

令和4年度診療報酬改定の概要 【全体詳説版】

令和4年4月21日

厚生労働省 保険局 医療課長

井内 努

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

令和4年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0.23%

各科改定率	医科	+ 0.26%
	歯科	+ 0.29%
	調剤	+ 0.08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0.20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0.20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.35%

※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0.09%

② 材料価格 ▲0.02%

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

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

令和 4 年度診療報酬改定について

看護における処遇改善について

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

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

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

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

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

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

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（２）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（３）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（４）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

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

医科 診療報酬改定の概要

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の強化、機能分化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 情報通信機器を用いた診療に係る評価
- その他の個別改定項目
- 不妊治療の保険適用

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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。



- 急性期**

救急患者の受入推進等

 - 地域医療体制確保加算の対象拡大、充実
 - 救急医療管理加算の見直し

入退院支援加算の見直し

地域包括ケア病棟との機能分担推進

 - 自院一般病棟からの転棟割合適正化
 - 在宅患者の受入等、在宅医療等の実績
 - 入退院支援加算の要件化、在宅復帰強化
 - 初期加算の見直し

回復期リハ

療養病棟

在宅医療の提供

在宅

介護サービス

感染対策向上加算・外来感染対策向上加算の新設

外来から在宅への連携推進

 - 外来在宅共同指導料の新設
 - 在宅療養移行加算の新設

在宅医療の提供

緊急時受入

有床診療所の見直し

 - 初期加算の見直し

在支診・在支病の見直し

 - 機能強化型在支病における後方入院機能の評価（地ケア1・3等）
 - 地域の24時間在宅医療提供体制への協力
 - 機能強化型における介護サービス等との連携の要件化

外来機能の分化・連携推進

 - 連携強化診療情報提供料の新設
 - 紹介受診重点医療機関入院診療加算の新設
 - 紹介割合・逆紹介割合に基づく初診料等の減算

入院医療に係る評価の主な見直し①

【急性期入院医療・高度急性期入院医療】

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

1. 一般病棟入院基本料

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

●急性期一般入院料

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

●地域一般入院料

- ✓ **データ提出加算を要件化**し、データに基づく評価を推進

2. 特定集中治療室管理料等

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

入院医療に係る評価の主な見直し②

【回復期入院医療】

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

- 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進するとともに、自院一般病棟からの受入割合が高い場合の評価を適正化し、実態を踏まえた評価を推進
- ✓ 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
- ✓ 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
- ✓ 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
- ✓ 在宅復帰率の水準を引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 質の高いリハビリテーションを推進する観点から、重症患者割合を引き上げるとともに、実績等の低い入院料を適正化して再編
- 対象患者として心大血管疾患の患者を組み入れ
- ✓ 入院料の分類を、6段階から5段階へ再編し、入院料5は新規届出用の入院料として設定（届け出後。2年間の時限算定）
- ✓ 重症患者割合を引き上げるとともに、第三者評価による適切なFIM測定を推進
- ✓ 回復期リハビリテーション病棟の対象に心大血管疾患の患者を、組み入れ

入院医療に係る評価の主な見直し③

【慢性期入院医療等】

5. 療養病棟入院基本料

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

6. 障害者施設等入院基本料等

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

7. 緩和ケア病棟入院料

- ✓ ガイドライン等を踏まえた疼痛の評価を実施した場合の加算を新設

8. 有床診療所入院基本料等

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

9. DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料

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

入院医療に係る評価の主な見直し④

【働き方改革の推進】

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

【その他の取組の推進】

- 入退院支援をさらに推進し、ヤングケアラーを入退院支援加算の対象に追加
- 画像診断等の報告書の確認漏れを防ぐことによる医療安全対策を推進
- 周術期の栄養管理や疼痛管理について新たに評価し、質の高い周術期管理を推進
- データ提出加算の要件化を進め、アウトカム評価を推進
- 新型コロナウイルス感染症に係る特例的な評価、臨時的な取扱いを引き続き実施
- ✓ 入退院支援加算の対象にヤングケアラーを追加
- ✓ 画像診断等の報告書確認漏れを防ぎ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価として、報告書管理体制加算を新設
- ✓ 周術期栄養管理実施加算、術後疼痛管理チーム加算を新設し、質の高い周術期を推進
- ✓ データ提出加算の届出を要件化する対象を地域一般入院料等に拡大
- ✓ 新型コロナに対する診療等について特例的な評価を継続するとともに、実績等の臨時的な取扱いも継続

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

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き別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、更に所定点数に加算する。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
- 精神科を標榜する保険医療機関であること。・精神病棟入院基本料等の施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る公益裁定

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

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

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

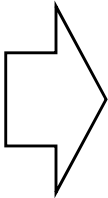
評価項目の見直し

➤ 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
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	－
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	－
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	－
4	心電図モニターの管理	なし	あり	－
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	－
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	－
	専門的な治療・処置			
7	(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
	創傷処置			
1	(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	－
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	－
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	－
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	－
5	輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり
	専門的な治療・処置			
6	(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

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 1 ～ 6）の内容

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員		7 対 1 以上 (7 割以上が 看護師)	10対 1 以上 (7 割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	許可病床数 200床以上	31%／28%	27%／24%	24%／21%	20%／17%	17%／14%	測定している こと
	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・看護必要度の施設基準の見直し

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

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

現行※		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料 1	31%	29%
急性期一般入院料 2	28% (26%)	26% (24%)
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23% (21%)
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20% (18%)
急性期一般入院料 5	20%	18%
急性期一般入院料 6	18%	15%
7 対 1 入院基本料（特定）	—	28%
7 対 1 入院基本料（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%	<u>28%</u>
	許可病床200床未満	<u>28%</u>	<u>25%</u>
急性期一般 入院料 2	許可病床200床以上	<u>27%</u>	<u>24%</u>
	許可病床200床未満	<u>25%</u>	<u>22%</u>
急性期一般 入院料 3	許可病床200床以上	<u>24%</u>	<u>21%</u>
	許可病床200床未満	<u>22%</u>	<u>19%</u>
急性期一般 入院料 4	許可病床200床以上	<u>20%</u>	<u>17%</u>
	許可病床200床未満	<u>18%</u>	<u>15%</u>
急性期一般入院料 5		<u>17%</u>	<u>14%</u>
7 対 1 入院基本料（特定）		—	28%
7 対 1 入院基本料（結核）		<u>10%</u>	<u>8%</u>
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		<u>33%</u>	<u>30%</u>
総合入院体制加算 3		<u>30%</u>	<u>27%</u>
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		<u>5%</u>	<u>4%</u>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7		<u>12%</u>	<u>8%</u>

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

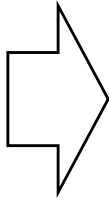
- 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

現行

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。



改定後

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

許可病床数が**200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟**及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から**5**までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

〔経過措置〕

令和4年3月31日において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）については、**同年12月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。**

救急医療管理加算の見直し

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

算定対象となる状態の見直し

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

現行	改定後
【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）	【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）
1 救急医療管理加算 1 950点	1 救急医療管理加算 1 <u>1,050点</u>
2 救急医療管理加算 2 350点	2 救急医療管理加算 2 <u>420点</u>
[対象患者]	
・救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、 <u>ア～サのいずれかの状態</u> 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、 <u>ア～サまでに準ずる状態</u> 又は <u>シ</u> 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、 <u>顔面熱傷又は気道熱傷</u>
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	<u>コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態</u>
オ ショック	<u>サ 蘇生術を必要とする重篤な状態</u>
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	<u>シ</u> 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]	[DPC様式 1] ※予定・救急医療入院の患者に限る										
◆ 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											
◆ <u>イの状態に該当する場合はJCSOの状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算 2 においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）</u>											
◆ 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											
	<table><tr><th>患者の状態/状態指標</th><th>状態指標の記載時点</th></tr><tr><td>意識障害患者/JCS</td><td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td></tr><tr><td>心疾患患者/NYHA</td><td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td></tr><tr><td>呼吸不全の患者/P/F</td><td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td></tr><tr><td>熱傷患者/Burn Index</td><td>・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点</td></tr></table>	患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点	意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点
患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点										
意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時										
心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時										
呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時										
熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点										

手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

- 術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、術後疼痛管理チーム加算を新設する。

(新) 術後疼痛管理チーム加算 100点 (一日につき)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。
 - ア 麻酔に従事する専任の常勤医師
 - イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。
- (4) 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (※) 急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料に限る。）、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能。

周術期における薬学的管理の評価の新設

- 薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）
2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合
（新） 周術期薬剤管理加算 75点

[算定要件]

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

[施設基準の概要]

- ・ 当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な**専任の薬剤師**が配置されていること。
- ・ **病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- ・ 周術期薬剤管理に関する**プロトコルを整備**していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的な**プロトコルの見直し**を行うこと。
- ・ 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- ・ 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ**薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携**を行っていること。

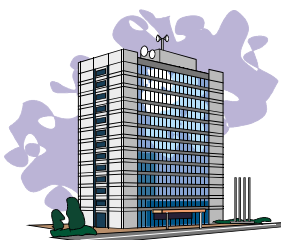
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

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

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

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

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ **重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績**

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

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ **ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用**

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

➤ **高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用**

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

➤ **高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置**

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

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

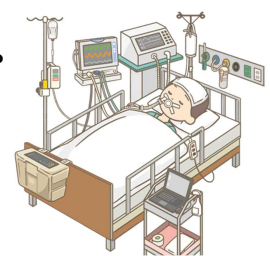
③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

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

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

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

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



特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

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

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算		
イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
ハ	8日以上14日以内の期間	300点

[算定要件]
重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準の概要]

専従の常勤看護師 1名 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	*実施業務* ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること 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		

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。

救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

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

現行	
【A300 救命救急入院料】 【A301 特定集中治療室管理料】	
	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日

（※1）救命救急入院料3及び4、特定集中治療室管理料2及び4に限る。



改定後	
【A300 救命救急入院料】 【A301 特定集中治療室管理料】	
	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日
急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者	25日
臓器移植（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	30日

〔算定上限日数に係る施設基準の概要〕

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

施設基準の見直し

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

現行	
〔施設基準〕	
・ 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。	



改定後	
〔施設基準〕	
・ <u>当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。</u>	

〔見直しの対象となる治療室〕

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

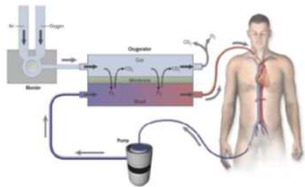
ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

ECMOの評価の見直し

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

(新) 体外式膜型人工肺（1日につき）

1	初日	30,150点
2	2日目以降	3,000点



[算定要件]

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

※あわせて、人工心肺に係る算定要件を整理。

ECMOの治療管理に係る評価の新設

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

(新) 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）

1	7日目まで	4,500点
2	8日目以降14日目まで	4,000点
3	15日目以降	3,000点



[算定要件]

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

[施設基準]

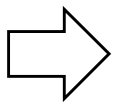
- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

現行

経皮的動脈血酸素飽和度測定（1日につき）

30点



改定後

35点

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

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

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

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

現行	改定後
【早期栄養介入管理加算】 [算定要件] 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。 [施設基準] 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。	【早期栄養介入管理加算】 [算定要件] 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。 [施設基準] イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 □ <u>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。</u> ※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

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

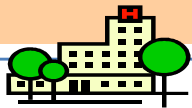
現行	改定後
特定集中治療室管理料 1～4	特定集中治療室管理料 1～4 <u>救命救急入院料 1～4</u> <u>ハイケアユニット入院医療管理料 1、2</u> <u>脳卒中ケアユニット入院医療管理料</u> <u>小児特定集中治療室管理料</u>

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

3. 回復期入院医療の評価

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

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>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。）</u>							
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 <u>12%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>8%</u> 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 <u>200床以上</u> の場合) <u>(満たさない場合85／100に減算)</u>		－		6 割未満 (許可病床数 <u>200床以上</u> の場合) <u>(満たさない場合85／100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	<u>2 割</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>8人</u> 以上)		<u>いずれか 1 つ以上</u> <u>(満たさない場合90／100に減算)</u> <u>(「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)</u>		<u>2 割</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>8人</u> 以上)		<u>いずれか 1 つ以上</u> <u>(満たさない場合90／100に減算)</u> <u>(「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)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>9人</u> 以上				3月で <u>9人</u> 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	<u>7 割 2 分 5 厘</u> 以上				<u>7 割以上</u> （ <u>満たさない場合90／100に減算</u> ）			
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 <u>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）</u>							
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 3 0 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。

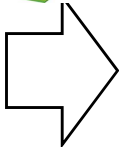
地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

➤ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

現行

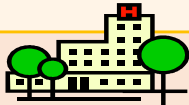
【急性期病棟から受入れた患者】
当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

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



改定後

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



（改）イ 急性期患者支援病床初期加算

（1） 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 150点
- ② ①の患者以外の患者の場合 50点

（2） 許可病床数400床未満の保険医療機関

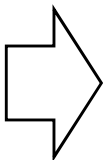
- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 250点
- ② ①の患者以外の患者の場合 125点

（改）ロ 在宅患者支援病床初期加算

- ① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点
- ② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点

現行

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
	算定する医療機関が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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

3. 回復期入院医療の評価

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

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※1)
医師	専任常勤 1 名以上				
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
看護補助者	3 0 対 1 以上				
リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
社会福祉士	専任常勤 1 名以上		－		
管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
第三者評価	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

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

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

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

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

改定後

【療養病棟入院基本料】

【算定要件】（概要・抜粋）

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

【経過措置】

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

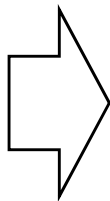
療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

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

現行

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



改定後

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

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

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

【経過措置】

- ・ 令和4年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。

医療区分について（参考）

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

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

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

現行

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (抜粋・例)

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

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (抜粋・例)

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

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件] (抜粋・例)

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

改定後

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

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

□ 13対1入院基本料

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

ハ 15対1入院基本料

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

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6	イ	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
	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。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

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

緩和ケア病棟入院料の見直し

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

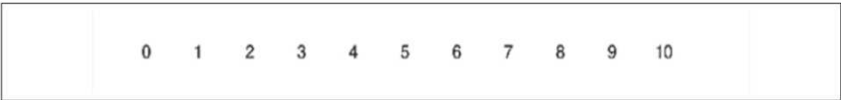
緩和ケア病棟入院料

(新) 緩和ケア疼痛評価加算 100点

[算定要件] (概要)

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

評価の例



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

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



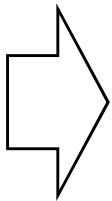
- 緩和ケア病棟入院料について、加算の新設にあわせて評価の見直しを行う。

現行

【緩和ケア病棟入院料】

[算定要件]

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



改定後

【緩和ケア病棟入院料】

[算定要件]

1	緩和ケア病棟入院料 1	
イ	30日以内の	5,107点
ロ	31日以上60日以内の期間	4,554点
ハ	61日以上	3,350点
2	緩和ケア病棟入院料 2	
イ	30日以内の期間	4,870点
ロ	31日以上60日以内の期間	4,401点
ハ	61日以上	3,298点

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

4. 慢性期入院医療の評価

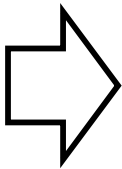
- ① 療養病棟入院基本料の見直し
- ② 障害者施設等入院基本料等の見直し
- ③ 緩和ケア病棟入院料の見直し
- ④ 有床診療所における評価の見直し

有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

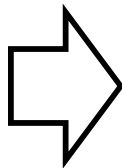
- 有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算について、急性期医療を担う他の医療機関からの患者の受入れと、在宅からの患者の受入れを区別して評価する。

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



改定後
有床診療所急性期患者支援病床初期加算（21日を限度）150点
【急性期病棟から受入れた患者】
急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者からについては、転院した日から起算して**21日を限度として加算**する。
有床診療所在宅患者支援病床初期加算（21日を限度）300点
【在宅から受入れた患者】
介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

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



改定後
有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算（21日を限度）300点
【急性期病棟から受入れた患者】
急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して**21日を限度として加算**する。
有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算（21日を限度）350点
【在宅から受入れた患者】
介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合（※）に、入院した日から起算して**21日を限度として加算**する。

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

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

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

有床診療所療養病床入院基本料
（新） 慢性維持透析管理加算 100点（1日当たり）

[対象患者]
・ 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、J 0 3 8 - 2 に掲げる持続緩徐式血液濾過、J 0 3 9 に掲げる血漿交換療法又は J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流を行っている患者

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）（8日まで）

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

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

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

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

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

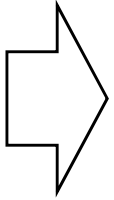
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

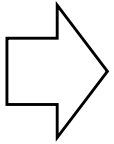
- 麻酔を伴う手術の実施状況等を踏まえ、評価及び麻酔科医の配置に係る要件を見直す。

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

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

短期滞在手術等基本料 2 の見直し

- 短期滞在手術等基本料 2 について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料3の見直し

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

追加する手術等

D 2 3 7	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
D 2 3 7	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
D 2 3 7 - 2	反復睡眠潜時試験（MSLT）				
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）
K 0 0 7 - 2	経皮的放射線治療用金属マーカー留置術				
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 6	骨折観血的手術	2	前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）		
K 0 4 8	骨内異物（挿入物を含む。）除去術	3	前腕、下腿（前腕に限る。）		
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（鎖骨に限る。）		
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		
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 4 2	斜視手術	2	後転法		
K 2 4 2	斜視手術	3	前転法及び後転法の併施		
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 2 8 2	水晶体再建術	2	眼内レンズを挿入しない場合（片側）		
K 2 8 2	水晶体再建術	2	眼内レンズを挿入しない場合（両側）		
K 3 1 8	鼓膜形成手術				
K 3 3 3	鼻骨骨折整復固定術				
K 3 8 9	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		
K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	2	長径5センチメートル以上		
K 6 1 7 - 2	大伏在静脈抜去術				
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				
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（肛門ポリープ切除術に限る。）				
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				
K 8 7 2 - 3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術				
1	電解質溶液利用のもの				
K 8 7 2 - 3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術				
2	その他のもの				
K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	1	電解質溶液利用のもの		
K 8 7 3	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	2	その他のもの		
K 8 9 0 - 3	腹腔鏡下卵管形成術				

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

DPC/PDPSの見直し

➤ 医療機関別係数の見直し

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

現行	改定後
【体制評価指数】 がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、その他の9項目で評価 ＜災害＞（新設） ＜へき地＞「へき地医療拠点病院の指定」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」 ＜その他＞ 新型インフルエンザ対策	【体制評価指数】 従前の9項目に感染症を追加 ＜災害＞ BCPの策定（災害拠点病院以外） ＜へき地＞「へき地医療拠点病院の指定かつ主要3事業を年12回以上」又は「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていること」 「へき地医療拠点病院の指定（主要3事業を年12回以上実施している場合を除く。）」 ＜感染症＞ 新型インフルエンザ対策 新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、GMIS）

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

➤ 算定ルールの見直し

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

➤ 退院患者調査の見直し

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

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

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

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

現行	改定後
【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 520点 〔施設基準〕 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。	【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 <u>620点</u> 〔施設基準〕 <u>「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成</u>すること。 <u>以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。</u> <u>ア</u> 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 <u>イ</u> <u>救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> <u>ウ</u> <u>「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。</u>

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

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

＜参考＞ 現行の要件
(地域医療体制確保加算)

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

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

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し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			改定後		
看護職員に係る加算	【看護職員夜間配置加算】		看護職員に係る加算	【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 1	110点
	看護職員夜間12対1 配置加算 2	85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	65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	40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】			【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		地域包括ケア病棟入院料	70点
	精神科救急入院料	65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	65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】		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	115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	100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】			【看護補助加算】	
	夜間75対1 看護補助加算	50点		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）	45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）			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		イ（1）14日以内の期間	146点
	ロ 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
	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（有床診療所入院基本料の注加算）	
	ハ 夜間看護配置加算 1	100点		ハ 夜間看護配置加算 1	105点
ニ 夜間看護配置加算 2	50点	ニ 夜間看護配置加算 2	55点		

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

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

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

[施設基準]

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

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

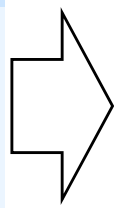
特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

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

現行

【精神科リエゾンチーム加算】
[施設基準]
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。



改定後

【精神科リエゾンチーム加算】
[施設基準]
ア 国又は医療関係団体等が主催する600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）又は[保健師助産師看護師法（昭和23 年法律第203 号）第37 条の2 第2 項第5 号の規定による指定研修機関において行われる研修](#)であること。

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

7. 働き方改革の推進

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

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

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

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

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

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行			改定後		
医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2	医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
15対1	970点	910点	15対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
20対1	758点	710点	20対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
25対1	630点	590点	25対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
30対1	545点	510点	30対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
40対1	455点	430点	40対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
50対1	375点	355点	50対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
75対1	295点	280点	75対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
100対1	248点	238点	100対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>

病棟薬剤業務実施加算の見直し

病棟薬剤業務実施加算の見直し

- 小児入院医療管理料において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟について、病棟薬剤業務実施加算1を算定可能とする。

現行

(病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料 1～7

地域一般入院料 1～3

療養病棟入院料 1、2、注11

結核病棟入院基本料

精神病棟入院基本料

特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）

専門病院入院基本料



改定後

(病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料 1～6

地域一般入院料 1～3

療養病棟入院料 1、2、注11

結核病棟入院基本料

精神病棟入院基本料

特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）

専門病院入院基本料

(新) 小児入院医療管理料 1～5

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

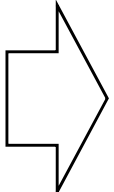
7. 働き方改革の推進

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

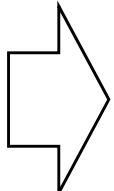
診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

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

現行		改定後
【診療録管理体制加算】 [施設基準] (新設)		【診療録管理体制加算】 [施設基準] <u>許可病床数が400床以上の保険医療機関</u> については、以下の要件を加える。 ・ <u>専任の医療情報システム安全管理責任者を配置</u>すること ・ 当該責任者は、職員を対象として、<u>少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施</u>していること

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

現行		改定後
【診療録管理体制加算】 [施設基準] (新設) (新設)		【診療録管理体制加算】 [施設基準] <u>許可病床数が400床以上の保険医療機関</u> については、非常時に備えた医療情報システムの <u>バックアップ体制を確保</u> することが望ましい。 <u>毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制等について、別添様式により届け出ること。</u> 届出内容（例） ・ バックアップ対象のシステム ・ バックアップの頻度、保管方式

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

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

[経過措置]

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

画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

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

(新) 報告書管理体制加算 (退院時 1 回) 7 点

[算定要件]

組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準の概要]

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

入退院支援の推進

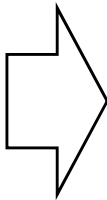
入退院支援加算の評価・要件の見直し

➤ 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



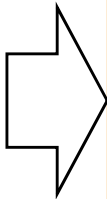
改定後

- 【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

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

- 中心静脈栄養や鼻腔栄養等を実施している患者の経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、摂食嚥下支援加算について、名称、要件及び評価を見直す。

現行

【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】

摂食嚥下支援加算 200点（週1回）

〔算定要件〕

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

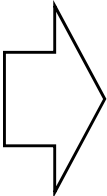
〔施設基準〕

摂食嚥下支援チームを設置

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

＊の職種は、カンファレンスの参加が必須

入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告



改定後

（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】

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

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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

外来医療の強化、機能分化

外来医療等に係る評価の主な見直し①

【外来医療の機能分化】

1. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し等

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

2. 紹介割合等に基づく初診料等減算の見直し

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

【かかりつけ医機能の評価】

1. 地域包括診療料・加算の見直し

- ✓ 慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患に慢性心不全及び慢性腎不全を追加

2. 連携強化診療情報提供料の新設

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

3. 機能強化加算の見直し

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

4. 小児かかりつけ診療料の見直し

- ✓ 時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系に見直し

5. 生活習慣病管理料の見直し

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

外来医療等に係る評価の主な見直し②

【リフィル処方箋の仕組み】

1. リフィル処方箋の仕組み新設

- ✓ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる仕組みを設け、[処方箋の様式を見直し](#)

2. 処方箋料における減算規定緩和

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

【オンライン資格確認の活用推進】

1. 電子的保健医療情報活用加算の新設

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

【外来等におけるデータ提出の評価】

1. 外来データ提出加算等の新設

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

外来医療の強化・機能分化

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

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

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 <u>7,000円</u>	
医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)

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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
 - ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
- ※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

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

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

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

【再診の場合】

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

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

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

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

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点（入院初日）

[算定要件]

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

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

【改定後】

初診料の注2、3214点

外来診療料の注2、355点

(情報通信機器を用いた初診については186点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準	紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満			紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	(紹介患者数+救急患者数) / 初診患者数 × 100			
逆紹介割合 (‰)	逆紹介患者数 / (初診+再診患者数) × 1,000			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
再診患者の数	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。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ・ 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

外来医療の強化・機能分化

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

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

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



処方箋	
診療科	処方箋番号
医師氏名	薬剤師氏名
患者氏名	患者氏名
患者生年月日	患者性別
処方日	処方日
処方時間	処方時間
処方内容	処方内容
調剤回数	調剤回数
調剤日	調剤日
調剤時間	調剤時間
調剤場所	調剤場所
調剤回数	調剤回数
調剤日	調剤日
調剤時間	調剤時間
調剤場所	調剤場所

リフィル可 ☐ (回)	
保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
備考	
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)	
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供	
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)	
☐ 1回目調剤日(年 月 日) ☐ 2回目調剤日(年 月 日) ☐ 3回目調剤日(年 月 日)	
次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)	

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

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

現行

改定後

【処方箋料】
[算定要件]

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

【処方箋料】
[算定要件]

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

外来医療の強化・機能分化

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

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料		
<u>(新)</u>	<u>電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>7点</u>
再診料		
<u>(新)</u>	<u>電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>4点</u>
外来診療料		
<u>(新)</u>	<u>電子的保健医療情報活用加算</u>	<u>4点</u>

[対象患者]

- ・ オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

(※)

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

[施設基準]

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

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

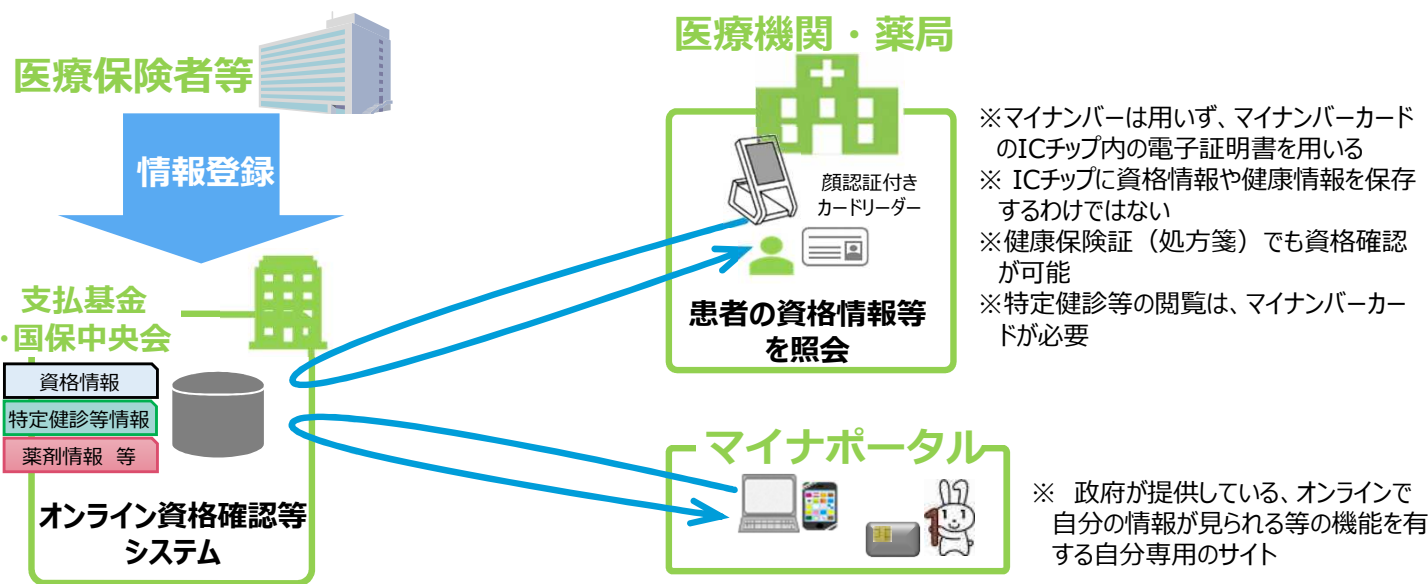
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築**等を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。政府では、**令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

オンライン資格確認を利用するメリット

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
※ マイナンバーカードだけでなく、従来の保険証でも資格の有効性が確認できる。
- ② 医療機関や薬局において、特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を提供できる**。

マイナンバーカードの交付状況

- ・人口に対する交付枚数率は、**41.8%**（令和4年2月1日時点）
- ・マイナポイント第2弾として、マイナンバーカードの健康保険証利用申込を行った方に7,500円相当のポイントを付与する。（令和4年6月頃～）



オンライン資格確認導入に関する
手続き・各種申請は
医療機関等向けポータルサイトで！



医療機関ポータル

検索

外来医療の強化・機能分化

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

地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

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

現行

【地域包括診療料】

[対象患者]

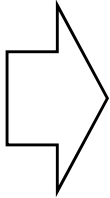
- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

[算定要件]

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

[施設基準]

- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。



改定後

【地域包括診療料】 (※地域包括診療加算も同様)

[対象患者]

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

[算定要件]

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

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

[施設基準]

- 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。

小児かかりつけ診療料の見直し

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

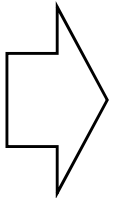
現行

【小児かかりつけ診療料】

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

〔施設基準〕

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



改定後

【小児かかりつけ診療料】

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

〔施設基準〕

- (共通)
- 小児科を標榜している医療機関であること。
- 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、2つ以上に該当すること。
 - (削除)
 - ア～ウ (略)
 - エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医 又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること

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

- (小児かかりつけ診療料2) 次のいずれかを満たしていること。
 - ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。
 - イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

小児かかりつけ診療料の見直し

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

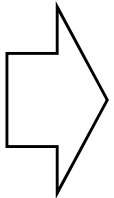
現行

【小児かかりつけ診療料】

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

〔施設基準〕

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



改定後

【小児かかりつけ診療料】

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

〔施設基準〕

- (共通)
- ・ 小児科を標榜している医療機関であること。
- ・ 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が、以下の項目のうち、2つ以上に該当すること。
(削除)
ア～ウ (略)
エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医 又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること

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

- (小児かかりつけ診療料2) 次のいずれかを満たしていること。
ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。
イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

機能強化加算の見直し①

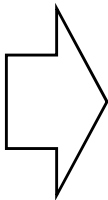
➤ 地域においてかかりつけ医機能を有する医療機関の体制について、診療実態も踏まえた適切な評価を行う観点から、機能強化加算について要件を見直す。

現行

【機能強化加算】

[算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。



改定後

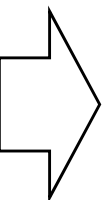
【機能強化加算】

[算定要件]

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

[施設基準]

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



[施設基準]

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

機能強化加算の見直し②

	現行
届出・実績	次のいずれかの届出
	- 地域包括診療加算 - 地域包括診療料
	小児かかりつけ診療料
	- 在宅時医学総合管理料 - 施設入居時等医学総合管理料 (在支診又は在支病に限る)
配置医師	-



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

外来医療の強化・機能分化

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

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

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

(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点（1日につき）

[算定要件]

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

(新) 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点（月1回に限り）

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

[施設基準]

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

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

- 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

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

外来医療の強化・機能分化

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

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

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

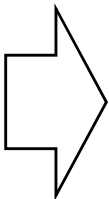
現行

【生活習慣病管理料】

- (1：処方箋を交付する場合／2：それ以外の場合)
- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点／1,175点
 - ロ 高血圧症を主病とする場合 700点／1,035点
 - ハ 糖尿病を主病とする場合 800点／1,280点

【算定要件】

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



改定後

【生活習慣病管理料】

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

【算定要件】

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

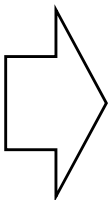
算定要件の見直し

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

現行

【生活習慣病管理料】 【算定要件】

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



改定後

【生活習慣病管理料】 【算定要件】

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

外来医療の強化・機能分化

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

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

在宅医療・訪問看護に係る評価の主な見直し

【在宅医療】

1. 在支診及び在支病による地域連携等の推進

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

2. 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進

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

3. 小児の在宅医療の評価

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

【訪問看護】

4. 利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制整備の推進

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

5. 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

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

6. 退院支援の見直し

- ✓ 退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設

7. 遠隔死亡診断の補助の評価

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保
2. 質の高い訪問看護の確保

在支診・在支病の施設基準（参考）

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養 後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支 診・在支病 の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ <u>適切な意思決定支援に係る指針を作成していること</u>					
全ての在支 病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
機能強化型 在支診・在 支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>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</u>	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で4件以上 ・ <u>在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上</u> ・ <u>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</u>		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
	⑩ <u>市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</u>					

※：青字は令和4年度診療報酬改定における変更点

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

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

(新) 外来在宅共同指導料		
外来在宅共同指導料 1	400点	<u>(在宅療養を担う保険医療機関において算定)</u>
外来在宅共同指導料 2	600点	<u>(外来において診療を行う保険医療機関において算定)</u>

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

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



在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

- 継続診療加算について、名称を在宅療養移行加算に変更する。
- 従来の継続診療加算に加えて、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有している場合の評価を新設する。

現行

【継続診療加算】

継続診療加算216点

[施設基準]

継続診療加算

ア

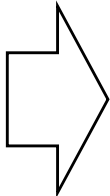
24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること

イ

訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している

ウ

当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明



改定後

(新)

【在宅療養移行加算】

在宅療養移行加算 1

216点

在宅療養移行加算 2

116点

[施設基準]

在宅療養移行加算 1

ア

24時間の往診体制及び24時間の連絡体制

イ

訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している

ウ

当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

在宅療養移行加算 2

ア

当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。

イ

24時間の連絡体制を有していること

イ

訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している

ウ

当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

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

在宅がん医療総合診療料

(新) 小児加算 1,000点 (週に1回に限る)

[算定要件]

15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合に算定する。

緊急往診加算の見直し

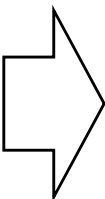
- 緊急往診加算について、小児に対する在宅医療を適切に評価する観点から、緊急往診加算について要件を見直し、小児特有の速やかな往診が必要な場合を明確にする。

現行

【往診料】

〔施設基準〕

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。



改定後

【往診料】

〔施設基準〕

緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合）をいう。

在宅療養移行加算等における要件の一覧

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

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

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

<10：連携医療機関数が10未満であること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

1. 質の高い在宅医療の確保
2. 質の高い訪問看護の確保

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

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

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（業務継続計画の策定等）

- 第二十二条の二 指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- 2 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 3 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

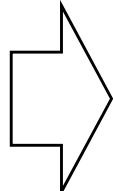
複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

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

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合

- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
- ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合

- ・ 特別地域に所在する訪問看護ステーション
- ・ 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション
- ・ 業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション

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

ア 都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業

イ 自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業

ウ 都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理している

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

➤ 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

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

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

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

(新) 専門管理加算 2,500円(1月に1回)

- [算定要件]
- 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。
- [算定対象]
- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
 - 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者
 - 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者
 - 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
 - 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
 - 手順書加算を算定する利用者
- ※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正
- ※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

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

(新) 手順書加算 150点(6月に1回)

[算定要件]

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

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

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

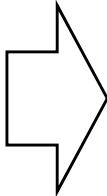
医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

- 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を行う観点から、退院日に看護師等が長時間の退院支援指導を行った場合の評価を新設する。

現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。



改定後

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円
（区分番号01の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円）を加算する。

（参考）別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

- 長時間の訪問看護を要する利用者であって、次のいずれかに該当するもの
- ・ 15歳未満の超重症児又は準超重症児
 - ・ 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
 - ・ 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

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

(新) 遠隔死亡診断補助加算 1,500円

[算定要件]

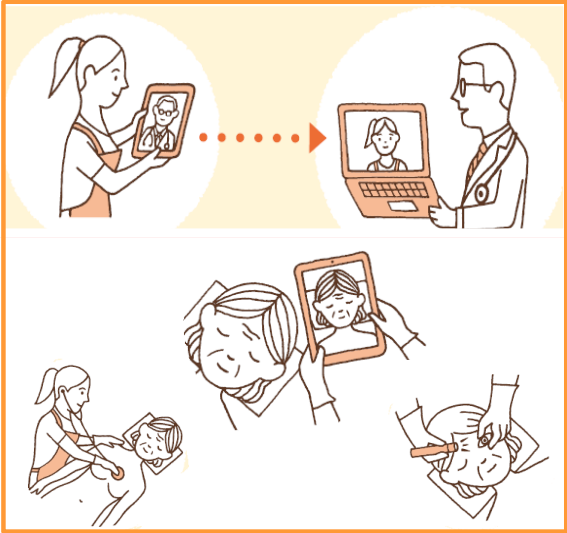
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、所定額に加算する。

[施設基準]

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること

(参考) 死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
注8	死亡診断加算 200点
以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。	
ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。	
イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。	
ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。	



個別改定項目の評価

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し①

【感染対策に係る評価の新設】

1. 外来感染対策向上加算の新設

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

2. 感染対策向上加算の改称・新設

- ✓ 感染防止対策加算を感染対策向上加算に改称し、平時からの個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から要件を見直し
 - ✓ 保健所、地域の医師会との連携
 - ✓ 新興感染症等の発生を想定した訓練の実施
 - ✓ 新興感染症等の発生時等に患者の受入体制を有し、公開
- ✓ より小規模の感染制御チームによる感染防止対策に係る評価として、感染対策向上加算3を新設
- ✓ 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価として、指導強化加算を新設
- ✓ 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合の評価として、連携強化加算を新設
- ✓ 地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価として、サーベイランス強化加算を新設

新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し②

【感染症対応を踏まえた入院医療提供体制等の強化】

1. 急性期入院医療における体制強化

急性期一般入院料における機能強化を推進

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

特定集中治療室等における機能強化を推進

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

2. 回復期入院医療における体制強化

地域包括ケア病棟における機能強化を推進

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

3. 在宅医療・訪問看護における体制強化

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

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の主な特例について

入院

✓ 重症患者への対応

〔特定集中治療室(I C U)管理料等を **3 倍(12,672~42,633点)**〕

✓ 中等症患者への対応

〔中等症Ⅱ以上の場合：救急医療管理加算を **6 倍(5,700点)**
それ以外の場合：同 **4 倍(3,800点)**〕

✓ 回復患者への対応

〔回復患者への入院医療：**750点+950点** ※950点は最大90日〕

在宅

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の往診

〔ロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算を **5 倍(4,750点)**
その他の場合：同 **3 倍(2,850点)**〕

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護(**1,560点**)

✓ 自宅・宿泊療養者への電話等による初再診(**250点**)

外来

✓ 疑い患者への外来診療

〔疑い患者への外来診療：院内トリージ 実施料の特例算定(**300点**)
診療・検査医療機関の場合：**550点**※ <令和4年3月末まで>
※自治体HPでの公表が要件〕

✓ コロナ患者への外来診療

〔通常の場合：救急医療管理加算**950点**
ロナプリーブ投与の場合：同 **3 倍(2,850点)**〕

✓ 小児の外来診療（医科：**50点**、歯科：**28点**、調剤：**6点**) <令和4年3月末まで>

その他

<歯科>

✓ コロナ患者に対し、歯科治療の延期が困難で実施 (**298点**)

<調剤>

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問/電話等による服薬 指導(訪問:**500点**、電話等:**200点**)

新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）（参考）①

○ 患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

（１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

（２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等においては、当面、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出は不要とした。

（３）看護配置の変動に関する取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

（４）DPC対象病院の要件等の取扱い

（２）と同様の場合において、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

（５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

（６）研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期することができることとした。

新型コロナウイルス感染症に伴う診療報酬における対応について（施設基準関係）（参考）②

（7）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れるために、緊急に開設する必要がある保険医療機関について、新たに基本診療料の届出を行う場合においては、要件審査を終えた月の診療分についても当該基本診療料を算定できることとした。

（8）新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の臨時的な取扱いについて

臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、次のとおりとした。（以下、「対象医療機関等」という。）

- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
- イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
- ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
- エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

また、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき区域とされた区域にかかわらず、全ての保険医療機関等について（新型インフルエンザ等まん延防止等重点措置を実施すべき区域として公示された区域において、重点措置を実施すべき期間とされた期間については、当該区域を含む都道府県に所在する全ての保険医療機関等について）、当該臨時的な取扱いの対象とすることとする。

なお、緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間（重点措置を実施すべき期間とされた期間）については、当該期間を含む月単位で取り扱うこととする。 ※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

さらに、対象医療機関等に該当する場合は、手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について、当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準及び届出基準の変更の届出を行わなくてもよいものとした。また、対象医療機関等に該当しなくなった後の取扱いとして、

- ①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする
- ②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いることとした。

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

- 診療所について、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設する。

(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

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

[主な施設基準]

- (1) 専任の院内感染管理者が配置されていること。
 - (2) 少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること。
 - (3) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

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

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

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

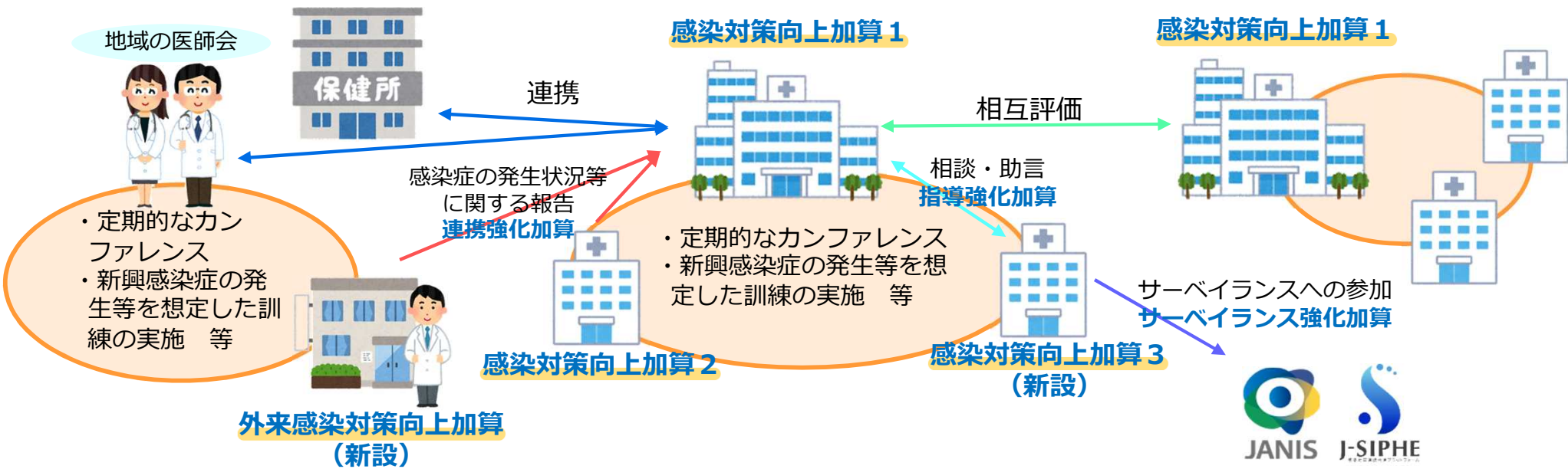
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

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

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

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

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



令和4年度診療報酬改定 I - 2 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 - ①

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

		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	外来感染対策向上加算		
点数		710点	175点	75点	6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	患者1人の外来診療につき月1回に限り算定		
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)		診療所(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 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(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) ※ 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。		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) ・専任の看護師(感染管理の経験5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年以上又は適切な研修を修了)		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(適切な研修の修了が望ましい) ・専任の看護師(適切な研修の修了が望ましい)	院内感染管理者(※)を配置していること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	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。) ・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、そのことを自治体HPで公開している		・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。) ・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		・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。) ・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	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会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。) ・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
	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(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		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。		サーベイランス強化加算として1点を算定する。	
	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位託する場合は、「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		・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 ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部位託する場合は、「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 ・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		・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	・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
		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。		連携強化加算として3点を算定する。		

118

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

情報通信機器を用いた評価の新設・見直し

1. 初診

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

2. 再診

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

3. 医学管理料

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

4. 在宅医療

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

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

➤ 令和4年1月26日の中央社会保険医療協議会総会において示された、オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る、公益委員の考えは次のとおり。

1. 今回改定においては、オンライン診療について、令和2年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和2年4月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。
2. これらの議論を踏まえ、
 - 1号側からは、算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではないとの意見があった。また、点数水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要との意見があった。
 - 2号側からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべきという意見があった。
3. 算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、患者が適切にオンライン診療を受けられることができる環境を整備することが重要となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。
4. 以上を踏まえると、オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべきである。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関において、対面診療を提供できる体制を有すること、また、「指針」において、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべきである。
5. 点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が214点に設定され、対面診療の場合の初診料288点と比較して、約74%の水準となっている。
6. オンライン診療では、対面診療との比較において、触診・打診・聴診等が実施できないことを踏まえると、点数水準に一定程度の差を設けることは妥当であると考えられる。一方、オンライン診療のみで診療を終え得ることや、国民にオンラインでも適切に診療を届けていくことの重要性も勘案すると、オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当である。
7. また、医学管理料については、対面診療の場合の点数が87点から1,681点までであるところ、オンライン診療の場合では一律100点に設定されている。また、「時限的・特例的な対応」においては一律147点となっている。オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当である。
8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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

〔算定要件〕（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
 - (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
 - (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
 - (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
 - (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
 - (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - (7) (8) 略
- 〔施設基準〕
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

➤ 情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）については、以下の14種類を追加する。

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ <u>ウイルス疾患指導料</u>・ <u>皮膚科特定疾患指導管理料</u>・ <u>小児悪性腫瘍患者指導管理料</u>・ <u>がん性疼痛緩和指導管理料</u>・ <u>がん患者指導管理料</u>・ <u>外来緩和ケア管理料</u>・ <u>移植後患者指導管理料</u> | <ul style="list-style-type: none">・ <u>腎代替療法指導管理料</u>・ <u>乳幼児育児栄養指導料</u>・ <u>療養・就労両立支援指導料</u>・ <u>がん治療連携計画策定料2</u>・ <u>外来がん患者在宅連携指導料</u>・ <u>肝炎インターフェロン治療計画料</u>・ <u>薬剤総合評価調整管理料</u> |
|---|--|

（※）検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外する。

- 整理の考え方（以下を除いて対象を追加）
- ① 入院中の患者に対して実施されるもの
 - ② 救急医療として実施されるもの
 - ③ 検査等を実施しなければ医学管理として成立しないもの
 - ④ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、実施不可とされているもの
 - ⑤ 精神医療に関するもの

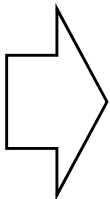
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

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

現行

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



改定後

在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料についても同様）に**情報通信機器を用いた場合の評価**を設定
（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）
※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

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

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. **小児医療、周産期医療の充実**
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価

➤ 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1 ～ 5
(新) 養育支援体制加算 300点 (入院初日)

[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患者。

[算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準の概要]

(1) 以下から構成される虐待等不適切内容行が疑われる小児患者への支援を行う

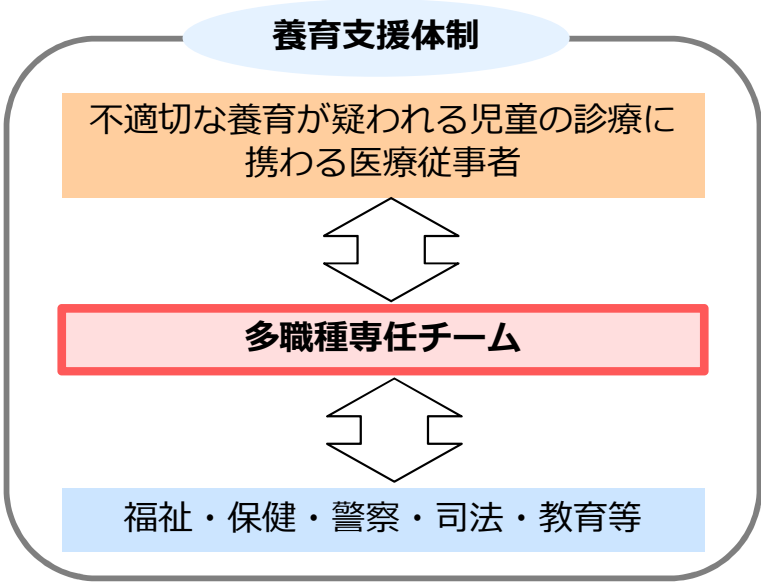
養育支援チームが設置されていること

- ア 小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
- イ 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
- ウ 小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

(2) 養育支援チームの業務

- ア 養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
- イ 虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。
- ウ 主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
- エ 虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。
- オ 養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。

(3) (2) のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。



胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等への支援

- 胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。

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

[対象患者]

総合周産期特定集中治療室管理料を算定する病室に入院する患者であって、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。なお、ここでいう胎児が重篤な状態とは「先天奇形」「染色体異常」「出生体重1,500g未満」の状態である。

[算定要件]

- ・妊婦とその家族等に対し、分娩方針や出生後利用可能な福祉サービス等について、十分な説明を行うこと。
- ・説明内容は、成育連携チーム及び必要に応じ関係職種が共同してカンファレンスを行った上で決定する。
- ・妊婦とその家族等の求めがあった場合には、懇切丁寧に対応すること。

[施設基準の概要]

以下から構成される成育連携チームが設置されていること。

ア 産科又は産婦人科の医師	エ 5年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師
イ 小児科の医師	オ 専任の常勤社会福祉士
ウ 助産師	カ 専任の常勤公認心理師



妊娠中

- ・ (新設) 成育連携支援加算

出産

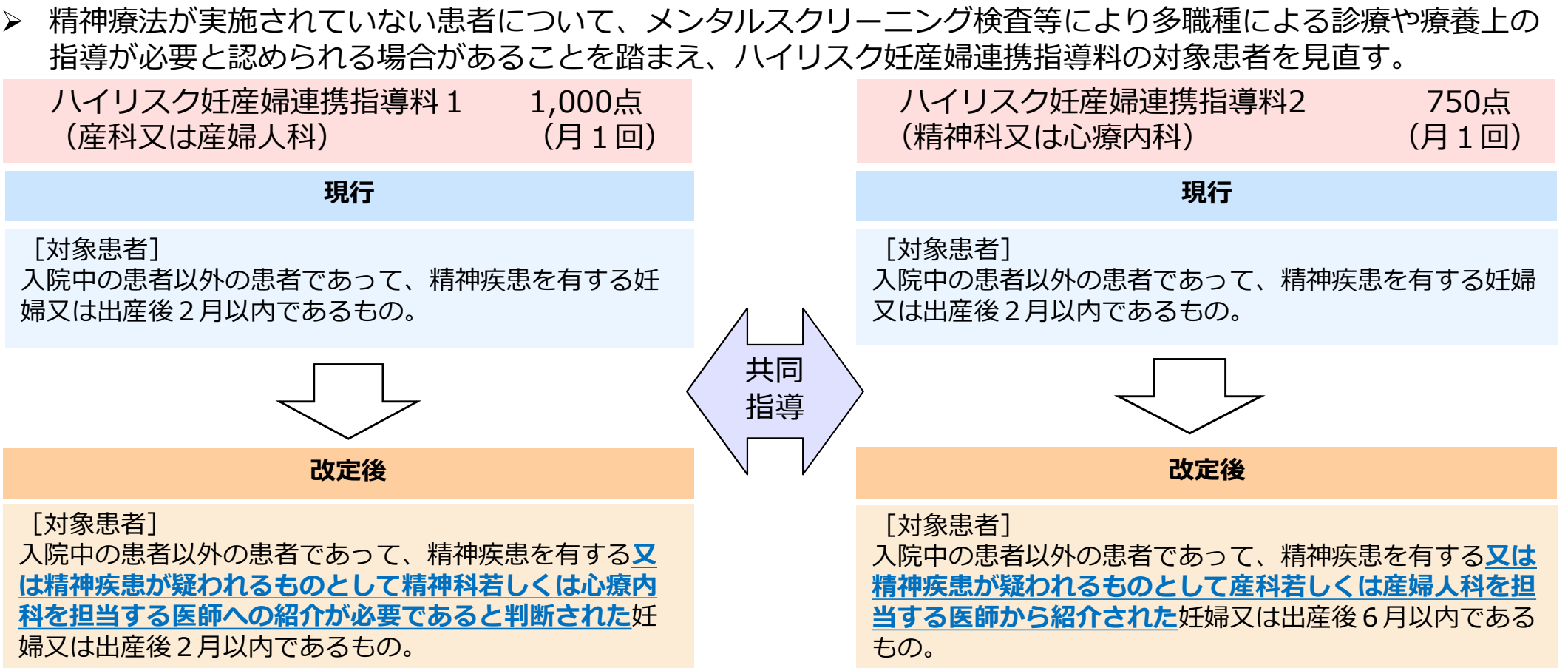


出産後

- ・ 入退院支援加算 3
- ・ 診療情報提供料 (I)
- ・ 退院時共同指導料 1・2



ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し



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。

医療的ケア児等に関わる関係機関の連携

診療情報提供料（I）の見直し

- 診療情報提供料（I）注2における情報提供先に、児童相談所を追加する。
- 診療情報提供料（I）注7における情報提供先に、保育所や高等学校等を追加する。
- 小児慢性特定疾患やアレルギー疾患を有する児童が安心して安全に学校等に通うことができるよう、診療情報提供料（I）注7における対象患者に、小児慢性特定疾病支援及びアレルギー疾患を有する患者を追加する。

現行

【診療情報提供料（I）】

「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、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（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）

【診療情報提供料（I）】

注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【情報提供先】

- ・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部

【対象患者】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者

改定後

【診療情報提供料（I）】

「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、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（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、**児童相談所**、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）

【診療情報提供料（I）】

注7 保険医療機関が、**児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又は**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が**通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所**又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する**学校（大学を除く。）等**の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【情報提供先の追加】

- ・**保育所、認定こども園等、幼稚園**、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、**後期課程※、高等学校※**、特別支援学校の**幼稚部、小学部、中学部、高等部等※、高等専門学校※、専修学校※**（※18歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者）

【対象患者の追加】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者
- ・**児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
- ・**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者※**
※生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びIgE抗体等検査陽性に該当する患者に限る）に該当する患者

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
- 4. がん・疾病・難病対策の評価**
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

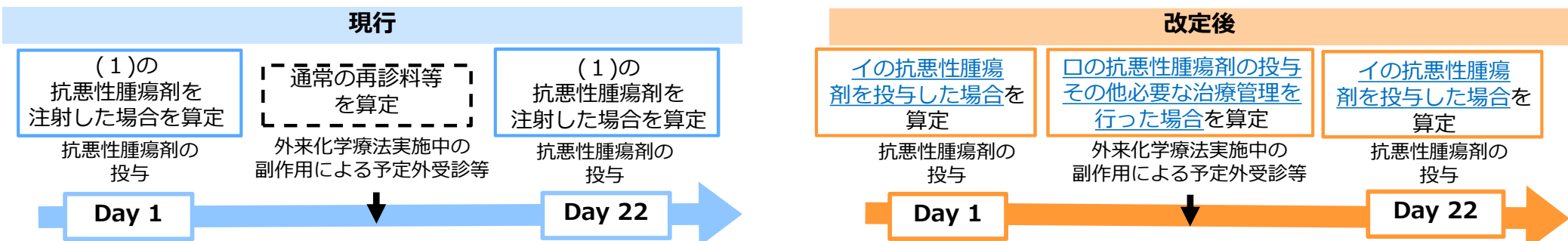
➤ 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

現行		改定後
イ 外来化学療法加算 1		(新) 1 外来腫瘍化学療法診療料 1
(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合		イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点
① 15歳未満 820点		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
② 15歳以上 600点		(新) 2 外来腫瘍化学療法診療料 2
ロ 外来化学療法加算 2		イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点
(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合		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
① 15歳未満 740点		(新) 注 15歳未満の小児の場合 200点を加算
② 15歳以上 470点		

- [算定要件]
- 悪性腫瘍を主病とする患者で、入院中の患者以外の患者に対して、注射による化学療法の実施及び実施に伴うその他必要な治療管理（副作用等に係る診療等を含む）を行った場合に、イについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月3回に限り、ロについては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回に限り算定する。
 - ロに規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。
 - 患者の心理状態に十分配慮された環境で、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等について文書により説明を行う。

- [施設基準]
- 専任の医師又は看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者からの副作用等に係る問い合わせ・相談に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。 ・ 急変時等に当該患者が入院できる体制が確保されていること。
 - 外来化学療法を実施するための治療室を有していること。 ・ 化学療法の経験を有する専任の医師、看護師、薬剤師が勤務していること。
 - （外来腫瘍化学療法診療料1のみ）化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する委員会を開催していること。

【算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤3週毎投与の場合の一例）】



指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

➤ 難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病であって、分析的妥当性が関係学会等により確認されたものについて、遺伝学的検査の対象疾患に追加する（53疾患）。

	エ 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
1 処理が容易なもの (3,880点)	ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、脆弱X症候群	TNF受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、 <u>ベスレムミオパチー</u> 、 <u>過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー</u> 、 <u>非ジストロフィー性ミオトニー症候群</u> 、 <u>遺伝性周期性四肢麻痺</u> 、 <u>禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症</u> 、 <u>結節性硬化症</u> 、 <u>肥厚性皮膚骨膜炎</u>
2 処理が複雑なもの (5,000点)	プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群（中略）、DYT11ジストニア／MDS、DYT12／RDP／AHC／CAPOS、パントテン酸キナーゼ関連神経変性症／NBIA1、 <u>根性点状軟骨異形成症Ⅰ型</u> 、 <u>家族性部分性脂肪萎縮症</u>	ソトス症候群、CPT2欠損症（中略）、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、 <u>筋萎縮性側索硬化症</u> 、 <u>家族性特発性基底核石灰化症</u> 、 <u>縁取り空泡を伴う遠位型ミオパチー</u> 、 <u>シュワルツ・ヤンペル症候群</u> 、 <u>肥大型心筋症</u> 、 <u>家族性高コレステロール血症</u> 、 <u>先天性ミオパチー</u> 、 <u>皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症</u> 、 <u>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</u> 、 <u>先天性無痛無汗症</u> 、 <u>家族性良性慢性天疱瘡</u> 、 <u>那須・ハコラ病</u> 、 <u>カーニー複合</u> 、 <u>ペルオキシソーム形成異常症</u> 、 <u>ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症</u> 、 <u>プラスマローゲン合成酵素欠損症</u> 、 <u>アカタラセミア</u> 、 <u>原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型</u> 、 <u>レフサム病</u> 、 <u>先天性葉酸吸収不全症</u> 、 <u>異型ポルフィリン症</u> 、 <u>先天性骨髄性ポルフィリン症</u> 、 <u>急性間欠性ポルフィリン症</u> 、 <u>赤芽球性プロトポルフィリン症</u> 、 <u>X連鎖優性プロトポルフィリン症</u> 、 <u>遺伝性コプロポルフィリン症</u> 、 <u>晩発性皮膚ポルフィリン症</u> 、 <u>肝性骨髄性ポルフィリン症</u> 、 <u>原発性高カイロミクロン血症</u> 、 <u>無βリポタンパク血症</u> 、 <u>タナトフォリック骨異形成症</u> 、 <u>遺伝性腭炎</u> 、 <u>嚢胞性線維症</u> 、 <u>アッシャー症候群（タイプ1、タイプ2、タイプ3）</u> 、 <u>カナバン病</u> 、 <u>先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症</u> 、 <u>大理石骨病</u> 、 <u>脳クレアチン欠乏症候群</u> 、 <u>ネフロン癆</u> 、 <u>家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）</u> 、 <u>進行性家族性肝内胆汁うっ滞症</u>
3 処理が極めて複雑なもの (8,000点)	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群（中略）、血管型エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラス・ダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、 <u>ミトコンドリア病</u>

知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

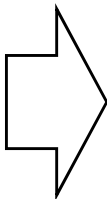
- 遠隔連携診療料の対象患者に、知的障害を有するてんかん患者が含まれることを明確化し、知的障害を有するてんかん患者について、かかりつけ医とてんかん診療拠点病院等の医師が連携して当該患者に対する診療を継続する場合の評価を新設する。

現行

【遠隔連携診療料】
500点

[算定要件]
注1 略
(新設)

[施設基準]
(2) 遠隔連携診療料の対象患者
イ (略)
□ てんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者



改定後

【遠隔連携診療料】
(改) 1 診断を目的とする場合 750点
(改) 2 その他の場合 500点

[算定要件]
注1 略
2 2については、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、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

[施設基準]
(2) 遠隔連携診療料の対象患者
イ (略)
□ てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者

難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進

- 地域の診療所等が、指定難病患者又はてんかん患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）を専門の医療機関に紹介し、紹介先の医療機関においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

(新) 連携強化診療情報提供料 **150点**

[算定要件]

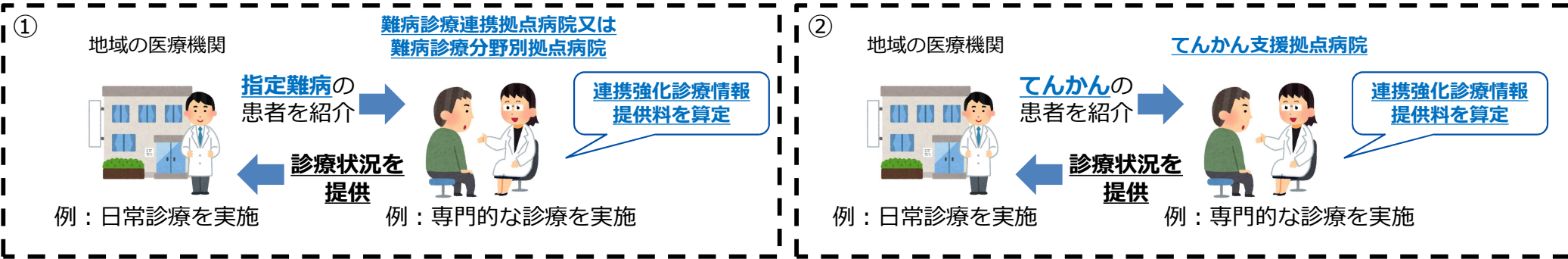
他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

[対象患者]

- 他の保険医療機関から紹介された指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）

[施設基準]

- 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。
 - ① 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（指定難病の患者に係る場合に限る。）
 - ② てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）



個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

疾患別リハビリテーション料の見直し①

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

- 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

改定後

【リハビリテーション】

〔算定要件〕（概要）

- ・ 1か月に1回以上、FIM（機能的自立度評価法）の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断する
- ・ リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付
- ・ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の様式に基づき、1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする
（ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。）

★疾患別リハビリテーション料の点数について（イメージ）
（脳血管リハビリテーション料（Ⅰ）の場合）

赤枠の部分（標準的算定日数を超えた場合であって、医学的にリハビリテーションを継続して行うことが必要であると認められた場合）について、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

		発症した日等 ～180日まで	181日以降	標準的算定日数を 超えた場合の 点数
標準的算定日数の 上限	除外	■以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 ・失語症、失認及び失行症の患者 ・高次脳機能障害の患者 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者 ・その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等 ■以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合	245点	
	対象	要介護・要支援被保険者 以外の者	245点 (月13単位まで)	
		要介護・要支援被保険者 (入院中)	147点 (月13単位まで)	
		要介護・要支援被保険者 (入院中以外)	137	

疾患別リハビリテーション料の見直し②

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

➤ 医学的な理由により頻回のリハビリテーション計画書等の作成が必要な場合において、質の高いリハビリテーションを推進しつつ事務手続の簡素化を図る観点から、疾患別リハビリテーション料におけるリハビリテーション実施計画書に係る要件を以下のとおり見直す。

【リハビリテーション】 【算定要件】（概要）

- リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。

- 計画書に、署名欄が設けられており、患者又はその家族から、署名又は記名・押印が必要である。
- やむを得ない理由がある場合に限り、計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えないこととする。

説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日

署名

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
- 6. 質の高い精神医療の評価**
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

個別改定項目の評価

6. 質の高い精神医療の評価

- ① 入院に係る精神医療の評価
- ② 外来に係る精神医療の評価
- ③ 在宅等に係る精神医療の評価

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		改定後					
精神科救急入院料 1 イ 30日以内 3,579点 □ 31日以上 3,145点	➡	< (1) 手厚い救急急性期医療体制 >					
精神科救急入院料 2 イ 30日以内 3,372点 □ 31日以上 2,938点		<table><tr><td rowspan="3"><u>(改) 精神科救急急性期医療入院料</u></td><td>30日以内 <u>2,400点</u></td><td rowspan="3"> ・ 病院常勤の指定医が <u>4名</u> 以上 ・ <u>常時精神科救急外来診療が可能</u> ・ 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 <u>年間30件以上</u> 又は <u>人口1万人当たり0.37件以上</u> であり、うち <u>6件以上</u> 又は 2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関</u> </td></tr><tr><td>31日以上 <u>60日以内 2,100点</u></td></tr><tr><td><u>61日以上90日以内 1,900点</u></td></tr></table>	<u>(改) 精神科救急急性期医療入院料</u>	30日以内 <u>2,400点</u>	・ 病院常勤の指定医が <u>4名</u> 以上 ・ <u>常時精神科救急外来診療が可能</u> ・ 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 <u>年間30件以上</u> 又は <u>人口1万人当たり0.37件以上</u> であり、うち <u>6件以上</u> 又は 2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関</u>	31日以上 <u>60日以内 2,100点</u>	<u>61日以上90日以内 1,900点</u>
<u>(改) 精神科救急急性期医療入院料</u>		30日以内 <u>2,400点</u>		・ 病院常勤の指定医が <u>4名</u> 以上 ・ <u>常時精神科救急外来診療が可能</u> ・ 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 <u>年間30件以上</u> 又は <u>人口1万人当たり0.37件以上</u> であり、うち <u>6件以上</u> 又は 2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 ・ <u>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関</u>			
	31日以上 <u>60日以内 2,100点</u>						
	<u>61日以上90日以内 1,900点</u>						
< (2) 緊急の患者に対応する体制 >							
	<table><tr><td rowspan="3"><u>(新) 精神科救急医療体制加算</u></td><td><u>1 身体合併症対応 600点</u></td><td rowspan="3"> ・ 精神科救急急性期医療入院料を算定 ・ <u>精神科救急体制整備事業による指定</u> ・ <u>病院常勤の指定医が5名以上</u> ・ <u>時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上</u> 又は <u>人口1万人当たり0.5件以上</u> であり、うち <u>8件以上</u> 又は 2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼 </td></tr><tr><td><u>2 常時対応型 590点</u></td></tr><tr><td><u>3 病院群輪番型 500点</u></td></tr></table>	<u>(新) 精神科救急医療体制加算</u>	<u>1 身体合併症対応 600点</u>	・ 精神科救急急性期医療入院料を算定 ・ <u>精神科救急体制整備事業による指定</u> ・ <u>病院常勤の指定医が5名以上</u> ・ <u>時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上</u> 又は <u>人口1万人当たり0.5件以上</u> であり、うち <u>8件以上</u> 又は 2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼	<u>2 常時対応型 590点</u>	<u>3 病院群輪番型 500点</u>	
<u>(新) 精神科救急医療体制加算</u>	<u>1 身体合併症対応 600点</u>		・ 精神科救急急性期医療入院料を算定 ・ <u>精神科救急体制整備事業による指定</u> ・ <u>病院常勤の指定医が5名以上</u> ・ <u>時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上</u> 又は <u>人口1万人当たり0.5件以上</u> であり、うち <u>8件以上</u> 又は 2割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼				
	<u>2 常時対応型 590点</u>						
	<u>3 病院群輪番型 500点</u>						
< (3) 医師の配置とクロザピン使用体制 >							
	<table><tr><td rowspan="2"><u>(改) 精神科急性期医師配置加算</u></td><td>1 600点</td><td> ・ クロザピン導入 6件／年以上 ・ <u>病棟常勤指定医2名以上</u> </td></tr><tr><td><u>3 400点</u></td><td> ・ 新規クロザピン導入 3件／年以上 </td></tr></table>	<u>(改) 精神科急性期医師配置加算</u>	1 600点	・ クロザピン導入 6件／年以上 ・ <u>病棟常勤指定医2名以上</u>	<u>3 400点</u>	・ 新規クロザピン導入 3件／年以上	
<u>(改) 精神科急性期医師配置加算</u>	1 600点		・ クロザピン導入 6件／年以上 ・ <u>病棟常勤指定医2名以上</u>				
	<u>3 400点</u>	・ 新規クロザピン導入 3件／年以上					

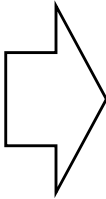
精神科救急医療体制の整備の推進

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 <u>60日以内</u>	<u>61日以上 90日以内</u>
精神科急性期治療病棟入院料1	<u>2,000点</u>	<u>1,700点</u>	<u>1,500点</u>
精神科急性期治療病棟入院料2	<u>1,885点</u>	<u>1,600点</u>	<u>1,450点</u>
精神科救急・合併症入院料	<u>3,600点</u>	<u>3,300点</u>	<u>3,100点</u>

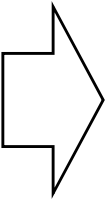
病床数上限の見直し

➤ 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	精神科病棟入院基本料等	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	精神科病棟入院基本料等	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	－	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	

救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

精神疾患診断治療初回加算等の新設

- 救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

現行	改定後				
【救命救急入院料（1日につき）】 【算定要件】 注2 自殺企図等による重篤な患者であって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いて、当該保険医療機関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にかかわる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に限り、3,000点を所定点数に加算。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定不可。 (新設) [施設基準] (新設)	【救命救急入院料（1日につき）】 【算定要件】 注2 <u>自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの</u>又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関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にかかわる診断治療等を行った場合、<u>精神疾患診断治療初回加算</u>として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算。この場合において、区分番号A248に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定不可。 <table><tr><td>イ 施設基準に適合している場合</td><td><u>7,000点</u></td></tr><tr><td>ロ イ以外の場合</td><td><u>3,000点</u></td></tr></table> 10 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、<u>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</u>は、当該患者の退院時に1回に限り、<u>2,500点</u>を更に所定点数に加算する。 [施設基準] 二 救命救急入院料の施設基準等 (4) 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<u>適切な研修を受けた専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名が適切に配置されていること。</u>	イ 施設基準に適合している場合	<u>7,000点</u>	ロ イ以外の場合	<u>3,000点</u>
イ 施設基準に適合している場合	<u>7,000点</u>				
ロ イ以外の場合	<u>3,000点</u>				

個別改定項目の評価

6. 質の高い精神医療の評価

- ① 入院に係る精神医療の評価
- ② 外来に係る精神医療の評価
- ③ 在宅等に係る精神医療の評価

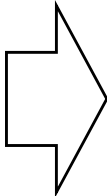
通院・在宅精神療法の見直し

- 通院精神療法及び在宅精神療法について、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分し、それぞれの評価を設ける。

現行

【通院精神療法】

診療時間	点数
60分以上（初診のみ）	540点
30分以上	400点
30分未満	330点



改定後

【通院精神療法】（在宅精神療法についても同様）

診療時間	実施者	点数
60分以上（初診のみ）	<u>指定医</u>	<u>560点</u>
	<u>それ以外</u>	540点
30分以上	<u>指定医</u>	<u>410点</u>
	<u>それ以外</u>	<u>390点</u>
30分未満	<u>指定医</u>	330点
	<u>それ以外</u>	<u>315点</u>

精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価

- 精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 療養生活継続支援加算 350点 (月1回) ※ 1年を限度

[算定要件]

- (1) 通院・在宅精神療法の1を算定する患者で、重点的な支援を要する患者について、精神科を担当する医師の指示の下、**専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士**が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による**20分以上の面接を含む支援**を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、**1年を限度**として、**月1回**に限り算定できる。
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
- ア 対象となる**「重点的な支援を要する患者」**は、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における**「包括的支援マネジメント 導入基準」を1つ以上満たす者**であること。
- イ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から2週間以内に、**多職種と共同して「療養生活環境の整備に関する支援計画書」(支援計画書)を作成**する。支援計画書の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業の研究班が作成した、**「包括的支援マネジメント実践ガイド」**を参考にすること。
- ウ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に**専任の精神保健福祉士が1名以上**勤務していること。
- (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は**1人につき80人以下**であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。
- (3) (略)

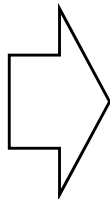
児童思春期精神科専門管理加算の見直し

- 児童・思春期精神医療の外来診療について、2年以上診療が継続している場合についても算定できるよう見直す。

現行

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】

- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 500点



改定後

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療）】

- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 500点

(新) (2) (1)以外の場合

300点

かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

- 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> <u>350点 (月1回)</u>	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅱ)</u> <u>500点 (月1回)</u>
対象患者	<u>地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断</u> されたもの	区分番号B005-12に掲げる <u>こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> を算定し、 <u>当該保険医療機関に紹介されたもの</u>
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
	診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載	連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、 <u>患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応</u>
施設基準	—	<u>精神科又は心療内科</u>
	<u>精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制</u> を構築	当該保険医療機関内に <u>精神保健福祉士が1名以上</u> 配置されていること
	当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。	—

個別改定項目の評価

6. 質の高い精神医療の評価

- ① 入院に係る精神医療の評価
- ② 外来に係る精神医療の評価
- ③ 在宅等に係る精神医療の評価

救急患者精神科継続支援料の見直し

救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し

➤ 救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

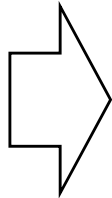
現行	改定後
【救急患者精神科継続支援料】 1 入院中の患者 435点 2 入院中の患者以外 135点 【算定要件】 注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。 【施設基準】 1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準 (3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。 2 届出に関する事項 専任の常勤医師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。	【救急患者精神科継続支援料】 1 入院中の患者 <u>900点</u> 2 入院中の患者以外 <u>300点</u> 【算定要件】 注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に<u>週1回</u>に限り算定する。 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後<u>24週</u>を限度として、<u>週1回</u>に限り算定する。 【施設基準】 1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準 (3) 自殺企図等で入院した患者へ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<u>専任の常勤精神保健福祉士及び</u>専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。 2 届出に関する事項 (1) 専任の常勤医師、<u>専任の常勤精神保健福祉士</u>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（<u>当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可</u>）。 (2) 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に係る届出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、1の(3)の基準を満たしているもの。

継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

現行	
【精神科在宅患者支援管理料】 「1」「2」の対象患者	
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援機関にある患者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者
□ 重症患者等	○上記のア又はイに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る）



改定後	
【精神科在宅患者支援管理料】 「1」「2」の対象患者	
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	(略)
□ 重症患者等	○（略） ○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

➤ 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い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新) 二次性骨折予防継続管理料

- イ 二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点** (入院中1回・手術治療を担う一般病棟において算定)
- ロ 二次性骨折予防継続管理料 2 750点** (入院中1回・リハビリテーション等を担う病棟において算定)
- ハ 二次性骨折予防継続管理料 3 500点** (1年を限度として月に1回・外来において算定)

[対象患者]
イ：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：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：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

[算定要件]
1. イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、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回に限り算定する。
2. ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして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であって、他の保険医療機関においてイを算定したものの対して、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回に限り算定する。
3. ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものの対して、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年を限度として、月1回に限り算定する。
4. 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する。
5. 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する。
6. 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こと。

[施設基準]
1. 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こと。
2. 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こと。なお、薬剤師については、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。
3. イの施設基準に係る病棟については、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であること。
4. ロの施設基準に係る病棟については、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であること。

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

医療機関における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後		
後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	47点	後発医薬品使用体制加算 1	(<u>90%以上</u>)	47点
後発医薬品使用体制加算 2	(80%以上)	42点	後発医薬品使用体制加算 2	(<u>85%以上</u>)	42点
後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	37点	後発医薬品使用体制加算 3	(<u>75%以上</u>)	37点

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後		
外来後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1	(<u>90%以上</u>)	5点
外来後発医薬品使用体制加算 2	(75%以上)	4点	外来後発医薬品使用体制加算 2	(<u>85%以上</u>)	4点
外来後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	2点	外来後発医薬品使用体制加算 3	(<u>75%以上</u>)	2点

バイオ後続品に係る情報提供の評価

- バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改定後	
【在宅自己注射管理指導料】	
バイオ後続品導入初期加算	150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等	
【外来腫瘍化学療法診療料】	
（新） バイオ後続品導入初期加算	150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（ <u>リツキシマブ製剤</u> 、 <u>トラスツズマブ製剤</u> 、 <u>ベバシズマブ製剤</u> ）	
【外来化学療法加算】	
（新） バイオ後続品導入初期加算	150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの： <u>インフリキシマブ製剤</u>	

[算定要件]

- ・ 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は、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月を限度として所定点数に加算する。

個別改定項目の評価

1. 新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価
2. 情報通信機器を用いた診療に係る評価
3. 小児医療、周産期医療の充実
4. がん・疾病・難病対策の評価
5. リハビリテーションの評価
6. 質の高い精神医療の評価
7. 重症化予防の取組への評価
8. 後発医薬品等の使用推進の評価
9. 療養・就労両立支援の推進

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における対象患者及び連携先の拡大

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。
 - ・対象となる疾患に心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加
 - ・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている衛生管理者を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

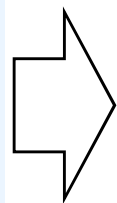


現行

【療養・就労両立支援指導料】

〔算定要件〕

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

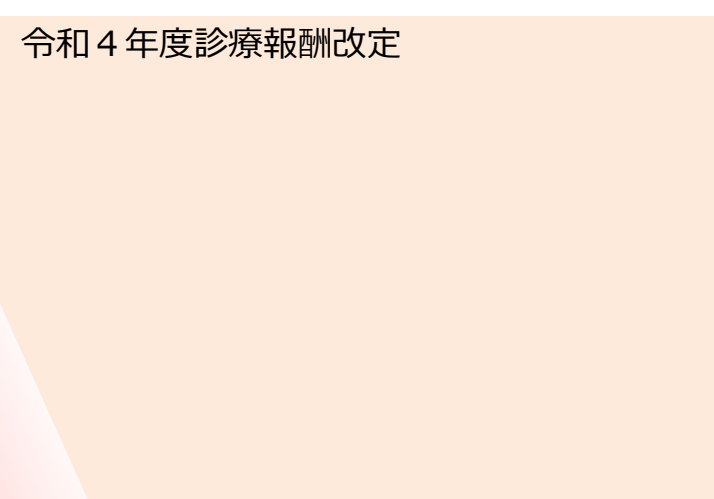


改定後

【療養・就労両立支援指導料】

〔算定要件〕

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



医療技術の適切な評価

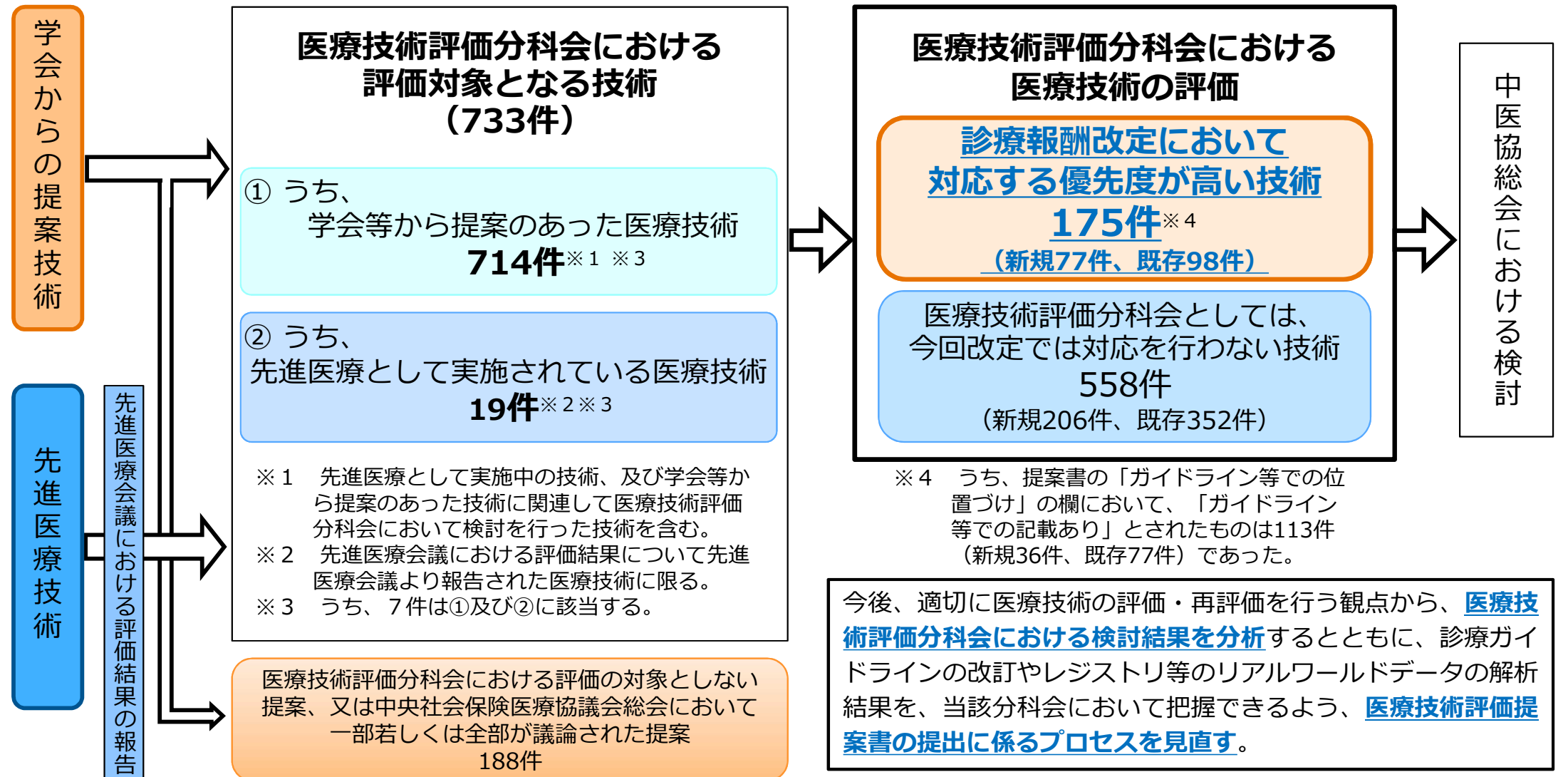


医療技術の適切な評価

1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
4. プログラム医療機器に係る評価の新設
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

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

【粒子線治療（一連につき）】

【算定要件】（概要）

1 希少な疾病に対して実施した場合 187,500点

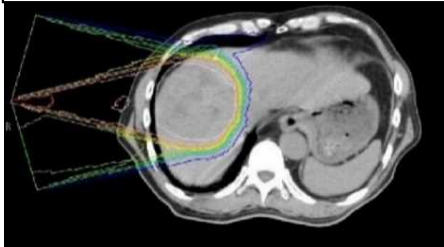
- 陽子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）、
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- 重粒子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）、局所進行性子宮頸部線癌※、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

2 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合 110,000点

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

例：肝細胞癌に対する陽子線治療



[加算]

①粒子線治療適応判定加算
40,000点
(カンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価)

②粒子線治療医学管理加算
10,000点
(照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価)

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

【新たに算定できる術式】

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

〔内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要〕

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



既存技術の見直し

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

改定後

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

既存技術の見直し

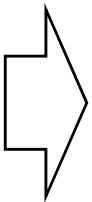
➤ 食道癌、胃癌及び直腸癌について、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合術の施設基準を、レジストリの解析結果に基づき見直す。

現行

- 【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術の場合】
- 〔施設基準〕
- (1) （略）
 - (2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3)～(9) （略）

改定後

- 〔施設基準〕
- (1) （略）
 - （削除）
 - (2)～(8) （略）



医療技術の適切な評価

1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
4. プログラム医療機器に係る評価の新設
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

手術等の医療技術の適切な評価

- 外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2022」において、実態調査を踏まえてデータが更新された手術について、手術の技術度や必要な医師数等を参考に、技術料の見直しを行う。

[見直しを行う手術の例]

手術名	現行	改定後
創傷処理 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	1,250点	<u>1,400点</u>
筋膜切離術、筋膜切開術	840点	<u>940点</u>
骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿	32,550点	<u>36,460点</u>
脊髄ドレナージ術	408点	<u>460点</u>
結膜縫合術	1,260点	<u>1,410点</u>
唾石摘出術（一連につき） 1 表在性のもの	640点	<u>720点</u>
体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	44,670点	<u>50,030点</u>
腸瘻、虫垂瘻造設術	8,830点	<u>9,890点</u>
包茎手術 1 背面切開術	740点	<u>830点</u>
会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）	1,530点	<u>1,710点</u>

医療技術の適切な評価

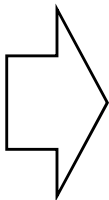
1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
- 3. 人工腎臓の評価の見直し**
4. プログラム医療機器に係る評価の新設
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓 導入期加算の見直し

➤ 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

現行	改定後										
【人工腎臓】 <table><tr><td>導入期加算 1</td><td>200点</td></tr><tr><td>導入期加算 2</td><td>500点</td></tr></table> 〔施設基準〕 (1) 導入期加算 1 の施設基準 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 (2) 導入期加算 2 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア 導入期加算 1 の施設基準を満たしていること。 イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること。	導入期加算 1	200点	導入期加算 2	500点	【人工腎臓】 <table><tr><td>導入期加算 1</td><td>200点</td></tr><tr><td>導入期加算 2</td><td><u>400点</u></td></tr><tr><td><u>(新) 導入期加算 3</u></td><td><u>800点</u></td></tr></table> 〔施設基準〕 (1) 導入期加算 1 の施設基準 ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 <u>イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。</u> (2) 導入期加算 2 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア (1)のイを満たしていること。 <u>イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。</u> <u>ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算 3 を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。</u> エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で<u>24回</u>以上算定していること。 オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に<u>2人</u>以上いること。 (3) 導入期加算 3 の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア (1)のイ及び(2)のイを満たしていること。 <u>イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設</u>であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。 ウ 導入期加算 1 又は 2 を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。 <u>エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。</u> <u>オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。</u> <u>カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。</u>	導入期加算 1	200点	導入期加算 2	<u>400点</u>	<u>(新) 導入期加算 3</u>	<u>800点</u>
導入期加算 1	200点										
導入期加算 2	500点										
導入期加算 1	200点										
導入期加算 2	<u>400点</u>										
<u>(新) 導入期加算 3</u>	<u>800点</u>										



在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

➤ 腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。

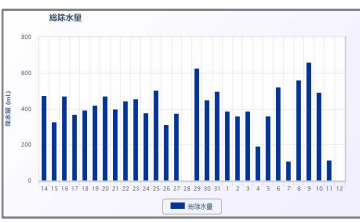
(新) 遠隔モニタリング加算 115点 (月1回に限る)

[算定要件]

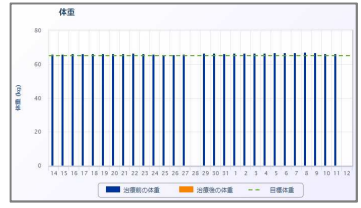
- 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
 - イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。
 - ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。
 - エ モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。



自動腹膜灌流用装置
出典：バクスター株式会社HP



(腹膜透析治療で得られた水分除去量)



(体重)



(血圧)

➤ 遠隔モニタリングで得られる治療結果 (在宅機器のモニタリング)

1) 治療実施状況の把握

土曜日 6	日曜日 7	月曜日 8	火曜日 9	水曜日 10	木曜日 11	金曜日 12	備考
✓	✓	✗	--	✗	✓	--	故障
✓	✓	✓	✓	✓	✓	--	故障

2) 治療中インシデント状況の把握

項目	インシデント発生数
注液エラー	0
排液エラー	0
注液量不足	0
排液量不足	0
注液速度異常	0
排液速度異常	0
注液圧力異常	0
排液圧力異常	0
注液温度異常	0
排液温度異常	0
注液流量異常	0
排液流量異常	0
注液時間異常	0
排液時間異常	0
注液回数異常	0
排液回数異常	0
注液エラー発生率	0.00%
排液エラー発生率	0.00%
注液量不足発生率	0.00%
排液量不足発生率	0.00%
注液速度異常発生率	0.00%
排液速度異常発生率	0.00%
注液圧力異常発生率	0.00%
排液圧力異常発生率	0.00%
注液温度異常発生率	0.00%
排液温度異常発生率	0.00%
注液流量異常発生率	0.00%
排液流量異常発生率	0.00%
注液時間異常発生率	0.00%
排液時間異常発生率	0.00%
注液回数異常発生率	0.00%
排液回数異常発生率	0.00%

3) インシデント状況の詳細確認

在宅血液透析指導管理料の見直し

在宅血液透析指導管理料の見直し

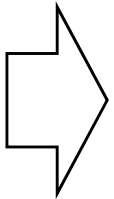
- 在宅血液透析患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、在宅血液透析指導管理料について要件及び評価を見直す。

現行

【在宅血液透析指導管理料】 8,000点

[算定要件]

(5) 関係学会のガイドラインに基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該ガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。



改定後

【在宅血液透析指導管理料】 10,000点

[算定要件]

(5) 日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

➤ 包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

現行

【人工腎臓】				
慢性維持透析を行った場合				
		場合1	場合2	場合3
4時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
5時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

【算定要件】

- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用（HIF-PH阻害剤は「イ」から「ハ」までの場合に限る。）は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までのうち、「二」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。

【施設基準】

- ・人工腎臓に規定する患者
HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）

改定後

【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合			
	場合 1	場合 2	場合 3
4 時間未満	<u>1,885点</u>	<u>1,845点</u>	<u>1,805点</u>
4 時間以上 5 時間未満	<u>2,045点</u>	<u>2,005点</u>	<u>1,960点</u>
5 時間以上	<u>2,180点</u>	<u>2,135点</u>	<u>2,090点</u>

【算定要件】

- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- ・「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

【施設基準】

- ・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF-PH阻害剤

透析中の運動指導に係る評価の新設

- 人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

人工腎臓

(新) 透析時運動指導等加算 75点 (指導開始から90日を限度とする。)

[対象患者]

人工腎臓を実施している患者

[算定要件] (概要)

- 透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師が1回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定
- 日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照すること

医療技術の適切な評価

1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
- 4. プログラム医療機器に係る評価の新設**
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

プログラム医療機器に係る評価の新設

- プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設する。

改定後
[目次] 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等 第2節 プログラム医療機器等医学管理加算 第3節 特定保険医療材料料 【第1部 医学管理等】 通則 1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。 2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

医学管理料等

+

プログラム医療機器等医学管理加算

and/or

特定保険医療材料料

医療技術の適切な評価

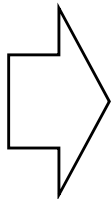
1. 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
2. 手術等の評価の見直し
3. 人工腎臓の評価の見直し
4. プログラム医療機器に係る評価の新設
5. 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

検体検査の評価の見直し

- 衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

現行	
血液ガス分析	139点
血液化学検査 10項目以上	109点
インフルエンザウイルス抗原定性	139点

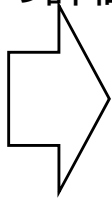


改定後	
	<u>135点</u>
	<u>106点</u>
	<u>136点</u>

医学管理料の評価の見直し

- 慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。

現行	
慢性維持透析患者外来額管理料	2,250点

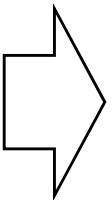


改定後	
	<u>2,211点</u>

在宅療養指導管理材料加算の評価の見直し

- 材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

現行	
呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点
排痰補助装置加算	1,800点



改定後	
	<u>291点</u>
	<u>1,829点</u>

不妊治療の保険適用

不妊治療の全体像

令和4年3月以前から保険適用

検査(原因検索)

原因疾患への治療

①男性側に原因

②女性側に原因

①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。
手術療法や薬物療法が行われる。

子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

原因不明の不妊や治療が奏功しないもの **【令和4年4月から新たに保険適用】** ※令和4年3月までは保険適用外

一般不妊治療

生殖補助医療

タイミング法

人工授精

体外受精

顕微授精

男性不妊の手術

排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。

精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。

精子と卵子を採取した上で体外で受精させ（シャーレ上で受精を促すなど）、子宮に戻して妊娠を図る技術。

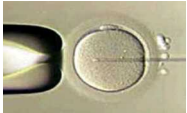
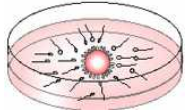
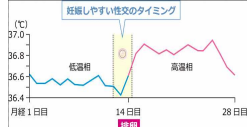
体外受精のうち、卵子に注射針等で精子を注入するなど人工的な方法で受精させる技術。

射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる

※令和4年3月までは助成金の対象。助成金事業では「特定不妊治療」という名称を使用

胚移植の段階で、以下に分かれる

- ・新鮮胚移植
- ・凍結胚移植



第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療

第三者の精子提供による人工授精（AID）

第三者の卵子・胚提供

代理懐胎

「生殖補助医療の提供等及びこれにより出生した子の親子関係に関する民法の特例に関する法律」（令和3年3月11日施行）の附則第3条に基づき、配偶子又は胚の提供及びあっせんに関する規制等の在り方等について国会において議論がなされているところであるため、**保険適用の対象外。**

不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

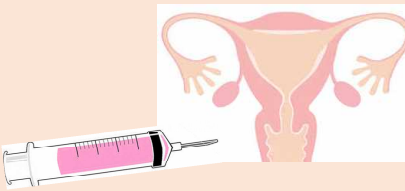
タイミング法

※管理料で包括評価



人工授精

※評価を新設



＜「生殖補助医療」の補足＞

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

推奨度A：実施を強く推奨

推奨度B：実施を推奨

推奨度C：実施を考慮

生殖補助医療

① 採卵

【いずれかを実施】

- 調整卵巣刺激法
- 低卵巣刺激法
- 自然周期

推奨度 A～B

② 採精

- 男性不妊の手術・精巣内精子採取術 (TESE)

推奨度 A～B

③ 体外受精

③ 顕微授精

【いずれかを実施】

- 体外受精
- 顕微授精
- Split insemination

※ 複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法

推奨度 A～B

④ 受精卵・胚培養

【いずれかを実施】

- 初期胚まで
- 胚盤胞まで

推奨度 A～B

⑤ 胚凍結保存

【いずれかの場合に実施】

- 複数の胚が作成できた場合
- 全胚凍結周期である場合

推奨度 A～B

⑥ 胚移植

【いずれかを実施】

- 新鮮胚移植
- 凍結胚移植

推奨度 A～B

追加的に実施される場合があるもの

【③とセット】

- 卵子活性化 推奨度 B
- IMSI 推奨度 C
- PICSI 推奨度 C

【④とセット】

- タイムラプス 推奨度 C

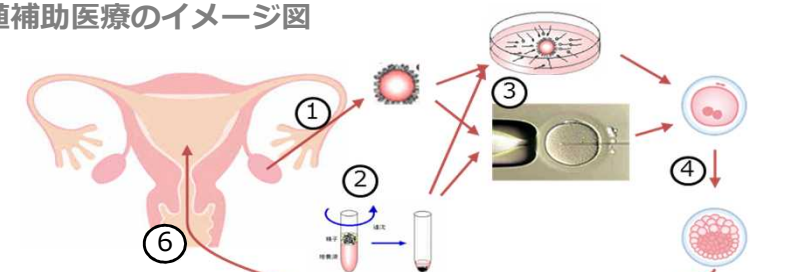
【⑥とセット】

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

下線部は保険適用
その他は先進医療とする方針

※ 先進医療は随時申請が可能

生殖補助医療のイメージ図



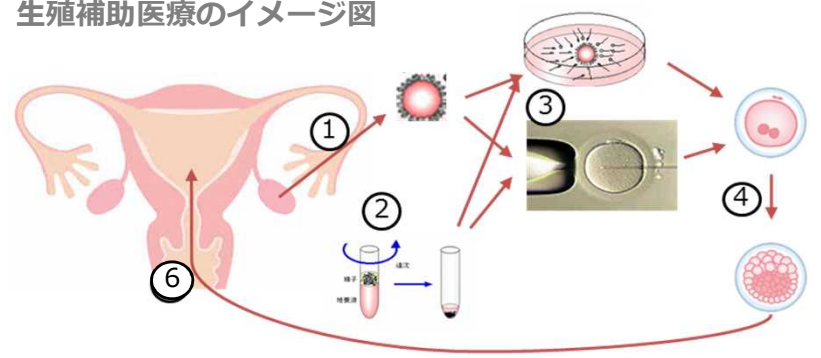
不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

タイミング法
一般不妊治療管理料
○ 250点 (3月に1回)

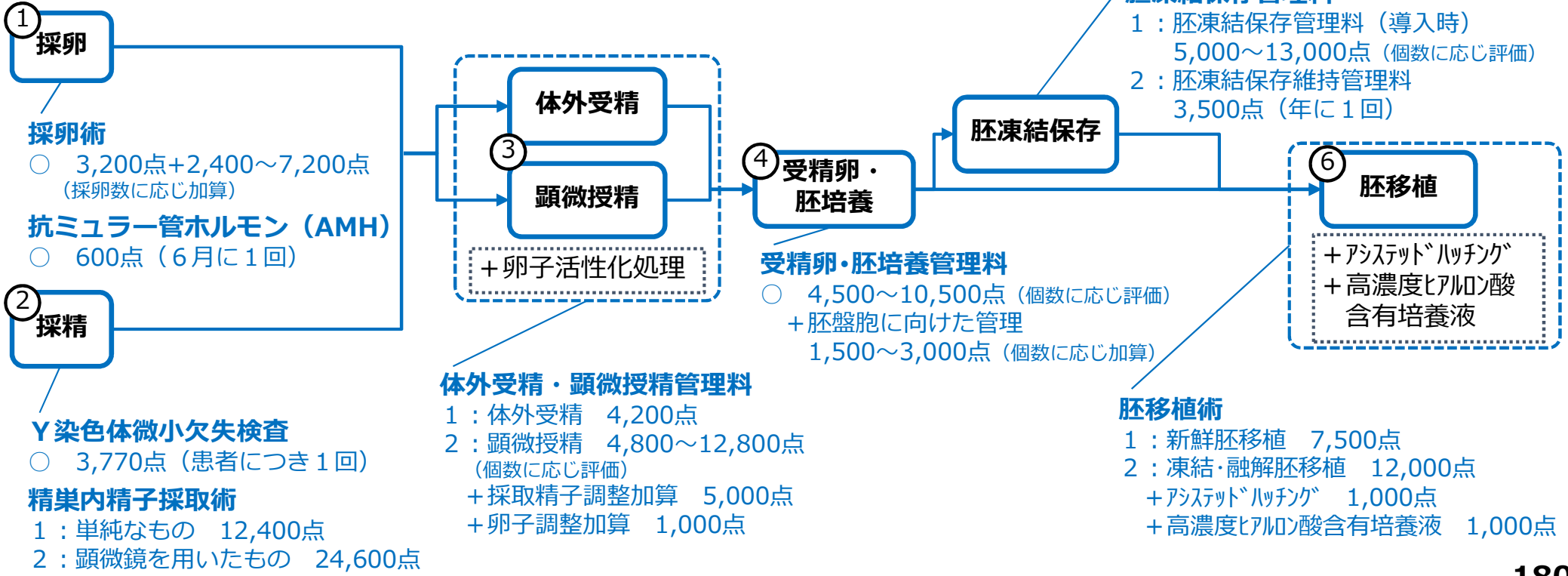
人工授精
人工授精
○ 1,820点

生殖補助医療のイメージ図



生殖補助医療

生殖補助医療管理料 (月に1回)
1 : 300点 (相談対応の専任者を配置)
2 : 250点 (上記以外)



不妊治療の保険適用

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

一般不妊治療に係る評価の新設

(一般不妊治療に係る医療技術等の評価)

- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

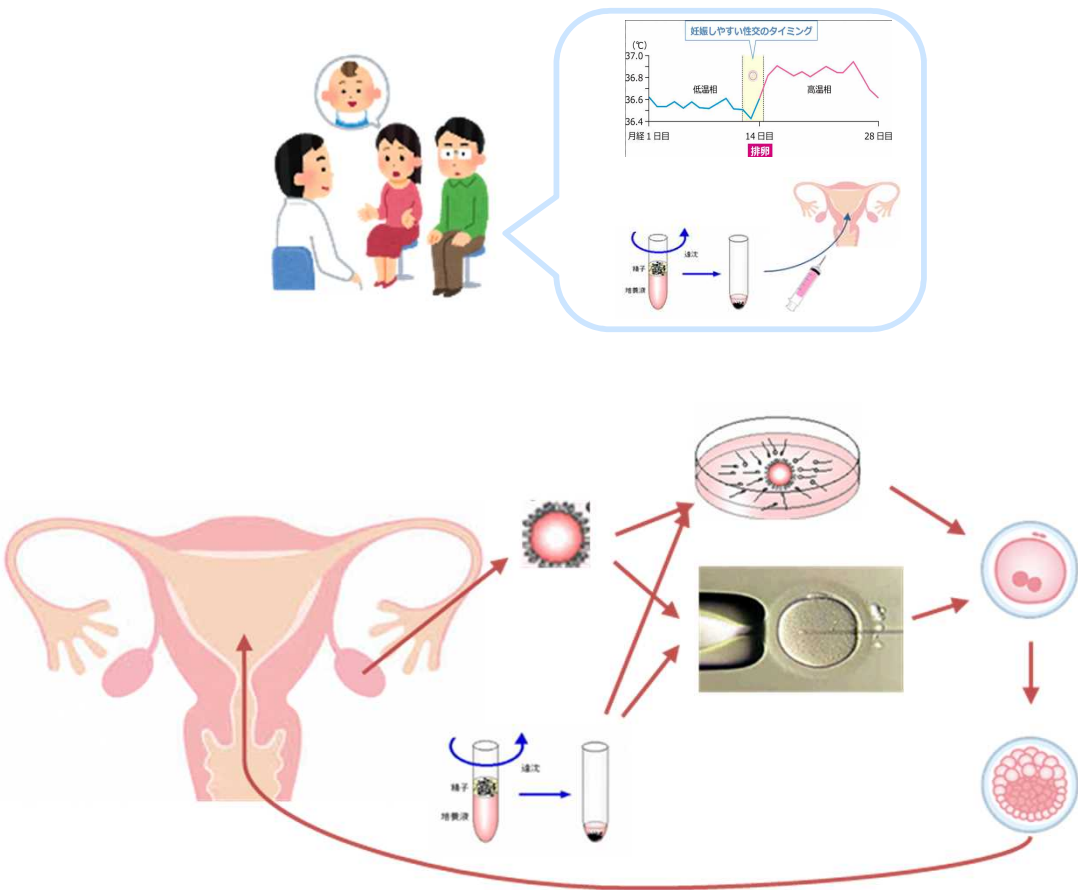
生殖補助医療に係る評価の新設

(生殖補助医療に係る医療技術等の評価)

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

(男性不妊治療に係る医療技術等の評価)

- Y染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術



歯科 診療報酬改定の概要

- 効率的・効果的で質の高い歯科医療提供体制の構築
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実
- 生活の質に配慮した歯科医療の推進

**効率的・効果的で質の高い歯科医療提供体制の構築
口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実
生活の質に配慮した歯科医療の推進**

令和4年度歯科診療報酬改定のポイント

効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

【かかりつけ歯科医の機能の充実】

- **かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し**
 - ・施設基準について、地域における連携体制に係る要件等を見直し

【地域包括ケアシステムの推進のための取組】

- **総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進**
 - ・口腔に症状が発現する疾患の医科歯科連携を推進するため、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関の見直し
- **在宅医療における医科歯科連携の推進**
 - ・診療情報提供料（Ⅰ）歯科医療機関連携加算について、対象医療機関及び患者の拡充【医科点数表】

【質の高い在宅歯科医療の提供の推進】

- **20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し**
 - ・歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合の見直し
- **在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し**
 - ・質の高い在宅歯科医療の提供を推進するため、在宅療養支援歯科診療所1及び2の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件等を見直すとともに、施設基準に関連する評価の見直し

患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

【歯科外来診療における感染防止対策の推進】

- ・施設基準に新興感染症に関する研修を追加するとともに、歯科初診料・再診料を引き上げ
(歯科初診料：261点→264点、歯科再診料：53点 → 56点)

【ライフステージに応じた口腔機能管理の推進】

- **口腔機能管理料の対象患者の見直し**
 - ・口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者の範囲を65歳以上から50歳以上に拡充
- **小児口腔機能管理料の対象患者の見直し**
 - ・口腔機能の発達不全がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者の範囲を15歳未満から18歳未満に拡充

【歯科固有の技術の評価の見直し】

- **新規技術の保険導入等**
 - ・CAD/CAMインレー
 - ・口腔細菌定量検査
 - ・先天性疾患等に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適応症の拡充 など
- **歯科用貴金属材料の随時改定の見直し**

【歯科口腔疾患の重症化予防の推進】

- **歯周病の重症化予防の推進**
 - ・歯周病安定期治療(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、整理・統合するとともに、評価を見直し
- **う蝕の重症化予防の推進**
 - ・フッ化物洗口指導について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を13歳未満から16歳未満に拡充
 - ・フッ化物歯面塗布処置について、初期の根面う蝕に係る対象患者の範囲に在宅療養患者に加えて65歳以上の外来患者を追加

【歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化】

- **歯科診療特別対応連携加算の見直し**
 - ・施設基準に他の歯科医療機関との連携を加えるとともに評価を引き上げ

2. 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- **情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価**
 - ・訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察し、当該観察の内容を次回以降の診療に活用した場合の評価を新設

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

- 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行		改定後
【初診料】		【初診料】
1 歯科初診料	261点	1 歯科初診料 264点
【再診料】		【再診料】
1 歯科再診料	53点	1 歯科再診料 56点
【施設基準】		【施設基準】
1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準		1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
(2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。		(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。
(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。		(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。		(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。

【経過措置】
令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出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、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

かかりつけ歯科医の機能の充実

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し

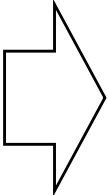
- 地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。

現行

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】
[施設基準]
(2) 次のいずれにも該当すること。
ア 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定していること。
イ～エ (略)
(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
ア～ク (略)
(新設)

ケ 自治体が実施する事業に協力していること。

コ・サ (略)



改定後

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】
[施設基準]
(2) 次のいずれにも該当すること。
ア 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。
イ～エ (略)
(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
ア～ク (略)
ケ 過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等における定期的な歯科健診に協力していること。
コ 自治体が実施する事業(ケに該当するものを除く。)に協力していること。
サ・シ (略)

歯科固有の技術の評価の見直し

金属代替材料による歯冠修復物の評価の新設

➤ コンピュータ支援設計・製造ユニットを用いて作成した、金属代替材料による歯冠修復物の評価を新設する。

(新) CAD/CAMインレー 750点

[算定要件]

- (1) CAD/CAMインレーとは、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD/CAM装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠修復物をいい、隣接歯との接触面を含む窩洞（複雑なもの）に限り認められる。
- (2) CAD/CAMインレーは以下のいずれかに該当する場合に算定する。
 - イ 小臼歯に使用する場合
 - ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において第一大臼歯に使用する場合
 - ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）

[施設基準]

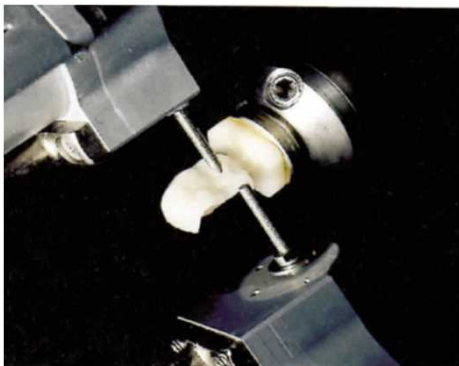
- (1) 十分な体制が整備されていること。
- (2) 十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。



参考：金属歯冠修復
(インレー)



CAD/CAMインレー



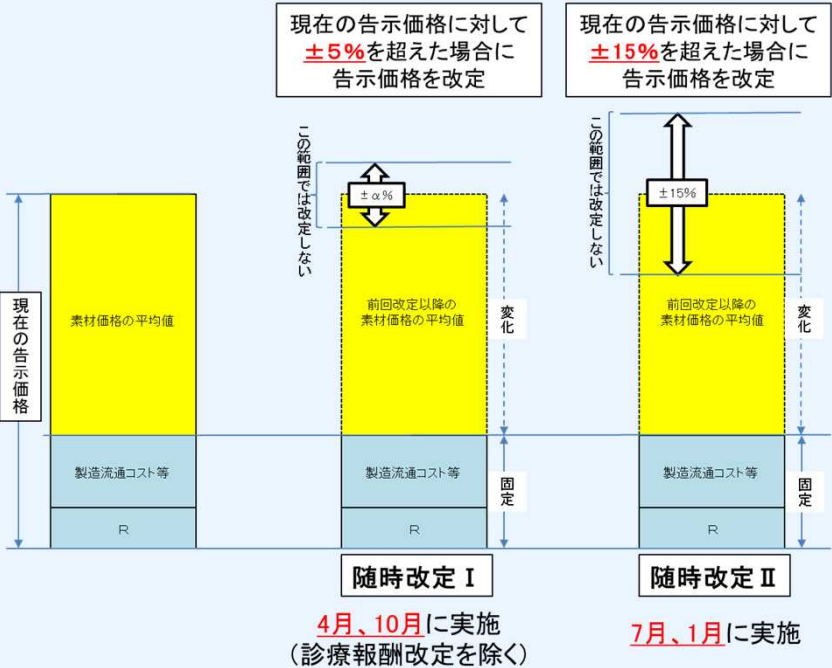
出典）保存修復学 第6版（医歯薬出版株式会社）

歯科用貴金属の随時改定の方法の見直し

- 歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、変動幅に関わらず、素材価格に応じて年4回改定を行うなどの見直しを行う。

現行

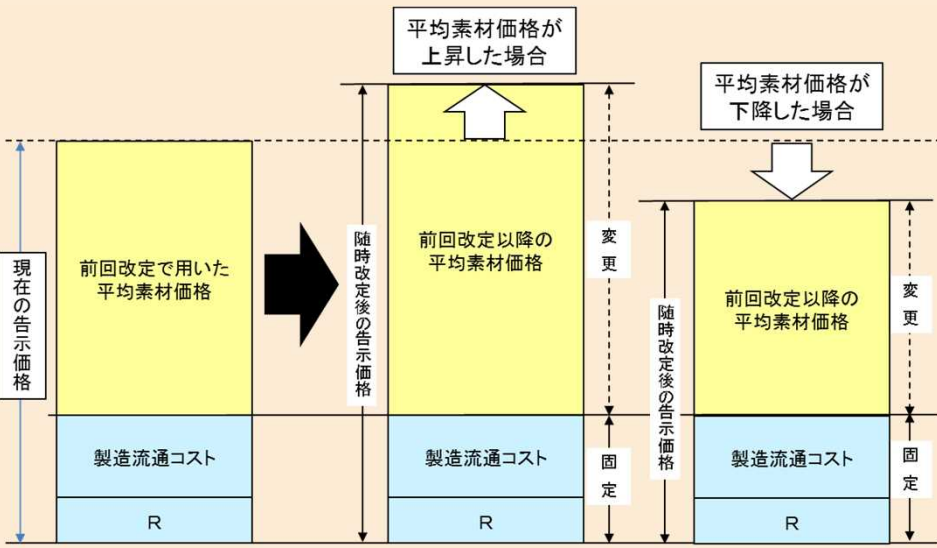
- 現在の告示価格に対して平均素材価格が一定以上変動した場合に改定



- 前回改定以降、改定3カ月前までの平均素材価格を使用

改定後

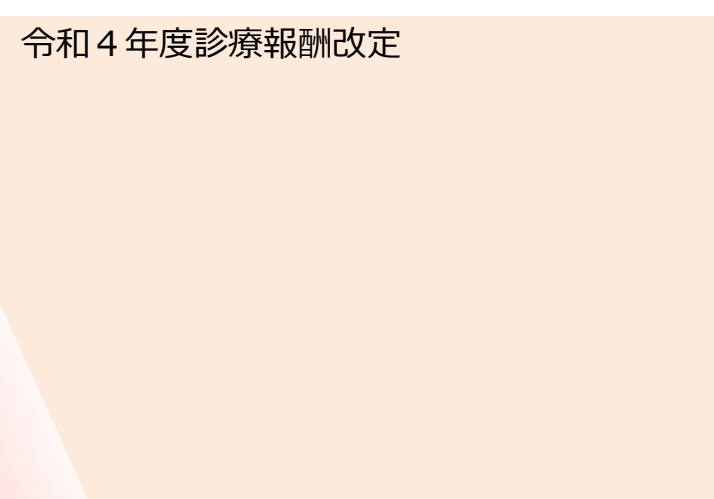
- 変動幅に関わらず、平均素材価格に応じて年4回（4月、7月、10月、1月）に改定



- 前回改定以降、改定2カ月前までの平均素材価格を使用

調剤報酬改定の概要

- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価
- 薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進



**薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価
薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進**



令和4年度調剤報酬改定のポイント

薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

➤ 調剤業務の評価体系の見直し

- 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
- 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
- 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設

➤ 服薬指導等業務の評価の見直し

- 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編

➤ 外来服薬支援に係る評価

- 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

➤ 糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充

- インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充

➤ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- 医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

➤ 入院時の持参薬整理の評価

- 医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設

➤ 減薬提案に係る情報提供の評価の見直し

- 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し

➤ 同一薬局の利用推進

- かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

➤ 調剤基本料の評価の見直し

- 損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し

➤ 特別調剤基本料の見直し

- 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し

➤ 地域支援体制加算の要件及び評価の見直し

- 調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系への見直し
- 災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価の新設

➤ 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価

- 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
- 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

➤ 緊急訪問の評価の拡充

- 主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価

➤ 在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充

- 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設
- 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

ICTの活用

➤ 外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価

- 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し

➤ 外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価

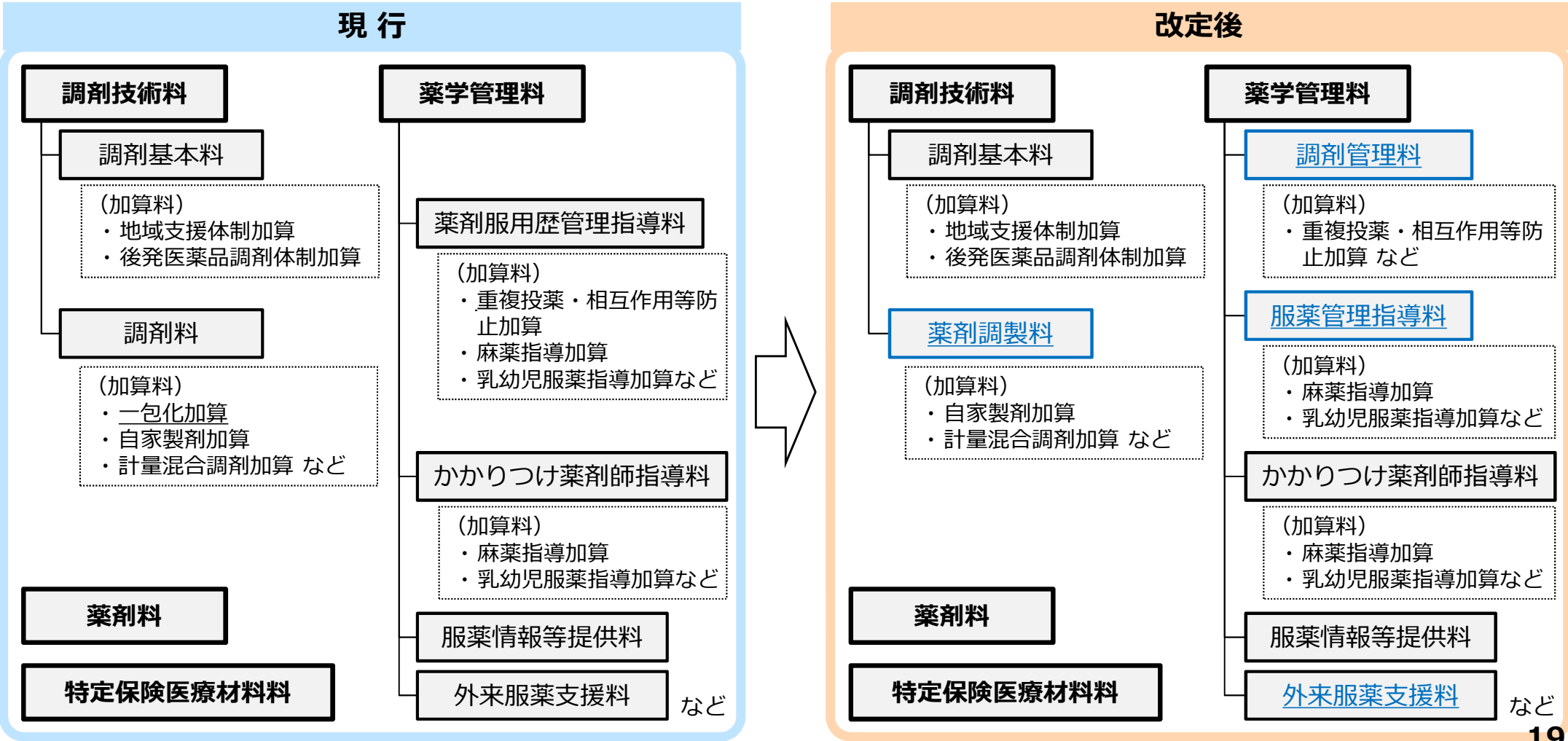
- オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し①

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

- 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行い、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料を新設する。

<調剤報酬の構成>

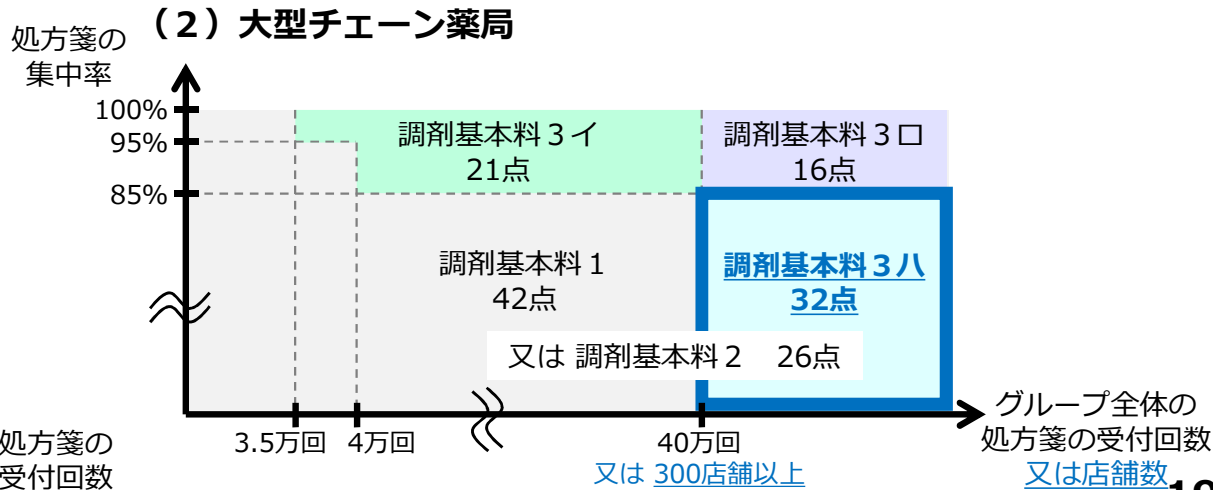
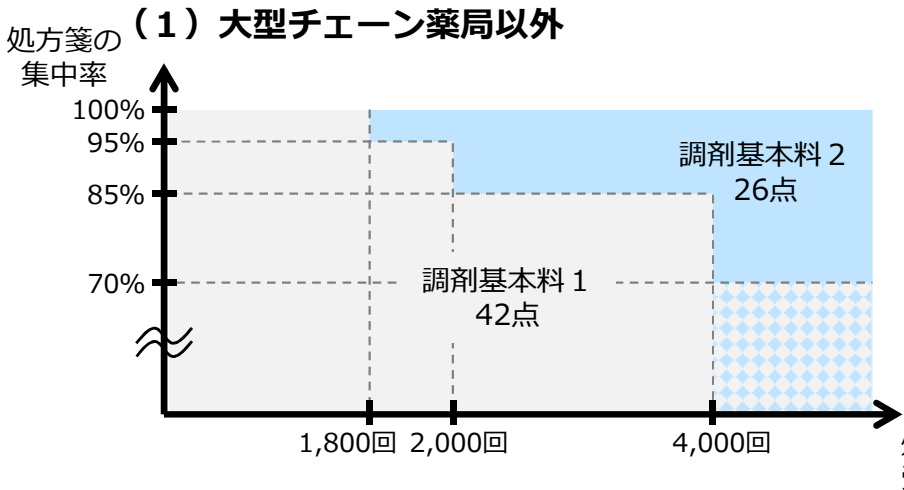


調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

➤ 調剤基本料3の□の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

		要件		点数
		処方箋受付回数等	処方箋集中度	
調剤基本料1		調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料2		① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付回数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ -	26点
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超	
	□	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%超	16点
	(新)ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点



地域医療に貢献する薬局の評価

➤ 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

- (1 薬局当たりの年間の回数)
- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
 - ② 在宅薬剤管理の実績 **24回**以上
 - ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
 - ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上
 - ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席
- (①～⑧は処方箋受付1万回当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)
- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
 - ② 麻薬の調剤実績 10回以上
 - ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
 - ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上
 - ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上
 - ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上
 - ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 **24回**以上
 - ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上
 - ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

調剤基本料1

地域支援体制加算1 38点 ⇒ 39点

①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

(新) 地域支援体制加算2 47点

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

(新) 地域支援体制加算3 17点

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算4 38点 ⇒ 39点

①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和5年3月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で調剤基本料1を算定している保険薬局であって同日後に調剤基本料3の八を算定することになった薬局については令和5年3月31日まで調剤基本料1を算定しているものとみなす。

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

現 行		改定後	
後発医薬品調剤体制加算 1（75%以上）	1 5 点	後発医薬品調剤体制加算 1（80%以上）	<u>2 1</u> 点
後発医薬品調剤体制加算 2（80%以上）	2 2 点	後発医薬品調剤体制加算 2（85%以上）	2 8 点
後発医薬品調剤体制加算 3（85%以上）	2 8 点	後発医薬品調剤体制加算 3（ <u>90%</u> 以上）	<u>3 0</u> 点

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

現 行		改定後	
【調剤基本料】 [算定要件] 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。 [施設基準] 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。		【調剤基本料】 [算定要件] 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から <u>5点</u> を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。 [施設基準] 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が <u>五割以下</u> であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。	

[経過措置]
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和4年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

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

(入院医療)

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

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

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

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（働き方改革）

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

（在宅医療等）

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

（医療技術の評価）

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

（歯科診療報酬）

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

（調剤報酬）

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(後発医薬品の使用促進)

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

(その他)

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