

平成26年（2014年）度改定

有床診療所入院基本料の見直しの概要

➤ 有床診療所入院基本料について、地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を見直す。

【現行】

【改定後】

	14日以内	15～30日	31日以上
有床診療所入院基本料1	771点	601点	511点
有床診療所入院基本料2	691点	521点	471点
有床診療所入院基本料3	511点	381点	351点

	14日以内	15～30日	31日以上
有床診療所入院基本料1	861点	669点	567点
有床診療所入院基本料2	770点	578点	521点
有床診療所入院基本料3	568点	530点	500点
有床診療所入院基本料4	775点	602点	510点
有床診療所入院基本料5	693点	520点	469点
有床診療所入院基本料6	511点	477点	450点

※栄養管理実施加算の包括化の見直しに伴い入院基本料を11点引き下げ

[算定要件]

① 有床診療所入院基本料1～3については以下の要件のうち**2つ以上**に該当すること。

- ・在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- ・過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- ・夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。（1：夜間に看護職員1人を含む2人以上を配置。加算2：夜間に看護職員1人以上を配置。）
- ・時間外対応加算1を届け出ていること。（患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる体制がとられていること。）
- ・過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。
- ・過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- ・過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数があわせて30件以上であること（分娩を除く）。
- ・医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- ・過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護を実施した実績があること、又は居宅介護支援事業所であること。
- ・過去1年間の分娩件数が30件以上であること。
- ・過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

② 看護配置に係る基準については以下を満たすこと。

- 有床診療所入院基本料1と4は看護職員配置7人以上であること。
- 有床診療所入院基本料2と5は看護職員配置4人以上7人未満であること。
- 有床診療所入院基本料3と6は看護職員配置1人以上4人未満であること。



平成28年（2016年）度改定

(1) 在宅復帰機能強化加算の新設

➤ 高い在宅復帰機能を有する有床診療所に対する評価を充実する。

(新) 有床診療所入院基本料 在宅復帰機能強化加算 5点(1日につき)

有床診療所療養病床入院基本料 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[施設基準]

有床診療所入院基本料の場合

以下の全てを満たすこと

- ①有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ていること
- ②直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が7割以上
- ③退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以下

有床診療所療養病床入院基本料の場合

以下の全てを満たすこと

- ①直近6か月間の退院患者の在宅復帰率が5割以上
- ②退棟患者の在宅生活が1月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以下

(2) 7対1入院基本料等の在宅復帰率の計算に参入

➤ 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行うとともに、評価の対象となる退院先に有床診療所を追加

現行(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が75%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)

改定後(7対1入院基本料)

自宅等に退院する者の割合が80%以上

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅 ・居住系介護施設等 ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
- ・介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設等に限る。)
- ・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)

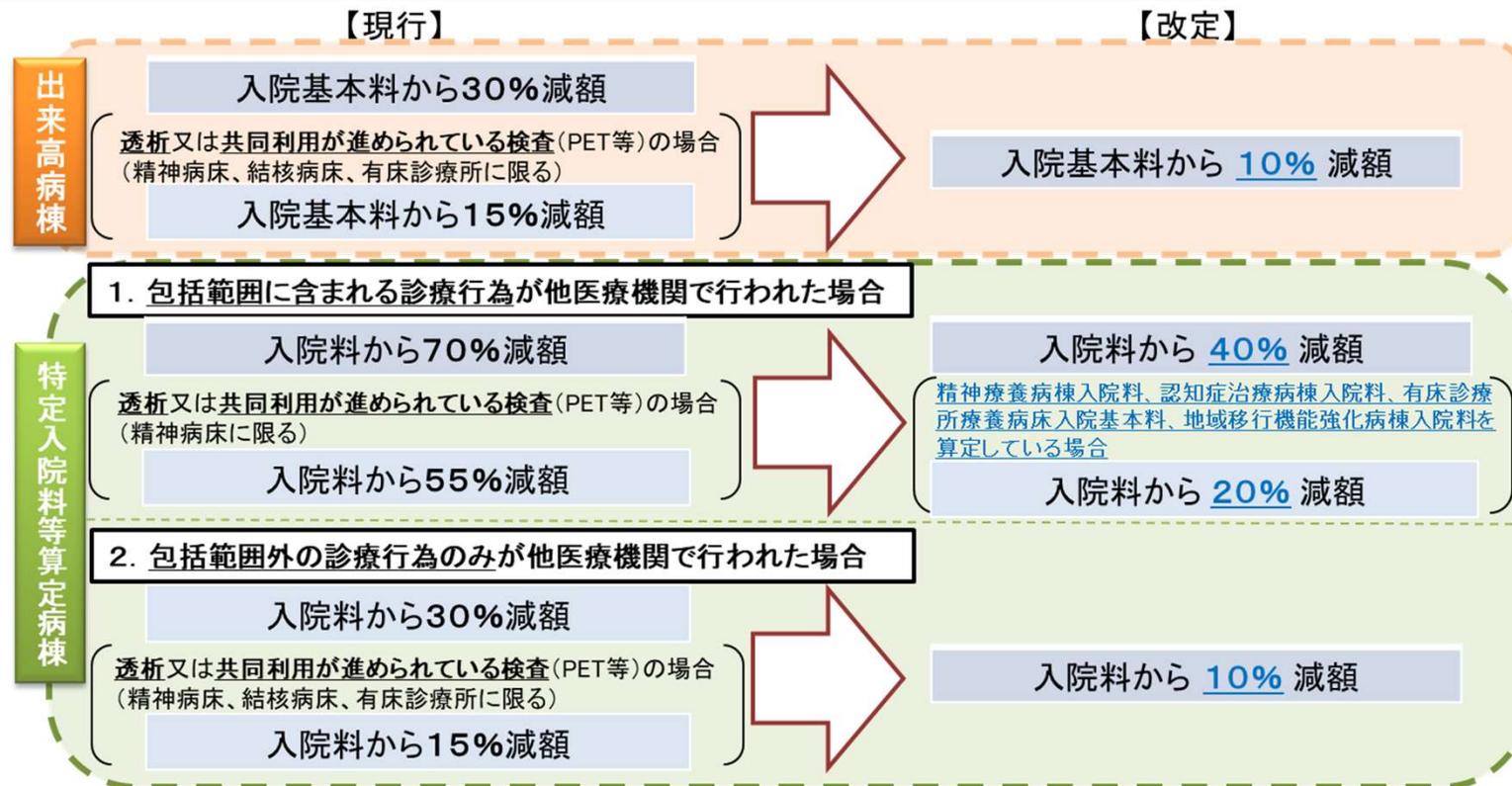
平成28年（2016年）度改定

(3) 看護職員の夜間配置の評価充実

➤ 有床診療所の看護職員の夜間配置について、夜間看護配置加算の評価を充実

現行	改正
【有床診療所入院基本料】 夜間看護配置加算1 : 80点 夜間看護配置加算2 : 30点	【有床診療所入院基本料】 夜間看護配置加算1 : 85点 夜間看護配置加算2 : 35点

(4) 入院中の患者の他医療機関受診時における減算規定の緩和



平成30年（2018年）度改定

(1) 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。
 ① 介護サービスを提供していること。
 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

➤ 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1:192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2: 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
 (2) 入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。

介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。

➤ 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき**20点**

(3) 平均在院日数が**90日以内**であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

平成30年（2018年）度改定

(2) 在宅復帰率見直し（一般病棟7対1入院基本料）

➤ 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。

【現行（一般病棟7対1入院基本料）】

在宅復帰率

- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟(加算+)
 - ・**有床診療所(加算+)**
 - ・介護老人保健施設(加算+)
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・7対1一般病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

【平成30年度改定（急性期一般入院料1）】

在宅復帰・病床機能連携率

- (分子)
- ・自宅
 - ・居住系介護施設等
(介護医療院を含む)
 - ・地域包括ケア病棟
 - ・回復期リハビリテーション病棟
 - ・療養病棟
 - ・**有床診療所**
 - ・介護老人保健施設
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く
-
- (分母)
- ・急性期一般入院料1算定病棟から退棟した患者
- ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く

[施設基準]8割

平成30年（2018年）度改定

(2) 在宅復帰率見直し(地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料)

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く [施設基準]7割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 ・(介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く [施設基準]7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 ・(介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準]入院料1:7割 入院料2:6割

[施設基準]入院料1~4: **7割**

平成30年（2018年）度改定

(3) 入院中の患者の他医療機関受診の緩和

【課題】

- がん対策推進基本計画においては、標準的な放射線療法について均てん化する一方で、一部の高度な放射線療法については、必要に応じて、連携体制等について検討することとされている。
- 一部の高度な放射線治療機器は、限られた施設でしか保有されていない。

- 放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

入院料から35%減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から20%減額

入院料から15%減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

平成30年（2018年）度改定

（4）緩和ケア診療加算の要件の見直し・新たな評価

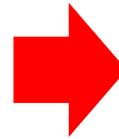
- 進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象に追加する。

現行(対象患者)

悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

[末期心不全の患者の基準]

- ア 心不全に対して適切な治療が実施されている
- イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること
- ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること



改定後(対象患者)

悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は**末期心不全**の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

- エ 左室駆出率20%以下である場合
- オ 医学的に終末期であると判断される状態
- カ エまたはオに掲げる場合に準ずる状態
- ※ ア～ウに該当し、かつ、エ～カのいずれかに該当

令和2年（2020年）度改定

有床診療所入院基本料の見直し

- 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から**14日へと延長**するとともに、評価を見直す。

現行	
[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)] (中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。	



改定後	
[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)] (中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して 14日 を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき 150点 を所定点数に加算する。	



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行	
注5	
イ 医師配置加算1	88点
ロ 医師配置加算2	60点
注6	
イ 看護配置加算1	40点
ロ 看護配置加算2	20点
ハ 夜間看護配置加算1	85点
ニ 夜間看護配置加算2	35点
ホ 看護補助配置加算1	10点
ヘ 看護補助配置加算2	5点



改定後	
注5	
イ 医師配置加算1	120点
ロ 医師配置加算2	90点
注6	
イ 看護配置加算1	60点
ロ 看護配置加算2	35点
ハ 夜間看護配置加算1	100点
ニ 夜間看護配置加算2	50点
ホ 看護補助配置加算1	25点
ヘ 看護補助配置加算2	15点



3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現行	
[算定要件] 有床診療所緩和ケア診療加算 <u>150点</u>	



改定後	
[算定要件] 有床診療所緩和ケア診療加算 250点	



令和2年（2020年）度改定

◇ 医師事務作業補助体制加算の見直し

- 医師の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算の算定可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。



現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	920点/860点
20対1	708点/660点
25対1	580点/540点
30対1	495点/460点
40対1	405点/380点
50対1	325点/305点
75対1	245点/230点
100対1	198点/188点



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

[算定可能となった入院料等]

【一般病棟に限定されていた入院料】

地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料2

【50対1、75対1、100対1に限る】

結核病棟入院基本料、**有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料**、特殊疾患病棟入院料、
 児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

- 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。

令和2年（2020年）度改定

入院中の患者の他医療機関受診の逡減緩和

- ポジトロン断層撮影のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

[入院料の減額が緩和される従来の点数項目]

区分番号M001:体外照射 3 強度変調放射線治療(IMRT)

区分番号M001-2:ガンマナイフによる定位放射線治療

区分番号M001-3:直線加速器による放射線治療 1 定位放射線治療の場合

区分番号M001-4:粒子線治療

【今回追加される点数項目】

医療区分E101:シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

医療区分E101-2:ポジトロン断層撮影

医療区分E101-3:ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

医療区分E101-4:ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

医療区分E101-5:乳房用ポジトロン断層撮影

【現行】

【改定後】

出来高
病棟

入院基本料から10%減額

入院基本料から5%減額

特定入院料等算定病棟

1. 包括範囲に含まれる診療行為が他医療機関で行われた場合

入院料から40%減額

入院料から35%減額

有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合

入院料から20%減額

入院料から15%減額

2. 包括範囲外の診療行為のみが他医療機関で行われた場合

入院料から10%減額

入院基本料から5%減額

令和4年（2022年）度改定

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 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、J 0 3 8 - 2 に掲げる持続緩徐式血液濾過、J 0 3 9 に掲げる血漿交換療法又は J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流を行っている患者

令和4年（2022年）度改定

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]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。**
- 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。

有床診療所の機能・役割

24時間の診療体制を有する有床診療所は、地域包括ケアシステムの中核としての役割が期待されており、今後も、様々な機能を発揮していくことが期待されている。

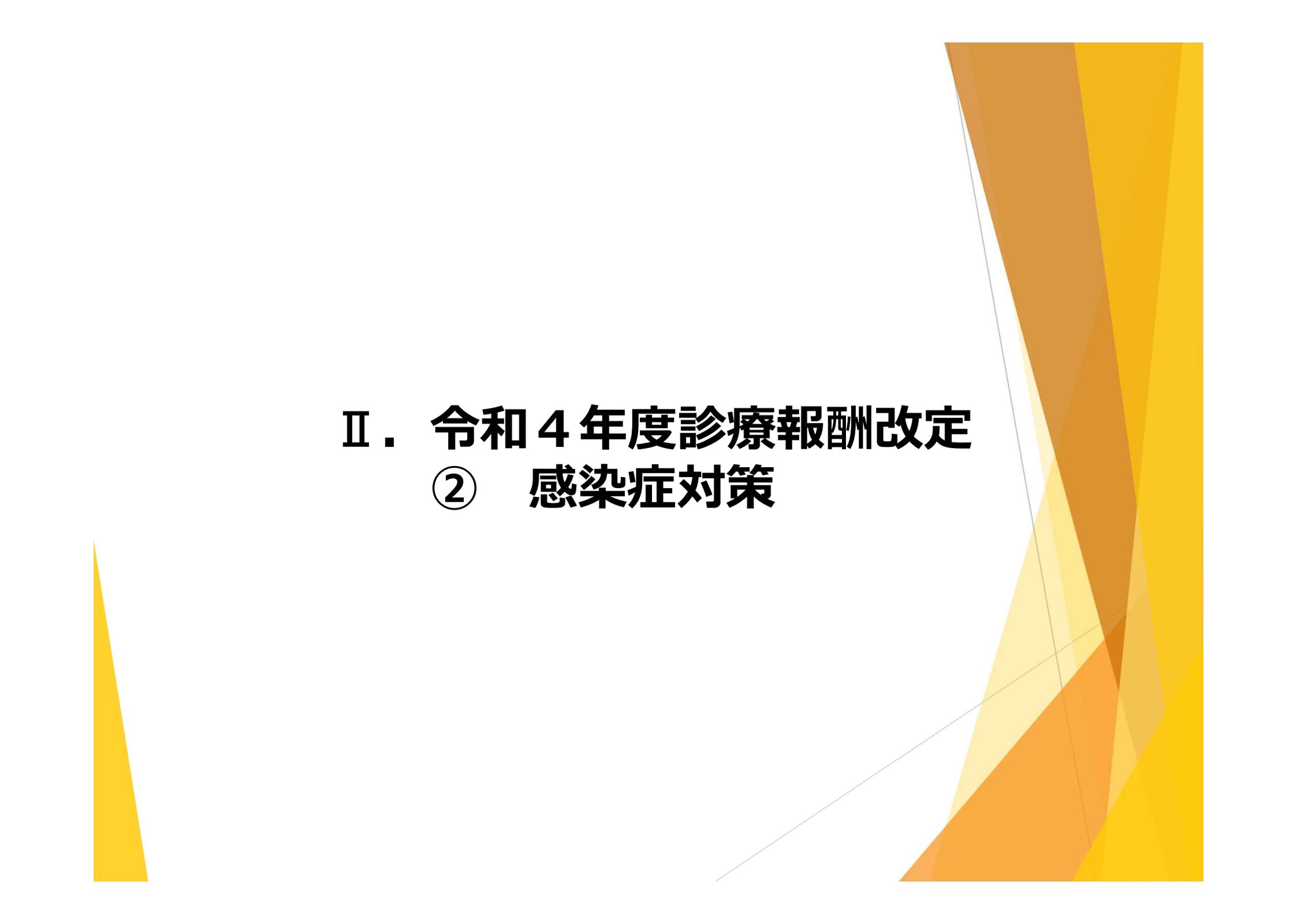
有床診療所が有する機能・役割の例

1. 平時

- ① 入院医療の提供（急性期、回復期、慢性期、レスパイト入院など様々な入院医療を提供）
- ② かかりつけ医機能（健康相談、介護相談、ワクチン接種、学校保健、産業保険等）
- ③ 在宅医療の拠点
- ④ 緊急時対応
- ⑤ 急性期病院の退院患者に対する在宅医療の提供や、介護サービスへの受け渡し支援
- ⑥ 終末期医療の提供

2. コロナ対応

- ① 発熱外来（診療・検査医療機関）
- ② ワクチン接種
- ③ 自宅待機・宿泊療養者への24時間体制での往診等
- ④ 新型コロナ対応基幹病院に対する後方支援病床の提供（回復患者の受入れ）



Ⅱ. 令和4年度診療報酬改定 ② 感染症対策

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の主な特例について〔医科〕

入院

✓ 重症患者への対応

特定集中治療室(I C U)管理料等を **3倍(12,672~48,951点)**
 <令2.5.26~>

✓ 中等症患者への対応

中等症Ⅱ以上の場合：救急医療管理加算を **6倍(5,700点)**
 それ以外の場合：救急医療管理加算を **4倍(3,800点)**
 <令3.8.27~>

✓ 回復患者への対応

回復患者への入院医療：**750点+950点** ※950点は最大90日
 <令2.12.15~> <令3.1.22~>
 (個室で入院医療：**+個室加算300点**)※300点は最大90日
 <令3.5.11~>

外来

✓ 疑い患者への外来診療

疑い患者への外来診療：院内リサーチ実施料の特例算定(**300点**)
 <令2.4.8~>
 診療・検査医療機関の場合：**550点**※ **令4.10.31まで延長9/27付け**
 ※自治体HPでの公表が要件 ※令和4年8月以降は
 医学的に初診があった場合

✓ コロナ患者への外来診療

通常の場合：救急医療管理加算**950点**
 コロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算**3倍(2,850点)**
 <令3.9.28~>

在宅

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の往診

コロナプリーブ投与の場合：救急医療管理加算を **5倍(4,750点)**
 その他の場合：同 **3倍(2,850点)**
 <令3.9.28~>

✓ 自宅・宿泊療養者への電話等による初再診

診療・検査医療機関等^{※1}の場合：**397点**^{※2} **令4.10.31まで延長9/27付け**
 それ以外の場合：**250点** <令3.8.16~>

✓ 自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護(**1,560点 (15,600円)**)

<令3.9.28~>

- ※1 ①保健所等から健康観察に係る委託を受けた医療機関
 ②診療・検査医療機関として自治体HPで公表している医療機関
- ※2 重点措置の適用に関わらず、以下の重症化リスクの高い者が対象
 ①65歳以上の者
 ②40歳以上65歳未満の者のうち、重症化リスク因子を複数持つ者
 *なお、重症化リスク因子は以下を指すものとする。
 ワクチン未接種(ワクチン接種が1回のみのも含む)、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、脂質異常症、高血圧症、慢性腎臓病、悪性腫瘍、肥満(BMI30以上)、喫煙、固形臓器移植後の免疫不全
 ③妊娠している方

新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の特例措置(令和4年11月～)

【1】新型コロナの疑い患者への外来診療の特例

特例措置(期限なし)

新型コロナの疑い患者について、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価

300点(1日につき)
(院内トリアージ実施料)

令和4年10月26日付け事務連絡
「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79)」

発熱外来に係る上乗せ措置について

令和4年11月以降は要件等を一部見直した上で延長

+

◆～令和4年10月末

診療・検査医療機関への上乗せ措置

診療・検査医療機関(いわゆる発熱外来)であって自治体HPで公表されている場合、疑い患者への初診時の外来診療について評価を拡充

+250点(初診時)
(二類感染症患者入院診療加算)

◆令和4年11月～令和5年3月

診療・検査医療機関への上乗せ措置

○算定できる対象医療機関は次のいずれか(要件追加)

- ①新たに発熱外来を開始した場合
- ②既存の発熱外来を拡充した場合(「対応時間」又は「対象者」を拡充)
- ③その他の既存の発熱外来であって、1週間に計8枠以上対応している場合
※「1週間に8枠以上」とは、各日の診療・検査対応時間を午前・午後の半日につき1枠とした際に、1週間あたりの診療・検査対応時間が合計8枠以上に該当することをいう。

○算定できる点数

・令和4年11月～令和5年2月

+250点(初診時)
(二類感染症患者入院診療加算)

→ ・令和5年3月

+147点(初診時)
(療養上の管理加算相当)

新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の特例措置（令和4年11月～）

【1】新型コロナの疑い患者への外来診療の特例

令和4年10月26日付け事務連絡
「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79)」

+250点（初診時）

（二類感染症患者入院診療加算）

診療・検査医療機関（いわゆる
発熱外来）であって自治体HPで
公表されている場合、疑い患者
への初診時の外来診療につい
て評価を拡充

+250点（初診時）

（二類感染症患者入院診療加算）

特例措置（期限なし）

院内トリアージ実施料 300点（1日につき）

（新型コロナの疑い患者について、必要な感染予防策を講じた上で実施される外来診療を評価）

新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の特例措置(令和4年11月～)

【2】自宅・宿泊療養患者への電話等を用いた診療の特例

特例措置(期限なし)

自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者に対して電話等を用いて実施される初診・再診を評価

250点(1日につき)

(二期感染症患者入院診療加算)

令和4年10月26日付け事務連絡

「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79)」

重症化リスクの高い者に係る電話等診療の上乗せ措置を

令和4年11月以降は要件等を一部見直した上で延長

+

◆～令和4年10月末

重症化リスクの高い者に係る上乗せ措置

自宅・宿泊療養中の新型コロナ患者のうち、重症化リスクの高い者^(※1)に対して、地域において役割を有する医療機関^(※2)が、電話等により行った初診・再診について評価を拡充

+147点(1日につき)

(慢性疾患を有する定期受診患者への電話等による臨時的な医学管理料相当)

◆令和4年11月～令和5年3月

重症化リスクの高い者に係る上乗せ措置

○算定できる対象医療機関は次のいずれか(要件追加)

①新たに電話等診療を開始した場合(令和4年12月末までの開始が条件)

②既存の対応医療機関であって、

- ・土日等も電話等診療に対応する体制あり(土日または時間外に週3時間以上対応)
- ・かつ、1週間に8枠以上対応する体制あり

○算定の条件(要件追加)

- ・電話等の診療への対応を公表すること
- ・季節性インフルに対応する体制もあること

○算定できる点数(初回に限る)

+147点(初回のみ算定可)

(慢性疾患を有する定期受診患者への電話等による臨時的な医学管理料相当)

(※1) 重症化リスクの高い者 ①65歳以上の者、②40歳以上65歳未満の者のうち重症化リスク因子を複数持つ者、③妊娠している方

(※2) 地域において役割を有する医療機関 ①保健所等から健康観察に係る委託を受けている医療機関 ②診療・検査医療機関(公表している医療機関に限る)

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の主な特例について〔医科〕

- 新型コロナの感染拡大を受けて、新型コロナ患者の療養に係る病床について効率的な運用及び後方支援の強化を図る観点から新型コロナ感染症患者に対するリハビリテーション及び新型コロナ回復患者が後方ベッドに転院した場合の評価を拡充。（令和4年9月27日事務連絡）

新型コロナ患者の入院診療の現状

- 入院を必要とする新型コロナウイルス感染症患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で診療を実施した場合、二類感染症患者入院診療加算（250点/日）を算定することとしている。（令和2年4月8日事務連絡）
※そのほか、救急医療管理加算（4倍）3,800点又は（6倍）5,700点が算定可能。

新型コロナウイルス感染症診療の手引き（第8.0版）を踏まえ、早期の回復を図る為のリハビリを実施する際に、必要な感染予防策を講じることを評価

入院診療の対応拡充

- 必要な感染予防策を講じた上で疾患別リハビリテーションを実施する場合に、二類感染症患者入院診療加算（250点/日）をさらに算定可とする。

※ 日本リハビリテーション医学会が取りまとめた『日本リハビリテーション医学会感染対策指針(COVID-19含む)』（2022.2.21）等を参照して実施する。

回復患者の後方支援病床の現状

- 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、救急医療管理加算（950点/日）を最大90日間算定できる。（令和3年1月22日事務連絡）
※そのほか、二類感染症患者入院診療加算（3倍）（750点/日）が算定可能。

病床逼迫の状況も踏まえつつ、新型コロナ回復患者を、適切に後方支援病床を有する医療機関に転院させることを評価

後方支援の対応拡充

- 救急医療管理加算（2倍）1,900点/日を算定可とする。

※ 転院後、最大30日間に限り算定可とする。