

令和4年度診療報酬改定疑義解釈説明会

アイネット・システムズ株式会社

目次

▶ <u>初診料・再診料・短期滞在手術等基本料1</u>	4
▶ <u>医学管理</u>	17
▶ <u>在宅</u>	43
▶ <u>投薬料・処方箋料</u>	54
▶ <u>処置</u>	57
▶ <u>検査</u>	65
▶ <u>リハビリテーション</u>	67
▶ <u>精神科専門療法</u>	72
▶ <u>記載要領</u>	77
▶ <u>経過措置（抜粋）</u>	79
▶ <u>参考</u>	83

はじめに

こちらの資料は、厚生労働省保険局医療課より通知された

令和4年3月31日 疑義解釈の送付について（その1）【ピンク】

令和4年4月11日 疑義解釈の送付について（その3）【オレンジ】

令和4年4月13日 疑義解釈の送付について（その4）【グリーン】

令和4年4月21日 疑義解釈の送付について（その6）【ブルー】

を元に作成しております。

なお、この内容は今後変更される場合もございますので、ご了承ください。

1 1 初診料

1 2 再診料

8 0 短期滞在手術等入院基本料

Several white lines of varying lengths and angles are positioned in the bottom right corner of the slide, creating a modern, abstract design element.

届出

厚生労働省R4.3.4資料

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

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

【算定要件】 (初診の場合)

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

【施設基準】

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

【問1】

A000初診料の注1のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診を行った結果、医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該保険医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか。

【答】

A000初診料288点のみを算定すること。

【問35】

A001再診料の注8に規定する外来管理加算について、注1に規定する情報通信機器を用いた再診を行った場合も算定可能か。

【答】

外来管理加算の算定に当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行う必要があるため、算定不可。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

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

現行

【機能強化加算】

【算定要件】

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

【施設基準】

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

改定後

【機能強化加算】

【算定要件】

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

【施設基準】

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

【問7】

注10に規定する機能強化加算の施設基準において、地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ実施する対応について、「ホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」とされているが具体的にはどのようなことを指すのか。

【答】

例えば、

- 当該保険医療機関のホームページへの掲載
- 自治体、地域医師会等のホームページ又は広報誌への掲載
- 医療機能情報提供制度等への掲載等が該当する。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

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

(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

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

[主な施設基準]

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

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

(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)

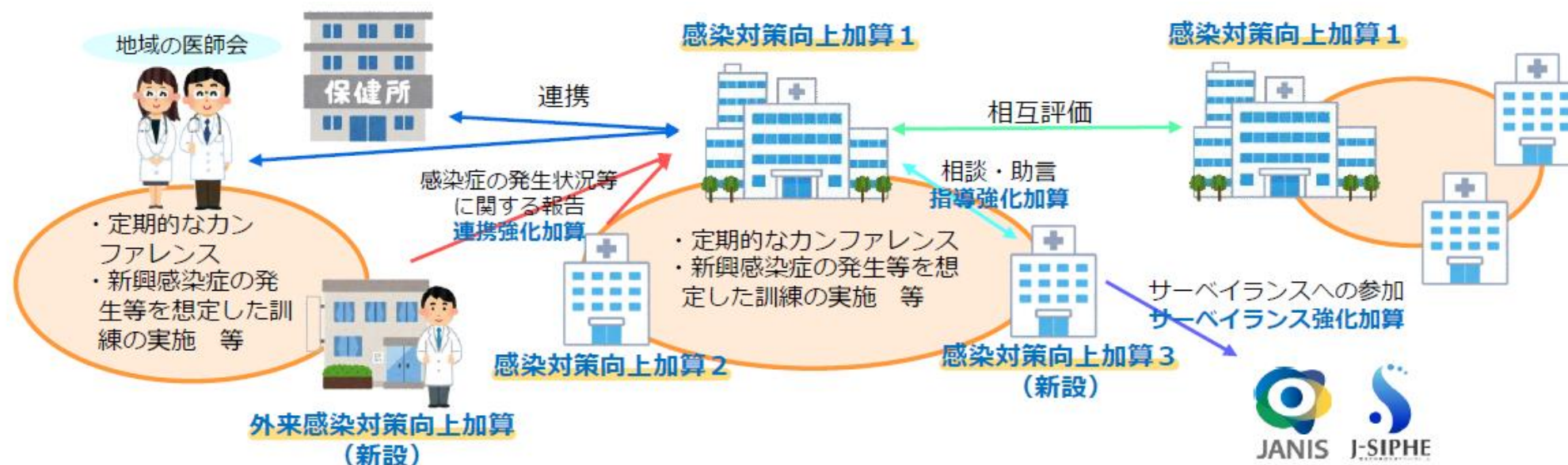
[施設基準]

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

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

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



外来感染対策向上加算（診療所）6点（月1回）

■感染制御チームの配置

院内感染管理者（※）を配置していること。 ※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

■サーベイランスの参加

サーベイランス強化加算として1点を算定する。

■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ダンス」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

【問10】 A000初診料の注11及びA001再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算の施設基準における「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」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

【答】 現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関が該当する。

【問11】 外来感染対策向上加算及びA234-2感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて（中略）診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること」とされているが、

- ① 「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」等を有する保険医療機関について、現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、協力医療機関及び診療・検査医療機関が該当することとされているが、自治体のホームページにおいて、それぞれどのような情報を公開する必要があるか。
- ② 診療の体制を有しているにもかかわらず、自治体のホームページの更新がなされていない等の理由により、当該要件が満たせない場合について、どのように考えればよいか。

【答】 それぞれ以下のとおり。

- ① 重点医療機関及び協力医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地及び確保病床数を、診療・検査医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地、電話番号及び診療・検査医療機関として対応可能な日時を公開する必要がある。
- ② 自治体のホームページにおいて公開されるまでの間、当該保険医療機関のホームページ等において公開していることをもって、当該要件を満たしているものとして差し支えない。

【問14】 外来感染対策向上加算及びA234-2感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。

【答】 不可。

【問15】 外来感染対策向上加算及びA234-2感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

- ① 特別の関係にある保険医療機関と連携している場合
- ② 医療圏や都道府県を越えて連携している場合

【答】 それぞれ以下のとおり。

- ① 可能。
- ② 医療圏や都道府県を越えて所在する場合であっても、新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に適切に連携することが可能である場合は、届出可能。

【問18】 外来感染対策向上加算及びA234-2感染対策向上加算の施設基準において、「感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。以下本問において同じ。）により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。

【答】 感染制御チームが当該研修を主催している場合は、必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。

ただし、当該研修は、以下に掲げる事項を満たすことが必要であり、最新の知見を共有することも求められるものであることに留意すること。

- ・ 院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について、当該保険医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。
- ・ 当該保険医療機関の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。
- ・ 保険医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について、年2回程度定期的に行うほか、必要に応じて開催すること
- ・ 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。

なお、研修の実施に際して、AMR臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料（※）を活用することとして差し支えない。

※ <http://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html>

【問19】 外来感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、保険医療機関外で開催される研修会への参加により、当該要件を満たすものとしてよいのか。

【答】 不可。

【問21】 外来感染対策向上加算及びA234-2感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について掲示すればよいのか。

【答】 以下の内容について掲示すること。

- ・ 院内感染対策に係る基本的な考え方
- ・ 院内感染対策に係る組織体制、業務内容
- ・ 抗菌薬適正使用のための方策
- ・ 他の医療機関等との連携体制

【問25】 外来感染対策向上加算並びにA234-2の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、

- ① 「等」にはどのようなものが含まれるか。
- ② 具体的には、どのようなことを協議するのか。また、協議した内容は記録する必要があるか。

【答】 それぞれ以下のとおり。

- ① 保健所や地域の医師会が含まれる。
- ② 有事の際に速やかに連携できるよう、例えば、必要な情報やその共有方法について事前に協議し、協議した内容を記録する必要がある。

【問26】 外来感染対策向上加算及びA234-2の「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること」とされているが、具体的にはどのようなことをいうのか。

【答】 助言を受ける保険医療機関が、「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」における地域の感染管理専門家から、適切に助言を受けられるよう、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関や地域の医師会から、助言を受け、体制を整備しておくことをいう。

【問27】 外来感染対策向上加算及びA234-2感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」とされているが、当該訓練とは、具体的にはどのようなものであるか。また、当該訓練は対面で実施する必要があるか。

【答】 新興感染症患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、例えば、個人防護具の着脱の訓練が該当する。また、当該訓練はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施して差し支えない。

【問29】 外来感染対策向上加算の施設基準において、「感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」とされているが、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。

【答】 具体的な定めはないが、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関は、地域の医師会と連携することとされていることから、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関が主催するカンファレンスの内容を参考として差し支えない。
なお、例えば、以下に掲げる事項に関する情報の共有及び意見交換を行い、最新の知見を共有することが考えられる。

- 例)
- ・ 感染症患者の発生状況
 - ・ 薬剤耐性菌等の分離状況
 - ・ 院内感染対策の実施状況（手指消毒薬の使用量、感染経路別予防策の実 施状況等）
 - ・ 抗菌薬の使用状況

【問31】 A000初診料の注12、A001再診料の注16及びA234-2感染対策向上加算の注3に規定する連携強化加算の施設基準において、「過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること」とされているが、具体的にはどのような内容について、どのくらいの頻度で報告すればよいか。

【答】 報告の内容やその頻度については、連携する感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関との協議により決定することとするが、例えば、感染症法に係る感染症の発生件数、薬剤耐性菌の分離状況、抗菌薬の使用状況、手指消毒薬の使用量等について、3か月に1回報告することに加え、院内アウトブレイクの発生が疑われた際の対応状況等について適時報告することが求められる。

【問1】 A000初診料の注11及びA001再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算並びにA234-2感染対策向上加算の施設基準の届出について、「当該加算の届出については実績を要しない」とされているが、この「実績」とは、具体的には何の実績を指すのか。

【答】 各加算について、以下の①から③までにそれぞれ掲げる施設基準通知の内容に係る実績を指す。なお、施設基準通知に記載のとおり、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算については、届出に際して、当該実績を要しないとしていることに留意すること。

① 外来感染対策向上加算

- ・ 「職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」における研修の実施
- ・ 「院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること」におけるカンファレンスへの参加
- ・ 「感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」における訓練への参加

(新設) 初診料 注11 外来感染対策向上加算
再診料 注15 外来感染対策向上加算

施設基準

【問2】 A000初診料の注11及びA001再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算並びにA234-2感染対策向上加算の施設基準における「地域の医師会」とは、郡市区等医師会及び都道府県医師会のいずれも該当するか。

【答】 そのとおり。

(新設) 初診料 注13 サーベイランス強化加算
再診料 注17 サーベイランス強化加算

施設基準

【問20】 A000初診料の注13、A001再診料の注17 及びA234-2感染対策向上加算の注4に規定するサーベイランス強化加算並びにA234-2の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、

① 対象となるサーベイランスには、JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。

② JANISに参加する場合にあっては、JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。

【答】 それぞれ以下のとおり。

① 現時点では、JANIS及びJ-SIPHEとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については、当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。

② 少なくともJANISの検査部門に参加している必要がある。なお、診療所についてもJANISの検査部門への参加は可能である。

届出なし

厚生労働省R4.3.4資料

電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

[対象患者]

- ・ オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

(※)

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

[施設基準]

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

【問32】

A000初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

【答】

当該加算は、保険医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され、診療情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険医療機関であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

【問33】 A000初診料の注14等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」とされているが、医療機関の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよい。

【答】 よい。

【問34】 A000初診料の注14等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること」とあるが、光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合であっても、当該基準を満たすか。

【答】 光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合は、当該基準を満たさない。

厚労省URL : https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html



[PDF : 145KB] [JPG : 125KB]



[PDF : 318KB] [JPG : 6,297KB]

厚生労働省R4.3.4資料

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

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

現行

【地域包括診療料】

[対象患者]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

- ・ 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

改定後

【地域包括診療料】 (※地域包括診療加算も同様)

[対象患者]

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

[算定要件]

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

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

[施設基準]

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

【問1】

地域包括診療加算及び B001-2-9 地域包括診療料の対象疾患について、「慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）」とあるが、

- ① 慢性維持透析には、血液透析又は腹膜透析のいずれも含まれるのか。
- ② 患者が他の保険医療機関において慢性維持透析を行っている場合も、算定要件の「慢性維持透析を行って」いる場合に該当するのか。
- ③ 月の途中から慢性維持透析を開始した場合、透析の開始日前に実施した診療については、地域包括診療加算又は地域包括診療料は算定可能か。

【答】

それぞれ以下のとおり。

- ① いずれも含まれる。
- ② 該当する。慢性維持透析をどの保険医療機関で実施しているかは問わない。
- ③ 地域包括診療加算は算定可。
地域包括診療料は月1回に限り算定するものであるため算定不可。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1 (日帰りの場合)	2,947点	【短期滞在手術等基本料 1】 短期滞在手術等基本料 1 (日帰りの場合) <u>(改) イ 麻酔を伴う手術を行った場合</u> <u>2,947点</u> <u>(改) ロ イ以外の場合</u> <u>2,718点</u>
【施設基準】 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、 麻酔科医が勤務していること。		【施設基準】 短期滞在手術等基本料にかかる手術 <u>(全身麻酔を伴うものに限る。)</u> が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。

- 短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料 1 の対象とする (15項目→38項目)。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

【問130】

A400短期滞在手術等基本料について、「術前に十分な説明を行った上で、別紙様式8を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること」とあるが、検査や放射線治療を行う場合においても、患者の同意を得ることが必要か。

【答】必要。

(別紙様式 8)

短期滞在手術等同意書

別紙様式 8

(患者氏名) 殿

令和 年 月 日

病 名	
症 状	
治 療 計 画	
手術内容及び日程	
手術等後に起こりうる 症状とその際の対処	

(主治医氏名) 印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術等を受けることに同意します。

(患者氏名) 印

短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等 (38項目)

- D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
- D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
- K 0 0 5 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 3 長径四センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K 0 0 8 腋臭症手術
- K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
- K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
- K 0 6 8 半月板切除術
- K 0 6 8-2 関節鏡下半月板切除術
- K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
- K 0 9 3 手根管開放手術
- K 0 9 3-2 関節鏡下手根管開放手術
- K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K 2 8 2 水晶体再建術
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術
- K 5 0 8 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)
- K 5 1 0 気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
- K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
- K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
- K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
- K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
- K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
- K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- K 8 4 1-2 経尿道的レーザー前立腺・蒸散術

13 医学管理料

厚生労働省R4.3.4資料

外来栄養食事指導料の要件の見直し

➤ 初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

現行	改定後
【外来栄養食事指導料】 イ 外来栄養食事指導料 1 (1) 初回 260点 (2) 2回目以降 ①対面で行った場合 200点 ②情報通信機器を用いた場合 180点 ロ 外来栄養食事指導料 2 (1) 初回 250点 (2) 2回目以降 190点 【算定要件】 注3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。 注4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 (新設)	【外来栄養食事指導料】 イ 外来栄養食事指導料 1 (1) 初回 ①対面で行った場合 260点 ②情報通信機器等を用いた場合 235点 (2) 2回目以降 ①対面で行った場合 200点 ②情報通信機器等を用いた場合 180点 ロ 外来栄養食事指導料 2 (1) 初回 ①対面で行った場合 250点 ②情報通信機器等を用いた場合 225点 (2) 2回目以降 ①対面で行った場合 190点 ②情報通信機器等を用いた場合 170点 【算定要件】 注4 イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき<u>当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</u> 注5 ロの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。 注6 ロの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき<u>当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</u>

【問135】

入院中の患者が退院した後、初回外来時に外来栄養食事指導を実施する場合、情報通信機器等を用いて実施することは可能か。

【答】可能。

【問136】

「初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること」とされているが、患者の入院中に退院後の外来栄養食事指導に係る指導計画を作成している場合であっても、当該患者が退院した後に改めて指導計画を作成する必要があるか。

【答】不要。

【問137】

栄養食事指導の実施に際し、患者本人が同席せず、患者の家族等に対して実施した場合であっても、当該指導料を算定できるか。

【答】原則として患者本人に対して実施する必要があるが、治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等においては、患者の家族等にのみ指導を実施した場合でも算定できる。

【問131】注3に規定する施設基準における「悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

【答】 現時点では、日本病態栄養学会及び日本栄養士会が共同して認定している「がん病態栄養専門管理栄養士」に係る研修を修了し、認定証が発行されていることを指す。

【問132】注3について、指導時間及び指導回数の基準はないのか。

【答】 一律の基準はないが、専門的な知識を有する管理栄養士が、患者の状態に合わせ、必要な指導時間及び指導回数を個別に設定すること。

【問133】注3に規定する専門的な知識を有する管理栄養士が、同一月に初回の指導を30分以上、2回目の指導を20分以上実施した場合は、どのように考えればよいか。

【答】 注3の所定点数を算定すること。

【問134】注3を算定する場合、対面で実施する必要があるのか。

【答】 情報通信機器等を用いて実施しても差し支えない。なお、留意事項通知の(12)と同様の対応を行うこと。

(12) ア 管理栄養士が(1)初回の患者に対し、電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器等（以下この区分において「情報通信機器等」という。）を活用して、指導を行うこと。

イ 外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。

ウ 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。

エ 当該指導において、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には、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。加えて、情報通信機器等による指導の実施に際しては、オンライン指針を参考に必要な対応を行うこと。

オ 情報通信機器等による指導は、原則として当該保険医療機関内において行うこと。

なお、当該保険医療機関外で情報通信機器等に規定による指導を実施する場合であっても上記「エ」に沿った対応を行うとともに、指導を実施した場所については、事後的に実施状況が確認可能な場所であること。

厚生労働省R4.3.4資料

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

現行

【高度難聴指導管理料】

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

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

改定後

【高度難聴指導管理料】

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

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

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

【問138】

施設基準における「補聴器に関する指導に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

【答】現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 厚生労働省「補聴器適合判定医師研修会」
- ② 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会「補聴器相談医」委嘱のための講習会（秋季大会、地方部会）」

【問4】

「その他の患者については年1回に限り算定する」とあるが、「年1回」とは、暦年（1月1日から12月31日まで）に1回のことを指すのか。

【答】そのとおり。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

算定要件の見直し

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

小児運動器疾患指導管理料 250点

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

【対象患者（概要）】

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

【算定要件（抜粋）】

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

【問139】

20歳未満の患者が対象とされているが、当該患者が20歳に達する日の前日まで算定可能ということか。

【答】 そのとおり。

届出なし

厚生労働省R4.3.4資料

- 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よる計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。
- 「1 月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- アレルギー免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載する。
- 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でも可。
- (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。

【問143】

令和 4 年 3 月 31 日時点で既にアレルギー性鼻炎免疫療法を実施している患者についても算定可能か。

【答】令和 4 年 3 月 31 日時点でアレルギー性鼻炎免疫療法を実施中の患者については、「□ 2 月目以降」に限り算定可。

【問144】

既にアレルギー性鼻炎免疫療法を開始していた患者が、転居等により、紹介を受けて他の保険医療機関において治療を開始する場合、「イ 1 月目」の点数は算定可能か。

【答】算定不可。当該患者については、「□ 2 月目以降」に限り算定可。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

(新) 下肢創傷処置管理料 500点 (月1回に限り)

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号 J 0 0 0 - 2 に掲げる 下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号 B 0 0 1 の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。
- ・ 初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
- ・ 学会によるガイドライン等を参考にすること。

[施設基準]

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

【問145】

施設基準において求める医師の「下肢創傷処置に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

【答】現時点では、一般社団法人日本フットケア・足病医学会「日本フットケア 足病医学会認定師 講習会」のうち「Ver.2」が該当する。

厚生労働省R4.3.4資料

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

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

現行

【地域包括診療料】

[対象患者]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

- ・ 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。



改定後

【地域包括診療料】 (※地域包括診療加算も同様)

[対象患者]

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

[算定要件]

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

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

[施設基準]

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

【問1】

A001 再診療の注12地域包括診療加算及び地域包括診療料の対象疾患について、「慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)」とあるが、

- ① 慢性維持透析には、血液透析又は腹膜透析のいずれも含まれるのか。
- ② 患者が他の保険医療機関において慢性維持透析を行っている場合も、算定要件の「慢性維持透析を行って」いる場合に該当するのか。
- ③ 月の途中から慢性維持透析を開始した場合、透析の開始日前に実施した診療については、地域包括診療加算又は地域包括診療料は算定可能か。

【答】

それぞれ以下のとおり。

- ① いずれも含まれる。
- ② 該当する。慢性維持透析をどの保険医療機関で実施しているかは問わない。
- ③ 地域包括診療加算は算定可。
地域包括診療料は月1回に限り算定するものであるため算定不可。

届出

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

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

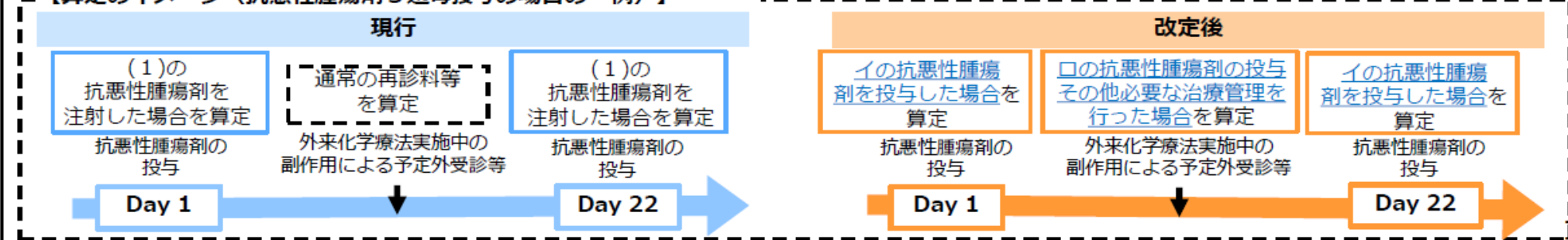
〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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

〔算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤3週毎投与の場合の一例）〕



【問147】 外来腫瘍化学療法診療料における「関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針」とは、具体的には何を指すのか。

【答】 日本がん看護学会・日本臨床腫瘍学会・日本臨床腫瘍薬学会の「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン」を指す。

【問148】 外来腫瘍化学療法診療料において、「「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする」とあるが、副作用により化学療法の投与間隔の延長がみられた場合は、レジメンの期間内として差し支えないか。

【答】 当該レジメンの継続が可能である場合に限り、レジメンの期間内として差し支えない。

【問149】 外来腫瘍化学療法診療料の1の「□」抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合及び2の「□」抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合については、「1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定」できることとされているが、抗悪性腫瘍剤の投与が月3回を超える場合に、「1」の「□」又は「2」の「□」は算定可能か。

【答】 算定可。なお、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「□」又は「2」の「□」の算定は週1回に限る。

【問150】 外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者について、当該診療料を算定する日以外の日に当該保険医療機関を受診した場合は、初診料、再診料又は外来診療料は算定可能か。

【答】 外来腫瘍化学療法診療料を算定しない場合は、算定可。

【問151】 抗悪性腫瘍剤の初回投与を入院中に行い、退院後に2回目以降の投与を外来で行う場合、2回目以降の投与に係る診療において外来腫瘍化学療法診療料は算定可能か。

【答】 入院中に抗悪性腫瘍剤の初回投与を行っている場合は、当該初回投与のサイクル（クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す。）の期間中は外来腫瘍化学療法診療料を算定することはできないが、2サイクル目以降に外来で抗悪性腫瘍剤の投与を開始する場合においては、2サイクル目以降の外来化学療法に係る診療について算定可。

【問152】 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料又は第2章第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算の届出を行う場合、それぞれの施設基準における「外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室」及び「実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会」については、外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを別に整備する必要があるか。

【答】 いずれについても、外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを併せて整備して差し支えない。

【問153】 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料1及び第2章第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算1における「実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会」については、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1を算定する患者に係るレジメンのみを評価・承認することで差し支えないか。

【答】 当該委員会においては、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1の算定の有無にかかわらず、当該保険医療機関で実施される全ての化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する必要がある。

【問154】 外来腫瘍化学療法診療料について、令和4年3月31日以前から診療を継続している患者については、改定により自己負担額等が変更になる場合があるが、患者へ説明すべき事項として、自己負担額等が変更になる場合があることは含まれるか。

【答】 含まれる。なお、請求前に説明を行うなど、当該患者の理解が得られるよう工夫すること。また、当該説明については必ずしも主治医が行う必要はないが、他の職員が説明を行う場合は、主治医と十分に連携して行うこと。

【問155】 外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定に係る保険医療機関を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の1の「□」抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合又は2の「□」抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合は算定可能か。

【答】 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可。

【問156】 外来腫瘍化学療法診療料の1の「□」抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合及び2の「□」抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合については、「診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである」とあるが、検査、投薬等を行わない場合であっても算定可能か。

【答】 算定可。ただし、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む。）は必ず行うこと。

【問157】 外来腫瘍化学療法診療料において、「専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」とあるが、

① 当該医師、看護師及び薬剤師は、化学療法の経験等を有している必要があるか。

② 「院内に常時1人以上配置」における常時とは、24時間ということか。

【答】 それぞれ以下のとおり。

① 必ずしも化学療法の経験等を有している必要はないが、その場合であっても、当該医師等が緊急の相談等に適切に対応できるよう、状況に応じた対応方針等について、化学療法の経験を有する医師等を含めて協議し、あらかじめ定めておくこと。

② そのとおり。

【問5】 「B001-23に掲げるがん患者指導管理料のハは、別に算定できない」こととされているが、外来腫瘍化学療法診療料を算定しない日であれば算定可能か。

【答】 外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者については、算定不可。

【問6】 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料を算定する日と同一日に、同一保険医療機関の別の診療科を受診した場合、初診料、再診料又は外来診療料は算定可能か。

【答】 当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等と関連のない傷病に対する診療を行う場合であって、A000初診料の注5同一日複数科受診時の2科目、A001再診料の注3同一日複数科受診時の2科目に該当する場合に限り、これらに規定する点数を算定できる。

【問7】「C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない」 こととされているが、以下の場合において、在宅自己注射指導管理料は算定可能か。

① 外来腫瘍化学療法診療料に係る外来化学療法又は治療に伴う副作用等と関連のない傷病に対する診療において、自己注射に関する指導管理を行う場合

② ①に該当しない場合であって、外来腫瘍化学療法診療料を算定しない日に自己注射に関する指導管理を行う場合

【答】 それぞれ以下のとおり。

①算定可。

②算定不可。

【問158】 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料の注7、C101在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、従前からバイオ後続品を使用している患者について、先行バイオ医薬品が同一である別のバイオ後続品に変更した場合、当該加算は算定可能か。

【答】 算定不可。

【問159】 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料の注7、C101在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、「バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として加算すること」とされているが、初回処方日から3月以内に転医し、転医先で同一のバイオ後続品を処方した場合に、当該加算は算定可能か。

【答】 算定不可。

【問160】 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料の注7及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、「初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り」加算することとされているが、入院中にバイオ後続品を初めて使用した患者であって、退院においてもバイオ後続品を使用したものについて、入院中の使用から2月目以降に当該加算の要件を満たす場合は、当該加算を算定することは可能か。

【答】 初回の使用日の属する月にバイオ後続品導入初期加算を算定していない者についても、2月目以降に要件を満たす場合は算定可。ただし、その場合であっても、初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として算定すること。

【問8】 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料の注7バイオ後続品導入初期加算、C101在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、従前からバイオ後続品を使用している患者について、先行バイオ医薬品が異なるバイオ後続品を新たに使用した場合、当該加算は算定可能か。

【答】 算定可。

届出なし

厚生労働省R4.3.4資料

包括範囲及び評価の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

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

【算定要件】

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

改定後

【生活習慣病管理料】

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

【算定要件】

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

算定要件の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】【算定要件】

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

改定後

【生活習慣病管理料】【算定要件】

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

【問161】

生活習慣病管理料において、「当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない」とあるが、「多職種」には以下の職種の者は含まれるか。

- ① 理学療法士
- ② 保健所の職員又は他の保険医療機関の職員

【答】それぞれ以下のとおり。

- ① 含まれる。
- ② 含まれる。

ただし、生活習慣に関する総合的な治療管理については、当該保険医療機関の医師が行う必要があり、保健所の職員又は他の保険医療機関の職員と連携する場合は、当該職員に対して指示した内容及び当該職員が実施した内容を、当該保険医療機関における療養計画書及び診療録に記録すること。

別紙様式9 初回用

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症	
ねらい: 療養結果を理解でき、自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【検査項目】	□身長 (cm)	【血液検査項目】 (採血日 月 日)	□血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間)
	□体重: 現在 (kg) → 目標 (kg)	□HbA1c: 現在 () % → 目標 () %	□総コレステロール (mg/dl)
□BMI ()	□腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm)	□中性脂肪 (mg/dl)	□HDLコレステロール (mg/dl)
□腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm)	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□LDLコレステロール (mg/dl)	□その他 ()
□収縮期/拡張期血圧: 現在 (mmHg) → 目標 (mmHg)	□運動負荷心電図		
□その他 ()			
【問診】	□食事の状況 □運動の状況 □たばこ □歯科の受診状況 □その他の生活		
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
医師氏名 (印)			
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項 () □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他 () □節酒: (減らす(種類・量:)を週 (回)) □間食: (減らす(種類・量:)を週 (回)) □食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) 担当者の氏名 (印) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	□運動	□運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 (日)) 強度(息がはずむが会話が可能で強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) 担当者の氏名 (印) □運動時の注意事項など()	
	□たばこ	□非喫煙者である 担当者の氏名 (印) □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等	
	□その他	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 (印) □その他 ()	
	【服薬指導】	□処方なし □薬の説明 担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 □有 □無			
【特定保健指導の利用の有無】 □有 □無			
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】 □有 □無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

別紙様式9の2 継続用

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日: 年 月 日) () 回目

患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症	
ねらい: 重点目標の達成状況を理解でき、目標を設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【検査項目】	□体重: 現在 (kg) → 目標 (kg)	【血液検査項目】 (採血日 月 日)	□血糖 (□空腹時 □随時 □食後 () 時間)
	□BMI ()	□HbA1c: 現在 () % → 目標 () %	□総コレステロール (mg/dl)
□腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm)	□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	□中性脂肪 (mg/dl)	□HDLコレステロール (mg/dl)
□収縮期/拡張期血圧: 現在 (mmHg) → 目標 (mmHg)	□運動負荷心電図	□LDLコレステロール (mg/dl)	□その他 ()
□その他 ()			
【目標の達成状況と次の目標】: 患者と相談した目標			
【①達成目標】: 患者と相談した目標			
【②行動目標】: 患者と相談した目標			
医師氏名 (印)			
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□今回は、指導の必要なし □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項 () □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他 () □節酒: (減らす(種類・量:)を週 (回)) □間食: (減らす(種類・量:)を週 (回)) □食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) 担当者の氏名 (印) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	□運動	□今回は、指導の必要なし □運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 (日)) 強度(息がはずむが会話が可能で強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) 担当者の氏名 (印) □運動時の注意事項など()	
	□たばこ	□禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 担当者の氏名 (印)	
	□その他	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計画(歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 (印) □その他 ()	
	服薬指導	□処方なし □薬の説明 担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】			
【他の施設の利用状況について】			
【特定健康診査の受診の有無】 □有 □無			
【特定保健指導の利用の有無】 □有 □無			
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】 □有 □無			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入		患者署名	
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。		医師氏名 (印)	

届出

- 外来医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、生活習慣病管理料において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算

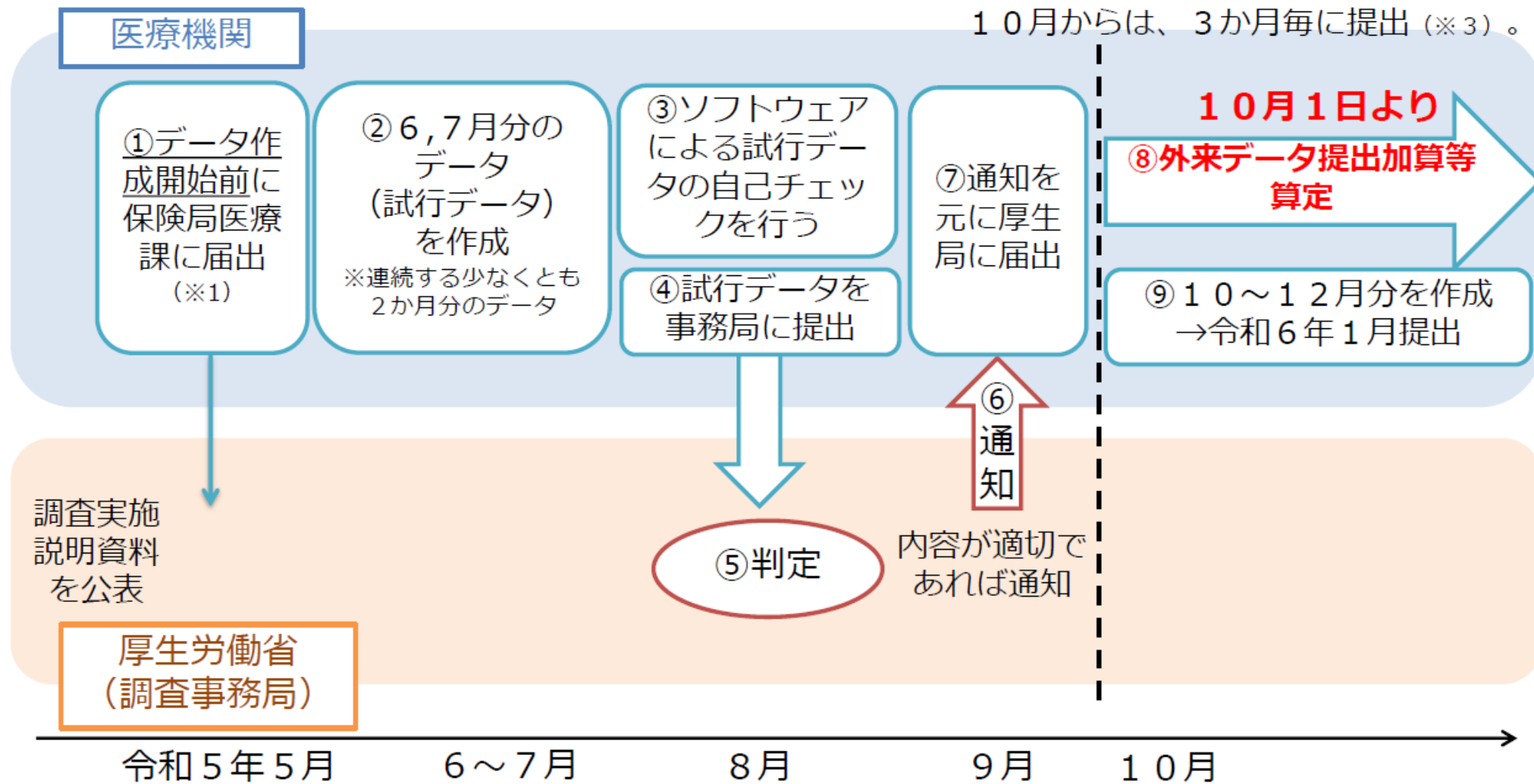
50点(月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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



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

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

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

- (1) データの提出を希望する保険医療機関は、令和5年5月20日、8月22日、11月21日又は令和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すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ（例として、令和5年7月に届出を行った場合は、令和5年8月22日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和5年9月、10月の2月分となる。）（以下「試行データ」という。）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、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）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こと。
- (3) 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保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を1の(1)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

■届出に関する事項

生活習慣病管理料の注4に関する施設基準に係る届出については、オンライン診療料の届出を行ってればよく、生活習慣病管理料次の注4ととおり。

- (1) 外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添2の様式7の11を用いること。
- (2) 各調査年度において、累積して特に地方厚生（支）局長に対して、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必要はないこととし、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こと。
- (3) データ提出を取りやめる場合、2の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(2)に該当した場合については、別添2の様式7の12を提出すること。
- (4) (3)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、2の(1)の手続きより開始すること。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

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

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

【問162】こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

【答】 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 厚生労働大臣指定法人
- ・ 一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）又は自殺未遂者ケア研修（一般救急版）
- ・ 日本臨床救急医学会等が実施するPEEC コース
- ・ 自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修

【問163】こころの連携指導料（Ⅰ）について、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の心療内科又は精神科を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

【答】 算定不可。

【問165】こころの連携指導料（Ⅰ）において、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の内科等を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

【答】 他の算定要件を満たせば算定可能。

厚生労働省R4.3.4資料

診療情報提供料 (I) の見直し

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

現行

【診療情報提供料 (I)】

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

【診療情報提供料 (I)】

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

【情報提供先】

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

【対象患者】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者

改定後

【診療情報提供料 (I)】

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

【診療情報提供料 (I)】

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

【情報提供先の追加】

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

【対象患者の追加】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者
 - ・児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾患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

【問165】

診療情報提供料 (I) の注 7 について、以下の者に対して、アナフィラキシーの既往歴のある患者又は食物アレルギー患者に関する診療情報等を提供する場合は、どの様式を用いる必要があるか。

- ① 幼稚園の学校医
- ② 認定こども園の嘱託医

【答】

それぞれ以下のとおり。

- ① 適切な情報提供がなされるよう、患者の状況に応じて、別紙様式 14 の 2 と別紙様式 14 の 3 のいずれかを用いること。
- ② 別紙様式 14 の 2 を用いること。

(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
※ 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。

別紙様式14の2

緊急連絡先
★保護者
電話：
★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

病型・治療	保育所での生活上の留意点
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) 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・ベプティエット・エレメンタルフォーミ その他()
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）	C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの （その他に特別な配慮や管理が必要場合には、医師が保護者と相談のうえ、内容は保育所が保護者と相談のうえ決
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	D. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの 1. 鶏卵： 卵殻カルシウム 2. 牛乳・乳製品： 乳糖 3. 小麦： 醤油・酢・小麦 4. 大豆： 大豆油・醤油・味噌 5. ゴマ： ゴマ油 6. 魚類： かつおだし・いりこだし 7. 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 ()
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 ()	E. 特記事項 （その他に特別な配慮や管理が必要場合には、医師が保護者と相談のうえ、内容は保育所が保護者と相談のうえ決

● 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
同意する
同意しない
保護者氏名

(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
※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。

別紙様式14の3

緊急時連絡先
★保護者
電話：
★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

病型・治療	学校生活上の留意点	緊急時連絡先
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 B. 食物・食材を扱う授業・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 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 ※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。	★保護者 電話： ★連絡医療機関 医療機関名： 電話：
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 ()	鶏卵：卵殻カルシウム 牛乳・乳製品：乳糖・乳清たんぱく質 小麦：醤油・酢・小麦 大豆：大豆油・醤油・味噌 ゴマ：ゴマ油 魚類：かつおだし・いりこだし・魚油 肉類：エキス F. その他の配慮・管理事項(自由記述)	記載日 年 月 日 医師名 医療機関名
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. ナッツ類 () (すべて・エビ・カニ 8. 甲殻類 () (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド 9. 軟体類・貝類 () (すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ 10. 魚卵 () (すべて・イクラ・タラコ 11. 魚類 () (すべて・サバ・サケ 12. 肉類 () (鶏肉・牛肉・豚肉 13. 果物類 () (キウイ・バナナ 14. 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	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 ()	

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、本表に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等と共有することに同意します。
保護者氏名

厚生労働省R4.3.4資料

連携強化診療情報提供料の新設

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

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

【算定要件】

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

【対象患者】

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

改定後

（改） 【連携強化診療情報提供料】 150点

【算定要件】

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

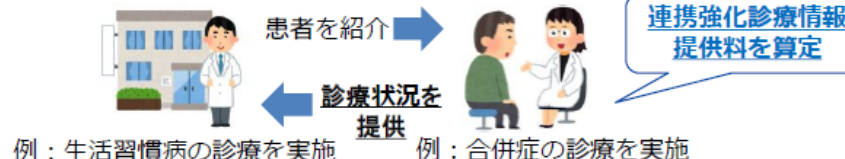
【対象患者】

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

（新）

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



【問166】

連携強化診療情報提供料について、「当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ」とあるが、他の保険医療機関からの求めについては、必ず文書で得る必要があるか。

【答】必ずしも文書で得る必要はないが、他の保険医療機関からの求めがあったことを診療録に記載すること（文書で得た場合は当該文書を診療録に添付することで差し支えない。）。

厚生労働省R4.3.4資料

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	以下のいずれか ・ 200床未満の病院 ・ 診療所	—	以下のいずれも満たす ・ 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	以下のいずれも満たす ・ 難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 ・ 禁煙 以下のいずれも満たす ・ 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

算定パターン6
連携強化診療情報提供料算定

産科又は産婦人科を
標榜数する医療機関

患者を紹介



診療状況を提供



例：妊娠の経過中に、血糖値
以上に対して保険診療を
実施

例：妊娠糖尿病に対して
継続的な診療を実施

かかりつけ医機能に係
る施設基準の届出あり

患者を紹介



診療状況を提供



例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

算定パターン1
連携強化診療情報提供料算定

算定パターン3
連携強化診療情報提供料算定

患者を紹介



診療状況を提供



例：体調が悪いときに
しばしば受診

例：専門的な診療を実施

かかりつけ医機能に係
る施設基準の届出あり

算定パターン4
連携強化診療情報提供料算定

地域の診療所等

患者を紹介



診療状況を提供



例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

紹介受診重点医療機関

【問140】 二次性骨折予防継続管理料の施設基準において、「地域の保険医療機関等と連携し」とあるが、「地域の保険医療機関等」には、地域の保険薬局は含まれるか。

【答】 含まれる。

【問141】 二次性骨折予防継続管理料について、二次性骨折予防継続管理料1又は2の届出を行っている保険医療機関が、二次性骨折予防継続管理料3を算定しようとする場合は、新たに届出が必要か。

【答】 必要。

【問146】 小児科外来診療料を算定する保険医療機関において、「対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行う」とこととされているが、情報通信機器を用いた診療を行った場合は、どのように考えればよいか。

【答】 情報通信機器を用いた診療を行った場合は、小児科外来診療料は算定できず、A000初診料の注1 情報通信機器を用いた初診を行った場合 251点又はA001再診料注1 情報通信機器を用いた再診を行った場合 73点を算定すること。
なお、初・再診料以外の診療料については、算定要件を満たす場合は算定可。

14 在宅

厚生労働省R4.3.4資料

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅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が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅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が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

※：青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

情報通信機器を用いた在宅管理に係る算定要件の見直し

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

現行

在宅時医学総合管理料 〔算定要件〕

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

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

改定後

在宅時医学総合管理料 〔算定要件〕 (削除)

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

※施設入居時等医学総合管理料、精神科オンライン在宅管理料も同様

厚生労働省R4.3.4資料

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

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

現行

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



改定後

在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料についても同様）に情報通信機器を用いた場合の評価を設定

（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）

※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

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

厚生労働省R4.3.4資料

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

【問168】C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料について、月1回訪問診療を実施し、翌月に複数回の情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定した上で当該診療を実施した場合、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方法はどのようなになるか。

【答】 「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」の所定点数を算定する。

【問169】C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料について、情報通信機器を用いた診療を行う在宅診療計画を策定し、当該診療を実施した場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。

【答】 当該診療に係る基本診療料については、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に包括されており、別に算定できない。

【問170】C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料について、在宅医療のみを実施する保険医療機関においても、情報通信機器を用いた診療に係る施設基準の届出を行うことは可能か。

【答】 可能。ただし、オンライン指針に沿って診療を行う体制を有していること。

【問171】C002在宅時医学総合管理料及びC002-2施設入居時等医学総合管理料について、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づき、隔月で訪問診療と情報通信機器を用いた診療を実施した場合の算定について、どのように考えればよいか。

【答】 訪問診療を実施した月及び情報通信機器を用いた診療を実施した月のいずれにおいても、「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」の所定点数を算定すること。

【問172】C002在宅時医学総合管理料又はC002-2施設入居時等医学総合管理料を算定する患者に対して、定期的に情報通信機器を用いた診療を行う場合は、それを踏まえた在宅診療計画を作成し、C002在宅時医学総合管理料又はC002-2施設入居時等医学総合管理料の情報通信機器を用いた診療を行った場合の該当する区分の点数により算定するのか。

【答】 そのとおり。

【問173】 C O O 2 在宅時医学総合管理料及びC O O 2-2施設入居時等医学総合管理料について、訪問診療（月1回以上）を実施する在宅診療計画を作成し、当該計画に基づき、訪問診療等を実施する予定であったが、患者の都合等により、訪問診療を実施せず、情報通信機器を用いた診療のみを実施した月が生じた場合、当月分における算定はどのように考えればよいか。

【答】 「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」を算定してよい。
ただし、このような状況が2回以上連続して生じるような場合には、在宅診療計画を変更すること。

【問174】 C O O 2 在宅時医学総合管理料及びC O O 2-2施設入居時等医学総合管理料について、「訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する」場合は、診療の組合せについてどのように考えればよいか。

【答】 在宅医療を開始する場合は、初回の診療は訪問診療により実施するよう在宅診療計画の作成を行うこと。なお、原則として、2月連続で訪問診療を行わず、情報通信機器を用いた診療のみを実施することはできない。

厚生労働省R4.3.4資料

訪問看護指示書の記載欄の見直し

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

(別紙様式16) 訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと
訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)
患者住所 _____ 電話 () - _____

主たる傷病名 (1) _____ (2) _____ (3) _____

既往・治療歴
投与中の薬剤
投与中の薬剤
投与中の薬剤

日常生活
自立度
要介護状態の状況
要介護 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
療養の状況
DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 Ⅱ度 Ⅲ度
医療機器等
1. 自動投薬装置 2. 透析装置 3. 酸素療法 (1/2)
4. 吸引器 (吸引・吸引・吸引) 5. 中心静脈置管 6. 輸液ポンプ
7. 経管栄養 (経鼻・経口・経胃) 8. 経管栄養 (経鼻・経口・経胃)
9. 人工呼吸器 (経鼻式・経口式・経胃式) 10. 人工呼吸器 (経鼻式・経口式・経胃式)
11. 人工呼吸器 (経鼻式・経口式・経胃式) 12. その他 ()

留意事項及び指示事項
I 療養生活指導上の留意事項
II 1. リハビリテーション
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回 (注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載)
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)
緊急時の連絡先
不在時の対応
指示すべき留意事項 (注: 薬の投与・動作に関する記載は、薬剤アレルギーの表示、薬剤の投与・動作に関する記載は、薬剤アレルギーの表示、薬剤の投与・動作に関する記載は、薬剤アレルギーの表示)
他の訪問看護ステーションへの指示
(無) 有 : 指定訪問看護ステーション名 ()
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
(無) 有 : 訪問介護事業所名 ()
上記のとおり、指示いたします。 年 月 日
医療機関名 _____ 住 所 _____
電 話 _____ (FAX) _____
医師氏名 _____ 印 _____
事業所 _____ 印 _____

訪問看護指示書 (抜粋)
在宅患者訪問点滴注射指示書

現行

II 1. リハビリテーション

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回 (注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載)

- 褥瘡の処置等
- 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
- その他



改定後

II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護

1日あたり()分を週()回

- 褥瘡の処置等
- 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
- その他

【問180】

「退院時に1回算定できる」とあるが、訪問看護指示書を患者の退院日に交付する場合だけでなく、例えば、退院日に主治医が不在である等の理由により退院日前に訪問看護指示書を交付する場合においても、退院日に算定可能か。

【答】算定可。

訪問看護療養費関係【問13】

COO7訪問看護指示料における訪問看護指示書について、「留意事項及び指示事項」のIIの1の記載が変更されたが、既に交付している訪問看護指示書については、令和4年4月1日以降に改めて変更後の様式により再交付する必要はあるか。

【答】令和4年3月31日以前に交付している訪問看護指示書については、変更後の様式による再交付は不要である。

厚生労働省R4.3.4資料

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

(新) 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料 1 **400点**

(在宅療養を担う保険医療機関において算定)

外来在宅共同指導料 2 **600点**

(外来において診療を行う保険医療機関において算定)

[対象患者]

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

[算定要件]

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



【問181】

患者の在宅療養を担う医師の初回の訪問時に、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の医師との共同指導を実施する必要があるか。

【答】必ずしも初回に実施する必要はない。

厚生労働省R4.3.4資料

新規保険医療材料に係る技術料の見直し

出典：企業提出資料

現行

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

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

【技術の概要】

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

改定後

【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

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



【問183】

C150血糖自己測定器加算の「7」間歇スキャン式持続血糖測定器によるものについて、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合は、算定可能か。

【答】算定不可。

【問184】C150血糖自己測定器加算の注4に規定する血中ケトン体自己測定器加算について、「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する。なお、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における…」とあるが、実際の使用状況を踏まえ、血中ケトン体測定用電極を追加的に給付しなかった場合であっても、算定可能か。

【答】追加の給付の有無にかかわらず、血中ケトン体自己測定器を使用している患者であれば、算定可。

その他の在宅

C103在宅酸素療法指導管理料

注2遠隔モニタリング加算

C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

注2遠隔モニタリング加算

【問182】 C103在宅酸素療法指導管理料の注2及びC107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する遠隔モニタリング加算について、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。

【答】 当該診療に係る基本診療料については、遠隔モニタリング加算に包括されており、別に算定できない。

20 投薬料

80 処方箋料

湿布薬上限枚数の見直し

現行

入院中患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投与した場合は、F000調剤料、F100処方料、F200薬剤、F400に掲げる処方箋料及びF500調剤技術基本料は、算定しない。ただし、やむを得ず70枚を超えて投与する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。



改正後

入院中患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投与した場合は、F000調剤料、F100処方料、F200薬剤、F400に掲げる処方箋料及びF500調剤技術基本料は、算定しない。ただし、やむを得ず63枚を超えて投与する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

【問7】湿布薬については、1処方当たりの枚数が制限されているが、これは湿布薬の種類ごとの上限枚数ではなく、1処方における全ての種類の湿布薬の合計に係る上限枚数という理解でよい。

【答】 よい。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）別添1の問128は廃止する。

処方箋様式の見直しについて

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



【問254】

処方箋の交付について、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要があるか。

【答】処方箋を分ける必要がある。

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

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

現行

【処方箋料】
【算定要件】

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

改定後

【処方箋料】
【算定要件】

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

【問255】

処方箋の交付について、リフィル処方により2種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の1回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要があるか。

【答】処方箋を分ける必要がある。

➤ リフィルとは、補充用の物品

- ◆ 対象患者 : 医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者
- ◆ 総使用回数 : 3回まで
- ◆ 対象薬剤外 : 麻薬、向精神薬、新医薬品等（療養担当規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき掲示事項等）
及び湿布薬
- ◆ 有効期間 : 1回目 : 4日以内
2回目、3回目 : 次回調剤予定日の前後7日以内

➤ 「分割調剤」と「リフィル制度」の違い

例) 90日分の内服薬を患者に投与するため、30日分ごとに薬局で調剤して交付する場合

- 分割調剤
 - ◇ 医師は90日分の処方箋を発行し、薬局に対して3回分に分割指示
 - ◇ 薬局においては、医師の指示通り30日分ずつ調剤
 - ※ 対象となる場合は、長期保存が難しい薬剤、医師の指示がある場合等
- リフィル
 - ◇ 医師は30日分の処方箋を、**繰り返し利用できる回数（3回）**を記載した上で発行
 - ◇ 薬局においては、医師の指示通り30日分ずつ調剤

40 処置

厚生労働省R4.3.4資料

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

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

(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算

60点（1日につき）

[算定要件]

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

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

80点（月1回に限り）

[算定要件]

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

[施設基準]

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

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

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

【問212】耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 について、J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する」とあるが、J095耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）からJ115-2排痰誘発法までに掲げる処置を行った日に限り、1日につき1回算定できるのか。

【答】 そのとおり。

【問213】耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算について、「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こと」とあるが、

①「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月30日事務連絡）別添1の問127及び問128と同様の取扱いであると考えてよいか。

②「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動や感染症に係る研修会等には、耳鼻咽喉科を担当する医師が参加する必要があるか。

【答】 それぞれ以下のとおり。

① よい。

② 耳鼻咽喉科を担当する医師が参加している必要がある。

「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月30日事務連絡）

【問127】感染症対策ネットワーク（仮称）に係る活動とはなにか。

【答】 複数の医療機関や介護施設、自治体等と連携し、感染予防・管理についての情報共有や研修の実施などを定期的に行うこと。

【問128】「感染症に係る研修会等に定期的に参加していること。」について、研修会等とは、どのようなものが該当するか。また、定期的な期間は、どれくらいの期間か。

【答】 小児科もしくは感染症に係る学会や医師会等が開催する抗菌薬の適正使用に資する研修会等に1年に1回以上参加していること。なお、病院においては保険医療機関内で行う抗菌薬の適正使用に資する研修会でも差し支えないが、この場合は、当該保険医療機関以外の医師も参加対象とした研修会であること。

人工腎臓の評価の見直し

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

現行

【人工腎臓】

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

【算定要件】

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

【施設基準】

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

改定後

【人工腎臓】

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

【算定要件】

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

【施設基準】

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

【問214】

J038人工腎臓について、「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該保険医療機関において院内処方することが原則である」とあるが、欠品等のやむを得ない事情がある場合は、保険医療機関から保険薬局 に対してHIF-PH阻害剤の供給を依頼し、患者に対して使用してよいか。

【答】差し支えない。なお、その場合、当該薬剤の費用については、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

人工腎臓 導入期加算の見直し

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

現行	改定後
【人工腎臓】 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。	【人工腎臓】 導入期加算 1 200点 導入期加算 2 400点 （新）導入期加算 3 800点 【施設基準】 (1) 導入期加算 1 の施設基準 ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。 (2) 導入期加算 2 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア (1)のアを満たしていること。 イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。 ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算 3 を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。 エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で24回以上算定していること。 オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に2人以上いること。 (3) 導入期加算 3 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。 イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。 ウ 導入期加算 1 又は 2 を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。 エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。 オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。 カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。

【問215】

J038人工腎臓の注2に規定する導入期加算の施設基準における「腎代替療法に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

【答】現時点では、日本腎代替療法医療専門職推進協会「腎代替療法専門指導士」の研修が該当する。

【問216】

J038人工腎臓の注2に規定する導入期加算について、「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」とあるが、「定期的に受講」とは、具体的にはどのくらいの頻度で受講する必要があるのか。

【答】年1回以上の受講が必要である。

厚生労働省R4.3.4資料

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

人工腎臓

(新) 透析時運動指導等加算 75点 (指導開始から90日を限度とする。)

[対象患者]

人工腎臓を実施している患者

[算定要件] (概要)

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

【問217】 他院で指導が行われていた患者を自院において引き続き指導する場合、透析時運動指導等加算は算定可能か。

【答】 算定可。ただし、その場合、算定上限日数の起算日は他院での初回指導日となることに留意すること。

【問219】 J038人工腎臓の注14に規定する透析時運動指導等加算について、「医師に具体的指示を受けた」看護師が療養上必要な指導等を実施した場合に算定できるとされているが、ここでいう具体的指示とは、具体的にどのようなことか。

【答】 個別の医学的判断による。なお、当該指示の内容については、指示を行った医師が適切に診療録に記載すること。

【問220】 「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」とされているが、

① 1回の指導は同一の医師等が実施する必要があるか。

② 「患者の病状及び療養環境等を踏まえ」た療養上必要な指導とは、具体的にはどのような指導か。

【答】 それぞれ以下のとおり。

① そのとおり。

② 日本腎臓リハビリテーション学会の「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して実施するものであること。

【問221】 人工腎臓を算定している患者に対して、療養上必要な運動指導等を実施した日に限り算定できるのか。

【答】 そのとおり。

【問218】 B001の31腎代替療法指導管理料並びにJ038人工腎臓の注2に規定する導入期加算2及び3について、「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、(中略)腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう」とあるが、腎臓移植希望者として日本臓器移植ネットワークに登録されてから1年以上経過した患者であって、当該登録を更新したものについても、「腎移植に向けた手続きを行った患者」に含まれるか。

【答】 含まれる。

【問222】人工呼吸の「3」5時間を超えた場合について、開始日からの日数に応じて評価が細分化されたが、令和4年3月31日以前に旧医科点数表における「3」5時間を超えた場合を算定していた患者であって、同年4月1日以降も当該処置を継続するものに係る起算日については、どのように考えればよいか。

【答】 旧医科点数表における区分番号「J045」人工呼吸の算定を開始した日を起算日とする。

【問223】副鼻腔内陰加圧ネブライザ、喉頭及び喉頭下ネブライザ及びアレルギー性鼻炎に対する鼻腔ネブライザを同一日に実施した場合、それぞれについてJ114ネブライザを算定可能か。

【答】 算定不可。主たるもののみについて算定すること。

【問224】治療用装具採寸法については、「既製品の治療用装具を処方した場合には、原則として算定できない」こととされているが、J129-4治療用装具採型法について、既製品の治療用装具を処方した場合は、算定可能か。

【答】 算定不可。

60 検査

【問196】D215-4超音波減衰法検査における「関係学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

【答】 現時点では、日本消化器病学会・日本肝臓学会の「NAFLD／NASH 診療ガイドライン」を指す。

80 リハビリテーション

厚生労働省R4.3.4資料

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。)

【問203】標準的算定日数を超えて、1月に13単位以内の疾患別リハビリテーションを行っている患者について、1月に1回以上FIMの測定を行う必要があるか。

【答】原則として測定を行う必要がある。

★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 要介護・要支援被保険者 (入院中) 要介護・要支援被保険者 (入院中以外)	245点 (月13単位まで) 147点 (月13単位まで)

標準的算定日数を超えた場合の点数

別紙様式42の2

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

1. 疾患別リハビリテーション料の算定状況について

各年6月1日から30日までの1ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、1人として計算すること。

＜脳血管疾患等リハビリテーション料について＞		入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者		人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(180日)を超えた患者 ※ 2) は 3) と 4) を足し合わせた数		人	人
3) 2)のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者		人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等			
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者		人	人
＜脳神経障害等リハビリテーション料について＞		入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
1) 脳神経障害等リハビリテーション料の算定患者		人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(120日)を超えた患者 ※ 2) は 3) と 4) を足し合わせた数		人	人
3) 2)のうち、脳神経障害等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者		人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等			
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者		人	人
＜運動器リハビリテーション料について＞		入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者		人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(150日)を超えた患者 ※ 2) は 3) と 4) を足し合わせた数		人	人
3) 2)のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者		人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等			
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者		人	人

2. 患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、各年6月1日から7日までの1週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。

	1) 年齢	2) 要介護度 【選択肢】 1.要支援1 2.要支援2 3.要介護1 4.要介護2 5.要介護3 6.要介護4 7.要介護5	3) 主な傷病 ※○は1つだけ					4) 上限日数とな ってからの期間 ※○は1つだけ				5) ADL				6) 単 位 数
			脳 血 管 疾 患	産 用 症 候 群	外 傷	外 傷 以 外 の 整 形 外 科 疾 患	そ の 他	3 か 月 未 満	3 か 月 以 上 6 か 月 未 満	6 か 月 以 上 1 年 未 満	1 年 以 上	B I (Barthel Index)		F I M (126 点満 点でご記入 ください)		リハビリ テーショ ンの単 数(／ 週)
												4) の は じ め	現 在	4) の は じ め	現 在	
例	75	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	30	60	1	2	7
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

【記載上の注意】

1. については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

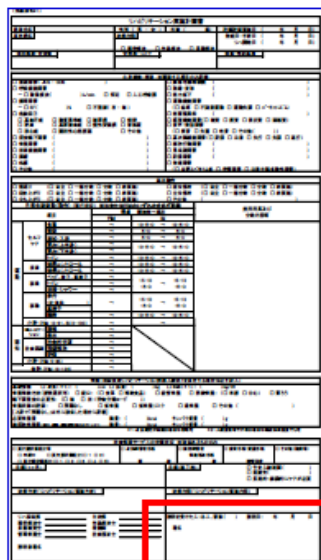
疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

【リハビリテーション】

【算定要件】 (概要)

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



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

説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日

署名

【問201】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、「計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、（中略）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」とあるが、

- ① この場合、医師が計画書の内容等の説明等を行う必要があるか。
- ② 診療録に計画書を添付することをもって、「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」に代えることはできるか。
- ③ 交付する計画書の署名欄はどのように取り扱えばよいか。

【答】 それぞれ以下のとおり。

- ① そのとおり。
- ② 不可。家族等への説明を行った医師による診療録への記載が必要である。
- ③ 当該計画書を作成した医師が、計画書の署名欄に、同意を取得した旨、同意を取得した家族等の氏名及びその日時を記載すること。

【問202】前問のリハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名の取扱いに関し、「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」とあるが、他の保険医療機関から転院した患者であって、転院前から継続して疾患別リハビリテーションを実施するものについては、どのように考えればよいか。

【答】 署名の取扱いについては、「疾患別リハビリテーションを初めて実施する場合」に該当するものとして取り扱うこと。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

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

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算

50点

(月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

【問204】

H000心大血管疾患リハビリテーション料の注5、H001脳血管疾患等リハビリテーション料の注7、H001-2廃用症候群リハビリテーション料の注7、H002運動器リハビリテーション料の注7及びH003呼吸器リハビリテーション料の注5に規定するリハビリテーションデータ提出加算について、疾患別リハビリテーション料を現に算定している患者であって、標準的算定日数を超えて疾患別リハビリテーションを実施しているものについても、当該加算の算定に当たってはデータの提出が必要か。

【答】 そのとおり。

80 精神科専門療法

届出

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

(新) 療養生活継続支援加算 350点(月1回) ※ 1年を限度

[算定要件]

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

[施設基準]

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

【問209】 1002通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

【答】 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」及び精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程

【問210】 1002通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算について、患者1名に対し、複数の看護師又は精神保健福祉士が担当として支援等を行うことは可能か。

【答】 不可。なお、複数の看護師又は精神保健福祉士がチームで対応することは可能であるが、その場合であっても、主たる担当者を定める必要があり、主たる担当者が交代する場合は、当該患者に対してその旨を説明すること。また、20分以上の面接等については、当該主たる担当者が実施することとし、他の看護師又は精神保健福祉士が同席することは差し支えないが、複数の者がそれぞれ実施して時間を合算することはできない。なお、支援計画書の作成や関係機関との連絡調整について、主たる担当者以外の者が補助することは可能である。

届出

厚生労働省R4.3.4資料

依存症外来医療の充実

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

現行

【依存症集団療法（1回につき）】	
[対象疾患]	
1 薬物依存症の場合	340点
2 ギャンブル依存症の場合	300点
(新設)	
[算定要件]	
(新設)	

改定後

【依存症集団療法（1回につき）】	
[対象疾患]	
1 (略)	
2 (略)	
(新) 3 アルコール依存症の場合 300点	
[算定要件]	
<u>アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のもの</u>	
<u>に対して、集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回</u>	
<u>に限り算定する。</u>	

【問211】

1006-2 依存症集団療法の「3」アルコール依存症の場合の施設基準における「アルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

【答】現時点では、以下の研修が該当する。

- 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「依存症入院 管理加算（アルコール依存症の場合）に関する研修」
- 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「アルコール 依存症に対する集団療法研修」

記載要領

【問1】「診療報酬請求書等の記載要領等について」の別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されている診療報酬明細書の摘要欄に記載する事項等において、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（令和4年3月25日保医発0325第1号）により、電子レセプト請求による請求の場合は、新たに令和4年10月診療分以降は該当するコードを選択することとされた診療行為について、令和4年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」のとおり記載するのか。

【答】必ずしも当該文言のとおり記載する必要はないが、その旨が分かる記載又は当該診療行為に係る記載事項であることが分かる記載とすること。なお、当該取扱いについては、別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」及び別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」においても同様である。

経過措置（抜粋）

	区分	項目	経過措置
1	A000	初診料の注10に規定する機能強化加算	令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、地域包括診療加算2、地域包括診療料2、機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における実績に係る基準を満たしているものとする。
2	A000	初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算	区分番号A000の注14のただし書きの規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
3	A000等	初診料の注12等に規定する連携強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。
4	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を満たしているものとする。
5	B001・23	がん患者指導管理料イ	令和4年3月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
6	B001・32	一般不妊治療管理料	令和4年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との連係に係る基準を満たしているものとする。
7	B001・33	生殖補助医療管理料	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料1における患者からの相談に対応する体制を除く。）に係る基準を満たしているものとする。
8	B005-12	こころの連携指導料（I）	自殺対策等に関する適切な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。
9	C在宅医療	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和4年3月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
10	D007「1」	アルブミン（BCP改良法・BCG法）	BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

	区分	項目	経過措置
1 1	H004	摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1	令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和4年度改定前）の医科点数表区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、摂食嚥下機能回復体制加算1に関する摂食嚥下支援チームの職種の規定における「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、経口摂取回復率35%以上の基準を満たしているものとする。
1 2	H通則	疾患別リハビリテーション料	令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。
13	J038	人工腎臓注2口導入期加算2	令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。
14	K838-2	精巣内精子採取術	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との関係に係る基準（1）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（2）の基準を満たしているものとする。

厚生労働省R4.3.4資料

	項目名	様式
変更	短期滞在手術等同意書	様式8
変更	都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書	様式12の4
新規	保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表	様式14の2
新規	学校生活管理指導表	様式14の3
変更	訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書	様式16
変更	リハビリテーション実施計画書	様式21の6
変更	療養生活の支援に関する計画書	様式51の2
新規	在宅療養計画書	様式52

参考

	URL
令和4年度診療報酬改定について (厚生労働省)	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html
オンライン診療の適切な実施に関する指針 (厚生労働省)	https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf
人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省)	https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000079283.html
医療情報システムの安全管理に関するガイドライン (厚生労働省)	https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275.html
在宅血液透析管理マニュアル (日本透析医会)	https://www.jshhd.jp/files/user/pdf/manual/manual.pdf
AMR臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料	http://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html
一般法人社団日本フットケア・足病医学会	https://jfcpm.org/index.html
日本消化器学会 NAFLD／NASH診療ガイドライン	https://www.jsge.or.jp/guideline/guideline/naflld.html

ご清聴ありがとうございました



アイネット・システムズ株式会社

