



JUNE 2022

2022年度診療報酬改定(抜粋紹介-4)

地域連携の視点からみる感染防止対策と、 地域包括ケア病棟入院料等の見直しについて

Point 1 個々の医療機関における感染防止対策の取組に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染防止対策の取組が評価される内容に改編された。

Point 2 地域包括ケア病棟について、自院の一般病棟からの転棟割合未達の場合の減算が、200床以上の病院も対象となり、減算割合も拡大した。

感染防止対策は、地域の医療機関が連携して実施することが求められる

今回の診療報酬改定では、個々の医療機関が取り組む感染防止対策に対する加算の他に、複数の医療機関等が連携して実施する地域全体での感染防止対策が大きなテーマとなっています。

医療機関における感染防止対策の評価(加算の概要)については、Mesa5月号で詳しく解説しています。

診療所の外来医療における感染防止対策の評価として「外来感染対策向上加算(患者1人あたり月1回6点)」が新設されました。

「外来感染対策向上加算」は、新型コロナウイルス感染症、特にオミクロン株のような感染性は強いものの重症化リスクは低い変異株の急速な拡大を背景に、地域の医療提供体制の崩壊を防ぐため、国

民の身近にある診療所において発熱外来診療を実施する体制を有する等に対する評価となっています。

施設基準では、発熱外来診療を実施することを自治体ホームページで公開し、さらに、一般患者と発熱患者の動線を分けるか診療の時間帯をずらす等の工夫が求められています。

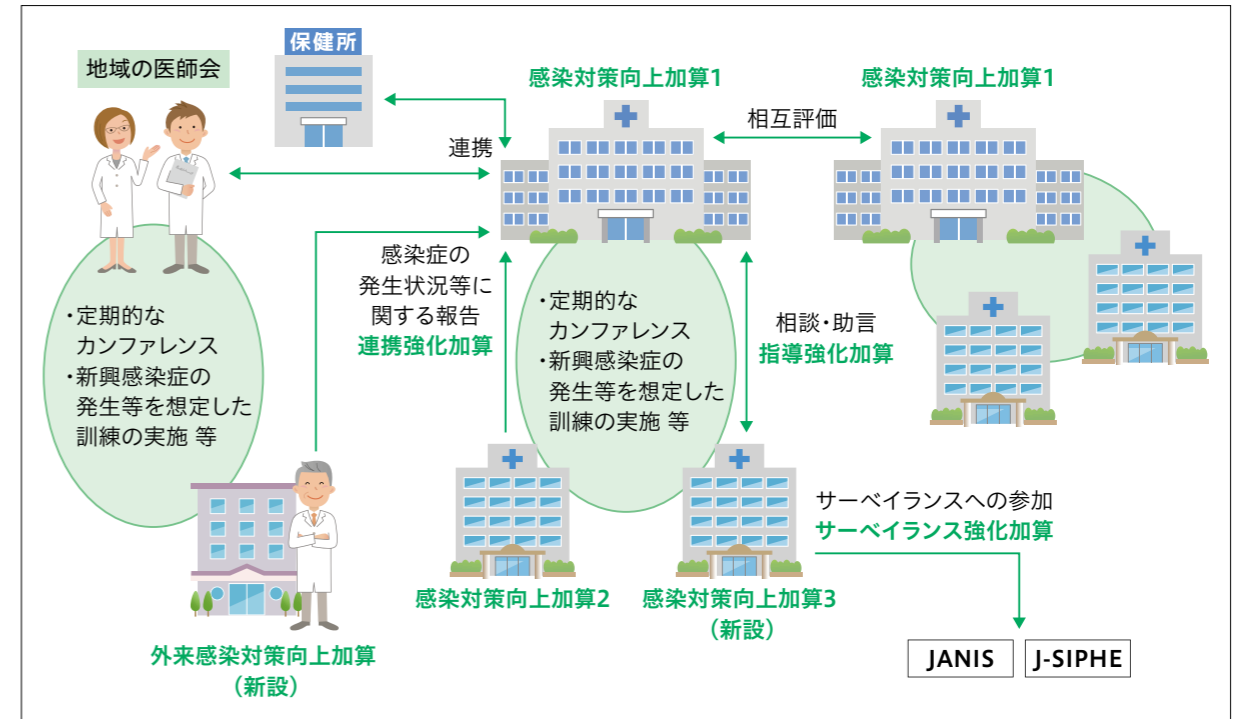
クリニック経営を考えた場合には、「外来感染対策向上加算」だけでなく、Mesa5月号で紹介した「連携強化加算(3点)」と「サーベイランス強化加算(1点)」を合わせることで1月あたり10点の算定ができる診療体制を構築することが必要といえるでしょう。

入院医療における感染防止対策の評価として「感染対策向上加算1～3」が挙げられます。

これまでの「感染防止対策加算」から名称が変更され、点数区分も2区分から3区分に改編されました。

その算定要件及び施設基準はMesa5月号のとおり、地域連携等を重視した内容に大幅に変更されて

■ 個々の医療機関が取り組み、地域で連携して実施する感染防止対策のイメージ



(「令和4年度診療報酬改定の概要 個別改定事項Ⅰ(感染症対策)」(令和4年3月4日 厚生労働省保険局医療課)より抜粋(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf>))

います。

地域の複数の医療機関等が連携することで、医療機関という「点」だけではなく、地域全体という「面」でも感染防止対策に取り組むことが期待される内容となっています。

「感染対策向上加算1」は300床以上の病院を想定していますが、施設基準を満たしていれば300床未満の病院でも算定は可能です。また「感染対策向上加算2」「感染対策向上加算3」は一般病床数300床未満の病院を想定していますが、加算1と同様に300床以上でも施設基準を満たしていれば算定できるとしています。

4ページの表に示すとおり、地域連携を行う上で要となるのは次の3点です。

- ①「医療機関間・行政等との連携」
- ②「合同での研修・事前訓練の実施」
- ③「必要に応じたスムーズな情報提供(報告)・公開」

特に加算1では、「保健所、地域の医師会と連携し、加算2、3の医療機関と合同での、年4回以上のカンファレンスの実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練)」や「加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制」などが求められています。

また、加算1の医療機関の感染制御チームの専従医師または看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3または外来感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行うことで算定できる「指導強化加算」が新設されました。加算1の医療機関は、地域の感染防止対策の中心的役割を担う医療機関として、地域の感染防止対策を引っ張っていくことが期待されています。

加算2、3においても、年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加する必要があります(訓練への参加は必須)。

さらに、診療所を対象とした「外来感染対策向上加算」については、年2回以上、加算1の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加することとされています(訓練への参加は必須)。

このように、加算1の医療機関が実施するカンファレンスや訓練に加算2・3の医療機関が参加することで、地域全体での感染防止対策が底上げされることが期待されます。また、新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議しておく(加算要件の一つ)ことで、地域の中でのより強固な連携体制を構築することにつながります。

地域内の各医療機関における感染防止対策の連携強化を行っていくことで、各医療機関がこれまでよりも一層緊密なコミュニケーションをとることになります。このことは、感染症対策だけでなく、通常の入院患者の患者紹介、逆紹介等の連携がより一層スムーズに行えることにもつながっていくと考えられます。さらにはこの連携によって、これまで関係性の薄かった医療機関同士の交流が深まってくることも期待できます。

自院の一般病棟からの転棟割合未達の場合の減算対象・割合が拡大

今回の診療報酬改定のなかで最も大きく見直しされた入院料を挙げると、「地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料」(以下、地域包括ケア病棟入院料等)といえるのではないのでしょうか。

地域包括ケア病棟入院料等における2020年の改定では、3つの機能である「急性期治療後の患者の受け入れ(ポストアキュート)」「自宅や介護施設等からの緊急時受け入れ(サブアキュート)」「在宅・生活復帰支援」を、バランスよく行うことが強調されるような内容でした。それが今回の改定で、さらに厳格化された内容となっています。主な改定項目の内容としては、6ページの表のとおりです。

「在宅復帰率」は、施設基準上、これまで入院料1・2にしか求められていませんでしたが、今回の改定ではすべての入院料に要件化され、かつ入院料1・2についてはその要件が70%以上から72.5%以上に引き上げられました。

また「自院の一般病棟から転棟した患者割合」については、当該割合が60%以上の場合に診療報酬が減算される対象が、400床以上から200床以上に拡大され、かつ、その減算割合が▲10%から▲15%に引き上げられました。これまで急性期一般入院料1の施設基準を維持するために、自院の一般病棟からの転棟患者を中心に地域包括ケア病棟等を運用していた病院については、地域の診療所などからの紹介患者の受け入れを強化するなど、これまでの病棟運用の見直しや、自院の急性期病棟の在り方などを再考する必要が出てきているといえます。

■ 感染防止対策の評価項目の施設基準(連携などの基準を抜粋)

	感染対策向上加算1	感染対策向上加算2	感染対策向上加算3	外来感染対策向上加算	
点数	710点	175点	75点	6点	
算定要件	入院初日			入院初日+入院期間が90日を超える毎に1回	
施設基準(一部抜粋)	医療機関間・行政等との連携	<ul style="list-style-type: none"> 保健所、地域の医師会と連携し、加算2または3の医療機関と合同で、年4回以上カンファレンスを実施(このうち1回は、新興感染症等の発生を想定した訓練を実施すること。) 加算2、3及び外来感染対策向上加算の医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有する 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> 年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者または疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> 年4回以上、加算1の医療機関が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者または疑い患者を受け入れる体制もしくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している 	<ul style="list-style-type: none"> 年2回以上、加算1の医療機関または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加(訓練への参加は必須とする。) 新興感染症の発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携医療機関等とあらかじめ協議されていること 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体HPで公開している
	サーベイランスへの参加	院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること	地域や全国のサーベイランスに参加している場合、サーベイランス強化加算として5点を算定する。		サーベイランス強化加算として1点を算定する。
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する 令和4年度診療報酬改定前の感染防止対策地域連携加算及び抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする 	<ul style="list-style-type: none"> 新興感染症の発生時等に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有する 	<ul style="list-style-type: none"> 新興感染症の発生時等に、感染症患者または疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制もしくは発熱患者の診療等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 	<ul style="list-style-type: none"> 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療等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
連携による加算	感染制御チームの専従医師または看護師が、過去1年間に4回以上、加算2、3または外来感染対策向上加算の医療機関に赴き院内感染対策等に関する助言を行った場合、指導強化加算として、30点を算定する。	感染対策向上加算2または3を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合、連携強化加算として30点を算定する。		連携強化加算として3点を算定する。	

(「令和4年度診療報酬改定の概要 個別改定事項I(感染症対策)」(令和4年3月4日 厚生労働省保険局医療課)より抜粋(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911809.pdf>))

■ 急性期患者支援病床初期加算、在宅患者支援病床初期加算

項目	対象患者	算定病院の限定	点数	算定日数	
急性期患者支援病床初期加算	改定前	自院もしくは他院の一般病棟から転棟した患者	－	150点	14日
	改定後	他院の一般病棟から転棟した患者	400床以上	150点	
		その他の転棟患者(自院等の一般病棟)		50点	
		他院の一般病棟から転棟した患者	400床未満	250点	
		その他の転棟患者(自院等の一般病棟)		125点	
在宅患者支援病床初期加算	改定前	介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム等または自宅から入院した患者	－	300点	
	改定後	介護老人保健施設から入院した患者	－	500点	
		介護医療院、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム等または自宅から入院した患者	－	400点	

〔「令和4年度診療報酬改定の概要 入院Ⅱ（回復期・慢性期入院医療）」（令和4年3月4日 厚生労働省保険局医療課）（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000915590.pdf>）に基づいて作成〕

「急性期患者支援病床初期加算」については、400床以上の病院で自院の一般病棟から患者を受け入れた場合の初期加算が50点（▲100点）となる一方、400床未満の病院で他院の一般病棟から患者を受け入れた場合の初期加算は250点（+100点）とメリハリのつけた見直しがされました。

「在宅患者支援病床初期加算」については、老健から患者を受け入れた場合の初期加算が500点（+200点）、自宅・その他施設から患者を受け入れた場合の初期加算が400点（+100点）と、サブアキュート機能を大きく評価する改定内容となってい

ます。

今回の改定を踏まえた地域包括ケア病棟の運用を考えると、これまで以上に自宅や介護施設等からの患者の受け入れを強化していく病院が増えていくことが想定されます。そうなった際にこれまで以上に重要視されるのは、地域における「連携」です。介護・福祉関連施設との連携だけでなく、地域の診療所や訪問看護ステーションなどとの連携をこれまで以上に密にしていくことが、これからの地域包括ケア病棟の運用には大切になっていくと考えられます。

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価体系と要件の変更ポイント

1	在宅復帰率
(1)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1・2は70%以上から72.5%以上へ変更
(2)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4については在宅復帰率が70%以上であることを要件に追加、当該要件を満たさない場合は、所定点数の100分の90相当を算定する
2	自院の一般病棟から転棟した患者割合
	地域包括ケア病棟入院料2・4は、許可病床数200床以上400床未満の医療機関についても要件化（6割未満）し、当該要件を満たさない場合は、所定点数の100分の85相当を算定する。
3	自宅等から入院した患者割合及び在宅医療等の実績要件
(1)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1・3は、自宅等から入院した患者割合を15%から20%以上に変更、自宅等からの緊急の入院患者の3月の受け入れ人数は6人以上から9人以上に変更。 地域包括ケア入院医療管理料1・3は、病床数10床未満の病室に係る自宅等から入院した患者数は、3月で6人以上から8人以上に変更。
(2)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2・4の要件に、以下のいずれか1つ以上を満たすことを追加、当該要件を満たさない場合は所定点数の100分の90相当を算定する。 ア)自宅等から入棟した患者割合が2割以上 イ)自宅等からの緊急患者の受け入れが3月で9人以上 ウ)在宅医療等の実績を1つ以上有する
(3)	在宅医療等の実績における退院時共同指導料2の算定回数の実績要件について、外来在宅共同指導料1の実績を加えてもよいこととする。
4	入退院支援加算1の届出
	地域包括ケア病棟入院料・管理料1・2を算定する病棟または病室を有する保険医療機関で許可病床数100床以上の場合は、入退院支援加算1の届出を行っていないと所定点数の100分の90相当を算定する。
5	救急医療提供の状況
	一般病床において地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定する場合、第二次救急医療機関または救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。200床未満の保険医療機関は、当該保険医療機関に救急外来を有するか、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。
6	療養病床における要件
	地域包括ケア病棟入院料・管理料の病棟または病室が療養病床の場合、所定点数の100分の95相当を算定する。ただし、当該病棟または病室が①自宅等からの入院患者の受け入れが60%以上、②自宅等からの緊急の入院患者の受け入れ実績が前3月で30人以上、③救急医療を行う必要体制を届出し整備されている（救急告示あり）場合は、所定点数（100分の100）を算定する。

〔「令和4年度診療報酬改定の概要 入院Ⅱ（回復期・慢性期入院医療）」（令和4年3月4日 厚生労働省保険局医療課）（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000915590.pdf>）及び「令和4年2月9日「個別改定項目について」中央社会保険医療協議会の資料（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000905284.pdf>）に基づいて加工・作成〕

《発行》

アステラス製薬株式会社

東京都中央区日本橋本町2-5-1 〒103-8411

《内容についてのお問い合わせ先》

医療総研株式会社（担当：Mesa編集室）

東京都渋谷区渋谷1-7-5 青山セブンハイツ 8F 〒151-0002

Mail: mesa.info@iryo-soken.co.jp