

令和4年度 診療報酬改定 ポイント

日本病院会 診療報酬検討委員会

診療報酬作業小委員会

目次(主な改定項目)

□ 令和4年度診療報酬改定の基本方針(概要)	3	□ 報告書管理体制加算	76
□ 感染対策向上加算、外来感染対策向上加算	4	□ 電子的保健医療情報活用加算	77
□ 急性期充実体制加算、精神科充実体制加算	8	□ 情報通信機器を用いた初・再診、医学管理料	78
□ 総合入院体制加算	11	□ オンライン資格確認システム	81
□ 重症度、医療・看護必要度	13	□ 疾患別リハビリテーション料	84
□ 特定集中治療室等 重症患者対応体制強化加算 等	21	□ 摂食嚥下支援加算	87
□ 早期離床・リハビリテーション加算、早期栄養介入管理加算	28	□ がん患者指導管理料	89
□ 地域包括ケア病棟入院料	33	□ 外来栄養食事指導料	91
□ 回復期リハビリテーション病棟入院料	36	□ 外来腫瘍化学療法診療料	94
□ 療養病棟入院基本料	40	□ 精神科個別項目	97
□ DPC/PDPS の見直し	44	□ 救急医療管理加算	118
□ 紹介状なしで受診する場合等の定額負担と 紹介受診重点医療機関入院診療加算 等	49	□ 救急搬送診療料の見直し	122
□ 周術期栄養管理実施加算	55	□ 令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見	125
□ 栄養サポートチーム加算 等	58	□ 令和4年度診療報酬改定 経過措置について	127
□ 褥瘡対策	62	□ 委員名簿	132
□ 術後疼痛管理チーム加算	64		
□ 医師労働時間短縮計画、地域医療体制加算	69		
□ 医師事務作業補助体制加算、看護補助体制充実加算等	71		

令和4年度診療報酬改定の基本方針(概要)

(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・訪問介護の確保
- 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
- 効率性に応じた薬局の評価の推進

■ 感染対策向上加算、外来感染対策向上加算

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

外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

【基本的な考え方】

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を平時から個々の医療機関等での感染防止対策を行うことに加え、地域の医療機関が連携して感染対策を推進する観点

図が示す通り、従前の感染防止対策を大幅に拡充したもので、要件も強化された分、点数もついてきている。

加算1病院をリーダーにして地域医療機関全体が連携をはかり、地域全体の感染対策を整えていくイメージである。

新型コロナウイルス感染症を経験し、感染制御は病院だけでなく、地域の診療所等の関わりが重要であり、そのための新設項目でもある。

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

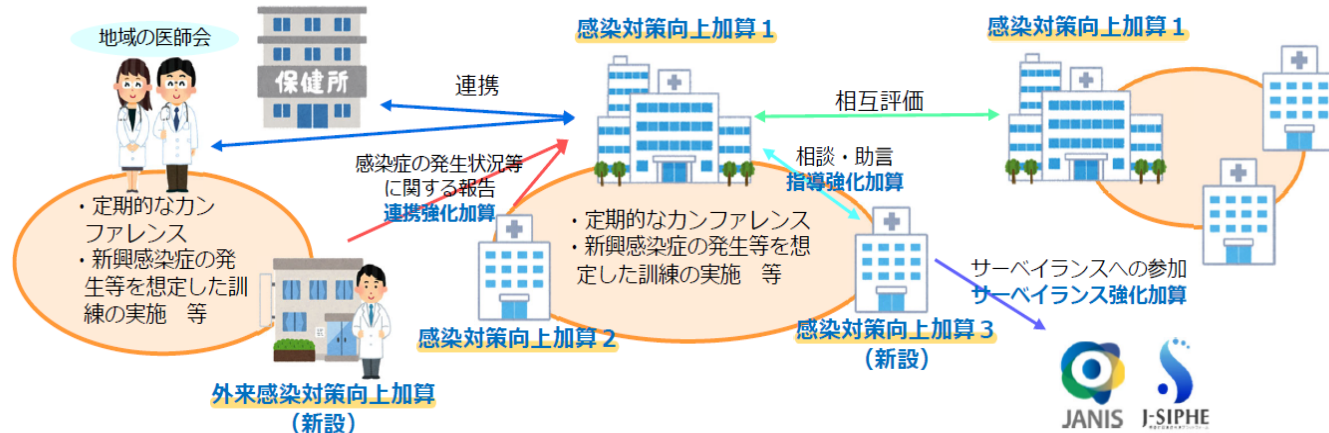
➤ これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行	改定後
【感染防止対策加算】	(新) 【感染対策向上加算】
感染防止対策加算1 390点	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)



A234-2 感染対策向上加算

【疑義解釈とポイント】

加算1

Q:新興感染症の発生時に、都道府県の要請を受けて受け入れる保険医療機関とは？

A:新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関

加算2

Q:要請を受けて疑い患者を受入れる保険医療機関は？

A:新型コロナウイルス感染症に係る協力医療機関

加算3及び外来感染対策向上加算

Q:発熱患者の診療等を実施する保険医療機関は？

A:新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関

□これらの体制を、自治体のホームページ等での公開と院内掲示。

□加算2・加算3の保険医療機関とのカンファレンスは合同でも差し支えない。

□加算1の保険医療機関との相互評価について、

①複数の保険医療機関が同一の保険医療機関を評価する場合も可能。

②評価者は、感染制御チームのうち、医師及び看護師を含む2名以上が必要。

③評価は対面でなくとも、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

□抗菌薬適正使用支援チームと感染制御チームと兼任は可能だが、いずれかの専従である場合は不可

□「感染管理に係る適切な研修」とは、日本看護協会の認定看護師教育課程、日本看護協会が認定している看護系大学院の感染症看護の専門看護師教育課程、東京医薬保健大学感染制御学教育研究センターが行う感染防止対策に係る6か月研修「感染制御実践看護学講座」が該当する。

		感染対策向上加算 1
点数		710点
算定要件		入院初日
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)
	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。
	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
	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
	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 ・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
		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。

□加算2・3の届出可能な保険医療機関の病床数は、医療法上の一般病床の許可病床300床未満を標準とする。

300床未満の保険医療機関であっても加算1の届出も可能である。

□加算1の主催するカンファレンスへの参加は、連携する加算1の保険医療機関が複数ある場合は、それぞれ年1回以上参加しなければならない。ただし、加算1の保険医療機関が合同開催している場合は、そこに参加することをもって、すべてのカンファレンスに参加したものとできる。

□加算2における薬剤師・臨床検査技師の「適切な研修」とは、厚生労働省の院内感染対策講習会である。

□加算3における医師・看護師の「適切な研修」とは、受講証書が交付される感染対策研修である。

□有事の際の対応を想定した地域連携体制について、他の保険医療機関・保健所・医師会と、必要な情報やその共有方法について事前に協議し、内容を記録しておく。

◇サーベイランス強化加算にみるように、加算1では、JANISやJ-SIPHEなどへの参加は義務だが、加算2・3では参加するにあたり5点の上乗せとなっていることを考慮すれば、今後の質の評価の方向性がみえる。

◇急性期充実加算の要件に加算1が加わるなど、地域における急性期病院の位置づけも変化している。

◆公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

		感染対策向上加算2	感染対策向上加算3
点数		175点	75点
算定要件		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	
主な施設基準	届出基準	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする（外来感染対策向上加算の届出がないこと）	
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・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 ・ <u>専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい）</u> ・ <u>専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）</u>
	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（ <u>訓練への参加は必須とする。</u> ） ・ <u>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</u> ・ <u>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</u>	・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（ <u>訓練への参加は必須とする。</u> ） ・ <u>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</u> ・ <u>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</u>
	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、 <u>サーベイランス強化加算</u> として5点を算定する。	
	その他		・ <u>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</u> ・ <u>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ドス」に沿った対応を行う</u>
		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、 <u>連携強化加算</u> として30点を算定する。	

外来感染対策向上加算

- 届出は、特別の関係にある保険医療機関との連携も可
- 院内感染管理者による職員対象の年2回程度の研修は、保険医療機関外で開催される研修会は不可
- ◆診療所においても有資格者のリーダーシップが求められている
- 院内感染防止対策の取組事項の掲示内容は以下の通り
 - ・院内感染対策に係る基本的な考え方
 - ・院内感染対策に係る組織体制。業務内容。
 - ・抗菌薬適正使用のための方策
 - ・他の医療機関等との連携体制
- 有事の際の対応を想定した地域連携体制について、他の保険医療機関・保健所・医師会と、必要な情報やその共有方法について事前に協議し、内容を記録しておく。
- 参加すべき感染対策向上加算1のカンファレンスとは、具体的には、
 - ・感染症患者の発生状況
 - ・薬剤耐性菌等の分離状況
 - ・院内感染対策の実施状況
 - ・抗菌薬の使用状況
- カンファレンスは、書面による持ち回り開催は不可
- 新興感染症の発生等を想定した年1回以上の訓練とは、具体的には、個人防護具の着脱訓練などで、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

◆今回はカンファレンスなど教育と連携の意味合いが強い

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

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

(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

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

[主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
- (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
- (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。

- 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

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

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

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

■急性期充実体制加算、精神科充実体制加算

※ I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価①

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

高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を評価を有する医療機関における診療を評価する観点から、また、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

急性期充実体制加算(1日につき)	総合入退院加算 I	総合入退院加算 II	総合入退院加算 III
7日以内の期間 460点	240 × 14 (DPC係数0.0610)	180 × 14 (0.0457)	120 × 14 (0.0305)
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			

入院した日から起算して14日を限度とし、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。(出来高算定)

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。

保険薬局との取引等その他の特別な関係が無いこと。

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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>いずれかを ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター 満たす ◆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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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） <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>いずれかを満たす</p> <p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆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 </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ◆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。) </td> </tr> </table>	<p>いずれかを満たす</p> <p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆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 	<ul style="list-style-type: none"> ◆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。)
<p>いずれかを満たす</p> <p>ア 右のうち、4つ以上満たす</p> <p>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆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 	<ul style="list-style-type: none"> ◆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。) 		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算1又は2の届出を行っている 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 		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 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科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 		

A200-2 急性期充実体制加算(1日につき)

注2 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については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

精神科充実体制加算(1日につき) 30点

[施設基準]

- (1)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。
- (2)次のいずれにも該当すること。

イ 精神科を標榜する保険医療機関であること。

ロ 精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかに係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

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

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編、平成26年、28年に改定。

(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	<ul style="list-style-type: none"> 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なくても良い。） 外来を縮小する体制を有すること。（右記） 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> 初診に係る遠送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1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。 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		
救急自動車等による搬送件数	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 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
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 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 □ 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 □ 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：3割3分以上 必要度Ⅱ：3割以上		必要度Ⅰ：3割以上 必要度Ⅱ：2割7分以上

経過措置

令和4年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和4年9月30日までの間、令和4年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものとする。

■重症度、医療・看護必要度

※ I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

【注目ポイント】

- 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。

現行

【一般病棟用】

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
創傷処置			
1 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-
4 心電図モニターの管理	なし	あり	-
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-
専門的な治療・処置			
(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
I: 救急搬送後の入院(5日間)			
8 II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり



改定後

- ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
創傷処置			
1 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3 注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5 輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
専門的な治療・処置			
(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
I: 救急搬送後の入院(5日間)			
7 II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

注射薬剤3種類の留意点

【対象外薬剤】

注射薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが**30番台(注射)の薬剤**に限り、評価の対象となる。ただし、**血液代用剤、透析用剤、検査用剤、他の項目の評価対象となっている薬剤等、別表のコード一覧(輸液等)に掲げる薬剤は種類数の対象から除くこと。**

【ビタミン剤の取り扱い】

ビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因が**ビタミンの欠乏又は代謝異常**であることが明らかであり、かつ、**必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを薬剤種類数の対象としない。**

□ 一般病棟の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における**該当患者割合の基準**を見直す。

【経過措置】

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

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

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

		改定後	
		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料 1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料 2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料 3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料 4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料 5		17%	14%
7対1入院基本料 (特定)		-	28%
7対1入院基本料 (結核)		10%	8%
7対1入院基本料 (専門)		30%	28%
看護必要度加算 1 (特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算 2 (特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算 3 (特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算 1・2		33%	30%
総合入院体制加算 3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算 1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%

□ 簡素化を図る観点を踏まえ、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6は、「**改定前の入院料7の点数**」に引き下げ

【経過措置】

令和4年3月31日時点で急性期一般入院料6の届出あり
⇒ **令和4年9月30日**まで改定前の点数を算定できる。

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
看護職員	7対1以上 (7割以上が看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合の基準 必要度 I / II	許可病床数200床以上	31%/28%	27%/24%	24%/21%	20%/17%	17%/14%
	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

□ **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。

※ 「許可病床400床以上」を「許可病床200床以上」に改定

【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。

【解説】

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

- 「一般病棟の重症度、医療・看護必要度」においては、「輸血・血液製剤の管理」が2点になったものの、「心電図モニターの管理」が廃止、「注射薬剤3種類以上の管理」への変更と厳しい改定となっている。
- 「心電図モニターの管理」の廃止については、内科系病棟の評価が大きく引き下がる可能性がある。
- 「注射薬剤3種類以上の管理」については、「血液代用剤、透析用剤、検査用剤、他の項目で評価対象となっている薬剤および輸液等」が「対象外薬剤」として規定されており、想定以上の引き下げとなる可能性がある。
- 該当患者割合も「許可病床200床以上」と「許可病床200床未満」と分けた上での基準見直しをされているが、許可病床200床以上においては「必要度Ⅱ」での評価が必須となっており、より厳格化がなされている。
- 経過措置が9月末(200床以上400床未満は12月末)まで設定がなされているが、自院における改定後のシミュレーションを早めに行った上で、基準に満たさない場合は、「自院急性期病床における患者像の見直し」や「届出入院料の見直し」等の対策を早急に取りっていく必要がある。

【特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度】

- 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要」においても、「心電図モニター」および「B項目」の「評価指標からの廃止」がなされており、一般病棟と同様に自院ICUにおけるシミュレーションと対策が必要となる。
- 「必要度Ⅱ」については今改定では「選択性」となっているが、次の改定においては「必須」となる可能性もあるため、「必要度Ⅱでの基準達成」についても、モニタリングを行っていく必要がある。
- 「B項目」については「評価指標から廃止」となっているが、「評価自体の継続は必要」となっている。

【 疑義解釈：一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

Q 「注射薬剤3種類以上」について、ビタミン剤を薬剤種類数の対象に含めることができるのは、患者の疾患又は症状等により医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合であるとされているが、具体的にはどのような場合か。

A 具体的には、以下に掲げる場合が該当する。ただし、当該ビタミン剤が薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

- 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB12の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかでない場合）
- 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
- 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
- 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分かゆを食している場合
- 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

なお、「ビタミン剤」とは、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

【 疑義解釈：一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 】

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合について、令和4年9月30日までの経過措置が設けられている入院料等については、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた強化をいつから行う必要があるか。

A 令和4年10月1日に届出を行うには、経過措置が令和4年9月30日までの入院料等については遅くとも令和4年7月1日から、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。

Q 許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関であって急性期一般入院料1を算定する病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価については、令和4年12月31日までの経過措置が設けられているが、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価をいつから行う必要があるか。

A 令和5年1月1日に届出を行うには、遅くとも令和4年10月1日から、令和4年度診療報酬改定後の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価を行う必要がある。

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る入院料等の施設基準における該当患者割合の基準について、令和4年3月31日時点で現に届出を行っている病棟又は病室は、令和4年9月30日までの経過措置が設けられているが、当該病棟又は病室を有する保険医療機関が「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。以下「8月31日事務連絡」という。)の対象医療機関等に該当する場合、どのように考えればよいか。

A 8月31日事務連絡の対象医療機関等に該当するか否かにかかわらず、令和4年3月31日時点で現に届出を行っている病棟又は病室は、令和4年9月30日までの経過措置の対象となる。

【 疑義解釈: 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 】

Q 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱが要件化されている急性期一般入院料を算定する病棟を有する場合、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定についても、必要度Ⅱを用いた評価が要件となるのか。

A 医療機関の実情に応じて、必要度Ⅰ又はⅡのいずれかを用いて評価を行ってよい。

Q 「B患者の状況等(B項目)」については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価の基準の対象から除外されたが、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価票を用いて評価を継続する必要があるか。

A 必要。

Q 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへの評価方法の切替えを行う場合、届出時に、Ⅰ及びⅡのいずれの基準も満たしている必要があるか。

A 届出を行う前月において、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たしていればよい。

【注目ポイント】

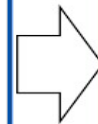
□ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要について以下のとおり見直す。

- ・ 「心電図モニター」の管理の項目について、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。
- ・ 「B患者の状況等」項目について、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。
- ・ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要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(Ⅱ)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Ⅱをいいて評価する場合の患者割合の基準を見直す。

【経過措置】

令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出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差し支えない。

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	あり
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	あり
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり	あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	あり
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり	あり
6 人工呼吸器の管理	なし	あり	あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり	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	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	あり
2 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり	あり
3 シリンジポンプの管理	なし	あり	あり
4 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり	あり
5 人工呼吸器の管理	なし	あり	あり
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	あり
7 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり	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	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

救命救急入院料1・3
についてはハイケア
ユニット用の評価表
にて行う

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

【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。

■特定集中治療室等 重症患者対応体制強化加算 等


※ I-3-⑥ 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の新設

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑥

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

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

➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

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

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

③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

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

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

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

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



A300 注11

・早期離床・リハビリテーション加算の施設基準における早期離床・リハビリテーションチームの専任の常勤看護師は、区分番号「A300」救命救急入院料の注11及び区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注6に規定する重症患者対応体制強化加算(以下単に「重症患者対応体制強化加算」という。)の専任看護師が兼任しても差し支えないか。

(答)同一治療室内であれば、兼任して差し支えない。

・重症患者対応体制強化加算の施設基準における専任の常勤臨床工学技士は、早期離床・リハビリテーションに係る取組を行うことが可能か。

(答)可能。

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	<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。
看護師 2名 以上	<p>・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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>		
必要な届出	<p>・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</p> <p>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。</p>		
実績	<p>・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</p>		

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。

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。

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

[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)
 - 現時点では、一般社団法人日本臨床救急医学会が実施する「入院時重症 患者対応メディエーター講習会」が該当する。
 - イ 医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者
- (5) 支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) 支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。
- (※)救命救急入院料、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及び新生児治療回復室入院医療管理料において算定可能とする

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

・ 区分番号「A234-4」重症患者初期支援充実加算の施設基準において、入院時重症患者対応メディエーターは、「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)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」であることとされているが、

①「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」には、具体的にはどのようなものがあるか。②令和5年3月31日までに当該研修を修了できなかった場合、重症患者初期支援充実加算の施設基準の届出を取り下げる必要があるか。③「当該支援に係る経験を有する」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

(答)それぞれ以下のとおり。

①現時点では、一般社団法人日本臨床救急医学会が実施する「入院時重症患者対応メディエーター講習会」が該当する。②直ちに届出を取り下げる必要はないが、可能な限り速やかに研修を修了すること。③集中治療領域における特に重篤な患者及びその家族等に対する支援について、3年以上の経験を有することを指す。

・ 区分番号「A234-4」重症患者初期支援充実加算について、当該加算を算定できる治療室を複数有している場合、全ての治療室にそれぞれ別の入院時重症患者対応メディエーターを配置する必要があるか。

(答)当該保険医療機関内に入院時重症患者対応メディエーターが配置されていればよく、必ずしも全ての治療室にそれぞれ別の担当者が配置されている必要はない。

・ 区分番号「A234-4」重症患者初期支援充実加算について、「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」とあるが、当該加算を算定できる病室に入院後、当該加算を算定できない病棟又は病室に転棟し、再度当該加算を算定できる病室に入室した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

(答)重症患者初期支援充実加算を算定できる病室に最初に入室した日を起算日とする。

救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

- 第1 基本的な考え方 患者の病態によって、長期の集中治療管理が必要となる場合があることを踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている治療室における算定上限日数に係る評価の在り方を見直す。
- 第2 具体的な内容 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、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。

改 定 案	現 行
【救命救急入院料】	【救命救急入院料】
1 救命救急入院料 1	1 救命救急入院料 1
イ 3日以内の期間 10,223点	イ 3日以内の期間 10,223点
ロ 4日以上7日以内の期間 9,250点	ロ 4日以上7日以内の期間 9,250点
ハ 8日以上の間 7,897点	ハ 8日以上14日以内の間 7,897点
2 救命救急入院料 2	2 救命救急入院料 2
イ 3日以内の期間 11,802点	イ 3日以内の期間 11,802点
ロ 4日以上7日以内の期間 10,686点	ロ 4日以上7日以内の期間 10,686点
ハ 8日以上の間 9,371点	ハ 8日以上14日以内の間 9,371点
3 救命救急入院料 3	3 救命救急入院料 3
イ 救命救急入院料	イ 救命救急入院料
(1) 3日以内の期間 10,223点	(1) 3日以内の期間 10,223点
(2) 4日以上7日以内の期間 9,250点	(2) 4日以上7日以内の期間 9,250点
(3) 8日以上の間 7,897点	(3) 8日以上14日以内の間 7,897点
ロ (略)	ロ (略)

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

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。)にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化(腹膜透析を除く。)又は体外式心肺補助(ECMO)を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

[施設基準]

(4) 救命救急入院料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準
患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。)にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

[施設基準]

(新設)

【特定集中治療室管理料】

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

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(特定集中治療室管理料2及び4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。)にあっては60日、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

【特定集中治療室管理料】

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

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(特定集中治療室管理料2及び4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。)にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

た保険医療機関に入院している患者であつて、急性血液浄化(腹膜透析を除く。)又は体外式心肺補助(ECMO)を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

[施設基準]

(4) 特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準
患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[施設基準]

(新設)

■早期離床・リハビリテーション加算、早期栄養介入管理加算

※ I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑩

早期離床・リハビリテーション加算の見直し

- 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リハビリテーション等の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の算定対象に、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を算定する治療室を加える。

- 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)
特定集中治療室管理料1～4



- 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)
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

早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

- 第1 基本的な考え方 特定集中治療室等に入室した患者に対して、早期から離床に必要な取組を行うことを更に推進する観点から、早期離床・リハビリテーション加算における職種要件を見直す。
- 第2 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。

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

- 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又は専任の常勤作業療法士

↓

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

- (6)(1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

↓

(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

早期栄養介入管理加算の見直し

【早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し】

早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行	改定後
<p>【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。</p> <p>【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。</p>	<p>【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。</p> <p>【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。</p> <p>※ 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。</p>

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、早期栄養介入管理加算の対象となる**治療室を見直す**。

- ・早期栄養介入管理加算
400点(1日につき)(7日まで)

現行	改定後
<p>特定集中治療室管理料 1～4</p>	<p>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</p>

早期栄養介入管理加算の見直し

- 第1 基本的な考え方 患者の早期離床及び在宅復帰を推進する観点から、早期栄養介入管理加算の対象となる治療室及び評価の在り方を見直す。
- 入院患者に対する入室後早期の栄養管理について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料を算定する病室について、早期栄養介入管理加算を算定可能とする。

A300-9 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。

[Q&A]

- 区分番号「A300」救命救急入院料の注9、区分番号「A301」特定集中治療室管理料の注5、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号「A301-3」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「A301-4」小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算(以下単に「早期栄養介入管理加算」という。)の施設基準において求める管理栄養士の「集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験」とは、具体的にはどのようなことをいうのか。

(答)早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した患者に対する栄養管理計画に基づく栄養管理の実施や、栄養サポートチームでの栄養管理業務に係る3年以上の経験をいう。

早期栄養介入管理加算の見直し

- 早期栄養介入管理加算について、複数の治療室を有する保険医療機関においては、専任の管理栄養士は、複数の治療室を担当するものとして届出を行うことが可能か。

(答)可能。ただし、専任の管理栄養士が複数の治療室を担当している場合であっても、管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数の合計数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、早期栄養介入管理加算又は区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定する1日当たりの患者数は、専任の管理栄養士1名につき、合わせて15名以下であること。

- 区分番号「A104」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について、集中治療室等から特定機能病院入院基本料を算定する病棟に転棟した患者については、当該加算は算定可能か。

(答)算定可。ただし、当該患者について、早期栄養介入管理加算又は周術期栄養管理実施加算を算定している場合は、算定不可。

- 区分番号「A104」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又は第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算を算定している患者が、早期栄養介入管理加算を算定できる治療室に入室した場合、当該加算は算定可能か。

(答)算定不可。

- 早期栄養介入管理加算を算定した場合には、区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料は別に算定できないこととされているが、一連の入院期間中に早期栄養介入管理加算を算定した後、他の病棟に転棟し、別の入院料等を算定する場合は、入院栄養食事指導料は算定可能か。

(答)算定不可。

■地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し 主要部分 黄色マーカー

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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	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)		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		3月で9人以上		3月で9人以上		3月で9人以上		3月で9人以上		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)		○(2つ以上)		○(2つ以上)		○(2つ以上)		○(2つ以上)		○(2つ以上)		○(2つ以上)	
在宅復帰率	7割2分5厘以上															
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)		2,285点(2,270点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)		2,076点(2,060点)		2,076点(2,060点)	

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

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

◇救急体制に係る評価の見直し 新要件

- ・第二次救急医療機関又は救急病院であること(一般病床の場合)※200床未満は救急外来又は24時間救急医療

「救命救急センター」である必要はなく、救急患者を受け入れる外来が設置されていればよい。(疑義解釈問 123)

◇重症患者割合の見直し

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

◇自院一般病棟からの転棟割合の見直し(入院料2及び4) 厳格化

~~400床以上~~**200床以上**の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合、所定点数の100分の~~90~~**85**で算定

◇在宅復帰率の見直し

- 1.地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2

退院患者に占める在宅等に退院するものの割合 ~~7割以上~~→**7割2分5厘以上**

- 2.地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4 **(要件新設)** *満たさない場合100分の90算定

退院患者に占める在宅等に退院するものの割合 **7割以上**

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し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.地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3

自宅等から入院したものの割合~~1割5分以上~~**2割以上**(病床数が10未満では、自宅等から入院した患者が~~6以上~~**8以上**)

自宅等からの緊急の入院患者受入れ人数が、前3月間において~~6人以上~~**9人以上**

2.地域包括ケア病棟入院料2・4 管理料2・4

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。*満たさない場合100分の90

ア 自宅等から入棟した患者割合が2割以上 イ 自宅等からの緊急患者の受入れ3月で9人以上 ウ 在宅医療等の実績1つ以上

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、外来在宅共同指導料1の実績を加えても可

◇医療法上の病床種別に係る評価を見直し（地域ケア包括病床が療養病床である場合）

所定点数の100分の95にて算定するが、① 自宅等からの入院患者受入れ6割以上 ② 自宅等からの緊急入院患者受入実績が前3月で30人以上 ③ 救急医療に必要な体制整備 いずれかの場合減算なし

■回復期リハビリテーション病棟入院料

※ I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ⑰

－ 施設基準 －

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※1)
医師	専任常勤 1 名以上				
看護職員	1.3 対 1 以上 (7 割以上が看護師)	1.5 対 1 以上 (4 割以上が看護師)			
看護補助者	3.0 対 1 以上				
リハビリ専門職	専従常勤の PT 3 名以上、 OT 2 名以上、ST 1 名以上	専従常勤の PT 2 名以上、OT 1 名以上			
社会福祉士	専任常勤 1 名以上		-		
管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
第三者評価	<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

※ I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

重症患者に対する効率的・効果的なリハビリテーションの提供を更に推進する観点、回復期リハビリテーションの提供体制の充実を図る観点、患者のニーズに応じたリハビリテーションを推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系を見直された。

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料5を廃止し、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料6を新たな回復期リハビリテーション病棟入院料5として位置付ける。
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料5→**廃止**
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料6→**5**
2. 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重症患者の割合を見直す。
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1、2:重症患者の割合(現行)**3割**以上 → (改定後)**4割**以上
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4:重症患者の割合(現行)**2割**以上 → (改定後)**3割**以上
(経過措置) 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。
3. 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。

※毎年7月において、第三者評価の状況等について別添7の様式により届け出る。

【疑義解釈】

Q 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3の施設基準における「第三者の評価」について、ISO(国際標準化機構)9001の認証は該当するか。

A 該当する。

回復期リハビリテーション病棟入院料

※ I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ⑱

4. 「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」を追加する。

	回復期リハビリテーション病棟の対象疾患	算定上限日数
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、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	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	180日以内
2	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節も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	90日以内
3	外科手術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、手術後または発症後の状態	60日以内
4	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日以内
5	股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日以内
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	90日以内

回復期リハビリテーション病棟入院料

※ I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

★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が見直された。

5. 特定機能病院におけるリハビリテーションの評価

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は、2,115点)

[施設基準] ※概要・一部抜粋

- ・心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。
- ・専従の常勤医師が1名以上配置。・看護職員10対1以上。・看護職員の7割以上が看護師。
- ・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、専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置。
- ・特定機能病院である。(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。・リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上。
- ・新規入院患者のうち5割以上が重症の患者。・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。
- ・他の保険医療機関との連携体制が確保されている。・早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関。・1病棟に限り届出を行うことができる。

【疑義解釈】

Q 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定していた患者が、医療上の必要があり、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院した場合、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数は、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を開始した日を起算日として考えればよいか。

A よい。

Q 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における専従の常勤の管理栄養士の配置について、専従の非常勤の管理栄養士を2名以上配置して常勤換算することにより、当該基準の該当性を判断してよいか。

A 不可。

Q 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における専従の常勤医師の配置について、専従の非常勤医師を2名以上配置して常勤換算することにより、当該基準の該当性を判断してよいか。

A 不可。

療養病棟入院基本料

【療養】主な改定項目

療養病棟入院基本料

療養病棟において、更なる質の高い医療が行われるよう、中心静脈栄養患者に係る要件を追加。病棟に入院している患者や行われている医療等を踏まえた、経過措置病棟の評価が適正化。

中心静脈栄養を実施する場合は、嚥下機能評価等を要件化。経過措置病棟において、リハビリテーションを実施する際、FIM測定を要件化するとともに、評価が適正化(85/100→75/100)。

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。

※令和4年3月4日保医発0304第2号

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り扱いについて(通知)

療養病棟入院基本料の注1に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について次のいずれも満たしていること。

ア 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

イ 摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できること。

ウ 毎年7月において、療養病棟入院料を算定している患者のうち、中心静脈栄養を実施している患者の数、終了した患者の数、嚥下機能療法を実施した患者の数及びアの他の保険医療機関との協力による体制の確保の状況等を様式5の7を用いて届け出ること。

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-㉑

医療区分について (参考)

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

1. 医療区分の見直し

[経過措置]

・令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。

・令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-㉑

療養病棟入院基本料の点数（参考）

【疑義解釈】

Q 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注1について、「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」とあるが、摂食機能又は嚥下機能の回復に係る実績を有している必要はあるか。

A 必ずしも実績を有している必要はないが、中心静脈栄養を実施している患者については、嚥下機能に係る検査等の必要性等を定期的に確認すること。

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

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

- 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直し。
 - ・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。
 - ・療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の85 → 改定後)100分の75に相当する点数を算定する。
- 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。
- 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。

[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。

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

【疑義解釈】

Q 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注11について、入院中の患者であって、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料(以下「疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するものに対して、1月に1回以上、FIMの測定を行っていない場合には、当該患者に係る疾患別リハビリテーション料のうち、一日につき2単位を超えるものは、当該入院基本料に含まれることとされているが、「1月に1回以上」とは、暦月に1回以上のことを指すのか。

A そのとおり。

Q 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注11に規定する点数を算定する患者について、疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う場合も、FIMの測定に係る規定は適用されるか。

A 適用される。

Q 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の注11について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和4年厚生労働省告示第54号)による改正前の(中略)なお従前の例による」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、令和4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こととされているが、注11に規定する点数の適用について、どのように考えればよいか。

A 令和4年4月1日より、改正後の点数(100分の75に相当する点数)を算定すること。

3. その他

【疑義解釈】

Q 区分番号「A101」療養病棟入院基本料及び区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料について、脳血管疾患等により療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者が、令和2年3月31日以前から回復期リハビリテーションを要する状態に該当しており、令和2年4月1日以降に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟に転棟した場合には、留意事項通知により「医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への移動が認められる」こととされているが、当該患者が脳血管疾患等を有することをもって、「医療上特に必要がある場合」に該当するものとして、再度療養病棟入院基本料を算定する病棟に当該患者を転棟させることは可能か。

A 当該患者を同一保険医療機関の療養病棟に再度移動させることは、原則として認められない。

医療機関別係数の見直し

- ▶ 新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いとして、診療実績等に係る要件
 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関等に該当する期間を控除し、同等の期間を遡及して算出した場合、その期間を除いた期間の平均値で算出した場合、及び、通常の見直しをした場合とを比較してより高い値に基づき算出。
- ▶ 基礎係数(医療機関群) <他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関のインセンティブ>
 従前の考え方を維持し、3つの医療機関群を設定する。
 実績要件について、大学病院本群の最低値(外れを除く)より高い医療機関をDPC特定病院群とする。

医療機関群	施設数	基礎係数	令和2年度改定と比較
DPC標準病院群	1,501	1.0395	- 0.0009
大学病院本院群	82	1.1249	- 0.0078
DPC特定病院群	181	1.1249	- 0.0028

- ▶ 機能評価係数 I <全ての入院患者が算定する項目を係数化>
 従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直し。
- ▶ 機能評価係数 II <効率改善等への取組を評価し係数化>

Point 各係数を検討し、自院の「診療の実態」を把握。

- 従前の6つの係数全てを維持し、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。
 地域医療係数における体制評価指数を一部変更
 - ・災害時医療: 災害拠点病院の指定、DMATの指定、EMISへの参加、BCPの策定(災害拠点病院以外)
 - ・へき地医療: 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。)
 - ・新興感染症等の医療: 新型インフルエンザ患者入院医療機関の指定、新型コロナウイルス感染症に係る病床確保、GMIS参加。
- ▶ 激変緩和係数
 診療報酬が行われる年度に、推計診療報酬変動率が±2%を超えないようにするため設定。

診断群分類点数表の見直し

- ▶ 診断群分類は、502疾患 4,726分類(うち包括対象4,064、支払い分類2,334)に拡大
令和2年度改定時 502疾患4,557分類(うち包括対象3,990、支払い分類2,260)

Point 標準的な在院日数・分類の分岐等の変更を確認し、パス等の診療体制を点検。

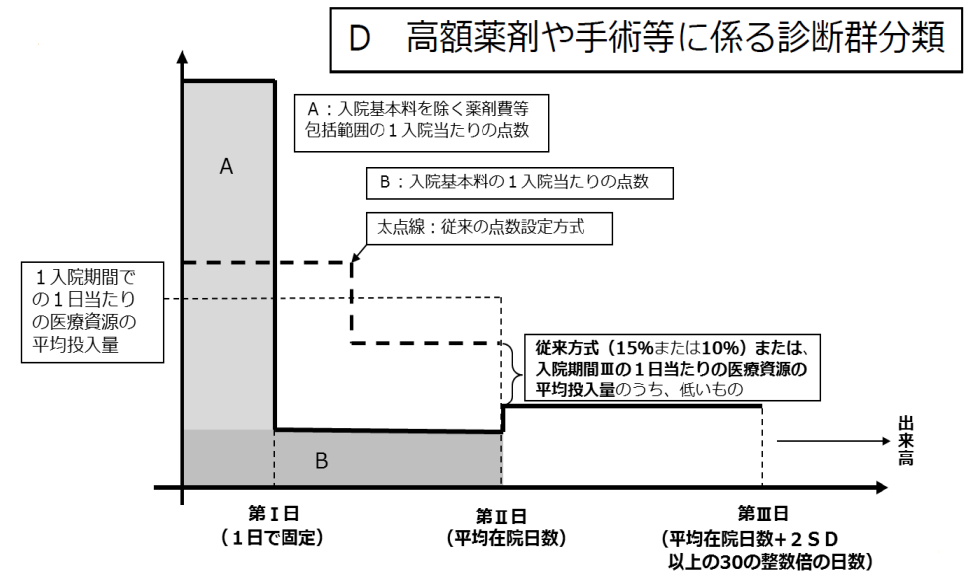
▶ 点数設定方式Dで設定する診断群分類

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。

- ・点数設定方式D:入院期間 I を1日に固定し、入院初日に入院基本料以外の報酬が支払われる。Dに設定される診断群分類は153 分類。

▶ 他院からの転院の有無に応じた評価

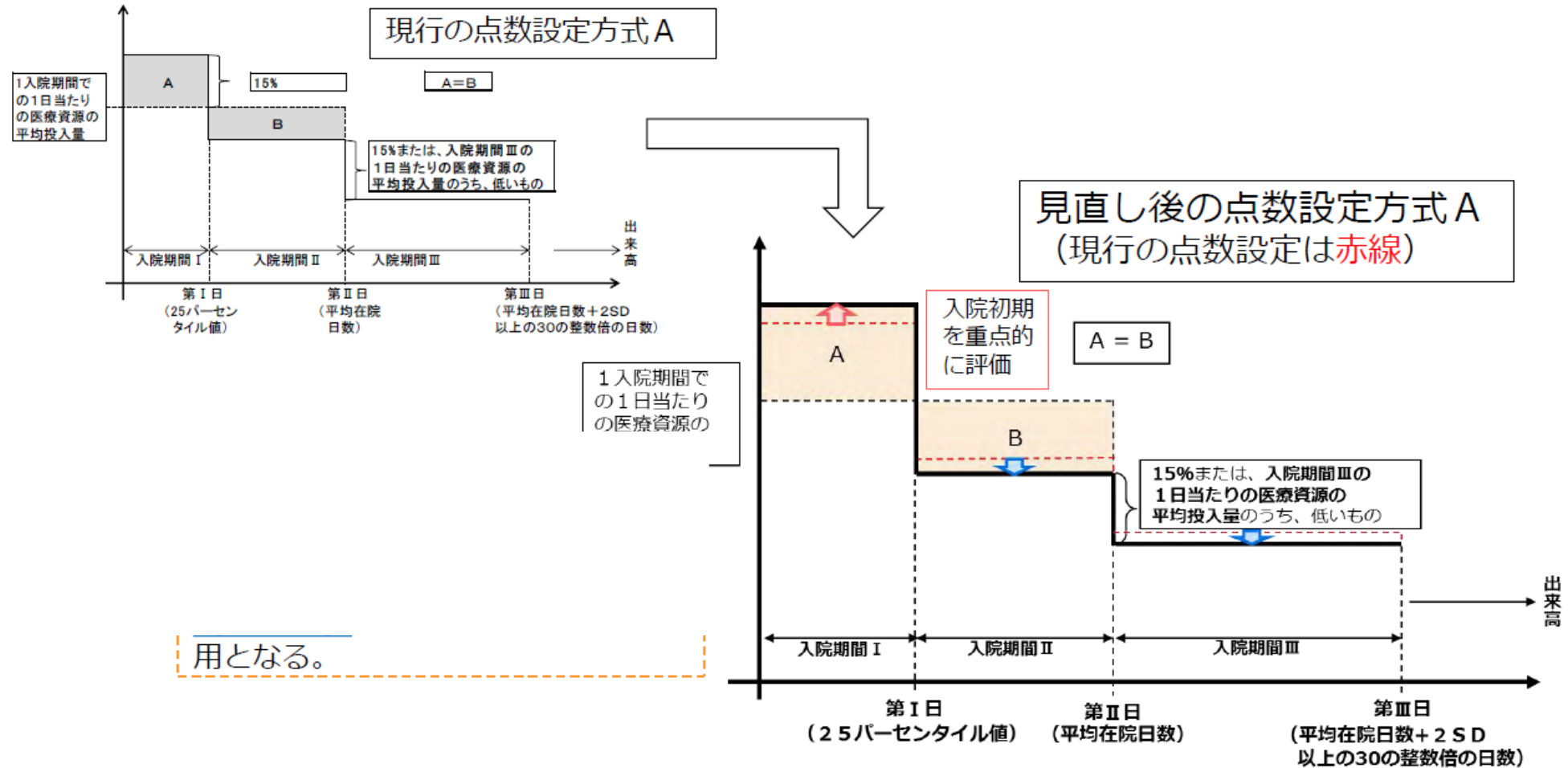
疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類の場合、他院からの転院の有無により評価を区別。
手術が定義されていない診断群分類には、他院から退院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られるため



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、慢性虚血疾患	手術、処置等なし
050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血疾患	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

▶ 点数設定方式Aで設定する診断群分類

入院初期の医療資源投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。
2,334種類の支払分類のうち、点数設定方式Aで設定される1,688種類(約72%)の支払分類において、適用。



退院患者調査の見直し

▶ 様式1 調査項目の見直し

【簡】: 入力 of 簡素化、【新】: 新規追加項目、無印: 既存項目の変更、その他

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、入力を必須とする。
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

▶ 外来EFファイル等の見直し

入院医療を担う機関の機能や役割分析・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。

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、 実施された診療行為等をEFファイルに出力する。	令和4年9月末まで(6ヶ月)
Kファイル	全ての患者	被保険者番号等を追加する	-

Point 「DPC導入の影響評価に係る調査」結果の活用

公表されている退院患者調査の結果を活用し、患者数の増減や在院日数の長短を把握するみだけでなく、地域シェアや在院日数の変化の理由(患者構成による変化、効率化の努力による変化)を検討する。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/database/dpc.html

■ 紹介状なしで受診する場合等の定額負担と紹介受診重点医療機関入院診療加算 等

※ I-4 外来医療の機能分化等-①

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
 1. 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の見直し
 2. 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額等の見直し

改定前

[1. 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

[2. 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

改定後

[1. 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

[2. 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**



【注目ポイント】
 患者負担は増えるが、病院収益は増えない点に留意

[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(2,000円)**、歯科 **200点(2,000円)**
 ・再診: 医科 **50点(500円)**、歯科 **40点(400円)**

(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)

【注目ポイント】令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

改定前

[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は、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合は、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

※ 厚生局への7月報告の際、徴収しなかった人数・事由を報告

改定後

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。**

【解説】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、要件から削除された。**

[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)

【注目ポイント】令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

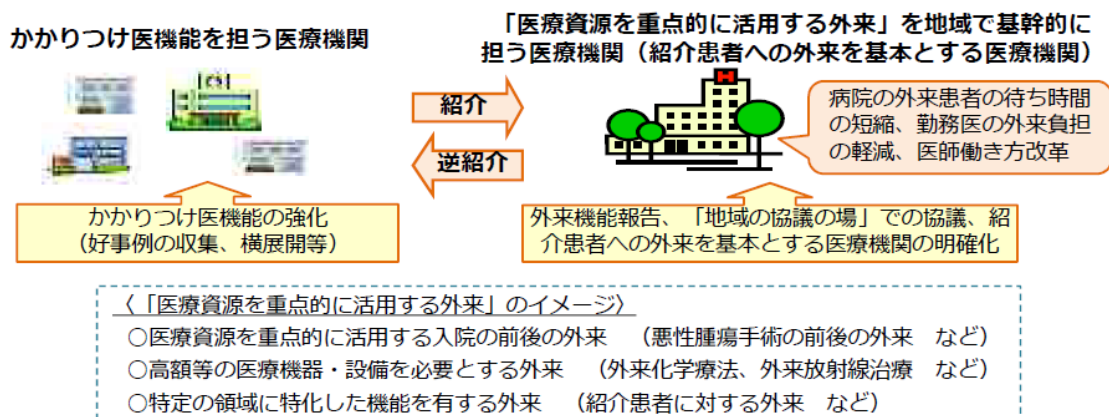
- 「紹介受診重点医療機関」における、入院の前後の外来や医療機器・設備等、医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする外来を担う機能等を評価した点数が新設された。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

【解説】

- 紹介受診重点医療機関とは、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。
- 医療資源を重点的に活用する外来とは、下記のいずれかの機能を有する外来。
 - ①医療資源を重点的に活用する入院前後の外来(悪性腫瘍手術の前後の外来など)
 - ②高額等の医療機器・設備を必要とする外来(外来化学療法、外来放射線治療など)
 - ③特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来など)
- 令和4年度内に地域の協議の場での協議を経て、都道府県において令和5年3月までに紹介受診重点医療機関を公表するスケジュールとなっている。

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



令和3年2月8日医療部会資料

4. スケジュール及び具体的な流れ

- 外来機能報告は、病床機能報告と一体的に報告を行う。令和4年度以降の具体的な年間スケジュールは以下のとおりであり、年度内に地域の協議の場における協議を行うこととする。なお、令和4年度については、原則として、都道府県において、令和5年3月までに紹介受診重点医療機関を公表する。

4月～	<ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関の抽出 NDB データ(前年度4月～3月)を対象医療機関別に集計
9月頃	<ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関に外来機能報告の依頼 報告用ウェブサイトの開設 対象医療機関に NDB データの提供
10～11月頃	<ul style="list-style-type: none"> 対象医療機関からの報告
12月頃	<ul style="list-style-type: none"> データ不備のないものについて、集計とりまとめ 都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none"> 地域の協議の場における協議 都道府県による紹介受診重点医療機関の公表 都道府県に集計結果の提供

令和4年3月17日外来機能報告に関するワーキンググループ資料

【注目ポイント】

- 地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できないことに留意。

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

※ I-4 外来医療の機能分化等③

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された。
- ・ 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、算出方法・項目の定義及び基準が見直された。

【改定後】

初診料の注2,3 :214点

(情報通信機器を用いた
初診については186点)

外来診療料の注2,3 :55点

【注目ポイント】

紹介率・逆紹介率を「紹介割合」
「逆紹介割合」に名称変更し、
定義等が実態に即したものに
見直された。

【注目ポイント】

「逆紹介割合」は千分率(パーミ
ル=‰)で計算。

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

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

※ I-4 外来医療の機能分化等-③

【疑義解釈】

Q1. 区分番号「A000」初診料の注2及び注3並びに区分番号「A002」外来診療料の注2及び注3における紹介割合及び逆紹介割合（以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。）の計算等については令和5年4月1日から適用することとされているが、計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。

A1. 令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること。
なお、当該実績が基準に達していない場合にあっては、令和5年4月1日から令和6年3月31日までの間、区分番号「A000」初診料の注2若しくは注3又は区分番号「A002」外来診療料の注2若しくは注3の所定点数を算定すること。
また、令和5年10月1日までに、令和4年度の年間の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別紙様式28により、地方厚生（支）局長へ報告すること。

Q2. Q1において、紹介割合及び逆紹介割合について「令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること」とされているが、令和4年10月1日までの報告については、どのように考えればよいか。

A2. 令和3年度の実績について、令和4年度診療報酬改定後の計算式を用いて紹介割合及び逆紹介割合等を計算し、報告を行うこと。

ただし、令和3年度の実績について基準を満たさない場合であっても、令和5年3月31日までは初診料の注2及び注3並びに外来診療料の注2及び注3における紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。なお、やむを得ない理由等により報告ができない場合は、その理由を記載した理由書を別添様式28に添付すること。

Q3. 新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる保険医療機関に該当する場合、「新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること」とされているが、紹介割合及び逆紹介割合等の計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。

A3. 新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる保険医療機関に該当する場合は、当該保険医療機関となった年度の、連続する少なくとも3か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、翌年度の4月1日までに、別紙様式28により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合にあっては、翌年度において、区分番号「A000」初診料の注2若しくは注3又は区分番号「A002」外来診療料の注2若しくは注3の所定点数を算定すること。

Q4. 紹介割合及び逆紹介割合における初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数及び救急患者数は、延べ人数を使用するのか。

A4. そのとおり。

Q5. 紹介割合及び逆紹介割合における「初診の患者数」は、どのように考えればよいか。

A5. 初診の患者数とは、区分番号「A000」初診料の算定の有無に関わらず、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行われた患者の数を指す。

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

※ I-4 外来医療の機能分化等-⑤

【解説】

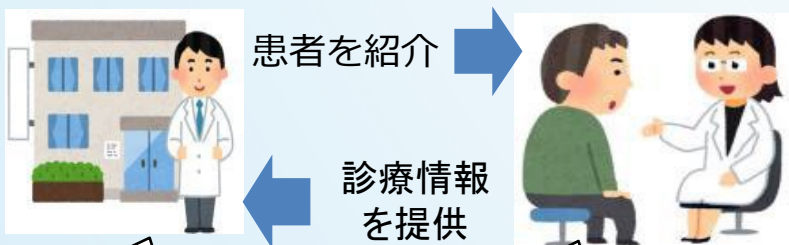
外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、診療情報提供料(Ⅲ)について

- ・「連携強化診療情報提供料」に名称変更された。
- ・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3月に1回から月1回に変更**された。
- ・「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供した場合についても、対象に追加された。

【かかりつけ医機能に係る施設基準】
地域包括診療加算、地域包括診療料、在宅時医学総合管理料、施設入所時等医学総合管理料

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

連携強化診療情報提供料を算定

【疑義解釈】

Q. 区分番号「B011」連携強化診療情報提供料について、「当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ」とあるが、他の保険医療機関からの求めについては、必ず文書で得る必要があるか。

A. 必ずしも文書で得る必要はないが、他の保険医療機関からの求めがあったことを診療録に記載すること(文書で得た場合は当該文書を診療録に添付することで差し支えない)。

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、 連携強化診療情報提供料が算定可能)	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	月に1回
2	以下のいずれか ・ 200床未満の病院 ・ 診療所	-	以下のいずれも満たす ・ 紹介受診重点医療機関 ・ 禁煙	
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	-	難病(疑い含む)の患者	以下のいずれも満たす ・ 難病診療拠点病院又は難病診療分野別拠点病院 ・ 禁煙	
		てんかん(疑い含む)の患者	以下のいずれも満たす ・ てんかん支援拠点病院 ・ 禁煙	
5	-	妊娠中の患者	-	3月に1回
6	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	

周術期の栄養管理の推進

第1 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。

第2 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。

(新設) 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。
- (2)この場合において、区分番号A104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A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる 特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2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A301-3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A301-4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)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。

周術期の栄養管理の推進

【疑義解釈】

問 225 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、専任の管理栄養士以外の者が栄養管理を行った場合であっても算定可能か。

(答)算定不可。

問 226 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、術前に行う栄養管理を、患者の入院前に外来において実施しても差し支えないか。

(答)差し支えない。

問 227 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算の施設基準における常勤の管理栄養士は、区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算等における専任の常勤管理栄養士と兼務することは可能か。

(答)可能。

問 228 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、当該加算を算定する患者が、特定集中治療室管理料等を算定する治療室に入室した場合、早期栄養介入管理加算は算定可能か。

(答)算定不可。

問 229 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、患者が手術中に死亡し、術後の栄養管理が実施できなかった場合であっても算定可能か。

(答)術前の栄養管理を実施している場合であれば、算定可。

問 230 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、区分番号「A104」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及び早期栄養介入管理加算は別に算定できないこととされているが、区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算又は区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料は算定可能か。

(答)算定可。

周術期の栄養管理の推進

問 231 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、「術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する」とこととされているが、術前の栄養管理には、緊急手術を実施する当日に実施した栄養管理も含まれるのか。

(答)要件を満たす栄養管理を実施している場合は含まれる。

問 232 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、「周術期における栄養管理の計画」を作成することとされているが、第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画をもって代えることはできるか。

(答)当該栄養管理計画の作成に当たって、周術期栄養管理実施加算の留意事項通知において「静脈経腸栄養ガイドライン」等を参考として含めることとしている必要な項目を記載している場合は、「周術期における栄養管理の計画」を別に作成する必要はない。

問 233 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、術前に行う栄養管理を、患者の入院前に外来において実施する場合、外来における栄養管理と入院後の栄養管理を同一の管理栄養士が実施する必要があるか。

(答)同一の管理栄養士が実施する必要はないが、専任の管理栄養士が実施すること。

問 234 第2章第10部手術の通則第20号に規定する周術期栄養管理実施加算について、一連の入院期間中に、全身麻酔を伴う複数の手術を実施した場合、当該加算の算定はどのように考えればよいか。

(答)当該加算は、一連の入院期間中に実施された手術のうち主たるものについて、1回に限り算定すること。

■ 栄養サポートチーム加算 等 栄養サポートチーム加算の見直し

改定ポイント

A233-2 栄養サポートチーム加算 200点

- ・ 障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月に1回に限り所定点数に加算する。

(変更点)

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。

【疑義解釈】

問 区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算の施設基準において求める看護師の「所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「摂食嚥下障害看護※」又は「脳卒中看護※」
- ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修(以下の3区分の研修を全て修了した場合に限る。)
 - ・ 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連
 - ・ 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連
 - ・ 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

※ 平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

改定ポイント

A104特定機能病院入院基本料

注11入院栄養管理体制加算 270点

- 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、当該病棟に入院中の患者に対して入院初日及び退院時に算定する。
- 当該加算を算定する場合にあっては、区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算及び区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料は算定できない。
- 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、必要に応じミーラウンドや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。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

注12 栄養情報提供加算 50点

- 「注 11」に規定する加算を算定する患者であって、管理栄養士が退院後の栄養及び食事管理に関する指導を行うとともに、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等に関する情報を示す文書について、当該患者に説明及び交付し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士等に対して提供した場合に、退院時1回に限り所定点数に算定する。
- 当該文書を他の保険医療機関等へ提供した場合には、当該文書の写しを栄養指導記録に添付する。
- 診療情報を示す文書等が交付されている場合にあっては、当該文書等と併せて他の保険医療機関等に情報提供すること。
- 栄養情報提供加算の対象患者
 - 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
 - 低栄養状態にある患者

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

【疑義解釈】

問 区分番号「A104」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における栄養管理計画は、第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画をもって代えることはできるか。

(答)特定機能病院入院基本料を算定する病棟の専従の常勤管理栄養士が当該計画を作成した場合は、代えることができる。

問 区分番号「A104」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について、専従の常勤管理栄養士とは、雇用契約で定める所定労働時間に勤務する者でよいか。

(答)よい。

問 区分番号「A104」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について、特定機能病院入院基本料を算定する病棟に入院(当該病棟への転棟を含む。)した患者が、同一日に退院した場合(死亡退院を含む。)は、算定可能か。

(答)当該患者について、1回に限り算定可。

問 区分番号「A104」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について、集中治療室等から特定機能病院入院基本料を算定する病棟に転棟した患者については、当該加算は算定可能か。

(答)算定可。ただし、当該患者について、早期栄養介入管理加算又は周術期栄養管理実施加算を算定している場合は、算定不可。

■ 褥瘡対策

褥瘡対策の見直し

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。

【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)

【疑義解釈】

Q 第1章第2部入院料等の通則第7号に規定する褥瘡対策の施設基準において、「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」とあるが、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者について、「基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」(令和4年3月4日保医発0304第2号)別添6の別紙3「褥瘡対策に関する診療計画書」の〈薬学的管理に関する事項〉及び〈栄養管理に関する事項〉は、それぞれの対応が必要な場合に記載すればよいか。

A よい。

Q 「褥瘡対策に関する診療計画書」の〈薬学的管理に関する事項〉における「薬剤滞留の問題」とは、具体的にどのようなことを指すのか。

A 例えば、創の状態や外用薬の基剤特性の不都合等により、薬剤が創内に滞留維持できていないこと等が想定される。

■ 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

➤ 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。

[新設] 術後疼痛管理チーム加算100点(一日につき)

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

[施設基準]

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

ア 麻酔に従事する専任の常勤医師

イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

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

(4) 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

(5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

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

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

1 術後疼痛管理チーム加算に関する施設基準

(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。

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

- (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こと。

2 届出に関する事項

術後疼痛管理チーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2の2を用いること。

様式40の2の2

術後疼痛管理チーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 術後疼痛管理に係る専任チーム

区 分	氏 名	勤務経験
ア 麻酔に従事する常勤の医師		年
イ 手術室または周術期管理センター等の勤務経験が2年以上有する術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した看護師		年
ウ 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する術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した薬剤師		年
エ その他の術後疼痛管理チーム構成員（職種及び職種毎の人数を記載）		

2 患者に対する情報提供体制

[記載上の注意]

- 1 「1」のイ及びウについて、術後疼痛管理に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付すること。
- 2 「1」のイについて、保険医療機関における年間の麻酔管理症例数（200症例以上）が確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」のウの「勤務経験」については、当該薬剤師の周術期関連の勤務経験年数を記入すること。
- 4 専任チームの看護師又は薬剤師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 5 術後疼痛管理チームによる術後疼痛管理プロトコルを添付すること。なお、当該プロトコルには実施する術後疼痛管理方法、患者の安全管理、合併症予防、術後疼痛管理計画等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 6 「2」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。

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

【疑義解釈】

➤ 令和4年3月31日（その1）

問 87 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算の施設基準において求める看護師の「術後疼痛管理に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

（答）現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「手術看護」
- ② 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「術後疼痛管理関連」の区分の研修
- ③ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下のいずれかの領域別パッケージ研修
 - ・ 外科術後病棟管理領域
 - ・ 術中麻酔管理領域
 - ・ 外科系基本領域
- ④ 日本麻酔科学会「術後疼痛管理研修」

なお、④については、令和4年3月31日までに、日本麻酔科学会が定める従前のカリキュラムにおいて研修を修了し、修了証等が発行されている者については、次期更新までは、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した者と判断して差し支えない。

問 88 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算について、術後疼痛管理チームの麻酔に従事する常勤の医師が、区分番号「L009」麻酔管理料（I）における麻酔後の診察を行うことと併せて必要な疼痛管理を行うことは可能か。

（答）可能。

➤ 令和4年4月11日（その3）

問3 区分番号「A242-2」術後疼痛管理チーム加算について、一連の入院期間中に、全身麻酔を伴う複数の手術を実施した場合、当該加算の算定はどのように考えればよいか。

（答）当該加算は、一連の入院期間中に実施された手術のうち主たるものについてのみ算定すること。

【解説】 ※中央社会保険医療協議会 総会（第504回）○個別事項(その9)について より引用

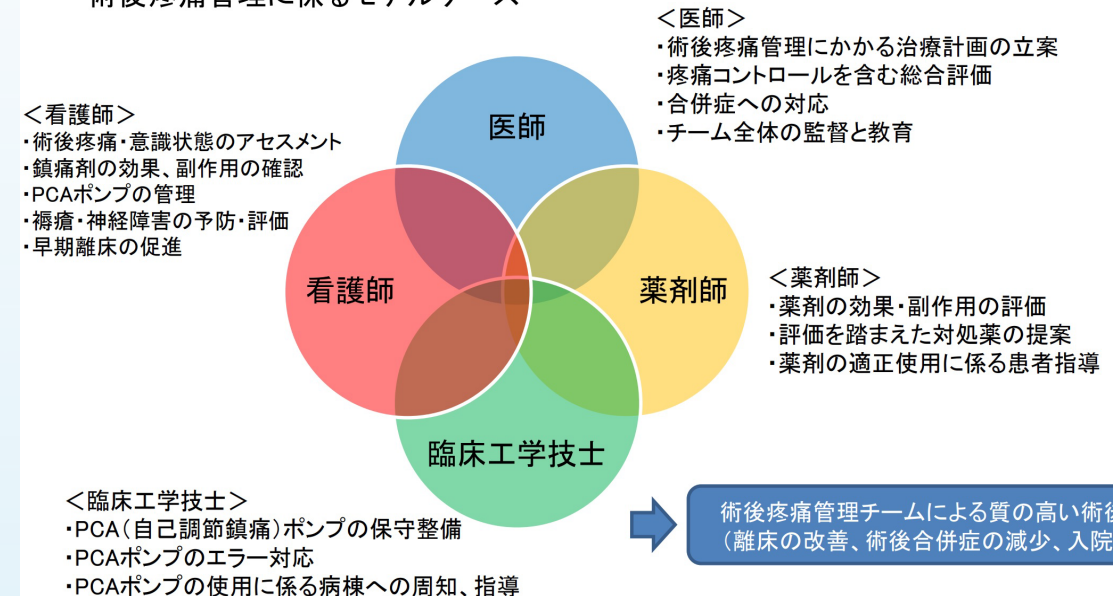
- 術後痛の遷延は早期離床の妨げとなり、術後合併症の発症率増加や在院日数の延長につながる事が指摘されている。
- 術後疼痛管理サービス(Acute Pain Service:APS)は、入院患者の全ての急性痛に対応する包括的なサービスと定義されており、急性痛には、術後痛だけでなく肺炎の痛みや炎症性腸炎の痛みなども含むが、通常術後痛に特化した運用がなされている。
- 日本でも、麻酔科医が中心となり、多職種術後疼痛管理チームが編成されるようになった。
- 医療機関毎にチームの構成は異なるが、概ね麻酔科医、看護師、薬剤師、臨床工学技士から構成されている。
- 術後の全患者を対象とするが、概ね持続硬膜外鎮痛や持続末梢神経ブロック、静脈内自己調節鎮痛法を実施している患者を対象とすることが多く、疼痛コントロールが不十分な患者、嘔気・嘔吐の強い患者など必要に応じて施設ごとに対応している。

- 術後疼痛管理チームの介入による変化については以下のとおり。
 - ・概ね術後疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。
 - ・術後合併症を評価することにより下肢神経障害などの発生を減らすことができた。
 - ・在院日数が短縮した。
 - ・麻酔科医の術後鎮痛回診・処置に要する時間が減少した。

- APSの活動条件として 1) 24時間対応できる術後痛の管理、2) 鎮痛薬・鎮痛方法(自己調節鎮痛法:PCAなど)の標準化(プロトコル)、3) 管理内容の記録、4) 多職種で構成されたチームの編成等があげられている。

- APSを構成するメンバーとして、医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士等から編成され、周術期管理の一環として質の高い術後疼痛管理等ができるよう育成し、知識や理解のレベルアップが図られる仕組み(周術期管理チーム認定制度)が進められている。

術後疼痛管理に係るモデルケース



■ 医師労働時間短縮計画、地域医療体制加算

※Ⅱ-3 医療機関内における労務管理や労働環境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

【働き方改革の推進】

- ◆ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- ◆ 各職種の勤務環境の改善、タスク・シェアリング、タスク・シフティング、チーム医療の推進

□ すべての医療機関が働き方改革に何の工夫もせずに進めば、地域医療体制に影響がでることは容易に想像がつく。では、解決策の一つであるタスクシフト・シェアは拡大できるだろうか。今改定でも以下の対策が取られている。

- 地域医療体制確保加算の対象医療機関の拡大
- 医師事務作業補助体制加算の点数引き上げ
- 夜間看護体制加算等に必須項目を設定
- 看護職員夜間配置加算等の点数引き上げ
- 看護補助体制充実加算の新設
- 病棟薬剤業務実施加算の対象に小児入院医療管理料を追加
- 周術期薬剤管理加算の新設
- カンファレンスに、ビデオ通話可能な機器の使用を標準化

図は「医師労働時間短縮計画」の概要だが、前改定時の目玉項目であった「地域医療体制確保加算」の要件に、各医療機関の独自の負担軽減計画に変わって、設定されたものである。この時短計画は、重要な課題であるため、詳細を確認しておくこと。

医師労働時間短縮計画について

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

＜参考＞ 現行の要件
(地域医療体制確保加算)

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

○労働時間と組織管理（共通記載事項）	
(1) 労働時間数 以下の全ての項目について、①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を計画に記載	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	

地域医療体制加算の見直し ※要件緩和

◆点数の増点 520点から620点

◆ アだけでなく、ア～ウのいずれかで可となった

ア. 救急用自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数
年間2000件以上

イ. ハイリスク分娩加算・小児特定集中治療室管理料若しくは
新生児特定集中治療室管理料を届けている保険医療機関は
救急用自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数
年間1000件以上

ウ. 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

手術及び処置の時間外加算1等に係る要件の見直し ※要件強化

(2) 以下のア及びイの事項について記録していること。

ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日

イ 当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日

(3) (2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4日以内であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4回以内であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、(2)のアの当直等を行った日には数えない。

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

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

現行	改定後
<p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>地域医療体制確保加算 520点</p> <p>【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。</p> <p>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。</p>	<p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>地域医療体制確保加算 620点</p> <p>【施設基準】 「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。</p> <p>以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。</p> <p>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。</p> <p>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「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>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。</p>

令和4年度診療報酬改定 II-1 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-①

勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算1等に係る要件の見直し

▶ 手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件について、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の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師1人当たりの当直回数に要件を変更する。

現行	改定後
<p>【時間外加算1・休日加算1・深夜加算1】</p> <p>【施設基準】 手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数</p> <p>届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合においては年間24日以内）であること。</p>	<p>【時間外加算1・休日加算1・深夜加算1】</p> <p>【施設基準】 手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番を行った日数及び2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った日数</p> <p>(2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4日以内であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4回以内であること。</p>

■ 医師事務作業補助体制加算、看護補助体制充実加算等

医師事務作業補助体制加算

※Ⅱ-4 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

【主な変更点】 各配置とも増点



以下の要件①は削除され、②へ変わった

①加算1の医師事務作業補助者は延べ勤務時間数8割以上を医師事務作業補助業務を行うこと

②当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること

【疑義解釈】

- 他の保険医療機関での勤務経験は通算できない
- 勤務経験の通算に雇用形態は問わない
- 5割以上の配置とは配置基準であり、実配置数ではない
- 異なる病床において、例えば15対1と20対1の届出は可能。ただし加算1と加算2の併用は不可

今改定では、勤務経験の長い職員の方が医師の求めに応えられているというアンケート結果をもとに基準が考えられている。しかし、現場では職員の定着に課題を抱えている。

この増点で処遇改善や採用者増加に期待する意味も込められている。

■ 右のポスターは厚生労働省が、医師事務作業補助者の認識UPのため作成し、ハローワーク等の紹介に使用している。



令和4年度診療報酬改定 Ⅱ-4 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-①

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

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

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

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

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

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

看護補助体制充実加算(新設)

地域の急性期医療を担う保険医療機関において、看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制を確保する目的で看護補助者を配置している体制を評価するもの

【主な変更点】 点数は現行基準に変更なく、この新設加算のみ各配置とも増点

◇全項目的に1日につき5点を加算

◇加算取得には、病棟の看護師長・病棟の全看護職員・看護補助者の所定研修受講がカギ

看護師長は国・都道府県・関係団体による研修

看護職員は院内研修

看護補助者は院内研修

令和4年度診療報酬改定 II-4 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-⑤

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

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

(新) 看護補助体制充実加算(1日につき)

[施設基準]

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

現行	改定後
【急性期看護補助体制加算】 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 240点 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 220点 50対1急性期看護補助体制加算 200点 75対1急性期看護補助体制加算 160点 (新設)	【急性期看護補助体制加算】 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 240点 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 220点 50対1急性期看護補助体制加算 200点 75対1急性期看護補助体制加算 160点 (新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算
【看護補助加算】 看護補助加算1 141点 看護補助加算2 116点 看護補助加算3 88点 (新設)	【看護補助加算】 看護補助加算1 141点 看護補助加算2 116点 看護補助加算3 88点 (新) 看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算
夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) 45点 看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算) (1) 14日以内の期間 141点 (2) 15日以上30日以内の期間 116点	イ 夜間看護加算(療養病棟入院基本料の注加算) 50点 (新) <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 55点 イ 看護補助加算(障害者施設等入院基本料の注加算) (1) 14日以内の期間 146点 (2) 15日以上30日以内の期間 121点 (新) <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 (1) 14日以内の期間 151点 (2) 15日以上30日以内の期間 126点 イ 看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点 (新) <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 165点
看護補助者配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注加算) 160点	(新) <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 165点



■右のポスターは厚生労働省が、看護補助者の認識UPのため作成し、ハローワーク等の紹介に使用している。

(ポイント)

- 看護職の院内研修には演習あり。
- 看護補助者の院内研修には、「医療制度の概要」の項目あり。
マニュアルを用いての研修であるため、マニュアル作成が必須。

(疑義解釈から)

- 看護職員及び看護補助者の研修受講者の氏名は、届出時に提出する必要はないが、求めに応じて提出できるよう保険医療機関内に控えておくこと
- 看護職員に対して実施する院内研修は、日本看護協会「看護補助者との協働のための研修プログラム」を参照

看護補助者との協働のための研修プログラム

厚生労働省の補助金を受け、2021年度に、医療機関の看護職向けの、看護補助者との協働のための研修について検討を行い、研修プログラムを作成しました。研修実施の枠組みも併せて考え方を整理しています。日本看護協会では、2022年度秋から、本プログラムに基づくオンデマンド研修を配信予定です。

看護補助者との協働のための研修プログラム

https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/nurse_aide/index.html

- 看護職員は、常勤・非常勤とも受講する必要がある。

研修対象	研修内容
看護師長等	所定の研修※ ¹ を修了していること。
看護職員	<u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> 研修は、講義及び演習により、次の項目を行う研修であること。 イ（イ）看護補助者との協働の必要性 （ロ）看護補助者の制度的な位置づけ （ハ）看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方 （ニ）看護補助者との協働のためのコミュニケーション （ホ）自施設における看護補助者に係る規定及び運用
看護補助者	現行の研修内容※ ² のうち、 <u>エ（日常生活にかかわる業務）</u> について業務内容毎に業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて研修を実施すること。

- ※1（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）
（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
② 看護職員との連携と業務整理
③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
④ 看護補助者の雇用形態と処遇等
- ※2 ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
エ 日常生活にかかわる業務
オ 守秘義務、個人情報保護
カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

看護職員夜間配置加算（変更点）

6 届出に関する事項（経過措置）

(4) 令和4年3月31日時点で看護職員夜間配置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4年9月30日までの間に限り、**1の(8)の基準**を満たしているものみなすものであること。

1 (8) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**ア又はウを含む**4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、**ア又はウを含む**4項目以上を満たしていること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職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。

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

令和4年度診療報酬改定 II-3 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

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し②

夜間の看護配置に係る評価の見直し

➤ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、夜間の看護配置に係る評価を見直す。

	現行	改定後
看護職員に係る配置に 加算	【看護職員夜間配置加算】	【看護職員夜間配置加算】
	看護職員夜間12対1配置加算1 105点	看護職員夜間12対1配置加算1 110点
	看護職員夜間12対1配置加算2 85点	看護職員夜間12対1配置加算2 90点
	看護職員夜間16対1配置加算1 65点	看護職員夜間16対1配置加算1 70点
	看護職員夜間16対1配置加算2 40点	看護職員夜間16対1配置加算2 45点
看護補助者の配置に係る加算	【注加算の看護職員夜間配置加算】	【注加算の看護職員夜間配置加算】
	地域包括ケア病棟入院料 65点	地域包括ケア病棟入院料 70点
	精神科救急入院料 65点	精神科救急急性期医療入院料 70点
	精神科救急・合併症入院料 65点	精神科救急・合併症入院料 70点
看護補助者の配置に係る加算	【急性期看護補助体制加算】	【急性期看護補助体制加算】
	夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点	夜間30対1急性期看護補助体制加算 125点
	夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点	夜間50対1急性期看護補助体制加算 120点
	夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点	夜間100対1急性期看護補助体制加算 105点
看護補助者の配置に係る加算	【看護補助加算】	【看護補助加算】
	夜間75対1看護補助加算 50点	夜間75対1看護補助加算 55点
	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） 45点	夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） 50点
	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）
	イ 14日以内の期間 141点	イ (1) 14日以内の期間 146点
	ロ 15日以上30日以内の期間 116点	ロ (2) 15日以上30日以内の期間 121点
夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）
	八 夜間看護配置加算1 100点	八 夜間看護配置加算1 105点
	二 夜間看護配置加算2 50点	二 夜間看護配置加算2 55点

令和4年度診療報酬改定 II-3 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

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し①

夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目の見直し

➤ 看護職員の夜間における看護業務の負担軽減を一層促進する観点から、業務管理等の項目を見直す。
 ①「ア 11時間以上の勤務間隔の確保」又は「ウ 連続する夜勤の回数が2回以下」のいずれかを満たしていることを**必須化**する。
 ②看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料）の施設基準における満たすべき項目の数について、**2項目以上から3項目以上に変更**する。

	看護職員夜間配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算 の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料 の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急・急性期医療入院料・ 精神科救急・合併症入院料の 注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の隔日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	○	○	○	○	○
ク 看護補助者の夜間配置（※2）	○	○	○	○	○
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	○	○	○	○	○

病棟薬剤業務実施加算1の拡大

病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえて小児入院医療管理料1-5に加算1の算定を可能にした。

改定後 (病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)

急性期一般入院料 1～6

地域一般入院料 1～3

療養病棟入院料 1、2、注11

結核病棟入院基本料

精神病棟入院基本料

特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟、精神病棟）

専門病院入院基本料

(新) 小児入院医療管理料 1～5

周術期薬剤管理加算の新設(病棟薬剤業務加算1の加算)

- 周術期の薬学的管理を行う専任の薬剤師の配置
- 周術期薬剤に関するプロトコルの整備と見直し
- 周術期専任薬剤師と病棟専任薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師によるカンファレンス
- 薬剤の安全使用に関するマニュアル整備 □当直薬剤師との連携

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。

■ 報告書管理体制加算

※Ⅲ-1 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-③

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

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

報告書管理体制加算(退院時1回) 7点

[算定要件]

- 退院時1回に限り、所定点数に加算 施設基準届出保険医療機関に入院している患者
- 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

[施設基準概要]

- (1)放射線科又は病理診断科を標榜
- (2)医療安全対策加算1又は2の届出
- (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の届出
- (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を報告書確認管理者として配置
 - ・報告書作成2週間後に主治医等による報告書確認状況の確認、未確認報告書の把握 等
- (5)報告書確認管理者、画像診断担当医師、病理診断担当医師、医療安全管理部門医師等から構成される報告書確認対策チーム設置
 - ・業務改善計画書、院内研修年1回程度実施、カンファレンスの月1回程度開催 等
- (6)医療事故が発生した際の適切な報告体制整備(望ましい) 疑義解釈問78 医療安全対策加算カンファレンスと兼ねることは可

■ 電子的保健医療情報活用加算

※Ⅲ-1 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-⑬

画像診断情報等の適切な管理による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の新設

オンライン資格確認システムを通じ患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得、活用して診療等を実施評価

初診料	電子的保健医療情報活用加算	7点
再診料	電子的保健医療情報活用加算	4点
外来診療料	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]

電子資格確認により、当該患者の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、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 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

***疑義解釈問32**(疑義解釈(その1)令和4年3月31日)

- ・患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当
- ・患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合も該当

[施設基準]

- (1)オンライン請求を行っている
- (2)電子資格確認を行う体制を有している
- (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(マイナ受付の表示) **疑義解釈問33**(疑義解釈(その1)令和4年3月31日)

■ 情報通信機器を用いた初・再診、医学管理料

※Ⅲ-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応-①②

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設 及び オンライン診療料の廃止

【解説】

- ・「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点数設定がされた(初診料251点)。
- ・再診料についても、情報通信機器を用いて再診を行った場合の点数設定がされた(再診料73点、外来診療料73点)。

【注目ポイント】

- ・オンライン診療料が廃止され、事実上、算定対象が拡大された。

	ポイント
対象患者	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診又は診療が可能と判断した患者(参考:「オンライン診療の適切な実施に関する指針」令和4年1月一部改訂版)
診療記録	<ul style="list-style-type: none">・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。 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。・一般社団法人日本医学会連合作成「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。・処方を行う際は、一般社団法人日本医学会連合作成「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。
実施場所	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。 ※保険医療機関外で実施する場合も、指針に沿った適切な診療が行われること。 ※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。
患者急変時の対応	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。 ※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: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: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
他医療機関との連携体制	「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。 →患者の状況によって対応することが困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設 及び オンライン診療料の廃止

※Ⅲ-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応-①②

【疑義解釈】

- Q1. 区分番号「A000」初診料の注1のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診を行った結果、医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該保険医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか。
- A1. 区分番号「A000」初診料のみを算定すること。
- Q2. 区分番号「A001」再診料の注8に規定する外来管理加算について、注1に規定する情報通信機器を用いた再診を行った場合も算定可能か。
- A2. 外来管理加算の算定に当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行う必要があるため、算定不可。
- Q3. 小児科外来診療料を算定する保険医療機関において、「対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行う」こととされているが、情報通信機器を用いた診療を行った場合は、どのように考えればよいか。
- A3. 情報通信機器を用いた診療を行った場合は、小児科外来診療料は算定できず、区分番号「A000」初診料の注1のただし書に規定する251点又は区分番号「A001」再診料の73点若しくは区分番号「A002」外来診療料の注1のただし書に規定する73点を算定すること。なお、初・再診料以外の診療料については、算定要件を満たす場合は算定可。

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の新設

【解説】

・新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の医学管理等について、要件及び評価が見直された。

対象に追加された医学管理料	
1	ウイルス疾患指導料
2	皮膚科特定疾患指導管理料
3	小児悪性腫瘍患者指導管理料
4	がん性疼痛緩和指導管理料
5	がん患者指導管理料
6	外来緩和ケア管理料
7	移植後患者指導管理料
8	腎代替療法指導管理料
9	乳幼児育児栄養指導料
10	療養・就労両立支援指導料
11	がん治療連携計画策定料2
12	外来がん患者在宅連携指導料
13	肝炎インターフェロン治療管理料
14	薬剤総合評価調整管理料
対象に追加された在宅医療	
1	在宅時医学総合管理料

対象に除外された医学管理料	
検査料が包括されている医学管理料等	
1	地域包括診療料
2	認知症地域包括診療料
3	生活習慣病管理料
その他、対象から除外されたもの	
5	入院中の患者に対して実施されるもの
6	救急医療として実施されるもの
7	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
8	「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
9	精神医療に関するもの

■オンライン資格確認システム

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の新設

【解説】

・オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、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ついての評価が新設された。

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、**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]

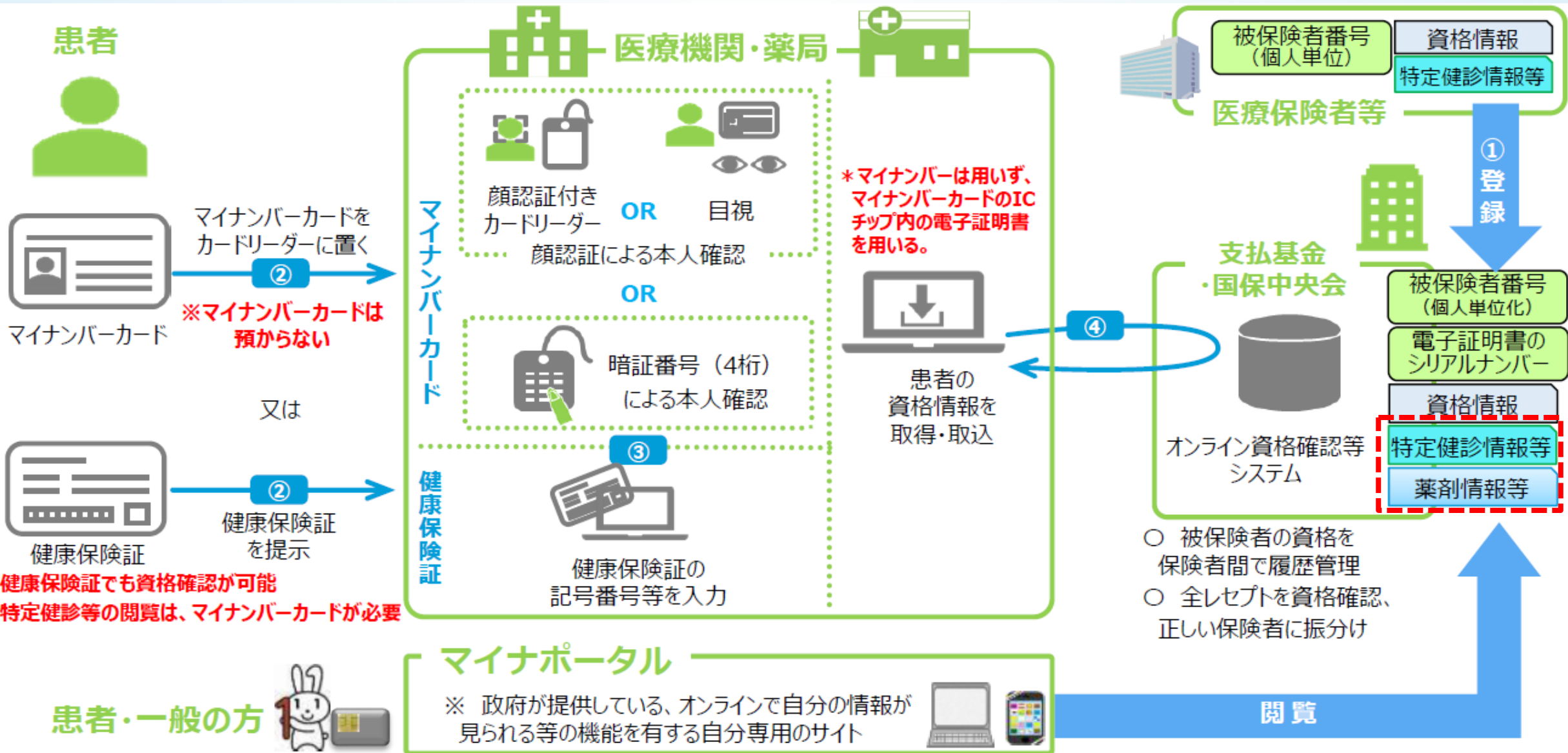
- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) 電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) **電子資格確認に関する事項**について、当該保険医療機関の**見やすい場所に掲示**していること。

【注目ポイント】

当該加算は、保険医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され、診療情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、**オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険医療機関であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。**

また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

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の新設



(参考)厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000663427.pdf>

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の新設

【疑義解釈】

A1. 区分番号「A000」初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

Q1. 当該加算は、保険医療機関においてオンライン資格確認等システムが開始され、診療情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険医療機関であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、診療情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。
また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

A2. 区分番号「A000」初診料の注14等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること」とされているが、医療機関の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。

Q2. よい。

A3. 区分番号「A000」初診料の注14等に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること」とあるが、光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合であっても、当該基準を満たすか。

Q3. 光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている場合は、当該基準を満たさない。

■ 疾患別リハビリテーション料

※Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患（抜粋）
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 205点 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 125点	1単位 20分	150日	○ 急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下 等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 100点	1単位 20分	180日	○ 脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害 等
廃用症候群 リハビリテーション料	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ） 180点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） 146点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 77点	1単位 20分	120日	○ 急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185点 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 170点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点	1単位 20分	150日	○ 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍 等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 85点	1単位 20分	90日	○ 肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態 等

疾患別リハビリテーション料

質の高いリハビリテーションをさらに推進する観点から疾患別リハビリテーション料の要件について、また事務手続きの簡素化を図る観点から、リハビリテーション実施計画書等に係る要件について、見直された。

1. 疾患別リハビリテーション料の見直し

・疾患別リハビリテーション料における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おいて、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。

<脳血管リハビリテーション料(Ⅰ)の点数イメージ(赤枠内:月1回以上FIM測定要件化)>

		発症等 ~180日まで	181日以降
標準的算定日数の上限	除外	245点	245点
	対象		245点 (月13単位まで)
			147点 (月13単位まで)

■ 以下で、治療継続により**状態の改善が期待**できると医学的に判断される場合
 ・失語症、失認及び失行症の患者
 ・高次脳機能障害の患者
 ・回復期リハ病棟入院料を算定する患者
 ・**その他疾患別リハビリテーションの対象疾患であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合**

■ 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合
 ・先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合

【疑義解釈】

Q 標準的算定日数を超えて、1月に13単位以内の疾患別リハビリテーションを行っている患者について、1月に1回以上FIMの測定を行う必要があるか。

A 原則として測定を行う必要がある。

【疾患別リハビリテーション料の経過措置】

令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。

2. リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し

・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の署名欄について、患者等に当該計画書に係る説明を行う際に、説明内容及び当該患者等の同意を得た旨を診療録に記載することにより、同意を得ていること等が事後的に確認できる場合には、患者等の署名を求めなくても差し支えないこととする。

[算定要件(概要)]

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

【疑義解釈】

Q 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、「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等が署名することが困難である場合には、(中略)家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただしその場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること」とあるが、①この場合、医師が計画書の内容等の説明等を行う必要があるか。②診療録に計画書を添付することをもって、「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」に代えることはできるか。③交付する計画書の署名欄はどのように取り扱えばよいか。

A ①そのとおり。②不可。家族等への説明を行った医師による診療録への記載が必要である。③当該計画書を作成した医師が、計画書の署名欄に、同意を取得した旨、同意を取得した家族等の氏名及びその日時を記載すること。

Q 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の署名の取扱いに関し、「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、新に他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日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」とあるが、他の保険医療機関から転院した患者であって、転院前から継続して疾患別リハビリテーションを実施するものについては、どのように考えればよいか。

A 署名の扱いについては、「疾患別リハビリテーションを初めて実施する場合」に該当するものとして取り扱うこと。

3. 運動器リハビリテーション料の算定要件の見直し

- ・運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確化する。

疾患別リハビリテーション料

※Ⅲ-3 アウトカムにも着目した評価の推進

★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。

4 摂食嚥下支援加算の見直し

- ・[現行]摂食嚥下支援加算(摂食機能療法) 200点 (週1回) →[改定後]摂食嚥下機能回復体制加算1 210点(週1回)
摂食嚥下機能回復体制加算2 190点(週1回)
摂食嚥下機能回復体制加算3 120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]

加算1	加算2	加算3
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又は専従の言語聴覚士、管理栄養士 ・カンファレンスに参加:必要に応じてその他職種		専任の医師、看護師又は言語聴覚士
摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病棟入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病棟
・鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の経口摂取回復率35%以上 ・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	・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に報告	・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 ・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

【疑義解釈】

Q 摂食嚥下機能回復体制加算1について、経口摂取回復率に係る「栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者」とは、どのような患者を指すのか。

A 1か月以上栄養方法が経口摂取のみである患者を指す。

Q 摂食嚥下機能回復体制加算1及び摂食嚥下機能回復体制加算2について、摂食嚥下支援チームを構成する必要な職種として示されていない職種(薬剤師、理学療法士、作業療法士等)の参加については、どのように考えればよいか。

A 必要に応じて参加すること。

Q 摂食嚥下機能回復体制加算について、内視鏡機能検査又は嚥下造影の実施については、当該保険医療機関における実施だけでなく、連携する他の保険医療機関における実施も含まれるか。

A 含まれる。

Q 摂食嚥下機能回復体制加算1及び摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準において求める看護師の「摂食嚥下障害看護に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A 現時点では、日本看護協会の認定看護教育課程「摂食嚥下障害看護※」又は「脳卒中看護※」が該当する。 ※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

★疾患別リハビリテーション料についても、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が新設された。

5 リハビリテーションデータ提出加算(再掲)

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)

※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。

■がん患者指導管理料

がん患者の心理的不安を軽減するための体制の充実

- がん患者指導管理料の[職種要件の見直し](#)
- がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

現行

【がん患者指導管理料】

イ（略）ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点 ハ～二（略）

改定後

【がん患者指導管理料】

イ（略）ロ 医師、看護師[又は公認心理師](#)が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点 ハ～二（略）

経過措置について

令和4年3月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。

がん患者の心理的不安を軽減するための体制の充実

※Ⅲ-4-2 質の高いがん医療の評価-①

・ がん患者指導管理料の算定要件の見直し

がん患者指導管理料イについて、末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の診療方針等に関する意思決定支援を実施した場合にも算定可能とするとともに、医療機関が適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

[算定要件]

注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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に**(略)算定する。

[施設基準]

がん患者指導管理料のイの施設基準に追加

② 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

[経過措置]

令和4年3月31日時点でがん患者指導管理料イに係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、第三の二の(12)のイの②の基準を満たしているものとする(入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。)

■ 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

外来栄養食事指導料

[留意事項]

専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。

イ 外来栄養食事指導料1

- (1) 初回 ①対面で行った場合 260点 ②情報通信機器等を用いた場合 235点
- (2) 2回目以降 ①対面で行った場合 200点 ②情報通信機器等を用いた場合 180点

ロ 外来栄養食事指導料2・・・(診療所に限る)

- (1) 初回 ①対面で行った場合 250点 ②情報通信機器等を用いた場合 225点
- (2) 2回目以降 ①対面で行った場合 190点 ②情報通信機器等を用いた場合 170点

[算定要件]

注1 イの(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。

外来化学療法に係る栄養管理の充実

[留意事項] 専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。

[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。

外来化学療法に係る栄養管理の充実

- ・注3に規定する施設基準における「悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。
 (答)現時点では、**日本病態栄養学会及び日本栄養士会が共同して認定している「がん病態栄養専門管理栄養士」**に係る研修を修了し、認定証が発行されていることを指す。
- ・注3について、指導時間及び指導回数の基準はないのか。
 (答)一律の基準はないが、専門的な知識を有する管理栄養士が、患者の状態に合わせ、必要な指導時間及び指導回数を個別に設定すること。
- ・注3に規定する専門的な知識を有する管理栄養士が、同一月に初回の指導を30分以上、2回目の指導を20分以上実施した場合は、どのように考えればよいか。
 (答)注3の所定点数を算定すること。
- ・注3を算定する場合、対面で実施する必要があるのか。
 (答)情報通信機器等を用いて実施しても差し支えない。なお、留意事項通知の(12)と同様の対応を行うこと。
- ・入院中の患者が退院した後、初回外来時に外来栄養食事指導を実施する場合、情報通信機器等を用いて実施することは可能か。
 (答)可能。
- ・「初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること」とされているが、患者の入院中に退院後の外来栄養食事指導に係る指導計画を作成している場合であっても、当該患者が退院した後に改めて指導計画を作成する必要があるか。
 (答)不要

■ 外来腫瘍化学療法診療料

悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

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

現行

イ 外来化学療法加算1 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ①15歳未満 820点 ②15歳以上 600点

ロ 外来化学療法加算2 (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ①15歳未満 740点 ②15歳以上 470点

改定後

1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点

2 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針」とは → 日本がん看護学会・日本臨床腫瘍学会・日本臨床腫瘍薬学会の「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン」を指す。

注 15歳未満の小児の場合 200点を加算

- ・地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、**連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。**
- ・当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して**3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。**

[算定要件]

悪性腫瘍を主病とする患者で、入院中の患者以外の患者に対して、**注射による化学療法の実施及び実施に伴うその他必要な治療管理(副作用等に係る診療等を含む)を行った場合に、イについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月3回に限り、ロについては抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週1回に限り算定する。**

- ・ロに規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察(身体診察を含む)の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。
- ・患者の心理状態に十分配慮された環境で、**抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等について文書により説明を行う。**

[施設基準]

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

区分番号「B001－2－12」外来腫瘍化学療法診療料

- 「関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 日本がん看護学会・日本臨床腫瘍学会・日本臨床腫瘍薬学会の「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン」を指す。

- 「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする」とあるが、副作用により化学療法の投与間隔の延長がみられた場合は、レジメンの期間内として差し支えないか。

(答) 当該レジメンの継続が可能である場合に限り、レジメンの期間内として差し支えない。

- 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」については、「1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定」できることとされているが、抗悪性腫瘍剤の投与が月3回を超える場合に、「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」は算定可能か。

(答) 算定可。なお、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」の算定は週1回に限る。

- 外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者について、当該診療料を算定する日以外の日に当該保険医療機関を受診した場合は、初診料、再診料又は外来診療料は算定可能か。

(答) 外来腫瘍化学療法診療料を算定しない場合は、算定可。

- 抗悪性腫瘍剤の初回投与を入院中に行い、退院後に2回目以降の投与を外来で行う場合、2回目以降の投与に係る診療において外来腫瘍化学療法診療料は算定可能か。

(答) 入院中に抗悪性腫瘍剤の初回投与を行っている場合は、当該初回投与のサイクル(クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す。)の期間中は外来腫瘍化学療法診療料を算定することはできないが、2サイクル目以降に外来で抗悪性腫瘍剤の投与を開始する場合には、2サイクル目以降の外来化学療法に係る診療について算定可。

- 届出を行う場合、それぞれの施設基準における「外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室」及び「実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会」については、外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを別に整備する必要があるか。

(答) いずれについても、外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを併せて整備して差し支えない。

- 「実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会」については、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1を算定する患者に係るレジメンのみを評価・承認することで差し支えないか。

(答) 当該委員会においては、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来化学療法加算1の算定の有無にかかわらず、当該保険医療機関で実施される全ての化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する必要がある。

区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料

- 令和4年3月31日以前から診療を継続している患者については、改定により自己負担額等が変更になる場合があるが、患者へ説明すべき事項として、自己負担額等が変更になる場合があることは含まれるか。

(答)含まれる。なお、請求前に説明を行うなど、当該患者の理解が得られるよう工夫すること。また、当該説明については必ずしも主治医が行う必要はないが、他の職員が説明を行う場合は、主治医と十分に連携して行うこと。

- 外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定に係る保険医療機関を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」は算定可能か。

(答)外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可。

- 外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」については、「診察(視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む)の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである」とあるが、検査、投薬等を行わない場合であっても算定可能か。

(答)算定可。ただし、診察(視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む。)は必ず行うこと。

- 「専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」とあるが、①当該医師、看護師及び薬剤師は、化学療法の経験等を有している必要があるか。②「院内に常時1人以上配置」における常時とは、24時間ということか。

(答)それぞれ以下のとおり。①必ずしも化学療法の経験等を有している必要はないが、その場合であっても、当該医師等が緊急の相談等に適切に対応できるよう、状況に応じた対応方針等について、化学療法の経験を有する医師等を含めて協議し、あらかじめ定めておくこと。②そのとおり。

- 【バイオ後続品導入初期加算】外来腫瘍化学療法診療料の注7、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、従前からバイオ後続品を使用している患者について、先行バイオ医薬品が同一である別のバイオ後続品に変更した場合、当該加算は算定可能か。

(答)算定不可。

- 注7、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料の注4及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、「バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として加算すること」とされているが、初回処方日から3月以内に転医し、転医先で同一のバイオ後続品を処方した場合に、当該加算は算定可能か。

(答)算定不可。

- 注7及び第2章第6部注射の通則第7号に規定するバイオ後続品導入初期加算について、「初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り」加算することとされているが、入院中にバイオ後続品を初めて使用した患者であって、退院後においてもバイオ後続品を使用したものについて、入院中の使用から2月目以降に当該加算の要件を満たす場合は、当該加算を算定することは可能か。

(答)初回の使用日の属する月にバイオ後続品導入初期加算を算定していない者についても、2月目以降に要件を満たす場合は算定可。ただし、その場合であっても、初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として算定すること。

■精神科個別項目

認知症専門診断管理料の見直し

認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターが追加された。

⇒ B 005-7 認知症専門診断管理料2

イ 基幹型又は地域型の場合 300点

ロ 連携型の場合 280点

認知症専門診断管理料の見直し

➤ 認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

現行	改定後
<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2 300点</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準 「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」 (平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p>2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準 1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。</p> <p>3 (略)</p>	<p>【認知症専門診断管理料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 基幹型又は地域型の場合 300点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 連携型の場合 280点</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 認知症専門診断管理料に関する施設基準 「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」 (平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p style="color: blue;">(削除)</p> <p>2 (略)</p>

認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に488カ所（令和3年10月現在）【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

	基幹型	地域型	連携型
主な医療機関	総合病院、大学病院等	精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数（令和3年10月現在）	17カ所	384カ所	87カ所
基本的活動圏域	都道府県圏域		
	二次医療圏域		
専門的医療機能	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
人員配置	・専門医又は鑑別診断等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）	・専門医又は鑑別診断等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）	・専門医又は鑑別診断等の専門医を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
検査体制（※他の医療機関との連携で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保 ※急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	
医療相談室の設置	必須	-	
地域連携機能	・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポーター、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター-地域連携会議」の組織化等		
診断後等支援機能	・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催		
事業の着実な実施に向けた取組の推進	都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与	※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し

療養・就労両立支援指導料における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が新たに追加された。

⇒ **B 001-9 療養・就労両立支援指導料**

1 初回 800点 、 2 2回目以降 400点 、 **相談支援加算 50点**



薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

重度アルコール依存症のほかに「薬物依存症の患者」も対象に加えられ、「重度アルコール依存症入院医療管理加算」から、名称を「依存症入院医療管理加算」に変更した。

(対象患者)入院治療が必要なアルコール依存症の患者 ⇒ 入院治療が必要なアルコール依存症の患者又は薬物依存症の患者

⇒ **A 231-3 依存症入院医療管理加算 30日以内 200点 31日以上60日以内 100点**

【疑義解釈】(令和4年3月31日付け)

Q 区分番号「A231-3」依存症入院医療管理加算の施設基準において求める医師等の「薬物依存症に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A 現時点で以下の研修が該当する。

- ・国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」
- ・日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」

なお、令和4年4月1日以降に実施される上記の研修については、入院医療に関する要点等が含まれ、これを履修する必要があるが、令和4年3月31日以前に上記のいずれかの研修を修了した者については、当該要点等について履修しているものとみなす。

アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設

外来におけるアルコール依存症の集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価として、「3 アルコール依存症の場合」が新設された。

⇒ I 006-2 依存症集団療法

1 薬物依存症の場合	340点
2 ギャンブル依存症の場合	300点
<u>3 アルコール依存症の場合</u>	<u>300点</u>

(3の算定条件) 集団療法を実施した場合に、週1回かつ計10回に限り算定する。

【疑義解釈】(令和4年3月31日付け)

Q 区分番号「I006-2」依存症集団療法の「3」アルコール依存症の場合の施設基準における「アルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「依存症入院管理加算(アルコール依存症の場合)に関する研修」
- ・独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターが実施する「アルコール依存症に対する集団療法研修」

摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し

⇒ A 231-4 摂食障害入院医療管理加算

摂食障害入院医療管理加算の要件が変更され、実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数が、「10人以上から1人以上」に変更された。

摂食障害の年間新規入院患者数(入院期間が通算される再入院の場合を除く)が10人以上であること。



摂食障害の年間新規入院患者数(入院期間が通算される再入院の場合を除く)が 1人以上であること。

【疑義解釈】(令和4年3月31日付け)

Q 区分番号「A231-4」摂食障害入院医療管理加算の施設基準における「摂食障害の年間新規入院患者数」について、「新規入院患者」は、当該加算の対象となる「摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI 15未満の患者」である必要があるか。

A そのとおり。

⇒ A 230-3 精神科身体合併症管理加算

精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について13未満から15未満に緩和された。

重篤な栄養障害 BMI 13未満 の摂食障害の患者  重篤な栄養障害 BMI 15未満 の摂食障害の患者

精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設

精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による相談支援や関係機関との連絡調整等を行った場合の評価が新設された。

⇒ I 002(注9) 療養生活継続支援加算 350点(月1回) ※初回算定日の属する月から起算して1年を限度

(算定要件及び施設基準)※抜粋

- ✓ 通院・在宅精神療法の1を算定する患者で、重点的な支援を要する患者
- ✓ 精神科を担当する医師の指示の下、専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が担当
- ✓ 当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援
- ✓ 当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行うこと
- ✓ 対象となる重点的な支援を要する患者は、「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者
- ✓ 担当者は初回の支援から2週間以内に、多職種と共同して「療養生活環境の整備に関する支援計画書(以下支援計画書)」を作成すること
- ✓ 支援計画書の作成にあたっては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること
- ✓ 支援計画書の内容を患者等に対し説明し、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う
- ✓ 関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合には、患者又はその家族等の同意を得て支援計画に係る情報提供を行うこと
- ✓ 当該保険医療機関内に当該支援に専任の看護師又は精神保険福祉士が1名以上勤務していること
- ✓ 支援担当者が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は、1人につき80人以下であること。また、担当する患者の一覧を作成していること

【疑義解釈】(令和4年3月31日付け)

Q 区分番号「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算の施設基準において求める看護師の「精神看護関連領域に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・日本看護協会の認定看護師教育課程 「認知症看護」
- ・日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ・日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程

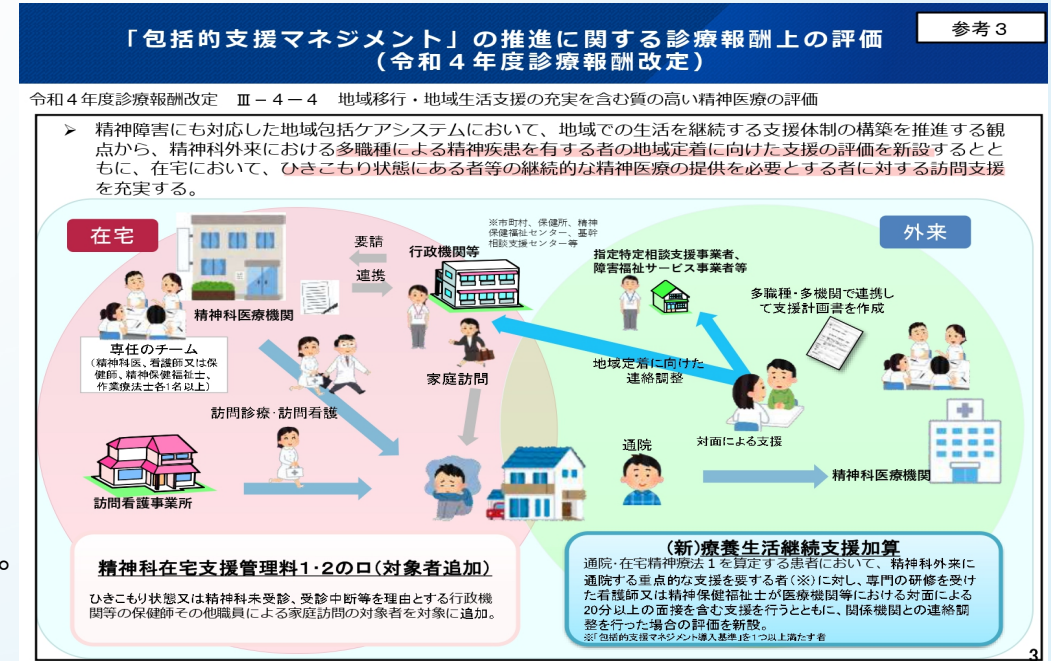
Q 区分番号「I002」通院・在宅精神療法の注9に規定する療養生活継続支援加算について、患者1名に対し複数の看護師又は精神保健福祉士が担当して支援等を行うことは可能か。

A 不可。

なお、複数の看護師又は精神保健福祉士がチームで対応することは可能であるが、その場合であっても、主たる担当者を定める必要があり、主たる担当者が交代する場合は、当該患者に対してその旨を説明すること。また、20分以上の面接等については、当該主たる担当者が実施することとし、他の看護師又は精神保健福祉士が同席することは差し支えないが、複数の者がそれぞれ実施して時間を合算することはできない。なお、支援計画書の作成や関係機関との連絡調整について、主たる担当者以外の者が補助することは可能である。

<その他注意事項>

療養生活継続支援加算は、(注8)療養生活環境整備指導加算との併算定は不可。



継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者が追加された。

⇒ I 016 精神科在宅患者支援管理料1((イ)(1)3,000点、(2)2,250点 : (ロ)(1)2,500点、(2)1,875点)

精神科在宅患者支援管理料2((イ)(1)2,467点、(2)1,850点 : (ロ)(1)2,056点、(2)1,542点)

(1 ・ 2 については初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する)

精神科在宅患者支援管理料3((イ)2,030点、(ロ)1,248点)

(1 又は 2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には算定不可)

(上記 1 ・ 2 の「ロ」の追加対象患者)

✓ 以下の全てに該当する患者(初回の算定日から6月以内に限る)

(ア) **ひきこもり状態**又は精神科の**未受診**若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者

(イ) 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者

(ウ) 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

児童思春期精神科専門管理加算の見直し

児童・思春期精神医療の外来診療において、16歳未満の患者に対して、初診日から2年を超えて通院・在宅精神療法を行った場合についても算定できるようになった。

⇒ I 002(注4) 児童思春期精神科専門管理加算

※ (算定対象医療機関)

特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣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

(算定)

(イ) 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 500点

(新)

(2) (1)以外の場合 300点

通院・在宅精神療法の見直し

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

⇒ I 002 通院・在宅精神療法

「イ」(入院措置を経て退院、支援計画期間にあるもの)

→ 変更なし

「ロ」(初診料を算定する初診の日に、60分以上行った場合)

「ハ」(イ及びロ以外:30分以上、30分未満)

→ 変更あり



令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑧

通院・在宅精神療法の見直し

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

現行		改定後		
【通院精神療法】		【通院精神療法】(在宅精神療法についても同様)		
診療時間	点数	診療時間	実施者	点数
60分以上(初診のみ)	540点	60分以上(初診のみ)	指定医	560点
30分以上	400点		それ以外	540点
30分未満	330点	30分以上	指定医	410点
			それ以外	390点
		30分未満	指定医	330点
			それ以外	315点

「ロ」、「ハ」が、精神保健指定医が行った場合とそれ以外の場合に区分された。

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急入院料についての評価の在り方が見直され、手厚い救急急性期医療体制、緊急の患者に対応する体制及び医師の配置等がそれぞれ評価された。精神科救急入院料については、名称を精神科救急急性期医療入院料に変更となり、精神科救急・急性期医療における役割に応じた評価体系となっている。

⇒ **A 311 精神科救急急性期医療入院料**（精神科救急急性期に係る入院料の評価が入院期間に応じた3区分に見直された。）

（精神科救急急性期医療入院料の点数のみを確認すると、以前の精神科救急入院料の点数より下がっている。）

（日数） 30日以内、 31日以上60日以内、 61日以上90日以内

（算定点数） 2,400点 、 2,100点 、 1,900点

⇒ **A 311(注6)精神科救急医療体制加算(新設)**

精神科救急急性期医療入院料の加算で、点数は3区分となっている。

イ) 身体合併症対応型 600点

ロ) 常時対応型 590点

ハ) 病院群輪番型 500点

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑨

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急医療に係る入院についての評価の見直し

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

現行	改定後																												
精神科救急入院料 1 イ 30日以内 3,579点 ロ 31日以上 3,145点 精神科救急入院料 2 イ 30日以内 3,372点 ロ 31日以上 2,938点	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><(1) 手厚い救急急性期医療体制></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">(改) 精神科救急急性期医療入院料</td> <td>30日以内</td> <td>2,400点</td> </tr> <tr> <td>31日以上60日以内</td> <td>2,100点</td> </tr> <tr> <td>61日以上90日以内</td> <td>1,900点</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><(2) 緊急の患者に対応する体制></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">(新) 精神科救急医療体制加算</td> <td>1 身体合併症対応</td> <td>600点</td> </tr> <tr> <td>2 常時対応型</td> <td>590点</td> </tr> <tr> <td>3 病院群輪番型</td> <td>500点</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><(3) 医師の配置とクロザピン使用体制></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">(改) 精神科急性期医師配置加算</td> <td>1</td> <td>600点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>400点</td> </tr> </tbody> </table>	<(1) 手厚い救急急性期医療体制>			(改) 精神科救急急性期医療入院料	30日以内	2,400点	31日以上60日以内	2,100点	61日以上90日以内	1,900点	<(2) 緊急の患者に対応する体制>			(新) 精神科救急医療体制加算	1 身体合併症対応	600点	2 常時対応型	590点	3 病院群輪番型	500点	<(3) 医師の配置とクロザピン使用体制>			(改) 精神科急性期医師配置加算	1	600点	3	400点
<(1) 手厚い救急急性期医療体制>																													
(改) 精神科救急急性期医療入院料	30日以内	2,400点																											
	31日以上60日以内	2,100点																											
	61日以上90日以内	1,900点																											
<(2) 緊急の患者に対応する体制>																													
(新) 精神科救急医療体制加算	1 身体合併症対応	600点																											
	2 常時対応型	590点																											
	3 病院群輪番型	500点																											
<(3) 医師の配置とクロザピン使用体制>																													
(改) 精神科急性期医師配置加算	1	600点																											
	3	400点																											

【疑義解釈】（令和4年3月31日付け）

Q 区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する、精神科救急医療体制加算の施設基準における「地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書」とは、具体的にはどのようなものか。

A 当該加算の届出を行う保健医療機関が所在する都道府県等において、都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会又は圏域ごとの精神科救急医療体制若しくは身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会（精神科救急医療体制整備事業）における意見を踏まえて当該保険医療機関が120床を超えて精神科救急医療に対応する病床数を確保することが必要であると認定された文章をいう。

具体的には、以下の事項を含むものであること。

- ・地域において精神科救急医療体制を整備するに当たり、届出保険医療機関において、120床を超えた精神科救急医療に対応する病床が必要であること。
- ・精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）等からの依頼を断らずに当該保険医療機関において患者を受け入れていること又は受け入れられない事例について、都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会等に対して患者の受療調整状況及び事例の件数を報告していること。

✓ 精神科救急急性期医療入院料病棟が、精神科急性期医師配置加算の対象となる病棟として加わった。

⇒ A 249精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料の対象は1と3）

1 : 600点

3 : 400点

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑨

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

➤ 加算の対象となる病棟として、精神科救急急性期医療入院料を加える。

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



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

[経過措置]

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

(参考) 精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算1	加算2のロ	加算3	加算2のイ
新規入院患者の自宅等への3か月以内の移行率	6割以上	6割以上	4割以上	<ul style="list-style-type: none"> 内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜 入院を要する(第二次)救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置 精神科リエゾンチーム加算を届出している 直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者 精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月5人以上診察
クロザピン新規導入患者数	6件/年以上	—	3件/年以上	
時間外 外来診療	20件/年以上	20件/年以上	20件/年以上	
時間外 入院	6件/年以上	6件/年以上	6件/年以上	

※ 配置要件、病床数等の抜粋

✓ 精神保険指定医の配置 ⇒ 病院に常勤4名以上(病棟常勤精神保健指定が1名以上)

注意 : 精神科救急医療体制加算を届出する場合 ⇒ 病院に精神保険指定医常勤**5名以上**

<注意 : 急性期医師配置加算の届出をする場合 ⇒ 病棟常勤精神保険指定医が**2名以上**>

✓ 病床数の上限 ⇒ 精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料と合わせて合計が**300床以下**

注意 : 精神科救急医療体制加算を届出する場合 ⇒ 病床単位での届出で**120床まで**

✓ 時間外、休日・深夜の**入院件数**について

⇒ 年間30件以上(又は人口1万人当たり0.37件以上)、うち6件以上(又は2割以上)は精神科救急情報センター等からの依頼

注意 : 精神科救急医療体制加算を届出する場合

⇒ 年間**40件以上**(又は人口1万人当たり**0.5件以上**)、うち**8件以上**(又は2割以上)は精神科救急情報センター等からの依頼

✓ **データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関**

⇒ 令和6年3月31日まで経過措置あり

✓ 精神科急性期医師配置加算を届出する場合(令和6年3月31日まで経過措置あり)

⇒ 直近1年間でのクロザピン導入実績が必要 : 「1」⇒ **6件以上**、「3」⇒ **3件以上** (次ページ以降の表参照のこと)

※ 精神科救急医療体制加算の対象患者 ※

特に、精神科救急急性期医療入院料と精神科救急医療体制加算の対象患者の違いに注意

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑨

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑩

精神科救急医療体制の整備の推進等

精神科救急医療に係る入院の算定対象

➤ 以下の障害を有するものに限る。

【精神科救急急性期医療入院料】

[留意事項]

- ア 症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）
- イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- エ 気分（感情）障害
- オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
- カ 成人の人格及び行動の障害（精神症状を有する状態に限る。）
- キ 知的障害（精神症状を有する状態に限る。）

【精神科救急医療体制加算】

[留意事項]

- ア **認知症を除く**症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限る。）**（ただし、令和6年3月31日までの間は、精神症状を有する状態に限り、認知症を含むものとする。）**
- イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- エ 気分（感情）障害**（躁状態又は自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）**
- オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
- カ 成人の人格及び行動の障害（精神症状を有する状態に限る。）
- キ 知的障害（精神症状を有する状態に限る。）

※ ア) のみ、令和6年3月31日まで経過措置あり

クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者に、クロザピンの導入を目的として他の医療機関から転院した患者が追加された。

精神科急性期病棟等におけるクロザピンの普及推進

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

現行

【精神科救急入院料】

[算定要件]

- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
- イ 他病棟入院患者の急性増悪例
- ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者（※1）

改定後

【精神科救急急性期医療入院料】

（精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様）

[算定要件]

- ア 3月以内に精神病棟に入院したことがない患者
- イ 他病棟入院患者の急性増悪例
- ウ クロザピンを新規に導入することを目的として転棟又は転院する患者（※1）

※1 クロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。

★ 精神科急性期治療病棟入院料について、入院期間に応じた3区分の評価に見直された。また、当該入院料を算定する病棟の病床数を限定した。

⇒ A 311-2 精神科急性期治療病棟入院料

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑨

精神科救急医療体制の整備の推進

入院期間に応じた区分の見直し

➤ 合併症や急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた3区分に見直す。

現行			改定後			
(1日につき)	30日以内	31日以上	(1日につき)	30日以内	31日以上 60日以内	61日以上 90日以内
精神科急性期治療病棟入院料 1	1,997点	1,665点	精神科急性期治療病棟入院料 1	2,000点	1,700点	1,500点
精神科急性期治療病棟入院料 2	1,883点	1,554点	精神科急性期治療病棟入院料 2	1,885点	1,600点	1,450点
精神科救急・合併症入院料	3,579点	3,145点	精神科救急・合併症入院料	3,600点	3,300点	3,100点

病床数上限の見直し

➤ 精神科救急や急性期医療に係る病棟の病床数について、上限を見直す。

現行	改定後
<p>[施設基準] 【精神科救急入院料】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下 当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下 <p>ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。</p> <p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下 当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下 	<p>[施設基準] (改) 【精神科救急急性期医療入院料】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下 <p>【精神科急性期治療病棟入院料】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該病棟の病床数は、130床以下 <p>(新) 【精神科救急医療体制加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科救急急性期医療入院料を算定している病棟 病棟の病床単位で届出、120床以下 旧精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等が確認できる場合は、120床を超えて届出を行うことができ、60/100に相当する点数を算定できる。 <p>[経過措置] 旧精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下であることに該当するものとみなす。</p>

- ← 病床数の合計は精神科救急急性期医療入院料との合計で300床以下
- ← 精神科急性期治療病棟入院料のみであれば130床以下

★ 精神科救急・合併症入院料について、入院期間に応じた3区分の評価に見直すとともに、入院基本料等加算のうち精神科身体合併症管理加算等、リハビリテーションのうち心大血管疾患リハビリテーション料等及び処置のうち人工腎臓等の費用を包括評価の範囲から除外した。また、常勤の精神保険指定医の配置要件及び実績要件が緩和された。

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑨

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急・合併症入院料の見直し

➤ 精神科身体合併症管理加算や心大血管疾患リハビリテーション料等を包括評価の範囲から除外する。

⇒ A 311-3 精神科救急・合併症入院料

30日以内	3,600点
31日以上60日以内	3,300点
61日以上90日以内	3,100点

現行

【精神科救急・合併症入院料】

○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療

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、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、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、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用

改定後

【精神科救急・合併症入院料】

○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療

現行の項目(左記)に加え、以下の項目
精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹腔灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹腔灌流に係るものに限る。)

➤ 指定医の配置、時間外、休日・深夜における外来診療件数、地域の入院需要に対する要件を見直す。

現行

【精神科救急・合併症入院料】

[施設基準]

- ・病棟に常勤の指定医が3名以上配置されていること。
- ・常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く。)件数の実績が年間200件以上、又は次の地域における人口1万人当たり2.5件以上であること。
- ・以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

改定後

【精神科救急・合併症入院料】

[施設基準]

- ・病棟に常勤の指定医が**2名**以上配置されていること。
- ・常時精神科救急外来診療が可能であること。
(削除)
- ・以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は**5件以上**の患者を当該病棟において受け入れていること。

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

精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価が新設された。

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑩

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

⇒ B-005-12 こころの連携指導料(Ⅰ) 350点

→初回算定日の属する月から1年を限度に月1回算定可

(精神科又は心療内科の標榜医療機関に対して

文書による診療情報提供等を行った場合)

⇒ B-005-13 こころの連携指導料(Ⅱ) 500点

→初回算定日の属する月から1年を限度に月1回算定可

(当該患者を紹介した医師に対して

文書による診療情報提供等を行った場合)

- ▶ 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。

	(新) <u>こころの連携指導料(Ⅰ)</u> 350点(月1回)	(新) <u>こころの連携指導料(Ⅱ)</u> 500点(月1回)
対象患者	地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたもの	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	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 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を標榜する保険医療機関との連携体制</u> を構築	<u>精神科又は心療内科</u> 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。	-

【疑義解釈】(令和4年3月31日付け)

Q 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(Ⅰ)の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂ケア研修(精神科救急版)又は自殺未遂者ケア研修(一般救急版)
- ・日本臨床救急医学会等が実施するPEECコース
- ・自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修

Q 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(Ⅰ)について、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の心療内科又は精神科を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

A 算定不可。

Q 区分番号「B005-12」こころの連携指導料(Ⅰ)において、心療内科又は精神科を標榜する保険医療機関の内科等を担当する医師が、患者の病態を踏まえ、他の心療内科又は精神科に当該患者を紹介した場合、当該指導料は算定可能か。

A 他の算定要件を満たせば算定可能。

救急患者精神科継続支援料の見直し

救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化すると共に、更に算定点数等の評価がされた。

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑫

救急患者精神科継続支援料の見直し

⇒ I 002-3 救急患者精神科継続支援料

「1」 900点（入院中の患者）

「2」 300点（入院中の患者以外）

救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し

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

現行	改定後
<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 435点 2 入院中の患者以外 135点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付。</p>	<p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>1 入院中の患者 900点 2 入院中の患者以外 300点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に週1回に限り算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週1回に限り算定する。</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準</p> <p>(3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) 専任の常勤医師、専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）。</p> <p>(2) 令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているもの。</p>

救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、評価の在り方が見直された。

- ・当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価が新設された。

⇒ A 300(注2) 精神疾患診断治療初回加算 「イ」(届出した場合) 7,000点、「ロ」(イ以外) 3,000点

(※ A 248 精神疾患診療体制加算は別に算定できない)

- ・当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の評価が設けられた。

⇒ A 300(注10) 退院時に1回に限り加算 2,500点

(※ I 002-3 救急患者精神科継続支援料は別に算定できない)

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 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-⑬

救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

精神疾患診断治療初回加算等の新設

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

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

■救急医療管理加算

●救急医療管理加算1: (現在)950点(7日まで)→(見直し後)1050点(7日まで)

【対象患者】

以下のア～サのいずれかで、緊急に入院が必要と認められた重症患者

- ア 吐血、喀血または重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害または昏睡
- ウ 呼吸不全また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)

(改)キ 広範囲熱傷、「顔面熱傷または気道熱傷」

- 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・検査またはT-PA療法を必要とする状態

(新)コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

(新)サ 蘇生術を必要とする重篤な状態

●救急医療管理加算2: (現在)350点(7日まで)→(見直し後)420点(7日まで)

【対象患者】

以下のア～サのいずれかに準ずる状態で、緊急に入院が必要と認められた重症患者

- ア 吐血、喀血または重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害または昏睡
- ウ 呼吸不全また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)

(改)キ 広範囲熱傷、「顔面熱傷または気道熱傷」

- 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・検査またはT-PA療法を必要とする状態

(新)コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

(新)サ 蘇生術を必要とする重篤な状態

(改)シ その他重篤な状態

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-⑤

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、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	キ 広範囲熱傷、 顔面熱傷又は気道熱傷
イ 意識障害又は昏睡	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
エ 急性薬物中毒	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
オ ショック	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	シ その他の重症な状態(加算2のみ)

算定要件の見直し

- 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。
- DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後										
【摘要欄記載事項】										
◆ アからサのうち該当する状態										
◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標										
◆ イの状態に該当する場合はJCS0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										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>患者の状態/状態指標</th> <th>状態指標の記載時点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>意識障害患者/JCS</td> <td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td> </tr> <tr> <td>心疾患患者/NYHA</td> <td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td> </tr> <tr> <td>呼吸不全の患者/P/F</td> <td>・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時</td> </tr> <tr> <td>熱傷患者/Burn Index</td> <td>・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点</td> </tr> </tbody> </table>	患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点	意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時	熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点
患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点									
意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時									
心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時									
呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時									
熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点									

「イ 意識障害または昏睡」では「JCSゼロ」、「ウ 呼吸不全または心不全で重篤な状態」では「NYHA分類1、またはP/F比400以上」、「キ 広範囲熱傷、顔面熱傷または気道熱傷」では「BURN INDEXゼロ」の場合に「緊急入院が必要と判断した医学的根拠」を新たにレセプトの摘要欄に記載することが求められます。

注

- 1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、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、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。
- 2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。
- 3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。

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。

- アからサまでのうち該当する状態
- イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ウ 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
- エ 重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であってJCS(JAPAN COMA SCALE) 0の状態、(2)のウに掲げる状態であってNYHA I度若しくはP/F比400以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。)であって BURN INDEX 0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、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ウ 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
- エ 重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態に準ずる状態であってJCS(JAPAN COMA SCALE) 0の状態、(2)のウに掲げる状態に準ずる状態であってNYHA I度若しくはP/F比400以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態に準ずる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。)であってBURN INDEX 0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

- 都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者(精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態)に対して救急医療が行われた場合にも算定できる。ただし、精神科応急入院施設管理加算又は精神科措置入院診療加算を算定した患者については算定できない。なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(平成20年5月26日障発第0526001号)に従い実施されたい。
- 加算の起算日となる入院日については、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供した日(午前0時から午後12時まで)であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している日(あらかじめ定められた当番日以外の日でもよい。)とする。また、午前0時をまたいで夜間救急医療を提供する場合には、夜間の救急医療を行った前後2日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあつては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。
- 「注2」に規定する乳幼児加算は、6歳未満の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7日を限度として算定する。
- 「注3」に規定する小児加算は、6歳以上15歳未満の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7日を限度として算定する。

■ 救急搬送診療料

【新設】救急搬送診療料における重症患者搬送加算 1,800 点

【主な算定要件】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、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

【主な施設基準】重症患者の搬送を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【見直し内容】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

同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-⑩

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。

注

- 1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。
- 2 新生児又は6歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。
- 3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。
- 4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。

通知

- (1) 救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。
- (2) 救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。
- (3) 診療を継続して提供した場合、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は、救急搬送の同一日に1回に限り算定する。
- (4) 搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は1回に限り算定し、区分番号「C000」往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。
- (5) 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。
- (6) 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、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、患者の搬送を行う場合
- (7) 「注2」の加算は、新生児又は6歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。
- (8) 「注3」の加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が30分を超えた場合に加算する。
- (9) 「注4」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。
- (10) 同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。

■ 令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

(全般的事項)

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

(入院医療)

2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。

6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

(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。

■ 令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

(医療技術の評価)

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

(歯科診療報酬)

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

(調剤報酬)

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

(後発医薬品の使用促進)

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

(その他)

15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。

16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。

17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。

18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。

20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。

■ 令和4年度診療報酬改定 経過措置について①

	区分番号	項目	経過措置
1	A000 A002	初診料の注2及び注3、外来診療料の注2及び注3に規定する保険医療機関	紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和5年4月1日から適用する。
2	A000	初診料の注10に規定する機能強化加算	令和4年3月31日時点で機能強化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4年9月30日までの間に限り、地域包括診療加算2、地域包括診療料2、機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における実績に係る基準を満たしているものとする。
3	A000	初診料の注14に規定する電子的保健医療情報活用加算	区分番号A000の注14のただし書きの規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
4	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。
5	—	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和4年3月31日時点で、急性期一般入院料1～5、7対1入院基本料(結核、特定機能病院(一般病棟)、専門病院)、看護必要度加算(特定、専門)、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を届け出ている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。
6	A100	急性期一般入院料1における重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料1を届け出ている病棟(許可病床200床以上400床未満の保険医療機関に限る)については、令和4年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を用いた評価に係る基準を満たしているものとみなす。
7	A100	急性期一般入院料6における施設基準	令和4年3月31日時点で現に急性期一般入院料6を届け出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、引き続き令和4年度改定前の点数表により急性期一般入院料6を算定可能とする。
8	A101	療養病棟入院基本料	令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
9	A101	療養病棟入院基本料(注11)	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	A101	療養病棟入院基本料(注11)	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、令和4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。
11	A106等	障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等	令和4年3月31日時点で夜間看護体制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4年9月30日までの間に限り、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基準を満たしているものとする。
12	A200	総合入院体制加算	令和4年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和4年9月30日までの間、令和4年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものとする。

■ 令和4年度診療報酬改定 経過措置について②

	区分番号	項目	経過措置
	13 A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームの構成員における所定の研修については、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
	14 A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和4年9月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。ただし、その場合であっても1回目を令和4年9月30日までの間に開催すること。
	15 A200-2	急性期充実体制加算	外来を縮小する体制における、紹介割合・逆紹介割合の要件及び、紹介受診重点医療機関については、令和5年4月1日以降に適用するものとする。
	16 A200-2	急性期充実体制加算	公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院について、令和5年3月31日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
	17 A207	診療録管理体制加算	令和4年3月31日において、現に診療録管理体制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、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び情報セキュリティに関する研修に係る要件を満たしているものとみなす。
	18 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。
	19 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。
	20 A234-4	重症患者初期支援充実加算	特に重篤な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について、開催が困難な場合にあつては、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。
	21 A244	病棟薬剤業務実施加算1	令和4年3月31日時点において、現に病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であつて、小児入院医療管理料の届出を行っているものについては、令和4年9月30日までの間に限り、病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟に配置されているとみなす。ただし、この場合であっても小児入院医療管理料を算定する病棟に病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が配置されていないときは、当該加算を算定できない。
	22 A245 (A100, A101, A105, A106, A306, A308, A309, A310, A311)	データ提出加算(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)	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。
	23 A245 (A100, A105, A106, A306, A309, A310)	データ提出加算(地域一般入院料、専門病院入院基本料(13対1)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料)	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日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。

■ 令和4年度診療報酬改定 経過措置について③

	区分番号	項目	経過措置
24	A245 (A100, A105, A106, A306, A309, A310)	データ提出加算(地域一般入院料、専門病院入院基本料(13対1)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料)	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床未満のものにあっては、令和6年3月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。
25	A245 (A311)	データ提出加算(精神科救急急性期医療入院料)	令和4年3月31日時点で旧医科点数表 A311 の精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和6年3月31日までの間、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。
26	A246	入退院支援加算1	1の(4)に掲げる「連携医療機関」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。
27	A249	精神科急性期医師配置加算1 精神科急性期医師配置加算3	令和4年3月31日時点で旧医科点数表 A311 に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算は、令和6年3月31日までの間に限り、クロザピン導入に係る基準を満たすものについてしているものとする。
28	A249	精神科急性期医師配置加算1	令和4年3月31日時点で旧医科点数表A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。
29	A249	精神科急性期医師配置加算1	令和4年3月31日時点で現に精神科急性期医師配置加算1の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和5年3月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。
30	A252	地域医療体制確保加算	令和4年3月31日時点で地域医療体制確保加算の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、「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」を作成することに係る基準を満たしているものとする。
31	A300	救命救急入院料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	令和4年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、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。
32	A300等	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算	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、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。
33	A301	特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	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治療室にあっては、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。
34	A301	特定集中治療室管理料の注5に規定する早期栄養介入管理加算	令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、8の(4)の基準を満たしているものとみなす。
35	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。
36	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5・6	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。

令和4年度診療報酬改定 経過措置について④

区分番号	項目	経過措置
37 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (200床以上400床未満の医療機関に限る。)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和4年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
38 A308-3	地域包括ケア病棟入院料	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。
39 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (100床以上の医療機関)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、入退院支援加算1の届出を要さないこととする。
40 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (一般病床に限る。)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、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に該当するものとみなす。
41 A308-3	地域包括ケア病棟入院料 (療養病床に限る。)	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が8割以上であること・当該病棟又は病室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30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。
42 A311	精神科救急急性期医療入院料 精神科救急医療体制加算1 精神科救急医療体制加算2 精神科救急医療体制加算3	令和4年3月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下とすることについて要件を満たすものとみなす。
43 A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出を行っている病棟(特定機能病院に限る。)については、令和4年9月30日までの間に限り、施設基準を満たしているものとする。
44 B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	令和4年3月31日時点で外来化学療法加算1又は2の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、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を満たしているものとする。
45 B001-23	がん患者指導管理料イ	令和4年3月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
47 B001-32	一般不妊治療管理料	令和4年9月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との関係に係る基準を満たしているものとする。
48 B001-33	生殖補助医療管理料	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受け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、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制(生殖補助医療管理料1における患者からの相談に対応する体制を除く。)に係る基準を満たしているものとする。
49 B005-12	こころの連携指導料(Ⅰ)	自殺対策等に関する適切な研修を受講していない場合にあっては、令和4年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。

■ 令和4年度診療報酬改定 経過措置について⑤

区分番号	項目	経過措置
50 C在宅医療	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和4年3月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
51 D007「1」	アルブミン(BCP改良法・BCG法)	BCG法によるものは、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
52 E通則5	画像診断管理加算3に関する施設基準	令和4年3月31日時点で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る要件を満たしているものとする。
53 H004	摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1	令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和4年度改定前)の医科点数表区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、摂食嚥下機能回復体制加算1に関する摂食嚥下支援チームの職種の規定における「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、経口摂取回復率35%以上の基準を満たしているものとする。
54 H通則	疾患別リハビリテーション料	令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。
55 I002-3	救急患者継続支援料	令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人員配置に係る基準を満たしているものとする。
55 I002-3	救急患者継続支援料	令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人員配置に係る基準を満たしているものとする。
56 J038	人工腎臓 注2 口 導入期加算2	令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。
57 J及びK	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置等の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準	令和4年3月31日時点で時間外加算1等の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、当直回数等の基準を満たしているものとする。
58 K838	2 精巣内精子採取術	令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受け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、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との関係に係る基準(1)のアの②及び③並びにイの②から④まで及び(2)の基準を満たしているものとする。
59 訪問看護	機能強化型訪問看護管理療養費	令和4年3月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費1又は2の届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和4年9月30日までの間に限り、「人材育成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」に係る基準を満たしているものとする。
60 訪問看護	指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	令和6年3月31日までの間、業務継続計画の策定等については、努力義務とする。

■ 委員名簿

<日本病院会 診療報酬検討委員会>

委員長	島 弘志	新古賀病院	副理事長・総病院長
副委員長	万代 恭嗣	北多摩病院	病院長
委員	岡 俊明	聖隷浜松病院	病院長
	北村 立	石川県立こころの病院	病院長
	角南 勝介	成田赤十字病院	病院長
	船越 尚哉	土浦協同病院	情報管理室 室長
	牧野 憲一	旭川赤十字病院	病院長
	松本 純夫	国立病院機構 東京医療センター	名誉院長
	松本 潤	東京都保健医療公社多摩北部医療センター	病院長
	松本 隆利	八千代病院	理事長
	永易 卓	社会医療法人若弘会	理事・総務部長
	阿南 誠	川崎医療福祉大学	
		医療福祉マネジメント学部医療情報学科	学科長(特任教授)

<日本病院会 診療報酬作業小委員会>

委員長	永易 卓	社会医療法人若弘会	理事・総務部長
副委員長	佐合 茂樹	中部国際医療センター	病院長補佐・事務長
委員	荒井 康夫	北里大学病院	医療支援部 診療情報管理室 課長
	朝見 浩一	伊奈病院	事務長
	池田 隆一	相澤東病院	事務長
	北澤 将	国家公務員共済組合連合会	医療連携センター センター長
	島 由親	聖マリア病院	病院部経営指導第一課 課長
	中山 和則	筑波メディカルセンター病院	業務管理部 部長
	原口 博	公立昭和病院	副院長・事務部長
	持田 勇治	済生会保健・医療・福祉総合研究所	事務局長
			上席研究員
特別委員	田畑 久美	沼津中央病院	事務部長