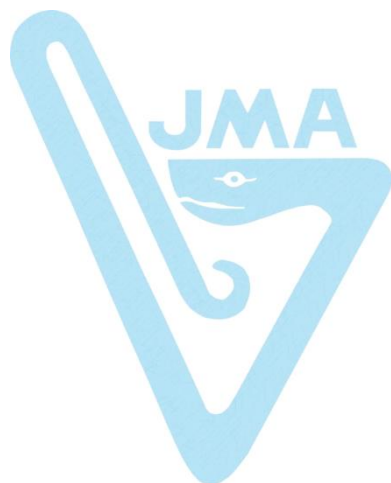


令和4年度診療報酬改定の概要について



公益社団法人 日本医師会



うつさない!うつらない!

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

総論



診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0. 4 3 %

- ※ 1 うち、※ 2 ～ 5 を除く改定分 + 0. 2 3 %
 - 各科改定率
 - 医科 + 0. 2 6 %
 - 歯科 + 0. 2 9 %
 - 調剤 + 0. 0 8 %
- ※ 2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %
- ※ 3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲ 0. 1 0 %（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）
- ※ 4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 2 0 %
- ※ 5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲ 0. 1 0 %
 なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

- ① 薬価 ▲ 1. 3 5 %
 - ※ 1 うち、実勢価等改定 ▲ 1. 4 4 %
 - ※ 2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 0 9 %
- ② 材料価格 ▲ 0. 0 2 %

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

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

令和4年度診療報酬改定について

看護における処遇改善について

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

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

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

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

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

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

改定の基本的視点と具体的方向性

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

【具体的方向性の例】

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

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

【具体的方向性の例】

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

（３）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

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

（４）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

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

令和4年度診療報酬改定の基本方針 [令和3年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

1. 改定に当たっての基本認識①

《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》

- 我が国の医療制度は、これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ機能の充実等の取組を進めてきた。今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における外来・入院・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性が改めて認識された。
- まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注いでいくことが重要である。その上で、今般の経験を踏まえ、今後、新興感染症等が発生した際に、病院間等の医療機関間の役割分担や連携など、関係者が連携の上、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えるなど円滑かつ効果的に対応できるような体制を確保していく必要がある。加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できるよう、引き続き、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要がある。

《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》

- 同時に、我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに、既に減少に転じている現役世代（生産年齢人口）は、2025年以降、更に減少が加速していく。
- このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。このような考え方の下、これまで数次の診療報酬改定を行ってきたところであり、このような視点は今回も引き継がれるべきものである。

1. 改定に当たっての基本認識②

《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》

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、患者が安心して医療を受けることができる体制を構築し、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要である。
- また、疾病構造やニーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、医療技術の進歩など、医療を取り巻く状況を踏まえると、医師等の働き方改革等について、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等が高い専門性を発揮できる環境の整備を加速させるとともに、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等）が、医療のかかり方の観点も踏まえ、それぞれの担う役割を実現することが必要である。
- さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機に、我が国のデジタル化の遅れが顕在化した。社会全体として、ICTの進歩やデジタル基盤の整備が進み、クラウドベースで、安全かつ拘束に情報を共有・連携することが可能な時代になってきており、個別にシステムを整備するよりも低いコストで運用可能となってきたという指摘もある。こうした背景を踏まえて、医療分野におけるICTの利活用をより一層進め、電子カルテ情報の標準化など、デジタル化された医療情報の活用や医療機関間における連携のための取組の推進等により、質の高い医療サービスを実点していく必要がある。
- 加えて、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、医薬品・医療機器等の存在意義や創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けることを通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

1. 改定に当たっての基本認識③

《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》

- 制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、こうした社会経済の新たな流れにも対応しながら、経済・財政との調和を図りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。
- そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針2021」や「成長戦略実行計画（2021年）」等を踏まえつつ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響にも配慮しつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的・重点的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

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である。

令和4年度診療報酬改定の基本方針 [令和3年12月10日 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)]

2. 改定の基本的視点と具体的方向性①

- 平成30年度の診療報酬と介護報酬の同時改定では、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示すものとして、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進める改定が行われ、令和2年度診療報酬改定では、これらの取組が更に推進されるよう、引き続き適切な評価に取り組むとともに、重点課題として医師等の働き方改革等の推進に取り組んだ。
- 令和4年度診療報酬改定に当たっては、こうしたこれまでの改定の流れを継承しながら、今般の新型コロナウイルス感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携等の対応を行うことが重要である。その際、補助金等の予算措置を含めた新興感染症等への対応の全体的な視点の中で、診療行為に対する対価である診療報酬の在り方を考えていくことが必要である。
- あわせて、デジタル化等の社会経済の新たな流れにも対応した効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築に向けた取組を進める必要がある。

（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】 **《基本的視点》**

- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、局所的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築等の地域医療の様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした中、新型コロナウイルス感染症患者への対応についてみても、重症者に対応する医療機関、中等症患者に対応する医療機関、快復後の患者に対応する後方支援医療機関、自宅・宿泊療養患者への医療を提供する医療機関、発熱患者等に対応する診療・検査医療機関、新型コロナウイルス感染症患者以外の患者も含め救急医療その他の通常医療に対応する医療機関など、各々の医療機関等がその機能に応じ地域医療を守るための役割を果たしており、かかりつけ医機能を担う医療機関を中心とした外来医療や在宅医療を含め、地域医療全体を視野に入れ、適切な役割分担の下、必要な医療を面として提供することの重要性も再認識された。
- 当面、まずは足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き対応していくことが重要である。今後の新興感染症等の感染拡大時にも機動的な対策を講じられるよう、医療法の改正により都道府県が策定する医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されたところであり、今後、平時からの取組・感染拡大時の取組等について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備がなされていくことも必要である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性②

(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】

《基本的視点(続き)》

- 一方で、その間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、労働力人口の減少によるマンパワーの誓約も一層厳しくなりつつあることや、各地域において、こうした実態を見据えつつ、効率的・効果的で質の高い医療提供体制を維持していくため、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、中長期的な状況や見通しは変わっていない。
- 同時に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することは引き続き重要な課題であり、そのために、質の高い在宅医療・訪問看護を確保するとともに、急変時の救急医療体制等の確保を含め医療機関間・医療介護間等の連携の取組を推進することが重要である。
- こうしたことから、今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、今回の診療報酬改定においても、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を引き続き着実に進めることが必要である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性③

(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、経済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
 - ・ 新型コロナウイルス感染症患者の診療について実態に応じた評価を行いつつ、外来、入院、在宅における必要な診療体制を確保。
- 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
 - ・ 平時からの感染症対策に係る取組が広く実施されるよう、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。
 - ・ 今般の新型コロナウイルス感染拡大時における経験を踏まえ、主に重症患者等を受け入れる急性期病棟等について、感染拡大時における対応も見据えつつ平時からの体制・機能強化を推進。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。その際、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築という観点からも、更なる包括払いの在り方を検討。
- 外来医療の機能分化等
 - ・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。
 - ・ 外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性④

(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(続き)》

- 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
 - ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、総合的・継続的な診療を行うとともに、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望にも配慮した診療が行われるよう、かかりつけ医機能を評価。
 - ・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ・ 中長期的には在宅医療の需要が大幅に増加することが見込まれる中、在宅医療を担う医療機関と市町村・医師会等との連携、及び医療・介護の切れ目のない、地域の実情に応じた提供体制の構築等を推進し、効率的・効果的で質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導等の提供体制を確保。
 - ・ かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の医療機関と連携して実施する在宅医療の取組を推進するとともに、外来医療から在宅医療への円滑な移行に当たって必要となる連携を推進。(再掲)
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組
 - ・ 医療機関間や医療機関と薬局等との連携、医科歯科連携、医療介護連携、栄養指導、その他の地域の保健・福祉・教育・行政等の関係機関との連携も含め、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による多職種連携・協働の取組等を推進。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑤

(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の推進【重点課題】

《基本的視点》

- 地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革等を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革等に関しては、2024年（令和6年）4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、先般の医療法改正も踏まえ、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 地域医療介護総合確保基金においては、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業に対して財政支援を実施している。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。また、令和2年度診療報酬改定では、新たに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評価も行ったところ。
- 時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月に向けての準備期間も考慮すると、実質的に最後の改定機会であることも踏まえ、引き続き、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、実効性ある取組について検討する必要がある。

《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
 - ・ ICTを活用した医療連携の取組を推進
 - ・ 届出・報告の簡略化、業務の効率化・合理化を推進
- 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き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

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑥

(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

《基本的視点》

- 患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、デジタル化への対応、イノベーションの推進、不妊治療の保険適用などをはじめとした新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。
- また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

《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
 - ・ 患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。
 - ・ 患者の安心・安全を確保するため、臨床上必要性が高い医薬品の安定供給の確保を推進。
 - ・ 革新的な医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のための取組を推進。
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
 - ・ 初診を含めたオンライン診療について、患者ニーズを踏まえた適切な普及・促進を図る中で、安全性と信頼性の確保を前提に適切に評価。
 - ・ 医療情報の標準化、ICTの活用等を通じて、医療連携の取組を進めるとともに、医療の質を向上させるため、データを収集・利活用したエビデンスに基づく評価を推進。
- アウトカムにも着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進
- 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
 - ・ 子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるような適切な評価
 - ・ 質の高いがん医療の評価 ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価 ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑦

(4) 効率的・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

《基本的視点》

- 高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。
- 医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められている。

《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
 - ・ 後発品の使用促進について、安定供給の確保の状況等を踏まえつつ、「後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする」という新目標を実現するため、更に取組を推進。また、バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。
- 費用対効果評価制度の活用
 - ・ 革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。その際、長期収載品等の医薬品について評価の適正化を行う観点から薬価算定基準の見直しを透明性・予見性の確保にも留意しつつ図る。
 - ・ エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性⑧

(4) 効率的・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(続き)》

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)
 - ・ 患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効率的・効果的に提供されるよう、医療機能や患者の状態、地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化等(再掲)
 - ・ 外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。
- 重症化予防の取組の推進
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応する効率的・効果的な重症化予防。(再掲)
- 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
 - ・ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応や、適正使用のための長期処方の在り方への対応、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策の検討等医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進するとともに、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更なる対応を検討。
 - ・ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 薬剤調製などの対物中心の業務を適切かつ効率的に実施することを前提に、薬学的管理などの対人中心の業務への転換を推進するための所要の重点化と適正化を行う。(再掲)
 - ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえつつ、薬局の評価の適正化等を推進。

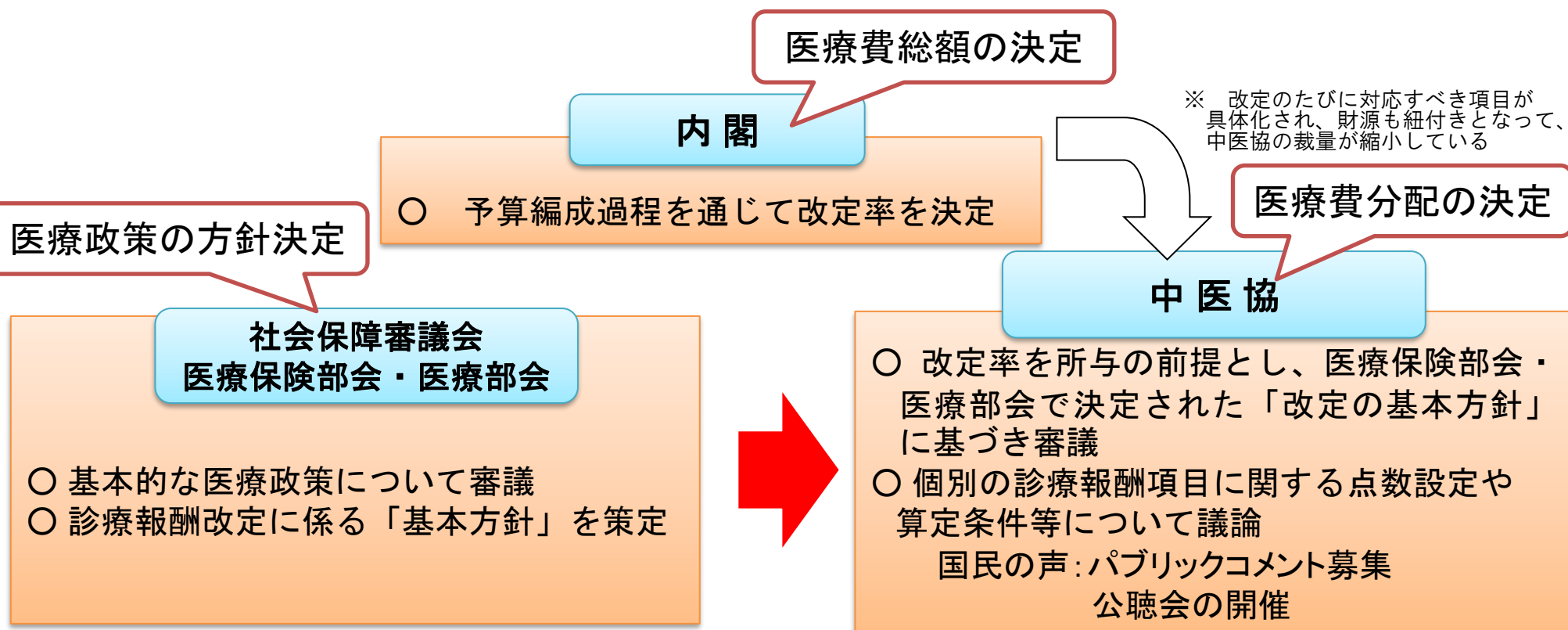
3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、高齢者化の進展に併せて、サービスの担い手（生産年齢人口）が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、地域包括ケアシステムの構築はもちろん、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現に資する取組が求められている。その際、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防・健康づくりに関するモデル事業」も実施されているところであり、今後、その結果や、かかりつけ医機能を含む外来機能の明確化・連携等を更に進めていく方策の検討等も踏まえつつ、地域資源の実情に即した取組を推進すべきである。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。
- 患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくとともに、国民の制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して医療制度に関する丁寧な説明を行っていくことが必要である。

診療報酬改定の流れ

《診療報酬改定の役割分担》

- ① 予算編成過程を通じて内閣が改定率を決める
- ② 社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)が「診療報酬改定の基本方針」を策定
- ③ ①②を踏まえ、中医協において、個々の具体的な診療報酬点数の設定を決める



※ 診療報酬改定は、中医協でエビデンスに基づく評価がなされ、さらには前回の改定結果を調査・検証した上で、次回改定で修正するという流れが確立している

令和4年度診療報酬改定の大まかな流れ

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の対応
診療報酬上の特例、補助金

令和3年

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)

9月～12月 診療報酬改定の基本方針の議論
12月10日 令和4年度診療報酬改定の基本方針の策定

内閣

12月22日 予算大臣折衝を踏まえ、診療報酬の改定率、
改革を着実に進める7つの課題を決定

令和4年

厚生労働大臣

1月14日
中医協に対し、
・ 内閣が決定した「診療報酬改定について」
・ 社会保障審議会が策定された「令和4年度診療報酬改定の基本方針」
に基づき行うよう諮問

厚生労働大臣

3月 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

中医協

令和2年度

「答申書」附帯意見に基づく検証調査等の実施

〔第1シーズン〕7月～9月
コロナ・感染症対応・外来・在宅・入院・個別事項・
歯科・調剤 → 9月8日 中間とりまとめ
〔第2シーズン〕10月～1月
外来・入院・在宅・個別事項・歯科・調剤
薬価制度・保険医療材料制度・費用対効果評価制度改革
改定の基本方針を踏まえた対応

5月～7月 医療経済実態調査の実施
11月24日 医療経済実態調査の結果報告
12月 2日 消費税率10%補てん状況把握結果
12月 3日 薬価調査・材料価格調査の速報報告
医療経済実態調査結果に対する見解
12月 8日 診療報酬改定に関する両側の見解
12月10日 診療報酬改定への意見 中医協→厚労大臣

1月14日 厚生労働大臣の諮問を受け、
具体的な診療報酬点数設定に係る審議
「令和4年度改定に係るこれまでの議論の整理」
パブリックコメント募集～1月21日
1月21日 公聴会の開催(オンライン形式)
1月26日～2月9日 個別改定項目(短冊)の集中審議
2月9日 厚生労働大臣に対し、改定案を答申

看護処遇改善
リフィル処方箋
不妊治療の保険適用
小児感染防止対策加算
+0.2%
▲0.1%
+0.2%
▲0.1%

【公益裁定(1月26日)】
・ 重症度、医療・看護必要度
・ オンライン診療

令和4年4月1日 施行

前回、令和2年度「答申書」附帯意見(20項目)①

令和2年2月7日 中央社会保険医療協議会

(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ものとなるよう検討すること。

(働き方改革)

2 医師・医療従事者の働き方改革を推進し、地域医療を確保するための取組に係る今回改定での対応について、その効果等を検証・調査するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

3 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等の入院基本料や、特定集中治療室管理料、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等の特定入院料に係る、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等について、引き続き検討すること。

4 救急医療管理加算の見直しの影響を調査・検証し、患者の重症度等に応じた救急医療の適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(DPC／PDPS)

5 急性期の医療の標準化をすすめるため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量等の指標とその活用方法について引き続き検討すること。

(かかりつけ機能、精神医療、生活習慣病等)

6 かかりつけ医機能を有する医療機関との連携の評価の新設等の影響を調査・検証すること。また、かかりつけ医機能を有する医療機関と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について引き続き検討すること。

7 地域における質の高い在宅医療と訪問看護の提供体制の確保に資する評価の在り方について、引き続き検討すること。

8 妊産婦に対する診療の適切な評価について引き続き検討すること。

9 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。

10 依存症に対する管理料等の評価の見直しの影響を調査・検証し、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

11 オンライン診療料の見直しや、オンライン服薬指導の評価の新設に係る影響を調査・検証し、ICTを活用した診療や薬学的管理等の評価の在り方について引き続き検討すること。

前回、令和2年度「答申書」附帯意見(20項目)②

令和2年2月7日 中央社会保険医療協議会

(医薬品の適正使用)

- 12 重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に関して、影響を調査・検証し、引き続き検討すること。
- 13 AMRアクションプランの進捗状況及び抗微生物薬適正使用の手引きの見直し状況等を踏まえ、外来における抗菌薬の処方状況等について把握・分析し、抗菌薬の適正使用のための新たな方策を講ずる等抗菌薬の使用量の更なる削減を推進すること。
- 14 病院内における医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の取組について、院内における実施体制や実施方法等の実態把握や分析等を進めること。

(歯科診療報酬)

- 15 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、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。
- 16 口腔疾患の長期的な管理を含めた継続的管理の実施状況等を調査・検証するとともに、診診連携及び病診連携の在り方等について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 17 調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の評価の見直しによる影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況を調査・検証し、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、対物業務から対人業務への構造的な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。

(後発医薬品の使用促進)

- 18 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の更なる推進のために、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や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。

(医療技術の評価)

- 19 医療技術の高度化や専門化に対応して、費用対効果の観点を踏まえつつ、イノベーションの評価等がより適切となるよう引き続き検討すること。

(その他)

- 20 医療機関と関係機関との連携の下で提供される医療について、その実態に応じた報酬の在り方について引き続き検討すること。

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施

【診療報酬改定結果検証部会】

令和2年度と3年度の2か年に分けて実施。経過措置が設けられているなど改定の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要な項目については令和3年度に実施

《令和2年度実施》

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (2) 精神医療等の実施状況調査(その1)
- (3) 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
- (4) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (5) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

《令和3年度実施》

- (6) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (7) 精神医療等の実施状況調査(その2)
- (8) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (9) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
- (10) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
- (11) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

中央社会保険医療協議会（中医協）について

《社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）》

第1条 厚生労働省に、中央社会保険医療協議会（以下「中央協議会」という。）を置く。

2 各地方厚生局（地方厚生支局を含む。）に、地方社会保険医療協議会（以下「地方協議会」という。）を置く。

【所掌事務】

- ◇ 中央社会保険医療協議会は、診療報酬点数の改定等について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議答申するほか、自ら厚生労働大臣に建議することができる。

【三者構成】

- ◇ 支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整するという、いわゆる「三者構成」をとっている。任期は2年（3期6年が上限）。

- ① 支払側委員（保険者、被保険者の代表） 7名
- ② 診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師の代表） 7名
- ③ 公益代表 6名（国会同意人事）

- ◇ 会長は、公益代表から委員の選挙にて1人置く。
- ◇ 中央協議会の公益を代表する委員は、会議の日程及び議題その他の中央協議会の運営に関する事項について協議を行い、支払側委員、診療側委員は、その協議の結果を尊重するものとする。

【専門事項の審議】

- ◇ 厚生労働大臣は、専門の事項を審議するため必要があると認めるときは、その都度、各10人以内の専門委員（大臣任命）を置くことができる。

中医協 委員名簿

令和 3 年11月5日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員 7名	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 間 宮 清 眞 田 亨 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合総務局長 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 7名	城 守 国 斗 長 島 公 之 江 澤 和 彦 島 弘 志 池 端 幸 彦 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 全日本病院協会会長 日本慢性期医療協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員 6名	秋 山 美 紀 飯 塚 敏 晃 ◎ 小 塩 隆 士 関 ふ 佐 子 永 瀬 伸 子 中 村 洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専門委員 10名	羽田健一郎 吉川久美子 中 村 春 基 田 村 文 誉 赤 名 正 臣 石 牟 禮 武 志 村 井 泰 介 堀之内晴美 林 利 史 青 木 幸 生	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 エーザイ株式会社常務執行役 アステラス製薬株式会社上席執行役員渉外部長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 丸木医科機器株式会社参与

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会（昭和25年設置）

報告

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌：診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置：平成17年
会長：永瀬伸子（お茶の水女子大学
基幹研究院人間科学系教授）
委員：公益委員のみ
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 6回
平成27年度 4回
平成28年度 3回
平成29年度 3回
平成30年度 3回
令和元年度 2回
令和2年度 3回

薬価専門部会

所掌：薬価の価格算定ルールを審議
設置：平成2年
会長：中村洋（慶應義塾大学大学院
経営管理研究科教授）
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 3回
平成27年度 13回
平成28年度 13回
平成29年度 15回
平成30年度 7回
令和元年度 13回
令和2年度 12回

費用対効果評価 専門部会

所掌：医療保険制度における
費用対効果評価導入の
在り方について審議
設置：平成24年
会長：飯塚敏晃（東京大学大学院
経済学研究科教授）
委員：支払：診療：公益
＝6：6：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 8回
平成27年度 10回
平成28年度 5回
平成29年度 11回
平成30年度 3回
令和元年度 0回
令和2年度 0回

保険医療材料 専門部会

所掌：保険医療材料の価格算
定ルールを審議
設置：平成11年
会長：関ふ佐子（横浜国立大学大学
院国際社会科学研究院教授）
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 4回
平成27年度 9回
平成28年度 1回
平成29年度 12回
平成30年度 6回
令和元年度 10回
令和2年度 0回

報告

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌：基本的な問題についてあら
かじめ意見調整を行う
設置：平成3年
会長：小塩隆士（一橋大学経済
研究所教授）
委員：支払：診療：公益＝5：5：6
開催：改定の議論に応じて開催
平成26年度 7回
平成27年度 9回
平成28年度 3回
平成29年度 7回
平成30年度 4回
令和元年度 5回
令和2年度 4回

調査実施小委員会

所掌：医療経済実態調査につい
てあらかじめ意見調整を
行う
設置：昭和42年
会長：秋山美紀（慶應義塾大学環境
情報学部教授）
委員：支払：診療：公益＝5：5：4
開催：調査設計で開催
平成26年度 3回
平成27年度 1回
平成28年度 3回
平成29年度 1回
平成30年度 3回
令和元年度 1回
令和2年度 3回

聴取

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的
課題等について調査審議する必要
があるとき、有識者に意見を聴くこ
とができる

薬価算定組織

所掌：新薬の薬価算定等について
の調査審議
設置：平成12年
委員長：前田慎（横浜市立大学医学
部消化器内科 主任教授）
委員：保険医療専門審査員
時期：4半期に一度の薬価収載、
緊急収載等に応じて、月1
回程度

保険医療材料等専門組織

所掌：特定保険医療材料及び対外
診断用医薬品の保険適用
についての調査審議
設置：平成12年
委員長：小澤壮治（多摩丘陵病院
副院長）
委員：保険医療専門審査員
時期：4半期に一度の保険収載等
に応じて、月1回程度

費用対効果評価専門組織

所掌：医薬品及び医療機器の
費用対効果評価について
調査審議
設置：平成28年
委員長：田倉智之（東京大学大学
院医学系研究科特任教授）
委員：保険医療専門審査員
時期：1年に数回程度

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌：診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置：平成15年 委員：保険医療専門審査員

- 医療技術評価分科会 時期：年1回程度
会長：福井次矢（東京医科大学茨城医療センター 病院長）
- 医療機関のコスト調査分科会 時期：年1回程度
会長：田中滋（慶應義塾大学名誉教授）（平成29年8月18日退任）
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長：飯塚敏晃（東京大学大学院経済学研究科教授）
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長：尾形裕也（九州大学名誉教授）

令和4年度診療報酬改定の流れ①

〔中医協 医療経済実態調査〕

令和3年11月24日 医療経済実態調査結果の報告

令和3年12月 3日 医療経済実態調査結果に対する両側の見解

〔中医協 薬価調査・保険医療材料価格調査〕

令和3年12月 3日 薬価調査・特定保険医療材料価格調査(速報値)

《平均乖離率》

薬価:約7.6%(前回:8.0%)

特定保険医療材料:約3.8%(前回:5.8%)

〔社会保障審議会(医療保険部会・医療部会)〕

令和3年12月10日 令和4年度診療報酬改定の基本方針

《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】
- (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の推進【重点課題】
- (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
- (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

〔中医協 診療報酬改定に関する基本的見解〕

令和3年12月 8日 令和4年度診療報酬改定に関する両側の考え方

令和3年12月10日 令和4年度診療報酬改定について

中医協としてとりまとめ厚生労働大臣に意見具申(両論併記)

令和4年度診療報酬改定の流れ②

〔内閣〕

令和3年12月22日 予算編成過程で、診療報酬改定、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中医協での議論を踏まえて、改革を着実に進める7項目を決定

1. 診療報酬 +0.43%

※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23% (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%

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、中医協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年度診療報酬改定の流れ③

【厚生労働大臣】

令和4年1月14日 中医協に対して以下に基づき答申を行うよう諮問

①予算大臣折衝を踏まえ内閣が決定した改定率、中医協での議論も踏まえて改革を着実に進める7つの課題

②社会保障審議会 医療保険部会・医療部会が策定した「改定の基本方針」

中医協におけるこれまでの議論の整理を公表し、パブリックコメントを募集

〔中医協〕

令和4年1月14日～1月21日 パブリックコメント募集(688人から延べ3,282件の意見)

令和4年1月21日 公聴会をオンライン形式で開催

(公募による意見発表希望者から公益委員が選定した12名から発表

令和4年1月26・28日・2月2日 個別改定項目(短冊)を集中審議

《中医協》

◎前回改定「答申書」附帯意見(20項目)に基づく検討

- ・検証調査(11項目)、医療経済実態調査、薬価調査、特定保険医療材料価格調査
- ・外来、在宅、入院医療、個別事項、横断的事項、コロナ・感染症対応、不妊治療の保険適用
- ・薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度 等
- ・診療報酬上のコロナ特例措置

[総会]

[薬価専門部会]

[保険医療材料専門部会]

[費用対効果評価専門部会][合同部会]

[診療報酬改定結果検証部会]

[診療報酬基本問題小委員会]

[調査実施小委員会]

[調査専門組織]

- ・医療技術評価分科会

- ・入院医療等の調査・評価分科会

- ・医療機関等における消費税負担に関する分科会

国民の声：パブコメ、公聴会



※2年度で137回開催

令和4年2月9日 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

(附帯意見:20項目)

《外来医療》

【7月7日（その1）】

- ◆かかりつけ医機能・医療機関連携、生活習慣病対策、大病院受診の適正化、オンライン診療

【10月20日（その2）】

- ◆かかりつけ医機能：地域包括診療料・地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料
- ◆医療機関間の連携：診療情報提供料（Ⅲ）
- ◆生活習慣病管理料
- ◆耳鼻咽喉科診療

【11月12日（その3）】

- ◆外来機能分化の推進：①紹介状なしで受診する場合等の定額負担、②紹介・逆紹介の推進、
③医療資源を重点的に活用する外来を地域において基幹的に担う医療機関に係る評価

【12月17日（その4）】

- ◆かかりつけ医機能に係る評価：機能強化加算、小児かかりつけ診療料

【12月22日（その5）】

- ◆診療におけるICTの活用：
オンライン診療：①初診・再診における取扱い・評価のあり方（対象患者、算定要件、施設基準等）、
②医師の所在、③医学管理の取扱い・評価のあり方、④オンライン在宅管理の取扱い・評価のあり方
オンライン資格確認、電子処方箋

《在宅医療》

【8月25日（その1）】

- ◆在宅医療を取りまく現状、在宅医療領域における取組等、在宅医療に係る診療報酬上の評価

【10月13日（その2）】

- ◆継続診療加算、在宅療養支援診療所在支診・在宅療養支援病院在支病、外来を担当する医師と在宅を担当する医師の連携、在宅ターミナルケア加算

【10月27日（その3）】

- ◆訪問看護：①専門性の高い看護師による同行訪問、②理学療法士等による訪問看護、③小児の訪問看護における関係機関等との連携

【11月10日（その4）】

- ◆緊急往診加算、在宅がん医療総合診療料、救急搬送診療料
- ◆在宅歯科医療：①歯科訪問診療において提供される医療、②在宅療養支援歯科診療所、③在宅歯科医療における他職種との連携

【11月26日（その5）】

- ◆訪問看護：提供体制、利用者の状態に応じた充実

《入院医療 ①》

【8月25日（その1）】

- ◆入院医療をとりまく環境、入院医療と医療費、入院医療に係る診療報酬上の評価
- ◆急性期入院医療、回復期入院医療、慢性期入院医療、入院医療における他の取組

【11月10日（その2）】

- ◆急性期入院医療：①重症度、医療・看護必要度、急性期入院医療の評価、重症患者の対応
- ◆高度急性期医療：①重症度、医療・看護必要度、人員配置等

【11月12日（その3）】

- ◆回復期入院医療
 - ①地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、②回復期リハビリテーション病棟入院料、③特定機能病院におけるリハビリテーション
- ◆入院横断的個別事項
 - ①データ提出加算・診療録管理体制加算、②入退院支援、③救急医療管理加算、④治療早期からの回復に向けた取組、⑤病棟における栄養管理、⑥周術期における褥瘡対策

【11月19日（その4）】

- ◆慢性期入院医療
 - ①療養病棟入院基本料（総論、入院料毎の患者の状態等、医療区分・ADL区分）
 - ②障害者施設等入院基本料等（脳卒中患者に対する医療的な状態等の差異）
 - ③緩和ケア病棟入院料（緩和ケア病棟入院料の概要、がん患者疼痛に係る数字等を用いた評価）
 - ④有床診療所入院基本料

【11月24日（その5）】

- ◆DPC／PDPS
 - ①他院から転院した患者、②発症からの日数によって病態が変わる疾患、③DPC制度における3段階の評価のあり方
- ◆短期滞在手術等基本料
 - ①一定程度治療法が標準化され短期間で退院が可能となる手術等の評価のあり方
 - ②短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類を含めた評価のあり方

《入院医療 ②》

【12月1日（その6）】

◆急性期入院医療

①急性期入院医療を担う医療機関の役割

②充実した急性期医療を担っている医療機関に対する評価のあり方

※ 急性期一般入院料1を届出している医療機関における治療室ほかの入院料の届出状況、救急搬送受入件数、手術（緊急手術等を含む）等の実績、平均在院日数、自他院病棟への転棟率等の実態、感染防止対策加算、認知症ケア加算、精神科リエゾンチーム加算の届出状況等を踏まえて

◆高度急性期入院医療

①重症患者対応の評価：人工呼吸器やECMO等を実施する場合に専門性の高い看護師や臨床工学技士が手厚く配置された上で、専門的なケア・技術を実施している実態

②その他：より長期の集中治療管理が必要となる場合、Tele-ICUによるICU内死亡リスクと院内死亡リスクの低下

【12月10日（その7）】

◆地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

※ 求められる3つの役割について病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用のあり方が異なることを踏まえた評価のあり方

◆医療資源の少ない地域

※ これまでの経緯や考え方等を踏まえつつ、その特性に配慮した評価のあり方

◆退院患者調査（DPCデータ）

※ 個人単位の被保険者番号データの提出等によるDPCデータにおけるDB間の連結精度向上に向けた取組

《入院医療 ③》

【12月17日（その8）】

◆急性期入院医療

一般病棟用／治療室用の重症度、医療・看護必要度シミュレーション（案）

※ これまでの議論を踏まえ、施設基準の見直しに用いることを念頭に、該当患者割合のシミュレーションを行うための条件設定

〔一般病棟用（必要度Ⅰ・Ⅱ共通）〕

- ① 急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための項目の見直し
- ② 管理に係る実態をより適切に評価するための配点方法の変更
- ③ 急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための項目の内容の見直し

〔治療室用（特定集中治療室用・ハイケアユニット用共通）〕

- ① 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための項目の見直し
- ② 高度急性期入院医療を必要とする患者の状態を適切に反映するための評価票の見直し
- ③ 一般病棟用にならない、項目の内容の見直し

【1月12日（その9）】

◆急性期入院医療

一般病棟用／治療室用の重症度、医療・看護必要度シミュレーション結果を踏まえた施設基準の設定

〔一般病棟用の重症度、医療・看護必要度〕

- 項目の見直し（A項目「心電図モニターの管理」→削除、B項目「衣服の着脱」→削除）
- 配点方法の変更（A項目「輸血や血液製剤の管理」の点数）
- 項目の内容の見直し（A項目「点滴ライン同時3本以上の管理」の薬剤種類数、C項目「骨の手術」の日数）

〔特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度〕

- 高度急性期入院医療を要する患者の状態の見直し
A項目「心電図モニターの管理」、B項目を除いた上で、判定基準を「A項目3点以上」に見直す
- レセプト電算処理システムコードを用いた評価を導入し、合わせて各入院料における該当患者割合について
現行との差の実態を踏まえた設定にする

《個別事項①》

【7月21日（その1）】

- ◆医薬品の適切な使用の推進：取組、後発医薬品、バイオ後続品、フォーミラー
- ◆働き方改革の推進：前回改定の評価、タスクシェア・タスクシフト、医療従事者の負担軽減等、
地域全体での取組等
- ◆不妊治療の保険適用：これまでの実態、生殖医療ガイドライン、保険適用に向けた検討

【10月22日（その2）】

- ◆がん対策：外来化学療法、栄養食事指導、がんゲノムプロファイリング検査、放射線内用療法
- ◆難病対策等：医療機関間の連携に係る評価の在り方
- ◆アレルギー疾患対策：アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供

【11月5日（その3）】

- ◆精神医療：現状、地域精神保健医療体制、精神科個別事項
- ◆療養・就労両立支援等：療養・就労両立支援、がん患者に対する心理的支援

【11月17日（その4）】

- ◆不妊治療の保険適用②：ヒアリング、保険適用の対象となる医療技術等の範囲（対象患者・年齢制限・回数制限、着床前診断、施設基準等）、運用課題
- ◆リハビリテーション：疾患別リハの適切な実施、摂食嚥下支援加算、慢性維持透析患者のリハビリ

【11月19日（その5）】

- ◆小児医療：小児急性期医療体制、小児高度急性期医療体制、医療機関間連携
- ◆周産期医療：現状、ハイリスク分娩管理、妊産婦の支援
- ◆精神科救急医療：病床数上限、実績要件、対象疾患・状態等

【11月26日（その6）】

- ◆データ提出等：現状、外来診療等に係るデータ、医療情報システム
- ◆診療報酬明細書の記載：選択式コメント記載コード、検査値データ
- ◆自殺対策等：孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策、救急現場の自殺対策

《個別事項②》

【12月3日（その7）】

- ◆技術的事項①: 医療技術の評価、報告書の確認不足に対する医療安全対策、慢性維持透析、在宅腹膜灌流、在宅血液透析

【12月8日（その8）】

- ◆後発医薬品: 骨太の方針を踏まえた今後の対応
- ◆医薬品の適切な使用の推進: フォーミュラリ、分割調剤、薬剤給付の適正化
- ◆働き方改革の推進②: 現状等、医師事務作業補助体制加算、手術・処置の時間外等加算、医療機関における薬剤師業務に係る評価、特定行為研修修了者の活用、看護職員の処遇改善と負担軽減、ICTの活用、地域医療体制確保加算

【12月10日（その9）】

- ◆技術的事項②: 二次性骨折の管理、運動器疾患管理、高度難聴管理、知的障害者等への医療提供、検査、周術期疼痛管理、人工呼吸器等管理、バイオ後続品の使用促進

【12月15日（その10）】

- ◆不妊治療の保険適用③: 対象となる医療技術等の範囲、運用に係る課題、その他の事項

【12月22日（その11）】

- ◆オンライン服薬指導、電子版お薬手帳
- ◆歯科用貴金属材料の基準材料価格改定

【12月24日（その12）】

- ◆診療報酬上の簡素化等
- ◆内視鏡治療
- ◆これまでの指摘に対する回答

【1月12日（その13）】

- ◆歯科用貴金属材料の基準材料価格改定

《コロナ・感染症対応》

【7月7日（その1）】

◆今後の新型コロナウイルス感染症対策のあり方

：発生状況、診療報酬における特例的な取扱い・算定状況、その他の措置、レセプトの算定件数、診療報酬における感染症の対応、今後の感染症対応等

◆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た取組

【12月3日（その2）】

◆診療報酬上の特例的な取扱いの今後の評価の在り方

◆感染防止対策加算の評価のあり方

【1月12日（その3）】

◆経過措置等に係る令和4年度診療報酬改定における取扱いについて

：令和2年度診療報酬改定に係る経過措置、施設基準等において年間実績を使用

《調剤》

【7月14日（その1）】

◆対物業務、対人業務、重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応、

保険医療機関と保険薬局の連携、在宅訪問薬剤管理指導、オンライン服薬指導

【10月22日（その2）】

◆かかりつけ薬剤師・薬局の推進

◆重複投薬、ポリファーマシー及び残薬等への対応に係る評価

◆保険薬局と保険医療機関との連携

◆医療的ケア児の薬学的管理

◆在宅患者訪問薬剤管理指導に係る評価

【11月26日（その3）】

◆調剤料：対物中心の業務から対人中心の業務への転換

◆調剤基本料：同一グループの店舗数や立地別の収益状況、不動産の賃貸借等の関係にある薬局等

◆その他：同一薬局の利用促進、在宅患者訪問薬剤管理指導（医療用麻薬持続注射療法、在宅中心静脈栄養法）

《小委員会・部会における検討結果①》

[調査実施小委員会]

令和3年11月24日 第23回医療経済実態調査の報告について

[薬価専門部会]

令和3年12月22日 令和4年度薬価制度改革の骨子(案)について

令和4年 1月19日 令和4年度薬価制度の見直しについて

[保険医療材料専門部会]

令和3年12月22日 令和4年度保険医療材料制度改革の骨子(案)について

令和4年 1月19日 令和4年度保険医療材料制度改革の見直しについて

[費用対効果評価専門部会]

令和3年12月22日 令和4年度費用対効果評価制度改革の骨子(案)について

令和4年 1月19日 令和4年度費用対効果評価制度の見直しについて

[診療報酬基本問題小委員会]

令和2年10月28日 入院医療等の調査・評価分科会の今後の検討について

令和3年 2月10日 令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等について(案)

令和3年 3月10日 入院医療等の調査・評価分科会における令和2年度調査結果
(速報その1)の概要について

令和3年10月27日 入院医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果
(とりまとめ)

令和4年 1月19日 医療技術評価分科会からの報告について
(令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価)

《小委員会・部会における検討結果②》

[診療報酬改定結果検証部会]

令和3年3月24日 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和2年度調査)
の結果について

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (2) 精神医療等の実施状況調査(その1)
- (3) 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査
- (4) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その1)
- (5) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

令和3年12月1日 令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)
の結果について

- (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (2) 精神医療等の実施状況調査(その2)
- (3) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査(その2)
- (4) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
- (5) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
- (6) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

薬価専門部会における審議経過・内容①

毎年薬価改定に係る検討

【令和3年1月13日】

◇ 薬価制度の見直し(案)について

【令和2年6月10日】

◇ 関係業界からの意見聴取について

【令和2年6月17日】

◇ 令和2年度医薬品価格調査(薬価調査)について

【令和2年7月22日】

◇ 令和2年度医薬品価格調査(薬価調査)について

【令和2年11月18日】

◇ 2021年度薬価改定に係る論点について

【令和2年11月25日】

◇ 薬価改定について(関係業界意見聴取①)

【令和2年12月2日】

◇ 薬価調査結果の速報及び薬価改定について

【令和2年12月9日】

◇ 薬価改定について(これまでの意見、財政影響の提示)

【令和2年12月11日】

◇ 薬価改定について(関係業界意見聴取②)

【令和2年12月14日】

◇ 2021年薬価改定について

■ 中医協における意見(令和2年12月14日)

【改定対象範囲】

- 対象品目は限定するべきであり、新型コロナウイルス感染症に対する医療機関等の経営への影響を最小限にするためにも、平均乖離率の2倍以上の品目に限定すべきである。
- 平均乖離率の0.5倍や0.25倍など1倍以下の品目についても改定対象に加える必要がある。また、乖離率のみでなく乖離額にも着目したり、新薬・長期収載品・後発医薬品のカテゴリごとに改定対象の基準を設定するなどして、偏りがでないようにするべきである。

【新型コロナウイルス感染症による影響の勘案】

- 医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響や新型コロナウイルス感染症による影響を勘案すべきである。

【薬価改定の適用ルール】

- 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するという中間年改定の趣旨や、企業の予見性の観点から、適用するルールは実勢価改定に連動するルールのみ適用すべきである。
- 中間年においても、実勢価改定に連動しないルールについても適用すべきである。

■ 毎年薬価改定の実現について(令和2年12月17日 内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意)

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点からできる限り広くすることが適当である状況のもと、平均乖離率8%の0.5倍～0.75倍の間である0.625倍(乖離率5%)を超える、価格乖離の大きな品目を対象とする。

また「新型コロナウイルス感染症特例」として薬価の削減幅を0.8%分緩和する。

【令和2年12月18日】

◇ 2021年薬価改定の骨子(案)について

【令和3年1月13日】

◇ 薬価制度の見直し(案)について

薬価専門部会における審議経過・内容②

令和4年度薬価改定に係る検討

【令和3年4月21日】

- ◇ 令和4年度薬価改定の主な課題と進め方について

【令和3年5月12日】

- ◇ 関係業界からの意見陳述

【令和3年6月23日】

- ◇ 令和3年度医薬品価格調査(薬価調査)について

【令和3年8月4日】

- ◇ 薬価算定組織からの意見
- ◇ 薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移

【令和3年10月20日】

- ◇ 次期薬価改定について①
イノベーションの評価、国民皆保険の持続性・適正化、安定供給の確保、その他

【令和3年11月5日】

- ◇ 関係業界からの意見聴取
- ◇ 次期薬価改定について②

新規後発品の薬価、調整幅、高額医薬品、診療報酬改定のない年の薬価改定

【令和3年12月1日】

- ◇ 次期薬価改定について(論点整理案)

【令和3年12月3日】

- ◇ 関係業界からの意見聴取
- ◇ 薬価調査の結果速報:平均乖離率:約7.6%

【令和2年12月22日】

- ◇ 令和4年度薬価制度改革の骨子(案)について

【令和4年1月19日】

- ◇ 令和4年度薬価制度の見直しについて

■ 次期薬価改定について(論点整理案)(令和3年12月1日)

1. 革新的な医薬品のイノベーション評価
 - ・革新的な効能・効果の追加承認があった新薬の取扱い
 - ・先駆的医薬品及び特定用途医薬品の評価
2. 国民皆保険の持続性・適正化
 - ・新薬創出等加算の企業区分 ・長期収載品の薬価の適正化
3. 医薬品の安定供給の確保、薬価の透明性・予見性の確保
 - ・安定確保の優先度が高い医薬品の取扱い
 - ・原価計算方式における製造原価の開示度向上
 - ・市場拡大再算定の対象品目の類似品の取扱い
 - ・「リポジショニング」の際の薬価算定
4. その他
 - ・基礎的医薬品の改定ルールの見直し・新規後発品の薬価算定
 - ・調整幅の在り方 ・高額医薬品に対する対応
 - ・診療報酬改定がない年の薬価改定

保険医療材料専門部会における審議経過・内容

令和4年度保険医療材料制度改革に係る検討

【令和3年5月26日】

◇ 令和4年度保険医療材料制度改革の主な課題と進め方

【令和3年6月23日】

◇ 令和3年度に実施する特定保険医療材料価格調査(案)

【令和3年8月4日】

◇ 保険医療材料等専門組織からの意見について

【令和3年8月25日】

◇ 医療機器業界からの意見聴取について

【令和3年9月22日】

◇ 令和4年度保険医療材料制度の見直しについて

【令和3年10月15日】

◇ 令和4年度保険医療材料制度の見直しについて

【令和3年11月12日】

◇ 令和4年度保険医療材料制度の見直しについて

【令和3年11月26日】

◇ 医療機器業界からの意見聴取について

【令和3年12月22日】

◇ 令和4年度保険医療材料制度改革の骨子(案)について

【令和4年1月19日】

◇ 令和4年度保険医療材料制度の見直しについて

■ 次期改定に向けた主な課題と今後の議論の進め方(案)

(令和3年5月26日)

- (1) 令和2年度保険医療材料価格制度改革に記載されている事項
 - ・イノベーションの適切な評価
 - ・外国価格調整
 - ・再算定
- (2) これまでに問題提起された事項等
 - ・イノベーションの適切な評価(再掲)
 - ・プログラム医療機器
- (3) その他
 - ・関係業界から提起された事項
 - ・保険医療材料等専門組織から提起された事項 など

■ 令和4年度保険医療材料制度改革の骨子(案)(令和3年12月22日)

1 新規の機能区分等

(1) イノベーションの評価

- ア 使用実績を踏まえた再評価に係る申請(チャレンジ申請)
- イ プログラム医療機器の評価
- ウ 先駆的医療機器の評価
- エ 特定用途医療機器の評価

(2) 外国価格調整

- ア 外国価格調整の比較水準
- イ 外国平均価格の算出方法

2 既存の機能区分

(1) 市場実勢価格加重平均値一定幅方式

(2) 再算定

- ア 外国価格調整の比較水準
- イ 外国平均価格の算出方法

(3) 機能区分の見直し等

(4) 激変緩和措置

3 その他

- (1) 保険収載の手続きの見直し
- (2) 医療機器の安定的な供給
- (3) 保険医療材料等専門組織の体制

診療報酬調査専門組織における審議経過・内容

【診療報酬調査専門組織】

【入院医療等の調査・評価分科会】

令和2年 9月10日	令和2年度入院医療等の調査について
令和2年 10月22日	令和2年度調査の内容について
令和3年 3月10日	新型コロナウイルス感染症への対応とその影響(令和2年度調査結果(速報その1))
令和3年 4月28日	分科会の検討方針、令和3年度調査の内容、令和2年度調査の回収状況
令和3年 6月16日	令和2年度調査結果(速報その2)の概要、令和3年度特別調査(ヒアリング)の実施(案)
令和3年 6月30日	急性期入院医療
令和3年 7月 8日	回復期入院医療
令和3年 8月 6日	短期滞在入院基本料、慢性期入院医療、横断的事項、DPC対象病院・準備病院の募集
令和3年 8月27日	作業グループからの中間報告、特定集中治療室管理料等、救急医療管理加算、医療資源の少ない地域に配慮した評価
令和3年 9月 8日	これまでいただいたご指摘について、中間とりまとめ(案)
令和3年 10月 1日	作業グループからの最終報告、令和3年度調査結果(速報)、特定集中治療室管理料(その2)、急性期入院医療(その2)、慢性期入院医療(その2)、短期滞在手術等基本料(その2)、横断的事項等
令和3年 10月21日	入院分科会における検討結果報告案

【医療機関等における消費税負担に関する分科会】

令和3年 8月 4日	今後の検討の進め方等
令和3年 12月 2日	消費税率10%への引き上げに伴う補てん状況の把握結果等

【医療技術評価分科会】

令和3年 2月 1日	令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価方法等(案)
令和3年 11月 4日	令和4年度診療報酬改定に向けた医療技術の評価(案)
令和4年 1月19日	医療技術の評価(案)

令和4年度「答申書」附帯意見(20項目)①

令和4年2月9日 中央社会保険医療協議会

(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もの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・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「答申書」附帯意見(20項目)②

令和4年2月9日 中央社会保険医療協議会

(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、今回改訂による影響の調査・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。

(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促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給体制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等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、患者から見てわかりやすい医療を実現していく観点から、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。

各 論



【主な改定項目】

- 1.新型コロナウイルス感染症への対応
- 2.新興感染症に対応できる医療提供体制の構築
- 3.かかりつけ医機能の評価と外来医療の機能分化等
- 4.情報通信機器を用いた診療に係る評価
- 5.入院医療
- 6.医療従事者の負担軽減・働き方改革の推進
- 7.在宅医療・訪問看護
- 8.不妊治療の保険適用
- 9.小児医療・周産期医療
- 10.がん医療
- 11.難病患者に対する適切な医療の評価
- 12.リハビリテーション
- 13.精神医療
- 14.医療技術の評価
- 15.医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- 16.後発医薬品やバイオ後続品の促進、医薬品の給付の適正化
- 17.経過措置
- 18.届出

1. 新型コロナウイルス感染症への対応

令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

- 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。
- 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
- 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。
（※1）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。
- 令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※2）も終了する。
（※2）新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

(参考) 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）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。

(参考) 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) 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。

(参考) 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〔医科〕

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(12,672～48,951点)**〕
 <令2.5.26～>

✓ 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：救急医療管理加算を **4倍(3,800点)**〕
 <令3.8.27～>

✓ 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
 <令2.12.15～> <令3.1.22～>
 (個室で入院医療：**+個室加算300点**) ※300点は最大90日
 <令3.5.11～>〕

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**)〕
 <令2.4.8～>
 診療・検査医療機関の場合：**550点**※
 ※自治体HPでの公表が要件 <令3.9.28～**令4.3.31まで**>〕

✓ 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**
 コロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算**3倍(2,850点)**〕
 <令3.9.28～>

✓ 小児の外来診療 (医科：**50点**) <令3.10.1～**令4.3.31まで**>

在宅

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の往診

〔コ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)**〕
 <令3.9.28～>

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護(**1,560点 (15,600円)**) <令3.9.28～>

✓ 自宅・宿泊療養者への電話等による初再診

〔診療・検査医療機関等※の場合：**500点** <令4.2.17～>
 それ以外の場合：**250点** <令3.8.16～>〕
 ※重点措置が適用された都道府県内の医療機関で
 ①保健所等から健康観察に係る委託を受けた医療機関
 ②診療・検査医療機関として自治体HPで公表している医療機関

2. 新興感染症に対応できる 医療提供体制の構築

- (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
- (2) 救急搬送診療料の見直し
- (3) 人工呼吸の評価の見直し
- (4) 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

(参考) 令和 4 年度改定前の感染防止対策加算の概要

		感染防止対策加算 1	感染防止対策加算 2
点数		390点	90点
算定要件		院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行う保険医療機関に入院している患者について、入院初日に算定する。	
主な施設基準	病床規模	－	保険医療機関の一般病床の数が300 床以下を標準とする
	部門の設置	感染防止に係る部門（感染防止対策部門）を設置している	
	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。	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） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験3 年以上）
	マニュアルの作成・活用	感染制御チームがマニュアルを作成	
	院内研修	感染制御チームが年2 回以上研修を実施	
	医療機関間の連携	・加算2 の医療機関と合同で、年4 回以上カンファレンスを実施 ・加算2 の医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けている。	・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
	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）等、地域や全国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ことが望ましい
	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 ・感染制御チームにより、1 週間に1 回程度、定期的に院内を巡回し院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う ・院内の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示する ・第三者機関による評価を受けていることが望ましい	

* 感染制御チームの業務
ア 1 週間に1 回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
イ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA 薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。
ウ 院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

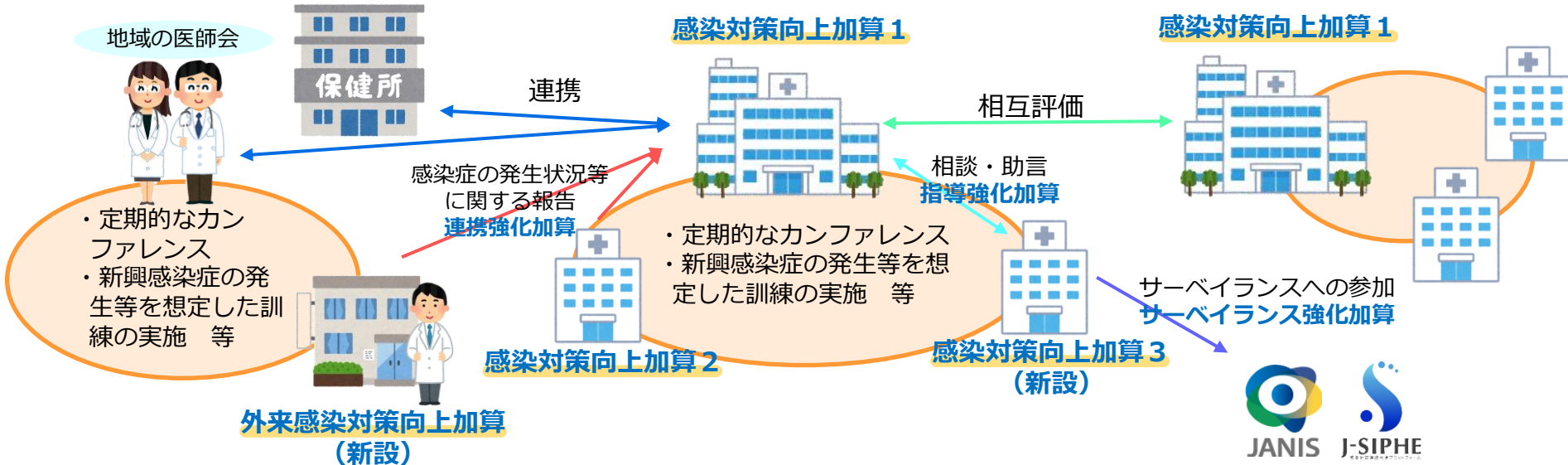
(1) 外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し

- 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	感染対策向上加算 1	710点 (入院初日)
感染防止対策加算 2 (新設)	90点	感染対策向上加算 2	175点 (入院初日)
		感染対策向上加算 3	75点 (入院初日、90日毎)

- 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)



(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

感染対策向上加算1(入院初日:710点)の主な施設基準

1. 感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年2回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

＜感染制御チームの構成員＞

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師 等

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

(※アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。)

現行の
感染防止対策加算Ⅰ
をアップグレード



2. 医療機関および行政機関等との連携

① 感染制御チームは、**保健所、地域の医師会と連携し**、加算2、3の医療機関と合同で年4回程度、院内感染対策に係るカンファレンス・訓練を実施

② 感染制御チームは、加算2、3、**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

③ **加算1を算定する他の医療機関と連携し、年1回程度、感染防止対策について相互に評価**

3. その他

① **抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬適正使用の支援業務を実施**

＜感染制御チームの構成員＞

ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師 等

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

(※アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。)

② **新興感染症の発生時等に、感染患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行う体制を有する**

③ **院内感染症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 等**

(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

感染対策向上加算2（入院初日：175点）の主な施設基準

1. 感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年2回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

＜感染制御チームの構成員＞

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師 等

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ**又は適切な研修を修了した**感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ**又は適切な研修を修了した**専任の臨床検査技師

（※アからエのうち1名は院内感染管理者として配置）

2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 年4回程度、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（**訓練には少なくとも年1回参加**）
- ② **新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること**

3. その他

- ① **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または疑い患者を受け入れる体制を有し、自治体ホームページで公開**
- ② **新興感染症の発生時等に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行う体制を有する**
- ③ 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する
- ④ 院内感染症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た場合、**サーベイランス強化加算**として5点を算定 等

現行の
感染防止対策加算2
をアップグレード



(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

感染対策向上加算3の主な施設基準

※75点(入院初日+入院期間が90日を超えるごとに1回算定)

1. 感染制御チームの設置

感染防止対策部門を設置した上で、感染制御チームを組織し、感染防止対策に係るマニュアルの作成や年2回程度、院内研修を行う等、感染防止に係る日常業務を実施

＜感染制御チームの構成員＞

ア 専任の常勤医師 等

イ 専任の看護師

(※ア及びイに定める者のうち1名は院内感染管理者として配置)

中小病院、慢性期病床、
有床診療所などを想定



2. 医療機関および行政機関等との連携

- ① 年4回程度、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練には少なくとも年1回参加)
- ② 抗菌薬の適正使用について、連携する加算1の医療機関又は地域の医師会から助言等を受ける。
- ③ 細菌学的検査を外部委託している場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行う
- ② 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること

3. その他

- ① 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また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、そのことを自治体ホームページで公開
- ② 新興感染症の発生時等に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行う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
- ③ 院内感染症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た場合、**サーベイランス強化加算**として5点を算定
- ④ 外来感染症対策向上加算の届出を行っている保険医療機関であること 等

(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

感染対策向上加算2および3に対する加算

1. 連携強化加算 30点

[主な施設基準]

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うこと



感染対策向上加算2



感染対策向上加算3

2. サーベイランス強化加算 5点

[主な施設基準]

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 等

(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

- 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。
 - (4) 新興感染症の発生時等に、**発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること**。
- 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の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**。

(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

	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	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（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	・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	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 ・細菌学的検査を外委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う	・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 ・細菌学的検査を外委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、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。

経過措置について

	区分番号	項目	経過措置
1	A000等	初診料の注12等に規定する連携強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。
2	A234-2	感染対策向上加算2	令和4年3月31日において、旧医科点数表A234-2の感染防止対策加算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、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。
3	A234-2	感染対策向上加算の注2に規定する指導強化加算	令和5年3月31日までの間に限り、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。

(2) 救急搬送診療料の見直し

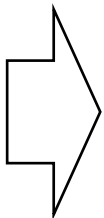
算定要件の見直し

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

救急搬送診療料 1,300点

現行

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



改定後

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

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

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

救急搬送診療料 1,300点

(新) 重症患者搬送加算 1,800点

[対象患者]

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

[算定要件]

関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

[施設基準の概要]

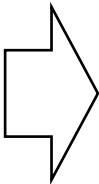
- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。
 - ア 集中治療の経験を5年以上有する医師
 - イ 看護師
 - ウ 臨床工学技士
- (2) (1)のアの医師は、重症の小児患者を搬送する場合、小児の特定集中治療の経験を5年以上有することが望ましい。
- (3) (1)のイの看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した看護師であることが望ましい。
- (4) (1)のウの臨床工学技士は、救命救急入院料等を届け出た病棟を有する保険医療機関で5年以上の経験を有することが望ましい。
- (5) 関係学会に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

(3) 人工呼吸の評価の見直し

人工呼吸の評価の見直し

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

現行		
【人工呼吸】		
3	5時間を超えた場合（1日につき）	819点
[算定要件] (新設)		



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

(新) 覚醒試験加算 100点（1日につき）

[算定要件（抜粋）]

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

(新) 離脱試験加算 60点（1日につき）

[算定要件（抜粋）]

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

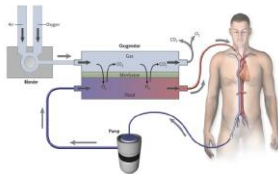
(4) ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

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]

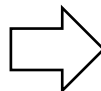
- (1) 次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ア 区分番号A300に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (2) 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること。

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

3. かかりつけ医機能の評価と 外来医療の機能分化 等

- (1) 外来感染対策向上加算の新設（再掲）
- (2) 地域包括診療料・加算の見直し
- (3) 機能強化加算の見直し
- (4) リフィル処方導入
- (5) 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
- (6) 医師の基礎的な技術の再評価
- (7) 生活習慣病管理料の見直し
- (8) 療養・就労両立支援指導料の見直し
- (9) こころの連携指導料の新設
- (10) 外来在宅共同指導料の新設
- (11) 小児かかりつけ診療料等の見直し
- (12) 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童等に関わる関係機関の連携
- (13) 小児運動器疾患指導管理料の見直し
- (14) 耳鼻咽喉科処置の見直し
- (15) 高度難聴指導管理料の見直し
- (16) アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価
- (17) 紹介状なしで受診する場合等の定額負担見直し
- (18) 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設
- (19) 紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進
- (20) 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) 外来感染対策向上加算の新設（再掲）

- 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。
 - (4) 新興感染症の発生時等に、**発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること**。
- 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の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**。

(1) 外来感染対策向上加算の新設（再掲）

	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)		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委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う		・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委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、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、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。	

(参考) 令和4年度改定前の地域包括診療料・加算

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1 回につき)
	病院	診療所	
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・ (再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・ 地域連携小児夜間・休日診療料 ・ 診療情報提供料 (Ⅱ) (Ⅲ) ・ 在宅医療に係る点数 (訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・ 薬剤料 (処方料、処方せん料を除く。) ・ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾病のうち 2 つ以上 (疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が 2 0 0 床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・ 当該患者に院外処方を行う場合は 2 4 時間開局薬局であること 等	・ 当該患者に院外処方を行う場合は 2 4 時間対応薬局等を原則とする 等	
	・ 他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・ 原則として院内処方を行う ・ 院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・ 当該点数を算定している場合は、7 剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・ 健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・ 介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および 2 4 時間の対応	・ 在宅医療の提供及び当該患者に対し 2 4 時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)		
	・ 下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・ 下記のすべてを満たす ①時間外対応加算 1 の届出 ②常勤換算 2 人以上の医師が配置され、うち 1 人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・ 下記のうちいずれか 1 つを満たす ①時間外対応加算 1、2 又は 3 の届出 ②常勤換算 2 人以上の医師が配置され、うち 1 人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

(2) 地域包括診療料・加算の見直し

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]

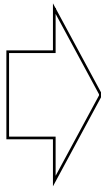
- ・ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者

[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。

(参考) 令和4年度改定前の機能強化加算

機能強化加算



- 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めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時） 機能強化加算 80点

[算定要件]

- ① 施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料（ただし2つ目の診療科に係る初診料を除く）を算定する場合に、加算する。

[施設基準]

- ① 診療所又は許可病床数が200床未満の病院。
② 次のいずれかにおける届出を行っている。
ア 地域包括診療加算
イ 地域包括診療料
ウ 小児かかりつけ診療料
エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ③ 健康診断の相談等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを見やすい場所に掲示している。
④ 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。
⑤ ③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。

(3) 機能強化加算の見直し

➤ 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の評価する観点から、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

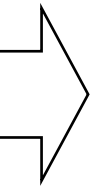
【機能強化加算】

[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の評価する観点から、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。(※)

(※ホームページ等への掲載は令和4年9月30日までの間は基準を満たすものとみなされる。)

機能強化加算の見直し

現行		改定後	
届出・実績	次のいずれかの届出	次のいずれかを満たしていること。	
	・ 地域包括診療加算 ・ 地域包括診療料	・ <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 年間ににおいて、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	・ 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 年間ににおいて、 ■ (在支診の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で 4 件以上)。 ■ (在支病の場合) 緊急往診の実績10件以上(連携型の場合、当該医療機関で 4 件以上)又は在支診からの緊急受入の実績が31件以上。 ■ 在宅における看取りの実績又は15歳未満の超・準超重症児の在宅医療の実績が 4 件以上(連携型の場合、当該医療機関で 2 件以上)。	以下のいずれも満たすものであること。 ・ <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 年間ににおいて、</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>
配置医師	—	・ <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>	



機能強化加算に係る院内掲示(例)

当院は「かかりつけ医」として、必要に応じて次のような取組を行っています

- ◇ 健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関する相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
- ◇ 保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
- ◇ 夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
- ◇ 受診している他の医療機関や処方されているお薬を伺い、必要なお薬の管理を行います。
- ◇ 日本医師会かかりつけ医機能研修制度 応用研修会を修了しています。

●●医院

※ 厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで地域の医療機関が検索できます。



参考資料（白本）の巻末にサンプルを掲載したので活用ください

(4) リフィル処方導入

(参考) 令和4年度診療報酬改定について

1. 診療報酬 + 0. 4 3 %

※1 うち、※2～5を除く改定分 + 0. 2 3 %
各科改定率
医科 + 0. 2 6 %
歯科 + 0. 2 9 %
調剤 + 0. 0 8 %

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

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

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 2 0 %

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

(4) リフィル処方導入

基本的な考え方

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る。

具体的な内容

[対象患者]

医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

[留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

(4) リフィル処方への導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1回目又は2回目(3回可の場合)に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。
また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。
また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

(4) リフィル処方導入

具体的な内容(続き)

[留意事項]

- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

(4) リフィル処方導入

参 考

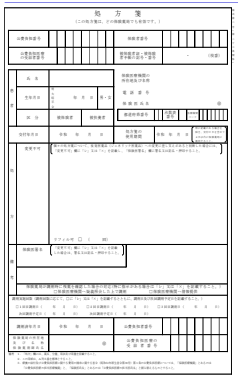
投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第一号に規定する 麻薬(30日を限度とされているものを除く。)
	○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)
	○新医薬品であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への収載の日の属する月の翌月 の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣 が指定する期間)を経過していないもの (抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)
30日	○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、エチゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、タペンタドール、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、ヒドロモルフォン、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、ブロチゾラム、ブロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、リスデキサメタミンメシル酸塩、ロフラゼプ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
	○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
	○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬
90日	○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

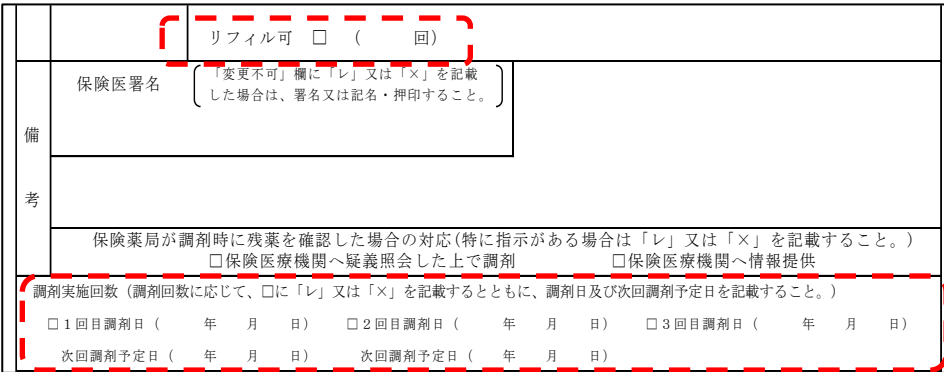
(4) リフィル処方の導入

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。



旧処方箋様式（縦書き）のイメージ。診療科目、保険医署名、調剤実施回数などの欄が縦に並んでいる。



新処方箋様式（横書き）のイメージ。リフィル可のチェックボックス、保険医署名、調剤実施回数などの欄が横に並んでいる。赤い点線で囲まれた部分はリフィルに関する新しい項目。

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

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

現行

【処方箋料】
【算定要件】

注2
区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注2 又は注3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【処方箋料】
【算定要件】

注2 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号 A 0 0 2 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。

新処方箋様式

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日	明大昭平会	年月日	男・女	電話番号		
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名			
				都道府県番号	点数表番号	医療機関コード	
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間	令和 年 月 日		
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。					
	リフィル可	□（回）					
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。					
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供						
	調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） □1回目調剤日（年 月 日） □2回目調剤日（年 月 日） □3回目調剤日（年 月 日） 次回調剤予定日（年 月 日） 次回調剤予定日（年 月 日）						
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号			
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				公費負担医療の受給者番号			

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号（第二十三条関係）

(5) オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

[対象患者]

- ・ オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

(※)

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

[施設基準]

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

オンライン資格確認の準備作業について

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

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

医療機関等向けポータルサイト



医療機関ポータル

検索

厚生労働省ホームページ



オンライン資格確認

検索

オンライン資格確認等コールセンター

✉ contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp

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

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

■ まずは、顔認証付きカードリーダーをお申し込みください！

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

■ システム業者へのご連絡をお願いします。

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

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

（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）



オンライン資格確認導入に向けた
準備作業の手引き

■ 運用開始の準備ができれば、「運用開始日」の登録を行ってください！

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

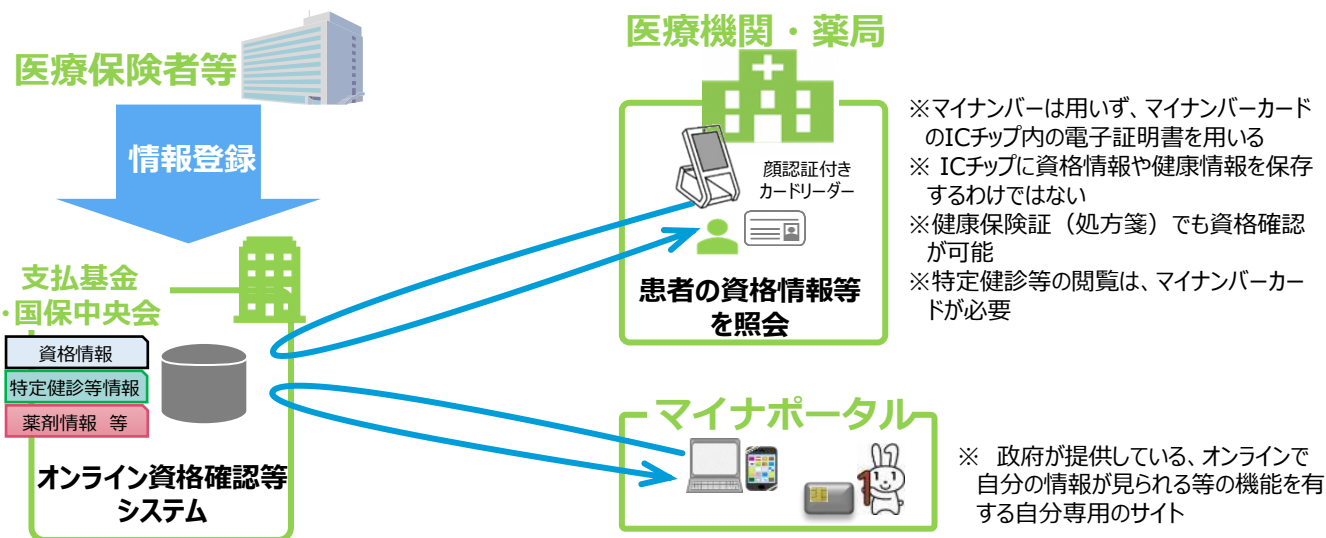
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。
今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築**等を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。
政府では、**令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

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！



AIチャットボット
「シカくん」



医療機関ポータル

検索

(6) 医師の基礎的な技術の再評価

既存技術の見直し（医師の基礎的な技術の再評価①）

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

現 行	改 定
D237 終夜睡眠ポリグラフィ 〔対象患者〕 合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者、睡眠障害の患者、13歳未満の小児の患者	D237 終夜睡眠ポリグラフィ 〔対象患者〕 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者であって、治療の効果を判定するため、安全精度管理下にCPAPを用いて当該検査を実施する医学的必要性が認められる患者を追加
D282-4 ダーモスコピー 〔対象疾患〕 悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変	D282-4 ダーモスコピー 〔対象疾患〕 円形脱毛、日光角化症を追加
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査：1,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年2回に限り算定する。	D291-2 小児食物アレルギー負荷検査：1,000点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、16歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年3回に限り算定する。
D400 血液採取（1日につき） 1 静脈：35点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、25点を所定点数に加算する。	D400 血液採取（1日につき） 1 静脈：37点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。
D419 その他の検体採取 3 動脈血採取（1日につき）：50点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数に加算する。 6 鼻腔・咽頭拭い液採取：5点	D419 その他の検体採取 3 動脈血採取（1日につき）：55点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。 6 鼻腔・咽頭拭い液採取：25点

(6) 医師の基礎的な技術の再評価

既存技術の見直し（医師の基礎的な技術の再評価②）

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う

現 行	改 定
G000 皮内、皮下及び筋肉注射(1回につき):20点	G000 皮内、皮下及び筋肉注射(1回につき): 22点
G001 静脈内注射(1回につき):32点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G001 静脈内注射(1回につき): 34点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 48点 を所定点数に加算する。
G004 点滴注射(1日につき) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合):99点 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合):98点 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る.):49点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。	G004 点滴注射(1日につき) 1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合): 101点 2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合): 99点 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る.): 50点 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 46点 を所定点数に加算する。
H002 運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等	H002 運動器リハビリテーション料 〔対象疾患〕 糖尿病足病変 を追加
J095 耳処置(耳浴及び耳洗浄を含む.):25点	J095 耳処置(耳浴及び耳洗浄を含む.): 27点
J097 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む.):14点	J097 鼻処置(鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む.): 16点
J098 口腔、咽頭処置:14点	J098 口腔、咽頭処置: 16点

(7) 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)

(7) 生活習慣病管理料の見直し

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

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

[施設基準]

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

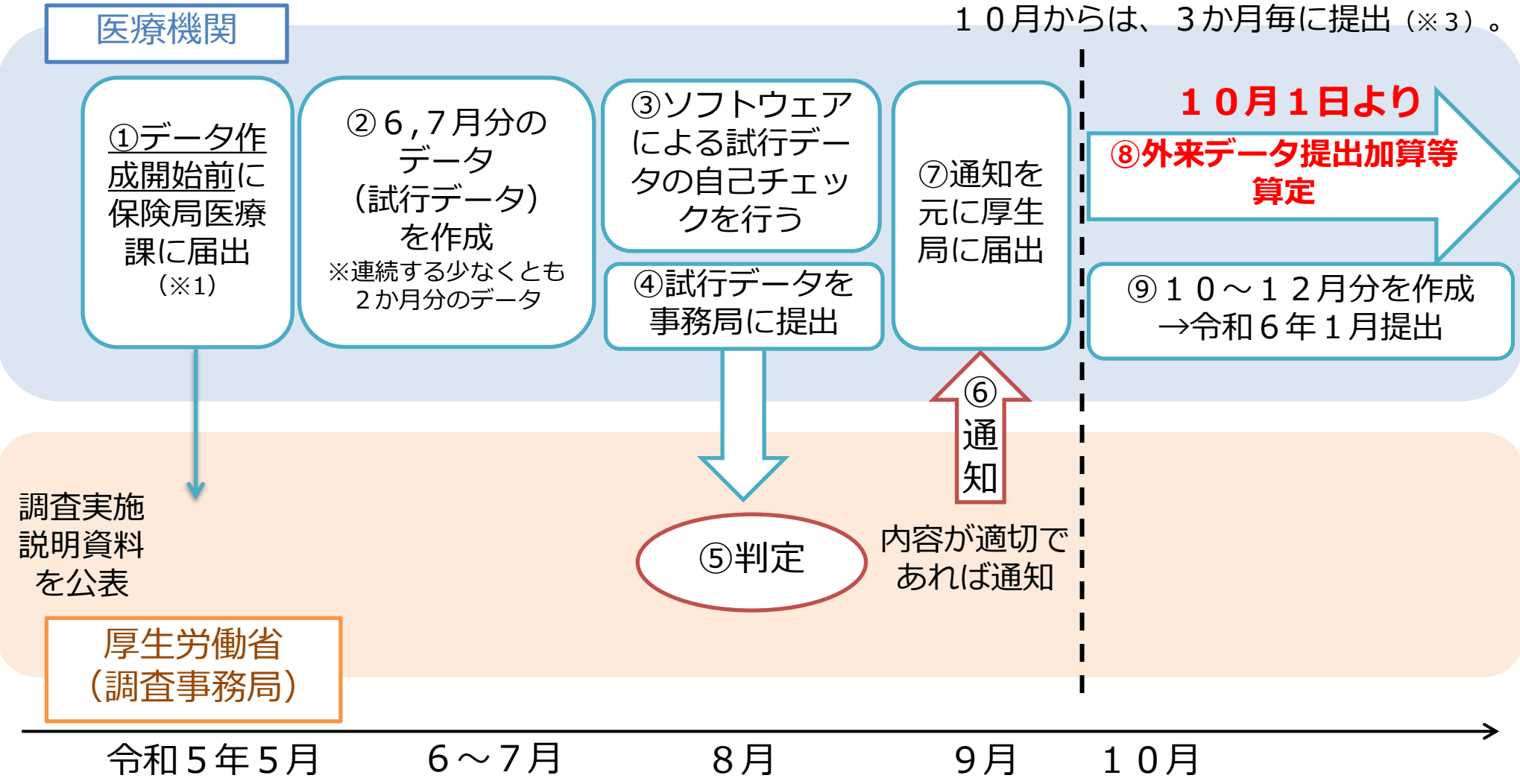
(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

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

(8) 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推進者を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し

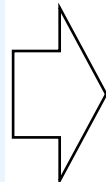


- 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

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。

(9) こころの連携指導料の新設

(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</u> 又は <u>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、当該保険医療機関に紹介されたもの
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。	—

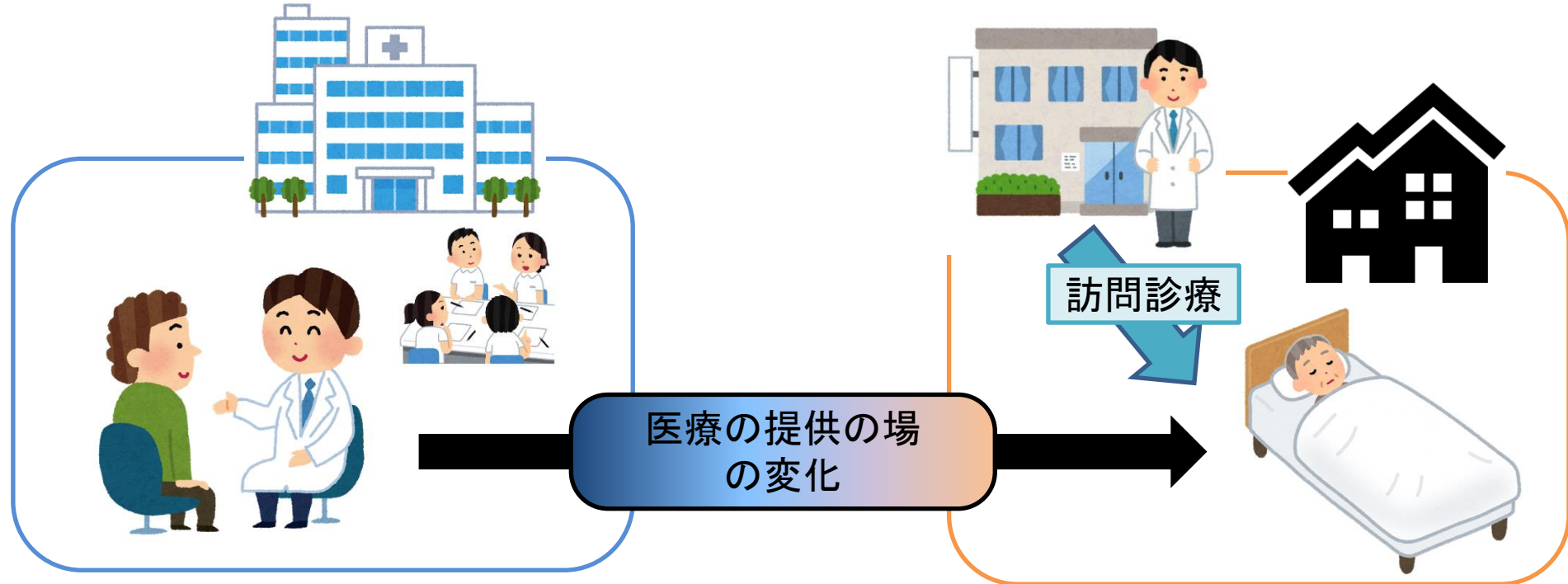
(10) 外来在宅共同指導料の新設

(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)

- 外来を受診していた患者が、在宅医療を受けることとなり、主治医が交代する場合がある。
- 移行のタイミングが遅くなると、患者が抱える医療・介護等の課題が複雑化、不可逆化する、との意見がある。

・患者に対して継続的に外来医療を提供している
・16km要件や、医療従事者の不足、医療機関の機能等により、在宅医療を提供していない／できない。

・在宅医療を提供する医療機関(外来医療を提供していた医療機関と別の医療機関)



・外来に継続的に通院していた患者
・経過中、「通院困難な者」となる

(10) 外来在宅共同指導料の新設

(外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価)

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

(新) 外来在宅共同指導料

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

[対象患者]

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

[算定要件]

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



(11) 小児かかりつけ診療料等の見直し

➤ 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

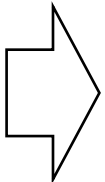
【小児かかりつけ診療料】

- 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。

(11) 小児かかりつけ診療料等の見直し

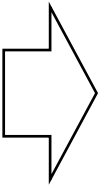
◆ 小児科外来診療料の施設基準の届出を省略する。

現行

【小児科外来診療料】

〔算定要件〕

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



改定後

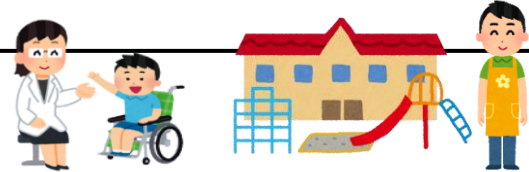
【小児科外来診療料】

〔算定要件〕

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

(12) 小児慢性特定疾病やアレルギー疾患を有する児童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。
- 小児慢性特定疾病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

(13) 小児運動器疾患指導管理料の見直し

算定要件の見直し

- 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料の対象患者の年齢を、12歳未満から20歳未満に拡大する。



小児運動器疾患指導管理料

250点

運動器疾患を有する**20歳未満**の患者に対して、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者（概要）】

- 対象患者は、**以下のいずれかに該当する20歳未満の患者**とする。
 - ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者
 - イ 装具を使用する患者
 - ウ 医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者
 - エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

【算定要件（抜粋）】

- **初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載**する。
- 6月に1回に限り算定する（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回）に限り算定する。
- 小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

(14) 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

(14) 耳鼻咽喉科処置の見直し

(参考)
耳鼻咽喉科乳幼児処置加算：60点、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算：80点の対象となる耳鼻咽喉科処置

(耳鼻咽喉科処置)	
J 0 9 5	耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。)
J 0 9 5 - 2	鼓室処置 (片側)
J 0 9 6	耳管処置 (耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。)
J 0 9 7	鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。)
J 0 9 7 - 2	副鼻腔自然口開大処置
J 0 9 8	口腔、咽頭処置
J 0 9 8 - 2	扁桃処置
J 0 9 9	間接喉頭鏡下喉頭処置 (喉頭注入を含む。)
J 1 0 0	副鼻腔手術後の処置 (片側)
J 1 0 1	鼓室穿刺 (片側)
J 1 0 2	上顎洞穿刺 (片側)
J 1 0 3	扁桃周囲膿瘍穿刺 (扁桃周囲炎を含む。)
J 1 0 4	唾液腺管洗浄 (片側)
J 1 0 5	副鼻腔洗浄又は吸引 (注入を含む。)(片側)
J 1 0 8	鼻出血止血法 (ガーゼタンポン又はバルーンによるもの)
J 1 0 9	鼻咽腔止血法 (ベロック止血法)
J 1 1 1	耳管ブジー法 (通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。)(片側)
J 1 1 2	唾液腺管ブジー法 (片側)
J 1 1 3	耳垢栓塞除去 (複雑なもの)
J 1 1 4	ネブライザー
J 1 1 5	超音波ネブライザー (1日につき)
J 1 1 5 - 2	排痰誘発法 (1日につき)

(15) 高度難聴指導管理料の見直し

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

現行

【高度難聴指導管理料】

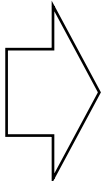
[算定要件]

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

[施設基準]

- 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。
- (1) (略)
 - (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。
- (中略)

今までは一生に1回だった。



改定後

【高度難聴指導管理料】

[算定要件]

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

[施設基準]

- 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。
- (1) (略)
 - (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。
- (中略)
- また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

(16) アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

➤ アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

(17) 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

- 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 7,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=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。

(17) 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

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】

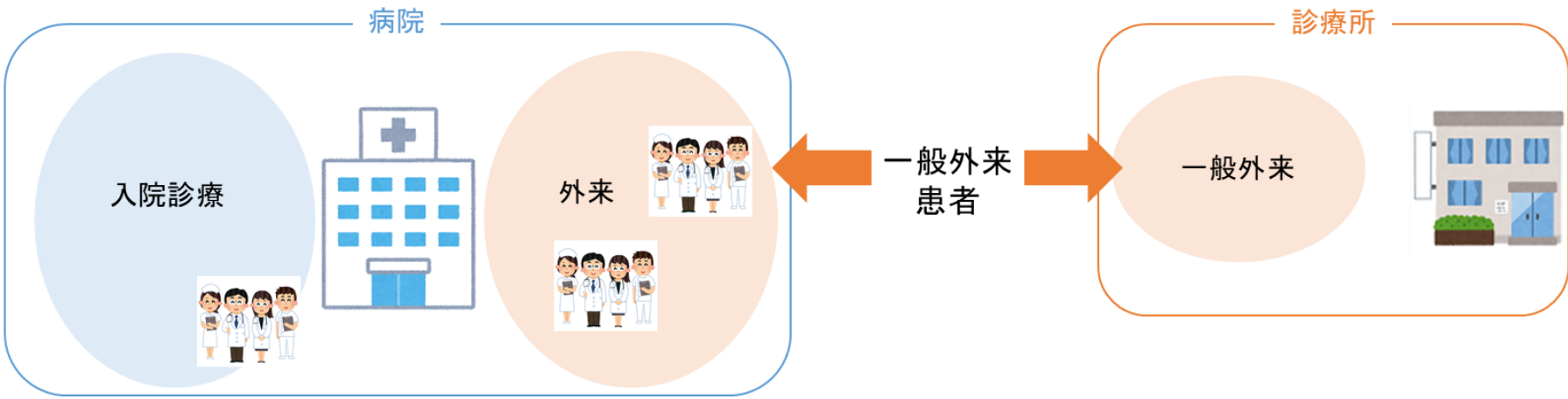
- ①—自施設の他の診療科を受診している患者
- ②—医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③—特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥—地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦—治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた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

(18) 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

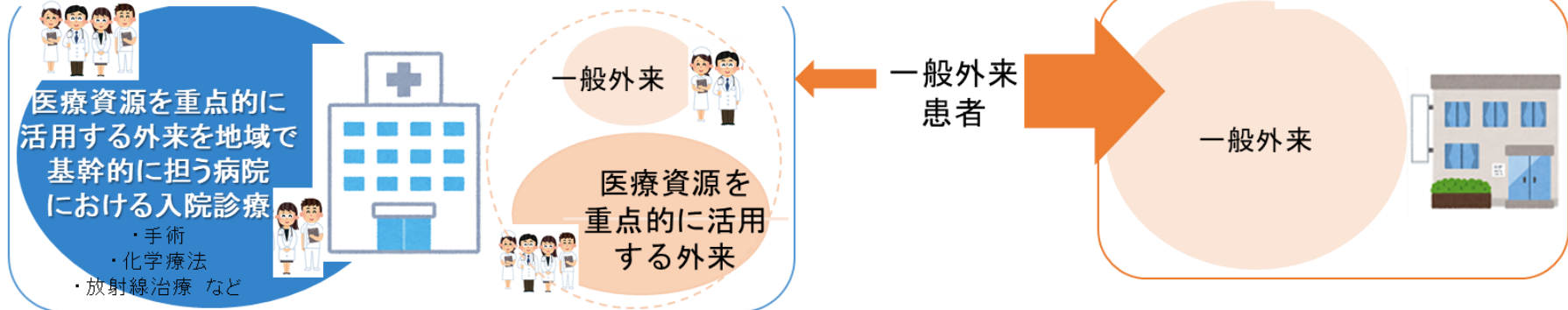
機能分化・強化による入院医療を含む病院の機能への効果

機能分化・強化を行っていない場合



機能分化・強化を行っている場合

医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う病院



医療資源を重点的に活用する外来を中心とした外来機能分化・強化を進めることにより、入院機能が強化され、さらに、医療資源重点活用外来を地域で基幹的に担う病院において、勤務医の外来負担の軽減等、医師の働き方改革に資すると考えられる。

(18) 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]

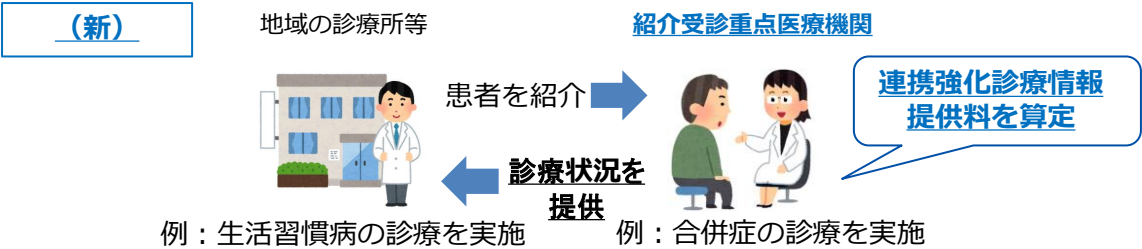
- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

(19) 紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

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

現行	改定後
【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点 [算定要件] 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。 [対象患者] 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者	<u>(改)</u> 【<u>連携強化診療情報提供料</u>】 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<u>月1回</u>に限り算定する。 [対象患者] 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者 <u>2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者</u> <u>3</u> かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

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

(20) 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

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

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

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

(20) 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

【現行】

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

4. 情報通信機器を用いた診療に係る評価

- (1) 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設
- (2) 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し
- (3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について
- (4) 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

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、**点数の水準**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に、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. **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。

(1) 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。

(2) 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

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。

- ・ ウイルス疾患指導料
- ・ 皮膚科特定疾患指導管理料
- ・ 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- ・ がん性疼痛緩和指導管理料
- ・ がん患者指導管理料
- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 移植後患者指導管理料

- ・ 腎代替療法指導管理料
- ・ 乳幼児育児栄養指導料
- ・ 療養・就労両立支援指導料
- ・ がん治療連携計画策定料2
- ・ 外来がん患者在宅連携指導料
- ・ 肝炎インターフェロン治療計画料
- ・ 薬剤総合評価調整管理料

(※) 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

(2) 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

➤ 現行においても情報通信機器を用いた場合の点数が設定されているが、評価の見直しを行った医学管理等（医学管理料）

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	<u>196点</u>
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	<u>128点</u>
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	<u>76点</u>
B001 5 小児科療養指導料	270点	<u>235点</u>
B001 6 てんかん指導料	250点	<u>218点</u>
B001 7 難病外来指導管理料	270点	<u>235点</u>
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料	350点	<u>305点</u>
C101 在宅自己注射指導管理料		
1 複雑な場合	1,230点	<u>1,070点</u>
2 1以外の場合		
イ 月27回以下の場合	650点	<u>566点</u>
ロ 月28回以上の場合	750点	<u>653点</u>

➤ 今回新たに、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）について評価を行ったもの

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B001 1 ウイルス疾患指導料		
ウイルス疾患指導料1	240点	<u>209点</u>
ウイルス疾患指導料2	330点	<u>287点</u>
B001 8 皮膚科特定疾患指導管理料		
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)	250点	<u>218点</u>
皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)	100点	<u>87点</u>
B001 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	<u>479点</u>
B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料	200点	<u>174点</u>
B001 23 がん患者指導管理料		
イ 略	500点	<u>435点</u>
ロ 略	200点	<u>174点</u>
ハ 略	200点	<u>174点</u>
ニ 略	300点	<u>261点</u>
B001 24 外来緩和ケア管理料	290点	<u>252点</u>
B001 25 移植後患者指導管理料		
イ 臓器移植後の場合	300点	<u>261点</u>
ロ 造血幹細胞移植後の場合	300点	<u>261点</u>
B001 31 腎代替療法指導管理料	500点	<u>435点</u>
B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	130点	<u>113点</u>
B001-9 療養・就労両立支援指導料		
1 初回	800点	<u>696点</u>
2 2回目以降	400点	<u>348点</u>
B005-6 がん治療連携計画策定料2	300点	<u>261点</u>
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	500点	<u>435点</u>
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	700点	<u>609点</u>
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	250点	<u>218点</u>

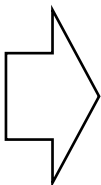
(3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

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で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で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

（３）情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

※在宅療養支援診療所：在支診 在宅療養支援病院：在支病		機能強化型在支診・在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
在宅時医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	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	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
	②月2回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750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	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
	④月1回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560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	1,395点	783点	410点	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月2回以上訪問（重症患者）	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
	②月2回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
	③（うち1回は情報通信機器を用いた診療）	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
	④月1回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
	⑤（うち2月目は情報通信機器を用いた診療）	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点
117													

(3) 情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について

情報通信機器を用いた在宅管理に係る算定要件の見直し

- 在宅時医学総合管理料の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て実施した場合の評価における要件について、情報通信機器を用いた診療の見直しにあわせて、以下の見直しを行う。
 - ・ 事前の対面診療の期間を3月とされていたところ、廃止する。
 - ・ 複数の医師がチームで診療を行う場合について、要件を見直す。

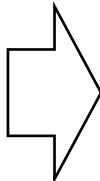
現行	改定後
在宅時医学総合管理料 〔算定要件〕 ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。 カ オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。	在宅時医学総合管理料 〔算定要件〕 (削除) エ 情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、<u>同一の保険医療機関に所属するチームで診療を行っている場合</u>であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。 ※施設入居時等医学総合管理料、精神科オンライン在宅管理料も同様

(4) 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

外来栄養食事指導料の要件の見直し

➤ 初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

現行	
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料 1	
(1) 初回	260点
(2) 2回目以降	
①対面で行った場合	200点
②情報通機器を用いた場合	180点
□ 外来栄養食事指導料 2	
(1) 初回	250点
(2) 2回目以降	190点
[算定要件]	
注3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	
注4 □については、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。	
(新設)	



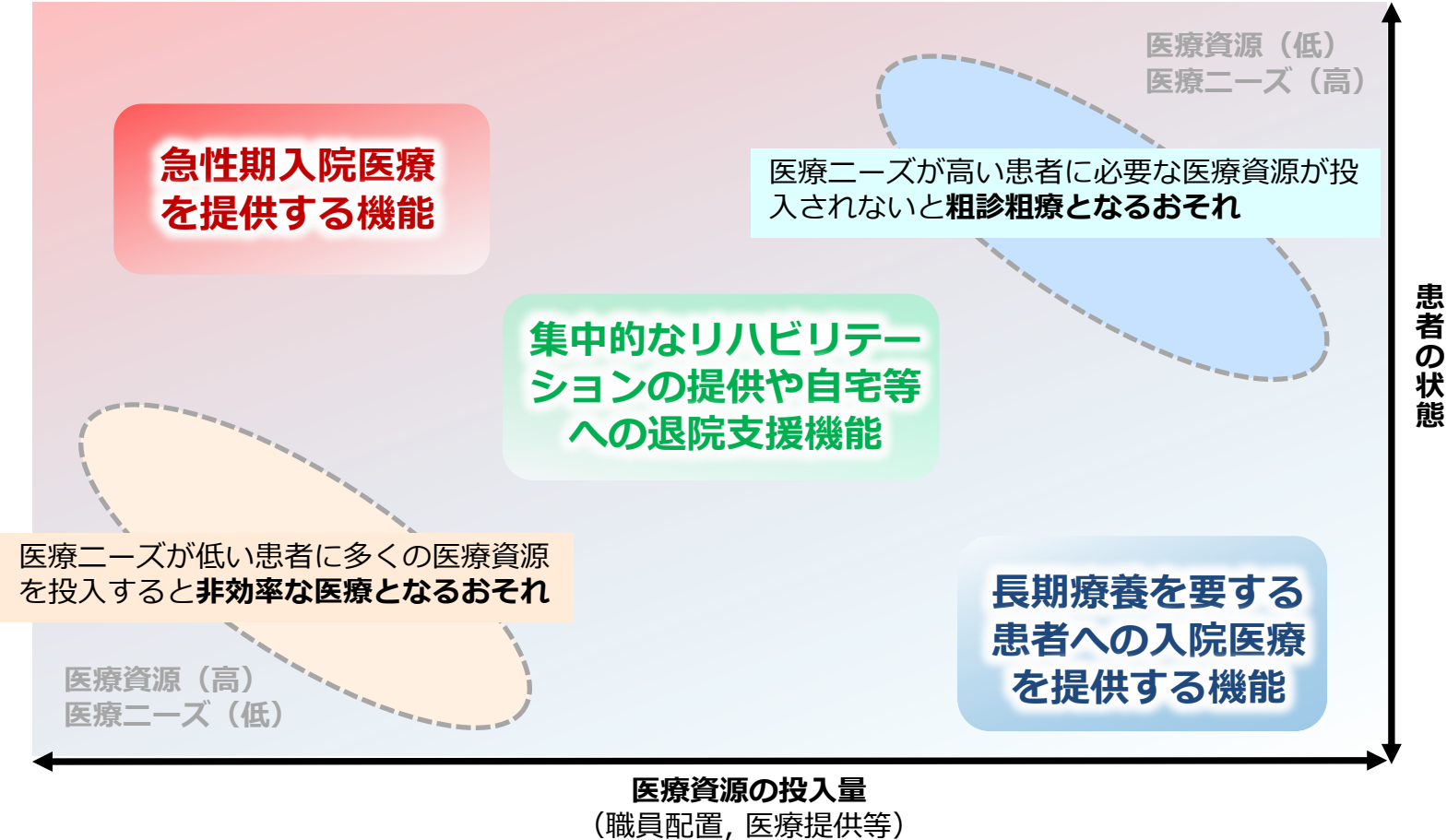
改定後	
【外来栄養食事指導料】	
イ 外来栄養食事指導料 1	□ 外来栄養食事指導料 2
(1) 初回	(1) 初回
①対面で行った場合 260点	①対面で行った場合 250点
②情報通機器等を用いた場合 235点	②情報通機器等を用いた場合 225点
(2) 2回目以降	(2) 2回目以降
①対面で行った場合 200点	①対面で行った場合 190点
②情報通機器等を用いた場合 180点	②情報通機器等を用いた場合 170点
[算定要件]	
注4 イの(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。	
注5 □の(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。	
注6 □の(1)の②及び(2)の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。	

5. 入院医療

- (1) 急性期入院医療・高度急性期入院医療
- (2) 回復期入院医療
- (3) 慢性期入院医療
- (4) 短期滞在手術等基本料、DPC/PDPS
- (5) 横断の個別事項

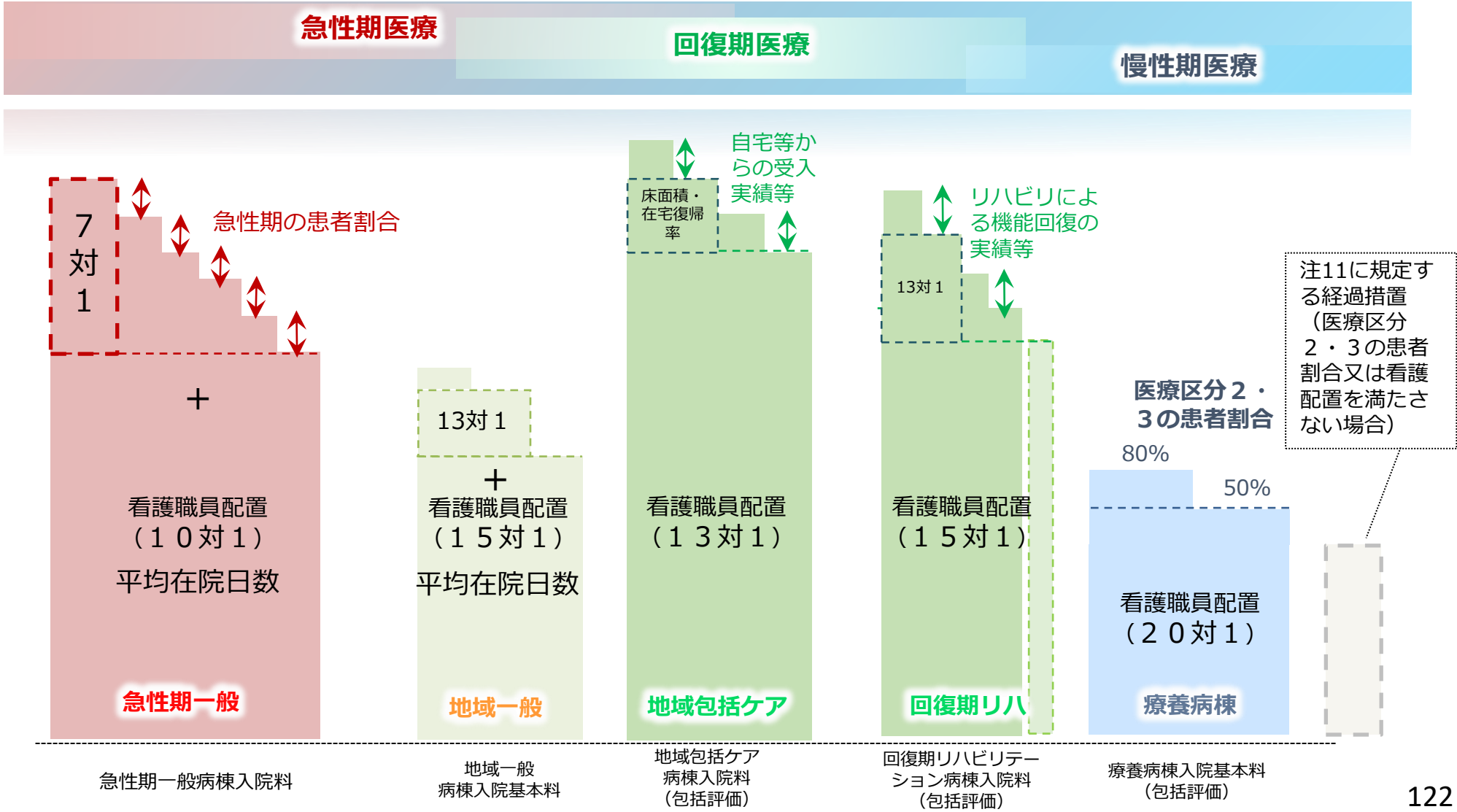
入院医療の評価体系と期待される機能

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



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。
- ※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



- 急性期**

急性期入院料の見直し

 - 入院料の再編
 - 重症度、医療・看護必要度の見直し
 - 急性期充実体制加算の新設

特定集中治療室等の見直し

 - 重症患者対応体制強化加算の新設
 - 早期離床リハ加算・早期栄養介入管理加算の対象治療室拡大
 - ECMOに係る評価の見直し

回復期リハ入院料の見直し

 - 入院料の再編
 - 重症患者割合の見直し
 - 心疾患の回復期リハを要する状態への追加

療養病棟入院料の見直し

 - 医療区分の見直し（嚥下機能評価等体制の要件化）
 - 経過措置病棟の評価見直し

地域包括ケア病棟入院料の見直し

 - 救急の実施等の要件化
 - 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

有床診療所の見直し

 - 初期加算の見直し
 - 維持透析受入の評価
 - 地域連携分娩管理加算の新設

訪問看護の見直し

 - 退院支援指導加算の充実
 - 専門管理加算の新設

在宅療養支援病院 在宅療養支援診療所

在宅

介護サービス

診療所等

回復期リハ

療養病棟

地域包括ケア病棟

感染対策向上加算・外来感染対策向上加算の新設

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

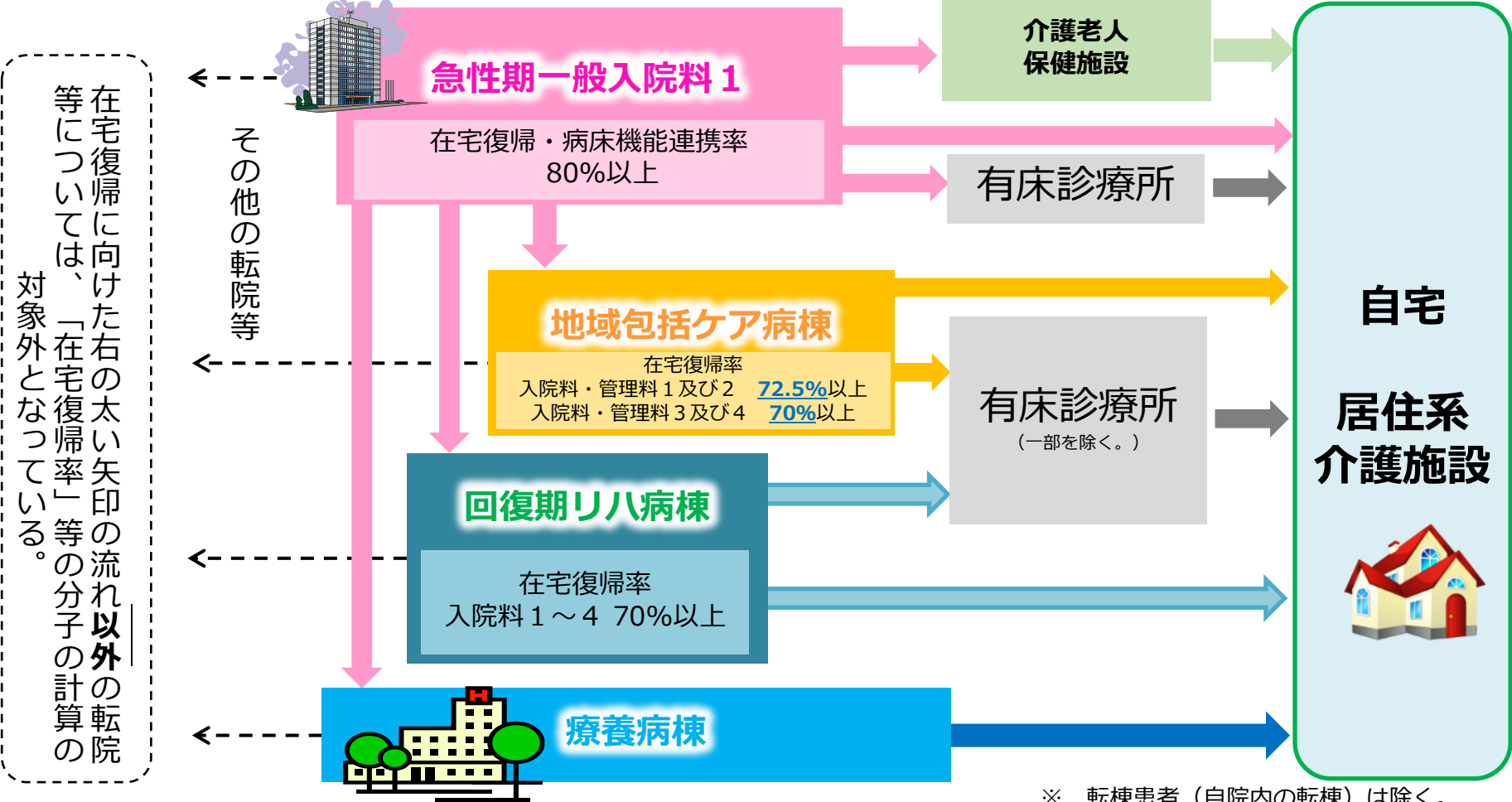
○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算において求めている医療機関間連携や回リ八病棟の対象病態の拡大、外来在宅共同指導料新設、機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み等の新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



※ 転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。 125

5. 入院医療

(1) 急性期入院医療・高度急性期入院医療

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した上で、それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら基準を設定**していくことが適切と考える。
5. なお、これらの見直しに当たっては、**新型コロナウイルス感染症に係る影響や地域医療への影響も鑑み、許可病床数200床未満の医療機関に対する一定の緩和措置を講じることが、必要な配慮**であると考えられることに加え、**重症度、医療・看護必要度Ⅱの活用を進め**、医療従事者の負担軽減も図っていく視点も重要と言える。
6. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、**引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行う**こととする。

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

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

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

【経過措置】

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

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

➤ 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。

現行

【一般病棟用】

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

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
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
7	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置



改定後		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般 入院料1	許可病床200床以上	31%	<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>

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

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

現行

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

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



改定後

【急性期一般入院基本料1】

〔施設基準〕

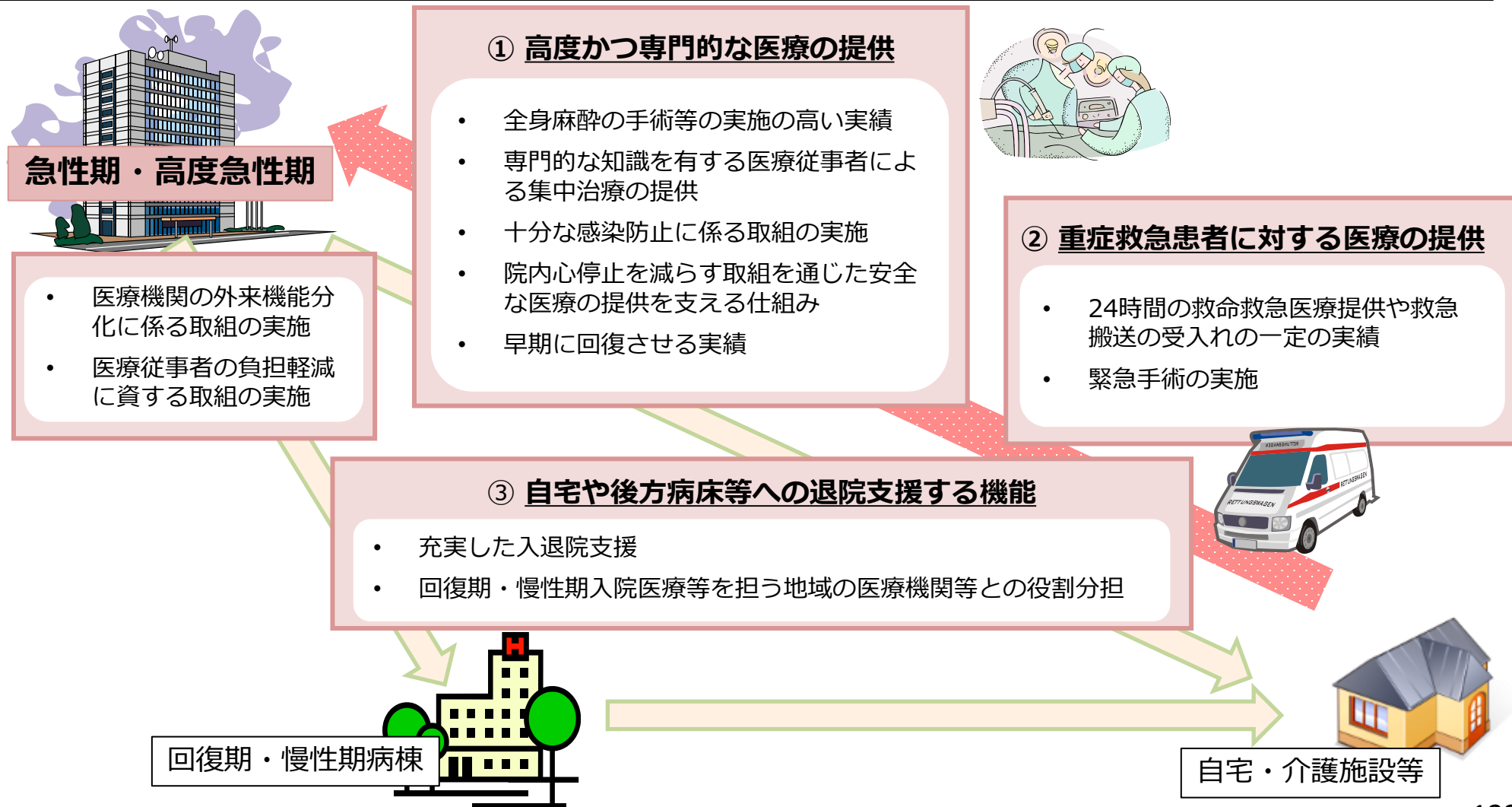
許可病床数が**200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟**及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から**5**までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

〔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。

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

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



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

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

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

[算定要件]

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

[主な施設基準]

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

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

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。
(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

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

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

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

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

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

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

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

現行

【総合入院体制加算 1】

〔施設基準〕

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

ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上

イ～カ (略)



改定後

【総合入院体制加算 1】 (※総合入院体制加算 2、3 も同様)

〔施設基準〕

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

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

イ～カ (略)

外来を縮小する体制に係る見直し

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

現行

【総合入院体制加算 1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。

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



改定後

【総合入院体制加算 1】

〔施設基準〕

外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次のいずれにも該当すること。

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

イ 紹介受診重点医療機関である。

総合入院体制加算の見直し②

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

ア 次のいずれにも該当すること。

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

イ 紹介受診重点医療機関である。

救急医療管理加算の見直し

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

算定対象となる状態の見直し

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

現行	改定後
【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）	【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）
1 救急医療管理加算 1 950点	1 救急医療管理加算 1 1,050点
2 救急医療管理加算 2 350点	2 救急医療管理加算 2 420点
[対象患者]	
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、 ア～サのいずれかの状態 であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。	
・救急医療管理加算2の対象となる患者は、 ア～サまでに準ずる状態 又は シ の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。	
ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷
イ 意識障害又は昏睡	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
エ 急性薬物中毒	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
オ ショック	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	シ その他の重症な状態(加算2のみ)

算定要件の見直し

➤ 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。

➤ DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後	
[摘要欄記載事項]	
◆ アからサのうち該当する状態	
◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標	
◆ イの状態に該当する場合はJCSOの状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算2においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）	
◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの	
[DPC様式1] ※予定・救急医療入院の患者に限る	
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 (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おいて、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。

ア 麻酔に従事する専任の常勤医師

イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。

- (4) 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

- (※) 急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料に限る。）、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能。

周術期における薬学的管理の評価の新設

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

麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

（新） 周術期薬剤管理加算 75点

[算定要件]

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

[施設基準の概要]

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

周術期の栄養管理の推進

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

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点（1手術に1回）

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

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

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

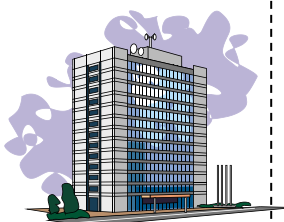
[施設基準]

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

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。

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

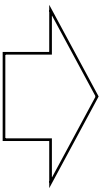
- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

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

現行

- 【早期栄養介入管理加算】
【算定要件】
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。
- 【施設基準】
・当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。



改定後

- 【早期栄養介入管理加算】
【算定要件】
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点(入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。
- 【施設基準】
イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
□ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。
※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

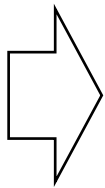
早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

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

現行

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

特定集中治療室管理料1～4



改定後

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

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

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

評価項目及び判定基準の見直し

- 高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直す。

現行			
【特定集中治療室用】			
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6 人工呼吸器の管理	なし		あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテテル）	なし		あり
9 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）	なし		あり
B 患者の状況等	基準	A得点4点以上かつ B得点3点以上	
10 寝返り			
11 移乗			
12 口腔清潔			
13 食事摂取			
14 衣服の着脱			
15 診療・療養上の指示が通じる			
16 危険行動			

改定後			
・「心電図モニターの管理」「B 患者の状況等」の項目を廃止			
【特定集中治療室用】			
A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 輸液ポンプの管理	なし	あり	
2 動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
3 シリンジポンプの管理	なし	あり	
4 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
5 人工呼吸器の管理	なし		あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし		あり
7 肺動脈圧測定（スワンガンツカテテル）	なし		あり
8 特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、 IMPELLA ）	なし		あり
		基準	A得点3点以上

評価方法の見直し

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

重症度、医療・看護必要度（Ⅱ）	
救命救急入院料 1	—
救命救急入院料 2	7割
救命救急入院料 3	—
救命救急入院料 4	7割
特定集中治療室管理料 1	7割
特定集中治療室管理料 2	7割
特定集中治療室管理料 3	6割
特定集中治療室管理料 4	6割

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

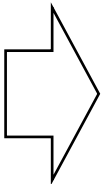
救命救急入院料 1 及び 3 における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

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

現行

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



改定後

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

【経過措置】

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

救急搬送診療料の見直し（再掲）

算定要件の見直し

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

救急搬送診療料 1,300点

現行

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



改定後

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



重症患者搬送に係る診療への評価の新設

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

救急搬送診療料 1,300点

(新) 重症患者搬送加算 1,800点

[対象患者]

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

[算定要件]

関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

[施設基準の概要]

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



人工呼吸の評価の見直し（再掲）

人工呼吸の評価の見直し

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

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

(新) 覚醒試験加算 100点（1日につき）

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

(新) 離脱試験加算 60点（1日につき）

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

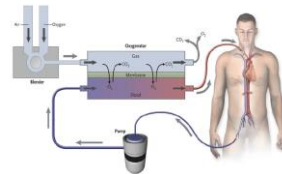
ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し（再掲）

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]

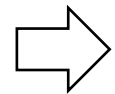
- (1) **急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪**であって、**人工呼吸器で対応できない患者**に対して、**体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合**に算定する。
- (2) 治療開始時においては、**導入時加算**として、**初回に限り5,000点**を所定点数に加算する。
- (3) 体外式膜型人工肺管理料は、区分番号K601-2に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

[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



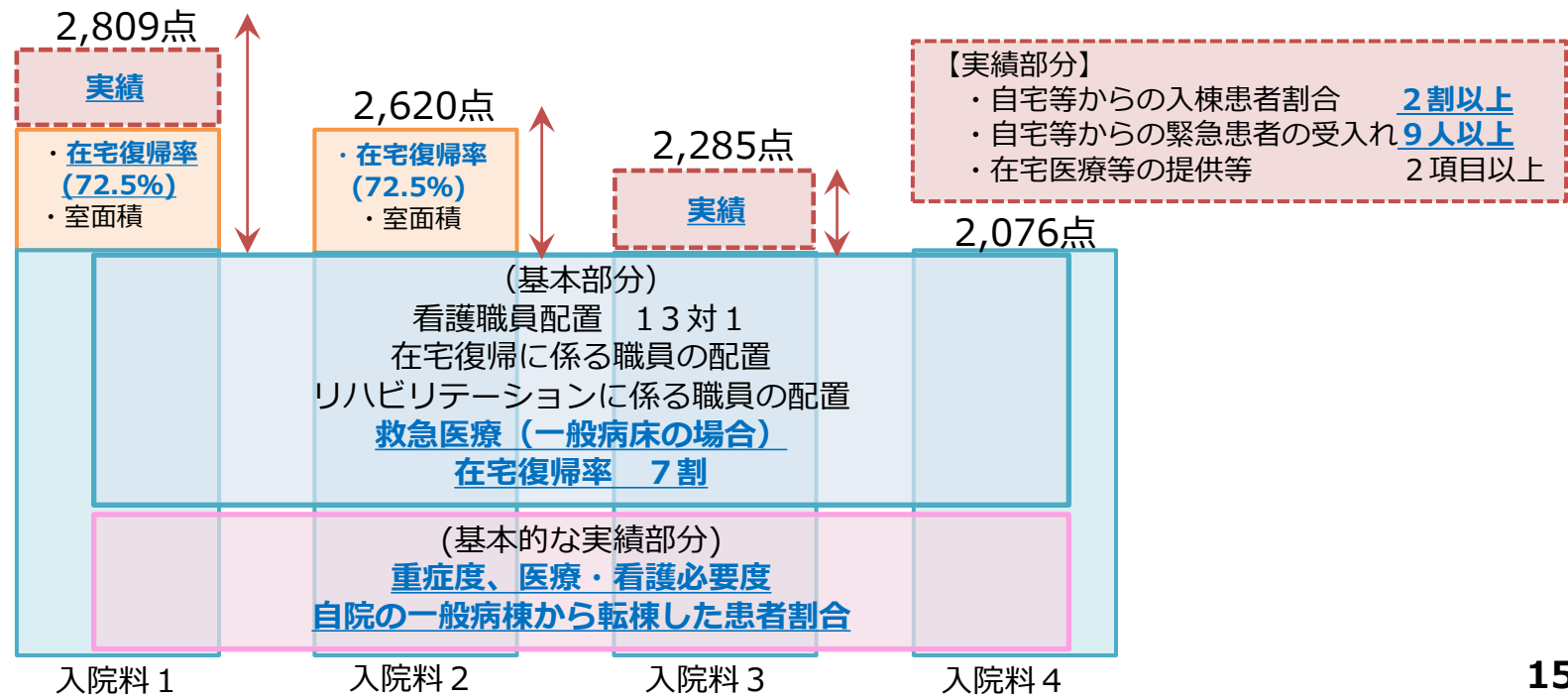
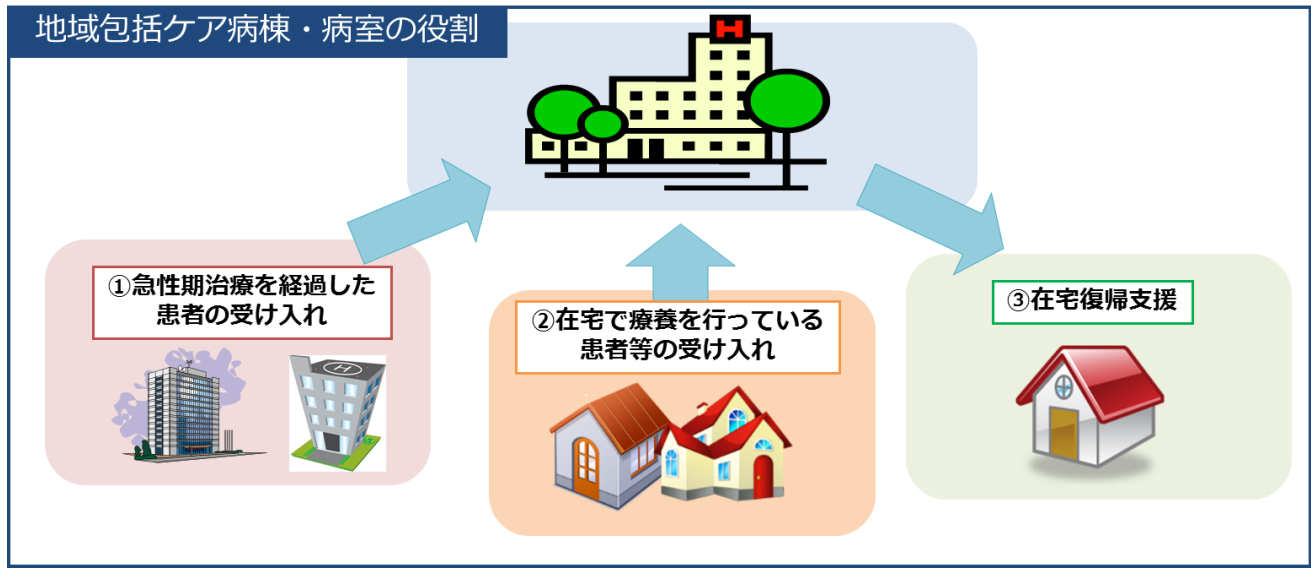
改定後	
35点	150

5. 入院医療

(2) 回復期入院医療

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

地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



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

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

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

実績部分

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること ※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

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

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

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

実績要件の見直し①

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

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 (抜粋・概要) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割4分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 1割1分以上	【地域包括ケア病棟入院料】 (抜粋・概要) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 <u>1割2分以上</u> 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 <u>0割8分以上</u>

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

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

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

➤ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

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

現行

【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】

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

改定後

【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】

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

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

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

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

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

➤ 在宅復帰率の見直し

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

【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】

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

【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】
（新設）

【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】

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

【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】

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

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

地域包括ケア病棟入院料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。



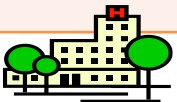
【在宅から受入れた患者】

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

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

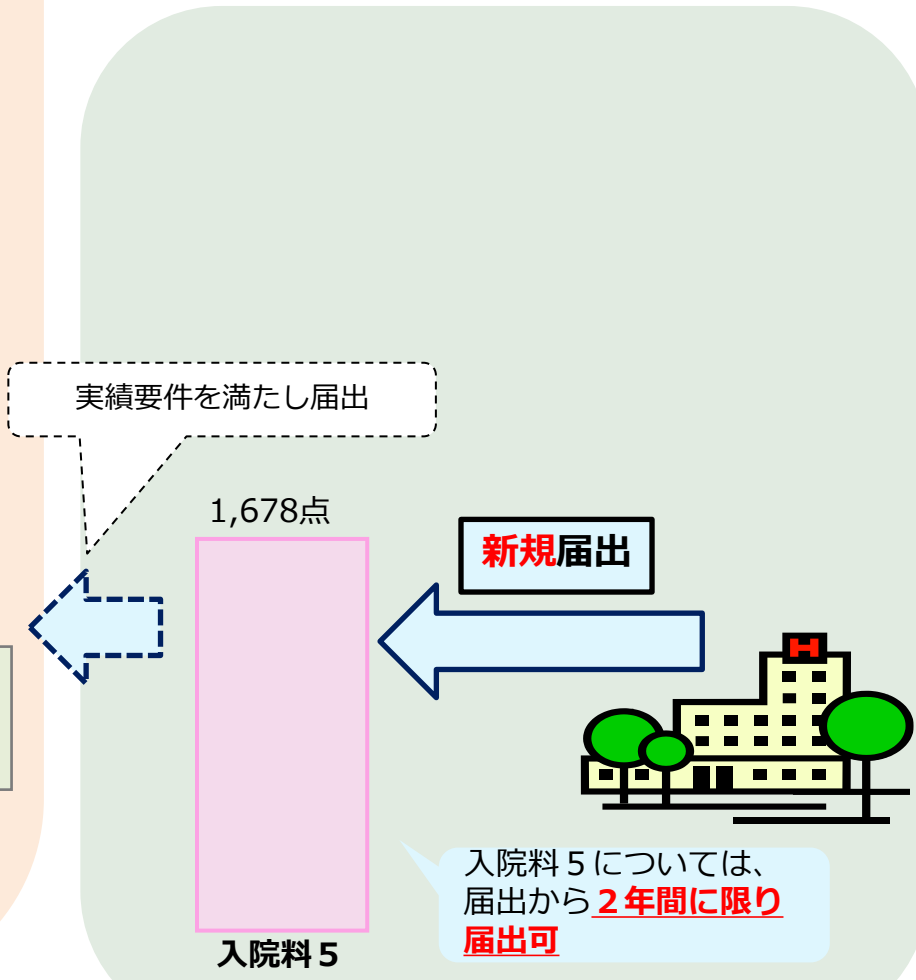
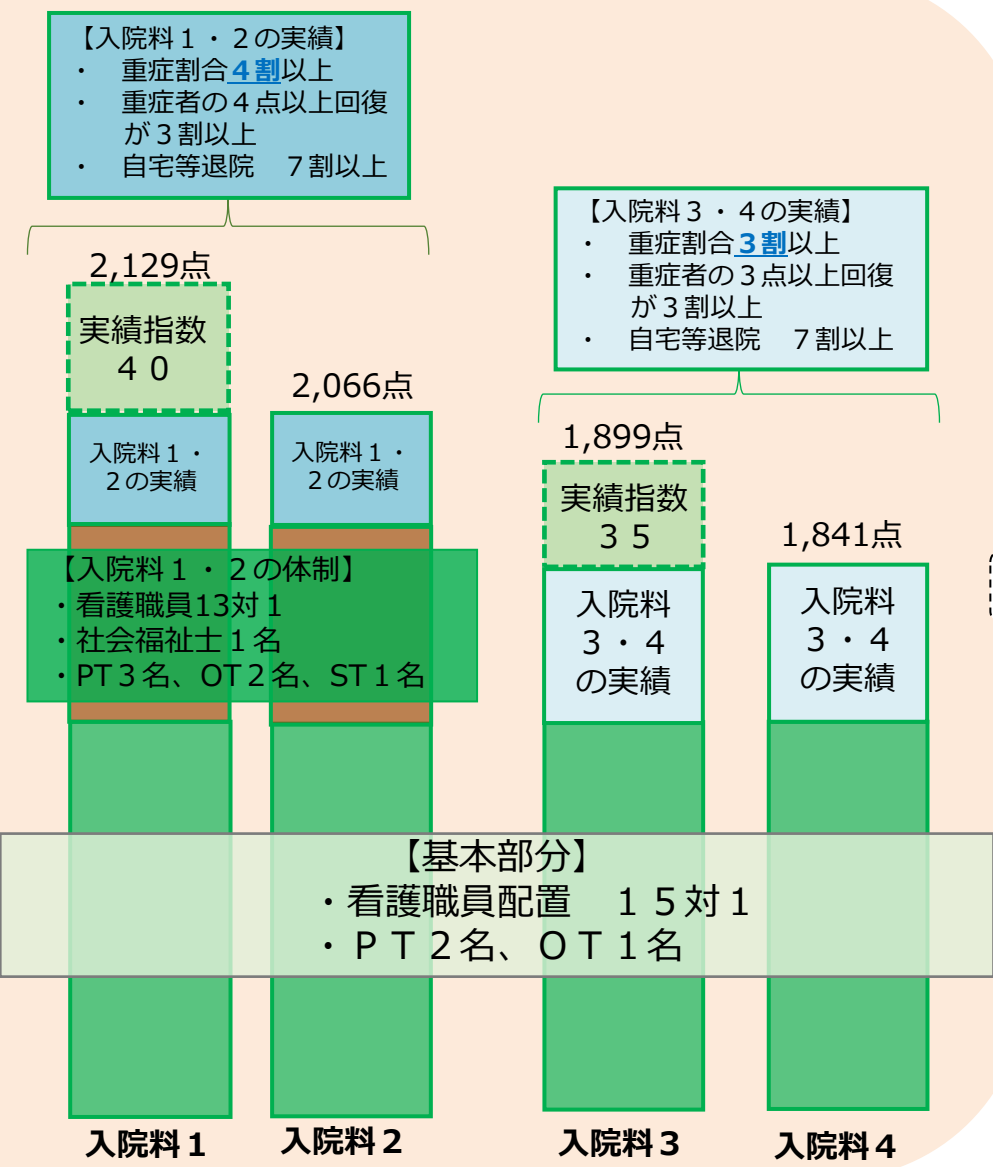
医療法上の病床種別に係る評価の見直し

➤ 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。

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

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

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準(イメージ)



回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		－		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望 ましい</u>	－	<u>受けていることが望 ましい</u>	－	－
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		－		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>		2割以上→ <u>3割以上</u>		－
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		－
自宅等に退院する割合	7割以上				－
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※ 1： **入院料5**については、**届出から2年間**に限り届け出ることができる。

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

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

入院料の評価体系の再編

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

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】		
〔算定要件〕（概要）		
5	回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,736点
6	回復期リハビリテーション病棟入院料6	1,678点

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】		
〔算定要件〕（概要）		
(新) 5	回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,678点
(削除)		

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

重症の患者割合に係る要件の見直し

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

【経過措置】
令和4年3月31日時点において回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3又は4の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間、当該基準を満たすものとみなす。

医療機関の体制に係る要件等の見直し

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

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

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

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

特定機能病院におけるリハビリテーションの評価

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

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

〔算定要件〕 (概要)

主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。

〔施設基準〕 (概要・一部抜粋)

- 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 専従の常勤医師が1名以上配置されていること。
- 1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置されていること。
- 特定機能病院であること。（当分の間は、令和4年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）
- 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- 当該病棟において、新規入院患者のうち5割以上が重症の患者であること。
- 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
- 他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 1病棟に限り届出を行うことができること。

5. 入院医療

(3) 慢性期入院医療

- ①療養病棟入院基本料
- ②障害者施設等入院基本料
- ③緩和ケア病棟入院料
- ④有床診療所

療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

医療区分

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

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

ADL区分

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

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

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

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

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

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

改定後

【療養病棟入院基本料】

〔算定要件〕（概要・抜粋）

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

【経過措置】

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

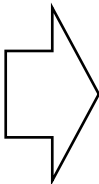
療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

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

現行

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



改定後

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

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

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

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

医療区分について（参考）

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

療養病棟入院基本料の点数（参考）

療養病棟入院料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

療養病棟入院料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

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

患者の状態に応じた入院医療の評価について

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】

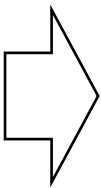
〔算定要件〕（抜粋・例）

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

【特殊疾患病棟入院料】

〔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。 172

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。

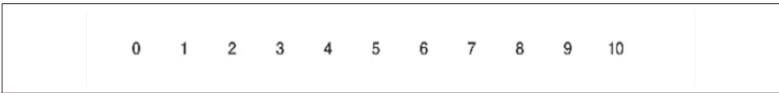
緩和ケア病棟入院料

(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



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）

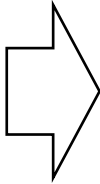
疼痛の強さをNRS（Numerical Rating Scale）で表してもらう。現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0～3点を軽度の疼痛、4～6点を中等度の疼痛、7点以上を強い疼痛と考える。



- 緩和ケア病棟入院料について、加算の新設にあわせて評価の見直しを行う。

現行

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



改定後

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

緩和ケア病棟入院料の概要

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

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



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

- [入院料1の施設基準]
入院料2の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。
- 以下のア又はイを満たしていること
 - ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること
 - イ) 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。
 - 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 緩和ケア診療加算※1
 - ② 外来緩和ケア管理料※1
 - ③ 在宅がん医療総合診療料※2
- [入院料2の施設基準]
- 看護配置7対1、緩和ケアを担当する常勤の医師を1名以上配置
 - がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

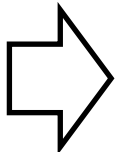
※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。
※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

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

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

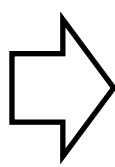


改定後

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

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

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



改定後

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

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

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

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

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

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

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

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）（8日まで）

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

〔対象患者〕

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

40歳以上の初産婦である患者	—
子宮内胎児発育遅延の患者	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。

5. 入院医療

(4) 短期滞在手術等基本料、D P C / P D P S

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		【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> 2,947点 <u>（改）ロ イ以外の場合</u> 2,718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。		〔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 □ 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・軀幹軟部腫瘍摘出術 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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➤ DPC対象病院の場合

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

➤ DPC対象病院以外の場合

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

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料1の対象手術等（38項目）

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

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料3の対象手術等（57項目）

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

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

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。

医療機関別係数の見直し

基礎係数（医療機関群）

- 現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定する。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く）より高い医療機関をDPC特定病院群とする。
 - ※ 診療密度は、外的要因の補正のため、後発医薬品のある医薬品については後発医薬品の最も安価なものに置き換えて算出
 - ※ 外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,501	1.0395
大学病院本院群	82	1.1249
DPC特定病院群	181	1.0680

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
 - ・ 各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ

- 現行の6つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を維持し、令和2年10月1日から令和3年9月30日までの実績等を基に設定する。
- 地域医療係数の一部の項目について、評価項目の実態等を踏まえた要件を見直しや項目の新設を実施する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	【適切なDPCデータの作成】 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 様式1の親様式・子様式間(データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)、様式1とEFファイル間(入院日数入院料の算定回数の矛盾)、様式4とEFファイル(医科保険情報と先進医療等情報の矛盾)、DファイルとEFファイル(記入されている入院料等の矛盾) ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。(様式1で評価) 【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 (【保険診療の質的改善に向けた取組み】: 令和6年度からの評価を検討)
地域医療指数	体制評価指数: 5疾病5事業等における急性期入院医療を評価 定量評価指数: [当該医療機関の所屬地域における担当患者数]／[当該医療機関の所屬地域における発生患者数] 1) 小児(15歳未満)と2) それ以外(15歳以上)についてそれぞれ同配分で評価。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。
効率性指数	[全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数]／[当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数] ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕／〔全診断群分類数〕 ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕 ※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2 【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】 ・救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】:救急医療入院の患者

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K56124のいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	・ 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」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を評価（いずれかで1P） ・ 「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.5P)		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	・災害拠点病院の指定(0.5P)、DMATの指定(0.25P)、EMISへの参加(0.25P)、 <u>BCPの策定(災害拠点病院に指定されている場合を除く)(0.25P)</u>		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価(いずれかで1P)	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P) ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P)	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P)	
感染症	・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) ・ <u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P)</u> <u>※ 上記のいずれも満たした場合(0.75P)</u> ・ <u>GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で評価)(最大0.25P)</u>		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合(0.1P)	治験等の実施 ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P) ・20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)(※)協力施設としての治験の実施を含む。	

診断群分類点数表の見直し①

➤ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和4年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552	1,860	
平成16年4月	16	591	3,074	1,726	
平成18年4月	16	516	2,347	1,438	
平成20年4月	18	506	2,451	1,572	
平成22年4月	18	507	2,658	1,880	
平成24年4月	18	516	2,927	2,241	
平成26年4月	18	504	2,873	2,309	
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和4年4月	18	502	4,726	4,064	2,334

※1 MDC : Major Diagnostic Category 主要診断群
※2 包括対象となるDPC数
※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Dで設定する診断群分類の見直し

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

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

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

現行	改定後
【診断群分類】 D方式 95分類	【診断群分類】 D方式 <u>153分類</u>

診断群分類点数表の見直し③

他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

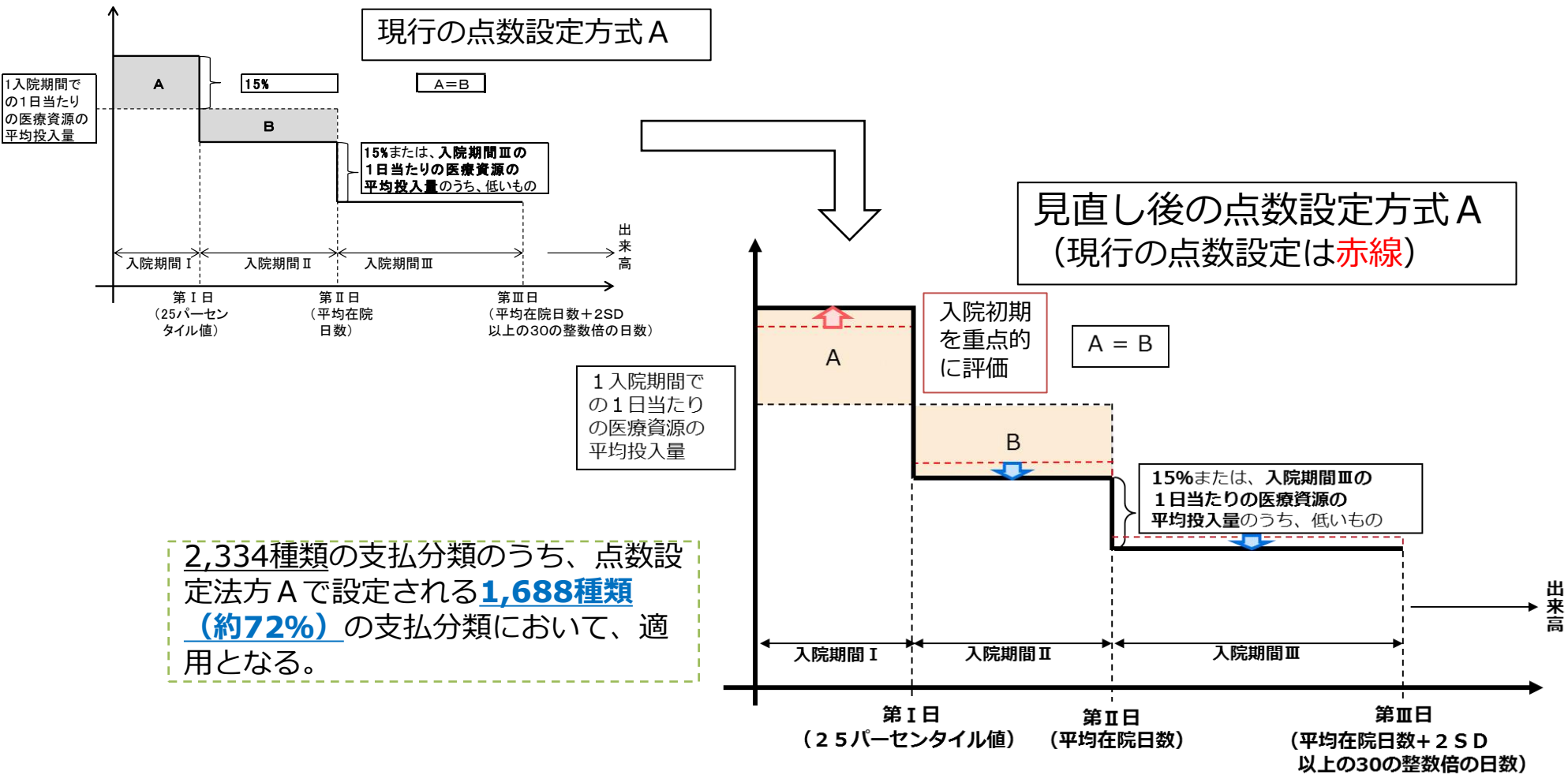
- 治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から退院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

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

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

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



退院患者調査の見直し①

様式1の見直し

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

退院患者調査の見直し②

外来EFファイル等の見直し

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

DPC/PDPSの算定対象とならない患者

- 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当の新規手術等

D413 前立腺針生検法 1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの
 K019-2 自家脂肪注入
 K054-2 脛骨近位骨切り術
 K080-7 上腕二頭筋腱固定術
 K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
 K145-2 皮下髄液貯溜槽留置術
 K169-2 内視鏡下脳腫瘍生検術
 K169-3 内視鏡下脳腫瘍摘出術
 K174 水頭症手術 3 シャント再建術
 K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術
 K217 眼瞼内反症手術 3 眼瞼下制筋前転法
 K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術
 K242 斜視手術 6 調節糸法
 K259-2 自家培養上皮移植術
 K268 緑内障手術（2流出路再建術 イ眼内法及び 7濾過胞再建術（needle法）に限る。）
 K305-2 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
 K308-3 耳管用補綴材挿入術
 K319-2 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術
 K343-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
 K388-3 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
 K470-2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
 K494-2 胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術
 K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 4 気管支形成を伴う肺切除
 K529-4 再建胃管悪性腫瘍手術
 K533-3 内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術
 K555-2 経カテーテル弁置換術 3 経皮的肺動脈弁置換術
 K594 不整脈手術 4 左心耳閉鎖術 胸腔鏡下によるもの
 K616-7 スtentグラフト内挿術（シャント）
 K616-8 吸着式潰瘍治療法（1日につき）
 K617 下肢静脈瘤手術 4 静脈瘤切除術

K627-2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術 4 側方
 K653-6 内視鏡的逆流防止粘膜切除術
 K675-2 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
 K697-4 移植用部分肝採取術（生体） 1 腹腔鏡によるもの
 K721-5 内視鏡的小腸ポリープ切除術
 K732-2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。（悪性腫瘍に対するものを除く。）
 K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術（3超低位前方切除術及び4経肛門吻合を伴う切除術に限る。）
 K746-3 痔瘻手術（注入療法）
 K755-3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
 K773-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） 2 その他のもの
 K773-6 腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 K800-4 ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
 K823-7 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
 K828-3 埋没陰茎手術
 K838-2 精巣内精子採取術
 K841-6 経尿道的前立腺吊上術
 K860-3 腹腔鏡下腔断端挙上術
 K882-2 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
 K884-2 人工授精
 K884-3 胚移植術
 K890-4 採卵術
 K916 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）
 K917 体外受精・顕微授精管理料
 K917-2 受精卵・胚培養管理料
 K917-3 胚凍結保存管理料
 K922-3 自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）
 K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算
 M001-5 ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

3月31日以前から入院している患者の取扱い

- 令和4年3月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和4年4月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。

具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合

- 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合

- 4月分の請求は出来高で行う。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降に出来高→包括の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合

- 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
- 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

5. 入院医療

(5) 横断的個別事項

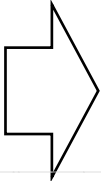
褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

➤ 入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。

現行

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



改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
〔施設基準〕
4 褥瘡対策の基準
(1)～(3) (略) (変更なし)
(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。
(5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
(6)～(8) (略) (変更なし)

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

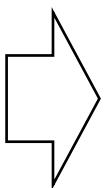
入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

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

現行

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



改定後

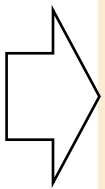
- 【入退院支援加算 1】
〔算定要件〕
- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**
- 〔施設基準〕
- ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
 - ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること



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

現行

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



改定後

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

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

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

[経過措置]

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

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の観点から、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。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

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

(新) 入院栄養管理体制加算 270点（入院初日及び退院時）



[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

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

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

ア 入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。

イ 当該病棟に入院している患者に対して、栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理を行う。

ウ 医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。

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

[施設基準]

(1) 当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。

(2) 入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

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

現行

【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】
摂食嚥下支援加算 200点（週1回）

〔算定要件〕

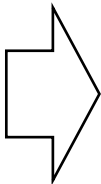
- ・摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- ・内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施（月1回以上）
- ・検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施（週1回以上）
- ・カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

〔施設基準〕
摂食嚥下支援チームを設置

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

*の職種は、カンファレンスの参加が必須

入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告



改定後

（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】

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

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

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

摂食嚥下支援加算の見直し②

➤ 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

摂食嚥下機能回復体制加算

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

摂食嚥下支援加算の見直し③

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

経口摂取に回復した患者数

=

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

自院導入患者数 + 紹介患者数

自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」

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

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

分子及び分母から除くもの

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

② 1か月以内※に経口摂取に回復した患者

③ 1年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者

④ 減圧ドレナージ目的 (消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)

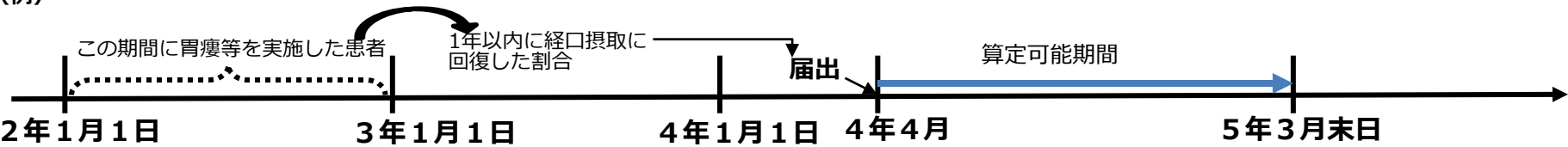
⑤ 成分栄養剤の経路目的 (炎症性腸疾患の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)

⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

※ 鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算

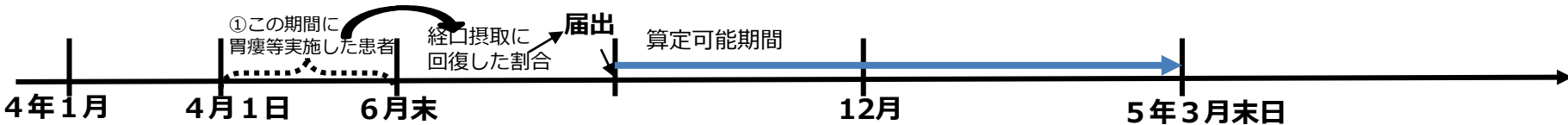
(届出に関する取り扱い)

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



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

- ① 令和4年4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。(令和3年4月～6月でも可)
- ② 継続は、令和4年1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で判断 (令和3年1月～12月でも可)



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。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

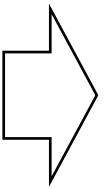
入退院支援加算の見直し

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

現行

【入退院支援加算】
〔施設基準〕

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



改定後

【入退院支援加算】
〔施設基準〕

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

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

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

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

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。
注）下線部については、令和4年度診療報酬改定において、見直しがあったもの。