

「2020年診療報酬改定と コロナ後の病院経営を考える」

令和2年10月22日(木) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

木村 憲洋

(きむら のりひろ)

高崎健康福祉大学

健康福祉学部 医療情報学科 准教授

講師略歴

■略歴

1971年 栃木県足利市生まれ。

1994年 武蔵工業大学卒業後、国立医療・病院管理研究所 病院管理専攻科・研究科修了、東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 博士課程満期退学。

医療法人財団神尾記念病院、医療法人杏林会 今井病院勤務を経る。

2007年からは高崎健康福祉大学 健康福祉学部 専任講師。

現在は、同学部 医療情報学科 准教授

■著書

・『イラスト図解 医療費のしくみ』

(共著)日本実業出版社 2014年

・『だれでもわかる！医療現場のための病院経営のしくみ - 医療制度から業務管理・改善の手法まで、現場が知りたい10のテーマ』

(共著)日本医療企画 2014年

・『病院の上手な使い方』扶桑社文庫 2012年

・『診療報酬の見方・読み方・使い方 超イロハ』総研出版 2010年

・『図解雑学 病院の仕事のしくみ』(共著)ナツメ社 2008年

・『イラスト図解 薬局のしくみ』(共著)日本実業出版社 2006年

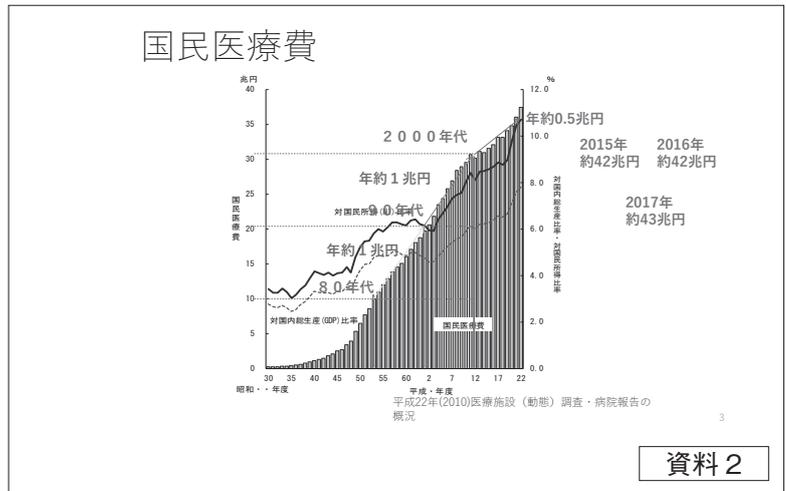
・『イラスト図解 病院のしくみ』(共著)日本実業出版社 2005年

その他多数。所属学会

国民医療費

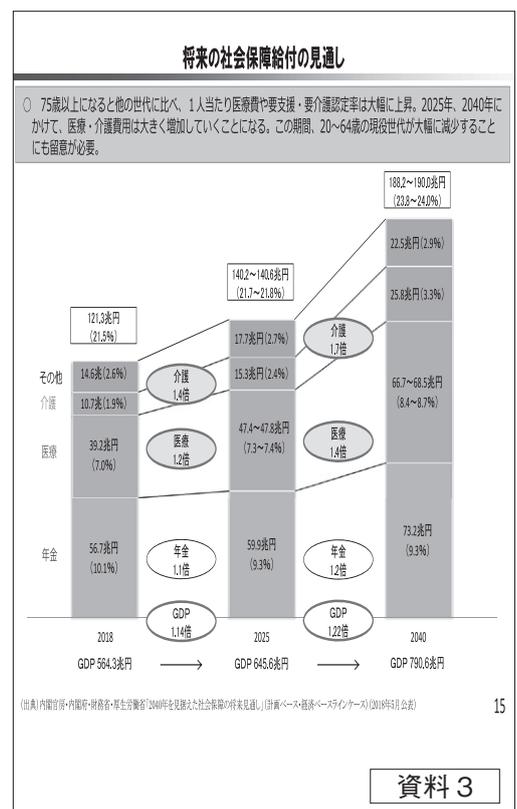
今期は国民医療費は相当下がるであろうということは間違いないと思っています。ただ、大病院でコロナの受け入れをしている中核病院に関しては、やはりこの地域でもそのようなのですが、4月、5月、6月辺りが一番下がっていて、6月ぐらいですと大体売上が月2割ぐらい下がっているところが多いのですか。やはりコロナで減収なのですが、頑張っている病院が今何をしているかという、補助金の対策チームを作っているのです。補助金を漏らさないようにどうするかです。患者のほうは受診抑制が掛かっていますし、病院のほうでも抑制が掛かるように動いていますので、そういう意味ではもらえるものをもろうというチームを実は企画室の中に作っている病院が多いということです。

実際としては、最終的にどういう決済になるか分かりませんが、大きい病院で補助金の対象となる病院というのは、赤字は大きくはなるとは思いますが、それなりに資金調達は借入れでなく補助金でできるというようなどころがあると思います。(資料2)



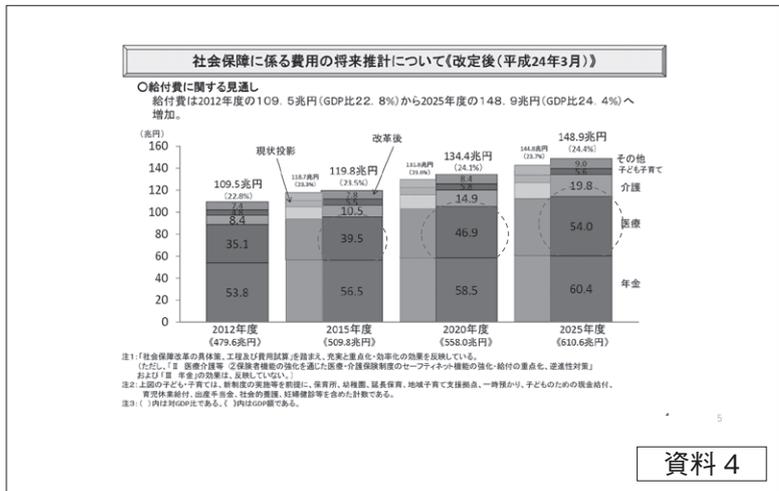
将来の社会保障給付の見通し

そうは言っても将来的にどうなるかという話があって、来年の介護報酬改定も含めて、これから先、診療報酬のところを少しプラスにしていかなないと多分もたないのだろうとは思っています。来年の介護報酬の改定を見て、今後の医療機関の在り方というのは、特に中小病院は考えなければいけないと思います。簡単に言うと、介護のところにとれぐらい医療機関が手を出せるかというのも、これから先の自分たちの経営を考える上ではすごく重要なポイントになっていきます。(資料3)



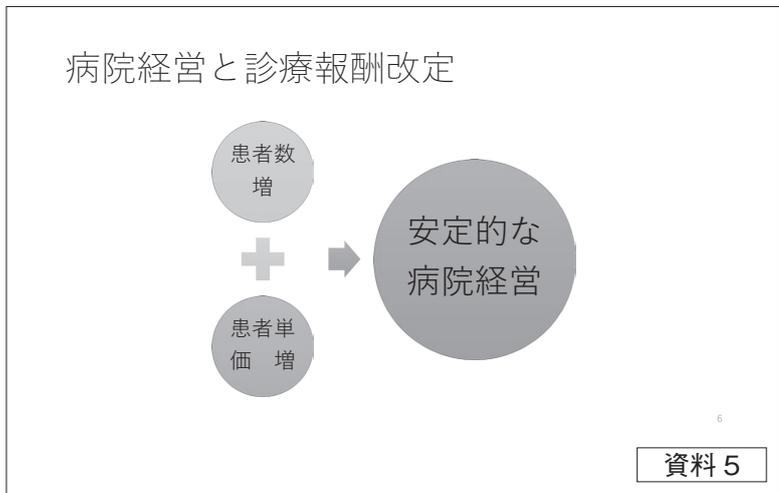
社会保障に係る費用の将来推計について 《改定後(平成24年3月)》

2025年がどうなるかという話は、少し今のところは不透明だと思いますが、来年辺り、売上が戻らない病院というのはこれから先、本当にどうするかは事業縮小も含めて考えなければいけないでしょう。当然ですが、経営者が諦めてM&Aで救済してもらおうというところは相当多くなると私は想定しています。
(資料4)



病院経営と診療報酬改定

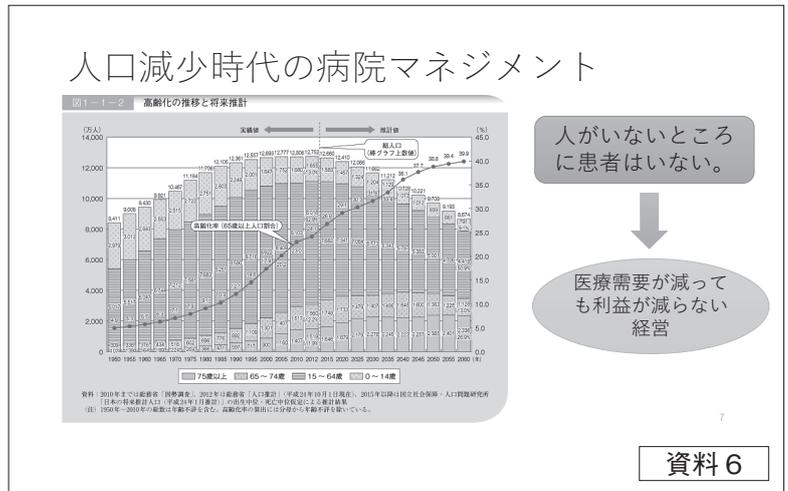
(資料5)



人口減少時代の病院マネジメント

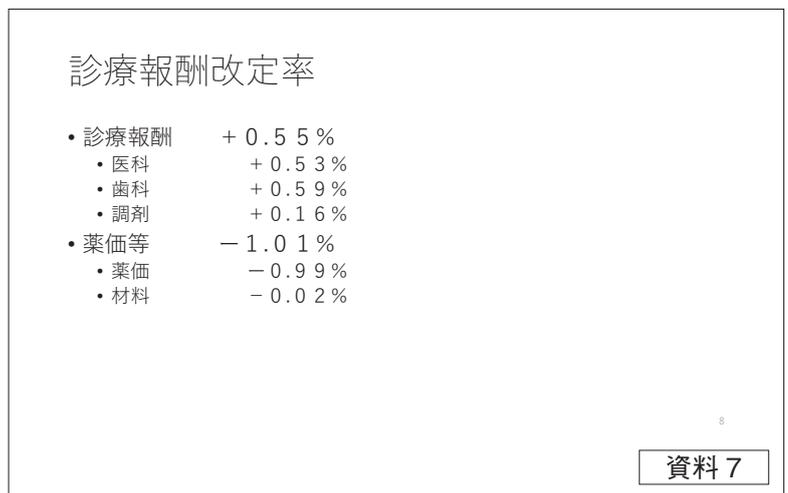
これから先、やはり人口が減っていく、今回はコロナで人口は関係なく患者が減っている状況があります。そういうところではこれから先、どういう形で自分たちの売上を上げていくかということを考えなければいけません。外来に頼っていた医療機関、それから入院に売上を頼っている医療機関、そして連携で患者を賄ってきた医療機関、そういったさまざまなカテゴリーがあります。それぞれこれから考えなければいけないのは、患者をどれくらい抱えられるかということです。患者を抱えていた医療機関というのは、売上が下がっていないということがあります。

ただ1つ、外来で抱えていたというよりは、入院になる患者をどれくらい抱えられるかです。だから1日当たりの患者数というよりは、医療機関が抱えている患者のアカウントの数をどのように増やしていくかというのが1つのポイントになりますし、そのように動き出している医療機関も多くなっているということです。(資料6)



診療報酬改定率

(資料7)



令和2年度診療報酬改定の基本方針(概要)

では診療報酬改定のお話を少しさせていただきます。今回、ポイントになったのは、この働き方改革が1つあります。そしてこの2、3、4に関しては、これまでと同様で、機能分化、効率化、安全で質の高い医療というのは、ずっと変わらないわけです。だから質が高い、そして安全で、そして効率性が高い医療機関というのは、間違いなく残っていくわけです。

だからそこを追及しなければいけません。今回、厳しいと言われている医療機関は、当然ですが、在院日数を短くして、患者の回転を掛けていた医療機関というのは、患者が来ませんでしたという話もありますが、もう1つのポイントとして、やはり地域でどれだけ信頼を得ていたかです。要するに介護施設もそうですし、在宅医療、それとそれ以外の救急車の入り口のところもそうですが、そういったところでどれぐらい地域に対して、「あそこに送れば安心だ」ということを作っていたかどうかということになると思います。そういった部分でやはり質の高いものという定義を考えながら、医療機関としてどのように経営していくかということになると思います。

ここ最近、コロナの対応をしている医療機関の状況を見ていきますと、結構慣れてきている医療機関が多いのではないかと思います。特に中核病院です。中核病院に関しましては、やはり対応の仕方というのも、医療従事者が慣れてきていて、そして看護師が辞めているとかはあまり聞かないです。一番大きく変わったのは、病院が本気でコスト意識に目覚めてきていて、非常勤医師を先に切るような形になってきています。需要が減った分、非常勤医師を先に契約更新しないという方向で動いている医療機関が、今、特に急性期の病院でも多くなっています。

そしてボーナスが下がっているという話があります。ボーナスを下げている医療機関も多いのですが、下げない医療機関も、私の感じでは結構半数ぐらいは下がっていないのではないかと思います。そこは赤字であっても、やはり職員のために、頑張ってくれたから払うということで、借入れを増やしても払うという医療機関が多くて、逆に下げているところは、少しぐらぐらしているところがあったりします。ぐらぐらしているというのは、職員がどうしようかという感じであったりします。

ただここ最近、やはり看護師も採用も抑制し始めている医療機関が多いです。やはり稼働が悪いので、増やさなくていいのではないかと思います。そこら辺では、辞めた方がいいが、次の職が決まらないという看護師も結構多く聞きます。(資料8)

令和2年度診療報酬改定の基本方針(概要)	
改定に当たっての基本認識 ▶ 健康寿命の延伸、人生100年代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ▶ 患者・国民に身近な医療の実現 ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進 ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和	
改定の基本的視点と具体的方向性	
1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】 【具体的方向性の例】 ・ 医師等の長時間労働などの新しい勤務環境を改善する取組の評価 ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制の評価 ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進	3. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進 【具体的方向性の例】 ・ 医療機能や患者の状態に応じた入居医療の評価 ・ 外来医療の機能分化 ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組
2. 患者・国民にとって身近で、安心・安全で質の高い医療の実現 【具体的方向性の例】 ・ かかりつけ機能の評価 ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組 ・ 治療と仕事の両立に資する取組等の推進 ・ アウトカムにも着目した評価の推進 ・ 遺伝的対応が求められる分野の適切な評価 ・ 診療体系の高度化・口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ・ 薬局の対面業務から対人業務への機動的な転換を推進するための取組の推進 ・ 院内業務の効率化と適正化、院内業務評価の評価 ・ 診療におけるICTの利活用	4. 効率化・適正化を遂げた形態の安定性・持続可能性の向上 【具体的方向性の例】 ・ 後発医薬品やハイパフォーマンス医薬品の使用促進 ・ 費用対効果評価制度の活用 ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等 ・ 医療機能や患者の状態に応じた入居医療の評価(再掲) ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲) ・ 医師、院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

資料 8

働き方改革関連

そういう中で、働き方改革をどういうふうに考えるかという問題があります。やはり今、訪問系のところがすごく患者、それから介護系の利用者が多くて、訪問看護は患者が増えている、売上が増えているというところが多いのではないかと思います。(資料9)

働き方改革関連

10

資料 9

常勤配置の見直し

やはり考えなくてはならないのは、働き方改革、診療報酬改定でもあるのですが、週3日、22時間という考え方をどういうふうに考えていくかということもあります。実際としては、この週3日、22時間という考え方を、やはり働きやすい形で作ってあげなければいけないと思います。(資料10)

常勤配置の見直し

- 週3日かつ22時間以上勤務を行なっている専任の非常勤医師を2名組み合わせることによる常勤の読みかえ
 - ・ 緩和ケア診療加算
 - ・ 栄養サポートチーム加算
 - ・ 感染防止対策加算
 - ・ 抗菌薬適正使用支援加算
- 外来化学療法加算1と2
 - ・ 専任看護師は、非常勤でも可能
- 病棟薬剤業務実施加算
 - ・ 週3回22時間以上の非常勤薬剤師の常勤換算を可能とする。ただし、常勤薬剤師1名分まで。

11

資料 10

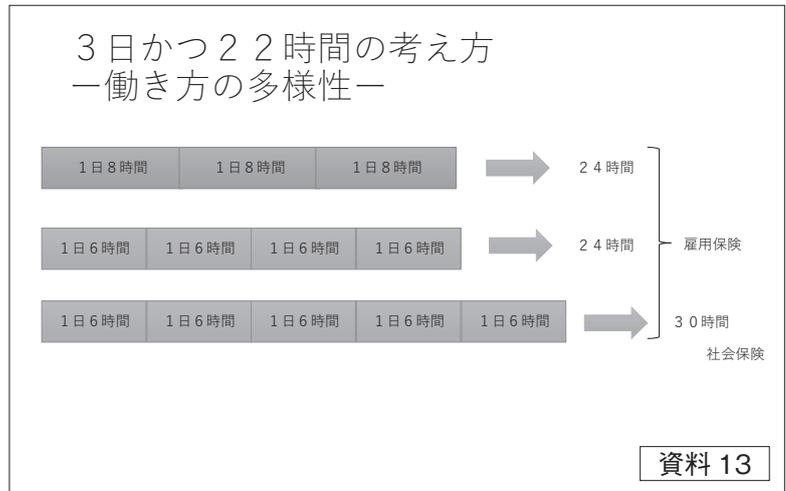
3日かつ22時間の考え方

働き方の多様性

施設基準のところに入ってきたわけなのですが、やはり3日、1日8時間で24時間にするのか、4日間で1日6時間で24時間にするのかとか、5日働いてもらって、30時間、それを2人にするのか、いろいろあると思います。

基本的には看護師とか、認定看護師が中心になると思います。今、大きい病院でもそうなのですが、外来の看護師をどうするかという問題が結構出てきていますので、外来をこれから縮小して、人も減らしていこうというところもあります。

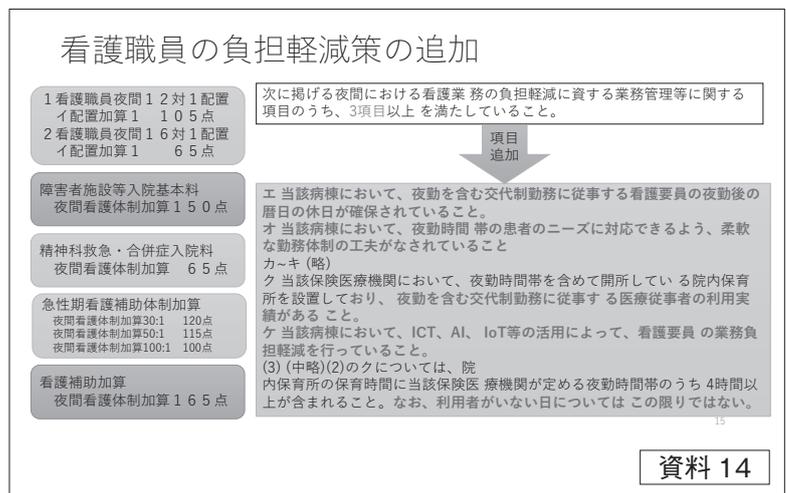
都内と地方では若干違うところもありますので、そういう意味では、この施設基準の配置の考え方というのは非常に重要です。まず働き方改革イコール働きやすい職場をどういうふうにするか、そしてもらえるものをちゃんともらうという配置をどうするかということを考えなければいけないと思います。(資料13)



看護職員の負担軽減策の追加

もう1つ、看護職員の負担軽減というのはずっと行われているわけなのですが、夜間の配置をどうするかです。これから先、売上が減っている中で、夜間の入院を断るとかといったことはやっていると、もう致命的になります。なるべく患者を受け入れできるときにどのように受け入れていくか、それを実現するためには、この上にあるような夜間の12対1、16対1です。今回も点数が上がっていますが、やはり3人夜勤にして、それでも受け入れは大変だという話があります。急性期をやるのであれば、2人夜勤というのは基本的にないだろうと思います。だからやはり3人夜勤にして、きちんと受け入れる体制を作って、売上が減らないようにみんなで頑張ろうと言っていくしかないのではないかと思います。

実際として、7対1、3人夜勤でも夜間の受け入れは厳しいという話がありますが、そういったところは業務改善も含めながら、土日もそうなのですが、いかに患者の受け入れをしやすい体制をきちんと詰めていかなければいけないということがあります。



そういう意味では、やはり、土日も含めて、今、休んでいる時間をどのように有効活用するかということを考えていかないと売上は上がっていきません。売上が上がらないということは、利益に大きく影響するということになります。(資料14)

やはり将来的には、急性期看護補助体制加算の夜間の加算といったものも取りながら、仕事をどのように分担していくかも考えなければいけません。というところで上がっているの、点数をどのようにしていくかということを考えなければいけません。(資料15)

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 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間以降となる勤務編成であること。

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 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

オ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。

追加

障害者施設等入院基本料の注10に掲げ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に掲げる夜間看護体制加算、精神科救急入院料の注5及び精神科救急・合併症入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算についても同様。

エ 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夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、柔軟な勤務体制の工夫がなされていること(カ~キ(略))

ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

(3) (中略)(2)のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。なお、利用者がいない日についてはこの限りではない。

16

資料 15

■ 紹介状なしの大病院の受診

紹介状なしの大病院の受診が地域医療支援病院の一般病床200床以上になりました。この大病院の受診を抑制していくのをどのように活用するかということです。

やはり外来の収益に頼っている医療機関は、簡単には外来の売上を減らすことはできないと思いますが、今回、このコロナ禍において外来が激減する状況で、いかに外来に頼らず患者を入院に引き上げられるか、これを追及するチャンスだと思います。

そういう意味では、これから先、特定機能病院と一般病床200床以上の地域医療支援病院なので合わせても300ぐらいしかないと思いますが、そういった病院だけではなく、いかに外来を減らしていくかです。

減らすということは、初診を減らすのではなく再診を減らし、単価を上げていくかということをお考えつつ、入院にどうやってつなげていくかということをお考え、これから各病院で考えていかなければいけません。外来に頼った収益構造を変えていかなければ、また同じようなことが起きれば外来が減って売上が減るといった状況になっていきます。そういったことがこれから重要な部分になります。

外来が多いとどうなるかというと、看護師の残業も多くなりますので、そういったいろいろなメリットを考えながら外来を減らしていったコストも抑制していくということをお考えなければいけません。(資料25)

紹介状なしの大病院の受診

一般病床200床

適用：2020年10月1日

- ・ 大病院とは、特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院
- ・ 定額負担
 - ・ 選定療養+定額負担 初診 5000円、再診 2500円
- ・ 定額負担しないでいい場合
 - ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合
 - ・ 救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - ・ その他、定額負担を求めなくて良い場合
 - (1) 自施設以外の診療科を受診中の患者
 - (2) 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - (3) 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
 - (4) 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
 - (5) 外来受診後そのまま入院となった患者
 - (6) 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
 - (7) 治療協力者である患者
 - (8) 災害により被害を受けた患者
 - (9) 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
 - (10) その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

26

資料 25

■ 外来化学療法 1A(連携充実加算 150点)

大きいポイントとしては、外来化学療法の連携充実加算ということで、外の薬局との薬薬連携というのが今回、入っています。抗がん剤を使っていく場合は、これから先、外の薬局とどのように連携していくか、薬局のレベルアップしてもらわなければいけないということがあります。

その中で、ここの下にあります、やはり薬剤師もそうなのですが、管理栄養士が重要な役割を占めてくるだろうと思います。管理栄養士にどんどんアクティブになっていってもらって、栄養管理を地域で行っていく体制にしていかなければいけません。(資料32)

外来化学療法 1A (連携充実加算 150点) 外の薬局との薬薬連携

算定要件

(1)当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的及び治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、150点を月1回に限り所定点数に加算する。

(2)その他以下の要件を満たすこと。

- ・ 治療の状況等を共有することを目的に、提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと。
- ・ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析評価等を行うこと。
- ・ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。
- ・ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

施設基準

(1)外来化学療法加算1に係る届出を行っていること。

(2)外来化学療法加算1に規定するレジメン(治療内容)に係る委員会に管理栄養士が参加していること。

(3)地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、以下に掲げる体制が整備されていること。

ア 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)を当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。

イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を少なくとも年1回実施すること。

ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からの患者のレジメン(治療内容)や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

(4)栄養指導の体制として、外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

令和2年3月31日時点で外来化学療法1令和2年9月30日まで経過措置

資料 32

■ 外来栄養食事指導料

栄養指導とかといった点数で見っていきますと、なかなか管理栄養士の収益性を高めるとするのは難しいと思います。まずは地域の薬局と病院の中の薬剤師、管理栄養士、そして医療機関の中の医師との連携を強化して、外来化学療法をやっている患者のフォローをきちんとして150点をもらうという方向にしていかなければいけません。

情報通信機器を用いた外来栄養食事指導というものが入っていますが、外来化学療法に関する患者に関しては、先ほどの連携をきちんとしていれば、栄養食事指導といった点数も取りやすくなるのではないかと思います。(資料33)

外来栄養食事指導料

外来栄養食事指導料 イ 初回 260点 ロ 2回目以降 200点	➔	外来栄養食事指導料 イ 初回 260点 ロ 2回目以降 (1)対面 200点 (2)情報通信機器 180点	算定要件 (追加) 2口の(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
---	---	--	---

算定要件 (追加)

2別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目に口の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

施設基準

(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準

イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。

ロ 外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士であること。

34

資料 33

■ 外来リハビリテーション診療料

外来の患者の診察をいかに減らすかというもう1つのポイントとして、外来リハビリテーション診療料が算定しやすくなりました。カンファレンスの要件がなくなったので、よく読んでみると報告は口頭でいいということになっています。ということは、外来に並ばなくても、週1回、もしくは2週間に1回、診察をすれば、直でそれ以後は1週間、2週間とリハビリ室に直行できるようになります。

外来栄養食事指導料

外来栄養食事指導料 イ 初回 260点 ロ 2回目以降 200点	➔	外来栄養食事指導料 イ 初回 260点 ロ 2回目以降 (1)対面 200点 (2)情報通信機器 180点	算定要件（追加） 2口の(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
---	---	--	--

算定要件（追加）
 2別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、**外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士**が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目に口の点数を算定する。ただし、**外来化学療法加算**を算定した日と同日であること。

施設基準
 (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準
 イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。
 ロ 外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士であること。

34

資料 34

どこの病院もそうなのですが、やはり診察を受けるのに時間がかかります。リハ室で予約をしたとしても、診察で待たされるという医療機関もあります。再診料をきちんと取っていくのであれば、診察の仕方はいろいろあると思いますが、そのルールをきちんとすることと、駄目であれば外来患者を減らすということで、外来リハビリテーション診療料、1もしくは2を算定して、リハ室に直行できるような体制を作るといことです。

こういったことを変えていくことによって、整形外科系の医療機関、もしくは循環器系の医療機関は、どこでもそうですが、リハビリの外来のキャンセル率が変わったりします。こういった小さいことの積み重ねをやっていかない限りは、売上が全部戻るわけではありませんが、下がったままになってしまうのではないかと思います。(資料34)

ニコチン依存症管理料

ニコチン依存症管理料1、新しく2というものができましたが、2が包括的なものです。この禁煙外来に関しては、途中で離脱、脱落する人も多いので、そういう意味では、2で取るのか、1で取るのか、自分のところの患者が基本的には平均何回、診療に来ているかということを見ながら、2を取るのもありではないかと思えます。

やはり点数を効率的に取るために、すごく細かいことなのですが、ちゃんと自分のところの患者の動向を分析していくといったこともやっていかないといいけません。平常時でも利益率が低いですから、特にこういった今、利益率というのを気にしなくてはならない中では、すごく重要なことになります。(資料37)(資料38)

ニコチン依存症管理料

ニコチン依存症管理料
1 初回 230点
2 2回目から4回目まで 184点
3 5回目 180点

→

ニコチン依存症管理料
1 ニコチン依存症管理料1
イ 初回 230点
ロ 2回目から4回目まで
(1) 対面で診察を行った場合 184点
(2) 情報通信機器を用いて診察を行った場合 155点
ハ 5回目 180点
2 ニコチン依存症管理料2(一連につき) 800点

算定要件
注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、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回指導時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

注3 1のロの(2)を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

38

資料 37

留意事項

(1)ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。

(5)情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。

(6)情報通信機器を用いて診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

(7)情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行う。

(8)情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方薬料を別に算定できる。

(9)情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。

(10)情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(11)ニコチン依存症管理料2を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(12)ニコチン依存症管理料2を算定した患者について、2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。

(13)ニコチン依存症管理料2を算定する場合においても、2回目から4回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示すものと同様である。

[ニコチン依存症管理料1のロの(2)の施設基準] 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニコチン依存症管理料1のロの(2)の施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

39

資料 38

療養・就労両立支援指導料

療養・就労両立支援に関しては、看護師のやりがいとかといったものがありますので、特にながの患者を見ている医療機関では、きちんと検討されたほうがいいと思います。(資料39)(資料40)(資料41)

療養・就労両立支援指導料

療養・就労両立支援指導料 1000点

療養・就労両立支援指導料 1 初回 800点
療養・就労両立支援指導料 2 2 回目以降 400点

算定要件

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師(以下、「産業医等」という。)に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。
2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合には、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。
3 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、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。
4 注1の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号 B009に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号 B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

40

資料 39

留意事項

(2)療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているもの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月1回に限り算定する。
ア 治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を受け取ること。
イ 治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。
ウ 治療を担当する医師が、以下のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を提供を行うこと。
1 病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」(「別紙様式49の2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録等に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場合は、当該産業医に対して当該患者の就労と治療の両立に必要な情報の提供を行うこと。
2 当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と治療の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。
(3)2については、1を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。
(4)「注3」に規定する相談支援加算については、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。
(5)1については、事業場の産業医等への就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービスとして、別に徴収することはできない。
(6)治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。

41

資料 40

相談支援加算の施設基準

(1)専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。

厚生労働大臣の定める疾患

- 1.悪性新生物
- 2.脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、その他の急性発症した脳血管疾患
- 3.肝疾患(経過が慢性なものに限る。)
- 4.難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号)第五条に規定する指定難病(同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。)その他これに準ずる疾患

42

資料 41

■ 入院関連

(資料42)



■ 救急車と診療報酬点数

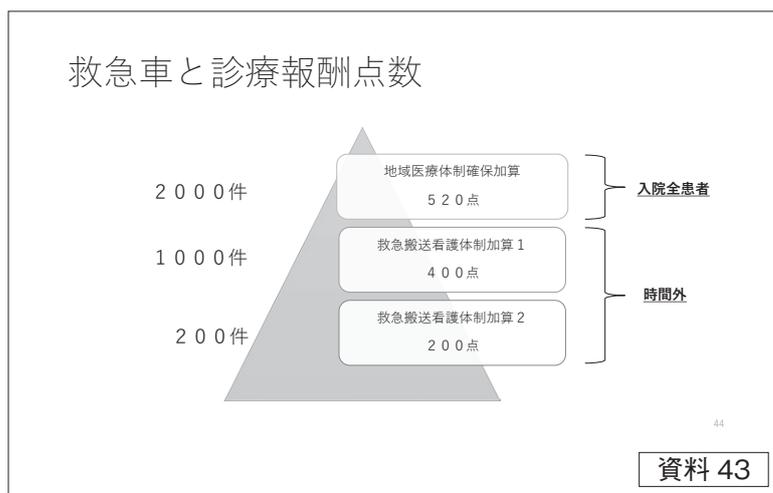
今回の診療報酬改定で一番大きいものという、私は多分ここだと思っています。この救急車の受け入れ台数によって点数が変わります。地域医療体制確保加算が520点、救急搬送看護体制加算1が400点、2が200点とあります。

一番左に書いてあるのが、救急車の受け入れ台数ですが、2,000件を受けているところは520点をもらえます。2,000件掛ける520点だと1,000万円ぐらいになるのです。だからそもそも今まで2,000

件、受けていたところは、この地域医療体制確保加算を取れるようになれば、そのまま1,000万円もらえます。救急搬送看護体制加算1に関しては、1,000件です。

救急搬送看護体制加算2というのがこれまでの加算なのですが、200件です。重要なのは、1,000件と2,000件だと、加算になるものが大きく違います。だから全員入院患者に対して、2,000件、520点もらえるのと、それから時間外のところで点数がもらえるのでは大きく違うので、これから先、1,000件、1,500件のところは2,000件をどのようにしていくかということがあります。

実際コロナの騒ぎが始まる前で、中医協の点数の発表があった後は、救急車の取り合いが始まっていたぐらいでした。そういう意味では、これから先、2,000件をどのように維持していくかが一番のポイントではないかと思います。(資料43)



A252 地域医療体制確保加算 520点

この施設基準を見ていただきますと、簡単に言うと、件数と急性期の病棟が中心だとなっています。520点です。これは急性期の病院であれば、やはりきちんと取る、そして二次救急で補助金もきちんともらうというところがポイントだと思います。(資料44)(資料45)

A252 地域医療体制確保加算 520点

算定要件

(1)救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対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、地域医療体制確保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、入院初日に限り所定点数に加算する。

施設基準

(1)A100一般病棟入院基本料(地域一般入院基本料を除く。)、A102結核病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A103精神病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る。)、A104特定機能病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A105専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料(小児入院医療管理料5を除く。)
(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。

45

資料 44

3)病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

2 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

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。

4 3の計画は、現状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ともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

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上で、必要な事項を記載すること。

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容(例えば、初診時の予約の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など)

イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

ウ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)

エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

オ 当直翌日の業務内容に対する配慮

カ 交替勤務制・複数主治医制の実施

キ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

6 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

46

資料 45

救急患者の受入関連

先ほどの1,000件と200件に関しては、救急搬送看護体制加算というのが1と2に分かれて、1,000件と200件になっているというところがポイントです。(資料46)

救急患者の受入関連

・夜間休日救急搬送医学管理料 600点

・ 時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院となった場合であっても再診料及び外来診療料の時間外、休日及び深夜加算を算定可能とする。

・ 夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、現在、土曜日だけに限定されている時間外加算について、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能とする。

2018

救急搬送看護体制加算 200点



2020

救急搬送看護体制加算1 400点

救急搬送看護体制加算2 200点

施設基準 救急搬送看護体制加算1

(1) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。

(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。なお、当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

救急搬送看護体制加算2

(1) 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200件以上であること。

(2) 専任の看護師が配置されていること。

47

資料 46

救急医療管理加算

もう1つは救急医療管理加算です。加算1ですが、900点が950点です。加算2が300点が350点になっています。その代わり、ポイントになるのはエビデンスが必要になるということです。

簡単に言うと、レセプトの摘要欄にどういう状態か書かなければいけないとかといったことが入っています。ということは当たり前ですが、医師にスケール、要するに患者の状態を確認しますが、これでこの1を取るのはいいか、2を取るのはいいかということに間違いなくなるはずです。

今回は数字が示していませんが、厚生労働省としては多分最終的に次回の改定前に集計をして、こちら辺で線を引いたらいいのではないかとという材料にしているのだらうということが分かります。

今回の診療報酬改定のポイントは、医師の良心に問い掛けるようなことが結構あります。だからカテもそうですが、みんなで話し合っただけで本当にやるのかどうかという部分があったり、完全にやったほうがいい事例に関してはいいでしょうけれども、そうでないものはみんなで話し合っただけで決めてほしいということです。

今回の救急医療管理加算もそうですが、この状態で1を取るのはいいかということ、病院の中でディスカッションできるようになっているかということです。今回はお任せしますというような形でしょうけれども、次回の改定の手前で、中医協のところで、このスケールで1を取っている医療機関がこれくらいあるとか、そういうことが出てくるのだらうと思います。そして少しずつその数値で管理するように持っていくのだらうことがはっきりしていると思います。

だから今回の改定は本当にそうなのですが、救急車をたくさん取る、重症度が高い人を取っていけば、点数はすごく上がります。夜間外来とかをやるよりは救急センターを充実して、重症度が高い人を取ったほうがより効率的に収益が上がるようになっています。(資料47)

救急医療管理加算

1 救急医療管理加算1 900点
2 救急医療管理加算2 300点

➔

1 救急医療管理加算1 950点
2 救急医療管理加算2 350点

算定要件

(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られた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態であっても算定できる。

ア 吐血、嘔血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のAからケまでに準ずる状態又はその他の重症な状態(コ)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られた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態であっても算定できる。

(4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、(2)のAからケのいずれの状態に該当するか、救急医療管理加算2を算定する場合は、(2)のAからケに準ずる状態又はその他の重症な状態(コ)のいずれに該当するかについて、選択すること。

(5) 救急医療管理加算を算定するに当たって、(2)のイ、ウ、オ、カ若しくはキの状態又はそれに準ずる状態を選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(6) 救急医療管理加算を算定すべき重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

資料 47

■ 入院から退院

私としては、非常によくできていると思うのが、入院から退院までの点数をある程度整理したということです。例えば入退院支援加算などはそうなのですが、入退院支援加算が230点と200点に分かれました。

ア、イ、クに関することをやれば、200点がもらえます。さらにプラスアルファで、こういった栄養状態の評価とか、服薬中の薬剤の確認とか、退院困難な要因の有無の評価とか、入院中に行われる治療検査の説明が行われると、あと30点もらえます。

これは当たり前ですが、栄養状態の評価は、入院支援センターで誰がやるのでしょうか。入院が多いところであれば、管理栄養士を配置するのはいいと思います。それと服薬中の薬剤の確認に関しては、どの病院でもありますが、やはり看護師が入院支援センターでやるよりは、薬剤師が外来というか、入院支援センターで入院前にやってくれるというのが一番いいでしょう。

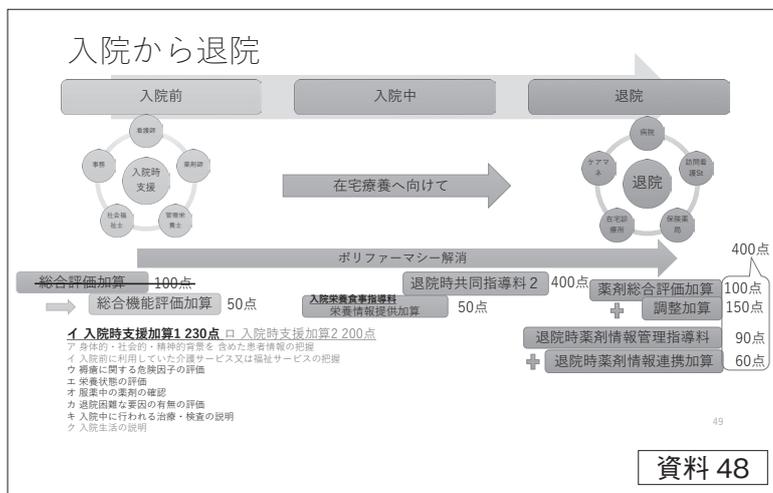
実はこれはなぜ入院前から退院のところまでつなげてあるかというのと、この薬剤師が一番ポイントだと思います。「服薬中の薬剤を確認する」をずっと引っ張っていくと、ここの最後のポリファーマシーの点数につながっていきます。

実際、入院時支援加算というのは、退院困難な人が対象になるわけですが、基本的にはできれば別に点数を取れない人も含めて全てやるべきというのが当たり前の話だと思います。だから業務をいかに簡素化するか、看護師の負担をどれくらい軽減するかです。病棟に上げてから全てやらせると大変です。緊急入院も本当は、できればこういったことに関しては、本当は入院支援センターでやればいいのです。

看護師が入院患者を取りたくない理由は、病棟に上がってからすごく手間が掛かるからです。要するにどこの業務負担を減らしてあげるかがポイントだと思います。夜間取りたくない理由というのは、夜間、入院すると、全てではないにしても、薬の確認をしたり、褥瘡(じょくそう)の評価とかもやっておいてくれとか言われる可能性もあります。いろいろ加算が絡んでいるので、入院時にやらなければいけないことが多いのです。そうすると当然ですが、一般病棟に直で入ってしまうと、1時間とか、下手するともっとかかるかもしれません。

例えばこれはどこの病院でもあるのですが、1病棟に5人とか入院させると、当然ですが、入院の受け入れが1人1時間かかる業務であれば、5時間かかるわけです。同時に何人も入ってくると、それで5人の手が取られてしまいます。そうすると手の空いている人というのは病棟で限られてしまうので、すごく忙しくなります。それが嫌だということです。それはもうどこの病院でも当たり前です。

ついでに外来が絡んでくるともっと悲惨です。先ほど言ったように、外来を減らすメリットは何かというと、外来が終わらなくて医師が上がってくる時間が遅い、それによって、残業になることがすごく多いのです。業務改善をしたとしても、実は医師の指示出しの時間で、今、全て残業が決まるようになっていきます。



そういったことのメリット、デメリットを考えなければいけません。そうすると入院時の一番手間が掛かるものをどこでさばいておくかということがこの入院支援センターだったりします。

入院支援センターは思ったほど点数が上がらないと言う人たちがいますが、そこではないのです。点がもらえるだけラッキーで、そうではなくて、今回わざわざ服薬中の薬剤の管理とか、栄養状態の評価を看護師にやらせるのではなく、薬局にやってもらう、管理栄養士がいて、やってもらう、それができたら相当違いますよねというところなんです。

では入院中、そして退院のところまでポリファーマシーのところにつながりますが、今回ポリファーマシーが非常によくできていると思います。ポリファーマシーを解消していくのにどうするかということです。

薬剤が確か、1種類変わっていたとすると、実は250点取れるのです。薬剤総合評価と調整加算です。そして2種類減っていると、調整加算が取れて、薬剤総合評価加算にプラス、1種類減っていたりすると、この90点プラス60点が取れるようになっています。

ということは、入院時に薬剤師が最初から薬のことをちゃんと把握していれば、薬剤指導もしていくに当たって、退院時にももしかしたら1つ減らせませす。それによって点数がもらえるようになっています。

実際、この間もたまたまあったのですが、入院している患者が下剤を3つ飲んでいるが必要か、切っていないから全部出ているみたいだったのです。それでお腹の調子も悪いから便秘薬も出ていると、非常に面白い、当然保険に切られていますが、そういったことがあったりします。

そういうことはちゃんと薬剤師が入り口のところでチェックすれば、きちんと2種類減らすということもできるのではないかとということがあります。そういうことをやっていくと、400点もらえます。

だからやはり入り口から退院のところまで薬の管理をする、それを病院では230点を理由に薬剤師に関わってもらうようにしていく、これが看護師にとっても一番いい話だと思います。看護師がやると間違えますので、そういったところをどう考えていくかということが働きやすい職場になると思います。

もう1つあります。この入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算です。栄養状態が悪い人が入院してくることは多いです。だから次にまた帰ってこないようにするために、栄養情報を提供することによって、元の施設とか、そういったところに対して情報を提供していくということです。

栄養失調、もしくは栄養がよくない状態でまた入院してくるのをなるべく防いでいくということが国としても考えるようになってきました。そういったことがあるので、やはり薬を減らす、それから栄養管理を地域まとめてやっていくということが一番のポイントではないかと思っています。(資料48)



入院時支援加算

(資料49)

入院時支援加算

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保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、**200点**を更に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保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院前の支援の状況に応じて、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。
イ 入院時支援加算1 230点
ロ 入院時支援加算2 200点

算定要件

(21) [注7] (省略) 入院前にアからク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)までを全て実施して療養支援計画を立てた場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を含む一部の項目を実施して療養支援計画を立てた場合は、入院時支援加算2を算定する。

ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握

ウ 病態に関する危険因子の評価
エ 栄養状態の評価
オ 服薬中の薬剤の確認
カ 退院困難な要因の有無の評価
キ 入院中に行われる治療・検査の説明
ク 入院生活の説明

(22) [注7]に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画については、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に交付して説明し、その内容を診療録等に記載又は添付すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該療養支援計画書としてもよい。

(23) 患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。

資料 49

入退院支援加算 総合評価加算に置き換え

もう1つありました。総合評価加算というものが100点あったのですが、これまでいろいろな方が落穂拾いとかがあってやっていました。国としては、そういったことをやるのではなく、必要な人にやりましょうということです。

入退院支援加算の中に入ったということはどういうことかということ、退院困難な人が中心になるわけですから、そんなに点数的に取れません。

100点だったのが50点になっていますので、やはり必要な人に必要な指導をしていく、必要な人に必要な評価をしていくということです。

やはり考えたほうがいいのは、病院の利益率はどんどん落ちているのですが、加算をたくさん取るということです。栄養指導もそうです。たくさん取りましょう。取るのはいいのです。取るため、実は売上30万円のために人件費40万円かけている病院とかが、ここ最近、すごく多い気がします。

入退院支援加算 総合評価加算の置き換え

算定要件

注8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別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

別に厚生労働大臣が定めるもの

1 入退院支援加算1又は2を算定する患者 2 介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上の患者

留意事項

(22) [注8]に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価(以下「総合的な機能評価」という。)を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。

(23) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。

(24) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する

51

資料 50

施設基準

(9) 総合機能評価加算の施設基準当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上配置されていること。

7 総合機能評価加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。

(2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。

ア 医療関係団体等が実施するものであること。

イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等の内容が含まれているものであること。

ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。

エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。

(3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。

52

総合評価加算(入院中1回)100点



廃止

資料 51

薬剤指導も計算されたほうが良いと思います。325点です。1人当たり200件やってくれば、多分採算が合うでしょう。多分1人当たり200件やっている医療機関は少ないのではないですか。しかし点数を取るために、どんどん増やし、気付いたら薬剤師がたくさんいる、これはこの点数と同じように将来、大丈夫ですか。

取得率ではなく、やはり必要な人に必要な、できれば385点の高い点数が取れたらいいのです。必要な人に必要なだけ指導をしていくといった方向で考えないと、後々足をすくわれると思います。

もう1つあるとすれば、加算をたくさん取る要件は何かというと、その職種の方々手が空いているのであれば取ったほうが良いです。手が空いていないところにもっと取れというと、人を増やせとなるので、そこはちゃんと原価計算をしたほうが良いのではないのでしょうか。

ここ最近、イメージでこれをやると点数が上がって、経営に影響があるみたいな感じで、採算が合わないところにどんどん突っ込んでしまっている医療機関とか、コンサルの指導が多いです。そういったことはちゃんと考えたほうが良いと思います。

ある病院では、循環器のところインセンティブをがっつり入れていて、よくよく見ると全然数字が合っていないのです。いつの昔の話ですかみたいなことがあったりします。

だから新しくやること、加算に関しても、この50点もそうですが、50点は何件やったら1人分の人件費が取れるかということです。その方々が空いているのだったらいいのです。空いていないのだったら、少し考えたほうが良いと思います。人を増やしてまでやるのは、栄養指導もそうですし、2,000円のところを栄養士の給料を出すのだったら、何件やるのかということです。ひと月、1人当たり300件もやっている管理栄養士は見たことがありません。大体頑張っ、100件やらないです。やれと言って、大体やれていないことが多いので、そういったことは考えたほうが良いと思います。だったら必要な人にちゃんと提供をしていくということに徹したほうが良いと思います。(資料50) (資料51)

ポリファーマシー

(資料52)

ポリファーマシー

薬剤総合評価調整加算
薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点

→

薬剤総合評価調整加算
薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点
薬剤調整加算 150点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。
イ 入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合
ロ 精神科病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合
2 薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。
イ1のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
ロ1のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

保険薬局へ減薬の情報提供

→

退院時薬剤情報管理指導料90点+退院時薬剤情報連携加算60点
2 保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

資料 52

総合入院体制加算

(資料53)

総合入院体制加算

総合入院体制加算 施設基準

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていても、施設基準を満たしているものとする。なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する。

6 届出に関する事項

(6) 地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、届出を行う保険医療機関が作成した議事概要をもって当該議事録としても差し支えない。

54

資料 53

認知症ケア加算

医療機関として、簡単にとはいえませんが、点数を取りやすいのが、今回新しくできた認知症ケア加算2です。今までの1と2が、1、2、3に分かれて2ができました。簡単に言うと、今までの2が3になって、1が1です。1に関しては、精神科と神経内科の医師で経験年数5年から3年の人がいて、もしくは研修した先生がいて、認知症の認定看護師がいて、これはハードルが高いです。その両方がいないと駄目です。3に関しては、看護師が外部の簡単な研修を終わらせていけばいいのです。

では、2は何でしょうか。要は1と3の真ん中です。認定看護師がいるのか、先ほどの要件の医師がいるのか、どちらかでいいのです。一番簡単なのは、医師に研修に行ってもらうのです。この研修が終わって、3の要件を満たしていれば、基本的に2を取れます。

点数を見ると、100点ですので、2.5倍になっているわけです。15日以上も25点なのですが、そういう意味では実はこの認知症の加算は結構大きいのです。そうすると医師に研修に

認知症ケア加算

- 1 認知症ケア加算1
 - イ 14日以内の期間 150点
 - ロ 15日以上期間 30点
- 2 認知症ケア加算2
 - イ 14日以内の期間 30点
 - ロ 15日以上期間 10点

- 1 認知症ケア加算1
 - イ 14日以内の期間 160点
 - ロ 15日以上期間 30点
- 2 認知症ケア加算2
 - イ 14日以内の期間 100点
 - ロ 15日以上期間 25点
- 3 認知症ケア加算3
 - イ 14日以内の期間 40点
 - ロ 15日以上期間 10点

精神科と神経内科の医師の経験年数が5年から3年へ

看護師は、複数名から3名へ、研修の要件は、1名がこれまでどおり、2名は院内研修でOK

算定要件

(6) 認知症ケア加算2

ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できるとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。
イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。
ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。
エ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。

55

資料 54

施設基準

認知症ケア加算2

当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。
(1) 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。
(※ 医師及び看護師の要件は、認知症ケア加算1における認知症ケアチームの要件と同様)
(2) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上配置すること。
(※ 看護師の研修に係る要件は、認知症ケア加算3の要件と同様)
(3) (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。
(4) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。
(5) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対して、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

56

資料 55

行ってもらおうか、神経内科か精神科がいるかという話になります。だからここはきちんと体制を取っていくと、大きい収入になったりします。(資料54) (資料55)

急性期脳卒中加算

急性期脳卒中加算です。TPAの使用の点数です。10%下がっています。また連携で取れるようになったということがポイントです。(資料57) (資料58)

急性期脳卒中加算

<p style="text-align: center;">超急性期脳卒中加算(入院初日) 12,000点</p> <p>施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。 (2) 薬剤師が常時配置されていること。 (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。 (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。</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、超急性期脳卒中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、組織プラスミンノーゲン活性化因子を投与した場合又は当該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他の保険医療機関の外来で、組織プラスミンノーゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	➔	<p style="text-align: center;">超急性期脳卒中加算(入院初日) 10,800点</p> <p>施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。 (2) 薬剤師が常時配置されていること。 (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。 (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。</p>
---	---	---

58

資料 57

(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミンノーゲン活性化因子を投与し、当該医療機関において入院で治療を行った場合又は当該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他の保険医療機関の外来で、組織プラスミンノーゲン活性化因子を投与された後に搬送された患者を受け入れて、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(5) 当該診療報酬の請求については、組織プラスミンノーゲン活性化因子の投与後に入院で治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

予め連携先を決めて、診療報酬の分配を決めておく必要がある。

59

資料 58

病棟薬剤業務実施加算

病棟薬剤師の週20時間の配置があります。ここも点数が上がっています。これはやはり看護師の負担軽減が多いです。看護師は薬が不得意です。だからいかに看護師が働きやすいように、そして薬の見落としなどがないようにしていくかということが重要です。

やはり薬が多くなり過ぎて、混合病棟が増えているので、薬の管理は看護師は非常にしにくいのです。大体そうなのですが、薬の管理が嫌で辞めますみたいなことも、やはりいまだにあります。そういった薬の管理というところからいかに解放してあげるかといったところがポイントであろうと思います。点数が20点ほどずつ上がっています。

やはり採算性の問題を言われると少し厳しいですが、看護師の離職とかといった観点から見れば、人材紹介業に払っているお金とかを考えると、結構メリットがあります。点数そのものだけではなく、トータルで見なければいけないところもありますし、そういったことを考えなければいけません。(資料62)

病棟薬剤業務実施加算

病棟薬剤業務実施加算 (週1回)

1 病棟薬剤業務実施加算1 100点

2 病棟薬剤業務実施加算2 80点

➔

病棟薬剤業務実施加算 (週1回)

1 病棟薬剤業務実施加算1 120点

2 病棟薬剤業務実施加算2 100点

ハイケアユニット入院医療管理料
病棟薬剤業務実施加算2を算定ができるようになった。

薬剤管理指導料
も22時間要件OK

常勤配置の解釈変更
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非常勤の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る。

資料62

医師事務作業補助体制加算の算定拡大

医師事務です。医師事務の配置は、回復期も地域包括も点数が取れるようになりました。(資料63)

医師事務作業補助体制加算の算定拡大

	15:1	20:1-40:1	50:1-100:1
回復期リハ病棟	●	●	●
地域包括ケア病棟入院料、医療管理料	●	●	●
精神科急性期治療病棟入院料2	●	●	●
結核病棟			●
有床診療所入院基本料、療養			●
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			●

資料63

■ 医師事務補助体制加算

医師事務に関しては、50点ずつ上がっています。入院時1回なので、50点上がっても500円しか取れませんが、やはり医師事務をどう活用するかです。外来と入院に関して、いかに医師の負担を減らしていくかというところはすごく大きいところだと思います。(資料64)

施設基準(追加)
ア 基本診療料の施設基準等別表 第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

医師事務補助体制加算

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 1
イ 15対1補助体制加算 920点 ロ 20対1補助体制加算 708点 ハ 25対1補助体制加算 580点 ニ 30対1補助体制加算 495点 ホ 40対1補助体制加算 405点 ヘ 50対1補助体制加算 325点 ト 75対1補助体制加算 245点 チ 100対1補助体制加算 198点	イ 15対1補助体制加算 970点 ロ 20対1補助体制加算 758点 ハ 25対1補助体制加算 630点 ニ 30対1補助体制加算 545点 ホ 40対1補助体制加算 455点 ヘ 50対1補助体制加算 375点 ト 75対1補助体制加算 295点 チ 100対1補助体制加算 248点
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 2
イ 15対1補助体制加算 860点 ロ 20対1補助体制加算 660点 ハ 25対1補助体制加算 540点 ニ 30対1補助体制加算 460点 ホ 40対1補助体制加算 380点 ヘ 50対1補助体制加算 305点 ト 75対1補助体制加算 230点 チ 100対1補助体制加算 188点	イ 15対1補助体制加算 910点 ロ 20対1補助体制加算 710点 ハ 25対1補助体制加算 590点 ニ 30対1補助体制加算 510点 ホ 40対1補助体制加算 430点 ヘ 50対1補助体制加算 355点 ト 75対1補助体制加算 280点 チ 100対1補助体制加算 238点

資料 64

■ 看護職員と看護補助者との業務分担(昼夜)

もう1つは、看護職員と看護補助者です。こういったところで点数がプラスになっています。当然ですが、今まで同じ体制を取っているところは、右にあるように、例えば看護職員の夜間配置、1日当たりプラス10点になっています。これは14日取れたりするので、105点で14日だと、結構大きい点数です。それから急性期看護補助体制加算も、プラス30点になっていて、14日です。

看護職員と看護補助者との業務分担(昼夜)

看護職員夜間配置加算 1看護職員夜間12対1配置 イ配置加算1 9.5点 ロ配置加算2 7.5点 2看護職員夜間16対1配置 イ配置加算1 8.5点 ロ配置加算2 3.0点	急性期看護補助体制加算 25対1(5割以上) 21.0点 25対1(5割未満) 19.0点 50対1 1.70点 75対1 1.30点 夜間30対1 9.0点 夜間50対1 8.5点 夜間100対1 7.0点	看護職員夜間配置加算(+10) 1看護職員夜間12対1配置 イ配置加算1 10.5点 ロ配置加算2 8.5点 2看護職員夜間16対1配置 イ配置加算1 6.5点 ロ配置加算2 4.0点	急性期看護補助体制加算+30 25対1(5割以上) 24.0点 25対1(5割未満) 22.0点 50対1 2.00点 75対1 1.60点 夜間30対1 12.0点 夜間50対1 11.5点 夜間100対1 10.0点
看護職員夜間配置加算 地域包括ケア病棟 5.5点 精神科救急入院科 5.5点 精神科救急・合併症 5.5点	看護補助加算 看護補助加算1 12.9点 看護補助加算2 10.4点 看護補助加算3 7.6点 夜間75対1 4.0点	看護職員夜間配置加算(+10) 地域包括ケア病棟 6.5点 精神科救急入院科 6.5点 精神科救急・合併症 6.5点	看護補助加算(+10から12) 看護補助加算1 14.1点 看護補助加算2 11.6点 看護補助加算3 8.8点 夜間75対1 5.0点
夜間看護加算 療養病棟入院基本料 3.5点	看護補助加算 障害者施設等入院基本料 14日以内 12.9点 15-30日以内 10.4点 地域包括ケア 15.0点	夜間看護加算(+10) 療養病棟入院基本料 4.5点	看護補助加算(+10から12) 障害者施設等入院基本料 14日以内 14.1点 15-30日以内 11.6点 地域包括ケア 16.0点

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解については、2年に1回でOK

資料 65

こうやって見ていきますと、今、気付いているところはそうなのですが、急性期看護補助体制加算が1日300円上がっています。これをどのように看護補助者のリクルートにつなげるかというところは気付いている医療機関は気付いていて、少し給料を上げています。そうでないとやはりどこもそうなのですが、介護の職場改善加算に負けて、病院が最近採用できないのです。そして看護補助の基準が取れません。当然地域包括ケアもそうなのですが、そこに引っ張られると結構厳しいです。

だから30点上がった分を、全てだと少し厳しいかもしれませんが、大部分を助手のところに戻してもいいと思いますので、それできちんと看護助手を採用していくのです。そうすると大体1人1万円から2万円上げて、ペイできると思います。

25対1も、50対1も、夜間まで絡んでくると、夜間と昼間を交えていくと、60点違うわけです。それだけ大きい点数が付いているので、ここを紹介業のところではなく、雇用のところ、そもそもベースを上げて離脱しないようにしていかなければいけません。

地域包括ケア病棟もここに65点とありますが、10点上がっています。やはり夜間配置のところは10

点上がっていきたりします。国としては、3人夜勤推奨みたいな感じはあると思います。

今、看護師の採用をリーズナブルにしたいのであれば、7対1プラス12対1というのが一番いいわけです。これは紹介業も夜間の体制は見ています。大体浸透してきたので、3人夜勤になっているのか、2人夜勤になっているのかというのは、大体これで分かりますので、看護師もきちんと調べてくるという時代になったということがあります。最低でも16対1は取っておかないと、看護師の雇用は大変になります。(資料65)

A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

もう1つあります。これはシステムのいけるとは思いますが、せん妄ハイリスク患者ケア加算です。これは入院中1回、100点、1,000円もらえます。薬でスクリーニングする場合、それ以外の状態でスクリーニングする場合がありますが、これはきちんと取っていかないと、転倒とか何か起きたりすると、当然医療機関としてリスクが伴うわけですから、ちゃんと1,000円はもらうというところは当たり前だと思います。(資料66)

A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

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、せん妄ハイリスク患者ケア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、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

施設基準

(1)A100一般病棟入院基本料(急性期一般入院基本料に限る。)、A104特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料又はA301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟であること。

(2)せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

67

資料 66

入院栄養食事指導料

栄養情報提供加算 50点

それから先ほどの栄養情報提供加算です。入院中、退院後の医療機関に栄養情報を提供するというものです。これは文章を読むと分かりますが、介護、老人福祉施設、特養、老健、介護療養型、もしくは介護医療院等です。居住系の介護施設も含まれますが、その医師または管理栄養士に、入院中1回、栄養情報を提供するという事です。

結局は、栄養状態が悪くて入院してきた人は対象になるわけです。「こういうふうにとったら栄養情報がよくなりました」ことも含めて提供していくと、医療機関にとっては、退院させた後は基本的には帰ってこなくなるだろうということがあります。(資料68)

入院栄養食事指導料 栄養情報提供加算 50点

算定要件

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、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するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。

69

資料 68

■ 特定集中治療室

早期栄養介入加算400点

■ 特定集中治療室関連

ICUもそうなのですが、早期の栄養介入加算ということで、やはり栄養管理は重要です。やはり管理栄養士を育てなければいけません。栄養管理がきちんとできる管理栄養士です。献立ばかり作っていると、食材の仕入れが大好きとかというのではなく、やはりきちんと栄養指導をするように持っていかなければいけません。NSTを自分が引っ張っていくと育てていった結果、やはりICUも関わるということになっていくのだと思います。(資料73) (資料74)

特定集中治療室 早期栄養介入加算400点

算定要件

(1)特定集中治療室に入室後早期から、経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

留意事項

- (1)日本集中治療学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- (2)次の項目を実施すること。
 - 1 栄養スクリーニングの実施
 - 2 栄養アセスメントの実施
 - 3 栄養管理に係る早期介入の計画を作成し、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診を実施
 - 4 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養を開始
 - 5 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリング後、計画の見直し及び栄養管理を実施
 - 6 医師の指示に基づく再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認
- (3)早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合、適切に連携して栄養管理を実施すること。

施設基準

- 1)特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
- 1 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること
- 2 特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること
- 3 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

資料 73

特定集中治療室関連

- 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係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。
- 特定集中治療室管理料3及び4についても生理学的スコア(SOFAスコア)について提出を要件とする。(2020.10.1から)

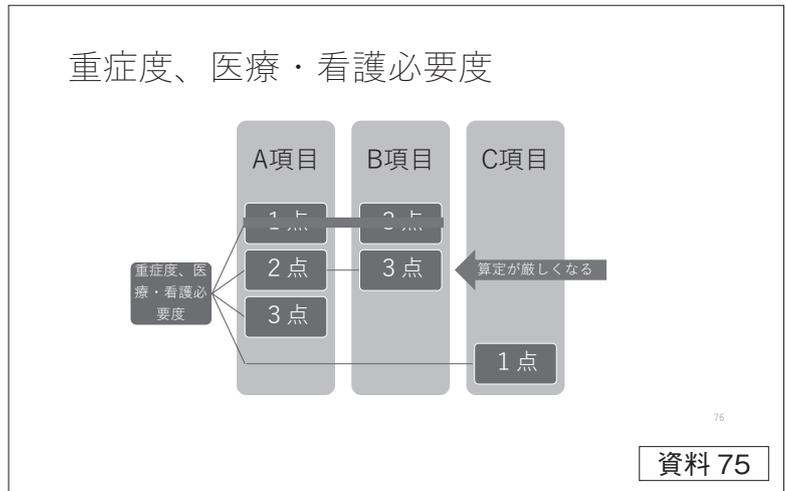
資料 74

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度です。A1点、B3点がなくなり、従来どおりのA2点、B3点、それからA3点、もしくはC1点というものになりました。結局のところ、国としては何が言いたいかというと、オペが多いところは急性期だからいいだろうということです。

内科的なケアをどれぐらい見てくれるかという話ですが、今回の改定では、内科系が少し厳しいです。ただ、A1点、B3点は、逃げ方もあるのです。A1点、

B3点で、モニターを付けずに、A1点、B3点だったところは、モニターを付けると結構変わってしまったりするので、また改定で次にいろいろ出てくる可能性はあると思います。(資料75)



重症度、医療・看護必要度

基本的には、400床以上が重症度、医療・看護必要度2になったとかということがあります。(資料76)

重症度、医療・看護必要度

- ・ 許可病床数400床以上は、重症度、医療・看護必要度(Ⅱ)
 - ・ 急性期一般1-6
 - ・ 特定機能病院入院基本料(一般7対1)
 - ・ 2020年9月30日までの経過措置あり
- ・ B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、ADLを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。(特定集中治療室用・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の評価方法についても同様。)

患者の状態 ✕ 介助の実施 ➡ 得点

- ・ 重症度、医療・看護必要度のA項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。)及びC項目について、重症度、医療・看護必要度(Ⅰ)においても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。 } 自動的に(Ⅱ)へ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の基準について、「B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準を削除

資料 76

■ 地域包括ケア病棟

許可病床400床以上の取り扱い

もう1つは、地域包括ケア病棟の400床以上の扱いです。4月以降、基本的には400床以上は地域包括ケア病棟は取れないということになっています。(資料80)

地域包括ケア病棟 許可病床400床以上の取り扱い

算定要件

注9注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

施設基準

(1) 通則

× 許可病床数が四百床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること。

(19) 地域包括ケア病棟入院料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの

(1)のヌに掲げる基準

令和2年9月30日まで経過措置

14 届出に関する事項

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

81

資料 80

■ 地域包括ケア病棟(入院料・管理料)1と3の実績要件

もう1つ、新しく地域包括ケア病棟の1と3です。基本的には地域包括ケア病棟というのは、1を取るのが、経営に対して一番効果があるわけです。200床以上の大きい病院は仕方がないから2を取ります。

その部分で、今回新しく入ったのが、在宅患者訪問リハビリテーション指導料と、退院時共同指導料2が入りました。在宅に行く患者に対して、共同指導をやる場合が退院時共同指導料2です。

3カ月で6回でいいです。あとは在宅、訪問リハは3カ月で30回です。

だから今、在宅の訪問リハを始めているところは結構多いと思います。やはり開放病院はなかったようで、なくなりました。だから一番のポイントは何かというと、こちら辺のインディケーターはどこでもクリアできると思うので、基本的には訪問診療に行くのか、訪問リハをやるのか、共同指導で取るのかです。

訪問リハをやった瞬間に実はクリアなのです。それはここの介護保険法の訪問看護、訪問リハの提供とあるから、実績ありで、30回やった瞬間に2つクリアしてしまうといったところがあります。

基本は訪問診療です。月10件ですから、10件だとよくないです。もっとやったほうがいいです。あとは訪問リハで、実績あり、そして退院時共同指導ということで、訪問リハを少しやれば1は取れるというような立て付けにはなっています。(資料81)

地域包括ケア病棟(入院料・管理料)1と3の実績要件

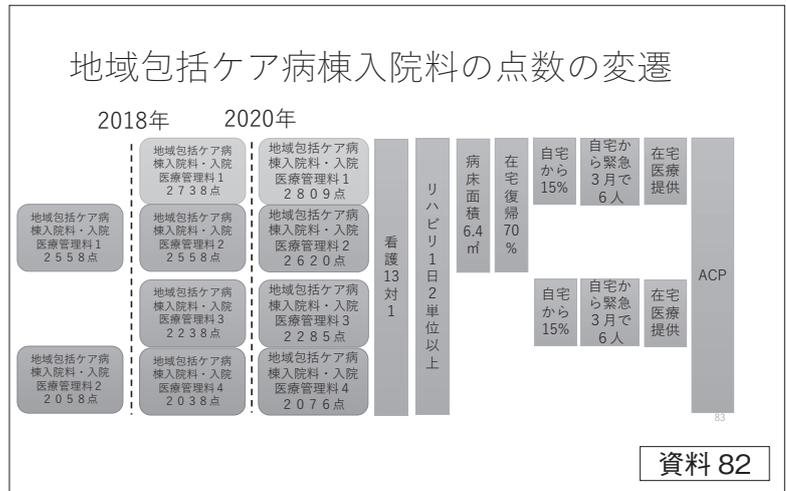
自宅から入院	10%	15%
緊急入院患者数	3ヶ月で3人	3ヶ月で6人
在宅患者訪問診療料	3ヶ月で20回	3ヶ月で30回
訪問看護(医療機関から)	3ヶ月で100回、	3ヶ月で60回、
訪問看護療養費(訪問看護St)	3ヶ月で500回	3ヶ月で300回
在宅患者訪問リハビリテーション指導料	3ヶ月で30回	3ヶ月で30回
開放型病院共同指導料(1)(II)	3ヶ月で10回	
介護保険法による訪問看護、訪問リハビリの提供	実績要件なし	提供実績あり
退院時共同指導料2		3ヶ月で6回

令和2年9月30日まで経過措置

資料 81

■ 地域包括ケア病棟入院料の点数の変遷

今回、一番大きいのは、2,809点なのですが、ACPが全部に入っています。だからACPをちゃんとやりましょう、みんな考えようということで、ACPのガイドラインを遵守して、きちんと方向性を決めようというようになっています。(資料82)



■ 地域包括ケア病棟の施設基準変更

在宅復帰支援担当者

微妙に影響があるのが、例えば在宅復帰支援担当者です。これは入退院支援センターを作ればクリアできます。(資料83)

地域包括ケア病棟の施設基準変更 在宅復帰支援担当者

施設基準	施設基準
(1) 通則 二 当該保険医療機関内に 在宅復帰支援を担当する者 が適切に配置されていること。	(1) 通則 二 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担当部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する 専従の看護師又は専従の社会福祉士 が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。 なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

経過措置
令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ているものについては、2021年3月31日までの間に限り、当該基準を満たす。

資料 83

地域包括ケア病棟の施設基準変更

リハビリの提供

地域包括ケアのリハビリの提供です。これに書いてあるように、入棟時に測定したADLでリハビリが必要かどうかということ、ちゃんと家族に説明してくださいということ。これは別に医師の指示を受けたスタッフでもいいとなっています。リハをやるのかやらないのかということ、ちゃんと家族と話し合っしてほしいという感じになります。

そうは書いていないですが、それと同等だと思います。(資料84)

地域包括ケア病棟の施設基準変更 リハビリの提供

施設基準

(7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

施設基準

(7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

85

資料 84

地域包括ケア病棟の施設基準変更2

(資料85)

地域包括ケア病棟の施設基準変更2

施設基準

(1) 通則

又当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

(7) (6)のリハビリテーションを提供

する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

(11)当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

ACP

ACPIについては、全施設基準で義務化

経過措置

2020年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、2020年9月30日までの間に限り、当該基準を満たす。

療養病棟もACP義務化

86

資料 85

■ 地域包括ケア病棟

DPC/PDPSの算定

あとは地域包括ケア病棟です。入院期間のⅡまで、DPC/PDPSを引っ張ることがあります。これはまたDPCのⅡのところですか。Ⅲで地域包括のほうが高ければ、地域包括に移動するのでしょうか、これはちゃんと病棟を転棟するためのロジックは作っておいたほうがいいと思います。ロジックツリーを作って、こういう場合は、地域包括に行く、そうでない場合は、どこに行く、そのままとか、退院させるとかといったものを作っていくと収益管理はできないです。今はそこまでやらないとやはり収益性は上がりません。(資料86)

地域包括ケア病棟 DPC/PDPSの算定

算定要件
(10)診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日IIIまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日IIIを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。

算定要件
(10)診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病室に転床した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日IIまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転床した場合には、診断群分類点数表に定められた入院日IIIまでの間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日II又はIIIを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して60日間とする。

資料 86

■ 回復期リハビリテーション病棟

実績要件

回復期リハです。回復期リハ1は実績指数が40になりました。40にするということは、当然ですが、廃用のリハをやはり制限しないとイケないだろうし、入院する日数を短くして利得を上げていかなければいけないだろうしということをやっているとイケません。

ただ1つ大きい問題として、これは皆さんに考えていただきたいのですが、家族が脳血管疾患になり、急性期の病院で治療が終わった後に、連携質問から「回リハの1と2の病院があるのだけれども、どちらに送りますか」といったとき、皆さんはどこを選択するかです。そうすると当然回リハの1を選択するわけですから、2であるといけません。やはり1を自分たちで取っていくようにどうするかということをやっていくと、当たり前ですが、患者は減っていきます。

そういう医療機関が結構増えています。そういう意味では、やはり回リハの1を取るためにどうするかです。1を取るために、実績指数を上げるのは簡単です。早く退院させればいいのです。しかしそれやると病棟は空きます。やはり急性期、必要度と同じように、ちゃんとよくできています。

当然ですが、管理栄養士がいると、早く退院できるのでしょう。これから先、回復期リハに関しては、やはり60日から80日ぐらいの平均でいかないと厳しいのではないかなと思いつつ、その入院日数だ

回復期リハビリテーション病棟 実績要件

施設基準	実績指数	在宅復帰	点数
回復期リハ1	3.7		2129点
回復期リハ2			2066点
回復期リハ3	3.0	7割以上	1899点
回復期リハ4			1841点
回復期リハ5	3.0		1736点
回復期リハ6			1678点

患者に対して、入院時FIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付

経過措置：2020年9月30日

施設基準	実績指数	在宅復帰	点数
回復期リハ1	4.0		2129点
回復期リハ2			2066点
回復期リハ3	3.5	7割以上	1899点
回復期リハ4			1841点
回復期リハ5	3.0		1736点
回復期リハ6			1678点

資料 87

と自分のところの病院は埋まるのかということを考えなければいけません。

これから先、脳血管疾患の患者が増える時期です。だから上げるのは今のうちだと思います。やはり夏の時期は患者が減ってくるので、そこで上の基準を取るというのはどうしても厳しいと思います。1にしたら、それを守るためにどうするかです。特にこのコロナ禍で、やはり何か脳血管疾患とか、心疾患も減っているなどと言われているので、余計取り合いが激しくなります。これから3年ぐらいすると、板橋区当たりから254号線で戸田辺りまでが回復期リハの開業ラッシュになります。そういったところで勝ち残るためにはどうするのでしょうか。

取られている場合ではありません。自分たちにとって、他の医療機関、それから家族にやはり訴え掛けていくためには、患者を取るためにはどうするかということを実際に考えていかないとうまくいかないでしょう。廃用を多くすれば、当然ですが、利得が上がらないので、そういった患者で病棟を埋めなければならぬような状態にならないようにしていくしかありません。(資料87)

■ 回復期リハビリテーション病棟

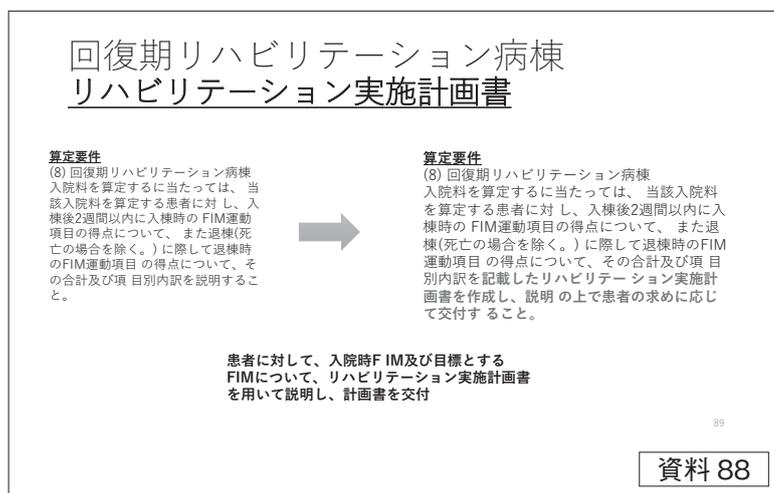
リハビリテーション実施計画書

この赤い部分ですが、回リハに関しても、リハビリはだんだん厳しくなっています。「記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付する」とあります。

要するに、患者が入院し、退院します。目標のFIMも書けと書いてありますから、「リハをやってそんなに変わらない

予定です」と言われると、家族からも「それは何か」と言われますよね。だから「これぐらいよくなります」というものを追及していかなければいけないようになっています。

レセプトもだんだん厳しくなっているので、これから先、たくさんやればよいという時代ではなくなってくるのは間違いありません。そうやって考えると、リハもこれから先、戦略的に動かなければいけません。(資料88)



■ 回復期リハビリテーション病棟

期間に関する事項の変更(発症からを削除)

(資料89)

回復期リハビリテーション病棟 期間に関する事項の変更(発症からを削除)

施設基準
別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢(そう)損傷等の発症後若しくは手術後の状態(発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、一般科 算入院料(急性期一般入院基本料に限る。)、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料(七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る。)、総合入院体制加算、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又は小児特定集中治療室管理料(以下「算定開始日数算定対象入院料等」という。))を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として削除するものとする。)又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸(けい)髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)

施設基準
別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢(そう)損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸(けい)髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)

削除 → 結果が重要!

資料 89

■ 回復期リハビリテーション病棟

重症者の定義(FIMの総得点で可)

FIMもそうですが、回リハの1が40を超えてきた場合、どうするのかということも想定するという事です。国は回リハを何日ぐらいにしたいのでしょうか。確か、中医協で在院日数がよく出ますが、やはり60日とかを目指している感じはします。やはり自分たちで60日くらいを目指すには、患者がどれぐらい必要なのか、どれぐらいリハをやっていかなければいけないのかということを考えなければいけません。(資料90)

回復期リハビリテーション病棟 重症者の定義(FIMの総得点で可)

算定要件
(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A246」入院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。

施設基準
(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
ト 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は機能的自立度評価法(Functional Independence Measure、以下「FIM」という。)が改善していること。
(4) 回復期リハビリテーション病棟 入院料3の施設基準
ハ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。

算定要件
(7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法(Functional Independence Measure、以下「FIM」という。)の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A246」入院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又はFIMの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はFIMとみなす。

削除 → 結果が重要!

資料 90

回復リハビリテーション病棟

管理栄養士の配置

それから当然ですが、管理栄養士を配置していく方向ということで、管理栄養士を入れて栄養管理もして元気になっていただくということです。(資料91)

回復期リハビリテーション病棟 管理栄養士の配置

施設基準
(2) 回復期リハビリテーション病棟
入院料1の施設基準
 ロ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
2 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準
 また、回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
3 回復期リハビリテーション病棟 入院料3、4、5及び6の施設基準
 (1) (中略)
 また、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

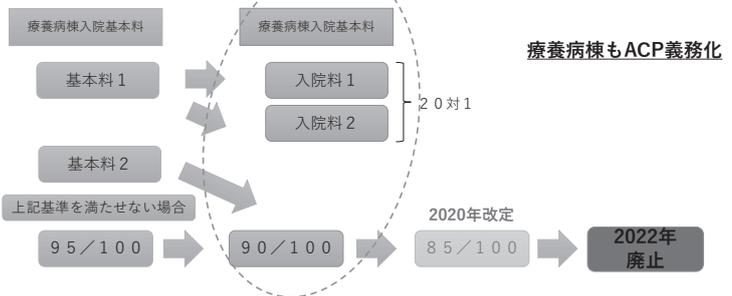
算定要件
 (14)回復期リハビリテーション病棟入院料2から6について、当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が配置されている場合には、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。
 ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。
 イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。
 ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

資料 91

療養病棟

(資料92)

療養病棟



資料 92

療養病棟のIVH管理

療養のIVHの管理です。IVHが不必要に入っているのではないみたいな疑念があったので、IVHの必要性を確認して、必要だということをカルテに書きましょうということです。これをちゃんとやられている医療機関はどれぐらいあるのでしょうか。やっていない医療機関も結構ある気はしますが、そういった記録がないとまずいということはあると思います。適時でチェックするかどうかは分かりませんが、こういったことが書かれている限りでは気を付けなければいけないところです。(資料93)

療養病棟のIVH管理

末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術についても同様

算定要件

(1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
 (2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

施設基準

4の12 中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。
 ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。
 イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生病況を継続的に把握すること。
中心静脈栄養を実施している状態
 本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。
 なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

94

資料 93

リハビリ関連 リハビリテーション(通則変更)

リハビリの通則変更もいいですか。基本的には、リハビリのこの「発症から」というものがなくなったというのは、なるべく早くやれば、それは当然病院にとって、回りハにとってメリットがあるから、早くやるように頑張ろうということです。遅くやれば当然ですが、リハビリでよくなるらないでしょうということです。(資料102)

リハビリテーション (通則変更)

通則

「別紙様式21の●」までを参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。

患者又はその家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。また、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、実施するリハビリテーションについて医師の具体的な指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

4の2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。
 なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況、②前月の状態とを比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを…

4の2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。
 なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況、②前3か月の状態と比較した当月の患者の状態、3今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を…

103

資料 102

疾患別リハビリ(脳血管、廃用、運動器)の期限切れ 脳血管リハビリテーション(Ⅱ)

言語聴覚士

言語聴覚士だけで脳血管疾患のⅡが
取れるようになったというのは、1つ新
しいことです。(資料103)(資料104)

疾患別リハビリ(脳血管、廃用、運動器)の 期限切れ

算定要件

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から(180日、120日、150日)を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、**入院中の要介護被保険者等**であるものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、**1月13単位に限り**、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(1単位) 147点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)(1単位) 120点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)(1単位) 60点

脳血管180日、廃用120日、運動器150日

脳血管のみ

104

資料 103

脳血管リハビリテーション(Ⅱ) 言語聴覚士

- 1 脳血管疾患等リハビリ料(I)245点
- 2 脳血管疾患等リハビリ料(II)200点
- 3 脳血管疾患等リハビリ料(III)100点

施設基準(新規)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)に関する施設基準

(1)~(5) 略

(6) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態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医師を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ 専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること。なお、週3日以上常態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従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。

ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

105

資料 104

呼吸器リハビリテーション科

(資料105)

呼吸器リハビリテーション料

- 呼吸器リハビリテーション料(I) 175点
- 呼吸器リハビリテーション料(II) 85点

算定要件

(4) 呼吸器リハビリテーション料

は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

施設基準

呼吸器リハビリテーション料(I)に関する施設基準

(2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が合わせて2名以上勤務していること。

呼吸器リハビリテーション料(II)に関する施設基準

(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務していること。

106

資料 105

■ 難病患者リハビリテーション科

(資料106)

難病患者リハビリテーション料

難病患者リハビリテーション料 640点

施設基準

ロ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

ハ 患者数は、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を含む従事者の数に対し適切なものであること。

(2) 専従する2名以上の従事者(理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上)が勤務していること。ただし、ADL維持向上等 体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに 地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における 常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行う日を決めている場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

107

資料 106

■ がん患者リハビリテーション科

(資料107)

がん患者リハビリテーション料

算定要件

(3) がん患者リハビリテーション料

の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

ア 当該入院中のがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療又は造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

シンプルになるようにこれまで
で詳細に決められていた対象
患者を削除

108

資料 107

小児運動器疾患指導管理料

(資料108)

小児運動器疾患指導管理料

算定要件

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回)に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

算定要件

注 別に厚生労働大臣が定める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患者であって運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月に1回)に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

施設基準(変更なし)

1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準

- (1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。
 ア 整形外科の診療に従事した経歴を5年以上有していること。
 イ 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。

届出必要

109

資料108

透析関連

あとは透析ですか。透析は、基本的には56点減っています。透析は毎度点数を下げられていますが、56点掛けるひと月にやった回数ですから結構大きいです。透析に関して、イ、ロ、ハとニ、ホ、ヘができていますが、基本は、イ、ロ、ハで取っている医療機関が多いと思いますが、56点掛ける透析回数掛ける人数です。患者を増やさないと利益率が落ちていきます。(資料110) (資料111)

人工腎臓

1 慢性維持透析を行った場合1

- イ 4時間未満の場合 1,980点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,140点
- ハ 5時間以上の場合 2,275点

2 慢性維持透析を行った場合2

- イ 4時間未満の場合 1,940点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,100点
- ハ 5時間以上の場合 2,230点

3 慢性維持透析を行った場合3

- イ 4時間未満の場合 1,900点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,055点
- ハ 5時間以上の場合 2,185点

1-3のイ、ロ、ハについて

別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。

人工腎臓

1 慢性維持透析を行った場合1

- イ 4時間未満の場合 1,924点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,084点
- ハ 5時間以上の場合 2,219点
- ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,798点
- ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。) 1,958点
- ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,093点

2 慢性維持透析を行った場合2

- イ 4時間未満の場合 1,884点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,044点
- ハ 5時間以上の場合 2,174点
- ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,758点
- ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。) 1,918点
- ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点

3 慢性維持透析を行った場合3

- イ 4時間未満の場合 1,844点
- ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,999点
- ハ 5時間以上の場合 2,129点
- ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,718点
- ホ 4時間以上5時間未満の場合(ロを除く。) 1,873点
- ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点

110

資料110

算定要件

注6.1から3までの場合にあつては、透析液、血液凝固防止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。

注14.1から3までの場合であつて、イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。

留意事項

(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱については、次の通りとする。ア「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固防止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤(院内処方されたものに限る。)の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ「1」から「3」までにより算定する場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)においても、透析液(灌流液)、血液凝固防止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤(院内処方されたものに限る。)の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までのうち、「ニ」から「ヘ」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、HIF-PHD阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。

施設基準

第十一 処置

二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 人工腎臓に規定する薬剤

別表第十の三に掲げる薬剤 (別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤)

エリスロポエチン

ダルベポエチン

HIF-PHD阻害剤(院内処方されたものに限る。)

112

資料111

人工腎臓(導入期加算)

導入期加算も、前回は2年で1人以上、腎移植とかを登録していればいいとなっていたのが、今回、前年に3人という基準になりました。導入期加算2が取りにくくなり、点数は100点上がりました。(資料112)

人工腎臓 (導入期加算)

<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px;">人工腎臓</div> <ul style="list-style-type: none"> イ 導入期加算1 300点 ロ 導入期加算2 400点 	→	<div style="border: 1px solid gray; border-radius: 5px; padding: 2px;">人工腎臓</div> <ul style="list-style-type: none"> イ 導入期加算1 200点 ロ 導入期加算2 500点
--	---	--

施設基準
(2) 導入期加算2の施設基準
次の全てを満たしていること。
ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること。

記載上の注意
3「4」の腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録を行った患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。

改定前：2年で1人以上

113

資料 112

腎代替療法指導管理料 500点

それと同時に、腎代替療法の指導管理料というものができているので、これとは相対になると思いますが、指導して、そして腎移植やりたい、登録するという方向に持っていく、これが2回できます。(資料113) (資料114)

腎代替療法指導管理料 500点

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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。
(2)1回の指導を30分以上行った場合に算定する。
(3)腎代替療法指導管理料の対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR(mL/分/1.73m²)がいずれも30未満の場合
イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
(4)当該管理料の算定に当たっては、(3)の要件を満たす慢性腎臓病患者の腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。なお、腎代替療法の情報提供を行う際には、腎臓病教室とは別に指導管理を行った場合に限る。
(5)当該管理料の算定に当たっては、腎臓内科の経験を有する医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、当該患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
(6)指導内容等の要点を診療録に記載すること。
(7)説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと
(8)本管理料を算定する場合にあつては、(3)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
ア (3)のアに該当する場合は、直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、以下の1から3のうちいずれかに該当するもの
1 25mL/min/1.73m²以上、30mL/min/1.73m²未満
2 15mL/min/1.73m²以上、25mL/min/1.73m²未満
3 15mL/min/1.73m²未満
イ (3)のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。

114

資料 113

施設基準
(1)腎代替療法指導管理料の施設基準
以下の全てを満たしていること。
ア 区分番号「C102」在宅自己腹膜透析指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。
イ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師
腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的に実施すること。

115

資料 114

腹膜透析と血液透析の併用

他の医療機関と連携して、HDとPDがハイブリッドでやってもいいということです。(資料115)

腹膜透析と血液透析の併用

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

連携
週1回

J038 人工腎臓

算定要件

(3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者(入院中の患者を除く。)は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。また、当該管理料を算定している患者に対して、患者の希望する他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に区分番号「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。

算定要件

(6) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料に限り算定できる。なお、他の医療機関において区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定できる。

116

資料115

バスキュラーアクセス

あとはPCI、シャントのところが6,000点下がっていたりするので、ここは結構大きいです。シャントの件数掛ける6万円みたいな感じになっています。だから透析のクリニックも結構痛手を受けているところは多いです。(資料116)

バスキュラーアクセス

内シャント設置術

末梢動脈瘻造設術

1 静脈転位を伴うもの 21,300点

2 その他のもの 7,760点

外シャント血栓除去術

外シャント血栓除去術 1,680点

内シャント又は外シャント設置術

内シャント又は外シャント設置術 18,080点

経皮的シャント拡張術・血栓除去術

経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点

内シャント設置術

末梢動脈瘻造設術

1 内シャント造設術

イ 単純なもの 12,080点

ロ 静脈転位を伴うもの 15,300点

2 その他のもの 7,760点

外シャント血栓除去術

削除

内シャント又は外シャント設置術

削除

経皮的シャント拡張術・血栓除去術

1 初回 12,000点

2 1の実施後3月以内に実施する場合 12,000点

算定要件

(1) 「1」については、3ヶ月に1回に限り算定する。また、「2」については、「1」の実施後3月以内に実施する場合に、1回に限り算定する。

(2) 「1」を算定してから3ヶ月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数(RI)が0.6以上の場合(アの場合を除く。)

(3) 「2」については、「1」の前回算定日(他の保険医療機関での算定を含む。)を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

資料116

精神科関連

通院・在宅精神療法(1回につき)

精神科関係ですか。精神科関係は、今回の点数で感じられる部分は、やはり在宅へ、要するに入院外の対応というのがすごく増えています。

例えば、通院、精神療法のところが点数が上がっているとか、初回加算250点付いていますとかといったものがあったりします。(資料139) (資料140)

通院・在宅精神療法(1回につき)

1 通院精神療法	
イ 医師	660点
ロ 初診時に60分以上	540点
ハ イとロ意外	
(1)30分以上	400点
(2)30分未満	330点

算定要件(追加)

注8 1を算定する患者であって、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、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導科1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

施設基準

(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準 療養生活環境整備のための支援及び指導を適切に行うにつき十分な体制を有していること。

(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準

ア 当該保険医療機関内に、当該支援・指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。

イ 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備支援及び指導の対象患者の数は1人につき30人以下であること。また、それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。

(2) 当該加算の届出においては、様式●を用いること。

140

資料 139

留意事項(追加)

(21)「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者について、精神科棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導科を算定した患者であって退院した日の属する月の翌末日までに当該保険医療機関を受診した患者又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師(以下、この区分において「看護師等」という。)又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。

イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成し、その写しを診療録に添付すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。

ウ 医師は、診療録に当該患者の療養生活環境整備支援及び指導を担当する看護師等又は精神保健福祉士への指示事項を記載すること。

エ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、イにおいて作成した支援計画の内容を患者等に説明した上で、療養生活環境の整備のための支援及び指導を行うこと。なお、担当する患者ごとに療養生活環境整備支援・指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。

141

資料 140

精神科退院時共同指導料

退院時共同指導料は普通の一般医科でもありますが、これが精神科の共同指導料ができましたということです。若干、一般医科とは違うのですが、点数的には700点、1,500点、900点ということできています。これは後で見てください(資料141)(資料142)(資料143)(資料144)(資料145)

精神科退院時共同指導料

- 1 精神科退院時共同指導料1(外来又は在宅医療を担う保険医療機関の場合)
 - イ 精神科退院時共同指導料(I) 1500点
 - ロ 精神科退院時共同指導料(II) 900点
- 2 精神科退院時共同指導料2(入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

【対象患者】

1のイ 精神科病棟に入院中の患者であって、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。)第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が1年以上の患者(以下この区分番号において「措置入院者等」という。)

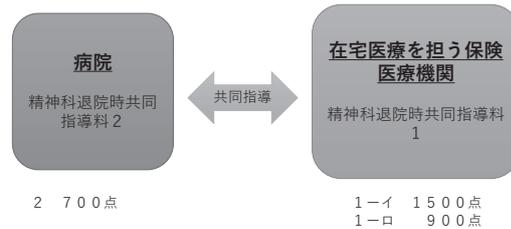
1のロ 精神科病棟に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者

2のイ及び1のロの患者

142

資料 141

精神科退院時共同指導料



143

資料 142

【算定要件】

(1)精神科退院時共同指導料1については、他の保険医療機関の精神科病棟に入院中の患者であって、措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。ただし、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

(2)精神科退院時共同指導料2については、精神科病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅医療を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

(3)1のイについては、措置入院者等に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師(以下、看護師等という。)及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

144

資料 143

- (4)1のロについては、1のイ以外の患者であって、平成28~30年度 厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を満たした、重点的な支援が必要な患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師又は医師の指示を受けた看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (5)2については、(3)又は(4)に規定する患者に対して、当該 保険医療機関の精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当 機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。
- (6)外来又は在宅医療を担う医療機関については、入院中の医療機関とは別の医療機関であること。
- (7)共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成28~30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別添●の様式を用いること。
- (8)当該指導料を算定する場合は、行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した 文書の写しを診療録に添付すること。

145

資料 144

- (9)共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅医療を担当する医療機関の関係者のいすれかが、入院中の 医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話等を用いて 共同指導を実施した場合でも算定可能とする。
- (10)精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算 定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保 健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡 退院した患者については、対象とはならない。

【施設基準】

- (1)精神科退院時共同指導料1を算定する場合は、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。
- (2)精神科退院時共同指導料2を算定する場合は、精神科を標榜する病院であること。
- (3)当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。
- (4)重点的な支援を必要とする患者とは、別紙●に掲げる包括的支援 マネジメント導入基準を1つ以上満たすものをいう。
- (5)当該指導料の施設基準に係る届出は様式●を用いること。

146

資料 145

精神科在宅患者支援管理料

もう1つは精神の訪問診療です。精神の訪問診療に関してはこの赤い部分です。今まで、1と2は6カ月以内でした。それに今度6カ月以降というものができたということは、長期で在宅で療養をするものです。だから精神科に関しては、外来でもフォローをする、在宅医療も充実させるといった方向になっています。これから先、徐々に入院医療も厳しくなっていく方向に持っていくのではないかとということが何となく分かる部分でもあります。

これから在宅を増やして行って、受け皿を増やして、そこで在宅医療を提供したり、入院の患者が減るようにする、在院日数を短くするという方向になるのかなと思います。多分次のパターンとしては、国は、

精神科在宅患者支援管理料

1 精神科在宅患者支援管理料1

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 3,000点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,500点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点

ハ イ及びロ以外の患者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,030点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点

2 精神科在宅患者支援管理料2

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,467点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,850点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,056点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,542点

1 精神科在宅患者支援管理料1

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 3,000点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,500点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点

ハ イ及びロ以外の患者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,030点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点

2 精神科在宅患者支援管理料2

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,467点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,850点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者の場合

- (1) 単一建物診療患者1人 2,056点
- (2) 単一建物診療患者2人以上 1,542点

3 精神科在宅患者支援管理料3

イ 単一建物診療患者1人 2,030点

ロ 単一建物診療患者2人以上 1,248点

147

資料 146

回転を掛けるような感じにするので
しょう。少しずつ回転を掛けるように
していくと、そのうち在院日数が短くな
る、気付いたら患者が入ってこない、い
ないというような状況にするのでしょ
う。(資料146) (資料147) (資料148)
(資料149)

算定要件(追加)

注11については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関(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ものに限る。)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合(イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。)に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。
21のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関(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ものに限る。)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。
32については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関(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ものに限る。)の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合(イについては当該別の訪問看護ステーションが週2回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。)に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。
43については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者であって、精神科在宅患者支援管理料1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、当該保険医療機関(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ものに限る。)の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料1又は2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。¹⁴⁸

資料 147

留意事項

(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のイ又はロに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。
(4) 「3」については、以下のいずれかに該当する患者に限り算定すること。
ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者
(6) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。
ウ (6)のイに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンス(以下「チームカンファレンス」という。)を行うことうち、2月に1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議(以下「共同カンファレンス」という。)を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等が共同カンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、共同カンファレンスについては、初回は対面で行うこと。2回目以降については、対面を実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下この区分において、「ビデオ通話」という。)が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
(7) 「1」のロ及び「2」のロは、(6)のイに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること

経過措置

精神科在宅患者支援管理料1のハを令和2年3月31日時点で現に算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き当該管理料を算定できる。¹⁴⁹

資料 148

対象患者

ア1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者(入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。)

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者(重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について)(平成18年4月3日老発第0403003号)(「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成28年3月4日保医発0304第1号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者(UCS(Japan Coma Scale)でII-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。)

150

資料 149

■ 精神疾患を有する妊婦

(資料150)

精神疾患を有する妊婦

- 精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）におけるハイリスク分娩管理加算の算定を可能とする。

151

資料 150

■ ハイリスク妊産婦＋精神

(資料151)

ハイリスク妊産婦＋精神

ハイリスク妊産婦連携指導料1、ハイリスク妊産婦連携指導料2
算定要件

- (5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要なに応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師及び市町村若しくは都道府県(以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。)の担当者等が参加していること。
- (6) (5)のカンファレンスは、初回は対面で実施すること。2回目以降については、対面で実施することができない場合は、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下この区分及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。)が可能な機器を用いて参加することができる。
- (7) (5)のカンファレンスを実施した場合は、その都度、市町村等にその結果を文書により情報提供を行うこと。

施設基準
届出不要

152

資料 151

精神科身体合併症管理加算

(資料152)

精神科身体合併症管理加算

精神科身体合併症管理加算(1日につき)

- 1 7日以内 450点
- 2 8日以上10日以内 225点



精神科身体合併症管理加算(1日につき)

- 1 7日以内 450点
- 2 8日以上15日以内 300点

算定要件

注 精神科を標榜する病院であって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、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症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、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

留意事項

(4) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。

施設基準

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者(追加)

難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条に規定する指定難病の患者であつて、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)

153

資料152

精神科救急車入院料 クロザピン関連

今回は、施設基準にクロザピンがいろいろ入っています。クロザピンを使うと施設基準がこれまでの高いものがクリアできるようになっています。例えば精神科救急もそうです。(資料153)

精神科救急入院料 クロザピン関連

算定要件

精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。

- (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者(以下この項において「新規患者」という。)若しくはウに該当する患者であること。
 ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
 イ ア以外の患者であつて、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関(当該病棟を有する保険医療機関を含む。)の精神病棟に入院(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院(医療観察法入院)を除く。)したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者(当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。)
 ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟から当該病棟に転棟した入院患者
- (2) 新規患者については、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。
 ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで要件を満たすものとする。
 イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで要件を満たすものとする。

154

資料153

■ HbA1c 49点(クロザピン投与時)

(資料154)

HbA1c 49点 (クロザピン投与時)

算定要件

(8)「9」のヘモグロビンA1C(HbA1c)、区分番号「D007」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。また、クロザピンを投与中の患者については、ヘモグロビンA1c(HbA1c)を月1回に限り別に算定できる。

155

資料 154

■ 精神科救急入院料などの自宅移行率の対象除外の変更

(資料155)

精神科救急入院料などの自宅移行率の対象除外の変更

精神科救急入院料1に関する施設基準等

(2) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設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規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。(以下この項において同じ。)

精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟における精神科急性期医師配置加算、及び精神科救急・合併症入院料についても同様。

156

資料 155

精神科急性期病棟入院料 1

精神科急性期医師配置加算

精神科の急性期病棟入院料もクロザピンが絡んでいたりします。医師の数の問題もありますが、基本的にはクロザピンを使っていることが必要になっていたりします。こちら辺が大きいところですか。(資料156) (資料157) (資料158) (資料159)

精神科急性期病棟入院料 1 精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算(1日につき) 500点

精神科急性期医師配置加算(1日につき)	
1 精神科急性期医師配置加算1	600点
2 精神科急性期医師配置加算2	
イ 精神病棟入院基本料等の場合	500点
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

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病棟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、精神科急性期医師配置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、所定点数に加算する。

留意事項

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者(クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。)に密度の高い入院医療を提供する精神科病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

157

資料 156

施設基準

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準

- 1 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- 2 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を相当程度有していること。
- 3 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。

(3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準

- 1 精神病棟入院基本料(十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。))又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟(七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。))であること。
- 2 精神障害者であつて身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。
- 3 許可病床(精神病床を除く。)の数が百床(別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床)以上の病院であること。

(4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準

- 1 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- 2 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。

(5) 精神科急性期医師配置加算3の施設基準

- 1 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。
- 2 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を一定程度有していること。
- 3 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。

158

資料 157

施設基準 1 通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算1に関する基準

(1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者(以下「医療観察法入院患者」という。)を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(2) 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が6件以上であること。

(3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療(電話等再診を除く。)件数が年間20件以上であること、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

159

資料 158

3.精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準
 (1) 精神科病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
 (2) 当該保険医療機関の精神科病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神科病床が2病床以下であること。
 (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
 (イ)「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 (ロ)(イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
 (4) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
 (5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
 (6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交法 施行令に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置 法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上(直近3か月間の平均)診察していること。
4.精神科急性期医師配置加算2のロに関する施設基準
 2の(1)及び(3)を満たすものであること。
5.精神科急性期医師配置加算3に関する施設基準
 (1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者(以下「医療観察法入院患者」という。)を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。なお、当該要件にかかる留意点については2の(1)と同様であること。
 (2) 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が3件以上であること。
 (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療(電話等再診を除く。)件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

資料 159

■ 精神科救急入院料 1、2

実績要件

(資料160)

精神科救急入院料 1、2 実績要件

施設基準

2.精神科救急入院料1に関する施設基準等

(1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。
 ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く。)件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のア又はイの地域における人口1万人当たり1.87件以上であること。そのうち初診患者(精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者)の件数が30件以上又は2割以上であること。
 イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。
 ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件以上」を「に届出病床数を乗じた数以上」と読み替えること。

精神科救急入院料2についても同様。

161

資料 160

■ 精神科救急入院料

病床数

(資料161)

精神科救急入院料 病床数

施設基準

1.精神科救急入院料に関する施設

基準等 (13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神科病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神科病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届出している病床数を維持することができる。

162

資料 161

精神科病棟における持続性抗精神病注射薬剤の投与

(資料162)

精神科病棟における持続性抗精神病注射薬剤の投与

別表第五の一の四

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬
クロザピン(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)
持続性抗精神病注射薬剤(投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。)

別表第五の一の五

精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬
インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能若しくは効果を有するものに限る。)抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の機能若しくは効果を有するものに限る。)血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体
クロザピン(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)
持続性抗精神病注射薬剤(投与開始日から60日以内に投与された場合に限る。)

163

資料162

抗精神病特定薬剤治療指導管理料

(資料163)

抗精神病特定薬剤治療指導管理料

抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点

2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

イ 入院中の患者 250点

ロ 入院中の患者以外 250点

2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

算定要件

注1のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

2のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

(1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

(2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

164

資料163

地域移行機能強化病棟

あとは地域移行機能強化病棟というのが若干厳しくなっています。患者を回転させて、さらに病床を減らすと高い点数をあげるといいます。ここら辺がインディケータが厳しくなっています。(資料164) (資料165) (資料166)

地域移行機能強化病棟

0.9以上 → 0.85以上 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値

(イ)届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
(ロ)届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
(ハ)届出前月末日時点での精神病棟に係る許可病床数

1.5%以上 → 2.4%以上 当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

5分の1 → 30%以上 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数-(当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定月数÷12)

留意事項 (追加)
(18)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病棟の許可病床数以下であること。

施設基準 (緩和)
常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上(入院患者数が四十を超える場合は二名以上)配置されていること。

改定前常勤2名以上40を超える場合は、3名以上

165

資料 164

施設基準

(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。
ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が0.85以上であること。なお、届出に先立ち精神病棟の許可病床数を減少させることにより0.85以上としても差し支えないこと。
(イ)届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
(ロ)届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
(ハ)届出前月末日時点での精神病棟に係る許可病床数
イ以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患者、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転院した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)
(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。
当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均(地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)
(16)算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病棟について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数-(当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定年数)
(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数-(当該病棟の届出病床数の30%×当該病棟の算定月数÷12)
(18)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病棟の許可病床数以下であること。

166

資料 165

施設基準

(8) 当該病棟に2名以上(入院患者の数が40を超える場合は3名以上)の専任の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、2名の専任の常勤精神保健福祉士と、1名の専任の常勤社会福祉士が配置されればよいこと。

施設基準

(8) 当該病棟に1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤精神保健福祉士1名以上(入院患者の数が40を超える場合は2名以上)が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1名の専任の常勤精神保健福祉士及び1名の専任の常勤社会福祉士と、1名の専任の常勤社会福祉士が配置されればよいこと。

167

資料 166

精神療養病棟

リハビリテーション

精神療養病棟で疾患別リハが取れます。精神療養病棟で、リハビリを積極的にできるといいとなっているので、これから先、一般を精神療養に転換できるところは転換をして、リハビリもやっていると収益は上がるだろうというところはあったりします。(資料167)

精神療養病棟 リハビリテーション

算定要件

注2診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

精神療養病棟でリハビリテーションを積極的にやろう！

168

資料167

小児特定疾患カウンセリング

(資料168)

小児特定疾患カウンセリング料

イ 月の1回目 500点
ロ 月の2回目 400点

イ 医師による場合
(1) 月の1回目 500点
(2) 月の2回目 400点
ロ 公認心理師による場合 200点

算定要件

注別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示に基づき公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

留意事項

- (1) イについては、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科(小児外科を含む。以下この部において同じ。)又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。
- (2) ロについては、一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとし、治療計画を立てた患者に対し乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定できる。なお、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。
- (3) (1)及び(2)のカウンセリングを家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。

169

資料168

■ ギャンブル依存症

ギャンブル依存症とかがあります。
(資料169) (資料170)

ギャンブル依存症

依存症集団療法(1回につき)
依存症集団療法) 340点

➔

依存症集団療法(1回につき)
1 薬物依存症の場合 340点
2 ギャンブル依存症の場合 300点

算定要件
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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。

留意事項
(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。
ア 入院中の患者以外の患者であって…(略)
(2) 依存症集団療法の「2」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。
ア 入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル(平成三十年法律第七十四号ギャンブル等依存症対策基本法第2条に規定するギャンブル等をいう。)に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。
イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。
ウ 平成28~30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。

資料 169

施設基準
(1) 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。
(2) 依存症集団療法の2にあっては、(1)に加え、ギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。

2 依存症集団療法2に関する施設基準
(1) 「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」(平成29年6月13日発 発0613第4号)における依存症専門医療機関であること。
(2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること(いずれも依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。)
(3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(8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こと。
(イ)ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴
(ロ)ギャンブル依存症患者の精神医学的特性
(ハ)ギャンブル依存症に関連する社会資源
(ニ)ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応
(ホ)集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点
ウ 研修にはデモンストラシヨンの見学や、実際のプログラム実施に関するグループワーク等を含むこと。

資料 170

■ 認知機能検査その他の心理検査

(資料171)

認知機能検査その他の心理検査

認知機能検査その他の心理検査
1 操作が容易なもの 80点
2 操作が複雑なもの 280点
3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点

➔

認知機能検査その他の心理検査
1 操作が容易なもの
イ 簡易なもの 80点
ロ その他のもの 80点
2 操作が複雑なもの 280点
3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点

算定要件
(2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、このうち「イ」の「簡易なもの」とは、主に疾患(疑いを含む。)の早期発見を目的とするもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。
なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。
(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、MAS不安尺度、MEDE多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、EAT-26、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをいい、「ロ」のその他のものとは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病(抑うつ状態)自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、IES-R、PDS、TK式診断的親子関係検査、CMI健康調査票、GHO精神健康評価票、ブルドン抹消検査、WHO QOL26、COG NISTAT、SIB、Cogh ealth(医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。)、NPI、BEHA VE-AD、音読検査(特異的読字障害を対象にしたものに限る。)、WURS、MCMI-II、MOCI邦訳版、DES-II、S TAI-C状態・特性不安検査(児童用)、DSRS-C、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びMoCA-Jのことをいう。
(11) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」は、原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること

資料 171

遠隔診療関連 オンライン診療科

(資料173) (資料174) (資料175)

オンライン診療料

オンライン診療料

算定要性

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、区分番号「B000」特 定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料(以下「オンライン診療料対象管理料等」という。)の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行ってればよい。

オンライン診療料

算定要性

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、別に厚生労働大臣が定める患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月又は慢性頭痛に対する対面診療を初めて行った月から3月以上経過し、かつ直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合は、この限りではない。

174

資料 173

(4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画(対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。)を作成する。また、当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

(4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画(対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。)を作成した上で実施すること。また、患者の急変時等の緊急時には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこと。

(14)別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者については、事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要なものに限ること。

(15)別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者に対して診療を行う医師は、慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を修了した医師に限ること。

175

資料 174

施設基準

1) オンライン診療料の施設基準

イ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において、緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ニ 当該保険医療機関内に慢性頭痛のオンライン診療に係る研修を受けた医師が1名以上配置されていること(②のハに規定する患者に対してオンライン診療を行う場合に限る。)

(2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの

次のいずれかに該当する患者

イ 次の①から⑩までのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から三月を経過しているもの。

ロ 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者であって、糖尿病、肝疾患(経過が慢性のものに限る)又は慢性ウイルス肝炎に対する注射薬を使用しているものうち、当該管理料を初めて算定した月から三月以上経過しているもの。

ハ 事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査で一次性頭痛と診断されている慢性頭痛患者のうち、当該疾患に対する対面診療を初めて行った月から三月以上経過しているもの。

176

資料 175



■ オンライン医学管理料(各管理料の中へ)

遠隔診療は今、電話のできるもので何とも言えませんが、緩和されています。これから先、オンライン診療が増えるのでしょうか、規制改革でオンライン診療を言っていますが、果たして、どうなるのでしょうか。電話は駄目という話があります。そしてこれから先、オンライン診療プラスオンライン医学管理料、処方箋が出せる仕組みが続いていくと思います。いろいろオンライン診療の使い方というのがあると思います。

ある病院は初診の患者を獲得するため、最初のファーストアプローチをオンライン診療で、その後はこちらに来させるようにしたいと考えている医療機関もあります。また、オンライン診療だけやっていた方がいいのではないかと考えているところもあります。しかし思った以上に、オンライン診療が増えていないのと手間が掛かって、それによって病院としてはどうしようかみたいなことを言っているところは多いのではないのでしょうか。(資料176)

オンライン医学管理料(各管理料の中へ)

- 点数を廃止して、それぞれの医学管理料の中で情報通信機器を用いて行った場合の評価になる。

特定疾患療養管理料(例)

算定要件

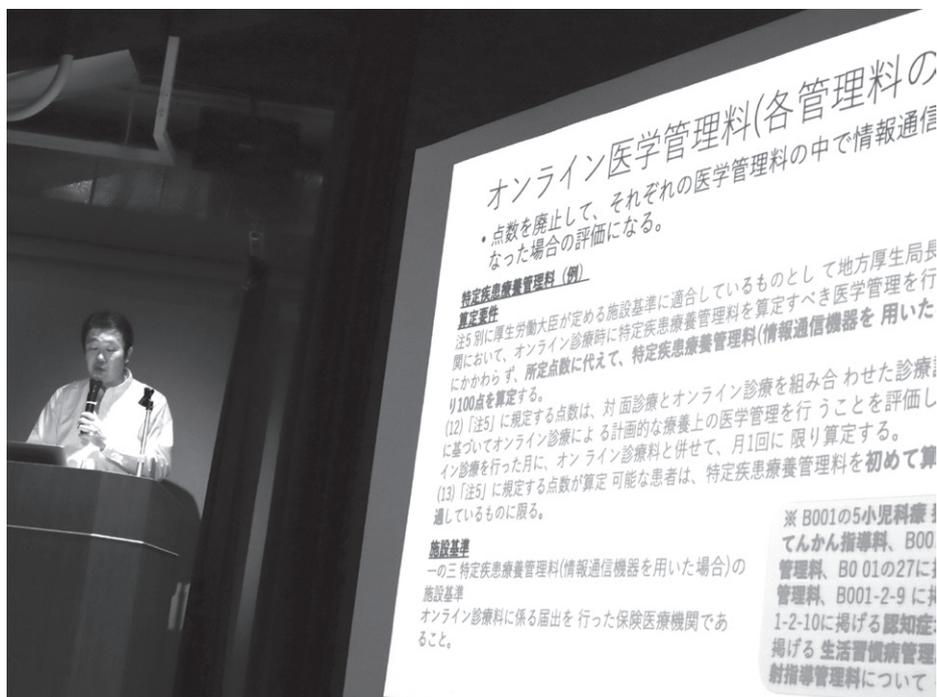
注5別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、オンライン診療時に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。
(12)「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
(13)「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

施設基準

一の三 特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)の施設基準
オンライン診療料に係る届出を行った保険医療機関であること。

※ B001の5小児科療養指導料、B001の6に掲げるてんかん指導料、B001の7に掲げる難病外来指導管理料、B001の27に掲げる難病病態解析・防指管理料、B001-2-9に掲げる地域包括診療料、B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料、B001-3に掲げる生活習慣病管理料及びC101の在宅自己注射指導管理料についても同様。

資料 176



初診からオンライン診療で算定できる場合 へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する 保険医療機関又はへき地医療拠点病院のオンライン診療

少しこら辺は飛ばしていきます。
(資料177) (資料178)

初診からオンライン診療で算定できる場合

算定要件

注3 無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。

留意事項

(14)「注3」に規定するやむを得ない事情とは、無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、情報提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。
(15)「注3」に規定する診療に係る事前の診療情報の提供について、B009診療情報提供料(I)は別に算定できない。

178

資料 177

へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する 保険医療機関又はへき地医療拠点病院の オンライン診療

【算定要件】

(8) オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。ただし、無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行ってもよい。なお、この場合の診療報酬の請求については、無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において行うこと。

179

資料 178

■ B005-11 遠隔連携診療料 500点

実はこれが大きいのではないかと
思っています。遠隔連携診療料です。こ
れはオンライン診療で、一番メリットが
あるのではないかと私は思っています。

なぜメリットがあるかと言いますと、
ここに書いてあるように、診断目的、そ
して他の保険医療機関の医師と情報通
信機器を用いて連携して診療を行う、3
カ月に1回というところはいいとして、
てんかんの疑い、指定難病の疑いがある
場合です。

要するに指定難病などはそうですが、こういった特定の診断が付けられる先生が少ない、そういった疾患に関してはオンラインで一緒に診察をすることによって、その先生がわざわざ田舎に行かないで済みます。これは医療資源の有効活用としては、非常にいい試みだと思います。主治医がいて、そして特殊な疾患に関して、オンライン診療で解決をしていくということです。

これまでですと、その先生が非常勤で来てくれるのか、もしくは患者がその先生がいるところに行くのかでした。これは時間がすごくもったいないと思います。それをオンラインでできる、500点です。そうしたらわざわざ飛行機に乗っていかなくても、地域の診療で診断が付けられて、治療が始まるようになるのであれば、非常にメリットがあります。こういうオンライン診療はすごく増えていくのではないのでしょうか。

やはりその道のオーソリティーに診察を受けたいという方は多いと思いますので、そういうきちんとした体制が整ってくれば、こういったものというのは、たかだか500点ですから、お互いにすごくメリットがあるのだらうと思います。こういったものが広がってくるといいと思います。(資料179)

B005-11 遠隔連携診療料 500点

算定要件
(1)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、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
(2)当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

施設基準
(1)別に厚生労働大臣が定める施設基準(厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関)であること。
(2)別に厚生労働大臣が定める患者
イ てんかん(外傷性を含む)の疑いがある患者
ロ 指定難病の疑いがある患者
(3)別に厚生労働大臣が定める施設基準(他の保険医療機関)
イ 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
ロ てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

180

資料 179

■ 遠隔モニタリング

(資料180)

遠隔モニタリング

在宅酸素療養指導管理料
算定要件
(9)遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸学会「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でIII期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。
施設基準
(2)緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

在宅持続陽圧呼吸療養指導管理料
算定要件
注2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、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。
(6)遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法(CPAP)を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合は患者の状態等を踏まえた判断の内容について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。
施設基準
(2)緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

181

資料 180

在宅時医学総合管理料(オンライン在宅管理料)

(資料181)

在宅時医学総合管理料 (オンライン在宅管理料)

算定要件

注12 1から3までにおいて、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察(訪問診療と同日に行う場合を除く。)による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。

留意事項

(27)在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ直近3月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について診療計画に記載し、当該複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

精神科オンライン在宅管理料についても同様

182

資料 181

その他 点滴注射関連

(資料183)

点滴注射関連

点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 98点
2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合) 97点
3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る。) 49点



点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 99点
2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合) 98点
3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る。) 49点

算定要件

注射の通則7

第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なもの費用は、第1節に掲げられている注射のうち最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

留意事項

通則(新規)

7第1節注射料に掲げられていない注射のうち、特殊な注射(点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。)の注射料は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

184

資料 183

■ B001 30婦人科特定疾患治療管理料 250点

「その他」のところで、婦人科特定疾患の管理料とかといったものは、婦人科領域では大きいのかもかもしれません。(資料184)

B001 30婦人科特定疾患治療管理料 250点

算定要件

- (1)婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤(器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。)を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。
- (2)区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- (3)治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること
- (4)治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (5)器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

施設基準

- (1)当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2)(1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあつては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
- (3)当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

185

資料 184

■ 臨床検査

臨床検査で、判断料で、遺伝子関連とか、染色体検査判断料というものができましたとか、そのぐらいですか。(資料190)

臨床検査

血液化学検査
1 アルブミン 11点

血液化学検査
1 アルブミン(BCP改良法・BCG法) 11点

算定要件

アルブミンのうち、BCG法によるものは、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

検体検査判断料

- 1 尿・糞便等検査判断料 34点
- 2 血液学的検査判断料 125点
- 3 生化学的検査(I)判断料 144点
- 4 生化学的検査(II)判断料 144点
- 5 免疫学的検査判断料 144点
- 6 微生物学的検査判断料 150点

検体検査判断料

- 1 尿・糞便等検査判断料 34点
- 2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点
- 3 血液学的検査判断料 125点
- 4 生化学的検査(I)判断料 144点
- 5 生化学的検査(II)判断料 144点
- 6 免疫学的検査判断料 144点
- 7 微生物学的検査判断料 150点

算定要件

注1 検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ1回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。
注3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで及びD006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

191

資料 190

トレッドミルによる負荷心肺機能検査、 サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

(資料191)

トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,400点

→
トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査 1,600点

192

資料 191

小児頭部外傷の際のCT撮影

小児の頭部外傷のCTの加算が付いたとか、そういったところがあったりします。(資料192)

小児頭部外傷の際のCT撮影

新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算

通則4 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合(頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。)は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

算定要件

「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、カによる場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。

- ア GCS≦14
- イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候
- ウ 意識変容(興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等)
- エ 受診後の症状所見の悪化
- オ 親の希望
- カ その他

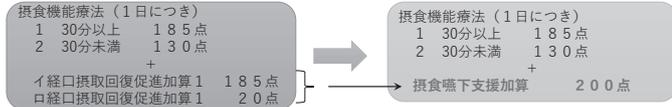
193

資料 192

摂食機能療法

摂食嚥下(せっしょくえんげ)の経口摂取に移行するための加算が一本化されて200点になったということがあったりします。(資料195)(資料196)(資料197)

摂食機能療法



算定要件

注3 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、当該保険医療機関の医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。

196

資料 195

留意事項

- (6) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、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(支)局長に届出を行った保険医療機関において、摂食機能療法を算定する患者であって、摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)の介入によって摂食嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- (7) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、ア～ウの要件をいずれも満たす場合に算定する。
- ア 当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいてリハビリテーション実施計画書を作成し、又はすでに摂食機能療法に係る計画書が作成されている場合には当該チームにより見直しを行い、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- イ 当該患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、リハビリテーション計画等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行う。当該カンファレンスには、摂食嚥下支援チームの構成員のうち、医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士が参加していること。
- ウ カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直し(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。)、摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、必要に応じて患者又はその家族等への指導管理を行う。
- (8) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (10) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E0 03」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。

資料 196

施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される摂食嚥下機能の回復の支援に係るチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)が設置されていること。ただし、カについては、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。
- ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師
- イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 専任の常勤言語聴覚士
- エ 専任の常勤薬剤師
- オ 専任の常勤管理栄養士
- カ 専任の歯科衛生士
- キ 専任の理学療法士又は作業療法士
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師、常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。
- (3) 摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について、別添●の様式●の●を用いて、地方厚生局長等に報告していること。

198

資料 197

■ 下肢静脈瘤手術

下肢静脈瘤の手術に関しても点数が下がっていますし、そういう意味では、いろいろ適正化される部分があると思います。(資料198)

下肢静脈瘤手術	
下肢静脈瘤手術	10,200点
1 抜去切除術	10,200点
大伏在静脈抜去術	11,020点
下肢静脈瘤血管内焼灼術	14,360点

➔

下肢静脈瘤手術	
下肢静脈瘤手術	10,200点
1 抜去切除術	10,200点
大伏在静脈抜去術	10,200点
下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,200点

資料 198

■ 経皮的冠動脈形成術(3 その他のもの)

同様：経皮的冠動脈ステント留置術(3 その他のもの)

もう1つは医師の良心に問い掛ける部分です。AMIに関しては点数を上げています。やはりポイントになるのは、この赤い部分で、ウの「病変」です。「機能的虚血の原因である狭窄病変」と、「心カテ法における90%以上の狭窄病変」以外となると思いますが、それに対しては、循環器内科または心臓血管外科を担当

経皮的冠動脈形成術 (3 その他のもの)	
経皮的冠動脈形成術(3 その他のもの)	32,000点
1 急性心筋梗塞に対するもの	32,000点
2 不安定狭心症に対するもの	22,000点
3 その他のもの	19,300点

➔

経皮的冠動脈形成術(3 その他のもの)	
経皮的冠動脈形成術(3 その他のもの)	36,000点
1 急性心筋梗塞に対するもの	36,000点
2 不安定狭心症に対するもの	22,000点
3 その他のもの	19,300点

資料 199

する医師が、複数名参加するカンファレンス等により、医学的必要性を検討しましょうとなっています。「実施の医学的必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること」ということで、これはある程度、やはり必要のない人に行われることを阻止しようとする、医師の良心に問い掛ける部分が入ってたりします。

基本的には医師に全て判断を任せるが、ただやはり自分たちで倫理的にちゃんと必要なものだけやってほしいというように、今回そういったことが入っています。(資料199)

■ コロナ後の病院経営

これからコロナの経営のことについて、少しお話をしたいと思います。基本的には売上が下がっています。下がっている医療機関は急性期が中心です。回転させて、結局入ってこなかったところを中心になっています。

2020年1月の統計を見てみると、前年比ですが、外来が97.7%です。入院が1月は104%、2月は103%、3月は102%ということで、診療報酬支払基金の統計で出ていました。

外来が3月から93%、4月が83%、5月が81.7%と下がっていて、それに伴って、1カ月遅れで入院が4月は92.4%、5月は88.6%となっています。これは売上ですから、5月は12%ぐらい下がっています。6月のデータはありませんでした。(資料203)

コロナ後の病院経営

- 社会保険診療報酬基金の診療報酬等確定金額(2019年度比)
 - 2020年
 - 1月：外来97.7%、入院104.4%
 - 2月：外来102.9%、入院103.6%
 - 3月：外来93.5%、入院102.5%
 - 4月：外来83.2%、入院92.4%
 - 5月：外来81.7%、入院88.6%

204

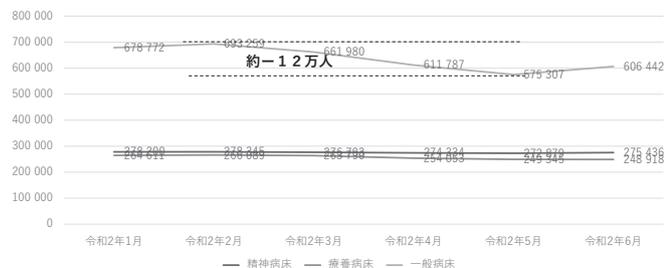
資料 203

■ 入院患者推移(病院報告)

入院患者の推移を病院報告で見えます。5月が一番下がっています。一般病床です。ちょうどこの2月から5月のところで比べてみると、マイナス12万人です。月末で見えていますので、1日当たり12万人減っています。

精神と療養を見てみると、あまり変わっていません。ということは回転が掛かる病院というのは、基本的に患者を退院させたけれども入ってこなかったところになります。(資料204)

入院患者推移 (病院報告)



205

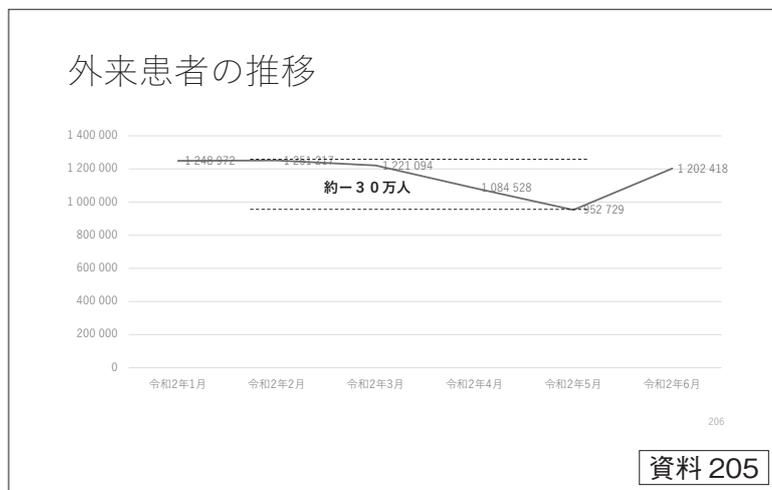
資料 204



■ 外来患者の推移

外来患者はどうなったかというところ、5月と2月を比べてみると、マイナス30万人ぐらい下がっています。1日当たりマイナス30万人です。今は、大体120万から130万人ぐらいの外来患者が来るのですが、5月に95万人まで下がって、6月には大体戻っているのです。

そういう意味では、入院が結構大きく影響を受けています。外来から入院が拾い上げられていないというような感じになっています。(資料205)



■ 新型コロナ禍の病院経営への影響

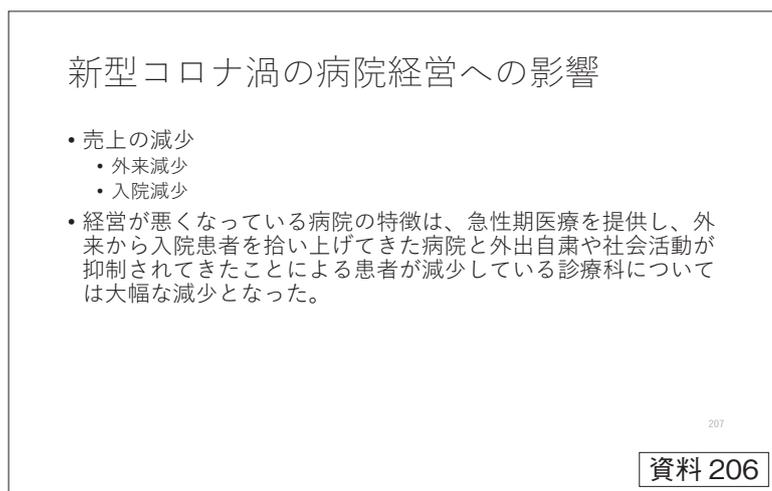
どこもそうだと思いますが、今の売上の減少は外来の減少と入院の減少です。経営が結構悪くなっている病院の特徴は、急性期医療を提供して、外来から入院患者を拾い上げてきたところなんです。

外出の自粛、それから社会活動が抑制されてきたことによって、患者が減少している診療科、整形外科とかです。びっくりしますが、整形外科では、当然骨折は減っていますし、膝の障害というのでも減っているようです。そういう意味では、オペ件数が減っています。

外来が減っている一番大きいところは小児科と言われています。小児科に関しては、要するに感染症対策ができていますからと言われてはいますが、お母さんが抑制している部分もあるのではないかとされています。

外出しないと起きない病気、整形を中心として、オペにつながらないところというのは結構厳しかったです。整形系の疾患で引きずられたのが、その先の回復期の部分です。回復期リハのところは整形系の運動器のリハが取れなかったという話もあったので、若干稼働が下がっているところというのは結構聞きます。

今、厳しいのは、回復期リハです。負け組と勝ち組がはっきりしてしまっているのです。その負け組のところは患者をなるべく出さないようにしてリハをする、そうすると当然ですが、実績指数が悪くなる、どうしようみたいな状況で悪い循環になっているということがあります。そして無理やり廃用を作っているみたいな感じは少しいろいろと聞きます。(資料206)



■ 新型コロナ後の後処理

ではコロナ後の後処理をどうしますか。実はいくつか外来が戻ってこない病院というのも結構あります。それが何かと言うと、電話で遠隔診療で3月から5月の外来を行った医療機関です。診療所もそうなのですが、病院もそうです。今後どうやって遠隔診療をEXITするのかということが1つあります。

もう電話で処方箋を書いてもらえるのを知っているからです。最悪なのは、電話で長期処方をしてしまったところ

です。もう長期処方ができるのか、電話で処方箋が出るのかということです。ちなみにこういう軽い方々は、多分次、来るときにけんかになるのです。「前回やってくれたのになぜか」と、「そろそろ来てくれ」みたいなことが言いにくくなっているのです。電話で処方箋をがつつり出したところは、実は、私の管理しているところもそうなのですが、外来が戻ってこないのです。

外来患者をどうやって増やすかみたいなことを今、やっているのですが、なかなか厳しいです。そういったところは、できれば訪問診療とかに切り替えるとか、いろいろやっていく必要があるのではないかと思います。

外来が減った医療機関のもう1つの特徴として、コロナ禍のときに、外来リハをやめた病院です。そこで外来のリハが戻ってきませんというのは結構あります。そういったところで、実はリハがプラスになった病院と、リハが足を引っ張った病院というのがあり、結構外来のリハに頼っていたところは厳しくなっています。

外来リハで売上を立てていて、外来リハ以外で売上を立てた病院というのは、訪問リハに切り替えたところでは、これはちゃんとムンテラをして、「今、来るのはいろいろあるので大変でしょうから、訪問リハに行きます」と切り替えられたところで、実は逆に収益性が上がっている病院というのは結構あります。

訪問リハというのは、1人のPTが稼ぐ気になれば、キャンセルがなければ、マックスで月90万円ぐらい稼げます。そういったところをちゃんと収益管理をしながら、中途半端にやらずに切り替えたところというのは、訪問診療と、訪問リハで売上が上がったということがあります。(資料207)

新型コロナ後の後処理

- 電話などによる遠隔診療で3月から5月の外来診療を行った医療機関は、今後どのように遠隔診療をEXITするのか？
- また、長期処方をたくさん出した医療機関もこれからどのようにEXITするのか？

208

資料 207

■ 新型コロナによる医療機関のチャンス

では新型コロナによる医療機関のチャンスというのは何かといったときに、やはり、今、考えたほうがいいのは、病院というのは外来に頼らないで病院経営をする、売上減収が大変、経営にとってすごく影響を与えるみたいな構造にしないで、入院中心にしていくということです。

入院患者を外来に頼らないでどうやって獲得するかということを中心に考えるとということです。これはやはり

介護サービスとの接続をどうするかです。場合によってはやはり介護施設を造ることしかないと思います。

施設を造る、もしくは施設を買えばいいと思います。悪くなっているところはすごく多いです。病院が施設を持てば、当然ですが回しやすくなります。そういったところをきちんとしていくのです。

後で議事録から削除しますが、多分今回のコロナで大きく変わるのとは何かと、私から言わせていただくと、前方の連携はするけれども、後方の連携はあまりしないで、自分たちで抱える病院だと思っています。

これは急性期の大きいところは多分できないと思います。地域の密着のところは自分たちのニーズがあるところに、先ほど言ったようにアカウントをどれくらい増やすかです。アクティブな患者IDをどれだけ増やすかが、これから先の自分たちの経営を左右することになると思います。だから連携の在り方はすごく変わると思います。

自分たちで訪問診療に行く、もしかしたら施設があったらいい、そこで施設に入れる、何かあったら自分のところに入院させるのです。これが他の施設に入れてしまうと、自分のところに来るとは限らないのです。だからそういったところで、これから先、大きく社会が変わると思っています。

ただこれはある程度、やはり人材力というか、自分たちの人材に医療と介護を見渡せる人がいるかどうかというのはすごく大きいと思います。そういう意味でも、今、取り合いになっている人材というのが、事務系で、医療と介護の両方の制度が分かる人なのです。みんな欲しいと言います。いないのです。訪問診療まで分かる人といったらないのです。そこをつなげられる、つないでいかないと、もう多分生き残れません。

例えば、「自分のところは地域包括ケア病棟だけやっています」、「回復期だけやっています」、「退院したら患者を離して、他の施設に紹介しています。在宅復帰を取っています」、「それはいいことですね」となりますが、これからも急性期の病院から患者が来ますかという話です。

急性期の病院も当然ベッドが空いていると、次、何を考えるかということ、地域包括ができないから回復期をやろうと、そうするともう完全に患者の流れが変わるわけです。それで地域の流れは変わります。だから今、連携している病院が、ちゃんと自分たちの責任を取ってくれるかと言われると、責任は取らないでしょう。自分たちがまずかわいいです。だからそこを考えながら、きちんと体制を整えていくのです。

逆に地域の老人のシェアを取ったら、多分勝ちです。これも逆もあります。だからそこをどう自分たち

新型コロナによる医療機関のチャンス

- 病院は外来に頼らない病院経営と入院患者の獲得
- 外来患者を減らすことによる入院医療への資源の集中
 - 外来の減少により医師の負担軽減と看護師などの残業の減少

209

資料 208

がサービスを作っていくかというところでは、これから先、多分精神科の病院もそうだと思います。在宅に関して、これだけ点数を充実させてくると、これからそこに対して、患者を出さざるを得ない状況に持っていけます。

そういったところで、コロナはある意味、小さい病院にとってチャンスなので、そこはもう開き直って、借りられるだけ借りてもう施設を買う、新しいことをやる、散るのだったらもう派手に散る、もうそのぐらいでいいのではないかと考えています。(資料208)

■入院への資源集中

やはりもう1つあるのは、外来患者をどうやって減らして、入院医療への資源を集中させるかです。ただし外来減少によって、入院患者が拾えなくなるのは困るので、そのルートは確保してから、外来を少しずつ縮小していくということです。

外来の減少は、やはり医師の負担軽減と看護師の残業の減少につながりますので、これは組織としてコストを効率的に回すための体制を作っていくようにできるのではないかと考えています。

そうはいつても、「入院への資源集中」と書いてありますが、やはり考えてほしいのは、病棟は回転させる病棟と、稼働させる病棟があるわけです。だからそのバランスをやはり考えなければいけません。自分たちの病院で、この地域で、回転させられる患者が何人来て、そして稼働させるのかです。要するに埋めた分だけ、収益になります。

急性期のところは埋めるより回転させたほうが絶対に収益、利益になるのです。それを考えないで、回転させるところで稼働させるから施設基準が落ちたりしてしまうのです。しかし埋めているほうがいいと言うのですが、ちゃんと原価計算をしたほうがいいと思います。そこはもう割り切って、何がもうかるかを追及しないと駄目です。

それと当然ですが、コロナで一番厳しかったのは回転させる病棟で、InよりOutのほうが多い状態です。入院より退院のほうが多かったから稼働が落ちました。その稼働が落ちたところで都道府県に病床を抑えられたから余計悪くなりました。今、お金をたくさんくれると言っていますから、いかにもらうかになっていますが、そういったところで、これから先、復旧したときにどうするかです。

もう1つが、外来に頼らず、患者をどうやって獲得するかということを考えないといけないのと、回転させないで済む病棟を少し持っていないと、収益の影響が大きくなり過ぎるのではないかと考えています。やはりどこかで少しきちんと利益を確保する体制を作っておかないと厳しいとは思っています。(資料209)

入院への資源集中

- 病棟は病床を回転させる病棟（急性期）と稼働させる病棟（地域、回復期、療養）に分けられる。
- 回転させる病棟は、コロナ渦で退院させた後の患者の確保ができず、In<Outの状態
- 外来に頼らず患者を獲得する方法と患者を回転させないで済む病棟の構築

210

資料 209

■ コロナ禍で売上の減少しなかった医療機関

コロナ禍で売上が減少しなかった医療機関はどういう医療機関かというと、在宅医療を提供する医療機関です。逆に売上が増えたのです。入り口が狭まってしまって、出口がいっぱいだったので、急性期の病院ががつつり出してきたから、訪問看護も含む在宅医療を提供する医療機関の売上は減少しませんでした。

それから透析は安定しています。コロナだから透析を減らしていいなどということはないので、透析を行う医療機関

です。透析を行っているところで、売上が減ったところは、診療報酬改定の影響もあると思いますが、コロナを出した透析の機関ぐらいです。

療養と精神科の病棟を中心とする医療機関も、売上は基本的に減りませんでした。地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟を中心とする医療機関もそうなのですが、一部で、病棟が空いた医療機関も結構あります。ただ売上が減らさないで、ずっとぱっつんぱっつんで来ていた医療機関というのは結構多いと思います。

もう1つは、地域の中核病院が病棟を閉めたために、早く患者を出さなくてはならなくなったところです。閉めた部分というのは、コロナ病棟に転換したところだったりしますが、そういうところでは患者が逆にたくさん来ましたという話があります。(資料210)

コロナ禍で売上の減少しなかった医療機関

- 在宅医療を提供する医療機関
- 透析医療を行う医療機関
- 療養病棟や精神科病棟を中心とする医療機関
- 地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を中心とする医療機関
 - 一部で急性期からの患者の獲得に時間がかかり、病棟が空いたところもあった。

211

資料210

■ 病院規模別の今後の対策

では今後はどうしていけばいいのかといったときに、中小病院は、在宅医療と地域包括ケア病棟を中心として、あとは回りハの病棟充実でもいいと思います。あとはいかに地域の患者のアカウント数を増やすか、アクティブなアカウント数を増やすかということです。紹介してもうなしのつぶてではなく、われわれが管理できる患者をいかに増やすかです。もうこれをやらないと、将来的にどこかが抱え込んだら、こちらに来なくなります。多分叱られると思いますが、それはやらないと患者は獲得できないぐらいに思っておいたほうがいいと思います。

大病院は、やはり外来を縮小して、外来に頼らない入院患者獲得法をどうするかということを考えて

病院規模別の今後の対策

- 中小病院
 - 在宅医療と地域包括ケア病棟
 - 回復期リハビリテーション病棟の充実
- 大病院
 - 外来の縮小と外来に頼らない入院患者獲得
 - 入院への医療資源を集中することにより、利益を確保する体制を構築していく

212

資料211

いかなければいけません。入院に医療資源を集中して、利益を確保する体制を構築していくことを考えていかないと、ちょうど構造改革をするにはいいのではないかと思います。そこで構造改革をしていって、外来の看護師を減らすとかということをして、診察ブースを減らしていくとかができればいいと思います。

できる診療科とできない診療科とがあると思いますが、そのことを自分たちで考えながら入院に医療資源を集中させるようにどうするかということを少し考えていく必要があるだろうということです。

ちなみに病院の外来で一番困るのは、中途半端に外来が減って、そしてこの人員は必要か、必要でないかとかというときに一番収益が悪いときです。やるのだったらがっつりやって、やらないのだったら、もう徹底的にやらない方向に持っていったほうが、絶対収益的にはよくなります。(資料211)

ということで、大体時間が来ましたので、これでコロナを交えた診療報酬改定みたいなどころですが、私の話を終わりにさせていただきたいと思います。今日はありがとうございました。(資料212)

ご静聴ありがとうございました。

- 問い合わせ
• PXF00603@nifty.ne.jp

213

資料 212

