

診療報酬改定2022v4.1

高崎健康福祉大学

木村憲洋

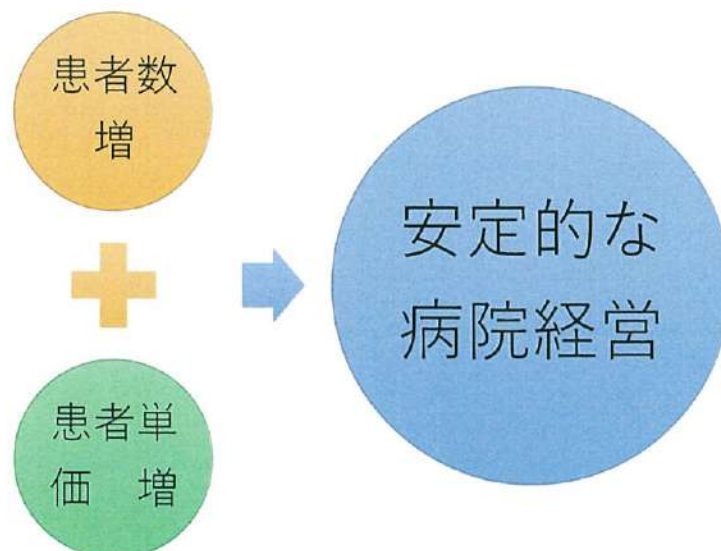
LINE: <https://lin.ee/zLPD9QI>



norihiko kimura

1

病院経営と診療報酬改定

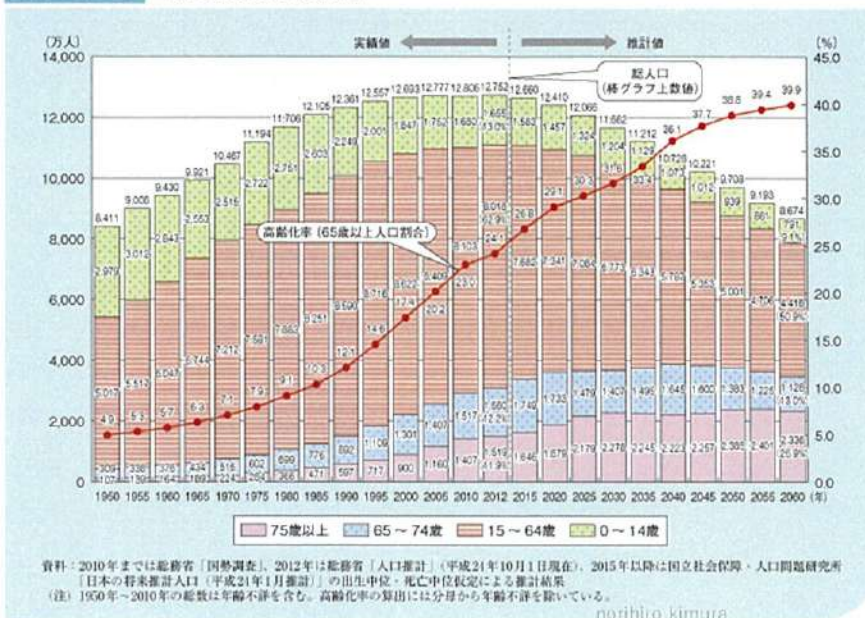


norihiko kimura

2

人口減少時代の病院マネジメント

図1-1-2 高齢化の推移と将来推計



人がいないところに患者はいない。



医療需要が減っても利益が減らない経営

診療報酬改定率

- 診療報酬 + 0.43%
- 医科 + 0.26%
- 歯科 + 0.29%
- 調剤 + 0.08%
- 薬価等 - 1.35%
- 薬価 - 1.44% (不妊0.09%)
- 材料 - 0.02%

令和4年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）

改定に当たっての基本認識

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

改定の基本的視点と具体的方向性

<p>(1) 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応 ○ 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組 ○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ○ 外来医療の機能分化等 ○ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 ○ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ○ 地域包括ケアシステムの推進のための取組 	<p>(3) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等 ○ 医療におけるICTの活用・デジタル化への対応 ○ アウトカムにも着目した評価の推進 ○ 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価 ○ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ○ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価
<p>(2) 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療従事者が高い専門性を発揮できる勤務環境の改善に向けての取組の評価 ○ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保 ○ 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進 ○ 業務の効率化に資するICTの活用の推進 	<p>(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品やバイオ後継品の使用促進 ○ 費用対効果評価制度の活用 ○ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等 ○ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） ○ 外来医療の機能分化等（再掲） ○ 重症化予防の取組の推進 ○ 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 ○ 効率性等に応じた薬局の評価の推進

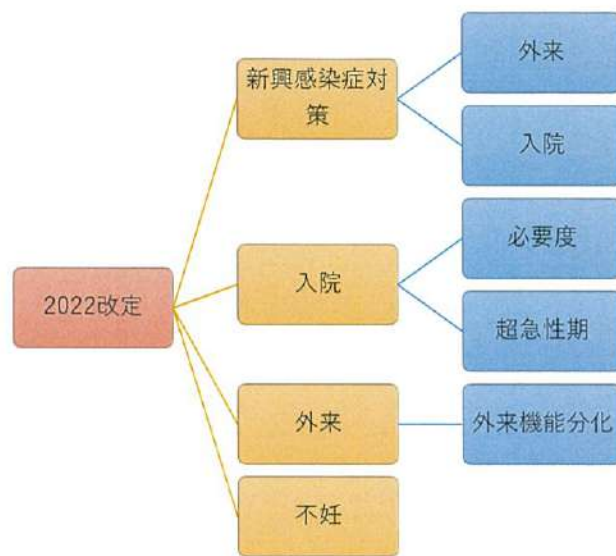
今回の改定の資源配分

すごく上がる



厳しい

2022年診療報酬改定の構成



norihito kimura

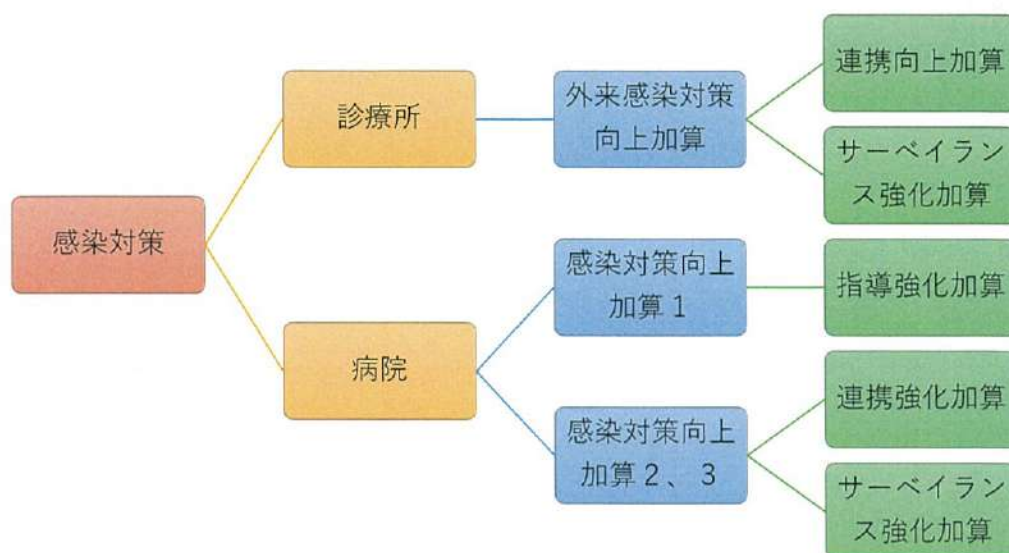
7

新興感染症関連

norihito kimura

8

感染対策関連



norihito kimura

9

感染症と外来

• 外来感染対策向上加算 6点

- 初診料、再診料、小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料、在宅患者訪問診療料(I)・(II)、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、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、精神科訪問看護・指導料
- 同時算定できる加算
 - 連携強化加算 3点
 - サーベイランス強化加算 1点

norihito kimura

10

・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。

・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。
- ・(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。
- ・(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る際の対応について、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。

• 連携強化加算 3点（外来感染対策向上加算の加算）

• 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。

• サーベイランス強化加算 1点（外来感染対策向上加算の加算）

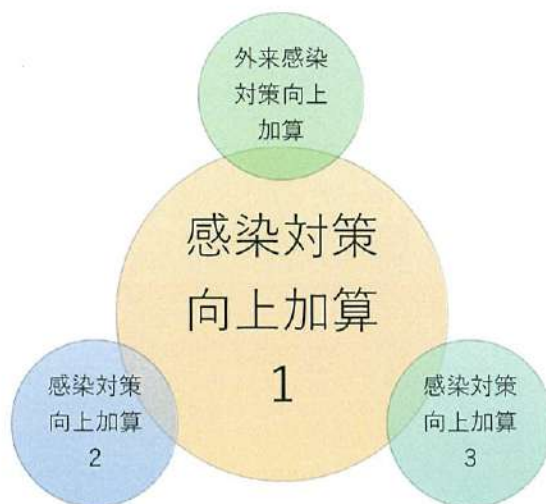
• 算定要件

- 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、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

感染対策と連携



norihito kimura

15

感染症と入院

感染防止対策加算 1 390点
感染防止対策加算 2 90点



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

+ 指導強化加算 30点
+ 連携強化加算 30点
+ サーベイランス強化加算 5点

- 新たに 1 が設定され 3 体系へ
- 新興感染症対策が全ての加算へ盛り込まれる。
- 感染防止対策加算 1 が地域の拠点となる。感染 2 と 3 は感染 1 との連携を求められる。入外ともに連携がマストとなる。
 - 感染防止対策地域 連携加算は指導強化加算として100点から30点へ下がる。
- 感染 2 と 3 はサーベイランス強化加算として情報提供により 5 点を加算できる。

norihito kimura

16

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

	感染対策向上加算1	感染対策向上加算2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算
点数	710点	175点	75点	6点
算定要件	入院初日		入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	患者1人の外来診療につき毎月1日に限り算定
届出基準	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)		診療所(感染対策向上加算の届出がないこと)	
主な施設基準	感染制御チームの設置 以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上かつ研修修了) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上) ※ 医師又は看護師のうち1名は専従であること。 ※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従期間に充ててよいものとする。	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(感染症対策の経験が3年以上) ・専任の看護師(感染管理の経験5年以上) ・専任の薬剤師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了) ・専任の臨床検査技師(病院勤務経験3年以上又は適切な研修を修了)	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師(適切な研修の修了が認められること) ・専任の看護師(適切な研修の修了が認められること)	感染制御室(※)を設けていること。 ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療従事者であること。
	医療機関間・行政等との連携 ・保健所、地域の医師会と連携し、加算2及び3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること)。 ・加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。 ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の要請の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること。 ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑似症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の要請の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること。 ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑似症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している	・年2回以上、加算1の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする)。 ・新興感染症の発生時等の要請の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること。 ・新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として30点を算定する。		サーベイランス強化加算として30点を算定する。
その他	・抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。 ・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。 ・令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする	・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑似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。	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。 ・抗菌薬の適正使用の推進に関する取組を行う。 ・新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑似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し、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。	・抗菌薬の適正使用について、加算1の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。 ・「抗菌薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正使用の推進に関する取組を行う。 ・新興感染症の発生時等に、感染症患者の診療等を実施すること。
	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、加算2、3又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、 感染強化加算 として、 30点 を算定する。	感染対策向上加算2又は3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、 感染強化加算 として 30点 を算定する。		217

17

感染対策向上加算 710点

+ 指導強化加算 30点

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。
- ・ (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**。
- ・ (8)～(10) (略)
- ・ (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。
- ・ (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。

- (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。
- (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。
- (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。
- (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。
- (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。

指導強化加算 30点 (感染1の加算)

• 施設基準

- (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。
- (2) 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算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。

• 感染対策向上加算2 175点

- (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
 - エ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師
 - アに定める医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和4年3月31日時点で感染防止対策加算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。
- (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。

- (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。
- (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。
- (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。
- (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。

• 感染対策向上加算3 75点

- (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。
- (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。
- (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 専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)
 - イ 専任の看護師 当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の1の(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。

- (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。
- (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (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。
- (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。
- (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。

- (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。
- (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。
- (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。
- (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。
- (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、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (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。
- (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。

連携強化加算 30点（感染2と3の加算）

• 施設基準

- (1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3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。
- (2) 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。

サーベイランス強化加算 5点(感2・3)

- 施設基準

- (1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3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。
- (2) 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。

コロナの特例

- 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の実績の特例が終了

外来

機能強化加算（初診料）

- 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、**専門医療機関への受診の要否の判断等を含む**より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、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。
 - 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。
 - (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。

• 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、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- (2) (略)
- (3) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

• (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

• 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。

• 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

- (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日付老計発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)

紹介状なしの受診の定額負担

- 対象範囲の拡大
 - 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、一般病床200床以上の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)
- 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) 第五条
 - 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。)、同法第四条の二第一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。
 - 基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等
 - 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
 - (一) 医師である保険医による初診の場合 七千円
 - (二) 歯科医師である保険医による初診の場合 五千円
 - 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
 - (一) 医師である保険医による再診の場合 三千円
 - (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 一千九百円

外来の定額負担と診療報酬

		定額負担	診療報酬からの控除
初診	医科	7 0 0 0 円	2 0 0 点
	歯科	5 0 0 0 円	2 0 0 点
再診	医科	3 0 0 0 円	5 0 点
	歯科	1 9 0 0 円	4 0 点

除外要件(定額負担を求めないことができる患者の要件)

【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「治験協力者である患者」を削除する。

norihiro kimura

35

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。

1000点

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

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

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

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

151

37

紹介割合の低い大病院の減算

288点→214点

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。

紹介率と逆紹介率

・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。
- ・ 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) × 100

- ・ 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の(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の数を除く。)とする。
- ・ 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の(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。
- ・ 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とする。
- ・ 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。)の数とする。
- ・ 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。
- ・ ※ (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。

紹介割合

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とする。

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に受診した救急患者の数を除く。)とする。

$$\text{紹介割合} = (\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) \div \text{初診の患者数} \times 100$$

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。

逆紹介割合

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。)の数とする。

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とする。

$$\text{逆紹介割合} = \text{逆紹介患者数} \div (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 100$$

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つては、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。

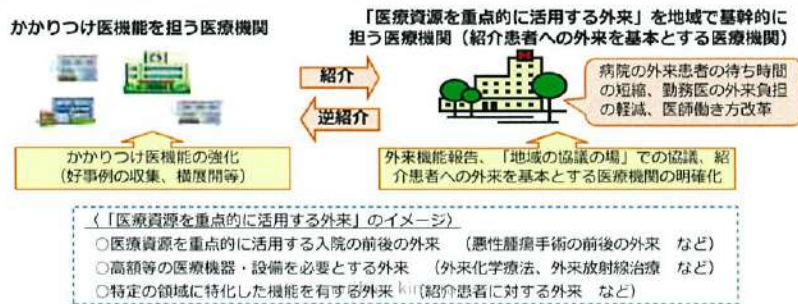
1. 外来医療の課題

- 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26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: 6000円以上の熱傷処置、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料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、CT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

外来在宅共同指導料(在宅と病院連携)

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。)

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。

在宅

病院

norihito kimura

45

診療情報提供料 (Ⅲ)

150点

2020年
紹介の返事
の情報提供

対象患者

- (1)地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは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。)を届け出ている医療機関から紹介された患者
- (2)妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者
- (3)別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは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。)を届け出ている医療機関に紹介された患者

算定要件

- (1)別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別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(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回に限り算定する。
- (2)妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

施設基準

- (1)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。
- (2)算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと

norihito kimura

46

かかりつけ医と紹介受診重点医療機関連携

診療情報提供料(Ⅲ) 150点



連携強化診療情報提供料 150点

算定要件

- 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、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。
- 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又は診療所として都道府県が公表したものに限る。)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。
- 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3月に1回に限り算定する。

norihira kimura

47

- 4 (略)
- 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。

施設基準

- (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。
- (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)
- (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)
- (4) (略)
- (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。

norihira kimura

48

連携強化診療情報提供料(てんかん)

• 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

• 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。)

地域包括診療料 1660点、1600点

• 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。
- (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) 当該医療機関において、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。

- 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。)又は認知症のうち二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。

- (2)略

- (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。

小児かかりつけ診療料

小児かかりつけ診療料

1 処方箋を交付する場合

イ 初診時 631点

ロ 再診時 438点

2 処方箋を交付しない場合

イ 初診時 748点

ロ 再診時 556点



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

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

- 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。

• 施設基準

- (1) 小児かかりつけ診療料1の施設基準
 - イ 小児科を標榜している医療機関であること。
 - ロ 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。
 - ハ 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。
- (2) 小児かかりつけ診療料2の施設基準
 - イ (1)のイ及びロを満たすものであること。
 - ロ 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。
- (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。
 - ア 母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条又は13条の規定によ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
 - イ 予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条第1項の規定による予防接種(定期予防接種)を実施していること
 - ウ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること
 - 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。

• 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。
 - 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。
 - 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。

生活習慣病管理料

- 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
 - 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
- 2 1以外の場合
 - 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 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

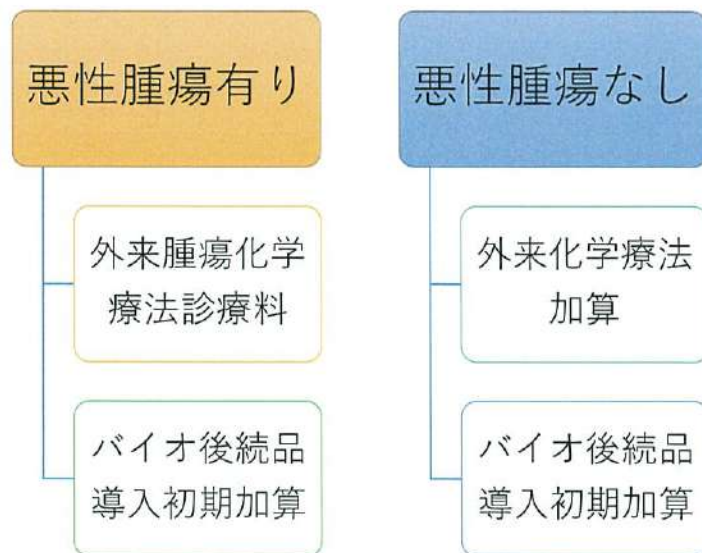
データ提出+50点

- (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く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。
- (2)~(9) (略)
- (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、その理由及び内容等を診療録に記載していること。

外来医療とデータ提出

- 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のデータ提出が50点/月
- 算定要件(例)
 - 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。
- 「外来医療等のデータ」については、令和5年10月診療分をめぐりにデータ提出を受け付ける方向で対応する。

外来化学療法



norihiko kimura

57

外来化学療法と外来腫瘍化学療法診療料

イ 外来化学療法加算1

- (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 820点
 - 2 15歳以上 600点
- (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 670点
 - 2 15歳以上 450点

ロ 外来化学療法加算2

- (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 740点
 - 2 15歳以上 470点
- (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 640点
 - 2 15歳以上 370点



イ 外来化学療法加算1

- (1) 15歳未満の患者の場合 670点
(削る)
- (2) 15歳以上の患者の場合 450点
(削る)

ロ 外来化学療法加算2

- (1) 15歳未満の患者の場合 640点
(削る)
- (2) 15歳以上の患者の場合 370点
(削る)

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。

norihiko kimura

58

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A000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A001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A002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B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101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のイについては、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。

norihito kimura

59

- (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。**
- (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G00-1に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込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。

norihito kimura

60

バイオ後続品(外来化学療法)

• 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。

- ※ 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。

投薬(湿布)

• 第5部 投薬

• 通則

- 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**7063**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。

リフィル処方箋

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」欄にレ点を記入する。
- (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であることを説明すること。
- (8)保険薬局の保険薬剤師は、患者の次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)

処方箋			
〔この処方箋は、次の保険薬局でしか使えません。〕			
診療科	患者氏名	保険者番号	処方箋番号
診療科目	生年月日	性別	調剤日
病名	年齢	調剤回数	調剤回数
処方内容	調剤内容	調剤内容	調剤内容
リフィル可 <input type="checkbox"/>			
調剤内容	調剤内容	調剤内容	調剤内容
調剤内容	調剤内容	調剤内容	調剤内容
調剤内容	調剤内容	調剤内容	調剤内容
調剤内容	調剤内容	調剤内容	調剤内容

リフィル処方箋と処方箋料

減算になる
医療機関

• 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A 002に掲げる外来診療料の注 2又は注3を算定する保険医療 機関において、別に厚生労働大臣 が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上
の投薬を行った場合(処方箋の複数回(3回までに限る。))の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。)には、所定点数の100分の 40に相当する点数により算定する。

超急性期医療

特定集中治療室

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

特定集中治療室の加算

- 重症患者対応体制強化加算
 - イ 3日以内の期間 750点
 - ロ 4日以上7日以内の期間 500点
 - ハ 8日以上14日以内の期間 300点
- 対象患者
 - 特定集中治療室管理料1から4まで又は救命救急入院料2若しくは4を算定する病室に入院している患者
- 算定要件
 - 重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当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。
- (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際

- (7)(4)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
- (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事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が2名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(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。

重症患者初期支援充実加算(1日につき) 300 点 (特定集中治療室管理料加算等)

- 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。
- 対象病棟
 - 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

- 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等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者(以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。)を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。
 - (4)入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれか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

- (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 の入院日数上限の見直し

救命救急入院料 1 - 4
 イ 3日以内の期間
 ロ 4日以上7日以内の期間
 ハ 8日以上14日以内の期間
 特定集中治療室 1 - 4
 イ 7日以内の期間
 ロ 8日以上14日以内の期間



救命救急入院料 1 - 4
 イ 3日以内の期間
 ロ 4日以上7日以内の期間
 ハ 8日以上の期間
 特定集中治療室 1 - 4
 イ 7日以内の期間
 ロ 8日以上の期間

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・・・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(EC MO)を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

早期離床・リハビリテーション加算500点(14日)の対象拡大(特定集中治療室管理料の加算)

言語聴覚士
も追加

- 拡大対象
 - 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料
- 算定要件
 - 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
 - (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。

nohhiro kimura

75

早期栄養介入管理加算 400点、250点

- 対象の拡大
 - 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料
- 算定要件
 - 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から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250点(入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。
- 施設基準
 - (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。

nohhiro kimura

76

重症度、医療・看護必要度(特定集中治療室管理料)

- A項目
 - 心電図モニターを除外
- B項目
 - 廃止

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
救命救急入院料 2	80%	80%	→	80%	70%
救命救急入院料 4	80%	80%		80%	70%
特定集中治療室管理料 1	80%	80%		80%	70%
特定集中治療室管理料 2	80%	80%		80%	70%
特定集中治療室管理料 3	70%	70%		70%	60%
特定集中治療室管理料 4	70%	70%		70%	60%

norihito kimura

77

重症度、医療・看護必要度(救命救急 1、3)

- 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。

norihito kimura

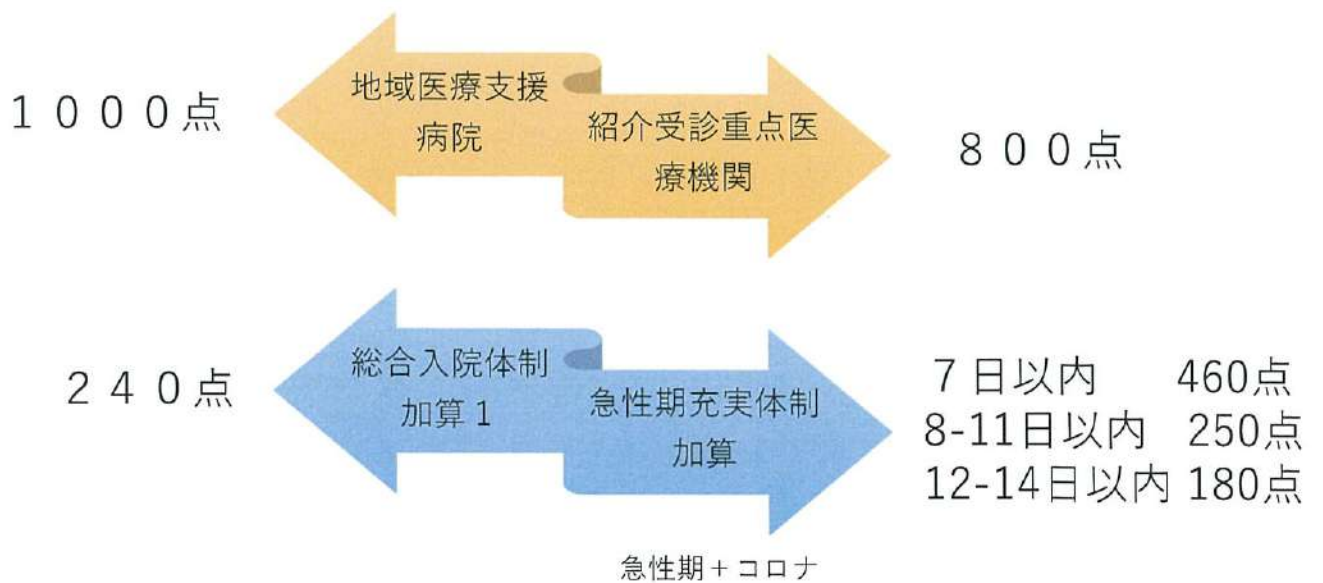
78

急性期医療

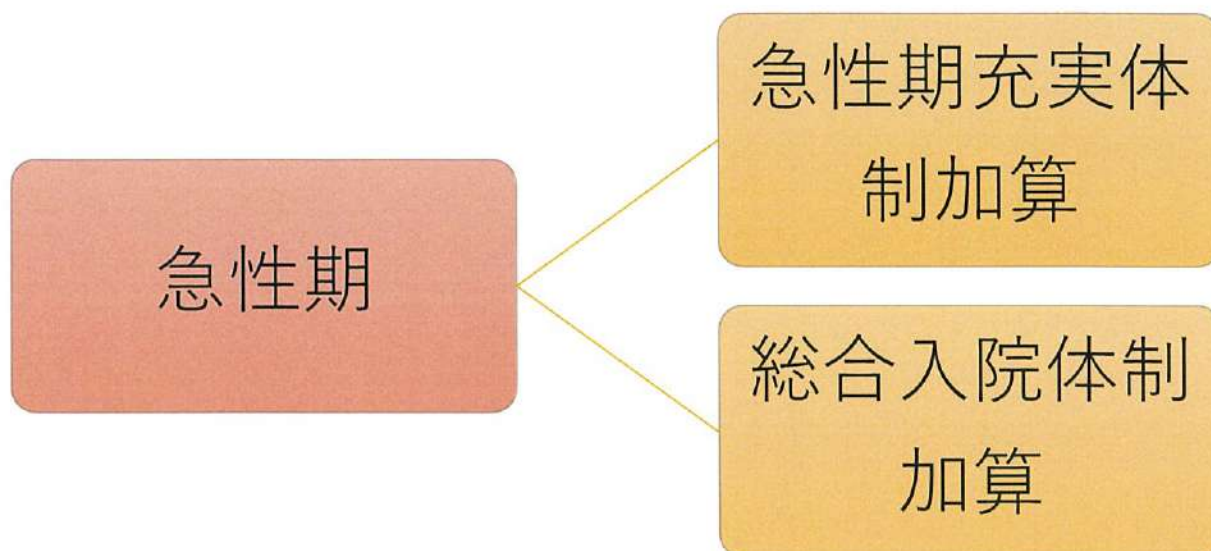
norihito kimura

79

大病院の方向性



急性期の評価



norihito kimura

81

急性期充実体制加算

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。

norihito kimura

82

- 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。

精神科充実体制加算 30点(急性期充実体制加算の加算)

- 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。

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

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

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

[算定要件]

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

[主な施設基準]

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

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

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

(新) 精神科充実体制加算(1日につき) 30点

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

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算	
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期一般入院料1を届け出ている(急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている) ・敷地内禁煙に係る取組を行っている ・総合入院体制加算の届出を行っていない
24時間の救急医療提供	<ul style="list-style-type: none"> いずれかを ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター 満たす ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満:6.0件/年/床以上 ・自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 ・精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> ・全身麻酔による手術 2,000件/年以上(緊急手術 350件/年以上)又は300床未満:6.5件/年/床以上(緊急手術 1.15件/年以上) ア 右のうち、4つ以上を満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満:1.0件/年/床以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満:1.0件/年/床以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満:0.6件/年/床以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満:1.5件/年/床以上 ◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満:3.0件/年/床以上 (外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。) イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満:0.1件/年/床以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満:0.1件/年/床以上
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合産科特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> ・感染対策向上加算1を届け出ている
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> ・画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している ・精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> ・院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟における平均在院日数が14日以内 ・一般病棟の退棟患者(退院患者を含む)に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満
外来機能分化に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆病棟の初診に係る遠征療養の届出、実費の徴収を実施 ◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> ・処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院支援加算1又は2の届出を行っている ・療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の届出を行っていない
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神科病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上 ・同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない ・特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない

総合入院体制加算

• 総合入院体制加算1

• 施設基準等

- (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。
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)
- (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。
- ア (略)
- 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
- 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。

norihito kimura

87

- (6) 外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。
 - ア 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。
 - (イ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。
 - (ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B 009」診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。
 - イ 紹介受診重点医療機関(医療法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。)であること。

• 総合入院体制加算 2

• 施設基準

- (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

norihito kimura

88

急性期一般病棟等

急性期一般入院料6 1408点
急性期一般入院料7 1382点



急性期一般入院料6 1408点

- 重症度、医療・看護必要度IIの義務化
 - 一般病床200床以上の急性期一般入院料1
 - 一般病床400床以上の急性期一般入院料2-5
- 重症度、医療・看護必要度の変更点
 - 点滴ライン同時3本以上の管理 → 注射薬剤3種類以上の管理
 - 心電図モニターの管理 → 除外
 - 輸血や血液製剤の管理が1点 → 2点

重症度、医療・看護必要度（一般病棟）

A項目

点滴ライン同時3本以上の管理（1点）



注射薬剤3種類以上の管理（1点）

心電図モニターの管理（1点）



除外

輸血や血液製剤の管理（1点）



輸血や血液製剤の管理（2点）

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	31%	29%		31%	28%	28%	25%
急性期一般入院料 2	28%	26%		27%	24%	25%	22%
急性期一般入院料 3	25%	23%		24%	21%	22%	19%
急性期一般入院料 4	22%	20%		20%	17%	18%	15%
急性期一般入院料 5	20%	18%		17%	14%	17%	14%
急性期一般入院料 6	18%	15%					
7対1 (特定)	—	28%		—	28%		
7対1 (専門)	30%	28%		30%	28%		
7対1 (結核)	11%	9%		10%	8%		
看護必要度加算 1	22%	20%	→	22%	20%		
看護必要度加算 2	20%	18%		20%	18%		
看護必要度加算 3	18%	15%		18%	15%		
総合入院体制加算 1	35%	33%		33%	30%		
総合入院体制加算 2	35%	33%		33%	30%		
総合入院体制加算 3	32%	30%		30%	27%		
急性期看護補助配置加算	7%	6%		7%	6%		
看護職員夜間配置加算	7%	6%		7%	6%		
看護補助加算 1	6%	5%		5%	4%		
地域包括ケア病棟入院料	14%	11%		12%	8%		
特定一般病棟入院料の注7	14%	11%		12%	8%		

200床未満

地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟（在宅復帰率）

- 算定要件
 - 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。
- 施設基準
 - 地域包括ケア病棟入院料1,2と地域包括ケア入院医療管理料1,2の施設基準
 - □ 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七割七割二分五厘以上であること。
 - 地域包括ケア病棟入院料3,4と地域包括ケア入院医療管理料3,4の施設基準
 - イ (2)のハからトまでを満たすものであること。
 - □ 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七割以上であること。

地域包括ケア病棟(許可病床200床-400床未満)

- 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
別に厚生労働大臣の定めるもののみ
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9085に
相当する点数を算定する。
- 施設基準(地域包括ケア病棟入院料2,4)
 - 二 当該病棟(許可病床数が二百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六割未満であること。

地域包括ケア病棟(入院料・管理料) 1 と 3 の実績要件

①自宅から入院	15%	20%
②緊急入院患者数	3ヶ月で6人	3ヶ月で9人 8人(10床未満)
③在宅患者訪問診療料	3ヶ月で30回	3ヶ月で30回
④訪問看護(医療機関から) 訪問看護療養費(訪問看護St)	3ヶ月で60回、 3ヶ月で300回	3ヶ月で60回、 3ヶ月で300回
⑤在宅患者訪問リハビリテーション 指導料	3ヶ月で30回	3ヶ月で30回
⑥介護保険法による訪問看護、訪問 リハビリの提供	提供実績あり	提供実績あり
⑦退院時共同指導料2 +外来在宅共同指導料1	3ヶ月で6回	3ヶ月で6回

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

95

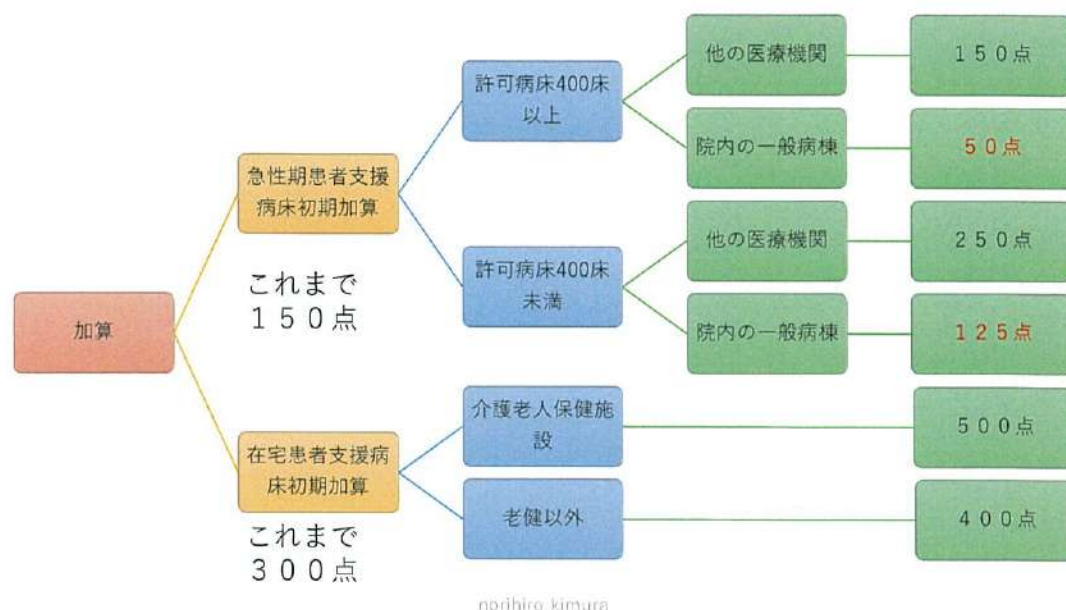
地域包括ケア病棟(入院料・管理料) 2 と 4 の実績要件

自宅から入院	20%	} 1つ
緊急入院患者数	3ヶ月で9人 8人(10床未満)	
在宅患者訪問診療料	3ヶ月で30回	
訪問看護(医療機関から) 訪問看護療養費(訪問看護St)	3ヶ月で60回、 3ヶ月で300回	
在宅患者訪問リハビリテーション 指導料	3ヶ月で30回	
介護保険法による訪問看護、訪問 リハビリの提供	提供実績あり	
退院時共同指導料2 +外来在宅共同指導料1	3ヶ月で6回	

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

96

地域包括ケア病棟（初期加算）



97

地域包括ケア病棟 その他

- 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って、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。
- 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ついては、第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件とする。ただし、200床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たすこととする。

norihiro kimura

98

地域包括ケア病棟 その他2

アイオ+ウエ
= 2

- 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てい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5年3月31日までの間の限り、なお従前の例による。
 - ア 「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1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。
 - イ 「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1の第16の3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。)であること。
 - ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
 - エ 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。
 - オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。

norihito kimura

99

医療法上の病床区分と地域包括ケア病棟

- 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。
- 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六割以上であること。
 - 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入れ人数が、前三月間において三十人以上であること。
 - 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。

クリアすれば減算なし

norihito kimura

100

回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟入院料1
回復期リハビリテーション病棟入院料2
回復期リハビリテーション病棟入院料3
回復期リハビリテーション病棟入院料4
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6



回復期リハビリテーション病棟入院料1
回復期リハビリテーション病棟入院料2
回復期リハビリテーション病棟入院料3
回復期リハビリテーション病棟入院料4
回復期リハビリテーション病棟入院料5

- 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。

重症患者割合（回リハ病棟）

回復期リハビリテーション病棟入院料1	30%	→	40%
回復期リハビリテーション病棟入院料2	30%	→	40%
回復期リハビリテーション病棟入院料3	20%	→	30%
回復期リハビリテーション病棟入院料4	20%	→	30%

・施設基準

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料1と3の施設基準
 - ・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。
- ・毎年7月において、第三者評価の状況等について、別添7の様式により届け出ること。(7/1報告)

回復期リハビリテーションを要する状態の追加

・算定要件

- ・(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。
- ・ア・イ (略)
- ・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FIMの測定を行うこと。
- ・①~④ (略)
- ・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大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

- (12)~(15) (略)
- (16) 急性心筋梗塞等の患者(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大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して**90日**まで算定できるものに限る。)については、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」(日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン)の内容を踏まえ、**心肺運動負荷試験(CPX (cardiopulmonary exercise testing))**を入棟時及び入棟後月に**1回以上**実施することが望ましい。

• 施設基準

- (1) 通則
 - ル 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大血管疾患又は手術後の状態に該当する患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
 - 六 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態(算定開始日から起算して九十日以内)
- 別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態
 - 六 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2129点(生2115点)

・対象患者

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

・算定要件

- ・ (1)主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関(特定機能病院に限る。)が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- ・ (2)診療に係る費用(当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、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。)並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

norihiro kimura

107

・施設基準

- ・ (1)回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること。
- ・ (2)回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有していること。
- ・ (3)心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)及び呼吸器リハビリテーション料(I)に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ (4)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
- ・ (5)当該病棟に専従の常勤医師が1名以上配置されていること。
- ・ (6)当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ・ (7)当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- ・ (8)当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ・ (9)当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置されていること。
- ・ (10)特定機能病院であること。(当分の間は、令和4年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。)

norihiro kimura

108

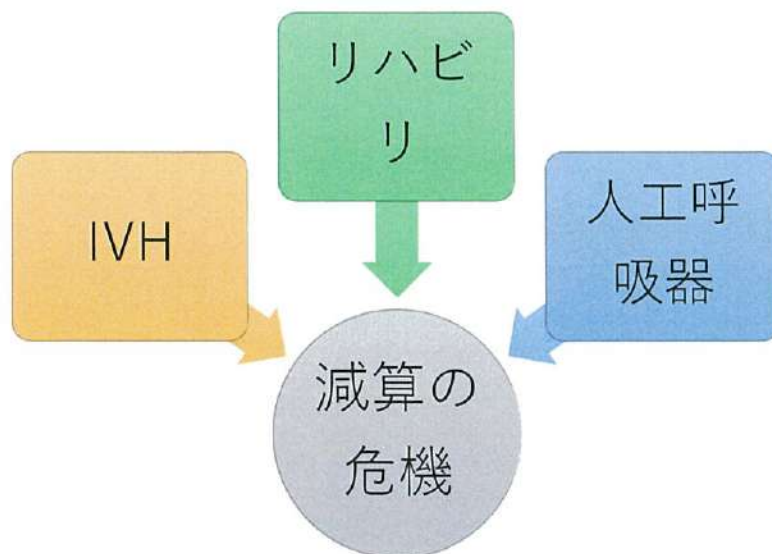
- (11)休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- (12)当該病棟において、新規入院患者のうち5割以上が重症の患者であること。
- (13)当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- (14)リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
- (15)他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (16)早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (17)1病棟に限り届出を行うことができること。

リハ実施計画書の署名

- 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。

療養病棟

療養病棟の危機



療養病棟におけるFIMの測定

- 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。
- また、医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、**FIMの測定を行っていない場合**においては、**医療区分1**の場合に相当する**点数を算定**することとする。

算定要件

- 注3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、**第7部リハビリテーション(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)**及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。)費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4~10 (略)
- 11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2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(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数(入院料D、E又はFを算定する場合であって、**心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数)の100分の75に相当する点数を算定する。**

• 施設基準

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

IVH(療養病棟)

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

8の2 療養病棟入院基本料の注1に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について次のいずれも満たしていること。

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

イ 摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できること。

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

H004摂食機能療法185点

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師、歯科医師又は医師若しくは歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士若しくは作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。
 - ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
 - イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- (2) 摂食機能療法の実施に当たっては、摂食機能療法に係る計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録等に記載すること。
- (3) 摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載すること。
- (4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。
- (5) 「2」については、脳卒中の発症後14日以内の患者に対し、15分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後14日以内の患者であっても、30分以上の摂食機能療法を行った場合には「1」を算定できる。

IVH（療養病棟）

- 算定要件
 - 注1 病院の療養病棟(医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床(以下「療養病床」という。)に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置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(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料を算定する。
- 経過措置
 - (1) 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
 - (2) 令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分3に該当する場合の点数を算定できる。

摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法185点、130点)

• 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、**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る。)**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。
 - 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

• 留意時刻

- (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。
- (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。
 - 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)
 - 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**。
 - ウ 摂食嚥下支援チームは、**カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。)**及び**摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、患者又はその家族等への指導管理を行うこと**。カンファレンスの結果を踏まえて計画書等の見直しを行った際には、**見直しの要点を診療録等に記載、又は、計画書の写しを診療録等に添付すること**。

・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。
 - ・ 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長等に報告していること。
 - ・ 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。
- ・ (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。
- ・ (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。
 - ・ ハ 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。
 - ・ ニ 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。

・ 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
 - ・ ~~専任の常勤薬剤師~~
 - ・ ウ 専任の常勤管理栄養士
 - ・ ~~専任の歯科衛生士、専任の理学療法士又は作業療法士~~
- ・ (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。
- ・ (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もの
 - ・ 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

- 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。
- 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。
- (3) 令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和4年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、1の(1)のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。

J045 人工呼吸

35時間を超えた場合(1日につき) 819点



35時間を超えた場合(1日につき)
 イ 14日目まで 950点
 ロ 15日目以降 815点

- 算定要件
 - 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。
- 留意事項
 - (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。

- (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 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。
 - イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から4時間程度を目安とする。
 - ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。
 - エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。
- (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 自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。
 - イ 以下のいずれにも該当すること。
 - (イ) 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。
 - (ロ) 酸素化が十分であること。(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(FIO2) 50%以下、CPAP(PEEP)≦5cmH2OかつPS≦5cmH2O
 - (ロ) FIO250%以下相当かつTピース
 - エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。
 - (イ) 酸素化の悪化の有無
 - (ロ) 血行動態の悪化の有無(ハ) 異常な呼吸様式及び呼吸回数増加の有無
 - 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。

疾患別リハビリテーション

標準的算定日数
切れの患者の月
1回のFIM測定

算定要件

4 (中略)

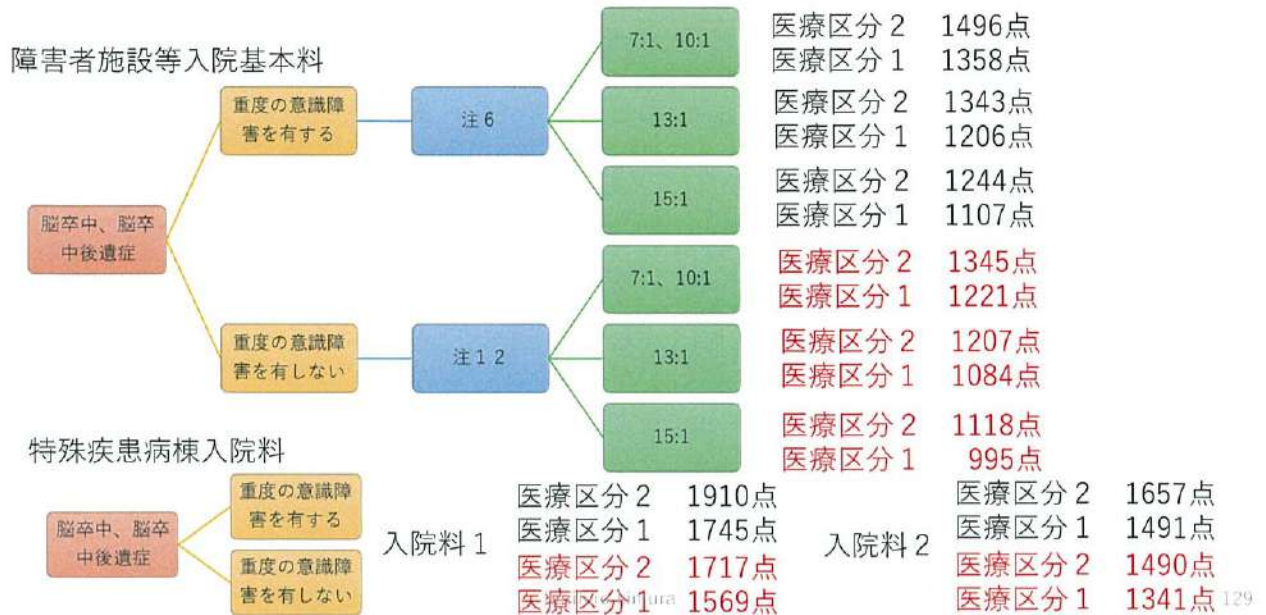
- また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数(以下「標準的算定日数」という。)を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者(疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。)のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、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。

療養病棟の経過措置の見直し



その他の病棟

障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料の見直し(90日超え)



緩和ケア病棟入院料

+ 緩和ケア疼痛加算 100点/日

- 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 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 3,398点



- 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 **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 **3,298点**

・ 緩和ケア疼痛加算 100点/日

- ・ 注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。
- ・ 「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。

有床診療所入院基本料の加算

- 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棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、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。

有床診療所療養病床入院基本料の加算

- 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棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、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。

慢性維持透析（有床診療所療養病床）

- 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に掲げる腹膜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。

医療資源の少ない地域への配慮

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

入院料関連

栄養サポートチーム加算

• 障害者施設等入院基本料

• 算定要件

- 注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- イ～レ (略)
- ソ 栄養サポートチーム加算 ツ～オ (略)

• 栄養サポートチーム加算

• 算定要件

- 注1 栄養管理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おいて、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、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、栄養サポート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、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回(障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算(入院初日及び退院時) 270 点

- 対象患者
 - 特定機能病院入院基本料を算定している患者
- 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に限る。)に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号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。
 - (2)別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律(平成17年法律第123号)第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、栄養情報提供加算として50点を更に所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1)当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - (2)入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。(3)栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

norihito kimura

137

入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策

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

norihito kimura

138

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

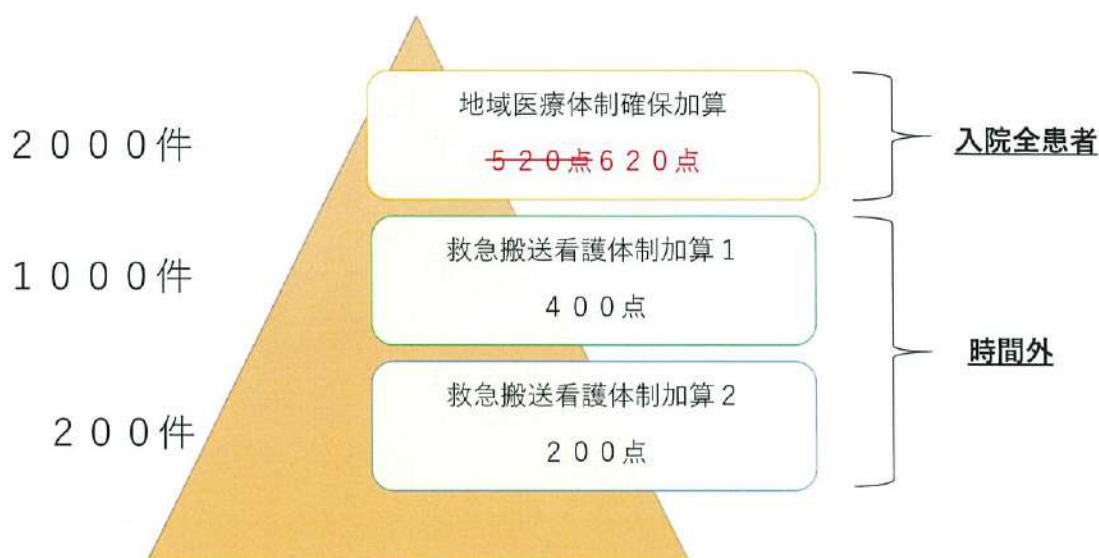
• 算定要件

- 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。
 - (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。

救急車と診療報酬点数



norihito kimura

141

地域医療体制確保加算

地域医療体制確保加算 520点

地域医療体制確保加算 620点

施設基準

- (2) 以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。
 - ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
 - イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩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。
- (3) (略)
- ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」（以下「時短計画作成ガイドライン」という。）に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

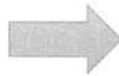
norihito kimura

142

救急医療管理加算

救急医療管理加算

- 1 救急医療管理加算1 950点
- 2 救急医療管理加算2 350点



救急医療管理加算】

- 1 救急医療管理加算1 1,050点
- 2 救急医療管理加算2 420点

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

算定要件

(4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、**診療報酬明細書の摘要欄に記載**すること。

ア (2)のアからサのうち該当する状態

イ (略)

ウ (2)のイの状態に該当する場合はJCSOの状態、(2)のウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び(2)のキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index Oの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

エ (略)

救急搬送診療料 1300点

算定要件

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

留意事項

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

時間外加算 1 の施設基準の変更

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) 以下のア及びイの事項について記録していること。
 - ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。)に当直、夜勤及び緊急呼出し当番(以下「当直等」という。)を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日
 - イ 当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日
 - (3) (2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4日以内であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数が、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。
- 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。

看護職員と看護補助者の負担軽減



看護職員の負担軽減及び処遇改善

- 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。
 - イ 夜間看護加算 50点
 - ロ 看護補助体制充実加算 55点
- 障害者施設等入院基本料
 - 障害者施設等入院基本料の注9に規定す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。
 - イ 看護補助加算
 - (1) 14日以内の期間 146点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 121点
 - ロ 看護補助体制充実加算
 - (1) 14日以内の期間 151点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 126点

norihiro kimura

147

- 急性期看護補助体制加算、看護補助加算
 - 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。**
- 地域包括ケア病棟入院料
 - 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。
 - 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

norihiro kimura

148

看護補助体制充実加算の施設基準

- 施設基準
 - 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。

看護業務の負担軽減

- 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等 に関する項目のうち、**ア又はウを含む3項目以上**を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、**ア又はウを含む 3項目以上**を満たしていること。
 - **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)
- 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。

医師事務補助体制加算

医師事務作業補助体制加算 1

イ 15対1補助体制加算 970点
 ロ 20対1補助体制加算 758点
 ハ 25対1補助体制加算 630点
 ニ 30対1補助体制加算 545点
 ホ 40対1補助体制加算 455点
 ヘ 50対1補助体制加算 375点
 ト 75対1補助体制加算 295点
 チ 100対1補助体制加算 248点

+ 50点



医師事務作業補助体制加算 1

イ 15対1補助体制加算 1050点
 ロ 20対1補助体制加算 835点
 ハ 25対1補助体制加算 705点
 ニ 30対1補助体制加算 610点
 ホ 40対1補助体制加算 510点
 ヘ 50対1補助体制加算 430点
 ト 75対1補助体制加算 350点
 チ 100対1補助体制加算 300点

+ 50点



医師事務作業補助体制加算 2

イ 15対1補助体制加算 910点
 ロ 20対1補助体制加算 710点
 ハ 25対1補助体制加算 590点
 ニ 30対1補助体制加算 510点
 ホ 40対1補助体制加算 430点
 ヘ 50対1補助体制加算 355点
 ト 75対1補助体制加算 280点
 チ 100対1補助体制加算 238点

+ 50点



医師事務作業補助体制加算 2

イ 15対1補助体制加算 975点
 ロ 20対1補助体制加算 770点
 ハ 25対1補助体制加算 645点
 ニ 30対1補助体制加算 560点
 ホ 40対1補助体制加算 475点
 ヘ 50対1補助体制加算 395点
 ト 75対1補助体制加算 315点
 チ 100対1補助体制加算 260点

+ 50点



norihito kimura

151

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。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。

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。2の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

norihito kimura

152

特定行為研修修了者と診療報酬

- 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
- 施設基準（例）
 - (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。

病棟薬剤業務実施加算(小児入院医療管理料)

- 病棟薬剤業務実施加算1を小児入院医療管理料で算定可能となった。

ICTの活用

・入退院支援加算

- ・ (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実施しても差し支えない。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。
- ・ 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。

・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)

- ・ **ウ 当該カンファレンスは、1人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。** 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。
- ・ (イ) 当該カンファレンスに3人以上が参加すること (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。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。
- ・ 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。

入退院支援加算1及び2(ヤングケアラー)

・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

ヤングケアラー対策

入退院支援加算1及び2(連携施設)

退院支援加算1

- 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



退院支援加算1

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

施設基準

- (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2025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。

報告書管理体制加算(退院時1回) 7点 (入院料)

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。
- (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。

データ提出加算の義務化

- 施設基準の追加
 - 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。
- 対象病棟
 - 地域一般入院基本料、専門病院入院基本料(13対1)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料
- 経過措置
 - 許可病床数が 200 床以上のものにあつては令和5年3月 31 日までの間
 - 許可病床数が 200 床未満のものにあつては令和6年3月 31 日までの間

診療録管理体制加算

- 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。

診療録管理体制加算 1 と 2

• 施設基準(1と2の追加基準)

- (10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、**専任の医療情報システム安全管理責任者を配置**すること。また、当該責任者は、**職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修**を行っていること。さらに、**非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保**することが望ましい。ただし、令和4年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が400床以上のものに限る。)については、令和5年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。

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



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、治療上の必要があつ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つて、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、治療上の必要があつ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つて、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。

• 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 放射性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。

二次性骨折予防継続管理料

二次性骨折予防継続管理料

- イ 二次性骨折予防継続管理料1 1000点
- ロ 二次性骨折予防継続管理料2 750点
- ハ 二次性骨折予防継続管理料3 500点

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

算定要件

- (1)イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- (2)ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものの対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- (3)ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものの対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- (4)イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
- (5)ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- (6)診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

施設基準

- (1)骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2)当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
- (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。

後発医薬品使用体制加算

2018

後発医薬品使用体制加算

- 1 後発医薬品使用体制加算1 (85%以上) 45点
- 2 後発医薬品使用体制加算2 (80%以上) 40点
- 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 35点
- 4 後発医薬品使用体制加算4 (60%以上) 22点

2020

後発医薬品使用体制加算

- 1 後発医薬品使用体制加算1 (85%以上) 47点
- 2 後発医薬品使用体制加算2 (80%以上) 42点
- 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 37点

2022

後発医薬品使用体制加算

- 1 後発医薬品使用体制加算1 (90%以上) 47点
- 2 後発医薬品使用体制加算2 (85%以上) 42点
- 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 37点

norihito kimura

165

薬々連携

地域連携薬局における情報の共有

病院退院

退院時
共同指
導料

服薬情
報等提
供料3

病院入院

入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

在宅医療

norihiro kimura

167

在支診と在支病(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)

- 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。

norihiro kimura

168

ACP(在支診と在支病)(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)

• 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~ヲ (略)
 - ヲ 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。

在宅療養支援病院の実績に係る要件変更

• 施設基準

• 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)

在宅がん医療総合診療料

- 算定要件

- 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。

緊急往診加算

- 往診料

- 算定要件

- (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、急性腹症等が予想される場合(15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合)をいう。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。

退院時共同指導料(情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。)

・算定要件

- 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
- (1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関(以下「入院保険医療機関」という。)に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回)に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

継続診療加算

継続診療加算 216点



イ 在宅療養移行加算1 216点
ロ 在宅療養移行加算2 116点

・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。
 - 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。
 - 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。

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点

- 注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。
- C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 100点
 - 注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 1,600点
 - 注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 810点

- 注 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、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点

- 注 喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。

C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 800点

- 注1 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。
- C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算
 - 1 1月目 7,480点
 - 2 2月目以降 1,800点
 - 注 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

医療的ケア児

医療的ケア児に対する支援と連携

• 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等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。
- (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。)

小児慢性特定疾病の児に対する支援と連携

• 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。

透析

人工腎臓 2022

人工腎臓

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

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
- ハ 5時間以上の場合 2,235点

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

(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。

人工腎臓

2018

1 慢性維持透析を行った場合1

- イ 4時間未満の場合 1,980点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,140点
- ハ 5時間以上の場合 2,275点

2 慢性維持透析を行った場合2

- イ 4時間未満の場合 1,940点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点
- ハ 5時間以上の場合 2,230点

3 慢性維持透析を行った場合3

- イ 4時間未満の場合 1,900点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,055点
- ハ 5時間以上の場合 2,185点

人工腎臓

2020

1 慢性維持透析を行った場合1

- イ 4時間未満の場合 1,924点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,084点
- ハ 5時間以上の場合 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
- ヘ 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 1,884点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,044点
- ハ 5時間以上の場合 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
- ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点

3 慢性維持透析を行った場合3

- イ 4時間未満の場合 1,844点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,999点
- ハ 5時間以上の場合 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。) 1,873点
- ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点



導入期加算(人工腎臓)

イ 導入期加算1 200点
ロ 導入期加算2 500点



イ 導入期加算1 200点
ロ 導入期加算2 400点
ハ 導入期加算3 800点

- 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
- 施設基準
 - 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。

導入期加算1と2(人工腎臓)

- 施設基準
 - (1) 導入期加算1の施設基準
 - ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
 - **イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。**
 - (2) 導入期加算2の施設基準(R5.3.31イウエ)
 - 次のすべてを満たしていること。
 - ア (1)のアを満たしていること。
 - **イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。**
 - **ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。**
 - エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で**12回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**3大2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。

導入期加算3(人工腎臓)

• (3) 導入期加算3の施設基準

- 次のすべてを満たしていること。
 - ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。
 - イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。
 - ウ 導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。
 - エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。
 - オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、**腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること**。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。

透析リハビリ(人工腎臓)

• 算定要件

- 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。

在宅自己腹膜灌流指導管理料 4000点

• 算定要件

- 注1 在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき 2,000点を月2回に限り算定する。
- 2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓又はJ.042に規定する腹膜灌流の1を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。
- 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対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。

• 留意事項

- (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つては、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。

在宅血液透析指導管理料

在宅血液透析指導管理料 8000点



在宅血液透析指導管理料 10,000点

• 算定要件

- (5) 日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

麻酔

周術期栄養管理実施加算 270 点(全麻)

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

周術期薬剤管理加算 75点(麻醉管理料Ⅰ、Ⅱ)

- 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

- (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。

オンライン診療関連

初診料(情報通信機器を用いた場合) 251 点

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初診が可能と判断した患者

・算定要件

- ・(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算定する。
- ・(2)情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- ・(3)情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- ・(4)情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ・ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - ・イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

norihito kimura

195

- ・(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適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ・(7)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。

norihito kimura

196

	基本点数	オンライン点数
ウイルス疾患指導料	イウイルス疾患指導料1 240点 ロウイルス疾患指導料2 330点	イウイルス疾患指導料1 209点 ロウイルス疾患指導料2 287点
皮膚科特定疾患指導管理料	イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I)250点 ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II)100点	イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I)218点 ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II)87点
小児悪性腫瘍患者指導管理料	550点	479点
がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
がん患者指導管理料	イ 医師が看護師が文書説明500点 ロ 医師又は看護師が面談 200点 ハ 医師又は薬剤師が文書説明200点 ニ 医師が遺伝子検査の説明 300点	イ 医師が看護師が文書説明435点 ロ 医師又は看護師が面談 174点 ハ 医師又は薬剤師が文書説明174点 ニ 医師が遺伝子検査の説明 261点
外来緩和ケア管理料	290点	252点
移植後患者指導管理料	イ 臓器移植後の場合 300点 ロ 造血幹細胞移植後の場合 300点	イ 臓器移植後の場合 261点 ロ 造血幹細胞移植後の場合 261点
腎代替療法指導管理料	500点	435点
乳幼児育児栄養指導料	130点	113点
療養・就労両立支援指導料	1 初回 800点 2 2回目以降 400点	1 初回 696点 2 2回目以降 348点
がん治療連携計画策定料2	300点	261点
外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
肝炎インターフェロン治療計画料	700点	609点
薬剤総合評価調整管理料	250点	218点

norihiro kimura

197

オンライン診療の変更

- 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

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料 500点



遠隔連携診療料

- 1 診断を目的とする場合 750点
- 2 その他の場合 500点

- 「てんかん」に加えて、「知的障害を有する者に係るもの」を追加

算定要件

- 注11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、対面診療を行っている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、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。
- 22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。

元診療情報(III)

連携強化診療情報提供料(てんかん)

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。)、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

施設基準

- 十の一の四 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。)

在宅時医学総合管理料(オンライン)

- 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)
 - (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。

- ロ 病床を有しない場合
 - (1)・(2)(略)
 - (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 2,789点
 - 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,565点
 - 3 1及び2以外の場合 820点
 - (4) 月1回訪問診療を行っている場合 1~3 (略)
 - (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 1,395点
 - 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 783点
 - 3 1及び2以外の場合 410点

施設入居時等医学総合管理料(オンライン)

- 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)
 - (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。

norihito kimura

203

外来栄養食事指導

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

算定要件]

注1 イの(1)の1及び(2)の1につ

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

2・3 (略)

4 イの(1)の2及び(2)の2につ

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

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

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

norihito kimura

204

新技術と適用拡大

ECMO

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



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)カニューレーション料は、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。**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。**
- (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

• 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K601-2に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

• 施設基準

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

プログラム医療機器

- 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等
 - 第1節 医学管理料等
 - 第2節 プログラム医療機器等医学管理加算
 - 第3節 特定保険医療材料
- 第1部 医学管理等
 - 通則
 - 1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
 - 2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 第1節 医学管理料等
 - (略)
- 第2節 プログラム医療機器等医学管理加算 (略)
- 第3節 特定保険医療材料
- 区分
- B200 特定保険医療材料
 - 材料価格を10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140点

- 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、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。
- 2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

オンライン資格確認

初診料

注14 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

注18 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料

注10 電子的保健医療情報活用加算 4点

- 対象患者
 - オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者
- 算定要件
 - 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。
- (※)初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
 - (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。(3)電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

norihito kimura

209

無菌製剤処理料

無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料1(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点

ロ イ以外の場合 45点

2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点

- 診療所でも算定可能となった。

norihito kimura

210

- 微生物核酸同定・定量検査
 - HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量 450点
- 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 30点35点
- K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
 - 1・2 (略)
 - 注1 家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポージス加算として、年1回に限り5,000点を所定点数に加算する。
 - 2 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

- イ 1月目 280点
- ロ 2月目以降 25点
 - 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

下肢創傷処置管理料 500点

- 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、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。

J000-2 下肢創傷処置

- 1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点
- 2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 147点
- 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍 270点

がん支援関係

norihito kimura

215

療養・就労両立支援指導料

2020年と同様

療養・就労両立支援指導料 1 初回 800点

療養・就労両立支援指導料 2 2回目以降 400点

連携先

産業医

総括安全衛生管理者

安全衛生推進者

衛生管理者 ← 追加分

労働者の健康管理等を行う保健師

厚生労働大臣の定める疾患

1.悪性新生物

2.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

3.肝疾患(経過が慢性なものに限る。)

4.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



2022年改定



心疾患

糖尿病

若年性認知症

norihito kimura

216

がん患者指導管理料

・算定要件

- 注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B 005-6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。

・施設基準

- 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)

・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。)

がん患者指導管理料(公認心理士)

- ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

・算定要件

- 注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。

・留意事項

- (2) がん患者指導管理料ロ
 - 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。
 - イ (略)
 - 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。

外来栄養食事指導と外来化学療法

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

• 施設基準

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月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の1の点数(190点)を算定

• (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の研修を修了し、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。

がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000 点

• 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

• 算定要件

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種(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。

• 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。

がんゲノムプロファイリング検査44,000点

・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実施した場合に限り算定する。
- ・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。

norihito kimura

221

・留意事項

- ・(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、以下に掲げる場合にのみ算定できる。
- ・(2) (略)
- ・(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クエンズデータ(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。
- ・(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終了上で患者に提供し、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。
 - ・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
 - ・イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査
 - ・ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査
 - ・エ 固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査
 - ・オ 肺癌におけるMETex14遺伝子検査
 - ・カ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査
 - ・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
 - ・ク 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査
 - ・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

norihito kimura

222

- 留意事項(削除)

- ~~(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。~~
- ~~(7) (略)~~
- ~~(8) (略)~~
- ~~(9) (略)~~
- ~~(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。~~

- 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-CAT)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-CAT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ー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。

- 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-CAT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。

精神科関連

norihiro kimura

225

認知症専門診断

認知症専門診断管理料

- 1 認知症専門診断管理料1
 - イ 基幹型又は地域型の場合 700点
 - ロ 連携型の場合 500点
- 2 認知症専門診断管理料2 300点



認知症専門診断管理料

- 1 認知症専門診断管理料1
 - イ 基幹型又は地域型の場合 700点
 - ロ 連携型の場合 500点
- 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。~~

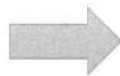
norihiro kimura

226

外来における依存症の集団療法

依存症集団療法

薬物依存症の場合 340点
ギャンブル依存症の場合 300点



依存症集団療法

薬物依存症の場合 340点
ギャンブル依存症の場合 300点
アルコール依存症の場合 300点

• 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

- (1) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること(いずれも薬物依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。)

norihiro-kimura

227

• 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
- (5)・(6) (略)

norihiro-kimura

228

児童思春期精神科専門管理加算(通院・在宅精神療法)

・算定要件

- ・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、ロについては、1回に限り算定する。
 - ・イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
 - ・(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 500点
 - ・(2) (1)以外の場合 300点

通院・在宅精神療法 1

通院・在宅精神療法(1回につき)

1 通院精神療法

イ(略)

ロ 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

ハイ及びロ以外の場合

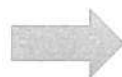
(1) 30分以上の場合 400点

(2) 30分未満の場合 330点

2 在宅精神療法

イ(略)

ロ 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 600点



通院・在宅精神療法(1回につき)

1 通院精神療法

イ(略)

ロ 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

(1) 精神保健指定医による場合 560点

(2) (1)以外の場合 540点

ハイ及びロ以外の場合

(1) 30分以上の場合

1 精神保健指定医による場合 410点

2 1以外の場合 390点

(2) 30分未満の場合

1 精神保健指定医による場合 330点

2 1以外の場合 315点

通院・在宅精神療法 2

2 在宅精神療法

イ (略)

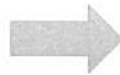
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点

ハイ及びロ以外の場合

(1) 60分以上の場合 540点

(2) 30分以上60分未満の場合400点

(3) 30分未満の場合 330点



2 在宅精神療法

イ (略)

ロ 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

(1) 精神保健指定医による場合 620点

(2) (1)以外の場合 600点

ハイ及びロ以外の場合

(1) 60分以上の場合

1 精神保健指定医による場合 550点

2 1以外の場合 530点

(2) 30分以上60分未満の場合

1 精神保健指定医による場合 410点

2 1以外の場合 390点

(3) 30分未満の場合

1 精神保健指定医による場合 330点

2 1以外の場合 315点

精神科在宅患者支援管理料(精在宅)

• 算定要件

- (3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)の**ア若しくはイ**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

かかりつけ医等及び精神科医等との連携

• ころの連携指導料(I) 350 点(かかりつけ医)

- 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。

• ころの連携指導料(II) 500 点(精神科又は心療内科)

- 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。

ころの連携指導料(I) 350 点(新)

• 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、入院中の患者以外の患者であつて、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もの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患者等に対して、診療及び療養上必要な指導を行う、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。
- (2)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。
- (3)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。
- (4)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。
- (5)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。
- (6)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

- (1)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。
- (2)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。

こころの連携指導料(II) 500 点(新)

・ 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、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。
- ・ (2)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。
- ・ (3)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。
- ・ (4)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。(5)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

- ・ (1)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。
- ・ (2)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。

精神科急性期治療病棟入院料

精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料1

- イ 30日以内の期間 1,997点
- ロ 31日以上90日以内の期間 1,665点
(新設)

2 精神科急性期治療病棟入院料2

- イ 30日以内の期間 1,883点
- ロ 31日以上90日以内の期間 1,554点



精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料1

- イ 30日以内の期間 **2,000点**
- ロ 31日以上60日以内の期間 **1,700点**
- ハ **61日以上90日以内の期間 1,500点**

2 精神科急性期治療病棟入院料2

- イ 30日以内の期間 **1,885点**
- ロ 31日以上60日以内の期間 **1,600点**
- ハ **61日以上90日以内の期間 1,450点**

・ 施設基準

- ・ 第16 精神科急性期治療病棟入院料 (2) 精神科急性期治療病棟入院料1又は2の施設基準
- ・ カ 当該病棟の病床数は、130床以下であること。

精神科救急・合併症入院料

精神科救急・合併症入院料
1 30日以内の期間 3,579点
2 31日以上90日以内の期間 3,145点
(新設)



精神科救急・合併症入院料
1 30日以内の期間 3600点
2 31日以上60日以内の期間 3,300点
3 61日以上90日以内の期間 3,100点

・算定要件

- 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、精神科応急入院施設管理加算、**精神科身体合併症管理加算**、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料
- 2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料、第8部精神科専門療法、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。)、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。

nohira kimura

237

・施設基準十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等

・(1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準

- イ~ホ (略)
- へ 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**三二**名以上配置されていること。
- ト~ル (略) (2)~(6) (略)

・第16の2 精神科救急・合併症入院料 (1)~(11) (略)

- (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。
 - ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。
 - イ・ウ (略)
- (13) (略)
- (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**205**件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

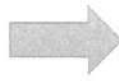
nohira kimura

238

精神科救急医療体制

精神科救急入院料(1日につき)

- 1 精神科救急入院料1
 - イ 30日以内の期間 3,579点
 - ロ 31日以上90日以内の期間 3,145点
- 2 精神科救急入院料2
 - イ 30日以内の期間 3,372点
 - ロ 31日以上90日以内の期間 2,938点



精神科救急急性期医療入院料(1日につき)

- 1 30日以内の期間 2,400点
- 2 31日以上60日以内の期間 2,100点
- 3 61日以上90日以内の期間 1,900点



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

+ 精神科急性期医師配置加算

施設基準十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等

- (1) 精神科救急急性期医療入院料の施設基準
 - イ~ニ (略)
 - ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が**五**四名以上配置されていること。
 - ヘ~ヌ (略)

norihito kimura

239

第15 精神科救急急性期医療入院料 1 精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等

- (1) (略)
- (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が**54**名以上常勤していること。
- (3)~(12) (略)
- (13) 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下であること。
- (14) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。
 - ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。
 - イ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。
 - ウ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又は(12)のアの地域における人口1万人当たり0.37件以上であること。そのうち6件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。
 - エ 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。
- (15) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。(以下この項において同じ。)

norihito kimura

240

精神科急性期医師配置加算と精神科救急急性期医療入院料

• 精神科救急急性期医療入院料

- 注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。)、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

精神科救急急性期医療入院料

• 精神科救急急性期医療入院料

• 算定要件

- 注2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算(中略)、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、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。
- 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、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数(別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数)をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 精神科救急医療体制加算1 600点
 - ロ 精神科救急医療体制加算2 590点
 - ハ 精神科救急医療体制加算3 500点

・施設基準

- ・十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等
- ・(7) 精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準
 - ・イ 精神科救急医療体制加算1の施設基準
 - ・1 当該病棟における病床数が百二十床以下であること。ただし、(8)に該当する場合においては、この限りでない。
 - ・2 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。
 - ・3 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
 - ・4 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ・ロ 精神科救急医療体制加算2の施設基準
 - ・1 イの1から3までを満たすものであること。
 - ・2 精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ・ハ 精神科救急医療体制加算3の施設基準
 - ・1 イの1から3までを満たすものであること。
 - ・2 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。
- ・(8) 精神科救急急性期医療入院料の注6に規定する厚生労働大臣が定める場合 当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で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場合であって、当該病棟における病床数が百二十床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められる場合

norihiro.kimura

243

・第15 精神科救急急性期医療入院料

・5 精神科救急医療体制加算の施設基準等

・(1) 精神科救急医療体制加算1の施設基準

・ア 次のいずれも満たしていること。

- ・(イ)「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する精神科救急医療体制整備事業(以下、「本事業」という)に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること。
- ・(ロ)当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。)が五名以上配置されていること。
- ・(ハ)精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は以下の地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上は7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(政令市の地域を首むものとする。以下この項において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急隊)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。))は、当該圏域
- ・(ニ)当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロナジンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

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

・ウ 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。

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

・(2) 精神科救急医療体制加算2の施設基準

・ア (1)のアからウまでを満たすこと。

・イ 本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。

・(3) 精神科救急医療体制加算3の施設基準

・ア (1)のアからウまでを満たすこと。

・イ 本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。

・(4) 当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和4年3月31日時点で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。

- ・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。

norihiro.kimura

244

精神科医師配置加算

- 1 精神科急性期医師配置加算1 600点
- 2 精神科急性期医師配置加算2
 - イ 精神病等入院基本料等の場合 500点
 - ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 500点
- 3 精神科急性期医師配置加算3 450点



- 1 精神科急性期医師配置加算1 600点
- 2 精神科急性期医師配置加算2
 - イ 精神病等入院基本料等の場合 500点
 - ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 450点
- 3 精神科急性期医師配置加算3 400点

- 三十五の九 精神科急性期医師配置 加算の施設基準
 - (1) (略)
 - (2) 精神科急性期医師配置加算1の
- 施設基準
 - イ・ロ (略)
 - ハ 精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。
 - ニ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が二名以上配置されていること。
- (3) (略)
- (4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準
 - イ (2)のイを満たすものであること。
 - ロ 精神科急性期治療病棟入院料 1を算定する精神病棟であること。
- (5) 精神科急性期医師配置加算3の 施設基準
 - イ・ロ (略)
 - ハ (2)のハを満たすものであること。

norihiro kimura

245

第26の8 精神科急性期医師配置加算

- 6 届出に関する事項

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

精神科救急急性期医療入院料

- 注2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算(中略)、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算(精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。)、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第2章第1部医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

norihiro kimura

246

精神科入院料(加算)

- 摂食障害入院医療管理加算

- 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101人以上であること。

- 精神科身体合併症管理加算

- 施設基準

- 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 重篤な栄養障害(Body Mass Index13.5未満の摂食障害)の患者

薬物依存症患者に対する入院

重度アルコール依存症入院医療管理加算

- 1 30日以内 200点
- 2 31日以上60日以内 100点



依存症入院医療管理加算

- 1 30日以内 200点
- 2 31日以上60日以内 100点

- 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。

- 施設基準

- (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

精神科身体合併症管理加算(1日につき)

- 施設基準第16の3 精神科身体合併症管理加算
- 1 精神科身体合併症管理加算の施設基準
 - (1) (略)
 - (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料(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(精神病棟である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」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症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。

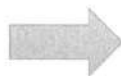
クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

- 精神科救急入院料
 - 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又は他の保険医療機関(精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。)から当該病棟に転院した患者
 - (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)
 - (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めないこと。
- ※ 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。

救急患者精神科継続支援料

救急患者精神科継続支援料

- 1 入院中の患者 435点
- 2 入院中の患者以外 135点



救急患者精神科継続支援料

- 1 入院中の患者 900点
- 2 入院中の患者以外 300点

・算定要件

- 注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に**月1回週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、**月1回週1回**に限り算定する。

・施設基準

- 1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

- (3) 自殺企図等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。
- (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。

自殺企図患者等(救命救急医療)

・救命救急入院料(1日につき)

・算定要件

- 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A24 8に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。

- 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

- ロ イ以外の場合 3,000点

- 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。

・施設基準

・二 救命救急入院料の施設基準等

- (4) 救命救急入院料の注2のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準 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。

小児・周産期関連

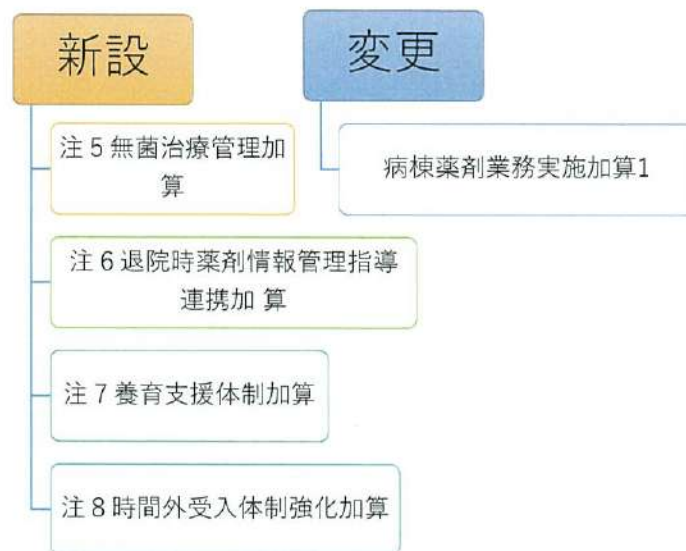
診療情報提供料(I)とアレルギー疾患(児童)

• 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部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。
- (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。

小児入院医療管理料



norihito kimura

255

小児入院医療管理料

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
- 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。
- 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。

norihito kimura

256

小児入院医療管理料(薬学管理)

• 算定要件

- 注6 当該病棟に入院している児童福祉法第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、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき**薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。**
- 7 診療に係る費用(注2、注3及び注6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。
- 8 診療に係る費用(注2から注6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。
- 9 診療に係る費用(注2から注6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。

小児入院医療管理料(不適切な療育)

• 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。
- 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つき十分な体制が整備されていること。**

小児入院医療管理料(時間外入院)

• 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
- 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。

• 施設基準

- (11) 小児入院医療管理料の注8に規定する加算の施設基準
 - イ 時間外受入体制強化加算1
 - 1 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。
 - 2 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - ロ 時間外受入体制強化加算2
 - 1 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。
 - 2 イの2を満たすものであること。

小児特定集中治療室管理料(日数上限)

• 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、必要があっ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っては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日)を限度として算定する。

• 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。

新生児特定集中治療室(NICU)、総合周産期特定集中治療室管理料(日数上限)

• 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。

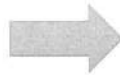
新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)(日数上限)

• 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つては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120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つては140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90日)を限度として算定する。

ハイリスク分娩と連携

ハイリスク分娩管理加算(1日につき)3200点



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 3200点
- 2 地域連携分娩管理加算 3200点

対象患者

- ・次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めた者
- ・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って、地域周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)
- ・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。))であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。)
- ・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って当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)

算定要件

- ・(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一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする。
- ・(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は、当該加算は算定できない。

norihito kimura

263

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。

norihito kimura

264

ハイリスク妊産婦連携指導料(精神)

- ハイリスク妊産婦連携指導料1(産科、産婦人科)1000点
 - 「精神疾患を有する」と又は「精神疾患が疑われるもの」として精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内
- ハイリスク妊産婦連携指導料2(精神科、心療内科)750点
 - 「精神疾患を有する」又は「精神疾患が疑われるもの」として産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内

総合周産期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保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (4) 総合周産期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
 - 妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。

短期滞在手術

短期滞在手術 1 と 2

- 短期滞在手術1 2947点から短期滞在手術1イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2947点とロ イ以外の場合 2,718点へ分けられた。
- 短期滞在手術 2 は廃止

短期滞在手術 3

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

短期滞在手術 3

改定案	現行
【短期滞在手術等基本料3】	【短期滞在手術等基本料3】
イ D237 鏡視顕像ポリグラフィニ 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの 10,549点(生活療養を受ける場合にあっては、10,475点)	(新設)
ロ D237 鏡視顕像ポリグラフィニ 3 1及び2以外の場合 ロ その他のもの 8,744点(生活療養を受ける場合にあっては、8,670点)	(新設)
ハ D237-2 反復種眼筋時試	(新設)

<p> 三 D297 内分泌負荷試験 1 下嚥性前庭負荷試験 イ 成長ホルモン(GH) (一週として) 8,312点(生活療養を受ける場合にあっては、8,238点) </p> <p> ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,040点(生活療養を受ける場合にあっては、4,966点) </p> <p> ニ D413 前立腺針生検法 2 その他のもの 10,197点(生活療養を受ける場合にあっては、10,123点) </p> <p> ト K007-2 経皮的放射線治療用金風マーカ-留置術 33,572点(生活療養を受ける場合にあっては、33,498点) </p> <p> チ K030 四肢・軀幹部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。) 16,224点(生活療養を受ける場合にあっては、16,150点) </p> <p> リ K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。) 32,937点(生活療養を受ける場合にあっては、32,863点) </p> <p> ニ K048 骨内異物(挿入物を含む)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。) 20,811点(生活療養を受ける場合にあっては、20,537点) </p> <p> ル K048 骨内異物(挿入物を含む)除去術 4 鎖骨、肋骨骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。) 21,057点(生活療養を受ける場合にあっては、20,983点) </p> <p> リ K048 骨内異物(挿入物を含む)除去術 4 鎖骨、肋骨骨、手、足、指(手、足)その他(手 </p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	---

<p> 三 D297 内分泌負荷試験 1 下嚥性前庭負荷試験 イ 成長ホルモン(GH) (一週として) 8,312点(生活療養を受ける場合にあっては、8,238点) </p> <p> ホ D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 5,040点(生活療養を受ける場合にあっては、4,966点) </p> <p> ニ D413 前立腺針生検法 2 その他のもの 10,197点(生活療養を受ける場合にあっては、10,123点) </p> <p> ト K007-2 経皮的放射線治療用金風マーカ-留置術 33,572点(生活療養を受ける場合にあっては、33,498点) </p> <p> チ K030 四肢・軀幹部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る。) 16,224点(生活療養を受ける場合にあっては、16,150点) </p> <p> リ K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。) 32,937点(生活療養を受ける場合にあっては、32,863点) </p> <p> ニ K048 骨内異物(挿入物を含む)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。) 20,811点(生活療養を受ける場合にあっては、20,537点) </p> <p> ル K048 骨内異物(挿入物を含む)除去術 4 鎖骨、肋骨骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。) 21,057点(生活療養を受ける場合にあっては、20,983点) </p> <p> リ K048 骨内異物(挿入物を含む)除去術 4 鎖骨、肋骨骨、手、足、指(手、足)その他(手 </p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	---

に属する。)	
15,189点(生活療養を受ける場合に あっては、15,109点)	
コ K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指(手、足)(手に 限る。)	(新設)
13,879点(生活療養を受ける場合に あっては、13,804点)	
カ K 0 9 3-2 関節鏡下手根管 開放手術	△ K 0 9 3-2 関節鏡下手根管 開放手術
17,621点(生活療養を受ける場合に あっては、17,547点)	18,449点(生活療養を受ける場合に あっては、18,374点)
ク K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経 経断切除術(両側)	ニ K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経 経断切除術(両側)
35,659点(生活療養を受ける場合に あっては、35,589点)	40,943点(生活療養を受ける場合に あっては、40,869点)
ケ K 2 0 2 硬質チューブ挿入術 1 尿道内視鏡を用いるもの	(新設)
11,312点(生活療養を受ける場合に あっては、11,239点)	
レ K 2 1 7 股関節内反転手術 2 皮膚切開法	(新設)
10,654点(生活療養を受ける場合に あっては、10,580点)	
ロ K 2 1 9 股関節下屈曲手術 1 股関節前方筋法	(新設)
18,016点(生活療養を受ける場合に あっては、17,942点)	
ヲ K 2 1 9 股関節下屈曲手術 3 その他のもの	(新設)
16,347点(生活療養を受ける場合に あっては、16,273点)	
ホ K 2 2 4 翼状片手術(弁の移植 を要するもの)	(新設)
9,431点(生活療養を受ける場合に あっては、9,357点)	
ナ K 2 4 2 斜視手術 2 後視 法	(新設)
18,326点(生活療養を受ける場合に あっては、18,252点)	
ラ K 2 4 2 斜視手術 3 前視 法及び後視法の併施	(新設)
22,496点(生活療養を受ける場合に	

30

あっては、22,422点)	
△ K 2 5 4 治療的角膜切開術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は慢性 角膜炎性によるものに限る。)	(新設)
20,426点(生活療養を受ける場合に あっては、20,352点)	
ウ K 2 6 8 線内埋手術 6 水晶 体再建術用閉鎖内ドレーン挿 入術	(新設)
37,155点(生活療養を受ける場合に あっては、37,081点)	
エ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)	ホ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(片側)
17,889点(生活療養を受ける場合に あっては、17,814点)	19,873点(生活療養を受ける場合に あっては、19,799点)
オ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側)	ハ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの(両側)
32,130点(生活療養を受ける場合に あっては、32,056点)	34,416点(生活療養を受ける場合に あっては、34,342点)
カ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(片 側)	(新設)
15,059点(生活療養を受ける場合に あっては、14,985点)	
ク K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合(両 側)	(新設)
25,312点(生活療養を受ける場合に あっては、25,238点)	
ケ K 3 1 8 眼瞼形成手術	(新設)
30,871点(生活療養を受ける場合に あっては、30,497点)	
コ K 3 3 3 鼻骨骨折修復固定術	(新設)
18,809点(生活療養を受ける場合に あっては、18,735点)	
ク K 3 8 9 喉頭・声帯ホリブ切 除術 2 遠視眼鏡又はファイ バースコープによるもの	(新設)
26,312点(生活療養を受ける場合に あっては、26,238点)	

31

コ K 4 7 4 乳房腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	ト K 4 7 4 乳房腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
17,302点(生活療養を受ける場合に あっては、17,228点)	18,586点(生活療養を受ける場合に あっては、18,514点)
コ K 4 7 4 乳房腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上	(新設)
25,386点(生活療養を受ける場合に あっては、25,292点)	
エ K 6 1 6-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 1 初回	チ K 6 1 6-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 1 初回
28,842点(生活療養を受ける場合に あっては、28,768点)	32,540点(生活療養を受ける場合に あっては、32,466点)
チ K 6 1 6-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 2 1の實施 後3月以内に実施する場合	リ K 6 1 6-4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 2 1の實施 後3月以内に実施する場合
28,884点(生活療養を受ける場合に あっては、28,810点)	32,540点(生活療養を受ける場合に あっては、32,466点)
ア K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	ス K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
19,798点(生活療養を受ける場合に あっては、19,724点)	21,755点(生活療養を受ける場合に あっては、21,681点)
サ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)	セ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法(一連として)
9,149点(生活療養を受ける場合に あっては、9,075点)	10,411点(生活療養を受ける場合に あっては、10,337点)
シ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術	テ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
9,494点(生活療養を受ける場合に あっては、9,420点)	10,225点(生活療養を受ける場合に あっては、10,151点)
ユ K 6 1 7-2 大伏在静脈流注 術	(新設)
23,090点(生活療養を受ける場合に あっては、23,016点)	
エ K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管 内焼灼術	(新設)
20,130点(生活療養を受ける場合に あっては、20,056点)	
ミ K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管 内電灼術	(新設)
22,252点(生活療養を受ける場合に あっては、22,178点)	
シ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)	ツ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る。)

32

33,785点(生活療養を受ける場合に あっては、33,711点)	31,835点(生活療養を受ける場合に あっては、31,761点)
エ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に 限る。)	カ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に 限る。)
24,296点(生活療養を受ける場合に あっては、24,222点)	25,358点(生活療養を受ける場合に あっては、25,284点)
ヒ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に 限る。)	ヨ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に 限る。)
21,275点(生活療養を受ける場合に あっては、21,201点)	22,597点(生活療養を受ける場合に あっては、22,523点)
ホ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。)	エ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。)
23,648点(生活療養を受ける場合に あっては、23,574点)	24,975点(生活療養を受ける場合に あっては、24,901点)
セ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(6歳未満に限る。)	セ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(6歳未満に限る。)
70,492点(生活療養を受ける場合に あっては、70,418点)	52,344点(生活療養を受ける場合に あっては、52,270点)
ズ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(3歳以上6歳未満に 限る。)	ソ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(3歳以上6歳未満に 限る。)
53,309点(生活療養を受ける場合に あっては、53,235点)	51,773点(生活療養を受ける場合に あっては、51,699点)
ヅ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(6歳以上15歳未満に 限る。)	ヅ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(6歳以上15歳未満に 限る。)
41,081点(生活療養を受ける場合に あっては、41,007点)	40,741点(生活療養を受ける場合に あっては、40,667点)
イ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(15歳以上に限る。)	主 K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア 手術(両側)(15歳以上に限る。)
48,834点(生活療養を受ける場合に あっては、48,800点)	50,328点(生活療養を受ける場合に あっては、50,254点)
ロ K 7 2 1 内視鏡の大腸ポリー プ・粘膜切除術 1 長径2センチ メートル未満	ナ K 7 2 1 内視鏡の大腸ポリー プ・粘膜切除術 1 長径2センチ メートル未満
12,560点(生活療養を受ける場合に あっては、12,486点)	12,739点(生活療養を受ける場合に あっては、12,665点)
ハ K 7 2 1 内視鏡の大腸ポリー プ・粘膜切除術 2 長径2センチ メートル以上	ヤ K 7 2 1 内視鏡の大腸ポリー プ・粘膜切除術 2 長径2センチ メートル以上
16,266点(生活療養を受ける場合に	15,589点(生活療養を受ける場合に

33

あっては、16,184点)	あっては、16,526点)
イニ K 7 4 3 痔核手術(脱肛を含む。)	△ K 7 4 3 痔核手術(脱肛を含む。)
2 硬化療法(四段階注射 法によるもの)	2 硬化療法(四段階注射 法によるもの)
19,604点(生活療養を受ける場合に あっては、19,530点)	11,109点(生活療養を受ける場合に あっては、11,035点)
イホ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門 ポリープ、肛門尖圭コンジローム切 除術(肛門ポリープ切除術に限る。)	(新設)
10,792点(生活療養を受ける場合に あっては、10,718点)	
イハ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門 ポリープ、肛門尖圭コンジローム切 除術(肛門尖圭コンジローム切除 術に限る。)	(新設)
8,415点(生活療養を受ける場合に あっては、8,341点)	
イト K 7 6 8 体外衝撃波・尿管結 石破壊術(一連につき)	ウ K 7 6 8 体外衝撃波・尿管結 石破壊術(一連につき)
25,884点(生活療養を受ける場合に あっては、25,820点)	25,597点(生活療養を受ける場合に あっては、25,523点)
イチ K 8 2 3-6 尿失禁手術(ホ リブ又は薬によるもの)	(新設)
24,703点(生活療養を受ける場合に あっては、24,629点)	
イリ K 8 3 4-3 顕微鏡下精索 動脈手術	(新設)
23,870点(生活療養を受ける場合に あっては、23,796点)	
イロ K 8 6 7 子宮頸部(腰部)切除 術	主 K 8 6 7 子宮頸部(腰部)切除 術
14,507点(生活療養を受ける場合に あっては、14,533点)	16,249点(生活療養を受ける場合に あっては、16,175点)
イル K 8 7 2-3 子宮頸下有茎 結核下筋層切開術、子宮内ポリー プ切除術 1 電解質溶液利用の もの	(新設)
21,702点(生活療養を受ける場合に あっては、21,635点)	
イロ K 8 7 2-3 子宮頸下有茎 結核下筋層切開術、子宮内ポリー プ切除術 2 その他のもの	(新設)
18,652点(生活療養を受ける場合に	

34

短期滞在手術 3 - 2

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合が高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする。また、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。
- ※ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料等についても同様。

短期滞在手術 3 - 2 つづき

改定案	現行
【施設基準】 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術又は検査 D287 内分泌負荷試験 1 下産体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として) D291-2 小児食物アレルギー検査 K005~K008 (略) K030 四肢・軀幹部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。) K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)	【施設基準】 別表第十一 短期滞在手術等基本料に係る手術等 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術 (新設) (新設) K005~K008 (略) (新設) (新設)

(肛門ポリープ、肛門尖部コンジローム切除術に限る。) K823-5 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの) K834-3 網膜下静脈血栓手術 K841-2 (略)	(新設) (新設) K841-2 (略)
---	----------------------------

(略る。) K068~K068-2 (略) K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。) K093~K093-2 (略) K202 選定チューブ挿入術 1 尿道内挿入用いるもの K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法 K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼脂肪転位法 K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの K224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの) K254 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角質ジストロフィー又は帯状角膜炎性) によるものに限る。) K268 膝内痔手術 B 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 K282~K510 (略) K516-4 経皮的シヤント拡張術・血圧除去術 1 初回 K616-4 経皮的シヤント拡張術・血圧除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 K617 下肢静脈瘤手術 1 掻去切除術 K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 K617-6 下肢静脈瘤血管内蓋設術 K653・K721 (略) K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖部コンジローム切除術	K068~K068-2 (略) (新設) K093~K093-2 (略) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)
--	--

DPC/PDPS

DPC/PDPS

• DPC特定病院群

- 実績要件1から4までの全て(実績要件3については、6つのうち5つ)を満たす。
- 各要件の基準値は、大学病院の最低値(外れ値を除く。)とする。
- 各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績(令和2年10月から令和3年9月までの診療内容及び診断群分類)に基づき設定する。
- 診療実績に基づく要件については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

実績要件 1：診療密度

- 1日当たり包括範囲出来高平均点数(全病院患者構成、後発医薬品により補正:外的要因補正)
 - 当該医療機関において症例数が一定以上(1症例/月:極端な個別事例を除外するため)の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
 - 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報(令和3年9月22日~令和3年10月31日)に掲載された「2:後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁(成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで)が一致する「3:後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

実績要件2：医師研修の実施

- 届出病床1床当たりの臨床研修医師の採用数(基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで)
 - 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
 - 特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

実績要件3：医療技術の実施

• 外科系(外保連試案9.3版)

- (3a):手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)
 - 「(3a):手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数(※)を「(3c):手術実施症例件数」で除して算出する。
- (3b):DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)
 - 「(3b):DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。
- (3c):手術実施症例件数
 - 「(3c):手術実施症例件数」は、外保連試案(第9.3版)において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

- (※)外保連手術指数の算出方法 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案(第9.3版)に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値(下表参照。難易度B、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化)に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.49	13.22	12.95	12.68	11.68	9.37	5.62
D	8.14	7.87	7.60	7.32	7.05	6.05	3.75
C			4.12	3.85	3.58	3.30	2.30
B				1.82	1.54	1.27	1.00

難易度 D、外科医師数3、手術時間数3の手術は $7.05 \times 3=21.15$

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

・外保連試案と結びつけられなかったKコード(医科点数表の手術コード)の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。

・1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を1つに絞り、対応関係を作成する。

1. 外科医師数
2. 難易度

• 内科系(特定内科診療(2014年度版)(別表1))

• (3A):症例割合

- 「(3A):症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定 病床の全患者総計で除して算出する。

• (3B):DPC算定病床当たりの症例件数

- 「(3B):DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の 対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

• (3C):対象症例件数

- 「(3C):対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと 条件に一致する症例を対象とする。

特定内科診療 25 疾患

疾患 No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$xx (入院時JCS30以上) (DPC外倉) 010090x199x\$\$\$ (入院時JCS30以上) 010060x399x\$\$\$ (入院時JCS30以上)	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$xx (入院時JCS100以上、もしくは処置2ありのうちJ045\$人工呼吸あり)	処置2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x\$xx (処置2ありなし) (ICD 6709のみ) (DPC外倉)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重症様態	010230xx99x\$xx (処置2・副傷病ありなし) (ICD 0415のみ)	診断名 (ICD10) で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD J46\$, J45のみ)	処置2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD ありなし)	処置2 (人工呼吸)
7	COPO急性増悪	040120xx99x\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (DPC外倉)	処置2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮乏(促迫)症候群, ARDS	040250xx99x\$xx (処置2あり) (P012ありの場合、J045\$人工呼吸があれば可)	処置2 (人工呼吸)
9	急性心筋梗塞	050030xx97x\$xx (処置1 5あり) (ICD 121\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99x\$xx (処置2あり E101SPECT・E100\$シンテグラム・G005中心静脈注射のみ除く) (ICD 050120xx97x\$xx (処置1 6あり)	人工呼吸または緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99x\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (DPC外倉)	処置2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx97x\$xx (処置1 5あり) (ICD 1822を除く) 050190xx99x\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD 1822を除く)	処置2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx54x\$xx (手術ありなし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く)	処置2 (人工呼吸、P&C等)

14	重症急性肺炎	050350xx\$\$\$1x\$ (手術ありなし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD K85\$のみ) (DPC外倉)	処置2 (人工呼吸、P&C等)
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040 (DPC6科全て)	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$xx (処置2ありなし) (ICD E05\$のみ)	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxx (ICD E27\$のみ)	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置2 ありなし) (D412経皮的対生膜又はD412-2経皮的腎生膜法のいずれか一方が必須) (DPC外倉)	診断名、腎生膜
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置2 ありなし) (D412経皮的対生膜又はD412-2経皮的腎生膜法のいずれか一方が必須) (DPC外倉)	診断名、腎生膜
20	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ)	化学療法、重症 例数
21	悪性リンパ腫	130020xx54x\$xx (化学療法あり) (ICDありなし) (DPC外倉) 130030xx99x\$xx (化学療法あり) (ICDありなし) 130030xx97x\$xx (化学療法あり) (ICDありなし) (DPC外倉)	化学療法、重症 例数
22	再生不良性貧血	130080 (DPC6科全て) (ICDありなし)	重症例数
23	脳神経腫瘍	160870 (DPC6科全て) (リハビリ実施必須) (ICDありなし)	リハビリ
24	薬物中毒	181070 (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD ありなし) (DPC外倉)	処置2 (人工呼吸器、P&C等)
25	敗血症性ショック	180010x5xx\$xx (処置2 3あり) (ICDありなし) (DPC外倉)	処置2 3 (P&C、CHEF)

実績要件4：補正複雑性指数(DPC補正後)

- 全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

実績要件		2020年度基準
実績要件1：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数 (全病院患者構成、後発医薬品補正・外的要因補正)		外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの確定により設定)
実績要件2：許可病床1症当たりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)		
実績要件3：医療技術の実績(6つのうち5つを満たす)		
外保連試案	(3a)手術実施症例1件当たりの外保連手術指数	外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの確定により設定)
	(3b)DPC算定病床当たりの同指数	
	(3c)手術実施症例件数	
特定内科診療	(3A)症例割合	
	(3B)DPC算定病床当たりの症例件数	
	(3C)対象症例件数	
実績要件4：補正複雑性指数(DPC補正後)		

283

機能評価係数ⅠとⅡ

- 機能評価係数Ⅰ
 - 従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。
- 機能評価係数Ⅱ
 - 従前の6つの評価項目を維持する。地域医療指数における体制評価指数については、これまで、医療計画5疾病5事業等における急性期入院医療について、項目ごとの評価を行っているが、第8次医療計画から、新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれ、「5疾病6事業」となる見込みであることを踏まえ、評価項目に「感染症」を追加する。「感染症」においては、従前の新型インフルエンザ対策に係る評価に加え、新型コロナウイルス感染症対策に係る評価を追加する。なお、「災害」及び「へき地」の項目においても、医療計画に係る取組等を踏まえ、評価内容を見直す。(別表2)

激変緩和係数

- 従前の考え方を維持し、診療報酬改定が行われる年度については、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分を含む。)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する(診療報酬改定が行われない年度の当該係数は0)。新たに DPC/PDPS に参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2%を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率(補正診療報酬変動率)を算出し、その結果が2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置する。

診断群分類の見直し

- (1)医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。
- (2)短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dにより設定する。
- (3)治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から転院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- (4)入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期(入院期間I)をより重点的に評価する体系に見直す。

その他

• 退院調査の見直し

- (1)入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬剤料等が包括されている外来診療に係る評価(小児科外来診療料、慢性維持透析患者外来医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料)を算定している場合について、実施された診療行為等を外来 EF ファイルとして提出するよう、要件を見直す。なお、半年間の経過措置を設ける。
- (2)医療等情報の連結解析の精度向上に向けた取組として、個人単位化された被保険者番号を提出データに含めるよう、要件を見直す。
- (3)調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

• その他

- 血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤(ボニコグアルファ(遺伝子組換え))」を血友病の類縁疾患である von Willebrand 病の患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、von Willebrand 病は血友病と同様の疾病としての特徴を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

機能評価係数 II

- 保険診療指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数については変更なし
- 地域医療指数・体制評価指数
 - がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、精神疾患、周産期、救急は変更なし
 - 災害
 - BCPの策定実績有無別災害拠点病院の指定(0.5P)
 - 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)
 - へき地
 - 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価(いずれかで1P)
 - 「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.5P)
- 感染症
 - 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)
 - 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P)
 - ※ 上記のいずれも満たした場合0.75P
 - GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で評価)(最大0.25P)

<地域医療指数・体制評価指数>

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
がん	がんの地域連携体制への評価 (0.5P)	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕		
	医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価 (0.5P)	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定 (0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.25P)	
脳卒中	脳卒中中の急性期の診療実績への評価	<ul style="list-style-type: none"> ・t-PA療法の実施を評価 (0.25P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価 (0.5P) ・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P) (血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31, K178-32, K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれかの最大値で評価。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・「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	<ul style="list-style-type: none"> ・「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) 		

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)	・救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P)	
		上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P)	
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) ・ 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P) ※ 上記のいずれも満たした場合0.75P ・ GMS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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 新型インフルエンザ対策 <ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) 		

地域医療計画等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)

不妊治療

B001-32 一般不妊治療管理料 250 点

・対象患者

- ・ (1)入院中の患者以外の患者であって、一般不妊治療を実施している不妊症の患者。
- ・ (2)不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

・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、**入院中の患者以外の不妊症の患者**であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、**3月に1回に限り算定**する。ただし、区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。
- ・ (2)区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- ・ (3)**治療計画を作成**し、当該患者及びそのパートナー(当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。)に説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- ・ (4)少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- ・ (5)治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
- ・ (6)当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- ・ (7)当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ・ ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - ・ イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

norihito kimura

293

・施設基準

- ・ (1)当該保険医療機関が**産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜**する保険医療機関であること。
- ・ (2)**産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置**されていること。
- ・ (3)当該保険医療機関において、**不妊症の患者に係る診療を年間 20例以上実施**していること。
- ・ (4)**生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携**していること。

・経過措置

- ・ 令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

norihito kimura

294

B001 33生殖補助医療管理料

1 生殖補助医療管理料1 300点

2 生殖補助医療管理料2 250点

• 対象患者

- (1)入院中の患者以外の患者であって、生殖補助医療を実施している不妊症の患者。
- (2)不妊症の患者とは、特定のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。

• 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、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り算定する。
- (2)区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3)不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの(実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー(当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。)のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において43歳未満である場合に限る。)に対して、生殖補助医療に係る医学的管理及び療養上必要な指導等を行った場合に算定する。(4)治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得るとともに、当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (5)少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (6)治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- (7)当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (8)治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9)治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。
- (10)当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

・施設基準

- ・ (1) 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- ・ (2) 産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ・ (3) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ・ (4) 配偶子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。
- ・ (5) 関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名以上配置されていることが望ましい。
- ・ (6) **生殖補助医療管理料1**を算定する施設については、以下の体制を有していること。
 - ・ ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
 - ・ イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - ・ ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
- ・ (7) 採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。
- ・ (8) 培養を行う専用の室を備えていること。
- ・ (9) 凍結保存を行う専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
- ・ (10) 当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。
- ・ (11) 安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

- ・ (12) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
- ・ (13) 安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- ・ (14) 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に行われていること。
- ・ (15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
- ・ (16) 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のART症例登録システムへの症例データの inputs を適切に実施すること。
- ・ (17) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- ・ (18) 胚移植を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。
- ・ (19) 精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。
- ・ (20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
- ・ (21) 毎年7月において、前年度における治療件数等を把握するため、所定の様式により届け出ること。

・経過措置

- ・ 令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、(2)から(21)までの基準を満たしているものとする。

D008内分泌学的検査

52 抗ミュラー管ホルモン(AMH) 600 点

• 算定要件

- (1)不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6月に1回に限り算定する。
- (2)抗ミュラー管ホルモン(AMH)は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断のために、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に算定できる。

D006-28 Y染色体微小欠失検査 3,770 点

• 算定要件

- (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、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、**患者1人につき1回**に限り算定する。
- (2)Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断のために、PCR-rSSO法により測定した場合に限り算定できる。

• 施設基準

- (1)次のいずれかに該当すること。
 - **ア 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。**
 - **イ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている保険医療機関であること。**
- (2)遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携により当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていることが望ましい。

K884-2人工授精 1,820 点

・算定要件

- (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、**不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。**
- (2)当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、妊娠を目的として実施した場合に算定する。
 - ・ ア 精子・精液の量的・質的異常
 - ・ イ 射精障害・性交障害
 - ・ ウ 精子-頸管粘液不適合
 - ・ エ 機能性不妊
- (3)人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。
- (5)必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

・施設基準

- (1)当該保険医療機関が**産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関**であること。
- (2)**一般不妊治療管理料に係る届出**を行っている保険医療機関であること。

K884-3 胚移植術

1 新鮮胚移植の場合 7,500点

2 凍結・融解胚移植の場合 12,000点

・算定要件

- (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、**不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。**
- (2)当該患者の治療開始日の年齢が**40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する(ただし、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合には、その治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。)**
- (3)当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、**妊娠を目的として治療計画に従って移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合については1を、凍結胚を融解したものをを用いた場合については2を算定する。**
- (4)胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (5)凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6)治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7)治療開始日の年齢とは、初回の胚移植術については、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。また、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいい、2回目以降の胚移植術のうち、改めて採卵を実施するものについては、当該採卵に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。

・施設基準

- (1)当該保険医療機関が**産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関**であること。
- (2)**生殖補助医療管理料に係る届出**を行っている保険医療機関であること。

K884-3 胚移植術の加算

注4 アシステッドハッチング 1,000点

注5 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

• 算定要件

- (1)胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
- (2)胚移植術において、高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

K917 体外受精・顕微授精管理料

1 体外受精 4200点

2 顕微授精

イ 1個の場合 4800点

ロ 2個から5個までの場合 6800点

ハ 6個から9個までの場合 10000点

ニ 10個以上の場合 12800点

• 算定要件

- (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、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2)体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。
- (3)精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。
- (4)1については、体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定し、2については、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて算定する。

- (5)当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナー(当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。)から採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。
 - ア 卵管性不妊
 - イ 男性不妊(閉塞性無精子症等)
 - ウ 機能性不妊
 - エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- (6)体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き、別に算定できない。
- (7)体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (9)体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。
- 施設基準
 - (1)当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - (2)生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

K917 体外受精・顕微授精管理料 注 3 卵子調整加算 1,000 点

- 算定要件
 - 受精卵の作成に当たり、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000 点を顕微授精の所定点数に加算する。

K917-2受精卵・胚培養管理料

1 1個の場合	4500点
2 2個から5個までの場合	6000点
3 6個から9個までの場合	8400点
4 10個以上の場合	10500点

注 胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。

イ 1個の場合	1500点
ロ 2個から5個までの場合	2000点
ハ 6個から9個までの場合	2500点
ニ 10個以上の場合	3000点

施設基準

- (1)当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2)生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

算定要件

- (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、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に算定する。
- (2)胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、注に掲げる点数をそれぞれ1回につき所定点数に加算する。
- (3)当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として治療計画に従って培養及び必要な医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。
- (4)受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

K917-3 胚凍結保存管理料

1 胚凍結保存管理料(導入時)	
イ 1個の場合	5000点
ロ 2個から5個までの場合	7000点
ハ 6個から9個までの場合	10200点
ニ 10個以上の場合	13000点
2 胚凍結保存維持管理料	3500点

施設基準

- (1)当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- (2)生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

算定要件

- (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、不妊症の患者に対して、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に限り算定する。
- (2)1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。
- (3)当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、胚移植術を目的として、治療計画に従って凍結保存及び必要な医学的管理を行った場合に算定する。
- (4)胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
- (5)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (6)妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

K838-2 精巣内精子採取術

1 単純なもの 12,400点

2 顕微鏡を用いたもの 24,600点

・算定要件

- (1)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、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
- (2)1については精巣内精子採取術を行った場合に、2については顕微鏡下精巣内精子採取術を行った場合に算定する。
- (3)1については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ・ ア 閉塞性無精子症
 - ・ イ 非閉塞性無精子症
 - ・ ウ 射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの
- (4)2については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ・ ア 非閉塞性無精子症
 - ・ イ 他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者
- (5)精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。
- (6)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (7)(3)のウ又は(4)のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

norihira kimura

309

・施設基準

- (1)次のいずれかに該当すること。
 - ・ ア 次のいずれの基準にも該当すること。
 - ・ 1 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
 - ・ 2 泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 3 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。
 - ・ イ 次のいずれの基準にも該当すること。
 - ・ 1 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - ・ 2 精巣内精子採取術について過去2年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について5年以上の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 3 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ・ 4 泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (2)緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

・経過措置

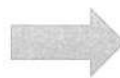
- 令和4年3月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、上記の基準を満たしているものとする。

norihira kimura

310

その他

慢性維持透析患者外来医学管理料 2250点



慢性維持透析患者外来医学管理料 2211点

- アルブミン
 - 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46年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。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

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 1800点



排痰補助装置加算 1829点

高度難聴(人工内耳)

- 高度難聴指導管理料

- 算定要件

- 注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。

- 施設基準

- 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。

- (1) (略)

- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。(中略) また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

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。

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80 点

• 算定要件

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

• 施設基準

- (1)抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
- (2)当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

• 小児運動器疾患指導管理料

- 12歳未満→20歳未満

資料のダウンロード

- LINEに登録いただければ、LINEでダウンロードリンクを送付します。
- パスワード