診療報酬改定セミナー

令和4年度診療報酬改定のポイント
～ 入 院 編 ～

令和４年３月４日時点

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営コンサルタント

代表取締役　細谷　邦夫

病　院　の　外　来

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

［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

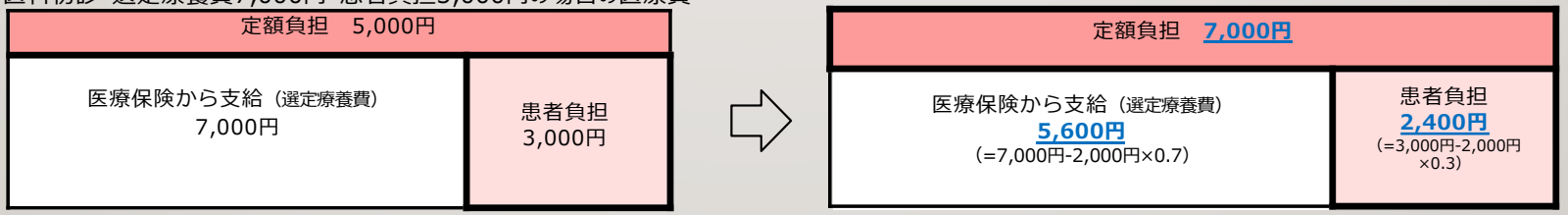
見直し後

［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）
・　**紹介受診重点医療機関（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 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
・　再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

［保険給付範囲からの控除］
外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**
・　初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
・　再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

（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



［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。

［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**

【外来】紹介状なし受診の定額負担の見直し

- 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収対象医療機関の追加
  - ◆現行の「特定機能病院及び一般病床２００床以上の地域医療支援病院」から**「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」（※）のうち一般病床２００床以上の病院にも拡大**

    （※）令和３年改正後の医療法（昭和２３年法律第２０５号）に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの

- 定額負担を求める患者の初診・再診について
  - 以下の点数を保険給付範囲から控除
    - 初診の場合　２００点
    - 再診の場合　５０点
  - 定額負担の金額の変更
    - 初診の場合　5,０００円　⇒　7，０００円
    - 再診の場合　2,５００円　⇒　3，０００円

【外来】紹介状なし受診の定額負担の見直し

- 定額負担を求めないことができる患者の要件の見直し
  - 初診・再診共通
    - 「保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、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ことを明確化
  - 初診の場合
    - 「自院の他科を受診している患者」を「自院の他科から院内紹介されて受診する患者」に見直す
  - 再診の場合
    - 「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「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」、「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」、「治験協力者である患者」を削除
- 施行日等
  - 令和４年１０月１日から施行・適用
  - 公立医療機関は自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、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

【外来】外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

- 減算対象の拡大
  - ◆紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合に初診料、外来診療料を減算
    - ◆「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
- 初診料・外来診療料の「紹介率」「逆紹介率」の算出方法、項目の定義、基準見直し
  - ◆初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という）等が低い保険医療機関
    - ◆「注２」は、紹介割合の実績が５０％未満又は逆紹介割合の実績が**３０‰未満**の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が２００床未満の病院を除く）、**外来機能報告対象病院等（一般病床２００床未満を除く）**をいう
    - ◆「注３」は、紹介割合の実績が４０％未満又は逆紹介割合の実績が**２０‰未満**の許可病床の数が４００床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が４００床以上の地域医療支援病院及び**外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が２００床未満の病院を除く**）をいう

【外来】外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間

- 報告年度の前年度１年間（ただし、前年度１年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関は、報告年度の連続する６か月間）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない

紹介割合及び逆紹介割合の計算方法

- 紹介割合（%）＝（紹介患者数＋救急患者数）÷初診の患者数×１００
- 逆紹介割合（‰）＝逆紹介患者数÷（初診の患者数＋再診の患者数）×**１，０００**

適用年月日

- 紹介割合及び逆紹介割合の計算等は令和５年４月１日から適用

【外来】外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

- 初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義
  - 初診の患者数
    - 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の数
    - 地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車で搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第３０条の４に基づいて作成された医療計画で位置づけられた救急医療事業を行う場合は、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く
  - 再診の患者数
    - 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
    - 地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車で搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第３０条の４に基づいて作成された医療計画で位置づけられた救急医療事業を行う場合は、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、遠隔連携診療料又は連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の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の数を除く

【外来】外来機能の明確化及び医療機関間の連携推進

- 初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義
  - 紹介患者数
    - 他院（特別の関係にある保険医療機関を除く）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先医療機関で医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数
  - 逆紹介患者数
    - 診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く）に基づき他院での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他院に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、遠隔連携診療料又は連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む）の数
  - 救急患者数
    - 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（搬送された時間を問わない）

【外来】機能強化型在宅療養支援病院の実績要件の見直し

- 機能強化型の在宅療養支援病院（連携型含む）
  - 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
  - 在宅療養支援病院（機能強化型・連携型）の施設基準
    - ア～サ及びス（略）
    - シ 以下のいずれかの要件を満たすこと
      - 当該病院において、過去１年間の緊急の往診の実績を１０件以上有すること。なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう
      - **（新）在宅療養支援診療所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ていること及び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**
      - **（新）地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている**

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

- （新）二次性骨折予防継続管理料（要届出）
  - イ、二次性骨折予防継続管理料１　　１,０００点（入院中１回）
    - ◆大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの
  - ロ、二次性骨折予防継続管理料２　　７５０点（入院中１回）
    - ◆イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
  - ハ、二次性骨折予防継続管理料３　　５００点（月１回１年限度）
    - ◆イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

- （新）二次性骨折予防継続管理料
  - ◆算定要件
    - ◆イは入院している患者で、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに、二次性骨折の予防を目的として骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定
    - ◆イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定
    - ◆ロは入院している患者で、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定
    - ◆ハは入院中の患者以外の患者で、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度に月１回に限り算定
    - ◆ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定
    - ◆診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行う

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

- （新）二次性骨折予防継続管理料
  - 算定の概要
    - 骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防推進
    - 骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について評価
    - 大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行う
  - 算定制限
    - 以下の場合「イ」を算定した患者は「ロ」を算定不可
      - 当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に転院した場合
      - 同一保険医療機関のリハビリテーション医療等を担う病棟に転棟した場合
    - 以下の場合「イ」又は「ロ」を算定した同一月に「ハ」は算定不可
      - 患者が退院し入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関外来を受診した場合
      - 当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

- 算定要件
  - 「イ」については、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定
  - 「ロ」及び「ハ」は、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定
  - 当該管理料を算定すべき医学管理の実施に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行う
- 施設基準
  - 職種要件
    - 以下の職種が連携して診療を行う体制を整備
      - 骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師
      - 専任の常勤看護師
      - 専任の常勤薬剤師
        - 専任の常勤薬剤師は、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない

【医学管理料】二次性骨折予防継続管理料の新設

- ◆施設基準の続き
  - ◆研修会要件及び病棟要件
    - ◆当該保険医療機関内において、「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」及び「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」を参照にした上で、院内職員を対象とした「骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について」の研修会を年に１回以上実施
    - ◆二次性骨折予防継続管理料１は、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは１０対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）又は専門病院入院基本料に限る）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟
    - ◆二次性骨折予防継続管理料２は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟

- ◆届出に関する事項
  - ◆届出は別添２の様式５の１３を用いる
  - ◆新たに届出を行う場合は、届出日から起算して１年以内に「骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について」の研修会等の開催が決まっている場合は、研修の要件を満たしているものとする
    - ◆届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付

【医学管理料】外来腫瘍化学療法診療料の新設

- （新）外来腫瘍化学療法診療料（要届出）
  - 1、外来腫瘍化学療法診療料１
    - イ、抗悪性腫瘍剤を投与した場合　７００点（月３回）
    - ロ、抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　４００点（週１回）
  - 2、外来腫瘍化学療法診療料２
    - イ、抗悪性腫瘍剤を投与した場合　５７０点（月３回）
    - ロ、抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　２７０点（週１回）
  - ◆対象患者
    - ◆悪性腫瘍を主病とする患者で入院中の患者以外の患者
  - ◆概要
    - ◆外来化学療法加算の算定要件が整理され、抗悪性腫瘍剤を使用する場合の点数が新設された

【医学管理料】外来腫瘍化学療法診療料の新設

- （新）外来腫瘍化学療法診療料の加算
  - 連携充実加算　　１５０点（月１回）（要届出）
    - ◆１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合
    - ◆連携充実加算の施設基準
      - ◆化学療法を実施している患者の栄養管理を行う必要な体制が整備されている
      - ◆他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されている
  - 小児加算　　２００点
    - ◆当該患者が１５歳未満の小児である場合
  - バイオ後続品導入初期加算　　１５０点（月１回）（３月限度）
    - ◆当該患者に対しバイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合
    - ◆当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度

【医学管理料】外来腫瘍化学療法診療料の新設

- （新）外来腫瘍化学療法診療料（要届出）
  - 算定要件
    - 要届出
    - 別に算定できない項目
      - 初診料（注６から注８までに規定する加算を除く）
      - 再診料（注４から注６までに規定する加算を除く）
      - 外来診療料（注７から注９までに規定する加算を除く）
      - がん患者指導管理料のハ
      - 在宅自己注射指導管理料
    - １のイ及び２のイは、当該患者に対して抗悪性腫瘍剤を投与した場合に月３回に限り算定
    - １のロ及び２のロは、１のイ又は２のイを算定した日以外の日に、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週１回に限り算定
    - 退院した患者に対して退院の日から起算して７日以内に行った治療管理の費用は入院基本料に含まれ算定不可

【医学管理料】外来腫瘍化学療法診療料の新設

- （新）外来腫瘍化学療法診療料（要届出）
  - ◆施設基準
    - ◆外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されている
    - ◆外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有している
  - ◆外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法
    - ◆入院中の患者以外の患者に対して、下記のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法
    - ◆静脈内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射
  - ◆外来腫瘍化学療法診療料の新設に伴い、外来化学療法加算のイの（１）及びロの（１）並びに通則第７号に規定する連携充実加算は廃止

【注射】外来化学療法加算の再編

□外来化学療法加算１

□~~抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

□~~１５歳未満　８２０点~~

□~~１５歳以上　６００点~~

□抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

□１５歳未満　６７０点

□１５歳以上　４５０点

□外来化学療法加算２

□~~抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

□~~１５歳未満　７４０点~~

□~~１５歳以上　４７０点~~

□抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

□１５歳未満　６４０点

□１５歳以上　３７０点

◆外来化学療法加算の定義見直し

※抗悪性腫瘍剤の場合を分離し外来腫瘍化学療法診療料に

◆外来化学療法加算については、入院中の患者以外の**関節リウマチ等の患者**に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する

□（新）バイオ後続品導入初期加算

１５０点（月１回　３月限度）

◆外来化学療法加算の加算

◆当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算

◆バイオ後続品に関する情報を提供

◆外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける

【医学管理料】外来栄養食事指導料の加算新設

- （新）外来栄養食事指導料注３の加算

  悪性腫瘍の患者に対する管理栄養士の指導　　２６０点（月１回）

  - ◆算定要件
    - ◆要届出
    - ◆外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者
    - ◆医師の指示に基づき自院の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合
  - ◆施設基準
    - ◆悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者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

【医学管理料】療養・就労両立支援指導料の見直し

- 療養・就労両立支援指導料の見直し
  - 対象疾患の追加
    - 悪性新生物、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患、肝疾患（経過が慢性なものに限る）、**心疾患、糖尿病、若年性認知症**、指定難病、その他これに準ずる疾患

- 情報提供先の追加
  - 産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者若しくは**衛生推進者**又は労働者の健康管理等を行う保健師

【医学管理料】がん患者指導管理料の見直し

- がん患者指導管理料（要届出）
  - イ、医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（点数変更なし）
    - 算定要件の見直し
      - （略）保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合**又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合**に、患者１人につき１回（略）算定
    - 施設基準の見直し
      - ①がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること
      - **②当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること**
    - 経過措置
      - 令和４年３月３１日時点でがん患者指導管理料イに係る届出を行っている保険医療機関については、同年９月３０日までの間に限り、１の（５）の基準を満たしているものとする（入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く）

【医学管理料】がん患者指導管理料の見直し

- がん患者指導管理料（要届出）
  - ロ、医師、看護師又は**公認心理師**が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（点数変更なし）
    - 対象職種の追加
      - （略）当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは**公認心理師**が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する
    - 算定要件の見直し
      - ア悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又は**がん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師**が（略）分かりやすく説明するよう努める
      - イ（略）
      - ウ看護師又は**公認心理師**が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は**公認心理師**が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない
  - がん患者指導管理料ハは外来腫瘍化学療法診療料の併算定不可

【医学管理料】その他

- ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者追加
  - ハイリスク妊産婦連携指導料１
    - （略）精神疾患を有する**又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された**妊婦又は出産後２月以内であるものに対して
  - ハイリスク妊産婦連携指導料２
    - （略）精神疾患を有する**又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された**妊婦又は出産後６月以内であるものに対して
- 認知症専門診断管理料の見直し
  - ２の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加
  - 認知症専門診断管理料２
    - 基幹型又は地域型の場合　　３００点
    - （新）連携型の場合　　２８０点

【在宅】救急搬送診療料の見直し

□救急搬送診療料

□（新）重症患者搬送加算　　1,８００点（要届出）

◆算定要件の見直し

- ◆（１）救急用の自動車とは以下のものをいう
  - ◆市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車
  - ◆自院の道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車
- ◆（２）救急医療用ヘリコプター内で診療を行った場合も救急搬送診療料を算定可
- ◆（３）診療を継続して提供した場合、初診料、再診料、外来診療料は救急搬送の同一日に１回に限り算定可
- ◆（４）搬送先の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料、外来診療料は１回に限り算定し、往診料は併算定不可。ただし、患者の発生した現場に赴き診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を算定可
- ◆（新）（５）救急搬送診療料は、救急車等に同乗して診療を行った医師が所属する医療機関が算定
- ◆（改）（６）入院患者を他院に搬送した場合は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合は、入院患者でも救急搬送診療料を算定可
  - ◆搬送元以外の他院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
  - ◆救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置、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を日本集中治療医学会の定める指針等に基づき患者の搬送を行う場合
- ◆（７）新生児加算又は乳幼児加算は、新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く）に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算
- ◆（８）長時間加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が３０分を超えたß場合に加算
- ◆（新）（９）重症患者搬送加算は、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、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算
- ◆（新）（１０）同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする

【在宅】救急搬送診療料の見直し

- 救急搬送診療料
  - （新）重症患者搬送加算　　１,８００点（要届出）

◆施設基準

- ◆関係学会により認定された施設
- ◆日本集中治療医学会の指針等に基づき、重症患者搬送を適切に実施
- ◆重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関わる職員を対象として、重症患者搬送に関する研修を年２回以上実施
- ◆自院に以下から構成される重症患者搬送チームを設置
  - ◆集中治療の経験を５年以上有する医師
    - ◆重症の小児患者を搬送する場合には、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
  - ◆看護師
    - ◆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、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましい
  - ◆「適切な研修」とは
    - ◆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に限る）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法に規定する指定研修機関で行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修
  - ◆臨床工学技士
    - ◆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

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添２の様式２０の１の２を用いる

【検査】遺伝学的検査の項目追加

- 分析的妥当性が関係学会等により確認されたものを遺伝学的検査の対象疾患に追加
  - 根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィ ー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、Ｘ連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ１、タイプ２、タイプ３）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳 クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症、ミトコンドリア病

【検査】遺伝カウンセリングの見直し

- 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設（検体検査判断料　注６に追加）
  - 遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る）をいう）を行う場合は、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行う場合に限り算定する
  - 算定要件（次ページに続く）
    - （新）（１０）難病に関する検査（遺伝学的検査及び角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう）に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング（以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という）を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる
      - 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと

【検査】遺伝カウンセリングの見直し

- 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設（検体検査判断料　注６に追加）
  - 算定要件（前ページから続き）
    - 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること
    - 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること
    - 当該他の保険医療機関は本区分の「注６」遺伝カウンセリング加算の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であること
    - 当該他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと
    - 事前の診療情報提供については、診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない
    - 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる

【検査】遺伝カウンセリングの見直し

- 遠隔連携遺伝カウンセリングの新設（検体検査判断料　注６に追加）
  - 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準
    - （新）検体検査判断料の注６に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準
      - 遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている保険医療機関であること
      - 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、検体検査判断料の注６に規定する遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準
      - （１）１に係る届出を行っている保険医療機関であること
      - （２）厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係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
    - 届出に関する事項
      - （１）　　（略）
      - （２）「２」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

- がんゲノムプロファイリング検査
- 検体提出時　８，０００点
- 結果説明時　４８，０００点

- がんゲノムプロファイリング検査
  ４４，０００点
- （新）がんゲノムプロファイリング評価提供料
  １２，０００点

◆検体提出時と結果説明時を分けた

- がんゲノムプロファイリング検査　４４，０００点

◆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保険医療機関において実施した場合に限り算定する

◆２、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果によりがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆算定要件

◆（１）固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、１００以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、検体提出時に患者１人につき１回（以下のイの場合については、血液を検体とする検査を含めて２回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる

◆（略）

◆（３）がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること

◆（略）

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆算定要件

◆（６）「注２」に係る規定は、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には（２）から（５）までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること

- ◆癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査
- ◆大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査
- ◆乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査
- ◆固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査
- ◆肺癌におけるＭＥＴｅｘ１４遺伝子検査
- ◆悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査
- ◆固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査
- ◆胆道癌におけるＦＧＦＲ２融合遺伝子検査
- ◆卵巣癌又は前立腺癌におけるＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

- ◆（１）～（３）（略）
- ◆（４）がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に全例を提出していること（当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く）。なお、提出に当たっては、Ｃ－ＣＡＴ検査データ転送システム利用規約を遵守していること
- ◆（５）臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること
- ◆（６）当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること
- ◆（７）（略）

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

□がんゲノムプロファイリング検査

◆がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

- ◆（８）エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年７月１９日一部改正健発０７１９第３号）及び「エキスパートパネルの実施要件について」（令和４年２月）に基づき開催していること

◆届出に関する事項

- ◆（新）（２）当該保険医療機関における当該検査の実施件数、Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること

【検査】がんゲノムプロファイリング検査の再編

- （新）がんゲノムプロファイリング評価提供料　１２，０００点（患者１人１回）
  - ◆対象患者
    - ◆がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者
  - ◆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において、がんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に、患者１人につき１回に限り算定する
  - ◆施設基準
    - ◆がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること

【投薬・注射】その他

- （新）バイオ後続品導入初期加算　　１５０点（月１回　３月限度）
  - ◆外来化学療法加算、外来腫瘍化学療法診療料（新設）の加算
  - ◆当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算
  - ◆バイオ後続品に関する情報を提供
- 無菌製剤処理料が診療所でも算定可能に
  - ◆無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする
- 外来後発医薬品使用体制加算（診療所のみ）
  - ◆加算１　８５％　⇒　９０％
  - ◆加算２　７５％　⇒　８５％
  - ◆加算３　７０％　⇒　７５％

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

- 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）（要届出）
  - 摂食嚥下機能回復体制加算１　２１０点
  - 摂食嚥下機能回復体制加算２　１９０点
  - 摂食嚥下機能回復体制加算３　１２０点
    - ◆加算３は療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２の算定患者が対象

- ◆算定要件
  - ◆要届出
  - ◆摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

- 摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）（要届出）
  - 施設基準
    - （１）摂食嚥下機能回復体制加算１の施設基準
      - イ、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されている
      - ロ、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している
      - ハ、摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有している
    - （２）摂食嚥下機能回復体制加算２の施設基準
      - （１）のイ及びロを満たすこと
    - （３）摂食嚥下機能回復体制加算３の施設基準
      - イ、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されている
      - ロ、（１）のロを満たすこと
      - ハ、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟を有する病院
      - ニ、摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有している

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

- 摂食嚥下機能回復体制加算の人員配置要件の見直し
  - 1、摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準
    - （１）保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、**歯科衛生士が必要に応じて参加**していること
      - ア　　（略）
      - イ、摂食嚥下機能障害を有する患者の看護の従事経験を５年以上有する看護師で、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師**又は専従の常勤言語聴覚士**
      - （削除）~~専任の常勤言語聴覚士~~
      - （削除）~~専任の常勤薬剤師~~
      - ウ、専任の常勤管理栄養士
      - （削除）~~専任の歯科衛生士~~
      - （削除）~~専任の理学療法士又は作業療法士~~

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

- 摂食嚥下機能回復体制加算の人員配置要件の見直し
  - 1、摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準
    - （２）　　（略）
    - （３）**摂食嚥下支援チームの構成員**は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、~~歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士~~**摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種**については、必要に応じて参加することが望ましい
    - （新）（４）自院で経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から１年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において３５％以上であること
      - ア、他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者で自院で摂食機能療法を実施したもの
      - イ、当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

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

【リハ】摂食嚥下支援加算の名称変更と再編

- 摂食嚥下機能回復体制加算の人員配置要件の見直し
  - 経過措置
    - （３）令和４年３月３１日時点で改定前（令和４年度改定前）の摂食機能療法の「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準の届出保険医療機関は、令和４年９月３０日までの間に限り、１の（１）のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、（４）の基準を満たしているものとする

【処　置】新設項目／留意事項の追加

◆歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）

９００点　⇒　１，１００点

□血球成分除去療法

◆寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、寛解維持を目的として行った場合に限り、原則として一連につき２週間に１回を限度として48週間に限って算定する。なお、医学的な必要性から一連につき２週間に２回以上算定する場合又は48週間を超えて算定する場合には、その理由をレセプトの摘要欄に記載

◆初回実施に当たっては、医学的な必要性をレセプトの摘要欄に記載

【処　置】新設項目

- 血漿交換療法（点数変更なし）
  - （新）難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法
    - 要届出
    - 難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症とは
      - 重度尿蛋白(1日3g以上の尿蛋白を呈するもの又は尿蛋白/尿クレアチニン比が3g/gCr以上のものに限る)を呈する糖尿病性腎症(血清クレアチニンが2mg/dL未満のものに限る)で、薬物治療を行っても血清LDLコレステロール値が120mg/dL未満に下がらない場合
    - 当該療法の実施回数は、一連につき12回を限度として算定
  - （新）移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法
    - 要届出
    - 臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき5回を限度として算定する。なお、医学的な必要性から一連につき6回以上算定する場合には、その理由をレセプトの摘要欄に記載する

【処　置】算定上の留意事項の見直し等

局所陰圧閉鎖処置（入院）

- 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。**ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない**
- **（新）「注３」の加算の所定点数とは、「注１」及び「注２」の加算を含まない点数**

局所陰圧閉鎖処置（入院外）

- 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。**ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない**

【処　置】点数の見直し等

- 人工呼吸の再編
  - ３０分～５時間までの点数に変更なし
  - ５時間を超えた場合（５日につき）８１９点　⇒
    - **（新）１４日目まで　９５０点**
    - **（新）１５日目以降　８１５点**
  - **（新）覚醒試験加算（１日につき）（１４日限度）　１００点**
    - ◆**気管内挿管が行われている患者に対し、意識状態に係る評価を行った場合**
  - **（新）離脱試験加算（１日につき）　６０点**
    - ◆**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**

【処　置】算定上の留意事項の見直し等

- 人工呼吸の再編の続き
  - 他院で人工呼吸器による管理が行われていた患者は人工呼吸の算定期間を通算する
  - 自宅等で人工呼吸器が行われていた患者は、治療期間にかかわらず「ロ」の所定点数を算定
  - 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
    - 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認する
    - 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
    - 意識状態の評価に当たっては、RichmondAgitation-SedationScale（RASS）等の指標を用いる
    - 評価日時及び評価結果をカルテに記載する
  - 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

【処　置】算定上の留意事項の見直し等

- 離脱試験加算の続き
  - イ,以下のいずれにも該当すること
    - 原疾患が改善している又は改善傾向にあること
    - 酸素化が十分であること
    - 血行動態が安定していること
    - 十分な吸気努力があること
    - 異常な呼吸様式ではないこと
    - 全身状態が安定していること
  - 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
    - 吸入酸素濃度（FIO2）50%以下、CPAP（PEEP）≦5cmH2OかつPS≦5cmH2O
    - FIO250%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
    - 酸素化の悪化の有無
    - 血行動態の悪化の有無
    - 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無
  - 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をカルテに記載すること

手　術

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、個々の点数は厚生労働省のＨＰからご確認ください。

医科点数表　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf

実施上の留意事項　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907838.pdf

【手術】時間外加算１、休日加算１、深夜加算１の見直し

- 時間外加算１、休日加算１、深夜加算１（処置・手術通則）の施設基準見直し
  - ６、当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること
    - **（２）以下のア及びイの事項について記録していること**
      - ア,当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後１０時から翌日の午前５時までをいう。以下、同様とする）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日
      - **イ,当該加算を算定している全ての診療科において２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日**
    - （３）**（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。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、**（２）のアの当直等を行った日には数えない**
  - 届出に関する事項
    - 令和４年３月３１日時点で時間外加算１、休日加算１、深夜加算１の届出保険医療機関は、令和５年３月３１日までの間に限り、６の（２）のイ及び（３）の基準を満たしているものとする

【麻酔】周術期薬剤管理加算の新設

- （新）周術期薬剤管理加算　　７５点（要届出）
  - 質の高い周術期医療のため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
- 麻酔管理料（Ⅰ）、麻酔管理料（Ⅱ）
  - 算定要件
    - 要届出
    - 入院患者が対象
    - 自院の薬剤師が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、周術期に必要な薬学的管理を行った場合
  - 施設基準
    - 自院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を配置
    - 病棟薬剤業務実施加算１の届出保険医療機関

【処置・手術】引き上げ項目

- デブリードマン
  - １００平方cm未満　　１，２６０点　⇒　１，４１０点
  - １００平方cm以上３,０００平方cm未満　　４，３００点　⇒　４，８２０点
  - ３、3,000平方cm以上　　１０，０３０点　⇒　１１,２３０点
  - （新）超音波式デブリードマン加算　　２，５００点
    - 度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、主にデブリードマンに使用する超音波手術器を用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき１回に限り算定
    - 噴霧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ別に算定不可

【手　術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

- 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）、薬剤投与用胃瘻造設術
  - ◆（新）経皮的内視鏡下胃瘻造設術を行う場合には予め胃壁と腹壁を固定する
- （新）内視鏡的逆流防止粘膜切除術　１２,０００点
- 腹腔鏡下リンパ節群郭清術
  - （新）４,側方　４１、０９０点
    - ◆（新）「４」については、直腸がんから側方リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定
- （新）腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）　７０,２２０点
- 胆管悪性腫瘍手術
  - （新）３,肝外胆道切除術によるもの　５０,０００点
  - ４,その他のもの　８４,７００点　⇒　９４,８６０点
    - ◆胆管悪性腫瘍に対して膵頭十二指腸切除のみを行った場合、「４」その他のもので算定

【手　術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

- 腹腔鏡下直腸切除・切断術
  - （新）３,低位前方切除術　９１,４７０点
  - （新）４,経肛門吻合を伴う切除術　１００,４７０点
    - （改）注１から３までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、３,４７０点を所定点数に加算
    - （新）２,側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、４,２５０点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、６,３８０点を所定点数に加算
    - （新）（１）「４」については、経腹的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、レセプトに手術記録を添付

【手　術】内視鏡・腹腔鏡手術の変更点

□（新）内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術　　８,９９０点

◆治療上の必要があって初回実施後１週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定

◆一連の期間内において、食道・胃静脈瘤硬化療法、内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術、門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を実施した場合は、主たるもののみ算定し、「一連」とは１週間を目安

◆マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は所定点数に含まれ別に算定不可

➢ 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、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】

・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。**

【手　術】整形外科領域手術の変更点

□骨折観血的手術

□（新）緊急整復固定加算　　４,０００点

◆７５歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後４８時間以内に骨折部位の整復固定を行った場合（一連の入院期間に二次性骨折予防継続管理料１を算定する場合に限る）に、１回加算

◆当該手術後は早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行う

◆レセプトの摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載

□骨切り術

□（改）患者適合型変形矯正ガイド加算

◆先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器**又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器**を用いて実施した場合に、「１」の上腕又は「２」の前腕の所定点数に加算

【手　術】整形外科領域手術の変更点

- （新）脛骨近位骨切り術　　２８,３００点
  - ◆変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、脛骨近位部の骨切りを実施した場合に算定
- 変形治癒骨折矯正手術
  - ◆（改）（２）患者適合型変形矯正ガイド加算は、上腕又は前腕の変形治癒骨折矯正手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器**又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器**を用いて実施した場合に算定
- 骨移植術
  - ◆（改）（７）自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「３」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。**なお、人工骨の移植部位について、レセプトの摘要欄に記載すること**

【手　術】整形外科領域手術の変更点

- 関節鏡下肩腱板断裂手術
  - （新）２簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）　３７,４９０点
    - ◆（新）「２」簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）とは、腱板の断裂が５cm未満の症例に対して行う手術であって、区分番号「K０８０-７」上腕二頭筋腱固定術を併せて実施したものをいう
  - （新）上腕二頭筋腱固定術
    - １観血的に行うもの　１８,０８０点
    - ２関節鏡下で行うもの　２３,３７０点
      - ◆上腕二頭筋腱固定術上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷（保存的治療が奏功しないものに限る）に対し、インターファレンススクリューを用いて固定を行った場合に算定
- 断端形成術（軟部形成のみのもの）、断端形成術（骨形成を要するもの）
  - ◆（新）手指又は足趾の切断術を行った場合は、断端形成術（軟部形成のみのもの）指（手、足）又は断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定

【手　術】整形外科領域手術の変更点

- 人工骨頭挿入術
  - （新）緊急挿入加算　４,０００点
    - ７５歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後４８時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合（一連の入院期間において二次性骨折予防継続管理料１を算定する場合に限る）に、１回に限り所定点数に加算
    - 当該手術後は早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行う
    - レセプトの摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載
- （新）顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術　２４,５６０点
- （新）皮下髄液貯溜槽留置術　５,２９０点
- 筋膜切離術、筋膜切開術　８４０点　⇒　９４０点

【手　術】脳神経外科領域手術の変更点

- 頭蓋内腫瘍摘出術、内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術
  - （新）術中MRI撮影加算　　３,９９０点
    - ◆同一手術室内で術中にMRIを撮影した場合
    - ◆関係学会の定めるガイドラインを遵守した場合に限り算定
    - ◆MRIに係る費用は別に算定可
- 水頭症手術
  - 脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）
  - シャント手術
  - （新）３シャント再建術
    - 頭側のもの　　１５,８５０点
    - 腹側のもの　　６,６００点
    - 頭側及び腹側のもの　　１９,１５０点
    - ◆（新）シャント再建術において、カテーテル抜去に係る費用は所定の点数に含まれ別に算定不可

【手　術】脳神経外科領域手術の変更点

- 脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）
  - （新）ローフローバイパス術併用加算　１６,０６０点
    - ◆ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合
    - ◆本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定
    - ◆バイパス造成用自家血管の採取料は当該所定点数に含まれ別に算定不可
  - （新）ハイフローバイパス術併用加算　３０,０００点
    - ◆ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合
    - ◆本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、上肢又は下肢から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定
    - ◆バイパス造成用自家血管の採取料は当該所定点数に含まれ別に算定不可
- （新）癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）　３８,７９０点
  - ◆癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）は、くも膜下腔の癒着剥離を顕微鏡下に実施し、くも膜下腔を形成した場合に算定

【手　術】眼科・耳鼻科領域手術の変更点

- （新）角結膜悪性腫瘍切除術　　6,２９０点
- （新）自家培養上皮移植術　　５２,６００点
  - ◆角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、自家培養角膜上皮移植又は自家培養口腔粘膜上皮移植を行った場合に算定
  - ◆角膜輪部組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合は、角膜・強膜縫合術の所定点数を準用する
  - ◆口腔粘膜組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合は、粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用する
  - ◆自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、自家培養口腔粘膜上皮移植の実施医療機関と口腔粘膜組織採取の実施医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、自家培養口腔粘膜上皮移植の実施医療機関が行い、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる
- 斜視手術
  - （新）調節糸法　　１２,０６０点
- 小耳症手術
  - ◆（新）「１」の軟骨移植による耳介形成手術においては、軟骨移植に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定不可

【手　術】眼科・耳鼻科領域手術の変更点

- （新）植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術　２４,４９０点
  - ◆関連学会の定める適応基準に合致する難聴患者に対して実施した場合に算定
- （新）耳管用補綴材挿入術　１８,１００点
  - ◆保存的治療が奏功しない難治性耳管開放症の症状改善を目的に耳管用補綴材を耳管内に挿入した場合に算定
- （新）経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
  - 上鼓室開放を伴わないもの　４０,６３０点
  - 上鼓室・乳突洞開放を伴うもの　５２,９９０点
- （新）内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）　１,５００点
  - ◆痙攣性発声障害に対してボツリヌス毒素を経皮的に内喉頭筋内に注入した場合に算定
  - ◆実施に当たっては、経皮的に筋電図を使用し薬剤を注入する
  - ◆筋電図検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定不可

【手　術】その他の領域手術の変更点

- （新）頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　２２,１００点
  - ◆半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定
  - ◆頭頸部外科について５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している医師が実施する
- （改）経カテーテル大動脈弁置換術　⇒　経カテーテル弁置換術
  - （新）３経皮的肺動脈弁置換術　３９,０６０点
    - ◆（改）（１）「１」及び「２」については、経カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定
    - ◆（新）（２）「３」については、関連学会の定める適正使用基準に従って、経カテーテル人工生体弁セット又は経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いて肺動脈弁置換術を実施した場合に算定
- （新）ステントグラフト内挿術（シャント）　１２,０００点
  - ◆ステントグラフト内挿術（シャント）は、人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄病変に対し、末梢血管用ステントグラフトを留置した場合に算定
  - ◆手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定不可

【手　術】その他の領域手術の変更点

- 不整脈手術（左心耳閉鎖術）
  - （新）ロ,胸腔鏡下によるもの　３７,８００点
    - ◆（新）（３）「４」の「ロ」胸腔鏡下によるものは、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、実施することが適当と医師が認めた患者に対して行われた場合に限り算定
    - ◆（改）「４」の「イ」開胸手術によるもの又は**「ロ」胸腔鏡下によるもの**の診療報酬請求に当たっては、手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む）の結果及び当該手術を行う医学的理由についてレセプトの摘要欄に記載
- （新）体外式膜型人工肺（１日につき）
  - 初日　３０,１５０点
  - ２日目以降　３,０００点
    - ◆体外式膜型人工肺は、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪で人工呼吸器で対応できない患者に対して使用した場合に算定
    - ◆（新）人工心肺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不可

【手　術】その他の領域手術の変更点

- （新）吸着式潰瘍治療法（１日につき）　1,６８０点
  - 次のいずれにも該当する閉塞性動脈硬化症の患者に対して、吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）を使用して治療を行った場合に限り算定
    - フォンテイン分類Ⅳ度の症状を呈する者
    - 膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療又は血管内治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者
  - 当該治療法の実施回数は、原則として一連につき３月間に限って２４回を限度として算定
  - レセプトの摘要欄にア及びイの要件を満たす医学的根拠について記載
- （新）痔瘻手術（注入療法）　１，６６０点
- 下肢静脈瘤手術
  - （新）４、静脈瘤切除術　１，８２０点
- 血管縫合術（簡単なもの）　３，７６０点　⇒　４，２１０点
- 腸瘻、虫垂瘻造設術　８，８３０点　⇒　９，８９０点

【手　術】その他の領域手術の変更点

- （新）ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）　9,９３０点
  - ◆ハンナ型間質性膀胱炎の患者に対して、ハンナ病変の切除又は焼灼を目的として実施した場合に算定
  - ◆膀胱水圧拡張術に係る費用は所定点数に含まれ別に算定不可
- （新）経尿道的前立腺吊上術　１２,３００点
  - ◆前立腺用インプラントを用いて実施した場合に算定
- （新）腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術　３２,２９０点
  - ◆腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術は、帝王切開創子宮瘢痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定
    - ◆続発性不妊症
    - ◆過長月経
    - ◆器質性月経困難症
- 包茎手術
  - ◆１、背面切開術　７４０点　⇒　８３０点
- 会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）　1，５３０点　⇒　1，７１０点

【手　術】その他の領域手術の変更点

- （新）副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
  - １センチメートル未満　　１６,０００点
  - １センチメートル以上　　２２,９６０点
    - ◆ここでいう１センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう
    - ◆関係学会の定める適正使用指針を遵守する
    - ◆片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者で、副腎摘出術が適応とならないものに対して実施する
    - ◆副腎摘出術が適応とならない理由をレセプトの摘要欄に記載

麻　酔・輸　血・手術機器

※全ての点数を網羅している訳ではありませんので、個々の点数は厚生労働省のＨＰからご確認ください。

医科点数表　　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf

実施上の留意事項　　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907838.pdf

【麻　酔】新設と留意事項の見直し

- （改）低体温療法（１日につき）　⇒　体温維持療法（１日につき）（点数変更なし）

- （改）神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）
  ⇒　神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

- 麻酔管理料１と麻酔管理料２
  - 周術期薬剤管理加算　　７５点
    - ◆要届出
    - ◆入院患者が対象
    - ◆自院の薬剤師が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、周術期に必要な薬学的管理を行った場合
    - ◆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（以下「病棟薬剤師等」という）と連携して実施した場合に算定

【麻　酔】新設と留意事項の見直し

- 麻酔管理料１と麻酔管理料２
  - 周術期薬剤管理加算の続き
    - 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、その内容をカルテ等に記載する
      - 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）等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施する
      - 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
      - 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

【輸　血】新設と留意事項の見直し

胎児輸血術（一連につき）

- （新）関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定

（新）臍帯穿刺　　３,８００点

- 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定不可
- 貧血又は血小板減少が疑われる胎児に対して、超音波ガイド下に母体経皮経腹的に子宮内の臍帯血管を穿刺し、胎児血の採取を行った場合に算定
- 関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定

【輸　血】新設と留意事項の見直し

末梢血単核球採取（一連につき）

- 1,採取のみを行う場合　１４,４８０点
- 2,採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合　１９,４１０点
  - （新）（１）「１」の採取のみを行う場合は、アキシカブタゲンシロルユーセル又はリソカブタゲンマラルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者１人につき１回に限り算定
  - （新）（２）「２」の採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合は、チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者１人につき１回に限り算定

CAR発現生T細胞投与（一連につき）

- （削除）~~チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者１人につき１回に限り算定~~
- ６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、２６点を所定点数に加算
- CAR発現生T細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれ別に算定不可
- （新）**アキシカブタゲンシロルユーセル、リソカブタゲンマラルユーセル又は**チサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者１人につき１回に限り算定

【手術機器】新設と留意事項の見直し

- （新）切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算　5,１９０点
  - ◆滲出液を持続的に除去し、切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認を得ている医療機器を、術後縫合創に対して使用した場合に算定
  - ◆算定対象となる患者
    - ◆特定集中治療室管理料、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を算定する患者で、次に掲げる患者
      - ◆アBMIが３０以上の肥満症の患者
      - ◆イ糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA１c（HbA１c）がJDS値で６.６%以上（NGSP値で７.０%以上）の者
      - ◆ウステロイド療法を受けている患者
      - ◆エ慢性維持透析患者
      - ◆オ免疫不全状態にある患者
      - ◆カ低栄養状態にある患者
      - ◆キ創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者ク手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者
  - ◆上記のいずれに該当するかをレセプトの摘要欄に詳細に記載
  - ◆上記以外の患者に当該機器を使用した場合は、当該機器に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ算定不可

今次改定の入院医療のイメージ

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**。

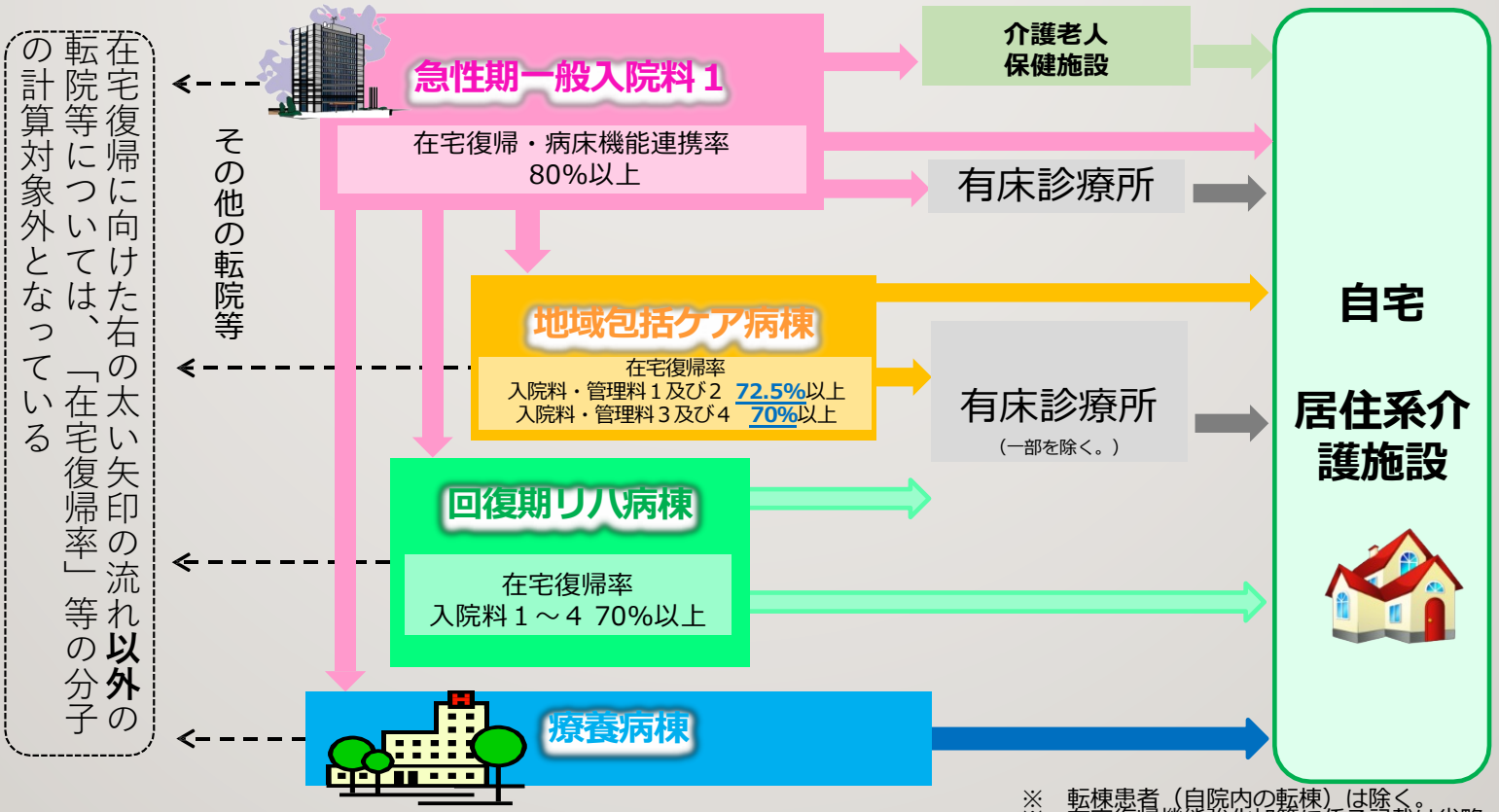
入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

○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。

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○急性期一般入院料１における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復 帰率」の基準において、**自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。**

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



※　転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※　在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

入院基本料（急性期・地域一般）

【入院基本料】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

- 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

- 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

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）

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

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）

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 必要度Ⅰ／Ⅱ	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
	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

【一般病棟用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置（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

改定後

・「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
1	創傷処置（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。

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（専門）	11%	9%
７対１入院基本料（結核）	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%**

【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。

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。

【入院基本料】重症度、医療・看護必要度の見直し

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目を以下のとおり見直す
  - 「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」を評価項目から削除
  - 「輸血や血液製剤の管理」の評価を１点　⇒　**２点**
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
  - 以下の医療機関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
    - 許可病床数が２００以上の保険医療機関で急性期一般入院料１の届出病棟
    - 許可病床数が４００以上の保険医療機関で急性期一般入院料２から５までの届出病棟
  - 経過措置
    - 令和４年３月３１日時点で急性期一般入院料１の届出病棟（許可病床数が２００床以上４００床未満の保険医療機関に限る）は、令和４年１２月３１日までの間に限り、第五の二の（１）のイの①の５に該当するものとみなす

【入院基本料】注射薬剤３種類以上の除外薬剤の一例

□別紙７　別表２：一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧の「Ａ３　注射薬剤３種類以上の管理」において、薬剤の種類数の対象から除くもの

◆https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907849.xlsx

◆レセプト電算処理システム用コード　医薬品名称

◆620000225　グルアセト３５注　５００ｍＬ
◆620000237　生理食塩液　１．３Ｌ
◆620000238　生理食塩液　１．５Ｌ
◆620000239　生理食塩液　２Ｌ
◆620001328　カーミパック生理食塩液Ｌ　１．３Ｌ
◆620001893　大塚食塩注１０％　２０ｍＬ
◆620002215　生食注シリンジ「ＮＰ」　１０ｍＬ
◆620002216　生食注シリンジ「ＮＰ」　２０ｍＬ
◆620002471　カーミパック生理食塩液Ｌ　１．５Ｌ
◆620002569　塩化ナトリウム注１モルシリンジ「テルモ」１モル２０ｍＬ
◆620002570　塩化ナトリウム注１０％シリンジ「テルモ」２０ｍＬ
◆620002947　１０％食塩注シリンジ「タイヨー」　２０ｍＬ
◆620004100　アセトキープ３Ｇ注　５００ｍＬ
◆620004101　アセトキープ３Ｇ注　２００ｍＬ
◆620004136　生食注シリンジ「オーツカ」５ｍＬ
◆620004137　生理食塩液「ヒカリ」　２５０ｍＬ
◆620004322　１０％食塩注「小林」　２０ｍＬ
◆620004658　ＫＣＬ注１０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル１０ｍＬ

【入院基本料】注射薬剤３種類以上の除外薬剤の一例

◆ レセプト電算処理システム用コード　医薬品名称

◆ 620004659　ＫＣＬ注２０ｍＥｑキット「テルモ」　１モル２０ｍＬ
◆ 620005681　ニソリＭ注　２５０ｍＬ
◆ 620005682　ニソリＭ注　５００ｍＬ
◆ 620005702　ペロール注　３００ｍＬ
◆ 620005703　ペロール注　５００ｍＬ
◆ 620005704　ペンライブ注　２００ｍＬ
◆ 620005705　ペンライブ注　３００ｍＬ
◆ 620005706　ペンライブ注　５００ｍＬ
◆ 620005818　塩化ナトリウム注１０％「日新」　２０ｍＬ
◆ 620006186　アステマリン３号ＭＧ輸液　５００ｍＬ
◆ 620006236　生理食塩液バッグ「フソー」　２５０ｍＬ
◆ 620006237　生理食塩液バッグ「フソー」　５００ｍＬ
◆ 620006238　生理食塩液バッグ「フソー」　１Ｌ
◆ 620006246　ソルアセトＦ輸液　５００ｍＬ
◆ 620006247　ソルアセトＦ輸液　１Ｌ
◆ 620006250　ソルマルト輸液　２００ｍＬ
◆ 620006251　ソルマルト輸液　５００ｍＬ
◆ 620006252　ソルラクトＳ輸液　２５０ｍＬ
◆ 620006253　ソルラクトＳ輸液　５００ｍＬ
◆ 620006254　ソルラクトＴＭＲ輸液　２５０ｍＬ
◆ 620006255　ソルラクトＴＭＲ輸液　５００ｍＬ
◆ 620006256　ソルラクトＤ輸液　２５０ｍＬ
◆ 620006257　ソルラクトＤ輸液　５００ｍＬ
◆ 620006258　ソルラクト輸液　２５０ｍＬ

入院基本料（療養病棟他）

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）

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				

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）

【入院基本料】療養病棟入院基本料

- 中心静脈栄養を実施している状態にある患者の算定要件見直し
  - ◆当該病棟が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
    - ◆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
  - ◆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、令和４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

【入院基本料】摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制

- ８の２：療養病棟入院基本料の注１に規定する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について
  - 次のいずれも満たしている
    - ア,内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有している
      - 当該検査等は、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他院との協力により確保することでも可
    - イ,摂食機能療法を院内で実施できる
    - ウ,毎年７月に療養病棟入院料を算定している患者のうち、中心静脈栄養を実施している患者の数、終了した患者の数、嚥下機能療法を実施した患者数及びアの他院との協力による体制確保の状況等を様式５の７を用いて届け出る

【入院基本料】療養病棟入院基本料の注１１

□療養病棟入院基本料注１１の経過措置の見直し

- ◆減算割合１００分の８５　⇒　１００分の７５
- ◆第１章の規定にかかわらずＡ１０１の注１１に規定する診療料は、令和６年３月３１日までの間に限り算定できるものとする
- ◆施設基準
  - ◆令和４年３月３１日時点で療養病棟入院基本料の注１１の届出を行っている病棟

□疾患別リハ料算定患者にＦＩＭの測定を要件化

- ◆療養病棟入院基本料の注１１に規定する場合に疾患別リハ料を算定する患者に対して、ＦＩＭの測定を月に１回以上実施しない場合は、１日につき２単位まで出来高で算定
- ◆医療区分２の患者で疾患別リハ料を算定する患者に対し、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
- ◆施設基準引用
  - ◆（３）療養病棟入院基本料に含まれる第７部リハビリテーションの費用入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く）の費用（療養病棟入院基本料の注１１に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、ＦＩＭの測定を行っていない場合に限る）は、当該入院基本料に含まれるものとする
- ◆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

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。

令和４年度診療報酬改定

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（**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**） ・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（**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**） ・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

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**（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）** ・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（**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**） ・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

【入院基本料】障害者施設等入院基本料

- 重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の評価の見直し
  - 算定要件
    - （新）注１２ 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（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を除く）であって、基本診療料の施設基準等第５の３（１）のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３（２）のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数（次ページ）をそれぞれ算定する

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						

患者の状態に応じた入院医療の評価につい

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
"　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
ロ　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。

【入院基本料】障害者施設等入院基本料

- 重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の評価の見直し
  - ◆当該病棟に入院してから９０日までの間以下を算定
  - 7対1入院基本料又は１０対１入院基本料の施設基準の届出病棟に入院している場合
    - 医療区分２の患者に相当するもの　１，３４５点
    - 医療区分１の患者に相当するもの　１，２２１点
  - １３対１入院基本料の施設基準の届出病棟に入院している場合
    - 医療区分２の患者に相当するもの　１，２０７点
    - 医療区分１の患者に相当するもの　１，０８４点
  - １５対１入院基本料の施設基準の届出病棟に入院している場合
    - 医療区分２の患者に相当するもの　１，１１８点
    - 医療区分１の患者に相当するもの　９９５点

【入院基本料】有床診療所入院基本料等の見直し

- 有床診療所入院基本料有床診療所一般病床初期加算の再編

  - （新）有床診療所急性期患者支援病床初期加算　　１５０点（１日につき）
    - ◆急性期医療を担う他院の一般病棟から転院した患者
    - ◆転院した日から起算して２１日を限度

  - （新）有床診療所在宅患者支援病床初期加算　　３００点（１日につき）
    - 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
    - 治療方針に関する当該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
    - 入院した日から起算して２１日を限度

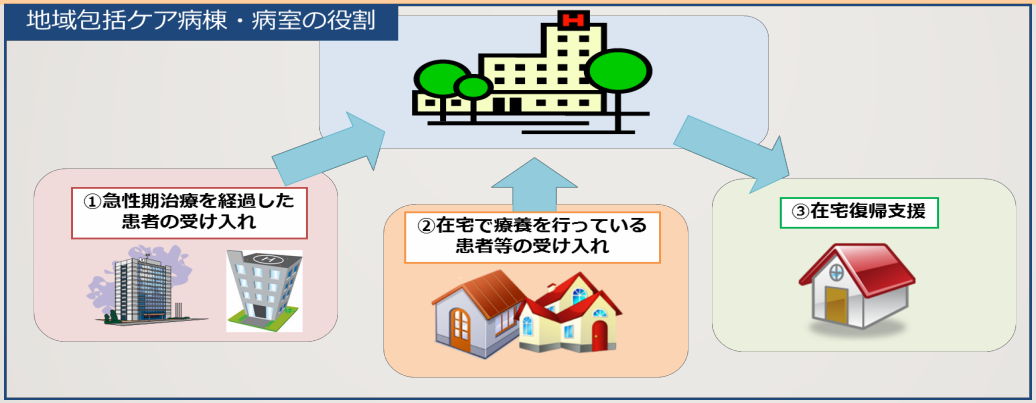
  - ◆経過措置
    - ◆令和４年３月３１日時点で有床診療所入院基本料の届出診療所は、令和４年９月３０日までの間に限り、適切な意思決定支援に関する指針に係る基準に該当するものとみなす

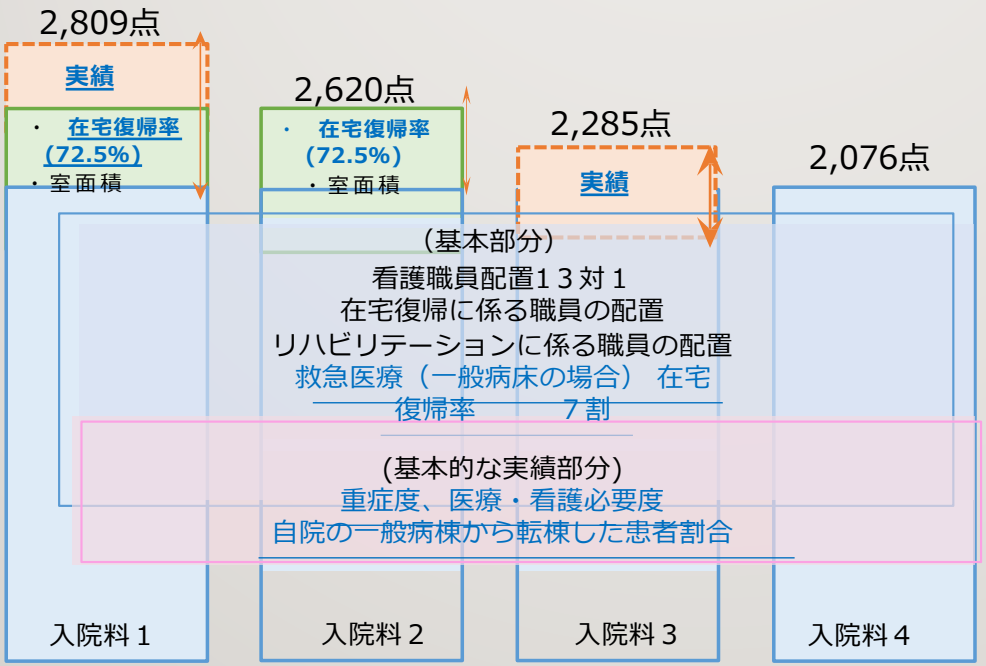
【入院基本料】有床診療所療養病床入院基本料の加算新設

- 有床診療所療養病床入院基本料
  - 慢性維持透析管理加算　　１００点（１日につき）
  - ◆算定対象患者
    - ◆自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、腹膜灌流を行った患者

特　定　入　院　料

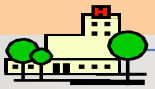
地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）





【実績部分】
- 自宅等からの入棟患者割合２割以上
- 自宅等からの緊急患者の受入れ９人以上
- 在宅医療等の提供等2 項目以上

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	１３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）		**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） 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Ⅱの割合　１割１分以上	【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２分以上** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　**０割８分以上**

➢ 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】 **200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85**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】
" 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以上であること。）
二 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】
" 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。）
二 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
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

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。）

改定後

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
		他院の一般病棟	150点
	算定する医療機関400床**未満**の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
		他院の一般病棟	250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

【特定入院料】地ケア病棟入院料等の要件見直し

- 地ケア入院料２、地ケア入院料４、地ケア管理料２、地ケア管理料４の要件追加
  - （新）ハ,次のいずれか１つ以上を満たしている（満たせない場合１００分の９０で算定）
    - 当該病棟の入院患者に占める自宅等から入院したものの割合が２０％以上
    - 当該病棟の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
    - 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前３月間において３０回以上算定
    - 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、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前３月間において６０回以上算定
    - 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前３月間において３００回以上算定している訪問看護ステーションが併設されている
    - 在宅患者訪問リハビテーション指導管理料を前３月間において３０回以上算定
    - 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、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施設が併設されている
    - 退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前３月間において６回以上算定

【特定入院料】地ケア病棟入院料等の要件見直し

□一般病床で地ケア入院料又は地ケア医療管理料を算定する場合の要件の見直し

- ◆次のいずれかの基準を満たしていること
  - ◆ア、イ又はオのいずれ※1か及びウ又はエ※2の基準を満たしていること
- ◆許可病床数が２００床未満の保険医療機関の一般病床の場合
  - ◆ウ又はエ（※２）は院内に救急外来を有している又は２４時間の救急受け入れにより当該基準を満たすものとみなす
- ◆経過措置
  - ◆令和４年３月３１日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出病棟又は病室は、令和５年３月３１日までの間の限り、なお従前の例による

- ◆※1
  - ◆ア、在宅療養支援病院の届出
  - ◆イ、在宅療養後方支援病院の届出直近1年間の在宅患者の受入実績
  - ◆オ、訪看護ステーションを自院の同一敷地内に設置

- ◆※2
  - ◆ウ、医療計画に記載される第二次救急医療機関
  - ◆エ、省令に基づき認定された救急病院

【特定入院料】地ケア病棟入院料等の要件見直し

- 療養病床で地ケア入院料又は地ケア医療管理料を算定する場合の要件の見直し
  - 原則として所定点数の１００分の９５で算定
  - 以下のいずれかの場合は所定点数（１００分の１００）で算定
    - 当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受入れが６割以上
    - 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
    - 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
  - 経過措置
    - 令和４年３月３１日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、令和４年９月３０日までの間に限り、当該病棟又は病室は該当するものとみなす

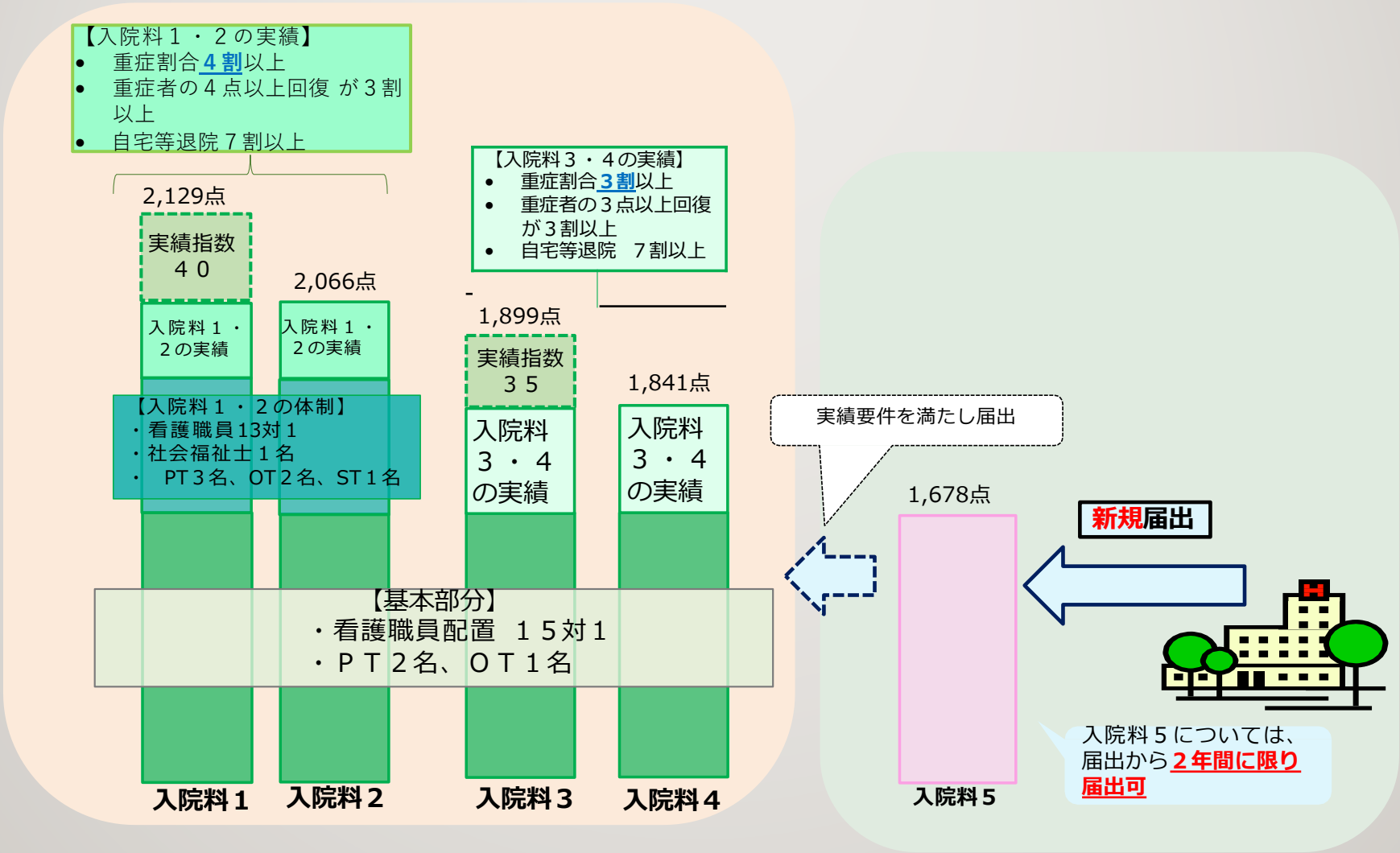
【特定入院料】地ケア病棟入院料等の要件見直し

- 急性期患者支援病床初期加算と在宅患者支援病床初期加算の再編
  - 急性期患者支援病床初期加算
    - ◆許可病床数が４００床以上の保険医療機関の場合
      - ◆①　他院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**
    - ◆許可病床数４００床未満の保険医療機関
      - ◆①　他院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**

※他院は当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く

  - 在宅患者支援病床初期加算
    - ◆介護老人保健施設からの入院患者の場合　５００点
    - ◆**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、自宅からの入院患者の場合**　**４００点**

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	１３対１以上（７割以上が看護師）		１５対１以上（４割以上が看護師）		
看護補助者	３０対１以上				
リハビリ専門職	専従常勤のＰＴ３名以上、ＯＴ２名以上、ＳＴ１名以上		専従常勤のＰＴ２名以上、ＯＴ１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	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
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→４割以上		２割以上→３割以上		－
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） 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	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］（概要） **（新）５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点** **（削除）**

【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、筋又は靭帯損傷後の状態	○ 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**

【特定入院料】回リハ病棟入院料の要件見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編
  - 回復期リハビリテーション病棟入院料５　　１，７３６点　⇒　削除
    生活療養を受ける場合　　１，７２１点　⇒　削除
  - 回復期リハビリテーション病棟入院料６　　１，６７８点
    ⇒　回復期リハビリテーション病棟入院料５　　１，６７８点
    生活療養を受ける場合　　１，６６４点
    - ◆留意事項
      - ◆回復期リハビリテーション病棟入院料５は算定開始日から起算して２４月（回リハ病棟入院料１、回リハ病棟入院料２、回リハ病棟入院料３、回リハ病棟入院料４を算定していた病棟は１２月）に限り算定
    - ◆経過措置
      - ◆令和４年３月３１日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６の届出病棟は、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

【特定入院料】回リハ病棟入院料の要件見直し

- 重症患者割合の見直し
  - 回リハ病棟入院料１、回リハ病棟入院料２
    - ３０％　⇒　　４０％以上
  - 回リハ病棟入院料３、回リハ病棟入院料４
    - ２０％　⇒　　３０％以上
  - 経過措置
    - 令和４年３月３１日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４の届出病棟については、令和４年９月３０日までの間

- 回リハ病棟入院料１、回リハ病棟入院料３の要件見直し
  - 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。届出に関する事項
  - 毎年７月に第三者評価の状況等について別添７の様式により届け出る

【特定入院料】回リハ病棟入院料の要件見直し

- 「回復期リハビリテーションを要する状態」の対象疾患追加
  - 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、手術後の状態
  - 算定上限日数
    - ９０日以内
  - 留意事項
    - リハビリテーション実績指数の算出対象から除外する場合もＦＩＭの測定を行う
    - 以下を入棟時及び入棟後月に１回以上実施することが望ましい
      - 「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）の内容を踏まえ心肺運動負荷試験（ＣＰＸ（cardiopulmonary exercise testing））
  - 施設基準
    - 該当患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること

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						

【特定入院料】特殊疾患病棟入院料の要件見直し

- 特殊疾患病棟入院料
  - ◆算定要件
    - ◆（新）注６ 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（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を除く）であって、基本診療料の施設基準等第５の３（１）のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３（２）のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する
  - 特殊疾患病棟入院料１の施設基準の届出病棟に入院している場合
    - 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
  - 特殊疾患病棟入院料２の施設基準の届出病棟に入院している場合
    - 医療区分２の患者に相当するもの　　１，４９０点
    - 医療区分１の患者に相当するもの　　１，３４１点

【特定入院料】緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料１
  - ３０日以内の期間　　５，２０７点　⇒　５，１０７点
  - ３１日以上６０日以内の期間　　４，６５４点　⇒　４，５５４点
  - ６１日以上の期間　　３，４５０点　⇒　３，３５０点
- 緩和ケア病棟入院料２
  - ３０日以内の期間　　４，９７０点　⇒　４，８７０点
  - ３１日以上６０日以内の期間　　４，５０１点　⇒　４，４０１点
  - ６１日以上の期間　　３，３９８点　⇒　３，２９８点
- （新）緩和ケア疼痛評価加算　　１００点（１日につき）
  - ◆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
  - ◆「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等を実施する

特　定　入　院　料（集中治療室等）

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憎悪
- 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際

➢ **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 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際	
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。		＊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**

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

- （新）重症患者対応体制強化加算（要届出）
  - ３日以内の期間　７５０点
  - ４日以上７日以内の期間　５００点
  - ８日以上１４日以内の期間　３００点
  - ◆対象患者
    - ◆以下を算定する病室に入院している患者
      - ◆特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３、特定集中治療室管理料４、救命救急入院料２、救命救急入院料４
  - ◆概要
    - ◆重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価
      - ◆特殊な治療法の実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等に専門性の高い看護師と臨床工学技士を配置
      - ◆医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者の看護に必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

- （新）重症患者対応体制強化加算（要届出）
  - ◆算定要件
    - ◆地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に、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
  - ◆施設基準
    - ◆（１）当該治療室を有する保険医療機関内に重症患者の対応につき十分な体制を整備
    - ◆（２）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、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専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という）を１名以上配置
    - ◆（３）救命救急入院料又は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において５年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士を１名以上配置
    - ◆（４）常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師を２名以上配置
    - ◆（５）（４）に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講
      - ◆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に限る）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
      - ◆保健師助産師看護師法第３７条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

- （新）重症患者対応体制強化加算（要届出）
  - 施設基準
    - （６）医師、（４）に規定する看護師又は臨床工学技士により、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回以上実施すること。なお、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研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること
      - 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際
    - （７）（４）に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要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、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましい
    - （８）（４）に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況を記録
    - （９）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、他院等の支援を行う看護師が２名以上確保されていること。なお、当該看護師は、（４）に規定する看護師であることが望ましい
    - （１０）急性期充実体制加算、感染対策向上加算１の届出保険医療機関であること。ただし、令和５年３月３１日までの間に限り、急性期充実体制加算の届出を行っていなくても差し支えない
    - （１１）（４）に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準の看護配置に含めない

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

- （新）重症患者対応体制強化加算（要届出）
  - ◆施設基準
    - ◆（１２）（４）に規定する看護師が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勤務時間数に含めない
    - ◆（１３）特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が１５％以上であること。ただし、該当患者の割合は、暦月で６か月を超えない期間の１０％以内の一時的な変動は、施設基準の変更の届出は不要

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。

【特定入院料】重症患者初期支援充実加算の新設

- （新）重症患者初期支援充実加算　　３００点（１日につき）（要届出）
  - ◆概要
    - ◆集中治療領域で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」を設置
    - ◆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
  - ◆対象患者
    - ◆集中治療領域における入院患者
  - ◆対象治療室等
    - ◆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

【特定入院料】重症患者初期支援充実加算の新設

- （新）重症患者初期支援充実加算（要届出）
  - 算定要件
    - 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出保険医療機関に入院している患者（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、入院日から起算して３日を限度に所定点数に加算
  - 施設基準
    - （１）患者サポート体制充実加算の届出医療機関
    - （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を整備
    - （３）自院内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行う
    - （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、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましい
      - ア,医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者
      - イ,医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

【特定入院料】重症患者初期支援充実加算の新設

- （新）重症患者初期支援充実加算（要届出）
  - ◆施設基準
    - ◆（５）当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月１回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、患者サポート体制充実加算のカンファレンスを活用することで差し支えない
    - ◆（６）当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない
    - ◆（７）当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録
    - ◆（８）定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行う

【特定入院料】集中治療領域の算定上限日数の見直し

- 概要
  - ◆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は長期の集中治療管理が必要となるため算定上限日数を延長（点数変更なし）

- 救命救急入院料
  - 救命救急入院料１
    - ３日以内の期間　１０，２２３点
    - ４日以上７日以内の期間　９，２５０点
    - ８日以上~~１４日以内~~の期間　７，８９７点
  - 救命救急入院料２
    - ３日以内の期間　１１，８０２点
    - ４日以上７日以内の期間　１０，６８６点
    - ８日以上~~１４日以内~~の期間　９，３７１点
  - 救命救急入院料３
    - イ,救命救急入院料
      - ３日以内の期間　１０，２２３点
      - ４日以上７日以内の期間　９，２５０点
      - ８日以上~~１４日以内~~の期間　７，８９７点
    - ロ,（略）

【特定入院料】集中治療領域の算定上限日数の見直し

- 救命救急入院料４
  - イ,救命救急入院料
    - ３日以内の期間　１１，８０２点
    - ４日以上７日以内の期間　１０，６８６点
    - ８日以上~~１４日以内~~の期間　９，３７１点
  - ロ,（略）

◆救命救急入院料の算定要件の追加

◆**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、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては２５日、臓器移植を行ったものにあっては３０日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する**

◆（新）救命救急入院料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準

◆患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること

【特定入院料】集中治療領域の算定上限日数の見直し

- 特定集中治療室管理料
  - 特定集中治療室管理料１
    - ７日以内の期間　１４，２１１点
    - ８日以上~~１４日以内~~の期間　１２，６３３点
  - 特定集中治療室管理料２
    - イ,特定集中治療室管理料
      - ７日以内の期間　１４，２１１点
      - ８日以上~~１４日以内~~の期間　１２，６３３点
    - ロ,（略）
  - 特定集中治療室管理料３
    - イ,７日以内の期間　９，６９７点
    - ロ,８日以上~~１４日以内~~の期間　８，１１８点
- 特定集中治療室管理料４
  - イ,特定集中治療室管理料
    - ７日以内の期間　９，６９７点
    - ８日以上~~１４日以内~~の期間　８，１１８点
  - ロ,（略）

◆算定要件の追加

◆**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、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては２５日、臓器移植を行ったものにあっては３０日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する**

◆（新）特定集中治療室管理料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準

◆患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること

【特定入院料】早期離床リハビリテーション加算の見直し

- 早期離床・リハビリテーション加算の算定対象追加
  - 救命救急入院料、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及び小児特定集中治療室管理料
    - 算定要件の確認
      - 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、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して１４日を限度として５００点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料は算定できない
    - 施設基準の確認
      - 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること
      - 心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること

【特定入院料】早期栄養介入管理加算の見直し

- 概要
  - 点数の引き下げと同時に経腸栄養の開始の有無に応じた評価
- 特定集中治療室管理料
  - 算定要件
    - 注５,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、入院栄養食事指導料は別に算定できない**
  - 特定集中治療室管理料の注５に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
    - 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
    - **ロ,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**

【特定入院料】早期栄養介入管理加算の見直し

- 早期栄養介入管理加算の算定対象追加
  - 救命救急入院料、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又は小児特定集中治療室管理料
  - 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においては、当該開始日から４００点）を所定点数に加算する。ただし、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
    - ロ,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

【特定入院料】重症度、医療・看護必要度の見直し

	改定案		現　行
	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	
救命救急入院料２	８割	７割	８割
救命救急入院料４	８割	７割	８割
特定集中治療室管理料１	８割	７割	８割
特定集中治療室管理料２	８割	７割	８割
特定集中治療室管理料３	７割	６割	７割
特定集中治療室管理料４	７割	６割	７割

【特定入院料】重症度、医療・看護必要度の見直し

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し
  - 「心電図モニターの管理」の項目は患者の９割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から廃止するとともに判定基準を見直す
  - 入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、Ｂ項目を評価指標から当廃止するとともに判定基準を見直す
  - 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。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す
  - 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病棟は、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を用いて評価をしても差し支えない

【特定入院料】その他の集中治療領域の見直し

- 救命救急入院料１、救命救急入院料３の評価票変更
  - 特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更
    - 経過措置
      - 令和４年３月３１日時点で救命救急入院料１又は３の届出病棟は、令和４年９月３０日までの間に限り、令和４年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価票を用いて評価をしても差し支えない
- 早期離床・リハビリテーションの職種追加
  - 専任の常勤言語聴覚士
- 集中治療室等の空気清浄度の要件見直し
  - 対象となる治療室等
    - 特定集中治療室管理料、救命救急入院料２、救命救急入院料４、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
  - 施設基準
    - （８）~~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。~~**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**

【特定入院料】人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

- 人工呼吸　５時間を超えた場合（１日につき）　８１９点　⇒
  - （新）１４日目まで　９５０点
  - （新）１５日目以降　８１５点

◆算定要件

◆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

◆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

◆「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

◆「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

◆「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

◆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

◆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

◆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

◆評価日時及び評価結果を診療録に記載すること

【特定入院料】人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

- 人工呼吸
  - 算定要件
    - 「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
        - 原疾患が改善している又は改善傾向にあること
        - 酸素化が十分であること
        - 血行動態が安定していること
        - 十分な吸気努力があること
        - 異常な呼吸様式ではないこと
        - 全身状態が安定していること
      - 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
        - 吸入酸素濃度（ＦＩＯ２）５０％以下、ＣＰＡＰ（ＰＥＥＰ）≦５ｃｍＨ２ＯかつＰＳ≦５ｃｍＨ２Ｏ
        - ＦＩＯ２５０％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
        - 酸素化の悪化の有無
        - 血行動態の悪化の有無
        - 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無
      - 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

【特定入院料】人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

- （新）体外式膜型人工肺（１日につき）
  - 初日　３０，１５０点
  - ２日目以降　３，０００点
  - ◆算定要件
    - ◆カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする
    - ◆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
    - ◆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

【特定入院料】人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

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

◆算定要件
- ◆別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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
- ◆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
- ◆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
- ◆体外式膜型人工肺管理料は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
- ◆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
  - ◆救命救急入院料
  - ◆特定集中治療室管理料
  - ◆小児特定集中治療室管理料
- ◆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

特　定　入　院　料（小児・周産期領域）

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）**	**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１～７	急性期一般入院料１～**6**
地域一般入院料１～３	地域一般入院料１～３
療養病棟入院料１、２、注11	療養病棟入院料１、２、注11
結核病棟入院基本料	結核病棟入院基本料
精神病棟入院基本料	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）	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	専門病院入院基本料
	（新）小児入院医療管理料１～５

【特定入院料】小児入院医療管理料の加算新設

- （新）無菌治療管理加算（１日につき）（要届出）
  - 無菌治療管理加算１　　２，０００点
  - 無菌治療管理加算２　　１，５００点

◆算定要件

◆要届出

◆造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合

◆９０日を限度として１日につき所定点数に加算

◆小児療養環境特別加算を算定する場合は算定不可

◆小児入院医療管理料の注５に規定する加算の施設基準

◆無菌治療管理加算１は室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること

◆無菌治療管理加算２は室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること

【特定入院料】小児入院医療管理料の加算新設

- （新）時間外受入体制強化加算（入院初日）（要届出）
  - 時間外受入体制強化加算１　３００点
  - 時間外受入体制強化加算２　１８０点
  - ◆算定要件
    - ◆要届出
    - ◆小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２算定病棟に入院している患者
  - ◆小児入院医療管理料の注８に規定する加算の施設基準
    - ◆イ,時間外受入体制強化加算１
      - ◆①当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること
      - ◆②看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること
    - ◆ロ,時間外受入体制強化加算２
      - ◆①当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること
      - ◆②イの②を満たすものであること

【特定入院料】小児入院医療管理料の加算新設

- （新）退院時薬剤情報管理指導連携加算　　１５０点（退院の日に１回）
  - ◆算定要件
    - ◆当該病棟に入院している小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は障害児である患者
    - ◆当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合

- 養育支援体制加算　　３００点（入院初日）（要届出）
  - ◆小児入院医療管理料の注７に規定する加算の施設基準
    - ◆虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること

医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価

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

小児入院医療管理料１～５

（新）　退院時薬剤情報管理指導連携加算　　150点（退院時１回）

［対象患者］

- 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している
  - **小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
  - **医療的ケア児である患者**

［算定要件］

- 当該保険医療機関の**医師又は医師の指示に基づき薬剤師**が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の**退院時**に、当該患者又は　その家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する**必要な指導**を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が　選択する**保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供**した場合に、退院の日に１回に限り算定する。保　険薬局への情報提供に当たっては、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。
  ア　患者の**状態に応じた調剤方法**
  イ　服用状況に合わせた**剤形変更に関する情報**
  ウ　**服用上の工夫**
  エ　入院前の**処方薬の変更又は中止に関する情報**や変更又は中止後の**患者の状態等に関する情報**
- 情報文書の交付方法は、患者又はその家族等の選択する保険薬局に直接送付することに代えて、患者又はその家族等に交付し、患 者又はその家族等が保険薬局に持参することでも差し支えない。
- 患者１人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、１回のみの算定とする。また、死亡退院の場合は算定できない。

【特定入院料】小児特定集中治療室管理料の見直し

- 小児特定集中治療室管理料
  - 施設基準の追加
    - 他院で救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料の算定患者、救急搬送診療料を算定した患者**又は手術を必要とする先天性心疾患の患者**の当該治療室への受入れに相当の実績を有していること
  - 算定要件の追加
    - 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を５５日とする
- 慢性肺疾患を伴う低出生体重児の算定上限日数の見直し
  - 新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料
    - 出生時体重が１，０００グラム未満の新生児にあっては９０日**（出生時体重が５００グラム以上７５０グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては１０５日、出生時体重が５００グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては１１０日）**、出生時体重が１，０００グラム以上１，５００グラム未満の新生児にあっては６０日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する

【特定入院料】ハイリスク分娩管理加算の見直し

- ハイリスク分娩**等**管理加算（１日につき）
  - ハイリスク分娩管理加算　　３，２００点
  - （新）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者
      - 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（重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、地域周産期母子医療センター等から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）
      - 糖尿病の患者（２型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る）であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る）
      - 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）

【特定入院料】ハイリスク分娩管理加算の見直し

□ハイリスク分娩**等**管理加算（１日につき）

◆算定要件

- ◆地域連携分娩管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く）のうち、地域連携分娩管理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、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する
- ◆地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする
- ◆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

- ◆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
- ◆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
- ◆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
- ◆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
- ◆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

【特定入院料】総合周産期特定集中治療室管理料の加算新設

- 総合周産期特定集中治療室管理料
  - 成育連携支援加算　　１，２００点（入院中１回）（要届出）

◆算定要件

◆要届出

◆胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦

◆当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合

◆施設基準

◆妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること

特　定　入　院　料（特定機能病院）

【特定入院料】特定機能病院リハ病棟入院料の新設

- （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　２，１１５点

  - ◆対象患者
    - ◆特定機能病院の一般病棟に入院している患者で回復期リハビリテーションを要する状態にあるもの
  - ◆算定要件
    - ◆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。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する

【特定入院料】特定機能病院リハ病棟入院料の新設

- （新）特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
  - ◆算定要件
    - ◆診療に係る以下の費用は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれる
      - ◆当該患者に対して行った入院栄養食事指導料、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く）、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、人工腎臓、腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（人工腎臓又は腹膜灌流に係るものに限る）、除外薬剤・注射薬の費用を除く
  - ◆施設基準
    - ◆回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を８割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること
    - ◆回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有している

【特定入院料】特定機能病院リハ病棟入院料の新設

- （新）特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
  - 施設基準
    - 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）の届出保険医療機関
    - 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、１日当たり２単位以上のリハビリテーションが行われている
    - 当該病棟に専従の常勤医師を１名以上配置
    - 当該病棟の１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が１０又はその端数を増すごとに１以上
    - 当該病棟の看護職員の最小必要数の７割以上が看護師
    - 当該病棟の１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が３０又はその端数を増すごとに１以上

【特定入院料】特定機能病院リハ病棟入院料の新設

- （新）特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
  - ◆施設基準
    - ◆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を１名以上配置
    - ◆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
    - ◆当該病棟の新規入院患者のうち５割以上が重症の患者
    - ◆当該病棟の退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が７割以上
    - ◆リハビリテーションの効果に係る実績の指数が４０以上
    - ◆他院との連携体制が確保されている
    - ◆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届出保険医療機関
    - ◆１病棟に限り届出を行うことができる

【特定入院料】入院栄養管理体制加算の新設

□（新）入院栄養管理体制加算（入院初日及び退院時）　２７０点

◆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

◆別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に限る）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

◆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

◆当該病棟に専従の常勤の管理栄養士を１名以上配置

◆入院時支援加算の届出保険医療機関

◆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

入院基本料等加算

令和４年度診療報酬改定

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。

急性期・高度急性期

- 医療機関の外来機能分化に係る取組の実施
- 医療従事者の負担軽減に資する取組の実施

① 高度かつ専門的な医療の提供

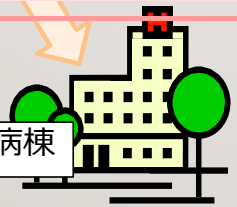
- 全身麻酔の手術等の実施の高い実績
- 専門的な知識を有する医療従事者による集中治療の提供
- 十分な感染防止に係る取組の実施
- 院内心停止を減らす取組を通じた安全な医療の提供を支える仕組み
- 早期に回復させる実績

② 重症救急患者に対する医療の提供

- 24時間の救命救急医療提供や救急搬送の受入れの一定の実績
- 緊急手術の実施

③ 自宅や後方病床等への退院支援する機能

- 充実した入退院支援
- 回復期・慢性期入院医療等を担う地域の医療機関等との役割分担



回復期・慢性期病棟

自宅・介護施設等

【入院基本料等加算】紹介受診重点医療機関入院診療加算

（新）紹介受診重点医療機関入院診療加算　　８００点（入院初日）

◆「紹介受診重点医療機関」の入院医療提供に係る評価の新設

◆算定要件

- ◆外来機能報告対象病院等（一般病床が２００未満を除く）である保険医療機関に入院している患者（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）
- ◆地域医療支援病院入院診療加算は別に算定不可
- ◆紹介受診重点医療機関における、入院の前後の外来や医療機器・設備等、医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする外来を担う機能等を評価するものであり、入院初日に算定
- ◆入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定不可
- ◆上記にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）に１回に限り算定

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れに係る充実した体制の確保**について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	• 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）		
	いずれかを満たす	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		

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- （新）急性期充実体制加算（１日につき）（要届出）
  - 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

◆対象患者

◆高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者

◆算定要件

◆入院患者（特別入院基本料等を除く入院基本料又は特定入院料で急性期充実体制加算を算定できるもの）

◆当該患者の入院期間に応じてそれぞれ所定点数に加算

◆総合入院体制加算は別に算定不可

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （１）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。
  - （２）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。
    - ア,以下のうち、（イ）及び、（ロ）から（ヘ）までのうち４つ以上を満たしていること。
      - （イ）全身麻酔による手術について、２,０００件/年以上（うち、緊急手術３５０件/年以上）又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり6.5件/年以上（うち、緊急手術1.15件/年以上）
      - （ロ）悪性腫瘍手術について、４００件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり1.0件/年以上
      - （ハ）腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、４００件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり1.0件/年以上
      - （二）心臓カテーテル法による手術について、２００件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり0.6件/年以上
      - （ホ）消化管内視鏡による手術について、６００件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数１床あたり1.5件/年以上
      - （ヘ）化学療法の実施について、1,０００件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり3.0件/年以上

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （２）の続き
    - イ,以下のいずれかを満たし、かつ、アの（イ）及び、（ロ）から（ヘ）までのうち２つ以上を満たしていること。
      - （イ）異常分娩の件数について、５０件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり０.１件/年以上
      - （ロ）６歳未満の乳幼児の手術件数４０件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり０.１件/年以上
  - （３）手術等の定義については、以下のとおりであること。
    - ア,全身麻酔：第１の１の（４）のアと同様である。
    - イ,緊急手術：病状の急変により緊急に行われた手術をいう。
    - ウ,悪性腫瘍手術：第１の１の（４）のウと同様である。
    - エ,腹腔鏡下手術：第１の１の（４）のエと同様である。
    - オ,胸腔鏡下手術とは以下をいう
      - 区分番号「Ｋ４８８-３」、「Ｋ４８８-４」、「Ｋ４９４-２」、「Ｋ４９６-２」、「Ｋ４９６-４」、「Ｋ５０１-３」、「Ｋ５０２-３」、「Ｋ５０２-５」、「Ｋ５０４-２」、「Ｋ５１３」、「Ｋ５１３-２」から「Ｋ５１３-４」まで、「Ｋ５１４-２」、「Ｋ５２４-２」、「Ｋ５２８-３」、「Ｋ５２９-２」、「Ｋ５３９-３」、「Ｋ５５４-２」、「Ｋ５５５-３」、「Ｋ５６２-２」、「Ｋ５９４」の「４」の「ロ」

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （３）の続き
    - カ,心臓カテーテル法による手術とは以下をいう
      - 区分番号「Ｋ５４６」から「Ｋ５５０-２」まで、「Ｋ５５５-２」、「Ｋ５５６-２」、「Ｋ５５９-２」、「Ｋ５５９-３」、「Ｋ５６２」の「１」、「Ｋ５６７-２」、「Ｋ５７０-２」から「Ｋ５７０-４」まで、「Ｋ５７３」の「１」、「Ｋ５７４-２」、「Ｋ５７４-３」、「Ｋ５９４」の「４」の「ハ」、「Ｋ５９５」、「Ｋ５９５-２」、「Ｋ６０２-２」
    - キ,消化管内視鏡による手術とは以下をいう
      - 区分番号「Ｋ５２０」の「４」、「Ｋ５２６-２」から「Ｋ５２６-４」まで、「Ｋ５３０-３」、「Ｋ６４７-３」、「Ｋ６５３」、「Ｋ６５３-５」、「Ｋ６５３-６」、「Ｋ６８２-３」、「Ｋ６８２-４」、「Ｋ６８５」から「Ｋ６８８」まで、「Ｋ６９９-２」、「Ｋ７０５」の「１」、「Ｋ７０７」の「１」、「Ｋ７０８-３」、「Ｋ７２１-４」、「Ｋ７２１-５」、「Ｋ７２２」、「Ｋ７３０」の「３」、「Ｋ７３１」の「３」、「Ｋ７３５-２」、「Ｋ７３５-４」、「Ｋ７３９-２」
    - ク,化学療法：第１の１の（４）のカと同様である。
    - ケ,異常分娩：当該医療機関において分娩を行ったもののうち、異常分娩であるものの総数をいう。
    - コ,６歳未満の乳幼児の手術：医科点数表第２章第１０部に掲げる手術（輸血管理料を除く）のうち、６歳未満の乳幼児に対して行ったもの。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （４）（２）のアの（へ）を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来におけ化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。
    - ア,外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。
    - イ,外来腫瘍化学療法診療料１において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、４割以上のレジメンが外来で実施可能であること。
  - （５）２４時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。
    - ア,以下のいずれかを満たしていること。
      - （イ）「救急医療対策事業実施要綱」に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。
      - （ロ）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、又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり６.０件/年以上であること。
    - イ,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。
    - また、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日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間２０件以上であること。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （６）高度急性期医療の提供として、以下のいずれかを届け出ていること。
    - 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料
  - （７）感染対策向上加算１の届出を行っていること。
  - （８）画像診断及び検査を２４時間実施できる体制を確保していること。
  - （９）薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を２４時間実施できる体制を確保していること。
  - （１０）急性期一般入院料１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を用いて評価を行っていること。
  - （１１）精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１又は２の届出を行っていること。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

◆（１２）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、次の体制を整備していること。

◆ア,当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握し、必要な対応を行うためのチーム（以下「院内迅速対応チーム」という）を設置すること。院内迅速対応チームが病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握した場合には、当該患者が入院する病棟の医師及び看護師等に情報共有を行うとともに、必要に応じて当該患者の診療に介入する必要があること。なお、院内迅速対応チームには少なくとも以下の構成員が所属し、２４時間対応できる体制を確保しておくこと。

◆１,救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した医師１名

◆２,救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した専任の看護師１名

◆イ,当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関して、当該対応等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。

◆ウ,院内迅速対応チームの対応内容も含めた、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。

◆エ,当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応について、多職種からなる当該対応の改善に関する委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という）を設置し、院内迅速対応チームによる対応状況及び入院患者の病状の急変の発生状況の把握を評価するとともに、必要に応じて院内迅速対応チームの対応体制及び報告体制のマニュアルの見直しを行うこと。また、当該マニュアルの見直しを行う場合等、必要に応じて委員会等を開催することとし、イの責任者が年１回以上出席していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における医療安全管理委員会等を活用することとして差し支えない。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （１２）の続き
    - オ,院内迅速対応チームの対応体制及び対応状況等について、当該保険医療機関内に周知するとともに、年２回程度の院内講習を開催すること。
    - カ,院内迅速対応チームの対応状況等必要な実績を記録していること。
  - （１３）外来を縮小するに当たり、次のいずれかの体制を確保していること。また、報告年度の前年度１年間の初診の患者数と再診の患者数を別添７の様式１４を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。
    - ア,次の要件を満たしていること。
      - （イ）病院の初診に係る選定療養の報告を行っており、実費を徴収していること。
      - （ロ）初診料の「注２」及び「注３」並びに外来診療料の「注２」及び「注３」に規定する紹介割合・逆紹介割合について、紹介割合の実績が５０％以上かつ逆紹介割合の実績が３０‰以上であること。
    - イ,紹介受診重点医療機関であること。
  - （１４）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として、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。なお、届出を行っていない場合は、別添７の様式１４にその理由を記載すること。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （１５）次のいずれにも該当すること。
    - ア、療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）の届出を行っていない保険医療機関であること。
    - イ,以下のa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bを除いた病床数の９割以上であること。
      - a,一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る）、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、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料（以下この項目において「一般病棟」という）
      - b,精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、地域移行機能強化病棟入院料
    - ウ,当該保険医療機関と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こと。
    - エ,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。
  - （１６）次のいずれにも該当すること。
    - ア,一般病棟における平均在院日数が１４日以内であること。なお、平均在院日数の算出方法については、入院基本料等における算出方法にならうものとする。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

- 施設基準
  - （１６）の続き
    - イ,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割未満であること。なお、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合は、直近３か月間に一般病棟から他の病棟に転棟した患者を直近３か月に当該病棟から退棟した患者の数で除して算出するものであること。
    - ウ,入退院支援加算１又は２の届出を行っている保険医療機関であること。
  - （１７）当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
    - ア,当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
    - イ,敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
    - ウ,保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
    - エ,精神病棟入院基本料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。
    - オ,敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆（１８）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に準ずる病院とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
- ◆（１９）総合入院体制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。
- ◆届出に関する事項
  - ◆（1）急性期充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式１４を用いること。
  - ◆（2）毎年７月において、前年度における手術件数等を評価するため、別添７の様式１４により届け出るとともに、院内に掲示すること。
  - ◆（3）（１２）のアの１及び２における所定の研修については、令和４年９月３０日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。
  - ◆（4）（１２）のカにおける院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和４年９月３０日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、その場合であっても１回目を令和４年９月３０日までの間に開催すること。
  - ◆（5）（１３）のアの（ロ）に係る紹介割合・逆紹介割合の要件及び、イに係る紹介受診重点医療機関については、令和５年４月１日以降に適用するものとする。
  - ◆（6）（１８）について、令和５年３月３１日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

【入院基本料等加算】報告書管理体制加算の新設

□（新）報告書管理体制加算

◆対象患者
- ◆画像診断又は病理診断が行われた入院患者

◆算定要件
- ◆要届出
- ◆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（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）に退院時１回に限り、所定点数に加算

◆施設基準
- ◆放射線科又は病理診断科の標榜保険医療機関
- ◆医療安全対策加算１又は２の施設基準の届出保険医療機関
- ◆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の施設基準の届出保険医療機関

７点（退院時１回）

- ◆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を報告書確認管理者として配置
- ◆組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制を整備
- ◆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を設置
- ◆報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年１回程度実施
- ◆報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月１回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加。当該カンファレンスは対面によらない方法で開催しても差し支えない

【入院基本料等加算】術後疼痛管理チーム加算の新設

- （新）術後疼痛管理チーム加算　　１００点(１日につき)(３日限度)(要届出)
  - ◆対象患者
    - ◆全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの
  - ◆算定要件
    - ◆要届出
    - ◆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、自院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
    - ◆当該患者の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
    - ◆（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）

【入院基本料等加算】術後疼痛管理チーム加算の新設

- ◆施設基準
  - ◆麻酔科を標榜している保険医療機関
  - ◆手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制を整備
  - ◆自院内に以下の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）を設置
    - ◆麻酔に従事する専任の常勤医師
    - ◆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
    - ◆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
    - ◆上記のほか、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
  - ◆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
  - ◆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
- ◆算定可能病棟
  - ◆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、特定一般病棟入院料

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

【入院基本料等加算】入退院支援加算の見直し

□入退院支援加算１

□一般病棟入院基本料等の場合

６００点　⇒　７００点

□療養病棟入院基本料等の場合

１，２００点　⇒　１，３００点

◆施設基準

◆（４）（略）連携機関数が~~２０~~**２５**以上であること。また、（２）又は（３）の職員と、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。面会は個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的、連携機関名称等を一覧できるよう記録する

◆経過措置

◆１の（４）に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和４年３月３１日において現に入退院支援加算１の届出を行っている保険医療機関は、令和４年９月３０日までの間に限り当該基準を満たす

□入退院支援加算１と入退院支援加算２

◆「退院困難な要因」の追加

◆ア～コ　（略）

◆（新）サ、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

◆（新）シ、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

◆ス、その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合みなすものであること

【入院基本料等加算】データ提出加算対象入院料の拡大

□新たにデータ提出加算が要件となる入院料

◆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、緩和ケア病棟入院料及び精神科救急急性期医療入院料

◆経過措置

◆令和４年３月３１日時点で次の届出医療機関は以下に示すまでの間、令和４年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない

◆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、緩和ケア病棟入院料

◆許可病床数が２００床以上：令和５年３月３１日までの間

◆許可病床数が２００床未満：令和６年３月３１日までの間

◆令和４年度診療報酬改定前からデータ提出加算の届出が要件とされている入院料を届け出ていない保険医療機関であって、新たにデータ提出加算に係る届出が要件化される入院料のいずれかを有するもののうち、以下の「データ提出が困難であることの正当な理由」が場合は、当分の間、令和４年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない

◆これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において２００床未満であり、かつ、電子カルテシステムが導入されていない等

◆精神科救急急性期医療入院料は、令和６年３月３１日までの間に限り、データ提出加算の届出要件を満たすものとみなす

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

		感染対策向上加算１	感染対策向上加算２	感染対策向上加算３
点数		710点	175点	75点
算定要件		入院初日		入院初日＋入院期間が90日を超える毎に１回
主な施設基準	届出基準	（外来感染対策向上加算の届出がないこと）	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする（外来感染対策向上加算の届出がないこと）	
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置
		・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上）	・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上）	・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい）
		・専任の看護師（感染管理の経験５年以上かつ研修修了）	・専任の看護師（感染管理の経験５年以上）	・専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい
		・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上）	・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了）	
		・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上）	・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了）	
		※医師又は看護師のうち１名は専従であること。		
		※必要時に、専従の医師又は看護師を、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。		
	医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算２及び３の医療機関と合同で、年４回以上カンファレンスを実施（このうち１回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること）	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする）	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする）
		・加算２、３及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する	・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること	・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること
		・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け	・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
		入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している		
	サーベイランスへの参加	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	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として５点を算定する。	
		（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		
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること
				・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
		・令和４年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする		
		感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算２又は３を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、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場合、連携強化加算として30点を算定する。	

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算１　　３９０点　⇒　７１０点（入院初日）
    - （新）指導強化加算　　３０点（要届出）
  - 感染対策向上加算２　　９０点　⇒　１７５点（入院初日）
    - （新）連携強化加算　　３０点（要届出）
    - （新）サーベイランス強化加算　　５点（要届出）
  - （新）感染対策向上加算３　　７５点
  - （入院初日及び入院期間が９０日を超えるごとに１回）
    - （新）連携強化加算　　３０点（要届出）
    - （新）サーベイランス強化加算　　５点（要届出）

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 対象患者
    - 特別入院基本料等を除く入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料の算定入院患者
  - 算定要件
    - 要届出
    - 指導強化加算・連携強化加算
      - 感染症対策に関する医療機関間の連携体制
    - サーベイランス強化加算
      - 感染防止対策に資する情報を提供する体制

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算１の施設基準　イ～ハ　　（略）
    - ニ、感染防止対策につき、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３の届出医療機関と連携
    - ホ、感染対策向上加算１の届出医療機関との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制を整備
    - ヘ、抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制を整備
  - 感染対策向上加算２の施設基準　　イ～ハ　（略）
    - ニ、感染防止対策につき、感染対策向上加算１の届出保険医療機関と連携
  - 感染対策向上加算３の施設基準
    - イ、専任の院内感染管理者を配置
    - ロ、院内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制を整備
    - ハ、当該部門に医師及び看護師を適切に配置
    - ニ、感染防止対策につき、感染対策向上加算１の届出医療機関と連携

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 指導強化加算の施設基準
    - 他院（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届出医療機関）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制を整備
  - 連携強化加算の施設基準
    - 他院（感染対策向上加算１の届出医療機関）との連携体制を確保
  - サーベイランス強化加算の施設基準
    - 地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制を整備

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算１に関する施設基準
    - 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行う
    - 医師又は看護師のうち１名は専従であること
    - 感染制御チームの専従の職員は、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算の届出医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなす
    - 感染制御チームは保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。このうち少なくとも１回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施
    - （略）

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算１に関する施設基準
    - 感染制御チームにより、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する
    - 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
    - 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開
    - 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する
    - 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算１に関する施設基準
    - 他院（感染対策向上加算１の届出医療機関）と連携し、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添６の別紙**24**又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算１又は２を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない
    - （２１）（２４）　　（略）

※現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算２の施設基準
    - 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行う
    - ア～イ（略）
    - ウ、３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
    - エ、３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師
      - アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の１の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和４年３月31日時点で感染防止対策加算のを行っている保険医療機関については、令和５年３月３１日までの間に限り、２の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなす
    - 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

□感染対策向上加算（要届出）

◆感染対策向上加算２の施設基準（続き）

- ◆感染制御チームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１の届出医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１の届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。また、感染対策向上加算１の届出医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加
- ◆新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開
- ◆新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する
- ◆新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１の届出医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制を整備

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算３の施設基準
    - 一般病床の数が３００床以下を標準
    - 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の１の(I)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない
    - 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行う
      - ア、専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
      - イ、専任の看護師
    - 当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の１の(I)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算３の施設基準（続き）
    - 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容を整備
    - 感染制御チームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂する
    - 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算３の施設基準（続き）
    - 感染制御チームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１の届出医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１の届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。また、感染対策向上加算１の届出医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加している
    - 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１の届出医療機関又は感染対策向上加算１の届出医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っている
    - 感染制御チームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行う

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 感染対策向上加算３の施設基準（続き）
    - 院内の見やすい場所に院内感染防止対策に関する取組事項を掲示
    - 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい
    - 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開
    - 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
    - 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１のを行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制を整備
    - 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関

【入院基本料等加算】感染防止対策加算の名称と点数変更

- 感染対策向上加算（要届出）
  - 指導強化加算の施設基準
    - 感染対策向上加算１の届出医療機関
    - 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算の届出医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行う
  - 連携強化加算の施設基準
    - 感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出医療機関
    - 連携する感染対策向上加算１の届出医療機関に対し、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う
  - サーベイランス強化加算の施設基準
    - 感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出医療機関
    - 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

【入院基本料等加算】地域医療体制確保加算の見直し

□地域医療体制確保加算　　５２０点　⇒　６２０点

◆対象施設の追加

◆地域医療体制確保加算の施設基準

◆救急搬送、**周産期医療又は小児救急医療**に係る実績を相当程度有している

◆地域医療体制確保加算に関する施設基準

◆**（２）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

◆**（新）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、ハイリスク分娩管理加算若しくは総合周産期特定集中治療室管理料、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の届出保険医療機関**

◆**（新）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**

【入院基本料等加算】地域医療体制確保加算の見直し

□地域医療体制確保加算　　５２０点　⇒　６２０点

◆施設基準

◆（３）（略）

◆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、**「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」（以下「時短計画作成ガイドライン」という）に基づき、「医師労働時間短縮計画」**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。

~~◆④③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。~~

~~◆⑤③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うえで、必要な事項を記載すること。ア～キ（略）~~

◆経過措置

◆令和４年３月３１日時点で地域医療体制確保加算の届出保険医療機関は、令和４年９月３０日までの間に限り、１の（３）の③及び④の基準を満たしているものとする

【入院基本料等加算】医師事務作業補助体制加算の見直し

- 医師事務作業補助体制加算１

１５対１	９７０点	⇒	1,０５０点
２０対１	７５８点	⇒	８３５点
２５対１	６３０点	⇒	７０５点
３０対１	５４５点	⇒	６１０点
４０対１	４５５点	⇒	５１０点
５０対１	３７５点	⇒	４３０点
７５対１	２９５点	⇒	３５０点
１００対１	２４８点	⇒	３００点

- 医師事務作業補助体制加算２

１５対１	９１０点	⇒	９７５点
２０対１	７１０点	⇒	７７０点
２５対１	５９０点	⇒	６４５点
３０対１	５１０点	⇒	５６０点
４０対１	４３０点	⇒	４７５点
５０対１	３５５点	⇒	３９５点
７５対１	２８０点	⇒	３１５点
１００対１	２３８点	⇒	２６０点

【入院基本料等加算】医師事務作業補助体制加算の見直し

- 医師事務作業補助体制加算施設基準の大幅緩和
  - 医師事務作業補助体制加算１の施設基準
    - 自院での勤務経験が３年以上の医師事務作業補助者を、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置
    - ~~ア病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。~~
    - ~~イ外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。~~
    - ~~ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び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、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。~~
  - 医師事務作業補助体制加算２の施設基準
    - それぞれの配置区分ごとに、医師事務作業補助者を配置

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** 12対１加算１ 16対１加算１	**夜間看護体制加算** 急性期看護補助体制加算 の注加算	**夜間看護体制加算** 看護補助加算の注加算	**夜間看護体制加算** 障害者施設等入院基本料の注加算	**看護職員夜間配置加算** 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Ⅹ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

看護職員の夜間配置に係る加算

【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
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）	
"　夜間看護配置加算１	100点
二　夜間看護配置加算２	50点

改定後

看護職員の夜間配置に係る加算

【看護職員夜間配置加算】

看護職員夜間12対１配置加算１	**110点**
看護職員夜間12対１配置加算２	**90点**
看護職員夜間16対１配置加算１	**70点**
看護職員夜間16対１配置加算２	**45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	**70点**
精神科救急急性期医療入院料	**70点**
精神科救急・合併症入院料	**70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	**125点**
夜間50対１急性期看護補助体制加算	**120点**
夜間100対１急性期看護補助体制加算	**105点**

【看護補助加算】

夜間75対１看護補助加算	**55点**

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）	
イ（１）14日以内の期間	**146点**
（２）15日以上30日以内の期間	**121点**
夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
"　夜間看護配置加算１	**105点**
二　夜間看護配置加算２	**55点**

【入院基本料等加算】夜間の看護配置評価の見直し

- 夜間看護加算（療養病棟入院基本料）
  - ４５点 ⇒ ５０点
- 看護補助加算（障害者施設等入院基本料）
  - １４日以内 １４１点 ⇒ １４６点
  - １５日以上３０日以内 １１６点 ⇒ １２１点
- 夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）
  - 加算１ １００点 ⇒ １０５点
  - 加算２ ５０点 ⇒ ５５点
- 夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）
  - 夜間３０対１ １２０点 ⇒ １２５点
  - 夜間５０対１ １１５点 ⇒ １２０点
  - 夜間１００対１ １００点 ⇒ １０５点
- 看護職員夜間配置加算
  - 看護職員夜間１２対１配置加算
    - 加算１ １０５点 ⇒ １１０点
    - 加算２ ８５点 ⇒ ９０点
  - 看護職員夜間１６対１配置加算
    - 加算１ ６５点 ⇒ ７０点
    - 加算２ ４０点 ⇒ ４５点
- 夜間７５対１看護補助加算（看護補助加算）
  - ５０点 ⇒ ５５点
- 看護職員夜間配置加算
  - 地域包括ケア病棟入院料 ６５点 ⇒ ７０点
  - 精神科救急急性期医療入院料 ６５点 ⇒ ７０点
  - 精神科救急・合併症入院料 ６５点 ⇒ ７０点

【入院基本料等加算】夜間看護配置の業務管理等の見直し

□夜間看護体制加算の施設基準の見直し

◆夜間看護体制加算の施設基準

◆（２）次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**ア又はウを含む**３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、**ア又はウを含む**３項目以上を満たしている

◆ア,当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が１１時間以上

◆イ,（略）

◆ウ,当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下

◆エ～ケ　（略）

□夜間看護体制加算の施設基準の見直し

◆対象となる項目

◆夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、障害者施設等入院基本料の注１０に規定する夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算（看護職員夜間１２対１配置加算１及び看護職員夜間１６対１配置加算１に限る）、看護補助加算の注３に規定する夜間看護体制加算についても同様

◆経過措置

◆令和４年３月３１日時点で夜間看護体制加算の届出保険医療機関は、令和４年９月３０日までの間に限り、９の（２）の基準を満たしているものとする

【入院基本料等加算】夜間看護配置の業務管理等の見直し

- 看護職員夜間配置加算の要件見直し
  - 対象となる項目
    - 精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料
  - 看護職員夜間配置加算の施設基準
    - （３）次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**ア又はウを含む３項目**~~２項目~~以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、**ア又はウを含む３項目**~~２項目~~以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること
      - ア～ク　　（略）
  - 経過措置
    - 令和４年３月３１日時点で看護職員夜間配置加算の届出保険医療機関は、令和４年９月３０日までの間に限り、４の（３）の基準を満たしているものとする

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）		**（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**	
【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１	141点
看護補助加算２	116点	看護補助加算２	116点
看護補助加算３	88点	看護補助加算３	88点
（新設）		**（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**	
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**
		（新）ロ　看護補助体制充実加算	**55点**
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）		イ　看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
（１）14日以内の期間	141点	（１）14日以内の期間	**146点**
（２）15日以上30日以内の期間	116点	（２）15日以上30日以内の期間	**121点**
		（新）ロ　看護補助体制充実加算	
		（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
		（新）ロ　看護補助体制充実加算	

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

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	全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。 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。 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 **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。**

※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・技術工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

【入院基本料等加算】看護補助者の評価の新設

- 概要
  - ◆看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施等、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を新設
- 療養病棟入院基本料
  - イ,夜間看護加算　　４５点　⇒　５０点（要届出）
  - **ロ,看護補助体制充実加算**　　**５５点（要届出）**
  - ◆イ,夜間看護加算の施設基準
    - ◆①～③（略）
  - ◆ロ,看護補助体制充実加算の施設基準
    - ◆①イの①及び②を満たすものであること
    - ◆②看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること

【入院基本料等加算】看護補助者の評価の新設

- 障害者施設等入院基本料
  - イ,看護補助加算
    - １４日以内の期間　　１４１点　⇒　１４６点
    - １５日以上３０日以内の期間　　１１６点　⇒　１２１点
  - **ロ,看護補助体制充実加算**
    - **１４日以内の期間**　　**１５１点（要届出）**
    - **１５日以上３０日以内の期間**　　**１２６点（要届出）**
  - ◆イ,看護補助加算の施設基準
    - ◆次のいずれにも該当すること
    - ◆①～④（略）
  - ◆ロ,看護補助体制充実加算の施設基準
    - ◆①イの①から③までを満たすものであること
    - ◆②看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること

【入院基本料等加算】看護補助者の評価の新設

- 急性期看護補助体制加算、看護補助加算
  - **看護補助体制充実加算**　　**５点（１日につき）（要届出）**
    - ◆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
- 地域包括ケア病棟入院料
  - イ,看護補助者配置加算　　１６０点（点数変更なし）
  - **ロ,看護補助体制充実加算**　　**１６５点（１日につき）（要届出）**
    - ◆イ,看護補助者配置加算の施設基準
      - ◆①・②（略）
    - ◆ロ,看護補助体制充実加算の施設基準
      - ◆①イの①を満たすものであること
      - ◆②看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること

【入院基本料等加算】総合入院体制加算の見直し

- 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以下を追加
  - 人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術
- 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に、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績要件を見直す
  - 総合入院体制加算１に関する施設基準等
    - （６）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（イ）及び（ロ）のいずれにも該当すること
        - （イ）病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること
        - （ロ）地域の他の保険医療機関との連携のもとに、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転帰が軽快であり退院後の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（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く)のうち、４割以上であること
      - **<u>イ、紹介受診重点医療機関（医療法第３０条の１８の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第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をいう)であること</u>**

【入院基本料等加算】救急医療管理加算の見直し

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－４－６　小児医療、周産期医療、救急医療の充実－⑮

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

【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
2　救急医療管理加算２　350点

改定後

【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　1,050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、喀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JCS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 IndexO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

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

【入院基本料等加算】救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算
  - 救急医療管理加算１　　９５０点　⇒　１，０５０点
  - 救急医療管理加算２　　３５０点　⇒　　４２０点
  - ◆対象となる状態の追加
    - ◆広範囲熱傷、**<u>顔面熱傷、気道熱傷</u>**
    - ◆（新）消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
    - ◆（新）蘇生術を必要とする重篤な状態
  - ◆以下の場合には緊急入院が必要であると判断した医学的根拠をレセプトに記載
    - ◆「意識障害又は昏睡に該当する場合」はJCS ０の状態
    - ◆「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合はNYHA１又はP/F比400以上の状態
    - ◆「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」の状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く）に該当する場合はBurnIndex ０の状態

【入院基本料等加算】診療録管理体制加算の見直し

- 診療録管理体制加算１、診療録管理体制加算２
  - 施設基準に非常時に備えたサイバーセキュリティ対策を追加
    - 許可病床数が４００床以上の保険医療機関
    - 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置
    - 当該責任者は職員を対象として、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行う（少なくとも年１回程度）
    - 非常時に備えた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
    - 毎年７月に医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等を別添７の様式により届け出る
  - 経過措置
    - 令和４年３月３１日時点で当該加算の届出保険医療機関（許可病床数が４００床以上）は、令和５年３月３１日までの間、当該基準を満たしているものとみなす

【入院基本料等加算】診療録管理体制加算の見直し

- 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定例報告の項目追加
    - 電子カルテの導入状況
    - ＨＬ７ＦＨＩＲ（Fast Healthcare Interoperability Resources）の対応予定状況
  - 診療録管理体制加算の施設基準
    - 届出に関する事項
      - 診療録管理体制加算の施設基準の届出は別添７の様式１７
      - （新）毎年７月に標準規格の導入に係る取組状況等を別添７の様式１７の２により届け出る

【入院基本料等加算】周術期栄養管理実施加算の新設

□（新）周術期栄養管理実施加算　２７０点（要届出）（手術の通則加算）

- 算定要件
  - 要届出
  - 手術の前後に必要な栄養管理を行った場合で、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
  - 以下の点数は別途算定不可
    - 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、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、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
- 施設基準
  - 自院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を配置
  - 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出保険医療機関
- 算定の留意事項
  - 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
  - 術前・術後の栄養管理を実施する際には、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「ESPENGuideline:Clinicalnutritioninsurgery」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
    - 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
  - 上記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

【入院基本料等加算】その他

- 栄養サポートチーム加算の対象病棟追加
  - 障害者施設等入院基本料
- 後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げ
  - 後発医薬品使用体制加算
    - 加算１　８５％　⇒　９０％
    - 加算２　８０％　⇒　８５％
    - 加算３　７０％　⇒　７５％
- 特定行為に係る研修の追加
  - 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
- ビデオ通話が可能な機器を用いたカンファレンスの要件緩和
  - 入退院支援加算、感染対策向上加算、退院時共同指導料１及び２、介護支援等連携指導料

精神科に関する入院料等

【入院基本料等加算】精神科充実体制加算の新設

- （新）精神科充実体制加算　　３０点（要届出）
  - ◆対象患者
    - ◆高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している病院の入院患者
  - ◆算定要件
    - ◆精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関の入院患者
  - ◆施設基準
    - ◆急性期治療を要する精神疾患の患者等に対する診療を行うにつき充実した体制を整備
    - ◆次のいずれにも該当すること
      - ◆精神科を標榜する保険医療機関
      - ◆以下のいずれかの施設基準を届出ていること
        - ◆精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料

【入院基本料等加算】精神科充実体制加算の新設

◆施設基準

◆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として、次のいずれも満たすものであること。

◆（１）医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床を有していること。

◆（２）精神疾患を有する患者に対し、２４時間対応できる体制を確保していること。

◆（３）精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

◆届出に関する事項

◆（１）急性期充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式１４を用いること。

◆（２）毎年７月において、前年度における手術件数等を評価するため、別添７の様式１４により届け出るとともに、院内に掲示すること。

◆（３）（１２）のアの１及び２における所定の研修については、令和４年９月３０日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

◆（４）（１２）のカにおける院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和４年９月３０日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、その場合であっても１回目を令和４年９月３０日までの間に開催すること。

◆（５）（１３）のアの（ロ）に係る紹介割合・逆紹介割合の要件及び、イに係る紹介受診重点医療機関については、令和５年４月１日以降に適用するものとする。

◆（６）（１８）について、令和５年３月３１日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

精神科救急医療体制の整備の推進

入院期間に応じた区分の見直し

➢ 合併症や急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた３区分に見直す。

現行

（１日につき）	30日以内	31日以上
精神科急性期治療病棟入院料１	1,997点	1,665点
精神科急性期治療病棟入院料２	1,883点	1,554点
精神科救急・合併症入院料	3,579点	3,145点

改定後

（１日につき）	30日以内	31日以上 60日以内	61日以上 90日以内
精神科急性期治療病棟入院料１	2,000点	1,700点	1,500点
精神科急性期治療病棟入院料２	1,885点	1,600点	1,450点
精神科救急・合併症入院料	3,600点	3,300点	3,100点

病床数上限の見直し

➢ 精神科救急や急性期医療に係る病棟の病床数について、上限を見直す

現行

［施設基準］
【精神科救急入院料】
・当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下
・当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその２割以下
　ただし、平成30年３月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和４年３月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

【精神科急性期治療病棟入院料】
・当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下
・当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその２割以下

改定後

［施設基準］
（改）【精神科救急急性期医療入院料】
・当該保険医療機関における**精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下**

【精神科急性期治療病棟入院料】
・当該病棟の病床数は、**130床以下**

（新）【精神科救急医療体制加算】
・　**精神科救急急性期医療入院料を算定している病棟**
・病棟の病床単位で届出、**120床以下**
・旧精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、**地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等が確認できる場合は、120床を超えて届出を行うことができ、60/100に相当する点数**を算定できる。

［経過措置］
旧精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下であること に該当するものとみなす。

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急医療に係る入院についての評価の見直し

- 精神科救急入院料を精神科救急急性期医療入院料とし、手厚い救急急性期医療体制、緊急の患者に対応する体制及び医師の配置等をそれぞれ評価する。
- 精神科救急・急性期医療における役割に応じた評価体系とする。
- 精神科救急急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた３区分に見直す。

現行

精神科救急入院料１
イ　30日以内　3,579点
ロ　31日以上　3,145点

精神科救急入院料２
イ　30日以内　3,372点
ロ　31日以上　2,938点

改定後

＜（１）手厚い救急急性期医療体制＞			
（改）精神科救急急性期医療入院料	30日以内	2,400点	・病院常勤の指定医が４名以上 ・常時精神科救急外来診療が可能 ・全ての入院形式の患者受入れが可能 ・時間外、休日・深夜の入院件数が年間30件以上又は人口１万人当たり0.37件以上であり、うち６件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関
	31日以上60日以内	2,100点	
	61日以上90日以内	1,900点	
＜（２）緊急の患者に対応する体制＞			
（新）精神科救急医療体制加算	１　身体合併症対応	600点	・精神科救急急性期医療入院料を算定 ・精神科救急体制整備事業による指定 ・病院常勤の指定医が５名以上 ・時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口１万人当たり0.5件以上であり、うち８件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼
	２　常時対応型	590点	
	３　病院群輪番型	500点	
＜（３）医師の配置とクロザピン使用体制＞			
（改）精神科急性期医師配置加算	１	600点	・クロザピン導入６件／年以上 ・病棟常勤指定医２名以上
	３	400点	・新規クロザピン導入３件／年以上

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

➢ 加算の対象となる病棟として、精神科救急急性期医療入院料を加える。

現行

精神科急性期医師配置加算		
1	精神科急性期治療病棟１	600点
２のイ	精神病棟入院基本料等	500点
２のロ	精神科急性期治療病棟１	500点
3	精神科急性期治療病棟１	450点
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上		

改定後

精神科急性期医師配置加算		
1	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料１	600点
２のイ	精神病棟入院基本料等	500点
２のロ	精神科急性期治療病棟１	450点
3	精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料１	400点
・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上	・加算１：病棟常勤指定医２名以上	

［経過措置］
令和四年三月三十一日において旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟及び精神科急性期医師配置加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和五年三月三十一までの間に限り、病棟常勤指定医２名以上の要件に該当するものとみなす。
令和４年３月31日時点で精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後に精神科救急急性期医療入院料を算定するものについては、令和６年３月31日までの間に限り、クロザピン導入に関する基準を満たしているものとする。

（参考）精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算１	加算２のロ	加算３	加算２のイ
新規入院患者の自宅等への3か月以内の移行率	６割以上	６割以上	４割以上	• 内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜 • 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置 • 精神科リエゾンチーム加算を届出ている • 直近３か月間の新規入院患者の５％以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者 • 精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月５人以上診察
クロザピン新規導入患者数	６件／年以上	ー	３件／年以上	
時間外　外来診療	20件／年以上	20件／年以上	20件／年以上	
時間外　入院	６件／年以上	６件／年以上	６件／年以上	

精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進

➢ クロザピンの普及推進のため、クロザピンの新規導入患者について、当該保険医療機関の他の病院から転院する場合であっても、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定できるよう見直す。

現行	改定後
【精神科救急入院料】 ［算定要件］ ア　３月以内に精神病棟に入院したことがない患者 イ　他病棟入院患者の急性増悪例 ウ　クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者（※１）	【精神科救急急性期医療入院料】 （精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様） ［算定要件］ ア　３月以内に精神病棟に入院したことがない患者 イ　他病棟入院患者の急性増悪例 ウ　クロザピンを新規に導入することを目的として転棟又は転院する患者（※１）

※１　クロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。

【特定入院料】精神科救急入院料の名称変更と再編

- 精神科救急入院料（１日につき）
  - 精神科救急入院料１
    - ３０日以内の期間　３，５７９点
    - ３１日以上の期間　３，１４５点
  - 精神科救急入院料２
    - ３０日以内の期間　３，３７２点
    - ３１日以上の期間　２，９３８点

- 精神科救急急性期医療入院料（１日につき）
  - ３０日以内の期間　２，４００点
  - ３１日以上６０日以内の期間　２，１００点
  - **(新)６１日以上９０日以内の期間　１，９００点**
- 精神科救急医療体制加算（１日につき）（要届出）
  - イ、精神科救急医療体制加算１　６００点
  - ロ、精神科救急医療体制加算２　５９０点
  - ハ、精神科救急医療体制加算３　５００点

◆概要

- ◆名称変更とあわせて入院期間に応じた３区分の評価に見直し
- ◆常勤の精神保健指定医の配置要件を５名以上から４名以上に変更

◆算定要件

- ◆要届出
- ◆届出病棟の入院患者に、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して９０日を限度に加算
- ◆別に厚生労働大臣が定める場合はそれぞれの点数の１００分の６０に相当する点数を加算

【特定入院料】精神科救急入院料の名称変更と再編

□精神科救急急性期医療入院料

◆施設基準の変更点

- ◆（新）精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること
  - ◆常時精神科救急外来診療が可能
  - ◆全ての入院形式の患者受入れが可能
  - ◆精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間３０件以上又は（１２）のアの地域における人口１万人当たり０．３７件以上であること。そのうち６件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼
  - ◆データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関
- ◆当該病棟に常勤の精神保健指定医が１名以上配置され、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が~~5名以上~~**4名以上**配置
- ◆当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が３００床以下であること
  - ◆当該保険医療機関の精神病床数が３００床以下~~の場合には６０床以下であり~~
- ◆（新）当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう

【特定入院料】精神科救急入院料の名称変更と再編

□精神科救急医療体制加算

（１日につき）（要届出）

◆イ、精神科救急医療体制加算１の施設基準

◆①当該病棟における病床数が１２０床以下であること。ただし、厚生労働大臣が定める場合に該当する場合はこの限りでない

◆②当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が５名以上配置されていること

◆③精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること

◆④精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること

◆ロ、精神科救急医療体制加算２の施設基準

◆①イの①から③までを満たすものであること

◆②精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること

◆ハ、精神科救急医療体制加算３の施設基準

◆①イの①から③までを満たすものであること

◆②精神科救急医療を行う体制が整備されていること

◆精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する厚生労働大臣が定める場合

◆当該病棟が、令和４年３月３１日時点で旧医科点数表の精神科救急入院料の届出を行っていて、当該病棟の病床数が１２０床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合

【特定入院料】精神科救急入院料の名称変更と再編

◆（１）精神科救急医療体制加算１の施設基準

◆ア、次のいずれも満たしていること

◆（イ）「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業（以下、「本事業」という）に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること

◆（ロ）当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が５名以上配置されていること

◆（ハ）精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間４０件以上又は以下の地域における人口１万人当たり０．５件以上であること。そのうち８件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（本事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること

◆①当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする）

◆②１精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる）は当該圏域

◆（ニ）当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち６割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること

◆イ、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合については、アの（ハ）の「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること

◆ウ、病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること

◆エ、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること

【特定入院料】精神科救急入院料の名称変更と再編

◆（２）精神科救急医療体制加算２の施設基準

◆ア、（１）のアからウまでを満たすこと

◆イ、本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること

◆（３）精神科救急医療体制加算３の施設基準

◆ア、（１）のアからウまでを満たすこと

◆イ、本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること

◆（４）当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、１２０床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和４年３月３１日時点で精神科救急入院料の届出病棟について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合には、令和４年３月３１日時点で精神科救急入院料を算定している病床に限り、１２０床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること

◆経過措置

◆令和４年３月３１日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和４年９月３０日までの間に限り、第九の十四の（７）のイの①、ロの①（イの①に限る）及びハの①（イの①に限る）に該当するものとみなす

【特定入院料】精神科急性期治療病棟入院料の再編

□精神科急性期治療病棟入院料(１日につき)

□精神科急性期治療病棟入院料１

- □３０日以内の期間　１，９９７点
- □３１日以上の期間　１，６６５点

□精神科急性期治療病棟入院料２

- □３０日以内の期間　１，８８３点
- □３１日以上の期間　１，５５４点

□精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）

□精神科急性期治療病棟入院料１

- □３０日以内の期間　２，０００点
- □３１日以上６０日以内の期間　１，７００点
- □**(新)６１日以上９０日以内の期間　１，５００点**

□精神科急性期治療病棟入院料２

- □３０日以内の期間　１，８８５点
- □３１日以上６０日以内の期間　１，６００点
- □**(新)６１日以上９０日以内の期間　１，４５０点**

◆入院期間に応じた３区分の評価に見直し

◆当該入院料を算定する病棟の病床数を１３０床以下に限定

◆当該病棟の病床数は、**１３０床**~~当該保険医療機関の精神病床数が３００床以下の場合には６０床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が３００床を超える場合にはその２割~~以下

【特定入院料】精神科救急・合併症入院料の再編

□精神科救急・合併症入院料（１日につき）

- □３０日以内の期間　３，５７９点
- □３１日以上の期間　３，１４５点

□精神科救急・合併症入院料（１日につき）

- □３０日以内の期間　３，６００点
- □３１日以上６０日以内の期間　３，３００点
- □**(新)６１日以上９０日以内の期間　３，１００点**

◆新たに包括評価の除外対象となるもの

◆入院基本料等加算

◆精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、

◆リハビリテーション

◆心大血管疾患リハ料、脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料、摂食機能療法、障害児（者）リハ料、がん患者リハ料

◆処置

◆人工腎臓、腹膜灌流、それぞれに係る特定保険医療材料

【特定入院料】精神科救急・合併症入院料の再編

□常勤の精神保健指定医の配置要件の緩和

◆当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が５名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が~~3名~~ **2名**以上配置されていること

□実績要件の緩和

◆常時精神科救急外来診療が可能~~であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く）件数が年間２００件以上又は次の地域における人口１万人当たり２．５件以上~~であること

◆以下の地域における直近１年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上又は~~２０件~~ **５件**以上の患者を当該病棟において受け入れていること

【特定入院料】クロザピン導入目的の転院患者要件見直し

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者追加
  - 算定要件の変更点
    - （１）ウ、ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として（略）当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く）から当該病棟に転棟した患者**又は他の保険医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く）から当該病棟に転院した患者**
    - （３）（１）のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟**又は他の保険医療機関から転院後**、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する（略）
    - （１８）（１）のウに該当する患者について、（略）あわせて、~~同一の保険医療機関において、~~（１）のウに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること（略）

【特定入院料】救命救急入院料の加算新設

- 救命救急入院料　（注２）精神疾患診断治療初回加算
  - (新)イ、厚労相が定める施設基準に適合し届出医療機関で行った場合　７，０００点
  - ロ、イ以外の場合　３，０００点
  - ◆算定要件
    - ◆自殺企図等で重篤な患者で精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づき自院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患の診断治療等を行った場合
    - ◆当該精神保健指定医等による最初の診療時
    - ◆精神疾患診療体制加算は別に算定不可
    - ◆注１０、注２のイに該当する場合で、当該患者に生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回２，５００点を所定点数に加算する。この場合において、救急患者精神科継続支援料は別に算定不可
  - ◆（新）救命救急入院料の注２のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準
    - ◆自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること

【特定入院料】救命救急入院料の加算新設

□救命救急入院料　　（注２）精神疾患診断治療初回加算

◆施設基準

◆自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が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専任の非常勤医師（自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した医師に限る）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなす

◆自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士を１名以上配置

【特定入院料】救命救急入院料の加算新設

□救命救急入院料　精神疾患診断治療初回加算

◆施設基準の続き

◆適切な研修とは次のものをいう

◆国又は医療関係団体等が主催する研修である（１６時間以上の研修期間であるもの）

◆講義及び演習により次の内容を含むものであること

◆自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項

◆救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要

◆自殺企図のリスク因子と防御因子について

◆自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について

◆初回ケースマネジメント面接について

◆定期ケースマネジメントについて

◆ケースマネジメントの終了について

◆インシデント対応について

◆ポストベンションについて

◆チーム医療とセルフケアについて

◆研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと

◆経過措置

◆平成３１年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす

◆平成３１年３月３１日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

◆公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

◆届出に関する事項

◆届出は別添７の様式４２の６を用いる

【入院基本料等加算】精神科急性期医師配置加算の見直し

- 精神科急性期医師配置加算（１日につき）
  - １、（略）
  - ２、精神科急性期医師配置加算２
    - イ、　　（略）
    - ロ、精神科急性期治療病棟入院料の場合　　５００点　⇒　４５０点
  - ３、精神科急性期医師配置加算３　　４５０点　⇒　４００点
  - ◆精神科急性期医師配置加算１の施設基準
    - ◆イ・ロ　　（略）
    - ◆ハ、**精神科救急急性期医療入院料**又は精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること
    - ◆（新）ニ、当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ）が２名以上配置されていること

【入院基本料等加算】精神科急性期医師配置加算の見直し

- 精神科急性期医師配置加算（１日につき）
  - 精神科急性期医師配置加算２のロの施設基準
    - イ、（２）のイ~~及びハ~~を満たすものであること
    - （新）ロ、精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること
  - 精神科急性期医師配置加算３の施設基準
    - イ・ロ　　（略）
    - ハ、（２）のハを満たすものであること
  - 経過措置
    - 令和４年３月３１日時点で旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和６年３月３１日までの間に限り、２の（２）及び５の（２）の基準を満たしているものとする

【入院基本料等加算】重度アルコール依存症加算の名称変更

- 重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）

  ⇒　依存症入院医療管理加算（１日につき）

  - ◆点数変更なし
  - ◆依存症入院医療管理加算の施設基準
    - ◆（１）・（２）・（３）　　（略）
    - ◆（新）（４）薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること
      - ◆研修要件は次ページ
    - ◆（５）・（６）　　（略）

【入院基本料等加算】重度アルコール依存症加算の名称変更

- 重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）

  ⇒　依存症入院医療管理加算（１日につき）

  - 依存症入院医療管理加算の施設基準
    - （新）（４）に規定する研修は以下の要件を満たすもの
      - 国又は医療関係団体等が主催する研修である（１４時間以上の研修時間であるもの）
      - 研修内容に以下の内容を含むものであること
        - 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
        - 依存症患者の精神医学的特性
        - 薬物の使用に対する司法上の対応
        - 依存症に関連する社会資源
        - 依存症に対する集団療法の概要と適応
        - 集団療法患者に対する入院対応上の留意点
        - デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク

【精神科】救急患者精神科継続支援料

□救急患者精神科継続支援料

□入院中の患者　　４３５点　⇒　９００点

□入院中の患者以外　　１３５点　⇒　３００点

◆算定要件

◆入院中の患者は、入院した日から起算して６月以内の期間に~~月１回~~**週１回**に限り算定

◆入院中の患者以外の患者は、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後~~６月~~**２４週**を限度として、~~計６回~~**週１回**に限り算定

◆届出に関する事項

◆別添２の様式４４の６を用いること。専任の常勤医師、**専任の常勤精神保健福祉士**及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付する

◆経過措置

◆令和４年３月３１日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準の届出を行っている保険医療機関は、令和５年３月３１日までの間に限り、１の（３）の基準を満たしているものとする

【精神科】その他

- 精神科身体合併症管理加算の施設基準の算定対象病棟追加
  - 精神科救急急性期医療入院料（名称変更）、精神科救急・合併症入院料

- 摂食障害入院医療管理加算の実績要件の見直し
  - 摂食障害の年間新規入院患者数
  - １０人以上　⇒　１人以上

- 精神科身体合併症管理加算の「重篤な栄養障害の患者の範囲」の見直し
  - ＢＭＩが１３未満の摂食障害　⇒　ＢＭＩが１５未満の摂食障害

短期滞在手術基本料

【短期滞在】短期滞在手術等基本料の見直し

- 短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）
  - イ、麻酔を伴う手術を行った場合　　２，９４７点（点数変更なし）
  - （新）ロ、イ以外の場合　　２，７１８点
    - ◆短期滞在手術等基本料１の施設基準
      - ◆~~局所麻酔による短期滞在~~**手術**を行うにつき十分な体制が整備されていること
      - ◆短期滞在手術等基本料で全身麻酔を伴う手術が行われる日は麻酔科医が勤務していること
      - ◆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の廃止
  - 短期滞在手術等基本料２（１泊２日の場合）　　５，０７５点　⇒　削除
  - 生活療養を受ける場合　　５，０４６点　⇒　削除

【短期滞在】短期滞在手術等基本料１の対象追加

- 短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査の追加
  - ◆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が高いものを短期滞在手術等基本料１の対象とした

- 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
- 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）
- 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

【短期滞在】短期滞在手術等基本料１の対象追加

- 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
- 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

【短期滞在】短期滞在手術等基本料１の対象追加

- 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

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （新）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　１０，５４９点
  生活療養を受ける場合　１０，４７５点
- （新）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　８，７４４点
  生活療養を受ける場合　８，６７０点
- （新）反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　１１，４８５点
  生活療養を受ける場合　１１，４１１点
- （新）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）　８，３１２点
  生活療養を受ける場合　８，２３８点
- （改）小児食物アレルギー負荷検査　５，６３０点　⇒　５，０４０点
  生活療養を受ける場合　４，９６６点　⇒　５，５５６点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- 前立腺針生検法　２、その他のもの　１０，１９７点　⇒　１０，３０９点
  - 生活療養を受ける場合　１０，１２３点　⇒　１０，２３５点
- （新）経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　３３，５７２点
  - 生活療養を受ける場合　３３，４９８点
- （新）四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２、手、足（手に限る）　１６，２２４点
  - 生活療養を受ける場合　１６，１５０点
- （新）骨折観血的手術　２、前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る）　３２，９３７点
  - 生活療養を受ける場合　３２，８６３点
- （新）骨内異物（挿入物を含む）除去術３、前腕、下腿（前腕に限る）　２０，６１１点
  - 生活療養を受ける場合　２０，５３７点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- 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）　２１，０５７点

  生活療養を受ける場合　２０，９８３点

- （新）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）　１５，１８０点

  生活療養を受ける場合　１５，１０６点

- （新）ガングリオン摘出術　１、手、足、指（手、足）（手に限る）　１３，８７８点

  生活療養を受ける場合　１３，８０４点

- （改）関節鏡下手根管開放手術　１８，４４８点　⇒　１７，６２１点

  生活療養を受ける場合　１８，３７４点　⇒　１７，５４７点

- （改）胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　４０，９４３点　⇒　３５，６６３点

  生活療養を受ける場合　４０，８６９点　⇒　３５，５８９点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

（新）涙管チューブ挿入術　１、涙道内視鏡を用いるもの		１１，３１２点
	生活療養を受ける場合	１１，２３８点
（新）眼瞼内反症手術　２、皮膚切開法		１０，６５４点
	生活療養を受ける場合	１０，５８０点
（新）眼瞼下垂症手術　１、眼瞼挙筋前転法		１８，０１６点
	生活療養を受ける場合	１７，９４２点
（新）眼瞼下垂症手術　３、その他のもの		１６，３４７点
	生活療養を受ける場合	１６，２７３点
（新）翼状片手術（弁の移植を要するもの）		９，４３１点
	生活療養を受ける場合	９，３５７点
（新）斜視手術　２、後転法		１８，３２６点
	生活療養を受ける場合	１８，２５２点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （新）斜視手術　３、前転法及び後転法の併施　２２，４９６点
  生活療養を受ける場合　２２，４２２点
- （新）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）　２０，４２６点
  生活療養を受ける場合　２０，３５２点
- （新）緑内障手術６水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術　３７，１５５点
  生活療養を受ける場合　３７，０８１点
  生活療養を受ける場合　１９，７９９点　⇒　１７，８１４点
- （新）水晶体再建術　２、眼内レンズを挿入しない場合（片側）　１５，０５９点
  生活療養を受ける場合　１４，９８５点
- （新）水晶体再建術　２、眼内レンズを挿入しない場合（両側）　２５，３１２点
  生活療養を受ける場合　２５，２３８点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （改）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）
  １９，８７３点　⇒　１７，８８８点
- （改）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）
  ３４，４１６点　⇒　３２，１３０点
  生活療養を受ける場合　３４，３４２点　⇒　３２，０５６点
- （新）鼓膜形成手術
  ３０，５７１点
  生活療養を受ける場合　３０，４９７点
- （新）鼻骨骨折整復固定術
  １８，８０９点
  生活療養を受ける場合　１８，７３５点
- （新）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
  ２６，３１２点
  生活療養を受ける場合　２６，２３８点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- 乳腺腫瘍摘出術　１、長径５センチメートル未満　１８，５８８点 ⇒ １７，３０２点
  - 生活療養を受ける場合　１８，５１４点 ⇒ １７，２２８点
- （新）乳腺腫瘍摘出術　２、長径５センチメートル以上　２５，３６６点
  - 生活療養を受ける場合　２５，２９２点
- （改）経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１、初回　３２，５４０点 ⇒ ２８，８４２点
  - 生活療養を受ける場合　３２，４６６点 ⇒ ２８，７６８点
- （改）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　３２，５４０点 ⇒ ２８，８８４点
  - 生活療養を受ける場合　３２，４６６点 ⇒ ２８，８１０点
- （改）下肢静脈瘤手術　１、抜去切除術　２１，７５５点 ⇒ １９，７９８点
  - 生活療養を受ける場合　２１，６８１点 ⇒ １９，７２４点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （改）下肢静脈瘤手術　２、硬化療法（一連として）　１０，４１１点　⇒　９，１４９点
  - 生活療養を受ける場合　１０，３３７点　⇒　９，０７５点
- （改）下肢静脈瘤手術３、高位結紮術　１０，２２５点　⇒　９，４９４点
  - 生活療養を受ける場合　１０，１５１点　⇒　９，４２０点
- （新）大伏在静脈抜去術　２３，０９０点
  - 生活療養を受ける場合　２３，０１６点
- （新）下肢静脈瘤血管内焼灼術　２０，１３０点
  - 生活療養を受ける場合　２０，０５６点
- （新）下肢静脈瘤血管内塞栓術　２２，２５２点
  - 生活療養を受ける場合　２２，１７８点
- (改)ヘルニア手術 ５、鼠径ヘルニア(３歳未満に限る)　３１，８３５点　⇒　３３，７８５点
  - 生活療養を受ける場合　３１，７６１点　⇒　３３，７１１点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （改）ヘルニア手術　５、鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る）
  ２５，３５８点　⇒　２４，２９６点
  生活療養を受ける場合　２５，２８４点　⇒　２４，２２２点
- （改）ヘルニア手術　５、鼠径ヘルニア（６歳以上１５歳未満に限る)）
  ２２，５９７点　⇒　２１，２７５点
  生活療養を受ける場合　２２，５２３点　⇒　２１，２０１点
- （改）ヘルニア手術　５、鼠径ヘルニア（１５歳以上に限る）
  ２４，９７５点　⇒　２３，６４８点
  生活療養を受ける場合　２４，９０１点　⇒　２３，５７４点
- （改）腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る)）
  ６２，３４４点　⇒　７０，４９２点
  生活療養を受ける場合　６２，２７０点　⇒　７０，４１８点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （改）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）

  ５１，７７３点 ⇒ ５３，３０９点

  生活療養を受ける場合 ５１，６９９点 ⇒ ５３，２３５点

- （改）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）

  ４０，７４１点 ⇒ ４１，０８１点

  生活療養を受ける場合 ４０，６６７点 ⇒ ４１，００７点

- （改）腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（１５歳以上に限る）

  ５０，３２８点 ⇒ ４８，９３４点

  生活療養を受ける場合 ５０，２５４点 ⇒ ４８，８６０点

- （改）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

  １２，７３９点 ⇒ １２，５６０点

  生活療養を受ける場合 １２，６６５点 ⇒ １２，４８６点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （改）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

  １５，５９９点　⇒　１６，２５８点

  生活療養を受ける場合　１５，５２５点　⇒　１６，１８４点

- （改）痔核手術（脱肛を含む）硬化療法（四段階注射法によるもの）

  １１，１０９点　⇒　１０，６０４点

  生活療養を受ける場合　１１，０３５点　⇒　１０，５３０点

- （新）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)

  １０，７９２点

  生活療養を受ける場合　１０，７１８点

- （新）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）　８，４１５点

  生活療養を受ける場合　８，３４１点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （改）体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
  ２５，５９７点 ⇒ ２５，８９４点
  生活療養を受ける場合 ２５，８２０点
- （新）尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） ２４，７０３点
  生活療養を受ける場合 ２４，６２９点
- （新）顕微鏡下精索静脈瘤手術 ２３，８７０点
  生活療養を受ける場合 ２３，７９６点
- （改）子宮頸部（腟部）切除術 １６，２４９点 ⇒ １４，６０７点
  生活療養を受ける場合 １６，１７５点 ⇒ １４，５３３点
- （新）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
  ２１，７０９点
  生活療養を受ける場合 ２１，６３５点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料３の見直し

- （新）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
  １８，６５２点
  生活療養を受ける場合　１８，５７８点
- （新）子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１、電解質溶液利用のもの　３５，１９１点
  生活療養を受ける場合　３５，１１７点
- （新）子宮鏡下子宮筋腫摘出術２その他のもの　３３，４６０点
  生活療養を受ける場合　３３，３８６点
- （新）腹腔鏡下卵管形成術　１０９，０４５点
  生活療養を受ける場合１０８，９７１点
- （改）ガンマナイフによる定位放射線治療　５９，１９９点　⇒　５８，４９６点
  生活療養を受ける場合　５９，１２５点　⇒　５８，４２２点

ご静聴・ご視聴
ありがとうございました

MSGチャンネルにて様々な
情報提供を行なっております

拙著がじほう社より刊行予定です

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル　２０２２年度版』

https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/10800/pdid/54088/Default.aspx