

## 令和4年度（2022年度）診療報酬改定における 重症度、医療・看護必要度関連の変更について（3月7日版の訂正）

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、令和4年度診療報酬改定における重症度、医療・看護必要度に関する変更点を3月7日にご案内（3月4日版の訂正）しましたが、3月31日に訂正通知・疑義解釈が公開されましたので、3月7日版に訂正等の内容を反映したものを再度ご案内します。今回、追記した箇所のみ朱書きしております。

敬具

記

### 1. 重症度、医療・看護必要度に関する変更概要

#### 1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

##### (1) 評価項目に関する見直し

・「点滴ライン同時3本以上の管理」が「注射薬剤3種類以上の管理」に変更された。評価対象から除くレセプト電算処理システム用コード一覧（以下、コード一覧）が示されている。

（必要度Ⅰ）同時3本の条件はなくなり、評価日に3種類以上であることが条件になった。EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）の薬剤に限り対象となる。ただし、コード一覧で示された薬剤や他の項目の対象となっている薬剤等は、種類数に数えない。また、「成分名」が同一である場合は1種類として数える。ビタミン剤についても対象となる場合の条件が示された。

（必要度Ⅱ）従来は、注射薬剤が1種類でも入力されていれば評価の対象であったが、3種類以上が条件になった。コード一覧に該当しないコードが3種類以上入力されている必要がある。

・「心電図モニターの管理」が削除された。

・「輸血や血液製剤の管理」が「1点」から「2点」に変更された。

##### [経過措置]

令和4年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院基本料（7対1結核病棟、10対1一般病棟）、専門病院入院基本料（10対1）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあっては、令和4年9月30日までの間に限り、令和4年度改定前の一般病棟用の評価票（必要度ⅠまたはⅡ）を用いて評価をしても差し支えない。

## (2) 必要度Ⅱの要件化の拡大

許可病床数 200 床以上で、一般病棟入院基本料のうち急性期一般入院料 1 の届出を行う保険医療機関について、必要度Ⅱを用いて測定することが要件となった。

### [経過措置]

令和 4 年 3 月 31 日において現に急性期一般入院料 1 に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床以上 400 床未満の保険医療機関に限る。）については、令和 4 年 12 月 31 日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。ただし、令和 5 年 1 月 1 日に届出を行うには、遅くとも令和 4 年 10 月 1 日から、改定後の必要度Ⅱによる評価を行う必要がある。また、急性期充実体制加算を届け出る医療機関にあっては、届出時点において、必要度Ⅱによる評価を行っている必要がある。

## (3) 該当患者割合の見直し

評価項目の厳格化に伴い、多くの入院料等で該当患者割合の基準が緩和された。また、許可病床数 200 床未満の医療機関に対する緩和措置も講じられた。（「3. 改定前後の該当患者割合」を参照）

## (4) 対象となる入院料等に係る変更

一般病棟入院基本料のうち、急性期一般入院料 6（医科点数 1,408 点）は廃止され、従来の急性期一般入院料 7（同 1,382 点）を、急性期一般入院料 6（同 1,382 点）として位置付けることになった。これに伴い、改定後の急性期一般入院料 6 は、該当患者割合の基準がなくなり、測定することが要件となる。

### [経過措置]

令和 4 年 3 月 31 日において現に急性期一般入院料 6 に係る届出を行っている医療機関の病棟における急性期一般入院料 6 の算定については、令和 4 年 9 月 30 日までの間、なおその効力を有するものとする。

## 2) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度

### (1) 評価項目及び評価方法に関する見直し

- ・「心電図モニター管理」が削除された。
- ・「特殊な治療法等」において対象となる治療法に IMPELLA が追加された。
- ・「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ（以下、必要度Ⅱ）」として、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価方法が導入された。従来の評価方法は必要度Ⅰとして残り、必要度Ⅰまたは必要度Ⅱのいずれを用いるかは、医療機関による選択制である。

### [経過措置]

令和 4 年 3 月 31 日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和 4 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 4 年度改定前の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

### (2) 判定基準及び該当患者割合の見直し

- ・「基準を満たす患者」の条件が、「A 得点 3 点以上」に変更された。B 項目が判定基準から外れることになったが、引き続き評価は必要である。
- ・評価方法の見直しに伴い、必要度Ⅱを用いる場合の該当患者割合の基準が設定された。

(3) 対象となる入院料等の変更

救命救急入院料 1 及び 3 を算定する場合は、特定集中治療室用の評価票を用いた測定から外れ、ハイケアユニット用の評価票を用いた測定とすることとなった。

[経過措置]

令和 4 年 3 月 31 日時点で救命救急入院料 1 又は 3 の届出を行っている病棟にあつては、令和 4 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 4 年度改定前の特定集中治療室用の評価票を用いて評価をしても差し支えない。

3) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度

(1) 評価項目に関する見直し

「特殊な治療法等」において対象となる治療法に IMPELLA が追加された。

(2) 対象となる入院料等の変更

救命救急入院料 1 及び 3 を算定する場合に、ハイケアユニット用の評価票を用いた測定をすることとなった。

4) 日常生活機能評価票

(1) 該当患者割合の見直し

新規入院患者における重症患者の割合が見直された。

(2) 対象となる入院料等に係る変更

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 は廃止され、従来の回復期リハビリテーション病棟入院料 6 を回復期リハビリテーション病棟入院料 5 として位置付けることになった。これに伴い、該当患者割合の基準がなく測定が要件となるのは、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 のみとなる。

[経過措置]

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、令和 5 年 3 月 31 日までの間、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 を算定できることとする。

- ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料が新設され、「日常生活機能評価」又は「FIM」を用いた測定をすることとなった。

## 2. 改定後の評価方法

### 1) 入院基本料・特定入院料

入院基本料・特定入院料の種類		測定に用いる評価票・評価項目	基準を満たす患者
一般病棟入院基本料	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料 1	次の①～③のいずれかに該当 ①A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ②A 得点 3 点以上 ③C 得点 1 点以上
		急性期一般入院料 2～5	
		急性期一般入院料 6	
	地域一般入院基本料	地域一般入院料 1	
結核病棟入院基本料	7 対 1 入院基本料		次の①②のいずれかに該当 ①A 得点 1 点以上 ②C 得点 1 点以上
特定機能病院入院基本料	7 対 1 入院基本料（一般病棟）		
	7 対 1 入院基本料（結核病棟）		
	10 対 1 入院基本料（一般病棟）		
	看護必要度加算 1～3（10 対 1 入院基本料（一般病棟））		
一般病棟看護必要度評価加算（10 対 1 入院基本料（一般病棟））			
専門病院入院基本料	7 対 1 入院基本料		「必要度 I」又は「必要度 II」
	10 対 1 入院基本料		
	看護必要度加算 1～3（10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料）		
	一般病棟看護必要度評価加算（10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料）		
特定一般病棟入院料	一般病棟看護必要度評価加算		「必要度 I」又は「必要度 II」
	「注 7」（必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合）		
ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1・2		「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」
	救命救急入院料	救命救急入院料 1・3	
		救命救急入院料 2・4	
特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1～4		「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」
脳卒中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		「必要度 I」又は「必要度 II」
回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料 1～5		「日常生活機能評価票」 ※FIM による評価の場合を除く
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料		

入院基本料・特定入院料の種類		測定に用いる評価票・評価項目	基準を満たす患者
地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 1～4	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」 (A項目・C項目)	次の①②のいずれかに該当 ①A 得点 1 点以上 ②C 得点 1 点以上
	地域包括ケア入院医療管理料 1～4		

2) 入院基本料等加算

入院基本料等加算の種類		測定に用いる評価票・評価項目	基準を満たす患者
総合入院体制加算 (一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料 1・2)		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次の①②のいずれかに該当 ①A 得点 2 点以上 ②C 得点 1 点以上
急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の7対1又は10対1)、専門病院入院基本料(7対1又は10対1)			「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」
看護補助加算	看護補助加算 1 (地域一般入院基本料 1・2、13 対 1 入院基本料)		
看護職員夜間配置加算	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の7対1又は10対1、専門病院入院基本料(7対1又は10対1)	「必要度Ⅰ」 (B項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」)	「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」のいずれかに該当
	地域包括ケア病棟入院料		
重症患者対応体制強化加算	特定集中治療室管理料 1～4、救命救急入院料 2・4	「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」	「特殊な治療法等」に該当

### 3. 改定前後の該当患者割合

1) 一般病棟用の評価票を用いる入院料等

入院料等	改定前		改定後	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1 ※	31%	29%		28%
急性期一般入院料 2 ※	28%	26%	27%	24%
急性期一般入院料 3 ※	25%	23%	24%	21%
急性期一般入院料 4 ※	22%	20%	20%	17%
急性期一般入院料 5	20%	18%	17%	14%
急性期一般入院料 6	18%	15%	- (測定が要件)	- (測定が要件)
7 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。))		28%		28% (変更なし)
7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料)	11%	9%	10%	8%
7 対 1 入院基本料 (専門病院入院基本料)	30%	28%	30% (変更なし)	28% (変更なし)
地域包括ケア病棟入院料 1~4、地域包括ケア入院医療管理料 1~4、特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理が行われた場合)	14%	11%	12%	8%
総合入院体制加算 1・2	35%	33%	33%	30%
総合入院体制加算 3	32%	30%	30%	27%
看護必要度加算 1 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	22%	20%	22% (変更なし)	20% (変更なし)
看護必要度加算 2 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	20%	18%	20% (変更なし)	18% (変更なし)
看護必要度加算 3 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	18%	15%	18% (変更なし)	15% (変更なし)
急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院基本料 7、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	7%	6%	7% (変更なし)	6% (変更なし)
看護職員夜間配置加算 (急性期一般入院基本料 7、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))				
看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の「注 7」)	30%		30% (変更なし)	
看護補助加算 1 (地域一般入院基本料 1・2、13 対 1 入院基本料)	6%	5%	5%	4%

※ 許可病床数 200 床未満の医療機関における該当患者割合

入院料等	改定前		改定後	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1			28%	25%
急性期一般入院料 2	26%	24%	25%	22%
急性期一般入院料 3	23%	21%	22%	19%
急性期一般入院料 4	20%	18%	18%	15%

[経過措置]

令和4年3月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く）、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われた場合）の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。ただし、令和4年10月1日に届出を行うには、遅くとも令和4年7月1日から、改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。

2) 特定集中治療室用の評価票を用いる入院料等

入院料等		改定前	改定後	
			必要度Ⅰ	必要度Ⅱ（新設）
救命救急入院料2・4	特定集中治療室管理料1を満たす場合	80%	80%（変更なし）	70%
	特定集中治療室管理料3を満たす場合	70%	70%（変更なし）	60%
特定集中治療室管理料1・2		80%	80%（変更なし）	70%
特定集中治療室管理料3・4		70%	70%（変更なし）	60%
重症患者対応体制強化加算			15%（新設）	15%

3) ハイケアユニット用の評価票を用いる入院料

入院料等	改定前	改定後
救命救急入院料1・3		-（測定が要件）
ハイケアユニット入院医療管理料1	80%	80%（変更なし）
ハイケアユニット入院医療管理料2	60%	60%（変更なし）

4) 日常生活機能評価票を用いる入院料（FIMによる評価の場合を除く）

入院料等	改定前	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料1・2	重症患者が新規入院患者のうち30%以上、また、新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に4点以上改善	重症患者が新規入院患者のうち40%以上、また、新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に4点以上改善
回復期リハビリテーション病棟入院料3・4	重症患者が新規入院患者のうち20%以上、また、新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に3点以上改善	重症患者が新規入院患者のうち30%以上、また、新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に3点以上改善
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（新設）		重症患者が新規入院患者のうち50%以上

#### 4. Hファイル

評価項目の変更に伴い、該当する部分について変更があった。

該当箇所		変更内容
コード	ペイロード種別	
ASS0011	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 I 「A モニタリング及び処置等」	コードを ASS0012 へ変更する。
ASS0040	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 「A モニタリング及び処置等」	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価 I としてコードを ASS0041 へ変更する。
ASS0060	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 「A モニタリング及び処置等」	コードを ASS0061 へ変更する。

#### [経過措置]

看護必要度の測定方法における基準に該当するものとみなす経過措置期間中は、旧評価票(コード:ASS0011、ASS0040、~~ASS0060~~)で作成して問題ない。また、月途中で旧評価票から新評価票への切り替えはできない。

以上