

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

令和 4年度診療報酬改定の概要 入院料全般（告示を踏まえて）

参考資料：	2022年2月9日	中医協総会資料「答申について（個別改定項目について）」
	2022年2月9日	中医協総会資料「答申書（別紙1-1（医科診療報酬点数表））」
	2022年3月4日	「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）別表第一 医科点数表」
	2022年3月4日	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）別添 1 医科点数表」
	2022年3月4日	「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（告示）」
	2022年3月4日	「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」

2022年3月4日に発出された「告示」「通知」等から、MPS資料として編集しています。
厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

資料No.20220311-1191(1)

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです
が、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接
または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

高度急性期（治療室）

病院	入院
高度急	

基本的な考え方

重症患者対応体制強化加算

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について、新たな評価を行う。

改定案

新型コロナ対応の教訓から、ECMOを行う病院が評価されることになりました

(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

[対象患者]

特定集中治療室管理料 1 から 4 まで又は救命救急入院料 2 若しくは 4 を算定する病室に入院している患者

[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]

- 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、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専従の常勤看護師（以下この項において「常勤看護師」という。）が当該治療室内に1名以上配置されていること。なお、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。
- 救命救急入院料2又は4、特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が当該治療室内に1名以上配置されていること。
- 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が当該治療室内に2名以上配置されていること。

重症患者対応体制強化加算

改 定 案

- (4) (3)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講すること。なお、当該研修を既に修了している場合においては、(5)に示す院内研修の講師や、(6)に示す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の講師として参加すること。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
- イ 保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
- (5) 当該保険医療機関の医師、(3)に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年 1 回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
- ア 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
- イ 人工呼吸器又は体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実践
- (6) (3)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を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。
- (7) (3)に規定する看護師の研修の受講状況や(6)に規定する地域活動への参加状況について記録すること。
- (8) 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看護師が 2 名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(3)に規定する看護師であることが望ましいこと。
- (9) 区分番号「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算及び区分番号「A 2 3 4 - 2」感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。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「A 2 0 0 - 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 7 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。
- (10) (3)に規定する看護師は、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。
- (11) (3)に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。
- (12) 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が 1 割 5 分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で 6 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

病院

入院

高度急

重症患者初期支援充実加算

重症患者等に対する支援に係る
評価の新設

基本的な考え方

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、専任の担当者（入院時重症患者対応メディエーター）を配置して当該患者等に対する支援を行う体制を整備した場合について、新たな評価を行う。

具体的な内容

特殊な治療法に係る実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等において、専門性の高い看護師及び臨床工学技士を配置するとともに、医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者への看護に当たり必要な知識技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施するなど、重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価を新設する。

改定案

(新) 重症患者初期支援充実加算

300点（1日につき）

[対象患者]

集中治療領域における入院患者

[算定要件]

患者サポート体制充実加算の算定要件として…
当該窓口専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又は
その他医療有資格者等の常時配置が求められており、患者等
からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体
制を整える必要があります

- (1) 重症患者初期支援充実加算は、集中治療領域において、患者の治療に直接関わらない専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）が、特に重篤な状態の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評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して3日を限度として算定できる。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治療室に入院又は転棟した日のことをいう。
- (2) 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 当該患者及びその家族等に対して支援を行うに当たっては、支援の必要性が生じてから可能な限り早期に支援を開始できるよう取り組む。

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。

告示で追加

病院	入院
高度急	

重症患者初期支援充実加算

重症患者 等に対する支援に係る
評価の新設

改 定 案

1 重症患者初期支援充実加算の施設基準

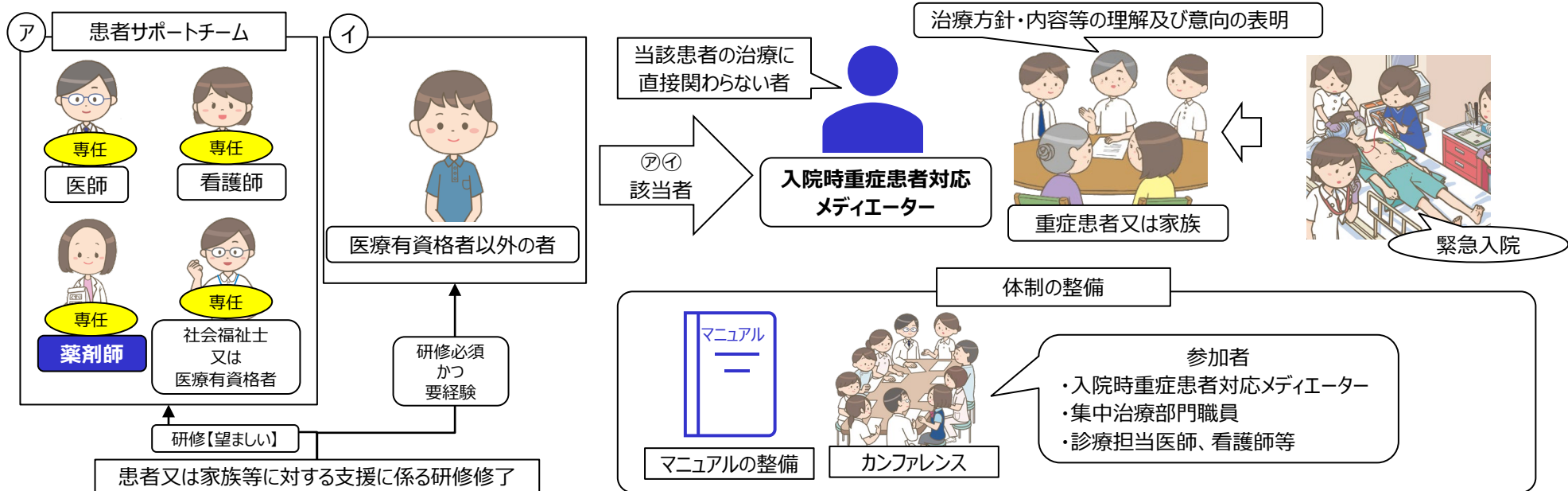
- (1) 区分番号「A 2 3 4 - 3」に掲げる患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、特に重篤な患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う体制として、以下の体制が整備されていること。
 - ア 当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。
 - イ 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、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下の(イ)に掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましいこと。
 - (イ) 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
 - (ロ) (イ)以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者
 - ウ 当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、区分番号「A 2 3 4 - 3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。
 - エ 当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、区分番号「A 2 3 4 - 3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。
 - オ 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。
 - カ 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。
- (3) (2)のウのカンファレンスの開催が困難な場合にあっては、令和4年9月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。
- (4) (2)のイの(イ)における公認心理師については、平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

集中治療室のメディエーター配置に評価

【POINT】

- ・緊急入院等における患者、家族を対象に病状等を説明するメディエーターの設置に点数が新設されました
- ・メディエーターとして、薬剤師も対象職種に挙げられています

対象医療機関	現行	点数	改定案	点数
病院	患者サポート体制充実加算	70点	患者サポート体制充実加算	70点
	↳ 新設	—	↳ 重症患者初期支援充実加算（1日につき）3日限度	300点



【主な改定内容】

- ・集中治療領域の入院患者及び家族に対して、治療方針等を説明する担当者（メディエーター）を評価
- ・施設基準では、メディエーターとして薬剤師も明記されており、マニュアルの整備の他カンファレンスの開催も求められています

入院時重症患者対応メディエーター

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

○ 救急・集中治療領域の重症患者の診療において、治療に直接関与しない職員が、家族の意思決定を支援する役割を担うことは有効であるとの調査結果があり、一般社団法人日本臨床救急医学会では、当該役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」を認定するための講習会を開催している。

入院時重症患者対応メディエーター

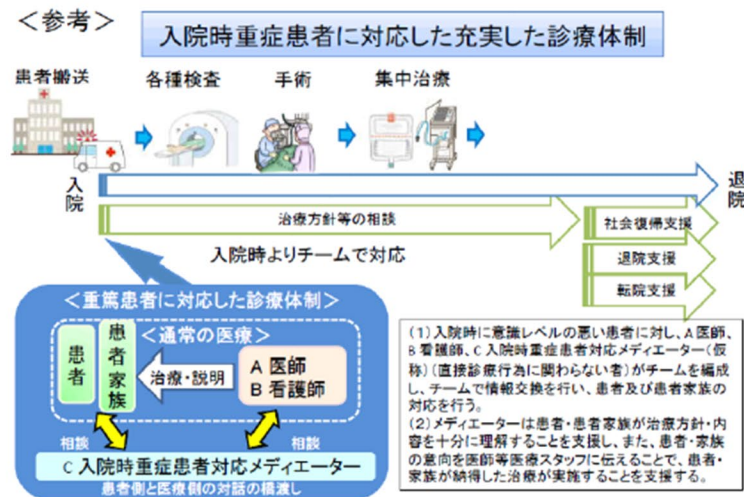
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

- 医師、看護師に加えて、重症患者とその家族へのサポート体制を担うチームの構成メンバーとなる。
- 患者・家族が治療方針・内容を十分に理解することを支援する。
- 患者・家族の意向を医師等医療スタッフに伝え、患者・家族が納得した治療を選択する際の意思決定を支援する。
- 例えば、救命不能で看取りの医療が必要となった際などに、選択肢の一つとして生じうる臓器提供に関する意思決定過程にも、支援が可能となる。

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

出典：第50回厚生科学審議会疾病対策部会臓器移植委員会
(令和元年6月21日) 資料2

治療に直接関与しない職員の必要性

- 急性期疾患で死亡退院した患者家族22例において、担当医師・担当看護師以外の治療に直接関与しない社会福祉士などの“第3の職員”が患者家族の相談に介入したグループと介入していないグループで、医療の満足度に関するアンケートを行ったところ、介入したグループの方が有意に満足度が高かった。

(出典：名取良弘、「選択肢提示の一般市民への啓発活動に関する研究」、厚生労働科学研究費補助金移植医療基盤整備研究事業、令和2年度「脳死下、心停止後の臓器・組織提供における効率的な連携体制の構築に資する研究」、横田裕行。)

治療に直接関与しない「第3の職員」が入ることにより円滑なコミュニケーションが取れるということも報告されております。

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

【A 3 0 0 救命救急入院料】
【A 3 0 1 特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※ 1）	60日

（※ 1）救命救急入院料 3 及び 4、特定集中治療室管理料 2 及び 4 に限る。

〔算定上限日数に係る施設基準の概要〕

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

改定後

【A 3 0 0 救命救急入院料】
【A 3 0 1 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

出典：令和 4 年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

早期離床・リハビリテーション加算

具体的な内容

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。

現 行	改 定 案
【早期離床・リハビリテーション加算】 [算定要件] (4) 「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。 ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。	【早期離床・リハビリテーション加算】 [算定要件] (4) 「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。 ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

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

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

現 行
特定集中治療室管理料 1～4



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

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

改 定 案

特定集中治療室管理料の「注 4」に規定する早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

- (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。
 - ア 集中治療に関する 5 年以上の経験を有する専任の医師
 - イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において 5 年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士
- (2) 当該保険医療機関内に複数の特定集中治療室等が設置されている場合、(1)に規定するチームが複数の特定集中治療室等の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。
- (3) (1)のアに掲げる専任の医師は、特定集中治療室等に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該医師が配置される特定集中治療室等の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。
- (4) (1)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37 条の 2 第 2 項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。
- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料 1 及び 2 を届け出る治療室に配置される 1 の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。
- (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は特定集中治療室等を有する保険医療機関で 5 年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が 5 年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて 5 年以上であっても差し支えない。
- (7) 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。
- (8) 区分番号「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

早期離床・リハビリテーション加算

早期離床やリハビリテーションの実施状況

中医協

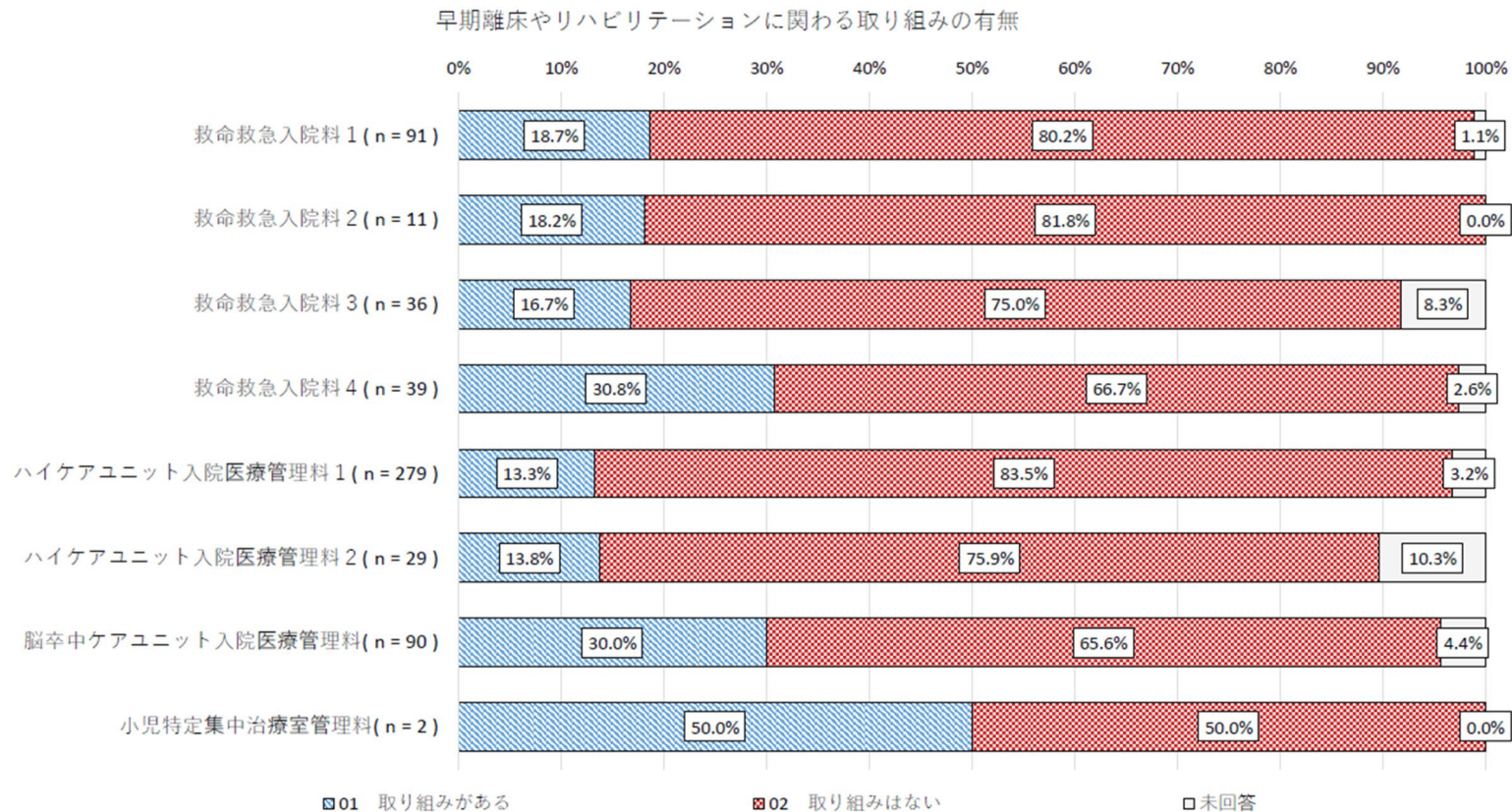
総-1-2

3

10

27

○ 早期離床・リハビリテーション加算の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みの有無については、以下のとおりであった。



出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

※簡易な報告で新たに治療室となった治療室を除く

出典：中医協総会:入院（その3）R 3. 11.12

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

基本的な考え方

重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室）

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とともに、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。

具体的な内容

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

1. 「心電図モニターの管理」の項目について、患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
2. 「B 患者の状況等」の項目（以下「B項目」という。）について、入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、評価指標から当該項目を廃止するとともに判定基準を見直す。
3. 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。
なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

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

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

病院	入院
高度急	

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

重症度、医療・看護必要度（特定集中治療室）

〔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つては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙17の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

公益委員案（パターン3で）では、急性期入院料1の場合、14.2%が基準を満たさなくなるようです

重症度、医療・看護必要度（救命救急入院料）

基本的な考え方

高度急性期医療を要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・看護必要度に係る評価票を見直す。

具体的な内容

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、特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

〔経過措置〕

令和 4 年 3 月 31 日時点で 救命救急入院料 1 又は 3 の届出を行っている病棟にあつては、令和 4 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 4 年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）の別添 6 の別紙 17 の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

急性期入院

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）		
		<u>7日以内の期間</u>	<u>460点</u>
		<u>8日以上11日以内の期間</u>	<u>250点</u>
		<u>12日以上14日以内の期間</u>	<u>180点</u>

[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

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

〔主な施設基準〕

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

（新） 精神科充実体制加算（1日につき） 30点

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

急性期充実体制加算

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 （１）のうち、 4つ以上満たす イ （１）のうち2つ以上、かつ、 （２）のいずれかを満たす	（１） ◆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。） （２） ◆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

出典：令和 4 年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

急性期充実体制加算		
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	

＊施設基準　：（15）次のいずれにも該当すること。Ⅰ 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。

出典：令和４年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

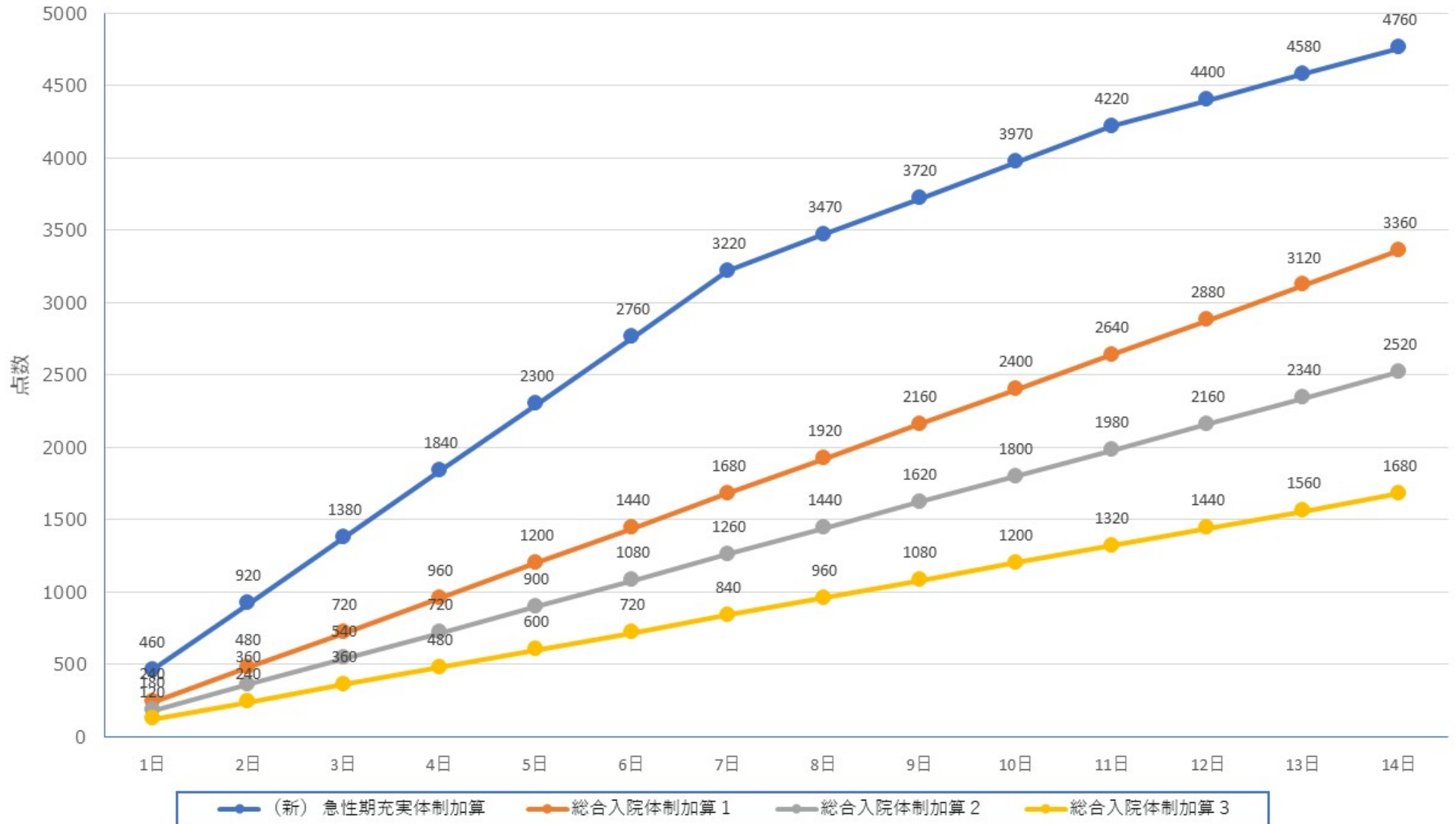
本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(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としても良い。） - 外来を縮小する体制を有すること。（右記） - 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。 - 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	－

(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
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 (A 2点以上又はC 1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>

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

急性期充実体制加算 & 総合入院体制加算の点数比較

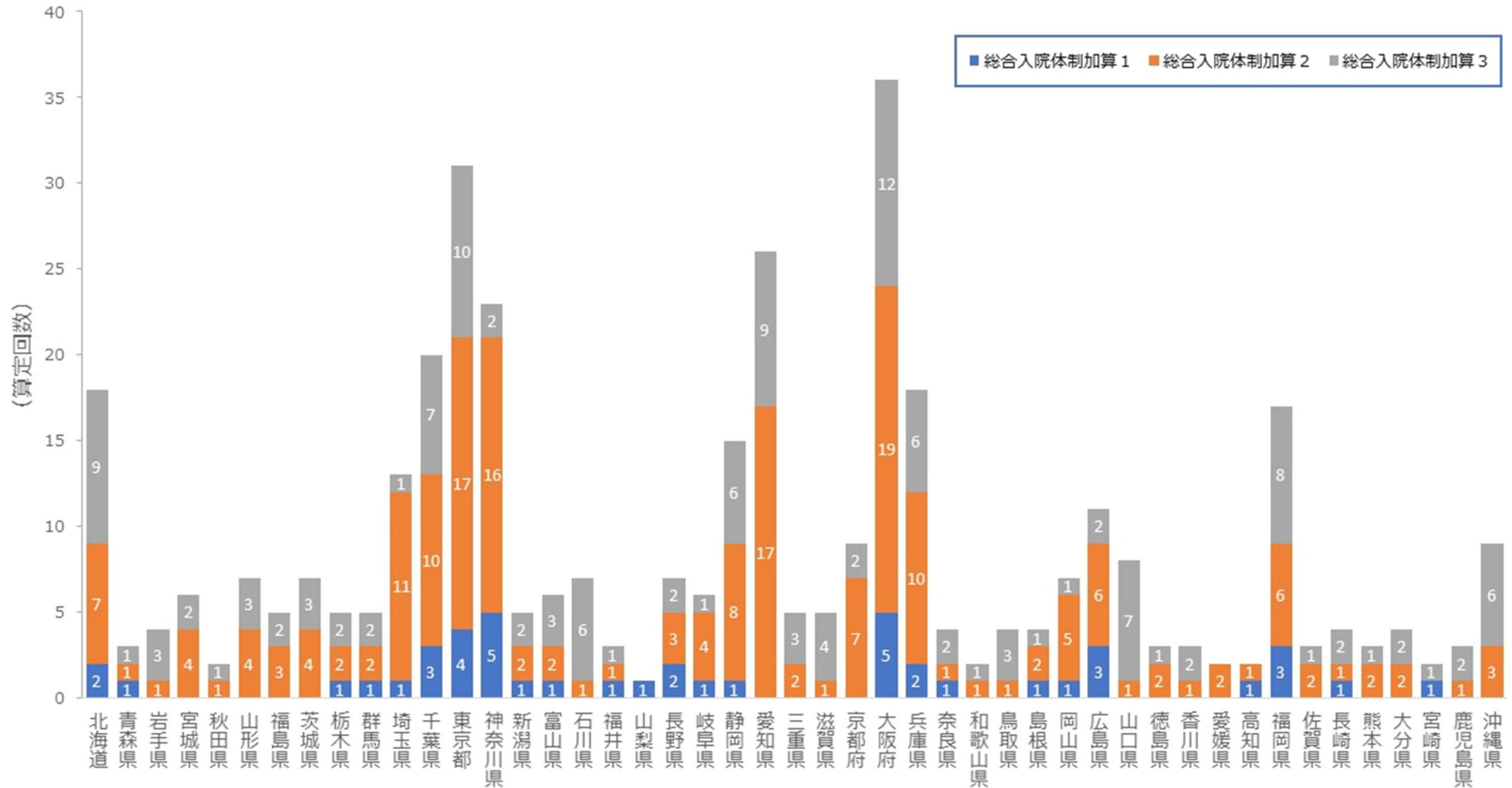


出典：日医工MPS作成

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

総合入院体制加算届出状況

総合入院体制加算届出状況（R3.10.1現在）



出典：厚生局資料を基に日医工MPS作成

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度の
評価項目及び施設基準の見直し

基本的な考え方

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とともに、入院料について評価の在り方を見直す。

具体的な内容

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。
 - 「点滴ライン同時3本以上の管理」の項目について、「注射薬剤3種類以上の管理」に変更する。
 - 「心電図モニターの管理」の項目について、評価項目から削除する。
 - 「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、1点から2点に変更する。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合を見直す。

- ・注射3種類以上の方が対象患者が拡大するではないかと思われます
- ・また、心電図モニターが対象から外れるのは厳しいですが、輸血や血液製剤が2点に変更される点については、評価の対象と考えて良いかもしれません

	現 行		改 定 案	
	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度Ⅰの割合	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度Ⅱの割合	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度Ⅰの割合	一般病棟用の 重症度、医療・看護 必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料1(※)	3割1分	2割9分	3割1分	2割8分
急性期一般入院料2(※)	2割8分	2割6分	2割7分	2割4分
急性期一般入院料3(※)	2割5分	2割3分	2割4分	2割1分
急性期一般入院料4(※)	2割2分	2割	2割	1割7分
急性期一般入院料5	2割	1割8分	1割7分	1割4分
急性期一般入院料6	1割8分	1割5分		

〔経過措置〕令和4年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

基本的な考え方

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。

具体的な内容

許可病床数200床以上の保険医療機関において、急性期一般入院料1を算定する病棟については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件とする。

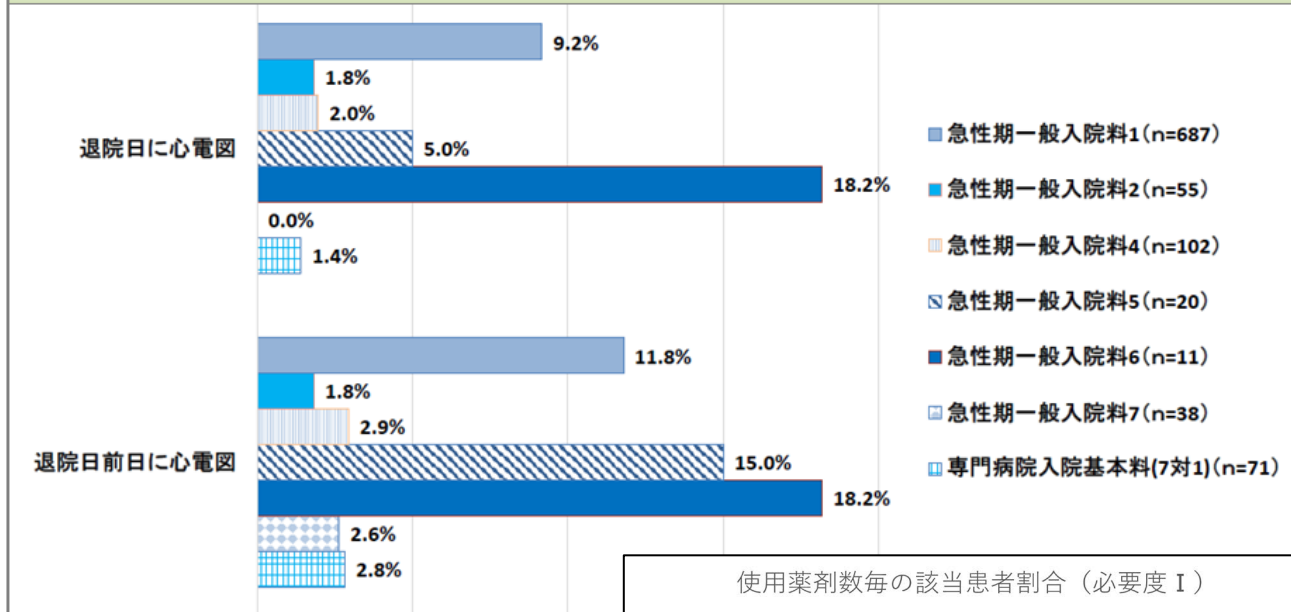
現 行	改 定 案
【急性期一般入院基本料 1】 〔施設基準〕 イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、<u>急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 1 から 6 までに限る。）</u>に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。 〔経過措置〕 十二 <u>令和二年三月三十一日</u>において現に急性期一般入院料 1 から 6 までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が<u>四百床以上</u>の保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の 5 に該当するものとみなす。	【急性期一般入院基本料 1】 〔施設基準〕 イ 急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 <u>許可病床数が二百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四百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</u>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〕← ● <u>令和四年三月三十一日</u>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<u>二百床以上四百床未満</u>の保険医療機関に限る。）については、<u>同年十二月三十一日</u>までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の 5 に該当するものとみなす。

経過措置期間がありますが、働き方改革で看護師の負担軽減が大きいように思います

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

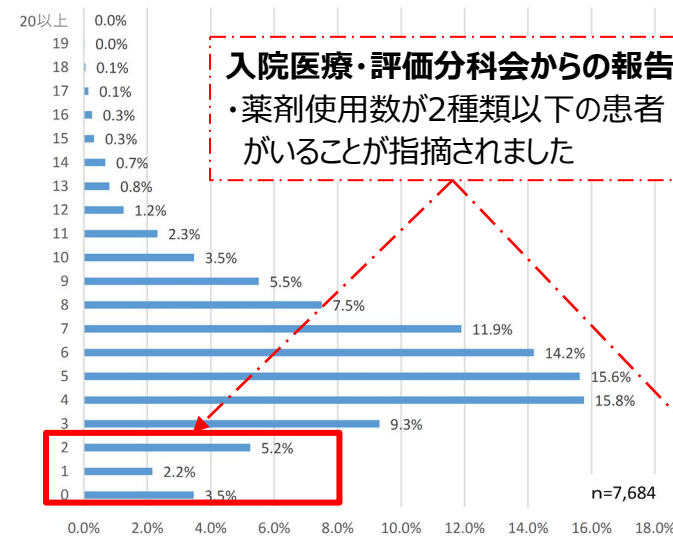
退院日及び退院前日の「心電図モニター」の該当状況について（必要度Ⅰ）



出典：中医協総会:入院（中間とりまとめ）R 3.9.22

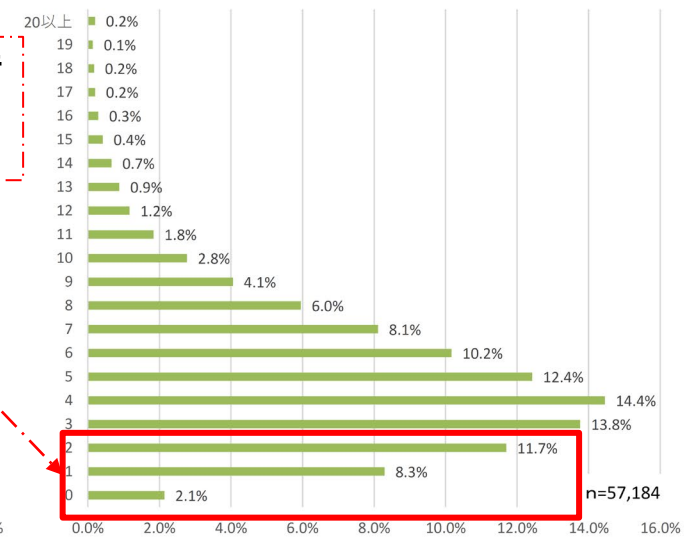
出典：中医協総会:入院（その2）R 3.11.10

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅰ）



入院医療・評価分科会からの報告
・薬剤使用数が2種類以下の患者
がいることが指摘されました

使用薬剤数毎の該当患者割合（必要度Ⅱ）



重症度、医療・看護必要度

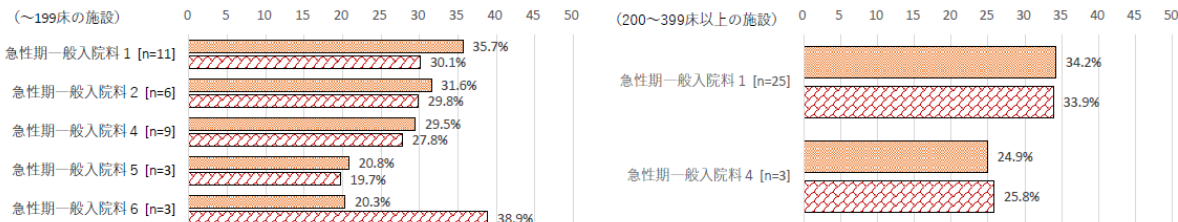
重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設についての分析

○ 令和2年度において、必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設について、病床規模を確認したところ、400床未満の医療機関が8割以上であった。

令和2年度において必要度Ⅰ・Ⅱのいずれも回答した施設

規模別	施設数
～199床	32
200～399床	32
400以上	11



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票）、保険局医療課調べ ※病床数が無回答の施設は除く ※n=

出典：中医協総会:入院（その2）R 3.11.10

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーション条件

	A項目			B項目	C項目
	点滴ライン同時3本以上の管理	心電図モニターの管理	輸血や血液製剤の管理	衣服の着脱	骨の手術（11日間）
見直し案1	点滴薬剤3種に変更	－	点数を2点に変更	－	－
見直し案2	－	－	－	項目を削除	10日間に変更
見直し案3	点滴薬剤3種に変更	項目を削除	点数を2点に変更	－	－
見直し案4	点滴薬剤3種に変更	項目を削除	点数を2点に変更	項目を削除	10日間に変更

基準を満たす医療機関割合の増減

	急性期一般入院料1			急性期一般入院料1（200床以上）			急性期一般入院料1（200床未満）		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ＋Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ＋Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ＋Ⅱ
見直し案1	2.7%	0.4%	1.4%	2.1%	0.2%	0.7%	3.2%	1.6%	2.7%
見直し案2	-3.2%	0.3%	-1.5%	-2.8%	0.0%	-0.9%	-3.5%	-1.6%	-2.9%
見直し案3	-26.1%	-5.3%	-14.2%	-23.4%	4.1%	9.9%	-28.4%	10.9%	23.3%
見直し案4	-31.9%	-8.9%	-18.8%	-30.1%	-7.9%	-14.6%	-33.5%	14.0%	27.8%

出典：中医協総会:入院（その9）R 4. 1.12を編集

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

短期滞在手術等基本料 1

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

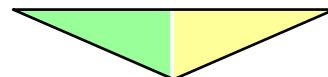
基本的な考え方

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

具体的な内容

1. 短期滞在手術等基本料 1 について、麻酔科医の配置に係る要件を見直すとともに、麻酔を伴う手術の実施状況を踏まえ、適切な評価を実施する観点から、評価を見直す。

現 行	改 定 案
【短期滞在手術等基本料 1】 〔算定要件〕 1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） <u>2,497点</u>	【短期滞在手術等基本料 1】 〔算定要件〕 1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合） イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 ロ イ以外の場合 2,718点
〔施設基準〕 二 短期滞在手術等基本料 1 の施設基準 (1) <u>局所麻酔による短期滞在手術を行う</u> につき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3)（略） 1 短期滞在手術等基本料 1 に関する施設基準 (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2)（略）	〔施設基準〕 二 短期滞在手術等基本料 1 の施設基準 (1) 手術 を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)・(3)（略） 1 短期滞在手術等基本料 1 に関する施設基準 (1) 手術を行う場合にあっては 、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。 (2)（略）



短期滞在手術等基本料 1

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

現 行	改 定 案
(3) 当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。 (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。 (5) (略)	(3) 手術を行う場合にあっては、当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。 (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術 (全身麻酔を伴うものに限る。)が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。 (5) (略)

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -⑤】

短期滞在手術等基本料 2

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

具体的な内容

2. 短期滞在手術等基本料2について、算定件数等の実態を踏まえ、評価を廃止する。

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

短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

具体的な内容

3. 短期滞在手術等基本料 3 について、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料 3 の対象手術に加えるとともに、これまで対象となっていた手術等について、実態を踏まえ、評価の見直しを行う。

現 行	改 定 案
【短期滞在手術等基本料 3】 (新設) 新たに 3 8 術式及び検査が対象となる	【短期滞在手術等基本料 3】 <u>イ 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</u> <u>イ 安全精度管理下で行うもの 10,549 点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあっては、10,475 点)</u>
(新設)	<u>ロ 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</u> <u>ロ その他のもの 8,744 点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあっては、8,670 点)</u>
(新設)	<u>ハ D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT) 11,485 点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあっては、11,411 点)</u>
(新設)	<u>ニ D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験</u> <u>イ 成長ホルモン (GH) (一連として) 8,312 点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあっては、8,238 点)</u>
イ D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査 5,630 点 (生活療養を受ける場合にあっては、5,556 点)	<u>ホ D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査 5,040 点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあっては、4,966 点)</u>
ロ D 4 1 3 前立腺針生検法 10,309 点 (生活療養を受ける場合にあっては、10,235 点)	<u>ヘ D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの 10,197 点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあっては、10,123 点)</u>
(新設)	<u>ト K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術</u> <u>33,572 点</u> <u>(生活療養を受ける場合にあっては、33,498 点)</u>
在院日数や医療資源投入量がい体の範囲に収まっており手術や検査が追加されました	

* 以降の「チ」から「イタ」までは省略します

短期滞在手術等基本料 1

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

具体的な内容

4. 短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等のうち、入院外での実施割合が高いものについて、短期滞在手術等基本料 1 の対象とする。また、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。

現 行	改 定 案
〔施設基準〕 別表第十一 短期滞在手術等 一 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術 (新設) (新設) K 0 0 5 ～ K 0 0 8 (略) (新設) (新設) K 0 6 8 ～ K 0 6 8 - 2 (略) (新設) K 0 9 3 ～ K 0 9 3 - 2 (略) (新設) (新設) (新設) (新設)	〔施設基準〕 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として) D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査 K 0 0 5 ～ K 0 0 8 (略) K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。) K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。) K 0 6 8 ～ K 0 6 8 - 2 (略) K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。) K 0 9 3 ～ K 0 9 3 - 2 (略) 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

* 以降の「K244」から「K841-2」までは省略します

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等については、日医工 (株) が責任を負いません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

短期滞在手術等基本料 1

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

入院分科会からの指摘事項

- 短期滞在手術等基本料 3 については、医療の質の担保を前提としつつ、平均在院日数も踏まえた評価の見直しや対象手術の見直しが必要ではないか。

短期滞在手術等基本料の見直し

- 対象となっている検査及び手術の評価の見直しに伴い、一部項目については評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合

K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

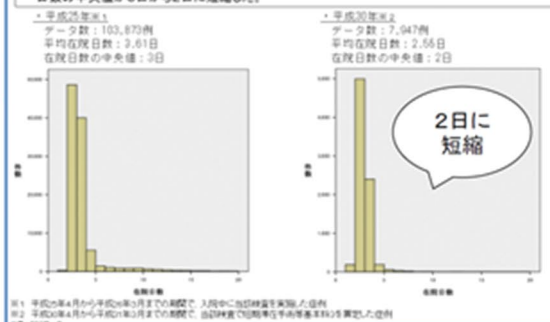
- 実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3の対象手術等における平成30年度の平均在院日数を踏まえ、包括範囲内の評価方法を見直す。

(平均在院日数の検討例)

前立腺生検法

短期滞在手術等基本料3対象検査の平均在院日数の変化(例)

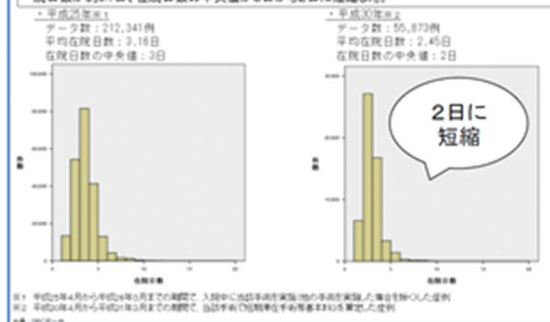
- 前立腺生検法を実施した症例は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約1日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。



水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)

短期滞在手術等基本料3対象手術の平均在院日数の変化(例)

- 水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの) 其他は、平成25年と比べ平成30年では平均在院日数が約0.7日、在院日数の中央値が3日から2日に短縮した。



- 短期滞在手術等基本料1及び2を実施した場合、当該基本料を実施する根拠となった対象手術について、診療報酬明細書に記載(選択式)することとする。

出典：中医協総会:入院(その5) R 3. 11.24

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

資料No.20220311-1191(1)-p33

Copyright © 2022 Nichi-Iko Pharmaceutical Co., Ltd.

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

➤ 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	改 定 案
[対象病院] ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特 別の料金を徴収することができる [定額負担の額] ・初診：医科 5,000円、歯科 3,000円 ・再診：医科 2,500円、歯科 1,500円	[対象病院] ・ 特定機能病院 ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・ 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)

現 行	改 定 案
【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。 ↓ 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	➤ 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）

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4一部編集

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

【改定後】

初診料の注 2、3214点

外来診療料の注 2、355点

(情報通信機器を用いた初診については186点)

		特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)	<u>紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)</u>
減算規定の基準	現行	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)	-
	改定案	<u>紹介割合</u> 50%未満 <u>又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>		<u>紹介割合</u> 40%未満 <u>又は</u> <u>逆紹介割合20%未満</u>	<u>紹介割合</u> 50%未満 <u>又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>
紹介率(%)	現行	(紹介患者数＋救急搬送者数)／初診患者数 × 100			－
<u>紹介割合</u> (%)	改定案	(紹介患者数＋救急患者数)／初診患者数 × 100			
逆紹介率(%)	現行	逆紹介患者数／初診患者数 × 100			－
<u>逆紹介合 (‰)</u>	改定案	<u>逆紹介患者数／(初診＋再診患者数) × 1,000</u>			
初診患者の数	現行	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。	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。 ● <u>救急搬送者</u> ● 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		－
	改定案	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			

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

		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 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)
再診患者の数	改定案	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 ● 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者			
紹介患者の数	現行	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）。			—
	改定案	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ● 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。			
逆紹介患者の数	現行	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		—
	改定案	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ● B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 ● 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。			
救急搬送者の数	改定案	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。			—
	現行	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。			

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4一部編集

紹介受診重点医療機関入院診療加算

基本的な考え方

「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。

具体的な内容

「紹介受診重点医療機関 医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

改 定 案

（新）紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）

800点

〔算定要件〕

A 2 0 4 - 3 紹介受診重点医療機関入院診療加算

- （１）紹介受診重点医療機関入院診療加算は、紹介受診重点医療機関における、入院の前後の外来や医療機器・設備等、医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする外来を担う機能等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。当該加算を算定する場合は、区分番号「A 2 0 4」地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。
- （２）（１）にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）において１回に限り算定する。

施設基準は、３月４日の告示には記載がありません

外来機能報告対象病院は、2022年秋にスタート予定で対象は

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来

となっています

周術期栄養管理実施加算

周術期の栄養管理の推進

基本的な考え方

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、新たな評価を行う。

具体的な内容

全身麻酔下で実施する手術を要する患者に対して、医師及び管理栄養士が連携し、当該患者の日々変化する栄養状態を把握し、術前・術後における適切な栄養管理を実施した場合の評価を新設する。

改定案

(新) 周術期栄養管理実施加算

270点

[算定要件]

- (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、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 L 0 0 8 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。
- (2) この場合において、区分番号 A 1 0 4 に掲げる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区分番号 A 3 0 0 に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号 A 3 0 1 に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号 A 3 0 1 - 2 に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号 A 3 0 1 - 3 に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号 A 3 0 1 - 4 に掲げる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) 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第19の1の(2)に規定する研修を修了した医師が配置されていることが望ましい。
- (2) 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて、栄養管理に係る3年以上の経験を有する常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (3) 区分番号「A 2 0 0」に掲げる総合入院体制加算又は、区分番号「A 2 0 0 - 2」に掲げる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。

答申での十分な経験

術後疼痛管理チーム加算

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

基本的な考え方

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、新たな評価を行う。

具体的な内容

全身麻酔下手術を行った患者に対して、麻酔に従事する医師を中心とした多職種により構成される術後疼痛管理チームが、質の高い疼痛管理を実施した場合の評価を新設する。

チームの介入により、疼痛スコアの減弱、合併症の減少、在院日数の短縮等が期待されています

改 定 案

(新) 術後疼痛管理チーム加算 (1日につき)

100点

[対象患者]

全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの。

[算定要件]

「医師の働き方改革を進めるためのタスクシフト/シェアの推進に関する検討会」でも取り上げられており、薬剤師の病棟における業務がさらに拡大されることになりました

- (1) 術後疼痛管理チーム加算は、質の高い疼痛管理による患者の疼痛スコアの減弱、生活の質の向上及び合併症予防等を目的として、術後疼痛管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が必要な疼痛管理を実施することを評価したものである。
- (2) 術後疼痛管理チーム加算は、区分番号「L 0 0 8」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受けた患者であって、手術後に継続した硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は麻薬を静脈内注射により投与しているもの（覚醒下のものに限る。）に対して、術後疼痛管理チームが必要な疼痛管理を行った場合に、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。
- (3) 術後疼痛管理チームは、術後疼痛管理プロトコルを作成し、その内容に基づき、術後疼痛管理が必要な患者の状態に応じた疼痛管理及びその評価を行い、その内容を診療録に記載すること。なお、必要に応じて当該患者の診療を行う医師及び術後疼痛管理チーム以外の医師、看護師等と連携して対応すること。

改 定 案

〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される術後疼痛管理のための術後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 麻酔に従事する常勤の医師（以下「麻酔科医」という。）
 - イ 術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の看護師
 - ウ 術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の薬剤師
 なお、アからウまでのほか、術後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。
- (2) (1)のイの専任の看護師は、年間200 症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を2年以上有するものであること。
- (3) (1)のウの専任の薬剤師は、薬剤師としての勤務経験を5年以上有し、かつ、うち2年以上が周術期関連の勤務経験を有しているものであること。
- (4) (1)に掲げる臨床工学技士は、手術室、周術期管理センター又は集中治療部門の勤務経験を3年以上有しているものであること。
- (5) (1)に掲げる術後疼痛管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。
 - ア 医療関係団体等が主催する26 時間以上の研修であって、当該団体より修了証が交付される研修であること。
 - イ 術後疼痛管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び臨床工学技士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 術後疼痛に係る解剖、生理、薬理学
 - (ロ) 術後疼痛発症例の抽出・早期対応
 - (ハ) 術後疼痛に対する鎮痛薬の種類と説明・指導
 - (ニ) 硬膜外鎮痛法、末梢神経ブロックのプランニングとモニタリング
 - (ホ) 患者自己調節式鎮痛法のプランニングとモニタリング
 - (ヘ) 術後鎮痛で問題となる術前合併症・リスクの抽出
 - (ト) 術後鎮痛法に伴う合併症の予防・発症時の対応
 - (チ) 在宅術後疼痛・院外施設での術後疼痛管理法の指導
 - (リ) 手術別各論
- (6) 当該保険医療機関において、術後疼痛管理チームが組織上明確に位置づけられていること。
- (7) 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

答申での研修内容が記載

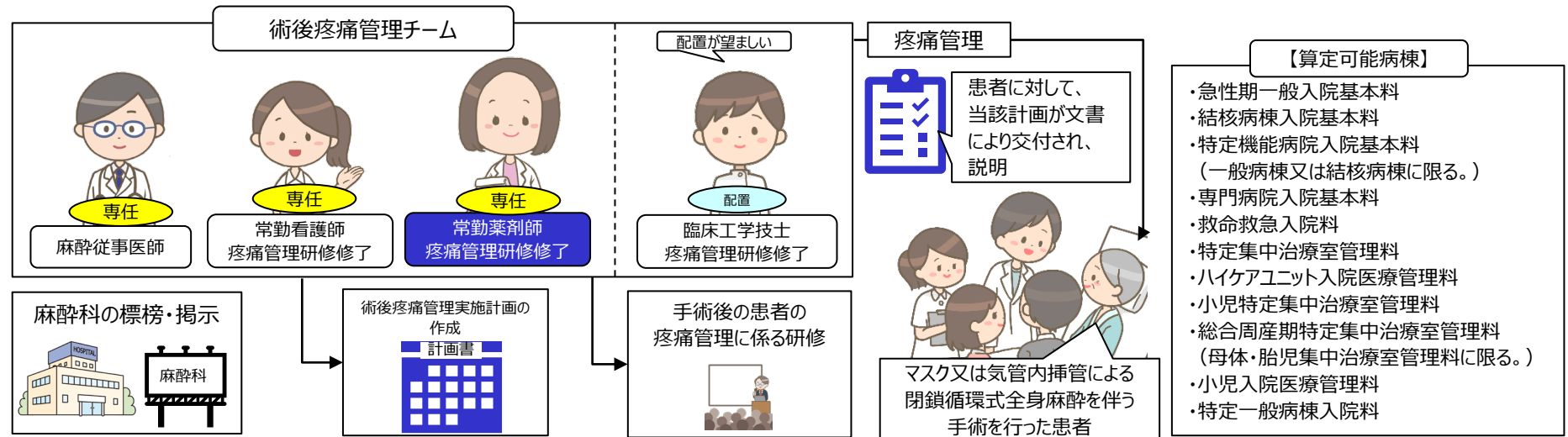
術後疼痛 医師・看護師・薬剤師が共同で疼痛管理

【POINT】

- ・術後疼痛管理チーム加算が新設され、チーム構成員に薬剤師が含まれました
- ・チーム員として専任するには、疼痛管理に管理に係る所定の研修修了が求められます

【主な改定内容】

対象 医療機関	現行		改定案		
	項目	点数	項目	算定要件	点数
病院	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	—	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔		—
	↳ 新設	—	↳ 術後疼痛管理チーム加算	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充実する医師、看護師、 薬剤師 等が共同して疼痛管理を行った場合	100点 1日につき 3日を限度



病院

入院

急性期

地域医療体制確保加算

地域医療体制確保加算の見直し

基本的な考え方

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

具体的な内容

1. 地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。

現 行	改 定 案
【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 520点 〔施設基準〕 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2,00 件以上であること。	【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 620点 〔施設基準〕 <u>「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。</u> <u>以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。</u> <u>ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。</u> <u>イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A 2 3 7」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A 3 0 1－4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u> <u>ウ「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。</u>

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4一部抜粋

医師労働時間短縮計画について

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

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

出典：令和 4 年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4一部抜粋

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の
見直し

基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

具体的な内容

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

現 行	改 定 案
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
1 医師事務作業補助体制加算 1	1 医師事務作業補助体制加算 1
イ 15 対 1 補助体制加算	イ 15 対 1 補助体制加算
□ 20 対 1 補助体制加算	□ 20 対 1 補助体制加算
ハ 25 対 1 補助体制加算	ハ 25 対 1 補助体制加算
ニ 30 対 1 補助体制加算	ニ 30 対 1 補助体制加算
ホ 40 対 1 補助体制加算	ホ 40 対 1 補助体制加算
ヘ 50 対 1 補助体制加算	ヘ 50 対 1 補助体制加算
ト 75 対 1 補助体制加算	ト 75 対 1 補助体制加算
チ 100 対 1 補助体制加算	チ 100 対 1 補助体制加算
2 医師事務作業補助体制加算 2	2 医師事務作業補助体制加算 2
イ 15 対 1 補助体制加算	イ 15 対 1 補助体制加算
□ 20 対 1 補助体制加算	□ 20 対 1 補助体制加算
ハ 25 対 1 補助体制加算	ハ 25 対 1 補助体制加算
ニ 30 対 1 補助体制加算	ニ 30 対 1 補助体制加算
ホ 40 対 1 補助体制加算	ホ 40 対 1 補助体制加算
ヘ 50 対 1 補助体制加算	ヘ 50 対 1 補助体制加算
ト 75 対 1 補助体制加算	ト 75 対 1 補助体制加算
チ 100 対 1 補助体制加算	チ 100 対 1 補助体制加算

1,050点
835点
705点
610点
510点
430点
350点
300点

975点
770点
645点
560点
475点
395点
315点
260点

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の
見直し

現 行	改 定 案
2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準 <u>医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。</u> <u>病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。</u> <u>ア 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。</u> <u>イ 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。</u> <u>ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。</u> 3 医師事務作業補助体制加算 2 の施設基準 <u>それぞれの配置区分ごとに、2の(1)から(4)までの基準を満たしていること。</u>	2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準 <u>当該保険医療機関における3年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。</u> (削除) (削除) 3年以上の実務経験を有する実務者の配置により、医師の負担軽減効果がより高いことが示されていたため基準が変更されました 3 医師事務作業補助体制加算 2 の施設基準 それぞれの配置区分ごとに、<u>医師事務作業補助者が配置されていること。</u>

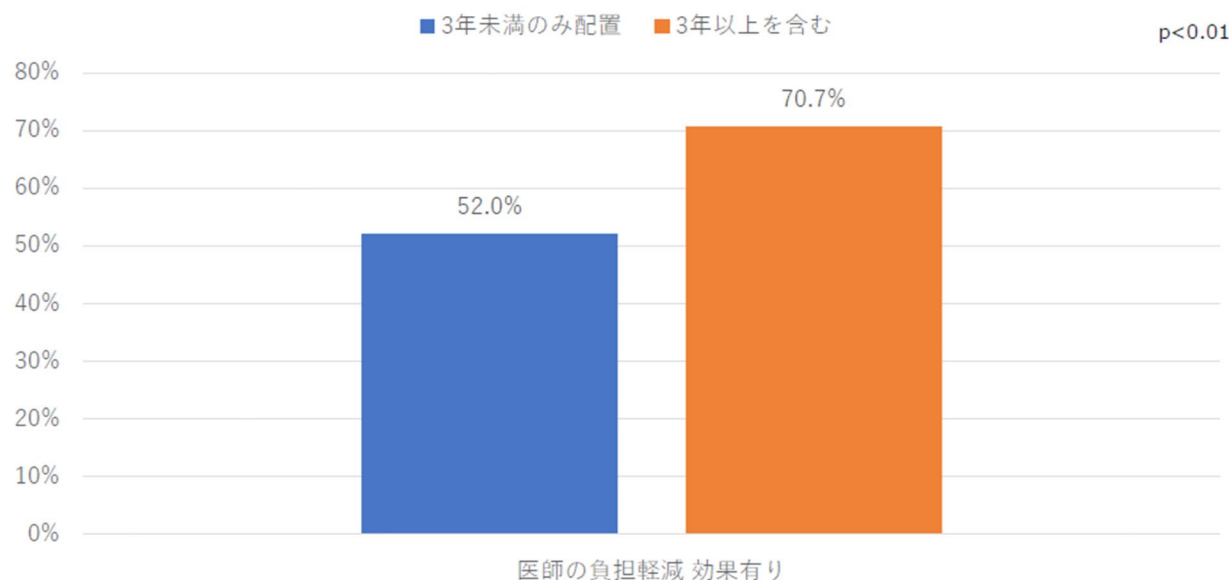
本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の見直し

3年以上の実務経験を有する実務者の配置と医師の負担軽減効果

○ 3年以上の実務経験を有する実務者を配置している施設と3年未満の実務者のみの施設を比較したところ、3年以上の実務経験を有する実務者を配置している施設において、医師の負担軽減効果が有意に高い結果であった。



※医師の負担軽減：医師の事務作業負担軽減＋医師の残業時間減少
 ※実務者の経験年数算出が可能であった616施設を対象とした
 ※2変数でのX2乗検定

NPO法人日本医師事務作業補助研究会調べ（2019年4月）

出典：中医協総会:個別事項（その8）R 3.12.8

周術期薬剤管理加算

基本的な考え方

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、周術期における**薬剤師**による薬学的管理について、新たな評価を行う。

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〕

- （6）「注5」に規定する周術期薬剤管理加算は、専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等（以下この区分番号において「病棟薬剤師等」という。）と連携して実施した場合に算定する。
- （7）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〕

- （1）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。
- （2）周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、区分番号「A244」**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、周術期薬剤管理における問題点等の情報を共有するとともに、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。
- （3）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。**なお、周術期薬剤管理の実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

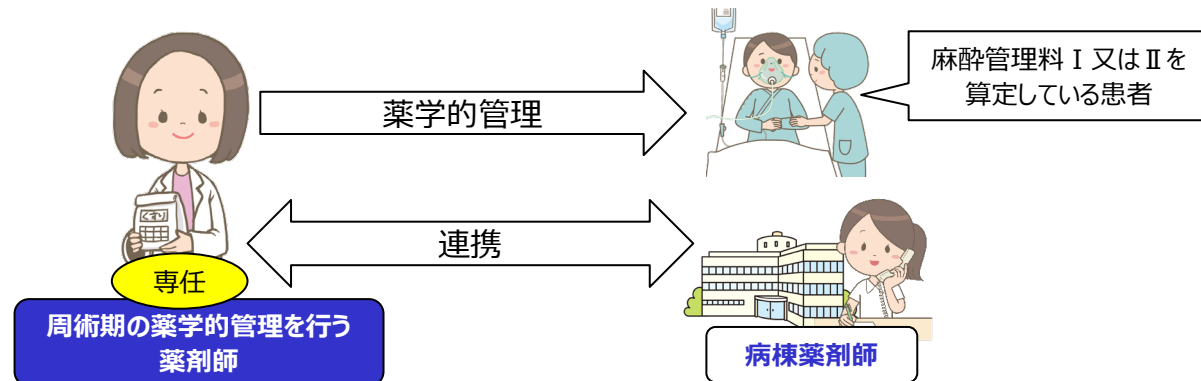
周術期の患者に対する服薬指導に加算が新設

【POINT】

- ・麻酔管理料に周術期薬剤管理加算が新設され、疼痛管理に薬剤師の要件が盛り込まれました
- ・施設基準に専任薬剤師の配置とともに病棟薬剤業務実施加算 1 の届出が盛り込まれ、医師のタスクシェアにおいて薬剤師の病棟業務に更なる期待が寄せられています

【主な改定内容】

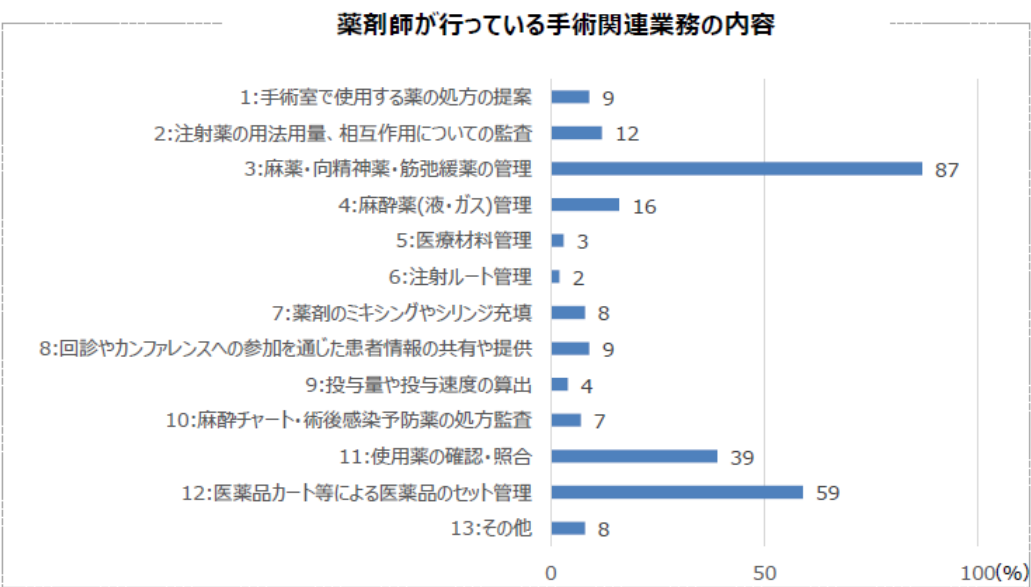
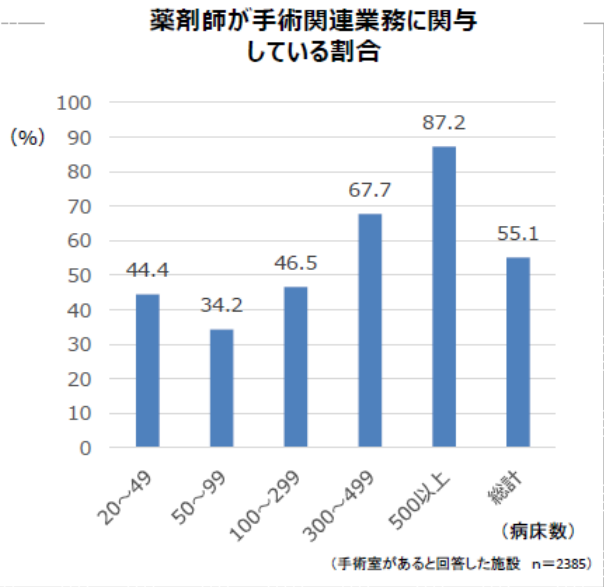
対象医療機関	現行			改定案		
病院	項目名	内容	点数	項目名	施設基準	点数
	麻酔管理料(Ⅰ) (Ⅱ)	1.硬膜外麻酔又は脊髄麻酔	250点	麻酔管理料(Ⅰ) (Ⅱ)	1.硬膜外麻酔又は脊髄麻酔	250点
		2.閉鎖循環式全身麻酔	1,050点		2.閉鎖循環式全身麻酔	1,050点
	└ 新設		—	└ 周術期薬剤管理加算	・周術期管理 専任薬剤師配置 ・病棟薬剤業務実施加算 1 届出医療機関	75点



薬剤師による周術期の薬物療法

周術期の薬剤師関与の状況

- 手術室があると回答した施設のうち、薬剤師が手術関連業務に関与している施設は55.1%だった。
- 薬剤師が行っている手術関連業務の内容について、「麻薬・向精神薬・筋弛緩薬の管理」が87%、「医薬品カート等による医薬品のセット管理」が59%が多かった。
- 関与は「専従」が5.5%、「専任・兼務」が94.5%だった。



診療側意見（医師）

- ・周術期の薬学的管理業務の評価

支払側意見

- ・周術期の薬学的管理業務について、インシデント・アクシデントの減少や業務の効率化につながるとの報告を踏まえ、手術室等への薬剤師の配置を推進するべき。

専従、専任、兼務で関与してる割合

		病床規模					全体
		20~49	50~99	100~299	300~499	500以上	総計
専従	施設数	0	0	2	6	63	71
		0%	0%	0.4%	1.6%	22.7%	5.5%
専任・兼務	施設数	56	119	445	380	215	1215
		100.0%	100.0%	99.6%	98.4%	77.3%	94.5%

【出典】 日本病院薬剤師会提供資料

入退院支援加算

入退院支援の推進

基本的な考え方

質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算の要件を見直すとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算の対象患者を見直す。

具体的な内容

- １．入退院支援加算 １ 及び ２ について、算定対象である「退院困難な要因を有する患者」として、ヤングケアラー及びその家族を追加する。

現 行	改 定 案
【入退院支援加算 １ 及び ２】 〔算定要件〕 (2) 入退院支援加算 １ にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 ３ 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 ２ にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 ７ 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ （略） (新設) ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が必要となります (新設) 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	【入退院支援加算 １ 及び ２】 〔算定要件〕 (2) 入退院支援加算 １ にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 ３ 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 ２ にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 ７ 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ （略） <u>サ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> <u>シ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> <u>ス</u> その他患者の状況から判断してアから<u>シ</u>までに準ずると認められる場合

入退院支援加算(ヤングケアラーについて)

ヤングケアラーとは

子ども家庭局 家庭福祉課 提供資料

一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもをいう。

(ヤングケアラーのイメージ (例))



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

©一般社団法人日本ケアラー連盟 / illustration : Izumi Shiga

支払側意見

・入退院支援加算について、単なる要件緩和とならないよう、医療の質を上げる方向で対応すべき。入退院支援の機会に退院困難な要因として、ヤングケアラーの事例抽出した場合に、地域の関係者と協力して解決につなげるべき。

入退院支援加算

具体的な内容

2. 入退院支援加算 1 の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を20以上から**25**以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICTを活用した対面によらない方法により実施することを認める。

現 行	改 定 案
【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 <u>600点</u> ロ 療養病棟入院基本料等の場合 <u>1,200点</u> 【入退院支援加算 1】 〔施設基準〕 (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が20以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。	【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 【入退院支援加算 1】 〔施設基準〕 (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能 な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。

連携施設数が
中央値（地ケア39、急性期一般・回リハ35）
以上の医療機関では、平均在院日数が短い
傾向にあったため見直されました

入退院支援加算

具体的な内容

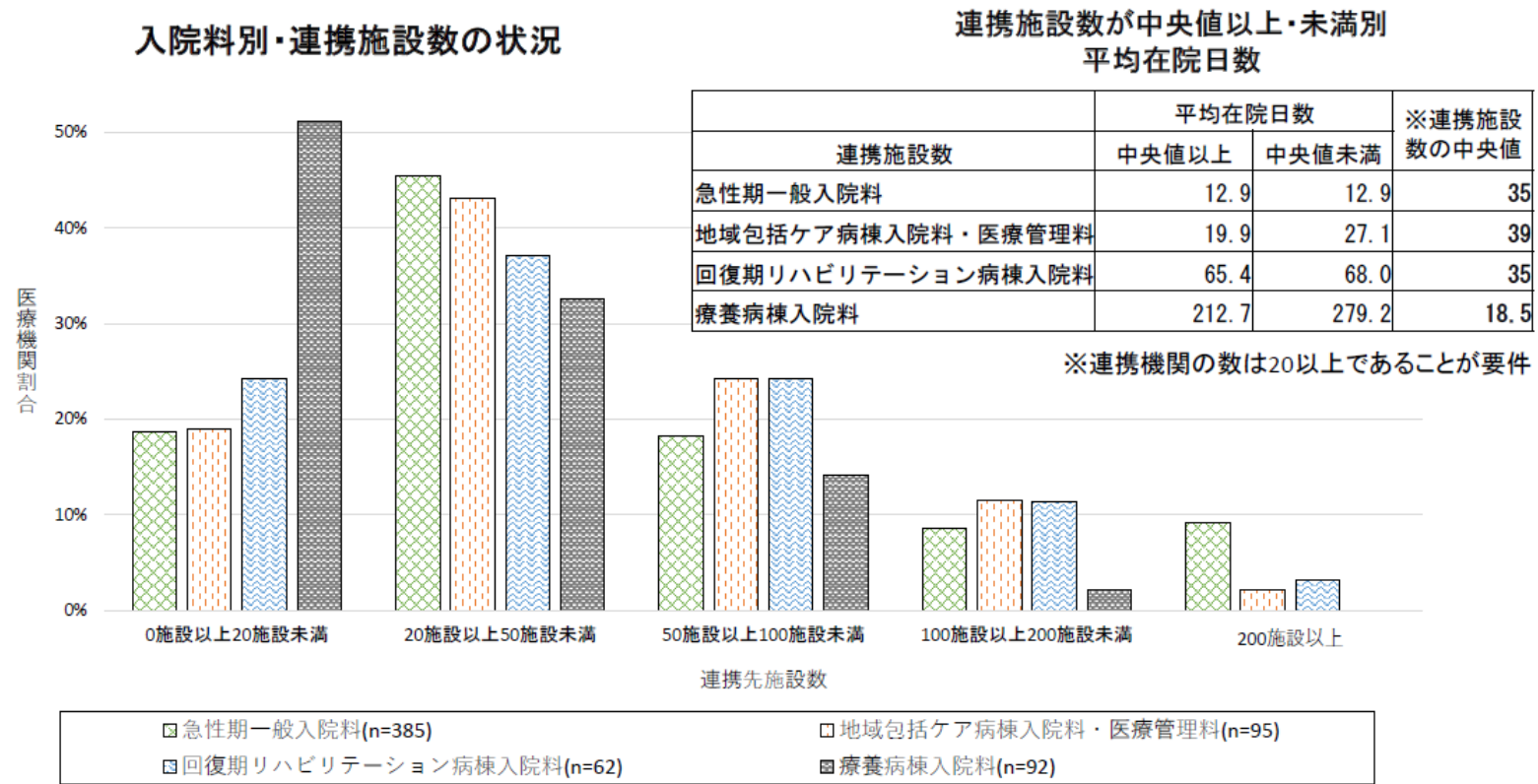
２．入退院支援加算１の施設基準において、転院又は退院体制等に係る連携機関の数を20以上から25以上に変更するとともに、評価を見直し、当該連携機関の職員との面会について、ICTを活用した対面によらない方法により実施することを認める。

現 行	改 定 案
[経過措置] (新設)	[経過措置] 1の(4)に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和4年3月31日において現に入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。

入退院支援加算

退院支援に向けた施設間の連携状況

- 急性期一般入院基本料、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では、20施設以上50施設未満が最も多かった。
- 連携施設数の中央値は、急性期一般入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料では35、地域包括ケア病棟入院料では39であった。
- 連携施設数が中央値以上の医療機関の方が、平均在院日数が短い傾向にあった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（施設票） ※無回答のものは除く
出典：中医協総会：入院（その3）R 3.11.12

診療録管理体制加算

標準規格の導入に係る取組の推進

基本的な考え方

医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。

具体的な内容

診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及びHL7 International によって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークである HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources) の導入状況 について報告を求めることとする。

現 行	改 定 案
【診療録管理体制加算（入院初日） 〔施設基準〕 3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式17を用いること。	【診療録管理体制加算（入院初日） 〔施設基準〕 3 届出に関する事項 （1） 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式17を用いること。 （2）毎年 7 月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添 7 の様式により届け出ること。

医療情報システムの構築にあたっては、諸外国では、HL7 FHIR（エイチエルセブン ファイアー）の特徴をいかして、積極的に活用しています

診療録管理体制加算

診療録管理体制加算の見直し

基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件を見直す。

具体的な内容

非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、許可病床数が400床以上の保険医療機関について、医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を診療録管理体制加算の要件に加える。

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

現 行	改 定 案
【診療録管理体制加算】 〔施設基準〕 1 診療録管理体制加算 1 に関する施設基準 (1) (略) (2) 中央病歴管理室が設置されており、 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」 (平成29年 5 月厚生労働省) (以下、「医療情報シス テムの安全管理に関するガイドライン」という。) に準拠 した 体制であること。 (3)～(9) (略)	【診療録管理体制加算】 〔施設基準〕 1 診療録管理体制加算 1 に関する施設基準 (1) (略) (2) 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠 した体制であること。 (3)～(9) (略)

サイバー攻撃にさらされるた病院がコンピューターウイルス「ランサムウェア」による被害を受けたことで、盛り込まれました

診療録管理体制加算

現 行	改 定 案
(新設) 2 診療録管理体制加算 2 に関する施設基準 (1) 1 の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。 (2)～(5) (略) 3 届出に関する事項 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式17を用いること。	(10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年 1 回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和 4 年 3 月 31 日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和 5年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。 2 診療録管理体制加算 2 に関する施設基準 (1) 1 の(1)から(4)まで、(9)及び (10)を満たしていること。 (2)～(5) (略) 3 届出に関する事項 (1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式17を用いること。 (2) 毎年 7 月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添 7 の様式により届け出ること。

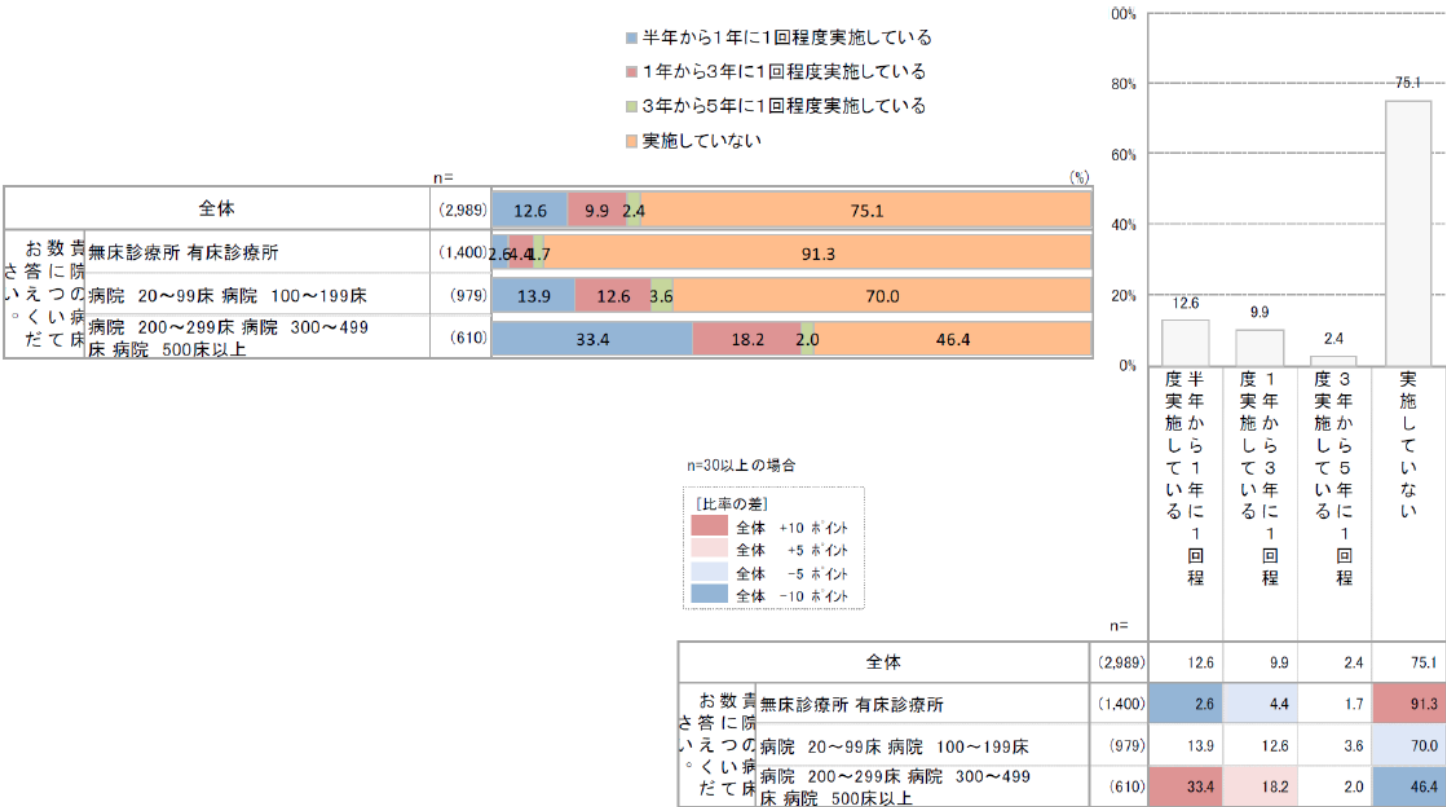
診療録管理体制加算

【論点】サイバーセキュリティ対策は、各医療機関での取組みの底上げが重要だが、診療報酬においてどのような対応が可能なのかも含め、検討が必要ではないか、という指摘があった。

医療機関におけるセキュリティ体制の調査結果

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

Q22 サイバーセキュリティ対策に関する教育の実施状況についてお答えください。



支払側意見

・診療録管理体制加算について、サイバーセキュリティ対策を義務化すべき。

出典：中医協総会:入院
(その3) R 3.11.12

2020年度AMED(医薬品等規制調査・評価研究事業) 医療機関の情報システムの管理体制に関する実態調査 調査結果概要より抜粋

疾患別リハビリテーション料の見直し①

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

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

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

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

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

		発症した日等 ～180日まで	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	245点
	要介護・要支援被保険者 以外の者		245点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 (入院中)		147点 (月13単位まで)
	要介護・要支援被保険者 (入院中以外)		

標準的算定日数を超えた場合の点数

疾患別リハビリテーション料の見直し②

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

〔算定要件〕（概要）

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



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

説明を受けた人：本人、家族（ ） 説明日： 年 月 日

署名

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

Copyright © 2022 Nichi-Iko Pharmaceutical Co., Ltd.

外来栄養食事指導料

外来化学療法に係る栄養管理の充実

基本的な考え方

外来化学療法を実施するがん患者の治療において、専門的な知識を有する管理栄養士が、当該患者の状態に応じた質の高い栄養食事指導を実施した場合について、新たな評価を行う。

具体的な内容

外来栄養食事指導料において、外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有する管理栄養士が指導を行った場合の評価を新設する。

改定案

レジメンによって、月2回の指導ができないものがあり、算定ができない月があることを配慮した改定となりました

【外来栄養食事指導料】

〔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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって 指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。

〔施設基準〕

- (1) 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の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) (1)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 医療関係団体等が実施する300時間以上の研修であること。
 - イ 悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 栄養アセスメント・栄養評価結果に基づいた栄養管理(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、計画の作成、栄養介入、栄養モニタリング及び再評価等)
 - (ロ) フードサービスマネジメント(病態に合わせた食事の調整等)
 - (ハ) 栄養食事指導の実践(患者等への支援、病態、治療に合わせた指導等)

外来栄養食事指導料

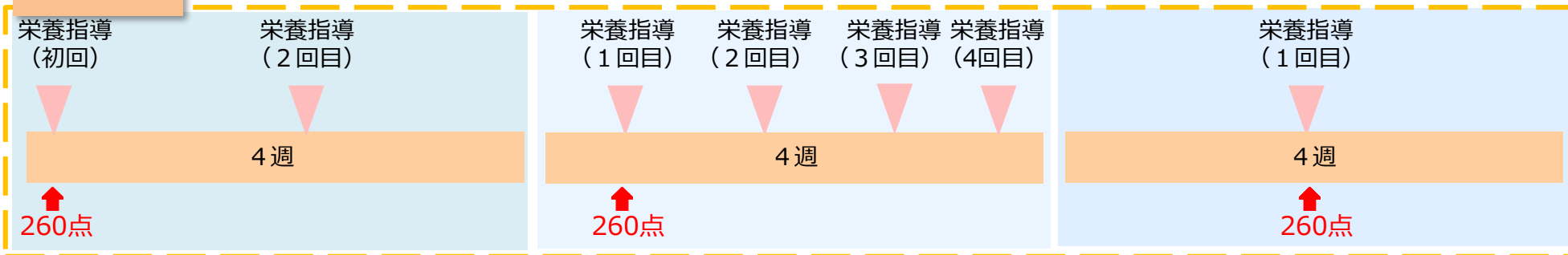
外来化学療法に係る栄養管理の充実

改定案

- (二) 症状と栄養管理(各症状と栄養アセスメント、適切な栄養・食事療法の提案と実施、モニタリングと再評価等)
- (ホ) がん臨床検査の理解
- (ヘ) 術前・術後の栄養管理
- (ト) がん放射線療法の栄養管理(治療法の理解、消化吸収機能への影響、有害事象に対する栄養・食事療法等)
- (チ) がん化学療法時の栄養管理(治療法の理解、支持療法、予測される副作用等と栄養食事療養等)
- (リ) がん治療で用いられる薬剤の理解と食事への影響
- (ヌ) がん患者の心の動きと栄養管理
- (ル) 地域医療連携の取り組み、在宅支援(地域での栄養管理のあり方、栄養連携の実際、栄養情報提供書の活用)
- (ヲ) チームアプローチの実際等
- (ワ) 栄養マネジメントとリーダーシップ(栄養マネジメントの企画運営等)
- (カ) 症例検討の手法

算定の例

※：患者の状態に合わせた指導のために必要な時間・回数を個別に設定することにより



出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4 一部抜粋

時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

- 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外 受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1

(新) 時間外受入体制強化加算 1 300点 (入院初日)

小児入院医療管理料 2

(新) 時間外受入体制強化加算 2 180点 (入院初日)

[対象患者]

小児入院医療管理料 1 又は 2 を現に算定している患者。

[算定要件]

当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。

[施設基準]

(1) 時間外受入体制強化加算 1 の施設基準

- ① 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。
- ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。
- ③ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**3項目以上**を満たしていること。

ア 11時間以上の勤務間隔の確保	オ 夜勤帯の二ーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫
イ 正循環の交代周期の確保	カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	キ 夜間院内保育所の設置
エ 夜勤後の暦日の休日確保	ク ICT、IoT等の活用による業務負担軽減

(2) 時間外受入体制強化加算 2 の施設基準

- ① 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。
- ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。
- ③ (1) の③を満たしていること。

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4 一部抜粋

時間外受入体制強化加算

改 定 案

(1) 時間外受入体制強化加算 1 の施設基準

ア 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。

イ 当該保険医療機関において、15 歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000 件以上**であること。

ウ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が 2 交代制勤務又は変則 2 交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、以下の(イ)及び(ハ)から(チ)までのうち、3 項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の(3)と同様であること。

(イ) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11 時間以上であること。

(ロ) 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が直近の勤務の開始時刻の概ね24 時間後以降となる勤務編成であること。

(ハ) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。

(ニ) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

(ホ) 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出などの柔軟な勤務態勢の工夫がなされていること。

(ヘ) 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

(ト) 当該保険医療機関において、夜間時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

(チ) 当該病棟において、I C T、A I、I o T 等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

(2) 時間外受入体制強化加算 2 の施設基準

ア 小児入院医療管理料 2 を算定する病棟であること。

イ 当該保険医療機関において、15 歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。

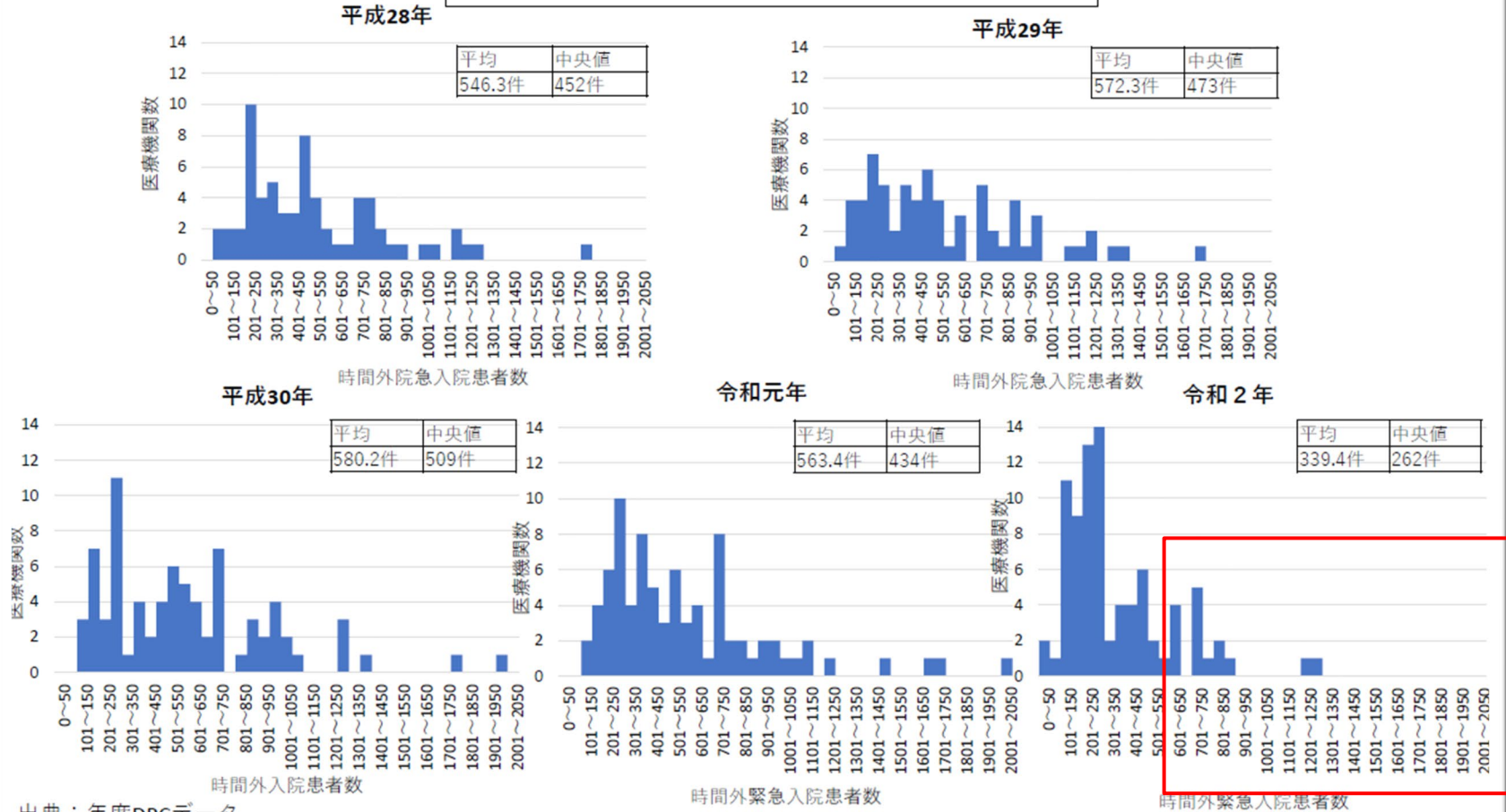
ウ (1)のウを満たしていること。

小児入院医療管理料

小児入院医療管理料 1 の時間外入院対応の現状

○ 小児入院医療管理料1を算定する医療機関において、小児入院患者のうち時間外に緊急入院となった件数の医療機関ごとの分布をみると、以下のとおりであった。

医療機関ごとの時間外緊急入院患者数の分布



出典：中医協総会:個別事項（その12）R 3.12.24

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

現 行	改 定 案
【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算 1 <u>950点</u> 2 救急医療管理加算 2 <u>350点</u> [算定要件] (2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。（中略） ア～カ （略） キ 広範囲熱傷 ク・ケ （略） （新設） （新設） コ その他の重症な状態 (3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、（２）のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。	【救急医療管理加算】 1 救急医療管理加算 1 <u>1,050点</u> 2 救急医療管理加算 2 <u>420点</u> [算定要件] (2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。（中略） ア～カ （略） キ 広範囲熱傷、<u>顔面熱傷又は気道熱傷</u> ク・ケ （略） <u>コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態</u> <u>サ 蘇生術を必要とする重篤な状態</u> シ その他の重症な状態 (3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、（２）のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

具体的な内容

2. 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とする。

現 行	改 定 案
[算定要件] (4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア (2) のアからケのうち該当する状態 イ (略) (新設) ウ (略) (5) 救急医療管理加算 2 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア (2) のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの イ (略) (新設) ウ (略)	[算定要件] (4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア (2) のアからサのうち該当する状態 イ (略) <u>ウ (2) のイの状態に該当する場合はJCSOの状態、(2) の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 (2) のキの状態 (気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)</u>に該当する場合はBurn IndexOの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 エ (略) (5) 救急医療管理加算 2 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア (2) のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの イ (略) <u>ウ (2) のイに準ずる状態に該当する場合はJCSOの状態、(2) のウに準ずる状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び (2) のキに準ずる状態 (気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)</u>に該当する場合はBurn IndexOの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 エ (略)

イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
キ 広範囲熱傷

加算 1, 2 において、下記項目に該当する場合、医学的根拠が必要となる
JCSO (ゼロ) : 意識清明
NYHA I (イチ) : 心疾患はあるが身体活動に制限はない
P/F比400以上の状態 : SOFASコア (呼吸の評価) 0
Burn IndexOの状態 : 熱傷の重症度を示す指標の 1 つが 0

参考資料

A 2 0 5 救急医療管理加算

(1) 救急医療管理加算は、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

(2) **救急医療管理加算1の対象となる患者**は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でもなくとも算定できる。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

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

コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

サ 蘇生術を必要とする重篤な状態

シ その他の重症な状態

(3) **救急医療管理加算2の対象となる患者**は、(2)のアからサまでに**準ずる状態**又はシの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でもなくとも算定できる。

救急搬送診療料

救急搬送診療料の見直し

「意識障害又は昏睡」の患者について①

中医協 総-1-2
3. 10. 27

(参考) JCS: Japan Coma Scale

出典: 脳卒中ガイドライン2009

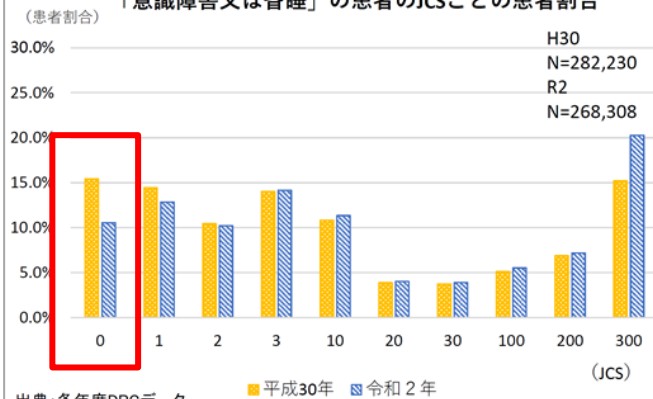
I. 刺激しないでも覚醒している状態
(1桁の点数で表現)
0 意識清明
1 意識清明とはいえない
2 見当識障害がある
3 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激をすると覚醒する状態
(2桁の点数で表現)
10 普通の呼びかけで容易に開眼する
20 大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない状態
(3桁の点数で表現)
100 痛みに対し、払いのけるような動作をする
200 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
300 痛み刺激に全く反応しない

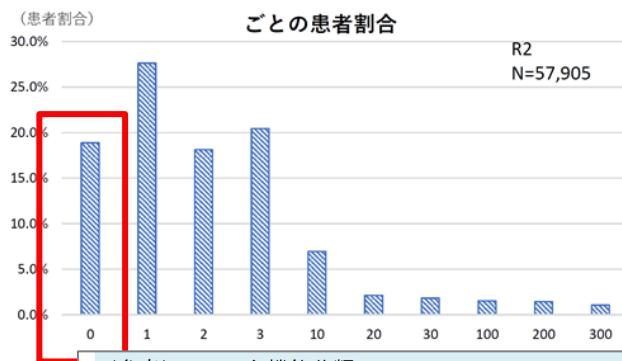
救急医療管理加算1算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」の患者のJCSごとの患者割合



救急医療管理加算2算定患者のうち

「意識障害又は昏睡」に準ずる状態の患者のJCSごとの患者割合



(参考) NYHA心機能分類

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改定版)より抜粋

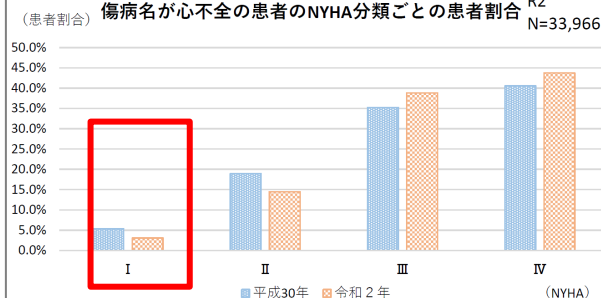
I 心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。
II 軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III 高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
IV 心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

I 心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では著しい疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じない。
II 軽度ないし中等度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動で疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
III 高度な身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常的な身体活動以下の労作で、疲労、動悸、呼吸困難あるいは狭心痛を生じる。
IV 心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛が安静時にも存在する。わずかな労作でこれらの症状は増悪する。

救急医療管理加算1算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者で

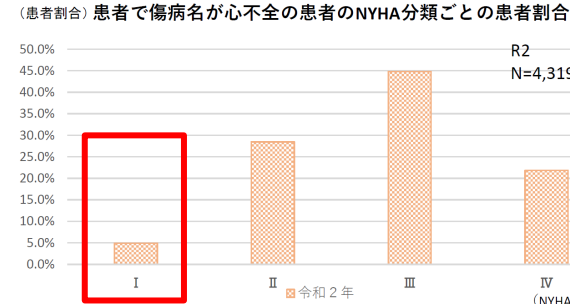
傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合



救急医療管理加算2算定患者のうち

「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に準ずる

患者で傷病名が心不全の患者のNYHA分類ごとの患者割合



出典: 中医協総会:入院 (その3) R 3.11.12

出典: 各年度DPCデータ ※傷病名は、主傷病、医療資源を最も投入した傷病、入院の契機となった傷病のいずれかに心不全が該当した場合を集計

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

救急搬送診療料

救急搬送診療料の見直し

「その他重症な状態」の患者の介入状況

中医協 総-1-2
3. 10. 27

○「その他重症な状態」の患者に対して、入院後3日間以内に行われた処置・手術で多いものを列挙すると、以下のような実施状況であった。

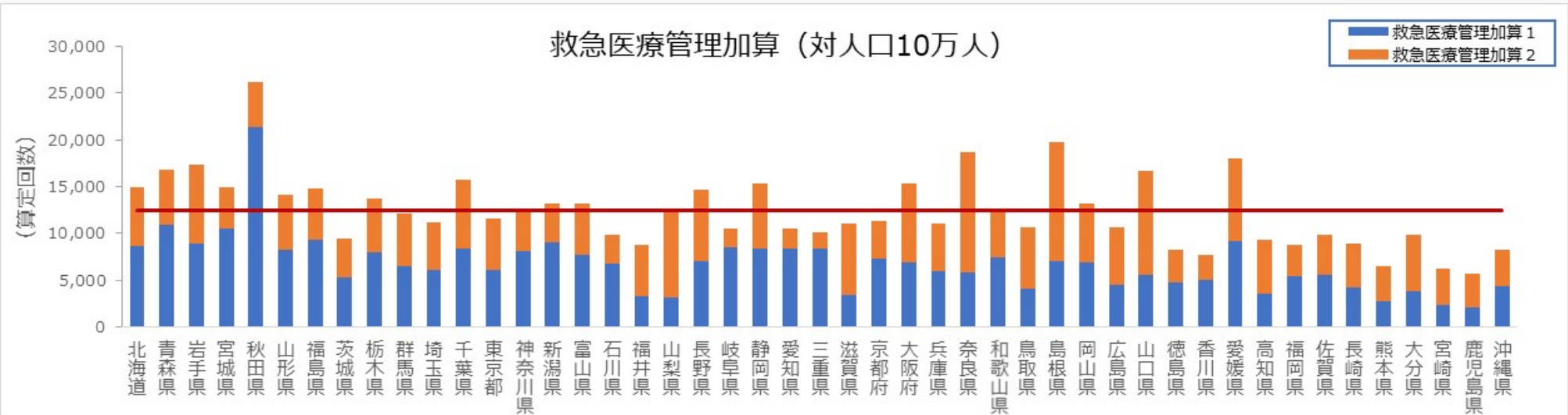
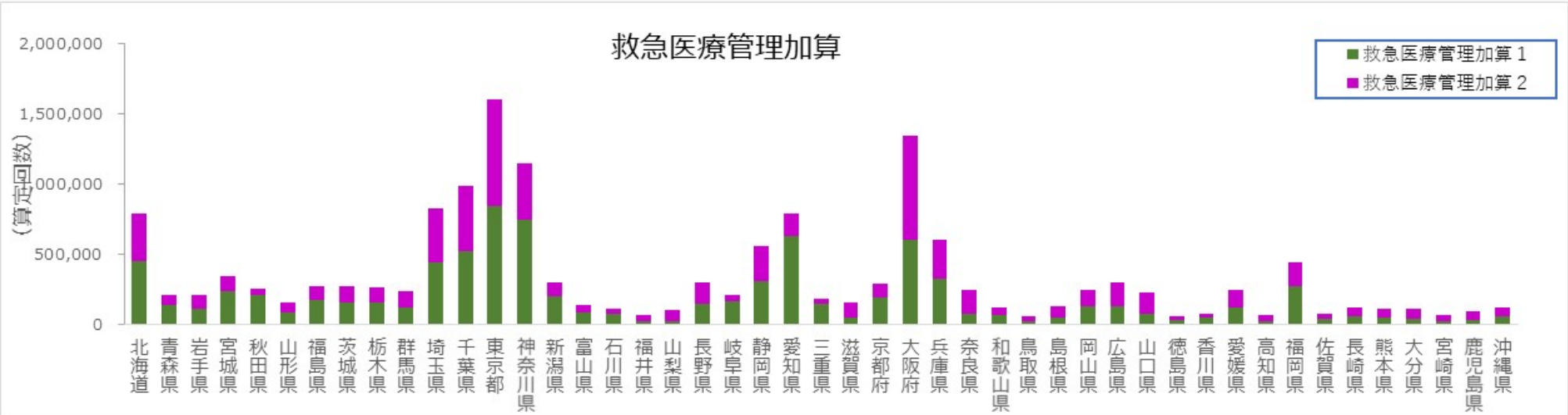
脳梗塞		腎臓または尿路の感染		股関節・大腿近位の骨折		肺炎		ヘルニアの記載のない腸閉塞	
71282人		39270人		32536人		32099人		29933人	
酸素吸入	3700(5.2%)	留置カテーテル設置	4450(11.3%)	留置カテーテル設置	8976(27.6%)	酸素吸入	6994(21.8%)	ドレーン法(その他のもの)	4941(16.5%)
留置カテーテル設置	2782(3.9%)	酸素吸入	3137(8.0%)	骨折観血的手術(肩甲骨、上腕、大腿)	4855(14.9%)	喀痰吸引	2949(9.2%)	胃持続ドレナージ	4643(15.5%)
喀痰吸引	1195(1.7%)	導尿	1586(4.0%)	酸素吸入	2975(9.1%)	留置カテーテル設置	1881(5.9%)	イレウス用ロングチューブ挿入法	3635(12.1%)
高気圧酸素療法(その他のもの)	771(1.1%)	喀痰吸引	1507(3.8%)	輸血(保存血液輸血)	2908(8.9%)	導尿	878(2.7%)	ドレーン法(持続吸引を行うもの)	1884(6.3%)
鼻腔栄養	591(0.8%)	摘便	455(1.2%)	人工骨頭挿入術(肩、股)	2056(6.3%)	超音波ネブライザー	693(2.2%)	酸素吸入	1538(5.1%)

出典：令和2年度DPCデータ

出典：中医協総会：入院（その3）R 3.11.12

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

救急医療管理加算（算定回数）



出典：厚労省 第6回NDBオープンデータ（令和元年度実績）、総務省統計局 人口推計（2019年（令和元年）10月1日現在）

DPC／PDPS

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。

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

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）		

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

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）	
<u>感染症</u>	・ 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 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。	

出典：令和 4 年度診療報酬改定説明資料等について R4 3 4

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

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

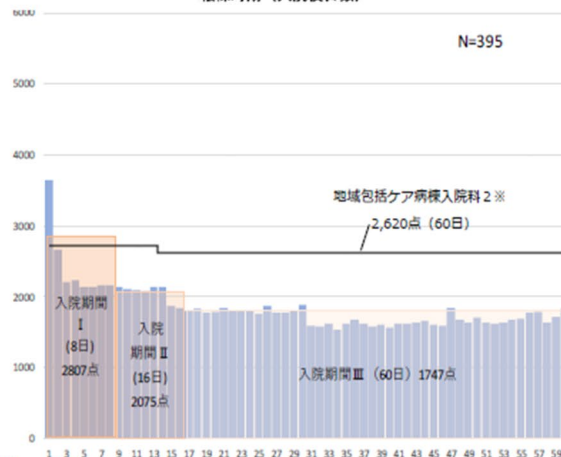
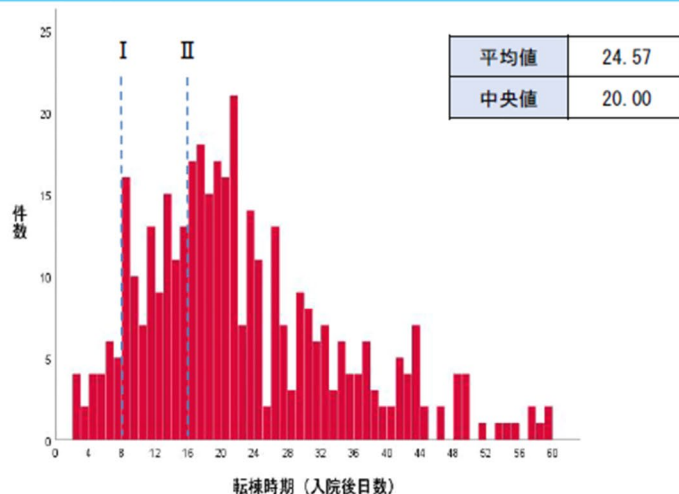
出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

DPC/PDPS

脳梗塞において症例数の多い診断群分類(010060xxCCPM02)の分析

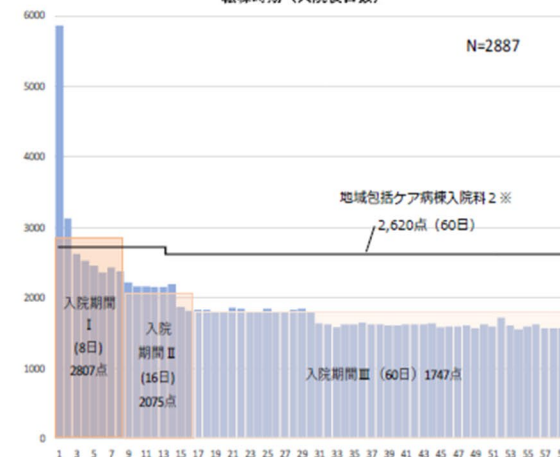
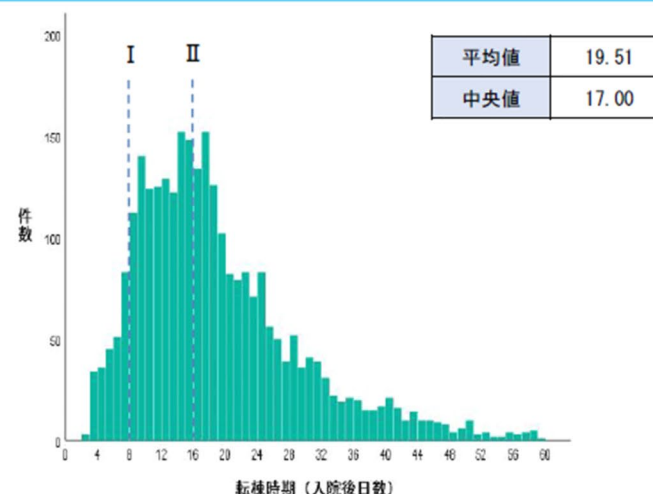
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

他院→自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量



出典：令和2年度DPCデータ

自院DPC→自院地ケアの転棟時期、医療資源投入量

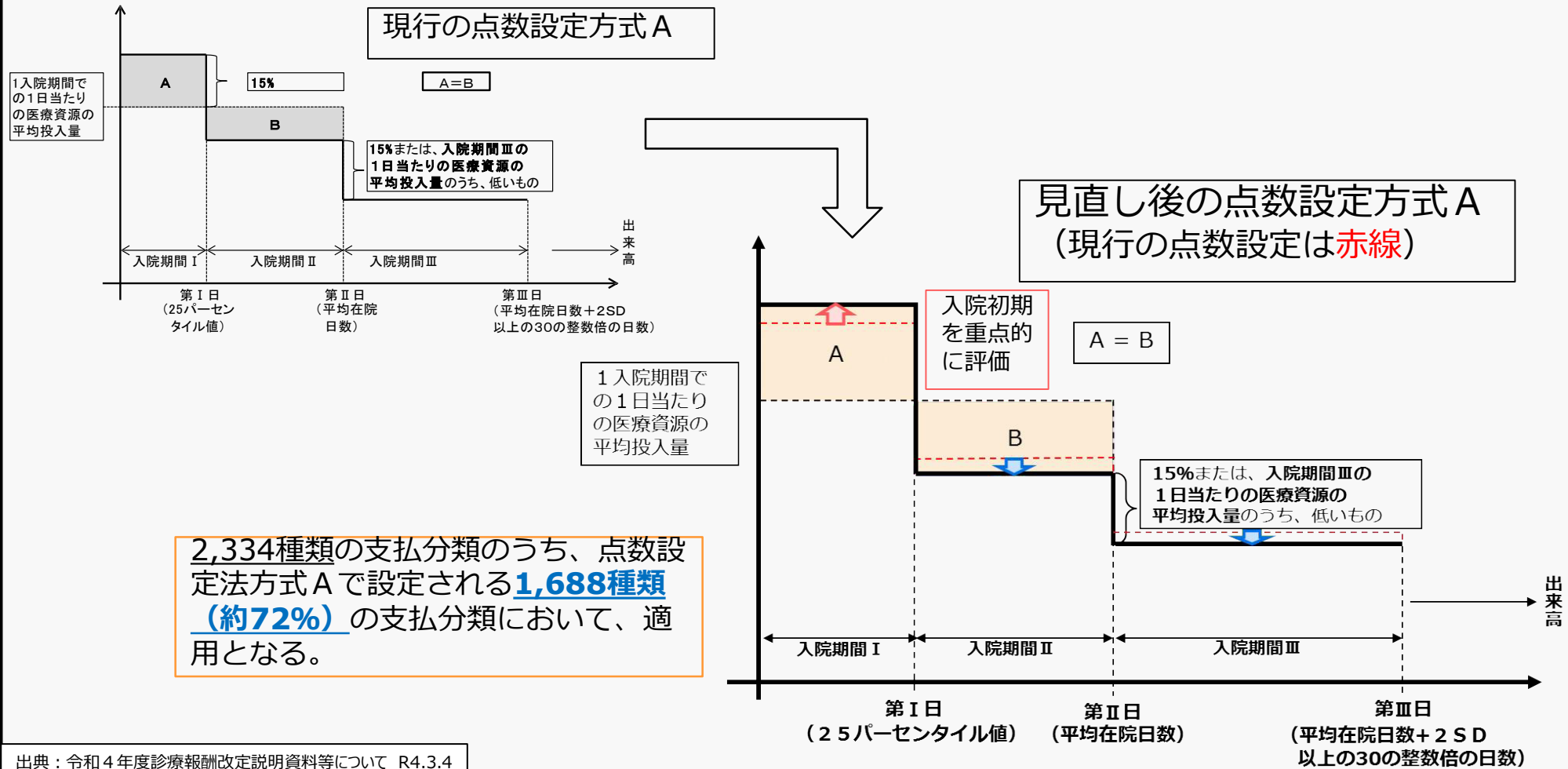


※ 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)

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。



本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

退院患者調査の見直し①

様式1の見直し

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

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

退院患者調査の見直し②

外来 E F ファイル等の見直し

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

出典：令和 4 年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

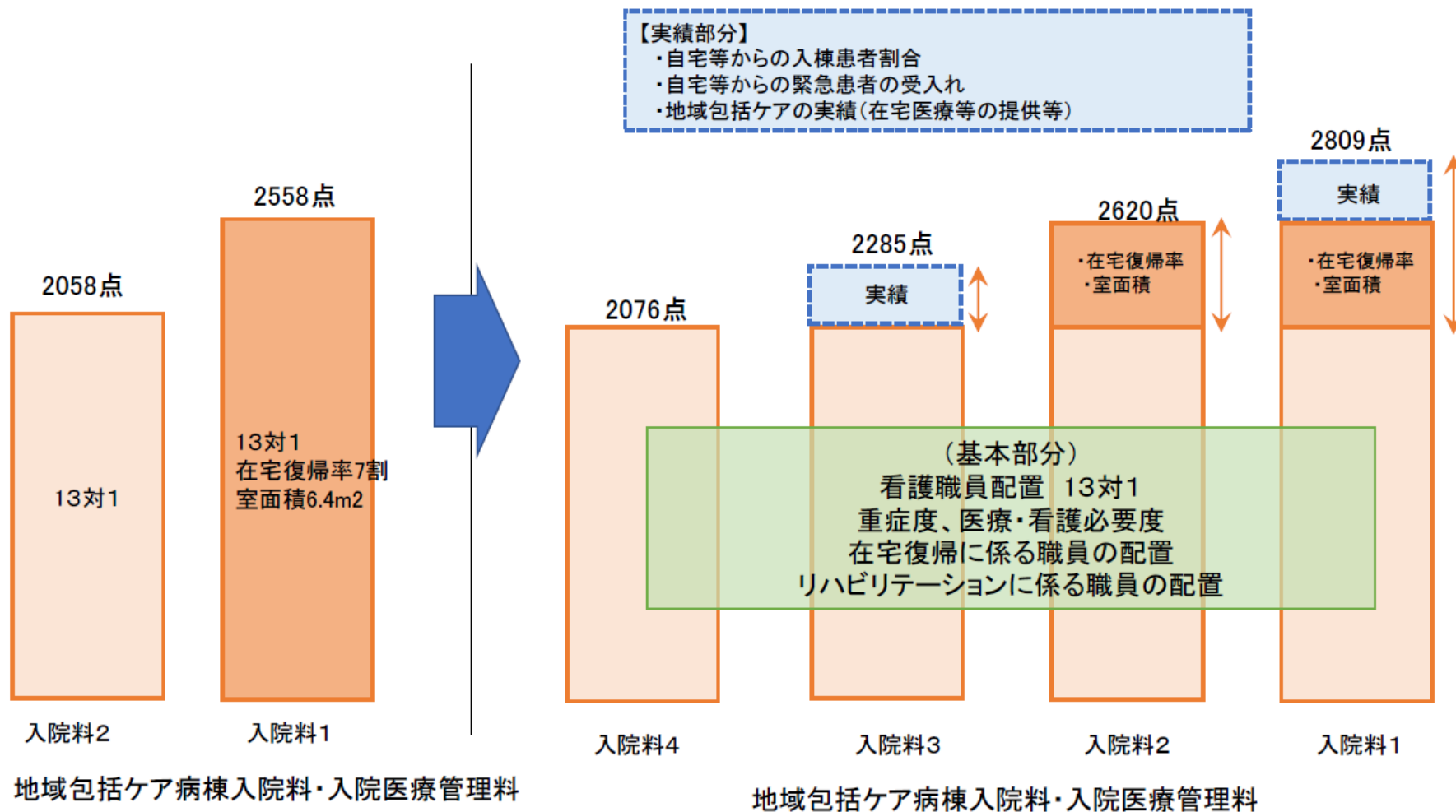
回復期入院

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料のイメージ(現行)

中医協 総-2-1
3 . 1 1 . 1 2

【平成30年度改定前】

【現行】



地域包括ケア病棟入院料（管理料）の主な変更点

		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
在宅復帰率	現行	7割以上				－			
	改定案	7割2分5厘以上				7割以上（未達で100分の90に減算）			
自院の一般病棟 から転棟した患 者割合	現行	－		6割未満 （許可400床以上、未達 で100分の90に減算）	－	－		6割未満 （許可400床以上、未達 は100分の90に減算）	－
	改定案	－		6割未満 （許可200床以上、未達 は100分の85に減算）	－	－		6割未満 （許可200床以上、未達 で100分の85に減算）	
自宅等から 入院した患者割 合	現行	1割5分以上	1割5分以上（10床 未満は3月で6人以上）	－		1割5分以上	1割5分以上（10床 未満は3月で6人以上）	－	
	改定案	2割以上	2割以上（10床未満は 3月で8人以上）	2割以上		2割以上	2割以上（10床未満は 3月で8人以上）	2割以上	
自宅等からの緊 急の入院患者	現行	3月で6人以上		－		3月で6人以上		－	
	改定案	3月で9人以上							
在宅医療等の実 績	現行	＊①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること		－		＊①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること		－	
	改定案	＊①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること		＊①～⑥のうち少なくとも1つを満たしていること		＊①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること		＊①～⑥のうち少なくとも1つを満たしていること	

実績要件：いずれか1つ以上を満たす

- 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、外来在宅共同指導料1の算定回数算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

地域包括ケア病棟入院料（管理料）の主な変更点

項目		対象患者	対象医療機関	点数	限度日数
急性期患者支援病床初期加算	現行	自病院もしくは他病院の一般病棟から転棟した患者	—	150点	14日
	改定案	他病院の一般病棟から転棟した患者	許可病床400床以上	150点	14日
		その他の転棟患者		50点	
		他病院の一般病棟から転棟した患者	許可病床400床未満	250点	
		その他の転棟患者		125点	
在宅患者支援病床初期加算	現行	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		300点	14日
	改定案	介護老人保健施設から入院した患者の場合		500点	14日
		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	

項目	区分	改定内容
地域包括ケア病棟入院料（管理料） 1 及び 2	算定要件	（新設）
		入退院支援加算 1 に係る届出を行っていない保険医療機関（許可病床数が百床以上）。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	一般病床の場合	施設基準の追加
		* 一般病床においては、ア、イ又はオ及びウ又はエの基準を満たしていること。許可病床数が200床未満（一般病床）ウ又はエについては、救急外来又は24時間の救急患者を受け入れていること。経過措置 令和5年3月31日
	療養病床の場合	施設基準の新設
		療養病床である場合には、イ、自宅等からの入院患者の受入れが6割以上である場合。ロ 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前三月で30人以上。ハ救急医療を行うにつき必要な体制。のいずれかに該当すること。該当しない場合は、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。経過措置 令和4年9月30日
	施設基準	⑥ 退院時共同指導料 2 を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
		退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。

- ア 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

イ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近 1 年間の在宅患者の受入実績が 3 件以上（在宅患者緊急入院診療加算の 1 を算定したものに限る。）であること。

ウ 第二次救急医療機関であること。

エ 救急病院であること。

オ 訪問看護ステーションの同一の敷地内に設置

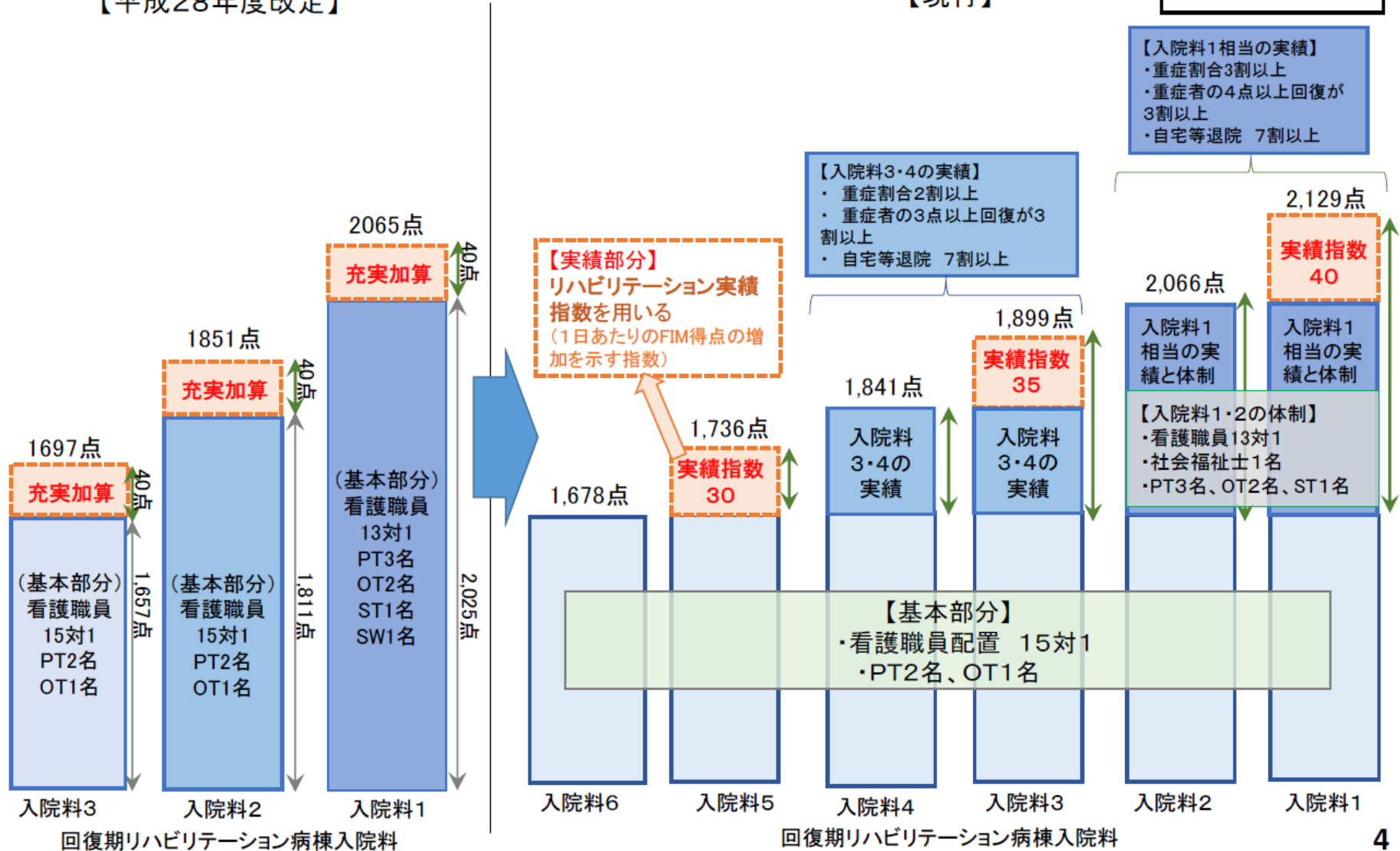
本資料は、2022年3月4日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

中医協 総-2-1
3 . 1 1 . 1 2



4

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (現入院料6)
医師	専任常勤 1 名以上				
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
看護補助者	3 0 対 1 以上				
リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
社会福祉士	専任常勤 1 名以上		－		
管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合：実施することが望ましい			
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○（※経過措置あり）
休日リハビリテーション	○		－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり		
「重症者」（※ 1）の割合	3 割以上⇒4 割以上		2 割以上⇒3割以上		－
重症者における 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)

実績部分

- 入院料 1、3 の施設基準において、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ことが望ましいこと。
 - 対象患者に「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。
 - 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。

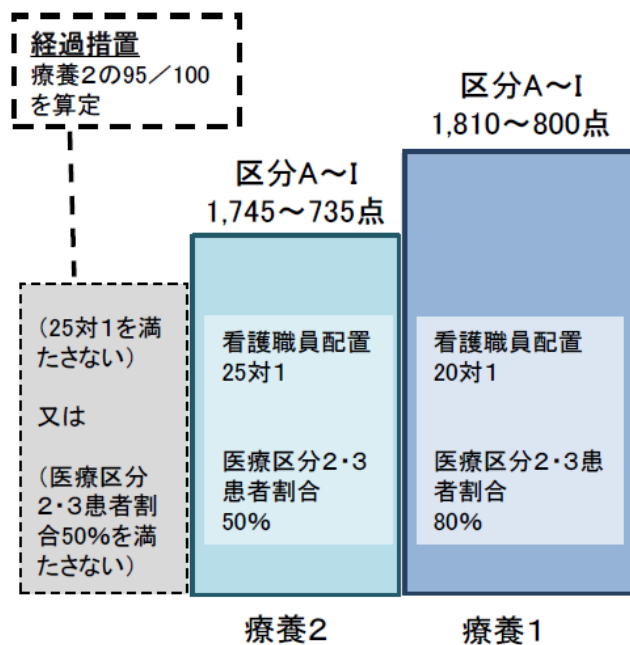
慢性期入院

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価② (3) 長期療養

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

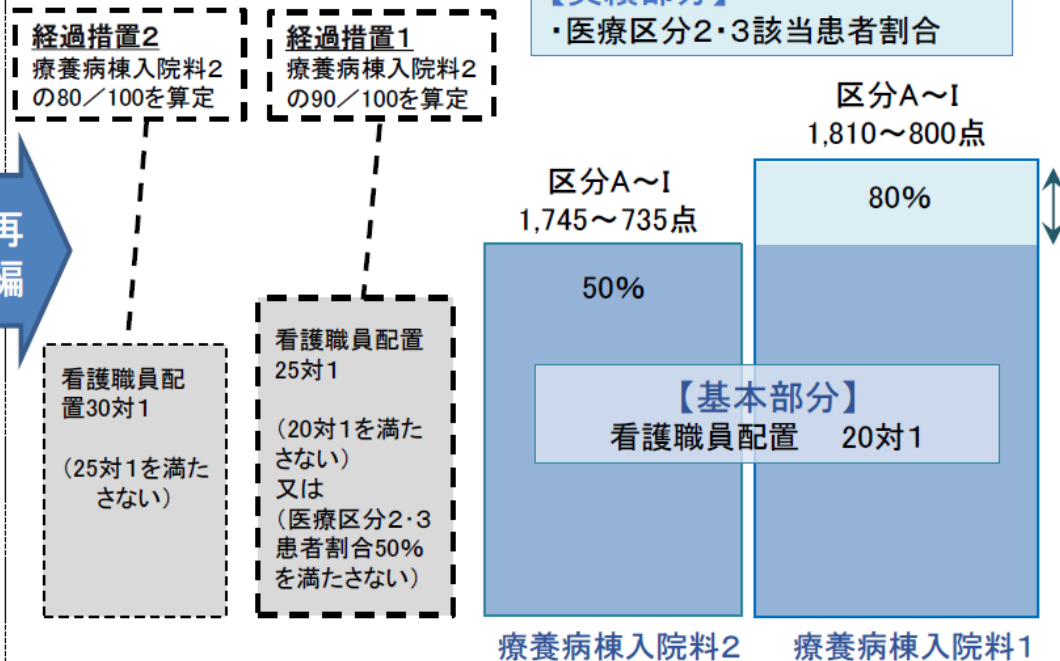
療養病棟入院基本料



再編

【平成30年度改定】

療養病棟入院基本料



上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

出典：平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料等について

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。

出典：令和4年度診療報酬改定説明資料等について R4.3.4

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

療養病棟入院基本料について

診調組入-1

3 . 8 . 6

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	医療区分3
	医療区分2

【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 ・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)

【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 ・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

障害者施設等入院基本料（脳卒中患者）

基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料について、対象とならない脳卒中患者等に係る入院料を見直す（特殊疾患病棟入院料についても同様の対応を行う）。

具体的な内容

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、当該病棟に入院してから90日までの間に限り、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。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	改 定 案
【障害者施設等入院基本料】 〔算定要件〕 注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。	【障害者施設等入院基本料】 〔算定要件〕 注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、所定点数に含まれるものとする。

医療的な状態、医師による診察、看護師によるケアの頻度は、療養病棟とほぼ同等であったとの報告があったため見直された

障害者施設等入院基本料（脳卒中患者）

改定案

注12 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(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

ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(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入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

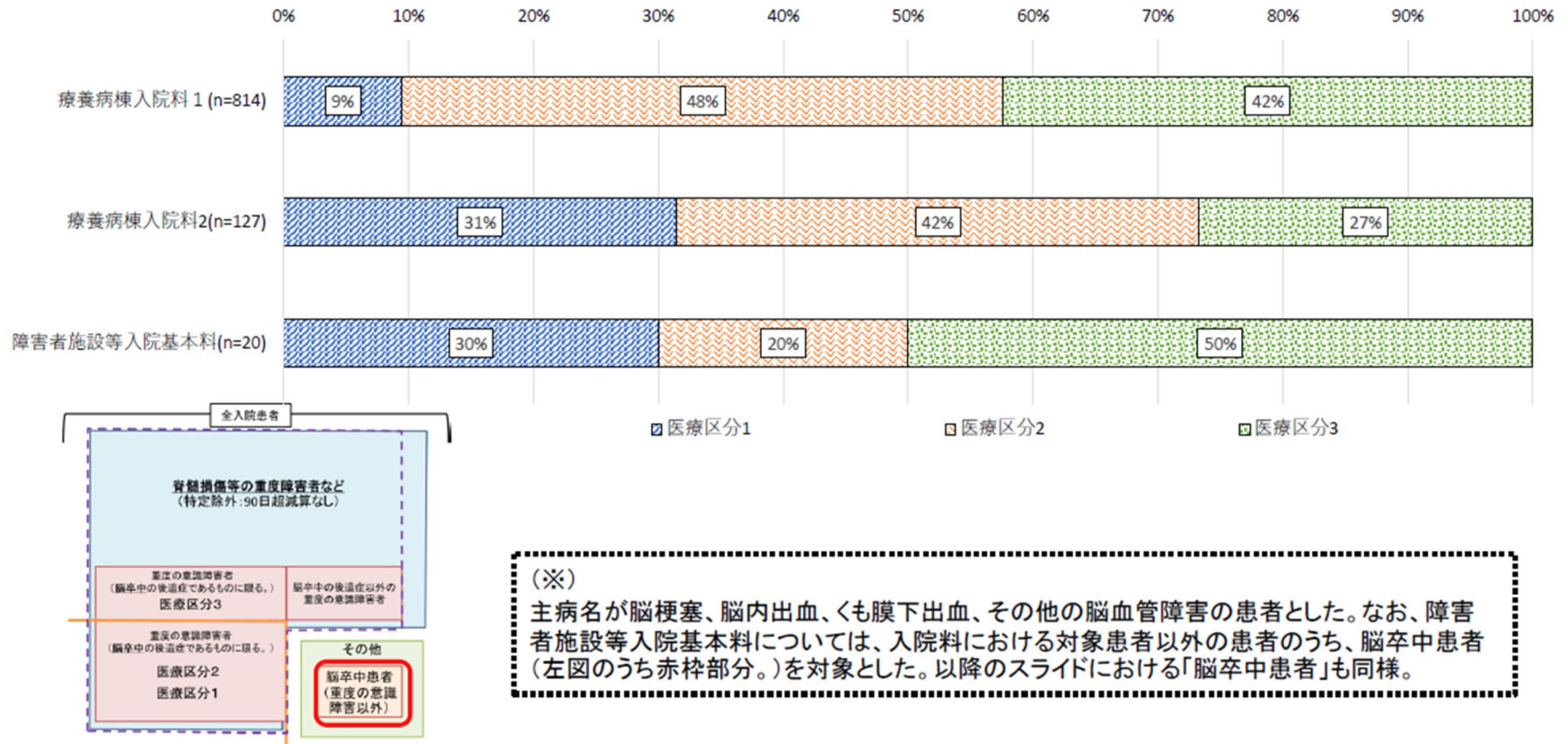
(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,118点

(2) 医療区分1の患者に相当するもの 995点

脳卒中患者（※）における医療区分

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者（※）の医療区分と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者（※）の医療区分を比較した。
- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院料1では約10%、入院料2では約30%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では30%程度であった。



（※）
主病名が脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管障害の患者とした。なお、障害者施設等入院基本料については、入院料における対象患者以外の患者のうち、脳卒中患者（左図のうち赤枠部分。）を対象とした。以降のスライドにおける「脳卒中患者」も同様。

出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

出典：中医協総会入院（その4）R3.11.19

緩和ケア病棟（患者の状態）

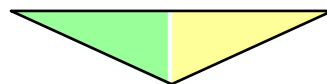
基本的な考え方

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、評価の在り方を見直す。

具体的な内容

緩和ケア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に沿った評価指標を用いて疼痛の評価を実施し、療養上必要な指導を行った場合について新たな評価を行うとともに、緩和ケア病棟入院料の評価を見直す。

現 行	改 定 案
【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日以内の期間 <u>5,207点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,654点</u> ハ 61日以上 <u>3,450点</u> 2 緩和ケア病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 <u>4,970点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,501点</u> ハ 61日以上 <u>3,398点</u>	【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日以内の期間 <u>5,107点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,554点</u> ハ 61日以上 <u>3,350点</u> 2 緩和ケア病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 <u>4,870点</u> ロ 31日以上60日以内の期間 <u>4,401点</u> ハ 61日以上 <u>3,298点</u>



緩和ケア病棟（患者の状態）

現 行	改 定 案
注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 （新設）	注3 診療に係る費用（注2 及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 4 当該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は、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。

緩和ケア病棟（患者の状態）

現 行	改 定 案
(新設)	(6) 「注4」に規定する加算を算定する場合には、「 <u>がん疼痛薬物療法ガイドライン</u> 」（日本緩和医療学会）、「 <u>新版 がん緩和ケアガイドブック</u> 」（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、 <u>疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。</u>

緩和ケアガイドブックの改訂において、評価に当たっては、疼痛の強さや疼痛のパターン等を評価することとされています



日医工がお届けする **Stu-GE** は、
医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC／PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 メールマガジンの受信

会員特典2 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>