

# 1. 新型コロナウイルス感染症への対応

## 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

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

## (参考) 新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について (施設基準関係) ①

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

### (1) 医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

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

### (2) 施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

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

### (3) 看護配置の変動に関する取扱い

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

### (4) DPC対象病院の要件等の取扱い

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

### (5) 本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

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

### (6) 研修等の取扱いについて

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

## (参考) 新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について (施設基準関係) ②

### (7) 緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

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

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

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

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

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

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

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

①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする

②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いることとした。

(参考) 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の主な特例について〔医科〕

入院

✓ 重症患者への対応

〔特定集中治療室( I C U)管理料等を **3倍(12,672~48,951点)**  
 <令2.5.26~>〕

✓ 中等症患者への対応

〔中等症Ⅱ以上の場合：救急医療管理加算を **6倍(5,700点)**  
 それ以外の場合：救急医療管理加算を **4倍(3,800点)**  
 <令3.8.27~>〕

✓ 回復患者への対応

〔回復患者への入院医療：**750点+950点** ※950点は最大90日  
 <令2.12.15~> <令3.1.22~>  
 (個室で入院医療：**+個室加算300点**)※300点は最大90日  
 <令3.5.11~>〕

外来

✓ 疑い患者への外来診療

〔疑い患者への外来診療：院内トリアージ実施料の特例算定(**300点**)  
 <令2.4.8~>  
 診療・検査医療機関の場合：**550点**※  
 ※自治体HPでの公表が要件 <令3.9.28~**令4.3.31まで**>〕

✓ コロナ患者への外来診療

〔通常の場合：救急医療管理加算**950点**  
 コロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算**3倍(2,850点)**  
 <令3.9.28~>〕

✓ 小児の外来診療 (医科：**50点**)<令3.10.1~**令4.3.31まで**>

在宅

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の往診

〔コロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算を **5倍(4,750点)**  
 その他の場合：同 **3倍(2,850点)**  
 <令3.9.28~>〕

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護(**1,560点 (15,600円)**)

<令3.9.28~>

✓ 自宅・宿泊療養者への電話等による初再診

〔診療・検査医療機関等※の場合：**500点** <令4.2.17~>  
 それ以外の場合：**250点** <令3.8.16~>〕

※重点措置が適用された都道府県内の医療機関で  
 ①保健所等から健康観察に係る委託を受けた医療機関  
 ②診療・検査医療機関として自治体HPで公表している医療機関

## 2. 新興感染症に対応できる 医療提供体制の構築

- (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し
- (2) 救急搬送診療料の見直し
- (3) 人工呼吸の評価の見直し
- (4) ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

# (参考) 令和4年度改定前の感染防止対策加算の概要

		感染防止対策加算 1	感染防止対策加算 2
点数		390点	90点
算定要件		院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。	
主な施設基準	病床規模	—	保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする
	部門の設置	感染防止に係る部門（感染防止対策部門）を設置している	
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※医師又は看護師のうち1名は専従であること。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上）
	マニュアルの作成・活用	感染制御チームがマニュアルを作成	
	院内研修	感染制御チームが年2回以上研修を実施	
	医療機関間の連携	・加算2の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施 ・加算2の医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けている。	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国サーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する ・感染制御チームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う ・院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する ・第三者機関による評価を受けていることが望ましい		

\* 感染制御チームの業務

ア 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

# (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

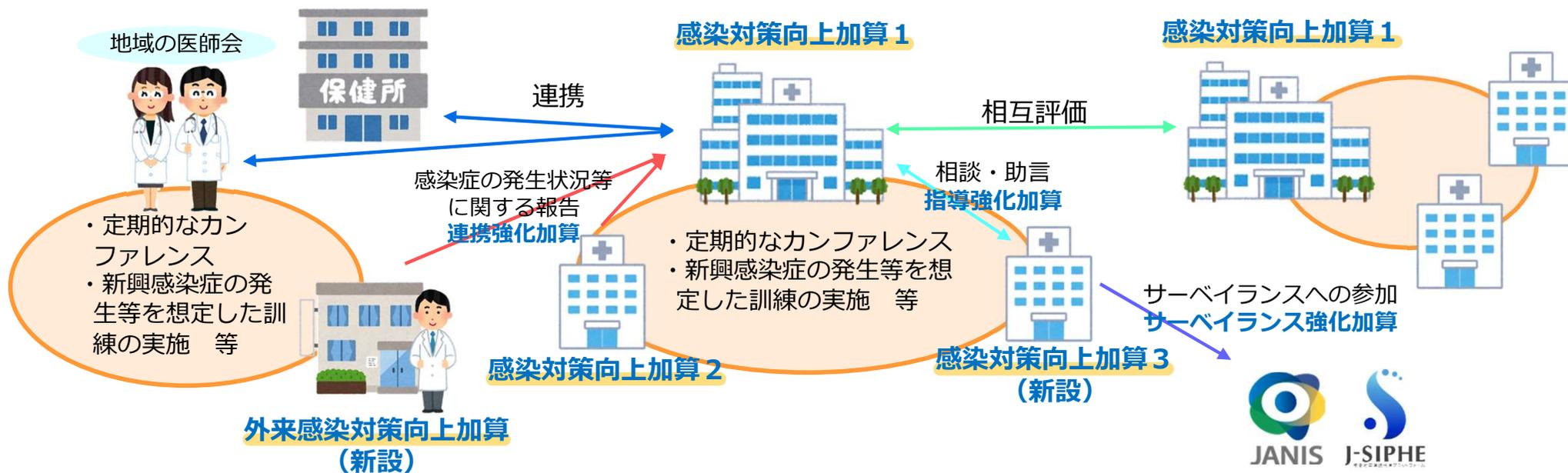
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行		改定後
【感染防止対策加算】		(新) 【感染対策向上加算】
感染防止対策加算 1	➔	感染対策向上加算 1
感染防止対策加算 2		感染対策向上加算 2
(新設)		感染対策向上加算 3
390点		710点 (入院初日)
90点		175点 (入院初日)
		75点 (入院初日、90日毎)

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

**(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)**

**(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)**



# (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

## 感染対策向上加算1(入院初日:710点)の主な施設基準

### 1. 感染制御チームの設置

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

＜感染制御チームの構成員＞

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師等

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

(※アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。)

### 2. 医療機関および行政機関等との連携

① 感染制御チームは、**保健所、地域の医師会と連携し**、加算2、3の医療機関と合同で年4回程度、院内感染対策に係るカンファレンス・訓練を実施

② 感染制御チームは、加算2、3、**外来感染対策向上加算**の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する

③ **加算1を算定する他の医療機関と連携し**、年1回程度、感染防止対策について相互に評価

### 3. その他

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

＜感染制御チームの構成員＞

ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師等

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

(※アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。)

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

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

現行の  
感染防止対策加算I  
をアップグレード



# (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

## 感染対策向上加算2（入院初日：175点）の主な施設基準

### 1. 感染制御チームの設置

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

＜感染制御チームの構成員＞

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師等

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

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

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師

（※アからエのうち1名は院内感染管理者として配置）

### 2. 医療機関および行政機関等との連携

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

### 3. その他

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

現行の  
感染防止対策加算2  
をアップグレード



# (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

## 感染対策向上加算3の主な施設基準

※75点(入院初日+入院期間が90日を超えるごとに1回算定)

### 1. 感染制御チームの設置

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

＜感染制御チームの構成員＞

ア 専任の常勤医師等

イ 専任の看護師

(※ア及びイに定める者のうち1名は院内感染管理者として配置)

### 2. 医療機関および行政機関等との連携

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

中小病院、慢性期病床、有床診療所などを想定



### 3. その他

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

# (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

## 感染対策向上加算2および3に対する加算

### 1. 連携強化加算 30点

[主な施設基準]

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



感染対策向上加算2



感染対策向上加算3

### 2. サーベイランス強化加算 5点

[主な施設基準]

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

## (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

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

### **(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)**

#### [算定要件]

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

#### [主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
- (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
- (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- (4) 新興感染症の発生時等に、**発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること**。

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

### **(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)**

#### [施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に4回以上**、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について**報告を行っていること**。

### **(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)**

#### [施設基準]

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

# (1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数	<b>710点</b>	<b>175点</b>	<b>75点</b>	<b>6点</b>
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	
感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上） ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ <b>必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。</b>	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験5年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験3年以上 <b>又は適切な研修を修了</b> ） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3年以上 <b>又は適切な研修を修了</b> ）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・ <b>専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい）</b> ・ <b>専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）</b>	<b>院内感染管理者（※）を配置していること。</b> ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	・ <b>保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施（このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。）</b> ・ <b>加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（ <b>訓練への参加は必須とする。</b> ） ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（ <b>訓練への参加は必須とする。</b> ） ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年 <b>2</b> 回以上、加算1の医療機関 <b>又は地域医師会</b> が主催するカンファレンスに参加（ <b>訓練への参加は必須とする。</b> ） ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>
サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 <b>サーベイランス強化加算</b> として <b>5点</b> を算定する。		<b>サーベイランス強化加算</b> として <b>1点</b> を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・ <b>抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること</b> ・ <b>細菌学的検査を外務委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う</b>	・ <b>抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること</b> ・ <b>「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う</b> ・ <b>細菌学的検査を外務委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う</b>
	・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</b> ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</b>	・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</b>	・ <b>新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</b>
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 <b>指導強化加算</b> として、 <b>30点</b> を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 <b>連携強化加算</b> として <b>30点</b> を算定する。		<b>連携強化加算</b> として <b>3点</b> を算定する。

## 経過措置について

	区分番号	項目	経過措置
1	A000等	初診料の注12等に規定する連携強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。
2	A234-2	感染対策向上加算2	令和4年3月31日において、旧医科点数表A234-2の感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。
3	A234-2	感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。

## (2) 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
- (2) (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。
- (3) (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。
- (4) (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。
- (5) 関係学会により認定された施設であること。
- (6) 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。
- (7) 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。

## (3) 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]

- 「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。
- 「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。

- 「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。

- 「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（FIO<sub>2</sub>）50%以下、CPAP（PEEP）≤5cmH<sub>2</sub>OかつPS≤5cmH<sub>2</sub>O
    - (ロ) FIO<sub>2</sub> 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。

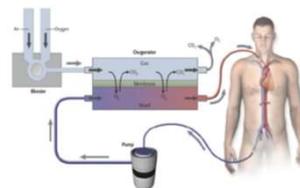
## (4) ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

### 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]

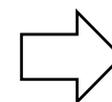
- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。  
 ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料  
 イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料  
 ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料  
 (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

### 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

### 3. かかりつけ医機能の評価と 外来医療の機能分化 等

- (1) 外来感染対策向上加算の新設（再掲）
- (2) 地域包括診療料・加算の見直し
- (3) 機能強化加算の見直し
- (4) リフィル処方への導入
- (5) オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価
- (6) 医師の基礎的な技術の再評価
- (7) 生活習慣病管理料の見直し
- (8) 療養・就労両立支援指導料の見直し
- (9) こころの連携指導料の新設
- (10) 外来在宅共同指導料の新設
- (11) 小児かかりつけ診療料等の見直し
- (12) 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等に関わる関係機関の連携
- (13) 小児運動器疾患指導管理料の見直し
- (14) 耳鼻咽喉科処置の見直し
- (15) 高度難聴指導管理料の見直し
- (16) アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価
- (17) 紹介状なしで受診する場合等の定額負担見直し
- (18) 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設
- (19) 紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進
- (20) 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

## (1) 外来感染対策向上加算の新設 (再掲)

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

### **(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)**

#### [算定要件]

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

#### [主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
- (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
- (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- (4) 新興感染症の発生時等に、**発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること**。

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

### **(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)**

#### [施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に4回以上**、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について**報告を行っていること**。

### **(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)**

#### [施設基準]

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

# (1) 外来感染対策向上加算の新設 (再掲)

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数	<b>710点</b>	<b>175点</b>	<b>75点</b>	<b>6点</b>
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする (外来感染対策向上加算の届出がないこと)	
感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師 (感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師 (感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師 (病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師 (病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ <b>必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。</b>	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師 (感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師 (感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師 (病院勤務経験3年以上 <b>又は適切な研修を修了</b> ) ・専任の臨床検査技師 (病院勤務経験3年以上 <b>又は適切な研修を修了</b> )	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・ <b>専任の常勤医師 (適切な研修の修了が望ましい)</b> ・ <b>専任の看護師 (適切な研修の修了が望ましい)</b>	<b>院内感染管理者 (※) を配置していること。</b> ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
医療機関間・行政等との連携	・ <b>保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施 (このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。)</b> ・ <b>加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加 ( <b>訓練への参加は必須とする。)</b> ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加 ( <b>訓練への参加は必須とする。)</b> ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>	・年 <b>2</b> 回以上、加算1の医療機関 <b>又は地域医師会</b> が主催するカンファレンスに参加 ( <b>訓練への参加は必須とする。)</b> ・ <b>新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること</b> ・ <b>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</b>
サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 <b>サーベイランス強化加算</b> として <b>5点</b> を算定する。		<b>サーベイランス強化加算</b> として <b>1点</b> を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・ <b>抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること</b> ・ <b>細菌学的検査を外務委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドス」に沿った対応を行う</b>	・ <b>抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること</b> ・ <b>「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う</b> ・ <b>細菌学的検査を外務委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドス」に沿った対応を行う</b>
	・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</b> ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</b>	・ <b>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</b>	・ <b>新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</b>
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 <b>指導強化加算</b> として、 <b>30点</b> を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 <b>連携強化加算</b> として <b>30点</b> を算定する。		<b>連携強化加算</b> として <b>3点</b> を算定する。

## (参考) 令和4年度改定前の地域包括診療料・加算

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間間隔薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)		
	・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

## (2) 地域包括診療料・加算の見直し

### 地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

- 地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、
  - 地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。
  - 患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。
  - 患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。

#### 現行

##### 【地域包括診療料】

##### [対象患者]

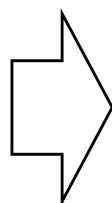
- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

##### [算定要件]

- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。  
ア～ケ (略)

##### [施設基準]

- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。



#### 改定後

##### 【地域包括診療料】 (※地域包括診療加算も同様)

##### [対象患者]

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、**慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）**又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

##### [算定要件]

- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。  
ア～ケ (略)

**コ 必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。**

##### [施設基準]

- 健康相談**及び予防接種に係る相談**を実施している旨を院内掲示していること。

## (参考) 令和4年度改定前の機能強化加算

### 機能強化加算



- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

### 初診料・小児かかりつけ診療料（初診時） 機能強化加算 80点

#### [算定要件]

- ① 施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料（ただし2つ目の診療科に係る初診料を除く）を算定する場合に、加算する。

#### [施設基準]

- ① 診療所又は許可病床数が200床未満の病院。  
② 次のいずれかにおける届出を行っている。  
ア 地域包括診療加算  
イ 地域包括診療料  
ウ 小児かかりつけ診療料  
エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）  
オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ③ 健康診断の相談等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを見やすい場所に掲示している。  
④ 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。  
⑤ ③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。

## (3) 機能強化加算の見直し

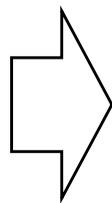
- 地域においてかかりつけ医機能を有する医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

### 現行

#### 【機能強化加算】

##### [算定要件]

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

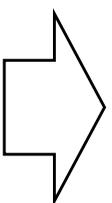


### 改定後

#### 【機能強化加算】

##### [算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
  - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
  - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
  - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
  - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
  - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。



##### [施設基準]

- (1) (略)
- (2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。

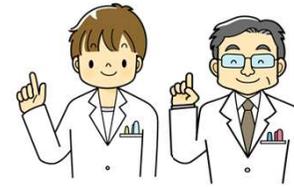
##### [施設基準]

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- (2) (略)
- (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。 (※)

# 機能強化加算の見直し

現行		改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	<u>次のいずれかを満たしていること。</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括診療加算</li> <li>地域包括診療料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>地域包括診療加算1 / 地域包括診療料1の届出を行っていること。</u></li> </ul> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(参考：地域包括加算1 / 診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。</li> <li>直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。</li> </ul> </div>	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>地域包括診療加算2 / 地域包括診療料2の届出を行っていること。</u></li> <li><u>直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。</u> (※)</li> <li><u>地域包括診療加算2 / 地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。</u></li> <li><u>在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。</u></li> </ul>
届出・実績	小児かかりつけ診療料	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅時医学総合管理料</li> <li>施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。</u></li> </ul> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(参考：機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。</li> <li>(在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。</li> <li>在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。</li> </ul> </div>	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。</u></li> <li><u>以下のいずれかを満たしていること。</u> (※)</li> <li><u>過去1年間において、</u></li> <li><u>(在支診の場合) 緊急往診の実績3件以上。</u></li> <li><u>(在支病の場合) 緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。</u></li> <li><u>在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。</u></li> </ul>
配置医師	-	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。</u> (※)</li> <li><u>ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成</u>    <u>イ 警察医として協力</u>    <u>ウ 乳幼児健診を実施</u></li> <li><u>エ 定期予防接種を実施</u>    <u>オ 幼稚園の園医等</u>    <u>カ 地域ケア会議に出席</u>    <u>キ 一般介護予防事業に協力</u></li> </ul>	

(※令和4年9月30日までの間は基準を満たすものとみなされる。)



## 機能強化加算に係る院内掲示(例)

当院は「かかりつけ医」として、必要に応じて次のような取組を行っています

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

●●医院

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



参考資料（白本）の巻末にサンプルを掲載したので活用ください

## (4) リフィル処方導入

(参考) 令和4年度診療報酬改定について

### 1. 診療報酬 + 0. 43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 23%

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

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 20%

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

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 20%

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

## (4) リフィル処方への導入

### 基本的な考え方

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

### 具体的な内容

#### [対象患者]

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

#### [留意事項]

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

## (4) リフィル処方への導入

### 具体的な内容(続き)

#### [留意事項]

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

## (4) リフィル処方への導入

### 具体的な内容(続き)

#### [留意事項]

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

## (4) リフィル処方への導入

### 参考

### 投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する 麻薬(30日を限度とされているものを除く。)</li> <li>○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)</li> <li>○新医薬品であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間)を経過していないもの(抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)</li> </ul>
30日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、ブロチゾラム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤</li> <li>○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬</li> <li>○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬</li> </ul>
90日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤</li> </ul>

## (4) リフィル処方箋の導入

### 処方箋様式の見直しについて

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

The image shows the current standard Japanese prescription form (処方箋) layout, which is a complex grid with various fields for patient information, medication details, and doctor information.



The image shows the new refill prescription form layout. A red dashed border highlights the new fields:
 

- Top right: **リフィル可  ( 回 )**
- Below it: **「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。**
- Bottom section: **調剤実施回数 (調剤回数に応じて、に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)**
- Bottom section:  1回目調剤日 ( 年 月 日 )     2回目調剤日 ( 年 月 日 )     3回目調剤日 ( 年 月 日 )
- Bottom section: 次回調剤予定日 ( 年 月 日 )    次回調剤予定日 ( 年 月 日 )

### リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

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

#### 現行

【処方箋料】  
[算定要件]

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

#### 改定後

【処方箋料】  
[算定要件]

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

# 新処方箋様式

様式第二号（第二十三条関係）

<b>処 方 箋</b> <small>（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）</small>												
公費負担番号				保険者番号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日		明大昭平令 年 月 日	男・女	電話番号							
	区分		被保険者	被扶養者	保険医氏名 <span style="float: right;">㊞</span>							
				都道府県番号		点数表番号		医療機関コード				
交付年月日				令和 年 月 日				処方箋の使用期間		令和 年 月 日		（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。）
処方	変更不可 <span style="float: right;">（個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）</span>											
	<input type="checkbox"/> リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )											
備考	保険医署名 <span style="float: right;">（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）</span>											
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）    次回調剤予定日（ 年 月 日）												
調剤済年月日				令和 年 月 日				公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号								

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

## (5) オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

### 電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料

**(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](mailto:contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp)  
☎ 0800-0804583（通話無料）月～金 8:00～18:00  
（いずれも祝日を除く）土 8:00～16:00

## これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

### ■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

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



### ■ システム業者へのご連絡をお願いします。

顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）



オンライン資格確認導入に向けた  
準備作業の手引き

### ■ 運用開始の準備ができれば、「運用開始日」の登録を行ってください！

# オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

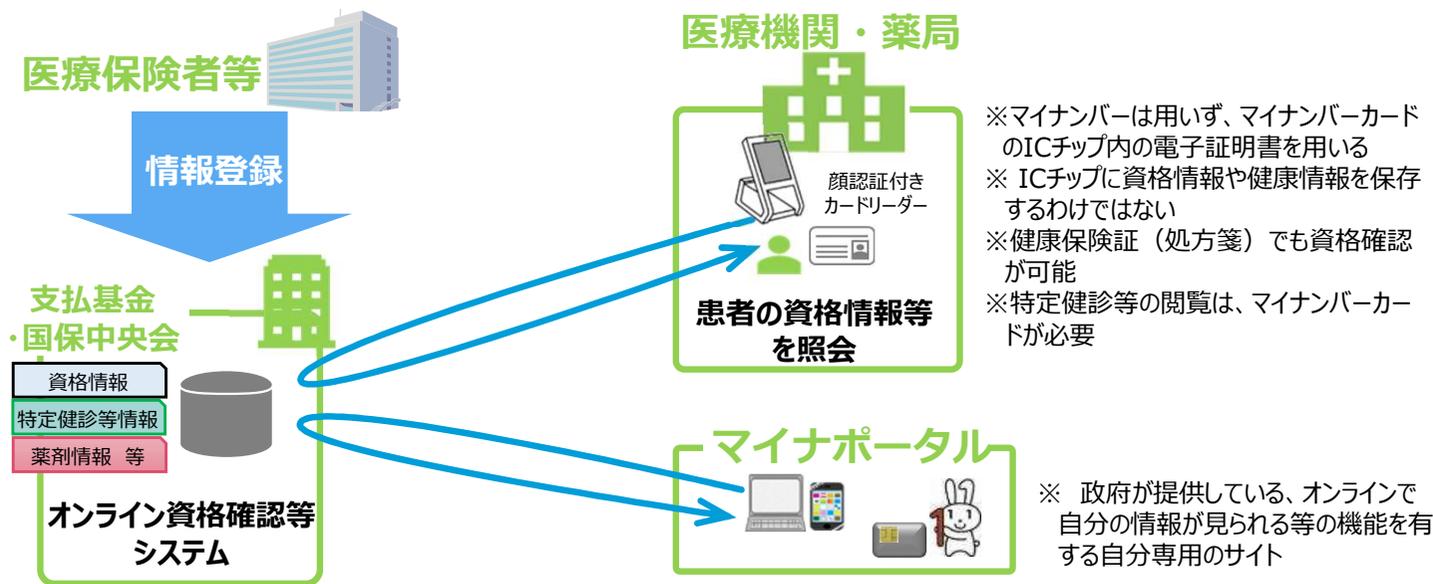
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築**等を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。政府では、**令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

## オンライン資格確認を利用するメリット

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。  
※ マイナンバーカードだけでなく、従来の保険証でも資格の有効性が確認できる。
- ② 医療機関や薬局において、特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を提供できる**。

## マイナンバーカードの交付状況

- ・人口に対する交付枚数率は、**41.8%**（令和4年2月1日時点）
- ・マイナポイント第2弾として、マイナンバーカードの健康保険証利用申込を行った方に7,500円相当のポイントを付与する。（令和4年6月頃～）



オンライン資格確認導入に関する  
手続き・各種申請は  
医療機関等向けポータルサイトで！



AIチャットボット  
「シカクくん」



医療機関ポータル 検索

## (6) 医師の基礎的な技術の再評価

### 既存技術の見直し (医師の基礎的な技術の再評価①)

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

#### 現 行

##### D237 終夜睡眠ポリグラフィ

〔対象患者〕

合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者、睡眠障害の患者、13歳未満の小児の患者

##### D282-4 ダーモスコピー

〔対象疾患〕

悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変

##### D291-2 小児食物アレルギー負荷検査:1,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。

##### D400 血液採取(1日につき)

1 静脈:35点

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、25点を所定点数に加算する。

##### D419 その他の検体採取

3 動脈血採取(1日につき):50点

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。

6 鼻腔・咽頭拭い液採取:5点

#### 改 定

##### D237 終夜睡眠ポリグラフィ

〔対象患者〕

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者であって、治療の効果を判定するため、安全精度管理下にCPAPを用いて当該検査を実施する医学的必要性が認められる患者を追加

##### D282-4 ダーモスコピー

〔対象疾患〕

円形脱毛、日光角化症を追加

##### D291-2 小児食物アレルギー負荷検査:1,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**16歳未満**の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年**3回**に限り算定する。

##### D400 血液採取(1日につき)

1 静脈:**37点**

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、**30点**を所定点数に加算する。

##### D419 その他の検体採取

3 動脈血採取(1日につき):**55点**

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、**30点**を所定点数に加算する。

6 鼻腔・咽頭拭い液採取:**25点**



## (6) 医師の基礎的な技術の再評価

### 既存技術の見直し (医師の基礎的な技術の再評価②)

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

現 行	改 定
G000 皮内、皮下及び筋肉注射(1回につき):20点	G000 皮内、皮下及び筋肉注射(1回につき): <b>22点</b>
G001 静脈内注射(1回につき):32点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G001 静脈内注射(1回につき): <b>34点</b> 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <b>48点</b> を所定点数に加算する。
G004 点滴注射(1日につき) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合):99点 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合):98点 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る.):49点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G004 点滴注射(1日につき) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合): <b>101点</b> 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合): <b>99点</b> 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る.): <b>50点</b> 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <b>46点</b> を所定点数に加算する。
H002 運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等	H002 運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 <b>糖尿病足病変</b> を追加
J095 耳処置(耳浴及び耳洗浄を含む.):25点	J095 耳処置(耳浴及び耳洗浄を含む.): <b>27点</b>
J097 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む.):14点	J097 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む.): <b>16点</b>
J098 口腔、咽頭処置:14点	J098 口腔、咽頭処置: <b>16点</b>

## (7) 生活習慣病管理料の見直し

### 包括範囲及び評価の見直し

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

#### 現行

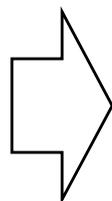
##### 【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
- ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
- ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

##### [算定要件]

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



#### 改定後

##### 【生活習慣病管理料】

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

##### [算定要件]

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

### 算定要件の見直し

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

#### 現行

##### 【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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



#### 改定後

##### 【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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

## (7) 生活習慣病管理料の見直し

### 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

#### 生活習慣病管理料

**(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)**

##### [算定要件]

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

##### [施設基準]

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

#### 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

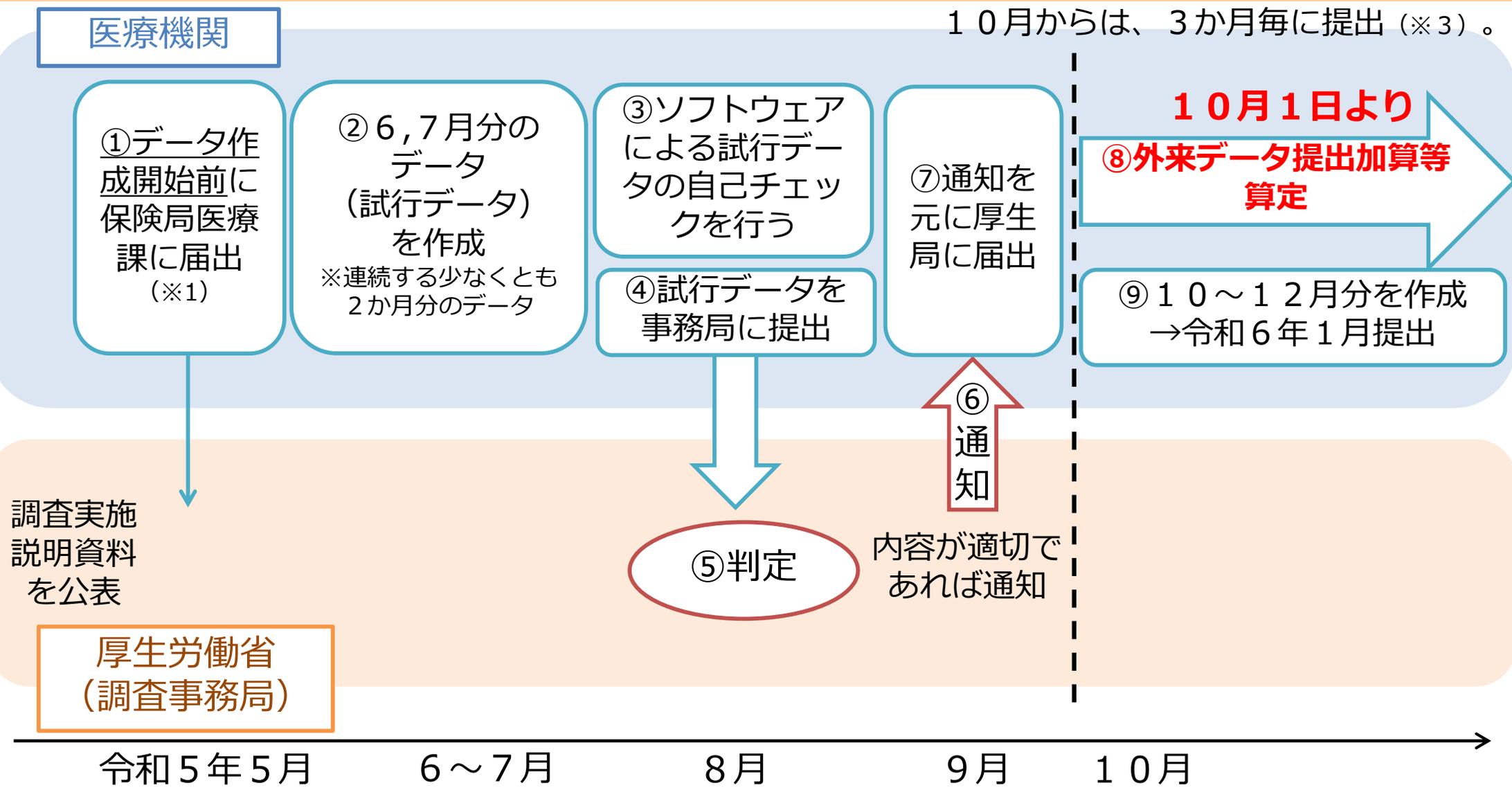
**(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)**

#### 疾患別リハビリテーション料

**(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)**

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

# 外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

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

## (8) 療養・就労両立支援指導料の見直し

### 療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医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**衛生推進者**を追加

### 療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

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

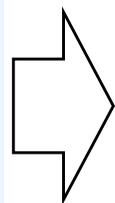


#### 現行

【療養・就労両立支援指導料】

[算定要件]

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



#### 改定後

【療養・就労両立支援指導料】

[算定要件]

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

## (9) こころの連携指導料の新設

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

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



	<u>(新) こころの連携指導料 (I)</u> <u>350点 (月1回)</u>	<u>(新) こころの連携指導料 (II)</u> <u>500点 (月1回)</u>
対象患者	<u>地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの</u> 又は <u>精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたもの</u>	区分番号B005-12に掲げる <u>こころの連携指導料 (I)</u> を算定し、 <u>当該保険医療機関に紹介されたもの</u>
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合 診療及び療養上必要な指導においては、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	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 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を標榜する保険医療機関との連携体制</u> を構築 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。	<u>精神科又は心療内科</u> 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

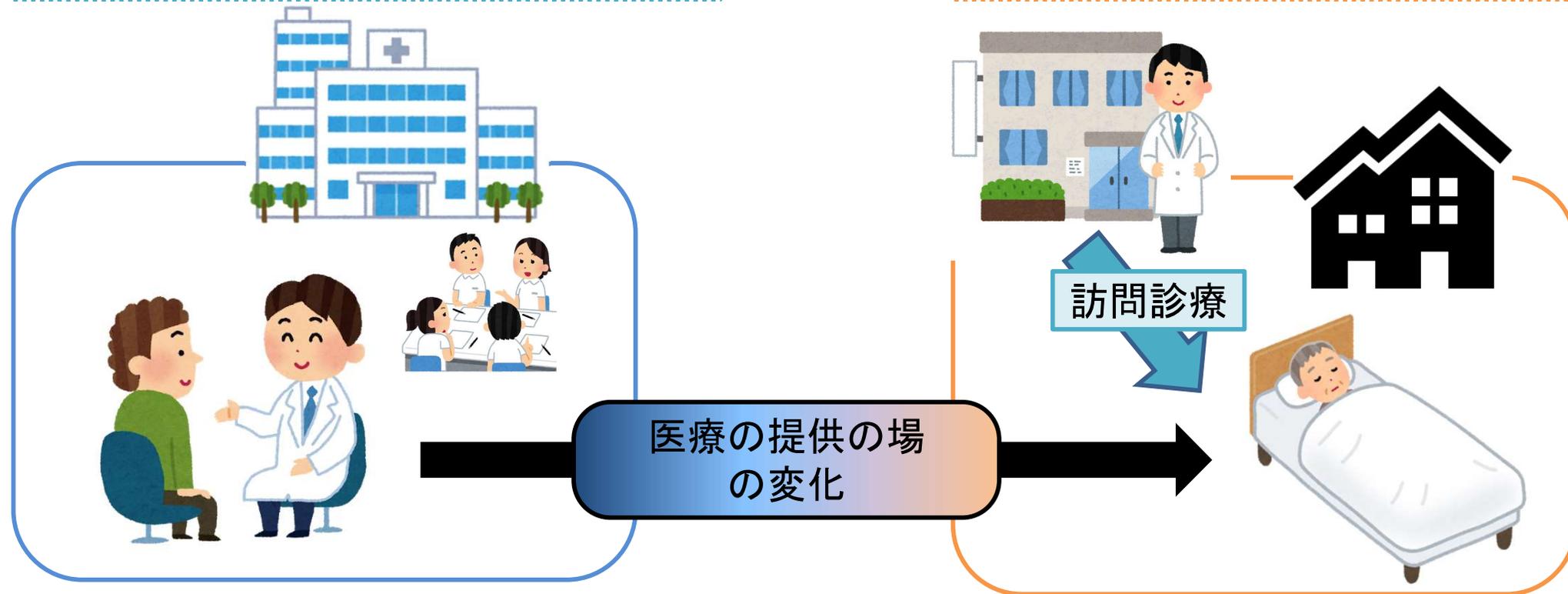
## (10) 外来在宅共同指導料の新設

(外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価)

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

・患者に対して継続的に外来医療を提供している  
・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)



・外来に継続的に通院していた患者  
・経過中、「通院困難な者」となる

## (10) 外来在宅共同指導料の新設

(外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価)

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

### (新) 外来在宅共同指導料

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

#### [対象患者]

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

#### [算定要件]

- 外来在宅共同指導料 1  
 保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、**当該患者の在宅療養を担う保険医療機関**の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- 外来在宅共同指導料 2  
**外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関**において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。



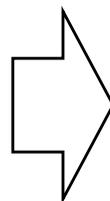
## (11) 小児かかりつけ診療料等の見直し

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

### 現行

#### 【小児かかりつけ診療料】

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



### 改定後

#### 【小児かかりつけ診療料】

- (改) 1 小児かかりつけ診療料 1**  
 イ 処方箋を交付する場合  
 (1) 初診時 **641点**      (2) 再診時 **448点**  
 □ 処方箋を交付しない場合  
 (1) 初診時 **758点**      (2) 再診時 **566点**
- (改) 2 小児かかりつけ診療料 2**  
 イ 処方箋を交付する場合  
 (1) 初診時 **630点**      (2) 再診時 **437点**  
 □ 処方箋を交付しない場合  
 (1) 初診時 **747点**      (2) 再診時 **555点**

#### [施設基準]

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

#### [施設基準]

#### (共通)

- 小児科を標榜**している医療機関であること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、**2つ**以上に該当すること。
  - (削除)
  - ア~ウ (略)
  - エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医 **又は小学校若しくは中学校の学校医**に就任していること

**(小児かかりつけ診療料 1)** 時間外対応加算 1 又は 2 に係る届出を行っていること。

**(小児かかりつけ診療料 2)** 次のいずれかを満たしていること。

- ア 時間外対応加算 3 に係る届出を行っていること。
- イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

## (11) 小児かかりつけ診療料等の見直し

### ◆ 小児科外来診療料の**施設基準の届出を省略**する。

#### 現行

【小児科外来診療料】

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。



#### 改定後

【小児科外来診療料】

[算定要件]

注1 **小児科を標榜する保険医療機関において、**入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

# (12) 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等に関わる関係機関の連携

## 診療情報提供料（I）の見直し



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

### 現行

#### 【診療情報提供料（I）】

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

#### 【診療情報提供料（I）】

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

#### 【情報提供先】

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

#### 【対象患者】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者

### 改定後

#### 【診療情報提供料（I）】

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

#### 【診療情報提供料（I）】

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

#### 【情報提供先の追加】

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

#### 【対象患者の追加】

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

## (13) 小児運動器疾患指導管理料の見直し

### 算定要件の見直し

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



### 小児運動器疾患指導管理料

250点

運動器疾患を有する**20歳未満**の患者に対して、小児の運動器疾患に関する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、ベルテス病、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 医師が継続的なりハビリテーションが必要と判断する状態の患者
  - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

#### 【算定要件（抜粋）】

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

## (14) 耳鼻咽喉科処置の見直し

### 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

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

#### **(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点（1日につき）**

[算定要件]

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

#### **(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点（月1回に限り）**

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬剤耐性（AMR）対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかると研修会等に定期的に参加していること。
- (3) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

### 耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

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

## (14) 耳鼻咽喉科処置の見直し

(参考)

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算：60点、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算：80点の対象となる耳鼻咽喉科処置

(耳鼻咽喉科処置)

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

## (15) 高度難聴指導管理料の見直し

- 高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

### 現行

#### 【高度難聴指導管理料】

##### 【算定要件】

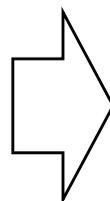
注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

##### 【施設基準】

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略)
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。  
(中略)

今までは一生に1回だった。



### 改定後

#### 【高度難聴指導管理料】

##### 【算定要件】

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

##### 【施設基準】

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略)
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。  
(中略)

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

## (16) アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

- アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

<b>(新) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 (月1回に限る)</b>	<b>1月目</b>	<b>280点</b>
	<b>2月目以降</b>	<b>25点</b>

### [算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者**に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、**治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定**する。
- 「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- アレルギー免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載すること。
- 学会によるガイドライン等を参考にすること。

### [施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に**アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する常勤医師が1名以上**配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることも可。
- (2) **アレルギー免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制**が整備されていること。
- (3) 院内の見やすい場所にアレルギー免疫療法を行っている旨の掲示をするなど、**患者に対して必要な情報提供**がなされていること。

## (17) 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

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

### 現行制度

#### [対象病院]

- ・ 特定機能病院
  - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

#### [定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

### 見直し後

#### [対象病院]

- ・ 特定機能病院
  - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
  - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

#### [定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

#### [保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

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

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

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

# (17) 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

## 現行制度

### [対象患者]

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

### 《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

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

## 見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

### [初診の場合]

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

### [再診の場合]

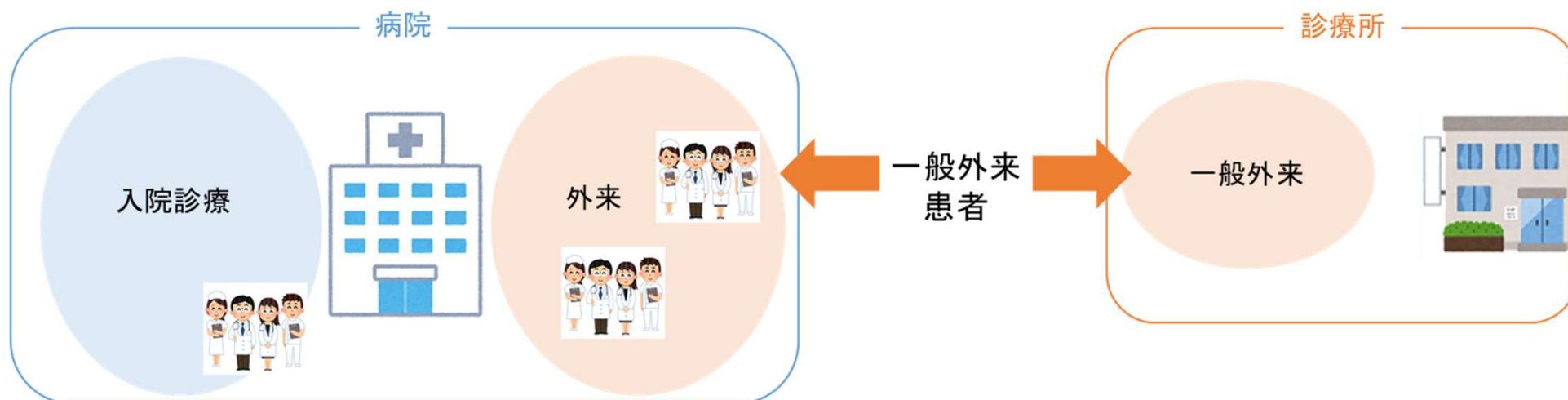
- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた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

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

# (18) 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

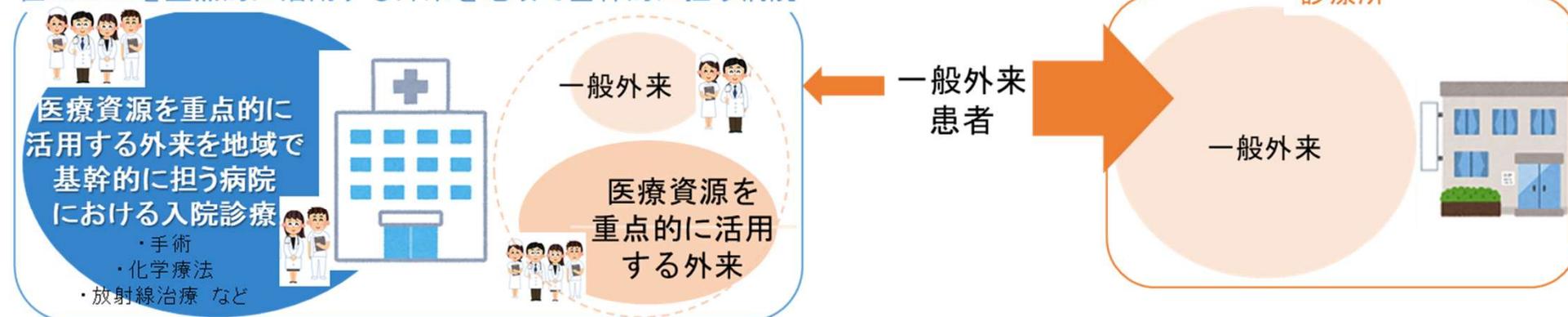
## 機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合



機能分化・強化を行っている場合

医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う病院



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

## (18) 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

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

### (新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

#### [算定要件]

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

# (19) 紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## 連携強化診療情報提供料の新設

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

### 現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

[算定要件]

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

[対象患者]

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

### 改定後

**（改）【連携強化診療情報提供料】** 150点

[算定要件]

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

[対象患者]

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者**
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

**（新）**

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



## 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、 <b>連携強化診療情報提供料が算定可能</b> )	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	<b>月に1回</b>
2	<b>以下のいずれか</b> ・ <b>200床未満の病院</b> ・ <b>診療所</b>	-	<b>以下のいずれも満たす</b> ・ <b>紹介受診重点医療機関</b> ・ <b>禁煙</b>	
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	-	<b>難病（疑い含む）の患者</b>	<b>以下のいずれも満たす</b> ・ <b>難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院</b> ・ <b>禁煙</b>	
		<b>てんかん（疑い含む）の患者</b>	<b>以下のいずれも満たす</b> ・ <b>てんかん支援拠点病院</b> ・ <b>禁煙</b>	
5	-	妊娠中の患者	-	3月に1回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	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	

## (20) 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

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

### 【改定後】

初診料の注2、3 214点

外来診療料の注2、3 55点

(情報通信機器を用いた初診については186点)

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

## (20) 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

### 【現行】

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上
減算規定の基準	紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率(%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) / \text{初診患者数} \times 100$		
逆紹介率(%)	$\text{逆紹介患者数} / \text{初診患者数} \times 100$		
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 ・ 救急搬送者 ・ 休日又は夜間に受診した患者 ・ 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を含む。 ・ 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 ・ 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 ・ 診療状況を示す文書を添えて紹介（診療情報提供料を算定）した患者 ・ 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

## 4. 情報通信機器を用いた診療に係る評価

- (1) 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- (2) 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し
- (3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について
- (4) 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

# オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

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

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

## (1) 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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



[算定要件]（初診の場合）

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

（7）（8）略

[施設基準]

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

## (2) 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

### 医学管理等に係る評価の見直し

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

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

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

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

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

## (2) 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

### 医学管理等に係る評価の見直し

➤ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	<u>196点</u>
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	<u>128点</u>
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	<u>76点</u>
B001 5 小児科療養指導料	270点	<u>235点</u>
B001 6 てんかん指導料	250点	<u>218点</u>
B001 7 難病外来指導管理料	270点	<u>235点</u>
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	<u>305点</u>
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	<u>1,070点</u>
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	<u>566点</u>
ロ 月28回以上の場合	750点	<u>653点</u>

➤ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料1	240点	<u>209点</u>
ウイルス疾患指導料2	330点	<u>287点</u>
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)	250点	<u>218点</u>
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)	100点	<u>87点</u>
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	<u>479点</u>
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	<u>174点</u>
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	<u>435点</u>
ロ 略	200点	<u>174点</u>
ハ 略	200点	<u>174点</u>
ニ 略	300点	<u>261点</u>
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	<u>252点</u>
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	<u>261点</u>
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	<u>261点</u>
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	<u>435点</u>
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	<u>113点</u>
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	<u>696点</u>
2 2回目以降	400点	<u>348点</u>
B005-6 がん治療連携計画策定料2	300点	<u>261点</u>
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	<u>435点</u>
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	<u>609点</u>
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	<u>218点</u>

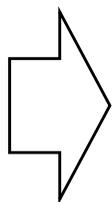
## (3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

### 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

- 在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせる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る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 <b>情報通信機器を用いた診療</b> ）	<b>3,029点</b>	<b>1,685点</b>	<b>880点</b>
④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点
⑤（うち2月目は <b>情報通信機器を用いた診療</b> ）	<b>1,515点</b>	<b>843点</b>	<b>440点</b>

## (3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

※ 在宅療養支援診療所: 在支診 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		
		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~
在宅時医学総合管理料	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

## (3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

### 情報通信機器を用いた在宅管理に係る算定要件の見直し

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

#### 現行

在宅時医学総合管理料  
[算定要件]

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

#### 改定後

在宅時医学総合管理料  
[算定要件]  
(削除)

エ 情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、**同一の保険医療機関に所属するチームで診療を行っている場合**であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。

※施設入居時等医学総合管理料、精神科オンライン在宅管理料も同様

# (4) 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

## 外来栄養食事指導料の要件の見直し

➤ 初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

### 現行

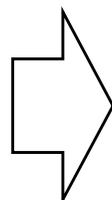
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料 1	
(1) 初回	260点
(2) 2回目以降	
①対面で行った場合	200点
②情報通機器等を用いた場合	180点
□ 外来栄養食事指導料 2	
(1) 初回	250点
(2) 2回目以降	190点

#### [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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)



### 改定後

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

#### [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つて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき**当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。**

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

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