

# 日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

## 2022年度診療報酬改定 「個別改定項目(答申)」から (病院薬剤師版)

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6411号 河野誠  
 日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4310号 山岸義彦  
 日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828号 長岡俊広

参考資料：2022年2月9日 中医協総会資料「答申について（個別改定項目について）」

2022年2月9日に開催された中医協総会配布資料「個別改定項目」から、MPS資料として編集しています。  
 厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

本資料は、2022年2月9日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

資料No.20220209-1185(1)

2022年度 改定率	国費ベース (財務省) [金額は概数]		備考
薬価 改定率	▲1.35%	▲1,553億円	国費ベース：▲1.35% 実勢価改定分：▲1.44%(▲1600億円) 不妊治療保険適用：+0.09%(+45億円)  薬価ベースは明示されていない
材料価 改定率	▲0.02%	▲17億円	
合計	▲1.37%	▲1,570億円	
通常分	+0.23%		医科：歯科：調剤 1：1.1：0.3 (0.26%：0.29%：0.08%) <b>(+約220億円：+約20億円：+約20億円)</b>
特例分	+0.20%		看護師の処遇改善のための特例的な対応
	▲0.10%		リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化
	+0.20%		不妊治療の保険適用のための特例的な対応
	▲0.10%		小児の感染防止対策に係る加算措置の期限到来
診療報酬改定率 合計	+0.43%	+300億円	
全体改定率	▲0.94%	▲1,270億円 (300-1,570)	

社会保障関係費の自然増“6600億円”を“2200億円”圧縮し、“4400億円”までに抑えることを目指す。

この改定（全体）の他に、一定以上の所得のある後期高齢者の医療費窓口負担を1割から2割（2022年10月から）に、雇用保険の失業等給付保険料率を0.2%から0.6%へ引上げ等も行われる。

本資料は、2022年2月9日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

2020年度改定時の資料

## 1月14日 「これまでの議論の整理」

どのような項目を、どのように見直すか

## 1月26日 「短冊」

### （「個別改定項目」）

新設や変更となる点数項目と要件の提示

- 例) ・ (新) △△指導加算 ●点  
 ・ 施設基準 の新設や変更 等

## 2月9日 「答申」

「短冊」に点数が入ったもの

本資料

## 3月初旬 「告示」「通知」

個別改定項目の詳細な施設基準や算定基準  
 厚労省が動画解説を公開

## 3月下旬～随時 「疑義解釈」

告示・通知で示された基準のうち  
 判断に迷う項目について随時個別に見解

短冊

現行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】	【薬剤服用歴管理指導料】
1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点	1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 ●点
2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点	2 1の患者以外の患者に対して行った場合 ●点

答申

現行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】	【薬剤服用歴管理指導料】
1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点	1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 43点
2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点	2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点

告示

1 0 薬剤服用歴管理指導料	
1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	43点
2 1の患者以外の患者に対して行った場合	57点
3 特別介護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	43点
4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	43点
注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。	
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に	

疑義解釈

【薬剤服用歴管理指導料】
問7 患者が日常的に利用する保険薬局の名称等の手帳への記載について、患者又はその家族等が記載する必要があるか。 (答) 原則として、患者本人又はその家族等が記載すること。
問8 手帳における患者が日常的に利用する保険薬局の名称等を記載する欄について、当該記載欄をシールの貼付により取り繕うことは認められるか。 (答) 認められる。

# 診療報酬改定に係る「これまでの整理」における病院薬剤師の関連項目

## 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
- 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
- I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- I-4 外来医療の機能分化等
- 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
- I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組

## 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
- 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
- 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
- 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
- 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

## 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

- III-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- III-3 アウトカムにも着目した評価の推進
- III-4 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
  - 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
  - III-4-2 質の高いがん医療の評価
  - III-4-3 認知症の者に対する適切な医療の評価
  - 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
  - III-4-5 難病患者に対する適切な医療の評価
  - III-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- 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
- 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

## 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
- 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
- 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）
- IV-5 外来医療の機能分化等（再掲）
- IV-6 重症化予防の取組の推進
- 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
- IV-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進

# 病院薬剤師が注目すべき2022年改定のポイント

## タスクシフト/シェア チーム医療の推進

- **医療ケア**児への対応
- **がん患者**に対する指導の充実化
- **薬局との連携**の拡大
- **管理栄養士**との協業の拡大

中タイトル	小タイトル	ページ
【 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】	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	p7
【 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	p8~p27
【 I -3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価】	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	p28~p34
	④重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化	p35
	⑦重症患者等に対する支援に係る評価の新設	p36~p37
【 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	p38~p40
【 I -6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 - ㉓】	②薬局に係る退院時共同指導料の見直し	p41~p43
【 I -7 地域包括ケアシステムの推進のための取組】	⑤栄養サポートチーム加算の見直し	p44~p45
	⑦褥瘡対策の見直し	p46
	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	p47~p48
【 I -7 地域包括ケアシステムの推進のための取組】	⑫処方箋様式の見直し (リフィル処方箋の仕組み)	p49~p50
【 I -7 地域包括ケアシステムの推進のための取組】	⑬処方箋様式の見直し (リフィル処方箋の仕組み)	
【 I -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】	⑬処方箋料の見直し ⑭処方箋料の見直し	p51
【 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】	II -4 ③病棟薬剤業務実施加算の見直し	p52~p53
【 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】	III -6 ④病棟薬剤業務実施加算の見直し	
【 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】	II -4 ④周術期における薬学的管理の評価の新設	p54
【 III -3 アウトカムにも着目した評価の推進】	⑬生活習慣病管理料の見直し	p55
【 III -4-2 質の高いがん医療の評価】	①摂食嚥下支援加算の見直し	p56~p62
【 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】	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	p63~p64
【 III -4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実】	②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実	p65~p67
【 IV -1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進】	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	p68~p69
	①薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進	p70~p73
【 IV -6 重症化予防の取組の推進】	②バイオ後続品の使用促進	p74
	②継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設	p75~p76
【 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】	①医薬品の給付の適正化	p77

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

## 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。

# 外来感染対策向上加算 外来診療時の感染防止対策の評価の新設

## 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

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

### 改定案

#### (新) 外来感染対策向上加算

**6点** (患者1人につき月1回に限り)

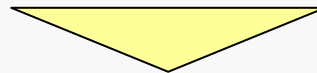
#### [算定要件]

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。

2021年9月末で廃止となった医科外来等感染症対策実施加算（通称コロナ加算）の代わりとなる点数とも言えます

算定対象は、診療所のみとなっていますが、感染対策向上加算1との連携が求められています

これまでは入院患者に対する感染防止対策でしたが、新型コロナ感染拡大に応じて、外来患者に対する感染防止対策に対する評価も設けられました



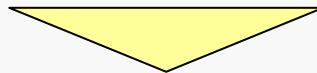


# 外来感染対策向上加算 外来診療時の感染防止対策の評価の新設

## 改定案

(※) 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



# 外来感染対策向上加算 外来診療時の感染防止対策の評価の新設

## 改定案

### [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。

厚労省としては、地域全体で感染対策を行ってほしいというメッセージが点数化していると思われます

感染防止対策部門に**薬剤師**  
（3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に係わる専任の薬剤師）が含まれています

# 外来感染対策向上加算 外来診療時の感染防止対策の評価の新設

## 改定案

- (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ドンス」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。

診療所のみで算定できる点数ですが、人員配置基準等の算定要件が厳しく、算定する診療所は限られるのではないかと考えられます

# 連携強化加算 サーベイランス強化加算

外来診療時の感染防止対策の評価の新設

## 具体的な内容

2. 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。

## 改定案

### (新) 連携強化加算

**3点** (患者 1 人につき 月 1 回に限り)

#### [算定要件]

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 診療を行った場合は、連携強化加算として、患者 1 人につき月 1 回に限り所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 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保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。
- (2) 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であること。
- (3) 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。

旧 感染防止対策加算 1 に該当する感染対策向上加算 1 との連携を求めています



# 連携強化加算 サーベイランス強化加算

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

## 改定案

### (新) サーベイランス強化加算

**1点** (患者1人につき月1回に限り)

#### [算定要件]

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診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 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。
- (2) 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であること。
- (3) 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。

(※) 連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、1の(※)と同様の取扱いとする。

現段階での施設基準は細かく提示されていませんが、今後の告示、通知3月末の疑義解釈にて、詳細が示される予定です

# 感染対策向上加算

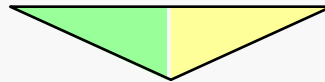
(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

具体的な内容

3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。

感染防止対策加算が感染対策向上加算に切り替わります

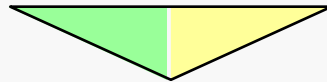


# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p><b>【感染防止対策加算】</b></p> <p>1 感染防止対策加算 1 <span style="float: right;">390点</span></p> <p>2 感染防止対策加算 2 <span style="float: right;">90点</span></p> <p>(新設)</p> <p><b>[算定要件]</b></p> <p>注1 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に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、<u>感染防止対策加算</u>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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p>	<p><b>【感染対策向上加算】</b></p> <p>1 <u>感染対策向上加算 1</u> <span style="float: right;"><b>710点</b></span></p> <p>2 <u>感染対策向上加算 2</u> <span style="float: right;"><b>175点</b></span></p> <p>3 <u>感染対策向上加算 3</u> <span style="float: right;"><b>75点</b></span></p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>名称変更で、 感染対策向上加算 3 が新設されました</p> </div> <p><b>[算定要件]</b></p> <p>注1 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に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、<u>感染対策向上加算</u>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、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り <b>（3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回）</b>、それぞれ所定点数に加算する。</p>



# 感染対策向上加算

感染防止対策加算の見直し

## (指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

現 行	改 定 案
<p>2 感染防止対策加算 1 を算定する場合について、<u>感染防止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入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>3 <u>感染防止対策加算 1 を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関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入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設)</p> <div data-bbox="62 949 1015 1092" style="background-color: #e6e6fa; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【向上加算 1】加算2・3 届出診療所と連携 ⇒指導強化加算                      【向上加算2・3】加算1と連携 ⇒連携強化加算                      【向上加算2・3】情報提供体制 ⇒サーベイランス強化加算</p> </div>	<p>2 <b>感染対策向上加算 1</b> を算定する場合について、<u>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入院している患者については、<b>指導強化加算</b>として、<b>30点</b>を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>3 <b>感染対策向上加算 2</b> 又は<b>感染対策向上加算 3</b> を算定する場合について、<u>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入院している患者については、<b>連携強化加算</b>として、<b>30点</b>を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>4 <b>感染対策向上加算 2</b> 又は<b>感染対策向上加算 3</b> を算定する場合について、<u>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入院している患者については、<b>サーベイランス強化加算</b>として、<b>5点</b>を更に所定点数に加算する。</u></p>



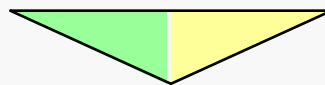


# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 二十九の二 感染防止対策加算の施設基準等 (1) 感染防止対策加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、<u>感染防止対策加算 2</u>に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>感染防止対策加算 1 から新たな追加項目は… ・感染防止対策地域連携加算が組み込まれた ・抗菌薬適正使用加算が組み込まれた</p> </div> <p>(新設)</p> <p>(2) 感染防止対策加算 2 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、<u>感染防止対策加算 1</u>に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</p>	<p>[施設基準] 二十九の二 <b>感染対策向上加算</b>の施設基準等 (1) <b>感染対策向上加算 1</b>の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、<b>感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3</b>に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</p> <p><b>ホ 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保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。</b></p> <p><b>ハ 抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</b></p> <p>(2) <b>感染対策向上加算 2</b>の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、<b>感染対策向上加算 1</b>に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</p>



# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

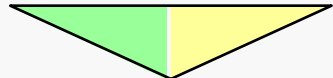
感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>(3) <u>感染防止対策地域連携加算の施設基準</u>  <u>他の保険医療機関（感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。</u></p>	<p>(3) <u>感染対策向上加算3の施設基準</u>  <b>イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。</b>  <b>ロ 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。</b>  <b>ハ 当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。</b>  <b>ニ 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と連携していること。</b></p>
<p>(4) <u>抗菌薬適正使用支援加算の施設基準</u>  <u>抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</u></p>	<p>(4) <u>指導強化加算の施設基準</u>  <b>他の医療機関（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に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。</b></p>
<p>(新設)</p>	<p>(5) <u>連携強化加算の施設基準</u>  <b>他の医療機関（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に限る。）との連携体制を確保していること。</b></p>
<p>(新設)</p>	<p>(6) <u>サーベイランス強化加算の施設基準</u>  <b>地域における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。</b></p>

感染向上対策加算1の中に組み込まれた

加算3の人員配置基準には**薬剤師**は含まれていません

(4)指導強化加算に求められるものとして  
 ・加算2、3  
 ・外来感染対策向上加算、算定医療機関（診療所）との連携があります



# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>1 <u>感染防止対策加算 1</u>に関する施設基準</p> <p>(2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>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。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</p> <p>(7) (2)に掲げるチームにより、<u>感染防止対策加算 2</u>に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。</p> <p>(8)～(10) (略)</p>	<p>1 <b>感染対策向上加算 1</b>に関する施設基準</p> <p>(2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>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。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合<b>及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に対する助言に係る業務を行う場合</b>には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</p> <p>(7) (2)に掲げるチームにより、<b>保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3</b>に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。<b>また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。</b></p> <p>(8)～(10) (略)</p>

感染制御体制チームの薬剤師要件である  
 ・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には、変更は無いようですが、3月の通知で確認が必要です

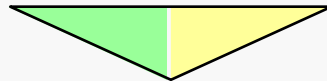
# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>(11) (2)に掲げるチームにより、<u>感染防止対策加算 2</u>を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する<u>相談</u>等を受けていること。</p>	<p>(11) (2)に掲げるチームにより、<b><u>感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3</u></b>又は<b><u>外来感染対策向上加算</u></b>を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する<b><u>助言</u></b>を行う体制を有すること。</p>
<p>(16) 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に参加していること。</p>	<p>(16) 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、<b><u>感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)</u></b> 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p>
<p>(新設)</p>	<p><b><u>(17) 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、そのことについてホームページ等により公開していること。</u></b></p>
<p>(新設)</p>	<p><b><u>(18) 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こと。</u></b></p>
<p>(新設)</p>	<p><b><u>(19) 外来感染対策向上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。</u></b></p>

(19) 診療所は、外来での加算で届出を行った場合は、併算定できないことになるようです



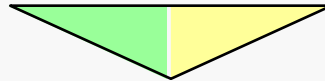
# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p>       <p>(新設)</p>	<p><b>(20) 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保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。</b></p> <p><b>(21)～(24) (略)</b></p> <p>※ 現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様。</p>

改 定 案
<p>4 指導強化加算の施設基準</p> <p>(1) 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 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、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に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。</p>



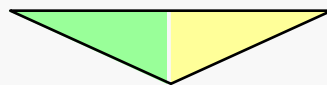
# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>2 <u>感染防止対策加算2の施設基準</u></p> <p>(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>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<b>薬剤師</b></p> <p>エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師</p> <p>アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。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。</p>	<p>2 <u>感染対策向上加算2の施設基準</u></p> <p>(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～イ (略)</p> <p>ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ<b>又は適切な研修を修了した</b>感染防止対策にかかわる専任の<b>薬剤師</b></p> <p>エ 3年以上の病院勤務経験を持つ<b>又は適切な研修を修了した</b>専任の臨床検査技師</p> <p>アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。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。<b>なお、令和4年3月31日時点で感染防止対策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5年3月31日までの間に限り、2の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。</b></p>

感染対策向上加算2の施設基準では薬剤師要件が緩和され「適切な研修を修了した薬剤師」でも対応できることとなりました



# 感染対策向上加算

(指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、<u>感染防止対策加算1</u>に係る届出を行った医療機関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、<u>感染防止対策加算1</u>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4回以上参加していること。</p> <p>(14) <u>地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。</u></p> <p>(新設) (7)(14)~(16)は新興感染症対策に関する内容となっています</p> <p>(新設)</p> <p>(新設) (17) 診療所は、外来で届出を行った場合、併算定できないこととなるようです</p>	<p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、<b><u>感染対策向上加算1</u></b>に係る届出を行った医療機関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、<b><u>感染対策向上加算1</u></b>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4回以上参加していること。 <b><u>また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。</u></b></p> <p>(14) <b><u>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、そのことについてホームページ等により公開していること。</u></b></p> <p>(15) <b><u>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こと。</u></b></p> <p>(16) <b><u>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。</u></b></p> <p>(17) <b><u>外来感染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。</u></b></p>



# 感染対策向上加算 3

感染防止対策加算の見直し

## (指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

### 改 定 案

#### 3 感染対策向上加算 3 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)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。
- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
  - ア 専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
  - イ 専任の看護師 研修要件は緩く設定されており、「修了が望ましい」となっています

当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。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。
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)に掲げるチームにより、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。
- (6) (3)に掲げるチームにより、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。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4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4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が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。



# 感染対策向上加算

感染防止対策加算の見直し

## (指導強化加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算)

### 改定案

- (8) 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感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。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ドンス」に沿った対応を行っていること。
- (9) (3)に掲げるチームにより、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及び指導を行うこと。
- (10) 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。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。
- (12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (13) 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。
- (14) 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る際の対応について、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。
- (15) 外来感染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。



# 感染対策向上加算 (指導強化加算)

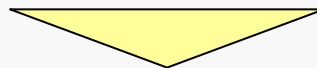
感染防止対策加算の見直し

## 改定案

### 4 指導強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算 1 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 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、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に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。

算定対象医療機関は  
・感染対策向上加算1  
の届出医療機関となっています



# 感染対策向上加算 (連携強化加算、サーベイランス強化加算)

感染防止対策加算の見直し

## 改 定 案

### 5 連携強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 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。

### 6 サーベイランス強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 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。

算定対象医療機関は  
 ・感染対策向上加算2  
 ・感染対策向上加算3  
 の届出医療機関となっています

# 重症度、医療・看護必要度

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

## 基本的な考え方

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

## 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。
  - 「点滴ライン同時3本以上の管理」の項目について、「注射薬剤3種類以上の管理」に変更する。
  - 「心電図モニター」の項目について、評価項目から削除する。
  - 「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、1点から2点に変更する。
2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合を見直す。

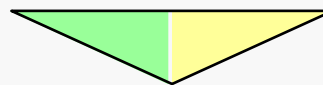
・注射3種類以上の方が対象患者が拡大するのではないかと考えられます  
 ・また、心電図モニターが対象から外れるのは厳しいですが、輸血や血液製剤が2点に変更される点については、評価の対象と考えて良いかもしれません

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合
急性期一般入院料 1 (※)	3割1分	2割9分	3割1分	<b>2割8分</b>
急性期一般入院料 2 (※)	2割8分	2割6分	<b>2割7分</b>	<b>2割4分</b>
急性期一般入院料3(※)	2割5分	2割3分	<b>2割4分</b>	<b>2割1分</b>
急性期一般入院料4(※)	2割2分	2割	<b>2割</b>	<b>1割7分</b>
急性期一般入院料5	2割	1割8分	<b>1割7分</b>	<b>1割4分</b>
急性期一般入院料 6	1割8分	1割5分		

## 重症度、医療・看護必要度

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

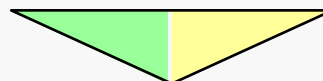
	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合
7対1入院基本料 (特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))	2割8分	2割8分	2割8分	2割8分
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	1割1分	0.9割	<b>1割</b>	<b>0.8割</b>
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	3割	2割8分	3割	2割8分



## 重症度、医療・看護必要度

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

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合
看護必要度 加算 1	2割2分	2割	2割2分	2割
看護必要度 加算 2	2割	1割8分	2割	1割8分
看護必要度 加算 3	1割8分	1割5分	1割8分	1割5分
総合入院 体制加算 1	<u>3割5分</u>	<u>3割3分</u>	<b><u>3割3分</u></b>	<b><u>3割</u></b>
総合入院 体制加算 2	<u>3割5分</u>	<u>3割3分</u>	<b><u>3割3分</u></b>	<b><u>3割</u></b>
総合入院 体制加算 3	<u>3割2分</u>	<u>3割</u>	<b><u>3割</u></b>	<b><u>2割7分</u></b>



## 重症度、医療・看護必要度

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

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合
急性期看護 補助体制 加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護職員夜 間配置加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護補助 加算 1	0.6割	0.5割	<b>0.5割</b>	<b>0.4割</b>
地域包括 ケア病棟 入院料	1割4分	1割1分	<b>1割2分</b>	<b>0.8割</b>
特定一般病 棟入院料の 注7	1割4分	1割1分	<b>1割2分</b>	<b>0.8割</b>

・注射3種類以上の方が対象患者が拡大するのではないかと考えられます  
 ・また、心電図モニターが対象から外れるのは厳しいですが、輸血や血液製剤が2点に変更される点については、評価の対象と考えて良いかもしれません

## 重症度、医療・看護必要度

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

(※) 許可病床数200床未満の医療機関における基準

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度 I の割合	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度 II の割合	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度 I の割合	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度 II の割合
急性期一般入院料 1	/		<b>2割8分</b>	<b>2割5分</b>
急性期一般入院料 2	2割6分	2割4分	<b>2割5分</b>	<b>2割2分</b>
急性期一般入院料 3	2割3分	2割1分	<b>2割2分</b>	<b>1割9分</b>
急性期一般入院料 4	2割	1割8分	<b>1割8分</b>	<b>1割5分</b>



## 重症度、医療・看護必要度

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

### 〔経過措置〕

令和4年3月31日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- ・急性期一般入院料 1
- ・急性期一般入院料 2
- ・急性期一般入院料 3
- ・急性期一般入院料 4
- ・急性期一般入院料 5
- ・急性期一般入院料 6
- ・7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）
- ・7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））
- ・7対1入院基本料（専門病院入院基本料）
- ・看護必要度加算 1
- ・看護必要度加算 2
- ・看護必要度加算 3
- ・総合入院体制加算 1
- ・総合入院体制加算 2
- ・総合入院体制加算 3
- ・急性期看護補助体制加算
- ・看護職員夜間配置加算
- ・看護補助加算 1
- ・地域包括ケア病棟入院料
- ・特定一般病棟入院料の注7

## 重症度、医療・看護必要度

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

### 具体的な内容

3. 急性期一般入院基本料について、施設基準における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準を変更することに伴い、以下の入院料の評価を見直す。なお、令和4年3月31日時点において、急性期一般入院料6に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により急性期一般入院料6を算定可能とする。

現 行	改 定 案
<b>【急性期一般入院基本料】</b> <u>急性期一般入院料6</u> <p style="text-align: right;">1,408点</p>	<b>【急性期一般入院基本料】</b> (削除) <u>急性期一般入院料6</u> <p style="text-align: right;"><b>1,382点</b></p>
<u>急性期一般入院料7</u> <p style="text-align: right;">1,382点</p>	

点数は伏せられていましたが、変更はありませんでした

### [経過措置]

令和4年3月31日において現に急性期一般入院料6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における急性期一般入院料6の算定については、令和4年9月30日までの間、なおその効力を有するものとする。

# 重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

## 基本的な考え方

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。

## 具体的な内容

許可病床数200床以上の保険医療機関において、急性期一般入院料1を算定する病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件とする。

現 行	改 定 案
<p>【急性期一般入院基本料1】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）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。</p> <p>[経過措置] 十二 令和二年三月三十一日において現に急性期一般入院料1から6までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が四百床以上の保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の5に該当するものとみなす。</p>	<p>【急性期一般入院基本料1】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 <b>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</b>許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、<b>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</b>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。</p> <p>[経過措置] ← ● <b>令和四年三月三十一日</b>において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が<b>二百床以上四百床未満</b>の保険医療機関に限る。）については、<b>同年十二月三十一日</b>までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の5に該当するものとみなす。</p>

経過措置期間がありますが、働き方改革で看護師の負担軽減が大きいように思います

# 重症患者初期支援充実加算

重症患者等に対する支援に係る  
評価の新設

## 基本的な考え方

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。

## 具体的な内容

第3の職員が入ることで、患者や家族と、より円滑なコミュニケーションが取れることを期待しています

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

## 改定案

### (新) 重症患者初期支援充実加算

**300点（1日につき）**

#### [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。

患者サポート体制充実加算の算定要件として…

当該窓口専任の医師、看護師、**薬剤師**、社会福祉士又はその他医療有資格者等の常時配置が求められており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制を整える必要があります

#### [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。

# 重症患者初期支援充実加算

重症患者等に対する支援に係る  
評価の新設

## 改定案

- (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「A 2 3 4 - 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「A 2 3 4 - 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。

入院時重症患者対応メディエーターの対象職種として、**薬剤師**が含まれています  
 また、当該研修が修了していることも、望ましいとされています

# 地域包括診療料

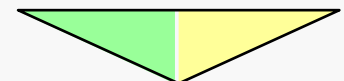
## 基本的な考え方

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。

## 具体的な内容

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。

現 行	改 定 案
<p>【地域包括診療料】 【算定要件】</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（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、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（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>【地域包括診療料】 【算定要件】</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（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、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、<b>慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）</b>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（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p>



# 地域包括診療料

現 行	改 定 案
<p>(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。</p> <p>(3) 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。</p> <p style="text-align: center;">生活面の指導に対して薬剤師が含まれました</p> <p>(4) 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） （新設）</p> <p>(5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なることを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア・イ（略） （新設）</p>	<p>(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、<b>慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）</b>及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。</p> <p>(3) 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。<b>なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該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。</b></p> <p>(4) 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） <b>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。</b></p> <p>(5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なることを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア・イ（略） <b>ウ 予防接種に予防接種に係る相談を行っていること。</b></p>

## 地域包括診療料

現 行	改 定 案
<p>[施設基準]</p> <p>(1) 地域包括診療料 1 の施設基準</p> <p>イ 当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病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。</p> <p>(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>(1) 地域包括診療料 1 の施設基準</p> <p>イ 当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、<b>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。）</b>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。</p> <p>(3) 健康相談<b>及び予防接種に係る相談</b>を実施している旨を院内掲示していること。</p> <p>※ 地域包括診療加算（再診料）についても同様。</p>



薬局に係る退院時共同指導料の見直し

# 退院時共同指導料

## 基本的な考え方

入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。

## 具体的な内容

退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

現 行	改 定 案
<p>【退院時共同指導料】                      [算定要件]                      注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p>	<p>【退院時共同指導料】                      [算定要件]                      注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、<b>薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</b>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p>

・医療機関薬剤師との共同指導で算定できるようになりました

## 退院時共同指導料

現 行	改 定 案
<p>(1)退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、<u>原則として当該患者が入院している保険医療機関</u>（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「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3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p>	<p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、<b>薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</b>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p> <div style="border: 1px solid purple; background-color: #e0e0ff; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・ビデオ通話が認められる条件が撤廃され、条件なくビデオ通話による算定が可能となりました</p> </div>



## 退院時共同指導料

現 行	改 定 案
<p>(3) <u>退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</u></p> <p>(4) (2) 及び (3) において、患者の個人情報<del>を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。</del>また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>(5)～(7) (略)</p>	<p>(削除)</p> <p><b>(3)</b> (2)において、患者の個人情報<del>を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。</del>また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p><b>(4)～(6)</b> (略)</p> <p><b>※ 情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</b></p>

# 栄養サポートチーム加算（障害者施設等入院基本料）

## 基本的な考え方

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。

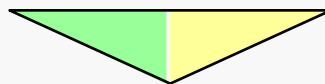
## 具体的な内容

栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

現 行	改 定 案
<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] 注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ（略） （新設） ソ～ノ（略）</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] 注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ（略） <b>ソ 栄養サポートチーム加算</b> ツ～オ（略）</p>

障害者施設において、栄養サポートチームの介入により、BMI やAlb 値が改善した、という報告がありました

栄養サポートチームの構成員には、  
・栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師が含まれております



## 栄養サポートチーム加算（障害者施設等入院基本料）

現 行	改 定 案
<p>【栄養サポートチーム加算】 [算定要件] 注1 栄養管理体制その他の事項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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム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、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p>	<p>【栄養サポートチーム加算】 [算定要件] 注1 栄養管理体制その他の事項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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム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、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回）<b>（障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月1回）</b>に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p>

# 入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策 褥瘡対策の見直し

## 基本的な考え方

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。

## 具体的な内容

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。

現 行	改 定 案
<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】</p> <p>[施設基準]</p> <p>4 褥瘡対策の基準 (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e6e6fa; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>褥瘡対策として薬学的管理で患者の状態を記載する際には薬剤師との連携することが盛り込まれました</p> </div> <p>(新設)</p> <p>(4)～(6) (略)</p>	<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】</p> <p>[施設基準]</p> <p>4 褥瘡対策の基準</p> <p><b>(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、<b>薬剤師</b>又は<b>管理栄養士</b>と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。</b></p> <p><b>(5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。</b></p> <p><b>(6)～(8) (略)</b></p>

# 術後疼痛管理チーム加算

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

## 基本的な考え方

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。

## 具体的な内容

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。

チームの介入により、疼痛スコアの減弱、合併症の減少、在院日数の短縮等が期待されています

## 改定案

### (新) 術後疼痛管理チーム加算 (1日につき)

100点

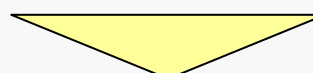
#### [対象患者]

全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの。

#### [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、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、**薬剤師**等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム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、手術日の翌日から起算して**3日**を限度として所定点数に加算する。

「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会」でも取り上げられており、薬剤師の病棟における業務がさらに拡大されることになりました



# 術後疼痛管理チーム加算

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

## 改定案

### [施設基準]

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
  - (2) 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
  - (3) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。
    - ア 麻酔に従事する専任の 常勤医師
    - イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
    - ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の**常勤薬剤師**

なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。
  - (4) 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理 実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該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。
  - (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (※) 急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。）、専門病院入院基本料、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、小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（母体・胎児集中治療室管理料に限る。）、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能とする。

所定の研修の内容は、今後の告示、疑義解釈等で詳細な内容が分かるかと思えます



基本的な考え方

# 処方箋様式の見直し (リフィル処方箋)

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

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する。

## 改定案

【対象患者】

(1) 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。

(2) 総投与期間は、従来通り医師の判断となっています

(2) 短冊資料のp213に記載あり

処方箋									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)									
公費負担番号				保険者番号					
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (枝番)					
氏名		保険医療機関の所在地及び名称				電話番号			
生年月日		明大昭平令 年月日		男・女		保険医氏名 (印)			
区分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号	
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。							
リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )									
リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )									
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。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)									
□1回目調剤日( 年 月 日) □2回目調剤日( 年 月 日) □3回目調剤日( 年 月 日)。									
次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)。									

調剤実施回数 (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)

## 処方箋様式の見直し (リフィル処方箋)

### 改定案

・処方箋発行日を含め4日以内

・(前回調剤日 + 調剤日数) ±7日

#### [対象患者]

- (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。**
- (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) 2回目以降の調剤可能日の範囲が明確化されました
- ・(5) 調剤が完了しない処方箋の取扱いについて明確化されました
- ・(6) リフィル処方箋による調剤が不適切と判断した場合は、調剤を行わず受診勧奨を行い、処方医への情報提供が求められています  
(不適切な場合についての詳細は現時点では不明です)
- ・(6) リフィル処方箋により調剤した場合の情報提供については、現行の分割調剤と同じと予想されます
- ・(7) (8) 現行の分割調剤と同じ内容です

# 処方箋料

処方箋料の見直し

## 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な処方薬を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。

## 具体的な内容

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	改 定 案
<p>【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。</p> <p>・「処方箋様式の見直し」では「3回」と記載されています</p>	<p>【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（<b>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。</b>）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。</p>

・従来の90日処方を30日3回にすることは、患者負担増や薬局訪問の手間も増えるため、希望は多くないかと思われます

・医療機関はリフィル処方箋の発行を行うことで減算規定がなくなりますが、実際にどのくらいリフィル処方箋が発行されるようになるかはわからない状況です

# 病棟薬剤業務実施加算 1 (小児入院医療管理料)

病棟薬剤業務実施加算の見直し

## 基本的な考え方

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。

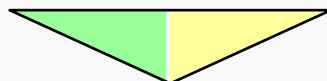
## 具体的な内容

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。

現 行	改 定 案
<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注5 診療に係る費用                      (注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)                      は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>	<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注5 診療に係る費用                      (注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<b>病棟薬剤業務実施加算1</b>、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)                      は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>

小児入院医療管理料を算定する病棟では、多くの施設が20時間以上の病棟薬剤業務を実施していました

中医協総会では、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟への拡大も議論されていましたが、今回は小児入院医療管理料のみが拡大の対象となりました



# 病棟薬剤業務実施加算 1 (小児入院医療管理料)

病棟薬剤業務実施加算  
の見直し

現 行	改 定 案
<p>6 診療に係る費用                      (注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)                      は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7 診療に係る費用                      (注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。))及び排尿自立支援加算を除く。)                      は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p>6 診療に係る費用                      (注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<b>病棟薬剤業務実施加算1</b>、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)                      は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7 診療に係る費用                      (注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<b>病棟薬剤業務実施加算1</b>、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。))、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。))及び排尿自立支援加算を除く。)                      は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>

# 周術期薬剤管理加算

## 基本的な考え方

**薬剤師**による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、周術期における**薬剤師**による薬学的管理について、新たな評価を行う。

## 具体的な内容

質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の**薬剤師**が病棟の**薬剤師**と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

現 行	改 定 案
<p>【麻酔管理料(Ⅰ)】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【麻酔管理料(Ⅰ)】 [算定要件]</p> <p><b>注5 2</b>について、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に対して、当該保険医療機関の<b>薬剤師</b>が、病棟等において薬剤関連業務を実施している<b>薬剤師</b>等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、<b>75点</b>を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p><b>三の二 周術期薬剤管理加算の施設基準</b></p> <p>(1) 当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の<b>薬剤師</b>が配置されていること。</p> <p>(2) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>※ <b>麻酔管理料(Ⅱ)</b>についても同様。</p>

手術室への薬剤師の介入により  
・医療安全の向上  
・業務の効率化が図れた  
との報告が上がっていました

病棟薬剤業務実施加算1を算定している医療機関の、更なる加算として設定されました

# 生活習慣病管理料

## 基本的な考え方

生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

## 具体的な内容

- 生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、看護師、**薬剤師**、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えないことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。

現 行	改 定 案
<p>【生活習慣病管理料】 [算定要件]</p> <p>(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p>	<p>【生活習慣病管理料】 [算定要件]</p> <p>(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。<b>この場合において、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。</b>なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p>

算定対象は、許可病床数が200床未満の医療機関に限定されており、算定している医療機関では、新たな業務として薬剤師が担当するかもしれません

- 生活習慣病管理料の算定状況は減少気味で実績も少数です。
- 原因は患者負担と思えますが、患者さんのメリットをいかにアピールするか？今後も苦戦するように思います

# 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）

## 基本的な考え方

中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

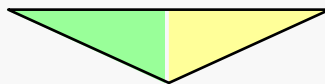
## 具体的な内容

摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。

現 行	改 定 案
<p>【<b>摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）</b>】                      [算定要件]                      注3 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、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、<b>薬剤師</b>、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</p>	<p>【<b>摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）</b>】                      [算定要件]                      注3 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、<b>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（八については、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</b></p> <p><b>イ 摂食嚥下機能回復体制加算 1 <span style="float: right;">210点</span></b>  <b>ロ 摂食嚥下機能回復体制加算 2 <span style="float: right;">190点</span></b>  <b>ハ 摂食嚥下機能回復体制加算 3 <span style="float: right;">120点</span></b></p>

現行の点数では、配置基準に薬剤師が含まれておりましたが、今回の改定では薬剤師が含まれなくなりました

現在、算定医療機関は200施設強（2021年4月現在）にとどまっており、算定障壁となっている基準を緩くすることで、算定医療機関の増加を狙っています





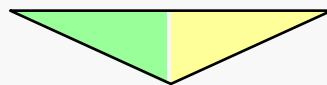
## 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）

現 行	改 定 案
<p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。）の対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>(8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。</p> <p>ア <u>摂食嚥下支援チーム</u>による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。（中略）</p> <p>イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、<u>摂食嚥下支援チーム</u>により、<u>摂食嚥下支援計画書等</u>の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、<b>薬剤師</b>及び管理栄養士が参加していること。</p>	<p>(7) 「注3」に掲げる<b>摂食嚥下機能回復体制加算</b>は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下この区分番号において「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。）<b>等</b>による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>(8) 「注3」に掲げる<b>摂食嚥下機能回復体制加算</b>は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。</p> <p>ア <u>摂食嚥下支援チーム等</u>による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該<b>チーム等</b>により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該<b>チーム等</b>により見直しを行うこととしても差し支えない。（中略）</p> <p>イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、<u>摂食嚥下支援チーム等</u>により、<u>摂食嚥下支援計画書等</u>の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。</p>



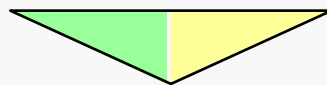
## 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）

現 行	改 定 案
<p>[施設基準]                      一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準                      （新設）                      (1) 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。                      (2) 摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局等に報告していること。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>[施設基準]                      一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準                      (1) <b>摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準</b>  <u>イ</u> 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。  <u>ロ</u> 摂食機能<b>又は嚥下機能</b>に係る療養についての実績等を地方厚生局等に報告していること。  <u>ハ</u> 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。                      (2) <b>摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準</b>                      (1)のイ及びロを満たすものであること。                      (3) <b>摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準</b>  <u>イ</u> 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。  <u>ロ</u> (1)のロを満たすものであること。  <u>ハ</u> 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。  <u>ニ</u> 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。</p>



## 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）

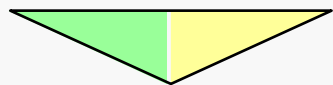
現 行	改 定 案
<p>第45の2 <u>摂食嚥下支援加算</u></p> <p>1 <u>摂食嚥下支援加算</u>に関する施設基準</p> <p>(1) 保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。）が設置されていること。<u>ただし、カについては、</u>歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に<u>限り必要</u>に応じて参加していること。</p> <p>ア（略）</p> <p>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ <u>専任の常勤言語聴覚士</u></p> <p>エ <u>専任の常勤薬剤師</u></p> <p>オ 専任の常勤管理栄養士</p> <p>カ <u>専任の歯科衛生士</u></p> <p>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</p>	<p>第45の2 <u>摂食嚥下機能回復体制加算</u></p> <p>1 <u>摂食嚥下機能回復体制加算1</u>に関する施設基準</p> <p>(1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「<u>摂食嚥下支援チーム</u>」という。）が設置されていること。<u>なお、</u>歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、<u>歯科衛生士が必要</u>に応じて参加していること。</p> <p>ア（略）</p> <p>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師<b>又は専従の常勤言語聴覚士</b></p> <p>(削除) <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">専任の常勤薬剤師が削除されました</span></p> <p>(削除)</p> <p>ウ 専任の常勤管理栄養士</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>



## 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）

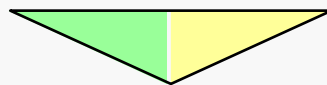
現 行	改 定 案
<p>(2) (略)</p> <p>(3) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、<u>摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。</u>なお、<u>歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> <p>(新設)</p>	<p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。</u>なお、<u>摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種</u>については、必要に応じて参加することが望ましい。</p> <p>(4) <u>当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であること。</u></p> <p>ア <u>他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの</u></p> <p>イ <u>当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者</u></p>

カンファレンスについても常勤薬剤師の参加が求められていましたが、今回の改定では必要に応じて参加することとなりました



## 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p><b>2 摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準</b>  <b>1の(1)から(3)までの基準を満たしていること。</b></p> <p><b>3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準</b></p> <p><b>(1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。</b></p> <p><b>(2) 当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</b></p> <p><b>(3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2名以上であること。ただし、令和4年3月31日時点において療養病棟入院料1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。</b></p>



## 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）

現 行	改 定 案
<p>2 届出に関する事項</p> <p>(3) 1の(1)のイに掲げる「<u>摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</u>」の規定については、令和2年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和2年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算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、当該加算の施設基準に規定する「<u>専従の常勤言語聴覚士</u>」として令和2年3月31日において届出を行っていた者が、1の(1)のウに掲げる「<u>専任の常勤言語聴覚士</u>」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。</p>	<p>4 届出に関する事項</p> <p>(3) <b>令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和4年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、1の(1)のイにおける「<u>専従の常勤言語聴覚士</u>」については「<u>専任の常勤言語聴覚士</u>」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。</b></p>

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

# 外来腫瘍化学療法診療料

## 基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

## 具体的な内容

1. 必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

## 改定案

### (新) 外来腫瘍化学療法診療料

#### 1 外来腫瘍化学療法診療料 1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

700点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合

400点

#### 2 外来腫瘍化学療法診療料 2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

570点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合

270点

### [対象患者]

悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者

区分は医学管理料です

外来化学療法投与タイミング以外にも受診しているケースがあったため、投与の無い時の治療管理についても評価されることになりました

### [算定要件]

- (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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号に掲げる初診料(注6、7及び8に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4、5及び6に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7、8及び9に規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

# 外来腫瘍化学療法診療料

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

## 改定案

- (2) 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- (3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
- (4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- (5) 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に**200点**を加算する。
- (6) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り**150点**を所定点数に加算する。

### [施設基準]

- (1) 外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。
- (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
- (3) 外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
- (4) 連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
  - イ 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
  - ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。

他の医療機関、保険薬局との連携が求められています

### 具体的な内容

- 2. 1に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算のイの(1)及びロの(1)並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。

本資料は、2022年2月9日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 依存症入院医療管理加算 薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

**基本的な考え方**

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。

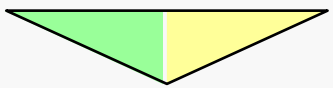
**具体的な内容**

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。

現 行	改 定 案
<p><b>【<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）</u>】</b>  <b>[算定要件]</b>                      注 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1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、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。</p>	<p><b>【<u>依存症入院医療管理加算（1日につき）</u>】</b>  <b>[算定要件]</b>                      注 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1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<b><u>依存症入院医療管理加算</u></b>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、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。</p>

外来治療では薬物依存症・ギャンブル依存症に対する集団精神療法が評価されており、入院治療では、アルコール依存症の入院医療のみが評価されていましたが、近年効果的なプログラムが開発され、入院に薬物依存症が追加され、またアルコール依存症は外来にも対象となりました

薬物依存に係る点数ではありますが、施設基準等に薬剤師の配置要件は含まれておりません



# 依存症入院医療管理加算

薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 二十六の二 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等</p> <p>(1) <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準</u> アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(2) <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者</p> <p>第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算 1 <u>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準</u> (1)・(2) (略) (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。 <u>研修については、以下の要件を満たすものであること。</u></p> <p>ア～ウ (略)</p>	<p>[施設基準] 二十六の二 依存症入院医療管理加算の施設基準等</p> <p>(1) <u>依存症入院医療管理加算</u>の施設基準 アルコール依存症 <b>又は薬物依存症</b> の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(2) <u>依存症入院医療管理加算</u>の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者 <b>又は薬物依存症の患者</b></p> <p>第17の3 <u>依存症入院医療管理加算</u> 1 <u>依存症入院医療管理加算</u>の施設基準 (1)・(2) (略) (3) <u>アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合に</u> <u>おいては</u>、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。<b>なお</b>、研修については、以下の要件を満たすものであること。</p> <p>ア～ウ (略)</p>



# 依存症入院医療管理加算

薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式32の 3 を用いること。</p>	<p>(4) <u>薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師 1 名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ 1 名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか 1 名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。</u></p> <p><u>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修である（14時間以上の研修時間であるもの）。</u></p> <p><u>イ 研修内容に以下の内容を含むものであること。</u></p> <p><u>(1) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向</u></p> <p><u>(ロ) 依存症患者の精神医学的特性</u></p> <p><u>(ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応</u></p> <p><u>(ニ) 依存症に関連する社会資源</u></p> <p><u>(ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応</u></p> <p><u>(ヘ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点</u></p> <p><u>(ト) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク</u></p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式32の 3 を用いること。</p>

# 退院時薬剤情報管理指導連携加算 (小児入院医療管理料)

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

## 基本的な考え方

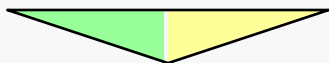
小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供について、新たな評価を行う。

## 具体的な内容

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、薬局に対して特殊な調剤方法等を文書により情報提供した場合の評価を新設する。

現 行	改 定 案
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <b>注6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき<b>薬剤師</b>が、退院に際して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、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、<b>150点</b>を所定点数に加算する。</b></p>

医療的ケア児に対する退院時の服薬指導については、成人に比較して長時間を要することが指摘されており、その状況が反映された改定となりました



## 退院時薬剤情報管理指導連携加算 (小児入院医療管理料)

現 行	改 定 案
<p><b>5</b> 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><b>6</b> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><b>7</b> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p><b>7</b> 診療に係る費用（注2、注3<b>及び注6</b>に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><b>8</b> 診療に係る費用（注2から注<b>6</b>までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><b>9</b> 診療に係る費用（注2から注<b>6</b>までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>

# 後発医薬品使用体制加算

## 基本的な考え方

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。

## 具体的な内容

3. 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。

現 行	改 定 案
<p>【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 八・二 (略)</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<b>九割</b>以上であること。 八・二 (略)</p>

点数の変更はなく、基準の変更のみでした  
 加算1 47点 85%以上⇒90%以上  
 加算2 42点 80%以上⇒85%以上  
 加算3 37点 70%以上⇒75%以上

現在85%以上の医療機関の場合、90%以上にならない場合は、5点の減算となってしまいます



## 後発医薬品使用体制加算

現 行	改 定 案
<p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割</u>以上であること。 ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割</u>以上であること。 ハ・ニ (略)</p>	<p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分</u>以上であること。 ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分</u>以上であること。 ハ・ニ (略)</p>

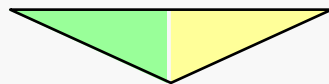
## 外来後発医薬品使用体制加算（処方料）

現 行	改 定 案
<p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 【施設基準】</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ（略） □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分</u>以上であること。 ハ・二（略）</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ（略） □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分</u>以上であること。 ハ・二（略）</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 【施設基準】</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ（略） □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>九割</u>以上であること。 ハ・二（略）</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ（略） □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分</u>以上であること。 ハ・二（略）</p>

点数の変更はなく、基準の変更のみでした

加算1	5点	85%以上⇒90%以上
加算2	4点	75%以上⇒85%以上
加算3	2点	70%以上⇒75%以上

現在75%以上の医療機関の場合、85%以上にならない場合は、2点の減算となってしまいます





## 外来後発医薬品使用体制加算（処方料）

現 行	改 定 案
<p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ（略） □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 八・二（略）</p>	<p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ（略） □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<b>七割五分</b>以上であること。 八・二（略）</p>

# バイオ後続品導入初期加算

バイオ後続品の使用促進

## 基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合について新たな評価を行う。

## 具体的な内容

外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品に関する情報を提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

現 行	改 定 案
<p>【第6部 注射】 通則 (新設)</p>	<p>【第6部 注射】 通則</p> <p><b>7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</b></p> <p><b>※ 外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける。</b></p>

バイオ後続品導入初期加算は、20年改定で、「在宅自己注射指導管理料」に導入され、外来も対象となりました

・医療機関ではバイオ後続品導入の加算対象が拡大されました  
 ・薬局への影響がどれぐらいになるかは予想が難しいですが、バイオ後続品の処方が増える可能性も考えられます

# 二次性骨折予防継続管理料

**基本的な考え方**

骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について、新たな評価を行う。

**具体的な内容**

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

改定案

(新) **二次性骨折予防継続管理料**

<b>イ</b>	<b>二次性骨折予防継続管理料 1</b>	<b>1,000点</b>
<b>ロ</b>	<b>二次性骨折予防継続管理料 2</b>	<b>750点</b>
<b>ハ</b>	<b>二次性骨折予防継続管理料 3</b>	<b>500点</b>

[対象患者]

- (1) 大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの
- (2) イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
- (3) イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの



# 二次性骨折予防継続管理料

## 改定案

### [算定要件]

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

骨粗鬆症に関する薬剤については、服用方法、タイミングが複雑になってきていることから、薬剤師の配置義務が設定されたのではないかと思います

### [施設基準]

- (1) 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び**薬剤師**が適切に配置されていること。
- (3) イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
- (4) ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

# 湿布薬の処方制限

## 基本的な考え方

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

## 具体的な内容

医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから**63枚**までに変更する。

現行	改定案
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき<b>63枚</b>を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず<b>63枚</b>を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>

・中医協議論では「35枚」案が提示されましたが、1割減の63枚となりました。枚数を大きく制限することにより、再診の頻度が高くなることを懸念したためかと思われます



日医工がお届けする **Stu-GE** は、  
医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける  
テーマ別  
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧  
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

**会員特典1** メールマガジンの受信

**会員特典2** 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>