

令和4年度診療報酬改定のポイント

～ 入院編 ～

参考資料: 有限会社メディカルサポートシステムズ
診療報酬改定セミナー

今次改定の入院医療のイメージ

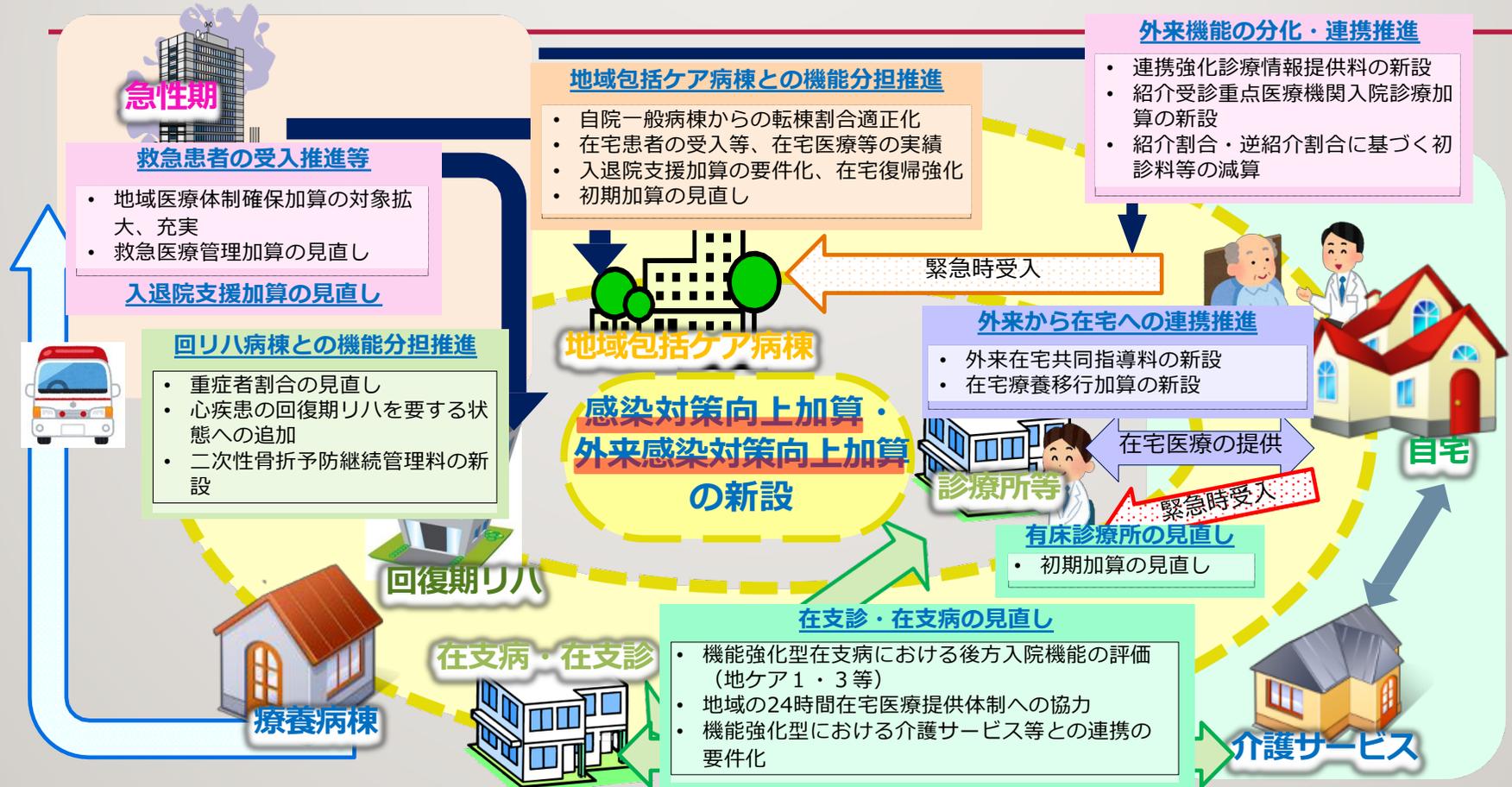
入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

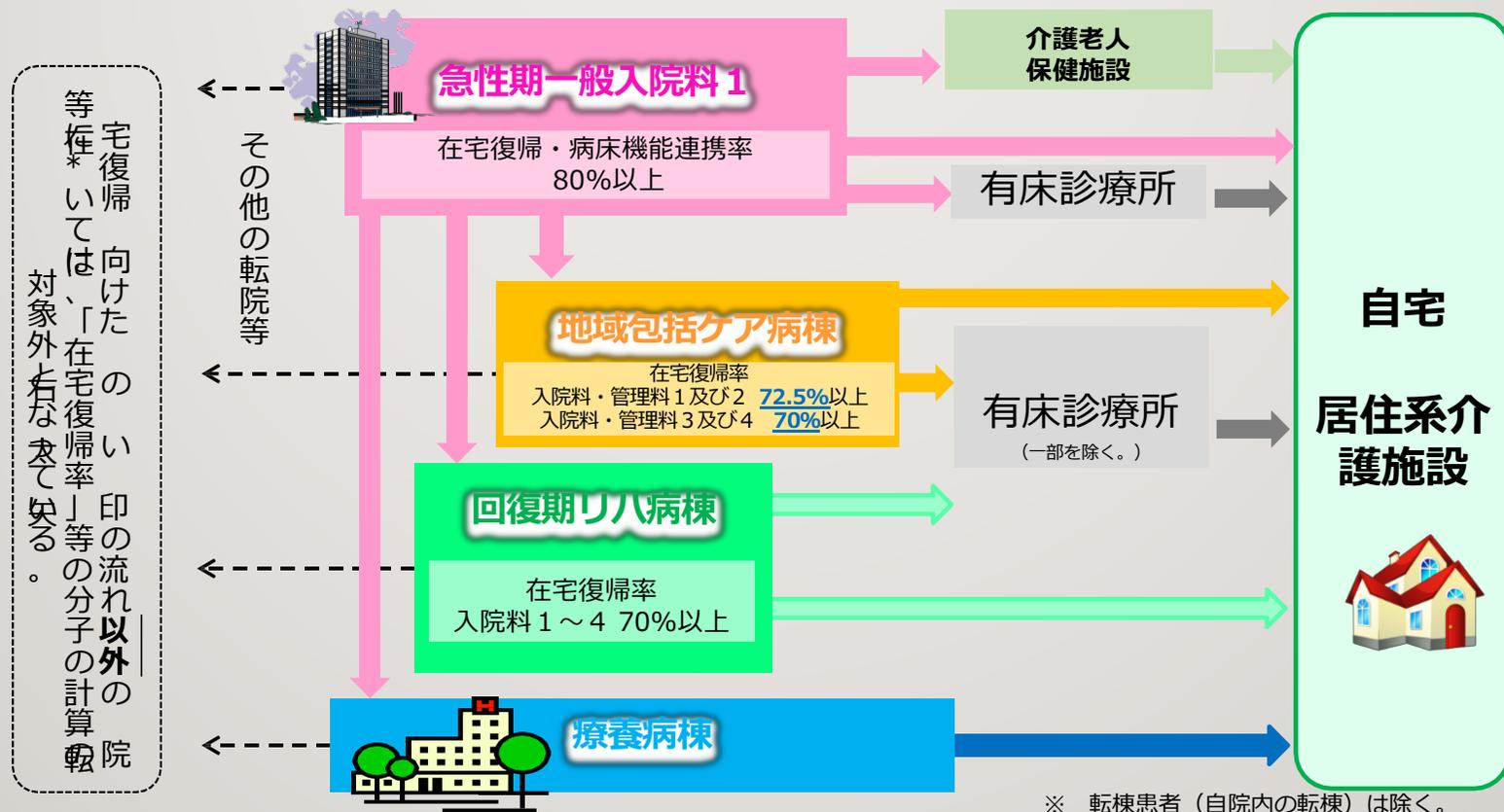
○新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算1・2・3**、**外来感染対策向上加算**において求めている**医療機関間連携**や**回リ八病棟の対象病態の拡大**、**外来在宅共同指導料新設**、**機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組み込み**等の**新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



入院基本料（急性期・地域一般）

【入院基本料】看護における処遇改善について

□看護職員の処遇改善について

- ◆地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関^{注1}に勤務する看護職員を対象に、**10月以降**収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み^{注2}を創設する
- ◆これらの処遇改善に当たっては、**介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考**に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じる
- ◆注1：救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関
- ◆注2：看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることのできるよう柔軟な運用を認める

褥瘡対策基準の見直し

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

現行

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

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



改定後

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

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

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

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	許可病床数 200床以上	31%/ <u>28%</u>	<u>27%</u> / <u>24%</u>	<u>24%</u> / <u>21%</u>	<u>20%</u> / <u>17%</u>	測定している こと	
	必要度Ⅰ/Ⅱ	許可病床数 200床未満	<u>28%</u> / <u>25%</u>	<u>25%</u> / <u>22%</u>	<u>22%</u> / <u>19%</u>		
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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<u>1,382点</u>

【経過措置】

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

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

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

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

現行

【一般病棟用】

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

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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

※ カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

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

【経過措置】

令和4年3月31日時点で施設基準の届出あり

* 令和4年9月30日まで基準を満たしているものとする。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

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

現行

【急性期一般入院基本料1】

[施設基準]

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



改定後

【急性期一般入院基本料1】

[施設基準]

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

[経過措置]

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

【入院基本料】重症度、医療・看護必要度の見直し

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目を以下のとおり見直す
 - ◆ 「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更
 - ◆ 「心電図モニターの管理」を評価項目から削除
 - ◆ 「輸血や血液製剤の管理」の評価を1点 ⇒ **2点**
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
 - ◆ 以下の医療機関は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行う
 - ◆ 許可病床数が200以上の保険医療機関で急性期一般入院料1の届出病棟
 - ◆ 許可病床数が400以上の保険医療機関で急性期一般入院料2から5までの届出病棟
 - ◆ 経過措置
 - ◆ 令和4年3月31日時点で急性期一般入院料1の届出病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る）は、令和4年12月31日までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の5に該当するものとみなす

【入院基本料】 注射薬剤 3 種類以上の除外薬剤の一例

□ 別紙 7 別表 2 : 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧の「A 3 注射薬剤 3 種類以上の管理」において、薬剤の種類数の対象から除くもの

◆ <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907849.xlsx>

◆ レセプト電算処理システム用コード 医薬品名称

◆ 620000225	グルアセト 3 5 注 5 0 0 m L	◆ 620002570	塩化ナトリウム注 1 0 % シリンジ「テルモ」 2 0 m L
◆ 620000237	生理食塩液 1. 3 L	◆ 620002947	1 0 % 食塩注シリンジ「タイヨー」 2 0 m L
◆ 620000238	生理食塩液 1. 5 L	◆ 620004100	アセトキープ 3 G 注 5 0 0 m L
◆ 620000239	生理食塩液 2 L	◆ 620004101	アセトキープ 3 G 注 2 0 0 m L
◆ 620001328	カーミパック生理食塩液 L 1. 3 L	◆ 620004136	生食注シリンジ「オーツカ」 5 m L
◆ 620001893	大塚食塩注 1 0 % 2 0 m L	◆ 620004137	生理食塩液「ヒカリ」 2 5 0 m L
◆ 620002215	生食注シリンジ「NP」 1 0 m L	◆ 620004322	1 0 % 食塩注「小林」 2 0 m L
◆ 620002216	生食注シリンジ「NP」 2 0 m L	◆ 620004658	K C L 注 1 0 m E q キット「テルモ」 1 モ ル 1 0 m L
◆ 620002471	カーミパック生理食塩液 L 1. 5 L		
◆ 620002569	塩化ナトリウム注 1 モルシリンジ「テルモ」 1 モル 2 0 m L		

【入院基本料】 注射薬剤 3 種類以上の除外薬剤の一例

◆ レセプト電算処理システム用コード 医薬品名称

◆ 620004659	K C L 注 2 0 m E q キット「テルモ」 ル 2 0 m L	1 モ	◆ 620006238	生理食塩液バッグ「フソー」	1 L
◆ 620005681	ニソリM注	2 5 0 m L	◆ 620006246	ソルアセットF輸液	5 0 0 m L
◆ 620005682	ニソリM注	5 0 0 m L	◆ 620006247	ソルアセットF輸液	1 L
◆ 620005702	ペロール注	3 0 0 m L	◆ 620006250	ソルマルト輸液	2 0 0 m L
◆ 620005703	ペロール注	5 0 0 m L	◆ 620006251	ソルマルト輸液	5 0 0 m L
◆ 620005704	ペンライブ注	2 0 0 m L	◆ 620006252	ソルラクトS輸液	2 5 0 m L
◆ 620005705	ペンライブ注	3 0 0 m L	◆ 620006253	ソルラクトS輸液	5 0 0 m L
◆ 620005706	ペンライブ注	5 0 0 m L	◆ 620006254	ソルラクトTMR輸液	2 5 0 m L
◆ 620005818	塩化ナトリウム注10%「日新」	2 0 m L	◆ 620006255	ソルラクトTMR輸液	5 0 0 m L
◆ 620006186	アステマリン3号MG輸液	5 0 0 m L	◆ 620006256	ソルラクトD輸液	2 5 0 m L
◆ 620006236	生理食塩液バッグ「フソー」	2 5 0 m L	◆ 620006257	ソルラクトD輸液	5 0 0 m L
◆ 620006237	生理食塩液バッグ「フソー」	5 0 0 m L	◆ 620006258	ソルラクト輸液	2 5 0 m L

入院基本料（療養病棟他）

褥瘡対策基準の見直し

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

現行

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

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



改定後

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

【入院基本料】 療養病棟入院基本料

- 療養病棟で中心静脈栄養を実施している状態にある患者の算定要件見直し
 - ◆ 当該病棟が患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合
 - ◆ 療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定

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

【入院基本料】 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制

□ 8 の 2 : 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

◆ 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

◆ 当該検査等は、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院との協力により確保することでも可

◆ イ,摂食機能療法を院内で実施できる

◆ ウ,毎年 7 月に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数及びアの他院との協力による体制確保の状況等を様式 5 の 7 を用いて届け出る

【入院基本料】療養病棟入院基本料の注11

□療養病棟入院基本料注11の経過措置の見直し

- ◆減算割合100分の85 ⇒ 100分の75
- ◆第1章の規定にかかわらずA101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
- ◆施設基準
 - ◆令和4年3月31日時点で療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟

□疾患別リハ料算定患者にFIMの測定を要件化

- ◆療養病棟入院基本料の注11に規定する場合に疾患別リハ料を算定する患者に対して、FIMの測定を月に1回以上実施しない場合は、1日につき2単位まで出来高で算定
- ◆医療区分2の患者で疾患別リハ料を算定する患者に対し、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定

◆施設基準引用

- ◆(3)療養病棟入院基本料に含まれる第7部リハビリテーションの費用入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、FIMの測定を行っていない場合に限る）は、当該入院基本料に含まれるものとする

◆経過措置

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

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

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

改定後

【療養病棟入院基本料】

〔算定要件〕（概要・抜粋）

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

【経過措置】

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

療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

医療区分

医療区分3	<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

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

ADL区分

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

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

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

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

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の点数（参考）

療養病棟入院料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

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

療養病棟入院料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

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

【入院基本料】 障害者施設等入院基本料

□ 重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の評価の見直し

◆ 算定要件

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

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2~4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病棟 入院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2
看護配置		7対1以上	10対1以上~15対1以上	20対1以上	-	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		-	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	-		
	患者像	-	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	-	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上	
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)3割以上	-					褥瘡の評価
点数	通常	1,615点	1,356~995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813~815点	1,748~751点
	重度の意識障害者(脳卒中患者)	1,496, 1,358点	1,496~1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点		
	上記以外の脳卒中患者	1,345, 1,221点	1,207~995点	1,717, 1,569点	1,490, 1,341点	1,717, 1,569点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者	療養病棟入院基本料と同様の取扱						

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

現行

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (抜粋・例)

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

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (抜粋・例)

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

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件] (抜粋・例)

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

改定後

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

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

13対1入院基本料

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

" 15対1入院基本料

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

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6	イ 医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
	ロ 医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6 イ 特殊疾患病棟入院料 1

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

特殊疾患病棟入院料 2

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,490点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

- 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

【入院基本料】 障害者施設等入院基本料

□ 重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の評価の見直し

◆ 当該病棟に入院してから90日までの間以下を算定

□ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準の届出病棟に入院している場合

□ 医療区分2の患者に相当するもの 1, 345点

□ 医療区分1の患者に相当するもの 1, 221点

□ 13対1入院基本料の施設基準の届出病棟に入院している場合

□ 医療区分2の患者に相当するもの 1, 207点

□ 医療区分1の患者に相当するもの 1, 084点

□ 15対1入院基本料の施設基準の届出病棟に入院している場合

□ 医療区分2の患者に相当するもの 1, 118点

□ 医療区分1の患者に相当するもの 995点

【入院基本料】 有床診療所入院基本料等の見直し

□ 有床診療所入院基本料有床診療所一般病床初期加算の再編

□ (新) 有床診療所急性期患者支援病床初期加算 150点 (1日につき)

- ◆ 急性期医療を担う他院の一般病棟から転院した患者
- ◆ 転院した日から起算して21日を限度

□ (新) 有床診療所在宅患者支援病床初期加算 300点 (1日につき)

- 介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者
- 治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合
- 入院した日から起算して21日を限度

◆ 経過措置

- ◆ 令和4年3月31日時点で有床診療所入院基本料の届出診療所は、令和4年9月30日までの間に限り、適切な意思決定支援に関する指針に係る基準に該当するものとみなす

【入院基本料】 有床診療所療養病床入院基本料の加算新設

□有床診療所療養病床入院基本料

□慢性維持透析管理加算

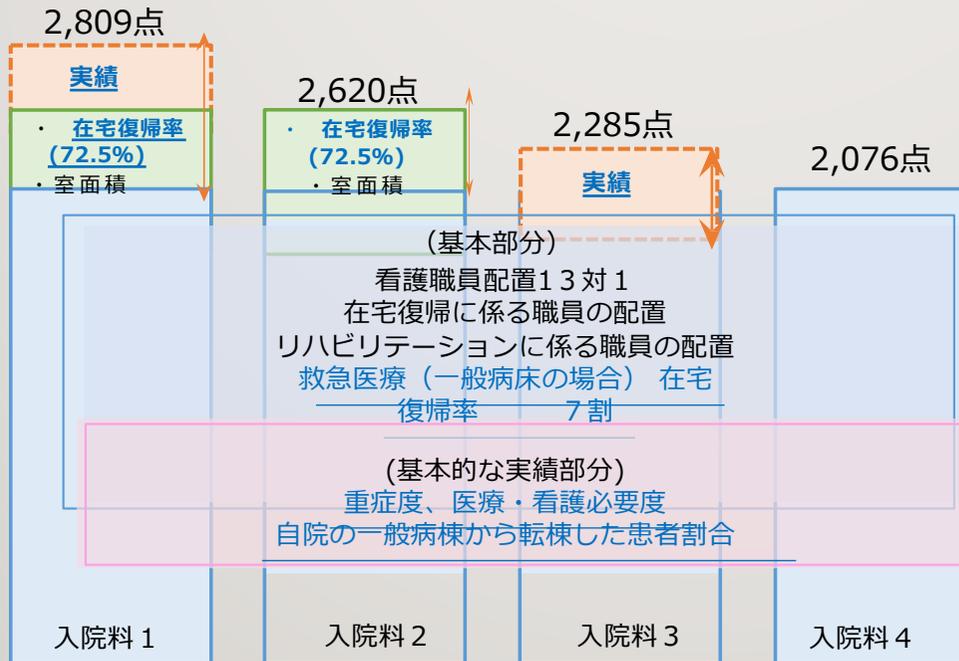
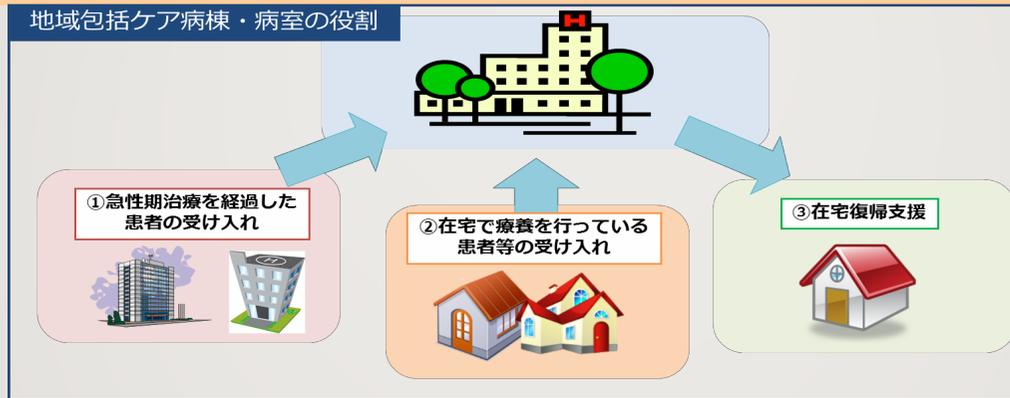
100点（1日につき）

◆算定対象患者

◆自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、腹膜灌流を行った患者

特 定 入 院 料

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）



【実績部分】

- ・ 自宅等からの入棟患者割合 2割以上
- ・ 自宅等からの緊急患者の受入れ 9人以上
- ・ 在宅医療等の提供等2項目以上

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



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

・ 療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で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施設基準

在宅医療等の実績

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

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

➤ 救急体制に係る評価の見直し

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

実績要件の見直し①

➤ 重症患者割合の見直し

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

現行

【地域包括ケア病棟入院料】
 (抜粋・概要)
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割4分以上
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 1割1分以上

改定後

【地域包括ケア病棟入院料】
 (抜粋・概要)
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 **1割2分以上**
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 **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における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行

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

改定後

【地域包括ケア病棟入院料】
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」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

▶ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

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

現行

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

改定後

- 【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】
- 一 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が**2割以上**であること。（ただし、病床数が10未満のものにあつては、自宅等から入院した患者が**8人以上**であること。）
- 二 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において**9人以上**であること。

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

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

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

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

▶ 在宅復帰率の見直し

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

- 【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】
当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。
- 【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】
(新設)

- 【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】
当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が**7割2分5厘以上**であること。
- 【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】
当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が**7割以上**であること。

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

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

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

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

地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

▶ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す

現行

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

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



改定後

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

°(改)イ 急性期患者支援病床初期加算

(1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

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

② ①の患者以外の患者の場合 **50点**

(2) 許可病床数400床未満の保険医療機関

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

② ①の患者以外の患者の場合 **125点**

(改)ロ 在宅患者支援病床初期加算

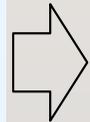
① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**

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



現行

急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算
150点（14日を限度とする。）
在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算
300点（14日を限度とする。）



改定後

急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点
		他院の一般病棟	150点
	算定する医療機関が400床未満の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
		他院の一般病棟	250点
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設	500点	
	自宅・その他施設	400点	

【特定入院料】 地ケア病棟入院料等の要件見直し

- 地ケア入院料 2、地ケア入院料 4、地ケア管理料 2、地ケア管理料 4 の要件追加
 - ◆ (新) ハ、次のいずれか 1 つ以上を満たしている (満たせない場合 100 分の 90 で算定)
 - ◆ 当該病棟の入院患者に占める自宅等から入院したものの割合が 20% 以上
 - ◆ 当該病棟の自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前 3 月間において 9 人以上
 - ◆ 在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) 及び在宅患者訪問診療料 (Ⅱ) を前 3 月間において 30 回以上算定
 - ◆ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料 (Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料 (Ⅲ) を前 3 月間において 60 回以上算定
 - ◆ 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前 3 月間において 300 回以上算定している訪問看護ステーションが併設されている
 - ◆ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前 3 月間において 30 回以上算定
 - ◆ 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が併設されている
 - ◆ 退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 を前 3 月間において 6 回以上算定

【特定入院料】 地ケア病棟入院料等の要件見直し

□ 一般病床で地ケア入院料又は地ケア医療管理料を算定する場合の要件の見直し

◆ 次のいずれかの基準を満たしていること

◆ ア、イ又はオのいずれ※¹か及びウ又はエ※²の基準を満たしていること

◆ 許可病床数が200床未満の保険医療機関の一般病床の場合

◆ ウ又はエ（※²）は院内に救急外来を有している又は24時間の救急受け入れにより当該基準を満たすものとみなす

◆ 経過措置

◆ 令和4年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出病棟又は病室は、令和5年3月31日までの間の限り、なお従前の例による

◆ ※¹

- ◆ ア、在宅療養支援病院の届出
- ◆ イ、在宅療養後方支援病院の届出直近1年間の在宅患者の受入実績
- ◆ オ、訪看護ステーションを自院の同一敷地内に設置

◆ ※²

- ◆ ウ、医療計画に記載される第二次救急医療機関
- ◆ エ、省令に基づき認定された救急病院

【特定入院料】 地ケア病棟入院料等の要件見直し

- 療養病床で地ケア入院料又は地ケア医療管理料を算定する場合の要件の見直し
 - ◆原則として所定点数の100分の95で算定
 - ◆以下のいずれかの場合は所定点数（100分の100）で算定
 - ◆当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受入れが6割以上
 - ◆自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前3月で30人以上である場合
 - ◆救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合
 - ◆経過措置
 - ◆令和4年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室は該当するものとみなす

【特定入院料】 地ヶア病棟入院料等の要件見直し

□急性期患者支援病床初期加算と在宅患者支援病床初期加算の再編

□急性期患者支援病床初期加算

◆許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

◆① 他院の一般病棟から転棟した患者の場合 150点

◆② ①の患者以外の患者の場合 50点

◆許可病床数400床未満の保険医療機関

◆① 他院の一般病棟から転棟した患者の場合 250点

◆② ①の患者以外の患者の場合 125点

※他院は当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く

□在宅患者支援病床初期加算

◆介護老人保健施設からの入院患者の場合 500点

◆介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等、自宅からの入院患者の場合 400点

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（イメージ）

- 【入院料1・2の実績】
- 重症割合 **4割**以上
 - 重症者の4点以上回復が3割以上
 - 自宅等退院 7割以上

2,129点

実績指数
40入院料1・
2の実績

2,066点

入院料1・
2の実績

【入院料1・2の体制】

- 看護職員13対1
- 社会福祉士1名
- PT3名、OT2名、ST1名

【基本部分】

- 看護職員配置 15対1
- PT2名、OT1名

入院料1

入院料2

入院料3

入院料4

【入院料3・4の実績】

- 重症割合 **3割**以上
- 重症者の3点以上回復が3割以上
- 自宅等退院 7割以上

1,899点

実績指数
35入院料
3・4
の実績

1,841点

入院料
3・4
の実績

実績要件を満たし届出

1,678点

入院料5

新規届出

入院料5については、
届出から **2年間に限り**
届出可

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上	-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○	-			
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>	2割以上→ <u>3割以上</u>			-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善	3割以上が3点（12点）以上改善			-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

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

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

入院料の評価体系の再編

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

現行

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

改定後

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

【経過措置】

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

重症の患者割合に係る要件の見直し

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

【経過措置】

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

医療機関の体制に係る要件等の見直し

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

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

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

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

【特定入院料】 回りハ病棟入院料の要件見直し

□回復期リハビリテーション病棟入院料の再編

□回復期リハビリテーション病棟入院料5 1, 736点 ⇒ 削除

生活療養を受ける場合 1, 721点 ⇒ 削除

□回復期リハビリテーション病棟入院料6 1, 678点

⇒ 回復期リハビリテーション病棟入院料5 1, 678点

生活療養を受ける場合 1, 664点

◆留意事項

- ◆回復期リハビリテーション病棟入院料5は算定開始日から起算して24月（回りハ病棟入院料1、回りハ病棟入院料2、回りハ病棟入院料3、回りハ病棟入院料4を算定していた病棟は12月）に限り算定

◆経過措置

- ◆令和4年3月31日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出病棟は、令和5年3月31日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定できることとする

【特定入院料】 回りハ病棟入院料の要件見直し

□重症患者割合の見直し

◆回りハ病棟入院料1、回りハ病棟入院料2

◆30% ⇒ 40%以上

◆回りハ病棟入院料3、回りハ病棟入院料4

◆20% ⇒ 30%以上

◆経過措置

◆令和4年3月31日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4の届出病棟については、令和4年9月30日までの間

□回りハ病棟入院料1、回りハ病棟入院料3の要件見直し

◆公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする。届出に関する事項

◆毎年7月に第三者評価の状況等について別添7の様式により届け出る

【特定入院料】 回リハ病棟入院料の要件見直し

□ 「回復期リハビリテーションを要する状態」の対象疾患追加

◆急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患、手術後の状態

◆算定上限日数

◆90日以内

◆留意事項

◆リハビリテーション実績指数の算出対象から除外する場合もFIMの測定を行う

◆以下を入棟時及び入棟後月に1回以上実施することが望ましい

◆「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）の内容を踏まえ心肺運動負荷試験（CPX（cardiopulmonary exercise testing））

◆施設基準

◆該当患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2~4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病棟 入院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2
看護配置		7対1以上	10対1以上~15対1以上	20対1以上	-	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		-	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	-		
	患者像	-	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
	看護要員	-	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上	
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)3割以上	-			褥瘡の評価		
点数	通常	1,615点	1,356~995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813~815点	1,748~751点
	重度の意識障害者(脳卒中患者)	1,496, 1,358点	1,496~1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点		
	上記以外の脳卒中患者	1,345, 1,221点	1,207~995点	1,717, 1,569点	1,490, 1,341点	1,717, 1,569点		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者	療養病棟入院基本料と同様の取扱						

【特定入院料】 特殊疾患病棟入院料の要件見直し

□ 特殊疾患病棟入院料

◆ 算定要件

- ◆ (新) 注6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、基本診療料の施設基準等第5の3（1）のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3（2）のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する

□ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準の届出病棟に入院している場合

- 医療区分2の患者に相当するもの 1, 717点
- 医療区分1の患者に相当するもの 1, 569点

□ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準の届出病棟に入院している場合

- 医療区分2の患者に相当するもの 1, 490点
- 医療区分1の患者に相当するもの 1, 341点

【特定入院料】 緩和ケア病棟入院料の見直し

□ 緩和ケア病棟入院料 1

- 30日以内の期間 5, 207点 ⇒ 5, 107点
- 31日以上60日以内の期間 4, 654点 ⇒ 4, 554点
- 61日以上の期間 3, 450点 ⇒ 3, 350点

□ 緩和ケア病棟入院料 2

- 30日以内の期間 4, 970点 ⇒ 4, 870点
- 31日以上60日以内の期間 4, 501点 ⇒ 4, 401点
- 61日以上の期間 3, 398点 ⇒ 3, 298点

□ (新) 緩和ケア疼痛評価加算 100点 (1日につき)

- ◆ 疼痛を有する患者に対して疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合
- ◆ 「がん疼痛薬物療法ガイドライン」(日本緩和医療学会)、「新版がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施する

特 定 入 院 料（集中治療室等）

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

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

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

特定集中治療室管理料の対象患者

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

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

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

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用

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

➤ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

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

➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

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

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

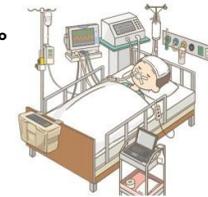
③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

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

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

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

➤ 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。



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 八

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> <p>・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</p> <p>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践</p>	
看護師 2名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		<p>*実施業務*</p> <p>・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。</p>
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和5年3月31日までの間に限り、別添7の様式42の8にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が 1割5分以上		

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

□ (新) 重症患者対応体制強化加算 (要届出)

- | | |
|----------------|------|
| □ 3日以内の期間 | 750点 |
| □ 4日以上7日以内の期間 | 500点 |
| □ 8日以上14日以内の期間 | 300点 |

◆ 対象患者

◆ 以下を算定する病室に入院している患者

◆ 特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、救命救急入院料2、救命救急入院料4

◆ 概要

◆ 重症患者対応の強化に資する体制を確保している場合の評価

- ◆ 特殊な治療法の実績を有する保険医療機関の特定集中治療室等に専門性の高い看護師と臨床工学技士を配置
- ◆ 医師、看護師又は臨床工学技士が、重症患者の看護に必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした院内研修を実施

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

□ (新) 重症患者対応体制強化加算 (要届出)

◆ 算定要件

- ◆ 地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に、重症患者対応体制強化加算として当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算

◆ 施設基準

- ◆ (1) 当該治療室を有する保険医療機関内に重症患者の対応につき十分な体制を整備
- ◆ (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師(以下「常勤看護師」という)を1名以上配置
- ◆ (3) 救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する

専従の常勤臨床工学技士を1名以上配置

- ◆ (4) 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師を2名以上配置
- ◆ (5) (4)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講
 - ◆ 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるものに限る)であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
 - ◆ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

□ (新) 重症患者対応体制強化加算 (要届出)

◆ 施設基準

- ◆ (6) 医師、(4) に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること
 - ◆ 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
 - ◆ 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺 (ECMO) を用いた重症患者の看護の実際
- ◆ (7) (4) に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動

に参加することが望ましい

- ◆ (8) (4) に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況を記録
- ◆ (9) 新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他院等の支援を行う看護師が2名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(4) に規定する看護師であることが望ましい
- ◆ (10) 急性期充実体制加算、感染対策向上加算1の届出保険医療機関であること。ただし、令和5年3月31日までの間に限り、急性期充実体制加算の届出を行っていても差し支えない
- ◆ (11) (4) に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料 (救命救急入院料) の施設基準の看護配置に含めない

【特定入院料】重症患者対応体制強化加算の新設

□ (新) 重症患者対応体制強化加算 (要届出)

◆ 施設基準

- ◆ (1 2) (4) に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の勤務時間数に含めない
- ◆ (1 3) 特定集中治療室管理料 (救命救急入院料) の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が15%以上であること。ただし、該当患者の割合は、暦月で6か月を超えない期間の10%以内の一時的な変動は、施設基準の変更の届出は不要

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

- 集中治療領域において、特に重篤な状態の患者及びその家族等に対する支援を推進する観点から、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」が、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価を新設する。

(新) 重症患者初期支援充実加算 300点 (1日につき)

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。
 - ア **当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**
 - イ 支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。
 - ウ 当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。
 - エ 当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

[施設基準]

- (1) 患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。
- (2) **特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されている**こと。
- (3) **当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。
- (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。
 - ア **医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和5年3月31日までに修了していることが望ましい）
 - イ **医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**
- (5) **支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) **支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備**し、職員に遵守させていること。
- (7) 支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

【特定入院料】重症患者初期支援充実加算の新設

□ (新) 重症患者初期支援充実加算 300点(1日につき) (要届出)

◆概要

- ◆集中治療領域で患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応メディエーター」を設置
- ◆当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を整備している場合の評価

◆対象患者

- ◆集中治療領域における入院患者

◆対象治療室等

- ◆救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料

【特定入院料】重症患者初期支援充実加算の新設

□ (新) 重症患者初期支援充実加算 (要届出)

◆ 算定要件

- ◆ 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出保険医療機関に入院している患者（特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）に、入院日から起算して3日を限度に所定点数に加算

◆ 施設基準

- ◆ (1) 患者サポート体制充実加算の届出医療機関
- ◆ (2) 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制を整備
- ◆ (3) 自院内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任

の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行う

- ◆ (4) 入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者で、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましい

- ◆ ア、医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者
- ◆ イ、医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

【特定入院料】重症患者初期支援充実加算の新設

□ (新) 重症患者初期支援充実加算 (要届出)

◆ 施設基準

- ◆ (5) 当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、患者サポート体制充実加算のカンファレンスを活用することで差し支えない
- ◆ (6) 当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない

◆ (7) 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録

◆ (8) 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行う

【特定入院料】 集中治療領域の算定上限日数の見直し

□概要

- ◆急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者は長期の集中治療管理が必要となるため算定上限日数を延長（点数変更なし）

□救命救急入院料

□救命救急入院料 1

- 3日以内の期間 10, 223点
- 4日以上7日以内の期間 9, 250点
- 8日以上~~14日以内~~の期間 7, 897点

□救命救急入院料 2

- 3日以内の期間 11, 802点
- 4日以上7日以内の期間 10, 686点
- 8日以上~~14日以内~~の期間 9, 371点

□救命救急入院料 3

□イ,救命救急入院料

- 3日以内の期間 10, 223点
- 4日以上7日以内の期間 9, 250点
- 8日以上~~14日以内~~の期間 7, 897点

□ロ, (略)

【特定入院料】 集中治療領域の算定上限日数の見直し

□救命救急入院料 4

□イ,救命救急入院料

□ 3日以内の期間 1
1, 802点

□ 4日以上7日以内の期間 1
0, 686点

□ 8日以上~~14日以内~~の期間
9, 371点

□ロ, (略)

◆救命救急入院料の算定要件の追加

◆ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する

◆ (新) 救命救急入院料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準

◆ 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること

【特定入院料】 集中治療領域の算定上限日数の見直し

□ 特定集中治療室管理料

□ 特定集中治療室管理料 1

□ 7日以内の期間 14, 211点

□ 8日以上~~14日以内~~の期間 12, 633点

□ 特定集中治療室管理料 2

□ イ, 特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間 14, 211点

□ 8日以上~~14日以内~~の期間
12, 633点

□ ロ, (略)

□ 特定集中治療室管理料 3

□ イ, 7日以内の期間 9, 697点

□ ロ, 8日以上~~14日以内~~の期間 8, 118点

□ 特定集中治療室管理料 4

□ イ, 特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間 9, 697点

□ 8日以上~~14日以内~~の期間 8, 118点

□ ロ, (略)

◆ 算定要件の追加

◆ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する

◆ (新) 特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限日数に係る施設基準

◆ 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること

【特定入院料】 早期離床リハビリテーション加算の見直し

□ 早期離床・リハビリテーション加算の算定対象追加

◆ 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料

◆ 算定要件の確認

◆ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料は算定できない

◆ 施設基準の確認

◆ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること

◆ 心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること

【特定入院料】 早期栄養介入管理加算の見直し

□概要

- ◆点数の引き下げと同時に経腸栄養の開始の有無に応じた評価

□特定集中治療室管理料

◆算定要件

- ◆注5,別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、入院栄養食事指導料は別に算定できない**
- ◆特定集中治療室管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
 - ◆イ,当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること
 - ◆ロ,**当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること**

【特定入院料】 早期栄養介入管理加算の見直し

□ 早期栄養介入管理加算の算定対象追加

◆ 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料

◆ 算定要件

◆ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合においては、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、入院栄養食事指導料は別に算定できない

◆ 施設基準

◆ イ,当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること

◆ ロ,当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること

【特定入院料】重症度、医療・看護必要度の見直し

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

【特定入院料】重症度、医療・看護必要度の見直し

□ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ◆ 「心電図モニターの管理」の項目は患者の9割以上が該当している実態を踏まえ、評価指標から廃止するとともに判定基準を見直す
- ◆ 入院患者の状態に応じた適切な評価の実施及び医療従事者の業務負担軽減を推進する観点から、B項目を評価指標から当廃止するとともに判定基準を見直す
- ◆ レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。なお、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価する場合の患者割合の基準を見直す

- ◆ 経過措置
 - ◆ 令和4年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出病棟は、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えない

【特定入院料】 その他の集中治療領域の見直し

□救命救急入院料1、救命救急入院料3の評価票変更

◆特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更

◆経過措置

- ◆令和4年3月31日時点で救命救急入院料1又は3の届出病棟は、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の評価票を用いて評価をしても差し支えない

□早期離床・リハビリテーションの職種追加

◆専任の常勤言語聴覚士

□集中治療室等の空気清浄度の要件見直し

◆対象となる治療室等

- ◆特定集中治療室管理料、救命救急入院料2、救命救急入院料4、小児特定集中治療室管理料新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料

◆施設基準

- ◆（8）原則として、~~当該治療室内はバイオクリーンルームであること。~~当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい

【特定入院料】 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

□人工呼吸 5時間を超えた場合（1日につき）

819点 ⇒

□（新）14日目まで 950点

□（新）15日目以降 815点

◆算定要件

◆注3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する

◆4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する

◆「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する

◆「3」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「□」の所定点数を算定する

◆「注3」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること

◆自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること

◆当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする

◆意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation - Sedation Scale（RASS）等の指標を用いること

◆評価日時及び評価結果を診療録に記載すること

【特定入院料】 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

□人工呼吸

◆算定要件

◆「注4」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること

◆ア、自覚覚醒試験の結果、自覚呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること

◆イ、以下のいずれにも該当すること

◆原疾患が改善している又は改善傾向にあること

◆酸素化が十分であること

◆血行動態が安定していること

◆十分な吸気努力があること

◆異常な呼吸様式ではないこと

◆全身状態が安定していること

◆ウ、人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること

◆吸入酸素濃度（FIO₂）50%以下、CPAP（PEEP） ≤ 5 cmH₂OかつPS ≤ 5 cmH₂O

◆FIO₂ 50%以下相当かつTピース

◆エ、ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること

◆酸素化の悪化の有無

◆血行動態の悪化の有無

◆異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無

◆オ、ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること

◆カ、評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること

【特定入院料】 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

□ (新) 体外式膜型人工肺 (1日につき)

□ 初日 30,150点

□ 2日目以降 3,000点

◆ 算定要件

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

【特定入院料】 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

□ (新) 体外式膜型人工肺管理料 (1日につき)

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

◆算定要件

- ◆別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する
- ◆急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する
- ◆治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5, 000点を所定点数に加算する

- ◆体外式膜型人工肺管理料は体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する

◆施設基準

- ◆次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること
 - ◆救命救急入院料
 - ◆特定集中治療室管理料
 - ◆小児特定集中治療室管理料
- ◆当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時一名以上配置されていること

特定入院料（小児・周産期領域）

病棟薬剤業務実施加算の見直し

病棟薬剤業務実施加算の見直し

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

現行 (病棟薬剤業務実施加算1が算定可能な入院料)	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 1～7	急性期一般入院料 1～ <u>6</u>
地域一般入院料 1～3	地域一般入院料 1～3
療養病棟入院料 1、2、注11	療養病棟入院料 1、2、注11
結核病棟入院基本料	結核病棟入院基本料
精神病棟入院基本料	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）	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	専門病院入院基本料
	(新) 小児入院医療管理料 1～5

【特定入院料】 小児入院医療管理料の加算新設

□ (新) 無菌治療管理加算 (1日につき) (要届出)

□ 無菌治療管理加算 1 2, 0 0 0 点

□ 無菌治療管理加算 2 1, 5 0 0 点

◆ 算定要件

◆ 要届出

◆ 造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合

◆ 90日を限度として1日につき所定点数に加算

◆ 小児療養環境特別加算を算定する場合は算定不可

◆ 小児入院医療管理料の注5に規定する加算の施設基準

◆ 無菌治療管理加算1は室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること

◆ 無菌治療管理加算2は室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること

【特定入院料】 小児入院医療管理料の加算新設

□ (新) 時間外受入体制強化加算 (入院初日) (要届出)

□ 時間外受入体制強化加算 1 300点

□ 時間外受入体制強化加算 2 180点

◆ 算定要件

◆ 要届出

◆ 小児入院医療管理料 1 又は小児入院医療管理料 2 算定病棟に入院している患者

◆ 小児入院医療管理料の注 8 に規定する加算の施設基準

◆ イ, 時間外受入体制強化加算 1

◆ ① 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること

◆ ② 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること

◆ ロ, 時間外受入体制強化加算 2

◆ ① 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること

◆ ② イの②を満たすものであること

【特定入院料】 小児入院医療管理料の加算新設

□ (新) 退院時薬剤情報管理指導連携加算 150点 (退院の日に1回)

◆算定要件

- ◆当該病棟に入院している小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は障害児である患者
- ◆当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合

□ 養育支援体制加算 300点 (入院初日) (要届出)

◆小児入院医療管理料の注7に規定する加算の施設基準

- ◆虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること

医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価

- 小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供をした場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 退院時薬剤情報管理指導連携加算 150点 (退院時1回)

[対象患者]

- 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している
 - **小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
 - **医療的ケア児である患者**

[算定要件]

- 当該保険医療機関の**医師又は医師の指示に基づき薬剤師**が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の**退院時**に、当該患者又はその家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する**必要な指導**を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が**選択する保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供**した場合に、退院の日に1回に限り算定する。保険薬局への情報提供に当たっては、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。
 - ア 患者の**状態に応じた調剤方法**
 - イ 服用状況に合わせた**剤形変更に関する情報**
 - ウ **服用上の工夫**
 - エ 入院前の**処方薬の変更又は中止に関する情報**や変更又は中止後の**患者の状態等に関する情報**
- 情報文書の交付方法は、患者又はその家族等の**選択する保険薬局に直接送付**することに代えて、患者又はその家族等に交付し、患者又はその家族等が**保険薬局に持参**することでも差し支えない。
- 患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、**1回のみ**の算定とする。また、死亡退院の場合は算定できない。

【特定入院料】 小児特定集中治療室管理料の見直し

□小児特定集中治療室管理料

◆施設基準の追加

- ◆他院で救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料の算定患者、救急搬送診療料を算定した患者 **又は手術を必要とする先天性心疾患の患者**の当該治療室への受入れに相当の実績を有していること

◆算定要件の追加

- ◆手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、小児特定集中治療室管理料の算定上限日数を55日とする

□慢性肺疾患を伴う低出生体重児の算定上限日数の見直し

- ◆新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料

- ◆出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日 **(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日)**、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する

【特定入院料】ハイリスク分娩管理加算の見直し

□ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）

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

◆対象患者

- 次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めた者
 - 40歳以上の初産婦である患者
 - 子宮内胎児発育遅延の患者（重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、地域周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る）
 - 糖尿病の患者（2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る）であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る）
 - 精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る）

【特定入院料】ハイリスク分娩管理加算の見直し

□ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）

◆算定要件

- ◆地域連携分娩管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する
- ◆地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする
- ◆地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない
- ◆対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合には、当該加算は算定できない

◆施設基準

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

【特定入院料】 総合周産期特定集中治療室管理料の加算新設

□総合周産期特定集中治療室管理料

□成育連携支援加算 1, 200点（入院中1回）（要届出）

◆算定要件

◆要届出

◆胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦

◆当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合

◆施設基準

◆妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること

特 定 入 院 料（特定機能病院）

【特定入院料】 特定機能病院リハ病棟入院料の新設

□ (新) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	2, 1 2 9 点
生活療養を受ける場合	2, 1 1 5 点

◆対象患者

- ◆特定機能病院の一般病棟に入院している患者で回復期リハビリテーションを要する状態にあるもの

◆算定要件

- ◆主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関（特定機能病院に限る）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する

【特定入院料】 特定機能病院リハ病棟入院料の新設

□ (新) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

◆算定要件

◆診療に係る以下の費用は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれる

◆当該患者に対して行った入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く）、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、人工腎臓、腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（人工腎臓又は腹膜灌流に係るものに限る）、除外薬剤・注射薬の費用を除く

◆施設基準

◆回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること

◆回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有している

【特定入院料】 特定機能病院リハ病棟入院料の新設

□ (新) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

◆ 施設基準

- ◆ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出保険医療機関
- ◆ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われている
- ◆ 当該病棟に専従の常勤医師を1名以上配置
- ◆ 当該病棟の1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上
- ◆ 当該病棟の看護職員の最小必要数の7割以上が看護師
- ◆ 当該病棟の1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上

【特定入院料】 特定機能病院リハ病棟入院料の新設

□ (新) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

◆ 施設基準

- ◆ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等を1名以上配置
- ◆ 特定機能病院であること（当分の間は、令和4年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る）
- ◆ 休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有している
- ◆ 当該病棟の新規入院患者のうち5割以上が重症の患者
- ◆ 当該病棟の退院患者のうち他院へ転院した者等を除く者の割合が7割以上
- ◆ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上
- ◆ 他院との連携体制が確保されている
- ◆ 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の届出保険医療機関
- ◆ 1病棟に限り届出を行うことができる

【特定入院料】 入院栄養管理体制加算の新設

□ (新) 入院栄養管理体制加算 (入院初日及び退院時)

270点

◆対象患者

- ◆ 特定機能病院入院基本料を算定している患者

介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、栄養情報提供加算として50点を更に所定点数に加算する

◆算定要件

- ◆ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に限る）に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する
- ◆ この場合において、栄養サポートチーム加算及び入院栄養食事指導料は別に算定できない
- ◆ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、

◆施設基準

- ◆ 当該病棟に専従の常勤の管理栄養士を1名以上配置
- ◆ 入院時支援加算の届出保険医療機関
- ◆ 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

入院基本料等加算

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

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

急性期・高度急性期

- 医療機関の外来機能分化に係る取組の実施
- 医療従事者の負担軽減に資する取組の実施

① 高度かつ専門的な医療の提供

- 全身麻酔の手術等の実施の高い実績
- 専門的な知識を有する医療従事者による集中治療の提供
- 十分な感染防止に係る取組の実施
- 院内心停止を減らす取組を通じた安全な医療の提供を支える仕組み
- 早期に回復させる実績



② 重症救急患者に対する医療の提供

- 24時間の救命救急医療提供や救急搬送の受入れの一定の実績
- 緊急手術の実施



③ 自宅や後方病床等への退院支援する機能

- 充実した入退院支援
- 回復期・慢性期入院医療等を担う地域の医療機関等との役割分担

回復期・慢性期病棟



自宅・介護施設等



高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

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

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

[算定要件]

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

[主な施設基準]

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

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

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

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

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

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算			
入院料等	<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>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上 <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） <p>いずれかを満たす</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす </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> <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"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす 	<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。）
<ul style="list-style-type: none"> ア 右のうち、4つ以上満たす イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす 	<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 		
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"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない 		

【入院基本料等加算】 紹介受診重点医療機関入院診療加算

□ (新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

◆ 「紹介受診重点医療機関」の入院医療提供に係る評価の新設

◆ 算定要件

- ◆ 外来機能報告対象病院等（一般病床が200未満を除く）である保険医療機関に入院している患者（特別入院基本料等を除く）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）
- ◆ 地域医療支援病院入院診療加算は別に算定不可
- ◆ 紹介受診重点医療機関における、入院の前後の外来や医療機器・設備等、医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする外来を担う機能等を評価するものであり、入院初日に算定
- ◆ 入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定不可
- ◆ 上記にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）に1回に限り算定

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

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

◆対象患者

- ◆高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者

◆算定要件

- ◆入院患者 (特別入院基本料等を除く入院基本料又は特定入院料で急性期充実体制加算を算定できるもの)
- ◆当該患者の入院期間に応じてそれぞれ所定点数に加算
- ◆総合入院体制加算は別に算定不可

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆ (1) 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る）を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- ◆ (2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。
 - ◆ ア、以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしていること。
 - ◆ (イ) 全身麻酔による手術について、2,000件/年以上（うち、緊急手術350件/年以上）又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり6.5件/年以上（うち、緊急手術1.15件/年以上）
 - ◆ (ロ) 悪性腫瘍手術について、400件/年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり1.0件/年以上
 - ◆ (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり1.0件/年以上
 - ◆ (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり0.6件/年以上
 - ◆ (ホ) 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数1床あたり1.5件/年以上
 - ◆ (ヘ) 化学療法の実施について、1,000件/年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり3.0件/年以上

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

◆（２）の続き

◆ イ,以下のいずれかを満たし、かつ、アの（イ）及び、（ロ）から（へ）までのうち２つ以上を満たしていること。

◆ （イ）異常分娩の件数について、５０件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり０.１件/年以上

◆ （ロ）６歳未満の乳幼児の手術件数４０件/年以上又は許可病床数３００床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり０.１件/年以上

◆（３）手術等の定義については、以下のとおりであること。

◆ ア,全身麻酔：第１の１の（４）のアと同様である。

◆ イ,緊急手術：病状の急変により緊急に行われた手術をいう。

◆ ウ,悪性腫瘍手術：第１の１の（４）のウと同様である。

◆ エ,腹腔鏡下手術：第１の１の（４）のエと同様である。

◆ オ,胸腔鏡下手術とは以下をいう

◆ 区分番号「**K488-3**」、「**K488-4**」、「**K494-2**」、「**K496-2**」、「**K496-4**」、「**K501-3**」、「**K502-3**」、「**K502-5**」、「**K504-2**」、「**K513**」、「**K513-2**」から「**K513-4**」まで、「**K514-2**」、「**K524-2**」、「**K528-3**」、「**K529-2**」、「**K539-3**」、「**K554-2**」、「**K555-3**」、「**K562-2**」、「**K594**」の「４」の「ロ」

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

◆（３）の続き

◆カ,心臓カテーテル法による手術とは以下をいう

◆区分番号「K546」から「K550-2」まで、「K555-2」、「K556-2」、「K559-2」、「K559-3」、「K562」の「1」、「K567-2」、「K570-2」から「K570-4」まで、「K573」の「1」、「K574-2」、「K574-3」、「K594」の「4」の「ハ」、「K595」、「K595-2」、「K602-2」

◆キ,消化管内視鏡による手術とは以下をいう

◆区分番号「K520」の「4」、「K526-2」から「K526-4」まで、「K530-3」、「K647-3」、「K653」、「K653-5」、「K653-6」、「K682-3」、「K682-4」、「K685」から「K688」まで、「K699-2」、「K705」の「1」、「K707」の「1」、「K708-3」、「K721-4」、「K721-5」、「K722」、「K730」の「3」、「K731」の「3」、「K735-2」、「K735-4」、「K739-2」

◆ク,化学療法：第1の1の（4）のカと同様である。

◆ケ,異常分娩：当該医療機関において分娩を行ったもののうち、異常分娩であるものの総数をいう。

◆コ,6歳未満の乳幼児の手術：医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く）のうち、6歳未満の乳幼児に対して行ったもの。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆ (4) (2) のアの (へ) を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来におけ化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。
 - ◆ ア, 外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。
 - ◆ イ, 外来腫瘍化学療法診療料1において、当該保険医療機関で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、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。
- ◆ (5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。
 - ◆ ア, 以下のいずれかを満たしていること。
 - ◆ (イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。
 - ◆ (ロ) 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、又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり6.0件/年以上であること。
 - ◆ イ, 精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること。
 - ◆ また、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日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆（6）高度急性期医療の提供として、以下のいずれかを届け出ていること。
 - ◆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、新生児治療回復室入院医療管理料
- ◆（7）感染対策向上加算1の届出を行っていること。
- ◆（8）画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
- ◆（9）薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- ◆（10）急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIを用いて評価を行っていること。
- ◆（11）精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1又は2の届出を行っていること。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆ (1 2) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として、次の体制を整備していること。
 - ◆ ア,当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握し、必要な対応を行うためのチーム（以下「院内迅速対応チーム」という）を設置すること。院内迅速対応チームが病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握した場合には、当該患者が入院する病棟の医師及び看護師等に情報共有を行うとともに、必要に応じて当該患者の診療に介入する必要があること。なお、院内迅速対応チームには少なくとも以下の構成員が所属し、24時間対応できる体制を確保しておくこと。
 - ◆ 1,救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した医師1名
 - ◆ 2,救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した専任の看護師1名
 - ◆ イ,当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関して、当該対応等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。
 - ◆ ウ,院内迅速対応チームの対応内容も含めた、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
 - ◆ エ,当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応について、多職種からなる当該対応の改善に関する委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という）を設置し、院内迅速対応チームによる対応状況及び入院患者の病状の急変の発生状況の把握を評価するとともに、必要に応じて院内迅速対応チームの対応体制及び報告体制のマニュアルの見直しを行うこと。また、当該マニュアルの見直しを行う場合等、必要に応じて委員会等を開催することとし、イの責任者が年1回以上出席していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における医療安全管理委員会等を活用することとして差し支えない。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

◆（12）の続き

- ◆オ,院内迅速対応チームの対応体制及び対応状況等について、当該保険医療機関内に周知するとともに、年2回程度の院内講習を開催すること。

- ◆カ,院内迅速対応チームの対応状況等必要な実績を記録していること。

◆（13）外来を縮小するに当たり、次のいずれかの体制を確保していること。また、報告年度の前年度1年間の初診の患者数と再診の患者数を別添7の様式14を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。

- ◆ア,次の要件を満たしていること。

- ◆（イ）病院の初診に係る選定療養の報告を行っており、実費を徴収していること。

- ◆（ロ）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」に規定する紹介割合・逆紹介割合について、紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30%以上であること。

- ◆イ,紹介受診重点医療機関であること。

◆（14）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として、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。なお、届出を行っていない場合は、別添7の様式14にその理由を記載すること。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆ (15) 次のいずれにも該当すること。
 - ◆ ア、療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む）の届出を行っていない保険医療機関であること。
 - ◆ イ、以下の**a**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**b**を除いた病床数の9割以上であること。
 - ◆ **a**,一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る）、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、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料（以下この項目において「一般病棟」という）
 - ◆ **b**,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、地域移行機能強化病棟入院料
 - ◆ ウ、当該保険医療機関と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こと。
 - ◆ エ、特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がないこと。
- ◆ (16) 次のいずれにも該当すること。
 - ◆ ア、一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。なお、平均在院日数の算出方法については、入院基本料等における算出方法にならうものとする。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

◆（16）の続き

◆ イ、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割未満であること。なお、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合は、直近3か月間に一般病棟から他の病棟に転棟した患者を直近3か月に当該病棟から退棟した患者の数で除して算出するものであること。

◆ ウ、入退院支援加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。

◆（17）当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

◆ ア、当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

◆ イ、敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

◆ ウ、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

◆ エ、精神病棟入院基本料、緩和ケア病棟入院料、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、精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

◆ オ、敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合には、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

【入院基本料等加算】急性期充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆（18）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とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
- ◆（19）総合入院体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- ◆届出に関する事項
 - ◆（1）急性期充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式14を用いること。
 - ◆（2）毎年7月において、前年度における手術件数等を評価するため、別添7の様式14により届け出るとともに、院内に掲示すること。
 - ◆（3）（12）のアの1及び2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。
 - ◆（4）（12）のカにおける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。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。
 - ◆（5）（13）のアの（ロ）に係る紹介割合・逆紹介割合の要件及び、イに係る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。
 - ◆（6）（18）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。

【入院基本料等加算】 報告書管理体制加算の新設

□ (新) 報告書管理体制加算

◆ 対象患者

- ◆ 画像診断又は病理診断が行われた入院患者

◆ 算定要件

◆ 要届出

- ◆ 当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（特別入院基本料等を除く）又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）に退院時1回に限り、所定点数に加算

◆ 施設基準

- ◆ 放射線科又は病理診断科の標榜保険医療機関
- ◆ 医療安全対策加算1又は2の施設基準の届出保険医療機関
- ◆ 画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準の届出保険医療機関

7点（退院時1回）

- ◆ 医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等を報告書確認管理者として配置
- ◆ 組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制を整備
- ◆ 報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームを設置
- ◆ 報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施
- ◆ 報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加。当該カンファレンスは対面によらない方法で開催しても差し支えない

【入院基本料等加算】 術後疼痛管理チーム加算の新設

□ (新) 術後疼痛管理チーム加算 100点(1日につき)(3日限度)(要届出)

◆対象患者

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

◆算定要件

- ◆要届出
- ◆マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、自院の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合
- ◆当該患者の手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算
- ◆(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く)又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る)

【入院基本料等加算】術後疼痛管理チーム加算の新設

◆施設基準

- ◆ 麻酔科を標榜している保険医療機関
- ◆ 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制を整備
- ◆ 自院内に以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という）を設置
 - ◆ 麻酔に従事する専任の常勤医師
 - ◆ 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
 - ◆ 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
 - ◆ 上記のほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい
- ◆ 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成される

こと。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され説明がなされるものであること

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

◆算定可能病棟

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

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

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



現行

【入退院支援加算1】
 【算定要件】
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

【施設基準】
 ・「連携機関」の数が20以上であること。
 ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

【入退院支援加算1】
 【算定要件】
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 **700点**
 療養病棟入院基本料等の場合 **1,300点**

【施設基準】
 ・「連携機関」の数が**25以上**であること。
 ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて**面会し、情報の共有等を行っていること

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

現行

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

改定後

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

【入院基本料等加算】 入退院支援加算の見直し

□入退院支援加算 1

□一般病棟入院基本料等の場合

600点 ⇒ 700点

□療養病棟入院基本料等の場合

1,200点 ⇒ 1,300点

◆施設基準

- ◆ (4) (略) 連携機関数が~~20~~**25**以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で**対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会**し、情報の共有等を行っている。面会は個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的、連携機関名称等を一覧できるように記録する

31日において現に入退院支援加算1の届出を行っている保険医療機関は、令和4年9月30日までの間に限り当該基準を満たす

◆経過措置

- ◆ 1の(4)に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和4年3月

□入退院支援加算 1 と入退院支援加算 2

◆「退院困難な要因」の追加

◆ア～コ (略)

◆(新)サ、家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること

◆(新)シ、児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

◆ス、その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合みなすものであること

【入院基本料等加算】 データ提出加算対象入院料の拡大

□新たにデータ提出加算が要件となる入院料

- ◆地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料及び精神科救急急性期医療入院料

◆経過措置

- ◆令和4年3月31日時点で次の届出医療機関は以下に示すまでの間、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない

- ◆地域一般入院基本料、専門病院入院基本料(13対1)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料

- ◆許可病床数が200床以上：令和5年3月31日までの間

- ◆許可病床数が200床未満：令和6年3月31日までの間

- ◆令和4年度診療報酬改定前からデータ提出加算の届出が要件とされている入院料を届け出していない保険医療機関であって、新たにデータ提出加算に係る届出が要件化される入院料のいずれかを有するもののうち、以下の「データ提出が困難であることの正当な理由」が場合は、当分の間、令和4年度診療報酬改定前の基準で届け出て差し支えない

- ◆これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、電子カルテシステムが導入されていない等

- ◆精神科救急急性期医療入院料は、令和6年3月31日までの間に限り、データ提出加算の届出要件を満たすものとみなす

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3	
点数	710点	175点	75点	
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	
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	以下の構成員からなる感染制御チームを設置	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）	・専任の常勤医師（感染症対策の経験が3年以上）	・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい）
		・専任の看護師（感染管理の経験5年以上かつ研修修了）	・専任の看護師（感染管理の経験5年以上）	・ 専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）
		・専任の薬剤師（病院勤務経験3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）	・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）	
		※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	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、 サーベイランス強化加算 として 5点 を算定する。	
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行う	
・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする		・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する ・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する		
	感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として30点を算定する。		

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 対象患者

- ◆ 特別入院基本料等を除く入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料の算定入院患者

◆ 算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 指導強化加算・連携強化加算
 - ◆ 感染症対策に関する医療機関間の連携体制
- ◆ サーベイランス強化加算
 - ◆ 感染防止対策に資する情報を提供する体制

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算 1 の施設基準 イ～ハ （略）

- ◆ ニ、感染防止対策につき、感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 の届出医療機関と連携
- ◆ ホ、感染対策向上加算 1 の届出医療機関との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制を整備
- ◆ ヘ、抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制を整備

◆ 感染対策向上加算 2 の施設基準 イ～ハ （略）

- ◆ ニ、感染防止対策につき、感染対策向上加算 1 の届出保険医療機関と連携

◆ 感染対策向上加算 3 の施設基準

- ◆ イ、専任の院内感染管理者を配置
- ◆ ロ、院内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制を整備
- ◆ ハ、当該部門に医師及び看護師を適切に配置
- ◆ ニ、感染防止対策につき、感染対策向上加算 1 の届出医療機関と連携

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 指導強化加算の施設基準

- ◆ 他院（感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の届出医療機関）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制を整備

◆ 連携強化加算の施設基準

- ◆ 他院（感染対策向上加算1の届出医療機関）との連携体制を確保

◆ サーベイランス強化加算の施設基準

- ◆ 地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制を整備

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算 1 に関する施設基準

- ◆ 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行う
- ◆ 医師又は看護師のうち 1 名は専従であること
- ◆ 感染制御チームの専従の職員は、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算の届出医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなす
- ◆ 感染制御チームは保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の届出医療機関と合同で、少なくとも年 4 回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。このうち少なくとも 1 回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施
- ◆ （略）

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算1に関する施設基準

- ◆ 感染制御チームにより、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する
- ◆ 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加
- ◆ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開
- ◆ 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する
- ◆ 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算 1 に関する施設基準

◆ 他院（感染対策向上加算 1 の届出医療機関）と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添 6 の別紙 24 又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない

◆ (2 1) (2 4) (略)

※ 現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算 2 の施設基準

- ◆ 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行う
- ◆ ア～イ（略）
- ◆ ウ、3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- ◆ エ、3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師
 - ◆ アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和4年3月31日時点で感染防止対策加算のを行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなす
- ◆ 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算 2 の施設基準（続き）

- ◆ 感染制御チームは、少なくとも年 4 回程度、感染対策向上加算 1 の届出医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算 1 の届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年 1 回程度参加し、合わせて年 4 回以上参加していること。また、感染対策向上加算 1 の届出医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年 1 回以上参加
- ◆ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開
- ◆ 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する
- ◆ 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算 1 の届出医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制を整備

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算 3 の施設基準

◆ 一般病床の数が 300 床以下を標準

◆ 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(I)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない

◆ 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行う

◆ ア、専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

◆ イ、専任の看護師

◆ 当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の1の(I)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算3の施設基準（続き）

- ◆ 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容を整備
- ◆ 感染制御チームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂する
- ◆ 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行う

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算3の施設基準（続き）

- ◆ 感染制御チームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1の届出医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1の届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1の届出医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加している
- ◆ 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1の届出医療機関又は感染対策向上加算1の届出医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っている
- ◆ 感染制御チームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行う

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 感染対策向上加算3の施設基準（続き）

- ◆ 院内の見やすい場所に院内感染防止対策に関する取組事項を掲示
- ◆ 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい
- ◆ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開
- ◆ 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
- ◆ 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1のを行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制を整備
- ◆ 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関

【入院基本料等加算】 感染防止対策加算の名称と点数変更

□ 感染対策向上加算（要届出）

◆ 指導強化加算の施設基準

◆ 感染対策向上加算 1 の届出医療機関

◆ 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去 1 年間に 4 回以上、感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算の届出医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行う

◆ 連携強化加算の施設基準

◆ 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の届出医療機関

◆ 連携する感染対策向上加算 1 の届出医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行う

◆ サーベイランス強化加算の施設基準

◆ 感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 の届出医療機関

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

【入院基本料等加算】 地域医療体制確保加算の見直し

□ 地域医療体制確保加算

520点 ⇒ 620点

◆ 対象施設の追加

◆ 地域医療体制確保加算の施設基準

◆ 救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有している

◆ 地域医療体制確保加算に関する施設基準

◆ (2) 以下のアからウまでのいずれかを満たしていること

◆ ア,救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上

◆ (新) イ,救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、ハイリスク分娩管理加算若しくは総合周産期特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料の届出保険医療機関

◆ (新) ウ,「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかである

【入院基本料等加算】 地域医療体制確保加算の見直し

□ 地域医療体制確保加算

520点 ⇒ 620点

◆ 施設基準

◆ (3) (略)

◆ ③当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」（以下「時短計画作成ガイドライン」という）に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

~~◆ ④③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。~~

~~◆ ⑤③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討したうえで、必要な事項を記載すること。ア～キ (略)~~

◆ 経過措置

◆ 令和4年3月31日時点で地域医療体制確保加算の届出保険医療機関は、令和4年9月30日までの間に限り、1の(3)の③及び④の基準を満たしているものとする

【入院基本料等加算】 医師事務作業補助体制加算の見直し

□ 医師事務作業補助体制加算 1

□ 1 5 対 1	9 7 0 点	⇒	1,0 5 0 点
□ 2 0 対 1	7 5 8 点	⇒	8 3 5 点
□ 2 5 対 1	6 3 0 点	⇒	7 0 5 点
□ 3 0 対 1	5 4 5 点	⇒	6 1 0 点
□ 4 0 対 1	4 5 5 点	⇒	5 1 0 点
□ 5 0 対 1	3 7 5 点	⇒	4 3 0 点
□ 7 5 対 1	2 9 5 点	⇒	3 5 0 点
□ 1 0 0 対 1	2 4 8 点	⇒	3 0 0 点

□ 医師事務作業補助体制加算 2

□ 1 5 対 1	9 1 0 点	⇒	9 7 5 点
□ 2 0 対 1	7 1 0 点	⇒	7 7 0 点
□ 2 5 対 1	5 9 0 点	⇒	6 4 5 点
□ 3 0 対 1	5 1 0 点	⇒	5 6 0 点
□ 4 0 対 1	4 3 0 点	⇒	4 7 5 点
□ 5 0 対 1	3 5 5 点	⇒	3 9 5 点
□ 7 5 対 1	2 8 0 点	⇒	3 1 5 点
□ 1 0 0 対 1	2 3 8 点	⇒	2 6 0 点

【入院基本料等加算】 医師事務作業補助体制加算の見直し

□ 医師事務作業補助体制加算施設基準の大幅緩和

◆ 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準

- ◆ 自院での勤務経験が3年以上の医師事務作業補助者を、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置
- ◆ ~~ア病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。~~
- ◆ ~~イ外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。~~
- ◆ ~~ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。~~

◆ 医師事務作業補助体制加算 2 の施設基準

- ◆ それぞれの配置区分ごとに、医師事務作業補助者を配置

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。

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	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 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
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	○	○	○	○	○

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

【入院基本料等加算】夜間の看護配置評価の見直し

□夜間看護加算（療養病棟入院基本料）

45点 ⇒ 50点

□看護補助加算（障害者施設等入院基本料）

□14日以内 141点 ⇒ 146点

□15日以上30日以内

116点 ⇒ 121点

□夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）

□加算1 100点 ⇒ 105点

□加算2 50点 ⇒ 55点

□夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）

□夜間30対1 120点 ⇒ 125点

□夜間50対1 115点 ⇒ 120点

□夜間100対1 100点 ⇒ 105点

□看護職員夜間配置加算

□看護職員夜間1.2対1配置加算

□加算1 105点 ⇒ 110点

□加算2 85点 ⇒ 90点

□看護職員夜間1.6対1配置加算

□加算1 65点 ⇒ 70点

□加算2 40点 ⇒ 45点

□夜間7.5対1看護補助加算（看護補助加算）

50点 ⇒ 55点

□看護職員夜間配置加算

□地域包括ケア病棟入院料 65点 ⇒ 70点

□精神科救急急性期医療入院料

65点 ⇒ 70点

□精神科救急・合併症入院料 65点 ⇒ 70点

【入院基本料等加算】 夜間看護配置の業務管理等の見直し

□夜間看護体制加算の施設基準の見直し

◆エ～ケ (略)

◆夜間看護体制加算の施設基準

- ◆ (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**ア又はウを含む** 3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、**ア又はウを含む** 3項目以上を満たしている

- ◆ ア,当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上

- ◆ イ, (略)

- ◆ ウ,当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下

□夜間看護体制加算の施設基準の見直し

◆対象となる項目

- ◆ 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る）、看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算についても同様

◆経過措置

- ◆ 令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算の届出保険医療機関は、令和4年9月30日までの間に限り、9の(2)の基準を満たしているものとする

【入院基本料等加算】 夜間看護配置の業務管理等の見直し

□ 看護職員夜間配置加算の要件見直し

◆ 対象となる項目

- ◆ 精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料

◆ 看護職員夜間配置加算の施設基準

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

- ◆ ア～ク (略)

◆ 経過措置

- ◆ 令和4年3月31日時点で看護職員夜間配置加算の届出保険医療機関は、令和4年9月30日までの間に限り、4の(3)の基準を満たしているものとする

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) <u>看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u>
【看護補助加算】 看護補助加算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) <u>看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算</u>
夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） 45点 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 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	➔	イ 夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算） <u>50点</u> (新) <input type="checkbox"/> <u>看護補助体制充実加算</u> <u>55点</u> 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 <u>146点</u> (2) 15日以上30日以内の期間 <u>121点</u> (新) <input type="checkbox"/> <u>看護補助体制充実加算</u> (1) <u>14日以内の期間</u> <u>151点</u> (2) <u>15日以上30日以内の期間</u> <u>126点</u> イ 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注加算） 160点 (新) <input type="checkbox"/> <u>看護補助体制充実加算</u>

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

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	<p><u>全ての看護職員が、所定の研修を修了していること。</u> <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。</u></p> <p>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</p>
看護補助者	<p>現行の研修内容※2のうち <u>エ（日常生活にかかわる業務）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</u> <u>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。</u></p>

<p>※1</p> <p>（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）</p> <p>（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること</p> <p>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</p>	<p>※2</p> <p>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・技術工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</p>
--	---

【入院基本料等加算】 看護補助者の評価の新設

□概要

- ◆看護補助者との業務分担・協働に関する看護職員を対象とした研修の実施等、看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価を新設

□療養病棟入院基本料

□イ,夜間看護加算 45点 ⇒ 50点 (要届出)

□ロ,看護補助体制充実加算 55点 (要届出)

◆イ,夜間看護加算の施設基準

- ◆①～③ (略)

◆ロ,看護補助体制充実加算の施設基準

- ◆①イの①及び②を満たすものであること
- ◆②看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること

【入院基本料等加算】 看護補助者の評価の新設

□ 障害者施設等入院基本料

□ イ, 看護補助加算

- | | |
|-----------------|-------------|
| □ 14日以内の期間 | 141点 ⇒ 146点 |
| □ 15日以上30日以内の期間 | 116点 ⇒ 121点 |

□ ロ, 看護補助体制充実加算

- | | |
|------------------------|-------------------|
| □ <u>14日以内の期間</u> | <u>151点 (要届出)</u> |
| □ <u>15日以上30日以内の期間</u> | <u>126点 (要届出)</u> |

◆ イ, 看護補助加算の施設基準

- ◆ 次のいずれにも該当すること
- ◆ ①～④ (略)

◆ ロ, 看護補助体制充実加算の施設基準

- ◆ ①イの①から③までを満たすものであること
- ◆ ②看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること

【入院基本料等加算】 看護補助者の評価の新設

□急性期看護補助体制加算、看護補助加算

□看護補助体制充実加算

5点（1日につき）（要届出）

◆施設基準

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

□地域包括ケア病棟入院料

□イ,看護補助者配置加算

160点（点数変更なし）

□ロ,看護補助体制充実加算

165点（1日につき）（要届出）

◆イ,看護補助者配置加算の施設基準

- ◆①・②（略）

◆ロ,看護補助体制充実加算の施設基準

- ◆①イの①を満たすものであること
- ◆②看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること

【入院基本料等加算】 総合入院体制加算の見直し

- 総合入院体制加算の施設基準として年間実績を求めている手術に以下を追加
 - ◆ 人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術
- 総合入院体制加算の施設基準である外来を縮小する体制を確保しているものに、紹介受診重点医療機関を含むこととするとともに、実績要件を見直す
 - ◆ 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等
 - ◆ (6) 外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること
 - ◆ ア、次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること
 - ◆ (イ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること
 - ◆ (ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く)のうち、4割以上であること
 - ◆ イ、紹介受診重点医療機関(医療法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう)であること

【入院基本料等加算】 救急医療管理加算の見直し

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】	
<ul style="list-style-type: none"> 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	カ 蘇生術を必要とする重篤な状態
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	シ その他の重症な状態（加算 2 のみ）

算定要件の見直し

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

改定後

【摘要欄記載事項】

- アからサのうち該当する状態
- イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- イの状態に該当する場合はJCSOの状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn 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 においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）
- 当該重症な状態に対して、入院後 3 日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

【DPC様式 1】 ※予定・救急医療入院の患者に限る

患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害患者/JCS	・ 救急受診時 ・ 治療室又は病棟入室時
心疾患患者/NYHA	・ 救急受診時 ・ 治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/P/F	・ 救急受診時 ・ 治療室又は病棟入室時
熱傷患者/Burn Index	・ 治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点

【入院基本料等加算】 救急医療管理加算の見直し

□ 救急医療管理加算

□ 救急医療管理加算 1 9 5 0 点 ⇒ 1, 0 5 0 点

□ 救急医療管理加算 2 3 5 0 点 ⇒ 4 2 0 点

◆ 対象となる状態の追加

◆ 広範囲熱傷、顔面熱傷、気道熱傷

◆ (新) 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

◆ (新) 蘇生術を必要とする重篤な状態

◆ 以下の場合には緊急入院が必要であると判断した医学的根拠をレセプトに記載

◆ 「意識障害又は昏睡に該当する場合」はJCS 0の状態

◆ 「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」に該当する場合はNYHA 1 又はP/F比400以上の状態

◆ 「広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷」の状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く）に該当する場合はBurnIndex 0の状態

【入院基本料等加算】 診療録管理体制加算の見直し

□ 診療録管理体制加算 1、診療録管理体制加算 2

◆ 施設基準に非常時に備えたサイバーセキュリティ対策を追加

◆ 許可病床数が400床以上の保険医療機関

◆ 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置

◆ 当該責任者は職員を対象として、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行う（少なくとも年1回程度）

◆ 非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましい

◆ 毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等を別添7の様式により届け出る

◆ 経過措置

◆ 令和4年3月31日時点で当該加算の届出保険医療機関（許可病床数が400床以上）は、令和5年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす

【入院基本料等加算】 診療録管理体制加算の見直し

□ 標準規格の導入に係る取組の推進

◆ 診療録管理体制加算の定例報告の項目追加

- ◆ 電子カルテの導入状況と H L 7 F H I R (Fast Healthcare Interoperability Resources) の導入状況

◆ 診療録管理体制加算の施設基準

◆ 届出に関する事項

- ◆ 診療録管理体制加算の施設基準の届出は別添 7 の様式 1 7
- ◆ (新) 毎年 7 月に、標準規格の導入に係る取組状況等について別添 7 の様式により届け出る

【入院基本料等加算】 周術期栄養管理実施加算の新設

□ (新) 周術期栄養管理実施加算

270点 (要届出) (手術の通則加算)

◆ 算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 手術の前後に必要な栄養管理を行った場合で、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合
- ◆ 以下の点数は別途算定不可
 - ◆ 特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算、救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4、小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算

◆ 施設基準

- ◆ 自院に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士を配置
- ◆ 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出保険医療機関

◆ 算定の留意事項

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

【入院基本料等加算】 その他

□ 栄養サポートチーム加算の対象病棟追加

◆ 障害者施設等入院基本料

□ 後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げ

◆ 後発医薬品使用体制加算

◆ 加算 1 85% ⇒ 90%

◆ 加算 2 80% ⇒ 85%

◆ 加算 3 70% ⇒ 75%

□ 特定行為に係る研修の追加

◆ 精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算

□ ビデオ通話が可能な機器を用いたカンファレンスの要件緩和

◆ 入退院支援加算、感染対策向上加算、退院時共同指導料 1 及び 2、介護支援等連携指導料

精神科に関する入院料等

【入院基本料等加算】 精神科充実体制加算の新設

□ (新) 精神科充実体制加算 30点 (要届出)

◆対象患者

- ◆高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している病院の入院患者

◆算定要件

- ◆精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制を確保した保険医療機関の入院患者

◆施設基準

- ◆急性期治療を要する精神疾患の患者等に対する診療を行うにつき充実した体制を整備

◆次のいずれにも該当すること

- ◆精神科を標榜する保険医療機関

- ◆以下のいずれかの施設基準を届出ていること

- ◆精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料

【入院基本料等加算】精神科充実体制加算の新設

◆施設基準

- ◆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として、次のいずれも満たすものであること。
- ◆（１）医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。
- ◆（２）精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していること。
- ◆（３）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、地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- ◆届出に関する事項
 - ◆（１）急性期充実体制加算及び精神科充実体制加算

の施設基準に係る届出は、別添7の様式14を用いること。

- ◆（２）毎年7月において、前年度における手術件数等を評価するため、別添7の様式14により届け出るとともに、院内に掲示すること。
- ◆（３）（１２）のアの1及び2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。
- ◆（４）（１２）のカにおける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。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。
- ◆（５）（１３）のアの（ロ）に係る紹介割合・逆紹介割合の要件及び、イに係る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。
- ◆（６）（１８）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。

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 <u>60日以内</u>	<u>61日以上 90日以内</u>
精神科急性期治療病棟入院料1	1,997点	1,665点	精神科急性期治療病棟入院料1	<u>2,000点</u>	<u>1,700点</u>	<u>1,500点</u>
精神科急性期治療病棟入院料2	1,883点	1,554点	精神科急性期治療病棟入院料2	<u>1,885点</u>	<u>1,600点</u>	<u>1,450点</u>
精神科救急・合併症入院料	3,579点	3,145点	精神科救急・合併症入院料	<u>3,600点</u>	<u>3,300点</u>	<u>3,100点</u>

病床数上限の見直し

- ▶ 精神科救急や急性期医療に係る病棟の病床数について、上限を見直す

現行	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>【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]</p> <p>(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]</p> <p>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>

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	< (1) 手厚い救急急性期医療体制 >		
精神科救急入院料2 イ 30日以内 3,372点 ロ 31日以上 2,938点	(改) 精神科救急急性期医療入院料	30日以内 2,400点	<ul style="list-style-type: none"> ・病院常勤の指定医が 4名以上 ・常時精神科救急外来診療が可能 ・全ての入院形式の患者受入れが可能 ・時間外、休日・深夜の入院件数が年間30件以上又は人口1万人当たり0.37件以上であり、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 ・データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急急性期医療入院料を算定 ・精神科救急体制整備事業による指定 ・病院常勤の指定医が5名以上 ・時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口1万人当たり0.5件以上であり、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
		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	<ul style="list-style-type: none"> ・クロザピン導入6件/年以上 ・病棟常勤指定医2名以上
		3 400点	

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			改定後		
精神科急性期医師配置加算			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	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	2のロ	精神科急性期治療病棟 1	450点
3	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			・当該病棟の常勤医師配置が16:1以上 ・ 加算1：病棟常勤指定医2名以上		

〔経過措置〕

令和四年三月三十一日において旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟及び精神科急性期医師配置加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和五年三月三十一までの間に限り、病棟常勤指定医2名以上の要件に該当するものとみなす。
令和4年3月31日時点で精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後に精神科救急急性期医療入院料を算定するものについては、令和6年3月31日までの間に限り、クロザピン導入に関する基準を満たしているものとする。

(参考) 精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算1	加算2のロ	加算3	加算2のイ
新規入院患者の 自宅等への3か月以内の移行率	6割以上	6割以上	4割以上	<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	

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。

【特定入院料】 精神科救急入院料の名称変更と再編

□ 精神科救急入院料（1日につき）

□ 精神科救急入院料 1

- 30日以内の期間 3, 579点
- 31日以上90日以内の期間 3, 145点

□ 精神科救急入院料 2

- 30日以内の期間 3, 372点
- 31日以上90日以内の期間 2, 938点

□ 精神科救急急性期医療入院料（1日につき）

- 30日以内の期間 2, 400点
- 31日以上60日以内の期間 2, 100点
- **(新) 61日以上90日以内の期間** **1, 900点**

□ 精神科救急医療体制加算（1日につき）（要届出）

- イ、精神科救急医療体制加算 1 600点
- ロ、精神科救急医療体制加算 2 590点
- ハ、精神科救急医療体制加算 3 500点

◆ 概要

- ◆ 名称変更とあわせて入院期間に応じた3区分の評価に見直し
- ◆ 常勤の精神保健指定医の配置要件を5名以上から4名以上に変更

◆ 算定要件

- ◆ 要届出
- ◆ 届出病棟の入院患者に、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度に加算
- ◆ 別に厚生労働大臣が定める場合はそれぞれの点数の100分の60に相当する点数を加算

【特定入院料】 精神科救急入院料の名称変更と再編

□精神科救急急性期医療入院料

◆施設基準の変更点

- ◆（新）精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること
 - ◆ 常時精神科救急外来診療が可能
 - ◆ 全ての入院形式の患者受入れが可能
 - ◆ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又は（12）のアの地域における人口1万人当たり0.37件以上であること。そのうち6件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼
 - ◆ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関
- ◆ 当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置され、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が5名以上4名以上配置

- ◆ 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下であること
 - ◆ 当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり
- ◆（新）当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう

【特定入院料】 精神科救急入院料の名称変更と再編

□精神科救急医療体制加算

(1日につき) (要届出)

整備されていること

◆イ、精神科救急医療体制加算1の施設基準

- ◆①当該病棟における病床数が120床以下であること。ただし、厚生労働大臣が定める場合に該当する場合はこの限りでない
- ◆②当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が5名以上配置されていること
- ◆③精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること
- ◆④精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること

◆ロ、精神科救急医療体制加算2の施設基準

- ◆①イの①から③までを満たすものであること
- ◆②精神科救急医療を行うにつき必要な体制が

◆ハ、精神科救急医療体制加算3の施設基準

- ◆①イの①から③までを満たすものであること
- ◆②精神科救急医療を行う体制が整備されていること

◆精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する厚生労働大臣が定める場合

- ◆当該病棟が、令和4年3月31日時点で旧医科点数表の精神科救急入院料の届出を行っていて、当該病棟の病床数が120床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合

【特定入院料】 精神科救急入院料の名称変更と再編

◆ (1) 精神科救急医療体制加算 1 の施設基準

◆ ア、次のいずれも満たしていること

◆ (イ) 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業（以下、「本事業」という）に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること

◆ (ロ) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が5名以上配置されていること

◆ (ハ) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は以下の地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（本事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること

◆ ①当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする）

◆ ②1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる）は当該圏域

◆ (ニ) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること

◆ イ、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合については、アの（ハ）の「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること

◆ ウ、病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること

◆ エ、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること

【特定入院料】 精神科救急入院料の名称変更と再編

◆ (2) 精神科救急医療体制加算2の施設基準

- ◆ ア、(1)のアからウまでを満たすこと
- ◆ イ、本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること

◆ (3) 精神科救急医療体制加算3の施設基準

- ◆ ア、(1)のアからウまでを満たすこと
- ◆ イ、本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること

- ◆ (4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和4年3月31日時点で精神科救急入院料の届出病棟について、都道府県等から当

該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合には、令和4年3月31日時点で精神科救急入院料を算定している病床に限り、120床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること

◆ 経過措置

- ◆ 令和4年3月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、第九の十四の(7)のイの①、ロの①(イの①に限る)及びハの①(イの①に限る)に該当するものとみなす

【特定入院料】 精神科急性期治療病棟入院料の再編

□精神科急性期治療病棟入院料(1日につき)

□精神科急性期治療病棟入院料 1

- 30日以内の期間 1, 997点
- 31日以上の期間 1, 665点

□精神科急性期治療病棟入院料 2

- 30日以内の期間 1, 883点
- 31日以上の期間 1, 554点

□精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)

□精神科急性期治療病棟入院料 1

- 30日以内の期間 2, 000点
- 31日以上60日以内の期間 1, 700点
- **(新)61日以上90日以内の期間** **1, 500点**

□精神科急性期治療病棟入院料 2

- 30日以内の期間 1, 885点
- 31日以上60日以内の期間 1, 600点
- **(新)61日以上90日以内の期間** **1, 450点**

◆入院期間に応じた3区分の評価に見直し

◆当該入院料を算定する病棟の病床数を130床以下に限定

◆当該病棟の病床数は、**130床**当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下

【特定入院料】 精神科救急・合併症入院料の再編

□精神科救急・合併症入院料（1日につき）	□精神科救急・合併症入院料（1日につき）		
□30日以内の期間	3, 579点	□30日以内の期間	3, 600点
□31日以上の期間	3, 145点	□31日以上60日以内の期間	3, 300点
		□(新)61日以上90日以内の期間	<u>3, 100点</u>

◆新たに包括評価の除外対象となるもの

◆入院基本料等加算

◆精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、

◆リハビリテーション

◆心大血管疾患リハ料、脳血管疾患等リハ料、廃用症候群リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料、摂食機能療法、障害児（者）リハ料、がん患者リハ料

◆処置

◆人工腎臓、腹膜灌流、それぞれに係る特定保険医療材料

【特定入院料】 精神科救急・合併症入院料の再編

□ 常勤の精神保健指定医の配置要件の緩和

- ◆ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が5名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が~~3名~~**2名**以上配置されていること

□ 実績要件の緩和

- ◆ ~~常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く）件数が年間200件以上又は次の地域における人口1万人当たり2.5件以上であること~~
- ◆ 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は~~20件~~**5件**以上の患者を当該病棟において受け入れていること

【特定入院料】 クロザピン導入目的の転院患者要件見直し

□精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者追加

◆算定要件の変更点

- ◆（1）ウ、ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として（略）当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く）から当該病棟に転棟した患者**又は他の保険医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く）から当該病棟に転院した患者**
- ◆（3）（1）のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟**又は他の保険医療機関から転院後**、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する（略）
- ◆（18）（1）のウに該当する患者について、（略）あわせて、~~同一の保険医療機関において、~~（1）のウに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること（略）

【特定入院料】 救命救急入院料の加算新設

□救命救急入院料 (注2) 精神疾患診断治療初回加算

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| □(新)イ、厚労相が定める施設基準に適合し届出医療機関で行った場合 | 7, 000点 |
| □ロ、イ以外の場合 | 3, 000点 |

◆算定要件

- ◆自殺企図等で重篤な患者で精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づき自院の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患の診断治療等を行った場合
- ◆当該精神保健指定医等による最初の診療時
- ◆精神疾患診療体制加算は別に算定不可
- ◆注10、注2のイに該当する場合で、当該患者に生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回2, 500点を所定点数に加算する。この場合において、救急患者精神科継続支援料は別に算定不可
- ◆(新) 救命救急入院料の注2のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準
 - ◆自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること

【特定入院料】 救命救急入院料の加算新設

□救命救急入院料 (注2) 精神疾患診断治療初回加算

◆施設基準

- ◆自殺企図等により入院となった患者に対する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医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（自殺企図等により入院となった患者に対する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医師に限る）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなす
- ◆自殺企図等により入院となった患者に対する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を1名以上配置

【特定入院料】 救命救急入院料の加算新設

□救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算

◆施設基準の続き

◆適切な研修とは次のものをいう

- ◆国又は医療関係団体等が主催する研修である（16時間以上の研修期間であるもの）
- ◆講義及び演習により次の内容を含むものであること
 - ◆自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項
 - ◆救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要
 - ◆自殺企図のリスク因子と防御因子について
 - ◆自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について
 - ◆初回ケースマネジメント面接について
 - ◆定期ケースマネジメントについて
 - ◆ケースマネジメントの終了について
 - ◆インシデント対応について

◆ポストベンションについて

◆チーム医療とセルフケアについて

- ◆研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと

◆経過措置

- ◆平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす
- ◆平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- ◆公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

◆届出に関する事項

- ◆届出は別添7の様式42の6を用いる

【入院基本料等加算】 精神科急性期医師配置加算の見直し

□精神科急性期医師配置加算（1日につき）

□1、（略）

□2、精神科急性期医師配置加算2

□イ、（略）

□ロ、精神科急性期治療病棟入院料の場合 500点 ⇒ 450点

□3、精神科急性期医師配置加算3 450点 ⇒ 400点

◆精神科急性期医師配置加算1の施設基準

◆イ・ロ （略）

◆ハ、**精神科救急急性期医療入院料**又は精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること

◆（新）ニ、当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ）が2名以上配置されていること

【入院基本料等加算】 精神科急性期医師配置加算の見直し

□精神科急性期医師配置加算（1日につき）

◆精神科急性期医師配置加算2の口の施設基準

- ◆イ、（2）のイ及び~~ハ~~を満たすものであること
- ◆（新）ロ、精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること

◆精神科急性期医師配置加算3の施設基準

- ◆イ・ロ （略）
- ◆ハ、（2）のハを満たすものであること

◆経過措置

- ◆令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和6年3月31日までの間に限り、2の（2）及び5の（2）の基準を満たしているものとする

【入院基本料等加算】 重度アルコール依存症加算の名称変更

□ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

⇒ 依存症入院医療管理加算（1日につき）

◆ 点数変更なし

◆ 依存症入院医療管理加算の施設基準

◆ (1) ・ (2) ・ (3) (略)

◆ (新) (4) 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること

◆ 研修要件は次ページ

◆ (5) ・ (6) (略)

【入院基本料等加算】 重度アルコール依存症加算の名称変更

□ 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

⇒ 依存症入院医療管理加算（1日につき）

◆ 依存症入院医療管理加算の施設基準

◆（新）（4）に規定する研修は以下の要件を満たすもの

◆ 国又は医療関係団体等が主催する研修である（14時間以上の研修時間であるもの）

◆ 研修内容に以下の内容を含むものであること

◆ 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向

◆ 依存症患者の精神医学的特性

◆ 薬物の使用に対する司法上の対応

◆ 依存症に関連する社会資源

◆ 依存症に対する集団療法の概要と適応

◆ 集団療法患者に対する入院対応上の留意点

◆ デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク

【精神科】 救急患者精神科継続支援料

□救急患者精神科継続支援料

□入院中の患者 435点 ⇒ 900点

□入院中の患者以外 135点 ⇒ 300点

◆算定要件

- ◆入院中の患者は、入院した日から起算して6月以内の期間に~~月1回~~**週1回**に限り算定
- ◆入院中の患者以外の患者は、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後~~6~~**月24週**を限度として、~~計6回~~**週1回**に限り算定

◆届出に関する事項

- ◆別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師、**専任の常勤精神保健福祉士**及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付する

◆経過措置

- ◆令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準の届出を行っている保険医療機関は、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているものとする

【精神科】 その他

- 精神科身体合併症管理加算の施設基準の算定対象病棟追加
 - ◆精神科救急急性期医療入院料（名称変更）、精神科救急・合併症入院料

- 摂食障害入院医療管理加算の実績要件の見直し
 - ◆摂食障害の年間新規入院患者数
 - ◆10人以上 ⇒ 1人以上

- 精神科身体合併症管理加算の「重篤な栄養障害の患者の範囲」の見直し
 - ◆BMIが1.3未満の摂食障害 ⇒ BMIが1.5未満の摂食障害

短期滞在手術基本料

【短期滞在】短期滞在手術等基本料の見直し

□短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

- イ、麻酔を伴う手術を行った場合 2, 947点（点数変更なし）
- （新）ロ、イ以外の場合 2, 718点

◆短期滞在手術等基本料1の施設基準

- ◆~~局所麻酔による短期滞在~~手術を行うにつき十分な体制が整備されていること
- ◆短期滞在手術等基本料で全身麻酔を伴う手術が行われる日は麻酔科医が勤務していること
- ◆平均在院日数や重症度・医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を評価の対象から除外する

□短期滞在手術等基本料2の廃止

- 短期滞在手術等基本料2（1泊2日の場合） 5, 075点 ⇒ 削除
- 生活療養を受ける場合 5, 046点 ⇒ 削除

【短期滞在】 短期滞在手術等基本料 1 の対象追加

□ 短期滞在手術等基本料 1 が算定できる手術又は検査の追加

◆ 短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等のうち、入院外での実施割合が高いものを短期滞在手術等基本料 1 の対象とした

- D 2 8 7 内分泌負荷試験 1,下垂体前葉負荷試験 イ,成長ホルモン (G H) (一連として)
- D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査
- K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2、手、足 (手に限る)
- K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む) 除去術
4、鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る)
- K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1、手、足、指 (手、足) (手に限る)
- K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1、涙道内視鏡を用いるもの
- K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2、皮膚切開法
- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1、眼瞼挙筋前転法

【短期滞在】短期滞在手術等基本料 1 の対象追加

- K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3、その他のもの
- K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
- K 2 5 4 治療的角膜切除術 1、エキシマレーザーによるもの
（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る）
- K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1、初回
- K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2、1の実施後3月以内に実施する場合
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1、抜去切除術
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2、硬化療法（一連として）
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3、高位結紮術
- K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

【短期滞在】短期滞在手術等基本料 1 の対象追加

- K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む）2、硬化療法（四段階注射法によるもの）
- K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術
（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る）
- K 8 2 3 - 6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
- K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

□ 前立腺針生検法	2、その他のもの	10, 197点	⇒	10, 309点
	生活療養を受ける場合	10, 123点	⇒	10, 235点
□ (新) 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術				33, 572点
	生活療養を受ける場合			33, 498点
□ (新) 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術	2、手、足（手に限る）			16, 224点
	生活療養を受ける場合			16, 150点
□ (新) 骨折観血的手術	2、前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る）			32, 937点
	生活療養を受ける場合			32, 863点
□ (新) 骨内異物（挿入物を含む）除去術	3、前腕、下腿（前腕に限る）			20, 611点
	生活療養を受ける場合			20, 537点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

□ 骨内異物（挿入物を含む）除去術

4、鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る）	21, 057点
生活療養を受ける場合	20, 983点

□ （新）骨内異物（挿入物を含む）除去術

4、鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る）	15, 180点
生活療養を受ける場合	15, 106点

□ （新）ガングリオン摘出術 1、手、足、指（手、足）（手に限る）	13, 878点
生活療養を受ける場合	13, 804点

□ （改）関節鏡下手根管開放手術	18, 448点 ⇒ 17, 621点
生活療養を受ける場合	18, 374点 ⇒ 17, 547点

□ （改）胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	40, 943点 ⇒ 35, 663点
生活療養を受ける場合	40, 869点 ⇒ 35, 589点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

□ (新) 涙管チューブ挿入術 1、涙道内視鏡を用いるもの	1 1, 3 1 2 点
	生活療養を受ける場合 1 1, 2 3 8 点
□ (新) 眼瞼内反症手術 2、皮膚切開法	1 0, 6 5 4 点
	生活療養を受ける場合 1 0, 5 8 0 点
□ (新) 眼瞼下垂症手術 1、眼瞼挙筋前転法	1 8, 0 1 6 点
	生活療養を受ける場合 1 7, 9 4 2 点
□ (新) 眼瞼下垂症手術 3、その他のもの	1 6, 3 4 7 点
	生活療養を受ける場合 1 6, 2 7 3 点
□ (新) 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	9, 4 3 1 点
	生活療養を受ける場合 9, 3 5 7 点
□ (新) 斜視手術 2、後転法	1 8, 3 2 6 点
	生活療養を受ける場合 1 8, 2 5 2 点

【短期滞在】 短期滞在手術等基本料 3 の見直し

- | | |
|---|-----------------------------|
| □ (新) 斜視手術 3、前転法及び後転法の併施 | 2 2, 4 9 6 点 |
| 生活療養を受ける場合 | 2 2, 4 2 2 点 |
| □ (新) 治療的角膜切除術 1、エキシマレーザーによるもの
(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る) | 2 0, 4 2 6 点 |
| 生活療養を受ける場合 | 2 0, 3 5 2 点 |
| □ (新) 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 | 3 7, 1 5 5 点 |
| 生活療養を受ける場合 | 3 7, 0 8 1 点 |
| 生活療養を受ける場合 | 1 9, 7 9 9 点 ⇒ 1 7, 8 1 4 点 |
| □ (新) 水晶体再建術 2、眼内レンズを挿入しない場合 (片側) | 1 5, 0 5 9 点 |
| 生活療養を受ける場合 | 1 4, 9 8 5 点 |
| □ (新) 水晶体再建術 2、眼内レンズを挿入しない場合 (両側) | 2 5, 3 1 2 点 |
| 生活療養を受ける場合 | 2 5, 2 3 8 点 |

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

- (改) 水晶体再建術 1、眼内レンズを挿入する場合 □、その他のもの (片側)
 19, 873点 ⇒ 17, 888点
- (改) 水晶体再建術 1、眼内レンズを挿入する場合 □、その他のもの (両側)
 34, 416点 ⇒ 32, 130点

生活療養を受ける場合 34, 342点 ⇒ 32, 056点
- (新) 鼓膜形成手術 30, 571点

生活療養を受ける場合 30, 497点
- (新) 鼻骨骨折整復固定術 18, 809点

生活療養を受ける場合 18, 735点
- (新) 喉頭・声帯ポリープ切除術 2、直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
 26, 312点

生活療養を受ける場合 26, 238点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

- | | |
|---|--------------------------------|
| □ 乳腺腫瘍摘出術 1、長径5センチメートル未満 | 18, 588点 ⇒ 17, 302点 |
| | 生活療養を受ける場合 18, 514点 ⇒ 17, 228点 |
| □ (新) 乳腺腫瘍摘出術 2、長径5センチメートル以上 | 25, 366点 |
| | 生活療養を受ける場合 25, 292点 |
| □ (改) 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1、初回 | 32, 540点 ⇒ 28, 842点 |
| | 生活療養を受ける場合 32, 466点 ⇒ 28, 768点 |
| □ (改) 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2、1の実施後3月以内に実施する場合 | 32, 540点 ⇒ 28, 884点 |
| | 生活療養を受ける場合 32, 466点 ⇒ 28, 810点 |
| □ (改) 下肢静脈瘤手術 1、抜去切除術 | 21, 755点 ⇒ 19, 798点 |
| | 生活療養を受ける場合 21, 681点 ⇒ 19, 724点 |

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

- | | | | |
|--------------------------------|----------|------------|----------|
| □ (改) 下肢静脈瘤手術 2、硬化療法 (一連として) | 10, 411点 | ⇒ | 9, 149点 |
| 生活療養を受ける場合 | 10, 337点 | ⇒ | 9, 075点 |
| □ (改) 下肢静脈瘤手術 3、高位結紮術 | 10, 225点 | ⇒ | 9, 494点 |
| 生活療養を受ける場合 | 10, 151点 | ⇒ | 9, 420点 |
| □ (新) 大伏在静脈抜去術 | | | 23, 090点 |
| | | 生活療養を受ける場合 | 23, 016点 |
| □ (新) 下肢静脈瘤血管内焼灼術 | | | 20, 130点 |
| | | 生活療養を受ける場合 | 20, 056点 |
| □ (新) 下肢静脈瘤血管内塞栓術 | | | 22, 252点 |
| | | 生活療養を受ける場合 | 22, 178点 |
| □ (改) ヘルニア手術 5、鼠径ヘルニア(3歳未満に限る) | 31, 835点 | ⇒ | 33, 785点 |
| 生活療養を受ける場合 | 31, 761点 | ⇒ | 33, 711点 |

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

- (改) ヘルニア手術 5、鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る)

25, 358点 ⇒ 24, 296点

生活療養を受ける場合 25, 284点 ⇒ 24, 222点
- (改) ヘルニア手術 5、鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る))

22, 597点 ⇒ 21, 275点

生活療養を受ける場合 22, 523点 ⇒ 21, 201点
- (改) ヘルニア手術 5、鼠径ヘルニア (15歳以上に限る)

24, 975点 ⇒ 23, 648点

生活療養を受ける場合 24, 901点 ⇒ 23, 574点
- (改) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る))

62, 344点 ⇒ 70, 492点

生活療養を受ける場合 62, 270点 ⇒ 70, 418点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

- (改) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る)

5 1, 7 7 3点 ⇒ 5 3, 3 0 9点

生活療養を受ける場合 5 1, 6 9 9点 ⇒ 5 3, 2 3 5点
- (改) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る)

4 0, 7 4 1点 ⇒ 4 1, 0 8 1点

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

5 0, 3 2 8点 ⇒ 4 8, 9 3 4点

生活療養を受ける場合 5 0, 2 5 4点 ⇒ 4 8, 8 6 0点
- (改) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1、長径2センチメートル未満

1 2, 7 3 9点 ⇒ 1 2, 5 6 0点

生活療養を受ける場合 1 2, 6 6 5点 ⇒ 1 2, 4 8 6点

【短期滞在】 短期滞在手術等基本料 3 の見直し

- (改) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2、長径2センチメートル以上

15, 599点 ⇒ 16, 258点

生活療養を受ける場合 15, 525点 ⇒ 16, 184点
- (改) 痔核手術 (脱肛を含む) 硬化療法 (四段階注射法によるもの)

11, 109点 ⇒ 10, 604点

生活療養を受ける場合 11, 035点 ⇒ 10, 530点
- (新) 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る)

10, 792点

生活療養を受ける場合 10, 718点
- (新) 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術
(肛門尖圭コンジローム切除術に限る)

8, 415点

生活療養を受ける場合 8, 341点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

- (改) 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき)

25, 597点 ⇒ 25, 894点

生活療養を受ける場合 25, 820点
- (新) 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)

24, 703点

生活療養を受ける場合 24, 629点
- (新) 顕微鏡下精索静脈瘤手術

23, 870点

生活療養を受ける場合 23, 796点
- (改) 子宮頸部 (腔部) 切除術

16, 249点 ⇒ 14, 607点

生活療養を受ける場合 16, 175点 ⇒ 14, 533点
- (新) 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1、電解質溶液利用のもの

21, 709点

生活療養を受ける場合 21, 635点

【短期滞在】短期滞在手術等基本料3の見直し

- | | |
|---|-------------------|
| □ (新) 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2、その他のもの | 18,652点 |
| 生活療養を受ける場合 | 18,578点 |
| □ (新) 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1、電解質溶液利用のもの | 35,191点 |
| 生活療養を受ける場合 | 35,117点 |
| □ (新) 子宮鏡下子宮筋腫摘出術2 その他のもの | 33,460点 |
| 生活療養を受ける場合 | 33,386点 |
| □ (新) 腹腔鏡下卵管形成術 | 109,045点 |
| 生活療養を受ける場合 | 108,971点 |
| □ (改) ガンマナイフによる定位放射線治療 | 59,199点 ⇒ 58,496点 |
| 生活療養を受ける場合 | 59,125点 ⇒ 58,422点 |



ご静聴・ご視聴
ありがとうございました

MSGチャンネルにて様々な
情報提供を行なっております

拙著がじほう社より刊行予定です

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル 2022年度版』

<https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/10800/pdid/54088/Default.aspx>

