

【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】

## 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

### 第1 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。

### 第2 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。

(新) 外来感染対策向上加算 6点

#### [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。

(※) 以下を算定する場合において算定可能とする（ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。）。

- ア 初診料
- イ 再診料
- ウ 小児科外来診療料
- エ 外来リハビリテーション診療料
- オ 外来放射線照射診療料
- カ 地域包括診療料
- キ 認知症地域包括診療料
- ク 小児かかりつけ診療料
- ケ 外来腫瘍化学療法診療料

- コ 救急救命管理料
- サ 退院後訪問指導料
- シ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）
- ス 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料
- セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- チ 在宅患者訪問栄養食事指導料
- ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- テ 精神科訪問看護・指導料

[施設基準]

- (1) 専任の院内感染管理者が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
- (3) 当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。
- (4) 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。
- (5) 診療所であること。
- (6) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の1の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (7) (6)に掲げる部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (8) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
- (9) (7)に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (10) (7)に掲げる院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- (11) (7)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること。
- (12) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。
- (13) (7)に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (15) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (16) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (17) 「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。
- (18) 新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
- (19) 区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

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。

(新) 連携強化加算 3点

[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。

(新) サーベイランス強化加算 1点

[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。

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。

改 定 案	現 行															
<p>【感染対策向上加算】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;"><u>感染対策向上加算1</u></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">710点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>感染対策向上加算2</u></td> <td style="text-align: right;">175点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>感染対策向上加算3</u></td> <td style="text-align: right;">75点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</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>感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。</u>）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（3については、<u>入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回</u>）、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 <u>感染対策向上加算1を算定する場合について、感染症対策に関</u></p>	1	<u>感染対策向上加算1</u>	710点	2	<u>感染対策向上加算2</u>	175点	3	<u>感染対策向上加算3</u>	75点	<p>【感染防止対策加算】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;"><u>感染防止対策加算1</u></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">390点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>感染防止対策加算2</u></td> <td style="text-align: right;">90点</td> </tr> </table> <p>（新設）</p> <p>[算定要件]</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>感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。</u>）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>2 <u>感染防止対策加算1を算定する場合について、感染防止対策に</u></p>	1	<u>感染防止対策加算1</u>	390点	2	<u>感染防止対策加算2</u>	90点
1	<u>感染対策向上加算1</u>	710点														
2	<u>感染対策向上加算2</u>	175点														
3	<u>感染対策向上加算3</u>	75点														
1	<u>感染防止対策加算1</u>	390点														
2	<u>感染防止対策加算2</u>	90点														

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、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

3 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、5点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等

(1) 感染対策向上加算1の施設基準イ～ハ (略)

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3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。

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

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。

3 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。

(新設)

[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、感染防止対策加算2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。

(新設)

<p><u>るための必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>へ <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>(2) <u>感染対策向上加算2の施設基準イ～ハ（略）</u></p> <p>ニ <u>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。</u></p> <p>(3) <u>感染対策向上加算3の施設基準イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。</u></p> <p>ロ <u>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。</u></p> <p>ハ <u>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。</u></p> <p>ニ <u>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。</u></p> <p>(4) <u>指導強化加算の施設基準</u>  <u>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。</u></p> <p>(5) <u>連携強化加算の施設基準</u>  <u>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。</u></p> <p>(6) <u>サーベイランス強化加算の施設基準</u>  <u>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。</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(2) <u>感染防止対策加算2の施設基準イ～ハ（略）</u></p> <p>ニ <u>感染防止対策につき、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と連携していること。</u></p> <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>(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>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	---

1 感染対策向上加算1に関する施設基準

(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。

ア～エ (略)

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。

(7) (2)に掲げるチームにより、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。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。

(8)～(10) (略)

(11) (2)に掲げるチームにより、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助言を行う体制を有すること。

(16) 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。

(17) 新興感染症の発生時等に、都道

1 感染防止対策加算1に関する施設基準

(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。

ア～エ (略)

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。

(7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2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。

(8)～(10) (略)

(11) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2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相談等を受けていること。

(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。

(新設)



<p>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。</p>	
<p>(18) <u>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></p>	<p>(新設)</p>
<p>(19) <u>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></p>	<p>(新設)</p>
<p>(20) <u>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。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(21)～(24) (略)</p>	<p>(新設)</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>	
<p>2 <u>感染対策向上加算2の施設基準</u>  (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～イ (略)  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</p>	<p>2 <u>感染防止対策加算2の施設基準</u>  (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～イ (略)  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</p>

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を行うことができる。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。

- (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。
- (14) 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

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を行うことができる。

- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算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、感染防止対策加算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。
- (14) 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。

<p>ージ等により公開していること。</p>	
<p>(15) <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></p>	<p>(新設)</p>
<p>(16) <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></p>	<p>(新設)</p>
<p>(17) <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></p>	<p>(新設)</p>
<p>3 <u>感染対策向上加算3の施設基準</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(1) <u>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。</u></p>	
<p>(2) <u>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。</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 <u>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)</u></p>	
<p>イ <u>専任の看護師</u>  <u>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</u></p>	

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。
- (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。
- (15) 外来感染対策向上加算の届出を

## ② 小児かかりつけ診療料の見直し

### 第1 基本的な考え方

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。

### 第2 具体的な内容

小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系とする。

改 定 案	現 行
<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料 1</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 641点</p> <p>(2) 再診時 448点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 758点</p> <p>(2) 再診時 566点</p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 630点</p> <p>(2) 再診時 437点</p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 747点</p> <p>(2) 再診時 555点</p> <p>[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において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った</p>	<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 631点</p> <p>ロ 再診時 438点</p> <p>2 処方箋を交付しない場合</p> <p>イ 初診時 748点</p> <p>ロ 再診時 556点</p> <p>[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において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った</p>

<p>場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p>[施設基準]  四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等  (1) 小児かかりつけ診療料<u>1</u>の施設基準  イ <u>小児科を標榜している医療機関であること。</u>  ロ <u>当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医と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。</u>  ハ <u>当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。</u>  (2) <u>小児かかりつけ診療料2の施設基準</u>  イ <u>(1)のイ及びロを満たすものであること。</u>  ロ <u>当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されていること。</u></p> <p>1 小児かかりつけ診療料<u>1</u>に関する施設基準  (削除)</p> <p>(2) (略)  (3) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、<u>2つ以上</u>に該当すること。  (削除)</p>	<p>場合に算定する。</p> <p>[施設基準]  四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等  (1) 小児かかりつけ診療料の施設基準  (新設)</p> <p>当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医と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。  (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>1 小児かかりつけ診療料に関する施設基準  (2) <u>区分番号「B001-2」小児科外来診療料に係る届出を行っていること。</u>  (3) (略)  (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、<u>3つ以上</u>に該当すること。  ア <u>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</u></p>
---	--

<p><u>ア～ウ</u> (略)</p> <p><u>エ</u> 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。</p> <p><u>2</u> 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準</p> <p>(1) <u>1の(1)、(2)及び(4)の基準を全て満たしていること。</u></p> <p>(2) <u>次のいずれかの基準を満たしていること。</u></p> <p><u>ア</u> 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算3に係る届出を行っていること。</p> <p><u>イ</u> 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年6回以上の頻度で行っていること。</p>	<p><u>行っていること</u></p> <p><u>イ～エ</u> (略)</p> <p><u>オ</u> 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること</p> <p>(新設)</p>
--	--



## ⑤ 機能強化加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

機能強化加算を算定する保険医療機関が、地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【機能強化加算】 [算定要件] (23) 機能強化加算</p> <p>ア 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、<u>専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</u></p> <p>イ <u>機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、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</u></p>	<p>【機能強化加算】 [算定要件] (23) 機能強化加算</p> <p>「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</p> <p>（新設）</p>

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]

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
  - (2) (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。
- (2) 次のいずれかを満たしていること。
- ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算1に係る届出を行っていること。
  - イ 以下のいずれも満たすものであること。
    - (イ) 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療

[施設基準]

三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準  
(新設)

- (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。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
- ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算
- (新設)

加算2に係る届出を行っていること。

(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上

② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上

ウ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料1に係る届出を行っていること。

エ 以下のいずれも満たすものであること。

(イ) 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2に係る届出を行っていること。

(ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2を算定した患者が3人以上

② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上

オ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料

イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料

(新設)

ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料

に係る届出を行っていること。

カ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。

キ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。

(イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所と同様である。

① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上

② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

(ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であ

エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所(区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。))又は在宅療養支援病院(区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。))に限る。)

オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)

って、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。

① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近1年間で3件以上

② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)スに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上

(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

(新設)

ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。

イ 警察医として協力していること。

ウ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。

エ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施していること。

オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医

又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。

カ 「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に規定する地域ケア会議に出席していること。

キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果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、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(中略)

## 2 届出に関する事項

(1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。

(2) 令和4年3月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、1の(2)のイの(ロ)、エの(ロ)及びキ、(3)並びに(4)の基準を満たしているものとする。

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果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、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。(中略)

## 2 届出に関する事項

機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

(新設)

【Ⅱ－5 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－②】

## ② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

### 第1 基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。
2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。
3. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。
4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。

## ① 医療的ケア児に対する支援に係る 主治医及び学校医等の連携強化

### 第1 基本的な考え方

医療的ケア児が安心して安全に保育所や学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

### 第2 具体的な内容

診療情報提供料（I）の注7における情報提供先に保育所等を追加する。

改定案	現 行
<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>



## ② 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る 主治医及び学校医等の連携強化

### 第1 基本的な考え方

小児慢性特定疾病の児が安心して安全に保育所、学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について対象患者を見直す。

### 第2 具体的な内容

診療情報提供料（I）注7における対象患者に、小児慢性特定疾病支援の対象患者を追加する。

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

### ③ 医療的ケア児に対する支援に係る 医療機関及び児童相談所の連携強化

#### 第1 基本的な考え方

在宅復帰が困難な医療的ケア児に関する適切な情報提供を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

#### 第2 具体的な内容

診療情報提供料（I）注2における情報提供先に児童相談所を追加する。

改定案	現行
<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] (11) 「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所、精神保健福祉センター、<b>児童相談所</b>、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。</p>	<p>【診療情報提供料（I）】 [算定要件] (11) 「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。</p>

## ① 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

### 第1 基本的な考え方

「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。

### 第2 具体的な内容

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

(新) 初診料（情報通信機器を用いた場合） 251点

#### [対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者

#### [算定要件]

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

くこと。

ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

- (5) 当該指針において、「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) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

#### [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再診に係る評価の新設 及びオンライン診療料の廃止

### 第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

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

#### [対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者

#### [算定要件]

- (1) 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対

応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

- (5) 当該指針において、「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) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

#### [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。

## ⑤ アレルギー疾患を有する児童等に対する 支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

### 第1 基本的な考え方

アレルギー疾患を有する児童等が安心して安全に学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注7における対象患者に、アレルギー疾患を有する児童等を追加し、学校医等に対して、当該児童等が学校生活等を送るに当たり必要な情報の提供を行った場合について評価する。

改定案	現行
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況等を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>(17) 「注7」に掲げるアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者については、保</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] 注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>

険医療機関が提供する生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又はIgE抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該義務教育諸学校において患者が生活するに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。なお、食物アレルギー患者については、当該義務教育諸学校からの求めに応じて必要な診療情報を提供した場合に算定する。



(保 269)

令和4年1月31日

都道府県医師会  
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事  
松本吉郎  
(公印省略)

### 令和4年度以降のコロナ特例の継続について

新型コロナウイルス感染症の拡大により、令和2年4月8日以降、様々な診療報酬上のコロナ特例の措置が講じられてまいりました。

現在、中医協におきましては、令和4年度診療報酬改定の内容を協議しているところではありますが、令和4年度以降におきましても、コロナ特例の措置は引き続き実施することが了承されておりますことを、取り急ぎご連絡いたします。

概要は下記のとおりであります。

#### 記

(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（別添2参照）について、引き続き実施する。

◇ 院内トリアージ実施料、救急医療管理加算、二類感染症入院診療加算、緊急往診加算、緊急訪問看護加算、長時間訪問看護加算、個室加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算は引き続き算定できます。

※ 医科外来等感染症対策実施加算：令和3年9月末まで、6歳未満の乳幼児加算：令和4年3月末まで

(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。

- ◇ 定数超過入院、月平均夜勤時間数、1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率などの取扱いです。

(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

- ◇ 今回改定で設定される経過措置については、後日、令和4年度診療報酬改定の概要資料でお示します。

(4) 令和4年度診療報酬改定前の施設基準のうち、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も終了する。

- ◇ 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ました。

(添付資料)

1. 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応  
(中医協資料抜粋(令和3年1月26日・28日 中医協総会))
2. 新型コロナウイルス感染症への診療報酬上の主な対応について  
(令和3年10月1日時点)
3. 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)((保189)令和2年9月1日)

# 新型コロナウイルス感染症への診療報酬上の主な対応について

令和3年10月1日時点

## 【一次補正以降】

(R2.4/18～)

重症患者

特定集中治療室管理料等を**2倍**  
(8,448～28,422点)

中等症患者

救急医療管理加算を**2倍**(1,900点)

## 【二次補正以降】

(R2.5/26～)

重症患者(専用病床の確保)

特定集中治療室管理料等を**3倍**  
(12,672～42,633点)

中等症患者(専用病床の確保)

救急医療管理加算を**3倍**(2,850点)

## 【令和2年9月15日予備費以降】

(R2.9/15～)

重症患者 (同左)

中等症患者

**中等症Ⅱ以上**の患者は  
救急医療管理加算を**5倍**(4,750点)

## 【令和3年8月27日予備費以降】

(R3.8/27～)

重症患者 (同左)

中等症患者

救急医療管理加算を、  
入院加療の必要な患者は**4倍**(3,800点)  
**中等症Ⅱ以上**の患者は**6倍**(5,700点)

(令和2年4月8日～)

○ 新型コロナウイルスへの感染を疑う患者に、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療で、院内トリージ実施料(300点/回)を算定できることとした。

○ 入院を要する新型コロナウイルス患者について、救急医療管理加算(950点/日)、及び二類感染症入院診療加算(250点/日)を算定できることとした。

(令和2年4月18日～)

○ 医療従事者の感染リスクを伴う診療を評価し、人員配置に応じ、二類感染症患者入院診療加算に相当する加算を2～4倍算定できることとした。

(令和2年12月15日～)

○ 6歳未満の乳幼児に対し、感染予防策を講じた上で外来診療等を実施した場合、医科100点、歯科55点、調剤12点を算定できることとした。(令和3年10月～令和4年3月末まで)

○ **新型コロナウイルスが回復した後、引き続き入院管理が必要な患者**を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げた。※これまでの臨時特例二類感染症患者入院診療加算(1倍)250点→今回の見直し(3倍)750点

(令和3年1月22日～)

○ 新型コロナウイルスから回復した後、引き続き入院管理が必要な患者について、救急医療管理加算(950点)を最大90日間算定できることとした。

(令和3年2月26日～)

○ 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス患者に往診・訪問看護を緊急に実施した場合に、それぞれ、緊急往診加算(325～850点)、緊急訪問看護加算(2,650円)を算定できることとした。

(令和3年4月1日～)

○ **全ての患者の診療等について特に手厚い感染症対策を要することを勘案して医科外来等感染症対策実施加算5点を算定できることとした。(令和3年9月末まで)**

○ 新型コロナウイルス患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合には、298点を算定できることとした。

(令和3年5月11日～)

○ 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者に対して、個室で入院医療を行った場合に、個室加算(300点)を算定できることとした。

(令和3年7月30日～)

○ 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス患者に対して往診・訪問診療又は訪問看護を実施した場合、それぞれ、救急医療管理加算(950点)、長時間訪問看護加算(5,200円)を算定できることとした。 ※長時間訪問看護加算は8月4日～

(令和3年8月16日～)

○ 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス患者に対して電話等を用いた初診・再診を行った場合に二類感染症患者入院診療加算(250点)を算定できることとした。

(令和3年8月27日～)

○ 新型コロナウイルスに感染した妊産婦について、ハイリスク妊娠管理加算を21日以降、ハイリスク分娩管理加算を9日目を以降も算定できることとした。

(令和3年9月28日～)

○ 自治体HPで公表された診療・検査医療機関が、新型コロナウイルスへの感染を疑う患者に、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施した場合、院内トリージ実施料(300点/回)とは別に二類感染症患者入院診療加算(250点/日)を算定できることとした。(令和4年3月末まで)

○ 新型コロナウイルスの外来診療について、ロナプリーブ投与を行った場合は救急医療管理加算の3倍(2,850点)、その他の場合は当該加算(950点)を算定できることとした。

○ 自宅・宿泊療養中の新型コロナウイルス患者に対する往診について、ロナプリーブ投与を行った場合は救急医療管理加算の5倍(4,750点)、その他の場合は当該加算の3倍(2,850点)を算定できることとした。緊急に訪問看護を行った場合は長時間訪問看護加算の3倍(15,600円)を算定できることとした。

## ⑫ 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

### 第1 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。

### 第2 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（別紙）。

#### [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。
- (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旨を説明すること。
- (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。