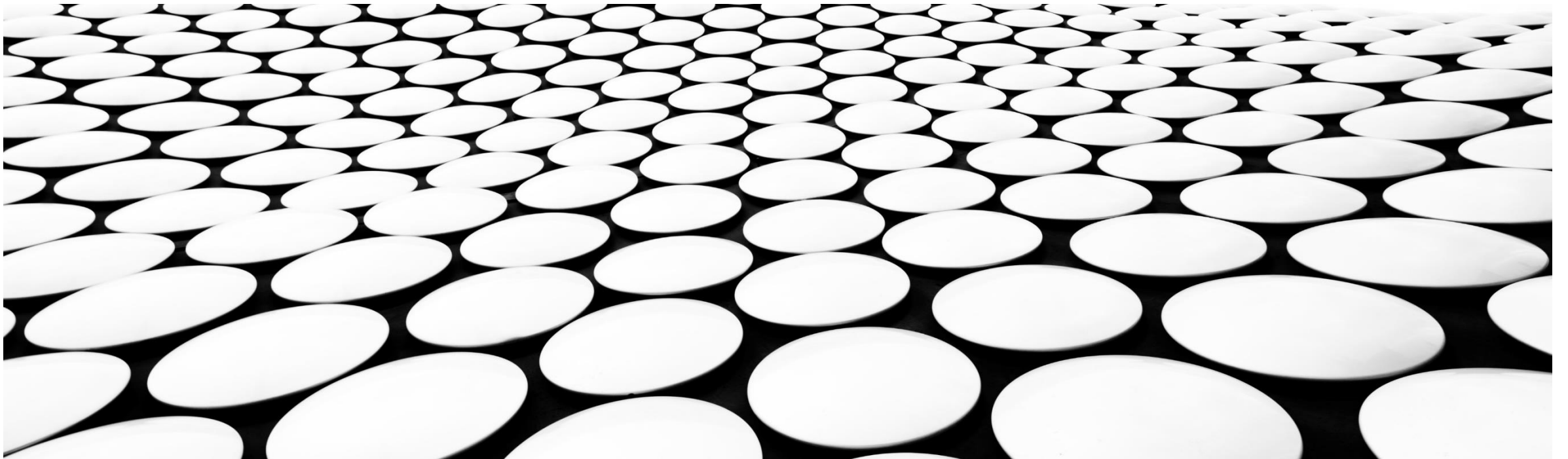


令和4年度診療報酬改定の概要について

外来感染対策向上加算、地域包括診療料・加算、機能強化加算、リフィル処方、生活習慣病管理料、小児かかりつけ診療料
電子的保健医療情報活用加算（オンライン資格確認システム）等



令和4年度診療報酬改定のポイント

- 感染症対策では、診療所にも加算がつく一方で、定期的な勉強会、発熱外来等の対応、また中核病院との連携による感染対策強化が求められる
- 働き方改革が加速。チーム医療やタスクシェアリング関係の点数が充実する一方で、当直回数や勤務時間インターバルなどが要件に
- 急性期大病院は、重症度の定義がより厳格化され、救急と手術確保で大きく差がつくことに
- 紹介受診重点医療機関は、急性期なら目指すべき
- 地域包括ケア病棟は、施設基準が厳格化し対応必須。また院内転棟は修正を
- 回復期リハは、基準厳格化と機能評価が必要に
- 療養型は、中心静脈栄養を漫然と続けられない
- 精神科は、指定医体制の評価とニッチ領域（依存症、児童思春期等）の強化
- 外来は、初診料機能強化加算の厳格化。外来データ提出加算が新設
- リフィル処方せん導入。ただし投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬は除外
- 在宅は質の向上と裾野の拡大
- オンライン診療は、一定の範囲で初診も認められ、一通り点数が引き上げ。在宅医学管理も一部オンラインで対応可能だが点数は限定

(1) 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

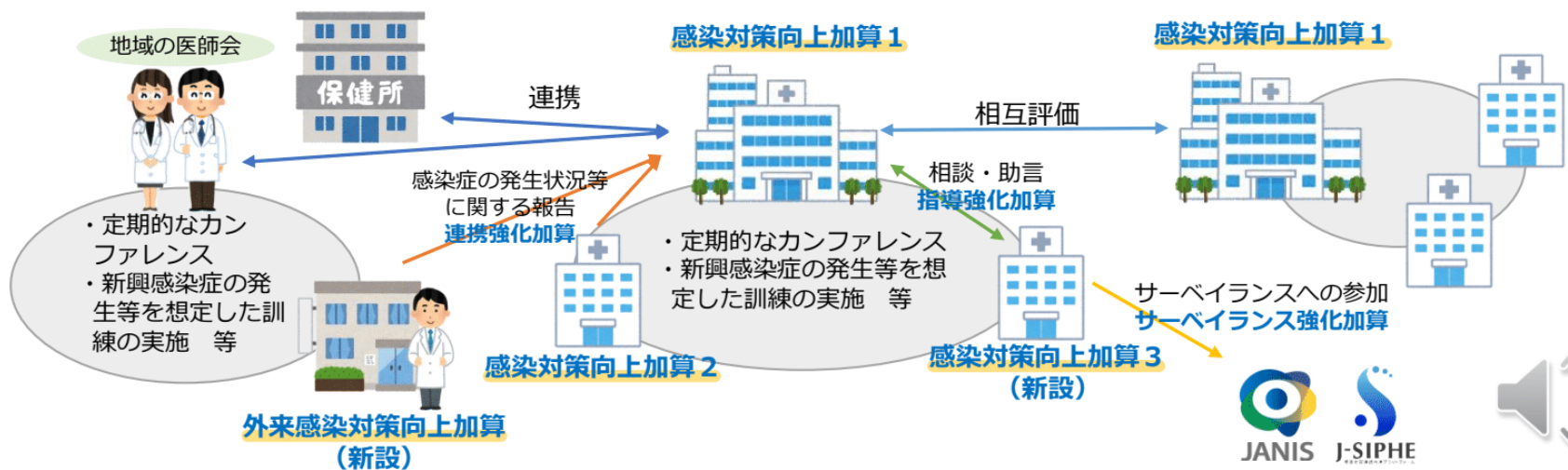
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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



(1) 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

感染対策向上加算1(入院初日:710点)の主な施設基準

1. 感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年2回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

<感染制御チームの構成員>

- ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師等
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

(※アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。)

2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 感染制御チームは、**保健所、地域の医師会と連携し**、加算2、3の医療機関と合同で年4回程度、院内感染対策に係るカンファレンス・訓練を実施
- ② 感染制御チームは、加算2、3、**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
- ③ **加算1を算定する他の医療機関と連携し、年1回程度、感染防止対策について相互に評価**

3. その他

- ① **抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬適正使用の支援業務を実施**

<感染制御チームの構成員>

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師等
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

(※アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。)

- ② **新興感染症の発生時等に、感染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体制を有する**
- ③ 院内感染症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 等

現行の
感染防止対策加算I
をアップグレード



(1) 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

感染対策向上加算2（入院初日：175点）の主な施設基準

1. 感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年2回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

< 感染制御チームの構成員 >

- ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師等
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ**又は適切な研修を修了した**感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験を持つ**又は適切な研修を修了した**専任の臨床検査技師
- (※アからエのうち1名は院内感染管理者として配置)

2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 年4回程度、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練には少なくとも年1回参加）
- ② **新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること**

3. その他

- ① **新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者または疑い患者を受け入れる体制を有し、自治体ホームページで公開**
- ② **新興感染症の発生時等に、感染症患者また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体制を有する**
- ③ 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する
- ④ 院内感染症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た場合、**サーベイランス強化加算**として5点を算定 等

現行の
感染防止対策加算2
をアップグレード



(1) 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

感染対策向上加算3の主な施設基準 ※75点(入院初日+入院期間が90日を超えるごとに1回算定)

1. 感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年2回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

<感染制御チームの構成員>

ア 専任の常勤医師等

イ 専任の看護師

(※ア及びイに定める者のうち1名は院内感染管理者として配置)

2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 年4回程度、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練には少なくとも年1回参加)
- ② 抗菌薬の適正使用について、連携する加算1の医療機関又は地域の医師会から助言等を受ける。
- ③ 細菌学的検査を外部委託している場合は、「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ス」に沿った対応を行う
- ④ 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること

中小病院、慢性期病床、
有床診療所などを想定



3. その他

- ① 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者また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、そのことを自治体ホームページで公開
- ② 新興感染症の発生時等に、感染症患者また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
- ③ 院内感染症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た場合、**サーベイランス強化加算**として5点を算定
- ④ 外来感染症対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること 等



(1) 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

感染対策向上加算2 および3 に対する加算

1. 連携強化加算 30点

[主な施設基準]

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うこと



感染対策向上加算2



感染対策向上加算3

2. サーベイランス強化加算 5点

[主な施設基準]

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 等



(1) 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

- 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。
- (4) 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。**

- 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の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。**



令和4年度診療報酬改定 2. 新興感染症に対応できる医療提供体制の構築

(1) 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

	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	710点	175点	75点	6点	
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	
届出基準	(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)		
主な施設基準	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 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 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。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上) ・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) ・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)	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・ 専任の常勤医師(適切な研修の修了が望ましい) ・ 専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)	
	医療機関間・行政等との連携	・ 保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び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。) ・ 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 ・ 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	・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。) ・ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて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	・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。) ・ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて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	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) ・ 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランスへの参加	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、 サーベイランス強化加算 として5点を算定する。		サーベイランス強化加算 として1点を算定する。
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・ 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 ・ 細菌学的検査を外都委託する場合は、「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	・ 抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・ 「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・ 細菌学的検査を外都委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う
	・ 新興感染症の発生時等に、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 ・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	・ 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	・ 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等を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	・ 新興感染症の発生時等に、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	
	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、 指導強化加算 として、 30点 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、 連携強化加算 として 30点 を算定する。		連携強化加算 として 3点 を算定する。	



外来感染対策向上加算

(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画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

- 入院における感染防止対策加算（1・2）を感染対策向上加算（1・2・3）に改称・新設し、平時からの個々の医療機関における感染防止対策の取組や地域の医療機関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に患者の受入体制を有し、公表

外来感染対策向上加算

(1) 感染制御チーム

- 院内感染管理者（医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者）の配置

(2) 医療機関・行政との連携

- 加算1病院または地域医師会の主催するカンファレンスに年2回以上参加する（新興感染症発生を想定した訓練への参加は必須）
- 新興感染症発生時などの有事対応について、連携医療機関等と予め協議し、十分な地域連携体制を整備する
- 新興感染症発生時には、都道府県の要請をうけて「発熱患者の診療」体制を敷き、その旨を公開する

(3) 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）等、地域や全国のサーベイランスへ参加している

(4) その他

- 抗菌薬の適正使用について、加算1病院または加算1病院と連携した地域医師会からの助言を受ける
- 「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考にした普及啓発などの取り組みを行う
- 細菌学的検査を外部委託する際には「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」に準拠する
- 発熱患者の診療実施を念頭においた「発熱患者の動線を分けられる」体制を敷く

抗微生物薬適正使用の手引き／中小病院における薬剤耐性アウトブレイク対応ガイドンス

抗微生物薬適正使用の手引き 第二版

厚生労働省健康局結核感染症課

抗微生物薬適正使用の手引き 第二版 ダイジェスト版

- 対象 ▶ 基礎疾患のない学童期以降の小児と成人
対象 ▶ 基礎疾患のない生後3か月以降から
小学校入学前の乳幼児

厚生労働省
健康局 結核感染症課

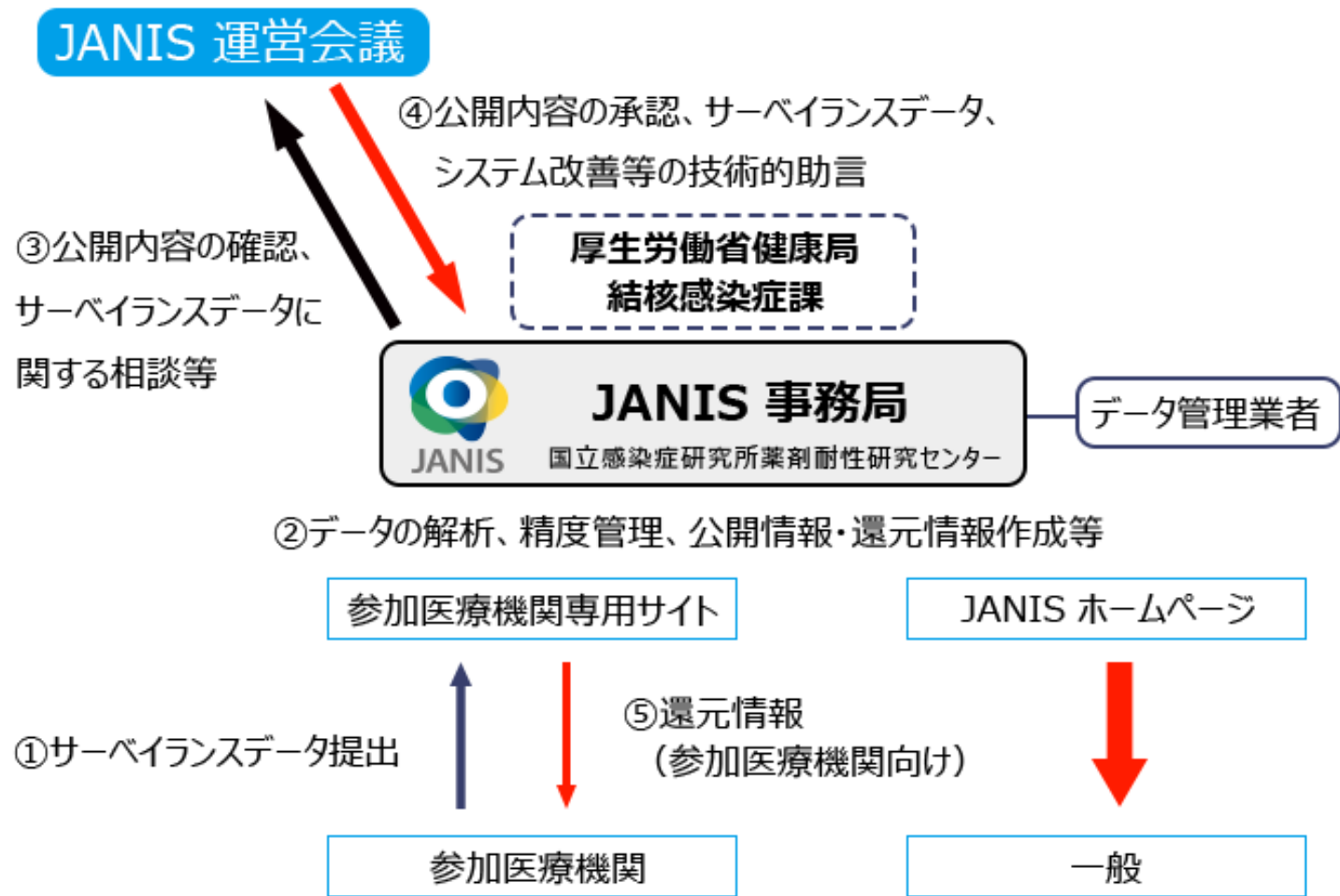
中小病院における 薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス

2019年3月

感染症教育コンソーシアム

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作成チーム

JANISについて



外来感染対策向上加算（疑義解釈）

問10 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 11 及び区分番号「A 0 0 1」再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A 2 3 4 - 2」の「3」感染対策向上加算3の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて・・・発熱患者の診療等を実施する体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

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

問14 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。

（答）不可。

問15 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

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

（答）それぞれ以下のとおり。

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

外来感染対策向上加算（疑義解釈）

問18 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の施設基準において、「感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。以下本問において同じ。）により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。

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

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

- 院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について、当該保険医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。
- 当該保険医療機関の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。
- 保険医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について、年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること
- 研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。 なお、研修の実施に際して、AMR臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料（※）を活用することとして差し支えない。

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

外来感染対策向上加算（疑義解釈）

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

（答）不可。

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

- ① 対象となるサーベイランスには、JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。
- ② JANISに参加する場合にあっては、JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。

（答）それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、JANIS及びJ-SIPHEとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については、当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。
- ② 少なくともJANISの検査部門に参加している必要がある。なお、診療所についてもJANISの検査部門への参加は可能である。

外来感染対策向上加算（疑義解釈）

問21 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について掲示すればよいか。

（答）以下の内容について掲示すること。

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

問25 外来感染対策向上加算並びに区分番号「A 2 3 4 - 2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、「有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること」とされているが、

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

（答）それぞれ以下のとおり。

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

外来感染対策向上加算（疑義解釈）

問27 外来感染対策向上加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること」とされているが、当該訓練とは、具体的にはどのようなものであるか。また、当該訓練は対面で実施する必要があるか。

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

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

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

（例）

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

(参考) 令和4年度改定前の地域包括診療料・加算

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの 		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする 		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 		
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 		
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

(2) 地域包括診療料・加算の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

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

現行

【地域包括診療料】

[対象患者]

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

[算定要件]

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

[施設基準]

- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。



改定後

【地域包括診療料】 (※地域包括診療加算も同様)

[対象患者]

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

[算定要件]

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

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

[施設基準]

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



地域包括診療料・加算

【地域包括診療料】・【地域包括診療加算】について次のような見直しを行う

▽ 対象疾患に「慢性心不全」「慢性腎臓病」を追加する

▽ 患者に対する生活面の指導について、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」が行うことを認める

▽ 「患者からの予防接種に係る相談に対応すること」「院内掲示により、当該対応が可能なことを周知する」ことを要件に加える

地域包括診療料・加算については「対象患者の拡大」を行うとともに、「要件の厳格化」（予防接種対応など）を行っています。より多くの患者が「高いかかりつけ医機能を持つ医師」をかかりつけとすることが期待されます。

(参考) 令和4年度改定前の機能強化加算

機能強化加算



- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料 (初診時) 機能強化加算 80点

[算定要件]

- ① 施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料（ただし2つ目の診療科に係る初診料を除く）を算定する場合に、加算する。

[施設基準]

- ① 診療所又は許可病床数が200床未満の病院。
② 次のいずれかにおける届出を行っている。
ア 地域包括診療加算
イ 地域包括診療料
ウ 小児かかりつけ診療料
エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
オ 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 健康診断の相談等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを見やすい場所に掲示している。
④ 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。
⑤ ③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。



(3) 機能強化加算の見直し

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

現行

【機能強化加算】

[算定要件]

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

[施設基準]

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

改定後

【機能強化加算】

[算定要件]

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

[施設基準]

- (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) (略)
- (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。(※)

機能強化加算の見直し

現行		改定後	
届出 ・ 実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算 地域包括診療料 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算1／地域包括診療料1の届出を行っていること。 <p>(参考：地域包括加算1／診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括診療加算2／地域包括診療料2の届出を行っていること。 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。(※) 地域包括診療加算2／地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 在宅患者訪問診療料(I)の「1」、在宅患者訪問診療料(II)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
届出 ・ 実績	小児かかりつけ診療料	<ul style="list-style-type: none"> 小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る) 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 <p>(参考：機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、</p> <ul style="list-style-type: none"> (在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は 在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。 	<p>以下のいずれも満たすものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅時医学総合管理料／施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 以下のいずれかを満たしていること。(※) 過去1年間において、 (在支診の場合) 緊急往診の実績3件以上。 (在支病の場合) 緊急往診の実績又は 在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
配置 医師	-	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。(※) <p>ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力</p>	

(※令和4年9月30日までの間は基準を満たすものとみなされる。)



機能強化加算に係る院内掲示(例)

当院は「かかりつけ医」として、必要に応じて次のような取組を行っています

- ◇ 健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関する相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
- ◇ 保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
- ◇ 夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
- ◇ 受診している他の医療機関や処方されているお薬を伺い、必要なお薬の管理を行います。
- ◇ 日本医師会かかりつけ医機能研修制度 応用研修会を修了しています。

●●医院

※ 厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで地域の医療機関が検索できます。



参考資料（白本）の巻末にサンプルを掲載したので活用ください



機能強化加算

【機能強化加算】について、次のような見直しを行う

▽必要に応じて「専門医への紹介」や「健康管理相談」「医薬品の把握」「緊急時対応」などを行うとともに、その旨を院内掲示・ホームページ等で示すことを要件化する

▽直近1年間で「地域包括診療加算2の算定患者3人以上」「往診料・訪問診療料の算定回数合計が3人以上」のいずれを満たすこととの実績基準を設ける

▽常勤医師による「警察医との協力」「乳幼児健診の実施」「予防接種の実施」「地域ケア会議への出席」などを要件化する

▽体制・実績について

次のいずれかであること

▼「地域包括診療料1、加算1の届け出」または「地域包括診療料2、加算2の届け出を行い、同診療料2・加算2の算定患者が直近1年で3人以上あるいは、直近1年に在宅患者訪問診療料（I）の「1」・在宅患者訪問診療料（II）・往診料の算定患者合計が3人以上」

▼「小児かかりつけ診療料」の届け出

▼「在総管、施設総管を取得する機能強化型の在支診・病」または「在総管、施設総管を取得する機能強化型『以外』の在支診・病であり、過去1年に在支診では緊急往診3件以上、在支病では緊急往診または緊急受け入れ3件以上、在宅看取り・15歳未満の超重症児・準超重症児の在宅医療が1件以上のいずれか」

機能強化加算

▽医師

▼介護保険利用の相談対応、主治医意見書作成▼警察医との協力▼乳幼児健診実施▼定期予防接種実施▼幼稚園の園医などへの就任▼地域ケア会議への出席▼市町村の実施する一般介護予防事業への協力のいずれかを行う「常勤医師」配置

▽「地域で包括的な診療を行う医療機関である」旨を、院内掲示するとともに、「ホームページ」などで広報する

算定要件（点数を算定するために実施する医療行為）については、次のような事項が設けられました。保険者等から「80点の上乗せで、患者に対して何を実施してくれるのかが分からない」との厳しい指摘があったことを踏まえたものと言えるでしょう。

▽専門医療機関へ受診する必要があるか否かの判断を行うことを明確化する

▽必要に応じて次のような対応を行うとともに、その旨を院内掲示・ホームページ掲載し、必要に応じて患者に説明する（全患者の1人1人への説明は現実的ではない）

▼患者が受診している他医療機関、処方されている医薬品を把握し、必要な管理を行い、診療録に記載する

▼専門医師・専門医療機関へ紹介を行う

▼健診結果等の健康管理にかかる相談に応じる

▼保健・福祉サービスにかかる相談に応じる

▼診療時間外を含む、緊急時の対応方法等にかかる情報提供を行う

機能強化加算（疑義解釈）

問7 区分番号「A000」初診料の注10に規定する機能強化加算の施設基準において、地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ実施する対応について、「ホームページ等に掲示する等の取組を行っていること」とされているが具体的にはどのようなことを指すのか。

（答）例えば、

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

(7) 生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

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

[算定要件]

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



改定後

【生活習慣病管理料】

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

[算定要件]

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

算定要件の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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



(7) 生活習慣病管理料の見直し

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

生活習慣病管理料（疑義解釈）

▽生活習慣に関する総合的な治療管理を、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが可能である旨を明示する

▽糖尿病・高血圧症患者の管理方針を変更した場合に、患者数の定期的な記録は求めない

▽投薬に係る費用を「包括範囲から除外」（薬剤の費用は別に出来高算定可能）し、次のような点数設計とする

・脂質異常症を主病とする場合：570点（処方箋交付の現行点数から80点減、院内処方の現行点数から605点減）

・高血圧を主病とする場合：620点（処方箋交付の現行点数から80点減、院内処方の現行点数から415点減）

・糖尿病を主病とする場合：720点（処方箋交付の現行点数から80点減、院内処方の現行点数から560点減）

問 161 区分番号「B001-3」生活習慣病管理料において、「当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない」とあるが、「多職種」には以下の職種の者は含まれるか。

① 理学療法士

② 保健所の職員又は他の保険医療機関の職員

（答）それぞれ以下のとおり。

① 含まれる。

② 含まれる。ただし、生活習慣に関する総合的な治療管理については、当該保険医療機関の医師が行う必要があり、保健所の職員又は他の保険医療機関の職員と連携する場合は、当該職員に対して指示した内容及び当該職員が実施した内容を、当該保険医療機関における療養計画書及び診療録に記録すること。

生活習慣病管理料（新） 外来データ提出加算50点（月1回）

「算定要件」としては、以下に上げる施設基準に適合しているものとして厚生局に届け出た保険医療機関において、保険医療機関における「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に50点を所定点数に加算する。

「施設基準」は以下の通りです。

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

外来のデータ提出加算の今後の流れ

現時点でデータ提出加算がすぐに算定できるわけではできません。厚労省は、2023年10月1日より算定開始を目指しており、具体的なスケジュールが提示されています。

- ・調査実施説明資料公表後、**2023年5月20日までに厚生局に届出**
- ・6、7月分のデータ作成（連続する2か月分のデータ）
- ・8月にソフトウェアによる試行データの自己チェックした後、調査事務局に提出
- ・判定の結果不備がなければ9月に通知、通知をもとに厚生局に届出
- ・10月1日より算定
- ・次回は10月、11月分を作成し、2024年1月提出

(4) リフィル処方への導入

(参考) 令和4年度診療報酬改定について

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。



(4) リフィル処方への導入

基本的な考え方

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る。

具体的な内容

[対象患者]

医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

[留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

(4) リフィル処方への導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

(4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。

(5) 保険薬局は、1回目又は2回目(3回可の場合)に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。

また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

(6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。

また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

(4) リフィル処方への導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。



(4) リフィル処方への導入

参考 投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する麻薬（30日を限度とされているものを除く。）
	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬（30日又は90日を限度とされているものを除く。）
	○新医薬品であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への掲載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。）
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサンフェタミンメシル酸塩、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
	○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
	○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフトイン・フェノバルビタール配合剤

(4) リフィル処方箋の導入

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 a standard Japanese prescription form (処方箋) with various fields for patient information, doctor details, and medication instructions.

The revised prescription form layout includes several key changes highlighted with red dashed boxes:

- リフィル可** (回)
- 備考** section:
 - 保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)
 - 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)
 - 保険医療機関へ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日以上投薬を行った場合には、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日以上投薬を行った場合 **(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。

リフィル処方箋

<受診なく複数回調剤可能>

- リフィル処方箋とは、一定期間内に繰り返し使用できる処方箋である。患者はその期間中、医師の再診を受けずに薬局で薬を受け取れる。
- 医師が1回の処方期間を定めた上、処方箋でリフィル可にレ点を入れ、回数を記入すると、患者は再診を経ずに、薬剤師（薬局）の判断で3回まで調剤を受けられるとした。
- 投与量に限度が定められているもの（睡眠薬、向精神薬、薬価収載1年以内の新薬等）と湿布薬はリフィル不可とされ、生活習慣病など慢性疾患の患者を対象に想定している。
- リフィル処方箋を受け付けた薬局では、薬剤師は「患者の服薬状況等」を確認し、調剤が不適切と判断した場合、調剤せず受診勧奨するとともに、処方医に情報提供する。調剤した場合、調剤内容や患者の服薬状況等を必要に応じて処方医に情報提供する。

<医療費抑制ありき>

- 政府は通院の負担軽減などを掲げるが、2021年末公表の診療報酬改定率ではリフィル処方箋の導入・活用促進により0.10%の削減、22年度政府予算案では国費100億円程度の削減と皮算用しており、目的はあくまで医療費削減にある。
- 例えば、月1回受診の患者に、1処方箋で1カ月ずつ3回利用可能なリフィル処方箋をした場合、2カ月、3カ月は受診がなくなり、再診料、処方箋料や医学管理料等は算定できなくなる。
- 診療所や病院（一部の大病院等除き）では、リフィル処方しても処方箋料や医学管理料で増点もない。

リフィル処方箋（疑義解釈）

<処方箋料>

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日以上の投薬を行った場合（リフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の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

<リフィル処方箋の使用による考えられるトラブル>

新しい仕組みですから、トラブルも発生することが考えられます。今まで処方箋は1回のみでの使用でした。調剤薬局へ持って行けば使い終わる書類です。患者側が管理することは有りませんでした。従って

- 1) 複数回使用しなければならないのに「処方箋を失くす」
- 2) 次回の薬を受け取るべき約束の日に「調剤薬局に来ない」などのトラブルが考えられます。

問254 処方箋の交付について、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要があるか。

（答）処方箋を分ける必要がある。

問255 処方箋の交付について、リフィル処方により2種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の1回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要があるか。

（答）処方箋を分ける必要がある。

リフィル処方箋による「調剤」（疑義解釈）

問6 「リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと」とされているが、この場合において、服薬情報等提供料は算定可能か。

（答）算定要件を満たしていれば、服薬情報等提供料1又は2を算定可。

問7 リフィル処方箋による2回目以降の調剤については、「前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内」に行うこととされているが、具体的にはどのように考えればよいか。

（答）例えば、次回調剤予定日が6月13日である場合、次回調剤予定日を含まない前後7日間の6月6日から6月20日までの間、リフィル処方箋による調剤を行うことが可能である。ただし、調剤した薬剤の服薬を終える前に次回の調剤を受けられるよう、次回調剤予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝えること。

問8 リフィル処方箋の写しは、いつまで保管する必要があるのか。

（答）当該リフィル処方箋の写しに係る調剤の終了日から3年間保管すること。

問9 一般名処方によるリフィル処方箋を受け付けた場合、2回目以降の調剤においてはどのように取り扱えばよいか。

（答）2回目以降の調剤においても、一般名処方されたものとして取り扱うことで差し支えないが、初回来局時に調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい。

問10 リフィル処方箋を次回調剤予定日の前後7日以外の日を受け付けた場合は、当該リフィル処方箋による調剤を行うことはできるか。

（答）不可。なお、調剤可能な日より前に患者が来局した場合は、再来局を求めるなど適切に対応すること。

(11) 小児かかりつけ診療料等の見直し

- 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、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す。

現行

【小児かかりつけ診療料】

- 1 処方箋を交付する場合
 - イ 初診時 631点 □ 再診時 438点
- 2 処方箋を交付しない場合
 - イ 初診時 748点 □ 再診時 556点



【施設基準】

- 小児科外来診療料に係る届出を行っていること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
 - ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で行っていること
 - イ～エ (略)
 - オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること
- 時間外対応加算1又は2に係る届出を行っていること。

改定後

【小児かかりつけ診療料】

- (改) 1 小児かかりつけ診療料1**
- イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 **641点** (2) 再診時 **448点**
 - 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 **758点** (2) 再診時 **566点**
- (改) 2 小児かかりつけ診療料2**
- イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 **630点** (2) 再診時 **437点**
 - 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 **747点** (2) 再診時 **555点**

【施設基準】

(共通)

- **小児科を標榜**している医療機関であること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、**2つ**以上に該当すること。
 - (削除)**
 - ア～ウ (略)
 - エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医**又は小学校若しくは中学校の学校医**に就任していること

(小児かかりつけ診療料1) 時間外対応加算1又は2に係る届出を行っていること。

(小児かかりつけ診療料2) 次のいずれかを満たしていること。

- ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。**
- イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。**

(11) 小児かかりつけ診療料等の見直し

◆ 小児科外来診療料の施設基準の届出を省略する。

現行

【小児科外来診療料】
【算定要件】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。



改定後

【小児科外来診療料】
【算定要件】

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。



小児かかりつけ診療料

- 『自院での常時・時間外対応』が求められる【時間外対応加算1・2】を取得することが【小児かかりつけ医診療料】の施設基準に盛り込まれているが厳しすぎる。
- 【地域包括診療加算】では、『複数クリニック連携による時間外対応』を可能とする【時間外対応加算3】取得でもよしとされている点とバランスをとるべき」との診療側委員の指摘を踏まえた見直しが行われました。
- 【時間外対応加算3】の取得でもよしとされる【小児かかりつけ診療料2】では、例えば次のような施設基準をクリアすることが求められ、点数が現行から「**1点減**」となります。

<【小児かかりつけ診療料2】の施設基準>

▽小児科の標榜

▽もっぱら小児科または小児外科を担当する常勤医師が、▼乳幼児健診実施▼予防接種実施▼15歳未満の超重症時・準超重症時へ過去1年以内に在宅医療実施▼幼稚園の園医・保育所の嘱託医・小学校又は中学校の学校医に就任一のいずれか2項目以上に該当する

▽時間外対応加算3の届け出

▽在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日・夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること

小児かかりつけ診療料

<時間外対応加算3の施設基準>

- 患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応できる体制がとられていること。
 - 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間（18:00～22:00）は原則として対応できる体制がとられていること。
 - 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により当番の診療所や地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- 一方、【小児かかりつけ診療料1】の施設基準は、例えば次のように設定され、点数が現行よりも「**10点増**」となっています

<【小児かかりつけ診療料1】の施設基準>

- ▽小児科の標榜
- ▽もっぱら小児科または小児外科を担当する常勤医師が、▼乳幼児健診実施▼予防接種実施▼15歳未満の超重症時・準超重症時へ過去1年以内に在宅医療実施▼幼稚園の園医・保育所の嘱託医・小学校又は中学校の学校医に就任一のいずれか2項目以上に該当する
- ▽時間外対応加算1また2の届け出

(19) 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

連携強化診療情報提供料の新設

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

現行	改定後
<p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点</p> <p>[算定要件] 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>[対象患者] 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者</p>	<p>(改) 【連携強化診療情報提供料】 150点</p> <p>[算定要件] 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>[対象患者] 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者</p>

(新)

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介 →
← 診療状況を
提供



連携強化診療情報
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

注番号	紹介元	患者	紹介先 (紹介元に診療情報を提供した場合に、 <u>連携強化診療情報提供料が算定可能</u>)	算定回数の制限
1	かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり	—	禁煙	月に1回
2	<u>以下のいずれか</u> ・ <u>200床未満の病院</u> ・ <u>診療所</u>	—	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>紹介受診重点医療機関</u> ・ <u>禁煙</u>	
3	—	—	以下のいずれも満たす ・ かかりつけ医機能に係る施設基準の届出あり ・ 禁煙	
4	—	<u>難病（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
		<u>てんかん（疑い含む）の患者</u>	<u>以下のいずれも満たす</u> ・ <u>てんかん支援拠点病院</u> ・ <u>禁煙</u>	
5	—	妊娠中の患者	—	3月に1回
	産科又は産婦人科を標榜	妊娠中の患者	禁煙	月に1回
—	以下のいずれも満たす ・ 産科又は産婦人科を標榜 ・ 妊娠中の患者の診療につき十分な体制を整備している			



連携強化診療情報提供料（疑義解釈）

- 2020年度の前回診療報酬改定で【診療情報提供料（III）】として新たな評価が行われましたが、思ったほど推進されず、問題点も明らかになってきました。
- 例えば、相手の医療機関が「かかりつけ医機能を持つ報酬」を届け出ていることを覚知していない為、相手が「かかりつけ医機能」を持っていないような場合には、この【診療情報提供料（III）】を算定できないという問題点がありました。
- そこで、2022年度の今回改定では、医療機関の間で双方向の情報提供がより円滑に進むよう、【診療情報提供料（III）】を【連携強化診療情報提供料】に改組しています。
- また、「一般病床200床以上の紹介受診重点医療機関」が紹介元のクリニックの求めに応じて診療情報提供を行った場合も、算定対象となることが明示されています。
- 算定回数（上限）も3月に1回から月に1回となっています。

問166 区分番号「B 0 1 1」連携強化診療情報提供料について、「当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ」とあるが、他の保険医療機関からの求めについては、必ず文書で得る必要があるか。

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

(5) 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。



(5) 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。

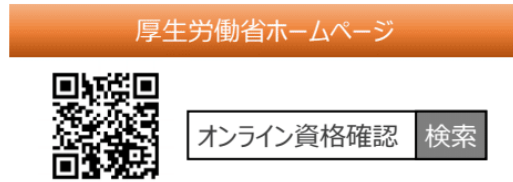
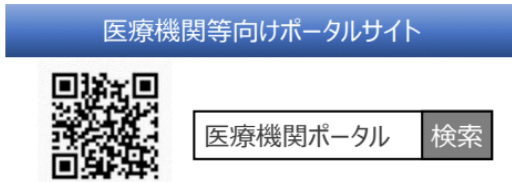
[施設基準]

- (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。

所定点数 = 初診料

(参考)
厚生労働省説明資料

- オンライン資格確認の導入にあたっての補助
 - ・ **顔認証付きカードリーダーの無償提供**（病院3台まで、診療所等1台）
 - ・ それ以外の費用（①資格確認端末等の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセプトコンピュータ等の既存システムの改修等）へは**補助金を交付**（令和5年3月末までに設置準備を完了した場合。なお、上限額及び補助割合が機関種別等によって異なる）。
- オンライン資格確認導入に関する**手続き・各種申請**・QA  医療機関等向けポータルサイト
医療機関等における導入状況・患者向けの周知広報素材等  厚生労働省ホームページ
その他お問い合わせ  オンライン資格確認等コールセンター



これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

これからオンライン資格確認を導入される方は、「医療機関等向けポータルサイト」へのアカウント登録を行い、同サイトよりご希望の顔認証付きカードリーダーをお申し込みください。



■ システム業者へのご連絡をお願いします。

顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）



■ 運用開始の準備ができれば、「運用開始日」の登録を行ってください！



電子保健医療情報活用加算（オンライン資格確認システム）

- 新設される「電子保健医療情報活用加算」は医療機関では初・再診料、外来診療料、薬局では調剤管理料で算定できる。
- 対象患者はオンライン資格確認システムを活用する医療機関・薬局を受診や調剤を受けた患者。月に1回に限り、加算が可能となる。
- オンライン資格確認について、医療機関や薬局の見やすい場所に掲示することも施設基準として設ける。また、24年3月31日までの間に限り、診療情報等の取得が困難な場合や他の医療機関から患者情報の提供を受けた場合でも算定できる特例措置も設けた。
- 支払側委員は、「加算が適用されるなかで急激に施設が増加するという風にはとても思えない」と指摘。「診断、治療の質向上という点で患者がメリットを感じられるような活用がなされるのか、導入促進の効果がある仕組みとなっているのかという疑問が残る」と述べた。
- 支払側委員は、「基盤となるシステムの運用コストを保険者がすでに負担していることを踏まえれば、これを活用した際に診療報酬で加算することについては納得できない」。「加算を算定するのであれば、追加の自己負担が発生することも含めて患者に説明責任をしっかりと果たしていただき、点数事態も低い水準に設定すべき。加算については患者の同意を取得し、オンライン資格確認システムから取得した情報を活用することを担保するよう、最低条件で規定すべき」と述べた。
- 診療側委員は、自身の診療でオンライン資格確認を活用していることを紹介し、「患者にとっての安全安心で質の高い医療につながる。患者さんにも理解される。マイナンバーを持っていくという形になると確信している」。また、診療報酬上の評価が新設されることで、「導入されていないところにメリット、重要であることが伝わる強いメッセージとなり、普及の推進につながる」と述べた。
- 厚労省保険局医療課は、「オンライン資格確認で保険医療情報が医療機関、患者の間で共有され、より円滑にプラスアルファの情報をもった医療が行われることについては患者のメリットがある。診療の対価に値するものだと考えている。将来的にも普及していくことが前提だと考えている。現時点ではカード利用者と医療機関の導入が100%に達していないなかで、活用される環境がどう整っていくのか、患者さんにどういったメリットが付与できるのか総合的に勘案し、今回の提案となった」と説明した。

電子保健医療情報活用加算（オンライン資格確認システム）（疑義解釈）

問32 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 14 に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

（答）当該加算は、保険医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され、診療情報等を取得し、当該情報を利用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険医療機関であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。

また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

問33 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 14 等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」とされているが、医療機関の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することによいか。

（答）よい。

問34 区分番号「A 0 0 0」初診料の注 14 等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること」とあるが、光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合であっても、当該基準を満たすか。

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

(1) 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。

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



[算定要件]（初診の場合）

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

(7) (8) 略

[施設基準]

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



(2) 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

- ▶ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

(※) 検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

整理の考え方（以下を除いて対象を追加）

- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
- ② 救急医療として実施されるもの
- ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
- ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
- ⑤ 精神医療に関するもの



オンライン診療について

- **2022年度改定を受けた新施設基準（後述）を満たし、地方厚生（支）局長に届け出を行った医療機関**
→**新点数（初診時251点、再診時73点）**を算定する
- **新施設基準の届け出を行っていない医療機関**
→**臨時特例の点数（初診時214点、再診時73点（電話再診料））**を算定する
- ただし、後者の新施設基準を届け出たない医療機関においても「2022年度診療報酬改定後の施設基準（新施設基準）に準じた体制の整備に最大限努める」ことが求められます。

（参考）【情報通信機器を用いた診療】の施設基準

- ▽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ものとして、以下のアからウを満たす
 - （ア）保険医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合においては、実施場所が厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（オンライン指針）に該当しており、事後的に確認が可能であること
 - （イ）対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえて、対面診療を提供できる体制を有すること
 - （ウ）患者の状況によって当該保険医療機関において対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応できること
- ▽オンライン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

また、毎年7月に「前年度における情報通信機器を用いた診療実施状況、診療の件数」について地方厚生（支）局に届け出ることが求められています。

御清聴ありがとうございました。

～まだまだ、沢山あるけど頑張って下さい～

