

# 令和4年度診療報酬改定の概要 【全体概要改変版】

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

# 令和4年度診療報酬改定について

## 診療報酬改定

### 1. 診療報酬 +0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23%

各科改定率	医科	+0.26%
	歯科	+0.29%
	調剤	+0.08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%  
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

### 2. 薬価等

① 薬価 ▲1.35%

※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%

② 材料価格 ▲0.02%

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ・ 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ・ 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- ・ 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- ・ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ・ OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

# 令和4年度診療報酬改定について

## 看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注1）に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注1） 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注2） 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

# 令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### （1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

### （2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

### （3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

### （4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

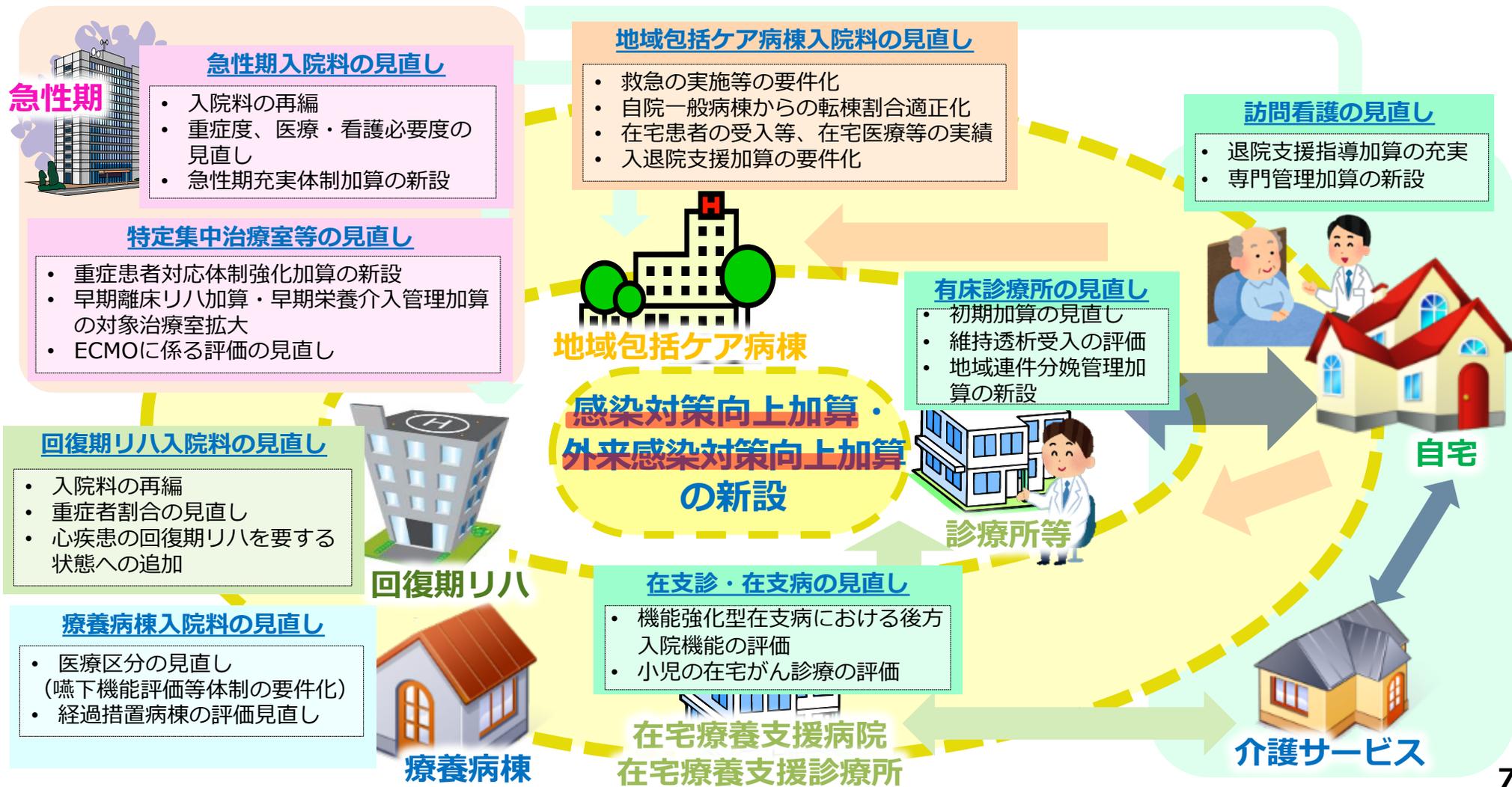
## 医科 診療報酬改定の概要

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の強化、機能分化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 不妊治療の保険適用
- 情報通信機器を用いた診療に係る評価

# 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

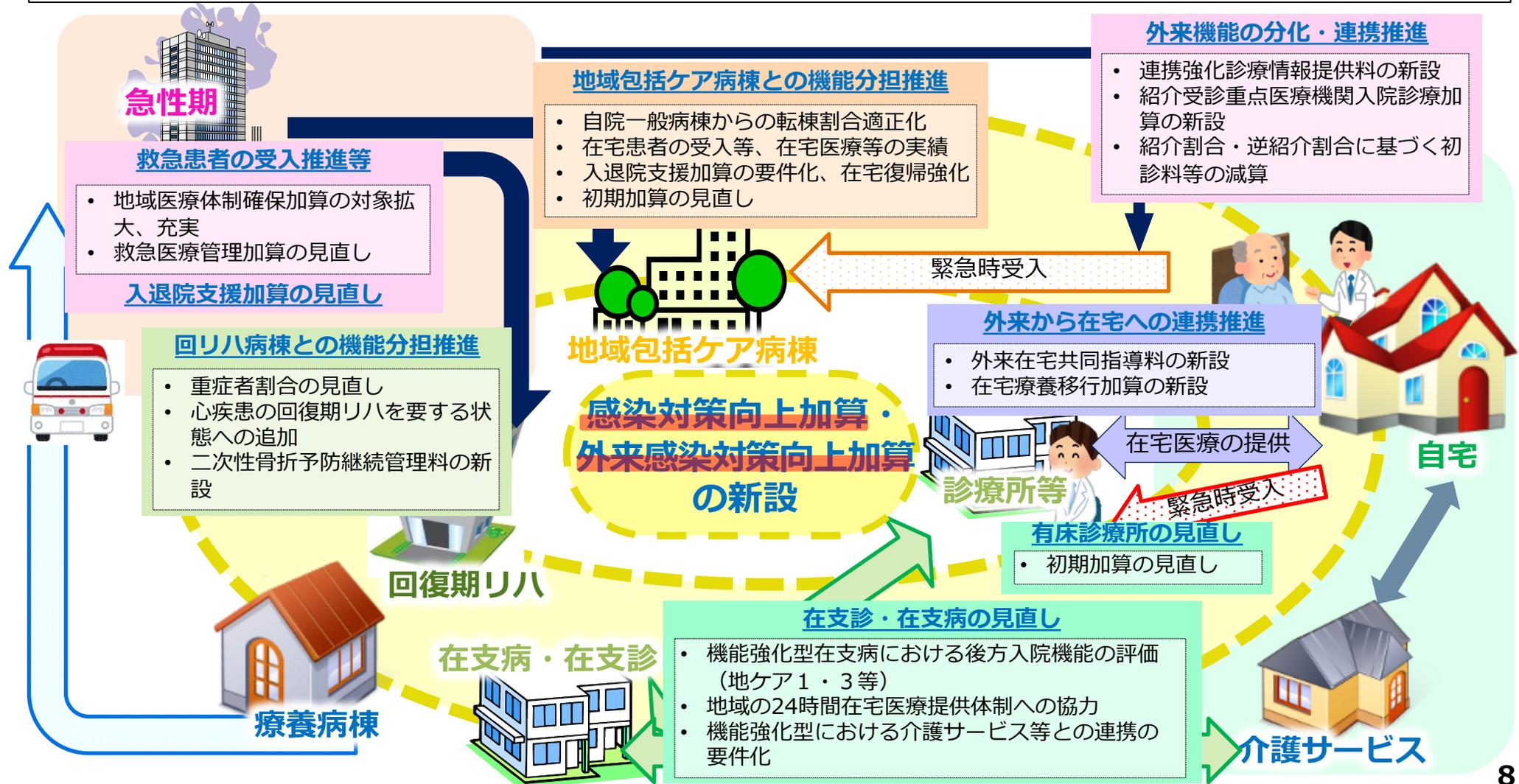
# 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



# 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算**において求めている**医療機関間連携**や**回リ八病棟の対象病態の拡大、外来在宅共同指導料新設、機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み**等の**新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



# 入院医療に係る評価の主な見直し①

## 【急性期入院医療・高度急性期入院医療】

○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、さらに機能強化、分化が進むよう、見直しを実施。

### 1. 一般病棟入院基本料

- 患者の状態に応じた適切な医療が提供されるよう、**重症度、医療・看護必要度による評価の適正化**を実施するとともに、**入院料の再編**を含めた見直しを実施
- あわせて、**高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を有する医療機関**を新たに評価

#### ●急性期一般入院料

- ✓ 重症度、医療・看護必要度の評価項目を見直し（**心電図モニター**の管理を削除等）、**該当患者割合の基準も見直し**（200床未満への緩和策も実施）
- ✓ 入院料の分類を、**7段階から6段階へ再編**し、機能分化を後押し
- ✓ **重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価の要件化について、病床数200床以上の急性期一般入院料1**まで拡大
- ✓ 高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を評価を有する医療機関における診療を評価する観点から、**急性期充実体制加算を新設**

#### ●地域一般入院料

- ✓ **データ提出加算を要件化**し、データに基づく評価を推進

### 2. 特定集中治療室管理料等

- 早期の回復への取組推進や、**新興感染症等の有事にも対応できる人材育成も踏まえた新たな評価**を実施
- **早期回復を目的とした取組**をさらに推進

- ✓ **重症度、医療・看護必要度Ⅱを導入**し、看護職員の負担を軽減
- ✓ **新興感染症等有事にも対応できる体制の構築**を評価する観点から、**重症患者対応体制強化加算**を新設
- ✓ 重症患者等に対する支援に係る評価を推進する観点から、**重症患者初期支援充実加算**を新設
- ✓ **早期回復を目的とした取組に係る評価の対象病室の見直し等**を実施
- ✓ 早期回復を目的とした取組を実施している治療室において、ECMO等を実施する場合の算定上限日数を延長
- ✓ **人工呼吸、ECMOに係る新たな評価**を実施

## 入院医療に係る評価の主な見直し②

### 【回復期入院医療】

#### 3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

➤ **在宅医療の提供**や、**在宅患者等の受入**に係る評価を推進するとともに、自院一般病棟からの受入割合が高い場合の評価を適正化し、**実態を踏まえた評価を推進**

- ✓ **一般病床において届け出ている**場合に、**救急告示病院等であることを要件化**
- ✓ 200床以上の病院で、**自院一般病棟からの転棟割合を6割未満**とし、**満たさない場合、85/100に減算**
- ✓ **在宅医療に係る実績を全体に要件化**し、**水準も引き上げ**
- ✓ **在宅復帰率の水準を引き上げ等**を行うとともに、**許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化**

#### 4. 回復期リハビリテーション病棟入院料

➤ 質の高いリハビリテーションを推進する観点から、**重症患者割合を引き上げる**とともに、実績等の低い入院料を適正化して再編  
 ➤ 対象患者として**心大血管疾患の患者を組み入れ**

- ✓ 入院料の分類を、**6段階から5段階へ再編**し、入院料5は**新規届出用の入院料として設定**（届け出後。2年間の時限算定）
- ✓ **重症患者割合を引き上げる**とともに、第三者評価による適切なFIM測定を推進
- ✓ 回復期リハビリテーション病棟の**対象に心大血管疾患の患者を、組み入れ**

## 入院医療に係る評価の主な見直し③

### 【慢性期入院医療等】

#### 5. 療養病棟入院基本料

- ▶ 療養病棟において、更なる質の高い医療が行われるよう、中心静脈栄養患者に係る要件を追加
- ▶ 病棟に入院している患者や行われている医療等を踏まえた、経過措置病棟の評価を適正化
  - ✓ 中心静脈栄養を実施する場合は、嚥下機能評価等を要件化
  - ✓ 経過措置病棟において、リハビリテーションを実施する際のFIM測定を要件化するとともに、評価を適正化（85/100→75/100）

#### 6. 障害者施設等入院基本料等

- ▶ 患者の状態等を踏まえ、障害者等以外の患者の入院料を適正化
  - ✓ 重度の意識障害を有しない脳卒中患者への評価を療養病棟入院料の評価体系を踏まえ見直し
  - ✓ 栄養サポートの取り組みを推進

#### 7. 緩和ケア病棟入院料

- ✓ ガイドライン等を踏まえた疼痛の評価を実施した場合の加算を新設

#### 8. 有床診療所入院基本料等

- ▶ 有床診療所が地域包括ケアシステムの中で担っている役割の評価を拡充
  - ✓ 急性期病棟・在宅から患者を受け入れた場合の評価の拡充
  - ✓ 慢性透析患者を受け入れた場合の評価の新設

#### 9. DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料

- ▶ 医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いを進めていく観点から、DPC/PDPSの見直し
- ▶ 短期滞在手術等基本料を3種類→2種類に再編し、対象手術も大幅に拡大
  - ✓ 医療機関別係数を見直し（新型コロナウイルス対応などを追加）
  - ✓ 短期滞在手術等基本料を再編（3種類→2種類）し、基本料3の対象手術を拡大（19→57種類）

## 入院医療に係る評価の主な見直し④

### 【働き方改革の推進】

- ▶ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等を確保
- ▶ 各職種の勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療を推進
- ✓ 地域医療体制確保加算の対象医療機関を拡大（小児・周産期医療に係る病院）し、点数を引き上げ
- ✓ 医師事務作業補助体制加算において、経験年数に着目した評価体系とし、点数を引き上げ
- ✓ 夜間看護体制加算等における業務管理等の項目に、必須項目を設定
- ✓ 看護職員夜間配置加算等の点数を引き上げ
- ✓ 看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価として、看護補助体制充実加算を新設
- ✓ 小児入院医療管理料を病棟薬剤業務実施加算の対象とするとともに、周術期薬剤管理加算を新設し、病院薬剤師へのタスクシフティングを推進
- ✓ カンファレンス等の実施について、ビデオ通話可能な機器を用いることを標準化

### 【その他の取組の推進】

- ▶ 入退院支援をさらに推進し、ヤングケアラーを入退院支援加算の対象に追加
- ▶ 画像診断等の報告書の確認漏れを防ぐことによる医療安全対策を推進
- ▶ 周術期の栄養管理や疼痛管理について新たに評価し、質の高い周術期管理を推進
- ▶ データ提出加算の要件化を進め、アウトカム評価を推進
- ▶ 新型コロナウイルス感染症に係る特例的な評価、臨時的な取扱いを引き続き実施
- ✓ 入退院支援加算の対象にヤングケアラーを追加
- ✓ 画像診断等の報告書確認漏れを防ぎ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価として、報告書管理体制加算を新設
- ✓ 周術期栄養管理実施加算、術後疼痛管理チーム加算を新設し、質の高い周術期を推進
- ✓ データ提出加算の届出を要件化する対象を地域一般入院料等に拡大
- ✓ 新型コロナに対する診療等について特例的な評価を継続するとともに、実績等の臨時的な取扱いも継続

# 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

<b>(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)</b>	<b>7日以内の期間</b>	<b>460点</b>
	<b>8日以上11日以内の期間</b>	<b>250点</b>
	<b>12日以上14日以内の期間</b>	<b>180点</b>

[算定要件]

- ・ 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

[主な施設基準]

- ・ **一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)**を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・ **総合入院体制加算の届出を行っていないこと。**
- ・ **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。**

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術  
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- ・ **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- ・ 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- ・ 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ている**こと。・ **感染対策向上加算1の届出**を行っていること。
- ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- ・ **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出**を行っていること。
- ・ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「**院内迅速対応チーム**」の整備等を行っていること。
- ・ **外来を縮小する体制**を確保していること。・ **手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- ・ **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。****一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割**であること。
- ・ **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。****特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がないこと。**
- ・ **入退院支援加算1又は2を届け出**ていること。・ 一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

## **(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点**

- ・ **精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保**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届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- ・ **急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備**されていること。
- ・ **精神科を標榜**する保険医療機関であること。・ **精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
  - **1号側**からは、将来の医療ニーズの変化を踏まえ、下記の意見があった。
    - ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、地域医療の様々な課題が浮き彫りになってきたところであり、重症度、医療・看護必要度については、急性期入院医療における患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、**必要性に応じた見直しを進めるべき**である。
    - ・さらに、令和4年1月12日中医協総-3のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、**見直し案4（※1）を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきとの意見**があった。（※1）A～Cのいずれの評価項目に変更する案
  - **2号側**からは、新型コロナ禍での病床の確保や新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ等、医療機関には通常と異なる対応が求められてきたことから、そのような状況での重症度、医療・看護必要度に係る見直しは、**医療機関の負担の増加につながるため、そもそも実施するべきではない**、との意見があった。
3. こういった議論の背景も踏まえ、両側委員において、評価項目や判定基準の見直しのシミュレーションを行うことに合意し、議論が進められた。当該シミュレーションにおいては、見直しの案として4つのパターンが示されたところである。それぞれの見直し案による、該当患者割合の基準を満たす医療機関数の変化、**急性期一般入院料1から、急性期一般入院料2及び3等への適切な機能分化**を促し、**患者の状態に応じた適切な入院料が選択されるよう取組を進める**ことの重要性等を踏まえると、**見直し案3（※2）の組み合わせが妥当と考えられる**。  
 (※2)「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更、「心電図モニターの管理」の削除、「輸血や血液製剤の管理」を2点に変更の組合せ。
4. その際、**簡素でわかりやすい診療報酬としていく観点**が重要であることも踏まえ、**急性期一般入院料5と6について、一体とする評価体系へ**と見直した上で、**それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら基準を設定**していくことが適切と考える。
5. なお、これらの見直しに当たっては、**新型コロナウイルス感染症に係る影響や地域医療への影響も鑑み、許可病床数200床未満の医療機関に対する一定の緩和措置を講じることが、必要な配慮**であると考えられることに加え、**重症度、医療・看護必要度Ⅱの活用を進め**、医療従事者の負担軽減も図っていく視点も重要と言える。
6. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、**引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行う**こととする。

# 重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

## 評価項目の見直し

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

### 現行

#### 【一般病棟用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-
	専門的な治療・処置			
7	(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用(注射剤のみ)、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
8	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり



### 改定後

- ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
<b>3</b>	<b>注射薬剤3種類以上の管理</b>	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
<b>5</b>	<b>輸血や血液製剤の管理</b>	なし	-	<b>あり</b>
	専門的な治療・処置			
<b>6</b>	(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用(注射剤のみ)、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
<b>7</b>	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

# 急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	許可病床数 200床以上	31%/ <u>28%</u>	<u>27%</u> / <u>24%</u>	<u>24%</u> / <u>21%</u>	<u>20%</u> / <u>17%</u>	<u>17%</u> / <u>14%</u>	測定している こと
	許可病床数 200床未満	<u>28%</u> / <u>25%</u>	<u>25%</u> / <u>22%</u>	<u>22%</u> / <u>19%</u>	<u>18%</u> / <u>15%</u>		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	-				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院医療等に関する調査への適切な参加</li> <li>届出にあたり入院料1の届出実績が必要</li> </ul>		-		
データ提出加算		○ (要件)					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	<u>1,382点</u>

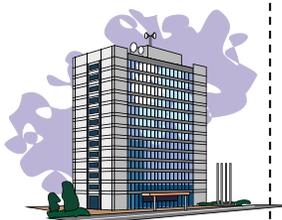
【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり  
⇒令和4年9月30日まで基準を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり  
⇒令和4年9月30日まで改定前の点数を算定できる。

# 特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

## 特定集中治療室等における重症患者の対応強化



### 特定集中治療室管理料の対象患者

- ・意識障害又は昏睡
- ・急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ・急性心不全（心筋梗塞を含む）
- ・急性薬物中毒
- ・ショック
- ・重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- ・広範囲熱傷
- ・大手術後
- ・救急蘇生後
- ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態

### 特定集中治療室

#### ① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

##### ➤ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が **1割5分**以上

#### ② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

##### ➤ ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする看護に関する適切な研修を修了した看護師（専従の常勤看護師 1名以上）

##### ➤ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士（専従の常勤臨床工学技士 1名以上）

##### ➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講（2名以上）

新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）

#### ③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

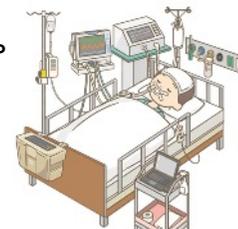
##### ➤ 集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。

院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること。

- ・重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
- ・人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際

##### ➤ 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における

集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。



# 特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

## (新) 重症患者対応体制強化加算

イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

[算定要件]

重症患者の対応に係る体制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病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

### [施設基準の概要]

専従の常勤看護師 <b>1名</b> 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 <b>1名</b> 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	<p><b>*実施業務*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした <b>院内研修を、年1回以上実施。</b> 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること</li> <li>① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護</li> <li>② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際</li> </ul>	
看護師 <b>2名</b> 以上 <b>※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。</b> <b>※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。</b>	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		<p><b>*実施業務*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、<b>他の医療機関等の支援を行う。</b>（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）</li> <li><b>地域の医療機関等が主催する</b>集中治療を必要とする患者の看護に関する<b>研修に講師として参加する</b>など、地域における集中治療の質の向上を目的として、<b>地域の医療機関等と協働する</b>ことが望ましい。</li> </ul>

必要な届出	<ul style="list-style-type: none"> <li>区分番号「A200-2」急性期充実体制加算</li> <li>区分番号「A234-2」感染対策向上加算1</li> </ul> <p>ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。</p>
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が <b>1割5分以上</b>

## 重症患者等に対する支援に係る評価の新設

- ▶ 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

### **(新) 重症患者初期支援充実加算 300点 (1日につき)**

#### [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入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
  - ア **当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
  - イ 支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
  - ウ 当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
  - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

#### [施設基準]

- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。
- (2) **特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されている**こと。
- (3) **当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。
- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。
  - ア **医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
  - イ **医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**
- (5) **支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) **支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備**し、職員に遵守させていること。
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

# 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%</b> 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	<b>2割</b> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		<b>2割</b> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、**救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100**

## 回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）		1.5対1以上（4割以上が看護師）		
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○			○	
休日リハビリテーション	○		-		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>		2割以上→ <u>3割以上</u>		-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ( )内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ( )内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

## 医療区分について（参考）

<b>医療区分3</b>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>）</li> <li>・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）</li> </ul>
<b>医療区分2</b>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の難病（スモンを除く）</li> <li>・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>）</li> <li>・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置）</li> <li>・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）</li> </ul>
<b>医療区分1</b>	医療区分2・3に該当しない者

## 短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

### 短期滞在手術等基本料3の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

#### 追加する手術等

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの  
 D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの  
 D237-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)  
 D287 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)  
 K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術  
 K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)  
 K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)  
 K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)  
 K048 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 (鎖骨に限る。)  
 K048 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。)  
 K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)  
 K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの  
 K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法  
 K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法  
 K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの  
 K224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)  
 K242 斜視手術 2 後転法  
 K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施  
 K254 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。)

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術  
 K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)  
 K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)  
 K318 鼓膜形成手術  
 K333 鼻骨骨折整復固定術  
 K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの  
 K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上  
 K617-2 大伏在静脈抜去術  
 K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術  
 K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術  
 K747 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 (肛門ポリープ切除術に限る。)  
 K747 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 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)  
 K823-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)  
 K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術  
 K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術  
 1 電解質溶液利用のもの  
 K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術  
 2 その他のもの  
 K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの  
 K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの  
 K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

# DPC/PDPSの見直し

## ➤ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数（医療機関群）**：現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準（DPC特定病院群）を維持する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：従前の6つの評価項目を維持する。地域医療指数における体制評価指数は、医療計画に係る取組等を踏まえ、以下のとおり見直す。

### 現行

- 【体制評価指数】
- がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、その他の9項目で評価
- <災害>（新設）  
<へき地>「へき地医療拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」
- <その他> 新型インフルエンザ対策

### 改定後

- 【体制評価指数】
- 従前の9項目に**感染症**を追加
- <災害> **BCPの策定**（災害拠点病院以外）  
<へき地>「**へき地医療拠点病院の指定かつ主要3事業を年12回以上**」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」  
「へき地医療拠点病院の指定（主要3事業を年12回以上実施している場合を除く。）」
- <**感染症**> 新型インフルエンザ対策  
**新型コロナウイルス感染症対策**（病床確保、GMIS）

4. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度の1年間のみ）。

## ➤ 算定ルールの見直し

1. **短期滞手術等基本料3に該当する診断群分類等について**、DPC/PDPSの**点数設定方式Dにより設定する**。
2. **疾患の頻度が高く、医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患で、手術が定義されていない診断群分類について**、医療資源投入量の相違を踏まえ、**他院からの転院の有無により評価を区別する**。
3. **入院初期の医療資源投入量が増加傾向**であることを踏まえ、**点数設定方式Aについて、入院初期をより重点的に評価する体系に見直す**。

## ➤ 退院患者調査の見直し

1. 入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬材料等が包括されている外来診療に係る評価について、実施された診療行為を外来EFファイルで提出することとする。
2. 調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

# 地域医療体制確保加算の見直し

## 地域医療体制確保加算の見直し

- ▶ 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

### 現行

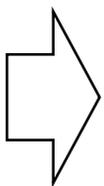
#### 【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 520点

#### 〔施設基準〕

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



### 改定後

#### 【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 **620点**

#### 〔施設基準〕

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

**ア** 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

**イ** 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

**ウ** 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

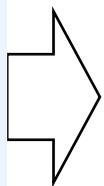
# 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

## 医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

- 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

### 現行

医師事務作業補助体制加算1の施設基準  
 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。  
 (新設)



### 改定後

医師事務作業補助体制加算1の施設基準  
(削除)

当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

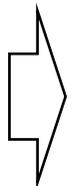
(※) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

## 医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

### 現行

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	970点	910点
2.0対1	758点	710点
2.5対1	630点	590点
3.0対1	545点	510点
4.0対1	455点	430点
5.0対1	375点	355点
7.5対1	295点	280点
10.0対1	248点	238点



### 改定後

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
2.0対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
2.5対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
3.0対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
4.0対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
5.0対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
7.5対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
10.0対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>

# 診療録管理体制加算の見直し

## 診療録管理体制加算の見直し

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

### 現行

【診療録管理体制加算】  
[施設基準]  
(新設)



### 改定後

【診療録管理体制加算】  
[施設基準]  
許可病床数が400床以上の保険医療機関については、以下の要件を加える。

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

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

### 現行

【診療録管理体制加算】  
[施設基準]  
(新設)  
  
(新設)



### 改定後

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

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

届出内容(例)

- ・ バックアップ対象のシステム
- ・ バックアップの頻度、保管方式

# データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

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

## [経過措置]

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

# 外来医療の強化、機能分化

# 外来医療等に係る評価の主な見直し①

## 【外来医療の機能分化】

### 1. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し等

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

### 2. 紹介割合等に基づく初診料等減算の見直し

- ✓ 紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を対象に追加
- ✓ 「紹介率」・「逆紹介率」について、「紹介割合」「逆紹介割合」と名称を変更し、実態を踏まえ算出方法・基準を変更

## 【かかりつけ医機能の評価】

### 1. 地域包括診療料・加算の見直し

- ✓ 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、対象疾患に慢性心不全及び慢性腎不全を追加

### 2. 連携強化診療情報提供料の新設

- ✓ かかりつけ医機能を有する医療機関等が、他医療機関の求めに応じて診療情報を提供した場合について、連携強化診療情報提供料と名称を変更するとともに、算定上限回数を月1回に変更
- ✓ 「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

### 3. 機能強化加算の見直し

- ✓ 評価を行うかかりつけ医機能を明確化
- ✓ 診療実績や、地域における保健・福祉サービス機能について、要件に追加

### 4. 小児かかりつけ診療料の見直し

- ✓ 時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直し

### 5. 生活習慣病管理料の見直し

- ✓ 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、評価を見直し

## 外来医療等に係る評価の主な見直し②

### 【リフィル処方箋の仕組み】

#### 1. リフィル処方箋の仕組み新設

- ✓ 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仕組みを設け、[処方箋の様式を見直し](#)

#### 2. 処方箋料における減算規定緩和

- ✓ 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](#)

### 【オンライン資格確認の活用推進】

#### 1. 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として、[電子的保健医療情報活用加算](#)を新設

### 【外来等におけるデータ提出の評価】

#### 1. 外来データ提出加算等の新設

- ✓ [生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等](#)において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関する[データを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設](#)

# 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

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

## 現行制度

### [対象病院]

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

### [定額負担の額]

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

## 見直し後

### [対象病院]

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

### [定額負担の額]

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

### [保険給付範囲からの控除]

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

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

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

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

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

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

# 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

## 現行制度

### [対象患者]

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

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

### 《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

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

## 見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

### 【初診の場合】

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

### 【再診の場合】

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

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

# 処方箋等の見直し

## 処方箋様式の見直しについて

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

The image shows the original, more complex layout of a Japanese prescription form (処方箋) with various fields and a grid at the bottom.



The revised prescription form layout is shown with several key changes highlighted by red dashed boxes:

- リフィル可**  ( 回 )
- 備考欄 (Remarks) containing:
  - 「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。)
  - 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤  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。

# オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

## 電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料

**(新) 電子的保健医療情報活用加算 7点**

再診料

**(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点**

外来診療料

**(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点**

[対象患者]

- オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

(※)

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

[施設基準]

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

# オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

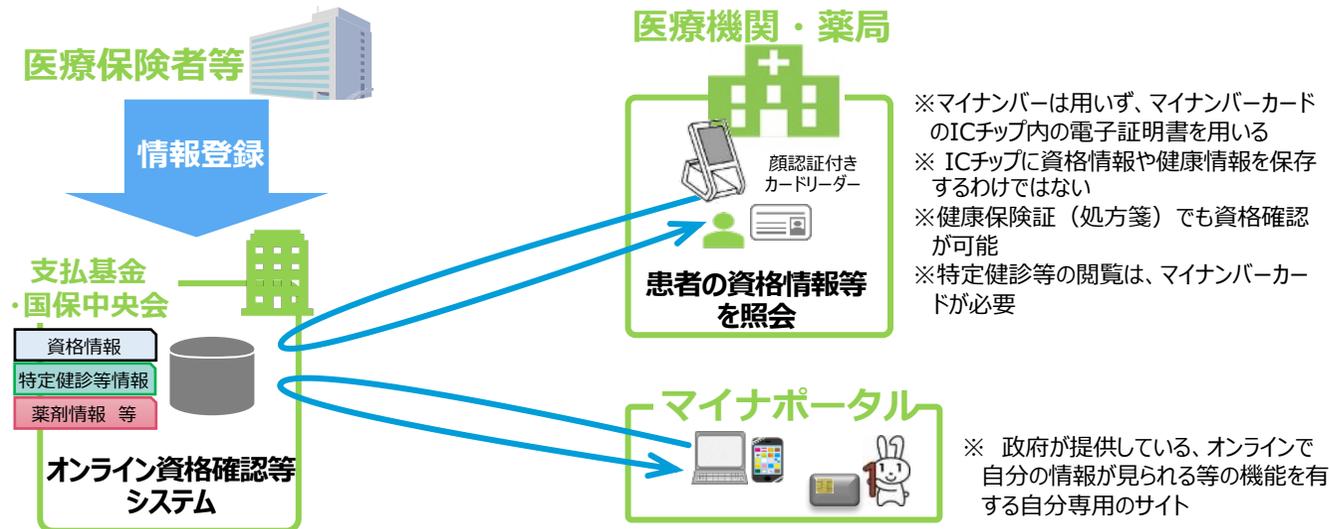
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築**等を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。政府では、**令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

## オンライン資格確認を利用するメリット

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

## マイナンバーカードの交付状況

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



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



医療機関ポータル 検索

# 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

# 在宅医療・訪問看護に係る評価の主な見直し

## 【在宅医療】

### 1. 在支診及び在支病による地域連携等の推進

- ✓ 機能強化型の在支診及び在支病について、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旨を明記
- ✓ 機能強化型在支病において後方支援機能を強化する観点から、後方ベッドの確保の上在宅患者の緊急入院受入又は地ケア1又は3の届出を要件に組み入れ

### 2. 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進

- ✓ 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
- ✓ 従来の継続診療加算を名称変更した上で、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に加入し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価として、在宅療養移行加算を新設

### 3. 小児の在宅医療の評価

- ✓ 在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について小児に係る加算を新設

## 【訪問看護】

### 4. 利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制整備の推進

- ✓ 訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化

### 5. 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

- ✓ 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設

### 6. 退院支援の見直し

- ✓ 退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設

### 7. 遠隔死亡診断の補助の評価

- ✓ 医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設

# 外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

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

## (新) 外来在宅共同指導料

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

### [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。



# 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

## 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

### 現行

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間



### 改定後

【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】

[施設基準]

褥瘡ケアに係る専門の研修

- ・ 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間
- ・ **特定行為研修(創傷管理関連)**

※在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

## 専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

- 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

**(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)**

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

### [算定対象]

- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
  - ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者
  - ・ 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
  - ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
  - ・ 手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

# 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組

# 新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し①

## 【感染対策に係る評価の新設】

### 1. 外来感染対策向上加算の新設

- ✓ 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（発熱患者の外来診療等を実施する体制）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として、外来感染対策向上加算を新設
- ✓ 中核的な医療機関である、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の評価として、連携強化加算を新設
- ✓ 地域のサーベイランスに参加している場合の評価として、サーベイランス強化加算を新設

### 2. 感染対策向上加算の改称・新設

- ✓ 感染防止対策加算を感染対策向上加算に改称し、平時からの個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から要件を見直し
  - ✓ 保健所、地域の医師会との連携
  - ✓ 新興感染症等の発生を想定した訓練の実施
  - ✓ 新興感染症等の発生時等に患者の受入体制を有し、公開
- ✓ より小規模の感染制御チームによる感染防止対策に係る評価として、感染対策向上加算3を新設
- ✓ 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価として、指導強化加算を新設
- ✓ 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関が、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、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の評価として、連携強化加算を新設
- ✓ 地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価として、サーベイランス強化加算を新設

# 新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し②

## 【感染症対応を踏まえた入院医療提供体制等の強化】

### 1. 急性期入院医療における体制強化

急性期一般入院料における機能強化を推進

- ✓ **急性期充実体制加算の新設**
  - ✓ **高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制**を有する医療機関における診療を評価

特定集中治療室等における機能強化を推進

- ✓ **重症患者対応体制強化加算の新設**
  - ✓ **新興感染症等有事にも対応できる体制の構築**を評価
- ✓ **重症患者初期支援充実加算**を新設
  - ✓ 重症患者等に対する支援を評価（入院時重症患者メディエーター）
- ✓ 早期回復を目的とした取組を実施している**治療室において、ECMO等を実施する場合の算定上限日数を延長**
- ✓ **人工呼吸、ECMOに係る新たな評価**を実施
  - ✓ 人工呼吸の評価を経過日数により分別
  - ✓ **体外式膜型人工肺管理料**を新設
- ✓ 救急搬送診療料において、**重症患者搬送加算を新設**（ECMOカー等）

### 2. 回復期入院医療における体制強化

地域包括ケア病棟における機能強化を推進

- ✓ **急性期病棟から転棟してきた場合の初期加算**について、**他院からの転棟について点数引き上げ**
- ✓ **在宅等からの受入を促進**するため、**初期加算を引き上げるとともに、要件を強化**
- ✓ **在宅復帰率の要件を引き上げるとともに、入退院支援を推進**するため、**入退院支援加算の届出を要件化**
- ✓ **一般病床において届け出ている**場合に、**救急告示病院等であることを要件化**

### 3. 在宅医療・訪問看護における体制強化

- ✓ **機能強化型在支診・在支病の地域連携の強化**
  - ✓ **市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等における連携等**を望ましい規定で要件化
- ✓ **機能強化型在支病の後方支援機能強化**
  - ✓ **在宅患者の緊急入院受入等**を要件に組み入れ
- ✓ **訪問看護ステーションの地域連携等の強化**
  - ✓ BCPの要件化
  - ✓ **地域の相互支援ネットワークへ参加している場合**の24時間対応体制加算算定対象への追加

## 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

- 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の新設及び感染防止対策加算の見直し②

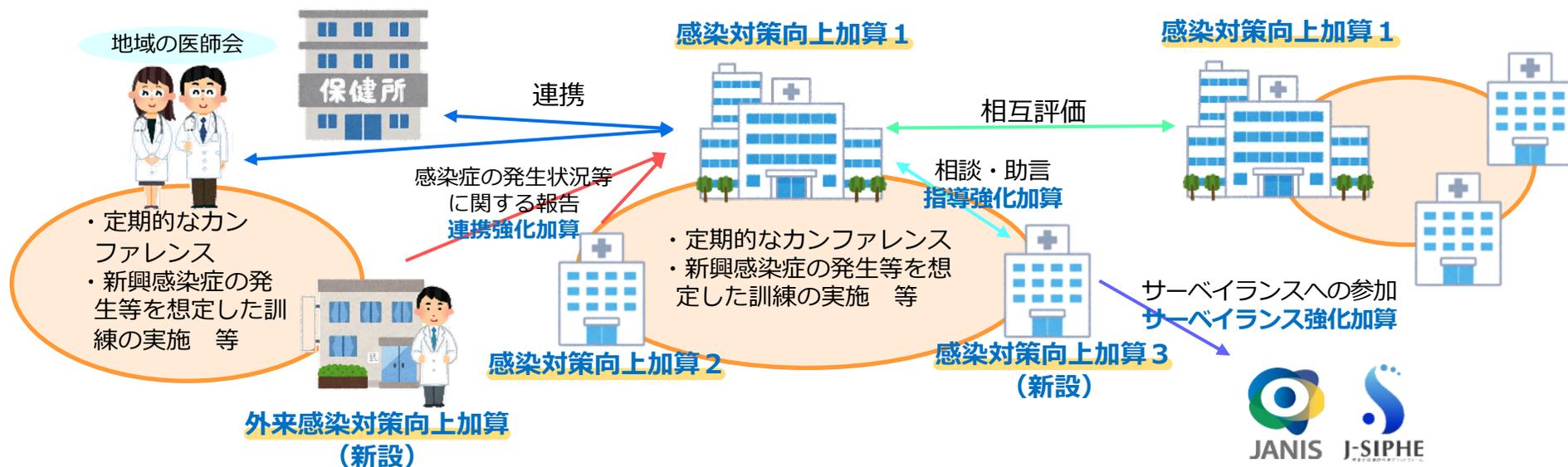
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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

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

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

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



# 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

		感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	外来感染対策向上加算
点数		<b>710点</b>	<b>175点</b>	<b>75点</b>	<b>6点</b>
算定要件		入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定
主な施設基準	届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		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	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上)</li> <li>専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了)</li> <li>専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上)</li> <li>専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上)</li> </ul> ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ <b>必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。</b>	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上)</li> <li>専任の看護師(感染管理の経験5年以上)</li> <li>専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了)</li> <li>専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了)</li> </ul>	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 <ul style="list-style-type: none"> <li>専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい)</li> <li>専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)</li> </ul>	<b>院内感染管理者(※)を配置していること。</b> ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	医療機関間・行政等との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所、地域の医師会と連携し、加算2又は3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。)</li> <li>加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する</li> <li>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。)</li> <li>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</li> <li>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。)</li> <li>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</li> <li>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年2回以上、加算1の医療機関又は地域の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。)</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 <b>サーベイランス強化加算</b> として <b>5点</b> を算定する。		<b>サーベイランス強化加算</b> として <b>1点</b> を算定する。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>「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</li> <li>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</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</li> </ul> ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	<ul style="list-style-type: none"> <li>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 <b>指導強化加算</b> として、 <b>30点</b> を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 <b>連携強化加算</b> として <b>30点</b> を算定する。		<b>連携強化加算</b> として <b>3点</b> を算定する。	

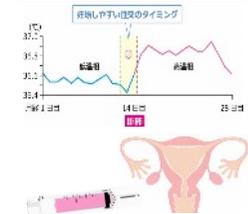
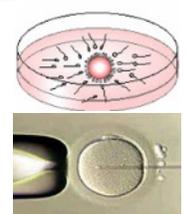
# 不妊治療の保険適用

# 不妊治療の全体像

令和4年3月以前から保険適用

<b>検査(原因検索)</b>	➔	①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。 診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。
<b>原因疾患への治療</b>	①男性側に原因	精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。 手術療法や薬物療法が行われる。
	②女性側に原因	子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

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

<b>一般不妊治療</b>	タイミング法	排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。	
	人工授精	精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。	
<b>生殖補助医療</b>	体外受精	胚移植の段階で、以下に分かれる ・新鮮胚移植 ・凍結胚移植 	
	顕微授精		
	男性不妊の手術	射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる	

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。**

## 不妊治療の保険適用

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

### 一般不妊治療に係る評価の新設

(一般不妊治療に係る医療技術等の評価)

- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

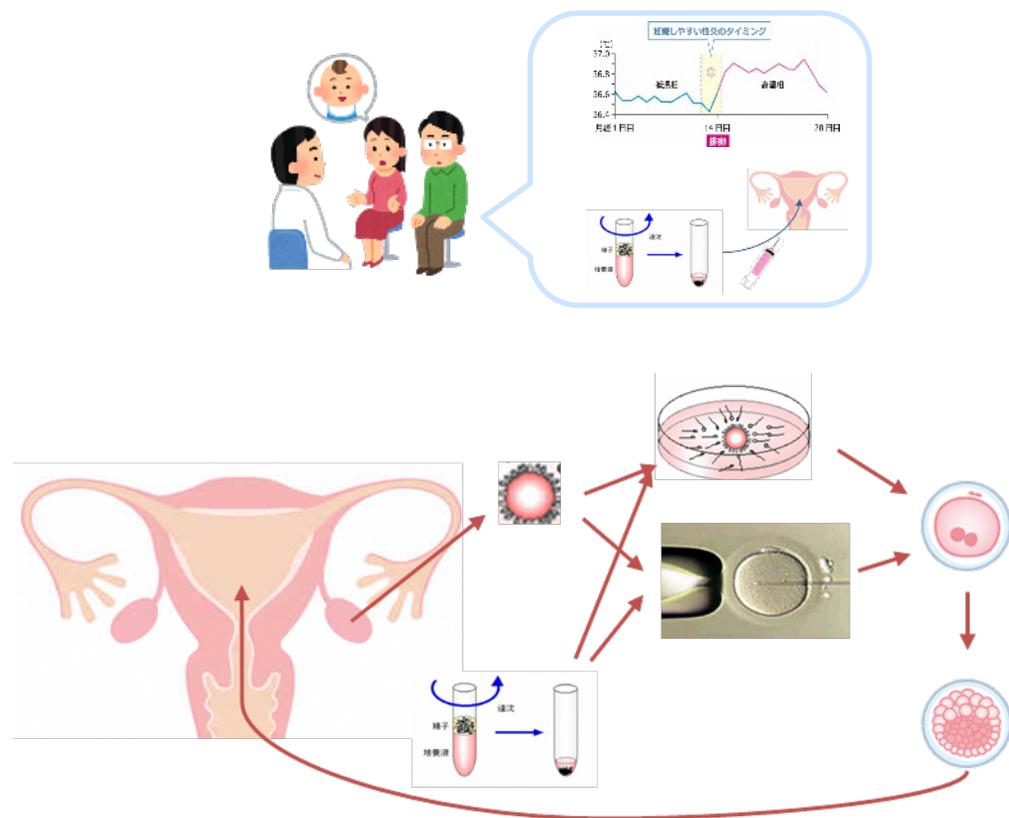
### 生殖補助医療に係る評価の新設

(生殖補助医療に係る医療技術等の評価)

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

(男性不妊治療に係る医療技術等の評価)

- Y染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術

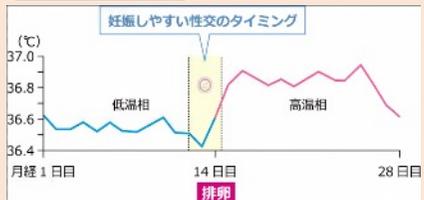


# 不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

【新たに保険適用】

**タイミング法** ※管理料で包括評価



**人工授精** ※評価を新設



＜「生殖補助医療」の補足＞

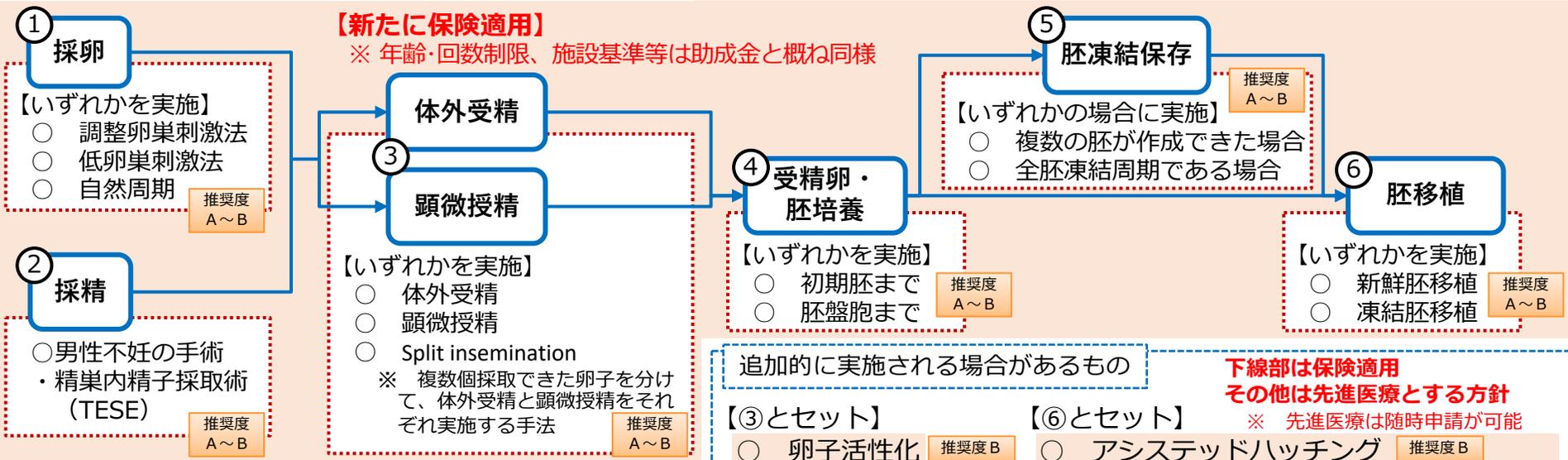
- 下記診療の流れは、生殖医療ガイドラインに記載されている医療技術等について整理したもの。
- 推奨度ごとの考え方は、以下のとおり。

**推奨度 A : 実施を強く推奨**  
**推奨度 B : 実施を推奨**  
**推奨度 C : 実施を考慮**

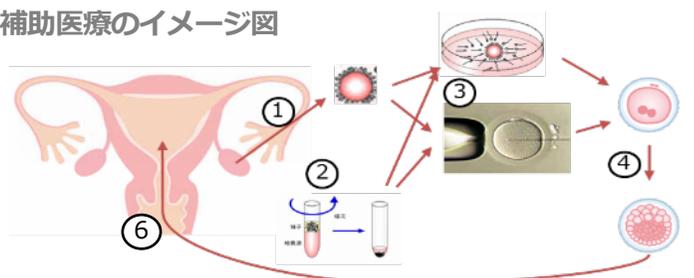
生殖補助医療

【新たに保険適用】

※年齢・回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様



生殖補助医療のイメージ図



追加的に実施される場合があるもの

**【③とセット】**

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

**【④とセット】**

- タイムラプス 推奨度 C

**【⑥とセット】**

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

**下線部は保険適用  
その他は先進医療とする方針**

※ 先進医療は随時申請が可能

# 不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降)

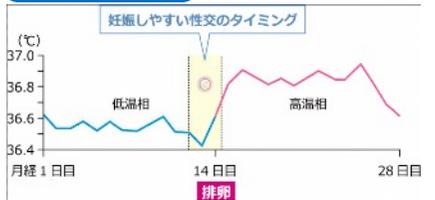
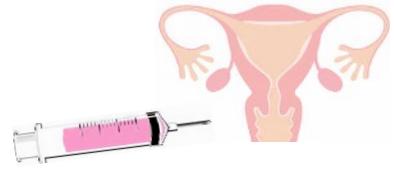
一般不妊治療

**タイミング法**

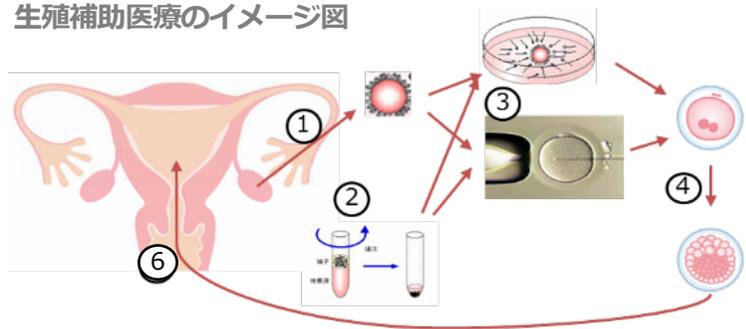
一般不妊治療管理料  
○ 250点 (3月に1回)

**人工授精**

人工授精  
○ 1,820点

生殖補助医療のイメージ図



**生殖補助医療管理料 (月に1回)**

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

**① 採卵**

- 採卵術**  
○ 3,200点+2,400~7,200点 (採卵数に応じ加算)
- 抗ミューラー管ホルモン (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

**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**

- + アシスト・ルッチング
- + 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
- + アシスト・ルッチング 1,000点
- + 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

生殖補助医療

## 生殖補助医療に係る医療技術等の評価 ④ (採卵術、AMH)

- ▶ 不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設する。

### (新) 採卵術 3,200点

注 採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

イ 1個の場合	2,400点
ロ 2個から5個までの場合	3,600点
ハ 6個から9個までの場合	5,500点
ニ 10個以上の場合	7,200点

#### [施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

#### [算定要件]

- (1) 不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
  - ア 卵管性不妊
  - イ 男性不妊（閉塞性無精子症等）
  - ウ 機能性不妊
  - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- (2) 採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (3) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

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

### (新) 抗ミュラー管ホルモン (AMH) 600点 (6月に1回)

#### [算定要件]

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

## 男性不妊治療に係る医療技術等の評価 ① (Y染色体微小欠失検査)

- 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的にY染色体微小欠失検査を実施した場合の評価を新設する。

### **(新) Y染色体微小欠失検査 3,770点 (患者1人につき1回)**

#### [算定要件]

- Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、PCR-rSSO法により、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。なお、本検査を実施する医学的な理由を診療録に記載すること。

#### [施設基準]

- (1) 次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

ア **生殖補助医療管理料**

イ **精巣内精子採取術**

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

# 情報通信機器を用いた診療に係る評価

# 情報通信機器を用いた評価の新設・見直し

## 1. 初診

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が改定されたことを踏まえ、評価を新設
- ✓ 「**初診料（情報通信機器を用いる場合） 251点**」を新設（**対面の場合の87%**）
- ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を1割以下」「医療機関と患者との距離が概ね30分以内」といった条件は設定しない

## 2. 再診

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における臨時的・時限的特例の実態も踏まえ、評価を新設
- オンライン診療料は廃止
- ✓ 「**再診料 情報通信機器を用いる場合 73点**」を新設
- ✓ 「**外来診療料 情報通信機器を用いる場合 73点**」を新設
- ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を全体の1割以下」「医療機関と患者との距離が概ね30分以内」といった条件を撤廃

## 3. 医学管理料

- 算定可能な医学管理料を整理・追加するとともに、点数を引き上げ
- ✓ **検査・処置等を伴わない医学管理料を算定可能として追加**し、現行の9種類から**20種類へ増加**
- ✓ 点数は、**全て対面の場合の87%**として設定

## 4. 在宅医療

- 在宅時医学総合管理料において活用場面を整理・拡大し、施設入居時等医学総合管理料にも対象拡大
- ✓ 「**月1回の在宅診療と月1回のオンライン診療**」、「**2月に1回の在宅診療と2月に1回のオンライン診療**」の場合の点数を新設
- ✓ **施設入居時等医学総合管理料においても、同様の類型を新設**

## 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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

[算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
  - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
  - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
- (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせる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。

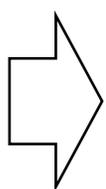
# 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

## 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

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

### 現行

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



### 改定後

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

（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）

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

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

## 個別改定項目等の評価

- 個別改定項目の評価 –がん・疾病・難病対策の評価
- 医療技術の適切な評価

## 個別改定項目の評価

3. 小児医療、周産期医療の充実
4. **がん・疾病・難病対策の評価**
5. リハビリテーションの評価

# がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

## がんゲノムプロファイリング検査の見直し

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

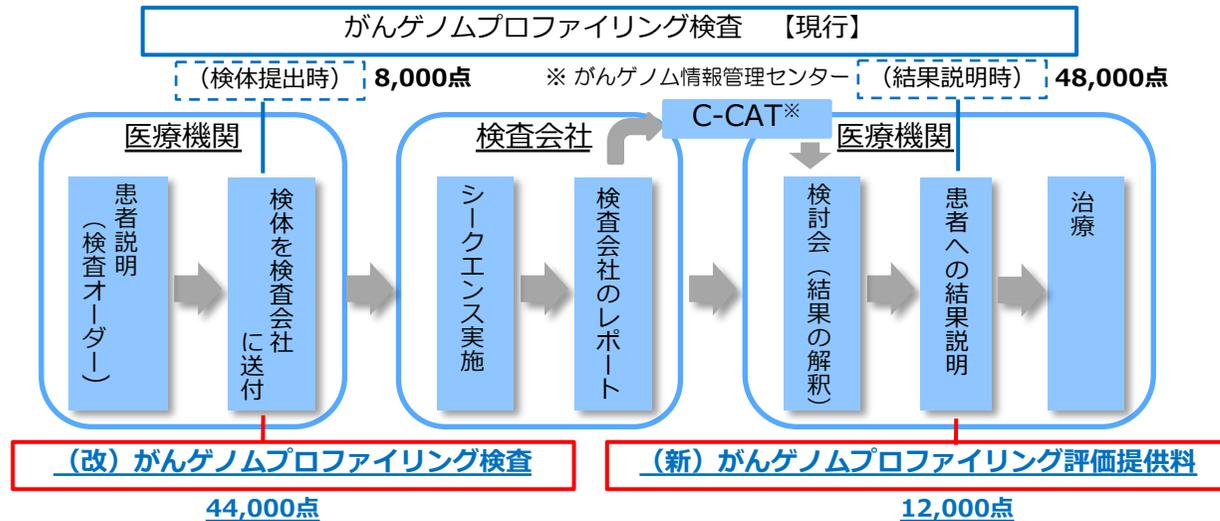
### (新) がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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



現行	
がんゲノムプロファイリング検査	
1 検体提出時	8,000点
2 結果説明時	48,000点



改定後	
(改) <u>がんゲノムプロファイリング検査</u>	<u>44,000点</u>
(新) <u>がんゲノムプロファイリング評価提供料</u>	<u>12,000点</u>

## 無菌製剤処理料の対象施設の見直し

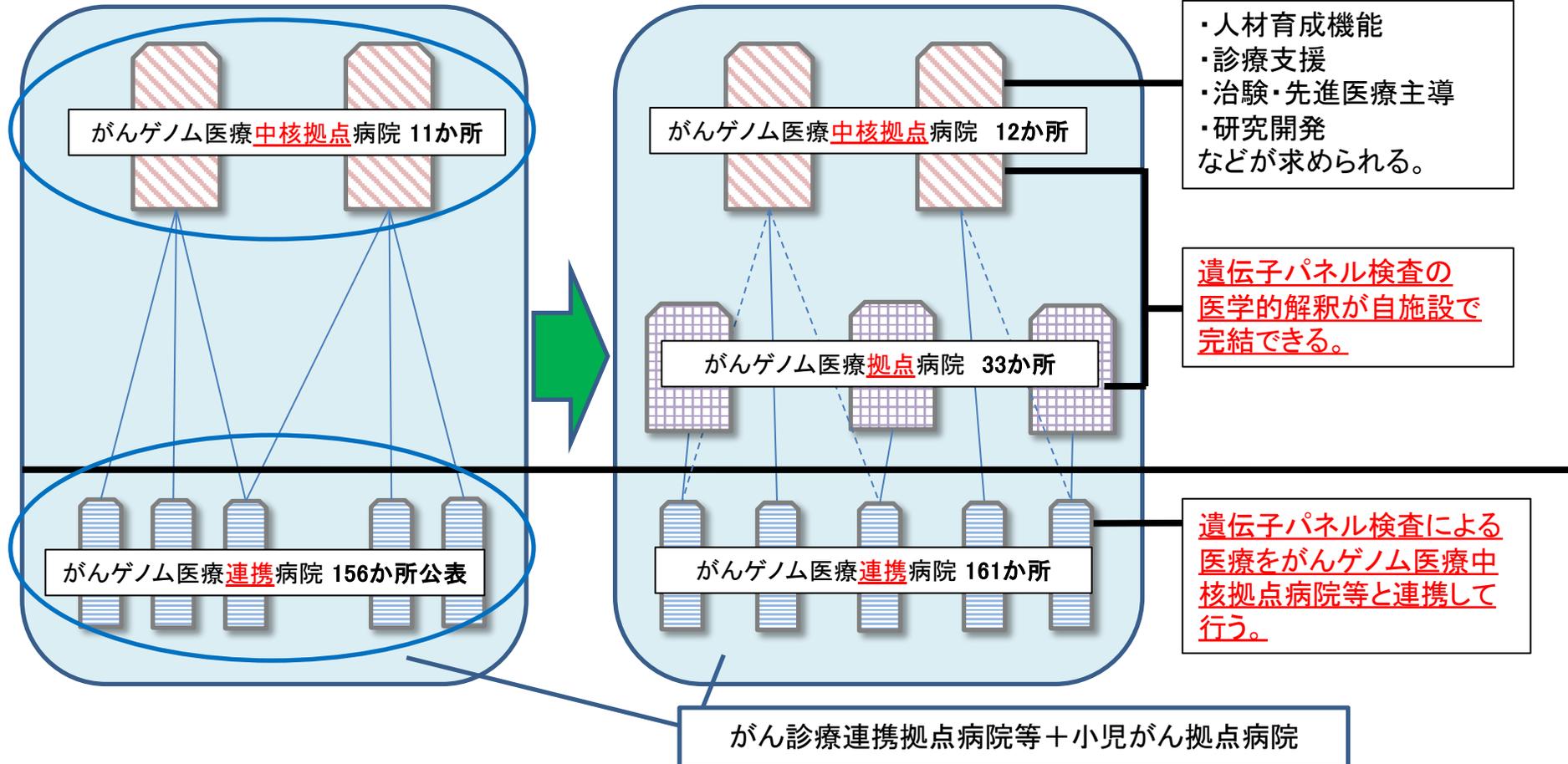
- ▶ 質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。

# がんゲノム医療の提供体制

第3回がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議  
(令和元年12月5日)資料1-1より抜粋(改変)

平成31年4月時点

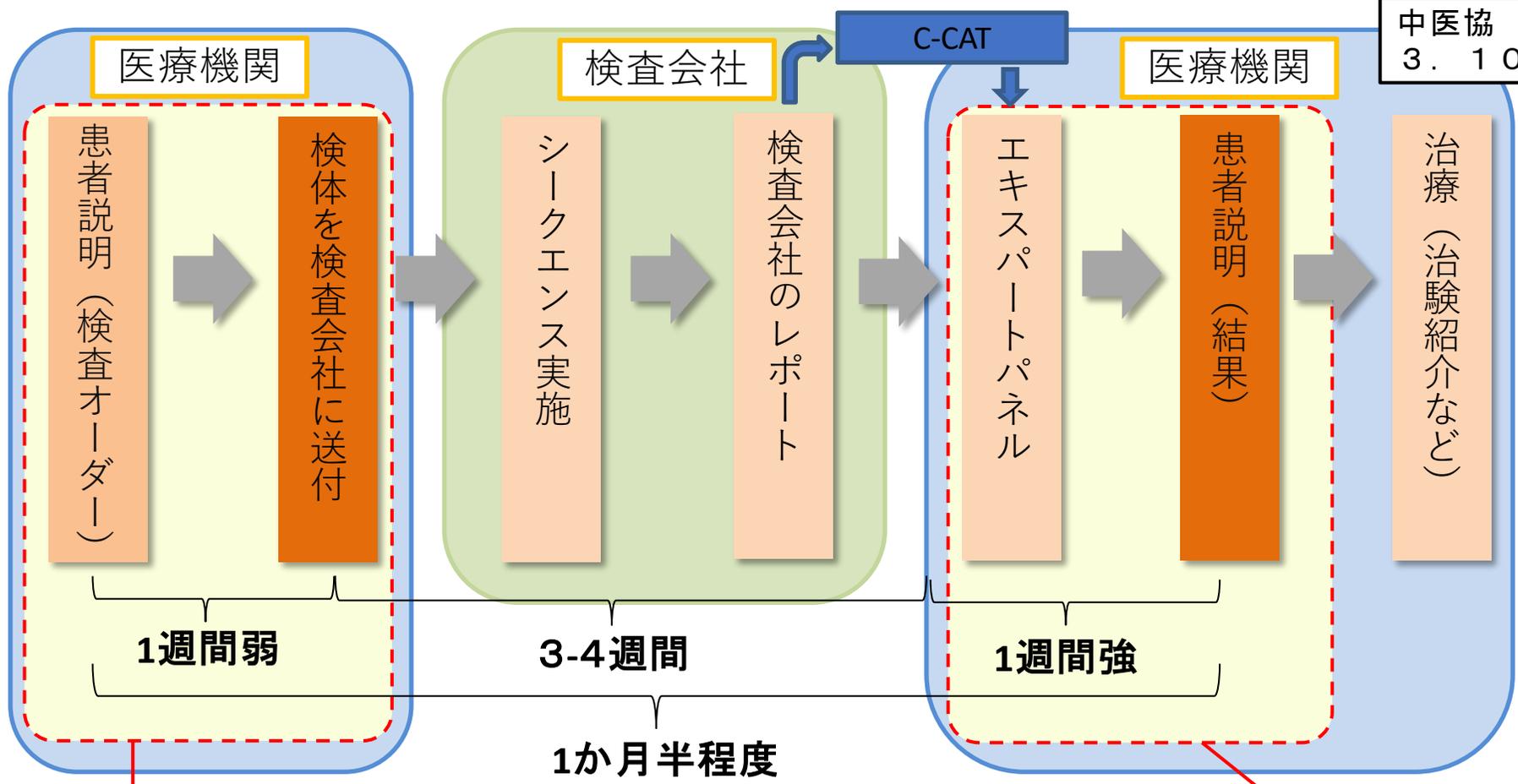
令和3年2月現在



ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築する。

# がんゲノムプロファイリング検査の行程（診療報酬の算定を含む）

中医協 総-1  
3. 10. 22



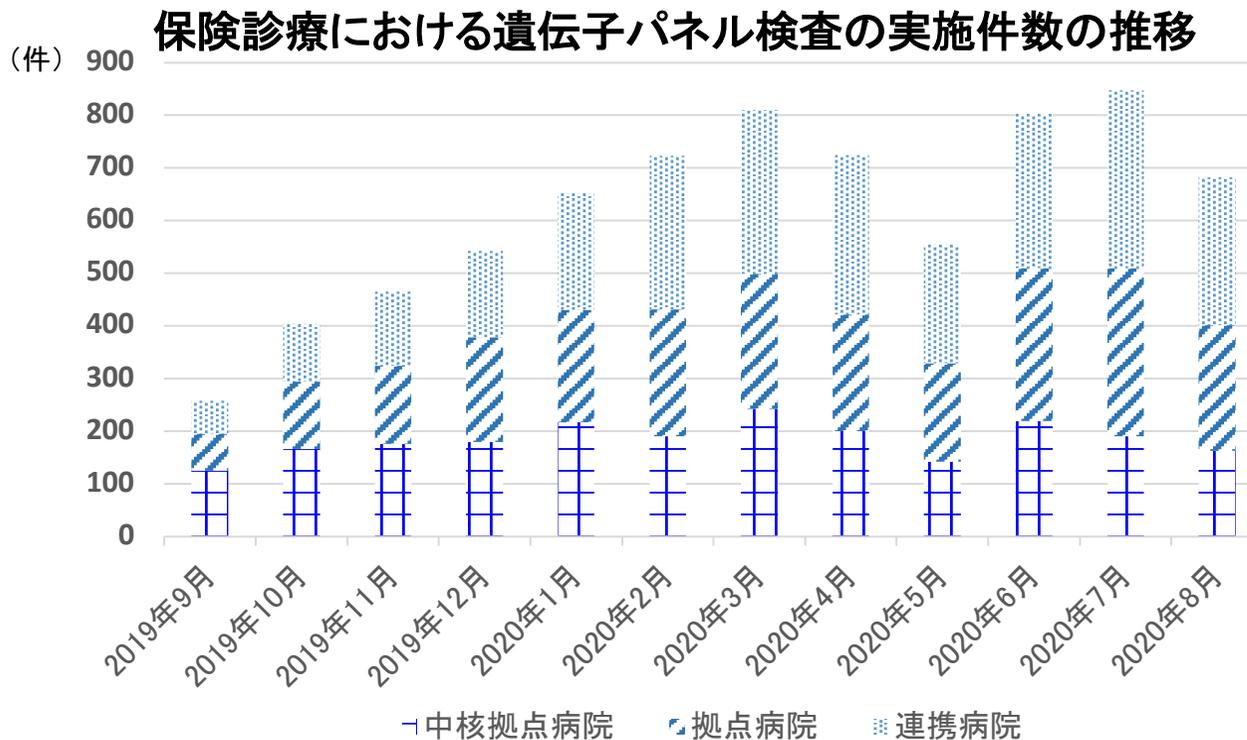
○検体提出時 8,000点

○結果説明時 48,000点

- 【主な要件】
- ・がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院及びがんゲノム医療連携病院で実施
  - ・エキスパートパネルの実施（がんゲノム医療中核拠点病院で実施）
  - ・C-CATへデータ提出
  - ・患者へのデータ返却体制の整備
  - ・管理簿等の作成
  - ・品質・精度管理のための必要な措置
  - ・治療方針等について患者に説明 等

# 遺伝子パネル検査の実施件数(内訳)

- 2019年9月1日～2020年8月31日の期間に行われた保険診療における遺伝子パネル検査の実施件数について、2020年度の現況報告書(9月1日時点)を元に集計した。
- 合計実施件数:7,467件



	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	合計	割合
中核拠点病院	125	166	176	180	217	191	242	200	143	219	191	163	2,213	29.6 %
拠点病院	70	128	148	199	214	241	257	222	186	291	319	239	2,514	33.7 %
連携病院	63	110	142	163	221	291	311	302	226	293	337	281	2,740	36.7 %
合計	258	404	466	542	652	723	810	724	555	803	847	683	7,467	100 %

## がんゲノムプロファイリング検査の算定不可症例数

施設	算定不可症例数	検査数	割合	期間
A	8	264	3.0%	2019/8/19~2021/5/26
B	7	364	1.9%	2019/6~2021/5/31
C	20	485	4.1%	2019/6~2021/5
D	19	776	2.4%	2019/8/1~2021/6/23
E	11	203	5.4%	2019/9~2020/12
F	8	121	6.6%	2019/6~2021/3
G	11	251	4.4%	2019/6/27~2021/3/31
H	11	143	7.7%	2019/6~2021/3
I	4	243	1.6%	2019/11~2021/6/25
J	23	401	5.7%	2019/06~
K	7	303	2.3%	2019/12~2021/6
L	28	365	7.6%	2019/8~2021/4
<b>合計</b>	<b>177</b>	<b>4404</b>	<b>4.0%</b>	

がんゲノム医療中核拠点病院調べ

- 患者の予期せぬ死亡等による、算定不可症例が一定数存在している。

# がんゲノムプロファイリング検査についての課題と論点

中医協 総-1  
3. 10. 22

## (がんゲノムプロファイリング検査の現状)

- がんゲノムプロファイリング検査の実施件数・実施医療機関数については、開始後、概ね安定的に推移しており、がんゲノム医療の提供体制の拡充がみられている。
- がんゲノムプロファイリング検査では、多職種 of 専門家が集まり、ゲノム情報の臨床的解釈を行う「エキスパートパネル」と呼ばれるプロセスが不可欠であり、また、がんゲノム情報管理センター(G-CAT)に情報提供がなされている。
- 検査行程は複数の行程からなり、検査オーダーから患者への結果説明まで1か月半程度を要する。
- 検体提出時と結果説明時にそれぞれ診療報酬を算定する構造になっているが、検査を提出した患者が予期せず死亡した場合等、検査に係る費用の大半を占める点数が算定できない症例が一定数存在する。
- 要件には精度管理のほか、検査の実施以外にエキスパートパネルの実施等が盛り込まれており、適切に一連の診療行為を実施することを求めている。



## 【論点】

- がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進していく観点から、現在のがんゲノムプロファイリング検査の評価の在り方についてどのように考えるか。

# がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

## がんゲノムプロファイリング検査の見直し

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

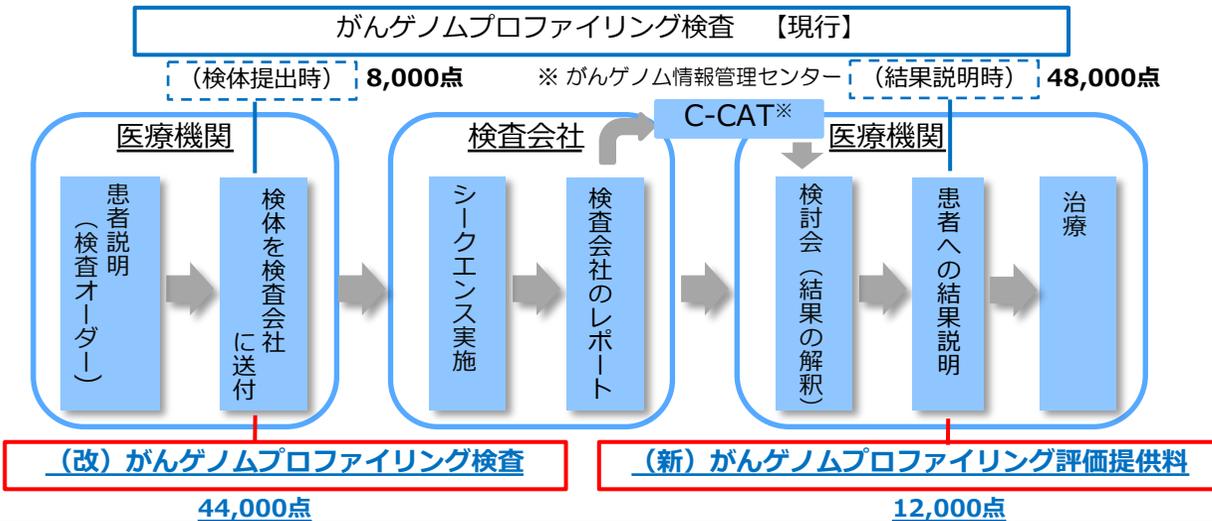
### (新) がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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



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

## 無菌製剤処理料の対象施設の見直し

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

## 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

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

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

# 遺伝カウンセリングの見直し

## 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

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

【検体検査判断料】 遺伝カウンセリング加算 1,000点

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

【算定要件】（概要・一部抜粋）

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

保険医療機関A

保険医療機関B

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関



# 遺伝学的検査

- 遺伝学的検査は、以下の遺伝子疾患が疑われる場合であって、関係学会のガイドライン等を遵守して実施した場合に算定できる。
- エ、オに掲げる遺伝子疾患は、診断に遺伝学的検査が必須の指定難病であり、「遺伝学的検査の実施に関する指針」を遵守し検査を実施していることを施設基準としている。

	ア PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの	イ PCR法による場合に算定できるもの	ウ ア、イ、エ及びオ以外のもの	エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
<b>1 処理が容易なもの (3,880点)</b>	デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、家族性アミロイドーシス	球脊髄性筋萎縮症	筋強直性ジストロフィー、先天性難聴	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)、脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條-西村症候群、家族性地中海熱
<b>2 処理が複雑なもの (5,000点)</b>	福山型先天性筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症	ハンチントン病、網膜芽細胞腫、甲状腺髄様癌、多発性内分泌腫瘍症Ⅰ型	フェニルケトン尿症、ホモシチン尿症、シトルリン血症(Ⅰ型)、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症Ⅰ型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症	プリオン病、クリオピリン関連周期性熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、ブラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1	ソト症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォア病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンブソン症候群、先天性腎性尿管症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖尿病(糖尿病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)、筋型糖尿病(糖尿病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症
<b>3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)</b>	栄養障害型表皮水疱症、先天性QT延長症候群	—	メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP(LCHAD)欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群、家族性大動脈瘤・解離	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ベリー症候群、クルーズン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリシス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型性溶血性尿毒症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群

# 遺伝学的検査に係るこれまでの経緯

- 遺伝学的検査は、平成18年度診療報酬改定において、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィーを対象に保険適用され、以降、対象疾患が拡充されてきた。
- 現行の診療報酬においては、148疾患が対象となっている。

年度	診療報酬上の評価及び対象疾患
平成18年度	D006-4 進行性筋ジストロフィー遺伝子検査 2,000点 デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィー
平成20年度	D006-4 遺伝病的検査 2,000点 【追加】栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性QT延長症候群、脊髄性筋萎縮症、中枢神経白質形成異常症、ムコ多糖症 I 型、ムコ多糖症 II 型、ゴーシェ病、ファブリ病、ポンペ病
平成22年度	D006-4 遺伝学的検査 4,000点 【追加】ハンチントン舞蹈病、球脊髄性筋萎縮症
平成24年度	D006-4 遺伝学的検査 4,000点 【追加】フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（1型）、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン血症、HMG血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症 1 型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、MTP(LCHAD)欠損症、CPT1欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症、先天性難聴
平成26年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点 【追加】なし
平成28年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点 【追加】神経有棘赤血球症など42疾患
平成30年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点（評価を細分化） 【追加】遺伝性自己炎症疾患、先天異常症候群、エプスタイン症候群
令和2年度	D006-4 遺伝学的検査 3,880点/5,000点/8,000点 【追加】副腎皮質刺激ホルモン不応症など73疾患

- 関係学会によるガイドラインにおいては、遺伝学的検査の実施に当たって、①分析的妥当性、②臨床的妥当性、③臨床的有用性の3点の確認が必要とされている。

< 「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」 (日本医学会、2011年2月) >

遺伝学的検査は、その分析的妥当性、臨床的妥当性、臨床的有用性などを確認した上で、臨床的および遺伝学的に有用と考えられる場合に実施する。

## ① 分析的妥当性

検査法が確立しており、再現性の高い結果が得られるなど精度管理が適切に行われていることを意味しており、変異があるときの陽性率、変異がないときの陰性率、品質管理プログラムの有無、確認検査の方法などの情報に基づいて評価される。

## ② 臨床的妥当性

検査結果の意味づけが十分になされていることを意味しており、感度(疾患があるときの陽性率)、特異度(疾患がないときの陰性率)、疾患の罹患率、陽性的中率、陰性的中率、遺伝型と表現型の関係などの情報に基づいて評価される。

## ③ 臨床的有用性

検査の対象となっている疾患の診断がつけられることにより、今後の見通しについての情報が得られたり、適切な予防法や治療法にむすびつけることができるなど臨床上のメリットがあることを意味しており、検査結果が被件者に与える影響や効果的な対応方法の有無などの情報に基づいて評価される。

## 指定難病の場合の考え方

- 第三者による施設認証や、標準化された手順の遵守等による分析的妥当性の確認が必要
- 厚生労働科学研究班による調査研究を踏まえ、厚生科学審議会疾病対策部会で決定された客観的な診断基準において、当該疾患の診断のために必須の検査として位置づけられており、臨床的妥当性は確認されている
- 厚生労働大臣が指定する指定難病の診断が可能であり、臨床的有用性は確認されている

## 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価①

- 診断基準において、遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。
- 診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病について、臨床症状、他の検査等では診断できない場合に限り、遺伝学的検査の対象とする。

現行	
【遺伝学的検査】	
1 処理が容易なもの	3,880点
2 処理が複雑なもの	5,000点
3 処理が極めて複雑なもの	8,000点
[対象疾患]	
エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ライソゾーム病など41疾患	



改定後	
【遺伝学的検査】	
1 処理が容易なもの	3,880点
2 処理が複雑なもの	5,000点
3 処理が極めて複雑なもの	8,000点
[対象疾患]	
エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの <b>副腎皮質刺激ホルモン不応症など7疾患を追加</b>	
オ <u>臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの</u> <b>脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)など65疾患</b>	

## 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価②

### [対象疾患]

	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの	ライソゾーム病(ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。)及び脆弱X症候群	<a href="#">TNF受容体関連周期性症候群、中條一西村症候群、家族性地中海熱</a>
2 処理が複雑なもの	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスマンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1p36欠失症候群、4p欠失症候群、5p欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、 <a href="#">副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT1ジストニア、DYT6ジストニア/PTD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1</a>	<a href="#">ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、プラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンD依存性くる病/骨軟化症、ネイルパテラ症候群(爪膝蓋症候群)/LMX1B関連腎症、グルコーストランスポーター1欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型)、筋型糖原病(糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症</a>
3 処理が極めて複雑なもの	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群(血管型)、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群	<a href="#">ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群</a>

# 遺伝学的検査の位置づけに基づく指定難病の分類

○ 現在、診断基準に遺伝学的検査を含むものの、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病について、令和2年度診療報酬改定以降、関係学会及び研究班により分析的妥当性の確認を進めた。その中で、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが現時点の整理で53疾患あった。

## 【関係学会及び研究班により分析的妥当性が行われたもの】

診断基準における 遺伝学的検査の位置づけ	疾患数	疾患
遺伝学的検査の実施が 必須となっているもの	2	根性点状軟骨異形成症1型、家族性部分性脂肪萎縮症
臨床症状、他の検査等で 診断がつかない場合に、遺伝学的検査の実施が必須となっているもの	51	筋萎縮性側索硬化症、ミトコンドリア病、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、結節性硬化症、家族性良性慢性天疱瘡、肥厚性皮膚骨膜症、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ベルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、レフサム病、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、アカタラセミア、先天性葉酸吸収不全症、急性間欠性ポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、異型ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、X連鎖優性プロトポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群タイプ1、アッシャー症候群タイプ2、アッシャー症候群タイプ3、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症1(ホモ接合体)、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

- 遺伝学的検査・診断に際して、必要に応じて適切な時期に遺伝カウンセリングを実施することとされており、遺伝カウンセリングは、当該疾患の診療経験が豊富な医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力し、チーム医療として実施することが望ましいとされている。
- 難病の場合、その疾患領域の症例が豊富であり、遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たす医療機関であっても、特定の疾病に関する知識やカウンセリング経験を持つ専門家の不在により遺伝カウンセリングの提供が困難なケースも想定される。

## 医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン(日本医学会、2011年2月)(抜粋)

- 遺伝学的検査・診断に際して、必要に応じて適切な時期に遺伝カウンセリングを実施する。
- 遺伝カウンセリングは、情報提供だけではなく、患者・被験者等の自律的選択が可能となるような心理的社会的支援が重要であることから、当該疾患の診療経験が豊富な医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力し、チーム医療として実施することが望ましい。
- 遺伝カウンセリングの内容について、記載内容がプライバシー等を損なうおそれがある場合には、通常の診療録とは切り離して記載・保存するなど、慎重な対応が求められる。

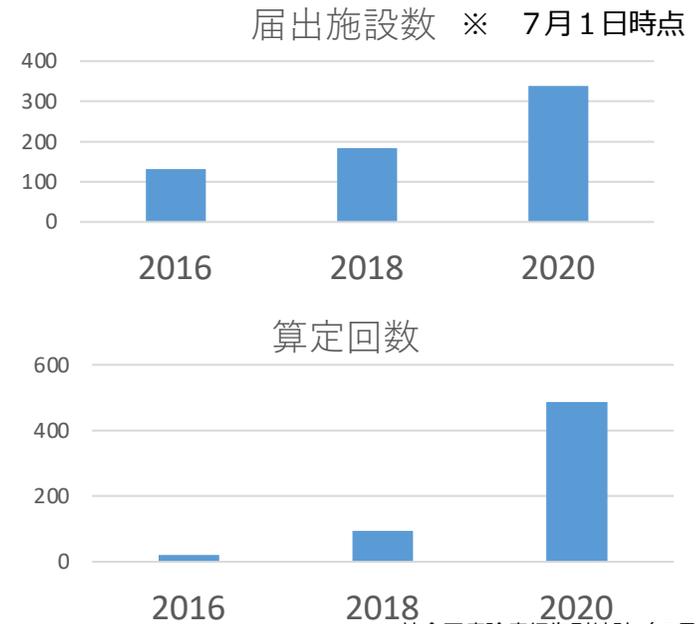
## D026 検体検査判断料 注6 遺伝カウンセリング加算

### 【算定要件】

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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査(区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く)を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合に、遺伝カウンセリング加算として、患者1人に対し月1回に限り1,000点を所定点数に加算する。

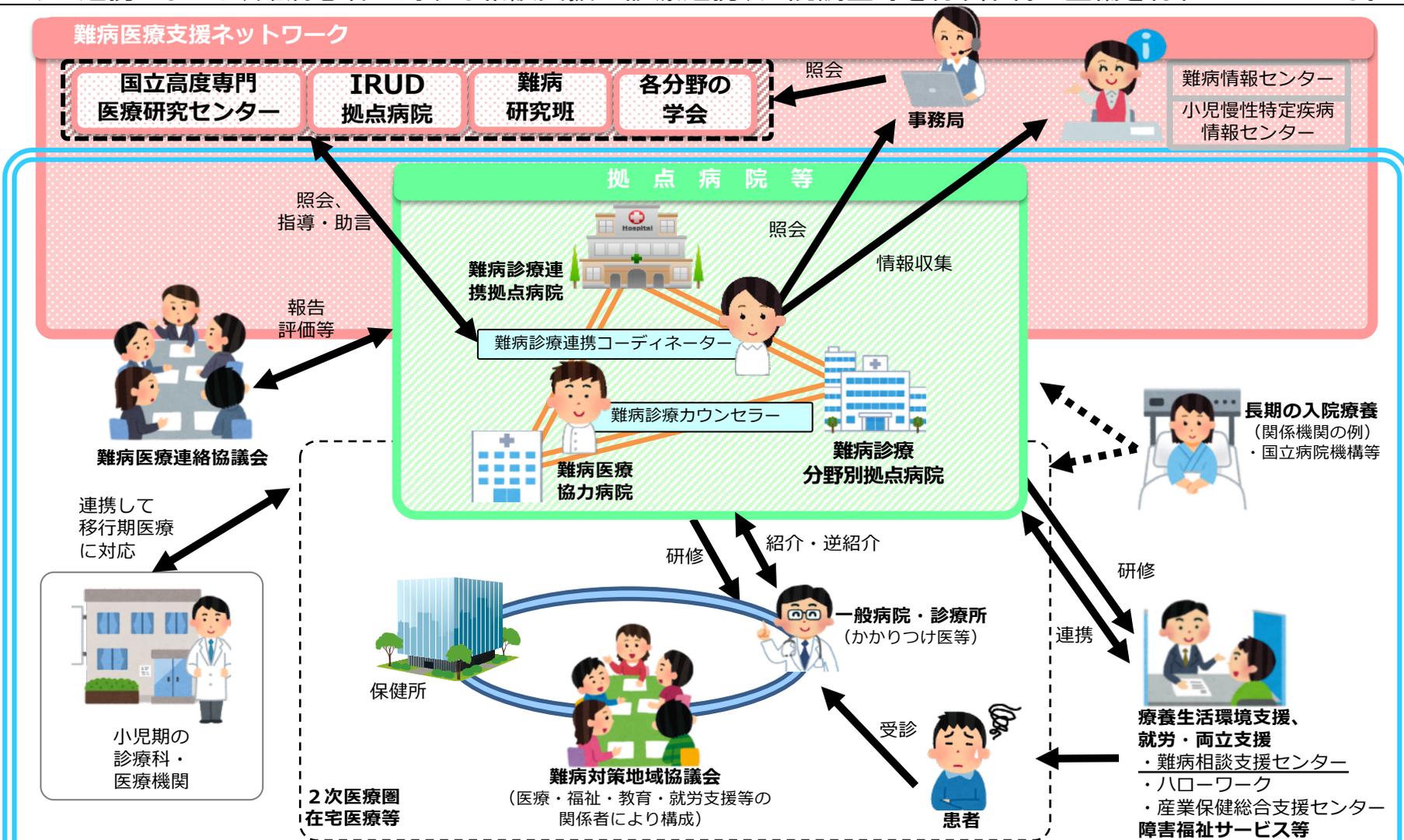
### 【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 当該カウンセリングを受けた全ての患者又はその家族に対して、それぞれの患者が受けたカウンセリングの内容が文書により交付され、説明がなされていること。



# 難病の医療提供体制のイメージ(全体像)

○「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携しながら、難病患者に対する相談支援や診療連携、入院調整等を行う体制の整備を行うこととしている。



# 遺伝カウンセリング実施に係る事例について

○ 肢体不自由を認め、遺伝子疾患が疑われた患児について、遺伝カウンセリングの実施のために、長距離の移動を要させた。

- ・ X歳男児 出生時から肢体不自由を認め、保険医療機関Aを受診したところ、●●症候群が疑われた。
- ・ 保険医療機関Aは神経筋疾患の専門家は在籍しており、また、遺伝学的検査や遺伝カウンセリング加算を算定できる体制は整っているものの、●●症候群について十分な知見のある専門家がないため、他県の保険医療機関Bを紹介受診し、遺伝学的検査及び遺伝カウンセリングを行った。確定診断後は引き続き保険医療機関Aへ通院し治療を継続している。
- ・ 肢体不自由があるため、男児はリクライニング型車椅子での移動が必要であった。

保険医療機関A

④治療

保険医療機関B

確定診断後は地元A病院へ通院し治療継続。

- ・ A病院は神経筋疾患の専門家が在籍し、遺伝学的検査を要する症例を豊富に取り扱っており、遺伝学的検査や遺伝カウンセリング加算の算定要件を満たす施設基準を備えている。
- ・ 他方、●●症候群に特化した専門家は在籍していない。

- ・ B病院は遺伝学的検査を要する症例を豊富に取り扱っており、遺伝学的検査や遺伝カウンセリング加算の算定要件を満たす施設基準を備えている。
- ・ また、●●症候群の専門家が在籍している。

①受診

主治医(神経筋疾患の専門家)  
●●症候群疑いと判断。

出生時より肢体不自由を認める患児

②紹介受診(他県)

③遺伝学的検査  
+  
遺伝カウンセリング

# 検査に係る課題と論点

## (遺伝学的検査について)

- ・ 遺伝学的検査は、平成18年度診療報酬改定において、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び福山型筋ジストロフィーを対象に保険適用され、以降、対象疾患が拡充されてきた。
- ・ 令和2年度診療報酬改定においては、診断基準において、臨床症状、他の検査等で診断がつかない場合に遺伝学的検査の実施が必須となっている指定難病についても、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものとして対象疾患に追加した。
- ・ 現在、診断基準に遺伝学的検査を含むものの、診療報酬上の遺伝学的検査の対象となっていない指定難病について、令和2年度診療報酬改定以降、関係学会及び研究班により分析的妥当性の確認を進めたところ、診断に遺伝学的検査の実施が必須のものが現時点の整理で53疾患あった。

## (遺伝カウンセリングについて)

- ・ 遺伝学的検査・診断に際して、必要に応じて適切な時期に遺伝カウンセリングを実施することとされており、遺伝カウンセリングは、当該疾患の診療経験が豊富な医師と遺伝カウンセリングに習熟した者が協力し、チーム医療として実施することが望ましいとされている。
- ・ 一方で、難病の場合、その疾患領域の症例が豊富であり、遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たす医療機関であっても、特定の疾病に関する知識やカウンセリング経験を持つ専門家の不在により遺伝カウンセリングの提供が困難なケースも想定される。
- ・ 難病の医療提供体制については、「できる限り早期に正しい診断が受けられ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制」を整備するため、都道府県が指定する難病診療連携拠点病院や難病診療分野別拠点病院が中心となって、難病医療支援ネットワークと連携している。
- ・ 「難病に関するゲノム医療推進にあたっての統合研究」では、肢体不自由を認め、遺伝子疾患が疑われた患児について、遺伝カウンセリングの実施のために、長距離の移動を要させた事例が報告されている。

## 【論点】

- 遺伝学的検査の実施が診断に必須とされる指定難病として、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患としての取扱いをどのように考えるか。
- 難病領域において遺伝カウンセリングを適切に提供していく観点から、遺伝カウンセリングを行う際の医療機関の連携について、どのように考えるか。

## 指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

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

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

# 遺伝カウンセリングの見直し

## 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

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

### 【検体検査判断料】 遺伝カウンセリング加算 1,000点

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

#### 【算定要件】（概要・一部抜粋）

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

保険医療機関A

保険医療機関B

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関

遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関



# 生体移植時における適切な検査の実施

## 算定要件の見直し

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

### 現行

【微生物核酸同定・定量検査】

【算定要件】

(18) HTLV-1核酸検出

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

【第10部 手術】

【算定要件】

<通則>

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

(1) (略)

(2) 臓器等提供者に係る感染症検査

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



### 改定後

【微生物核酸同定・定量検査】

【算定要件】

(18) HTLV-1核酸検出

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

【第10部 手術】

【算定要件】

<通則>

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

(1) (略)

(2) 臓器等提供者に係る感染症検査

ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs抗原、HBc抗体半定量・定量、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体定性・定量、HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定量、HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）、HTLV-1核酸検出、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体の全部又は一部をいう（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか1つの検査に限り、HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定量及びHTLV-I抗体については、このうちいずれか1つの検査に限る。）。ただし、HTLV-I抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及びHTLV-1核酸検出については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合であって、HTLV-1感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。

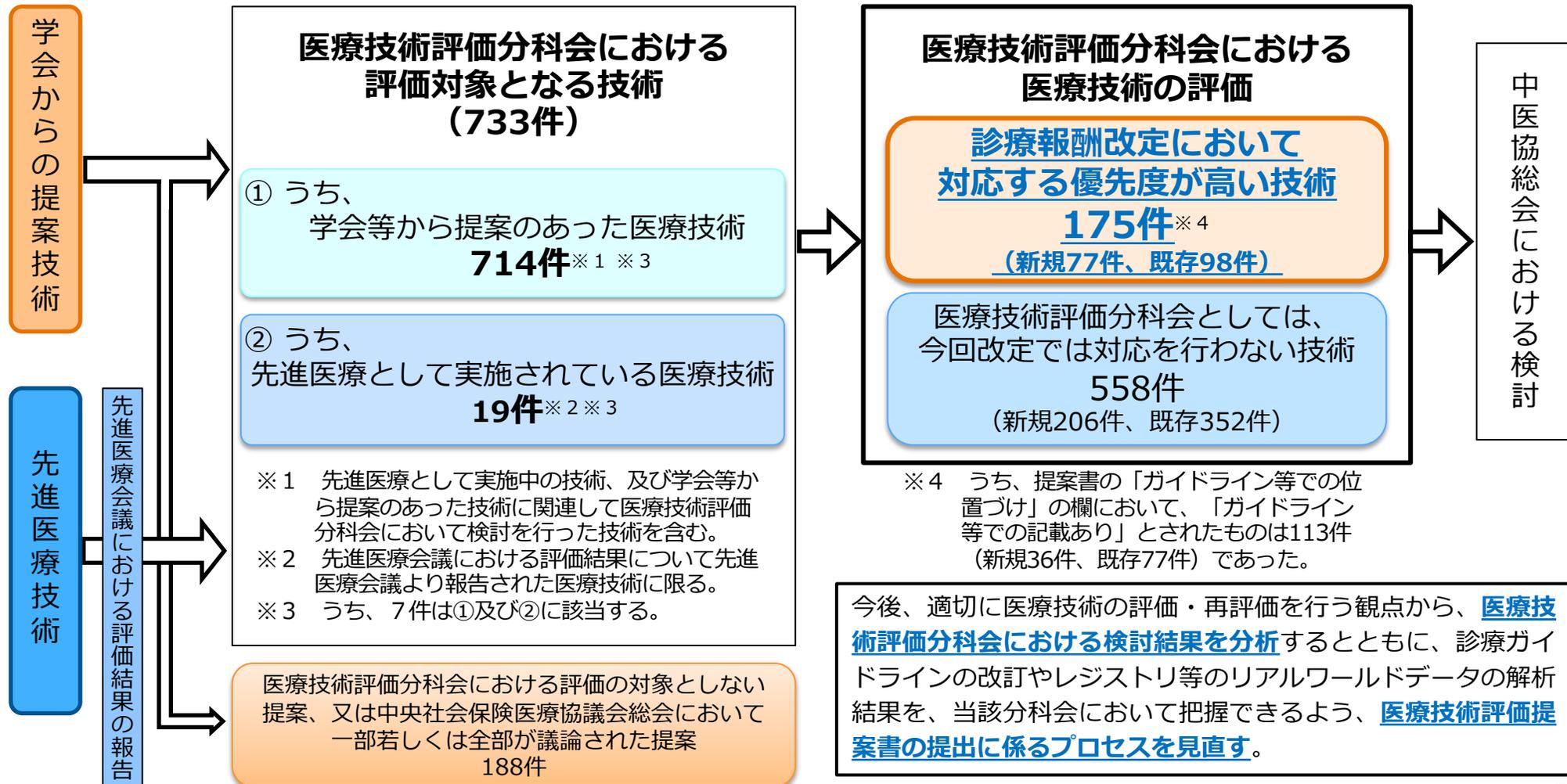
イ～エ (略)

# 医療技術の適切な評価

1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
4. プログラム医療機器に係る評価の新設
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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



## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 新規技術の保険導入

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

[新たに保険収載される手術の例]

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

[新たに保険収載される検査の例]

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

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 先進医療として実施された技術の保険導入

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

【粒子線治療（一連につき）】

[算定要件]（概要）

1 希少な疾病に対して実施した場合 187,500点

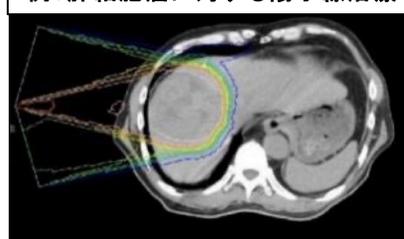
- 陽子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膀胱癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）  
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）  
限局性の骨軟部腫瘍※  
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- 重粒子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膀胱癌※、局所進行性子宮頸部腺癌※、  
限局性の骨軟部腫瘍※  
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

2 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合 110,000点

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

例：肝細胞癌に対する陽子線治療



[加算]

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

## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

### 先進医療として実施された技術の保険導入

- 染色体検査の対象疾患に、流産検体を用いた染色体検査を追加する。

【染色体検査（全ての費用を含む。）】

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

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

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

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

【血漿交換療法（1日につき）】

血漿交換療法（1日につき） 4,200点

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

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

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

【前立腺針生検法】

**(新) 1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの 8,210点**

## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

### 新規技術の保険導入

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

【新たに、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】

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

[内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要]

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



### 新規技術の保険導入

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

**(新) 消化管ポリポース加算 5,000点**

[算定要件]

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

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 新規技術の保険導入

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

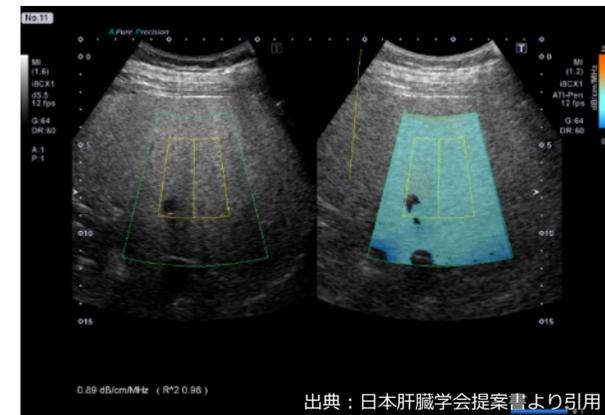
### (新) 超音波減衰法検査 200点

#### [技術の概要]

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

#### [算定要件]

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



出典：日本肝臓学会提案書より引用

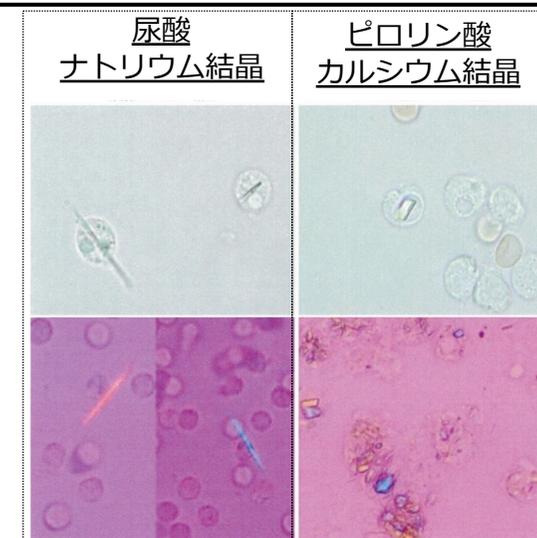
## 新規技術の保険導入

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

### (新) 関節液検査 50点

#### [算定要件]

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



出典：日本リウマチ学会提案書より引用

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 新規技術の保険導入

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

### (新) 下肢創傷処置

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

#### [算定要件]

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

### (新) 下肢創傷処置管理料 500点（月1回に限り）

#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 新規技術の保険導入

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

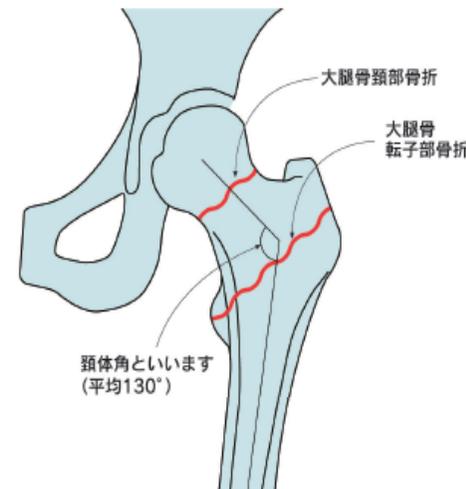
<b>(新)</b>	<b>緊急整復固定加算</b>	<b>4,000点</b>
<b>(新)</b>	<b>緊急挿入加算</b>	<b>4,000点</b>

### [算定要件]

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

### [施設基準]

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



出典：日本整形外科学会ホームページより引用

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 新規技術の保険導入

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

### **(新) 脛骨近位骨切り術 28,300点**

#### [算定要件]

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

手術前  
O脚



手術後  
僅かなX脚



出典：日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会提案書より引用

## 新規技術の保険導入

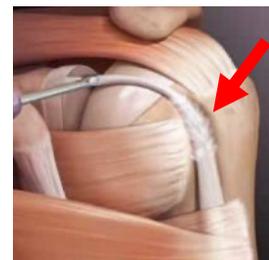
- 上腕二頭筋長頭腱損傷に対する適切な手術加療を評価する観点から、上腕二頭筋腱固定術を新設する。

### **(新) 上腕二頭筋腱固定術**

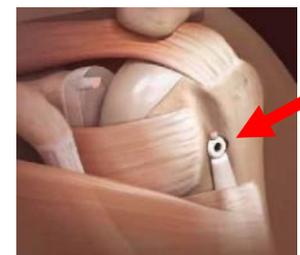
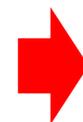
- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| <b>1 観血的に行うもの</b>  | <b>18,080点</b> |
| <b>2 関節鏡下に行うもの</b> | <b>23,370点</b> |

#### [算定要件]

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



手術前



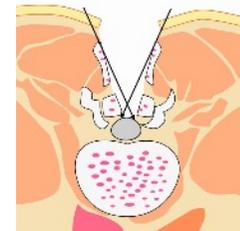
手術後

出典：日本肩関節学会提案書より引用

## 新規技術の保険導入

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

### **(新) 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術 24,560点**



出典：日本脊髄外科学会提案書より引用

## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

### 新規技術の保険導入

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

#### 放射性同位元素内用療法管理料

(新) 神経内分泌腫瘍に対するもの      2,660点

(新) 褐色細胞腫に対するもの      1,820点

#### [算定留意事項]

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

### 新規技術の保険導入

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

(新) 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）      37,690点

- 埋没陰茎に対する手術を新設する。

(新) 埋没陰茎手術      7,760点

## 手術等の医療技術の適切な評価

### 新規技術の保険導入

- 眼瞼内反症に係る手術について術式を追加する。

**(新) 眼瞼内反症手術 眼瞼下制筋前転法 4,230点**

- 角結膜悪性腫瘍に対する手術を新設する。

**(新) 角結膜悪性腫瘍切除術 6,290点**

- 斜視に係る手術について術式を追加する。

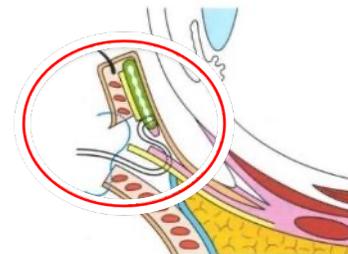
**(新) 斜視手術 (調節糸法) 12,060点**

- 緑内障に対する手術について術式を追加する。

**(新) 緑内障手術 流出路再建術 (眼内法) 14,490点**

**(新) 緑内障手術 濾過胞再建術 (needle法) 3,440点**

【眼瞼内反症手術 眼瞼下制筋前転法】



日本眼科学会提出資料から引用

【角結膜悪性腫瘍切除術】



日本眼科学会提出資料から引用

【緑内障手術 流出路再建術 (眼内法)】



日本緑内障学会提出資料から引用

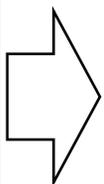
## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

### 既存技術の見直し

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

#### 現行

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



#### 改定後

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

### 既存技術の見直し

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

#### 現行

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



#### 改定後

【施設基準】
(1) (略)
<b>(削除)</b>
(2)~(8) (略)



## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

### 既存技術の見直し

- ロービジョン検査判断料について、施設基準を見直す。

#### 現行

##### 【ロービジョン検査判断料】

##### [施設基準]

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



#### 改定後

##### 【ロービジョン検査判断料】

##### [施設基準]

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

### 既存技術の見直し

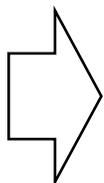
- ダーモスコピーについて、対象疾患を追加する。

#### 現行

##### 【ダーモスコピー】

##### [算定要件]

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



#### 改定後

##### 【ダーモスコピー】

##### [算定要件]

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



# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 既存技術の見直し

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

### 現行

#### 【小児食物アレルギー負荷検査】

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



### 改定後

#### 【小児食物アレルギー負荷検査】

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

## 既存技術の見直し

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

### 現行

#### 【腹腔鏡下直腸切除・切断術】

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



### 改定後

#### 【腹腔鏡下直腸切除・切断術】

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

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 既存技術の見直し

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

### 現行

#### 【画像診断管理加算3】

画像診断管理加算3 300点

##### 【施設基準の概要】

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

(新設)

### 改定後

#### 【画像診断管理加算3】

画像診断管理加算3 340点

##### 【施設基準の概要】

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



# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 施設基準の見直し

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

### 現行

#### 【血流予備量比コンピューター断層撮影】

##### [施設基準の概要]

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

##### (新設)

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



### 改定後

#### 【血流予備量比コンピューター断層撮影】

##### [施設基準の概要]

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

##### (削除)

##### (削除)

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

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 施設基準の見直し

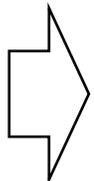
- 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

### 現行

#### 【超急性期脳卒中加算】

#### 【施設基準】

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



### 改定後

#### 【超急性期脳卒中加算】

#### 【施設基準】

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

## 施設基準の見直し

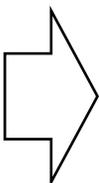
- 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

### 現行

#### 【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

#### 【施設基準】（抜粋）

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



### 改定後

#### 【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】

#### 【施設基準】（抜粋）

乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。

- ア 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- イ 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
- ウ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5テスラ以上のMRI装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してMRI撮影ができる等、乳房MRI撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 既存技術の見直し

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

### 現行

#### 【体外照射】

#### 高エネルギー放射線治療

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

#### 強度変調放射線治療（IMRT）

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

### 改定後

#### 【体外照射】

#### 高エネルギー放射線治療

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

#### 強度変調放射線治療（IMRT）

注2 1回の線量が**3Gy**以上の前立腺照射を行った場合は、

一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。

## 既存技術の見直し

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

### 現行

#### 【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）】

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき） 900点

### 改定後

#### 【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき）】

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

## 既存技術の見直し

- 病理診断料及び病理判断料について、評価を見直す。

### 現行

#### 【病理診断料】

1 組織診断料 450点

#### 【病理判断料】

病理判断料 150点

### 改定後

#### 【病理診断料】

1 組織診断料 **520点**

#### 【病理判断料】

病理判断料 **130点**

## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

### 既存技術の見直し

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

#### [再評価を行う既存技術の例]

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

#### [項目を削除する技術の例]

椎間板ヘルニア徒手整復術

## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

## 既存技術の見直し

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

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



## 医療技術の適切な評価

1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
4. プログラム医療機器に係る評価の新設
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

## 手術等の医療技術の適切な評価

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

### 新規保険医療材料等に係る技術料の新設

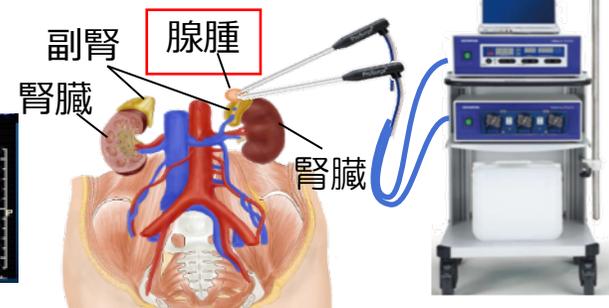
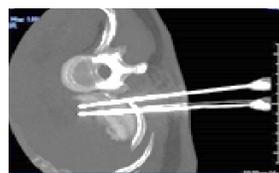
#### (新) 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

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

#### [技術の概要]

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

<CT画像>



出典：企業提出資料

### 新規保険医療材料等に係る技術料の新設

#### 【経カテーテル弁置換術】

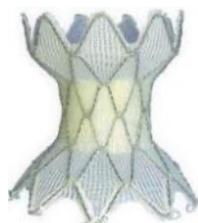
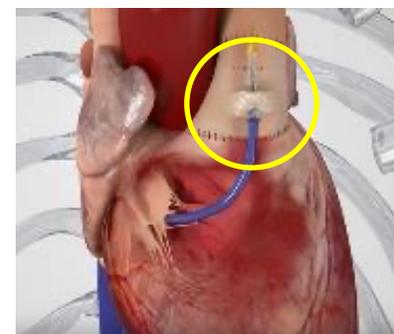
#### (新) 経皮的肺動脈弁置換術 39,060点

#### [技術の概要]

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

#### [関連する特定保険医療材料]

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



出典：企業提出資料

## 手術等の医療技術の適切な評価

### 新規保険医療材料等に係る技術料の新設

出典：企業提出資料

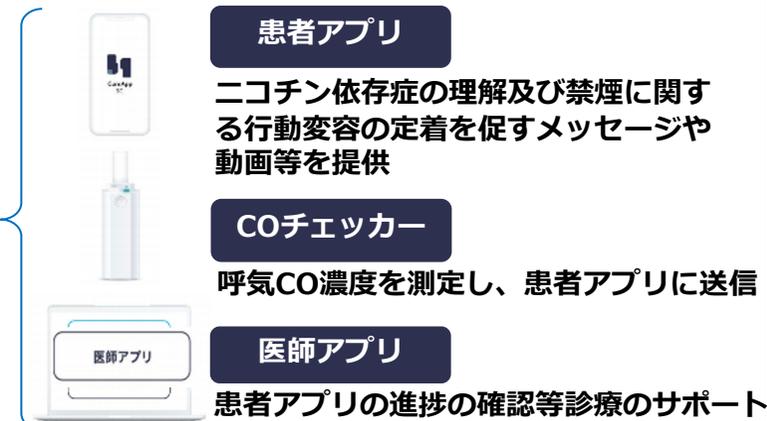
<b>(新)</b>	<b>禁煙治療補助システム指導管理加算</b>	<b>140点</b>
<b>(新)</b>	<b>禁煙治療補助システム加算</b>	<b>2,400点</b>

#### [技術の概要]

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

#### [算定要件] (概要)

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



### 新規保険医療材料等に係る技術料の新設

#### 【小腸内視鏡検査】

**(新) スパイラル内視鏡によるもの 6,800点**

#### 【小腸結腸内視鏡的止血術】

#### 【小腸・結腸狭窄部拡張術】

**(新) スパイラル内視鏡加算 3,500点**

#### [技術の概要]

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



出典：企業提出資料

# 手術等の医療技術の適切な評価

## 新規保険医療材料等に係る技術料の新設

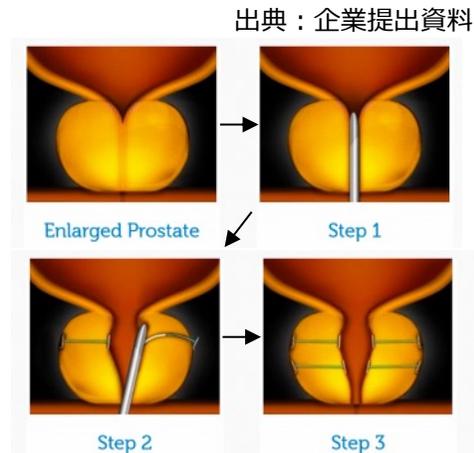
### (新) 経尿道的前立腺吊上術 12,300点

#### [技術の概要]

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

#### [関連する特定保険医療材料]

214 前立腺用インプラント 97,900円



## 新規保険医療材料等に係る技術料の見直し

出典：企業提出資料

### 現行

#### 【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

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

#### [技術の概要]

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



### 改定後

#### 【血糖自己測定器加算】

間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの

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



## 質の高い臨床検査の適切な評価

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

### 新規体外診断用医薬品に係る検査料の新設

#### **(新) サイトメガロウイルス核酸定量 450点**

##### [算定要件] (概要)

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

#### **(新) RAS遺伝子検査(血漿) 7,500点**

##### [算定要件] (概要)

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

#### **(新) SCCA2 300点**

##### [算定要件] (概要)

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

## 手術等の医療技術の適切な評価

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

### [見直しを行う手術の例]

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

## 医療技術の適切な評価

1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
4. **プログラム医療機器に係る評価の新設**
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

# プログラム医療機器に係る評価の新設

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

## 改定後

[目次]

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

第2節 プログラム医療機器等医学管理加算

第3節 特定保険医療材料料

【第1部 医学管理等】

通則

1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。

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

医学管理料等

+

プログラム医療機器等医学管理加算

and/or

特定保険医療材料料

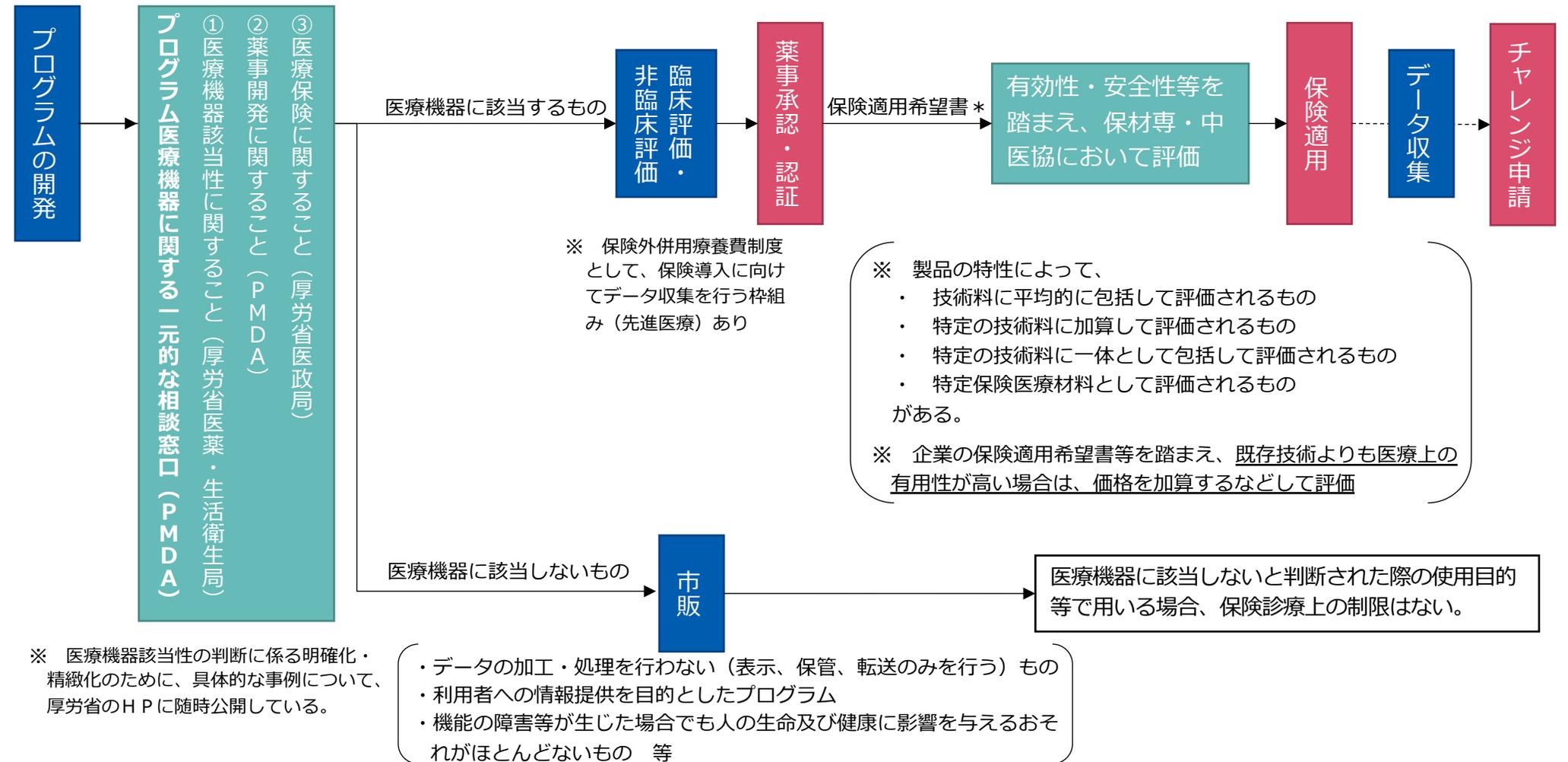
## プログラム医療機器の評価について ①

### プログラム医療機器の評価について

- プログラム医療機器に係る保険診療上の評価について、これまでも、
  - 技術料として評価されるものについては、有効性・安全性等を踏まえた準用技術料の選定
  - 特定保険医療材料として評価されるものについては、補正加算等の適用により、イノベーションの評価を行っており、これまでの実績を踏まえて、次頁のとおり診療報酬上の評価を整理して診療報酬上の位置付けを明確化し、適切に評価を進めることとする。
- プログラム医療機器の特性から、医師の働き方改革の視点を踏まえて、医師の診療をサポートすることにより、例えば、より少ない医療従事者で同等の質が確保できる場合には施設基準に反映することを検討する。
- 保険導入を前提としておらず、患者の選択によるものについては、これまでの対応のとおり、プログラム医療機器についても選定療養（保険外併用療養費制度）の仕組みの活用がありうるものとして、対応する。

# プログラム医療機器の保険適用の流れ

\* チャレンジ申請を希望する場合は、併せてデータ収集及びその評価計画を提出



※ 医師の働き方改革の視点を踏まえて、医師の診療をサポートすることにより、例えば、より少ない医療従事者で同等の質が確保できる場合には施設基準等に反映することもありうる。

※ 保険導入を前提としておらず、患者の選択によるものについては、選定療養 (保険外併用療養費制度) の仕組みの活用がありうる。

## 医療技術の適切な評価

1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
4. プログラム医療機器に係る評価の新設
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

## 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

### 検体検査の評価の見直し

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

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

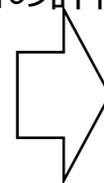


改定後	
	<u>135点</u>
	<u>106点</u>
	<u>136点</u>

### 医学管理料の評価の見直し

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

現行	
慢性維持透析患者外来額管理料	2,250点



改定後	
	<u>2,211点</u>

### 在宅療養指導管理材料加算の評価の見直し

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

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



改定後	
	<u>291点</u>
	<u>1,829点</u>

# 令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

## 令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

## (全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

## (入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

## (かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

## 令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

## (働き方改革)

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

## (在宅医療等)

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

## (医療技術の評価)

- 11 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器（プログラム医療機器を含む）や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

## (歯科診療報酬)

- 12 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

## (調剤報酬)

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

## 令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

### (後発医薬品の使用促進)

- 14 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

### (その他)

- 15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。
- 16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。
- 17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。
- 18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。
- 20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。