

令和4年診療報酬改定 伝達講習

令和4年3月21日

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

第2節 入院基本料等加算

第3節 特定入院料

第4節 短期滞在手術等基本料

A100 一般病棟入院料の変更

項目の見直し

- Ⅰ 急性期一般入院基本料
- イ 急性期一般入院料 Ⅰ 1,650点
 - ロ 急性期一般入院料 Ⅱ 1,619点
 - ハ 急性期一般入院料 Ⅲ 1,545点
 - ニ 急性期一般入院料 Ⅳ 1,440点
 - ホ 急性期一般入院料 Ⅴ 1,429点
(削る)
 - ヘ 急性期一般入院料 Ⅵ 1,382点

一般入院料 ⅦからⅥへ
区分の変更

注の見直し

注10

- (新設)
- 加算要件の追加
- ロ 急性期充実体制加算
(急性期一般入院料Ⅰを算定するものに限る。)
 - ホ 紹介受診重点医療機関入院診療加算
 - エ 術後疼痛管理チーム加算 (急性期一般入院基本料に限る)

* 御願ひ：ご自分の所属の病院がどれをとっているか医事にご確認下さい。

A101 療養病棟入院基本料の変更**療養病棟入院基本料****1 療養病棟入院料 1 (変更なし)**

イ	入院料 A	1,813点	(1,798点)
ロ	入院料 B	1,758点	(1,744点)
ハ	入院料 C	1,471点	(1,457点)
ニ	入院料 D	1,414点	(1,399点)
ホ	入院料 E	1,386点	(1,372点)
ヘ	入院料 F	1,232点	(1,217点)
ト	入院料 G	968点	(953点)
チ	入院料 H	920点	(905点)
リ	入院料 I	815点	(801点)

2 療養病棟入院料 2 (略)

* () は生活療養を受ける場合の点数

注1の見直し

1 又は 2 の入院料 A、B 又は C を算定する場合であって、当該病棟において**中心静脈栄養**を実施している状態にある者の**摂食機能**又は**嚥下機能**の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ 1 又は 2 の入院料 D、E 又は F を算定しする。



嚥下機能の訓練を行っている
施設ご勤務の先生方は A, B, C の算定可能です

A104 特定機能病院基本入院料の変更

イ 7対1入院基本料 1,718点

ロ 10対1入院基本料 1,438点

注の見直し**注8**

ト 医師事務作業体制加算を医師事務作業体制加算Ⅰへ

メ **報告書管理体制加算（新設）**

モ **術後疼痛管理チーム加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）**

***報告書管理体制加算とは？**

画像診断報告書や病理診断報告書の「確認漏れ」防止対策を院内の部門が横断的に講じ、診断・治療開始遅延を防止する取り組み

A105 専門病院基本入院料の変更

注の見直し

注 7

コ 報告書管理体制加算（新設）

サ 術後疼痛管理チーム加算

A108 有床診療所入院料の変更**注の見直し****注 3**

- ト 医師事務作業体制加算を医師事務作業体制加算Ⅰへ
- メ 報告書管理体制加算（新設）
- モ 術後疼痛管理チーム加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

○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、**Ⅰ日につき150点**を加算

○介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、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**Ⅰ日につき300点**を加算する。

注 4 施設基準に適合している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、夜間緊急体制確保加算として、**Ⅰ日につき15点**を所定点数に加算する

注 5 施設基準に適合している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、それぞれ**Ⅰ日につき**所定点数に加算する。

- イ 医師配置加算Ⅰ **120点**
- ロ 医師配置加算Ⅱ **90点**

第二節 入院基本料等加算

A200 総合入院料等加算

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 総合入院体制加算 1 | 240点 |
| 2 | 総合入院体制加算 2 | 180点 |
| 3 | 総合入院体制加算 3 | 120点 |

注の見直し

施設基準に適合しているもの

また、第3節の特定入院料のうち、総合入院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、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して**14日を限度**として所定点数に加算する。

新 設

A200-2 急性期充実体制加算（1日につき）

1	7日以内の期間	460点
2	8日以上11日以内の期間	250点
3	12日以上14日以内の期間	180点

注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制
施設基準に適合している保険医療機関に入院している患者
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。

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）

800点

新 設

外来機能報告対象病院等である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に入院初日に限り所定点数に加算する。

A205 救急医療管理加算

点数の見直し

- 1 救急医療管理加算 1 1,050点 ← 950点
- 2 救急医療管理加算 2 420点 ← 350点

注1 入院日から起算して7日間

注2 6歳未満であればさらに400点を追加

注3 6歳以上15歳未満であれば200点を追加

A 207-2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

点数の見直し

		医師事務作業補助体制加算1	医師事務作業補助体制加算2
イ	15 : 1	1050点 ←970点	975点 ←910点
ロ	20 : 1	835点 ←758点	770点 ←710点
ハ	25 : 1	705点 ←630点	645点 ←590点
ニ	30 : 1	610点 ←545点	560点 ←510点
ホ	40 : 1	510点 ←455点	475点 ←430点
ヘ	50 : 1	430点 ←375点	395点 ←355点
ト	75 : 1	350点 ←295点	315点 ←280点
チ	100 : 1	300点 ←248点	260点 ←238点

① 1名専従がいること。

② 年間の退院患者数2、000名ごとに1名以上の専任がいること。

A234-5 報告書管理体制加算 退院時1回 7点

***報告書管理体制加算**とは？

画像診断報告書や病理診断報告書の「確認漏れ」防止対策を院内の部門が横断的に講じ、診断・治療開始遅延を防止する取り組み

A242-2 術後疼痛管理チーム加算 1日につき 100点

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おいて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、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

A 246 入退院支援加算 (退院時1回)**点数の見直し****1 入退院支援加算 1**

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

2 入退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 **190点**
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 **635点**

3 入退院支援加算 3 **1,200点**

* ご所属の医療機関がどちらの加算をとれるかは
医事部門にお尋ねください。

A 252 地域医療体制確保加算 入院初日 **620点****点数の見直し**

A400 短期滞在手術等基本料

新 設

短期滞在手術等基本料Ⅰ (日帰りの場合)

イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点

ロ イ以外の場合 2,718点

短期滞在手術等基本料Ⅲ (4泊5日までの場合)

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィ

3 Ⅰ及びⅡ以外の場合 イ 安全精度管理下 10,549点
(10,475点)

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィ

3 Ⅰ及びⅡ以外の場合 ロ その他のもの 8,744点
(8,670点)D237-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT) 11,485点
(11,411点)K318 鼓膜形成手術 30,571点
(30,497点)K333 鼻骨骨折整復固定術 18,809点
(18,735点)

K389 喉頭・声帯ポリープ切除術

2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点
(26,238点)

* () は生活療養を受ける場合の点数

令和4年診療報酬改定 伝達講習

令和4年3月21日

第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等

ここでは、耳鼻咽喉科・頭頸部外科に関するものを説明します。

B000 特定疾患指導管理料

- 1

診療所の場合

225点
- 2

許可病床数が100床未満の病院の場合

147点
- 3

許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合

87点

耳鼻咽喉科・頭頸部領域の特定疾患(指定難病)

304	若年発症型両側性感音難聴
305	遅発性内リンパ水腫
306	好酸球性副鼻腔炎

B001 特定疾患治療管理料 14 高度難聴指導管理料

点数は不変

- | | | |
|---|-------------------------------------|------|
| イ | 人工内耳植込術を行った日から起算して
3月以内の期間に行った場合 | 500点 |
| ロ | イ以外の場合 | 420点 |

注の見直し 注2

人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、
その他の患者については年1回に限り算定する。



従来は、1回とのみ記載・・・制限の緩和

指導料関係で情報機器を使用して算定できる項目（点数表示）

					施設基準 適合機関
B100	特定疾患指導管理料	Ⅰ：196 点	2：128点	3：76点	
7	難病外来指導管理料				235点
18	小児悪性腫瘍患者指導管理料				479点
22	がん性疼痛緩和指導管理料				174点
23	がん指導管理料	Ⅰ：435 点	Ⅱ：174点	ⅢまたはⅣ： 261点	
24	外来緩和ケア管理料				252点
B005- 6-4	外来がん患者在宅連携指導料				435点

☆ 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

☆ 高度難聴指導管理料

☆ アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料は情報機器に関する注なし

新 設

B 001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

1	外来腫瘍化学療法診療料 1	(注 5 : 15歳未満加算)	
イ	抗悪性腫瘍剤を投与した場合	700点	200点
ロ	抗悪性腫瘍剤の投与その他 必要な治療管理を行った場合	400点	//
2	外来腫瘍化学療法診療料 2		
イ	抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点	//
ロ	抗悪性腫瘍剤の投与その他 必要な治療管理を行った場合	270点	//

注

*外来腫瘍化学療法診療料 1 は、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定

注 2 1 のイ及び 2 のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、**月 3 回**に限り算定

注 3 1 のロ及び 2 のロについては、1 のイ又は 2 のイを算定する日以外の日において、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、**週 1 回**に限り算定

注
続き

注6 施設基準に適合して保険医療機関において、Ⅰのイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、**月1回に限り150点**を所定点数に加算する。

注7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、**月1回に限り150点**を所定点数に加算する。

新 設

35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

イ 1 月目 280点

ロ 2 月目以降 25点

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