

基本診療料

地域包括診療料等の対象疾患等の見直し

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。

◆地域包括診療加算（診療所のみ）、地域包括診療料（診療所、病院（200床未満））

[対応内容]

患者登録画面の「その他」タブ画面に「慢性心不全」及び「慢性腎臓病」を追加しました。

地域包括診療対象疾病

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常症 | <input type="checkbox"/> 認知症 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 慢性心不全 | <input checked="" type="checkbox"/> 慢性腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 認知症地域包括診療加算算定 | |
| <input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料算定 | |

感染症対策

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が新設されました。

◆外来感染対策向上加算（6点）【新設】【届出】【月1回】【診療所】

[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ドランス」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。

111014870	外来感染対策向上加算（初診）	6点
-----------	----------------	----

112024370	外来感染対策向上加算（再診）	6点
113033790	外来感染対策向上加算（医学管理等）	6点
114055090	外来感染対策向上加算（在宅医療）	6点
180068770	外来感染対策向上加算（精神科訪問看護・指導料）	6点

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3826	外来感染対策向上加算
0994	外来感染対策向上加算（自動算定）

施設基準の設定により自動発生します。

医学管理等又は在宅医療の加算については管理料を入力した場合に自動発生します。

※「**外来感染対策向上加算（精神科訪問看護・指導料）**」については自動発生はできません。

今後の対応有無は未定です。

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。

◆連携強化加算（3点）【新設】【届出】【月1回】【診療所】

〔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。**

111014970	連携強化加算（初診）	3点
112024470	連携強化加算（再診）	3点
113033890	連携強化加算（医学管理等）	3点
114055190	連携強化加算（在宅医療）	3点
180072670	連携強化加算（精神科訪問看護・指導料）	3点

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3827	連携強化加算
0995	連携強化加算（自動算定）

施設基準の設定により自動発生します。

医学管理等又は在宅医療の加算については管理料を入力した場合に自動発生します。

※「**連携強化加算（精神科訪問看護・指導料）**」については自動発生はできません。

今後の対応有無は未定です。

◆サーベイランス強化加算（1点）【新設】【届出】【月1回】【診療所】

〔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（JSIPHE）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。

111015070	サーベイランス強化加算（初診）	1点
112024570	サーベイランス強化加算（再診）	1点
113033990	サーベイランス強化加算（医学管理等）	1点
114055290	サーベイランス強化加算（在宅医療）	1点
180072770	サーベイランス強化加算（精神科訪問看護・指導料）	1点

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3828	サーベイランス強化加算
0996	サーベイランス強化加算（自動算定）

施設基準の設定により自動発生します。

医学管理等又は在宅医療の加算については管理料を入力した場合に自動発生します。

※「サーベイランス強化加算（精神科訪問看護・指導料）」については自動発生はできません。

今後の対応有無は未定です。

オンライン診療

「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。

〔算定要件〕（初診の場合）

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

111014210	初診料（情報通信機器）	251点
111014310	初診料（文書による紹介がない患者）（情報通信機器）	186点
111014410	特定妥結率初診料（情報通信機器）	186点
111014510	初診料（同一日複数科受診時の2科目）（情報通信機器）	125点
111014610	初診料（同一日2科目・注2から4に規定する場合）（情報通信機器）	93点
111014710	特定妥結率初診料（同一日複数科受診時の2科目）（情報通信機器）	93点
112024210	再診料（情報通信機器）	73点
112024710	外来診療料（情報通信機器）	73点
112024950	同日再診料（情報通信機器）	73点
112025010	特定妥結率再診料（情報通信機器）	54点
112025150	同日特定妥結率再診料（情報通信機器）	54点
112025210	再診料（同一日複数科受診時の2科目）（情報通信機器）	37点
112025310	特定妥結率再診料（同一日複数科受診時の2科目）（情報通信機器）	27点
112025450	同日外来診療料（情報通信機器）	73点
112025510	外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）	55点
112025650	同日外来診療料（文書紹介申出患者）（情報通信機器）	55点
112025710	特定妥結率外来診療料（情報通信機器）	55点
112025850	同日特定妥結率外来診療料（情報通信機器）	55点
112025910	外来診療料（同一日複数科受診時の2科目）（情報通信機器）	37点
112026010	外来診療料（同日複数科2科目・文書紹介申出患者）（情報通信機器）	27点
112026110	特定妥結率外来診療料（同一日複数科受診時2科目）（情報通信機器）	27点

[算定方法]

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3825	情報通信機器
------	--------

オンライン資格確認システムの活用

オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設されました。

◆電子的保健医療情報活用加算【新設】【月1回】

初診料 注14 電子的保健医療情報活用加算（7点）

再診料 注18 電子的保健医療情報活用加算（4点）

外来診療料 注10 電子的保健医療情報活用加算（4点）

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

(※) 初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) 電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

111015170	電子的保健医療情報活用加算（初診）	7点
111015270	電子的保健医療情報活用加算（初診）（診療情報等の取得が困難等）	3点
112024610	電子的保健医療情報活用加算（再診）	4点
112024810	電子的保健医療情報活用加算（外来診療料）	4点

[算定方法]

算定するコードを手入力します。

不妊治療

一般不妊治療

1. 一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設されました。

◆一般不妊治療管理料（250点）【新設】【届出】【3月に1回】

[対象患者]

- (1) 入院中の患者以外の患者であつて、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。
- (2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

[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、入院中の患者以外の不妊症の患者であつて、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

ただし、区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

- (2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (4) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (5) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
- (6) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。

ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。

イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
- (4) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

[経過措置]

令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

113036210	一般不妊治療管理料	250点
-----------	-----------	------

[算定方法]

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3859	一般不妊治療管理料、人工授精
------	----------------

2. 不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設されました。

◆人工授精 (1,820点)【新設】

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、妊娠を目的として実施した場合に算定する。
 - ア 精子・精液の量的・質的異常
 - イ 射精障害・性交障害
 - ウ 精子-頸管粘液不適合
 - エ 機能性不妊
- (3) 人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスィムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。
 なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。
- (5) 必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 一般不妊治療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

150431510	人工授精	1,820点
-----------	------	--------

生殖補助医療

1. 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設されました。

◆生殖補助医療管理料【新設】【届出】

- イ 生殖補助医療管理料1 (300点)
- ロ 生殖補助医療管理料2 (250点)

[対象患者]

ORCA Project

- (1) 入院中の患者以外の患者であって、生殖補助医療を実施している不妊症の患者。
- (2) 不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

[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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。
- (2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3) 不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。）に対して、生殖補助医療に係る医学的管理及び療養上必要な指導等を行った場合に算定する。
- (4) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (5) 少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (6) 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- (7) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (8) 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
- (10) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名以上配置されていることが望ましい。
- (6) 生殖補助医療管理料1を算定する施設については、以下の体制を有していること。
 - ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
 - イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
- (7) 採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。
- (8) 培養を行う専用の室を備えていること。
- (9) 凍結保存を行う専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
- (10) 当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。

- (11) 安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (12) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
- (13) 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (14) 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に行われていること。
- (15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
- (16) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のART症例登録システムへの症例データの入力を適切に実施すること。
- (17) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (18) 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。
- (19) 精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。
- (20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
- (21) 毎年7月において、前年度における治療件数等を把握するため、所定の様式により届け出ること。

〔経過措置〕

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受け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、(2)から(21)までの基準を満たしているものとする。

113036310	生殖補助医療管理料 1	300 点
113036410	生殖補助医療管理料 2	250 点

〔算定方法〕

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3864	生殖補助医療管理料 1
3860	生殖補助医療管理料 2

2. 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的に実施される、血漿中の抗ミュラー管ホルモン測定に係る評価を新設されました。

◆抗ミュラー管ホルモン（AMH）（600点）【新設】

〔算定要件〕

- (1) 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6月に1回に限り算定する。
- (2) 抗ミュラー管ホルモン（AMH）は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断のために、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に算定できる。

160231210	抗ミュラー管ホルモン（AMH）	600 点
-----------	-----------------	-------

3. 不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設されました。

◆採卵術（3,200点）【新設】

注 採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

- イ 1個の場合（2,400点）
- ロ 2個から5個までの場合（3,600点）
- ハ 6個から9個までの場合（5,500点）

ニ 10個以上の場合 (7,200点)

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 採取された卵子の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。
- (3) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、体外受精又は顕微授精に用いることを目的として、治療計画に従って実施した場合に算定する。
 - ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊 (閉塞性無精子症等)
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- (4) 採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

150432010	採卵術	3,200点
150432170	採卵加算 (1個)	2,400点
150432270	採卵加算 (2個から5個まで)	3,600点
150432370	採卵加算 (6個から9個まで)	5,500点
150432470	採卵加算 (10個以上)	7,200点

4. 不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精を実施した場合の評価を新設されました。

◆体外受精・顕微授精管理料【新設】

- 1 体外受精 (4,200点)
- 2 顕微授精
 - イ 1個の場合 (4,800点)
 - ロ 2個から5個までの場合 (6,800点)
 - ハ 6個から9個までの場合 (10,000点)
 - ニ 10個以上の場合 (12,800点)

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。
- (3) 精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。
- (4) 1については、体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定し、2については、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて算定する。
- (5) 当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナー (当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。) から採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。
 - ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊 (閉塞性無精子症等)
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

- (6) 体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスィムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き、別に算定できない。
- (7) 体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (9) 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

150433010	体外受精・顕微授精管理料（体外受精）	4,200点
150433110	体外受精・顕微授精管理料（顕微受精）（1個）	4,800点
150433210	体外受精・顕微授精管理料（顕微受精）（2個から5個まで）	6,800点
150433310	体外受精・顕微授精管理料（顕微受精）（6個から9個まで）	10,000点
150433410	体外受精・顕微授精管理料（顕微受精）（10個以上）	12,800点
150436630	体外受精及び顕微授精同時実施管理料（1個）	6,900点
150436830	体外受精及び顕微授精同時実施管理料（2個から5個まで）	8,900点
150436930	体外受精及び顕微授精同時実施管理料（6個から9個まで）	12,100点
150436730	体外受精及び顕微授精同時実施管理料（10個以上）	14,900点

5. 顕微授精による受精卵の作成に当たり、卵子活性化処理を実施した場合の評価を新設されました。

◆卵子調整加算（1,000点）【新設】

[算定要件]

受精卵の作成に当たり、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を顕微授精の所定点数に加算する。

150434070	卵子調整加算	1,000点
-----------	--------	--------

6. 体外受精又は顕微授精により作成した受精卵の培養等の管理に係る評価を新設されました。

◆受精卵・胚培養管理料【新設】

- 1 1個の場合（4,500点）
- 2 2個から5個までの場合（6,000点）
- 3 6個から9個までの場合（8,400点）
- 4 10個以上の場合（10,500点）

注

- イ 1個の場合（1,500点）
- ロ 2個から5個までの場合（2,000点）
- ハ 6個から9個までの場合（2,500点）
- ニ 10個以上の場合（3,000点）

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2) 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数

に加算する。

- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として治療計画に従って培養及び必要な医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。
- (4) 受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

150434110	受精卵・胚培養管理料（1個）	4,500点
150434210	受精卵・胚培養管理料（2個から5個まで）	6,000点
150434310	受精卵・胚培養管理料（6個から9個まで）	8,400点
150434410	受精卵・胚培養管理料（10個以上）	10,500点
150434570	胚盤胞作成加算（1個）	1,500点
150434670	胚盤胞作成加算（2個から5個まで）	2,000点
150434770	胚盤胞作成加算（6個から9個まで）	2,500点
150434870	胚盤胞作成加算（10個以上）	3,000点

7. 受精卵の培養により作成された初期胚又は胚盤胞の凍結保存に係る医学的管理に係る評価を新設されました。

◆胚凍結保存管理料【新設】

- 1 胚凍結保存管理料（導入時）
 - イ 1個の場合（5,000点）
 - ロ 2個から5個までの場合（7,000点）
 - ハ 6個から9個までの場合（10,200点）
 - ニ 10個以上の場合（13,000点）
- 2 胚凍結保存維持管理料（3,500点）

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に限り算定する。
- (2) 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として、治療計画に従って凍結保存及び必要な医学的管理を行った場合に算定する。
- (4) 胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (6) 妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

150434910	胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（1個）	5,000点
150435010	胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（2個から5個）	7,000点
150435110	胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料（導入時））（6個から9個）	10,200点
150435210	胚凍結保存管理料（胚凍結保存管理料・導入時・10個以上）	13,000点
150435310	胚凍結保存管理料（胚凍結保存維持管理料）	3,500点

8. 不妊症の患者に対して、胚移植を実施した場合の評価を新設されました。

◆胚移植術【新設】

- 1 新鮮胚移植の場合（7,500点）
- 2 凍結・融解胚移植の場合（12,000点）

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 当該患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する（ただし、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合には、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。）
- (3) 当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合については1を、凍結胚を融解したものをを用いた場合については2を算定する。
- (4) 胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5) 凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7) 治療開始日の年齢とは、初回の胚移植術については、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。また、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいい、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施するものについては、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

150431610	胚移植術（新鮮胚移植）	7,500点
150431710	胚移植術（凍結・融解胚移植）	12,000点

9. 胚移植術を実施する患者に対して、着床率の向上を目的として実施する治療に係る評価を新設されました。

◆胚移植術

- 注4 アシステッドハッチング（1,000点）
- 注5 高濃度ヒアルロン酸含有培養液（1,000点）

[算定要件]

- (1) 胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
- (2) 胚移植術において、高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

150431870	アシステッドハッチング加算	1,000点
150431970	高濃度ヒアルロン酸含有培養液加算	1,000点

男性不妊治療

1. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的にY染色体微小欠失検査を実施した場合の評価を新設されました。

◆Y染色体微小欠失検査（3,770点）【新設】

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断のために、PCR-rSSO法により測定した場合に限り算定できる。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 - ア 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - イ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携により当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていることが望ましい。

160231110	Y染色体微小欠失検査	3,770点
-----------	------------	--------

[算定方法]

システム管理「1006施設基準情報」から以下の少なくとも1つ施設基準を設定します。

3864	生殖補助医療管理料1
3860	生殖補助医療管理料2
3814	精巣内精子採取術

2. 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術を実施した場合の評価を新設されました。

◆精巣内精子採取術

- 1 単純なもの（12,400点）
- 2 顕微鏡を用いたもの（24,600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保険医療機関において、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2) 1については精巣内精子採取術を行った場合に、2については顕微鏡下精巣内精子採取術を行った場合に算定する。
- (3) 1については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ア 閉塞性無精子症
 - イ 非閉塞性無精子症
 - ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの
- (4) 2については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ア 非閉塞性無精子症

イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者

- (5) 精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (6) 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7) 3のウ又は4のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

[施設基準]

(1) 次のいずれかに該当すること。

ア 次のいずれの基準にも該当すること。

- ① 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- ② 泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

イ 次のいずれの基準にも該当すること。

- ① 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- ② 精巣内精子採取術について過去2年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について5年以上の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
- ③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ④ 泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

(2) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、上記の基準を満たしているものとする。

150430910	精巣内精子採取術（単純）	12,400点
150431010	精巣内精子採取術（顕微鏡）	24,600点

[算定方法]

システム管理「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3814	精巣内精子採取術
------	----------

その他

◆保険外併用療養費

紹介状なしで受診する場合等の定額負担が見直されました。

[施行日]

令和4年10月1日

[対応時期]

令和4年9月に対応します。