2022年度診療報酬改定
【医科①】



2022年3月18日

東和薬品株式会社
医薬政策課

本資料は正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。

本資料についてのご案内

【本資料の内容】

- 「令和４年度診療報酬改定の基本方針（概要）」 ・・・3
- 改定の項目一覧 ・・・4
- 改定項目（医科）の紹介 ・・・8

本資料はⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳの改定の項目に合わせ、分割しています。

Ⅰ　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 ・・・「医科①」を参照

Ⅱ 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 ・・・「医科②」を参照

Ⅲ 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 ・・・「医科③」を参照

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上 ・・・「医科④」を参照



【本資料のご利用方法】

4～7頁に、各項目の詳細（7頁以降の内容）へのリンクをはっています。

4～7頁をご確認いただき、ご覧になりたい項目をクリックしてください。

なお、頁右下の ◁ ボタンから目次に戻ることができます。

【ご注意】

本資料は、2022年3月4日に告示された、診療報酬改定に関する内容をご紹介しています。

全容については、厚労省のホームページでご確認ください。

厚生労働省_令和4年度診療報酬改定について　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html

参考

令和４年度診療報酬改定の基本方針（概要）

中医協　総－５－１
３．１２．１０

改定に当たっての基本認識

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

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

改定の基本的視点と具体的方向性

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

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

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

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

（３）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

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

（４）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

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

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-5-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

改定の項目一覧

Ⅰ　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

Ⅰ－１ 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

①令和４年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

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

①外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

①高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設
②総合入院体制加算の見直し
③重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
④重症度、医療・看護必要度の要件化
⑤短期滞在手術等基本料の評価の見直し
⑥特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設
⑦重症患者等に対する支援に係る評価の新設
⑧バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し
⑨救命救急入院料等における算定上限日数の見直し
⑩早期離床・リハビリテーション加算の見直し
⑪早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し
⑫早期栄養介入管理加算の見直し
⑬重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し
⑭救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し
⑮地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
⑯地域包括ケア病棟入院料の見直し
⑰回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し
⑱回復期リハビリテーションを要する状態の見直し
⑲特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設

（次頁へ続く）

※灰色で示した項目は本資料には掲載していません

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

改定の項目一覧

⑳中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し
㉑療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し
㉒障害者施設等入院基本料等の見直し
㉓緩和ケア病棟入院料の見直し
㉔有床診療所入院基本料等の見直し
㉕有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設
㉖医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
㉗DPC/PDPS の見直し

Ⅰ－４ 外来医療の機能分化等

①紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し
②紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設
③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
④外来在宅共同指導料の新設
⑤紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

Ⅰ－５ 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

①地域包括診療料等における対象疾患等の見直し
②小児かかりつけ診療料の見直し
③紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設（Ⅰ-4-②再掲）
④耳鼻咽喉科処置の見直し
⑤機能強化加算の見直し
⑥継続診療加算の見直し
⑦かかりつけ歯科医の機能の充実
⑧地域における薬局のかかりつけ機能の評価

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

①在支診及び在支病による地域連携の推進

（次頁へ続く）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

改定の項目一覧

②在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進
③在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し
④外来在宅共同指導料の新設（Ⅰ-6④再掲）
⑤継続診療加算の見直し（Ⅰ-5⑥再掲）
⑥在宅がん医療総合診療料の見直し
⑦緊急往診加算の見直し
⑧複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し
⑨業務継続に向けた取組強化の推進
⑩機能強化型訪問看護ステーションの見直し
⑪医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化
⑫訪問看護指示書の記載欄の見直し
⑬専門性の高い看護師による同行訪問の見直し
⑭専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設
⑮訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設
⑯退院日のターミナルケアの見直し
⑰複数名訪問看護加算の見直し
⑱医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
⑲同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し
⑳質の高い在宅歯科医療の提供の推進
㉑在宅医療における医科歯科連携の推進
㉒患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進
㉓薬局に係る退院時共同指導料の見直し
㉔ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

①医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化

（次頁へ続く）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

改定の項目一覧

②小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
③医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化
④周術期の栄養管理の推進
⑤栄養サポートチーム加算の見直し
⑥病棟における栄養管理体制に対する評価の新設
⑦褥瘡対策の見直し
⑧手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設
⑨在宅医療における医科歯科連携の推進（Ⅰ-6㉑再掲）
⑩総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進
⑪薬局に係る退院時共同指導料の見直し
⑫処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）
⑬処方箋料の見直し
（以上）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

Ⅰ　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

Ⅰ－１ 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
① 令和４年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応
Ⅰ－２ 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し

令和４年度診療報酬改定に係る経過措置等の取扱い

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

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

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

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

（１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

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

（２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

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

（３）看護配置の変動に関する取扱い

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

（４）DPC対象病院の要件等の取扱い

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

（５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

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

（６）研修等の取扱いについて

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

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

（７）緊急に開設する保険医療機関の基本診療料の取扱いについて

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

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

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

ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等

イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等

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

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

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

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

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

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

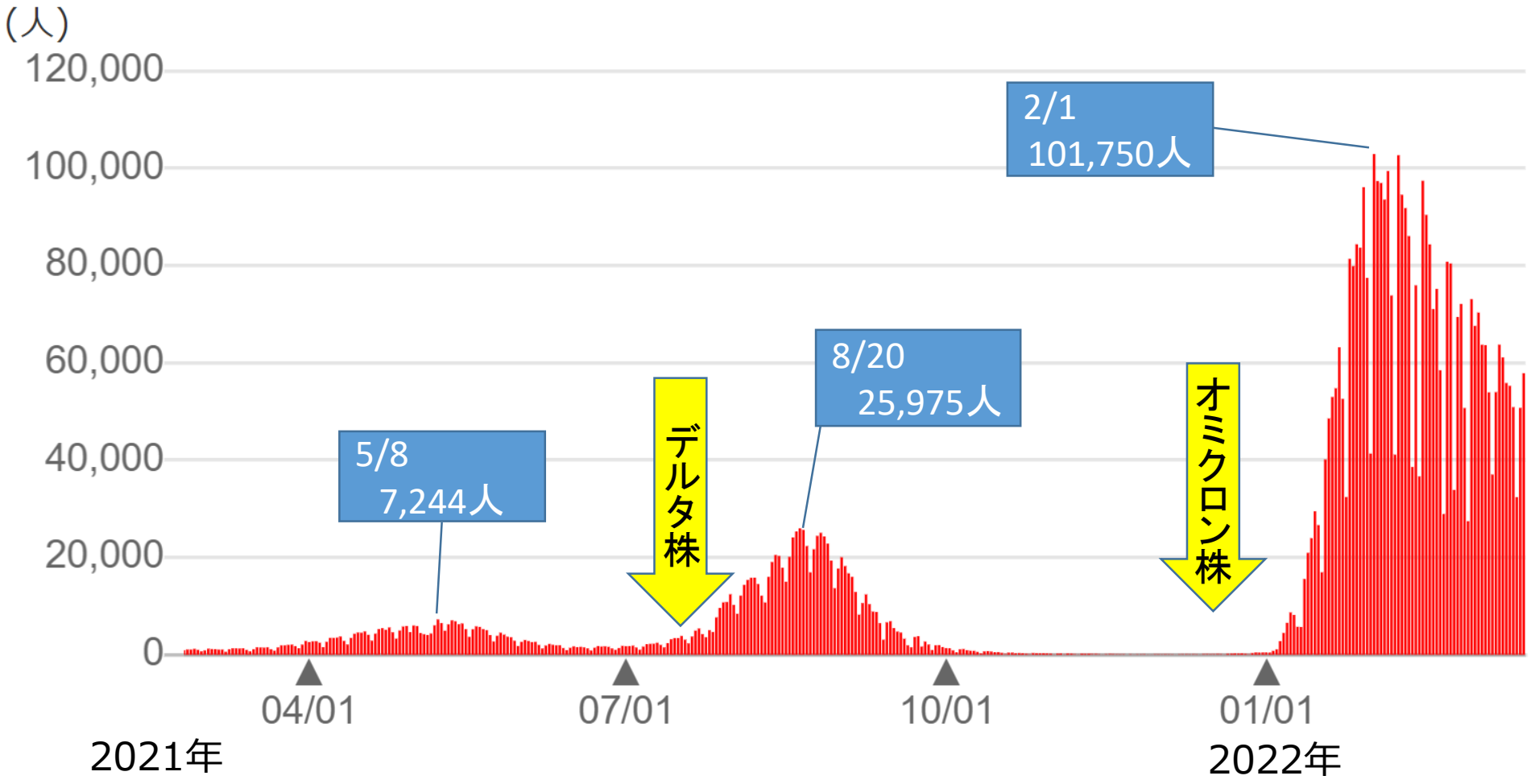
こととした。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

新型コロナウイルス感染症の新規陽性者数の推移について

情報更新日：2022年03月16日

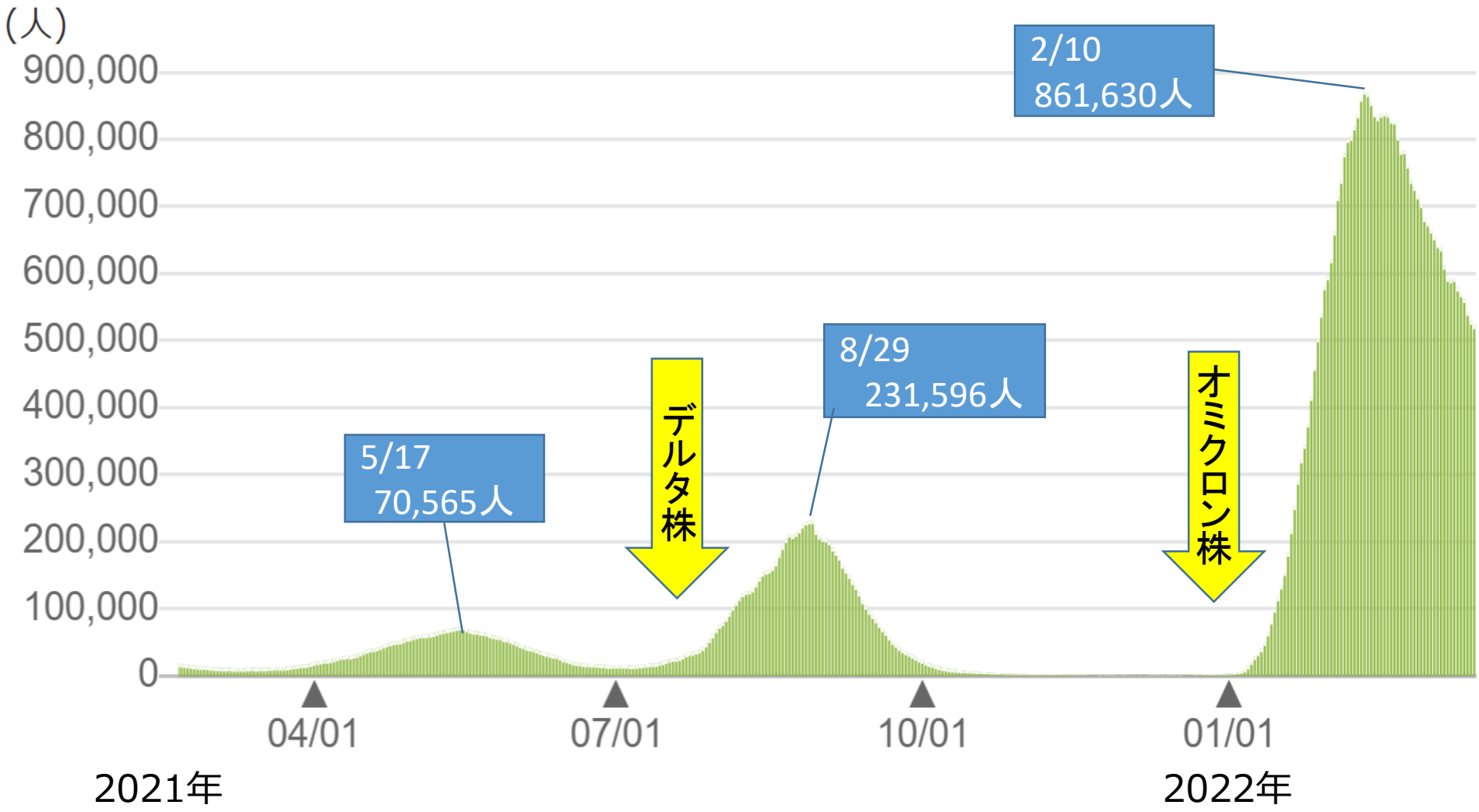


参考：厚生労働省_国内の発生状況について（2022/02/24）をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html

参考

新型コロナウイルス感染症で入院治療等を要する者等推移

情報更新日：2022年03月16日

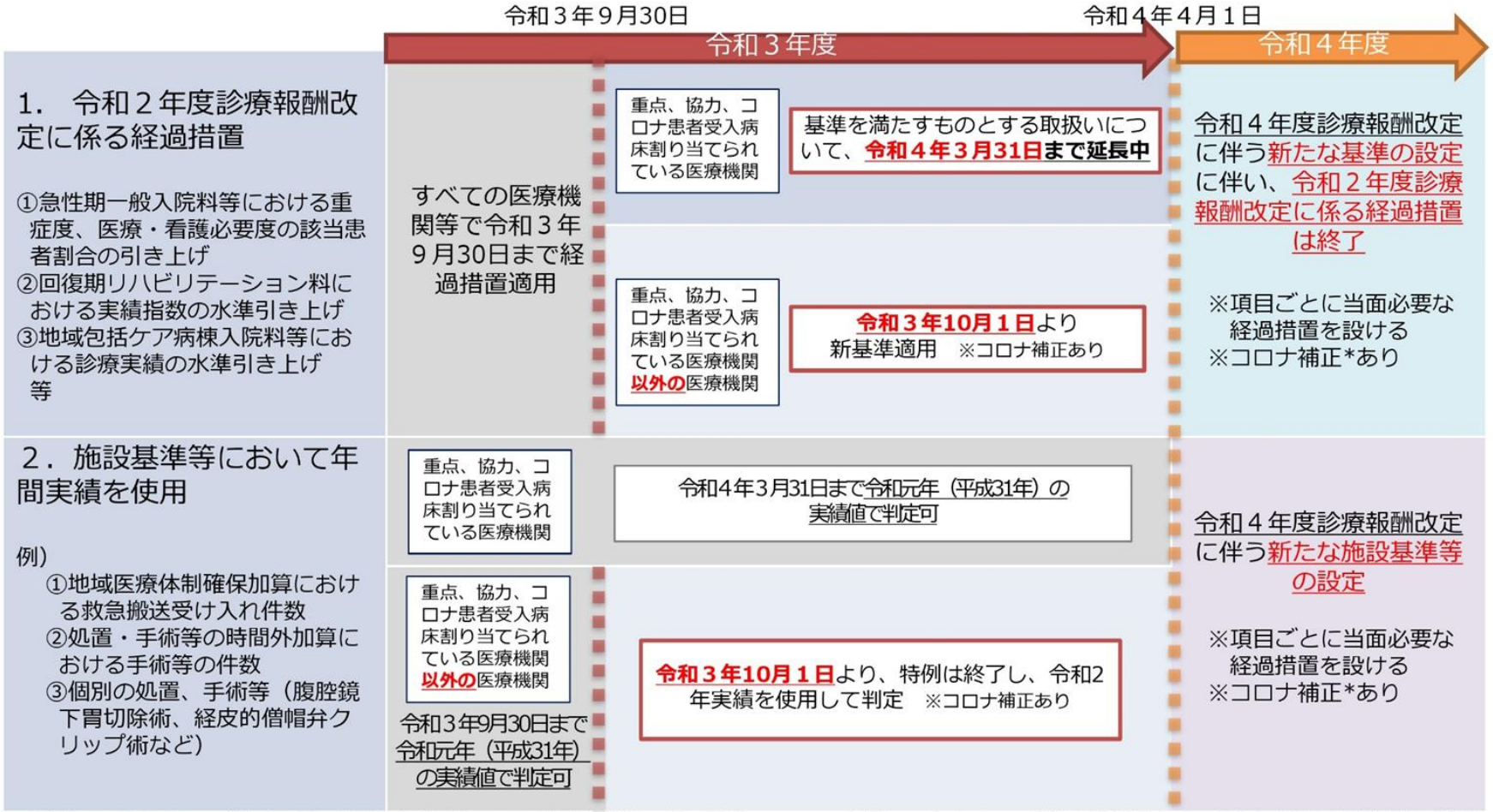


参考：厚生労働省_国内の発生状況について（2022/02/24）をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html

参考

経過措置等に係る令和４年度診療報酬改定における取扱いについて

- 令和４年度診療報酬改定においては、新たな施設基準等が設けられるとともに、改定項目ごとに当面必要な経過措置が設けられる。
- 新たな施設基準等が設けられることも踏まえ、令和４年度以降の経過措置等の取扱いについて、以下のように考えてはどうか。



*新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な対応として、診療実績等に係る要件について、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等に該当していた期間は、同等の期間を遡及又は他の期間の平均値で置き換えて算出して差し支えないこととしている。

出典：厚生労働省_中医協（2022/01/12）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00132.html

参考

令和４年３月31日まで経過措置を延長した項目一覧

○　令和２年度診療報酬改定において経過措置が設けられた項目のうち、新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関（以下「コロナ病床割り当て医療機関」という。）において、以下の項目については、基準を満たすものとする取扱いを令和４年３月31日まで延長している。

項目	経過措置
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月31日時点で、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については、**令和３年９月30日（コロナ病床割り当て医療機関は令和４年３月31日）まで**の間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
入退院支援加算３	令和２年３月31日時点で、入退院支援加算３の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、**令和３年９月30日（コロナ病床割り当て医療機関は令和４年３月31日）まで**の間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の施設基準を満たしているものとする。
回復期リハビリテーション病棟入院料１・３	令和２年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟については、**令和３年９月30日（コロナ病床割り当て医療機関は令和４年３月31日）まで**の間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」「管理栄養士の配置」（１に限る）に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、**令和３年９月30日（コロナ病床割り当て医療機関は令和４年３月31日）まで**の間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟又は病室については、**令和３年９月30日（コロナ病床割り当て医療機関は令和４年３月31日）まで**の間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。

出典：厚生労働省_中医協（2022/01/12）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00132.html

目次に戻る

新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し①

【感染対策に係る評価の新設】

1．外来感染対策向上加算の新設

- ✓ **診療所**について、**平時からの感染防止対策**の実施や、**地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画（発熱患者の外来診療等を実施する体制）**を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る評価として、**外来感染対策向上加算**を新設
- ✓ 中核的な医療機関である、感染対策向上加算１に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、**定期的に院内の感染症発生状況等について報告**を行っている場合の評価として、**連携強化加算**を新設
- ✓ **地域のサーベイランスに参加**している場合の評価として、**サーベイランス強化加算**を新設

2．感染対策向上加算の改称・新設

- ✓ 感染防止対策加算を**感染対策向上加算に改称**し、**平時からの個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組**を更に推進する観点から**要件を見直し**
  - ✓ **保健所、地域の医師会**との連携
  - ✓ **新興感染症等の発生を想定した訓練**の実施
  - ✓ **新興感染症等の発生時等に患者の受入体制を有し、公開**
- ✓ より小規模の感染制御チームによる感染防止対策に係る評価として、**感染対策向上加算３**を新設
- ✓ **感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が、**感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算の医療機関に**出向いて感染症対策に関する助言**を行った場合の評価として、**指導強化加算**を新設
- ✓ **感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行った医療機関**が、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関に対し、**定期的に院内の感染症発生状況等について報告**を行っている場合の評価として、**連携強化加算**を新設
- ✓ **地域や全国の サーベイランスに参加**している場合の評価として、**サーベイランス強化加算**を新設

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）全体概要版　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

新興感染症等の対策に係る評価の主な見直し②

【感染症対応を踏まえた入院医療提供体制等の強化】

1. 急性期入院医療における体制強化

急性期一般入院料における機能強化を推進

- ✓ 急性期充実体制加算の新設
  - ✓ 高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を有する医療機関における診療を評価

特定集中治療室等における機能強化を推進

- ✓ 重症患者対応体制強化加算の新設
  - ✓ 新興感染症等有事にも対応できる体制の構築を評価
- ✓ 重症患者初期支援充実加算を新設
  - ✓ 重症患者等に対する支援を評価（入院時重症患者メディエーター）
- ✓ 早期回復を目的とした取組を実施している治療室において、ECMO等を実施する場合の算定上限日数を延長
- ✓ 人工呼吸、ECMOに係る新たな評価を実施
  - ✓ 人工呼吸の評価を経過日数により分別
  - ✓ 体外式膜型人工肺管理料を新設
- ✓ 救急搬送診療料において、重症患者搬送加算を新設（ECMOカー等）

2. 回復期入院医療における体制強化

地域包括ケア病棟における機能強化を推進

- ✓ 急性期病棟から転棟してきた場合の初期加算について、他院からの転棟について点数引き上げ
- ✓ 在宅等からの受入を促進するため、初期加算を引き上げるとともに、要件を強化
- ✓ 在宅復帰率の要件を引き上げるとともに、入退院支援を推進するため、入退院支援加算の届出を要件化
- ✓ 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化

3. 在宅医療・訪問看護における体制強化

- ✓ 機能強化型在支診・在支病の地域連携の強化
  - ✓ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等における連携等を望ましい規定で要件化
- ✓ 機能強化型在支病の後方支援機能強化
  - ✓ 在宅患者の緊急入院受入等を要件に組み入れ
- ✓ 訪問看護ステーションの地域連携等の強化
  - ✓ BCPの要件化
  - ✓ 地域の相互支援ネットワークへ参加している場合の24時間対応体制加算算定対象への追加

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）全体概要版　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

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

（新）　外来感染対策向上加算　　６点　（患者１人につき月１回）

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

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

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

（新）　連携強化加算　　３点　（患者１人につき月１回）

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

（新）　サーベイランス強化加算　１点　（患者１人につき月１回）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）個別改定事項Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

外来感染対策向上加算

改定後

（新）外来感染対策向上加算　6点

［算定要件］
組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。
（※）以下を算定する場合において算定可能とする（ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。）。
ア 初診料　イ 再診料　ウ 小児科外来診療料　エ 外来リハビリテーション診療料　オ 外来放射線照射診療料
カ 地域包括診療料　キ 認知症地域包括診療料　ク 小児かかりつけ診療料　ケ 外来腫瘍化学療法診療料
コ 救急救命管理料　サ 退院後訪問指導料　シ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）・（Ⅱ）
ス 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料　セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料　タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
チ 在宅患者訪問栄養食事指導料　ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料　テ 精神科訪問看護・指導料

［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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

外来感染対策向上加算

改定後

（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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

外来感染対策向上加算

改定後

（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ダンス」に沿った対応を行っていること。

（13）（７）に掲げる院内感染管理者は、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

（14）当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

（15）新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。

（16）新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

（17）「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。

（18）新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

（19）区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

外来感染対策向上加算

改定後

（新）連携強化加算　３点

［算定要件］
感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、連携強化加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。
（２）外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（３）連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

（新）サーベイランス強化加算　1点

［算定要件］
感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者１人につき月１回に限り所定点数に加算する。

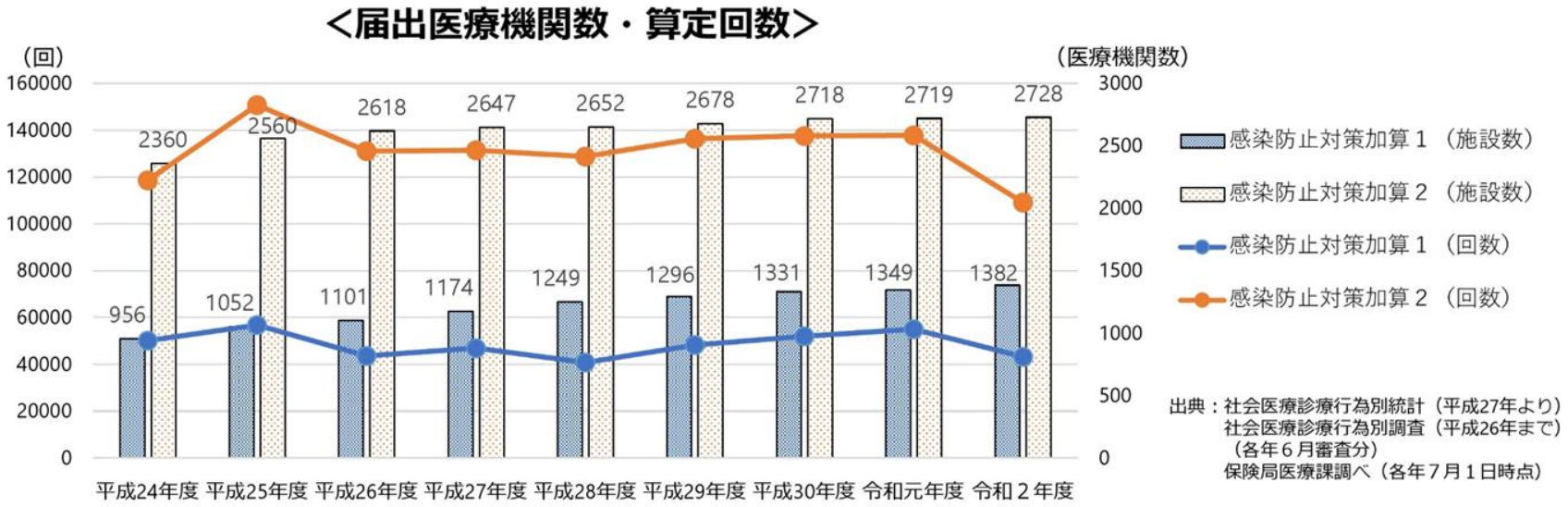
［施設基準］
（１）地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
（２）外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
（３）院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。
（※）連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、１の（※）と同様の取扱いとする。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

参考

感染防止対策加算の届出状況等について

○　感染防止対策加算の届出医療機関数等は以下のとおり。平成24年度に加算が新設されて以降、届出医療機関数は増加を続けている。



（参考）令和２年度の許可病床規模別の届出医療機関数

出典：DPCデータ（令和２年７月１日時点）

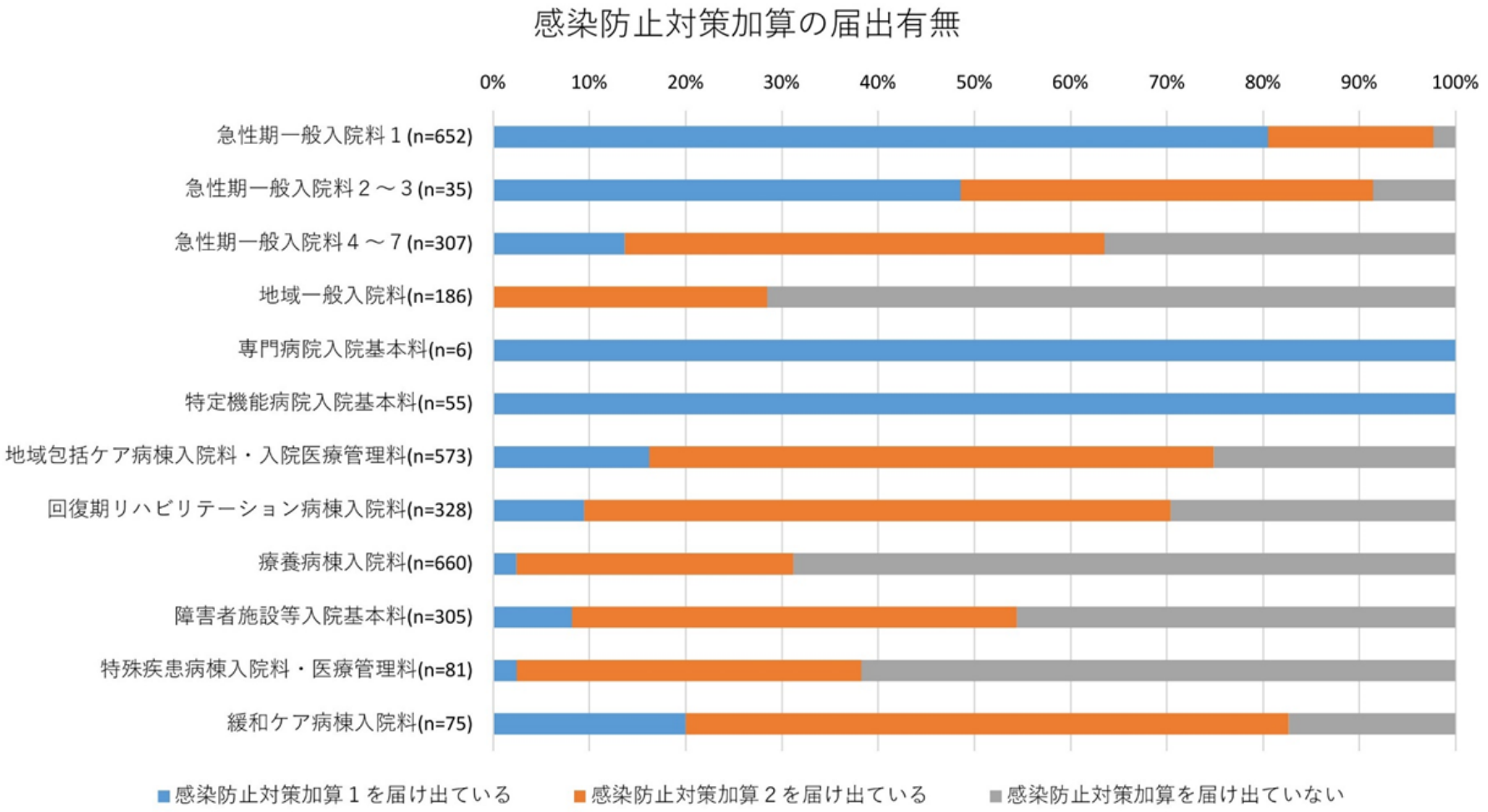
	感染防止対策加算1	感染防止対策加算2
～49床	0	124
50～99床	7	593
100～199床	184	1210
200～299床	240	268
300～399床	359	91
400床～	574	46

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

参考

感染防止対策加算の届出状況

○　各入院料を届け出ている医療機関における、感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。



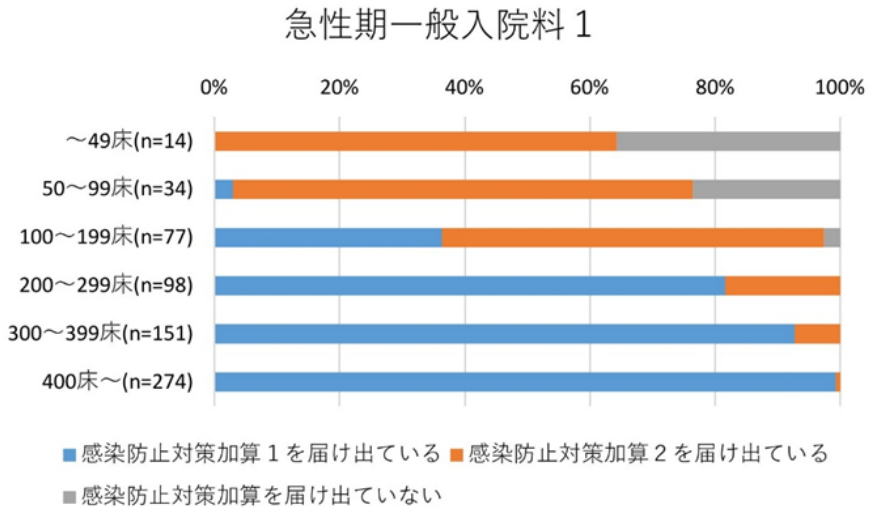
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

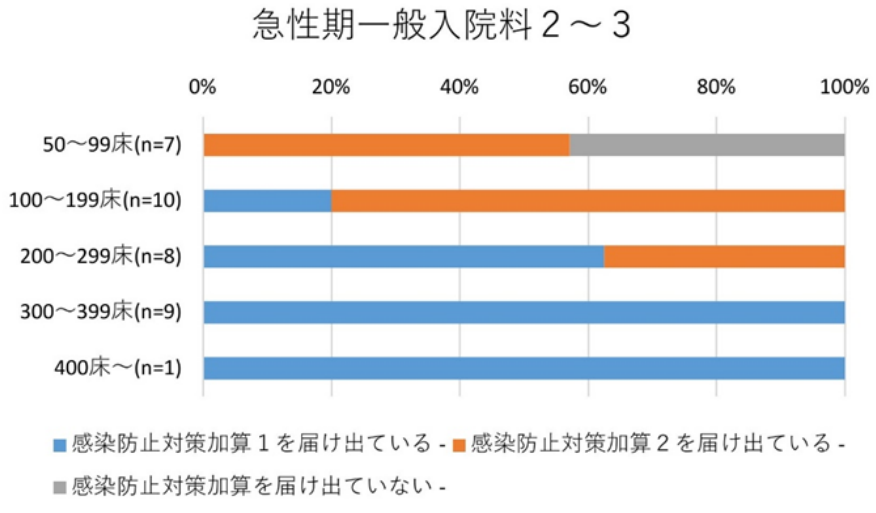
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

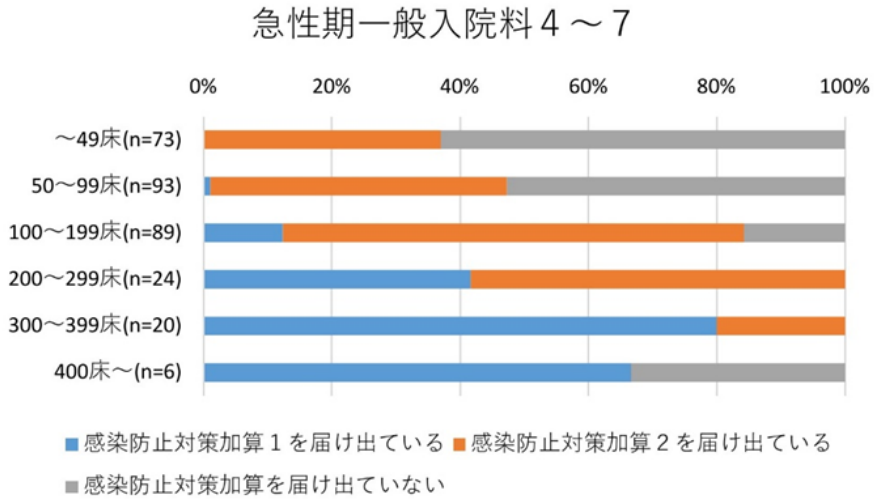
参考

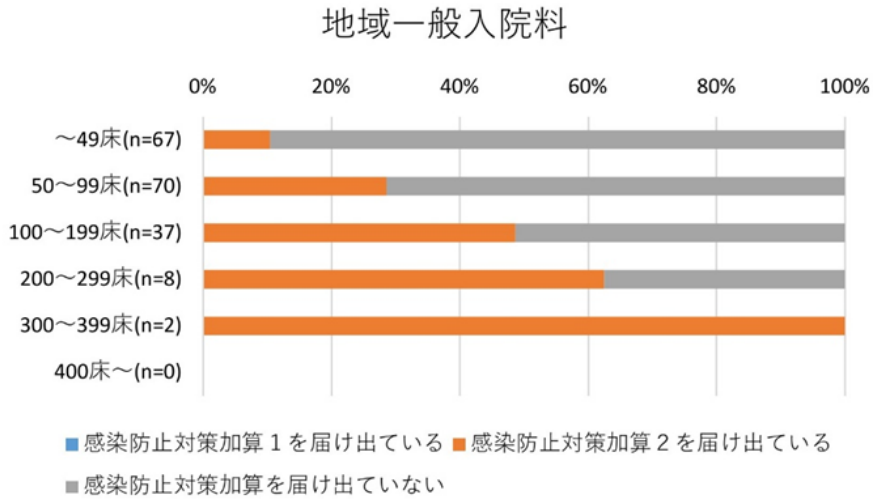
各入院料における病床規模別の感染防止対策加算の届出状況

○　各入院料を届出ている医療機関における、病床規模別の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。









出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

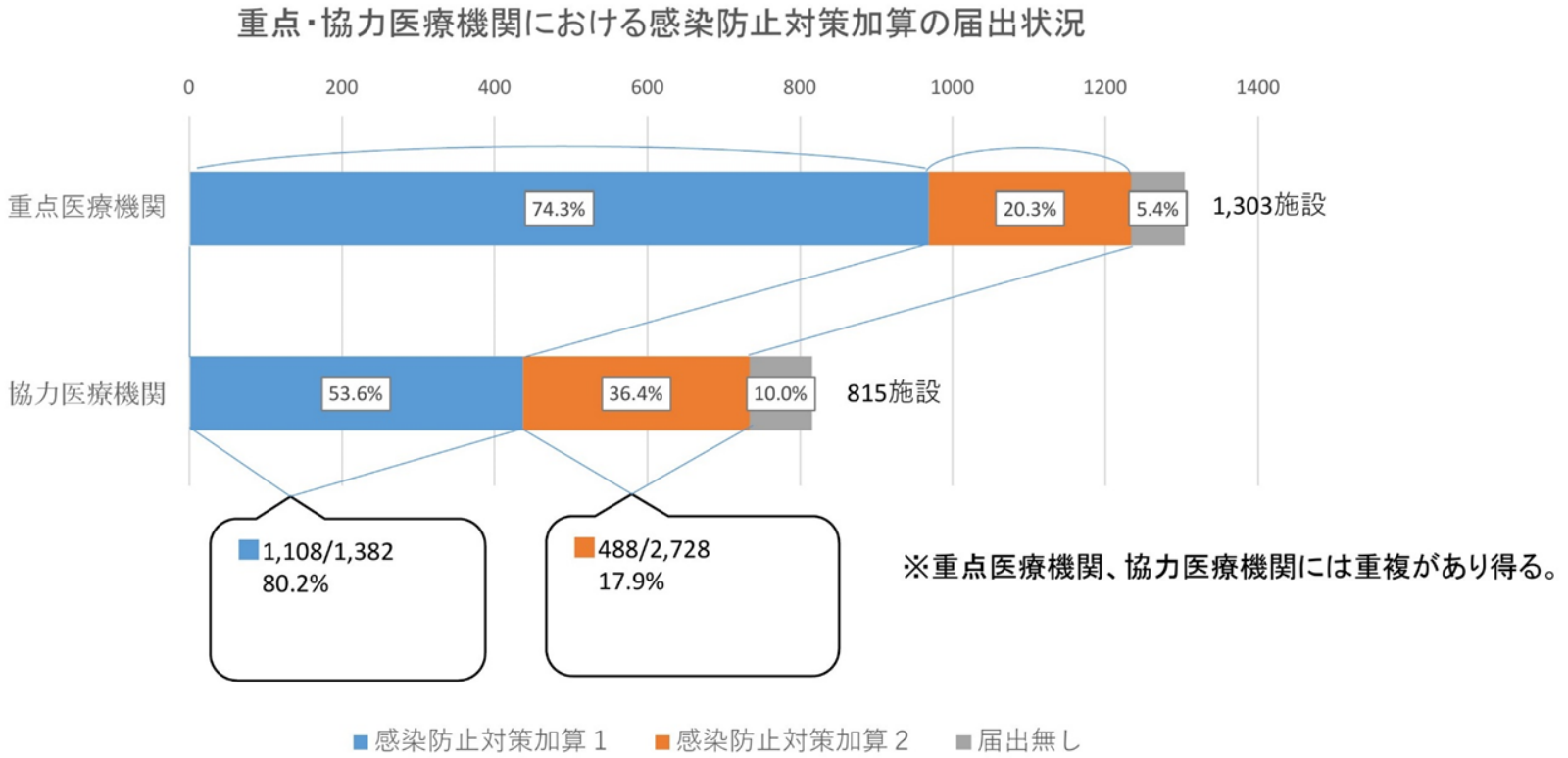
参考

新型コロナに係る重点医療機関、協力医療機関における感染防止対策加算の届出状況

○ 新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、協力医療機関の感染防止対策加算の届出状況は、以下のとおりであった。多くの重点・協力医療機関において、加算が届け出られていた。

○ 加算１を届け出ている医療機関において、重点・協力医療機関に指定されている割合は80.2%、加算２を届け出ている医療機関において、重点・協力医療機関に指定されている割合は17.9%であった。

○ 全病院（8,300施設（令和元年医療施設調査））のうち、重点医療機関（1,303施設）である割合は、15.7%であった。



出典：厚生労働省新型コロナウイルス対策本部調べ（令和3年9月8日時点）、保険局医療課調べ（令和2年7月1日時点）

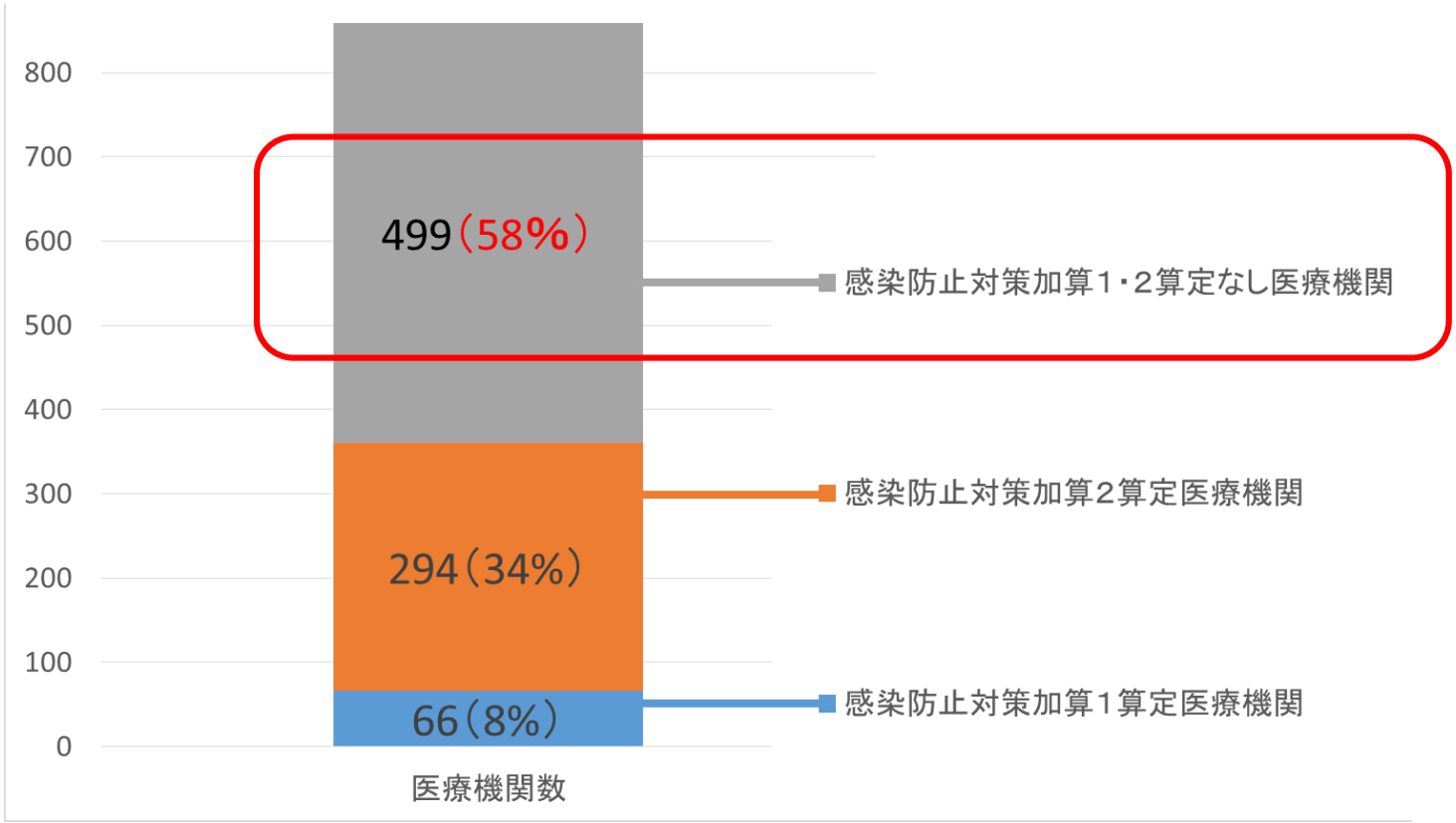
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

参考

新型コロナの回復患者の受入れ医療機関における感染防止対策加算の算定状況

○ 新型コロナの回復患者の受入れに係る評価（950点）を算定している医療機関において、感染防止対策加算１又は２を届出ている割合は、約４割であった。

新型コロナの回復患者の受け入れに係る評価（950点）の算定医療機関と
感染防止対策加算の算定医療機関の状況（令和３年２月診療月）



出典：NDBデータ

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-3をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

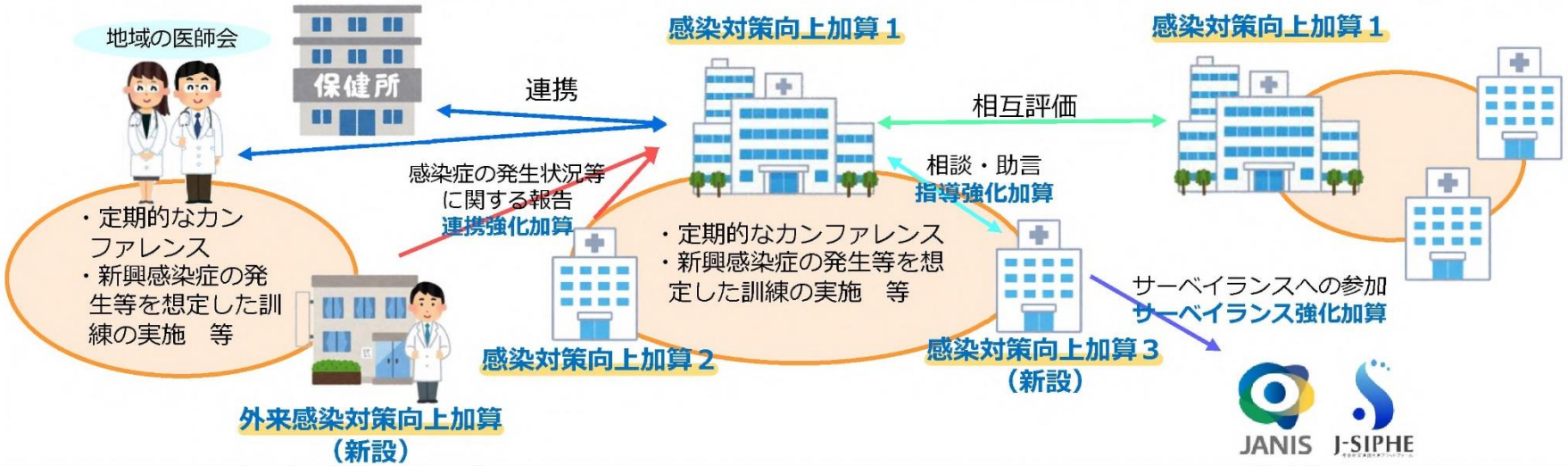
➢ これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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

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

（新）　指導強化加算　30点（加算１の保険医療機関）

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



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）個別改定事項Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

新設

① 外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し❽

改定後

【感染対策向上加算】

1 感染対策向上加算１　710点（入院初日）

2 感染対策向上加算２　175点（入院初日）

3 感染対策向上加算３　75点（入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回）

［算定要件］

注１ 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（３については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回）それぞれ所定点数に加算する。

２ 感染対策向上加算１を算定する場合について、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入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

３ 感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、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入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

４ 感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、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入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）個別改定事項Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

感染制御チームの設置（人員配置等）

	感染制御チームの設置
感染対策向上加算１	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・専任の常勤医師（感染症対策の経験が３年以上） ・専任の看護師（感染管理の経験５年以上かつ研修修了） ・**専任の薬剤師（病院勤務経験３年以上）** ・専任の臨床検査技師（病院勤務経験３年以上） ※ 医師又は看護師のうち１名は専従であること。 **※ 必要時に、専従の医師又は看護師を、加算２、３又は外来感染対策 向上加算の医療機関に派遣する場合は、専従時間に含めてよいものとする。**
感染対策向上加算２	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**）
感染対策向上加算３	以下の構成員からなる感染制御チームを設置 ・**専任の常勤医師（適切な研修の修了が望ましい）** ・**専任の看護師（適切な研修の修了が望ましい）**
外来感染対策向上加算	**院内感染管理者（※）を配置していること。** ※ 医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者であること。

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）感染症対策をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000906917.pdf

医療機関間・行政等との連携

	医療機関間・行政等との連携
感染対策向上加算１	• 保健所、地域の医師会と連携し、加算２及び３の医療機関と合同で、年４回以上カンファレンスを実施（このうち１回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。） • 加算２、３及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する • 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
感染対策向上加算２	• 年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） • 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること • 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
感染対策向上加算３	• 年４回以上、加算１の医療機関が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須とする。） • 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること • 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
外来感染対策向上加算	• 年２回以上、加算１の医療機関又は地域医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は 必須とする。） • 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定 した地域連携に係る体制について、連携医療機関 等とあらかじめ協議されていること • 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を 受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）感染症対策をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000906917.pdf

サーベイランスへの参加・抗菌薬の適正使用

	サーベイランスへの参加
感染対策向上加算１	• 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること
感染対策向上加算２ 感染対策向上加算３	• 地域や全国のサーベイランスに参加している場合、**サーベイランス強化加算**として**５点**を算定する。
外来感染対策向上加算	• **サーベイランス強化加算**として**１点**を算定する。

	抗菌薬の適正使用
感染対策向上加算１ 感染対策向上加算２	• 抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有する
感染対策向上加算３	• **抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること** • **細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う**
外来感染対策向上加算	• **抗菌薬の適正使用について、加算１の医療機関又は地域の医師会から助言を受けること** • **「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行う** • **細菌学的検査を外部委託する場合は、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行う**

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）感染症対策をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000906917.pdf

施設要件等、指導強化加算と連携強化加算

	施設要件等
感染対策向上加算１	• 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する • 令和４年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする
感染対策向上加算２	• 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する
感染対策向上加算３	• 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入ることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有する
外来感染対策向上加算	• 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

	指導強化加算 と 連携強化加算
感染対策向上加算１	• 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、加算２、３又は外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、**指導強化加算**として、**30点**を算定する。
感染対策向上加算２ 感染対策向上加算３	• 感染対策向上加算２又は３を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、**連携強化加算**として**30点**を算定する。
外来感染対策向上加算	• **連携強化加算**として**３点**を算定する。

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）感染症対策をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000906917.pdf

経過措置について（個別Ⅰ）

	区分番号	項目	経過措置
1	A000等	初診料の注12等に規定する連携強化加算	令和５年３月31日までの間に限り、感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関に対する、感染症の発生状況等の報告に係る要件を満たすものとする。
2	A234-2	感染対策向上加算２	令和４年３月31日において、旧医科点数表A234-2の感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、専任の薬剤師及び専任の臨床検査技師の適切な研修に係る基準を満たすものとする。
3	A234-2	感染対策向上加算の注２に規定する指導強化加算	令和５年３月31日までの間に限り、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていることに係る要件を満たすものとする。

目次に戻る

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）個別改定事項Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

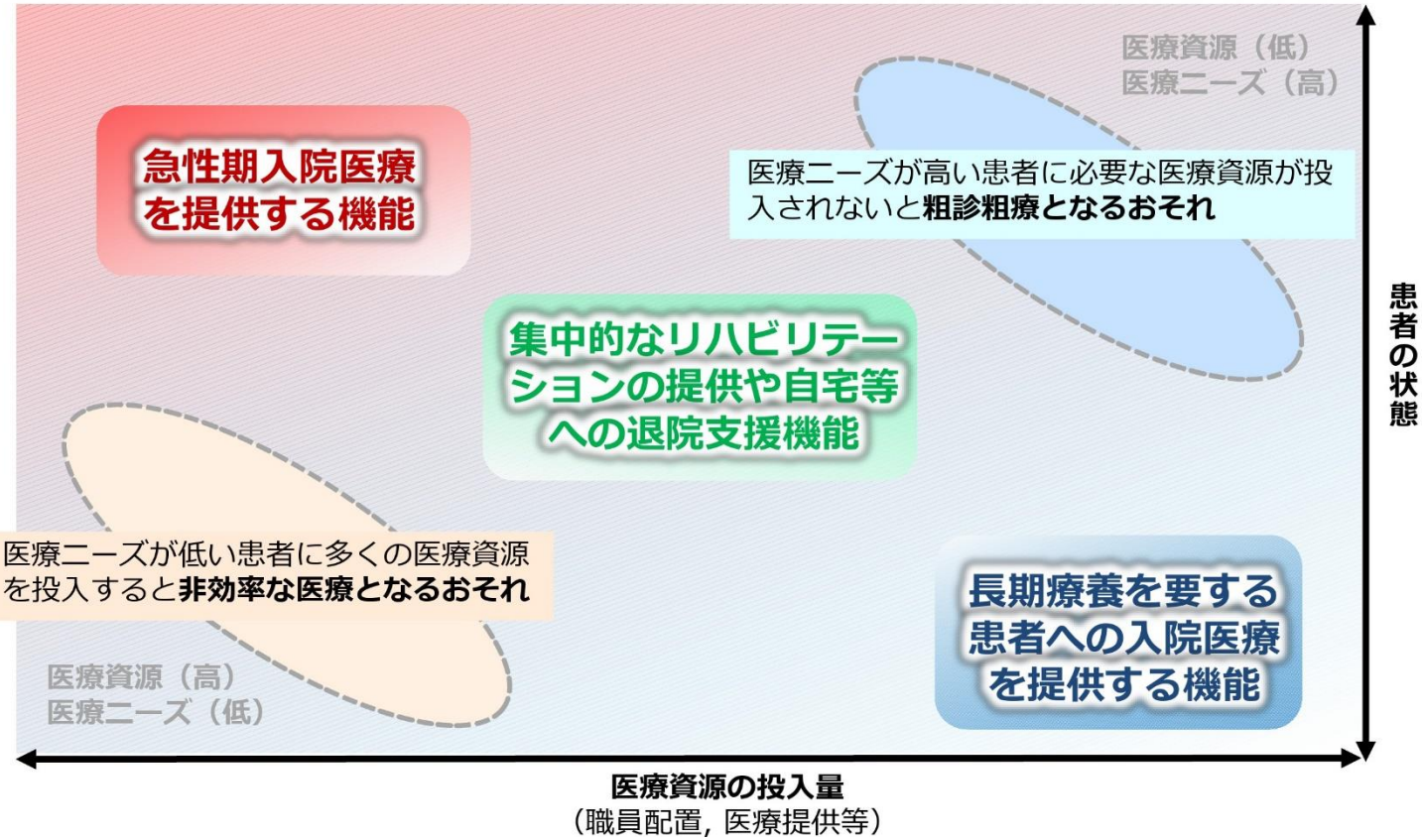
Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設
② 総合入院体制加算の見直し
③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
④ 重症度、医療・看護必要度の要件化
⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

入院医療の評価体系と期待される機能

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

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

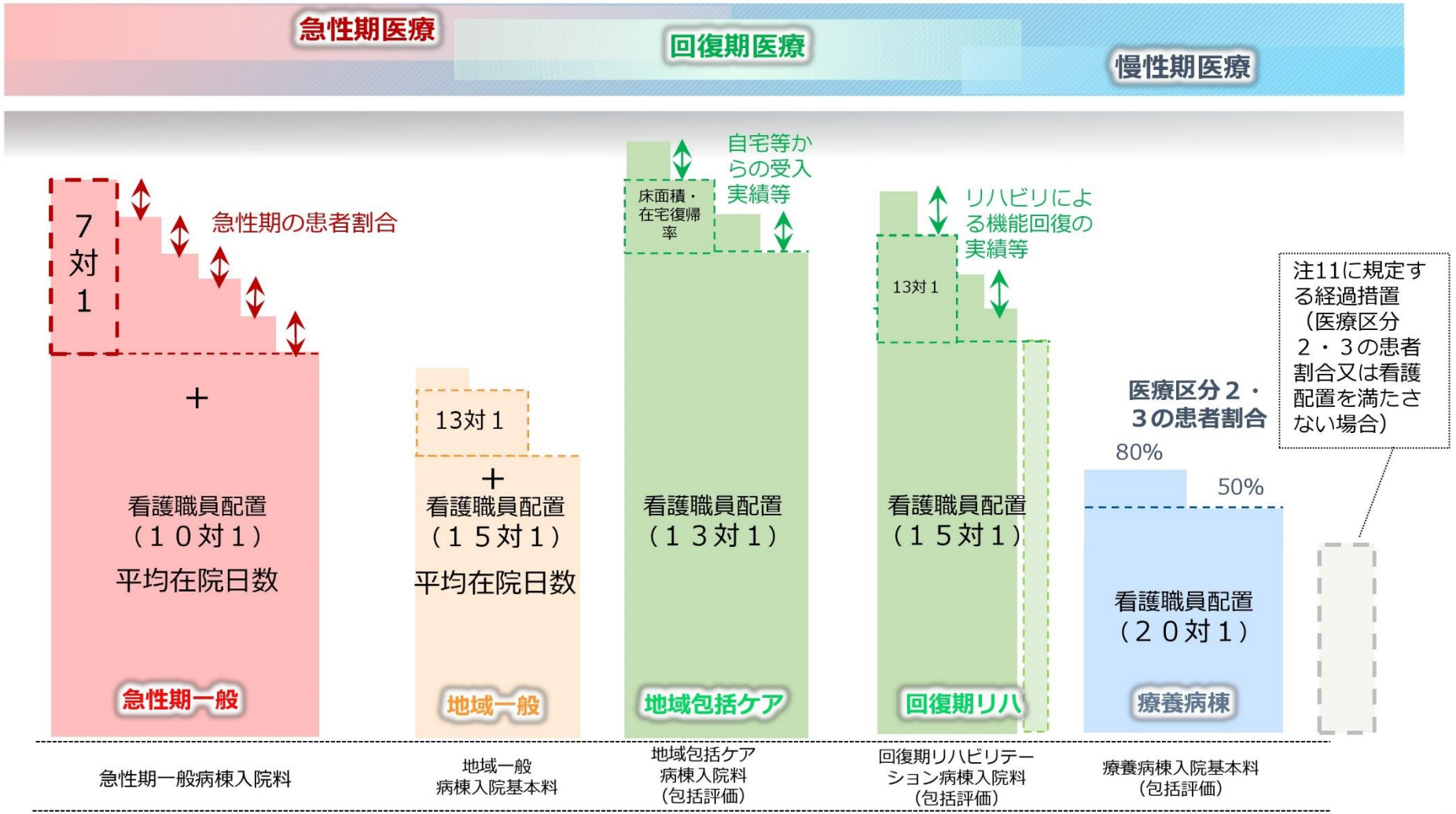


出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

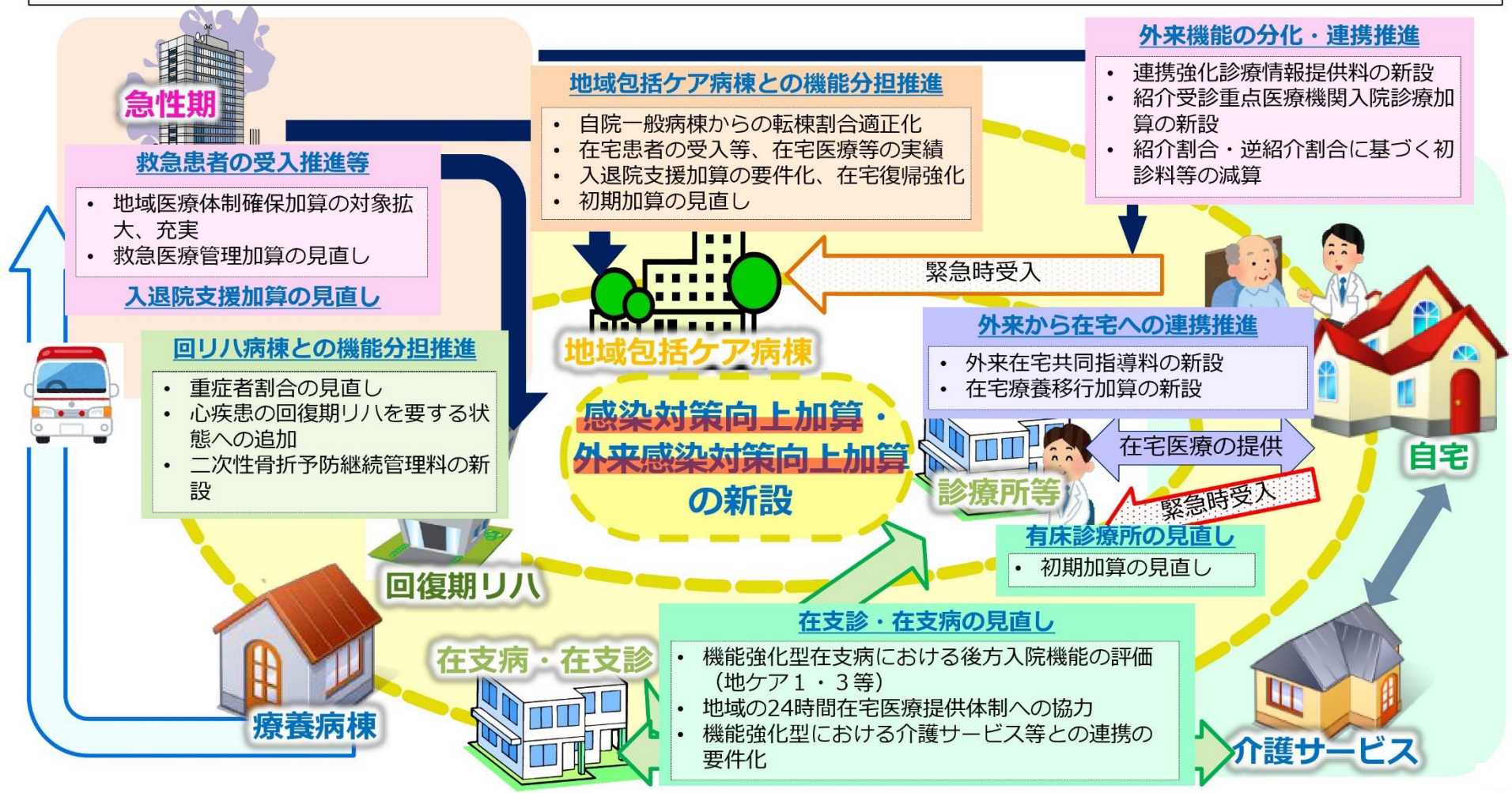
○　**新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等**も踏まえ、**入院から在宅まで切れ目のない医療**を提供する観点から、提供する医療の対象となる**患者の病態像や医療の内容に着目**し、それらに**見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等**を実施。その際、**医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算１・２・３、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進**。



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

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

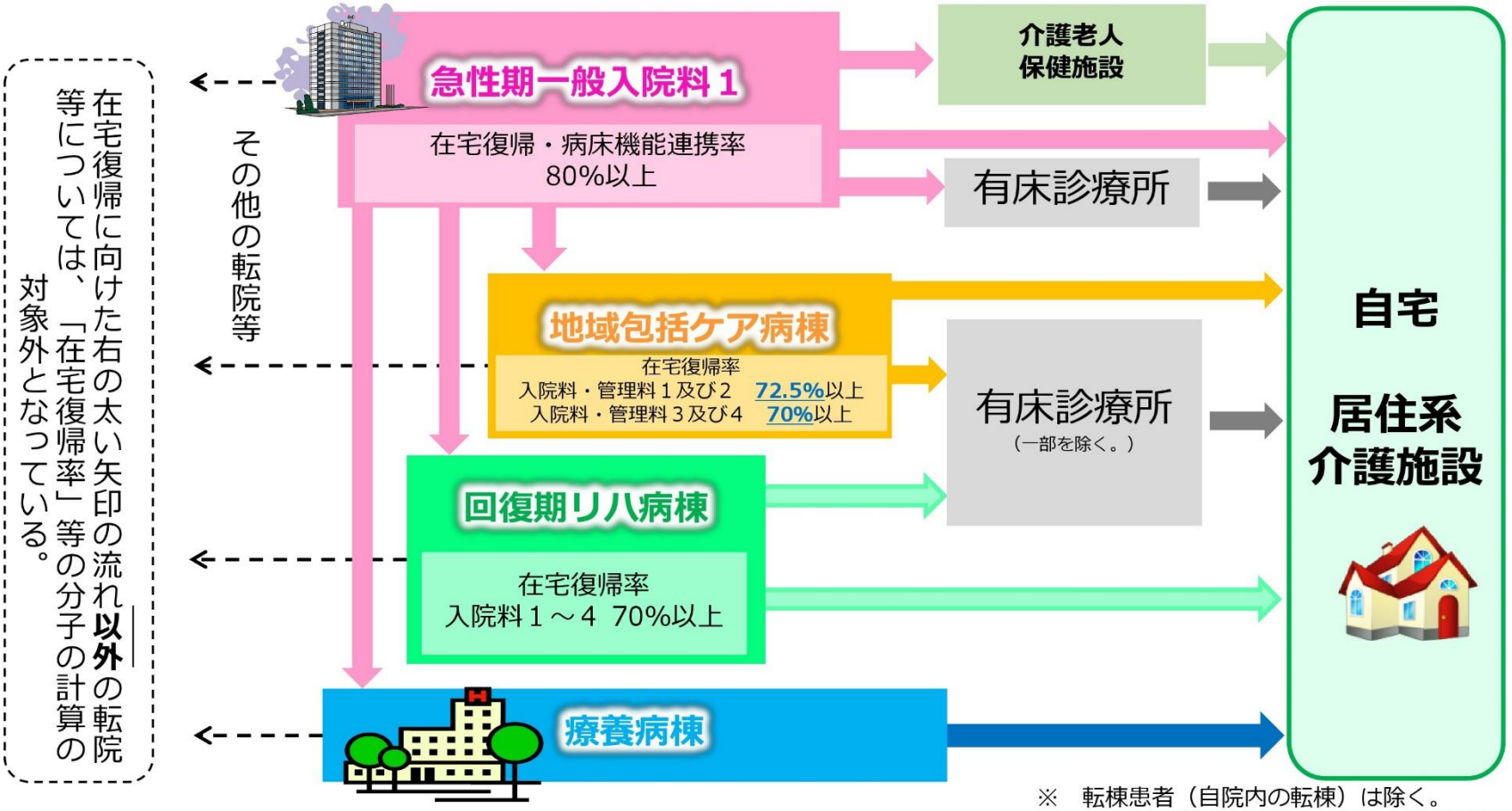


出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設
② 総合入院体制加算の見直し
③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
④ 重症度、医療・看護必要度の要件化
⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

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



急性期・高度急性期

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

① 高度かつ専門的な医療の提供

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



② 重症救急患者に対する医療の提供

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



③ 自宅や後方病床等への退院支援する機能

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



回復期・慢性期病棟



自宅・介護施設等

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

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

（新）　急性期充実体制加算（１日につき）

７日以内の期間	**460点**
８日以上11日以内の期間	**250点**
12日以上14日以内の期間	**180点**

［算定要件］

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

［主な施設基準］

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

急性期充実体制加算

入院料等	• 急性期一般入院料１を届け出ている（急性期一般入院料１は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） • 敷地内禁煙に係る取組を行っている　・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である • 総合入院体制加算の届出を行っていない		
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす	◆救命救急センター　又は　高度救命救急センター ◆救急搬送件数　2,000件/年以上　又は300床未満：6.0件/年/床以上	
	• 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 • 精神疾患診療体制加算２の算定件数又は救急搬送患者の入院３日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上		
手術等の実績	• 全身麻酔による手術　2,000件/年以上（緊急手術　350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術　1.15件/年以上）		
	いずれかを満たす	ア　右のうち、４つ以上満たす	◆ 悪性腫瘍手術　400件/年以上　又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術　400件/年以上　又は300床未満：1.0件/年/床以上 ◆ 心臓カテーテル法手術　200件/年以上　又は300床未満：0.6件/年/床以上 ◆ 消化管内視鏡手術　600件/年以上　又は300床未満：1.5件/年/床以上 ◆ 化学療法　1,000件/年以上　又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行い、化学療法のレジメンの４割は外来で実施可能であること。）
		イ　以下のいずれか、かつ、右のうち、２つ以上を満たす ◆異常分娩　50件/年以上　又は300床未満：0.1件/年/床以上 ◆６歳未満の手術　40件/年以上　又は300床未満：0.1件/年/床以上	
高度急性期医療の提供	• 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている		
感染防止に係る取組	• 感染対策向上加算１を届け出ている		
医療の提供に係る要件	• 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している • 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算１若しくは２を届け出ている		
院内心停止を減らす取組	• 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている		
早期に回復させる取組	• 一般病棟における平均在院日数が14日以内 • 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、１割未満		
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30‰以上	
		◆ 紹介受診重点医療機関	
医療従事者の負担軽減	• 処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準の届出を行っていることが望ましい		
充実した入退院支援	• 入退院支援加算１又は２の届出を行っている		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	• 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない • 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の９割以上 • 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない • 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない		

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

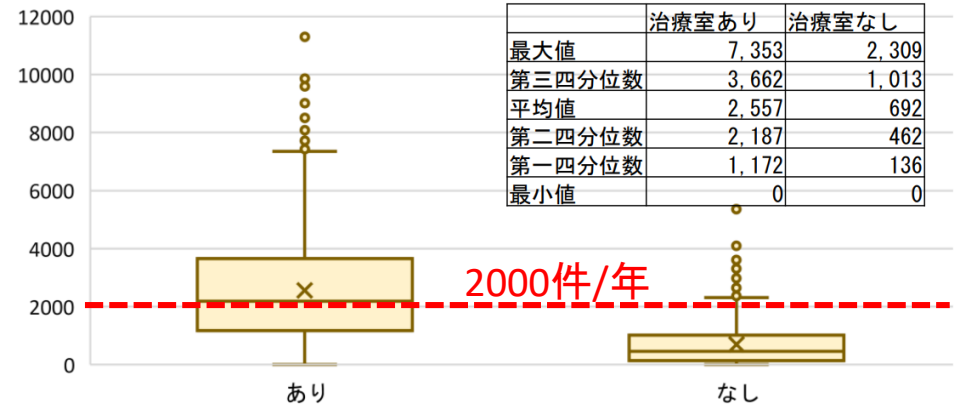
急性期１における治療室の有無別、手術等の状況①

○ 全身麻酔の手術、人工心肺を用いた手術、悪性腫瘍の手術、腹腔鏡下手術、のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

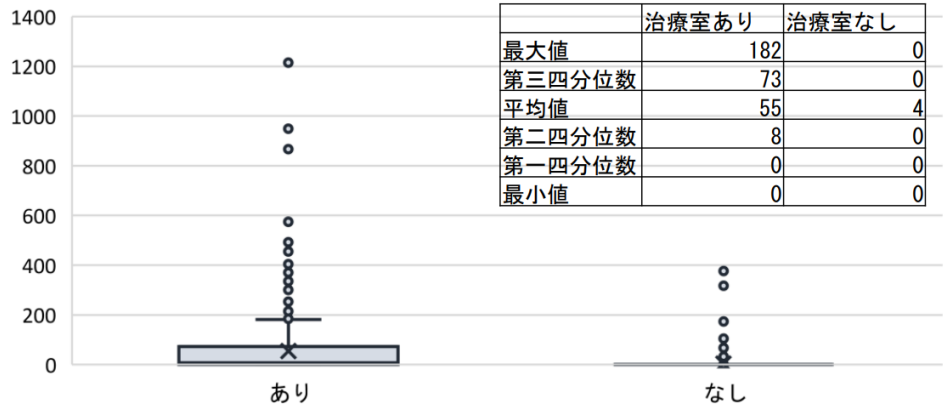
（治療室あり：n=863　治療室なし：n=587）

全身麻酔の手術（算定回数/年）



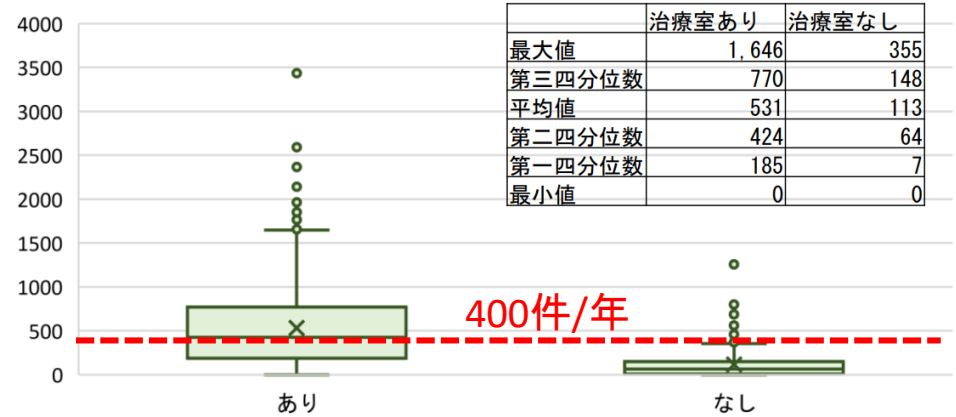
	治療室あり	治療室なし
最大値	7,353	2,309
第三四分位数	3,662	1,013
平均値	2,557	692
第二四分位数	2,187	462
第一四分位数	1,172	136
最小値	0	0

人工心肺を用いた手術（算定回数/年）



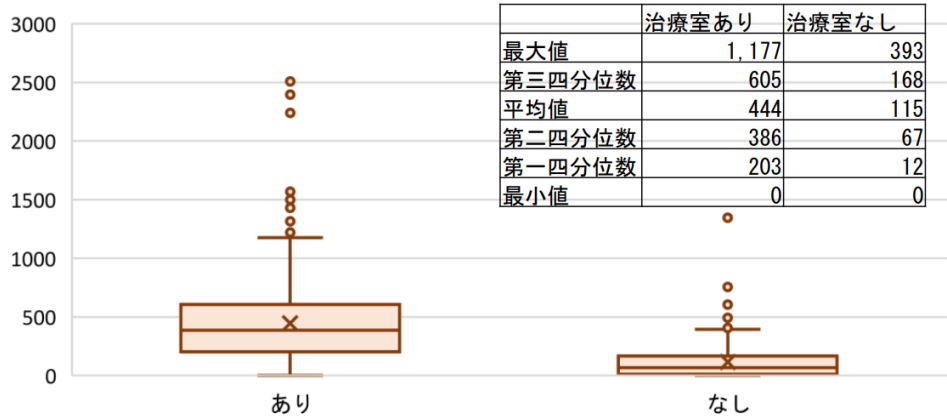
	治療室あり	治療室なし
最大値	182	0
第三四分位数	73	0
平均値	55	4
第二四分位数	8	0
第一四分位数	0	0
最小値	0	0

悪性腫瘍の手術（算定回数/年）



	治療室あり	治療室なし
最大値	1,646	355
第三四分位数	770	148
平均値	531	113
第二四分位数	424	64
第一四分位数	185	7
最小値	0	0

腹腔鏡下手術（算定回数/年）



	治療室あり	治療室なし
最大値	1,177	393
第三四分位数	605	168
平均値	444	115
第二四分位数	386	67
第一四分位数	203	12
最小値	0	0

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/10/27）総-1-2をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00115.html

参考

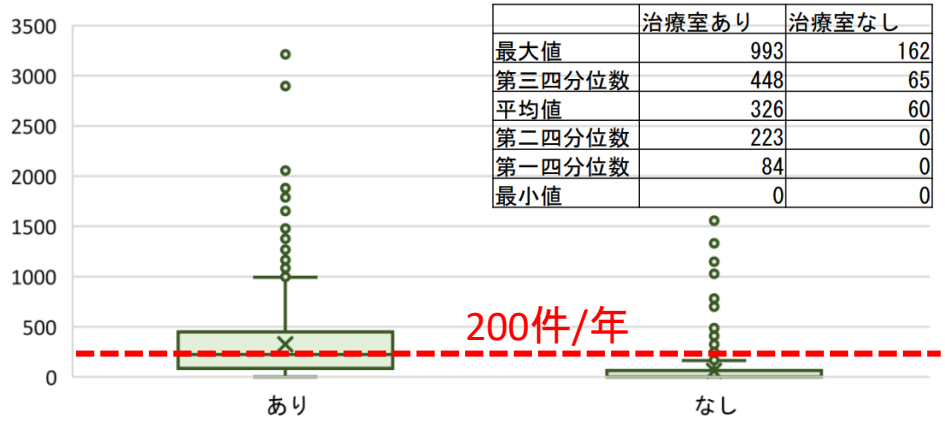
急性期１における治療室の有無別、手術等の状況②

○　心臓カテーテル法による手術、消化管内視鏡による手術、時間外に実施された手術のいずれにおいても、治療室ありの医療機関の方が、治療室なしの医療機関と比較して実績が多かった。

急性期一般入院料1における、治療室の有無別、手術等の状況

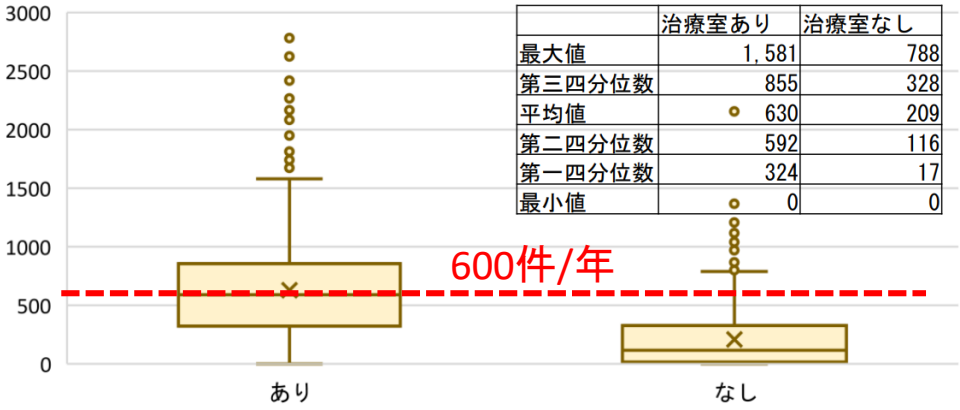
（治療室あり：n=863　治療室なし：n=587）

心臓カテーテル法による手術（算定回数/年）



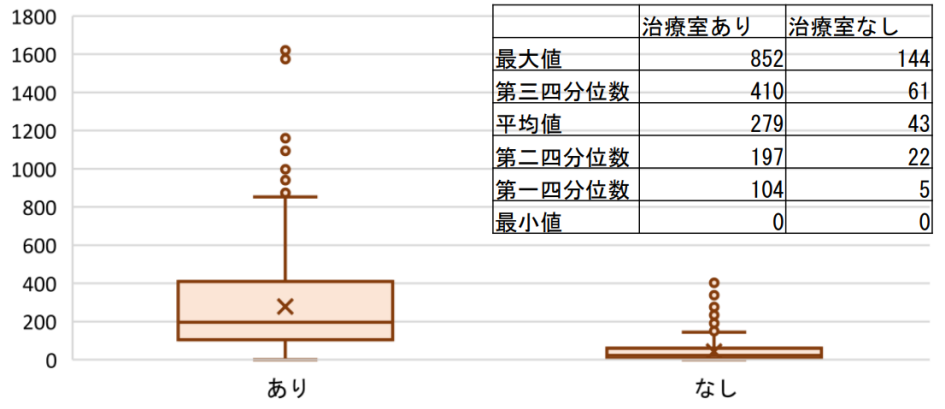
	治療室あり	治療室なし
最大値	993	162
第三四分位数	448	65
平均値	326	60
第二四分位数	223	0
第一四分位数	84	0
最小値	0	0

消化管内視鏡による手術（算定回数/年）



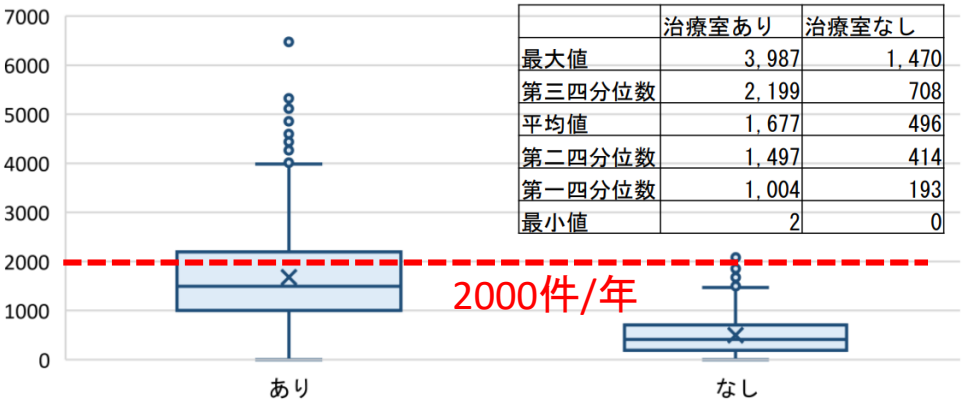
	治療室あり	治療室なし
最大値	1,581	788
第三四分位数	855	328
平均値	630	209
第二四分位数	592	116
第一四分位数	324	17
最小値	0	0

手術における時間外加算の算定回数（回/年）



	治療室あり	治療室なし
最大値	852	144
第三四分位数	410	61
平均値	279	43
第二四分位数	197	22
第一四分位数	104	5
最小値	0	0

救急搬送受入件数（件/年）



	治療室あり	治療室なし
最大値	3,987	1,470
第三四分位数	2,199	708
平均値	1,677	496
第二四分位数	1,497	414
第一四分位数	1,004	193
最小値	2	0

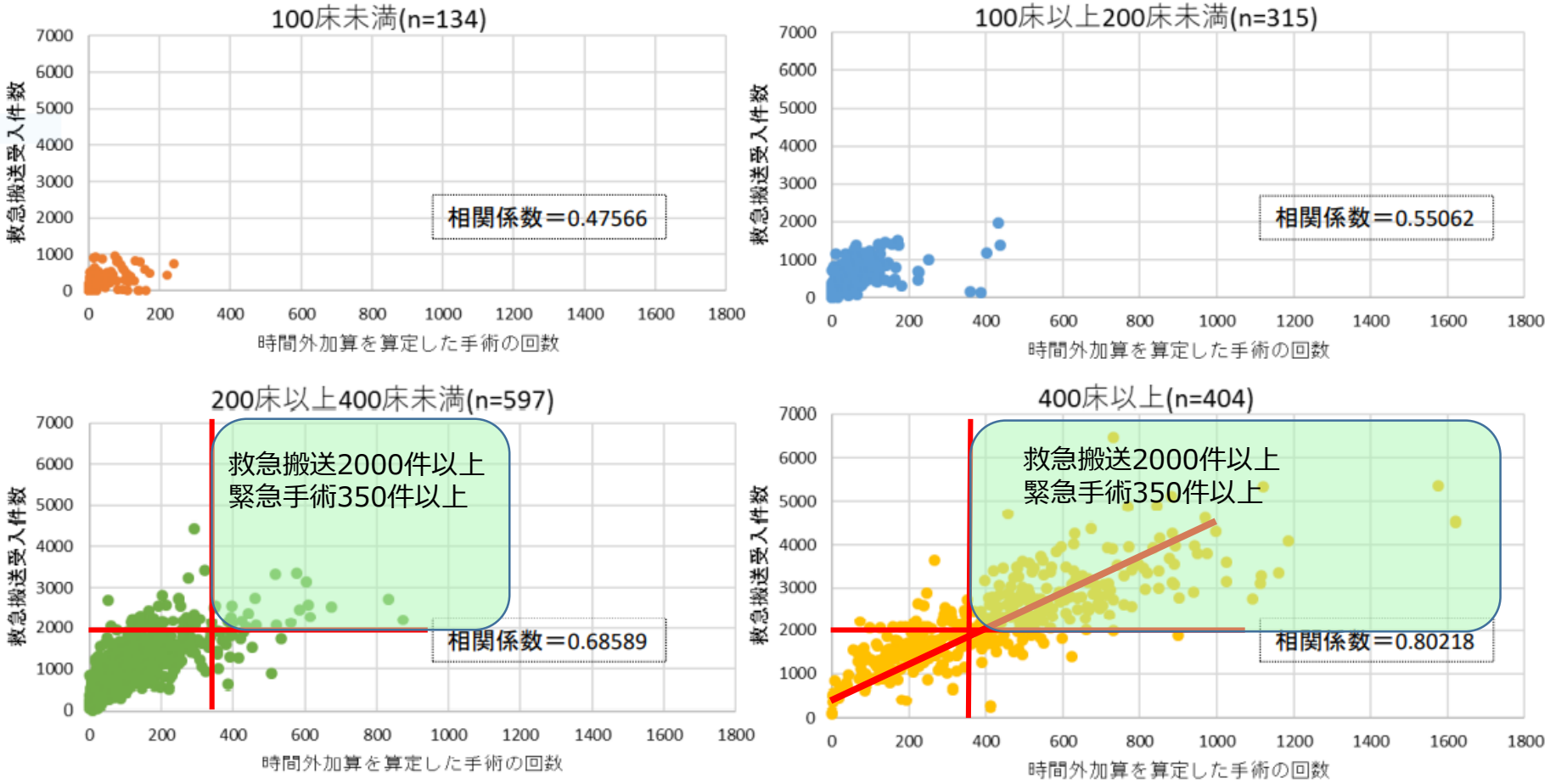
参考：厚生労働省_中医協総会（2021/10/27）総-1-2をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00115.html

参考

急性期１における時間外の手術と救急搬送件数の関係

○　救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数との相関を、病床規模別に分析した結果は以下のとおり。

急性期一般入院料1における、医療保険届出病床数の規模別の、救急搬送受入件数と手術における時間外加算の算定回数の相関



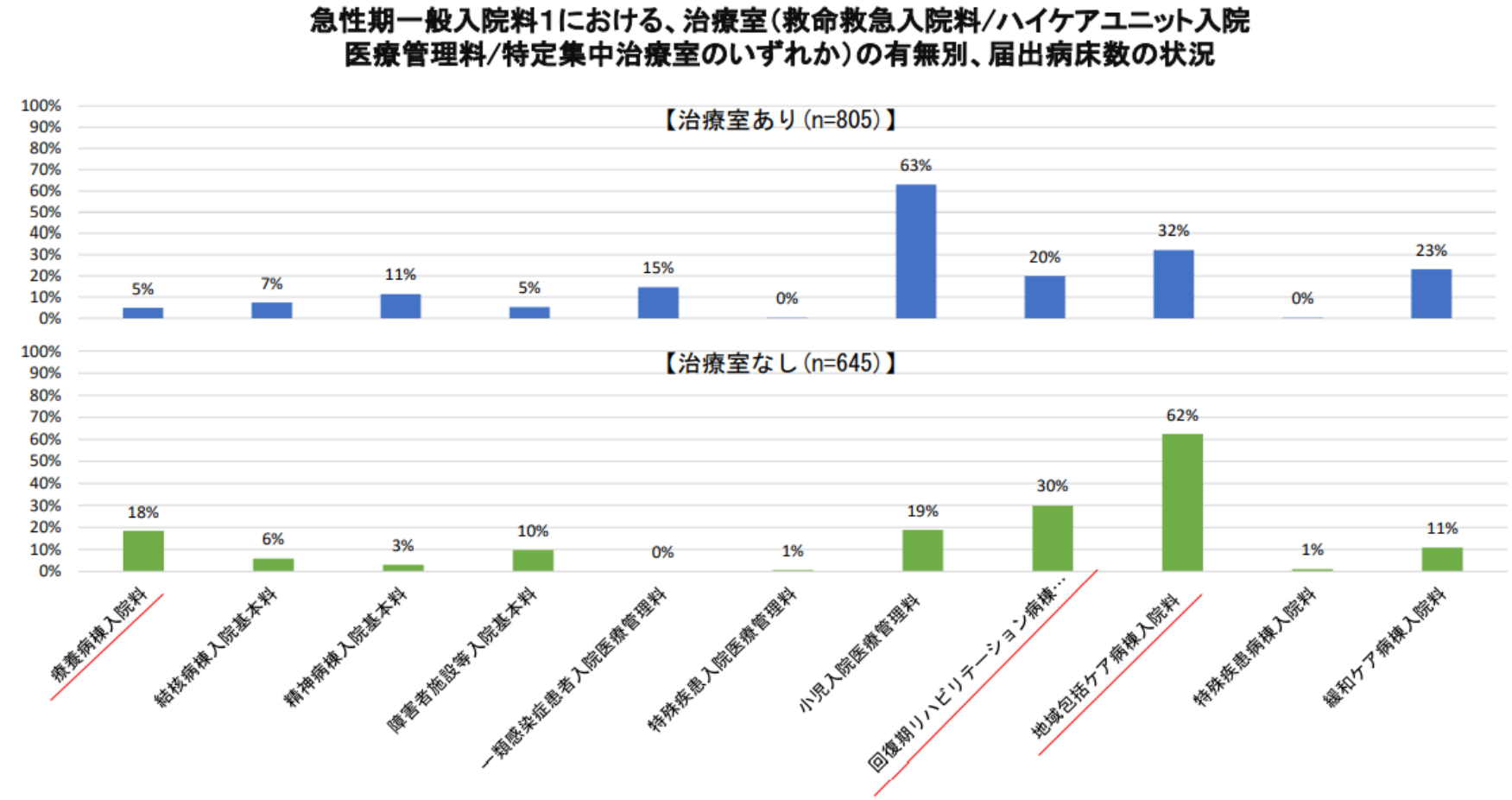
出典：DPCデータ（治療室の状況：令和元年３月時点　算定回数・受入件数：令和元年度１年間の算定回数）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/27）総-1-2をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00115.html

参考

急性期１における治療室の有無別・届出病床数の状況

○ 急性期一般入院料１を届け出ている医療機関において、治療室（救命救急入院料/ハイケアユニット入院医療管理料/特定集中治療室のいずれか）の有無別に、他に届け出ている病床の状況を集計したところ、**治療室の届出なしの医療機関**の方が届出ありの医療機関より、**療養、回リハ、地ケアを届け出ている割合が高かった**。



出典：DPCデータ（令和元年３月時点）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/27）総-1-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00115.html

参考

重症患者対応について

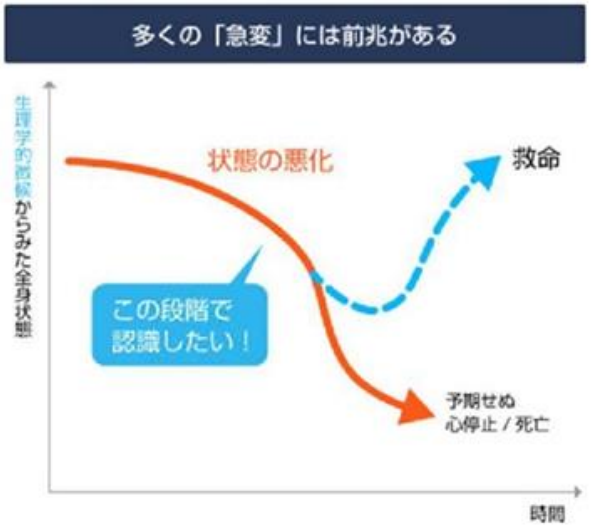
○　院内心停止の発生前には、平均動脈圧や脈拍数、呼吸数、意識状態の変化等の前兆が現れる場合があるとされている。

院内心停止の発生頻度、発生前の前兆

○　米国の疫学研究では大人1000人の入院にあたり6.65人の院内心停止が生じるとされる。（Circulation　Laurie J. Morrison et al. 2013;127:1538−1563）

○　心停止に陥った患者は事前に何らかの異常な症状や兆候を示すとされる。（arrest. Chest. 1990;98:1388−1392.、Med. 1994;22(2):244−247.）

○　心停止前の6 時間以内に現れる警告的サインとして，平均動脈圧や意識状態の変化等が挙げられている。（Franklin C et al. Crit Care Med 22 : 244−247, 1994）



■表3　心停止6時間以内に現れる警告的サイン

- 平均動脈圧：70mmHg以下もしくは130mmHg以上
- 脈拍数：45回/分以下もしくは125回/分以上
- 呼吸数：10回/分以下もしくは30回/分以上
- 胸痛
- 意識の変容

Franklin C, Mathew J：Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest：analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Crit Care Med 22：244-247, 1994.から引用，邦訳および改変

出典：日本院内救急検討委員会ホームページ

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

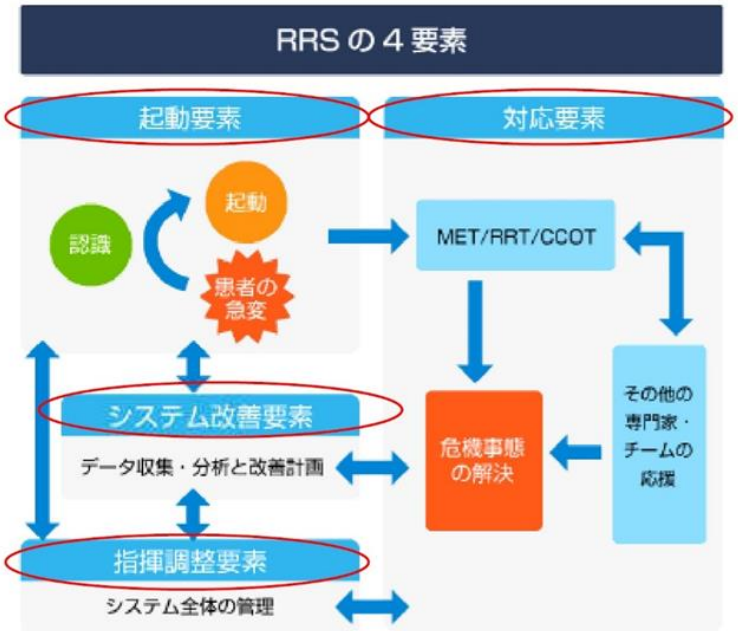
院内迅速対応システム（ＲＲＳ）の概要

○　患者の急変の兆候を捉え、致死性の急変に至るのを未然に防ぐことで、院内心停止を減らす取組として、「院内迅速対応システム（ＲＲＳ）」がある。

院内迅速対応システム（Rapid Response System（以下，RRS と略す））とは、患者の急変の前兆を捉えるために予め起動基準を定め、院内の患者が当該基準を満たした場合には医師、看護師等からなるチームが要請され、速やかに患者の安定化と管理を行うことで、致死性の急変に至るのを未然に防ごうとするシステムである。また、本システムにおいては、発生した事案のデータを収集し、将来同様の事案を回避できるようフィードバックを行うことや、RRSのチームの設置やスタッフへの教育を行う指揮調整を行う組織を含む。

ＲＲＳに必要な４つの要素

2005年に行われたICMET（International Conference on Medical Emergency Teams、患者安全、急性期治療、METの専門家による国際会議）において、ＲＲＳに含めるべき以下の４つの要素が定められた。



出典：日本院内救急検討委員会ホームページ

コードブルーとＲＲＳの違い

表2　コードブルーとRRSの違い

	コードブルー	RRS
チーム起動	意識なく，脈・呼吸なし	血圧低下，頻脈，呼吸数増加，意識変容
対象疾患	心停止，呼吸停止，気道閉塞	敗血症，肺水腫，不整脈，呼吸不全，アナフィラキシー
チーム構成	麻酔科，救急部，ICU，内科医師・看護師	ICU医師・看護師，呼吸療法士，内科医
呼び出し回数（回/1000入院患者）	0.5～5	20～40
対応時間（分）	＞30	20～30
院内死亡率（%）	70～90	0～20

出典：日臨麻会誌Vol35 No4. 507-511,2015

公益財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価「一般病院３」における、ＲＲＳの評価

2　良質な医療の実践１
2.1　診療・ケアにおける質と安全の確保
2.1.8　患者等の急変時に適切に対応している
【評価の要素】
●院内緊急コードの設定
●急変の兆候を捉えて対応する仕組み
●救急カートや蘇生装置の整備・配置状況
●定期的な訓練

出典：公益財団法人日本医療機能評価機構HP

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

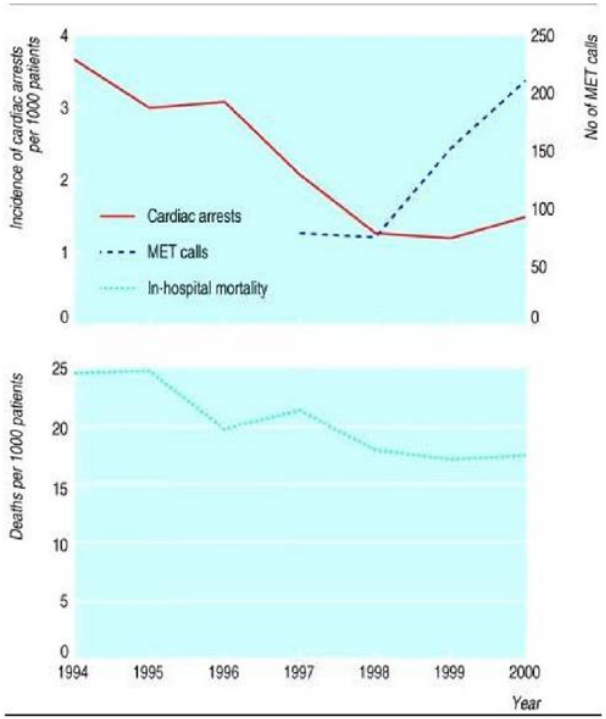
ＲＲＳの効果と日本における現状

○　ＲＲＳが院内死亡を減少させるとのエビデンスがある。

○　日本においても、特に病床規模の大きい医療機関を中心に、一定程度ＲＲＳが導入されている医療機関が存在する。

ＲＲＳの効果

●MET（院内急変対応チーム、RRSの一部）のコール件数が上昇してから心停止の件数と院内死亡件数が減少している。



出典：Michael D Buist et al. BMJ. 2002;324:387-390

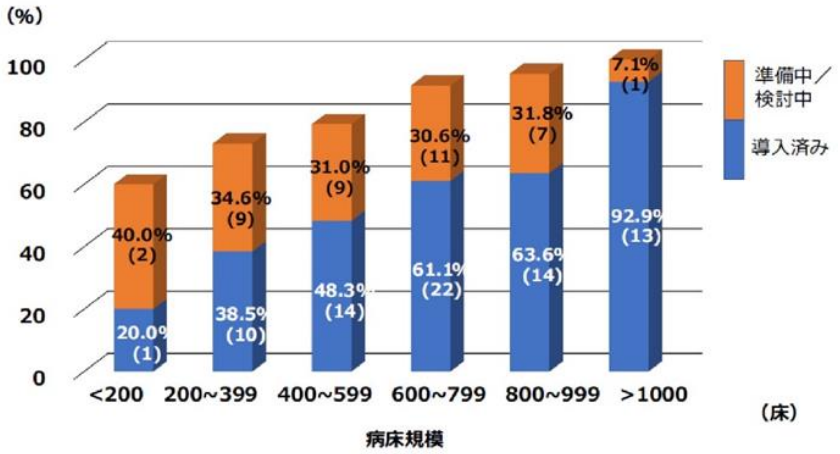
●アメリカにおいて行われた「100,000 Lives Campain」（医療安全対策キャンペーン）に参加した医療機関の院内停止が、RRS導入により15%減少した。

出典：JAMA 2005 May 18;293(19):2384-90

日本におけるＲＲＳの現状

●市中病院や大学病院等を対象として実施されたアンケートでは、特に病床規模の大きい医療機関では、RRSを導入している割合が高いという結果だった。

日本における院内迅速対応システム(RRS)導入率



出典：日本集中治療医学会Rapid Response System検討委員会、日本臨床救急医学会患者安全検討委員会RRTワーキンググループにより実施されたアンケート調査

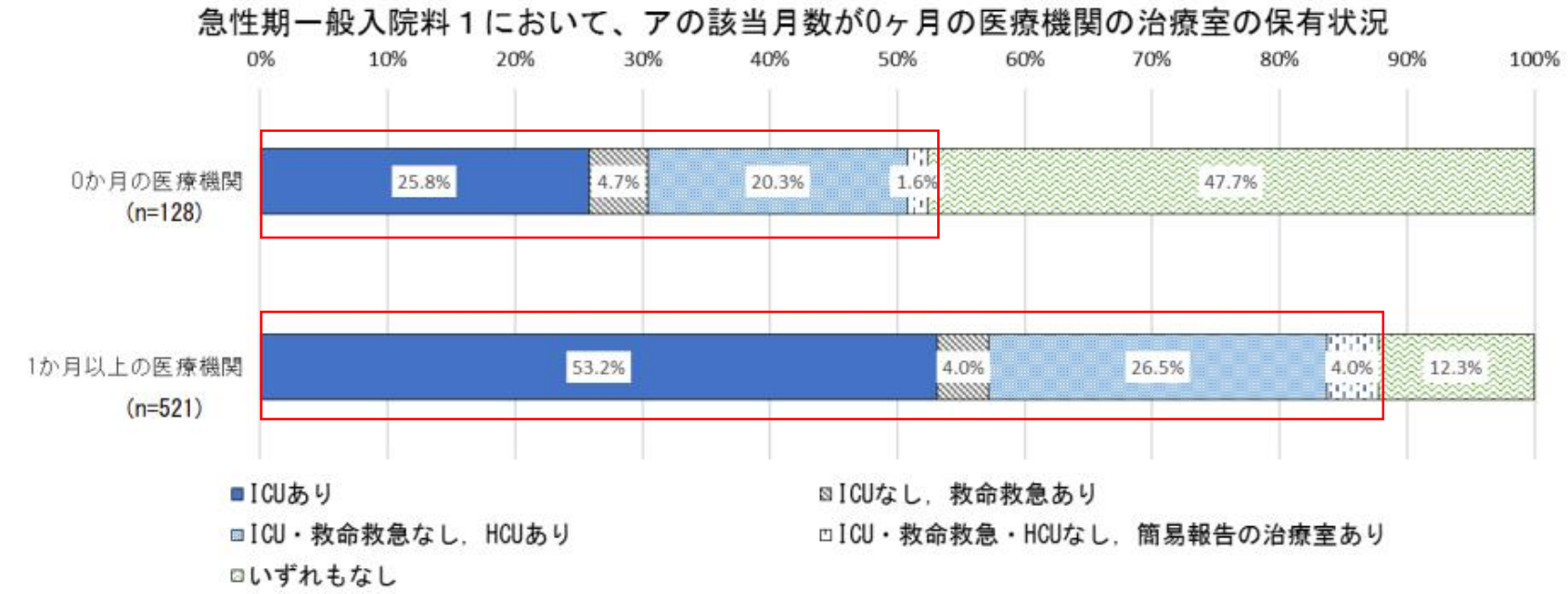
参考：厚生労働省中医協総会（2021/11/10）資料をもとに作成 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000022500.html

参考

入院料別、新型コロナの診療状況①

○ 急性期一般入院料１の届出医療機関において、「ア．新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数が０か月の施設と１か月以上の施設における治療室の届出状況を比較したところ、１か月以上の施設では、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、簡易な報告による治療室のいずれかを届け出ている医療機関が多かった。

新型コロナに係る施設基準等の臨時的な取扱い
ア　新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
イ　アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
ウ　学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
エ　新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等
※　上記ア～エは、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和２年８月31日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）１（２）①で示されたア～エの「対象医療機関等」とそれぞれ対応している。



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

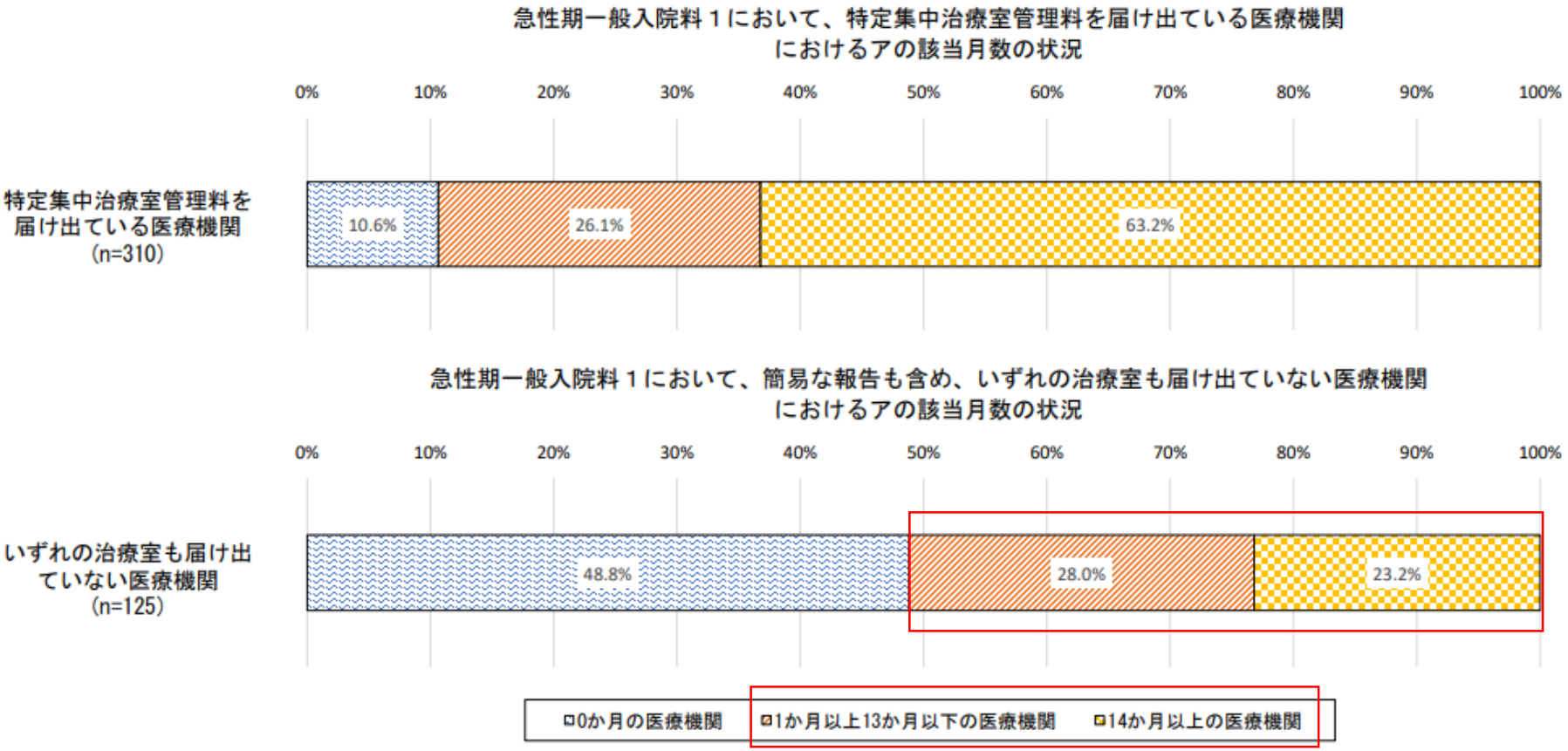
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

入院料別、新型コロナの診療状況②

○ 急性期一般入院料１の届出医療機関において、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関と、簡易な報告を含めいずれの治療室も届け出ていない医療機関において、「ア．新型コロナを受け入れた保険医療機関」の該当月数の状況を比較したところ、特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関の方が、該当月数が０か月である割合が低く、１か月以上、特に、14か月以上の医療機関が多かった。



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

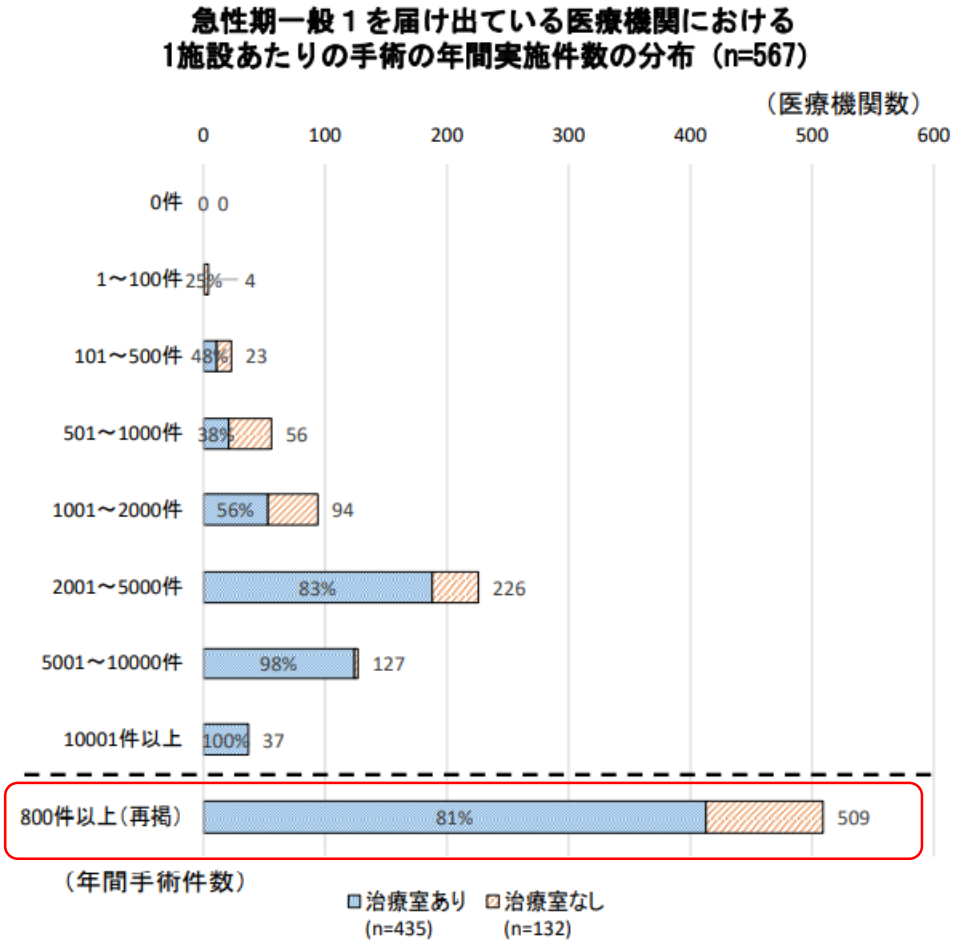
※無回答は除く

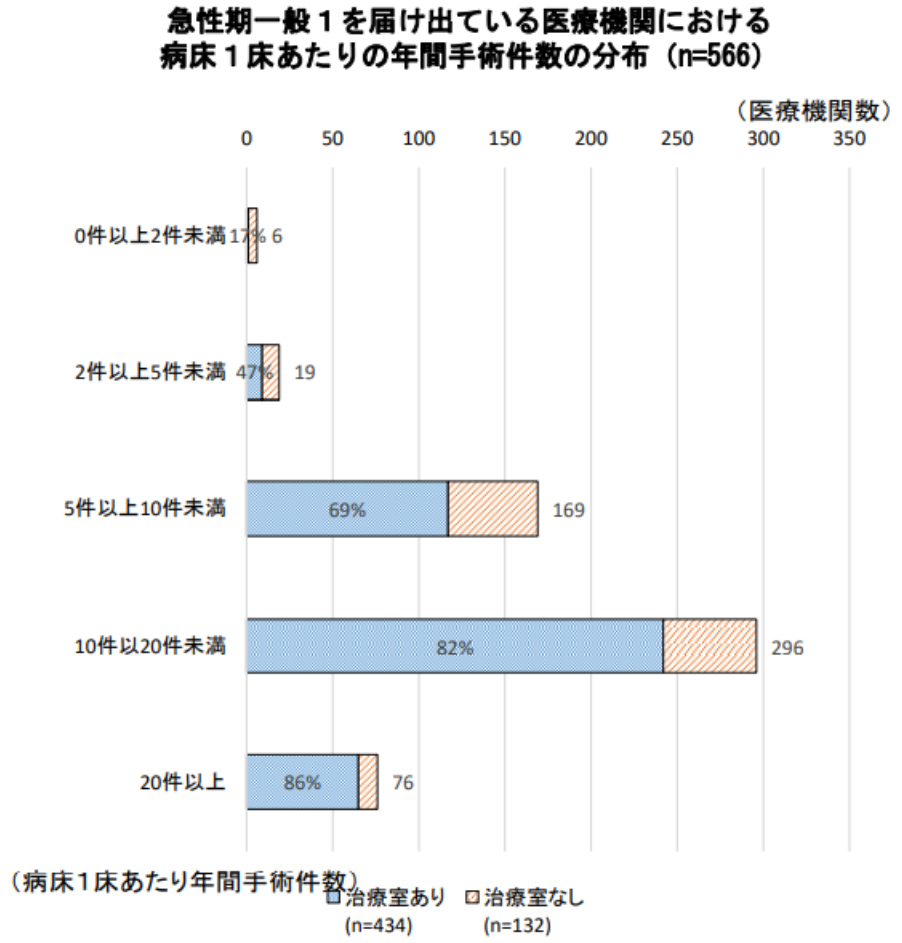
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

急性期一般入院料１の手術等の状況

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





出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）　※病床数は急性期一般入院料１の届出病床数

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/27）総-1-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00115.html

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設❸

改定後

（新）精神科充実体制加算　　30 点

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

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

［施設基準］
（１）急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
（２）次のいずれにも該当すること。
イ　精神科を標榜する保険医療機関であること。
ロ　精神病棟入院基本料、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。

出典：厚生労働省_中医協総会（2022/2/9）総-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設
② 総合入院体制加算の見直し
③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
④ 重症度、医療・看護必要度の要件化
⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

総合入院体制加算の見直し①

手術の実績に係る見直し

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

現行	改定後
【総合入院体制加算１】 ［施設基準］ 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上 イ～カ　（略）	【総合入院体制加算１】（※総合入院体制加算２、３も同様） ［施設基準］ 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア　人工心肺を用いた手術**及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術**　40件／年以上 イ～カ　（略）

外来を縮小する体制に係る見直し

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

現行	改定後
【総合入院体制加算１】 ［施設基準］ 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。 ア　初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している。 イ　診療情報提供料Ⅰの注８の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近１か月間の総退院患者数のうち、４割以上である。	【総合入院体制加算１】 ［施設基準］ 外来を縮小するに当たり、**アⅹはイのいずれかに該当**すること。 ア　次のいずれにも該当すること。 ・初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している ・診療情報提供料Ⅰの注８の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数**及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数**が、直近１か月間の総退院患者数のうち、４割以上である。 イ　**紹介受診重点医療機関**である。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

総合入院体制加算の見直し②

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

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

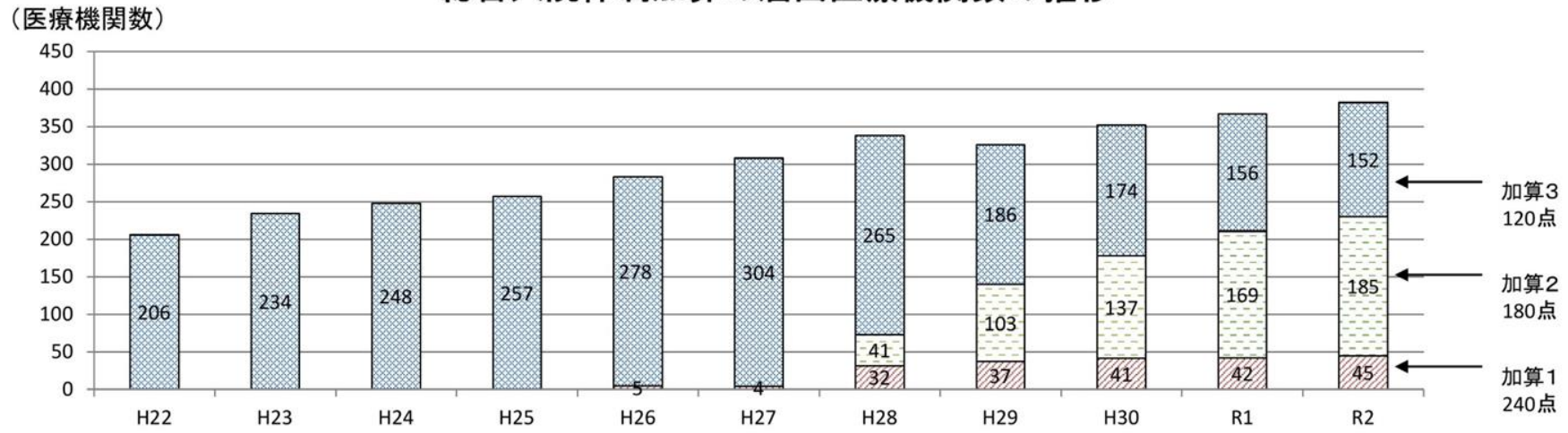
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

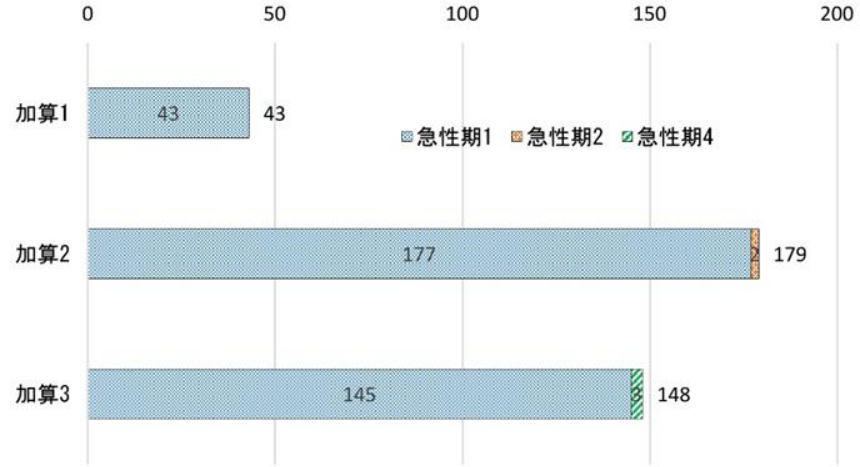
総合入院体制加算の概要③

○ 総合入院体制加算の届出医療機関数の推移は以下のとおり。

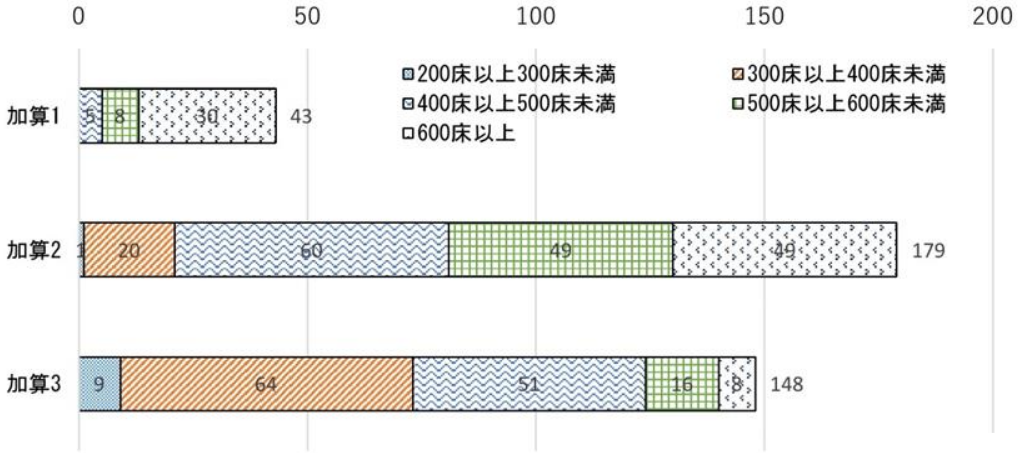
総合入院体制加算の届出医療機関数の推移



総合入院体制加算の加算別、届け出ている入院料



総合入院体制加算の加算別、一般病床許可病床数の届出状況



出典：［上段］保険局医療課調べ（各年7月1日）、［下段］令和2年3月時点DPCデータ様式3

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

目次に戻る

急性期充実体制加算 と 総合入院体制加算 の 経過措置

急性期充実体制加算（A200-2）

- ✓ 院内迅速対応チームの構成員における所定の研修については、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。
- ✓ 院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。ただし、その場合であっても１回目を令和４年９月30日までの間に開催すること。
- ✓ 外来を縮小する体制における、紹介割合・逆紹介割合の要件及び、紹介受診重点医療機関については、令和５年４月１日以降に適用するものとする。
- ✓ 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院について、令和５年３月31日までの間は、当該基準を満たしているものとみなすものとする。

総合入院体制加算（A200）

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

目次に戻る

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰをもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設
② 総合入院体制加算の見直し
③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
④ 重症度、医療・看護必要度の要件化
⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る公益裁定

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

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

2．これらの議論を踏まえ、

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

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

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

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

3．こういった議論の背景も踏まえ、両側委員において、評価項目や判定基準の見直しのシミュレーションを行うことに合意し、議論が進められた。

当該シミュレーションにおいては、見直しの案として４つのパターンが示されたところである。それぞれの見直し案による、該当患者割合の基準を満たす医療機関数の変化、**急性期一般入院料１から、急性期一般入院料２及び３等への適切な機能分化**を促し、**患者の状態に応じた適切な入院料が選択されるよう取組を進める**ことの重要性等を踏まえると、**見直し案３（※２）の組み合わせが妥当と考えられる**。

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

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し❶

基本的な考え方：急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直すとともに、入院料について評価の在り方を見直す。

具体的な内容：

1．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目について、以下のとおり見直す。

○「点滴ライン同時３本以上の管理」の項目について、「注射薬剤３種類以上の管理」に変更する。

○「心電図モニターの管理」の項目について、評価項目から削除する。

○「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について、１点から２点に変更する。

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

「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

「心電図モニターの管理」を削除

「輸血や血液製剤の管理」1点から2点に変更

参考：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

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

現行

【一般病棟用】

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

改定後

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１～６）の内容

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

		入院料１	入院料２	入院料３	入院料４	入院料５	入院料６
看護職員		７対１以上（７割以上が看護師）	10対１以上（７割以上が看護師）				
該当患者割合の基準 必要度Ⅰ／Ⅱ	許可病床数200床以上	31%／28%	27%／24%	24%／21%	20%／17%	17%／14%	測定していること
	許可病床数200床未満	28%／25%	25%／22%	22%／19%	18%／15%		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		８割以上	－				
その他		医師の員数が入院患者数の100分の10以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料１の届出実績が必要		－		
データ提出加算		○（要件）					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

【経過措置】

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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

※　カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要（令和2年度改定）

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術（13日間）	なし	あり
17	開胸手術（12日間）	なし	あり
18	開腹手術（7日間）	なし	あり
19	骨の手術（11日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（5日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（5日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
23	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
24	別に定める手術（6日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

［該当患者の基準］

対象入院料	基準
一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度	基準①　A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準②　A得点が3点以上 基準③　C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態				介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助		×	実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のシミュレーション条件について

○ 以下の条件でシミュレーションを実施した。

使用データ

○ 令和3年4月に提出されたDPCデータ（急性期一般入院料）

シミュレーション条件

○ 急性期一般入院料1、4～6の患者について、以下の条件を適用した場合の施設毎の該当患者割合の分布及び施設基準を満たす施設の割合を入院料毎に集計した。

	A項目			B項目	C項目
	点滴ライン同時３本以上の管理	心電図モニターの管理	輸血や血液製剤の管理	衣服の着脱	骨の手術（11日間）
見直し案１	点滴薬剤３種に変更	―	点数を２点に変更	―	―
見直し案２	―	―	―	項目を削除	10日間に変更
見直し案３	点滴薬剤３種に変更	項目を削除	点数を２点に変更	―	―
見直し案４	点滴薬剤３種に変更	項目を削除	点数を２点に変更	項目を削除	10日間に変更

出典：厚生労働省_中医協総会（2022/01/12）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00132.html

参考

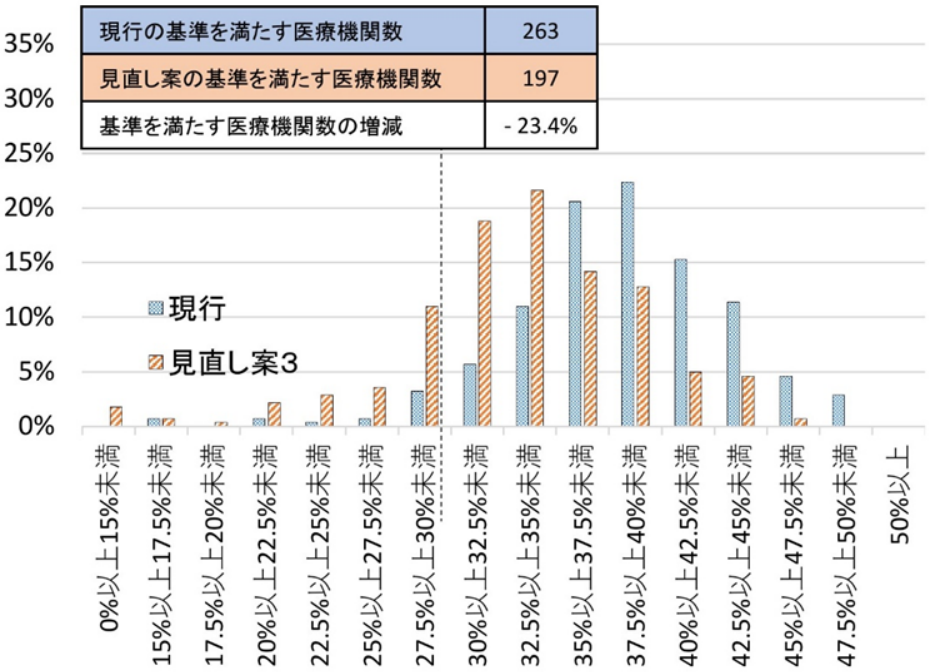
シミュレーション結果 200床以上の急性期一般入院料１③

【見直し案３】
- ○ Ａ項目の「心電図モニターの管理」の削除
- ○ Ａ項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を１点から２点に変更
- ○ Ａ項目の「点滴ライン同時３本以上の管理」を「注射薬剤３種類以上の管理」に変更

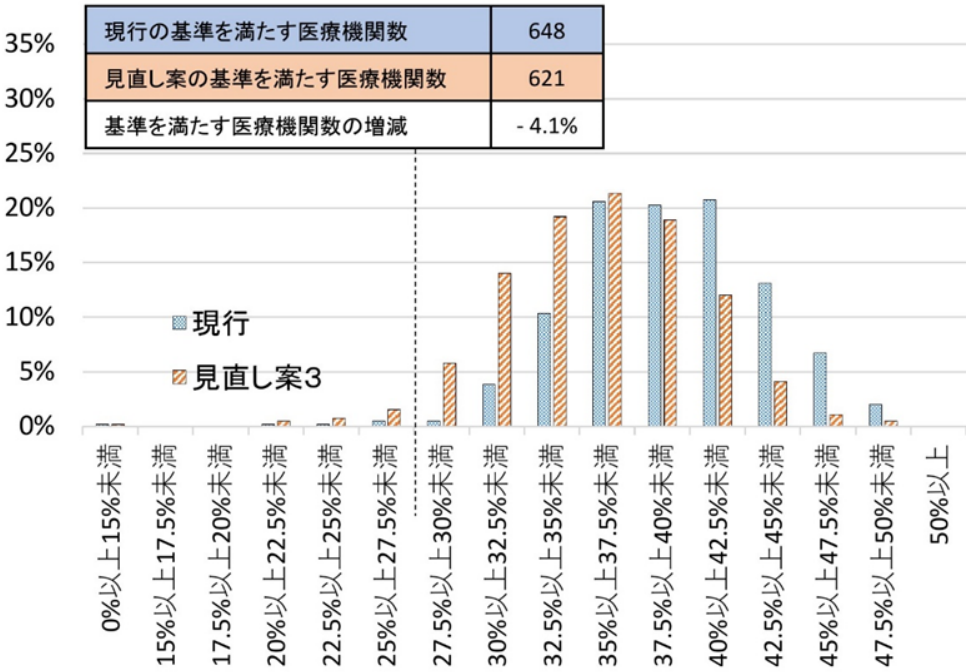
採用

施設基準
必要度Ⅰ：31% ⇒ **31%**
必要度Ⅱ：29% ⇒ **28%**

200床以上の急性期一般入院料１、必要度Ⅰ（n=282）



200床以上の急性期一般入院料１、必要度Ⅱ（n=656）



200床以上の
急性期一般入院料１
必要度Ⅰ＋Ⅱ（n=938）

現行の基準を満たす医療機関数	911
見直し案の基準を満たす医療機関数	818
基準を満たす医療機関数の増減	**- 9.9%**

参考：厚生労働省_中医協総会（2022/01/12）総-3をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00132.html

参考

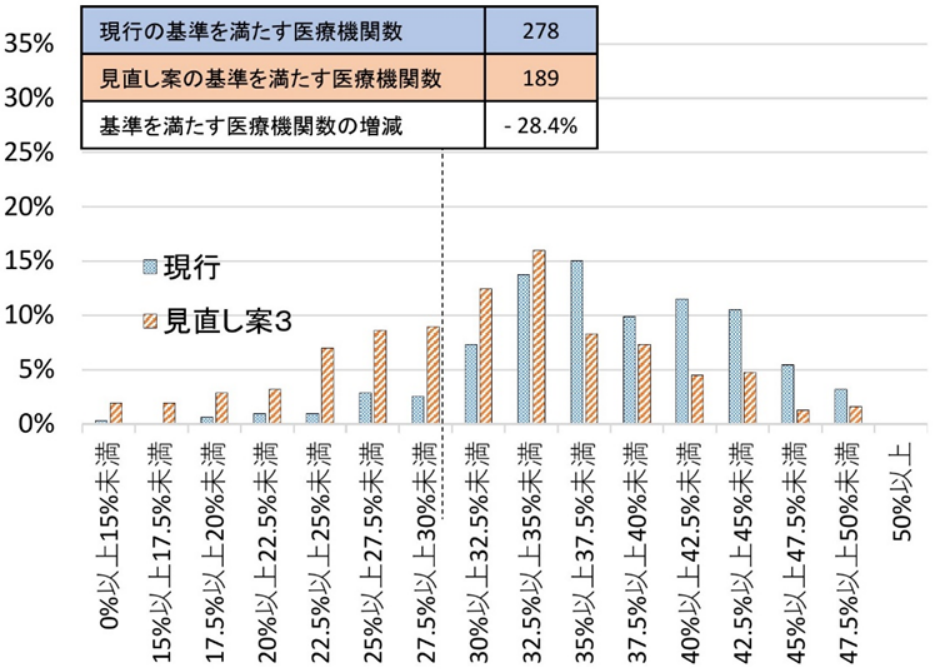
シミュレーション結果 200床未満の急性期一般入院料１③

【見直し案３】
- ○ Ａ項目の「心電図モニターの管理」の削除
- ○ Ａ項目の「輸血や血液製剤の管理」の点数を１点から２点に変更
- ○ Ａ項目の「点滴ライン同時３本以上の管理」を「注射薬剤３種類以上の管理」に変更

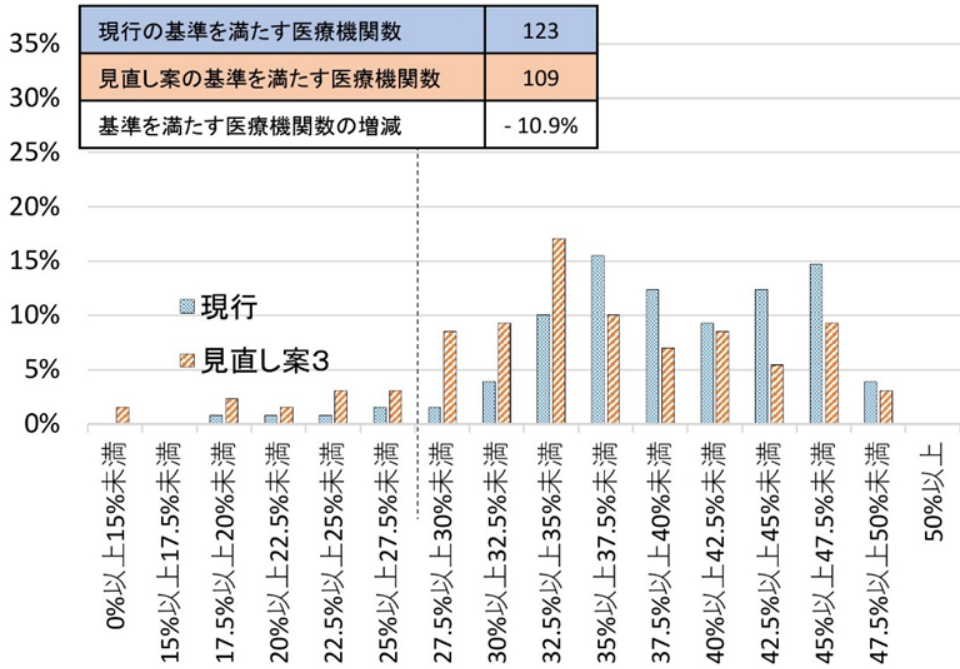
採用

施設基準
必要度Ⅰ：31% ⇒ **28%**
必要度Ⅱ：29% ⇒ **25%**

200床未満の急性期一般入院料１、必要度Ⅰ（n=313）



200床未満の急性期一般入院料１、必要度Ⅱ（n=129）



200床未満の
急性期一般入院料１
必要度Ⅰ＋Ⅱ（n=442）

現行の基準を満たす医療機関数	401
見直し案の基準を満たす医療機関数	298
基準を満たす医療機関数の増減	**- 23.3%**

出典：厚生労働省_中医協総会（2022/01/12）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00132.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設
② 総合入院体制加算の見直し
③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
④ 重症度、医療・看護必要度の要件化
⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

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

現行	改定後
【急性期一般入院基本料１】 ［施設基準］ 許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１から６までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。	【急性期一般入院基本料１】 ［施設基準］ 許可病床数が**200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟**及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料２から**５**までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。 ［経過措置］ 令和４年３月31日において現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）については、同年12月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

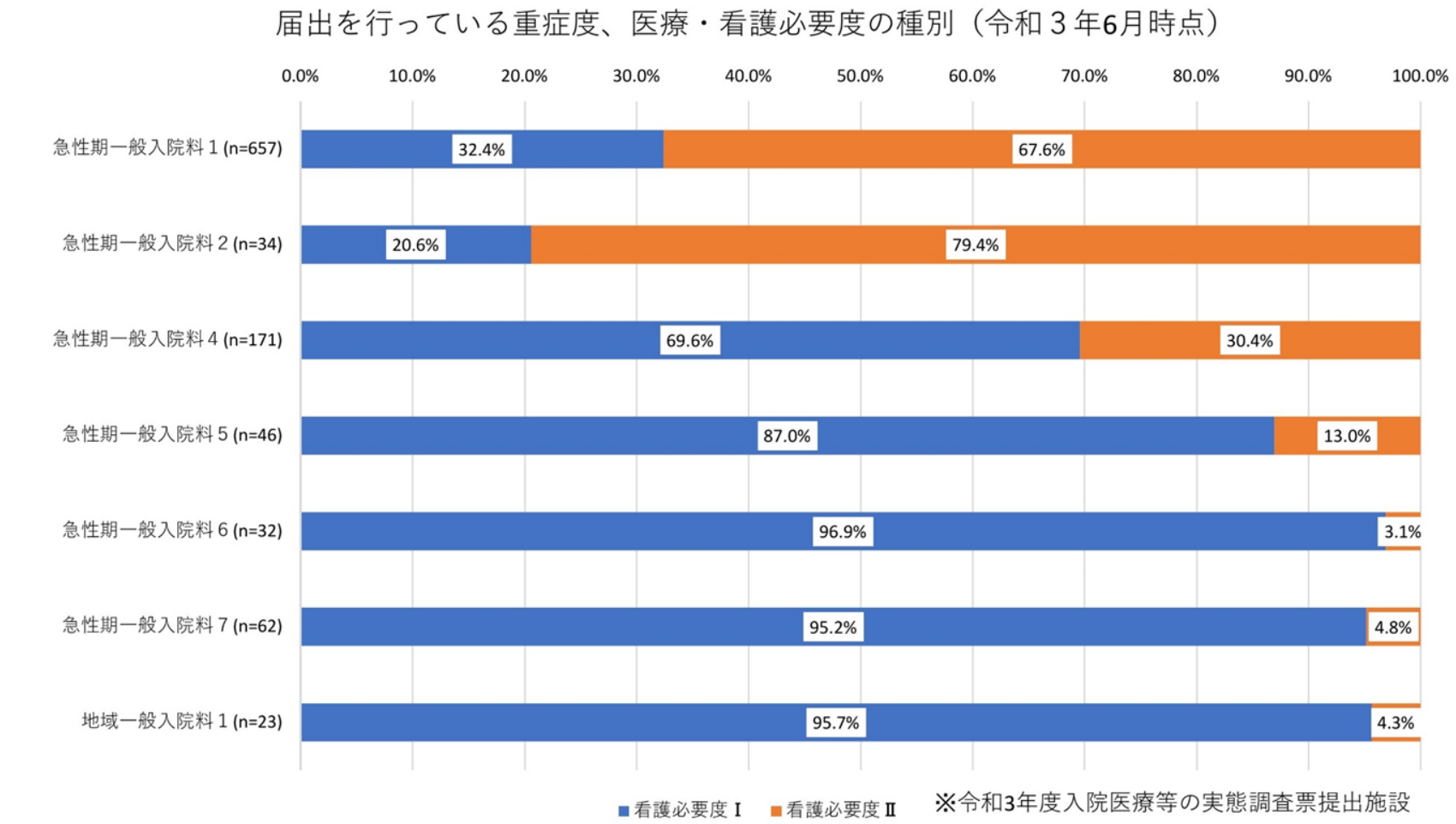
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

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

許可病床400床以上の、急性期一般入院料１～６は重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出が義務化されている。



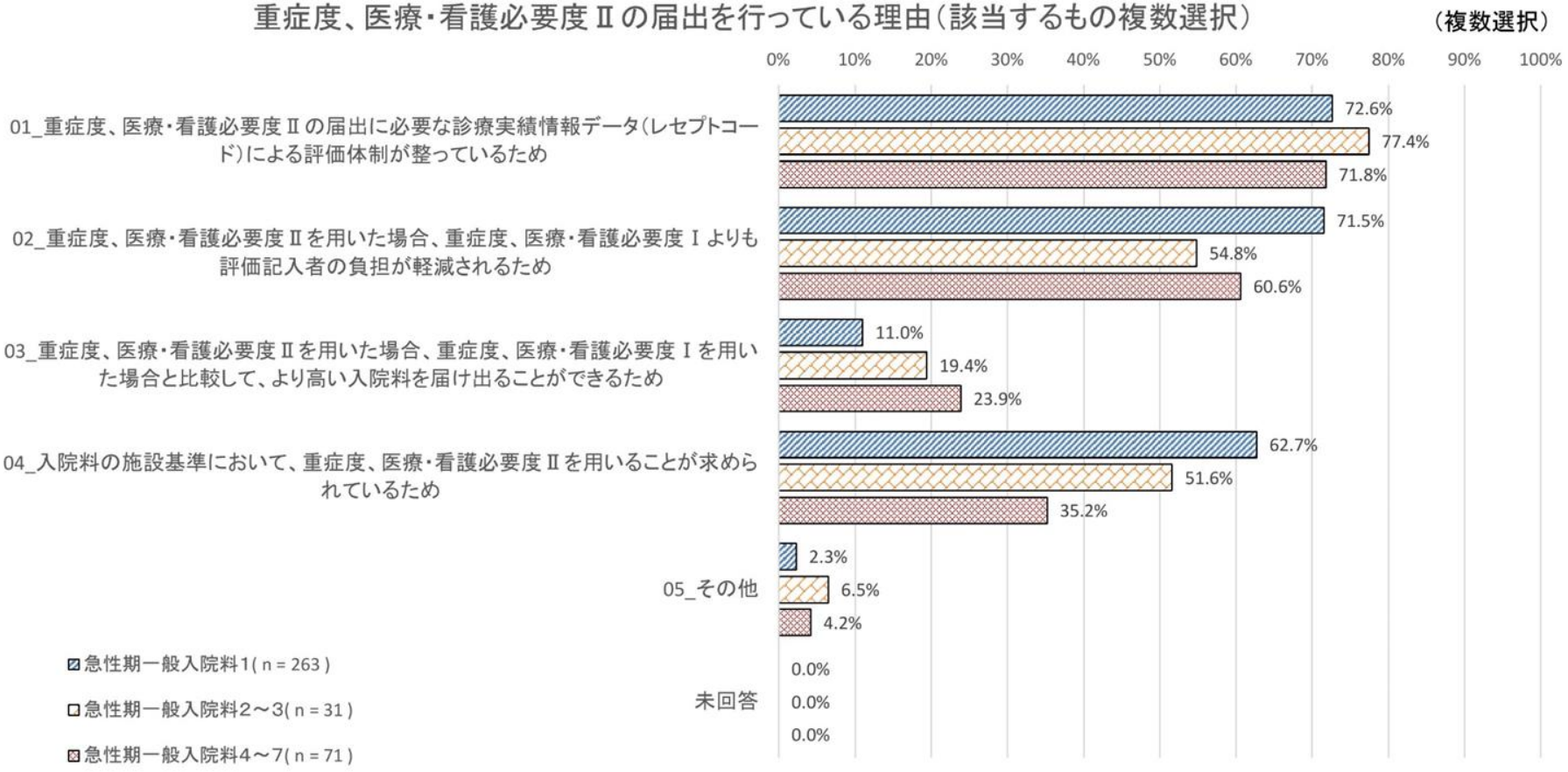
出典：令和３年度入院医療等における実態調査 DPCデータ（様式3）

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

○　重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている理由をみると、「重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」「重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、Ⅰよりも評価記入者の負担が軽減されるため」が多かった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

重症度、医療・看護必要度の施設基準 の 経過措置

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準

✓ 令和４年３月31日時点で、急性期一般入院料１～５、７対１入院基本料（結核、特定機能病院（一般病棟）、専門病院）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を届け出ている病棟又は病室については、令和４年９月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。

急性期一般入院料１における重症度、医療・看護必要度の施設基準

✓ 令和４年３月31日時点で現に急性期一般入院料１を届け出ている病棟（許可病床200床以上400床未満の保険医療機関に限る）については、令和４年12月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価に係る基準を満たしているものとみなす。

急性期一般入院料６における施設基準

✓ 令和４年３月31日時点で現に急性期一般入院料６を届け出ている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、引き続き令和４年度改定前の点数表により急性期一般入院料６を算定可能とする。

目次に戻る

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰをもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

① 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設
② 総合入院体制加算の見直し
③ 重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
④ 重症度、医療・看護必要度の要件化
⑤ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し

短期滞在手術等基本料の評価の見直し①

短期滞在手術等基本料１の見直し

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

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

➢ 短期滞在手術等基本料３の対象手術等のうち、入院外での実施割合の高いものについて、短期滞在手術等基本料１の対象とする（15項目→38項目）。

➢ 平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料１の対象手術等を実施した場合を、評価の対象から除外する。

短期滞在手術等基本料２の見直し

➢ 短期滞在手術等基本料２について、実態を踏まえ、評価を廃止する。

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

短期滞在手術等基本料の評価の見直し②

短期滞在手術等基本料３の見直し

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

追加する手術等

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

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

➢ DPC対象病院以外の場合

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料１の対象手術等（38項目）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

短期滞在手術等基本料の対象手術等（参考）

短期滞在手術等基本料３の対象手術等（57項目）

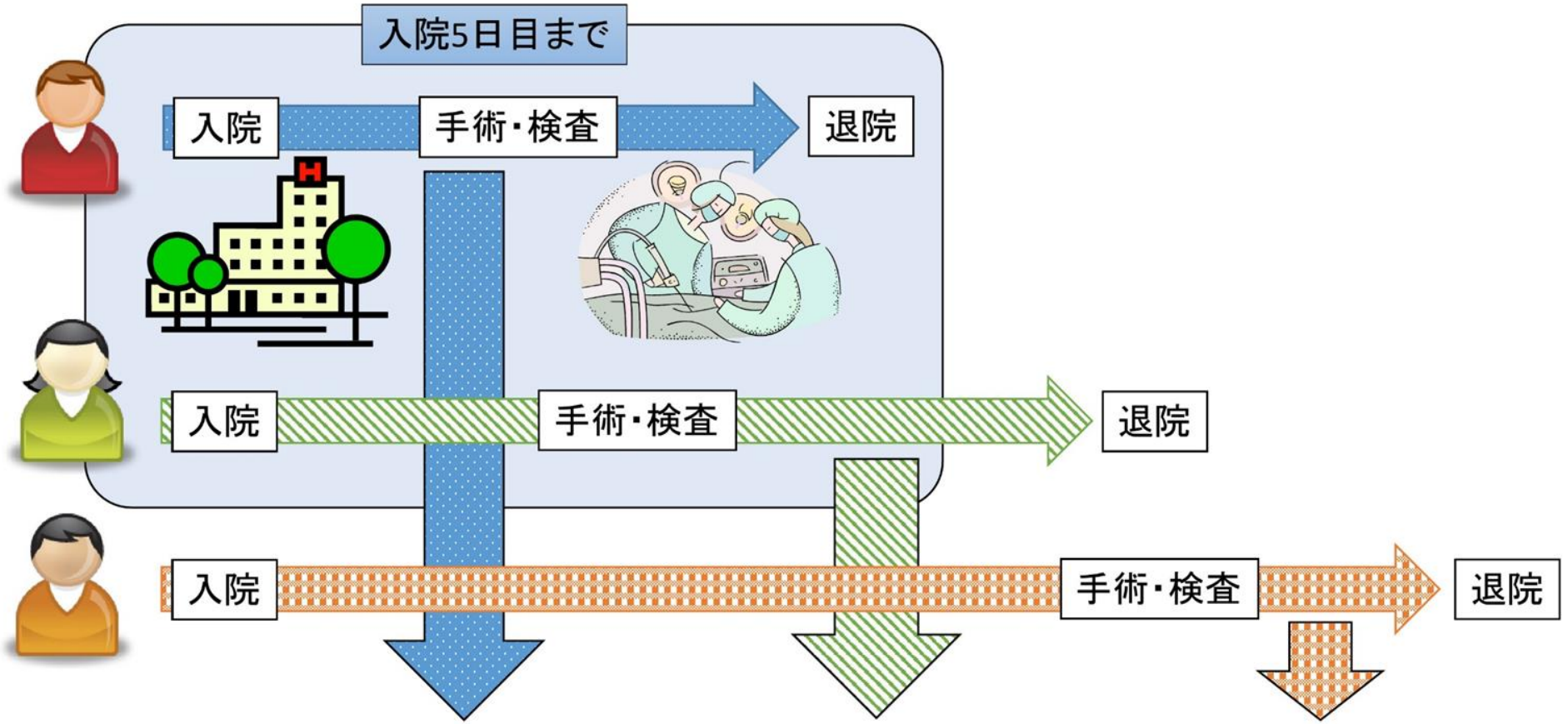
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

短期滞在手術等基本料3に係る算定のイメージ

中医協　総－2
3．8．25



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術等基本料3を算定（※）。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高で算定。

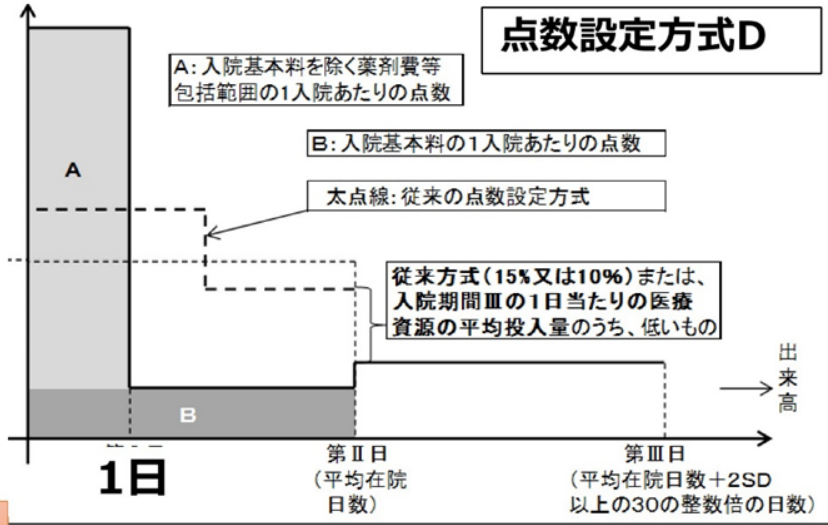
※　DPC対象病院及び診療所を除く。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

- DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。
- DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。
- ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合（片側）
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合（両側）
K008 腋臭症手術2　皮膚有毛部切除術	

- 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

算定ルールの見直し（短期滞在との整理/再入院ルール）

● 短期滞在手術等基本料の見直しへの対応

DPC対象病院において、短期滞在手術等基本料２及び３が算定不可となることを踏まえ、短期滞在手術等基本料３に相当する診断群分類や、その他手術に係る診断群分類について、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dを設定する。

- □ 短期滞在手術
- □ その他手術

診断群分類	診断群分類名称	手術分岐名称
050070xx01x0xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術
060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
060150xx03xxxx	虫垂炎	虫垂切除術　虫垂周囲膿瘍を伴わないもの等
060335xx02000x	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等
090010xx01x0xx	乳房の悪性腫瘍	乳腺悪性腫瘍手術　乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））等
110070xx0200xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術　経尿道的手術
11012xxx020x0x	上部尿路疾患	経尿道的尿路結石除去術

● 再入院ルールの見直し

7日以内に再入院（入棟）する以下のケースについては新たに一連の入院として取り扱う。

- □ 再入院の契機となる傷病名が、手術・処置等の合併症に係るDPCのICDコードである場合
- □ 再入院の医療資源を最も投入した傷病名が前回の入院と同一の場合

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑥特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設
⑦重症患者等に対する支援に係る評価の新設
⑧バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し
⑨救命救急入院料等における算定上限日数の見直し
⑩早期離床・リハビリテーション加算の見直し
⑪早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し
⑫早期栄養介入管理加算の見直し
⑬重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し
⑭救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

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

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

特定集中治療室管理料の対象患者
- 意識障害又は昏睡
- 急性期呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性憎悪
- 急性心不全（心筋梗塞を含む）
- 急性薬物中毒
- ショック
- 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 広範囲熱傷
- 大手術後
- 救急蘇生後
- その他外傷、破傷風等で重篤な状態

①　重症患者に対する24時間体制の医療提供

➢ **重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績**

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

②　専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➢ **ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用**

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

➢ **高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用**

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

➢ **高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置**

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

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

③　重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

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

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

・重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護

・人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際

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



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

➢ 集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成の重要性を踏まえ、特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を確保している場合の評価を新設する。

救命救急入院料２・４、特定集中治療室管理料１～４

（新）　重症患者対応体制強化加算

イ　３日以内の期間	**750点**
ロ　４日以上７日以内の期間	**500点**
ハ　８日以上14日以内の期間	**300点**

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

［施設基準の概要］

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

重症患者対応体制強化加算

改定後

（新）重症患者対応体制強化加算

イ　３日以内の期間	**750点**
ロ　４日以上７日以内の期間	**500点**
ハ　８日以上 14 日以内の期間	**300点**

［対象患者］

特定集中治療室管理料１から４まで又は救命救急入院料２若しくは４を算定する病室に入院している患者

［算定要件］

重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届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

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

⑥ 特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設❷

改定後

（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なくても差し支えない。

（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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑥特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設

⑦重症患者等に対する支援に係る評価の新設

⑧バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し

⑨救命救急入院料等における算定上限日数の見直し

⑩早期離床・リハビリテーション加算の見直し

⑪早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

⑫早期栄養介入管理加算の見直し

⑬重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

⑭救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症患者等に対する支援に係る評価の新設

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

（新）　重症患者初期支援充実加算　300点（１日につき）

［算定要件］

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**入院した日から起算して3日を限度**として所定点数に加算する。
- 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。

ア　**当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。**

イ　支援の必要性が生じてから**可能な限り早期に支援**するよう取り組む。

ウ　当該患者及びその家族等の**心理状態に配慮した環境で支援**を行う。

エ　当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

［施設基準］

（１）　患者サポート体制充実加算に係る届出を行っていること。

（２）　**特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されている**こと。

（３）　**当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者**（以下「**入院時重症患者対応メディエーター**」という。）を配置していること。なお、支援に当たっては、**当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援**を行うこと。

（４）　入院時重症患者対応メディエーターは、**当該患者の治療に直接関わらない者**であって、以下のいずれかであること。

ア　**医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者**（医療関係団体等が実施する研修を令和５年３月31日までに修了していることが望ましい）

イ　**医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する研修を修了し、かつ、支援に係る経験を有する者**

（５）　**支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月１回程度開催**されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。

（６）　**支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備**し、職員に遵守させていること。

（７）　支援の内容その他必要な実績を記録していること。

（８）　定期的に支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

重症患者初期支援充実加算

改定後

（新）重症患者初期支援充実加算（１日につき） 300点

（※）救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料において算定可能とする

【経過措置】

✓ 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスについて、開催が困難な場合にあっては、令和４年９月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

参考

救急・集中治療領域の終末期にある患者の家族支援の方法

○ 救急・集中治療領域の重症患者の家族は、治療について代理意思決定という大きな負担を強いられているが、家族に対する支援体制は十分ではないとされている。

○ 日本集中治療学会より、集中治療領域における終末期にある患者の家族支援の方法について指針が示されている。

集中治療領域における終末期患者の家族支援の方法

- 集中治療領域における終末期にある家族へのこころのケアの具体的方略として、5つの中核的要素を主軸とした直接的アプローチ、管理的アプローチからなるアプローチを複合的に実践することが必要である。
- これらのケアの提供にあたっては、施設ごと、症例ごとの振り返りや教育体制を構築し、医療者の倫理的感性を高めるような取り組みがなされることが望ましい。（出典より）

こころのケアにおける「５つの中核的要素」

1. 家族の権利擁護
＜直接的アプローチ＞・家族の代理意思決定を支援する
＜管理的アプローチ＞・社会資源などの情報を提供する
・思いを表出できる環境を整える

2. 家族の苦痛を緩和する
＜直接的アプローチ＞・苦痛の緩和を図る
・情緒的に安定が得られるように支援する
・患者に主にかかわる家族への関わり
＜管理的アプローチ＞・個人的な時間と空間を確保する

3. 家族との信頼関係を維持する
＜直接的アプローチ＞・医療者の姿勢
・感情・意思の疎通を図る
＜管理的アプローチ＞・チーム医療の提供

4. 家族に十分な情報を提供する
＜直接的アプローチ＞・家族が患者の状況を理解できる情報提供を行う
・状況に応じて家族も含めたカンファレンスを開催する
＜管理的アプローチ＞・多職種を含めたカンファレンスを開催する

5. 家族のケア提供場面への参加を促す
＜直接的アプローチ＞・ケアへの参加を促す
＜管理的アプローチ＞・環境を調整する

出典：日本集中治療医学会「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

救急・集中治療領域の重症患者の家族に対する支援に係る取組

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

入院時重症患者対応メディエーター

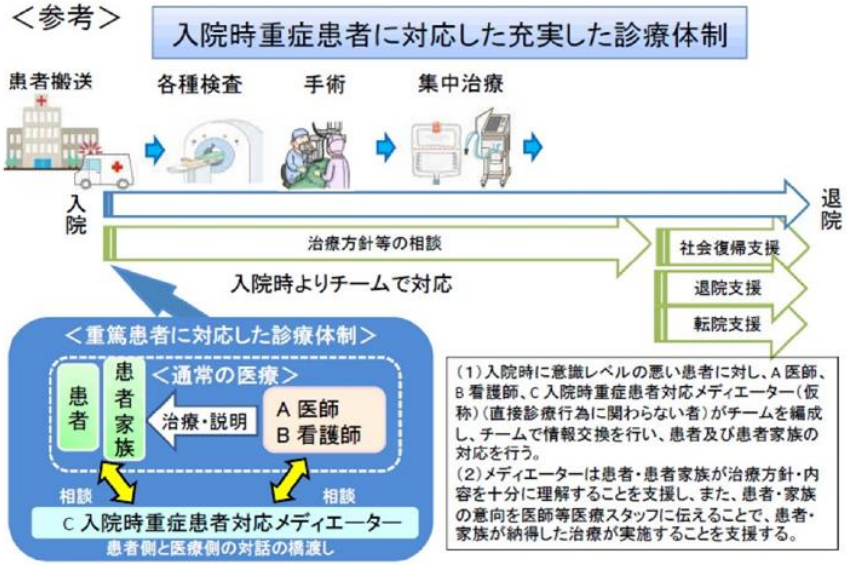
一般社団法人日本臨床救急医学会では、救急・集中治療領域において、重症患者の家族へのサポートを行う役割を担う「入院時重症患者対応メディエーター」に係る認定講習会を開催している。

「入院時重症患者対応メディエーター」の役割や特徴は以下のとおり。

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

（出典：「入院時重症患者対応メディエーター」養成テキスト）

入院時重症患者対応メディエーターの役割（イメージ）



※日本臨床救急医学会にて、今年度、認定講習会開催。

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

治療に直接関与しない職員の必要性

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

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

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑥特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設
⑦重症患者等に対する支援に係る評価の新設
⑧バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し
⑨救命救急入院料等における算定上限日数の見直し
⑩早期離床・リハビリテーション加算の見直し
⑪早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し
⑫早期栄養介入管理加算の見直し
⑬重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し
⑭救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

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

現行

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※１）	60日

（※１）救命救急入院料３及び４、特定集中治療室管理料２及び４に限る。

改定後

【Ａ３００　救命救急入院料】
【Ａ３０１　特定集中治療室管理料】

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

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

施設基準の見直し

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

現行

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

改定後

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

集中治療室設置に関する指針ついて

○ 日本集中治療医学会が2002年に策定した「集中治療部設置のための指針」においては、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、ISO（国際標準化機構）基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000～100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨していた。

○ 「集中治療部設置のための指針」の改訂にあたって、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠がないことから、空気清浄度の規定を当該指針から削除し、手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室を適正数配備することが望ましいとした。

《集中治療部設置のための指針　－2002年3月－》

日本集中治療医学会集中治療部設置基準検討委員会

6.設備
（2）空調設備
集中治療部は、適切で安全な空気質条件を常時維持しなければならない。空調能力は基本的には部屋の容積と施設の要求仕様、換気回数によって定められる。空気感染防止を目的とした隔離のための個室は別空調を設置しなければならない。
a.空気清浄度
集中治療部にはISO（国際標準化機構）基準によるクラス7、NASA基準によるクラス10,000～100,000程度の清浄空気が供給されることを推奨する。
9.感染防止対策
（3） 空調設備
病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はないが、易感染性患者を収容すること、および感染の機会が多いことを考慮し、前述の空気清浄度を保つことを推奨する。

《集中治療部設置のための指針:2021 年改訂について　空調設備に関する改訂方針と提言》

日本集中治療医学会理事会集中治療部設置指針改訂タスクフォース

（中略）しかし、病棟内の空気清浄度を上げることにより集中治療部内における感染症発生頻度が減少するという直接的な証拠はない。
（中略）したがって、本改訂では“指針”において、**“集中治療部にはISO 基準によるクラス7、NASA 基準によるクラス10,000～100,000 程度の清浄空気が供給されることを推奨する”の記載は削除し、“HEPA フィルター設置により手術室同等の空気清浄度を保つ個室と空気感染症にも対応可能な陰圧個室をユニット内に適正数配備することが望ましい”とする文言に置き換える。**

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

救急搬送診療料の見直し

算定要件の見直し

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

救急搬送診療料　　1,300点

現行

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

改定後

・　救急搬送診療料は、**救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する**。
・　入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、**以下のいずれか**に該当する場合においては、**入院患者**についても救急搬送診療料を算定することができる。

ア　**搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師**が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合

イ　**救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者**について、**関係学会の指針等に基づき**、患者の搬送を行う場合

重症患者搬送に係る診療への評価の新設

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

救急搬送診療料　　1,300点

（新）重症患者搬送加算　　1,800点

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

人工呼吸の評価の見直し

人工呼吸の評価の見直し

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

現行

【人工呼吸】
3　５時間を超えた場合（１日につき）　819点

［算定要件］
（新設）

改定後

【人工呼吸】
3　５時間を超えた場合（１日につき）
イ　14日目まで　950点
ロ　15日目以降　815点

［算定要件］
（１）「３」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。
（２）「３」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

（新）　覚醒試験加算　100点（１日につき）

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

（新）　離脱試験加算　60点（１日につき）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

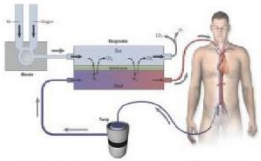
ECMO（体外式膜型人工肺）を用いた診療等に係る評価の見直し

ECMOの評価の見直し

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

（新）　体外式膜型人工肺（１日につき）

1	初日	30,150点
2	２日目以降	3,000点



［算定要件］

（１）**急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪**であって、**人工呼吸器で対応できない患者**に対して、**体外式膜型人工肺を使用した場合**に算定する。

（２）実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

※あわせて、人工心肺に係る算定要件を整理。

ECMOの治療管理に係る評価の新設

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

（新）　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）

1	７日目まで	4,500点
2	８日目以降14日目まで	4,000点
3	15日目以降	3,000点



［算定要件］

（１）**急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪**であって、**人工呼吸器で対応できない患者**に対して、**体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合**に算定する。

（２）治療開始時においては、**導入時加算**として、**初回に限り5,000点**を所定点数に加算する。

（３）体外式膜型人工肺管理料は、区分番号Ｋ６０１－２に掲げる体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

［施設基準］

（１）次のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。

ア　区分番号Ａ３００に掲げる**救命救急入院料**

イ　区分番号Ａ３０１に掲げる**特定集中治療室管理料**

ウ　区分番号Ａ３０１－４に掲げる**小児特定集中治療室管理料**

（２）当該保険医療機関内に**専任の臨床工学技士が常時一名以上配置**されていること。

経皮的動脈血酸素飽和度測定の評価の見直し

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

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

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

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

現行

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

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

改定後

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

［施設基準］
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
□　**当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**
※　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること**。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

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

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

現行

特定集中治療室管理料１～４

改定後

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

特定集中治療室での早期からの取組の評価について

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➢ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

早期離床・リハビリテーション加算　　500点（1日につき）

［算定要件］

① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。

② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。

［施設基準］

① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。

② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。

③ 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。

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

➢ 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

（新）　早期栄養介入管理加算　　400点（1日につき）



［算定要件］

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理 を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、**栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始**を**入室後48時間以内に実施**すること。 等

［施設基準］

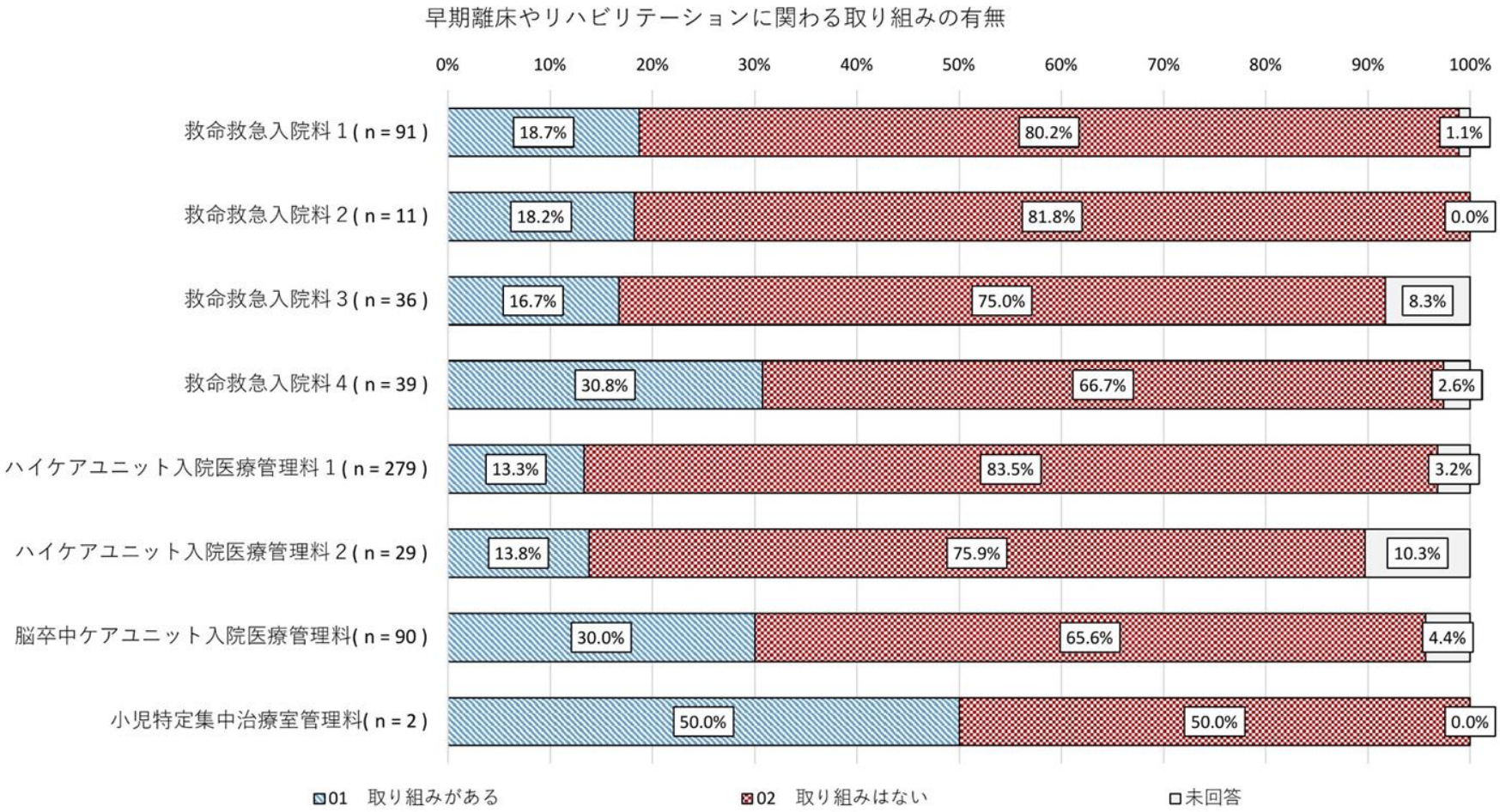
特定集中治療室に要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

早期離床やリハビリテーションの実施状況

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



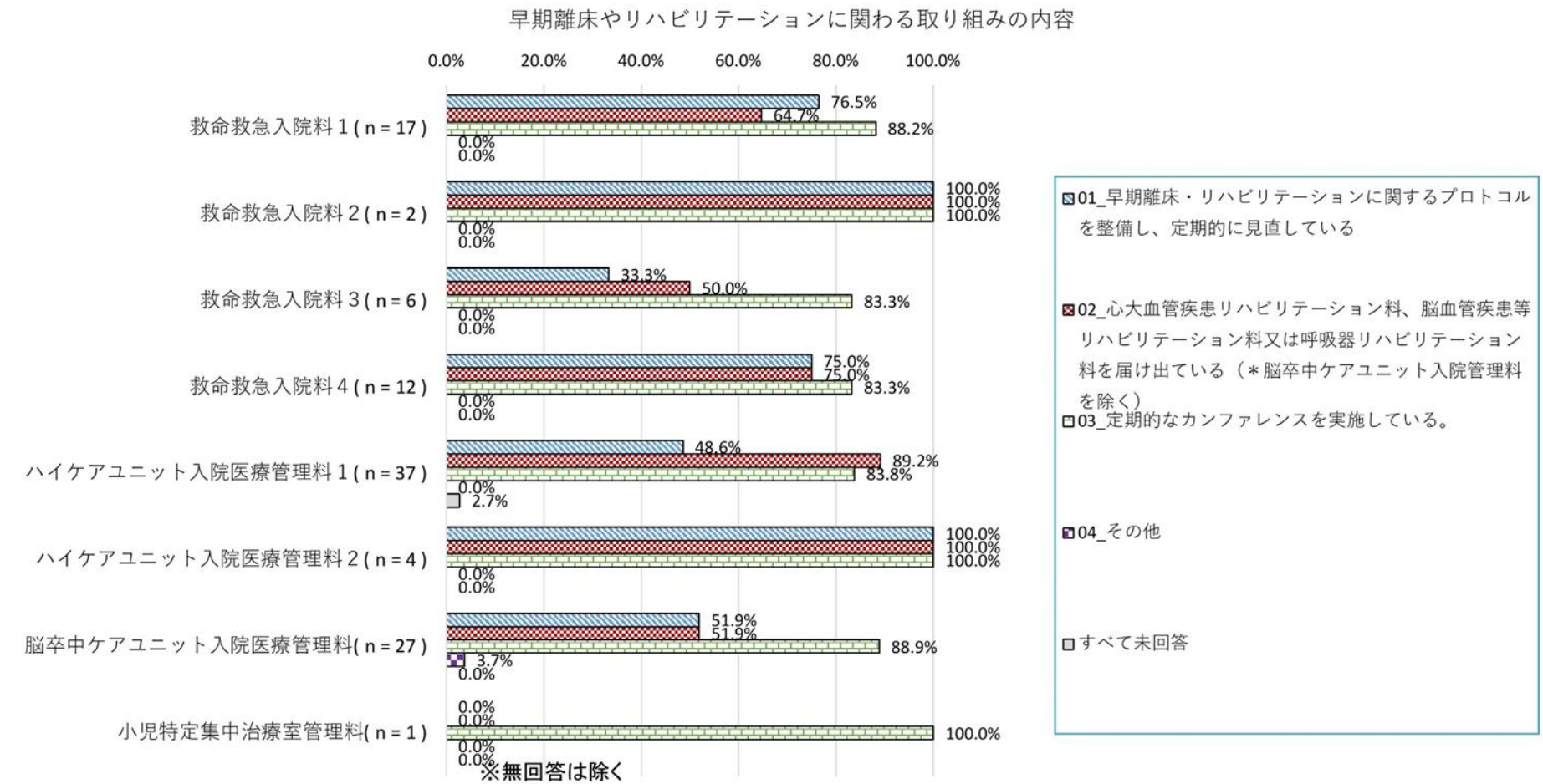
出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）　※簡易な報告で新たに治療室となった治療室を除く

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

早期離床やリハビリテーションの活動内容

○　早期離床・リハビリテーションの算定の対象となっていない治療室について、早期離床やリハビリテーションに関わる取り組みを行っている治療室の活動内容は、以下のとおりであった。



※無回答は除く
※複数回答
※簡易な報告で新たに治療室となった治療室は除く

出典：令和3年入院医療等の調査（治療室票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑥特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設
⑦重症患者等に対する支援に係る評価の新設
⑧バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し
⑨救命救急入院料等における算定上限日数の見直し
⑩早期離床・リハビリテーション加算の見直し
⑪早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し
⑫早期栄養介入管理加算の見直し
⑬重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し
⑭救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し

評価項目及び判定基準の見直し

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

現行

【特定集中治療室用】

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

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

基準	A得点４点以上かつB得点３点以上

改定後

・「心電図モニターの管理」「B　患者の状況等」の項目を廃止

【特定集中治療室用】

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

基準	A得点３点以上

評価方法の見直し

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

救命救急入院料１及び３における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し

重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票の変更

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

現行

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

改定後

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

救命救急入院料１・３の重症度、医療・看護必要度（評価票別）

○ 救命救急入院料１及び３を算定する患者について、ハイケアユニット用の評価票を用いて評価したところ、基準を満たす患者割合は以下のとおりだった。

ICU評価票

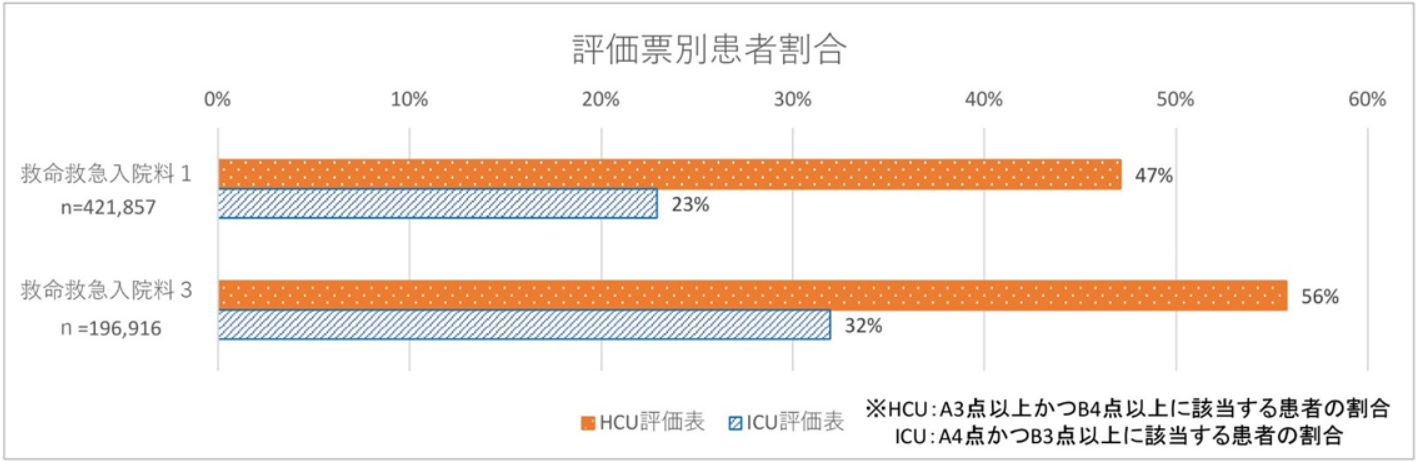
	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料１	421,857	96,615	22.9%
救命救急入院料３	196,916	62,890	31.9%

※A得点4点以上かつB得点3点以上

HCU評価票

	延患者数	対象延患者	割合
救命救急入院料１	421,857	198,699	47.1%
救命救急入院料３	196,916	109,845	55.8%

※A得点3点以上かつB得点4点以上
※蘇生術の施行は除く



出典：令和2年度 年度DPCデータ（EFファイル、Hファイル）　※nは患者数×日数（人・日）

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準
A得点4点以上かつB得点3点以上

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

【ハイケアユニット用】

基準
A得点3点以上かつB得点4点以上

A　モニタリング及び処置等	0点	1点
1　創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり
2　蘇生術の施行	なし	あり
3　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4　点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5　心電図モニターの装着	なし	あり
6　輸液ポンプの管理	なし	あり
7　動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
8　シリンジポンプの管理	なし	あり
9　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
10　人工呼吸器の管理	なし	あり
11　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
13　特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）	なし	あり

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用　共通】

B　患者の状況等	患者の状態				介助の実施			評価
	0点	1点	2点		0	1		
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	×			=	点
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
危険行動	ない		ある					点

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-5　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

目次に戻る

高度急性期関係の の 経過措置

救命救急入院料における重症度、医療・看護必要度の評価方法（A300）

✓ 令和４年３月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

救命救急入院料の注11等に規定する重症患者対応体制強化加算（A300等）

✓ 急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、A200-2急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月31日までの間に限り、別添７の様式42の８にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。

特定集中治療室管理料における重症度、医療・看護必要度の評価方法（A301）

✓ 令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

特定集中治療室管理料の注５に規定する早期栄養介入管理加算

✓ 令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の「注５」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、８の(４)の基準を満たしているものとみなす。

目次に戻る

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰをもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑮地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

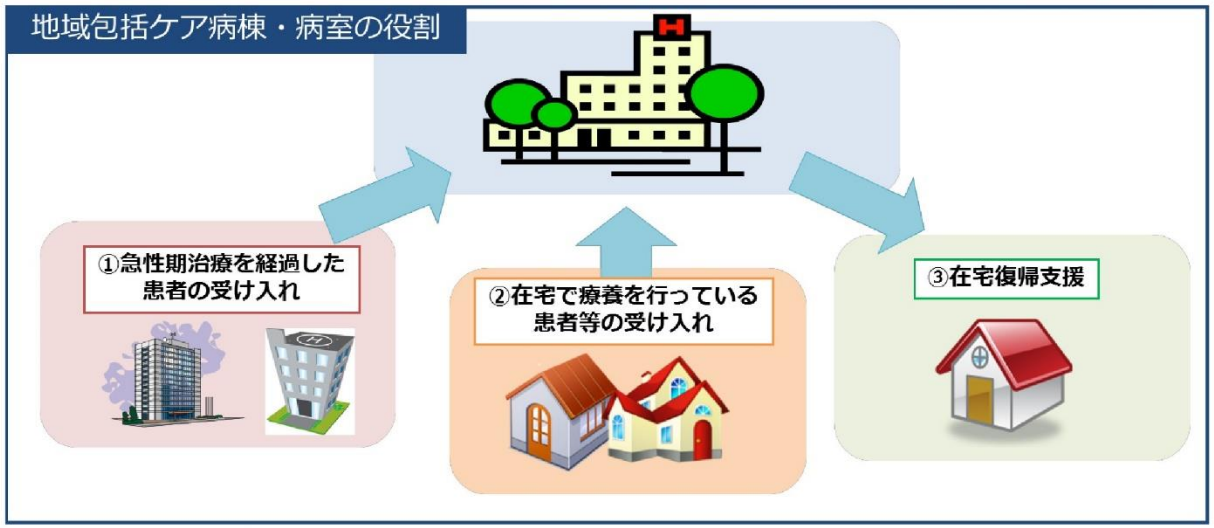
⑯地域包括ケア病棟入院料の見直し

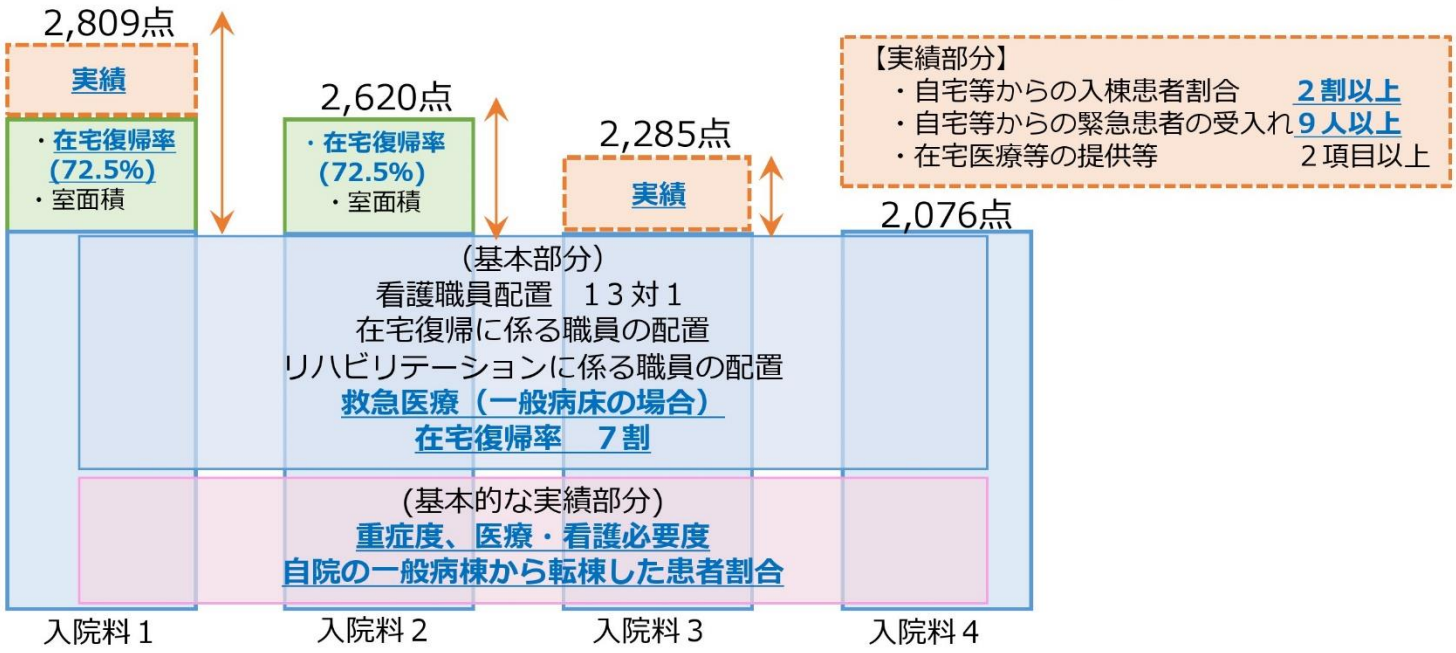
⑰回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

⑱回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

⑲特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設

地域包括ケア病棟入院料の施設基準（イメージ）





出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

入退院支援加算の概要

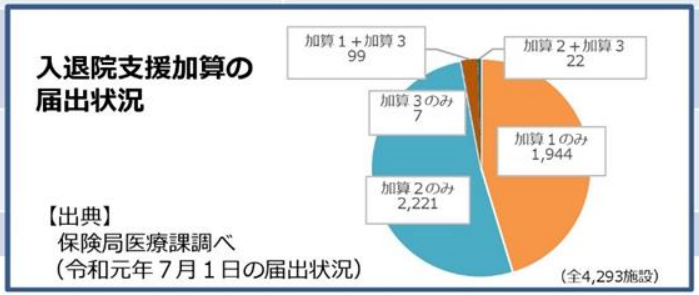
Ａ２４６　　入退院支援加算（退院時１回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
  入退院支援加算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
- **地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定している病棟においては、入退院支援加算１のみ出来高で算定可。**

［主な算定要件・施設基準］

	入退院支援加算１	入退院支援加算２	入退院支援加算３
退院困難な要因	ア．悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ．緊急入院　　ウ．要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ．家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ．生活困窮者　　カ．入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ．排泄に介助を要する ク．同居の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない ケ．退院後に医療処置が必要　　コ．入退院を繰り返していること サ．その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの		ア．天奇形 イ．染色体異常 ウ．出生体重1,500g未満 エ．新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ．その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後３日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は７日以内 療養病棟入院基本料等は１４日以内　に実施 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後７日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後７日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後７日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・７日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後１か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が１名以上かつ、①もしくは②　（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（２病棟に１名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年３回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		

※週３日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤２名以上の組み合わせも可。

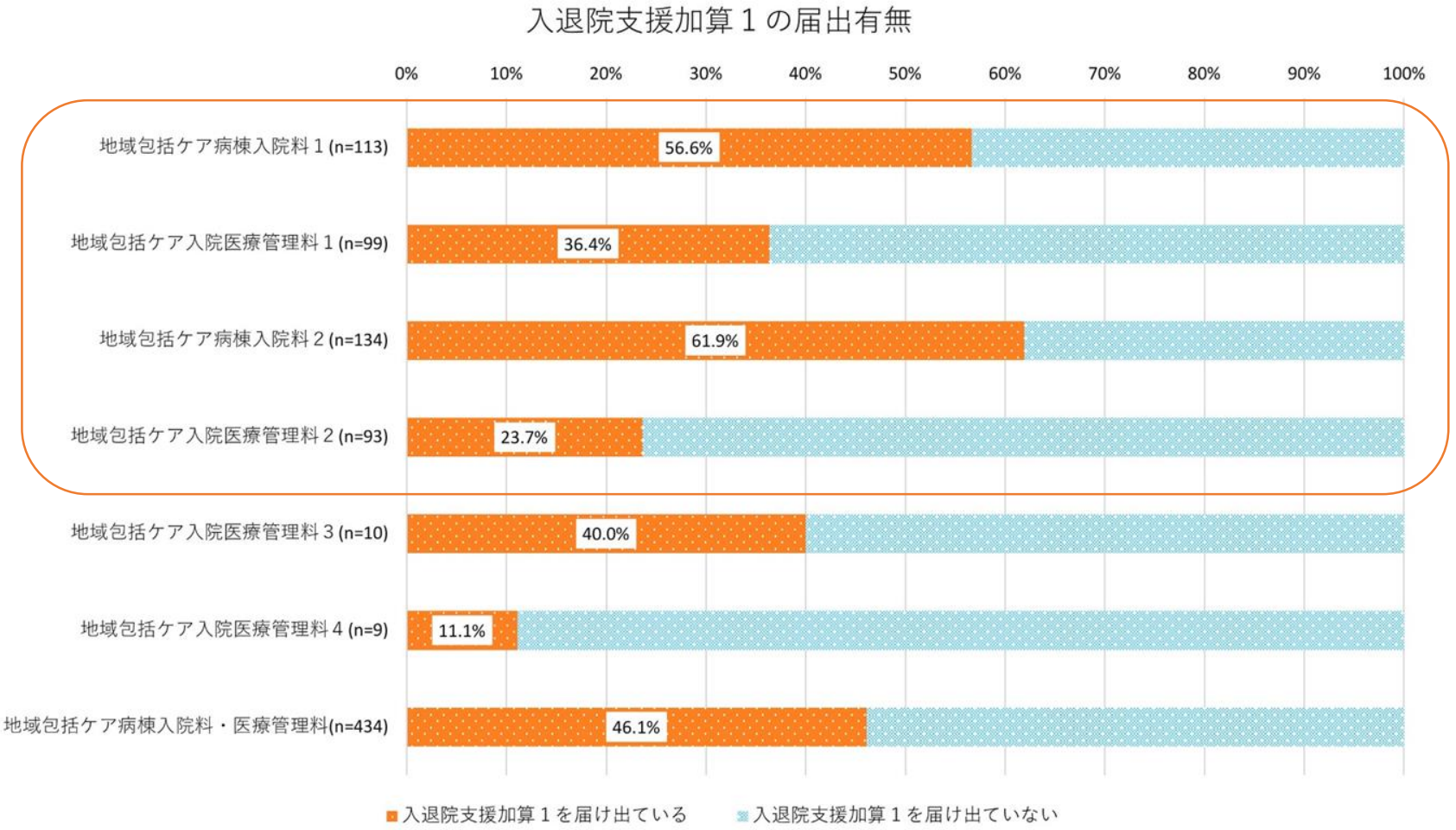


出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

入退院支援加算についての分析①

○　地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関の入退院支援加算の届出状況は以下のとおり。
○　地域包括ケア病棟入院料又は管理料を有している医療機関全体でみると、入退院支援加算１を届け出ている割合は約５割であった。



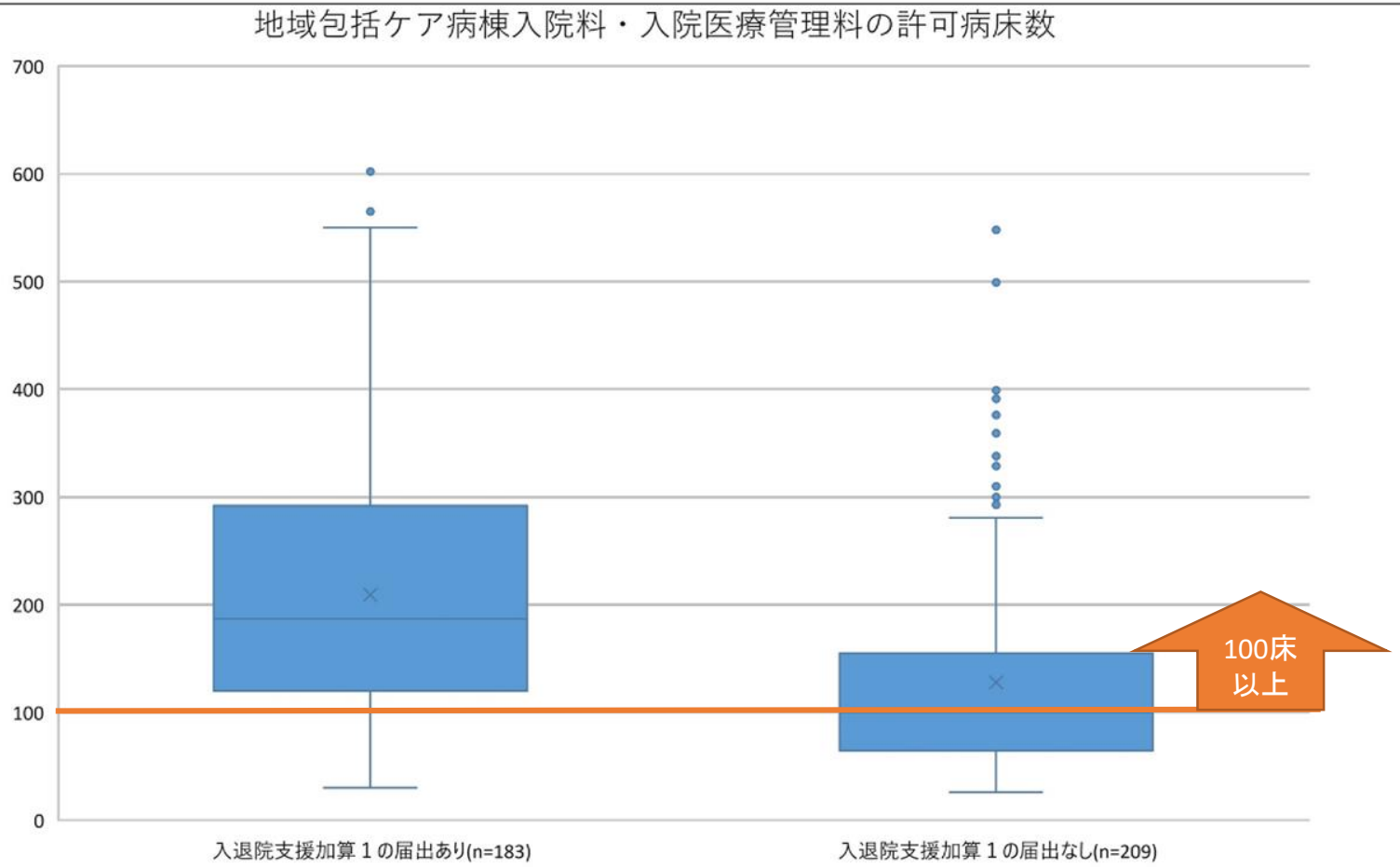
※：n=１は除く。
出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

入退院支援加算についての分析②

○　地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算１を届け出ている医療機関と届け出ていない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
○　平均値で比較すると、入退院支援加算１の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。



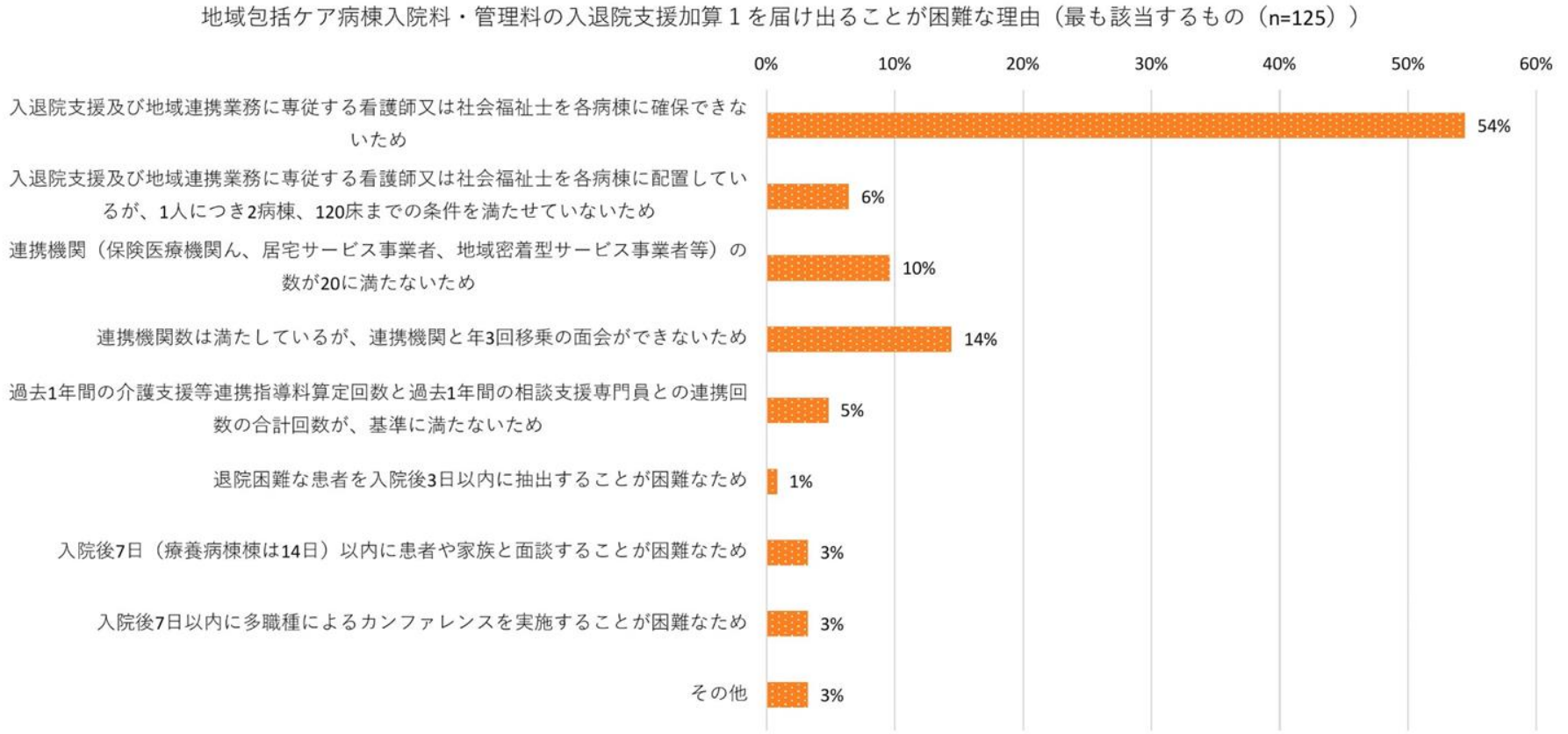
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

参考:厚生労働省_中医協総会(2021/11/12)総-2-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

入退院支援加算についての分析③

○　地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ていない医療機関における、入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由は以下のとおりであった。
○「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

参考
令和２年度改定

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 （7割以上が看護師）							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　14%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				ー			
一般病棟から転棟した患者割合※1	ー		6割未満（許可病床数400床以上の場合）	ー	ー		6割未満（許可病床数400床以上の場合）	ー
実績部分 自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上（管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		ー		1割5分以上（管理料の場合、10床未満は3月で6人以上）		ー	
実績部分 自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		ー		3月で6人以上		ー	
実績部分 地域包括ケアの実績※2	○		ー		○		ー	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		ー	○	○		ー	○
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

※2　以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1　満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

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

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

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

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

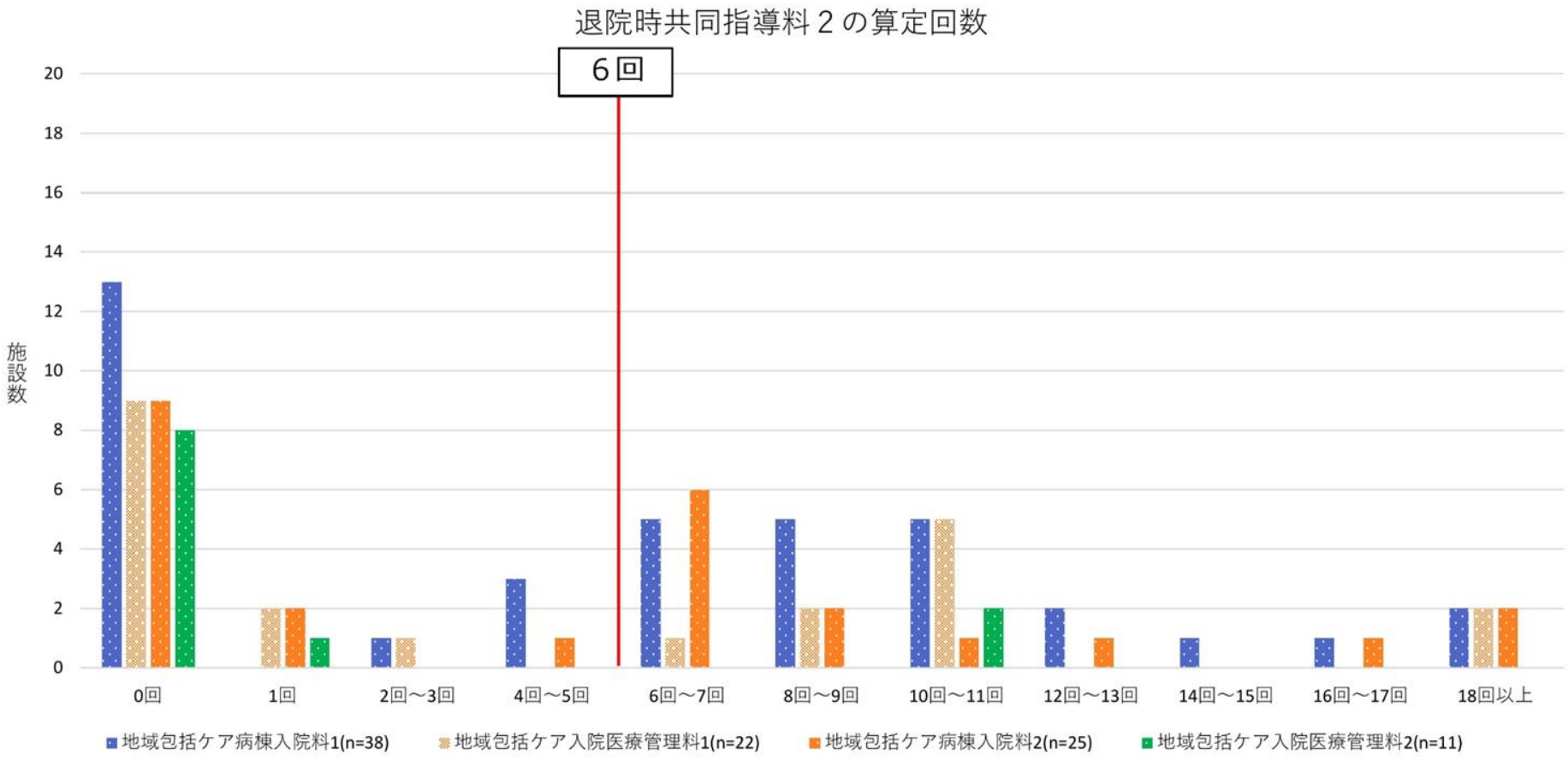
⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

地域包括ケアの実績について

○地域包括ケアの実績のうち、「⑥ 退院時共同指導料2の算定回数」の医療機関分布は以下のとおり。



出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

※n２以下は除く。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

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

実績要件の見直し①

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

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　１割４分以上 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　１割１分以上	【地域包括ケア病棟入院料】 （抜粋・概要） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合　**１割２分以上** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合　**０割８分以上**

- 自院一般病棟からの転棟割合の見直し
  - 入院料２及び４における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 400床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。	【地域包括ケア病棟入院料】 **200床以上**の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

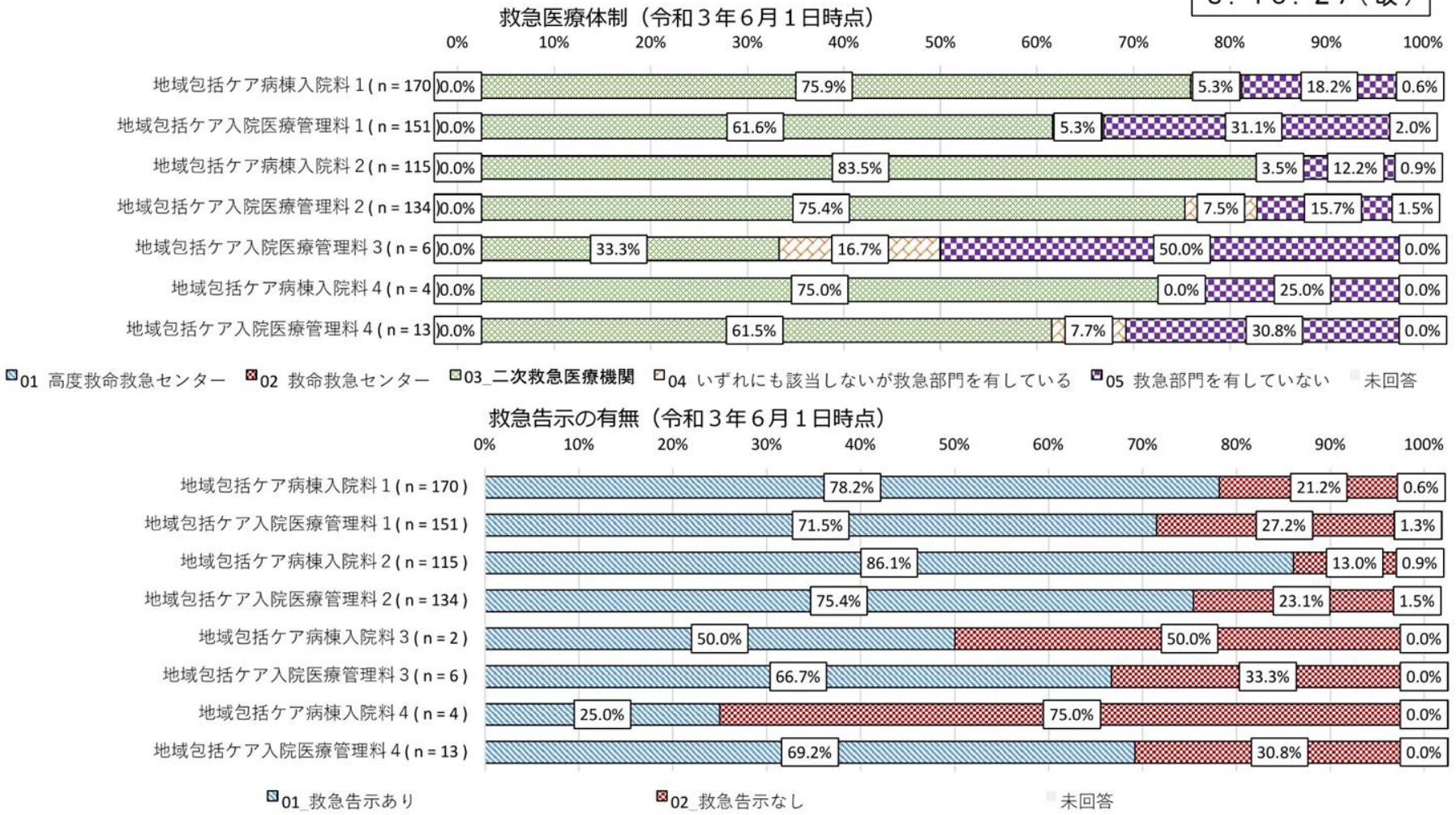
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救急について

○ 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救命救急センター等の体制及び救急告示の有無は以下のとおり。救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。

中医協 総－１－２
３．１０．２７（改）



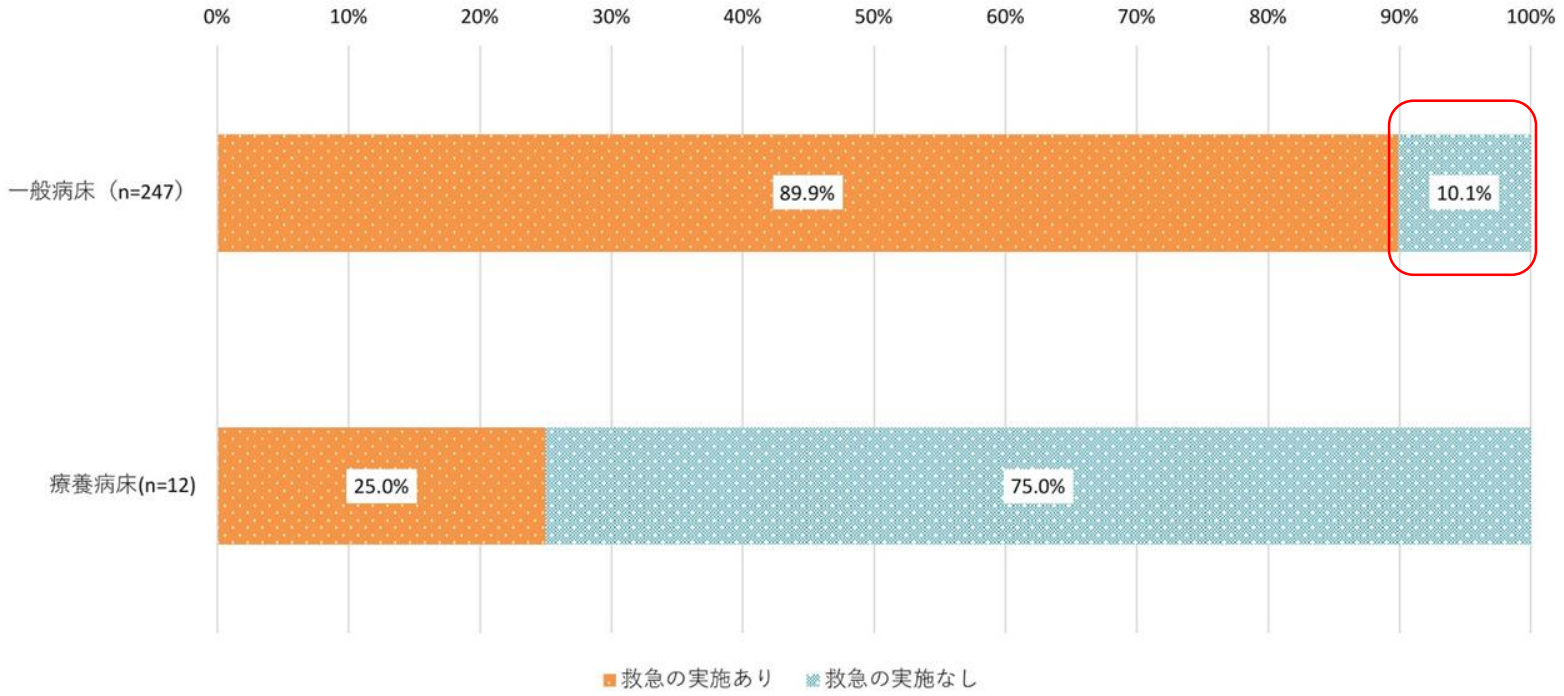
出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

救急実施の有無（病床種別）

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



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

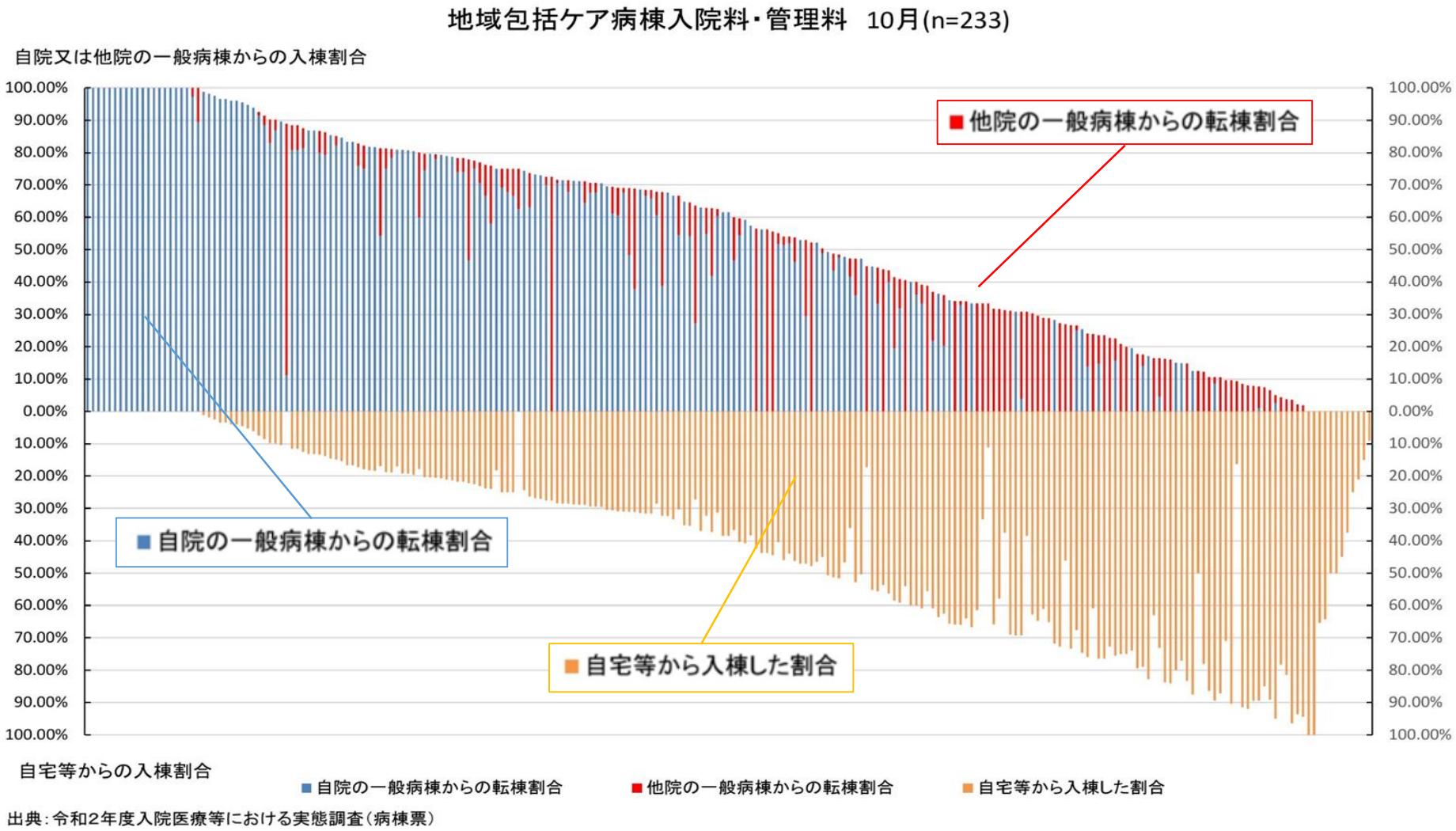
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

出典:厚生労働省_中医協総会(2021/11/12)総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

地域包括ケア病棟・病室の入棟元

○　自院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が低い傾向であった。一方、他院の一般病棟からの転棟割合が多い病棟は自宅等から入棟した割合が高い傾向であった。

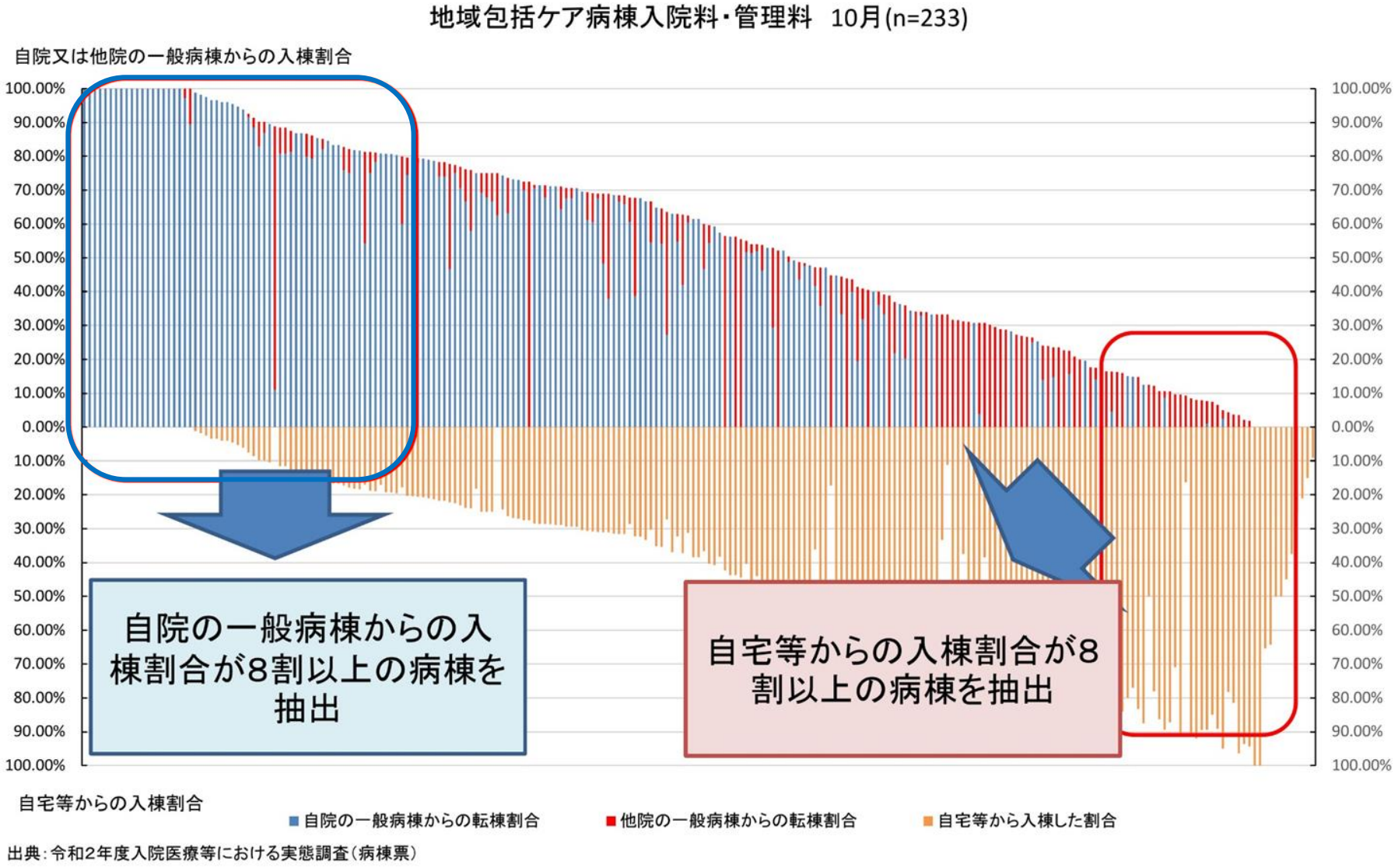


出典：令和2年度入院医療等における実態調査（病棟票）

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

地域包括ケア病棟・病室の入棟元の割合分布



出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票）

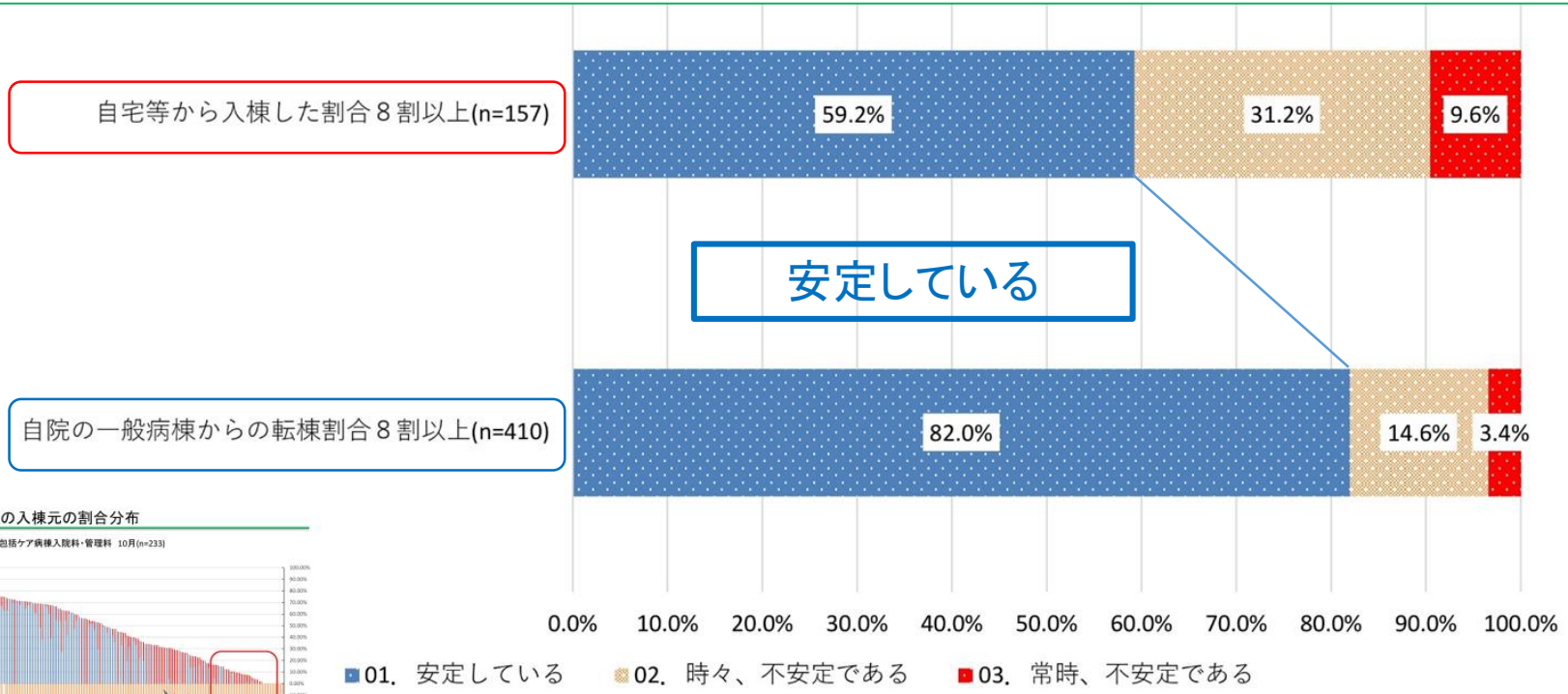
参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

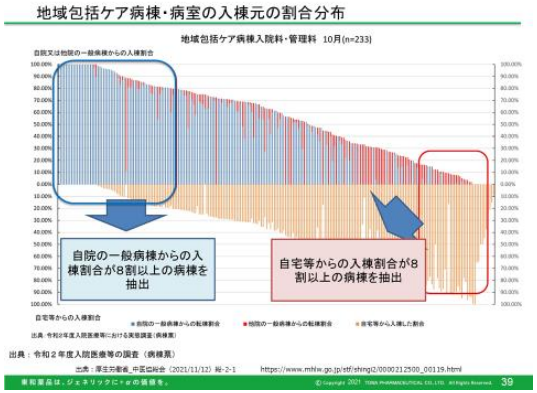
参考

患者の状態について

○ 「自院の一般病棟からの転棟が８割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が８割以上の病棟」のそれぞれに入院している患者の状態は、以下のとおりであった。

○ 「自院の一般病棟からの転棟が８割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。



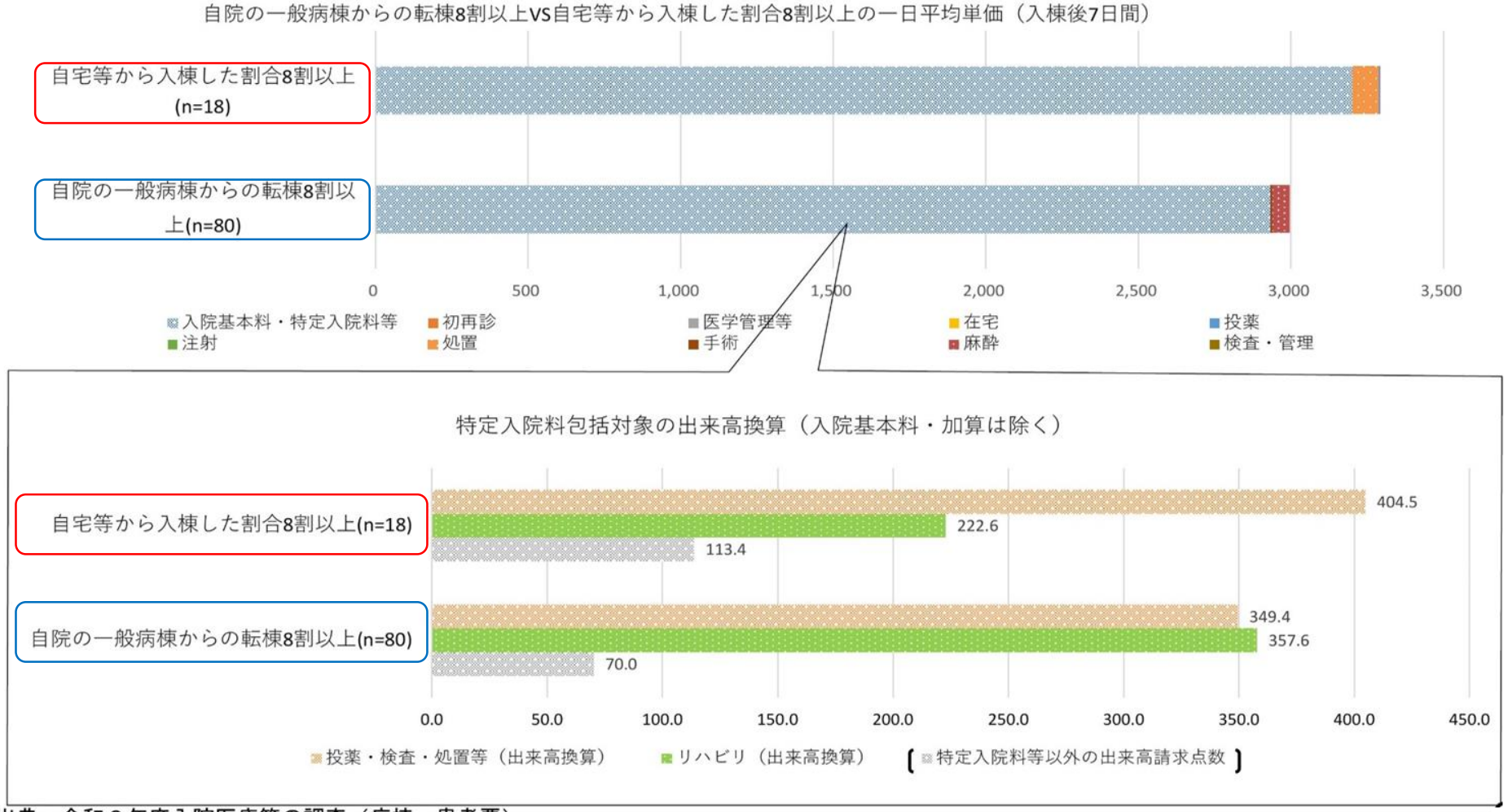


参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

レセプト請求点数（医療機関の特性別）

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



出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟・患者票）

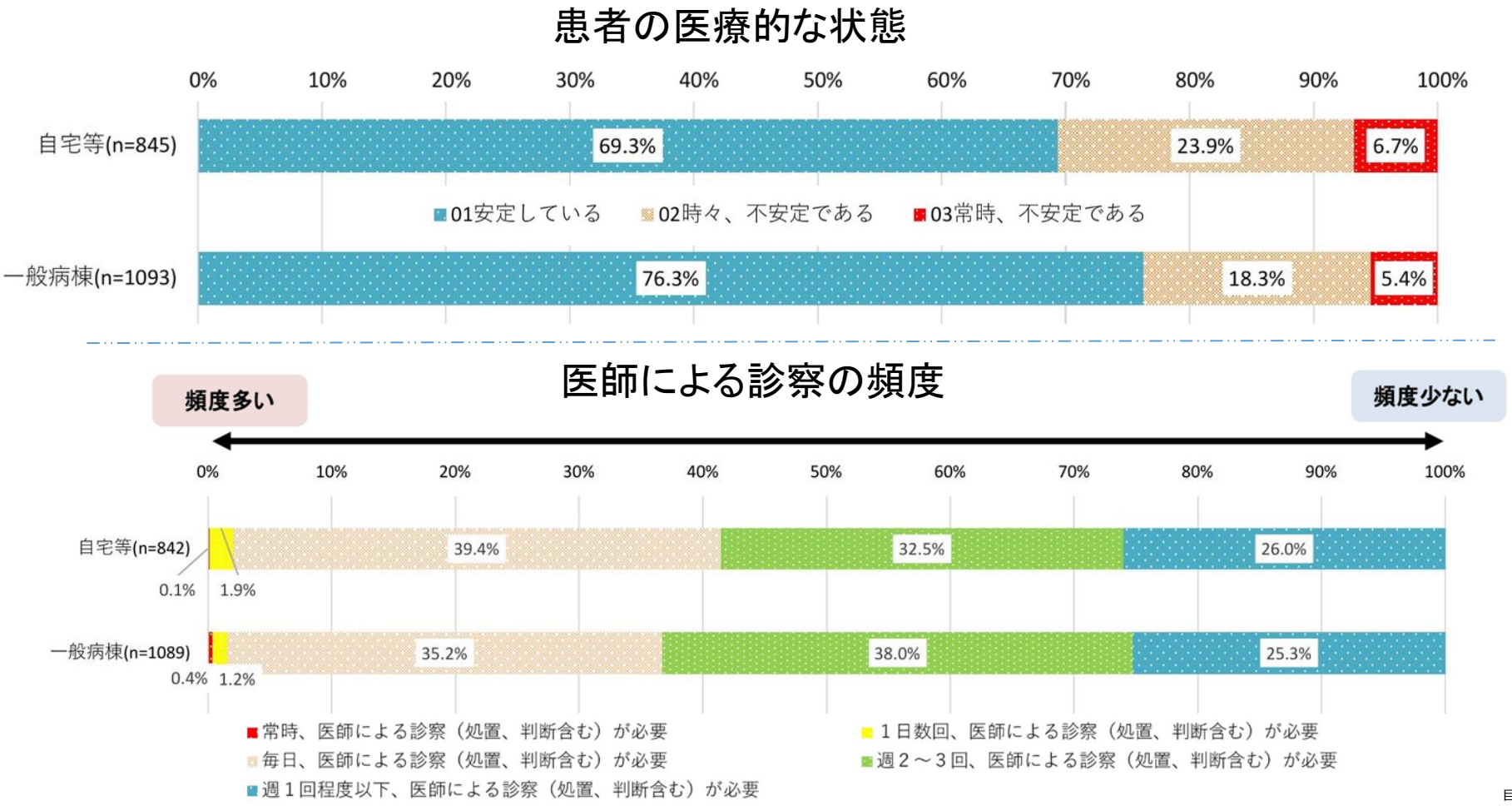
参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

入棟元別にみた患者の医療的な状態と医師による診察の頻度について

○ 患者の入棟元別の、患者の医療的な状態は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。

○ 患者の入棟元別の、医師による診察の頻度は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」から入棟した患者と比較して、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。であった。



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

目次に戻る

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

➢ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

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

現行

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

改定後

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

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

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

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

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

➢ 在宅復帰率の見直し

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

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

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

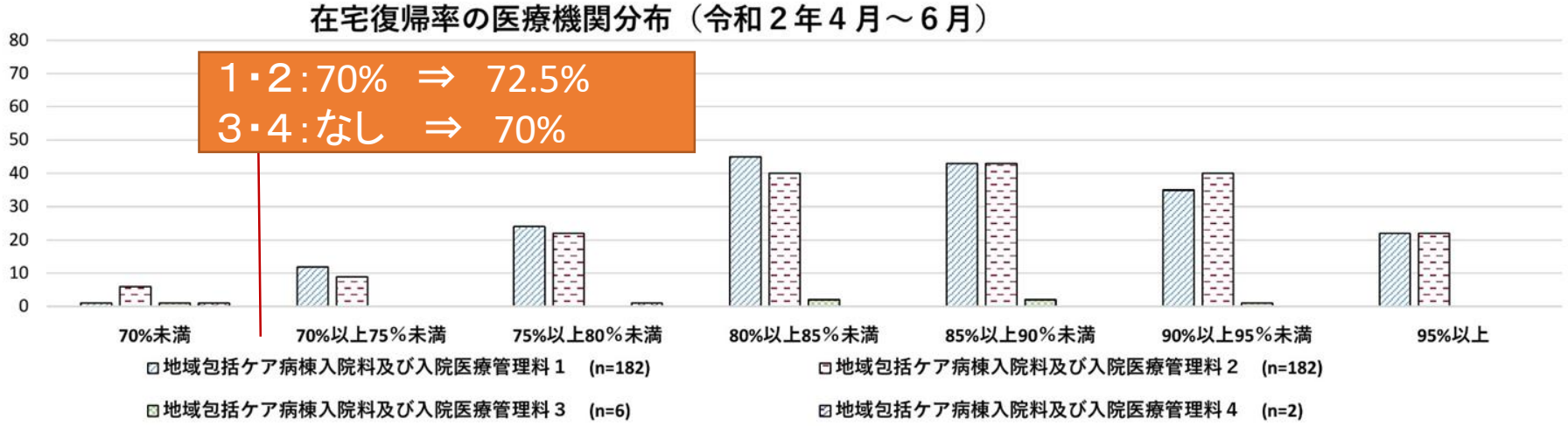
（※２）　当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

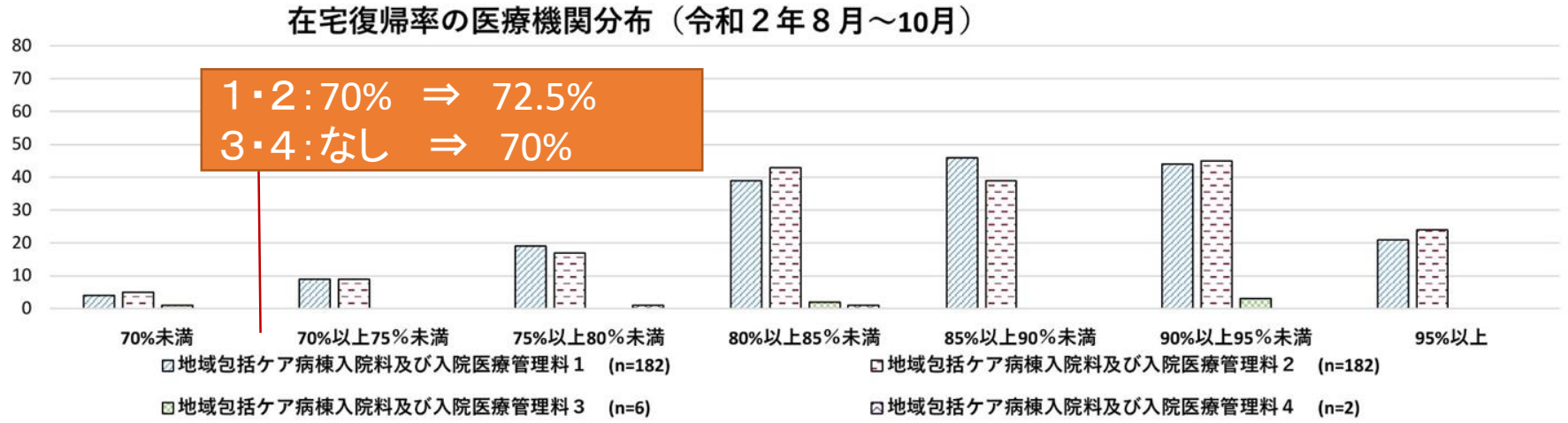
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

在宅復帰率の医療機関分布（地域包括ケア病棟）

○　地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料１・２においては、在宅復帰率が施設基準の**70%を大きく上回る医療機関が多数存在**した。





出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

➢ 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。

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

① 自宅等からの入院患者の受入れが６割以上

② 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前３月で30人以上である場合

③ 救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

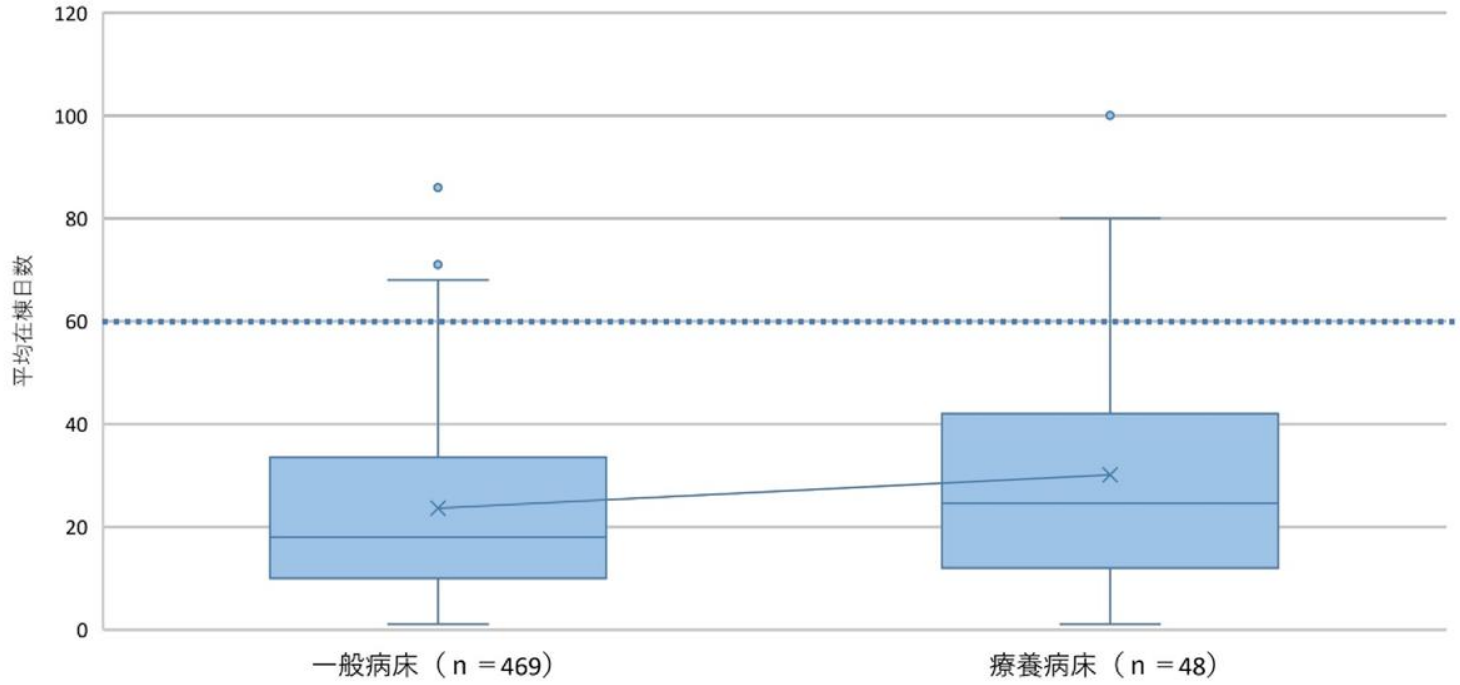
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

病床種別でみた場合の平均在棟日数

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　病床種別にみた場合の平均在棟日数は以下のとおりであった。
○　療養病床のほうが、平均在棟日数が長い傾向にあった。



	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
一般病床	23.6	18.0	10.0	18.0	33.5
療養病床	30.1	24.5	12.0	24.5	42.0

出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票・患者票）

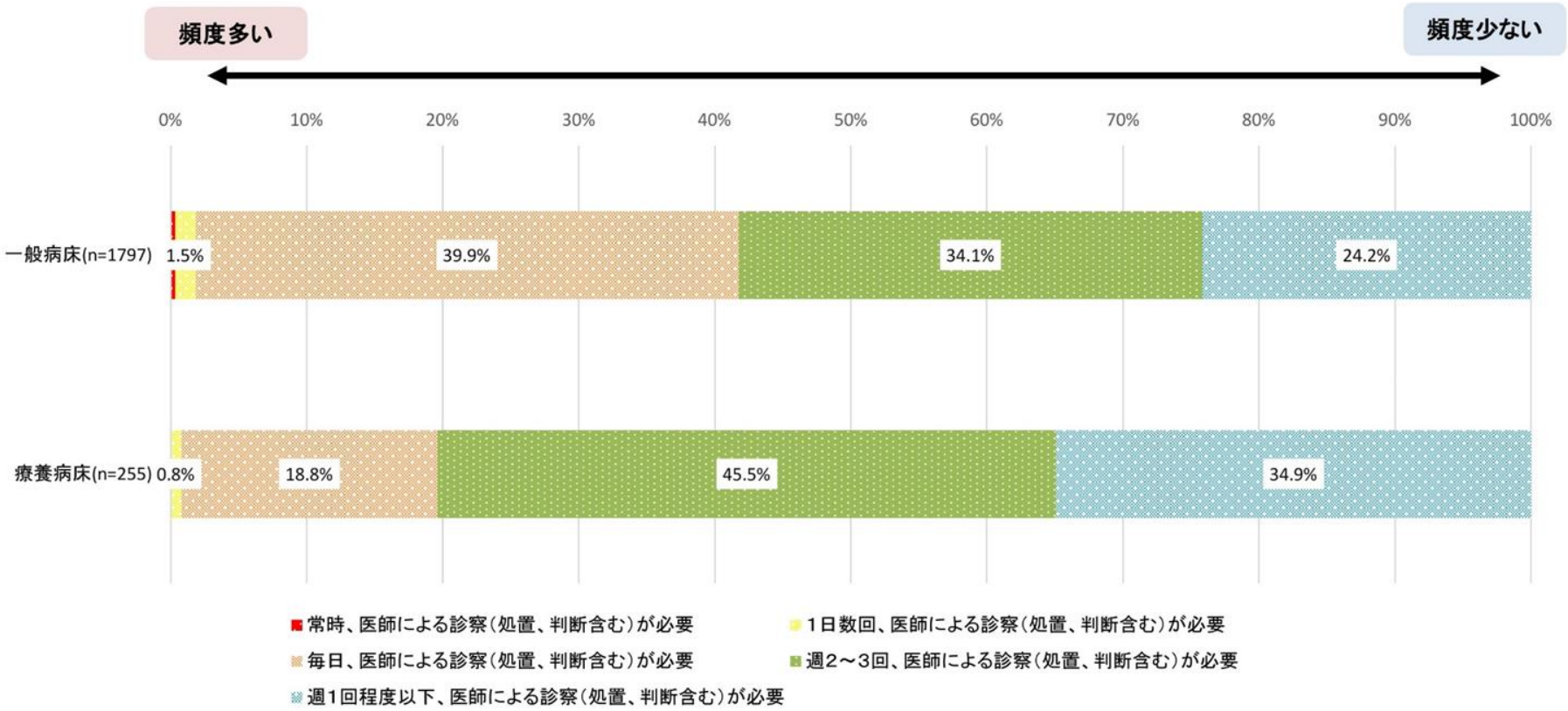
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

医師による診察の頻度（病床種別）

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○ 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者の、医師による診察の頻度は以下のとおり。
○ 常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。



出典：令和2年度入院医療の実態調査（病棟・患者票）

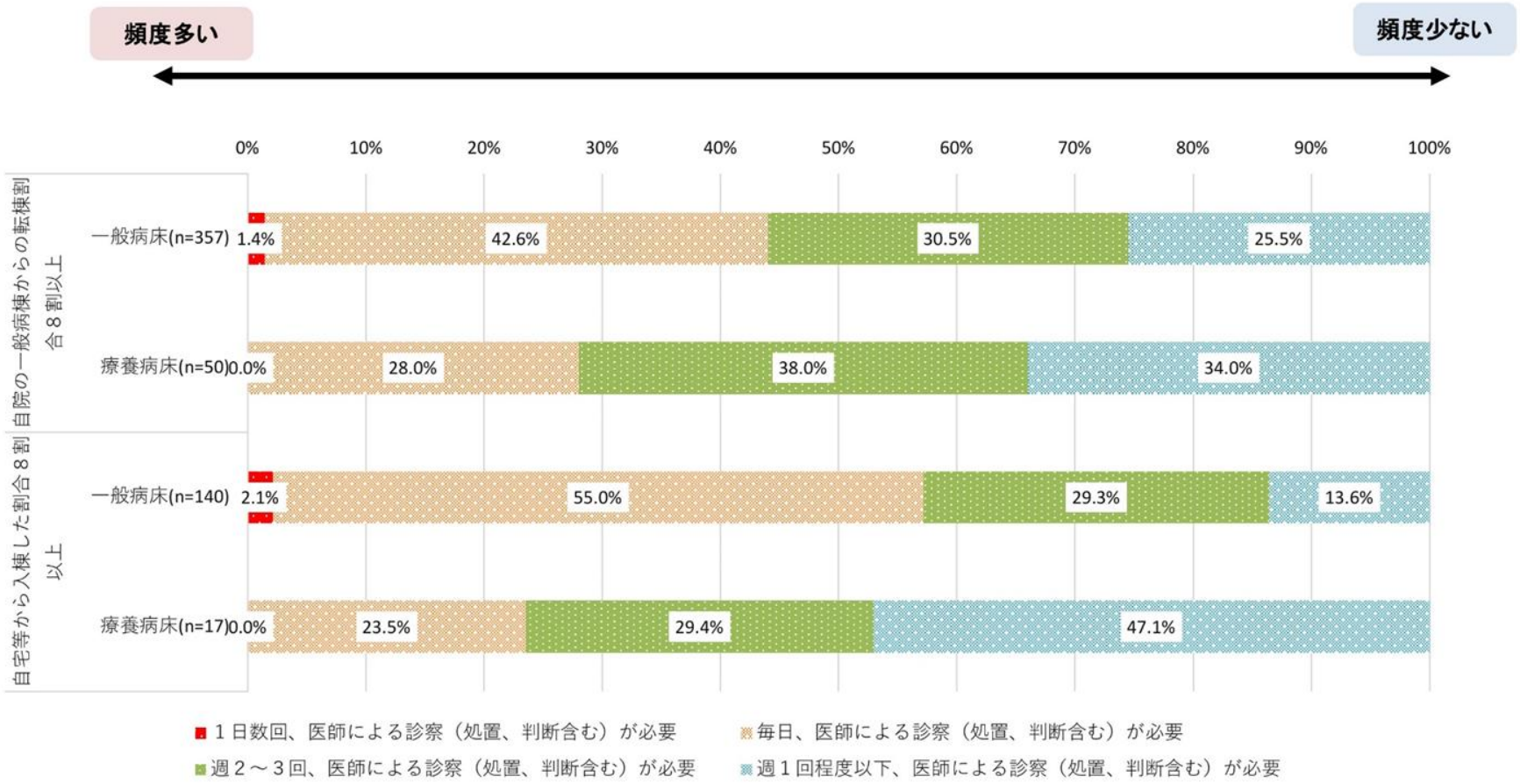
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

医師による診察の頻度（病床種別）

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度は以下のとおり。
○ 常時～毎日医師による診察が必要な患者の割合は、一般病床のほうが療養病床よりも高かった。



出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟・患者票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

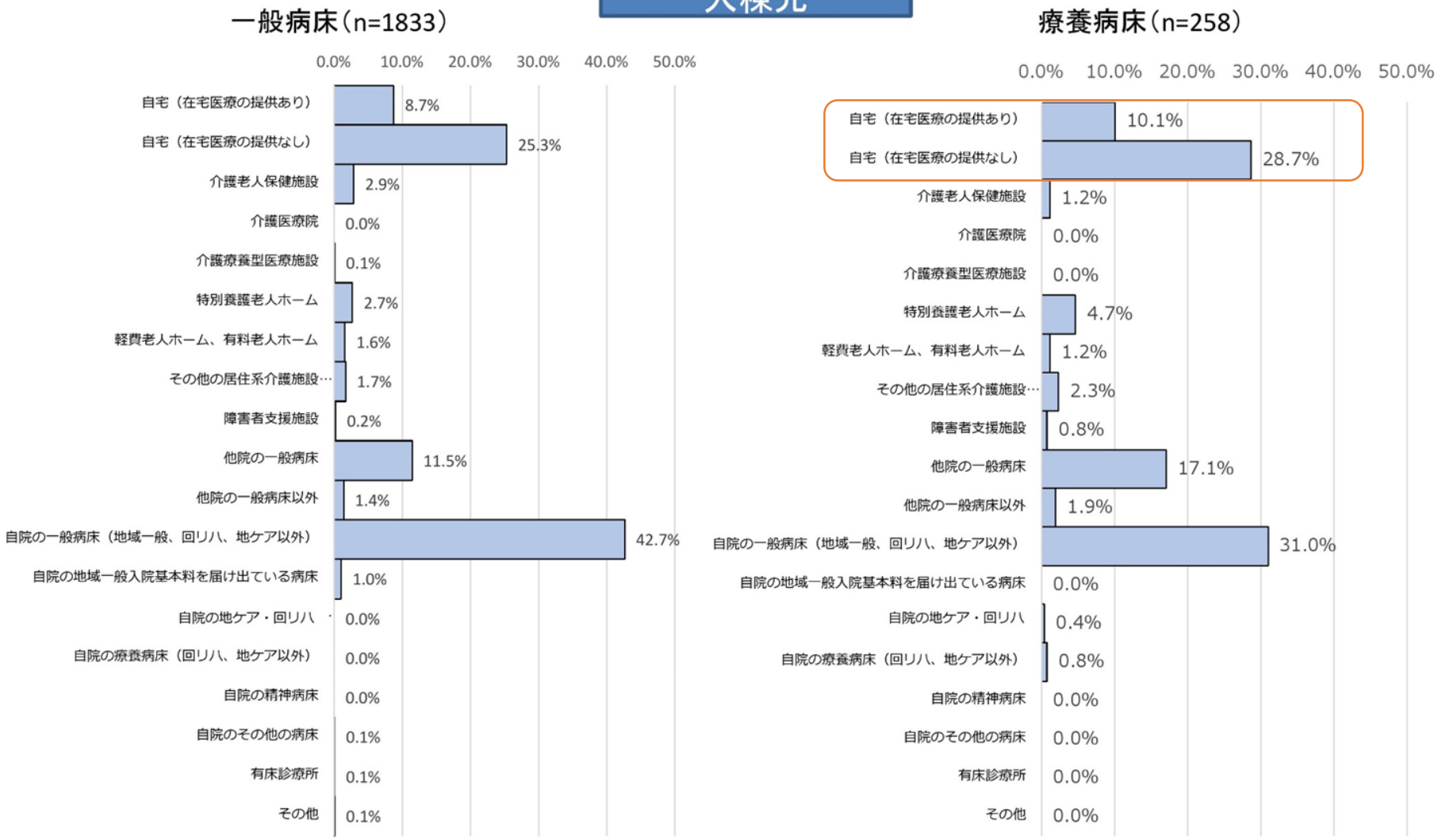
参考

病床種別でみた場合の患者の入棟元

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　病床種別にみた場合の患者の入棟元は以下のとおり。療養病床の患者は一般病床の患者と比較して、「自宅」・「他院の一般病床」が多く、一般病床の患者は「自院の一般病床（地域一般、回リハ、地ケア以外）」が多かった。

入棟元



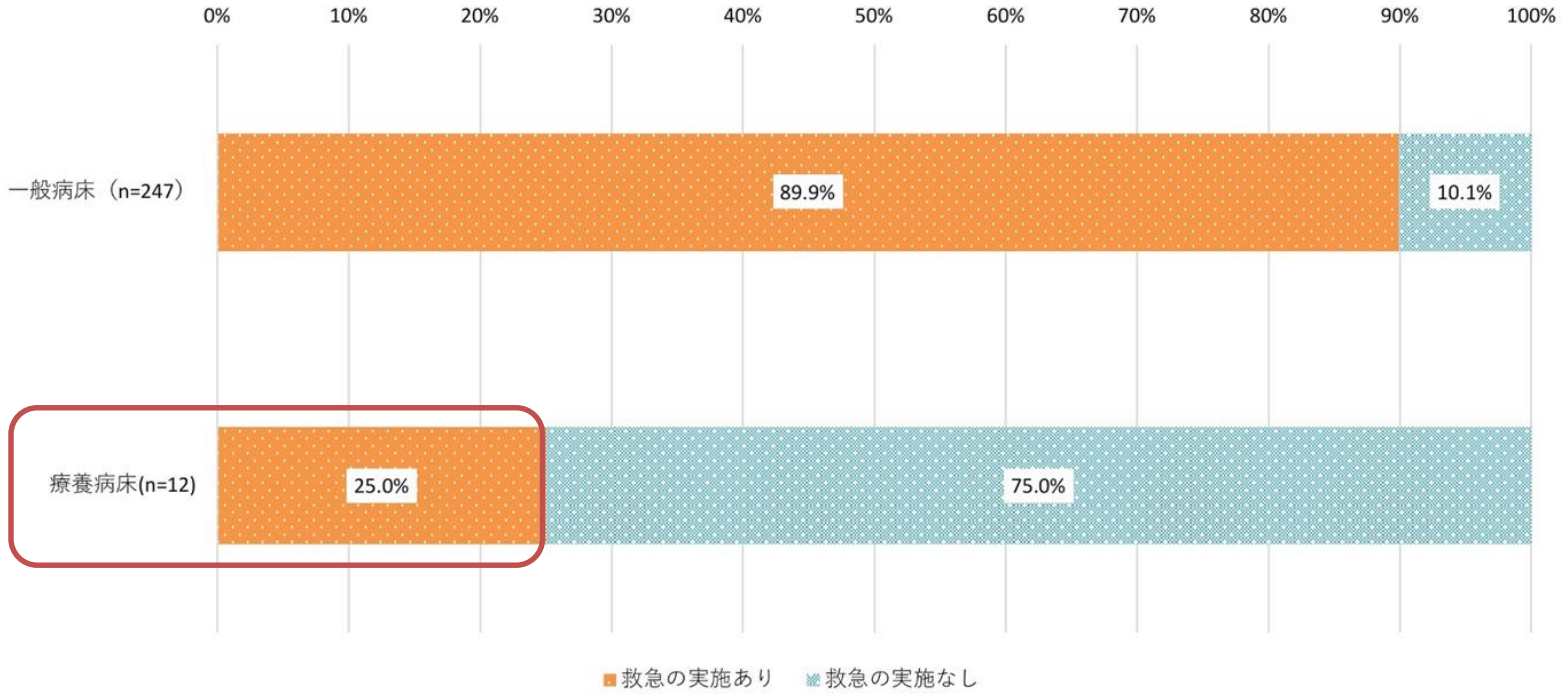
出典：令和２年度入院医療等の調査（病棟票・患者票）

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

救急実施の有無（病床種別）

○　一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関と療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急実施の有無の割合は以下のとおり。

○　実施ありの割合は、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約９割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約４分の１であった。



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

出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

目次に戻る

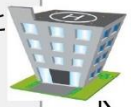
地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

➢ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

現行

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

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





改定後

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



（改）イ　急性期患者支援病床初期加算

（1）　許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合

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

②　①の患者以外の患者の場合　50点

（2）　許可病床数400床未満の保険医療機関

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

②　①の患者以外の患者の場合　125点



（改）ロ　在宅患者支援病床初期加算

①　介護老人保健施設から入院した患者の場合　500点

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

現行

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

改定後

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

地域包括ケア病棟入院料 の 経過措置

地域包括ケア病棟入院料（200床以上400床未満の医療機関に限る。）（A308-3）

✓ 令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和４年９月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。

地域包括ケア病棟入院料（A308-3）

✓ 令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和４年９月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。

地域包括ケア病棟入院料（100床以上の医療機関）（A308-3）

✓ 令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、入退院支援加算１の届出を要さないこととする。

地域包括ケア病棟入院料（一般病床に限る。）（A308-3）

✓ 令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和５年３月31日までの間に限り、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院に該当するものとみなす。

地域包括ケア病棟入院料（療養病床に限る。）（A308-3）

✓ 令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が８割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前３月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。

目次に戻る

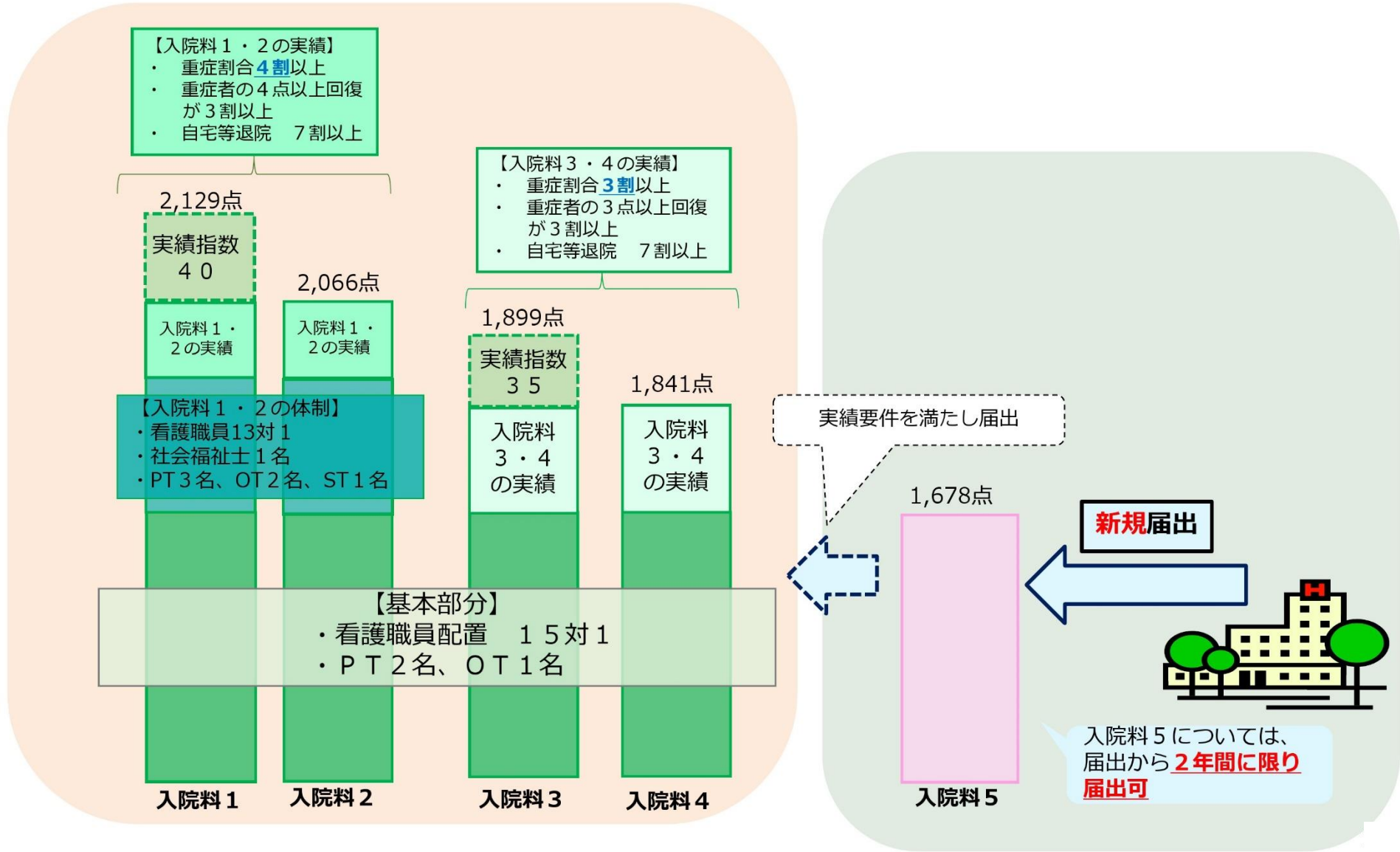
参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰをもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑮地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し
⑯地域包括ケア病棟入院料の見直し
⑰回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し
⑱回復期リハビリテーションを要する状態の見直し
⑲特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準（イメージ）



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

入院料の評価体系の再編

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料を再編し、入院料５を廃止するとともに、現行の入院料６を新たな入院料５として位置付ける

- 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合は、**算定を開始した日から２年間に限り算定する**ことができることとする。

現行	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］（概要） 5　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,736点 6　回復期リハビリテーション病棟入院料６　1,678点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］（概要） **（新）５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点** **（削除）**

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

重症の患者割合に係る要件の見直し

➢ 重症の患者割合の見直し

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

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

医療機関の体制に係る要件等の見直し

➢ 第三者評価について

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

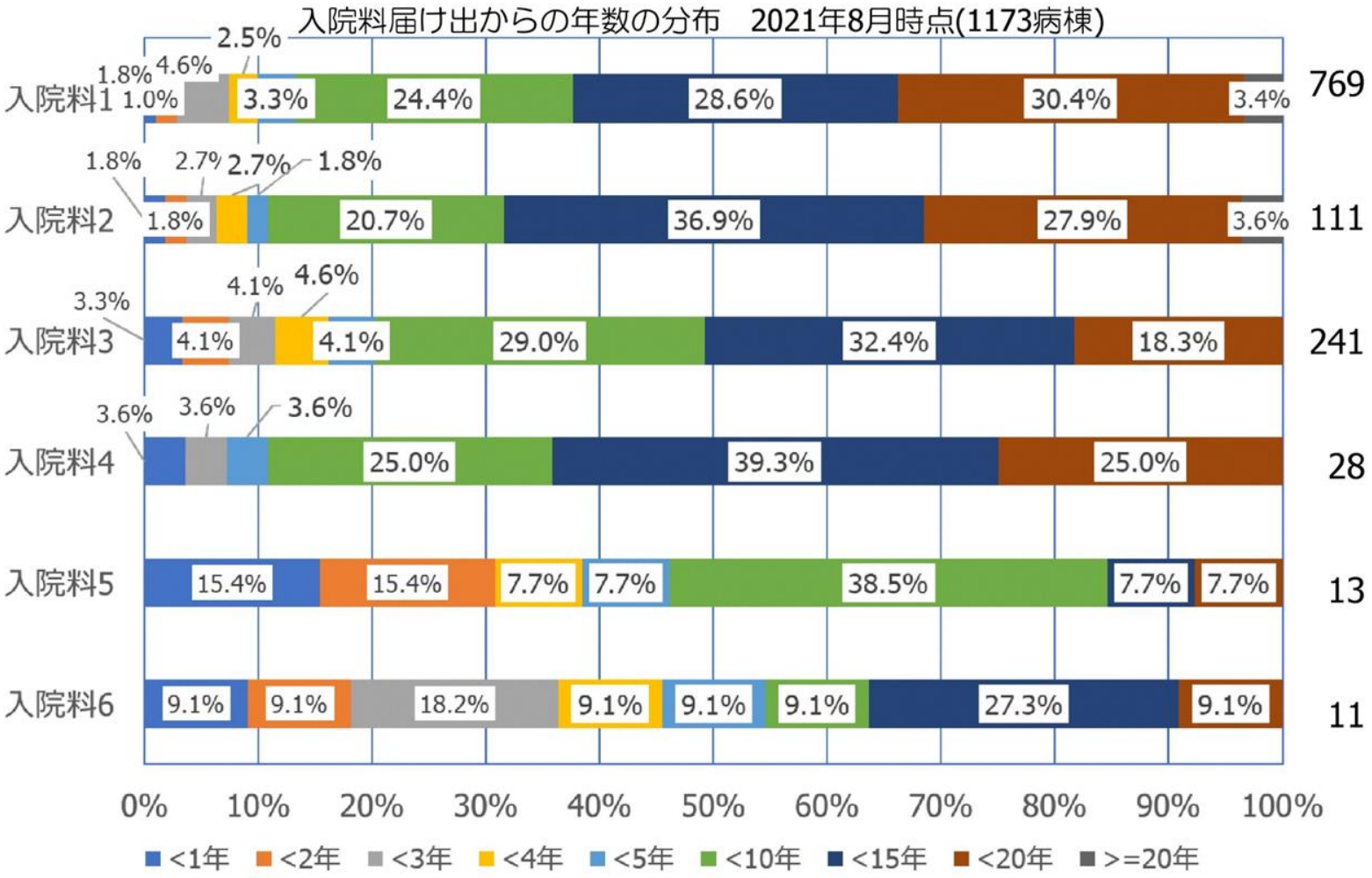
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

入院料の届出からの年数の分析

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。
○ 例として届出から10年未満の病棟は、入院料１～４では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。



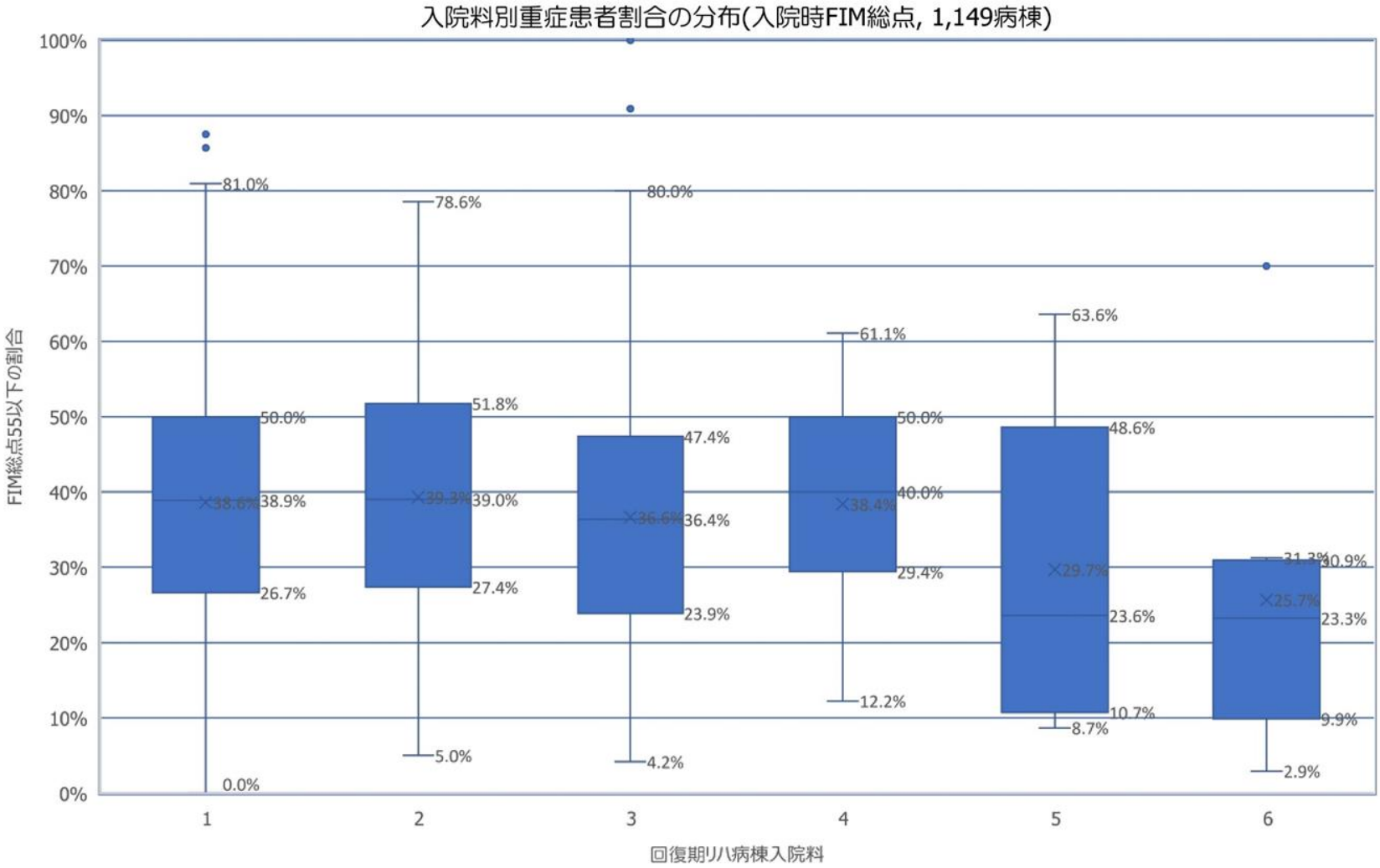
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

重症者の割合について

○　入院料毎に、重症者（FIM55点以下の患者）の割合を比較した。
○　入院料1から入院料4では大きな差はない一方、入院料5及び6は割合が低かった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

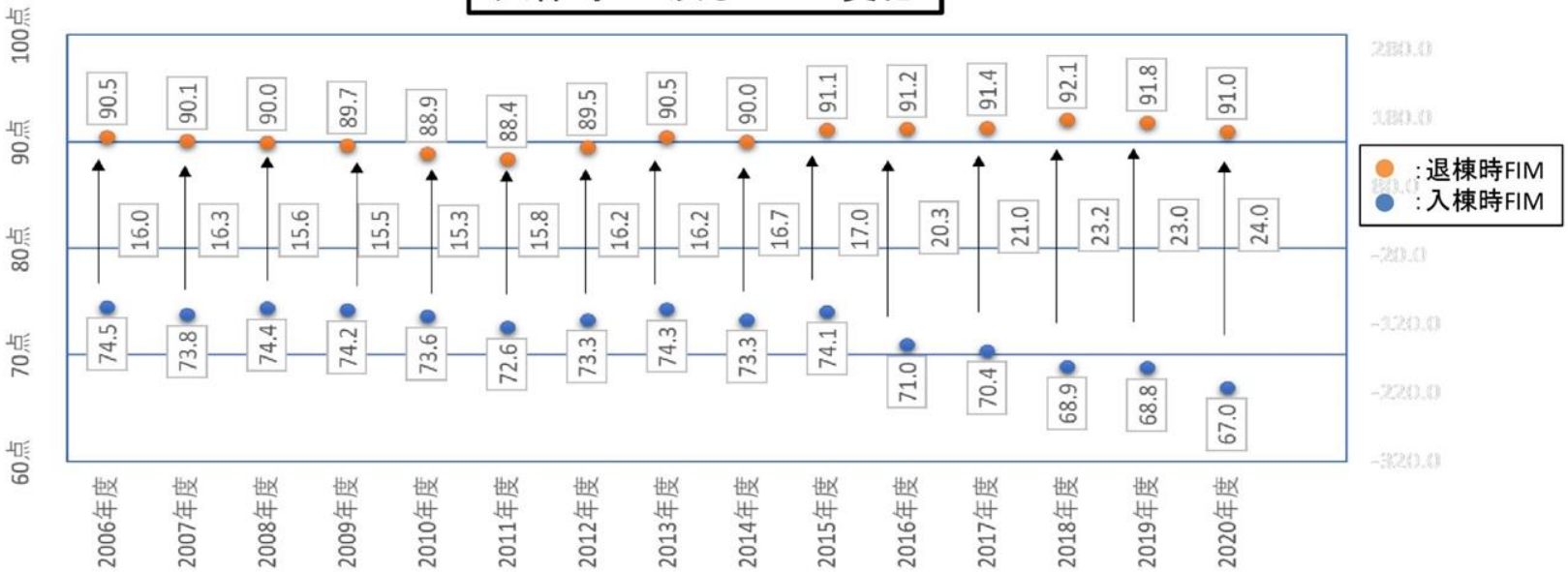
参考

入棟時FIM等の年次推移について

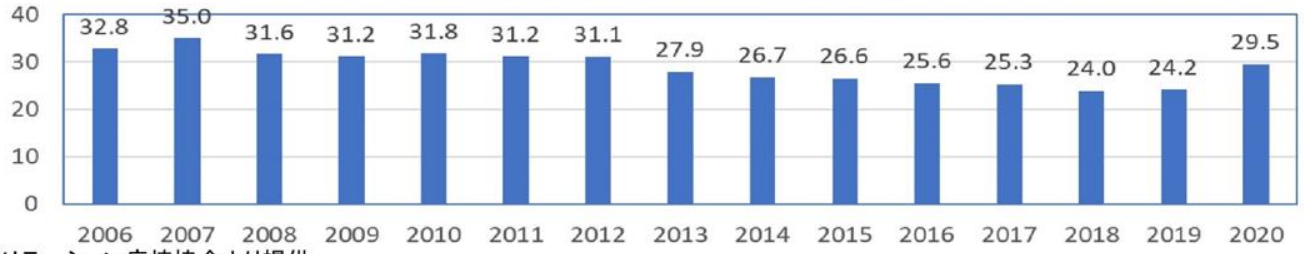
中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　入棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおりであった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。

入棟時FIM及びFIMの変化



発症から入棟までの日数



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

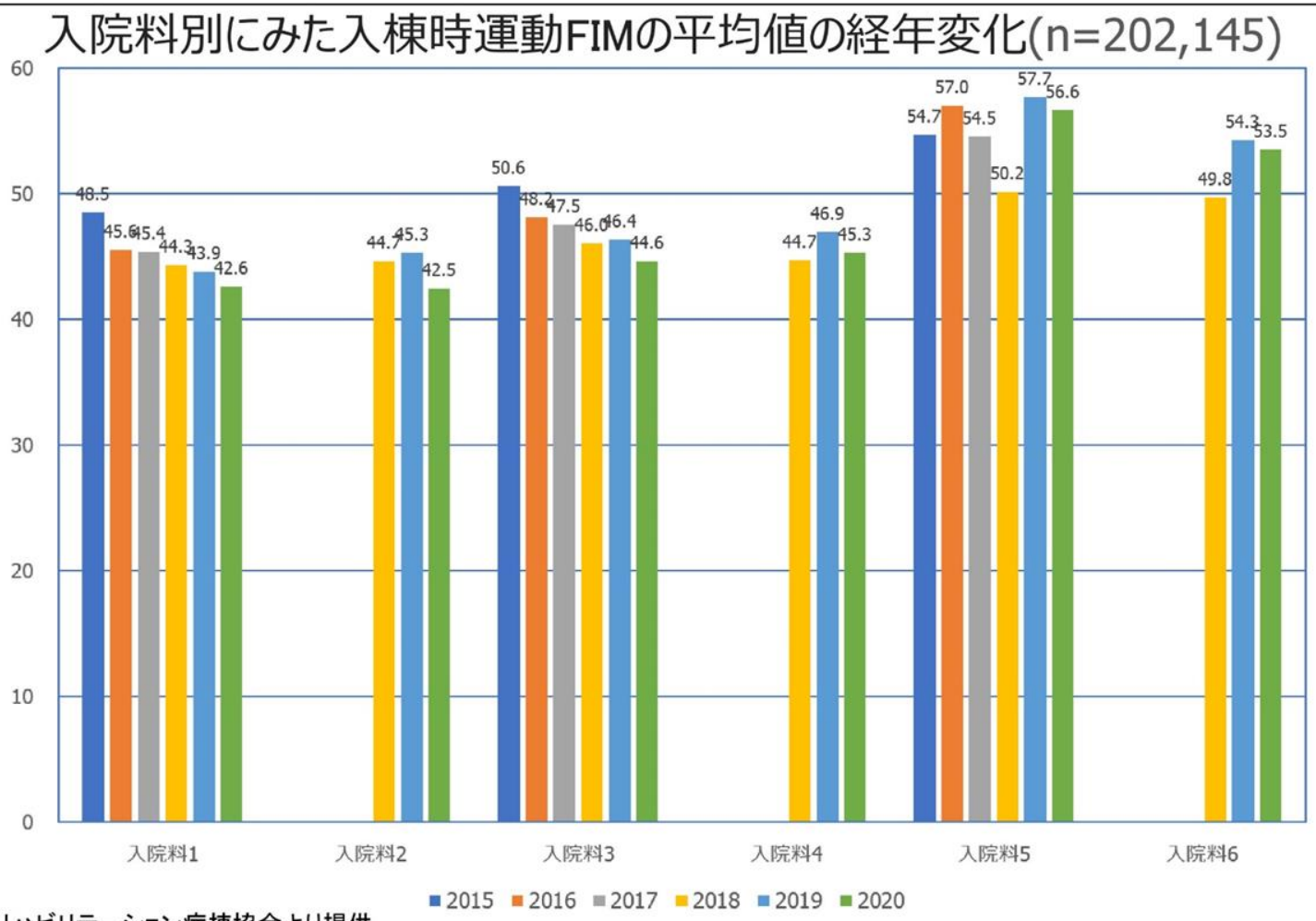
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の年次推移

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　入院料毎に入棟時運動FIMの平均値を2015年～2020年で比較したところ、入院料１及び入院料３においては、経年的に低下する傾向であった。その他の入院料については、例えば2019年と2020年で比較すると、入院料2、3、4、6で低下する傾向にあった。



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料３」として、「2017年以前の入院料３」は「2017年以前の入院料５」として分析。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

病院機能評価について

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

病院機能評価本体審査機能種別の設定

（機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.0）H24年4月より運用開始

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

日本医療機能評価機構資料を元に回復期リハビリテーション病棟協会が作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

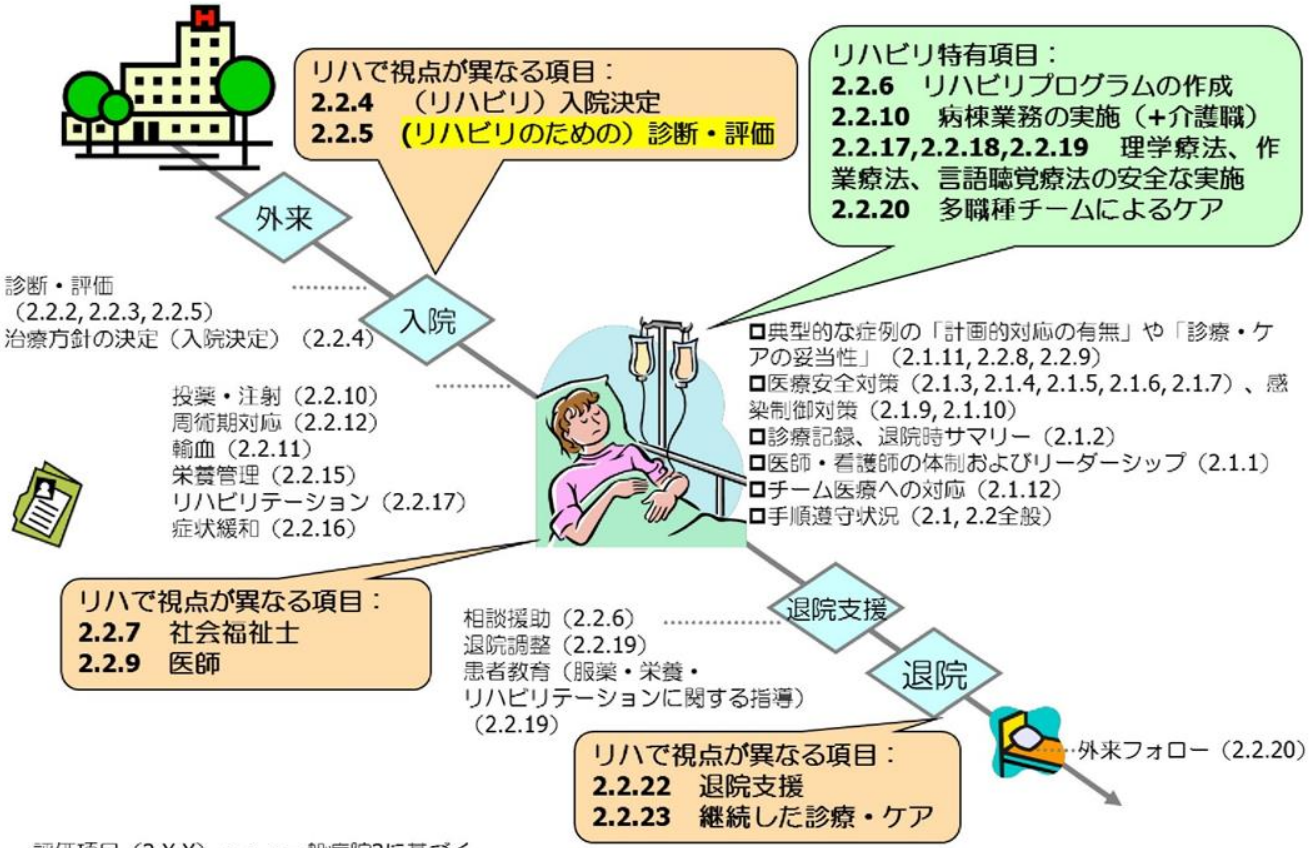
参考

病院機能評価について

○ 以下に、特にリハビリテーション病院の特性に見合った評価項目を示す。具体的には、「リハビリプログラムの作成」、「理学療法等の安全な実施」等がある。

機能種別リハ病院における2.2ケアプロセス調査の評価項目

（サーベイヤーが実際のカルテ等を確認しながら症例をトレースする）



評価項目（2.X.X）・・・一般病院2に基づく

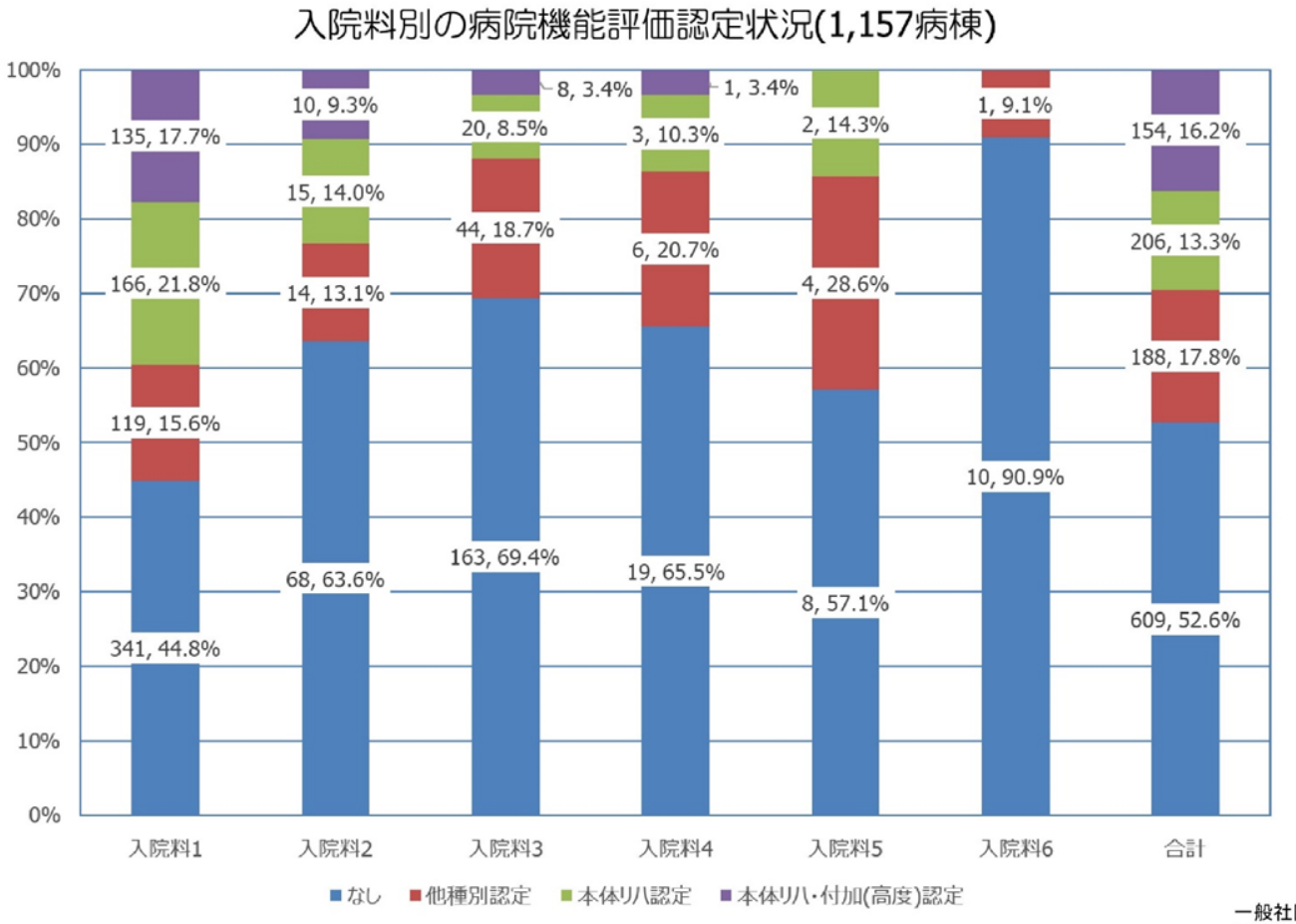
日本医療機能評価機構資料を元に回復期リハビリテーション病棟協会が作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

病院機能評価について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院料別の病院機能評価認定の状況は以下のとおりであり、約半数の病棟が認定を受けていた。



一般社団法人
回復期リハビリテーション病棟協会より提供

本体リハ認定は主機能ないしは副機能で機能種別リハ病院のカテゴリで認定、他種別は本体で他の病院カテゴリで認定、付加機能はは2019年度より高度・専門機能と改称

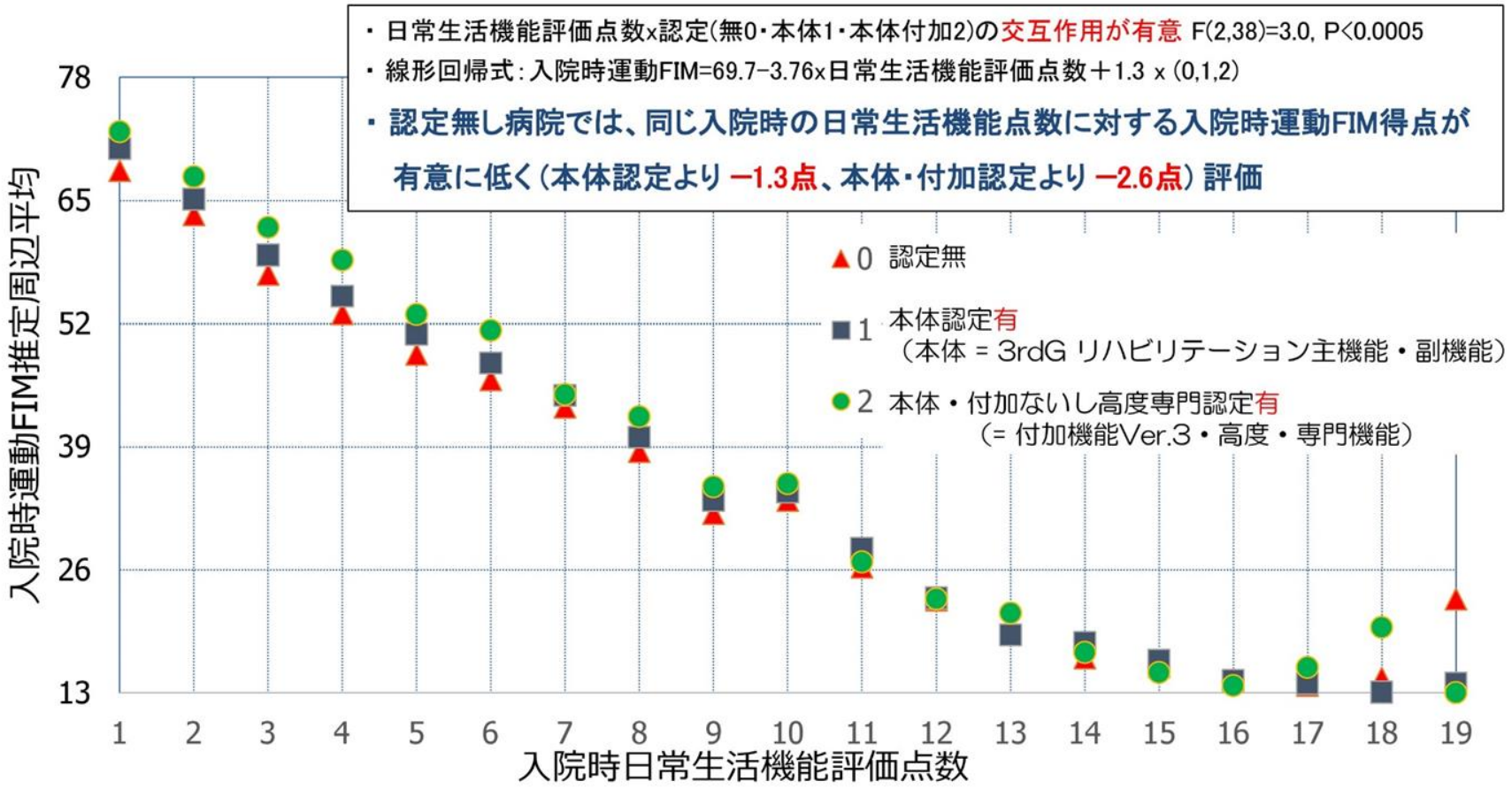
2020年度回リハ協会実態調査より改変

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

第三者評価

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



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

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

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

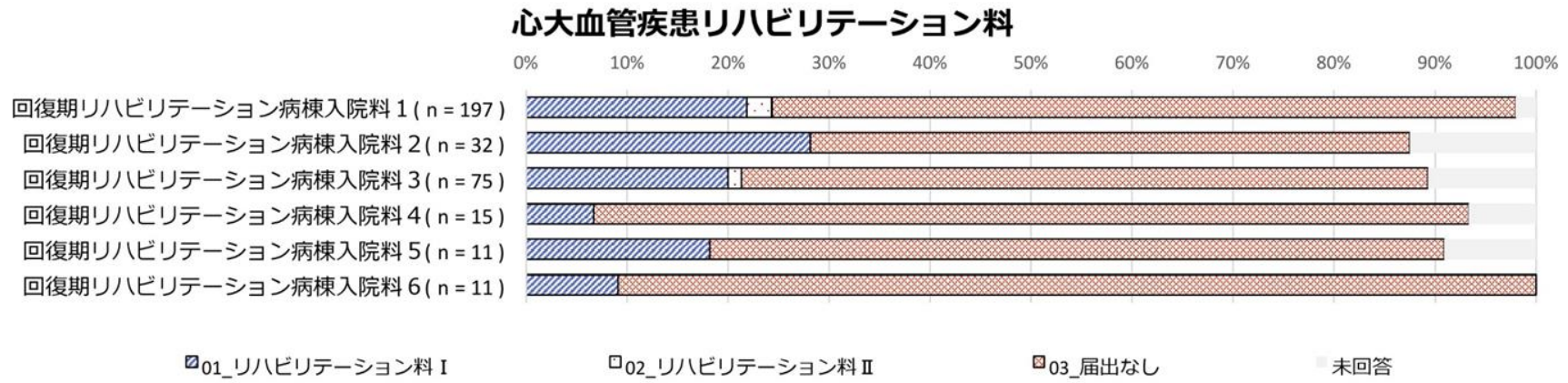
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

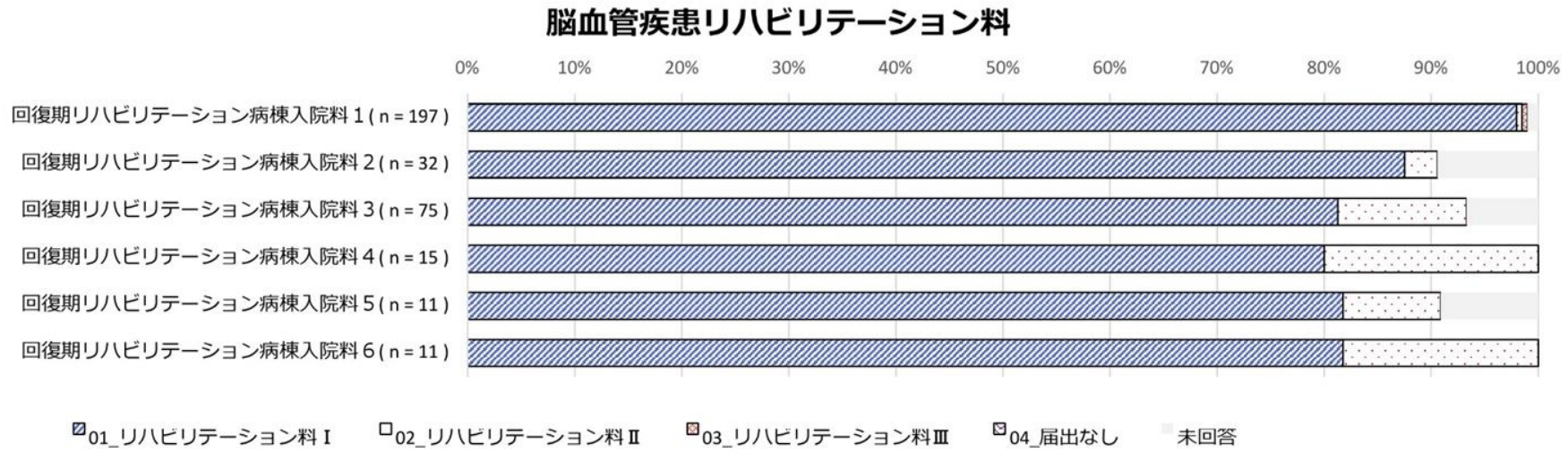
参考

疾患別リハビリテーション料の届出状況①

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。
○　心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が一定程度存在した。





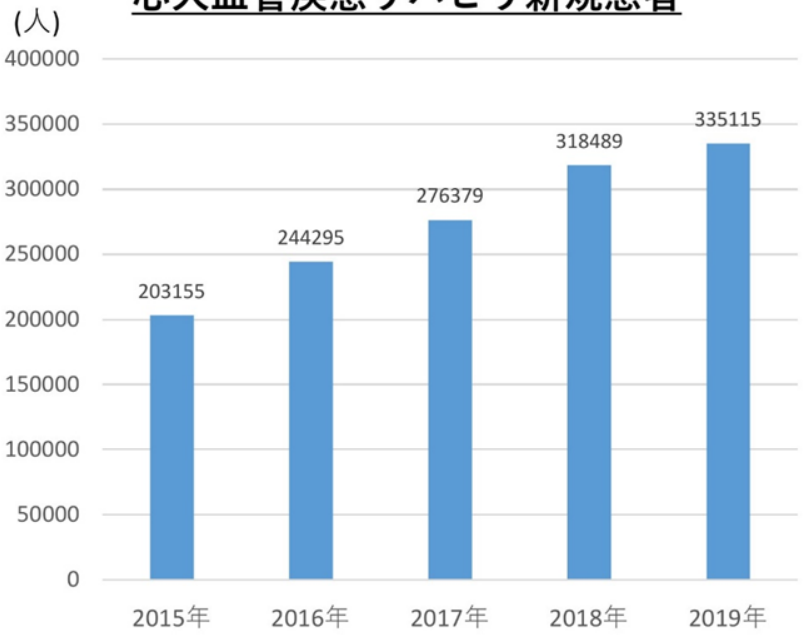
出典：令和２年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

心臓リハビリテーションのニーズを示すデータ

心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している

心大血管疾患リハビリ新規患者

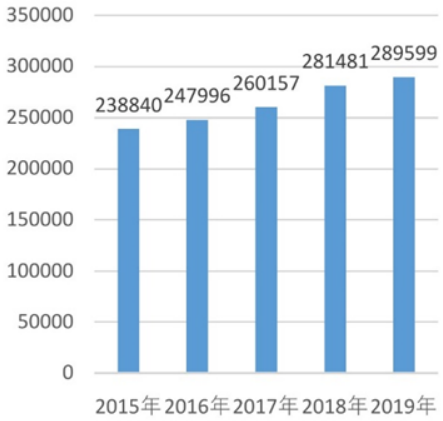


2015～2019年で、各疾患の患者数の増加している。
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数は、
各疾患の患者数の増加よりも顕著に増加している。

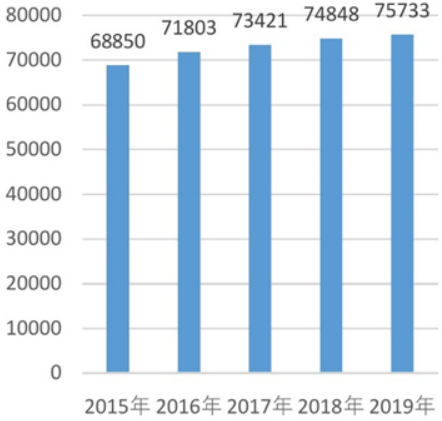
（参考）心リハの実施すべき日数（急性期クリニカルパス）
- 急性心筋梗塞　**10日～14日**
- 心臓手術後　**７日～14日程度**
- 心不全　症例によって大きく違う

2021年版　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　日本循環器学会発行

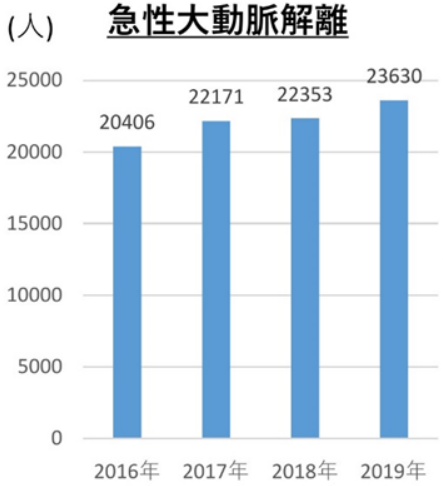
心不全入院



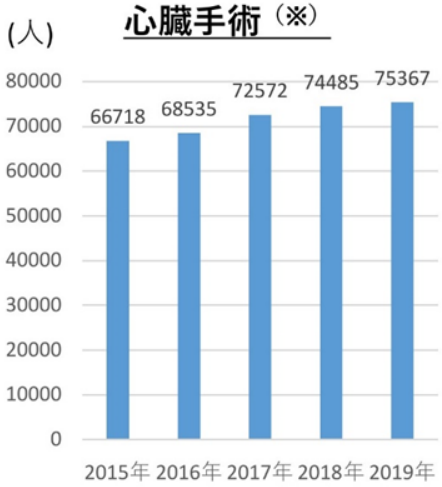
急性心筋梗塞



急性大動脈解離



心臓手術（※）



※ 心臓手術には冠動脈バイパス術、弁膜症手術等が含まれる。
心臓手術の件数は、入院時の疾患名と重複する点に留意が必要。

循環器疾患診療実態調査（JROAD）報告書（1523施設）より引用　（2019 年度実施・日本循環器学会公表）

健康局がん・疾病対策課作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

心臓リハビリテーションの回復期病棟のニーズ

中医協　総－1－2
３．１０．２７

1. 回復期病棟

1.1 回復期に入院リハビリテーションが必要な患者像

入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオがある．1つ目は社会参加を目指した二次予防シナリオで，急性期治療に伴って，デコンディショニングが高度な患者や重複障害を来した患者が対象となる．2つ目は高齢患者の生活復帰とセルフケアの回復を目指したADL・フレイル改善シナリオで，入院前または入院を契機に低ADLが顕著になった患者が含まれる．これらの患者では，心血管疾患の平均在院日数となる約2週間[704]での歩行退院は実現困難であり[189]，リハの成果が達成できないばかりでなく，急性期病床の医療資源の浪費や稼働率の低下を招く．特にフレイル超高齢患者は，身体能力の低下により外来心リハ

1.3 問題点と今後の展望

回復期リハ病棟における心リハの円滑な展開の障壁として，前述のような保険算定上の課題が存在する．さらに，回復期病院を対象とした調査によれば[710]，心リハを実施していない施設のうち，循環器専門医が不在の施設は73.3%にのぼるが，循環器専門医が在籍している施設も19.2%あり，専門医の存否のみが原因ではない．

回復期リハ病棟は疾患が安定したことが前提となる急性期直後の医療機能が基盤となる．一方で，心血管疾患は再発や増悪を繰り返すという特徴を有し，緊急時には即時対応が迫られるため，急性増悪の状態評価や管理が可能な医療機能も要求される．つまり，回復期病棟での運動療法の実践には「安全性と質の確保」の双方が求められている．

心リハの実践において，入院期における的確なゴール達成の実現や超高齢患者の増加への対応の面からも，回復期リハ病棟の活用がその有力な方策となるであろう．

2021年8月31日更新
2021年3月27日発行

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

2021年改訂版
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
JCS/JACR 2021 Guideline on Rehabilitation in Patients with Cardiovascular Disease

合同研究班参加学会

日本循環器学会　日本心臓リハビリテーション学会
日本冠疾患学会　日本胸部外科学会　日本循環器看護学会
日本小児循環器学会　日本心臓病学会　日本心不全学会　日本病態栄養学会
日本不整脈心電学会　日本理学療法士協会　日本臨床スポーツ医学会

健康局がん・疾病対策課作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

心大血管疾患リハビリテーションに係る評価指標について

○ 関係学会による「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」において、例として、以下のような身体活動能力の評価の指標が示されている。

心肺運動負荷試験（CPX）

＜目的・意義＞

酸素摂取量、二酸化炭素排出量、呼吸数、一回換気量などを呼気ガス分析法にて測定する。本法により心機能、心筋虚血、末梢循環、骨格筋機能、血管内皮細胞機能、貧血、自律神経活性などの状態を把握できる。

CPXの意義は、①労作時呼吸困難や運動制限の原因の検索、②最も信頼できる運動耐容能の客観的指標として、手術適応の決定、予後の予測、治療効果の判定、③心リハ・運動プログラムにおける運動処方の決定である.

＜実施方法・時期＞

運動負荷の方法には自転車エルゴメータまたはトレッドミルによるランプ（直線的漸増）負荷がある。

低レベルでの運動療法（自転車エルゴメータ負荷またはトレッドミル歩行など）に慣れてから数日～1週間後に実施することが望ましい。

出典：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等）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

特定機能病院におけるリハビリテーションの評価

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

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

［算定要件］（概要）

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

［施設基準］（概要・一部抜粋）

- **心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っている保険医療機関**であること。
- **専従の常勤医師が１名以上配置**されていること。
- １日に看護を行う看護職員の数は、常時、**当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上**であること。
- 当該病棟において、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。
- 当該病棟に**専従の常勤の理学療法士が３名以上、専従の常勤の作業療法士が２名以上、専従の常勤の言語聴覚士が１名以上、専従の常勤の管理栄養士が１名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が１名以上配置**されていること。
- 特定機能病院であること。**（当分の間は、令和４年３月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）**
- **休日を含め、週７日間リハビリテーションを提供できる体制**を有していること。
- 当該病棟において、**新規入院患者のうち５割以上が重症の患者**であること。
- 当該病棟において、**退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が７割以上**であること。
- リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
- **他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。**
- 早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- １病棟に限り届出を行うことができること。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

特定機能病院制度の概要

趣　旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院（令和3年4月1日現在） … 87病院（大学病院本院79病院）

役　割

○高度の医療の提供
○高度の医療に関する研修
○高度の医療技術の開発・評価
○高度な医療安全管理体制

承認要件

○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
○ 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
○ 病床数 ……400床以上の病床を有することが必要
○ 人員配置
- 医　師‥‥通常の２倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
- 薬剤師‥‥入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
- 看護師等‥入院患者数÷２が最低基準。（一般は入院患者数÷３）
- 管理栄養士１名以上配置。

○ 構造設備‥‥集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
○ 医療安全管理体制の整備
- 医療安全管理責任者の配置
- 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
- 監査委員会による外部監査
- 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置

○ 原則定められた16の診療科を標榜していること
○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること　等

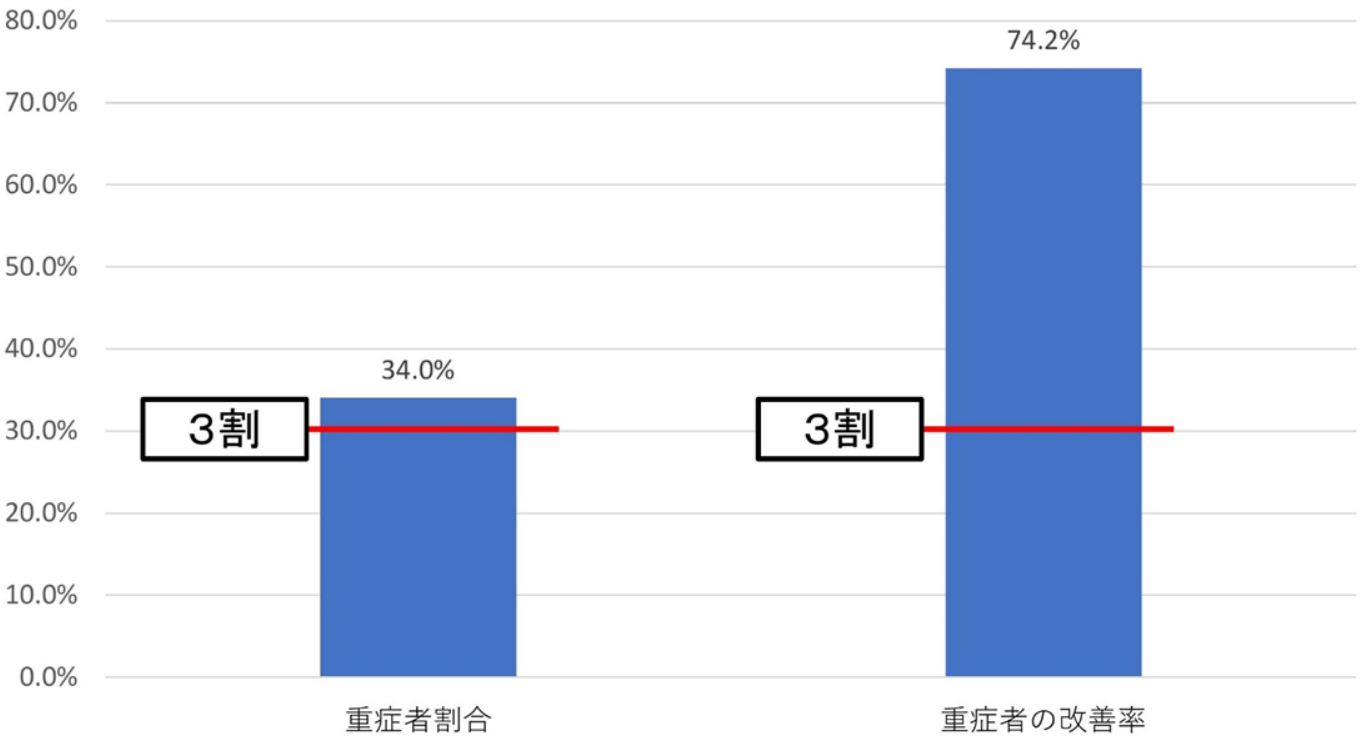
※　がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

特定機能病院における、リハビリテーションの状況について

○ 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションの実績は以下のとおり。
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1で求めている施設基準を上回っていた。



※：重症者の改善率については、入院料1の計算方法を用いて計算

藤田医科大学医学部教授大高洋平先生より提供

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

特定機能病院における、研修会の状況について

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院において、地域の回復期リハビリテーション病院等に対する研修会は、1年間で平均約14回開催されていた。

	平均（n=4）
院外のスタッフ(地域の回復期リハビリテーション病院等)に向けた研修会回数(1年間)	14.3
内部のスタッフ研修会回数(1ヶ月)	4.1

教育・研修の推進

- 医学生の臨床実習
- リハビリ関連職種の学生臨床実習
- 研修医・専攻医教育（現在，専攻医8名）
- 学外研修会開催　16回（2019年度）
- 学会主催　ISPRM（国際学会）
- 海外からの多数の研修の受け入れ*
  - 2018年度 18名　*2020年度はCOID-19のため受け入れなし
  - 2019年度 17名
    - 医師28名，療法士7名
    - 米国(4) タイ(17) 中国(8) 韓国(1)
    - モンゴル(2) エジプト(1)
    - ウズベキスタン(1) ブラジル(1)
- 見学者多数
  - 第17回ASEAN日本社会保障ハイレベル会合60名のツアーなど受け入れ

ステップアッププログラム



教員と学生で一体となって実施

臨床のための教育
教育のための臨床

藤田医科大学医学部教授大高洋平先生より提供

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

回復期リハビリテーション病棟入院料 の 経過措置

回復期リハビリテーション病棟入院料１～４（A308）

✓ 令和４年３月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和４年９月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。

回復期リハビリテーション病棟入院料５・６（A308）

✓ 令和４年３月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和４年９月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。

目次に戻る

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰをもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑳中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し

㉑療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

㉒障害者施設等入院基本料等の見直し

㉓緩和ケア病棟入院料の見直し

㉔有床診療所入院基本料等の見直し

㉕有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設

㉖医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

療養病棟入院基本料

療養病棟入院料 1

【施設基準】
①看護配置：２０：１以上　②**医療区分２・３の患者が８割以上**

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

療養病棟入院料 2

【施設基準】
①看護配置２０：１以上　②**医療区分２・３の患者が５割以上**

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

医療区分

医療区分３

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

医療区分２

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

医療区分１　医療区分２・３に該当しない者

ADL区分

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

療養病棟入院基本料の見直し①

医療区分の見直し

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

改定後

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

中心静脈栄養の適切な管理の推進

➢ 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻,虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻,虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。
[算定要件]
（1） 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、**当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態 等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行う**こと。
（2） 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、**他の保険医療機関等に患者を紹介する場合**は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を**情報提供**すること。





➢ 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。
[施設基準]
中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。
ア　中心静脈注射用カテーテルに係る**院内感染対策のための指針を策定**していること。
イ　当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る**感染症の発生状況を継続的に把握**すること。





【経過措置】
令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。

➢ 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件に追加する。

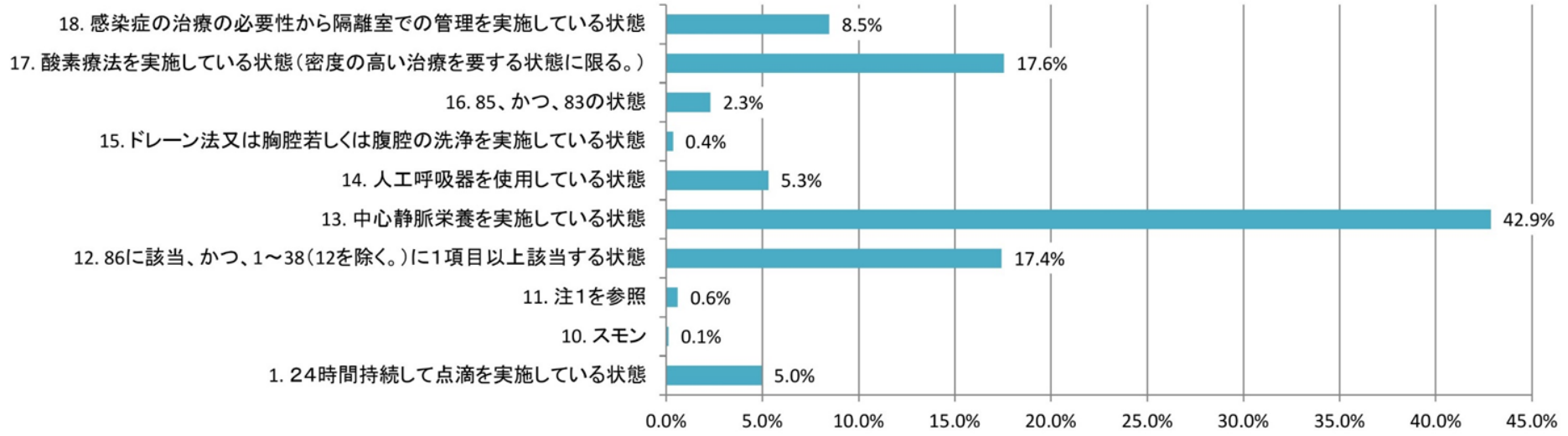
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

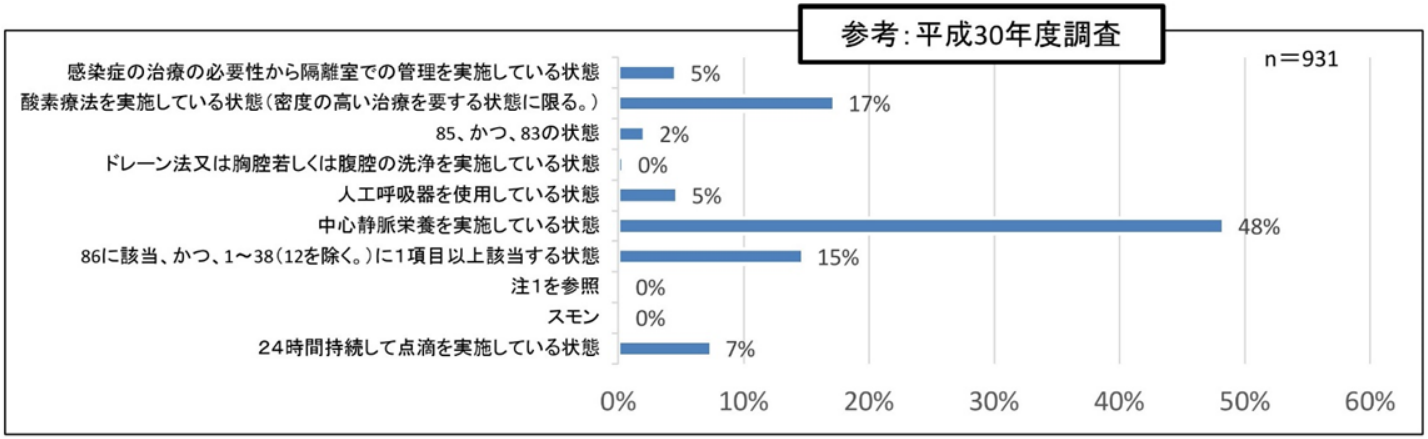
参考

医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

○　医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

医療区分3の1項目該当の場合の該当項目（構成割合）





81　脱水に対する治療を実施している状態
82　頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
83　発熱がある状態
84　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
85　気管切開又は気管内挿管が行われている状態
86　医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
91　身体抑制を実施している

出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

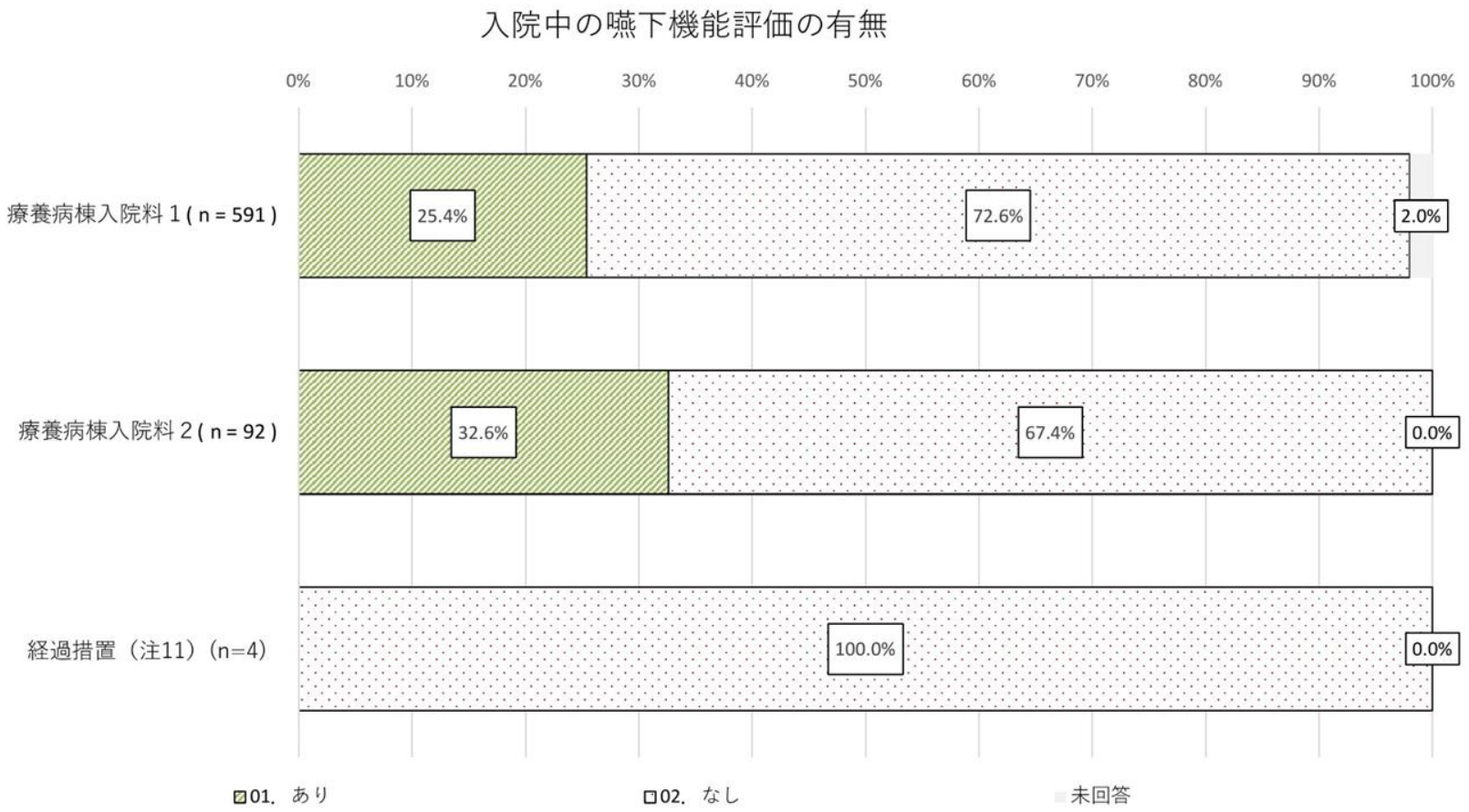
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

中心静脈栄養の患者について（嚥下機能評価）

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　入院中の嚥下機能評価の実施状況は以下の通りであった。



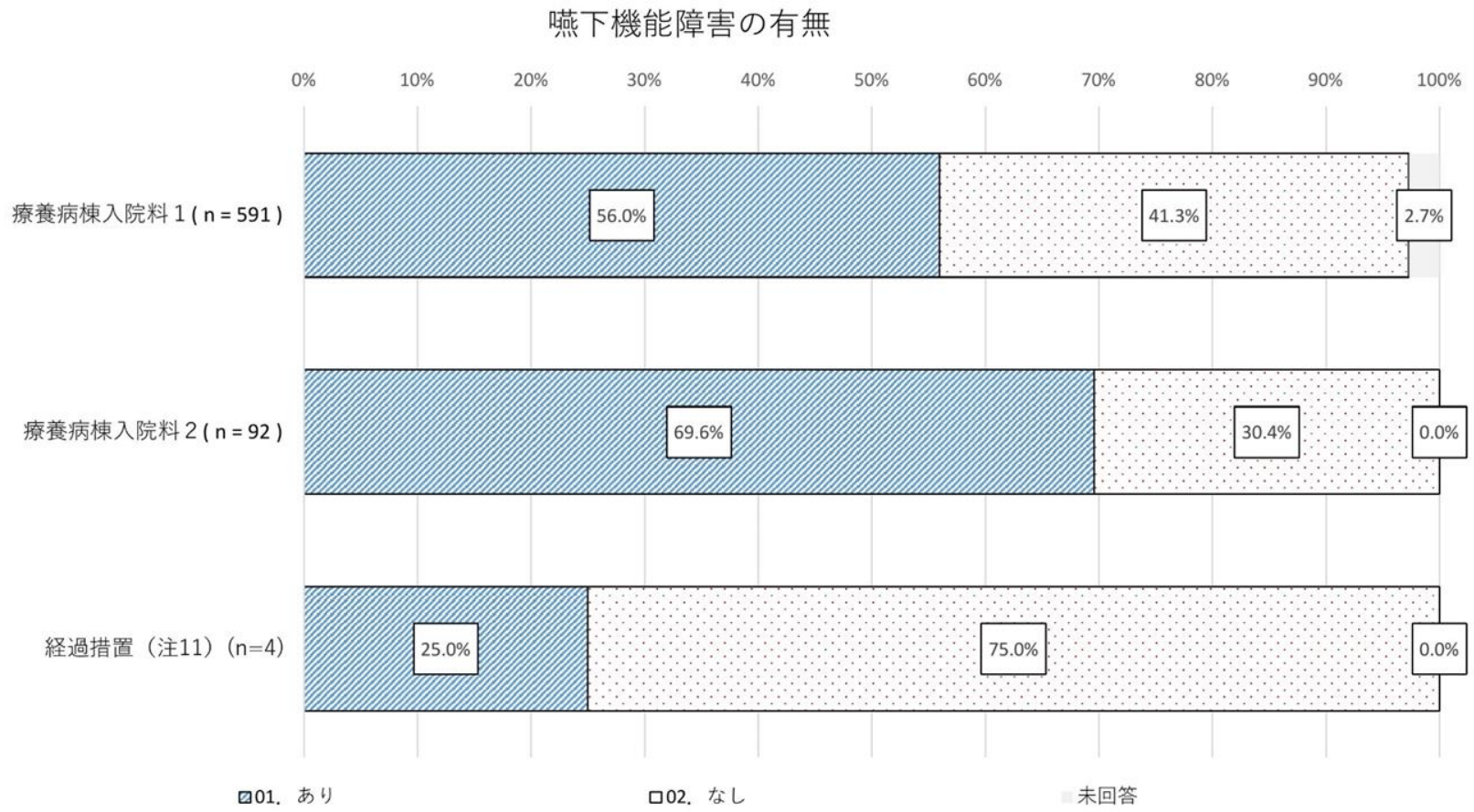
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

中心静脈栄養の患者について（嚥下機能障害）

○　中心静脈栄養を行っている患者の嚥下機能障害の有無は以下のとおりであり、半数前後の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

ガイドラインで推奨されている嚥下機能評価について

○　学会ガイドラインにおいて、嚥下機能評価として、嚥下造影検査、内視鏡下嚥下機能検査等が推奨されており、それらの結果に基づき栄養摂取法や代償嚥下法の検討とその指導を本人や家族に行うことは、誤嚥性肺炎や脱水・栄養障害を減少させ、有効であるとされている。

中医協　総－２
２５．１２．１１

【脳卒中診療治療ガイドライン2009】(日本脳卒中学会,日本脳神経外科学会,日本神経学会,日本神経治療学会,日本リハビリテーション医学会)より抜粋

脳卒中患者においては、嚥下障害が多く認められる。それに対し、嚥下機能のスクリーニング検査、さらには嚥下造影検査、内視鏡検査などを適切に行い、その結果を元に、栄養摂取経路(経管・経口)や食形態、姿勢、代償嚥下法の検討と指導を行うことが勧められる(グレードB)

嚥下造影(**VF**:VideoFluoroscopic examination of swallowing)
造影剤入りの食物を嚥下し、嚥下の状態、食物の残存等を評価する。



正常な嚥下ができている場合

・黒く写っているのが検査食
・正常に食道を流れており、残存はない

喉に残存がある場合

・喉のくぼみに検査食が残っている
(後から気管に入り、肺炎の原因となることがある)

気管への流入がある場合

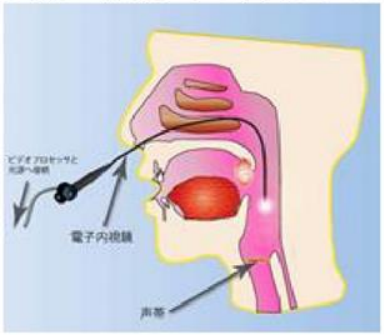
・気管に流入している検査食が見える。

(岩手医大病院提供資料)

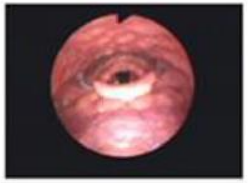
内視鏡下嚥下機能検査(**VE**:VideoEndoscopic examination of swallowing)
実際の食物を利用して、嚥下を行いながら喉頭内視鏡による観察を行い、嚥下の状態、食物の残存等を評価する。

実施の様子

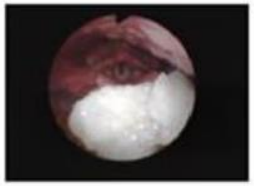




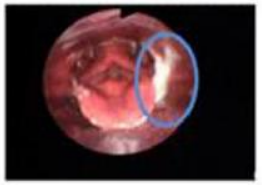
<実際の内視鏡所見>



健康な人の喉
(中央の黒いところが気管)



ご飯が流れてきているところ



飲み込んだ後
(ご飯が少し残っている)

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

摂食嚥下支援加算の概要と算定状況

中医協　総－７－２
３．１１．１７

H004　摂食機能療法
注3　摂食嚥下支援加算　　200点

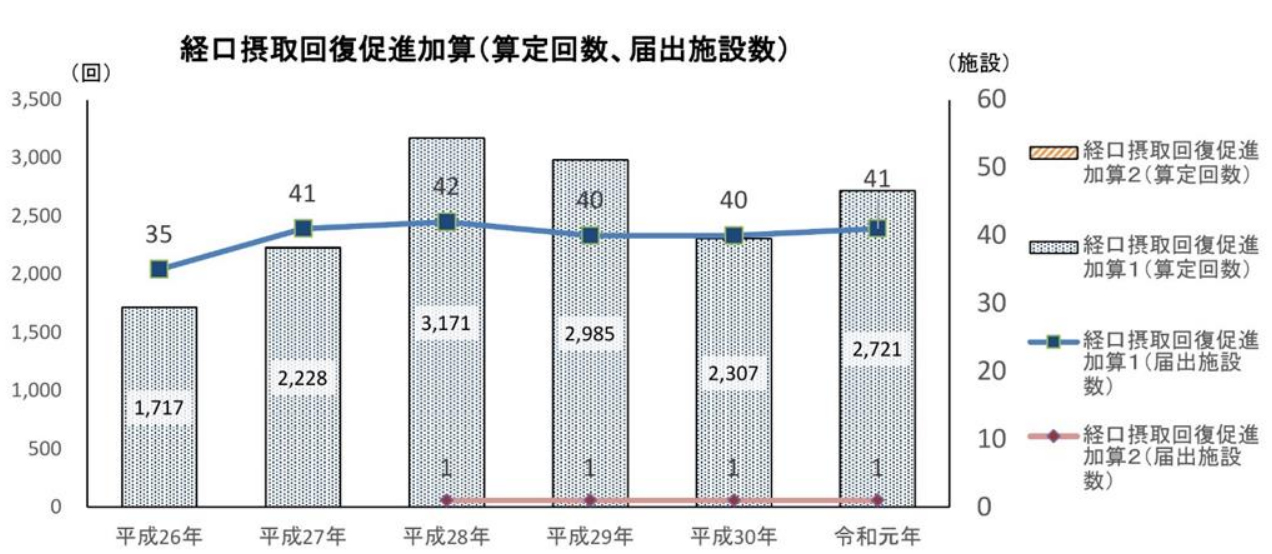
摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、医師・看護師・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、週に1回に限り摂食機能療法の点数に加算する。

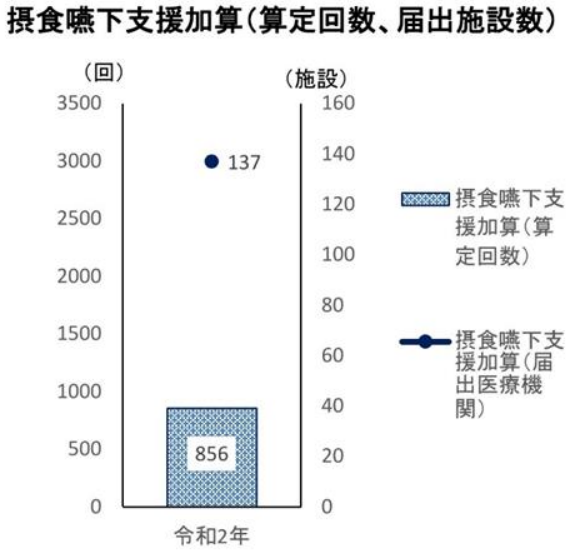
【施設基準】
○ 摂食嚥下支援チームを設置　＊の職種は、カンファレンスの参加が必須

- 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 ＊
- 専任の常勤看護師（経験5年かつ研修修了）＊
- 専任の常勤言語聴覚士 ＊
- 専任の常勤薬剤師＊
- 専任の常勤管理栄養士＊
- 専任の歯科衛生士
- 専任の理学療法士又は作業療法士

○ 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

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





出典（算定回数）：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
出典（届出施設数）：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

➢ 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

現行

【摂食機能療法】

経口摂取回復促進加算1　　185点
経口摂取回復促進加算2　　20点
（治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算）

[算定対象]
- 鼻腔栄養を実施している患者（加算1のみ）
- 胃瘻を造設している患者

[算定要件]
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施（月1回以上）
- 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施（月1回以上）
- カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

[施設基準]
- 専従の常勤言語聴覚士　1名以上
- 加算1:
  胃瘻新設の患者　2名以上
  鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率　35%以上
- 加算2:
  胃瘻の患者の経口摂取回復率　30%以上



改定後



【摂食機能療法】

摂食嚥下支援加算　　200点
（週1回に限り摂食機能療法に加算）

[算定対象]
- 摂食嚥下支援チームの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

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

[施設基準]
- 摂食嚥下支援チームを設置　＊の職種は、カンファレンスの参加が必須
  - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師＊
  - 専任の常勤看護師（経験5年かつ研修修了）＊
  - 専任の常勤言語聴覚士＊
  - 専任の常勤薬剤師＊
  - 専任の常勤管理栄養士＊
  - 専任の歯科衛生士
  - 専任の理学療法士又は作業療法士
- 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑳中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し

㉑療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し

㉒障害者施設等入院基本料等の見直し

㉓緩和ケア病棟入院料の見直し

㉔有床診療所入院基本料等の見直し

㉕有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設

㉖医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

療養病棟入院基本料の見直し②

療養病棟入院基本料（注11に規定する経過措置）の評価の見直し

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

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

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

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置において、以下の見直しを行う。
  - 疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、**FIM（機能的自立度評価法）の測定を月に１回以上行っていない場合は、１日につき２単位まで出来高での算定**とする。
  - 医療区分２の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、**FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分１の場合に相当する点数を算定**することとする。

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 （療養病棟入院基本料「注11」に規定される点数）
看護職員	20対1以上 （医療法上の4：1）		25対1以上
看護補助者	20対1以上 （医療法上の4：1）		25対1以上
医療区分2・3該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 （経過措置あり）		
点数（＊）	医療区分1 815点～　968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～　903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の85／100を算定

＊：生活療養を受ける場合の点数は除く。

経過措置：令和６年３月31日まで延長

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

療養病棟入院基本料について

中医協　総－１－２
３．１０．２７

	包括範囲について
A　入院基本料等加算	－ ※一部を除く。
B　医学管理等	－
C　在宅医療	－
D　検査	○
E　画像診断	○ ※一部を除く。
F　投薬	○ ※一部を除く。
G　注射	○ ※一部を除く。
H　リハビリテーション	－
I　精神科専門療法	－
J　処置	○ ※一部を除く。
K　手術	－
L　麻酔	－
M　放射線治療	－
N　病理診断	○

○　療養病棟入院基本料について、検査・画像診断（一部を除く。）等に係る費用については当該入院基本料に含まれ、リハビリテーションや手術等に係る費用は左記のとおり、出来高で算定できる。

○：包括範囲
－：包括範囲外

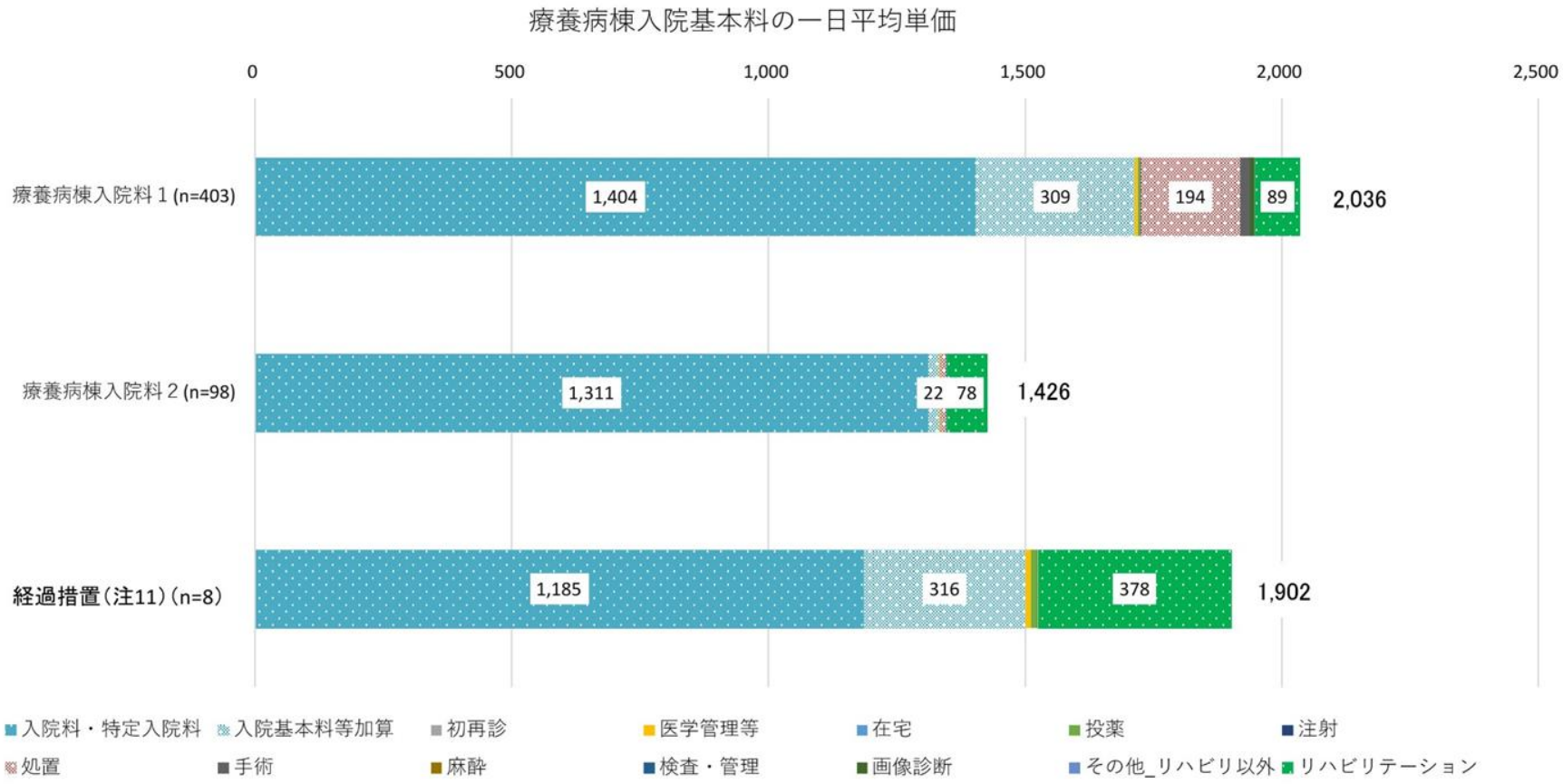
参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

入院料毎の１日当たりのレセプト請求点数

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　入院料毎のレセプト請求点数（１日当たり）は以下のとおりであった。
○　リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置（注11）が最も高かった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

目次に戻る

医療区分について（参考）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

療養病棟入院基本料の点数（参考）

療養病棟入院料 1

【施設基準】
①看護配置：２０：１以上
②医療区分２・３の患者が８割以上

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

療養病棟入院料 2

【施設基準】
①看護配置２０：１以上
②医療区分２・３の患者が５割以上

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

療養病棟入院料基本料 の 経過措置

療養病棟入院基本料（A101）

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

療養病棟入院基本料（注11）（A101）

✓ 療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

療養病棟入院基本料（注11）（A101）

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

目次に戻る

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰをもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.ht

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑳療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し
㉑中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し
㉒障害者施設等入院基本料等の見直し
㉓緩和ケア病棟入院料の見直し
㉔有床診療所入院基本料等の見直し
㉕有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設
㉖医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（抜粋・例）

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

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

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］（抜粋・例）

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

改定後

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

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

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

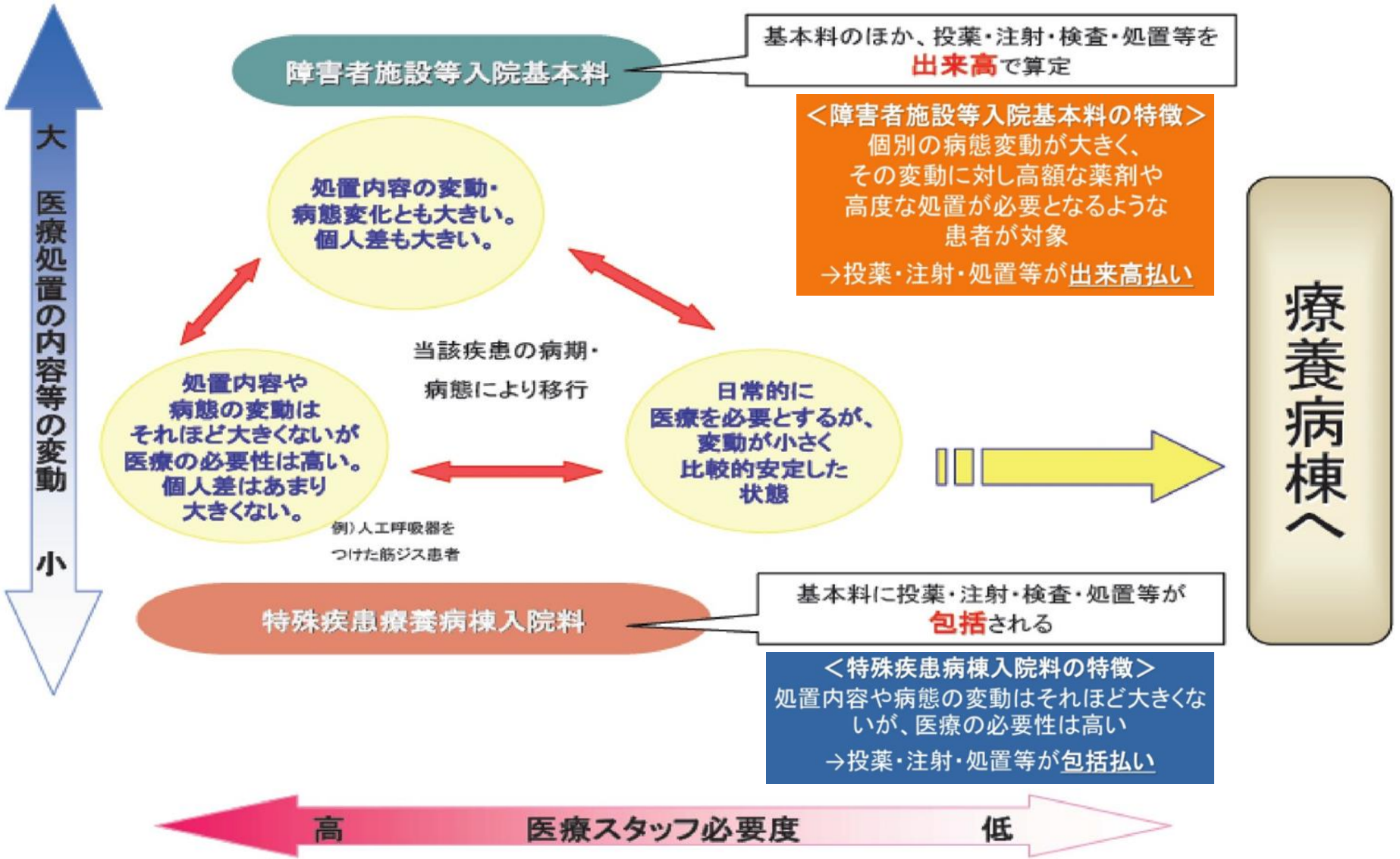
栄養サポートチーム加算の見直し

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

障害者施設等入院基本料 の 経過措置

障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等（A106等）

✓ 令和４年３月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する基準を満たしているものとする。

目次に戻る

参考：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰをもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑳療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し
㉑中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し
㉒障害者施設等入院基本料等の見直し
㉓緩和ケア病棟入院料の見直し
㉔有床診療所入院基本料等の見直し
㉕有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設
㉖医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

緩和ケア病棟入院料の見直し

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

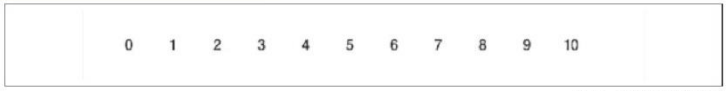
緩和ケア病棟入院料

（新）　緩和ケア疼痛評価加算　100点

［算定要件］（概要）

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

評価の例



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

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



➢ 緩和ケア病棟入院料について、加算の新設にあわせて評価の見直しを行う。

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

緩和ケア病棟入院料の概要

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

○　緩和ケア病棟入院料１

30日以内　5,107点　31日以上60日以内　4,554点　61日以上　3,350点

○　緩和ケア病棟入院料２

30日以内　4,870点　31日以上60日以内　4,401点　61日以上　3,298点

＋

緩和ケア疼痛評価加算　100点

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

［入院料１の施設基準］

入院料２の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること（一部抜粋）。

○　以下のア又はイを満たしていること

ア）当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること

イ）直近１年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

○　次のいずれかに係る届出を行っていること。

①　緩和ケア診療加算※１

②　外来緩和ケア管理料※１

③　在宅がん医療総合診療料※２

［入院料２の施設基準］

○　**看護配置７対１、緩和ケアを担当する常勤の医師を１名以上配置**

○　**がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院**又はこれらに準ずる病院であること　等

※１　悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※２　在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

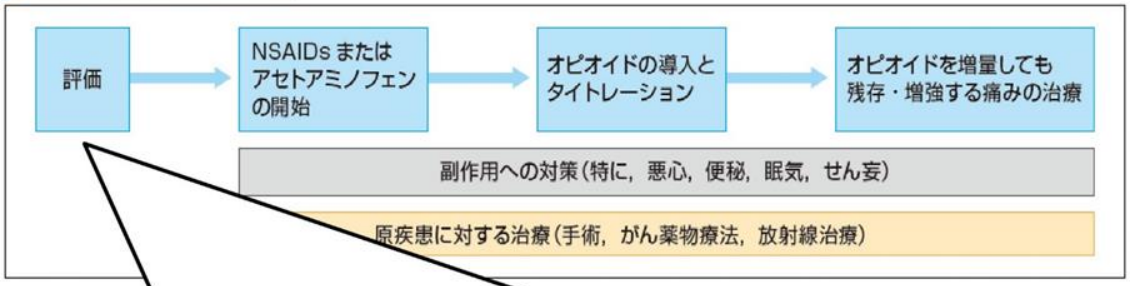
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

がん疼痛治療の概要について

○「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）において、がん疼痛治療の概要が以下のとおり示されている。「疼痛の評価は、患者自身が痛みをどのように感じているかを評価することがゴールドスタンダードである」とされており、評価に当たっては、疼痛の強さや疼痛のパターン等を評価することとされている。

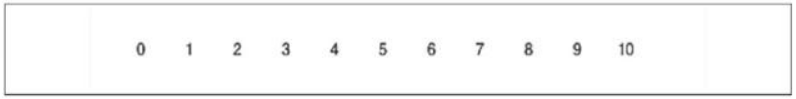
がん疼痛治療の概要





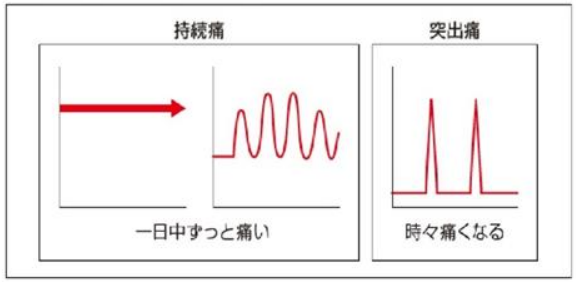
疼痛の評価の内容（一部抜粋）

疼痛の強さ



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

疼痛のパターン



疼痛のパターンには，大きく分けて，持続痛（1日を通して続く痛み）と突出痛（1日に数回ある強い痛み）がある。疼痛のパターンを知ることは，治療方針を決定することに役立つ。

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

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑳療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し
㉑中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し
㉒障害者施設等入院基本料等の見直し
㉓緩和ケア病棟入院料の見直し
㉔有床診療所入院基本料等の見直し
㉕有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設
㉖医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

有床診療所における評価の見直し

有床診療所入院基本料等の見直し

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

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

改定後

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

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

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

改定後

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

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

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

慢性維持透析患者の受け入れに係る評価の新設

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

有床診療所療養病床入院基本料

（新）　慢性維持透析管理加算　　100点（１日当たり）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

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

ハイリスク分娩**等**管理加算（１日につき）（８日まで）

	１　ハイリスク分娩管理加算	3,200点
（新）	**２　地域連携分娩管理加算**	**3,200点**

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

40歳以上の初産婦である患者	―
子宮内胎児発育遅延の患者	**重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外**の患者であって、**地域周産期母子医療センター等から**当該保険医療機関に対して**診療情報が文書により提供されているもの**に限る。
糖尿病の患者	**２型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者**（**食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに**限る。）であって、**専門医又は専門医療機関から**当該保険医療機関に対して**診療情報が文書により提出されているもの**に限る。
精神疾患の患者	他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。

［算定要件］
・　地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、**分娩を伴う入院前に、**当該保険医療機関から、**連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない**。
・　対象患者に該当する妊産婦であっても、**当該患者が複数の疾患等を有する場合**においては、**当該加算は算定できない**。
［施設基準の概要］
（１）当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が３名以上配置されていること。
（２）当該保険医療機関内に常勤の助産師が３名以上配置されていること。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師**であること。
（３）一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（４）**周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。**
（５）公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

有床診療所一般病床初期加算等の概要

A108　有床診療所入院基本料

注3　　有床診療所一般病床初期加算（14日を限度）　　150点

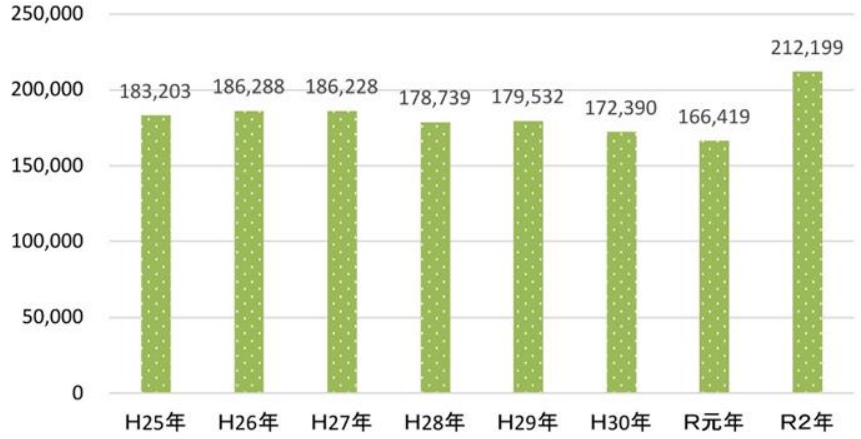
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算する。

A109　有床診療所療養病床入院基本料

注6　　救急・在宅等支援療養病床初期加算（14日を限度）　150点

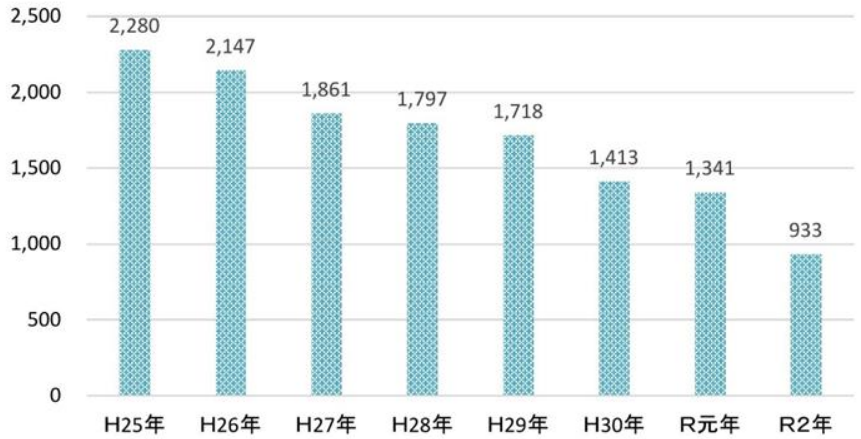
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。

有床診療所一般病床初期加算



	H30	R元	R2
有床診療所入院基本料（算定回数）	888,950	832,447	741,747
有床診療所一般病床初期加算の算定割合	19.4%	20.0%	28.6%

救急・在宅等支援療養病床初期加算



	H30	R元	R2
有床診療所療養病床入院基本料（算定回数）	80,151	72,931	65,751
救急・在宅等支援療養病床初期加算の算定割合	1.8%	1.8%	1.4%

出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

有床診療所の機能に応じた評価

中医協　総－２
２５．１２．４



①病院からの早期退院患者の受入れ



専門医療を担う機能
→個々の技術の評価で対応

在宅医療の拠点機能
→在宅療養支援診療所及び機能強化型在宅療養支援診療所に係る評価で対応

終末期医療を担う機能
→看取り加算で対応

③有床診療所が持つ複数の機能



②在宅患者等の急変時の受入れ



今回の見直しでは、機能に応じた評価について、①病院からの早期退院患者の受入れ機能、②在宅患者等の急変時の受入れ機能、③有床診療所が持つ複数の機能の評価について見直しを図ることとしてはどうか。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

➢ 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟（地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算として、１日につき 150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあっては、１日につき300点）を所定点数に加算する。

改定後

【急性期病棟から受入れた患者】
当該病棟（地域包括ケア病棟にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援（療養）病床初期加算として、１日につき150点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、１日につき300点）を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】
当該病棟（地域包括ケア病棟にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援（療養）病床初期加算として、１日につき300点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、１日につき350点）を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

➢ 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

［施設基準］
（新設）当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

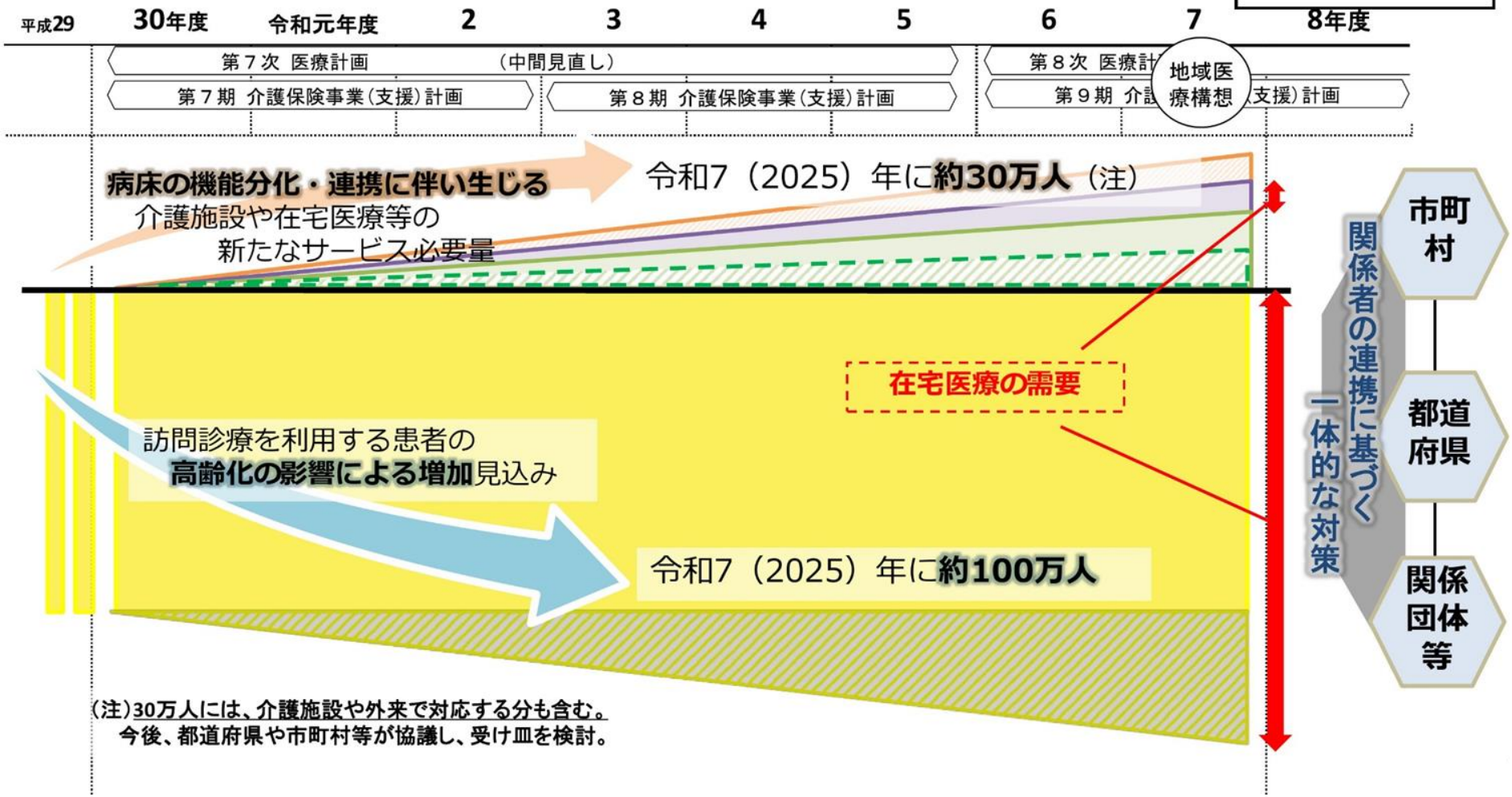
参考

2025年に向けた在宅医療の体制構築について

第４回在宅医療及び医療・介護連携に関するＷＧ
平成３０年５月２３日
資料１改

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、**「高齢化の進展」**や**「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**してくことが重要。

中医協　総－１－１
３．８．２５



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

在宅医療の体制について

中医協　総－１－１
３．８．２５

○ 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
○ 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～　「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ　～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による　退院支援の実施

②日常の療養支援
○　多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
○　緩和ケアの提供
○　家族への支援

③急変時の対応
○ 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

④看取り
○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

・病院、診療所（歯科含む）　・薬局
・訪問看護事業所　・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・短期入所サービス提供施設
・相談支援事業所　等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・他医療機関の支援
・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

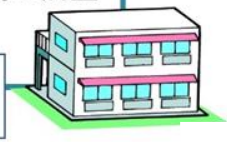
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院　等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
・地域の関係者による協議の場の開催
・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
・関係機関の連携体制の構築　等

・医師会等関係団体
・保健所　・市町村　等



在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

在宅医療において積極的役割を担う医療機関について

中医協　総－６改
３．１０．１３

○『在宅医療の体制構築に係る指針』において、「自ら24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることが望ましい、とされており、これは、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることが想定されている。

- 自ら24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。
- 基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

① 目標

・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
・在宅医療に関する人材育成を行うこと
・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
・患者の家族への支援を行うこと
・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
・地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

出典：在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知））

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

長期療養患者の受け皿の確保等について①

療養病棟における透析患者の受入の促進

➢ 慢性維持透析を実施している患者についての評価を新設する。

（新）　慢性維持透析管理加算　100点（1日につき）

［算定要件］

・療養病棟入院基本料1を届け出ていること。

今までは、療養病棟入院基本料１でないと算定できませんでした。

・自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。
（毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること。）

療養病棟における超重症児（者）等の受入の促進等

➢ 療養病棟における超重症児（者）等の受入を促進するため、超重症児（者）・準超重症児（者）加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大する。

➢ また、病床の機能分化を進めるため、平成27年4月1日以降、一般病棟の算定日数を90日までとする（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者は除く。）。

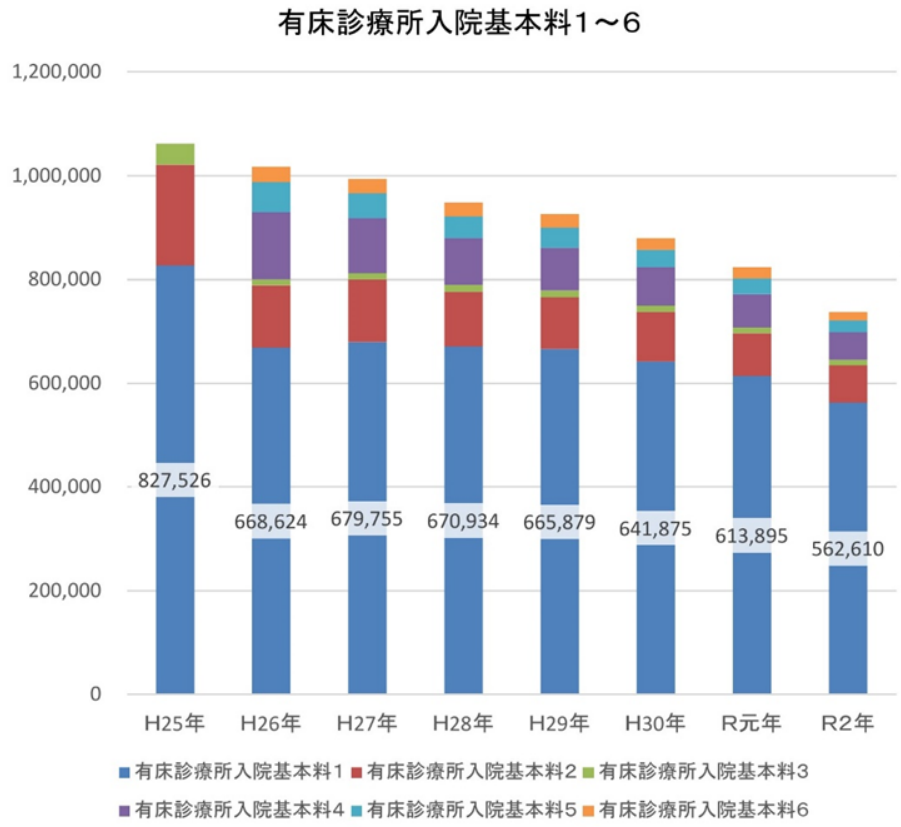
参考：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-2をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

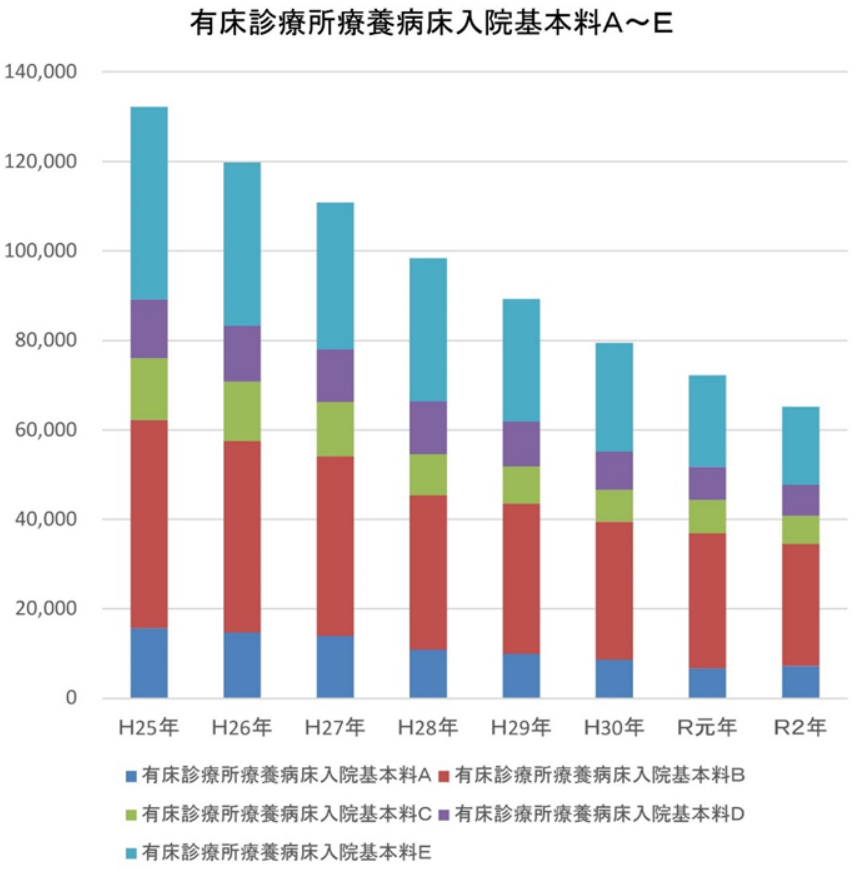
参考

有床診療所入院基本料等の算定回数等の推移

A108　有床診療所入院基本料1～6　　917～480点

A109　有床診療所療養病床入院基本料A～E　　1,057～564点（生活療養を受ける場合　1,042～549点）





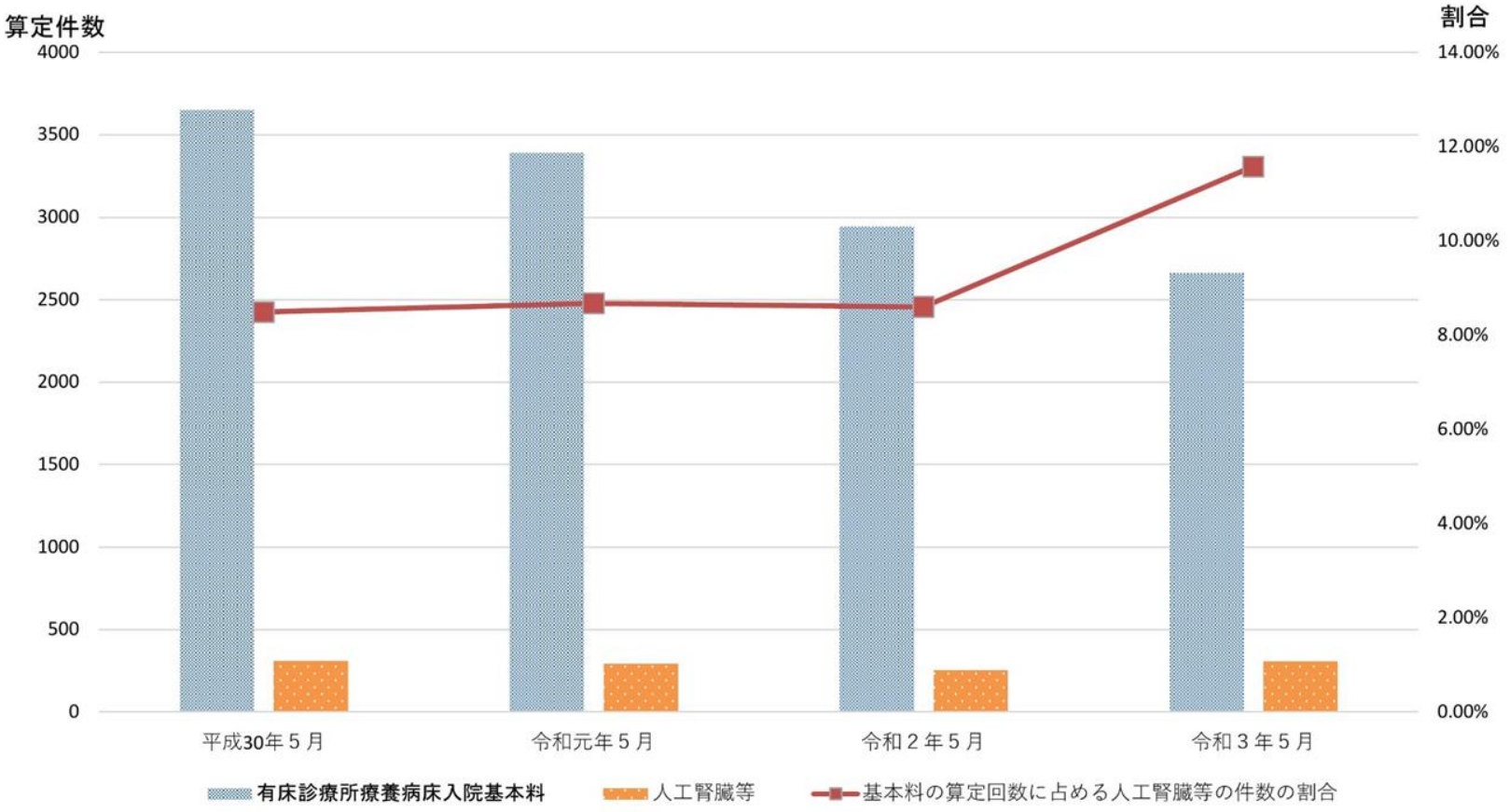
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-2　　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

参考

有床診療所における透析の現状について

○ 有床診療所療養病床における、人工腎臓等の算定状況及び「有床診療所療養病床入院基本料の算定件数に占める有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者であって人工腎臓等を算定している患者の割合」は以下のとおり。



※1：人工腎臓等は、有床診療所療養病床入院基本料を算定する患者での算定件数。
※2：人工腎臓等には、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、連続携行式腹膜灌流及び腹膜灌流を含む。

出典：保険局医療課調べ

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/03）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00125.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⑳療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し
㉑中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し
㉒障害者施設等入院基本料等の見直し
㉓緩和ケア病棟入院料の見直し
㉔有床診療所入院基本料等の見直し
㉕有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設
㉖医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

入退院支援加算の見直し

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の要件緩和（概要）

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

㉗DPC/PDPS の見直し

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

６．DPC/PDPSの見直し

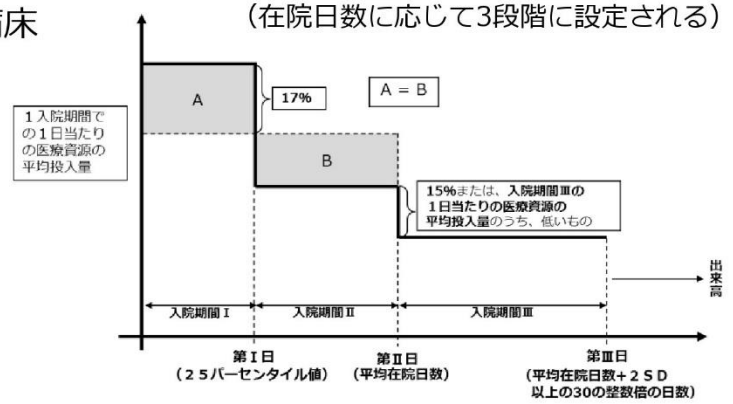
① 基本的概要

② 評価の見直し

DPC/PDPSの基本事項

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

診断群分類ごとの点数イメージ
（在院日数に応じて3段階に設定される）



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC対象病院の要件

- DPC対象病院は以下のすべての要件を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出

- A207診療録管理体制加算の届出

- 以下の調査に適切に参加
  - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」

- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる「DPC算定病床」

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

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

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

出来高算定

精神病棟　　結核病棟　　療養病棟

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC/PDPSの基本事項（考え方）

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

前提①　平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPCの基本構造

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

①　「診断（**D**iagnosis）（医療資源を最も投入した傷病名）」

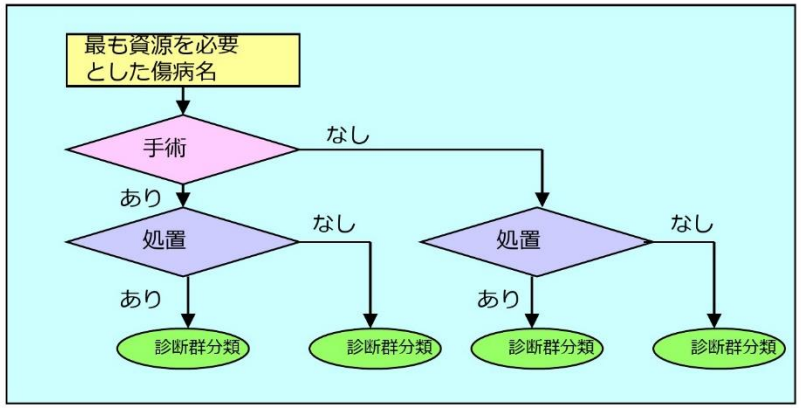
②　「診療行為（**P**rocedure）（手術、処置等）等」
　　の　「組合せ（**C**ombination）」

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

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

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

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

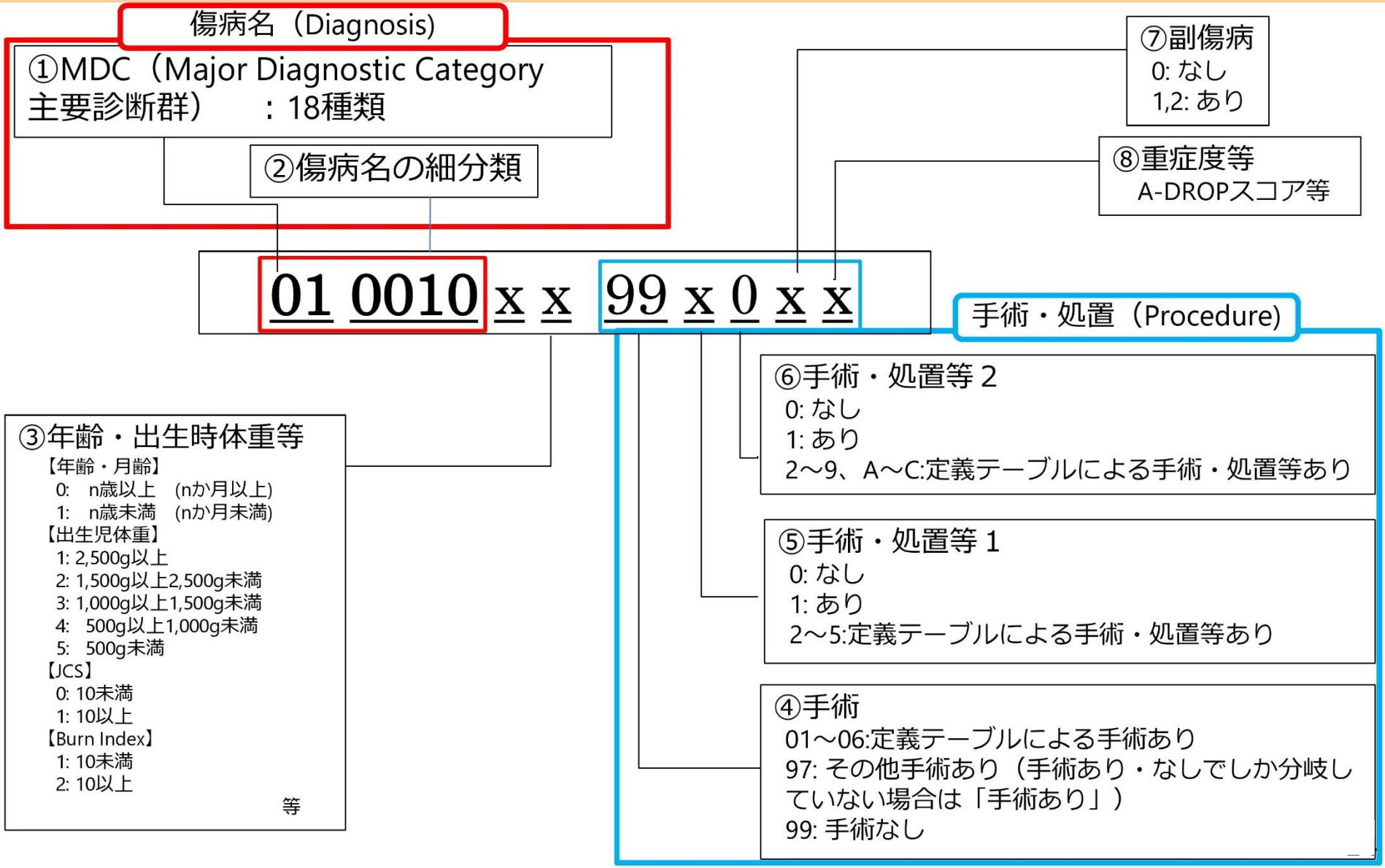


○　「診断（傷病名）」は、「ＩＣＤ－１０」により定義され、
「診療行為等」は、診療報酬上の医科点数表上の区分（Kコード等）で定義される。

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC/PDPSの基本事項（診断群分類のイメージ）



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

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

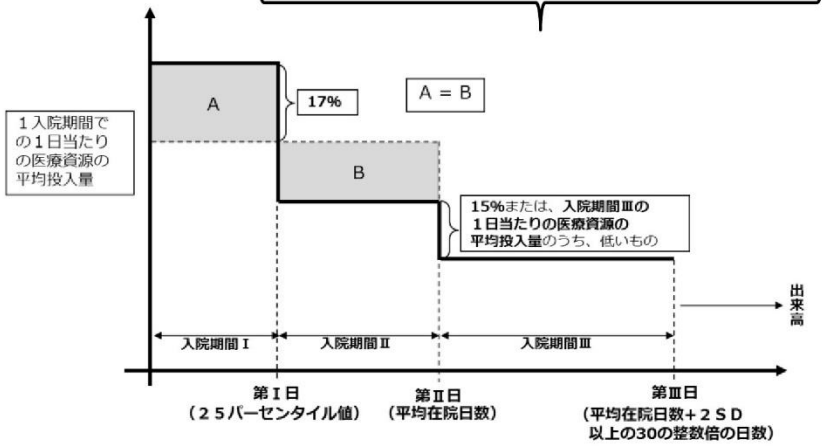
＋

ドクターフィー的報酬部分等

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

【包括評価部分】

DPC毎の1日当たり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数



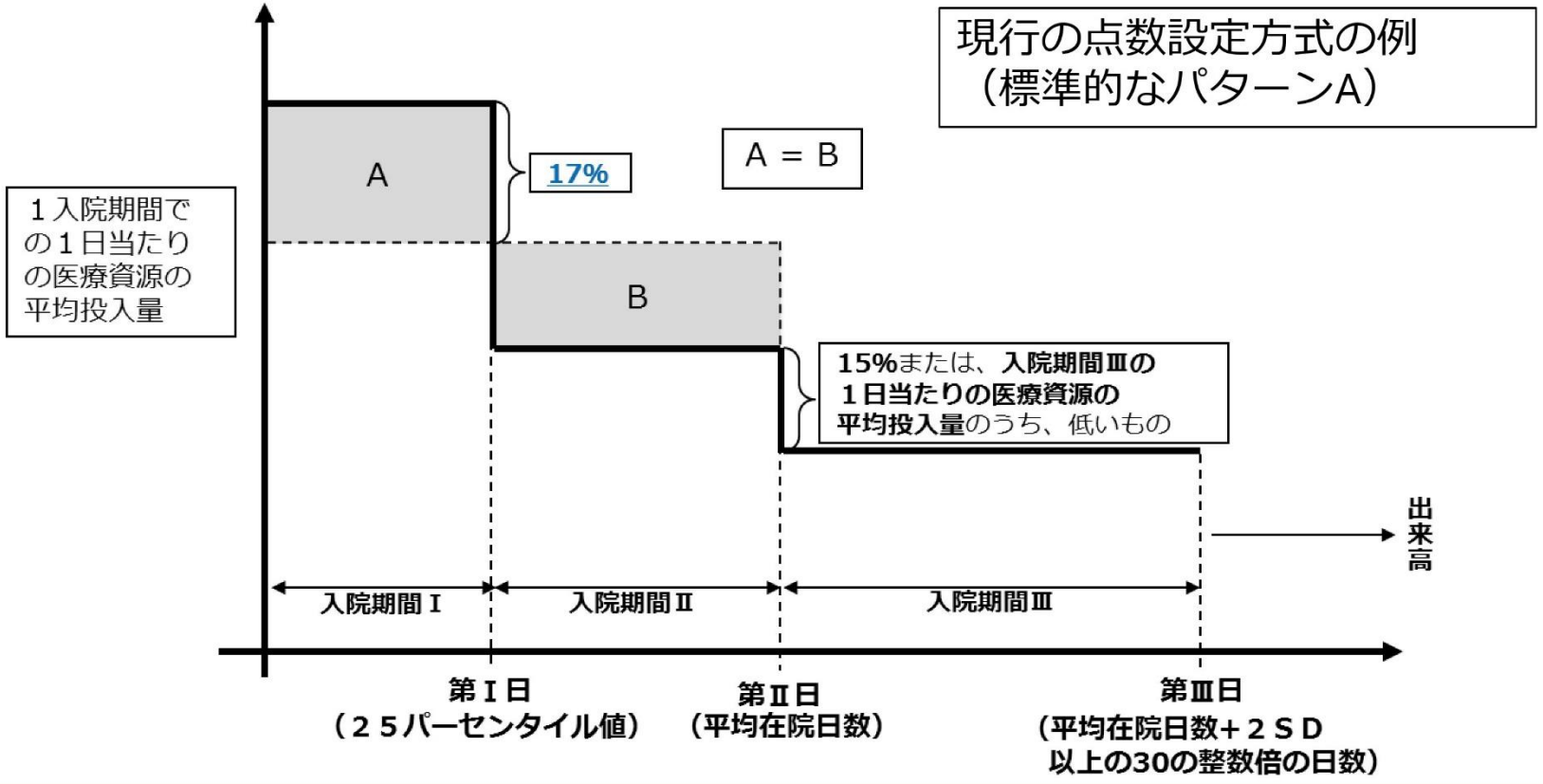
基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数（該当医療機関のみ設定）

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC/PDPSの基本事項（１日当たり点数の設定方法）

＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞

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



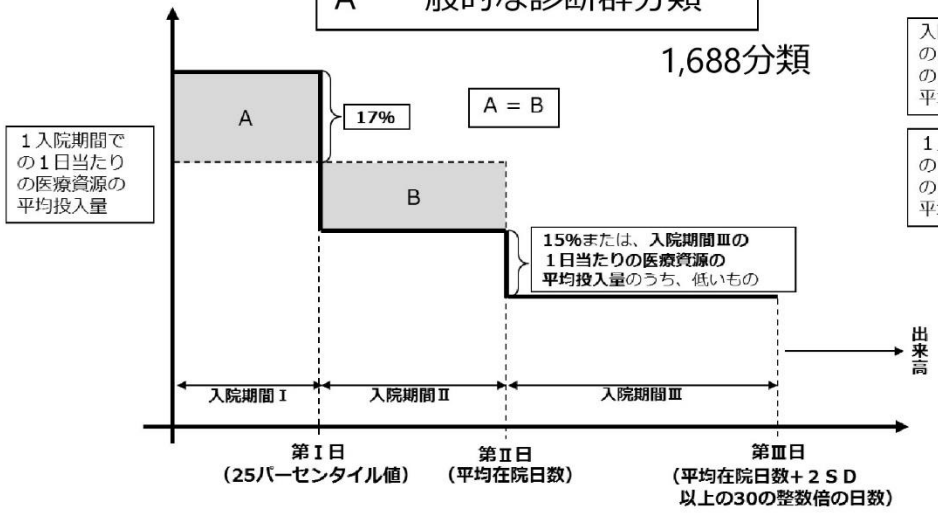
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

1日当たり点数の設定方法（４つの点数設定方式）

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

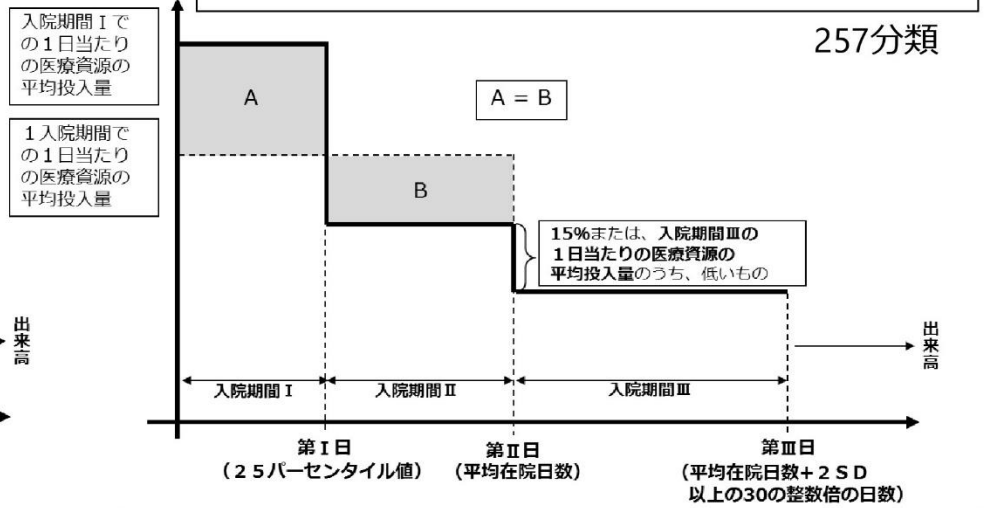
A　一般的な診断群分類

1,688分類



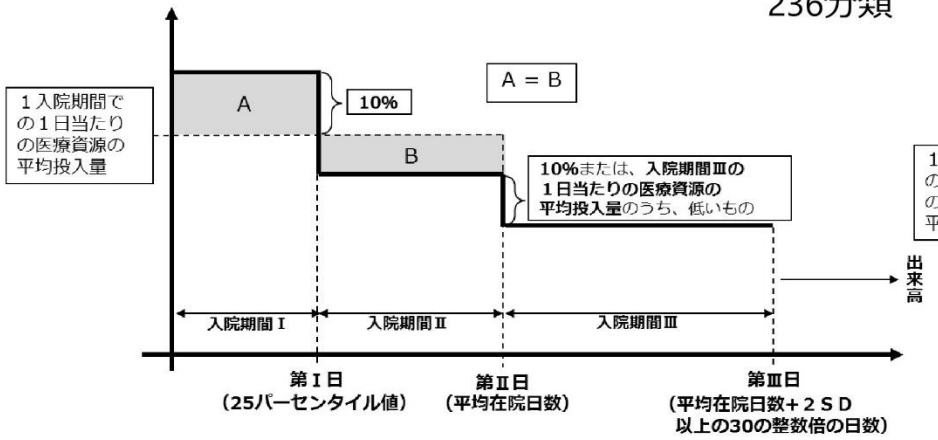
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

257分類



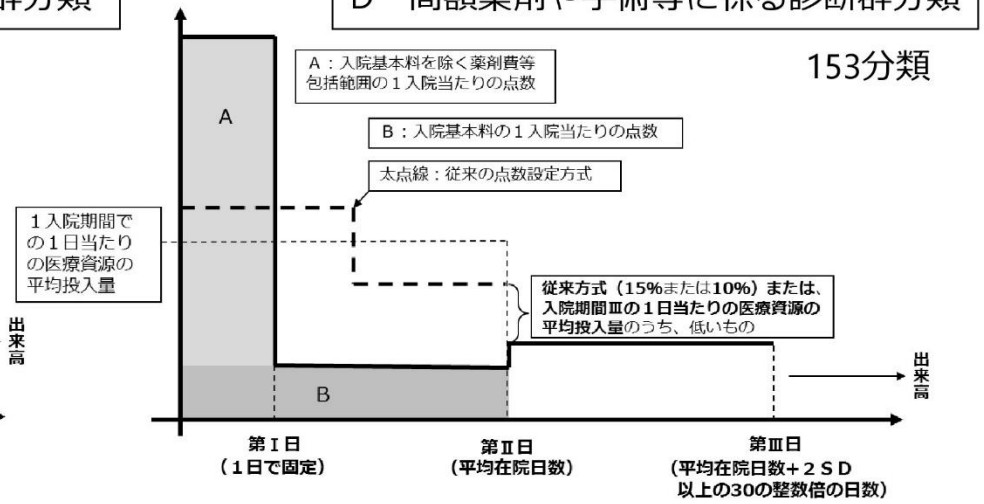
C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類

236分類



D　高額薬剤や手術等に係る診断群分類

153分類



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC/PDPSの基本事項（DPC/PDPSの包括範囲）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC対象病院が参加する調査（DPC導入の影響評価に係る調査）

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

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

１．概要

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

２．報告内容　（令和４年度診療報酬改定後）

（１）施設基準の届出状況

（２）都道府県が行う事業への参加状況

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

（３）その他
病床数（ＤＰＣ算定病床数）等

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

医療機関別係数

１．基礎係数

○　大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。

○　基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの

［基礎係数］＝［各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値］×［改定率］
÷［各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値］

２．機能評価係数Ⅰ

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

３．機能評価係数Ⅱ

○　機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、６つの係数（保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。

○　各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

４．激変緩和係数

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

目次に戻る

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

６．DPC/PDPSの見直し

① 基本的概要

② 評価の見直し

DPC/PDPSの見直し

➢ 医療機関別係数の見直し

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

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

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

➢ 算定ルールの見直し

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

➢ 退院患者調査の見直し

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

医療機関別係数の見直し

基礎係数（医療機関群）

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

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

機能評価係数Ⅰ

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

機能評価係数Ⅱ

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

激変緩和係数

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

機能評価係数Ⅱの評価内容①

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

機能評価係数Ⅱの評価内容②

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

診断群分類点数表の見直し①

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類の見直し

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

点数設定方式Ｄで設定する診断群分類（例）

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

診断群分類点数表の見直し③

他院からの転院の有無に応じた評価の見直し

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

- 具体的には、以下の診断群分類について、転院の有無で評価を区別する。

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

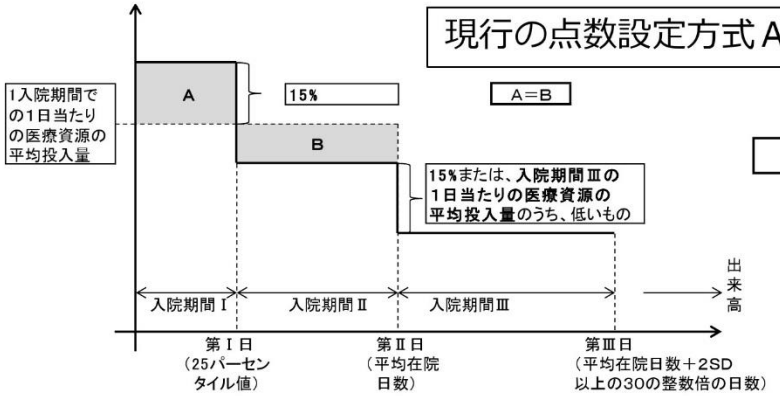
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

診断群分類点数表の見直し④

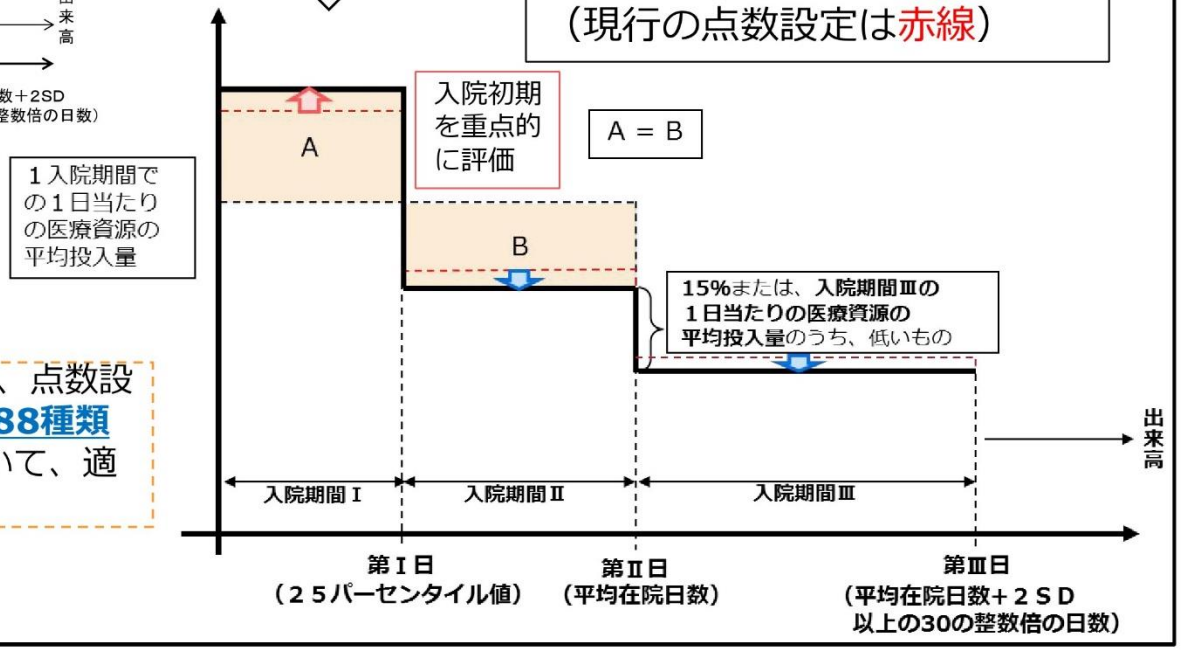
点数設定方式の見直し

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

現行の点数設定方式Ａ



見直し後の点数設定方式Ａ（現行の点数設定は赤線）



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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

退院患者調査の見直し①

様式１の見直し

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

【簡】：入力の簡素化、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

退院患者調査の見直し②

外来ＥＦファイル等の見直し

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

DPC/PDPSの算定対象とならない患者

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

該当の新規手術等

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

３月31日以前から入院している患者の取扱い

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

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❶

基本的な考え方：DPC/PDPS について、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類点数表や医療機関別係数等を見直す。

具体的な内容：

１．診療報酬改定に関連した見直し

急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

２．医療機関別係数の見直し

（１）基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、３つの医療機関群を設定する。

①設定要件

○ DPC 特定病院群は、以下の要件を満たした医療機関とする。

- 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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❷

具体的な内容：

【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 D PC 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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❸

具体的な内容：

【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）
(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）
(3c)：手術実施症例件数

「(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。
「(3 b) 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」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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❹

具体的な内容：

【実績要件３】：医療技術の実施
・内科系（特定内科診療（ 2014 年度版）（別表１））
(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

「(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。
「(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」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。

【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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❺

（※）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。

【例】難易度 D、外科医師数３、手術時間数３の手術は 7.05×3=21.15

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、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　　３．手術時間数
- 内視鏡試案における評価は 、「手技技術度」、「協力医師数 １」、「施行時間」。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❻

別表１
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外含） 010060x199$$$$（入院時JCS30以上） 010060x399$$$$（入院時JCS30以上）	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99xx（入院時JCS100以上、もしくは処置２ありのうちJ045$人工呼吸あり）	処置２（人工呼吸）
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x$xx（処置２あり／なし）（ICD　G700のみ）（DPC外含）	診断名（ICD10）で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x$$x（処置２・副傷病あり／なし）（ICD　G41$のみ）	診断名（ICD10）で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx$$x（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絞りなし）	処置２（人工呼吸）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❼

別表１
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
6	間質性肺炎	040110xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸）
7	COPD急性増悪	040120xx99$1$x（処置２あり）（J045$人工呼吸）（DPC外含む）	処置２（人工呼吸）
8	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx（処置２あり）（PGI2ありの場合、J045$人工呼吸があれば可）	処置２（人工呼吸）
9	急性心筋梗塞	050030xx975$$x（処置１　５あり）（ICD　I21$のみ）	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99$$xx（処置２あり　E101SPECT・E100$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く） 050130xx975$xx（処置１　５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	050161xx99$$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（DPC外含）	処置２（人工呼吸・緊急透析）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❽

別表１
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
12	肺塞栓症	050190xx975xxx（処置１　５あり）（ICD　I822を除く） 050190xx99x$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　I822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	060270xx$$x$xx（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸、PMX等）
14	重症急性膵炎	060350xx$$$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外含）	処置２（人工呼吸、CHDF等）
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040（DPC６桁全て）	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x$$x（処置２あり／なし）（ICD　E055のみ）	診断名と手術なし

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し❾

別表１
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
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxxxx（ICD E272のみ）	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検
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、実症例数

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⑩

別表１
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
21	悪性リンパ腫	130020xx$$x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含） 130030xx99x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし） 130030xx97x$$x（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080（DPC６桁全て）（ICD絞りなし）	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870（DPC６桁全て）（リハビリ実施必須）（ICD絞りなし）	リハビリ
24	薬物中毒	161070（処置2あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２（人工呼吸器、PMX等）
25	敗血症性ショック	180010x$xxx3xx（処置２　３あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２　３（PMX、CHDF）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⓫

具体的な内容：

②基準値

○各要件の基準値は、大学病院の実績値を踏まえて以下の通りとする。

実績要件		令和4年度基準値
【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床あ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】:医療技術の実施（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）		

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⓬

具体的な内容：

（２）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。

（３）機能評価係数Ⅱ

従前の６つの評価項目を維持する。

地域医療指数における体制評価指数については、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）

（４）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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

参考

体制評価指数

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　地域医療指数の体制評価指数においては、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、各項目毎の評価を行っている。
○　令和３年通常国会において成立した改正医療法においては、医療計画の指摘事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を盛り込むこととしており、第８次医療計画（2024年度～2029年度）から「５疾病６事業」となる見込みとなっている。

＜現行の評価項目＞

評価項目	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

㉗ DPC/PDPS の見直し

＜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
災害	災害時における医療への体制を評価	・**~~BCPの策定実績有無別~~**災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） ・**BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）**		
へき地	へき地の医療への体制を評価	・「へき地医療拠点病院の指定**かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること**」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで１P） ・**「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）**		

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
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	・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）**		

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

参考

BCP策定研修について

○　医政局事業において、平成29年度以降、医療機関を対象としたBCP策定研修が実施されている。研修の概要及び令和３年度の研修内容は以下のとおり。

平成30年12月1日時点で、全病院の25%がBCPを作成

【BCP策定研修の概要】

1．目的

東日本大震災や平成28年熊本地震を経て、医療機関においても事業継続計画（以下、「BCP」という。）の重要性が認識されており、その一環として、平成29年３月に改正した災害拠点病院指定要件に、「BCPの整備」と「BCPに基づいた研修及び訓練の実施」が新たに追加された。しかし、多くの医療機関において、「BCPの整備のために必要なスキルやノウハウがない」、「BCPの内容に関する情報が不足している」などの理由から、整備が進まない状況にある。

このことから、本事業では、BCP策定に必要なスキルやノウハウ等を医療機関の担当者等に習得させ、災害に強い医療提供体制の構築を図るものである。

2．研修目標

・BCP策定のための組織（チーム）づくりがわかる。
・BCP策定とBCP文書作成の基本的な手順（リスクの分析、業務内容の優先度付けを中心とした内容）がわかる。
・策定されたBCPの実効性向上のための取り組み方法（訓練等によるBCPの検証・改善、事業継続マネジメント）がわかる。

3．受講対象者

医療機関に勤務し、BCP策定等に従事する者（１施設あたり管理者、担当者等の計2名での受講を基本とする。）を対象とする。なお、必ずしも医療機関の職員のみではなく、開設者（本社・本部等）に所属する職員の受講も可とする。

【令和3年度研修の内容】

○　医療機関のBCP策定の進め方
○　BCP策定の方針について（災害の想定→計画→対策）
　①　方針作りについて（策定・管理・実行体制の検討）
　②　災害の想定について（大規模地震や風水害の発生の想定、地域や医療機関の被害の想定）
　③　計画について（非常時の優先業務の洗い出し、行動計画の作成）
　④　対策について（必要な資源の補強、備蓄等）
○　継続的な取組について（訓練や教育による内容の周知、BCPの定期的な見直し）

出典：令和3年度事業継続計画（BCP）策定研修事業実施要綱、令和3年度講義資料

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

参考

体制評価指数の見直し（へき地）

○　へき地医療拠点病院については、第７次医療計画の際に、へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要３事業）の回数については、年12回以上と数値目標が通知（※）されている。※　疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年３月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

○　また、数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要３事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在していることを踏まえ、「へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を100%とする数値目標を設定するなど、更なる事業の推進について議論されている。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⓭

具体的な内容：

３．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。

４．退院患者調査の見直し

（１）入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬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 。

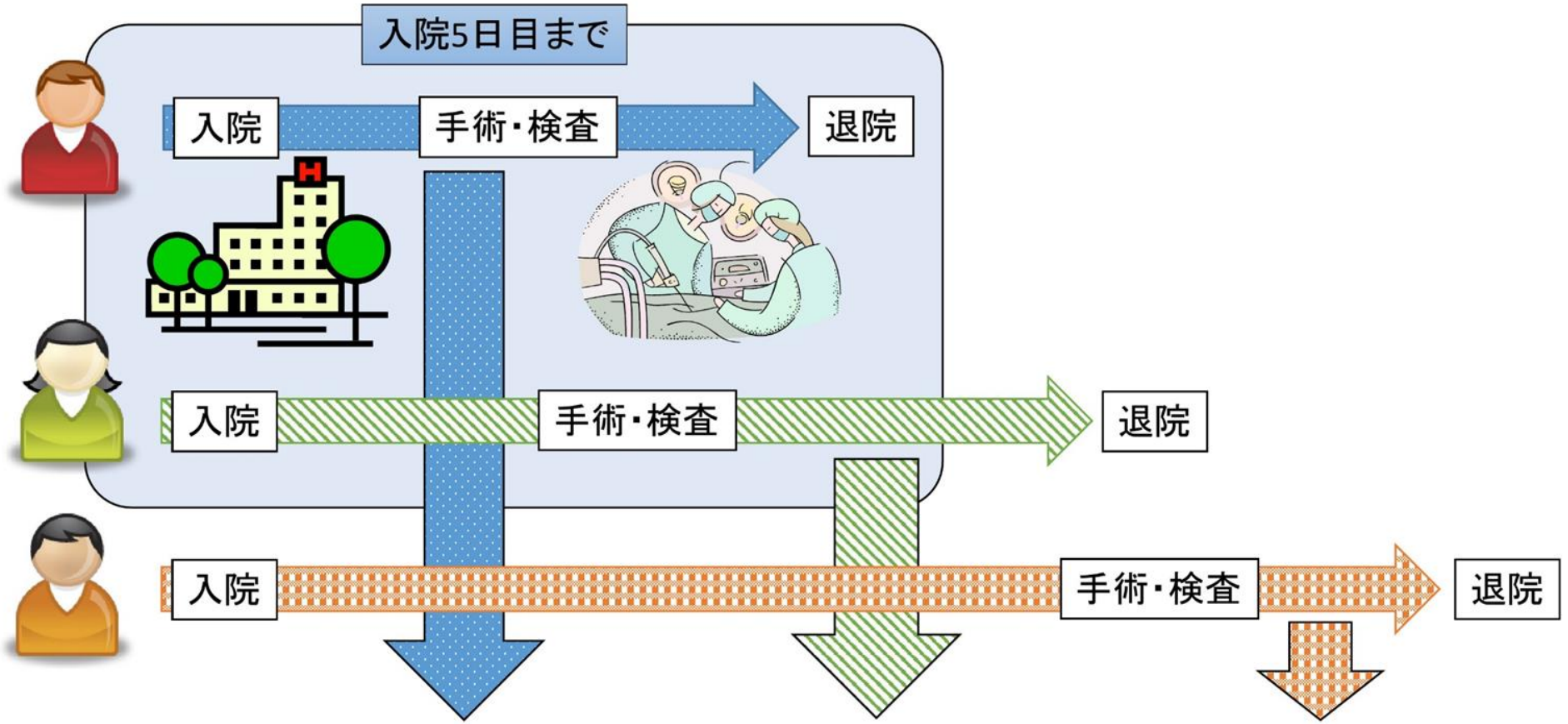
（３）調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

参考

短期滞在手術等基本料3に係る算定のイメージ

中医協　総－2
3．8．25



入院5日目までに手術・検査を行った、全患者について原則として短期滞在手術等基本料3を算定（※）。

入院5日目までに手術・検査を行ったが、退院が6日目以降になった場合、6日目以降は出来高で算定。

入院5日目までに手術・検査が行われなかった場合は出来高で算定。

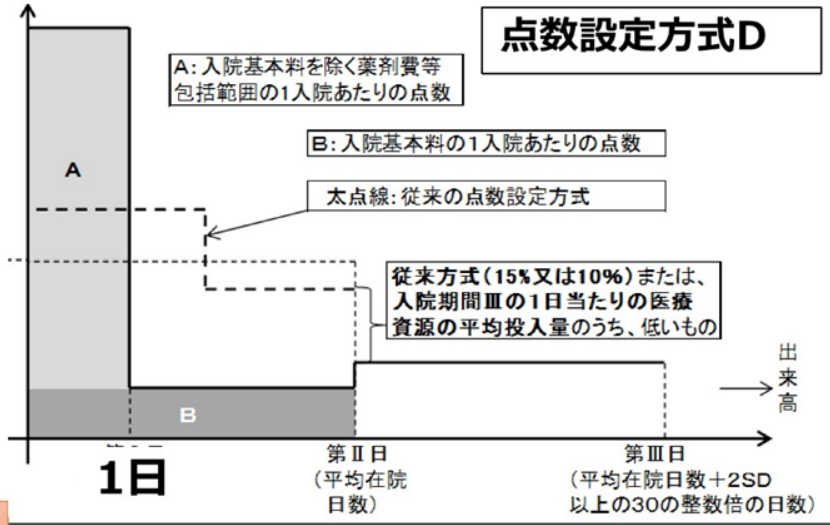
※　DPC対象病院及び診療所を除く。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

短期滞在手術等基本料の見直し

算定方法の整理

- DPC対象病院については、特定の単一の手術等の実施の有無のみにより評価される現行の短期滞在手術等基本料ではなく、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、短期滞在手術等基本料2及び3を算定不可とする。
- DPC/PDPSによる算定となる症例については、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dを設定する。
- ただし、平均在院日数及び重症度、医療・看護必要度に関する取扱いは従前の通りとする。



個別項目の見直し

- 以下の項目について、算定実績等を踏まえて評価を廃止する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合（片側）
D237 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	K282 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合（両側）
K008 腋臭症手術2　皮膚有毛部切除術	

- 個別項目について、技術の評価の見直しや包括される部分の出来高実績点数を踏まえた評価を見直す。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

参考

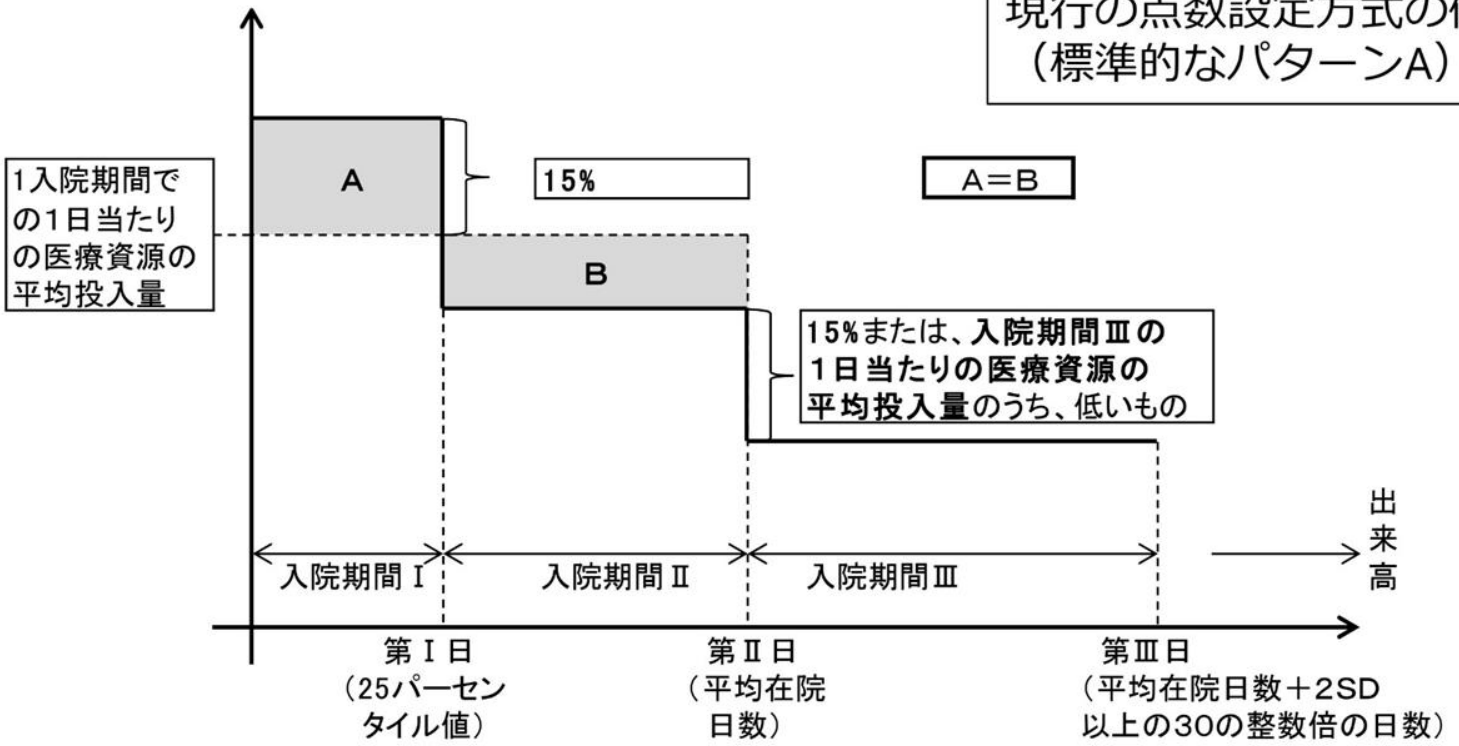
DPC/PDPSの基本事項（1日当たり点数の設定方法）

中医協　総－２
３．８．２５

＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞

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

現行の点数設定方式の例
（標準的なパターンA）



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

参考

入院初期の医療資源投入量について

○　各年度の、入院初期（１～14日目）における平均の出来高実績点数の推移は、以下のとおりであった。
○　経年的に、入院初期に投じられる医療資源投入量は大きくなっている。

各年度における、入院1～14日目までの平均医療資源投入量の推移



出典：各年度DPCデータ

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

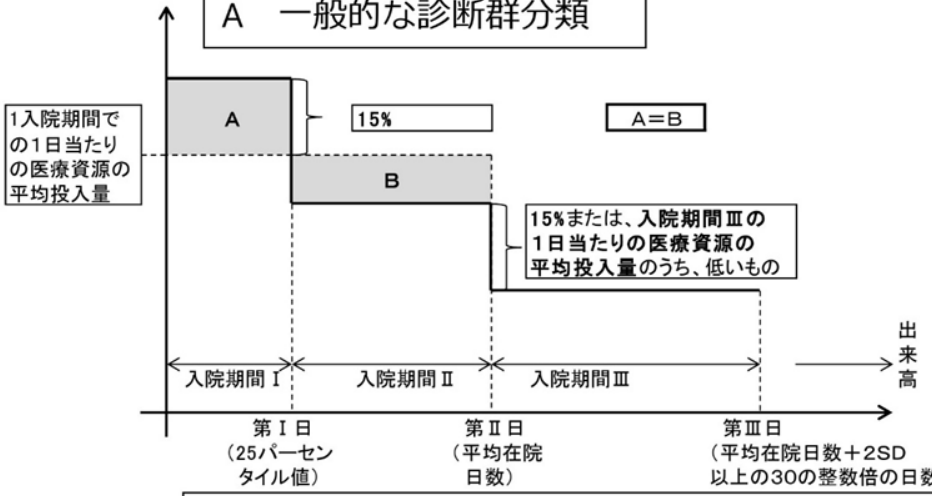
参考

1日当たり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

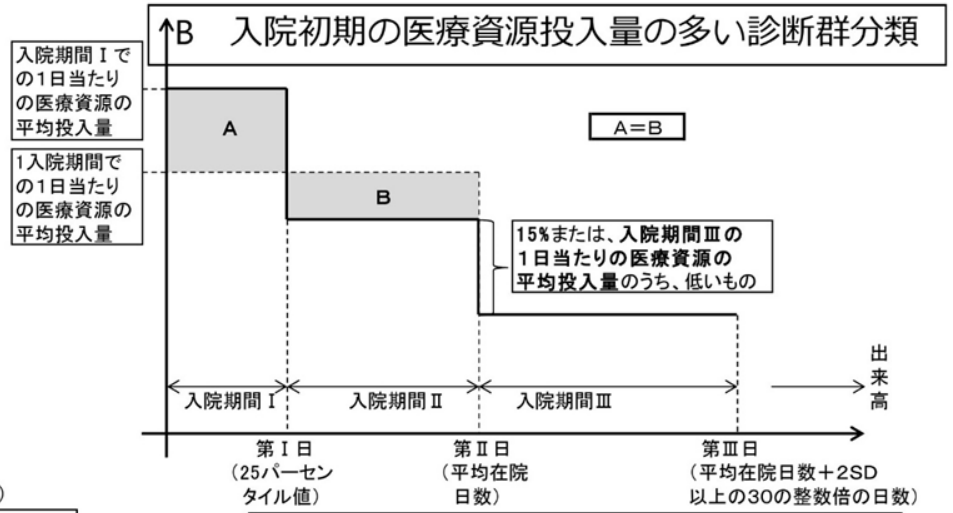
中医協　総－２（改）
３．　８．　２５

○　入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。
○　点数設定方式Aは、DPC/PDPSが開始した平成15年度から、点数設定方式BとCは、平成22年度診療報酬改定から、点数設定方式Dは、平成24年度診療報酬改定から導入されている。

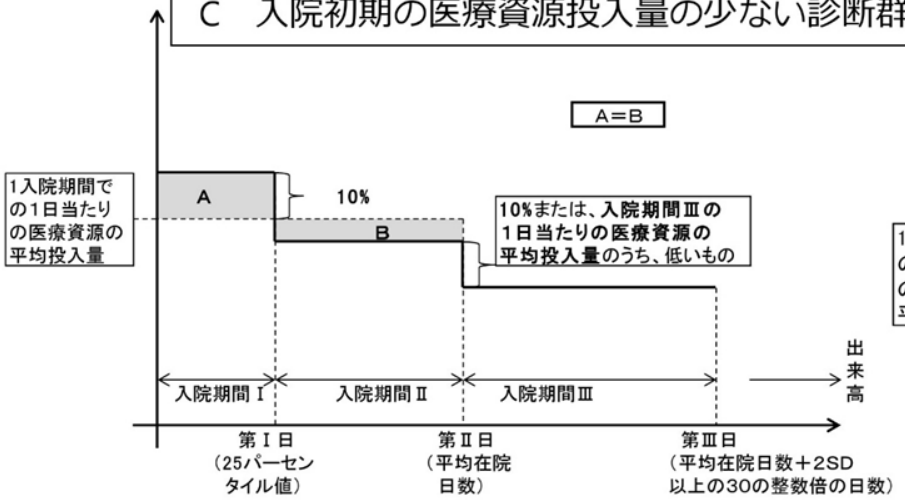
A　一般的な診断群分類



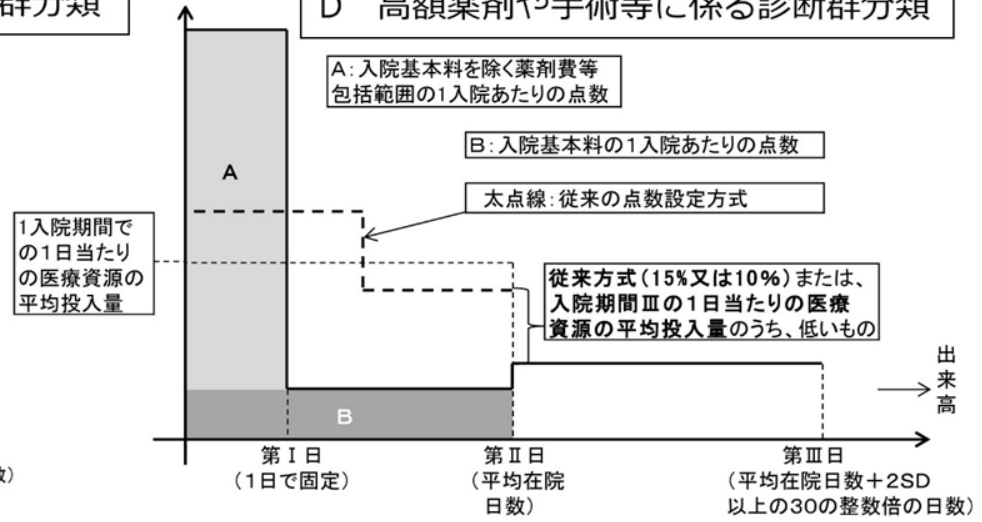
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D　高額薬剤や手術等に係る診断群分類



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⓮

具体的な内容：

５．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vonWillebrand 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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⓯

別表２ ＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和4年度）＞ **太字下線部**が見直し内容

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
保険診療指数	提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として１点、右記の基準に該当した場合はそ、れぞれ加算又は減算	適切なDPCデータの作成 ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の１%以上の場合、0.05点減算する。 様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾） ・未コード化傷病名である傷病名の割合が２%以上の場合、0.05点減算する。 （様式１で評価） ・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。 ・（保険診療への取組：令和６年度からの評価を検討）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、１：１）構成	体制評価指数： ５疾病５事業等における急性期入院医療を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を１）小児（15歳未満）と２）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（１：１）。 DPC標準病院群は２次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は３次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：令和２年 10 月１日～令和３年９月 30 日データ

※　診療実績に基づく指数については、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。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⑯

効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	１入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（１入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均１入院あたり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。
救急医療指数	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	１症例あたり〔以下の患者について、入院後２日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算２相当の指数値は1/2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 ・「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】:「救急医療入院」の患者

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⑰

＜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	脳卒中の急性期の診療実績への評価	・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。		

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⑱

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 ｲ のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	精神科入院医療への評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績（0.5P） A311-3精神科救急・合併症入院料の１件以上の算定実績（１P）		
災害	災害時における医療への体制を評価	・**~~BCPの策定実績有無別~~**災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） ・**BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）**		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで１P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（１P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
へき地	へき地の医療への体制を評価	・「へき地医療拠点病院の指定**かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること**」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで１P） ・**「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）**		

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

参考

体制評価指数の見直し（へき地）

中医協　総－１－２
３．１０．２７

○　へき地医療拠点病院については、第７次医療計画の際に、へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣（主要３事業）の回数については、年12回以上と数値目標が通知（※）されている。※　疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年３月31日付け医政地発0331第３号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

○　また、数値目標を通知で示して以降も、へき地医療拠点病院の主要３事業の合算の実施回数が年間12回未満の医療機関が34.8%存在していることを踏まえ、「へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を100%とする数値目標を設定するなど、更なる事業の推進について議論されている。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

㉗ DPC/PDPS の見直し⑲

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th colspan="2">大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>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)</td><td colspan="3">・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）</td></tr>
<tr><td>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）</td><td colspan="3">上記体制を前提とし、救急車で来院し、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）</td></tr>
<tr><td><u>感染症</u></td><td>新興感染症等に係る医療への体制を評価</td><td colspan="4">・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）
<u>・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）</u>
<u>※　上記のいずれも満たした場合0.75P</u>
<u>・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）</u></td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他</td><td rowspan="2">その他重要な分野への貢献</td><td>右記のいずれか１項目を満たした場合１P</td><td colspan="3">①治験等の実施
・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（１P）
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)
（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
<tr><td colspan="4"><u>② 新型インフルエンザ対策</u>
<u>・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）</u></td></tr>
</table>

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）

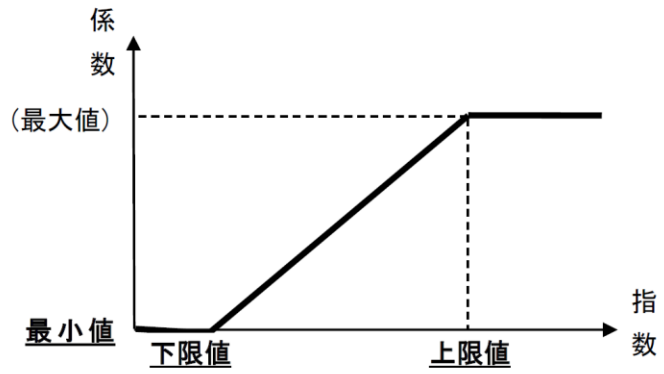
出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

㉗ DPC/PDPS の見直し⑳

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
救急医療	97.5%tile 値	0	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

○ がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、GMIS への参加

・ 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile 値を各項目の上限値（つまり、実績を有する施設の上位4分の3は満点）。

○ 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・ 実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25%tile 値を満たす場合は、各項目の上限値あるいは条件を満たす。25%tile 値に満たない場合は、0 ポイント（指数）、あるいは条件を満たさない、とする。

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

参考

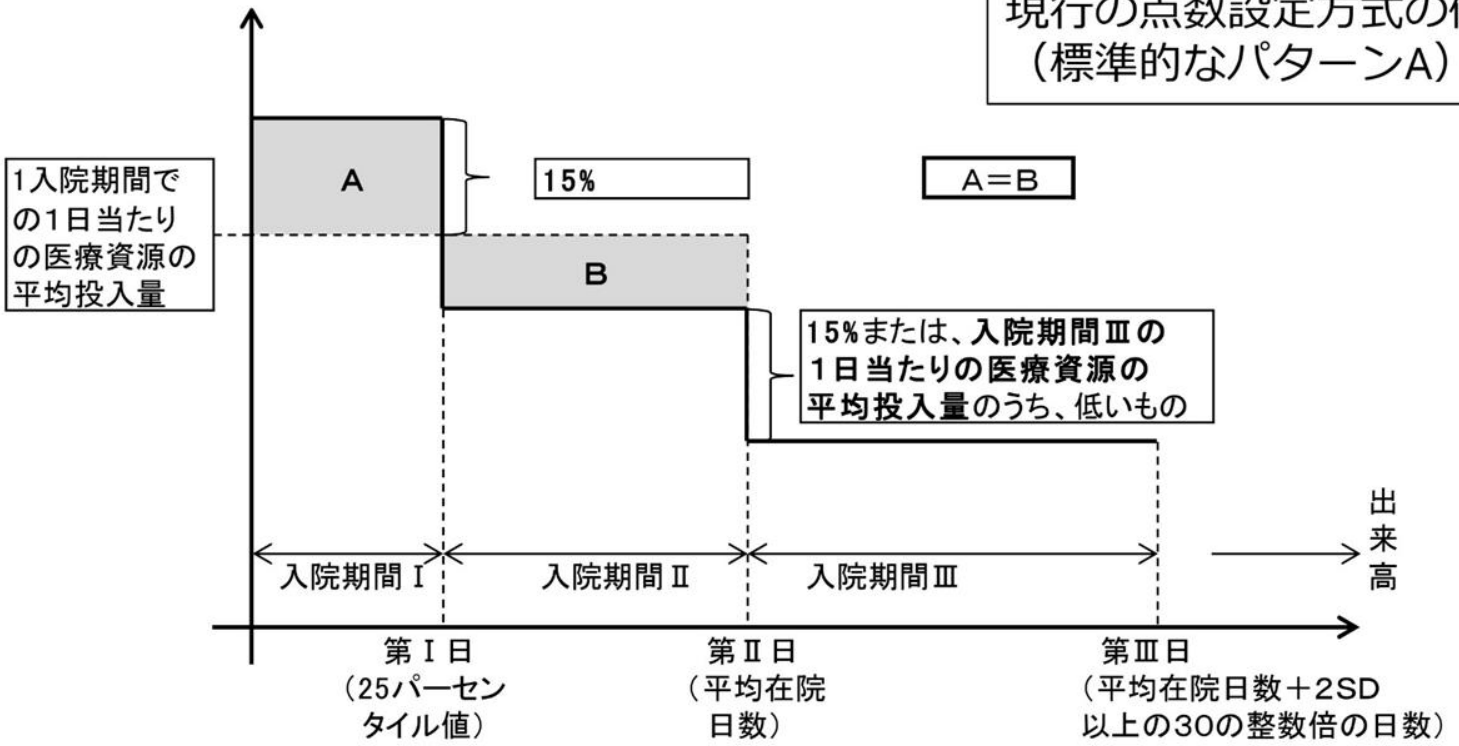
DPC/PDPSの基本事項（1日当たり点数の設定方法）

中医協　総－２
３．８．２５

＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞

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

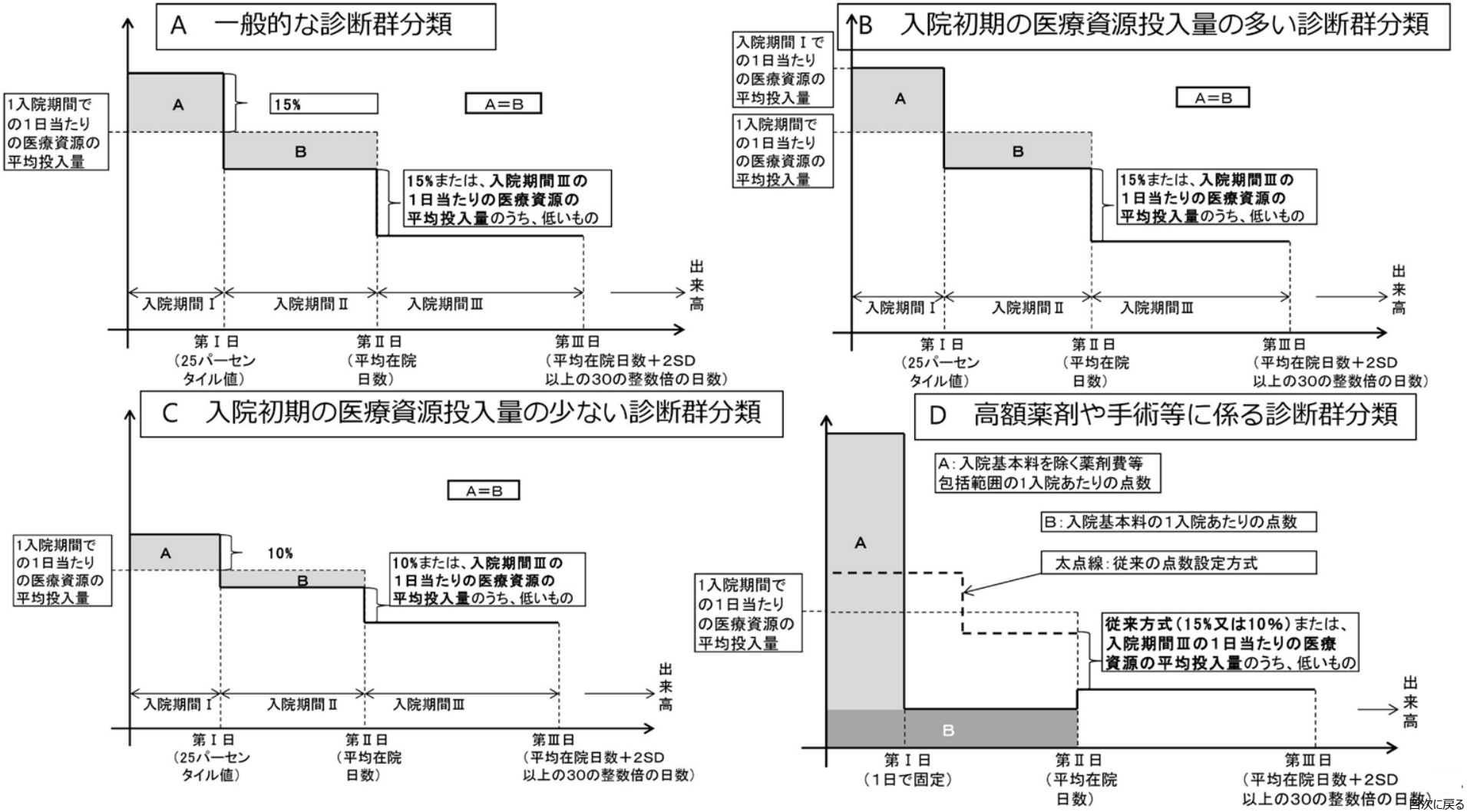
現行の点数設定方式の例
（標準的なパターンA）



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

1日当たり点数の設定方法（4つの点数設定方式）

○ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた4つの方式により点数が設定される。
○ 点数設定方式Aは、DPC/PDPSが開始した平成15年度から、点数設定方式BとCは、平成22年度診療報酬改定から、点数設定方式Dは、平成24年度診療報酬改定から導入されている。



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/24）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00122.html

Ⅰ　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

Ⅰ－４ 外来医療の機能分化等

①紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

②紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

③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

④外来在宅共同指導料の新設

⑤紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

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

現行制度

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
・再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

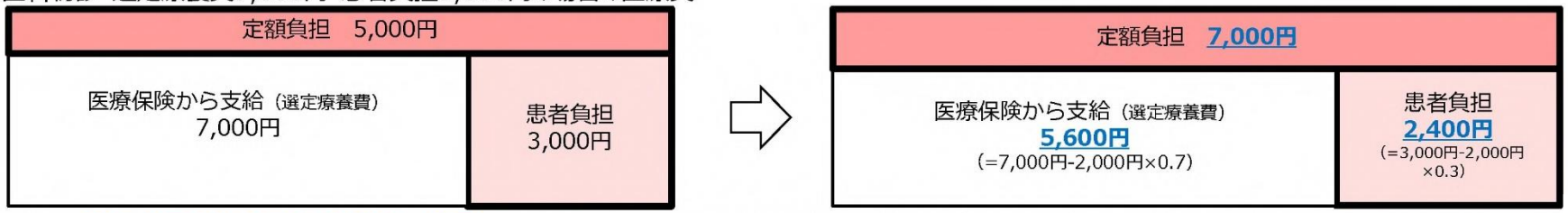
見直し後

［対象病院］
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
・**紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

［定額負担の額］
・初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
・再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

［保険給付範囲からの控除］
外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**
・初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
・再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

（例）医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費



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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

［対象患者］
・**初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
・**再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※　緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。
※　正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

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

見直し後

➢　定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

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

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

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

［施行日等］**令和４年10月1日から施行・適用。**

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

紹介状なしで受診した場合等の定額負担の拡充のポイント

①対象となる医療機関の拡大

新たに設けられる「紹介受診重点医療機関」にも、対象医療機関を拡大する。
※一般病床２００床以上

②患者の定額負担の増額

かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初診・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に患者の定額負担の額を増額する。

③除外要件の見直し

大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行う。

参考

対象となる医療機関の拡大

病床数（※）	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 （1.0%）	328 （3.9%）	124 （1.5%）	538 （6.4%）
200～399床	0 （0%）	252 （3.0%）	564 （6.7%）	816 （9.7%）
200床未満	0 （0%）	27 （0.3%）		7,058 83.9%）
全体	86 （1.0%）	607 （7.2%）		8,412 100%）

現在の定額負担（義務）対象病院

現在の定額負担（任意）対象病院

拡大

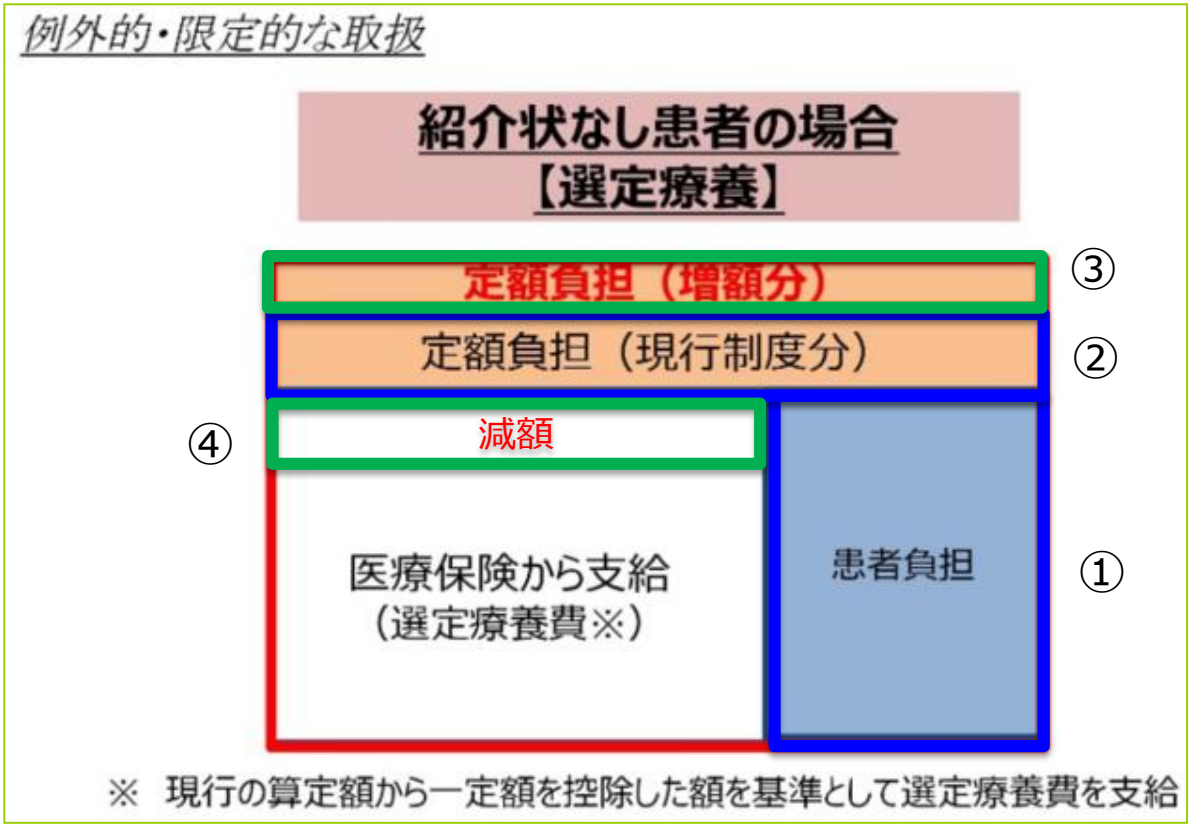
紹介患者への外来を基本とする医療機関

その他のうち、「紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上）」が対象となる。

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1「外来（その３）」をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853822.pdf

参考

患者の定額負担の増額



＜患者視点＞

※③④が次回改定で実施

①自己負担金を支払う

②現行の定額負担金を支払う（初診：5,000円以上）

③②に加え、定額負担の増額分を支払う（初診：2,000円以上）

⇒②と③を足すと、患者の定額負担は合計で7,000円以上

＜医療機関視点＞

④定額負担の増額分（③）について、保険給付範囲から控除

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1「外来（その３）」 https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853822.pdf

参考

特別の料金の徴収を認められない患者・徴収を求めないことができる患者について

現行制度においては、①緊急その他やむを得ない事情がある場合として、特別の料金の徴収を求めることが認められない患者、②正当な理由がある場合として、徴収を求めないことができる患者の類型がそれぞれ定められているが、これは、**初診・再診の両方に共通の類型**となっている。

（※）特別の料金の徴収対象患者
・初診の場合：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
・再診の場合：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

選定療養（平成8年度～）

初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。
（一般病床200床以上の病院が対象）

①徴収を認められない患者

① 緊急の患者
② 国の公費負担医療制度の受給対象者
③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着目しているものに限る）
④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者
⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者

定額負担義務（平成28年度～）

初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。
（特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象）

①徴収を認められない患者

① 救急の患者
② 国の公費負担医療制度の受給対象者
③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着目しているものに限る）
④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者
⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者

②徴収を求めなくても良い患者

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

初再診に共通の類型

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1「外来（その３）」　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853822.pdf

参考

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について（初診）

特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」、「自施設の他の診療科を受診している患者」等の割合が高くなっている。

類型	人数（合計延べ数）	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%
救急の患者	589,582	39.4%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%
地方単独の公費負担医療の受給対象者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着目している者に限る。）	81,953	5.5%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%
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	35,361	2.4%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%
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	9,941	0.7%
治験協力者である患者	119	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%
その他（患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等）	55,598	3.7%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%

「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直し

（注）・保険医療機関等から地方厚生（支）局に報告を求めている事項について、令和２年４月１日～６月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1「外来（その３）」を元に作成　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853822.pdf

参考

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について（再診）

特別の料金を徴収しなかった患者について、再診時については、「自施設の他の診療科を受診している患者」「その他保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」の患者の割合が高くなっている。

類型		人数（合計延べ数）	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者		1,109,449	17.1%
	救急の患者	149,624	2.3%
	国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
	地方単独の公費負担医療の受給対象者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着目している者に限る。）	330,178	5.1%
	無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
	エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者		3,941,001	60.7%
	自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
	医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
	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	8,624	0.1%
	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
	外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
	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	19,337	0.3%
	治験協力者である患者	3,098	0.0%
	災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他（患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等）		1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数		6,493,023	100.0%

黄色枠内及び黄色下線の箇所等が次回改定で定額負担の対象に

具体的な該当患者の例
（初診の該当患者も含む）

- 院内出生病児
- 移植ドナーの患者
- 紹介先の医療機関が新型コロナウイルスによる診療休止のためやむを得ず受診した患者
- 予約受診の患者

（注）・保険医療機関等から地方厚生（支）局に報告を求めている事項について、令和２年４月１日～６月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

目次に戻る

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1「外来（その３）」を元に作成　https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853822.pdf

Ⅰ　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

Ⅰ－４ 外来医療の機能分化等

①紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

②紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

③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

④外来在宅共同指導料の新設

⑤紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

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

（新）　紹介受診重点医療機関入院診療加算　　800点（入院初日）

［算定要件］

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

（２）　区分番号Ａ２０４に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない**。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

紹介受診重点医療機関

○ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称は、「紹介受診重点医療機関」（病院・診療所）とする。

◆ 医療資源を重点的に活用する外来

① 医療資源を重点的に活用する入院の前後30日間の外来
② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
③ 特定の領域に特化した機能を有する外来

◆ 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準

初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数（※）の占める割合
：初診 40%以上
かつ
再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数（※）の占める割合
：再診 25%以上
（※）医療資源を重点的に活用する外来は、①～③のいずれかに該当する件数とする。

◆ 紹介率・逆紹介率

紹介率 50%以上 かつ 逆紹介率 40%以上

参考：厚生労働省_外来機能報告等に関するWG（2021/12/21）報告書をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000870460.pdf

参考

紹介受診重点医療機関の報告事項

○ 「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称は、「紹介受診重点医療機関」（病院・診療所）とする。

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況
　① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況
　② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細
(2)「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」となる意向の有無
(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項
　① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況
　② 救急医療の実施状況
　③ 紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）〔NDBで把握できない項目〕
　　・ 紹介率・逆紹介率を報告（初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数）
　④ 外来における人材の配置状況

＜報告イメージ＞（専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様）

	常勤（実人数）	非常勤（常勤換算）
＜施設全体＞	ー	ー
医師	人	人
＜外来部門＞	ー	ー
看護師	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人
准看護師	人	人
看護補助者	人	人

	常勤（実人数）	非常勤（常勤換算）
助産師	人	人
理学療法士	人	人
作業療法士	人	人
言語聴覚士	人	人
薬剤師	人	人
臨床工学技士	人	人
管理栄養士	人	人

　⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況

参考：厚生労働省_外来機能報告等に関するWG（2021/12/21）報告書をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000870460.pdf

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－４ 外来医療の機能分化等

①紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

②紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

③初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

④外来在宅共同指導料の新設

⑤紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

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。			

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し②

【現行】

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

中医協　総－３（改）
３　．　７　．　７

紹介率・逆紹介率の低い病院に対する初診料・外来診療料の減算

➢ 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）であって、紹介率・逆紹介率の低い病院における初診料及び外来診療料について適正な評価を行うことで、外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

（平成24年度診療報酬改定において新設）

①初診料　　214点（紹介のない場合）

②外来診療料　55点（他医療機関へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合）

※ 本来の初診料又は外来診療料との差額を、患者の選択と同意の下に保険外併用療養費（選定療養）として徴収可能。

[対象病院]

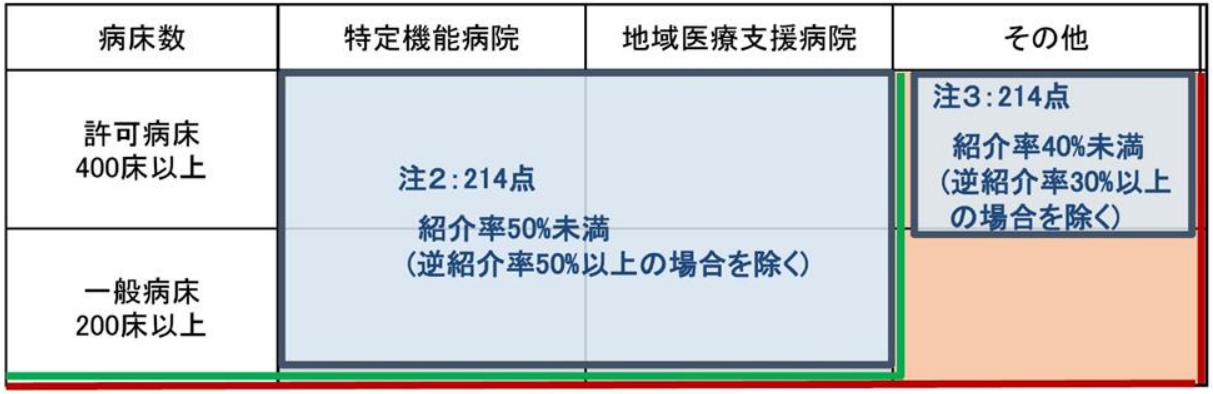
- 特定機能病院と地域医療支援病院（一般病床200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設
- 許可病床数が400床以上の全ての病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設

※ 紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度１年間とし、毎年10月に地方厚生（支）局長に報告する。（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ヶ月間で実績の基準を満たした場合は翌年の４月１日までに報告する。）

[算定要件]

① 初診料：他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）に対して初診を行った場合。

② 外来診療料：他の病院（許可病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）に対して再診を行った場合。



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

特定機能病院等における紹介率・逆紹介率について

中医協　総－３
３．７．７

	特定機能病院	地域医療支援病院 （一般病床200床未満を除く）	許可病床400床以上
【医療法】 件	対象病院に「紹介受診重点医療機関（一般病床が200床以上）」が追加 以上となるよ １）	次のいずれかに該当すること。（※２） ア．紹介率80%以上 イ．紹介率60%以上かつ逆紹介率30%以上 ウ．紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上	「紹介割合の実績40%未満又は逆紹介割合の実績20%未満」へ
【報酬】 初診料の減算規定	紹介率50%未満 （逆紹介率50%以上を除く）		紹介率40%未満 （逆紹介率30%以上を除く）
紹介率＝	「紹介割合の実績50%未満又は逆紹介割合の実績30%未満」へ ）／	【医療法】紹介患者数／初診患者数 【報酬】（紹介患者数＋救急搬送者数）／初診患者数	（紹介患者数＋救急搬送者数）／初診患者数
逆紹介率＝	逆紹介患者数／初診患者数		
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）。 以下を**含む**。 • 紹介元からの電話情報により、特定機能病院の医師が紹介状に転記する場合 • 他の医療機関における検診の結果により精密検診のための受診で紹介状又は ての記載がされている 「逆紹介患者数 ÷ （初診の患者数＋再診の患者数）」へ		
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 以下を**含む**。 • 電話情報により他の病院等に紹介し、その旨を診療録に記載した患者 • 紹介元に返書により紹介した患者	他の病院又は診療所に紹介した者の数。具体的には、 • 診療状況を示す文書を添えて紹介（診療情報提供料を算定）した患者 • 地域連携診療計画料を算定した患者のうち診療情報提供料算定の要件を満たす者	
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を**除く**。 • 休日又は夜間に受診した患者 • 自院の健康診断で疾患が発見された患者	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。 以下を**除く**。 • 救急搬送者 • 休日又は夜間に受診した患者 • 自院の健康診断で疾患が発見された患者	
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された初診の患者の数。		

※１　医療法の一部を改正する法律の一部の施行について（平成５年２月18日）（健政発第19号）
※２　医療法の一部を改正する法律の一部の施行について（平成10年５月19日）（健政発第639号）

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

定額負担調査（施設調査）の結果③

＜初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等＞（報告書p31,32）

中医協　検－2－1
3．3．24

特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院においては、初診患者に占める紹介状なしの患者の割合、初診時定額負担の徴収患者の割合はいずれも前年同月より小さかった。

図表 22　初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
（1病院当たりの平均、特定機能病院）

特定機能病院　（単位：人）

	施設数(件)（令和元年10月）	令和元年10月	施設数(件)（令和2年10月）	令和2年10月
①初診患者数（延べ人数）（人）	60	1882.0	60	1798.2
②うち、紹介状なしの患者数（人）	60	481.1	60	434.4
③うち、初診時定額負担の徴収患者数（人）	60	147.4	60	100.6
④うち、他の医療機関を紹介した患者数（人）	47	12.8	47	8.3
⑤うち、初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数（人）	34	2.4	47	8.3
⑥うち、救急患者数（人）	59	162.6	59	139.2
⑦うち、紹介患者数（人）	59	1409.6	59	1373.0
⑧うち、逆紹介患者数（人）	55	1154.0	51	1107.6
⑨紹介状なしの患者比率（②／①）		25.6%		24.2%
⑩定額負担徴収患者比率（③／①）		7.8%		5.6%
⑪紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／②）		30.6%		23.1%

（注）・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

図表 25　初診患者数、初診時の定額負担の徴収患者数等
（1病院当たりの平均、許可病床400 床以上の地域医療支援病院）

許可病床400 床以上の地域医療支援病院　（単位：人）

	施設数(件)（令和元年10月）	令和元年10月	施設数(件)（令和2年10月）	令和2年10月
①初診患者数（延べ人数）（人）	205	1955.3	206	1815.7
②うち、紹介状なしの患者数（人）	202	764.8	203	673.9
③うち、初診時定額負担の徴収患者数（人）	199	256.3	200	208.1
④うち、他の医療機関を紹介した患者数（人）	131	25.3	134	25.1
⑤うち、初診時定額負担を徴収した後、当該施設で再診を受けた患者数（人）	102	13.4	134	25.1
⑥うち、救急患者数（人）	196	484.2	196	392.5
⑦うち、紹介患者数（人）	199	1118.4	200	1094.4
⑧うち、逆紹介患者数（人）	187	1075.5	183	1021.0
⑨紹介状なしの患者比率（②／①）		39.1%		37.1%
⑩定額負担徴収患者比率（③／①）		13.1%		11.5%
⑪紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率（③／②）		33.5%		30.9%

（注）・①～⑨の全ての数値について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値を一致しない場合もある。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

Ⅰ　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

Ⅰ－４ 外来医療の機能分化等

①紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し
②紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設
③初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し
④外来在宅共同指導料の新設
⑤紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

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

（新）　外来在宅共同指導料

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

［対象患者］

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

［算定要件］

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



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－４ 外来医療の機能分化等

①紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し
②紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設
③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
④外来在宅共同指導料の新設
⑤紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

連携強化診療情報提供料の新設

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

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

現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】　150点

［算定要件］

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

［対象患者］

1　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者

2　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

改定後

（改）【連携強化診療情報提供料】　150点

［算定要件］

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

［対象患者］

1　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者

2　紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者

3　かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

（新）



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

連携強化診療情報提供料の評価対象（まとめ）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

➢ かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

（新）　診療情報提供料（Ⅲ）　150点

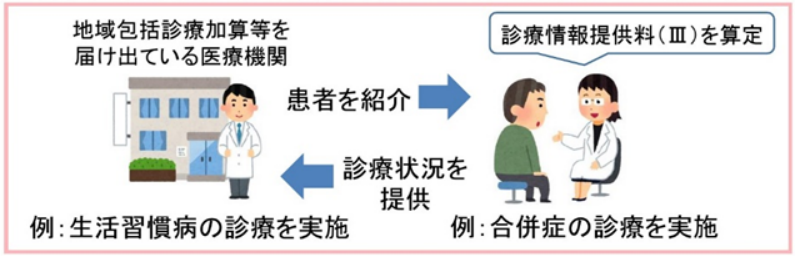
名称変更：「連携強化診療情報提供料」

[算定要件]
（1） 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
（2） 妊娠している患者について、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、情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

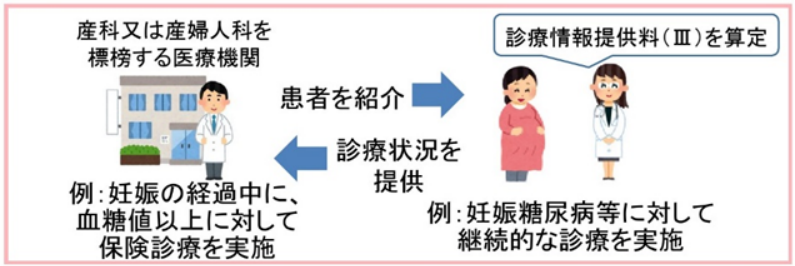
「月に1回」へ

「紹介受診重点医療機関」に紹介された患者も対象へ

[対象患者]
① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



[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。

※ 地域包括診療加算等は、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。）を指す。

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

医療機関間の連携の具体例（医療資源重点活用外来の場合）

○ 例えば、糖尿病で通院中の患者について、糖尿病の治療管理を行っている医療機関から、糖尿病性腎症にかかる診断・定期的な評価等の必要性を認め、腎臓専門医がいる医療資源重点活用外来へ紹介を行う場合があり、他の紹介類型と同様に、診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能である。

○ 紹介先の医療資源重点活用外来において、糖尿病性腎症について定期的な評価をする場合、紹介元の医療機関からの求めに応じて、情報提供をする場合がある。情報提供を行う際に、算定に必要な要件を満たしている場合については、3月に1回に限り診療情報提供料（Ⅲ）が算定可能である。



腎機能低下の診断・評価について紹介を行う

【診療情報提供料（Ⅰ）】
A医療機関において算定が可能



A.糖尿病の管理を行っている医療機関

他の医療機関での診療を踏まえた医学管理を実施

診療情報の提供を求める

糖尿病の管理を行っている医療機関の求めに応じて、糖尿病性腎症に関する指導内容や今後の治療方針について情報提供

B.腎臓専門医がいる**医療資源重点活用外来**

糖尿病性腎症の診断・定期的な評価を実施

【診療情報提供料（Ⅲ）】
B医療機関において算定できないケース

- B医療機関としては、A医療機関の届出状況を把握していない／できない場合
- B医療機関はかかりつけ医機能ではなく、医療資源が重点的に活用される外来としての役割を担っているため、かかりつけ医機能に係る届出を行っていない場合

【診療情報提供料（Ⅲ）】
B医療機関において算定が可能となるケース

- A医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、また、B医療機関が禁煙の施設基準を満たし、かつ、A医療機関の届出を把握している場合
- B医療機関がかかりつけ医機能に係る届出を行っており、かつ、禁煙の施設基準を満たしている場合

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－５ 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

①地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

②小児かかりつけ診療料の見直し

③紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設（Ⅰ-4-②再掲）

④耳鼻咽喉科処置の見直し

⑤機能強化加算の見直し

⑥継続診療加算の見直し

⑦かかりつけ歯科医の機能の充実

⑧地域における薬局のかかりつけ機能の評価

地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

地域包括診療料・地域包括診療加算の見直し

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

現行

【地域包括診療料】

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

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

［施設基準］
- 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

改定後

【地域包括診療料】　（※地域包括診療加算も同様）

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

中医協　総－３
３．７．７（改）

		地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
		病院	診療所	診療所
包括範囲		下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患		高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の４疾病のうち２つ以上（疑いは除く。		
対象医療機関		診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件		担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
患者に対し指導・服薬管理等を行う	指導	・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。		
	服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
		・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する　・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、７剤投与の減算規定の対象外とする		
	健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
	介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
	在宅医療の提供および２４時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。		
		・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算１の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか１つを満たす ①時間外対応加算１、２又は３の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

慢性心不全及び慢性腎臓病を追加

参考：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）①

令和2年12月11日　医療計画の見直し等に関する検討会

1 外来機能の明確化・連携

令和3年2月8日 | 第78回社会保障審議会医療部会 | 参考資料1

〔現状及び課題〕

○ 中長期的に、地域の医療提供体制は人口減少や高齢化等に直面。外来医療の高度化も進展。このような地域の状況の変化に対応して、質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題。

○ 高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を強化していくことが課題。

○ 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ている状況とは言えない。患者にいわゆる大病院志向がある中で、再診患者の逆紹介が十分に進んでいないこと等により一定の医療機関の外来患者が多くなり、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題。

○ 外来機能の明確化・連携は、これまで医療関係者の自主的な取組が進められてきたものの、地域によっては取組が進んでいないところもあり、これをさらに進めていくことが重要。

〔具体的方策・取組〕

(1) 全体の枠組み

○ 紹介患者を基本とする外来として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を議論することは、外来医療全体の在り方の議論のために必要な第一歩。

○ 各医療機関から都道府県に「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能を報告し、その報告を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整。

○ 患者の分かりやすさや地域の協議を進めやすくする観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化。地域の患者の流れがより円滑になり、病院の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に資すると期待。

(2)「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に次の機能が考えられるが、具体的な内容は、今後さらに検討。(※)

① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
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）

※ (2)～(4)において、「今後さらに検討」とした事項は、地域医療の担い手も参画するとともに、患者の立場も考慮した専門的な検討の場において検討。

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)の呼称は、患者の立場からみた呼称として、紹介状の必要な外来や紹介を基本とする外来などの意見。今般の趣旨を適切に表すことに留意しつつ、国民の理解が得られるよう、国民の分かりやすさの観点から、今後さらに検討。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要）①

令和2年12月11日　医療計画の見直し等に関する検討会

令和3年2月8日 | 第78回社会保障審議会医療部会 | 参考資料1

(3) 外来機能報告（仮称）

○ 病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行う。

○ 外来機能報告（仮称）を行う医療機関は、まずは、併せて報告する病床機能報告と同様、一般病床又は療養病床を有する医療機関を基本とし、無床診療所については、任意で外来機能報告（仮称）を行うことができる。

○ 外来機能報告（仮称）の具体的な報告事項は、今後さらに検討。

(4) 地域における協議の仕組み

○ 都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化･連携を位置付ける。外来機能報告（仮称）を踏まえ、地域における協議の場において、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行う。

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告（仮称）の中で報告する。紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とする。

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、(2)①～③の割合等の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、地域の実情を踏まえることができる仕組みとする。

○ 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の呼称や、国の示す基準は、今後さらに検討。

○ 診療科ごとの外来医療の分析、紹介･逆紹介の状況の分析等は、今後さらに検討。再診患者の逆紹介が適切に進むように配慮。

2 かかりつけ医機能の強化、外来医療における多職種の役割、外来医療のかかり方に関する国民の理解の促進

(1) かかりつけ医機能の強化

○ かかりつけ医機能について、日本医師会･四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日･夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査･研究し、かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る。

○ 医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。

○ 医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(2) 外来医療における多職種の役割

○ 外来医療において、多職種が連携して、それぞれの専門性を発揮しており、チームとしての役割･連携を推進。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

○ 上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関･団体が周知･啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民･患者に対して積極的に周知･啓発。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

中医協　総－３
３．７．７（改）

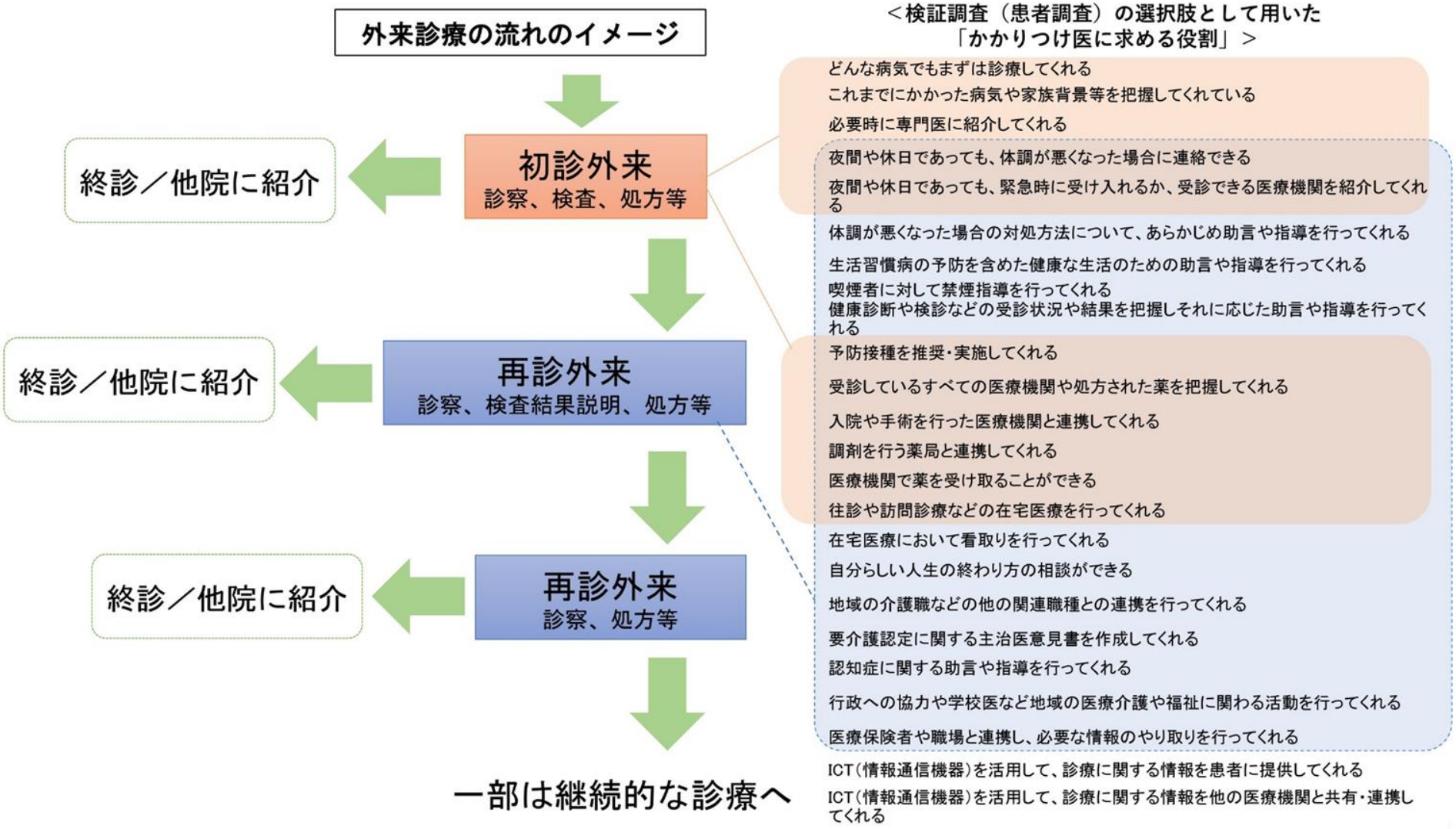
		地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１　25点 地域包括診療加算２　18点 （１回につき）
		病院	診療所	診療所
包括範囲		下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患		高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の４疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関		診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件		担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
患者に対し指導・服薬管理等を行う	指導	・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。		
	服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
		・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する　・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、７剤投与の減算規定の対象外とする		
	健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
	介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
	在宅医療の提供および２４時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。		
		・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算１の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか１つを満たす ①時間外対応加算１、２又は３の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

外来診療の流れ（イメージ）と機能・役割について

○ 外来診療の流れのイメージと、機能・役割の対照に関する整理のイメージは以下のとおり。



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

A類疾病とB類疾病

- 予防接種法においては、感染力や重篤性の大きいことからまん延予防に比重を置いたA類疾病と、個人の発病や重症化予防に比重を置いたB類疾病に疾病を分類している。
- 疾病区分の趣旨・目的により、接種の努力義務、勧奨の有無、被害救済の水準など公的関与の度合いが異なる。
- 定期接種においては、A類疾病は小児期に接種が行われることが多く、B類疾病は高齢期に接種が行われている。

◇ A類疾病

①人から人に伝染することによるその発生及びまん延を予防するため

○ 集団予防目的に比重を置いて、直接的な集団予防（流行阻止）を図る

ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、結核、痘そう、Hib感染症、肺炎球菌感染症（小児）、水痘

②かかった場合の病状の程度が重篤になり、若しくは重篤になるおそれがあることからその発生及びまん延を予防するため

○ 致命率が高いことによる重大な社会的損失の防止を図る

日本脳炎、破傷風

○ 感染し長期間経過後に、死に至る可能性の高い疾病となることがあり、重大な社会的損失を生じさせる

ヒトパピローマウイルス感染症、B型肝炎

◇ B類疾病

③個人の発病又はその重症化を防止し、併せてこれによりそのまん延の予防に資するため

○ 個人予防目的に比重を置いて、個人の発病・重症化防止及びその積み重ねとしての間接的な集団予防を図る

インフルエンザ、肺炎球菌感染症（高齢者）

＜定期接種における公的関与、費用負担等＞

A類疾病：

- ○ 接種の努力義務：あり
- ○ 市町村長による勧奨：あり
- ○ 接種費用の負担
  ：市町村（9割程度を地方交付税措置）
  低所得者以外から実費徴収可能
- ○ 健康被害救済の水準：高額
  例：障害年金1級（503万円／年）、
  死亡一時金（4,400万円）

B類疾病：

- ○ 接種の努力義務：なし
- ○ 市町村長による勧奨：なし
- ○ 接種費用の負担
  ：市町村（3割程度を地方交付税措置）
  低所得者以外から実費徴収可能
- ○ 健康被害救済の水準：高額
  例：障害年金1級（280万円／年）、
  遺族一時金（733万円）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

参考

現在の定期接種対象ワクチンについて

令和３年度予防接種従事者研修資料改

	対象疾病	対象者（接種時期）※1	標準的接種期間※2
A類疾病	Ｈｉｂ感染症	生後２月から生後60月に至るまで	初回接種：生後２月から生後７月に至るまでに開始（３回） 追加接種：初回接種終了後７月から13月までの間隔をおく（１回）
	小児の肺炎球菌感染症	生後２月から生後60月に至るまで	初回接種：生後２月から７月に至るまでに開始（３回） 追加接種：初回接種終了後60日以上の間隔をおいて生後12月から生後15月に至るまで（１回）
	Ｂ型肝炎<政令>	１歳に至るまで	生後２月に至った時から生後９月に至るまでの期間（３回）
	ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎（ポリオ）・破傷風	第１期：生後３月から生後90月に至るまで 第２期：11歳以上13歳未満（第2期はジフテリア・破傷風のみ）	第１期初回：生後３月に達した時から生後12月に達するまでの期間（３回） 第１期追加：第１期初回接種終了後12月から18月までの間隔をおく（１回） 第２期：11歳に達した時から12歳に達するまでの期間（１回）
	結核（ＢＣＧ）	１歳に至るまで	生後５月に達した時から生後８月に達するまでの期間（１回）
	麻しん・風しん※3	第１期：生後12月から生後24月に至るまで 第２期：５歳以上７歳未満のうち、就学前1年	第１期：生後12月から生後24月に至るまで（１回） 第２期：５歳以上７歳未満のうち、就学前1年（１回）
	水　痘<政令>	生後12月から生後36月に至るまで	１回目：生後12月から生後15月に達するまで ２回目：１回目の注射終了後６月から12月の間隔をおく
	日本脳炎※4	第１期：生後６月から生後90月に至るまで 第２期：９歳以上13歳未満	第１期初回：３歳に達した時から４歳に達するまでの期間（２回） 第１期追加：４歳に達した時から５歳に達するまでの期間（１回） 第２期：９歳に達した時から10歳に達するまでの期間（１回）
	ヒトパピローマウイルス感染症	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日まで	13歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間（３回）
	ロタウイルス感染症<政令>	１価：生後６週から生後24週に至るまで ５価：生後６週から生後32週に至るまで	１価：２回（初回接種は生後２月から生後14週６日まで） ５価：３回（初回接種は生後２月から生後14週６日まで）
B類疾病	インフルエンザ ※毎年度１回	①65歳以上の者 ②60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等	
	高齢者の肺炎球菌感染症<政令>※3	①65歳の者 ②60歳から65歳未満の慢性高度心・腎・呼吸器機能不全者等	

※１　長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等によりやむを得ず接種機会を逃した者は、快復時から２年間（高齢者の肺炎球菌感染症のみ１年間。一部上限年齢あり）は定期接種の対象。
※２　接種回数は、標準的接種期間に接種を行った場合のもの。
※３　風しんは令和３年度までの間、高齢者の肺炎球菌感染症は令和５年度までの間、対象者を拡大する経過措置を設けている。
※４　日本脳炎について、平成７年度～平成18年度生まれの者（積極的勧奨の差し控えにより接種機会を逃した者）は、20歳になるまで定期接種の対象。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

参考

高齢者に対する予防接種

○ 高齢者については、インフルエンザ及び肺炎球菌感染症が、B類疾病に位置づけられており、定期接種の対象となっている。

定期の予防接種の実施者数（インフルエンザ）

	対象人口（人）	実施人員（人）	実施率（%）
平成29年度	35,204,200	16,978,015	48.2%
平成30年度	35,694,300	17,087,513	47.9%
令和元年度	35,940,300	18,122,888	50.4%

定期の予防接種の実施者数（高齢者用肺炎球菌）

	対象人口（人）	実施人員（人）	実施率（%）
平成29年度	8,079,800	2,827,741	35.0%
平成30年度	8,106,100	2,629,122	32.4%
令和元年度	7,949,600	1,090,503	13.7%

出典：厚生労働省ホームページ（https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

ワクチンの接種実績

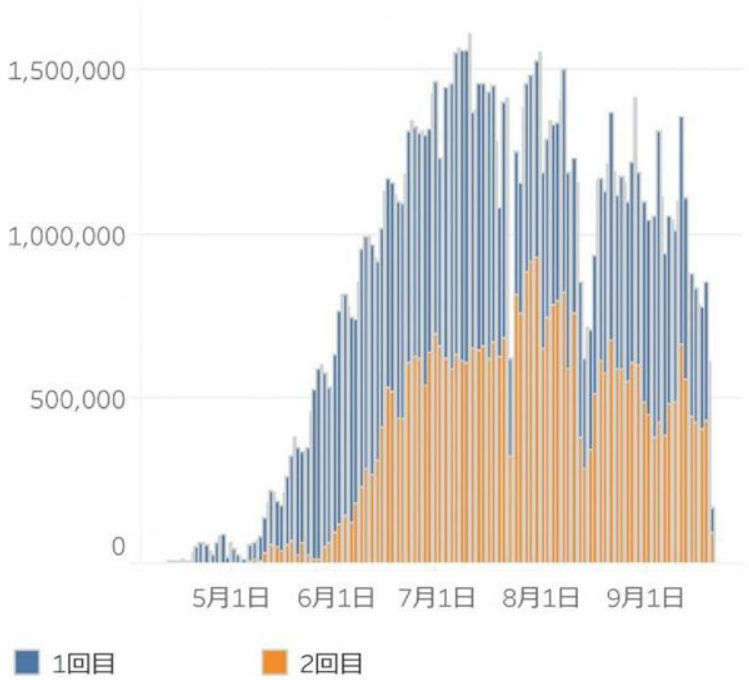
■**これまでのワクチン総接種回数**（令和３年９月21日公表）

全体　　：計153,118,707回（１回以上接種者84,263,962回（66.5%）、２回接種完了者68,854,745回（54.4%））

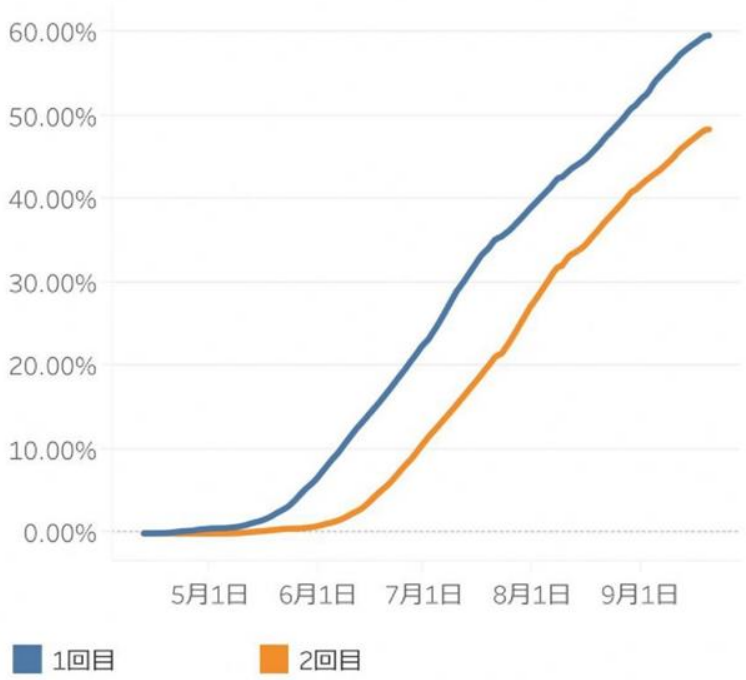
うち高齢者：計　63,908,438回（１回以上接種者32,223,703回（90.1%）、２回接種完了者31,684,735回（88.6%））

新型コロナワクチンの接種状況（一般接種（高齢者含む）のみ、9/20時点）

接種数日次推移



接種率日次推移



※画像はデジタル庁　新型ワクチン接種状況ダッシュボードより抜粋

※総接種回数は、一般接種（高齢者含む）と医療従事者等の接種回数の合計

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

参考

新型コロナワクチン接種におけるかかりつけ医の役割

○ 新型コロナワクチンの接種についても、診療所等において、個別接種が実施されている。

○ また、基礎疾患を有する者への接種やワクチン接種後の体調不良等への対応を担っている医療機関もある。

【ファイザー社・武田／モデルナ社】新型コロナワクチン接種のお知らせ（2021年９月14日版）



基礎疾患を有する方がワクチンを受けるには

・診断書等の証明書は必要ありません。接種の際に、予診票の質問事項に記載してください。
注：重い精神疾患や知的障害の方の場合は、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療受給者証、療育手帳を提示することもできます。

・基礎疾患を有する方が、かかりつけの医療機関で接種する場合は、住所地以外の市町村でも接種できます。注：この場合、住所地外接種届出済証は不要です。

・かかりつけの医療機関が接種を行っていない場合には、住所地の自治体等で接種できるように住所地の自治体にご相談ください。

ご相談先など

◎新型コロナワクチンに関する相談先

ワクチン接種後に体に異常があるとき	➡	ワクチンを受けた医療機関やかかりつけ医、市町村や都道府県の窓口
ワクチン接種全般に関するお問い合わせ	➡	市町村の窓口

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－５ 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

①地域包括診療料等における対象疾患等の見直し

②小児かかりつけ診療料の見直し

③紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設（Ⅰ-4-②再掲）

④耳鼻咽喉科処置の見直し

⑤機能強化加算の見直し

⑥継続診療加算の見直し

⑦かかりつけ歯科医の機能の充実

⑧地域における薬局のかかりつけ機能の評価

小児かかりつけ診療料の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料】

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

［施設基準］

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

改定後

【小児かかりつけ診療料】

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

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

［施設基準］

（共通）

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

時間外対応加算の施設基準について

①時間外対応加算１の施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

②時間外対応加算２の施設基準

(１) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

(２) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

③時間外対応加算３の施設基準

(１) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。

(２) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

(３) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

(４) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で３つまでとすること。

出典：厚生労働省_ 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(通知)　https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666310.pdf

参考

小児かかりつけ診療料

➢ 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。

１　処方せんを交付する場合
イ：初診時　631点　ロ：再診時　438点
２　処方せんを交付しない場合
イ：初診時　748点　ロ：再診時　556点

［施設基準］
① 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。
② 小児科外来診療料の届出を行っていること。
③ 時間外対応加算１又は2の届出を行っていること。
④ ①の医師が、以下の項目のうち３つ以上に該当すること。
ア. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月１回以上実施
イ. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
ウ. 定期予防接種を実施
エ. 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
オ. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

［主な算定要件］
① 当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。）であって、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
② 原則として１人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
③ 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。ただし、以下のいずれかの要件を満たす常勤の小児科医が配置された医療機関においては、夜間（深夜を含む。）及び休日の相談等について、当該保険医療機関での対応に代えて、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関又は都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（#8000等）を案内することでも可能。
(イ)在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月１回以上の頻度で協力する常勤の小児科医である。
(ロ)直近１年間に、都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談窓口（#8000等）において、相談対応者として１回以上協力したことのある常勤の小児科医である。
④ 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

平成30年度診療報酬改定変更点

・算定要件緩和：在宅当番医制等により、地域における夜間、休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医師が配置された医療機関について、時間外の相談対応で地域の在宅当番医などを案内することでも良いこととする。
・小児抗菌薬適正使用支援加算（新設）：抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解に資する診療を評価する加算を新設。

令和2年度診療報酬改定変更点

・算定対象患者：3歳未満→6歳未満に拡大。
・施設基準に係る届出を求めることとする。
・小児抗菌薬適正使用支援加算：対象となる患者を3歳未満から6歳未満に拡大するとともに、月に1回に限り算定できることとする。



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

小児科の外来診療の評価について

中医協　総－３
３．７．７

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
点数	（１日につき） 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　初診時：599点、再診時：406点 ２．１．以外の場合　初診時：716点、再診時：524点	（１日につき） １．処方箋を交付する場合　初診時：631点、再診時：438点 ２．処方箋を交付しない場合　初診時：748点、再診時：556点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅱ）　（Ⅲ）・院内トリアージ実施料・往診料 ※ただし初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）　（Ⅲ）・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料
対象疾患	・入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る）。 ・小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリビズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、算定対象とならない。	・当該保険医療機関を４回以上受診した未就学児（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。
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、６歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。　等	・原則として１人の患者につき１か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導、電話による緊急の相談等への対応等を行う。　等
施設基準	小児科外来診療料の施設基準に係る届出を行うこと。 **【小児かかりつけ診療料2】時間外対応加算３の届出** **【小児かかりつけ診療料2】年6回以上**	①　専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。 ②　小児科外来診療料の届出を行っていること。 ③　時間外対応加算１又は２の届出を行っていること。 ④　①の医師が、以下の項目のうち３つ以上に該当すること。 ア．在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月１回以上実施 イ．市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 ウ．定期予防接種を実施 エ．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 オ．幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

小児救急医療の体制について

○ 「小児医療の体制構築に係る指針」では、地域で小児医療に従事する開業医等が、小児初期救急センター等、夜間・休日の初期小児救急医療に参画することを示している。

厚生労働省「小児医療の体制構築に係る指針」（令和2年4月13日）

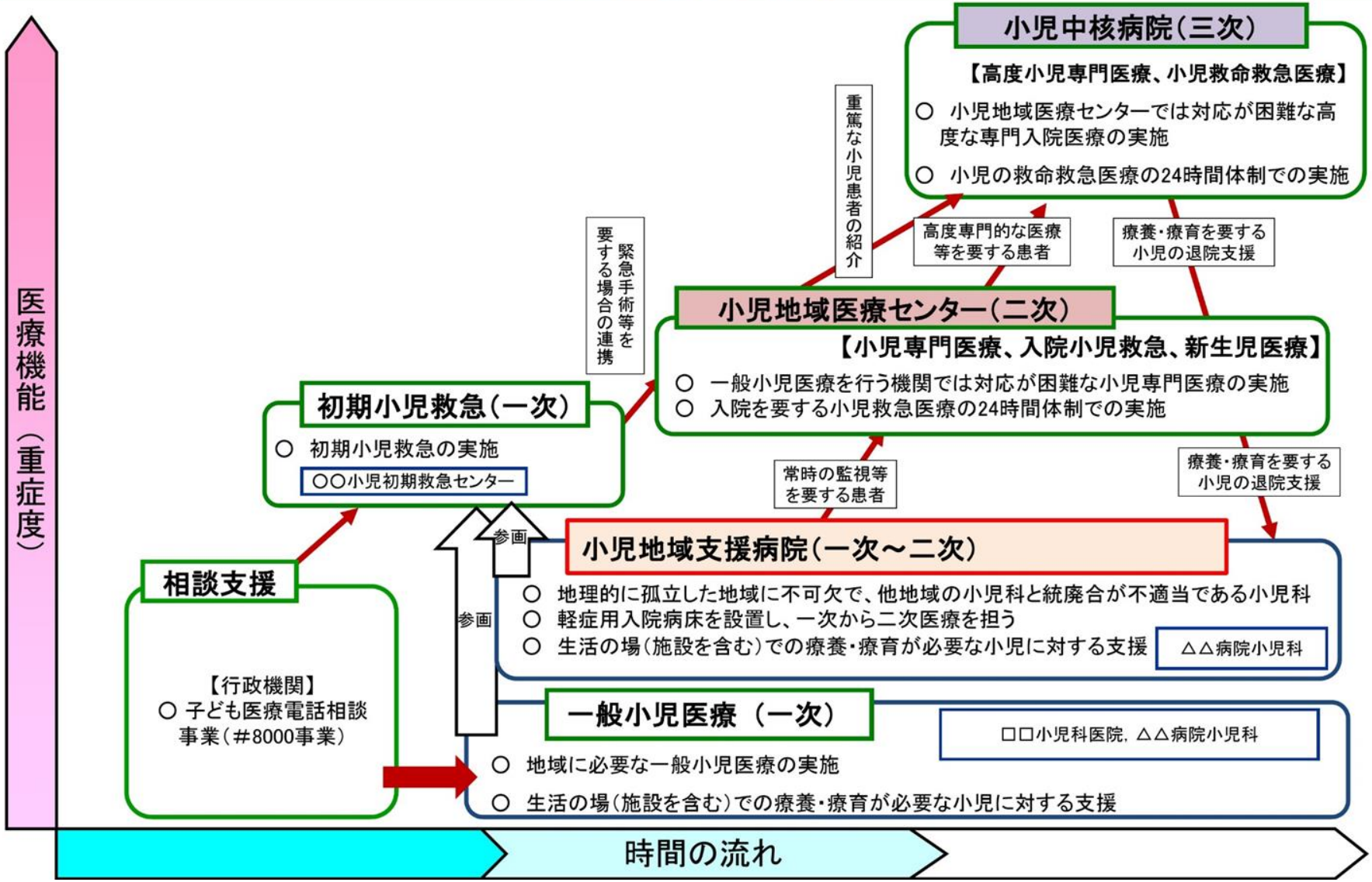
小児の医療体制に求められる医療機能について、一般小児医療には以下を求めることが示されている（地域の実情に応じて柔軟に設定）。

「3（2）地域において、日常的な小児医療を実施する機能【一般小児医療】」
②初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】
ア 目標
・初期小児救急医療を実施すること
イ 医療機関に求められる事項
・小児初期救急センター、休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること
・緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること
・地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設（オープン制度）や小児初期救急センター等、夜間・休日の初期小児救急医療に参画すること
ウ 医療機関の例
（平日昼間）
・小児科を標榜する診療所
・一般小児科病院、小児地域支援病院
・連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
（夜間休日）
・在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター、小児初期救急センター

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

医政局資料

小児医療の体制



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

目次に戻る

③紹介受診重点医療機関の新しい評価（再掲）

基本的な考え方：「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。Ⅰ－４(2)を参照)

具体的な内容：（略）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－５ 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

①地域包括診療料等における対象疾患等の見直し
②小児かかりつけ診療料の見直し
③紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設（Ⅰ-4-②再掲）
④耳鼻咽喉科処置の見直し
⑤機能強化加算の見直し
⑥継続診療加算の見直し
⑦かかりつけ歯科医の機能の充実
⑧地域における薬局のかかりつけ機能の評価

耳鼻咽喉科処置の見直し

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算等の新設

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

（新）　耳鼻咽喉科乳幼児処置加算　　60点（１日につき）

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

（新）　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算　　80点（月１回に限り）

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

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

耳鼻咽喉科処置の評価の見直し

➢ 耳鼻咽喉科領域の基本的な処置を適切に評価する観点から、評価を見直す。

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

アレルギー性鼻炎免疫療法に係る評価

➢ アレルギー性鼻炎免疫療法治療に係る評価を新設する。

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

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

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

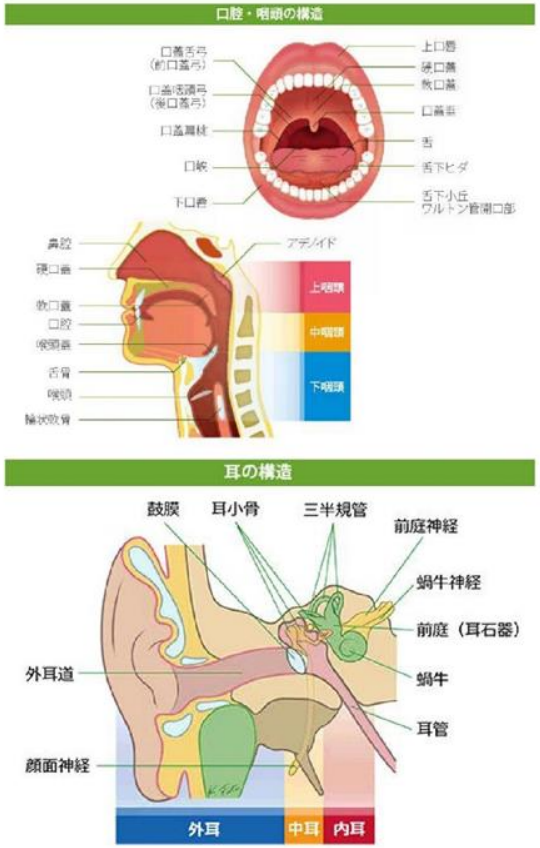
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

耳鼻咽喉科外来における標準的な診療

○　耳・鼻・咽頭・喉頭領域は、解剖学的・機能的に密接に関連している。
○　そのため、複数の領域に渡って複数の処置を実施することがあり、例えば、小児の急性中耳炎においては呼吸器感染症、特に鼻副鼻腔感染症に続発することが知られ、鼻処置の有用性を指摘されている。

耳・鼻・咽喉・喉頭領域の解剖



出典：耳鼻咽喉科学会HP

小児急性中耳炎の治療における鼻処置について

急性中耳炎は先行する呼吸器感染症，特に鼻副鼻腔感染に続発することが知られている。また，小児急性中耳炎と急性鼻副鼻腔炎の原因菌は共通である。さらに鼻副鼻腔炎は小児急性中耳炎の難治化や再燃・再発の重要なリスクファクターとされる（山中ら 2014）。エビデンスは十分ではないものの，鼻処置は急性中耳炎の治癒に促進的に作用すると考えられる。

出典：「小児急性中耳炎診療ガイドライン2018年版」
日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会

小児滲出性中耳炎と、上気道炎や副鼻腔炎等との合併

小児滲出性中耳炎の危険因子は多彩であり，ダウン症，口蓋裂，頭蓋・顔面奇形などの先天性疾患，アデノイド増殖症，上気道炎や鼻副鼻腔炎罹患時にしばしば合併する。アデノイド増殖症では，物理的な耳管狭窄より細菌感染巣としてのバイオフィルム形成が，滲出性中耳炎との関連性において重要視されている（Saafan et al. 2013）。アレルギー性鼻炎では，機械的な粘膜の腫脹ではなくアレルギーによる炎症が滲出性中耳炎の発症に関与するため（Kreiner-Moller et al. 2012），小児滲出性中耳炎罹患児のアレルギー性鼻炎の合併は非罹患児の約5倍に上る。胃食道逆流（gastroesophageal reflux：GER）に関する検討は，メタアナリシスの段階には至らないが，小児滲出性中耳炎のGER合併率は通常の小児より高値とされる（Miura et al. 2012）。これらの

出典：「小児滲出性中耳炎診療ガイドライン2015年版」
日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会

急性副鼻腔炎の治療における、鼻処置、自然口開大処置、ネブライザーについて

CQ14-4B　急性細菌性鼻副鼻腔炎の症状の改善に鼻処置，自然口開大処置は有効か

推奨グレードC1：
本邦では外来鼻科診察において鼻処置は必須とされている。中鼻道を明視・観察し，自然口開大と吸引管による処置を行うことで，症状の改善が期待される。

CQ14-4C　ネブライザー治療は有効か

推奨グレードC1：
中鼻道の開大後にネブライザー薬液が副鼻腔に到達し，炎症の改善が期待される。

出典：「急性鼻副鼻腔炎診療ガイドライン」日本鼻科学会

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

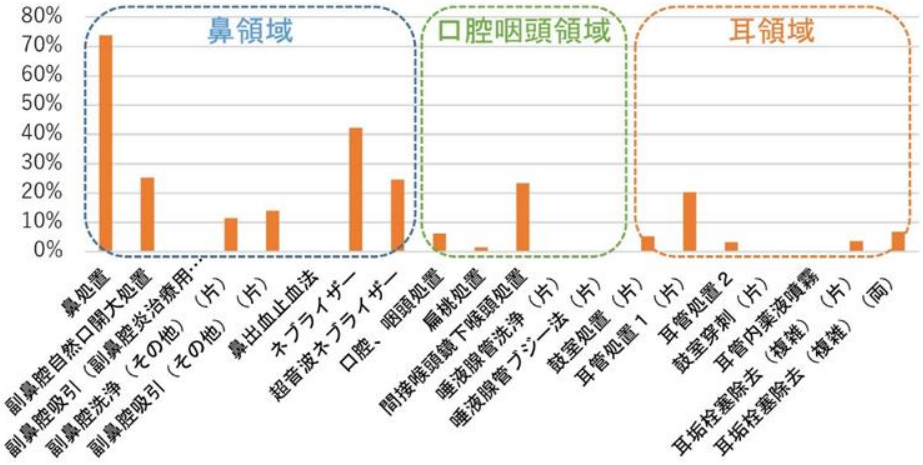
参考

耳鼻咽喉科領域の処置の実施状況

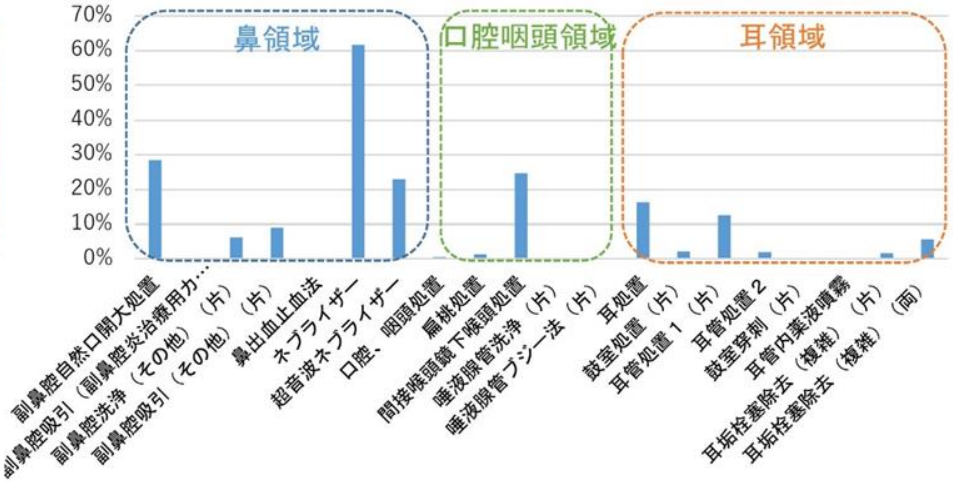
中医協　総－１
３．１０．２０

○　「耳処置」「鼻処置」「口腔、咽頭処置」を実施している場合に、当該領域に加え、別の領域の耳鼻咽喉科処置を組み合わせて実施している実態がみられた。

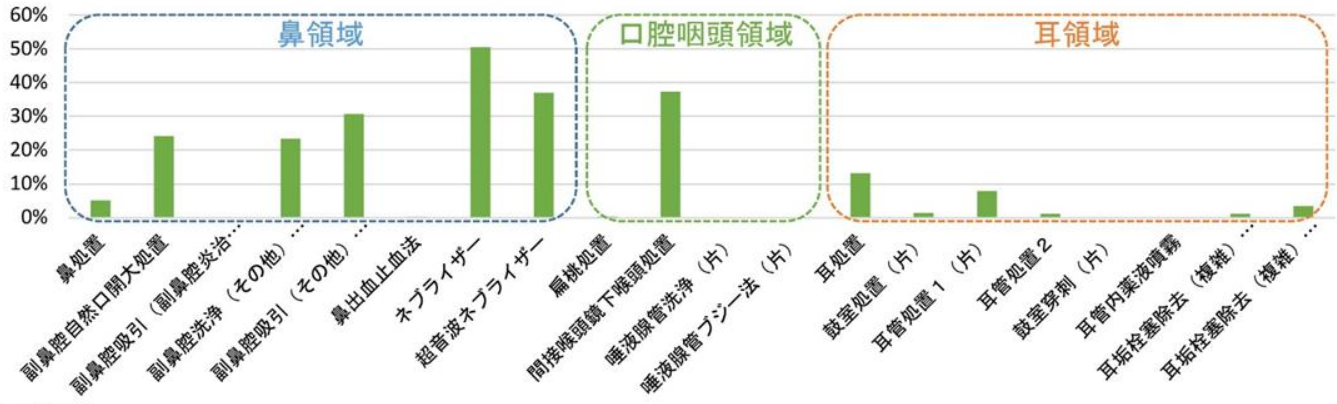
「耳処置」を実施している場合に、
他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



「鼻処置」を実施している場合に、
他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



「口腔、咽頭処置」を実施している場合に、他の耳鼻咽喉科処置を実施している割合



出典：令和元年５月診療分のNDB

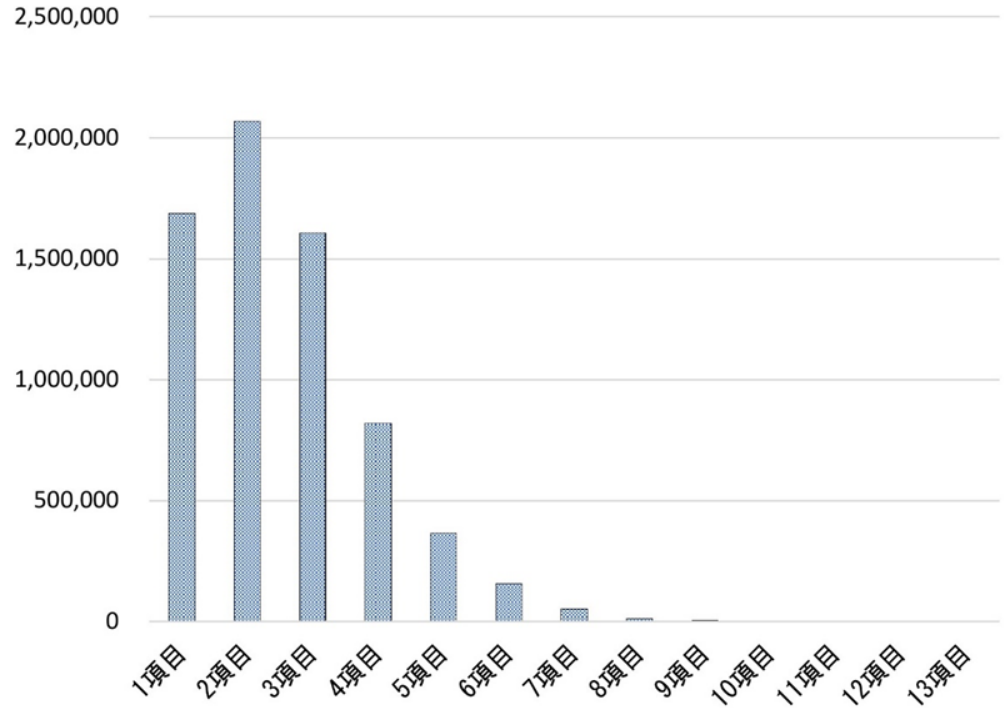
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/24）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00131.html

参考

耳鼻咽喉科領域の処置の実施状況②

○　耳鼻咽喉科領域の処置において算定回数が多い項目について、同時に算定されている項目数の状況を見たところ、２項目が最も多かった。
○　２項目以上算定されている場合において、算定されている項目とその割合を見たところ、以下のとおりだった。

算定回数が多い項目について、
同時に算定されている場合の算定項目数



同時に２項目以上算定されている場合において、
算定されている項目とその割合

項目名	令和元年
鼻処置	26%
ネブライザー	21%
副鼻腔自然口開大処置	11%
間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む）	10%
超音波ネブライザー	9%
耳処置	6%
副鼻腔吸引（その他）（片）	4%
耳管処置１（片）	3%
口腔、咽頭処置	3%
副鼻腔洗浄（その他）（片）	3%
耳垢栓塞除去（複雑）（両）	2%
鼓室処置（片）	1%
耳垢栓塞除去（複雑）（片）	1%
耳管処置２	1%
扁桃処置	1%

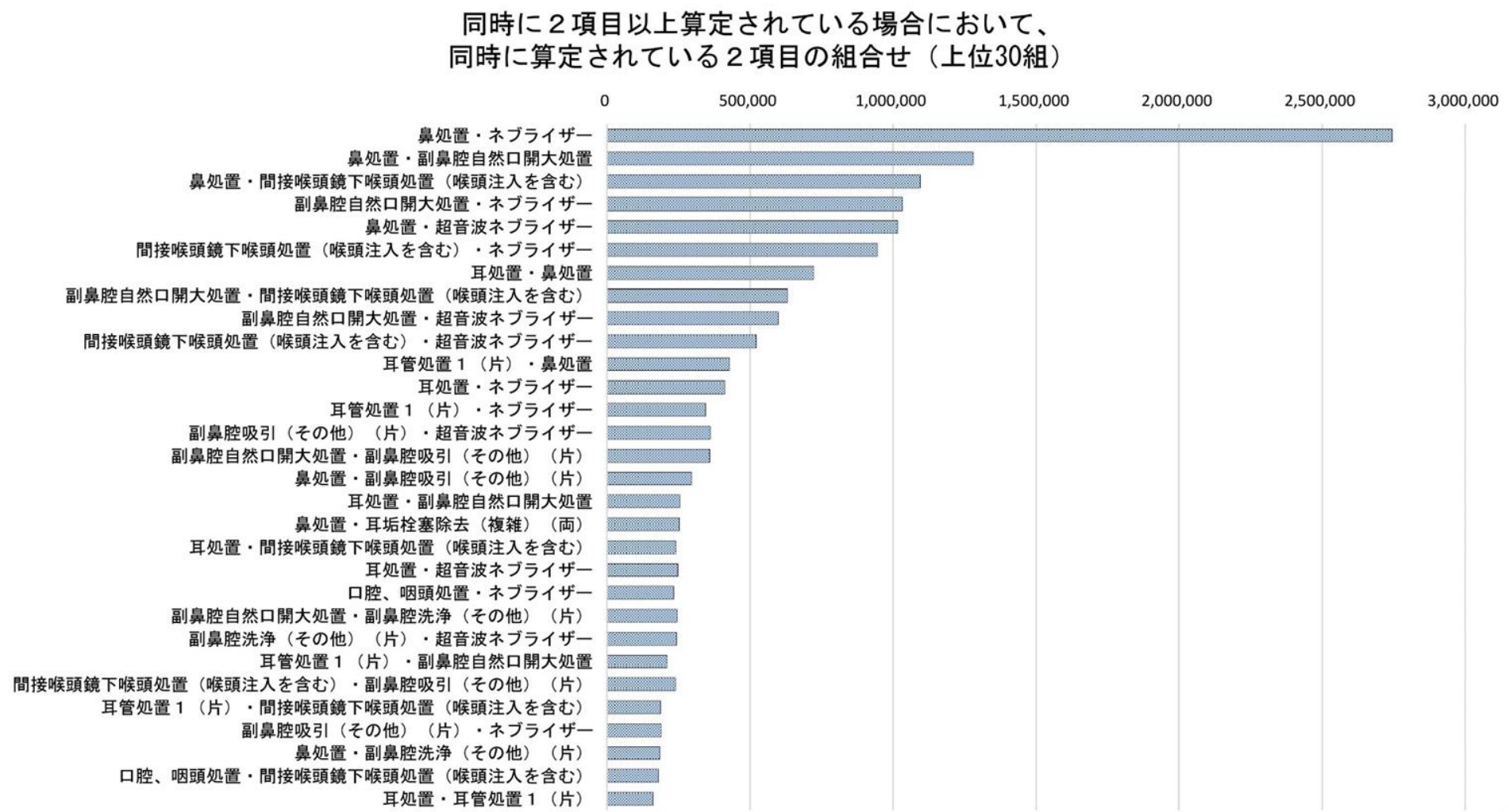
出典：令和元年５月診療分のNDB

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/24）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00131.html

参考

耳鼻咽喉科領域の処置の実施状況③

○　耳鼻咽喉科領域の処置において算定回数が多い項目について、同時に２項目以上算定されている際の、同時に算定されている２項目の組合せをみたところ、以下のとおりだった。



出典：令和元年５月診療分のNDB

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/24）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00131.html

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

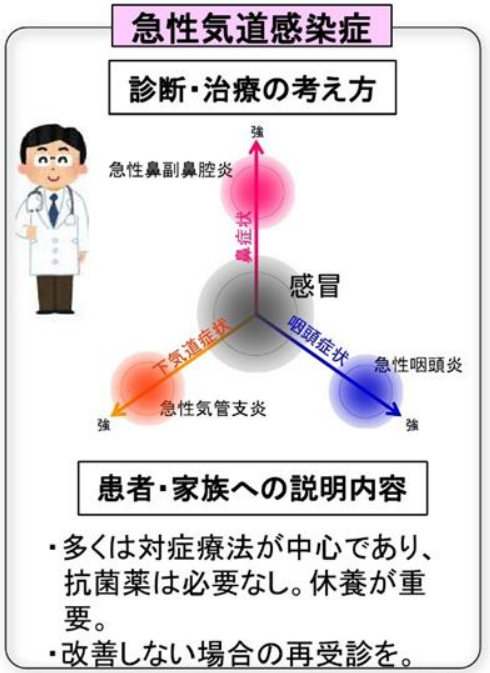
小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

➢ 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

（新）　小児抗菌薬適正使用支援加算　　80点

［算定要件］
急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、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ものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当とする専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

［施設基準］
(1) 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成 28 年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
(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。



「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）を参考に作成

外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

➢ 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「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、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

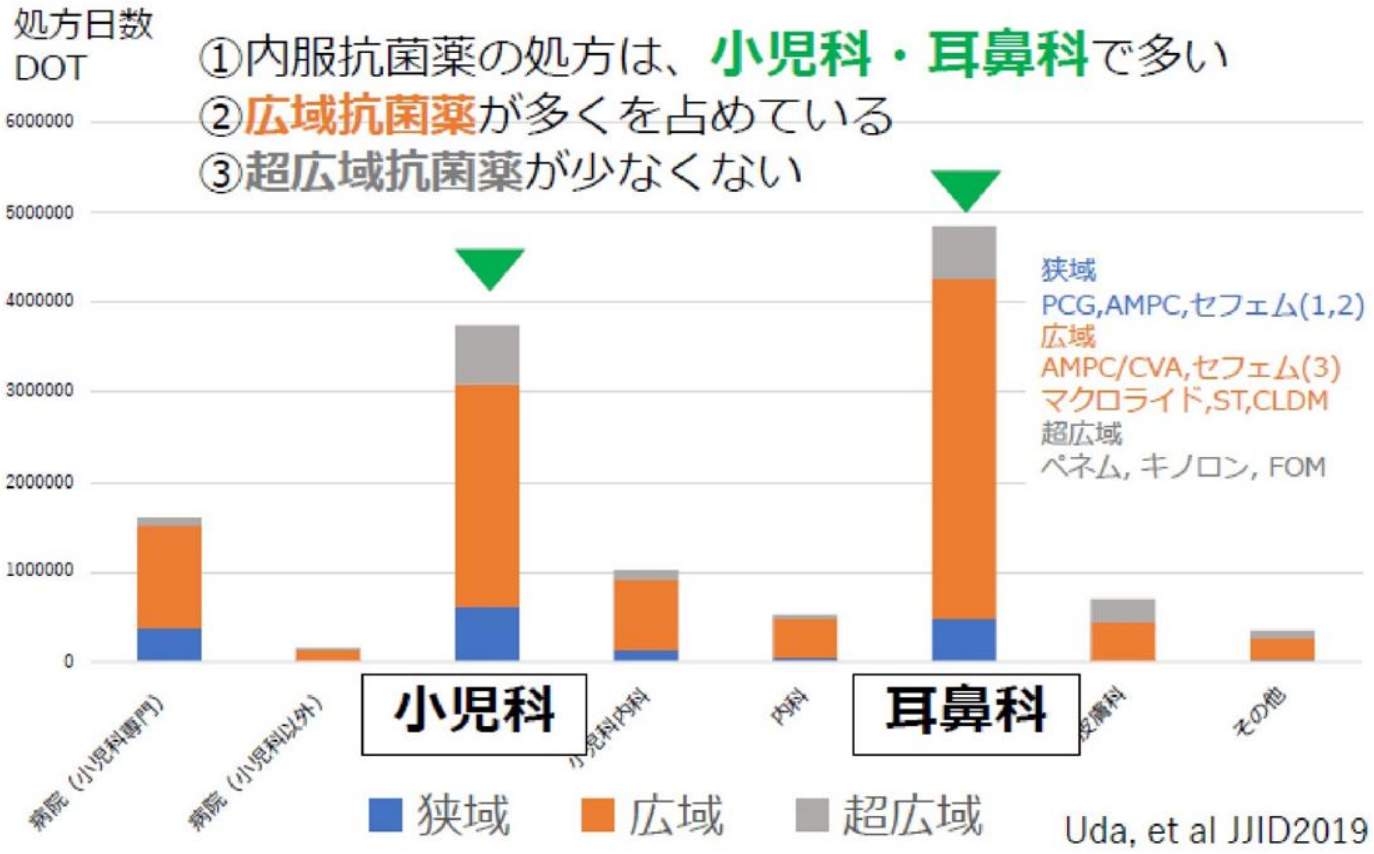
参考

耳鼻咽喉科における抗菌薬の使用

○　内服抗菌薬の処方は、小児科と並んで耳鼻咽喉科で多く、超広域抗菌薬の処方が少なくない。

内服抗菌薬の診療科別抗菌薬処方量

モデル地区（世田谷・府中・神戸）



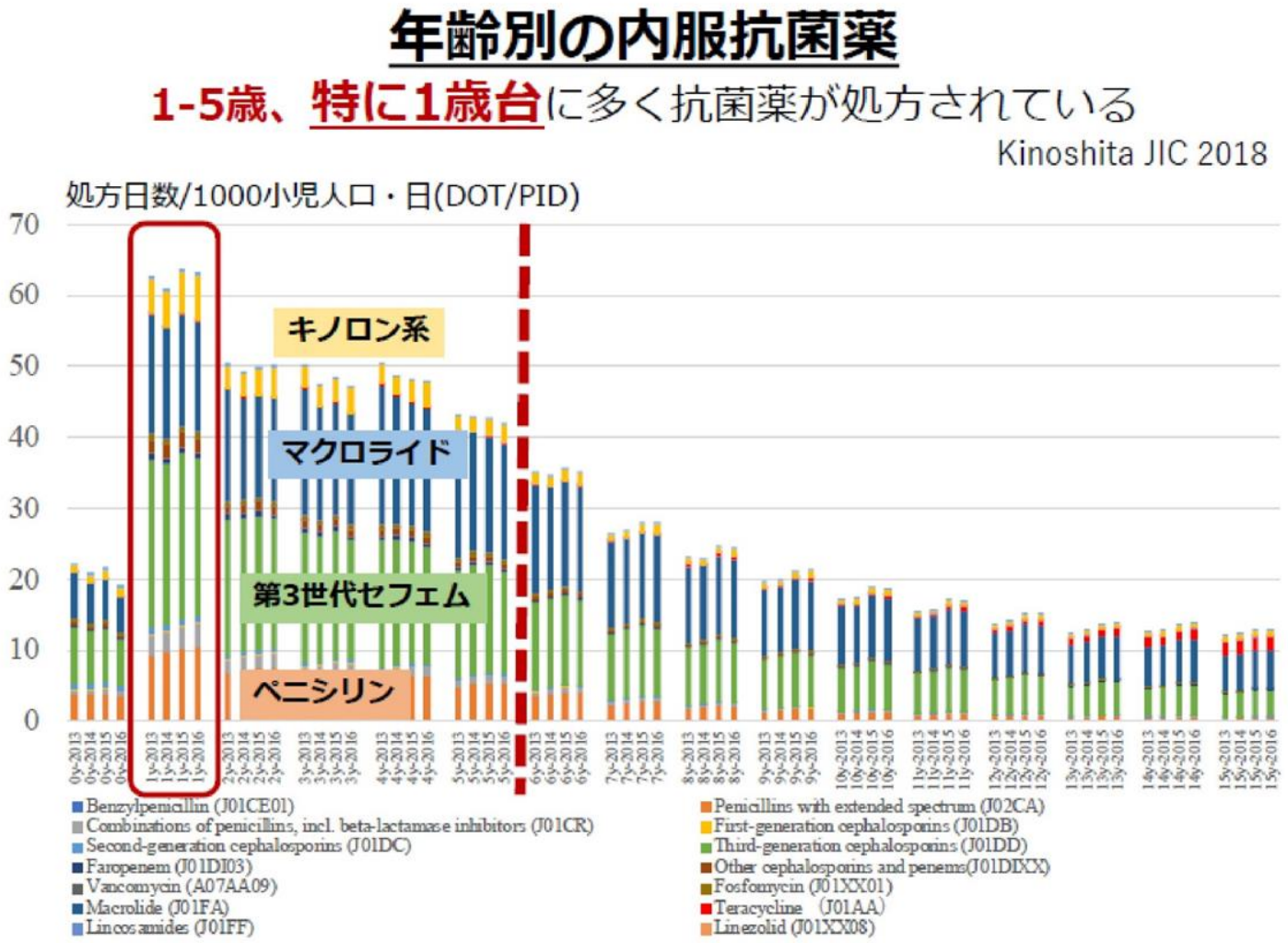
出典：「小児の抗菌薬使用量調査2011-2019/3 NDBデータベースを用いた研究」（研究代表者：浜松医科大学　宮入烈）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

参考

年齢別の内服抗菌薬の使用状況

○　内服抗菌薬の処方は、１－５歳、特に、１歳台に多く処方されている。



出典：「小児の抗菌薬使用量調査2011-2019/3 NDBデータベースを用いた研究」（研究代表者：浜松医科大学　宮入烈）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

参考

耳鼻咽喉科領域の疾患における抗菌薬の使用

○　急性中耳炎や急性副鼻腔炎の軽症例の治療においては、抗菌薬非投与がガイドラインで推奨されている。

小児の急性中耳炎に対する抗菌薬の使用について

CQ 3-4　軽症の急性中耳炎の治療として抗菌薬非投与は妥当か

推　奨	軽症例に限って３日間は抗菌薬の投与を行わず，自然経過を観察することを推奨する。 推奨の強さ：推奨　　エビデンスの質：B

●背　景●

薬剤耐性菌による急性中耳炎症例が増大している本邦の現状から，抗菌薬を投与しない場合は，正確な鼓膜所見の観察による軽症の診断と，抗菌薬非投与後の厳重な経過観察が重要である。

出典：「小児急性中耳炎診療ガイドライン2018年版」
日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、
日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会

急性副鼻腔炎に対する抗菌薬の使用について

CQ14-1　軽症の急性鼻副鼻腔炎に対して，抗菌薬非投与は妥当か

推奨グレードB：
軽症例に限って，抗菌薬非投与のうえ，自然経過を観察することが推奨される。
（Young J, et al 2008 エビデンスレベルⅠa：推奨度B）

【背景】

急性鼻副鼻腔炎は上気道炎に引き続き発症し，発症当初はウイルス感染が主体とされるため，軽症に限っては抗菌薬の効果は期待できない。自然経過を観察することで症状の悪化があり，中等症や重症に移行すれば抗菌薬治療を開始する。抗菌薬の過剰投与は耐性菌の増加につながり，抗菌薬投与，非投与を適切に判断することが重要である。急性鼻副鼻腔炎いおいて最初はウイルス感染から発症することが多いため，抗菌薬は不要であるという考え方が一般的である。

出典：「急性鼻副鼻腔炎診療ガイドライン2010年版（追補版）」日本鼻科会

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－５ 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

①地域包括診療料等における対象疾患等の見直し
②小児かかりつけ診療料の見直し
③紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設（Ⅰ-4-②再掲）
④耳鼻咽喉科処置の見直し
⑤機能強化加算の見直し
⑥継続診療加算の見直し
⑦かかりつけ歯科医の機能の充実
⑧地域における薬局のかかりつけ機能の評価

機能強化加算の見直し①

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

現行

【機能強化加算】

［算定要件］

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

［施設基準］

（１）　（略）

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

改定後

【機能強化加算】

［算定要件］

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

［施設基準］

（１）　**適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。**

（２）　（略）

（３）　地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所**及びホームページ等**に掲示する等の取組を行っていること。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

機能強化加算の見直し②

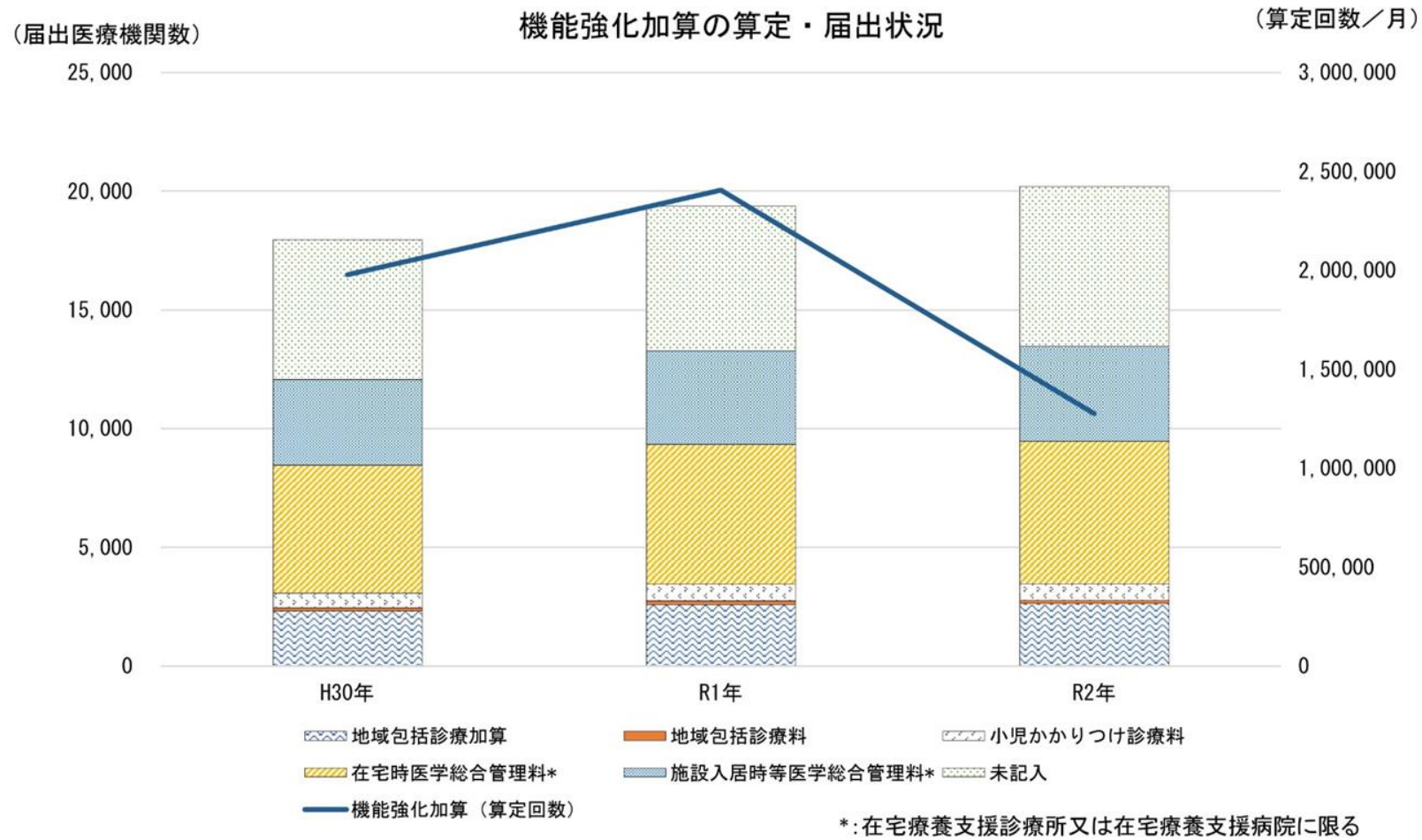
	現行	改定後
届出・実績	次のいずれかの届出	**次のいずれかを満たしていること。**
	• 地域包括診療加算 • 地域包括診療料	• **地域包括診療加算１／地域包括診療料１の届出を行っていること。** （参考：地域包括加算１／診療料１の施設基準） 以下の全てを満たしていること。 ■ 直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は往診料を算定した患者の数の合計が、10 人以上であること。 ■ 直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。 **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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

機能強化加算の算定・届出状況

○ 機能強化加算の届出施設は、平成30年から令和2年にかけて増加している。
○ うち、在宅時医学総合管理料を算定している医療機関が最も多く、地域包括診療料が最も少なかった。



*:在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る

※各年7／1時点の届出状況を基に医療課で作成

※算定回数は社会医療診療行為別統計より。R2年のみNDBより集計。

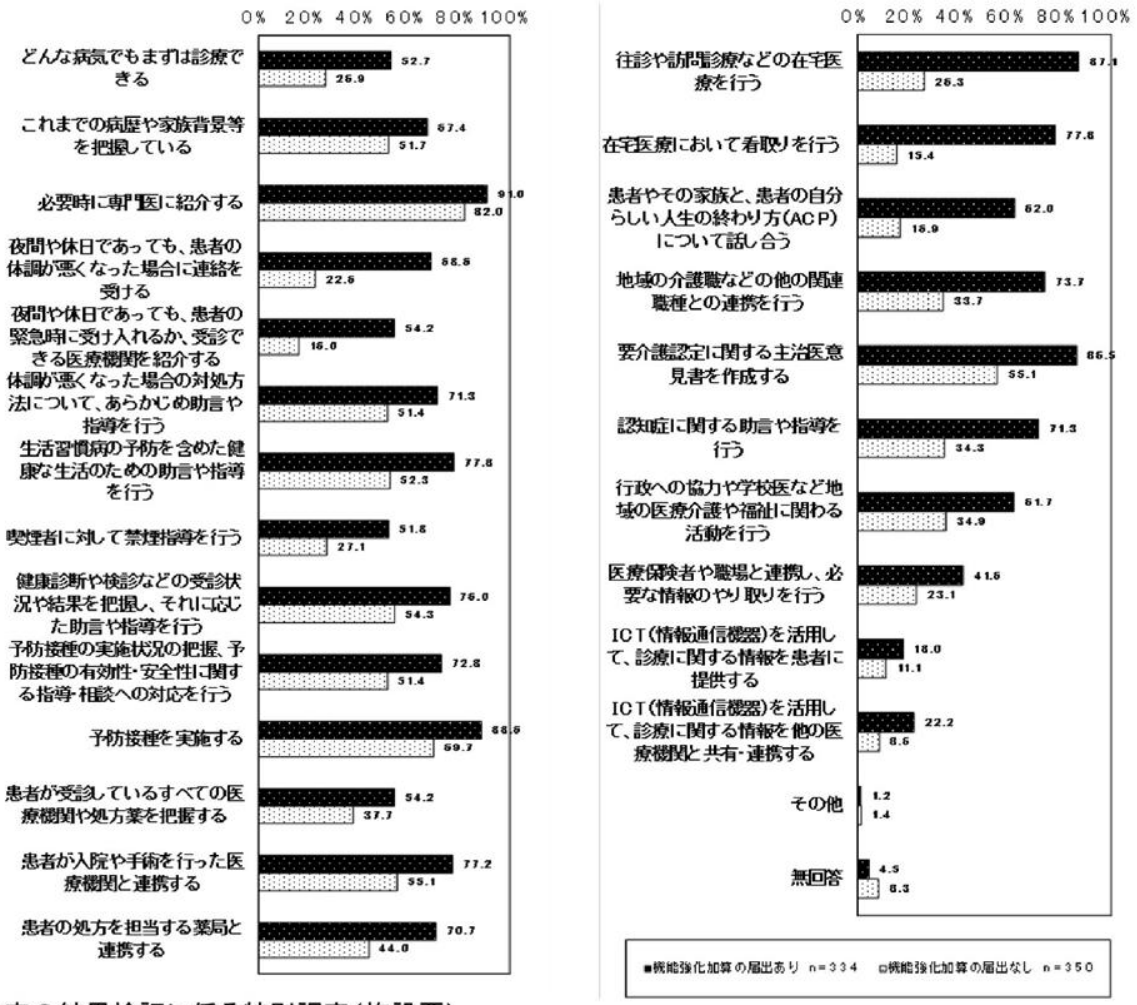
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

機能強化加算の届出有無別、施設が有する、かかりつけ医機能

○ 機能強化加算の届出をしている医療機関の方が、届出をしていない医療機関と比較して、かかりつけ医機能を有している割合が高かった。

機能強化加算の届出有無別、施設が有する、かかりつけ医機能



出典：令和3年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

参考

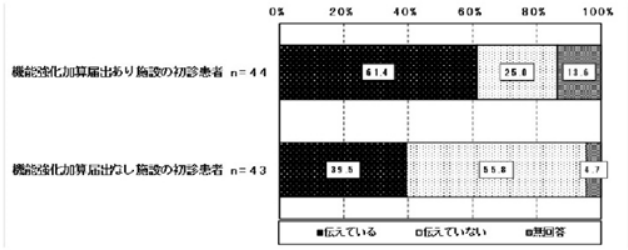
機能強化加算の算定有無別、受診医療機関と患者の関わり

○ 機能強化加算の届出ありの施設の方が、初診においても、他の医療機関の受診状況や処方された薬の内容を伝える等、かかりつけ医機能に係る診療が行われている割合がより高かった。

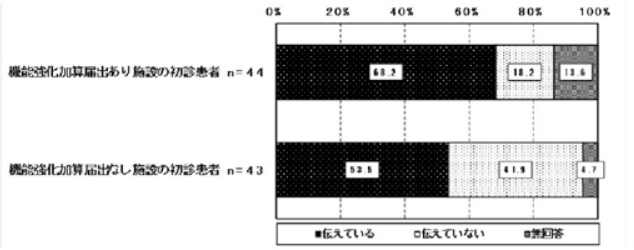
初診患者のうち、機能強化加算の算定有無別、受診医療機関と患者の関わり

調査対象医療機関を受診し、初診料を算定した患者に対し、当該医療機関との関わりについて質問し、以下の回答を得た。

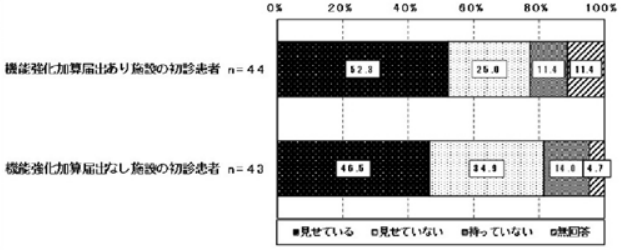
1)他の医療機関の受診状況を伝えているか



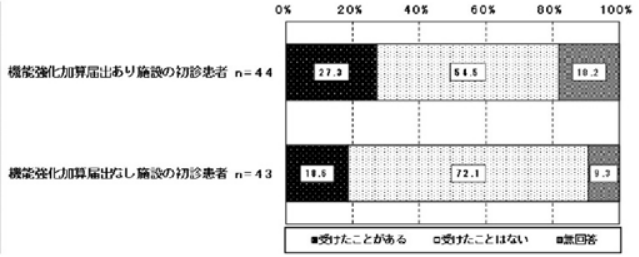
2)処方された薬の内容を伝えているか



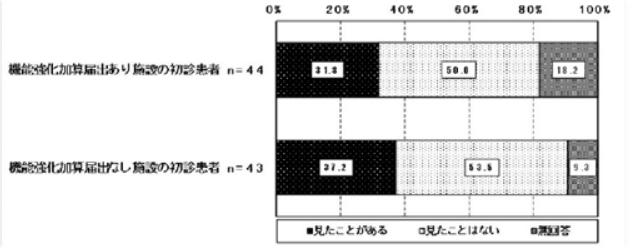
3)お薬手帳を見せているか



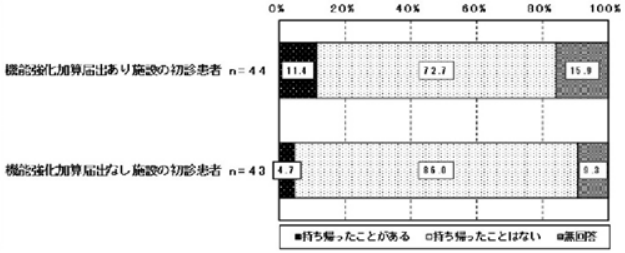
4)かかりつけ医に関する説明を受けているか



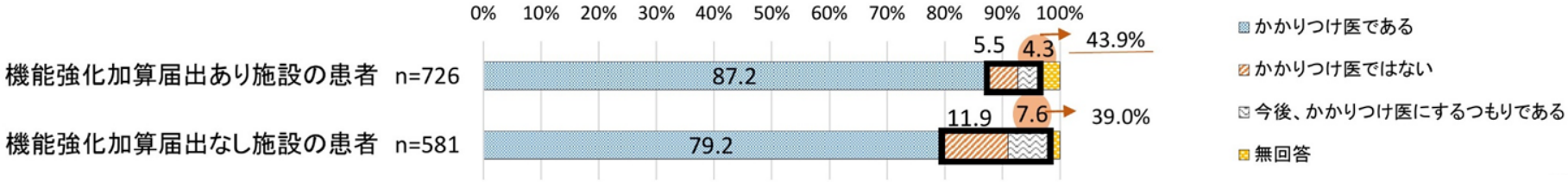
5)かかりつけ医に関する院内掲示を見たことがあるか



6)かかりつけ医に関する文章を持ち帰ったことがあるか



初診患者のうち、機能強化加算の算定有無別、今回受診した医療機関の医師がかかりつけ医であるかどうか



出典：令和3年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（患者票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/17）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00129.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－５ 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

①地域包括診療料等における対象疾患等の見直し
②小児かかりつけ診療料の見直し
③紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設（Ⅰ-4-②再掲）
④耳鼻咽喉科処置の見直し
⑤機能強化加算の見直し
⑥継続診療加算の見直し
⑦かかりつけ歯科医の機能の充実
⑧地域における薬局のかかりつけ機能の評価

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

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

現行

【継続診療加算】
継続診療加算　　216点

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

改定後

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在宅療養移行加算等における要件の一覧

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

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

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

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

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

機能強化型在支病の要件の見直し

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

現行

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

改定後

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

ス　（略）

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在支診・在支病の施設基準（参考）

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

※：**青字**は令和４年度診療報酬改定における変更点

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

重点分野に対応していくための課題整理と「7つの柱」の策定

第４回 全国在宅医療会議 資料
平成３０年４月２５日 １－２

各団体から提出された
- 新たに取り組む必要がある課題
- 在宅医療の課題に対する既存の取組

を収集し、背景にある課題を分類

- ・地域の病院と在宅医療との水平連携が不足している
- ・かかりつけ医の在宅医療への参画等、在宅医療推進を支える体制が不十分である
- ・医師会等関係団体と行政との連携が進んでいない地域もある
- ・行政担当者が在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職の連携が不足している
- ・情報共有に関する整備（ICT等）ができていない
- ・新たな技術が在宅医療分野で活用できていない
- ・市民が在宅医療について知らないことがある
- ・市民の力を活かせていない
- ・在宅医療について発信できていないことがある
- ・在宅医療に関わる職種も在宅医療について知らないことがある
- ・在宅医療に取り組む専門職種が不足している
- ・知識・技術を習得するコンテンツが整備されていない
- ・在宅医療の教育・研修を受ける機会や体験する機会がない
- ・在宅医療に取り組む専門職の知識が不足している
- ・在宅医療の有効性が調査されていない
- ・在宅医療における研究データが整理されていない
- ・在宅医療における実践・事例を共有する場がない
- ・在宅医療において専門職が行う標準的な指標が未整備

【7つの柱】

- 地域の病院と在宅医療との協働体制の構築
- 行政と関係団体との連携
- 関係団体同士の連携
- ICT等最新技術の活用
- 国民への在宅医療に関する普及・啓発
- 在宅医療に関わる関係者への普及・啓発
- 在宅医療の実践に関する研究及び教育

【重点分野】

- 在宅医療に関する医療連携モデルの構築
- 在宅医療に関する普及啓発モデルの構築
- 在宅医療に関するエビデンスの構築

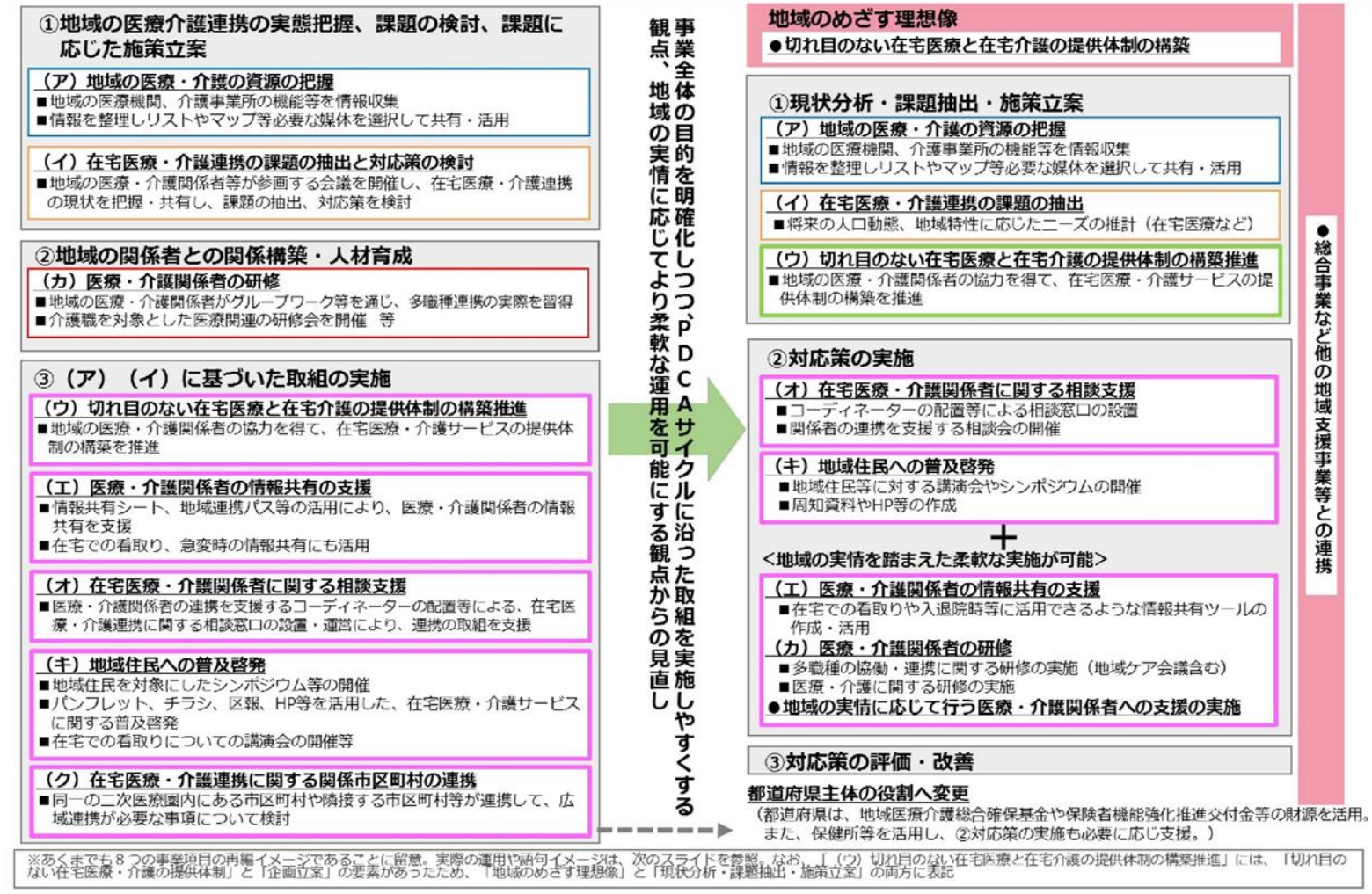
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

参考

在宅医療・介護連携推進事業

○ 平成26 年に介護保険法が改正され、平成27 年度から市町村が行う事業として、地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた。切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCA サイクルに沿った取組が継続的に行われるよう取り組みが進められている。

「８つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ



※あくまでも８つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や詳細イメージは、次のスライドを参照。なお、「（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

出典：在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 3

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

参考

在宅医療・介護連携推進事業
在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進について

○ 在宅医療・介護連携推進事業においては、市町村は、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を行うこととされている。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取組を行う。

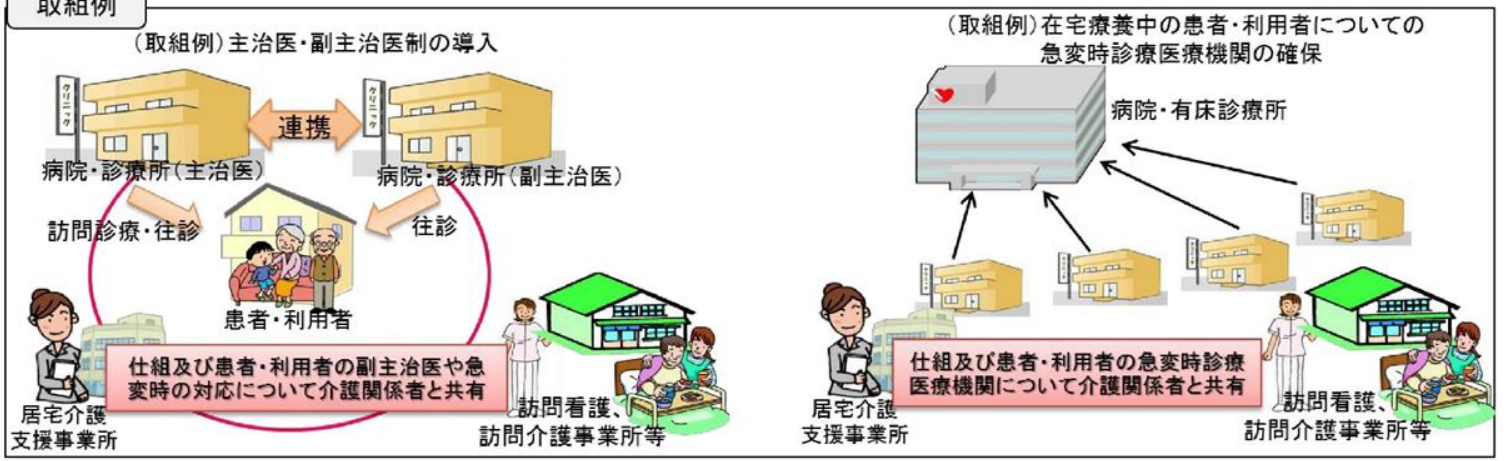
実施内容・方法

（1） 地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。
（2） 検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

留意事項

（1） 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては郡市区医師会を始めとした関係団体等に委託して差し支えない。
（2） 切れ目なく在宅医療と介護を提供するための仕組みは、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、取組例に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。

取組例



出典：老健局作成資料

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

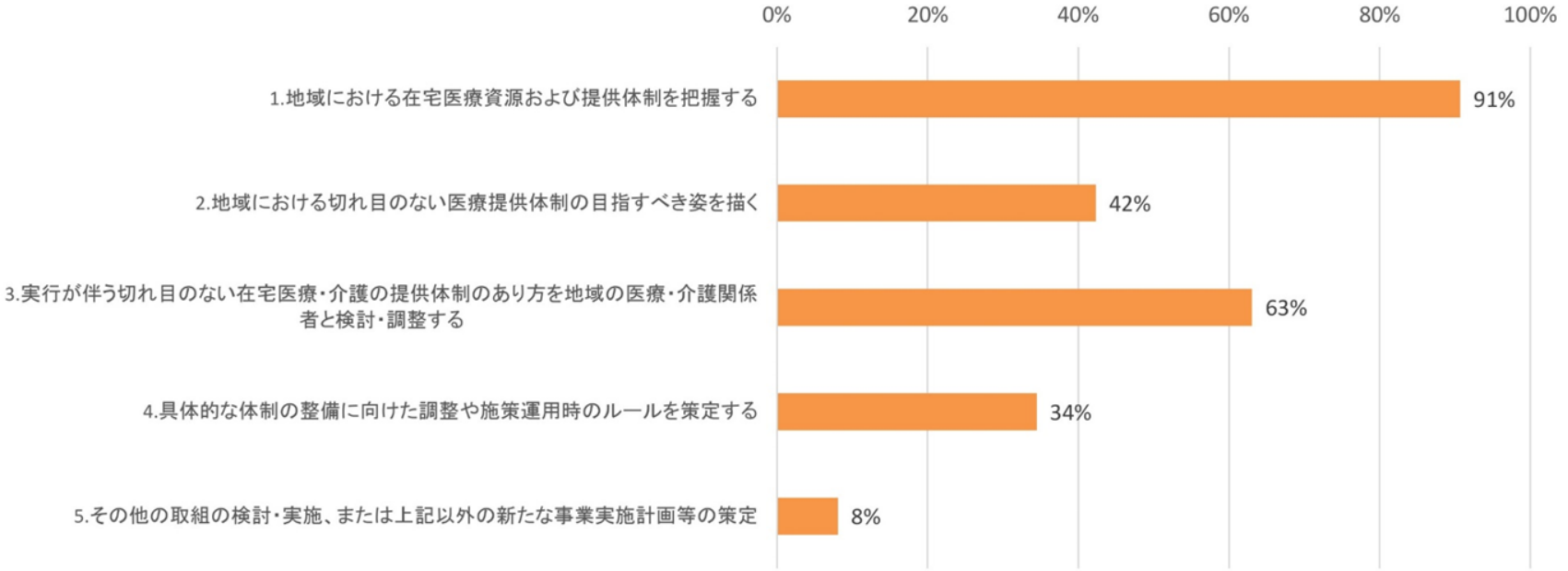
参考

在宅医療・介護連携推進事業の進捗について

○「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」の進捗状況について、「地域における在宅医療資源および提供体制を把握する」ことについての進捗は91%、「実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する」は63%であった。

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の進捗状況③(n=1,734　複数回答)

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進



地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業（速報値）
（平成30年度老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業　野村総合研究所）

出典：老健局作成資料

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

新設

④ 外来在宅共同指導料の新設（再掲）

基本的な考え方：通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が、患家において共同して必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。（Ⅰ－４－④を参照）

具体的な内容：（略）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

⑤継続診療加算（再掲）

基本的な考え方：24時間の往診及び連絡体制の構築が要件である継続診療加算について、在宅療養支援診療所以外の診療所による在宅医療への参画を更に推進する観点から、継続診療加算の名称及び評価の在り方 を見直す。（Ⅰ－５－⑥を参照）

具体的な内容：（略）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

①在支診及び在支病による地域連携の推進
②在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進
③在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し
④外来在宅共同指導料の新設（Ⅰ-6④再掲）
⑤継続診療加算の見直し（Ⅰ-5⑥再掲）
⑥在宅がん医療総合診療料の見直し
⑦緊急往診加算の見直し

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

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

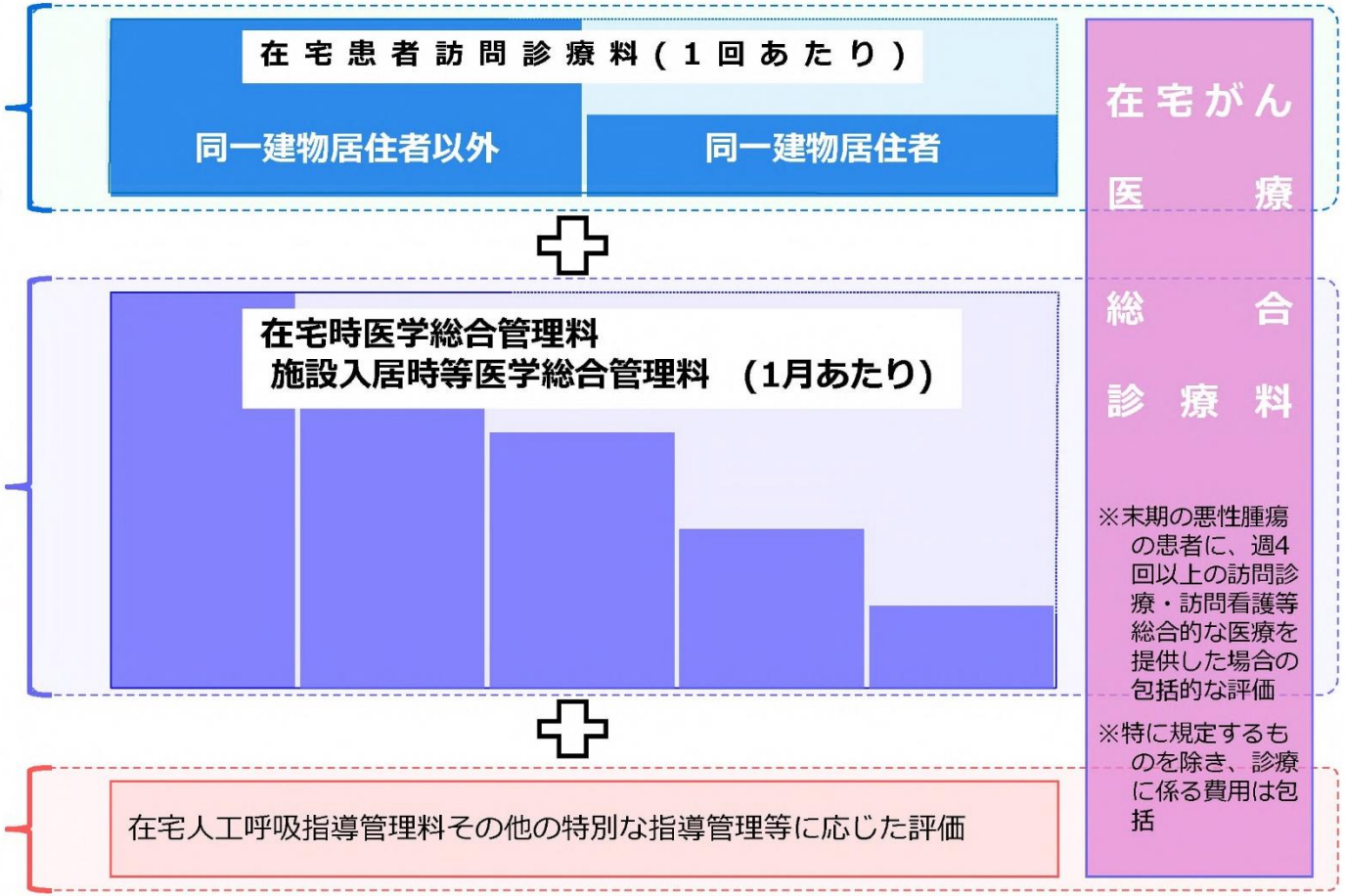
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

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

②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

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

③指導管理等に対する評価



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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

往診及び在宅患者訪問診療料の評価

○ **往診料　　720点**

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

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

○ **在宅患者訪問診療料(Ⅰ)　（１日につき）**

１　在宅患者訪問診療料１

イ　同一建物居住者以外の場合　　888点

ロ　同一建物居住者の場合　　213点

２　在宅患者訪問診療料２

イ　同一建物居住者以外の場合　　884点

ロ　同一建物居住者の場合　　187点

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

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

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

［算定要件］（抜粋）

○　在宅患者訪問診療料１

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

○　在宅患者訪問診療料２

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）等の概要

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

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在支診・在支病の施設基準の見直し

適切な意思決定支援の推進

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

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

機能強化型在支診・在支病等の地域との協力推進

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

機能強化型在支病の要件の見直し

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

現行

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

改定後

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

ス　（略）

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在支診・在支病の施設基準（参考）

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

※：青字は令和４年度診療報酬改定における変更点

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

①在支診及び在支病による地域連携の推進
②在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進
③在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し
④外来在宅共同指導料の新設
⑤継続診療加算の見直し（Ⅰ-5⑥再掲）
⑥在宅がん医療総合診療料の見直し
⑦緊急往診加算の見直し

外来医療を担う医師と在宅医療を担う医師が共同して行う指導の評価

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

（新）　外来在宅共同指導料

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

［対象患者］

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

［算定要件］

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



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

在宅療養移行加算の新設

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

現行

【継続診療加算】
継続診療加算　　216点

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

改定後

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在宅療養移行加算等における要件の一覧

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

①在支診及び在支病による地域連携の推進
②在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進
③在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し
④外来在宅共同指導料の新設
⑤継続診療加算の見直し（Ⅰ-5⑥再掲）
⑥在宅がん医療総合診療料の見直し
⑦緊急往診加算の見直し

小児に対する在宅医療の評価の見直し

在宅がん医療総合診療料の見直し

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

在宅がん医療総合診療料

（新）　小児加算　　1,000点（週に１回に限る）

［算定要件］

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

緊急往診加算の見直し

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

在宅がん医療総合診療料の概要

在宅がん医療総合診療料　（１日につき）

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

2　機能強化型以外の在支診・在支病
- イ　処方箋を交付する場合　1,495点
- ロ　処方箋を交付しない場合　1,685点

＋ **小児加算**
1,000点(週に１回)

［算定要件］（抜粋）
○　**在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者**であって通院が困難なものについて算定する。
○　計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、１週間を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
　ア　当該患者に対し、**訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週４日以上**であること。
　イ　訪問診療の回数が週１回以上であること。
　ウ　訪問看護の回数が週１回以上であること。

［施設基準］（抜粋）
○　居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
○　患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
○　患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

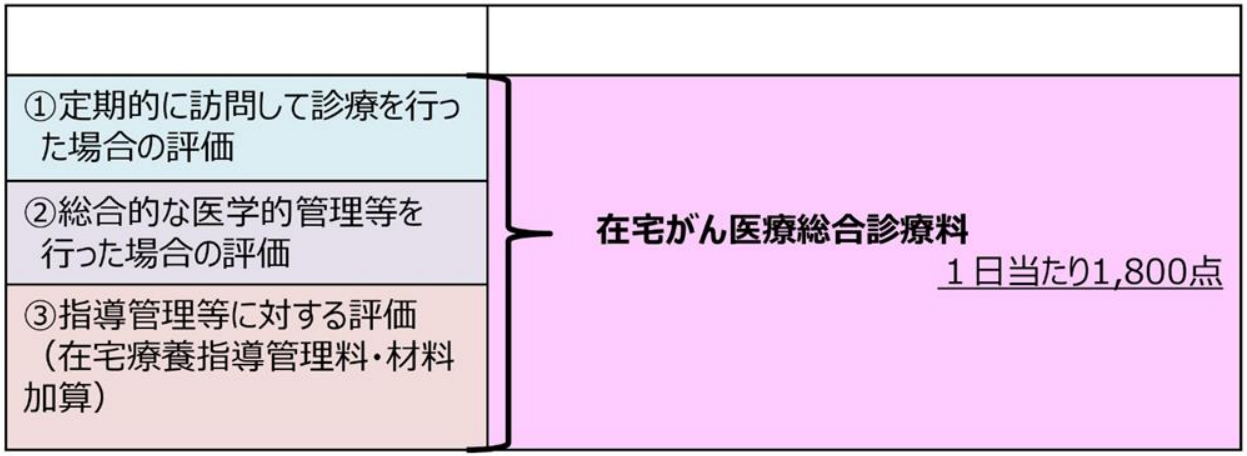
在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬

○ 末期のがん患者については、訪問診療に関する基本的な評価が包括された在宅がん医療総合診療料を算定する方法を選択可能な取扱いとなっている。

○ 在宅がん医療総合診療料には、注射による鎮痛療法等、専門的な在宅療養に係る指導管理料も包括されている。

＜在宅で療養する末期の小児がん患者に訪問診療を行った場合の診療報酬（イメージ）＞

○医療機関の形態： 機能強化型の在宅療養支援診療所（病床を有する）
○居住形態： 一軒家
○診療内容： １日に１回の訪問診療、注射による鎮痛療法、投薬（処方せん交付のみの院外処方）

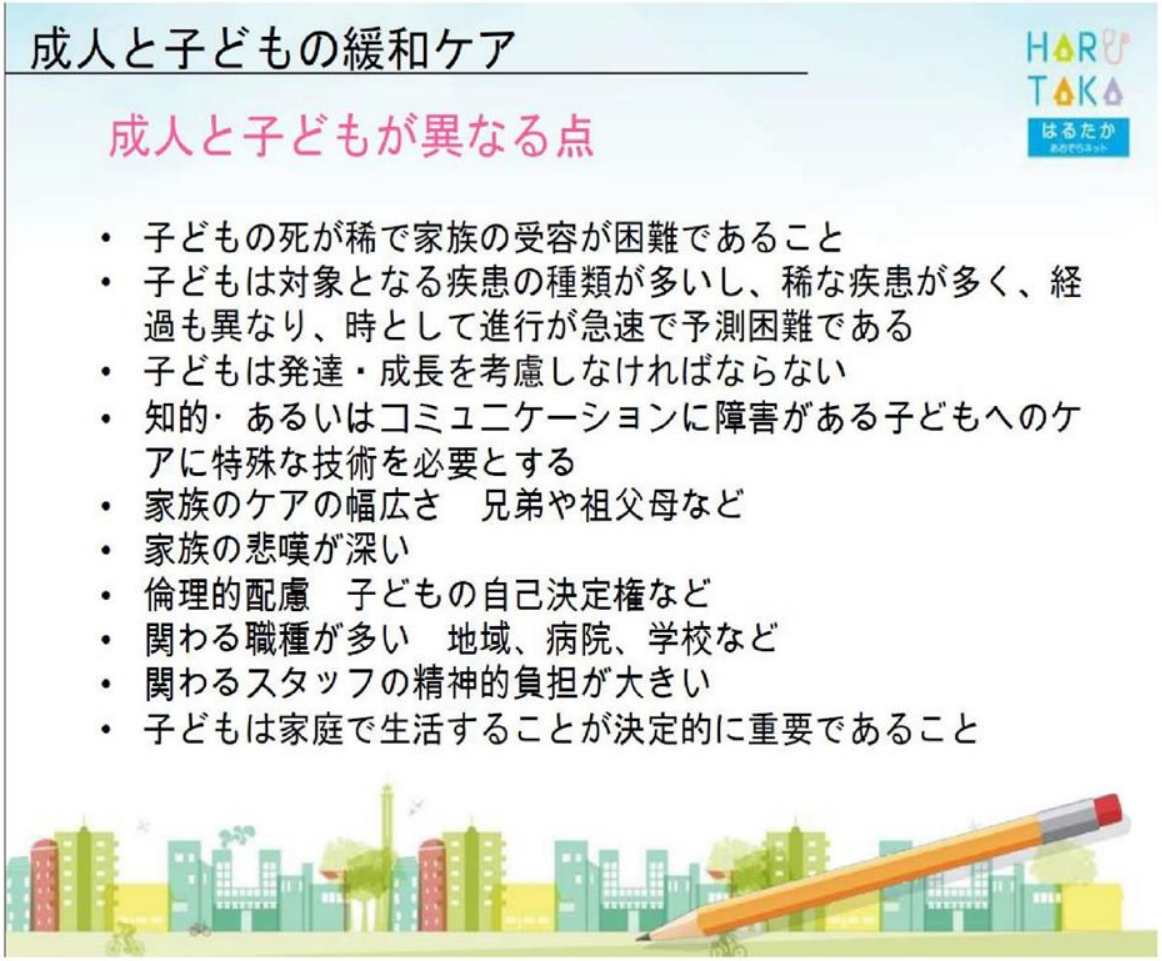


出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

小児に対する緩和ケアについて

○ 小児に対する緩和ケアについて、成人と比較した場合に、以下の様な点が異なるとの意見がある。
○ 例として「障害がある子どもへのケアに特殊な技術を必要とする」、「関わるスタッフの精神的負担が大きい」といった指摘がある。



医療法人はるたか会 あおぞら診療所の大隅医師・前田医師よりご提供

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

参考

成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

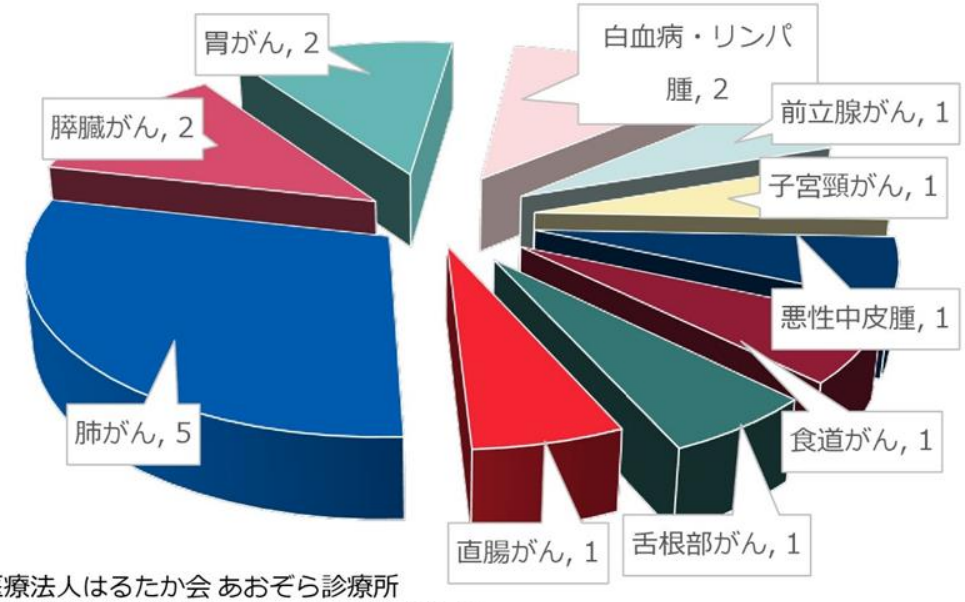
○ 小児がん終末期在宅診療では脳腫瘍の割合が非常に高い

同一医療法人において診療した成人と小児のがん患者17例ずつの比較

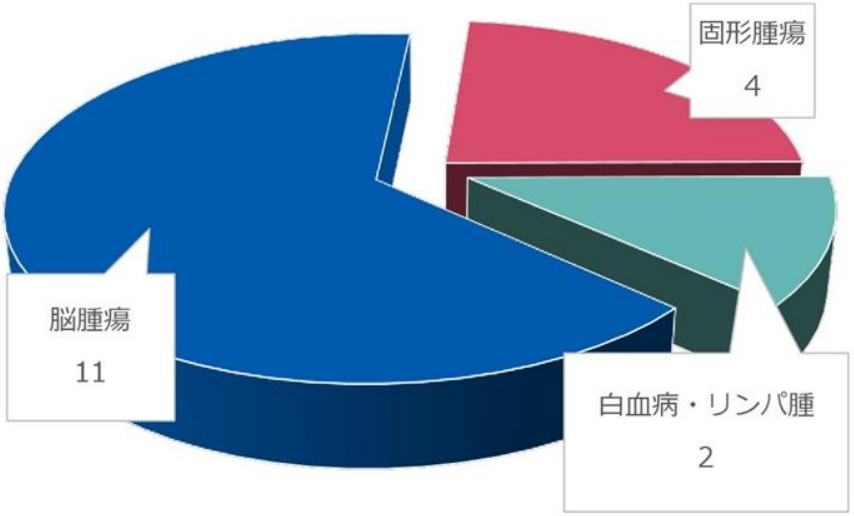
診療録・レセプト情報から診療実態・麻薬投与量・輸血に関する情報を収集

年齢と原疾患の分布

成人
中央値 78歳
（50-93歳）



小児
中央値 9歳
（0-19歳）



医療法人はるたか会 あおぞら診療所
国立成育医療研究センター 小児がんセンター
大隅朋生先生ご提供

健康局作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

参考

成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

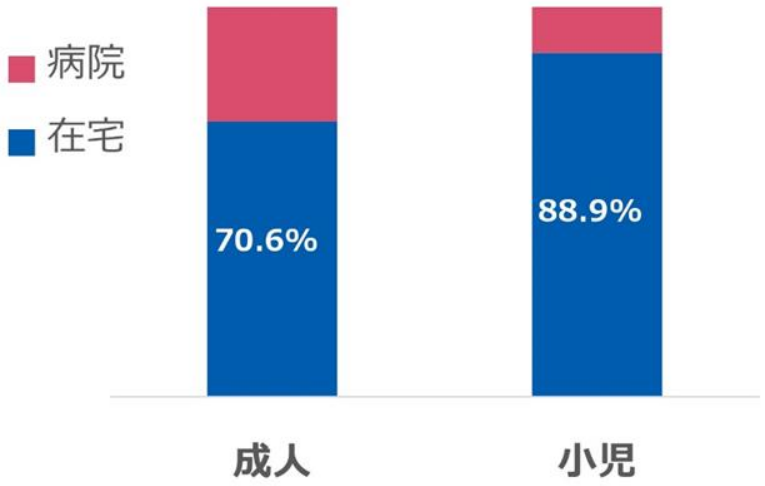
○ 小児がん終末期在宅診療では、成人と比べて長い期間訪問診療が行われることが多く、本人のみならず家族のケアも求められる。
○ また、成人に比し在宅で看取られる割合が高い。

初回の訪問診療から永眠までの期間

成人　中央値 **34日間**
（2日-462日間）

小児　中央値 **74日間**
（2日-453日間）

在宅での看取りの割合



医療法人はるたか会 あおぞら診療所
国立成育医療研究センター 小児がんセンター
大隅朋生先生ご提供

健康局作成

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

成人と小児のがん患者における終末期の在宅医療の比較

○ 疼痛などの症状緩和が容易ではなく、オピオイドを積極的に使用する必要がある。

○ また、原疾患には抗腫瘍薬に対する感受性が高いものが多く、終末期まで化学療法が継続されることも多いため、在宅でも輸血の実施が必要となることが多い。

代表的な静注用麻薬製剤使用量（一人当たりの使用量平均）

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

輸血量（一人当たりの輸血単位数平均）

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

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

医療法人はるたか会 あおぞら診療所
国立成育医療研究センター 小児がんセンター
大隅朋生先生ご提供

健康局作成

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

目次に戻る

参考

往診の評価について

○ **往診料　720点**

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

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

往診料の加算について

点数

	機能強化型在宅療養支援診療所・病院		左記以外の在宅療養支援診療所・病院	在宅療養支援診療所・病院以外
	病床あり	病床なし		
緊急往診加算	850	750	650	325
夜間・休日往診加算	1,700	1,500	1,300	650
深夜往診加算	2,700	2,500	2,300	1,300

要件

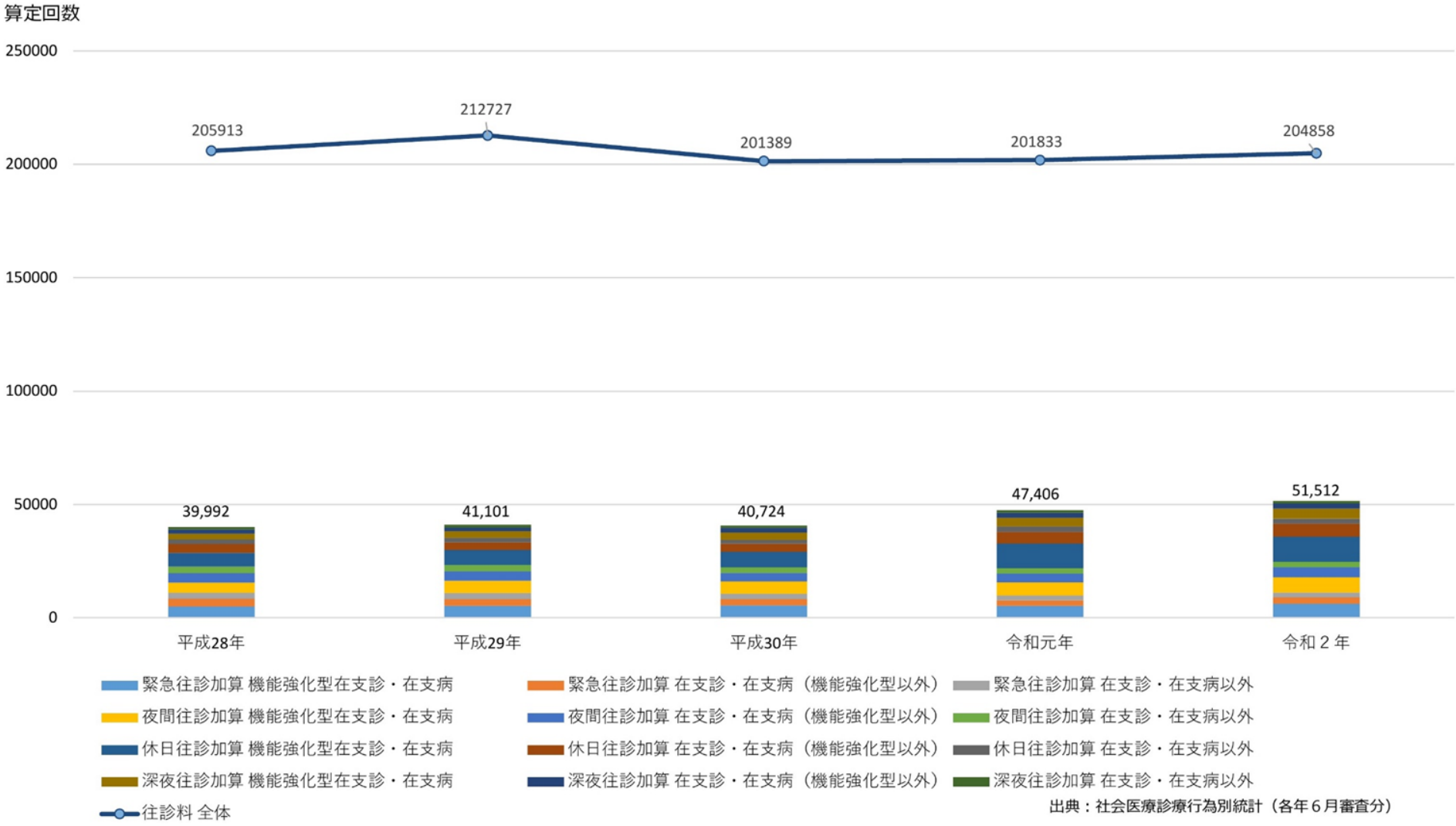
	時間帯	その他の要件
緊急往診加算	標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時（概ね午前８時から午後１時）	往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合
夜間・休日往診加算	午後６時から午前８時／日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日	－
深夜往診加算	午後10時から午前６時	－

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

往診料等の算定回数

○ 往診料と、往診料の加算のうちの緊急に行う往診の加算（緊急往診加算）、夜間・深夜・休日の加算（夜間往診加算、深夜往診加算、休日往診加算）の算定状況は以下のとおり。



出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

緊急の往診について

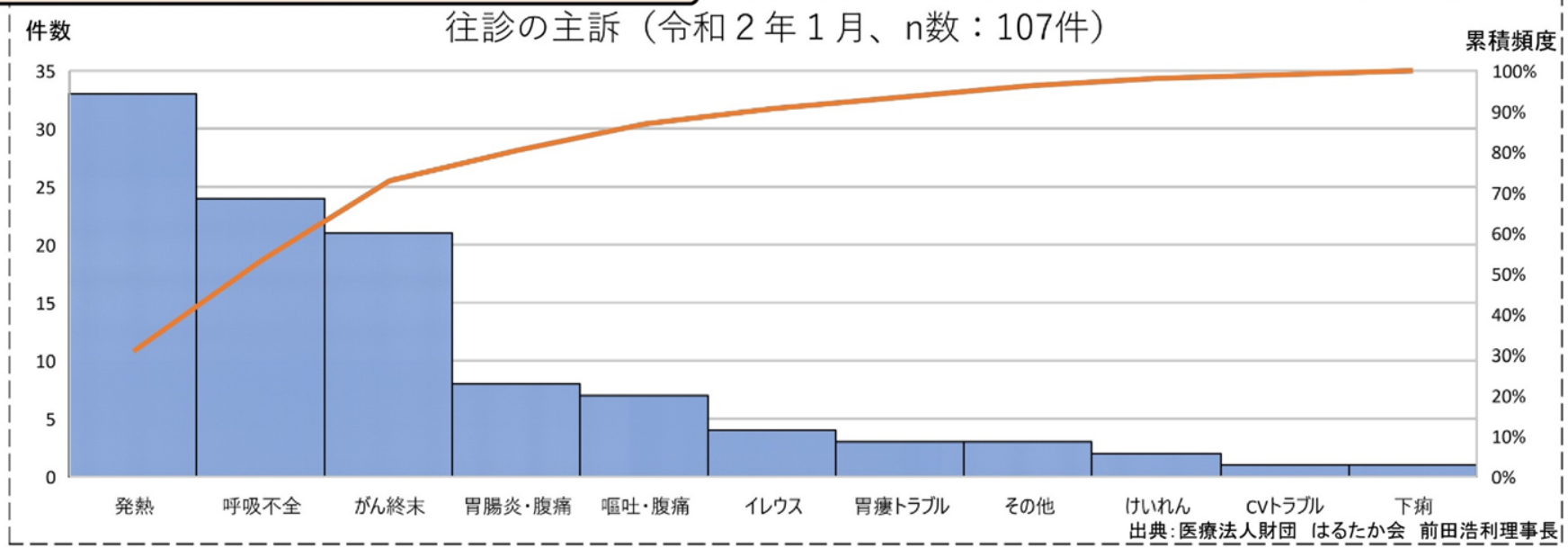
○ 緊急往診加算については、「往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合」に算定できることとされているが、小児においては、これらの状態には当てはまらない、「急性の呼吸不全やけいれん」など、成人と違った理由により緊急の往診が必要となる場合がある。

小児において緊急の往診が必要となる病態のうち、多いもの（例）

- 急性の呼吸不全 （呼吸器使用中の患者や酸素使用の患者の低酸素状態等）
- 嘔吐
- けいれん
- 発熱

出典：さいわいこどもクリニック　宮田章子医師

小児における緊急往診が必要となる病態の主訴



出典：医療法人財団　はるたか会　前田浩利理事長

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑧複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し
⑨業務継続に向けた取組強化の推進
⑩機能強化型訪問看護ステーションの見直し
⑪医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化
⑫訪問看護指示書の記載欄の見直し
⑬専門性の高い看護師による同行訪問の見直し
⑭専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設
⑮訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制の整備

業務継続に向けた取組強化の推進

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

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

複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し

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

現行	改定後
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ ２つの訪問看護テーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合 • 特別地域に所在する訪問看護ステーション • 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ ２つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算を算定できる場合 • 特別地域に所在する訪問看護ステーション • 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション • **業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーション** **自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは次のいずれにも該当するもの** **ア　都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業** **イ　自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業** **ウ　都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理している**

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

医療資源の少ない地域における訪問看護の充実

複数のステーションによる24時間対応体制

➢ 住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大する。

現行	改定後
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] 特別地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [算定要件] 特別地域又は医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算することも可能とする。



（参考）特別地域／医療資源の少ない地域に含まれる地域

特別地域	医療資源の少ない地域
	40の二次医療圏
離島振興法第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域	離島振興法第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
奄美群島振興開発特別措置法第１条に規定する奄美群島の地域	奄美群島振興開発特別措置法第１条に規定する奄美群島の地域
山村振興法第７条第１項の規定により振興山村と指定された山村の地域	
小笠原諸島振興開発特別措置法第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域	小笠原諸島振興開発特別措置法第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域
沖縄振興特別措置法第３条第三号に規定する離島の地域に該当する地域	沖縄振興特別措置法第３条第三号に規定する離島の地域に該当する地域
過疎地域自立促進特別措置法第２条第1項に規定する過疎地域	

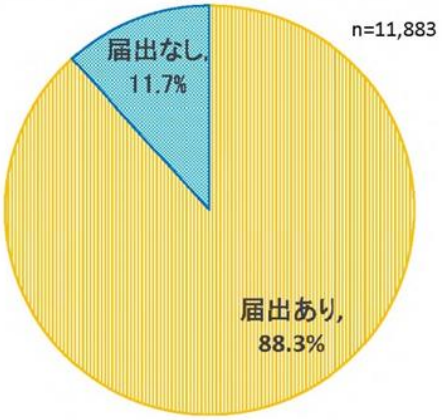
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

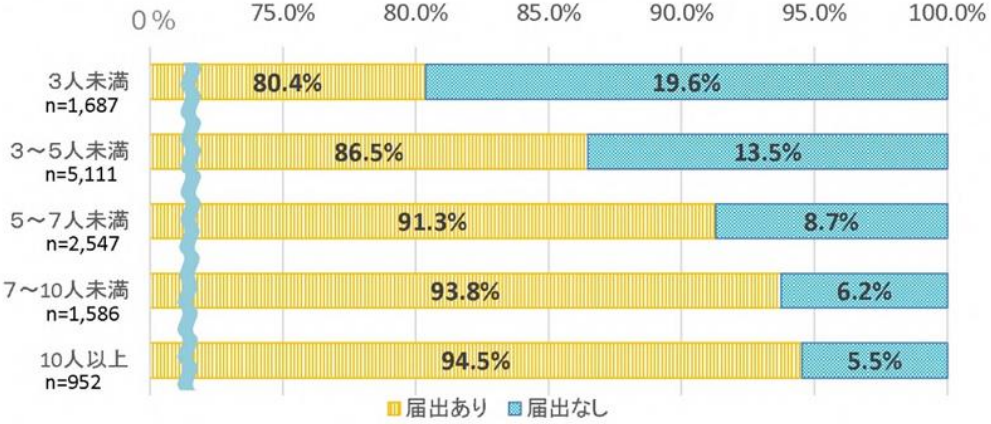
24時間対応体制加算の届出と利用者数の推移

○　全訪問看護ステーションのうち、約88%が24時間対応体制加算を届け出ているが、規模が小さくなるにつれて届出の割合が少なくなっている。

■24時間対応体制加算の届出の状況（令和2年）

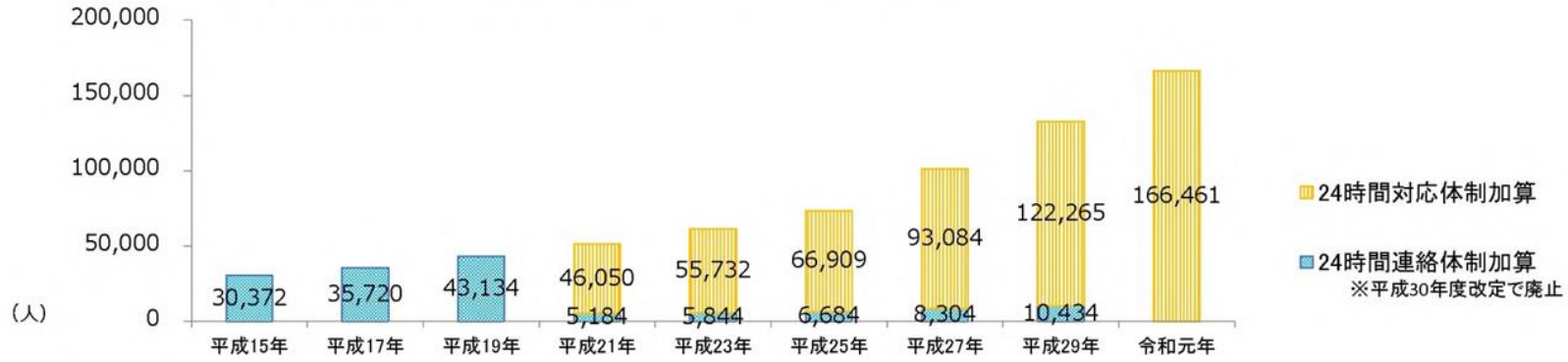


■看護職員規模別（常勤換算）の24時間対応体制加算の届出状況（令和2年）



【出典】各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成　※看護職員数が無回答の訪問看護ステーションは集計から除外

■24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算の利用者数（推計）



【出典】訪問看護療養費実態調査（各年6月審査分）をもとに厚生労働省保険局医療課にて作成（隔年）

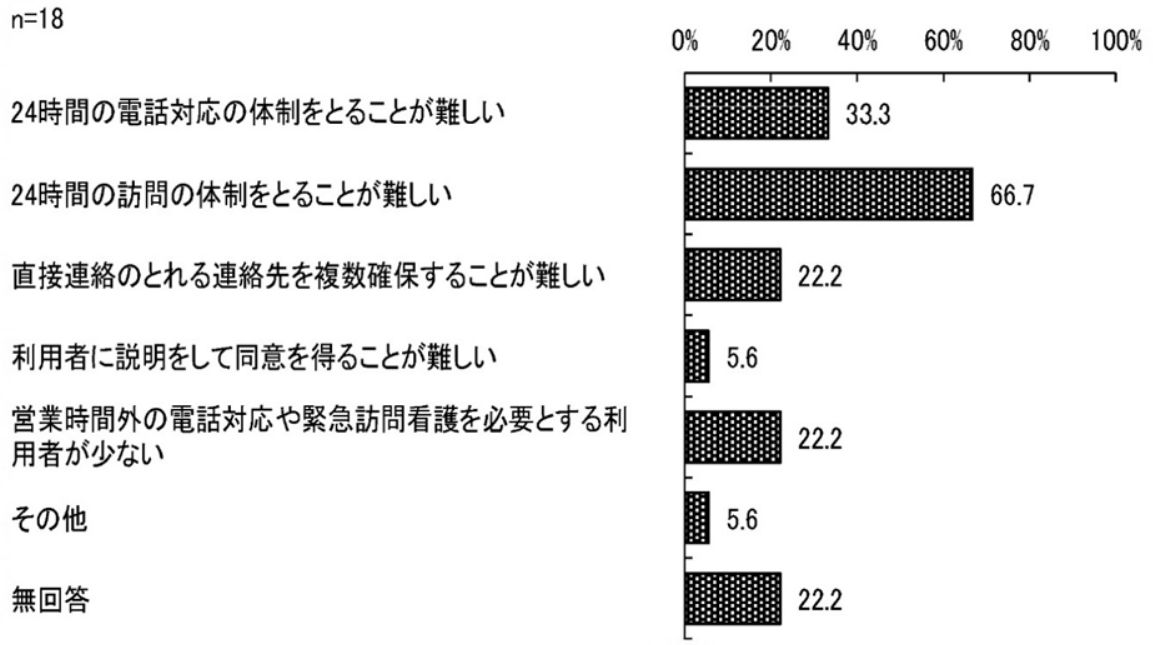
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

複数ステーションによる24時間対応体制

○ 24時間対応体制加算の届出を行っていない理由では、「24時間の訪問の体制をとることが難しい」「 24時間の電話対応の体制をとることが難しい」が多かった。

■24時間対応体制加算の届出を行っていない理由（機能強化型以外のみ）（複数回答）



【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」（訪問看護調査・事業所票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

⑨業務継続に向けた取組強化の推進

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

具体的な内容：指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）の一部を改正し、 指定訪問看護事業者に対し、業務継続及び早期の業務再開に向けた計画の策定等を義務付ける。また、本改正に際し、２年の経過措置期間を設ける。

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

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

参考

令和3年度介護報酬改定における対応について

○ 令和3年度介護報酬改定において、感染症や災害発生時において必要な介護サービスを継続するため、BCPの策定や研修の実施等が義務づけられた。

1.② 業務継続に向けた取組の強化

概要 【全サービス★】

○ 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、３年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

（参考）介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

○ 介護サービスは、利用者の方々やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。

○ 必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合であっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画（BusinessContinuityPlan）の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。

（令和2年12月11日作成、必要に応じ更新予定。）

掲載場所：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント
- ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容
- ・BCPとは　・新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
- ・介護サービス事業者に求められる役割　・BCP作成のポイント
- ・新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）　等



介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

❖ ポイント
- ✓ 各施設・事業所において、自然災害に備え、介護サービスの業務継続のために平時から準備・検討しておくべきことや発生時の対応について、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
- ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。

❖ 主な内容
- ・BCPとは　・防災計画と自然災害BCPの違い
- ・介護サービス事業者に求められる役割　・BCP作成のポイント
- ・自然災害発生に備えた対応、発生時の対応（各サービス共通事項、通所固有、訪問固有、居宅介護支援固有事項）　等



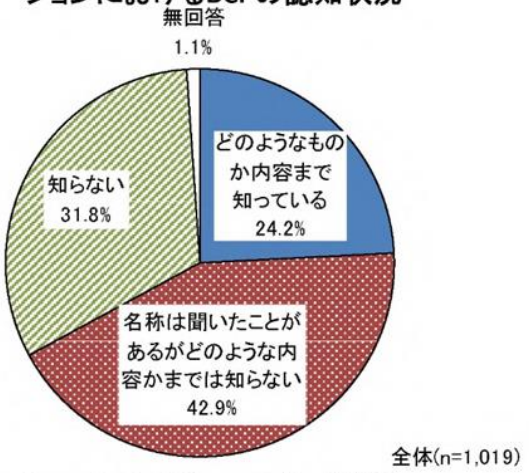
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

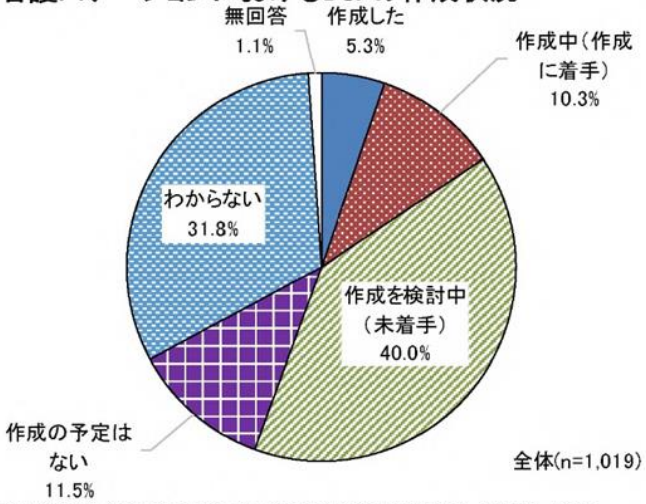
訪問看護ステーションにおけるBCPの作成について

○　令和3年度介護報酬改定前の事業継続計画（BCP Business Continuity Plan）の認知・作成状況は以下のとおり。BCP作成にあたって、「近隣の事業所との協定締結の方法や内容」に最も困難を感じていた。

■訪問看護ステーションにおけるBCPの認知状況

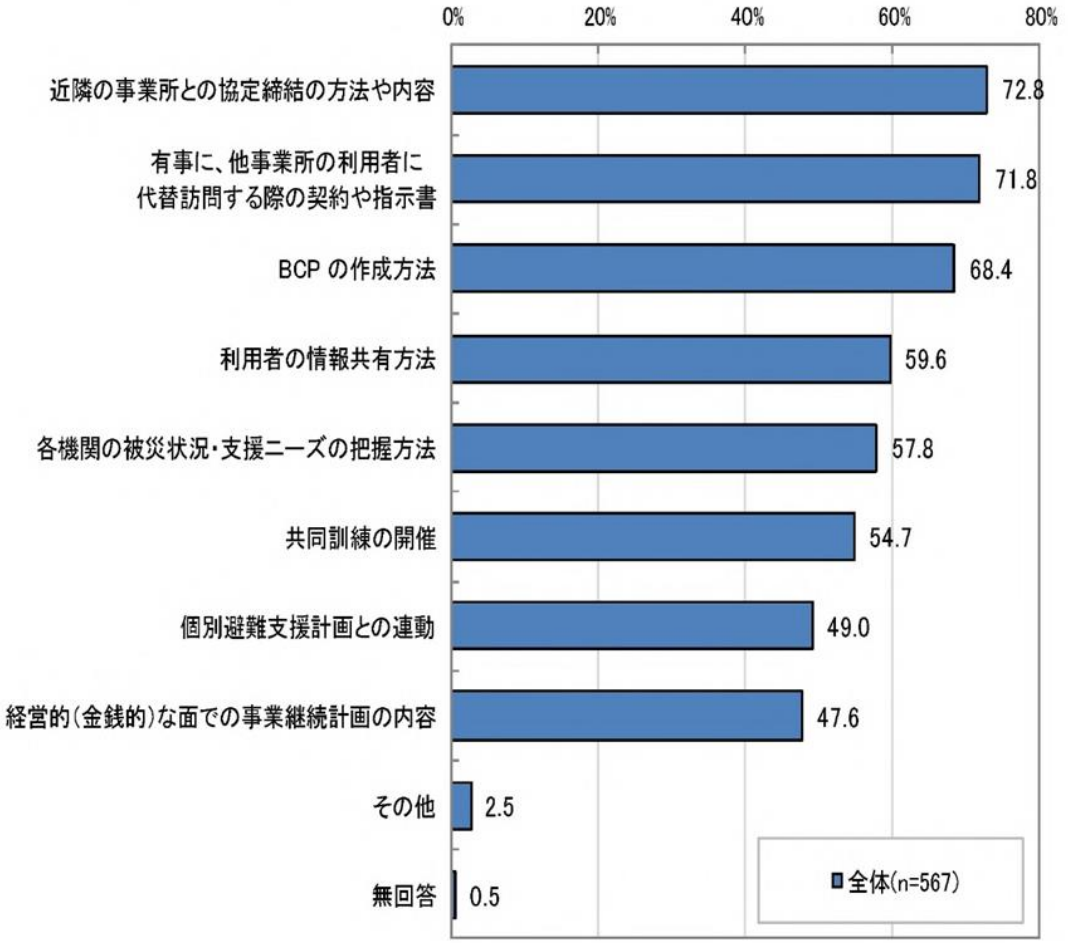


■訪問看護ステーションにおけるBCPの作成状況



【出典】令和2 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「地域における中小規模の訪問看護事業所の機能強化および事業所間連携の推進に関する事業」（令和3年1月調査）

■BCP作成にあたって困ったこと、困るであろうこと



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑧複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し
⑨業務継続に向けた取組強化の推進
⑩機能強化型訪問看護ステーションの見直し
⑪医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化
⑫訪問看護指示書の記載欄の見直し
⑬専門性の高い看護師による同行訪問の見直し
⑭専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設
⑮訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

機能強化型訪問看護ステーションの見直し

機能強化型訪問看護管理療養費の見直し

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

現行

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

改定後

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

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

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

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

改定後

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

機能強化型訪問看護ステーションの要件等（参考）

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

訪問看護提供体制の充実

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型１	機能強化型２	機能強化型３
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額※1	12,530円	9,500円	8,470円
看護職員の数・割合※2	常勤７人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	５人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	４人以上、６割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 ＋ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表７の利用者　月10人以上	別表７の利用者　月7人以上	別表７・８の利用者、精神科重症患者　or 複数の訪看STが共同して訪問する利用者　月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ※3	以下のいずれか ・ターミナル　前年度20件以上 ・ターミナル　前年度15件以上 ＋　重症児　常時４人以上 ・重症児　常時６人以上	以下のいずれか ・ターミナル　前年度15件以上 ・ターミナル　前年度10件以上 ＋　重症児　常時３人以上 ・重症児　常時５人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 ＋　特に医療的な管理が必要な利用者の１割程度について、介護サービス等計画を作成 ・特定相談支援事業所 or 障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 ＋　サービス等利用計画 or 障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の１割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施（望ましい）		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修　年２回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上

※１　機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ていない場合は、7,440円。
※２　看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合。令和３年３月末までの経過措置あり。
※３　重症児の受入れ数は、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数。

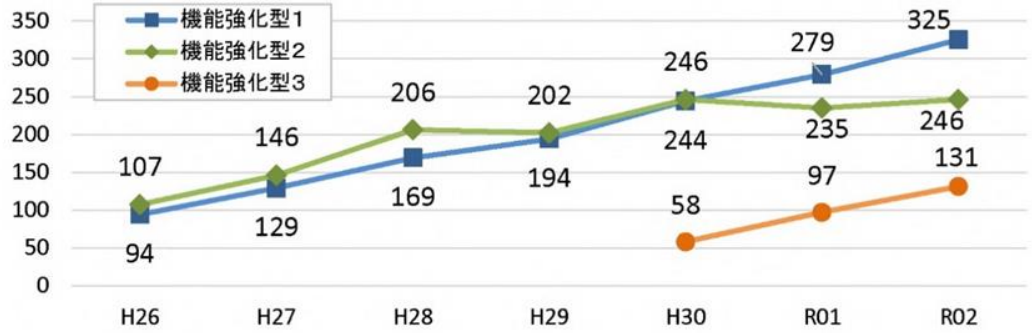
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

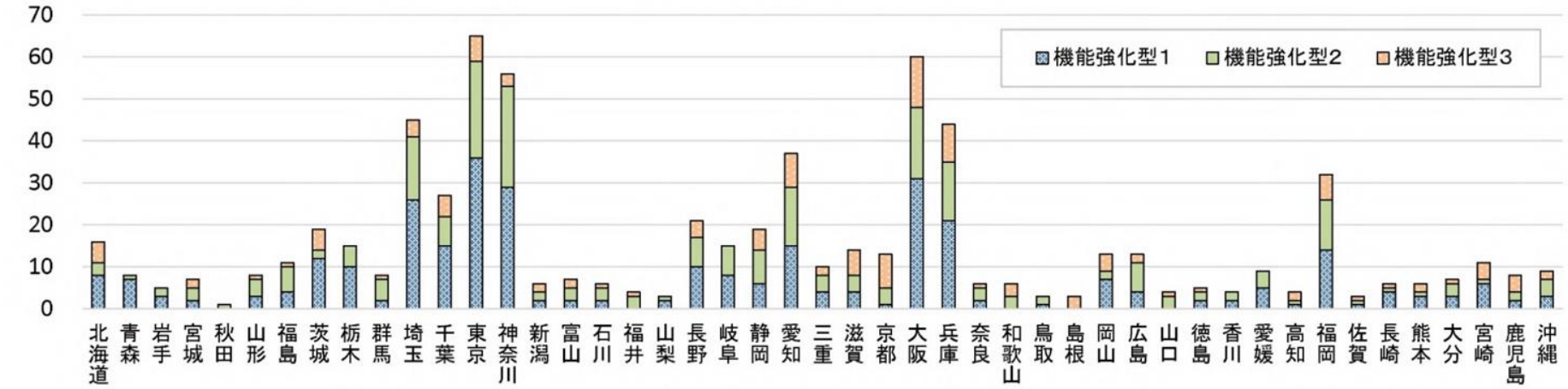
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和2年7月時点で機能強化型1が325事業所、機能強化型2が246事業所、機能強化型3が131事業所である。

■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費1	325
機能強化型 訪問看護管理療養費2	246
機能強化型 訪問看護管理療養費3	131
計	702

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数（令和2年）



【出典】各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

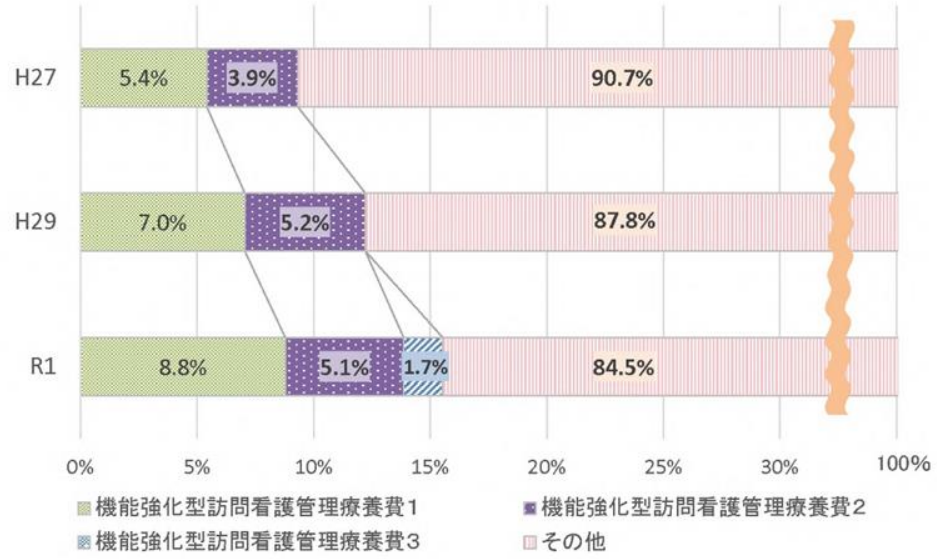
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

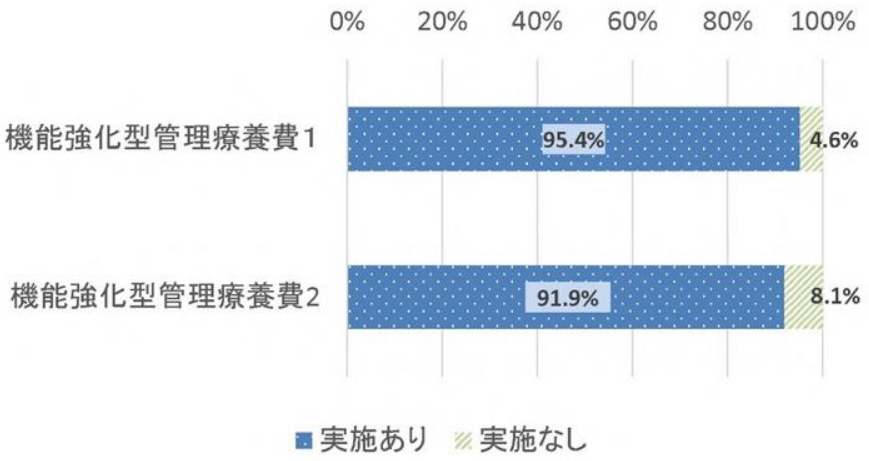
機能強化型訪問看護ステーションにおける人材育成のための研修等の実施状況

○ 機能強化型訪問看護ステーションの9割以上が、地域住民等に対する情報提供・相談対応や、看護実習の受入等の人材育成のための研修を実施している。

■訪問看護管理療養費（初日のみ）の算定割合



■情報提供、相談対応、研修等の実施有無（令和2年7月時点）（直近1年間）



【出典】左：訪問看護療養費実態調査（各年6月審査分）をもとに保険局医療課にて作成（隔年）
右：各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

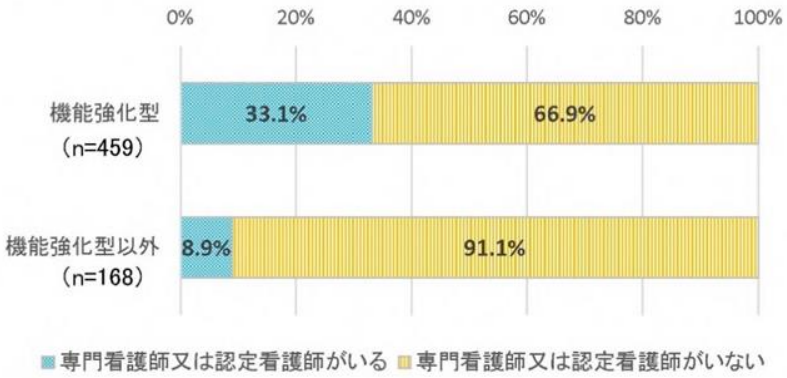
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

機能強化型訪問看護ステーションにおける専門看護師・認定看護師の活動

○ 機能強化型訪問看護ステーションの約33%に専門性の高い看護師（専門看護師又は認定看護師）が所属している。
○ 専門性の高い看護師は他の訪問看護ステーション等へのコンサルテーションの実施や研修等の開催をしている。

■訪問看護管理療養費別の専門看護師・認定看護師の所属有無

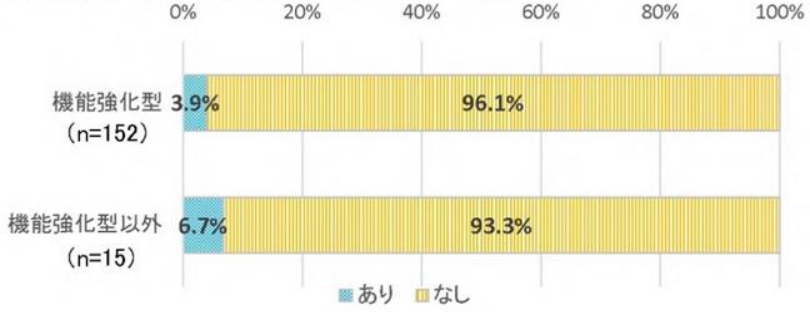


※機能強化型の種別又は専門・認定看護師の有無にいずれか無回答の場合は除外

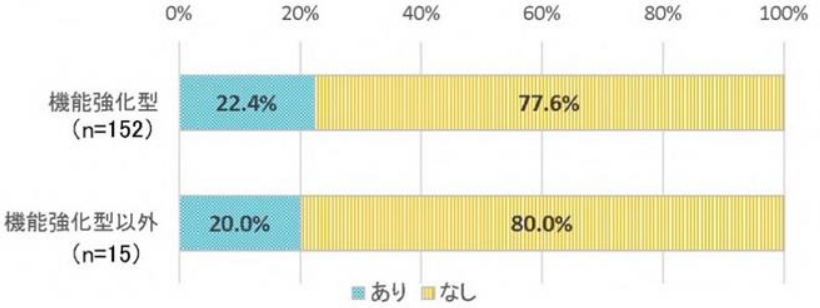
■専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関へのコンサルテーションの実施（令和2年4月～9月6か月間）



■専門性の高い看護師の他訪問看護ステーション又は他医療機関との同行訪問の有無（令和2年4月～9月6か月間）



■専門性の高い看護師による他訪問看護ステーション又は他医療機関の職員に向けた研修や勉強会の開催（令和2年4月～9月6か月間）



【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」（訪問看護調査・事業所票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

機能強化型訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の活動

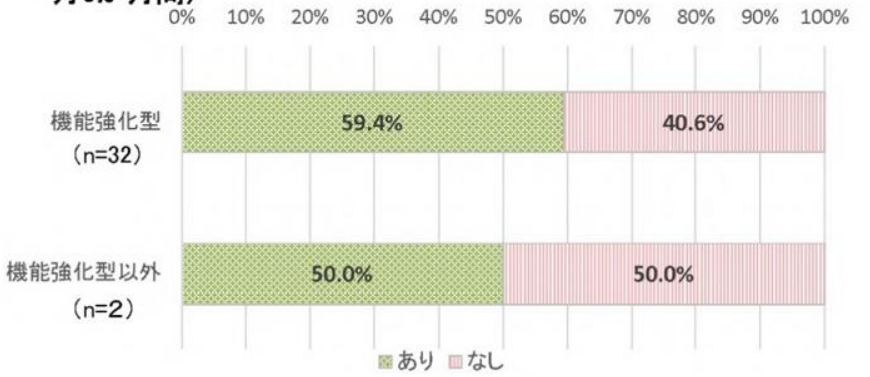
○ 機能強化型訪問看護ステーションの約7%に特定行為研修修了者が所属している。
○ 特定行為研修修了者は、自ステーション職員や他ステーション等の職員向けの指導や研修を実施している。

■訪問看護管理療養費別の特定行為研修修了者の所属有無



※機能強化型の種別又は特定行為研修修了者の有無にいずれか無回答の場合は除外

■自ステーションの職員への指導や研修を行っている（令和2年4月～9月6か月間）



■他ステーションや医療機関の職員への指導や研修を行っている（令和2年4月～9月6か月間）



【出典】令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」（訪問看護調査・事業所票）

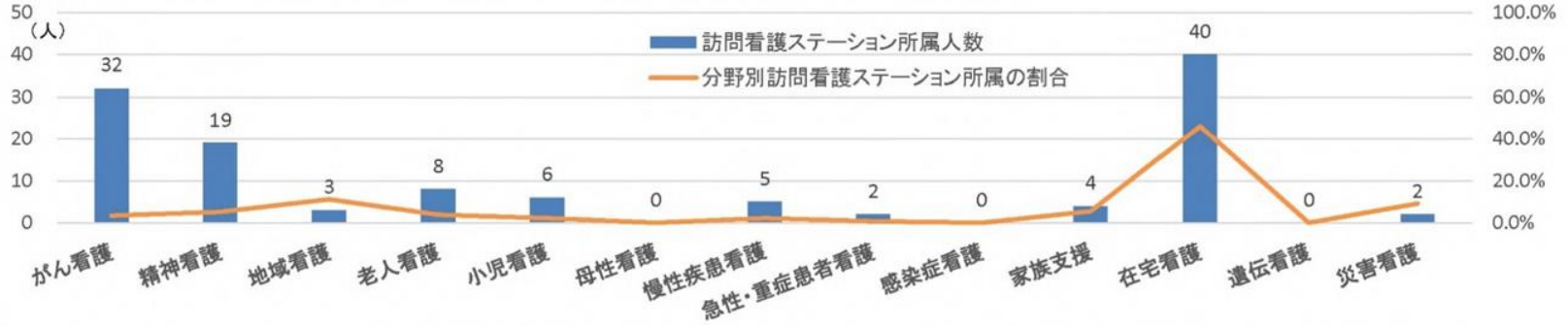
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

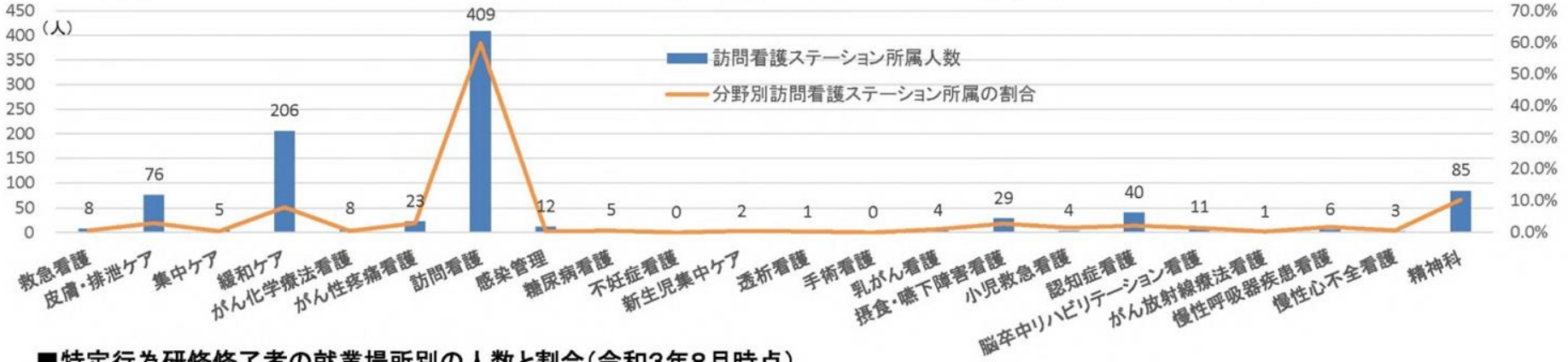
訪問看護ステーションにおける専門・認定看護師及び特定行為研修修了者の在籍状況

○ 訪問看護ステーションに在籍する、専門・認定看護師及び特定行為研修修了者の人数と各専門・認定分野における割合は以下のとおり。

■訪問看護ステーションに在籍する専門看護師の人数と分野別の割合（2021年3月末現在）



■訪問看護ステーションに在籍する認定看護師の人数と分野別の割合（2021年3月末現在、精神科のみ2021年4月1日現在）



■特定行為研修修了者の就業場所別の人数と割合（令和3年8月時点）

就業場所	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護福祉施設	教育機関	その他	未就労	不明
就業者総数	2240	40	145	34	41	16	16	707
割合	69.2%	1.2%	4.5%	1.0%	1.3%	0.5%	0.5%	21.8%

【出典】専門看護師・認定看護師：日本看護協会ホームページ　専門看護師・認定看護師　分野別所属先種別登録者数一覧、日本精神科看護協会ホームページ　精神科認定看護師全国データ
特定行為研修修了者：令和3年度「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑧複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し
⑨業務継続に向けた取組強化の推進
⑩機能強化型訪問看護ステーションの見直し
⑪医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化
⑫訪問看護指示書の記載欄の見直し
⑬専門性の高い看護師による同行訪問の見直し
⑭専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設
⑮訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

訪問看護に係る関係機関との連携強化

自治体等への情報提供の見直し

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

現行

【訪問看護情報提供療養費１】

［算定要件］

・市町村　　・都道府県

に対して、当該市町村等からの求めに応じて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供

［算定対象］

（１）特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（２）特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
（３）精神障害を有する者又はその家族等
（４）15歳未満の小児

改定後

【訪問看護情報提供療養費１】

［算定要件］

・市町村　　・都道府県
・**指定特定相談支援事業者**　・**指定障害児相談支援事業者**

に対して、当該市町村等からの求めに応じて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供

［算定対象］

（１）特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（２）特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者
（３）精神障害を有する者又はその家族等
（４）**18歳**未満の**児童**

学校等への情報提供の見直し

➢ 訪問看護情報提供療養費２について、情報提供先に高等学校等を追加する。

現行

【訪問看護情報提供療養費２】

［算定要件］

・保育所等（※）・幼稚園　・小学校　・中学校　・義務教育校
・中等教育学校（前期課程）・特別支援学校（小学部、中学部）

へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供

［算定対象］

（１）15歳未満の超重症児又は準超重症児
（２）15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（３）15歳未満の特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

改定後

【訪問看護情報提供療養費２】

［算定要件］

・保育所等（※）・幼稚園　・小学校　・中学校　・**高等学校**
・義務教育校　・**中等教育学校**　・**特別支援学校**　・**高等専門学校**
・**専修学校**

へ通園又は通学する利用者について、当該学校等からの求めに応じて、必要な情報を提供

［算定対象］

（１）**18歳**未満の超重症児又は準超重症児
（２）**18歳**未満の特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者
（３）**18歳**未満の特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

訪問看護情報提供療養費における情報提供先（参考）

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

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

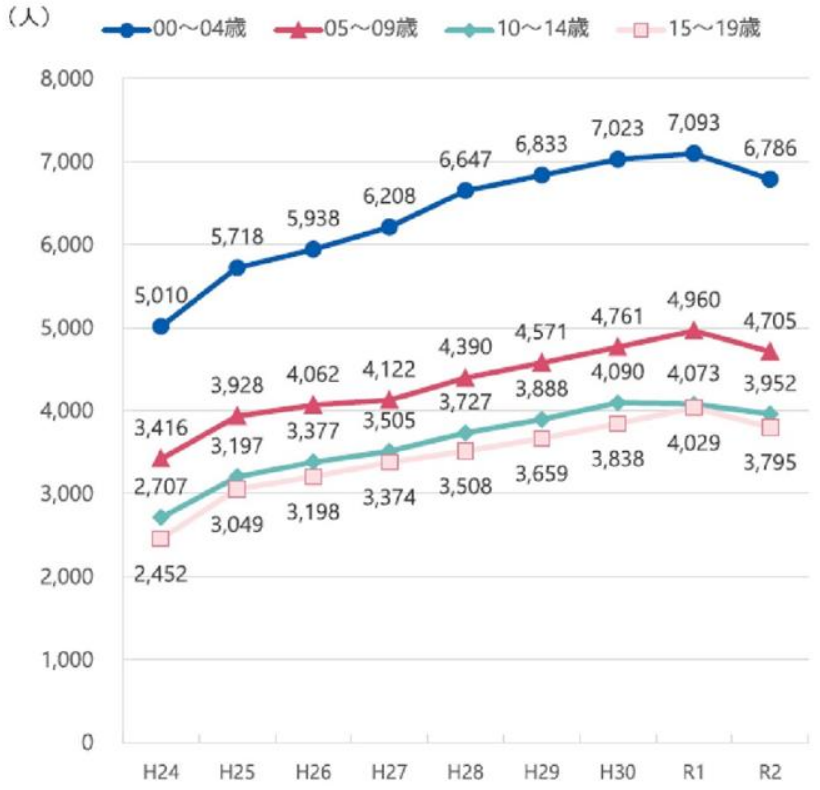
出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

医療的ケア児数

年齢階級別の医療的ケア児数等

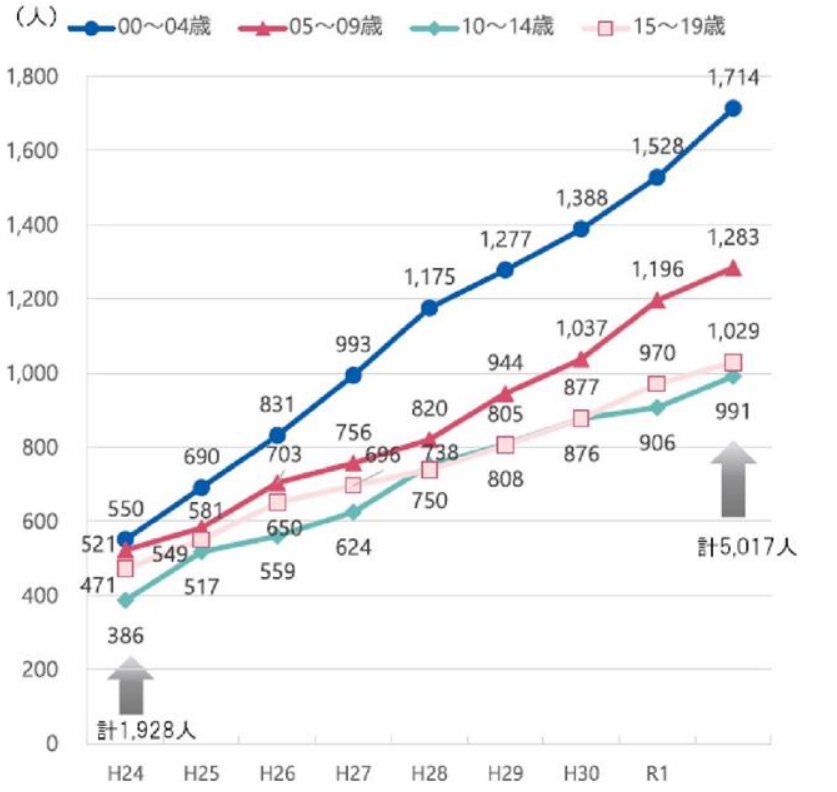
○ 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。いずれの年齢階級も増加傾向である。
○ 人工呼吸器を必要とする児童数は、直近７年で約2.６倍に増加している。0～4歳が最も多く、経年での増え方も大きい。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年６月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児童数※の年次推移（推計）



※出典：同左（「C107　在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）
【出典】令和3年度　医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議　資料1-1　2021年9月28日

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

参考

医療的ケア児数

○ 在宅の医療的ケア児は増加している。

医療的ケア児について

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。

○ 全国の医療的ケア児（在宅）は約２万人〈推計〉



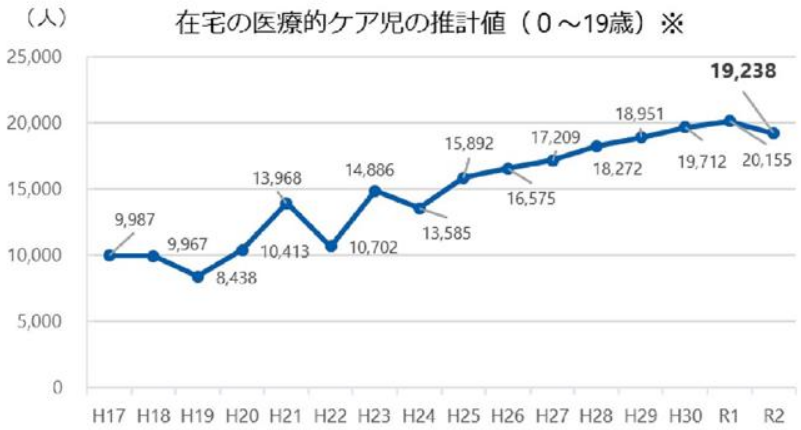


＊ 画像転用禁止

○ 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。

○ 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例）気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1：重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人（者も含まれている）。［岡田2012推計値］



（出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計（各年６月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成）

児童福祉法の改正（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるように努めなければならない。」

※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳ごとの年齢階級別の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

【出典】令和3年度 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議 資料1-1 2021年9月28日

出典：厚生労働省_中医協（2021/11/10）総-4-1 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html

訪問看護提供体制の充実

機能強化型訪問看護ステーションに係る人員配置要件の見直し

➢ 機能強化型訪問看護管理療養費の人員配置基準について、より手厚い訪問看護の提供体制を推進するとともに、訪問看護ステーションにおける医療従事者の働き方の観点から、看護職員の割合を要件に加え、一部の看護職員については常勤換算による算入を可能とする。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費】
［施設基準］
機能強化型1
- 常勤の看護職員　7人以上

機能強化型2
- 常勤の看護職員　5人以上

機能強化型3
- 常勤の看護職員　4人以上



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費】
［施設基準］
機能強化型1
- 常勤の看護職員　7人以上
  （うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能）
- 看護職員　6割以上※

機能強化型2
- 常勤の看護職員　5人以上
  （うち1人については、非常勤職員を常勤換算することが可能）
- 看護職員　6割以上※

機能強化型3
- 常勤の看護職員　4人以上
- 看護職員　6割以上※

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

※ 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の割合は、看護師等（看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）に占める看護職員の割合を指す。　（人員配置に係る基準のみ抜粋）

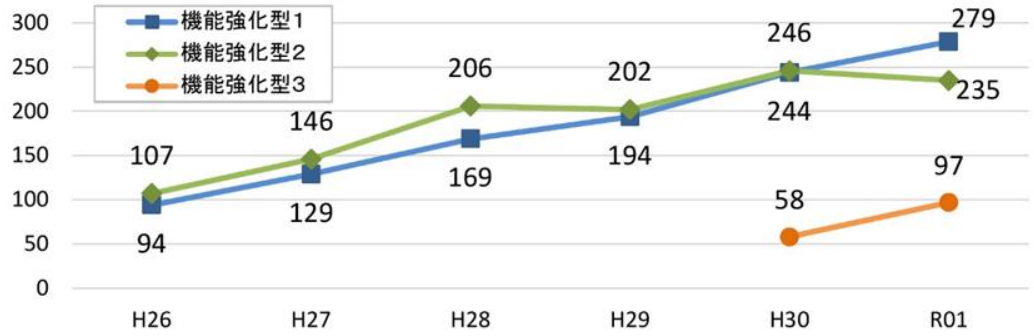
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

参考

機能強化型訪問看護ステーションの届出状況

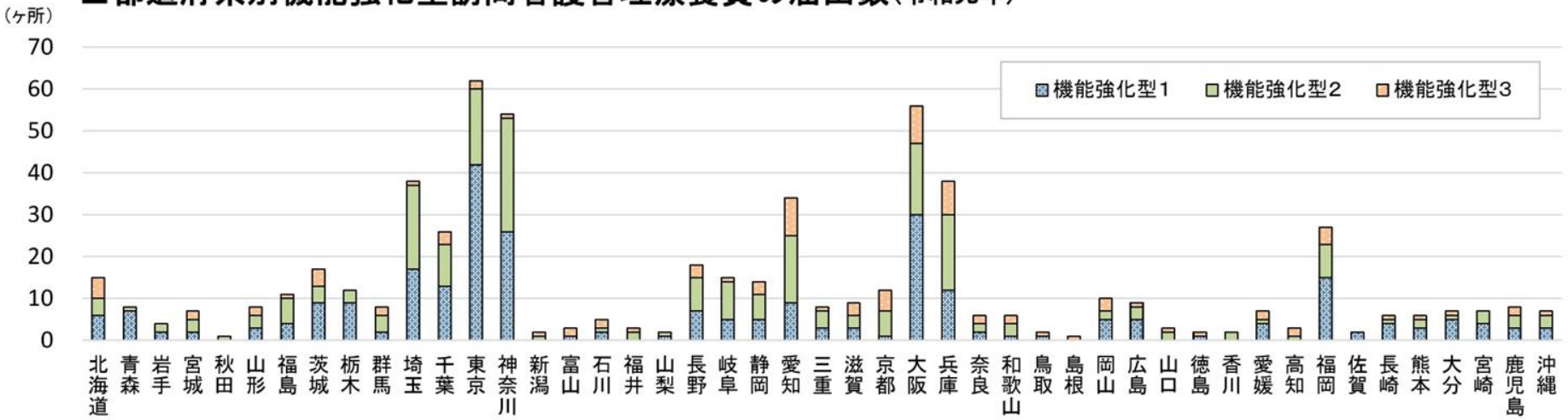
○ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出は、令和元年7月時点で機能強化型1が279事業所、機能強化型2が235事業所、機能強化型3が97事業所である。
○ 全都道府県において届出があり、特に大都市部で届出が多い傾向がある。

■機能強化型訪問看護管理療養費の届出数の推移



機能強化型 訪問看護管理療養費1	279
機能強化型 訪問看護管理療養費2	235
機能強化型 訪問看護管理療養費3	97
計	611

■都道府県別機能強化型訪問看護管理療養費の届出数（令和元年）



出典：各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/08/25）総-1-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00101.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑧複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し
⑨業務継続に向けた取組強化の推進
⑩機能強化型訪問看護ステーションの見直し
⑪医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化
⑫訪問看護指示書の記載欄の見直し
⑬専門性の高い看護師による同行訪問の見直し
⑭専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設
⑮訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

訪問看護指示書の記載欄の見直し

訪問看護指示書の記載欄の見直し

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

（別紙様式16）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

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

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

留意事項及び指示事項

Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

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

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、皮膚創傷・褥瘡状況注射部位確認及び検体型サービス利用時の留意事項があれば記載して下さい。）

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

上記のとおり、指示いたします。

年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（FAX）
医師氏名　印

事業所　殿

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

現行

Ⅱ　１．リハビリテーション
（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
１日あたり20･40･60･(　)分を週(　)回（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載）

２．褥瘡の処置等
３．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
４．その他

改定後

Ⅱ　１．**理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護**
（１日あたり（　）分を週（　）回

２．褥瘡の処置等
３．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
４．その他

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑧複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し
⑨業務継続に向けた取組強化の推進
⑩機能強化型訪問看護ステーションの見直し
⑪医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化
⑫訪問看護指示書の記載欄の見直し
⑬専門性の高い看護師による同行訪問の見直し
⑭専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設
⑮訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

専門性の高い看護師による同行訪問の見直し

➢ 褥瘡ケアに係る専門の研修に特定行為研修を追加する。

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

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

専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設

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

（新）　専門管理加算　　2,500円（１月に１回）

［算定要件］

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

［算定対象］

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

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

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

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設

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

（新）　手順書加算　　１５０点（６月に１回）

［算定要件］

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

※訪問看護において専門の管理を必要とするもの

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑯退院日のターミナルケアの見直し
⑰複数名訪問看護加算の見直し
⑱医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
⑲同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し
⑳質の高い在宅歯科医療の提供の推進
㉑在宅医療における医科歯科連携の推進
㉒患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進
㉓薬局に係る退院時共同指導料の見直し
㉔ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

退院日のターミナルケアの見直し

訪問看護ターミナルケア療養費の見直し

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

現行

【訪問看護ターミナルケア療養費】

［算定要件］

訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

改定後

【訪問看護ターミナルケア療養費】

［算定要件］

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

※１回を退院支援指導加算とする場合は、退院日にターミナルケアに係る療養上必要な指導を行っていること。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

複数名訪問看護加算の見直し

複数名訪問看護加算の見直し

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

現行

【複数名訪問看護加算】

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

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

改定後

【複数名訪問看護加算】

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し

➢ 効率的な訪問が可能な同一建物居住者に対し、同一日に複数回の訪問看護、複数名による訪問看護を行う場合の加算について、評価体系を見直す。

難病等複数回訪問加算等の見直し

現行	改定後
【難病等複数回訪問加算】 1日に2回の場合　4,500円 1日に3回以上　8,000円	【難病等複数回訪問加算】 イ　1日に2回の場合 (1) 同一建物内1人　4,500円 (2) 同一建物内2人　4,500円 (3) 同一建物内3人以上　4,000円 ロ　1日に3回以上 (1) 同一建物内1人　8,000円 (2) 同一建物内2人　8,000円 (3) 同一建物内3人以上　7,200円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、
精神科基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様

同一建物居住者の人数の明確化

➢ 同一建物居住者に係る区分の算定方法を明確化する。

改定後

【基本療養費】
同一建物居住者に係る人数については、同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数とすること。

【難病等複数回訪問加算 と 精神科複数回訪問加算】
同一建物内において、難病等複数回訪問加算又は精神科複数回訪問加算（1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

【複数名訪問看護加算 と 複数名精神科訪問看護加算】
同一建物内において、複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算（同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて算定する。

複数名訪問看護加算等の見直し

現行	改定後
【複数名訪問看護加算】 イ　看護師等　4,500円 ロ　准看護師　3,800円 ハ　看護補助者（ニ以外）　3,000円 ニ　看護補助者（別表7・8、特別指示） (1) 1日に1回の場合　3,000円 (2) 1日に2回の場合　6,000円 (3) 1日に3回以上の場合　10,000円	【複数名訪問看護加算】 イ　看護師等 (1) 同一建物内1人　4,500円 (2) 同一建物内2人　4,500円 (3) 同一建物内3人以上　4,000円 ロ　准看護師 (1) 同一建物内1人　3,800円 (2) 同一建物内2人　3,800円 (3) 同一建物内3人以上　3,400円 ハ　看護補助者（ニ以外） (1) 同一建物内1人　3,000円 (2) 同一建物内2人　3,000円 (3) 同一建物内3人以上　2,700円 ニ　看護補助者（別表7・8、特別指示） (1) 1日に1回の場合 ① 同一建物内1人　3,000円 ② 同一建物内2人　3,000円 ③ 同一建物内3人以上　2,700円 (2) 1日に2回の場合 ① 同一建物内1人　6,000円 ② 同一建物内2人　6,000円 ③ 同一建物内3人以上　5,400円 (3) 1日に3回以上の場合 ① 同一建物内1人　10,000円 ② 同一建物内2人　10,000円 ③ 同一建物内3人以上　9,000円

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、
精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、
精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

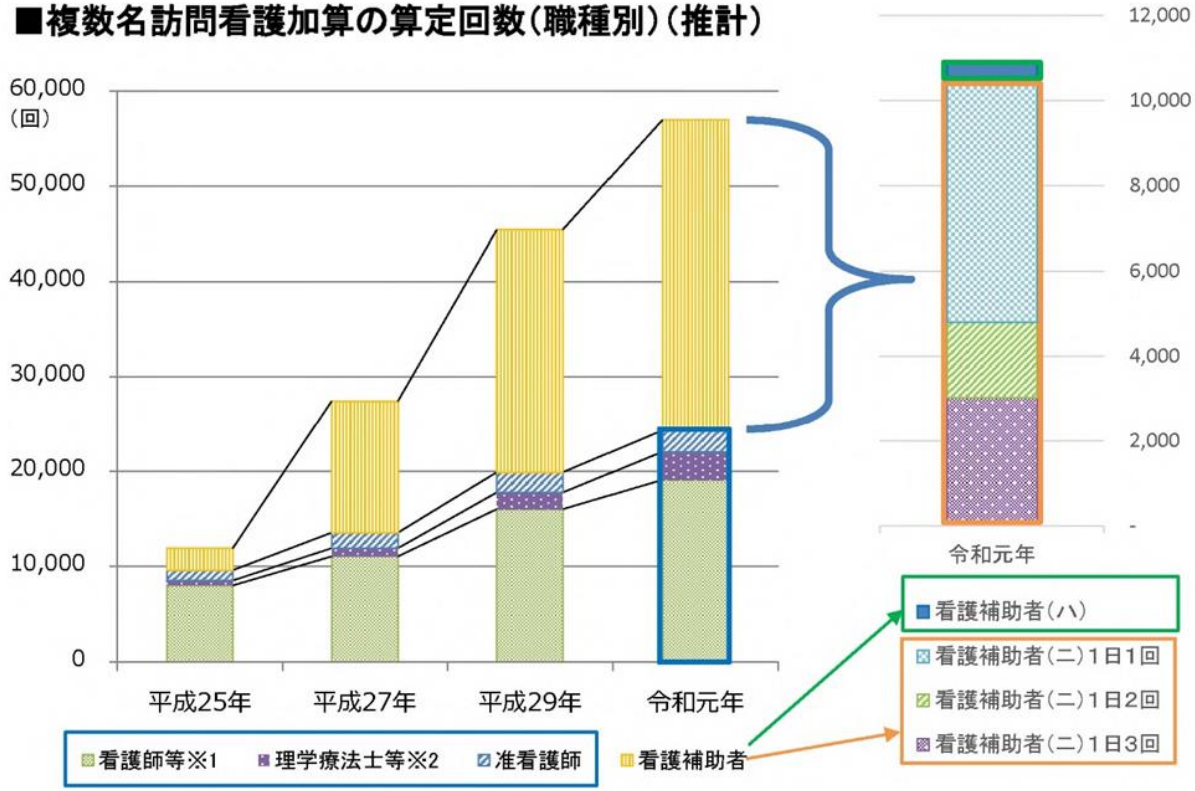
参考

職種別複数名訪問看護加算の算定状況について

○ 複数名訪問看護加算の算定回数は増加している。

○ 看護補助者が同行する複数名訪問看護においても、別表7や別表8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者が多い。

■複数名訪問看護加算の算定回数（職種別）（推計）



※1 保健師、助産師、看護師
※2 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

【出典】訪問看護療養費実態調査（各年6月審査分）をもとに保険局医療課にて作成（隔年）

複数名訪問看護加算の対象者

○看護師等、理学療法士等、准看護師等
※週に1回まで
- 別表7に該当する利用者
- 別表8に該当する利用者
- 特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者
- 暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

○看護補助者（ハ）
※週に3回まで
- 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者
- 暴行行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- その他利用者

○看護補助者（ニ）
- 別表7に該当する利用者
- 別表8に該当する利用者
- 特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者

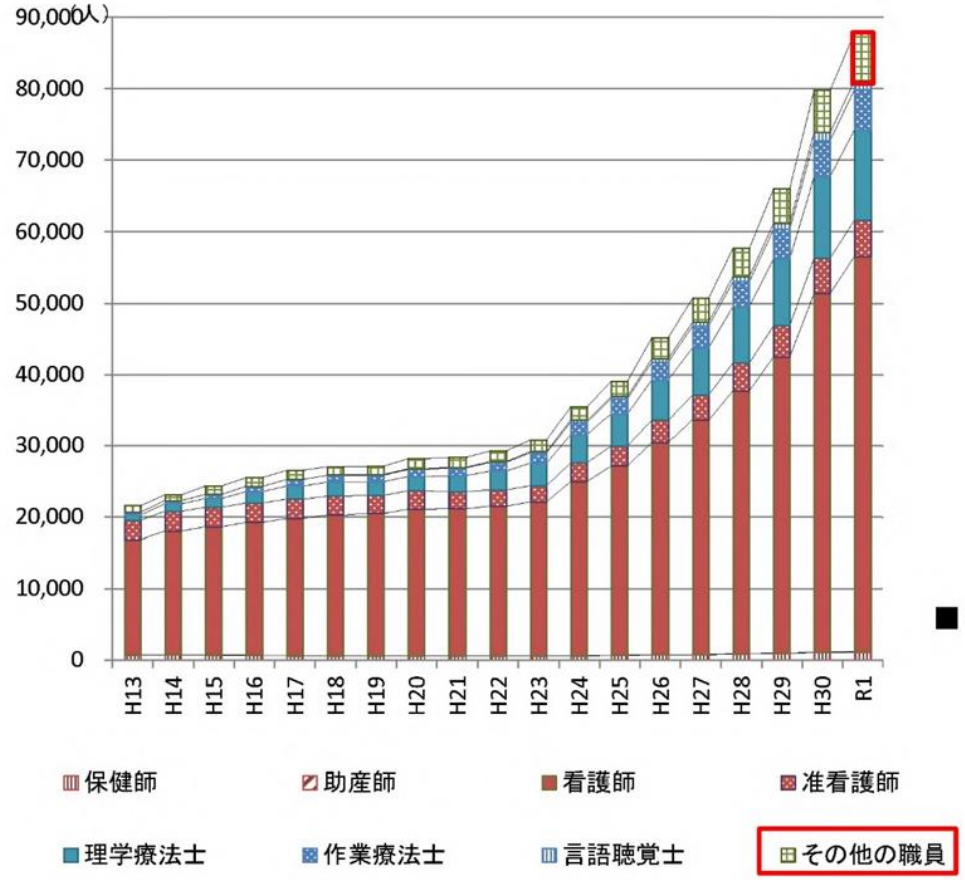
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

訪問看護ステーションにおける看護補助者の配置状況

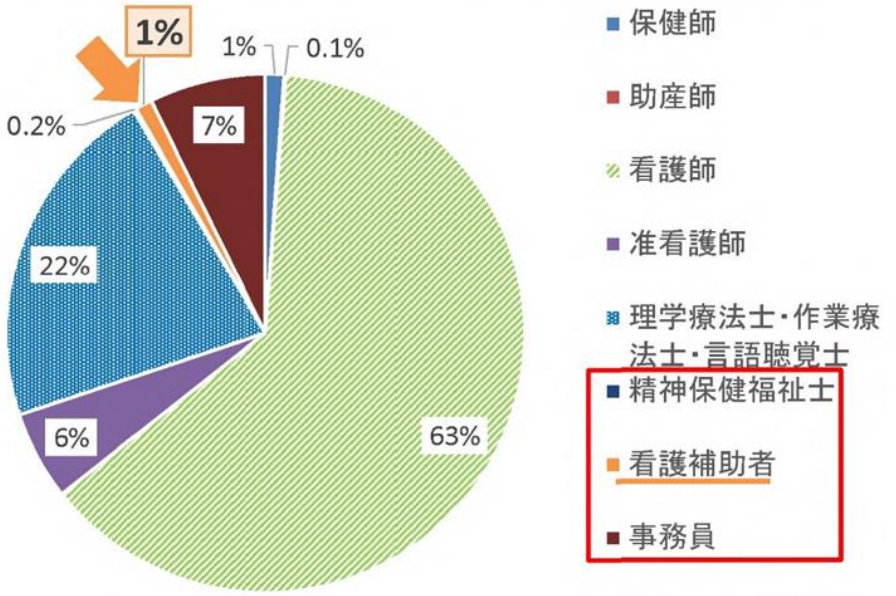
○ 訪問看護ステーションにおける看護補助者は職種別従事者の1%で、看護補助者を雇用している訪問看護ステーションは機能強化型で14%、機能強化型以外で5.6%だった。

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移（常勤換算）

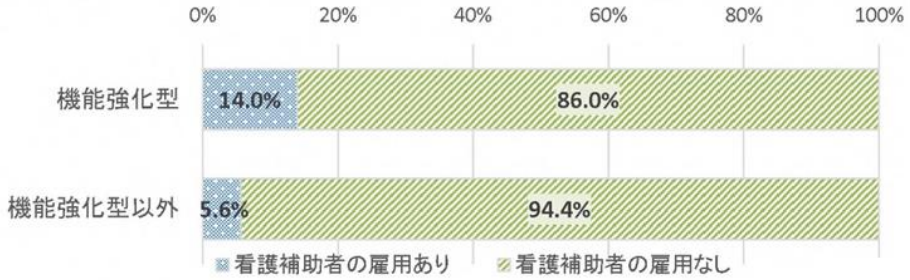


【出典】介護サービス施設・事業所調査（各年9月）

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者割合（常勤換算）



■ 看護補助者の雇用有無別の訪問看護ステーション割合（雇用形態問わず）



【出典】7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

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

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

（参考）別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

退院日当日の訪問看護

○ 退院支援指導加算の算定者数は増加傾向。
○ 退院支援指導加算の算定利用者のうち、約66%が別表8の利用者だった。

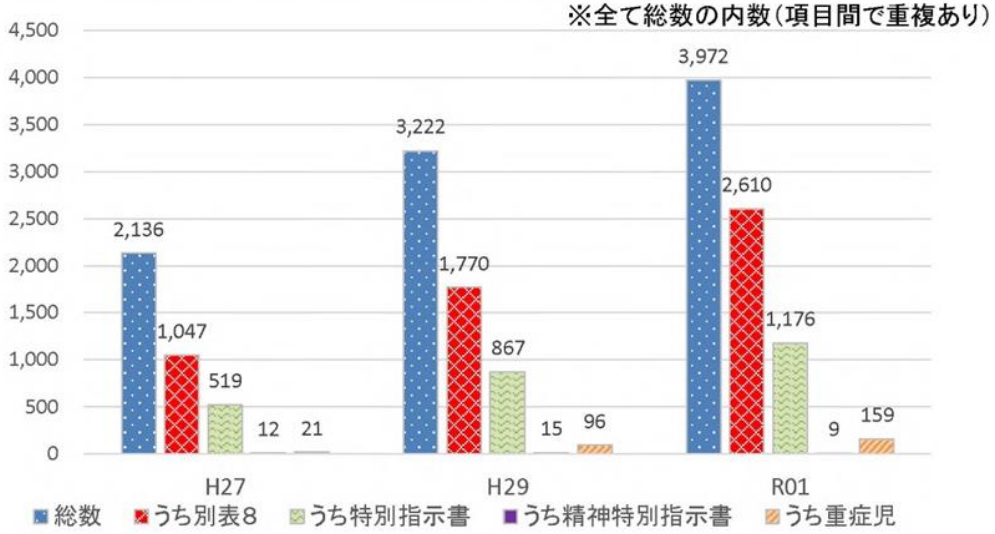
■ 退院支援指導加算
6,000円

【対象者】
（1）特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
（2）特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者
（3）退院日の訪問看護が必要であると認められた者

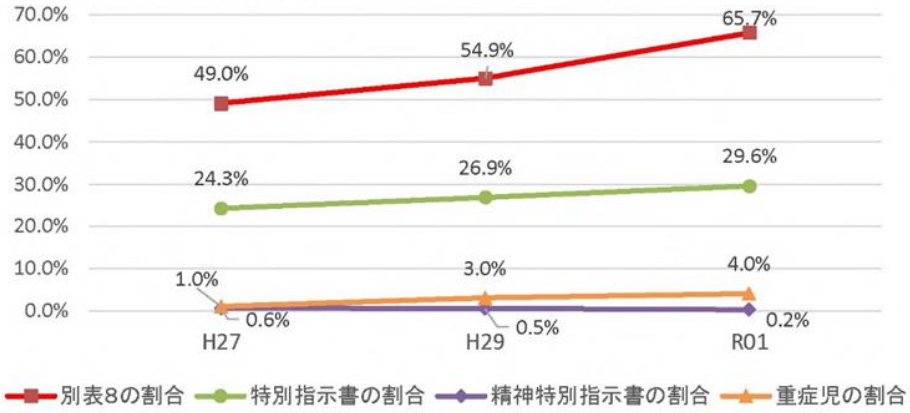
・保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、**退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合**に**初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算**する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。
・退院支援指導加算は、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けている場合に算定する。
・退院支援指導加算は、**1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定**できる。

※退院当日は訪問看護基本療養費が算定できない

■ 別表8等該当有無別の退院支援指導加算の算定者数（推計）



■ 退院支援指導加算の算定者数の総数に占める割合



【出典】訪問看護療養費実態調査（各年6月審査分）をもとに保険局医療課にて作成（隔年）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

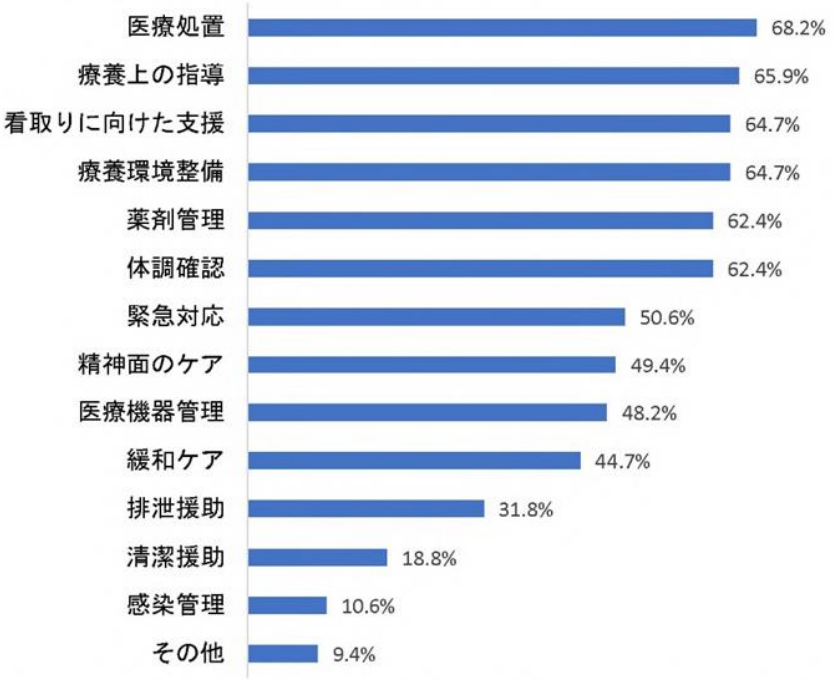
退院日当日の訪問看護

○ 訪問看護ステーションの約半数が退院当日に長時間の訪問を実施したことがあり、退院当日に実施したケア内容では「医療処置」が最も多かった。

■ 訪問看護ステーションにおける退院当日に実施した事例の有無



■ 退院当日に実施したケア内容 （n=85）



【出典】日本訪問看護財団「令和4年度診療報酬改定の要望に関するWebアンケート」 2021年3月

事例1

生後1ヶ月女児　先天性筋疾患の疑い

【退院時の状態】

体重2,880g

筋緊張低下、哺乳不良にて経鼻栄養。ミルクの投与量を調整中

【退院当日の看護】

①児の状態観察。胃管の固定位置が看護サマリーと異なっていたため病院に問い合わせ、退院前に変更されていたことを確認。

②45分かけてミルク60mlを注入、母の手技で児がげっぷを出せることを確認。また、70mlに増量しても嘔吐ないことを確認。

③緊急時の蘇生方法指導と連絡方法の確認、肛門の綿棒刺激方法指導

⑤スキンケア用品等の情報提供

事例2

80歳代女性　ALS

数ヶ月前より転倒や呼吸障害あり、去痰困難、CO2ナルコーシスを認めて入院。気管切開の上、人工呼吸管理となった。退院に伴い、在宅医・訪問看護導入。

【退院時の状態】

退院に伴い、80歳代の夫とともに長女宅の近くに転居。トイレ歩行可能。

本人、夫ともに在宅での生活に不安が強い。

【退院当日の看護】

①氏の状態観察。

②在宅医とケアマネージャーも同時刻に訪問しており、在宅医からの緊急対応等の説明への同席、関係者間の情報共有を実施。

③環境調整（安全性や動線等を考慮したベッドと人工呼吸器配置の調整、呼吸器を装着したままのトイレ歩行の動線確認、医療材料の保管に係る助言等）

④家族の医療的ケアの手技確認（気管吸引や呼吸器アラーム時の対応、気管カニューレ保護下での体位変換等）

⑤注意点等指導（緊急時の連絡方法の確認等）

目次に戻る

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑯退院日のターミナルケアの見直し
⑰複数名訪問看護加算の見直し
⑱医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
⑲同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し
⑳質の高い在宅歯科医療の提供の推進
㉑在宅医療における医科歯科連携の推進
㉒患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進
㉓薬局に係る退院時共同指導料の見直し
㉔ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

⑲同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し❶

基本的な考え方：訪問看護の事務手続簡素化の観点から、難病等複数回訪問加算等における同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を見直す。

具体的な内容：訪問看護において同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている加算について、同じ金額の評価区分を統合する。

改定後	現行
【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　１日に２回の場合 (1) 同一建物内１人<u>又は２人</u>　4,500円 （削除） <u>(2)</u> 同一建物内３人以上　4,000円	【難病等複数回訪問加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　１日に２回の場合 (1) 同一建物内１人　4,500円 <u>(2) 同一建物内２人</u> <u>4,500円</u> <u>(3)</u> 同一建物内３人以上 4,000円

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

⑲同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し❷

基本的な考え方：訪問看護の事務手続簡素化の観点から、難病等複数回訪問加算等における同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を見直す。

具体的な内容：訪問看護において同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている加算について、同じ金額の評価区分を統合する。

改定後	現行
ロ １日に３回以上の場合 (1) 同一建物内１人又は２人 8,000円 （削除） (2) 同一建物内３人以上 7,200円 ※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護・指導料の精神科複数回訪問加算、訪問看護基本療養費の複数名訪問看護加算、同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算 についても同様。	ロ １日に３回以上の場合 (1) 同一建物内１人 8,000円 (2) 同一建物内２人 8,000円 (3) 同一建物内３人以上 7,200円

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

㉑在宅医療における医科歯科連携の推進

基本的な考え方：在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、歯科医療機関連携加算１について、医療機関が歯科訪問診療の必要性を認めて歯科医療機関へ情報提供を行った場合に係る要件を見直す。

具体的な内容：診療情報提供料（Ⅰ）における歯科医療機関連携加算１について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「 医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者 」を対象とする。

改定後	現行
【歯科医療機関連携加算１（診療情報提供料(Ⅰ)）】 ［算定要件］ (25)「注14」に規定する歯科医療機関連携加算１は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。 ア （略） イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合	【歯科医療機関連携加算１（診療情報提供料(Ⅰ)）】 ［算定要件］ (25)「注14」に規定する歯科医療機関連携加算１は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。 ア （略） イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－６ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⑯退院日のターミナルケアの見直し
⑰複数名訪問看護加算の見直し
⑱医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
⑲同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し
⑳質の高い在宅歯科医療の提供の推進
㉑在宅医療における医科歯科連携の推進
㉒患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進
㉓薬局に係る退院時共同指導料の見直し
㉔ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

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

（新）　遠隔死亡診断補助加算　　1,500円

［算定要件］

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

［施設基準］

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

（参考）死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)
注８　死亡診断加算　　200点

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

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



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）在宅　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

離島における看取りの事例

中医協　総－1
２９．１２．１

○C島の概要　　人口約700人。市営の渡船が1日7往復する。

○C島の医療提供体制の状況

医療機関・訪問看護事業所	定期の診療・訪問看護	緊急時対応
市営　島内診療所	＜外来＞　月～金　8：30～17：00、土　8：30～12：00 ＜往診＞　1回／週 ＜休診日＞　土曜日の午後と日曜日、祝日、年末年始 ＜医療職＞　医師1名（2～3年毎交代）、看護師2名	診療時間のみ 土日夜間医師不在 （医師は本土に居住）
D訪問看護ステーション（本土） （C島への訪問看護は当該事業所のみ）	1回／週	電話対応、渡船運行時間中は訪問

○事例

患者	70歳代男性 病名：肺癌、肺気腫、呼吸不全（在宅酸素療法実施）　家族：妻と２人暮らし、子どもは島外在住
経過	• 肺がんに対し症状緩和を中心とした治療方針。本人の希望で在宅療養。 • **年末年始の医師不在時の急変対応として、予め蘇生しない意向を事前に確認し、本土のE病院にバックベッドの登録**をしていた。 **【医師不在時の事前取り決め】** ➢ 診療所に電話をすると自動で消防本部に電話が切り替わり、救急車が市内（本土側）の港に待機。 ➢ C島の消防職員がストレッチャーで島の港へ運び、海上タクシーで本土へ搬送。 ➢ 港で待機していた救急車でバックベッド登録しているE病院へ搬送。蘇生はしない。
看取りの実際	• 年始のある日の明け方、患者の呼吸停止を家族が確認。年始であり医師の対応は不可。 • 家族は気が動転し、バックベッドの登録をしていたE病院ではない病院名を消防本部に伝え、F病院に救急搬送された。 • 搬送先のＦ病院において、既に心肺停止状態であったが蘇生を受け、数時間後、死亡が確認された。

意見		
	家族	（搬送に時間がかかり）大事なときに夫のそばにいることができなかった。 既に亡くなっていたと思うが、病院に運ぶしかなく、**希望していない蘇生を受けた。あのまま静かに自宅で見送りたかった。**

ヒアリングを基に医政局看護課にて作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

参考

ICTを利用した死亡診断等の流れ

○ ICTを用いた死亡診断等にあたって、研修を受けた看護師が、遺族への対応、遺体の観察・写真撮影、死亡診断書作成の補助等を行う。

STEP1 患者死亡前に準備すべきこと	STEP2 遺族とのコミュニケーション	STEP3 所見記録と死亡診断等を行う医師への報告	STEP4 医師の指示を受けての死亡診断書作成の補助	STEP5 遺族への説明と死亡診断書の交付
• 本人及び家族の理解を得た上で、死亡前に同意書様式により同意を得る。 • ICTを利用して報告する看護師は、法医学等に関する一定の教育を受けるとともに、ICTを利用した死亡診断等を行うのに必要な機器・物品を、遠隔から死亡診断等を行う予定の医師と相談し準備する。	• 患者の生前の死生観・宗教観のほか、ご遺体への礼意、家族の心情等へ配慮する。 • 医師は、ICTを利用した死亡診断等を行う場合であっても、直接対面での死亡診断等を行う場合と同様に医師−遺族間のコミュニケーションを図る。 • 看護師は、ご遺体の観察や撮影に際しては、必要に応じて家族に別室で待機してもらう等、家族の心情等に十分な配慮をする。	• 看護師は、リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用いて、遠隔からの医師のリアルタイムの指示の下、遺体の観察や写真撮影を行い、記録様式の全項目を記載する。医師が死亡診断を行うにあたり必要な情報（記録様式及び写真）を、電子メール等で医師に報告する。電子メール等は適切なセキュリティ環境下で送受信する。 • 医師は、看護師からの報告を踏まえ、遠隔において死亡診断を行う。その際、医師が死亡の事実の確認や異状がないと判断できない場合には、ICTを利用した死亡診断等を中止する。	• 看護師は、医師から死亡診断書に記載すべき内容についての説明を受け、死亡診断書を代理記入する方法により、医師による死亡診断書作成を補助することができる。 • 看護師が代理記入した死亡診断書については、看護師が医師に電子メール等で送付することにより、その記載内容に誤りがないことを医師が確認する。	• リアルタイムの双方向コミュニケーションが可能な端末を用い、医師から患者の死亡についてご遺族に説明後、看護師からご遺族に死亡診断書を渡す。 • 死亡診断書については、正本をご家族に交付するとともに、写し3部以上を作成し、ご遺族の控え、診断した医師の控え（診療録に添付）、看護師の控えとする。



＜実際の事例＞



- ◆ 離島在住の90代のがん患者
- ◆ 主治医の医療機関からは車３時間＋船１時間（直線距離約200km）
- ◆ 主治医が医療機関を離れているときに心肺停止状態となったため、研修を受けた看護師によりICTを用いて主治医の死亡診断をサポート。

⇒死亡診断のために遠くまでご遺体を搬送する必要がなくなり、ご遺族と共に看取りを行うことができた。

【出典】「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」（医政発0912第1号　平成29年9月12日医政局長通知）をもとに医政局にて作成
左下のイラストは、平成28～30年度科学研究費補助金（挑戦的萌芽）「エンドオブライフ・ケアにおける在宅・特養での死亡確認をめぐる問題の所在と検討」（東北大学大学院　尾崎章子）によるパンフレットに掲載のものを使用

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等

ICTを利用した死亡診断

➢ 在宅患者訪問診療料の加算において、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断等の要件を追加。

現行	改定後
【在宅患者訪問診療料】 患家において死亡診断を行った場合には、200点を所定点数に加算する。	【在宅患者訪問診療料】 死亡診断を行った場合には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
［算定要件］ 在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。	［算定要件］ 在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。 以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成29 年９月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。 ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。 イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。 ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。



「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」
に基づき、ICTを利用した看護師と連携

参考）算定回数

【出典】算定回数：令和2年社会医療診療行為別統計（令和2年6月審査分）

	算定回数
在宅患者訪問診療料 死亡診断加算※	187

※往診又は訪問診療を行った場合とICTを活用した場合の両方を含む

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/26）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html

Ⅰ　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

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

①医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
②小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
③医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化
④周術期の栄養管理の推進
⑤栄養サポートチーム加算の見直し
⑥病棟における栄養管理体 制に対する評価の新設
⑦褥瘡対策の見直し
⑧手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

医療的ケア児等に関わる関係機関の連携

診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

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

現行

【診療情報提供料（Ⅰ）】

「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）

【診療情報提供料（Ⅰ）】

注７　保険医療機関が、児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

［情報提供先］
・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部

［対象患者］
・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者

改定後

【診療情報提供料（Ⅰ）】

「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、**児童相談所**、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）

【診療情報提供料（Ⅰ）】

注７　保険医療機関が、**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**、同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又は**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が**通園**又は通学する**同法第39条第１項に規定する保育所**又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する**学校（大学を除く。）等**の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

［情報提供先の追加］
・**保育所、認定こども園等、幼稚園**、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、**後期課程※、高等学校※**、特別支援学校の**幼稚部**、小学部、中学部、**高等部等※、高等専門学校※、専修学校※（※18歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者）**

［対象患者の追加］
・児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者
・**児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
・**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者※**
※生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びＩｇＥ抗体等検査陽性に該当する患者に限る）に該当する患者

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）個別改定事項Ⅲ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

診療情報提供料（Ⅰ）概要

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

① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



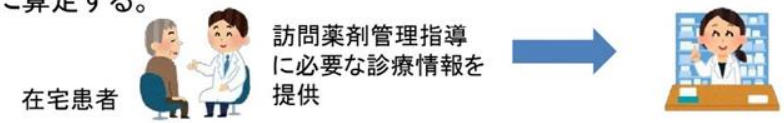
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



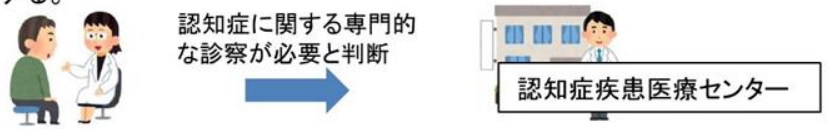
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



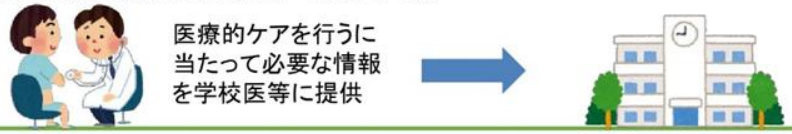
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ）　250点

（患者１人につき月１回に限り）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

➢ かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

（新）　診療情報提供料（Ⅲ）　150点

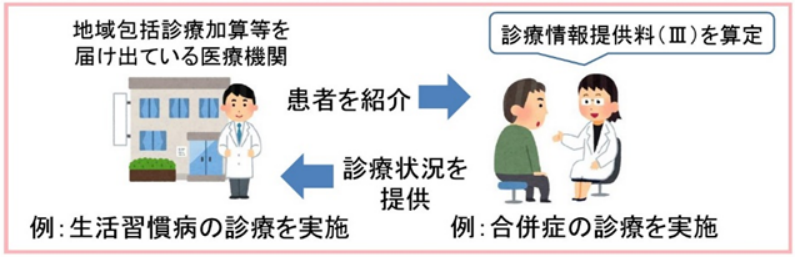
[算定要件]

（1） 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

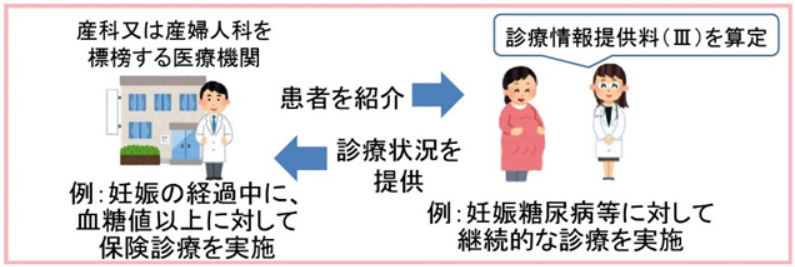
（2） 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



[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。

※ 地域包括診療加算等は、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。）を指す。

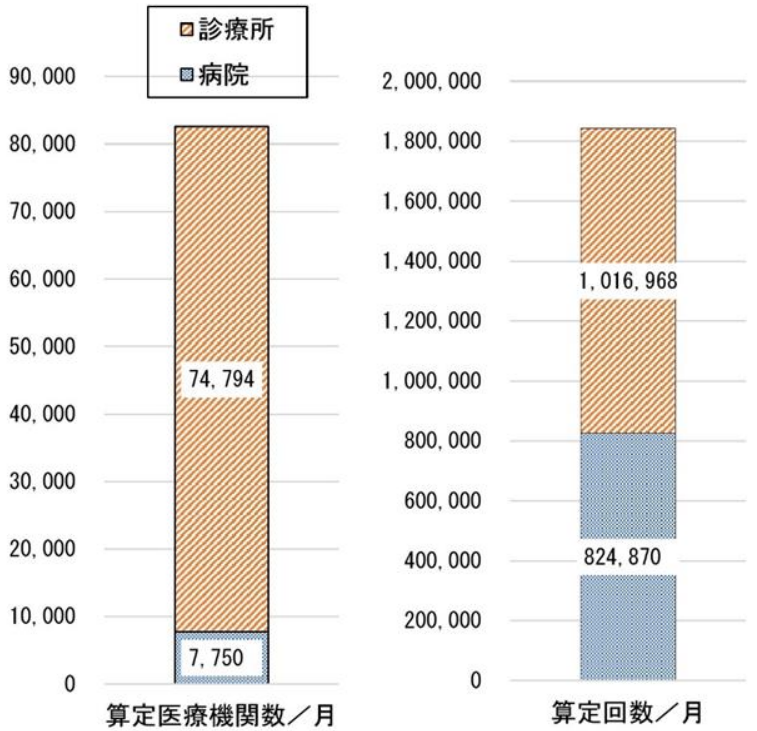
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

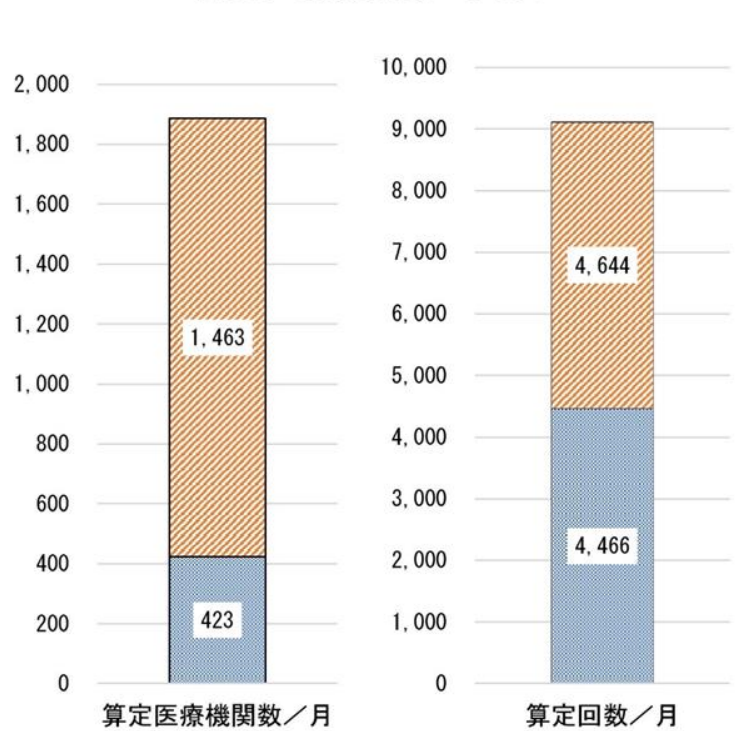
参考

診療情報提供料に係る報酬の算定状況

中医協　総－３
３．７．７（改）

○ 診療情報提供料Ⅲは、病院よりも診療所で算定されている場合が多い。
○ 診療情報提供料Ⅰと比較した、診療情報提供料Ⅲを算定している医療機関・回数は以下のとおりであった。





出典：ＮＤＢより保険局医療課にて集計（令和２年５月診療分）　※「算定医療機関数」は入院外において算定している医療機関数

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/20）総-1　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00109.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

①医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
②小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
③医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化
④周術期の栄養管理の推進
⑤栄養サポートチーム加算の見直し
⑥病棟における栄養管理体制に対する評価の新設
⑦褥瘡対策の見直し
⑧手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

周術期の栄養管理の推進

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

（新）　周術期栄養管理実施加算　270点（１手術に１回）

［算定対象］
全身麻酔を実施した患者

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

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

栄養に関する診療報酬上の主な評価（入院時食事療養以外）

入院

○栄養サポートチーム加算
（200点／週1回）
対象入院料（結核病棟、精神病棟）の追加

○早期栄養介入管理加算
（400点／1日）
入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

○入院栄養食事指導料1
（初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施
※　特定入院料では算定不可（回リハ入院料1を除く）

○入院栄養食事指導料2
（初回250点、2回目190点／週1回・入院中2回）
入院栄養食事指導料1と同様の内容を当該指導料を算定する医療機関以外の管理栄養士が指導を実施

○栄養情報提供加算
（50点／入院中1回）　※入院栄養食事指導料の上乗せ
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

○集団栄養食事指導料※
（80点／月1回）　※　外来患者も指導対象
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な複数の患者（15人以内／1回）に対して、1回40分以上の指導を実施

○摂食障害入院医療管理加算
（200点（30日以内）、100点（31～60日以内））
※治療を行う職種に管理栄養士が含まれる

○個別栄養食事管理加算※
（70点（1日につき））　※緩和ケア診療加算の上乗せ
緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を実施

○摂食嚥下支援加算※
（200点／月1回）　※　外来患者も指導対象
※　摂食嚥下支援チームの一員に管理栄養士が含まれる。
外来患者も指導対象

○回復期リハビリテーション病棟入院料
（2，129～1，678点）
入院料1は、管理栄養士の病棟配置が必須
入院料2～6は、管理栄養士の病棟配置が努力義務

○栄養管理体制
常勤管理栄養士1名以上を配置（非常勤管理栄養士又は常勤栄養士の場合は入院基本料から1日につき40点減算。それも満たせない場合は、特別入院基本料を算定。）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

○　栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
○　主に低栄養状態の患者など、介入時点の影響状態に着目した指導に対して評価を行っている。

入院前



外来栄養食事指導料
（初回260点、2回目以降200点／月1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、栄養指導が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算
（200、230点／退院時1回）
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料
（初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算
（50点／入院中1回）
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

栄養サポートチーム加算
（200点／週1回）
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算
（400点／1日）
特定集中治療室の入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

退院後



外来栄養食事指導料（再掲）

在宅患者訪問栄養食事指導料
（440～530点／月2回）
在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

周術期の患者の病態の変化について

○　術後の病態は4つの相に分けることができ、それぞれで大きく異なるため、各相に対応した栄養管理が必要になる。

第1相（Injury Phase）：術後の2～4日間

・筋たんぱく質の崩壊が著明に進み、エネルギー源としては内因性の栄養が利用される。
・消費エネルギー量すべてを栄養として投与するのではなく、やや少なめの栄養投与を行う。

第2相（Turning Point）：術後3～7日に開始し1～2日間持続

・筋たんぱく質の崩壊が低下し、適切なエネルギー投与でたんぱく質合成が高まる。
・内因性のエネルギー産生は低下するが持続している。
・エネルギー・たんぱく質の投与量を増やし、目標投与量を目指す。

第3相（Muscle Strength）：第2相の1～2日後から2～5週間持続

・たんぱく質合成が亢進し、骨格筋が増加する。
・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

第4相（Fat Gain）：数カ月持続

・体脂肪量が回復する。
・必要なエネルギー・たんぱく質を不足なく投与する。

術後の重篤な合併症発生・手術の侵襲度・患者の併存疾患によって、各相の進展は大きく変化するため毎日刻々と変化する病態の観察が必要である。

また、第1相が遷延する場合、栄養投与量の不足状態が続くと重篤な栄養不良を引き起こす。特に病態をきめ細かく観察し、第2相、第3相で行うべき栄養管理開始を検討する。

出典：FD. Moore: Metabolic Care of the Surgical Patient. W.B. Saunders, Philadelphia, 1959

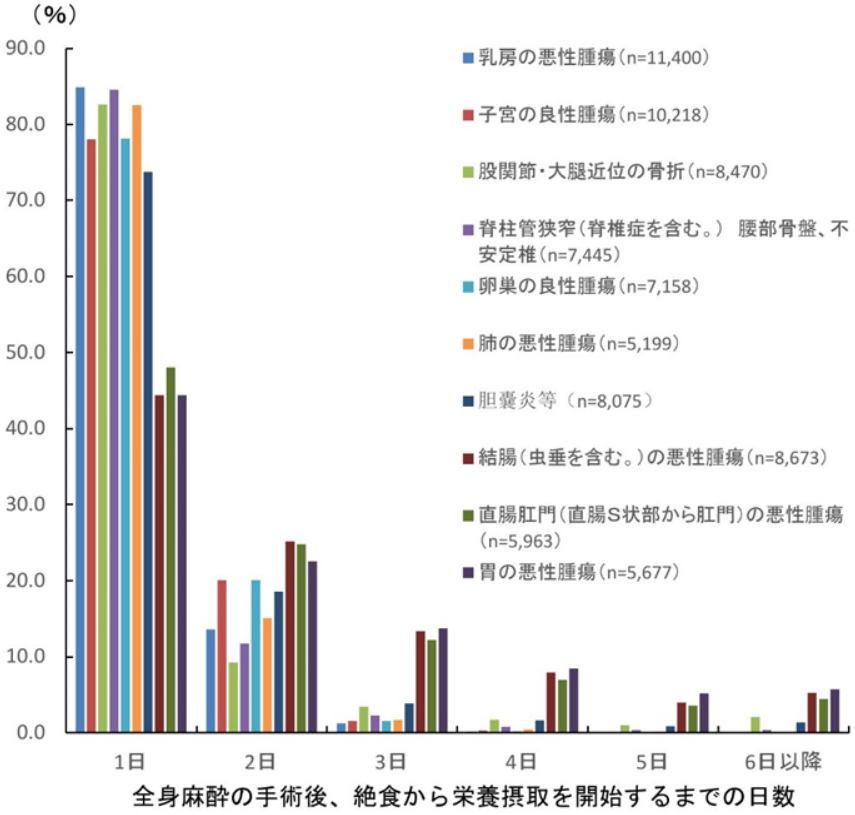
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

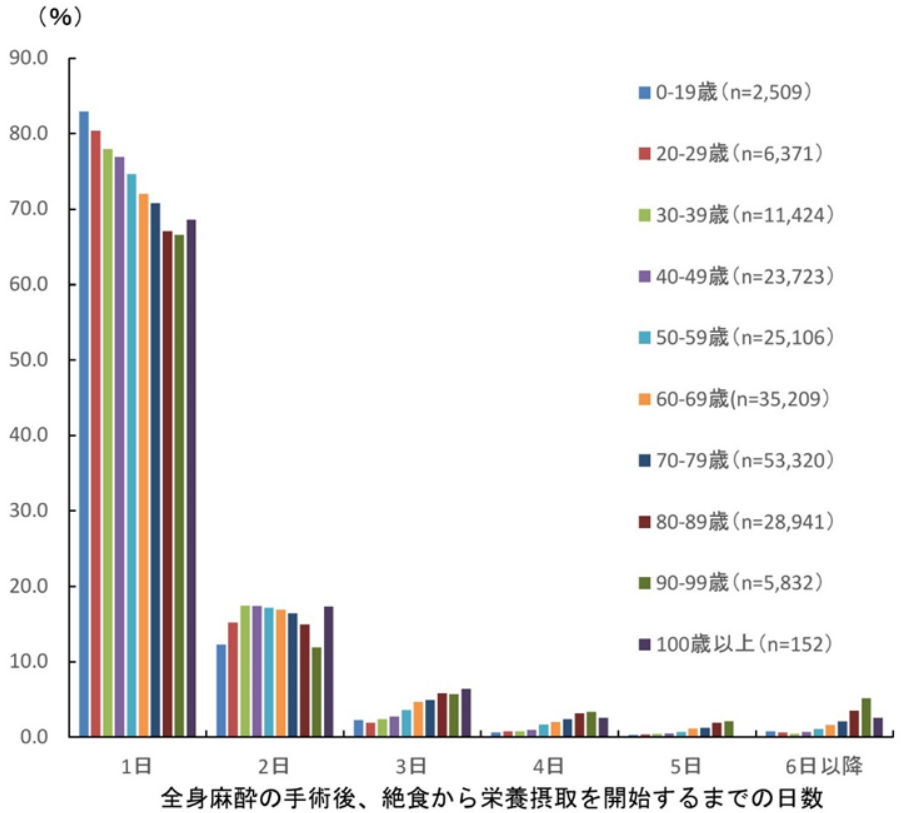
術後の栄養摂取開始の状況

中医協 総－１－２
３．１０．２７

○　全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の疾患別の患者割合は、消化器疾患において、開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。
○　全身麻酔の手術を行った患者が絶食等から、経口摂取、経管栄養等を開始するまでの日数の年齢階級別の患者割合は、年齢が上がるほど開始までの日数のかかる患者割合が高い傾向である。



全身麻酔の手術後、絶食から栄養摂取を開始するまでの日数



全身麻酔の手術後、絶食から栄養摂取を開始するまでの日数

2020 年度データ（2020 年4 月1 日入院以降症例）の新評価表において、「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（加算は含まずに本体のみ）」を行った日（複数ある場合は最初）に、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取（患者の状態）が2：全介助」かつ「食事摂取（介助の実施）が0：実施無し」の患者が、重症度、医療・看護必要度の「B 患者の状態等」で「食事摂取（患者の状態）が2：全介助」かつ「食事摂取（介助の実施）が0：実施無し」から変更されるまでの日数別患者割合

出典：DPCデータより医療課にて作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

各ガイドラインにおける周術期の栄養管理について

中医協 総－1－2
３．１０．２７

○ 静脈経腸栄養ガイドライン等において、周術期（術前、術後）の栄養管理に関して、具体的な方法が示されている。

静脈経腸栄養ガイドライン第3版（抜粋）（日本臨床栄養代謝学会：JSPEN）

1）術前の栄養状態の評価
2）栄養状態不良な場合、術後に栄養のリスクが存在する場合には、術前からの栄養療法の施行（経口サプリメントの投与、免疫経腸栄養剤、腸を使えない場合の静脈栄養など）が必要
3）術後早期からの経口摂取再開、経腸栄養の開始
4）術後1週間以上、経口摂取・経腸栄養を施行できない場合は完全静脈栄養の施行
5）経腸栄養でエネルギー必要量を満たせない場合は静脈栄養の併用
6）術後に経腸栄養を行う場合は、標準組成を第一選択とするが、栄養不良・大侵襲手術患者では免疫経腸栄養剤を考慮

Clinical nutrition in surgery（抜粋）（欧州臨床栄養代謝学会：ESPEN）

1）術前の絶飲食を避ける
2）個々の患者の忍容性、手術のタイプに応じて経口摂取
3）Major surgeryにおいては、術前・術後に栄養状態を評価
4）低栄養患者、低栄養のリスクがある患者（周術期に5日より長く経口摂取ができないと予想される場合、7日より長く推奨量の50%を摂取できないと予想される場合）には遅滞なく周術期の栄養管理（経口あるいは経腸を第一選択とした栄養療法：エネルギーは25-30 kcal/kg、たんぱく質は1.5 g/kg ideal body weight）を行う。）
5）7日より長く、経口あるいは経腸栄養で必要量の50%のエネルギーを投与できない場合は、補助的な静脈栄養投与を開始する
6）低栄養の、がん手術患者には周術期に免疫栄養剤を投与する
7）重度栄養障害を有する患者では、たとえがん手術であっても7-14日間の術前栄養療法を行う
8）可能であれば、経口・経腸栄養を優先する
9）通常食で必要量の栄養を摂取できない場合は栄養状態が良好であっても術前に経口的な栄養サプリメントを投与する

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

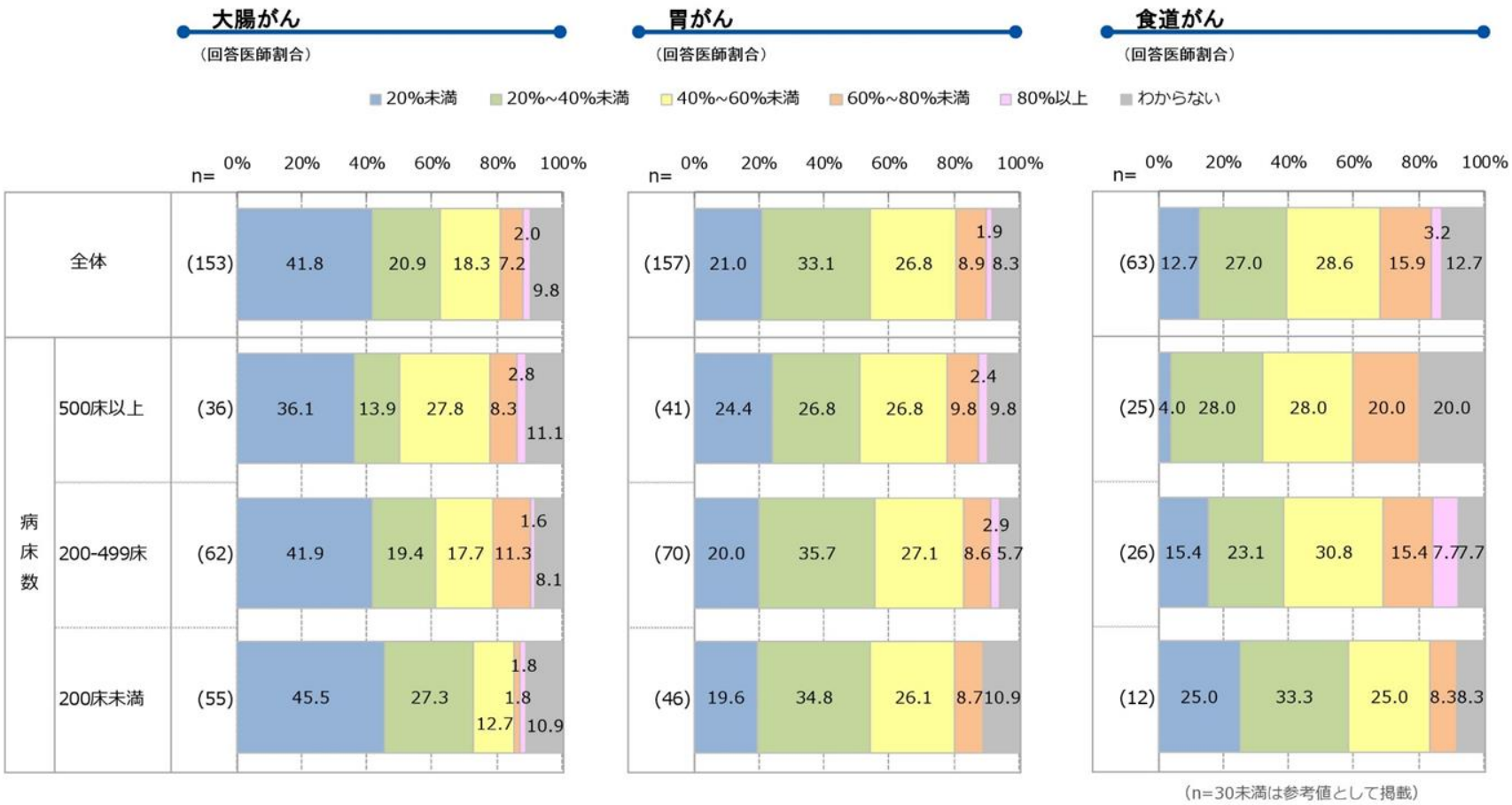
参考

術前の経口栄養剤の摂取の状況

中医協 総－1－2
３．１０．２７

○　術前に栄養管理を実施するため経口栄養剤が出されている患者について、栄養剤の半分以下しか摂取できていない患者の割合が、病床規模にかかわらず一定程度存在している。

図　術前管理を行った患者での経口栄養剤のアドヒアランス：提供量の半分以下しか摂取できていない患者の割合



（n=30未満は参考値として掲載）

出典：深柄和彦，福島亮治.WEBアンケート調査から見る外科医のアルブミンに対する認識と術後の栄養管理の現状．外科と代謝・栄養 55(3).

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

周術期の栄養ケア・マネジメントについて

中医協 総－1－2
３．１０．２７

○　術後の経口摂取再開までの日数が短い場合、在院日数が有意に短い。
○　大腿骨近位部骨折のように術後すぐに経口摂取の開始が可能な手術においても、適切な栄養管理を実施することにより、術後の合併症発生率や死亡率が有意に低下する。

【対象・方法等】
全国242施設、20,858例の胃切除患者において周術期栄養管理が術後経過に及ぼす影響に関する調査を実施。

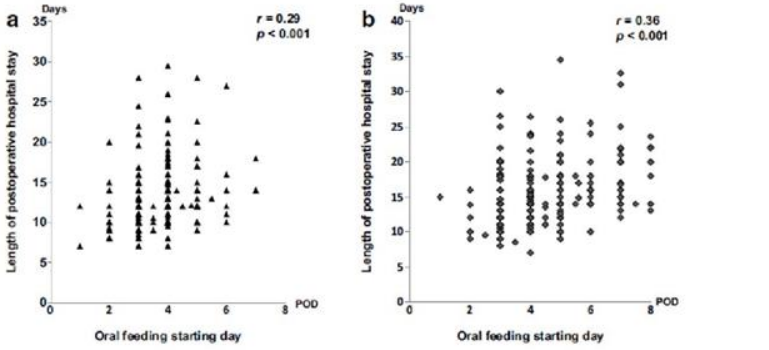
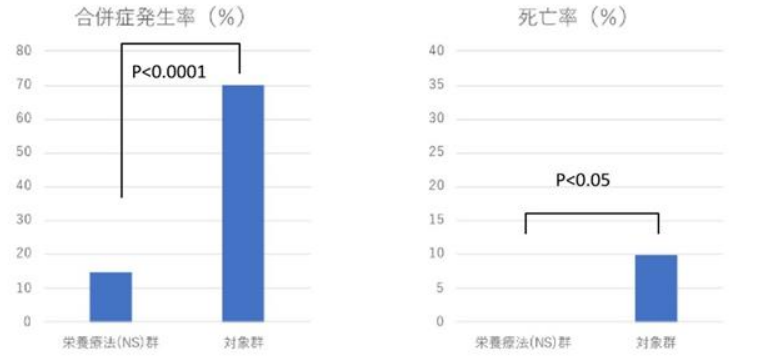


Fig. 7 Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay ($n = 236$). a Relationship between the oral feeding starting day and length of postoperative hospital stay in distal gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyzed by Spearman's rank correlation coefficient. b Relationship betwe oral feeding starting day and length of postoperative hospit in total gastrectomy (including laparoscopic surgery) analyz Spearman's rank correlation coefficient. *POD* postoperative day

出典：Shimizu N, Hatao F, Fukatsu K, Aikou S et al. Results of a nationwide questionnaire based survey on nutrition management following gastric cancer resection in Japan.
Surg Today (2017) 47:1460–1468.

【対象・方法等】
大腿骨近位部骨折患者80名を術後に通常食のみ摂取させたコントロール群（40名）、術後3日間1,000kcal／日の静脈栄養を追加し、その後7日間の400kcal／日の経口栄養剤を追加した栄養療法群（40名）に分け、術後合併症等を検証。



栄養療法(NS)群：1日1000 kcalの静脈内栄養を3日間施行した後、400kcalの経口栄養補助食品を7日間投与
対照群：通常の病院の飲食

出典：Magnus Eneroth, Ulla-Britt Olsson, Karl-Göran Thorngren. Nutritional Supplementation Decreases Hip Fracture-related Complications. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH. 451(2006) 212–217.

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

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

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］（抜粋・例）

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

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

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］（抜粋・例）

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

改定後

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

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

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

栄養サポートチーム加算の見直し

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅱ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

入院に係る栄養管理に対する主な評価について

○　入院に係る栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
○　入院中の評価としては、入院栄養食事指導料や栄養サポートチーム加算を中心として、一部の状態に着目した加算による評価も導入している。

入院前



外来栄養食事指導料
（初回260点、2回目以降200点／月1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、栄養指導が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算
（200、230点／退院時1回）
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料
（初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算
（50点／入院中1回）
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

栄養サポートチーム加算
（200点／週1回）
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算
（400点／1日）
特定集中治療室の入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

退院後



外来栄養食事指導料
（再掲）

在宅患者訪問栄養食事指導料
（440～530点／月2回）
在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算　200点（週1回）

栄養管理を要する患者に対して、医師、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ついて、週1回に限り、所定の点数を算定する。

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

ア　栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者

イ　経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者

ウ　経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者

エ　栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

【算定要件】

栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

ア　栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。

イ　カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。

ウ　栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

エ　治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。

オ　当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

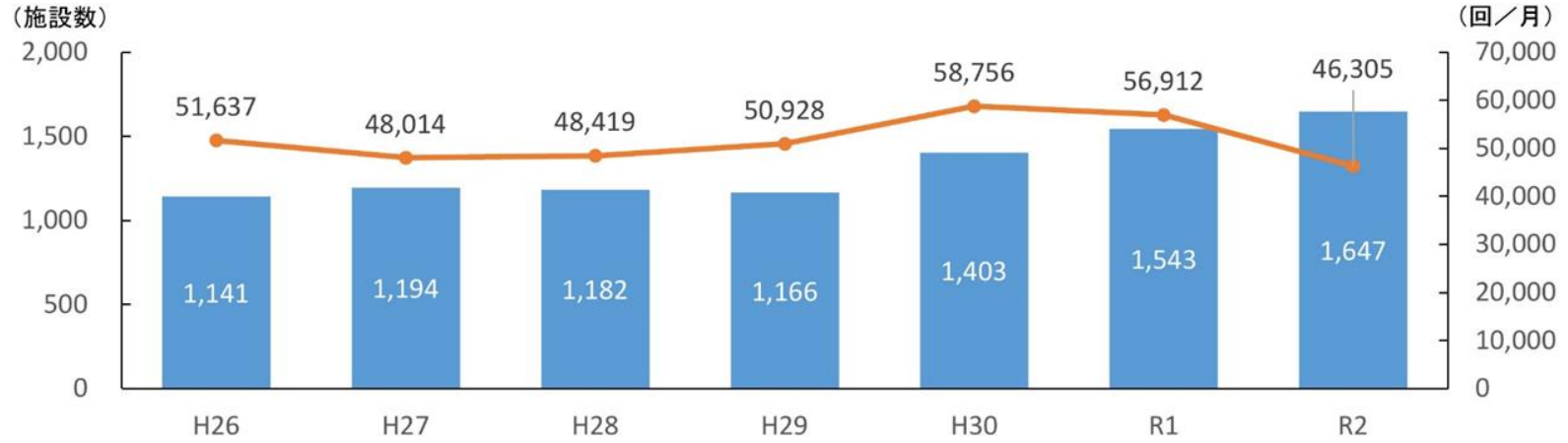


図　栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）、保険局医療課調べ（各年7月1日）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

○ 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
○ また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
○ 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
○ 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟も算定可能となった。

○:算定可、×:算定不可

	基本入院料									特定入院料	
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料（一般病棟）	特定機能病院入院基本料（結核病棟）	特定機能病院入院基本料（精神病棟）	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○（7対1、10対1のみ）	×	×	×	○	×	×	○（7対1、10対1のみ）	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
備考	平成26年度改定より医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定より専従要件を緩和										

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

参考

栄養サポートチームの介入効果について

○　栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高い。
○　栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清アルブミン値が有意な改善が認められた。

【対象・方法等】
2011年度～2013年度に呼吸器病棟（肺がん、肺結核、COPD等）（114名）を一般病棟、神経筋病棟（神経難病、筋ジストロフィー等）（153名）を障害者病棟として、各病棟に入院した患者に対する栄養サポートチームの介入の有用性について比較検討。

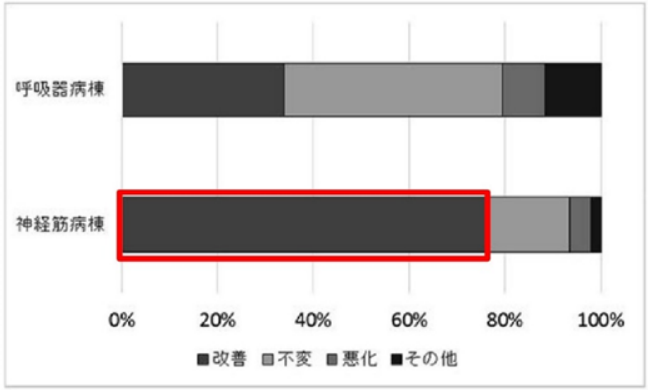


図１　病棟種別 NST 介入終了時の評価（2011年度-2013年度）

【改善】血清Alb値が3.0g/dl以上となった場合
【不変】血清Alb値が3.0g/dlに達しなかった場合
【悪化】血清Alb値が介入前より低下、病状悪化や死亡により介入中止の場合
【その他】上記以外

表２　NST 介入前後の BMI と血清 Alb 値（2011年度-2013年度）

		NST 介入前	NST 介入後	
呼吸器病棟（n=68）	BMI	18.08 ± 4.08	17.98 ± 4.15	ns
	血清 Alb 値（g/dl）	2.57 ± 0.33	2.60 ± 0.41	ns
神経筋病棟（n=93）	BMI	17.04 ± 3.55	17.40 ± 3.71	p=0.01
	血清 Alb 値（g/dl）	2.80 ± 0.32	3.04 ± 0.43	p<0.001

出典：伊藤ら，障害者病棟における栄養サポートチーム活動の有用性の検討，IRYO. 69(6)275–278.2015

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/19）総-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00121.html

目次に戻る

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

（新）　入院栄養管理体制加算　　270点（入院初日及び退院時）

［対象患者］
特定機能病院入院基本料を算定している患者

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

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

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

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

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

入院患者に対する栄養管理に係る主な評価について

○ 栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
○ 主に低栄養状態の患者など、介入時点の栄養状態に着目した指導に対して評価を行っている。

入院前



外来栄養食事指導料
（初回260点、2回目以降200点／月1回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、栄養指導が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施
または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算
（200、230点／退院時1回）
入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料
（初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回）
管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算
（50点／入院中1回）
栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

栄養サポートチーム加算
（200点／週1回）
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算
（400点／1日）
特定集中治療室の入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

退院後



外来栄養食事指導料
（再掲）

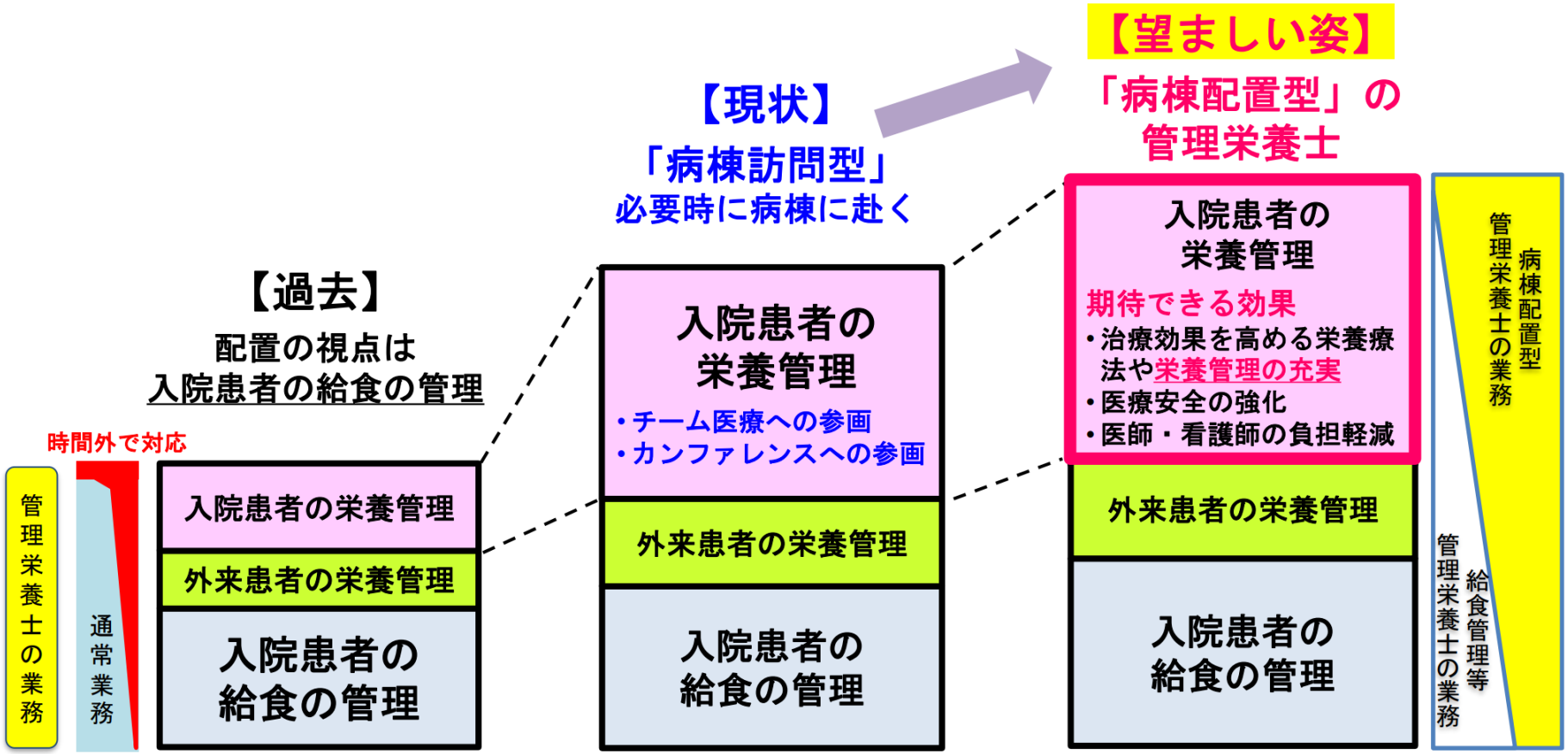
在宅患者訪問栄養食事指導料
（440～530点／月2回）
在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

管理栄養士の業務のイメージ

- チーム医療が定着する前は、管理栄養士の業務は、給食管理が主であった。
- 近年は、病棟での業務の増加等により、入院患者の栄養管理の業務が主に変わってきている。
- 入院患者の栄養管理を更に充実させるため、管理栄養士が病棟配置されることが望ましいと考えられる。



出典：厚生労働省　第３回チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（平成22年12月9日） 資料４より抜粋、一部改変

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

管理栄養士の病棟業務内容の例

病棟における管理栄養士の役割の例

1. 全ての入院患者の栄養障害・低栄養のリスクを適切に評価・予測し、疾病やその部位、症状、手術療法他、有害事象の軽減に向けて、個々に応じたきめ細かな栄養評価と栄養計画、食事・栄養管理の実践のともに栄養指導を実施する。
2. 治療中・治療後の薬物療法やリハビリテーション等に対して、個人の体質・、心理面等を考慮した生活療養の指導を実施する。
3. 栄養素や疾病に伴う代謝の状態を理解し、食事・輸液・経腸栄養を含めた総合的な栄養に関する提案と調整を実施。
4. 疾病や治療、加齢に伴う摂食・嚥下障害の発生要因や症状より、その食形態の提案と調整を実施する。
5. 食事・栄養摂取を含めた生活全体を見た全人的な視点に立った在宅復帰にむけて支援する。
6. 病状や、治療等、食事摂取量や栄養に影響しうるに関わる問題を抽出し、医師・看護師、他職種とともにチーム医療を推進し実践する。
7. 個々の疾病、身体状況、いずれの状況においても治療が効果的に継続できるように食事・栄養面から支援する。
8. 在宅復帰後の食生活に合わせた栄養量の見直しや、低栄養回避による再入院支援のための食事・生活支援に関する相談・指導の実施する。
9. 転施設、紹介元への栄養情報提供を実施する

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

病棟配置された管理栄養士の具体的な患者対応のイメージ

- 管理栄養士の病棟業務は、入院栄養食事指導とベッドサイドで行うその他の栄養管理業務に分類できる。
- 医師、看護師等と連携して実施するその他の栄養管理業務は、管理栄養士が病棟配置された場合には、管理栄養士が主体的に実施し、患者への食事提供等、治療方針に合わせた速やかな介入・支援が可能となる。

現行

管理栄養士が実施

給食管理業務

献立作成
発注・在庫管理
等



外来栄養食事指導

食生活状況の把握
病態に応じた食事内容の指導
食生活の改善・是正

＋

医師、看護師等と連携して実施

病棟での業務

入院栄養食事指導

入院前の食生活状況の把握
病態に応じた食事内容の指導
食生活の改善・是正
栄養情報提供書の作成



その他の栄養管理業務



① 栄養評価

食生活等の入院前の情報収集
食物アレルギーの確認
栄養状態の評価
・身体所見、画像所見の評価
・電解質の評価
・病態、循環動態の評価　等

② 栄養計画

入院診療計画書の確認、作成
栄養管理計画書の作成、再評価
・食種選択(栄養量、食事形態)
・経腸栄養メニュー作成

③ 栄養介入

ミールラウンド
喫食量、食事形態の確認
食事摂取不良患者への対応
栄養補助食品の紹介・提案
食欲低下時の対応
医師への栄養メニュー提案

④モニタリング

食事摂取状況、摂取栄養量、
水分出納、腹部症状、循環動態、
血液検査値、画像所見、
ADL・活動量・体重変動の確認

病棟配置

「その他の栄養管理業務」を治療方針や
摂取状況等に応じて、速やかに介入・支援が可能

→ 患者の病態・状態に応じた、きめ細やかな栄養管理の実施

出典：西岡、臨床栄養 Vol.122、No1、38-43 （2013）を参考に医療課にて作成

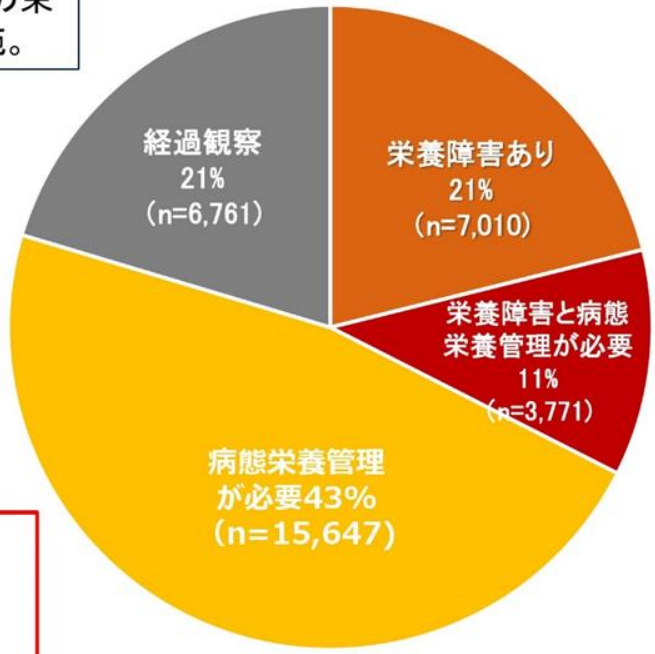
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

特定機能病院における入院時の栄養状態

○ 全体の21%の患者に栄養障害が認められ、病態栄養管理の必要な割合は43%、栄養障害かつ病態栄養管理が必要な患者は11%であった。全体の約80%の患者に栄養管理の必要性があった。

【方法】
2018年度に特定機能病院に入院した患者 33,189名を対象として、入院時の栄養管理の必要性について調査を実施。



A.栄養障害判定基準

- 血清アルブミン値3.0g/dL以下
- やせ
  (BMI18.5未満 ※小児はカウプ指数等で判定)
- 浮腫・腹水あり
- 褥瘡あり
- %AC、%TSF、%AMC 60%以下
- 入院時食事摂取量7割以下
- 入院時絶食管理
  (経管・経静脈栄養管理) など

により管理栄養士が総合的に判定

B.病態に対する栄養管理が必要

- 特別治療食が必要とされる患者
  (胃・腸疾患、肝・胆疾患、膵臓疾患、心臓疾患、腎臓疾患、糖尿病、肥満症、脂質異常症など)
- その他、病態に応じた栄養管理が必要とされる患者(悪性腫瘍、呼吸器疾患など)

出典:令和2年度 全国国立大学病院栄養部門会議調査 「特定機能病院における栄養ケアの在り方」

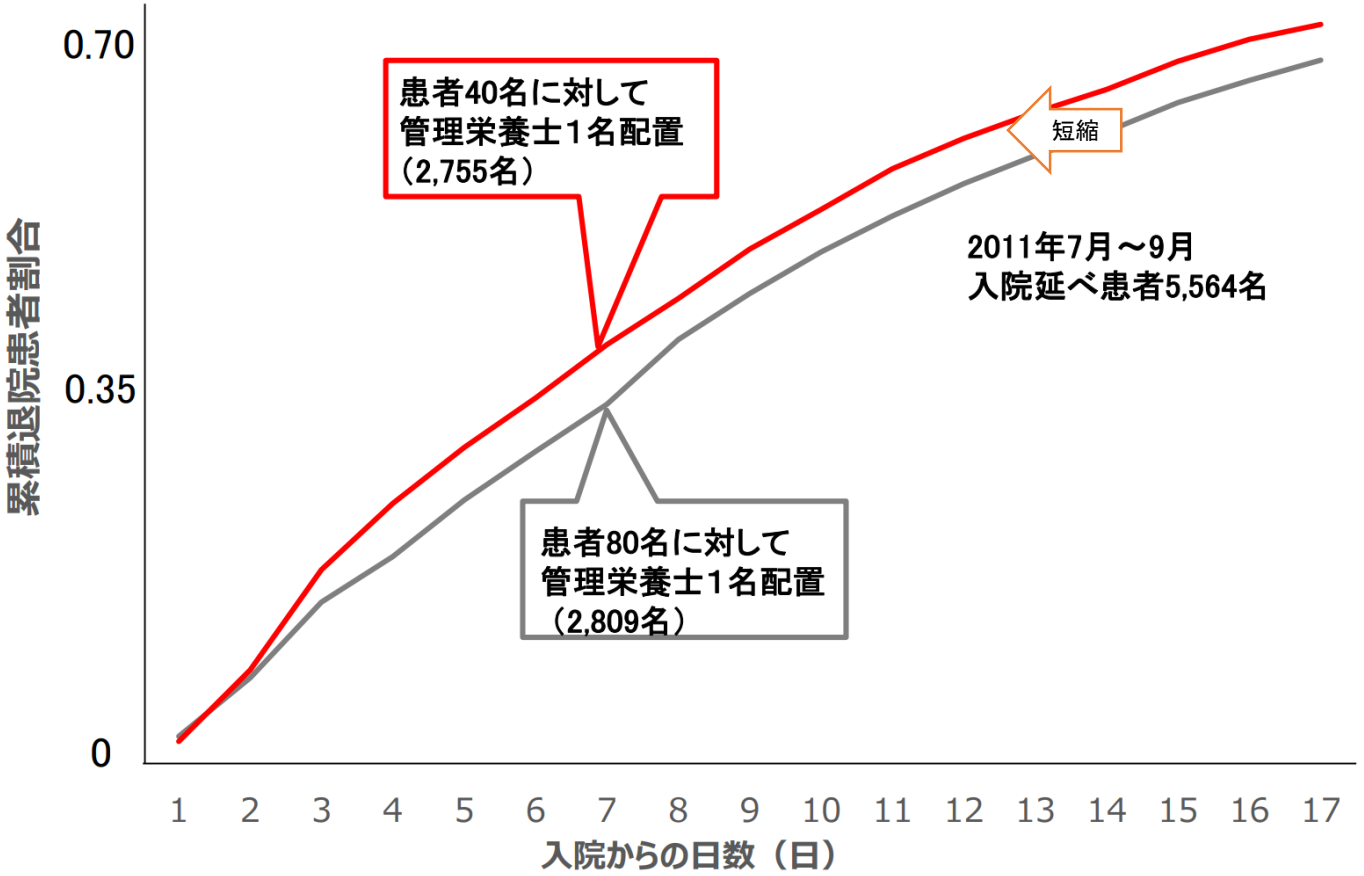
出典:厚生労働省_中医協総会(2021/11/12)総-2-2 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

管理栄養士の病棟業務の効果等

○ 栄養ケアを強化し、患者40人に対して管理栄養士1人を配置している病院の方が、早期退院が推奨され、在院日数は、短縮されていた。

【対象と方法】
2011年度、特定機能病院に入院した患者5,564名を対象に、管理栄養士1人に対して40人の患者の栄養ケアを担当した場合と80名の栄養ケアを担当した場合の累積退院患者の割合を比較。



出典：令和2年度 全国国立大学病院栄養部門会議調査「特定機能病院における栄養ケアの在り方」

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

①医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
②小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
③医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化
④周術期の栄養管理の推進
⑤栄養サポートチーム加算の見直し
⑥病棟における栄養管理体制に対する評価の新設
⑦褥瘡対策の見直し
⑧手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

褥瘡対策の見直し

褥瘡対策基準の見直し

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

現行

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

褥瘡対策に関する診療計画書（２）

氏名　　殿　男・女）　　年　月　（　歳）

＜薬学的管理に関する事項＞　□ 対応の必要無し

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

薬学的管理計画

＜すでに褥瘡を有する患者＞　薬剤滞留の問題　□無　□有

＜栄養管理に関する事項＞　□ 対応の必要無し　□ 栄養管理計画書での対応

栄養評価

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

栄養管理計画

改定後

【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】
［施設基準］
４　褥瘡対策の基準
(1)～(3)　（略）（変更なし）

(4) 褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。

(5) 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添６の別紙３に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。

(6)～(8)　（略）（変更なし）

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅳ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

入院基本料等加算の簡素化④

褥瘡患者管理加算の簡素化

	（旧）入院基本料における褥瘡対策	褥瘡患者管理加算	（新）入院基本料における褥瘡対策
対象者	日常生活の自立度が低い入院患者（自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要）	褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者	日常生活の自立度が低い入院患者（自立度がJ1～A2の場合、評価表作成は不要） ＋ 褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者
人員要件	褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師	褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームの設置
様式	褥瘡に関する危険因子評価票 ○褥瘡の有無 ○日常生活自立度 ・基本的動作能力 ・栄養状態低下　など	褥瘡対策に関する診療計画書 ○危険因子評価票の内容 ○褥瘡の状態の評価 ○看護計画	褥瘡患者管理加算の様式を使用
体制		患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。	患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
その他			褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会の定期的な開催が望ましい。

入院基本料に包括

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡対策に関する評価の主な変遷

○ 褥瘡対策に関する評価を各改定において、実施してきている。



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡対策の要件等について

【告示】
7　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

【留意事項通知】
11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

【施設基準告示】
四　褥瘡対策の基準
(1)適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
(2)褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

【施設基準通知】
4 褥瘡対策の基準
(1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
(2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
(3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっていても構わない。
(4) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。
(5) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
(6) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡発生予防・発生後全身管理のアルゴリズムについて

○ 褥瘡発生予防の全身管理として、対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。
○ 褥瘡発生後の全身管理として、 対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

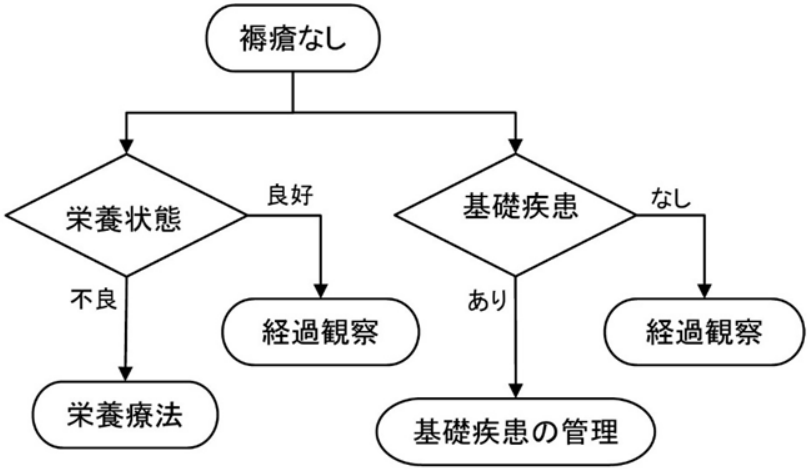


図　発生予防全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理を選択・実施する。

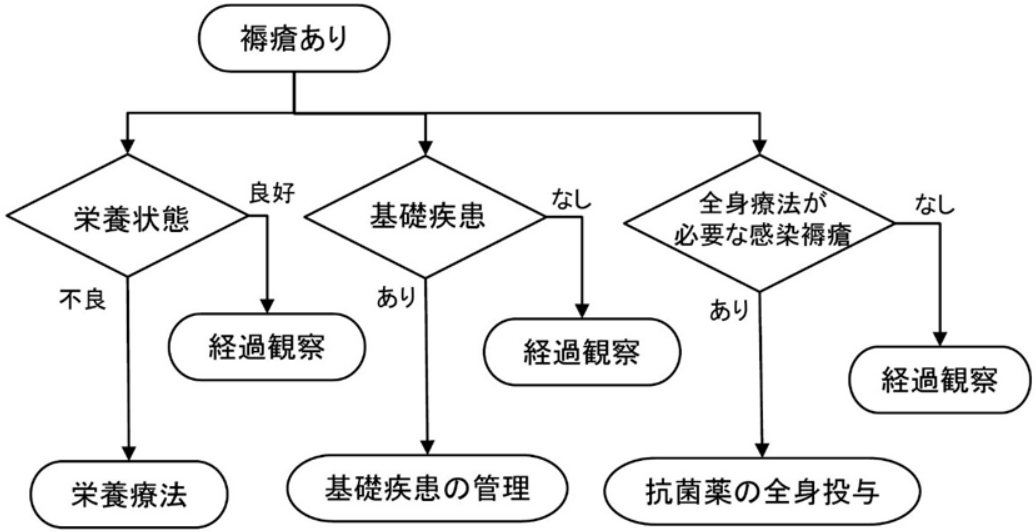


図　発生後全身管理のアルゴリズム

対象者の栄養状態、基礎疾患、全身療法が必要な感染褥瘡をアセスメントし、栄養療法、基礎疾患の管理、抗菌薬の全身投与を選択・実施する。

出典：褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）より（一部抜粋）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡患者の全身管理について

表　褥瘡患者の全身管理に関するClinical Question

Clinical Question		推奨度※	推奨文
発生予防全身管理	褥瘡発生の危険因子として、どのような基礎疾患を考慮すればよいか。	C1	うっ血性心不全、骨盤骨折、脊髄損傷、糖尿病、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患などを考慮してもよい。
		B	周術期管理においては、特に糖尿病を考慮することが勧められる。
	低栄養患者の褥瘡予防にはどのような栄養介入を行うとよいか。	B	蛋白質・エネルギー低栄養状態（PEM）の患者に対して、疾患を考慮したうえで、高エネルギー、高蛋白質のサプリメントによる補給を行うことが勧められる。
	経口摂取が不可能な患者の栄養補給はどのようにすればよいか。	C1	必要な栄養量を経腸栄養で補給するが、不可能な場合は静脈栄養による補給を行ってもよい。
	褥瘡発生の危険因子となる低栄養状態を確認する指標には何があるか。	C1	炎症や脱水などがなければ血清アルブミン値を用いてもよい。
		C1	体重減少率を用いてもよい。
		C1	食事摂取率（食事摂取量）を用いてもよい。
		C1	高齢者には、MNA（mini nutritional assessment）およびMNA-Short Form（SF）を用いてもよい。
		C1	COUNT（controlling nutritional status）を用いてもよい。
		C1	主観的包括的栄養評価（SGA）を用いてもよい。
発生後全身管理	褥瘡患者には栄養評価を行ったほうがよいか。	C1	栄養評価を行い、必要な省令には栄養介入を行ってもよい。
	褥瘡患者にはどのような栄養補給を行うのがよいか。	B	褥瘡治療のための必要エネルギーとして、基礎エネルギー消費量（BEE）の1.5倍以上を補給することが勧められる。
		B	必要量に見合った蛋白質を補給することが勧められる。
	褥瘡患者に特定の栄養素を補給することは有効か。	C1	亜鉛、アスコルビン酸、アルギニン、L-カルノシン、n-3系脂肪酸、コラーゲン加水分解物など疾患を考慮したうえで補給してもよい。
	褥瘡患者に対して栄養の専門職及びチームの介入は行ったほうがよいか。	C1	管理栄養士や栄養サポートチーム（NST）の介入を行ってもよい。
	褥瘡患者の栄養補給の評価に体重を用いてもよいか。	B	浮腫、脱水がなければ、体重増加を用いることが進められる。

※推奨度の分類　A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

出典:褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）より（一部抜粋）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡患者の薬学的介入について

表　褥瘡患者の外用薬と抗菌薬に関するClinical Question

	Clinical Question	推奨度※	推奨文
保存的治療 外用薬	急性期の褥瘡にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、白色ワセリンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬やスルファジアジン銀のような水分を多く含む乳剤性基剤（O/W）の外用薬を用いてもよい。
	深部損傷褥瘡（DTI）が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	毎日の局所観察を怠らないようにし、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬を用いてもよい。
	発赤・紫斑にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創面の保護が大切であり、酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬を用いてもよい。
	水疱にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	創の保護目的に酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基材の外用薬を用いてもよい。
	びらん・浅い潰瘍にはどのような外用薬を用いたらよいか	C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレンを用いてもよい。上皮形成促進を期待してアルプロスタジルアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	疼痛を伴う場合に外用薬は有用か	C1	外用薬には創部の疼痛を除去する効果はないが、創面を適切な浸潤環境に保つことで疼痛を緩和できる。ジメチルイソプロピルアズレンなどの創面保護効果の高い油脂性基剤の外用薬やスルファジアジン銀、トレチノイントコフェリルなどの水分を多く含む乳剤性基剤（O/W）の外用薬を用いてもよい。
	滲出液が多い場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	滲出液吸収作用を有するカデキソマー・ヨウ素、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	デキストラノマー、ヨウ素軟膏を用いてもよい。
	滲出液が少ない場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	感染創ではスルファジアジン銀、非感染創ではトレチノイントコフェリルなどの水分を多く含む乳剤性基剤（O/W）の外用薬を用いてもよい。
	褥瘡に感染・炎症を伴う場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	感染抑制作用を有するカデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	フラジオマイシン硫酸塩・結晶トリプシン、ポビドンヨード、ヨウ素軟膏、ヨードホルムを用いてもよい。
	臨界的定着により肉芽形成期の創傷治癒遅延が疑われる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	抗菌作用を有するカデキソマー・ヨウ素、ポビドンヨード・シュガー、ヨウ素軟膏もしくはスルファジアジン銀を用いてもよい。
	肉芽形成が不十分で肉芽形成を促進させる場合、どのような外用薬を用いたらよいか	B	肉芽形成促進作用を有するアルクロキサ、トラフェルミン、トレチノイントコフェリル、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	アルプロスタジルアルファデクス、ブクラデシンナトリウム、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	肉芽が十分に形成され創の縮小を図る場合、どのような外用薬を用いたらよいか。	B	創の縮小作用を有するアルクロキサ、アルプロスタジルアルファデクス、トラフェルミン、ブクラデシンナトリウム、ポビドンヨード・シュガーを用いることが勧められる。
		C1	酸化亜鉛、ジメチルイソプロピルアズレン、幼牛血液抽出液、リゾチーム塩酸塩を用いてもよい。
	壊死組織がある場合、どんような外用薬を用いたらよいか	C1	カデキソマー・ヨウ素、スルファジアジン銀、デキストラノマー、ブロメラン、ポビドンヨード・シュガー、ヨードホルムを用いてもよい。
	ポケットを有する場合、どのような外用薬を用いたらよいか	C1	ポケット内に壊死組織が残存する場合は、まず創面の洗浄化を図る。また、滲出液が多ければポビドンヨード・シュガーを用いてもよい。滲出液が少なければトラフェルミン、トレチノイントコフェリルを用いてもよい。
発生後　全身管理	抗菌薬の全身投与が必要な感染褥瘡において、どのような抗菌薬の使用が適切か	C1	速やかに想定される起炎菌に適応した抗菌薬の投与を考慮し、感受性試験の結果に基づき、より適切な抗菌薬を投与してよい。
アウトカム マネジメント	褥瘡の治癒促進に、病院ではどのような対策が有効か	C1	**多職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい。**
		C1	褥瘡ハイリスク患者加算を導入してもよい。
		C1	皮膚・排泄ケア認定看護師を配置してもよい。

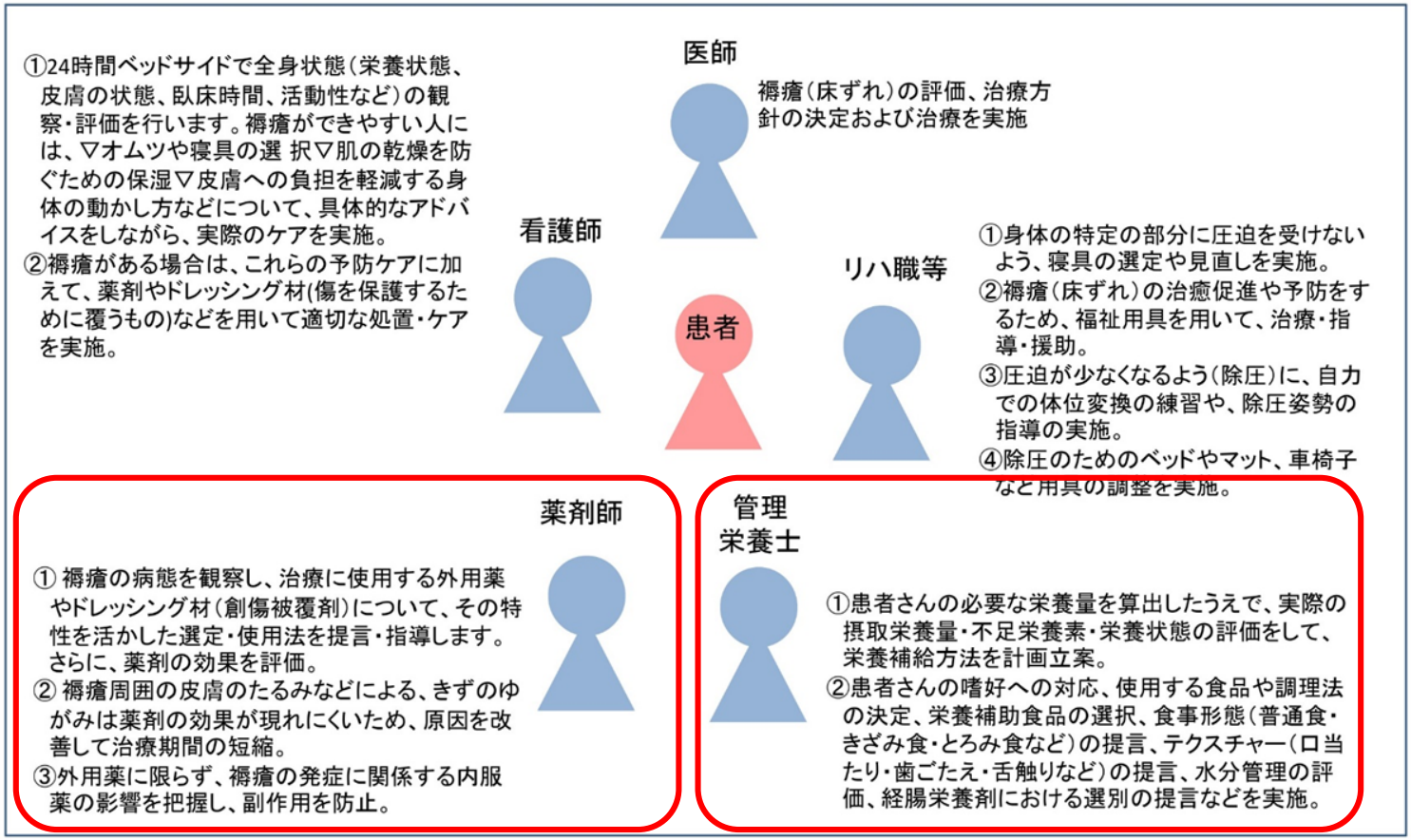
※推奨度の分類　A:十分な根拠があり、行うよう強く勧められる。B:根拠があり、行うよう勧められる。C1:根拠は限られているが、行ってもよい。C2:根拠がないので勧められない。D:無効ないし有害である根拠があるので、行わないよう勧められる。

出典:褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）より（一部抜粋）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡対策チームの各職種の役割について



予防・早期発見
↓
適切な褥瘡管理
↓
褥瘡の改善・治癒

出典：チーム医療推進協議会HPを参考に保険局医療課にて作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡対策チームによる回診の実施状況

診調組　入－３
３．１０．１

○ 褥瘡対策チームによる回診の実施状況は、以下のとおりであった。

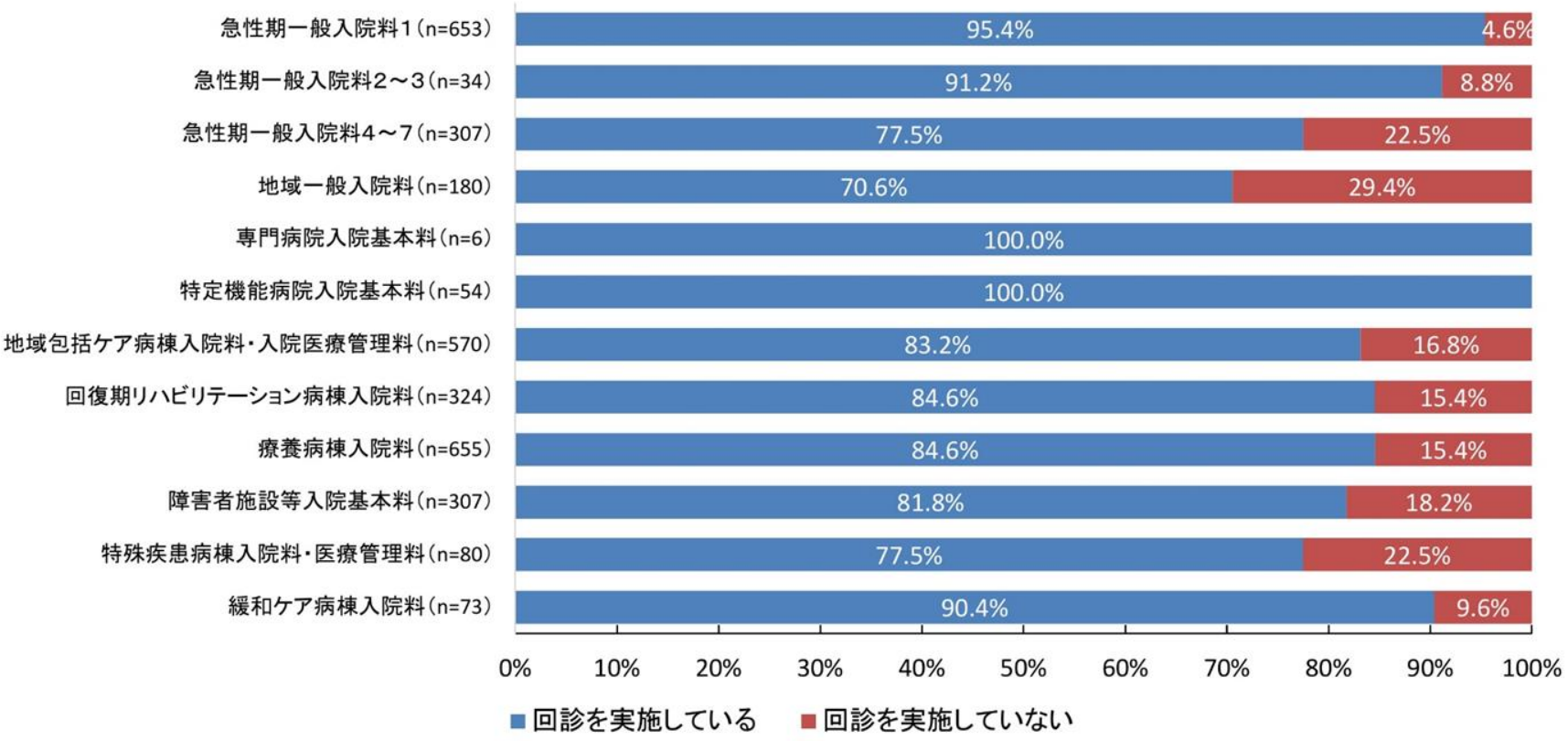


図　褥瘡対策チームによる回診の実施状況

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

○ 褥瘡対策に関する院内研修の実施状況は、以下のとおりであった。

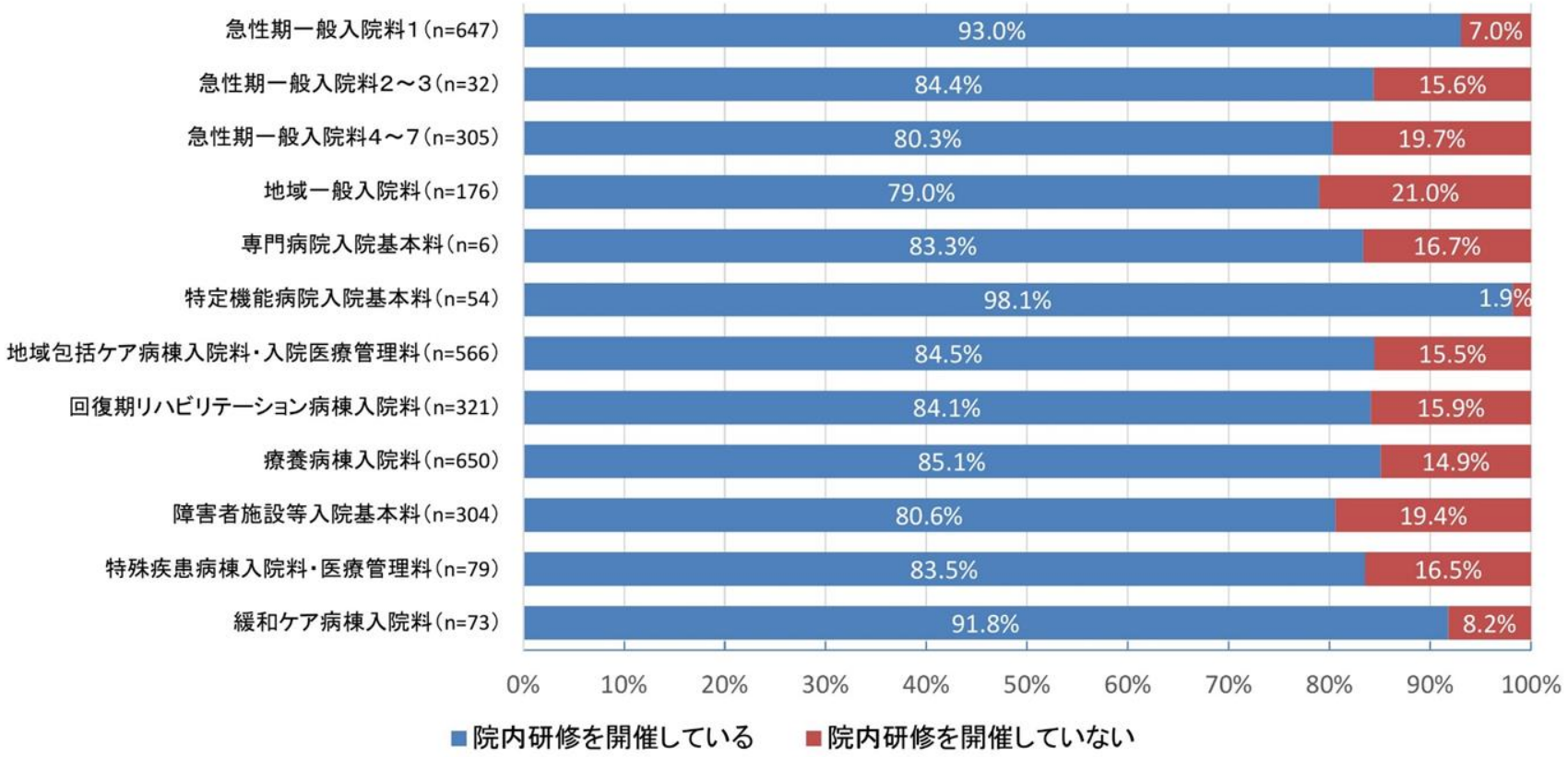


図　褥瘡対策に関する院内研修の開催状況

出典：令和３年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

褥瘡対策の状況

○ 褥瘡対策チームを構成する職種として、基準に規定されていない薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入院料においても一定程度、参画していた。

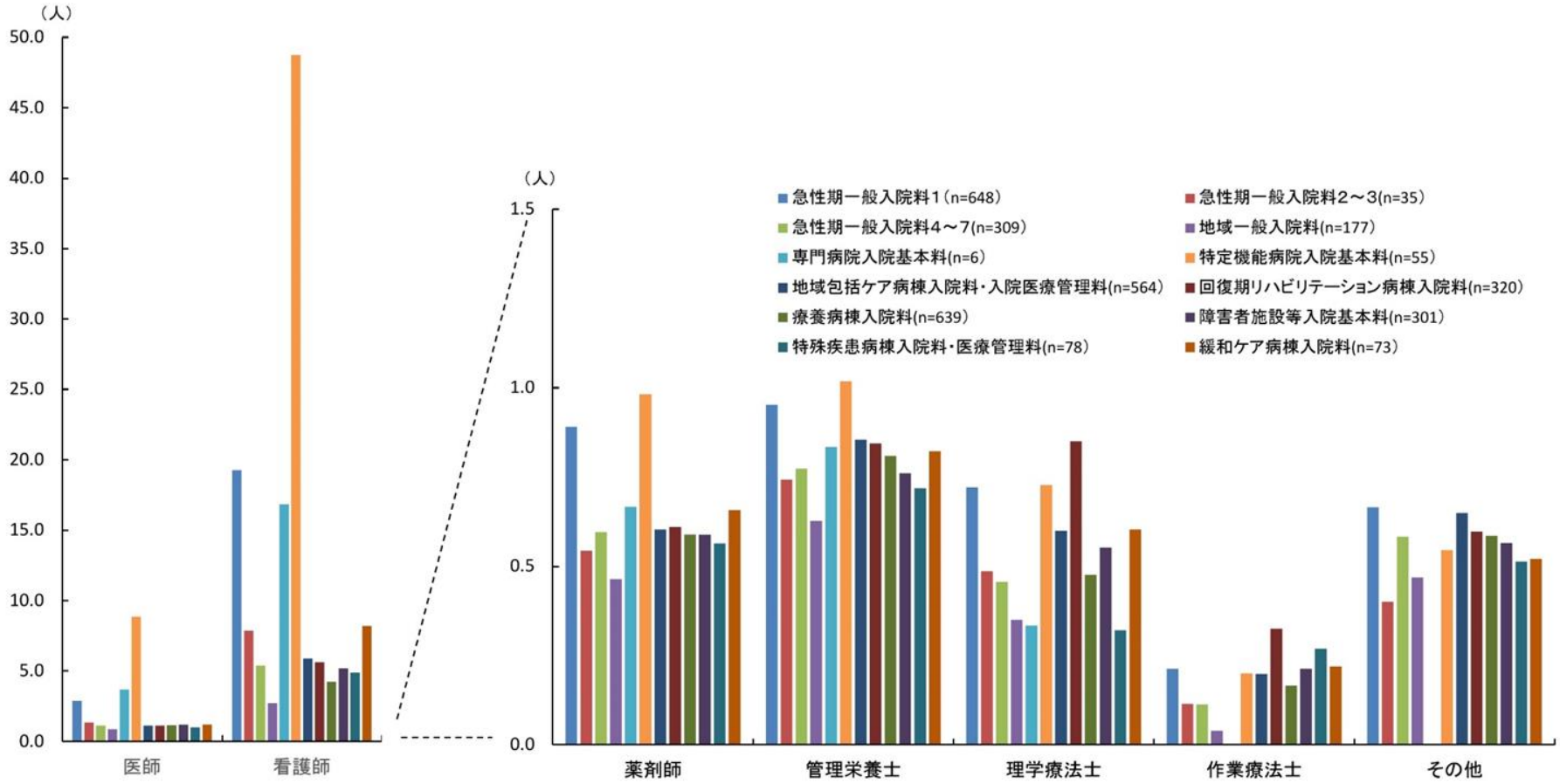


図　入院料別の褥瘡対策チームを構成する職員数

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

参考

褥瘡対策についての課題及び論点

○ 褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）において、褥瘡の発生予防及び発生後の全身管理の方法として、低栄養患者への介入や栄養補給方法等が示されている。

○ 褥瘡予防・管理ガイドライン（第4版）において、他職種で構成する褥瘡対策チームを設置してもよい（推奨度C1）とされており、現在の実態としても、褥瘡対策チームを構成する職種として、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等がいずれの入院料においても参画が見られた。



【論点】

○ 褥瘡予防・管理ガイドラインの内容も踏まえ、褥瘡対策チームによる取組に係る評価について、どのように考えるか。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/11/12）総-2-2　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00119.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

①医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
②小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化
③医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化
④周術期の栄養管理の推進
⑤栄養サポートチーム加算の見直し
⑥病棟における栄養管理体制に対する評価の新設
⑦褥瘡対策の見直し
⑧手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設

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

（新）　術後疼痛管理チーム加算　100点（一日につき）

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

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）入院Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考

術後痛について

○ 術後痛の遷延は早期離床の妨げとなり、術後合併症の発症率増加や在院日数の延長につながることが指摘されている。
○ 術後痛は以下のような課題がある。
- 安静時痛が術後せん妄のリスクとなり、術後せん妄は早期離床を妨げ、在院日数を延長させる。
- 術後痛の強さが在院日数に影響する。
- 強い術後痛により坐位・立位を維持できる時間が短縮する。

【疼痛と術後せん妄のリスク】

Table 4. Pain and Risk of Developing Delirium

	Controlled for procedure		Controlled for risk factors and procedure[a]	
	Risk ratio	*P* value	Risk ratio	*P* value
Rest pain 安静時痛	1.20 (1.04,1.37)	0.015	1.20 (1.01,1.43)	0.04
Movement pain	1.09 (0.95,1.26)	0.23	1.07 (0.91,1.25)	0.42
Maximal pain	1.14 (0.97,1.33)	0.10	1.11 (0.94,1.29)	0.23

The risk ratio (95% confidence interval) represents the increased risk of delirium for each 1-cm increment in pain score.
[a] The risk factors for which we controlled are: age, preoperative cognitive status, Specific Activity Scale class, abnormal electrolytes, and alcohol abuse.

→ 安静時痛が術後せん妄のリスクとなる

Lynch EP, et al. Anesth Analg , 1998

【術後痛と在院日数】

TABLE 2. Postoperative Data of Morphine-Adcon-L and Adcon-L Trial Groups[a]

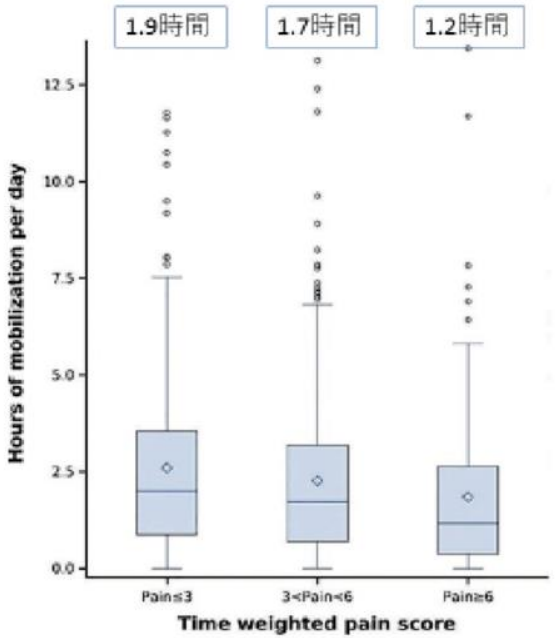
	M-ADL Group (51 patients)	ADL Group (49 patients)	*P* Value
Intraoperative complications	None	None	
Postoperative complications	None	None	
Postoperative PSLRT	64.41 degrees ± 1.59	57.77 degrees ± 1.85	0.02
Value of postoperative pain by VAS 痛みの強さ	12.3 mm ± 0.9	24.7 mm ± 11.5	<0.0001
No. of patients ambulatory by day of surgery	45	3	<0.0001
Average time to discharge (d) 退院までの期間	1.37 ± 0.07	2.53 ± 0.12	<0.0001
Assumption of postoperative analgesics	57.4%	95.9%	<0.0001
Assumption of analgesics at home (2-wk follow-up)	23.5%	55.1%	<0.0001
2-week subjective overall result	E, 80.4%; G, 19.6%	E, 59.2%; G, 40.8%	0.02
Mean postoperative work time loss (d)	21.67 ± 0.92	29.47 ± 1.18	<0.0001

[a] Mean values ± standard error of the mean. M-ADL, morphine-Adcon-L; ADL, Adcon-L; PSLRT, passive straight leg-raising test; VAS, visual analog scale; E, excellent; G, good.

Mastronardi L, et al. Neurosurgery, 2002

→ 術後痛が強い患者群で在院日数が長期化した

【術後痛と活動時間】



Rivas et al. Anesthesiology, 2021

→ 腹部手術術後48時間で活動を維持できた時間は疼痛スコアが高いほど短い

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

参考

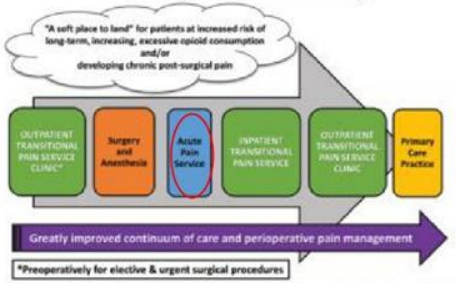
術後疼痛管理の取組みについて

○ 術後疼痛管理サービス（Acute Pain Service：APS）は、入院患者の全ての急性痛に対応する包括的なサービスと定義されており、急性痛には、術後痛だけでなく膵炎の痛みや炎症性腸炎の痛みなども含むが、通常術後痛に特化した運用がなされている。
○ 日本でも、麻酔科医が中心となり、多職種術後疼痛管理チームが編成されるようになった。

APSの概念



APSは臨床、教育、研究を担う
（出典：Miller's Anesthesia 8th Editionを参考に保険局医療課で作成）



Vetter TR, et al. Anesth Analg, 2017

周術期の切れ目ない疼痛管理におけるAPS

【APSと術後痛】

	Pain Indicator	Pre-APS (n = 1,304)	Post-APS (n = 671)	p Value*
痛み総合評価	AUC (cm × hr)	99 ± 94	59 ± 69	<0.0001
平均の痛み	Mean VAS (cm)	1.5 ± 1.4	1.0 ± 1.1	<0.0001
最大の痛み	VASmax (cm)	4.8 ± 2.6	3.9 ± 2.5	<0.0001
	Tmax (hr)	8.2 ± 12	8.2 ± 13	0.9812
強い痛みの時間	PVAS > 3 (hr)	12 ± 16	6.1 ± 11	<0.0001
痛みがある時間	Pain duration (hr)	39 ± 25	28 ± 22	<0.0001

APS = Acute Pain Service; VAS = visual analog scale; PVAS = persistence of VAS over 3 cm.

Bardiaan FM, et al. J Clin Anesth , 1999

→ APSの介入により術後痛は低下する

【APSと在院日数】

Surgical category	Quality variable	APS介入 (mean ± SD)	APS非介入 (mean ± SD)	Statistical significance
整形外科	在院日数 LOS*	1.9 ± 4.4	3.2 ± 3.1	$t = 45.1$, $P = 0.0000$
	Duration of 1° analgesic*	2.2 ± 3.1	2.0 ± 1.4	$t = 5.8$, $P = 0.02$
	Worst pain*	7.2 ± 2.6	7.3 ± 2.6	n.s.
	Least pain*	2.2 ± 1.9	2.0 ± 2.0	$t = 4.4$, $P = 0.4$
	痛み Moderate to severe pain*	3.9 ± 0.9	3.6 ± 1.0	$U = -6.2$, $P = 0.000$
	痛み Expected pain*	3.4 ± 1.3	3.1 ± 1.3	$U = -5.6$, $P = 0.0000$
	満足度 Satisfaction*	4.4 ± 0.8	4.0 ± 0.9	$U = -9.5$, $P = 0.0000$
胸部外科	在院日数 LOS	1.2 ± 3.0	2.6 ± 3.4	$t = 11.9$, $P = 0.0006$
	Duration of 1° analgesic	3.0 ± 1.9	2.7 ± 2.9	n.s.
	Worst pain	7.0 ± 2.7	6.9 ± 2.7	n.s.
	Least pain	1.7 ± 1.9	2.3 ± 2.1	$t = 5.2$, $P = 0.02$
	痛み Moderate to severe pain	3.9 ± 0.9	3.5 ± 1.1	$U = -3.6$, $P = 0.0003$
	痛み Expected pain	3.7 ± 1.5	3.1 ± 1.2	$U = -3.8$, $P = 0.0002$
	満足度 Satisfaction	4.5 ± 0.7	4.1 ± 1.0	$U = -3.6$, $P = 0.0003$
産婦人科	在院日数 LOS	1.4 ± 2.0	2.0 ± 1.6	$t = 22.6$, $P = 0.0000$
	Duration of 1° analgesic	1.8 ± 1.1	1.5 ± 0.8	$t = 23.6$, $P = 0.0000$
	Worst pain	7.1 ± 2.3	7.4 ± 1.7	$t = 4.2$, $P = 0.04$
	Least pain	1.9 ± 1.5	1.6 ± 1.7	$t = 6.7$, $P = 0.01$
	痛み Moderate to severe pain	4.0 ± 0.7	3.6 ± 0.8	$U = -8.1$, $P = 0.0000$
	痛み Expected pain	3.6 ± 1.1	3.1 ± 0.9	$U = -6.8$, $P = 0.0000$
	満足度 Satisfaction	4.5 ± 0.8	4.1 ± 0.7	$U = -8.8$, $P = 0.0000$

LOS, length of stay (day) Pain, satisfaction;点数が高いほど痛みが低く、満足度高い

Miaskowski C, et al. Pain , 1999

→ APSは痛みを軽減し、満足度を上げ、在院日数を短縮する

【APSと術後合併症】

Table 3. Side Effects by Service

Measure	PS group (n = 39)	APS group (n = 39)	P value
Any side effects (n)	22 (56)*	13 (33)	<0.05
More than one side effect (n)	5 (13)	4 (10)	NS
Urinary retention (n)	11 (28)	2 (5)	<0.01
Pruritus (n)	3 (8)	6 (15)	NS
Nausea (n)	12 (31)	5 (13)	<0.05
Respiratory depression (n)	0	0	NS

PS = primary service, APS = acute pain service, NS = nonsignificant.
*Numbers in parentheses are group percentages.

Stradey BR, et al. Anesth Analg, 1997

→ APSが関わることにより術後鎮痛に関連する合併症が減少する

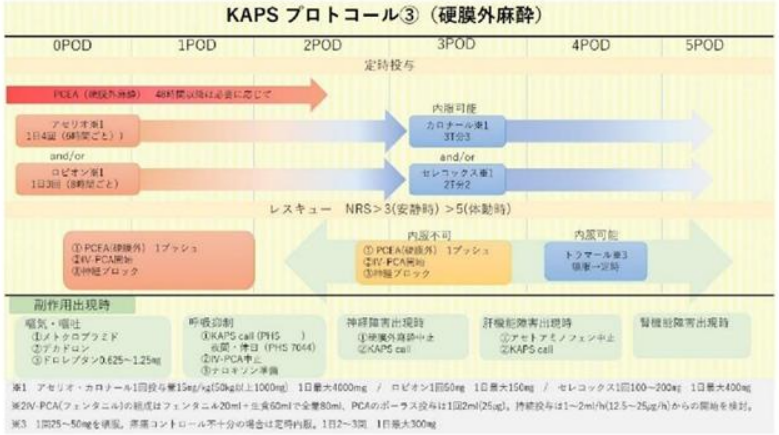
APSの介入により、術後痛、合併症が減少し、在院日数が短縮した。

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-3 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

参考

術後疼痛管理チームの構成及び介入方法について

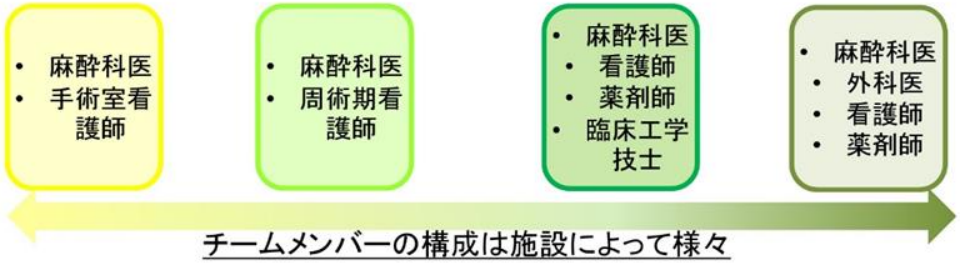
○ 医療機関毎にチームの構成は異なるが、概ね麻酔科医、看護師、薬剤師、臨床工学技士から構成されている。
○ 術後の全患者を対象とするが、概ね持続硬膜外鎮痛や持続末梢神経ブロック、静脈内自己調節鎮痛法を実施している患者を対象とすることが多く、疼痛コントロールが不十分な患者、嘔気・嘔吐の強い患者など必要に応じて施設ごとに対応している。

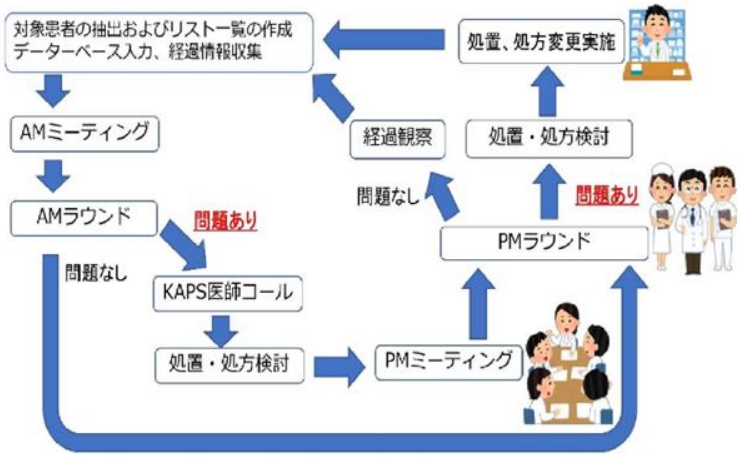


Kyorin Acute Pain Service(KAPS)のプロトコールの一例（杏林大学医学部附属病院）



鎮痛薬・鎮痛方法のアルゴリズム（例：iv-PCA）の一例（東京慈恵会医科大学第三病院）





Kyorin Acute Pain Service(KAPS)の活動内容

杏林大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院、岡山大学病院、自治医科大学附属病院、信州大学医学部附属病院、東京慈恵会医科大学附属病院、東京慈恵会医科大学附属第三病院、河北総合病院における術後疼痛管理チームに係る資料を参考に保険局医療課において作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

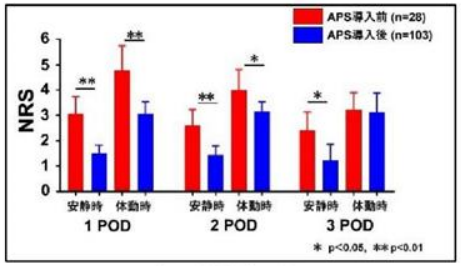
参考

術後疼痛管理チームの介入結果について

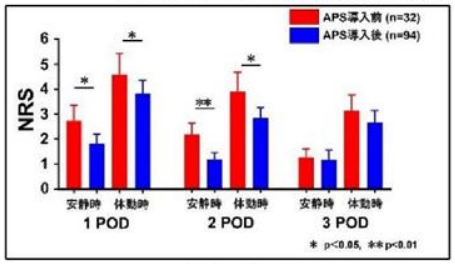
○ 術後疼痛管理チームの介入による変化については以下のとおり。
- 概ね術後疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。
- 術後合併症を評価することにより下肢神経障害などの発生を減らすことができた。
- 在院日数が短縮した。
- 麻酔科医の術後鎮痛回診・処置に要する時間が減少した。

＜術後疼痛管理チームの介入による疼痛スコア(NRS: numerous rating scale)の変化＞

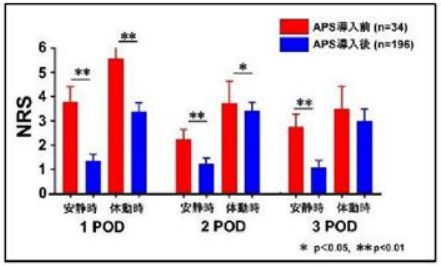
（杏林大学医学部附属病院の例）



婦人科開腹手術



上部消化管手術



下部消化管手術

術後疼痛管理チームが介入することで術後1～3日目の疼痛が軽減し、患者のQOLを向上させることができた。

＜術後疼痛管理チームの介入による合併症の原因検索と回避＞

（東京慈恵会医科大学附属病院の例）

	介入前 (n=70)	介入後 (n=71)	P value	オッズ比 (95%信頼区間)
年齢（歳）	43±11	44±11	0.84	
身長（cm）	158±5	159±5	0.28	
体重（kg）	57±11	57±9	0.75	
手術時間（分）	146±58	150±47	0.65	
下肢神経障害（n）	9	1	0.009	6.053 (1.274－28.76)

Mean ± SD

婦人科良性疾患の開腹手術において、術後に下肢しびれ感（感覚低下、筋力低下）を訴える患者がAPS のデータにおいて多く見られた。

APSで前後比較検討したところ、外科的要因による末梢神経障害の可能性を疑い、術中の術野展開方法等の介入を行うことで、術後下肢神経障害を減少させることができた。

＜術後疼痛管理チーム関与前後での在院日数の変化＞

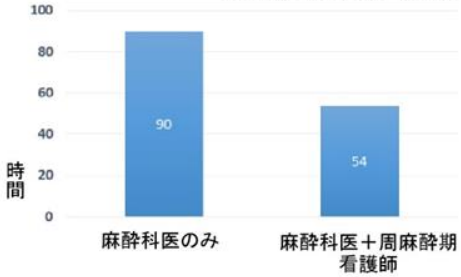
（東京慈恵会医科大学附属第三病院と河北総合病院の例）



術後疼痛管理チームの介入により、在院日数が短縮した。

＜術後鎮痛回診・処置に要する時間について（／月）＞

（信州大学医学部附属病院の例）



周麻酔期看護師と協働することで術後鎮痛の質を変えることなく、麻酔科医の術後鎮痛に要する時間が40%削減可能となった。

杏林大学医学部附属病院、名古屋市立大学病院、岡山大学病院、自治医科大学附属病院、信州大学医学部附属病院、東京慈恵会医科大学附属病院、東京慈恵会医科大学附属第三病院、河北総合病院における術後疼痛管理チームに係る資料を参考に保険局医療課において作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

参考

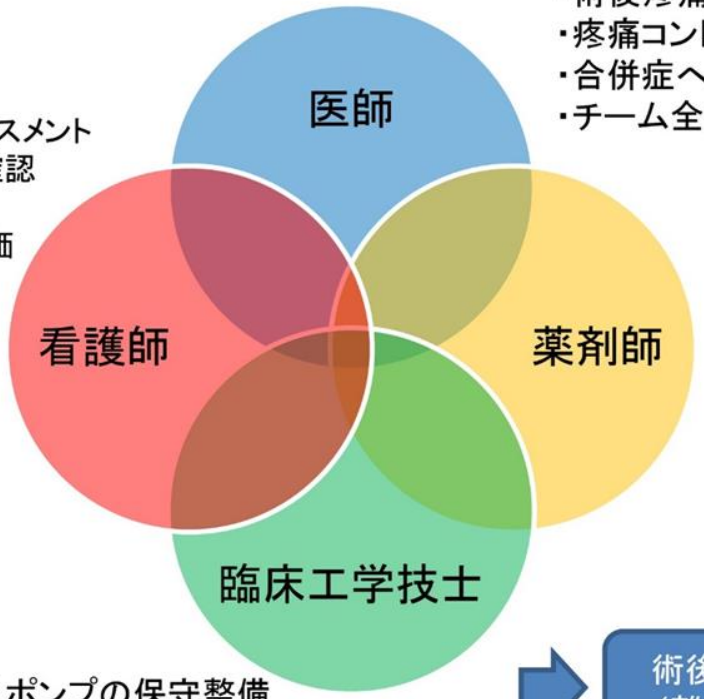
術後疼痛管理の適切な推進について

○ APSの活動条件として 1）24時間対応できる術後痛の管理、2）鎮痛薬・鎮痛方法（自己調節鎮痛法：PCAなど）の標準化（プロトコール）、3）管理内容の記録、4）多職種で構成されたチームの編成等があげられている。
○ APSを構成するメンバーとして、医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士等から編成され、周術期管理の一環として質の高い術後疼痛管理等ができるよう育成し、知識や理解のレベルアップが図られる仕組み（周術期管理チーム認定制度）が進められている。

術後疼痛管理に係るモデルケース

＜医師＞
・術後疼痛管理にかかる治療計画の立案
・疼痛コントロールを含む総合評価
・合併症への対応
・チーム全体の監督と教育

＜看護師＞
・術後疼痛・意識状態のアセスメント
・鎮痛剤の効果、副作用の確認
・PCAポンプの管理
・褥瘡・神経障害の予防・評価
・早期離床の促進



＜薬剤師＞
・薬剤の効果・副作用の評価
・評価を踏まえた対処薬の提案
・薬剤の適正使用に係る患者指導

＜臨床工学技士＞
・PCA（自己調節鎮痛）ポンプの保守整備
・PCAポンプのエラー対応
・PCAポンプの使用に係る病棟への周知、指導

→ 術後疼痛管理チームによる質の高い術後疼痛管理
（離床の改善、術後合併症の減少、入院日数短縮）

Acute Pain Management 5th edition
周術期管理チーム認定制度HP(https://pubilic .perioperative-management.jp)を参考に保険局医療課において作成

出典：厚生労働省_中医協総会（2021/12/10）総-3　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00127.html

⑨ 在宅医療における医科歯科連携の推進（再掲）

基本的な考え方：在宅医療における医科歯科連携を推進する観点から、歯科医療機関連携加算１について、医療機関が歯科訪問診療の必要性を認めて歯科医療機関へ情報提供を行った場合に係る要件を見直す。（Ⅰ－６(21)を参照）

具体的な内容：（略）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

⑨在宅医療における医科歯科連携の推進（Ⅰ-6㉑再掲）

⑩総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

⑪薬局に係る退院時共同指導料の見直し

⑫処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

⑬処方箋料の見直し

⑩ 総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進❶

基本的な考え方：HIV感染症等の口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

具体的な内容：総合医療管理加算及び在宅総合医療管理加算について、以下のとおり見直す。
１．施設基準を廃止し、全ての歯科医療機関を対象とする。
２．対象患者にHIV感染症患者を追加する。

改定後	現行
【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。	【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 ［算定要件］ 注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。
(16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療	(16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

⑩ 総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進❷

改定後	現行
【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。
［施設基準］ 六の二の四 歯科治療時医療管理料の施設基準 (1)～(4) （略）	［施設基準］ 六の二の四 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準 (1)～(4) （略）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

⑩ 総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進❸

改定後	現行
【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】	【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】
注４ 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。	注４ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。
(7)「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当	(7)「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

⑩ 総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進❹

改定後	現行
【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】 たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。 ［施設基準］ 八 在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準 (1)～(4) （略）	【在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）】 患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。 ［施設基準］ 八 歯科疾患在宅療養管理料の注４に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準 (1)～(4) （略）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

Ⅰ　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

Ⅰ－７ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

⑨在宅医療における医科歯科連携の推進（Ⅰ-6㉑再掲）

⑩総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

⑪薬局に係る退院時共同指導料の見直し

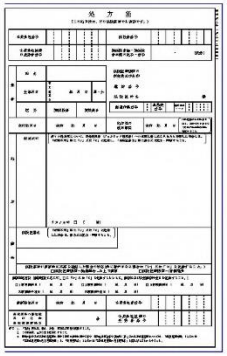
⑫処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

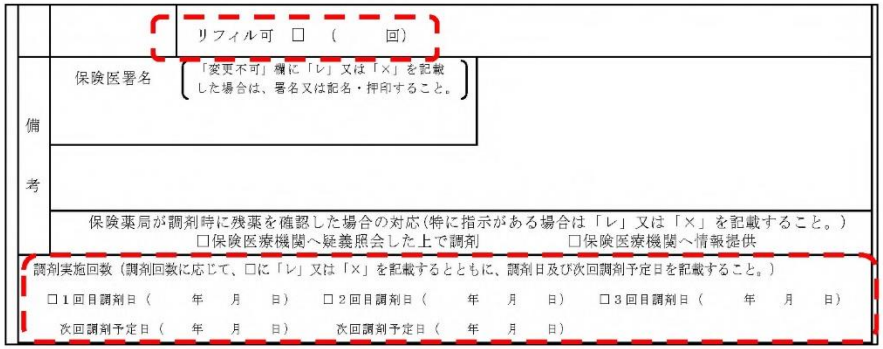
⑬処方箋料の見直し

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

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





リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

処方箋料について（概要）

F400　処方箋料

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

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

［算定要件］（抜粋）

○　処方箋料１

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

○　処方箋料２

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

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

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）外来Ⅰ　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

⑫ 処方箋様式の見直し （リフィル処方箋の仕組み）❶

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

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

改定後

［対象患者］

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

［留意事項］

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

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

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

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

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

⑫ 処方箋様式の見直し （リフィル処方箋の仕組み）❷

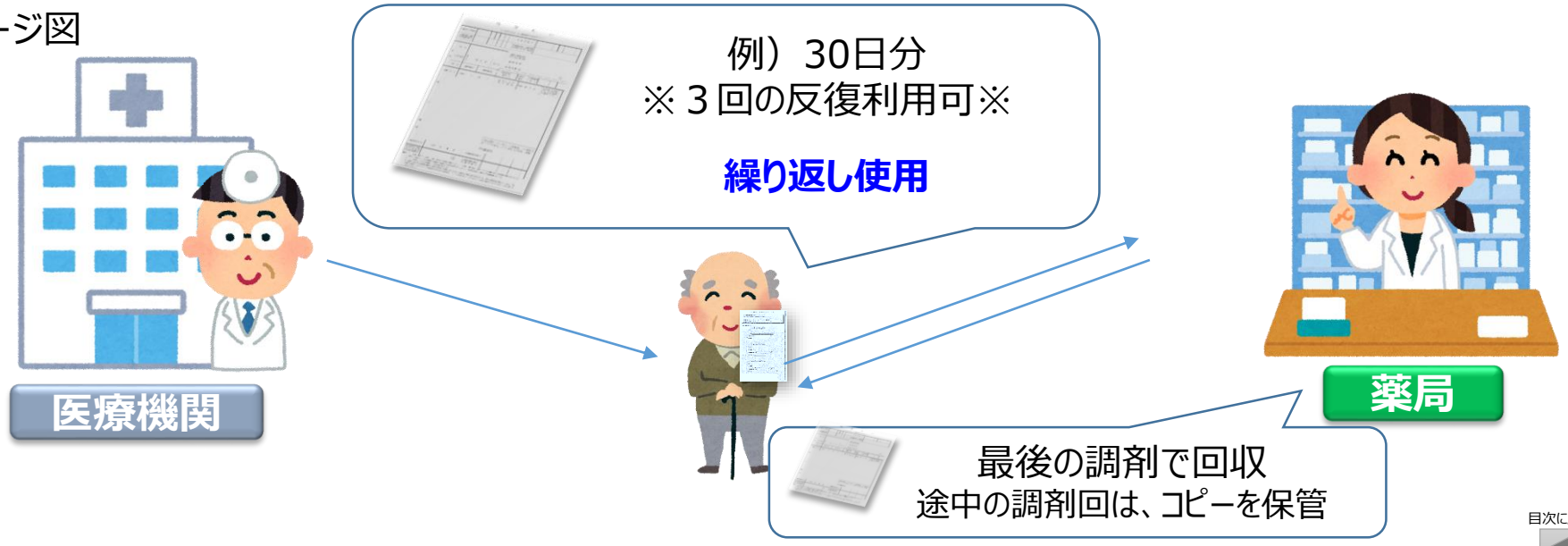
改定後

（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旨を説明すること。

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

イメージ図



参考：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）をもとに作成 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

目次に戻る

リフィル処方について

分割調剤　　**リフィル処方**

【参考：医師の指示による「分割調剤」と、「リフィル処方」の違い】

例） ９０日分の内服薬を、３０日分ごとに薬局で調剤して交付する場合

〈分割調剤〉
医師は９０日分の処方箋（３０日分×３枚）を発行し、薬局に対して３回の分割指示。
※調剤回数分の処方箋を発行　くわえて別紙も発行

〈リフィル制度〉
医師は３０日分の処方箋を、繰り返し利用できる回数（３回）を記載した上で発行。
※１枚の処方箋を発行

【リフィル処方をおこなう患者の背景について】
例）
- 30日の処方を繰り返し受けていた患者（都度、診察）
  ⇒　30日×3回のリフィル処方に
- 90日の長期処方を受けていた患者
  ⇒　30日×3回のリフィル処方に

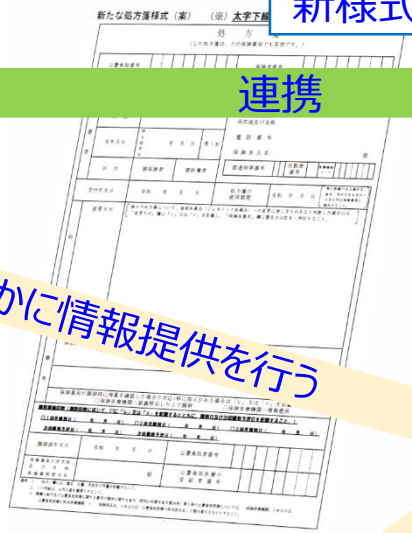
リフィル処方について

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

保険医



新様式



薬剤師



連携

・リフィル処方の判断
　⇒「リフィル可」欄にレ点
・投与期間、総投与期間は、個別に医学的に適切と判断した期間
・湿布薬など※は、リフィル不可

※保険医療機関及び保険医療養担当規則において、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。

速やかに情報提供を行う

調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ情報提供行う

服薬状況等の確認を行い、不適切と判断した場合は調剤をおこなわない

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旨を説明

受診勧奨

予定時期に来局しない場合、電話等により調剤の状況を確認する

他の薬局を希望時は、当該薬局へ情報提供

継続的な
薬学的管理指導

情報提供



【対象となる患者】
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

症状が安定している患者



他の薬局

出典：いらすとや（2022/2/2）　https://www.irasutoya.com/
参考：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09）をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

目次に戻る

⑬ 処方箋料の見直し

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

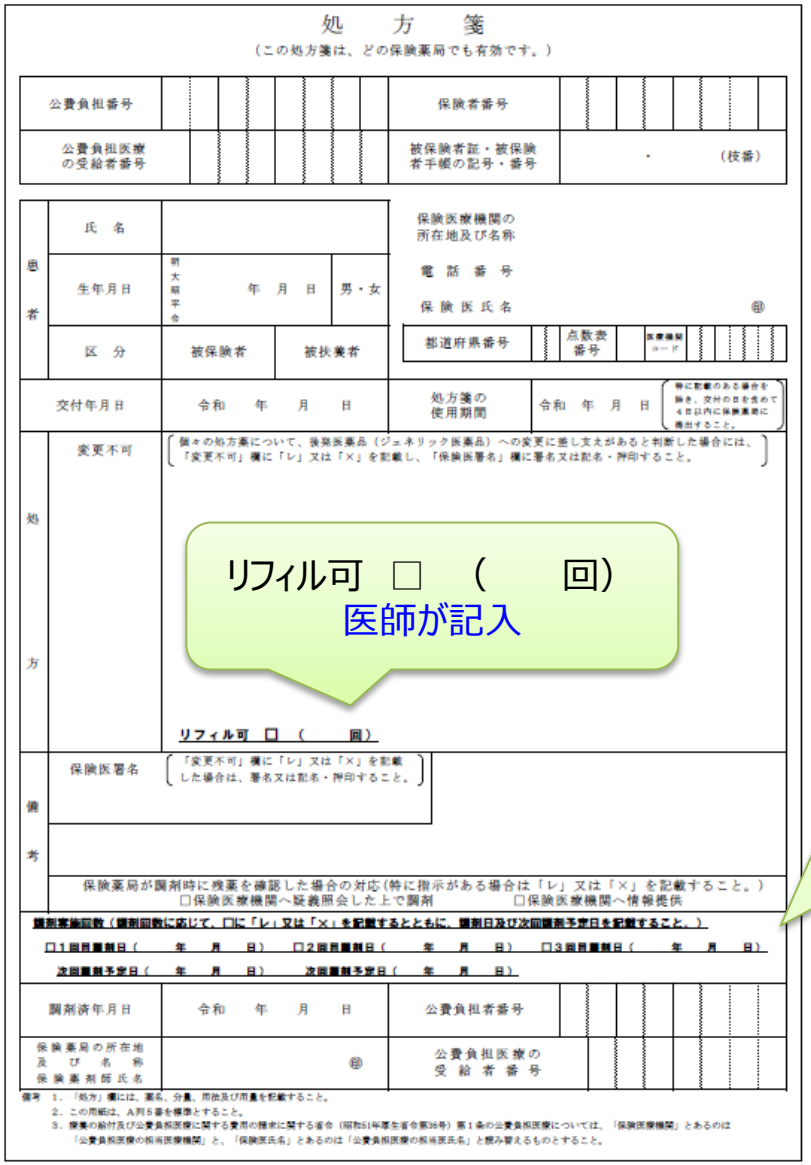
具体的な内容：リフィル処方箋により、当該処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする 。

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

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/9）　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html

処方箋様式

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、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・　（枝番）

患者

氏　名		保険医療機関の所在地及び名称	
生年月日	明 大 昭 平　年　月　日	男・女	電話番号
			保険医氏名　㊞
区　分	被保険者	被扶養者	都道府県番号 / 点数表番号 / 医療機関コード
交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。）

処方

変更不可　（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。）

リフィル可　□　（　　回）

保険医署名　（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）

備考

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

□1回目調剤日（　年　月　日）　□2回目調剤日（　年　月　日）　□3回目調剤日（　年　月　日）

次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

備考　1．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2．この用紙は、A列5番を標準とすること。
3．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条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の指定医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の指定医氏名」と読み替えるものとすること。

リフィル可　□　（　　回）
医師が記入

- 総使用回数の上限は３回
- １回目の調剤期間は、通常の処方箋の場合と同様
- ２回目以降の調剤は原則、前回の調剤日を起点とし、投薬期間を経過する日（次回調剤予定日）の前後７日以内とする
- １回目又は２回目（３回可の場合）の調剤時に調剤日及び次回調剤予定日を記載
- 薬局名、薬剤師名を余白又は、裏面に記載
- 総使用回数の調剤が終わった処方箋を保管（それまでは写しを保管）

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□１回目調剤日（　　年　月　日）
□２回目調剤日（　　年　月　日）
□３回目調剤日（　　年　月　日）

次回調剤予定日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09）をもとに作成　https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

目次に戻る



ご清聴
ありがとうございました