

令和4年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和4年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0. 4 3 %

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 2 3 %

各科改定率 医科 + 0. 2 6 %

歯科 + 0. 2 9 %

調剤 + 0. 0 8 %

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲ 0. 1 0 %（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲ 0. 1 0 %
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

① 薬価 ▲ 1. 3 5 %

※1 うち、実勢価等改定 ▲ 1. 4 4 %

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 0 9 %

② 材料価格 ▲ 0. 0 2 %

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置 7 対 1 の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ・ 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ・ 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- ・ 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- ・ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ・ OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

令和 4 年度診療報酬改定について

看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和 3 年 11 月 19 日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和 3 年 12 月 21 日）を踏まえ、令和 4 年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注 1）に勤務する看護職員を対象に、10 月以降収入を 3 % 程度（月額平均 12,000 円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注 2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注 1）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数 200 台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注 2）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）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【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

（２）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【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 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
- 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
- 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
- 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
- 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等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（３）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

【具体的方向性の例】

- 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
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 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
- 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
- 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

（４）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 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
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

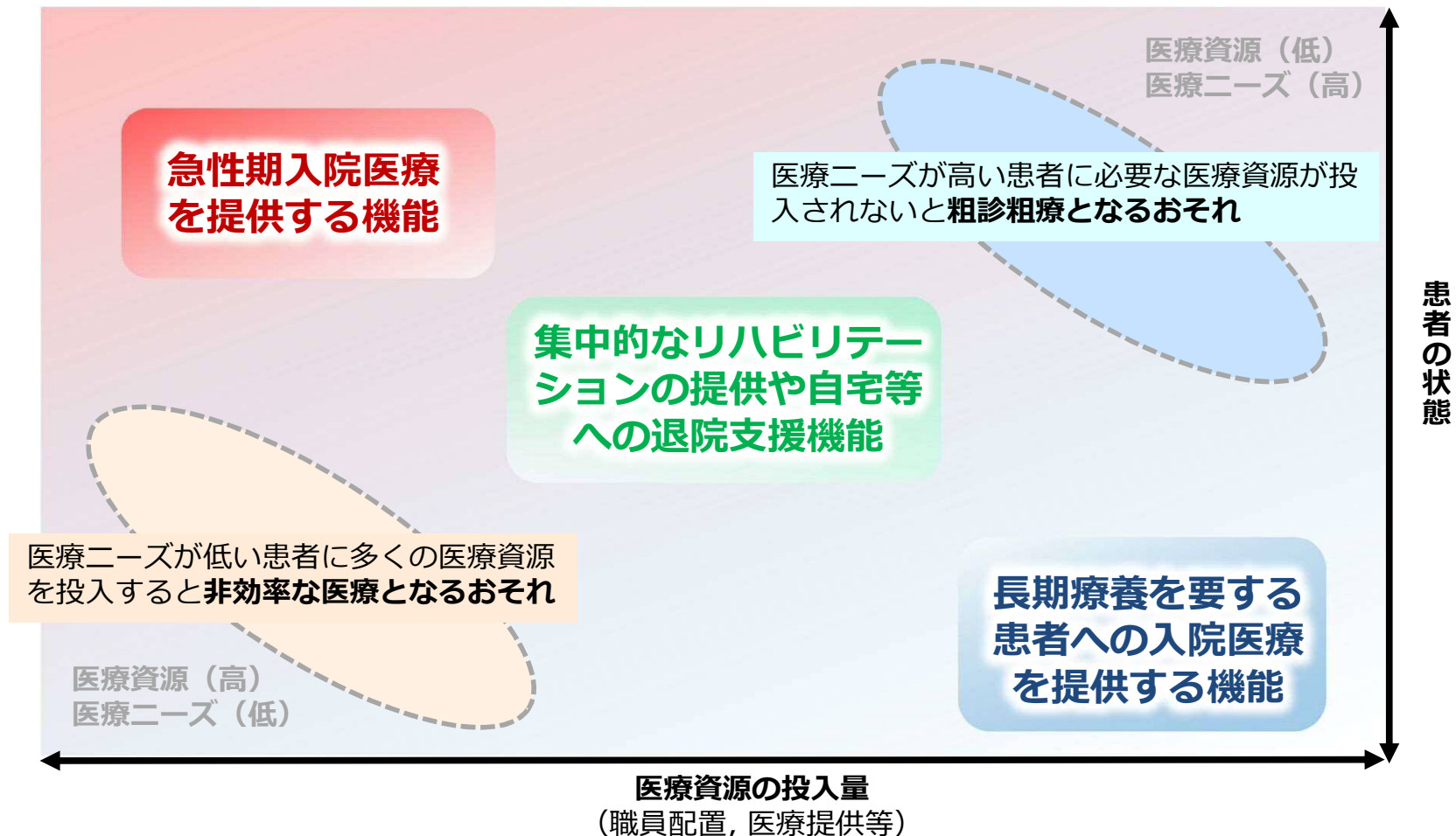
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
3. 回復期入院医療の評価
4. 慢性期入院医療の評価
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
6. DPC/PDPSの見直し
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

入院医療の評価体系と期待される機能

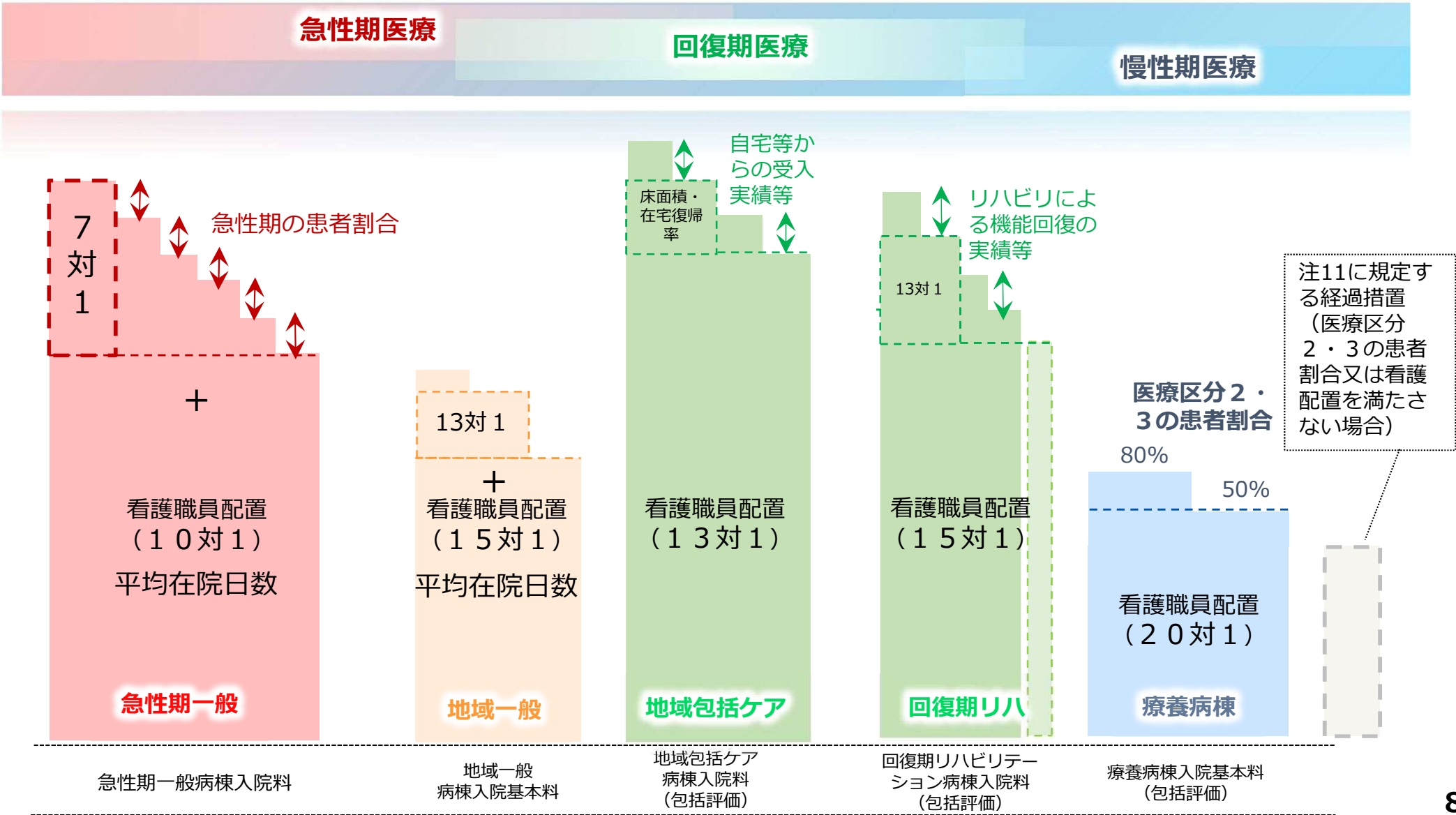
- 入院医療の評価は、
- 個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいこと
 - 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがあること
- を踏まえ、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3**、**外来感染対策向上加算**において求めている**医療機関間連携**や**回リハ病棟の対象病態の拡大**、**外来在宅共同指導料新設**、**機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み**等の**新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
3. 回復期入院医療の評価
4. 慢性期入院医療の評価
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
6. DPC/PDPSの見直し
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

入院医療に係る評価の主な見直し①

【急性期入院医療・高度急性期入院医療】

○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、さらに機能強化、分化が進むよう、見直しを実施。

1. 一般病棟入院基本料

- 患者の状態に応じた適切な医療が提供されるよう、**重症度、医療・看護必要度による評価の適正化**を実施するとともに、**入院料の再編**を含めた見直しを実施
- あわせて、**高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を有する医療機関**を新たに評価

●急性期一般入院料

- ✓ 重症度、医療・看護必要度の評価項目を見直し（**心電図モニター**の管理を削除等）、**該当患者割合の基準も見直し**（200床未満への緩和策も実施）
- ✓ 入院料の分類を、**7段階から6段階へ再編**し、機能分化を後押し
- ✓ **重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価の要件化について、病床数200床以上の急性期一般入院料1**まで拡大
- ✓ 高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を有する医療機関における診療を評価する観点から、**急性期充実体制加算を新設**

●地域一般入院料

- ✓ **データ提出加算を要件化**し、データに基づく評価を推進

2. 特定集中治療室管理料等

- 早期の回復への取組推進や、**新興感染症等の有事にも対応できる人材育成も踏まえた新たな評価**を実施
- **早期回復を目的とした取組**をさらに推進

- ✓ **重症度、医療・看護必要度Ⅱを導入**し、看護職員の負担を軽減
- ✓ **新興感染症等有事にも対応できる体制の構築**を評価する観点から、**重症患者対応体制強化加算**を新設
- ✓ 重症患者等に対する支援に係る評価を推進する観点から、**重症患者初期支援充実加算**を新設
- ✓ **早期回復を目的とした取組に係る評価の対象病室の見直し等**を実施
- ✓ 早期回復を目的とした取組を実施している治療室において、ECMO等を実施する場合の算定上限日数を延長
- ✓ **人工呼吸、ECMOに係る新たな評価**を実施

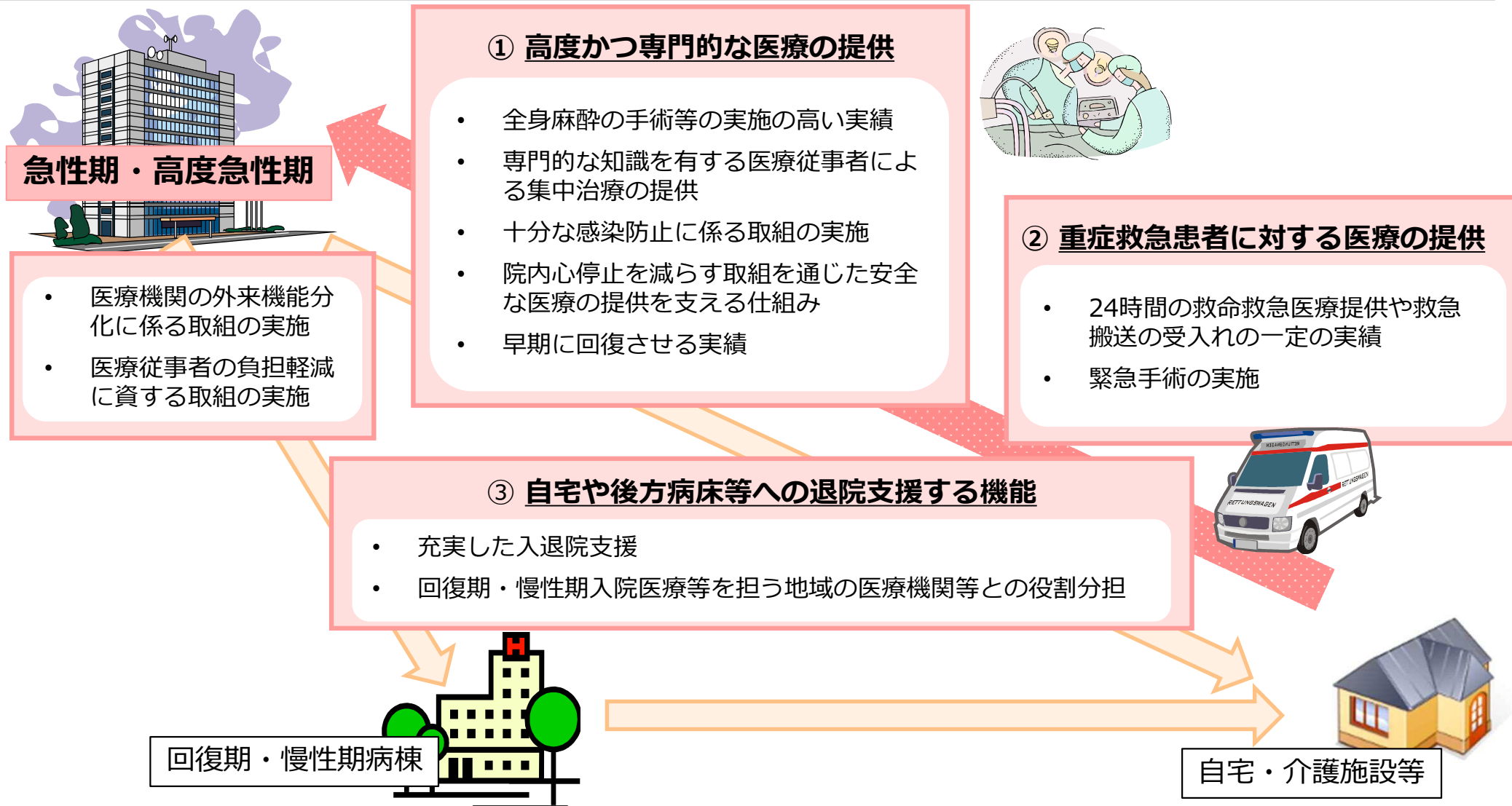
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価

- ① 急性期充実体制加算の新設
- ② 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の見直し
- ③ 急性期医療の質を高める取組に係る評価

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、高度かつ専門的な急性期医療を提供する体制として、以下のような取組が考えられる。



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)	7日以内の期間	460点
	8日以上11日以内の期間	250点
	12日以上14日以内の期間	180点

[算定要件]

- 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

[主な施設基準]

- 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・総合入院体制加算の届出を行っていないこと。
- 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。

- ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。
- (イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術 (ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)
- イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。
- (イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- 24時間の救急医療提供として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- 精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること等。
- 高度急性期医療の提供として、救命救急入院料等の治療室を届け出ていること。・感染対策向上加算1の届出を行っていること。
- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出を行っていること。
- 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「院内迅速対応チーム」の整備等を行っていること。
- 外来を縮小する体制を確保していること。・手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出を行っていることが望ましい。
- 療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割であること。
- 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がないこと。
- 入退院支援加算1又は2を届け出ていること。・一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

- 精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制の確保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届け出た保険医療機関に入院している患者について、更に所定点数に加算する。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
- 精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算		
入院料等	- 急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） - 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である - 総合入院体制加算の届出を行っていない	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 - 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 - 精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上
手術等の実績	いずれかを満たす	- 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上） - ア 右のうち、4つ以上満たす ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上（外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。） - イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上
高度急性期医療の提供	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、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている	
感染防止に係る取組	感染対策向上加算1を届け出ている	
医療の提供に係る要件	- 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している - 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている	
院内心停止を減らす取組	院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている	
早期に回復させる取組	- 一般病棟における平均在院日数が14日以内 - 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい	
充実した入退院支援	入退院支援加算1又は2の届出を行っている	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	- 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない - 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 - 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない - 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない	

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

- 手術の実施件数の実態を踏まえ、総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に「人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術」を追加する。

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上

イ～カ (略)



改定後

【総合入院体制加算1】 (※総合入院体制加算2、3も同様)

〔施設基準〕

全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上

イ～カ (略)

外来を縮小する体制に係る見直し

- 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものとして、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績に係る要件を見直す。

現行

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。

イ 診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。



改定後

【総合入院体制加算1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次のいずれにも該当すること。

- ・ 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している
- ・ 診療情報提供料Iの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数 及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。

イ 紹介受診重点医療機関である。

総合入院体制加算の見直し②

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編、平成26年、28年に改定。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	- 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 - 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合でも良い。） - 外来を縮小する体制を有すること。（右記） - 次のいずれにも該当する。 - ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 - イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 - 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 （共通要件）全身麻酔による手術件数が年800件以上 ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
実績要件	上記の全てを満たす 上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 上記のうち少なくとも2つ以上を満たす		
救急自動車等による搬送件数	－	年間2,000件以上	－
精神科要件	（共通要件）精神科につき24時間対応できる体制があること 精神患者の入院受入体制がある 以下のいずれも満たす - イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 - ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 以下のいずれかを満たす - イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 - ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（A2点以上又はC1点以上）	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>		必要度Ⅰ： <u>3割以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価

- ① 急性期充実体制加算の新設
- ② 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の見直し
- ③ 急性期医療の質を高める取組に係る評価

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - **1号側**からは、将来の医療ニーズの変化を踏まえ、下記の意見があった。
 - ・新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、地域医療の様々な課題が浮き彫りになってきたところであり、重症度、医療・看護必要度については、急性期入院医療における患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、**必要性に応じた見直しを進めるべき**である。
 - ・さらに、令和4年1月12日中医協総－3のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、**見直し案4（※1）を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきとの意見**があった。（※1）A～Cのいずれの評価項目に変更する案
 - **2号側**からは、新型コロナ禍での病床の確保や新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ等、医療機関には通常と異なる対応が求められてきたことから、そのような状況での重症度、医療・看護必要度に係る見直しは、**医療機関の負担の増加につながるため、そもそも実施するべきではない**、との意見があった。
3. こういった議論の背景も踏まえ、両側委員において、評価項目や判定基準の見直しのシミュレーションを行うことに合意し、議論が進められた。当該シミュレーションにおいては、見直しの案として4つのパターンが示されたところである。それぞれの見直し案による、該当患者割合の基準を満たす医療機関数の変化、**急性期一般入院料1から、急性期一般入院料2及び3等への適切な機能分化**を促し、**患者の状態に応じた適切な入院料が選択されるよう取組を進める**ことの重要性等を踏まえると、**見直し案3（※2）の組み合わせが妥当と考えられる**。
（※2）「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更、「心電図モニターの管理」の削除、「輸血や血液製剤の管理」を2点に変更の組合せ。
4. その際、**簡素でわかりやすい診療報酬としていく観点**が重要であることも踏まえ、**急性期一般入院料5と6について、一体とする評価体系へ**と見直した上で、**それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら基準を設定**していくことが適切と考える。
5. なお、これらの見直しに当たっては、**新型コロナウイルス感染症に係る影響や地域医療への影響も鑑み、許可病床数200床未満の医療機関に対する一定の緩和措置を講じることが、必要な配慮**であると考えられることに加え、**重症度、医療・看護必要度Ⅱの活用を進め**、医療従事者の負担軽減も図っていく視点も重要と言える。
6. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、**引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行う**こととする。

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

➤ 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・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	許可病床数 200床以上	31%／28%	27%／24%	24%／21%	20%／17%	17%／14%	測定している こと
	必要度Ⅰ／Ⅱ 許可病床数 200床未満	28%／25%	25%／22%	22%／19%	18%／15%		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	－				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	・入院医療等に関する調査への 適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出 実績が必要		－		
データ提出加算		○（要件）					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒令和4年9月30日まで基準を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり
⇒令和4年9月30日まで改定前の点数を算定できる。

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

➤ 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。

現行

改定後

【一般病棟用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
8	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

- ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
7	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療
看護必要度の
評価項目の見
直しに伴い、
施設基準を右
のとおり見直
す。

【経過措置】
令和4年3月31日時点
で施設基準の届出あり
⇒ **令和4年9月30日
まで**基準を満たしてい
るものとする。

現行※		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	31%	29%
急性期一般入院料 2	28% (26%)	26% (24%)
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20% (18%)
急性期一般入院料 5	20%	18%
急性期一般入院料 6	18%	15%
7 対 1 入院基本料（特定）	—	28%
7 対 1 入院基本料（結核）	11%	9%
7 対 1 入院基本料（専門）	30%	28%
看護必要度加算 1（特定、専門）	22%	20%
看護必要度加算 2（特定、専門）	20%	18%
看護必要度加算 3（特定、専門）	18%	15%
総合入院体制加算 1・2	35%	33%
総合入院体制加算 3	32%	30%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算 1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7	14%	11%

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置



改定後			
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般 入院料 1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般 入院料 2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般 入院料 3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般 入院料 4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料 5		17%	14%
7 対 1 入院基本料（特定）		—	28%
7 対 1 入院基本料（結核）		10%	8%
7 対 1 入院基本料（専門）		30%	28%
看護必要度加算 1（特定、専門）		22%	20%
看護必要度加算 2（特定、専門）		20%	18%
看護必要度加算 3（特定、専門）		18%	15%
総合入院体制加算 1・2		33%	30%
総合入院体制加算 3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算 1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7		12%	8%

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

- 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。

現行

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が400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。



改定後

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が200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許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、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。

〔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1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）については、同年12月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価

- ① 急性期充実体制加算の新設
- ② 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の見直し
- ③ 急性期医療の質を高める取組に係る評価

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

- 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、術後疼痛管理チーム加算を新設する。

(新) 術後疼痛管理チーム加算 100点 (一日につき)

[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。

[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。

周術期における薬学的管理の評価の新設

- 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、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。

麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

（新） 周術期薬剤管理加算 75点

[算定要件]

- 専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して実施した場合に算定する。
 - 周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。
 - ア **「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和3年9月30日医政発0930第16号）」の3の3）①等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。**
 - イ アについては**病棟薬剤師等と連携して実施**すること。
 - ウ **時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備**していること。
- また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

[施設基準の概要]

- 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**専任の薬剤師**が配置されていること。
- 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。
- 周術期薬剤管理に関する**プロトコルを整備**していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的な**プロトコルの見直し**を行うこと。
- 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ**薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携**を行っていること。

周術期の栄養管理の推進

- 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点（1手術に1回）

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[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、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、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場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

- (1) 周術期栄養管理実施加算は、専任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。
- (2) 栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
- (3) (2) の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (2) 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

救急医療管理加算の見直し

➤ 患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

➤ 救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行	改定後
【救急医療管理加算】（１日につき）（７日まで）	【救急医療管理加算】（１日につき）（７日まで）
1 救急医療管理加算 1 950点	1 救急医療管理加算 1 1,050点
2 救急医療管理加算 2 350点	2 救急医療管理加算 2 420点

[対象患者]

- 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、**ア～サのいずれかの状態**であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。
- 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、**ア～サまでに準ずる状態**又は**シ**の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷
イ 意識障害又は昏睡	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
エ 急性薬物中毒	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
オ ショック	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	シ その他の重症な状態（加算 2 のみ）

算定要件の見直し

- 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。
- DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後											
[摘要欄記載事項] - アからサのうち該当する状態 イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 イの状態に該当する場合はJCSOの状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算 2 においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。） - 当該重症な状態に対して、入院後 3 日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの	[DPC様式 1] ※予定・救急医療入院の患者に限る <table><tr><th>患者の状態/状態指標</th><th>状態指標の記載時点</th></tr><tr><td>意識障害患者/JCS</td><td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td></tr><tr><td>心疾患患者/NYHA</td><td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td></tr><tr><td>呼吸不全の患者/P/F</td><td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td></tr><tr><td>熱傷患者/Burn Index</td><td>・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点</td></tr></table>	患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点	意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点
患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点										
意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時										
心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時										
呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時										
熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点										

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. **高度急性期入院医療の評価**
3. 回復期入院医療の評価
4. 慢性期入院医療の評価
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
6. DPC/PDPSの見直し
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

2. 高度急性期入院医療の評価

- ① 重症患者対応体制強化加算の新設
- ② 重症患者初期支援充実加算の新設
- ③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
- ④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

- 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性の観点から、特定集中治療室等において重症患者対応を強化し、必要な人材を育成していく体制として、以下のような取組が考えられる。

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

特定集中治療室管理料の対象患者

- ・意識障害又は昏睡
- ・急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ・急性心不全（心筋梗塞を含む）
- ・急性薬物中毒
- ・ショック
- ・重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- ・広範囲熱傷
- ・大手術後
- ・救急蘇生後
- ・その他外傷、破傷風等で重篤な状態

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が **1割5分**以上

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする看護に関する適切な研修を修了した看護師（専従の常勤看護師 1名以上）

➤ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士（専従の常勤臨床工学技士 1名以上）

➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講（2名以上）

新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい）

③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

➤ 集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。

院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること。

- ・重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
- ・人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実践

➤ 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。



特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

➤ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算

イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

[算定要件]

重症患者の対応に係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室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、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。

[施設基準の概要]

専従の常勤看護師 1名 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	*実施業務* ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした 院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること	
看護師 2名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。	① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実践	*実施業務* ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、 他の医療機関等の支援を行う。 （支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・ 地域の医療機関等が主催する 集中治療を必要とする患者の看護に関する 研修に講師として参加する など、地域における集中治療の質の向上を目的として、 地域の医療機関等と協働する ことが望ましい。
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上		

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

2. 高度急性期入院医療の評価

- ① 重症患者対応体制強化加算の新設
- ② 重症患者初期支援充実加算の新設
- ③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
- ④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

- 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、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。

(新) 重症患者初期支援充実加算 300点（1日につき）

[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。
- ・ 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
 - ア **当該患者及びその家族等の同意を得た上で、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ことを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
 - イ 支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
 - ウ 当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
 - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

[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、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、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。
- (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、以下のいずれかであること。
 - 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**（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
 - 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研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**
- (5) **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。
- (6) **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。
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

2. 高度急性期入院医療の評価

- ① 重症患者対応体制強化加算の新設
- ② 重症患者初期支援充実加算の新設
- ③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
- ④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

- 急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

現行

【A300 救命救急入院料】
【A301 特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日

（※1）救命救急入院料3及び4、特定集中治療室管理料2及び4に限る。

〔算定上限日数に係る施設基準の概要〕

- ・ 当該治療室において、「早期離床・リハビリテーション加算」又は「早期栄養介入管理加算」の届出を行っていること。
- ・ 関係学会と連携をとって患者の診療を行っていること。

改定後

【A300 救命救急入院料】
【A301 特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日
急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者	25日
臓器移植（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	30日

施設基準の見直し

- バイオクリーンルーム設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置に関する要件の見直しを行う。

現行

〔施設基準〕

- ・ 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

改定後

〔施設基準〕

- ・ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。

〔見直しの対象となる治療室〕

「A300」救命救急入院料2・4、「A301」特定集中治療室管理料1～4、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料

救急搬送診療料の見直し

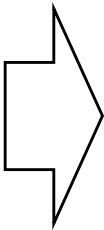
算定要件の見直し

- 入院患者を転院搬送する際に、救急搬送診療料が算定可能な場合を明確化する。

救急搬送診療料 1,300点

現行

- ・当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。



改定後

- ・救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。
- ・入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合においては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。
 - ア 搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合
 - イ 救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、患者の搬送を行う場合

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

- ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合について新たな評価を行う。

救急搬送診療料 1,300点
(新) 重症患者搬送加算 1,800点

[対象患者]

救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者。

[算定要件]

関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

[施設基準の概要]

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。
 - ア 集中治療の経験を5年以上有する医師
 - イ 看護師
 - ウ 臨床工学技士
- (2) (1)のアの医師は、重症の小児患者を搬送する場合、小児の特定集中治療の経験を5年以上有することが望ましい。
- (3) (1)のイの看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した看護師であることが望ましい。
- (4) (1)のウの臨床工学技士は、救命救急入院料等を届け出た病棟を有する保険医療機関で5年以上の経験を有することが望ましい。
- (5) 関係学会により認定された施設であること。
- (6) 日本集中治療医学会が定める指針等に基づき、重症患者搬送が適切に実施されていること。
- (7) 重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関する研修を定期的に実施すること。

人工呼吸の評価の見直し

人工呼吸の評価の見直し

- 人工呼吸を実施する患者について、開始からの日数に応じた評価とするとともに、自発覚醒トライアル及び自発呼吸トライアルを実施した場合の評価を新設する。

現行		改定後
【人工呼吸】 3 5時間を超えた場合（1日につき） 819点		【人工呼吸】 3 5時間を超えた場合（1日につき） <u>イ 14日目まで 950点</u> <u>ロ 15日目以降 815点</u>
〔算定要件〕 （新設）		〔算定要件〕 (1) 「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。 (2) 「3」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

（新） 覚醒試験加算 100点（1日につき）

〔算定要件（抜粋）〕

- 注3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。
- (1) 「注3」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。
- ア 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。
- イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする。
- ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。
- エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

（新） 離脱試験加算 60点（1日につき）

〔算定要件（抜粋）〕

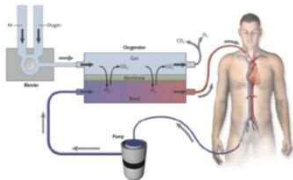
- 注4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。
- (1) 「注4」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。
- ア 自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。
- イ 以下のいずれにも該当すること。
- (イ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。(ロ) 酸素化が十分であること。等
- ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。
- (イ) 吸入酸素濃度(FIO₂) 50%以下、CPAP(PEEP) ≤5cmH₂OかつPS ≤5cmH₂O
- (ロ) FIO₂ 50%以下相当かつTピース
- エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。
- (イ) 酸素化の悪化の有無 (ロ) 血行動態の悪化の有無 等
- オ ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。
- カ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

ECMOの評価の見直し

➤ ECMOを用いた重症患者の治療管理について、処置に係る評価を新設し、取扱いを明確化する。

(新) 体外式膜型人工肺（1日につき）		
1	初日	30,150点
2	2日目以降	3,000点



[算定要件]

- (1) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を使用した場合に算定する。
- (2) 実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

※あわせて、人工心肺に係る算定要件を整理。

ECMOの治療管理に係る評価の新設

➤ ECMOを用いた重症患者の治療管理について、治療管理に係る評価を新設する。

(新) 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）		
1	7日目まで	4,500点
2	8日目以降14日目まで	4,000点
3	15日目以降	3,000点



[算定要件]

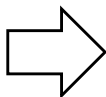
- (1) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
- (2) 治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。
- (3) 体外式膜型人工肺管理料は、区分番号K601-2に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

現行	
経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）	30点



改定後
35点

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

【早期栄養介入管理加算】

[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病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- ・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

改定後

【早期栄養介入管理加算】

[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病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

- イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
- 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

- ・早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）（14日まで）
- ・早期栄養介入管理加算
400点（1日につき）（7日まで）

現行

特定集中治療室管理料 1～4

改定後

特定集中治療室管理料 1～4
救命救急入院料 1～4
ハイケアユニット入院医療管理料 1、2
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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

2. 高度急性期入院医療の評価

- ① 重症患者対応体制強化加算の新設
- ② 重症患者初期支援充実加算の新設
- ③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
- ④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

評価項目及び判定基準の見直し

- 高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、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判定基準を見直す。

現行

【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテ テル）	なし		あり
9 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助 人工心臓、ICP測定、ECMO）	なし		あり

B 患者の状況等

10 寝返り
11 移乗
12 口腔清潔
13 食事摂取
14 衣服の着脱
15 診療・療養上の指示が通じる
16 危険行動

基準

A得点4点以上かつ
B得点3点以上

改定後

- ・「心電図モニターの管理」「B 患者の状況等」の項目を廃止

【特定集中治療室用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
<u>1</u> 輸液ポンプの管理	なし	あり	
<u>2</u> 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
<u>3</u> シリンジポンプの管理	なし	あり	
<u>4</u> 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
<u>5</u> 人工呼吸器の管理	なし		あり
<u>6</u> 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
<u>7</u> 肺動脈圧測定（スワンガンツカテ テル）	なし		あり
<u>8</u> 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助 人工心臓、ICP測定、ECMO、 <u>IMPELLA</u> ）	なし		あり

基準

A得点3点以上

評価方法の見直し

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）

救命救急入院料 1	—
救命救急入院料 2	<u>7</u> 割
救命救急入院料 3	—
救命救急入院料 4	<u>7</u> 割
特定集中治療室管理料 1	<u>7</u> 割
特定集中治療室管理料 2	<u>7</u> 割
特定集中治療室管理料 3	<u>6</u> 割
特定集中治療室管理料 4	<u>6</u> 割

【経過措置】

令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

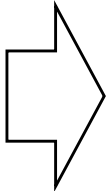
救命救急入院料 1 及び 3 における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

- 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料 1 及び 3 における、重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

現行

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I
救命救急入院料 1	特定集中治療室用	—
救命救急入院料 2	特定集中治療室用	8割
救命救急入院料 3	特定集中治療室用	—
救命救急入院料 4	特定集中治療室用	8割



改定後

入院料	必要度の測定に用いる評価票	必要度 I	<u>必要度 II</u>
救命救急入院料 1	<u>ハイケアユニット用</u>	—	—
救命救急入院料 2	特定集中治療室用	8割	<u>7割</u>
救命救急入院料 3	<u>ハイケアユニット用</u>	—	—
救命救急入院料 4	特定集中治療室用	8割	<u>7割</u>

【経過措置】

令和 4 年 3 月 31 日時点で救命救急入院料 1 及び 3 の届出を行っている病棟にあっては、令和 4 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 4 年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
- 3. 回復期入院医療の評価**
4. 慢性期入院医療の評価
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
6. DPC/PDPSの見直し
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

入院医療に係る評価の主な見直し②

【回復期入院医療】

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

➤ 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進するとともに、自院一般病棟からの受入割合が高い場合の評価を適正化し、実態を踏まえた評価を推進

- ✓ 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
- ✓ 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
- ✓ 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
- ✓ 在宅復帰率の水準を引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料

➤ 質の高いリハビリテーションを推進する観点から、重症患者割合を引き上げるとともに、実績等の低い入院料を適正化して再編

➤ 対象患者として心大血管疾患の患者を組み入れ

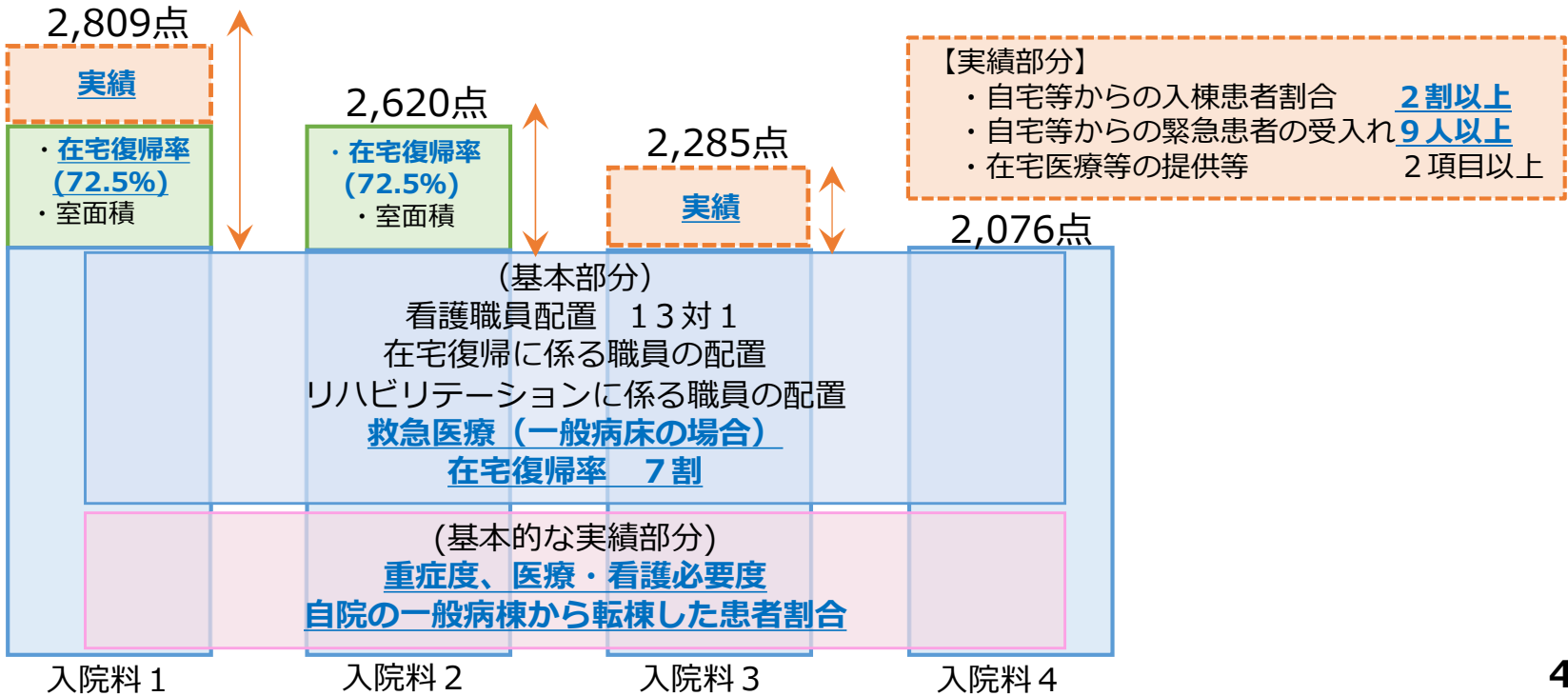
- ✓ 入院料の分類を、6段階から5段階へ再編し、入院料5は新規届出用の入院料として設定（届け出後。2年間の時限算定）
- ✓ 重症患者割合を引き上げるとともに、第三者評価による適切なFIM測定を推進
- ✓ 回復期リハビリテーション病棟の対象に心大血管疾患の患者を、組み入れ

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

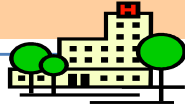
3. 回復期入院医療の評価

- ① 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料 1		管理料 1		入院料 2		管理料 2		入院料 3		管理料 3		入院料 4		管理料 4	
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）															
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置															
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること															
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること															
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）															
届出単位	病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室	
許可病床数200床未満	○		－		○		○		○		－		－		○	
室面積	6.4平方メートル以上								－							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上															
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85／100に減算)		－		－		－		6 割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85／100に減算)		－		－	
自宅等から入棟した患者割合	2 割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか 1 つ以上 (満たさない場合90／100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		－		2 割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		2 割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか 1 つ以上 (満たさない場合90／100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		－		－	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上						3月で9人以上									
在宅医療等の実績	○（2つ以上）						○（2つ以上）									
在宅復帰率	7 割 2 分 5 厘以上								7 割以上 (満たさない場合90／100に減算)							
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の 1・2 については入退院支援加算 1 を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90／100に減算)															
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）				2,620点（2,605点）				2,285点（2,270点）				2,076点（2,060点）			

・療養病床については **95 / 100 の点数を算定** する。ただし、**救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれか** を満たす場合は 100 / 100

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④ 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥ 当該保険医療機関において退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

- 救急体制に係る評価の見直し
 - 一般病床において地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件とする。
※ ただし、200床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たすこととする。

実績要件の見直し①

- 重症患者割合の見直し
 - 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は1割2分以上、必要度Ⅱの割合は0割8分以上へ見直す。

現行		改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 (抜粋・概要)		【地域包括ケア病棟入院料】 (抜粋・概要)
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	1割4分以上	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	1割1分以上	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合

- 自院一般病棟からの転棟割合の見直し
 - 入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の85に相当する点数を算定することとする。

現行		改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。		【地域包括ケア病棟入院料】 <u>200床以上</u> の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の <u>100分の85</u> に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

▶ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

1. 入院料1・3、管理料1・3における自宅等から入院した患者割合の要件について、1割5分以上から2割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の3月の受入れ人数について、6人以上から9人以上に変更する。

現行

【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】

- ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が1割5分以上であること。（ただし、病床数が10未満のものにあっては、自宅等から入院した患者が6人以上であること。）
- ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において6人以上であること。

改定後

【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】

- ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が2割以上であること。（ただし、病床数が10未満のものにあっては、自宅等から入院した患者が8人以上であること。）
- ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において9人以上であること。

2. 入院料2・4、管理料2・4における自宅等から入院した患者割合の要件について、以下のいずれか1つ以上を満たすことを追加する。（※1）

- ア 自宅等から入棟した患者割合が2割以上であること
- イ 自宅等からの緊急患者の受入れが3月で9人以上であること
- ウ 在宅医療等の実績を1つ以上有すること

（※1）当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。

3. 在宅医療等の実績における退院時共同指導料2の算定回数の実績要件について、外来在宅共同指導料1の実績を加えてもよいこととする。

▶ 在宅復帰率の見直し

- 入院料1・2、管理料1・2における在宅復帰率の要件について、7割以上から7割2分5厘以上に変更する。
入院料3・4、管理料3・4について、7割以上であることを要件に追加する。（※2）

【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】

- 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。

【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】

（新設）

【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】

- 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割2分5厘以上であること。

【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】

- 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。

（※2） 当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

- 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとする。
 - ただし、当該病棟又は病室について以下のうちいずれかを満たす場合、所定点数（100分の100）を算定する。

- ① 自宅等からの入院患者の受入れが6割以上
- ② 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前3月で30人以上である場合
- ③ 救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

➤ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

現行

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

改定後

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

(改)イ 急性期患者支援病床初期加算

(1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 150点

② ①の患者以外の患者の場合 50点

(2) 許可病床数400床未満の保険医療機関

① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 250点

② ①の患者以外の患者の場合 125点

(改)ロ 在宅患者支援病床初期加算

① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点

② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点

現行		改定後	
急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算 150点（14日を限度とする。） 在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算 300点（14日を限度とする。）		急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合
			自院等の一般病棟 50点
		在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設 500点
			自宅・その他施設 400点

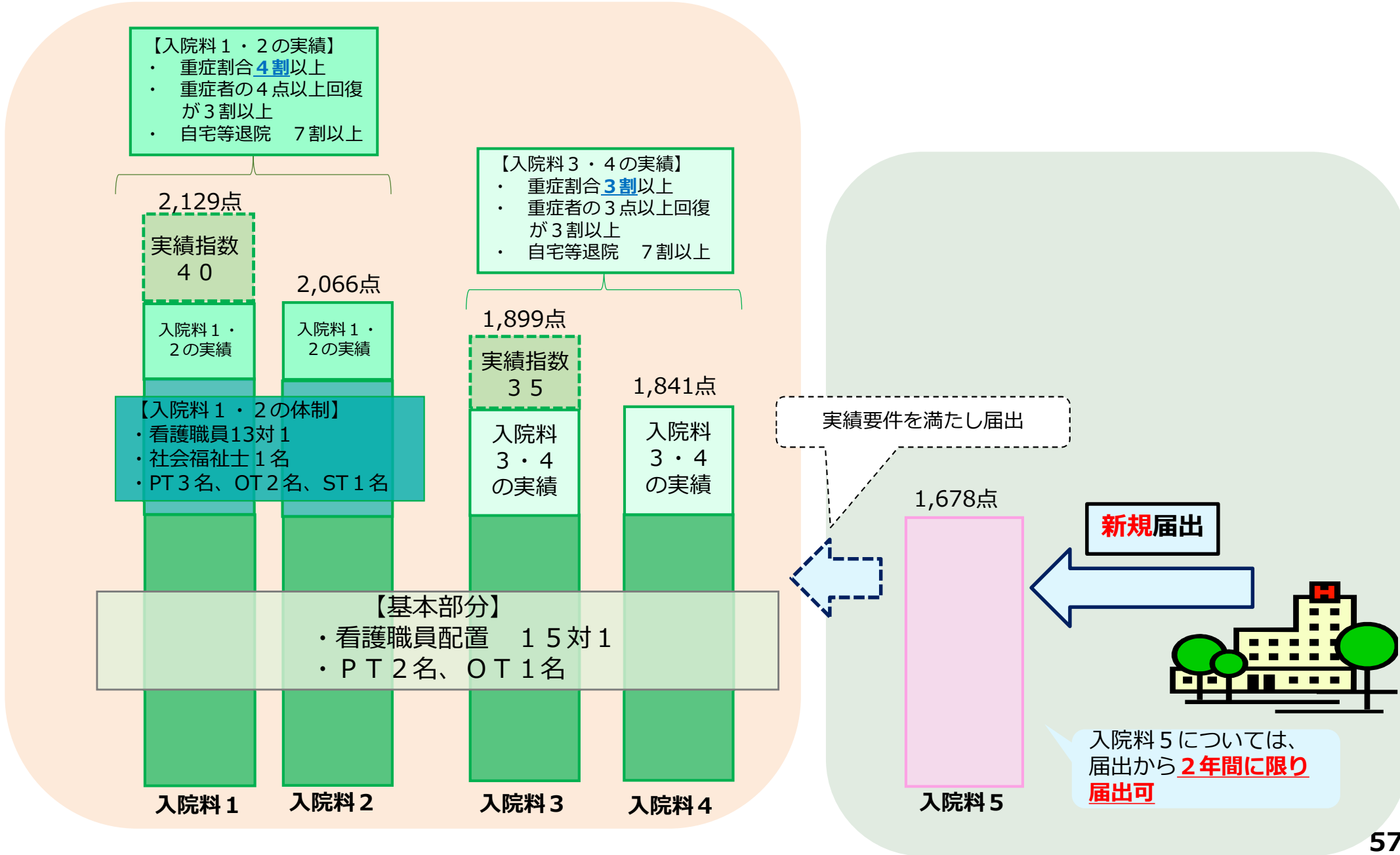
55

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

3. 回復期入院医療の評価

- ① 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（イメージ）



回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
医師	専任常勤 1 名以上				
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
看護補助者	3 0 対 1 以上				
リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
社会福祉士	専任常勤 1 名以上		－		
管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望 ましい</u>	－	<u>受けていることが望 ましい</u>	－	－
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		－		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3 割以上→ <u>4 割以上</u>		2 割以上→ <u>3 割以上</u>		－
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 （）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善		3 割以上が 3 点（12 点）以上改善		－
自宅等に退院する割合	7 割以上				－
リハビリテーション実績指数	40 以上	－	35 以上	－	－
点数 （）内は生活療養を受ける場合	2,129 点 (2,115 点)	2,066 点 (2,051 点)	1,899 点 (1,884 点)	1,841 点 (1,827 点)	1,678 点 (1,664 点)

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。
なお、令和 4 年 3 月 31 日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 の届出を行っている病棟については、1 年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 を算定し、その後 1 年間、新入院料 5 を算定することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

入院料の評価体系の再編

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を再編し、入院料5を廃止するとともに、現行の入院料6を新たな入院料5として位置付ける
 - 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、算定を開始した日から2年間に限り算定することができることとする。

現行		改定後	
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]（概要）		【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件]（概要）	
5	回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,736点	
6	回復期リハビリテーション病棟入院料6	1,678点	
			<u>（新）5 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1,678点</u> <u>（削除）</u>

【経過措置】
令和4年3月31日時点において回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定できることとする。

重症の患者割合に係る要件の見直し

- 重症の患者割合の見直し
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までに係る施設基準における新規入院患者のうちの、重症の患者の割合を見直し、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については4割以上、回復期リハビリテーション病棟入院料3及び4については3割以上とする。

【経過措置】
令和4年3月31日時点において回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3又は4の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、当該基準を満たすものとみなす。

医療機関の体制に係る要件等の見直し

- 第三者評価について
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3について、公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

- 回復期リハビリテーションを要する状態について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を90日以内とする。

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
回復期リハビリテーション病棟入院料に入院する患者	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して 150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して 180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態	○ 算定開始日から起算して 60日以内
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	(新) 6 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内

特定機能病院におけるリハビリテーションの評価

- 令和4年3月31日をもって廃止予定であった特定機能病院における回復期リハビリテーション病棟入院料について、現に届出がなされている特定機能病院の病棟において一定程度の役割を果たしていることが確認されることから、特定機能病院におけるリハビリテーションに係る役割を明確化することとし、「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」と位置付け、当該入院料に係る施設基準を見直す。

(新) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2,129点 (生活療養を受ける場合にあっては2,115点)

[算定要件] (概要)

主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する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（特定機能病院に限る。）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、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。

[施設基準] (概要・一部抜粋)

- 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 専従の常勤医師が1名以上配置されていること。
- 1日に看護を行う看護職員の数、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。
- 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置されていること。
- 特定機能病院であること。（当分の間は、令和4年3月31日において現に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ものに限る。）
- 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- 当該病棟において、新規入院患者のうち5割以上が重症の患者であること。
- 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
- 他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 1病棟に限り届出を行うことができること。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
3. 回復期入院医療の評価
4. **慢性期入院医療の評価**
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
6. DPC/PDPSの見直し
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

入院医療に係る評価の主な見直し③

【慢性期入院医療等】

5. 療養病棟入院基本料

- 療養病棟において、更なる質の高い医療が行われるよう、中心静脈栄養患者に係る要件を追加
- 病棟に入院している患者や行われている医療等を踏まえた、経過措置病棟の評価を適正化
 - ✓ 中心静脈栄養を実施する場合は、嚥下機能評価等を要件化
 - ✓ 経過措置病棟において、リハビリテーションを実施する際のFIM測定を要件化するとともに、評価を適正化（85/100→75/100）

6. 障害者施設等入院基本料等

- 患者の状態等を踏まえ、障害者等以外の患者の入院料を適正化
 - ✓ 重度の意識障害を有しない脳卒中患者への評価を療養病棟入院料の評価体系を踏まえ見直し
 - ✓ 栄養サポートの取り組みを推進

7. 緩和ケア病棟入院料

- ✓ ガイドライン等を踏まえた疼痛の評価を実施した場合の加算を新設

8. 有床診療所入院基本料等

- 有床診療所が地域包括ケアシステムの中で担っている役割の評価を拡充
 - ✓ 急性期病棟・在宅から患者を受け入れた場合の評価の拡充
 - ✓ 慢性透析患者を受け入れた場合の評価の新設

9. DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料

- 医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いを進めていく観点から、DPC/PDPSの見直し
- 短期滞在手術等基本料を3種類→2種類に再編し、対象手術も大幅に拡大
 - ✓ 医療機関別係数を見直し（新型コロナウイルス対応などを追加）
 - ✓ 短期滞在手術等基本料を再編（3種類→2種類）し、基本料3の対象手術を拡大（19→57種類）

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

- ① 療養病棟入院基本料の見直し
- ② 障害者施設等入院基本料等の見直し
- ③ 緩和ケア病棟入院料の見直し
- ④ 有床診療所における評価の見直し

療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

ADL区分

ADL区分3：	23点以上
ADL区分2：	11点以上～23点未満
ADL区分1：	11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0．自立、1．準備のみ、2．観察、3．部分的援助、4．広範な援助、5．最大の援助、6．全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

- 療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定することとする。

改定後

【療養病棟入院基本料】

〔算定要件〕（概要・抜粋）

注1 1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定

【経過措置】

- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料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、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
- 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

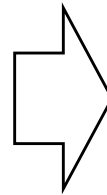
療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置（所定点数の100分の85）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長する。

現行

【療養病棟入院基本料】
【算定要件】（概要）
注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。



改定後

【療養病棟入院基本料】
【算定要件】（概要）
注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の75に相当する点数を算定する。

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）におけるリハビリテーションについて

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、以下の見直しを行う。
- 疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIM（機能的自立度評価法）の測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき2単位まで出来高での算定とする。
 - 医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分1の場合に相当する点数を算定することとする。

【経過措置】

- ・ 令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料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、FIMの測定を行っているものとみなす。

医療区分について（参考）

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院基本料の点数（参考）

療養病棟入院料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL 区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL 区分1	1, 471点	1, 232点	815点

療養病棟入院料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分 3	医療区分 2	医療区分 1
ADL 区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL 区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL 区分1	1, 406点	1, 167点	751点

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

- ① 療養病棟入院基本料の見直し
- ② 障害者施設等入院基本料等の見直し
- ③ 緩和ケア病棟入院料の見直し
- ④ 有床診療所における評価の見直し

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

			障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料 1	特殊疾患病棟入 院料 2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2
看護配置			7 対 1 以上	10対 1 以上～ 15対 1 以上	20対1以上	－	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		－	医療型障害児入 所施設又は指定 医療機関(児童 福祉法)	－		
	両方を満たす	患者像	－	重度の肢体不自由 児（者）、脊髄損 傷等の重傷障害者、 重度の意識障害者、 筋ジストロフィー 患者、難病患者等 が概ね 7 割以上	脊椎損傷等の 重度障害者、 重度の意識障 害者、筋ジス トロフィー患 者及び難病患 者等が概ね 8 割以上	重度の肢体不自 由児(者)、重度 の障害者(脊髄 損傷等を除く) が概ね 8 割以上	脊椎損傷等の重 度障害者、重度 の意識障害者、 筋ジストロ フィー患者及び 難病患者等が概 ね 8 割以上	医療区分 2、 3の患者が 8 割以上	医療区分 2、 3の患者が 5 割以上
		看護要員	－	10対1以上			10対1以上 (うち、看護職 員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上
その他			一般病棟			一般又は 精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症 児(者)3割以上	－				褥瘡の評価	
点数	通常	1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～ 815点	1,748～751点	
	重度の意識障害者 (脳卒中患者)	1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745 点	1,657, 1,491 点	1,909, 1,743点			
	上記以外の脳卒中 患者	1,345, 1,221点	1,207～995点	1,717, 1,569 点	1,490, 1,341 点	1,717, 1,569点			
包括 範囲	通常	出来高			一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・ 一部の処置等は包括	
	脳卒中患者	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

71

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

➤ 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】

〔算定要件〕（抜粋・例）

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

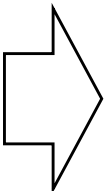
〔算定要件〕（抜粋・例）

特殊疾患入院医療管理料	2,070点
-------------	--------

【特殊疾患病棟入院料】

〔算定要件〕（抜粋・例）

1	特殊疾患病棟入院料 1	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料 2	1,675点



改定後

【障害者施設等入院基本料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,345点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,221点

□ 13対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,207点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,084点

ハ 15対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,118点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注6	イ	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
	□	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】

〔算定要件〕（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）

注6	イ	特殊疾患病棟入院料 1	
	(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
	(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点
	□	特殊疾患病棟入院料 2	
	(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
	(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

➤ 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。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

- ① 療養病棟入院基本料の見直し
- ② 障害者施設等入院基本料等の見直し
- ③ 緩和ケア病棟入院料の見直し
- ④ 有床診療所における評価の見直し

緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料について、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、疼痛の評価等を実施した場合の評価を新設する。

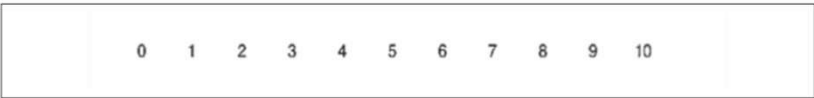
緩和ケア病棟入院料

(新) 緩和ケア疼痛評価加算 100点

[算定要件] (概要)

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

評価の例



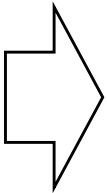
疼痛の強さをNRS（Numerical Rating Scale）で表してもらう。現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0～3点を軽度の疼痛、4～6点を中等度の疼痛、7点以上を強い疼痛と考える。

出典：「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）



- 緩和ケア病棟入院料について、加算の新設にあわせて評価の見直しを行う。

現行		
【緩和ケア病棟入院料】		
[算定要件]		
1 緩和ケア病棟入院料 1		
イ 30日以内の		5,207点
ロ 31日以上60日以内の期間		4,654点
ハ 61日以上	の期間	3,450点
2 緩和ケア病棟入院料 2		
イ 30日以内の期間		4,970点
ロ 31日以上60日以内の期間		4,501点
ハ 61日以上	の期間	3,398点



改定後		
【緩和ケア病棟入院料】		
[算定要件]		
1 緩和ケア病棟入院料 1		
イ 30日以内の		5,107点
ロ 31日以上60日以内の期間		4,554点
ハ 61日以上	の期間	3,350点
2 緩和ケア病棟入院料 2		
イ 30日以内の期間		4,870点
ロ 31日以上60日以内の期間		4,401点
ハ 61日以上	の期間	3,298点

緩和ケア病棟入院料の概要

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

○ 緩和ケア病棟入院料 1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

○ 緩和ケア病棟入院料 2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点



緩和ケア疼痛評価加算 100点

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

[入院料 1 の施設基準]

入院料 2 の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

- 以下のア又はイを満たしていること
 - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
 - イ) 直近 1 年間に於いて、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
- 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 緩和ケア診療加算※ 1
 - ② 外来緩和ケア管理料※ 1
 - ③ 在宅がん医療総合診療料※ 2

[入院料 2 の施設基準]

- 看護配置 7 対 1、緩和ケアを担当する常勤の医師を 1 名以上配置
- がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

※ 1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※ 2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

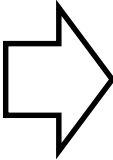
- ① 療養病棟入院基本料の見直し
- ② 障害者施設等入院基本料等の見直し
- ③ 緩和ケア病棟入院料の見直し
- ④ 有床診療所における評価の見直し

有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

- 有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う他の医療機関からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを区別して評価する。

A108 有床診療所入院基本料
注3 有床診療所一般病床初期加算（14日を限度）150点
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算する。

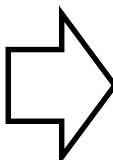


改定後

有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日を限度）150点
【急性期病棟から受入れた患者】
急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者からについては、転院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

有床診療所在宅患者支援病床初期加算（21日を限度）300点
【在宅から受入れた患者】
介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

A109 有床診療所療養病床入院基本料
注6 救急・在宅等支援療養病床初期加算（14日を限度）150点
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。



改定後

有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（21日を限度）300点
【急性期病棟から受入れた患者】
急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（21日を限度）350点
【在宅から受入れた患者】
介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

（※）当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを施設基準として求める。

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

- 慢性維持透析患者を受け入れる病床の確保を推進する観点から、有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所において慢性維持透析を実施した場合について、新たな評価を行う。

有床診療所療養病床入院基本料

（新）慢性維持透析管理加算 100点（1日当たり）

[対象患者]

- **有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹膜灌流を行っている患者**

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

➤ 妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、有床診療所において、医療機関が地域周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）（8日まで）

- 1 ハイリスク分娩管理加算 3,200点
- (新) 2 地域連携分娩管理加算 3,200点**

〔対象患者〕
次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めたもの。

40歳以上の初産婦である患者	－
子宮内胎児発育遅延の患者	<u>重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外</u> の患者であって、 <u>地域周産期母子医療センター等から</u> 当該保険医療機関に対して <u>診療情報が文書により提供されているもの</u> に限る。
糖尿病の患者	<u>2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者</u> （ <u>食事療法のみで血糖コントロールが可能なもの</u> に限る。）であって、 <u>専門医又は専門医療機関から</u> 当該保険医療機関に対して <u>診療情報が文書により提出されているもの</u> に限る。
精神疾患の患者	他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。

- 〔算定要件〕
- ・ 地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。
 - ・ 対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。

- 〔施設基準の概要〕
- (1) 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。なお、そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師であること。
 - (3) 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 - (4) 周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (5) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
3. 回復期入院医療の評価
4. 慢性期入院医療の評価
- 5. 短期滞在手術等基本料の見直し**
6. DPC/PDPSの見直し
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料1の見直し

- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料1】 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） 【施設基準】 短期滞在手術等基本料にかかる手術が行われている日において、 麻酔科医が勤務していること。	2,947点	【短期滞在手術等基本料1】 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合） <u>（改）イ 麻酔を伴う手術を行った場合</u> <u>（改）ロ イ以外の場合</u> 【施設基準】 短期滞在手術等基本料にかかる手術（ <u>全身麻酔を伴うものに限る。</u> ）が行われている日において、麻酔科医が勤務していること。
		<u>2,947点</u> <u>2,718点</u>

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする（15項目→38項目）。
- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料2の見直し

- 短期滞在手術等基本料2について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

現行		改定後
【短期滞在手術等基本料2】 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） （生活療養を受ける場合にあっては、	5,075点 5,046点	<u>（削除）</u>

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料3の見直し

- 疾病の治療法として類型化された手術等を伴う入院医療のうち、在院日数や医療資源の投入量が一定の範囲に収斂しているものがあることを踏まえ、以下の38項目の手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象に追加する（19項目→57項目）。既存の手術等については、実態を踏まえ、評価を見直す。

追加する手術等

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの
 D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの
 D237-2 反復睡眠潜時試験（MSLT）
 D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として）
 K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
 K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。）
 K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
 K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、下腿（前腕に限る。）
 K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
 K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
 K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
 K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
 K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
 K242 斜視手術 2 後転法
 K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）

K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側）
 K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側）
 K318 鼓膜形成手術
 K333 鼻骨骨折整復固定術
 K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
 K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 K617-2 大伏在静脈抜去術
 K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
 K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
 K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
 K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 1 電解質溶液利用のもの
 K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
 2 その他のもの
 K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
 K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K890-3 腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➤ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の 算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	× (DPC/PDPSで算定) ※DPC対象病院ではDPC/PDPS による評価を優先するため	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	× (DPC/PDPSで算定)	対象	対象

➤ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の 算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	○ (原則、短期滞在3を 算定する)	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	×	対象	対象

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料1の対象手術等（38項目）

D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として）
 D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
 K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） 3 長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
 K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
 K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 4 長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
 K008 腋臭症手術
 K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。）
 K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
 K068 半月板切除術
 K068-2 関節鏡下半月板切除術
 K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
 K093 手根管開放手術
 K093-2 関節鏡下手根管開放手術
 K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
 K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
 K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
 K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K282 水晶体再建術
 K474 乳腺腫瘍摘出術
 K508 気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
 K510 気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
 K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
 K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
 K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
 K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
 K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
 K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
 K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
 K743 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）
 K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
 K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
 K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（57項目）

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理
下で行うもの
D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの
D237-2 反復睡眠潜時試験（MSLT）
D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）
（一連として）
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法 2 その他のもの
K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術の 2 手、足（手に限る。）
K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 3 前腕、下腿（前腕に限る。）
K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指
（手、足）その他（鎖骨に限る。）
K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指
（手、足）その他（手に限る。）
K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
K093-2 関節鏡下手根管開放手術
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
K217 眼瞼内反症手術の 2 皮膚切開法
K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
K219 眼瞼下垂症手術の 3 その他のもの
K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
K242 斜視手術 2 後転法
K242 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロ
フィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（片
側）
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの（両
側）
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側）
K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（両側）
K318 鼓膜形成手術
K333 鼻骨骨折整復固定術
K389 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープに
よるもの

K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に
実施する患者
K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K617-2 大伏在静脈抜去術
K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）
K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。）
K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。）
K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。）
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
K743 痔核手術（脱肛を含む。）の「2」硬化療法（四段階注射法によるも
の）
K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポ
リープ切除術に限る。）
K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖
圭コンジローム切除術に限る。）
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）
K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K867 子宮頸部（腔部）切除術
K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1
電解質溶液利用のもの
K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2
その他のもの
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K890-3 腹腔鏡下卵管形成術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
3. 回復期入院医療の評価
4. 慢性期入院医療の評価
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
- 6. DPC/PDPSの見直し**
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

入院医療に係る評価の主な見直し③

【慢性期入院医療等】

5. 療養病棟入院基本料

- 療養病棟において、更なる質の高い医療が行われるよう、中心静脈栄養患者に係る要件を追加
- 病棟に入院している患者や行われている医療等を踏まえた、経過措置病棟の評価を適正化
 - ✓ 中心静脈栄養を実施する場合は、嚥下機能評価等を要件化
 - ✓ 経過措置病棟において、リハビリテーションを実施する際のFIM測定を要件化するとともに、評価を適正化（85/100→75/100）

6. 障害者施設等入院基本料等

- 患者の状態等を踏まえ、障害者等以外の患者の入院料を適正化
 - ✓ 重度の意識障害を有しない脳卒中患者への評価を療養病棟入院料の評価体系を踏まえ見直し
 - ✓ 栄養サポートの取り組みを推進

7. 緩和ケア病棟入院料

- ✓ ガイドライン等を踏まえた疼痛の評価を実施した場合の加算を新設

8. 有床診療所入院基本料等

- 有床診療所が地域包括ケアシステムの中で担っている役割の評価を拡充
 - ✓ 急性期病棟・在宅から患者を受け入れた場合の評価の拡充
 - ✓ 慢性透析患者を受け入れた場合の評価の新設

9. DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料

- 医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いを進めていく観点から、DPC/PDPSの見直し
- 短期滞在手術等基本料を3種類→2種類に再編し、対象手術も大幅に拡大
 - ✓ 医療機関別係数を見直し（新型コロナウイルス対応などを追加）
 - ✓ 短期滞在手術等基本料を再編（3種類→2種類）し、基本料3の対象手術を拡大（19→57種類）

DPC/PDPSの見直し

➤ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数（医療機関群）**：現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準（DPC特定病院群）を維持する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：従前の6つの評価項目を維持する。地域医療指数における体制評価指数は、医療計画に係る取組等を踏まえ、以下のとおり見直す。

現行

【体制評価指数】

- ・ がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、その他の9項目で評価
- ＜災害＞（新設）
- ＜へき地＞「へき地医療拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」
- ＜その他＞ 新型インフルエンザ対策

改定後

【体制評価指数】

- ・ 従前の9項目に**感染症**を追加
- ＜災害＞ **BCPの策定**（災害拠点病院以外）
- ＜へき地＞「**へき地医療拠点病院の指定かつ主要3事業を年12回以上**」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」
- 「へき地医療拠点病院の指定（主要3事業を年12回以上実施している場合を除く。）」
- ＜**感染症**＞ 新型インフルエンザ対策
新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、GMIS）

4. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度の1年間のみ）。

➤ 算定ルールの見直し

1. **短期滞在手術等基本料3に該当する診断群分類等について**、DPC/PDPSの**点数設定方式Dにより設定する**。
2. **疾患の頻度が高く、医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患で、手術が定義されていない診断群分類について**、医療資源投入量の相違を踏まえ、**他院からの転院の有無により評価を区別する**。
3. **入院初期の医療資源投入量が増加傾向**であることを踏まえ、**点数設定方式Aについて、入院初期をより重点的に評価する体系に見直す**。

➤ 退院患者調査の見直し

1. 入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬材料等が包括されている外来診療に係る評価について、実施された診療行為を外来EFファイルで提出することとする。
2. 調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Dで設定する診断群分類の見直し

- 短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dにより設定する。
- 具体的には、以下の診断群分類等について、点数設定方式Dにより設定する。

点数設定方式Dで設定する診断群分類（例）

改定後の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
010010xx9906xx	脳腫瘍	手術なし、ガンマナイフによる定位放射線治療あり
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	手術なし、終夜睡眠ポリグラフィーあり
030440xx02xxxx	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	鼓膜形成手術あり
060035xx05xx0x	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術あり
110080xx03xxxx	前立腺の悪性腫瘍	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術あり
130030xx99x8xx	非ホジキンリンパ腫	手術なし、化学療法（モガムリズマブ又はデニロイキンジフクトクス）あり

- なお、点数設定方式Dにより設定する診断群分類は、95分類→153分類となる。

現行		改定後	
【診断群分類】 D方式	95分類	【診断群分類】 D方式	153分類

診断群分類点数表の見直し③

他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

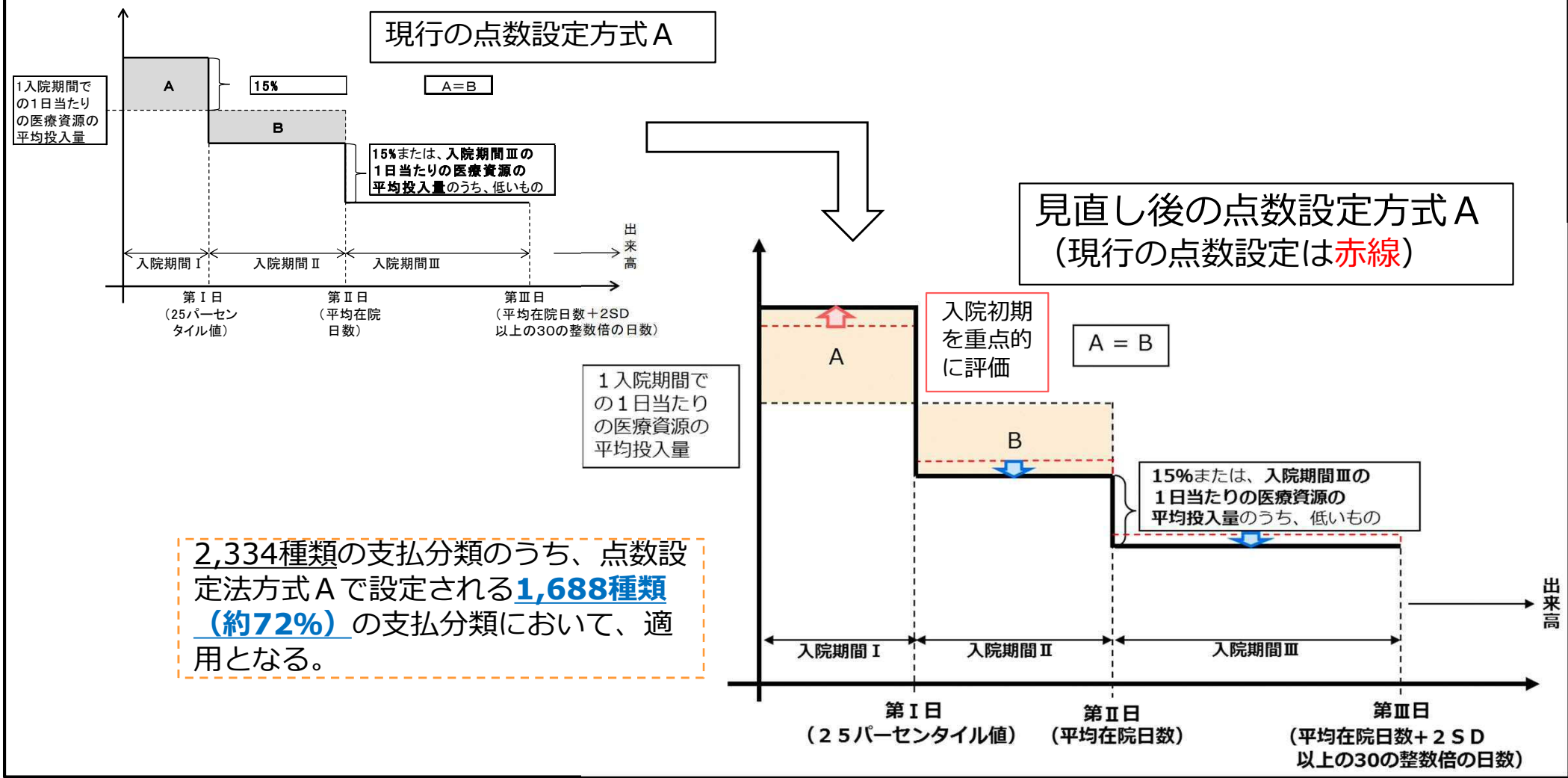
- 治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から退院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

現行の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
050030xx99000x	急性心筋梗塞	手術、処置等なし
050050xx9900xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術、処置等なし
050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査あり
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査+血管内超音波検査等あり
050130xx9900xx	心不全	手術、処置等なし
160800xx99xxxx	股関節・大腿近位の骨折	手術なし

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

- 入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間Ⅰ）をより重点的に評価する体系に見直す。



退院患者調査の見直し①

様式1の見直し

項目名	見直しの内容
【新】 <u>P/F比、呼吸補助の有無</u>	救急医療入院の場合であって、医療資源病名が040130（呼吸不全）に定義される傷病名になる場合、「救急受診時」及び「治療室又は病棟入室時」の入力を必須とする。
【新】 <u>急性心筋梗塞患者情報</u>	医療資源病名が050030（急性心筋梗塞）に定義される傷病名になる場合、発症の時期を入力する。
【新】 <u>左室駆出率</u>	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名になる場合、左室駆出率を入力する。
【新】 <u>解離性大動脈瘤情報</u>	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、スタンフォード分類を入力する。
NYHA	救急医療入院の場合であって、主傷病等が心不全等の場合、「 <u>救急受診時</u> 」及び「 <u>治療室又は病棟入室時</u> 」の入力を必須とする。
JCS	救急医療入院の場合であって、意識障害がある場合、「 <u>救急受診時</u> 」及び「 <u>治療室又は病棟入室時</u> 」の入力を必須とする。
FIM	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に加え、 <u>特定機能病院リハビリテーション入院料</u> を算定する患者についても、入力必須とする。
自傷行為・自殺企図の有無	医療資源を最も投入した傷病名がMDC17に定義する傷病名の場合を入力対象に追加する。 <u>入力項目を見直す</u> 。
【新】 <u>過去の自傷行為・自殺企図</u>	「自傷行為・自殺企図の有無」が「無」以外の場合に入力する。
【簡】 要介護度	60歳未満の患者又は40歳未満の介護保険が適用されていない患者は <u>入力不要とする</u> 。

退院患者調査の見直し②

外来E Fファイル等の見直し

ファイル	対象	見直しの内容	経過措置期間
外来E Fファイル	全ての患者	診療行為や薬剤料等が包括されている外来診療に係る評価（小児科外来診療料、慢性維持透析患者外来医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅癌医療総合診療料）について、 <u>実施された診療行為等をE Fファイルに出力する</u> 。	令和4年9月末まで（6ヶ月）
Kファイル	全ての患者	<u>被保険者番号等を追加</u> する。	—

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
3. 回復期入院医療の評価
4. 慢性期入院医療の評価
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
6. DPC/PDPSの見直し
- 7. 働き方改革の推進**
8. 入院に係る横断的個別事項

入院医療に係る評価の主な見直し④

【働き方改革の推進】

- 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を確保
- 各職種の勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療を推進

- ✓ 地域医療体制確保加算の対象医療機関を拡大（小児・周産期医療に係る病院）し、点数を引き上げ
- ✓ 医師事務作業補助体制加算において、経験年数に着目した評価体系とし、点数を引き上げ
- ✓ 夜間看護体制加算等における業務管理等の項目に、必須項目を設定
- ✓ 看護職員夜間配置加算等の点数を引き上げ
- ✓ 看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価として、看護補助体制充実加算を新設
- ✓ 小児入院医療管理料を病棟薬剤業務実施加算の対象とするとともに、周術期薬剤管理加算を新設し、病院薬剤師へのタスクシフティングを推進
- ✓ カンファレンス等の実施について、ビデオ通話可能な機器を用いることを標準化

【その他の取組の推進】

- 入退院支援をさらに推進し、ヤングケアラーを入退院支援加算の対象に追加
- 画像診断等の報告書の確認漏れを防ぐことによる医療安全対策を推進
- 周術期の栄養管理や疼痛管理について新たに評価し、質の高い周術期管理を推進
- データ提出加算の要件化を進め、アウトカム評価を推進
- 新型コロナウイルス感染症に係る特例的な評価、臨時的な取扱いを引き続き実施

- ✓ 入退院支援加算の対象にヤングケアラーを追加
- ✓ 画像診断等の報告書確認漏れを防ぎ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価として、報告書管理体制加算を新設
- ✓ 周術期栄養管理実施加算、術後疼痛管理チーム加算を新設し、質の高い周術期を推進
- ✓ データ提出加算の届出を要件化する対象を地域一般入院料等に拡大
- ✓ 新型コロナに対する診療等について特例的な評価を継続するとともに、実績等の臨時的な取扱いも継続

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

- ① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算1等の見直し
- ② 夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し
- ③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 診療録管理体制加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

- 地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、医師労働時間短縮計画の作成を要件に追加し、評価を見直す。

現行

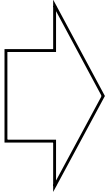
【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算520点

〔施設基準〕

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。



改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算620点

〔施設基準〕

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

ア

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ

救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室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。

ウ

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

- 医師の働き方改革をより実効的に進める観点から、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」作成を求めることとし、「実績」「取込目標」等の記載を求める。

＜参考＞現行の要件
(地域医療体制確保加算)

- ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
- ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
- ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。
- ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、**必要な事項を記載**すること。(※例示は省略)
- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

○労働時間と組織管理（共通記載事項）
(1) 労働時間数 以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載 ・ 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長 ・ 年間の時間外・休日労働時間数960 時間超～1,860 時間の人数・割合 ・ 年間の時間外・休日労働時間数1,860 時間超の人数・割合
(2) 労務管理・健康管理 以下の全ての項目について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載 ・ 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理 ・ 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等 ・ 労使の話し合い、36 協定の締結 ・ 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制 ・ 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)
(3) 意識改革・啓発 以下の項目のうち、最低1つの取組について、①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を計画に記載 ・ 管理者マネジメント研修 ・ 働き方改革に関する医師の意識改革 ・ 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明
○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）
(1)～(5)それぞれにおいて、最低1つの取組について①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載
(1) タスク・シフト/シェア
(2) 医師の業務の見直し
(3) その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)
(4) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理
(5) C-1 水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算1等に係る要件の見直し

- 手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件について、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の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師1人当たりの当直回数に要件を変更する。

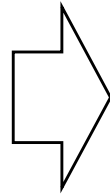
現行

【時間外加算1・休日加算1・深夜加算1】

〔施設基準〕

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数

届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。



改定後

【時間外加算1・休日加算1・深夜加算1】

〔施設基準〕

手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数及び2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数

(2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4日以内であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4回以内であること。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

- ① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算1等の見直し
- ② 夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し
- ③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 診療録管理体制加算の見直し

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し①

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

- 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。
- ①「ア 11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ 連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。
 - ②看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**2項目以上から3項目以上に変更**する。

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算	夜間看護体制加算	夜間看護体制加算	夜間看護体制加算	看護職員夜間配置加算
	12対1加算1 16対1加算1	急性期看護補助体制加算 の注加算	看護補助加算の注加算	障害者施設等入院基本料 の注加算	精神科救急急性期医療入院料、 精神科救急・合併症入院料の 注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話					
ク 看護補助者の夜間配置（※2）					
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

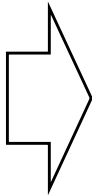
夜間の看護配置に係る評価の見直し

➤ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直す。

現行

看護職員に係る加算に配置に	【看護職員夜間配置加算】	
	看護職員夜間12対1配置加算1	105点
	看護職員夜間12対1配置加算2	85点
	看護職員夜間16対1配置加算1	65点
	看護職員夜間16対1配置加算2	40点
	【注加算の看護職員夜間配置加算】	
	地域包括ケア病棟入院料	65点
	精神科救急入院料	65点
	精神科救急・合併症入院料	65点

看護補助者の配置に係る加算	【急性期看護補助体制加算】	
	夜間30対1急性期看護補助体制加算	120点
	夜間50対1急性期看護補助体制加算	115点
	夜間100対1急性期看護補助体制加算	100点
	【看護補助加算】	
	夜間75対1看護補助加算	50点
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	45点
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
	イ 14日以内の期間	141点
	ロ 15日以上30日以内の期間	116点
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
	ハ 夜間看護配置加算1	100点
	ニ 夜間看護配置加算2	50点



改定後

看護職員に係る加算に配置に	【看護職員夜間配置加算】	
	看護職員夜間12対1配置加算1	<u>110点</u>
	看護職員夜間12対1配置加算2	<u>90点</u>
	看護職員夜間16対1配置加算1	<u>70点</u>
	看護職員夜間16対1配置加算2	<u>45点</u>
	【注加算の看護職員夜間配置加算】	
	地域包括ケア病棟入院料	<u>70点</u>
	精神科救急急性期医療入院料	<u>70点</u>
	精神科救急・合併症入院料	<u>70点</u>

看護補助者の配置に係る加算	【急性期看護補助体制加算】	
	夜間30対1急性期看護補助体制加算	<u>125点</u>
	夜間50対1急性期看護補助体制加算	<u>120点</u>
	夜間100対1急性期看護補助体制加算	<u>105点</u>
	【看護補助加算】	
	夜間75対1看護補助加算	<u>55点</u>
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	<u>50点</u>
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
	イ（1）14日以内の期間	<u>146点</u>
	（2）15日以上30日以内の期間	<u>121点</u>
	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
	ハ 夜間看護配置加算1	<u>105点</u>
	ニ 夜間看護配置加算2	<u>55点</u>

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

➤ 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点から、看護職員及び看護補助者に対してより充実した研修を実施した場合等について、新たな評価を行う。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

・ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

現行		改定後
【急性期看護補助体制加算】		【急性期看護補助体制加算】
25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）	240点	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）240点
25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）	220点	25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）220点
50対1急性期看護補助体制加算	200点	50対1急性期看護補助体制加算200点
75対1急性期看護補助体制加算	160点	75対1急性期看護補助体制加算160点
(新設)		<u>(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u>
【看護補助加算】		【看護補助加算】
看護補助加算1	141点	看護補助加算1141点
看護補助加算2	116点	看護補助加算2116点
看護補助加算3	88点	看護補助加算388点
(新設)		<u>(新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u>
夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	45点	イ 夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）50点
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		<u>(新) □ 看護補助体制充実加算 55点</u>
(1) 14日以内の期間	141点	イ 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）
(2) 15日以上30日以内の期間	116点	(1) 14日以内の期間146点
		(2) 15日以上30日以内の期間121点
		<u>(新) □ 看護補助体制充実加算</u>
		(1) 14日以内の期間151点
		(2) 15日以上30日以内の期間126点
看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）	160点	イ 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算）160点
		<u>(新) □ 看護補助体制充実加算 165点</u>

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※1を修了していること。
看護職員	<u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> <u>研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。</u> イ（イ）看護補助者との協働の必要性 （ロ）看護補助者の制度的な位置づけ （ハ）看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 （ニ）看護補助者との協働のためのコミュニケーション （ホ）自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	現行の研修内容※2のうち、 <u>エ（日常生活にかかわる業務）について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。</u>

- ※1（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）
（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
 - ② 看護職員との連携と業務整理
 - ③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
 - ④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2 ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
エ 日常生活にかかわる業務
オ 守秘義務、個人情報の保護
カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

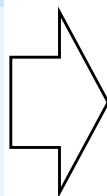
- 精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算の算定に係る適切な研修に、特定行為に係る研修を追加する。

現行

【精神科リエゾンチーム加算】

【施設基準】

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。



改定後

【精神科リエゾンチーム加算】

【施設基準】

ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる研修であること。

※【栄養サポートチーム加算】 【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 【呼吸ケアチーム加算】 についても同様

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

- ① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算1等の見直し
- ② 夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し
- ③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 診療録管理体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

- 医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、医師事務作業補助者の経験年数に着目した評価とする。

現行	改定後
医師事務作業補助体制加算1の施設基準 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。 (新設)	医師事務作業補助体制加算1の施設基準 <u>(削除)</u> <u>当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。</u> ※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

(※) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行			改定後		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2	医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1 5 対 1	9 7 0 点	9 1 0 点	1 5 対 1	<u>1, 0 5 0 点</u>	<u>9 7 5 点</u>
2 0 対 1	7 5 8 点	7 1 0 点	2 0 対 1	<u>8 3 5 点</u>	<u>7 7 0 点</u>
2 5 対 1	6 3 0 点	5 9 0 点	2 5 対 1	<u>7 0 5 点</u>	<u>6 4 5 点</u>
3 0 対 1	5 4 5 点	5 1 0 点	3 0 対 1	<u>6 1 0 点</u>	<u>5 6 0 点</u>
4 0 対 1	4 5 5 点	4 3 0 点	4 0 対 1	<u>5 1 0 点</u>	<u>4 7 5 点</u>
5 0 対 1	3 7 5 点	3 5 5 点	5 0 対 1	<u>4 3 0 点</u>	<u>3 9 5 点</u>
7 5 対 1	2 9 5 点	2 8 0 点	7 5 対 1	<u>3 5 0 点</u>	<u>3 1 5 点</u>
1 0 0 対 1	2 4 8 点	2 3 8 点	1 0 0 対 1	<u>3 0 0 点</u>	<u>2 6 0 点</u>

病棟薬剤業務実施加算の見直し

病棟薬剤業務実施加算の見直し

- 小児入院医療管理料において、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ついて、病棟薬剤業務実施加算1を算定可能とする。

現行

(病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料 1～7

地域一般入院料 1～3

療養病棟入院料 1、2、注11

結核病棟入院基本料

精神病棟入院基本料

特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）

専門病院入院基本料



改定後

(病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料 1～6

地域一般入院料 1～3

療養病棟入院料 1、2、注11

結核病棟入院基本料

精神病棟入院基本料

特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）

専門病院入院基本料

(新) 小児入院医療管理料 1～5

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

- ① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算1等の見直し
- ② 夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し
- ③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し
- ④ 診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

- 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、要件を見直す。

現行

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
(新設)

改定後

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
許可病床数が400床以上の保険医療機関については、以下の要件を加える。

- ・ 専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること
- ・ 当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施していること

- さらに、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

現行

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
(新設)

(新設)

改定後

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
許可病床数が400床以上の保険医療機関については、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。

毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制等について、別添様式により届け出ること。

届出内容（例）

- ・ バックアップ対象のシステム
- ・ バックアップの頻度、保管方式

標準規格の導入に係る取組の推進

診療録管理体制加算の見直し

- 医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

改定後

【診療録管理体制加算（入院初日）】

〔施設基準〕

3 届出に関する事項

(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

(2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添様式により届け出ること。

医療機関A

電子カルテa



様々なデータ格納方式を採用可能

オブジェクト
ストレージ

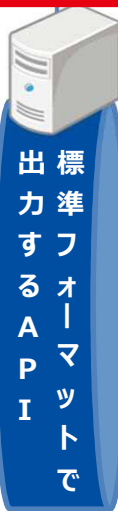
リレーショナル
データベース
(RDB)

NoSQL
データベース

標準化を進めている所

- ・データの外部出力機能
- ・出力データの構造化
- ・ハウスコードの
標準コードへの変換

あらかじめ医療情報
を閲覧可能にしておく



参考：HL7 FHIRとは

医療の診療記録等のデータのほか、医療関連の管理業務に関するデータ、公衆衛生に係るデータ及び研究データも含め、医療関連情報の交換を可能にするように設計された、HL7 Internationalによる医療情報交換の次世代標準フレームワーク。

医療情報の取り寄せ



医療機関Bなど



電子カルテb

第1回 健康・医療・介護情報利活用検討会
医療情報ネットワークの基盤に関するWG
(令和3年11月10日) 資料1 (抜粋)

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

1. 急性期入院医療の評価
2. 高度急性期入院医療の評価
3. 回復期入院医療の評価
4. 慢性期入院医療の評価
5. 短期滞在手術等基本料の見直し
6. DPC/PDPSの見直し
7. 働き方改革の推進
8. 入院に係る横断的個別事項

画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

- 安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 報告書管理体制加算 (退院時1回) 7点

[算定要件]

組織的な医療安全対策の実施状況の確認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であって、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（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、報告書管理体制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、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準の概要]

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること
- (6) 報告書確認管理者が行う業務（報告書管理に係る企画立案、各部門との調整、各部門への支援、報告書作成から概ね2週間後に主治医等による当該報告書の確認状況の確認、未確認報告書の把握、未確認報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて対応状況の確認等）
- (7) 報告書確認対策チームが行う業務（各部門における報告書管理の実施状況の評価、報告書管理のための業務改善計画書の作成、報告書管理を目的とした院内研修を少なくとも年1回程度実施、報告書管理の評価に係るカンファレンスの月1回程度開催等）
- (8) 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

入退院支援加算の見直し

- 入退院支援加算における医療資源の少ない地域に配慮した評価に係る要件について、常勤の看護師又は社会福祉士の配置に代えて、非常勤の看護師又は社会福祉士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たすこととする。

現行

【入退院支援加算】

〔施設基準〕

- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること



改定後

【入退院支援加算】

〔施設基準〕

- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該要件を満たしているとみなすことができる。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

○ 医療資源の少ない地域においては、入院料の算定、人員配置基準、夜勤の要件、病床数の要件等が一部緩和されている。

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1 ～ 3 の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A 2 0 7 医師事務補助体制加算	20対 1 から100対 1 までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A 2 2 6 – 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 – 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 – 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対 1 以上※ ¹ 看護職員の最小必要数の 4 割以上※ ² が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※ 1 特定地域以外では13対 1 以上 ※ 2 特定地域以外では 7 割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料 1、2、3 及び 4、地域包括ケア病棟入院料 1 及び 3）	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が 1 病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対 1 以上又は15対 1 以上 看護要員 1 人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料 1 を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1、手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

注）下線部については、令和4年度診療報酬改定において、見直しがあったもの。

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す



現行

- 【入退院支援加算1】
[算定要件]
イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- [施設基準]
・「連携機関」の数が20以上であること。
・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

- 【入退院支援加算1】
[算定要件]
イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**
- [施設基準]
・「連携機関」の数が**25以上**であること。
・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

➤ 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

- 【入退院支援加算1及び2】
[算定要件]
退院困難な要因
ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
イ 緊急入院であること
ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること
カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
キ 排泄に介助を要すること
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
コ 入退院を繰り返していること
サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

改定後

- 【入退院支援加算1及び2】
[算定要件]
退院困難な要因
ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
イ 緊急入院であること
ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること
カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
キ 排泄に介助を要すること
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
コ 入退院を繰り返していること
サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
セ その他患者の状況から判断して**アからスまでに**準ずると認められる場合

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

➤ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算の要件の範囲を拡大する。

許可病床数 病棟	200床以上	200床未満
急性期一般入院料1～6 特定機能病院入院基本料（7対1、10対1） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
回復期リハビリテーション病棟5 療養病棟入院基本料	データの提出が必須（経過措置③）	
地域一般入院料1～3 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	規定なし → データの提出が必須 （経過措置①、③）	規定なし → データの提出が必須 （経過措置②、③）
精神科救急急性期医療入院料	規定なし → データの提出が必須（経過措置③、④）	

[経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては令和5年3月31日までの経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては令和6年3月31日までの経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、令和6年3月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

(新) 入院栄養管理体制加算 270点(入院初日及び退院時)

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

(1) 特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

- ア **入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定**を行う。
- イ 当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理**を行う。
- ウ **医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有**を行う。

(2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (2) **入院時支援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) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

- 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。

現行

【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】

摂食嚥下支援加算 200点（週1回）

〔算定要件〕

- ・摂食嚥下支援チームにより、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
- ・内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施（月1回以上）
- ・検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施（週1回以上）
- ・カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

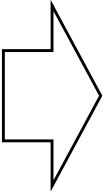
〔施設基準〕

摂食嚥下支援チームを設置

- 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
- 専任の常勤看護師（経験5年かつ研修修了）*
- 専任の常勤言語聴覚士 *
- 専任の常勤薬剤師 *
- 専任の常勤管理栄養士 *
- 専任の歯科衛生士
- 専任の理学療法士又は作業療法士

*の職種は、カンファレンスの参加が必須

入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告



改定後

（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】

<u>摂食嚥下機能回復体制加算 1</u>	<u>210点（週1回）</u>
<u>摂食嚥下機能回復体制加算 2</u>	<u>190点（週1回）</u>
<u>摂食嚥下機能回復体制加算 3</u>	<u>120点（週1回）</u>

〔算定要件〕

- ①内視鏡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
- ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上）
- ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上）
- ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施

〔施設基準〕

加算 1	加算 2	加算 3
<u>摂食嚥下支援チームの設置</u>（ST以外は全員専任） ・<u>医師又は歯科医師、適切な研修を修了した看護師又は専従の言語聴覚士、管理栄養士</u> ・カンファレンスに参加：必要に応じてその他職種		<u>専任の医師、看護師又は言語聴覚士</u>
摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料 1 又は入院料 2 を算定している病棟
・<u>鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率35%以上</u> ・<u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u>	・<u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養について実績等を地方厚生局長等に報告</u>	・<u>中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、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患者」が1年に2人以上</u> ・<u>摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告</u>

摂食嚥下支援加算の見直し②

➤ 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、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

摂食嚥下機能回復体制加算

		摂食嚥下機能回復体制加算 1	摂食嚥下機能回復体制加算 2	摂食嚥下機能回復体制加算 3
算定要件	対象患者	摂食嚥下支援チームによる摂食・嚥下機能回復に係る取組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		
	算定可能な従事者	◆ 摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任） ・ 医師又は歯科医師 ・ 適切な研修を修了した看護師※又は専従の言語聴覚士（※摂食嚥下障害看護認定看護師、 脳卒中看護認定看護師 ） ・ 管理栄養士 ◆ カンファレンスに参加：その他職種も		◆ 専任の医師、看護師又は言語聴覚士
	算定対象とする医療サービスの内容	①内視鏡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 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食 の見直し等を実施		
	日数・回数の要件	1回／週		
施設基準	対象病棟・病床	摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病床入院基本料のうち、療養病棟入院料 1 又は入院料 2 を算定している病床
	実績等	・ 鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率 35%以上 ・ 実績（FIM 及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）	・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）	・ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、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患者」が1年に2人以上 ・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）
経過措置		現に摂食嚥下支援加算を算定している医療機関については、半年間に限り、引き続き加算 1 を算定できる。		

摂食嚥下支援加算の見直し③

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

経口摂取に回復した患者数

=

自院導入患者数
+ 紹介患者数

栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者 (1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者) [1年以内注]

自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」
+ 紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」「中心静脈栄養」の患者 (「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)

注) 回復率は、鼻腔栄養導入、胃瘻造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。

- 分子及び分母から除くもの
- ① 1年以内※に死亡した患者 (ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)

② 1か月以内※に経口摂取に回復した患者

③ 1年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者

④ 減圧ドレナージ目的 (消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)

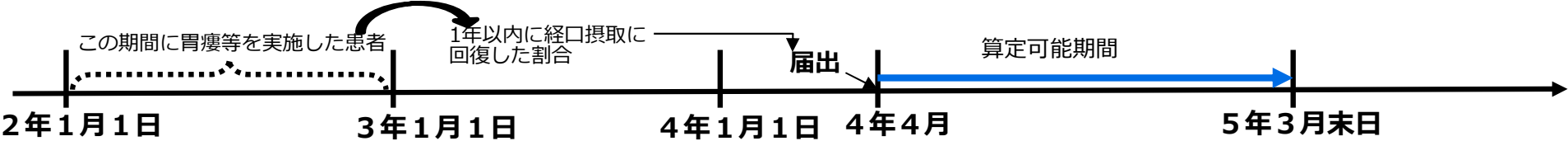
⑤ 成分栄養剤の経路目的 (炎症性腸疾患の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)

⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

※ 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起算

(届出に関する取り扱い)

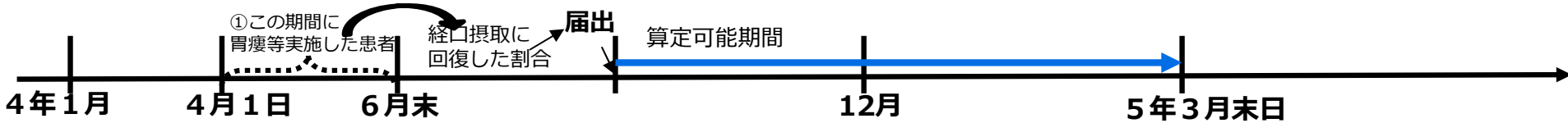
【通常の場合】 前々年の1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出 (例)



【新規届出の場合】 直近2年のいずれかの4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。 (例)

- ① 令和4年4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。(令和3年4月～6月でも可)

② 継続は、令和4年1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で判断 (令和3年1月～12月でも可)



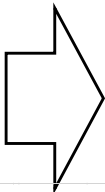
褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

➤ 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。

現行

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
【施設基準】
4 褥瘡対策の基準
(新設)



改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
【施設基準】
4 褥瘡対策の基準
(1)～(3) (略) (変更なし)
(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、薬剤師又は管理栄養士と連携して、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。
(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。
(6)～(8) (略) (変更なし)

褥瘡対策に関する診療計画書(2)									
氏名		殿 男・女)		年 月 (歳)					
<薬学的管理に関する事項> ☐ 対応の必要無し									
褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 ☐ 無 ☐ 有 (催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他())									
薬学的管理計画	<すでに褥瘡を有する患者> 薬剤滞留の問題 ☐ 無 ☐ 有								
<栄養管理に関する事項> ☐ 対応の必要無し ☐ 栄養管理計画書での対応									
栄養評価	評価日	年 月 日							
	体重	kg(測定日 /)		BMI	kg/m2		体重減少 (無・有)		
	身体所見	浮腫 (無・有 (胸水・腹水・下肢)・不明)							
	検査等 検査している 場合に記載	☐ 測定無し Alb値()g/dL 測定日(/)		☐ 測定無し Hb値()g/dL 測定日(/)		☐ 測定無し CRP ()mg/dL 測定日(/)			
	栄養補給法	経口・経腸 (経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈				栄養補助食品の使用 (無・有)			
栄養管理計画									

医療機関におけるICTを活用した業務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 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。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行

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

改定後

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

- ◆ レセプト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**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト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。

【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】
・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	施設要件 ア
8201xxxxx	施設要件 イ
(略)	ウ～オ (略)

〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886 X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

外来医療の強化・機能分化

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価
4. かかりつけ医機能の評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
6. 生活習慣病管理の評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

外来医療等に係る評価の主な見直し①

【外来医療の機能分化】

1. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し等

- ✓ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直し
- ✓ 当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直し
- ✓ 紹介受診重点医療機関入院診療加算の新設

2. 紹介割合等に基づく初診料等減算の見直し

- ✓ 紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を対象に追加
- ✓ 「紹介率」・「逆紹介率」について、「紹介割合」「逆紹介割合」と名称を変更し、実態を踏まえ算出方法・基準を変更

【かかりつけ医機能の評価】

1. 地域包括診療料・加算の見直し

- ✓ 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、対象疾患に慢性心不全及び慢性腎不全を追加

2. 連携強化診療情報提供料の新設

- ✓ かかりつけ医機能を有する医療機関等が、他医療機関の求めに応じて診療情報を提供した場合について、連携強化診療情報提供料と名称を変更するとともに、算定上限回数を月1回に変更
- ✓ 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価

3. 機能強化加算の見直し

- ✓ 評価を行うかかりつけ医機能を明確化
- ✓ 診療実績や、地域における保健・福祉サービス機能について、要件に追加

4. 小児かかりつけ診療料の見直し

- ✓ 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し

5. 生活習慣病管理料の見直し

- ✓ 投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外し、評価を見直し

外来医療等に係る評価の主な見直し②

【リフィル処方箋の仕組み】

1. リフィル処方箋の仕組み新設

- ✓ 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仕組みを設け、処方箋の様式を見直し

2. 処方箋料における減算規定緩和

- ✓ 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

【オンライン資格確認の活用推進】

1. 電子的保健医療情報活用加算の新設

- ✓ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価として、電子的保健医療情報活用加算を新設

【外来等におけるデータ提出の評価】

1. 外来データ提出加算等の新設

- ✓ 生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価
4. かかりつけ医機能の評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
6. 生活習慣病管理の評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

➤ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度	見直し後
[対象病院] ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる [定額負担の額] ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円	[対象病院] ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・ <u>紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）</u> ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる [定額負担の額] ・ 初診：医科 <u>7,000円</u>、 歯科 <u>5,000円</u> ・ 再診：医科 <u>3,000円</u>、 歯科 <u>1,900円</u> [保険給付範囲からの控除] 外来機能の明確化のための<u>例外的・限定的な取扱い</u>として、定額負担を求める患者（<u>あえて紹介状なしで受診する患者等</u>）の初診・再診について、<u>以下の点数を保険給付範囲から控除</u> ・ 初診：医科 <u>200点</u>、 歯科 <u>200点</u> ・ 再診：医科 <u>50点</u>、 歯科 <u>40点</u>

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

現行制度	見直し後								
<table><tr><td colspan="2">定額負担 5,000円</td></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） 7,000円</td><td>患者負担 3,000円</td></tr></table>	定額負担 5,000円		医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円	<table><tr><td colspan="2">定額負担 <u>7,000円</u></td></tr><tr><td>医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)</td><td>患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)</td></tr></table>	定額負担 <u>7,000円</u>		医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)
定額負担 5,000円									
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円								
定額負担 <u>7,000円</u>									
医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)								

[施行日等] 令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

「定額負担を求めなくても良い場合」 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため**、要件から削除。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点（入院初日）

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である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。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療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、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点 外来診療料の注2、3 55点
(情報通信機器を用いた初診については186点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	<u>紹介受診重点医療機関</u> <u>(一般病床200床未満を除く)</u>	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準	<u>紹介割合50%未満</u> <u>又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>			<u>紹介割合40%未満</u> <u>又は</u> <u>逆紹介割合20%未満</u>
<u>紹介割合 (%)</u>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<u>逆紹介割合 (‰)</u>	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
<u>再診患者の数</u>	<u>患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。</u> ・ <u>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者</u>			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <u>B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し②

【現行】

		特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上
減算規定の基準		紹介率50%未満 (逆紹介率50%以上を除く)		紹介率40%未満 (逆紹介率30%以上を除く)
紹介率(%)		(紹介患者数＋救急搬送者数)／初診患者数×100		
逆紹介率(%)		逆紹介患者数／初診患者数×100		
	初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 - 休日又は夜間に受診した患者 - 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を除く。 - 救急搬送者 - 休日又は夜間に受診した患者 - 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
	紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。		
	逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を含む。 - 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 - 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 - 診療状況を示す文書を添えて紹介（診療情報提供料を算定）した患者 - 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
	救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用 of 評価
4. かかりつけ医機能 of 評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等 of 評価
6. 生活習慣病管理 of 評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。



備考	リフィル可 ☐ (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。) ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供
	調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) ☐ 1回目調剤日(年 月 日) ☐ 2回目調剤日(年 月 日) ☐ 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

- リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

現行

【処方箋料】
【算定要件】

注2
区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【処方箋料】
【算定要件】

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合 (処方箋の複数回(3回までに限る。)の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。) には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

処方箋料について（概要）

F400 処方箋料

1	<u>向精神薬多剤投与を行った場合</u>	<u>28点</u>
2	<u>1以外の場合の多剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合</u>	<u>40点</u>
3	<u>1及び2以外の場合</u>	<u>68点</u>

➤ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定

〔算定要件〕（抜粋）

○ 処方箋料1

1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与した場合に算定

○ 処方箋料2

1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（※1）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（※2）を行った場合

注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合（処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であつて、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
- 3. 電子的保健医療情報活用 of 評価**
4. かかりつけ医機能 of 評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等 of 評価
6. 生活習慣病管理 of 評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

[対象患者]

- ・ オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

(※)

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

[施設基準]

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

オンライン資格確認の準備作業について

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

➡ 医療機関等向けポータルサイト
➡ 厚生労働省ホームページ
➡ オンライン資格確認等コールセンター

医療機関等向けポータルサイト



医療機関ポータル

検索

厚生労働省ホームページ



オンライン資格確認

検索

オンライン資格確認等コールセンター

✉ contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp

☎ 0800-0804583（通話無料）月～金 8：00～18：00
（いずれも祝日を除く） 土 8：00～16：00

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

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

■ システム業者へのご連絡をお願いします。

顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。

詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。

（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）



オンライン資格確認導入に向けた
準備作業の手引き

■ 運用開始の準備ができれば、「運用開始日」の登録を行ってください！

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価
- 4. かかりつけ医機能の評価の推進**
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
6. 生活習慣病管理の評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

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

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

〔算定要件〕

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

〔対象患者〕

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

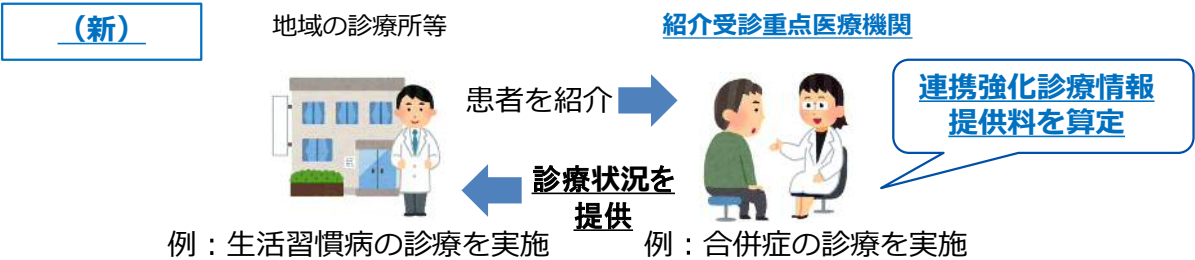
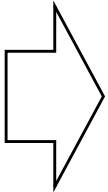
（改） 【連携強化診療情報提供料】 150点

〔算定要件〕

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

〔対象患者〕

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

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

地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

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

現行

【地域包括診療料】

【対象患者】

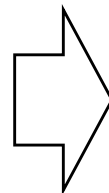
- ・ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

【算定要件】

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

【施設基準】

- ・ 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。



改定後

【地域包括診療料】（※地域包括診療加算も同様）

【対象患者】

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

【算定要件】

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

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

【施設基準】

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

小児かかりつけ診療料の見直し

- 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直す。

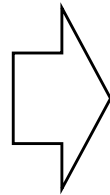
現行

【小児かかりつけ診療料】

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

〔施設基準〕

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



改定後

【小児かかりつけ診療料】

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

〔施設基準〕

(共通)

- ・ 小児科を標榜している医療機関であること。
- ・ 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、2つ以上に該当すること。

(削除)

ア～ウ (略)

エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医 又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること

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

(小児かかりつけ診療料2) 次のいずれかを満たしていること。

ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。

イ 在宅当番医制等により、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。

機能強化加算の見直し①

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

現行

【機能強化加算】

[算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能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、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。

[施設基準]

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

改定後

【機能強化加算】

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- (2) (略)
- (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

機能強化加算の見直し②

現行		改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	- 地域包括診療加算 - 地域包括診療料	- 地域包括診療加算1 / 地域包括診療料1の届出を行っていること。 (参考：地域包括加算1 / 診療料1の施設基準) 以下の全てを満たしていること。 - 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。 - 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。	以下のいずれも満たすものであること。 - 地域包括診療加算2 / 地域包括診療料2の届出を行っていること。 - 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。 - 地域包括診療加算2 / 地域包括診療料2を算定した患者が3人以上。 - 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が3人以上。
	小児かかりつけ診療料	小児かかりつけ診療料の届出を行っていること。	
配置医師	- 在宅時医学総合管理料 - 施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)	- 在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型の在支診又は在支病であること。 (参考：機能強化型の在支診又は在支病の施設基準) 以下のいずれにも該当していること。 過去1年間において、 (在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)。 (在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で4件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 - 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が4件以上(連携型の場合、当該医療機関で2件以上)。	以下のいずれも満たすものであること。 - 在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている機能強化型以外の在支診又は在支病であること。 - 以下のいずれかを満たしていること。 過去1年間において、 (在支診の場合) 緊急往診の実績3件以上。 (在支病の場合) 緊急往診の実績又は在支診からの緊急受入の実績の合計が3件以上。 - 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が1件以上。
	—	以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置すること。 ア 介護保険制度の利用等の相談への対応、主治医意見書の作成 イ 警察医として協力 ウ 乳幼児健診を実施 エ 定期予防接種を実施 オ 幼稚園の園医等 カ 地域ケア会議に出席 キ 一般介護予防事業に協力	

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価
4. かかりつけ医機能の評価の推進
- 5. 耳鼻咽喉科処置等の評価**
6. 生活習慣病管理の評価
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

- 耳鼻咽喉科処置について、小児に対する診療及び様々な処置の組合せを適切に評価する観点から、新たな評価を行う。また、小児の耳鼻咽喉科領域における薬剤耐性（AMR）対策を推進する観点から、抗菌薬の適正使用について新たな評価を行う。

（新）耳鼻咽喉科乳幼児処置加算

60点（1日につき）

〔算定要件〕

- ・ 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合は、所定点数に加算する。

（新）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

80点（月1回に限り）

〔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において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- （1）耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。
- （2）薬剤耐性（AMR）対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- （3）当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

耳処置 25点 → **27点** 鼻処置 14点 → **16点** 口腔、咽頭処置 14点 → **16点**

アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

- アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

(新) アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料（月1回に限る）	1月目	280点
	2月目以降	25点

[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において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- アレルギー免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載する。
- 学会によるガイドライン等を参考にすること。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内にアレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（アレルギーの診療に従事した経験を3年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることも可。
- (2) アレルギー免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制が整備されていること。
- (3) 院内の見やすい場所にアレルギー免疫療法を行っ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。

高度難聴指導管理料の見直し

- 高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

現行

【高度難聴指導管理料】

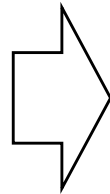
〔算定要件〕

注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

〔施設基準〕

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略)
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。
(中略)



改定後

【高度難聴指導管理料】

〔算定要件〕

注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。

〔施設基準〕

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略)
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。
(中略)

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価
4. かかりつけ医機能の評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
- 6. 生活習慣病管理の評価**
7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

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

現行

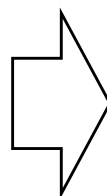
【生活習慣病管理料】

(1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)

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

[算定要件]

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



改定後

【生活習慣病管理料】

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

[算定要件]

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

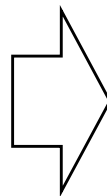
算定要件の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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



改定後

【生活習慣病管理料】 [算定要件]

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

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価
4. かかりつけ医機能の評価の推進
5. 耳鼻咽喉科処置等の評価
6. 生活習慣病管理の評価
- 7. 外来医療等におけるデータ提出に係る評価**

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

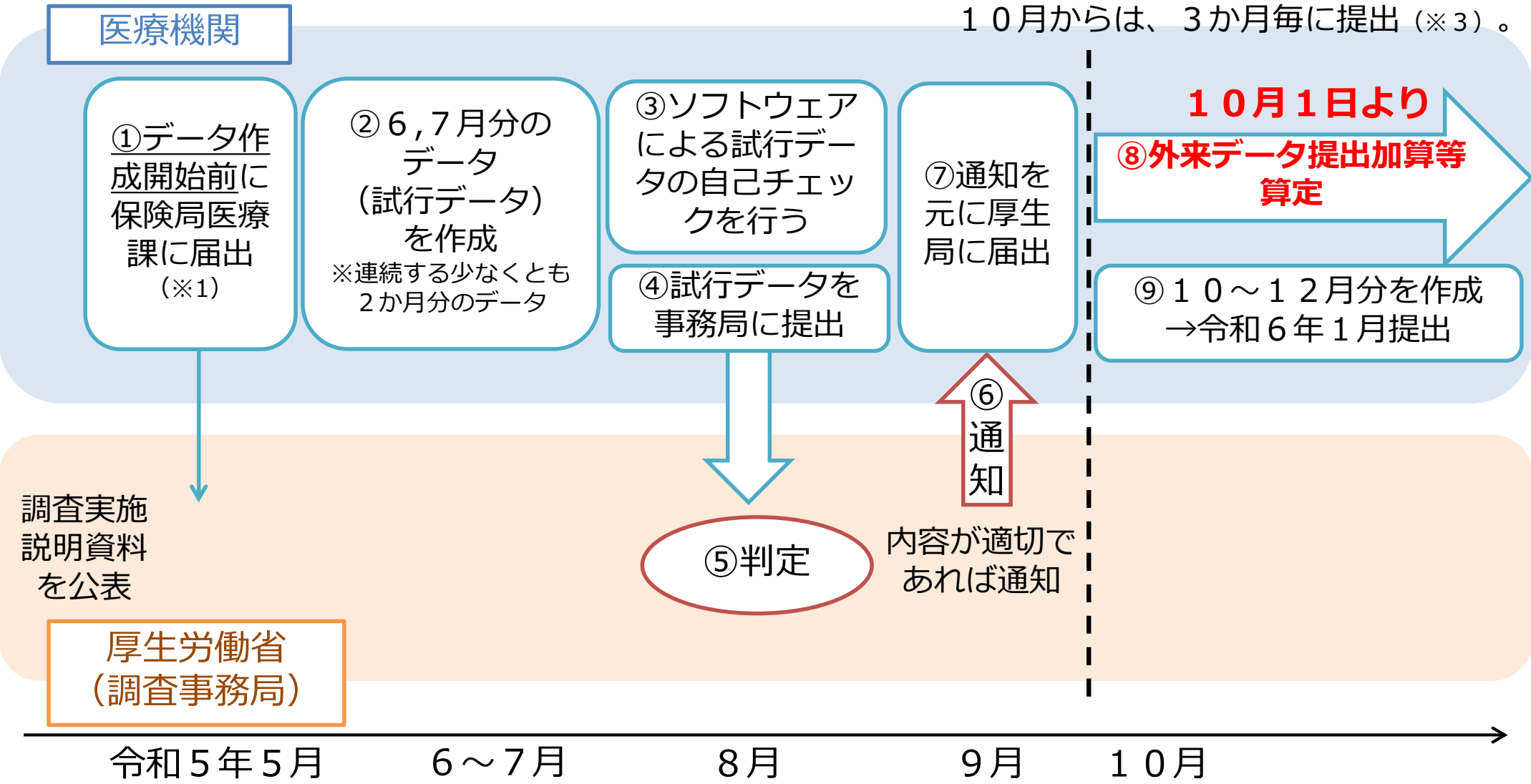
(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保
2. 質の高い訪問看護の確保

在宅医療・訪問看護に係る評価の主な見直し

【在宅医療】

1. 在支診及び在支病による地域連携等の推進

- ✓ 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を明記
- ✓ 機能強化型在支病において後方支援機能を強化する観点から、後方ベッドの確保の上在宅患者の緊急入院受入又は地ケア1又は3の届出を要件に組み入れ

2. 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進

- ✓ 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設
- ✓ 従来の継続診療加算を名称変更した上で、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に加入し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価として、在宅療養移行加算を新設

3. 小児の在宅医療の評価

- ✓ 在宅医療における小児がん診療のニーズが高まっていることを踏まえ、在宅がん医療総合診療料について小児に係る加算を新設

【訪問看護】

4. 利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制整備の推進

- ✓ 訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化

5. 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

- ✓ 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設

6. 退院支援の見直し

- ✓ 退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設

7. 遠隔死亡診断の補助の評価

- ✓ 医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保
2. 質の高い訪問看護の確保

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

- 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

【経過措置】

令和4年3月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

- 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

機能強化型在支病の要件の見直し

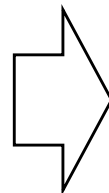
- 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1若しくは3の届出により要件を満たすこととする。

現行

【在宅療養支援病院】

〔施設基準〕（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア～サ （略）
シ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
ス （略）



改定後

【在宅療養支援病院】

〔施設基準〕（抜粋・例）

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること
ア～サ （略）
シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。
・ 過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
・ 在支診等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。
・ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1又は3を届け出ていること。
ス （略）

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

- 通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料を新設する。

(新) 外来在宅共同指導料

外来在宅共同指導料 1 **400点**

(在宅療養を担う保険医療機関において算定)

外来在宅共同指導料 2 **600点**

(外来において診療を行う保険医療機関において算定)

[対象患者]

- ・ **外来において継続的に診療（継続して4回以上外来を受診）を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者**（他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。）

[算定要件]

- ・ 外来在宅共同指導料 1
保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、**当該患者の在宅療養を担う保険医療機関**の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
- ・ 外来在宅共同指導料 2
外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養上必要な説明及び指導を情報通信機器を用いて行った場合においても算定できる。



在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない －：施設基準上の要件ではない			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○（＜10）		○（＜10）		○（＜10）	
	その他		○		○		◎	×
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○（＜10）		○（＜10）		○（＜10）	
	その他		◎	×	○		◎	×
<u>（新）在宅療養移行加算 1</u>			○※1		－		○※1	
<u>（新）在宅療養移行加算 2</u>			※2		－		○※1	

※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）

※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、**往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること**を要件とする。

<10：連携医療機関数が10未満であること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保
2. 質の高い訪問看護の確保

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、訪問看護ステーションにおける業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化する。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（業務継続計画の策定等）

第二十二條の二 指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 3 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

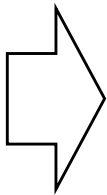
- 利用者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、複数の訪問看護ステーションが連携することで24時間対応体制加算を算定できる場合の要件について、自治体や医療関係団体等が整備する地域の連携体制に参画している場合を追加する。

現行

【24時間対応体制加算
（訪問看護管理療養費）】

【算定要件】

- 2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

【算定要件】

- 2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション
 - ・ 業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション

自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは次のいずれにも該当するもの

- ア 都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業
- イ 自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業
- ウ 都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理している

訪問看護情報提供療養費における情報提供先（参考）

	情報提供療養費 1	情報提供療養費 2	情報提供療養費 3
対象者 情報提供先	・別表第7該当者 ・別表第8該当者 ・精神障害を有する者、 その家族等 ・18歳未満の児童	・18歳未満の超重症児、 準超重症児 ・18歳未満の別表第7該当者 ・18歳未満の別表第8該当者	・入院・入所する利用者
市町村・都道府県	○	—	—
指定特定相談支援事業者	X⇒○	—	—
指定障害児相談支援事業者	X⇒○	—	—
保育所等（※1）、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校（前期課程）、特別支援学校（小学部、中学部）	—	○	—
特別支援学校（幼稚部、高等部）、高等学校、中等教育学校（後期課程）、高等専門学校、専修学校	—	X⇒○	—
保険医療機関（※2）	—	—	○
介護老人保健施設（※2）	—	—	○
介護医療院（※2）	—	—	○

（※1）保育所等：保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者
（※2）主治医が利用者の入院・入所する保険医療機関等に対して情報提供を行うにあたり、訪問看護ステーションから主治医に対して情報提供を行う

訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

- 医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。

(別紙様式 16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名

生年月日 年 月 日 (歳)

患者住所

電話 () -

主たる傷病名

(1) (2) (3)

現在の状況
該当項目に○等

病状・治療
状

投与中の薬剤
の用量・用法

日常生活
自立度

認知症の状況

要介護認定
の状況

褥瘡の深さ

装着・使用
医療機器等

1. 2. 3. 4. 5.

J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

I IIa IIb IIIa IIIb IV M

要介護(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)

DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度

1. 自動腹膜透析装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min)

4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ

7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ、日に1回交換)

8. 留置カテーテル (部位: サイズ、日に1回交換)

9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定)

10. 気管カニューレ (サイズ)

11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

II 1. リハビリテーション
(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載))

2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理

4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先
不在時の対応

特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、医療従事者・家族等が実施する訪問看護及び介護合衆サービス利用
時の留意事項等があれば記載して下さい)

他の訪問看護ステーションへの指示
(無 有: 指定訪問看護ステーション名)
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
(無 有: 訪問介護事業所名)

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

事業所 殿 印

訪問看護指示書 (抜粋)
在宅患者訪問点滴注射指示書

現行

II 1. リハビリテーション

(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)))

2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理

4. その他

改定後

II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
1日あたり()分を週()回

2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理

4. その他

165

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

➤ 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

現行	改定後
【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】 [施設基準] 褥瘡ケアに係る専門の研修 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間	【訪問看護基本療養費(Ⅰ)・(Ⅱ)】 [施設基準] 褥瘡ケアに係る専門の研修 - 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間 特定行為研修(創傷管理関連)

※在宅患者訪問看護・指導料3、同一建物居住者訪問看護・指導料3についても同様

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

➤ 専門の研修を受けた看護師が、専門的な管理を含む訪問看護を実施する場合の評価を新設する。

(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

[算定対象]

- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
 - 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者
 - 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
 - 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
 - 手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

- 質の高い訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護ステーション等の看護師に対して、医師が特定行為の実施に係る手順書を交付した場合の評価を新設する。

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、手順書を交付した場合に、所定点数に加算する。

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

- ・ 気管カニューレの交換
- ・ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
- ・ 膀胱ろうカテーテルの交換
- ・ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
- ・ 創傷に対する陰圧閉鎖療法
- ・ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- ・ 脱水症状に対する輸液による補正

個別改定項目の評価

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

新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し①

【感染対策に係る評価の新設】

1. 外来感染対策向上加算の新設

- ✓ 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画（発熱患者の外来診療等を実施する体制）を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価として、外来感染対策向上加算を新設
- ✓ 中核的な医療機関である、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合の評価として、連携強化加算を新設
- ✓ 地域のサーベイランスに参加している場合の評価として、サーベイランス強化加算を新設

2. 感染対策向上加算の改称・新設

- ✓ 感染防止対策加算を感染対策向上加算に改称し、平時からの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要件を見直し
 - ✓ 保健所、地域の医師会との連携
 - ✓ 新興感染症等の発生を想定した訓練の実施
 - ✓ 新興感染症等の発生時等に患者の受入体制を有し、公開
- ✓ より小規模の感染制御チームによる感染防止対策に係る評価として、感染対策向上加算3を新設
- ✓ 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として、指導強化加算を新設
- ✓ 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の評価として、連携強化加算を新設
- ✓ 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として、サーベイランス強化加算を新設

新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し②

【感染症対応を踏まえた入院医療提供体制等の強化】

1. 急性期入院医療における体制強化

急性期一般入院料における機能強化を推進

- ✓ 急性期充実体制加算の新設
 - ✓ 高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を有する医療機関における診療を評価

特定集中治療室等における機能強化を推進

- ✓ 重症患者対応体制強化加算の新設
 - ✓ 新興感染症等有事にも対応できる体制の構築を評価
- ✓ 重症患者初期支援充実加算を新設
 - ✓ 重症患者等に対する支援を評価（入院時重症患者メディエーター）
- ✓ 早期回復を目的とした取組を実施している治療室において、ECMO等を実施する場合の算定上限日数を延長
- ✓ 人工呼吸、ECMOに係る新たな評価を実施
 - ✓ 人工呼吸の評価を経過日数により分別
 - ✓ 体外式膜型人工肺管理料を新設
- ✓ 救急搬送診療料において、重症患者搬送加算を新設（ECMOカー等）

2. 回復期入院医療における体制強化

地域包括ケア病棟における機能強化を推進

- ✓ 急性期病棟から転棟してきた場合の初期加算について、他院からの転棟について点数引き上げ
- ✓ 在宅等からの受入を促進するため、初期加算を引き上げるとともに、要件を強化
- ✓ 在宅復帰率の要件を引き上げるとともに、入退院支援を推進するため、入退院支援加算の届出を要件化
- ✓ 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化

3. 在宅医療・訪問看護における体制強化

- ✓ 機能強化型在支診・在支病の地域連携の強化
 - ✓ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等における連携等を望ましい規定で要件化
- ✓ 機能強化型在支病の後方支援機能強化
 - ✓ 在宅患者の緊急入院受入等を要件に組み入れ
- ✓ 訪問看護ステーションの地域連携等の強化
 - ✓ BCPの要件化
 - ✓ 地域の相互支援ネットワークへ参加している場合の24時間対応体制加算算定対象への追加

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し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 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
- (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
- (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。

- 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 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に4回以上**、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について**報告を行っていること**。

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

- (1) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、**地域や全国**のサーベイランスに参加していること。

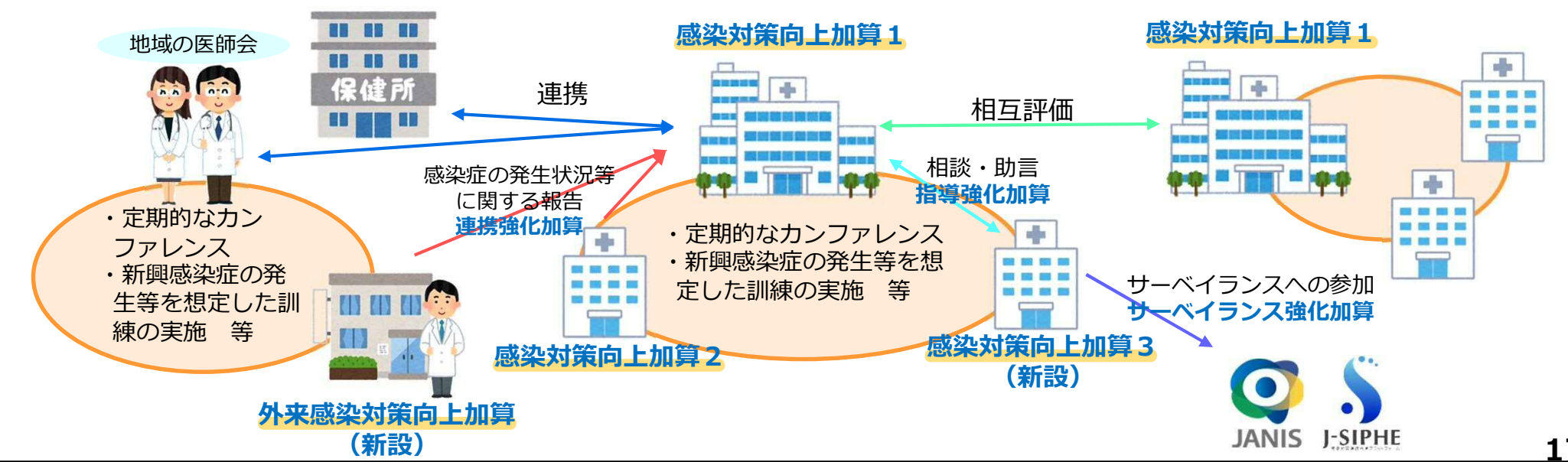
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

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

現行		改定後	
【感染防止対策加算】		(新) 【感染対策向上加算】	
感染防止対策加算 1	390点	<u>感染対策向上加算 1</u>	<u>710点 (入院初日)</u>
感染防止対策加算 2 (新設)	90点	<u>感染対策向上加算 2</u>	<u>175点 (入院初日)</u>
		<u>感染対策向上加算 3</u>	<u>75点 (入院初日、90日毎)</u>

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算	30点 (加算 1 の保険医療機関)
(新) 連携強化加算	30点、サーベイランス強化加算
	5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



不妊治療の保険適用

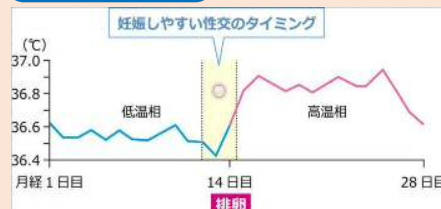
不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

【新たに保険適用】

タイミング法

※管理料で
包括評価



人工授精

※評価を新設



<「生殖補助医療」の補足>

- 下記診療の流れは、生殖医療ガイドラインに記載されている医療技術等について整理したもの。
- 推奨度ごとの考え方は、以下のとおり。

推奨度A：実施を強く推奨
推奨度B：実施を推奨
推奨度C：実施を考慮

生殖補助医療

【新たに保険適用】

※年齢・回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様

① 採卵

【いずれかを実施】

- 調整卵巣刺激法
- 低卵巣刺激法
- 自然周期

推奨度
A～B

② 採精

- 男性不妊の手術・精巣内精子採取術 (TESE)

推奨度
A～B

体外受精

顕微授精

【いずれかを実施】

- 体外受精
- 顕微授精
- Split insemination

※ 複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法

推奨度
A～B

④ 受精卵・胚培養

【いずれかを実施】

- 初期胚まで
- 胚盤胞まで

推奨度
A～B

⑤ 胚凍結保存

【いずれかの場合に実施】

- 複数の胚が作成できた場合
- 全胚凍結周期である場合

推奨度
A～B

⑥ 胚移植

【いずれかを実施】

- 新鮮胚移植
- 凍結胚移植

推奨度
A～B

追加的に実施される場合があるもの

下線部は保険適用
その他は先進医療とする方針

※ 先進医療は随時申請が可能

【③とセット】

- 卵子活性化 推奨度B
- IMSI 推奨度C
- PICSI 推奨度C

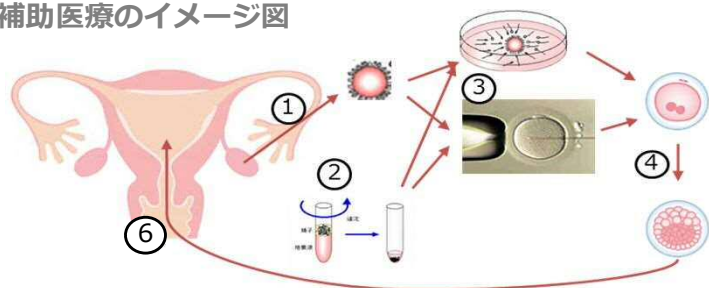
【⑥とセット】

- アシステッドハッチング 推奨度B
- 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 推奨度B
- 子宮内膜受容能検査 推奨度C
- 子宮内細菌叢検査 推奨度C
- SEET法 推奨度C
- 子宮内膜スクラッチ 推奨度C
- PGT 推奨度B
- 反復着床不全に対する投薬 推奨度C

【④とセット】

- タイムラプス 推奨度C

生殖補助医療のイメージ図



不妊治療の診療の流れと診療報酬点数（令和4年4月以降）

一般不妊治療

タイミング法

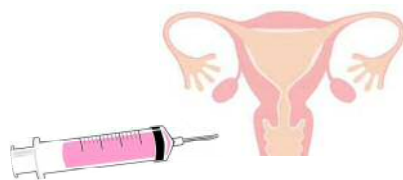
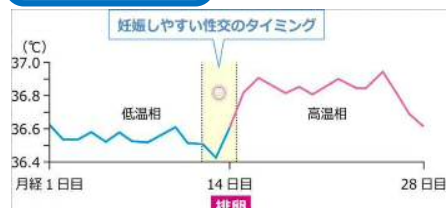
一般不妊治療管理料

○ 250点（3月に1回）

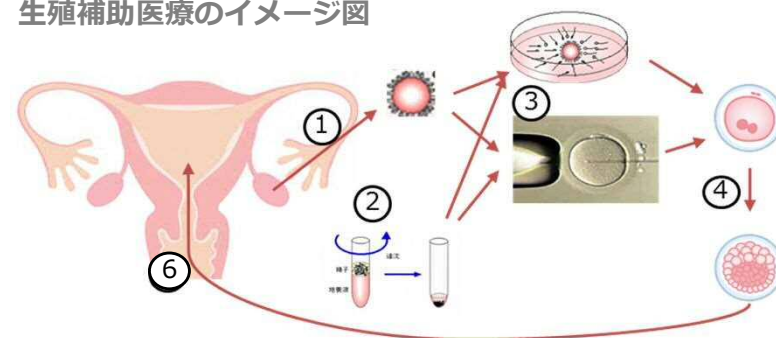
人工授精

人工授精

○ 1,820点



生殖補助医療のイメージ図



生殖補助医療

生殖補助医療管理料（月に1回）

1：300点（相談対応の専任者を配置）

2：250点（上記以外）

① 採卵

採卵術

○ 3,200点+2,400～7,200点
（採卵数に応じ加算）

抗ミューラー管ホルモン（AMH）

○ 600点（6月に1回）

② 採精

Y染色体微小欠失検査

○ 3,770点（患者につき1回）

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

体外受精

顕微授精

+ 卵子活性化処理

体外受精・顕微授精管理料

1：体外受精 4,200点

2：顕微授精 4,800～12,800点
（個数に応じ評価）

+ 採取精子調整加算 5,000点

+ 卵子調整加算 1,000点

④ 受精卵・胚培養

受精卵・胚培養管理料

○ 4,500～10,500点（個数に応じ評価）

+ 胚盤胞に向けた管理

1,500～3,000点（個数に応じ加算）

胚凍結保存

胚凍結保存管理料

1：胚凍結保存管理料（導入時）

5,000～13,000点（個数に応じ評価）

2：胚凍結保存維持管理料

3,500点（年に1回）

⑥ 胚移植

+ アシテット®ハッチング
+ 高濃度ヒアルロン酸
含有培養液

胚移植術

1：新鮮胚移植 7,500点

2：凍結・融解胚移植 12,000点

+ アシテット®ハッチング 1,000点

+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

不妊治療の保険適用

- 子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、以下のとおり、不妊治療に係る医療技術等の評価を新設する。

一般不妊治療に係る評価の新設

(一般不妊治療に係る医療技術等の評価)

- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

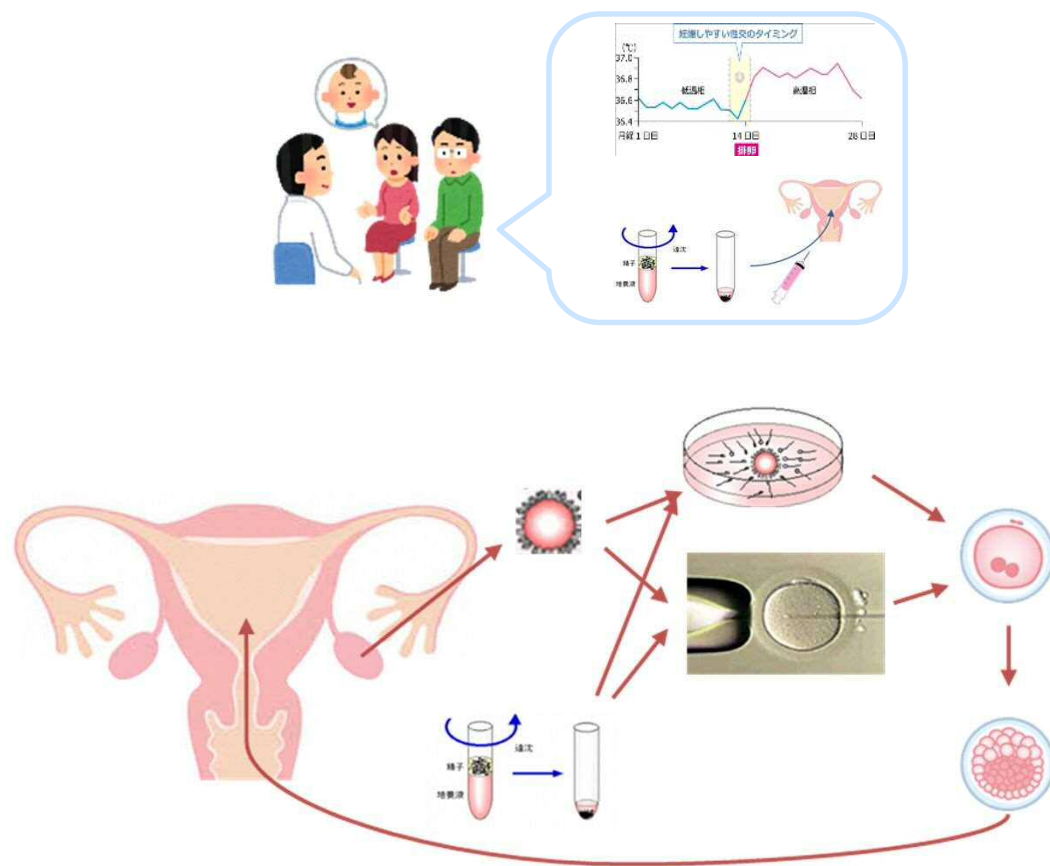
生殖補助医療に係る評価の新設

(生殖補助医療に係る医療技術等の評価)

- 生殖補助医療管理料
- 採卵術
- 抗ミュラー管ホルモン (AMH)
- 体外受精・顕微授精管理料
 - 卵子調整加算
- 受精卵・胚培養管理料
- 胚凍結保存管理料
- 胚移植術
 - アシステッドハッチング
 - 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置

(男性不妊治療に係る医療技術等の評価)

- Y染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術



情報通信機器を用いた診療に係る評価

情報通信機器を用いた評価の新設・見直し

1. 初診

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が改定されたことを踏まえ、評価を新設
 - ✓ 「初診料（情報通信機器を用いる場合） 251点」を新設（対面の場合の87%）
 - ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件は設定しない

2. 再診

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における臨時的・時限的特例の実態も踏まえ、評価を新設
- オンライン診療料は廃止
 - ✓ 「再診料 情報通信機器を用いる場合 73点」を新設
 - ✓ 「外来診療料 情報通信機器を用いる場合 73点」を新設
 - ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を全体の1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件を撤廃

3. 医学管理料

- 算定可能な医学管理料を整理・追加するとともに、点数を引き上げ
 - ✓ 検査・処置等を伴わない医学管理料を算定可能として追加し、現行の9種類から20種類へ増加
 - ✓ 点数は、全て対面の場合の87%として設定

4. 在宅医療

- 在宅時医学総合管理料において活用場面を整理・拡大し、施設入居時等医学総合管理料にも対象拡大
 - ✓ 「月1回の在宅診療と月1回のオンライン診療」、「2月に1回の在宅診療と2月に1回のオンライン診療」の場合の点数を新設
 - ✓ 施設入居時等医学総合管理料においても、同様の類型を新設

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。
- 再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、オンライン診療料を廃止する。

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

〔算定要件〕（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
- (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - 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) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせる行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
- (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7) (8) 略

〔施設基準〕

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

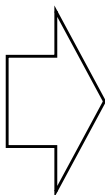
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

- 在宅時医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設するとともに、オンライン在宅管理料を廃止する。
- 施設入居時等医学総合管理料について、訪問による対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせ実施した場合の評価を新設する。

現行

【オンライン在宅管理料】
月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。



改定後

在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料についても同様）に**情報通信機器を用いた場合の評価**を設定

（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）

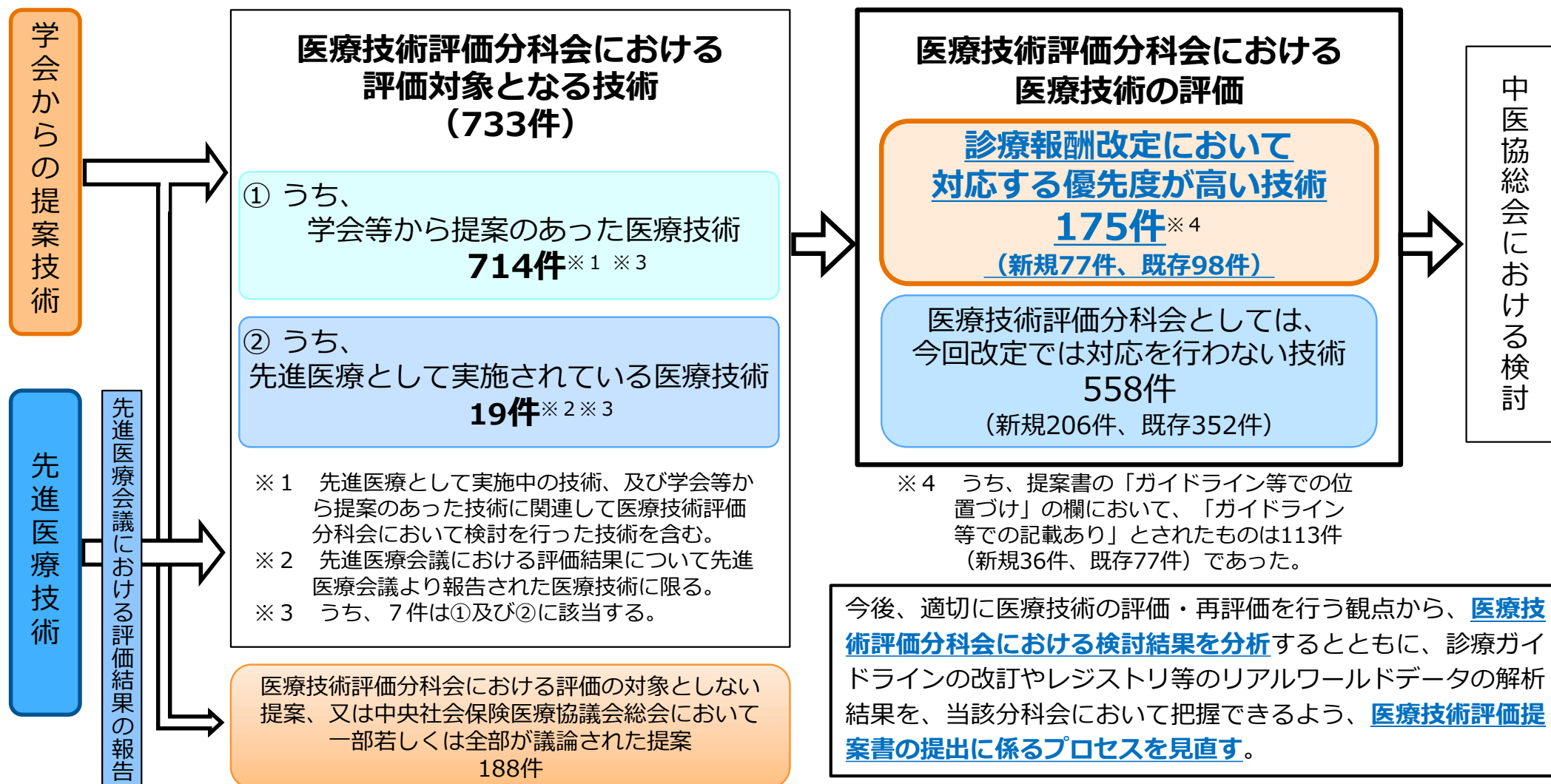
※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

	1人	2～9人	10人～
①月2回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点
②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点
③（うち1回は 情報通信機器を用いた診療 ）	3,029点	1,685点	880点
④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点
⑤（うち2月目は 情報通信機器を用いた診療 ）	1,515点	843点	440点

医療技術の適切な評価

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

- 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

- 粒子線治療の対象疾患に、既存のX線治療等と比較して生存率等の改善が確認された以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】

【算定要件】（概要）

1 希少な疾病に対して実施した場合 187,500点

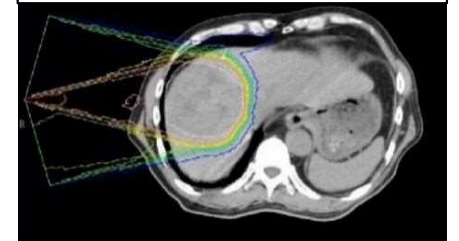
- ・ 陽子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- ・ 重粒子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
局所進行性子宮頸部腺癌※、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

2 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合 110,000点

- ・ 陽子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
- ・ 重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

例：肝細胞癌に対する陽子線治療



【加算】

①粒子線治療適応判定加算
40,000点

（カンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価）

②粒子線治療医学管理加算
10,000点

（照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価）

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➤ 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに算定できる術式】

- ・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- ・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下副腎摘出術
- ・腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要】

- ・ 当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。
- ・ 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。



既存技術の見直し

➤ 胃癌手術について、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合に既存の腹腔鏡下手術に比べ優越性が示されたことから、評価を見直す。

改定後

【腹腔鏡下胃切除術】	
2 悪性腫瘍手術	64,120点
3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	73,590点
【腹腔鏡下噴門側胃切除術】	
2 悪性腫瘍切除術	75,730点
3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	80,000点
【腹腔鏡下胃全摘術】	
2 悪性腫瘍手術	83,090点
3 （略）	
4 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	98,850点

既存技術の見直し

➤ 食道癌、胃癌及び直腸癌について、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合術の施設基準を、レジストリの解析結果に基づき見直す。

現行

- 【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術の場合】
- 【施設基準】
- (1) (略)
- (2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した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)～(9) (略)

改定後

- 【施設基準】
- (1) (略)
- (削除)
- (2)～(8) (略)

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（働き方改革）

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

（在宅医療等）

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

- 11 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器（プログラム医療機器を含む）や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

- 12 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、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を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(後発医薬品の使用促進)

- 14 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(その他)

- 15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。
- 16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。
- 17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。
- 18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。
- 20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。

看護職員処遇改善評価料の新設①

- 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

(新)	看護職員処遇改善評価料 1	1点	(1日につき)
	看護職員処遇改善評価料 2	2点	
	↓		
	看護職員処遇改善評価料165	340点	

[算定要件]

- ・ **看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき**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、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

[施設基準の概要]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
 - イ **救急医療管理加算の届出**を行っており、**救急搬送件数が年間で200件以上**であること。
 - ロ **救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置**していること。
- (2) (1)のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の**前々年度1年間（新規届出の場合は、前年度1年間（※1））における実績**とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。
- (3) 当該保険医療機関に勤務する**看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施**しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、**看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる**。
- (4) (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
- (5) (3) 賃金改善の合計額の**3分の2以上（※2）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図る**こと。

※1 令和4年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とする。

※2 「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくペア等水準を維持することで足りるものとする。

看護職員処遇改善評価料の新設②

(6) 次の式により算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分を届け出ること。

看護職員等の賃上げ必要額（当該保険医療機関の看護職員等の数×12,000円×1.165）

【A】 =

当該保険医療機関の延べ入院患者数×10円

(7) (6) について、算出を行う月、その際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表3のとおりとする（新規届出時は、直近の別表3の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いる）。また、**毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出**を行い、区分に変更がある場合は届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる3か月の「看護職員等の数」、「延べ入院患者数」及び【A】のいずれの変化も**1割以内である場合においては、区分の変更を行わない**ものとする。

(8) **「賃金改善計画書」**を毎年4月に作成し、毎年7月において、地方厚生局長等に提出すること。

(9) 毎年7月において、前年度における取組状況を評価するため、**「賃金改善実績報告書」**を作成し、地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】 看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができるコメディカル

視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種

【別表3】 算出を行う月、対象となる期間、算定する期間

算出を行う月	算出の際に用いる「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【A】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年12月～2月	4月
6月	3～5月	7月
9月	6～8月	10月
12月	9～11月	翌年1月

【別表2】 看護職員処遇改善評価料の区分

【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5未満	看護職員処遇改善評価料1	1点
1.5以上2.5未満	看護職員処遇改善評価料2	2点
2.5以上3.5未満	看護職員処遇改善評価料3	3点
3.5以上4.5未満	看護職員処遇改善評価料4	4点
4.5以上5.5未満	看護職員処遇改善評価料5	5点
5.5以上6.5未満	看護職員処遇改善評価料6	6点
↓	↓	↓
144.5以上147.5未満	看護職員処遇改善評価料145	145点
147.5以上155.0未満	看護職員処遇改善評価料146	150点
155.0以上165.0未満	看護職員処遇改善評価料147	160点
↓	↓	↓
335.0以上	看護職員処遇改善評価料165	340点

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

【医科・歯科】マイナ保険証を利用する場合 7点（初診） 4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）
【調剤】マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）

廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
※調剤は、1 **3点（6月に1回）**、2 **1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・薬局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（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
 - ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるほか、投薬内容から患者の病態を把握できる。
- ✓ 特定健診結果を診療上の判断や薬の選択等に生かすことができる。

問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）

問診票（初診時）

- 今日の状態
- 他の医療機関の受診歴
- 過去の病気
- 処方されている薬
- 特定健診の受診歴
- アレルギーの有無
- 妊娠・授乳の有無
- ……

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

R4年9月時点で
オンラインにより
確認可能

薬局

- ✓ 薬剤情報により、重複投薬や相互作用の確認が可能になる。
- ✓ 特定健診の検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって
正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、
更なる医療の質の向上を実現