

13. 精神医療

- (1) 療養・就労両立支援指導料の見直し（再掲）
- (2) こころの連携指導料の新設（再掲）
- (3) 依存症患者に対する医療の充実
- (4) 摂食障害治療の体制及び対象患者の見直し
- (5) 通院・在宅精神療法の見直し
- (6) 精神科在宅患者支援管理料の見直し
- (7) 精神科救急医療体制の整備の推進
- (8) 自殺企図者等への治療等の評価の見直し
- (9) 認知症専門診断管理料の見直し

(1) 療養・就労両立支援指導料の見直し（再掲）

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



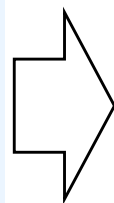
- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

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。

(2) こころの連携指導料の新設(再掲)

(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。



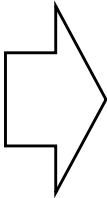
	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> <u>350点 (月1回)</u>	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅱ)</u> <u>500点 (月1回)</u>
対象患者	<u>地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたもの</u>	区分番号B005-12に掲げる <u>こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> を算定し、当該保険医療機関に紹介されたもの
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患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

(3) 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		

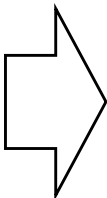


改定後		
<u>（改）【依存症入院医療管理加算（1日につき）】</u>		
1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点
[対象患者] 入院治療が必要なアルコール依存症の患者 <u>又は薬物依存症</u> の患者		

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)	
<u>（新）3 アルコール依存症の場合 300点</u>		
[算定要件]		
<u>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</u> <u>に対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回</u> <u>に限り算定する。</u>		

(4) 摂食障害治療の体制及び対象患者の見直し

(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

(5) 通院・在宅精神療法の見直し

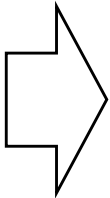
(精神保健指定医の評価等)

- 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>

(5) 通院・在宅精神療法の見直し

(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。
- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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)

(5) 通院・在宅精神療法の見直し

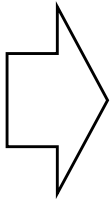
(児童思春期精神科専門管理加算の見直し)

- 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

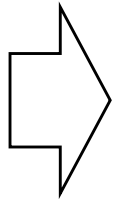
(6) 精神科在宅患者支援管理料の見直し

(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月以内に限る） 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月以内に限る）



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月以内に限る） 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

(7) 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		改定後		
精神科救急入院料 1 イ 30日以内 3,579点 □ 31日以上 3,145点		< (1) 手厚い救急急性期医療体制 >		
精神科救急入院料 2 イ 30日以内 3,372点 □ 31日以上 2,938点				
		<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>	・ 病院常勤の指定医が <u>4名</u> 以上 ・ <u>常時精神科救急外来診療が可能</u> ・ 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 <u>年間30件以上</u> 又は <u>人口 1万人当たり0.37件以上</u> であり、うち <u>6件以上</u> 又は 2 割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関</u>
			31日以上 <u>60日以内 2,100点</u>	
			<u>61日以上90日以内 1,900点</u>	
		< (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 600点</u>	・ <u>精神科救急急性期医療入院料を算定</u> ・ <u>精神科救急体制整備事業による指定</u> ・ <u>病院常勤の指定医が 5名以上</u> ・ <u>時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上</u> 又は <u>人口 1万人当たり0.5件以上</u> であり、うち <u>8件以上</u> 又は 2 割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼
			<u>2 常時対応型 590点</u>	
			<u>3 病院群輪番型 500点</u>	
		< (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	・ クロザピン導入 6 件／年以上 ・ <u>病棟常勤指定医 2 名以上</u>
			<u>3 400点</u>	

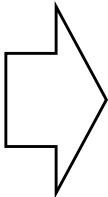
(7) 精神科救急医療体制の整備の推進

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

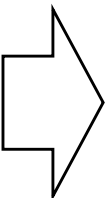
(1日につき)	30日以内	31日以上 <u>60日以内</u>	<u>61日以上 90日以内</u>
精神科急性期治療病棟入院料1	<u>2,000点</u>	<u>1,700点</u>	<u>1,500点</u>
精神科急性期治療病棟入院料2	<u>1,885点</u>	<u>1,600点</u>	<u>1,450点</u>
精神科救急・合併症入院料	<u>3,600点</u>	<u>3,300点</u>	<u>3,100点</u>

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】
(改) 【精神科救急急性期医療入院料】
- ・当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下
- 【精神科急性期治療病棟入院料】
- ・当該病棟の病床数は、130床以下
- (新) 【精神科救急医療体制加算】
- ・精神科救急急性期医療入院料を算定している病棟
 - ・病棟の病床単位で届出、120床以下
 - ・旧精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、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。
- 【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。

(7) 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	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 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	【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 <u>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。）</u>

- 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	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。	【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。 <u>（削除）</u> ・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。

(7) 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	

(7) 精神科救急医療体制の整備の推進

(精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進)

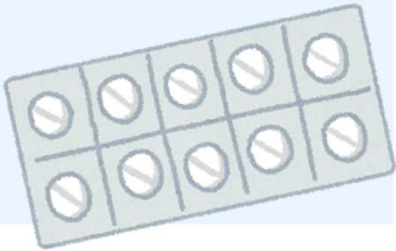
- クロザピンの普及推進のため、クロザピンの新規導入患者について、当該保険医療機関の他の病院から転院する場合であっても、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直す。

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〕

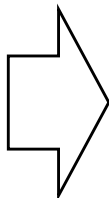
- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
- イ 他病棟入院患者の急性増悪例
- ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟又は転院する患者（※1）

※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。

(8) 自殺企図者等への治療等の評価の見直し
(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		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、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。		【救命救急入院料（1日につき）】 〔算定要件〕 注2 <u>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</u>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、<u>精神疾患診断治療初回加算</u>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。 <table><tr><td>イ 施設基準に適合している場合</td><td><u>7,000点</u></td></tr><tr><td>ロ イ以外の場合</td><td><u>3,000点</u></td></tr></table> 10 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、<u>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</u>は、当該患者の退院時に1回に限り、<u>2,500点</u>を更に所定点数に加算する。	イ 施設基準に適合している場合	<u>7,000点</u>	ロ イ以外の場合	<u>3,000点</u>
イ 施設基準に適合している場合	<u>7,000点</u>					
ロ イ以外の場合	<u>3,000点</u>					
〔施設基準〕 （新設）		〔施設基準〕 二 救命救急入院料の施設基準等 (4) 救命救急入院料の注2のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準<u>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。</u>				

3

(8) 自殺企図者等への治療等の評価の見直し
(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。

(9) 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。

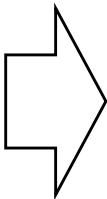
現行

【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
 - I 基幹型又は地域型の場合 300点
 - 連携型の場合 280点

[施設基準]

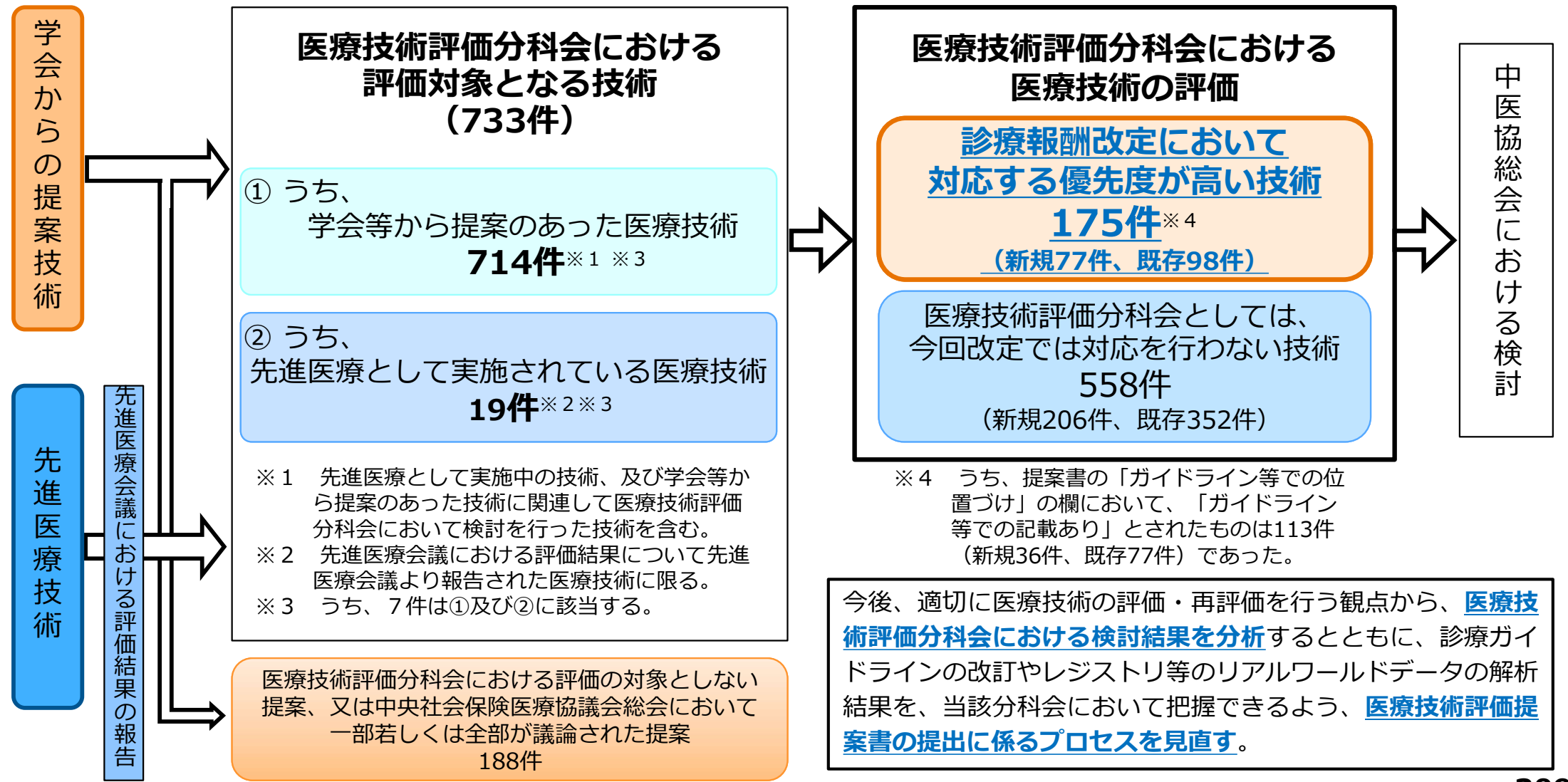
- 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。
- (削除)
- 2 (略)

14. 医療技術の評価

- (1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
- (2) 手術等の医療技術の適切な評価
- (3) 質の高い臨床検査の適切な評価
- (4) プログラム医療機器に係る評価の新設
- (5) 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化
- (6) 透析医療

(1) 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。



(1) 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

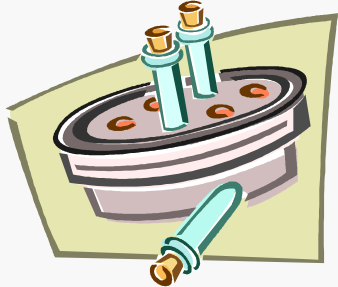
[新たに保険収載される検査の例]

(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

(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される在宅医療》

区分番号	項目名	点数
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	2,400点
C150	血糖自己測定器加算 注4 血中ケトン体自己測定器加算	40点
C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算	100点
C174	在宅ハイフローセラピー装置加算	1,600点



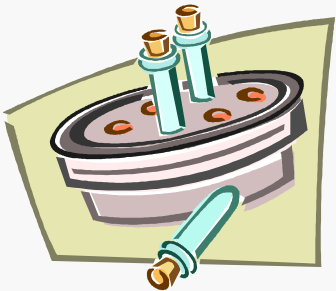
《新規に保険収載される検査①》

区分番号	項目名	点数
D004	穿刺液・採取液検査 2 関節液検査	50点
D006-5	染色体検査(全ての費用を含む。) 1 FISH法を用いた場合 2 その他の場合	2,553点 2,553点
D215-4	超音波減衰法検査	200点
D250	平衡機能検査 6 ビデオヘッドインパルス検査	300点

(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される検査②》

区分番号	項目名	点数
D310	小腸内視鏡検査 注2 内視鏡的留置術加算	260点
D313	大腸内視鏡検査 注3 バルーン内視鏡加算 注4 内視鏡的留置術加算	450点 260点
D413	前立腺針生検法 1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの	8,210点
D415-4	経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 注 ガイドーシス加算	500点



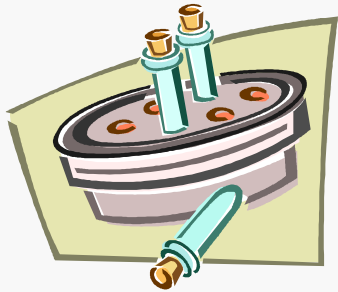
《新規に保険収載される画像診断》

区分番号	項目名	点数
E202	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき) 注10 肝エラストグラフィ加算	600点

(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された技術》

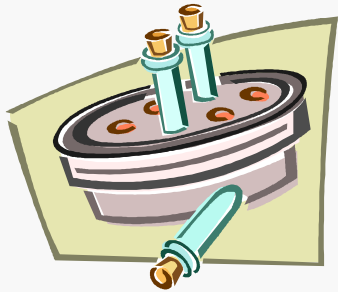
区分番号	項目名	点数
B100	禁煙治療補助システム指導管理加算 注2 禁煙治療補助システム加算	140点 2,400点
C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	810点
C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料	900点
C121	在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 注2 導入初期加算	500点
D006-23	在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算 1 1月目 2 2月目以降	7,480点 1,800点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された検査①》

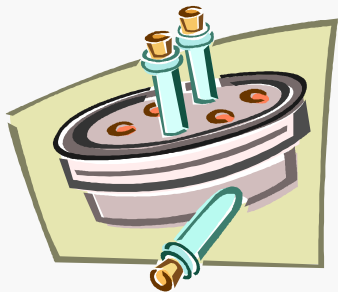
区分番号	項目名	点数
D001	尿中特殊物質定性定量検査 10 トリプシノーゲン2(尿)	105点
D006	血液形態・機能検査 7 DNA含有赤血球計数検査	40点
D006-3	BCR-ABL1	2,520点
	2 minor BCR-ABL mRNA イ 診断の補助に用いるもの □ モニタリングに用いるもの	2,520点
D006-22	RAS遺伝子検査(血漿)	7,500点
D006-23	遺伝子相同組換え修復欠損検査	32,200点
D006-24	肺癌関連遺伝子多項目同時検査	10,000点
D006-25	CYP2C9遺伝子多型	2,037点
D006-26	染色体構造変異解析	8,000点
D006-27	悪性腫瘍遺伝子検査(血液・血漿)	
	1 ROS1融合遺伝子検査	2,500点
	2 ALK融合遺伝子検査	2,500点
	3 METex14遺伝子検査	5,000点
	4 NTRK融合遺伝子検査	5,000点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された検査②》

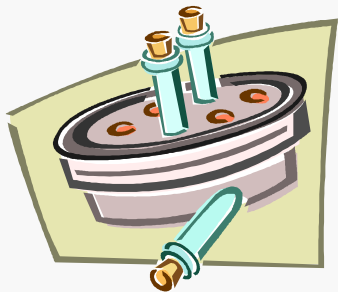
区分番号	項目名	点数
D007	血液化学検査 57 ロイシンリッチ α_2 グリコプロテイン 63 血管内皮増殖因子(VEGF)	276点 460点
D008	内分泌学的検査 53 レプチン	1,000点
D009	腫瘍マーカー 27 プロステートヘルスインデックス(phi)	281点
D012	感染症免疫学的検査 46 百日咳菌抗原定性 47 赤痢アメーバ抗原定性 49 白癬菌抗原定性 58 HIV-1特異抗体・HIV-2特異抗体 60 鳥特異的IgG抗体 61 抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体	217点 223点 233点 660点 873点 12,850点
D014	自己抗体検査 28 抗カルジオリピンIgG抗体、抗カルジオリピンIgM抗体、 抗 β 2グリコプロテイン I IgG抗体、抗 β 2グリコプロテイン I IgM抗体 45 抗P/Q型電位依存性カルシウムチャネル抗体(抗P/Q型VGCC抗体)	226点 1,000点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された検査③》

区分番号	項目名	点数
D015	血漿蛋白免疫学的検査	
	17 インターロイキン6(IL-6)	170点
	26 SCCA2	300点
	28 インターフェロナーλ3(IFN-λ3)、sFlt-1/P1GF比	340点
D023	微生物核酸同定・定量検査	
	12 肺炎クラミジア核酸検出	360点
	18 サイトメガロウイルス核酸定量	450点
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について) 注5 冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)	7,200点
D217	骨塩定量検査	
	2 REMS法(腰椎)	140点
	注 大腿骨同時検査加算	55点
D310	小腸内視鏡検査	
	2 スパイラル内視鏡によるもの	6,800点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される処置》

区分番号	項目名	点数
通則	7 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算(1日につき) 8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算(月1回)	60点 80点
J000-2	下肢創傷処置 1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍	135点 147点 270点
J003	局所陰圧閉鎖処置(入院)(1日につき) 注3 新生児局所陰圧閉鎖加算／乳幼児局所陰圧閉鎖加算 ／幼児局所陰圧閉鎖加算	所定点数の 300/100 100/100 50/100
J045	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 ロ 15日目以降 注3 覚醒試験加算(14日を限度) 注4 離脱試験加算	950点 815点 100点 60点
J068-2	陰唇癒合剥離	290点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術①》

区分番号	項目名	点数
K002	デブリードマン 注5 超音波式デブリードマン加算	2,500点
K019-2	自家脂肪注入 1 50mL未満 2 50mL以上100mL未満 3 100mL以上	22,900点 30,530点 38,160点
K046	骨折観血的手術 注 緊急整復固定加算	4,000点
K054-2	脛骨近位骨切り術	28,300点
K080-4	関節鏡下肩腱板断裂手術 2 簡単なもの(上腕二頭筋腱の固定を伴うもの)	37,490点
K080-7	上腕二頭筋腱固定術 1 観血的に行うもの 2 関節鏡下で行うもの	18,080点 23,370点
K081	人工骨頭挿入術 注 緊急挿入加算	4,000点
K142-8	顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	24,560点
K145-2	皮下髄液貯溜槽留置術	5,290点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術②》

区分番号	項目名	点数
K169-2	内視鏡下脳腫瘍生検術	80,000点
K169-3	内視鏡下脳腫瘍摘出術	100,000点
K174	水頭症手術 3 シャント再建術 イ 頭側のもの □ 腹側のもの ハ 頭側及び腹側のもの	15,850点 6,600点 19,150点
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの) 注1 ローフローバイパス術併用加算 注2 ハイフローバイパス術併用加算	16,060点 30,000点
K188-3	癒着性脊髄くも膜炎手術(脊髄くも膜剥離操作を行うもの)	38,790点
K217	眼瞼内反症手術 3 眼瞼下制筋前転法	4,230点
K225-4	角結膜悪性腫瘍切除術	6,290点
K242	斜視手術 6 調節糸法	12,060点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術③》

区分番号	項目名	点数
K268	緑内障手術 2 流出路再建術 イ 眼内法 □ その他のもの 7 濾過胞再建術(needle法)	14,490点 19,020点 3,440点
K319-2	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術 1 上鼓室開放を伴わないもの 2 上鼓室・乳突洞開放を伴うもの	40,630点 52,990点
K343-2	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術(頭蓋底郭清、再建を伴うもの)	110,950点
K388-3	内喉頭筋内注入術(ボツリヌス毒素によるもの)	1,500点
K494-2	胸腔鏡下胸腔内(胸膜内)血腫除去術	13,500点
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 4 気管支形成を伴う肺切除	81,420点
K529-4	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 2 頸部、腹部の操作によるもの	112,190点 101,670点
K533-3	内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術	8,990点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術④》

区分番号	項目名	点数
K601-2	体外式膜型人工肺(1日につき) 1 初日 2 2日目以降	30,150点 3,000点
K617	下肢静脈瘤手術 4 静脈瘤切除術	1,820点
K627-2	腹腔鏡下リンパ節群郭清術 4 側方	41,090点
K653-6	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	12,000点
K657	胃全摘術 3 悪性腫瘍手術(空腸囊作製術を伴うもの)	79,670点
K657-2	腹腔鏡下胃全摘術 3 悪性腫瘍手術(空腸囊作製術を伴うもの)	94,780点
K675-2	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)	70,220点
K677	胆管悪性腫瘍手術 3 肝外胆道切除術によるもの	50,000点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術⑤》

区分番号	項目名	点数
K697-4	移植用部分肝採取術(生体) 1 腹腔鏡によるもの 2 その他のもの	105,000点 82,800点
K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 注1 消化管ポリポーシス加算 注2 バルーン内視鏡加算	5,000点 450点
K721-3	内視鏡的結腸異物摘出術 注 バルーン内視鏡加算	450点
K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 注 バルーン内視鏡加算	450点
K721-5	内視鏡的小腸ポリープ切除術	11,800点
K740	直腸切除・切断術 注2 片側側方リンパ節郭清加算 両側側方リンパ節郭清加算	4,250点 6,380点
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術 3 超低位前方切除術 4 経肛門吻合を伴う切除術 注2 片側側方リンパ節郭清加算 両側側方リンパ節郭清加算	91,470点 100,470点 4,250点 6,380点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新規に保険収載される手術⑥》

区分番号	項目名	点数
K800-4	ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)	9,930点
K823-7	膀胱頸部形成術(膀胱頸部吊上術以外)	37,690点
K828-3	埋没陰茎手術	7,760点
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの	18,190点
K860-3	腹腔鏡下膣断端挙上術	43,870点
K882-3	腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	32,290点
K910-6	臍帯穿刺	3,800点
K916	体外式膜型人工肺管理料(1日につき) 1 7日目まで 2 8日目以降14日目まで 3 15日目以降 注 導入時加算	4,500点 4,000点 3,000点 5,000点
K921-3	末梢血単核球採取(一連につき) 1 採取のみを行う場合 2 採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合	14,480点 19,410点
K922-3	自己骨髄由来間葉系幹細胞投与(一連につき)	22,280点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《新たに保険収載される麻酔》

区分番号	項目名	点
L009	麻酔管理料(Ⅰ) 注5 周術期薬剤管理加算	75点
L010	麻酔管理料(Ⅱ) 注2 周術期薬剤管理加算	75点



《新たに保険収載される放射線治療》

区分番号	項目名	点
M000-2	放射性同位元素内用療法管理料 6 神経内分泌腫瘍に対するもの 7 褐色細胞腫に対するもの	2,660点 1,820点

(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された手術等①》

区分番号	項目名	点数
K169	頭蓋内腫瘍摘出術 注3 術中MRI撮影加算	3,990点
K171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術 注 術中MRI撮影加算	3,990点
K190-8	舌下神経電気刺激装置植込術	28,030点
K259-2	自家培養上皮移植術	52,600点
K305-2	植込型骨導補聴器(直接振動型)植込術	24,490点
K308-3	耳管用補綴材挿入術	18,100点
K470-2	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	22,100点
K555-2	経カテーテル弁置換術 3 経皮的肺動脈弁置換術	39,060点
K594	不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 □ 胸腔鏡下によるもの	37,800点
K616-7	ステントグラフト内挿術(シャント)	12,000点



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

《前回改定後に準用され、今回改定で新設された手術等②》

区分番号	項目名	点数
K616-8	吸着式潰瘍治療法(1日につき)	1,680点
K722	小腸結腸内視鏡的止血術 注2 スパイラル内視鏡加算	3,500点
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの) 注2 スパイラル内視鏡加算	3,500点
K746-3	痔瘻手術(注入療法)	1,660点
K755-3	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 2 1センチメートル以上	16,000点 22,960点
K841-6	経尿道的前立腺吊上術	12,300点
K939-9	切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算	5,190点
M001-5	ホウ素中性子捕捉療法(一連につき)	187,500点
	注2 ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	40,000点
	注3 ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	10,000点
	注4 体外照射用固定器具加算	1,000点



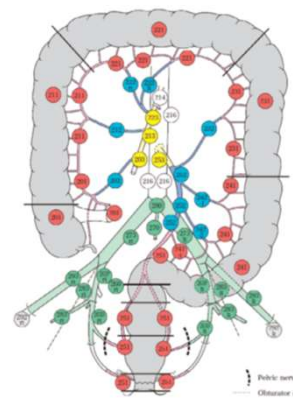
(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

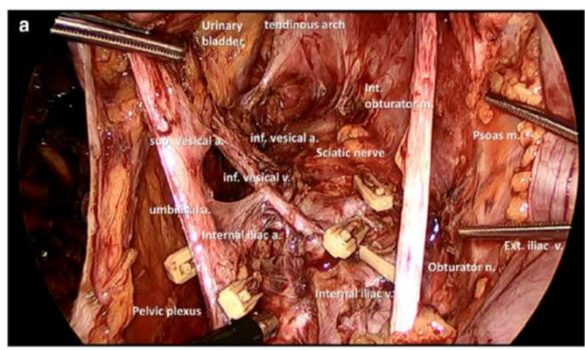
➤ 直腸癌の手術において、側方リンパ節郭清を併せて行った場合の加算を新設する。

(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

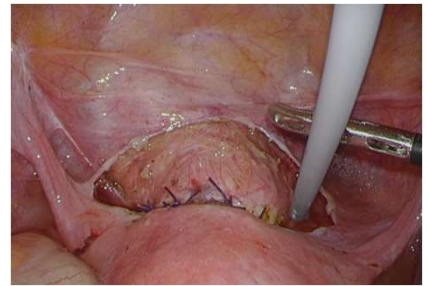
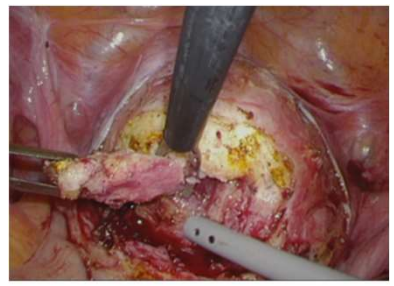
➤ 帝王切開創子宮癒痕部の修復に係る腹腔鏡手術を新設する。

(新)	腹腔鏡下子宮癒痕部修復術	32,290点
-----	--------------	---------

【算定要件】
帝王切開創子宮癒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

(1) 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ープ・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ープを基本的に全て摘除すること。

(1) 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。

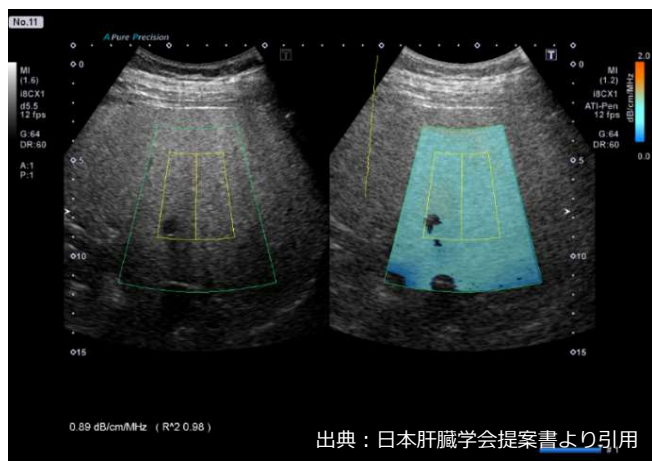
(新) 超音波減衰法検査 200点

[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。



出典：日本肝臓学会提案書より引用

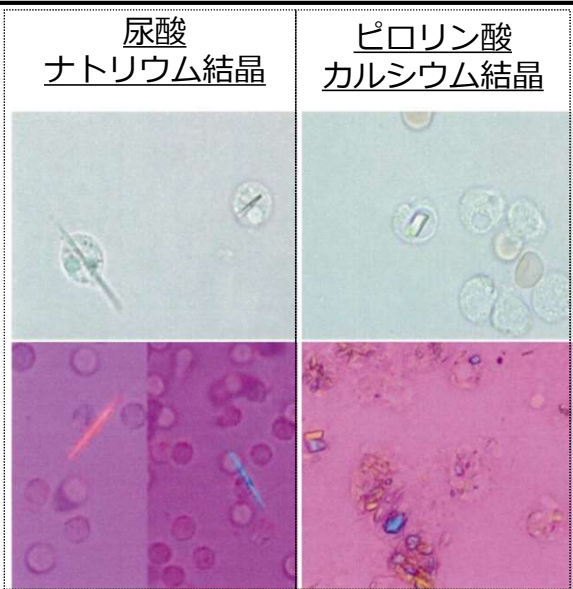
新規技術の保険導入

- 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、主たるもののみ算定する。



出典：日本リウマチ学会提案書より引用

(1) 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。

(1) 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。

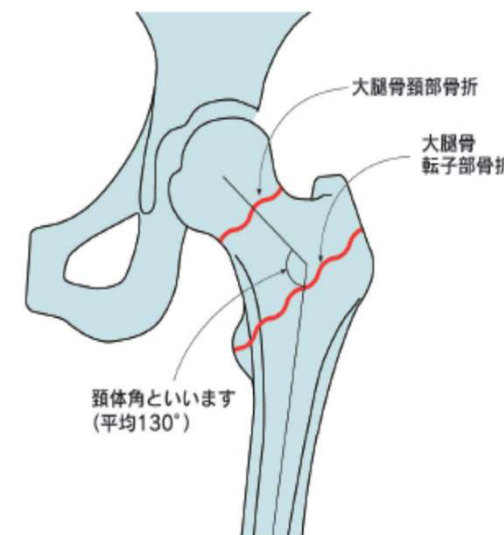
(新)	緊急整復固定加算	4,000点
(新)	緊急挿入加算	4,000点

[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

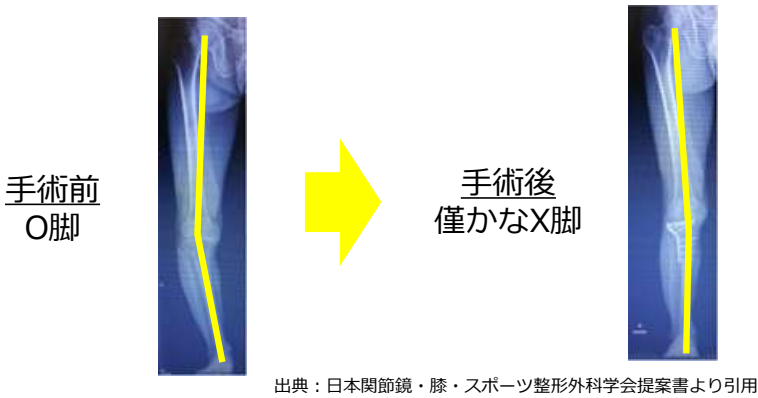
(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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。



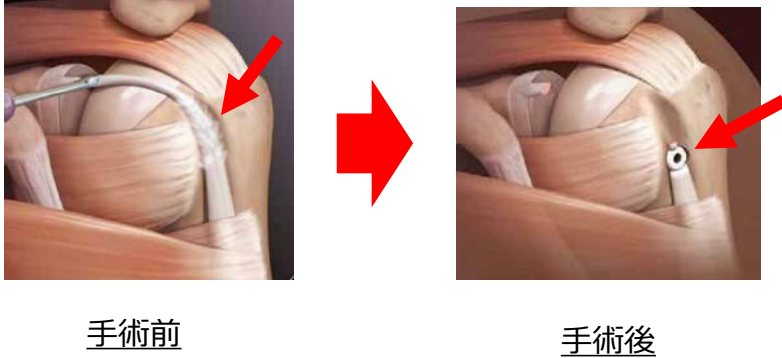
出典：日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会提案書より引用

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。



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：日本脊椎外科学会提案書より引用

(1) 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

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

[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

(1) 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		改定後
【腹腔鏡下胃切除術】 2 悪性腫瘍手術	64,120点	【腹腔鏡下胃切除術】 2 悪性腫瘍手術 64,120点 <u>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</u>
【腹腔鏡下噴門側胃切除術】 2 悪性腫瘍切除術	75,730点	【腹腔鏡下噴門側胃切除術】 2 悪性腫瘍切除術 75,730点 <u>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</u>
【腹腔鏡下胃全摘術】 2 悪性腫瘍手術	83,090点	【腹腔鏡下胃全摘術】 2 悪性腫瘍手術 83,090点 3 (略) <u>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</u>

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	改定後
【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)	〔施設基準〕 (1) (略) <u>(削除)</u> (2)～(8) (略)



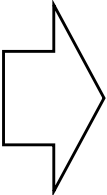
(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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

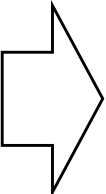
【ロービジョン検査判断料】
[施設基準]
厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

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。



(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

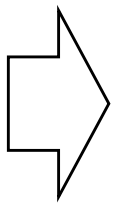
既存技術の見直し

- 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。

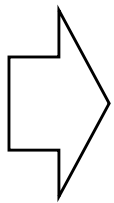
既存技術の見直し

- 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 |

(1) 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】

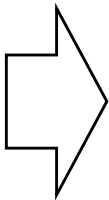
画像診断管理加算3

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

(1) 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

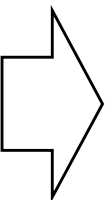
【血流予備量比コンピューター断層撮影】

〔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。

(1) 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

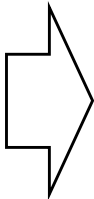
施設基準の見直し

- 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。(2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。



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。

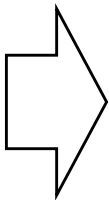
施設基準の見直し

- 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。

(1) 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**

(1) 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（医師の基礎的な技術の再評価①）（再掲）

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
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	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〕 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	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。	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、<u>16歳未満</u>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<u>3回</u>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。	D400 血液採取（1日につき） 1 静脈：<u>37点</u> 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、<u>30点</u>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	D419 その他の検体採取 3 動脈血採取（1日につき）：<u>55点</u> 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、<u>30点</u>を所定点数に加算する。 6 鼻腔・咽頭拭い液採取：<u>25点</u>

(1) 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（医師の基礎的な技術の再評価②）（再掲）

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): 22点
G001 静脈内注射(1回につき):32点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G001 静脈内注射(1回につき): 34点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 48点 を所定点数に加算する。
G004 点滴注射(1日につき) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合):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): 101点 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合): 99点 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る.): 50点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 46点 を所定点数に加算する。
H002 運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 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〕 糖尿病足病変 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.): 27点
J097 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む.):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.): 16点
J098 口腔、咽頭処置:14点	J098 口腔、咽頭処置: 16点

(1) 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

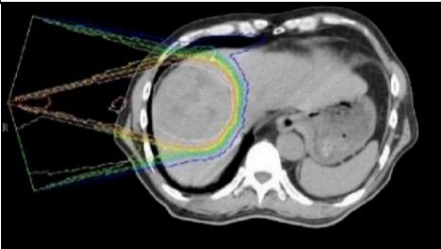
- 陽子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）、
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- 重粒子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
局所進行性子宮頸部線癌※、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

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。）

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）

(1) 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

(2) 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。

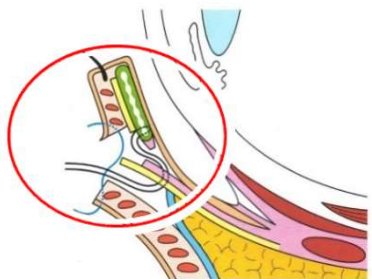
(新) 斜視手術（調節糸法） 12,060点

- 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

(2) 手術等の医療技術の適切な評価

➤ C 2 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。

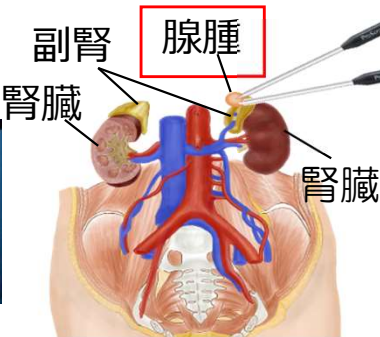
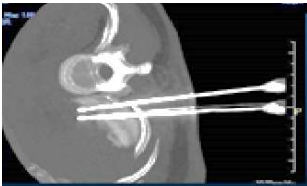
新規保険医療材料等に係る技術料の新設

(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、C Tガイド下にて副腎腫瘍を穿刺し、治療を行う。

< C T 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

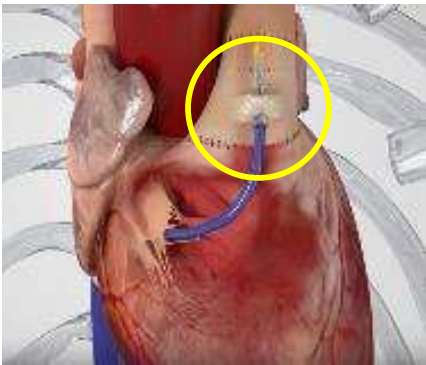
【経カテーテル弁置換術】	
(新) 経皮的肺動脈弁置換術	39,060点

[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

(2) 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

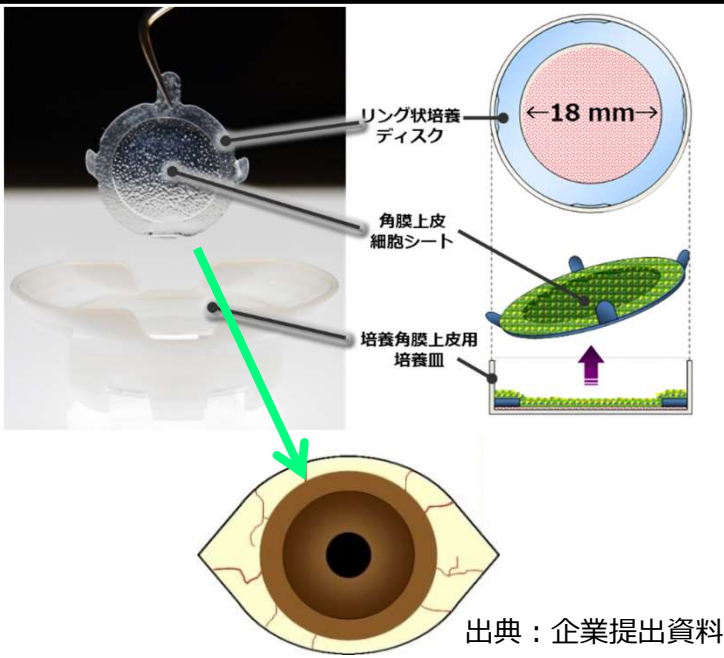
(新) 自家培養上皮移植術 52,600点

[技術の概要]

- 角膜上皮幹細胞疲弊症患者に対して、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	



新規保険医療材料等に係る技術料の新設

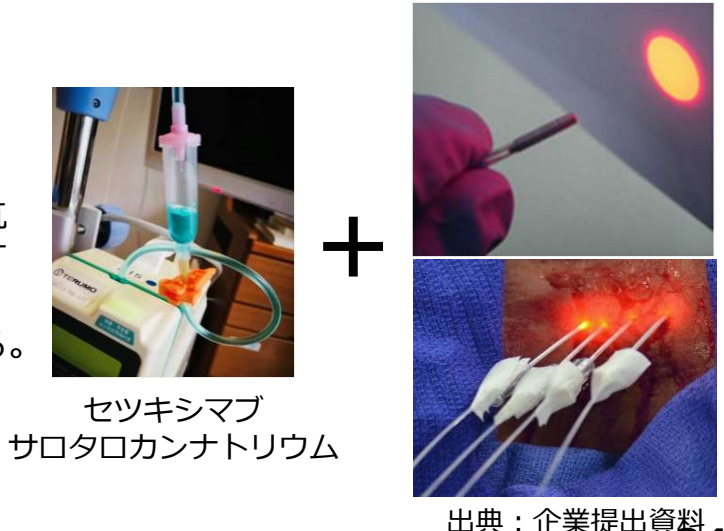
(新) 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点

[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



(2) 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

(2) 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

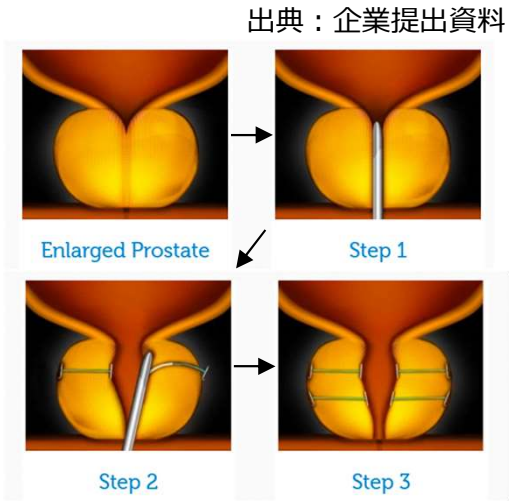
(新) 経尿道的前立腺吊上術 12,300点

[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



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]

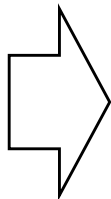
- センサーを上腕の後ろ側に装着し、リーダー等でセンサーをスキャンすることで、皮下間質液中のグルコース値を表示することができ、また、連続グルコース値のグラフを表示することができる。

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

(2) 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

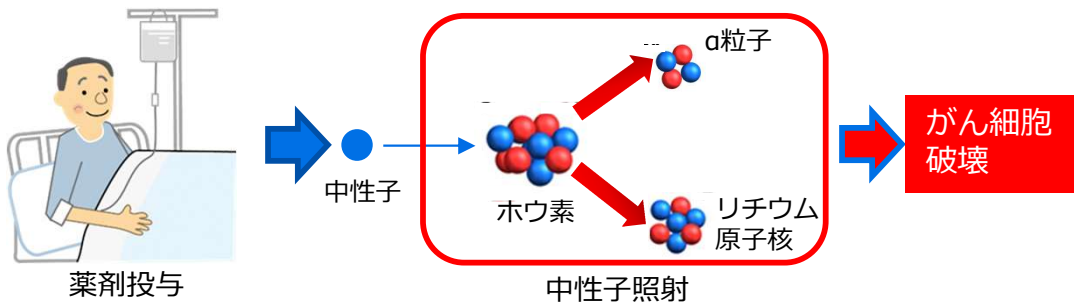
(新) ホウ素中性子捕捉療法 187,500点

[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法適応判定加算 40,000点
- ② ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算 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

(2) 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。

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K000	創傷処理		
	1 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm未満)	1,250点	1,400点
	2 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm以上10cm未満)	1,680点	1,880点
	3 筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上)		
	イ 頭頸部のもの(長径20cm以上のものに限る。)	8,600点	9,630点
	ロ その他のもの	2,400点	2,690点
	4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm未満)	470点	530点
	5 筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm以上10cm未満)	850点	950点
	6 筋肉、臓器に達しないもの(長径10cm以上)	1,320点	1,480点
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)		
	1 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5cm未満)	1,250点	1,400点
	2 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5cm以上5cm未満)	1,400点	1,540点
	3 筋肉、臓器に達するもの(長径5cm以上10cm未満)	2,220点	2,490点
	4 筋肉、臓器に達するもの(長径10cm以上)	3,430点	3,840点
	5 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5cm未満)	450点	500点
	6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5cm以上5cm未満)	500点	560点
	7 筋肉、臓器に達しないもの(長径5cm以上10cm未満)	950点	1,060点
	8 筋肉、臓器に達しないもの(長径10cm以上)	1,740点	1,950点

(2) 手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K001	皮膚切開術		
	1 長径10cm未満	570点	640点
	2 長径10cm以上20cm未満	990点	1,110点
	3 長径20cm以上	1,770点	1,980点
K002	デブリードマン		
	1 100cm ² 未満	1,260点	1,410点
	2 100cm ² 以上3,000cm ² 未満	4,300点	4,820点
	3 3,000cm ² 以上	10,030点	11,230点
K017	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)		
	1 乳房再建術の場合	89,880点	100,670点
	2 その他の場合	94,460点	105,800点
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840点	940点
K045	骨折経皮的鋼線刺入固定術 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,990点	2,190点
K049	骨部分切除術 2 前腕、下腿	4,410点	4,940点
K053	骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550点	36,460点
K057	変形治癒骨折矯正手術 2 前腕、下腿	27,550点	30,860点
K066	関節滑膜切除術 3 肩鎖、指(手、足)	7,930点	8,880点
K101	合指症手術 1 軟部形成のみのもの	8,720点	9,770点
K124-2	寛骨臼骨折観血的手術	52,540点	58,840点

(2) 手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K134-3	人工椎間板置換術(頸椎)	36,780点	40,460点
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	90,470点	101,330点
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む)		
	1 前方椎体固定	37,240点	41,710点
	4 前方後方同時固定	66,590点	74,580点
K151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	193,060点	216,230点
K189	脊髄ドレナージ術	408点	460点
K220	結膜縫合術	1,260点	1,410点
K299	小耳症手術 1 軟骨移植による耳介形成手術	56,140点	62,880点
K386	気管切開術	3,080点	3,450点
K394	喉頭悪性腫瘍手術 2 全摘	63,710点	71,360点
K404	抜歯手術		
	2 前歯	155点	160点
	3 臼歯	265点	270点
	4 埋伏歯	1,054点	1080点
	注1	210点	230点
	注3	120点	130点
K414-2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,970点	10,050点
K415	舌悪性腫瘍手術 2 亜全摘	75,070点	84,080点
K419	頬、口唇、舌小帯形成手術	560点	630点
K421	口唇腫瘍摘出術 1 粘液嚢胞摘出術	910点	1,020点
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700点	121,740点

(2) 手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K444	下顎骨形成術 1 おとがい形成の場合	7,780点	8,710点
K450	唾石摘出術(一連につき) 1 表在性のもの	640点	720点
K509-2	気管支肺胞洗浄術	4,800点	5,300点
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 2 胸部、腹部の操作によるもの	109,190点	122,290点
K530-3	内視鏡下筋層切開術	11,340点	12,470点
K532	食道・胃静脈瘤手術 2 食道離断術を主とするもの	37,620点	42,130点
K552	冠動脈、大動脈バイパス移植術 1 1吻合のもの	71,570点	80,160点
K553-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術 1 単独のもの	114,300点	128,020点
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)		
	1 上行大動脈 ハ 自己弁温存型大動脈基部置換術	148,860点	166,720点
K566	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストーン手術)	44,670点	50,030点
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術		
	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	74,460点	83,400点
K586	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術 1 両方向性グレン手術	71,570点	80,160点
K596	体外ペースメーカー移植術	3,370点	3,770点
K597	ペースメーカー移植術 1 心筋電極の場合	15,060点	16,870点
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,760点	4,210点
K614	血管移植術、バイパス移植術		
	3 腹腔内動脈	56,560点	63,350点
	4 頭、頸部動脈	55,050点	61,660点
	5 下腿、足部動脈	62,670点	70,190点

(2) 手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等) 3 その他のもの	18,620点	20,480点
K616-3	経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)	24,550点	27,500点
K627	リンパ節群郭清術		
	6 鼠径部及び股部	8,710点	9,760点
	7 後腹膜	41,380点	46,350点
K637	限局性腹腔膿瘍手術 4 その他のもの	9,270点	10,380点
K642	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術 1 腸切除を伴わないもの	14,290点	16,000点
K643	後腹膜悪性腫瘍手術	48,510点	54,330点
K645	骨盤内臓全摘術	120,980点	135,500点
K675	胆嚢悪性腫瘍手術		
	1 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	45,520点	50,980点
	2 肝切除(亜区域切除以上)を伴うもの	57,790点	64,720点
K677	胆管悪性腫瘍手術 3 その他のもの → 4 その他のもの	84,700点	94,860点
K677-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術 1 血行再建あり	180,990点	202,710点
K695	肝切除術 2 亜区域切除	56,280点	63,030点
K702	膵体尾部腫瘍切除術		
	1 膵尾部切除術の場合 イ 脾同時切除の場合	24,000点	26,880点
	3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730点	59,060点

(2) 手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K703	膵頭部腫瘍切除術		
	1 膵頭十二指腸切除術の場合	81,620点	91,410点
	2 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	86,810点	97,230点
	3 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	86,810点	97,230点
K704	膵全摘術	103,030点	115,390点
K719	結腸切除術 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	35,680点	39,960点
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	8,830点	9,890点
K729	腸閉鎖症手術 1 腸管切除を伴わないもの	12,190点	13,650点
K769-2	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930点	49,200点
K772	腎摘出術	18,760点	21,010点
K803	膀胱悪性腫瘍手術		
	4 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	107,800点	120,740点
	6 経尿道的手術 イ 電解質溶液利用のもの	12,300点	13,530点

(2) 手術等の医療技術の適切な評価

区分番号	手術名	現行点数	改定点数
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 1 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	76,880点	86,110点
K828	包茎手術 1 背面切開術	740点	830点
K835	陰嚢水腫手術 1 交通性陰嚢水腫手術 → 1 鼠径部切開によるもの	3,620点	3,980点
K879	子宮悪性腫瘍手術	62,000点	69,440点
K888-2	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)		
	1 開腹によるもの	12,460点	13,960点
K895	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530点	1,710点

(3) 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。

(4) 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 <u>医学管理料等</u> 第2節 <u>プログラム医療機器等医学管理加算</u> 第3節 <u>特定保険医療材料料</u> 【第1部 医学管理等】 <u>通則</u> 1 <u>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。</u> 2 <u>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。</u>

医学管理料等

+

プログラム医療機器等医学管理加算

and/or

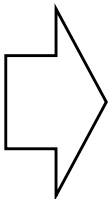
特定保険医療材料料

(5) 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

検体検査の評価の見直し

- 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

現行	
血液ガス分析	139点
血液化学検査 10項目以上	109点
インフルエンザウイルス抗原定性	139点

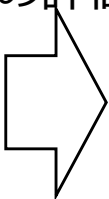


改定後	
	<u>135点</u>
	<u>106点</u>
	<u>136点</u>

医学管理料の評価の見直し

- 慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。

現行	
慢性維持透析患者外来医学管理料	2,250点

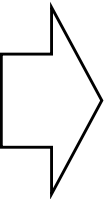


改定後	
	<u>2,211点</u>

在宅療養指導管理材料加算の評価の見直し

- 材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

現行	
呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点
排痰補助装置加算	1,800点



改定後	
	<u>291点</u>
	<u>1,829点</u>

(6) 人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

➤ 包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

現行

【人工腎臓】				
慢性維持透析を行った場合				
		場合 1	場合 2	場合 3
4 時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
4 時間以上 5 時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
5 時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

【算定要件】

- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用（HIF-PH阻害剤は「イ」から「ハ」までの場合に限る。）は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までのうち、「二」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。

【施設基準】

- ・人工腎臓に規定する患者
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）

改定後

【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合			
	場合 1	場合 2	場合 3
4 時間未満	<u>1,885点</u>	<u>1,845点</u>	<u>1,805点</u>
4 時間以上 5 時間未満	<u>2,045点</u>	<u>2,005点</u>	<u>1,960点</u>
5 時間以上	<u>2,180点</u>	<u>2,135点</u>	<u>2,090点</u>

【算定要件】

- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

【施設基準】

- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤

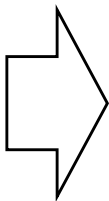
(6) 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

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

- 【人工腎臓】
- | | |
|---------|------|
| 導入期加算 1 | 200点 |
| 導入期加算 2 | 500点 |
- 〔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。



改定後

- 【人工腎臓】
- | | |
|--------------------|-------------|
| 導入期加算 1 | 200点 |
| 導入期加算 2 | <u>400点</u> |
| <u>(新) 導入期加算 3</u> | <u>800点</u> |
- 〔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。
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。
- (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。
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。
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。
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。
イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。
ウ 導入期加算 1 又は 2 を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。
エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。
オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。
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。



(6) 透析中の運動指導に係る評価の新設

- 人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

人工腎臓

(新) 透析時運動指導等加算 75点 (指導開始から90日を限度とする。)

[対象患者]

人工腎臓を実施している患者

[算定要件] (概要)

- 透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師が1回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定
- 日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照すること

(6) 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っては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。
 - 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。

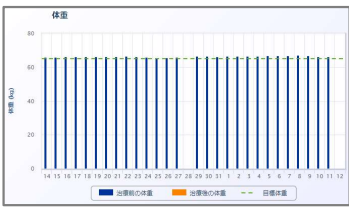


自動腹膜灌流用装置

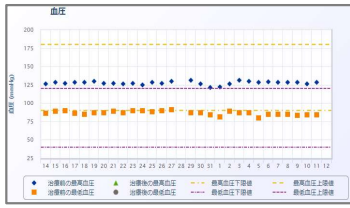
出典：バクスター株式会社HP



(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)

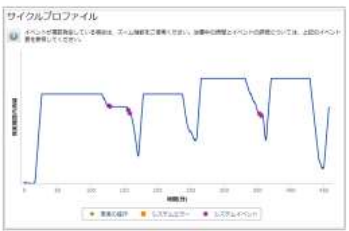
1) 治療実施状況の把握

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

2) 治療中インシデント状況の把握

項目	内容
インシデント発生回数	1回
インシデント発生時刻	10:00
インシデント発生場所	自宅
インシデント発生原因	機器の故障
インシデント発生時の対応	機器の再起動
インシデント発生後の経過	機器の正常動作を確認

3) インシデント状況の詳細確認



(6) 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	改定後
【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。	【在宅血液透析指導管理料】 <u>10,000点</u> [算定要件] (5) <u>日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」</u>に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、<u>当該マニュアルに基づいて</u>在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

(6) 有床診療所における評価の見直し（再掲）

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

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

有床診療所療養病床入院基本料

(新) 慢性維持透析管理加算 100点（1日当たり）

- [対象患者]
- ・ 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者

15. 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カンファレンス等に係る要件の見直し
- (2) 事務の簡素化・効率化
- (3) 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設
- (4) データ提出加算の要件化の拡大
- (5) 診療録管理体制加算の見直し

(1) 情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

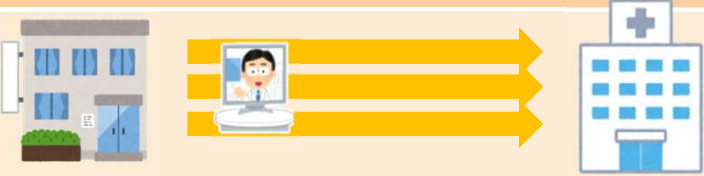
- 医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

現行 (例：入退院支援加算)



原則対面 (ICT活用に制限)

改定後



リアルタイムの画像を介したコミュニケーション (ビデオ通話) が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

現行 (例：在宅患者訪問看護・指導料)

関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、要件を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

改定後

1 人以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

(2) 事務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**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。

- ◆ レセプト摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について**選択式記載**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減**を図る。

【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】
・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	施設要件 ア
8201xxxxx	施設要件 イ
(略)	ウ～オ (略)

〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

(3) 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設（再掲）

- 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

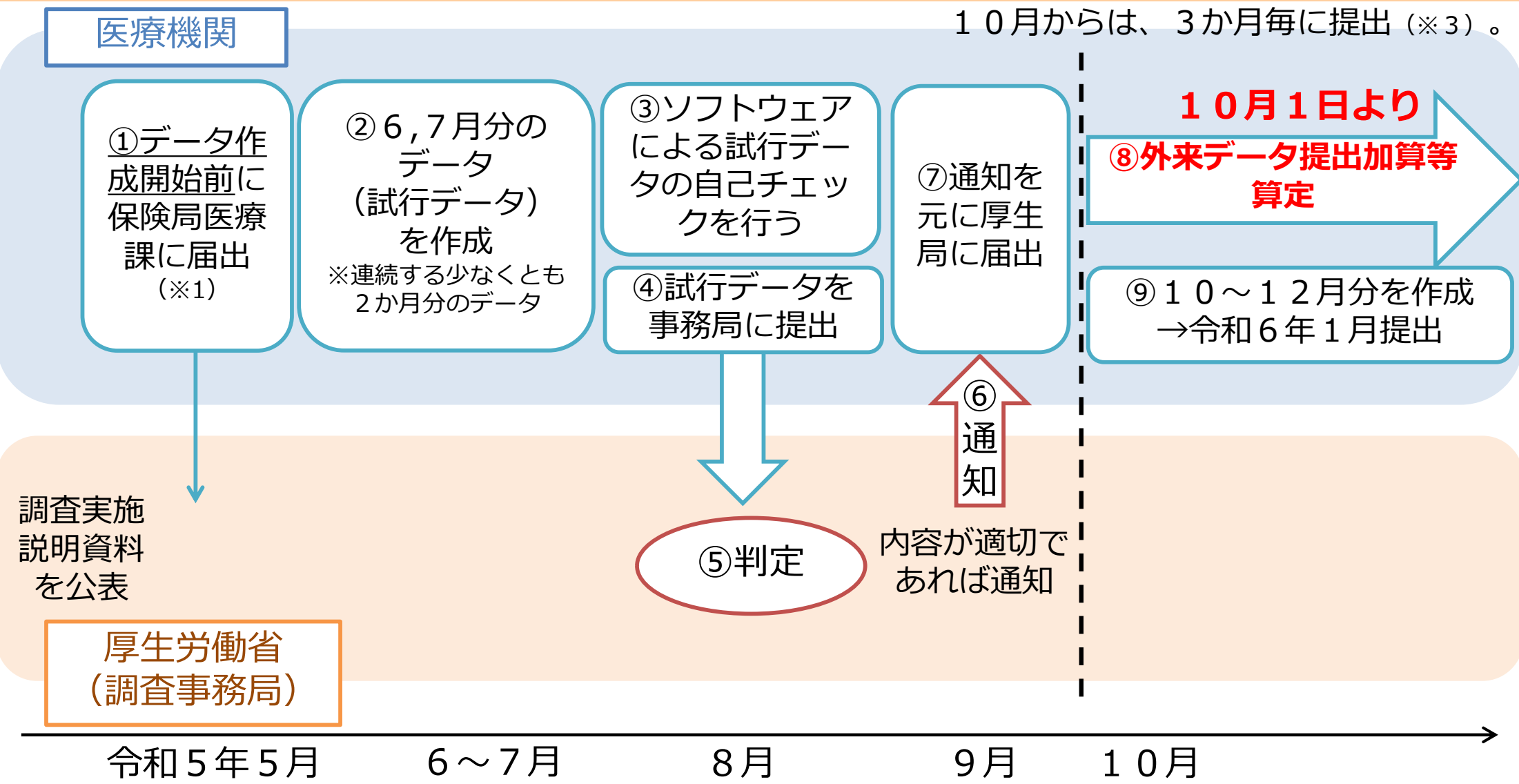
(新) 在宅データ提出加算 50点（月1回）

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）（再掲）



※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。

(4) データ提出加算の要件化の拡大 (再掲)

➤ 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。

(5) 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 | 改定後 |
|-------------------------------|--|
| 【診療録管理体制加算】
[施設基準]
(新設) | 【診療録管理体制加算】
[施設基準]
<u>許可病床数が400床以上の保険医療機関</u> については、以下の要件を加える。 <ul style="list-style-type: none">・ <u>専任の医療情報システム安全管理責任者を配置</u>すること・ 当該責任者は、職員を対象として、<u>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</u>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	改定後
【診療録管理体制加算】 [施設基準] (新設) (新設)	【診療録管理体制加算】 [施設基準] <u>許可病床数が400床以上の保険医療機関</u> については、非常時に備えた医療情報システムの <u>バックアップ体制を確保</u> することが望ましい。 <u>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。</u> 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

(5) 診療録管理体制加算の見直し (標準規格の導入に係る取組の推進)

診療録管理体制加算の見直し

- 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、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改定後

【診療録管理体制加算 (入院初日)】

[施設基準]

3 届出に関する事項

(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

(2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添様式により届け出ること。



16. 後発医薬品やバイオ後続品の促進、 医薬品の給付の適正化

- (1) 医療機関における後発医薬品の使用促進
- (2) バイオ後続品に係る情報提供の評価
- (3) 医薬品の給付の適正化（湿布薬）

(1) 医療機関における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後		
後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	47点	後発医薬品使用体制加算 1	(<u>90%以上</u>)	47点
後発医薬品使用体制加算 2	(80%以上)	42点	後発医薬品使用体制加算 2	(<u>85%以上</u>)	42点
後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	37点	後発医薬品使用体制加算 3	(<u>75%以上</u>)	37点

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後		
外来後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1	(<u>90%以上</u>)	5点
外来後発医薬品使用体制加算 2	(75%以上)	4点	外来後発医薬品使用体制加算 2	(<u>85%以上</u>)	4点
外来後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	2点	外来後発医薬品使用体制加算 3	(<u>75%以上</u>)	2点

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

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

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

「後発医薬品使用体制加算」等における後発医薬品の使用割合の取扱い

- ・ 対象の供給停止品目（下記）と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」等の要件の「後発医薬品の使用（調剤）割合」を算出する際、算出対象から除外しても差し支えないこととする。※

※ 対象の全ての品目（先発を含む）を割合の算出対象から除外することとする（一部の成分の品目のみを除外することは不可）

対象成分一覧

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

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

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

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

「後発医薬品使用体制加算」等における後発医薬品の使用割合の取扱い

- 対象の供給停止品目（下記）と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品使用体制加算」等の要件の「後発医薬品の使用（調剤）割合」を算出する際、算出対象から除外しても差し支えないこととする。※

※ 対象の全ての品目（先発を含む）を割合の算出対象から除外することとする（一部の成分の品目のみを除外することは不可）

対象成分一覧

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

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

(参考) 対象品目一覧

前回から継続

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

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

新規

: 36成分 注) いずれも内服薬に限る。括弧内は主な効能等。

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

(2) バイオ後続品に係る情報提供の評価

- バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改定後	
【在宅自己注射管理指導料】	
バイオ後続品導入初期加算	150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等	
【外来腫瘍化学療法診療料】	
(新) バイオ後続品導入初期加算	150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（ <u>リツキシマブ製剤</u> 、 <u>トラスツズマブ製剤</u> 、 <u>ベバシズマブ製剤</u> ）	
【外来化学療法加算】	
(新) バイオ後続品導入初期加算	150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの： <u>インフリキシマブ製剤</u>	

[算定要件]

- 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として所定点数に加算する。

(3) 医薬品の給付の適正化 (湿布薬)

医師が特別に医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから63枚までに変更する。

【第5部 投薬】
通則

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

