令和４年度診療報酬改定の概要

【医科】

東海北陸厚生局

令和４年度診療報酬改定について

診療報酬改定

１．診療報酬　　＋０．４３％

※１　うち、※２～５を除く改定分　＋０．２３％
　　各科改定率　　医科　＋０．２６％
　　歯科　＋０．２９％
　　調剤　＋０．０８％
※２　うち、看護の処遇改善のための特例的な対応　＋０．２０％
※３　うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化　▲０．１０％（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）
※４　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．２０％
※５　うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来　▲０．１０％
　　なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

２．薬価等

①　薬価　　▲１．３５％
※１　うち、実勢価等改定　▲１．４４％
※２　うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応　＋０．０９％

②　材料価格　▲０．０２％

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

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

令和４年度診療報酬改定について

看護における処遇改善について

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

（注１）救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関
（注２）看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

令和４年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

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

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

改定の基本的視点と具体的方向性

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

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

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

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

（３）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

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

（４）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

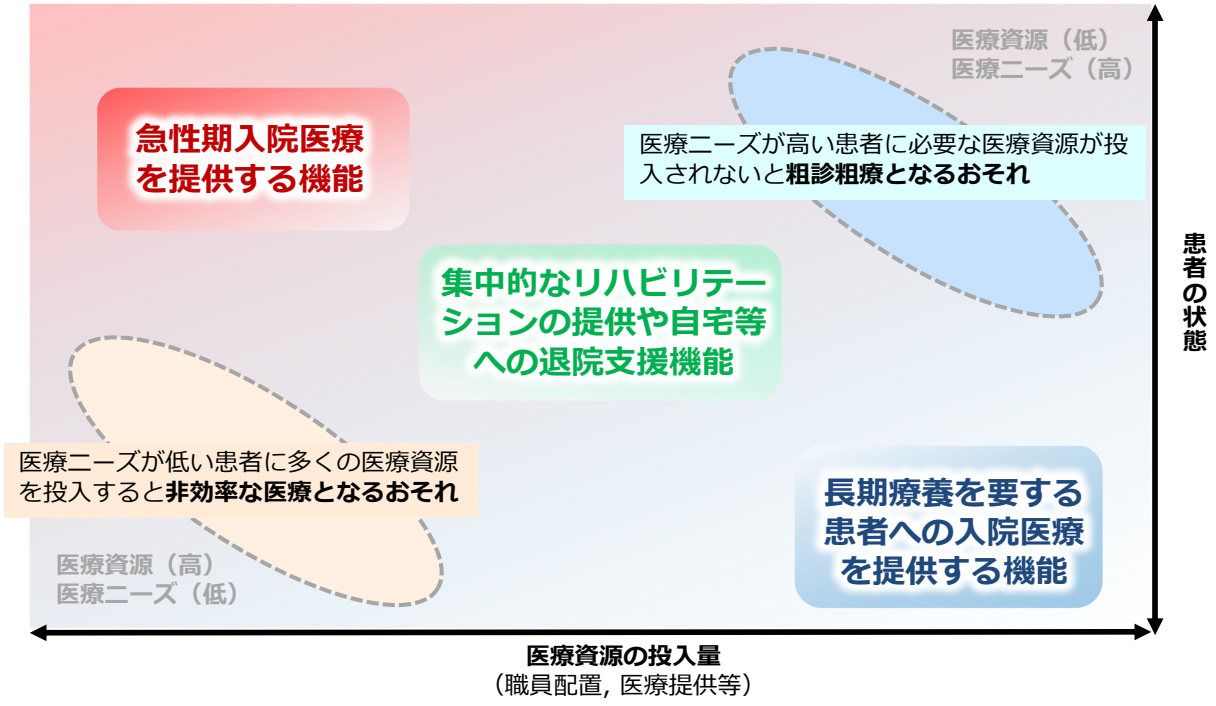
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

入院医療の評価体系と期待される機能

○　入院医療の評価は、
- **個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供**されることが望ましいこと
- **患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれ**があること

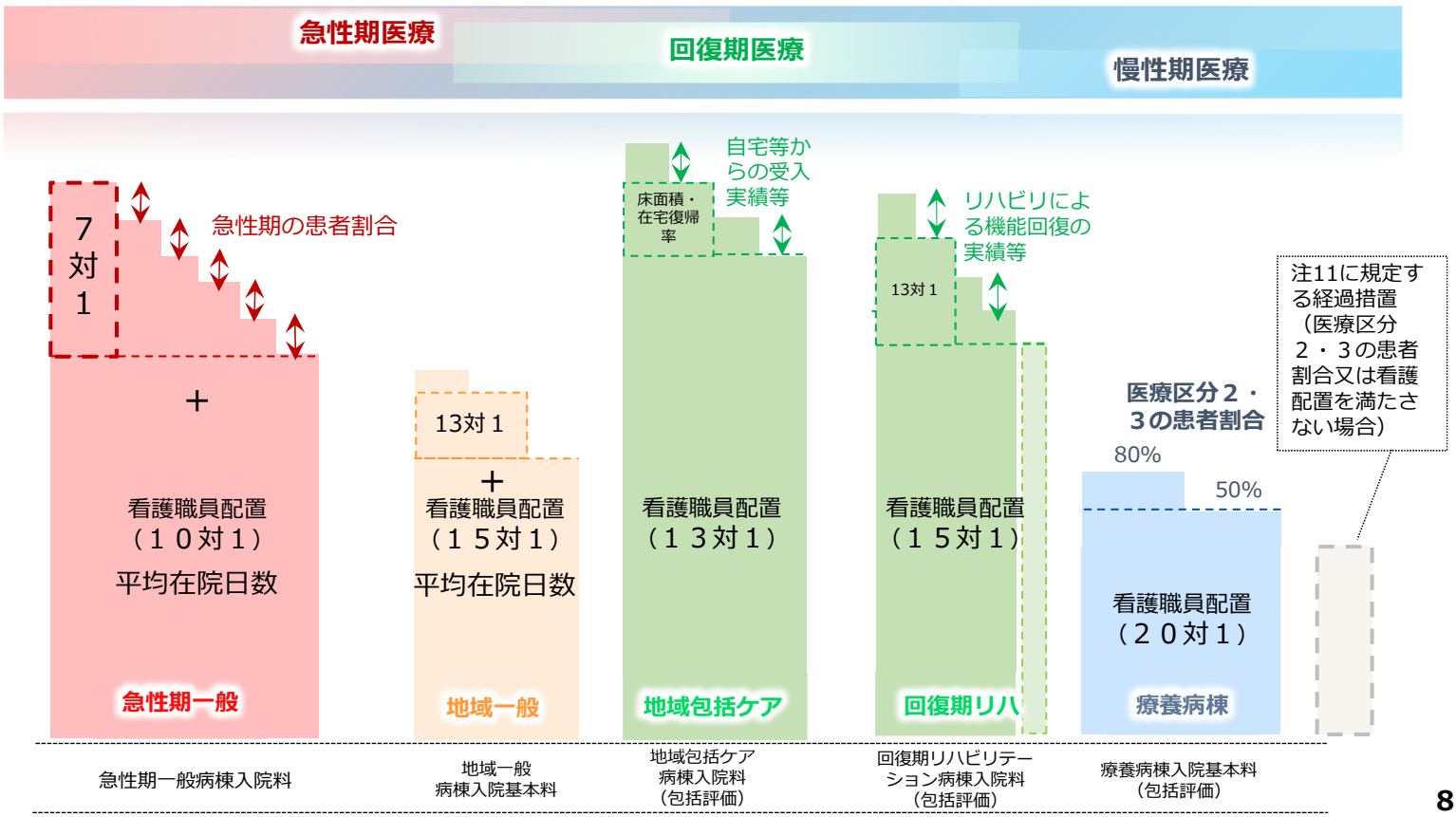
を踏まえ、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○　入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※　特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



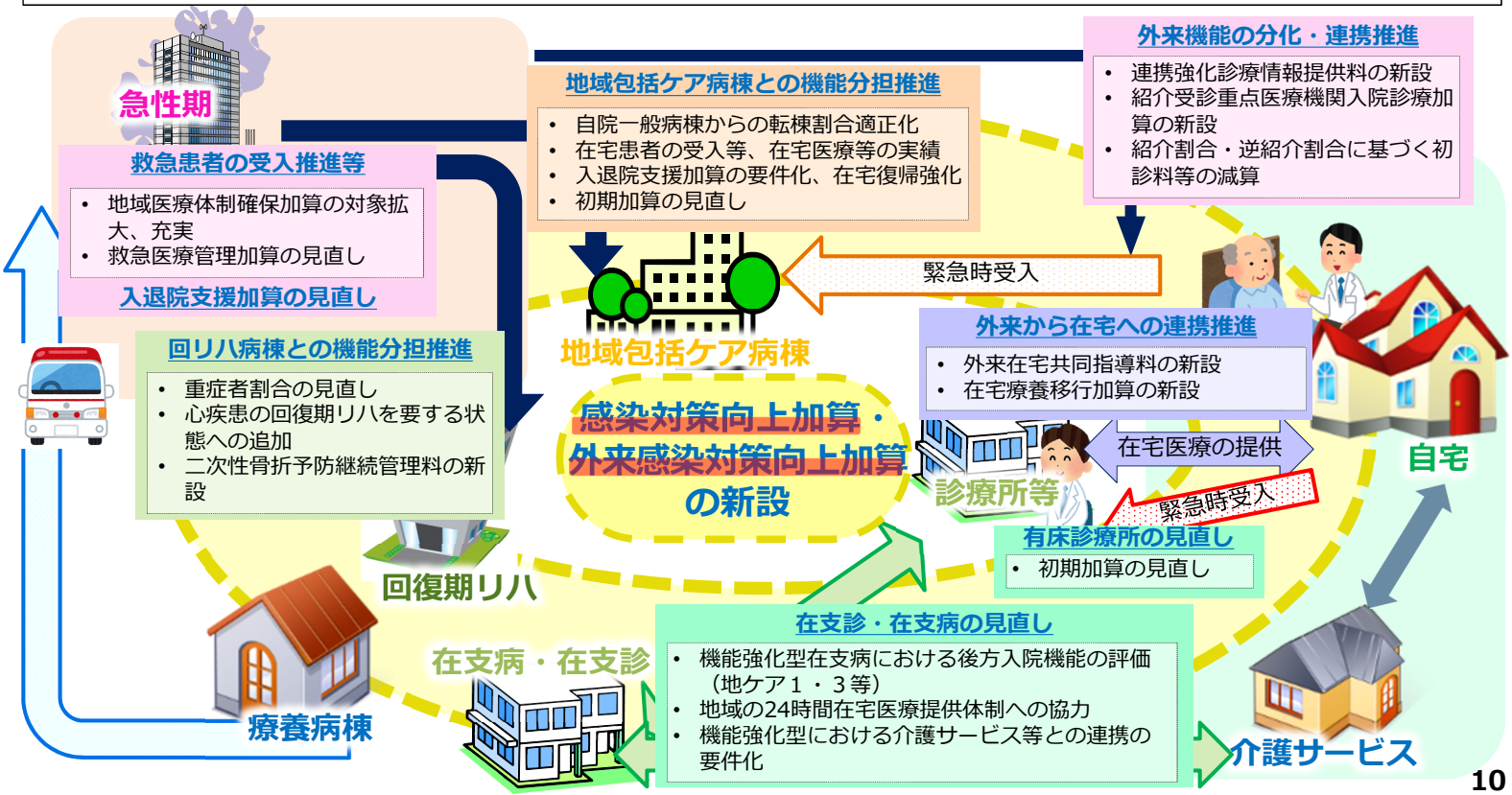
入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

○　**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）

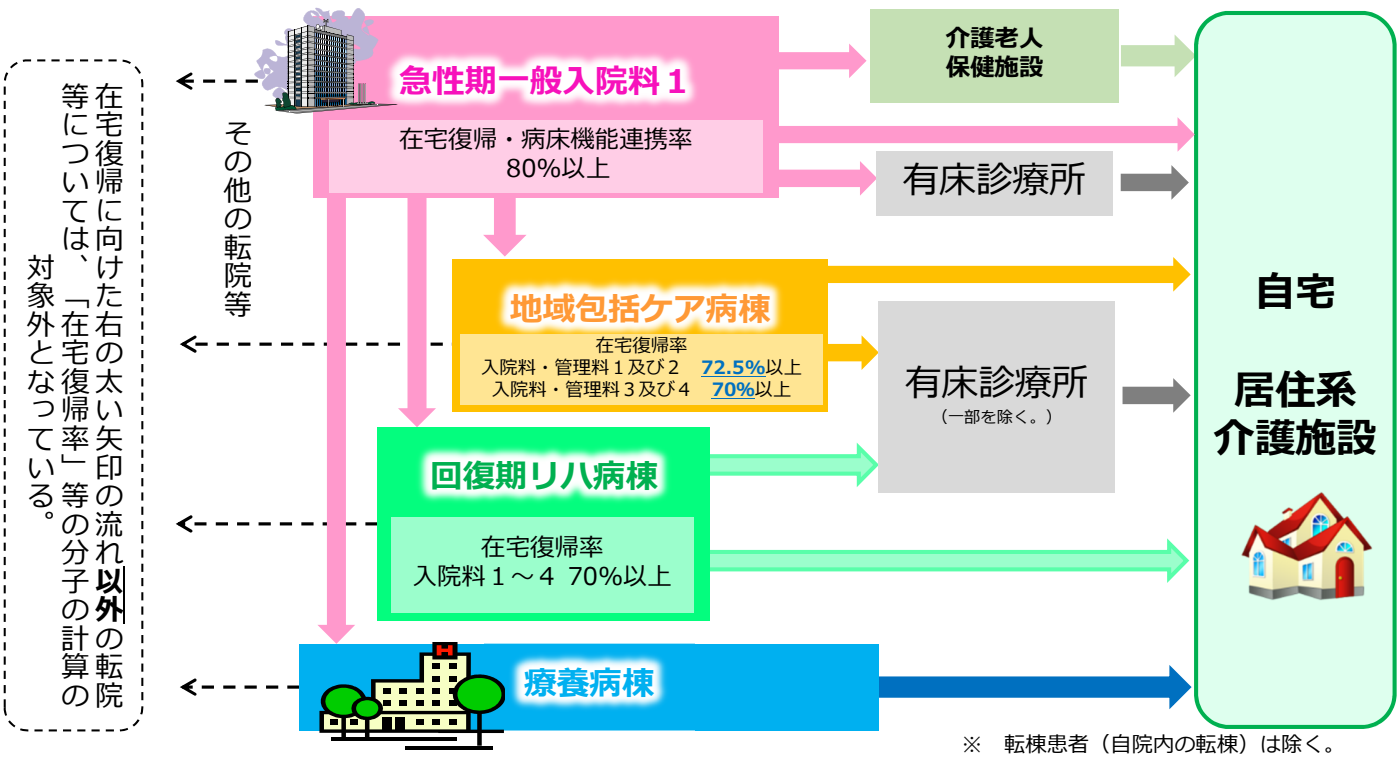
○　新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、**感染対策向上加算１・２・３、外来感染対策向上加算において求めている医療機関間連携**や**回リハ病棟の対象病態の拡大**、**外来在宅共同指導料新設**、**機能強化型在支病の施設基準への地ケア病棟組込み**等の**新たな連携強化の取組も活用**し、医療機関の連携・機能分化を更に推進する取組の評価を実施。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

１．急性期入院医療の評価

①　急性期充実体制加算の新設

②　一般病棟用重症度、医療・看護必要度の見直し

③　急性期医療の質を高める取組に係る評価

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。

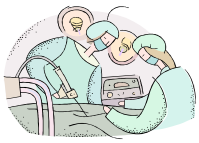


急性期・高度急性期

- 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



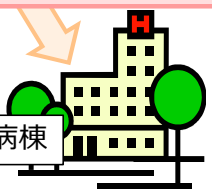
② 重症救急患者に対する医療の提供

- 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(ヘ)のうち４つ以上において実績の基準を満たす。
(イ)全身麻酔による手術　(ロ)悪性腫瘍手術　(ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術　(ニ)心臓カテーテル法による手術　(ホ)消化管内視鏡による手術
(ヘ)化学療法（外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っており、かつ、レジメンの４割が外来で実施可能であること）
イ　以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)のうち２つ以上において実績の基準を満たす。
(イ)異常分娩　(ロ)６歳未満の乳幼児の手術

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

（新）　精神科充実体制加算（１日につき）　30点

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

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－①

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

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

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

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

現行

【総合入院体制加算１】
［施設基準］
全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上

イ～カ　（略）

改定後

【総合入院体制加算１】（※総合入院体制加算２、３も同様）
［施設基準］
全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

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

外来を縮小する体制に係る見直し

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

現行

【総合入院体制加算１】
［施設基準］
外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア　初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。
イ　診療情報提供料Ⅰの注８の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近１か月間の総退院患者数のうち、４割以上である。

改定後

【総合入院体制加算１】
［施設基準］
外来を縮小するに当たり、**ア又はイのいずれかに該当**すること。

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

イ　**紹介受診重点医療機関**である。

総合入院体制加算の見直し②

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

（１日につき／14日以内）	総合入院体制加算１ 240点	総合入院体制加算２ 180点	総合入院体制加算３ 120点
共通の施設基準	• 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 • 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。　（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていなくても良い。） • 外来を縮小する体制を有すること。（右記） ア　次のいずれにも該当すること。 ・　初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している ・　診療情報提供料Ⅰの注８の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数**及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数**が、直近１か月間の総退院患者数のうち、４割以上である。 イ　**紹介受診重点医療機関**である。 • 次のいずれにも該当する。 ア　療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ　同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 • 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。		
実績要件	（共通要件）全身麻酔による手術件数が年800件以上 ア　人工心肺を用いた手術**及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術**：40件/年以上 イ　悪性腫瘍手術：400件/年以上　ウ　腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ　放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上　オ　化学療法：1,000件/年以上　カ　分娩件数：100件/年以上		
	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも４つ以上を満たす	上記のうち少なくとも２つ以上を満たす
救急自動車等による搬送件数	－	年間2,000件以上	－
精神科要件	（共通要件）　精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ　精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１の届出 ロ　精神疾患診療体制加算２又は救急搬送患者の入院３日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ　精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１の届出 ロ　精神疾患診療体制加算２又は救急搬送患者の入院３日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注２の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	２次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	２次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（Ａ２点以上又はＣ１点以上）	必要度Ⅰ：**３割３分以上** 必要度Ⅱ：**３割以上**		必要度Ⅰ：**３割以上** 必要度Ⅱ：**２割７分以上**

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

１．急性期入院医療の評価

① 急性期充実体制加算の新設

② **一般病棟用重症度、医療・看護必要度の見直し**

③ 急性期医療の質を高める取組に係る評価

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る公益裁定

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

１．今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。

２．これらの議論を踏まえ、

○ **１号側**からは、将来の医療ニーズの変化を踏まえ、下記の意見があった。

・新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、地域医療の様々な課題が浮き彫りになってきたところであり、重症度、医療・看護必要度については、急性期入院医療における患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、**必要性に応じた見直しを進めるべき**である。

・さらに、令和４年１月12日中医協総－３のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、**見直し案４（※１）を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきとの意見**があった。　（※１）Ａ～Ｃのいずれの評価項目に変更する案

○ **２号側**からは、新型コロナ禍での病床の確保や新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ等、医療機関には通常と異なる対応が求められてきたことから、そのような状況での重症度、医療・看護必要度に係る見直しは、**医療機関の負担の増加につながるため、そもそも実施するべきではない**、との意見があった。

３．こういった議論の背景も踏まえ、両側委員において、評価項目や判定基準の見直しのシミュレーションを行うことに合意し、議論が進められた。当該シミュレーションにおいては、見直しの案として４つのパターンが示されたところである。それぞれの見直し案による、該当患者割合の基準を満たす医療機関数の変化、**急性期一般入院料１から、急性期一般入院料２及び３等への適切な機能分化**を促し、**患者の状態に応じた適切な入院料が選択されるよう取組を進める**ことの重要性等を踏まえると、**見直し案３（※２）の組み合わせが妥当と考えられる**。

（※２）「点滴ライン同時３本以上の管理」を「注射薬剤３種類以上の管理」に変更、「心電図モニターの管理」の削除、「輸血や血液製剤の管理」を２点に変更の組合せ。

４．その際、**簡素でわかりやすい診療報酬としていく観点**が重要であることも踏まえ、**急性期一般入院料５と６について、一体とする評価体系へ**と見直した上で、**それぞれの入院料間に、適切な該当患者割合の間隔を設けながら基準を設定**していくことが適切と考える。

５．なお、これらの見直しに当たっては、**新型コロナウイルス感染症に係る影響や地域医療への影響も鑑み、許可病床数200床未満の医療機関に対する一定の緩和措置を講じることが、必要な配慮**であると考えられることに加え、**重症度、医療・看護必要度Ⅱの活用を進め**、医療従事者の負担軽減も図っていく視点も重要と言える。

６．今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、**引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行う**こととする。

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 必要度Ⅰ／Ⅱ	許可病床数200床以上	31%／28%	27%／24%	24%／21%	20%／17%	17%／14%	測定していること
	許可病床数200床未満	28%／25%	25%／22%	22%／19%	18%／15%		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		８割以上	－				
その他		医師の員数が入院患者数の100分の10以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料１の届出実績が必要		－		
データ提出加算		○（要件）					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

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

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

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

現行

【一般病棟用】

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

改定後

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

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

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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

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

※　カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

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

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

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

現行

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

改定後

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

１．急性期入院医療の評価

① 急性期充実体制加算の新設

② 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の見直し

③ **急性期医療の質を高める取組に係る評価**

手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

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

（新）　術後疼痛管理チーム加算　100点（一日につき）

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

［施設基準］
（１）　麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
（２）　手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（３）　当該保険医療機関内に、以下の**３名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。**
　ア　麻酔に従事する専任の常勤医師
　イ　手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
　ウ　手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
　なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。
（４）　術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
（５）　算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

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

周術期における薬学的管理の評価の新設

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

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

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

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

周術期の栄養管理の推進

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

（新）　周術期栄養管理実施加算　270点（１手術に１回）

［算定対象］
全身麻酔を実施した患者

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

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

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

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

救急医療管理加算の見直し

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

算定対象となる状態の見直し

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

現行

【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
2　救急医療管理加算２　　350点

改定後

【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　　**1,050点**
2　救急医療管理加算２　　**420点**

［対象患者］
・救急医療管理加算１の対象となる患者は、**ア～サのいずれかの状態**であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。
・救急医療管理加算２の対象となる患者は、**ア～サまでに準ずる状態**又は**シ**の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

２．高度急性期入院医療の評価

① **重症患者対応体制強化加算の新設**

② 重症患者初期支援充実加算の新設

③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価

④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

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憎悪
- 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

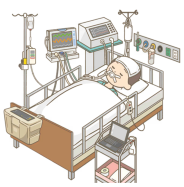
➢ **集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施。**

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
ハ　８日以上14日以内の期間　300点

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

［施設基準の概要］

専従の常勤看護師**１名**以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が５年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師	＊実施業務＊ ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした**院内研修を、年１回以上実施。** 院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際	
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		
看護師**２名**以上 **※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。** **※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。**	・集中治療の看護に従事した経験が３年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		＊実施業務＊ ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、**他の医療機関等の支援を行う。**（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・**地域の医療機関等が主催する**集中治療を必要とする患者の看護に関する**研修に講師として参加する**など、地域における集中治療の質の向上を目的として、**地域の医療機関等と協働する**ことが望ましい。

必要な届出	・区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算　　・区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1 ただし、急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月31日までの間に限り、別添７の様式42の８にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が**１割５分以上**

33

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

２．高度急性期入院医療の評価

① 重症患者対応体制強化加算の新設
② **重症患者初期支援充実加算の新設**
③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

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。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

２．高度急性期入院医療の評価

① 重症患者対応体制強化加算の新設
② 重症患者初期支援充実加算の新設
③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
④ 重症度、医療・看護必要度の見直し

救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

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

現行

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※１）	60日

（※１）救命救急入院料３及び４、特定集中治療室管理料２及び４に限る。

改定後

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※１）	60日
急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする患者	**25日**
臓器移植（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	**30日**

［算定上限日数に係る施設基準の概要］
・当該治療室において、**「早期離床・リハビリテーション加算」**又は**「早期栄養介入管理加算」**の届出を行っていること。
・**関係学会と連携**をとって患者の診療を行っていること。

施設基準の見直し

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

現行

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

改定後

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

［見直しの対象となる治療室］
「Ａ３００」救命救急入院料２・４、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料１～４、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料

救急搬送診療料の見直し

算定要件の見直し

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

救急搬送診療料　　1,300点

現行

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

改定後

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

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

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

救急搬送診療料　　1,300点
（新）重症患者搬送加算　　1,800点

[対象患者]
救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による**集中治療を要する状態の患者**。
[算定要件]
関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。
[施設基準の概要]
（１）当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。
　　ア　集中治療の経験を５年以上有する医師　　イ　看護師　　ウ　臨床工学技士
（２）（１）のアの医師は、重症の小児患者を搬送する場合、小児の特定集中治療の経験を５年以上有することが望ましい。
（３）（１）のイの看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、適切な研修を修了した看護師であることが望ましい。
（４）（１）のウの臨床工学技士は、救命救急入院料等を届け出た病棟を有する保険医療機関で５年以上の経験を有することが望ましい。
（５）関係学会により認定された施設であること。
（６）日本集中治療医学会が定める指針等に基づき、**重症患者搬送が適切に実施**されていること。
（７）重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関する**研修を定期的に実施**すること。

人工呼吸の評価の見直し

人工呼吸の評価の見直し

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

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

（新）　覚醒試験加算　100点（１日につき）

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

（新）　離脱試験加算　60点（１日につき）

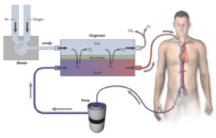
［算定要件（抜粋）］
注４　注３の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、１日につき60点を更に所定点数に加算する。
（１）「注４」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。
ア　自発覚醒試験の結果、**自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認**すること。
イ　以下のいずれにも該当すること。
(ｲ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。(ﾛ) 酸素化が十分であること。　等
ウ　人工呼吸器の設定を**以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価**すること。
(ｲ) 吸入酸素濃度（ＦＩＯ２）50%以下、CPAP（PEEP）≦5cmH2OかつPS≦5cmH2O
(ﾛ) ＦＩＯ２50%以下相当かつＴピース
エ　ウの**評価に当たっては、以下の全てを評価**すること。
(ｲ) 酸素化の悪化の有無　(ﾛ) 血行動態の悪化の有無　等
オ　ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。
カ　評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

ECMOの評価の見直し

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

（新）　体外式膜型人工肺（１日につき）
１　初日　30,150点
２　２日目以降　3,000点



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

ECMOの治療管理に係る評価の新設

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

（新）　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）
１　７日目まで　4,500点
２　８日目以降14日目まで　4,000点
３　15日目以降　3,000点



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

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

経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

現行		改定後
経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）	30点	**35点**

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

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

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

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

現行

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として400点を所定点数に加算する。

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

改定後

【早期栄養介入管理加算】
［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

［施設基準］
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
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。**
※　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること**。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

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

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

現行

特定集中治療室管理料１～４

改定後

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

２．高度急性期入院医療の評価

① 重症患者対応体制強化加算の新設
② 重症患者初期支援充実加算の新設
③ 高度急性期医療の質を高める取組に係る評価
④ **重症度、医療・看護必要度の見直し**

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

評価項目及び判定基準の見直し

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

現行

【特定集中治療室用】

A　モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1　心電図モニターの管理	なし	あり	
2　輸液ポンプの管理	なし	あり	
3　動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4　シリンジポンプの管理	なし	あり	
5　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6　人工呼吸器の管理	なし		あり
7　輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
9　特殊な治療法等（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定、ＥＣＭＯ）	なし		あり

B　患者の状況等
10　寝返り
11　移乗
12　口腔清潔
13　食事摂取
14　衣服の着脱
15　診療・療養上の指示が通じる
16　危険行動

基準	A得点４点以上かつB得点３点以上

改定後

・「心電図モニターの管理」「B　患者の状況等」の項目を廃止

【特定集中治療室用】

A　モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1　輸液ポンプの管理	なし	あり	
2　動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
3　シリンジポンプの管理	なし	あり	
4　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
5　人工呼吸器の管理	なし		あり
6　輸血や血液製剤の管理	なし		あり
7　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
8　特殊な治療法等（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定、ＥＣＭＯ、ＩＭＰＥＬＬＡ）	なし		あり

基準	A得点３点以上

評価方法の見直し

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

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

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

救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

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

現行

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

改定後

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

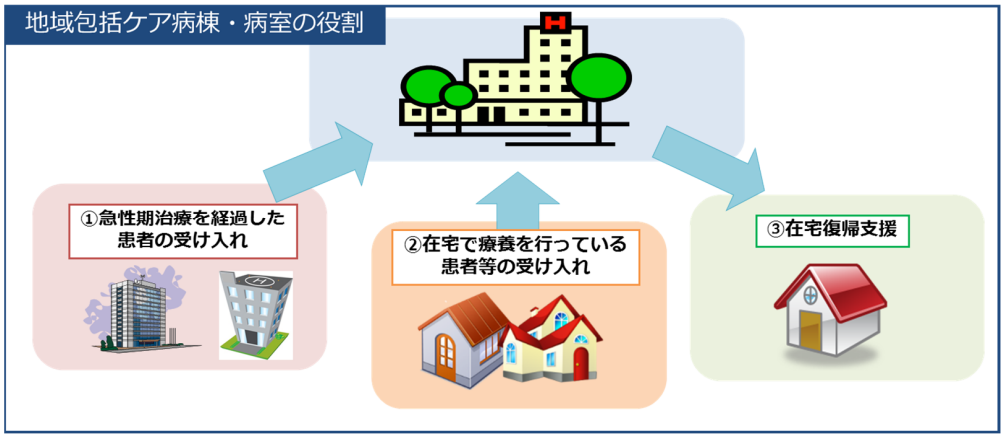
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

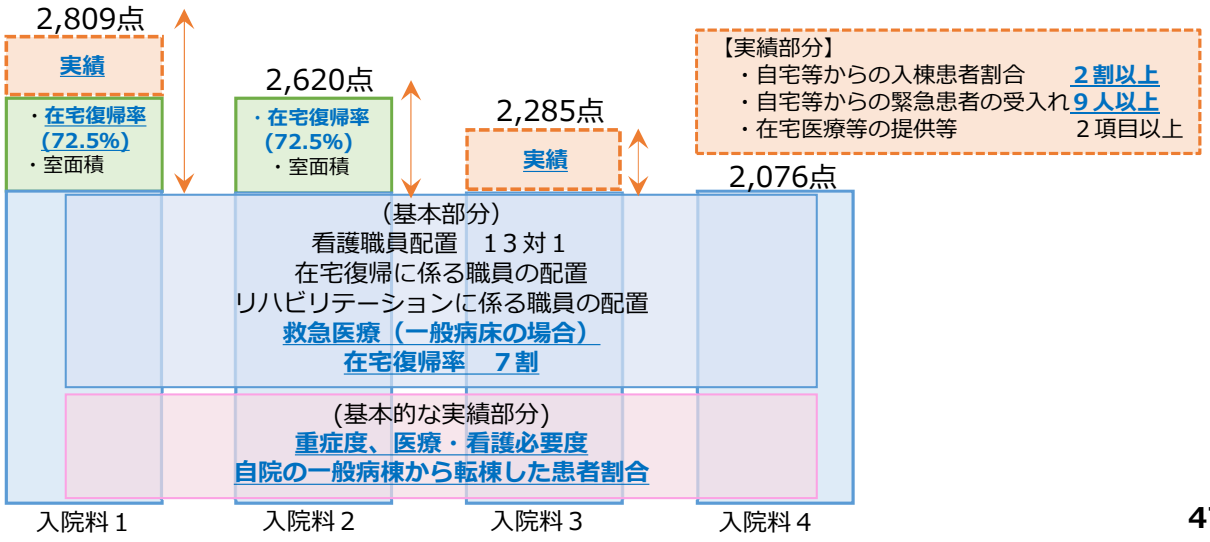
３．回復期入院医療の評価

①　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

②　回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）





地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料１	管理料１	入院料２	管理料２	入院料３	管理料３	入院料４	管理料４
看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を１名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については１日平均２単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		－	○	○		－	○
室面積	6.4平方メートル以上				―			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　12%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　８%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	－		６割未満（許可病床数200床以上の場合）（満たさない場合85／100に減算）	－	－		６割未満（許可病床数200床以上の場合）（満たさない場合85／100に減算）	－
自宅等から入棟した患者割合	２割以上（管理料の場合、10床未満は３月で８人以上）		いずれか１つ以上（満たさない場合90／100に減算）（「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい）		２割以上（管理料の場合、10床未満は３月で８人以上）		いずれか１つ以上（満たさない場合90／100に減算）（「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい）	
自宅等からの緊急患者の受入	３月で９人以上				３月で９人以上			
在宅医療等の実績	○（２つ以上）				○（２つ以上）			
在宅復帰率	７割２分５厘以上				７割以上（満たさない場合90／100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の１・２については入退院支援加算１を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90／100に減算）							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

参考
令和２年度改定

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 （7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　14%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　11%以上							
入退院支援部門	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							
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	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること 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							
在宅復帰率	7割以上				―			
一般病棟から転棟した患者割合※1	―		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	―	―		6割未満 （許可病床数400床以上の場合）	―
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―		1割5分以上 （管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		―	
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		―		3月で6人以上		―	
実績部分 地域包括ケアの実績※2	○		―		○		―	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		―	○	○		―	○
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

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

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

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近３か月間で60回以上であること。

③ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で300回以上であること。

④ 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

⑥ 当該保険医療機関において退院時共同指導料２及び**外来在宅共同指導料１**の算定回数が直近３か月間で６回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

➢ 救急体制に係る評価の見直し

- **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、**第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件**とする。

※　ただし、**200床未満**の保険医療機関については、**当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす**こととする。

実績要件の見直し①

➢ 重症患者割合の見直し

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

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　１割４分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　１割１分以上	【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　**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	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 **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	改定後
【地域包括ケア病棟入院料１・３、管理料１・３】 八　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未満のものにあっては、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。	【地域包括ケア病棟入院料１・３、管理料１・３】 八　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未満のものにあっては、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】 ロ　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】 ロ　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】 ロ　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400床**未満**の地ケアの場合	自院等の一般病棟	125点
		他院の一般病棟	250点
在宅患者支援病床初期加算	老人保健施設		500点
	自宅・その他施設		400点

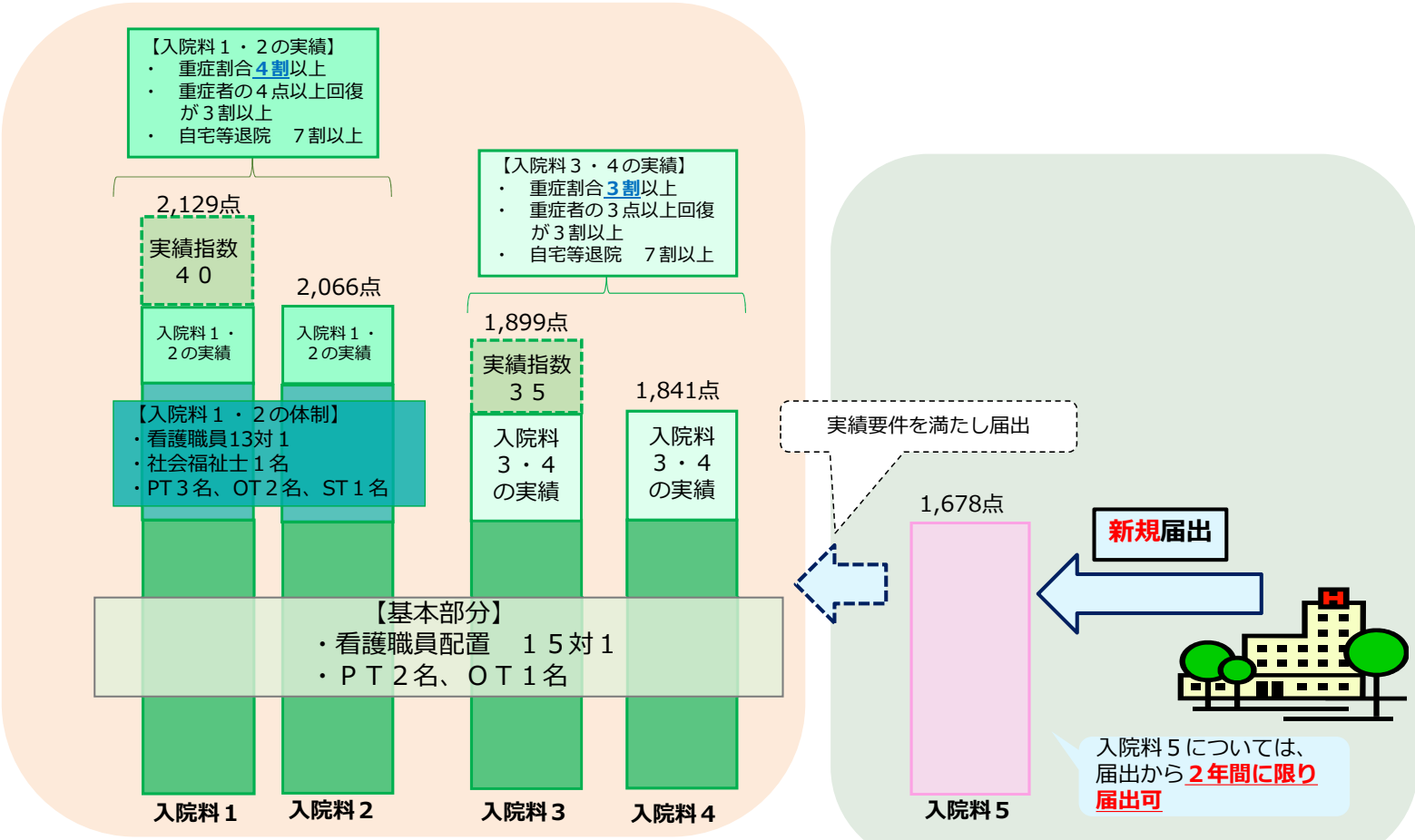
医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

３．回復期入院医療の評価

① 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

② 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（イメージ）



回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

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

※１：入院料５については、届出から２年間に限り届け出ることができる。
なお、令和４年３月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６の届出を行っている病棟については、１年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６を算定し、その後１年間、新入院料５を算定することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

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**

特定機能病院におけるリハビリテーションの評価

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

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

［算定要件］（概要）

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

［施設基準］（概要・一部抜粋）

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

４．慢性期入院医療の評価

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

療養病棟入院基本料

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

医療区分

医療区分３

【疾患・状態】
・スモン
・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分２又は３に該当する項目がある場合）
【医療処置】
・２４時間持続点滴
・中心静脈栄養（**摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分３の場合の点数に代えて、医療区分２の場合に相当する点数を算定**）
・人工呼吸器使用　・ドレーン法　・胸腹腔洗浄
・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管　　・感染隔離室における管理
・酸素療法（常時流量３L/分以上を必要とする状態等）

医療区分２

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

医療区分１　医療区分２・３に該当しない者

ADL区分

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

当日を含む過去３日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の４項目に０～６の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（　０．自立、１．準備のみ、２．観察、３．部分的援助、４．広範な援助、５．最大の援助、６．全面依存　）

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

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

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

改定後

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

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

療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

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

現行	改定後
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］（概要） 注11　療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］（概要） 注11　療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数の**100分の75**に相当する点数を算定する。

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

➢ 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、以下の見直しを行う。

- 疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、**FIM（機能的自立度評価法）の測定を月に１回以上行っていない場合は、１日につき２単位まで出来高での算定**とする。
- 医療区分２の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、**FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分１の場合に相当する点数を算定**することとする。

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

医療区分について（参考）

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

療養病棟入院基本料の点数（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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

４．慢性期入院医療の評価

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

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

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

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（抜粋・例）
1　７対１入院基本料　1,615点
2　10対１入院基本料　1,356点
3　13対１入院基本料　1,138点
4　15対１入院基本料　995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（抜粋・例）
特殊疾患入院医療管理料　2,070点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］（抜粋・例）
1　特殊疾患病棟入院料１　2,070点
2　特殊疾患病棟入院料２　1,675点

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注12　イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,345点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,221点
ロ　13対１入院基本料
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,207点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,084点
ハ　15対１入院基本料
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,118点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　995点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］（重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合）
注６　イ　特殊疾患病棟入院料１
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,717点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,569点
ロ　特殊疾患病棟入院料２
（１）　医療区分２の患者に相当するもの　1,490点
（２）　医療区分１の患者に相当するもの　1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

４．慢性期入院医療の評価

① 療養病棟入院基本料の見直し

② 障害者施設等入院基本料等の見直し

③ 緩和ケア病棟入院料の見直し

④ 有床診療所における評価の見直し

緩和ケア病棟入院料の見直し

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

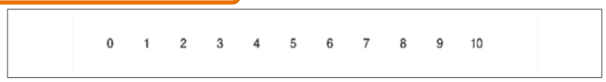
緩和ケア病棟入院料

（新）　緩和ケア疼痛評価加算　　100点

［算定要件］（概要）

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

評価の例



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

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



➢ 緩和ケア病棟入院料について、加算の新設にあわせて評価の見直しを行う。

現行	改定後
【緩和ケア病棟入院料】	【緩和ケア病棟入院料】
［算定要件］	［算定要件］
1　緩和ケア病棟入院料１	1　緩和ケア病棟入院料１
イ　30日以内の　5,207点	イ　30日以内の　**5,107点**
ロ　31日以上60日以内の期間　4,654点	ロ　31日以上60日以内の期間　**4,554点**
ハ　61日以上の期間　3,450点	ハ　61日以上の期間　**3,350点**
2　緩和ケア病棟入院料２	2　緩和ケア病棟入院料２
イ　30日以内の期間　4,970点	イ　30日以内の期間　**4,870点**
ロ　31日以上60日以内の期間　4,501点	ロ　31日以上60日以内の期間　**4,401点**
ハ　61日以上の期間　3,398点	ハ　61日以上の期間　**3,298点**

緩和ケア病棟入院料の概要

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

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

＋

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

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

４．慢性期入院医療の評価

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

有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

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

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

改定後

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

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

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

改定後

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

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

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

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

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

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

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

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩**等**管理加算（１日につき）（８日まで）
　　１　ハイリスク分娩管理加算　　3,200点
（新）２　地域連携分娩管理加算　　3,200点

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

40歳以上の初産婦である患者	－
子宮内胎児発育遅延の患者	**重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外**の患者であって、**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。

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料１の見直し

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

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

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

短期滞在手術等基本料２の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料２について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

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

追加する手術等

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

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

➢ DPC対象病院以外の場合

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

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料１の対象手術等（38項目）

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

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－⑤

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料３の対象手術等（57項目）

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術の　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術の　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する患者
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）の「２」硬化療法(四段階注射法によるもの)
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、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。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部(腟部)切除術
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術
Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

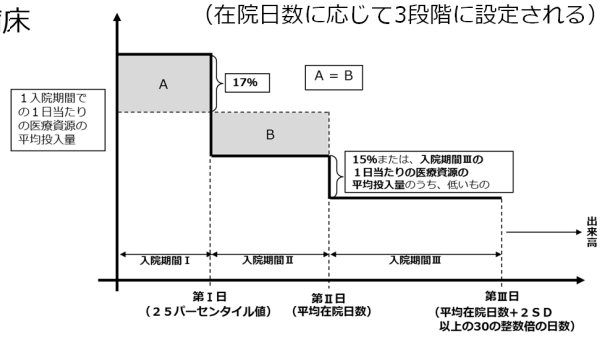
６．DPC/PDPSの見直し

①　基本的概要
②　評価の見直し

DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された**急性期入院医療**を対象とする診断群分類に基づく**１日あたり包括払い制度**である。
  - ※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
  - ※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。
- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和４年４月１日時点見込みで**1,764**病院・約**48**万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床（※）の約**85**%を占める。
  - ※　令和２年７月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床
- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた**3段階の定額点数**に、医療機関ごとに設定される**医療機関別係数**を乗じた点数を算定。

診断群分類ごとの点数イメージ
（在院日数に応じて3段階に設定される）



DPC対象病院の要件

➢ DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
  - ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - ・中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる「DPC算定病床」

- A100　一般病棟入院基本料
- A104　特定機能病院入院基本料
- A105　専門病院入院基本料
- A300　救命救急入院料
- A301　特定集中治療室管理料
- A301-2　ハイケアユニット入院医療管理料
- A301-3　脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- A301-4　小児特定集中治療室管理料
- A302　新生児特定集中治療室管理料
- A303　総合周産期特定集中治療室管理料
- A303-2　新生児治療回復室入院医療管理料
- A305　一類感染症患者入院医療管理料
- A307　小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定
- 出来高算定の診断群分類に該当する患者
- 特殊な病態の患者
  - 入院後２４時間以内に死亡した患者
  - 生後７日以内の新生児の死亡
  - 臓器移植患者の一部
  - 評価療養/患者申出療養を受ける患者　等
- 新たに保険収載された手術等を受ける患者
- 診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

A106　障害者施設等入院基本料
A306　特殊疾患入院医療管理料
A308　回復期リハビリテーション病棟入院料
A308-3　地域包括ケア病棟入院料
A309　特殊疾患病棟入院料
A310　緩和ケア病棟入院料　　等

出来高算定

精神病棟　　結核病棟　　療養病棟

DPC/PDPSの基本事項（考え方）

（包括評価の基本原則）
適切な包括評価とするため、評価の対象は、**バラつきが比較的少なく**、**臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群**とする。

前提①　平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、**個別症例に着目した場合**、要した医療資源と比べて**高額となる場合と低額となる場合**が存在するが**個別的には許容する必要がある**（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、**アウトライヤー（外れ値）処理**として除外等の対応を行う。

前提②　包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
- このことから、**包括評価（定額点数）の水準の是非**についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる**出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要**がある。

DPCの基本構造

○　日本における診断群分類は、以下の順に**14**桁の英数字で構成される。

①　「診断（**D**iagnosis）（医療資源を最も投入した傷病名）」

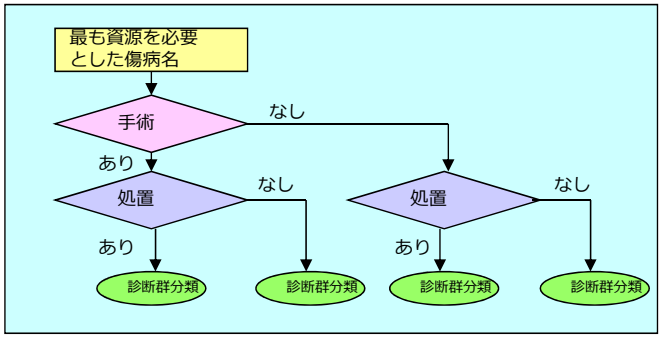
②　「診療行為（**P**rocedure）（手術、処置等）等」
　　の　「組合せ（**C**ombination）」

※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combinationも医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。

※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC（Major Diagnostic Categories）18種
DPCコード　4,726分類
（うち支払分類　2,334分類）
※令和４年度改定時



○　「診断（傷病名）」は、「ＩＣＤ－１０」により定義され、
「診療行為等」は、診療報酬上の医科点数表上の区分（Kコード等）で定義される。

※ ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

DPC/PDPSの基本事項（診断群分類のイメージ）

傷病名（Diagnosis）

①MDC（Major Diagnostic Category 主要診断群）　：18種類

②傷病名の細分類

01 0010 x x　99 x 0 x x

⑦副傷病
0: なし
1,2: あり

⑧重症度等
A-DROPスコア等

手術・処置（Procedure）

⑥手術・処置等２
0: なし
1: あり
2～9、A～C:定義テーブルによる手術・処置等あり

⑤手術・処置等１
0: なし
1: あり
2～5:定義テーブルによる手術・処置等あり

④手術
01～06:定義テーブルによる手術あり
97: その他手術あり（手術あり・なしでしか分岐していない場合は「手術あり」）
99: 手術なし

③年齢・出生時体重等
【年齢・月齢】
0:　n歳以上　(nか月以上)
1:　n歳未満　(nか月未満)
【出生児体重】
1: 2,500g以上
2: 1,500g以上2,500g未満
3: 1,000g以上1,500g未満
4:　500g以上1,000g未満
5:　500g未満
【JCS】
0: 10未満
1: 10以上
【Burn Index】
1: 10未満
2: 10以上
等

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

【包括評価部分】
診断群分類毎に設定
- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1000点未満の処置 等

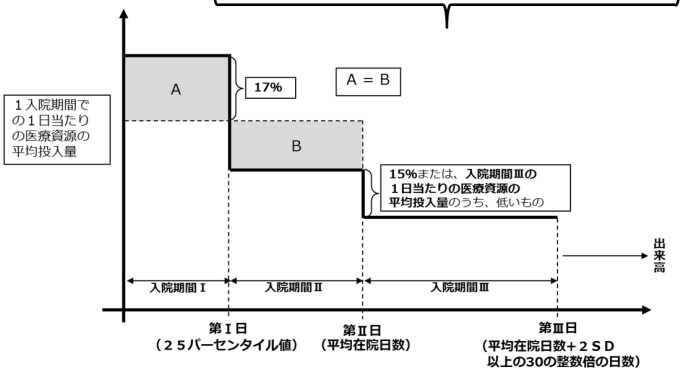
＋

ドクターフィー的報酬部分等

【出来高評価部分】
- 医学管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1000点以上の処置 等

【包括評価部分】

DPC毎の1日当たり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数

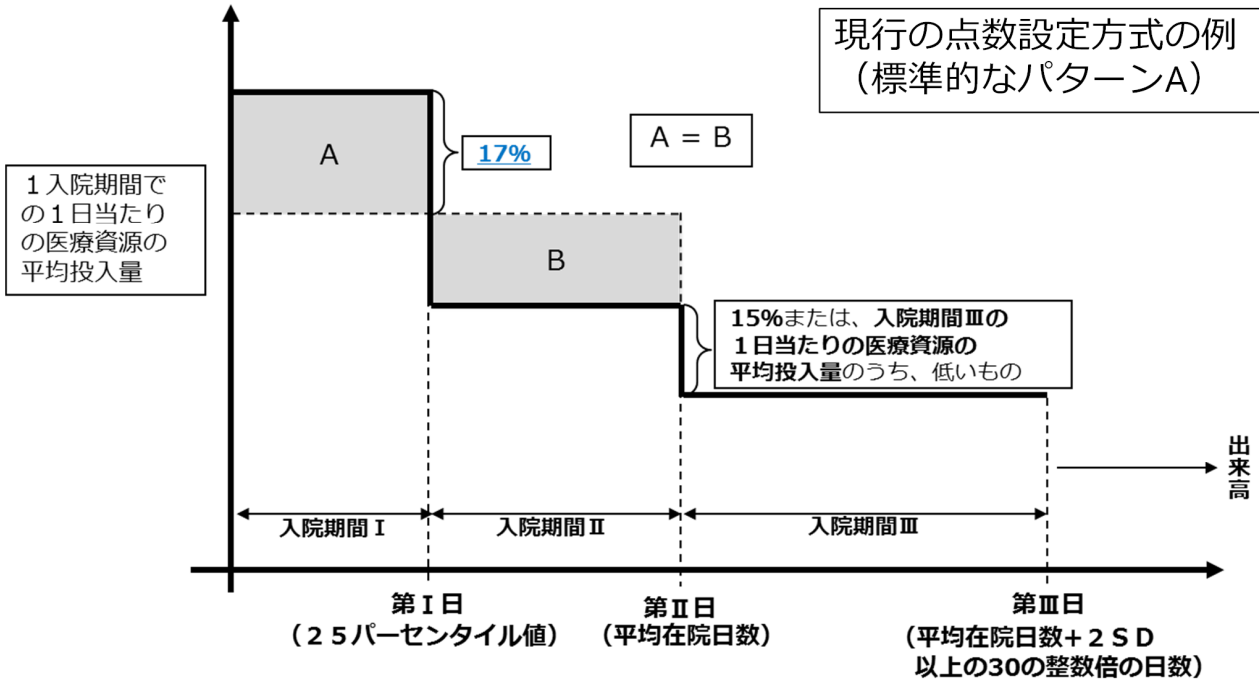


基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数（該当医療機関のみ設定）

DPC/PDPSの基本事項（１日当たり点数の設定方法）

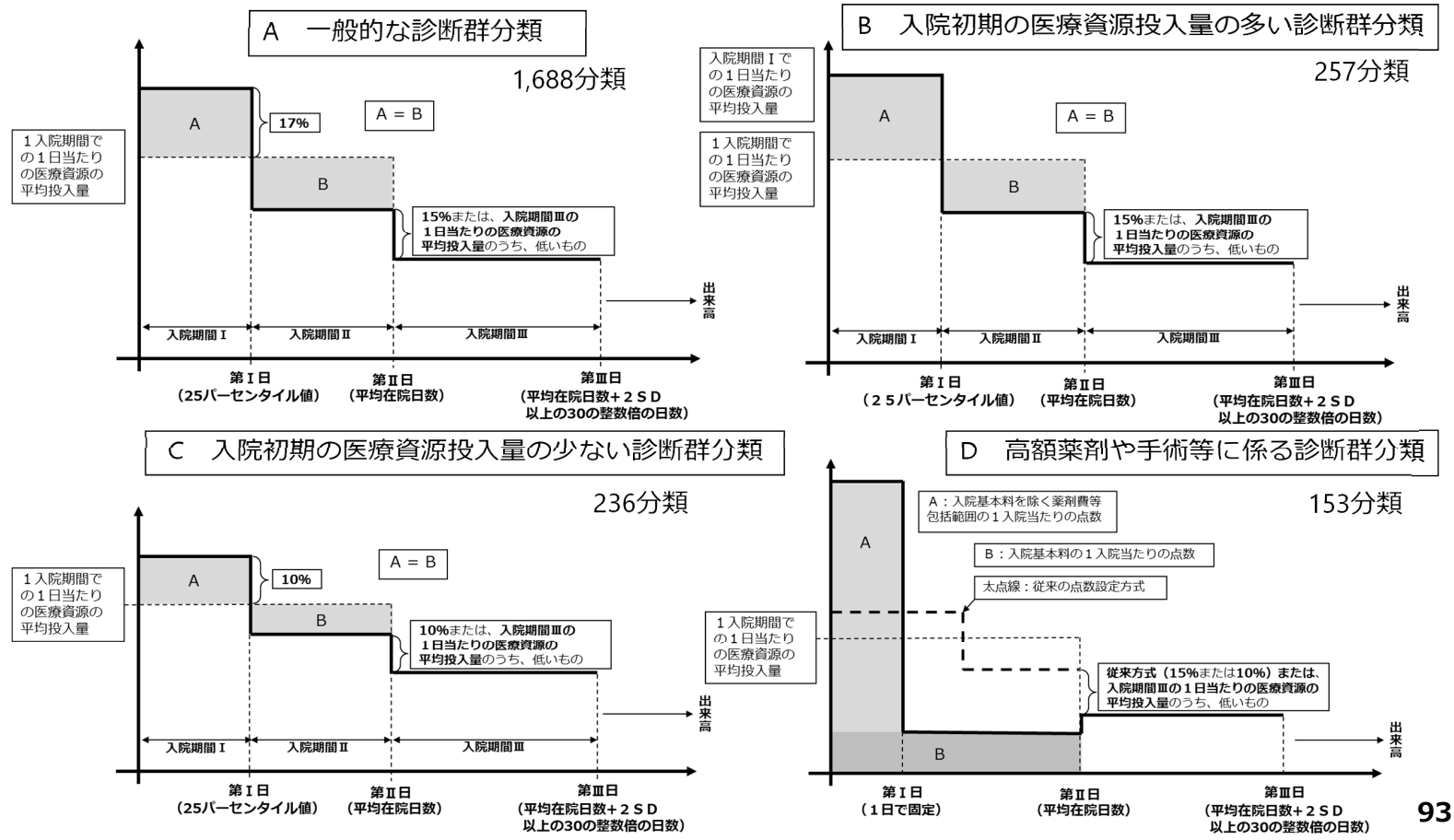
＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた３段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数＋2SD以上の３０の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、４種類の点数設定パターンで対応

現行の点数設定方式の例
（標準的なパターンA）



1日当たり点数の設定方法（４つの点数設定方式）

➢ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた４つの点数設定方式により点数が設定される。



DPC/PDPSの基本事項（DPC/PDPSの包括範囲）

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等（機能評価係数Ⅰとして評価）	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1000点未満処置）	1000点以上処置 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	ＨＩＶ治療薬 血液凝固因子製剤（血友病等に対する）

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

・退院患者調査
　診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される。提出されるDPCデータに基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。
・特別調査
　中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和３年６～８月に実施）

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式１	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式４	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式３	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況
Kファイル	３情報から生成した一次共通ＩＤに関する情報等	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ＩＤ、**被保険者番号等**

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

１．概要

○　機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、ＤＰＣ対象病院及びＤＰＣ準備病院からの年１回の厚生局への別途様式による届出（定例報告）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

２．報告内容　（令和４年度診療報酬改定後）

（１）施設基準の届出状況

（２）都道府県が行う事業への参加状況
　①　救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
　②　災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
　③　へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
　④　周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
　⑤　がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）
　⑥　新興感染症等の医療（新型インフルエンザ患者入院医療機関の指定、新型コロナウイルス感染症の病床確保）

（３）その他
　病床数（ＤＰＣ算定病床数）等

医療機関別係数

１．基礎係数

○　大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
○　基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの
［基礎係数］＝［各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値］×［改定率］
÷［各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値］

２．機能評価係数Ⅰ

○　機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

３．機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、６つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
○　各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

４．激変緩和係数

○　診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度１年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

６．DPC/PDPSの見直し

① 基本的概要

② **評価の見直し**

DPC/PDPSの見直し

➢ 医療機関別係数の見直し

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

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

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

➢ 算定ルールの見直し

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

➢ 退院患者調査の見直し

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

医療機関別係数の見直し

基礎係数（医療機関群）

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

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

機能評価係数Ⅰ

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

機能評価係数Ⅱ

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

激変緩和係数

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

機能評価係数Ⅱの評価内容①

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

機能評価係数Ⅱの評価内容②

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

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・t-PA療法の実施(0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612イのいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	・「へき地医療拠点病院の指定**かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること**」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・**「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）**		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

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

診断群分類点数表の見直し①

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

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

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

診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類の見直し

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

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類（例）

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

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

現行		改定後	
【診断群分類】		【診断群分類】	
D方式	95分類	D方式	153分類

診断群分類点数表の見直し③

他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

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

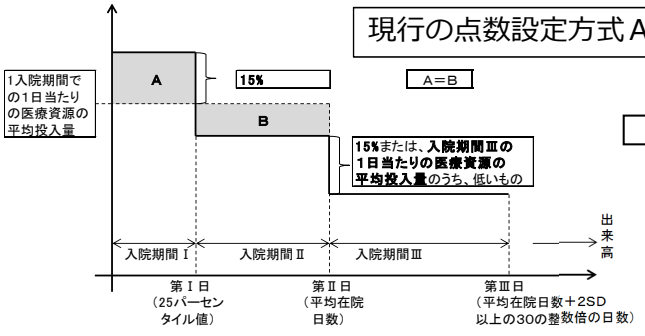
- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

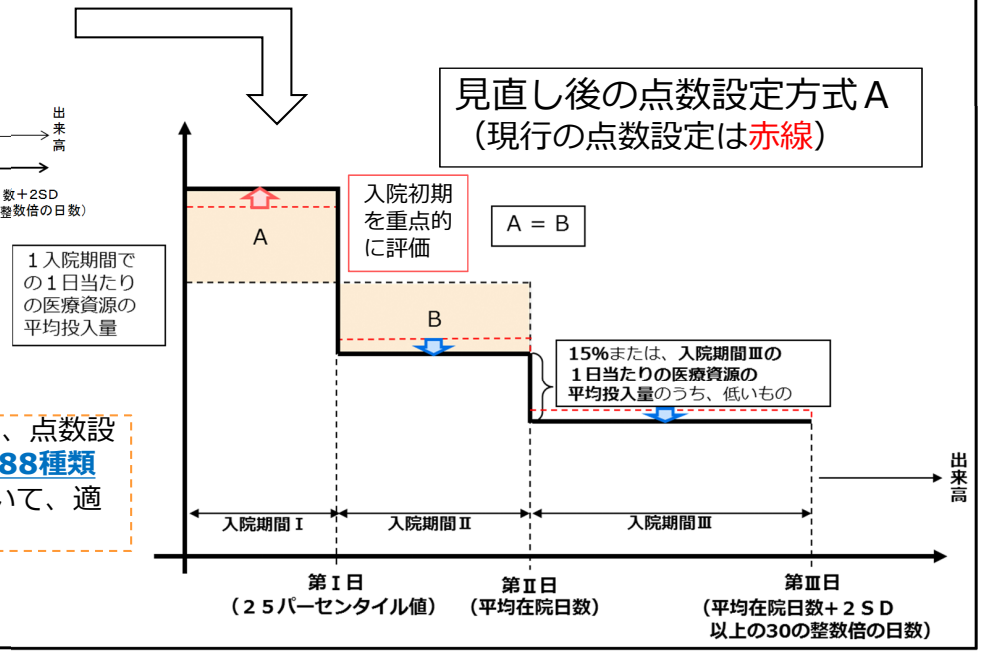
現行の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
050030xx99000x	急性心筋梗塞	手術、処置等なし
050050xx9900xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術、処置等なし
050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査あり
050050xx9920xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	手術なし、心臓カテーテル法による諸検査＋血管内超音波検査等あり
050130xx9900xx	心不全	手術、処置等なし
160800xx99xxxx	股関節・大腿近位の骨折	手術なし

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

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





2,334種類の支払分類のうち、点数設定法方式Ａで設定される**1,688種類（約72%）**の支払分類において、適用となる。

退院患者調査の見直し①

様式１の見直し

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

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

退院患者調査の見直し②

外来ＥＦファイル等の見直し

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

DPC/PDPSの算定対象とならない患者

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

該当の新規手術等

Ｄ４１３　前立腺針生検法　１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの
Ｋ０１９－２　自家脂肪注入
Ｋ０５４－２　脛骨近位骨切り術
Ｋ０８０－７　上腕二頭筋腱固定術
Ｋ１４２－８　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術
Ｋ１４５－２　皮下髄液貯溜槽留置術
Ｋ１６９－２　内視鏡下脳腫瘍生検術
Ｋ１６９－３　内視鏡下脳腫瘍摘出術
Ｋ１７４　水頭症手術　３　シャント再建術
Ｋ１９０－８　舌下神経電気刺激装置植込術
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　３　眼瞼下制筋前転法
Ｋ２２５－４　角結膜悪性腫瘍切除術
Ｋ２４２　斜視手術　６　調節糸法
Ｋ２５９－２　自家培養上皮移植術
Ｋ２６８　緑内障手術（２流出路再建術 イ眼内法及び ７濾過胞再建術（needle法）に限る。）
Ｋ３０５－２　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
Ｋ３０８－３　耳管用補綴材挿入術
Ｋ３１９－２　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
Ｋ３８８－３　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ４７０－２　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
Ｋ４９４－２　胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　４　気管支形成を伴う肺切除
Ｋ５２９－４　再建胃管悪性腫瘍手術
Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術
Ｋ５５５－２　経カテーテル弁置換術　３　経皮的肺動脈弁置換術
Ｋ５９４　不整脈手術　４　左心耳閉鎖術 胸腔鏡下によるもの
Ｋ６１６－７　ステントグラフト内挿術（シャント）
Ｋ６１６－８　吸着式潰瘍治療法（１日につき）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　４　静脈瘤切除術
Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術　４　側方
Ｋ６５３－６　内視鏡的逆流防止粘膜切除術
Ｋ６７５－２　腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）　１　腹腔鏡によるもの
Ｋ７２１－５　内視鏡的小腸ポリープ切除術
Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。（悪性腫瘍に対するものを除く。）
Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術（３超低位前方切除術及び４経肛門吻合を伴う切除術に限る。）
Ｋ７４６－３　痔瘻手術（注入療法）
Ｋ７５５－３　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　２　その他のもの
Ｋ７７３－６　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
Ｋ８００－４　ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）
Ｋ８２３－７　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
Ｋ８２８－３　埋没陰茎手術
Ｋ８３８－２　精巣内精子採取術
Ｋ８４１－６　経尿道的前立腺吊上術
Ｋ８６０－３　腹腔鏡下腟断端挙上術
Ｋ８８２－２　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
Ｋ８８４－２　人工授精
Ｋ８８４－３　胚移植術
Ｋ８９０－４　採卵術
Ｋ９１６　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）
Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料
Ｋ９１７－２　受精卵・胚培養管理料
Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料
Ｋ９２２－３　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）
Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算
Ｍ００１－５　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

３月31日以前から入院している患者の取扱い

➢ 令和４年３月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和４年４月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
具体的な取扱いは以下の通り。

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

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

７．働き方改革の推進

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

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

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

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

地域医療体制確保加算の見直し

医師労働時間短縮計画について

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

＜参考＞現行の要件
(地域医療体制確保加算)

① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、**必要な事項を記載**すること。（※例示は省略）

⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

○労働時間と組織管理（共通記載事項）

（１）労働時間数
以下の全ての項目について、**①前年度実績、②当年度目標及び③計画期間終了年度の目標を記載**
- 年間の時間外・休日労働時間数の平均・最長
- 年間の時間外・休日労働時間数960 時間超～1,860 時間の人数・割合
- 年間の時間外・休日労働時間数1,860 時間超の人数・割合

（２）労務管理・健康管理
以下の全ての項目について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中の取組目標を記載**
- 労働時間管理方法、宿日直許可の有無を踏まえた時間管理
- 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等
- 労使の話し合い、36 協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 追加的健康確保措置の実施(連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息、面接指導等)

（３）意識改革・啓発
以下の項目のうち、最低１つの取組について、**①前年度の取組実績、②当年度の取組目標及び③計画期間中**の取組目標を計画に記載
- 管理者マネジメント研修
- 働き方改革に関する医師の意識改革
- 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

○労働時間短縮に向けた取組（項目ごとに任意の取組を記載）
⑴～⑸それぞれにおいて、最低１つの取組について**①計画作成時点における取組実績と②計画期間中の取組目標を計画に記載**

（１） タスク・シフト／シェア

（２） 医師の業務の見直し

（３） その他の勤務環境改善(ICT活用、WLB推進等)

（４）副業・兼業を行う医師の労働時間の管理

（５）Ｃ-１水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化

勤務医の負担軽減の取組の推進

手術及び処置の時間外加算１等に係る要件の見直し

➢ 手術及び処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の要件について、医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践の観点から、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る上限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師１人当たりの当直回数に要件を変更する。

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

７．働き方改革の推進

① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算１等の見直し

② **夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し**

③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し

④ 診療録管理体制加算の見直し

夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し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ⅹ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

看護職員の配置に係る加算

【看護職員夜間配置加算】

看護職員夜間12対１配置加算１	105点
看護職員夜間12対１配置加算２	85点
看護職員夜間16対１配置加算１	65点
看護職員夜間16対１配置加算２	40点

【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
精神科救急入院料	65点
精神科救急・合併症入院料	65点

看護補助者の配置に係る加算

【急性期看護補助体制加算】

夜間30対１急性期看護補助体制加算	120点
夜間50対１急性期看護補助体制加算	115点
夜間100対１急性期看護補助体制加算	100点

【看護補助加算】

夜間75対１看護補助加算	50点

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）	
イ　14日以内の期間	141点
ロ　15日以上30日以内の期間	116点
夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
ハ　夜間看護配置加算１	100点
ニ　夜間看護配置加算２	50点

改定後

看護職員の配置に係る加算

【看護職員夜間配置加算】

看護職員夜間12対１配置加算１	**110点**
看護職員夜間12対１配置加算２	**90点**
看護職員夜間16対１配置加算１	**70点**
看護職員夜間16対１配置加算２	**45点**

【注加算の看護職員夜間配置加算】

地域包括ケア病棟入院料	**70点**
精神科救急急性期医療入院料	**70点**
精神科救急・合併症入院料	**70点**

看護補助者の配置に係る加算

【急性期看護補助体制加算】

夜間30対１急性期看護補助体制加算	**125点**
夜間50対１急性期看護補助体制加算	**120点**
夜間100対１急性期看護補助体制加算	**105点**

【看護補助加算】

夜間75対１看護補助加算	**55点**

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注加算）	**50点**
看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注加算）	
イ（１）14日以内の期間	**146点**
（２）15日以上30日以内の期間	**121点**
夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料の注加算）	
ハ　夜間看護配置加算１	**105点**
ニ　夜間看護配置加算２	**55点**

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設①

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

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

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）

［施設基準］

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

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

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設②

看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

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

※1（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（５時間程度）
（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
① 看護補助者の活用に関する制度等の概要
② 看護職員との連携と業務整理
③ 看護補助者の育成・研修・能力評価
④ 看護補助者の雇用形態と処遇等

※2　ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
イ　医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
ウ　看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
エ　日常生活にかかわる業務
オ　守秘義務、個人情報の保護
カ　看護補助業務における医療安全と感染防止　等

特定行為研修修了者の活用の推進

研修要件の見直し

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

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

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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

７．働き方改革の推進

① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算１等の見直し

② 夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し

③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し

④ 診療録管理体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

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

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

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

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

➢ 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算１	加算２
１５対１	９７０点	９１０点
２０対１	７５８点	７１０点
２５対１	６３０点	５９０点
３０対１	５４５点	５１０点
４０対１	４５５点	４３０点
５０対１	３７５点	３５５点
７５対１	２９５点	２８０点
１００対１	２４８点	２３８点

改定後

医師事務作業補助者の配置	加算１	加算２
１５対１	**１，０５０点**	**９７５点**
２０対１	**８３５点**	**７７０点**
２５対１	**７０５点**	**６４５点**
３０対１	**６１０点**	**５６０点**
４０対１	**５１０点**	**４７５点**
５０対１	**４３０点**	**３９５点**
７５対１	**３５０点**	**３１５点**
１００対１	**３００点**	**２６０点**

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～**６**
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

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

７．働き方改革の推進

① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算１等の見直し

② 夜間看護配置、看護補助者の配置等に係る評価の見直し

③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し

④ 診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

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

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

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

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

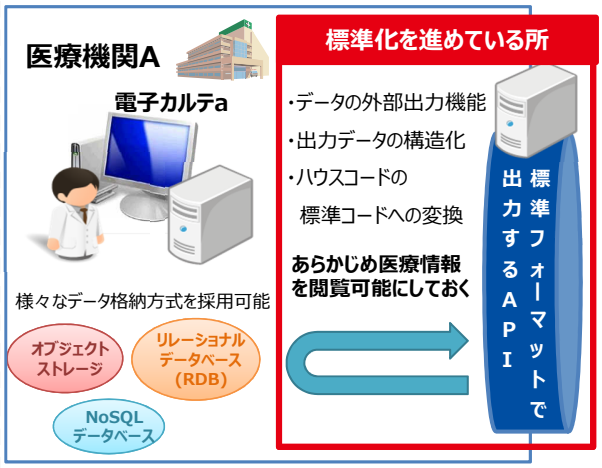
標準規格の導入に係る取組の推進

診療録管理体制加算の見直し

➢ 医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、電子カルテの導入状況及びHL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークであるHL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の導入状況について報告を求めることとする。

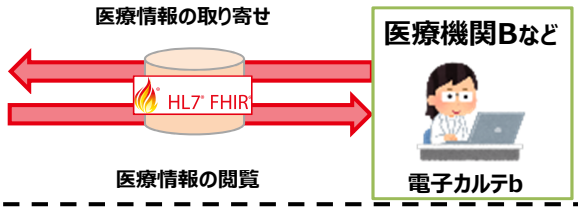
改定後

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



参考：HL7 FHIRとは

医療の診療記録等のデータのほか、医療関連の管理業務に関するデータ、公衆衛生に係るデータ及び研究データも含め、医療関連情報の交換を可能にするように設計された、HL7 Internationalによる**医療情報交換の次世代標準フレームワーク**。



第１回 健康・医療・介護情報利活用検討会 医療情報ネットワークの基盤に関するＷＧ（令和３年11月10日）資料１（抜粋）

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

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

画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

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

（新）　報告書管理体制加算（退院時１回）　　７点

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

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

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

入退院支援加算の見直し

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

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

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

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

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
Ａ１００　一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
Ａ１０８　有床診療所入院基本料	入院基本料１～３の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
Ａ２０７　医師事務補助体制加算	20対１から100対１までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
Ａ２４６　入退院支援加算*	**看護師・社会福祉士の要件の緩和**	人員配置
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対１以上※１看護職員の最小必要数の４割以上※２が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※１　特定地域以外では13対１以上　　※２　特定地域以外では７割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料１、２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３）	人員配置 病床数
Ａ３１７　特定一般病棟入院料	一般病棟が１病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対１以上又は15対１以上 看護要員１人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
Ａ２４８　精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
Ｂ００１　２４　外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ｂ００１　２７　糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

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

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し



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

現行

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

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

改定後

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

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

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

現行

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

改定後

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

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

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

［経過措置］

① 令和４年３月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあっては**令和５年３月31日まで**の経過措置を設ける。

② 令和４年３月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあっては**令和６年３月31日まで**の経過措置を設ける。

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

④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和６年３月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

➢ 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。

➢ 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算　　270点（入院初日及び退院時）

［対象患者］

特定機能病院入院基本料を算定している患者

［算定要件］

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

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

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

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

ウ　**医師、看護師等**と連携し、当該患者の**栄養管理状況等について共有**を行う。

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

［施設基準］

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

（２）**入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

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

摂食嚥下支援加算の見直し①

摂食嚥下支援加算の見直し

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

現行

【摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）】
摂食嚥下支援加算　　200点（週１回）

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

［施設基準］
摂食嚥下支援チームを設置
- 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 ＊
- 専任の常勤看護師（経験５年かつ研修修了）＊
- 専任の常勤言語聴覚士 ＊
- 専任の常勤薬剤師＊
- 専任の常勤管理栄養士＊
- 専任の歯科衛生士
- 専任の理学療法士又は作業療法士

＊の職種は、カンファレンスの参加が必須

入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

改定後

（改）【摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）】
摂食嚥下機能回復体制加算１　**210点（週１回）**
摂食嚥下機能回復体制加算２　**190点（週１回）**
摂食嚥下機能回復体制加算３　**120点（週１回）**

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

［施設基準］

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

摂食嚥下支援加算の見直し②

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

摂食嚥下機能回復体制加算

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

摂食嚥下支援加算の見直し③

（経口摂取に回復させている割合の計算方法）

$$\frac{\text{経口摂取に回復した患者数}}{\text{自院導入患者数＋紹介患者数}} = \frac{\text{栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者（1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者）［１年以内注］}}{\text{自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」＋紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」「中心静脈栄養」の患者（「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」）}}$$

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

分子及び分母から除くもの

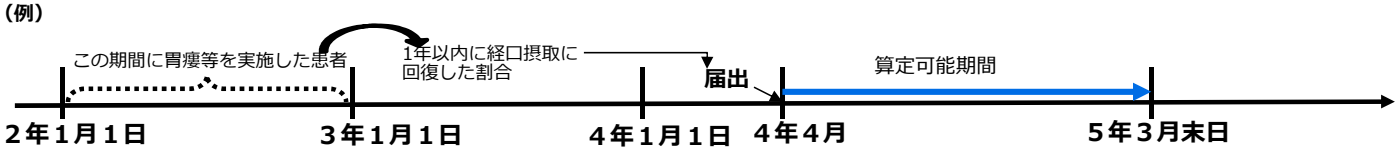
① １年以内※に死亡した患者　（ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。）
② １か月以内※に経口摂取に回復した患者
③ １年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者
④ 減圧ドレナージ目的（消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑤ 成分栄養剤の経路目的（炎症性腸疾患の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。）
⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

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

（届出に関する取り扱い）

【通常の場合】　前々年の１月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出

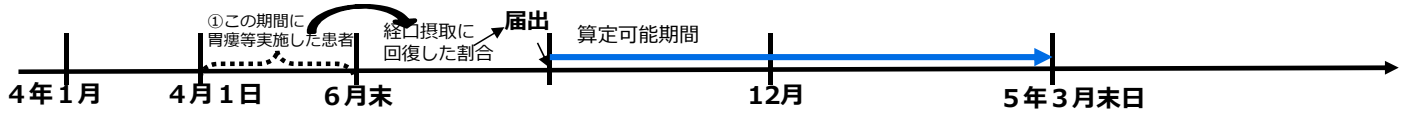
（例）



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

（例）

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



褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

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

現行

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

改定後

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

褥瘡対策に関する診療計画書（２）

氏　名　　殿　男・女）　　年　月　（　歳）

＜薬学的管理に関する事項＞　□　対応の必要無し

褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用
□無　□有（催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他（　））

薬学的管理計画：＜すでに褥瘡を有する患者＞　薬剤滞留の問題　□無　□有

＜栄養管理に関する事項＞　□　対応の必要無し　□　栄養管理計画書での対応

栄養評価				
	評価日　年　月　日			
	体重　kg（測定日　／　）	BMI　kg/m2	体重減少（無・有）	
	身体所見	浮腫（無・有（胸水・腹水・下肢）・不明）		
	検査等 検査している場合に記載	□　測定無し Alb値（　）g/dL 測定日（　／　）	□　測定無し Hb値（　）g/dL 測定日（　／　）	□　測定無し CRP（　）mg/dL 測定日（　／　）
	栄養補給法	経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈	栄養補助食品の使用（無・有）	

栄養管理計画

医療機関におけるICTを活用した業務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

➢ 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行

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

改定後

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

◆ レセプト摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について**選択式記載**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減**を図る。

【例：テセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目】
・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	施設要件　ア
8201xxxxx	施設要件　イ
（略）	ウ～オ（略）

〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	テセントリク点滴静注1200mg	44,886 X 1
	施設要件　ア	
	医師要件　イ	
	併用投与　ア	

令和４年度診療報酬改定に係る経過措置等の取扱い

➢ 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。

➢ 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和２年８月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。

➢ 令和４年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※１）を設けるとともに、令和２年度診療報酬改定における経過措置を終了する。
（※１）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。

➢ 令和４年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、１年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※２）も終了する。
（※２）新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和４年３月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

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

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

（１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

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

（２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

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

（３）看護配置の変動に関する取扱い

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

（４）DPC対象病院の要件等の取扱い

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

（５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

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

（６）研修等の取扱いについて

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

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

（７）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

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

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

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

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

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

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

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

①対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする

②対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いる

こととした。

外来医療の強化・機能分化

外来医療の強化・機能分化

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

外来医療の強化・機能分化

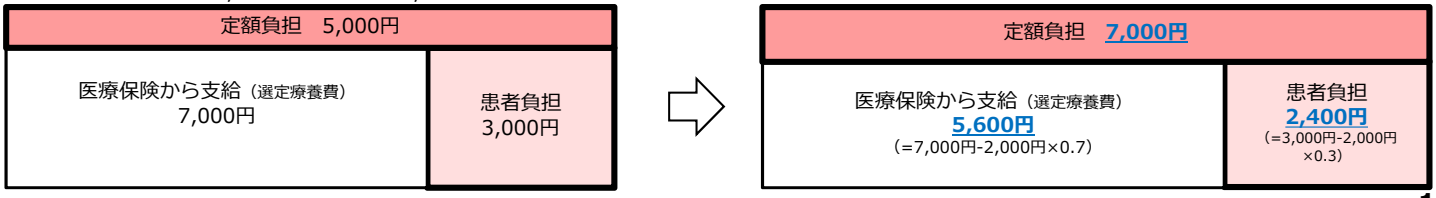
1．外来の機能分化の推進
2．リフィル処方の仕組み
3．電子的保健医療情報活用の評価
4．かかりつけ医機能の評価の推進
5．耳鼻咽喉科処置等の評価
6．生活習慣病管理の評価
7．外来医療等におけるデータ提出に係る評価

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

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

現行制度	見直し後
［対象病院］ ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる	［対象病院］ ・特定機能病院 ・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る） ・**紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）** ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる
［定額負担の額］ ・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円 ・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円	［定額負担の額］ ・初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円** ・再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円** ［保険給付範囲からの控除］ 外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除** ・初診：医科 **200点**、 歯科 **200点** ・再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

（例）医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費



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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

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

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

見直し後

➢　定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

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

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

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

［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

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

（新）　紹介受診重点医療機関入院診療加算　　800点（入院初日）

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

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

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

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

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し②

【現行】

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

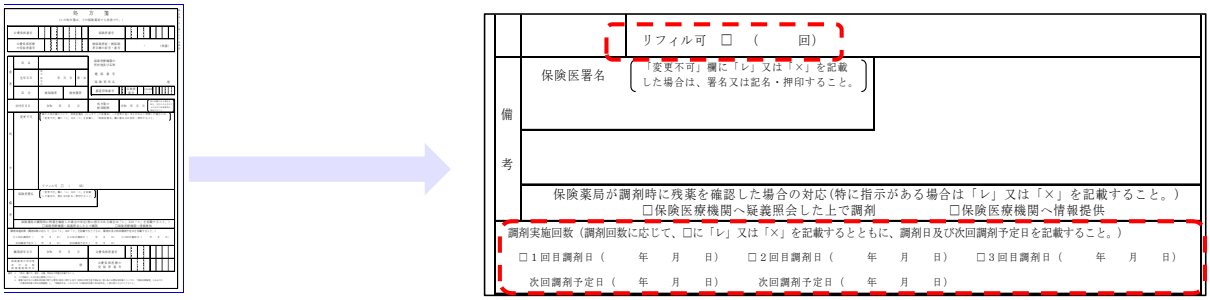
外来医療の強化・機能分化

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

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

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



リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

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

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

処方箋料について（概要）

F400　処方箋料

1	向精神薬多剤投与を行った場合	28点
2	１以外の場合の多剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点
3	１及び２以外の場合	68点

➢ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付１回につき算定

［算定要件］（抜粋）

○　処方箋料１

１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて４種類以上投与した場合に算定

○　処方箋料２

１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（※１）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（※２）を行った場合

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

外来医療の強化・機能分化

1．外来の機能分化の推進

2．リフィル処方の仕組み

3．電子的保健医療情報活用の評価

4．かかりつけ医機能の評価の推進

5．耳鼻咽喉科処置等の評価

6．生活習慣病管理の評価

7．外来医療等におけるデータ提出に係る評価

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

電子的保健医療情報活用加算の新設

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

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

［対象患者］
- オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

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

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

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

オンライン資格確認の準備作業について

○ オンライン資格確認の導入にあたっての補助
- **顔認証付きカードリーダーの無償提供**（病院３台まで、診療所等１台）
- それ以外の費用（①資格確認端末等の導入、②ネットワーク環境の整備、③レセプトコンピュータ等の既存システムの改修等）へは**補助金を交付**（**令和５年３月末までに設置準備を完了した場合**。なお、上限額及び補助割合が機関種別等によって異なる）。

○ オンライン資格確認導入に関する**手続き・各種申請**・QA　➡ 医療機関等向けポータルサイト
医療機関等における導入状況・患者向けの周知広報素材等　➡ 厚生労働省ホームページ
その他お問い合わせ　➡ オンライン資格確認等コールセンター

医療機関等向けポータルサイト	厚生労働省ホームページ	オンライン資格確認等コールセンター
医療機関ポータル　検索	オンライン資格確認　検索	contact@iryohokenjyoho-portalsite.jp 0800-0804583（通話無料）月～金 8：00～18：00 （いずれも祝日を除く）　土　8：00～16：00

これからオンライン資格確認の導入をされる方へ

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



■ **システム業者へのご連絡をお願いします。**
顔認証付きカードリーダーを申し込んだ後は、システム業者へのご連絡や各種申請手続きが必要となります。
詳しくは「準備作業の手引き」をご確認いただき、手順に沿って導入準備を行ってください。
（右の二次元バーコードよりアクセスいただけます）



オンライン資格確認導入に向けた準備作業の手引き

■ **運用開始の準備ができたら、「運用開始日」の登録を行ってください！**

外来医療の強化・機能分化

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

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

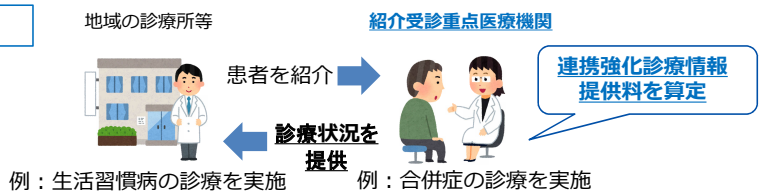
連携強化診療情報提供料の新設

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

- 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
- 「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価を行う。

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

（新）



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

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

地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

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

現行

【地域包括診療料】

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

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

［施設基準］
- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

改定後

【地域包括診療料】　（※地域包括診療加算も同様）

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

［算定要件］
- 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
  ア～ケ　（略）
  コ　必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。

［施設基準］
- 健康相談**及び予防接種に係る相談**を実施している旨を院内掲示していること。

小児かかりつけ診療料の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料】

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

［施設基準］

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

改定後

【小児かかりつけ診療料】

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

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

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

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

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

機能強化加算の見直し①

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

現行

【機能強化加算】

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

［施設基準］

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

改定後

【機能強化加算】

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

［施設基準］

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

機能強化加算の見直し②

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

外来医療の強化・機能分化

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

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

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

（新）　耳鼻咽喉科乳幼児処置加算　　60点（１日につき）

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

（新）　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算　　80点（月１回に限り）

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

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

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

➢ 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

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

アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

➢ アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

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

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

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

高度難聴指導管理料の見直し

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

現行	改定後
【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については１回に限り算定する。 ［施設基準］ 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1)　（略） (2) ５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。 （中略）	【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については**年**１回に限り算定する。 ［施設基準］ 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1)　（略） (2) ５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。 （中略） **また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。**

外来医療の強化・機能分化

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

生活習慣病管理料の見直し

包括範囲及び評価の見直し

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

現行

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

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

改定後

【生活習慣病管理料】

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

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

算定要件の見直し

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

現行

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

改定後

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

外来医療の強化・機能分化

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

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

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

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

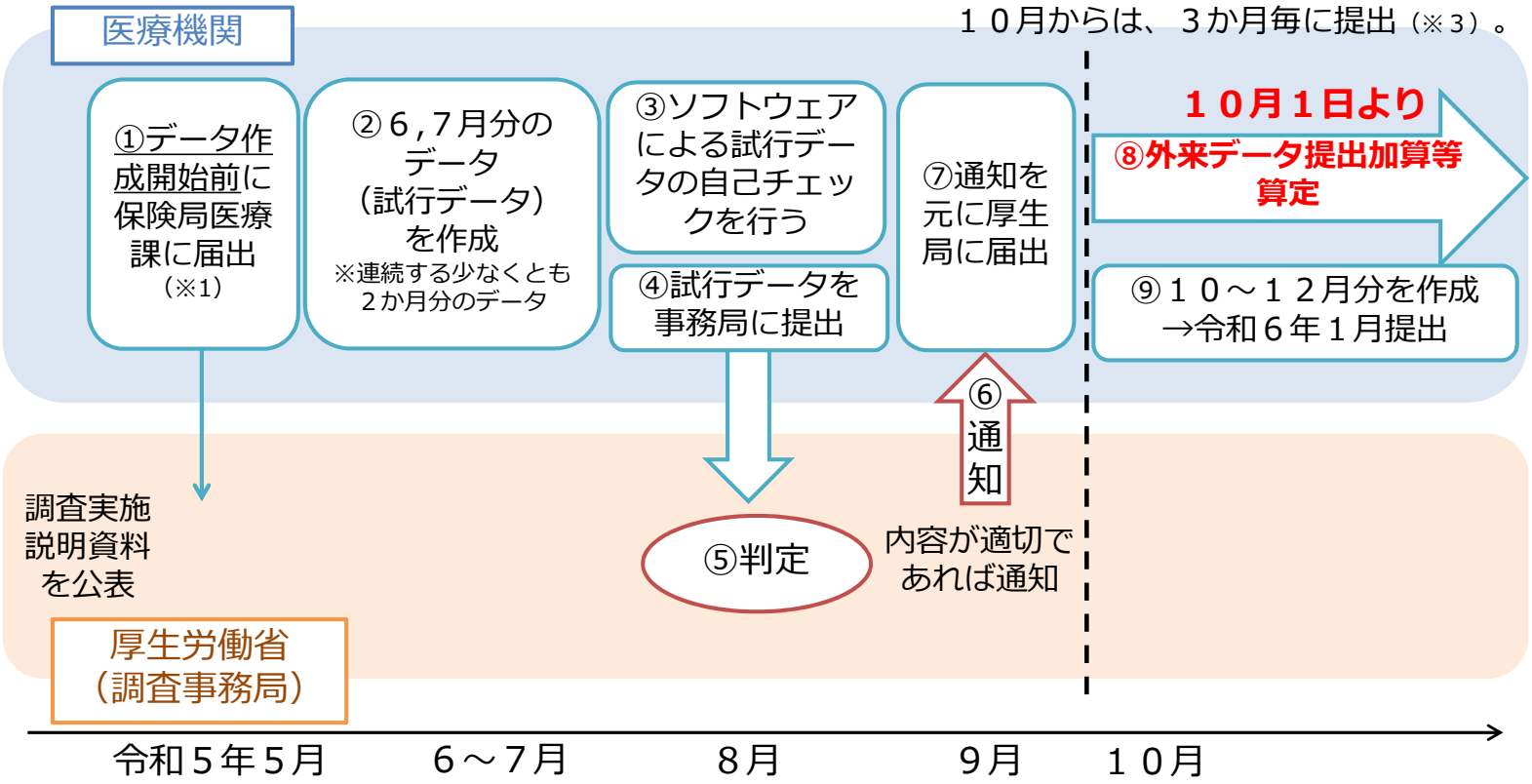
（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

２．質の高い訪問看護の確保

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

２．質の高い訪問看護の確保

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

① 在宅医療に係る診療報酬の概要

② 在支診及び在支病による地域連携等の推進

③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進

④ 小児の在宅医療の評価

⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

➢ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

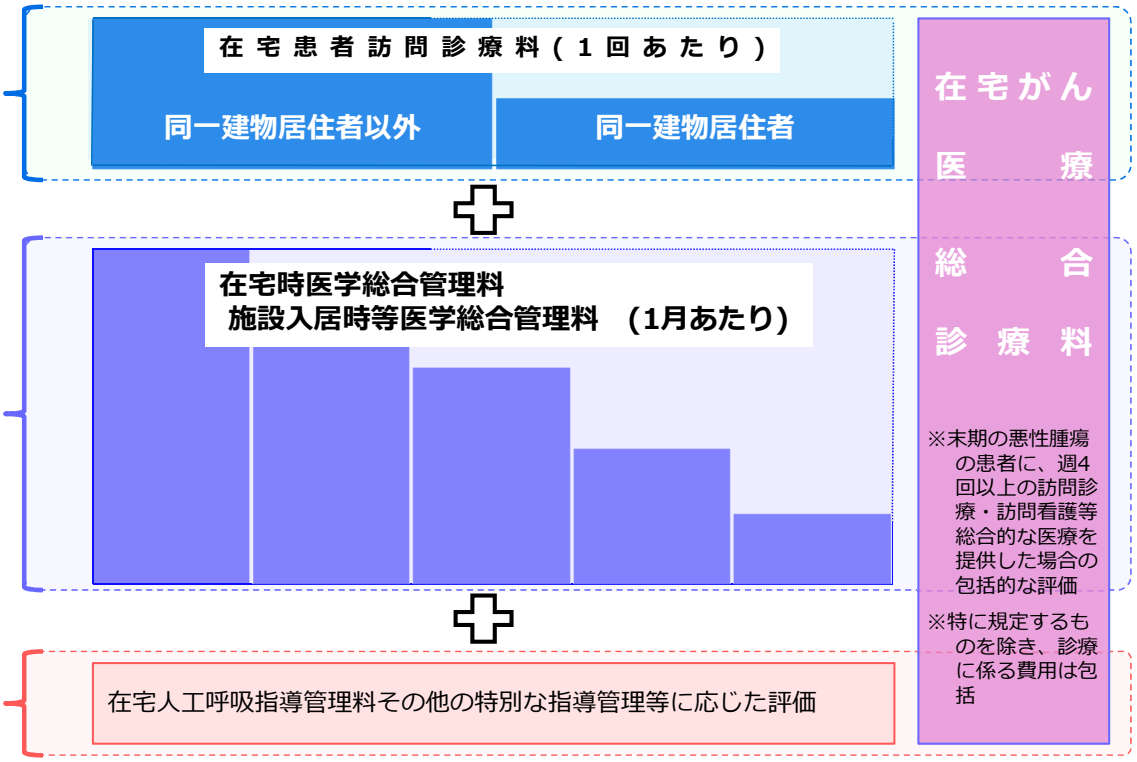
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

○居住場所により段階的に評価
○乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
○原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

○単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
○特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価

③指導管理等に対する評価



※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

往診及び在宅患者訪問診療料の評価

○ **往診料　　720点**

➢ 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。

※　定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

○ **在宅患者訪問診療料(Ⅰ)　（1日につき）**

1　在宅患者訪問診療料1

イ　同一建物居住者以外の場合　　888点

ロ　同一建物居住者の場合　　213点

2　在宅患者訪問診療料2

イ　同一建物居住者以外の場合　　884点

ロ　同一建物居住者の場合　　187点

➢ 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※　同一建物に居住する当該患者１人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※　患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定 。

［算定要件］（抜粋）

○　在宅患者訪問診療料１

１人の患者に対して１つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定。

○　在宅患者訪問診療料２

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から６月を限度として算定。

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）等の概要

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）（１日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点

在宅ターミナルケア加算 在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に２回以上の訪問診療等を実施した場合に算定	**機能強化型在支診・在支病**		**機能強化型以外の在支診・在支病**	**その他の医療機関**
	有床診・在支病	**無床診**		
	6,500点	5,500点	4,500点	3,500点
＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点	6,500点		
＋在宅療養実績加算１			5,250点	
＋在宅療養実績加算２			5,000点	

看取り加算　在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算　患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■その他の加算■
○乳幼児加算　　400点
○診療時間に応じた加算　診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

① 在宅医療に係る診療報酬の概要
② **在支診及び在支病による地域連携等の推進**
③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
④ 小児の在宅医療の評価
⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

➢ 全ての在支診・在支病について、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。

【経過措置】
令和４年３月31日時点において在宅療養支援診療所等であるものについては、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

➢ 機能強化型の在支診及び在支病について、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において在宅療養支援診療所以外の診療所等と連携することや、地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい旨を施設基準に明記する。

機能強化型在支病の要件の見直し

➢ 在宅医療を支える入院機能の充実を図る観点から、機能強化型在宅療養支援病院の要件を見直し、緊急の往診の実績に代えて、後方ベッドの確保及び緊急の入院患者の受入実績又は地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１若しくは３の届出により要件を満たすこととする。

現行

【在宅療養支援病院】
［施設基準］（抜粋・例）
(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア～サ　（略）
シ　過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
ス　（略）

改定後

【在宅療養支援病院】
［施設基準］（抜粋・例）
(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること
ア～サ　（略）
シ　以下のいずれかの要件を満たすこと。
- 過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
- **在支診等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保し、在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去１年間で31件以上あること。**
- **地域包括ケア病棟入院料・管理料１又は３を届け出ていること。**

ス　（略）

在支診・在支病の施設基準（参考）

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

※：**青字**は令和４年度診療報酬改定における変更点

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

① 在宅医療に係る診療報酬の概要

② 在支診及び在支病による地域連携等の推進

③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進

④ 小児の在宅医療の評価

⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

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

（新）　外来在宅共同指導料

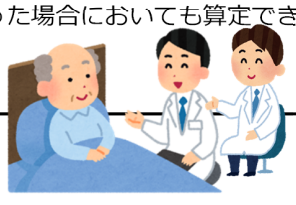
外来在宅共同指導料１	**400点**	**（在宅療養を担う保険医療機関において算定）**
外来在宅共同指導料２	**600点**	**（外来において診療を行う保険医療機関において算定）**

［対象患者］

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

［算定要件］

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



在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

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

現行

【継続診療加算】
継続診療加算　　216点

［施設基準］
継続診療加算
ア　24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること
イ　訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
ウ　当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

改定後

（新）【在宅療養移行加算】
在宅療養移行加算１　216点
在宅療養移行加算２　116点

［施設基準］
在宅療養移行加算１
ア　24時間の往診体制及び24時間の連絡体制
イ　訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
ウ　当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

在宅療養移行加算２
ア　**当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制**を有していること。
イ　24時間の連絡体制を有していること
イ　訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保している
ウ　当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明

在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい
◎：必ず満たす必要がある
×：要件を満たさない
－：施設基準上の要件ではない

			24時間要件					
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制	
			単独	連携	単独	連携	単独	連携
在宅療養支援診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）	
	その他		○		○		◎	×
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）	
	その他		◎	×	○		◎	×
（新）在宅療養移行加算１			○※１		－		○※１	
（新）在宅療養移行加算２			**※２**		－		○※１	

※１：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）
※２：「２４時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、**往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること**を要件とする。
<10：連携医療機関数が10未満であること。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

① 在宅医療に係る診療報酬の概要

② 在支診及び在支病による地域連携等の推進

③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進

④ 小児の在宅医療の評価

⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

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

在宅がん医療総合診療料

（新）　小児加算　　1,000点（週に１回に限る）

［算定要件］

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

緊急往診加算の見直し

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

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

在宅がん医療総合診療料の概要

在宅がん医療総合診療料　（１日につき）

1　機能強化型の在支診・在支病
　イ　病床を有する場合
　　(1)　処方箋を交付する場合　　1,800点
　　(2)　処方箋を交付しない場合　　2,000点
　イ　病床を有しない場合
　　(1)　処方箋を交付する場合　　1,650点
　　(2)　処方箋を交付しない場合　　1,850点
2　機能強化型以外の在支診・在支病
　イ　処方箋を交付する場合　　1,495点
　ロ　処方箋を交付しない場合　　1,685点

＋ **小児加算**
1,000点(週に１回)

［算定要件］（抜粋）
○　**在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
○　計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、１週間を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
　ア　当該患者に対し、**訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週４日以上**であること。
　イ　訪問診療の回数が週１回以上であること。
　ウ　訪問看護の回数が週１回以上であること。
［施設基準］（抜粋）
○　居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
○　患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
○　患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

※小児加算は15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について算定。

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

① 在宅医療に係る診療報酬の概要
② 在支診及び在支病による地域連携等の推進
③ 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進
④ 小児の在宅医療の評価
⑤ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

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

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

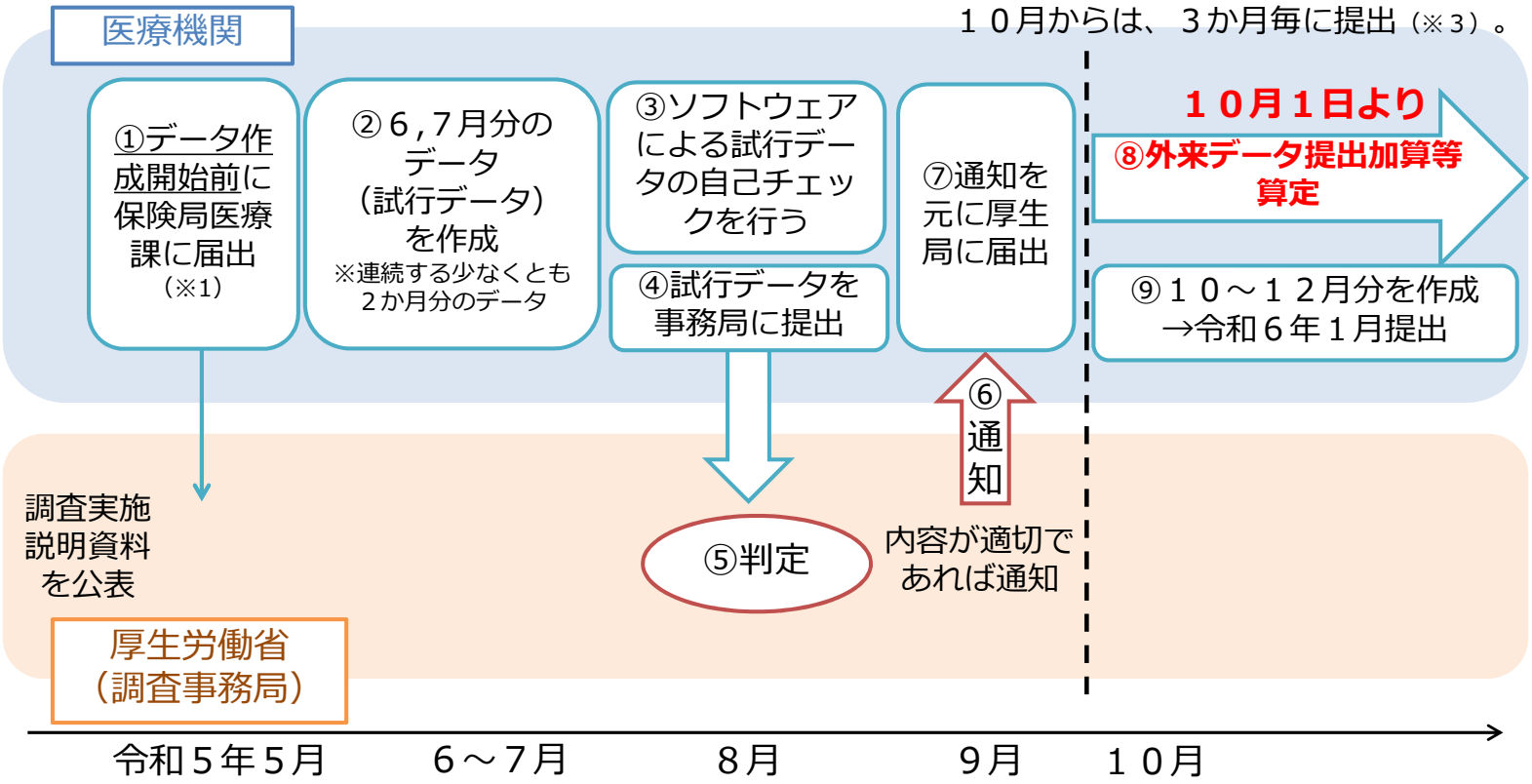
（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

１．質の高い在宅医療の確保

２．質の高い訪問看護の確保

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

２．質の高い訪問看護の確保

① 訪問看護における連携強化の推進

② 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

④ 遠隔死亡診断の補助の評価

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

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

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

複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

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

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［算定要件］
２つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- 特別地域に所在する訪問看護ステーション
- 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［算定要件］
２つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合
- 特別地域に所在する訪問看護ステーション
- 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション
- **業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション**

自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは次のいずれにも該当するもの
ア　都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業
イ　自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業
ウ　都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理している

機能強化型訪問看護ステーションの見直し

機能強化型訪問看護管理療養費の見直し

➢ 機能強化型訪問看護管理療養費１及び２について、他の訪問看護ステーション等に対する研修等の実施及び相談の対応実施を必須の要件とするとともに、評価を見直す。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費１及び２】
機能強化型訪問看護管理療養費１　12,530円
機能強化型訪問看護管理療養費２　9,500円
［施設基準］
ア～キ　略
ク　地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費１　及び２】
（改）機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円
（改）機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円

［施設基準］
ア～キ　略
ク　直近１年間に、人材育成のための研修等を実施していること。
ケ　直近１年間に、地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対して、訪問看護に関する情報提供又は相談に応じている実績があること。

［経過措置］
令和４年３月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１又は２を届け出ているものについては、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

➢ 機能強化型訪問看護管理療養費１から３までについて、専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましいこととして、要件に追加する。

改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】
［施設基準］
コ　専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。

機能強化型訪問看護ステーションの要件等（参考）

	機能強化型１	機能強化型２	機能強化型３
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※１	12,830円	9,800円	8,470円
看護職員の数・割合※２	常勤７人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	５人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	４人以上、６割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 ＋ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表７の利用者　月10人以上	別表７の利用者　月7人以上	別表７・８の利用者、精神科重症患者又は複数の訪看STが共同して訪問する利用者　月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※３	以下のいずれか ・ターミナル　前年度20件以上 ・ターミナル　前年度15件以上 ＋　重症児　常時４人以上 ・重症児　常時６人以上	以下のいずれか ・ターミナル　前年度15件以上 ・ターミナル　前年度10件以上 ＋　重症児　常時３人以上 ・重症児　常時５人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 ＋特に医療的な管理が必要な利用者の１割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 ＋サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の１割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪看ST、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年２回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）		

訪問看護に係る関係機関との連携強化

自治体等への情報提供の見直し

➢ 訪問看護情報提供療養費１について、情報提供先に指定特定相談支援事業者及び指定障害児相談支援事業者を追加する。

現行

【訪問看護情報提供療養費１】
［算定要件］
・市町村　・都道府県

に対して、当該市町村等からの求めに応じて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供
［算定対象］
（１）特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（２）特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
（３）精神障害を有する者又はその家族等
（４）15歳未満の小児

改定後

【訪問看護情報提供療養費１】
［算定要件］
・市町村　・都道府県
・指定特定相談支援事業者　・指定障害児相談支援事業者
に対して、当該市町村等からの求めに応じて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供
［算定対象］
（１）特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（２）特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
（３）精神障害を有する者又はその家族等
（４）18歳未満の児童

学校等への情報提供の見直し

➢ 訪問看護情報提供療養費２について、情報提供先に高等学校等を追加する。

現行

【訪問看護情報提供療養費２】
［算定要件］
・保育所等（※）・幼稚園　・小学校　・中学校　・義務教育校
・中等教育学校（前期課程）・特別支援学校（小学部、中学部）
へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供
［算定対象］
（１）15歳未満の超重症児又は準超重症児
（２）15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（３）15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

改定後

【訪問看護情報提供療養費２】
［算定要件］
・保育所等（※）・幼稚園　・小学校　・中学校　・高等学校
・義務教育校　・中等教育学校　・特別支援学校　・高等専門学校
・専修学校
へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供
［算定対象］
（１）18歳未満の超重症児又は準超重症児
（２）18歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（３）18歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

（※）保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者

訪問看護情報提供療養費における情報提供先（参考）

情報提供先 ＼ 対象者	情報提供療養費１ ・別表第７該当者 ・別表第８該当者 ・精神障害を有する者、その家族等 ・18歳未満の児童	情報提供療養費２ ・18歳未満の超重症児、準超重症児 ・18歳未満の別表第７該当者 ・18歳未満の別表第８該当者	情報提供療養費３ ・入院・入所する利用者
市町村・都道府県	○	―	―
指定特定相談支援事業者	×⇒○	―	―
指定障害児相談支援事業者	×⇒○	―	―
保育所等（※１）、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校（前期課程）、特別支援学校（小学部、中学部）	―	○	―
特別支援学校（幼稚部、高等部）、高等学校、中等教育学校（後期課程）、高等専門学校、専修学校	―	×⇒○	―
保険医療機関（※２）	―	―	○
介護老人保健施設（※２）	―	―	○
介護医療院（※２）	―	―	○

（※１）保育所等：保育所、認定こども園、家庭的保育事業を行う者、小規模保育事業を行う者、事業所内保育事業を行う者
（※２）主治医が利用者の入院・入所する保険医療機関等に対して情報提供を行うにあたり、訪問看護ステーションから主治医に対して情報提供を行う

複数名訪問看護加算の見直し

複数名訪問看護加算の見直し

➢ 複数名訪問看護加算（複数名訪問看護・指導加算）における看護補助者が同行する場合の加算について、看護師等が同行する場合も算定可能とする。

現行

【複数名訪問看護加算】
［算定要件］
訪問看護ステーションの看護職員が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行った場合に算定
イ　看護師等
ロ　准看護師
ハ　看護補助者（別表７・８、特別指示以外）
ニ　看護補助者（別表７・８、特別指示）

［算定対象］
イ　特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
ロ　特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
ハ　特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
ニ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
ホ　利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）
ヘ　その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）

改定後

【複数名訪問看護加算】
［算定要件］
訪問看護ステーションの看護職員が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行った場合に算定
イ　看護師等
ロ　准看護師
ハ　その他職員（別表７・８、特別指示以外）
ニ　その他職員（別表７・８、特別指示）
※その他職員：看護師等又は看護補助者

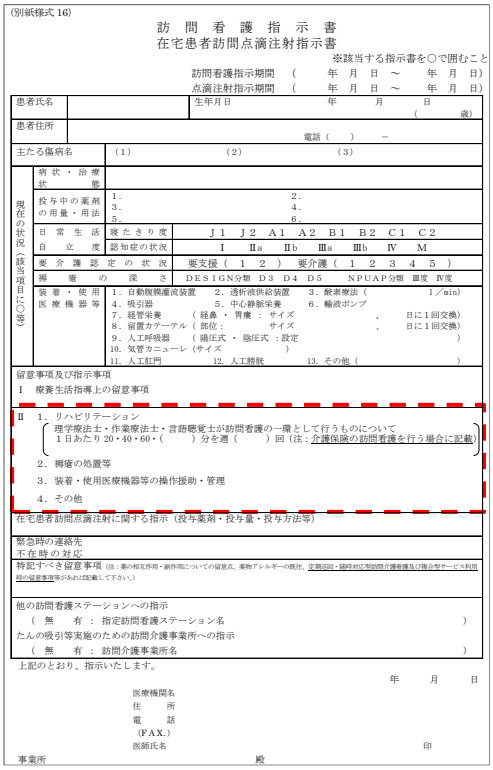
［算定対象］
イ　特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
ロ　特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
ハ　特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
ニ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
ホ　利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）
ヘ　その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに該当する場合に限る。）

※在宅患者訪問看護・指導料の注７及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注４に規定する複数名訪問看護・指導加算についても同様

訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

➢ 医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直す。



（別紙様式 16）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと
訪問看護指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）
点滴注射指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名　　生年月日　年　月　日（　歳）
患者住所　　電話（　）　－
主たる傷病名　（1）　（2）　（3）

現在の状況（該当項目に○等）
病状・治療状態
投与中の薬剤の用量・用法　1.　2.　3.　4.　5.　6.
日常生活の自立度　寝たきり度　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2
認知症の状況　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M
要介護認定の状況　要支援（1　2）　要介護（1　2　3　4　5）
褥瘡の深さ　DESIGN分類　D3　D4　D5　NPUAP分類　Ⅲ度　Ⅳ度
装着・使用医療機器等　1. 自動腹膜灌流装置　2. 透析液供給装置　3. 酸素療法（　l／min）
4. 吸引器　5. 中心静脈栄養　6. 輸液ポンプ
7. 経管栄養　（経鼻・胃瘻：サイズ　、　日に1回交換）
8. 留置カテーテル（部位：　サイズ　、　日に1回交換）
9. 人工呼吸器　（陽圧式・陰圧式：設定　）
10. 気管カニューレ（サイズ　）
11. 人工肛門　12. 人工膀胱　13. その他（　）

留意事項及び指示事項
Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

Ⅱ　1. リハビリテーション
（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20・40・60・（　）分を週（　）回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応
特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期同日・臨時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（無　有：指定訪問看護ステーション名　）
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
（無　有：訪問介護事業所名　）

上記のとおり、指示いたします。
年　月　日
医療機関名
住　所
電　話
（FAX.）
医師氏名　印
事業所　殿

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

現行

Ⅱ　1．リハビリテーション
（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり20･40･60･(　)分を週(　)回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）
2．褥瘡の処置等
3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4．その他

⇩

改定後

Ⅱ　1．**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護**
（1日あたり（　）分を週（　）回
2．褥瘡の処置等
3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4．その他

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

2．質の高い訪問看護の確保

① 訪問看護における連携強化の推進

② **専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進**

③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

④ 遠隔死亡診断の補助の評価

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

➢ 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

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

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

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

（新）　専門管理加算　　2,500円（１月に１回）

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定額に加算する。

［算定対象］

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合
- 悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者
- 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- 人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合
- 手順書加算を算定する利用者

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

205

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

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

（新）　手順書加算　　１５０点（６月に１回）

［算定要件］

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

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

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

２．質の高い訪問看護の確保

① 訪問看護における連携強化の推進

② 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

④ 遠隔死亡診断の補助の評価

医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

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

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

（参考）別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

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

退院日のターミナルケアの見直し

訪問看護ターミナルケア療養費の見直し

➢ 死亡日及び死亡日前14日以内に２回以上実施することとしている訪問看護について、退院日の退院支援指導を含めて判断できることとする。

現行	改定後
【訪問看護ターミナルケア療養費】 ［算定要件］ 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。	【訪問看護ターミナルケア療養費】 ［算定要件］ 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護**（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）**を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。 **※１回を退院支援指導加算とする場合は、退院日にターミナルケアに係る療養上必要な指導を行っていること。**

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

２．質の高い訪問看護の確保

① 訪問看護における連携強化の推進

② 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

③ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

④ 遠隔死亡診断の補助の評価

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

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

（新）　遠隔死亡診断補助加算　　1,500円

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

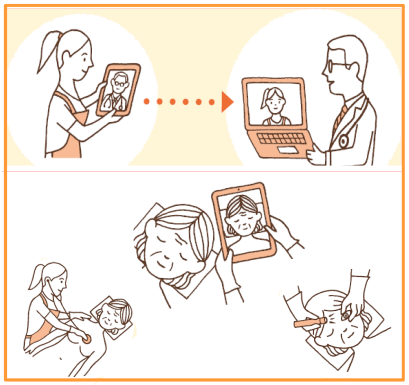
［施設基準］
情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること

（参考）死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
注８　死亡診断加算　　200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29 年９月厚生労働省）」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能。

ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。
イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。
ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。



個別改定項目の評価

個別改定項目の評価

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

個別改定項目の評価

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

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

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

（新）　外来感染対策向上加算　　６点　（患者１人につき月１回）

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

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

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

（新）　連携強化加算　　３点　（患者１人につき月１回）

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

（新）　サーベイランス強化加算　１点　（患者１人につき月１回）

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

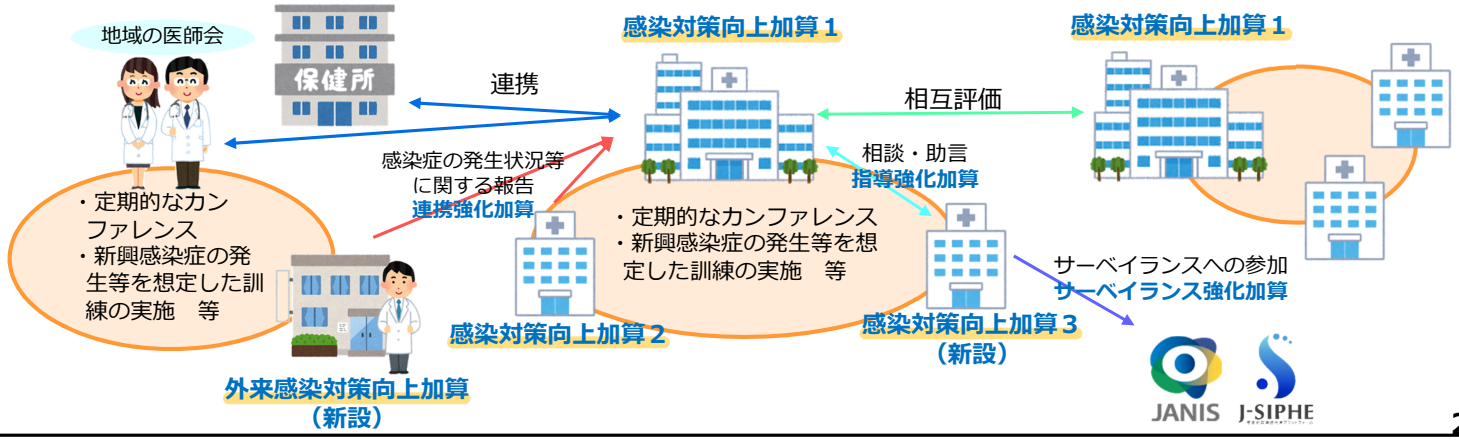
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

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

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

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

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



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

		感染対策向上加算１	感染対策向上加算２	感染対策向上加算３	外来感染対策向上加算
点数		710点	175点	75点	６点
算定要件		入院初日		入院初日＋入院期間が90日を超える毎に１回	患者１人の外来診療につき月１回に限り算定
主な施設基準	届出基準	（外来感染対策向上加算の届出がないこと）	保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする（外来感染対策向上加算の届出がないこと）		診療所（感染対策向上加算の届出がないこと）
	感染制御チームの設置	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上かつ研修修了） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上） ※　医師又は看護師のうち１名は専従であること。 ※　必要時に、専従の医師又は看護師を、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上） ・専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了） ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上又は適切な研修を修了）	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい） ・専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）	院内感染管理者（※）を配置していること。 ※　医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。
	医療機関間・行政等との連携	・保健所、地域の医師会と連携し、加算２及び３の医療機関と合同で、年４回以上カンファレンスを実施（このうち１回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） ・加算２、３及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年２回以上、加算１の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） ・新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として５点を算定する。		サーベイランス強化加算として１点を算定する。
	その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する		・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う	・抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること ・「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う ・細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う
		・新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、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 ・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若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する	・新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
		感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算２又は３を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として30点を算定する。		連携強化加算として３点を算定する。

個別改定項目の評価

1．新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた評価

2．情報通信機器を用いた診療に係る評価

3．小児医療、周産期医療の充実

4．がん・疾病・難病対策の評価

5．リハビリテーションの評価

6．質の高い精神医療の評価

7．重症化予防の取組への評価

8．後発医薬品等の使用推進の評価

9．療養・就労両立支援の推進

オンライン診療に係る算定要件、施設基準及び点数水準に係る公益裁定

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

1．今回改定においては、オンライン診療について、令和２年度診療報酬改定における見直しに加え、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う時限的・特例的な対応（以下、「時限的・特例的な対応」という。）が令和２年４月から実施されたことに伴う影響、さらに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下、「指針」という。）の見直しが行われたこと等を踏まえて議論が行われてきた。

2．これらの議論を踏まえ、
○ **１号側**からは、**算定要件及び施設基準は、見直しが行われた「指針」に基づいて設定するべきであり、「指針」を超える制限を設けるべきではない**との意見があった。また、**点数の水準については、対面診療と同内容・同水準で実施される行為は、対面診療と同等の水準とすることも含め、相当程度の引き上げが必要**との意見があった。
○ **２号側**からは、算定要件及び施設基準は、「指針」を踏まえつつ、オンライン診療が対面診療の補完であることも考慮し、診療報酬において必要な設定を行うべきとの意見があった。具体的には、**対面診療の実効性を担保するため、一定時間内に通院又は訪問が可能な患者に利用を限定することや、オンライン診療のみを専門に扱う医療機関により地域医療に悪影響が生じないよう、オンライン診療の実施割合に係る上限設定は維持することが必要**との意見があった。また、点数水準については、対面診療でしか実施し得ない診療行為があること等を踏まえ、対面診療と同等の評価は行い得ず、**「時限的・特例的な対応」として設定された水準を基本として設定すべき**という意見があった。

3．算定要件及び施設基準については、「指針」に基づいて見直しを行うことが今回の検討の前提であり、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、オンライン診療が活用されてきたことも踏まえれば、**患者が適切にオンライン診療を受けることができる環境を整備することが重要**となる。一方、オンライン診療の質を確保し、医師が必要と判断した場合にはオンライン診療ではなく、対面診療が行われることも重要である。

4．以上を踏まえると、**オンライン診療の算定要件及び施設基準については、「指針」の規定を前提とし、その趣旨を明確化する観点から設定すべき**である。「指針」において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、**患者の状況によってオンライン診療では対応が困難な場合には、他の医療機関と連携して対応できる体制を有することを求めることが適切**である。これらも含め、「指針」に準拠した診療の実施を要件化することを前提として、**医療機関と患者との間の時間・距離要件や、オンライン診療の実施割合の上限については要件として設定しないことが適切**である。なお、今後、オンライン診療の実態の把握・検証が可能となるよう、**施設基準の定例報告において、オンライン診療の実態についての報告項目を盛り込むなど、必要な対応を講じるべき**である。

5．点数水準については、「時限的・特例的な対応」の初診料が 214 点に設定され、対面診療の場合の初診料 288 点と比較して、約 74%の水準となっている。

6．**オンライン診療に係る初診料については、対面診療の点数水準と「時限的・特例的な対応」の点数水準の中間程度の水準とすることが適当**である。

7．**オンライン診療に係る医学管理料の点数水準についても、オンライン診療の初診料の対面診療に対する割合と整合的に設定することが適当**である。

8．今後、**今回改定の影響を調査・検証**し、オンライン診療に係る適切な評価等の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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

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

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し①

医学管理等に係る評価の見直し

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

- **・ウイルス疾患指導料**
- **・皮膚科特定疾患指導管理料**
- **・小児悪性腫瘍患者指導管理料**
- **・がん性疼痛緩和指導管理料**
- **・がん患者指導管理料**
- **・外来緩和ケア管理料**
- **・移植後患者指導管理料**
- **・腎代替療法指導管理料**
- **・乳幼児育児栄養指導料**
- **・療養・就労両立支援指導料**
- **・がん治療連携計画策定料２**
- **・外来がん患者在宅連携指導料**
- **・肝炎インターフェロン治療計画料**
- **・薬剤総合評価調整管理料**

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

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

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

医学管理等に係る評価の見直し

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

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

➢ 今回新たに、情報通信機器を用いて行った場合の医学管理等（医学管理料）について評価を行ったもの

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

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

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

現行

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

改定後

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

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

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について②

※　在宅療養支援診療所：在支診
　　在宅療養支援病院：在支病

		機能強化型在支診･在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
在宅時医学総合管理料	①月２回以上訪問（重症患者）	5,400点	4,500点	2,880点	5,000点	4,140点	2,640点	4,600点	3,780点	2,400点	3,450点	2,835点	1,800点
	②月２回以上訪問	4,500点	2,400点	1,200点	4,100点	2,200点	1,100点	3,700点	2,000点	1,000点	2,750点	1,475点	750点
	③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	3,029点	1,685点	880点	2,789点	1,565点	820点	2,569点	1,465点	780点	2,029点	1,180点	660点
	④月１回訪問	2,760点	1,500点	780点	2,520点	1,380点	720点	2,300点	1,280点	680点	1,760点	995点	560点
	⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,515点	843点	440点	1,395点	783点	410点	1,285点	733点	390点	1,015点	590点	330点
施設入居時等医学総合管理料		1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～	1人	2～9人	10人～
	①月２回以上訪問（重症患者）	3,900点	3,240点	2,880点	3,600点	2,970点	2,640点	3,300点	2,700点	2,400点	2,450点	2,025点	1,800点
	②月２回以上訪問	3,200点	1,700点	1,200点	2,900点	1,550点	1,100点	2,600点	1,400点	1,000点	1,950点	1,025点	750点
	③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	2,249点	1,265点	880点	2,069点	1,175点	820点	1,909点	1,105点	780点	1,549点	910点	660点
	④月１回訪問	1,980点	1,080点	780点	1,800点	990点	720点	1,640点	920点	680点	1,280点	725点	560点
	⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,125点	633点	440点	1,035点	588点	410点	955点	553点	390点	775点	455点	330点

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について③

情報通信機器を用いた在宅管理に係る算定要件の見直し

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

現行

在宅時医学総合管理料
［算定要件］
ウ　オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から３月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近３月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

カ　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する５人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

改定後

在宅時医学総合管理料
［算定要件］
（削除）

エ　情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、**同一の保険医療機関に所属するチームで診療を行っている場合**であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。

※施設入居時等医学総合管理料、精神科オンライン在宅管理料も同様

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し

外来栄養食事指導料の要件の見直し

➢ 初回から情報通信機器等を用いて栄養食事指導を行った場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　外来栄養食事指導料１
（１）初回　260点
（２）2回目以降
①対面で行った場合　200点
②情報通機器を用いた場合　180点
ロ　外来栄養食事指導料２
（１）初回　250点
（２）2回目以降　190点

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

改定後

【外来栄養食事指導料】
イ　外来栄養食事指導料１
（１）初回
①対面で行った場合　260点
②情報通機器等を用いた場合　235点
（２）2回目以降
①対面で行った場合　200点
②情報通機器等を用いた場合　180点
ロ　外来栄養食事指導料２
（１）初回
①対面で行った場合　250点
②情報通機器等を用いた場合　225点
（２）2回目以降
①対面で行った場合　190点
②情報通機器等を用いた場合　170点

［算定要件］
注４　イの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき**当該保険医療機関の管理栄養士**が**電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合**に、**初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回**に限り算定する。

注５　ロの（１）の①及び（２）の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

注６　ロの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき**当該保険医療機関以外の管理栄養士**が**電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合**に、**初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回**に限り算定する。

医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

➢ 医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

現行　（例：入退院支援加算）



原則対面（ICT活用に制限）

改定後



リアルタイム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実施しても差し支えない。

現行　（例：在宅患者訪問看護・指導料）

関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、要件を満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

改定後

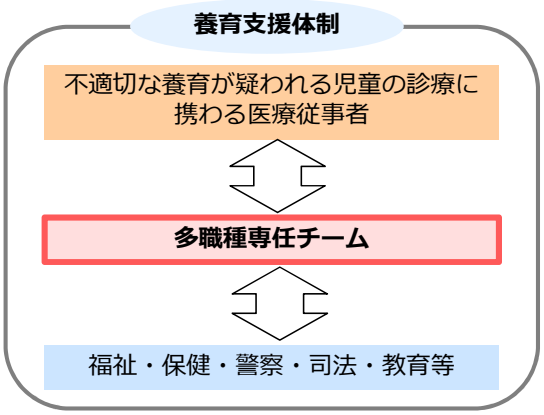
１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

個別改定項目の評価

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

不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価

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



小児入院医療管理料１～５
（新）　養育支援体制加算　300点（入院初日）

［対象患者］
・**小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。**

［算定要件］
・当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

［施設基準の概要］
（１）以下から構成される虐待等不適切内容行くが疑われる小児患者への支援を行う**養育支援チーム**が設置されていること
　ア　小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
　イ　小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
　ウ　小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士
（２）養育支援チームの業務
　ア　養育支援に関する**プロトコルの整備**及び定期的な**プロトコルの見直し**。
　イ　虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、**院内からの相談に対応**。
　ウ　**主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う**。
　エ　虐待等不適切な養育が疑われた**症例を把握・分析**し、養育支援の体制確保のために**必要な対策を推進**。
　オ　養育支援体制を確保するための**職員研修を企画・実施**すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年２回程度実施されていること。
（３）（２）のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等への支援

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

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

［対象患者］
総合周産期特定集中治療室管理料を算定する病室に入院する患者であって、**胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦**。なお、ここでいう胎児が重篤な状態とは「先天奇形」「染色体異常」「出生体重1,500g未満」の状態である。

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

［施設基準の概要］
以下から構成される**成育連携チーム**が設置されていること。
　ア　産科又は産婦人科の医師
　イ　小児科の医師
　ウ　助産師
　エ　５年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師
　オ　専任の常勤社会福祉士
　カ　専任の常勤公認心理師



妊娠中
・（新設）成育連携支援加算

出産



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



時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

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

小児入院医療管理料１
（新）　時間外受入体制強化加算１　　300点（入院初日）
小児入院医療管理料２
（新）　時間外受入体制強化加算２　　180点（入院初日）

［対象患者］
小児入院医療管理料１又は２を現に算定している患者。
［算定要件］
当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。
［施設基準］
（１）　時間外受入体制強化加算１の施設基準
①　小児入院医療管理料１を算定する病棟であること。
②　当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。
③　次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**３項目以上**を満たしていること。

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

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

造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する無菌治療管理評価

➢ 小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に厳重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料１～５
（新）　無菌治療管理加算１　　2,000点（１日につき）
（新）　無菌治療管理加算２　　1,500点（１日につき）

［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**造血幹細胞移植を実施する小児患者**。
［算定要件］
・　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**を行った場合、一連の治療につき、**90日を限度**として加算する。

［施設基準］
（１）　無菌治療管理加算１に関する施設基準
ア　当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
イ　滅菌水の供給が常時可能であること。
ウ　個室であること。
エ　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス６以上であること。
オ　当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。
（２）　無菌治療管理加算２に関する施設基準
ア　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス７以上であること。
イ　（１）のア及びイを満たしていること。

小児特定集中治療室管理料の見直し

➢ 高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、要件及び算定上限日数を見直す。

施設基準の見直し

➢ 小児特定集中治療室管理料の施設基準の実績要件について、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改定後

【小児特定集中治療室管理料】
（８）次の**いずれか**の基準を満たしていること。
ア　当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。
イ　当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。
ウ　当該治療室に入院する患者のうち、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近１年間に80名以上であること。

算定上限日数の見直し

➢ 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、算定上限日数の見直しを行う。

改定後	
15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、 急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症　のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児 ※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。	**55日**

新生児特定集中治療室管理料等の見直し

算定上限日数の見直し

➢ 慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

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

改定後	
通常の新生児	21日
出生時体重が1,500ｇ以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	35日
出生時体重が1,000ｇ以上1,500ｇ未満の新生児	60日
出生時体重が1,000ｇ未満の新生児	90日
出生時体重が500ｇ以上750ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児 **500ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児**	**105日** **110日**

新生児治療回復室入院医療管理料

改定後	
通常の新生児	30日
出生時体重が1,500ｇ以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児	50日
出生時体重が1,000ｇ以上1,500ｇ未満の新生児	90日
出生時体重が1,000ｇ未満の新生児	120日
出生時体重が500ｇ以上750ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児 **500ｇ未満であって慢性肺疾患の新生児**	**135日** **140日**

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～**6**
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

医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価

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

小児入院医療管理料１～５

（新）　退院時薬剤情報管理指導連携加算　　150点（退院時１回）

［対象患者］

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

［算定要件］

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

医療的ケア児等に関わる関係機関の連携

診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

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

現行	改定後
【診療情報提供料（Ⅰ）】 「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）	【診療情報提供料（Ⅰ）】 「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、**児童相談所**、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）
【診療情報提供料（Ⅰ）】 注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 注７　保険医療機関が、**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**、同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又は**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が**通園**又は通学する**同法第39条第１項に規定する保育所**又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する**学校（大学を除く。）等**の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。
［情報提供先］ ・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部 ［対象患者］ ・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者	**［情報提供先の追加］** ・**保育所、認定こども園等、幼稚園**、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、**後期課程※、高等学校※**、特別支援学校の**幼稚部**、小学部、中学部、**高等部等※、高等専門学校※、専修学校※（※18歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者）** **［対象患者の追加］** ・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者 ・**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者** ・**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者※** **※生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びＩｇＥ抗体等検査陽性に該当する患者に限る）に該当する患者**

小児運動器疾患指導管理料の見直し

算定要件の見直し

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

小児運動器疾患指導管理料　　250点

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

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

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

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

➢ 精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

ハイリスク妊産婦連携指導料１ （産科又は産婦人科）	1,000点 （月１回）

現行

［対象患者］
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内であるもの。

改定後

［対象患者］
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する**又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された**妊婦又は出産後２月以内であるもの。

共同指導

ハイリスク妊産婦連携指導料2 （精神科又は心療内科）	750点 （月１回）

現行

［対象患者］
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内であるもの。

改定後

［対象患者］
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する**又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された**妊婦又は出産後６月以内であるもの。

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩**等**管理加算（１日につき）（８日まで）
　　1　ハイリスク分娩管理加算　　3,200点
（新）２　地域連携分娩管理加算　　3,200点

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

40歳以上の初産婦である患者	－
子宮内胎児発育遅延の患者	**重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外**の患者であって、**総合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、**専門医又は総合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。

［算定要件］
・　地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、**分娩を伴う入院前に、**当該保険医療機関から、**連携を行っている総合周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない**。
・　対象患者に該当する妊産婦であっても、**当該患者が複数の疾患等を有する場合**においては、**当該加算は算定できない**。
［施設基準の概要］
（１）当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が３名以上配置されていること。
（２）当該保険医療機関内に常勤の助産師が３名以上配置されていること。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師**であること。
（３）一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）**当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっていること。**
（５）公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

個別改定項目の評価

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

がん患者の心理的不安を軽減するための体制の充実

がん患者指導管理料の算定要件の見直し

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

現行

【がん患者指導管理料】
［算定要件］
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に（略）算定する。

改定後

【がん患者指導管理料】
［算定要件］
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合**又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合**に（略）算定する。

がん患者指導管理料の職種要件の見直し

➢ がん患者の心理的苦痛の緩和を図る観点から、がん患者指導管理料における職種要件を見直す。

現行

【がん患者指導管理料】
イ　（略）
ロ　医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点
ハ～ニ（略）

改定後

【がん患者指導管理料】
イ　（略）
ロ　医師、看護師**又は公認心理師**が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点
ハ～ニ（略）

がんゲノムプロファイリング検査等の見直し

がんゲノムプロファイリング検査の見直し

➢ がんゲノムプロファイリング検査を適切に推進する観点から、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直し、検査結果の解釈・説明等の評価としてがんゲノムプロファイリング評価提供料を新設する。

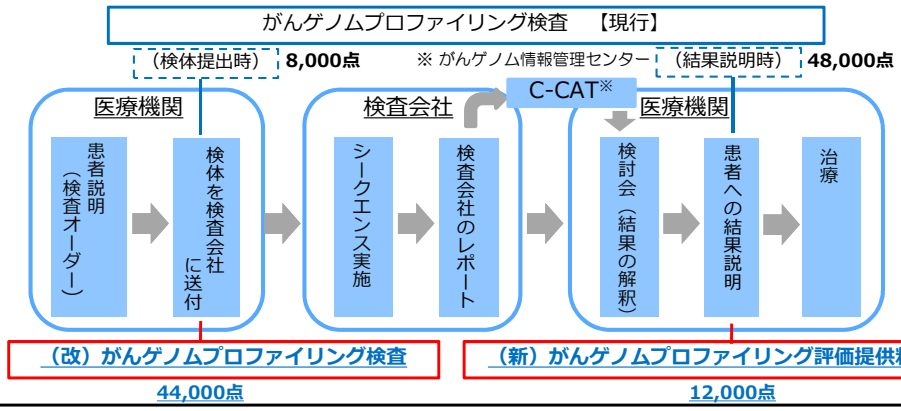
（新）　がんゲノムプロファイリング評価提供料　　12,000点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による**検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合**に、患者１人につき１回に限り算定する。

［施設基準］

当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、**患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明**していること。



現行

がんゲノムプロファイリング検査
1 検体提出時　8,000点
2 結果説明時　48,000点

改定後

（改）がんゲノムプロファイリング検査　44,000点
（新）がんゲノムプロファイリング評価提供料　12,000点

無菌製剤処理料の対象施設の見直し

➢ 質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。

悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設

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

現行

イ　外来化学療法加算１
（１）　抗悪性腫瘍剤を注射した場合
① 15歳未満　820点
② 15歳以上　600点
ロ　外来化学療法加算２
（１）抗悪性腫瘍剤を注射した場合
① 15歳未満　740点
② 15歳以上　470点

改定後

（新）１　外来腫瘍化学療法診療料１
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700点
ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　400点
（新）２　外来腫瘍化学療法診療料２
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570点
ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　270点

（新）注 15歳未満の小児の場合　200点を加算

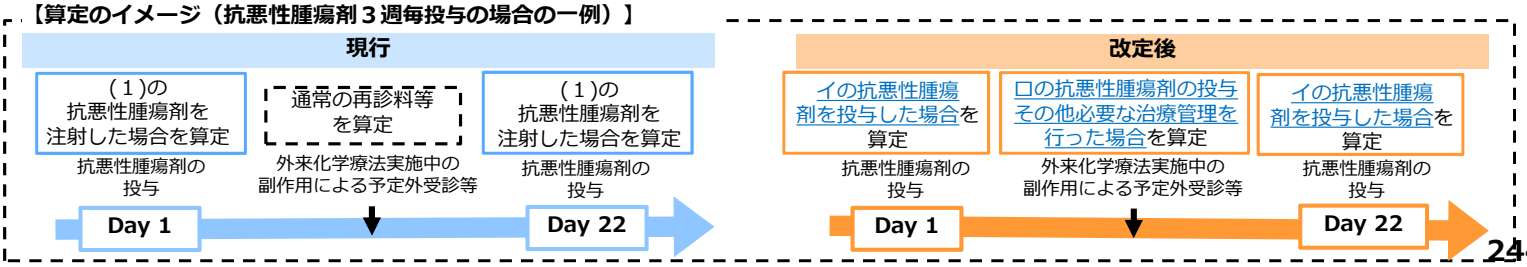
［算定要件］

- 悪性腫瘍を主病とする患者で、入院中の患者以外の患者に対して、注射による化学療法の実施及び実施に伴うその他必要な治療管理（副作用等に係る診療等を含む）を行った場合に、**イについては抗悪性腫瘍剤を投与した日に、月３回に限り、ロについては抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に週１回に限り**算定する。
- **ロに規定する点数**は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、**当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したもの**である。
- 患者の心理状態に十分配慮された環境で、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策等について文書により説明を行う。

［施設基準］

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

【算定のイメージ（抗悪性腫瘍剤３週毎投与の場合の一例）】



放射線治療病室管理加算の見直し

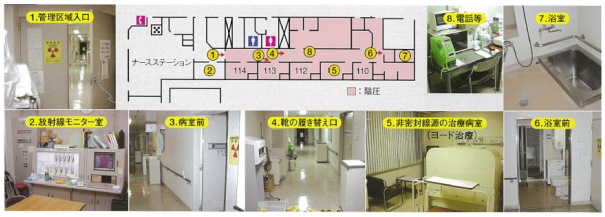
➢ 放射線治療病室管理加算について、治療用放射性同位元素又は密封小線源による治療が行われた患者に対する放射線治療病室管理をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

現行

【放射線治療病室管理加算】
放射線治療病室管理加算（１日につき）　2,500点

［施設基準］
（新設）

放射線治療病室の一例（京都大学附属病院）



出典：QST量子医科学研究所東達也先生提供資料

改定後

【放射線治療病室管理加算】
（改）　放射線治療病室管理加算（１日につき）
１　治療用放射性同位元素による治療の場合　6,370点
２　密封小線源による治療の場合　2,200点

［施設基準］
１　治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準
（１）　以下のいずれも満たしていること。
ア　医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、**当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につき１ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設ける**こと。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。
イ　当該病室内又は病室付近に必要な**放射線測定器**（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、**器材**（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）**及び洗浄設備並びに更衣設備を設置している**こと。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。
ウ　当該病室が**放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示**していること。

２　密封小線源による治療の場合の施設基準
（１）　以下のいずれも満たしていること。
ア　医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、**当該病室の画壁等の外側における実効線量が一週間につき１ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設ける**こと。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。
イ　当該病室が**放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示している**こと。

外来化学療法に係る栄養管理の充実

外来栄養食事指導料の要件の見直し

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

現行

【外来栄養食事指導料】
イ　外来栄養食事指導料１

［算定要件］
（新設）

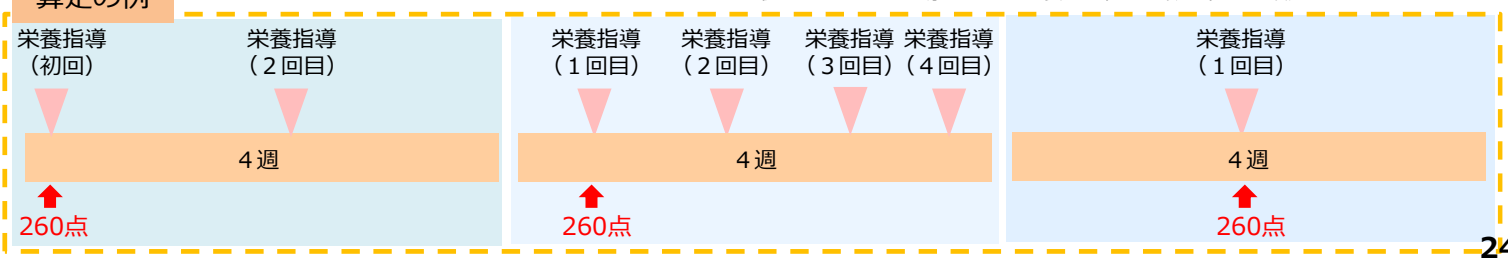
［施設基準］
（新設）

改定後

【外来栄養食事指導料】
［算定要件］
注3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者**に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の**専門的な知識を有する管理栄養士**が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、**月１回に限り260点**を算定する。
［留意事項］
専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。
［施設基準］
（１）　**悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了**し、かつ、**栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る３年以上の経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
（２）　（１）に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
ア　医療関係団体等が実施する**300時間以上の研修**であること。
イ　**悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修**であること。

算定の例

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



指定難病の診断に必要な遺伝学的検査の評価

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

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

遺伝カウンセリングの見直し

遠隔連携遺伝カウンセリングの新設

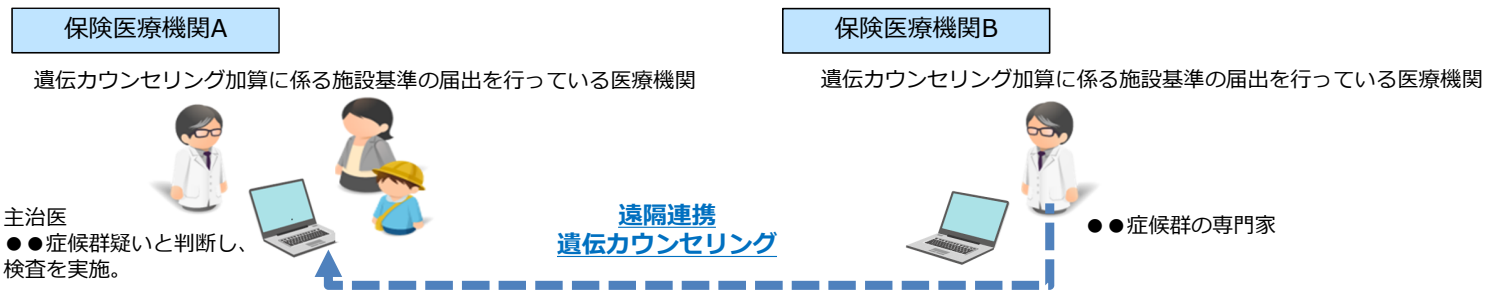
➢ 難病領域において、個別の疾患の診断・治療に関する知識等を有する医師が必ずしも十分には存在しないことを踏まえ、遺伝カウンセリング加算について、患者に対面診療を行う医師と当該疾患に関する十分な知識等を有する医師が連携し、情報通信機器を用いて遺伝カウンセリングを実施した場合も算定可能とする。

【検体検査判断料】　遺伝カウンセリング加算　1,000点

注６　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、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。**ただし、遠隔連携遺伝カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。**

［算定要件］（概要・一部抜粋）

- 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、**他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、**連携して診療を行うことについて、**あらかじめ患者に説明し同意を得る**こと。
- 当該他の保険医療機関の医師は、**厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う**こと。また、**個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行う**こと。
- **当該他の保険医療機関は本区分の「注６」遺伝カウンセリング加算の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である**こと。



知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し

遠隔連携診療料の評価等の見直し

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

現行	改定後
【遠隔連携診療料】 500点 ［算定要件］ 注１　略 （新設） ［施設基準］ (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ　（略） ロ　てんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者	【遠隔連携診療料】 （改）１　診断を目的とする場合　750点 （改）２　その他の場合　500点 ［算定要件］ 注１　略 ２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満た　す保険医療機関において、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。 ［施設基準］ (2) 遠隔連携診療料の対象患者 イ　（略） ロ　てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者

難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進

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

（新）連携強化診療情報提供料　150点

［算定要件］

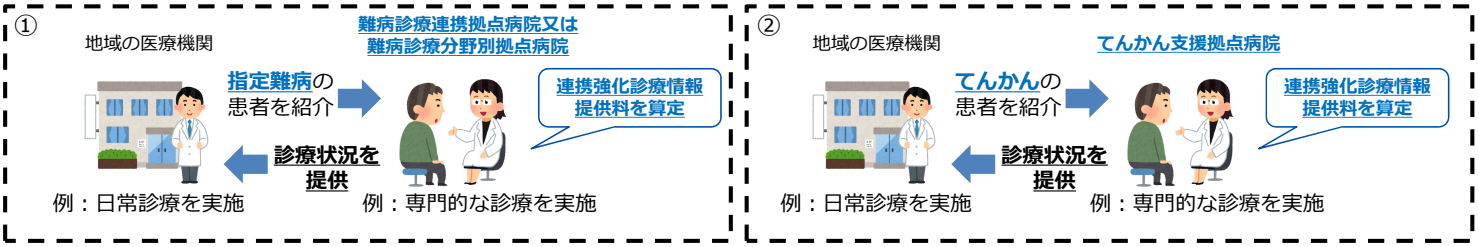
他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

［対象患者］

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

［施設基準］

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



連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

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

生体移植時における適切な検査の実施

算定要件の見直し

➢ HTLV－1陽性患者の生体移植後において、指定難病であるHTLV－1関連脊髄症の発症リスクが高いとの報告を踏まえ、 HTLV－１核酸検出の要件及び生体移植時における臓器等提供者に係る感染症検査の取扱いを見直す 。

現行

【微生物核酸同定・定量検査】
［算定要件］
(18) ＨＴＬＶ－１核酸検出
「14」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

【第10部 手術】
［算定要件］
＜通則＞
20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い
(1) （略）
(2) 臓器等提供者に係る感染症検査
ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。
イ～エ （略）

改定後

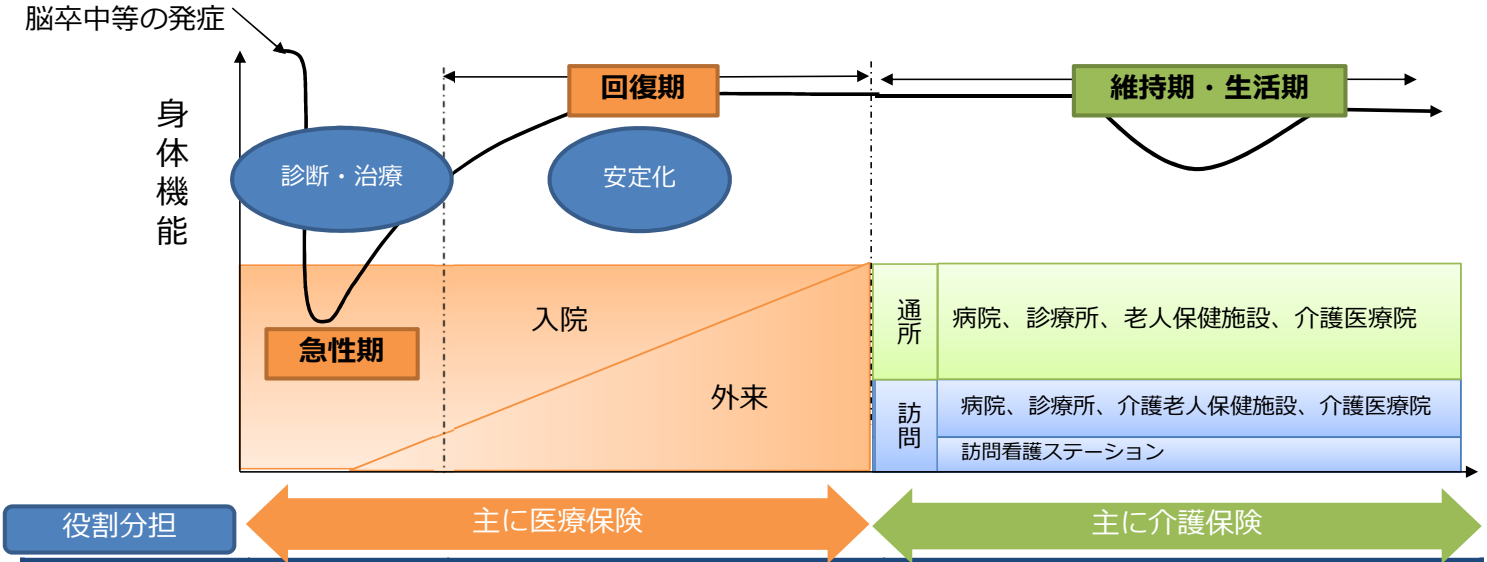
【微生物核酸同定・定量検査】
［算定要件］
(18) ＨＴＬＶ－１核酸検出
「14」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦、**移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）**を対象として測定した場合にのみ算定する。（中略）

【第10部 手術】
［算定要件］
＜通則＞
20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い
(1) （略）
(2) 臓器等提供者に係る感染症検査
ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、**ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量、**ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、**ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）、ＨＴＬＶ－１核酸検出、**梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体の全部又は一部をいう（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限り、**ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量及びＨＴＬＶ－Ⅰ抗体については、このうちいずれか１つの検査に限る。**）。**ただし、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及びＨＴＬＶ－１核酸検出については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合であって、ＨＴＬＶ－１感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。**
イ～エ （略）

個別改定項目の評価

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

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	**改善**	**改善**	維持・改善
ADL	**向上**	**向上**	維持・向上
活動・参加	再建	再建	**再建・維持・向上**
QOL	−	−	**維持・向上**
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

（資料出所）日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」（青海社）より厚生労働省老人保健課において作成

疾患別リハビリテーション料の概要①

➢ H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

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

疾患別リハビリテーション料の概要②

➢ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

<table>
<tr><th colspan="2">項目名</th><th>医師※1</th><th>療法士全体</th><th>理学療法士
(PT※2)</th><th>作業療法士
(OT※2)</th><th>言語聴覚士
(ST※2、※3)</th><th colspan="2">専有面積
(内法による)</th><th>器械・
器具具備</th></tr>
<tr><td rowspan="2">心大血管疾患
リハビリテーション料</td><td>(Ⅰ)</td><td>循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務
専任常勤１名以上</td><td>－</td><td>専従常勤PT及び専従常勤看護師
合わせて２名以上等</td><td rowspan="2">必要に応じて配置</td><td rowspan="2">－</td><td colspan="2" rowspan="2">病院　30m²以上
診療所　20m²以上</td><td rowspan="2">要</td></tr>
<tr><td>(Ⅱ)</td><td>実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師（いずれも非常勤を含む）１名以上勤務</td><td>－</td><td>専従のPT又は看護師
いずれか１名以上</td></tr>
<tr><td rowspan="3">脳血管疾患等
リハビリテーション料</td><td>(Ⅰ)</td><td>専任常勤２名以上※4</td><td>専従従事者
合計10名以上※4</td><td>専従常勤PT
５名以上※4</td><td>専従常勤OT
３名以上※4</td><td rowspan="2">(言語聴覚療法を行う場合)
専従常勤ST
１名以上※4</td><td>160m²以上※4</td><td rowspan="3">(言語聴覚療法を行う場合)
専用室（８m²以上）１室以上</td><td rowspan="3">要</td></tr>
<tr><td>(Ⅱ)</td><td>専任常勤１名以上</td><td>専従従事者
合計４名以上※4</td><td>専従常勤PT
１名以上</td><td>専従常勤OT
１名以上</td><td>病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td></tr>
<tr><td>(Ⅲ)</td><td>専任常勤１名以上</td><td colspan="4">専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか１名以上</td><td>病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td></tr>
<tr><td>廃用症候群
リハビリテーション料</td><td>(Ⅰ)
～
(Ⅲ)</td><td colspan="8">脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる</td></tr>
<tr><td rowspan="3">運動器
リハビリテーション料</td><td>(Ⅰ)</td><td rowspan="3">専任常勤１名以上</td><td colspan="3">専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて４名以上</td><td rowspan="3">－</td><td colspan="2" rowspan="2">病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td><td rowspan="3">要</td></tr>
<tr><td>(Ⅱ)</td><td colspan="3">専従常勤PT２名又は専従常勤OT２名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて２名以上</td></tr>
<tr><td>(Ⅲ)</td><td colspan="3">専従常勤PT又は専従常勤OT１名以上</td><td colspan="2">45m²以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">呼吸器
リハビリテーション料</td><td>(Ⅰ)</td><td rowspan="2">専任常勤１名以上</td><td colspan="3">専従常勤PT１名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて２名以上</td><td rowspan="2">－</td><td colspan="2">病院　100m²以上
診療所　45m²以上</td><td rowspan="2">要</td></tr>
<tr><td>(Ⅱ)</td><td colspan="3">専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST１名以上</td><td colspan="2">45m²以上</td></tr>
</table>

※1　常勤医師は、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能
※2　常勤PT・常勤OT・常勤STは、週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能（ただし、２名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで）
※3　言語聴覚士については、各項目で兼任可能
※4　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能
　○　医師：専任常勤１名以上　　○　専従常勤ST３名以上（※２の適用あり）　　○　専用室及び器械・器具の具備あり
　また、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能
　○　医師：専任常勤１名以上　　○　専従常勤ST２名以上（※２の適用あり）　　○　専用室及び器械・器具の具備あり

疾患別リハビリテーション料の見直し①

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

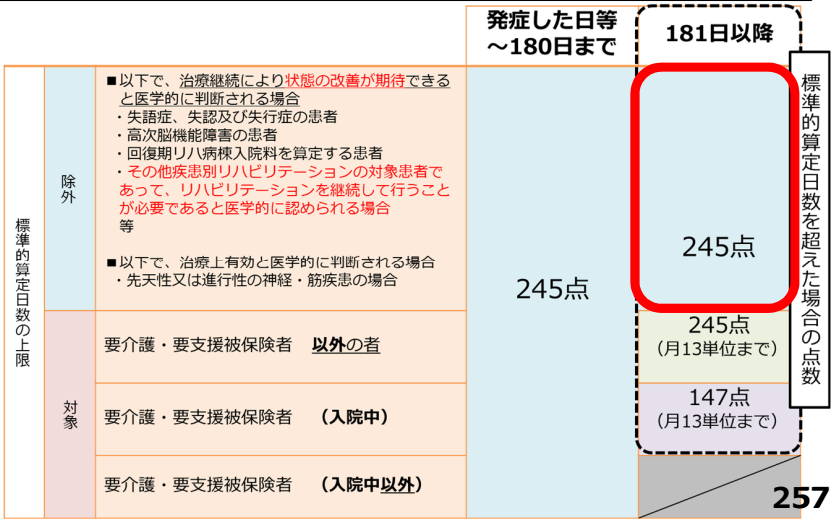
➢ 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に１回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

改定後

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

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

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

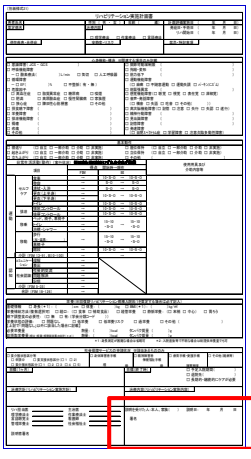


疾患別リハビリテーション料の見直し②

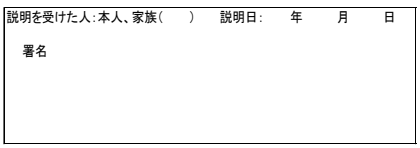
疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

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



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



運動器リハビリテーション料の見直し

運動器リハビリテーション料の算定要件の見直し

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

現行	改定後
【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］ （２）　運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。 ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。 イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。	【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］ （２）　運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。 ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。 イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症、**糖尿病足病変**等のものをいう。

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

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

生活習慣病管理料

（新）　外来データ提出加算　50点（月１回）

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

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

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

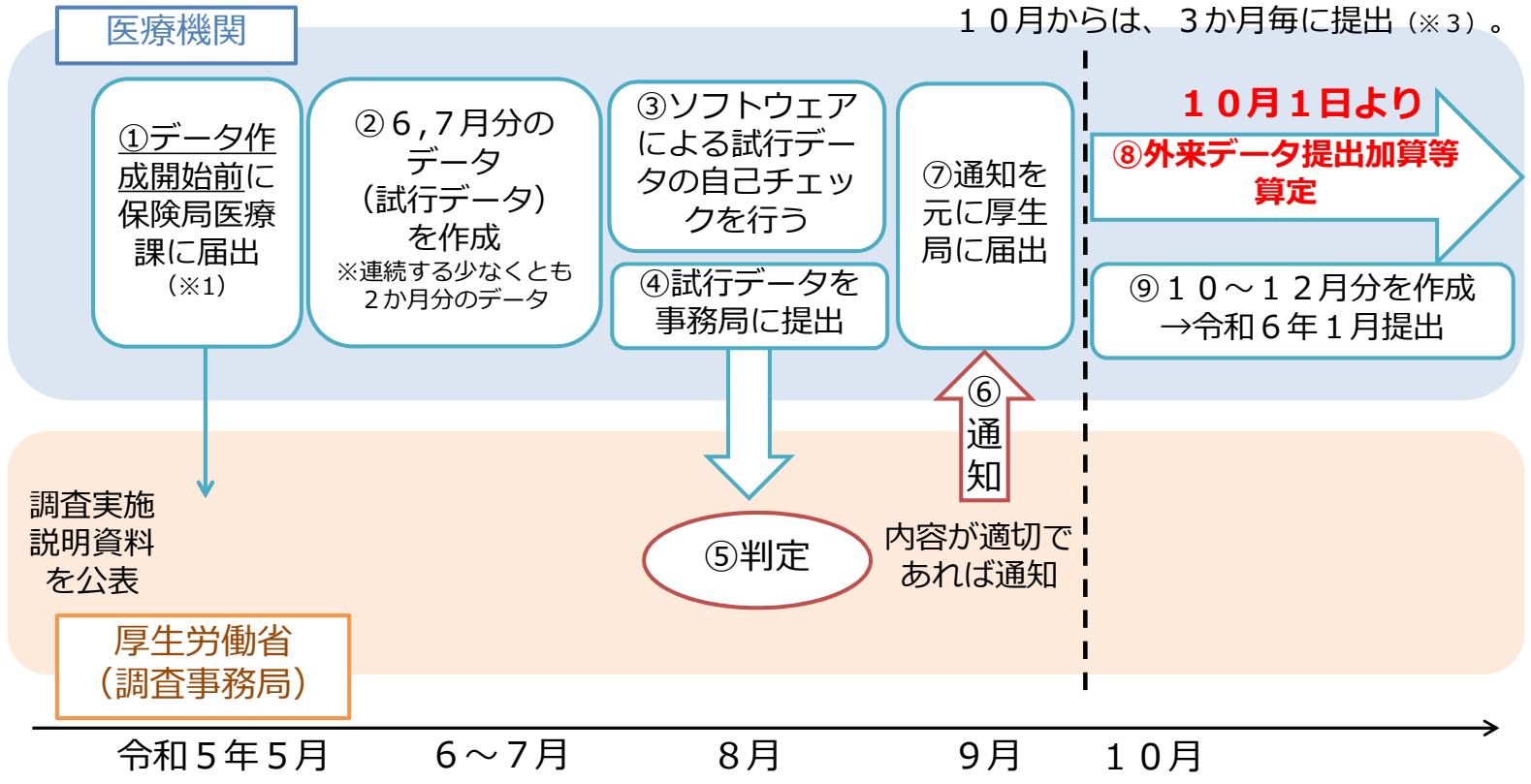
（新）　在宅データ提出加算　50点（月１回）

疾患別リハビリテーション料

（新）　リハビリテーションデータ提出加算　50点（月１回）

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

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



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

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

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

個別改定項目の評価

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

個別改定項目の評価

６．質の高い精神医療の評価

①　入院に係る精神医療の評価

②　外来に係る精神医療の評価

③　在宅等に係る精神医療の評価

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急医療に係る入院についての評価の見直し

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

現行

精神科救急入院料１
　イ　30日以内　3,579点
　ロ　31日以上　3,145点

精神科救急入院料２
　イ　30日以内　3,372点
　ロ　31日以上　2,938点

改定後

＜（１）手厚い救急急性期医療体制＞			
（改）精神科救急急性期医療入院料	30日以内	2,400点	・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	・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	・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	・新規クロザピン導入３件／年以上

精神科救急医療体制の整備の推進

入院期間に応じた区分の見直し

➢ 合併症や急性期に係る入院料の評価を、入院期間に応じた３区分に見直す。

現行

（１日につき）	30日以内	31日以上
精神科急性期治療病棟入院料１	1,997点	1,665点
精神科急性期治療病棟入院料２	1,883点	1,554点
精神科救急・合併症入院料	3,579点	3,145点

改定後

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

病床数上限の見直し

➢ 精神科救急や急性期医療に係る病棟の病床数について、上限を見直す。

現行

［施設基準］
【精神科救急入院料】
・当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下
・当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその２割以下
　ただし、平成30年３月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和４年３月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

【精神科急性期治療病棟入院料】
・当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下
・当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその２割以下

改定後

［施設基準］
（改）【精神科救急急性期医療入院料】
・当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下

【精神科急性期治療病棟入院料】
・当該病棟の病床数は、130床以下

（新）【精神科救急医療体制加算】
・精神科救急急性期医療入院料を算定している病棟
・病棟の病床単位で届出、120床以下
・旧精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等が確認できる場合は、120床を超えて届出を行うことができ、60/100に相当する点数を算定できる。
［経過措置］
旧精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下であることに該当するものとみなす。

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急・合併症入院料の見直し

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

現行

【精神科救急・合併症入院料】
○精神科救急・合併症入院料に包括されない診療
　第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用

改定後

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

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

現行

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

改定後

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

精神科救急医療体制の整備の推進

精神科急性期医師配置加算の施設基準の見直し

➢ 加算の対象となる病棟として、精神科救急急性期医療入院料を加える。

現行

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

改定後

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

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

（参考）精神科急性期医師配置加算の施設基準における要件一覧

	加算１	加算２の口	加算３	加算２のイ
新規入院患者の自宅等への3か月以内の移行率	６割以上	６割以上	４割以上	• 内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜 • 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置 • 精神科リエゾンチーム加算を届出ている • 直近３か月間の新規入院患者の５％以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者 • 精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月５人以上診察
クロザピン新規導入患者数	６件／年以上	－	３件／年以上	
時間外　外来診療	20件／年以上	20件／年以上	20件／年以上	
時間外　入院	６件／年以上	６件／年以上	６件／年以上	

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。

摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し

➢ 摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。

摂食障害入院医療管理加算の実績要件の見直し

➢ 摂食障害入院医療管理加算の実績要件における摂食障害の年間新規入院患者数について緩和する。

現行	改定後
【摂食障害入院医療管理加算】 ［施設基準］ （１）摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。	【摂食障害入院医療管理加算】 ［施設基準］ （１）摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が**１人**以上であること。

精神科身体合併症管理加算の対象患者の見直し

➢ 精神科身体合併症管理加算の対象患者のうち、重篤な栄養障害の患者の範囲について緩和する。

現行	改定後
【精神科身体合併症管理加算】 ［施設基準］ 別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者	【精神科身体合併症管理加算】 ［施設基準］ 別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害（Body Mass Index **15**未満の摂食障害）の患者

救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

精神疾患診断治療初回加算等の新設

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

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

個別改定項目の評価

６．質の高い精神医療の評価

① 入院に係る精神医療の評価

② **外来に係る精神医療の評価**

③ 在宅等に係る精神医療の評価

通院・在宅精神療法の見直し

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

現行

【通院精神療法】

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

改定後

【通院精神療法】(在宅精神療法についても同様)

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

精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価

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

（新）　療養生活継続支援加算　　350点（月１回）　※ １年を限度

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

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

認知症専門診断管理料の見直し

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

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

児童思春期精神科専門管理加算の見直し

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

現行	改定後
【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　500点	【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療）】 イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　500点 **（新）(2) (1)以外の場合　300点**

依存症患者に対する医療の充実

依存症入院医療の充実

➢ 重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

現行	改定後
【重度アルコール依存症入院医療管理加算（１日につき）】 1　30日以内　200点 2　31日以上60日以内　100点 ［対象患者］ 入院治療が必要なアルコール依存症の患者	**（改）【依存症入院医療管理加算（１日につき）】** 1　30日以内　200点 2　31日以上60日以内　100点 ［対象患者］ 入院治療が必要なアルコール依存症の患者**又は薬物依存症**の患者

依存症外来医療の充実

➢ 依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

現行	改定後
【依存症集団療法（１回につき）】 ［対象疾患］ 1　薬物依存症の場合　340点 2　ギャンブル依存症の場合　300点 (新設) ［算定要件］ （新設）	【依存症集団療法（１回につき）】 ［対象疾患］ 1　（略） 2　（略） **（新）３　アルコール依存症の場合　300点** ［算定要件］ **アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週１回かつ計10回に限り算定する。**

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

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

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

個別改定項目の評価

６．質の高い精神医療の評価

① 入院に係る精神医療の評価

② 外来に係る精神医療の評価

③ 在宅等に係る精神医療の評価

救急患者精神科継続支援料の見直し

救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し

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

現行

【救急患者精神科継続支援料】
1　入院中の患者　　435点
2　入院中の患者以外　　135点
［算定要件］
注２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に月１回に限り算定する。
3　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後６月を限度として、計６回に限り算定する。
［施設基準］
1　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
(3)　自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置。

2　届出に関する事項
専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付。

改定後

【救急患者精神科継続支援料】
1　入院中の患者　　**900点**
2　入院中の患者以外　　**300点**

［算定要件］
注２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に**週**１回に限り算定する。
3　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後**24週**を限度として、**週１回**に限り算定する。

［施設基準］
1　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
(3)　自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した**専任の常勤精神保健福祉士及び**専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置。

2　届出に関する事項
(1)　専任の常勤医師、**専任の常勤精神保健福祉士**及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付**（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）**。
(2)　令和４年３月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(3)の基準を満たしているもの。

継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料の見直し

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

現行

【精神科在宅患者支援管理料】
「１」「２」の対象患者

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

改定後

【精神科在宅患者支援管理料】
「１」「２」の対象患者

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

個別改定項目の評価

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

透析中の運動指導に係る評価の新設

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

人工腎臓

（新）　透析時運動指導等加算　　75点　（指導開始から90日を限度とする。）

［対象患者］
人工腎臓を実施している患者

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

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

➢ 大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　二次性骨折予防継続管理料

イ　二次性骨折予防継続管理料１　1,000点（入院中１回・手術治療を担う一般病棟において算定）

ロ　二次性骨折予防継続管理料２　750点（入院中１回・リハビリテーション等を担う病棟において算定）

ハ　二次性骨折予防継続管理料３　500点（１年を限度として月に１回・外来において算定）

［対象患者］
イ：大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの
ロ：**イを算定していた患者であって、**リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
ハ：**イを算定していた患者であって、**外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

［算定要件］
1. イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。
2. ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。
3. ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。
4. イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
5. ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
6. 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

［施設基準］
1. 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
2. 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。なお、薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。
3. イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
4. ロの施設基準に係る病棟ついては、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

高度難聴指導管理料の見直し

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

現行	改定後
【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については１回に限り算定する。 ［施設基準］ 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1)　（略） (2) ５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。 （中略）	【高度難聴指導管理料】 ［算定要件］ 注２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については**年**１回に限り算定する。 ［施設基準］ 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。 (1)　（略） (2) ５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。 （中略） **また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。**

個別改定項目の評価

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

医療機関における後発医薬品の使用促進

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

後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

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

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

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

バイオ後続品に係る情報提供の評価

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

改定後

【在宅自己注射管理指導料】
バイオ後続品導入初期加算　　150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等

【外来腫瘍化学療法診療料】
（新）　バイオ後続品導入初期加算　　150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（**リツキシマブ製剤**、**トラスツズマブ製剤**、**ベバシズマブ製剤**）

【外来化学療法加算】
（新）　バイオ後続品導入初期加算　　150点
対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：**インフリキシマブ製剤**

［算定要件］
・　当該患者に対し、**バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、**当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して**３月を限度として**所定点数に加算する。

個別改定項目の評価

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

療養・就労両立支援指導料の見直し

療養・就労両立支援指導料における対象患者及び連携先の拡大

➢ 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について対象疾患及び主治医の診療情報提供先を見直す。

・対象となる疾患に**心疾患、糖尿病及び若年性認知症**を追加

・対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている**衛生管理者**を追加

療養・就労両立支援指導料における職種要件の見直し



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

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

医療技術の適切な評価

医療技術の適切な評価

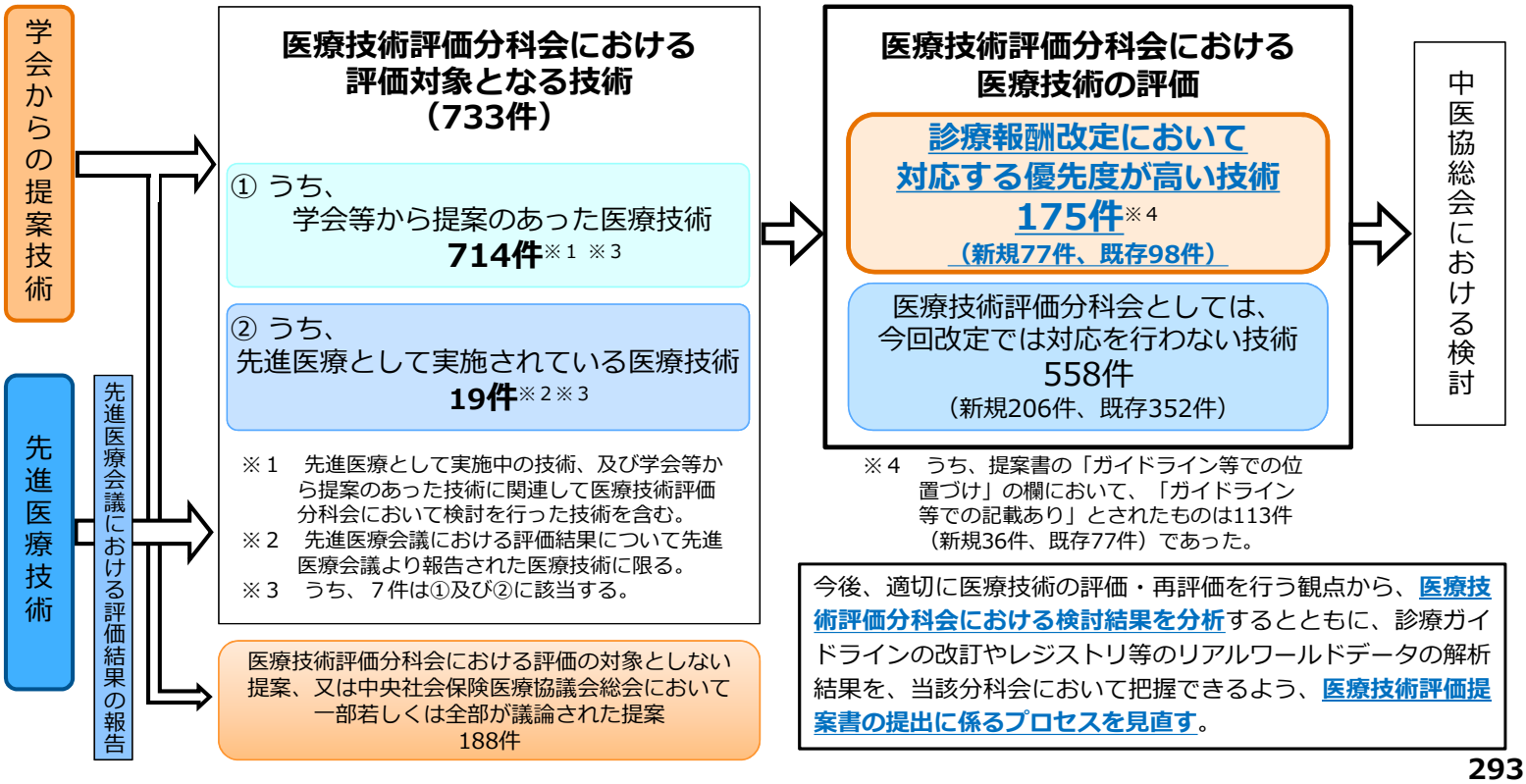
１．医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応
２．手術等の評価の見直し
３．人工腎臓の評価の見直し
４．プログラム医療機器に係る評価の新設
５．実勢価格等を踏まえた評価の適正化

医療技術の適切な評価

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

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

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



今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢　現在保険収載されていない手術や検査等のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、有効性及び安全性等が確立しているものについて項目の新設等を行う。

［新たに保険収載される手術の例］

（新）	脛骨近位骨切り術	28,300点
（新）	不整脈手術　４　左心耳閉鎖術　ロ　胸腔鏡下によるもの	37,800点
（新）	再建胃管悪性腫瘍手術　１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの	112,190点
（新）	ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	9,930点
（新）	内視鏡下脳腫瘍摘出術	100,000点

［新たに保険収載される検査の例］

（新）	関節液検査	50点
（新）	ビデオヘッドインパルス検査	300点
（新）	超音波減衰法検査	200点

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

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

【粒子線治療（一連につき）】
［算定要件］（概要）
1　希少な疾病に対して実施した場合　187,500点

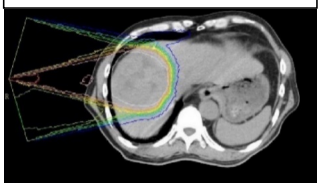
・　陽子線治療：　**（改）肝細胞癌※（長径４センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）**
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

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

※　手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

2　希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合　110,000点
・　陽子線治療　：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
・　重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

例：肝細胞癌に対する陽子線治療





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

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

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

➢ 染色体検査の対象疾患に、流産検体を用いた染色体検査を追加する。

【染色体検査（全ての費用を含む。）】
1　ＦＩＳＨ法を用いた場合　2,553点
2　その他の場合　2,553点
注１　分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。
（改）　２　２については、流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。

➢ 血漿交換療法の対象疾患に、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法を追加する。

【血漿交換療法（１日につき）】
血漿交換療法（１日につき）　4,200点
注１　血漿交換療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。
（改）　２　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

➢ 前立腺生検法において、ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像による場合を追加する。

【前立腺針生検法】
（新）　１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの　8,210点

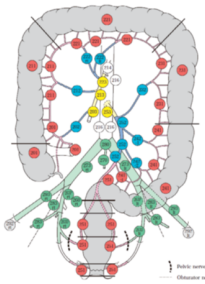
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

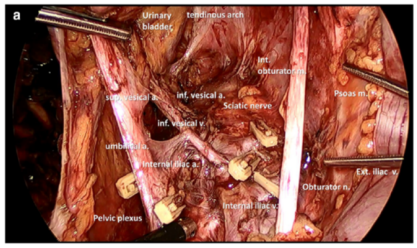
➢ 直腸癌の手術において、側方リンパ節郭清を併せて行った場合の加算を新設する。

（新）　片側側方リンパ節郭清加算　4,250点
（新）　両側側方リンパ節郭清加算　6,380点

【対象となる手術】
直腸切除・切断術
腹腔鏡下直腸切除・切断術



緑：側方リンパ節（郭清部位）



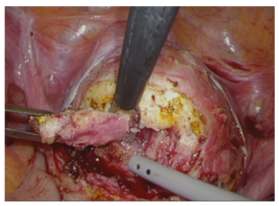
術中所見（右側方リンパ節）

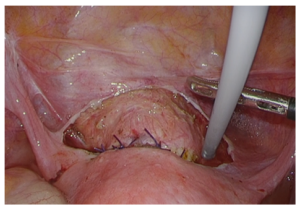
日本臨床外科学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 帝王切開創子宮瘢痕部の修復に係る腹腔鏡手術を新設する。

（新）　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術　32,290点





日本産科婦人科内視鏡学会提出資料より引用

［算定要件］
帝王切開創子宮瘢痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定する。
（１）　続発性不妊症
（２）　過長月経
（３）　器質性月経困難症

［施設基準］
（１）　産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
（２）　**産科又は産婦人科について５年以上の経験をする常勤の医師が１名以上配置**されていること。
（３）　当該保険医療機関において**腹腔鏡手術が年間20例以上**実施されていること。
（４）　腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
（５）　実施診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。
（６）　麻酔科標榜医が配置されていること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

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

【新たに、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる術式】
・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
・腹腔鏡下肝切除術
・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
・腹腔鏡下副腎摘出術
・腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術



［内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要］
・**当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。**
・当該手術を実施する患者について、**関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。**

新規技術の保険導入

➢ 家族性大腸腺腫症の適切な治療の提供に係る評価を推進する観点から、内視鏡手術を行った場合について新たな評価を行う。

（新）　消化管ポリポーシス加算　5,000点

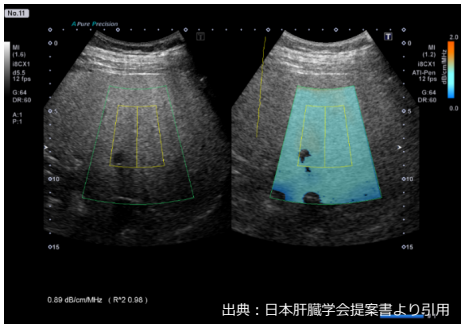
［算定要件］
・以下のいずれも満たす家族性大腸腺腫症患者に対して内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を行った場合、**年１回に限り算定できる**。
ア　**16歳以上**であること。
イ　**大腸に腺腫が100個以上**あること。なお、手術又は内視鏡により摘除された大腸の腺腫の数を合算しても差し支えない。
ウ　大腸切除の手術が実施された場合においては、**大腸が10㎝以上残存している**こと。
エ　大腸の三分の一以上が**密生型ではない**こと。なお、密生型とは、大腸内視鏡所見において、十分に進展させた大腸粘膜を観察し、正常粘膜よりも腺腫の占拠面積が大きい場合をいう。
・**長径１㎝を超える大腸のポリープを基本的に全て摘除する**こと。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある患者に対し、適切な診断と治療を行う観点から、超音波減衰法による肝脂肪化定量に係る評価を新設する。

（新）　超音波減衰法検査　200点



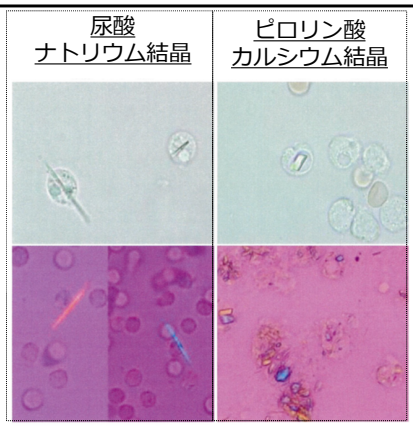
［技術の概要］
○　肝脂肪化診断の標準法は肝生検とされているが、超音波減衰法検査は肝脂肪量が多い程肝組織内での超音波減衰が大きくなることを用いて、肝脂肪量を非侵襲的に評価することができる。

［算定要件］
○　脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合に、３月に１回に限り算定する。

新規技術の保険導入

➢ 結晶性関節炎の疑いがある患者に対して、適切な診断と治療を行う観点から、偏光顕微鏡を用いた関節液の検査に係る評価を新設する。

（新）　関節液検査　50点



出典：日本リウマチ学会提案書より引用

［算定要件］
（１）　関節水腫を有する患者であって、結晶性関節炎が疑われる者に対して実施した場合、一連につき１回に限り算定する。
（２）　当該検査と区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 下肢潰瘍の状態に応じた適切な処置及びその管理を推進する観点から、下肢の潰瘍の処置及びその管理に係る評価を新設する。

（新）　下肢創傷処置

１　足部（踵を除く。）の浅い潰瘍　135点
２　足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍　147点
３　足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍　270点

［算定要件］
・　下肢創傷処置の**対象となる部位は、足部、足趾又は踵**であって、**浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないもの**をいい、**深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るもの**をいう。
・　下肢創傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
・　複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

（新）　下肢創傷処置管理料　500点（月１回に限り）

［算定要件］
・　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者で、下肢の潰瘍を有するものに対して、**下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師**が、**計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合**に、区分番号Ｊ０００－２に掲げる**下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月１回に限り算定**する。ただし、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。
・　**初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得る**とともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。
・　**学会によるガイドライン等を参考にする**こと。

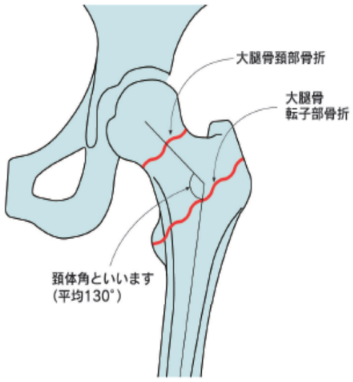
［施設基準］
・　**整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科**の診療に従事した経験を**５年以上有し**、**下肢創傷処置に関する適切な研修を修了**している常勤の医師が１名以上勤務していること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 高齢者の大腿骨近位部骨折に対する適切な治療を評価する観点から、骨折観血的手術（大腿）に対する緊急整復固定加算及び人工骨頭挿入術（股）に対する緊急挿入加算を新設する。

（新）　緊急整復固定加算　4,000点
（新）　緊急挿入加算　4,000点



出典：日本整形外科学会ホームページより引用

［算定要件］
（１）**75歳以上の大腿骨近位部骨折患者**に対し、**適切な周術期の管理**を行い、**骨折後48時間以内に骨折部位の整復固定**を行った場合に、所定点数に加算する。
（２）**一連の入院期間**において区分番号「Ｂ００１」の「34」の「イ」**二次性骨折予防継続管理料１**を算定する場合に１回に限り算定する。
（３）当該手術後は、**早期離床**に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて**適切な二次性骨折の予防**を行うこと。
（４）**診療報酬明細書の摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載**すること。

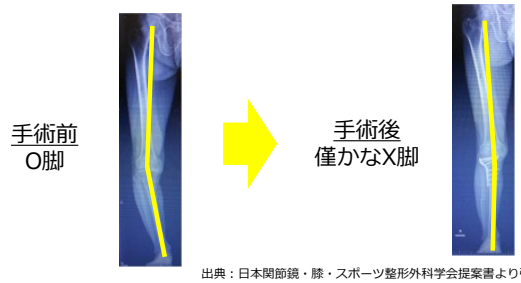
［施設基準］
（１）整形外科、内科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２）**整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置**されていること。
（３）麻酔科標榜医が配置されていること。
（４）常勤の内科の医師が１名以上配置されていること。
（５）緊急手術が可能な体制を有していること。
（６）**大腿骨近位部骨折患者に対する、前年の区分番号「Ｋ０４６　骨折観血的手術」及び「Ｋ０８１　人工骨頭挿入術」の算定回数の合計が60回以上**であること。
（７）当該施設における**大腿骨近位部骨折後48時間以内に手術を実施した前年の実績について、院内掲示**すること。
（８）**関係学会等と連携**の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
（９）**多職種連携を目的とした、大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアル**を作成すること。
（10）**速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準**を作成すること。
（11）**運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)**の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（12）**二次性骨折予防継続管理料１**の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（13）関係学会から示されているガイドライン等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 変形性膝関節症に対する適切な手術加療を評価する観点から、脛骨近位骨切り術を新設する。

（新）　脛骨近位骨切り術　28,300点



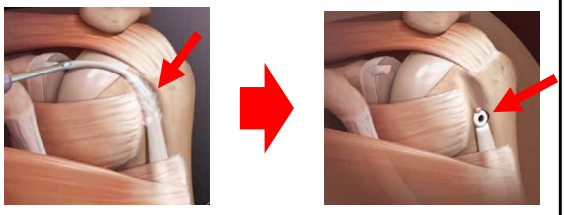
出典：日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会提案書より引用

［算定要件］
変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者の膝関節に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、脛骨近位部の骨切りを実施した場合に算定する。

新規技術の保険導入

➢ 上腕二頭筋長頭腱損傷に対する適切な手術加療を評価する観点から、上腕二頭筋腱固定術を新設する。

（新）　上腕二頭筋腱固定術
１　観血的に行うもの　18,080点
２　関節鏡下に行うもの　23,370点


手術前　手術後
出典：日本肩関節学会提案書より引用

［算定要件］
上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷（保存的治療が奏功しないものに限る。）に対し、インターファレンススクリューを用いて固定を行った場合に算定する。

新規技術の保険導入

➢ 腰部脊柱管狭窄症等に対する適切な手術加療を評価する観点から、顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術を新設する。

（新）　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術　24,560点


出典：日本脊髄外科学会提案書より引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

➢ 神経内分泌腫瘍及び褐色細胞腫に対する放射性同位元素内用療法に係る管理料を新設する。

放射性同位元素内用療法管理料
（新）神経内分泌腫瘍に対するもの　2,660点
（新）褐色細胞腫に対するもの　1,820点

［算定留意事項］
・「神経内分泌腫瘍に対するもの」は、ソマトスタチン受容体陽性の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者に対して行った場合に算定する。
・「褐色細胞腫に対するもの」は、MIBGが集積する悪性褐色細胞腫・パラガングリオーマの患者に対して行った場合に算定する。

新規技術の保険導入

➢ 膀胱頸部形成不全に対して、人工物を使用せず膀胱頸部を形成・再建する術式を新設する。

（新）　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）　37,690点

➢ 埋没陰茎に対する手術を新設する。

（新）　埋没陰茎手術　7,760点

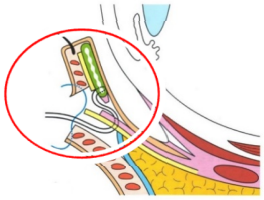
手術等の医療技術の適切な評価

新規技術の保険導入

➢ 眼瞼内反症に係る手術について術式を追加する。

（新）　眼瞼内反症手術　眼瞼下制筋前転法　4,230点

【眼瞼内反症手術　眼瞼下制筋前転法】



日本眼科学会提出資料から引用

➢ 角結膜悪性腫瘍に対する手術を新設する。

（新）　角結膜悪性腫瘍切除術　6,290点

【角結膜悪性腫瘍切除術】



日本眼科学会提出資料から引用

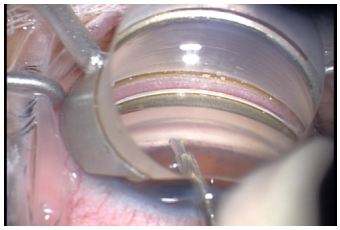
➢ 斜視に係る手術について術式を追加する。

（新）　斜視手術（調節糸法）　12,060点

➢ 緑内障に対する手術について術式を追加する。

（新）　緑内障手術　流出路再建術（眼内法）　14,490点
（新）　緑内障手術　濾過胞再建術（needle法）　3,440点

【緑内障手術　流出路再建術（眼内法）】



日本緑内障学会提出資料から引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

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

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

既存技術の見直し

➢ 食道癌、胃癌及び直腸癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術の施設基準について、術者の経験症例数と術後合併症の発生に有意な違いが示されなかったというレジストリの解析結果に基づき見直す。

現行	改定後
【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術の場合】 ［施設基準］ (1)　（略） (2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。 (3)～(9)　（略）	［施設基準］ (1)　（略） **（削除）** (2)～(8)　（略）



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ ロービジョン検査判断料について、施設基準を見直す。

現行	改定後
【ロービジョン検査判断料】 ［施設基準］ 厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した眼科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。	【ロービジョン検査判断料】 ［施設基準］ 厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）**（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）**を修了した眼科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。**なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会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ことができる。**

既存技術の見直し

➢ ダーモスコピーについて、対象疾患を追加する。

現行	改定後
【ダーモスコピー】 ［算定要件］ ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず４月に１回に限り算定する。	【ダーモスコピー】 ［算定要件］ ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変、**円形脱毛症若しくは日光角化症**の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず４月に１回に限り算定する。



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 小児食物アレルギー負荷検査について、対象患者及び算定回数の見直しを行う。

現行	改定後
【小児食物アレルギー負荷検査】 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、９歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年２回に限り算定する。 ２　小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	【小児食物アレルギー負荷検査】 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**16歳未満**の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、**年３回**に限り算定する。 ２　小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。

既存技術の見直し

➢ 腹腔鏡下直腸切除・切断術に超低位前方切除術及び経肛門吻合を伴う切除術を追加する。

現行	改定後
【腹腔鏡下直腸切除・切断術】 １　切除術　75,460点 ２　低位前方切除術　83,930点 ３　切断術　83,930点	【腹腔鏡下直腸切除・切断術】 １　切除術　75,460点 ２　低位前方切除術　83,930点 **３　超低位前方切除術　91,470点** **４　経肛門吻合を伴う切除術　100,470点** ５　切断術　83,930点

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 画像診断管理加算３の施設基準において、人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアの管理に係る要件を追加し、評価を見直す。

現行	改定後
【画像診断管理加算３】 画像診断管理加算３　300点 ［施設基準の概要］ ・放射線科を標榜している特定機能病院 ・画像診断を専ら担当する常勤の医師が６名以上配置 ・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る画像情報の管理の実施 ・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師へ報告 ・夜間及び休日に読影を行う体制の整備 ・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除く検査前の画像診断管理の実施 ・当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していない。 ・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境の確保 ・関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理の実施 ・関係学会の定める指針に基づく適切な被ばく線量管理の実施 （新設）	**【画像診断管理加算３】** 画像診断管理加算３　**340点** ［施設基準の概要］ ・放射線科を標榜している特定機能病院 ・画像診断を専ら担当する常勤の医師が６名以上配置 ・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る画像情報の管理の実施 ・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師へ報告 ・夜間及び休日に読影を行う体制の整備 ・核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除く検査前の画像診断管理の実施 ・当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していない。 ・「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境の確保 ・関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理の実施 ・関係学会の定める指針に基づく適切な被ばく線量管理の実施 ・**関連学会の定める指針に基づく人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理の実施** ・**人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理にあたり、画像診断を専ら担当する医師を管理者として配置**

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

➢ 血流予備量比コンピューター断層撮影について、使用実態等を踏まえ施設基準を見直す。

現行

【血流予備量比コンピューター断層撮影】
［施設基準の概要］
(１) 64 列以上のマルチスライス型のＣＴを有すること。
(２) 画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
(３) 次のいずれにも該当すること。
- 許可病床数が200 床以上の病院
- 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関
- ５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
- ５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
- 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。
- 画像診断を専ら担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。
- 放射線治療に専従の常勤の医師が１名以上配置されていること。

(新設)

- 日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること。

改定後

【血流予備量比コンピューター断層撮影】
［施設基準の概要］
(１) 64 列以上のマルチスライス型のＣＴを有すること。
(２) 画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
(３) 次のいずれにも該当すること。
- 許可病床数が200 床以上の病院
- 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関
- ５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
- ５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
- 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。

（削除）

（削除）

- 血流予備量比コンピューター断層撮影により**冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上ある**こと。
- **日本循環器学会及び日本心血管インターベンション治療学会の研修施設**に該当すること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

施設基準の見直し

➢ 超急性期脳卒中加算について、医療資源の少ない地域においては、脳卒中診療における遠隔医療の体制を構築することを要件に、施設基準を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
(１) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。(２) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

改定後

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
(１)次のいずれかを満たしていること。
ア　略
イ　次のいずれも満たしていること。
（イ）**「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築**されていること。
（ロ）日本脳卒中学会が定める**「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備**されていること。
（ハ）日本脳卒中学会等の関係学会が行う**脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が１名以上配置**されていること。

施設基準の見直し

➢ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、施設基準を見直す。

現行

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。

改定後

【遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する手術】
［施設基準］（抜粋）
乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。**ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。**
ア　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
イ　関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
ウ　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してＭＲＩ撮影ができる等、乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 乳癌の放射線治療に係る一回線量増加加算の評価を見直すとともに、前立腺癌の放射線治療について、寡分割照射を行った場合の評価を見直す。

現行

【体外照射】
高エネルギー放射線治療
注２　１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、１回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）
注２　１回の線量が2.5Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、１回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。

改定後

【体外照射】
高エネルギー放射線治療
注２　１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）
注２　１回の線量が３Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。

既存技術の見直し

➢ 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）について、評価を見直す。

現行

【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）】
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　900点

改定後

【歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）】
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　1,100点

既存技術の見直し

➢ 病理診断料及び病理判断料について、評価を見直す。

現行		改定後	
【病理診断料】		【病理診断料】	
１　組織診断料	450点	１　組織診断料	520点
【病理判断料】		【病理判断料】	
病理判断料	150点	病理判断料	130点

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既存技術評価の見直し（削除を含む。）を行う。

［再評価を行う既存技術の例］

現行		改定後
排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査		
集菌塗抹法加算	32点	35点
その他のもの	61点	64点
細菌培養同定検査		
口腔、気道又は呼吸器からの検体	160点	170点
消化管からの検体	180点	190点
血液又は穿刺液	215点	220点
泌尿器又は生殖器からの検体	170点	180点
その他の部位からの検体	160点	170点
細菌感受性検査		
１菌種	170点	180点
２菌種	220点	230点
３菌種以上	280点	290点
抗酸菌分離培養（液体倍地法）	280点	300点
抗酸菌分離培養（それ以外のもの）	204点	209点
抗酸菌薬剤感受性検査	380点	400点

［項目を削除する技術の例］

椎間板ヘルニア徒手整復術

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

既存技術の見直し

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

現行		改定後
血液採取　静脈 　注２　乳幼児加算	35点 25点	**37点** **30点**
その他の検体採取　動脈血採取 　注２　乳幼児加算	50点 15点	**55点** **30点**
その他の検体採取　鼻腔・咽頭ぬぐい液採取	5点	**25点**
皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）	20点	**22点**
静脈内注射（１回につき） 　注２　乳幼児加算	32点 45点	**34点** **48点**
点滴注射（１日につき） １　乳幼児（1日100mL以上） ２　１に掲げる者以外の者（1日500mL以上） ３　その他の場合 　注２　乳幼児加算	 99点 98点 49点 45点	 **101点** **99点** **50点** **46点**

医療技術の適切な評価

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

手術等の医療技術の適切な評価

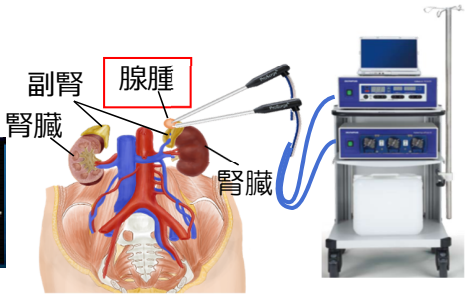
➢ Ｃ２区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料を新設する。

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
１　１センチメートル未満　16,000点
２　１センチメートル以上　22,960点

＜ＣＴ画像＞





［技術の概要］
○　片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者の副腎腫瘍に対して、ラジオ波帯の高周波電流を流し、組織を凝固する。
○　深鎮静の下、ＣＴガイド下にて副腎腫瘍を穿刺し、治療を行う。

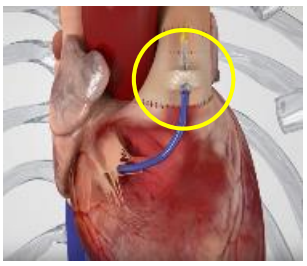
出典：企業提出資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

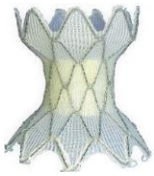
【経カテーテル弁置換術】
（新）　経皮的肺動脈弁置換術　39,060点

［技術の概要］
○　先天性心疾患手術後の肺動脈弁機能不全の患者に対して、経皮的に人工弁を留置する。

［関連する特定保険医療材料］
182　経カテーテル人工生体弁セット
　（１）バルーン拡張型人工生体弁セット　4,510,000円
215　経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）　5,270,000円







出典：企業提出資料

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤

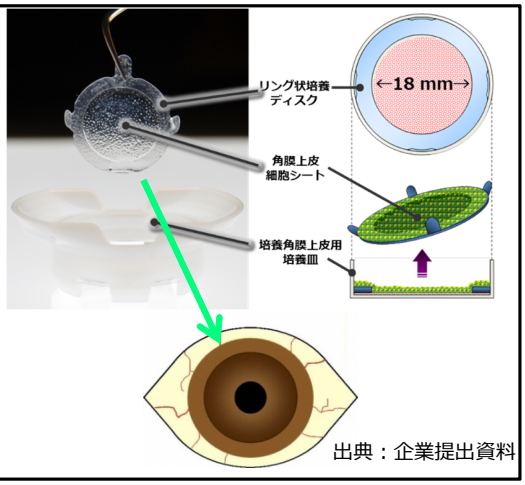
手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　自家培養上皮移植術　52,600点

［技術の概要］
○　角膜上皮幹細胞疲弊症患者に対して、患者自身より採取した角膜輪部組織又は口腔粘膜組織から分離した角膜上皮細胞又は口腔粘膜上皮細胞をシート状に培養し、患者の眼表面に移植する。

［関連する特定保険医療材料］
150　ヒト自家移植組織
　（３）　自家培養角膜上皮　①　採取・培養キット　4,280,000円
　　②　調製・移植キット　5,470,000円
　（４）　自家培養口腔粘膜上皮　①　採取・培養キット　4,280,000円
　　②　調製・移植キット　5,470,000円



出典：企業提出資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　22,100点

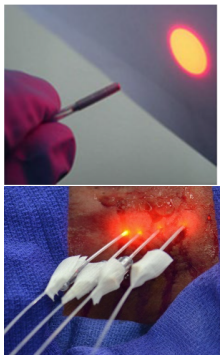
［技術の概要］
○　切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌患者に対して、光感受性物質が結合した抗体であるセツキシマブサロタロカンナトリウムを投与し、腫瘍細胞にレーザー光を照射する局所療法。
○　レーザー光により腫瘍細胞に結合した光感受性物質が励起され、腫瘍細胞が傷害される。

［関連する特定保険医療材料］
187　半導体レーザー用プローブ　229,000円
216　レーザー光照射用ニードルカテーテル　1,990円



セツキシマブ
サロタロカンナトリウム

＋



出典：企業提出資料

手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

出典：企業提出資料

（新）　禁煙治療補助システム指導管理加算　140点
（新）　禁煙治療補助システム加算　2,400点



［技術の概要］
○　バレニクリンを使用して禁煙治療を行うニコチン依存症患者に対して、アプリや呼気一酸化炭素濃度測定器を併用の上、標準禁煙治療プログラムを実施する。

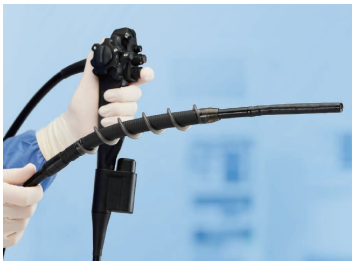


［算定要件］（概要）
○　区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料の１のイ又は２を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に１回に限り加算する。
○　禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【小腸内視鏡検査】
（新）　スパイラル内視鏡によるもの　6,800点
【小腸結腸内視鏡的止血術】
【小腸・結腸狭窄部拡張術】
（新）　スパイラル内視鏡加算　3,500点





［技術の概要］
○　電動回転可能なスパイラル形状のオーバーチューブと組み合わせ、フィンを電動で回転させることにより、小腸を手繰り寄せながら挿入する小腸内視鏡検査。
○　区分番号「Ｋ７２２」小腸結腸内視鏡的止血術又は区分番号「Ｋ７３５－２」小腸・結腸狭窄部拡張術について、スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算を加算する。

出典：企業提出資料

令和４年度診療報酬改定　Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等－⑤

手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

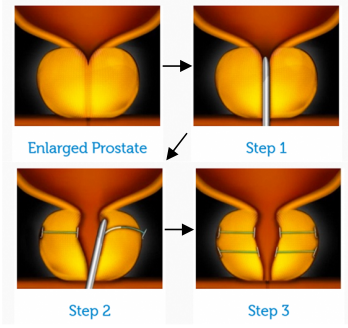
出典：企業提出資料

（新）　経尿道的前立腺吊上術　12,300点

［技術の概要］
○　前立腺肥大症に伴う排尿障害の患者に対して、経尿道的に前立腺の内側（尿道側）組織と外側（被膜側）組織を貫通してイプラントを留置することで、内側組織と外側組織を近づけて保持し、尿道開口部を広げることで、排尿障害を改善する。

［関連する特定保険医療材料］
214　前立腺用インプラント　97,900円





新規保険医療材料等に係る技術料の見直し

出典：企業提出資料

現行	改定後
【血糖自己測定器加算】 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの 注３　７については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を１日２回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。	【血糖自己測定器加算】 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの 注３　７については、**インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている**入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

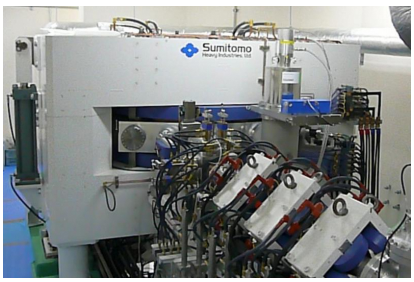
［技術の概要］
○　センサーを上腕の後ろ側に装着し、リーダー等でセンサーをスキャンすることで、皮下間質液中のグルコース値を表示することができ、また、　連続グルコース値のグラフを表示することができる。

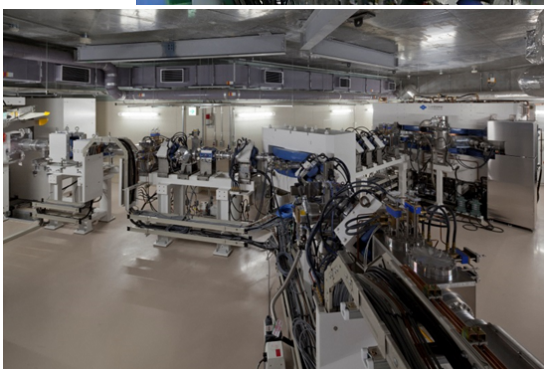


手術等の医療技術の適切な評価

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

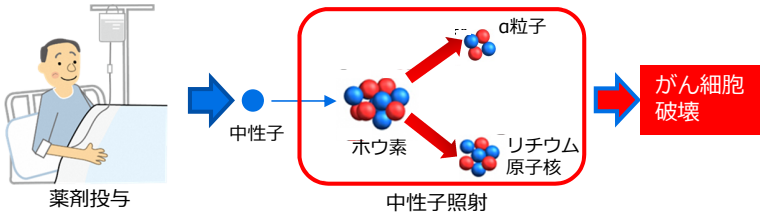
（新）　ホウ素中性子捕捉療法　　187,500点





［対象となる疾患］
切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌

［技術の概要］
○　ホウ素を付加した薬剤（ボロファラン）をがん細胞に取り込ませ、体外から低エネルギー中性子線を照射する放射線治療の一種である。
○　ホウ素と熱中性子との核反応により発生するアルファ線とリチウム原子核によりがん細胞を破壊する。



出典：企業提出資料

［加算］
①**ホウ素中性子捕捉療適応判定加算　40,000点**　※　キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価
②**ホウ素中性子捕捉療医学管理加算　10,000点**　※　照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価

質の高い臨床検査の適切な評価

➢ 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、Ｅ３区分で保険適用された新規体外診断用医薬品について、検査料を新設する。

新規体外診断用医薬品に係る検査料の新設

（新）　サイトメガロウイルス核酸定量　　450点

［算定要件］（概要）
○　サイトメガロウイルス感染症の診断又は治療効果判定を目的として、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者、ＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対し、血液を検体としてリアルタイムＰＣＲ法によりサイトメガロウイルスＤＮＡを測定した場合に算定する。

（新）　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）　　7,500点

［算定要件］（概要）
○　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）は、大腸癌患者の血漿を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、高感度デジタルＰＣＲ法とフローサイトメトリー法を組み合わせた方法により行った場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。
○　ただし、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。
○　医学的な理由により、大腸癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑵」その他のもののうち、大腸癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。

（新）　ＳＣＣＡ２　　300点

［算定要件］（概要）
○　15歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に、月１回を限度として算定する。

手術等の医療技術の適切な評価

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

［見直しを行う手術の例］

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

医療技術の適切な評価

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

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓　導入期加算の見直し

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

現行

【人工腎臓】
導入期加算１　200点
導入期加算２　500点

［施設基準］
(1) 導入期加算１の施設基準
　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
(2) 導入期加算２の施設基準
　次のすべてを満たしていること。
ア　導入期加算１の施設基準を満たしていること。
イ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で12回以上算定していること。
ウ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に３人以上いること。

改定後

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

在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

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

（新）　遠隔モニタリング加算　　115点（月１回に限る）

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



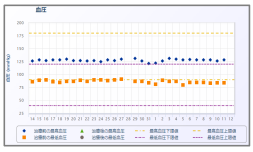
自動腹膜灌流用装置
出典：バクスター株式会社HP



（腹膜透析治療で得られた水分除去量）



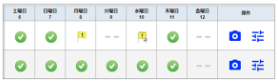
（体重）



（血圧）

➢ 遠隔モニタリングで得られる治療結果（在宅機器のモニタリング）

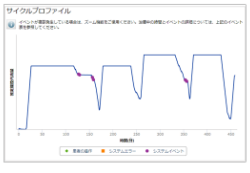
1)治療実施状況の把握



2)治療中インシデント状況の把握



3)インシデント状況の詳細確認



在宅血液透析指導管理料の見直し

在宅血液透析指導管理料の見直し

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

現行

【在宅血液透析指導管理料】　8,000点

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

改定後

【在宅血液透析指導管理料】　**10,000点**

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

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

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

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

		場合１	場合２	場合３
４時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点
４時間以上５時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点
５時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点

［算定要件］
・「１」から「３」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の費用（ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤は「イ」から「ハ」までの場合に限る。）は所定点数に含まれており、別に算定できない。
・「１」から「３」までのうち、「二」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。
［施設基準］
・人工腎臓に規定する患者
ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤を院外処方している患者以外の患者
・人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（院内処方されたものに限る。）

改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合

	場合１	場合２	場合３
４時間未満	**1,885点**	**1,845点**	**1,805点**
４時間以上５時間未満	**2,045点**	**2,005点**	**1,960点**
５時間以上	**2,180点**	**2,135点**	**2,090点**

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

透析中の運動指導に係る評価の新設

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

人工腎臓

（新）　透析時運動指導等加算　　75点　（指導開始から90日を限度とする。）

［対象患者］

人工腎臓を実施している患者

［算定要件］（概要）

○ 透析患者の運動指導に係る研修を受講した**医師、理学療法士、作業療法士**又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した**看護師**が１回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定

○ **日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」**等の関係学会によるガイドラインを参照すること

医療技術の適切な評価

1．医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

2．手術等の評価の見直し

3．人工腎臓の評価の見直し

4．プログラム医療機器に係る評価の新設

5．実勢価格等を踏まえた評価の適正化

プログラム医療機器に係る評価の新設

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

改定後

［目次］
第２章　特掲診療料
　第１部　医学管理等
　　第１節　医学管理料等
　　第２節　プログラム医療機器等医学管理加算
　　第３節　特定保険医療材料料

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

医学管理料等 ＋ **プログラム医療機器等医学管理加算** **and/or** **特定保険医療材料料**

医療技術の適切な評価

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

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

検体検査の評価の見直し

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

現行		改定後
血液ガス分析	139点	135点
血液化学検査　10項目以上	109点	106点
インフルエンザウイルス抗原定性	139点	136点

医学管理料の評価の見直し

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

現行		改定後
慢性維持透析患者外来医学管理料	2,250点	2,211点

在宅療養指導管理材料加算の評価の見直し

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

現行		改定後
呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点	291点
排痰補助装置加算	1,800点	1,829点

不妊治療の保険適用

不妊治療の保険適用

１．不妊治療の保険適用の概要
２．先進医療の検討状況
３．不妊治療に必要な医薬品への対応状況
４．移行期における助成金の取扱い
５．一般不妊治療に係る評価の新設
６．生殖補助医療に係る評価の新設

不妊治療の保険適用

１．不妊治療の保険適用の概要
２．先進医療の検討状況
３．不妊治療に必要な医薬品への対応状況
４．移行期における助成金の取扱い
５．一般不妊治療に係る評価の新設
６．生殖補助医療に係る評価の新設

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○　不妊治療に係る経済的負担の軽減等

・　不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額の医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※　全世代型社会保障検討会議 第２次中間報告（令和２年６月25日 全世代型社会保障検討会議決定）においても同様の記載あり

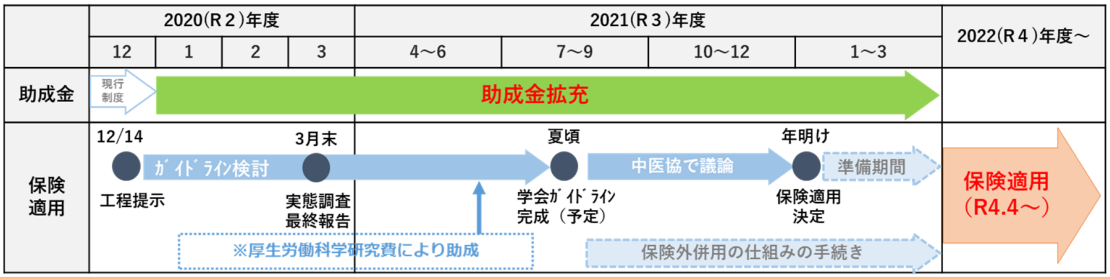
菅内閣の基本方針（令和２年９月16日閣議決定）（抄）

４．少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを生み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障改革の方針（令和２年12月15日閣議決定）（抄）

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和３年度（2021年度）中に詳細を決定し、**令和４年度（2022年度）当初から保険適用を実施する**こととし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（１回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。



不妊治療の全体像

令和４年３月以前から保険適用

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

原因疾患への治療

①男性側に原因	精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。手術療法や薬物療法が行われる。
②女性側に原因	子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。手術療法や薬物療法が行われる。

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

一般不妊治療

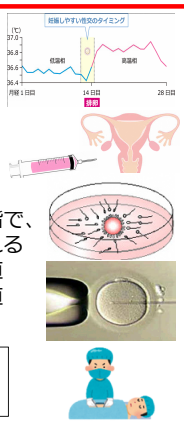
ﾀｲﾐﾝｸﾞ法	排卵のタイミングに合わせて性交を行うよう指導する。
人工授精	精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る技術。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的安価。

生殖補助医療

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

体外受精	精子と卵子を採取した上で体外で受精させ（シャーレ上で受精を促すなど）、子宮に戻して妊娠を図る技術。
顕微授精	体外受精のうち、卵子に注射針等で精子を注入するなど人工的な方法で受精させる技術。
男性不妊の手術	射精が困難な場合等に、手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する技術（精巣内精子採取術（TESE））等。→顕微授精につながる

胚移植の段階で、以下に分かれる
・新鮮胚移植
・凍結胚移植



第三者の精子･卵子等を用いた生殖補助医療	第三者の精子提供による人工授精（AID） 第三者の卵子・胚提供 代理懐胎

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

不妊治療の保険適用

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

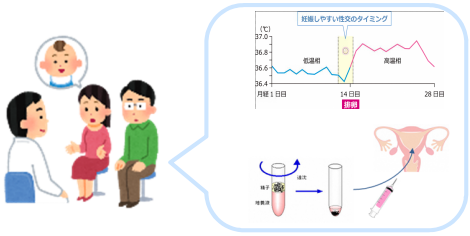
一般不妊治療に係る評価の新設

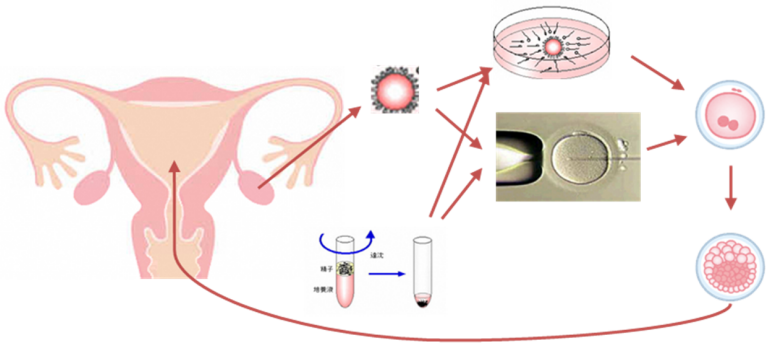
（一般不妊治療に係る医療技術等の評価）
- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

生殖補助医療に係る評価の新設

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

（男性不妊治療に係る医療技術等の評価）
- Ｙ染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術



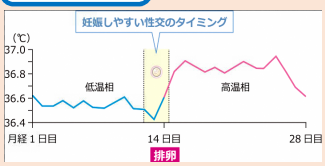


不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲（令和４年４月以降）

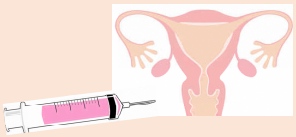
一般不妊治療

【新たに保険適用】

ﾀｲﾐﾝｸﾞ法　※管理料で包括評価



人工授精　※評価を新設



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

推奨度Ａ：実施を強く推奨
推奨度Ｂ：実施を推奨
推奨度Ｃ：実施を考慮

生殖補助医療

【新たに保険適用】
※ 年齢・回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様

① **採卵**
【いずれかを実施】
- 調整卵巣刺激法
- 低卵巣刺激法
- 自然周期

推奨度Ａ～Ｂ

② **採精**
- ○男性不妊の手術
  ・精巣内精子採取術（TESE）

推奨度Ａ～Ｂ

③ **体外受精**
顕微授精
【いずれかを実施】
- 体外受精
- 顕微授精
- Split insemination

※　複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法

推奨度Ａ～Ｂ

④ **受精卵・胚培養**
【いずれかを実施】
- 初期胚まで
- 胚盤胞まで

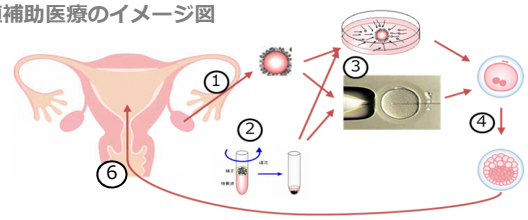
推奨度Ａ～Ｂ

⑤ **胚凍結保存**
推奨度Ａ～Ｂ
【いずれかの場合に実施】
- 複数の胚が作成できた場合
- 全胚凍結周期である場合

⑥ **胚移植**
【いずれかを実施】
- 新鮮胚移植
- 凍結胚移植

推奨度Ａ～Ｂ

生殖補助医療のイメージ図



追加的に実施される場合があるもの

下線部は保険適用
その他は先進医療とする方針
※　先進医療は随時申請が可能

【③とセット】
- ○ 卵子活性化　推奨度Ｂ
- ○ IMSI　推奨度Ｃ
- ○ PICSI　推奨度Ｃ

【④とセット】
- ○ タイムラプス　推奨度Ｃ

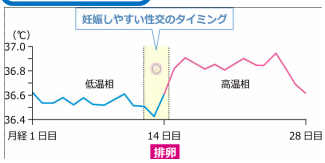
【⑥とセット】
- ○ アシステッドハッチング　推奨度Ｂ
- ○ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液　推奨度Ｂ
- ○ 子宮内膜受容能検査　推奨度Ｃ
- ○ 子宮内細菌叢検査　推奨度Ｃ
- ○ SEET法　推奨度Ｃ
- ○ 子宮内膜スクラッチ　推奨度Ｃ
- ○ PGT　推奨度Ｂ
- ○ 反復着床不全に対する投薬　推奨度Ｃ

不妊治療の診療の流れと診療報酬点数（令和４年４月以降）

一般不妊治療

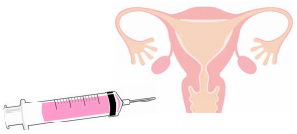
ﾀｲﾐﾝｸﾞ法

一般不妊治療管理料
○　250点（３月に１回）

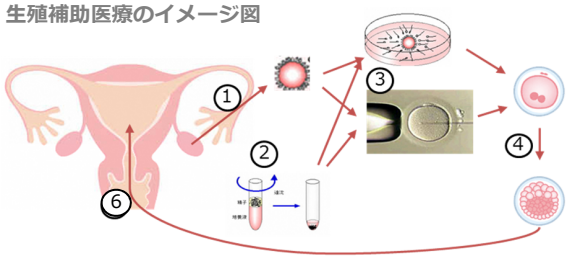


人工授精

人工授精
○　1,820点



生殖補助医療のイメージ図



生殖補助医療

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

① **採卵**

採卵術
○　3,200点+2,400～7,200点
（採卵数に応じ加算）

抗ミュラー管ホルモン（AMH）
○　600点（６月に１回）

② **採精**

Ｙ染色体微小欠失検査
○　3,770点（患者につき１回）

精巣内精子採取術
１：単純なもの　12,400点
２：顕微鏡を用いたもの　24,600点

③ **体外受精**
③ **顕微授精**
＋卵子活性化処理

体外受精・顕微授精管理料
１：体外受精　4,200点
２：顕微授精　4,800～12,800点
（個数に応じ評価）
＋採取精子調整加算　5,000点
＋卵子調整加算　1,000点

④ **受精卵・胚培養**

受精卵・胚培養管理料
○　4,500～10,500点（個数に応じ評価）
＋胚盤胞に向けた管理
1,500～3,000点（個数に応じ加算）

胚凍結保存

胚凍結保存管理料
１：胚凍結保存管理料（導入時）
5,000～13,000点（個数に応じ評価）
２：胚凍結保存維持管理料
3,500点（年に１回）

⑥ **胚移植**
＋ｱｼｽﾃｯﾄﾞﾊｯﾁﾝｸﾞ
＋高濃度ﾋｱﾙﾛﾝ酸
含有培養液

胚移植術
１：新鮮胚移植　7,500点
２：凍結･融解胚移植　12,000点
＋ｱｼｽﾃｯﾄﾞﾊｯﾁﾝｸﾞ　1,000点
＋高濃度ﾋｱﾙﾛﾝ酸含有培養液　1,000点

不妊治療の保険適用

１．不妊治療の保険適用の概要
２．先進医療の検討状況
３．不妊治療に必要な医薬品への対応状況
４．移行期における助成金の取扱い
５．一般不妊治療に係る評価の新設
６．生殖補助医療に係る評価の新設

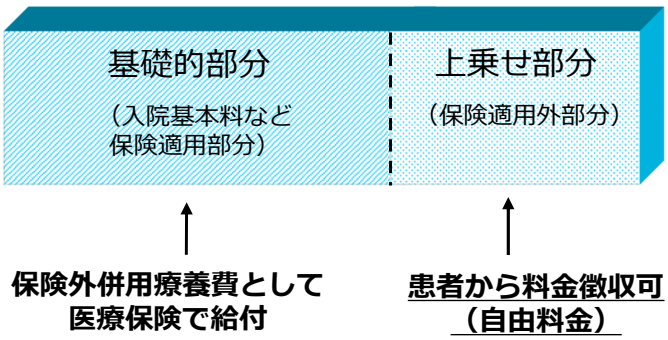
保険外併用療養費制度について

○　**保険診療との併用が認められている療養**

①　評価療養
②　患者申出療養
　　→ **保険導入のための評価を行う**もの

③　選定療養　⟶　保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み
［評価療養の場合］



保険外併用療養費として医療保険で給付

患者から料金徴収可（自由料金）

※　保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件（料金の掲示等）を明確に定めている。

○　評価療養

- **先進医療**（先進Ａ：21技術、先進Ｂ：60技術　令和２年４月時点）
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用
  （用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの）
- 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
  （使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの）

○　患者申出療養

○　選定療養

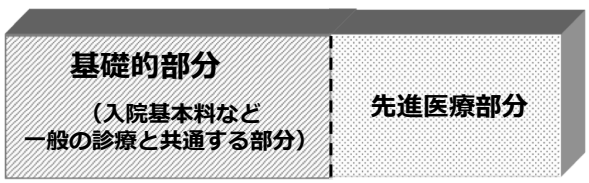
- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 小児う蝕の指導管理
- 180日以上の入院
- 制限回数を超える医療行為
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

先進医療について

先進医療とは

○　未だ保険診療として認められていない先進的な医療技術等について、**安全性・有効性等を確保するための施設基準等を設定し、保険診療と保険外診療との併用を認め、将来的な保険導入に向けた評価を行う制度**。
○　入院基本料など一般の診療と共通する部分（基礎的部分）については保険が適用され、先進医療部分は患者の自己負担。
○　個別の医療技術が先進医療として認められるためには、**先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要**があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要。

仕組み（概要）



医療保険で給付（保険外併用療養費）

患者の自己負担

対象となる医療技術の分類

○ **先進医療Ａ**

1　未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴わない医療技術（４に掲げるものを除く。）

2　以下のような医療技術であって、その実施による人体への影響が極めて小さいもの（４に掲げるものを除く。）
（1）未承認等の体外診断薬の使用又は体外診断薬の適応外使用を伴う医療技術
（2）未承認等の検査薬の使用又は検査薬の適応外使用を伴う医療技術
（3）未承認等の医療機器の使用又は医療機器の適応外使用を伴う医療技術であって、検査を目的とするもの

○ **先進医療Ｂ**

3　未承認等の医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の使用又は医薬品、医療機器若しくは再生医療等製品の適応外使用を伴う医療技術（２に掲げるものを除く。）

4　医療技術の安全性、有効性等に鑑み、その実施に係り、実施環境、技術の効果等について特に重点的な観察・評価を要するものと判断されるもの

評価療養（先進医療）に係る規則（抜粋）

（保険医療機関及び保険医療養担当規則）

○　保険外併用療養費に係る療養の基準等（第五条の四）

・　保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、**あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。**

・　保険医療機関は、**その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。**

（療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等）

○　第二　療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の評価療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準

・　療養は、適切に行われる体制が整っている等保険医療機関が特別の料金を徴収するのにふさわしいものでなければならないものとする。

・　**当該療養は、患者への情報提供を前提とし、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるもの**とする。

・　**患者への情報提供に資するため、特別の料金等の内容を定め、又は変更しようとする場合は、地方厚生局長等に報告する**ものとする。この場合において、当該報告は、報告を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長等に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

・　先進医療に関する基準

①　施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、**施設基準が設定された先進医療**であること(厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準(平成二十年厚生労働省告示第百二十九号)第三に規定するものを除く。)。

②　当該診療を実施しようとする場合は、**先進医療ごとに、当該診療を適切に行うことのできる体制が整っている旨を地方厚生局長等に届け出る**ものとする。この場合において、当該届出は、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長等に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

先進医療として告示されている不妊治療関連の技術（令和４年３月４日時点）

先進医療の類型	先進医療技術名	適応症	申請技術名	技術の概要
先進医療A	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）	PICSI	ヒアルロン酸を含有する培地を用いて、成熟精子の選択を行う技術。
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものに限る。）	タイムラプス	培養器に内蔵されたカメラによって、胚培養中の胚を一定間隔で自動撮影し、培養器から取り出すことなく、正確な胚の評価が可能となる技術。
	子宮内細菌叢検査	慢性子宮内膜炎が疑われるもの	子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）	子宮内の細菌叢が、正常であるのか、異常であるのか、またその菌の種類の組成を判断する検査。
	子宮内膜刺激術	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものに限る。）	SEET法	胚培養液を胚移植数日前に子宮に注入し、受精卵の着床に適した環境を作り出す技術。
	子宮内膜受容能検査	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）	子宮内膜受容能検査（ERA）	子宮内膜を採取し、次世代シークエンサーを用いて遺伝子の発現を解析し、内膜組織が着床に適した状態であるのかを評価する検査。
	子宮内膜擦過術	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）	子宮内膜スクラッチ	胚移植を行う予定の前周期に子宮内膜のスクラッチ（局所内膜損傷を与える）を行い、翌周期に胚移植を行う技術。

不妊治療関連の先進医療Ａの施設基準①（主として実施する医師に係る基準）

【主として実施する医師に係る基準】

先進医療技術名	診療科	資格	当該技術の経験年数	当該技術の経験症例数
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。	産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること。	当該療養について二年以上の経験を有すること。	当該療養について、当該療養を主として実施する医師として十例以上の症例を実施していること。
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養			－	
子宮内細菌叢検査				
子宮内膜刺激術				
子宮内膜受容能検査				当該療養について、当該療養を主として実施する医師として五例以上の症例を実施していること。
子宮内膜擦過術				

不妊治療関連の先進医療Ａの施設基準②（保険医療機関に係る基準）

【保険医療機関に係る基準】

先進医療技術名	診療科	実施診療科の医師数	その他医療従事者の配置	他の医療機関との連携体制（患者容態急変時等）	医療機器の保守管理体制	倫理委員会による審査体制	医療安全管理委員会の設置	医療機関としての当該技術の実施症例数	その他
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術	産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。	実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。	配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。	緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。	－	倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。	医療安全管理委員会が設置されていること。	当該療養について十例以上の症例を実施していること。	－
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養									
子宮内細菌叢検査					医療機器保守管理体制が整備されていること。				※
子宮内膜刺激術									－
子宮内膜受容能検査								当該療養について五例以上の症例を実施していること。	※
子宮内膜擦過術									－

※　検査を委託して実施する場合には、臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）第二十条の三第一項に規定する衛生検査所であって、当該検査の実施に当たり適切な医療機器等を用いるものに委託すること。

既評価技術の実施に係る届出手続き

➢ 既評価技術（先進医療Aとして告示された医療技術）を実施するためには、各医療機関から所管厚生（支）局へ届出を行う必要があります。

［申請方法について］

・　課長通知「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う手続き等の取扱いについて」における記載を参考に、書類をご準備ください。
・　手続きについてご不明な点があれば、所管厚生（支）局にお問い合わせください。

（課長通知のＵＲＬ）
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/sensiniryo/minaoshi/dl/tuuchi02.pdf

（課長通知より、関係部分を抜粋）
3 既評価技術の実施に係る手続

（１） 既評価技術施設届出書の提出
提出する既評価技術施設届出書は以下のとおりとし、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局に提出すること。
① 別紙３の様式第１号に定める既評価技術施設届出書（地方厚生（支）局長あて。（正本１通及び副本１通（添付書類を含む。））
② 別紙３の様式第２号から第５－２号までに定める書類

（提出書類）
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/b3.pdf
※以下のＵＲＬからダウンロードしてください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00002.html

（以下の記載要領を参考に、書類を作成してください。）
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/sensiniryo/minaoshi/dl/youkou.pdf

先進医療Ａに係る実施上の留意事項

（実施上の留意事項）
○　保険医療機関において実施することとし、**原則として、先進医療の一部を当該保険医療機関以外の場で実施することは認められないこと**。ただし、**検体検査に係る医療技術については、臨床検査技師等に関する法律（昭和33 年法律第76 号）第２条に規定する検査を実施する場合であって、先進医療会議において認められた場合に限り、当該検査の実施を衛生検査所に委託できる**こと。

○　実施に当たり責任を有し、主として当該療養を実施する医師（以下「実施責任医師」という。）は、当該療養を実施する診療科において常勤の医師であること。

○　実施するに当たっては、当該先進医療に係る施設基準に適合する体制で行うこと。

○　先進医療告示第２各号に掲げる施設基準の細則は次のとおりである。
①　実施責任医師は、実施診療科に現に所属していること。なお、実施診療科における責任者は、実施責任医師の要件を満たしていなくても差し支えない。
②　医師に関する経験年数及び経験症例数については、現に当該医師が所属している保険医療機関以外の医療機関における経験を含めたものであること。
③　倫理委員会については、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和３年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第１号。以下「生命・医学系指針」という。）第８章に規定する「倫理審査委員会」に準ずるものであること。なお、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26 年文部科学省・厚生労働省告示第３号。以下「倫理指針」という。）の施行日（平成27 年４月１日）より前に着手された研究については、従前の臨床研究に関する倫理指針の規定によることができるものとし、生命・医学系指針の施行日（令和３年６月30 日）より前に着手された研究については、従前の倫理指針の規定によることができるものとする。
④　遺伝カウンセリングについては、遺伝医学関連学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」に則した遺伝カウンセリングであること。
⑤　実施保険医療機関は、１の（２）ただし書により、検**査の実施を衛生検査所に委託する場合においては、当該検査に係る医療技術が、先進医療会議において承認されたものと同一であることを確認する**こと。

○　医療技術の内容に応じた指針に適合する実施体制を有すること。

（局長通知のURL）
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/sensiniryo/minaoshi/dl/tuuchi01.pdf

先進医療Ａに係る定期報告等

（定期報告）
○　当該年６月30 日までに先進医療を実施している保険医療機関を対象とし、**前年の７月１日から当該年６月30 日までの間に行った先進医療の実績について、別紙７の様式第１号を用いて、当該年８月末までに地方厚生（支）局に報告すること**。

○　先進医療実施届出書、新規施設届出書、委託側新規共同実施施設届出書、受託側新規共同実施施設届出書、既評価技術施設届出書、委託側共同実施施設届出書又は受託側共同実施施設届出書を提出後に届出書を取り下げた場合、又は、当該届出に係る先進医療の取消しがあった場合には、当該年７月１日（取下げ又は取消しが１月１日から６月30 日までの間に行われた場合にあっては、前年の７月１日）から取下げ又は取消しまでの間の実績について、遅滞なく地方厚生（支）局に報告すること。

（安全性報告）
○　**先進医療の実施に伴う重篤な有害事象及び不具合**（以下「重篤な有害事象等」という。）により、**次に掲げる症例（①又は②に掲げる症例に該当の適否の判断に迷う場合を含む。）が発生したもの**については、**それぞれ①又は②に掲げる期日までに別紙７の様式第２号に定める書類を、先進医療Ａについては地方厚生（支）局に報告すること。**
① **死に至る又は生命を脅かす症例については、発生を知った日より７日以**内に届け出ること。
② **次に掲げる症例（①に掲げるものを除く。）であって、当該症例の発生又は発生数、発生頻度、発生条件等の発生傾向が実施計画書等から予測できないものについては、発生を知った日より15 日以内**に届け出ること。
ア 重篤な有害事象等の治療のために別の入院又は入院期間の延長が必要とされる症例（ただし、重篤な有害事象等の治療のために入院したが、安静治療等により特段の対応を行っていない場合等は当該症例に該当するが、重篤な有害事象等の検査を行うための入院又は入院期間の延長が行われた場合、重篤な有害事象等が治癒又は軽快しているものの経過観察のための入院が行われた場合等は、当該症例に該当しない。）
イ 日常生活に支障をきたす程度の永続的又は顕著な障害・機能不全に陥る症例（先天異常を来すもの及び機器の不具合を含む。）
ウ ア又はイに掲げる症例のほか、患者を危機にさらすおそれがあるもの、①又はア若しくはイに掲げる症例に至らないよう診療が必要となるもの等の重篤な症例（例：集中治療を要する症例等）

○　代替可能な既に保険収載されている治療法等において同様の重篤な有害事象等が発生することが明らかにされている場合にあっても、報告すること。

（健康危険情報に関する報告）※　安全性報告で報告しているものは除く
○　**先進医療を実施している保険医療機関は、国内外を問わず、自ら実施する先進医療に係る国民の生命、健康の安全に直接係わる危険情報（以下「健康危険情報」という。）の収集に努め、健康危険情報を把握した場合は、別紙７の様式第３号に定める書類を、先進医療Ａについては地方厚生（支）局に報告すること。**

（課長通知のURL）
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/sensiniryo/minaoshi/dl/tuuchi02.pdf

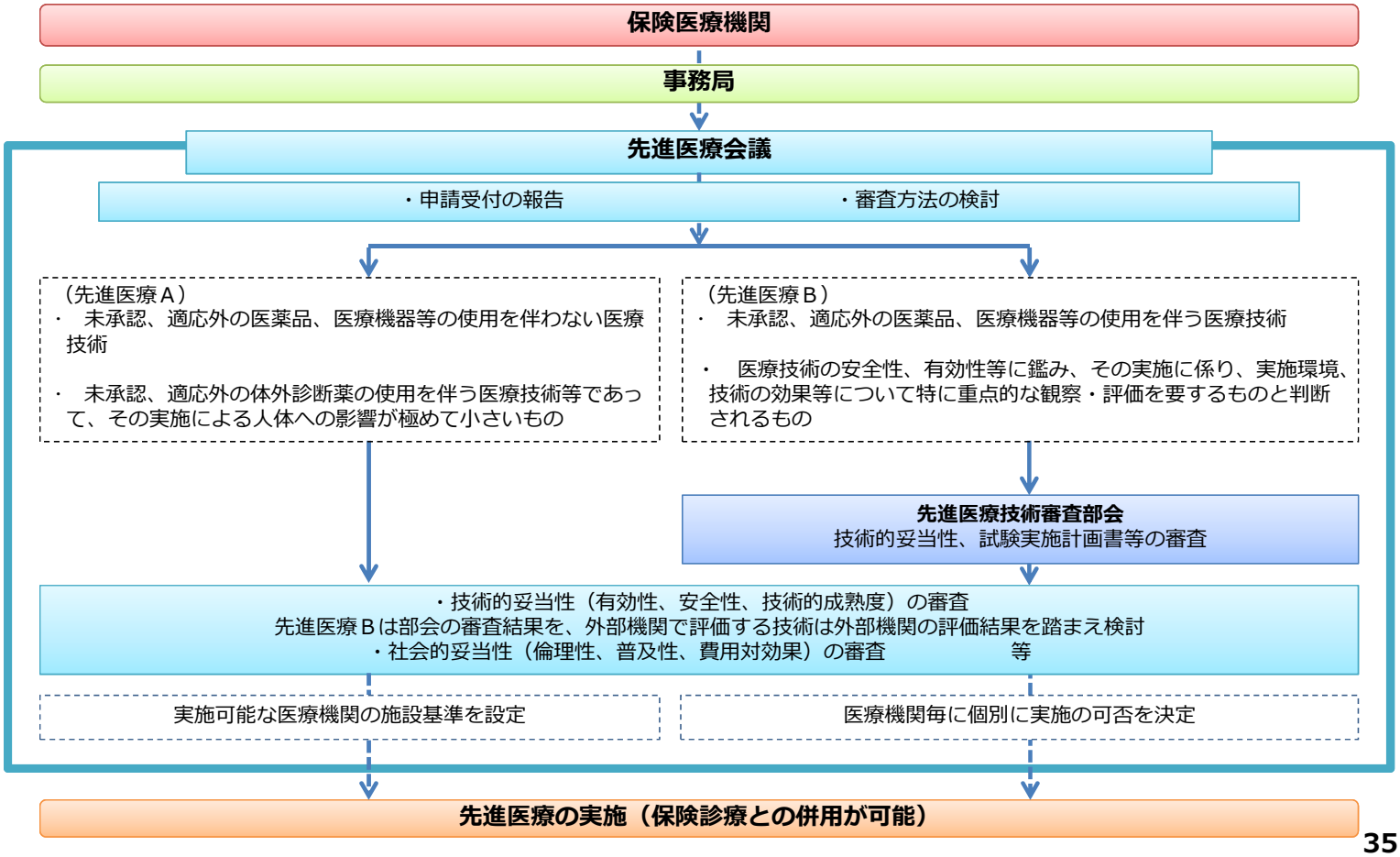
先進医療Ａに係る施設基準の届出について

お願い

- 令和4年4月1日から先進医療を実施するためには、令和4年4月20日（水曜日）（必着）までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。なお、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、郵送での提出にご協力をお願いします。

（参考）新規技術の審査に係る先進医療の流れ



不妊治療の保険適用

１．不妊治療の保険適用の概要
２．先進医療の検討状況
３．不妊治療に必要な医薬品への対応状況
４．移行期における助成金の取扱い
５．一般不妊治療に係る評価の新設
６．生殖補助医療に係る評価の新設

不妊治療に必要な医薬品への対応　①

表１：薬価収載予定・薬事承認済みの医薬品

販売名	一般名	関係する効能・効果
バイアグラ錠25mgほか	シルデナフィルクエン酸塩	勃起不全（満足な性行為を行うに十分な勃起とその維持が出来ない患者）※
シアリス錠5mgほか	タダラフィル	
レコベル皮下注12μgペンほか	ホリトロピン　デルタ（遺伝子組換え）	生殖補助医療における調節卵巣刺激
ガニレスト皮下注0.25mgシリンジ	ガニレリクス酢酸塩	調節卵巣刺激下における早発排卵の防止
セトロタイド注射用0.25mg	セトロレリクス酢酸塩	
ルテウム腟錠100mg	プロゲステロン	生殖補助医療における黄体補充
ウトロゲスタン腟用カプセル200mg		
ルティナス腟錠100mg		
ワンクリノン腟用ゲル90mg		

※　保険適用の対象として想定されるのは、勃起不全による男性不妊のみ

表２：薬価収載済み・薬事承認済みの医薬品

販売名	一般名	関係する効能・効果
ゴナールエフ皮下注ペン300ほか	ホリトロピン　アルファ（遺伝子組換え）	生殖補助医療における調節卵巣刺激 視床下部－下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発 低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症における精子形成の誘導
オビドレル皮下注シリンジ250μg	コリオゴナドトロピン　アルファ（遺伝子組換え）	視床下部－下垂体機能障害に伴う無排卵又は希発排卵における排卵誘発及び黄体化 生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化

不妊治療に必要な医薬品への対応　②

表３：薬価収載済み・薬事承認に係る手続き中の医薬品 ①

販売名	一般名	関係する効能・効果（予定）
ジュリナ錠0.5mg	エストラジオール	生殖補助医療における周期調整 凍結融解胚移植におけるホルモン調整周期
エストラーナテープ0.72mgほか		
ディビゲル1mg		
ル・エストロジェル0.06%		
デュファストン錠5mg	ジドロゲステロン	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体ホルモン併用調節卵巣刺激法 生殖補助医療における黄体補充
ヒスロン錠5	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体ホルモン併用調節卵巣刺激法
ルトラール錠2mg	クロルマジノン酢酸エステル	生殖補助医療における周期調整 生殖補助医療における黄体補充
ノアルテン錠（5mg）	ノルエチステロン	生殖補助医療における周期調整
プラノバール配合錠	ノルゲストレル・エチニルエストラジオール	
ジェミーナ配合錠	レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール	
ルナベル配合錠LDほか	ノルエチステロン・エチニルエストラジオール	
ヤーズフレックス配合錠	ドロスピレノン・エチニルエストラジオール ベータデクス	
スプレキュア点鼻液0.15%	ブセレリン酢酸塩	生殖補助医療における早発排卵の防止 生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化
ナサニール点鼻液0.2%	ナファレリン酢酸塩水和物	生殖補助医療における早発排卵の防止

※　表３は以下のHPで公開されている情報に基づき作成した（令和４年２月18日現在）。

「不妊治療に関する医薬品の承認審査について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/topics/infertility_treatment.html

不妊治療に必要な医薬品への対応　③

表３：薬価収載済み・薬事承認に係る手続き中の医薬品 ②

販売名	一般名	関係する効能・効果（予定）
HMG注射用75IU「フェリング」ほか	ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン	生殖補助医療における調節卵巣刺激
HMG筋注用75単位「F」ほか		
HMG筋注用75単位「あすか」ほか		
フォリルモンP注75ほか	精製下垂体性性腺刺激ホルモン	
uFSH注用150単位「あすか」		
クロミッド錠50mg	クロミフェンクエン酸	生殖補助医療における調節卵巣刺激 男性不妊症に対する造精機能の改善
フェマーラ錠2.5mg	レトロゾール	多嚢胞性卵巣症候群における排卵誘発 原因不明不妊における排卵誘発 生殖補助医療における調節卵巣刺激
メトグルコ錠500mgほか	メトホルミン塩酸塩	多嚢胞性卵巣症候群における排卵誘発（ただし、肥満、耐糖能異常、又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る） 多嚢胞性卵巣症候群の生殖補助医療における調節卵巣刺激（ただし、肥満、耐糖能異常、又はインスリン抵抗性のいずれかを呈する患者に限る）
注射用HCG5,000単位「F」ほか	ヒト絨毛性性腺刺激ホルモン	生殖補助医療における卵胞成熟及び黄体化 一般不妊治療（体内での受精を目的とした不妊治療）における排卵誘発及び黄体化 生殖補助医療における黄体補充
HCGモチダ筋注用 5千単位ほか		
ゴナトロピン注用5000単位		
カバサール錠0.25mg	カベルゴリン	生殖補助医療に伴う卵巣過剰刺激症候群の発症抑制

※　表３は以下のHPで公開されている情報に基づき作成した（令和４年２月28日現在）。

「不妊治療に関する医薬品の承認審査について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/topics/infertility_treatment.html

不妊治療の保険適用

１．不妊治療の保険適用の概要
２．先進医療の検討状況
３．不妊治療に必要な医薬品への対応状況
４．移行期における助成金の取扱い
５．一般不妊治療に係る評価の新設
６．生殖補助医療に係る評価の新設

不妊治療の保険適用の円滑な移行に向けた支援

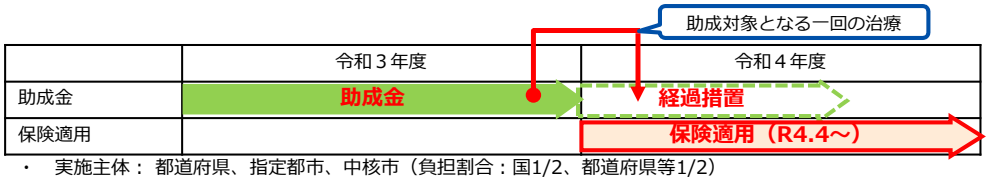
令和３年度補正予算：67億円

目　的

令和４年度からの不妊治療の保険適用の円滑な実施に向け、移行期の治療計画に支障が生じないよう、経過措置等を講じる。

円滑な移行に向けた支援

１．　移行期の治療計画に支障が生じないよう、年度をまたぐ一回の治療について、経過措置として助成金の対象とする。



・　実施主体：　都道府県、指定都市、中核市（負担割合：国1/2、都道府県等1/2）

２．　現行の助成が円滑に行われるよう、予算額が不足する自治体に対しては、不足分を措置する。

参考（現在の事業概要）

○　要旨　不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる配偶者間の不妊治療に要する費用の一部を助成

○　対象治療法　体外受精及び顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）

○　対象者　特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された夫婦（治療期間の初日における妻の年齢が４３歳未満である夫婦）

○　給付の内容　①１回３０万円
※凍結胚移植（採卵を伴わないもの）及び採卵したが卵が得られない等のため中止したものついては、１回１０万円
通算回数は、初めて助成を受けた際の治療期間初日における妻の年齢が、４０歳未満であるときは通算６回まで、４０歳以上４３歳未満であるときは通算３回まで助成（１子ごと）
②男性不妊治療を行った場合は３０万円　※精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術

○　指定医療機関　事業実施主体において医療機関を指定

○　実施主体　都道府県、指定都市、中核市

○　補助率等　１／２（負担割合：国１／２、都道府県・指定都市・中核市１／２）、安心こども基金を活用

不妊治療の保険適用

１．不妊治療の保険適用の概要
２．先進医療の検討状況
３．不妊治療に必要な医薬品への対応状況
４．移行期における助成金の取扱い
５．一般不妊治療に係る評価の新設
６．生殖補助医療に係る評価の新設

一般不妊治療に係る医療技術等の評価　①（一般不妊治療管理料）

➢ 一般不妊治療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新）　一般不妊治療管理料　　250点（３月に１回）

［対象患者］

入院中の患者以外の患者であって、**一般不妊治療を実施している不妊症の患者**

［算定要件］

（１）入院中の患者以外の不妊症の患者であって、**一般不妊治療を実施しているもの**に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

（２）**治療計画を作成**し、**当該患者及びそのパートナー**（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。）**に文書を用いて説明の上交付**し、**文書による同意を得る**こと。また、**交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付**すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（３）少なくとも**６月に１回**以上、当該患者及びそのパートナーに対して**治療内容等に係る同意について確認**するとともに、**必要に応じて治療計画の見直しを行う**こと。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。

（４）治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

（５）当該患者に対する毎回の指導内容の要点を**診療録に記載**すること。

（６）当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを**不妊症と診断した理由について、診療録に記載**すること。

（７）当該管理料の初回算定時に、**以下のいずれかに該当することを確認**すること。

ア　当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。

イ　当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

（８）（７）の確認に当たっては、確認した方法について、診療録に記載するとともに、提出された文書等がある場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

［施設基準］

（１）**産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜**する保険医療機関であること。

（２）当該保険医療機関内に、**産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上**又は**泌尿器科について５年以上の経験**を有する**常勤の医師が１名以上**配置されていること。

（３）当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を**年間20例以上**実施していること。

（４）以下のいずれかを満たす施設であること。

ア　生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること。

イ　生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること。

※　令和４年９月30日までの間に限り、（２）から（４）の基準を満たしているものとする。

一般不妊治療に係る医療技術等の評価　②（人工授精）

➢ 不妊症の患者に対して、人工授精を実施した場合の評価を新設する。

（新）　人工授精　　1,820点

［算定要件］

（１）不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、**当該患者のパートナーから採取した精子を用いて、妊娠を目的として実施した場合**に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　精子・精液の量的・質的異常

イ　射精障害・性交障害

ウ　精子－頚管粘液不適合

エ　機能性不妊

（２）人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、**精子の前処置を適切に実施**すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（４）治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討し提案すること。また、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が**産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科**を標榜する保険医療機関であること。

（２）**一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出を行った**保険医療機関であること。

不妊治療の保険適用

１．不妊治療の保険適用の概要
２．先進医療の検討状況
３．不妊治療に必要な医薬品への対応状況
４．移行期における助成金の取扱い
５．一般不妊治療に係る評価の新設
６．生殖補助医療に係る評価の新設

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　①（生殖補助医療管理料（その１））

➢ 生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合の評価を新設する。

（新）　生殖補助医療管理料（月に１回）

１　生殖補助医療管理料１　　300点
２　生殖補助医療管理料２　　250点

［対象患者］

入院中の患者以外の患者であって、**生殖補助医療を実施している不妊症の患者**

［算定要件（その１）］

（１）入院中の患者以外の不妊症の患者であって、**生殖補助医療を実施しているもの**（**実施するための準備をしている者を含み**、当該患者又はそのパートナーのうち**女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る**。）に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月に１回に限り算定する。

（２）**治療計画を作成**し、**当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付**し、**文書による同意を得る**こと。また、**交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付**すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（３）治療計画は、**胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成**すること。また、当該計画は、**採卵術（実施するため準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）まで**の診療過程を含めて作成すること。ただし、既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、**当該胚移植術の準備から結果の確認まで**を含めて作成すればよい。

（４）治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、**治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計**について確認した上で、診療録に記載するとともに、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に照会すること。

（５）少なくとも**６月に１回**以上、当該患者及びそのパートナーに対して**治療内容等に係る同意について確認**するとともに、**必要に応じて治療計画の見直しを行う**こと。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。

（６）治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。

（７）治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を**診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。また、**２回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合**には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を**診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　②（生殖補助医療管理料（その２））

（新）　生殖補助医療管理料（月に１回）

１　生殖補助医療管理料１　　300点
２　生殖補助医療管理料２　　250点

［算定要件（その２）］

（８）当該患者に対する毎回の指導内容の要点を**診療録に記載**すること。
（９）治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
（10）当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを**不妊症と診断した理由について、診療録に記載**すること。
（11）当該管理料の初回算定時に、**以下のいずれかに該当することを確認**すること。
　ア　当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
　イ　当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。
（12）（11）の確認に当たっては、確認した方法について、診療録に記載するとともに、提出された文書等がある場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

［施設基準（その１）］

（１）**産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜**する保険医療機関であること。
（２）当該保険医療機関内に、**産科、婦人科若しくは産婦人科**について**合わせて５年以上**又は**泌尿器科**について**５年以上**の経験を有し、かつ、**生殖補助医療に係る２年以上**の経験を有する**常勤の医師が１名以上**配置されていること。
（３）当該保険医療機関内に、**日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る１年以上**の経験を有する**常勤の医師が１名以上**配置されていること。
（４）当該保険医療機関内に、**配偶子・胚の管理に係る責任者**が**１名以上**配置されていること。
（５）当該保険医療機関内に、関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が１名以上配置されていることが望ましい。
（６）**日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設**であること。また、日本産科婦人科学会のＡＲＴオンライン登録への**データ入力を適切に実施**すること。

※　令和４年３月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、（２）から（20）の基準を満たしているものとする。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　③（生殖補助医療管理料（その３））

（新）　生殖補助医療管理料（月に１回）

１　生殖補助医療管理料１　　300点
２　生殖補助医療管理料２　　250点

［施設基準（その２）］

（７）**採卵を行う専用の室**を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するための以下の装置・器具等を有していること。ただし、**採卵、培養及び凍結保存を行う専用の室は、同一のものであって差し支えない**。
　ア　酸素供給装置　　イ　吸引装置　　ウ　心電計
　エ　呼吸循環監視装置　　オ　救急蘇生セット
（８）**培養を行う施錠可能な専用の室**を備えていること。
（９）**凍結保存を行う施錠可能な専用の室**を備えていること。また、**凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存**すること。
（10）当該保険医療機関において、**医療に係る安全管理を行う体制**が整備されていること。
（11）**安全管理のための指針**が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
（12）**安全管理のための医療事故等の院内報告制度**が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
（13）**安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催**されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
（14）**安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に開催**されていること。
（15）配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、**配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制**が整備されていること。
（16）緊急時の対応のため、**時間外・夜間救急体制が整備**されていること又は**他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備**されていること。
（17）**胚移植術を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制**を有していること。
（18）**胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制**を有していること。また、当該保険医療機関において実施した胚移植術の実施回数について、**他の保険医療機関から情報提供を求められた場合には、それに応じる**こと。
（19）以下のいずれかを満たす施設であることが望ましい。
　ア　精巣内精子採取術に係る届出を行っていること。
　イ　精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
（20）**国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力**すること。
（21）**生殖補助医療管理料１に係る届出を行う保険医療機関**においては、**以下の体制を有している**こと。
　ア　看護師、公認心理師等の**患者からの相談に対応する専任の担当者を配置**していること。
　イ　社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
　ウ　他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。

※　令和４年３月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、（２）から（20）の基準を満たしているものとする。
※　当面の間、（７）から（９）の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料１又は２に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との連係により要件を満たすものとして差し支えない。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　④（採卵術、ＡＭＨ）

➢ 不妊症の患者に対して、採卵を実施した場合の評価を新設する。

（新）　採卵術　3,200点

注　**採取された卵子の数に応じて**、次に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。

イ　１個の場合	2,400点
ロ　２個から５個までの場合	3,600点
ハ　６個から９個までの場合	5,500点
ニ　10個以上の場合	7,200点

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が**産科、婦人科又は産婦人科**を標榜する保険医療機関であること。

（２）**生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った**保険医療機関であること。

［算定要件］

（１）不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、**当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合**に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　卵管性不妊
イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）
ウ　機能性不妊
エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

（２）採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（３）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

➢ 不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的に実施される、抗ミュラー管ホルモン測定に係る評価を新設する。

（新）　抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）　600点（６月に１回）

［算定要件］

○　不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的として、血清又は血漿を検体としてＥＩＡ法、ＣＬＥＩＡ法又はＥＣＬＩＡ法により測定した場合に、６月に１回に限り算定できる。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　⑤（体外受精・顕微授精管理料（その１））

➢ 不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精を実施した場合の評価を新設する。

（新）　体外受精・顕微授精管理料

１　体外受精	4,200点
２　顕微授精	
イ　１個の場合	4,800点
ロ　２個から５個までの場合	6,800点
ハ　６個から９個までの場合	10,000点
ニ　10個以上の場合	12,800点

［算定要件（その１）］

（１）不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、**当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として、治療計画に従って体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合**に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　卵管性不妊　　イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）
ウ　機能性不妊　　エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

（２）体外受精及び必要な医学管理を行った場合は「１」により算定し、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合は、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて「２」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定する。その際 、当該管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、「注２」に規定する採取精子調整加算を除き、別に算定できない。

（４）体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（６）体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が**産科、婦人科又は産婦人科**を標榜する保険医療機関であること。

（２）**生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った**保険医療機関であること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　⑤（体外受精・顕微授精管理料（その２））

（新）　体外受精・顕微授精管理料

１　体外受精	**4,200点**
２　顕微授精	
イ　１個の場合	**4,800点**
ロ　２個から５個までの場合	**6,800点**
ハ　６個から９個までの場合	**10,000点**
ニ　10個以上の場合	**12,800点**

注１　体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、**１の所定点数の100分の50に相当する点数**及び**２の所定点数**を**合算した点数**により算定する。

注２　精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、**採取精子調整加算**として、**5,000点**を所定点数に加算する。

注３　２について、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、**卵子調整加算**として、**1,000点**を所定点数に加算する。

［算定要件（その２）］

（７）「注１」の規定に従って算定する場合は、体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（８）「注２」の採取精子調整加算は、**精巣内精子採取術により採取された精子を用いて、当該手術後初めて「１」又は「２」を実施する場合**に算定する。その際、精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関において実施した場合にあっては、その名称及び当該保険医療機関において実施された年月日）を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（９）「注３」の卵子調整加算は、**顕微授精における受精障害の既往があること等により、医師が必要と認めた場合**であって、**受精卵作成の成功率を向上させることを目的として実施した場合**に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　⑥（受精卵・胚培養管理料）

➢ 体外受精又は顕微授精により作成した受精卵の培養等の管理に係る評価を新設する。

（新）　受精卵・胚培養管理料

１　１個の場合	**4,500点**
２　２個から５個までの場合	**6,000点**
３　６個から９個までの場合	**8,400点**
４　10個以上の場合	**10,500点**

注　**胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数**に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。

イ　１個の場合	**1,500点**
ロ　２個から５個までの場合	**2,000点**
ハ　６個から９個までの場合	**2,500点**
ニ　10個以上の場合	**3,000点**

［施設基準］

（１）当該保険医療機関が**産科、婦人科又は産婦人科**を標榜する保険医療機関であること。

（２）**生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った**保険医療機関であること。

［算定要件］

（１）**不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から、胚移植術を実施するために必要な初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、治療計画に従って受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合**に、**当該管理を実施した受精卵及び胚の数**に応じて算定する。その際、当該管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２）「注」については、**作成された初期胚のうち、胚盤胞の作成を目的として管理を実施したものの数**に応じて算定する。その際、当該管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。

（４）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　⑦（胚凍結保存管理料）

➢ 受精卵の培養により作成された初期胚又は胚盤胞の凍結保存等の管理に係る評価を新設する。

（新）　胚凍結保存管理料

1　胚凍結保存管理料（導入時）	
イ　１個の場合	**5,000点**
ロ　２個から５個までの場合	**7,000点**
ハ　６個から９個までの場合	**10,200点**
ニ　10個以上の場合	**13,000点**
2　胚凍結保存維持管理料	**3,500点（１年に１回）**

注　１については、**凍結保存を開始した場合**に、**凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定**し、２については、**凍結保存の開始から１年を経過している場合**であって、**凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合**に、**当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度**として、**１年に１回に限り算定**する。

［算定要件］

（1）**不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、治療計画に従って初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合**に算定する。

（2）凍結保存及び必要な医学管理を開始した場合は、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて「１」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定し、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合は「２」により算定する。

（3）「１」について、初期胚又は胚盤胞の凍結を開始した場合には、当該初期胚又は胚盤胞ごとに凍結を開始した年月日を診療録等に記載すること。

（4）「１」の算定に当たっては、凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（5）「２」の算定に当たっては、当該維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数及び当該初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（6）胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。

（7）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（8）妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

（9）患者の希望に基づき、凍結した初期胚又は胚盤胞を他の保険医療機関に移送する場合には、その費用は患家の負担とする。

［施設基準］

（1）当該保険医療機関が**産科、婦人科又は産婦人科**を標榜する保険医療機関であること。

（2）**生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った**保険医療機関であること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　⑧（胚移植術（その１））

➢ 不妊症の患者に対して、胚移植を実施した場合の評価を新設する。

（新）　胚移植術

1　新鮮胚移植の場合	**7,500点**
2　凍結・融解胚移植の場合	**12,000点**

注１　**患者の治療開始日の年齢**が**40歳未満**である場合は、**患者１人につき６回に限り**、**40歳以上43歳未満**である場合は、**患者１人につき３回に限り**算定する。

［算定要件（その１）］

（1）不妊症の患者に対して、**当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合**であって、新鮮胚を用いた場合は「１」により算定し、凍結胚を融解したものを用いた場合は「２」により算定する。

（2）「注１」における**治療開始日の年齢**とは、**当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢**をいう。ただし、**算定回数の上限に係る治療開始日の年齢**は、当該患者及びそのパートナーについて**初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢により定める**ものとする。

（3）「注１」について、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合であって、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者１人につきさらに６回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者１人につきさらに３回に限り算定する。

（4）胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（5）凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（6）治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（7）当該患者及びそのパートナーに係る胚移植術の実施回数の合計について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、実施回数の合計の記載に当たっては、当該胚移植術の実施に向けた治療計画の作成に当たり確認した事項を踏まえること。

生殖補助医療に係る医療技術等の評価　⑧（胚移植術（その２））

（新）　胚移植術

１　新鮮胚移植の場合　7,500点
２　凍結・融解胚移植の場合　12,000点

注２　アシステッドハッチングを実施した場合は、**1,000点**を所定点数に加算する。
注３　高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、**1,000点**を所定点数に加算する。

［算定要件（その２）］
（８）「注２」のアシステッドハッチングは、**過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合**であって、**妊娠率を向上させることを目的として実施した場合**に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
（９）「注３」の高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置は、**過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合**であって、**妊娠率を向上させることを目的として実施した場合**に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

［施設基準］
（１）当該保険医療機関が**産科、婦人科又は産婦人科**を標榜する保険医療機関であること。
（２）**生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った**保険医療機関であること。

男性不妊治療に係る医療技術等の評価　①（Ｙ染色体微小欠失検査）

➢ 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的にＹ染色体微小欠失検査を実施した場合の評価を新設する。

（新）　Ｙ染色体微小欠失検査　3,770点（患者１人につき１回）

［算定要件］
○　Ｙ染色体微小欠失検査は、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法により、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。なお、本検査を実施する医学的な理由を診療録に記載すること。

［施設基準］
（１）次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。
　ア　**生殖補助医療管理料**
　イ　**精巣内精子採取術**
（２）検体検査判断料の「注６」遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていることが望ましい。

男性不妊治療に係る医療技術等の評価　②（精巣内精子採取術）

➢ 不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術を実施した場合の評価を新設する。

（新）　精巣内精子採取術

１　単純なもの	**12,400点**
２　顕微鏡を用いたもの	**24,600点**

［算定要件］

（１）不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。

（２）１については、以下のいずれかに該当する患者に対して、**体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合**に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　閉塞性無精子症　　イ　非閉塞性無精子症

ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの

（３）２については、以下のいずれかに該当する患者に対して、**体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合**に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　非閉塞性無精子症

イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者

（４）精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（５）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（６）（２）のウ又は（３）のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

［施設基準］

（１）次のいずれかに該当すること。

ア　次のいずれの基準にも該当すること。

①　当該保険医療機関が**泌尿器科**を標榜する保険医療機関であること。

②　**泌尿器科について５年以上の経験**を有する**常勤の医師が１名以上**配置されていること。

③　**生殖補助医療管理料に係る届出を行っている**又は**生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携している**こと。

イ　次のいずれの基準にも該当すること。

①　当該保険医療機関が**産科、婦人科又は産婦人科**を標榜する保険医療機関であること。

②　精巣内精子採取術について過去２年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について５年以上の経験を有する医師が１名以上配置されていること。

③　**生殖補助医療管理料に係る届出を行っている**保険医療機関であること。

④　**泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築**していること。

（２）緊急時の対応のため、**時間外・夜間救急体制が整備**されていること又は**他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備**されていること。

（３）**国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること**。

※　令和４年３月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、（１）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（２）の基準を満たしているものとする。

令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（全般的事項）

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

（入院医療）

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

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

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

（かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療）

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

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

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

8　精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和４年度診療報酬改定

令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（働き方改革）

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

（在宅医療等）

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

（医療技術の評価）

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

（歯科診療報酬）

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

（調剤報酬）

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

令和４年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（後発医薬品の使用促進）

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

（その他）

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

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

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

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

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

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

令和４年度診療報酬改定に係る経過措置

経過措置について①

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

経過措置について②

	区分番号	項目	経過措置
9	A 101	療養病棟入院基本料（注11）	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
10	A101	療養病棟入院基本料（注11）	令和４年３月31日において、現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。
11	A106等	障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等	令和４年３月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する基準を満たしているものとする。
12	A200	総合入院体制加算	令和４年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年９月30日までの間、令和４年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものとする。
13	A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームの構成員における所定の研修については、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
14	A200-2	急性期充実体制加算	院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。ただし、その場合であっても１回目を令和４年９月30日までの間に開催すること。
15	A200-2	急性期充実体制加算	外来を縮小する体制における、紹介割合・逆紹介割合の要件及び、紹介受診重点医療機関については、令和５年４月１日以降に適用するものとする。
16	A200-2	急性期充実体制加算	公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院について、令和５年３月31日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
17	A207	診療録管理体制加算	令和４年３月31日において、現に診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和５年３月31日までの間、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び情報セキュリティに関する研修に係る要件を満たしているものとみなす。

経過措置について③

	区分番号	項目	経過措置
18	A234-2	感染対策向上加算２	令和４年３月31日において、旧医科点数表A234-2の感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。
19	A234-2	感染対策向上加算の注２に規定する指導強化加算	令和５年３月31日までの間に限り、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。
20	A234-4	重症患者初期支援充実加算	特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスについて、開催が困難な場合にあっては、令和４年９月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。
21	A244	病棟薬剤業務実施加算１	令和４年３月31日時点において、現に病棟薬剤業務実施加算１の届出を行っている保険医療機関であって、小児入院医療管理料の届出を行っているものについては、令和４年９月30日までの間に限り、病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟に配置されているとみなす。ただし、この場合であっても小児入院医療管理料を算定する病棟に病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が配置されていないときは、当該加算を算定できない。
22	A245（A100, A101, A105, A106, A306, A308, A309, A310, A311）	データ提出加算（地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料）	令和４年３月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であって、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

経過措置について④

	区分番号	項目	経過措置
23	A245（A100, A105, A106, A306, A309, A310）	データ提出加算（地域一般入院料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料）	令和４年３月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあっては、令和５年３月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。
24	A245（A100, A105, A106, A306, A309, A310）	データ提出加算（地域一般入院料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料）	令和４年３月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対１）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあっては、令和６年３月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たすものとする。
25	A245（A311）	データ提出加算（精神科救急急性期医療入院料）	令和４年３月31日時点で旧医科点数表A311の精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和６年３月31日までの間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
26	A246	入退院支援加算１	１の(４)に掲げる「連携医療機関」等の規定については、令和４年３月31日において現に入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。
27	A249	精神科急性期医師配置加算１ 精神科急性期医師配置加算３	令和４年３月31日時点で旧医科点数表A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算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、クロザピン導入に係る基準を満たしているものとする。
28	A249	精神科急性期医師配置加算１	令和４年３月31日時点で旧医科点数表A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和５年３月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。
29	A249	精神科急性期医師配置加算１	令和４年３月31日時点で現に精神科急性期医師配置加算１の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和５年３月31日までの間に限り、精神保健指定医配置に係る基準を満たしているものとする。

経過措置について⑤

	区分番号	項目	経過措置
30	A252	地域医療体制確保加算	令和４年３月31日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成することに係る基準を満たしているものとする。
31	A300	救命救急入院料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	令和４年３月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。
32	A300等	救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算	急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、A200-2急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月31日までの間に限り、別添７の様式42の８にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
33	A301	特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度の評価方法	令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。
34	A301	特定集中治療室管理料の注５に規定する早期栄養介入管理加算	令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の「注５」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、８の(４)の基準を満たしているものとみなす。
35	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料１～４	令和４年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。
36	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料５・６	令和４年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６の届出を行っている病棟については、令和５年３月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。

経過措置について⑥

	区分番号	項目	経過措置
37	A308－3	地域包括ケア病棟入院料（200床以上400床未満の医療機関に限る。）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和４年９月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
38	A308－3	地域包括ケア病棟入院料	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和４年９月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。
39	A308－3	地域包括ケア病棟入院料（100床以上の医療機関）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、入退院支援加算１の届出を要さないこととする。
40	A308－3	地域包括ケア病棟入院料（一般病床に限る。）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和５年３月31日までの間に限り、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院に該当するものとみなす。
41	A308－3	地域包括ケア病棟入院料（療養病床に限る。）	令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が８割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前３月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。
42	A311	精神科救急急性期医療入院料 精神科救急医療体制加算１ 精神科救急医療体制加算２ 精神科救急医療体制加算３	令和４年３月31日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、当該病棟における病床数が120床以下とすることについて要件を満たすものとみなす。
43	A319	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	令和４年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出を行っている病棟（特定機能病院に限る。）については、令和４年９月30日までの間に限り、施設基準を満たしているものとする。

経過措置について⑦

	区分番号	項目	経過措置
44	B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	令和４年３月31日時点で外来化学療法加算１又は２の届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を満たしているものとする。
45	B001・23	がん患者指導管理料イ	令和４年３月31日時点で、がん患者指導管理料イの届出を行っている医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
47	B001・32	一般不妊治療管理料	令和４年９月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び生殖補助医療を実施する他の保険医療機関との連係に係る基準を満たしているものとする。
48	B001・33	生殖補助医療管理料	令和４年３月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、人員の配置、具備すべき施設・設備、安全管理等の医療機関の体制（生殖補助医療管理料１における患者からの相談に対応する体制を除く。）に係る基準を満たしているものとする。
49	B005-12	こころの連携指導料（Ⅰ）	自殺対策等に関する適切な研修を受講していない場合にあっては、令和４年９月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。
50	C在宅医療	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	令和４年３月31日時点で、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
51	D007 「１」	アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）	ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。
52	E通則５	画像診断管理加算３に関する施設基準	令和４年３月31日時点で画像診断管理加算３の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る要件を満たしているものとする。

経過措置について⑧

	区分番号	項目	経過措置
53	H004	摂食機能療法の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算１	令和４年３月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和４年度改定前）の医科点数表区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の「注３」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和４年９月30日までの間に限り、摂食嚥下機能回復体制加算１に関する摂食嚥下支援チームの職種の規定における「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、経口摂取回復率35%以上の基準を満たしているものとする。
54	H通則	疾患別リハビリテーション料	令和４年９月30日までの間に限り、FIMの測定に係る要件を満たしていることとする。
55	I002-3	救急患者継続支援料	令和４年３月 31 日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月 31 日までの間に限り、人員配置に係る基準を満たしているものとする。
56	J038	人工腎臓 注２ ロ 導入期加算２	令和４年３月31日時点で導入期加算２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、２の(2)のイ、ウ及び工の基準を満たしているものとする。
57	J及びK	医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置等の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準	令和４年３月31日時点で時間外加算１等の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、当直回数の基準を満たしているものとする。
58	K838-2	精巣内精子採取術	令和４年３月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、医師の配置、診療実績及び他の保険医療機関との連係に係る基準（１）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（２）の基準を満たしているものとする。
59	訪問看護	機能強化型訪問看護管理療養費	令和４年３月31日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費１又は２の届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和４年９月30日までの間に限り、「人材育成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」に係る基準を満たしているものとする。

経過措置について⑨

	区分番号	項目	経過措置
60	訪問看護	指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準	令和６年３月31日までの間、業務継続計画の策定等については、努力義務とする。

施設基準の届出について

お願い

- 令和4年4月1日から算定を行うためには、**令和4年4月20日（水曜日）（必着）**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。なお、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、郵送での提出にご協力をお願いします。

診療報酬改定に伴う届出事項一覧（基本診療料）

※「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（保医発 0304 第２号）より抜粋

第２　届出に関する手続き

（略）

２　「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添７の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を１通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

（略）

７　各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、令和４年４月 20 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

第４　経過措置等

１　第２及び第３の規定にかかわらず、令和４年３月 31 日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和４年４月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和４年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表１）及び施設基準が改正された入院基本料等（表２）については、令和４年４月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表１　新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

初診料の注１、再診料の注１及び外来診療料の注１の規定による情報通信機器を用いた診療
初診料の注 11 及び再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算
初診料の注 12 及び再診料の注 16 に規定する連携強化加算
初診料の注 13 及び再診料の注 17 に規定するサーベイランス強化加算
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
急性期充実体制加算
急性期看護補助体制加算の注４に規定する看護補助体制充実加算
看護補助加算の注４に規定する看護補助体制充実加算
放射線治療病室管理加算
栄養サポートチーム加算（障害者施設等入院基本料を算定する場合に限る。）

感染対策向上加算３
感染対策向上加算の注２に規定する指導強化加算
感染対策向上加算の注３に規定する連携強化加算
感染対策向上加算の注４に規定するサーベイランス強化加算
重症患者初期支援充実加算
報告書管理体制加算
ハイリスク分娩等管理加算（地域連携分娩管理加算を算定する場合に限る。）
術後疼痛管理チーム加算
救命救急入院料の注１に規定する算定上限日数に関する基準
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（イを算定する場合に限る。）
救命救急入院料の注８に規定する早期離床・リハビリテーション加算
救命救急入院料の注９に規定する早期栄養介入管理加算
救命救急入院料の注 11 に規定する重症患者対応体制強化加算
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関する基準
特定集中治療室管理料の注６に規定する重症患者対応体制強化加算
ハイケアユニット入院医療管理料の注３に規定する早期離床・リハビリテーション加算
ハイケアユニット入院医療管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算
脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注３に規定する早期離床・リハビリテーション加算
脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算
小児特定集中治療室管理料の注３に規定する早期離床・リハビリテーション加算
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
総合周産期特定集中治療室管理料の注３に規定する成育連携支援加算
小児入院医療管理料の注５に掲げる無菌治療管理加算１及び２
小児入院医療管理料の注７に規定する養育支援体制加算
小児入院医療管理料の注８に掲げる時間外受入体制強化加算１及び２
精神科救急急性期医療入院料の注６に掲げる精神科救急医療体制加算１、２及び３
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表２　施設基準が改正された入院基本料等

機能強化加算
歯科診療特別対応連携加算
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）（令和５年１月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１及び地域一般入院基本料を除く。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで若しくは地域

包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
結核病棟入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料に限る。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定機能病院入院基本料の注５に掲げる看護必要度加算（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料（13 対入院基本料に限る。）（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

障害者施設等入院基本料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

障害者施設等入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

有床診療所入院基本料（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

総合入院体制加算（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

診療録管理体制加算（許可病床数が 400 床以上の保険医療機関に限る。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料６又は 10 対１入院基本料に限る。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料６又は 10 対１入院基本料に限る。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
看護補助加算１（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は 13 対１入院基本料に限る。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
感染対策向上加算１
感染対策向上加算２
後発医薬品使用体制加算１
後発医薬品使用体制加算２
後発医薬品使用体制加算３
病棟薬剤業務実施加算１（小児入院医療管理料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する場合に限る。）
精神科急性期医師配置加算１（現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号「Ａ３１１」に掲げる精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関又は精神科急性期治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関において、令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
救命救急入院料（救命救急入院料１又は３に限る。）（令和４年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施

設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特殊疾患病棟入院料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特殊疾患病棟入院料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
緩和ケア病棟入院料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

緩和ケア病棟入院料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急急性期医療入院料（「当該病棟における病床数が 120 床以下であること」の規定を満たすことにより令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急急性期医療入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注７（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表３　施設基準等の名称が変更されたが、令和４年３月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

急性期一般入院料７	→	急性期一般入院料６
重度アルコール依存症入院医療管理加算	→	依存症入院医療管理加算

２　精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

診療報酬改定に伴う届出事項一覧（特掲診療料）

※「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（保医発 0304 第３号）より抜粋

第２　届出に関する手続き

（略）

２　「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添２の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を１通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

（略）

７　次の(１)から(16)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか１つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

（１）持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）、皮下連続式グルコース測定

（２）腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術､腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術､腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

（３）センチネルリンパ節生検（併用）、乳がんセンチネルリンパ節加算１

（４）センチネルリンパ節生検（単独）、乳がんセンチネルリンパ節加算２

（５）人工膵臓検査、人工膵臓療法

（６）時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト

（７）検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

（８）導入期加算２、導入期加算３、腎代替療法実績加算

（９）透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

(10) 緊急整復固定加算、緊急挿入加算

(11) 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

(12) 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

(13) 膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎術（経尿道）

(14) 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術、陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

(15) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
(16) 胎児輸血術（一連につき）、臍帯穿刺

８　４に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、令和４年４月 20 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

第４　経過措置等

第２及び第３の規定にかかわらず、令和４年３月 31 日現在において現に特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局において、引き続き当該特掲診療料を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和４年４月以降の実績により、届出を行っている特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和４年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された特掲診療料（表１）及び施設基準が改正された特掲診療料（表２）については、令和４年４月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

外来栄養食事指導料（注３に掲げるがん専門管理栄養士が栄養食事指導を行う場合）
一般不妊治療管理料
生殖補助医療管理料１
生殖補助医療管理料２
二次性骨折予防継続管理料１
二次性骨折予防継続管理料２
二次性骨折予防継続管理料３
下肢創傷処置管理料
外来腫瘍化学療法診療料１
外来腫瘍化学療法診療料２
外来腫瘍化学療法診療料の注６に規定する連携充実加算
外来データ提出加算
こころの連携指導料（Ⅰ）
こころの連携指導料（Ⅱ）
禁煙治療補助システム指導管理加算
在宅データ提出加算
救急搬送診療料の注４に規定する重症患者搬送加算
在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算
染色体検査の注２に規定する絨毛染色体検査

抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体
前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）
口腔細菌定量検査
肝エラストグラフィ加算
リハビリテーションデータ提出加算
療養生活継続支援加算
依存症集団療法３
導入期加算３
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法
自家脂肪注入
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算
内視鏡下脳腫瘍生検術
内視鏡下脳腫瘍摘出術
癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）
舌下神経電気刺激装置植込術
角結膜悪性腫瘍切除手術
緑内障手術（流出路再建術（眼内法））
緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））
経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
耳管用補綴材挿入術
経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）
内視鏡的逆流防止粘膜切除術
腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
内視鏡的小腸ポリープ切除術
腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法
腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
埋没陰茎手術
陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）
精巣内精子採取術
腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
臍帯穿刺
体外式膜型人工肺管理料
周術期栄養管理実施加算
周術期薬剤管理加算
ホウ素中性子捕捉療法
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算
調剤基本料３ハ
地域支援体制加算２
地域支援体制加算３
連携強化加算
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
在宅中心静脈栄養法加算

表２　施設基準の改正された特掲診療料

がん患者指導管理料イ（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
小児かかりつけ診療料１
小児かかりつけ診療料２
在宅療養支援診療所（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
在宅療養支援病院（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
がんゲノムプロファイリング検査
ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査
画像診断管理加算３（令和５年４月１ 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
血流予備量比コンピューター断層撮影
外来後発医薬品使用体制加算１
外来後発医薬品使用体制加算２
外来後発医薬品使用体制加算３
摂食嚥下機能回復体制加算１
摂食嚥下機能回復体制加算２
摂食嚥下機能回復体制加算３
救急患者精神科継続支援料（令和５年４月１ 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
医科点数表第２章第９部処置の通則の５並びに歯科点数表第２章第８部処置の通則の６に掲げる処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１（令和５年４月１ 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
導入期加算２（令和５年４月１ 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術
在宅療養支援歯科診療所１（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域支援体制加算１（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域支援体制加算４
後発医薬品調剤体制加算１
後発医薬品調剤体制加算２
後発医薬品調剤体制加算３

表３　施設基準等の名称が変更されたが、令和４年３月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	→	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー
経カテーテル大動脈弁置換術	→	経カテーテル弁置換術(経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術)
腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
地域支援体制加算（調剤基本料１を算定している保険薬局の場合）	→	地域支援体制加算１

施設基準の届出について

○施設基準の届出を行う際のチェックリスト

□　「届出書」を添付していますか。

※「届出書」･･･基本診療料「別添７」又は「別添７の２」
特掲診療料「別添２」又は「別添２の２」
「届出書」は、届出を行う施設基準ごとに、表紙として添付する必要があります。
「別添７の２」又は「別添２の２」に該当する施設基準につきましては、当該届出書によりご提出ください。

□　施設基準通知や届出様式に記載されている「必要な添付書類」をすべて添付していますか。

□　「届出書」及び「届出書添付書類」に記載もれはありませんか。

※「届出書」及び「届出書添付書類」は、<u>１通提出し、提出した届出書及び届出書添付書類の写しを適切に保管してください。</u>

○施設基準等の届出先

・保険医療機関・保険薬局が所在する県を管轄する事務所（愛知県にあっては、指導監査課）になります。

管轄県	届出先	所在地	ＴＥＬ	ＦＡＸ
愛知県	東海北陸厚生局 指導監査課	〒460-0001 名古屋市中区三の丸 2-2-1 名古屋合同庁舎第１号館６階	052-228-6179	052-228-6237
富山県	東海北陸厚生局 富山事務所	〒930-0004 富山市桜橋通り 6-11 富山フコク生命第２ビル４階	076-439-6570	076-441-4041
石川県	東海北陸厚生局 石川事務所	〒920-0024 金沢市西念 3-4-1 金沢駅西合同庁舎７階	076-210-5140	076-261-0848
岐阜県	東海北陸厚生局 岐阜事務所	〒500-8114 岐阜市金竜町 5-13 岐阜合同庁舎４階	058-249-1822	058-247-0286
静岡県	東海北陸厚生局 静岡事務所	〒424-0825 静岡市清水区松原町 2-15 清水合同庁舎３階	054-355-2015	054-351-3115
三重県	東海北陸厚生局 三重事務所	〒514-0033 津市丸之内 26-8 津合同庁舎４階	059-213-3533	059-228-3588