

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
(新設)	<p>急性期充実体制加算(1日につき)</p> <p>1 7日以内の期間 460点</p> <p>2 8日以上11日以内の期間 250点</p> <p>3 12日以上14日以内の期間 180点</p>	(新設)		
	<p>【対象患者】 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者</p> <p>【算定要件】 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 (1)一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)を算定する病棟を有する病院であること。 (2)地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。 (3)高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。 (4)入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。 (5)感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。 (6)当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 (7)公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。</p>			
(新設)	<p>(新)重症患者対応体制強化加算</p> <p>イ 3日以内の期間 750点</p> <p>ロ 4日以上7日以内の期間 500点</p> <p>ハ 8日以上 14日以内の期間 300点</p>	(新設)		
	<p>【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</p> <p>【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。</p> <p>【施設基準】 (1)当該治療室を有する保険医療機関内において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。 (2)集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師(以下「常勤看護師」という。)が1名以上配置されていること。 (3)救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が1名以上配置されていること。 (4)常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。 (5)(4)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。 ア 国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修(修了証が交付されるものに限る。))であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修 イ 保健師助産師看護師法第 37 条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修 (6)医師、(4)に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。 ア 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 イ 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺(ECMO)を用いた重症患者の看護の実際 (7)(4)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。 (8)(4)に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。 (9)新興感染症の発生等の有る際に、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。</p>	(新設)		

・入院料加算

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
(新設)	(新) 重症患者初期支援充実加算(1日につき) 300点	(新設)		
	【対象患者】 集中治療領域における入院患者	(新設)		
	(※) 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。	(新設)		
	【算定要件】 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第3節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院した日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。	(新設)		
	【施設基準】 (1)患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (2)特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3)当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者(以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。)を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。 (4)入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましいこと。 ア 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者 イ 医療有資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者 (5)当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。 (6)当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。 (7)当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。 (8)定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。	(新設)		
A101 12	【夜間看護加算(療養病棟入院基本料)】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき 50点 を所定点数に加算する。	【夜間看護加算(療養病棟入院基本料)】 注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。		
A106 10	【看護補助加算(障害者施設等入院基本料)】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 146点 ロ 15日以上30日以内の期間 121点	【看護補助加算(障害者施設等入院基本料)】 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 14日以内の期間 141点 ロ 15日以上30日以内の期間 116点		
A108 4	【夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料)】 注6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 ハ 夜間看護配置加算1 105点 ニ 夜間看護配置加算2 55点	【夜間看護配置加算(有床診療所入院基本料)】 注6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 ハ 夜間看護配置加算1 100点 ニ 夜間看護配置加算2 50点		
A200	【総合入院体制加算】 【施設基準】 1 総合入院体制加算1に関する施設基準等 (3)全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア 人工心肺を用いた手術及び 人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上 イ~カ (略) (4)手術等の定義については、以下のとおりであること。 ア (略) イ 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。また、人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K552-2」に掲げる手術をいう。 ウ~キ (略) 2 総合入院体制加算2に関する施設基準等 (2)全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。 ア 人工心肺を用いた手術及び 人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上 イ~カ (略)	【総合入院体制加算】 【施設基準】 1 総合入院体制加算1に関する施設基準等 (3)全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上 イ~カ (略) (4)手術等の定義については、以下のとおりであること。 ア (略) イ 人工心肺を用いた手術人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。 ウ~キ (略) 2 総合入院体制加算2に関する施設基準等 (2)全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。 ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上 イ~カ (略)		
A200	【総合入院体制加算】 【施設基準】 1 総合入院体制加算1に関する施設基準等 (6)外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。 ア 次のイ)及びロ)のいずれにも該当すること。 (イ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び 転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 が、直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。 イ 紹介受診重点医療機関(医療法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。)であること。	【総合入院体制加算】 【施設基準】 1 総合入院体制加算1に関する施設基準等 (6)外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。 ア 病院内の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。 イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A205	<p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算1 1,050点</p> <p>2 救急医療管理加算2 420点</p> <p>【算定要件】</p> <p>(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。(中略)</p> <p>ア～カ(略)</p> <p>キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷</p> <p>クケ(略)</p> <p>コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態</p> <p>カ 蘇生術を必要とする重篤な状態</p> <p>シ その他の重症な状態</p> <p>(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。</p> <p>【算定要件】</p> <p>(4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2)のアからサのうち該当する状態</p> <p>イ(略)</p> <p>ウ (2)のイの状態に該当する場合はJCSOの状態、(2)のウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び(2)のキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index Oの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</p> <p>エ(略)</p> <p>(5) 救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの</p> <p>イ(略)</p> <p>ウ (2)のイに準ずる状態に該当する場合はJCSOの状態、(2)のウに準ずる状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及び(2)のキに準ずる状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index Oの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠</p> <p>エ(略)</p>	<p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算1 950点</p> <p>2 救急医療管理加算2 350点</p> <p>【算定要件】</p> <p>(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。(中略)</p> <p>ア～カ(略)</p> <p>キ 広範囲熱傷</p> <p>クケ(略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>コ その他の重症な状態</p> <p>(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。</p> <p>【算定要件】</p> <p>(4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2)のアからケのうち該当する状態</p> <p>イ(略)</p> <p>(新設)</p> <p>ウ(略)</p> <p>(5) 救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの</p> <p>イ(略)</p> <p>(新設)</p> <p>ウ(略)</p>		
A207	<p>【診療録管理体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 診療録管理体制加算1に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。</p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。</p> <p>さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和4年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が400床以上のものに限る。)については、令和5年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>2 診療録管理体制加算2に関する施設基準</p> <p>(1) 1の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。</p> <p>(2)～(5) (略)</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p> <p>(2) 毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添7により届け出ること。</p>	<p>【診療録管理体制加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>1 診療録管理体制加算1に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成29年5月厚生労働省)以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」という。)に準拠した体制であること。</p> <p>(3)～(9) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>2 診療録管理体制加算2に関する施設基準</p> <p>(1) 1の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。</p> <p>(2)～(5) (略)</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p>		
A207	<p>【診療録管理体制加算(入院初日)】</p> <p>【施設基準】</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p> <p>(2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7により届け出ること。</p>	<p>【診療録管理体制加算(入院初日)】</p> <p>【施設基準】</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p>		
A207-2	<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算1</p> <p>イ 15 対1補助体制加算 1,050点</p> <p>ロ 20 対1補助体制加算 835点</p> <p>ハ 25 対1補助体制加算 705点</p> <p>ニ 30 対1補助体制加算 610点</p> <p>ホ 40 対1補助体制加算 510点</p> <p>ヘ 50 対1補助体制加算 430点</p> <p>ト 75 対1補助体制加算 350点</p> <p>チ 100 対1補助体制加算 300点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算2</p> <p>イ 15 対1補助体制加算 975点</p> <p>ロ 20 対1補助体制加算 770点</p> <p>ハ 25 対1補助体制加算 645点</p> <p>ニ 30 対1補助体制加算 560点</p> <p>ホ 40 対1補助体制加算 475点</p> <p>ヘ 50 対1補助体制加算 395点</p> <p>ト 75 対1補助体制加算 315点</p> <p>チ 100 対1補助体制加算 260点</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算1</p> <p>イ 15 対1補助体制加算 970点</p> <p>ロ 20 対1補助体制加算 758点</p> <p>ハ 25 対1補助体制加算 630点</p> <p>ニ 30 対1補助体制加算 545点</p> <p>ホ 40 対1補助体制加算 455点</p> <p>ヘ 50 対1補助体制加算 375点</p> <p>ト 75 対1補助体制加算 295点</p> <p>チ 100 対1補助体制加算 248点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算2</p> <p>イ 15 対1補助体制加算 910点</p> <p>ロ 20 対1補助体制加算 710点</p> <p>ハ 25 対1補助体制加算 590点</p> <p>ニ 30 対1補助体制加算 510点</p> <p>ホ 40 対1補助体制加算 430点</p> <p>ヘ 50 対1補助体制加算 355点</p> <p>ト 75 対1補助体制加算 280点</p> <p>チ 100 対1補助体制加算 238点</p>		

・入院料加算

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A207-2	第4の2 医師事務作業補助体制加算	第4の2 医師事務作業補助体制加算		
	2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準 当該保険医療機関における3年以上の勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。 (削除) (削除)	2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。 病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。 ア 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。 イ 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等)に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。		
	3 医師事務作業補助体制加算2の施設基準 それぞれの配置区分ごとに、医師事務作業補助者が配置されていること。	3 医師事務作業補助体制加算2の施設基準 それぞれの配置区分ごとに、2の(1)から(4)までの基準を満たしていること。		
A207-3	【急性期看護補助体制加算】	【急性期看護補助体制加算】		
看護配置	【算定要件】 注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。 【施設基準】 (9) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。	【算定要件】 (新設) 【施設基準】 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 (新設)		
A308-3 7	【看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料)】	【看護職員夜間配置加算(地域包括ケア病棟入院料)】		
看護配置	注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき70点を所定点数に加算する。	注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき65点を所定点数に加算する。		
A311 5	【看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料)】	【看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料)】		
看護配置	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき70点を所定点数に加算する。	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき65点を所定点数に加算する。		
A311-3 5	【看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料)】	【看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料)】		
看護配置	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき70点を所定点数に加算する。	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき65点を所定点数に加算する。		
A311	【看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料←精神科救急入院料から名称変更)】	【看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料)】		
看護配置	【施設基準】 4 看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。 ア～ケ (略) 5 届出に関する事項 (3) 令和4年3月31日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、4の(3)の基準を満たしているものとする。 ※ 精神科救急・合併症入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算についても同様。	【施設基準】 4 看護職員夜間配置加算の施設基準 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、2項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、2項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。 ア～ケ (略) 5 届出に関する事項 (新設)		
A207-3	【夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)】	【夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)】		
看護配置	【施設基準】 9 夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。 ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ (略) ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。 エ～ケ (略) 11 届出に関する事項 (4) 令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている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、9の(2)の基準を満たしているものとする。 ※ 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算(看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る)、看護補助加算の注3に規定する夜間看護体制加算についても同様。	【施設基準】 9 夜間看護体制加算の施設基準 (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、3項目以上を満たしていること。 ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。 イ (略) ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。 エ～ケ (略) 11 届出に関する事項 (新設)		
A207-3	【夜間急性期看護補助体制加算(急性期看護補助体制加算)】	【夜間急性期看護補助体制加算(急性期看護補助体制加算)】		
看護配置	注2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 125点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 120点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 105点	注2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。 イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点 ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点 ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点		

・入院料加算

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A207-4 看護配置	<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間12対1配置加算</p> <p>イ 看護職員夜間12対1配置加算1 110点</p> <p>ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 90点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算</p> <p>イ 看護職員夜間16対1配置加算1 70点</p> <p>ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 45点</p>	<p>【看護職員夜間配置加算】</p> <p>1 看護職員夜間12対1配置加算</p> <p>イ 看護職員夜間12対1配置加算1 105点</p> <p>ロ 看護職員夜間12対1配置加算2 85点</p> <p>2 看護職員夜間16対1配置加算</p> <p>イ 看護職員夜間16対1配置加算1 65点</p> <p>ロ 看護職員夜間16対1配置加算2 40点</p>		
A214	<p>【看護補助加算】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】</p> <p>十三 看護補助加算の施設基準</p> <p>(6) 看護補助体制充実加算の施設基準</p> <p>看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。</p>	<p>【看護補助加算】</p> <p>【算定要件】</p> <p>(新設)</p> <p>【施設基準】</p> <p>十三 看護補助加算の施設基準</p> <p>(新設)</p>		
A214 看護配置	<p>【夜間75対1看護補助加算(看護補助加算)】</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【夜間75対1看護補助加算(看護補助加算)】</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として50点を更に所定点数に加算する。</p>		
A225	<p>【放射線治療病室管理加算】</p> <p>放射線治療病室管理加算(1日につき)</p> <p>1 治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点</p> <p>2 密封小線源による治療の場合 2,200点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。</p> <p>2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】</p> <p>放射線治療病室管理加算の施設基準</p> <p>(1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準</p> <p>医療法施行規則第三十条の十二各号に掲げる基準を満たすものであること。</p> <p>(2) 密封小線源による治療の場合の施設基準</p> <p>医療法施行規則第三十条の十二第一号及び第二号に掲げる基準を満たすものであること。</p>	<p>【放射線治療病室管理加算】</p> <p>放射線治療病室管理加算(1日につき) 2,500点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>【算定要件】</p> <p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>【施設基準】</p> <p>(新設)</p>		
A230-3	<p>【精神科身体合併症管理加算(1日につき)】</p> <p>【施設基準】</p> <p>別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者</p> <p>重篤な栄養障害(Body Mass Index15未満の摂食障害)の患者</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算(1日につき)】</p> <p>【施設基準】</p> <p>別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者</p> <p>重篤な栄養障害(Body Mass Index13未満の摂食障害)の患者</p>		
A230-3	<p>【精神科身体合併症管理加算(1日につき)】</p> <p>【施設基準】</p> <p>第16の3 精神科身体合併症管理加算</p> <p>1 精神科身体合併症管理加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 区分番号「A103」精神科入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料(精神科病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算(1日につき)】</p> <p>【施設基準】</p> <p>第16の3 精神科身体合併症管理加算</p> <p>1 精神科身体合併症管理加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 区分番号「A103」精神科入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料(精神科病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。</p>		
A230-4	<p>【精神科リエゾンチーム加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(2) (略)</p> <p>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修(600時間以上の研修期間であつて、修了証が交付されるもの)又は保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。</p> <p>※ 栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、呼吸ケアチーム加算についても同様。</p>	<p>【精神科リエゾンチーム加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(2) (略)</p> <p>ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(600時間以上の研修期間であつて、修了証が交付されるもの)。</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A231-3	<p>【依存症入院医療管理加算(1日につき)】</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 二十六の二 依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症又は薬物依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2) 依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者 又は薬物依存症の患者</p> <p>第17の3 依存症入院医療管理加算 1 依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2) (略) (3) アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。 なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア～ウ (略)</p> <p>(4) 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修である(14時間以上の研修時間であるもの)。 イ 研修内容に以下の内容を含むものであること。 (イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向 (ロ) 依存症患者の精神医学的特性 (ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応 (ニ) 依存症に関連する社会資源 (ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応 (ヘ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点 (ト) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク</p>	<p>【重度アルコール依存症入院医療管理加算(1日につき)】</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 二十六の二 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等 (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者</p> <p>第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算 1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準 (1)・(2) (略) (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。 研修については、以下の要件を満たすものであること。 ア～ウ (略)</p> <p>(新設)</p>		
A231-4	<p>【摂食障害入院医療管理加算(1日につき)】</p> <p>[施設基準] 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数(入院期間が通算される再入院の場合を除く。)が1人以上であること。</p>	<p>【摂食障害入院医療管理加算(1日につき)】</p> <p>[施設基準] 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準 (1) 摂食障害の年間新規入院患者数(入院期間が通算される再入院の場合を除く。)が10人以上であること。</p>		
A233-2	<p>【栄養サポートチーム加算】</p> <p>[算定要件] 注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回(障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p>	<p>【栄養サポートチーム加算】</p> <p>[算定要件] 注1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p>		
(新設)	<p>(新)入院栄養管理体制加算(入院初日及び退院時) 270点 [対象患者] 特定機能病院入院基本料を算定している患者</p>			
	<p>[算定要件] (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に限る。))に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。 (2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律(平成17年法律第123号)第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、栄養情報提供加算として50点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[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。</p>			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
(新設)	<p>(新) 周術期栄養管理実施加算 270点</p> <p>【算定要件】</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。</p> <p>(2) この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。</p>			
	<p>【施設基準】</p> <p>(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。</p> <p>(2) 総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p>			
A234-2	<p>【感染対策向上加算】</p> <p>1 感染対策向上加算1 710点</p> <p>2 感染対策向上加算2 175点</p> <p>3 感染対策向上加算3 75点(新設)</p>	<p>【感染防止対策加算】</p> <p>1 感染防止対策加算1 390点</p> <p>2 感染防止対策加算2 90点</p> <p>(新設)</p>		
	<p>【算定要件】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>【算定要件】</p> <p>注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。))について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>2 感染防止対策加算1を算定する場合について、感染防止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、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p> <p>3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関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、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p>		
	<p>【施設基準】</p> <p>二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等</p> <p>(1) 感染対策向上加算1の施設基準</p> <p>イ～ハ(略)</p> <p>ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</p> <p>ホ 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。))との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。</p> <p>ヘ 抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</p> <p>(2) 感染対策向上加算2の施設基準</p> <p>イ～ハ(略)</p> <p>ニ 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と連携していること。</p> <p>(3) 感染対策向上加算3の施設基準</p> <p>イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。</p> <p>ロ 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。</p> <p>ハ 当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。</p> <p>三 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と連携していること。</p> <p>(4) 指導強化加算の施設基準</p> <p>他の医療機関(感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。))に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。</p> <p>(5) 連携強化加算の施設基準</p> <p>他の医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。))との連携体制を確保していること。</p> <p>(6) サーベイランス強化加算の施設基準</p> <p>地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。</p>	<p>【施設基準】</p> <p>二十九の二 感染防止対策加算の施設基準等</p> <p>(1) 感染防止対策加算1の施設基準</p> <p>イ～ハ(略)</p> <p>ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 感染防止対策加算2の施設基準</p> <p>イ～ハ(略)</p> <p>ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。</p> <p>(3) 感染防止対策地域連携加算の施設基準</p> <p>他の保険医療機関(感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。))との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。</p> <p>(4) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準</p> <p>抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	<p>(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。</p> <p>(8) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携した地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。</p> <p>(9) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。</p> <p>(10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。</p> <p>(11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。</p> <p>(12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。</p> <p>(13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。</p> <p>(14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>(15) 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。</p>	(新設)		
	<p>4 指導強化加算の施設基準</p> <p>(1) 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 感染制御チームの専任医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。</p> <p>5 連携強化加算の施設基準</p> <p>(1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。</p> <p>6 サーベイランス強化加算の施設基準</p> <p>(1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。</p>	(新設)		
(新設)	<p>(新) 術後疼痛管理チーム加算(1日につき) 100点 [対象患者] 全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの</p>			
	<p>[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。</p>			
	<p>[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。</p> <p>(※) 急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料一般病棟又は結核病棟に限る。)、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料母体・胎児集中治療室管理料に限る。)、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能とする。</p>			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済	
新設 A237	<p>ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 1 ハイリスク分娩管理加算 3,200点 (新) 2 地域連携分娩管理加算 3,200点</p>				
	<p>【対象患者】 次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めた者 ア 40歳以上の初産婦である患者 イ 子宮内胎児発育遅延の患者(重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、地域周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。) ウ 糖尿病の患者(2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者(食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。))であって、専門医又は専門医療機関から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。 エ 精神疾患の患者(他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)</p> <p>【算定要件】 (1)地域連携分娩管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。 (2)地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、地域連携分娩管理加算に含まれるものとする。 (3)地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。 (4)対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。</p> <p>【施設基準】 (1)当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。 (2)当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。 (3)一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (4)周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (5)公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。</p>				
A243	<p>【後発医薬品使用体制加算】 【施設基準】 (1)後発医薬品使用体制加算1の施設基準 イ(略) ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七条の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。 ハ・ニ(略) (2)後発医薬品使用体制加算2の施設基準 イ(略) ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 ハ・ニ(略) (3)後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ(略) ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・ニ(略)</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】 【施設基準】 (1)後発医薬品使用体制加算1の施設基準 イ(略) ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。)第七条の二に規定する後発医薬品(以下単に「後発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。 ハ・ニ(略) (2)後発医薬品使用体制加算2の施設基準 イ(略) ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。 ハ・ニ(略) (3)後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ(略) ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。 ハ・ニ(略)</p>			
A246	<p>【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】 (2)入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員(以下「入退院支援職員」という。)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ(略) サ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること シ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること ス その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合</p>	<p>【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】 (2)入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員(以下「入退院支援職員」という。)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～コ(略) (新設) (新設) ㉞ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合</p>			
A246	<p>【入退院支援加算1】 【算定要件】 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点 【入退院支援加算1】 【施設基準】 (4)転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)の数が25以上であること。 また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。 【経過措置】 1の(4)に掲げる「連携する保険医療機関」等の規定については、令和4年3月31日において現に入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。</p>	<p>【入退院支援加算1】 【算定要件】 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点 【入退院支援加算1】 【施設基準】 (4)転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)の数が20以上であること。 また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。 【経過措置】 (新設)</p>			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A246	<p>【入退院支援加算】</p> <p>〔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日以上常勤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ものとみなすことができる。</p>	<p>【入退院支援加算】</p> <p>〔施設基準〕 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。</p>		
A246	<p>【入退院支援加算】</p> <p>〔施設基準〕 (5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>※ 感染防止対策加算、退院時共同指導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。 ※ 訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。</p>	<p>【入退院支援加算】</p> <p>〔施設基準〕 (5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回(当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)又は連携機関の場合、当該3回中3回)に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p>		
(新設)	<p>(新) 報告書管理体制加算(退院時1回) 7点</p> <p>〔算定要件〕 組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>〔施設基準〕 (1)放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。 (2)医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (3)画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (4)医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。 (5)組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。 (6)当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること。 (7)報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。 (8)報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない</p>			
A249	<p>【精神科急性期医師配置加算(1日につき)】 1 (略) 2 精神科急性期医師配置加算2 イ (略) ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 450点 3 精神科急性期医師配置加算3 400点</p> <p>三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 イ・ロ (略) ハ 精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。 ニ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が二名以上配置されていること。 (3) (略) (4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準 イ(2)のイを満たすものであること。 ロ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。</p> <p>第26の8 精神科急性期医師配置加算 6 届出に関する事項 (1) (略) (2) 令和4年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A311に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後も当該入院料を算定するものについては、令和6年3月31日までの間に限り、2の(2)及び5の(2)の基準を満たしているものとする。</p>	<p>【精神科急性期医師配置加算(1日につき)】 1 (略) 2 精神科急性期医師配置加算2 イ (略) ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合 500点 3 精神科急性期医師配置加算3 450点</p> <p>三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) (略) (2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 イ・ロ (略) ハ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。 (新設) (3) (略) (4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準 (2)のイ及びハを満たすものであること。 (新設)</p> <p>第26の8 精神科急性期医師配置加算 6 届出に関する事項 (略)</p>		
A252	<p>【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 620点</p> <p>〔施設基準〕 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1)救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略)</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 以下のアからウまでのいずれかを満たしていること。 ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算若しくは区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。</p>	<p>【地域医療体制確保加算】 地域医療体制確保加算 520点</p> <p>〔施設基準〕 三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準 (1)救急搬送に係る実績を相当程度有していること。 (2) (略)</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (2) 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。 (新設)</p> <p>(新設)</p>		

・入院料加算

日本ヘルスケアプランニング株式会社作成 2022年2月1日

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A252	<p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算</p> <p>1地域医療体制確保加算に関する施設基準</p> <p>(3) (略)</p> <p>③当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」(以下「時短計画作成ガイドライン」という。)に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>【施設基準】</p> <p>第26の10 地域医療体制確保加算</p> <p>1地域医療体制確保加算に関する施設基準</p> <p>(3) (略)</p> <p>③当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「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。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。</p> <p>④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。</p> <p>⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討したうえで、必要な事項を記載すること。</p> <p>ア～キ(略)</p>		
	<p>2 届出に関する事項</p> <p>(3)令和4年3月31日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、1の(3)及び④の基準を満たしているものとする。</p>	<p>2 届出に関する事項</p> <p>(新設)</p>		