

第1部 改定のあらまし及び個別改定項目／1

■改定のあらまし…………… 2

〔1〕「個別改定項目について」による改定項目一覧…………… 4

〔2〕「個別改定項目について」にもとづく改定内容（区分番号・診療行為別）…………… 7

〔3〕主な改定項目……………33

〔4〕資料……………97

第2部 点数表 新旧対照表／109

I 医科診療報酬点数表…………… 110

II 調剤報酬点数表…………… 420

III 指定訪問看護の費用の額の算定方法…………… 439

IV 療養担当規則等

(1)①保険医療機関及び保険医療養担当規則…………… 454

(1)②保険医療機関及び保険医療養担当規則…………… 457

(2)指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準…………… 457

(3)①高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準…………… 458

(3)②高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準…………… 459

本年4月1日から診療報酬が改定されます。本書は、今回の改定に関する資料を令和4年3月4日時点でまとめたものです。今後、変更がありうるため、引き続き官報及び通知・事務連絡等の内容を改めて確認する必要があることにご留意ください。

令和4年3月4日公布・告示・発出の主な法令・通知等（●を付したものを本書に収載）

〔省令〕●保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部を改正する省令（厚生労働省令第31号）

〔告示〕●高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準等の一部を改正する告示（厚生労働省告示第52号）

〔告示〕●療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する件（厚生労働省告示第53号）

〔通知〕医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（保発0304第2号）

〔通知〕「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（保医発0304第5号）

〔通知〕保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第6関係）及び保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第14関係）に係る留意事項について（保医発0304第8号）

〔省令〕健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（厚生労働省令第30号）

〔通知〕健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布等について（保発0304第5号）

〔告示〕●診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第54号）〔医科及び調剤・新旧対照表形式〕

〔通知〕●診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（保医発0304第1号）

〔通知〕「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（保医発0304第7号）

〔告示〕●基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第55号）

〔通知〕●基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（保医発0304第2号）

〔告示〕●特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第56号）

(4)保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法…………… 460

第3部 関係告示／461

●厚生労働大臣が定める揭示事項等…………… 462

●基本診療料の施設基準等…………… 466

●特掲診療料の施設基準等…………… 519

●厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準…………… 559

第4部 関係通知／565

●診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について…………… 566

●基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて…………… 945

●特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて……………1140

●訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について……………1411

第1部 改定のあらまし及び個別改定項目

■改定のあらまし…………… 2

〔1〕「個別改定項目について」による改定項目一覧…………… 4

令和4年2月9日・中央社会保険医療協議会資料 総―1目次より構成

〔2〕「個別改定項目について」にもとづく改定内容（区分番号・診療行為別）

1 全般的・横断の事項…………… 7

2 医科・基本診療料…………… 11

3 医科・特掲診療料…………… 19

4 調剤報酬…………… 28

5 訪問看護療養費…………… 31

〔3〕主な改定項目……………33

〔4〕資料

資料① 諮問書（令和4年1月14日）…………… 97

参考① 令和4年度薬価制度改革の骨子…………… 98

参考② 令和4年度保険医療材料制度改革の骨子……………102

参考③ 令和4年度費用対効果評価制度改革の骨子……………105

資料② 答申書（令和4年2月9日）…………… 106

## 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 | <b>+0.26%</b> |
|       | 歯科 | <b>+0.29%</b> |
|       | 調剤 | <b>+0.08%</b> |
- ※ 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

## 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



# 〔1〕「個別改定項目について」による改定項目一覧

## 中央社会保険医療協議会資料 総-1（令和4年2月9日）目次

「★○頁」とある項目は本書〔3〕に内容を記載

### I 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

#### I-1 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

- ① 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

#### I-2 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

- ① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し★34頁

#### I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ① 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

- ② 総合入院体制加算の見直し

- ③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し★41頁

- ④ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化★43頁

- ⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

- ⑥ 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の新設★45頁

- ⑦ 重症患者等に対する支援に係る評価の新設★46頁

- ⑧ バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

- ⑨ 救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

- ⑩ 早期離床・リハビリテーション加算の見直し

- ⑪ 早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

- ⑫ 早期栄養介入管理加算の見直し

- ⑬ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し★44頁

- ⑭ 救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

- ⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し★48頁

- ⑯ 地域包括ケア病棟入院料の見直し★53頁

- ⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し★55頁

- ⑱ 回復期リハビリテーションを要する状態の見直し★57頁

- ⑲ 特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設★58頁

- ⑳ 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

- ㉑ 中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し

- ㉒ 障害者施設等入院基本料等の見直し

- ㉓ 緩和ケア病棟入院料の見直し

- ㉔ 有床診療所入院基本料等の見直し

- ㉕ 有床診療所における慢性維持透析患者の受入に係る評価の新設

- ㉖ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

- ㉗ DPC/PDPSの見直し

#### I-4 外来医療の機能分化等

- ① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し★8頁

- ② 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- ③ 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し★59頁

- ④ 外来在宅共同指導料の新設

- ⑤ 紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

#### I-5 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

- ① 地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

- ② 小児かかりつけ診療料の見直し

- ③ 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- ④ 耳鼻咽喉科処置の見直し

- ⑤ 機能強化加算の見直し

- ⑥ 継続診療加算の見直し

- ⑦ かかりつけ歯科医の機能の充実

- ⑧ 地域における薬局のかかりつけ機能の評価

#### I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ① 在支診及び在支病による地域連携の推進★62頁

- ② 在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進★62頁

- ③ 在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し★63頁

- ④ 外来在宅共同指導料の新設

- ⑤ 継続診療加算の見直し

- ⑥ 在宅がん医療総合診療料の見直し

- ⑦ 緊急往診加算の見直し

- ⑧ 複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

- ⑨ 業務継続に向けた取組強化の推進

- ⑩ 機能強化型訪問看護ステーションの見直し

- ⑪ 医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化

- ⑫ 訪問看護指示書の記載欄の見直し

- ⑬ 専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

- ⑭ 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

- ⑮ 訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

- ⑯ 退院日のターミナルケアの見直し

- ⑰ 複数名訪問看護加算の見直し

- ⑱ 医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

- ⑲ 同一建物居住者に対する訪問看護に係る

- 評価区分の見直し

- ㉔ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

- ㉕ 在宅医療における医科歯科連携の推進

- ㉖ 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

- ㉗ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

- ㉘ ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に對する評価の新設

#### I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組

- ① 医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

- ② 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

- ③ 医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化

- ④ 周術期の栄養管理の推進

- ⑤ 栄養サポートチーム加算の見直し

- ⑥ 病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- ⑦ 褥瘡対策の見直し

- ⑧ 手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

- ⑨ 在宅医療における医科歯科連携の推進

- ⑩ 総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

- ⑪ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

- ⑫ 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

- ⑬ 処方箋料の見直し

#### II 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

#### II-1 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

- ① 地域医療体制確保加算の見直し

#### 〔II-2 本書10頁参照〕

#### II-3 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

- ① 勤務医の負担軽減の取組の推進★64頁

- ② 夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し★65頁

#### II-4 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

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し

- ② 特定行為研修修了者の活用の推進

- ③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

- ④ 周術期における薬学的管理の評価の新設

- ⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

#### II-5 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

- ① 医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

- ② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

- ③ 標準規格の導入に係る取組の推進

#### III 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

#### III-1 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

- ① 入退院支援の推進

- ② 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

- ③ 画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

- ④ 療養・就労両立支援指導料の見直し

- ⑤ 手術等の医療技術の適切な評価

- ⑥ 質の高い臨床検査の適切な評価

- ⑦ 家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進

- ⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

- ⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

- ⑩ 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

- ⑪ 在宅血液透析指導管理料の見直し

- ⑫ プログラム医療機器に係る評価の新設

- ⑬ 生活習慣病管理料の見直し

- ⑭ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

#### III-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- ① 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設★69頁

- ② 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止★70頁

- ③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し★71頁

- ④ 在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見直し★72頁

- ⑤ 施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設★73頁

- ⑥ 訪問歯科衛生指導の実施時におけるICTの活用に係る評価の新設

- ⑦ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し★94頁

- ⑧ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

- ⑨ データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

- ⑩ 診療録管理体制加算の見直し

- ⑪ 標準規格の導入に係る取組の推進

- ⑫ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ⑬ 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の新設

#### III-3 アウトカムにも着目した評価の推進

- ① 摂食嚥下支援加算の見直し

- ② 疾患別リハビリテーション料の見直し

- ③ リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し

- ④ データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

- ⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

#### III-4-1 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価

- ① 一般不妊治療に係る評価の新設★74頁

- ② 生殖補助医療に係る評価の新設★75頁

- ③ 男性不妊治療に係る評価の新設★78頁

#### III-4-2 質の高いがん医療の評価

- ① がん患者指導管理料の見直し

- ② 外来化学療法に係る栄養管理の充実

- ③ 放射線治療病室管理加算の見直し

- ④ がんゲノムプロファイリング検査の見直し

- ⑤ 無菌製剤処理料の見直し

- ⑥ 悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

#### III-4-3 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 認知症専門診断管理料の見直し



〔2〕「個別改定項目について」にもとづく改定内容（区分番号・診療行為別）


1 全般的・横断的事項

- ・I－1 ①等は「個別改定項目について」における項番、(p1) 等はその該当ページ。
- ・★印の項目については本書第1部〔3〕「主な改定項目」を参照。その該当箇所を「○頁」などと表記。

I－1 ① (p1) 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応	
基本的な考え方	新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、令和4年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。
具体的な内容	1. 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。  2. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。  3. 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。 （※1）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。  4. 令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※2）も終了する。 （※2）新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。
I－2 ① (p2) 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し ★34頁	
基本的な考え方	平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策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体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。
I－4 ① (p119) 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し〔令和4年10月1日施行〕	
基本的な考え方	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。
具体的な内容（要旨）	紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。〔8頁・9頁もあわせて参照〕  1. 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について、現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」（※）のうち一般病床200床以上の病院にも拡大する。 （※）令和3年改正後の医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。  2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。 【初診の場合】医科：200点／歯科：200点 【再診の場合】医科：50点／歯科：40点  3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。 【初診の場合】医科：7,000円／歯科：5,000円 【再診の場合】医科：3,000円／歯科：1,900円  4. 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。 【初診・再診共通】 ○「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外を受診、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ことを明確化する。 【初診の場合】 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。 【再診の場合】 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「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」、「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」及び「治験協力者である患者」を削除する。  【施行日等】 (1)令和4年10月1日から施行・適用する。 (2)公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、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。

Ⅲ－4－4 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価……………	356
① 療養・就労両立支援指導における相談支に係る職種要件の見直し……………	356
② 薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実……………	358
③ アルコール依存症の外来患者に対する集療法の評価の新設……………	361
④ 摂食障害入院医療管理加算及び精神科身合併症管理加算の見直し……………	362
⑤ 精神疾患を有する者の地域定着に向け多職種による支援の評価の新設……………	363
⑥ 継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実……………	366
⑦ 児童思春期精神科専門管理加算の見直し……………	367
⑧ 通院・在宅精神療法の見直し……………	369
⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進★80頁……………	371
⑩ クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し……………	385
⑪ かかりつけ医等及び精神科医等が連携し精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設……………	387
⑫ 救急患者精神科継続支援料の見直し……………	390
⑬ 救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し……………	392
Ⅲ－4－5 難病患者に対する適切な医療の評価……………	394
① 遺伝学的検査の見直し……………	394
② 遺伝カウンセリングの見直し……………	397
③ 生体移植時における適切な検査の実……………	401
④ 知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し……………	403
⑤ アレルギー疾患を有する児童等に対す支援に係る主治医及び学校医等の連携強化……………	405
⑥ 難病患者又はてんかん患者の診療におけ医療機関間の情報共有・連携の推進……………	407
Ⅲ－4－6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実……………	409
① 小児運動器疾患指導管理料の見直し……………	409
② 医療的ケア児に対する支援に係る主治及び学校医等の連携強化……………	410
③ 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係主治医及び学校医等の連携強化……………	411
④ 医療的ケア児に対する支援に係る医療機及び児童相談所の連携強化……………	412
⑤ 造血幹細胞移植を実施する小児患者に対す無菌治療管理の評価の新設……………	413
⑥ 時間外における小児患者の緊急入院の受体制の評価の新設……………	415
⑦ 医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設……………	417
⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価新設……………	419
⑨ 不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設……………	421
⑩ 小児特定集中治療室管理料の見直し……………	423
⑪ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し……………	425
⑫ 専門機関との連携分娩管理の評価の新……………	428
⑬ 胎児が重篤な疾患を有すると診断され妊婦等に対する多職種による支援の評価の新設……………	430
⑭ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し……………	431
⑮ 救急医療管理加算の見直し……………	433
⑯ 救急搬送診療料の見直し……………	436
Ⅲ－5 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……………	438
① 歯科診療における院内感染防止対策の推進……………	438
② 歯科口腔疾患の重症化予防の推進……………	440
③ ライフステージに応じた口腔機能管理推進……………	441
④ 歯科診療所と病院の機能分化・連携強化……………	443
⑤ 歯科固有の技術の評価の見直し……………	445
Ⅲ－6 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……………	448
① 地域医療に貢献する薬局の評価……………	448
② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し★87頁……………	456
③ 薬局における対人業務の評価の充実★92頁……………	464
④ 病棟薬剤業務実施加算の見直し……………	468
Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上	
Ⅳ－1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進……………	469
① 薬局及び医療機関における後発医薬品使用促進……………	469
② バイオ後続品の使用促進……………	474
Ⅳ－2 費用対効果評価制度の活用	
Ⅳ－3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等……………	475
① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価適正化……………	475
② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価適正化……………	476
③ 医療技術の評価・再評価の在り方見直し……………	477
④ 人工腎臓の評価の見直し……………	478
Ⅳ－4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）……………	481
① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療評価……………	481
Ⅳ－5 外来医療の機能分化等（再掲）……………	482
① 外来医療の機能分化……………	482
Ⅳ－6 重症化予防の取組の推進……………	483
① 透析中の運動指導に係る評価の新……………	483
② 継続的な二次性骨折予防に係る評価新設……………	484
③ 生活習慣病管理料の見直し……………	486
④ 高度難聴指導管理料の見直し……………	487
⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進……………	488
Ⅳ－7 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……………	489
① 医薬品の給付の適正……………	489
② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋仕組み）……………	490
③ 処方箋料の見直し……………	491
Ⅳ－8 効率性等に応じた薬局の評価の推進……………	492
① 調剤基本料の見直し……………	492
② 特別調剤基本料の見直し……………	494

◆紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

改 定	現 行								
[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	[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） (新設)  ※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  (新設)								
(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									
<table><tr><th colspan="2">定額負担 7,000 円</th></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） 5,600 円 (= 7,000 円－2,000 円× 0.7)</td><td>患者負担 2,400 円 (= 3,000 円－2,000 円× 0.3)</td></tr></table>  <table><tr><th colspan="2">定額負担 5,000 円</th></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） 7,000 円</td><td>患者負担 3,000 円</td></tr></table>		定額負担 7,000 円		医療保険から支給（選定療養費） 5,600 円 (= 7,000 円－2,000 円× 0.7)	患者負担 2,400 円 (= 3,000 円－2,000 円× 0.3)	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 7,000 円									
医療保険から支給（選定療養費） 5,600 円 (= 7,000 円－2,000 円× 0.7)	患者負担 2,400 円 (= 3,000 円－2,000 円× 0.3)								
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								
[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

改 定	現 行
[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選合は認められない） (再診の場合) ①～③削除 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・⑦削除 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選合は認められない）	[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]  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  ※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、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。
[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。	



Ⅱ－５①（p241）医療機関における ICT を活用した業務の効率化・合理化	
基本的な考え方	医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、カンファレンスの実施等の要件を見直す。
具体的な内容（要旨）	医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。 →回数制限の撤廃 A246入退院支援加算 A234-2 感染対策向上加算（旧・感染防止対策加算） B004退院時共同指導料 1 B005退院時共同指導料 2 B005-1-2 介護支援等連携指導料  →１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる C005在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 C011在宅患者緊急時等カンファレンス料 C013在宅患者訪問褥瘡管理指導料
Ⅱ－５②（p244）医療機関等における事務等の簡素化・効率化	
基本的な考え方	医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
具体的な内容（要旨）	１．所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。 ２．略（訪問看護ステーション関係→31頁） ３．レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。 ４．小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。
Ⅲ－１⑤（p254）手術等の医療技術の適切な評価	
基本的な考え方	１．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、既存技術の評価を見直す。 ２．新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。 ３．外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。
Ⅲ－１⑥（p257）質の高い臨床検査の適切な評価	
基本的な考え方	質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。
Ⅲ－４－１（p322）子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるようにするための適切な医療の評価 ★74頁	
①一般不妊治療に係る評価の新設 ②生殖補助医療に係る評価の新設 ③男性不妊治療に係る評価の新設	
Ⅳ－３③（p477）医療技術の評価・再評価の在り方を見直し	
基本的な考え方	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踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。
Ⅰ－３㉔（p105）DPC/PDPS の見直し	
基本的な考え方	DPC/PDPSについて、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類点数表や医療機関別係数等を見直す。
「議論の整理」Ⅱ－２ 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に係る必要な対応について検討	
※本項目については、別途、諮問・答申を行う。	

2 医科・基本診療料

- ・「区分番号」欄に「★○頁」とある項目については、本書第１部〔３〕「主な改定項目」内の該当頁を参照。
- ・「診療行為名（点数）」欄には一部の点数のみを記載。記載のない点数の変更・新設については、本書第２部「点数表 新旧対照表」（★の項目については、あわせて本書第１部〔３〕「主な改定項目」）を参照。
- ・「項番・頁」欄の「Ⅰ－４③」等は「個別改定項目について」における項番、「p123」等はその該当ページを示す。

区分番号	診療行為名(点数)	基本的な考え方（網掛け部分）／具体的な内容（要旨）	項番・頁
第 1 部 初・再診料			
A000 A002 ★59頁	初診料 外来診療料	外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、要件を見直す。	Ⅰ－４③ p123
A000・注 1 【新】 ★69頁	初診料（情報通信機器を用いた場合）251点	「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。	Ⅲ－２① p278
A001・注 1 【新】	再診料（情報通信機器を用いた場合）73点	新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。	Ⅲ－２② p280
A002・注 1 【新】 ★70頁	外来診療料（情報通信機器を用いた場合）73点	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、A003オンライン診療料を廃止する。	
A000・注14 A001・注18 A002・注10 【新】	電子的保健医療情報活用加算（初診料）7点 電子的保健医療情報活用加算（再診料、外来診療料）4点	オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、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ついて、新たな評価を行う。  （※）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に係る診療情報等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。	Ⅲ－２⑬ p308
A000・注10	機能強化加算（初診料）	地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。  機能強化加算を算定する保険医療機関が、地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。	Ⅰ－５⑤ p143
A001・注12	地域包括診療加算（再診料）	地域包括診療料等について、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患を見直すとともに、成人に対する予防接種の増加を踏まえ、予防接種に関する相談への対応を要件に追加する。  １．地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加する。  ２．患者に対する生活面の指導については、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととする。  ３．患者からの予防接種に係る相談に対応することを要件に追加するとともに、院内掲示により、当該対応が可能なことを周知することとする。	Ⅰ－５① p134
第 2 部 入院料等			
入院料 通則 7	褥瘡対策の基準	入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。  入院患者に対する褥瘡対策について、薬剤師又は管理栄養士が他職種と連携し、当該患者の状態に応じて、薬学的管理や栄養管理を実施することに関し、診療計画への記載を求める。	Ⅰ－７⑦ p207
入院料 横断的事項	看護補助体制充実加算	看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。	Ⅱ－４⑤ p237
A101・注12	療養病棟入院基本料	看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施等、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を新設する。	
A106・注 9	障害者施設等入院基本料		
A207-3・注 4 A214・注 4 A308-3・注 4 【新】	急性期看護補助体制加算 看護補助加算 地域包括ケア病棟入院料)		
入院料 横断的事項		看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直すとともに、業務管理等の項目を見直す。	Ⅱ－３② p224
A101・注12	夜間看護加算（療養病棟入院基本	１．夜勤を行う看護職員及び看護補助者に係る業務の実態等を踏まえ、夜間の看護配置に係る評価等を見直す。	

A106・注9	養病棟入院基本料)	に係る評価等を見直す。	精神科救急急性期医療入院料＝旧・精神科救急入院料（名称変更）
A108・注6	看護補助加算（障害者施設等入院基本料）		
A207-3・注2	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）		
A207-4	夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）		
A214・注2	看護職員夜間配置加算		
A308-3・注7 A311・注5 A311-3・注5 ★65頁	夜間75対1看護補助加算（看護補助加算） 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料／精神科救急急性期医療入院料／精神科救急・合併症入院料）		
A207-3・注3	夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）	2. 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）等の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」について、「11時間以上の勤務間隔の確保」又は「連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを必須化する。 経過措置＝令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、基準を満たしているものとする。	
A106・注10	夜間看護体制加算（障害者施設等入院基本料）		
A207-4・1イ及び2イ	看護職員夜間配置加算（12対1配置加算1・16対1配置加算1に限る）		
A214・注3 ★65頁	夜間看護体制加算（看護補助加算）		
A311・注5 A311-3・注5 ★65頁	看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料／精神科救急・合併症入院料）		
A100ほか ★41頁	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 一般病棟入院基本料等	3. 看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち満たすべき項目の数について、2項目以上から3項目以上に変更する。 経過措置＝令和4年3月31日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、基準を満たしているものとする。	
A100ほか ★41頁	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 一般病棟入院基本料等	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・看護必要度の判定に係る評価項目を見直すとともに、入院料について評価の在り方を見直す。	I－3③ p21
A100・1・イ ★43頁	一般病棟入院基本料の急性期一般入院料1	重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。	I－3④ p25
A101・注1	療養病棟入院基本料	中心静脈栄養の管理等に係る実態を踏まえた適切な評価を行う観点から、療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。  療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、当該病棟が患者の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することとする。 経過措置＝(1)令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。／(2)令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。	I－3② p92
A101・注11	療養病棟入院基本料の経過措置	医療法に基づく医療療養病床に係る人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いを見直す。	I－3② p88

		<p>1. 医療療養病床に係る医療法に基づく人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病床入院基本料の注11に規定する令和4年3月31日までの経過措置（所定点数の100分の85に相当する点数を算定）について、評価を見直す（所定点数の100分の75）とともに、当該経過措置の期間を2年間（令和6年3月31日まで）延長する。</p> <p>2. 療養病床入院基本料の注11に規定する場合において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき2単位まで出来高での算定とする。</p> <p>また、医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分1の場合に相当する点数を算定することとする。</p> <p>経過措置＝令和4年3月31日において現に療養病床入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。</p>	
A104・注11【新】	入院栄養管理体制加算 270点（入院初日及び退院時）	患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、新たな評価を行う。	I－7⑥ p205
注12【新】	栄養情報提供加算 50点（退院時1回）	管理栄養士が、A104特定機能病院入院基本料を算定している患者に対して、栄養スクリーニング、他職種とのカンファレンス等の実施による栄養管理を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対して退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について更に評価する。	
A106・注12	障害者施設等入院基本料	患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料について、対象とならない脳卒中患者等に係る入院料を見直す（特殊疾患病床入院料についても同様の対応を行う。）。	I－3② p94
A306・注6	特殊疾患入院医療管理料	障害者病床に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、当該病床に入院してから90日までの間に限り、療養病床入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。	
A309・注6【新】	特殊疾患病床入院料	特殊疾患病床入院料についても同様の取扱いとする。	
A108・注3	有床診療所一般病床初期加算→有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算（有床診療所入院基本料）	有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う他の医療機関からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを区別して評価する。	I－3② p100
A109・注6	救急・在宅等支援療養病床初期加算→有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（有床診療所療養病床入院基本料）	有床診療所における入院患者の受入れの実態も踏まえ、有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う医療機関からの受入れを行った場合と在宅からの受入れを行った場合の評価に見直す。 経過措置＝令和4年3月31日において現に有床診療所入院基本料に係る届出を行っている診療所については、同年9月30日までの間に限り、第六の二の(2)の口の②（適切な意思決定支援に関する指針に係る基準）に該当するものとみなす。	
A109注12【新】	有床診療所療養病床入院基本料 慢性維持透析管理加算 100点／日	慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。	I－3② p103
		有床診療所療養病床入院基本料について、慢性維持透析を行っている入院患者に係る評価を新設する。	
A200	総合入院体制加算	総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、総合入院体制加算について、手術の実績及び外来を縮小する体制等に係る要件を見直す。	I－3② p18
		1. 手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心臓を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。	
		2. 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものに、紹介受診重点医療機関を含むこととともに、実績に係る要件を見直す。	
A200-2【新】	急性期充実体制加算	地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。	I－3① p16
注2【新】	精神科充実体制加算	高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れ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。	
A204-3【新】	紹介受診重点医療機関入院診療加算	「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。	I－4② p122



	800点(入院初日)	う。 「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。	I－5③ p140
A205	救急医療管理加算	患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について、対象となる患者の状態、診療報酬明細書等に記載を求める内容及びその評価を見直す。 1. 救急医療管理加算について、対象患者の状態のうち熱傷に係る状態を明確化し、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を追加するとともに、評価を見直す。 2. 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。	Ⅲ－4－6⑮ p433
A207	診療録管理体制加算	医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。 診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR（Fast Healthcare Interoperability Resources）の導入状況について報告を求めることとする。	Ⅱ－5③ p245 Ⅲ－2⑪ p304
A207	診療録管理体制加算	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、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件を見直す。 非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、許可病床数が400床以上の保険医療機関について、医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を診療録管理体制加算の要件に加える。また、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。 経過措置＝令和4年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和5年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。	Ⅲ－2⑩ p302
A207-2	医師事務作業補助体制加算	勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。 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に見直す（1は当該保険医療機関における3年以上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）。	Ⅱ－4① p230
A225	放射線治療病室管理加算	質の高い放射線内用療法の提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。 放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。	Ⅲ－4－2③ p343
A231-4 A230-3	摂食障害入院医療管理加算 精神科身体合併症管理加算	摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。 1. 摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について、10人以上から1人以上に変更する。 2. 精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について、Body Mass Index13未満の摂食障害からBody Mass Index15未満の摂食障害に拡大する。	Ⅲ－4－4④ p362
A230-4 A233-2 A236 A242	精神科リエゾンチーム加算 栄養サポートチーム加算 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 呼吸ケアチーム加算	医師の働き方改革を一層推進する観点から、精神科リエゾンチーム加算等の要件に係る研修に特定行為研修を追加する。 精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び呼吸ケアチーム加算の要件として履修が求められている研修の種類に、特定行為に係る研修を追加する。	Ⅱ－4② p233
A231－3	重度アルコール依存症入院医療管理加算→依存症入院医療管理加算	薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。 重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。	Ⅲ－4－4② p358
A233-2	栄養サポートチーム加算	入院医療における栄養管理に係る適切な評価を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、A106障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。	I－7⑤ p203

A234-4 【新】★46頁	重症患者初期支援充実加算 300点／日	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、専任の担当者（入院時重症患者対応メディエーター）を配置して当該患者等に対する支援を行う体制を整備した場合について、新たな評価を行う。 以下について、算定可能 A300救命救急入院料 A301特定集中治療室管理料 A301-2ハイケアユニット入院医療管理料 A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料 A301-4小児特定集中治療室管理料 A302新生児特定集中治療室管理料 A303総合周産期特定集中治療室管理料 A303-2新生児回復室入院医療管理料	I－3⑦ p42
A234-5【新】	報告書管理体制加算 7点（退院時1回）	安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について、新たな評価を行う。 医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、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を新設する。	Ⅲ－1③ p250
A237  A237・2【新】	ハイリスク分娩管理加算→ハイリスク分娩等管理加算 地域連携分娩管理加算（ハイリスク分娩等管理加算）	妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、医療機関が地域周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。 地域周産期母子医療センター等の専門機関との連携体制を構築し、妊産婦に対して適切な分娩管理を実施した場合の評価を新設する。	Ⅲ－4－6⑫ p428
A242-2【新】	術後疼痛管理チーム加算	術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、新たな評価を行う。 以下について、算定可能 A100・1急性期一般入院基本料 A102結核病棟入院基本料 A104特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。） A105専門病院入院基本料 A300救命救急入院料 A301特定集中治療室管理料 A301-2ハイケアユニット入院医療管理料 A301-4小児特定集中治療室管理料 A303総合周産期特定集中治療室管理料（1母体・胎児集中治療室管理料に限る。） A306小児入院医療管理料 A317特定一般病棟入院料 全身麻酔下手術を行った患者に対して、麻酔に従事する医師を中心とした多職種により構成される術後疼痛管理チームが、質の高い疼痛管理を実施した場合の評価を新設する。	I－7⑧ p208
A243	後発医薬品使用体制加算	後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。	Ⅳ－1① p469 3 (p471)
A244	病棟薬剤業務実施加算	小児入院医療管理において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。 A307小児入院医療管理料を算定する病棟について、病棟薬剤業務実施加算を算定可能とする。	Ⅱ－4③ p234
A245	データ提出加算	データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。 データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料について、A100・2地域一般入院基本料、A105・3専門病院入院基本料（13対1）、A106障害者施設等入院基本料、A306特殊疾患入院医療管理料、A309特殊疾患病棟入院料、A310緩和ケア病棟入院料及びA311精神科救急急性期医療入院料に拡大する。 経過措置＝データ提出加算に係る施設基準について、令和4年3月31日において、現にA100・2地域一般入院基本料、A105・3専門病院入院基本料（13対1）、A106障害者施設等入院基本料、A306特殊疾患入院医療管理料、A309特殊疾患病棟入院料又はA310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については、許可病床数が200床以上のものには令和5年3月31日までの間、許可病床数が200床未満のものには令和6年3月31日までの間、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。 また、令和4年度診療報酬改定前からデータ提出加算に係る届出を行っていることが要件とされている入院料を届け出していない保険医療機関であって、新たにデータ提出加算に係る届出が要件化される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当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提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、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない。 さらに、A311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届出の要件を満たすものとみなす。	Ⅲ－2⑨ p298 Ⅲ－3④ p320
A246	入退院支援加算	医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、入退院支援加算	I－3⑳



		について要件を見直す。	p104
A246 1・2	入退院支援加算1 及び2	入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。  質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。  1. 入退院支援加算1及び2について、算定対象である「退院困難な要因を有する患者」として、ヤングケアラー及びその家族を追加する。  2. 入退院支援加算1の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を20以上から25以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICTを活用した対面によらない方法により実施することを認める。 経過措置＝「連携する保険医療機関」等の規定については、令和4年3月31日において現に入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。	Ⅲ－1① p246
A252	地域医療体制確保 加算	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、要件及び評価を見直す。  1. 地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。 2. 医師の働き方改革をより実効的に進めるため、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に沿った計画の作成を地域医療体制確保加算の要件に追加する。	Ⅱ－1① p219
A300 A301	救命救急入院料 特定集中治療室管 理料	患者の病態によって、長期の集中治療管理が必要となる場合があることを踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている治療室における算定上限日数に係る評価の在り方を見直す。  急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。	Ⅰ－3⑨ p45
A300 A301 ★44頁	特定集中治療室用 の重症度、医療・ 看護必要度 救命救急入院料 1・3 特定集中治療室管 理料	高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。  特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。 1. 「心電図モニターの管理」の項目について、患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。 2. 「B患者の状況等」の項目（以下「B項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。 3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。 経過措置＝令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発 0305第2号）の別添6の別紙17の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を用いて評価をしても差し支えないこと。	Ⅰ－3⑬ p60
A300 注11 A301 注6 【新】★45頁	重症患者対応体制 強化加算 救命救急入院料2 又は4 特定集中治療室管 理料1～4	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について、新たな評価を行う。	Ⅰ－3⑥ p39
A300・1及び 3	救命救急入院料1 及び3	高度急性期医療を要する患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度に係る評価票を見直す。  救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。	Ⅰ－3⑭ p62
A300・2及び 4 A301 A301-4 A302 A303	救命救急入院料2 及び4 特定集中治療室管 理料 小児特定集中治療 室管理料 新生児特定集中治 療室管理料 総合周産期特定集 中治療室管理料	日本集中治療医学会による「集中治療部設置のための指針」の改訂を踏まえ、特定集中治療室等におけるバイオクリーンルームの設置に係る要件を見直す。  バイオクリーンルームの設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置の要件を廃止し、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室の設置が望ましいこととする。	Ⅰ－3⑧ p44

A300・注8 A301-2・注3 A301-3・注3 A301-4・注3 【新】	早期離床・リハビリテーション加算 救命救急入院料 ハイケアユニット 入院医療管理料 脳卒中ケアユニッ ト入院医療管理料 小児特定集中治療 室管理料	特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けたリハビリテーション等の総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算の対象となる治療室を見直す。  早期離床・リハビリテーション加算の算定対象に、A300救命救急入院料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料及びA301-4小児特定集中治療室管理料を算定する治療室を加える。	Ⅰ－3⑩ p49
A300・注2	精神疾患診断治療 初回加算（救命救 急入院料）	自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。  救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。	Ⅲ－4－ 4⑬ p392
A301・注4	早期離床・リハビリテーション加算 （特定集中治療室 管理料）	特定集中治療室等に入室した患者に対して、早期から離床に必要な取組を行うことを更に推進する観点から、早期離床・リハビリテーション加算における職種要件を見直す。  入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。	Ⅰ－3⑪ p54
A301ほか		患者の早期離床及び在宅復帰を推進する観点から、早期栄養介入管理加算の対象となる治療室及び評価の在り方を見直す。	Ⅰ－3⑫ p56
A301・注5	早期栄養介入管理 加算（特定集中治 療室管理料）	1. 入院患者に対する入室後早期の栄養管理について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価を見直す。  2. A300救命救急入院料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料又はA301-4小児特定集中治療室管理料を算定する病室について、早期栄養介入管理加算を算定可能とする。	
A300・注9 A301-2・注4 A301-3・注4 A301-4・注4 【新】	早期栄養介入管理 加算（救命救急入 院料等）		
A301-4	小児特定集中治療 室管理料	重篤な先天性心疾患を有する新生児に対して、高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について要件及び算定上限日数を見直す。  1. 医療技術の発展により、重篤な先天性心疾患患者の救命率が向上し、高度な周術期管理を必要とする患者の範囲が拡大している実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料の施設基準における患者の受入実績に、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。  2. 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を55日とする。	Ⅲ－4－ 6⑩ p423
A302・注1 A303・注1 A303-2・注1	新生児特定集中治 療室管理料 総合周産期特定集 中治療室管理料 新生児治療回復室 入院医療管理料	慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。  慢性肺疾患を伴う低出生体重児について、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料の算定上限日数を見直す。	Ⅲ－4－ 6⑪ p425
A303・注3 【新】	成育連携支援加算 （総合周産期特定 集中治療室管理 料）1,200点（入 院中1回）	胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。  胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対して、多職種が共同して、胎児の疾患や出生後に必要となる治療等に関する適切な情報提供等の支援を行った場合の評価を新設する。	Ⅲ－4－ 6⑬ p430
A307・注5 【新】	無菌治療管理加算 （小児入院医療管 理料）	造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して無菌治療管理を実施した場合について、新たな評価を行う。  小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に嚴重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。	Ⅲ－4－ 6⑤ p413
A307・注6 【新】	退院時薬剤情報管 理指導連携加算 （小児入院医療管 理料）150点（退 院日1回）	小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供について、新たな評価を行う。  小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の退院時に、医師又は薬剤師が、当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、薬	Ⅲ－4－ 6⑦ p417

横断的事項	感染防止対策の評価	新設 見直し
-------	-----------	-----------

【Ⅰ－2 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－①】

外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

基本的な考え方

平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策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体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。



具体的な内容

- 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。
- 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。
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、平時からの感染症対策に係る取組が実施されるよう、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。
- 現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として、感染対策向上加算３を新設する。
- 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を新設する。
- 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及び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をそれぞれ新設する。

1 外来診療時の感染防止対策に係る評価の新設	
点数	A000 初診料・注11／A001 再診料・注15／B通則3／C通則5／I 012 精神科訪問看護・指導料・注13 外来感染対策向上加算 6点
算定要件	組織的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。 （※）以下を算定する場合において算定可能とする（ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。）。 ア 初診料 イ 再診料 ウ 小児科外来診療料 エ 外来リハビリテーション診療料 オ 外来放射線照射診療料 カ 地域包括診療料 キ 認知症地域包括診療料 ク 小児かかりつけ診療料 ケ 外来腫瘍化学療法診療料 コ 救急救命管理料 サ 退院後訪問指導料

	シ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ） ス 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 セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料 チ 在宅患者訪問栄養食事指導料 ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料 テ 精神科訪問看護・指導料
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) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 (3) 当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。 (4) 感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。 (5) 診療所であること。 (6) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の１の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。 (7) (6)に掲げる部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第20の１の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。 (8) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。 (9) (7)に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。 (10) (7)に掲げる院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。 (11) (7)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年２回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年２回以上参加していること。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。 (12) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。 (13) (7)に掲げる院内感染管理者は、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。 (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。 (15) 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、そのことについてホームページ等により公開していること。 (16) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。 (17) 「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。 (18) 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。 (19) 区分番号A234-２に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。



特定入院料

A300 救命救急入院料／A301 特定集中室治療管理料

見直し

【I－3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－⑬】

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準

基本的な考え方

高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。



具体的な内容

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。
- 「心電図モニターの管理」の項目について、患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
  - 「B患者の状況等」の項目（以下「B項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
  - 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

◆評価項目及び判定基準の見直し【特定集中治療室用】

改 定					現 行									
A	モニタリング及び処置等			0点	1点	2点	A	モニタリング及び処置等			0点	1点	2点	
(削除)								1	心電図モニターの管理			なし	あり	
1	輸液ポンプの管理			なし	あり		2	輸液ポンプの管理			なし	あり		
2	動脈圧測定（動脈ライン）			なし		あり	3	動脈圧測定（動脈ライン）			なし		あり	
3	シリンジポンプの管理			なし	あり		4	シリンジポンプの管理			なし	あり		
4	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）			なし	あり	—	5	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）			なし		あり	
5	人工呼吸器の管理			なし		あり	6	人工呼吸器の管理			なし		あり	
6	輸血や血液製剤の管理			なし		あり	7	輸血や血液製剤の管理			なし		あり	
7	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）			なし		あり	8	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）			なし		あり	
8	特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP 測定、ECMO、IMPELLA）			なし		あり	9	特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP 測定、ECMO）			なし		あり	
基準 A得点 3点以上					基準 A得点 4点以上かつ B得点 3点以上									
(削除)					B 患者の状況等									
					10 寝返り									
					11 移乗									
					12 口腔清潔									
					13 食事摂取									
					14 衣服の着脱									
					15 診療・療養上の指示が通じる									
					16 危険行動									

◆評価方法の見直し

	改 定		現 行
	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	
救命救急入院料 2	8割	7割	8割
救命救急入院料 4	8割	7割	8割
特定集中治療室管理料 1	8割	7割	8割
特定集中治療室管理料 2	8割	7割	8割
特定集中治療室管理料 3	7割	6割	7割
特定集中治療室管理料 4	7割	6割	7割

〔経過措置〕

令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙17の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を用いて評価をしても差し支えないこと。

特定入院料

A300・注11／A301・注6 重症患者対応体制強化加算

新設

【I－3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－⑥】

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

基本的な考え方

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について、新たな評価を行う。

具体的な内容

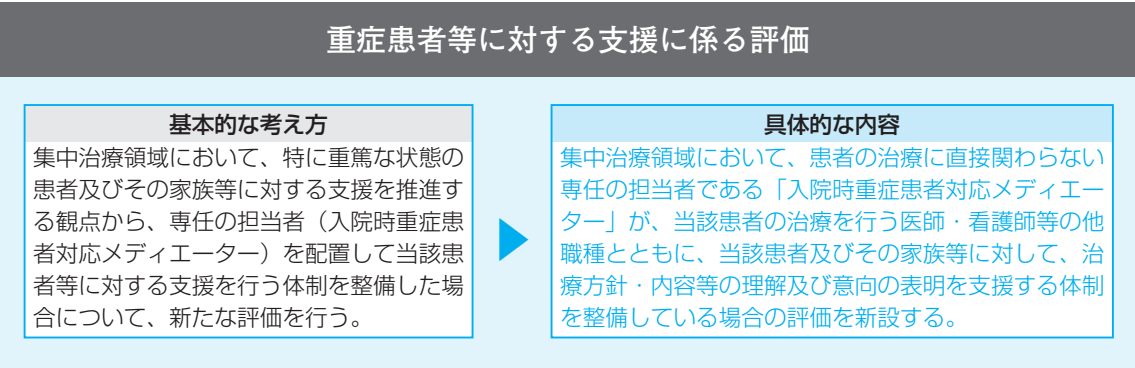
特殊な治療法に係る実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等において、専門性の高い看護師及び臨床工学技士を配置するとともに、医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者への看護に当たり必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施するなど、重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価を新設する。

点数	A300・注11／A301・注6 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
対象患者	特定集中治療室管理料1から4まで又は救命救急入院料2若しくは4を算定する病室に入院している患者
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	(1) 当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。 (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置されていること。 (3) 救命救急入院料又は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において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が1名以上配置されていること。 (4) 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。 (5) (4)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。

	ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
	イ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第五号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
(6)	医師、(4)に規定する看護師又は臨床工学技士により、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回以上実施すること。なお、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研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
	ア 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
	イ 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
(7)	(4)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要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、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
(8)	(4)に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。
(9)	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看護師が2名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(4)に規定する看護師であることが望ましいこと。
(10)	区分番号「A200-2」急性期充実体制加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、令和5年3月31日までの間に限り、「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行ってなくても差し支えない。
(11)	(4)に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準に係る看護配置に含めないこと。
(12)	(4)に規定する看護師が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勤務時間数に含めないこと。
(13)	特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

入院基本料等加算	A234-4 重症患者初期支援充実加算	新設
----------	---------------------	----

【I－3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－⑦】



点数	A234-4 重症患者初期支援充実加算（1日につき）	300点
対象患者	集中治療領域における入院患者	
算定要件	特に重篤な患者及びその家族等に対する支援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。
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保険医療機関であること。 (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) 当該保険医療機関内に、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、当該支援に当たっては、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、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましいこと。 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 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特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者 (5) 当該患者及びその家族等に対する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。なお、当該カンファレンスは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。 (6) 当該患者及びその家族等に対する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。なお、当該マニュアルは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。 (7) 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。 (8) 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

（※）救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料において算定可能とする。



I 医科診療報酬点数表 新旧対照表  
第1章 基本診療料

## 第1部 初・再診料

項	目	改	正	後	改	正	前
通則		1	健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。				
		2	歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。				
		3	入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。				
第1節 初診料							
A000 初診料							
【注の見直し】							
【注の見直し】							
		A000 初診料	288点				
		注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。				注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。
		注2	病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるも				注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

項	目	改	正	後	改	正	前
				<p>のを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、<u>注1 本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合にあっては、186点)</u>を算定する。</p>			
【注の見直し】		注3		<p>病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。))及び一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、<u>注1 本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合にあっては、186点)</u>を算定する。</p>	注3		<p>病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、<u>注1 本文の規定にかかわらず、214点を算定する。</u></p>
【注の見直し】		注4		<p>医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。))と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)に関して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(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、<u>注1 本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点(注1のただし書に規定する場合にあっては、186点)</u>を算定する。</p>	注4		<p>医療用医薬品の取引価格の妥結率(当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。)に記載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。)に占める卸売販売業者(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。))と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。)に関して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(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において初診を行った場合には、<u>注1 本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。</u></p>
【注の見直し】		注5		<p>1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点(<u>注1のただし書に規定する場合にあっては、125点</u>)を、この場合において<u>注2から注4までに規定する場合は、107点(注1のただし書に規定する場合にあっては、93点)</u>を算定できる。ただし書の場合においては、<u>注6から注14までに規定する加算は算定しない。</u></p>	注5		<p>1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点(<u>注2から注4までに規定する場合にあっては、107点</u>)を算定できる。ただし書の場合においては、<u>注6から注10までに規定する加算は算定しない。</u></p>
		注6		<p>6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、<u>注7又は注8に規</u></p>			

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p>定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。</p> <p>注8 小児科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 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（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあっては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。</p> <p>注10 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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>【注の追加】</p> <p>注11 <u>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。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。</u></p> <p>【注の追加】</p> <p>注12 <u>注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携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保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>【注の追加】</p> <p>注13 <u>注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供す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保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>【注の追加】</p> <p>注14 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満</u></p>	<p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p><u>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初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。</u></p>	
<p><b>第2節 再診料</b></p> <p><b>A001 再診料</b></p> <p>【注の見直し】</p>	<p><b>A001 再診料</b> 73点</p> <p>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（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再診を行った場合を含む。）に算定する。</p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関し て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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。</p> <p>注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から<u>注18</u>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。</p> <p>注6 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基</p>	<p>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合に算定する。</p> <p>注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点（注2に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から<u>注14</u>までに規定する加算は算定しない。</p>



項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後 6 時（土曜日にあっては正午）から午前 8 時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注 5 のただし書又は注 6 に規定する場合にあっては、この限りでない。</p> <p>注 8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第 7 部リハビリテーション、第 8 部精神科専門療法、第 9 部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。</p> <p>注 9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注 8、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。</p>	
	<p>注10 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。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算 1 5 点 ロ 時間外対応加算 2 3 点 ハ 時間外対応加算 3 1 点</p> <p>注11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1 点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>【注の見直し】</p> <p>注12 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、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 25点 ロ 地域包括診療加算 2 18点</p> <p>注13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加</p>	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算 1 35点 ロ 認知症地域包括診療加算 2 28点</p> <p>注14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第 8 条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</p>	（新設）
	<p>注15 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。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月 1 回に限り 6 点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>【注の追加】</p> <p>注16 注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携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保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月 1 回に限り 3 点を更に所定点数に加算する。</p>	
【注の追加】	<p>注17 注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供す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保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月 1 回に限り 1 点を更に所定点数に加算する。</p>	（新設）
	<p>注18 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再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月 1 回に限り 4 点を所定点数に加算する。</p>	
	<p>A 002 外来診療料 74点</p> <p>注 1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再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再診を行った場合には、73点を算定する。</p>	
【注の見直し】	<p>注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の 4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第30条の18の 2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府</p>	<p>注 1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。</p> <p>注 2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	<p>県が公表したものに限る。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p>	<p>には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p>
	<p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して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再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55点を算定する。</p> <p>注5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注10までに規定する加算は算定しない。</p> <p>注6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。</p> <p>イ 尿検査 区分番号D000からD002-2までに掲げるもの</p> <p>ロ 糞便検査 区分番号D003（カルプロテクチン（糞便）を除く。）に掲げるもの</p> <p>ハ 血液形態・機能検査 区分番号D005（ヘモグロビンA1c（HbA1c）、デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、骨髓像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの</p> <p>ニ 創傷処置 100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ホ 削除</p> <p>ヘ 皮膚科軟膏処置 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの</p> <p>ト 膀胱洗浄</p> <p>チ 腔洗浄</p> <p>リ 眼処置</p> <p>ヌ 睫毛除去</p>	<p>注5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療料に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。</p>
【注の見直し】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の追加】	<p>ル 耳処置</p> <p>ヲ 耳管処置</p> <p>ワ 鼻処置</p> <p>カ 口腔、咽頭処置</p> <p>ヨ 間接喉頭鏡下喉頭処置</p> <p>タ ネブライザ</p> <p>レ 超音波ネブライザ</p> <p>ソ 介達牽引</p> <p>ツ 消炎鎮痛等処置</p> <p>注7 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。</p> <p>注9 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 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再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。</p> <p><b>A003 削除</b></p>	<p>タ ネブライザー</p> <p>レ 超音波ネブライザー</p> <p>(新設)</p> <p><b>A003 オンライン診療料（月1回） 71点</b></p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する月は、別に算定できない。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であって、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注1に規定す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他</p>



養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

- (3) **時間外対応加算 3 の施設基準**
- 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

**六 明細書発行体制等加算の施設基準**

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。
- (2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第五十号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。
- (3) (2)の体制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。

**七 地域包括診療加算の施設基準**

- (1) **地域包括診療加算 1 の施設基準**
- イ 当該保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ロ 往診又は訪問診療を行っている患者のうち、継続的に外来診療を行っていた患者が一定数いること。
- ハ 地域包括診療料の届出を行っていないこと。
- (2) **地域包括診療加算 2 の施設基準**
- (1)のイ及びハを満たすものであること。

**七の二 認知症地域包括診療加算の施設基準**

- (1) **認知症地域包括診療加算 1 の施設基準**
- 地域包括診療加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) **認知症地域包括診療加算 2 の施設基準**
- 地域包括診療加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関であること。

**八 外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者**

当該病院が他の病院（許可病床数が二百床未満のものに限る。）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ている患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）

**八の二 削除**

（下同じ。）に限る。）

ホ 区分番号 C 0 0 2―2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

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

**三の三 医科初診療及び医科再診療の外来感染対策向上加算の施設基準**

- (1) 専任の院内感染管理者が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
- (3) 感染防止対策につき、感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。

**三の四 医科初診療及び医科再診療の連携強化加算の施設基準**

他の保険医療機関（感染対策向上加算 1 に係る届出を行っているものに限る。）との連携体制が確保されていること。

**三の五 医科初診療及び医科再診療のサーベイランス強化加算の施設基準**

地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。

**三の六 医科初診療、医科再診療及び外来診療料の電子的保健医療情報活用加算の施設基準**

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和三十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (2)の体制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。

**四 医科再診療の外来管理加算に係る厚生労働大臣が定める検査及び計画的な医学管理**

- (1) **厚生労働大臣が定める検査**

医科点数表の第二章第三部第三節生体検査料に掲げる検査のうち、（超音波検査等）、（脳波検査等）、（神経・筋検査）、（耳鼻咽喉科学的検査）、（眼科学的検査）、（負荷試験等）、（ラジオアイソトープを用いた諸検査）及び（内視鏡検査）の各区分に掲げるもの

- (2) **厚生労働大臣が定める計画的な医学管理**
- 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに一定の検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、懇切丁寧な説明が行われる医学管理

**五 時間外対応加算の施設基準**

- (1) **時間外対応加算 1 の施設基準**
- 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。
- (2) **時間外対応加算 2 の施設基準**
- 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療

## 基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）

【令和 4 年 4 月 1 日適用】

### 第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

### 第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和三十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

### 第三 初・再診療の施設基準等

- 一 **医科初診療の注 7 及び注 8、医科再診療の注 6、外来診療料の注 9 並びに歯科初診療の注 7 の時間外加算等に係る厚生労働大臣が定める時間**
- 当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。以下同じ。）及び休日を除く。）

#### 一の二 医科初診療の特定妥結率初診療、医科再診療の特定妥結率再診療及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

- (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率（診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の初診療の注 4 に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。
- (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

#### 一の三 医科初診療、医科再診療及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

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。

#### 二 医科初診療及び医科再診療の夜間・早期等加算の施設基準

一週当たりの診療時間が三十時間以上であること。

#### 三 医科初診療に係る厚生労働大臣が定める患者

他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）

#### 三の二 医科初診療の機能強化加算の施設基準

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
- イ 区分番号 A 0 0 1 の注12に規定する地域包括診療加算
- ロ 区分番号 B 0 0 1―2―9 に掲げる地域包括診療料
- ハ 区分番号 B 0 0 1―2―11 に掲げる小児かかりつけ診療料
- ニ 区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（医科点数表の区分番号 B 0 0 4 に掲げる退院時共同指導料 1 に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診療料の注 1 に規定する在宅療養支援病院をいう。以

## 第五 病院の入院基本料の施設基準等

### 一 通則

- (1) 病院であること。
- (2) 一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位（特定入院料に係る入院医療を病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。）として看護を行うものであること。
- (3) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。
- (4) 次に掲げる施設基準等のうち平均在院日数に関する基準については、病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者（別表第二に掲げる患者を除く。）を基礎に計算するものであること。
- (5) 次に掲げる看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟（別表第三に掲げる治療室、病室及び専用施設を除く。）の種別ごとに計算するものであること。
- (6) 夜勤を行う看護職員（療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護職員を除く。）の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。
- (7) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料（地域一般入院料3を除く。）、七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。
- (8) 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。

### 二 一般病棟入院基本料の施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院料の施設基準
  - イ 急性期一般入院基本料の施設基準
    - ① 通則
      - 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十（急性期一般入院料1にあっては七）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（一般病棟入院基本料の注6の場合を除く。）とする。
      - 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
      - 3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日（急性期一般入院料1にあっては十八日）以内であること。
      - 4 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって、急性期一般入院料6に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。
      - 5 許可病床数が二百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が四百床以上の

### 第三の二 入院基本料又は特定入院料を算定せず、短期滞手術等基本料3を算定する患者

別表第十一の三に掲げる手術、検査又は放射線治療を実施する患者であって、入院した日から起算して五日までの期間のもの

## 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

### 一 入院診療計画の基準

- (1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。
- (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。
- (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

### 二 院内感染防止対策の基準

- (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
- (2)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

### 三 医療安全管理体制の基準

医療安全管理体制が整備されていること。

### 四 褥瘡対策の基準

- (1) 適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
- (2) 褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

### 五 栄養管理体制の基準

- (1) 当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟を除く。）
- (2) 入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。

### 六 医科点数表第一章第二部入院料等通則第8号及び歯科点数表第一章第二部入院料等通則第7号に掲げる厚生労働大臣が定める基準

当該保険医療機関内に非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が一名以上配置されていること。

## 第四の二 歯科点数表第一章第二部入院料等通則第6号ただし書に規定する基準

一 第四の一から四までのいずれにも該当するものであること。

二 次の栄養管理体制に関する基準のいずれにも該当するものであること。

- (1) 当該保険医療機関内に管理栄養士が一名以上配置されていること。
- (2) 入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。

計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の月平均患者数が二十人以上であること。

- (8) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

### 十 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

#### (1) 歯科外来診療環境体制加算1の施設基準

- イ 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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を除く。）であること。
- ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- ハ 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
- ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

#### (2) 歯科外来診療環境体制加算2の施設基準

- イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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であること。
- ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- ハ 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
- ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

### 十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準

- (1) 次のいずれかに該当すること。

- イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係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であること。
  - ロ 歯科医療を担当する保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。
- (2) 歯科診療で特別な対応が必要である患者にとって安心で安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。
  - (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う病院である保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。
  - (4) 歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

## 八の三 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第一章第一部初・再診料第一節初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (2) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (4) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

### 九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

- (1) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (4) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- (5) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (6) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
- (7) 次のイ又はロのいずれかに該当すること。

イ 常勤の歯科医師が二名以上配置され、次のいずれかに該当すること。

- ① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。
  - ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。
  - ③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科点数表の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。
  - ④ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。
- ロ 次のいずれにも該当すること。
- ① 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
  - ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の周術期等口腔機能管理



保険医療機関であって、急性期一般入院料 2 から 5 までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

② 急性期一般入院料 1 の施設基準

- 許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあつては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。
- 許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあつては、次のいずれかに該当すること。
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。
  - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。
- 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が八割以上であること。
- 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

③ 急性期一般入院料 2 の施設基準

- 許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあつては、次のいずれかに該当すること。
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割七分以上入院させる病棟であること。
  - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割四分以上入院させる病棟であること。
- 許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあつては、次のいずれかに該当すること。
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。
  - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割二分以上入院させる病棟であること。
- 届出時点で、継続して三月以上、急性期一般入院料 1 を算定していること。
- 厚生労働省が行う診療内容に係る調査に適切に参加すること。

④ 急性期一般入院料 3 の施設基準

- 許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあつては、次のいずれかに該当すること。
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割四分以上入院させる病棟であること。
  - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割一分以上入院させる

病棟であること。

- 許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあつては、次のいずれかに該当すること。
    - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割二分以上入院させる病棟であること。
    - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割九分以上入院させる病棟であること。
  - 届出時点で、継続して三月以上、急性期一般入院料 1 又は 2 を算定していること。
  - 厚生労働省が行う診療内容に係る調査に適切に参加すること。
- ⑤ 急性期一般入院料 4 の施設基準

- 許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあつては、次のいずれかに該当すること。
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
  - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割七分以上入院させる病棟であること。
- 許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあつては、次のいずれかに該当すること。
  - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。
  - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること。

⑥ 急性期一般入院料 5 の施設基準

- 次のいずれかに該当すること。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割七分以上入院させる病棟であること。
  - 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割四分以上入院させる病棟であること。
- ⑦ 急性期一般入院料 6 の施設基準
- 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ 地域一般入院基本料の施設基準

① 通則

- 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（地域一般入院料 1 及び 2 にあつては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟に

おける夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（一般病棟入院基本料の注 6 の場合を除く。）とする。

- 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（地域一般入院料 1 及び 2 にあつては七割）以上が看護師であること。
- 当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日（地域一般入院料 1 及び 2 にあつては二十四日）以内であること。
- データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

② 地域一般入院料 1 の施設基準

- ①に定めるもののほか、当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

(2) 一般病棟入院基本料の注 2 ただし書及び注 7 に規定する厚生労働大臣が定めるもの

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(3) 一般病棟入院基本料の注 2 に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注 2 ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院基本料の注 7 に規定する夜勤時間特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注 2 ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院基本料の注 6 に規定する夜勤時間特別入院基本料、精神病棟入院基本料の注 2 ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注 9 に規定する夜勤時間特別入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注 2 に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(4) 一般病棟入院基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が百床未満の病院であること。

(5) 一般病棟入院基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める日

次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数、一時的に二未満となった日

イ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあつては、看護職員の数が一以上であること。

(6) 一般病棟入院基本料の注 8 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関

(7) 一般病棟入院基本料の注 8 に規定する厚生労働大臣が定める患者

- 次のいずれにも該当する患者
- イ 当該病棟に三十日を超えて入院している者
- ロ 午前中に退院する者
- ハ 当該退院日において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者
- ニ 入退院支援加算を算定していない者

(8) 一般病棟入院基本料の注 9 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者（入院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める金曜日に入院するものの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める月曜日に退院するものの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関

(9) 一般病棟入院基本料の注 9 に規定する厚生労働大臣が定める日

当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）

(10) ADL維持向上等体制加算の施設基準

- イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
- ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

三 療養病棟入院基本料の施設基準等

(1) 療養病棟入院基本料の注 1 本文に規定する入院料の施設基準

- イ 通則
- 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であることとする。
  - 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
  - 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日

地方厚生（支）局医療課長	保 険 局 第 1 号
都道府県民生主管部（局）	令 和 4 年 3 月 4 日
国民健康保険主管課（部）長	
都道府県後期高齢者医療主管部（局）	
後期高齢者医療主管課（部）長	
	厚生労働省保険局医療課長
	（公 印 省 略）
	厚生労働省保険局南科医療管理官
	（公 印 省 略）

#### 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）等が公布され、令和4年4月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び調剤報酬点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月5日保 険 局 第0305第1号）は、令和4年3月31日限り廃止する。

#### 第1章 基本診療料

#### 第1部 初・再診料

<通則>

- 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、2以上の傷病に罹っている患者について、それぞれ傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は1回に限り算定するものであること。

同一の保険医療機関において、2人以上の保険医（2以上の診療料にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様であること。

ただし、初診料の「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病につき、新たに別の医療法施行令第3条の2第1項及び第2項に規定する診療料を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療料を再診として受診した場合の2つの診療料については、この限りでない。

- 初診又は再診が行われた同日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に随随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

- 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療料に係る傷病につき入院中の患者が術又は日時の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療料において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがった場合は、それぞれの診療料において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療料においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

- 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等はない。）している期間中においては、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算原因となった傷病に属する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

- 初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指針に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合

#### 別添1

#### 医科診療報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。

- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。

- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に作い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。

- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第55号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第56号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療料については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療料名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。

- 8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

に、使用した薬剤の費用については第2章第2部第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については同第4節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。なお、当該薬剤の費用は、継続的な医学管理を行う必要がある場合に算定するものとし、区分番号「A000」初診料の算定のみの場合にあっては算定できない。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関において、第2章第3部第1節第1款検体検査実酬料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。

- 6 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

#### 第1節 初診料

#### A000 初診料

- （1）特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初診と認められる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

- （2）「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからヤまでの取扱いとする。

ア 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。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。

イ 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、オンライン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。

ウ 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は、事後的に確認可能な場合等に於ては、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。

（イ）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

（ロ）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

エ オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介すること求められる」とされていることから、患者の状況によって対応

## 留意事項通知 1-5 初・再診料



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。**  
オ 情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針に沿っ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「適切な診療の初期に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることを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、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での役目について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

カ 情報通信機器を用いた診療を行う際は、**予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。**

キ 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(3) 患者が罵詈雑言を述べた場合において、診断の結果、疾病と認めべき徴候のない場合にあっては、初診料を算定できる。

(4) 自覚的・他覚的徴候がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。

ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

(5) (4)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を罹患した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

(6) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中においても、初診料は算定できない。

(7) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」又は「注3」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介割合の支給が50%未満又は逆紹介割合の支給が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告

－ 4 －

対象病院等（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として推進府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200床未満であることを除く。以下「紹介又は診察医療機関」という。）をいい、「注3」にあっては、紹介割合の支給が40%未満又は逆紹介割合の支給が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。紹介割合及び逆紹介割合の支給の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の支給が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の継続する6か月間。また、新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の支給を有していること。）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の支給が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

紹介割合（％）＝（紹介患者数÷救急患者数）÷初診の患者数×100

逆紹介割合（％）＝逆紹介患者数÷（初診の患者数＋再診の患者数）×1,000

なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数を用いる。

ア 初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診と認められる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診と認められる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係（第2部通則7の(3)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診と認められる診療行為（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）があった患者の数をとする。

エ 逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「B005－11」遠隔連携診療料又は区分番号「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数をとする。

オ 救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。

－ 5 －

－ 6 －

(16) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合（5）から（7）までを参照。）

ア B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

B保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(17) 乳幼児加算  
初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注6」の乳幼児加算は、算定できない。

(18) 時間外加算

ア 各都道府県における医療機関の診療時間の定態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外を時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

イ アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応答の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとしない。

ウ 保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。

エ 時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療を開始された場合は算定できない。

オ 時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(19) 休日加算

ア 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び例日の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日を用いる。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

イ 休日加算は次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

① 地域医療支援病院  
② 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所  
③ 「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年医発第692号）に規定された。

－ 6 －

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。**

オ 情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針に沿っ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「適切な診療の初期に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることを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、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での役目について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

カ 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(3) 患者が罵詈雑言を述べた場合において、診断の結果、疾病と認めべき徴候のない場合にあっては、初診料を算定できる。

(4) 自覚的・他覚的徴候がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。

ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

(5) (4)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を罹患した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

(6) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中においても、初診料は算定できない。

(7) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」又は「注3」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介割合の支給が50%未満又は逆紹介割合の支給が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告

－ 4 －

－ 6 －

(8) 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）は、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関において、報告年度の継続する6か月間で支給の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

なお、紹介割合及び逆紹介割合については、令和5年4月1日から適用する。

(9) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度1年間の紹介割合の支給が40%未満又は逆紹介割合の支給が20%未満の保険医療機関の取扱いについては、(8)と同様であること。

(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても委託率が低い状況又は委託率、単品単価契約率及び一昨引引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定委託率初診料を算定する。

(11) 委託率、単品単価契約率及び一昨引引き契約の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日医発第0304第2号）別添1の第2の5を参照のこと。

(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と指定取次業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等委託率の根拠となる資料を併せて提出すること。

(13) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

ただし、「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことを用いる。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことを用いる。）を初診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であっても、同一日に他の傷病で2以上の診療科を初診として受診する場合においても、2つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注6」から「注14」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるように、保険医療機関が設置した総合外来等については、診療料とみなさず、総合外来等を受診、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。

(14) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、1月の期間の計算は、例えば、2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。

(15) (14)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

(α) 当該休日と休日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の場合に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。）

ウ 休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(20) 深夜加算

ア 深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の重合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できない。なお、深夜は、いずれの各節においても午後 10 時から午前 6 時までの間をいう。イ なお、夜間開業の保険医療機関において、当該保険医療機関の診療時間又は診療態勢が午後 10 時から午前 6 時までの間と重複している場合には、当該重複している時間帯における診療については深夜加算は認められない。

ウ 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると考えられる次の掲げる保険医療機関を受診した患者

- ① 地域医療支援病院
- ② 救急病院等
- ③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関
- (ロ) 自己の長示する診療時間が深夜を含んでいない保険医療機関に、又は自己の長示する診療時間が深夜にまで及んでいない保険医療機関の当該長示する診療時間と重複していない深夜に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を診療時間としている保険医療機関に受診した患者を除く。）

エ 深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(21) 時間外加算の特例

ア 当該特例の適用を受ける保険医療機関（以下「時間外特例医療機関」という。）とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると考えられる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第 30 条の 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

- ① 地域医療支援病院
- ② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- ③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番部病院、病院群輪番部に参加している有床診療所又は共同利用型病院

イ 別に厚生労働大臣が定める時間又は、当該地域において 一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休

－ 8 －

日を除く。）とし、その標準は、概ね午前 8 時前と午後 6 時以降（土曜日の場合は、午前 8 時前と正午以降）から、午後 10 時から午前 6 時までの間を除いた時間とする。

ウ 時間外特例医療機関において、休日加算又は深夜加算に該当する場合には、時間外加算の特例を算定せず、それぞれ休日加算、深夜加算を算定する。また、時間外加算の特例を算定する場合には、時間外加算又は夜間・早朝等加算は算定しない。

(22) 小児科（小児外科を含む。以下この節において同じ。）を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜の診療に係る特例

ア 夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜する保険医療機関（小児科以外の診療科を併せて有する保険医療機関を含む。）において、6 歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できることとするものである。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できるものであること。

イ 夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において 一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前 8 時前と午後 6 時以降（土曜日の場合は、午前 8 時前と正午以降）から、午後 10 時から午前 6 時までの間を除いた時間とする。

ウ 休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注 7」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

エ 時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の算定に係る取扱いは、「注 7」の場合と同様である。

(23) 夜間・早朝等加算

ア 夜間・早朝等加算は、病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療を評価するものである。

イ 長示する診療時間とは、保険医療機関が診療時間として地域に周知している時間であって、来院した患者を常に診療できる体制にある時間又は計画的に訪問診療を行う時間（午後 10 時から午前 6 時までの間）及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が長示する診療時間内の時間とする。

エ 区分番号 1C000」往診料を算定した場合にも、初診料に加えて夜間・早朝等加算を算定できる。

オ 夜間・早朝等加算は、当該加算の算定対象となる時間に受付を行った患者について算

－ 9 －

る場合に算定する。

(27) サーパーインス強化加算

「注 13」に規定するスーパーインス強化加算は、(25) の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策スーパーインス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J－S P I H）等、地域や全国のスーパーインスに参加している場合に算定する。

(28) 電子的保健医療情報活用加算

「注 14」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、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康情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、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（大正 11 年法律第 70 号）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に、月 1 回に限り算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限

り、月 1 回に限り 3 点を算定する。

ただし、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

－ 11 －

－ 10 －

(26) 連携強化加算

「注 12」に規定する連携強化加算は、(25) の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算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、感染症の発生状況、抗汚染の使用状況等について報告を行っている



ア 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。  
イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は「密な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の正確認識を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するための次の取組を行う。

【提供される診療内容の事例】

- 問診し、患者の話を総括する。  
「今日同ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続く、痰の切れが悪い。』ということですね。」
- 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

- これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。  
「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすくて、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときはマスクをした方がいいですよ。」

- 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」  
診察に当たっては、イに規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

エ 外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を標榜する保険医療機関において、外来患者が２以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。

オ 区分番号「C〇〇」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。  
カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、イに該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にある場合は、再診料は算定せず、外来管理加算は算定できない。

キ 「注８」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第２章第３節第３節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。  
超音波検査等  
胸部検査等  
神経・筋検査

－ 12 －

（イ）救急応対対策の整備事業について」に規定された救急病院又は救急診療所

（ハ）地域医療支援病院

－ 13 －

（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

（ハ）救急応対対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪

耳耳鼻咽喉科学的検査

眼科学的検査

耳鼻喉試験等

ラジオアイソトープを用いた諸検査

内視鏡検査

（８） 電話等による再診

ア 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に、３月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、オの規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

イ 電話又はビデオ通話による再診（聴覚障害者である患者に係る再診に限り、ファクシミリ又は電子メール等によるものを含め。）は、患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要がある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話又はビデオ通話による指示等が、同一日における初診又は再診に随行する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等は、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを添付すること。

ウ 乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注４」の乳幼児加算を算定する。

エ 時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。ただし、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、これらの加算は算定できない。

オ 当該再診料を算定する際には、第２章第１部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受けて、治療上の必要から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っているとして認められる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った日には、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書等（ファクシミリ又は電子メールを含む。）で提供した場合は、区分番号「B〇〇9」診療情報提供料（１）を算定できる。

（イ）地域医療支援病院

（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

（ハ）地域医療支援病院

－ 13 －

（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

（ハ）地域医療支援病院

（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

（ハ）地域医療支援病院

オ 当該医療機関において、院内処方により以下の対応が可能であることを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。

こと。

（ホ） 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、（ニ）の場合に限り院外処方を可能とする。

（ニ） 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

① 調剤について 24 時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連棟薬局」という。）と連携していること。

② 原則として、院外処方を行う場合は連棟薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においてでも対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該加算を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

⑤ 診療録にお薬手帳若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付又は当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

（ホ） 当該患者に対して、標榜時間外の電話等による問い合わせに可能な体制を有し、連絡先に対して情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。

（ヘ） 当該患者に対し、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果を基に患者の健康状態を管理すること。

（ト） 当該患者に対し、必要に応じ、要介護認定に係る主治医意見書を作成すること。

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

（リ） 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式 47 を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近 1 年間に 4 回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式 47 を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることにより。

（ヌ） 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「7 種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

（ル） 認知症の患者に対し本加算を算定する場合であって、当該患者の病状から、患者への説明及び患者の同意については、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

オ 当該医療機関において、院内処方により以下の対応が可能であることを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。

－ 15 －

