

一般財団法人医療関連サービス振興会 令和4年1月開催月例セミナー

2022年度診療報酬改定の 方向性と対応策

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所
所長 中 林 梓

令和4年度(2022年度) 診療報酬改定率

・()内は前年2020年度【】内は、2018年度改定率

全体改定率 ▲0.94% (▲0.46%) 【▲1.19%】

1. 診療報酬改定(本体) +0.43% (+0.55%) 【+0.55%】

| | | | | |
|------------------------|-----|--------|----------|----------|
| ※1うち、2~5をのぞく +0.23% | 医 科 | +0.26% | (+0.53%) | 【+0.63%】 |
| | 歯 科 | +0.29% | (+0.59%) | 【+0.69%】 |
| | 調 剤 | +0.08% | (+0.16%) | 【+0.19%】 |

※2うち、看護職員処遇改善+0.2%、※3うち、リフィル処方箋導入・活用促進▲0.1%、
※4うち、不妊治療+0.2%、※5うち、小児感染防止加算期限▲0.1%

2. 薬価改定等 ▲1.37% (▲1.01%) 【▲1.74%】

| | | | |
|------|--------|----------|----------|
| 薬 価 | ▲1.35% | (▲0.99%) | 【▲1.65%】 |
| 材料価格 | ▲0.02% | (▲0.02%) | 【▲0.09%】 |

©ASK/LINKUP

2

診療報酬改定率について

(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)および「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・障がい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/年以上の医療機関およ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

©ASK/LINKUP

3

2022年診療報酬改定の重要ポイント

- ・連携評価の新たなフェーズへ
- ・地域連携・院内連携・他職種連携
- ・データヘルス改革・デジタル改革の本格化
- ・かかりつけ医の評価と外来機能の明確化
- ・オンライン診療だけではなくオンライン活用の拡大
- ・急性期入院医療は何を何処を評価したのか
- ・地域包括ケア病棟の厳しい改定の意味
- ・回復期リハビリテーションの今後はアウトカム
- ・療養病床の中心静脈栄養評価の対応
- ・同時改定への布石を読み解く重要性

©ASK

4

① 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例に係る対応

新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、令和4年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、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. 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。
2. 「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。
3. 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。
4. 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。

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策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体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。

- 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。

改定後

（新）外来感染対策向上加算 6点

【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。

（※）以下を算定する場合において算定可能とする（ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。）。

- A 初診料 イ 再診料 ウ 小児科外来診療料 エ 外来リハビリテーション診療料
オ 外来放射線照射診療料 カ 地域包括診療料 キ 認知症地域包括診療料
ク 小児かかりつけ診療料 ケ 外来腫瘍化学療法診療料 コ 救急救命管理料
サ 退院後訪問指導料 シ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）
ス 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
セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料 チ 在宅患者訪問栄養食事指導料 ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
テ 精神科訪問看護・指導料

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

改定後

（新）外来感染対策向上加算 6点

【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）当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
（3）当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。
（4）感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。
（5）診療所であること。
（6）感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の1の（1）のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
（7）（6）に掲げる部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第20の1の（1）アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第20の1の（1）イに規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
（8）感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。
（9）（7）に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
（10）（7）に掲げる院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の（5）に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
（11）（7）に掲げる院内感染管理者は、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。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。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。

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

改定後

（新）外来感染対策向上加算 6点

【施設基準】

- （12）院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。
（13）（7）に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
（14）当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
（15）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、そのことについてホームページ等により公開していること。
（16）新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
（17）「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。
（18）新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
（19）区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

2. 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。

改定後

(新) 連携強化加算 3点

【算定要件】

感染症対策に関する医療機関間の連携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保険医療機関において診療を行った場合は、連携強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

【施設基準】

- (1) 他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。
(2) 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であること。
(3) 連携する感染対策向上加算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

【算定要件】

感染防止対策に資する情報を提供す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保険医療機関において診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者1人につき月1回に限り所定点数に加算する。

【施設基準】

- (1) 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
(2) 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であること。
(3) 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、地域や全国のスーベイランスに参加していること。
(※) 連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、1の(※)と同様の取扱いとす。

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

- 3. これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、平時からの感染症対策に係る取組が実施されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改める。
4. 現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価として、感染対策向上加算3を新設する。
5. 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算の医療機関に向かい感染対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。
6. 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関が、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、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や全国のス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。

改定前

【感染防止対策加算】

- 1 感染防止対策加算1 390点
2 感染防止対策加算2 90点
(新設)

【算定要件】

注1 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。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

改定後

【感染対策向上加算】

- 1 感染対策向上加算1 710点
2 感染対策向上加算2 175点
3 感染対策向上加算3 75点

【算定要件】

注1 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。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回）、それぞれ所定点数に加算する。

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes details on infection prevention strategy evaluation and calculation changes for external medical care.

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes details on infection prevention strategy evaluation and calculation changes for external medical care.

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(4) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準 抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>1 感染防止対策加算1に関する施設基準 (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(4) 指導強化加算の施設基準 他の医療機関（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ている保険医療機関に限る。）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。</p> <p>(5) 連携強化加算の施設基準 他の医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。</p> <p>(6) サーベイランス強化加算の施設基準 地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。</p> <p>1 感染対策向上加算1に関する施設基準 (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ (略) アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 感染防止対策加算1に関する施設基準 (7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。</p> <p>(8)～(10) (略)</p> <p>(11) (2)に掲げるチームにより、感染対策向上加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。</p> <p>(16) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 感染対策向上加算1に関する施設基準 (7) (2)に掲げるチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。</p> <p>(8)～(10) (略)</p> <p>(11) (2)に掲げるチームにより、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。</p> <p>(16) 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。</p> <p>(17) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。</p> <p>(18) 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こと。</p> <p>(19) 外来感染対策向上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。</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 感染防止対策加算1に関する施設基準 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 感染防止対策加算2の施設基準 (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～イ (略) ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 感染対策向上加算1に関する施設基準 (20) 他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。</p> <p>(21)～(24) (略)</p> <p>※ 現行の抗菌薬適正使用支援加算の施設基準と同様。</p> <p>2 感染対策向上加算2の施設基準 (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～イ (略) ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 感染防止対策加算2の施設基準 イ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師</p> <p>アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアカらエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。</p> <p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 感染対策向上加算2の施設基準 イ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師</p> <p>アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアカらエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和4年3月31日時点で感染防止対策加算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(3)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。</p> <p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4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が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 感染防止対策加算2の施設基準</p> <p>(14) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 感染対策向上加算2の施設基準</p> <p>(14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。</p> <p>(15) 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こと。</p> <p>(16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>(17) 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>3 感染対策向上加算3の施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。</p> <p>(2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。</p> <p>(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア 専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(新設)</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>3 感染対策向上加算3の施設基準</p> <p>イ 専任の看護師</p> <p>当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。</p> <p>(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。</p> <p>(5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、施設の实情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。</p> <p>(6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(新設)</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>3 感染対策向上加算3の施設基準</p> <p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4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が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。</p> <p>(8) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくこと。「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドライン」に沿った対応を行っていること。</p> <p>(9) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。</p> <p>(10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【感染防止対策加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(新設)</p> | <p>【感染対策向上加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>3 感染対策向上加算3の施設基準</p> <p>(11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。</p> <p>(12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。</p> <p>(13) 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、発熱患者の動線に分けることができる体制を有すること。</p> <p>(14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>(15) 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>4 指導強化加算の施設基準</p> <p>(1) 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 感染制御チームの専任医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。</p> |

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

Table with 2 columns: 改定前 (Before Revision) and 改定後 (After Revision). It details changes to infection control measures and their associated calculations, including new standards for facility and personnel reinforcement.

感染症対策の推進に係る感染管理認定看護師の取組について

- 所属施設内の感染予防対策に係る活動だけでなく、保健所と連携した地域に対する感染対策の普及活動等、専門性を生かした取組が実践されている。
○ 保健所と感染管理認定看護師が継続した連携を進めることで、医療機関だけでなく、様々な分野への介入が可能となり、地域の感染対策の推進につながる事が期待できる。

■ 保健所と連携した地域に対する感染対策の取組例（埼玉県済生会栗橋病院）

Complex block containing multiple tables and charts. It details various activities such as 'Infection Control Conference' and 'Infection Control Training' with dates, topics, and participant counts. It also includes a bar chart showing the number of infection control conferences held from 2017 to 2021.

これらの活動を継続的に行うことで医療機関同士の顔の見える連携が推進
サーベイランスの実施やツール共有などの実践的な活動にもつながっている

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

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、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。

高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れ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。

改定後

- (新) 急性期充実体制加算（1日につき）
1 7日以内の期間 460点
2 8日以上11日以内の期間 250点
3 12日以上14日以内の期間 180点

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

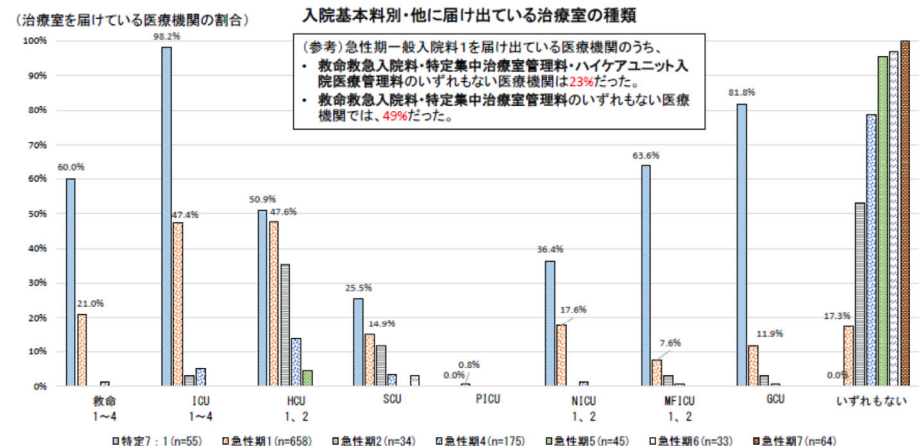
【算定要件】
高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

- 【施設基準】
(1) 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。
(2) 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。
(3) 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分に有していること。
(4) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。
(5) 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
(6) 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。
(7) 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であること。

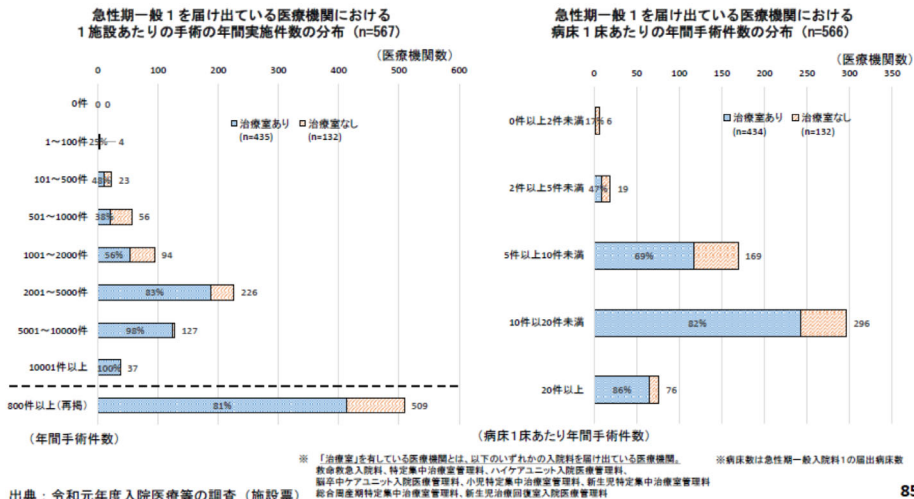
入院基本料別・届け出ている治療室の種類

中医協 総-1-2 (改)
3 . 1 0 . 2 7

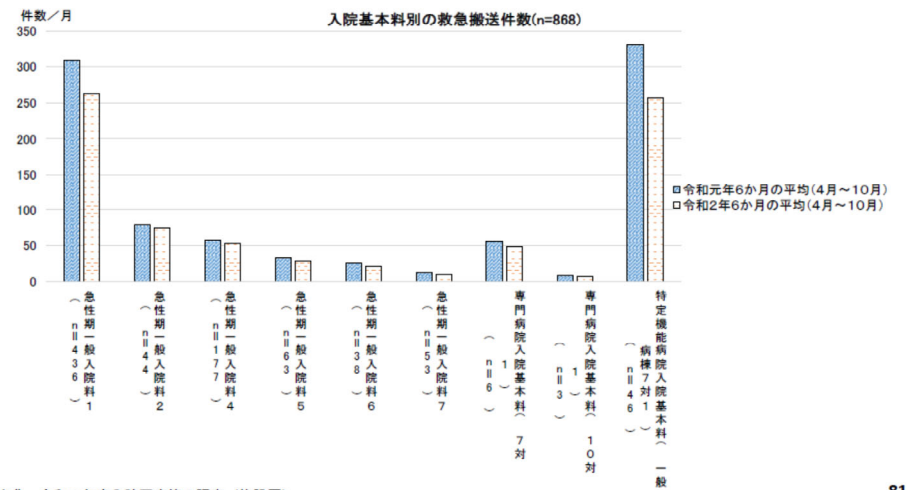
- 特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1）を届け出ている医療機関は、他の入院料と比較して治療室の届出が高い割合となっており、全ての医療機関で届出がされていた。
○ 特定機能病院以外においては、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている医療機関が最も多かった。急性期一般入院料1を届け出ている施設の8割超でなんらかの治療室を届け出た。



○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における手術の年間実施件数の分布を見たところ、約9割の医療機関では800件以上実施されていた。また、実施件数が多いと、治療室を届け出ている医療機関の割合は高くなる傾向にあった。



○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関では特定機能病院と同程度の救急搬送者の受入件数があり、急性期一般入院料2~7より多かった。



【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-①】

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

改定後

【(新) 精神科充実体制加算 30点】

【対象患者】

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

【算定要件】

精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

【施設基準】

(1) 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。

(2) 次のいずれにも該当すること。

イ 精神科を標榜する保険医療機関であること。

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

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-②】

② 総合入院体制加算の見直し

総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、総合入院体制加算について、手術の実績及び外来を縮小する体制等に係る要件を見直す。

- 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

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【総合入院体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(3)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。</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上</p> <p>イ~カ (略)</p> <p>(4)手術等の定義については、以下のとおりであること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 人工心肺を用いた手術</p> <p>人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。</p> <p>ウ~キ (略)</p> | <p>【総合入院体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 総合入院体制加算1に関する施設基準等</p> <p>(3)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。</p> <p>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</p> <p>イ~カ (略)</p> <p>(4)手術等の定義については、以下のとおりであること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 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</p> <p>人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。また、人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K552-2」に掲げる手術をいう。</p> <p>ウ~キ (略)</p> |

② 総合入院体制加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【総合入院体制加算】 【施設基準】 2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等 (2) 全身麻酔による手術件数が年800 件以上であること。 なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4 つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1 の(4)と同様である。 ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上 イ〜カ (略)</p> | <p>【総合入院体制加算】 【施設基準】 2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等 (2) 全身麻酔による手術件数が年800 件以上であること。 なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4 つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1 の(4)と同様である。 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)</p> |

② 総合入院体制加算の見直し

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【総合入院体制加算】 【施設基準】 1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 (6) 外来を縮小するに当たり、<u>次の体制を確保していること。</u> ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B 0 0 9」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 (ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る 専門外来並びに H I V 等に係る 専門外来の患者を除く。) のうち、4 割以上であること。</p> | <p>【総合入院体制加算】 【施設基準】 1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 (6) 外来を縮小するに当たり、<u>ア又はイのいずれかに該当すること。</u> ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。 (イ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 (ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料(I)の「注 8」の加算を算定する 退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の 初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近 1 か月間の総退院患者数 (ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びに H I V 等に係る 専門外来の患者を除く。) のうち、4 割以上であること。 イ 紹介受診重点医療機関 (医療法第30条の18の2第 1 項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第30 条の18の2 第 1 項第 1 号の厚生 労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道 府県により公表されたものをいう。) であること。</p> |

③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

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、必要性の判定に係る評価項目を見直すとともに、入院料について評価の在り方を見直す。

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。
 - 「点滴ライン同時 3 本以上の管理」の項目について、「注射薬剤 3 種類以上の管理」に変更する。
 - 「心電図モニター」の項目について、評価項目から削除する。
 - 「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、1 点から 2 点に変更する。

図表 VI-1 D 項目案 (内科系医療二コース)

| No. | 項目 | 配点 | | |
|-----|--|--------|--------|--------|
| | | 0点 | 1点 | 2点 |
| 1 | 検査の出来高換算点数 | 0点 | 1~599点 | 600点以上 |
| 2 | 画像診断の出来高換算点数 | 0~299点 | 300点以上 | — |
| 3 | 使用した注射の種類数 | 0~5種類 | 6~10種類 | 11種類以上 |
| 4 | 薬効分類331 (血液代用剤) の処方有無 | なし | あり | — |
| 5 | 特定器材の算定有無 | なし | — | あり |
| 6 | 当該日の処方開始注射薬の有無 | なし | あり | — |
| 7 | 負荷の特に高い意思決定支援の実施有無 | なし | あり | — |
| 8 | チャールソン併存症指数 (CCI) | 0~2 | 3~7 | 8以上 |
| 9 | 特定内科診療、負荷度ランクDまたは負荷度ランクEへの該当有無 (入院日より8日以内) | なし | — | あり |

図表 VI-2 重症患者の判定基準 (現行と提案基準)

| 現行 | 提案 |
|---|--|
| <p>【重症度、医療・看護必要度】 【基準】 次のいずれかに該当する患者。 ● A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 ● A得点が3点以上の患者 ● C得点が1点以上の患者</p> | <p>【重症度、医療・看護必要度】 【基準】 A~D得点の素点合計が9.5点以上の患者。 ただし、C得点は3倍*したものを合計する。</p> |

(注) *：現行の基準の「A得点が3点以上」とスケールを合わせるため3倍とする。

出典：内保速グリーンブック 内保速負荷度ランクと内科系技術の適正化評価に関する提言 (抜粋)

③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合を見直す。

| | 改定前 | | 改定後 | |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 |
| 急性期一般入院料 1 | 3割1分 | 2割9分 | 3割1分 | 2割8分 |
| 急性期一般入院料 2 | 2割8分 | 2割6分 | 2割7分 | 2割4分 |
| 急性期一般入院料 3 | 2割5分 | 2割3分 | 2割4分 | 2割1分 |
| 急性期一般入院料 4 | 2割2分 | 2割 | 2割 | 1割7分 |
| 急性期一般入院料 5 | 2割 | 1割8分 | 1割7分 | 1割4分 |
| 急性期一般入院料 6 | 1割8分 | 1割5分 | | |
| 7 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。)) | | 2割8分 | | 2割8分 |
| 7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料) | 1割1分 | 0.9割 | 1割 | 0.8割 |
| 7 対 1 入院基本料 (専門病院入院基本料) | 3割 | 2割8分 | 3割 | 2割8分 |
| 看護必要度 1 | 2割2分 | 2割 | 2割2分 | 2割 |
| 看護必要度 2 | 2割 | 1割8分 | 2割 | 1割8分 |
| 看護必要度 3 | 1割8分 | 1割5分 | 1割8分 | 1割5分 |

③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

| | 改定前 | | 改定後 | |
|--------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 |
| 総合入院体制加算 1 | 3割5分 | 3割3分 | 3割3分 | 3割 |
| 総合入院体制加算 2 | 3割5分 | 3割3分 | 3割3分 | 3割 |
| 総合入院体制加算 3 | 3割2分 | 3割 | 3割 | 2割7分 |
| 急性期看護補助体制加算 | 0.7割 | 0.6割 | 0.7割 | 0.6割 |
| 看護職員夜間配置加算 | 0.7割 | 0.6割 | 0.7割 | 0.6割 |
| 看護補助加算 1 | 0.6割 | 0.5割 | 0.5割 | 0.4割 |
| 地域包括ケア病棟入院料 | 1割4分 | 1割1分 | 1割2分 | 0.8割 |
| 特定一般病棟入院料の注7 | 1割4分 | 1割1分 | 1割2分 | 0.8割 |

| (※) 許可病床数 200 床未満の医療機関における基準 | 改定前 | | 改定後 | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 |
| 急性期一般入院料 1 | | | 2割8分 | 2割5分 |
| 急性期一般入院料 2 | 2割6分 | 2割4分 | 2割5分 | 2割2分 |
| 急性期一般入院料 3 | 2割3分 | 2割1分 | 2割2分 | 1割9分 |
| 急性期一般入院料 4 | 2割 | 1割8分 | 1割8分 | 1割5分 |

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ついて

| | 該当患者割合の基準 | | | |
|----------------|----------------|-----|-----------------|-----|
| | 重症度、医療・看護必要度 I | | 重症度、医療・看護必要度 II | |
| | 改定前 | 改定後 | 改定前 | 改定後 |
| 急性期一般入院料 1 (*) | 31% | 31% | 29% | 28% |
| 急性期一般入院料 2 (*) | 28% | 27% | 26% | 24% |
| 急性期一般入院料 3 (*) | 25% | 24% | 23% | 21% |
| 急性期一般入院料 4 (*) | 22% | 20% | 20% | 17% |
| 急性期一般入院料 5 | 20% | 17% | 18% | 14% |
| 急性期一般入院料 6 | 18% | - | 15% | - |

| * 許可病床数200床未満の医療機関における基準 | 該当患者割合の基準 (見直し後) | |
|--------------------------|------------------|-----------------|
| | 重症度、医療・看護必要度 I | 重症度、医療・看護必要度 II |
| 急性期一般入院料 1 (*) | 28% | 25% |
| 急性期一般入院料 2 (*) | 25% | 22% |
| 急性期一般入院料 3 (*) | 22% | 19% |
| 急性期一般入院料 4 (*) | 18% | 15% |

③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

【経過措置】

令和 4 年 3 月 31 日において現に次に掲げる入院料等に係る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、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- 急性期一般入院料 1 ・ 急性期一般入院料 2 ・ 急性期一般入院料 3 ・ 急性期一般入院料 4
- 急性期一般入院料 5 ・ 7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料)
- 7 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。))
- 7 対 1 入院基本料 (専門病院入院基本料)
- 看護必要度加算 1 ・ 看護必要度加算 2 ・ 看護必要度加算 3
- 総合入院体制加算 1 ・ 総合入院体制加算 2 ・ 総合入院体制加算 3
- 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 ・ 特定一般病棟入院料の注 7

3. 急性期一般入院基本料について、施設基準における重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合の基準を変更することに伴い、以下の入院料の評価を見直す。なお、令和 4 年 3 月 31 日時点において、急性期一般入院料 6 に係る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、改定前の医科診療報酬点数表により急性期一般入院料 6 を算定可能とする

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 【急性期一般入院基本料 6】 急性期一般入院料 6 1,408点 急性期一般入院料 7 1,382点 | 【急性期一般入院基本料 6】 (削除) 急性期一般入院料 6 1,382点 |

【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 6 に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における急性期一般入院料 6 の算定については、令和 4 年 9 月 30 日までの間、なおその効力を有するものとする。

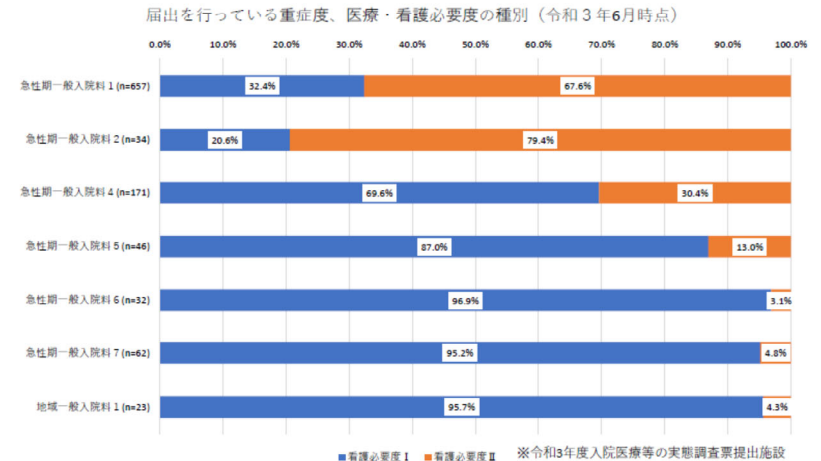
④ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

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。

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【急性期一般入院基本料1】 【施設基準】 イ急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、 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。 【経過措置】 十二 令和二年三月三十一日において現に急性期一般入院料1から6までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が四百床以上の保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第五の二の（1）のイの①の5に該当するものとみなす。 | 【急性期一般入院基本料1】 【施設基準】 イ急性期一般入院基本料の施設基準 ① 通則 5 許可病床数が二百床以上の保険医療機関であって、 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟 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】 ●令和四年三月三十一日において 現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が二百床以上四百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、第五の二の（1）のイの①の5に該当するものとみなす。 |

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では7割程度であった。



出典：令和3年度入院医療等における実態調査 DPCデータ（様式3）

⑥ 特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制について、新たな評価を行う。

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

| 改定後 |
|--|
| （新）重症患者対応体制強化加算 イ 3日以内の期間 750点 ロ 4日以上7日以内の期間 500点 ハ 8日以上14日以内の期間 300点 【対象患者】 特定集中治療室管理料1から4まで又は救命救急入院料2若しくは4を算定する病室に入院している患者 【算定要件】 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出し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】 （1）当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。 （2）集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下「常勤看護師」という。）が1名以上配置されていること。 （3）救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が1名以上配置されていること。 （4）常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。 |

⑥ 特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

（新）重症患者対応体制強化加算【施設基準】

- （5）（4）に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。
 ア 国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
 イ 保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
- （6）医師、（4）に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
 ア 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
 イ 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実践
- （7）（4）に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
- （8）（4）に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。
- （9）新興感染症の発生等の有るの際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が2名以上確保されていること。なお、当該看護師は、（4）に規定する看護師であることが望ましいこと。
- （10）区分番号「A200-2」急性期充実体制加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、令和5年3月31日までの間に限り、「A200-2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていても差し支えない。
- （11）（4）に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の施設基準に係る看護配置に含めないこと。
- （12）（4）に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の勤務時間数に含めないこと。
- （13）特定集中治療室管理料（救命救急入院料）の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

想定する患者像：様々な臓器が障害を受け集中治療を要する重症な患者や心臓手術等の術後の患者

| 特定行為区分 | 特定行為 | 現行の時間数 | 改正後時間数※ |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------|----------------|
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 | 9 | 9+5症例 |
| | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 | | |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 | 29 | 23+（5症例×3） |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 | | |
| | 人工呼吸器からの離脱 | | |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカーの操作及び管理 | 20 | 8+5症例 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 | | |
| | 経皮的心的補助装置の操作及び管理 | | |
| | 大動脈内/バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 | | |
| 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 | 7 | 7+5症例 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 | 13 | 9+5症例 |
| | 視覚動脈ラインの確保 | | |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 | 20 | 20+（5症例×3） |
| | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 | | |
| | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 | | |
| | 持続点滴中の透析液又は透析剤の投与量の調整 | | |
| 区分別科目 合計 | | 106時間 | 76時間 |
| 合計時間（共通科目+区分別科目） | | 356時間（100%） | 326時間（92%）+5症例 |

※区分別科目の実施は、講義及び演習の時間とは別に、行為の難易度に応じて5例又は10例程度の症例数で行うこと。

135

41

○ 特定集中治療室に配置された専門性の高い看護師が、人材育成を目的に、地域の医療関係者を対象とした研修を継続的に実施している。

| 開催日 | 研修テーマ | 研修講師 | 参加施設（参加者）総数 |
|----------|-------------|------------|-------------|
| 2018年3月 | 急変対応 | 特定集中治療室看護師 | 5施設（52名） |
| 2018年7月 | 心不全1 | 集中ケア認定看護師 | 10施設（57名） |
| 2019年3月 | 急変対応 | 特定集中治療室看護師 | 6施設（97名） |
| 2019年7月 | フィジカルアセスメント | 集中ケア認定看護師 | 1施設（40名） |
| 2019年12月 | 心不全2 | 集中ケア認定看護師 | 19施設（56名） |

※2020年1月～ COVID-19 感染拡大に伴い、研修中止

具体例

【研修名】
「再現動画」で学ぶ 急変対応に強くなる！
【研修目的】
・臨床において遭遇する症例に対して、バイタルサインや症状から何を考え、どう報告し、どう対応するかを学ぶことで、実際の急変でも対応できる知識・技術を習得する。
・基本的な急変対応と心肺蘇生法の理解を深める。

【内容】
急変場面を再現した動画教材を視聴し、急変対応の基礎知識と対応方法を学ぶ
【方法】
・講義・症例検討グループワーク 等
【参加施設】
・病院・診療所
・訪問看護ステーション
・居宅介護支援事業所 等

ポスターの配布・張り出し・Facebook等で広報



2020年4月～ 急変対応スペシャリスト(ARS : Advanced Resuscitation Specialist) 養成コース(基礎研修810分 + シミュレーション研修720分)を開始

2022年4月～ 地域の看護師への募集を開始予定

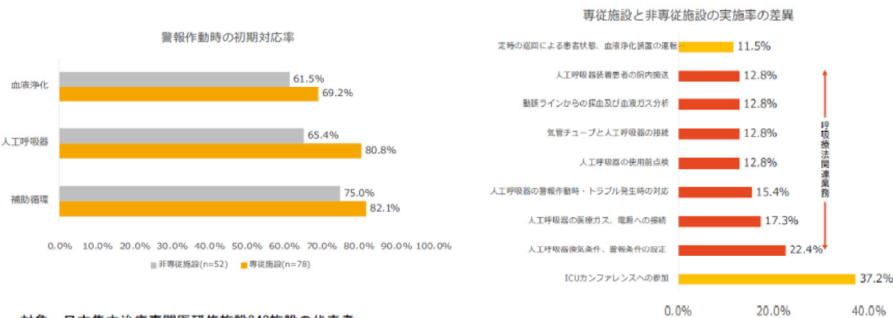
出典：公立陶生病院の資料をもとに保険局医療課が作成

45

42

臨床工学技士の手厚い配置によるメリット

- 臨床工学技士専従施設と非専従施設での警報作動時の初期対応率を比較すると、臨床工学技士専従施設では、臨床工学技士の初期対応率が高い傾向であった。
- 臨床工学技士専従施設と非専従施設の業務実施率の差異をみると、人工呼吸器に関連する業務の実施率が高く、人工呼吸器によるトラブル回避のための行動が多く取られている傾向にあった。



対象：日本集中治療専門医研修施設343施設の代表者
調査実施期間：2019年11月26日～12月25日
回答数：132件（医療機関数130施設）

出典：日本集中治療医学会集中治療臨床工学委員会 臨床工学技士業務実態調査結果

147

43

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑦】

⑦ 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、専任の担当者(入院時重症患者対応コーディネーター)を配置して当該患者等に対する支援を行う体制を整備した場合について、新たな評価を行う。

集中治療領域において、患者の治療に直接関わらない専任の担当者である「入院時重症患者対応コーディネーター」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。

改定後

【新】重症患者初期支援充実加算（1日につき） 300点

【対象患者】

集中治療領域における入院患者

【算定要件】

特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届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。

【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保険医療機関であること。
- （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）当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応コーディネーター」という。）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。
- （4）入院時重症患者対応コーディネーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましいこと。

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

イ 医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

44

⑦ 重症患者等に対する支援に係る評価の新設

改定後

(新) 重症患者初期支援充実加算 (1日につき)

【施設基準】

- (5) 当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。
- (6) 当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。
- (7) 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- (8) 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。
- (※) 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料において算定可能とする。

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

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

入院時重症患者対応メディエーター

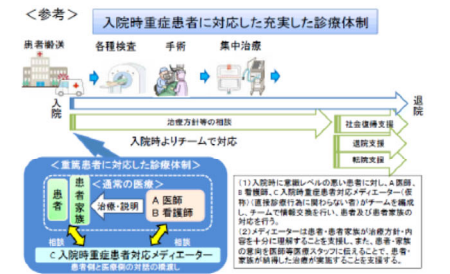
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

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

(出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト)

入院時重症患者対応メディエーターの役割 (イメージ)



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

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

治療に直接関与しない職員の必要性

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

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

⑧ バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

日本集中治療学会による「集中治療部設置のための指針」の改訂を踏まえ、特定集中治療室等におけるバイオクリーンルームの設置に係る要件を見直し。

バイオクリーンルームの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の要件を廃止し、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の設置が望ましいこととする。

改定前

改定後

【特定集中治療室管理料】

【施設基準】

- (8) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

【特定集中治療室管理料】

【施設基準】

- (8) 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。

※ A300救命救急入院料2及び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についても同様。

バイオクリーンルーム要件について

中協協 総-1-2
3. 10. 27

- 特定集中治療室管理料等においては、「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」を施設基準において求めており、届出様式においてはバイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等の記載を求めている。確認できる限り、昭和53年以降、バイオクリーンルームを原則として設置することを、要件として定めている。
- 日本医療福祉設備協会の病院設備設計ガイドラインでは、集中治療室の空気清浄度は清浄度クラスⅢ (ISO清浄度クラス7相当) が望ましいとされている。

| バイオクリーンルームが要件となっている治療室 | |
|------------------------|--------------------|
| 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1・2 |
| A303 | 総合周産期特定集中治療室管理料1・2 |

届出様式内、「バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等」の記載を求めている。

| ISO 清浄度クラス | 上限濃度 (個/m ³) | | | | | |
|------------|--------------------------|---------|---------|------------|-----------|---------|
| | 測定粒径 | | | | | |
| | 0.1 μm | 0.2 μm | 0.3 μm | 0.5 μm | 1 μm | 5 μm |
| 1 | 10 | | | | | |
| 2 | 100 | 24 | 10 | | | |
| 3 | 1,000 | 237 | 102 | 35 | | |
| 4 | 10,000 | 2,370 | 1,020 | 352 | 83 | |
| 5 | 100,000 | 23,700 | 10,200 | 3,520 | 832 | |
| 6 | 1,000,000 | 237,000 | 102,000 | 35,200 | 8,320 | 293 |
| 7 | | | | 352,000 | 83,200 | 2,930 |
| 8 | | | | 3,520,000 | 832,000 | 29,300 |
| 9 | | | | 35,200,000 | 8,320,000 | 293,000 |

(左図) ISO清浄度クラス表
(右図) 病院設備設計ガイドラインの清浄度分類

| クラス | 名称 | 該当室 |
|-----|------------------|--------------|
| I | 高度清潔区域 | バイオクリーン手術室など |
| II | 清潔区域 | 手術室 |
| III | 準清潔区域 | 集中治療室など |
| IV | 一般清潔区域 | 一般病室など |
| V | 汚染管理区域 拡散防止区域 | 細菌検査室など |

⑨ 救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

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

急性血液浄化又は体外式心肺補助(ECMO)を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が
必要となる実態を踏まえ、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

| 改定前 | 改定後 |
|------------------|------------------|
| 【救命救急入院料】 | 【救命救急入院料】 |
| 1 救命救急入院料 1 | 1 救命救急入院料 1 |
| イ 3日以内の期間 | イ 3日以内の期間 |
| □ 4日以上7日以内の期間 | □ 4日以上7日以内の期間 |
| □ 8日以上14日以内の期間 | □ 8日以上14日以内の期間 |
| 2 救命救急入院料 2 | 2 救命救急入院料 2 |
| イ 3日以内の期間 | イ 3日以内の期間 |
| □ 4日以上7日以内の期間 | □ 4日以上7日以内の期間 |
| □ 8日以上14日以内の期間 | □ 8日以上14日以内の期間 |
| 3 救命救急入院料 3 | 3 救命救急入院料 3 |
| イ 救命救急入院料 | イ 救命救急入院料 |
| (1) 3日以内の期間 | (1) 3日以内の期間 |
| (2) 4日以上7日以内の期間 | (2) 4日以上7日以内の期間 |
| (3) 8日以上14日以内の期間 | (3) 8日以上14日以内の期間 |
| □ (略) | □ (略) |
| 4 救命救急入院料 4 | 4 救命救急入院料 4 |
| イ 救命救急入院料 | イ 救命救急入院料 |
| (1) 3日以内の期間 | (1) 3日以内の期間 |
| (2) 4日以上7日以内の期間 | (2) 4日以上7日以内の期間 |
| (3) 8日以上14日以内の期間 | (3) 8日以上14日以内の期間 |
| □ (略) | □ (略) |

⑨ 救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【救命救急入院料】 【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保険医療機関に おいて、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた 場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態につ いて別に 厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料 3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に 厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3 又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機 関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度とし て、それぞれ所定点数を算定する。 | 【救命救急入院料】 【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保険医療機関にお いて、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合 に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別 に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び別 に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3 又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に 入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣 が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長 等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、 急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助 （ECMO）を必要とするものにおいて2.5日、臓器 移植を行ったものにおいて3.0日）を限度として、それぞ れ所定点数を算定する。 |
| 【施設基準】 （新設） | 【施設基準】 （4）救命救急入院料の注1に規定する算定上限日数に係 る施設基準 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体 制が整備されていること |

⑨ 救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---------------------|---------------------|
| 【特定集中治療室管理料】 | 【特定集中治療室管理料】 |
| 1 特定集中治療室管理料 1 | 1 特定集中治療室管理料 1 |
| イ 7日以内の期間 | イ 7日以内の期間 |
| □ 8日以上14日以内の期間 | □ 8日以上14日以内の期間 |
| 2 特定集中治療室管理料 2 | 2 特定集中治療室管理料 2 |
| イ 特定集中治療室管理料 | イ 特定集中治療室管理料 |
| (1) 7日以内の期間 | (1) 7日以内の期間 |
| (2) 8日以上14日以内の期間 | (2) 8日以上14日以内の期間 |
| □ (略) | □ (略) |
| 3 特定集中治療室管理料 3 | 3 特定集中治療室管理料 3 |
| イ 7日以内の期間 | イ 7日以内の期間 |
| □ 8日以上14日以内の期間 | □ 8日以上14日以内の期間 |
| 4 特定集中治療室管理料 4 | 4 特定集中治療室管理料 4 |
| イ 特定集中治療室管理料 | イ 特定集中治療室管理料 |
| (1) 7日以内の期間 | (1) 7日以内の期間 |
| (2) 8日以上14日以内の期間 | (2) 8日以上14日以内の期間 |
| □ (略) | □ (略) |

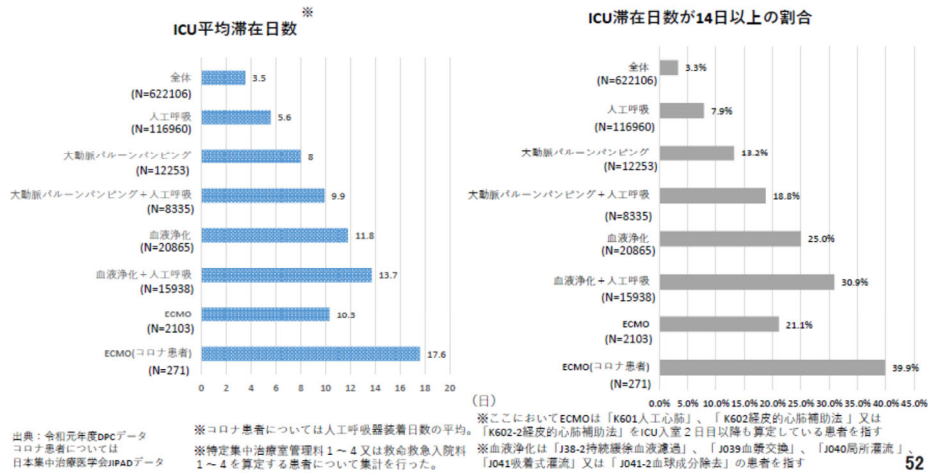
⑨ 救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関にお いて、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合 に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に 厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及 び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定め る状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係 る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）に あっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 | 【特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関にお いて、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合 に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に 厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2 及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定め る状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係 る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）に あっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適 合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療 機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜 透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要 とするものにおいて2.5日、臓器移植を行ったものにお いて3.0日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 |
| 【施設基準】 （新設） | 【施設基準】 （4）特定集中治療室管理料の注1に規定する算定上限 日数に係る施設基準 患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体 制が整備されていること |

ICU滞在日数の比較①

中医協 総-1-2
3. 10. 27

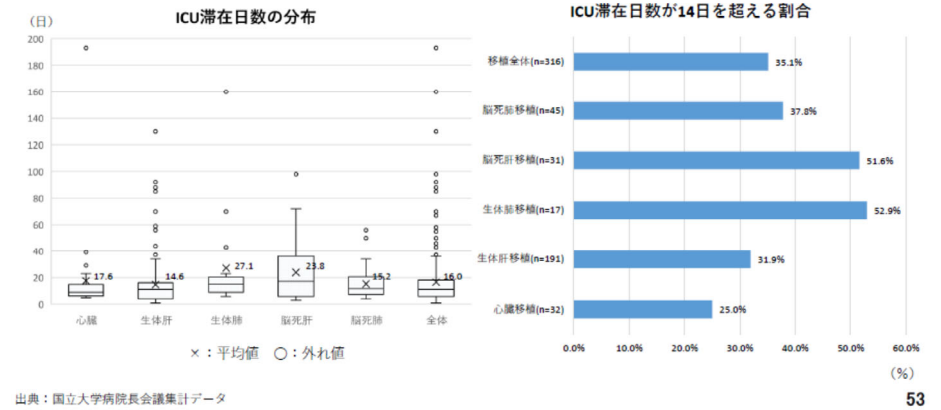
- 行われた処置別に滞在日数の平均を比較すると、「血液浄化+呼吸器」を行っている患者の平均が最も長く、13.6日であった。
- 滞在日数が14日を超える割合を処置別に比較すると、「血液浄化+呼吸器」を行っている患者の割合が最も高く約30%を占めていた。



ICU滞在日数の比較②

中医協 総-1-2
3. 10. 27

- 臓器移植が行われた患者におけるICU平均滞在日数を移植臓器別に比較すると、いずれの平均ICU滞在日数についても14日を超過していた。ICU滞在日数は症例によるばらつきが大きかった。
- ICU滞在日数が14日を超える割合を移植臓器別に比較すると、「脳死肝移植」「生体肺移植」においては、50%以上の患者が14日を超過してICUに滞在していた。



⑩ 早期離床・リハビリテーション加算の見直し

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑩】

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

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【救命救急入院料】 【算定要件】 (新設) | 【救命救急入院料】 【算定要件】 注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要の治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号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、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 |
| 【施設基準】 (新設) | 【施設基準】 (7) 救命救急入院料の注8に規定する厚生労働大臣が定める施設基準イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 |

⑩ 早期離床・リハビリテーション加算の見直し

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-⑩】

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【ハイケアユニット入院医療管理料】 【算定要件】 (新設) | 【ハイケアユニット入院医療管理料】 【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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要の治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号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、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 |
| 【施設基準】 (新設) | 【施設基準】 (3) ハイケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 |
| 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 【算定要件】 (新設) | 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 【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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要の治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号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、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。 |
| 【施設基準】 (新設) | 【施設基準】 (10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 |

⑩ 早期離床・リハビリテーション加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【小児特定集中治療室管理料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【小児特定集中治療室管理料】 【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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H 0 0 0に掲げる心大血管疾患等リハビリテーション料、H 0 0 1に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H 0 0 1-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H 0 0 2に掲げる運動器リハビリテーション料、H 0 0 3に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H 0 0 7に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH 0 0 7-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。</p> |
| <p>【施設基準】 (新設)</p> | <p>【施設基準】 (6) 小児特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> |

⑪ 早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【早期離床・リハビリテーション加算】 【算定要件】 (4) 「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム(以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。)による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。</p> <p>ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。</p> <p>イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。</p> <p>ウ～エ (略)</p> | <p>【早期離床・リハビリテーション加算】 【算定要件】 (4) 「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム(以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。)による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。</p> <p>ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。</p> <p>イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。</p> <p>ウ～エ (略)</p> |

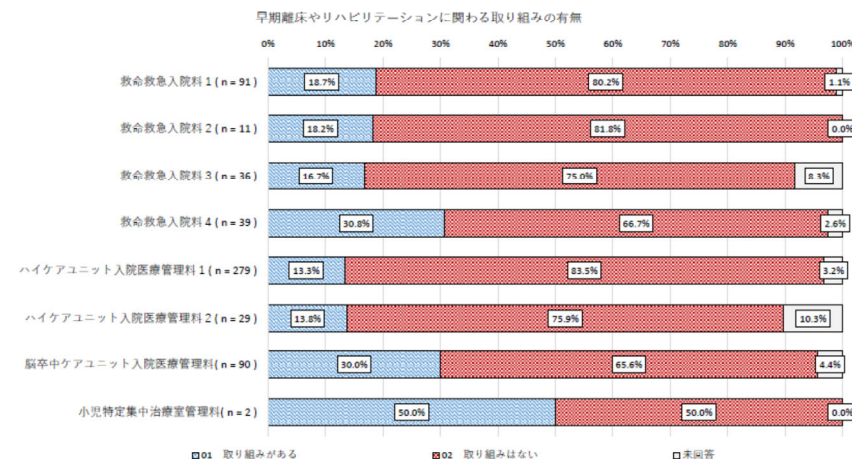
⑫ 早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【早期離床・リハビリテーション加算】 【施設基準】 6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準 (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア～イ (略) ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士 (2)～(5) (略) (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟(以下「特定集中治療室等」という。)を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であっても差し支えない。 (7)・(8) (略)</p> | <p>【早期離床・リハビリテーション加算】 【施設基準】 6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準 (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。 ア～イ (略) ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士 (2)～(5) (略) (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟(以下「特定集中治療室等」という。)を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であっても差し支えない。 (7)・(8) (略)</p> |

早期離床やリハビリテーションの実施状況

中医協 総-1-2
3. 10. 27

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



⑫ 早期栄養介入管理加算の見直し

患者の早期離床及び在宅復帰を推進する観点から、早期栄養介入管理加算の対象となる治療室及び評価の在り方を見直す。

1. 入院患者に対する入室後早期の栄養管理について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【特定集中治療室管理料】 【算定要件】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 (6) 特定集中治療室管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 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。 (新設)</p> | <p>【特定集中治療室管理料】 【算定要件】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p> <p>【施設基準】 (6) 特定集中治療室管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること</p> |

⑫ 早期栄養介入管理加算の見直し

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【救命救急入院料】 【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 (新設)</p> <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 (新設)</p> | <p>【救命救急入院料】 【算定要件】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p> <p>【施設基準】 (8) 救命救急入院料の注9に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 【算定要件】 注4 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、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p> <p>【施設基準】 (3) ハイケアユニット入院医療管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> |

⑫ 早期栄養介入管理加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 (新設)</p> <p>【小児特定集中治療室管理料】 【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 (新設)</p> | <p>【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】 【算定要件】 注4 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、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p> <p>【施設基準】 (10) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>【小児特定集中治療室管理料】 【算定要件】 注4 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、当該開始日から400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。</p> <p>【施設基準】 (6) 小児特定集中治療室管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。 ロ 当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> |

⑬ 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

高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び判定基準を見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、以下のとおり見直す。

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

⑬ 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

| | 改定前 | 改定後 | |
|--------------|-----|---------------------------|---------------------------|
| | | 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 | 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 |
| 救命救急入院料 2 | 8割 | 8割 | 7割 |
| 救命救急入院料 4 | 8割 | 8割 | 7割 |
| 特定集中治療室管理料 1 | 8割 | 8割 | 7割 |
| 特定集中治療室管理料 2 | 8割 | 8割 | 7割 |
| 特定集中治療室管理料 3 | 7割 | 7割 | 6割 |
| 特定集中治療室管理料 4 | 7割 | 7割 | 6割 |

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

⑭ 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

高度急性期医療を要する患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、救命救急入院料 1 及び 3 における重症度、医療・看護必要度に係る評価票を見直す。

救命救急入院料 1 及び 3 における重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する

【経過措置】

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

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

地域包括ケア病棟に求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価体系及び要件を見直す。

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

- 地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率の要件について、以下のとおり見直す。
 - 地域包括ケア病棟入院料 1 及び 2 並びに地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 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。
 - 地域包括ケア病棟入院料 3 及び 4 並びに地域包括ケア入院医療管理料 3 及び 4 について、在宅復帰率が7割以上であることを要件に追加するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>(新設)</p> <p>【施設基準】</p> <p>(2)地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>(3)地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準 <input type="checkbox"/> 当該病室において、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。</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注10 注1に規定する地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3、地域包括ケア病棟入院料 4 又は地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</p> <p>【施設基準】</p> <p>(2)地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>(3)地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準 <input type="checkbox"/> 当該病室において、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。</p> <p>※ 地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2 についても同様。</p> |

⑯ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(6)地域包括ケア病棟入院料 3 の施設基準 (2)の八から十までを満たすものであること。 (新設)</p> <p>(7)地域包括ケア入院医療管理料 3 の施設基準 (新設)</p> <p>(8)地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 (新設)</p> <p>(9)地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準 (2)のへ及び(3)のホを満たすものであること。 (新設)</p> <p>【経過措置】</p> <p>(新設)</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(6)地域包括ケア病棟入院料 3 の施設基準 <input checked="" type="checkbox"/> (2)の八から十までを満たすものであること。 <input type="checkbox"/> 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。</p> <p>(7)地域包括ケア入院医療管理料 3 の施設基準 <input checked="" type="checkbox"/> 当該病室において、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。</p> <p>(8)地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 <input checked="" type="checkbox"/> (6)のロを満たすものであること。</p> <p>(9)地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準 <input checked="" type="checkbox"/> (2)のへ及び(3)のホを満たすものであること。 <input checked="" type="checkbox"/> (7)のハを満たすものであること。</p> <p>(20) 地域包括ケア病棟入院料の注10に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの <input checked="" type="checkbox"/> (6)のロ若しくは(8)のホ又は(7)のハ若しくは(9)のハの基準</p> <p>【経過措置】</p> <p>●令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のロ、(3)のイ、(4)のロ(2)のロに限る。、(5)(3)のイに限る。、(6)のロ、(7)のハ、(8)のホ及び(9)のハに該当するものとみなす。</p> |

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

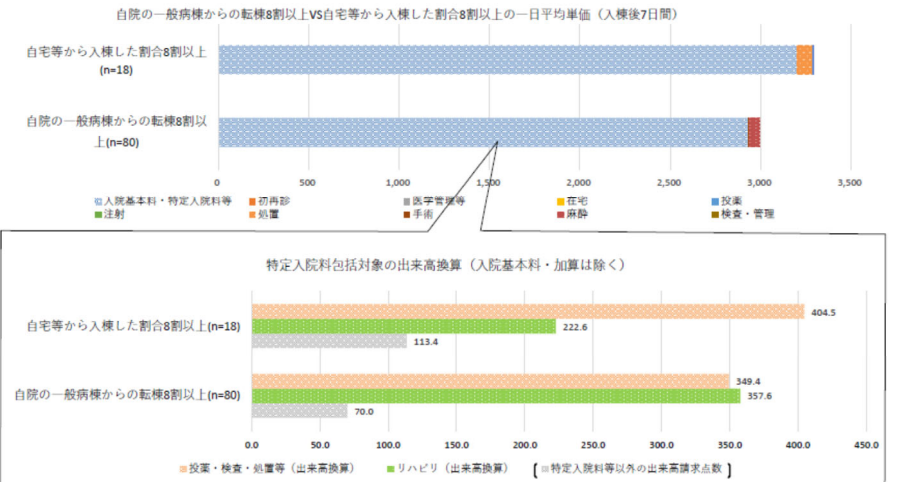
2. 地域包括ケア病棟入院料 2 及び 4 における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、許可病床数が 200 床以上 400 床未満の医療機関についても要件化するとともに、当該要件を満たしていない場合は、所定点数の 100 分の 85 に相当する点数を算定することとする。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注 9 注 1 に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注 1 に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数を算定する。</p> <p>【施設基準】 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 (新設)</p> <p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 (新設)</p> <p>(20) 地域包括ケア病棟入院料の注 9 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1) のヌの基準</p> <p>【経過措置】 二十三 令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が四百床以上のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(1)の又に該当するものとみなす。</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注 9 注 1 に規定する地域包括ケア病棟入院料 2 又は地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合限り、当該病棟に入院している患者については、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。</p> <p>【施設基準】 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 二 当該病棟（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）において、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。</p> <p>(8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 二 (4) の二を満たすものであること。</p> <p>(20) 地域包括ケア病棟入院料の注 9 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (4) のニ又は(8) の二の基準</p> <p>【経過措置】 二十七 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が 200 床以上 400 床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)のニ及び(8)の二に該当するものとみなす。</p> |

レセプト請求点数(医療機関の特異性)

中医協 総-1-2
3. 10. 27

○ 自院の一般病棟からの転棟が 8 割以上の医療機関と自宅等からの入棟が 8 割以上の医療機関に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は、投薬・検査・処置等について、自宅等からの入棟が 8 割以上の医療機関で、自院の一般病棟からの転棟が 8 割以上の医療機関より高かった。



出典：令和2年度入院医療等の調査(病棟・患者票)

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

3. 地域包括ケア病棟入院料における自宅等から入院した患者割合及び在宅医療等の実績要件について、以下のとおり見直す。

- 地域包括ケア病棟入院料 1 及び 3 並びに地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 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。また、地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 3 における病床数が 10 床未満の病室に係る自宅等から入院した患者数の要件について、3 月で 6 人以上から 8 人以上に変更する。
- 地域包括ケア病棟入院料 2 及び 4 並びに地域包括ケア入院医療管理料 2 及び 4 の要件に、以下のいずれか 1 つ以上を満たすことを追加する。
 - 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
 また、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。
- 在宅医療等の実績における退院時共同指導料 2 の算定回数の実績の要件について、外来在宅共同指導料 1 の実績を用いてもよいこととする。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注 11 注 1 に規定する地域包括ケア病棟入院料 2、地域包括ケア入院医療管理料 2、地域包括ケア病棟入院料 4 又は地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の 100 分の 90 に相当する点数を算定する。</p> |

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が 一割五分 以上であること。 ニ 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、前三月間において 六人 以上であること。 ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤ (略) ⑥ 退院時共同指導料 2 を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。</p> <p>(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1 の施設基準 ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が 一割五分 以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が 六人 以上であること。 ハ 当該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、前三月間において 六人 以上であること。 ニ (2) のイ、ホ及びへを満たすものであること。</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が 2 割 以上であること。 ニ 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、前三月間において 9 人 以上であること。 ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ②～⑤ (略) ⑥ 退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。 ※ 地域包括ケア病棟入院料 3 についても同様。</p> <p>(3) 地域包括ケア病棟入院医療管理料 1 の施設基準 ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が 2 割 以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が 8 人 以上であること。 ハ 当該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、前三月間において 9 人 以上であること。 ニ (2) のイ、ホ及びへを満たすものであること。 ※ 地域包括ケア入院医療管理料 3 についても同様。</p> |

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 (新設)</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 八 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。 ① 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。 ② 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、前三月間において 9 人以上であること。 ③ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において30回以上算定している保険医療機関であること。 ④ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において60回以上算定している保険医療機関であること。 ⑤ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において60回以上算定している保険医療機関であること。 ⑦ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑧ 退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 を前三月間において 6 回以上算定している保険医療機関であること。</p> |

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (5) 地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準 (2)のイ及びハ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。 (新設)</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (5) 地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準 イ (2)のイ及びハ並びに(3)のイ 及びホを満たすものであること。 ロ 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が 8 以上であること。 ① 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が 2 割以上であること。 ② 当該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、前三月間において 9 人以上であること。 ③ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において30回以上算定している保険医療機関であること。 ④ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において60 回以上算定している保険医療機関であること。 ⑤ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において30回以上算定している保険医療機関であること。 ⑦ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条 第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑧ 退院時共同指導料 2 及び外来在宅共同指導料 1 を前三月間において 6 回以上算定している保険医療機関であること。</p> |

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 (新設) (9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準 イ (略) (新設) (新設)</p> <p>【経過措置】 二十五 令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは地域包括ケア入院医療管理料 1 又は地域包括ケア病棟入院料 3 若しくは地域包括ケア入院医療管理料 3 に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ、ニ及びホ若しくは第九の十二の二の(3)のロ、ハ及びニ (2)のホに限る。) 又は第九の十一の二の(6) (2)のハ、ニ及びホに限る。) 若しくは第九の十一の二の(7)のイ (2)のホに限る。) 及びロ (3)のロ及びハに限る。) に該当するものとみなす。</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 (8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準 ハ (4)のハを満たすものであること。 (9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準 イ (略) ロ (5)のロを満たすものであること。 (21) 地域包括ケア病棟入院料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (4)のハ、(5)のロ、(8)のハ又は(9) のロの基準</p> <p>【経過措置】 二十三 令和四年三月三十一日において 現に地域包括ケア病棟入院料又は 地域包括ケア入院医療管理料に係る届出を行っている病棟又は病室 については、同年九月三十日までの間に限り、それぞれ第九の十一の二の(2)のハ及びニ、(3) のロ及びハ、(4)のハ、(5)のロ、(6)のイ (2) のハ及びニに限る。)、(7)のロ、(3) のロ及びハに限る。)、(8)のハ又は(9)のロに該当するものとみなす。</p> |

⑮ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。 4. 地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは 2 又は地域包括ケア入院医療管理料 1 若しくは 2 を算定する病棟又は病室を有する保険医療機関であつて、許可病床数が100床以上のものについて、入退院支援加算 1 に係る届出を行っていない場合は、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。</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 (新設) 注12 別に厚生労働大臣の定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料 1、地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 2 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 を算定する病棟 又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。 【施設基準】 (22) 地域包括ケア病棟入院料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関 入退院支援加算 1 に係る届出を行っていない保険医療機関 (許可病床数が100床以上のものに限る。))。 【経過措置】 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは地域包括ケア入院医療管理料 1 又は地域包括ケア病棟入院料 2 若しくは地域包括ケア入院医療管理料 2 に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、基本診療料の施設基準第九の十一の二の(22)の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。</p> |

15 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

5. 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入院医療管理料を算定する場合には、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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。 | 【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。なお、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入院医療管理料を算定する場合には、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合には、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24時間の救急患者を受け入れることにより当該基準を満たすものとみなすものであること。なお、令和4年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和五年三月三十一日までの間の限り、なお従前の例による。 |
| ア～オ (略) | ア～オ (略) |

15 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

6. 急性期患者支援病床初期加算及び在宅患者支援病床初期加算について、評価を見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注5 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床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。）の一般病床から転院した患者については、 <u>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し、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ついて、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、次に掲げる点数に加算する。</u> | 【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注5 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床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。）の一般病床から転院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。 <u>イ 急性期患者支援病床初期加算</u> (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。）の一般病床から転院した患者の場合 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。）の一般病床から転院した患者の場合 250点 ② ①の患者以外の患者の場合 125点 <u>ロ 在宅患者支援病床初期加算</u> 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 |

16 地域包括ケア病棟入院料の見直し

地域包括ケア病棟について、一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、地域包括ケア病棟入院料の評価体系及び要件を見直す。

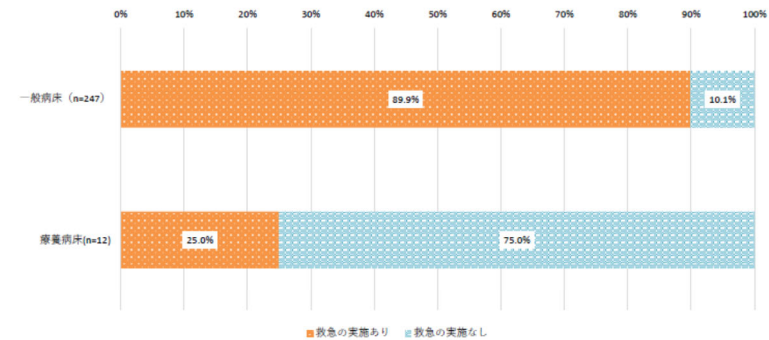
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとする。ただし、当該病棟又は病室について、自宅等からの入院患者の受け入れが6割以上である場合、自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前三月で30人以上である場合又は救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合においては、所定点数(100分の100)を算定する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注1 1、3、5及び7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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、2、4、6及び8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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数を算定する。(中略) | 【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注1 1、3、5及び7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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、2、4、6及び8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病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数(当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数)を算定する。(中略) 【施設基準】 (10) 地域包括ケア病棟入院料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 次のいずれかに該当する場合であること。 イ 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6割以上であること。 ロ 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け入れ人数が、前三月間において30人以上であること。 ハ 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。 【経過措置】 21令和4年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、同年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室については、第九の十一の二の(10)に該当するものとみなす。 |

救急実施の有無(病床種別)

中医協 総-1-2
3. 10. 27

- 一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関と療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急実施の有無の割合は以下のとおり。
- 実施ありの割合は、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。



※: 一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟を両方有する医療機関は除く。

出典: 令和2年度入院医療等の調査(施設票)

⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

重症患者に対する効率的・効果的なリハビリテーションの提供を更に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系を見直す。

- 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者のリハビリテーションに係る効果の実態を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方について、以下のとおり見直す。
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 を廃止し、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料 6 を新たな回復期リハビリテーション病棟入院料 5 として位置付ける。ただし、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。
 - 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、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 を算定することができることとする。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 1,736点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,721点) 6 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 1,678点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,664点) 【算定要件】 注 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 (回復期リハビリテーション病棟入院料 3、回復期リハビリテーション病棟入院料 4、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 6 を現に算定している患者に限る。) が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合(注 1 のただし書に規定する場合を除く。)は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 60 点を所定点数に加算する。 | 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (削除) 5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 1,678点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,664点) 【算定要件】 注 2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 (回復期リハビリテーション病棟入院料 3、回復期リハビリテーション病棟入院料 4 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 5 を現に算定している患者に限る。) が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合(注 1 のただし書に規定する場合を除く。)は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者 1 人につき 1 日につき 60 点を所定点数に加算する。 |

⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|------------------------------------|---|
| 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (新設) | 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 5 5 については、算定を開始した日から起算して 24 月(回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 2、回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 4 を算定していた病棟にあつては、12 月)に限り算定する。 (経過措置) 令和四年三月三十一日において現に改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号 A 3 0 8 に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料のうち回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 6 に係る届出を行っている保険医療機関の病棟における回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 6 の算定については、令和 5 年 3 月 31 日までの間、なおその効力を有するものとする。 ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 6 を算定していた病棟が改正後の診療報酬の算定方法により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、1 年間に限り算定することができることとする。 |

⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 十 施設基準等 (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 の施設基準 イ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十以上であること。 ロ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料 6 の施設基準 (6) のロを満たすものであること。 | 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 十 施設基準等 (削除) (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 の施設基準 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (経過措置) 令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 6 に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、改正後の基本診療料の施設基準等第九の十の規定にかかわらず、なお従前の例によることとする。 |

⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

- 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重症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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち 三割以上が重症の患者であること。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 イ 当該病棟において、新規入院患者のうち 二割以上が重症の患者であること。 【経過措置】 (新設) | 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【施設基準】 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち 4 割以上が重症の患者であること。 ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 についても同様。 (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 イ 当該病棟において、新規入院患者のうち 3 割以上が重症の患者であること。 ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 も同様。 【経過措置】 十九 令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料 2、回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は回復期リハビリテーション病棟入院料 4 に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のホ、(3)の(2)のホに限る。、(4)のイ又は(5)の(4)のイに限る。に該当するものとみなす。 |

⑰ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

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

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>入院料 1 の施設基準</p> <p>(新設)</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>(新設)</p> <p>7 届出に関する事項</p> <p>(新設)</p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>又 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であることが望ましいこと。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>ハ(2)のヌを満たすものであること。</p> <p>7 届出に関する事項</p> <p>(4) 毎年 7 月において、第三者評価の状況等について、別添 7 の様式 7 により届け出ること。</p> |

病院機能評価について

- 公益財団法人日本医療機能評価機構により、病院機能評価が行われている。
- 本体審査機能種別のうち、「主として、リハビリテーション医療を担う病院」として、リハビリテーション病院が設定されている。

病院機能評価本体審査機能種別の設定

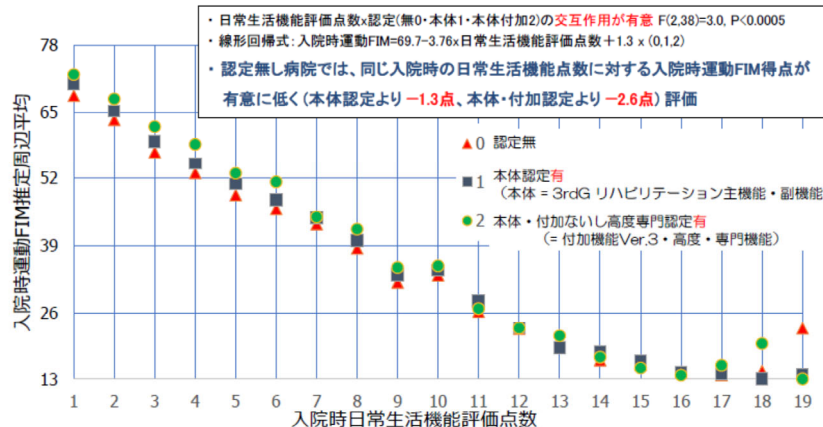
(機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.0) H24年4月より運用開始

| 機能種別名 | 種別の説明 |
|-------------|---|
| 一般病院 1 | ■ 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院 |
| 一般病院 2 | ■ 主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院 |
| リハビリテーション病院 | ■ 主として、リハビリテーション医療を担う病院 |
| 慢性期病院 | ■ 主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院 |
| 精神科病院 | ■ 主として、精神科医療を担う病院 |
| 緩和ケア病院 | ■ 主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院(H26年4月~) |

日本医療機能評価機構資料を元に回復期リハビリテーション病棟協会が作成

第三者評価

- 入院時の患者の日常生活機能評価と入院時運動FIMの関係を以下に示す。
- 入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とを比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが高い傾向にあった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

⑱ 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の提供体制の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する患者の状態として、「急性心筋梗塞、狭心症の発作若しくはその他急性発症した心血管疾患の発症後又は手術後の状態」を追加する。

「回復期リハビリテーションを要する状態」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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>(11) 「注 3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。</p> <p>①~④ (略)</p> <p>(新設)</p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>(11) 「注 3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数(入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。)の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係る F I M の測定を行うこと。</p> <p>⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの</p> |

18 回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes criteria for rehabilitation hospitalization, such as '急性心筋梗塞等の患者' and '回復期リハビリテーションを要する状態'.

19 特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設

Table with 1 column: 改定後. Content includes '患者のニーズに応じたリハビリテーションの提供を推進する観点から、特定機能病院において実施するリハビリテーションについて、新たな評価を行う。'

Table with 1 column: 改定後. Content includes '(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)' and detailed criteria for patient eligibility and calculation.

19 特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設

Table with 1 column: 改定後. Content includes '(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)' and detailed criteria for facility standards and patient care.

20 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

Table with 1 column: 改定後. Content includes '医療法に基づく医療療養病床に係る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、療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いを見直す。'

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content compares '療養病棟入院基本料' criteria before and after the revision, focusing on patient care standards and calculation methods.

⑳ 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '療養病棟入院基本料' and '施設基準' details.

㉑ 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

2. 療養病棟入院基本料の注11に規定する場合において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）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。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '療養病棟入院基本料' and '算定要件' details.

⑳ 療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '療養病棟入院基本料' and '算定要件' details.

㉑ 中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し

中心静脈栄養の管理等に係る実態を踏まえた適切な評価を行う観点から、療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '療養病棟入院基本料' and '算定要件' details.

② 障害者施設等入院基本料等の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【障害者施設等入院基本料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【障害者施設等入院基本料】 【算定要件】 注12 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 ニ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 （1）医療区分2の患者に相当するもの 1,345点 （2）医療区分1の患者に相当するもの 1,221点 ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 （1）医療区分2の患者に相当するもの 1,207点 （2）医療区分1の患者に相当するもの 1,084点 ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 （1）医療区分2の患者に相当するもの 1,118点 （2）医療区分1の患者に相当するもの 995点</p> |
| <p>【特殊疾患入院医療管理料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【特殊疾患入院医療管理料】 【算定要件】 注6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病室の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 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</p> |

② 障害者施設等入院基本料等の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【特殊疾患病棟入院料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【特殊疾患病棟入院料】【算定要件】 注6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 （1）医療区分2の患者に相当するもの 1,717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の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 （1）医療区分2の患者に相当するもの 1,490点 （2）医療区分1の患者に相当するもの 1,341点</p> |

③ 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、評価の在り方を見直す。

緩和ケア病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、がん疼痛薬物療法ガイドラインに沿った評価指標を用いて疼痛の評価を実施し、療養上必要な指導を行った場合について新たな評価を行うとともに、緩和ケア病棟入院料の評価を見直す。

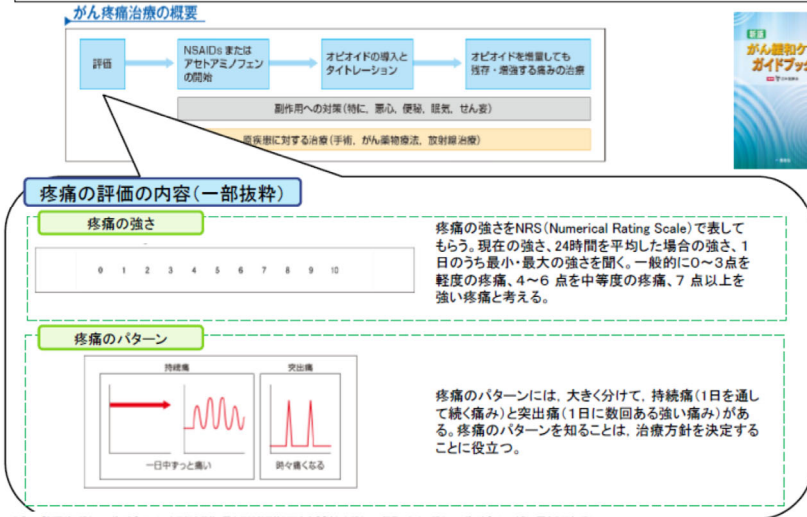
| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【緩和ケア病棟入院料】【算定要件】 1 緩和ケア病棟入院料1 イ 30日以内の期間 5,207点 ロ 31日以上60日以内の期間 4,654点 ハ 61日以上60日以内の期間 3,450点 2 緩和ケア病棟入院料2 イ 30日以内の期間 4,970点 ロ 31日以上60日以内の期間 4,501点 ハ 61日以上60日以内の期間 3,398点 注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> | <p>【緩和ケア病棟入院料】【算定要件】 1 緩和ケア病棟入院料1 イ 30日以内の期間 5,107点 ロ 31日以上60日以内の期間 4,554点 ハ 61日以上60日以内の期間 3,350点 2 緩和ケア病棟入院料2 イ 30日以内の期間 4,870点 ロ 31日以上60日以内の期間 4,401点 ハ 61日以上60日以内の期間 3,298点 注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12部放射線治療、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。</p> |

③ 緩和ケア病棟入院料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【緩和ケア病棟入院料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>【緩和ケア病棟入院料】 【算定要件】 4 当該入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。 (6)「注4」に規定する加算を算定する場合には、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。</p> |

がん疼痛治療の概要について

○「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)において、がん疼痛治療の概要が以下のとおり示されている。「疼痛の評価は、患者自身が痛みをどのように感じているかを評価することがゴールドスタンダードである」とされており、評価に当たっては、疼痛の強さや疼痛のパターン等々を評価することとされている。



112

©ASK/LINKUP 2021.11.19 中医師会 入院医療 (その4 慢性期(療養・障害者・緩和ケア・有床診)

105

[I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-④]

④ 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。

有床診療所における入院患者の受入れの実態も踏まえ、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、急性期医療を担う医療機関からの受入れを行った場合と在宅からの受入れを行った場合の評価に見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【有床診療所入院基本料】 【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診療所である保険医療機関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床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は、 転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算 として、1日につき 150点 を所定点数に加算する。 | 【有床診療所入院基本料】 【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診療所である保険医療機関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床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、有床診療所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し 、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、 治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所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。 |

©ASK/LINKUP

2022年1月26日開催「中医師会」資料より

106

④ 有床診療所入院基本料等の見直し

[I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-④]

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【有床診療所入院基本料】 【施設基準】 (2) 有床診療所一般病床初期加算の施設基準 次のいずれかに該当すること。 イ〜ハ (略) <u>(新設)</u> 【有床診療所療養病床入院基本料】 【算定要件】 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診療所である保険医療機関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床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は、 転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算 として、1日につき 150点 を所定点数に加算する。 | 【有床診療所入院基本料】 【施設基準】 (2) 有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準 イ 有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準 次のいずれかに該当すること。 ①〜③ (略) ロ 有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準 次のいずれにも該当すること。 ① イの①から③までのいずれかに該当すること。 ② 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。 【有床診療所療養病床入院基本料】 【算定要件】 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診療所である保険医療機関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床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、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算 として、1日につき 300点を所定点数に加算し 、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、 治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算 として、1日につき 350点 を所定点数に加算する。 |

©ASK/LINKUP

2022年1月26日開催「中医師会」資料より

107

④ 有床診療所入院基本料等の見直し

[I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価-④]

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【有床診療所入院基本料】 【施設基準】 (2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 ホ 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準 在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。 | 【有床診療所入院基本料】 【施設基準】 (2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 ホ 有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準 在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。 |
| 【経過措置】 令和4年3月31日において現に有床診療所入院基本料に係る届出を行っている診療所については、同年9月30日までの間に限り、第六の二の(2)のロの②(適切な意思決定支援に関する指針に係る基準)に該当するものとみなす。 | |

©ASK/LINKUP

2022年1月26日開催「中医師会」資料より

108

25 有床診療所における慢性維持透析患者の受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について、慢性維持透析を行っている入院患者に係る評価を新設する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【有床診療所療養病床入院基本料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【有床診療所療養病床入院基本料】 【算定要件】 <u>注12 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に掲げる腹腔灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。</u></p> |

26 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、入退院支援加算について要件を見直す。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【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。</p> | <p>【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。 <u>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こととみなすことができる。</u></p> |

27 DPC/PDPS の見直し

| 評価項目 | 概要 | DPC標準病院群 | 大学病院本院群 | DPC特定病院群 |
|-------------|-----------------------------|---|--|----------|
| 心筋梗塞等の心血管疾患 | 緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績 (0.5P) | 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 | | |
| | 急性大動脈解離の手術実績 (0.5P) | 入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612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 | 精神科入院医療への評価 | 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） | | |
| 災害 | 災害時における医療への体制を評価 | ・BCPの策定実績有無別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 | 周産期医療への体制を評価 | 「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 | |
| へき地 | へき地の医療への体制を評価 | ・「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） | | |

27 DPC/PDPS の見直し

| 評価項目 | 概要 | DPC標準病院群 | 大学病院本院群 | DPC特定病院群 |
|------|----------------------|---|--|----------|
| 救急 | 医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価 | 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) 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） | ・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） | |
| 感染症 | 新興感染症等に係る医療への体制を評価 | ・新型コロナウイルス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 | その他重要な分野への貢献 | 右記のいずれか1項目を満たした場合1P ① 治験等の実施 過去3年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) （※）協力施設としての治験の実施を含む。 ② 新型コロナウイルス対策 ・新型コロナウイルス患者入院医療機関に該当（0.25P） | | |

地域医療計画上における一定の役割を10項目で評価
（上限は大学病院本院群、DPC 特定病院群：8P、DPC 標準病院群：6P）

医療機関等情報支援システム(G-MIS*)について

*Gathering Medical Information System

全国の医療機関(病院、診療所)から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器(人工呼吸器等)や医療資材(マスクや防護服等)の確保状況等を一次的に把握・支援

必要な医療提供体制を確保

- 政府CIOポータルにおいて、各病院の稼働状況を可視化
- マスク等の物資の供給に活用
- 空床確保状況、患者搬送調整に活用等

【システム導入のメリット】

- 国民** 【医療機関情報】 電話で確認する以外情報を得る方法はなかった ⇒ 政府CIOポータルから病院の稼働状況の間覧が可能に
- 医療従事者** 【報告】保健所へ電話等で報告 ⇒ パソコン等での報告により保健所への照会対応不要に
【支援】支援を得るのに時間を要した ⇒ 医療資材等の支援を迅速に受けることが可能に
- 保健所・都道府県・国** 【保健所業務】 保健所が、医療機関に電話等で照会し、都道府県を通じて国に報告 ⇒ 医療機関が直接入力することで、即時に集計され、自治体、国で共有可能に(保健所業務の省力化)
【情報共有】 情報共有に時間を要した ⇒ 迅速な入院調整、医療機器や医療資材の配布調整が可能に

【医療機関の登録状況】 (令和3年9月24日現在)

| | |
|---------|--------|
| 登録医療機関数 | |
| 病院 | 8,249 |
| 診療所 | 30,381 |

【G-MIS入力画面イメージ】

| | | |
|--------|-----------------|--------|
| 日次調査 | 週次調査 | 緊急配布要請 |
| 人材確保記録 | 後方支援医療機関についての調査 | その他調査 |

【政府CIOポータル】



URL: https://cio.go.jp/hoop_monitoring_c19 62

体制評価指数(へき地)

中協 総-1-2
3.10.27

○ 「へき地」は、現在の評価項目の1つであり、「へき地拠点病院の指定」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」に対し評価を行っている。

<現行>

| 評価項目 | DPC標準病院群 | 大学病院本院群 | DPC特定病院群 |
|------|---|---------|----------|
| 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を評価(いずれかで1P) | | |

○ 「へき地医療拠点病院」の目的、事業内容等については、「へき地保健医療対策等実施要綱(令和3年4月26日医政発第26号医政局長通知)」において、以下のとおり定められている。

- へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の指導・調整の下に次の掲げる事業を行うものとする。
- ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
 - イ へき地診療所等への代診等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術派遣、援助に関すること。
 - ウ 特別措置許可病院への医師の派遣に関すること。
 - エ 派遣医師等の確保に関すること。
 - オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
 - カ 巡回診療等の各種診療支援に関すること。
 - キ 総合的な診療能力を有し、プライマリケアを主体とする医師の育成に関すること。
 - ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。
- ※ア、イ又はカはいずれかの事業は必須。

○ また、「社会医療法人認可におけるへき地医療の要件」は、以下のとおりとなっている。

- 【社会医療法人の認定について(「へき地医療」当該業務の実績に係る要件)】(指定要件)
- へき地医療拠点病院の場合、1、2又は3の基準に該当すること。この場合において、医師の延べ派遣日数及び巡回診療の延べ診療日数について、巡回診療所に派遣され又は巡回する医師が複数の場合は、複数の派遣又は巡回が適切な状況で行われているかどうかについて確認し、短時間で等価と判断する場合は、単数による派遣又は巡回として取り扱うこと。
- へき地に所在する診療所に対する医師の延べ派遣日数が53人日以上であること。
 - へき地における巡回診療の延べ診療日数が53人日以上であること。
 - へき地診療所に対する医師の延べ派遣日数が106人日以上であること。かつ、当該へき地診療所からへき地診療所に対する医師の延べ派遣日数(当該病院から医師の派遣を受けて行われた当該へき地医療拠点病院から当該へき地診療所に対する医師の延べ派遣日数に限る。)が106人日以上であること。又は当該へき地医療拠点病院のへき地における巡回診療の延べ診療日数(当該病院から医師の派遣を受けて行われた当該へき地医療拠点病院の当該へき地における巡回診療の延べ診療日数に限る。)が106人日以上であること。

① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

【I-4 外来医療の機能分化等-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。

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

1. 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」(※)のうち一般病床200床以上の病院にも拡大する。

(※) 令和3年改正後の医療法(昭和23年法律第205号)に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【保険医療機関及び保険医療費担当規則】(一部負担金等の受領)</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)、及び同法第四条の第二項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> | <p>【保険医療機関及び保険医療費担当規則】(一部負担金等の受領)</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)、同法第四条の第二項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一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が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。)であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> |

① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

【I-4 外来医療の機能分化等-①】

- 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。
【初診の場合】 医科：200点 / 歯科：200点 【再診の場合】 医科：50点 / 歯科：40点
- 定額負担の金額を以下のとおり変更する。
【初診の場合】 医科：7,000円 / 歯科：5,000円 【再診の場合】 医科：3,000円 / 歯科：1,900円

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【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揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額</p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 五千元</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による初診の場合 三千元</p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による再診の場合 二千五百円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による再診の場合 一千五百円</p> | <p>【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揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額</p> <p>一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合 7,000円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による初診の場合 5,000円</p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による再診の場合 3,000円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による再診の場合 1,900円</p> |

① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

4. 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。
 【初診・再診共通】
 ○「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、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ことを明確化する。
 【初診の場合】
 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。
 【再診の場合】
 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「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」、「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」及び「治療協力者である患者」を削除する。
 【施行日等】
 (1) 令和4年10月1日から施行・適用する。
 (2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となつてから6か月の経過措置を設ける。

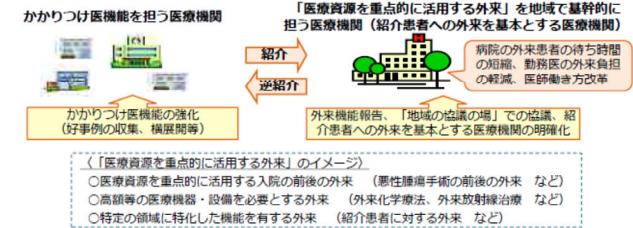
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

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



「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来の項目(案)

令和3年7月20日 外来機能報告等に関するワーキンググループ資料

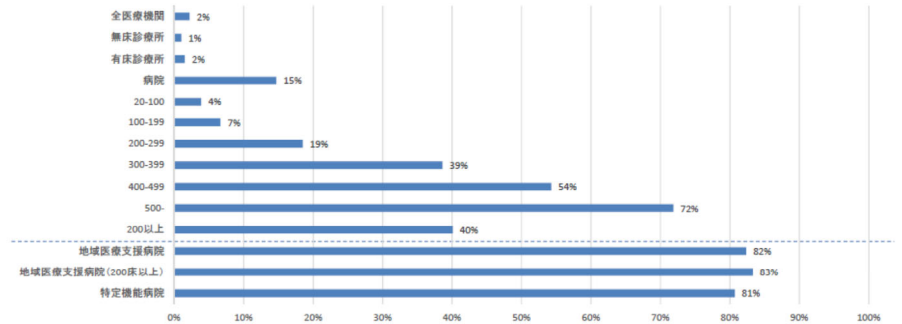
- 「医療資源を重点的に活用する外来」の具体的な内容について、「医療資源を重点的に活用する外来」の実施状況のデータ分析で仮に設定した、以下の診療報酬の外来の項目(案)を検討してはどうか。
- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。(例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等)
 > Kコード(手術)を算定
 > Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定
 ※1: 6000cut以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上のもの
 > Lコード(麻酔)を算定
 > DPC算定病床の入院料区分
 > 短期滞在手術等基本料2、3を算定
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 次のいずれかに該当した外来の受診を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。
 > 外来化学療法加算を算定
 > 外来放射線治療加算を算定
 > 短期滞在手術等基本料1を算定
 > Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療科において包括範囲外とされているもの(※2)を算定
 ※2: 脳誘発電位検査、OT撮影等、550点以上のもの
 > Kコード(手術)を算定
 > Nコード(病理)を算定
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
 次のいずれかに該当した外来の受診を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。
 > ウイルス疾患指導料を算定
 > 難病外来指導管理料を算定
 > 診療情報提供料 I を算定した30日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

令和3年10月20日 外来機能報告等に関するワーキンググループ資料

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
= 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数 ÷ 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



(注)
 ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
 ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
 ・精神科病院を除いて集計している。
 ・病床数は許可病床数

出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より医政局において作成

② 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。

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

改定後

（新）紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）800点

【算定要件】

（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。

③ 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、要件を見直す。

1. 紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合において初診料及び外来診療料が減算となる対象病院に、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。

改定前

【初診料】

【算定要件】

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るもの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。

改定後

【初診料】

【算定要件】

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず214点を算定する。

③ 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. 初診料及び外来診療料における「紹介率」「逆紹介率」について、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準に見直す。

改定前

【初診料】

【算定要件】

(6) (中略)

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介率」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）をいい、「注3」にあっては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）をいう。

改定後

【初診料】

【算定要件】

(6) (中略)

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注3」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。

③ 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. 初診料及び外来診療料における「紹介率」「逆紹介率」について、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準に見直す。

改定前

【初診料】【算定要件】

紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率及び逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率等が低い保険医療機関とはみなされない。
※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。
紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) ÷ 初診の患者数
逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数
なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により定めるものとする。ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「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の数（夜間又は休日を受診したものを除く。）」とする。また、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院における初診の患者数については、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患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあつては、当該救急医療事業において休日又は夜間を受診した救急患者の数を除く。）とする。

改定後

【初診料】【算定要件】

紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。
※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。
紹介割合(%) = (紹介患者数 + 救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100
逆紹介割合(%) = 逆紹介患者数 ÷ (初診の患者数 + 再診の患者数) × 1,000
なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。
ア 初診の患者数については、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患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあつては、当該救急医療事業において休日又は夜間を受診した救急患者の数を除く。）とする。

③ 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

| 改定前 | 改定後 |
|---------------------------------------|---|
| <p>【初診料】 【算定要件】</p> | <p>【初診料】 【算定要件】</p> <p>イ 再診の患者数については、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（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患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「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及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。）とする。</p> <p>ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数をとする。</p> <p>エ 逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「B005-11」遠隔連携診療料又は区分番号「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数をとする。</p> <p>オ 救急患者数については、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（搬送された時間を問わない。）とする。</p> <p>※（6）における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。 ※ 外来診療料についても同様。</p> |

④ 外来在宅共同指導料の新設

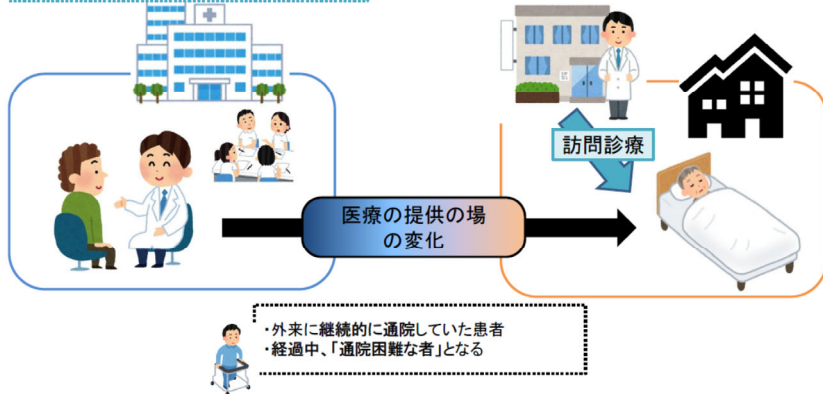
| 改定後 |
|---|
| <p>通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。</p> <p>外来医療を継続的に受けている患者が在宅医療に移行するに当たり、患家等において、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が連携して、当該患者に対する指導等を実施した場合に、在宅での療養を担う医療機関が算定する外来在宅共同指導料1及び外来医療を担っていた医療機関が算定する外来在宅共同指導料2を新設する。</p> <p style="text-align: center;">改定後</p> <p>（新） 外来在宅共同指導料 1 外来在宅共同指導料 1 400点 2 外来在宅共同指導料 2 600点 【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。）</p> <p>【算定要件】 （1）外来在宅共同指導料1については、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。 （2）外来在宅共同指導料2については、1の場合において、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。</p> |

外来から在宅への移行について

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

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

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



⑤ 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

| |
|---|
| <p>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「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。</p> <p>1. 現行の診療情報提供料（Ⅲ）について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数をも1回までに変更する。</p> <p>2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」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。</p> |
|---|

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 【算定要件】</p> <p>注1 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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提出した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）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。</p> | <p>【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】</p> <p>注1 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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提出した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）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。</p> |

⑤ 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

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【診療情報提供料(Ⅲ)】 【算定要件】 (新設)</p> <p>2 注1に規定する患者以外の患者については、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、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。))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。</p> | <p>【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】</p> <p>2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす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または診療所として都道府県により公表されたものに限る)である保険医療機関において、他の保険医療機関(許可病床の数が200床未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。))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。</p> <p>3 注1又は注2に該当しない場合であって、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、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。))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。</p> <p>4 (略)</p> |

⑤ 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

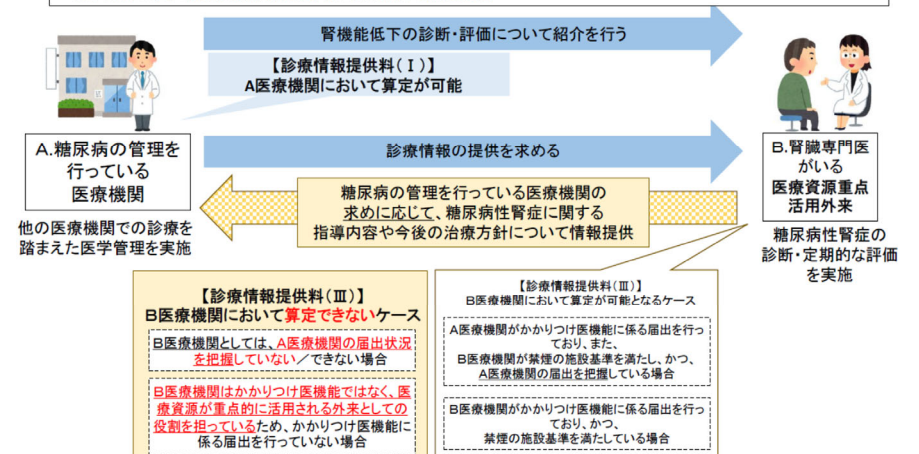
| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【診療情報提供料(Ⅲ)】 【算定要件】</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。</p> | <p>【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】</p> <p>5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。))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(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、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回)に限り算定する。</p> |

⑤ 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

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【診療情報提供料(Ⅲ)】 【施設基準】</p> <p>十の四 診療情報提供料(Ⅲ)の施設基準等</p> <p>(1) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する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。</p> <p>(2) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する他の保険医療機関の基準 次のいずれかに係る届出を行っていること。イ～ホ(略)</p> <p>(3) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める患者妊娠中の者であって、他の保険医療機関から紹介された患者</p> <p>(4) 診療情報提供料(Ⅲ)の注2に規定する施設基準イ・ロ(略)</p> <p>(新設)</p> <p>(5) 診療情報提供料(Ⅲ)の注3に規定する施設基準(歯科点数表においては注2)当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> | <p>【連携強化診療情報提供料】 【施設基準】</p> <p>十の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等</p> <p>(1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する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。</p> <p>(2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準 次のいずれかに係る届出を行っていること。イ～ホ(略)</p> <p>(削除)</p> <p>(3) 連携強化診療情報提供料の注3に規定する施設基準イ・ロ(略)</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) 連携強化診療情報提供料の注5に規定する施設基準(歯科点数表においては注3)当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> |

医療機関間の連携の具体例(医療資源重点活用外来の場合)

- 例えば、糖尿病で通院中の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病性腎症にかかる診断・定期的な評価等の必要性を認め、腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来へ紹介を行う場合があり、他の紹介類型と同様に、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 紹介先の医療資源重点活用外来において、糖尿病性腎症について定期的な評価をする場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合については、3月に1回に限り診療情報提供料(Ⅲ)が算定可能である。



① 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、対象疾患を見直すとともに、成人に対する予防接種の増加を踏まえ、予防接種に関する相談への対応を要件に追加する。

1. 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。
2. 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。
3. 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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【地域包括診療料】 【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保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、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に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> | <p>【地域包括診療料】 【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保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、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に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。</p> |

① 地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【地域包括診療料】 【算定要件】 (2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。 (3) 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。 (4) 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） （新設） (5) 当該患者において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア～イ（略） （新設）</p> | <p>【地域包括診療料】 【算定要件】 (2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、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。）及び認知症の6疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。 (3) 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。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該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。 (4) 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。 (5) 当該患者において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。 ア～イ（略） ウ 予防接種に係る相談を行っていること。</p> |

① 地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【地域包括診療料】 【施設基準】 (1) 地域包括診療料1の施設基準イ 当該保険医療機関において、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患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。</p> | <p>【地域包括診療料】 【施設基準】 (1) 地域包括診療料1の施設基準イ 当該保険医療機関において、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患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3) 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。 ※ 地域包括診療加算（再診料）についても同様。</p> |

② 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。

小児かかりつけ診療料について、診療時間外における対応体制の整備の状況によって施設基準を細分化し、当該体制に応じた評価体系とする。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【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</p> <p>2 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 748点 ロ 再診時 556点</p> <p>【算定要件】 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p> | <p>【小児かかりつけ診療料】 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</p> <p>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</p> <p>【算定要件】 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> |

② 小児かかりつけ診療料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【小児かかりつけ診療料】 【施設基準】 1 小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料の施設基準 (新設) 当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> | <p>【小児かかりつけ診療料】 【施設基準】 1 小児かかりつけ診療料の施設基準等 (1) 小児かかりつけ診療料 1 の施設基準 <u>ア 小児科を標榜している医療機関であること。</u> <u>イ 当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>ウ 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。</u> <u>(2) 小児かかりつけ診療料 2 の施設基準</u> <u>ア (1)のア及びイを満たすものであること。</u> <u>イ 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されていること。</u></p> |

② 小児かかりつけ診療料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【小児かかりつけ診療料】 【施設基準】 1 小児かかりつけ診療料に関する施設基準 (2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料に係る届出を行っていること。 (3) (略) (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 <u>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</u> <u>イ～エ (略)</u> <u>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</u> (新設)</p> | <p>【小児かかりつけ診療料】 【施設基準】 1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準 (削除) (2) (略) (3) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、2つ以上に該当すること。 (削除) <u>ア～ウ (略)</u> <u>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。</u> 2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準 (1) 1の(1)、(2)及び(4)の基準を全て満たしていること。 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 <u>ア 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算3に係る届出を行っていること。</u> <u>イ 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年6回以上の頻度で行っていること。</u></p> |

④ 耳鼻咽喉科処置の見直し

| |
|--|
| <p>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、新たな評価を行うとともに、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。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。</p> |
| <p>1. 耳鼻咽喉科において、6歳未満の乳幼児に対して耳鼻咽喉科処置を実施した場合の加算を新設する。</p> |
| 改定後 |
| <p>(新) 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点 【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、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号J113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。</p> |

④ 耳鼻咽喉科処置の見直し

| | |
|--|--|
| <p>3. 耳処置、鼻処置及び口腔・咽頭処置について、評価を見直す。</p> | |
| 改定前 | 改定後 |
| <p>【耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。)】 25点</p> <p>【鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。)】 14点</p> <p>【口腔、咽頭処置】 14点</p> | <p>【耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。)】 27点</p> <p>【鼻処置 (鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。)】 16点</p> <p>【口腔、咽頭処置】 16点</p> |

⑤ 機能強化加算の見直し

地域においてかかりつけ医機能を担う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。

機能強化加算を算定する保険医療機関が、地域の医療提供体制において担うべきかかりつけ医機能を明確化する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【機能強化加算】 【算定要件】 (23) 機能強化加算 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能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、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）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</p> <p><u>（新設）</u></p> | <p>【機能強化加算】 【算定要件】 (23) 機能強化加算 ア「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、<u>専門医療機関への受診の要否の判断等を含む</u>よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、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）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。</p> <p><u>イ 機能強化加算を算定する医療機関においては、かかりつけ医機能を担う医療機関として、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。</u></p> |

⑤ 機能強化加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【機能強化加算】 【算定要件】 <u>（新設）</u></p> | <p>【機能強化加算】 【算定要件】 (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。</p> |

⑤ 機能強化加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【機能強化加算】 【施設基準】 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 <u>（新設）</u> (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。 (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。 ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算 <u>（新設）</u></p> | <p>【機能強化加算】 【施設基準】 三の二 医科初診料の機能強化加算の施設基準 (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、<u>質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。</u> (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。 (2) 次のいずれかを満たしていること。 ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算1に係る届出を行っていること。 イ 以下のいずれも満たすものであること。 (イ) 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2に係る届出を行っていること。 (ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。 ① 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算2を算定した患者が3人以上 ② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上</p> |

⑤ 機能強化加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【機能強化加算】 【施設基準】 イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料 <u>（新設）</u></p> | <p>【機能強化加算】 【施設基準】 ウ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料1に係る届出を行っていること。 エ 以下のいずれも満たすものであること。 (イ) 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2に係る届出を行っていること。 (ロ) 直近1年間において、次のいずれかを満たしていること。 ① 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料2を算定した患者が3人以上 ② 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が3人以上 オ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料に係る届出を行っていること。 カ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。</p> |

⑤ 機能強化加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【機能強化加算】 【施設基準】 オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）</p> | <p>【機能強化加算】 【施設基準】 キ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。 (イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所と同様である。 ① 第9在宅療養支援診療所の1(1)コに掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上 ② 第9在宅療養支援診療所の1(1)サに掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上 (ロ) 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。 ① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)シ①に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)シ②に掲げる在宅療養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の合計が直近1年間で3件以上 ② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)ス①に掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が1件以上</p> |

⑤ 機能強化加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【機能強化加算】 【施設基準】 (新設)</p> | <p>【機能強化加算】 【施設基準】 (3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。 ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。 イ 警察医として協力していること。 ウ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。 エ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施していること。 オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。 カ「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席していること。 キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。 (4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。（中略）</p> |
| <p>(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。（中略）</p> | |

⑤ 機能強化加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【機能強化加算】 2 届出に関する事項 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。 (新設)</p> | <p>【機能強化加算】 2 届出に関する事項 (1)機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。 (2) 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、同年9月30日までの間に限り、1の(2)のイの(ロ、エ、オ)及びキ、(3)並びに(4)の基準を満たしているものとする。</p> |

⑥ 継続診療加算の見直し

| <p>24時間の往診及び連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画を更に推進する観点から、継続診療加算の名称及び評価の在り方を見直し。</p> <p>継続診療加算について、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に加入し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価を新設するとともに、名称を在宅療養移行加算に変更する。</p> | |
|---|--|
| 改定前 | 改定後 |
| <p>【継続診療加算】 【算定要件】 注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。 (新設) (新設) (20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する継続診療加算は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することも差し支えない。</p> | <p>【在宅療養移行加算】 【算定要件】 注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 在宅療養移行加算1 216点 ロ 在宅療養移行加算2 116点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する在宅療養移行加算1及び2は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。</p> |

⑥ 継続診療加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【継続診療加算】 【算定要件】 ア 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、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、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する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こと。 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、説明していること。</p> | <p>【在宅療養移行加算】 【算定要件】 ア 在宅療養移行加算1については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算1を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (イ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、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。 (ロ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する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こと。 (ハ) 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、説明していること。</p> |

⑥ 継続診療加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【継続診療加算】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【在宅療養移行加算】 【算定要件】 イ 在宅療養移行加算2については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算2を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (イ) 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。 (ロ) 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有していること。 (ハ) 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する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こと。 (ニ) 当該医療機関又は連携する医療機関の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について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。</p> |

① 在支診及び在支病による地域連携の推進

質の高い在宅医療の提供を更に推進する観点から、地域支援事業等に係る関係者と連携することが望ましい旨を機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に明記する。

機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【在宅療養支援診療所】【施設基準】 1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略) (1) 診療所であって、当該診療所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〜ク (略) ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。 コ〜シ (略) (新設)</p> | <p>【在宅療養支援診療所】【施設基準】 1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 (中略) (1) 診療所であって、当該診療所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〜ク (略) ケ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。 コ〜シ (略) ス 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及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。 セ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。 ※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。</p> |

② 在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進

人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件に追加する。

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ〜フ (略) (新設)</p> | <p>【在宅療養支援診療所】 【施設基準】 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ〜フ (略) フ 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。 ※ 機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。</p> |
| <p>【経過措置】 令和4年3月31日において現に届出を行っている診療所等については、同年9月30日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。</p> | |

③ 在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し

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す。

機能強化型の在宅療養支援病院について、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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【在宅療養支援病院】 【施設基準】</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。(中略) (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 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。</p> <p>ス (略)</p> | <p>【在宅療養支援病院】 【施設基準】</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。(中略) (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。 ① 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。 ② 在宅療養支援診療所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ていること及び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。 ③ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 又は 3 を届け出ていること。 ス (略) ※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院についても同様。</p> |

⑥ 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、小児に対するがん診療に係る評価を見直す。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【在宅がん医療総合診療料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【在宅がん医療総合診療料】 【算定要件】</p> <p>注6 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は、小児加算として、週に1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> |

成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

- 疼痛などの症状緩和が容易ではなく、オピオイドを積極的に使用する必要がある。
- また、原疾患には抗腫瘍薬に対する感受性が高いものが多く、終末期まで化学療法が継続されることも多いため、在宅でも輸血の実施が必要となることが多い。

代表的な静注用麻薬製剤使用量
(一人当たりの使用量平均)

| | 成人 | 小児 |
|-------------|-------|------|
| オキシコドン (mg) | 18.8 | 108 |
| モルヒネ (mg) | 195.9 | 1297 |

輸血量
(一人当たりの輸血量単位数平均)

| | 成人 | 小児 |
|------------|----|------|
| 濃厚赤血球 (単位) | 0 | 0.5 |
| 濃厚血小板 (単位) | 0 | 15.3 |

(参考)WHOガイドラインにおいては、アセアミノフェンやイブプロフェンで効果不十分、又は中等度以上の疼痛の場合、成人では3段階ラダーを用いるため、弱オピオイドの使用が推奨されているところ、小児では2段階ラダーを用いるため、モルヒネ等の強オピオイドの使用が推奨されている。

⑦ 緊急往診加算の見直し

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す。

小児は、緊急の往診を要する病態（けいれん・呼吸不全等）が成人と異なることを踏まえ、小児患者に対して、当該病態が予想される場合に往診を行った場合について、緊急往診加算を算定可能とする。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【往診料】 【算定要件】</p> <p>(4)「注1」における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、急性腹痛等が予想される場合をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。</p> | <p>【往診料】 【算定要件】</p> <p>(4)「注1」における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、急性腹痛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。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。</p> |

⑧ 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、24時間対応体制加算について、複数の訪問看護ステーションが連携して当該体制を整備する場合の要件を見直す。

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、業務継続計画（BCP）を策定した上で、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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 【算定要件】</p> <p>(2) 特別地域又は「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」の「別添3」の「別紙2」に掲げる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においては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。</p> | <p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 【算定要件】</p> <p>(2) 特別地域若しくは「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」の「別添3」の「別紙2」に掲げる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又は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においては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。</p> |

⑧ 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

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 【算定要件】 <u>（新設）</u></p> <p>(3) (略)</p> | <p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 【算定要件】</p> <p>(3) (2)における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をいう。 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。）が主催する事業であること。 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であること。 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こと。 (4) (略)</p> |

⑨ 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（平成12年厚生省令第80号）の一部を改正し、指定訪問看護事業者に対し、業務継続及び早期の業務再開に向けた計画の策定等を義務付ける。また、本改正に際し、2年の経過措置期間を設ける。

| 改定後 |
|---|
| <p>【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 <u>（業務継続計画の策定等）</u></p> <p><u>第二十二條の二</u> 指定訪問看護事業者は、感染症や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、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「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。</p> <p><u>2</u> 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。</p> <p><u>3</u> 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。</p> |

⑩ 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ステーションの更なる役割の強化を図る観点から、研修の実施等に係る要件及び評価を見直す。

1. 機能強化型訪問看護療養費1及び2について、他の訪問看護ステーションや地域住民等に対する研修及び相談の対応実績があることを必須の要件とするともに、評価を見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【機能強化型訪問看護管理療養費1・2（訪問看護管理療養費）】</p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <p>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 <u>12,530円</u></p> <p>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 <u>9,500円</u></p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>【施設基準】</p> <p>(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 <u>（新設）</u></p> <p>(2) 機能強化型訪問看護管理療養費2の基準 <u>（新設）</u></p> <p>【経過措置】</p> <p>一 令和二年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1から3までに係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、<u>令和三年九月三十日</u>までの間に限り、<u>第一の六の(1)のロ、(2)のロ又は(3)のロ</u>に該当するものとみなす。</p> | <p>【機能強化型訪問看護管理療養費1・2（訪問看護管理療養費）】</p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <p>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 <u>12,830円</u></p> <p>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 <u>9,800円</u></p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>【施設基準】</p> <p>(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 <u>△ 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する研修や相談への対応について実績があること。</u></p> <p>(2) 機能強化型訪問看護管理療養費2の基準 <u>△ 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する研修や相談への対応について実績があること。</u></p> <p>【経過措置】</p> <p>一 令和四年三月三十一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に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、<u>令和4年9月30日</u>までの間に限り、<u>第一の六の(1)のハ及び(2)のハ</u>に該当するものとみなす。</p> |

① 医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

医療的ケア児が安心して安全に保育所や学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

診療情報提供料（I）の注7における情報提供先に保育所等を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【診療情報提供料（I）】 【算定要件】 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。</p> | <p>【診療情報提供料（I）】 【算定要件】 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。</p> |

② 小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

小児慢性特定疾病の児が安心して安全に保育所、学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）について対象患者を見直す。

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の対象患者を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【診療情報提供料（I）】 【算定要件】 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。</p> | <p>【診療情報提供料（I）】 【算定要件】 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又は同法第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。</p> |

③ 医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化

在宅復帰が困難な医療的ケア児に関する適切な情報提供を推進する観点から、診療情報提供料（I）について情報提供先を見直す。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【診療情報提供料（I）】 【算定要件】 (11)「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。）。</p> | <p>【診療情報提供料（I）】 【算定要件】 (11)「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、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。）。</p> |

④ 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、新たな評価を行う。

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

| 改定後 |
|---|
| <p>（新）周術期栄養管理実施加算 270点 【算定要件】 （1）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。 （2）この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院内院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。 【施設基準】 （1）当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。 （2）総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> |

⑤ 栄養サポートチーム加算の見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '入院医療における栄養管理に係る適切な評価を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。' and '【障害者施設等入院基本料】【算定要件】'.

⑤ 栄養サポートチーム加算の見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '入院医療における栄養管理に係る適切な評価を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。' and '【障害者施設等入院基本料】【算定要件】'.

⑥ 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、新たな評価を行う。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '【(新) 入院栄養管理体制加算(入院初日及び退院時) 270点【対象患者】】' and '【施設基準】'.

⑦ 褥瘡対策の見直し

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

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】【施設基準】' and '4 褥瘡対策の基準'.

⑧ 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、新たな評価を行う。全身麻酔下手術を行った患者に対して、麻酔に従事する医師を中心とした多職種により構成される術後疼痛管理チームが、質の高い疼痛管理を実施した場合の評価を新設する。

改定後

〔新〕術後疼痛管理チーム加算（1日につき）100点

【対象患者】

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

【算定要件】

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。

⑧ 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

改定後

〔新〕術後疼痛管理チーム加算（1日につき）100点

【施設基準】

(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とする。

⑫ 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

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

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する（別紙）。

改定後

【対象患者】

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

【留意事項】

(1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄に記点を記入する。

(2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。

(3) 保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

(4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。

(5) 保険薬局は、1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

(6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

(7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべき旨を説明すること。

(8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

新たな処方箋様式（案）（※）太字下線部が見直し内容

Form showing a prescription template with fields for patient information, doctor information, and medication details. It includes a section for 'リフィル処方箋（可）' and a table for '調剤済処方箋'.

⑬ 処方箋料の見直し

患者の状態に応じた適切な処方薬を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。

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。

| 改定前 | 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日以上投薬を行った場合（ <u>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。</u> ）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。 |

「注2」においては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）をいい、「注3」においては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）をいう。

① 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、要件及び評価を見直す。

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

| 改定前 | 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】 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 【施設基準】 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略) 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 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2,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算若しくは区分番号「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。 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u> | 【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】 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1) 救急搬送、 <u>周産期医療又は小児救急医療</u> に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略) 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 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2,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算若しくは区分番号「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。 |

① 地域医療体制確保加算の見直し

2. 医師の働き方改革をより実効的に進めるため、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に沿った計画の作成を地域医療体制確保加算の要件に追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【地域医療体制確保加算】 【施設基準】 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「 <u>病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u> 」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、 <u>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。</u> 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うえで、必要な事項を記載すること。 ア～キ (略) 2 届出に関する事項 <u>（新設）</u> | 【地域医療体制確保加算】 【施設基準】 第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (3) (略) ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「 <u>医師労働時間短縮計画作成ガイドライン</u> 」（以下「 <u>時短計画作成ガイドライン</u> 」 <u>という。</u> ）に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。 <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> 2 届出に関する事項 (3) <u>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、1の(3)の③及び④の基準を満たしているものとする。</u> |

① 勤務医の負担軽減の取組の推進

勤務医の負担軽減の取組を推進する観点から、手術及び処置に係る時間外加算1等の要件を見直す。

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、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る制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規制範囲を変更する。また、当直等を行った日の記録に係る事務負担の軽減を行う。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】 6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。 (2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行っている者が確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年1月から12月までのものを作成し、少なくとも5年間保管していること。 | 【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】 6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。 (2) <u>以下のア及びイの事項について記録していること。</u> ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日 イ 当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日 |

① 勤務医の負担軽減の取組の推進

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】 続き (3) 2) 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 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あっては年間24日以内）であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。</p> <p>9 届出に関する事項 （新設）</p> | <p>【時間外加算1（処置・手術通則）】 【施設基準】 続き (3) 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。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、2のアの当直等を行った日には数えない。</p> <p>9 届出に関する事項 (4)令和4年3月31日時点で時間外加算1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、6の2のイ及び3の基準を満たしているものとする。 ※休日加算1及び深夜加算1についても同様。</p> |

② 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

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>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とともに、業務管理等の項目を見直す。</p> <p>1. 夜勤を行う看護職員及び看護補助者に係る業務の実態等を踏まえ、夜間の看護配置に係る評価等を見直す。</p> | |
| <p>【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12 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について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。 【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、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。 イ 14日以内の期間 141点</p> <p>【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】 注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、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。 八 夜間看護配置加算1 100点 二 夜間看護配置加算2 50点</p> | <p>【夜間看護加算（療養病棟入院基本料）】 注12 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について、夜間看護加算として、1日につき50点を所定点数に加算する。 【看護補助加算（障害者施設等入院基本料）】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、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。 イ 14日以内の期間 146点 口 15日以上30日以内の期間 121点</p> <p>【夜間看護配置加算（有床診療所入院基本料）】 注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、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。 八 夜間看護配置加算1 105点 二 夜間看護配置加算2 55点</p> |

② 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

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】 注2 夜間における看護業務の補助の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棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点</p> <p>【看護職員夜間配置加算】 1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算1 105点 ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 85点 2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 65点 ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 40点</p> <p>【夜間75対1看護補助加算（看護補助加算）】 注2 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病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。</p> | <p>【夜間急性期看護補助体制加算（急性期看護補助体制加算）】 注2 夜間における看護業務の補助の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棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 125点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 120点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 105点</p> <p>【看護職員夜間配置加算】 1 看護職員夜間12対1配置加算 イ 看護職員夜間12対1配置加算1 110点 ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 90点 2 看護職員夜間16対1配置加算 イ 看護職員夜間16対1配置加算1 70点 ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 45点</p> <p>【夜間75対1看護補助加算（看護補助加算）】 注2 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病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。</p> |

② 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

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注7 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棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。</p> | <p>【看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注7 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棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。</p> <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。</p> |

②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. 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）等の施設基準における「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目」について、「11 時間以上の勤務間隔の確保」又は「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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 【施設基準】 9 夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、3 項目以上を満たしていること。 ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ (略) ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。 エ〜ケ (略) 11 届出に関する事項 (新設)</p> | <p>【夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）】 【施設基準】 9 夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、ア又はウを含む3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む3 項目以上を満たしていること。 ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ (略) ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。 エ〜ケ (略) 11 届出に関する事項 (4) 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年9月30日までの間に限り、9の(2)の基準を満たしているものとする。 ※ 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算（看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る）、看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算についても同様。</p> |

②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

3. 看護職員夜間配置加算（精神科救急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「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目」のうち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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）】 【施設基準】 4 看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、2項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、2項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。 ア〜ク (略)</p> | <p>【看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）】 【施設基準】 4 看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、ア又はウを含む3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、ア又はウを含む3 項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。 ア〜ク (略)</p> |
| <p>5 届出に関する事項 (新設)</p> | <p>5 届出に関する事項 (3) 令和4年3月31日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、4の(3)の基準を満たしているものとする。 ※ 精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算についても同様。</p> |

①医師事務作業補助体制加算の見直し

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

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を見直す。

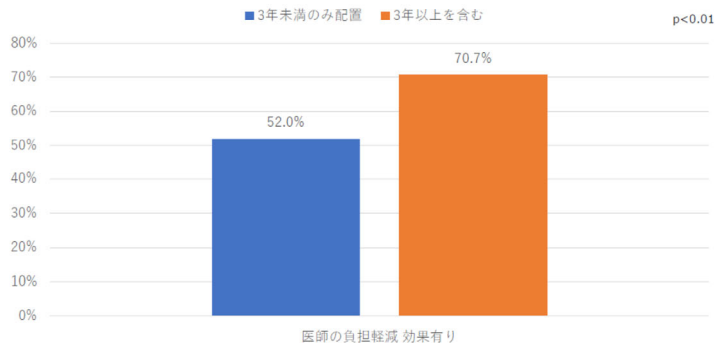
| | 医師事務作業補助体制加算 1 | | 医師事務作業補助体制加算 2 | |
|---------------------|----------------|--------|----------------|------|
| | 改定前 | 改定後 | 改定前 | 改定後 |
| イ 15対1医師事務作業補助体制加算 | 970点 | 1,050点 | 910点 | 975点 |
| ロ 20対1医師事務作業補助体制加算 | 758点 | 835点 | 710点 | 770点 |
| ハ 25対1医師事務作業補助体制加算 | 630点 | 705点 | 590点 | 645点 |
| ニ 30対1医師事務作業補助体制加算 | 545点 | 610点 | 510点 | 560点 |
| ホ 40対1医師事務作業補助体制加算 | 455点 | 510点 | 430点 | 475点 |
| ヘ 50対1医師事務作業補助体制加算 | 375点 | 430点 | 355点 | 395点 |
| ト 75対1医師事務作業補助体制加算 | 295点 | 350点 | 280点 | 315点 |
| チ 100対1医師事務作業補助体制加算 | 248点 | 300点 | 238点 | 260点 |

①医師事務作業補助体制加算の見直し

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

3年以上の実務経験を有する実務者の配置と医師の負担軽減効果

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



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

NPO法人日本医師事務作業補助研究会調べ（2019年4月）

② 特定行為研修修了者の活用推進

医師の働き方改革を一層推進する観点から、精神科リエゾンチーム加算等の要件に係る研修に特定行為研修を追加する。

1. 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及び呼吸ケアチーム加算の要件として履修が求められている研修の種類に、特定行為に係る研修を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【精神科リエゾンチーム加算】 【施設基準】 (2) (略) 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】 (2) (略) ア 国又は医療関係団体等が主催する研修（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） 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号に規定す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。 |

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化するることにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

2. 特定行為の流れ

3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において
- 協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等（協力施設）で受けられることを可能としている

4. 研修の内容（平成31年4月～）

| 共通科目の内容 | 時間数 | 「区分別科目」 | 時間数 |
|------------------------|-----|-------------------|-----|
| 臨床病態生理学（講義、演習） | 30 | 特定行為区分に共通するもの | |
| 臨床薬理学（講義、演習、実習） | 45 | 全ての特定行為区分に共通するもの | |
| フジカルアセスメント（講義、演習、実習） | 45 | 全ての特定行為区分に共通するもの | |
| 臨床薬理学（講義、演習） | 45 | 全ての特定行為区分に共通するもの | |
| 疾病・臨床病態概論（講義、演習） | 40 | 全ての特定行為区分に共通するもの | |
| 医療安全学、特定行為実践（講義、演習、実習） | 45 | 全ての特定行為区分に共通するもの | |
| 合計 | 280 | 特定行為区分(例) | |
| | | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | 9 |
| | | 創傷管理関連 | 34 |
| | | 創傷ドレナージ管理関連 | 5 |
| | | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 16 |
| | | 感染に係る薬剤投与関連 | 29 |

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。
 ※1区分ごとに受講可能。

③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

小児入院医療管理において、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おける病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。

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を算定可能とする。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。 | 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、 病棟薬剤業務実施加算1 、データ提出加算、入院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。 |
| 6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。 | 6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、 病棟薬剤業務実施加算1 、データ提出加算、入院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。 |

③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。 | 7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、 病棟薬剤業務実施加算1 、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。 |

④ 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、周術期における薬剤師による薬学的管理について、新たな評価を行う。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【麻酔管理料(Ⅰ)】 【算定要件】 【新設】 【施設基準】 【新設】 | 【麻酔管理料(Ⅰ)】 【算定要件】 注5-2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、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、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。 【施設基準】 三の二 周術期薬剤管理加算の施設基準 (1) 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。 (2) 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。 ※ 麻酔管理料(Ⅱ)についても同様。 |

周術期における薬剤師の関与の具体例

○ 術前、術中、術後にわたり薬学的介入を行っている。

入院

↑

術前

↓

術中

↓

術後

↓

退院

術前 外来薬剤師

副作用・アレルギー歴、常用薬・サプリメント確認、既往歴評価、医師への情報提供
術前休業に必要な薬の確認、休業指導、かかりつけ薬局との連携

術前 病棟薬剤師

術前休業状況の確認
周術期処方設計（術後感染予防抗菌薬、ステロイドカバー、静脈血栓塞栓症予防、せん妄予防等）

術中 手術室薬剤師

① 手術患者の評価
術前評価（副作用・アレルギー歴、出血・血栓リスク）
麻酔記録、手術記録に基づく術中・術後使用薬チェック

② 医薬品情報提供
術式ごとに定められた手順書、電子カルテ、患者情報モニターシステムなどを活用し、薬物療法に関する問題点の抽出を行い
文書や口頭で情報提供および提言
医薬品の安全性情報、行政通知、供給状況の伝達と対応協議

③ リスクマネジメント
手術室内における医薬品使用状況と適応外使用の確認
適正使用推進、注射ルート管理
医薬品の安全使用のための業務手順書に基づく手順や体制整備

④ 医薬品の法や規制に基づく管理
麻薬、毒薬、向精神薬、習慣性医薬品、劇物、特定生物由来製品

⑤ 注射薬調製

⑥ 薬品運用の効率化
麻酔薬等セット化、配置薬適正化

⑦ 副作用、術中イベントのレビューと病棟薬剤師への申し送り

| 情報提供および提言内容の分類 | 件数 | 受領率 (%) |
|----------------|-----|---------|
| 医薬品情報提供 | 97 | 99 |
| 投与予定変更の助言 | 27 | 100 |
| 投与予定薬の訂正・適正化 | 43 | 98 |
| システムエラーの発見 | 15 | 100 |
| 特別な処方の変更要請 | 5 | 100 |
| 薬物相互作用の対応 | 10 | 100 |
| 薬物アレルギーの対応 | 6 | 100 |
| 適応外使用の監視の確認 | 9 | 100 |
| 副作用の対応 | 5 | 100 |
| その他 | 10 | 100 |
| 全体 | 227 | 99 |

※ 田中ら「日本薬剤師会」(10)1185-1189, 2012

術後 病棟薬剤師

術後疼痛・嘔気・せん妄のモニタリングと薬剤提案
術後感染予防管理（抗菌薬の適正化と血糖管理）、術前止薬の再開確認
退院時服薬指導、薬剤管理サマリー作成と転院退院後の医療機関との連携

⑤ 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。

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【療養病棟入院基本料】 【算定要件】 注12 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について、 夜間看護加算として 、1日につき 45点 を所定点数に加算する。 【施設基準】 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ～ハ（略） （新設） | 【療養病棟入院基本料】 【算定要件】 注12 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については、 当該基準に係る区分に従い、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。 □ 夜間看護加算 50点 □ 看護補助体制充実加算 55点 【施設基準】 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ 夜間看護加算の施設基準 ①～③（略） □ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①及び②を満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。 |

⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【障害者施設等入院基本料】 【算定要件】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、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。</p> <p>イ 14日以内の期間 <u>141点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>116点</u></p> <p>【施設基準】 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算の施設基準 (新設) 次のいずれにも該当すること。 イ～二 (略) (新設)</p> | <p>【障害者施設等入院基本料】 【算定要件】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、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。</p> <p>イ 看護補助加算 (1) 14日以内の期間 <u>146点</u> (2) 15日以上30日以内の期間 <u>121点</u> ロ 看護補助体制充実加算 (1) 14日以内の期間 <u>151点</u> (2) 15日以上30日以内の期間 <u>126点</u></p> <p>【施設基準】 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 イ 看護補助加算の施設基準 次のいずれにも該当すること。 ①～④ (略) ロ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。</p> |

⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

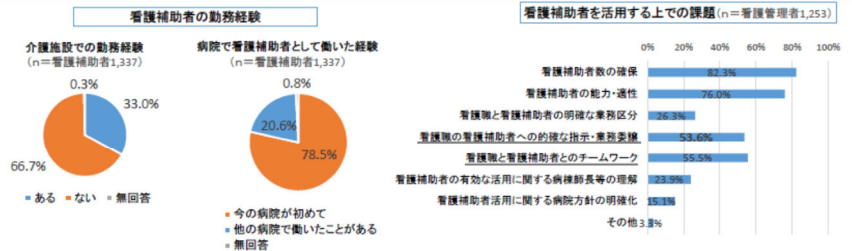
| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【急性期看護補助体制加算】 【算定要件】 (新設)</p> <p>【施設基準】 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 (新設)</p> <p>【看護補助加算】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【急性期看護補助体制加算】 【算定要件】 注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 (9) 看護補助体制充実加算の施設基準 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。</p> <p>【看護補助加算】 【算定要件】 注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき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病棟に入院している患者については、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する。</p> |

⑤ 看護補助者の更なる活用に係る評価の新設

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【施設基準】 十三 看護補助加算の施設基準 (新設)</p> <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注4 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棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 看護補助者配置加算の施設基準 (新設) イ・ロ (略) (新設)</p> | <p>【施設基準】 十三 看護補助加算の施設基準 (6) 看護補助体制充実加算の施設基準 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。</p> <p>【地域包括ケア病棟入院料】 【算定要件】 注4 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棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、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。</p> <p>イ 看護補助者配置加算 160点 ロ 看護補助体制充実加算 165点</p> <p>【施設基準】 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (13) 地域包括ケア病棟入院料の注4に規定する施設基準 イ 看護補助者配置加算の施設基準 ①・② (略) ロ 看護補助体制充実加算の施設基準 ① イの①を満たすものであること。 ② 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。</p> |

看護補助者活用の推進に係る研修

- 病院や介護施設での勤務経験がない看護補助者の割合は7割程度であった。
- 今後看護補助者を活用する上での課題として、5割以上の施設の看護管理者が「看護職の看護補助者への的確な指示・業務委譲」、「看護職と看護補助者とのチームワーク」を挙げている。
- 看護補助者を対象とした研修を実施している施設は多いが、看護補助者との協働について、看護師長・看護職を対象とした研修を実施している施設は2割に満たない。



< 研究概要 > 【対象】 病院(8,353施設)に依頼し、看護管理者1名、看護補助者1名ずつ回答【回収数】看護管理者1,266(有効回収率15.2%)、看護補助者1,337(有効回収率16.0%)

【出典】令和元年度厚生労働科学特別研究「看護職と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究」(研究代表者 坂本 未子) 保険局医療課にて作成(看護管理者調査、看護補助者調査)

① 医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

| 医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、カンファレンスの実施等の要件を見直す。 | |
|--|---|
| 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、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。 | |
| 改定前 | 改定後 |
| <p>【入退院支援加算】 【施設基準】 (5) (4) に規定する連携機関の職員との年 3 回の面会は、<u>対面で行うこと</u>が原則であるが、当該 3 回中 1 回（当該保険医療機関又は連携機関が「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該 3 回中 3 回）に限</p> <p>り、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<u>面会することができる</u>。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> | <p>【入退院支援加算】 【施設基準】 (5) (4) に規定する連携機関の職員との年 3 回の面会は、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<u>実施しても差し支えない</u>。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>※ 感染防止対策加算、退院時共同指導料 1 及び 2、介護支援等連携指導料についても同様。 ※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。</p> |

① 医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【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】 【算定要件】 (23)在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」又は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在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ（略） ウ <u>当該カンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のイ及びロを満たす場合は、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。</u> <u>(イ) 当該カンファレンスに 3 者以上が参加すること</u> <u>(ロ) 当該 3 者のうち 2 者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っていること。</u> なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。 エ また、関係者のうちいずれかが、「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」の「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供しているが</p> | <p>【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】 【算定要件】 (23)在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」又は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在宅患者訪問看護・指導料の「注 9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。 ア・イ（略） ウ <u>当該カンファレンスは、1 者以上が患者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。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> |

① 医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下のイからハまでを満たすときは、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。</p> <p>(イ)~(ハ)（略）</p> <p>オ、ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> | <p>イ、ウにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料についても同様。 ※ 訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算についても同様。</p> |

② 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

| |
|---|
| <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。 2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。 3. レセプトの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に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの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。 4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。 |
|---|

③ 標準規格の導入に係る取組の推進

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

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

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

② HL7 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)について

HL7 FHIRとは

- 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。
- 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ている。

メリット

- 普及しているWeb技術を採用し、実装面を重視しているため、実装者にわかりやすい仕様で短期間でのサービス立上げが可能
- 既存形式の蓄積データから必要なデータのみ抽出・利用が可能のため、既存の医療情報システムの情報を活用した相互運用性を確保できる

諸外国の状況

| 国 | HL7 FHIRの活用状況 |
|------|---|
| 米国 | FHIRベースのAPI実装を促すことを目的としてインセンティブ・ペナルティ施策を導入している。更に、国が運営する情報システム（CMS）においてFHIRを採用し、実装ガイド等の展開を図っている。 |
| 英国 | 電子カルテ調達契約において、FHIRを採用する標準仕様が定められている。国が運営するNHS Englandにおいては実質的に実装が義務化されており、APIや実装ガイド等の整備を行っている。 |
| オランダ | 官民連携によるPHR向けのFHIRを採用したAPI・実装ガイド等の整備・提供が行われており、インセンティブ施策として、医療機関・PHRベンダ向けの補助金制度および中小企業向けの投資を行っている。 |

諸外国では、HL7 FHIRの特徴を活かして、積極的に活用しつつある。

① 入退院支援の推進

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

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】 (2)入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ（略） (新設) (新設) サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合</p> | <p>【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】 (2)入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ（略） サ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること シ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること ス その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合</p> |

ヤングケアラーとは

子ども家庭局 家庭福祉課 提供資料

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

(ヤングケアラーのイメージ(例))



① 入退院支援の推進

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

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【入退院支援加算1及び2】 【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 【入退院支援加算1】 【施設基準】 (4)転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が20以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。</p> | <p>【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点 【入退院支援加算1】 【施設基準】 (4)転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。</p> |

① 入退院支援の推進

【経過措置】

1の(4)に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和4年9月30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。

③ 画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組について、新たな評価を行う。

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。

| 改定後 |
|--|
| <p>（新） 報告書管理体制加算（退院時1回）7点</p> <p>【対象患者】 画像診断又は病理診断が行われた入院患者 【算定要件】 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】 (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) 組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。</p> |

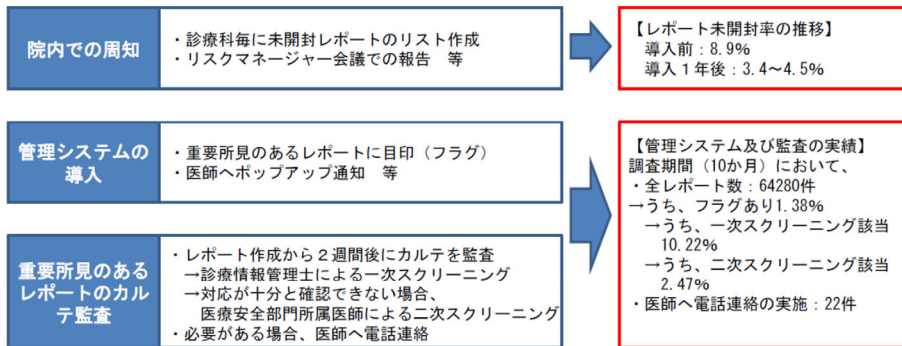
③ 画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設

| 改定後 |
|--|
| <p>(6) 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。 (7) 報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。 (8) 報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。</p> |

報告書の確認不足に対する組織的医療安全対策の効果(例)

- 画像診断において、医療安全部門が主体となって院内全体で取り組むことにより、レポートの未開封率は半減した。
- また、カルテを監査することで、確実なレポートの確認不足に対する対策が図られている。

【群馬大学医学部附属病院での事例】



出典：令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）医療安全に資する病院情報システムの機能を普及させるための施策に関する研究 分担研究報告書「画像診断レポート既読管理システム導入と重要レポートのカルテ監査実施事例」

④ 療養・就労両立支援指導料の見直し

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。

1. 療養・就労両立支援指導料の対象疾患に、心疾患、糖尿病及び若年性認知症を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【療養・就労両立支援指導料】 【施設基準】 別表第三の一の二 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患 悪性新生物 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） | 【療養・就労両立支援指導料】 【施設基準】 別表第三の一の二 療養・就労両立支援指導料の注1に規定する疾患 悪性新生物 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 心疾患 糖尿病 若年性認知症 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患 |

④ 療養・就労両立支援指導料の見直し

2. 患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供先に、当該患者が勤務する事業場の衛生推進者を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 【療養・就労両立支援指導料】 【算定要件】 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。 | 【療養・就労両立支援指導料】 【算定要件】 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。 |

両立支援ガイドライン・手引きについて

- 令和2年度改定以後、企業・医療機関連携マニュアルに心疾患、糖尿病の事例が追加された。
- 両立支援ガイドラインの参考資料にも、心疾患、糖尿病の治療と仕事の両立支援に当たり特に留意すべき事項（治療や症状に応じた配慮事項等）が示されている。
- 若年性認知症については、令和3年度中に若年性認知症の治療と仕事の両立に当たり特に留意すべき事項（治療や症状に応じた配慮事項等）等を示した手引きが策定される予定である。

両立支援ガイドライン・手引き 疾患別留意事項等作成(イメージ)

| | H27年度 | H28年度 | H29年度 | H30年度 | R元年度 | R2年度 | R3年度 |
|------------|---------|------------|------------|-------|------------|---------|--------------------|
| がん | ○留意事項作成 | ○連携マニュアル作成 | | | | | |
| 脳血管疾患 | | ○留意事項作成 | ○連携マニュアル作成 | | | | |
| 肝疾患 | | ○留意事項作成 | ○連携マニュアル作成 | | | | |
| 難病 | | ○留意事項作成 | ○連携マニュアル作成 | | | | |
| 心疾患 糖尿病 | | | | | ○連携マニュアル作成 | ○留意事項作成 | |
| 若年性 認知症 | | | | | | | ○手引き作成 (留意事項含む) |

労働者の健康に係る業務を担当する者

- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。
- 令和2年度改定において、産業医以外に保健師、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者が診療情報の提供先として認められた。

労働安全衛生法に位置づけられている労働者の健康に係る業務を担当する者

| 職種 | 選任すべき事業場/主な業務内容 |
|----------------------------|--|
| 産業医 (労働安全衛生法第13条) | 常時50人以上の労働者を使用する事業場 健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置 等 |
| 保健師 (労働安全衛生法第13条の2) | 選任に特段の定めはない 労働者の健康管理、保健指導 等 |
| 総括安全衛生管理者 (労働安全衛生法第10条) | 常時100人～1000人以上の労働者を使用する事業場 (業種により選任すべき事業場の規模が異なる) 以下の業務を統括管理すること ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等 |
| 衛生管理者 (労働安全衛生法第12条) | 常時50人以上の労働者を使用する事業場 総括安全衛生管理者の統括管理する業務のうち衛生に係る技術的事項を管理すること |
| 安全衛生推進者 (労働安全衛生法第12条の2) | 常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場 総括安全衛生管理者の統括管理する以下の業務を担当すること ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等 |
| 衛生推進者 (労働安全衛生法第12条の2) | 常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場のうち、安全衛生推進者を選任する必要がない業種(金融・広告業、映画・演劇業、教育・研究業、保健衛生業等) 安全衛生推進者の業務のうち、衛生に係る業務を担当すること |

療養・就労両立支援指導料における企業側の連携先 81

⑤ 手術等の医療技術の適切な評価

- 1 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、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、既存技術の評価を見直す。
- 2 新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
- 3 外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試算の評価等を参考に評価を見直す。

- 1 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術(先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価(廃止を含む。)を行う。また、レジストリの解析結果に基づき、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の食道癌、胃癌及び直腸癌の手術に係る施設基準の見直しを行う。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったもの例】

- (1) 再建胃管悪性腫瘍切除術・全摘(消化管再建を伴うもの)(頸部・胸部・腹部の操作)
- (2) 小児食物アレルギー-負荷試験
- (3) 放射性同位元素内用療法管理料(神経内分分泌腫瘍に対するもの)
- (4) 在宅ハイフローセラピー装置加算
- (5) 鼻腔・咽頭拭い液採取

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】

- (1) 陽子線治療(※1)
 - (2) 重粒子線治療(※2)
 - (3) L D L アフェレンス療法
 - (4) M R I 撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法
 - (5) 流産検体を用いた染色体検査
- ※1: 大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行肺癌又は大腸癌術後局所再発に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。
- ※2: 大型の肝細胞癌、肝内胆管癌、局所進行肺癌、大腸癌術後局所再発又は局所進行子宮頸部腺癌に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

⑤ 手術等の医療技術の適切な評価

【廃止を行う技術の例】

- (1) 椎間板ヘルニア徒手整復術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合の手術に係る見直しの例】

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 【施設基準】 1 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)の施設基準 (1) (略) <u>(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。</u> (3)～(9) (略) | 【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術】 【施設基準】 1 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)の施設基準 (1) (略) <u>(削除)</u> (2)～(8) (略) |
| 【腹腔鏡下胃切除術】 【施設基準】 1 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準 (1) (略) <u>(2) 以下のアからウまでの手術を術者として、合わせて10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。</u> | 【腹腔鏡下胃切除術】 【施設基準】 1 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準 (1) (略) <u>(削除)</u> |

⑤ 手術等の医療技術の適切な評価

| 改定前 | 改定後 |
|--|-------------|
| ア 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合) イ 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) ウ 腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合) (3)～(9) (略) | (2)～(8) (略) |

2. C 2 区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

改定後

- 【技術の例】
- (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のもの | 16,000点 |
| 2 1センチメートル以上のもの | 22,960点 |

3. 外科 系学会社会保険委員会連合「外保連試算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。

⑥ 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、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

E 3 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。

改定後

【検査の例】
 (新) 微生物核酸同定・定量検査
 サイトメガロウイルス核酸定量 450点

⑦ 家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進

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。

消化管ポリポシスのうち、家族性大腸腺腫症については、放置するとほぼ確実に大腸がんを発症することを踏まえ、内視鏡により大腸ポリプを徹底的に摘除した場合の評価を新設する。

| 改定前 | 改定後 |
|-------------------------------------|---|
| 【内視鏡的大腸ポリプ・粘膜切除術】 【算定要件】 (新設) | 【内視鏡的大腸ポリプ・粘膜切除術】 【算定要件】 注 家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポシス加算として、年1回に限り5,000点を所定点数に加算する。 |

消化管ポリポシスについて

- 消化管ポリポシスは、家族性腺腫性ポリポシス (FAP)、若年性ポリポシス、ポイツ・ジェガース症候群、カウデン症候群等を含む疾患群である。
- 消化管ポリポシスは、遺伝性で、若年から消化管全体にポリプが多発することが多く、ポリプががん化する場合もある。
- FAPについては、放置すると大腸がんが発症するため、予防的大腸切除が推奨されている。

| | FAP | 若年性ポリポシス | ポイツ・ジェガース症候群 | カウデン症候群 |
|------|---|--|---|---|
| 疾患概念 | APC遺伝子の胚細胞変異を原因とし、大腸の多発性腺腫を主徴とする常染色体優性遺伝性の症候群 | 全消化管に良性の過腺腫性ポリプである若年性ポリプが多発する常染色体優性遺伝性疾患 | 食道を除く全消化管の過腺腫性ポリポシスと口唇、口腔、指尖部を中心とする皮膚、粘膜の色素斑を特徴とする常染色体優性遺伝性疾患 | 皮膚・粘膜、消化管、乳腺、甲状腺、中枢神経、泌尿生殖器などに良性の過腺腫性病変が多発する常染色体優性遺伝性疾患 |
| 疫学 | わが国の全人口における頻度は、17400人に1人 | 国内の患者数は約80~1200人 | 国内の患者数は約600~2400人 | 国内の患者数は約500~600人 |
| 治療 | 大腸癌が発生する前に大腸切除を行う予防的大腸切除が推奨される。 | 根治のための治療法はない。 | 根治のための治療法はない。 | 根治のための治療法はない。 |
| 予後等 | 放置すれば40歳でほぼ50%、60歳ごろにはほぼ100%大腸癌を発症。 | 消化管と膵臓の悪性腫瘍発症の高危険群。 | 消化管を含めた悪性腫瘍発症の高危険群であり、消化管、膵臓、乳房、精巣、卵巣、肺の悪性腫瘍を50歳までに30%、70歳までに80%の頻度で合併。 | 乳癌、甲状腺癌、子宮癌、腎細胞癌、大腸癌などを合併することもあり、一般的に予後不良。 |

出典：小児慢性特定疾病情報センターホームページを基に保険局医課にて作成

FAPに対する内視鏡治療

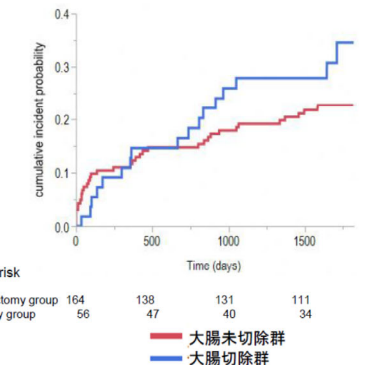
- FAPに対する標準治療は大腸切除であるが、患者によっては外科手術を希望しない場合があり、その場合、内視鏡にてポリプを徹底的に摘除する。
- 最新の研究結果によれば、内視鏡により多発する大腸ポリプを徹底的に摘除したところ、5年後の高度異型腺腫及び粘膜内癌の累積発生頻度は、大腸切除よりも低い結果であった。

FAPに対する内視鏡治療にかかる臨床試験の対象患者

- 以下の①~③全てを満たすこと。
- ①16歳以上 (20歳未満は保護者の同意を必要とする)
 - ②大腸に腺腫が100個以上ある症例 (※)
 - ③以下のいずれかが満たすこと。
 - ・手術を勧めたが手術を望まなかった
 - 又は
 - ・大腸の一部を手術したが大腸は10cm以上残存している症例

※ 試験参加時において、手術や内視鏡により腺腫が摘除されたことにより、大腸の腺腫が100個以下であっても、摘除された腺腫を合わせて100個以上であると考慮されれば対象とする。

高度異型腺腫及び粘膜内癌の累積発生頻度



出典：AMED革新的がん医療実用化研究事業「大腸がん超危険度群におけるがんリスク低減手法の最適化に関する研究 (研究代表者：武藤倫弘)「家族性大腸腺腫症に対する大腸癌予防のための内視鏡介入試験 (J-FAPP Study111)」石川秀樹先生提供資料

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

人工呼吸器やECMOを用いた重症患者に対する適切な治療管理を推進する観点から、人工呼吸及び人工心肺について要件及び評価を見直す。

1. 人工呼吸を実施する患者に対して、自覚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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【人工呼吸】 3 5 時間を超えた場合（1日につき） 819点</p> <p>【算定要件】 <u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> | <p>【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</p> <p>【算定要件】 注3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。 4 注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。 (10) 「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。 (11) 「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。</p> |

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---------------------------------------|--|
| <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> | <p>(12) 「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 自覚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。</p> <p>(13) 「注4」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。 ア 自覚覚醒試験の結果、自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。</p> |

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|-----|--|
| | <p>(ハ) 血行動態が安定していること。 (ニ) 十分な吸気努力があること。 (ホ) 異常な呼吸様式ではないこと。 (ヘ) 全身状態が安定していること。 ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。 (イ) 吸入酸素濃度（F I O 2）50%以下、CPAP（PEEP）≤5cmH2OかつPS≤5cmH2O (ロ) F I O 2 50%以下相当かつTピース エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。 (イ) 酸素化の悪化の有無 (ロ) 血行動態の悪化の有無 (ハ) 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無 オ ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。 カ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。</p> |

重症患者の管理について

- 集中治療管理を要する患者に対する管理方針として、「The ICU Liberation Bundle」が提唱されている。
- その中で、人工呼吸器管理を要する患者に対しては、自覚覚醒トライアル(SAT)と自発呼吸トライアル(SBT)の実施が推奨されている。



- SAT: spontaneous awakening trials**
- 鎮静薬を中止または減量し、自発的に覚醒が得られるか評価する試験のこと。
 - 麻薬などの鎮痛薬は中止せずに継続し、気管チューブによる苦痛を最小限にすることも考慮する。
 - 観察時間は30分から4時間程度を目安とする。
 - 鎮静スケール(※1)を用いて覚醒の程度を評価する。

※1 鎮静スケール：
・ RASS: Richmond Agitation-Sedation Scaleを用いる。+4(闘争的、好戦的)～0(覚醒、静穏状態)～-5(昏睡)の10段階で評価する。
・ RASS -1～0かつ、鎮静薬中止後30分以上経過しても興奮・不安状態にならない場合、SAT成功と判断する。

- SBT: spontaneous breathing trials**
- 人工呼吸による補助がない状態に患者が耐えられるかどうかを確認するための試験のこと。
 - 患者がSBT開始基準(※2)を満たせば、人工呼吸器設定をCPAPまたはTピースに変更し、30分から2時間観察する。
 - SBT成功基準を満たせば抜管を考慮する。

※2 SBT開始安全基準：
・ 原疾患の改善を認め、以下の①～⑤の全てをクリアした場合、SBTを行う。
① 酸素化が十分である ② 血行動態が安定している
③ 十分な吸気努力がある ④ 異常呼吸パターンを認めない
⑤ 全身状態が安定している

出典：人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル（日本集中治療医学会、日本呼吸療法学会、日本クリティカルケア看護学会 2015年2月28日）

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

2. 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。

改定後

(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) カニューレ挿入料は、所定点数に含まれるものとする。
- (2) 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。
- (3) 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。

改定前

【人工心肺 (1日につき)】

【算定要件】

- (2) 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場合に使用した場合は、本区分により算定する。

改定後

【人工心肺 (1日につき)】

【算定要件】

(削除)

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

3. 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。

改定後

(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) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 体外式膜型人工肺管理料は区分番号 K 601-2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 A 3 0 0 に掲げる救命救急入院料
 - イ 区分番号 A 3 0 1 に掲げる特定集中治療室管理料
 - ウ 区分番号 A 3 0 1-4 に掲げる小児特定集中治療室管理料
- (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。
- 4. 第10部手術第1節手術料の「第13款臓器提供管理料」を「第13款手術等管理料」に改める。

ECMOを用いた治療の実際について

- 人工呼吸器で対応できない重症呼吸不全の患者に対して、ECMOを用いた治療を実施することにより、救命できる場合がある。
- ECMOを用いた治療の実施に当たっては、原疾患の治療に加えて、様々な治療管理が必要となる。

導入時

- ・ カニューレ挿入(必要に応じて外科的処置)
- ・ 血液検査(必要に応じて輸血)、抗凝固療法



維持・継続管理

- ECMOの回路の管理
 - ・ 回路トラブルの予防
 - 血液凝固系管理、抗凝固療法
 - ・ 回路トラブルの早期発見
 - 回路内圧モニタリング、ECMOチャート作成
 - ・ 回路トラブルへの対応
 - 回路交換、カニューレ交換 等



- ECMOによる合併症の予防・早期発見・早期対応
 - ・ 出血合併症
 - ・ 気道粘膜・肺泡 → 気管内吸引物の観察、愛護的処置
 - ・ カニューレ挿入部 → 局所の観察
 - ・ 消化管 → 胃管排液・排泄物の観察
 - ・ 膀胱 → 膀胱留置カテーテル排液の観察
 - ・ 筋肉内血腫 → 全身・四肢の観察
 - ・ 脳出血 → 瞳孔径、意識レベル、麻痺等の観察
 - ・ 感染症

ECMO離脱に向けた管理・離脱後の管理

- ・ 自己肺の状態改善のための処置
- ・ 離脱に向けたテスト(酸素化能、CO₂クリアランス、呼吸数・呼吸モードの評価)
- ・ 離脱後の深部静脈血栓症の検索 等

出典：ELSO Anticoagulation Guideline, The ELSO Red Book (5th Edition), ECMOプロジェクトシミュレーションコース資料 (一部改定)

⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し

- 4. 第10部手術第1節手術料の「第13款臓器提供管理料」を「第13款手術等管理料」に改める。
- 5. 呼吸不全等の患者の治療管理に必要な経皮的動脈血酸素飽和度測定について、評価を見直す。

改定前

【経皮的動脈血酸素飽和度測定 (1日につき)】
30点

改定後

【経皮的動脈血酸素飽和度測定 (1日につき)】
35点

⑨ 人工腎臓に係る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し。

現在実施されている腎代替療法の実態を踏まえ、慢性腎臓病の患者に対する手厚い情報提供や、移植実施施設における他施設との連携を推進するため、人工腎臓に係る導入期加算について、腎代替療法に係る所定の研修を修了した者の配置要件の追加等の見直しを行う。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【導入期加算（人工腎臓）】 【算定要件】 注2 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った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ（略） ロ 導入期加算2 500点 （新設）</p> <p>【施設基準】 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 導入期加算の施設基準 イ・ロ（略） （新設）</p> | <p>【導入期加算（人工腎臓）】 【算定要件】 注2 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った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ（略） ロ 導入期加算2 400点 ハ 導入期加算3 800点</p> <p>【施設基準】 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 導入期加算の施設基準 イ・ロ（略） ハ 導入期加算3の施設基準 ① 導入期加算1の施設基準を満たしていること。 ② 当該療法を行うにつき十分な実績を有していること。</p> |

⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>第57の2 人工腎臓 2 導入期加算の施設基準 (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。 （新設）</p> <p>(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。 （新設）</p> <p>（新設）</p> <p>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。 ロ 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。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。</p> | <p>第57の2 人工腎臓 2 導入期加算の施設基準 (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。</p> <p>(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。 ロ 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を受講していること。</p> <p>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人以上以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。</p> |

⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--------------------|---|
| <p>（新設）</p> | <p>(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。 ロ 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。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。 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。</p> |

⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>5 届出に関する事項 （新設）</p> | <p>5 届出に関する事項 (4) 令和4年3月31日時点で導入期加算2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、2の(2)のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。</p> |

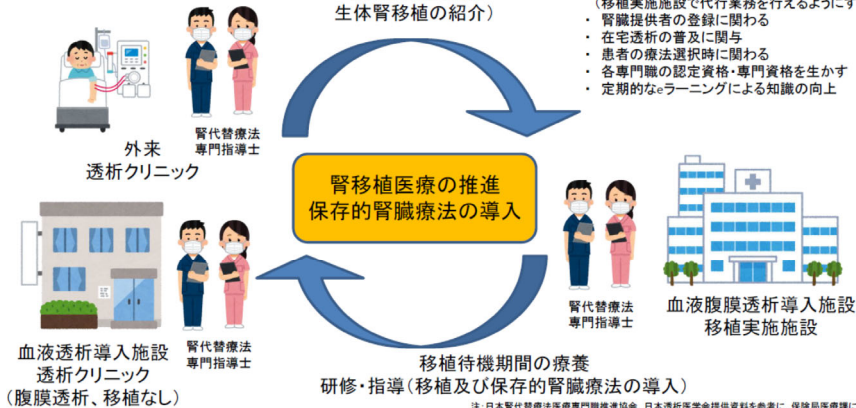
腎移植医療の適切な推進について

○ 腎代替療法の選択を推進し、透析移植患者のADL/QOL向上を目指すことを目的に医師、看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師、臨床工学技士、レシピエント移植コーディネーターを対象に腎移植医療の推進及び保存的腎臓療法の導入が可能となるような腎代替療法専門指導士の養成のしくみが開始された。

<腎代替療法専門指導士の使命>

患者への腎代替療法の選択について医師と協力して説明するなど患者・家族を支援する連携体制をとることで腹膜透析、腎移植を推進させ、在宅で継続可能な血液透析患者を増加させること。

連携強化
(献腎登録・更新
生体腎移植の紹介)



<腎代替療法専門指導士の役割>

- ・ 研修・指導等移植を増やすための継続的な試みを行う
- ・ 臓器移植ネットワークの登録に関与 (移植実施施設で代行業務を行えるようにする)
- ・ 腎臓提供者の登録に関与
- ・ 在宅透析の普及に関与
- ・ 患者の療法選択時に関与
- ・ 各専門職の認定資格・専門資格を生かす
- ・ 定期的なeラーニングによる知識の向上

移植待機期間の療養
研修・指導 (移植及び保存的腎臓療法の導入)

41

注: 日本腎代替療法医療専門職推進協会、日本透析医学会提供資料を参考に、保険局医事課において作成

⑩ 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設

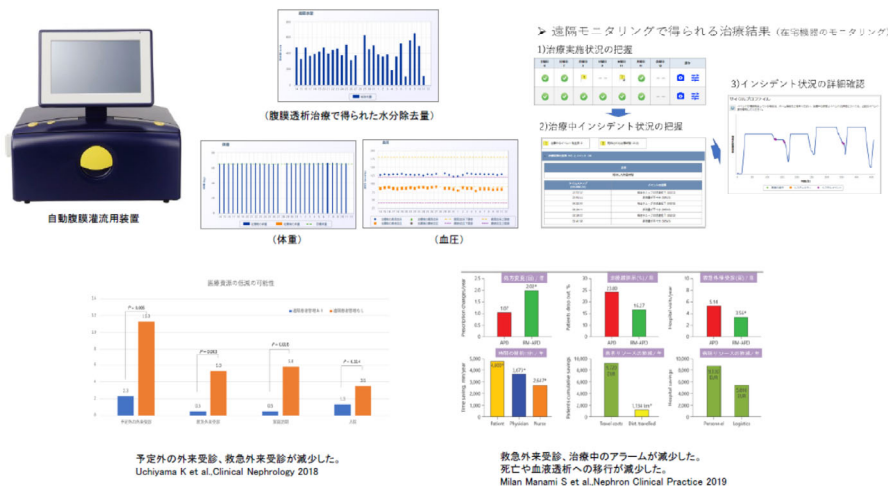
腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングについて新たな評価を行う。

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の評価を新設する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 【算定要件】 (新設)</p> <p>(新設)</p> | <p>【在宅自己腹膜灌流指導管理料】 【算定要件】 注3 注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに對して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月1回に限り115点を所定点数に加算する。 (4) 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。</p> |

腹膜透析患者の遠隔モニタリングによる評価について

- 腹膜透析患者は日々の治療に係る記録を専用紙に記録する(注液量、廃液料、体重等)。
- 腹膜透析患者については、上記のモニタリングが可能な情報通信機器を活用して遠隔モニタリングを実施することで医療資源、予約外来診やアラーム発生回数減少し、治療改善効果があることが報告されている。



予定外の外来受診、救急外来受診が減少した。
Uchiyama K et al. Clinical Nephrology 2018

救急外来受診、治療中のアラームが減少した。
死亡や血液透析への移行が減少した。
Milan Manami S et al. Nephron Clinical Practice 2019

47

⑪ 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。

在宅血液透析指導管理料について、患者等に対する教育や在宅血液透析に関する指導管理の実施に当たっては、日本透析協会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて行うことを要件化するとともに、当該管理料の評価を見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【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。</p> | <p>【在宅血液透析指導管理料】 10,000点 【算定要件】 (5) 日本透析協会が作成した「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。</p> |

在宅血液透析の適応と一般的な導入方法

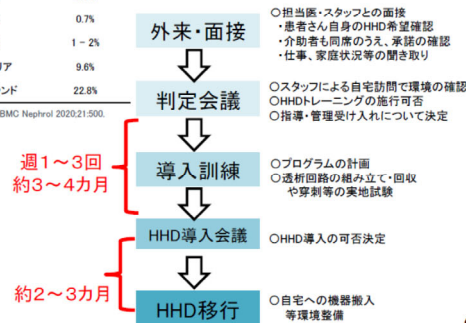
- 在宅血液透析 (HHD: Home hemodialysis) は、近年増加傾向であるものの透析患者全体の約0.2% (2019年 754人)しかおらず、諸外国と比較しても患者の割合は非常に少ない。診療報酬上の評価も、J038 人工腎臓と比較し、低い評価となっている。
- 在宅血液透析 (HHD) では、患者自身の希望があることや自己管理能力があり、教育訓練を受けられること等を適応条件としている。
- HHDの導入に当たっては、適応があると判断された患者に対し、自宅での操作・穿刺等に関する訓練を行ったうえで、自宅の環境整備等も行い、半年以上の時間をかけて開始前に準備を行うことが一般的であり、開始前の医療スタッフの負担は非常に大きい。
- HHD開始後は、導入初期は2週間に1回診察を行い手技等を確認、その後は安定していれば月に1回の外来診察を実施する。また、自宅の環境確認等を定期的に自宅訪問も行う。

<在宅血液透析に係る診療報酬点数の算定状況> <諸外国のHHDの状況(夜間HHD除く)>

| 算定回数 | 令和2年 | 国名 | HHDの割合 |
|--------------------|----------------------------------|----------|--------|
| C102-2 在宅血液透析指導管理料 | 8,000点/月 782回 | アメリカ | 2.0% |
| 巡回指導管理料(1/回) | 2,000点/回 *初回算定月から2ヶ月までの間、2回算定 | フランス | 0.7% |
| C156 透析液供給装置加算 | 10,000点/月 787回 | イギリス | 1~2% |
| | | オーストラリア | 9.6% |
| | | ニュージーランド | 22.8% |

※社会医療行為別診療統計(令和2年度6月算定分)の算定回数
(参考) J038人工腎臓 場合1(4時間以上5時間未満) 別に定める患者 2084点/回 月 12~13回算定 2,727,025回
Target N. et al. BMC Nephrol 2020;21:500

<HHD導入訓練から開始までの経過>



44

⑬ 生活習慣病管理料の見直し

生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

1. 生活習慣病患者に対する生活習慣に関する総合的な治療管理については、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ことを、生活習慣病管理料の算定に当たっての留意事項に明記する。
2. 糖尿病又は高血圧症の患者について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。
3. 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する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【生活習慣病管理料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 脂質異常症を主病とする場合 650点 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番</p> | <p>【生活習慣病管理料】</p> <p>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</p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番</p> |

⑬ 生活習慣病管理料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p> <p>(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づき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。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2)~(9) (略)</p> <p>(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。</p> | <p>号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p> <p>(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づき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。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2)~(9) (略)</p> <p>(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容を診療録に記載していること。</p> |

⑭ 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。

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

| 改定後 |
|--|
| <p>初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。</p> <p>(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点</p> <p>【対象患者】</p> <p>「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が「情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者」</p> <p>【算定要件】</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> |

① 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

改定後

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
 (5) 当該 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不適な症状」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) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
 (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
【施設基準】
 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

② 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。

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。

改定後

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

【対象患者】

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者

【算定要件】

- (1) 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（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再診を行った場合を含む。）に算定する。
- (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

② 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料の廃止

改定後

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) 当該指針において、「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不適な症状」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) 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
 (8) 情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
【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。
 (※) 外来診療料（情報通信機器を用いた場合）についても同様。

③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

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

情報通信機器を用いて行った医学管理等については、以下のとおり整理する。
 ○検査料等が包括されている医学管理等については、情報通信機器を用いた実施を評価の対象としない。
 ○上記以外の医学管理等については、以下に該当するものを除き、評価の対象とする。

- 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

1. 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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--------------------------------------|
| <p>【地域包括診療料】 【算定要件】</p> <p>注4 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A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</p> | <p>【地域包括診療料】 【算定要件】 (削除)</p> |

③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【施設基準】 (3) 地域包括診療料の注4に規定する施設基準 オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関 であること。 | 【施設基準】 (削除) ※ 認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料に ついても同様。 |
| 2. 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及び薬剤総合評価調整管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価の対象に追加する。 | |
| 改定前 | 改定後 |
| 【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 【算定要件】 (新設) | 【小児悪性腫瘍患者指導管理料】 【算定要件】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機 関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定す べき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所 定点数に代えて、小児悪性腫瘍患者指導管理料(情 報通信機器を用いた場合)として、479点を算定する。 |

③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|-----------------------|---|
| 【施設基準】 (新設) | 【施設基準】 (8)の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料の注5に規定 する施設基準 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。 ※ ウイルス疾患指導料、皮膚科特定疾患指導管理料、 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 療計画料及び薬剤総合評価調整管理料に ついても同様。 |

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

| 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価 | | 情報通信機器を用いた場合の点数 | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|-----|
| 従来から、情報通信機器を用いた場合の評価の対象となっている診療報酬 | | 改定前 | 改定後 |
| 主たる点数 | | | |
| B000 特定疾患療養管理料 | 1 診療所 | 225 | 196 |
| | 2 許可病床100未満病院 | 147 | 128 |
| | 3 許可病床100-199 | 87 | 76 |
| B001の5 小児科療養指導料 | | 270 | 235 |
| B001の6 てんかん指導料 | | 250 | 218 |
| B001の7 難病外来指導管理料 | | 270 | 235 |
| B001の27 糖尿病透析予防指導管理料 | | 350 | 305 |
| | 注4 | 175 | 152 |
| C002 在宅時医学総合管理料 | | 100 | 別紙 |
| I016 精神科在宅患者支援管理料 | | 100 | 100 |

情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し

| 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価 | | 情報通信機器を用いた場合の点数 | |
|------------------------------------|----|-----------------|-----|
| 新たに、情報通信機器を用いた場合の評価の対象となった診療報酬 | | 改定前 | 改定後 |
| 主たる点数 | | | |
| B001の1 ウイルス疾患指導料、 | イ | 240 | 209 |
| | ロ | 330 | 287 |
| B001の8 皮膚科特定疾患指導管理料、 | イ | 250 | 218 |
| | ロ | 100 | 87 |
| B001の18 小児悪性腫瘍患者指導管理料、 | | 550 | 479 |
| B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料、 | | 200 | 174 |
| B001の23 がん患者指導管理料、 | イ | 500 | 435 |
| | ロ | 200 | 174 |
| | ハ | 200 | 174 |
| | ニ | 300 | 261 |
| B001の24 外来緩和ケア管理料、 | | 290 | 252 |
| | 注4 | 150 | 131 |
| B001の25 移植後患者指導管理料、 | イ | 300 | 261 |
| | ロ | 300 | 261 |
| B001の31 腎代替療法指導管理料、 | | 500 | 435 |
| B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料、 | | 130 | 113 |
| B001-9 療養・就労両立支援指導料、 | 1 | 800 | 696 |
| | 2 | 400 | 348 |
| B005-6 がん治療連携計画策定料2、 | | 300 | 261 |
| B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料、 | | 500 | 435 |
| B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 | | 700 | 609 |
| B008-2 薬剤総合評価調整管理料 | | 250 | 218 |
| 今改定で、情報通信機器を用いた場合の評価の対象から除外された診療報酬 | | 改定前 | 改定後 |
| B001-2-9 地域包括診療料 | | 100 | - |
| B001-2-10 認知症地域包括診療料 | | 100 | - |
| B001-3 生活習慣病管理料 | | 100 | - |

④ 在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見直し

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、在宅医療における情報通信機器を用いた医学管理について、要件及び評価を見直す。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【在宅時医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (新設)</p> <p>(3) (略)</p> | <p>【在宅時医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点 ③ ①及び②以外の場合 880点 ④ (略)</p> |

④ 在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>(新設)</p> <p>【算定要件】 注12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料としてそれぞれ、100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p>【施設基準】 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (新設)</p> | <p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,515点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点 ③ ①及び②以外の場合 440点 ※ 1のロ、2及び3についても同様。</p> <p>【算定要件】 注12 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、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。</p> <p>【施設基準】 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (8) 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準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。</p> |

⑤ 施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設

施設において療養を行っている患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【施設入居時等医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (新設)</p> <p>(3) (略)</p> | <p>【施設入居時等医学総合管理料】 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合 (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,249点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点 ③ ①及び②以外の場合 880点 ④ (略)</p> |

⑤ 施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の新設

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>(新設)</p> <p>【算定要件】 注12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料としてそれぞれ、100点を所定点数に加えて算定できる。</p> <p>【施設基準】 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (新設)</p> | <p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,125点 ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 633点 ③ ①及び②以外の場合 440点 ※ 1のロ、2及び3についても同様。</p> <p>【算定要件】 注6 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、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。</p> <p>【施設基準】 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等 (8) 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準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。</p> |

⑧ 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

栄養食事指導の実施を更に推進する観点から、初回から情報通信機器等を用いた場合の栄養食事指導について評価を見直す。

外来栄養食事指導料 1 及び 2 について、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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料 1</p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器を用いた場合 180点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(2) 2回目以降 190点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注 1 イの(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対</p> | <p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 外来栄養食事指導料 1</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 260点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 235点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 180点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料 2</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 250点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 225点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 190点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 170点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注 1 イの(1)の①及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるもの</p> |

⑧ 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

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月において月 2 回に限り、その他の月において月 1 回に限り算定する。</p> <p>2 (略)</p> <p>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。</p> <p>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おいて月 2 回に限り、その他の月において月 1 回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p> | <p>に対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月において月 2 回に限り、その他の月において月 1 回に限り算定する。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>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等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おいて月 2 回に限り、その他の月において月 1 回に限り算定する。</p> <p>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おいて月 2 回に限り、その他の月において月 1 回に限り算定する。</p> <p>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等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おいて月 2 回に限り、その他の月において月 1 回に限り算定する。</p> |

⑩ 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、診療録管理体制加算について非常に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件を見直す。

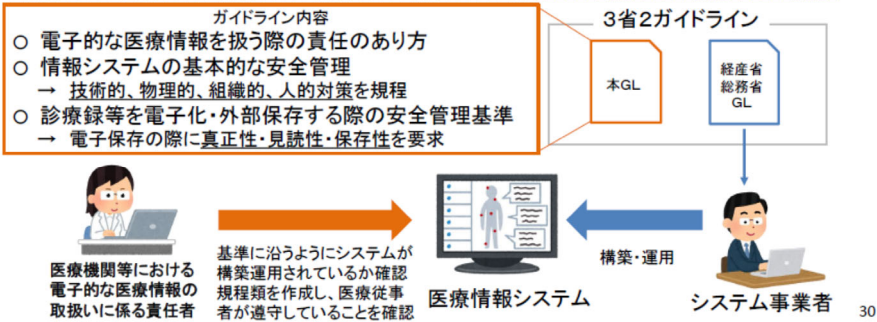
非常に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、許可病床数が400床以上の保険医療機関について、医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を診療録管理体制加算の要件に加える。また、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めるとする。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【診療録管理体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 診療録管理体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成29年 5月 厚生労働省) (以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」) といふ。) に準拠した体制であること。</p> <p>(3)~(9) (略)</p> <p>(新設)</p> | <p>【診療録管理体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 診療録管理体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。</p> <p>(3)~(9) (略)</p> <p>(10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年 1 回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、非常に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和 4 年 3 月 31 日において、</p> |

⑩ 診療録管理体制加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>2 診療録管理体制加算 2 に関する施設基準</p> <p>(1) 1 の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。</p> <p>(2)~(5) (略)</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>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。</p> | <p>現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が400床以上のものに限る。)については、令和5年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>2 診療録管理体制加算 2 に関する施設基準</p> <p>(1) 1 の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。</p> <p>(2)~(5) (略)</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>(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。</p> <p>(2) 毎年 7 月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添 7 の様式により届け出ること。</p> |

- 個人情報保護に資する情報システムの運用管理と e-文書法への適切な対応を行うための指針として「医療情報ネットワーク基盤検討会」（現 健康・医療・介護情報利活用検討会、医療等情報利活用WG）での議論を経て「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」初版を平成17年3月に公開した。
 - 本ガイドラインは、**医療機関等における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象**としている。各種制度の動向や情報システム技術の進展等に対応して改定を行っており、**今般第5.1版に改定され、令和3年1月29日に公表**した。
 - 医療情報システムのセキュリティについては、厚生労働省、総務省及び経済産業省が連携してガイドラインを整備している。（いわゆる3省2ガイドライン（※））
- ※ 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版（厚生労働省、2021年1月）
医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン（経済産業省、総務省 2020年8月）



6.10 災害、サイバー攻撃等の非常時の対応

| ガイドライン | 論点 | 改定における対応 |
|------------------------|-----------------------|---|
| (4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備 | サイバーセキュリティ事故情報の報告スキーム | <ul style="list-style-type: none"> ◆ B項に「(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備」を新設し、緊急時対応に必要な体制の構築の必要性を追記 ◆ 一定の医療機関等において、CISOやCSIRTの設置の必要性を追記 ◆ 「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」（医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日）に示す報告を行うこと及びこれに必要な体制を整備する旨に変更（C項） |

B. 考え方

(4) 非常時に備えたセキュリティ体制の整備

非常時やサイバー攻撃などに対して、的確に対応できるようにセキュリティ体制を医療機関等においても構築することが求められる。非常時等において必要な原因関係の調査、必要なセキュリティ対応等に関する指揮、所管官庁等への報告などの体制については、平常時から明確にする必要がある。

また、一定規模以上の病院や、地域で重要な機能を果たしている医療機関等においては、そのために情報セキュリティ責任者(CISO)等の設置や、緊急対応体制(CSIRT等)を整備するなどが強く求められる。

C. 最低限のガイドライン

5. コンピュータウイルスの感染などによるサイバー攻撃を受けた(疑い含む)場合や、サイバー攻撃により障害が発生し、個人情報の漏洩や医療提供体制に支障が生じる又はそのおそれがある事案であると判断された場合には、「医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化について」（医政総発1029 第1号 医政地発1029 第3号 医政研発1029 第1号 平成30年10月29日）に基づき、所管官庁への連絡等、必要な対応を行うほか、そのための体制を整備すること。また上記に関わらず、医療情報システムに障害が発生した場合も、必要に応じて所管官庁への連絡を行うこと。

⑫ 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を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価を行う。

生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料及び疾患別リハビリテーション料において、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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【生活習慣病管理料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【生活習慣病管理料】 【算定要件】 注4 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。</p> |
| <p>【施設基準】 <u>(新設)</u></p> | <p>【施設基準】 四の十一 生活習慣病管理料の注5に規定する施設基準 (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。</p> |

⑬ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【在宅時医学総合管理料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【在宅時医学総合管理料】 【算定要件】 注13 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、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、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。</p> |
| <p>【施設基準】 <u>(新設)</u></p> | <p>【施設基準】 (8) 在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注6に規定する施設基準 イ 在宅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。 ロ 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。 ※ 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についても同様。 【心大血管疾患リハビリテーション料】 【算定要件】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、診療の内容に関するデータ</p> |

⑫ 外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

Table with 2 columns: 改定前 (Before Revision) and 改定後 (After Revision). Content includes details on '心大血管疾患リハビリテーション料' (Cardiovascular Rehabilitation Fee) with calculation criteria and implementation standards.

(※) 「外来医療等のデータ」については、令和5年10月診療分をめぐりデータ提出を受け付ける方向で対応する。

⑬ オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

1. 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。

Table with 1 column: 改定後 (After Revision). Content includes implementation standards for online qualification confirmation system usage, such as '初診料' (First Visit Fee) and '再診料' (Re-visit Fee) adjustments.

⑬ オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

2. 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等取得し、当該情報を活用して 調剤等を実施することに係る評価を新設する。

Table with 1 column: 改定後 (After Revision). Content includes implementation standards for '調剤管理料' (Dispensing Management Fee) and '電子資格確認システムを活用する保険薬局' (Insurance Pharmacies using the system).

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

1. 現在の申込状況 (2021/12/12時点)

Table showing application status for online qualification confirmation. Includes '顔認証付きカードリーダー申込数' (Face recognition card reader applications) and '院内システムの改修など、準備が完了している施設数' (Number of facilities with completed system updates).

2. 準備完了施設数 (12.9%)

3. 運用開始施設数 (8.8%)

目標：医療機関等の6割程度での導入(令和3年3月時点)、概ね全ての医療機関等での導入(令和5年3月末)を目指す(令和元年9月デジタル・ガバメント関係会議決定)

【参考：健康保険証の利用の登録】 6,226,779件

薬剤情報について

| 薬剤情報とは | 令和3年9月22日 | 第145回社会保障審議会医療保険部会 | 資料2 | | | |
|--|---|---|-----|--|--|--|
| 医療機関等を受診し、医療機関等から毎月請求される医科・歯科・調剤・DPCレセプト（電子レセプト）から抽出した薬剤の情報。 | | | | | | |
| 医療機関・薬局で同意した場合に閲覧可能な項目 <small>(注) 下線の項目は後期高齢者においては存在しない。</small> <ul style="list-style-type: none"> ○ 受診者情報 (氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番) ○ 薬剤情報 (調剤年月日、処方医療機関識別、処方区分、使用区分、医薬品名、成分名、用法、用量、調剤数量) | | | | | | |
| マイナポータルで閲覧可能な項目 <small>(注) 下線の項目は後期高齢者においては存在しない。</small> <ul style="list-style-type: none"> ○ 本人情報 (氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番) ○ 薬剤情報 (調剤年月日、病院・薬局名、使用区分、医薬品名、用法、用量、調剤数量) ○ 削減可能額<small>(※シナジック医薬品が存在する薬剤の場合)</small> (自己負担相当額、削減可能額) | | | | | | |
| 薬剤情報の対象レセプトについて <ul style="list-style-type: none"> ・ 令和3年9月診療分の電子レセプト(医科・歯科・調剤・DPC)から抽出を開始し、以後、3年間分の情報が閲覧可能。 ・ 月遅れ請求及び返戻分の再請求も対象。一次請求時に抽出した薬剤情報と重複した場合は、後に請求されたレセプトの薬剤情報が表示。 | | | | | | |
| 薬剤情報の抽出タイミングについて <ul style="list-style-type: none"> ・ 受付開始日5日から10日までの受付レセプトを一括して翌11日の朝までに更新し表示。 また、11日受付レセプトは翌12日、12日受付レセプトは翌13日朝までに更新し表示。 | | | | | | |
| 薬剤情報のメリット <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師、歯科医師、薬剤師等が、患者の同意により、他院のレセプト由来の薬剤情報やこれまで把握出来なかった院内、DPC等の薬剤情報を把握可能。 ・ マイナポータルにアクセスすることで、処方された薬剤情報をいつでも閲覧可能。 | | | | | | |
| 閲覧開始時期 <table border="1"> <tr> <td>令和3年10月～</td> <td>医療機関・薬局、マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始予定 ※令和3年9月診療分</td> <td>36</td> </tr> </table> | 令和3年10月～ | 医療機関・薬局、マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始予定 ※令和3年9月診療分 | 36 | | | |
| 令和3年10月～ | 医療機関・薬局、マイナポータルでの薬剤情報の閲覧開始予定 ※令和3年9月診療分 | 36 | | | | |

©ASK/©LINKUP 2021.12.22 中医協総会 外来医療(その5) オンライン診療・オンライン資格確認・電子処方箋

265

特定健診等情報の閲覧について

| 特定健診情報とは(特定健診とは) | 令和3年9月22日 | 第145回社会保障審議会医療保険部会 | 資料2 改定 | | | |
|---|---|---|--------|--|--|--|
| 特定健診とは、日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のため、40歳から74歳までの方を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健診。特定健診情報は、この特定健診の結果の情報。(75歳以上の者については後期高齢者健診の結果の情報) | | | | | | |
| 医療機関・薬局、マイナポータルで閲覧可能な項目 <small>(注) 下線の項目は後期高齢者健診においては存在しない。</small> <ul style="list-style-type: none"> ○ 受診者情報 (氏名、性別、生年月日、年齢、保険者番号、被保険者証等記号・番号・枝番) ○ 健診機関情報(健診機関名称) (※1) (※2) ○ 特定健診結果情報(※2) (診察(既往歴等)、身体計測、血圧測定、血液検査(肝機能・血糖・脂質等)、尿検査、心電図検査、眼底検査の結果) ○ 質問票情報(肥満、喫煙歴等) (※2) ○ メタボリックシンドローム基準の該当判定(※2) ○ 特定健診指導の対象基準の該当判定(※2) <small>※1 マイナポータルでのみ閲覧可能 ※2 令和2年度以降に実施し順次登録された5年間分の情報が閲覧可能</small> | | | | | | |
| 特定健診等情報の登録について <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診等情報を見るためには、保険者が特定健診等の結果の情報を、オンライン資格確認等システムに登録する必要がある。 ・ 登録は法定報告(健診実施年度の翌年度の11月1日までの報告)時の登録に加えて、月次で随時登録が可能である。 | | | | | | |
| 国民(加入者)への登録状況の周知 <ol style="list-style-type: none"> ① 保険者が加入者に対して、事前に登録状況及び登録予定日を周知する。 ② マイナポータルの特定健診等情報の検索画面において、保険者ごとに情報の閲覧が可能となる時期が異なる旨を周知する。 ③ マイナポータルに掲載するFAQ内で、保険者ごとに情報の閲覧が可能となる時期が異なる旨を周知する。 ④ 各保険者の特定健診等情報の登録状況を厚生労働省HP (https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16743.html)に掲載する。 | | | | | | |
| 保険医療機関等への登録状況の周知 <ol style="list-style-type: none"> ① 医療機関向け運用マニュアルにおいて周知する。 ② 医療機関向けポータルサイトの「お知らせ」に保険者の登録状況一覧(厚生労働省HP)を掲載して周知する。 ③ 医療機関向けポータルサイトに登録している医療機関等に保険者の登録状況一覧(厚生労働省HP)をメール等にて周知する。 | | | | | | |
| 医療機関・薬局、マイナポータルでの閲覧開始時期 <table border="1"> <tr> <td>令和3年10月～</td> <td>医療機関・薬局、マイナポータルでの特定健診等情報の閲覧開始予定 ※医療機関・薬局では、令和3年7月6日より特定健診等情報の閲覧を試行的に開始</td> <td>37</td> </tr> </table> | 令和3年10月～ | 医療機関・薬局、マイナポータルでの特定健診等情報の閲覧開始予定 ※医療機関・薬局では、令和3年7月6日より特定健診等情報の閲覧を試行的に開始 | 37 | | | |
| 令和3年10月～ | 医療機関・薬局、マイナポータルでの特定健診等情報の閲覧開始予定 ※医療機関・薬局では、令和3年7月6日より特定健診等情報の閲覧を試行的に開始 | 37 | | | | |

©ASK/©LINKUP 2021.12.22 中医協総会 外来医療(その5) オンライン診療・オンライン資格確認・電子処方箋

266

オンライン資格確認のメリット

| | |
|---------|---|
| 患者 | <ul style="list-style-type: none"> ・ マイナンバーカードを用いて、特定健診情報等、医療費通知情報、薬剤情報を閲覧することが出来るようになります。本人が同意すれば、医療関係者と共有し、より良い医療を受けることが出来るようになります。 ・ 限度額適用認定証等がなくても、窓口での限度額以上の一時的な支払いが必要となります。(従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。) ・ 転職・結婚・退職しても、被保険者証の発行を待たずに、マイナンバーカードで保険医療機関等を利用できるようになります。(医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です。) ・ 保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。 |
| 医療機関・薬局 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。 ・ 病院システムへの資格情報の入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少します。 ・ 正しい資格情報の確認ができていないと、レセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認を毎回実施することによりレセプトの返戻を回避でき、未収金が減少します。(患者等への確認事務も減少します。) ・ マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、保険医療機関及び保険薬局では薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが出来るようになり、より適切な医療を提供することが出来ます。 ・ 災害時には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。(患者の同意は必要です。) |
| 保険者 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 資格切れの被保険者証の使用が抑制されます。 ・ 資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による過誤請求の事務処理負担(資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業)が減少します。 ・ 限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少します。 ・ 限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少します。 |

(出典)厚生労働省HP公表資料(オンライン資格確認等システムに関する運用等に係る検討結果について(令和3年4月版)抜粋(p.22))

38

©ASK/©LINKUP 2021.12.22 中医協総会 外来医療(その5) オンライン診療・オンライン資格確認・電子処方箋

267

【Ⅲ-3アウトカムにも着目した評価の推進-①】

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。

摂食機能療法における摂食嚥下支援加算について、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。また、新たに実績要件を設けるとともに、人員配置に係る要件を見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【摂食嚥下支援加算(摂食機能療法)】 【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、 <u>当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u> | 【摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法)】 【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、 <u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者(ハ)については、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限り、)1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点 ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点 ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点 |
| (7)「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)の対応によって摂食機能又は嚥下機能の | (7)「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下この区分番号において「摂食嚥下支援チーム」という。)等による |

©ASK/LINKUP 2022年1月26日開催「中医協」資料より

268

① 摂食嚥下支援加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>(8)「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。</p> <p>ア 摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、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すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。(中略)</p> <p>イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。</p> <p>【施設基準】 一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準 (新設) (1) 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> | <p>対応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に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。</p> <p>(8)「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。</p> <p>ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、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すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。(中略)</p> <p>イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。</p> <p>【施設基準】 一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準 (1) 摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準 イ 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> |

① 摂食嚥下支援加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>(2) 摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局等に報告していること。</p> <p>(新設) (新設)</p> <p>第45の2 摂食嚥下支援加算 1 摂食嚥下支援加算に関する施設基準 (1) 保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、かについては、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。 ア (略) イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験</p> | <p>ロ 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等に報告していること。</p> <p>ハ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。</p> <p>(2) 摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準 (1)のイ及びロを満たすものであること。</p> <p>(3) 摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準 イ 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ロ (1)のロを満たすものであること。</p> <p>八 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。 二 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。</p> <p>第45の2 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1に関する施設基準 (1) 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。 ア (略) イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験</p> |

① 摂食嚥下支援加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ 専任の常勤言語聴覚士 エ 専任の常勤薬剤師 オ 専任の常勤管理栄養士 カ 専任の歯科衛生士 キ 専任の理学療法士又は作業療法士 (2) (略) (3) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。 (新設)</p> | <p>を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士 (削除) (削除) ウ 専任の常勤管理栄養士 (削除) (削除) (2) (略) (3) 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。</p> <p>(4) 当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める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1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であること。 ア 他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施</p> |

① 摂食嚥下支援加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|----------------------|---|
| <p>(新設) (新設)</p> | <p>している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施した患者</p> <p>イ 当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者</p> <p>2 摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準 1の(1)から(3)までの基準を満たしていること。</p> <p>3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。 (2) 当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。 (3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で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者の数の前年の実績が、2名以上であること。ただし、令和4年3月31日時点において療養病棟入院料1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。</p> |

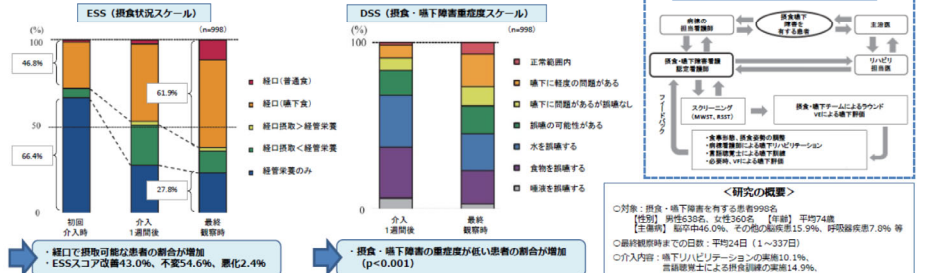
① 摂食嚥下支援加算の見直し

Table with 2 columns: 改定前 (Before Revision) and 改定後 (After Revision). It details changes to the criteria for the 'Specialized Care for Swallowing Support' (摂食嚥下支援加算) starting from April 2022, including requirements for staff qualifications and insurance coverage.

摂食・嚥下チームの介入による効果①

○ 医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士等による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果がみられている。

■ 摂食・嚥下チームの介入による効果



【参考】摂食・嚥下チームにおける各職種の役割例

Table detailing the roles of various professionals in a feeding and swallowing team, including doctors, nurses, speech therapists, and dietitians, and their specific responsibilities in assessment, intervention, and monitoring.

【出典】(上)Jpn J Rehabil Sci 2015;6:50-55を元に保健局医務課にて作成。(下)Jpn J Rehabil Sci 2015;6:50-55、耳鼻58:261-267,2012、日摂食嚥下リハ学会誌14(3):219-228,2010、資料:第2回日本老年病看護学会学術大会をとりこぼし保健局医務課にて作成

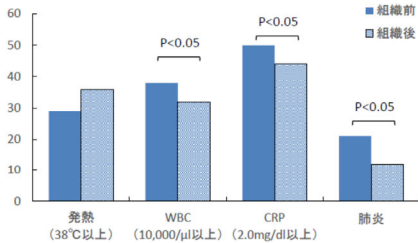
摂食・嚥下チームの介入による効果②

- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少ない。
○ 嚥下チームが介入することが、肺炎発症の減少に有意に関係している。

【対象・方法】

2009年4月から2014年3月までに入院した急性期脳卒中患者を対象とした。医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師から構成される嚥下チームが組織された2009年4月～2011年3月までをチーム組織前 (n=132、平均年齢70.0±12.2歳) とし、2011年4月～2014年3月までをチーム組織後 (n=173、平均年齢70.1±11.5歳) として比較・検討を行った。

表 入院期間中の各項目の患者数



※: WBC: White blood cell, CRP: C-reactive protein

表 肺炎との関係をコックス比例ハザードモデルを用いた一変量解析

Table showing the results of a Cox proportional hazards model analysis for pneumonia, including hazard ratios and 95% confidence intervals for the intervention group.

※: National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) は、脳卒中重症度評価スケールであり、点数が高いほど重症度も高くなり、最大42点。

出典: Aoki R, PLoS ONE.11(5), 2016より図表は保険局医務課が作成

② 疾患別リハビリテーション料の見直し

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過してリハビリテーションを行う場合における疾患別リハビリテーション料の要件を見直す。

疾患別リハビリテーション料における標準的算定日数を超過してリハビリテーションを行う場合において、月に1回以上機能的自立度評価法 (FIM) を測定していることを要件化する。

Table comparing the revision of rehabilitation fees before and after the change. It details the new calculation criteria for various conditions, including stroke, dementia, and Parkinson's disease, based on the number of days of rehabilitation and the use of FIM.

② 疾患別リハビリテーション料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>診療録に記載すること併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上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すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下この部において「FIM」という。）又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「BI」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。</p> | <p>診療録に記載すること併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下この部において「FIM」という。）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とともに、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することとし、かつ、「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。）。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「BI」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由などを記載したものであること。</p> |

③ リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し

| <p>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等に係る要件を見直す。</p> <p>リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書の署名欄について、患者等に当該計画書に係る説明を行う際に、説明内容及び当該患者等の同意を得た旨を診療録に記載することにより、同意を得ていることが事後的に確認できる場合には、患者等の署名を求めなくても差し支えないこととする。</p> | |
|--|--|
| 改定前 | 改定後 |
| <p>【リハビリテーション】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【リハビリテーション】 【算定要件】 4の4 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（以下この項において「計画書」という。）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等が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合）であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。</p> |

① がん患者指導管理料の見直し

| <p>がん患者に対する質の高い医療の提供を更に推進する観点から、がん患者指導管理料の要件を見直すとともに、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。</p> <p>1. 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もに、医療機関が適切な意思決定支援に係る診療を作成していることを要件とする。</p> | |
|--|--|
| 改定前 | 改定後 |
| <p>【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、がんが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、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの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。</p> | <p>【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、がんが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、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの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。</p> |

① がん患者指導管理料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【がん患者指導管理料】 【施設基準】 (12) がん患者指導管理料の施設基準等 イ がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (新設) ロ がん患者指導管理料の注4に規定する患者 (略)</p> | <p>【がん患者指導管理料】 【施設基準】 (12) がん患者指導管理料の施設基準等 イ がん患者指導管理料のイの施設基準 ① がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ② 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ロ がん患者指導管理料のロ、ハ及びニの施設基準イの①を満たすものであること。 ハ がん患者指導管理料の注4に規定する患者 (略)</p> |
| <p>【経過措置】 令和4年3月31日時点でがん患者指導管理料イに係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、第三の二の(12)のイの②の基準を満たしているものとする（入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。）。</p> | |

①がん患者指導管理料の見直し

2 がん患者指導管理料 〇についてがん患者の心理的不安の軽減を目的とする面接を行う職種に、公認心理師を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【がん患者指導管理料】 〇 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 【算定要件】 注2 〇については、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又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。 (2) がん患者指導管理料 ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> | <p>【がん患者指導管理料】 〇 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 【算定要件】 注2 〇については、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又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。 (2) がん患者指導管理料 ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。</p> |

©ASK/LINKUP 2022年1月26日開催「中医協」資料より 281

①がん患者指導管理料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【がん患者指導管理料】 〇 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 【算定要件】 続き ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p> | <p>【がん患者指導管理料】 〇 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 【算定要件】 続き ウ 看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。</p> |

©ASK/LINKUP 2022年1月26日開催「中医協」資料より 282

②外来化学療法に係る栄養管理の充実

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

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【外来栄養食事指導料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【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。</p> |
| <p>【施設基準】 (新設)</p> | <p>【施設基準】 (6)の2 外来栄養食事指導料の注3に規定する基準悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門的研修を修了し、当該患者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。</p> |

©ASK/LINKUP 2022年1月26日開催「中医協」資料より 283

外来化学療法での栄養管理の評価

外来栄養食事指導料の見直し

➤ 外来化学療法の患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

| 現行 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【外来栄養食事指導料】 イ 初回 260点 ロ 2回目以降 200点</p> | <p>【外来栄養食事指導料】 イ 初回 260点 ロ 2回目以降 200点 (1) 対面で行った場合 200点 (2) 情報通信機器を使用する場合 180点 【算定要件】 注2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算運搬充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目以降の(1)の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。 【施設基準】 (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有し、専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。 (2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。</p> |

週1回の点滴を2週連続行い、3週目休薬を繰り返す場合の例

※ 指導(時間要件なし)

19

外来栄養食事指導料注2の算定について

○ 外来栄養食事指導料注2については、レジメンによって、月2回の指導ができないため、算定ができない場合が生じる。

表 外来栄養食事指導料注2の算定例

| | 1w | 2w | 3w | 4w | 1w | 2w | 3w | 4w | 1w | 2w | 3w | 4w | 1w | 2w | 3w | 4w | 備考 | 算定回数/6月 |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|---------|
| 例1 | ① | | | | ① | | | | ① | | | | ① | | | | 1投2休 | 2 |
| 例2 | ① | ① | | | ① | | | | ② | | | | ① | | | | 1投2休 | 2 |
| 例3 | | | ① | | | ① | | | | ① | | | | ① | | | 1投2休 | 2 |
| 例4 | | | | ① | | | ① | | | | ① | | | | ① | | 1投2休 | 1 |
| 例5 | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | 2投1休 | 6 |
| 例6 | | ① | ② | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | 2投1休 | 6 |
| 例7 | | ① | ② | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | 2投1休 | 6 |
| 例8 | | ① | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | 2投1休 | 5 |
| 例9 | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | 3投1休 | 6 |
| 例10 | | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | 3投1休 | 6 |
| 例11 | | ① | ② | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | 3投1休 | 6 |
| 例12 | | | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | ③ | ① | ② | 3投1休 | 5 |

※数字は、月内の指導回数
※算定可能な2回目の指導を赤字

表 5大がんに関する一般的なレジメンのうち3週に1回投与のレジメン数

| | 収載レジメン数 | うち3週に1回投与のレジメン数 | 収載割合 | 備考 |
|------|---------|-----------------|-------|----------------------|
| 肺がん | 27 | 14 | 51.9% | |
| 胃がん | 11 | 5 | 45.5% | |
| 大腸がん | 22 | 3 | 13.6% | |
| 乳がん | 14 | 9 | 64.2% | |
| 肝がん※ | — | — | — | 収載されているものが全て経口剤であった。 |

出典:「がん化学療法レジメンハンドブック」(改訂第6版(2019年3月発行)、日本臨床腫瘍学会監修)

※現在有効性が最も高いとされているのは「アテゾリズマブ+ベシズマブ」で3週に1回投与のレジメンとなっている。

23

③放射線治療病室管理加算の見直し

質の高い放射線内用療法の提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について 要件及び評価を見直す。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【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 (新設) 【算定要件】 注 治療上の必要があって、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。 | 【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) 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 【算定要件】 注1 1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室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。 2 2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室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。 |
| (新設) | |

③放射線治療病室管理加算の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|------------------------------|--|
| 【放射線治療病室管理加算】 (新設) | 【放射線治療病室管理加算】 【施設基準】 二十一の四 放射線治療病室管理加算の施設基準 (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準 放射線同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。 (2) 密封小線源による治療の場合の施設基準 密封小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。 |

RI内用療法を実施する病室の一例

○ RI内用療法が実施されると、病室内に放射性物質が拡散され、病室壁等に吸着される。このため、放射線被曝防止のため、治療後一定期間のクールダウンが必要とされる。

【京都大学附属病院の場合】



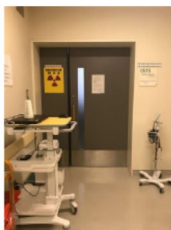
※クールダウン期間中は、新たな患者を受け入れるための準備(病室の清掃等)ができない。

出典:QST量子医学研究所東達也先生提供資料 35

密封小線源治療を実施する病室の一例

○ 密封小線源治療では、放射性物質がチタンや白金カプセルに密封されているため、周囲への汚染はなく、治療後一定期間のクールダウンは不要である。

【東京慈恵会医科大学附属病院の場合】



管理区域入口



放射線治療病室※



※放射性物質による汚染がないため、患者退院後の、病室壁やベッド等の除染作業及び一定期間のクールダウンは不要である。

出典：東京慈恵会医科大学内山眞幸先生提供資料

34

④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、がんゲノムプロファイリング検査について評価の在り方を見直す。

1. がんゲノムプロファイリング検査について、当該検査の実態に即して評価の在り方を見直すとともに、検討会の開催や患者へのデータ提供等に係る実績を求めることとする

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p>1 検体提出時 8,000点 2 結果説明時 48,000点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注 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実施した場合に限り算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>(1) 「1」検体提出時については、固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に患者1人につき1回(以下のイの場合については2回)に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合のみ算定できる。</p> | <p>【がんゲノムプロファイリング検査】 44,000点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。</p> <p>2 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。</p> <p>(1) 固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、検体提出時に患者1人につき1回(以下のイの場合については、血液を検体とする検査を含めて2回)に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合のみ算定できる。</p> |

④がんゲノムプロファイリング検査の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p>【算定要件】 続き</p> <p>(2) 「2」結果説明時については、「1」検体提出時で得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多職種(がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、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(エキスパートパネル)での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ(FASTQ又はBAM)、解析データ(VCF又はXML)及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター(C-CAT)に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様に説明し、及び同意の有無について管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。</p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p>(7) (略)</p> <p>(8) (略)</p> <p>(9) (略)</p> | <p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p>【算定要件】 続き</p> <p>(削除)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシーケンスデータ(FASTQ又はBAM)、解析データ(VCF又はXML)及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター(C-CAT)に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。</p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> |

④がんゲノムプロファイリング検査の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p>【算定要件】 続き</p> <p>(10) 「2」結果説明時については、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を標準治療の終了後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合にも算定できる。なお、この場合には(2)から(9)までを満たすこと。</p> | <p>【がんゲノムプロファイリング検査】</p> <p>【算定要件】 続き</p> <p>(6) 「注2」に係る規定は、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には(2)から(5)までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること。</p> <p>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査</p> <p>イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査</p> <p>ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査</p> <p>エ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</p> <p>オ 肺癌におけるMETex14遺伝子検査</p> <p>カ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査</p> <p>キ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査</p> <p>ク 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査</p> <p>ケ 卵巣癌又は前立腺癌におけるBRCA1遺伝子及びBRCA2遺伝子検査</p> |

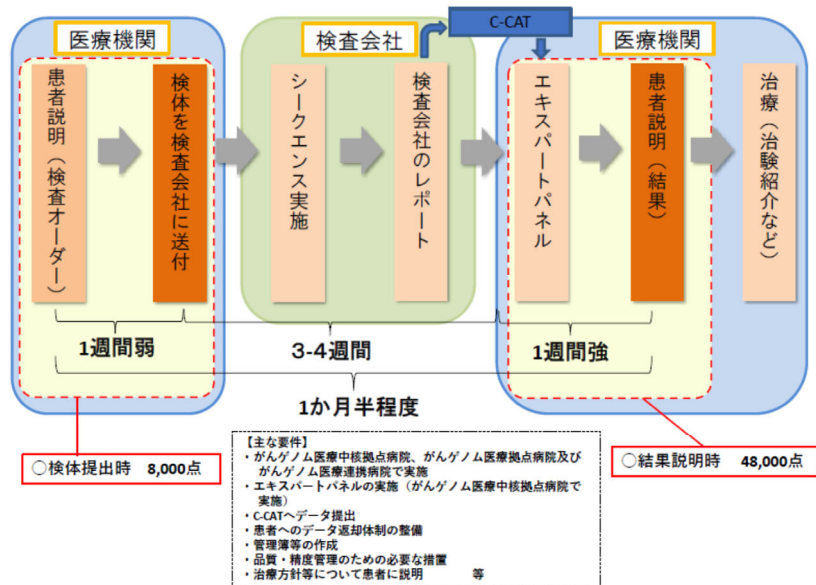
④がんゲノムプロファイリング検査の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【がんゲノムプロファイリング検査】 【算定要件】 続き (1) 「1」検体提出時と「2」結果説明時は一連であるため、「1」検体提出時には区分番号「D026」の検体検査判断料及び区分番号「D027」の基本的検体検査判断料は算定できない。</p> <p>【施設基準】 1 がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準 (1)~(3) (略) (新設) (新設) (新設) (4) (略) (新設)</p> | <p>【がんゲノムプロファイリング検査】 【算定要件】 続き (削除)</p> <p>【施設基準】 1 がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準 (1)~(3) (略) (4) がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ (F A S T Q又はB A M)、解析データ (V C F又はX M L) 及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター (C-C A T) に全例を提出していること (当該患者の同意が得られなかった場合、当該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く。)。なお、提出に当たっては、C-C A T検査データ転送システム利用規約を遵守していること。 (5) 臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリ-臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。 (6) 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。 (7) (略) (8) エクスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日一部改正健発0719第3号) 及び「エキスパートパネルの実施要件について」(令和4年2月) に基づき開催していること。</p> |

④がんゲノムプロファイリング検査の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【がんゲノムプロファイリング検査】 2 届出に関する事項 (新設)</p> | <p>【がんゲノムプロファイリング検査】 2 届出に関する事項 (2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-C A Tへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。</p> |
| <p>2. がんゲノムプロファイリング検査の結果の解釈・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。</p> | |
| 改定後 | |
| <p>(新) がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点</p> <p>【対象患者】 がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者</p> <p>【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D 0 0 6 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多職種 (がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、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、治療方針等について文書を用いて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。</p> <p>【施設基準】 がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている 保険医療機関であること。</p> | |

がんゲノムプロファイリング検査の行程(診療報酬の算定を含む)



⑤無菌製剤処理料の見直し

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。
無菌製剤処理料の施設基準 から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【無菌製剤処理料】 【施設基準】 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 イ・病院であること。 ロ・八 (略)</p> | <p>【無菌製剤処理料】 【施設基準】 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 (削除) イ・ロ (略)</p> |

⑥ 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した場合について、新たな評価を行う。

- 1 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。

改定後

【新】外来腫瘍化学療法診療料

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

【対象患者】

悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者

【算定要件】

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法別に厚生労働大臣が定めるものに限る。の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 1に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A 0 0 2に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B 0 0 1の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- (2) 1のイ及び2のロについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- (3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
- (4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

⑥ 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

改定後

【新】外来腫瘍化学療法診療料

【算定要件】 続き

- (5) 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。
- (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、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

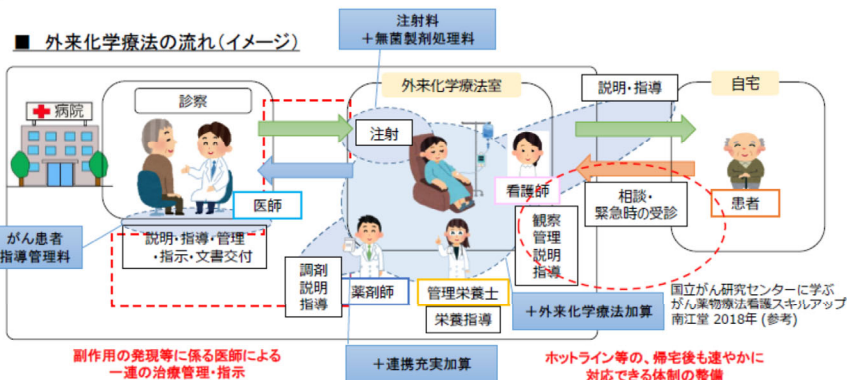
【施設基準】

- (1) 外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。
- (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
- (3) 外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号G 0 0 1に掲げる静脈内注射、G 0 0 2に掲げる動脈内注射、G 0 0 3に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 3-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G 0 0 4に掲げる点滴注射、G 0 0 5に掲げる中心静脈注射又はG 0 0 6に掲げる挿入型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
- (4) 連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
 - イ 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。

- 2. 1に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算のイの(1)及びロの(1)350並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。

外来化学療法の評価のイメージ

- 外来化学療法においては、注射料における外来化学療法加算を中心として各種の体制整備を評価してきている。
- 安心・安全な外来化学療法を推進していく観点から、副作用の発現に係る管理や緊急時の相談対応等について、体制整備に万全を期す必要がある。



① 認知症専門診断管理料の見直し

質の高い認知症診療を推進する観点から、認知症疾患医療センターの連携型において認知症の症状が増悪した患者の対応を行っている実態を踏まえ、認知症専門診断管理料の対象となる医療機関を見直し。

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。

改定前

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

【算定要件】

注2 認知症専門診断管理料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病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

【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。

【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

【算定要件】

注2 認知症専門診断管理料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が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

【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)

①療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し

治療と仕事の両立支援における心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響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、療養・就労両立支援指導料について要件を見直す。

療養・就労両立支援指導料における相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【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。</p> <p>【施設基準】 2 相談支援加算に関する施設基準 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。</p> | <p>【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。</p> <p>【施設基準】 2 相談支援加算に関する施設基準 専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。</p> |

「両立支援コーディネーター」の養成

働き方改革実行計画目標：両立支援コーディネーターを2020年度までに2,000人養成

※2021年3月31日時点で7,531人養成を達成

両立支援コーディネーター

担い手：企業の人事労務担当者や産業保健スタッフ・医療機関の医療従事者・支援機関等

機能：支援対象者に寄り添いながら継続的な相談支援等を行うこと

役割：それぞれの立場における支援の実施 及び 関係者との連携・調整

支援対象者の同意を前提として、治療に関する情報や業務に関する情報を得て、支援対象者の治療や業務の状況に応じた必要な配慮等の情報を整理して本人に提供する等

平成30年3月30日付け基安発0303第1号働き方改革実行計画を踏まえた両立支援コーディネーターの養成について



※関係者との調整を行うに当たっては、両立支援コーディネーターは、事業場に対して支援対象者の代理で交渉行為を行うものではない

「両立支援コーディネーター養成研修カリキュラム」

対象者：医療機関、事業場、支援機関等において両立支援に携わる者
 (医療従事者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等)

形式：集合形式又はオンライン形式(令和2年度よりオンライン開催)

実施主体：独立行政法人労働者健康安全機構

「働き方改革実行計画を踏まえた両立支援コーディネーターの養成について(平成30年3月30日付け基安発0330第1号(改正令和2年9月1日付け基安発0901第1号)」に基づいて実施

| 科目 | 範囲 | 時間 |
|------------------|---|-----|
| 両立支援コーディネーターの役割等 | ・ ガイドラインに基づく両立支援における、両立支援コーディネーターの役割、支援内容 ・ 支援に当たっての留意点 ・ 個人情報の適正な取扱い | 45分 |
| 医療に関する基本的知識 | ・ 典型的な疾病や治療の特徴、経過及び就業に当たっての影響 ・ 医療機関における両立支援の対応 | 1時間 |
| 産業保健に関する基本的知識 | ・ 事業場における労働者の健康管理の基本的考え方 ・ 産業保健体制及び産業保健活動 | 1時間 |
| 労務管理に関する基本的知識 | ・ 労働関係法令 ・ 事業場における就業継続可否の基本的考え方 ・ 就業上の措置・配慮等の対応 | 1時間 |
| 社会資源に関する知識 | ・ 両立支援に利用可能な支援機関、支援制度等の社会資源 | 1時間 |
| コミュニケーションスキル | ・ コミュニケーションスキル ・ 支援対象者の疾病や治療に伴う心理的ストレスへの対応 | 45分 |
| 両立支援の演習 | ・ 支援方法のシミュレーション | 1時間 |

すべてのカリキュラムを受講した者には、独立行政法人労働者健康安全機構より「修了証書」を発行

両立支援コーディネーター基礎研修受講修了者について

○ 両立支援コーディネーター基礎研修の受講修了者は、医師、看護師、社会福祉士に加え、公認心理師や精神保健福祉士も含まれてきている。

平成27年度～令和2年度両立支援コーディネーター基礎研修受講修了者の人数(一部職種)

| 職種 | H27～R2 計 |
|--------------------|----------|
| 医師 | 144人 |
| 看護師 | 1240人 |
| 社会福祉士 | 1493人 |
| 公認心理師 (臨床心理士含む) | 90人 |
| 精神保健福祉士 | 50人 |

②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

| 薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。 | |
|--|--|
| 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。 | |
| 改定前 | 改定後 |
| <p>【重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）】 【算定要件】 注 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、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、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。</p> <p>【施設基準】 二十六の二 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者</p> | <p>【依存症入院医療管理加算（1日につき）】 【算定要件】 注 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、依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、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。</p> <p>【施設基準】 二十六の二 依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症又は薬物依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2) 依存症入院医療管理加算の対象患者 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</p> |

②薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）】 1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2) (略) (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア〜ウ (略) (新設)</p> <p>2 届出に関する事項 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。</p> | <p>【依存症入院医療管理加算（1日につき）】 1 依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2) (略) (3) アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア〜ウ (略) (4) 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修である（14時間以上の研修時間であるもの）。 イ 研修内容に以下の内容を含むものであること。 (イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向 (ロ) 依存症患者の精神医学的特性 (ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応 (ニ) 依存症に関連する社会資源 (ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応 (ヘ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点 (ト) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク 2 届出に関する事項 依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。</p> |

薬物依存症に係る入院治療プログラムについて

- 薬物依存症に対する入院中から実施する効果のある治療プログラムが開発されている。
- FARPPによる介入によりうつ病評価尺度の点数が有意に改善した。



FARPP(First aid relapse prevention program)
 薬物依存症に対する認知行動療法の考え方をを用いたSMARPP (Serigaya methamphetamine amphetamine relapse prevention program)をベースに4セッションの簡易版SMARPPとして開発。
 1か月間程度の入院期間中に週1回、多職種によりグループ療法ないしは個人療法として実施されることを想定。

FARPP介入前後で尺度得点を比較した研究

N=23 NCNPで入院治療を受けた物質使用患者
 Primary outcome: BDIの変化
 Secondary outcome: SOCRATES-8Dの変化

FARPPによる介入前後の尺度得点変化

| | 介入前 | 介入後 | t | p値 |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| BDI得点 | 27.30 | 21.52 | 2.356 | 0.028 |
| 総得点 | 71.26 | 72.52 | 0.563 | 0.579 |
| SOCRAT | 27.91 | 27.43 | 0.407 | 0.688 |
| ES-8D | 14.74 | 14.39 | 0.477 | 0.638 |
| 実行 | 26.57 | 26.87 | 0.074 | 0.958 |

BDI: Beck Depression Inventory-II
 SOCRATES-8D: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8-item version for Drug dependence
平成30年度厚生労働省、精神科救急及び急性期治療における薬物乱用及び依存症診療の標準化と専門連携推進に関する研究、臨床疫学(NCNP)

介入後に
BDI得点は有意に低下

SOCRATES-8D
[実行]は上昇する傾向
総得点、[病識][迷い]有意差なし

【参考】SMARPP

せりがやメタンフェタミン再乱用防止プログラム

- ・SMARPPとは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラム「マトリックス・モデル」を参考に作成された、薬物依存症に対する標準化された集団認知行動療法プログラムの一つである。
- ・SMARPPは予め定められたワークブック及びマニュアルを用いて、他の参加者との意見交換を通じ、薬物等に対する偏った知識や考えを見直し改善することや、薬物等の使用に替わるストレス克服等の手段を見つけることを支援するものである。

SMARPPの構造
 ・週1回90分程度、参加者数から20人程度のグループセッションとして実施する。1クール24回。
 ・毎回、セッション開始前に、参加者はカレンダーに1週間の薬物使用状況を示すシールを貼る。セッション終了後には簡易薬物検査キットで尿を採取し反応を確認する。
 ・参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
 ※ プログラム実施者はファシリテーション及び仮書等を実施

アルコール依存症への介入

- 重度アルコール依存症の治療については施設基準に定められた研修を受講している。
- 久里浜医療センターで開発されたGTMACKを参考に各施設の実情に合わせた治療が実施されている。

重度アルコール依存症入院管理加算 施設基準

- 1) 精神科を標榜する保険医療機関であること
- 2) 常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること
- 3) アルコール依存症に係る適切な研修を終了した医師1名以上、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師について1名以上

| 医師コース | 看護師コース | 精神保健福祉士・公認心理師等コース |
|---|---|--|
| 1. アルコール精神医学 2. アルコールの公衆衛生学 3. アルコール依存症と家族 4. 再飲酒防止プログラム 5. アルコール関連問題の予防 6. アルコール内科学及び生化学 7. 病棟実習 | 1. アルコール依存症の概念と治療 2. アルコール依存症の心理 3. アルコール依存症の看護・事例検討 4. アルコール依存症と家族 5. アルコールの内科学 6. 病棟実習 | 1. アルコール依存症の概念と治療 2. アルコール依存症のインテーク面接 3. アルコール依存症と家族 4. アルコールの内科学 5. アルコール依存症のケースワーク・事例検討 6. 病棟実習 |
| を含む20時間以上の研修 | を含む25時間以上の研修 | を含む25時間以上の研修 |

GTMACK: Group Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive-therapy, Kurihama version

基礎編（5回）：アルコール依存症の治療の動機付け
 実践編（4回）：再飲酒の予測防止、具体的な対処方法、飲酒へのプレッシャーへの対処、再飲酒時の対処等、様々な対処方法を学ぶ
 社会生活編（3回）：ストレスに気付き減らす方法、退院後の生活に予定を立てる等

アルコール依存症の重症度と退院後の再飲酒率の推移
 久里浜医療センターに入院した637名のアルコール依存症患者を1年間追跡
 有意差: $P=0.0351$
 $P=0.0290$

上記研修終了者が、GTMACKを参考に、各施設の実情に合わせてプログラムを作成し治療を実施

ギャンブル依存症に対する標準的治療プログラム

- ギャンブル依存症に対する外来での集団療法として効果のある治療プログラムが開発されている。
- 標準的治療プログラムによる介入により断ギャンブルの継続率、ギャンブルの頻度、使用した金額の頻度が有意に改善した。

対象者 ギャンブルに対する行動依存の状態にある者

実施者 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師

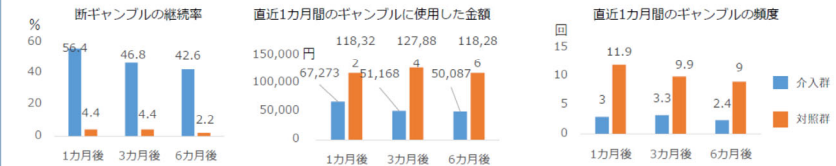
標準的治療プログラムの構造

- 2週に1回、60分以上、参加者数人から10人程度のグループセッションとして実施する。計6回。
- 参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
- ※ プログラム実施者はファシリテーション及び板書等を実施



標準的治療プログラムの効果

DSM-5でギャンブル障害の者 187名を対象に
標準的治療プログラム実施群vs対照群のRCT実施



国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED)、ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援の在り方についての研究、2016-2018年

③アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設

アルコール依存症に対する集団療法の効果を踏まえ、外来におけるアルコール依存症の集団療法について、新たな評価を行う。
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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【依存症集団療法（1回につき）】 1・2（略） （新設） | 【依存症集団療法（1回につき）】 1・2（略） 3 アルコール依存症の場合 300点 |
| 【算定要件】 （新設） | 【算定要件】 注3-3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、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。 |
| 【施設基準】 一の五 依存症集団療法の施設基準 （新設） | 【施設基準】 一の五 依存症集団療法の施設基準 (3) アルコール依存症の場合の施設基準 (1)を満たすものであること。 |

アルコール依存症への介入

- 重度アルコール依存症の治療については施設基準に定められた研修を受講している。
- 久里浜医療センターで開発されたGTMACKを参考に各施設の実情に合わせた治療が実施されている。

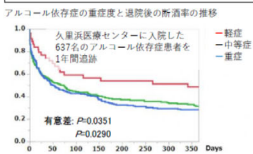
重度アルコール依存症入院管理加算 施設基準

- 1) 精神科を標榜する保険医療機関であること
- 2) 常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること
- 3) アルコール依存症に係る適切な研修を終了した医師1名以上、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師について1名以上

| 医師コース | 看護師コース | 精神保健福祉士・公認心理師等コース |
|---|---|--|
| 1. アルコール精神医学 2. アルコールの公衆衛生学 3. アルコール依存症と家族 4. 再飲酒防止プログラム 5. アルコール関連問題の予防 6. アルコール内科学及び生化学 7. 病棟実習 | 1. アルコール依存症の概念と治療 2. アルコール依存症の心理 3. アルコール依存症の看護・事例検討 4. アルコール依存症と家族 5. アルコールの内科学 6. 病棟実習 | 1. アルコール依存症の概念と治療 2. アルコール依存症のインテーク面接 3. アルコール依存症と家族 4. アルコールの内科学 5. アルコール依存症のケースワーク・事例検討 6. 病棟実習 |
| を含む20時間以上の研修 | を含む25時間以上の研修 | を含む25時間以上の研修 |



GTMACK: Group Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive-therapy, Kurihama version
 基礎編(5回): アルコール依存症の治療の動機付け
 実践編(4回): 再飲酒の予測防止、具体的な対処方法、飲酒へのプレッシャーへの対処、再飲酒時の対処等、様々な対処方法を学ぶ
 社会生活編(3回): ストレスに気づき減らす方法、退院後の生活に予定を立てる等



上記研修終了者が、GTMACKを参考に、各施設の実情に合わせてプログラムを作成し治療を実施

ギャンブル依存症に対する標準的治療プログラム

- ギャンブル依存症に対する外来での集団療法として効果のある治療プログラムが開発されている。
- 標準的治療プログラムによる介入により断ギャンブルの継続率、ギャンブルの頻度、使用した金額の頻度が有意に改善した。

対象者 ギャンブルに対する行動依存の状態にある者

実施者 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師

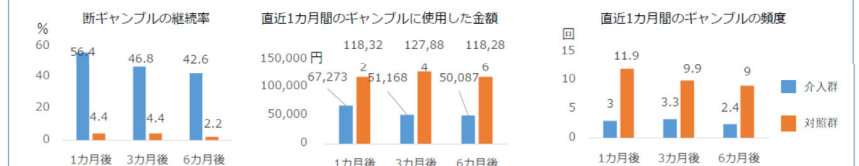
標準的治療プログラムの構造

- 2週に1回、60分以上、参加者数人から10人程度のグループセッションとして実施する。計6回。
- 参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
- ※ プログラム実施者はファシリテーション及び板書等を実施



標準的治療プログラムの効果

DSM-5でギャンブル障害の者 187名を対象に
標準的治療プログラム実施群vs対照群のRCT実施



国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED)、ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援の在り方についての研究、2016-2018年

④ 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。 | |
|---|--|
| 1. 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、10人以上から1人以上に変更する。 | |
| 改定前 | 改定後 |
| 【摂食障害入院医療管理加算（1日につき）】 【施設基準】 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (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（1日につき）】 【施設基準】 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (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。 |
| 2. 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、Body Mass Index13未満の摂食障害からBody MassIndex 15未満の摂食障害に拡大 する。 | |
| 改定前 | 改定後 |
| 【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】 【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 Index13未満の摂食障害）の患者 | 【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】 【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 |

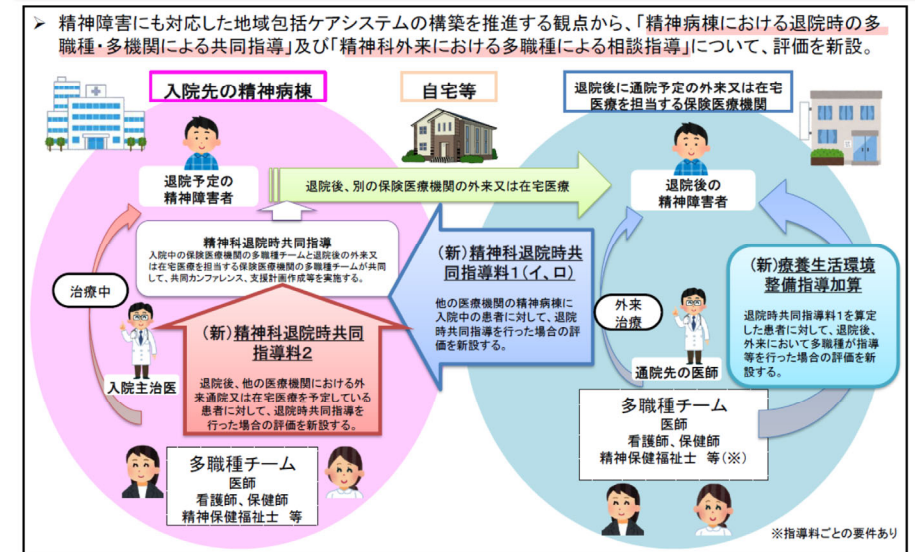
⑤ 精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設

| 精神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く相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。 | |
|---|---|
| 精神科外来に通院する重点的な支援を要する患者に対し、多職種による相談 支援 や 関係機関との連絡調整 等を行った場合の評価を新設する。 | |
| 改定前 | 改定後 |
| 【通院精神療法】 【算定要件】 (新設) | 【通院精神療法】 【算定要件】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、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350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 |
| 【施設基準】 (新設) | 【施設基準】 一の一の五 通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準 療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。 |

⑤ 精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設

| 改定前 | 改定後 |
|--------------------------------|--|
| 第47の7 通院・在宅精神療法 (新設) | 第47の7 通院・在宅精神療法 3 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の看護師又は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) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。 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）。 イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。 (イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要 (ロ) 精神症状の病因・病態、治療 (ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法 (ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術 (ホ) 患者・家族の支援、関係調整 (ヘ) ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用） (ト) ストレスマネジメント (チ) コンサルテーション方法 コ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。 |

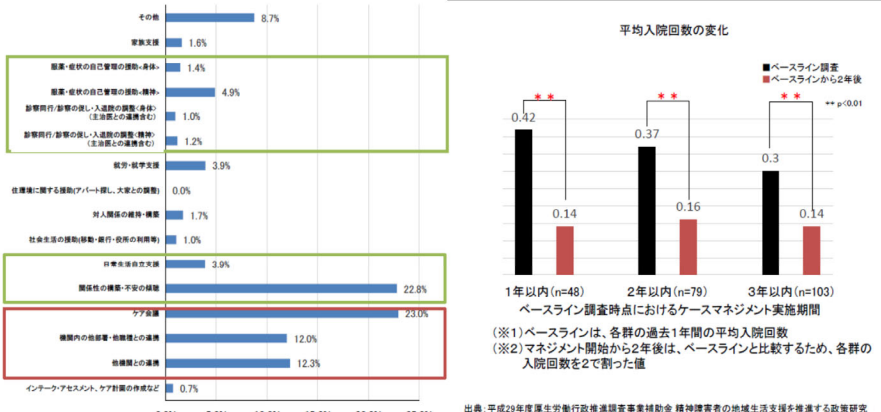
地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ



精神科外来における包括的支援マネジメント

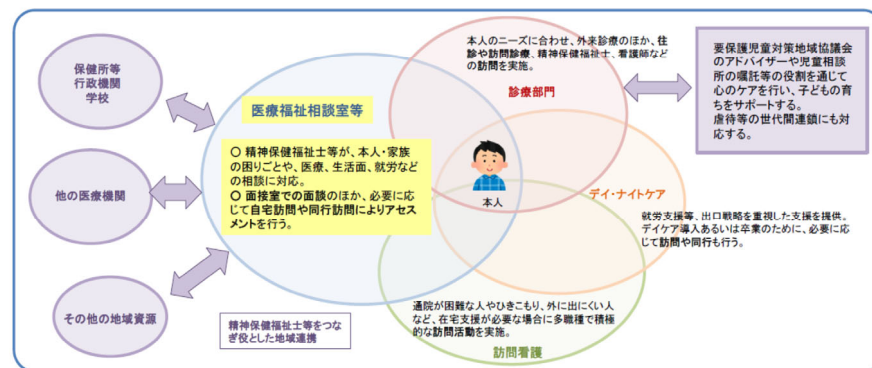
○ 外来における精神保健福祉士等による包括的支援マネジメントの導入により、平均入院回数の減少に寄与した。

- 外来又は精神科デイケアにおいて行われる具体的なマネジメントの内容は、連携業務(他機関連携、ケア会議等)が47.3%であり、患者との面談(関係性の構築、日常生活自立支援等)が35.2%が多い。
- 各群においてマネジメント前後で平均入院回数に有意な差があり、包括的支援マネジメントは平均入院回数の減少に寄与することが示唆された。
- マネジメントを開始してから2年後は、ベースラインと比較するため、各群の入院回数はより減少する傾向を示した。



外来における包括的支援マネジメントの実践

○ 外来に配置された精神保健福祉士等が包括的支援マネジメントを提供し、地域とのつなぎ役を担うことにより精神障害を有する方等の支援が充実する。



【外来における具体的な支援】

- 医療機関における相談窓口を明らかにし、ひきこもりをはじめとする、困難な事態にも声を上げられず、支援の届かない人たちの存在を認識し時間をかけた丁寧なかかわり、社会との関係の修復を行い、その人たちの主体的で希望のある生活に向けた支援を提供する。
- 通院が困難な人、ひきこもりなど、在宅での支援が必要な地域住民のために、医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師などによるさまざまな訪問活動を実施し、本人のニーズに沿った医療・支援を提供する。

【Ⅲ-4-4 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 -6】

⑥継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

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

精神科在宅患者支援管理料の対象患者に、行政機関等の保健師等による家庭訪問の対象者であって、当該行政機関等から依頼を受けた精神科医により、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行うことが必要であると判断された者を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【精神科在宅患者支援管理料】 【算定要件】 (3)「1」の口及び「2」の口については、(2)のA又はイに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。 | 【精神科在宅患者支援管理料】 【算定要件】 (3)「1」の口及び「2」の口については、(2)のA若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。 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 |

訪問診療等のニーズがある者の状態像

- 現在の精神科在宅支援管理料における対象者は重症患者等に限定されている。
- ひきこもり事例の8割は精神障害の診断が可能であり、3割弱に発達障害の診断がついたという報告もある

平成30年度診療報酬改定資料
 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価⑦より抜粋

集中的な支援を必要とする重症患者等

- (1) 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者又は自治体で作成する退院後の支援を受ける機関にある措置入院後の患者
- (2) 統合失調症、統合失調症型妄想性障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重症認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度が40以下の者

ひきこもりの状態像

「統合失調症」や重度の「うつ病」といった「精神病圏」まではいかないが、「ひきこもり」の8割は社会不安障害、強迫性障害、発達障害、人格障害等の精神障害を持っている。

※2010年厚生労働省ひきこもり支援ガイドラインより

⑦ 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來診療において、2年以上診療が継続している実態があることを踏まえ、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算について、要件及び評価を見直す。

児童思春期精神科専門管理加算のうち、16歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合の評価について、初診日から2年を超えて行った場合についても評価を行う。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣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、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、①については、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 <u>（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に限る。）500点</u></p> <p>□（略）</p> | <p>【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣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、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、①については、1回に限り算定する。</p> <p>イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 <u>（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</u> <u>（2）①以外の場合 300点</u></p> <p>□（略）</p> |

⑧ 通院・在宅精神療法の見直し

精神保健指定医制度の見直しを踏まえ、精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、新たな評価を行う。

通院精神療法及び在宅精神療法の①及び②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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ（略）</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点</p> <p>ハイ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 <u>400点</u></p> <p>(2) 30分未満の場合 <u>330点</u></p> | <p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ（略）</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p><u>（1）精神保健指定医による場合 560点</u></p> <p><u>（2）①以外の場合 540点</u></p> <p>ハイ及びロ以外の場合</p> <p><u>（1）30分以上の場合</u></p> <p><u>① 精神保健指定医による場合 410点</u></p> <p><u>② ①以外の場合 390点</u></p> <p><u>（2）30分未満の場合</u></p> <p><u>① 精神保健指定医による場合 330点</u></p> <p><u>② ①以外の場合 315点</u></p> |

⑧ 通院・在宅精神療法の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ（略）</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 <u>600点</u></p> <p>ハイ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 60分以上の場合 <u>540点</u></p> <p>(2) 30分以上60分未満の場合 <u>400点</u></p> <p>(3) 30分未満の場合 <u>330点</u></p> | <p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ（略）</p> <p>□ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p><u>（1）精神保健指定医による場合 620点</u></p> <p><u>（2）①以外の場合 600点</u></p> <p>ハイ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 60分以上の場合</p> <p><u>① 精神保健指定医による場合 550点</u></p> <p><u>② ①以外の場合 530点</u></p> <p>(2) 30分以上60分未満の場合</p> <p><u>① 精神保健指定医による場合 410点</u></p> <p><u>② ①以外の場合 390点</u></p> <p>(3) 30分未満の場合</p> <p><u>① 精神保健指定医による場合 330点</u></p> <p><u>② ①以外の場合 315点</u></p> |

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

精神科救急医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入院料について評価の在り方を見直す。

1. 精神科救急入院料について、名称を精神科救急性期医療入院料に変更するとともに、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、常勤の精神保健指定医の配置要件について、5名以上から4名以上に変更する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【精神科救急入院料（1日につき）】</p> <p>1 精神科救急入院料 1</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>3,579点</u></p> <p>ロ 31日以上期間 <u>3,145点</u></p> <p>2 精神科救急入院料 2</p> <p>イ 30日以内の期間 <u>3,372点</u></p> <p>ロ 31日以上期間 <u>2,938点</u></p> <p>【算定要件】</p> <p>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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、<u>当該基準に係る区分に従い</u>算定する。（中略）</p> <p>【施設基準】</p> <p>十四 精神科救急入院料の施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急入院料の施設基準</p> <p>イ～ニ（略）</p> | <p>【精神科救急性期医療入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 2,400点</p> <p>2 31日以上60日以内の期間 2,100点</p> <p>3 61日以上90日以内の期間 1,900点</p> <p>【算定要件】</p> <p>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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。（中略）</p> <p>【施設基準】</p> <p>十四 精神科救急性期医療入院料の施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急性期医療入院料の施設基準</p> <p>イ～ニ（略）</p> |

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '精神科救急入院料 (1日につき)' and '精神科救急急性期医療入院料 (1日につき)' with detailed facility standards and patient counts.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '精神科救急入院料 (1日につき)' and '精神科救急急性期医療入院料 (1日につき)' with detailed facility standards and patient counts, including a new section (新設) for emergency services.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '精神科救急入院料 (1日につき)' and '精神科救急急性期医療入院料 (1日につき)' with detailed facility standards and patient counts, including a new section (新設) for emergency services.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

2. 精神科急性期治療病棟入院料について、入院期間に応じた3区分の評価に見直す。また、当該入院料を算定する病棟の病床数を130床以下に限定する。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)' and '精神科急性期治療病棟入院料 (1日につき)' with detailed facility standards and patient counts.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

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

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 <u>3,579点</u></p> <p>2 <u>31日以上</u>の期間 <u>3,145点</u> (新設)</p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科措置入院施設管理加算、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、<u>第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心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。</u></p> | <p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>1 30日以内の期間 <u>3,600点</u></p> <p>2 <u>31日以上60日以内</u>の期間 <u>3,300点</u></p> <p>3 <u>61日以上90日以内</u>の期間 <u>3,100点</u></p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科措置入院施設管理加算、<u>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</u>、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、<u>第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心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。</u></p> |

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>【算定要件】</p> <p>【施設基準】</p> <p>十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が<u>三名</u>以上配置されていること。</p> <p>ト～ル (略)</p> <p>(2)～(6) (略)</p> | <p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>【算定要件】</p> <p>第8部 精神科専門療法、<u>第9部処置の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）</u>、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・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。</p> <p>【施設基準】</p> <p>十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等</p> <p>(1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が<u>二名</u>以上配置されていること。</p> <p>ト～ル (略)</p> <p>(2)～(6) (略)</p> |

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>第16の2 精神科救急・合併症入院料</p> <p>(1)～(11) (略)</p> <p>(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。</p> <p>ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、<u>精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数が年間200件以上又は次の地域における人口1万人当たり2.5件以上</u>であること。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) (略)</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(13) (略)</p> <p>(14) 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<u>20件</u>以上の患者を当該病棟において受け入れていること。</p> <p>ア・イ (略)</p> | <p>【精神科救急・合併症入院料（1日につき）】</p> <p>第16の2 精神科救急・合併症入院料</p> <p>(1)～(11) (略)</p> <p>(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。</p> <p>ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) (略)</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(13) (略)</p> <p>(14) 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<u>5件</u>以上の患者を当該病棟において受け入れていること。</p> <p>ア・イ (略)</p> |

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】</p> <p>【施設基準】</p> <p>第16の3 精神科身体合併症管理加算</p> <p>1 精神科身体合併症管理加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 区分番号「A103」精神科入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神科棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A311」<u>精神科救急入院料</u>、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。</p> | <p>【精神科身体合併症管理加算（1日につき）】</p> <p>【施設基準】</p> <p>第16の3 精神科身体合併症管理加算</p> <p>1 精神科身体合併症管理加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 区分番号「A103」精神科入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神科棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A311」<u>精神科救急急性期医療入院料</u>、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、<u>区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料</u>及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。</p> |

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

4. 精神科急性期医師配置加算1及び3について、精神科救急急性期 療入院料を算定する病棟において算定可能とするとともに、精神保健 指定医の配置に係る要件を設ける。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes details on psychiatric acute care physician placement and hospital charges.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes details on psychiatric acute care physician placement and hospital charges, with updates to point 5.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

5. 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保に係る評価を新設する。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes details on psychiatric emergency hospital care and evaluation criteria.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes details on psychiatric emergency hospital care and evaluation criteria, with updates to point 5.

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

| 改定前 | 改定後 |
|---------------------------------------|--|
| <p>【精神科救急入院料】 【施設基準】 (新設)</p> | <p>【精神科救急急性期医療入院料】 【施設基準】 (ハ) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は以下の地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(本事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。 ① 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。) ② 1 精神科救急医療圏と1 基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)、当該圏域 (ニ) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。 イ 複数の病棟において当該加算の届出を行う場合については、アの(ハ)の「件以上」を「届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。 ウ 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。 エ 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること。 (2) 精神科救急医療体制加算2の施設基準 ア(1)のウまでを満たすこと。 イ 本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。 (3) 精神科救急医療体制加算3の施設基準 ア(1)のウまでを満たすこと。 イ 本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。</p> |

⑨ 精神科救急医療体制の整備の推進

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【精神科救急入院料】 【施設基準】 (新設)</p> | <p>【精神科救急急性期医療入院料】 【施設基準】 (4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合においては、令和4年3月31日時点で現に旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料を算定している病床に限り、120床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること。</p> |
| <p>【経過措置】 令和四年三月三十一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、令和四年九月三十日までの間に限り、第九の十四の(7)のイの①、ロの①(イの①に限る。)及びハの①(イの①に限る。)に該当するものとみなす。</p> | |

⑩ クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの使用に係る適切な評価を推進する観点から、精神科救急入院料等について、クロザピン導入目的の転院受入れに係る要件を見直す。

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者に、クロザピンの導入を目的として他の保険医療機関から転院した患者を追加する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【精神科救急入院料】 【算定要件】 (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者(以下この項において「新規患者」という。)又はウに該当する患者であること。 ア・イ(略) ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟(精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。)から当該病棟に転院した患者</p> <p>(2) (略) (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。 ア・イ(略)</p> | <p>【精神科救急入院料】 【算定要件】 (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者(以下この項において「新規患者」という。)又はウに該当する患者であること。 ア・イ(略) ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟(精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。)から当該病棟に転院した患者</p> <p>(2) (略) (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転院又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。 ア・イ(略)</p> |

⑩ クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【精神科救急入院料】 【算定要件】 (4)~(17) (略) (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含まないこと。</p> | <p>【精神科救急入院料】 【算定要件】 (4)~(17) (略) (18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転院又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転院又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含まないこと。</p> <p>※ 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。</p> |

① 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。

1. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

改定後

【(新) こころの連携指導料 (I) 350点】

【算定要件】

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、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に対して、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、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者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患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9 又は K-6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。
- 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すること。
- 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料 (I) の費用は、別に算定できない。
- 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

① 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

改定後

【(新) こころの連携指導料 (I)】

【施設基準】

- 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していること。
- 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。

2. 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

改定後

【(新) こころの連携指導料 (II) 500点】

【算定要件】

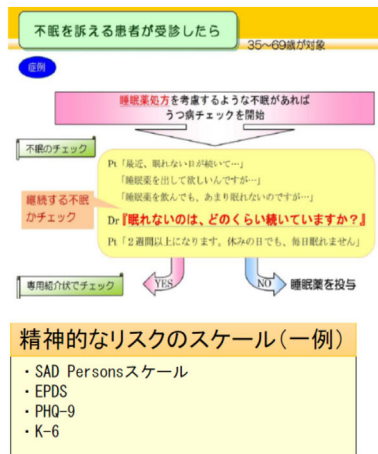
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料 (I) を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- 当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料 (I) 及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料 (III) の費用は、別に算定できない。
- 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

【施設基準】

- 精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- 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。

早期の自殺対策の事例について

○ 「富士モデル」においては、「気づき」のきっかけとして「不眠」に着目して運用がされており、紹介状のフォーマットを定め、運用している。



紹介状

| 項目 | 内容 |
|------|--|
| 氏名 | 姓 名 |
| 性別 | 男 女 |
| 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒 市 区 町 丁目 番 号 |
| 電話番号 | 〒 市 区 町 丁目 番 号 |
| 職業 | 職業 |
| 既往歴 | 精神科 内科 外科 小児科 産科 婦人科 皮膚科 泌尿器科 呼吸器科 循環器科 消化器科 眼科 耳鼻科 歯科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 呼吸器科 循環器科 消化器科 眼科 耳鼻科 歯科 整形外科 |
| 生活状況 | 住居 家族構成 就業状況 経済状況 生活リズム |
| 主訴 | 不眠 |

紹介状(不眠等症について)

睡眠障害 : 毎日・時々・なし
 入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・過眠
 覚醒低下 : 毎日・時々・なし
 体質減少 () か月で () kg減
 全身倦怠感 : 毎日・時々・なし
 意欲低下 : 毎日・時々・なし
 気分落ち込み : 毎日・時々・なし

出典：静岡県

② 救急患者精神科継続支援料の見直し

自殺企図患者等に対する効果的な指導に係る評価を推進する観点から、救急患者精神科継続支援料について要件及び評価を見直し。

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。

改定前

【救急患者精神科継続支援料】

- 入院中の患者 435点
 - 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】

- 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
- 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、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名以上配置されていること。
- 届出に関する事項
 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。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すること。

改定後

【救急患者精神科継続支援料】

- 入院中の患者 900点
 - 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】

- 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
- 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤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名以上配置されていること。
- 届出に関する事項
 (1) 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師、**専任の常勤精神保健福祉士**及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

⑫ 救急患者精神科継続支援料の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(新設)</p> | <p>【救急患者精神科継続支援料】</p> <p>【施設基準】</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>(2) 令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているものとする。</p> |

⑬ 救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し

自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。

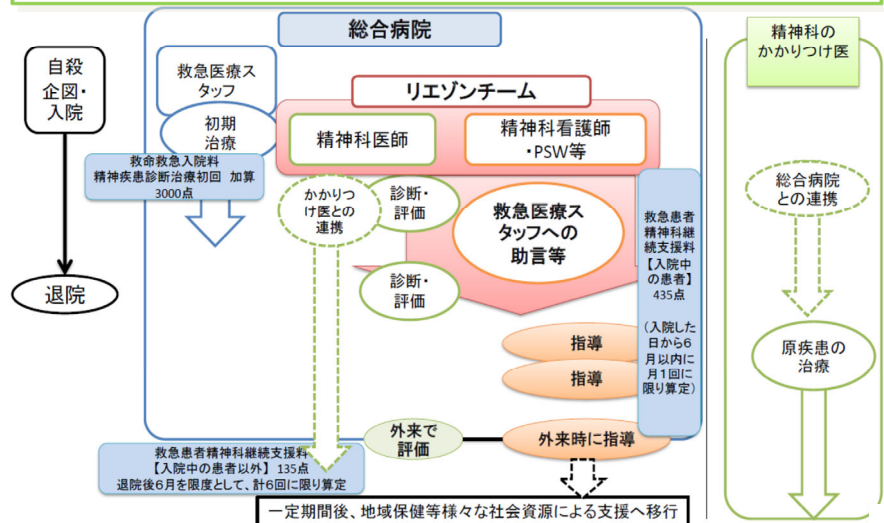
救命救急入院料を算定する自殺企図等の重篤な精神疾患患者に対して、当該患者の指導に係る一定の要件を満たした上で届出を行った保険医療機関が治療等を行った場合の評価を新設するとともに、当該患者に対し、生活上の課題等の確認及び退院に向けたアセスメント等を行った場合の更なる評価を設ける。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【救命救急入院料（1日につき）】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 当該保険医療機関において、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は、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する。この場合において、区分番号A2448に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。</p> <p>イ 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った場合 7,000点</p> <p>ロ イ以外の場合 3,000点</p> <p>注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。この場合において、区分番号I002-3に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。</p> <p>(新設)</p> <p>【施設基準】</p> <p>二 救命救急入院料の施設基準等</p> <p>(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自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> | <p>【救命救急入院料（1日につき）】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注2 当該保険医療機関において、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は、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する。この場合において、区分番号A2448に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。</p> <p>イ 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った場合 7,000点</p> <p>ロ イ以外の場合 3,000点</p> <p>注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。この場合において、区分番号I002-3に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。</p> <p>(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自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> |

自殺企図者に対するチーム医療のイメージ

中医協 総-2(改)
27.10.23

○総合病院のリエゾンチームの看護師等が、退院後も一定期間積極的な関わりを継続し、必要な指導を行うことにより、より効果的な管理が可能となる。



① 遺伝学的検査の見直し

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、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大する。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【遺伝学的検査】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患</p> <p>「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」について 別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節 第1款D006-4遺伝学的検査 (1)の工又はオに掲げる疾患</p> <p>【算定要件】</p> <p>(1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。(中略)</p> <p>ア〜ウ (略)</p> <p>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</p> <p>① (略)</p> <p>② プリオン病、クオビリン関連周期性熱症候群(中略)、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS/CAPOS及びバントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1</p> <p>③ (略)</p> | <p>【遺伝学的検査】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患</p> <p>「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」について 別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節 第1款D006-4遺伝学的検査 (1)の工又はオに掲げる疾患</p> <p>【算定要件】</p> <p>(1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。(中略)</p> <p>ア〜ウ (略)</p> <p>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</p> <p>① (略)</p> <p>② プリオン病、クオビリン関連周期性熱症候群(中略)、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS、バ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型及び家族性部分性脂肪萎縮症</p> <p>③ (略)</p> |

① 遺伝学的検査の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【遺伝学的検査】 【算定要件】 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</p> <p>① T N F 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、ペスレムミオパチー、過剰自己食食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミトコンドリー症候群、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、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症</p> <p>② ソトス症候群、C P T 2 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</p> | <p>【遺伝学的検査】 【算定要件】 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</p> <p>① T N F 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、ペスレムミオパチー、過剰自己食食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミトコンドリー症候群、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、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症</p> <p>② ソトス症候群、C P T 2 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、シウワルツ・ヤンベル症候群、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、神経軸索スフェア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、アカラセミア、原発性高シュウ酸尿症 1 型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ホルフィン症、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ポ タンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性肺炎、嚢胞性線維症、アッシュャー症候群(タイプ1、タイプ2、タイプ3)、カナパン病、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、ネプロン病、家族性低βリポタンパク血症 1 (ホモ接合体) 及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症</p> |

① 遺伝学的検査の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【遺伝学的検査】 【算定要件】 ③ ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、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候群、アルポート症候群、ファンconi 貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール 症候群及びルビシユタイン・テイビ症候群</p> | <p>【遺伝学的検査】 【算定要件】 ③ ドラベ症候群、コフィン・シリリス症候群、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候群、アルポート症候群、ファンconi 貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール 症候群、ルビシユタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病</p> |

② 遺伝カウンセリングの見直し

難病領域において遺伝学的検査に係る遺伝カウンセリングを適切に提供する観点から、他の医療機関の医師と連携し、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について、新たな評価を行う。

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、検体検査判断料における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、事前に情報共有を行った上で、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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【検体検査判断料】 【算定要件】 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、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査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。</p> | <p>【検体検査判断料】 【算定要件】 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。</p> |

② 遺伝カウンセリングの見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【検体検査判断料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【検体検査判断料】 【算定要件】 (10) 難病に関する検査(区分番号D 0 0 6 - 4に掲げる遺伝学的検査 及び区分番号D 0 0 6 - 20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。)に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能 な 情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング(以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。)を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。</p> <p>ア 患者に^{対面}診療を行っている 保険医療機関の医師は、疑われる 疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と 連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。</p> <p>イ 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、当該医師と連携して 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。</p> <p>ウ 患者に^{対面}診療を行っている 保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。</p> <p>エ 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。</p> <p>オ 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。</p> <p>カ 事前の診療情報提供については、区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料(Ⅰ)は別に算定できない。</p> <p>キ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている 保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。</p> <p>(10)~(12) (略) (11)~(13) (略)</p> |

② 遺伝カウンセリングの見直し

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes genetic counseling standards and insurance coverage details.

③ 生体移植時における適切な検査の実施

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes HTLV-1 testing standards and insurance coverage for organ transplantation.

③ 生体移植時における適切な検査の実施

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes organ transplantation testing standards and insurance coverage details.

④ 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

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes telemedicine fees for epilepsy patients with intellectual disabilities and insurance coverage details.

④ 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

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【遠隔連携診療料】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【遠隔連携診療料】 【算定要件】 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。</p> |



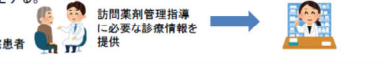
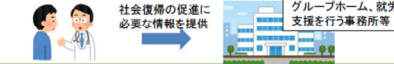

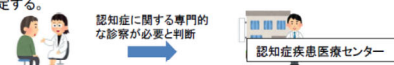
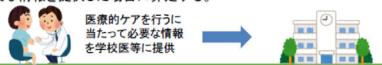
⑤ アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>アレルギー疾患を有する児童等が安心して安全に学校等に通うことができるよう、主治医と学校医等の連携を推進する観点から、アレルギー疾患生活管理指導表を用いた主治医から学校医等への情報提供について、新たな評価を行う。</p> <p>診療情報提供料（Ⅰ）の注7における対象患者に、アレルギー疾患を有する児童等を追加し、学校医等に対して、当該児童等が学校生活等を送るに当たり必要な情報の提供を行った場合について評価する。</p> | <p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 【算定要件】 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位の学校医等に対して、診療状況等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。</p> <p><u>(17)「注7」に掲げる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は、保険医療機関が提供する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IgE抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校の学校医等に対して、当該義務教育諸学校において患者が生活するに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。なお、食物アレルギー患者については、当該義務教育諸学校からの求めに応じて必要な診療情報を提供した場合に算定する。</u></p> |

診療情報提供料（Ⅰ）概要

中医協 総-3
3. 7. 7

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

| | |
|--|---|
| <p>① 別の保険医療機関に紹介した場合 別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。</p>  | <p>② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合 診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。</p>  |
| <p>③ 保険薬局に提供する場合 在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。</p>  | <p>④ 精神障害者施設等に提供する場合 精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。</p>  |
| <p>⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合 介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。</p>  | <p>⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合 認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。</p>  |
| <p>⑦ 義務教育諸学校に提供する場合 障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、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算定する。</p>  | |

診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

⑥ 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

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>難病又はてんかんに係る専門的な外来医療を提供する医療機関が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。</p> <p>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。</p> | <p>【連携強化診療情報提供料】 【算定要件】 注4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、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、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する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。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）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。</p> <p>【施設基準】 十の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等 (4) 連携強化診療情報提供料の注4に規定する施設基準 イ 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。 ロ 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（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する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。）</p> |
| <p>【診療情報提供料（Ⅲ）】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> <p>【施設基準】 十の四 診療情報提供料（Ⅲ）の施設基準等 <u>(新設)</u></p> | <p>【施設基準】 十の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等 (4) 連携強化診療情報提供料の注4に規定する施設基準 イ 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。 ロ 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（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する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。）</p> |

① 小児運動器疾患指導管理料の見直し

| 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児運動器疾患指導管理料について要件を見直す。 | |
|---|---|
| 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。 | |
| 改定前 | 改定後 |
| 【小児運動器疾患指導管理料】 【算定要件】 注 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、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、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、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げ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。 | 【小児運動器疾患指導管理料】 【算定要件】 注 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、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、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、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げ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。 |

⑤ 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の評価の新設

造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して無菌治療管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 (新設) | 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。 イ 無菌治療管理加算1 2,000点 ロ 無菌治療管理加算2 1,500点 |
| 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。 6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。 | 6 診療に係る費用（注2、注3及び注5に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。 7 診療に係る費用（注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。 |

⑤ 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の評価の新設

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 7 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。 【施設基準】 (新設) | 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 8 診療に係る費用（注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。 【施設基準】 (9) 小児入院医療管理料の注5に規定する加算の施設基準 イ 無菌治療管理加算1については、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。 ロ 無菌治療管理加算2については、室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。 |

⑥ 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。

小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、時間外における小児患者の緊急入院の受入体制を整備している場合の評価を新設する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 (新設) | 【小児入院医療管理料】 【算定要件】 注8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 時間外受入体制強化加算1 300点 ロ 時間外受入体制強化加算2 180点 |
| 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。 | 9 診療に係る費用（注2、注3及び注8に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。 |

⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。
 医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【薬剤服用歴管理指導料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【服薬管理指導料】 【算定要件】 注9 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係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合(注2、注3及び注4)に規定する加算は算定できない。 ※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。</p> |
| <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 【算定要件】 注6 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又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。 ※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p> |

⑨ 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の新設

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を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

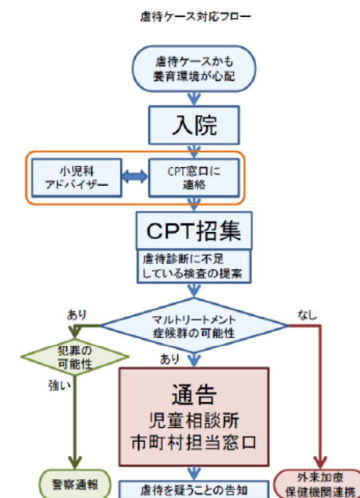
| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【小児入院医療管理料】 【算定要件】 (新設)</p> | <p>【小児入院医療管理料】 【算定要件】 注7 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。 8 診療に係る費用(注2、注3及び注7)に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。 9 診療に係る費用(注2から注7)までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> |

⑨ 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の新設

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【小児入院医療管理料】 【算定要件】 7 診療に係る費用(注2から注4)までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。 【施設基準】 (新設)</p> | <p>【小児入院医療管理料】 【算定要件】 10 診療に係る費用(注2から注7)までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。 【施設基準】 (10) 小児入院医療管理料の注7に規定する加算の施設基準「虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うに十分な体制が整備されていること。」</p> |

CPT (Child Protection Team) の概要

- 虐待の対応には福祉・保健・警察・司法・教育等様々な機関と連携を取る必要がある。
- 対応を迅速に行うにあたり、多くのマンパワーと専門知識が必要となるため、CPT (Child Protection Team) と呼ばれるチームでの対応が推奨されている。

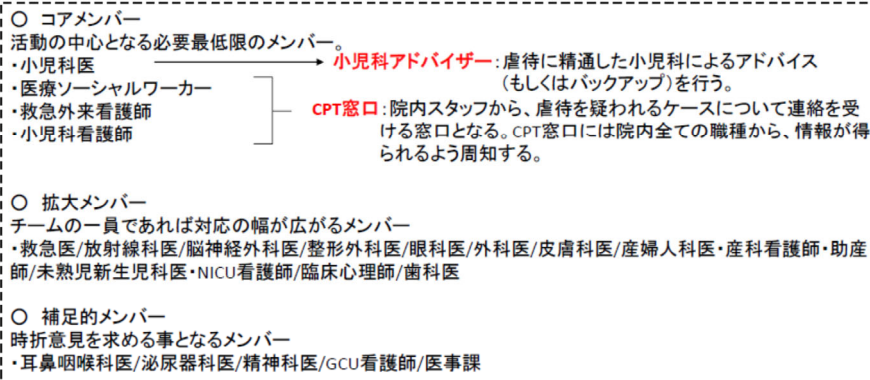


【マルトリートメント症候群】
 養育者に加害の意図があったか否かとは無関係に、作為的もしくは不作為的な「不適切な養育」(※)によって18歳未満の小児に急性もしくは慢性的な身体的・精神的成長・精神的発達に阻害されたと考えられる場合をいう。
 (※)「不適切な養育」とは子どもの健全な身体的・精神的発達を阻害する可能性のある養育のことを指す。

出典：厚生労働科学研究費助成事業「虐待等次世代育成基盤研究事業」虐待対応連携における医療機関の役割(予防、医学的アセスメントなど)に関する研究」研究代表者：奥山真紀子、平成20～22年度)分担研究報告書

CPTの基本的な組織構成

○ CPTは、活動の中心となる「コアメンバー」、必要に応じてチームの一員となる「拡大メンバー」、また、時折意見を求めることとなる「補足的メンバー」から構成されており、医療機関ごとの特性に見合った組織形態をとることが推奨されている。



出典:厚生労働科学研究成果報告書「虐待対応連携における医療機関の役割(予防、医学的アセスメントなど)に関する研究」(研究代表者:奥山真紀子、平成20~22年度)分担研究報告書

33

©ASK/LINKUP 2021.11.19 中医学協 個別事項 (その5 小児医療・周産期医療・精神科救急入院医療)

373

【Ⅲ-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-④】

⑩ 小児特定集中治療室管理料の見直し

重篤な先天性心疾患を有する新生児に対して、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、小児特定集中治療室管理料について要件及び算定上限日数を見直し。

1. 医療技術の発展により、重篤な先天性心疾患患者の救命率が向上し、高度な周術期管理を必要とする患者の範囲が拡大している実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料の施設基準における患者の受入実績に、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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| 【小児特定集中治療室管理料】 【施設基準】 (5) 他の保険医療機関において救命 救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者又は救急搬送診療料を算定した患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。 | 【小児特定集中治療室管理料】 【施設基準】 (5) 他の保険医療機関において救命 救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者、救急搬送診療料を算定した患者 又は手術を必要とする先天性心疾患の患者 の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。 |

©ASK/LINKUP

2022年1月26日開催「中医学協」資料より

374

⑩ 小児特定集中治療室管理料の見直し

【Ⅲ-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-④】

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

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【小児特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関において、15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第2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、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液浄化(腹膜透析を除く。))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 窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助(E C M O)を必要とする状態の小児にあつては35日)を限度として算定する。 | 【小児特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関において、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、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液浄化(腹膜透析を除く。))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 窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助(E C M O)を必要とする状態の小児にあつては35日、 手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日)を限度として算定する。 |

©ASK/LINKUP

2022年1月26日開催「中医学協」資料より

375

【Ⅲ-4-6 小児医療、周産期医療、救急医療の充実-④】

⑩ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し

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し。

慢性肺疾患を伴う低出生体重児について、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料の算定上限日数を見直し。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| 【新生児特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院 医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上であつて、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にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 | 【新生児特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上であつて、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にあつては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、 出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあつては110日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 |

©ASK/LINKUP

2022年1月26日開催「中医学協」資料より

376

⑪ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| <p>【総合周産期特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上で、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にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> | <p>【総合周産期特定集中治療室管理料】 【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保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、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にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日） <u>（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては110日）</u>、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p> |

⑪ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【新生児治療回復室入院医療管理料】 【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保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上で、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にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。</p> | <p>【新生児治療回復室入院医療管理料】 【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保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であつて、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にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日） <u>（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であつて慢性肺疾患の新生児にあっては140日）</u>、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。</p> |

⑫ 専門機関との連携分娩管理の評価の新設

| |
|---|
| <p>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、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。</p> |
| <p>地域周産期母子医療センター等の専門機関との連携体制を構築し、妊産婦に対して適切な分娩管理を実施した場合の評価を新設する。</p> |

改定後

| |
|--|
| <p>ハイリスク分娩等管理加算（1日につき） 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つて、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めた者 ア 40歳以上の初産婦である患者 イ 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つて、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。） ウ 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。）であつて、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。） エ 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つ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】 （1）地域連携分娩管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。 （2）地域連携分娩管理と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする。 （3）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。 （4）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。</p> |
|--|

⑫ 専門機関との連携分娩管理の評価の新設

| 改定後 |
|--|
| <p>ハイリスク分娩等管理加算（1日につき） 【施設基準】 （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。 （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。</p> |

⑬ 胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対する多職種による支援の評価の新設

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。

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対して、多職種が共同して、胎児の疾患や出生後に必要となる治療等に関する適切な情報提供等の支援を行った場合の評価を新設する。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '総合周産期特定集中治療室管理料' and '【算定要件】 (新設)'. The '改定後' column adds detailed criteria for fetal conditions and support measures.

⑭ 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の対象患者について、現に精神療法を受けている妊産婦に限らず、メンタルスクリーニング検査等により精神科 又は心療内科の受診が必要と判断された妊産婦を追加する。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '【ハイリスク妊産婦連携指導料1】【算定要件】'. The '改定後' column updates criteria for mental health and psychiatric referrals.

⑮ 救急医療管理加算の見直し

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について、対象となる患者の状態、診療報酬明細書等に記載を求める内容及びその評価を見直す。

1. 救急医療管理加算について、対象患者の状態のうち熱傷に係る状態を明確化し、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」及び「蘇生術を必要とする重篤な状態」を追加するとともに、評価を見直す。

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '【救急医療管理加算】'. The '改定後' column updates point values and criteria for emergency medical management.

⑯ 救急医療管理加算の見直し

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

Table with 2 columns: 改定前, 改定後. Content includes '【算定要件】'. The '改定後' column updates criteria for emergency medical management, including burn and trauma conditions.

⑩ 救急搬送診療料の見直し

重篤な患者を高次の医療機関へ搬送している実態や、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、救急搬送診療料について要件を見直すとともに、当該搬送中の診療について新たな評価を行う。

1. ガイドラインに基づいて適切に重症患者を搬送した場合の評価を新設する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 【救急搬送診療料】 【算定要件】 (新設) (新設) 【施設基準】 (新設) | 【救急搬送診療料】 【算定要件】 注4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。 (9)「注4」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、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】 二の二 救急搬送診療料の注4に規定する施設基準 重症患者の搬送を行う十分な体制が整備されていること。 |

⑩ 救急搬送診療料の見直し

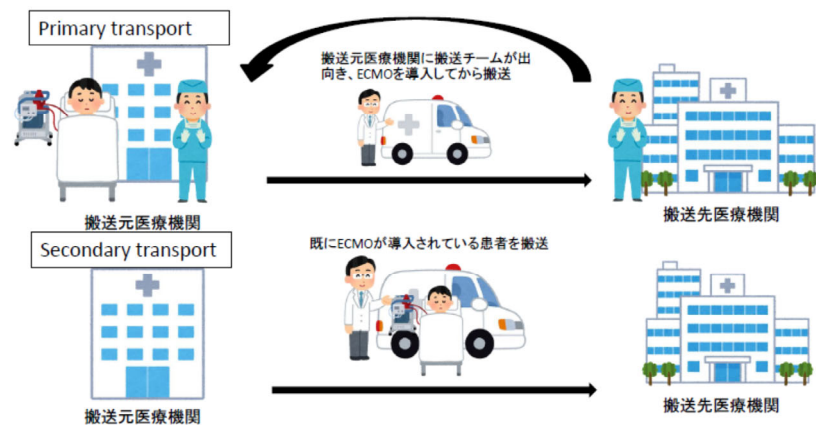
2. 入院患者を転院搬送する場合における救急搬送診療料の算定可否を整理する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【救急搬送診療料】 【算定要件】 (新設) (5) 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。 (6)~(8) (略) (新設) | 【救急搬送診療料】 【算定要件】 (5) 救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。 (6) 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合は、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 (7)~(9) (略) (10) 同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。 |

ECMO装着患者搬送の概要

○ ECMO装着患者の転院搬送は、搬送元に搬送チームが出向き、搬送元でECMOを導入してから搬送先にECMO装着患者を搬送するPrimary transportと、すでに搬送元でECMOが導入されている患者をそのまま搬送先医療機関に搬送するSecondary transportの2種類の概念があり、そのときの状況によって選択される。

(出典: Extracorporeal Life of Support Organization(ELSO) Guidelines for ECMO Transport)



① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

3. 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発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。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| 【後発医薬品使用体制加算】 【施設基準】 (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七条の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 八・二 (略) (2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 八・二 (略) | 【後発医薬品使用体制加算】 【施設基準】 (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七条の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。 八・二 (略) (2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 八・二 (略) |

① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【後発医薬品使用体制加算】 【施設基準】 (3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・ニ (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算 (処方料)】 【施設基準】 (1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品 (以下「先発医薬品」という。) 及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価 (薬価基準) (平成二十年厚生労働省告示第六十号) 別表に規定する規格単位ごとに数えた数量 (以下「規格単位数量」という。) に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。</p> | <p>【後発医薬品使用体制加算】 【施設基準】 (3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・ニ (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算 (処方料)】 【施設基準】 (1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品 (以下「先発医薬品」という。) 及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価 (薬価基準) (平成二十年厚生労働省告示第六十号) 別表に規定する規格単位ごとに数えた数量 (以下「規格単位数量」という。) に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。</p> |

① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【外来後発医薬品使用体制加算 (処方料)】 【施設基準】 ハ・ニ (略) (2) 外来後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・ニ (略) (3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・ニ (略)</p> | <p>【外来後発医薬品使用体制加算 (処方料)】 【施設基準】 ハ・ニ (略) (2) 外来後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・ニ (略) (3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。 ハ・ニ (略)</p> |

② バイオ後続品の使用促進

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する場合について新たな評価を行う。

外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品に関する情報を提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【第6部 注射】 通則 (新設)</p> | <p>【第6部 注射】 通則 7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>※ 外来腫瘍化学療法診療料 (新設) についても同様の加算を設ける。</p> |

① 実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

1. 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。
2. 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。

| 改定前 | 改定後 |
|--------------------------|--------------------------|
| 【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,250点 | 【慢性維持透析患者外来医学管理料】 2,211点 |

3. アルブミン (BCP改良法・BCG法) のうち、BCG法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を2年間延長する。

| 改定前 | 改定後 |
|---|---|
| <p>【血液化学検査】 【経過措置】 4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>□ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン (BCP改良法・BCG法) のうち、BCG法によるもの</p> | <p>【血液化学検査】 【経過措置】 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、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。</p> <p>区分番号D007の1に掲げるアルブミン (BCP改良法・BCG法) のうち、BCG法によるもの</p> |

② 実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化

材料加算として評価されている材料等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|-----------------------|-----------------------|
| 【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 300点 | 【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 291点 |
| 【排痰補助装置加算】 1,800点 | 【排痰補助装置加算】 1,829点 |

③ 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し

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踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。

医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記することや、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。
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。

④ 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。

人工腎臓においてHIF-PH阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 【人工腎臓（1日につき）】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,924点 ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,084点 ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,219点 ニ 4時間未満の場合（イを除く。） 1,798点 ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） 1,958点 △ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,093点 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,884点 ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,044点 | 【人工腎臓（1日につき）】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4時間未満の場合 1,885点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点 ハ 5時間以上の場合 2,180点 (削除) (削除) (削除) 2 慢性維持透析を行った場合 2 イ 4時間未満の場合 1,845点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点 |

④ 人工腎臓の評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|---|--|
| ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,174点 ニ 4時間未満の場合（イを除く。） 1,758点 ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） 1,918点 △ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,048点 | ハ 5時間以上の場合 2,135点 (削除) (削除) (削除) |
| 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,844点 ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 1,999点 ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） 2,129点 ニ 4時間未満の場合（イを除く。） 1,718点 ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） 2,003点 △ 5時間以上の場合（ハを除く。） 2,003点 【算定要件】 (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 ア「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 | 3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4時間未満の場合 1,805点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点 ハ 5時間以上の場合 2,090点 (削除) (削除) (削除) 【算定要件】 (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。 ア「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 |

④ 人工腎臓の評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| 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、エポエチンペタゲル製剤及び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。（中略） イ「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻防止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンペタゲル製剤及びHIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。 (24)「1」から「3」までのうち、「ニ」から「ハ」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。 | 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、エポエチンペタゲル製剤及び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。（中略） イ「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻防止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンペタゲル製剤及びHIF-PH阻害剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。 (24)「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。 |

④ 人工腎臓の評価の見直し

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【施設基準】 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 <u>(1) 人工腎臓に規定する患者</u> <u>H I F - P H 阻害剤を院外処方している患者以外の患者</u> <u>(2)~(8)</u> (略)</p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベオエチン エポエチンベータベゴル H I F - P H 阻害剤 <u>(院内処方されたものに限る。)</u></p> | <p>【施設基準】 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 <u>(削除)</u></p> <p><u>(1)~(7)</u> (略)</p> <p>別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン ダルベオエチン エポエチンベータベゴル H I F - P H 阻害剤</p> |

①透析中の運動指導に係る評価の新設

慢性維持透析患者に対して、透析中に運動等に係る必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

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。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【人工腎臓】 【算定要件】 <u>(新設)</u></p> | <p>【人工腎臓】 【算定要件】 <u>注14 人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合は、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。</u></p> |

具体的な運動療法の内容について

○「腎臓リハビリテーションガイドライン2018年版」(日本腎臓リハビリテーション学会)において、透析患者に対する、透析中の具体的な運動療法の内容が示されている。

透析中の標準プロトコール

- 透析開始30分後から透析前半の時間帯に行う。透析終了直後や透析後半は避ける。
- 初回には心電図モニター、血圧、心拍数、呼吸数などの管理下で行うことが望ましい。
- 負荷量及び運動持続時間、頻度は身体機能評価に基づき、テラーメイドが望まれる。



| | 有酸素運動 (Aerobic exercise) | レジスタンス運動 (Resistance exercise) | 柔軟体操 (Flexibility exercise) |
|----------------|---|--|--------------------------------|
| 頻度 (Frequency) | 3-5日/週 | 2-3日/週 | 2-3日/週 |
| 強度 (Intensity) | 中等強度の有酸素運動 [酸素摂取予備能の40-59%、ボルグ指数(RPE)6-20点(15点法)の12-13点] | 1-RMの65-75% [1-RMを行うことは勧められず、3-RM以上のテストで1-RMを推定すること] | 抵抗を感じたりややきつと感じるところまで伸張する |
| 時間 (Time) | 持続的な有酸素運動で20-60分/日。しかしこの時間が耐えられないのであれば、3-5分間の間欠的運動で合計20-60分/日 | 10-15回反復で1セット。患者の耐容性と時間に応じて、4セット行ってもよい。大筋群を動かすための8-10種類の異なる運動を遊ぶ | 関節ごとに60秒の静止(10-30秒はストレッチ) |
| 種類 (Type) | ウォーキング、サイクリング、水泳のような持続的なリズミカルな有酸素運動 | マシン、フリーウェイト、バンドを使用する | 静的筋運動 |

RPE : rating of perceived exertion(自覚的運動強度), 1-RM : 1 repetition maximum(最大1回反復重量)

②継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について、新たな評価を行う。

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。

| 改定後 |
|--|
| <p><u>(新) 二次性骨折予防継続管理料</u> <u>イ 二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点</u> <u>ロ 二次性骨折予防継続管理料 2 750点</u> <u>ハ 二次性骨折予防継続管理料 3 500点</u></p> <p>【対象患者】 (1) 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 (2) 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 (3) 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</p> <p>【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。</p> |

② 継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

改定後

【新】二次性骨折予防継続管理料

【算定要件】 続き

- (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「骨折リエンサーサービス（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「骨折リエンサーサービス（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。
- (3) イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
- (4) ロの施設基準に係る病棟については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

③ 生活習慣病管理料の見直し

「Ⅲ-1-⑬」を参照のこと。

④ 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。

高度難聴指導管理料について、人工内耳植込術を行った患者 以外の患者に係る算定上限回数を年 1 回までに変更するとともに、指導を行う 耳鼻咽喉科の 医師に係る要件を見直す。

| 改定前 | 改定後 |
|--|---|
| <p>【高度難聴指導管理料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>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。</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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)</p> | <p>【高度難聴指導管理料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>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。</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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)</p> <p>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。</p> |

⑤ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進

「Ⅲ-1-⑭」を参照のこと。

① 医薬品の給付の適正化

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を1処方につき70枚までから63枚までに変更する。

| 改定前 | 改定後 |
|--|--|
| <p>【第5部 投薬】</p> <p>通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> | <p>【第5部 投薬】</p> <p>通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> |

② 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

「I-7-⑫」を参照のこと。

③ 処方箋料の見直し

「I-7-⑬」を参照のこと。

地域連携・院内連携 ・他職種連携重視！

オンライン連携強化

患者の入院中のカンファレンス開催・参加

退院支援フォローの意識と連携強化

介護事業所(ケアマネージャー)との連携

地域へ自院の診療内容を知らせる

院内連携にもオンライン活用