

令和4年度診療報酬改定の概要 【全体概要版】

厚生労働省 保険局 医療課長
井内 努

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和4年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.43%

- ※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23%
 - 各科改定率 医科 +0.26%
 - 歯科 +0.29%
 - 調剤 +0.08%
- ※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%
- ※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）
- ※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%
- ※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%
なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

- ① 薬価 ▲1.35%
 - ※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%
 - ※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%
- ② 材料価格 ▲0.02%

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

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

令和4年度診療報酬改定について

看護における処遇改善について

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

（注1） 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注2） 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

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

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

改定の基本的視点と具体的方向性

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

【具体的方向性の例】

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

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

【具体的方向性の例】

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

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

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

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

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

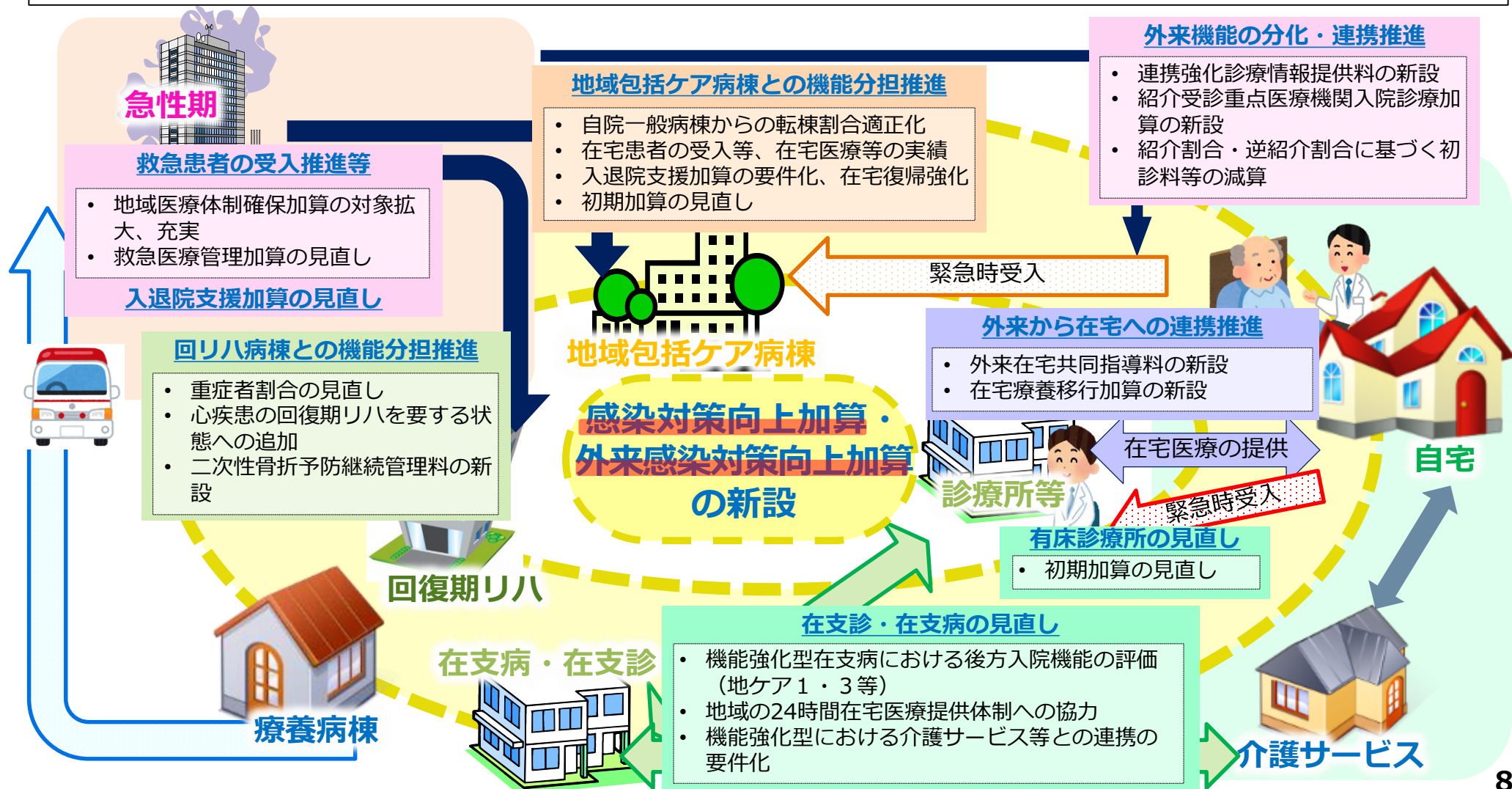
医科 診療報酬改定の概要

- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の強化、機能分化
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 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
- 不妊治療の保険適用
- 情報通信機器を用いた診療に係る評価

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組②（連携編）

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



入院医療に係る評価の主な見直し①

【急性期入院医療・高度急性期入院医療】

○ 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、さらに機能強化、分化が進むよう、見直しを実施。

1. 一般病棟入院基本料

- 患者の状態に応じた適切な医療が提供されるよう、**重症度、医療・看護必要度による評価の適正化**を実施するとともに、**入院料の再編**を含めた見直しを実施
- あわせて、**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評価を有する医療機関**を新たに評価

●急性期一般入院料

- ✓ 重症度、医療・看護必要度の評価項目を見直し（**心電図モニター**の管理を削除等）、**該当患者割合の基準も見直し**（200床未満への緩和策も実施）
- ✓ 入院料の分類を、**7段階から6段階へ再編**し、機能分化を後押し
- ✓ **重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価の要件化について、病床数200床以上の急性期一般入院料1**まで拡大
- ✓ 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評価を有する医療機関における診療を評価する観点から、**急性期充実体制加算を新設**

●地域一般入院料

- ✓ **データ提出加算を要件化**し、データに基づく評価を推進

2. 特定集中治療室管理料等

- 早期の回復への取組推進や、**新興感染症等の有事にも対応できる人材育成も踏まえた新たな評価**を実施
- **早期回復を目的とした取組**をさらに推進
- ✓ **重症度、医療・看護必要度Ⅱを導入**し、看護職員の負担を軽減
- ✓ **新興感染症等有事にも対応できる体制の構築**を評価する観点から、**重症患者対応体制強化加算**を新設
- ✓ 重症患者等に対する支援に係る評価を推進する観点から、**重症患者初期支援充実加算**を新設
- ✓ **早期回復を目的とした取組に係る評価の対象病室の見直し等**を実施
- ✓ 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

入院医療に係る評価の主な見直し②

【回復期入院医療】

3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

➤ **在宅医療の提供**や、**在宅患者等の受入**に係る評価を推進するとともに、自院一般病棟からの受入割合が高い場合の評価を適正化し、**実態を踏まえた評価を推進**

- ✓ **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**
- ✓ 200床以上の病院で、**自院一般病棟からの転棟割合を6割未満**とし、**満たさない場合、85/100に減算**
- ✓ **在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ**
- ✓ **在宅復帰率の水準を引き上げ等**を行うとともに、**許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化**

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料

➤ 質の高いリハビリテーションを推進する観点から、**重症患者割合を引き上げる**とともに、実績等の低い入院料を適正化して再編

➤ 対象患者として**心大血管疾患の患者を組み入れ**

- ✓ 入院料の分類を、**6段階から5段階へ再編**し、入院料5は**新規届出用の入院料として設定**（届け出後、2年間の時限算定）
- ✓ **重症患者割合を引き上げる**とともに、第三者評価による適切なFIM測定を推進
- ✓ 回復期リハビリテーション病棟の**対象に心大血管疾患の患者を、組み入れ**

入院医療に係る評価の主な見直し③

【慢性期入院医療等】

5. 療養病棟入院基本料

- 療養病棟において、更なる質の高い医療が行われるよう、中心静脈栄養患者に係る要件を追加
- 病棟に入院している患者や行われている医療等を踏まえた、経過措置病棟の評価を適正化
 - ✓ 中心静脈栄養を実施する場合は、嚥下機能評価等を要件化
 - ✓ 経過措置病棟において、リハビリテーションを実施する際のFIM測定を要件化するとともに、評価を適正化（85/100→75/100）

6. 障害者施設等入院基本料等

- 患者の状態等を踏まえ、障害者等以外の患者の入院料を適正化
 - ✓ 重度の意識障害を有しない脳卒中患者への評価を療養病棟入院料の評価体系を踏まえ見直し
 - ✓ 栄養サポートの取り組みを推進

7. 緩和ケア病棟入院料

- ✓ ガイドライン等を踏まえた疼痛の評価を実施した場合の加算を新設

8. 有床診療所入院基本料等

- 有床診療所が地域包括ケアシステムの中で担っている役割の評価を拡充
 - ✓ 急性期病棟・在宅から患者を受け入れた場合の評価の拡充
 - ✓ 慢性透析患者を受け入れた場合の評価の新設

9. DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料

- 医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いを進めていく観点から、DPC/PDPSの見直し
- 短期滞在手術等基本料を3種類→2種類に再編し、対象手術も大幅に拡大
 - ✓ 医療機関別係数を見直し（新型コロナウイルス対応などを追加）
 - ✓ 短期滞在手術等基本料を再編（3種類→2種類）し、基本料3の対象手術を拡大（19→57種類）

入院医療に係る評価の主な見直し④

【働き方改革の推進】

- 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を確保
- 各職種の勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療を推進
- ✓ 地域医療体制確保加算の対象医療機関を拡大（小児・周産期医療に係る病院）し、点数を引き上げ
- ✓ 医師事務作業補助体制加算において、経験年数に着目した評価体系とし、点数を引き上げ
- ✓ 夜間看護体制加算等における業務管理等の項目に、必須項目を設定
- ✓ 看護職員夜間配置加算等の点数を引き上げ
- ✓ 看護補助者の活用に係る十分な体制を整備している場合の評価として、看護補助体制充実加算を新設
- ✓ 小児入院医療管理料を病棟薬剤業務実施加算の対象とするとともに、周術期薬剤管理加算を新設し、病院薬剤師へのタスクシフティングを推進
- ✓ カンファレンス等の実施について、ビデオ通話可能な機器を用いることを標準化

【その他の取組の推進】

- 入退院支援をさらに推進し、ヤングケアラーを入退院支援加算の対象に追加
- 画像診断等の報告書の確認漏れを防ぐことによる医療安全対策を推進
- 周術期の栄養管理や疼痛管理について新たに評価し、質の高い周術期管理を推進
- データ提出加算の要件化を進め、アウトカム評価を推進
- 新型コロナウイルス感染症に係る特例的な評価、臨時的な取扱いを引き続き実施
- ✓ 入退院支援加算の対象にヤングケアラーを追加
- ✓ 画像診断等の報告書確認漏れを防ぎ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価として、報告書管理体制加算を新設
- ✓ 周術期栄養管理実施加算、術後疼痛管理チーム加算を新設し、質の高い周術期を推進
- ✓ データ提出加算の届出を要件化する対象を地域一般入院料等に拡大
- ✓ 新型コロナに対する診療等について特例的な評価を継続するとともに、実績等の臨時的な取扱いも継続

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

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

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

[算定要件]

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

[主な施設基準]

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

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

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

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

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

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

(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点

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

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。

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

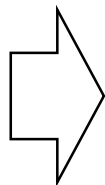
評価項目の見直し

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

現行

【一般病棟用】

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

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

急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

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

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	許可病床数 200床以上	31%/ <u>28%</u>	<u>27%</u> / <u>24%</u>	<u>24%</u> / <u>21%</u>	<u>20%</u> / <u>17%</u>	<u>17%</u> / <u>14%</u>	測定している こと
	必要度I/II	許可病床数 200床未満	<u>28%</u> / <u>25%</u>	<u>25%</u> / <u>22%</u>	<u>22%</u> / <u>19%</u>		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	-				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療等に関する調査への適切な参加 届出にあたり入院料1の届出実績が必要 		-		
データ提出加算		○ (要件)					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	<u>1,382点</u>

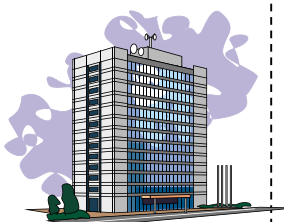
【経過措置】

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

特定集中治療室等における重症患者の対応体制強化に係る評価

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

特定集中治療室等における重症患者の対応強化



特定集中治療室

特定集中治療室管理料の対象患者

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

① 重症患者に対する24時間体制の医療提供

➤ 重症患者に対する24時間体制の医療提供の一定の実績

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

② 専門性の高い看護師・臨床工学技士の手厚い配置

➤ ICU等における専門性の高い看護師（認定・専門・特定行為）の活用

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

➤ 高度な医療機器の管理等を実施する臨床工学技士の活用

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

➤ 高水準なケアを維持するための人材育成、有事における機動的な人員配置

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

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

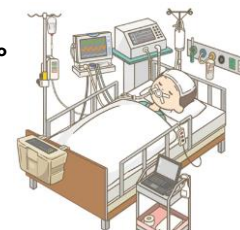
③ 重症患者への対応力向上を目的とした院内・院外研修

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

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

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

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



特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価

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

救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～4

(新) 重症患者対応体制強化加算

イ	3日以内の期間	750点
ロ	4日以上7日以内の期間	500点
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	<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。		<p>*実施業務*</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

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)

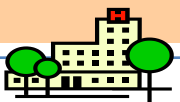
[算定要件]

- 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。

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	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 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) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
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) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 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) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
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 <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

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

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

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

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

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

医療区分について（参考）

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

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

D 2 3 7 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
 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの
 D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
 K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
 K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
 K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)
 K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
 K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K 2 1 7 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
 K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
 K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側)
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側)
 K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 K 3 8 9 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
 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
 K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
 K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
 K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
 K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K 8 7 2-3 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
 K 8 7 2-3 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
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術

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

- 【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

改定後

- 【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。

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療体制確保加算の見直し

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

現行

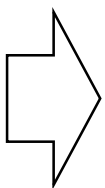
【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 520点

【施設基準】

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。

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



改定後

【地域医療体制確保加算】

地域医療体制確保加算 **620点**

【施設基準】

「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。

以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。

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

イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

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

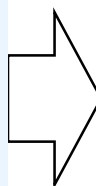
医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る要件の見直し

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

現行

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに基準を満たしていること。
 (新設)



改定後

医師事務作業補助体制加算1の施設基準
(削除)

当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

※ 医師事務作業補助体制加算2については上記要件を設けない

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

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師事務作業補助体制加算について、評価を見直す。

現行

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	970点	910点
2.0対1	758点	710点
2.5対1	630点	590点
3.0対1	545点	510点
4.0対1	455点	430点
5.0対1	375点	355点
7.5対1	295点	280点
10.0対1	248点	238点



改定後

医師事務作業補助者の配置	加算1	加算2
1.5対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
2.0対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
2.5対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
3.0対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
4.0対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
5.0対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
7.5対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
10.0対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>

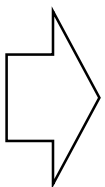
診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

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

現行

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
(新設)



改定後

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
許可病床数が400床以上の保険医療機関については、以下の要件を加える。

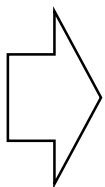
- ・ 専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること
- ・ 当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施していること

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

現行

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
(新設)

(新設)



改定後

【診療録管理体制加算】
[施設基準]
許可病床数が400床以上の保険医療機関については、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。

毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制等について、別添様式により届け出ること。

届出内容(例)

- ・ バックアップ対象のシステム
- ・ バックアップの頻度、保管方式

データ提出に係る届出を要件とする入院料の見直し

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

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

[経過措置]

- ① 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床以上のものにあつては**令和5年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ② 令和4年3月31日において、現に地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関で、許可病床数が200床未満のものにあつては**令和6年3月31日まで**の経過措置を設ける。
- ③ 令和4年3月31日において、病床数によらず、データ提出加算の届出が要件となっている入院料をいずれも有していない保険医療機関であつて、地域一般入院料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものについては、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料については、**令和6年3月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たすものとみなす。

外来医療の強化、機能分化

外来医療等に係る評価の主な見直し①

【外来医療の機能分化】

1. 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し等

- ✓ 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し**
- ✓ 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し**
- ✓ **紹介受診重点医療機関入院診療加算の新設**

2. 紹介割合等に基づく初診料等減算の見直し

- ✓ 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、**一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関**を対象に追加
- ✓ 「紹介率」・「逆紹介率」について、「**紹介割合**」「**逆紹介割合**」と名称を変更し、**実態を踏まえ算出方法・基準を変更**

【かかりつけ医機能の評価】

1. 地域包括診療料・加算の見直し

- ✓ 慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患に**慢性心不全及び慢性腎不全を追加**

2. 連携強化診療情報提供料の新設

- ✓ かかりつけ医機能を有する医療機関等が、他医療機関の求めに応じて診療情報を提供した場合について、**連携強化診療情報提供料と名称を変更するとともに、算定上限回数を月1回に変更**
- ✓ 「**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**

3. 機能強化加算の見直し

- ✓ **評価を行うかかりつけ医機能を明確化**
- ✓ **診療実績や、地域における保健・福祉サービス機能**について、要件に追加

4. 小児かかりつけ診療料の見直し

- ✓ **時間外対応に係る体制の在り方を考慮した評価体系**に見直し

5. 生活習慣病管理料の見直し

- ✓ **投薬に係る費用を生活習慣病管理料の包括評価の対象範囲から除外**し、評価を見直し

外来医療等に係る評価の主な見直し②

【リフィル処方箋の仕組み】

1. リフィル処方箋の仕組み新設

- ✓ 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仕組みを設け、[処方箋の様式を見直し](#)

2. 処方箋料における減算規定緩和

- ✓ 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](#)

【オンライン資格確認の活用推進】

1. 電子的保健医療情報活用加算の新設

- ✓ [オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等](#)を取得し、[当該情報を活用して診療等を実施](#)することに係る評価として、[電子的保健医療情報活用加算](#)を新設

【外来等におけるデータ提出の評価】

1. 外来データ提出加算等の新設

- ✓ [生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等](#)において、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関する[データを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設](#)

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

定額負担 5,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

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

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

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

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

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

【再診の場合】

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

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

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。

Original prescription form layout showing various fields for patient information, medical history, and medication details.



	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)
備考	保険医署名 <small>「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。</small>
	<small>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。)</small> <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供
	<small>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。)</small> <input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 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)

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

【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。

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。

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価

電子的保健医療情報活用加算の新設

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

初診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

[対象患者]

- オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

(※)

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

[施設基準]

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

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

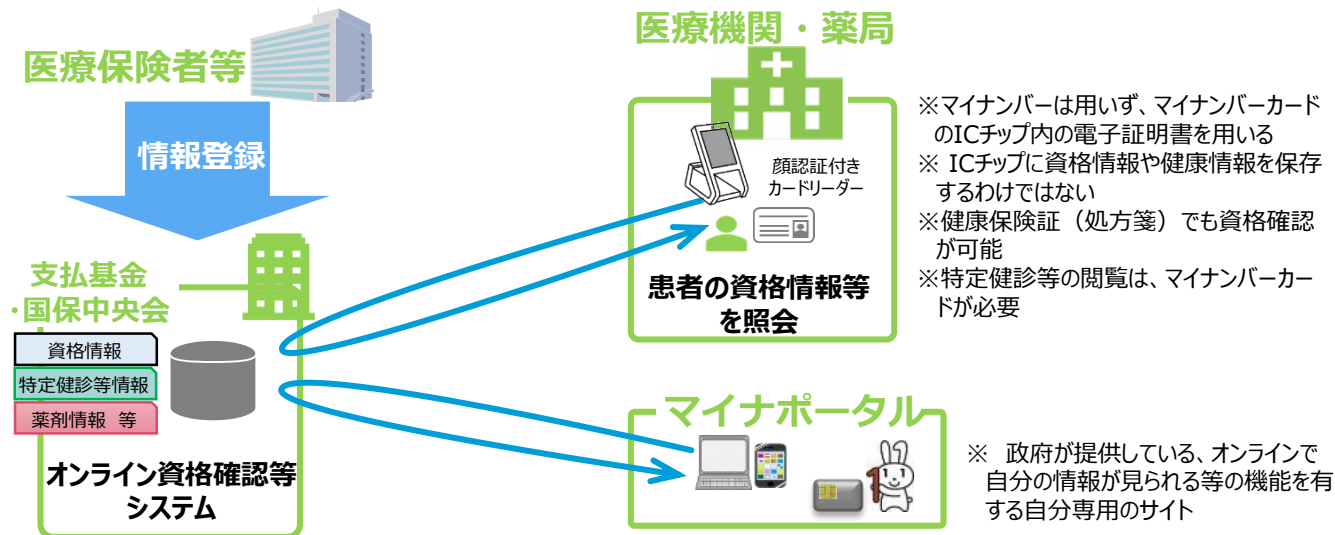
- マイナンバーカードを保険証として利用できる「オンライン資格確認」は、令和3年10月から本格運用を開始したところ。今後、**閲覧できる医療情報の拡大や電子処方箋の仕組みの構築**等を予定しており、**データヘルスの基盤となる**ことが期待されている。政府では、**令和5年3月末までに概ね全ての医療機関・薬局での導入**を目指しており、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会においても、「オンライン資格確認推進協議会」を設置し、オンライン資格確認を推進いただいている。

オンライン資格確認を利用するメリット

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
※ マイナンバーカードだけでなく、従来の保険証でも資格の有効性が確認できる。
- ② 医療機関や薬局において、特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を提供できる**。

マイナンバーカードの交付状況

- ・人口に対する交付枚数率は、**41.8%**（令和4年2月1日時点）
- ・マイナポイント第2弾として、マイナンバーカードの健康保険証利用申込を行った方に7,500円相当のポイントを付与する。（令和4年6月頃～）



オンライン資格確認導入に関する
手続き・各種申請は
医療機関等向けポータルサイトで！



AIチャットボット
「シカクくん」



医療機関ポータル

検索

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

在宅医療・訪問看護に係る評価の主な見直し

【在宅医療】

1. 在支診及び在支病による地域連携等の推進

- ✓ 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7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明記
- ✓ 機能強化型在支病において後方支援機能を強化する観点から、後方ベッドの確保の上在宅患者の緊急入院受入又は地ケア1又は3の届出を要件に組み入れ

2. 外来から在宅への切れ目のない在宅医療の推進

- ✓ 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
- ✓ 従来の継続診療加算を名称変更した上で、地域の医師会又は市町村が構築する当番医制等に加入し、市町村・医師会と連携して、必要な在宅医療体制を確保した場合の評価として、在宅療養移行加算を新設

3. 小児の在宅医療の評価

- ✓ 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

【訪問看護】

4. 利用者が安心して24時間対応等を受けられる体制整備の推進

- ✓ 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

5. 専門性の高い看護師による訪問看護の評価の推進

- ✓ 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

6. 退院支援の見直し

- ✓ 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

7. 遠隔死亡診断の補助の評価

- ✓ 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

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

[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。



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。

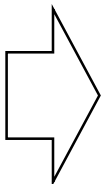
現行

【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



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
- ・ **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
 - ・ 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
 - ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- 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

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

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

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

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し①

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

(新) 外来感染対策向上加算 6点 (患者1人につき月1回)

[算定要件]

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

[主な施設基準]

- (1) 専任の**院内感染管理者**が配置されていること。
 - (2) **少なくとも年2回程度**、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する**院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること**。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する**新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること**。
 - (3) 新興感染症の発生時等に、**都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し**、そのことについて自治体のホームページにより公開していること。
- 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 連携強化加算 3点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

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

(新) サーベイランス強化加算 1点 (患者1人につき月1回)

[施設基準]

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

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

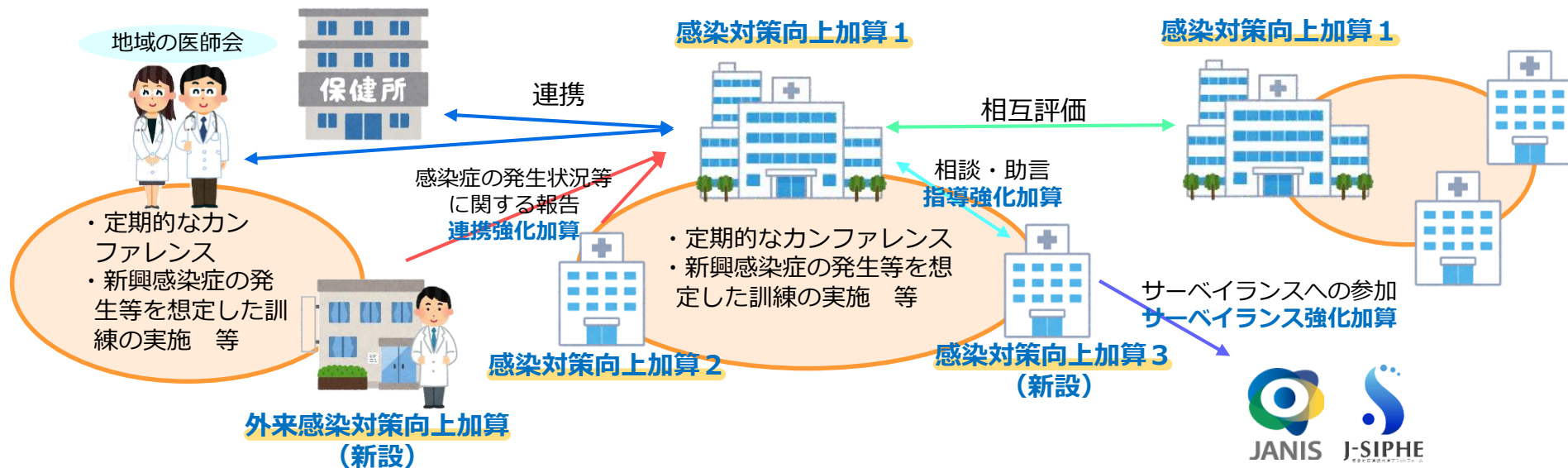
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

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



不妊治療の保険適用

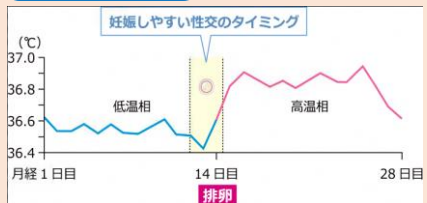
不妊治療の診療の流れと保険適用の範囲 (令和4年4月以降)

一般不妊治療

【新たに保険適用】

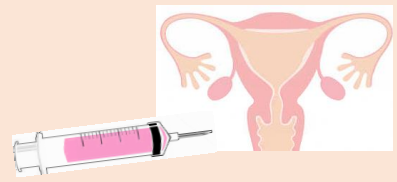
タイミング法

※管理料で
包括評価



人工授精

※評価を新設



＜「生殖補助医療」の補足＞

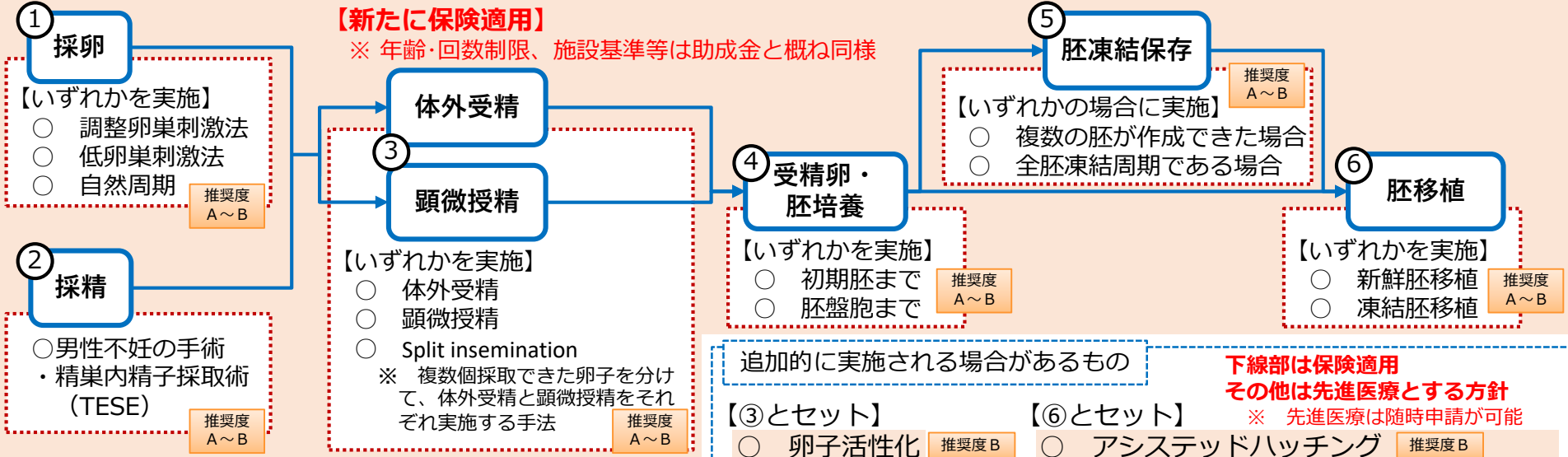
- 下記診療の流れは、生殖医療ガイドラインに記載されている医療技術等について整理したもの。
- 推奨度ごとの考え方は、以下のとおり。

推奨度 A：実施を強く推奨
推奨度 B：実施を推奨
推奨度 C：実施を考慮

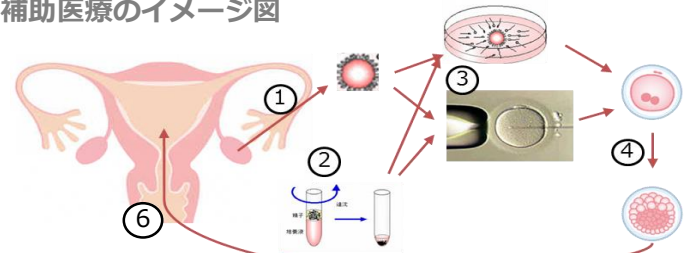
生殖補助医療

【新たに保険適用】

※年齢・回数制限、施設基準等は助成金と概ね同様



生殖補助医療のイメージ図



- 追加的に実施される場合があるもの
- 下線部分は保険適用
その他は先進医療とする方針**
 ※ 先進医療は随時申請が可能
- 【③とセット】
 - 卵子活性化 推奨度 B
 - IMSI 推奨度 C
 - PICSI 推奨度 C
 - 【④とセット】
 - タイムラプス 推奨度 C
 - 【⑥とセット】
 - アシステッドハッチング 推奨度 B
 - 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 推奨度 B
 - 子宮内膜受容能検査 推奨度 C
 - 子宮内細菌叢検査 推奨度 C
 - SEET法 推奨度 C
 - 子宮内膜スクラッチ 推奨度 C
 - PGT 推奨度 B
 - 反復着床不全に対する投薬 推奨度 C

不妊治療の診療の流れと診療報酬点数 (令和4年4月以降)

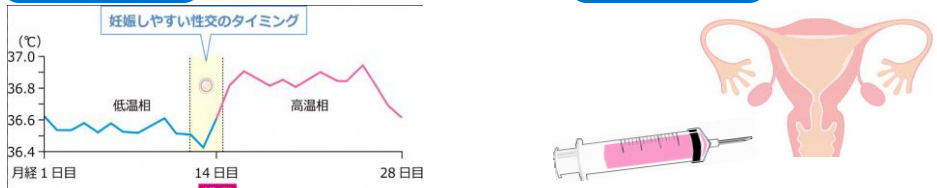
一般不妊治療

タイミング法

一般不妊治療管理料
○ 250点 (3月に1回)

人工授精

人工授精
○ 1,820点

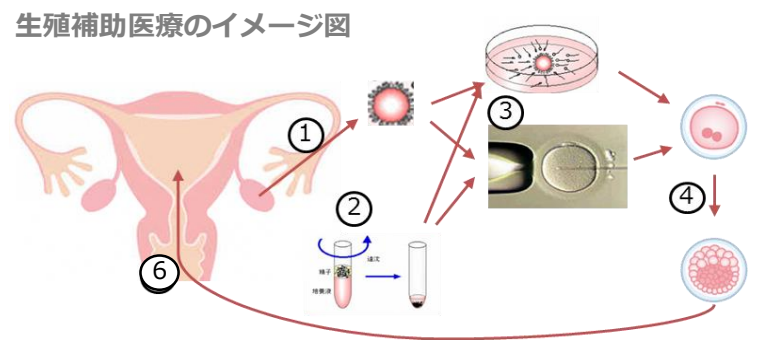


妊娠しやすい性交のタイミング

低温相 高温相

月経1日目 14日目 28日目

排卵



生殖補助医療管理料 (月に1回)

1 : 300点 (相談対応の専任者を配置)

2 : 250点 (上記以外)

① 採卵

採卵術
○ 3,200点+2,400~7,200点 (採卵数に応じ加算)

抗ミューラー管ホルモン (AMH)
○ 600点 (6月に1回)

② 採精

Y染色体微小欠失検査
○ 3,770点 (患者につき1回)

精巣内精子採取術

1 : 単純なもの 12,400点

2 : 顕微鏡を用いたもの 24,600点

③ 体外受精・顕微授精

+ 卵子活性化処理

体外受精・顕微授精管理料

1 : 体外受精 4,200点

2 : 顕微授精 4,800~12,800点 (個数に応じ評価)

+ 採取精子調整加算 5,000点

+ 卵子調整加算 1,000点

④ 受精卵・胚培養

受精卵・胚培養管理料
○ 4,500~10,500点 (個数に応じ評価)

+ 胚盤胞に向けた管理
1,500~3,000点 (個数に応じ加算)

胚凍結保存

胚凍結保存管理料

1 : 胚凍結保存管理料 (導入時)
5,000~13,000点 (個数に応じ評価)

2 : 胚凍結保存維持管理料
3,500点 (年に1回)

⑥ 胚移植

+ アシストド・ルッチング

+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液

胚移植術

1 : 新鮮胚移植 7,500点

2 : 凍結・融解胚移植 12,000点

+ アシストド・ルッチング 1,000点

+ 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

生殖補助医療

不妊治療の保険適用

- 子どもを持ちたいという方々に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、以下のとおり、不妊治療に係る医療技術等の評価を新設する。

一般不妊治療に係る評価の新設

(一般不妊治療に係る医療技術等の評価)

- 一般不妊治療管理料
- 人工授精

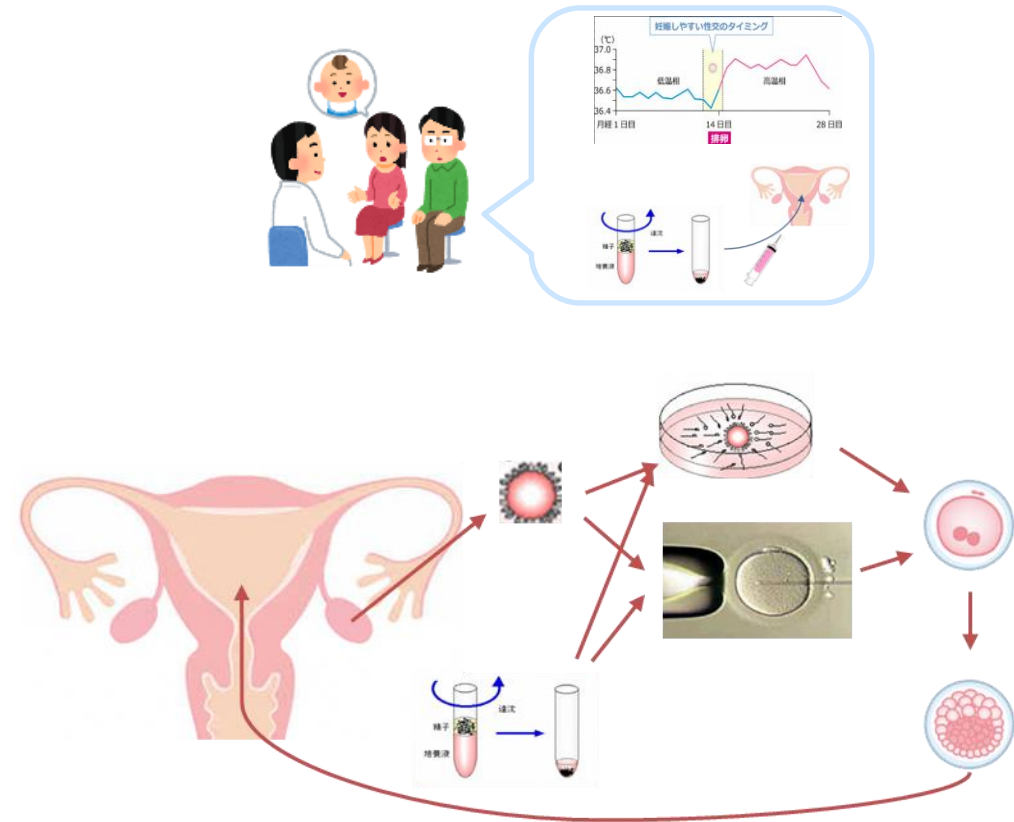
生殖補助医療に係る評価の新設

(生殖補助医療に係る医療技術等の評価)

- 生殖補助医療管理料
- 採卵術
- 抗ミュラー管ホルモン (AMH)
- 体外受精・顕微授精管理料
 - 卵子調整加算
- 受精卵・胚培養管理料
- 胚凍結保存管理料
- 胚移植術
 - アシステッドハッチング
 - 高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置

(男性不妊治療に係る医療技術等の評価)

- Y染色体微小欠失検査
- 精巣内精子採取術



情報通信機器を用いた診療に係る評価

情報通信機器を用いた評価の新設・見直し

1. 初診

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が改定されたことを踏まえ、評価を新設
 - ✓ 「**初診料（情報通信機器を用いる場合） 251点**」を新設（**対面の場合の87%**）
 - ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件は設定しない

2. 再診

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における臨時的・時限的特例の実態も踏まえ、評価を新設
- オンライン診療料は廃止
 - ✓ 「**再診料 情報通信機器を用いる場合 73点**」を新設
 - ✓ 「**外来診療料 情報通信機器を用いる場合 73点**」を新設
 - ✓ 施設基準の届出を求めるが、「オンライン診療料の算定数を全体の1割以下」「医療機関と患家との距離が概ね30分以内」といった条件を撤廃

3. 医学管理料

- 算定可能な医学管理料を整理・追加するとともに、点数を引き上げ
 - ✓ **検査・処置等を伴わない医学管理料を算定可能として追加**し、現行の9種類から**20種類へ増加**
 - ✓ 点数は、**全て対面の場合の87%**として設定

4. 在宅医療

- 在宅時医学総合管理料において活用場面を整理・拡大し、施設入居時等医学総合管理料にも対象拡大
 - ✓ 「**月1回の在宅診療と月1回のオンライン診療**」、「**2月に1回の在宅診療と2月に1回のオンライン診療**」の場合の点数を新設
 - ✓ **施設入居時等医学総合管理料においても、同様の類型を新設**

情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

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

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

[算定要件]（初診の場合）

- (1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。
 - (2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。
 - (3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
 - (4) 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。
 - ア 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名
 - イ 当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意
 - (5) 指針において、「対面診療を適切に組み合わせる行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。
 - (6) 情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - (7) (8) 略
- [施設基準]
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

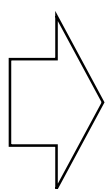
情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価について①

情報通信機器を用いた在宅管理に係る評価の見直し

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

現行

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



改定後

在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料についても同様）に**情報通信機器を用いた場合の評価**を設定

（例：機能強化型在支診・在支病（病床あり）の場合）

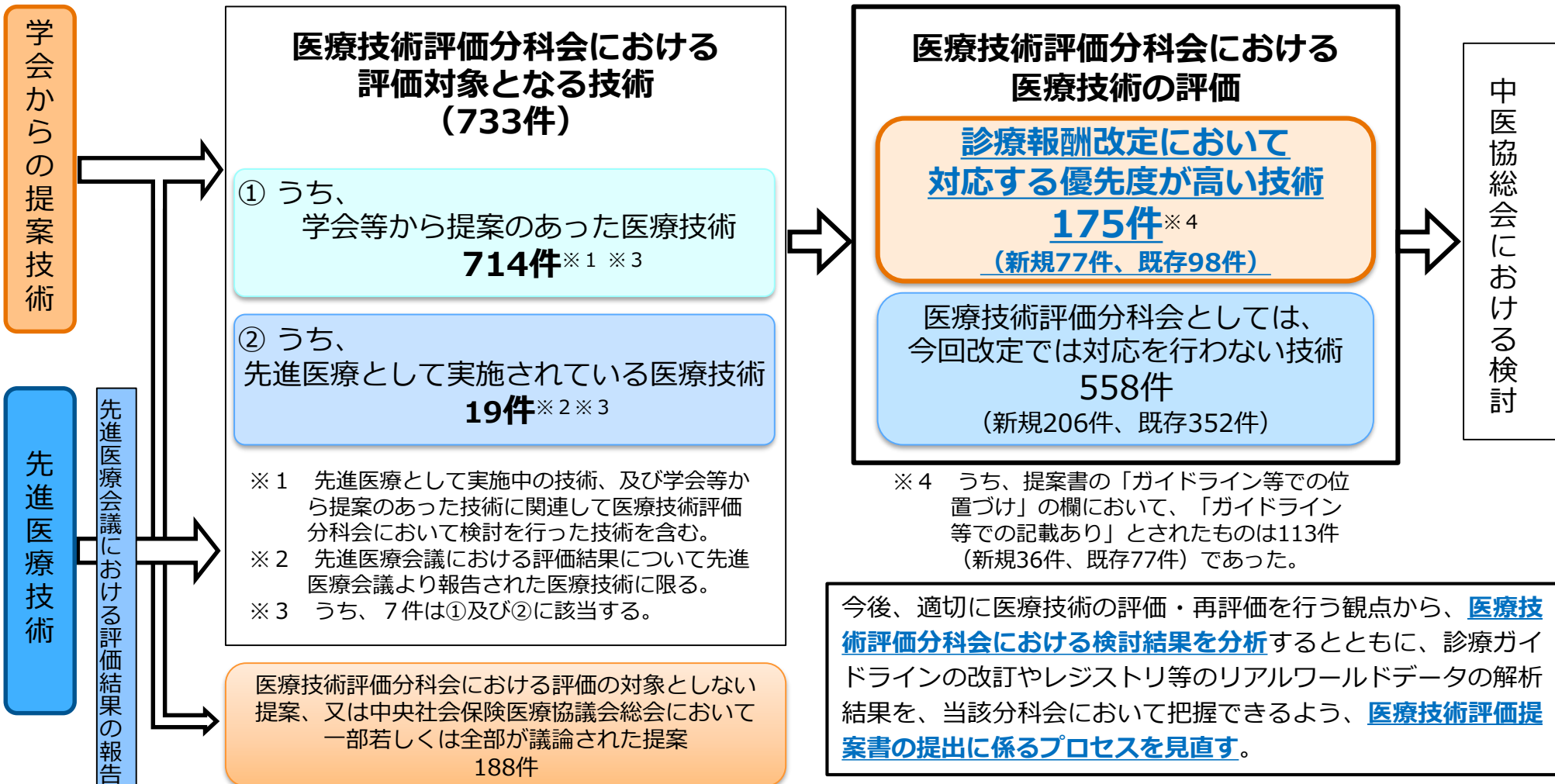
※ 機能強化型在支診・在支病（病床なし）、在支診・在支病、その他についても同様。

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

医療技術の適切な評価

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

➤ 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

先進医療として実施された技術の保険導入

- ▶ 粒子線治療の対象疾患に、既存のX線治療等と比較して生存率等の改善が確認された以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】

[算定要件]（概要）

1 希少な疾病に対して実施した場合 187,500点

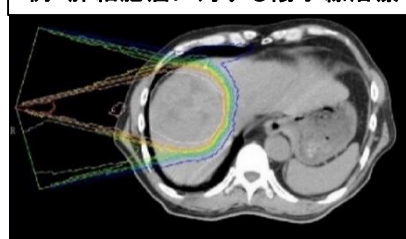
- 陽子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- 重粒子線治療：（改）肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、局所進行性子宮頸部線癌※、
限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

2 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合 110,000点

- 陽子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
- 重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

例：肝細胞癌に対する陽子線治療



[加算]

- ① 粒子線治療適応判定加算 40,000点
(Cancer Board による適応判定に関する体制整備を評価)
- ② 粒子線治療医学管理加算 10,000点
(照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価)

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

新規技術の保険導入

- 有効性及び安全性が確認されたロボット支援下内視鏡手術について、術式を追加する。

【新たに算定できる術式】

- ・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
- ・鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
- ・腹腔鏡下総胆管拡張症手術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・腹腔鏡下副腎摘出術
- ・腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
- ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

【内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準の概要】

- ・当該手術及び関連する手術に関する実績を有すること。
- ・当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。



既存技術の見直し

- 胃癌手術について、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合に既存の腹腔鏡下手術に比べ優越性が示されたことから、評価を見直す。

改定後

【腹腔鏡下胃切除術】	
2 悪性腫瘍手術	64,120点
3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	73,590点
【腹腔鏡下噴門側胃切除術】	
2 悪性腫瘍切除術	75,730点
3 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	80,000点
【腹腔鏡下胃全摘術】	
2 悪性腫瘍手術	83,090点
3 （略）	
4 悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	98,850点

既存技術の見直し

- 食道癌、胃癌及び直腸癌について、内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合術の施設基準を、レジストリの解析結果に基づき見直す。

現行

- 【胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術の場合】
- 【施設基準】
- (1) (略)
 - (2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3)~(9) (略)

改定後

- 【施設基準】
- (1) (略)
 - （削除）**
 - (2)~(8) (略)

歯科 診療報酬改定の概要

- 効率的・効果的で質の高い歯科医療提供体制の構築
- 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

**効率的・効果的で質の高い歯科医療提供体制の構築
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**

令和4年度歯科診療報酬改定のポイント

効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

【かかりつけ歯科医の機能の充実】

- **かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し**
 - ・ 施設基準について、地域における連携体制に係る要件等の見直し

【地域包括ケアシステムの推進のための取組】

- **総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進**
 - ・ 口腔に症状が発現する疾患の医科歯科連携を推進するため、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の見直し
- **在宅医療における医科歯科連携の推進**
 - ・ 診療情報提供料（I）歯科医療機関連携加算1について、対象医療機関及び患者の拡充【医科点数表】

【質の高い在宅歯科医療の提供の推進】

- **20分未満の歯科訪問診療の評価の見直し**
 - ・ 歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合の見直し
- **在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し**
 - ・ 質の高い在宅歯科医療の提供を推進するため、在宅療養支援歯科診療所1及び2の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件等を見直すとともに、施設基準に関連する評価の見直し

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

1. 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

【歯科外来診療における感染防止対策の推進】

- ・ 施設基準に新興感染症に関する研修を追加するとともに、歯科初診料・再診料を引き上げ
(歯科初診料：261点→264点、歯科再診料：51点 → 54点)

【ライフステージに応じた口腔機能管理の推進】

- **口腔機能管理料の対象患者の見直し**
 - ・ 口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者の範囲を65歳以上から50歳以上に拡充
- **小児口腔機能管理料の対象患者の見直し**
 - ・ 口腔機能の発達不全がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者の範囲を15歳未満から18歳未満に拡充

【歯科固有の技術の評価の見直し】

- **新規技術の保険導入等**
 - ・ CAD/CAMインレー
 - ・ 口腔細菌定量検査
 - ・ 先天性疾患等に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適応症の拡充 など
- **歯科用貴金属材料の随時改定の見直し**

【歯科口腔疾患の重症化予防の推進】

- **歯周病の重症化予防の推進**
 - ・ 歯周病安定期治療(I)及び(II)について、整理・統合するとともに、評価を見直し
- **う蝕の重症化予防の推進**
 - ・ フッ化物洗口指導について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を13歳未満から16歳未満に拡充
 - ・ フッ化物歯面塗布処置について、初期の根面う蝕に係る対象患者の範囲に在宅療養患者に加えて65歳以上の外来患者を追加

【歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化】

- **歯科診療特別対応連携加算の見直し**
 - ・ 施設基準に他の歯科医療機関との連携を加えるとともに評価を引き上げ

2. 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

- **情報通信機器を活用した在宅歯科医療の評価**
 - ・ 訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察し、当該観察の内容を次回以降の診療に活用した場合の評価を新設

かかりつけ歯科医の機能の充実

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し

- 地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。

現行

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

【施設基準】

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定していること。

イ～エ (略)

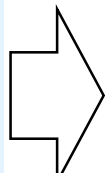
(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。

ア～ク (略)

(新設)

ケ 自治体が発行する事業に協力していること。

コ・サ (略)



改定後

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

【施設基準】

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。

イ～エ (略)

(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。

ア～ク (略)

ケ 過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等における定期的な歯科健診に協力していること。

コ 自治体が発行する事業 (ケに該当するものを除く。) に協力していること。

サ・シ (略)

歯科固有の技術の評価の見直し

金属代替材料による歯冠修復物の評価の新設

- コンピュータ支援設計・製造ユニットを用いて作成した、金属代替材料による歯冠修復物の評価を新設する。

(新) CAD/CAMインレー 750点

[算定要件]

- (1) CAD/CAMインレーとは、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD/CAM装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠修復物をいい、隣接歯との接触面を含む窩洞（複雑なもの）に限り認められる。
- (2) CAD/CAMインレーは以下のいずれかに該当する場合に算定する。
 - イ 小臼歯に使用する場合
 - ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において第一大臼歯に使用する場合
 - ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）

[施設基準]

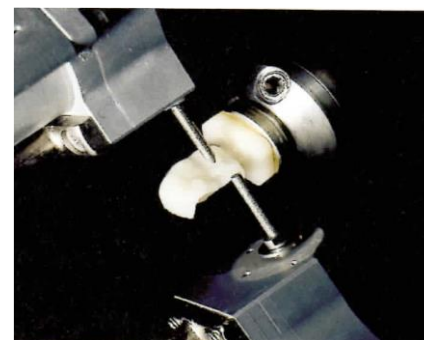
- (1) 十分な体制が整備されていること。
- (2) 十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。



参考：金属歯冠修復
(インレー)



CAD/CAMインレー



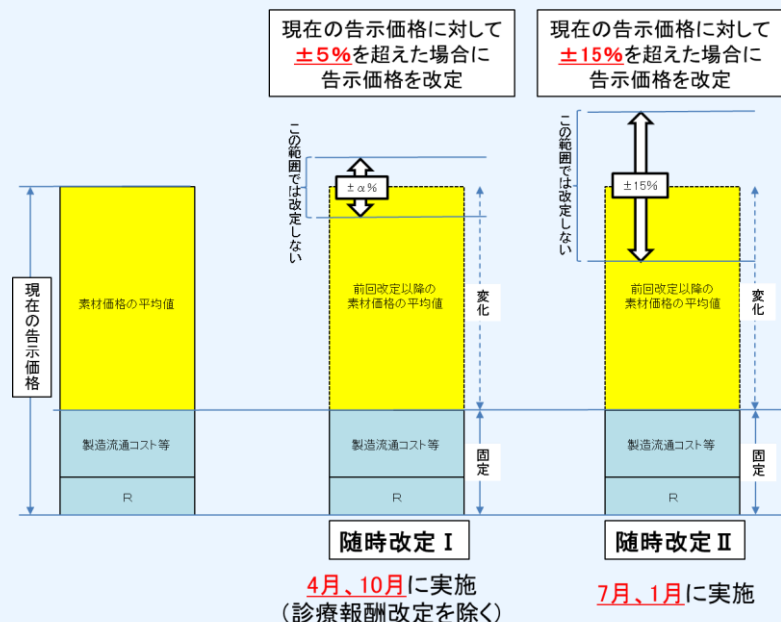
出典) 保存修復学 第6版 (医歯薬出版株式会社)

歯科用貴金属の随時改定の方法の見直し

- 歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、変動幅に関わらず、素材価格に応じて年4回改定を行うなどの見直しを行う。

現行

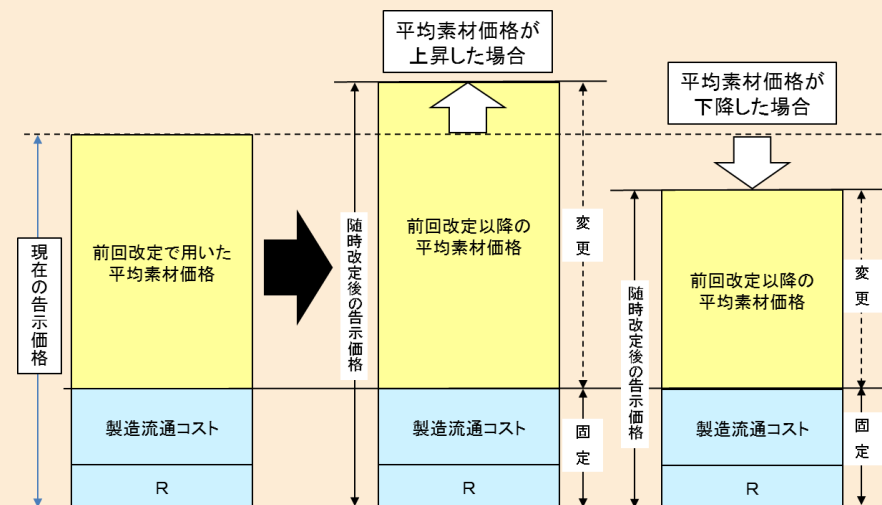
- 現在の告示価格に対して平均素材価格が一定以上変動した場合に改定



- 前回改定以降、改定 **3** 力月前までの平均素材価格を使用

改定後

- 変動幅に関わらず、平均素材価格に応じて年4回（4月、7月、10月、1月）に改定



- 前回改定以降、改定 **2** 力月前までの平均素材価格を使用

調剤報酬改定の概要

- 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

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

令和4年度調剤報酬改定のポイント

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

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

- **調剤業務の評価体系の見直し**
 - ・ 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
 - ・ 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
 - ・ 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設
- **服薬指導等業務の評価の見直し**
 - ・ 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編
- **外来服薬支援に係る評価**
 - ・ 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

- **糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充**
 - ・ インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充
- **医療的ケア児に対する薬学的管理の評価**
 - ・ 医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設
- **入院時の持参薬整理の評価**
 - ・ 医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設
- **減薬提案に係る情報提供の評価の見直し**
 - ・ 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し
- **同一薬局の利用推進**
 - ・ かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
 - ・ 損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し
- **特別調剤基本料の見直し**
 - ・ 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し

- **地域支援体制加算の要件及び評価の見直し**
 - ・ 調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系への見直し
 - ・ 災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価の新設
- **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価**
 - ・ 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
 - ・ 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

- **緊急訪問の評価の拡充**
 - ・ 主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
 - ・ 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設
 - ・ 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設

ICTの活用

- **外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価**
 - ・ 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し
- **外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価**
 - ・ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

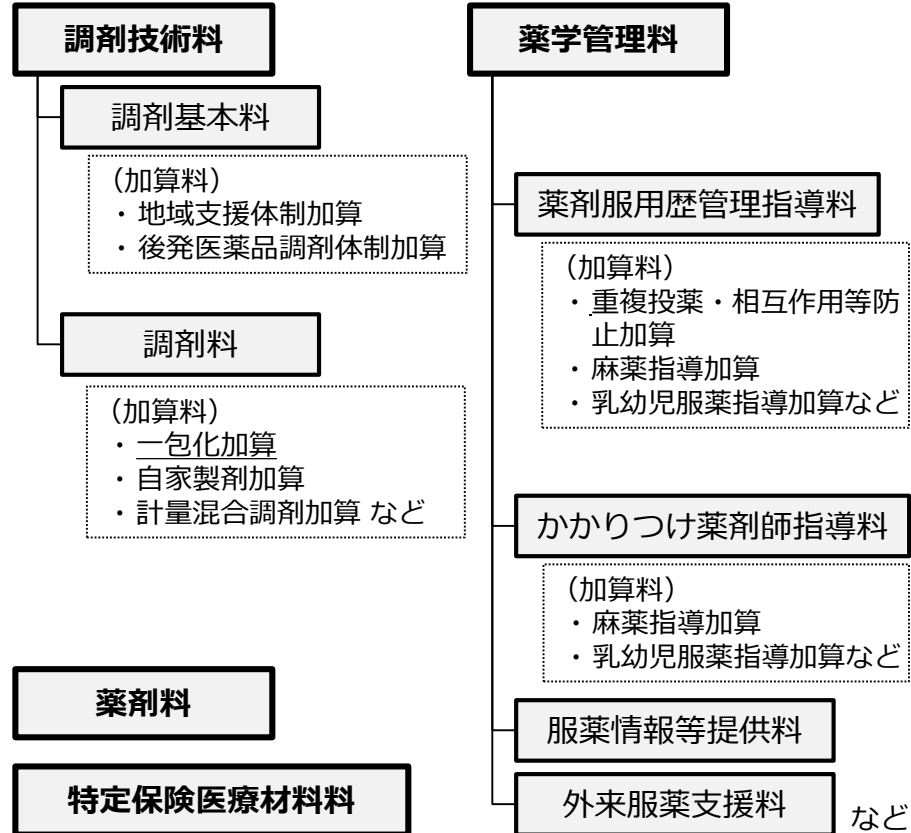
薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し①

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

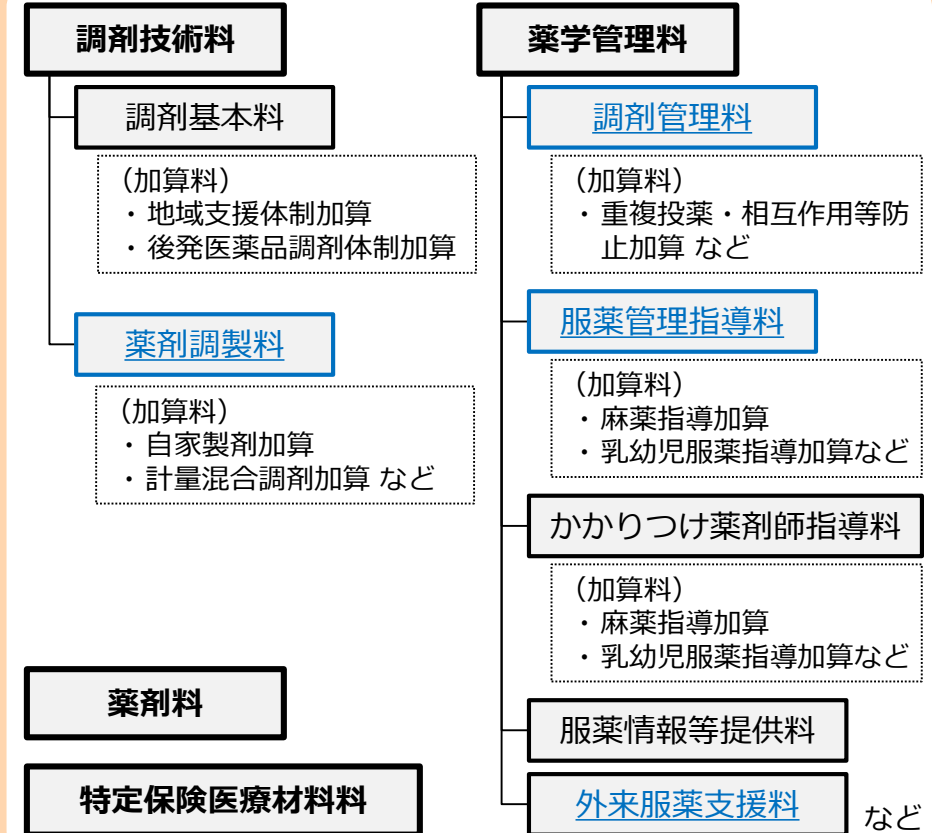
- 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行い、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料を新設する。

<調剤報酬の構成>

現行



改定後



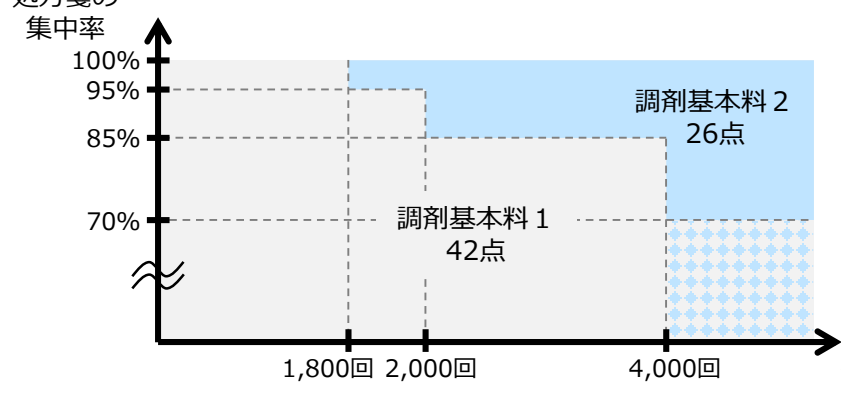
調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

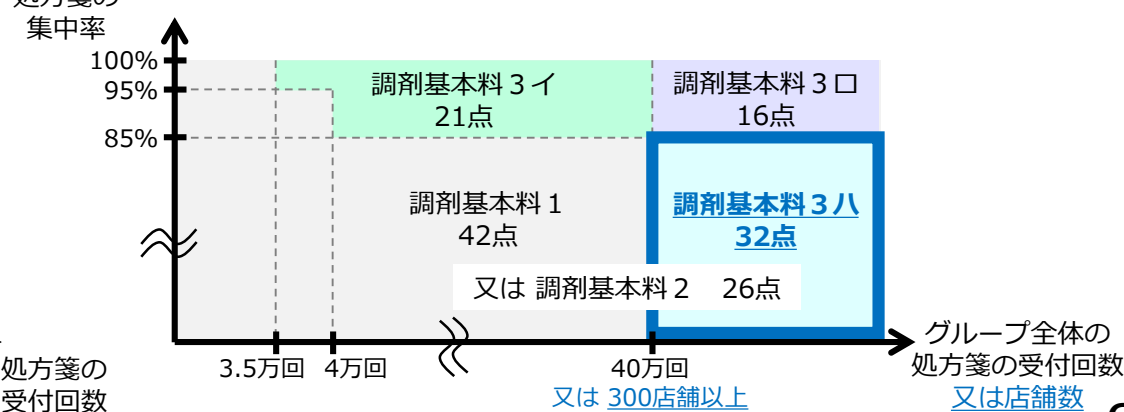
- ▶ 調剤基本料3の口の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

	要件		点数	
	処方箋受付回数等	処方箋集中度		
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		42点	
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超~4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超~2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ -	26点	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超~4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超~40万回	85%超	
	□	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%超	16点
	(新) 八	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



地域医療に貢献する薬局の評価

- ▶ 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

(1 薬局当たりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

(①～⑧は処方箋1万枚当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
- ② 麻薬の調剤実績 10回以上
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

調剤基本料1

地域支援体制加算1 38点 ⇒ 39点

①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

(新) 地域支援体制加算2 47点

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

(新) 地域支援体制加算3 17点

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算4 38点 ⇒ 39点

①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

【経過措置】

- 令和4年3月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和5年3月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- 令和4年3月31日時点で調剤基本料1を算定している保険薬局であって同日後に調剤基本料3の八を算定することになった薬局については令和5年3月31日まで調剤基本料1を算定しているものとみなす。

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

現行

後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上)	15点
後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上)	28点



改定後

後発医薬品調剤体制加算 1 (80%以上)	21点
後発医薬品調剤体制加算 2 (85%以上)	28点
後発医薬品調剤体制加算 3 (90% 以上)	30点

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

現行

【調剤基本料】

[算定要件]

後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

[施設基準]

当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。



改定後

【調剤基本料】

[算定要件]

後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から**5点**を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

[施設基準]

当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が**五割以下**であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

[経過措置]

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和4年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。
- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。
- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(働き方改革)

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

(在宅医療等)

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 11 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器（プログラム医療機器を含む）や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(後発医薬品の使用促進)

- 14 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(その他)

- 15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。
- 16 オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。
- 17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。
- 18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。
- 20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。