

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 ～中医協答申から 入院・病院外来編～

---

令和4年2月9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

## 令和4年度診療報酬改定の今後のスケジュール

---

- 12月10日：基本方針
- 12月22日：改定率
- 1月26日：改定の個別項目（短冊）
- 2月9日：中医協答申
  - 本日の資料は答申をもとに作成しています
- 3月4日？：官報告示
- 4月1日：新点数運用
- 10月1日：後期高齢者の一部に2割負担導入
  - 3年間は激変緩和措置を適用

# 病 院 の 外 来

---

## 【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する仕組みの見直し

#### ◆ 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲

- ◆ 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）」<sup>（※）</sup>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

## 【外来】 紹介状なし受診の定額負担の見直し

---

### □ 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

### □ 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

- ◆ 「その他、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

- ◆ 「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す

6

## 【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

#### ◆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

- ◆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つてから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及び外来診療料を減算
  - ◆「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」にあっては、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（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ）（一般病床の数が200床未満の病院を除く）及び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」にあっては、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】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

- ◆①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）②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）③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                    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                    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

#### ◆ 施設基準

- ◆ 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されている
- ◆ 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されている
- ◆ イの算定対象病棟
  - ◆ 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）、専門病院入院基本料に限る）
- ◆ ロの算定対象病棟
  - ◆ 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、回復期リハビリテーション病棟入院料

## 【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

### □ 設定されている加算

#### □ 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)

#### □ 設定されている加算

#### □ 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につき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

## 【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、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

## 【医学管理料】 外来栄養食事指導料の加算新設

---

□ 外来栄養食事指導料注3の加算（名称不明？） 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】 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 3 0 0 点
- (新) 連携型の場合 2 8 0 点

## 21 【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		□がんゲノムプロファイリング検査	
□検体提出時	8, 000点		44, 000点
□結果説明時	48, 000点	□(新) がんゲノムプロファイリング評価提料	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ケンスデータ（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（CCAT）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 E G F R 遺伝子検査、R O S 1 融合遺伝子検査、A L K 融合遺伝子検査
- ◆ 大腸癌における R A S 遺伝子検査
- ◆ 乳癌における H E R 2 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 M E T e x 1 4 遺伝子検査
- ◆ 悪性黒色腫における B R A F 遺伝子検査
- ◆ 固形癌における N T R K 融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査
- ◆ 胆道癌における F G F R 2 融合遺伝子検査
- ◆ 卵巣癌又は前立腺癌における B R C A 1 遺伝子及び B R C A



## 【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ケンスデータ (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

## 【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

44,000点

- ◆ (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ケンスデータ（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（CCAT）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、個人情報保護に係る諸法令を遵守すること
- ◆ (4) ・ (5) (略)

## 【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
- 無菌製剤処理料の見直し
  - ◆ 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
  - ◆ 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 2 1 0 点

□ 摂食嚥下機能回復体制加算 2 1 9 0 点

□ 摂食嚥下機能回復体制加算 3 1 2 0 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

### ◆ 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日時点で改正前（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

## 【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

## 【麻醉】 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
- 麻醉管理料 (Ⅰ)、麻醉管理料 (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

## 入院基本料（急性期・地域一般）

---

## 【入院基本料】褥瘡対策の見直し

---

- 褥瘡対策について、薬剤師又は管理栄養士が他職種と連携し当該患者の状態に応じて、薬学的管理や栄養管理を実施することに関し、診療計画への記載を求める
  - ◆入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策の施設基準
    - ◆（新）(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
    - ◆（新）(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



## 【入院基本料】急性期一般入院基本料の見直し

---

### □急性期一般入院基本料の見直し

□急性期一般入院料6 1, 408点 ⇒ 削除

□急性期一般入院料7 1, 382点 ⇒ 急性期一般入院料6 1, 382点

### □経過措置

◆令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出保険医療機関の病棟における急性期一般入院料6の算定は、令和4年9月30日までの間、なおその効力を有するものとする

## 【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」の項目を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更
  - ◆ 「心電図モニター」の項目は評価項目から削除
  - ◆ 「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価を1点から2点に変更
- 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以上400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
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す（次ページ）

	改定案		現行	
	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 Ⅱの割合
急性期一般入院料1(※)	3割1分	<u>2割8分</u>	3割1分	<u>2割9分</u>
急性期一般入院料2(※)	<u>2割7分</u>	<u>2割4分</u>	<u>2割8分</u>	<u>2割6分</u>
急性期一般入院料3(※)	<u>2割4分</u>	<u>2割1分</u>	<u>2割5分</u>	<u>2割3分</u>
急性期一般入院料4(※)	<u>2割</u>	<u>1割7分</u>	<u>2割2分</u>	<u>2割</u>
急性期一般入院料5	<u>1割7分</u>	<u>1割4分</u>	<u>2割</u>	<u>1割8分</u>
急性期一般入院料6			<u>1割8分</u>	<u>1割5分</u>
7対1入院基本料 (特定機能病院入院基本料(一 般病棟に限る。))		2割8分		2割8分
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	<u>1割</u>	<u>0.8割</u>	<u>1割1分</u>	<u>0.9割</u>
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	3割	2割8分	3割	2割8分

	改定案		現行	
	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 Iの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 IIの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 Iの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度 IIの割合
看護必要度加算1	2割2分	2割	2割2分	2割
看護必要度加算2	2割	1割8分	2割	1割8分
看護必要度加算3	1割8分	1割5分	1割8分	1割5分
総合入院体制加算1	<u>3割3分</u>	<u>3割</u>	<u>3割5分</u>	<u>3割3分</u>
総合入院体制加算2	<u>3割3分</u>	<u>3割</u>	<u>3割5分</u>	<u>3割3分</u>
総合入院体制加算3	<u>3割</u>	<u>2割7分</u>	<u>3割2分</u>	<u>3割</u>
急性期看護補助体制加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.7割	0.6割	0.7割	0.6割
看護補助加算1	<u>0.5割</u>	<u>0.4割</u>	<u>0.6割</u>	<u>0.5割</u>
地域包括ケア病棟入院料	<u>1割2分</u>	<u>0.8割</u>	<u>1割4分</u>	<u>1割1分</u>
特定一般病棟入院料の注7	<u>1割2分</u>	<u>0.8割</u>	<u>1割4分</u>	<u>1割1分</u>

## 【入院基本料】重症度、医療・看護必要度の経過措置

□ 令和4年3月31日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす

- 急性期一般入院料 1
  - 急性期一般入院料 2
  - 急性期一般入院料 3
  - 急性期一般入院料 4
  - 急性期一般入院料 5
  - 7対1入院基本料（結核病棟）
  - 7対1入院基本料  
（特定機能病院料（一般病棟））
  - 7対1入院基本料（専門病院）
  - 特定一般病棟入院料の注7
- 看護必要度加算 1
  - 看護必要度加算 2
  - 看護必要度加算 3
  - 総合入院体制加算 1
  - 総合入院体制加算 2
  - 総合入院体制加算 3
  - 急性期看護補助体制加算
  - 看護職員夜間配置加算
  - 看護補助加算 1
  - 地域包括ケア病棟入院料

## 入院基本料（療養病棟他）

---



## 【入院基本料】褥瘡対策の見直し

---

- 褥瘡対策について、薬剤師又は管理栄養士が他職種と連携し当該患者の状態に応じて、薬学的管理や栄養管理を実施することに関し、診療計画への記載を求める
  - ◆ 入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策の施設基準
    - ◆ (新) (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
    - ◆ (新) (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

## 【入院基本料】 療養病棟入院基本料

---

- 療養病棟で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】療養病棟入院基本料の注1 1

---

### □療養病棟入院基本料の注1 1の経過措置の見直し

#### ◆減算割合の見直し

◆所定点数の100分の85 ⇒ 100分の75

#### ◆経過措置の期間を2年間延長

◆第1章の規定にかかわらず区分番号A101の注1 1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日時点で旧医科点数表の療養病棟入院基本料の注1 1の届出を行っている病棟であること

## 【入院基本料】療養病棟入院基本料の注1 1

- 疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対してFIMの測定を要件化
  - ◆ 療養病棟入院基本料の注1 1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1 1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

## 【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】 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1 2 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、次に掲げる点数をそれぞれ算定する



## 【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 150点（1日につき） ⇒ 削除

□ （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については、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

# 特 定 入 院 料

---

## 【特定入院料】 地ケア病棟入院料の要件見直し

---

### □在宅復帰率の要件見直し

- ◆地ケア病棟入院料 1、地ケア病棟入院料 2、地ケア入院医療管理料 1、地ケア入院医療管理料 2
  - ◆70%以上 ⇒ 72.5%以上
- ◆地ケア病棟入院料 3、地ケア病棟入院料 4、地ケア入院医療管理料 3、地ケア入院医療管理料 4
  - ◆在宅復帰率が70%以上を要件に追加
  - ◆当該要件を満たせない場合
    - ◆所定点数の100分の90で算定
- ◆経過措置
  - ◆令和4年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料の届出病棟又は病室は、令和4年9月30日までの間に限り該当するものとみなす

## 【特定入院料】 地ケア病棟入院料の要件見直し

---

### □ 自院の一般病棟からの転棟患者割合の見直し

#### ◆ 地ケア病棟入院料 2、地ケア病棟入院料 4

◆ 許可病床数が 200 床以上 400 床未満の医療機関でも要件化（60%未満）

#### ◆ 当該要件を満たしていない場合

◆ 所定点数の 100 分の 85 で算定

#### ◆ 経過措置

◆ 令和 4 年 3 月 31 日時点で地域包括ケア病棟入院料の届出病棟（許可病床数が 200 床以上 400 床未満）は、令和 4 年 9 月 30 日までの間に限り該当するものとみなす

## 【特定入院料】 地ケア病棟入院料の要件見直し

### □病棟入院料 2、病棟入院料 4、医療管理料 2、医療管理料 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)
  - ◆ ①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
  - ◆ ②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
  - ◆ ③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
  - ◆ ④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
  - ◆ ⑤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
  - ◆ ⑥在宅患者訪問リハビリ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
  - ◆ ⑦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
  - ◆ ⑧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】 地ケア病棟入院料の要件見直し

---

### □ 自宅等から入院した患者割合の要件見直し

◆ 地ケア病棟入院料 1、地ケア病棟入院料 3、地ケア入院医療管理料 1、地ケア入院医療管理料 3

◆ 15%以上 ⇒ 20%以上

### □ 自宅等からの緊急の入院患者の3月の受入れ人数

◆ 3月で6人以上 ⇒ 3月で9人以上

◆ 地ケア入院医療管理料 1、地ケア入院医療管理料 3 で病床数が10床未満の病室

◆ 3月で6人以上 ⇒ 3月で8人以上

### □ 在宅医療等の実績に外来在宅共同指導料 1 の実績が利用可能に

◆ 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回以上算定している保険医療機関であること

### ◆ 経過措置

◆ 令和4年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料の届出病棟又は病室は、令和4年9月30日までの間に限り該当するものとみなす

## 【特定入院料】 地ケア病棟入院料の要件見直し

---

### □ 許可病床数が100床以上の保険医療機関の要件追加

◆ 地ケア病棟入院料1若しくは地ケア病棟入院料2又は地ケア入院医療管理料1若しくは地ケア入院医療管理料2を算定する病棟又は病室で入退院支援加算1の届出を行っていない場合

◆ 所定点数の100分の90で算定

### ◆ 経過措置

◆ 令和4年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは地域包括ケア入院医療管理料1又は地域包括ケア病棟入院料2若しくは地域包括ケア入院医療管理料2の届出病棟又は病室は、令和4年9月30日までの間に限り、従前の例によることができる

## 【特定入院料】 地ケア病棟入院料の要件見直し

### □ 一般病床で病棟入院料又は入院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※<sup>1</sup>か及びウ又はエ※<sup>2</sup>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（※<sup>2</sup>）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

#### ◆ ※<sup>1</sup>

- ◆ 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

#### ◆ ※<sup>2</sup>

- ◆ 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入院した患者の場合 500点

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

## 【特定入院料】 地ケア病棟入院料の要件見直し

---

- 療養病床ベースの地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の算定要件見直し
  - ◆原則として所定点数の100分の95で算定
  - ◆以下の場合には所定点数（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】 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については、算定を開始した日から起算して24月（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を算定していた病棟にあっては12月）に限り算定

### ◆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



## 【特定入院料】 回りハ病棟入院料の要件見直し

---

### □重症患者割合の見直し

#### ◆回りハ病棟入院料1、回りハ病棟入院料2

◆30% ⇒ 40%以上

#### ◆回りハ病棟入院料3、回りハ病棟入院料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

### □回りハ病棟入院料1、回りハ病棟入院料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

◆ 「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（cardiopulmonaryexercisetesting））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

◆ 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

## 【特定入院料】 特殊疾患入院医療管理料

---

□ 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

□ 特殊疾患入院医療管理料

◆ (新) 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、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室の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定

□ 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

## 【特定入院料】 特殊疾患入院医療管理料

### □ 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

- ◆ 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、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

## 【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

- ◆（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していること
  - ◆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
- ◆（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

## 【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

- ◆ (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する
- ◆ (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

- ◆ (1 2) (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
- ◆ (1 3) 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



## 【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 300点 (1日につき) (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保険医療機関
- ◆（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

## 【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)

### ◆施設基準

- ◆ (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
- ◆ (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

## 【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)

### ◆ 施設基準

- ◆ (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（E C M O）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

## 【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 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つては25日、臓器移植を行ったものにあつては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 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つては25日、臓器移植を行ったものにあつては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

◆ イ,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

◆ ロ,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	<u>7割</u>	8割
救命救急入院料 4	8割	<u>7割</u>	8割
特定集中治療室管理料 1	8割	<u>7割</u>	8割
特定集中治療室管理料 2	8割	<u>7割</u>	8割
特定集中治療室管理料 3	7割	<u>6割</u>	7割
特定集中治療室管理料 4	7割	<u>6割</u>	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） 8 1 9 点 ⇒

□（新） 1 4 日目まで 9 5 0 点

□（新） 1 5 日目以降 8 1 5 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

## 【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、R i c h m o n d A g i t a t i o n - S e d a t i o n S c a l e ( R A S S ) 等の指標を用いること
  - ◆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

---

### □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

## 【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

◆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 (F I O<sub>2</sub>) 50%以下、CPAP (PEEP) ≤5 cmH<sub>2</sub>OかつPS ≤5 cmH<sub>2</sub>O

◆F I O<sub>2</sub> 50%以下相当かつTピース

◆エ,ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること

◆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

## 【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)

#### ◆ 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)

---

## 【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, 0 0 0 点

□ 無菌治療管理加算 2                      1, 5 0 0 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

## 【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つては90日（**出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては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つては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は、当該加算は算定できない

## 【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）

#### ◆ 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, 1 2 9 点
生活療養を受ける場合	2, 1 1 5 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



## 【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

#### ◆ 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

---

## 【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

## 【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

---

### □ (新) 急性期充実体制加算 (1日につき) (要届出)

#### ◆ 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病院
- ◆ 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されている
- ◆ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有している
- ◆ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保している
- ◆ 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること
- ◆ 自院の敷地内において喫煙が禁止されている
- ◆ 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

## 【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 (退院時 1 回) 7 点 (退院時 1 回)

◆ 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 1 3 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 (次ページに続く)

◆ 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



## 【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 (退院時 1 回) 7 点 (退院時 1 回)

◆ 施設基準 (前ページからの続き)

- ◆ 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
- ◆ 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

### □ (新) 術後疼痛管理チーム加算

#### ◆ 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
  - ◆ ア、麻酔に従事する専任の常勤医師
  - ◆ イ、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
  - ◆ ウ、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
  - ◆ なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい
- ◆ 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

## 【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

#### ◆ 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）連携機関の数が~~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こと。面会には、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、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録する

#### ◆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 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

## 【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

#### ◆経過措置

- ◆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し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（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 のを行った医療機関と合同で、少なくとも年 4 回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。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

- ◆ 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

- ◆ 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

- ◆ 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

- ◆ 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、具体的な取り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

□ 1.5対1補助体制加算	970点	⇒	1,050点
□ 2.0対1補助体制加算	758点	⇒	835点
□ 2.5対1補助体制加算	630点	⇒	705点
□ 3.0対1補助体制加算	545点	⇒	610点
□ 4.0対1補助体制加算	455点	⇒	510点
□ 5.0対1補助体制加算	375点	⇒	430点
□ 7.5対1補助体制加算	295点	⇒	350点
□ 10.0対1補助体制加算	248点	⇒	300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 2

□ 1 5 対 1 補助体制加算	9 1 0 点	⇒	9 7 5 点
□ 2 0 対 1 補助体制加算	7 1 0 点	⇒	7 7 0 点
□ 2 5 対 1 補助体制加算	5 9 0 点	⇒	6 4 5 点
□ 3 0 対 1 補助体制加算	5 1 0 点	⇒	5 6 0 点
□ 4 0 対 1 補助体制加算	4 3 0 点	⇒	4 7 5 点
□ 5 0 対 1 補助体制加算	3 5 5 点	⇒	3 9 5 点
□ 7 5 対 1 補助体制加算	2 8 0 点	⇒	3 1 5 点
□ 1 0 0 対 1 補助体制加算	2 3 8 点	⇒	2 6 0 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

## 【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日以内の期間	141点 ⇒	146点
□15日以上30日以内の期間	116点 ⇒	121点
□夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）		
□夜間看護配置加算1	100点 ⇒	105点
□夜間看護配置加算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急性期看護補助体制加算	120点 ⇒	125点
□夜間50対1急性期看護補助体制加算	115点 ⇒	120点
□夜間100対1急性期看護補助体制加算	100点 ⇒	105点

## 【入院基本料等加算】夜間の看護配置評価の見直し

### □看護職員夜間配置加算

#### □看護職員夜間 1 2 対 1 配置加算

□看護職員夜間 1 2 対 1 配置加算 1

1 0 5 点 ⇒ 1 1 0 点

□看護職員夜間 1 2 対 1 配置加算 2

8 5 点 ⇒ 9 0 点

#### □看護職員夜間 1 6 対 1 配置加算

□看護職員夜間 1 6 対 1 配置加算 1

6 5 点 ⇒ 7 0 点

□看護職員夜間 1 6 対 1 配置加算 2

4 0 点 ⇒ 4 5 点

### □夜間 7 5 対 1 看護補助加算（看護補助加算）

5 0 点 ⇒ 5 5 点

### □看護職員夜間配置加算

□地域包括ケア病棟入院料

6 5 点 ⇒ 7 0 点

□精神科救急急性期医療入院料

6 5 点 ⇒ 7 0 点

□精神科救急・合併症入院料

6 5 点 ⇒ 7 0 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1 1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)



## 【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

#### ◆ 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

## 【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
      - ◆ **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**



## 【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                    9 5 0 点 ⇒ 1, 0 5 0 点

□ 救急医療管理加算 2                    3 5 0 点 ⇒            4 2 0 点

### ◆ 対象となる状態の追加

◆ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

◆ (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NYHA 1 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月において、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とHL7 FHIR（FastHealthcareInteroperabilityResources）の導入状況

#### ◆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について別添7の様式により届け出る

## 【入院基本料等加算】 栄養管理関係

□ (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

□ 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

## 【入院基本料等加算】 その他

---

### □ 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

---



## 【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90日以内の期間 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90日以内の期間 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
- 61日以上90日以内の期間 1, 900点



- ◆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

## 【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け入れが可能
  - ◆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

## 【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

- ◆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

### □精神科救急急性期医療入院料の加算

### □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

### ◆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

## 【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）

◆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

### □精神科救急医療体制加算（1日につき）（要届出）

#### ◆（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

## 【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）

#### ◆（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（前ページからの続き）

- ◆（二）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

#### ◆（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

## 【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）

#### ◆（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）		□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	□ 30日以内の期間	3, 600点
□ 31日以上の期間	3, 145点	□ 31日以上60日以内の期間	3, 300点
		□ 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】 クロザピンの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、厚生労働省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は、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

## 【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の口の施設基準

- ◆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



## 【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

## 【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対象患者の見直し
  - ◆重篤な栄養障害の患者の範囲
  - ◆BMIが1.3未満の摂食障害 ⇒ BMIが1.5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

### □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

- D 2 8 7 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）
- D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査
- K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2、手、足（手に限る）
- K 0 4 8 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）
- K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1、手、足、指（手、足）（手に限る）
- K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1、涙道内視鏡を用いるもの
- K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2、皮膚切開法
- K 2 1 9 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

---

- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3、その他のもの
- K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
- K 2 5 4 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）
- K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1、初回
- K 6 1 6 - 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
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1、抜去切除術
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2、硬化療法（一連として）
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3、高位結紮術
- K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K 6 1 7 - 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

---

- K 7 4 3 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）
- K 7 4 7 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）
- K 8 2 3 - 6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
- K 8 3 4 - 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	1 1, 3 1 2 点
	生活療養を受ける場合 1 1, 2 3 8 点
□ (新) 眼瞼内反症手術 2、皮膚切開法	1 0, 6 5 4 点
	生活療養を受ける場合 1 0, 5 8 0 点
□ (新) 眼瞼下垂症手術 1、眼瞼挙筋前転法	1 8, 0 1 6 点
	生活療養を受ける場合 1 7, 9 4 2 点
□ (新) 眼瞼下垂症手術 3、その他のもの	1 6, 3 4 7 点
	生活療養を受ける場合 1 6, 2 7 3 点
□ (新) 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	9, 4 3 1 点
	生活療養を受ける場合 9, 3 5 7 点
□ (新) 斜視手術 2、後転法	1 8, 3 2 6 点
	生活療養を受ける場合 1 8, 2 5 2 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<br>(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          | □、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          | □、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)

5 1, 7 7 3点 ⇒ 5 3, 3 0 9点

生活療養を受ける場合 5 1, 6 9 9点 ⇒ 5 3, 2 3 5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)

4 0, 7 4 1点 ⇒ 4 1, 0 8 1点

生活療養を受ける場合 4 0, 6 6 7点 ⇒ 4 1, 0 0 7点
- (改) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る)

5 0, 3 2 8点 ⇒ 4 8, 9 3 4点

生活療養を受ける場合 5 0, 2 5 4点 ⇒ 4 8, 8 6 0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

1 2, 7 3 9点 ⇒ 1 2, 5 6 0点

生活療養を受ける場合 1 2, 6 6 5点 ⇒ 1 2, 4 8 6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 (腔部) 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 | 1 8, 6 5 2 点                |
| 生活療養を受ける場合                                | 1 8, 5 7 8 点                |
| □ (新) 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1、電解質溶液利用のもの            | 3 5, 1 9 1 点                |
| 生活療養を受ける場合                                | 3 5, 1 1 7 点                |
| □ (新) 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの                | 3 3, 4 6 0 点                |
| 生活療養を受ける場合                                | 3 3, 3 8 6 点                |
| □ (新) 腹腔鏡下卵管形成術                           | 1 0 9, 0 4 5 点              |
| 生活療養を受ける場合                                | 1 0 8, 9 7 1 点              |
| □ (改) ガンマナイフによる定位放射線治療                    | 5 9, 1 9 9 点 ⇒ 5 8, 4 9 6 点 |
| 生活療養を受ける場合                                | 5 9, 1 2 5 点 ⇒ 5 8, 4 2 2 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>

