

## 説明

### 前回の資料から変更があった点について

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

続きまして、「個別改定項目（その3）について」を議題といたします。前々回および前回の総会におきまして、いわゆる「短冊」について、一通り議論をしていただいたところです。まず事務局より、前回の総会資料から変更があった点について、資料の説明をお願いいたします。

#### ○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい。医療課長でございます。それでは、中医協資料「総-2」を用いまして、個別改定項目について、いわゆる短冊に関する前回、前々回の議論を踏まえました変更点について、ご説明をさせていただきたいと思っております。

変更点につきましては、事務的な字句のレトリックな修正も含めていくつかございますけれども、本日は主な内容に係るところにつきまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。

短冊、ページ数、多ございますので、ページ数で1つひとつ、ご紹介しながら、ご紹介させていただきたいと思っております。

【Ⅱ－１ 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑩】

## ⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

### 第 1 基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

### 第 2 具体的な内容

1. 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] 注 12 一のハの(1)の①又は(2)の①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、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ●●点又は●●点を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。</p> <p>[施設基準] 一の一の九 通院・在宅精神療法の注 12に規定する施設基準 情報通信機器を用いた精神療法</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

145

それでは、ページ数で申し上げますと、145 ページとなります。

項目番号で申し上げますと、ローマ数字Ⅱ－1の⑩でございます。ローマ数字Ⅱ－1の「⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設」でございます。

こちらの第2の「具体的な内容」の1でございます。

「評価を新設する」というふうに書いてございまして、その中に改正案というふうにございます。

「注12」というところが下線で引かれてございますけれども、その中段ぐらいだと思いますが、

「ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない」

というふうにするものでございまして、これは前回お示ししたものではありません「2種類」となっていたところでございます。

「3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬」となっていたところでございますが、2を3にするという修正でございます。

趣旨につきましては、パブリックコメント等の指摘を踏まえ、単剤が原則で、ガイドライン上、規定されるところでございますが、薬の切り替え時などには、それを併用する場合があるということでございまして、通常の医療でも2種類というところが想定されるところでございまして、そこまでは許容すべきだというふうに事務局で整理をしたものでございます。

【Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための  
取組－①】

## ① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

### 第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） ●●点

[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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、●●日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の●に相当する点数を減算する。
  - イ 年6日以内であること。
  - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

[施設基準]

- (1) 病院の一般病棟を単位として行うものであること。
- (2) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以

168

それでは、続きまして、174 ページでございます。項目番号で申し上げますと、ローマ数字Ⅱ－２の①でございます。

- 棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、3以上であることとする。
- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
  - ハ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
- (2) 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 の施設基準  
(1) のイ及びロを満たすものであること。
- (3) 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1 の施設基準  
イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、3 以上であることとする。
- ロ (1) のロ及びハを満たすものであること。
- (4) 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 の施設基準  
(1) のロ及び (3) のイを満たすものであること。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（1日につき）  
●●点

[算定要件]

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進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病棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して●●日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A 2 3 3 - 2 に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL 等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

こちらに、中段に括弧といたしまして、「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」とございますが、これは以前の短冊では、中に「体制」という言葉が、「体制加算」となっておりますけれども、ここは言葉の明確化という意味で、別の加算との区別もする観点から、「体制」という言葉を、こちらは省かせていただいたところでございます。

【Ⅱ－４ 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価－③】

### ③ 急性期一般入院料 1 における平均在院日数の 基準の見直し

#### 第 1 基本的な考え方

医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料 1 の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

#### 第 2 具体的な内容

急性期一般入院料 1 の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18 日から 16 日に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【一般病棟入院基本料】 [施設基準]</p> <p>イ 急性期一般入院基本料の施設基準</p> <p>① 通則</p> <p>3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料 1 にあっては <u>16</u> 日）以内であること。</p>	<p>【一般病棟入院基本料】 [施設基準]</p> <p>イ 急性期一般入院基本料の施設基準</p> <p>① 通則</p> <p>3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料 1 にあっては <u>18</u> 日）以内であること。</p>

それでは、続かせていただきます。ページ数でご紹介申し上げます。283 ページでございます。項目番号で申し上げますと、ローマ数字Ⅱ－４の③でございます。

283 ページでございます。

こちら、「急性期一般入院料 1 における平均在院日数の基準の見直し」ということ  
でございまして、第 2 の「具体的な内容」をご覧ください。

「急性期一般入院料 1 の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18 日から  
16 日に見直す」というふうに記載をしております。

前回は黒丸だった所でございますけれども、公益裁定を受けまして「16」という  
具体的な数値を記載させていただいております。

【Ⅱ－４ 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価－④】

## ④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

### 第1 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及び該当患者割合の基準を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。
  - 「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。
  - 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。
  - 「注射薬剤3種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。
  - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外する。
  - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外する。

284

次に、284 ページ。項目数で言いますと、Ⅱ－４の④でございます。

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し」でございます。



第2の「具体的な内容」といたしまして、1ポツ。

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す」ということをごさいますて、以下、丸がいくつか並んでごさいます。

主なものをごさいます。

1つ目の丸で、「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。

2つ目の丸。呼吸ケアに関する項目。

3つ目が「注射薬剤3種類以上の管理」の項目。

4つ目、5つ目。

- 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更する。
  - 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の5日間から2日間に変更する。
  - C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。
  - 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える。
2. 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、
- ①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
  - ②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
- の両者を満たすことを施設基準とする。
3. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

	改 定 案		現 行	
	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	割合①：2割1分 割合②：2割8分	割合①：2割 割合②：2割7分	3割1分	2割8分
急性期一般入院料2	2割2分	2割1分	2割7分	2割4分
急性期一般入院料3	1割9分	1割8分	2割4分	2割1分
急性期一般入院料4	1割6分	1割5分	2割	1割7分
急性期一般入院料5	1割2分	1割1分	1割7分	1割4分
7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に		割合①：2割 割合②：2割7分		2割8分

285

そして、ページ変わりました、285 ページの2つ目の丸までが「専門的な治療・処置」の項目に関する変更点でございます。

285 ページの上から2つ目の丸は、「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の5日間から2日間に変更する。ということでございます。

ほかにも、C項目の対象手術や短期滞在手術に係る見直しを行うものということでございます。

そして、285 ページ、真ん中、2といたしまして、急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、

①②といたしまして、

①が「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること。

②といたしまして、「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であることの両者を満たすことを施設基準とする。というものでございます。

3でございます。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。というものでございまして、表が掲載されてございます。

前回の公益裁定での数値のところでございますが、表でお示しすることもあったところでございますが、20%、27%のところはご紹介させていただきます。

急性期一般入院料1といたしまして、改定案がございまして、その中で、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合で、割合①が「2割」、割合②が「2割7分」となっております。

286 ページに進みますと、7対1入院基本料（専門病院入院基本料）、それから、失礼しました。285 ページの一番下ですね。7対1の特定機能病院入院基本料も同じように「2割」「2割7分」というふうな記載となっているところでございます。

限る。))				
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	0.8割	0.7割	1割	0.8割
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	割合①: 2割1分 割合②: 2割8分	割合①: 2割 割合②: 2割7分	3割	2割8分
看護必要度加算1	1割8分	1割7分	2割2分	2割
看護必要度加算2	1割6分	1割5分	2割	1割8分
看護必要度加算3	1割3分	1割2分	1割8分	1割5分
総合入院体制加算1	3割3分	3割2分	3割3分	3割
総合入院体制加算2	3割1分	3割	3割3分	3割
総合入院体制加算3	2割8分	2割7分	3割	2割7分
急性期看護補助体制加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護補助加算1	0.4割	0.3割	0.5割	0.4割
地域包括ケア病棟入院料	1割	0.8割	1割2分	0.8割
特定一般病棟入院料の注7	1割	0.8割	1割2分	0.8割

[経過措置]

令和6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●●年●●月●●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
- ・ 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。））

ここも前回の公益裁定を踏まえた修正となっておりまして、以下、この表につきましても、公益裁定でお示しされたものを記載させていただいております。それでは、ページを進ませていただきます。

【Ⅱ-5 外来医療の機能分化・強化等-①】

① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病に対する質の高い疾病管理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とともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料(I)とする。
  - (1) 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。
  - (2) 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
  - (3) 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
  - (4) 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

改定案	現行
<b>【生活習慣病管理料(I)】</b> [算定要件] B001-3 <b>生活習慣病管理料(I)</b> 1 脂質異常症を主病とする場合 ●●点 2 高血圧症を主病とする場合 ●●点 3 糖尿病を主病とする場合 ●●点 注1 別に厚生労働大臣が定める施	<b>【生活習慣病管理料】</b> [算定要件] B001-3 <b>生活習慣病管理料</b> 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 2 高血圧症を主病とする場合 620点 3 糖尿病を主病とする場合 720点 注1 保険医療機関(許可病床数

360

ページ、だいぶ進みますけれども、368ページでございます。

この項目自体は「生活習慣病に係る医学管理料の見直し」ということでⅡ-5の①に連なるところでございますけれども、具体的な記載は368ページでございます。

(新) 外来データ提出加算 ●●点

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- 3. 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
  - (※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
  - (※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
- 4. より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 (削除) スフィンゴリピド代謝障害 及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症</p>	<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害 及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症</p>

367

367 ページのですね、「より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する」というものでございまして、

<p><u>リポ蛋白代謝障害及びその 他の脂（質）血症（家族性 高コレステロール血症等の 遺伝性疾患に限る。）</u> リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂 肪腫症 （削除） 虚血性心疾患 （中略） <u>アナフィラキシー</u> ギラン・バレー症候群</p>	<p><u>リポ蛋白代謝障害及びその 他の脂（質）血症</u>  リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂 肪腫症 <u>高血圧性疾患</u> 虚血性心疾患 （中略） （新設） （新設）</p>
--	---

368

368 ページの表の一番下、左側でございますが、「アナフィラキシー」と「ギラン・バレー症候群」、これを追加するものでございます。ページ進ませさせていただきます。

【Ⅱ-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組③】

### ③ 感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

#### 第1 基本的な考え方

院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。

#### 第2 具体的な内容

1. 感染症法上の三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設する。

(新) 特定感染症入院医療管理加算（1日につき）

- |           |     |
|-----------|-----|
| 1 治療室の場合  | ●●点 |
| 2 それ以外の場合 | ●●点 |

[対象患者]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの

[算定要件]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

※ 感染対策が特に必要な患者については、次の感染症に感染した患者を想定。

（三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症のうち、感染

386

次に、386 ページでございます。項目の番号で申し上げますと、Ⅱ-6の③ということでございます。



こちらは前回、感染症対策に対する感染の対象となる入院料に関しまして、ご指摘を2号側委員からいただいたところでございます。

事務局で改めて整理を行いまして、特定感染症入院医療管理加算につきまして、前回の短冊では「一般病床又は感染症病床」に限るとしていた規定は削除をさせていただきます。

また、こちらでございますけれども、1入院につき原則として7日までというふうな記載とさせていただきます。

ここも前回は入院初日からということでございましたけれども、1入院につきということで、させていただきます。

対策が特に重要である感染症)

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SF-TSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法上の指定感染症

2. 特定感染症入院医療管理加算の新設に伴い、二類感染症患者入院診療加算が算定可能な入院料の範囲を見直す。

改定案	現行
<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、<u>特定感染症入院医療管理加算</u>、<u>難病等特別入院診療加算</u>（<u>二類感染症患者入院診療加算に限る。</u>）、地域加算、（中略）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p>	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア</p>

387

次に、次のページ。387 ページの2ポツでございますけれども、二類感染症患者入院診療加算について、新設される特定感染症入院医療管理加算に合わせる形で、治療室でも算定可能となるというような見直しを追加しているところがございます。こういった見直しをさせていただいております。

【Ⅱ-6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組⑦】

## ⑦ 新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

### 第1 基本的な考え方

感染症に係る対応として、薬局が自宅・宿泊療養者等の患者に対して行う服薬指導・薬剤交付について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定できることとする。

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 <u>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の発生時又はまん延時においては、注1の規定にかかわらず、当該感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養を行っている者、介護医療院又は介護老人保健施設に入所する者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方医の指示により、保険薬局の保険薬剤師が患家又は宿泊施設及び当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はそ</u></p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p>

408

それでは、次の項目に進ませていただきます。ページ数で申し上げますと、408ページとなります。408ページでございます。項目の番号で申し上げますと、ローマ数字Ⅱ-6の⑦というふうになります。

<p>の家族等に対して対面による必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定できる。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、●●点を算定する。</p> <p>11 注10については、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。</p>	<p>(新設)</p>
--	-------------

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料ということでございまして、「注 10」の記載でございすけれども、「改定案」の一番下の行でございす。「緊急に訪問し」となっております。

「当該患者に対して」というふうに前回の短冊ではなっていたところでございますが、これも2号側委員からのご指摘によりまして、「当該患者又はその家族等」というふうな記載とさせていただいているところでございます。

【Ⅲ-2 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-④】

## ④ 抗HLA抗体検査の算定要件の見直し

### 第1 基本的な考え方

「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗HLA抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗HLA抗体の測定に係る対象患者及び要件の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗HLA抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等の医学的に既存抗体陽性が疑われるものについて、抗HLA抗体（スクリーニング検査）の対象患者に追加する。

改 定 案	現 行
<p><b>【自己抗体検査】</b>            [算定要件]            (29) 「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者若しくは日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、<u>輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるものに対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。</u></p>	<p><b>【自己抗体検査】</b>            [算定要件]            (29) 「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。</p>

2. 抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）を算定できる要件について、日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、抗HLA抗体（スクリーニング検査）において既存抗体陽性が確認され

539

それでは次に、またページを進ませさせていただきます。また、ページだいぶ飛んで恐縮でございますけれども、539ページまでお進みいただけますでしょうか。

539ページでございます。内容としまして、項目番号としてはローマ数字Ⅲ-2の④でございまして、「抗HLA抗体検査の算定要件の見直し」でございます。

た患者に対して、抗HLA抗体獲得の確定を目的に行う場合を追加する。その上で、その結果に基づき脱感作療法を行った場合に、1年に2回に限り更に算定できることとする。

改 定 案	現 行
<p>【自己検体検査】            [算定要件]            (30) 「47」の抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合、又は抗HLA抗体獲得の確定を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、「47」の抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）の結果が陽性であったものに対して脱感作療法を行った場合には、1年に2回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。</p>	<p>【自己検体検査】            [算定要件]            (30) 「47」の抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。</p>

540

こちらは、検査番号で言うと「46」ということございますけど、「47」の抗体特異性同定検査について移植待機中の患者さんで、「46」の抗体のスクリーニング検査で陽性となった場合も測定できることを、より明確にする意図で、「抗HLA抗体獲得の確定を目的に行われた場合」にも算定できることを追加するなど、より意図を明確化したというものでございます。

はい。以上で主な変更点、内容の変更であるものはご説明申し上げました。

その他、さまざま字句の修正や反映漏れなど、その後、ご指摘ありましたところは事務的に修正をさせていただいているところでございます。

事務局からの説明は以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。

この短冊につきましては、前回までに一通り議論をさせていただいており、本日で短冊の議論は最後となる予定です。

ただいま事務局から説明のあった件も含めて、何かご質問、ご意見等ございましたら、お願いいたします。

よろしいでしょうか。はい。特にご質問、ご意見等ないようでしたら、本件に係る議論はこのあたりとしたいと思います。