

令和4年度診療報酬改定のポイント

～ 診療所外来編 ～

参考資料：有限会社メディカルサポートシステムズ
診療報酬改定セミナー

基本診療料（初・再診料）

【オン診】オンラインによる診療の点数

□基本診療料

◆（新）初診料（情報通信機器を用いた場合） 2 5 1 点（要届出）

◆（新）再診料（情報通信機器を用いた場合） 7 3 点（要届出）

※基本的な点数は変わっていません（初診料：2 8 8 点、再診料：7 3 点）

◆「情報通信機器を用いた場合」の際は外来管理加算の算定不可

□根本的な概念が変わります

◆「オンライン診療料」という言葉が消える

◆疾患、対面受診間隔、時間要件など撤廃

◆各種医学管理や在宅の「（情報通信機器を用いた場合）」も算定可能になる

◆カルテ・レセプトへの記載事項に注意

◆患者の「かかりつけ医」の有無により、「かかりつけ医が所属する医療機関名」、「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」をカルテ記載

◆「当該診療が指針に沿った適切な診療であったこと」、「当該処方が指針に沿った適切な処方であったこと」をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載

【オン診】 オンラインによる診療の点数

□新型コロナウイルス感染症特例との関係

- ◆令和4年4月以降は前ページの点数表本則と新型コロナウイルス感染症特例が混在します
- ◆音声通話による算定は当面認められますが「情報通信機器を用いた場合」には該当しません
- ◆そもそも届出をしていない医療機関では「情報通信機器を用いた場合」は算定できません

□情報通信機器の定義

◆オンライン診療システム

- ◆オンライン診療で使用されることを念頭に作成された視覚及び聴覚を用いる情報通信機器のシステム

◆汎用サービス

- ◆オンライン診療に限らず広く用いられるサービスであって、視覚及び聴覚を用いる情報通信機器のシステムを使用するもの

「オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年3月（令和4年1月一部改訂）厚生労働省）」

基本診療料		
	初診料	251点
	再診料	73点

在宅時医学総合管理料 ※省略している点数があります		
機能強化型在支診(病床有り)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	3,029点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,685点
	上記以外の場合	880点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,515点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	843点
	上記以外の場合	440点
機能強化型在支診(病床無し)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,789点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,565点
	上記以外の場合	820点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,395点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	783点
	上記以外の場合	410点
機能強化型在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,569点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,465点
	上記以外の場合	780点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,285点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	733点
	上記以外の場合	390点
在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,029点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,180点
	上記以外の場合	660点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,015点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	590点
	上記以外の場合	330点

遠隔連携診療料		
	診断を目的とする場合	750点
	その他の場合	500点

施設入居時等医学総合管理料 ※省略している点数があります		
機能強化型在支診(病床有り)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,249点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,265点
	上記以外の場合	880点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,125点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	633点
	上記以外の場合	440点
機能強化型在支診(病床無し)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,069点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,175点
	上記以外の場合	820点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,035点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	588点
	上記以外の場合	410点
機能強化型在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,909点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,105点
	上記以外の場合	780点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	955点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	553点
	上記以外の場合	390点
在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,549点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	910点
	上記以外の場合	660点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	775点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	455点
	上記以外の場合	330点

【オン診】対面と情報通信機器を用いた場合の点数比較

項目		対 面	情報 通信機器	項目		対 面	情報 通信機器
特定疾患療養管理料	診療所	225点	196点	移植後患者指導管理料イ		300点	261点
	100床未満	147点	128点	移植後患者指導管理料ロ		300点	261点
	100以上200床未満	87点	76点	糖尿病透析予防指導管理料		350点	305点
ウイルス疾患指導料 1		240点	209点	腎代替療法指導管理料		500点	435点
ウイルス疾患指導料 2		330点	287点	乳幼児育児栄養指導料		130点	113点
小児科療養指導料		270点	235点	療養・就労両立支援指導料	1 初回	800点	696点
てんかん指導料		250点	218点		2 2回目以降	400点	348点
難病外来指導管理料		270点	235点	がん治療連携計画策定料 2		300点	261点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)		250点	218点	外来がん患者在宅連携指導料		500点	435点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)		100点	87点	肝炎インターフェロン治療計画料		700点	609点
外来栄養食事指導料1	初回	260点	235点	薬剤総合評価調整管理料		250点	218点
	2回目以降	200点	180点				
外来栄養食事指導料2 (診療所のみ)	初回	250点	225点	在宅自己注射指導管理料		対 面	情報通信機器
	2回目以降	190点	170点	複雑な場合		1,230点	1,070点
がん患者指導管理料イ		500点	435点	月27回以下の場合		650点	566点
がん患者指導管理料ロ		200点	174点	月28回以上の場合		750点	653点
がん患者指導管理料ハ		200点	174点				
がん患者指導管理料ニ		300点	261点			対 面	情報通信機器
小児悪性腫瘍患者指導管理料		550点	479点	地域包括診療料		1,660点・1,600点	—
がん性疼痛緩和指導管理料		200点	174点	認知症地域包括診療料		1,681点・1,613点	—
外来緩和ケア管理料		290点	252点	生活習慣病管理料		570点・620点・720点	—

【基本診療料】 オンライン資格確認システムの活用

□（新） 電子的保健医療情報活用加算（月 1 回）

□初診料の場合 7 点

□特例措置 3 点（令和 6 年 3 月 3 1 日まで）※¹

□再診料の場合 4 点

◆初診時に算定した場合には再診時には算定不可（特例措置を除く）

◆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

◆届出不要だが要件を満たすこと

◆電子資格確認システムを利用して当該患者の診療情報等を取得した上で診療を行った場合

◆オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得

◆※¹ 初診の場合でオンライン資格確認システムでの当該患者の診療情報等の取得が困難な場合
又は他院から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合

【基本診療料】 オンライン資格確認システムの活用

□（新） 電子的保健医療情報活用加算（月 1 回）

◆施設基準

- ◆レセプトの電子請求を行っている（オンライン請求、光ディスク等）
- ◆電子資格確認を行う体制を有している（オンライン資格確認システム端末）
- ◆電子資格確認を活用して診療している旨を院内の見やすい場所に掲示している
- ◆上記 3 点を満たせば届出不要

□院内掲示物に注意

- ◆上記施設基準にも院内掲示の条件がある
- ◆個人情報保護法に規定される掲示物に利用目的を追加するのを忘れずに
 - ◆他の事業者等への情報提供を伴う事例
 - ◆医療保険事務の中に「審査支払機関又は保険者への照会」等を追加
 - ◆「オンライン資格確認」を導入する医療機関等における個人情報の利用目的の例示について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000757681.pdf>

【基本診療料】 オンライン資格確認システムの活用

□ (新) 電子的保健医療情報活用加算 (月 1 回)

◆ 算定例 1 (加算は考慮していません)

◆ 1 日目 初診料 2 8 8 点 + 電子的保健医療情報活用加算 (初診) 7 点 = 2 9 5 点

◆ 2 日目 再診料 7 3 点 + ~~電子的保健医療情報活用加算 4 点 = 7 7 点~~ × ⇒ 7 3 点

◆ 算定例 2 (加算は考慮していません)

◆ 1 日目 初診料 2 8 8 点

+ 電子的保健医療情報活用加算 (初診) (診療情報等の取得が困難等) 3 点 = 2 9 1 点

◆ 2 日目 再診料 7 3 点 + 電子的保健医療情報活用加算 (再診) 4 点 = 7 7 点 ○

~~◆ 電子カルテ／レセコンが自動的に判断してくれる・・・はず~~

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-portal.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

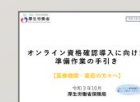
■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

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！

II 【基本診療料】 感染症対策

□新型コロナウイルス感染症特例点数

◆令和4年3月31日に期限を迎える点数

◆乳幼児感染予防策加算、二類感染症患者入院診療加算（外来診療・診療報酬上臨時的取扱）

◆下記の新型コロナウイルス感染症特例は4月以降も引き続き実施

◆外来・往診等

◆二類感染症患者入院診療加算（電話等初診料・診療報酬上臨時的取扱）

◆二類感染症患者入院診療加算（電話等再診料・診療報酬上臨時的取扱）

◆二類感染症患者入院診療加算（電話等診療・臨取）（重点措置）

◆院内トリージ実施料（診療報酬上臨時的取扱）

◆救急医療管理加算1（診療報酬上臨時的取扱）（C O V・往診等）

◆救急医療管理加算1（診療報酬上臨時的取扱）（C O V・外来診療）

◆乳幼児加算（救急医療管理加算・臨時的取扱）（外来診療・往診等）

◆小児加算（救急医療管理加算・臨時的取扱）（外来診療・往診等）

【基本診療料】 感染症対策

□新型コロナウイルス感染症特例点数

◆下記の新型コロナウイルス感染症特例を引き続き実施

◆外来・往診等

- ◆救急医療管理加算 1（診療報酬上臨時的取扱）（往診等・中和抗体薬）
- ◆救急医療管理加算 1（診療報酬上臨時的取扱）（外来・中和抗体薬）
- ◆緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床なし）（臨時的取扱）
- ◆緊急往診加算（機能強化した在支診等）（病床あり）（臨時的取扱）
- ◆緊急往診加算（在支診等）（臨時的取扱）
- ◆緊急往診加算（在支診等以外）（臨時的取扱）
- ◆緊急訪問看護加算（診療報酬上臨時的取扱）
- ◆長時間訪問看護・指導加算（診療報酬上臨時的取扱）

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の新設

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| □ (新) 外来感染対策向上加算 | 6 点 (月 1 回) (要届出) (診療所のみ) |
| □ (新) 連携強化加算 | 3 点 (月 1 回) (要届出) (診療所のみ) |
| □ (新) サーベイランス強化加算 | 1 点 (月 1 回) (要届出) (診療所のみ) |

◆加算可能な項目

◆以下の各項目に加算可能だが同一月に他の項目を算定する場合でも重複して加算不可

◆初診料、再診料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料

◆外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料

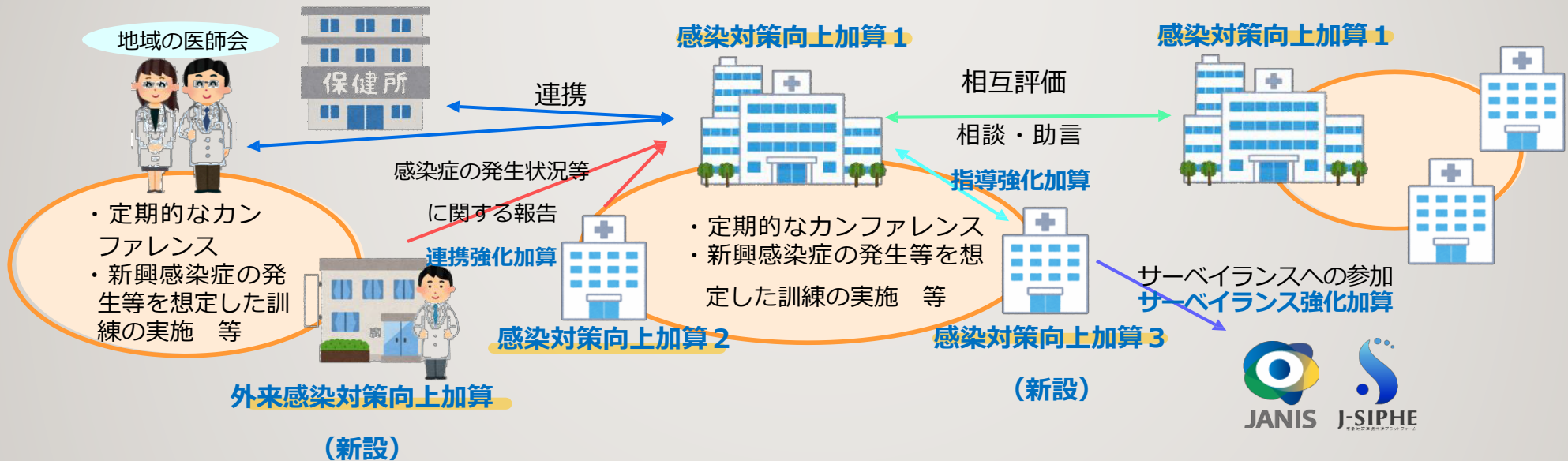
◆在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料

◆精神科訪問看護・指導料

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の概要

外来感染対策向上加算	
点数	6点
算定要件	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
主な施設基準	届出基準
	診療所（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
	院内感染管理者（※）を配置
	※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
	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする）
	・ 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
	・ 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
	サーベイランスへの参加
	サーベイランス強化加算 として 1点 を算定
その他	・ 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
	・ 「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
	・ 細菌学的検査を外部委託する場合は、「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
	・ 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
	他院との連携により 連携強化加算 として 3点 を算定する

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の概要



◆算定例（加算は考慮していません）

◆ 1日目 初診料 288点 + 外来感染対策向上加算（初診）6点 = 294点

◆ 2日目 再診料 73点 + 外来感染対策向上加算（再診）6点 = 79点 × ⇒ 73点

◆電子カルテ／レセコンが自動的に判断してくれる・・・はず

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の新設

□（新） 外来感染対策向上加算（要届出）

◆ 外来感染対策向上加算の施設基準（以下の全てに該当すること）

◆ 診療所であること

◆ 感染防止対策部門の設置

◆ 院内に感染防止対策部門を設置し組織的に感染防止対策を実施する体制を整備

◆ （入院の加算）医療安全対策加算の医療安全管理部門を感染防止対策部門としても可

◆ （入院の加算）当該職員は医療安全対策加算の医療安全管理者とは兼任不可だが、院内感染防止対策に掲げる業務は可

◆ 専任の院内感染管理者を配置

◆ 専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が感染防止に係る日常業務を行う

◆ 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容を整備

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の新設

◆ 外来感染対策向上加算の施設基準

◆ 院内感染管理者の責務

◆ 最新のエビデンスに基づき手順書を作成

- ◆ 自院の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込み各部署に配布

◆ 職員を対象として少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行う

- ◆ 安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う（医療安全対策加算の研修）

◆ 少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1の届出病院また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

- ◆ 複数の感染対策向上加算1の届出病院と連携する場合はそれぞれ年1回以上合わせて年2回以上参加

- ◆ 全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスにそれぞれ少なくとも年1回程度参加

- ◆ 感染対策向上加算1の届出病院また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

- ◆ カンファレンスはリアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて実施しても差し支えない

◆ 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

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の新設

◆外来感染対策向上加算の施設基準の続き

◆院内感染管理者の責務の続き

- ◆ビデオ通話を用いる場合に患者の個人情報画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること
- ◆電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること

◆新興感染症の発生時等の対応

- ◆都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開
- ◆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
- ◆新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1の届出病院等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されている

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の新設

◆外来感染対策向上加算の施設基準の続き

◆抗菌薬の適正使用について

- ◆「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っている
- ◆院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1の届出病院または地域の医師会から助言等を受ける。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う

◆その他

- ◆感染対策向上加算（入院）の届出を行っていない診療所
- ◆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

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添7の様式1の4を用いる
- ◆当該加算の届出については実績を要しない

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の新設

□（新）連携強化加算 3点（月1回）（要届出）

◆算定要件

- ◆自院で外来感染対策向上加算を算定
- ◆感染対策向上加算1を算定する他院に、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

◆施設基準

- ◆外来感染対策向上加算の届出診療所
- ◆他院（感染対策向上加算1の届出医療機関に限る）との連携体制を確保
- ◆連携する感染対策向上加算1の届出医療機関に対し、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

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添7の様式1の5を用いる

【基本診療料】 外来感染対策向上加算の新設

□ (新) サーベイランス強化加算 1 点 (月 1 回) (要届出)

◆算定要件

- ◆自院で外来感染対策向上加算を算定
- ◆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場合

◆施設基準

- ◆外来感染対策向上加算の届出診療所
- ◆地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されている
- ◆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

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添 7 の様式 1 の 5 を用いる
- ◆当該加算の届出については実績を要しない

【基本診療料】 地域包括診療加算の見直し

□地域包括診療加算（診療所のみ）、地域包括診療料（診療所・200床未満）

◆対象疾患の追加

◆高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る）及び認知症の6疾病のうち2つ以上（疑いは除く）を有する者

◆算定要件の見直し

◆当該患者を診療する担当医を決め、担当医は慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了したうえで指導及び診療を行った場合に算定。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養上の問題点等に係る生活面の指導は、必要に応じ当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師の実施でも差し支えない

◆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）

◆チ、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。

◆院内掲示で以下を周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。イ・ロ（略）

◆ハ、予防接種に係る相談を行っていること

【基本診療料】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 - 地域包括診療加算 - 地域包括診療料	<u>次のいずれかを満たしていること。</u> <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> (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 - 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 - 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 以下のいずれも満たすものであること <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> - 直近 1 年間ににおいて、次のいずれかを満たしていること <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> <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>
	小児かかりつけ診療料 - 在宅時医学総合管理料 - 施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)	- 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること <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> (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 年間ににおいて、 (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） (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 - 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） 以下のいずれも満たすものであること <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> <u>以下のいずれかを満たしていること</u> 過去 1 年間ににおいて、 <u>(在支診の場合) 緊急往診の実績 3 件以上。</u> <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> <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>
配置医師	—	<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> <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> <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>

【基本診療料】 機能強化加算の見直し

□概要

- ◆地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能の明確化
- ◆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

◆算定要件

- ◆（新）かかりつけ医機能を担う医療機関として、**必要に応じ**、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - ◆患者が受診している他院及び処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行うとともに、診療録に記載
 - ◆上記は必要に応じ、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
 - ◆専門医師又は専門医療機関への紹介を行う
 - ◆健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じる
 - ◆保健・福祉サービスに係る相談に応じる
 - ◆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

【基本診療料】 機能強化加算の見直し

◆施設基準

- ◆（新）地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置している ⇒ 経過措置項目
 - ◆介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている
 - ◆警察医として協力している
 - ◆母子保健法に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している
 - ◆予防接種法に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している
 - ◆幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している
 - ◆「地域包括支援センターの設置運営について」に規定する地域ケア会議に出席している
 - ◆通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している

【基本診療料】機能強化加算の見直し

(2) ア～キのいずれかを満たす	ア,地域包括診療加算1の届出を行っている	
	イ,以下のいずれも満たしている	
	(イ)	地域包括診療加算2の届出を行っている
	(ロ)	直近1年間において、次のいずれかを満たしている
	①	地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上
	②	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る)または往診料を算定した患者の数の合計が3人以上
	ウ,地域包括診療料1の届出を行っている	
	エ,以下のいずれも満たしている	
	(イ)	地域包括診療料2の届出を行っている
	(ロ)	直近1年間において、次のいずれかを満たしている
	①	地域包括診療料2を算定した患者が3人以上
	②	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注1のイの場合に限る)または往診料を算定した患者の数の合計が3人以上
	オ,小児かかりつけ診療料の届出を行っている	
	カ,在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料の届出があり、機能強化型在宅療養支援診療所(病院)(単独型・連携型)である	
	キ,在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料の届出があり、在宅療養支援診療所(病院)で以下のいずれかを満たしている	
	(イ)	在宅療養支援診療所であって、以下のいずれかを満たしている
	①	在宅療養支援診療所(病院)に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上
	②	在宅療養支援診療所(病院)に掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上または過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上
	(ロ)	省略

◆経過措置（表中青字）

- ◆令和4年3月31日時点で機能強化加算の届出医療機関は、令和4年9月30日までの間に限り、左表の(2)のイの(ロ)、エの(ロ)及びキの基準を満たしているものとする

【基本診療料】 機能強化加算の見直し

◆施設基準

◆次のいずれかを満たしている（前ページの表で割愛した病院部分）

◆キ、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に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9 在宅療養支援診療所の1 (3)に該当する診療所並びに第14の2 在宅療養支援病院の1 (3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている

◆（ロ）第14の2 在宅療養支援病院の1 (3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2 在宅療養支援病院と同様である。

◆①第14の2 在宅療養支援病院の1 (I)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1 (I)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近1年間で3件以上

◆②第14の2 在宅療養支援病院の1 (I)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

【基本診療料】 機能強化加算の見直し

◆施設基準

- ◆（新）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
- ◆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、自院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
- ◆院内掲示等 ⇒ 経過措置項目
 - ◆以下の内容を自院の見やすい場所及びホームページ等に掲示
 - ◆地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であること

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添 7 の 1 の 3 を用いる
- ◆令和 4 年 3 月 3 1 日時点で機能強化加算の届出医療機関は、令和 4 年 9 月 3 0 日までの間は、2 ページ前の表のほか、「経過措置項目」と記載の基準を満たしているものとする

医学管理料

【医学管理】 こころの連携指導料の新設

- (新) こころの連携指導料 (Ⅰ) 350点 (月1回) (1年限度) (要届出)
 - ◆ かかりつけ医から精神科・心療内科の医療機関へ紹介
- (新) こころの連携指導料 (Ⅱ) 500点 (月1回) (1年限度) (要届出)
 - ◆ 紹介された精神科又・心療内科の医療機関

◆ 概要

- ◆ 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

【医学管理】 こころの連携指導料の新設

□ こころの連携指導料（Ⅰ）の算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 入院中の患者以外の患者
- ◆ 地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
- ◆ 初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定
- ◆ 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科・心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは
 - ◆ SADPersonsスケール、EPDS、PHQ—9又はK-6等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者
- ◆ 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、その要点をカルテに記載する
- ◆ 初回の診療等の留意点
 - ◆ 他院への文書の提供に係る診療情報提供料（Ⅰ）の費用は別に算定不可
- ◆ 2回目以降の診療等の留意点
 - ◆ 連携する精神科・心療内科の担当医から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努める
 - ◆ 2回目以降の診療等に関し、連携する精神科・心療内科の担当医に対して文書での情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で情報共有を行う
- ◆ 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で当該患者に係る情報を市町村等に提供する

【医学管理】 こころの連携指導料の新設

□（新）こころの連携指導料（Ⅱ） の算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 入院中の患者以外の患者
- ◆ こころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
- ◆ 初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定
- ◆ 連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである
- ◆ 初回の診療等の留意点
 - ◆ 他院への文書の提供に係る掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、連携強化診療情報提供料の費用は別に算定不可
- ◆ 2回目以降の診療等の留意点
 - ◆ 当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で情報共有を行う
- ◆ 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で当該患者に係る情報を市町村等に提供する

【医学管理】 こころの連携指導料の新設

□ こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準

- ◆精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築している
- ◆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
- ◆研修を受講していない場合にあっては、令和4年9月30日までに受講予定であれば差し支えないものとする
- ◆届出は別添2の様式13の7を用いる

□ こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準

- ◆精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関
- ◆精神保健福祉士を1名以上配置
- ◆届出は別添2の様式13の8を用いる

【医学管理料】対面と情報通信機器を用いた場合の点数比較

項目		対 面	情報 通信機器	項目		対 面	情報 通信機器
特定疾患療養管理料	診療所	225点	196点	移植後患者指導管理料イ		300点	261点
	100床未満	147点	128点	移植後患者指導管理料ロ		300点	261点
	100以上200床未満	87点	76点	糖尿病透析予防指導管理料		350点	305点
ウイルス疾患指導料 1		240点	209点	腎代替療法指導管理料		500点	435点
ウイルス疾患指導料 2		330点	287点	乳幼児育児栄養指導料		130点	113点
小児科療養指導料		270点	235点	療養・就労両立支援指導料	1 初回	800点	696点
てんかん指導料		250点	218点		2 2回目以降	400点	348点
難病外来指導管理料		270点	235点	がん治療連携計画策定料 2		300点	261点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)		250点	218点	外来がん患者在宅連携指導料		500点	435点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)		100点	87点	肝炎インターフェロン治療計画料		700点	609点
外来栄養食事指導料1	初回	260点	235点	薬剤総合評価調整管理料		250点	218点
	2回目以降	200点	180点				
外来栄養食事指導料2 (診療所のみ)	初回	250点	225点	在宅自己注射指導管理料		対 面	情報通信機器
	2回目以降	190点	170点	複雑な場合		1,230点	1,070点
がん患者指導管理料イ		500点	435点	月27回以下の場合		650点	566点
がん患者指導管理料ロ		200点	174点	月28回以上の場合		750点	653点
がん患者指導管理料ハ		200点	174点				
がん患者指導管理料ニ		300点	261点	令和4年度改定で算定不可となった医学管理料			
小児悪性腫瘍患者指導管理料		550点	479点	地域包括診療料		—	—
がん性疼痛緩和指導管理料		200点	174点	認知症地域包括診療料		—	—
外来緩和ケア管理料		290点	252点	生活習慣病管理料		—	—

【医学管理料】診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

□ 歯科医療機関連携加算 1（100点）の要件見直し

◆ 保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載する

◆ ア、歯科を標榜していない病院が算定可能

◆ イ、~~在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する~~医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、~~訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、~~歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

【医学管理料】診療情報提供料（Ⅲ）の名称変更

□診療情報提供料（Ⅲ） ⇒ 連携強化診療情報提供料

◆算定回数の見直し

◆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~~月1回に限り算定

◆算定要件

◆（新）紹介受診重点医療機関が他院（許可病床の数が200床未満の病院又は診療所に限る）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他院からの求めに応じ、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も算定可能

◆（新）施設基準を満たす保険医療機関で、他院から紹介された指定難病患者又はてんかん患者（疑い患者を含む）について、当該患者を紹介した他院からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料算定日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定



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

【医学管理料】生活習慣病管理料の見直し

□処方箋を交付する場合

- ◆脂質異常症を主病とする場合 6 5 0 点
- ◆高血圧症を主病とする場合 7 0 0 点
- ◆糖尿病を主病とする場合 8 0 0 点

□（改）生活習慣病管理料

- ◆脂質異常症を主病とする場合 5 7 0 点
- ◆高血圧症を主病とする場合 6 2 0 点
- ◆糖尿病を主病とする場合 7 2 0 点

□上記以外の場合

- ◆脂質異常症を主病とする場合 1,1 7 5 点
- ◆高血圧症を主病とする場合 1,0 3 5 点
- ◆糖尿病を主病とする場合 1,2 8 0 点

◆投薬を出来高とし点数を一本化

◆生活習慣に関する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ことを明記

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

【医学管理料】生活習慣病管理料の加算新設

□（新）外来データ提出加算 50点（要届出）

◆算定要件

- ◆自院の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

◆施設基準

- ◆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
- ◆病院の場合は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

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

【在宅】在宅時医学総合管理料等の加算新設

◆在宅データ提出加算の施設基準

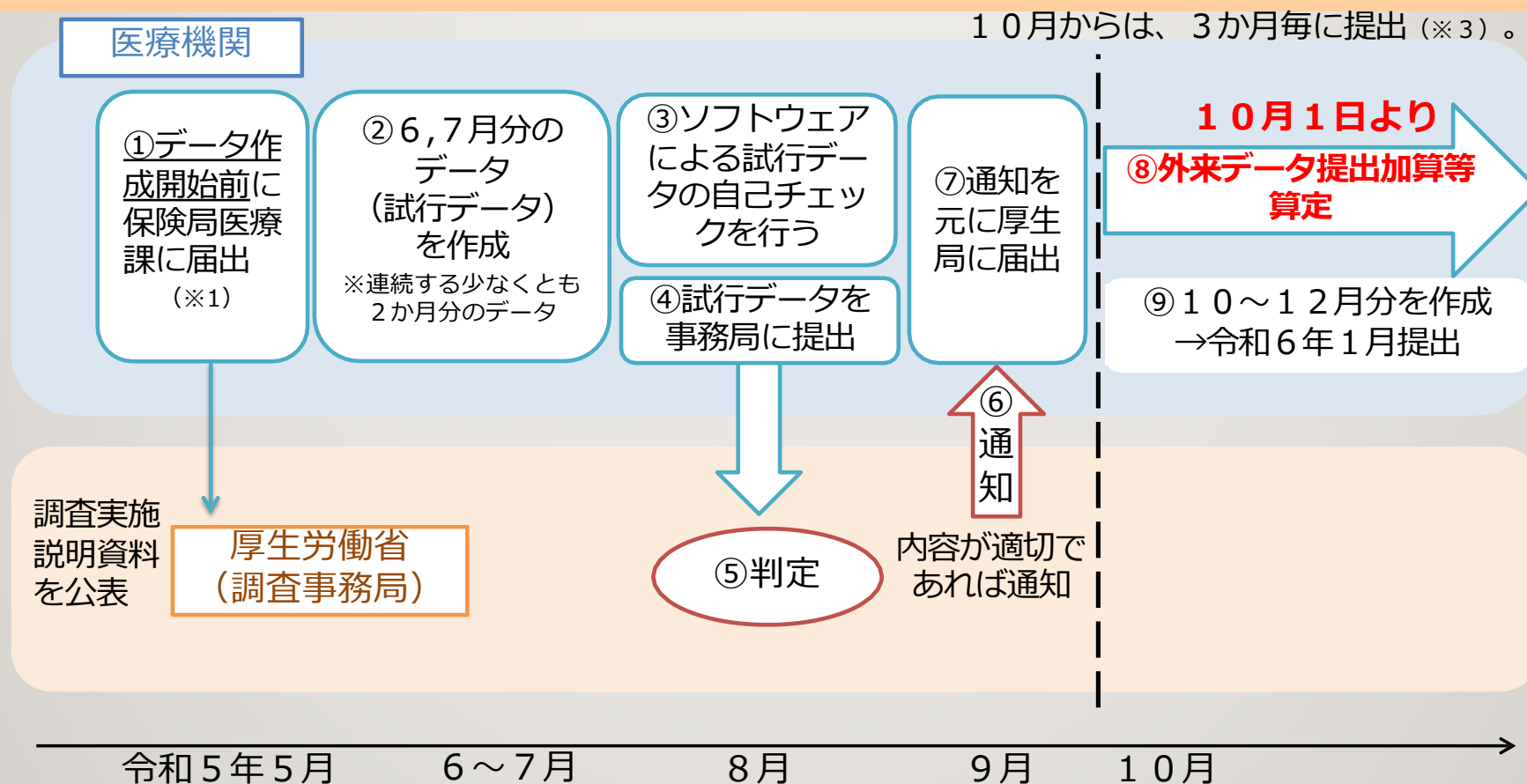
◆データ提出に関する事項

- ◆データの提出を希望する医療機関は、令和5年5月20日、8月22日、11月21日、令和6年2月20日までに別添2の様式7の10について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出る
- ◆上記の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出する
- ◆試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を貴院の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった医療機関では、この連絡以後、在宅データ提出加算の届出を行うことが可能となる

◆3届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式7の11を用いる
- ◆各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できない
- ◆データ提出を取りやめる場合、データが作成できない・遅延等が頻発した場合等は、別添2の様式7の12を提出する
- ◆データ提出の停止の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合は、最初の手続きより開始する

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。

【医学管理料】 外来栄養食事指導料の見直し

□外来栄養食事指導料 1

◆初回	2 6 0 点
◆2回目以降	
◆対面で行った場合	2 0 0 点
◆情報通信機器を用いた場合	1 8 0 点

□外来栄養食事指導料 2

◆初回	2 5 0 点
◆2回目以降	1 9 0 点

□外来栄養食事指導料 1

◆初回	
◆対面で行った場合	2 6 0 点
◆ <u>情報通信機器等を用いた場合</u>	<u>2 3 5 点</u>
◆2回目以降	
◆対面で行った場合	2 0 0 点
◆情報通信機器等を用いた場合	1 8 0 点

□外来栄養食事指導料 2

◆初回	
◆対面で行った場合	2 5 0 点
◆ <u>情報通信機器等を用いた場合</u>	<u>2 2 5 点</u>
◆2回目以降	
◆対面で行った場合	1 9 0 点
◆ <u>情報通信機器等を用いた場合</u>	<u>1 7 0 点</u>

※初回から情報通信機器を用いることが可能に

※初回の指導を行った月は月2回算定可

※その他の月は月1回の算定

【医学管理料】小児かかりつけ診療料の再編

□ 小児かかりつけ診療料 1（要届出）

◆ 処方箋を交付する場合

◆ 初診時 6 3 1 点 ⇒ 6 4 1 点

◆ 再診時 4 3 8 点 ⇒ 4 4 8 点

◆ 処方箋を交付しない場合

◆ 初診時 7 4 8 点 ⇒ 7 5 8 点

◆ 再診時 5 5 6 点 ⇒ 5 6 6 点

□ （新）小児かかりつけ診療料 2（要届出）

◆ 処方箋を交付する場合

◆ 初診時 6 3 0 点

◆ 再診時 4 3 7 点

◆ 処方箋を交付しない場合

◆ 初診時 7 4 7 点

◆ 再診時 5 5 5 点

◆ 小児かかりつけ診療料の施設基準（診療料 1 と診療料 2 共通）

◆ 小児科を標榜している医療機関

◆ 小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制を整備

◆ 自院の表示する診療時間以外の時間に、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制を整備

【医学管理料】小児かかりつけ診療料の施設基準見直し

□小児かかりつけ診療料1の施設基準

- ◆（１）専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師を1名以上配置
- ◆（２）時間外対応加算1または時間外対応加算2の届出を行っている
- ◆（３）以下の項目のうち、~~3つ~~2つ以上に該当
 - ◆~~在宅当番医制等により、（略）行っていること~~
 - ◆母子保健法の規定による乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施
 - ◆予防接種法の規定による予防接種（定期予防接種）を実施
 - ◆過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有している
 - ◆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

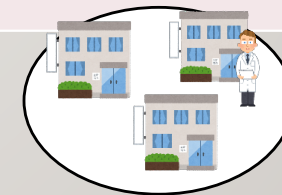
□小児かかりつけ診療料2の施設基準

- ◆左記の（１）と（３）の基準を満たしている
- ◆次のいずれかの基準を満たしている
 - ◆時間外対応加算3の届出を行っている
 - ◆以下のいずれも満たすものであること
 - ◆在宅当番医制等の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
 - ◆標榜診療時間以外は留守番電話等によりの以下の案内を行うなどの対応に配慮すること
 - ◆地域で夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関
 - ◆都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（#8000等）等
- ◆届出に関する事項
 - ◆小児かかりつけ診療料1又は2の施設基準の届出は、別添2の様式7の8を用いる

【医学管理料】小児かかりつけ診療料の施設基準見直し

【参考】時間外対応加算施設基準(抜粋)

時間外対応加算 1	時間外対応加算 2	時間外対応加算 3
標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、<u>対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。</u>		
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。	診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。	診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
	※休診日、深夜及び休日等は、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。	当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。 ※当番日以外の、深夜及び休日等は、留守番電話等で、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。



【医学管理料】診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

□情報提供先の追加

- ◆保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、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

- ◆児童福祉法に規定する障害児である患者
- ◆児童福祉法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

【医学管理料】診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

(別紙様式14)

情報提供先学校名

令和 年 月 日

学校医等

紹介元医療機関の所在地及び名称

診療

電話番号

医師名

印

患者の氏名	男・女	平成・令和	年	月	日生
患者の住所	電話番号				
傷病名	その他の傷病名				
病状、既往歴、治療状況等					
日常生活に必要な医療的ケアの状況 (使用している医療機器等の状況を含む)					
学校生活上の留意事項					
その他					

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

【医学管理料】診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

(別紙様式14の2)

情報提供先保育所等名 _____
 嘱託医 _____ 殿

※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(2019年改訂版)
 保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 (食物アレルギー・アナフィラキシー)

名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月) _____ 組 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

食物アレルギー（あり・なし） アナフィラキシー（あり・なし）	病型・治療		保育所での生活上の留意点		緊急連絡先
	A. 食物アレルギー病型 1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎 2. 即時型 3. その他 (新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他: _____)		A. 給食・離乳食 1. 管理不要 2. 管理必要(管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照)		★保護者 電話: _____
	B. アナフィラキシー病型 1. 食物 (原因: _____) 2. その他 (医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛)		B. アレルギー用調整粉乳 1. 不要 2. 必要 下記該当ミルクに○、又は()内に記入 ミルフィーHP・ニューMA-1・MA-mi・ベプティエイト・エレメンタルフォーミュラ その他(_____)		★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____
	C. 原因食品・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 () 2. 牛乳・乳製品 () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ビーナッツ () 6. 大豆 () 7. ゴマ () 8. ナッツ類* () (すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・) 9. 甲殻類* () (すべて・エビ・カニ・) 10. 軟体類・貝類* () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・) 11. 魚卵* () (すべて・イクラ・タラコ・) 12. 魚類* () (すべて・サバ・サケ・) 13. 肉類* () (鶏肉・牛肉・豚肉・) 14. 果物類* () (キウイ・バナナ・) 15. その他 () 「*は()の中の該当する項目に○をするか具体的に記載すること」		C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるものに○をつける ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した経路については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品: 乳糖 3. 小麦: 醤油・酢・麦茶 6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. ゴマ: ゴマ油 12. 魚類: かつおだし・いりこだし 13. 肉類: エキス D. 食物・食材を扱う活動 1. 管理不要 2. 原因食材を教材とする活動の制限 () 3. 調理活動時の制限 () 4. その他 ()		E. 特記事項 (その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定)
D. 緊急時に備えた処方薬 1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」 3. その他(_____)				記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 医療機関名 _____ 電話 _____	

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

- ・ 同意する
- ・ 同意しない

保護者氏名 _____

【医学管理料】診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

(別紙様式14の3)

情報提供先学校名 _____

学校医等 _____ 殿

学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

名前 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 年 _____ 組

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

病型・治療		学校生活上の留意点		★保護者 電話: _____ ★連絡医療機関 医療機関名: _____ 電話: _____
アナフィラキシー (あり・なし)	A 食物アレルギー病型(食物アレルギーありの場合のみ記載) 1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	A 給食 1. 管理不要 2. 管理必要	【緊急時連絡先】 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____ 印 医療機関名 _____	
	B アナフィラキシー病型(アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物 (原因) _____ 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 _____ 5. 医薬品 _____ 6. その他 _____	B 食物・食料を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 管理必要 C 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 管理必要 D 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 管理必要		
	C 原因食物・除去根拠 該当する食品の番号に○をし、かつ《 》内に除去根拠を記載 1. 鶏卵 《 》 [除去根拠] 該当するものを全て《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 顕らかな症状の既往 ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体検査結果陽性 ④ 未摂取 4. ソバ 《 》 《 》に具体的な食品名を記載 5. ビーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 7. 木の实類 《 》 8. 果物類 《 》 9. 魚類 《 》 10. 肉類 《 》 11. その他1 《 》 12. その他2 《 》	E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なものと ※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理に ついては、給食対応が困難となる場合があります。 鶏卵: 卵殻カルシウム 牛乳: 乳糖・乳清たんぱく質・カルシウム 小麦: 糖質・胚・胚芽 大豆: 大豆油・醤油・味噌 ゴマ: ゴマ油 魚類: かつおだし・いわしだし・魚醤 肉類: エキス		
	D 緊急時に備えた処方箋 1. 内服薬(抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬(「エピペン®」) 3. その他 _____	F その他の配慮・管理事項(自由記述)		
食物アレルギー (あり・なし)				

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

□（新）二次性骨折予防継続管理料（要届出）

□イ、二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点（入院中1回）

□ロ、二次性骨折予防継続管理料 2 750点（入院中1回）

□ハ、二次性骨折予防継続管理料 3 500点（月1回1年限度）

◆イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

◆外来での算定要件

◆ハは入院中の患者以外の患者で、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度に月1回に限り算定

◆ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定

◆医学管理の実施に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行う

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

◆算定の概要

- ◆骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防推進
- ◆骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について評価
- ◆大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行う

◆算定制限

- ◆以下の場合「イ」を算定した患者は「ロ」を算定不可
 - ◆当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に転院した場合
 - ◆同一保険医療機関のリハビリテーション医療等を担う病棟に転棟した場合
- ◆以下の場合「イ」又は「ロ」を算定した同一月に「ハ」は算定不可
 - ◆患者が退院し入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関外来を受診した場合
 - ◆当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

◆施設基準

◆職種要件

- ◆以下の職種が連携して診療を行う体制を整備
 - ◆骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師
 - ◆専任の常勤看護師
 - ◆専任の常勤薬剤師
 - ◆薬剤師は、院内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない

◆研修会要件及び病棟要件

- ◆院内で「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」及び「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」を参照にした上で、院内職員を対象とした「骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について」の研修会を年に1回以上実施

- ◆二次性骨折予防継続管理料1は、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）又は専門病院入院基本料に限る）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟

- ◆二次性骨折予防継続管理料2は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟

◆届出に関する事項

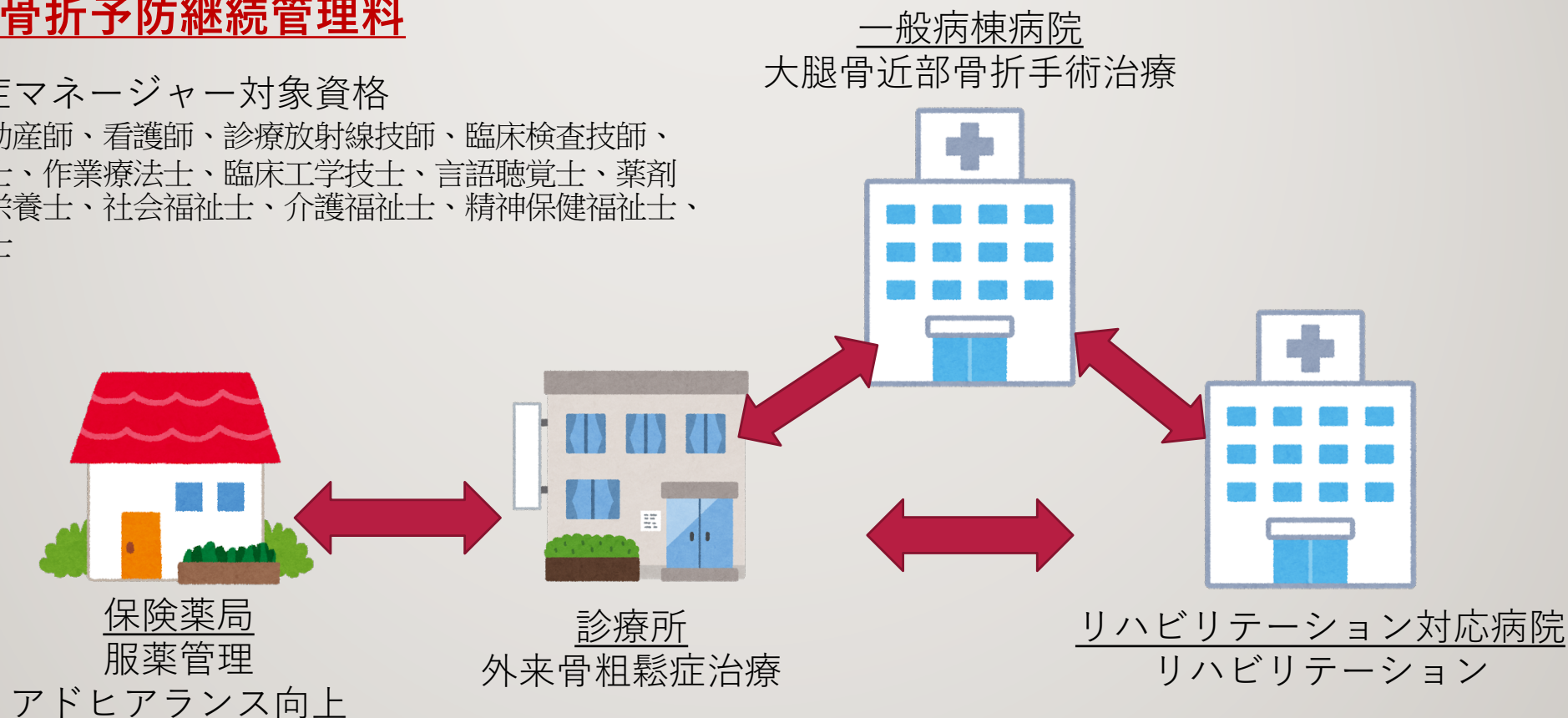
- ◆届出は別添2の様式5の13を用いる
- ◆新たに届出を行う場合は、届出日から起算して1年以内に「骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について」の研修会等の開催が決まっている場合は、研修の要件を満たしているものとする
 - ◆届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

二次性骨折予防継続管理料

骨粗鬆症マネージャー対象資格

保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、視能訓練士



**骨粗鬆症マネージャーによる骨折リエゾンサービス
(患者への啓蒙活動などを含む)**

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

骨粗鬆症関連検査(抜粋)

種別	名称	点数	備考
骨量測定	骨塩定量検査 1 D E X A 法による腰椎撮影	360	4月 1 回
	大腿骨同時撮影加算	90	
	骨塩定量検査 2 R E M S 法 (腰椎)	140	
	大腿骨同時検査加算	55	
	骨塩定量検査 3 M D 法、S E X A 法等	140	
	骨塩定量検査 4 超音波法	80	

種別	名称	点数	備考
骨吸収 マーカー	酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ(TRACP-5b)	156	診断補助、その後6月以内の補助的指標、 治療方針変更後6月以内
	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTX)	156	治療方針選択時、その後6月以内の薬剤 効果判定、治療方針変更後6月以内
	デオキシピリジノリン(DPD) (尿)	191	
骨形成 マーカー	骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)	161	
	I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド(P1NP)	164	
	インタクト I 型プロコラーゲン-N-プロペプチド(IntactP1NP)	163	

【医学管理料】 二次性骨折予防継続管理料の新設

骨粗鬆症治療薬（大腿骨近位部骨折関連抜粋）

剤形	種類	一般名	推奨	毎日	週 1	月 1	半年	年 1	備考
錠剤	ビスホスホネート	アレンドロン酸ナトリウム水和物	A	○	○	○			起床時水で服用 服用後30分以上 飲食不可
		リセドロン酸ナトリウム水和物	A	○	○	○			
ゼリー	ビスホスホネート	アレンドロン酸ナトリウム水和物	A		○				
点滴	ビスホスホネート	アレンドロン酸ナトリウム水和物	A			○			30分以上かけて 点滴
		ゾレドロン酸水和物	-					○	15分以上かけて 点滴
皮下 注射	抗RANKL抗体	デノスマブ（遺伝子組換え）	A				○		Ca、VitD合剤を 連日服用
	抗スクレロシン抗体	ロモソズマブ	-			○			12か月で終了

※ガイドラインで大腿骨近位部骨折推奨Cの薬剤は除外

【医学管理料】 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料の新設

□（新）アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（月 1 回）

□ 1 月目 2 8 0 点

◆ 「1 月目」とは初回の治療管理を行った月のこと

□ 2 月目以降 2 5 点

◆ 算定要件

- ◆ 要件を満たせば届出は不要
- ◆ 入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者
- ◆ アレルゲン免疫療法による治療の必要を認め、同療法による計画的な治療管理を行った場合
- ◆ アレルゲン免疫療法開始前に、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て、説明内容の要点を診療録に記載
- ◆ 学会によるガイドライン等を参考にする

◆ 施設基準

- ◆ 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を 1 名以上配置
- ◆ 週 3 日以上常態として勤務、かつ所定労働時間が週 2 2 時間以上の非常勤医師（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
- ◆ アレルゲン免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制を整備
- ◆ 院内の見やすい場所にアレルゲン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

【医学管理料】 下肢創傷処置管理料の新設

□（新） 下肢創傷処置管理料

500点（月1回）（要届出）

◆算定要件

- ◆要届出
- ◆入院中の患者以外の患者
- ◆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、下肢創傷処置と併せて計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ◆下肢創傷処置を算定した日の属する月に月1回に限り算定
- ◆糖尿病合併症管理料は別に算定不可
- ◆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て、毎回の指導の要点を診療録に記載する
- ◆学会によるガイドライン等を参考にする

◆施設基準

- ◆以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務
 - ◆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年以上有している
 - ◆下肢創傷処置に関する適切な研修を修了している

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式5の14を用いる

【医学管理料】点数表の章立ての変更

■ 第1部 医学管理等 通則

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

■ (新) 第1節 医学管理料等 (略)

■ (新) 第2節 プログラム医療機器等医学管理加算 (略)

■ (新) 第3節 特定保険医療材料

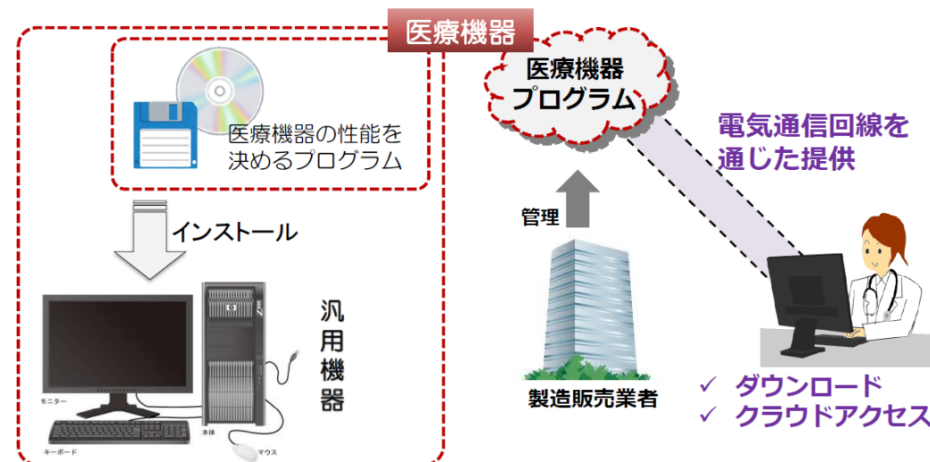
- ◆ 材料価格を10円で除して得た点数
- ◆ 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別

薬機法におけるプログラム医療機器(SaMD)の定義

プログラム医療機器

医療機器のうち、プログラム（電子計算機に対する指令であって、一の結果を得ることができるように組み合わせられたものをいう。）又はこれを記録した記録媒体であるもの。

SaMD：Software as a Medical Device



【医学管理料】ニコチン依存症管理料の加算新設

□（新）禁煙治療補助システム指導管理加算
140点（要届出）

◆算定要件

- ◆要届出
- ◆ニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者
- ◆ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測定器に係る指導管理を行った場合
- ◆当該管理料を算定した日に1回に限り加算
- ◆呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合は算定不可

◆施設基準

- ◆ニコチン依存症管理料の注1の基準を満たす

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式8を用いる

□（新）禁煙治療補助システム加算
2,400点

◆算定要件

- ◆ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測定器を使用した場合に算定
- ◆呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合は算定不可

【医学管理料】 その他

□ 小児運動器疾患指導管理料

- ◆ 対象患者の年齢を 12 歳未満から 20 歳未満に拡大

□ 高度難聴指導管理料

- ◆ 人工内耳植込術を行った患者以外の患者に係る算定上限回数を年1回までに変更
- ◆ 指導を行う耳鼻咽喉科の医師に係る要件見直し
 - ◆ 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

◆ 特定薬剤治療管理料 1

- ◆ 算定要件の追加
 - ◆ (新) (ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与しているもの
 - ◆ 治療抵抗性統合失調症治療薬とはクロザピンをいう

【医学管理料】 その他

□ 傷病手当金の通算化

◆ 傷病手当金の支給期間が「支給開始日から通算して1年6か月」に

◆ 支給期間中に途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には支給開始日から起算して1年6か月を超えても、繰り越して支給可能になる

◆ 令和4年1月1日から施行

◆ 令和3年12月31日時点で支給開始日から1年6か月を経過していない傷病手当金が対象

◆ 令和2年7月2日以降に支給開始された傷病手当金

在宅医療

新 設 項 目 等

【在宅】 外来在宅共同指導料の新設

□（新） 外来在宅共同指導料（患者 1 人につき 1 回）

◆外来在宅共同指導料 1 4 0 0 点

◆在宅担当医療機関が算定

◆外来在宅共同指導料 2 6 0 0 点

◆外来担当医療機関が算定

◆対象患者

◆外来で継続して 4 回以上外来を受診していた患者が在宅へ移行する場合

◆在宅担当医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、家等を訪問し、在宅療養上必要な説明及び指導を、外来担当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

◆以下の患者は対象外

◆他院への転院患者、介護施設等への入所患者（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、サービス付き高齢者向け住宅、その他施設等）

【在宅】 外来在宅共同指導料の新設

□（新） 外来在宅共同指導料

◆ 算定要件

- ◆ 患者の家族等在宅での患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定可
- ◆ 外来から在宅への移行に当たって、在宅での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族等に別紙様式52を参考に文書で説明し、必要に応じて、治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設、市町村等と共有する
- ◆ 指導の内容等の要点をカルテ等に記載、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しをカルテ等に添付
- ◆ 外来担当医療機関と在宅担当医療機関が特別の関係にある場合は算定不可
- ◆ レセプトの摘要欄に共同指導を行った者の属する保険医療機関名と年月日を記載

- ◆ 共同指導は、外来担当医療機関と在宅担当医療機関等の関係者全員が、患家で実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能であるが、この場合でも在宅担当医療機関の保険医は患家に赴き共同指導していること
- ◆ 患者の個人情報や情報通信機器等の画面上で取り扱う場合は患者の同意を得ること。また、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」等に対応していること
- ◆ 情報通信機器等の運用に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収可
- ◆ 外来在宅共同指導料2を算定する場合には、初診料、再診料、外来診療料、往診料、在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料(II)は別に算定不可

(別紙様式52)

在宅療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

最終の外来受診日： 年 月 日
 初回の往診又は訪問診療日： 年 月 日
 計画作成日： 年 月 日

在宅での療養を担う医療機関名及び医師氏名	
病名・状態等 (他に考え得る病名等)	
在宅での療養に関する患者以外の相談者	家族・その他関係者()
在宅での療養を担当する者の氏名 (下記担当者及び上記医師を除く)	
通院困難な要因	
在宅での療養上の問題点、課題等	
在宅での療養について、必要な支援(概要等)	
在宅において必要となることが予想される医療の内容等	
利用が予想される介護サービス等	
利用が予想される介護サービスの担当者	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日： 年 月 日

 (外来において診療を担当する医師)

 (在宅における療養を担う医師)

 (本人)

67 【在宅】 継続診療加算の見直し

□ 継続診療加算 2 1 6 点



□ 在宅療養移行加算

□ 在宅療養移行加算 1 2 1 6 点

□ (新) 在宅療養移行加算 2 1 1 6 点

◆ 加算 1 と加算 2 に共通する算定要件

- ◆ 在宅療養支援診療所以外の診療所のみ
- ◆ 自院の外来を 4 回以上受診後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合
- ◆ 在支診以外の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料を算定する患者

◆ 連携する他院が訪問診療を行った場合等の留意事項

- ◆ 他院では在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)、在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料は算定不可
- ◆ 他院では在宅患者訪問診療料の代わりに往診料を算定
- ◆ 訪問看護が必要な患者には、当該患者の訪問看護を提供する訪問看護ステーション等に対し、他院の医師からの指示も適切に対応するよう連携を図る

【在宅】 継続診療加算の見直し

◆在宅療養移行加算 1 の算定要件

- ◆以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定
- ◆訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すれば可
- ◆地域医師会等の協力を得て（イ）又は（ロ）の体制を確保することでも可
 - ◆（イ）自院単独又は連携する他院の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有している
 - ◆（ロ）訪問看護が必要な患者に対し、自院、連携する他院又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
 - ◆（ハ）自院又は連携する他院の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等を患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

◆在宅療養移行加算 2 の算定要件

- ◆以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定
- ◆訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すれば可
- ◆市町村や地域医師会との協力により（イ）又は（ロ）の体制を確保することでも可
 - ◆（イ）往診が必要な患者に対し、自院又は連携する他院が往診を提供する体制を有している
 - ◆（ロ）自院単独又は連携する他院の協力により、24時間の連絡体制を有している
 - ◆（ハ）訪問看護が必要な患者に対し、自院、連携する他院、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
 - ◆（ニ）自院又は連携する他院の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等を患者又は患者の家族に文書により提供し、説明している

【在宅】在宅ハイフローセラピー指導管理料の新設

- | | |
|------------------------|----------------|
| □ (新) 在宅ハイフローセラピー指導管理料 | 2,400点 |
| □ (新) 在宅ハイフローセラピー材料加算 | 100点 (3月に3回) |
| □ (新) 在宅ハイフローセラピー装置加算 | 1,600点 (3月に3回) |
-
- ◆算定要件

 - ◆在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者
 - ◆在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定
 - ◆在宅ハイフローセラピーとは、慢性閉塞性肺疾患（**COPD**）の患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施するハイフローセラピーをいう
 - ◆指導管理の内容をカルテに記載

◆次のいずれも満たす場合に算定

 - ◆患者が使用する装置の保守・管理を十分に行う（委託の場合を含む）
 - ◆装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明
 - ◆夜間・緊急時の対応等を患者に説明する
 - ◆その他、療養上必要な指導管理を行う

◆以下の項目は併算定不可

 - ◆酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー（これらに係る酸素代も含む）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む）

【在宅】在宅ハイフローセラピー指導管理料の新設

◆算定要件の続き

- ◆対象となる患者は、在宅ハイフローセラピー導入時に以下のいずれも満たす慢性閉塞性肺疾患（**COPD**）の患者で、病状が安定し、在宅でのハイフローセラピーを行うことが適当と医師が認めた者

- ◆呼吸困難、去痰困難、起床時頭痛・頭重感等の自覚症状を有する

- ◆在宅酸素療法を実施している患者であって、次のいずれかを満たす

- ◆在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 45 mmHg 以上 55 mmHg 未満の高炭酸ガス血症を認めること
- ◆在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 55 mmHg 以上の高炭酸ガス血症を認める患者であって、在宅人工呼吸療法が不適であること
- ◆在宅酸素療法導入後に夜間の低換気による低酸素血症を認めること（終夜睡眠ポリグラフィー

又は経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施し、経皮的動脈血酸素飽和度が 90% 以下となる時間が5分間以上持続する場合又は全体の 10% 以上である場合に限る）

- ◆在宅ハイフローセラピーを実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない

- ◆酸素吸入設備
- ◆気管内挿管又は気管切開の器具
- ◆レスピレーター
- ◆気道内分泌物吸引装置
- ◆動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）
- ◆スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）
- ◆胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

【在宅】在宅ハイフローセラピー指導管理料の新設

□（新）在宅ハイフローセラピー材料加算

◆算定要件

- ◆在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して当該療法に係る機器を使用した場合
- ◆算定要件
- ◆在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関から在宅ハイフローセラピー装置が提供される場合
- ◆本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれる

□（新）在宅ハイフローセラピー装置加算

◆算定要件

- ◆在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算

【在宅】在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料の新設

□ (新) 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 8 1 0 点

◆算定要件

- ◆条件を満たせば届出は不要
- ◆在宅で舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定
- ◆舌下神経電気刺激装置を植え込んだ閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、診察とともに使用状況・治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調整等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定
- ◆プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる
- ◆計測した指標と指導内容をカルテに添付又は記載

◆施設基準

- ◆終夜睡眠ポリグラフィーの「安全精度管理下で行うもの」の施設基準に準ずる
- ◆終夜睡眠ポリグラフィーの「安全精度管理下で行うもの」の届出を行っていれば届出を行う必要はない

【在宅】在宅喉頭摘出患者指導管理料の新設

□（新）在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点

◆算定要件

- ◆喉頭摘出を行っている患者で入院中の患者以外のものに対し、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定
- ◆「在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理」とは、喉頭摘出患者について、在宅において実施する人工鼻材料に関する指導管理のことをいう
- ◆創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定不可

【在宅】在宅抗菌薬吸入療法指導管理料の新設

□ (新) 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料	8 0 0 点
□ 導入初期加算	5 0 0 点
□ 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算	
□ 1 月目	7,4 8 0 点
□ 2 月目以降	1,8 0 0 点
◆ 算定要件	

- ◆ 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対し、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定
- ◆ マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（**MAC**）による肺非結核性抗酸菌症患者で、多剤併用療法による前治療では効果不十分な患者自らが、在宅で超音波ネブライザを用いてアミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法及び注意点等に関する指導管理を行った場合に算定
- ◆ 導入初期加算は、新たに在宅抗菌薬吸入療法を導入する患者に対し、十分な指導を行った場合、当該初回の指導を行った月に 1 回に限り算定

【在宅】在宅抗菌薬吸入療法指導管理料の新設

□在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算

◆算定要件

- ◆在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対し、超音波ネブライザを使用した場合に加算
- ◆マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（**MAC**）による肺非結核性抗酸菌症患者で、多剤併用療法による前治療では効果不十分な患者（入院中の患者以外のものに限る）に対して、アミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与するに当たり、超音波ネブライザを使用した場合に算定
- ◆「1月目」とは初回の投与を行った月のことをいう
- ◆入院中の患者又はその看護に当たる者に対して、退院時に在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅抗菌薬吸入療法指導管理料の所定点数及び在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算の点数を算定可
- ◆上記の場合、自院で当該退院月に外来、往診、訪問診療の際に在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算は算定不可

【在宅】 その他

□特殊カテーテル加算

- ◆（改）（６）間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル、間歇バルーンカテーテル又は再利用型カテーテルのいずれかを併せて使用した場合は主たるもののみを算定

□気管切開患者用人工鼻加算

- ◆（新）喉頭摘出患者において、人工鼻材料を使用する場合は算定不可

要件の見直し等

【在宅】機能強化型在宅療養支援診療所の要件追加

□機能強化型（連携型含む）在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院

◆施設基準

◆次の(1)から(3)までのいずれかに該当するもの（中略）

◆当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること ア～ク （略）

◆ケ、年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式IIの3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること コ～シ （略）

◆（新）ス、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと

◆（新）セ、在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと

◆（新）ソ、当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること（ACPについては9月30日まで経過措置）

基本診療料		
	初診料	251点
	再診料	73点

在宅時医学総合管理料 ※省略している点数があります		
機能強化型在支診(病床有り)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	3,029点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,685点
	上記以外の場合	880点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,515点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	843点
	上記以外の場合	440点
機能強化型在支診(病床無し)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,789点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,565点
	上記以外の場合	820点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,395点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	783点
	上記以外の場合	410点
機能強化型在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,569点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,465点
	上記以外の場合	780点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,285点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	733点
	上記以外の場合	390点
在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,029点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,180点
	上記以外の場合	660点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,015点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	590点
	上記以外の場合	330点

遠隔連携診療料		
	診断を目的とする場合	750点
	その他の場合	500点

施設入居時等医学総合管理料 ※省略している点数があります		
機能強化型在支診(病床有り)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,249点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,265点
	上記以外の場合	880点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,125点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	633点
	上記以外の場合	440点
機能強化型在支診(病床無し)		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	2,069点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,175点
	上記以外の場合	820点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,035点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	588点
	上記以外の場合	410点
機能強化型在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,909点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,105点
	上記以外の場合	780点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	955点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	553点
	上記以外の場合	390点
在支診以外		
	月2回以上(うち1回以上情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	1,549点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	910点
	上記以外の場合	660点
	月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)	
	単一建物診療患者が1人の場合	775点
	単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	455点
	上記以外の場合	330点

【在宅】在宅時医学総合管理料等の加算新設

□在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

◆（新）在宅データ提出加算 50点（要届出）

◆算定の留意事項

- ◆厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したもので、提出されたデータは、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるもの
- ◆当該加算はデータ提出の実績が認められた医療機関で、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の算定患者について、データを提出する診療に限り算定
 - ◆データ提出の実績が認められた保険医療機関とは
 - ◆データの提出が厚生労働省保険局医療課で確認され、その旨を通知された医療機関
- ◆データ提出が遅延などした場合
 - ◆データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降は算定できない
 - ◆算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降の算定ができる

【在宅】在宅時医学総合管理料等の加算新設

□在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料

◆（新）在宅データ提出加算

◆算定の留意事項

◆遅延等とは下記のことをいう

◆厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む）

◆提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む）

◆データの作成は3ヶ月単位で行うものとし、作成されたデータには第1月の初日から第3月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない

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

【在宅】在宅時医学総合管理料等の加算新設

◆在宅データ提出加算の施設基準

- ◆外来医療等調査に適切に参加できる体制を有する
- ◆厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定
- ◆外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出
- ◆診療記録（過去5年間のカルテ及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てを保管・管理
- ◆診療記録の保管・管理が厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい
- ◆診療記録の保管・管理のための規定を明文化
- ◆患者の疾病統計は、ICD大分類程度以上の疾病分類がされている
- ◆保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる

【在宅】在宅時医学総合管理料等の加算新設

◆在宅データ提出加算の施設基準

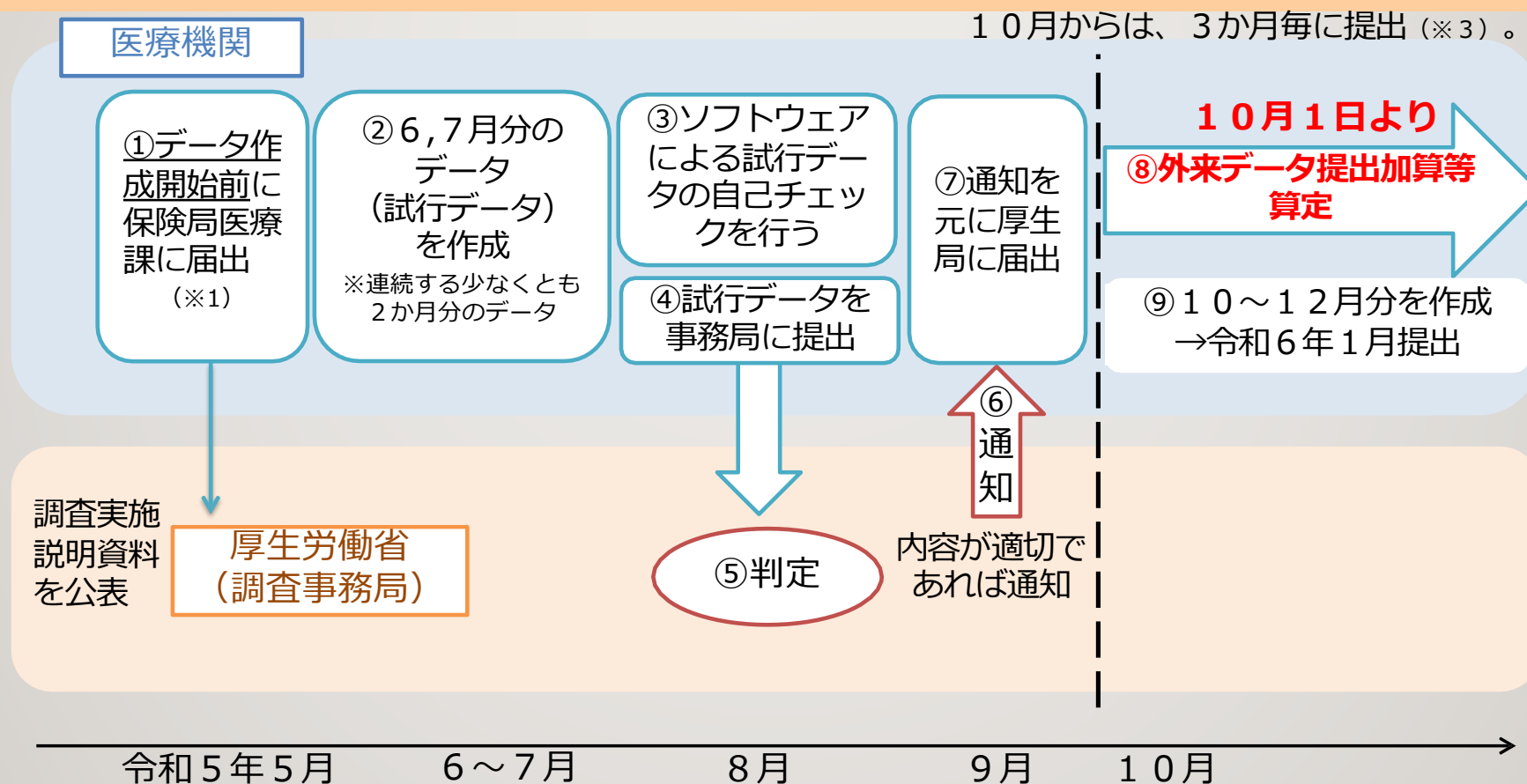
◆データ提出に関する事項

- ◆データの提出を希望する医療機関は、令和5年5月20日、8月22日、11月21日、令和6年2月20日までに別添2の様式7の10について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出る
- ◆上記の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出する
- ◆試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を貴院の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった医療機関では、この連絡以後、在宅データ提出加算の届出を行うことが可能となる

◆3届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式7の11を用いる
- ◆各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できない
- ◆データ提出を取りやめる場合、データが作成できない・遅延等が頻発した場合等は、別添2の様式7の12を提出する
- ◆データ提出の停止の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合は、最初の手続きより開始する

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。

【在宅】小児領域の算定要件見直し

□（新）在宅がん医療総合診療料 小児加算 1、000点（週1回）

◆算定要件

- ◆15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象者は20歳未満）に対して総合的な医療を提供した場合

□往診料 緊急往診加算の要件追加

◆算定要件

- ◆患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（**15歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象者は20歳未満）については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合**）をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（自院又は自院と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる

【在宅】在宅自己注射指導管理料の留意事項見直しと加算新設

□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の自己注射を1日2回1回以上使用しているもの~~**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、所定点数に加算する

□（新）血中ケトン体自己測定器加算

40点（3月に3回）

◆算定要件

- ◆SGLT2阻害薬を服用している1型糖尿病の患者に対し、糖尿病性ケトアシドーシスのリスクを踏まえ、在宅で血中のケトン体濃度の自己測定を行うために血中ケトン体自己測定器を給付した場合に算定
- ◆血中ケトン体測定用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合の費用その他血中ケトン体自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ別に算定不可

【在宅】在宅自己注射指導管理料の留意事項見直し

□在宅自己注射指導管理料の留意事項見直し

◆外来腫瘍化学療法診療料を併算定不可に追加

◆「情報通信機器を用いた場合」を新設

□ 1,複雑な場合 1,070点

□ 2,1 以外の場合

□ 月 27 回以下の場合 566点

□ 月 28 回以上の場合 653点

◆情報通信機器を用いた医学指導管理は「オンライン指針」に沿って診療を行った場合に算定

◆~~（１）在宅における排卵誘発を目的とする性腺刺激ホルモン製剤を用いた治療については、在宅自己注射指導管理料は算定できない。ただし、性腺刺激ホルモン製剤に含まれるフォリトロピンベータ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合、又はフォリトロピンアルファ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巢症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合に限っては、在宅自己注射指導管理料を算定できる~~

そ の 他

【在宅】 その他

- 呼吸同調式デマンドバルブ加算 3 0 0 点 ⇒ 2 9 1 点
- 排痰補助装置加算 1, 8 0 0 点 ⇒ 1, 8 2 9 点
- 訪問看護指示料の留意事項見直し
 - 特別訪問看護指示加算の厚生労働大臣が定める者
 - イ、以下の（イ）又は（ロ）のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者
 - （イ）NPUAP（TheNationalPressureUlcerAdvisoryPanel）分類Ⅲ度又はⅣ度
 - （改）（ロ）**DESIGN-R 2 0 2 0**分類（日本褥瘡学会によるもの）D 3、D 4 又はD 5

【在宅】訪問看護指示料・精神科訪問看護指示料の加算新設

□（新）手順書加算

150点（6月に1回）

◆算定要件

- ◆当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が診療に基づき、訪問看護において専門の管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（規定の研修を修了した者に限る）に対して定められた手順書を交付した場合
- ◆手順書を交付した主治医は当該訪問看護ステーション等の当該看護師と共に、患者の状態に応じて手順書の妥当性を検討する
- ◆特定行為のうち訪問看護で専門の管理を必要とするものとは以下の通り
 - ◆気管カニューレの交換
 - ◆胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
 - ◆膀胱ろうカテーテルの交換
 - ◆褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
 - ◆創傷に対する陰圧閉鎖療法
 - ◆持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
 - ◆脱水症状に対する輸液による補正

【在宅】救急搬送診療料の見直し

□ 救急搬送診療料

□ （新）重症患者搬送加算

1,800点（要届出）

◆ 算定要件の見直し

- ◆ （１）救急用の自動車とは以下のものをいう
 - ◆ 市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車
 - ◆ 自院の道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車
- ◆ （２）救急医療用ヘリコプター内で診療を行った場合も救急搬送診療料を算定可
- ◆ （３）診療を継続して提供した場合、初診料、再診料、外来診療料は救急搬送の同一日に１回に限り算定可
- ◆ （４）搬送先の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料、外来診療料は１回に限り算定し、往診料は併算定不可。ただし、患者の発生した現場に赴き診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を算定可
- ◆ （新）（５）救急搬送診療料は、救急車等に同乗して診療を行った医師が所属する医療機関が算定
- ◆ （改）（６）入院患者を他院に搬送した場合は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合は、入院患者でも救急搬送診療料を算定可

◆ 搬送元以外の他院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

◆ 救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置、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を日本集中治療医学会の定める指針等に基づき患者の搬送を行う場合

- ◆ （７）新生児加算又は乳幼児加算は、新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く）に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算
- ◆ （８）長時間加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が３０分を超えた場合に加算
- ◆ （新）（９）重症患者搬送加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算
- ◆ （新）（１０）同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする

【在宅】救急搬送診療料の見直し

□ 救急搬送診療料

□ （新）重症患者搬送加算

1,800点（要届出）

◆ 施設基準

- ◆ 関係学会により認定された施設
- ◆ 日本集中治療医学会の指針等に基づき、重症患者搬送を適切に実施
- ◆ 重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関わる職員を対象として、重症患者搬送に関する研修を年2回以上実施
- ◆ 自院に以下から構成される重症患者搬送チームを設置
 - ◆ 集中治療の経験を5年以上有する医師
 - ◆ 重症の小児患者を搬送する場合には、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
 - ◆ 看護師
 - ◆ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましい

◆ 「適切な研修」とは

- ◆ 国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法に規定する指定研修機関で行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修

◆ 臨床工学技士

- ◆ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料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

◆ 届出に関する事項

- ◆ 届出は別添2の様式20の1の2を用いる

検 査

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、個々の点数は厚生労働省のＨＰからご確認ください。

医科点数表 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

実施上の留意事項 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907838.pdf>

【検査】新設項目

□ プロステートヘルスインデックス (phi)

281点

◆ 診療及び他の検査（前立腺特異抗原(PSA)等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者であって、以下のいずれかに該当する者に、**CLEIA**法により前立腺特異抗原(PSA)、遊離型PSA及び[-2]proPSAを測定しプロステートヘルスインデックス(phi)を算出した場合に限り算定

◆ 前立腺特異抗原(PSA)値が**4.0ng/mL**以上かつ**10.0ng/mL**以下

◆ **50歳以上65歳未満**であって、前立腺特異抗原(PSA)値が**3.0ng/mL**以上かつ**10.0ng/mL**以下

◆ **65歳以上70歳未満**であって、前立腺特異抗原(PSA)値**3.5ng/mL**以上かつ**10.0ng/mL**以下

◆ 上記に該当する患者に対して、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に、原則として1回を限度として算定

◆ 前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合は、3月に1回に限り、3回を限度として算定可

◆ 前立腺特異抗原(PSA)を併施した場合は主たるもののみ算定

◆ 遊離型PSA比(PSAF/T比)を併施した場合は主たるもののみ算定

◆ 本検査を算定する場合は、レセプトの摘要欄に、前立腺特異抗原(PSA)の測定年月日及び測定結果を記載

◆ 本検査を2回以上算定する場合は、レセプトの摘要欄にその必要性を記載

□ (新) 血管内皮増殖因子 (VEGF) 460点

◆ クロウ・深瀬症候群(**POEMS**症候群)の診断又は診断後の経過観察の目的として、**ELISA**法により測定した場合に、月1回を限度として算定

【検査】新設項目

□ (新) 超音波減衰法検査 200点

- ◆ 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
- ◆ 汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的又は効果として、超音波の減衰量を非侵襲的に計測、肝臓の脂肪量を評価のために薬事承認又は認証を得ているものを使用
- ◆ 肝臓の脂肪量を評価した場合に3月に1回に限り算定
- ◆ 実施の際は、関係学会が定めるガイドラインを踏まえ適切に行う
- ◆ 肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーは、同一患者に対し当該検査実施日より3月以内に行われた場合は原則として所定点数に含まれる
- ◆ 医学的必要性から別途肝硬度測定又は超音波エラストグラフィー実施の必要がある場合は、レセプトにその理由及び医学的根拠を詳細に記載

- ◆ 肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを算定する患者には算定不可

□ (新) DNA含有赤血球計数検査 40点

- ◆ マラリアが疑われた患者に対して、マラリアの診断を目的として、多項目自動血球分析装置を用いて**DNA**含有感染赤血球の計数に基づく定性判定を実施した場合に算定
- ◆ マラリアの診断を目的として、血中微生物検査を併施した場合は主たるものののみ算定

□ (新) トリプシノーゲン2（尿） 105点

- ◆ 免疫クロマト法により測定した場合に算定
- ◆ 急性膵炎を疑う医学的根拠をレセプトの摘要欄に記載
- ◆ 血液化学検査のアミラーゼ、リパーゼ、アミラーゼアイソザイム、トリプシン、腫瘍マーカーのエラスターゼ1とは主たるものののみ算定

【検査】新設項目

- | | |
|--|--|
| <p>□ (新) 関節液検査 50点</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 ◆ 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査とは主たるもののみ算定 <p>□ (新) 骨塩定量検査 R E M S 法 (腰椎) 140点</p> <p>□ 大腿骨同時検査加算 55点</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ REMS法(Radiofrequency Echographic Multi-spectrometry)による腰椎の骨塩定量検査を実施した場合に算定 ◆ 大腿骨同時検査加算はREMS法により腰椎及び大腿骨の骨塩定量検査を同一日に行った場合にのみ算定可 | <p>□ (新) ビデオヘッドインパルス検査 300点</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 眼球運動記録用のCCDカメラと頭部運動を検出するセンサーが内蔵されたゴーグルを用いて、定量的に平衡機能の評価を行った場合に算定 <p>□ (新) ロイシンリッチα2グリコプロテイン 276点</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定した場合に3月に1回を限度として算定 ◆ 医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合は、その詳細な理由及び検査結果を診療録及びレセプトの摘要欄に記載 ◆ 糞便検査のカルプロテクチン(糞便)又は大腸内視鏡検査を同一月中に併施した場合は、主たるもののみ算定 |
|--|--|

【検査】新設項目

□ (新) 白癬菌抗原定性 2 3 3 点

◆ 爪白癬が疑われる患者に対して、イムノクロマト法により爪中の白癬菌抗原を測定し、以下のいずれかに該当する場合に算定

◆ K O H 直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合

◆ 医学的必要性をレセプトの摘要欄に記載

◆ K O H 直接鏡検が実施できない場合

◆ K O H 直接鏡検を実施できない理由をレセプトの摘要欄に記載

◆ 本検査は関連学会の定める指針に従って実施

□ (新) 鳥特異的IgG抗体 8 7 3 点

◆ 診察又は画像診断等により鳥関連過敏性肺炎が強く疑われる患者に対し E I A 法により測定した場合に算定

◆ 医学的根拠をレセプトの摘要欄に記載

□ (新) 抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体 (要届出) 1 2,8 5 0 点

◆ 算定要件

◆ 2歳未満の脊髄性筋萎縮症患者に対して、オナセムノゲンアベパルボベクの適応の判定の補助を目的として実施する場合

◆ 原則として患者1人につき1回に限り算定

◆ 2回以上算定する場合は、その医療上の必要性についてレセプトの摘要欄に記載

◆ 施設基準

◆ 関連学会の定める適正使用指針において定められた実施施設基準に準じている

◆ 届出に関する事項

◆ 届出は別添2の様式23の7を用いる

【検査】新設項目

□ (新) sFlt-1/PIGF比 340点

- ◆ 血清を検体とし、ECLIA法により可溶性fms様チロシンキナーゼI(sFlt-1)及び胎盤増殖因子(PIGF)を測定し、sFlt-1/PIGF比を算出した場合に算定
- ◆ 妊娠18週から36週未満の妊娠高血圧腎症が疑われる妊婦であって、以下のリスク因子のうちいずれか1つを有するものに対して実施した場合に、原則として一連の妊娠につき1回に限り算定できる。なお、リスク因子を2つ以上有する場合は、原則として当該点数は算定不可
 - ◆ (イ)収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上
 - ◆ (ロ)蛋白尿
 - ◆ (ハ)妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見
 - ◆ (ニ)子宮内胎児発育遅延
 - ◆ (ホ)子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見

- ◆ 本検査を算定する場合は、上記リスク因子のいずれに該当するかをレセプトの摘要欄に記載
- ◆ (ハ)又は(ホ)に該当する場合は、その医学的根拠を併せて記載
- ◆ 医学的な必要性から、リスク因子を2つ以上有する妊婦に算定する場合、又は一連の妊娠につき2回以上算定する場合は、その詳細な理由をレセプトの摘要欄に記載

□ (新) 肺炎クラミジア核酸検出 360点

- ◆ 肺炎クラミジア感染の診断を目的として、LAMP法により実施した場合に算定
- ◆ 本検査とクラミドフィラ・ニューモニエIgG抗体、クラミドフィラ・ニューモニエIgA抗体、クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出を併施した場合は主たるもののみを算定

【検査】新設項目／項目の再編

□ レプチン 1,000点

- ◆ 脂肪萎縮、食欲亢進、インスリン抵抗性、糖尿病及び脂質異常症のいずれも有する患者に対して、全身性脂肪萎縮症の診断の補助を目的として、**ELISA**法により測定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- ◆ 関連学会が定める指針を遵守し、脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由をレセプトの摘要欄に記載

□ (新) サイトメガロウイルス核酸定量 450点

- ◆ 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

□ 抗カルジオリピン抗体 232点 ⇒

抗カルジオリピン**IgG**抗体、抗カルジオリピン**IgM**抗体、抗**β2**グリコプロテイン**IlgG**抗体、抗**β2**グリコプロテイン**IlgM**抗体 226点

- ◆ 抗カルジオリピン**IgM**抗体は**ELISA**法又は**CLIA**法で実施した場合に一連の治療につき2回に限り算定
- ◆ 抗**β2**グリコプロテイン**IlgG**抗体は抗リン脂質抗体症候群の診断を目的に**CLEIA**法又は**CLIA**法で実施した場合に一連の治療につき2回に限り算定
- ◆ 抗**β2**グリコプロテイン**IlgM**抗体は抗リン脂質抗体症候群の診断を目的に**CLEIA**法又は**CLIA**法で実施した場合に一連の治療につき2回に限り算定
- ◆ 抗カルジオリピン**IgG**抗体、抗カルジオリピン**IgM**抗体、抗**β2**グリコプロテイン**IlgG**抗体及び抗**β2**グリコプロテイン**IlgM**抗体を併せて実施した場合は、主たるもの3つに限り算定

【検査】新設項目／点数の引き下げ

□（新）染色体検査（全ての費用を含む）

□ FISH法を用いた場合 2,631点 ⇒ 2,553点（患者1人1回）

□（新）その他の場合（要届出） ⇒ 2,553点

□ 分染法加算 397点（点数変更なし）

◆「FISH法を用いた場合」の算定要件

◆ 患者1人につき1回に限り算定

◆ びまん性大細胞型B細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で検査を行った場合に、患者の診断の確定までの間に3回に限り算定可

◆「その他の場合」の算定要件

◆ 要届出

◆ 自然流産の既往のある患者で流産手術を行った者に対して、流産検体を用いたギムザ分染法による絨毛染色体検査を実施した場合に算定

◆届出に関する事項

◆ 届出は別添2の様式23の1の2及び様式52を用いる

◆「その他の場合」の施設基準

◆（1）次に掲げる基準を全て満たしている

◆ 産婦人科、産科又は婦人科を標榜し、専ら産婦人科、産科又は婦人科で10年以上の経験を有する医師を配置

◆ 当該医師は、流産検体を用いた絨毛染色体検査を主として実施する医師として20例以上の症例を実施

◆ 緊急手術が可能な体制を有している（緊急手術が可能な保険医療機関との連携(当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る)により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合でも可)

◆ 遺伝カウンセリング加算の届出を行っている（遺伝カウンセリング加算の届出医療機関と連携体制があり、当該患者の遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合でも可）

◆（2）衛生検査所に委託する場合は看護師のみの配置でよくその他の基準は（1）と同じ

【検査】引き上げ項目

□細菌顕微鏡検査

- ◆ 1 に対する集菌塗抹加算 3 2 点 ⇒ 3 5 点
- ◆ 3、その他のもの 6 1 点 ⇒ 6 4 点

□細菌培養同定検査

- ◆ 口腔、気道又は呼吸器からの検体
1 6 0 点 ⇒ 1 7 0 点
- ◆ 消化管からの検体
1 8 0 点 ⇒ 1 9 0 点
- ◆ 血液又は穿刺液
2 1 5 点 ⇒ 2 2 0 点
- ◆ 泌尿器又は生殖器からの検体
1 7 0 点 ⇒ 1 8 0 点
- ◆ その他の部位からの検体
1 6 0 点 ⇒ 1 7 0 点
- ◆ 嫌気性培養加算
1 1 2 点 ⇒ 1 2 2 点

□細菌薬剤感受性検査

- ◆ 1 菌種 1 7 0 点 ⇒ 1 8 0 点
- ◆ 2 菌種 2 2 0 点 ⇒ 2 3 0 点
- ◆ 3 菌種以上 2 8 0 点 ⇒ 2 9 0 点

□抗酸菌分離培養（液体培地法）

2 8 0 点 ⇒ 3 0 0 点

□抗酸菌分離培養（それ以外）

2 0 4 点 ⇒ 2 0 9 点

□抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）

3 8 0 点 ⇒ 4 0 0 点

□経皮的動脈血酸素飽和度測定（1 日につき）

3 0 点 ⇒ 3 5 点

102 【検査】 引き上げ項目／削除項目

□ 鼻腔・咽頭拭い液採取 5 点 ⇒ 2 5 点

□ 動脈血採取（1 日につき） 5 0 点 ⇒ 5 5 点

 ◆ 6 歳未満の乳幼児加算 1 5 点 ⇒ 3 0 点

□ 血液採取（1 日につき）

 ◆ 静脈 3 5 点 ⇒ 3 7 点

 ◆ 6 歳未満の乳幼児加算 2 5 点 ⇒ 3 0 点

□ 削除される項目

□ 網膜中心血管圧測定

□ B e n c e J o n e s 蛋白定性（尿）

□ 動物使用検査

【検査】引き下げ項目

□ 生化学的検査（Ⅰ） 10項目以上

109点 ⇒ 106点

□ 腫瘍マーカー検査 4項目以上

408点 ⇒ 396点

□ 肝炎ウイルス 5項目以上

438点 ⇒ 425点

□ アルブミン定量（尿） 102点 ⇒ 99点

□ カルプロテクチン（糞便）

276点 ⇒ 270点

□ 顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）

122点 ⇒ 119点

□ IgG インデックス 414点 ⇒ 402点

□ 骨髓像 812点 ⇒ 788点

□ Dダイマー定性 125点 ⇒ 122点

□ 心筋トロポニンⅠ、心筋トロポニンT（TnT）

定性・定量 115点 ⇒ 112点

□ シスタチンC 118点 ⇒ 115点

□ アンギオテンシンⅠ転換酵素（ACE）、ビタミンB12 144点 ⇒ 140点

□ ヒアルロン酸、レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP-C） 184点 ⇒ 179点

□ オステオカルシン（OC）

161点 ⇒ 157点

□ 低カルボキシル化オステオカルシン（ucOC）

158点 ⇒ 154点

□ I型プロコラーゲン-N-プロペプチド（PINP） 169点 ⇒ 164点

【検査】引き下げ項目

□成長ホルモン（G H）、卵胞刺激ホルモン（F S H）、C－ペプチド（C P R）、黄体形成ホルモン（L H） 1 1 1 点 ⇒ 1 0 8 点

□テストステロン 1 2 5 点 ⇒ 1 2 2 点

□遊離サイロキシシン（F T 4）、遊離トリヨードサイロニン（F T 3）、コルチゾール 1 2 7 点 ⇒ 1 2 4 点

□トリヨードサイロニン（T 3） 1 0 2 点 ⇒ 9 9 点

□サイロキシシン（T 4） 1 1 1 点 ⇒ 1 0 8 点

□サイログロブリン 1 3 3 点 ⇒ 1 3 1 点

□抗サイログロブリン抗体 1 4 4 点 ⇒ 1 4 0 点

□エストラジオール（E 2） 1 7 7 点 ⇒ 1 7 2 点

□甲状腺刺激ホルモン（T S H） 1 0 4 点 ⇒ 1 0 1 点

□インスリン（I R I） 1 0 6 点 ⇒ 1 0 3 点

□フェリチン半定量、フェリチン定量 1 0 8 点 ⇒ 1 0 5 点

□葉酸 1 5 4 点 ⇒ 1 5 0 点

□C A 1 2 5 1 4 4 点 ⇒ 1 4 0 点

□クラミジア・トラコマチス核酸検出 1 9 8 点 ⇒ 1 9 3 点

□淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 2 7 8 点 ⇒ 2 7 0 点

□H P V 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） 3 6 0 点 ⇒ 3 5 2 点

【検査】引き下げ項目

□ 副甲状腺ホルモン関連蛋白（P T H r P）、副腎皮質刺激ホルモン（A C T H）、カテコールアミン 1 9 4 点 ⇒ 1 8 9 点	□ 前立腺特異抗原（P S A）、C A 1 9 - 9 1 2 7 点 ⇒ 1 2 4 点
□ 心房性 N a 利尿ペプチド（A N P） 2 2 7 点 ⇒ 2 2 1 点	□ P I V K A - II 半定量、P I V K A - II 定量 1 3 9 点 ⇒ 1 3 5 点
□ 癌胎児性抗原（C E A） 1 0 2 点 ⇒ 9 9 点	□ 核マトリックスプロテイン22（N M P 22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（N M P 22）定性（尿） 1 4 7 点 ⇒ 1 4 3 点
□ α-フェトプロテイン（A F P） 1 0 4 点 ⇒ 1 0 1 点	□ 神経特異エノラーゼ（N S E） 1 4 6 点 ⇒ 1 4 2 点
□ 扁平上皮癌関連抗原（S C C 抗原） 1 0 7 点 ⇒ 1 0 4 点	□ 遊離型 P S A 比（P S A F / T 比） 1 5 4 点 ⇒ 1 5 0 点
□ N C C - S T - 4 3 9、C A 1 5 - 3 1 1 8 点 ⇒ 1 1 5 点	□ トランスフェリン（尿） 1 0 4 点 ⇒ 1 0 1 点
□ エラスターゼ 1 1 2 6 点 ⇒ 1 2 3 点	
□ K L - 6 1 1 4 点 ⇒ 1 1 1 点	

【検査】引き下げ項目

- | | |
|--|---|
| <p>□ B C A 2 2 5、サイトケラチン19フラグメント
(シフラ) 162点 ⇒ 158点</p> | <p>□ (1→3) -β-D-グルカン
207点 ⇒ 201点</p> |
| <p>□ A群β溶連菌迅速試験定性
127点 ⇒ 124点</p> | <p>□ グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)
212点 ⇒ 206点</p> |
| <p>□ インフルエンザウイルス抗原定性
139点 ⇒ 136点</p> | <p>□ レジオネラ抗原定性(尿)
217点 ⇒ 211点</p> |
| <p>□ クラミジア・トラコマチス抗原定性
160点 ⇒ 156点</p> | <p>□ HBe抗原、HBe抗体
104点 ⇒ 101点</p> |
| <p>□ アスペルギルス抗原
161点 ⇒ 157点</p> | <p>□ HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白
108点 ⇒ 105点</p> |
| <p>□ 大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体
168点 ⇒ 163点</p> | <p>□ HBc抗体半定量・定量
137点 ⇒ 133点</p> |
| <p>□ アデノウイルス抗原定性(糞便を除く)
189点 ⇒ 184点</p> | <p>□ HCV血清群別判定
227点 ⇒ 221点</p> |

【検査】引き下げ項目

□ H B V コア関連抗原 (H B c r A g)

2 6 6 点 ⇒ 2 5 9 点

□ 抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量

1 0 5 点 ⇒ 1 0 2 点

□ 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体

1 4 6 点 ⇒ 1 4 2 点

□ 抗 S S - B / L a 抗体定性、抗 S S - B / L a 抗体半定量、抗 S S - B / L a 抗体定量

1 6 1 点 ⇒ 1 5 8 点

□ 抗 S S - A / R o 抗体定性、抗 S S - A / R o 抗体半定量、抗 S S - A / R o 抗体定量

1 6 3 点 ⇒ 1 6 1 点

□ 抗 D N A 抗体定量、抗 D N A 抗体定性

1 6 8 点 ⇒ 1 6 3 点

□ 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性

1 7 9 点 ⇒ 1 7 4 点

□ 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量

1 8 6 点 ⇒ 1 8 1 点

□ 抗ミトコンドリア抗体定量

1 9 4 点 ⇒ 1 8 9 点

□ I g G 型リウマトイド因子

2 0 3 点 ⇒ 1 9 8 点

□ 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量

2 0 4 点 ⇒ 1 9 8 点

□ 抗 T S H レセプター抗体 (T R A b)

2 2 6 点 ⇒ 2 2 0 点

□ 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (M P O - A N C A)

2 6 5 点 ⇒ 2 5 8 点

【検査】引き下げ項目

□抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体（PR3-ANCA）	267点 ⇒ 259点	□HBV核酸定量	271点 ⇒ 263点
□β2-マイクログロブリン	104点 ⇒ 101点	□HCV核酸検出	350点 ⇒ 340点
□トランスサイレチン（プレアルブミン）	107点 ⇒ 104点	□HCV核酸定量	437点 ⇒ 424点
□α1-マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む）	136点 ⇒ 132点	□（新）Ⅳ型コラーゲン（尿）	189点 ⇒ 184点
□マイコプラズマ核酸検出	300点 ⇒ 291点		
□大腸菌ベロトキシン定性	194点 ⇒ 189点	□病理診断料	
		□組織診断料	450点 ⇒ 520点
		□病理判断料	150点 ⇒ 130点

【検査】要件の見直しなど

□ (新) SCCA 2 300点

- ◆ 15歳以下の小児アトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的に、ELISA法により測定した場合に、月1回を限度として算定
- ◆ TARCを同一月中に併施した場合は主たるもののみ算定

□ TARC

- ◆ アトピー性皮膚炎の重症度評価の補助を目的として、血清中のTARC量を測定する場合に、月1回を限度
- ◆ (新) COVID-19と診断された患者(呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く)の重症化リスクの判定補助を目的として、血清中のTARC量を測定する場合、一連の治療につき1回を限度

□ ダーモスコピーの対象疾患追加

- ◆ 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、日光角化症の診断又は経過観察の目的で行った場合
- ◆ 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
- ◆ 新たに他の病変で検査を行う場合で医学的な必要性から4月に2回以上算定する場合は、レセプトの摘要欄にその理由を記載することとし、この場合でも月に1回を限度

【検査】要件の見直しなど

□小児食物アレルギー負荷検査

- ◆~~9~~ **16歳**未満に年~~2~~ **3回**に限る

□発達及び知能検査の「2」の「操作が複雑なもの」

- ◆WPPSI-III知能診断検査を追加

□公認心理士の経過措置

- ◆（新）平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす
 - ◆平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - ◆公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

□ロービジョン検査判断料の施設基準見直し

- ◆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

【検査】要件の見直しなど

□ 小腸内視鏡検査（点数変更なし）

- バルーン内視鏡によるもの 6,800点
- （新）スパイラル内視鏡によるもの 6,800点
- カプセル型内視鏡によるもの 1,700点
 - 内視鏡的留置術加算（15歳未満） 260点
- その他のもの 1,700点
 - 粘膜点墨法加算 60点

◆ 算定の留意事項

◆ スパイラル内視鏡

- ◆ 電動回転可能なスパイラル形状のフィンを着した内視鏡を用いて小腸内視鏡検査を行った場合に算定

◆ 内視鏡的留置術加算

- ◆ 小児の麻酔及び鎮静に十分な経験を有する常勤の医師が1人以上配置されている保険医療機関において、消化器内視鏡を経口的に挿入し、カプセル内視鏡の挿入及び配置に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている内視鏡的挿入補助具を用いてカプセル型内視鏡を十二指腸に誘導し、カプセル型内視鏡によるものを実施した場合に算定
- ◆ この適応の判断及び実施に当たっては、関連学会が定めるガイドラインを遵守する
- ◆ 内視鏡的挿入補助具を使用した患者はレセプトに症状詳記を添付
- ◆ 胃・十二指腸ファイバースコピーの点数は別に算定不可

【検査】要件の見直しなど

□大腸内視鏡検査

□（新）バルーン内視鏡加算 4 5 0 点

□（新）内視鏡的留置術加算 2 6 0 点

◆ 15歳未満の患者に対して内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合

◆算定の留意事項

◆バルーン内視鏡加算

◆大腸内視鏡検査が必要で大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により回盲部まで到達できなかった患者に大腸ファイバースコピーを用いた場合に限り算定可

◆バルーン内視鏡を使用した患者は、レセプトに症状詳記を添付

◆内視鏡的留置術加算

◆小児の麻酔及び鎮静に十分な経験を有する常勤の医師が1人以上配置されている保険医療機関において、消化器内視鏡を経口的に挿入し、カプセル内視鏡の挿入及び配置に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている内視鏡的挿入補助具を用いてカプセル型内視鏡を十二指腸に誘導し、カプセル型内視鏡によるものを実施した場合に算定

◆この適応の判断及び実施に当たっては、関連学会が定めるガイドラインを遵守する

◆内視鏡的挿入補助具を使用した患者はレセプトに症状詳記を添付

◆胃・十二指腸ファイバースコピーの点数は別に算定不可

投 薬 ・ 注 射

【投薬】 湿布の上限枚数減少とリフィル処方

□ 湿布薬処方の上限枚数

◆ 1 処方につき ~~70 枚~~ **63 枚** まで

◆ 医師が医学的必要性を認めた場合を除く

◆ 現在と同様にその理由を処方箋及びレセプトに記載

◆ 湿布薬はリフィル処方の対象外

◆ 貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（専ら皮膚疾患に用いるものを除く）をいう

□ 【参考】

□ リフィル処方時の処方箋料の取り扱い（一部の病院）

◆ 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

◆ 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

◆ 30 日以上で減算（40 / 100）される医療機関が対象

【投薬】リフィル処方箋の仕組み（療養担当規則）

□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な患者

□留意事項

- ◆リフィル処方の実施は任意
- ◆医師がリフィル処方が可能と判断した場合は処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入
- ◆療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない
- ◆リフィル処方箋の回数について
 - ◆総使用回数の上限は3回まで
 - ◆1回当たり投薬期間及び総投薬期間は、医師が患者の病状等を踏まえて個別に医学的に適切と判断した期間
- ◆リフィル処方箋の有効期間
 - ◆1回目の調剤の場合は発行日含め4日間
 - ◆2回目、3回目は次回調剤予定日の前後7日以内

116 【投薬】 リフィル処方箋の仕組み

□薬局側の留意事項抜粋

- ◆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
- ◆保険薬局の保険薬剤師は、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

□【参考】療養担当規則の抜粋

- ◆第10の2 リフィル処方箋に係る厚生労働大臣が定める医薬品：リフィル処方箋により処方することができない医薬品として、第10の4の1から3（下記参照）までに掲げる投薬期間に上限が設けられている医薬品及び湿布薬(貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤(専ら皮膚疾患に用いるものを除く)をいう)を定めたものである
 - ◆4 投薬期間に上限が設けられている医薬品
 - ◆1,投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第1号に規定する麻薬等を定めたものである
 - ◆2,投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである
 - ◆3,投薬量が90日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		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 明大和 平令	年 月 日	男・女
	区分	被保険者	被扶養者
交付年月日		令和 年 月 日	処方箋の使用期間
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。	
	リフィル可 ☐ (回)		
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ送附回会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供		
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） ☐ 1回目調剤日 (年 月 日) ☐ 2回目調剤日 (年 月 日) ☐ 3回目調剤日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)			
調剤済年月日		令和 年 月 日	公費負担者番号
保険薬局の所在地及び名称 保険薬局名称		公費負担医療の受給者番号	

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	常に記載のある欄を 除き、交付の3を含めて 4回以内は保険薬局に 提示すること。
変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。			
処方	リフィル可 ☐ (回)			
備考	保険医署名 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。			
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ送附回会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供				
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） ☐ 1回目調剤日 (年 月 日) ☐ 2回目調剤日 (年 月 日) ☐ 3回目調剤日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)				

リフィル処方の場合は
「レ点」と「反復回数」を記入

調剤薬局
使用欄

【参考：調剤報酬】 分割調剤とリフィル処方箋点数比較

新点数算定例（4/1- 服用時点の異なる内服3種類 リフィル28日、医師指示84日（3分割））

	名称	リフィル	医師指示分割
調剤技術料	調剤基本料 1	42	42
	後発医薬品調剤体制加算 1	21	21
	電子的保健医療情報活用加算	3	3
	薬剤調製料(内服薬) 1剤目	24	24
	2剤目	24	24
	3剤目	24	24
薬学管理料	服薬管理指導料(3月以内に再度処方箋を持参)	45	45
	調剤管理料 1剤目	50	60
	2剤目	50	60
	3剤目	50	60
	合計	333	363

※リフィル処方箋は受付1回ごとに計算（2回目以降も同様）、医師指示分割は総投与日数を計算後、分割回数で除した分を請求

【参考：調剤報酬】 分割調剤とリフィル処方箋点数比較

新点数算定例（4/1- 服用時点の異なる内服3種類 各28日分）

	1回目	2回目	3回目	合計
医師指示分割(1/3) (84日分を3分割して算定)	121点	121点	121点	363点
一部負担金(a)	360円	360円	360円	1,080円
リフィル処方箋 (28日分を都度算定)	333点	333点	333点	999点
一部負担金(b)	1,000円	1,000円	1,000円	3,000円
差額(b)-(a)	+640円	+640円	+640円	+1,920円

※リフィル処方箋は受付1回ごとに計算（2回目以降も同様）、医師指示分割は総投与日数を計算後、分割回数で除した分を請求

【注射】注射手技料の見直し

□皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	2 0 点 ⇒ 2 2 点
□静脈内注射（1回につき）	3 2 点 ⇒ 3 4 点
□乳幼児加算	4 5 点 ⇒ 4 8 点
□点滴注射（1日につき）	
□6歳未満の乳幼児（1 0 0 mL以上の場合）	9 9 点 ⇒ 1 0 1 点
□5 0 0 mL以上の場合	9 8 点 ⇒ 9 9 点
□その他の場合	4 9 点 ⇒ 5 0 点
□乳幼児加算	4 5 点 ⇒ 4 6 点

【注射】 外来化学療法加算の再編

□ 外来化学療法加算 1

□ ~~抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

~~□ 15歳未満 820点~~

~~□ 15歳以上 600点~~

□ 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

□ 15歳未満 670点

□ 15歳以上 450点

□ 外来化学療法加算 2

□ ~~抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

~~□ 15歳未満 740点~~

~~□ 15歳以上 470点~~

□ 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

□ 15歳未満 640点

□ 15歳以上 370点

◆ 外来化学療法加算の定義見直し

※抗悪性腫瘍剤の場合を分離し外来腫瘍化学療法診療料に

- ◆ 外来化学療法加算については、入院中の患者以外の **関節リウマチ等の患者** に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する

□ (新) バイオ後続品導入初期加算

150点 (月1回 3月限度)

- ◆ 外来化学療法加算の加算
- ◆ 当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算
- ◆ バイオ後続品に関する情報を提供
- ◆ 外来腫瘍化学療法診療料 (新設) についても同様の加算を設ける

【投薬・注射】 その他

□ 外来後発医薬品使用体制加算の割合引き上げ（診療所のみ）

◆ 加算 1 85% ⇒ 90%

◆ 加算 2 75% ⇒ 85%

◆ 加算 3 70% ⇒ 75%

□ 無菌製剤処理料が診療所でも算定可能に

◆ 無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除

【投薬・注射】 その他

□保険医が投与できる注射薬剤の追加

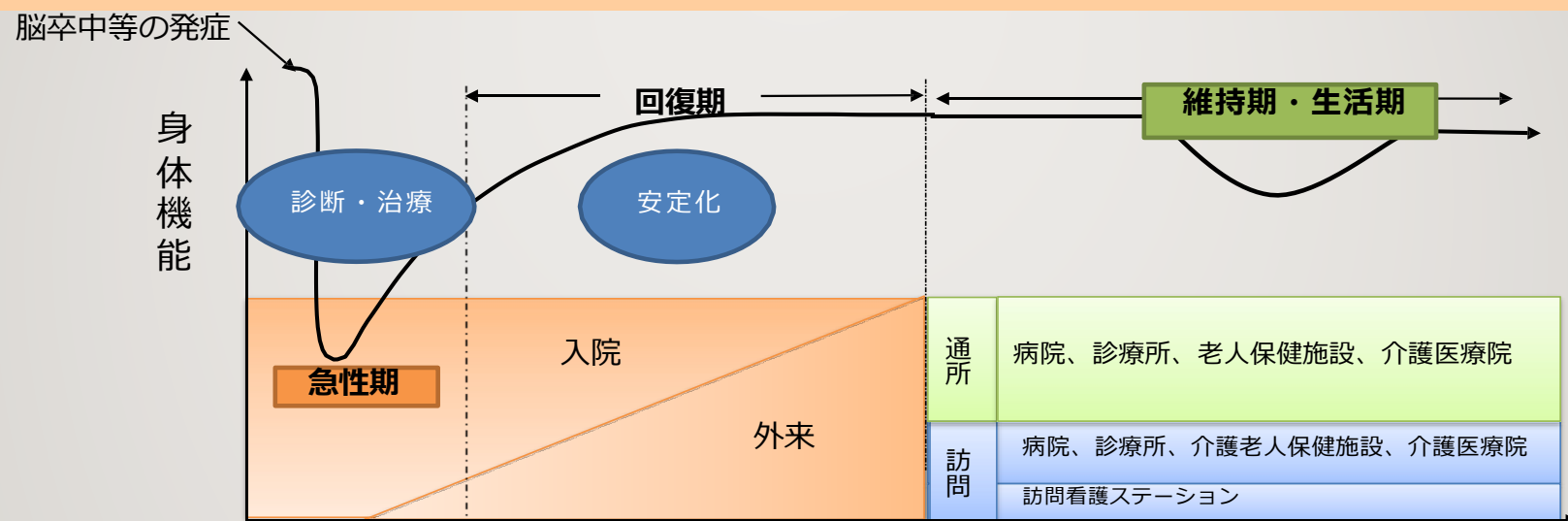
◆遺伝子組換えヒト**vonWillebrand**因子製剤、ブロスマブ製剤、アガルシダーゼアルファ製剤、アガルシダーゼベータ製剤、アルグコルシダーゼアルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグセルラーゼ製剤、ロエスルファーゼアルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼアルファ製剤、ベラグルセラーゼアルファ製剤、ロラニ、ロラニダーゼ製剤、メポリズマブ製剤、マオリズマブ製剤、（季節性アレルギー性鼻炎の治療のために使用する場合を除く）、テデュグルチド製剤、サトラリズマブ製剤、ビルトラルセン製剤、レムデシビル製剤

◆新規医薬品で14日制限のないもの

◆エブリスディドライシロップ**60m g**、シアリス錠**5m g**、シアリス**10m g**、シアリス錠**20m g**、バイアグラ錠**25m g**、バイバアグラ錠**50m g**、バイアグラ**OD**フィルム**25m g**、バイアグラ**OD**フィルム**50m g**、ガニレスト皮下注**0.25mg**シリンジ、セトロタイド注射用**0.25mg**、ウトロゲスタン腔用カプセル**200m g**、ルティナス腔錠**100m g**、ルテウム腔用坐剤**400m g**、ワンクリノン腔用ゲル**90m g**

リハビリテーション

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



役割分担

主に医療保険

主に介護保険

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

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

【リハ】標準的算定日数超の算定要件の見直し

□標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合

◆算定要件（抄）

- ◆標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が医学的に期待できると判断される場合は、継続することとなった日を診療録に記載
- ◆継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、機能的自立度評価法（FIM法（Functional Independence Measure））の測定により必要性を判断する
- ◆リハ実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付し写しを診療録に添付
- ◆1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行う
- ◆FIMの測定は、令和4年9月30日まで経過措置
- ◆当該リハビリテーション実施計画書は以下を記載する
 - ◆これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）
 - ◆前月の状態と比較した当月の患者の状態
 - ◆将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間
 - ◆FIM又はBI及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由

疾患別リハビリテーション料の見直し①

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

改定後

【リハビリテーション】

〔算定要件〕（概要）

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

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

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

		発症した日等 ～180日まで	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	■以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハビリ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等 ■以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合	245点
	対象	要介護・要支援被保険者 以外の者	245点 (月13単位まで)
		要介護・要支援被保険者 (入院中)	147点 (月13単位まで)
		要介護・要支援被保険者 (入院中以外)	257

標準的算定日数を超えた場合の点数

【リハ】リハビリテーションデータ提出加算の新設

□ (新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回) (要届出)

◆算定要件

- ◆自院の診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合
- ◆入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合

◆心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハ、呼吸器リハに規定するリハビリテーションデータ提出加算の施設基準

- ◆リハビリテーション実施患者の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
- ◆病院ではデータ提出加算の届出を行っていない保険医療機関

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

【在宅】在宅時医学総合管理料等の加算新設

◆データ提出加算の施設基準

◆データ提出に関する事項

- ◆データの提出を希望する医療機関は、令和5年5月20日、8月22日、11月21日、令和6年2月20日までに別添2の様式7の10について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出る
- ◆上記の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出する
- ◆試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を貴院の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった医療機関では、この連絡以後、在宅データ提出加算の届出を行うことが可能となる

◆3届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式7の11を用いる
- ◆各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できない
- ◆データ提出を取りやめる場合、データが作成できない・遅延等が頻発した場合等は、別添2の様式7の12を提出する
- ◆データ提出の停止の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合は、最初の手続きより開始する

【在宅】在宅時医学総合管理料等の加算新設

◆データ提出加算の施設基準

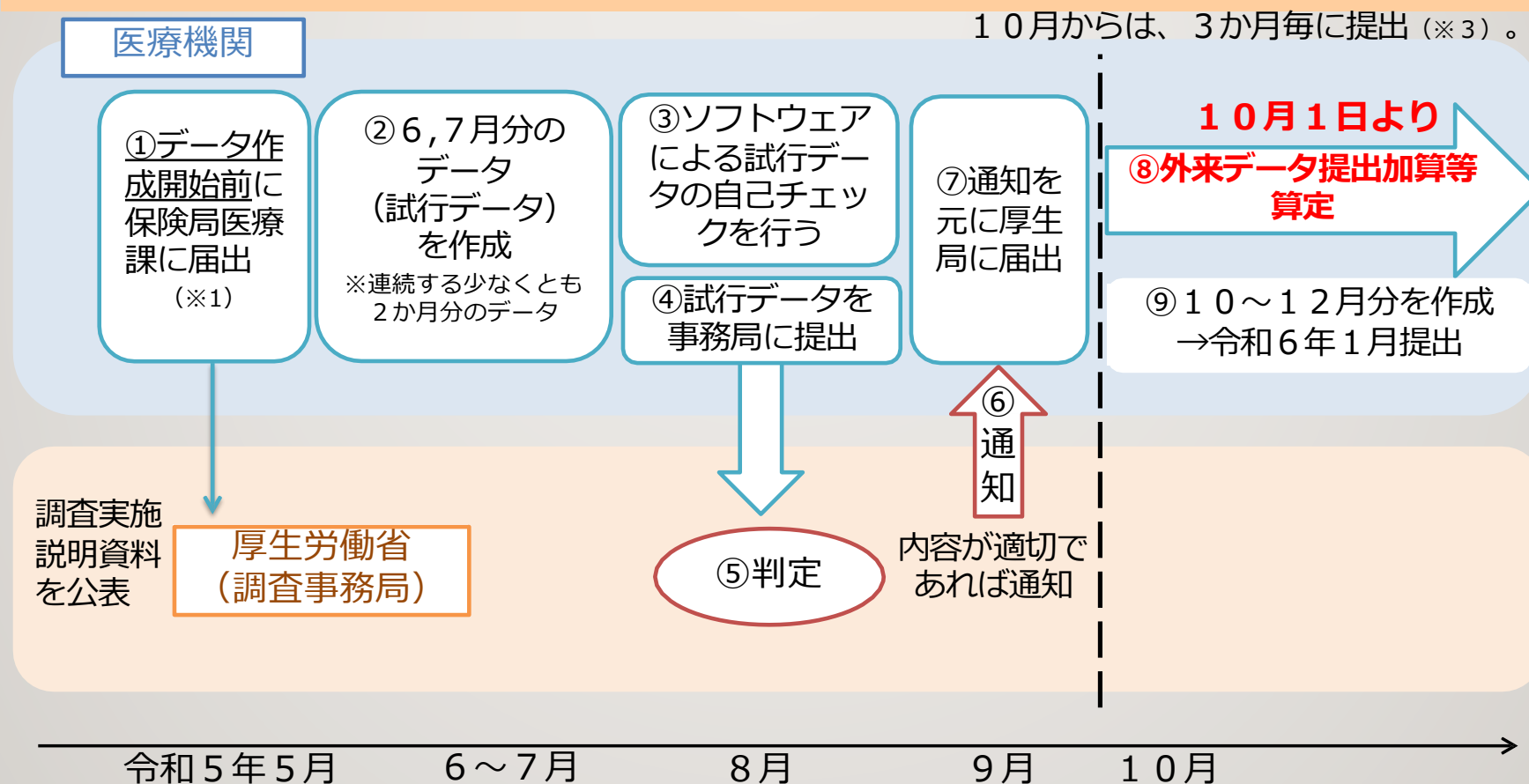
◆データ提出に関する事項

- ◆データの提出を希望する医療機関は、令和5年5月20日、8月22日、11月21日、令和6年2月20日までに別添2の様式7の10について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出る
- ◆上記の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出する
- ◆試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を貴院の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった医療機関では、この連絡以後、在宅データ提出加算の届出を行うことが可能となる

◆3届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式7の11を用いる
- ◆各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できない
- ◆データ提出を取りやめる場合、データが作成できない・遅延等が頻発した場合等は、別添2の様式7の12を提出する
- ◆データ提出の停止の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合は、最初の手続きより開始する

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。

【リハ】リハ実施計画書・リハ実施総合計画書の署名

□ リハ実施計画書・リハ実施総合計画書の署名欄の取扱いの見直し

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

□ リハ実施計画書・リハ実施総合計画書の署名欄の取扱いの見直し

- ◆ リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、

新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること

【リハ】算定要件の見直し

- 運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確化する

現 行

【運動器リハビリテーション料】

〔算定要件〕

- (2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靱帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、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のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、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、運動器不安定症等のものをいう。

改定後

【運動器リハビリテーション料】

〔算定要件〕

- (2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靱帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、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のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、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、**糖尿病足病変**等のものをいう。

精神科専門療法等

【精神科】通院・在宅精神療法の再編

□通院精神療法

- イ (略)
- ロ、初診日に60分以上行った場合
540点
- ハ、イ及びロ以外の場合
 - (1)30分以上の場合 400点
 - (2)30分未満の場合 330点



□通院精神療法

- イ (略)
- ロ、初診日に60分以上行った場合
 - (1)精神保健指定医による場合 560点
 - (2)(1)以外の場合 540点
- ハ、イ及びロ以外の場合
 - (1)30分以上の場合
 - ①精神保健指定医による場合 410点
 - ②①以外の場合 390点
 - (2)30分未満の場合
 - ①精神保健指定医による場合 330点
 - ②①以外の場合 315点

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

【精神科】通院・在宅精神療法の再編

□在宅精神療法

- イ、(略)
- ロ、初診日に60分以上行った場合
600点
- ハ、イ及びロ以外の場合
 - (1)60分以上の場合
540点
 - (2)30分以上60分未満の場合
400点
 - (3)30分未満の場合
330点



□在宅精神療法

- イ(略)
- ロ、初診日に60分以上行った場合
 - (1)精神保健指定医による場合
620点
 - (2)(1)以外の場合
600点
- ハ、イ及びロ以外の場合
 - (1)60分以上の場合
 - ①精神保健指定医による場合
550点
 - ②①以外の場合
530点
 - (2)30分以上60分未満の場合
 - ①精神保健指定医による場合
410点
 - ②①以外の場合
390点
 - (3)30分未満の場合
 - ①精神保健指定医による場合
330点
 - ②①以外の場合
315点

【精神科】通院精神療法に加算新設

□（新）療養生活継続支援加算

3 5 0 点（月 1 回）（要届出）

◆算定要件

◆要届出

◆通院精神療法を算定する患者で、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師（適切な研修を受けた者に限る。以下この区分において同じ）又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合

◆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 2 0 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、初回算定日の属する月から起算して 1 年を限度として、月

1 回に限り算定

◆療養生活環境整備指導加算を算定した場合は算定不可

◆対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して 1 年を限度として、月 1 回に限り 3 5 0 点を所定点数に加算する。なお、この場合においては、レセプトの摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載すること。また、新たに重点的な支援を行うこととなった日を記載した支援計画書を、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しをカルテに添付する

【精神科】 通院精神療法に加算新設

□（新）療養生活継続支援加算

◆算定要件

◆なお、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「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式51に掲げる「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」（次頁）を1つ以上満たす者
- ◆イ,当該患者を担当する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、多職種と共同して支援計画書を作成し、その写しをカルテ等に添付すること。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成28~30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」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
- ◆ウ,当該患者を担当する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、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、患者又はその家族等の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行う
- ◆エ,担当する患者ごとに療養生活継続支援記録を作成し、当該指導記録に支援の要点、面接実施時間を明記する

別紙様式 51

包括的支援マネジメント 導入基準

評価日	患者氏名	評価者
年 月 日		(職種)
		(氏名)

過去1年間において、基準を満たすもの全てについて、□に✓を記入すること。

1	6ヶ月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある。	☐
2	自分1人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）。	☐
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。	☐
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。	☐
5	自傷や自殺を企てたことがある。	☐
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある。	☐
7	警察・保健所介入歴がある。	☐
8	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。	☐
9	外来受診をしないことが2か月以上あった。	☐
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。	☐
11	直近の入院は措置入院である。	☐
12	日常生活用品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。	☐
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。	☐
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）。	☐
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等）。	☐

【精神科】 通院精神療法に加算新設

□（新）療養生活継続支援加算

◆施設基準

- ◆ 当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務している
- ◆ 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
- ◆ 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する
- ◆ 当該看護師に、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者
- ◆ 精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう
 - ◆ 国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるものに限る）
 - ◆ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修
 - ◆ 講義及び演習は、次の内容を含むもの

- ◆ 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要
- ◆ 精神症状の病因・病態、治療
- ◆ 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法
- ◆ 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術
- ◆ 患者・家族の支援、関係調整
- ◆ ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）
- ◆ ストレスマネジメント
- ◆ コンサルテーション方法

- ◆ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むもの

◆届出に関する事項

- ◆ 届出は別添2の様式44の5の2を用いる

【精神科】通院・在宅精神療法の加算見直し

□ 児童思春期精神科専門管理加算

◆ 算定要件の見直し

◆ イ、16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合

◆ (1) 自院の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合

500点

◆ (2) (1) 以外の場合

300点

◆ ロ、(略)

◆ 届出に関する事項

◆ 届出は別添2の様式4及び様式44の5を用いる

【医学管理】 こころの連携指導料の新設

□（新）こころの連携指導料（Ⅰ） 350点（月1回）（1年限度）（要届出）

◆かかりつけ医から精神科・心療内科の医療機関へ紹介

□（新）こころの連携指導料（Ⅱ） 500点（月1回）（1年限度）（要届出）

◆紹介された精神科又・心療内科の医療機関

◆概要

◆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

【医学管理】 ころの連携指導料の新設

□ ころの連携指導料 (I) の算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 入院中の患者以外の患者
- ◆ 地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
- ◆ 初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定
- ◆ 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科・心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは
 - ◆ SADPersonsスケール、EPDS、PHQ-9又はK-6等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者
- ◆ 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、その要点をカルテに記載する
- ◆ 初回の診療等の留意点
 - ◆ 他院への文書の提供に係る診療情報提供料 (I) の費用は別に算定不可
- ◆ 2回目以降の診療等の留意点
 - ◆ 連携する精神科・心療内科の担当医から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努める
 - ◆ 2回目以降の診療等に関し、連携する精神科・心療内科の担当医に対して文書での情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で情報共有を行う
- ◆ 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で当該患者に係る情報を市町村等に提供する

【医学管理】 ころの連携指導料の新設

□（新）ころの連携指導料（Ⅱ） の算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 入院中の患者以外の患者
- ◆ ころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
- ◆ 初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定
- ◆ 連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである
- ◆ 初回の診療等の留意点
 - ◆ 他院への文書の提供に係る掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、連携強化診療情報提供料の費用は別に算定不可
- ◆ 2回目以降の診療等の留意点
 - ◆ 当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で情報共有を行う
- ◆ 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で当該患者に係る情報を市町村等に提供する

【医学管理】 こころの連携指導料の新設

□ こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準

- ◆精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築している
- ◆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
- ◆研修を受講していない場合にあっては、令和4年9月30日までに受講予定であれば差し支えないものとする
- ◆届出は別添2の様式13の7を用いる

□ こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準

- ◆精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関
- ◆精神保健福祉士を1名以上配置
- ◆届出は別添2の様式13の8を用いる

【精神科】療養・就労両立支援指導料

□療養・就労両立支援指導料（要届出）

◆相談支援加算（50点）の対象職種の追加

- ◆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

◆施設基準の見直し

- ◆2、相談支援加算に関する施設基準専任の看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**を配置していること。なお、当該職員は患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること

【精神科】 依存症集団療法にアルコール依存症を追加

□ 依存症集団療法（1回につき）（要届出）

□ （新）アルコール依存症の場合

300点

◆ 算定要件

◆ 要届出

- ◆ アルコール依存症の患者で、入院中の患者以外のものに対して集団療法を実施した場合

◆ 週1回かつ計10回に限り算定

- ◆ アルコール依存症の場合は、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定可

- ◆ ア,入院中の患者以外の患者であって、アルコールに対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれもアルコール依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る）であること）が、認知行動療法の手法を用いて、アルコールの使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行う

- ◆ イ,1回に10人に限り、60分以上実施

- ◆ ウ,治療プログラムはアルコール依存症の治療に関する動機付け面接及び認知行動療法の考え方に基づくプログラム

- ◆ エ,当該指導を行う精神保健福祉士又は公認心理師については、次に該当する研修を修了している者

- ◆ （イ）国又は医療関係団体が主催する研修であること（8時間以上の研修時間であるもの）

- ◆ （ロ）研修内容に以下の内容を含むこと

- ◆ アルコール依存症の概念と治療
- ◆ アルコール依存症のインテーク面接
- ◆ アルコール依存症と家族
- ◆ アルコールの内科学
- ◆ アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- ◆ グループワーク

- ◆ （ハ）研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと

【精神科】依存症集団療法にアルコール依存症を追加

□ 依存症集団療法（1回につき）（要届出）（新）アルコール依存症の場合

◆ 施設基準

- ◆ 専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること（いずれもアルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る）

◆ 適切な研修とは以下のものをいう

- ◆ 国又は医療関係団体が主催する研修であること（8時間以上の研修時間であるものに限る）
- ◆ 医師の研修は以下の研修内容を含む
 - ◆ アルコール精神医学
 - ◆ アルコールの公衆衛生学
 - ◆ アルコール依存症と家族
 - ◆ 再飲酒予防プログラム
 - ◆ アルコール関連問題の予防
 - ◆ アルコール内科学及び生化学
 - ◆ グループワーク

◆ 看護師の研修は以下の研修内容を含む

- ◆ アルコール依存症の概念と治療
- ◆ アルコール依存症者の心理
- ◆ アルコール依存症の看護・事例検討
- ◆ アルコール依存症と家族
- ◆ アルコールの内科学
- ◆ グループワーク

◆ 作業療法士の研修は以下の研修内容を含む

- ◆ アルコール依存症の概念と治療
- ◆ アルコール依存症のインテーク面接
- ◆ アルコール依存症と家族
- ◆ アルコールの内科学
- ◆ アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- ◆ グループワーク

- ◆ オ研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含む

- ◆ 届出は別添2の様式44の7を用いる

【精神科】精神科在宅患者支援管理料

□対象患者の追加

- ◆（３）「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月に１回に限り算定すること
 - ◆ア、ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者
 - ◆イ、行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者
 - ◆ウ、当該管理料を算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が４０以下の者

処置・手術

人工腎臓関連

【処 置】人工腎臓の再編

□慢性維持透析を行った場合 1

- ◆イ、4時間未満の場合
(厚労相が定める患者) 1, 9 2 4 点
- ◆ロ、4時間以上5時間未満の場合
(厚労相が定める患者) 2, 0 8 4 点
- ◆ハ、5時間以上の場合
(厚労相が定める患者) 2, 2 1 9 点
- ◆二、4時間未満の場合
(イを除く) 1, 7 9 8 点
- ◆ホ、4時間以上5時間未満の場合
(ロを除く) 1, 9 5 8 点
- ◆ヘ、5時間以上の場合
(ハを除く) 2, 0 9 3 点

□慢性維持透析を行った場合 1

- ◆イ、4時間未満の場合
1, 8 8 5 点
- ◆ロ、4時間以上5時間未満の場合
2, 0 4 5 点
- ◆ハ、5時間以上の場合
2, 1 8 0 点
- ◆(削除)
- ◆(削除)
- ◆(削除)

※HIF-PH阻害剤は院内処方が原則である。なお、同一患者に対し、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内で投薬する場合は、処方箋料の(9)の規定(院内処方と院外処方の混在禁止)にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋で投薬可

【処 置】人工腎臓の再編

□慢性維持透析を行った場合 2

- ◆イ、4時間未満の場合
(厚労相が定める患者) 1, 8 8 4 点
- ◆ロ、4時間以上5時間未満の場合
(厚労相が定める患者) 2, 0 4 4 点
- ◆ハ、5時間以上の場合
(厚労相が定める患者) 2, 1 7 4 点
- ◆ニ、4時間未満の場合
(イを除く) 1, 7 5 8 点
- ◆ホ、4時間以上5時間未満の場合
(ロを除く) 1, 9 1 8 点
- ◆ヘ、5時間以上の場合
(ハを除く) 2, 0 4 8 点

□慢性維持透析を行った場合 2

- ◆イ、4時間未満の場合
1, 8 4 5 点
- ◆ロ、4時間以上5時間未満の場合
2, 0 0 5 点
- ◆ハ、5時間以上の場合
2, 1 3 5 点
- ◆(削除)
- ◆(削除)
- ◆(削除)

※HIF-PH阻害剤は院内処方が原則である。なお、同一患者に対し、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内で投薬する場合は、処方箋料の(9)の規定(院内処方と院外処方の混在禁止)にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋で投薬可

【処 置】人工腎臓の再編

□慢性維持透析を行った場合 3

- ◆イ、4時間未満の場合
(厚労相が定める患者) 1, 8 4 4 点
- ◆ロ、4時間以上5時間未満の場合
(厚労相が定める患者) 1, 9 9 9 点
- ◆ハ、5時間以上の場合
(厚労相が定める患者) 2, 1 2 9 点
- ◆ニ、4時間未満の場合
(イを除く) 1, 7 1 8 点
- ◆ホ、4時間以上5時間未満の場合
(ロを除く) 1, 8 7 3 点
- ◆ヘ、5時間以上の場合
(ハを除く) 2, 0 0 3 点

□慢性維持透析を行った場合 3

- ◆イ、4時間未満の場合
1, 8 0 5 点
- ◆ロ、4時間以上5時間未満の場合
1, 9 6 0 点
- ◆ハ、5時間以上の場合
2, 0 9 0 点
- ◆(削除)
- ◆(削除)
- ◆(削除)

※HIF-PH阻害剤は院内処方が原則である。なお、同一患者に対し、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内で投薬する場合は、処方箋料の(9)の規定(院内処方と院外処方の混在禁止)にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋で投薬可

【処 置】人工腎臓 その他

□（新）透析時運動指導等加算

75点（90日限度）

- ◆人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合に指導開始日から起算して90日を限度に加算
- ◆算定の留意事項
 - ◆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できる。実施した指導等の内容を実施した医師本人又は指導等を実施した理学療法士等から報告を受けた医師がカルテに記録
 - ◆入院中の患者は、当該療法を担当する医師、理学療法士又は作業療法士の1人当たりの患者数は1回15人程度、当該療法を担当する看護師の1人当たりの患者数は1回5人程度を上限とし、入院中の患者以外の患者は、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度を上限
 - ◆指導等に当たっては、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
 - ◆指導を行う室内に心電図モニター、経皮的動脈血酸素飽和度を測定できる機器及び血圧計を指導に当たって必要な台数有していること。また、同室内に救命に必要な器具及びエルゴメータを有していることが望ましい
 - ◆当該加算を算定した日は疾患別リハビリテーション料は別に算定不可

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。	
<u>イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。</u>	
(2) 導入期加算 2 の施設基準	
次のすべてを満たしていること。	
ア (1)のイを満たしていること。	
<u>イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。</u>	
<u>ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算 3 を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。</u>	
エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去 1 年間で <u>24回</u> 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 <u>2人</u> 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)のイ及び(2)のイを満たしていること。	
<u>イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設</u> であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。	
ウ 導入期加算 1 又は 2 を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。	
<u>エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去 1 年間で36回以上算定していること。</u>	
<u>オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に 5 人以上いること。</u>	
<u>カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に 2 人以上いること。</u>	

【処 置】 人工腎臓 導入期加算の再編

□ 導入期加算 1 2 0 0 点

□ 導入期加算 2 5 0 0 点 ⇒ 4 0 0 点

□ (新) 導入期加算 3 8 0 0 点

◆ 導入期加算 3 の施設基準

- ◆ 導入期加算 1 の施設基準を満たしていること
- ◆ 当該療法を行うにつき十分な実績を有していること

□ 導入期加算の施設基準の見直し等

◆ 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。
- ◆ (新) 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

【処 置】 人工腎臓 導入期加算の再編

□ 導入期加算の施設基準の見直し等

◆ 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

- ◆ (新) ア、(I)のアを満たしていること
- ◆ (新) イ、腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること
- ◆ (新) 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、在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去 1 年間で 2 4 回以上算定していること
- ◆ オ、腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に 2 人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう

【処 置】 人工腎臓 導入期加算の再編

□ 導入期加算の施設基準の見直し等

◆ (新) 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、在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去 1 年間で 3 6 回以上算定していること
- ◆ オ、腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に 5 人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう
- ◆ カ、当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に 2 人以上いること

【処 置】人工腎臓 その他

□慢性維持透析患者外来医学管理料

2,250点 ⇒ 2,211点

◆算定要件の見直し

- ◆シナカルセト塩酸塩、エテルカルセチド又は、エボカルセト 又はウパシカルセトナトリウムの初回投与から3か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。~~また、シナカルセト塩酸塩、エテルカルセチド又はエボカルセト~~**また、当該薬剤**の初回投与から3か月以内の患者に対するPTH検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する性維持透析患者

□在宅血液透析指導管理料

8,000点 ⇒ 10,000点

◆算定要件の見直し

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

【処 置】人工腎臓 その他

□血漿交換療法

- ◆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
- ◆（新）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アフェシス療法は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院（内科または泌尿器科を標榜）において行われる場合に限り算定
- ◆（新）3 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法は、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
- ◆対象疾患
 - ◆（I）血漿交換療法は、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血栓性血小板減少性紫斑病、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギラン・バレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、巣状糸球体硬化症、抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）型急速進行性糸球体腎炎、抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎、溶血性尿毒症症候群、家族性高コレステロール血症、**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**、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、川崎病、スティーヴンス・ジョンソン症候群若しくはインヒビターを有する血友病の患者、**ABO血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植、ABO血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植、移植後抗体関連型拒絶反応**又は慢性C型ウイルス肝炎の患者に対して、遠心分離法等により血漿と血漿以外とを分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定できるものであり、必ずしも血漿補充を要しない。

【処 置】人工腎臓 その他

□ 血漿交換療法の留意事項の見直し

- ◆ (改) (10) 当該療法の対象となる術後肝不全については、手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序によるものを除く。）のうち次のいずれにも該当する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね7回を限度として算定する。ア 総ビリルビン値が5 mg/dL以上で、かつ、持続的に上昇を認める場合 イ ヘパプラスチンテスト（HPT）40%以下又はComa Grade II以上の条件のうち2項目以上を有する場合
- ◆ (改) (21) 当該療法の対象となる同種腎移植又は同種肝移植は、遠心分離法等による血漿と血漿以外の分離又は二重濾過法により、ABO血液型不適合間の同種腎移植若しくは同種肝移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植若しくは同種肝移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は4回を限度とし、術後は2回を限度として算定する
- ◆ (改) (22) 当該療法の対象となる同種腎移植又は同種肝移植は、二重濾過法により、ABO血液型不適合間の同種腎移植若しくは同種肝移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植若しくは同種肝移植を

実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は4回を限度とし、術後は2回を限度として算定する

- ◆ (新) (30) 「注2」に規定する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とは、重度尿蛋白（1日3g以上の尿蛋白を呈するもの又は尿蛋白/尿クレアチニン比が3g/gCr以上のものに限る）を呈する糖尿病性腎症（血清クレアチニンが2mg/dL未満のものに限る）であって、薬物治療を行っても血清LDLコレステロール値が120mg/dL未満に下がらない場合である。この場合、当該療法の実施回数は、一連につき12回を限度として算定する
- ◆ (新) (31) 「注3」については、臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき5回を限度として算定する。なお、医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由をレセプトの摘要欄に記載する

【処 置】 人工腎臓 在宅自己腹膜灌流指導管理料

□（新）遠隔モニタリング加算 115点（月1回）

◆算定要件

- ◆継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合
- ◆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
 - ◆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
 - ◆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
 - ◆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
 - ◆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

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）

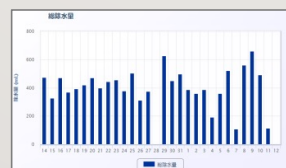
[算定要件]

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



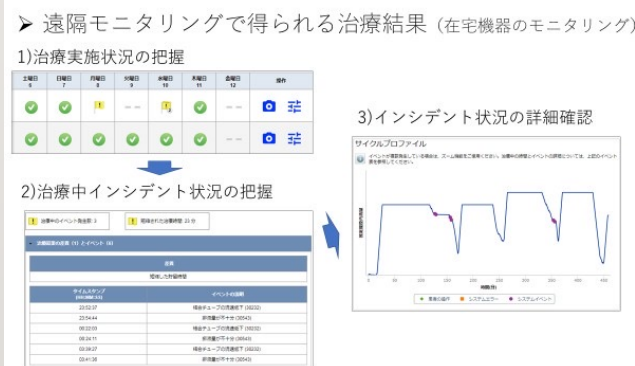
(腹膜透析治療で得られた水分除去量)



(体重)



(血圧)



【処 置】 人工腎臓 在宅自己腹膜灌流指導管理料

□血球成分除去療法

- ◆ （新）寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、寛解維持を目的として行った場合に限り、原則として一連につき2週間に1回を限度として48週間に限って算定する。なお、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合には、その理由をレセプトの摘要欄に記載
- ◆ （新）初回実施時には医学的な必要性をレセプトの摘要欄に記載

処 置

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、個々の点数は厚生労働省のＨＰからご確認ください。

医科点数表 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

実施上の留意事項 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907838.pdf>

【処 置】耳鼻咽喉科処置の見直しと新設

□ 処置点数の引き上げ

◆ 耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む）	2 5 点	⇒	2 7 点
◆ 鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む）	1 4 点	⇒	1 6 点
◆ 口腔、咽頭処置	1 4 点	⇒	1 6 点

□ （新）耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 6 0 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
- ◆ 耳鼻咽喉科を担当する医師が6歳未満の乳幼児に対して、区分番号 J 0 9 5（耳処置）から J 1 1 5－2（排痰誘発法）までに掲げる処置を行った場合
- ◆ 区分番号 J 1 1 3（耳垢栓塞除去）の注に規定する乳幼児加算は別に算定不可

【処 置】耳鼻咽喉科処置の新設

□（新）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点（月1回）

◆算定要件

- ◆急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎で受診した基礎疾患のない6歳未満の乳幼児
- ◆区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合で、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
- ◆療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合
- ◆インフルエンザの患者又はインフルエンザの疑われる患者には算定不可

◆施設基準

- ◆要件を満たせば届出は不要
- ◆耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関
- ◆薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成28年4月5日国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議）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研修会等に定期的に参加している

【処 置】 下肢創傷処置の新設

□（新） 下肢創傷処置

□足部（踵を除く）の浅い潰瘍	1 3 5 点
□足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍	1 4 7 点
□足部（踵を除く）の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍	2 7 0 点

◆算定の留意事項

- ◆各号に示す範囲は、下肢創傷の部位及び潰瘍の深さをいう
- ◆対象部位：足部、足趾又は踵
- ◆浅い潰瘍：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
- ◆深い潰瘍：潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るもの
- ◆創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、刺排膿後薬液注入、多血症血小板処置、局所陰圧閉鎖処置（入院外）は併算定不可
- ◆複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定
- ◆軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定不可

【処 置】算定上の留意事項の見直し等

□（新）陰唇癒合剥離

290点

□創傷処置の算定制限追加

- ◆在宅寝たきり患者処置指導管理料、在宅気管切開患者指導管理料又は在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く）の費用は算定不可

□喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出

- ◆（略）
- ◆在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅ハイフローセラピー指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料、在宅気管切開患者指導管理料、在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定不可

□酸素吸入、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療

- ◆在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定不可

□ハイフローセラピー

- ◆在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く）にはハイフローセラピーは算定不可

【処 置】 算定上の留意事項の見直し等

□ 治療用装具採寸法

- ◆ 糖尿病合併症管理料を算定している患者に、糖尿病足病変に用いる装具の採寸を行った場合は、1年に1回に限り所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に治療用装具採型法を算定している場合は算定不可
- ◆ 当該採寸と治療用装具採型法を併施した場合は主たるもののみ算定
- ◆ （新）既製品の治療用装具を処方した場合は原則として算定できない。ただし、医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合は、レセプトの摘要欄に医学的な必要性及び加工の内容を記載する

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。

(新) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（月1回に限る）

1月目	280点
2月目以降	25点

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**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お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。
- 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。

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

- 大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新) 二次性骨折予防継続管理料

イ 二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点 (入院中1回・手術治療を担う一般病棟において算定)

二次性骨折予防継続管理料 2 750点 (入院中1回・リハビリテーション等を担う病棟において算定)

ハ 二次性骨折予防継続管理料 3 500点 (1年を限度として月に1回・外来において算定)

[対象患者]

イ：大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの

□：イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

ハ：イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

[算定要件]

1. イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
2. □については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したもののに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
3. ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したもののに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
4. イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
5. □及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
6. 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]

1. 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
2. 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。なお、薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。
3. イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
4. □の施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

手術

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、個々の点数は厚生労働省のＨＰからご確認ください。

医科点数表 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

実施上の留意事項 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907838.pdf>

【手術】引き上げ項目

□創傷処理

◆筋肉、臓器に達するもの（長径5 cm未満）	1, 2 5 0 点	⇒	1, 4 0 0 点
◆筋肉、臓器に達するもの（長径5 cm以上10 cm未満）	1, 6 8 0 点	⇒	1, 8 8 0 点
◆筋肉、臓器に達するもの（長径10 cm以上）			
◆イ、頭頸部のもの（長径20 cm以上のものに限る）	8, 6 0 0 点	⇒	9, 6 3 0 点
◆ロ、その他のもの	2, 4 0 0 点	⇒	2, 6 9 0 点
◆筋肉、臓器に達しないもの（長径5 cm未満）	4 7 0 点	⇒	5 3 0 点
◆筋肉、臓器に達しないもの（長径5 cm以上10 cm未満）	8 5 0 点	⇒	9 5 0 点
◆筋肉、臓器に達しないもの（長径10 cm以上）	1, 3 2 0 点	⇒	1, 4 8 0 点

【手術】引き上げ項目

□小児創傷処理（6歳未満）

◆筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm未満）	1, 2 5 0 点	⇒	1, 4 0 0 点
◆筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm以上5cm未満）	1, 4 0 0 点	⇒	1, 5 4 0 点
◆筋肉、臓器に達するもの（長径5cm以上10cm未満）	2, 2 2 0 点	⇒	2, 4 9 0 点
◆筋肉、臓器に達するもの（長径10cm以上）	3, 4 3 0 点	⇒	3, 8 4 0 点
◆筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm未満）	4 5 0 点	⇒	5 0 0 点
◆筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5cm以上5cm未満）	5 0 0 点	⇒	5 6 0 点
◆筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm以上10cm未満）	9 5 0 点	⇒	1, 0 6 0 点
◆筋肉、臓器に達しないもの（長径10cm以上）	1, 7 4 0 点	⇒	1, 9 5 0 点

□皮膚切開術

◆長径10cm未満	5 7 0 点	⇒	6 4 0 点
◆長径10cm以上20cm未満	9 9 0 点	⇒	1, 1 1 0 点
◆長径20cm以上	1, 7 7 0 点	⇒	1, 9 8 0 点

【手術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

□内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

□（新）消化管ポリポース加算

5,000点（年1回）

◆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に年1回に限り算定

◆16歳以上

◆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可

◆大腸切除の手術が実施された場合は、大腸が10cm以上残存していること

◆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

□（新）バルーン内視鏡加算

450点

◆大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により上行結腸又は盲腸の病変部位まで到達できなかった患者に対して、バルーン内視鏡を用いて当該手技を実施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって、レセプトに症状詳記を添付

【手術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

□（新）バルーン内視鏡加算

4 5 0 点

◆内視鏡的結腸異物摘出術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

◆大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により上行結腸又は盲腸の病変部位まで到達できなかった患者に対して、バルン内視鏡を用いて当該手技を実施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって、レセプトに症状詳記を添付

□（新）内視鏡的小腸ポリープ切除術

1 1,8 0 0 点

◆ポイツ・ジェガース症候群等の消化管ポリポースに対して実施した場合に限り算定

◆バルーン内視鏡等の費用は所定点数に含まれ別に算定不可

【手術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

□ 小腸結腸内視鏡的止血術 10,390点

□ (新) スパイラル内視鏡加算 3,500点

◆ (新) スパイラル内視鏡加算は、電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて実施した場合に算定

□ 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

◆ (新) スパイラル内視鏡加算は、電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて実施した場合に算定

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。



Single-use PowerSpiral Tube (DPST-1)



出典：企業提出資料

【手術】眼科・耳鼻科領域手術の変更点

□緑内障手術の再編

◆ 2、流出路再建術 1 9, 0 2 0 点⇒

◆ (新) 眼内法

1 4, 4 9 0 点

◆ その他のもの

1 9, 0 2 0 点

◆ (新) 7、濾過胞再建術 (needle法)

3, 4 4 0 点

□結膜縫合術

1, 2 6 0 点 ⇒ 1, 4 1 0 点

□気管切開術

3, 0 8 0 点 ⇒ 3, 4 5 0 点

□頬、口唇、舌小帯形成手術

5 6 0 点 ⇒ 6 3 0 点

□口唇腫瘍摘出術

◆ 1、粘液嚢胞摘出術

9 1 0 点 ⇒ 1, 0 2 0 点

□唾石摘出術 (一連につき)

◆ 1、表在性のもの

6 4 0 点 ⇒ 7 2 0 点

オンラインによる診療（情報通信機器を用いた場合）

【オン診】 オンライン診療料の概念変更のポイント

□根本的な概念が変わります

- ◆初・再診料に「情報通信機器を用いた場合」という項目ができる
 - ◆「オンライン診療料」という言葉が消える
- ◆疾患、対面受診間隔、時間要件など撤廃
- ◆各種医学管理料も算定可能になる
 - ◆「情報通信機器を用いた場合」という項目がある管理料
 - ◆点数は対面の約87%で設定される
- ◆カルテ・レセプトへの記載事項に注意
 - ◆患者の「かかりつけ医」の有無により、「かかりつけ医が所属する医療機関名」、「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」をカルテ記載
 - ◆「当該診療が指針に沿った適切な診療であったこと」、「当該処方が指針に沿った適切な処方であったこと」をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載

基本診療料		
初診料		251点
再診料		73点

在宅時医学総合管理料 ※省略している点数があります		
機能強化型在支診(病床有り)		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		3,029点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		1,685点
上記以外の場合		880点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,515点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		843点
上記以外の場合		440点
機能強化型在支診(病床無し)		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		2,789点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		1,565点
上記以外の場合		820点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,395点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		783点
上記以外の場合		410点
機能強化型在支診以外		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		2,569点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		1,465点
上記以外の場合		780点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,285点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		733点
上記以外の場合		390点
在支診以外		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		2,029点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		1,180点
上記以外の場合		660点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,015点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		590点
上記以外の場合		330点

遠隔連携診療料		
診断を目的とする場合		750点
その他の場合		500点

施設入居時等医学総合管理料 ※省略している点数があります		
機能強化型在支診(病床有り)		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		2,249点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		1,265点
上記以外の場合		880点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,125点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		633点
上記以外の場合		440点
機能強化型在支診(病床無し)		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		2,069点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		1,175点
上記以外の場合		820点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,035点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		588点
上記以外の場合		410点
機能強化型在支診以外		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,909点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		1,105点
上記以外の場合		780点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		955点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		553点
上記以外の場合		390点
在支診以外		
月2回以上(うち1回以上情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		1,549点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		910点
上記以外の場合		660点
月1回以上(うち2月に1回情報通信機器)		
単一建物診療患者が1人の場合		775点
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合		455点
上記以外の場合		330点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□基本診療料

- ◆（新）初診料（情報通信機器を用いた場合） 2 5 1 点（要届出）
- ◆（新）再診料（情報通信機器を用いた場合） 7 3 点（要届出）
 - ◆「情報通信機器を用いた場合」の際は外来管理加算の算定不可
- ◆（新）外来診療料（情報通信機器を用いた場合） 7 3 点（要届出）

- ◆※対面による診療の点数に変更はありません

- ◆3月31日時点でオンライン診療料の届出をしても再度届出をする必要
があります

【オン診】 オンラインによる診療の点数

□新型コロナウイルス感染症特例との関係

- ◆令和4年4月以降は前ページの点数表本則と新型コロナウイルス感染症特例が混在します
- ◆音声通話による算定は当面認められますが「情報通信機器を用いた場合」には該当しません
- ◆そもそも届出をしていない医療機関では「情報通信機器を用いた場合」は算定できません
- ◆誤解を恐れずに書くならば・・・
 - ◆届出をしてビデオ通話なら初診は251点、再診は73点
 - ◆届出してなければビデオ通話でも初診は214点、再診は73点

□情報通信機器の定義

- ◆オンライン診療システム
 - ◆オンライン診療で使用されることを念頭に作成された視覚及び聴覚を用いる情報通信機器のシステム
- ◆汎用サービス
 - ◆オンライン診療に限らず広く用いられるサービスであって、視覚及び聴覚を用いる情報通信機器のシステムを使用するもの

「オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年3月（令和4年1月一部改訂）厚生労働省）」

【オン診】オンラインによる診療の点数

□在宅時医学総合管理料

◆ 1、在支診又は在支病であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

◆ イ、病床を有する場合 (1)・(2) (略)

◆ (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ((1)及び(2)の場合を除く)

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 3, 0 2 9 点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1, 6 8 5 点

◆ ③①及び②以外の場合 8 8 0 点

◆ (4) 月1回訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)

◆ (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 1, 5 1 5 点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 8 4 3 点

◆ ③①及び②以外の場合 4 4 0 点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□在宅時医学総合管理料

◆ 1、在支診又は在支病であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

◆ ロ、病床を有しない場合 (1)・(2) (略)

◆ (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ((1)及び(2)の場合を除く)

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 2, 789点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1, 565点

◆ ③①及び②以外の場合 820点

◆ (4) 月1回訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)

◆ (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 1, 395点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 783点

◆ ③①及び②以外の場合 410点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□在宅時医学総合管理料

- ◆ 2、在支診又は在支病（1に規定するものを除く）の場合 イ・ロ（略）
 - ◆ ハ、月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く）
 - ◆ （1）単一建物診療患者が1人の場合 2, 5 6 9 点
 - ◆ （2）単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1, 4 6 5 点
 - ◆ （3）（1）及び（2）以外の場合 7 8 0 点
 - ◆ ニ、月1回訪問診療を行っている場合 （1）～（3）（略）
 - ◆ ホ、月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ◆ （1）単一建物診療患者が1人の場合 1, 2 8 5 点
 - ◆ （2）単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 7 3 3 点
 - ◆ （3）（1）及び（2）以外の場合 3 9 0 点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□在宅時医学総合管理料

◆ 3、1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ・ロ（略）

◆ ハ、月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く）

◆ （1）単一建物診療患者が 1 人の場合 2, 0 2 9 点

◆ （2）単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1, 1 8 0 点

◆ （3）（1）及び（2）以外の場合 6 6 0 点

◆ ニ、月 1 回訪問診療を行っている場合 （1）～（3）（略）

◆ ホ、月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

◆ （1）単一建物診療患者が 1 人の場合 1, 0 1 5 点

◆ （2）単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 5 9 0 点

◆ （3）（1）及び（2）以外の場合 3 3 0 点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□施設入居時等医学総合管理料

◆ 1、在支診又は在支病であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

◆ イ、病床を有する場合 (1)・(2) (略)

◆ (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ((1)及び(2)の場合を除く)

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 2, 249点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1, 265点

◆ ③①及び②以外の場合 880点

◆ (4) 月1回訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)

◆ (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 1, 125点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 633点

◆ ③①及び②以外の場合 440点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□施設入居時等医学総合管理料

◆ 1、在支診又は在支病であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

◆ ロ、病床を有しない場合 (1)・(2) (略)

◆ (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ((1)及び(2)の場合を除く)

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 2, 0 6 9 点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1, 1 7 5 点

◆ ③①及び②以外の場合 8 2 0 点

◆ (4) 月1回訪問診療を行っている場合 ①～③ (略)

◆ (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

◆ ①単一建物診療患者が1人の場合 1, 0 3 5 点

◆ ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 5 8 8 点

◆ ③①及び②以外の場合 4 1 0 点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□施設入居時等医学総合管理料

◆ 2、在支診又は在支病（1に規定するものを除く）の場合 イ・ロ（略）

◆ ハ、月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く）

◆ （1）単一建物診療患者が1人の場合 1, 909点

◆ （2）単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1, 105点

◆ （3）（1）及び（2）以外の場合 780点

◆ ニ、月1回訪問診療を行っている場合 （1）～（3）（略）

◆ ホ月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

◆ （1）単一建物診療患者が1人の場合 955点

◆ （2）単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 553点

◆ （3）（1）及び（2）以外の場合 390点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□施設入居時等医学総合管理料

◆ 3、1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ・ロ（略）

◆ハ、月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く）

◆（1）単一建物診療患者が 1 人の場合 1, 5 4 9 点

◆（2）単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 9 1 0 点

◆（3）（1）及び（2）以外の場合 6 6 0 点

◆ニ、月 1 回訪問診療を行っている場合（1）～（3）（略）

◆ホ、月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

◆（1）単一建物診療患者が 1 人の場合 7 7 5 点

◆（2）単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 4 5 5 点

◆（3）（1）及び（2）以外の場合 3 3 0 点

【オン診】オンラインによる診療の点数

□遠隔連携診療料の項目の見直し

◆（新） 1、診断を目的とする場合 7 5 0 点（3月に1回）

◆（新） 2、その他の場合 5 0 0 点（3月に1回）

◆オンライン指針に沿って診療を行う体制を有していれば届出は不要

◆対面診療を行っている入院中の患者以外の患者が対象

◆当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定

◆「1、診断を目的とする場合」の算定要件

◆診断の確定までの間に3月に1回に限り算定

◆指定難病又はてんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む）の診断を行うことを目的

◆患者の同意を得て、難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他院の医師に事前に診療情報提供を行い連携を図った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて診療を行った場合

◆「2、その他の場合」の算定要件

◆知的障害を有するてんかん患者の治療を目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他院の医師に事前に診療情報提供を行い連携を図った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて診療を行った場合

【オン診】対面と情報通信機器を用いた場合の点数比較

項目		対 面	情報 通信機器
特定疾患療養管理料	診療所	2 2 5 点	1 9 6 点
	100床未満	1 4 7 点	1 2 8 点
	100以上200床未満	8 7 点	7 6 点
ウイルス疾患指導料 1		2 4 0 点	2 0 9 点
ウイルス疾患指導料 2		3 3 0 点	2 8 7 点
小児科療養指導料		2 7 0 点	2 3 5 点
てんかん指導料		2 5 0 点	2 1 8 点
難病外来指導管理料		2 7 0 点	2 3 5 点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)		2 5 0 点	2 1 8 点
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)		1 0 0 点	8 7 点
外来栄養食事指導料1	初回	2 6 0 点	2 3 5 点
	2回目以降	2 0 0 点	1 8 0 点
外来栄養食事指導料2 (診療所のみ)	初回	2 5 0 点	2 2 5 点
	2回目以降	1 9 0 点	1 7 0 点
がん患者指導管理料イ		5 0 0 点	4 3 5 点
がん患者指導管理料ロ		2 0 0 点	1 7 4 点
がん患者指導管理料ハ		2 0 0 点	1 7 4 点
がん患者指導管理料ニ		3 0 0 点	2 6 1 点
小児悪性腫瘍患者指導管理料		5 5 0 点	4 7 9 点
がん性疼痛緩和指導管理料		2 0 0 点	1 7 4 点
外来緩和ケア管理料		2 9 0 点	2 5 2 点

項目		対 面	情報 通信機器
移植後患者指導管理料イ		3 0 0 点	2 6 1 点
移植後患者指導管理料ロ		3 0 0 点	2 6 1 点
糖尿病透析予防指導管理料		3 5 0 点	3 0 5 点
腎代替療法指導管理料		5 0 0 点	4 3 5 点
乳幼児育児栄養指導料		1 3 0 点	1 1 3 点
療養・就労両立支援指導料	1 初回	8 0 0 点	6 9 6 点
	2 2回目以降	4 0 0 点	3 4 8 点
がん治療連携計画策定料 2		3 0 0 点	2 6 1 点
外来がん患者在宅連携指導料		5 0 0 点	4 3 5 点
肝炎インターフェロン治療計画料		7 0 0 点	6 0 9 点
薬剤総合評価調整管理料		2 5 0 点	2 1 8 点
在宅自己注射指導管理料		対 面	情報通信機器
複雑な場合		1,230点	1,070点
月27回以下の場合		650点	566点
月28回以上の場合		750点	653点
	対 面		情報通信機器
地域包括診療料	1,660点・1,600点		—
認知症地域包括診療料	1,681点・1,613点		—
生活習慣病管理料	570点・620点・720点		—

【オン診】オンラインによる医学管理の点数

□情報通信機器を用いた場合に算定可能になった医学管理料（情報通信機器を用いた場合）

◆（新）特定疾患療養管理料	1 9 6 点	◆がん患者指導管理料イ	4 3 5 点
◆ 1 0 0 床未満	1 2 8 点	◆がん患者指導管理料ロ	1 7 4 点
◆ 1 0 0 床以上 2 0 0 床未満	7 6 点	◆がん患者指導管理料ハ	1 7 4 点
◆ウイルス疾患指導料イ	2 0 9 点	◆がん患者指導管理料ニ	2 6 1 点
◆ウイルス疾患指導料ロ	2 8 7 点	◆外来緩和ケア管理料	2 5 2 点
◆小児科療養指導料	2 3 5 点	◆糖尿病透析予防指導管理料	3 0 5 点
◆てんかん指導料	2 1 8 点	◆腎代替療法指導管理料	4 3 5 点
◆難病外来指導管理料	2 3 5 点	◆乳幼児育児栄養指導料	1 1 3 点
◆皮膚科特定疾患指導管理料イ	2 1 8 点	◆療養・就労両立支援指導料 1（初回）	6 9 6 点
◆皮膚科特定疾患指導管理料ロ	8 7 点	◆療養・就労両立支援指導料 2（2回目以降）	3 8 4 点
◆小児悪性腫瘍患者指導管理料	4 7 9 点		
◆がん性疼痛緩和指導管理料	1 7 4 点		

【オン診】オンラインによる医学管理の点数

□情報通信機器を用いた場合に算定可能になった医学管理料（情報通信機器を用いた場合）

- ◆移植後患者指導管理料 2 6 1 点
- ◆がん治療連携計画策定料 2 2 6 1 点
- ◆外来がん患者在宅連携指導料 4 3 5 点
- ◆肝炎インターフェロン治療計画料 6 0 9 点
- ◆薬剤総合評価調整管理料 2 1 8 点

□情報通信機器を用いた場合に算定不可になった医学管理料

- ◆地域包括診療料
- ◆認知症地域包括診療料
- ◆生活習慣病管理料

※情報通信機器を用いた医学管理は、いずれもオンライン指針に沿って診療を行った場合に算定

【オン診】 オンラインによる診療の算定要件

□ 情報通信機器を用いた場合の診療の留意点（初診料・再診料・外来診療料共通）

- ◆ 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する
- ◆ この場合には診療内容、診療日及び診療時間等の要点をカルテに記載する
- ◆ 原則として保険医療機関に所属する保険医が自院内で実施する
- ◆ 院外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合でも、オンライン指針に沿った適切な診療を行い、情報通信機器を用いた診療の実施場所は事後的に確認可能な場所であること
- ◆ 患者の急変時等の緊急時には、原則として、自院で必要な対応を行うこと
- ◆ ただし、夜間や休日など、自院でやむを得ず対応できない場合は、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、カルテに記載しておくこと
 - ◆ 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合は、当該医師が所属する医療機関名
 - ◆ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合は、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

【オン診】 オンラインによる診療の算定要件

□ 情報通信機器を用いた場合の診療の留意点（初診料・再診料・外来診療料共通）

◆ オンライン指針との関係

◆ 「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」ため、自院で対面診療を提供できる体制を有すること

◆ 「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」ため、患者の状況によって対応することが困難な場合には、他院と連携して対応できる体制を有すること

◆ 情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン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、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることをカルテ及びレセプトの摘要欄に記載する

◆ 処方を行う際には、オンライン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、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることをカルテ及びレセプトの摘要欄に記載すること

【オン診】 オンラインによる診療の算定要件

□ 情報通信機器を用いた場合の診療の留意点（初診料・再診料・外来診療料共通）

- ◆ 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収不可
- ◆ 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収可

【オン診】 オンラインによる診療の算定要件

◆ 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

- ◆ 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という）に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関である
- ◆ 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ものとして、以下の全てを満たすこと。
- ◆ 院外で診療を実施することが予め想定される場合は、実施場所がオンライン指針に該当しており、事後的に確認が可能であること
- ◆ 対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえ、対面診療を提供できる体制を有する
- ◆ 患者の状況によって自院で対面診療を提供することが困難な場合に、他院と連携して対応できること

◆ 届出に関する事項

- ◆ 届出は、別添 7 の様式 1 を用いる
- ◆ 毎年 7 月において、前年度における情報通信機器を用いた診療実施状況及び診療の件数を別添 7 の様式 1 の 2 により届け出る

不 妊 治 療

203

【はじめに】 施設基準届出書類の例

別添 2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届 出 番 号
連絡先 担当者氏名： 電 話 番 号：	
(届出事項) [] の施設基準に係る届出	
☐ 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める提示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。 令和 年 月 日 保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称 開設者名 殿	
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。 3 届出書は、1 通提出のこと。	

様式5の 11

一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

標榜診療科	☐ 産科	☐ 婦人科	☐ 産婦人科	☐ 泌尿器科
-------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

2 常勤医師の配置
(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

氏名	週当たり 勤務時間	診療科	左記診療科の 経年数
	—時間	☐ 産科 ☐ 婦人科 ☐ 産婦人科 ☐ 泌尿器科	—年
	—時間	☐ 産科 ☐ 婦人科 ☐ 産婦人科 ☐ 泌尿器科	—年
	—時間	☐ 産科 ☐ 婦人科 ☐ 産婦人科 ☐ 泌尿器科	—年

3 不妊症の患者に係る診療の実績

不妊症の患者に係る診療(症例数)	—例
------------------	----

4 生殖補助医療に係る体制

生殖補助医療管理料に係る届出	☐ 有 ☐ 無	
生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の医療機関との連携	☐ 有 ☐ 無	連携先の保険医療機関 名称 () 所在地 ()

【記載上の注意】

1 医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

2 診療実績については、届出の前年1年間（前年の1月から12月まで）の実績を記載すること。

3 「4」の生殖補助医療管理料に係る届出について、「無」にチェックがついた場合は、「4」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

不妊治療の保険適用の概要

【不妊治療】 保険適用となった項目

□手技に関わるもの

- ◆人工授精
- ◆胚移植術
- ◆採卵術
- ◆体外受精・顕微授精管理料
 - ◆体外受精
 - ◆顕微授精
- ◆精巣内精子採取術

□管理料・検査

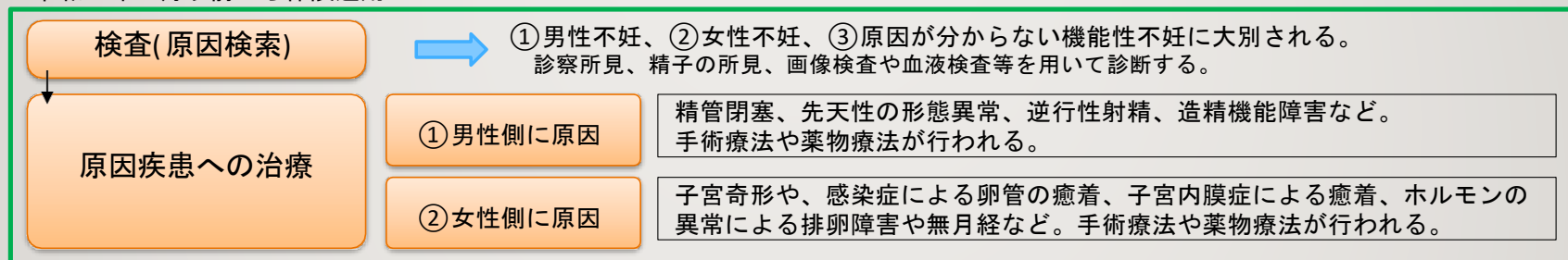
- ◆一般不妊治療管理料
- ◆生殖補助医療管理料
- ◆受精卵・胚培養管理料
- ◆胚凍結保存管理料
- ◆Y染色体微小欠失検査
- ◆抗ミュラー管ホルモン（AMH）

◆保険診療としての一般的な留意事項に注意が必要

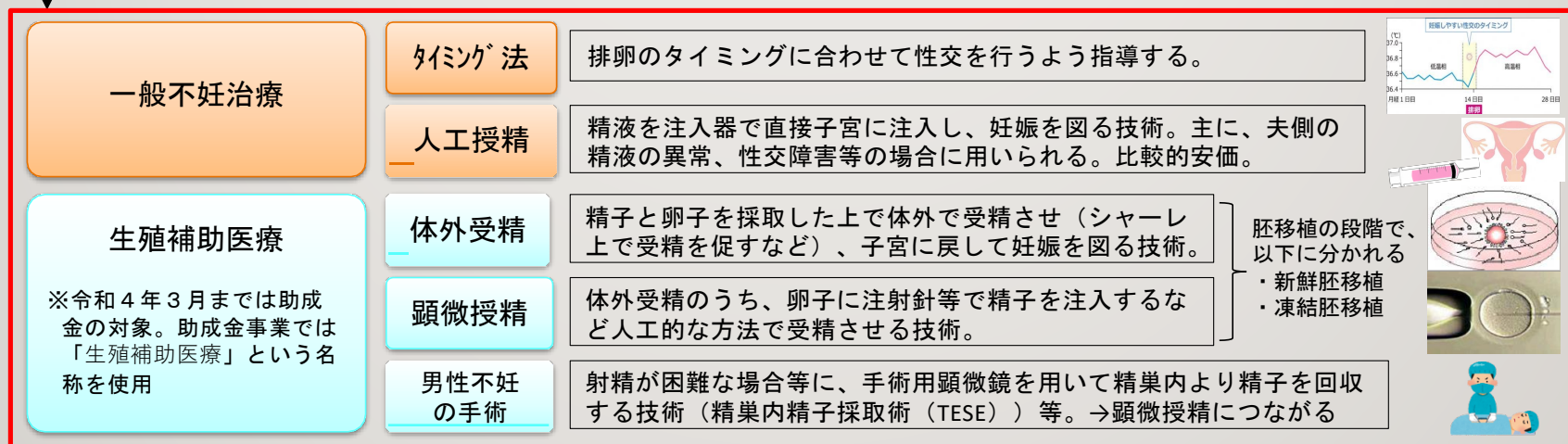
- ◆カルテ記載・レセプト記載
- ◆算定要件の確認
- ◆施設基準の定期的な確認
- ◆レセプトの審査基準はこれから
- ◆定例報告のあるものに注意
- ◆加算の算定ルールなどは電子カルテ／レセコンの入力手順書などを熟読する
- ◆届出は経過措置期間内の早めに

不妊治療の全体像

令和4年3月以前から保険適用



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



第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療

第三者の精子提供による人工授精（AID）

第三者の卵子・胚提供

代理懐胎

「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和3年3月11日施行）の附則第3条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、保険適用の対象外。

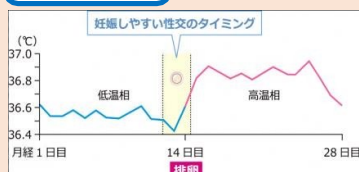
不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲（令和4年4月以降）

一般不妊治療

【新たに保険適用】

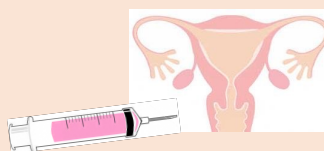
タイミング法

※管理料で
包括評価



人工授精

※評価を新設



＜「生殖補助医療」の補足＞

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

推奨度A：実施を強く推奨
推奨度B：実施を推奨
推奨度C：実施を考慮

生殖補助医療

① 採卵

【いずれかを実施】

- 調整卵巣刺激法
- 低卵巣刺激法
- 自然周期

推奨度
A～B

② 採精

- 男性不妊の手術・精巣内精子採取術（TESE）

推奨度
A～B

【新たに保険適用】

※年齢・回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様

③ 体外受精

③ 顕微授精

【いずれかを実施】

- 体外受精
 - 顕微授精
 - Split insemination
- ※複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法

推奨度
A～B

④ 受精卵・胚培養

【いずれかを実施】

- 初期胚まで
- 胚盤胞まで

推奨度
A～B

⑤ 胚凍結保存

推奨度
A～B

【いずれかの場合に実施】

- 複数の胚が作成できた場合
- 全胚凍結周期である場合

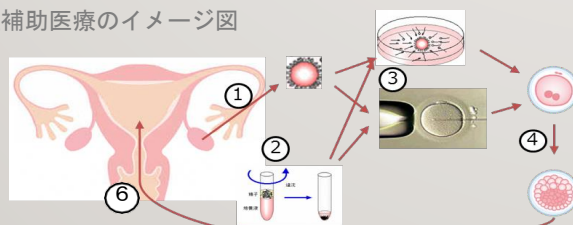
⑥ 胚移植

【いずれかを実施】

- 新鮮胚移植
- 凍結胚移植

推奨度
A～B

生殖補助医療のイメージ図



追加的に実施される場合があるもの

下線部は保険適用
その他は先進医療とする方針
※先進医療は随時申請が可能

【③とセット】

- 卵子活性化 推奨度B
- IMSI 推奨度C
- PICSI 推奨度C

【⑥とセット】

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

【④とセット】

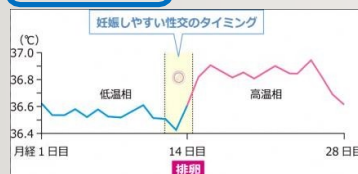
- タイムラプス 推奨度C

不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

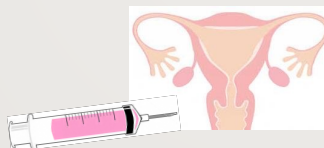
タイミング法

一般不妊治療管理料
○ 250点 (3月に1回)

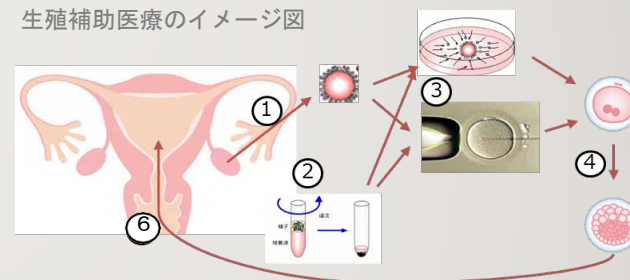


人工授精

人工授精
○ 1,820点



生殖補助医療のイメージ図



生殖補助医療

生殖補助医療管理料 (月に1回)

- 1 : 300点 (相談対応の専任者を配置)
- 2 : 250点 (上記以外)

① 採卵

採卵術

○ 3,200点+2,400~7,200点
(採卵数に応じ加算)

抗ミューラー管ホルモン (AMH)
○ 600点 (6月に1回)

② 採精

Y染色体微小欠失検査

○ 3,770点 (患者につき1回)

精巣内精子採取術

1 : 単純なもの 12,400点 2 : 顕微鏡を用いたもの 24,600点

③ 体外受精

顕微授精

+ 卵子活性化処理

体外受精・顕微授精管理料

1 : 体外受精 4,200点 2 : 顕微授精 4,800~12,800点
(個数に応じ評価)
+ 採取精子調整加算 5,000点
+ 卵子調整加算 1,000点

④ 受精卵・胚培養

受精卵・胚培養管理料

○ 4,500~10,500点 (個数に応じ評価)
+ 胚盤胞に向けた管理 1,500~3,000点 (個数に応じ加算)

胚凍結保存

胚凍結保存管理料

1 : 胚凍結保存管理料 (導入時)
5,000~13,000点 (個数に応じ評価)
2 : 胚凍結保存維持管理料
3,500点 (年に1回)

⑥ 胚移植

+ アシテット®ハッチング
+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液

胚移植術

1 : 新鮮胚移植 7,500点
2 : 凍結・融解胚移植 12,000点
+ アシテット®ハッチング 1,000点
+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

不妊治療に必要な医薬品への対応 ①

表１：薬価収載予定・薬事承認済みの医薬品

販売名	一般名	関係する効能・効果
バイアグラ錠25mgほか	シルデナフィルクエン酸塩	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者）※
シアリス錠5mgほか	タダラフィル	
レコベル皮下注12μgペンほか	ホリトロピン デルタ（遺伝子組換え）	生殖補助医療における調節卵巣刺激
ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ	ガニレリクス酢酸塩	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止
セトロタイド注射用0.25mg	セトロレリクス酢酸塩	
ルテウム錠100mg	プロゲステロン	生殖補助医療における黄体補充
ウトロゲスタン錠用カプセル200mg		
ルティナス錠100mg		
ワンクリノン錠用ゲル90mg		

※ 保険適用の対象として想定されるのは、勃起不全による男性不妊のみ

表２：薬価収載済み・薬事承認済みの医薬品

販売名	一般名	関係する効能・効果
ゴナールエフ皮下注ペン300ほか	ホリトロピン アルファ（遺伝子組換え）	生殖補助医療における調節卵巣刺激 視床下部－下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発 低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症における精子形成の誘導
オビドレル皮下注シリンジ250μg	コリオゴナドトロピン アルファ（遺伝子組換え）	視床下部－下垂体機能障害に伴う無排卵又は希発排卵における排卵誘発及び黄体化 生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化

不妊治療に必要な医薬品への対応 ②

表3：薬価収載済み・薬事承認に係る手続き中の医薬品

① 販売名	一般名	関係する効能・効果（予定）
ジュリナ錠0.5mg	エストラジオール	生殖補助医療における周期調整 凍結融解胚移植におけるホルモン調整周期
エストラナテープ0.72mgほか		
ディビゲル1mg		
ル・エストロジェル0.06%		
デュファストン錠5mg	ジドロゲステロン	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体ホルモン併用調節卵巣刺激法 生殖補助医療における黄体補充
ヒスロン錠5	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体ホルモン併用調節卵巣刺激法
ルトラール錠2mg	クロルマジノン酢酸エステル	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体補充
ノアルテン錠（5mg）	ノルエチステロン	生殖補助医療における周期調整
プラノバル配合錠	ノルゲストレル・エチニルエストラジオール	
ジェミーナ配合錠	レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール	
ルナベル配合錠LDほか	ノルエチステロン・エチニルエストラジオール	
ヤーズフレックス配合錠	ドロスピレノン・エチニルエストラジオール ベータデクス	
スプレキュア点鼻液0.15%	ブセレリン酢酸塩	生殖補助医療における早発排卵の防止 生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化
ナサニール点鼻液0.2%	ナファレリン酢酸塩水和物	生殖補助医療における早発排卵の防止

※ 表3は以下のHPで公開されている情報に基づき作成した（令和4年2月18日現在）。

「不妊治療に関する医薬品の承認審査について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/topics/infertility_treatment.html

不妊治療に必要な医薬品への対応 ③

表3：薬価収載済み・薬事承認に係る手続き中の医薬品

② 販売名	一般名	関係する効能・効果（予定）
HMG注射用75IU「フェリング」ほか	ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン	生殖補助医療における調節卵巣刺激
HMG筋注用75単位「F」ほか		
HMG筋注用75単位「あすか」ほか		
フォリルモンP注75ほか	精製下垂体性性腺刺激ホルモン	
uFSH注用150単位「あすか」		
クロミッド錠50mg	クロミフェンクエン酸	生殖補助医療における調節卵巣刺激 男性不妊症に対する造精機能の改善
フェマーラ錠2.5mg	レトロゾール	多嚢胞性卵巣症候群における排卵誘発 原因不明不妊における排卵誘発 生殖補助医療における調節卵巣刺激
メトグルコ錠500mgほか	メトホルミン塩酸塩	多嚢胞性卵巣症候群における排卵誘発（ただし、肥満、耐糖能異常、又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る） 多嚢胞性卵巣症候群の生殖補助医療における調節卵巣刺激（ただし、肥満、耐糖能異常、又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る）
注射用HCG5,000単位「F」ほか	ヒト絨毛性性腺刺激ホルモン	生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化 一般不妊治療（体内での受精を目的とした不妊治療）における排卵誘発及び黄体化 生殖補助医療における黄体補充
HCGモチダ筋注用5千単位ほか		
ゴナトロピン注用5000単位		
カバサール錠0.25mg	カベルゴリン	生殖補助医療に伴う卵巣過剰刺激症候群の発症抑制

※ 表3は以下のHPで公開されている情報に基づき作成した（令和4年2月28日現在）。

「不妊治療に関する医薬品の承認審査について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/topics/infertility_treatment.html

一般不妊治療

【一般不妊治療】 従来からの検査点数

□ 卵胞刺激ホルモン (F S H)		□ トリヨードサイロニン (T 3)	1 0 2 点 ⇒ 9 9 点
□ C-ペプチド (C P R)		□ サイロキシン (T 4)	1 1 1 点 ⇒ 1 0 8 点
□ 黄体形成ホルモン (L H)	1 1 1 点 ⇒ 1 0 8 点	□ 甲状腺刺激ホルモン (T S H)	1 0 4 点 ⇒ 1 0 1 点
□ エストラジオール (E 2)	1 7 7 点 ⇒ 1 7 2 点	□ ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)(1項目当たり)	7 9 点 (点数変更なし)
□ プロラクチン(PRL)	9 8 点 (点数変更なし)	□ グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	2 1 2 点 ⇒ 2 0 6 点
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	5 5 点 (点数変更なし)	□ HbA1C(ヘモグロビン)検査	4 9 点 (点数変更なし)
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット(HCG-β)	1 3 6 点 ⇒ 1 3 2 点	□ 耐糖能精密検査 (OGTT)	9 0 0 点 (点数変更なし)
□ ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)半定量	1 3 8 点 ⇒ 1 3 4 点	□ 頸管粘液一般検査	7 5 点 (点数変更なし)
□ プロゲステロン	1 5 1 点 ⇒ 1 4 7 点	□ ヒューナー検査	2 0 点 (点数変更なし)
□ プレグナジオール	2 1 3 点 (点数変更なし)	□ 精液一般検査	7 0 点 (点数変更なし)
□ テストステロン	1 2 5 点 ⇒ 1 2 2 点	□ FT(卵管鏡下卵管形成術)	4 6, 4 1 0 点 (点数変更なし)
□ 卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト	1 0 0 点	□ 子宮鏡検査 (ヒステロスコーピー)	6 2 0 点 (点数変更なし)

【一般不妊治療】人工授精

□人工授精

1,820点

◆算定要件

- ◆一般不妊治療管理料の届出があれば別途届出は不要
- ◆以下に該当する不妊症の患者に対してパートナーから採取した精子を用いて妊娠を目的として実施した場合に算定

◆対象患者

- ◆当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合（レセプトに記載）
 - ◆精子・精液の量的・質的異常
 - ◆射精障害・性交障害
 - ◆精子－頸管粘液不適合
 - ◆機能性不妊

◆前処置について

- ◆密度勾配遠心法、連続密度勾配法、スィムアップ法等により精子の前処置を適切に実施
- ◆上記の前処置に係る費用は所定点数に含まれ別に算定不可

【一般不妊治療】人工授精

□人工授精

◆その他の留意事項

- ◆治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施する
 - ◆同意を得た文書はカルテに添付する
- ◆治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討し提案する
- ◆必要に応じて連携する生殖補助医療を実施できる他院へ紹介を行う

◆施設基準

- ◆産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関
- ◆一般不妊治療管理料の届出医療機関

【一般不妊治療】一般不妊治療管理料

□一般不妊治療管理料 250点（3月に1回）（要届出）

◆対象患者

- ◆入院中の患者以外の患者であって一般不妊治療を実施している不妊症の患者
- ◆不妊症の患者とは特定のパートナーと共に不妊症と診断された者

◆算定要件

- ◆一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ◆生殖補助医療管理料を算定している患者には算定不可

◆初診時の留意事項

- ◆初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は初診料に含まれ別途算定不可
- ◆初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認する
 - ◆当該患者及びそのパートナーが婚姻関係にあること
 - ◆当該患者及びそのパートナーが治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること

【一般不妊治療】一般不妊治療管理料

□一般不妊治療管理料

◆治療計画作成上の留意事項

- ◆治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ）に説明して文書による同意を得る
 - ◆交付した文書の写しと同意を得た文書はカルテに添付する
- ◆治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮する
- ◆少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行う
- ◆治療計画の見直しを行った場合は、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し文書による同意を得て、交付した文書の写し及び同意を得た文書をカルテに添付する
- ◆治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行う
- ◆必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他院へ紹介を行う

【一般不妊治療】一般不妊治療管理料

□一般不妊治療管理料

◆カルテ記載

- ◆初回算定時に当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由
- ◆婚姻関係等の確認方法をカルテに記載し、提出文書等がある場合はカルテに添付
- ◆毎回の指導内容の要点
- ◆治療計画の見直しを行った場合は、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し文書による同意を得て、交付した文書の写し及び同意を得た文書をカルテに添付

◆施設基準

- ◆標榜科目：産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関
- ◆医師要件
 - ◆下記のいずれかの経験を有する常勤医師を1名以上配置
 - ◆産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上
 - ◆泌尿器科について5年以上

【一般不妊治療】一般不妊治療管理料

□一般不妊治療管理料

◆施設要件

- ◆自院で不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施
- ◆以下のいずれかを満たす施設
 - ◆生殖補助医療管理料の施設基準の届出を行っている
 - ◆生殖補助医療管理料の施設基準の届出医療機関との連携体制を構築している

◆経過措置

- ◆令和4年9月30日までの間に限り、上記の医師要件と施設要件の基準を満たしているものとする

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添2の様式5の11を用いる

【一般不妊治療】一般不妊治療管理料

□一般不妊治療管理料

◆施設基準の実績の考え方

- ◆ 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できる
- ◆ 新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱う
- ◆ 新規届出の場合に該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できる

生殖補助医療

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

■生殖補助医療管理料（月1回）（要届出）

□生殖補助医療管理料 1	3 0 0 点
□生殖補助医療管理料 2	2 5 0 点

◆言葉の定義

- ◆不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者
- ◆生殖補助医療を実施しているもの
 - ◆実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナーのうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合

◆対象患者

- ◆外来患者で、生殖補助医療を実施している不妊症の患者

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 初診月及び治療開始時の留意事項

- ◆ 初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は初診料に含まれる別途算定不可
- ◆ 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認する
 - ◆ 当該患者及びそのパートナーが婚姻関係にあること
 - ◆ 当該患者及びそのパートナーが治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること

◆ 算定要件

- ◆ 不妊症の患者で生殖補助医療を実施しているものに対し、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ◆ 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得る
- ◆ 当該患者に対する毎回の指導内容の要点をカルテに記載
- ◆ 治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行う

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 治療計画作成上の留意点

- ◆ 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して文書による同意を得る
- ◆ 交付した文書の写しと同意を得た文書はカルテに添付する
- ◆ 当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮する
- ◆ 胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成する
- ◆ 採卵術（実施するため準備を含む）から胚移植術（その結果の確認を含む）までの診療過程を含めて作成する
- ◆ 既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成すればよい
- ◆ 当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認
- ◆ 上記の確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認し、必要に応じて過去に治療を実施した他院または保険者に照会する

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 治療計画作成上の留意点の続き

- ◆ 少なくとも 6 月に 1 回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行う
- ◆ 治療計画の見直しを行った場合は、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し文書による同意を得て、交付した文書の写し及び同意を得た文書をカルテに添付する
- ◆ 関係学会からのガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討する
- ◆ 治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行う

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ カルテ記載

- ◆ 当該患者に対する毎回の指導内容の要点
- ◆ 初回算定時に当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由
- ◆ 治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計
- ◆ 治療計画の見直しを行った場合は、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し文書による同意を得て、交付した文書の写し及び同意を得た文書をカルテに添付
- ◆ 婚姻関係等の確認方法をカルテに記載し、提出文書等がある場合はカルテに添付

◆ レセプト記載

- ◆ 治療計画を作成または見直した場合、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日
- ◆ 2 回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合は、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日
- ◆ 治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計及び確認した年月日

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 人員基準

- ◆ 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関
- ◆ 以下の経験を有する常勤の医師を 1 名以上配置
 - ◆ 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて 5 年以上かつ、生殖補助医療に係る 2 年以上の経験
 - ◆ 泌尿器科について 5 年以上しかつ、生殖補助医療に係る 2 年以上の経験
- ◆ 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る 1 年以上の経験を有する常勤の医師を 1 名以上配置
- ◆ 配偶子・胚の管理に係る責任者を 1 名以上配置
- ◆ 関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が 1 名以上配置されていることが望ましい

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 施設基準

- ◆ 採卵を行う専用の室を備えていること。ただし、採卵、培養及び凍結保存を行う専用の室は同一のものであって差し支えない
- ◆ 患者の緊急事態に対応するための以下の装置・器具等を有していること。
 - ◆ 酸素供給装置
 - ◆ 吸引装置
 - ◆ 心電計
 - ◆ 呼吸循環監視装置
 - ◆ 救急蘇生セット
- ◆ 培養を行う専用の室を備えている
- ◆ 凍結保存を行う専用の室を備えている。また、凍結保存に係る記録について、カルテと合わせて保存する

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 施設基準の続き

- ◆ 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会の A R T 症例登録システムへの症例データの入力を適切に実施する
- ◆ 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は他院との連携により時間外・夜間救急体制が整備されている
- ◆ 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有している
- ◆ 胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。また、自院での胚移植術の実施回数について、他院から情報提供を求められた場合は応じること
- ◆ 以下のいずれかを満たす施設であることが望ましい
 - ◆ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている
 - ◆ 精巣内精子採取術の届出医療機関との連携体制を構築している
- ◆ 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力する
- ◆ 毎年 7 月に前年度における治療件数等を把握するため、所定の様式により届け出る

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 安全管理について

- ◆ 自院で医療に係る安全管理を行う体制が整備されている
- ◆ 安全管理のための指針が整備されている。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されている
- ◆ 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されている。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されている
- ◆ 安全管理の責任者等で構成される委員会が月 1 回程度開催されている。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない
- ◆ 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に行われている
- ◆ 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されている

【生殖補助医療】 生殖補助医療管理料

□ 生殖補助医療管理料（月 1 回）（要届出）

◆ 生殖補助医療管理料 1 のみの施設基準

◆ 以下の体制を有している

- ◆ 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置している
- ◆ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置している
- ◆ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努める

◆ 経過措置

- ◆ 令和 4 年 3 月 3 1 日時点で特定治療支援事業実施医療機関の指定医療機関は令和 4 年 9 月 3 0 日まで、標榜科目を除く施設基準を満たしているものとする。採卵室、培養室、凍結保存室に関する施設基準は当面の間、生殖補助医療管理料届出医療機関との連携を認める

◆ 届出に関する事項

- ◆ 届出は別添 2 の様式 5 の 1 2 を用いる
- ◆ 毎年 7 月に前年度の症例数等を別添 2 の様式 5 の 1 2 の 2 により届け出る

【生殖補助医療】採卵術

□ (新) 採卵術	3,200点
□ 1個の場合	2,400点 (合計: 5,600点)
□ 2個から5個までの場合	3,600点 (合計: 6,800点)
□ 6個から9個までの場合	5,500点 (合計: 8,700点)
□ 10個以上の場合	7,200点 (合計: 10,400点)

◆算定要件

- ◆生殖補助医療管理料の届出医療機関であれば届出は不要
- ◆不妊症の患者に対して行われた場合算定
- ◆採取された卵子の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算
- ◆採卵術の実施前に排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定可
- ◆治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施する
- ◆同意を得た文書はカルテへ添付

【生殖補助医療】 採卵術

□（新） 採卵術

◆算定要件の続き

◆当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合で、その採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定

◆卵管性不妊

◆男性不妊（閉塞性無精子症等）

◆機能性不妊

◆人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

◆上記のいずれの状態に該当するかをレセプトの摘要欄に記載

◆施設基準

◆産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関

◆生殖補助医療管理料の届出医療機関

234 【生殖補助医療】 内分泌学的検査

□抗ミュラー管ホルモン（AMH） 600点（6月に1回）

◆算定要件

- ◆不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合
- ◆血清又は血漿を検体としてEIA法、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に算定可

【生殖補助医療】血液学的検査

□ Y 染色体微小欠失検査

3,770点（患者1人につき1回）

◆算定要件

- ◆要件を満たせば届出は不要
- ◆不妊症の患者に対し、精巣内精子採取術の適応の判断のためにPCR-rSSO法により測定した場合に算定
- ◆本検査を実施する医学的な理由をカルテに記載
- ◆判断料は「遺伝子関連・染色体検査判断料」で算定し、尿・糞便等検査判断料または血液学的検査判断料は算定しない

◆施設基準

- ◆次のいずれかに該当
 - ◆生殖補助医療管理料1または生殖補助医療管理料2の届出医療機関
 - ◆精巣内精子採取術の届出医療機関
- ◆遺伝カウンセリング加算の届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算の届出を行っている他院との連携により当該カウンセリングの十分な体制が整備されていることが望ましい

【生殖補助医療】 精巣内精子採取術

□ 精巣内精子採取術（要届出）

□ 1,単純なもの 1 2,4 0 0 点

□ 2,顕微鏡を用いたもの 2 4,6 0 0 点

◆ 算定要件

◆ 不妊症の患者に対して行われた場合算定

◆ 「1,単純なもの」は精巣内精子採取術（**TESE**）を行った場合に算定

◆ 「1,単純なもの」は以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定

◆ ア,閉塞性無精子症

◆ イ,非閉塞性無精子症

◆ ウ,射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの

◆ ウの場合は当該手術を実施する必要があると判断した理由をレセプトの摘要欄に記載

◆ 上記のいずれの状態に該当するかをレセプトの摘要欄に記載

【生殖補助医療】 精巣内精子採取術

□ 精巣内精子採取術（要届出）

◆ 算定要件

- ◆ 「2,顕微鏡を用いたもの」は顕微鏡下精巣内精子採取術（**MDTESE**）を行った場合に算定
- ◆ 「2,顕微鏡を用いたもの」は以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定
 - ◆ ア,非閉塞性無精子症
 - ◆ イ,他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者
 - ◆ イの場合は当該手術の必要性を判断した理由をレセプトの摘要欄に記載
 - ◆ 上記のいずれの状態に該当するかをレセプトの摘要欄に記載
- ◆ 精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定可
- ◆ 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること
 - ◆ 同意を得た文書はカルテへ添付

【生殖補助医療療】 精巣内精子採取術

□ 精巣内精子採取術（要届出）

◆ 施設基準

◆ （１）次のいずれかに該当すること

◆ ア、次のいずれの基準にも該当すること

- ◆ 泌尿器科を標榜する保険医療機関

- ◆ 泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置

- ◆ 生殖補助医療管理料の届出を行っている又は生殖補助医療管理料の届出を行っている他院と連携していること

◆ イ、次のいずれの基準にも該当すること

- ◆ 産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関

- ◆ 精巣内精子採取術について過去２年に１０例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について５年以上の経験を有する医師を１名以上配置

- ◆ 生殖補助医療管理料の届出医療機関

- ◆ 泌尿器科を標榜する他院との連携体制を構築している

【生殖補助医療】 精巣内精子採取術

□ 精巣内精子採取術（要届出）

◆ 施設基準

- ◆ 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は他院との連携により時間外・夜間救急体制が整備されている
- ◆ 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力する

◆ 経過措置

- ◆ 令和4年3月31日時点で特定治療支援事業実施医療機関の指定医療機関は、令和4年9月30日までの間に限り、上記の標榜科目・国の事業への協力以外の基準を満たしているものとする

◆ 届出に関する事項

- ◆ 届出は、別添2の様式87の42を用いる
- ◆ 毎年7月に前年度の症例数等を別添2の様式87の42の2により届け出る

【生殖補助医療】体外受精・顕微授精管理料

□体外受精・顕微授精管理料

□ 1,体外受精 4,200点

□ 2,顕微授精

□ 1 個の場合 4,800点（体外受精と併施： 6,900点）

□ 2 個から 5 個までの場合 6,800点（体外受精と併施： 8,900点）

□ 6 個から 9 個までの場合 10,000点（体外受精と併施： 12,100点）

□ 10 個以上の場合 12,800点（体外受精と併施： 14,900点）

□採取精子調整加算 5,000点

◆ 精巣内精子採取術により採取された精子を用いて術後初めて体外受精または顕微授精を実施する場合に算定

◆ 精巣内精子採取術を実施した年月日（他院で実施した場合は、その名称と実施年月日）をレセプト摘要欄に記載

□卵子調整加算 1,000点

◆ 医師が必要と認め、受精卵作成の成功率を向上のため卵子活性化処理を実施した場合

◆ 実施した医学的な理由をカルテ及びレセプトの摘要欄に記載

【生殖補助医療】体外受精・顕微授精管理料

□体外受精・顕微授精管理料

◆算定要件

- ◆生殖補助医療管理料の届出があれば届出は不要
- ◆不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合
- ◆体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は「1,体外受精」の所定点数の100分の50に相当する点数及び「2,顕微授精」の所定点数を合算した点数により算定
 - ◆同時に実施する医学的な理由をレセプトの摘要欄に記載
- ◆「1,体外受精」は体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定
- ◆「2,顕微授精」は、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて算定
- ◆以下の内容をレセプトの適用欄に記載
 - ◆当該管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数
- ◆実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法、スイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施する。なお前処置の費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き別に算定不可

【生殖補助医療】体外受精・顕微授精管理料

□体外受精・顕微授精管理料

◆算定要件の続き

- ◆実施に当たり未成熟の卵子を用いる場合は、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施する。なお前処置の費用は所定点数に含まれ別に算定不可
- ◆当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定
 - ◆卵管性不妊
 - ◆男性不妊（閉塞性無精子症等）
 - ◆機能性不妊
 - ◆人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- ◆上記のいずれの状態に該当するかをレセプトの摘要欄に記載
- ◆治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の文書による同意を得た上で実施する
 - ◆同意を得た文書はカルテへ添付

【生殖補助医療】体外受精・顕微授精管理料

□体外受精・顕微授精管理料

◆算定要件の続き

- ◆体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれ別途算定不可
- ◆手術の通則に規定される下記の加算は算定不可
 - ◆乳幼児加算、幼児加算（手術）
 - ◆HIV抗体陽性患者の観血的手術加算
 - ◆院内感染防止措置加算（手術）
 - ◆休日・時間外・深夜加算（手術）

◆施設基準

- ◆産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関
- ◆生殖補助医療管理料の届出医療機関

【生殖補助医療】 受精卵・胚培養管理料

□ 受精卵・胚培養管理料

□ 1 個の場合	4,5 0 0 点
□ 2 個から 5 個までの場合	6,0 0 0 点
□ 6 個から 9 個までの場合	8,4 0 0 点
□ 1 0 個以上の場合	1 0,5 0 0 点

□ 注加算

□ 1 個の場合	1,5 0 0 点
□ 2 個から 5 個までの場合	2,0 0 0 点
□ 6 個から 9 個までの場合	2,5 0 0 点
□ 1 0 個以上の場合	3,0 0 0 点

- ◆ 作成された初期胚のうち、胚盤胞の作成を目的に管理を実施した物の数に応じて算定
- ◆ 当該管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理の開始年月日をレセプトの摘要欄に記載

【生殖補助医療】 受精卵・胚培養管理料

□ 受精卵・胚培養管理料

◆ 算定要件

- ◆ 生殖補助医療管理料の届出があれば届出は不要
- ◆ 不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から、胚移植術を実施するために必要な初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、治療計画に従って受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に、当該管理を実施した受精卵及び胚の数に応じて算定
- ◆ 以下をレセプトの摘要欄に記載
 - ◆ 当該管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理の開始年月日
- ◆ 本管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれ別途算定不可
- ◆ 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施する
 - ◆ 同意を得た文書はカルテへ添付

【生殖補助医療】 受精卵・胚培養管理料

□ 受精卵・胚培養管理料

◆ 算定要件の続き

◆ 手術の通則に規定される下記の加算は算定不可

- ◆ 乳幼児加算、幼児加算（手術）
- ◆ HIV抗体陽性患者の観血的手術加算
- ◆ 院内感染防止措置加算（手術）
- ◆ 休日・時間外・深夜加算（手術）

◆ 施設基準

- ◆ 産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関
- ◆ 生殖補助医療管理料の届出医療機関

【生殖補助医療】 胚凍結保存管理料

□胚凍結保存管理料

□胚凍結保存管理料（導入時）

□ 1 個の場合 5,000 点

□ 2 個から 5 個までの場合 7,000 点

□ 6 個から 9 個までの場合 10,200 点

□ 10 個以上の場合 13,000 点

□胚凍結保存維持管理料 3,500 点（1 年に 1 回、3 年限度）

◆算定要件

◆生殖補助医療管理料の届出があれば届出は不要

◆不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞を凍結・融解胚移植に用いることを目的として、治療計画に従って初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に算定

【生殖補助医療】 胚凍結保存管理料

□胚凍結保存管理料

◆算定要件

- ◆「胚凍結保存管理料（導入時）」は、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定
 - ◆初期胚又は胚盤胞の凍結を開始した場合には、当該初期胚又は胚盤胞ごとに凍結を開始した年月日をカルテ等に記載
 - ◆凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日をレセプトの摘要欄に記載
- ◆「胚凍結保存維持管理料」は、凍結保存の開始から1年を経過している場合で、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定
 - ◆当該維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数及び当該初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日をレセプトの摘要欄に記載
- ◆本管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれ別途算定不可

【生殖補助医療】 胚凍結保存管理料

□胚凍結保存管理料

◆算定要件

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

◆同意を得た文書はカルテへ添付

◆妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合で、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担

◆患者の希望により、凍結した初期胚又は胚盤胞を他院へ移送する場合の費用は患家の負担

◆手術の通則に規定される下記の加算は算定不可

◆乳幼児加算、幼児加算（手術）、**HIV**抗体陽性患者の観血的手術加算、院内感染防止措置加算（手術）、休日・時間外・深夜加算（手術）

◆施設基準

◆産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関

◆生殖補助医療管理料の届出医療機関

【生殖補助医療】 胚移植術

□胚移植術

□新鮮胚移植の場合 7,500点

□凍結・融解胚移植の場合 12,000点

□アシステッドハッチング 1,000点

◆アシステッドハッチングを実施した場合所定点数に加算

□高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

◆高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合所定点数に加算

◆算定要件

◆生殖補助医療管理料の届出があれば届出は不要

◆当該患者の治療開始日の年齢

◆40歳未満の場合は患者1人につき6回に限り算定

◆40歳以上43歳未満の場合は患者1人につき3回Bに限り算定

◆次の児の妊娠を目的に胚移植を実施した場合は、その治療開始日の年齢が40歳未満の場合は患者1人につき更に6回に限り、40歳以上43歳未満の場合は患者1人につき更に3回に限り算定

【生殖補助医療】 胚移植術

□胚移植術

◆算定要件の続き

◆治療開始日の年齢とは

◆当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。ただし、算定回数の上限に係る治療開始日の年齢は、当該患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢により定める

◆不妊症の患者に対し、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合は「新鮮胚移植の場合」を、凍結胚を融解したものをを用いた場合は「凍結・融解胚移植の場合」を算定

◆胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定可

◆凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施する

◆前処置に係る費用は所定点数に含まれ別に算定不可

【生殖補助医療】 胚移植術

□胚移植術

◆算定要件の続き

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

- ◆同意を得た文書はカルテへ添付

◆レセプト記載事項

- ◆当該患者及びそのパートナーに係る胚移植術の実施回数の合計

- ◆実施回数の合計の記載に当たっては、当該胚移植術の実施に向けた治療計画の作成に当たり確認した事項を踏まえること

- ◆アシステッドハッチングを実施した医学的な理由

- ◆過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であって、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定するため

- ◆高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処を置実施した医学的な理由

- ◆過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であって、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定するため

【生殖補助医療】 胚移植術

□胚移植術

◆施設基準

- ◆産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関
- ◆生殖補助医療管理料の届出医療機関

保険適用から外れた項目

先進医療の適用について（3月4日時点）

先進医療技術名	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	子宮内細菌叢検査	子宮内膜刺激術	子宮内膜受容能検査	子宮内膜擦過術
適応症	不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る)	不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものに限る)	慢性子宮内膜炎が疑われるもの	不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものに限る)	不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る)	不妊症(卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る)
申請技術名	PICSI	タイムラプス	子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE)	SEET法	子宮内膜受容能検査(ERA)	子宮内膜スクラッチ
技術の概要	ヒアルロン酸を含有する培地を用いて、成熟精子の選択を行う技術	培養器に内蔵されたカメラによって、胚培養中の胚を一定間隔で自動撮影し、培養器から取り出すことなく、正確な胚の評価が可能となる技術	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査	胚培養液を胚移植数日前に子宮に注入し、受精卵の着床に適した環境を作り出す技術	子宮内膜を採取し、次世代シーケンサーを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査	胚移植を行う予定の前周期に子宮内膜のスクラッチ(局所内膜損傷を与える)を行い、翌周期に胚移植を行う技術
診療科の経験年数	専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について5年以上の経験を有すること					
資格	産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること					
当該技術の経験年数	当該療養について2年以上の経験を有すること	—				
当該技術の経験症例数	当該療養について、当該療養を主として実施する医師として10例以上の症例を実施していること				当該療養について、当該療養を主として実施する医師として5例以上の症例を実施していること	
診療科	産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること					
実施診療科の医師数	実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること					
その他医療従事者の配置	配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること					
他の医療機関との連携体制 (患者容態急変時等)	緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること					
医療機器の保守管理体制	—		医療機器保守管理体制が整備されていること。			
倫理委員会による審査体制	倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること					
医療安全管理委員会の設置	医療安全管理委員会が設置されていること					
医療機関としての当該技術の実施症例数	当該療養について10例以上の症例を実施していること				当該療養について5例以上の症例を実施していること	
その他	—	検査を委託して実施する場合は、衛生検査所で当該検査の実施に適切な医療機器等を用いるものに委託する	—	検査を委託して実施する場合は、衛生検査所で当該検査の実施に適切な医療機器等を用いるものに委託する	—	

既評価技術の実施に係る届出手続き

- 既評価技術（先進医療Aとして告示された医療技術）を実施するためには、各医療機関から所管厚生（支）局へ届出を行う必要があります。

[申請方法について]

- ・ 課長通知「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う手続き等の取扱いについて」における記載を参考に、書類をご準備ください。
- ・ 手続きについてご不明な点があれば、所管厚生（支）局にお問い合わせください。

（課長通知のURL）

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuoken/sensiniryo/minaoshi/dl/tuuchi02.pdf

（課長通知より、関係部分を抜粋） 3 既評価技術の実施
に係る手続

（1）既評価技術施設届出書の提出

提出する既評価技術施設届出書は以下のとおりとし、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局に提出すること。

- ① 別紙3の様式第1号に定める既評価技術施設届出書（地方厚生（支）局長あて。（正本1通及び副本1通（添付書類を含む。））
- ② 別紙3の様式第2号から第5－2号までに定める書類

（提出書類） <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/b3.pdf>

※以下のURLからダウンロードしてください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00002.html

（以下の記載要領を参考に、書類を作成してください。）

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuoken/sensiniryo/minaoshi/dl/youkou.pdf



ご静聴・ご視聴
ありがとうございました

MSGチャンネルにて様々な
情報提供を行なっております

拙著がじほう社より刊行予定です

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル 2022年度版』

<https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/10800/pdid/54088/Default.aspx>

