

新生児特定集中治療室管理料等の見直し

算定上限日数の見直し

- 慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

新生児特定集中治療室管理料・総合周産期特定集中治療室管理料

改定後	
通常の新生児	21日
出生時体重が1,500 g 以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	35日
出生時体重が1,000 g 以上1,500 g 未満の新生児	60日
出生時体重が1,000 g 未満の新生児	90日
<u>出生時体重が500 g 以上750 g 未満であって慢性肺疾患の新生児</u>	<u>105日</u>
<u>500 g 未満であって慢性肺疾患の新生児</u>	<u>110日</u>

新生児治療回復室入院医療管理料

改定後	
通常の新生児	30日
出生時体重が1,500 g 以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	50日
出生時体重が1,000 g 以上1,500 g 未満の新生児	90日
出生時体重が1,000 g 未満の新生児	120日
<u>出生時体重が500 g 以上750 g 未満であって慢性肺疾患の新生児</u>	<u>135日</u>
<u>500 g 未満であって慢性肺疾患の新生児</u>	<u>140日</u>

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）（8日まで）

1	ハイリスク分娩管理加算	3,200点
(新) 2	地域連携分娩管理加算	3,200点

【対象患者】

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

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

【算定要件】

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

【施設基準の概要】

- (1) 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。なお、そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師であること。
- (3) 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっていること。
- (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。

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等への支援

- 胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。

総合周産期特定集中治療室管理料

(新) 成育連携支援加算 1,200点 (入院中1回)

[対象患者]

総合周産期特定集中治療室管理料を算定する病室に入院する患者であって、**胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦**。なお、ここでいう胎児が重篤な状態とは「先天奇形」「染色体異常」「出生体重1,500g未満」の状態である。

[算定要件]

- ・妊婦とその家族等に対し、**分娩方針や出生後利用可能な福祉サービス等について、十分な説明**を行うこと。
- ・説明内容は、成育連携チーム及び必要に応じ関係職種が**共同してカンファレンスを行った上で決定**する。
- ・妊婦とその家族等の求めがあった場合には、**懇切丁寧に対応**すること。

[施設基準の概要]

以下から構成される**成育連携チーム**が設置されていること。

- | | |
|---------------|------------------------------------|
| ア 産科又は産婦人科の医師 | エ 5年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師 |
| イ 小児科の医師 | オ 専任の常勤社会福祉士 |
| ウ 助産師 | カ 専任の常勤公認心理師 |



妊娠中

- ・ (新設) 成育連携支援加算

出産



出産後

- ・ 入退院支援加算 3
- ・ 診療情報提供料 (I)
- ・ 退院時共同指導料 1・2



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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

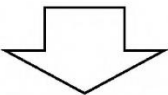
ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

➤ 精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

ハイリスク妊産婦連携指導料 1 (産科又は産婦人科)	1,000点 (月 1 回)
-------------------------------	-------------------

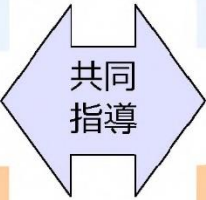
現行

〔対象患者〕
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後 2 月以内であるもの。



改定後

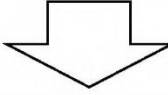
〔対象患者〕
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後 2 月以内であるもの。



ハイリスク妊産婦連携指導料 2 (精神科又は心療内科)	750点 (月 1 回)
--------------------------------	-----------------

現行

〔対象患者〕
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後 2 月以内であるもの。



改定後

〔対象患者〕
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後 6 月以内であるもの。

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

救急医療管理加算の見直し

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

算定対象となる状態の見直し

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

現行	改定後
【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）	【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）
1 救急医療管理加算 1 950点	1 救急医療管理加算 1 <u>1,050点</u>
2 救急医療管理加算 2 350点	2 救急医療管理加算 2 <u>420点</u>
[対象患者]	
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、 <u>ア～サのいずれかの状態</u> であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。	
・救急医療管理加算2の対象となる患者は、 <u>ア～サまでに準ずる状態</u> 又は <u>シ</u> の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。	
ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	キ 広範囲熱傷、 <u>顔面熱傷又は気道熱傷</u>
イ 意識障害又は昏睡	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
エ 急性薬物中毒	<u>コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態</u>
オ ショック	<u>サ 蘇生術を必要とする重篤な状態</u>
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	<u>シ</u> その他の重症な状態（加算2のみ）

算定要件の見直し

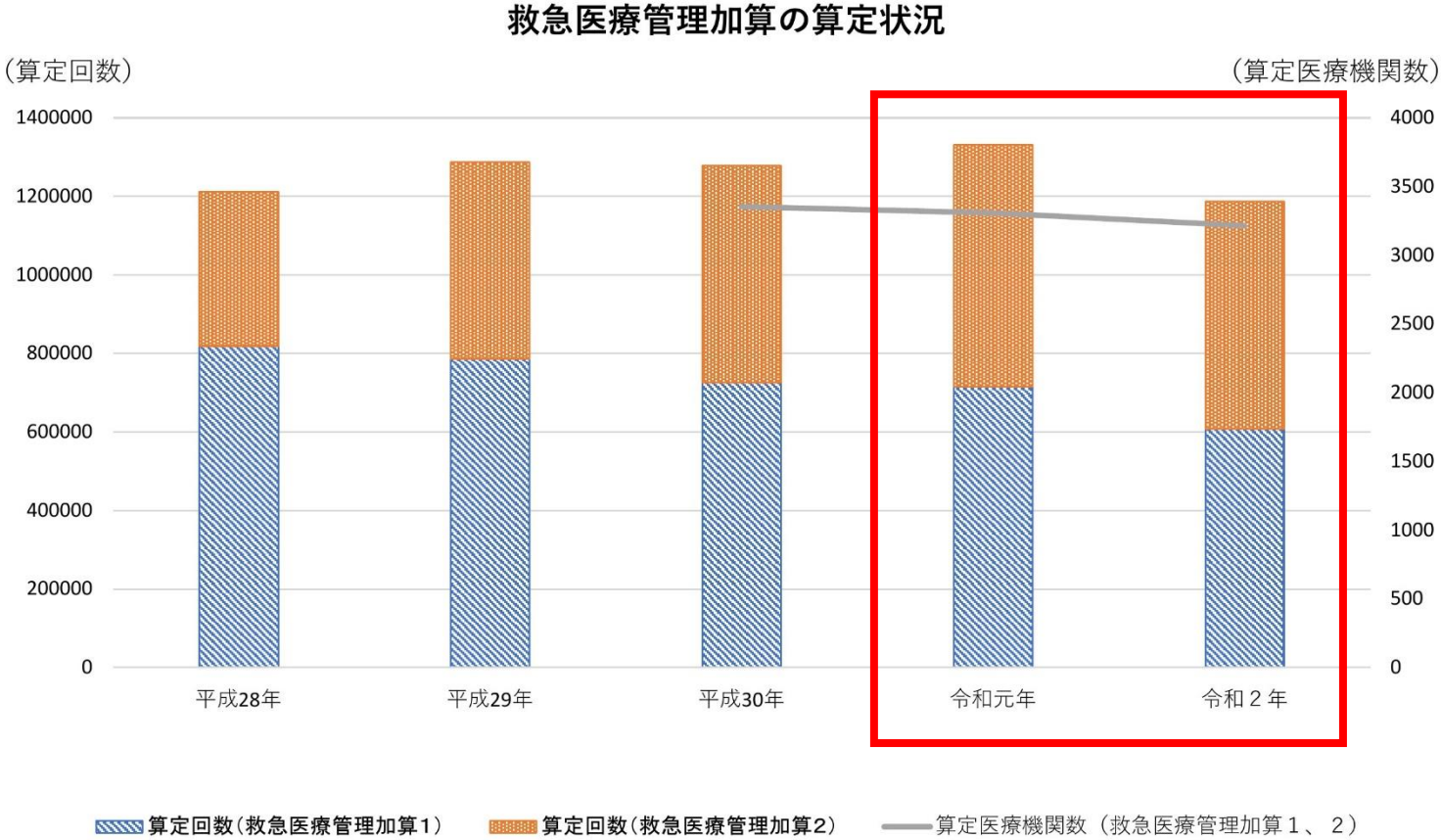
➤ 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。

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

改定後											
【摘要欄記載事項】	【DPC様式1】※予定・救急医療入院の患者に限る										
◆ アからサのうち該当する状態											
◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標											
◆ <u>イの状態に該当する場合はJCS0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算2においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）</u>											
◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの											
	<table><tr><th>患者の状態/状態指標</th><th>状態指標の記載時点</th></tr><tr><td>意識障害患者/JCS</td><td>・<u>救急受診時</u> ・<u>治療室又は病棟入室時</u></td></tr><tr><td>心疾患患者/NYHA</td><td>・<u>救急受診時</u> ・<u>治療室又は病棟入室時</u></td></tr><tr><td>呼吸不全の患者/P/F</td><td>・<u>救急受診時</u> ・<u>治療室又は病棟入室時</u></td></tr><tr><td>熱傷患者/Burn Index</td><td>・<u>治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点</u></td></tr></table>	患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点	意識障害患者/JCS	・ <u>救急受診時</u> ・ <u>治療室又は病棟入室時</u>	心疾患患者/NYHA	・ <u>救急受診時</u> ・ <u>治療室又は病棟入室時</u>	呼吸不全の患者/P/F	・ <u>救急受診時</u> ・ <u>治療室又は病棟入室時</u>	熱傷患者/Burn Index	・ <u>治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点</u>
患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点										
意識障害患者/JCS	・ <u>救急受診時</u> ・ <u>治療室又は病棟入室時</u>										
心疾患患者/NYHA	・ <u>救急受診時</u> ・ <u>治療室又は病棟入室時</u>										
呼吸不全の患者/P/F	・ <u>救急受診時</u> ・ <u>治療室又は病棟入室時</u>										
熱傷患者/Burn Index	・ <u>治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点</u>										

救急医療管理加算の算定状況

○ 救急医療管理加算の算定回数及び算定医療機関数については、以下のとおりであった。



出典：平成30年～令和2年についてはNDBデータより集計（保険局医療課調べ）
 平成28年、平成29年については社会医療診療行為別統計より引用

- 入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定
- 施設基準あり（次項参照）

救急医療管理加算 1 950点

ア～ケいずれかの状態にあつて、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

救急医療管理加算 2 350点

アからケまでに準ずる重篤な状態又はコの状態にあつて、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

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t PA 療法を必要とする 状態
- コ その他重症な状態（加算 2 のみ）

令和2年度の診療報酬改定において、救急医療管理加算の算定にあたって、以下について摘要欄に記載することとした。

① アからケのうち該当する状態（加算2の場合は、アからケのうち準ずる状態又はコの状態のうち該当するもの）

② イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの 入院時の状態に係る指標。また、コに該当する場合はその医学的根拠。

イ. 意識障害又は昏睡

JCS1～300のうち当てはまるものを記載

ウ. 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

呼吸不全：P/F比400以上、P/F比300以上400未満、P/F比200以上300未満、P/F比200未満のうち当てはまるものを記載

心不全：NYHA1～4のうち当てはまるものを記載

オ. ショック

平均血圧70mmHg以上、平均血圧70mmHg未満、昇圧剤利用なし、昇圧剤利用あり、のうち当てはまるものを記載

カ. 代謝障害

肝不全：AST値、ALT値

腎不全：eGFR値

重症糖尿病：JSD値、NGSP値、随時血糖値

その他：具体的な状態を記載

キ. 広範囲熱傷

Burn Index4未満、4以上9未満、9以上、気道熱傷なし、気道熱傷ありのうち当てはまるものを記載

③ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについての医科診療コード。

- 救急医療管理加算 1 が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」の患者のうち JCS 0 の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、各年共に 0 ～ 5 %未満の医療機関の割合が最も高く、改定後には増加した。
- 救急医療管理加算 2 が算定される患者において、「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のうち JCS 0 の患者が占める割合を医療機関ごとにみると、以下のとおりであった。

(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典: 脳卒中ガイドライン2009

I. 刺激しないでも覚醒している状態
(1桁の点数で表現)

- 0 意識清明
1 意識清明とはいえない
2 見当識障害がある
3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激をすると覚醒する状態
(2桁の点数で表現)

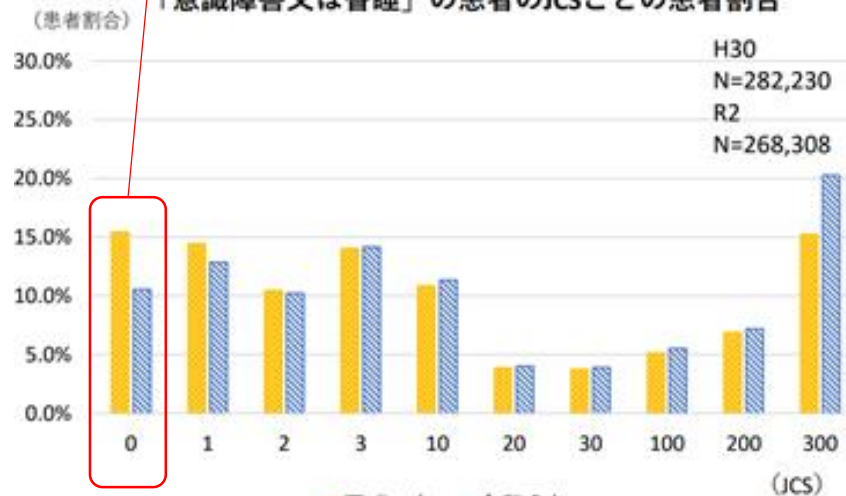
- 10 普通の呼びかけで容易に開眼する
20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない状態
(3桁の点数で表現)

- 100 痛みに対し、払いのけるような動作をする
200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
300 痛み刺激に全く反応しない

救急医療管理加算 1 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合



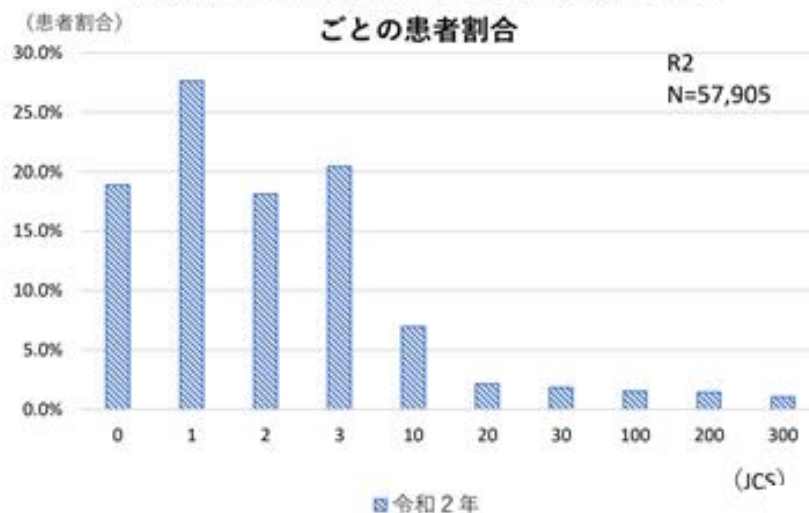
出典: 各年度DPCデータ

■平成30年 ■令和2年

救急医療管理加算 2 算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCS

ごとの患者割合



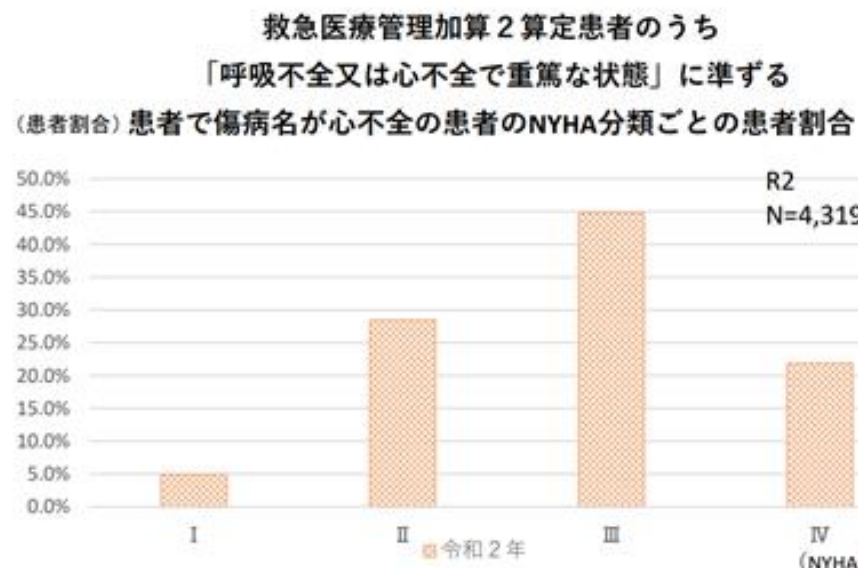
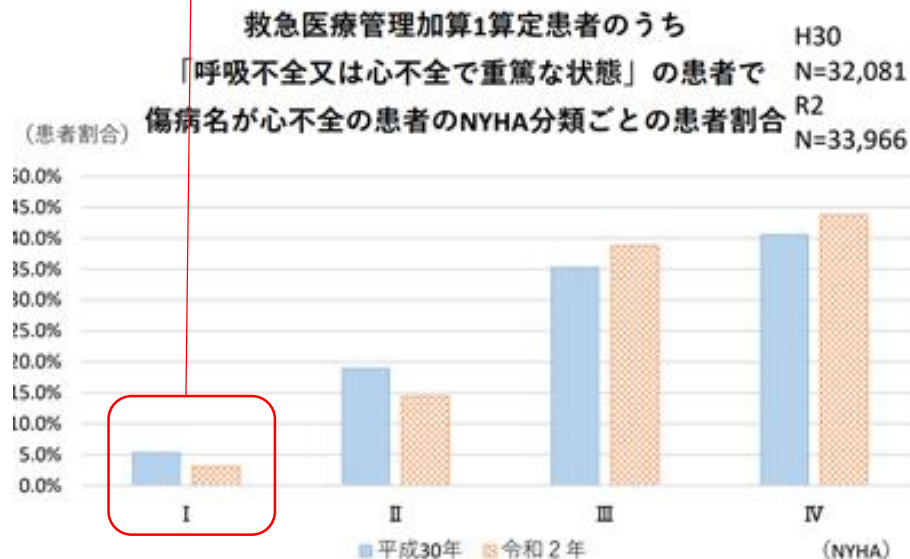
■令和2年

- 救急医療管理加算 1 の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が心不全の患者の入院時 NYHA の分布を改定前後で比較すると、改定後は NYHA I の患者の割合が低下し、NYHAⅢ、の患者の割合が上昇していた。
- 救急医療管理加算 2 の算定患者のうち、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が心不全の患者の NYHAの分布は以下のとおりであった。

(参考) NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

I	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。	II	軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III	高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。	IV	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。



出典:各年度DPCデータ ※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

参考:厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会(2021/10/21) 入-1-2をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00031.html

- 救急医療管理加算 1 の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者の P/F 比の分布を改定前後で比較すると、P/F 比 400以上である患者の割合が低下し、200 未満である患者の割合が上昇した。
- 救急医療管理加算 2 の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる状態の患者で傷病名が呼吸不全の患者の P/F 比の分布は以下のとおりであった。

(参考)

$$P/F \text{ ratio (P/F 比)} = \frac{PaO_2 (\text{動脈血酸素分圧})}{FIO_2 (\text{吸入気酸素})}$$

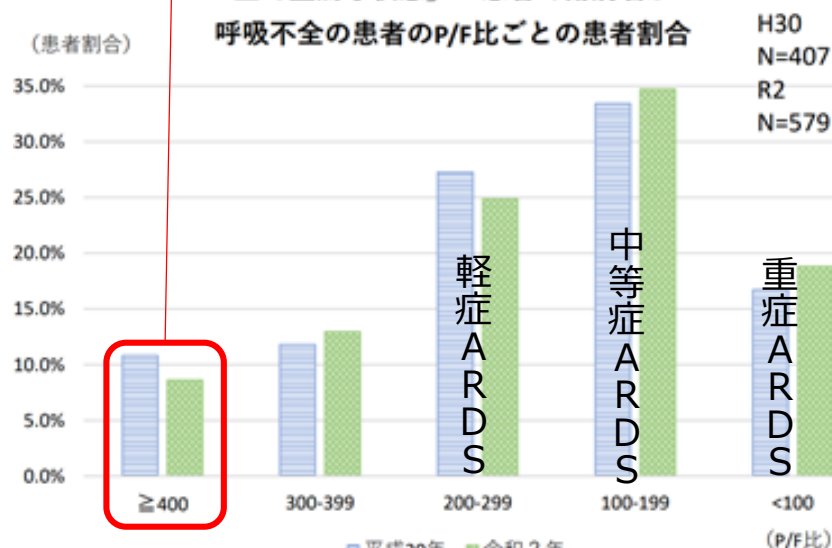
※ 呼吸状態(酸素化)を評価する指標

参考: SOFAスコア(呼吸の評価)

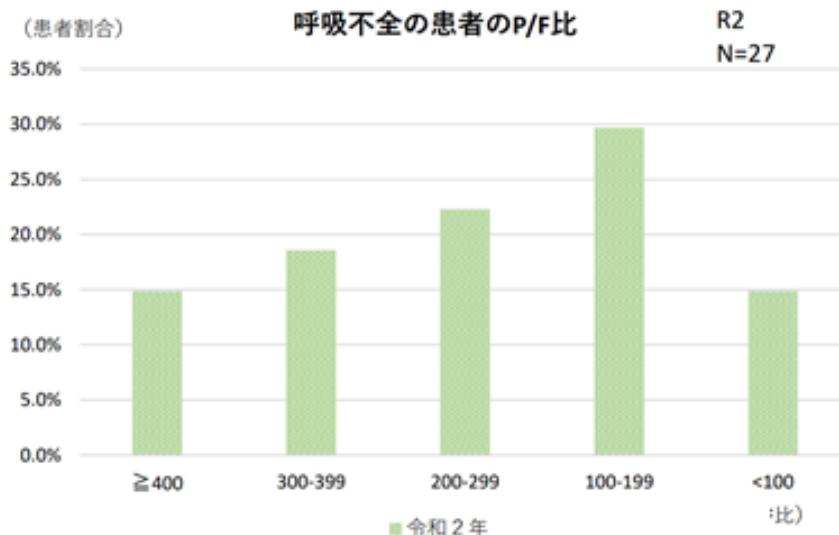
SOFAスコア	0	1	2	3	4
P/F比	≥400	400>	300>	200>	100>

※出典: 日本版敗血症診療ガイドライン2016

救急医療管理加算1の算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比ごとの患者割合



救急医療管理加算2算定患者のうち「呼吸不全又は心不全で重篤な状態に準ずる状態」の患者で傷病名が呼吸不全の患者のP/F比



- 救急医療管理加算 1 で「広範囲熱傷」の患者において、改定前後いずれでも Burn Index 0の患者が一定割合存在した。
- 救急医療管理加算 2 で「広範囲熱傷に準ずる状態」の患者において、Burn Index 0の患者が一定割合存在した。

(参考) Burn Index

$$= \text{Ⅲ度熱傷面積}(\%) + \text{Ⅱ度熱傷面積}(\%) \times 1/2$$

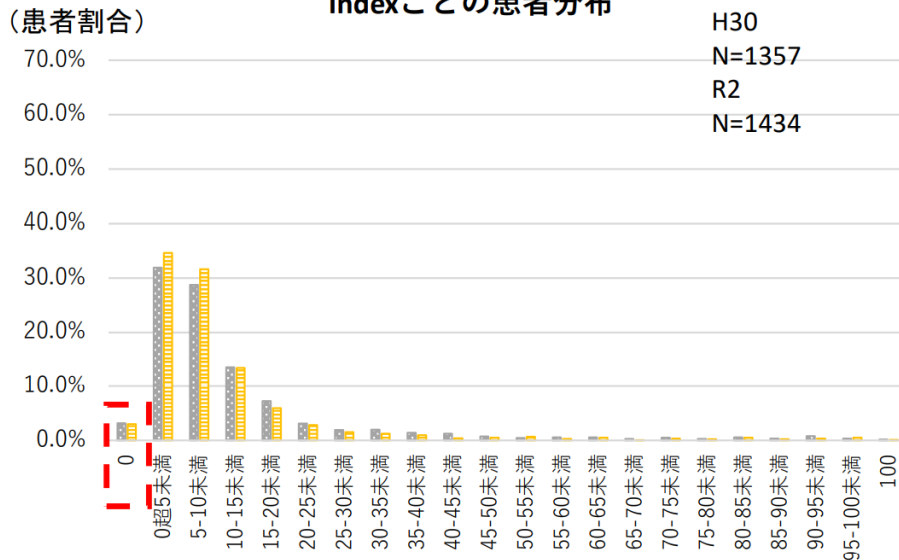
※Burn Index 10～15以上が重症とされる

出典：日本皮膚科学会 熱傷診療ガイドラインより引用

Ⅰ度熱傷	表皮熱傷で受傷部皮膚の発赤のみで瘢痕を残さず治癒する。
Ⅱ度熱傷	浅達性：水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が赤色を呈している。通常1～2週間で上皮化し治癒する。一般に肥厚性瘢痕を残さない 深達性：水疱が形成されるもので、水疱底の真皮が白色で貧血状を呈している。およそ3～4週間を要して上皮化し治癒するが、肥厚性瘢痕ならびに瘢痕ケロイドを残す可能性が大きい。
Ⅲ度熱傷	皮膚全層の壊死で白色皮革様、または褐色皮革様となったり完全に皮膚が炭化した熱傷も含む。受傷部位の辺縁からのみ上皮化するので治癒に1～3カ月以上を要し、植皮術を施行しないと肥厚性瘢痕、瘢痕拘縮を来す。

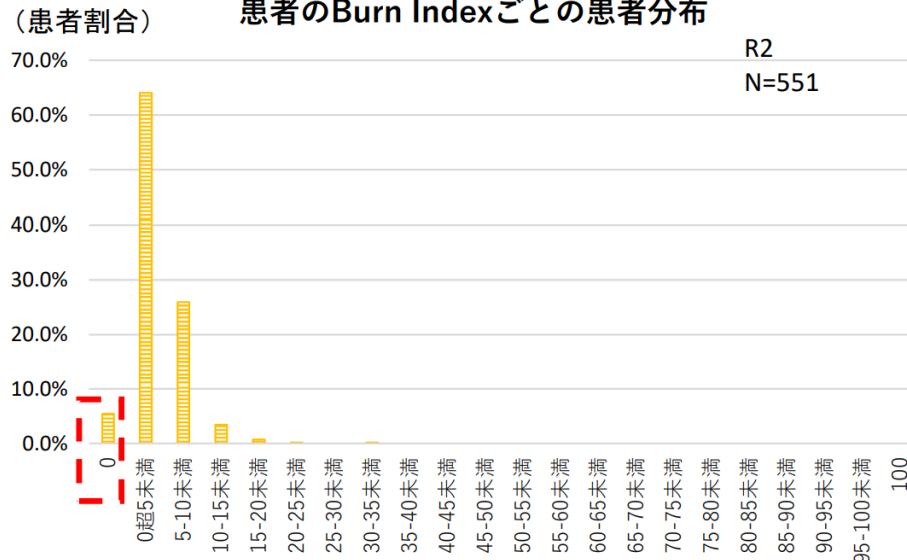
救急医療管理加算 1 で「広範囲熱傷」の患者のBurn

Indexごとの患者分布



救急医療管理加算 2 で「広範囲熱傷に準ずる状態」の

患者のBurn Indexごとの患者分布



出典：各年度DPCデータ

参考：厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会（2021/10/21）入-1-2をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000183658_00031.html

目次に戻る

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－４－６ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ①小児運動器疾患指導管理料の見直し
- 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-7①再掲）
- 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-7②再掲）
- 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-7③再掲）
- 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
- 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
- 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
- ⑧医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設
- 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
- ⑩小児特定集中治療室管理料の見直し
- ⑪新生児特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑫専門機関との連携分娩管理の評価の新設
- 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
- ⑭ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑮救急医療管理加算の見直し
- ⑯救急搬送診療料の見直し

救急搬送診療料の見直し

算定要件の見直し

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

救急搬送診療料 1,300点

現行

- ・当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。



改定後

- ・救急搬送診療料は、**救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。**
- ・入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、**以下のいずれか**に該当する場合においては、**入院患者**についても救急搬送診療料を算定することができる。
 - ア **搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師**が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合
 - イ **救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者**について、**関係学会の指針等に基づき**、患者の搬送を行う場合

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

- ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合について新たな評価を行う。

救急搬送診療料 1,300点 (新) 重症患者搬送加算 1,800点

[対象患者]

救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による**集中治療を要する状態の患者**。

[算定要件]

関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

[施設基準の概要]

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

