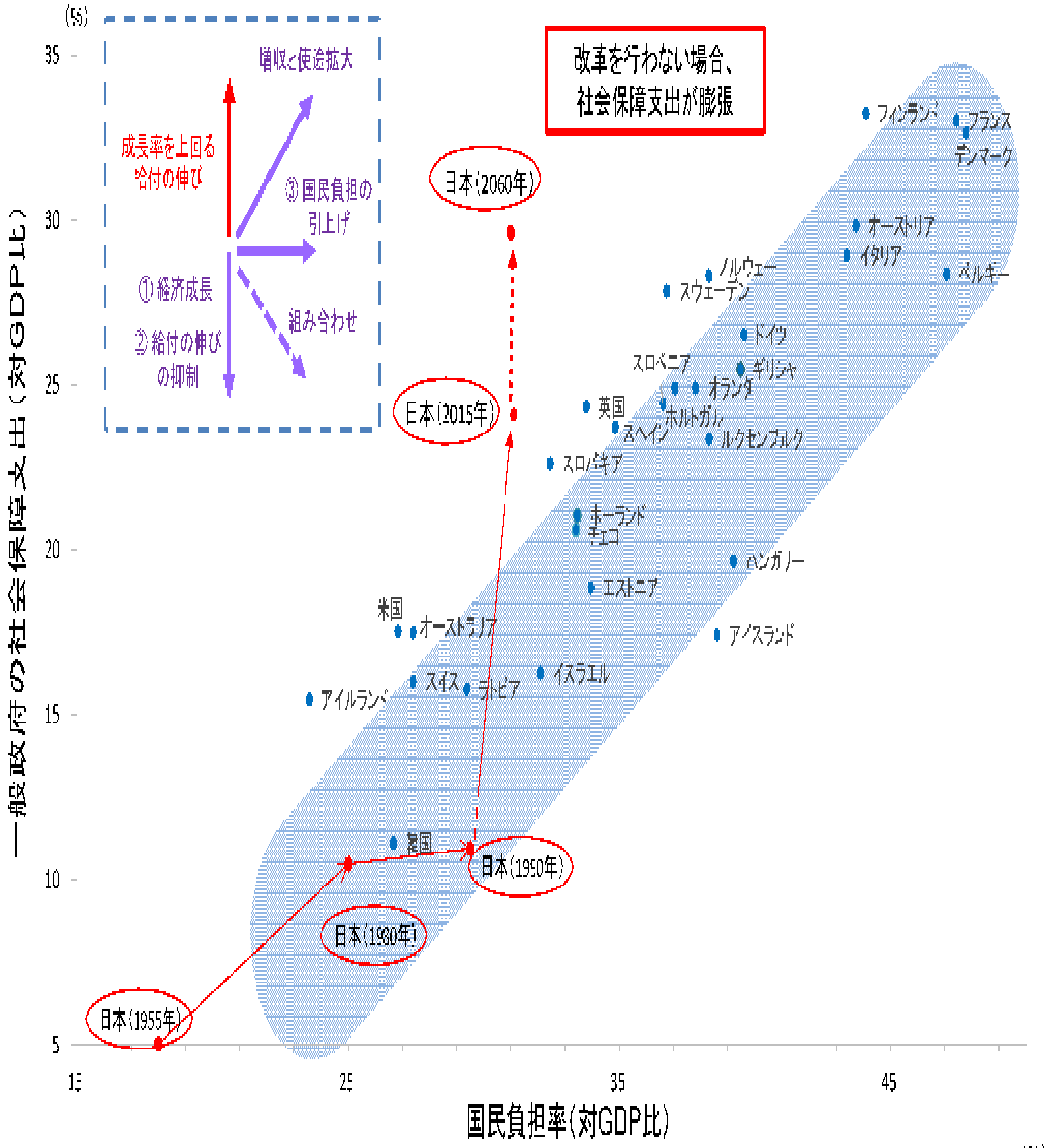
2020年診療報酬改定とコロナ後の病院経営を考える

２０２０年１０月ver5

高崎健康福祉大学
木村憲洋
PXF00603@nifty.ne.jp

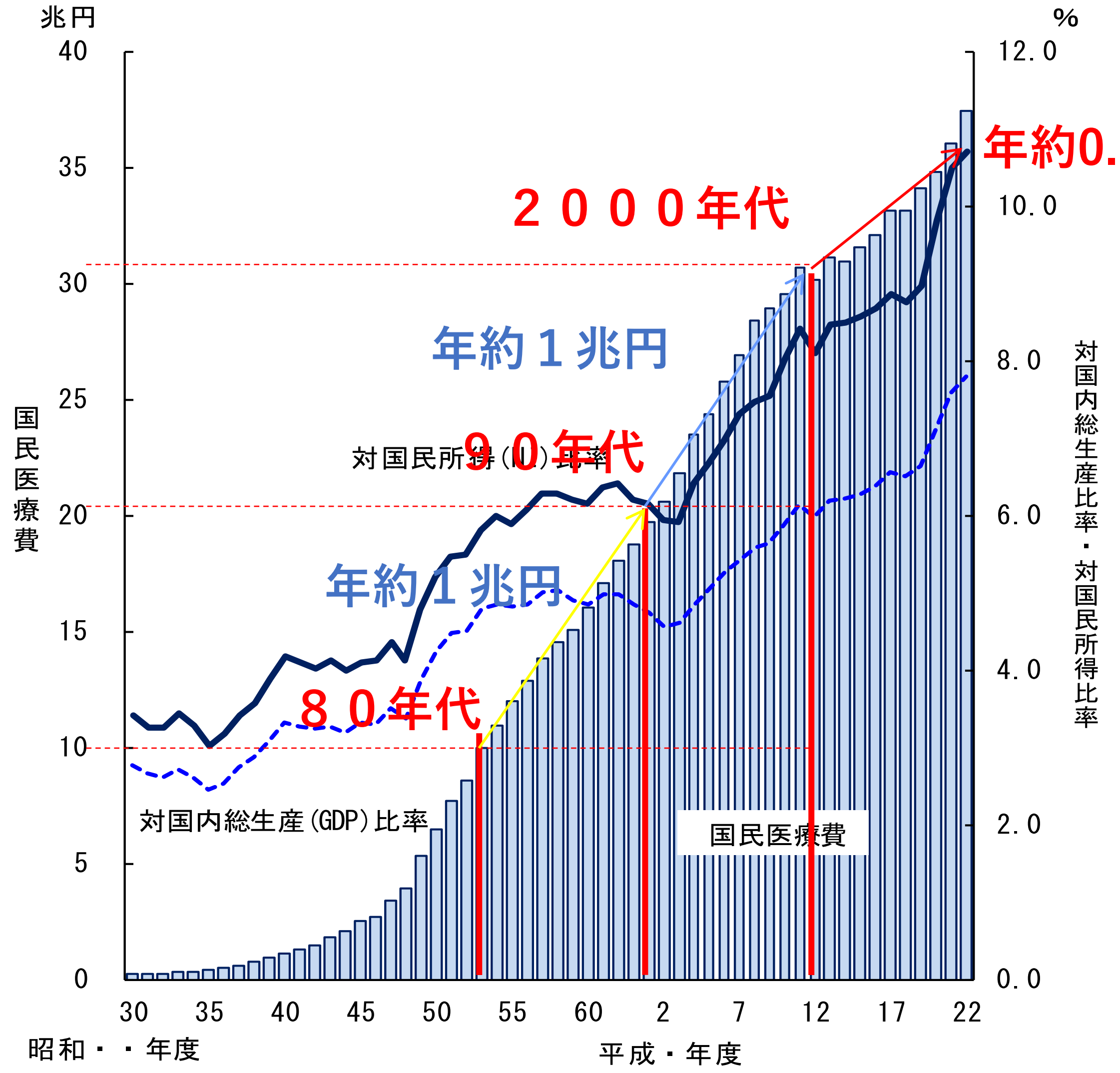
OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



我が国は諸外国と比べ、給付と負担のバランスが不均衡の状態に陥っており、制度の持続可能性を確保するための改革が急務

(出典) 国民負担率：OECD "National Accounts"、"Revenue Statistics"、内閣府「国民経済計算」等。
社会保障支出：OECD "National Accounts"、内閣府「国民経済計算」。
(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。
(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。
(注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(2018年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

国民医療費



2015年
約42兆円

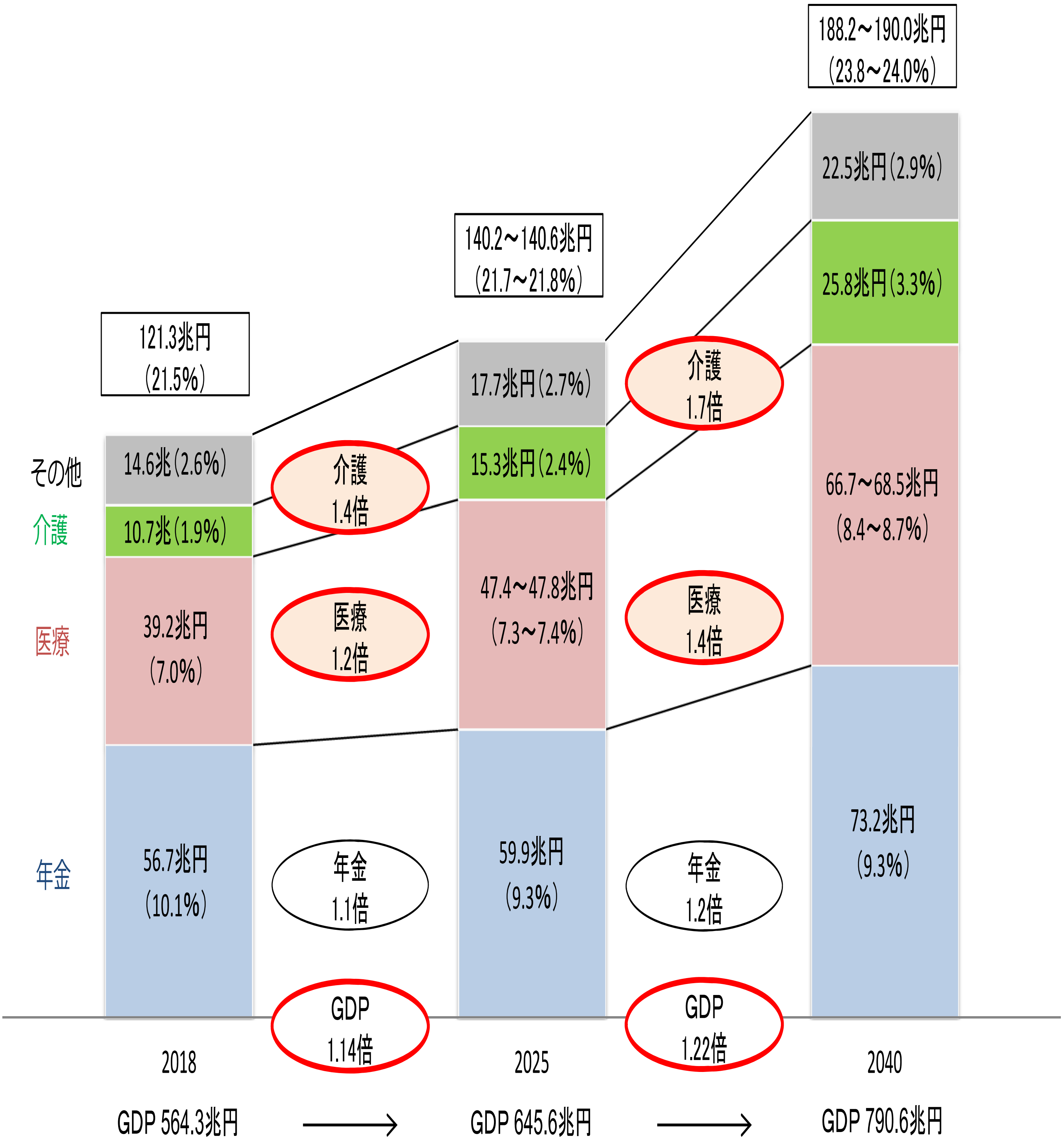
2016年
約42兆円

2017年
約43兆円

平成22年(2010)医療施設（動態）調査・病院報告の概況

将来の社会保障給付の見通し

○　75歳以上になると他の世代に比べ、１人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇。2025年、2040年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。この期間、20~64歳の現役世代が大幅に減少することにも留意が必要。

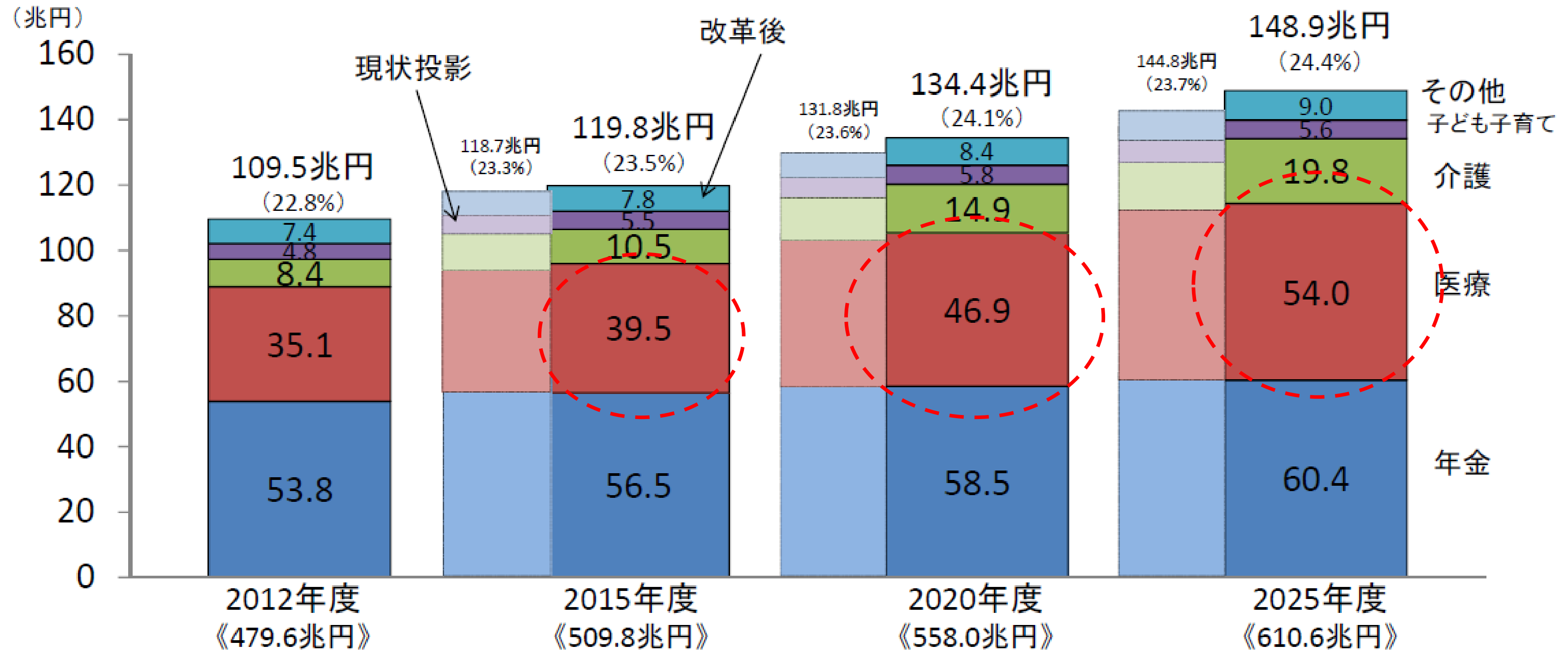


(出典)内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(計画ベース・経済ベースラインケース) (2018年5月公表)

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）》

○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の１０９．５兆円（GDP比２２．８%）から2025年度の１４８．９兆円（GDP比２４．４%）へ増加。

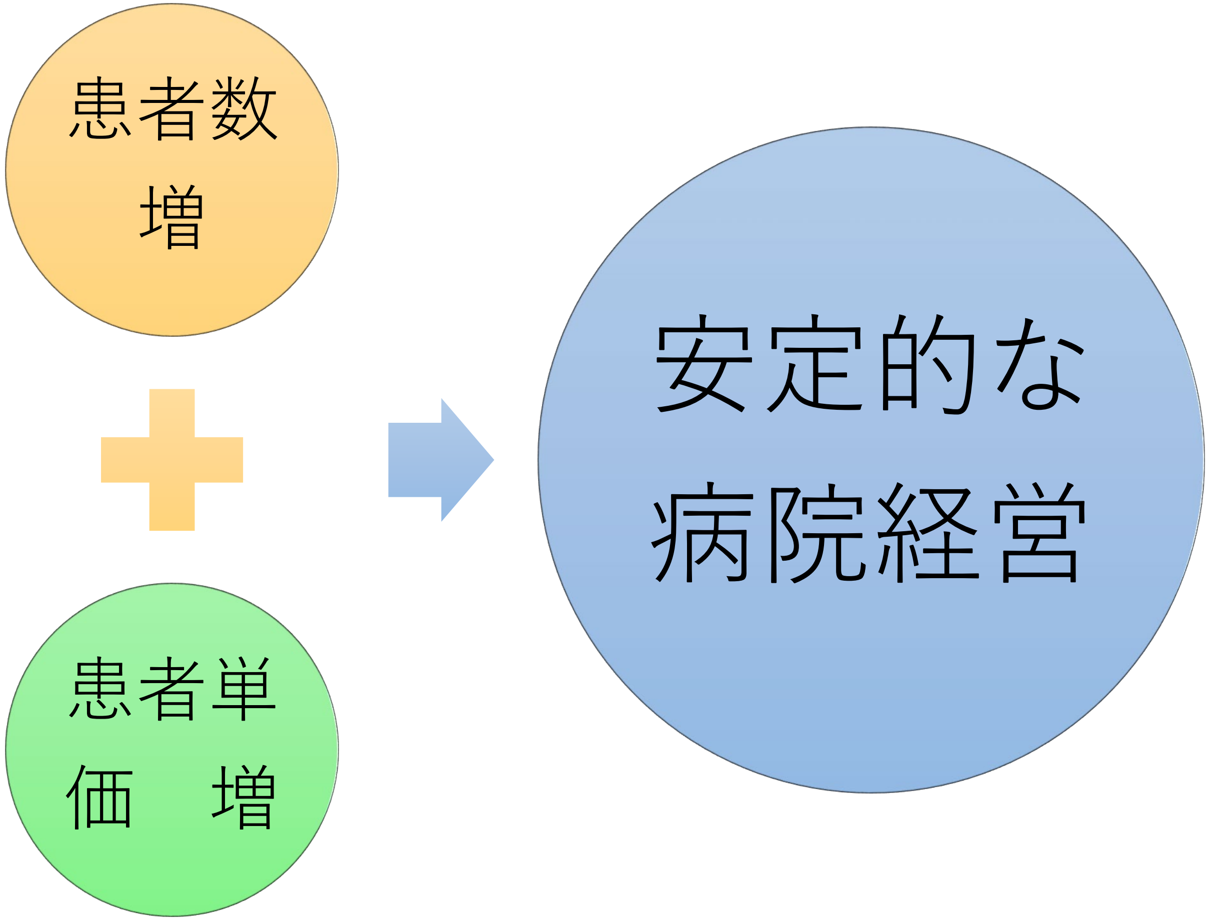


注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化･効率化の効果を反映している。
（ただし、「Ⅱ　医療介護等　②保険者機能の強化を通じた医療･介護保険制度のセーフティネット機能の強化･給付の重点化、逆進性対策」
および「Ⅲ　年金」の効果は、反映していない。）

注2:上図の子ども･子育ては、新制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、
育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

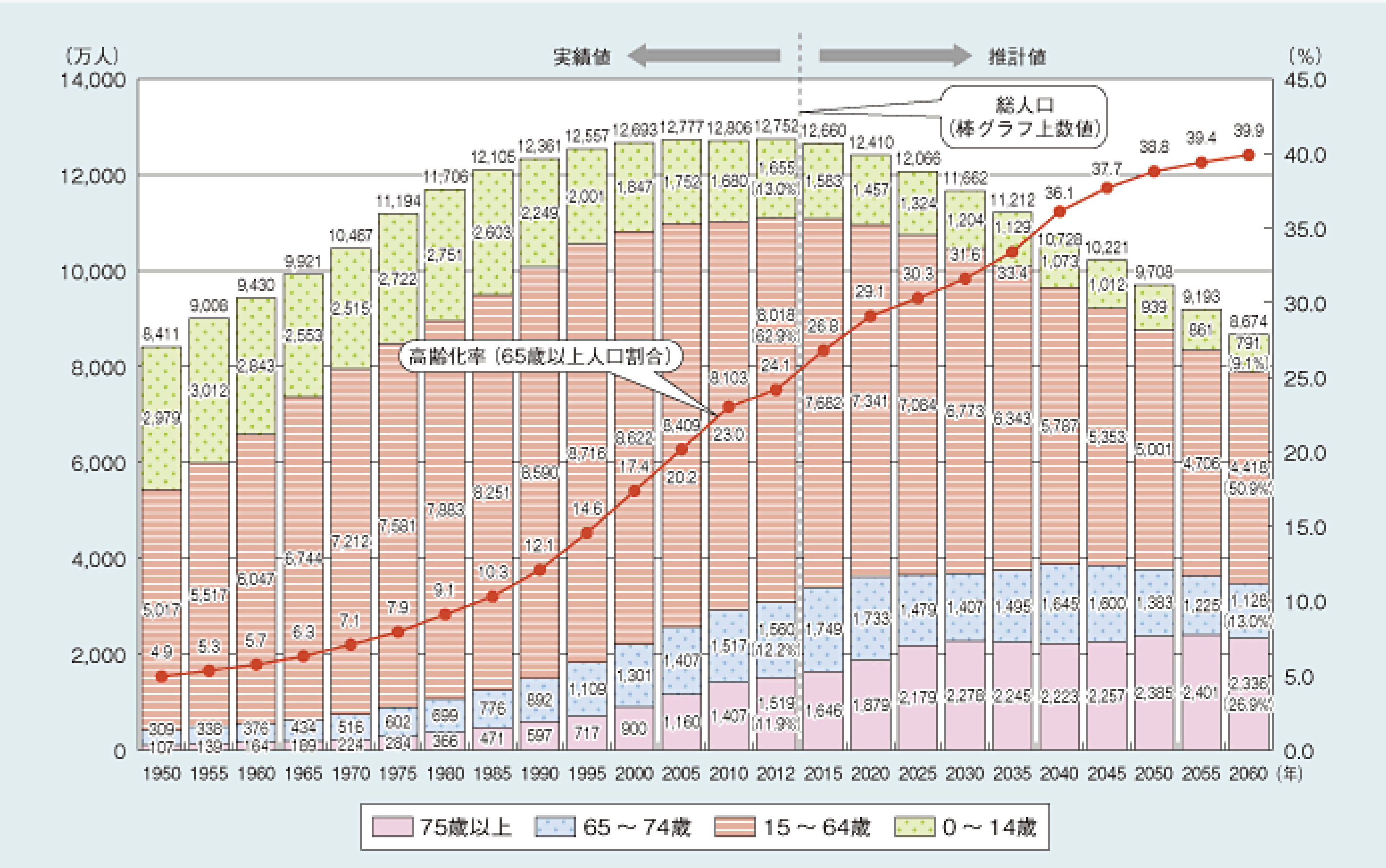
注3:（　）内は対GDP比である。《　》内はGDP額である。

病院経営と診療報酬改定



人口減少時代の病院マネジメント

図1－1－2　高齢化の推移と将来推計



資料：2010年までは総務省「国勢調査」、2012年は総務省「人口推計」（平成24年10月1日現在）、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
（注）1950年～2010年の総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

人がいないところに患者はいない。

↓

医療需要が減っても利益が減らない経営

診療報酬改定率

- 診療報酬　　＋０.５５％
  - 医科　　＋０.５３％
  - 歯科　　＋０.５９％
  - 調剤　　＋０.１６％
- 薬価等　　－１.０１％
  - 薬価　　－０.９９％
  - 材料　　－０.０２％

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年時代に向けた「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厳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等の評価
- ・業務の効率化に資するICTの利活用の推進

2　患者・国民にとって身近であって、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
- ・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・口腔疾患の重症化予防、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
- ・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・医療におけるICTの利活用

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院医療の評価
- ・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

4　効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

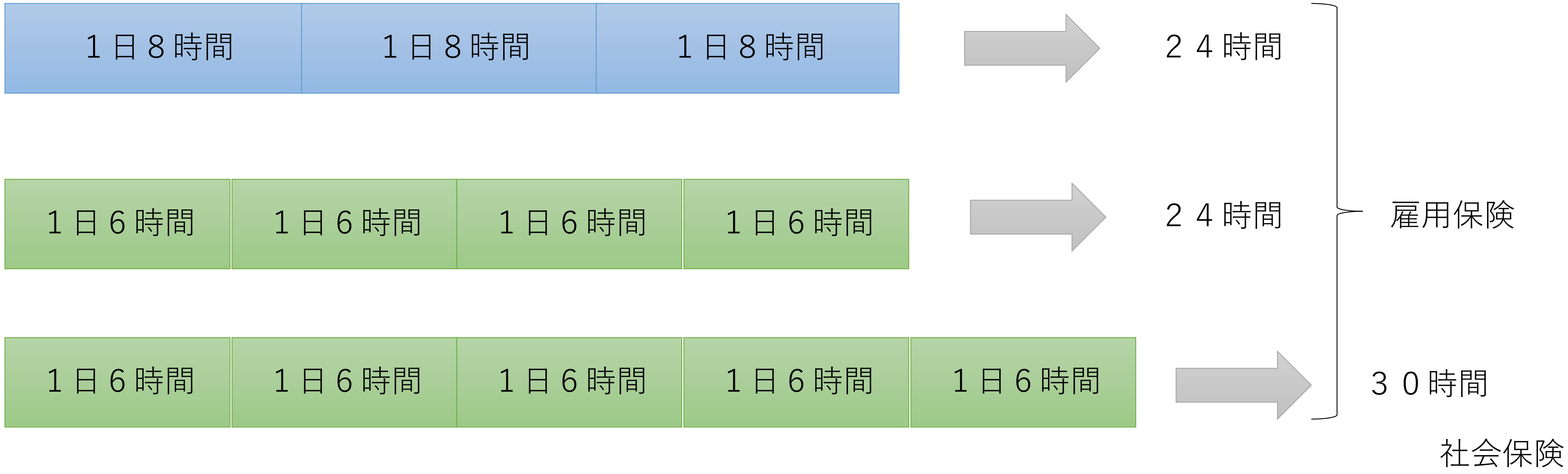
- ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・費用対効果評価制度の活用
- ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

働き方改革関連

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。

３日かつ２２時間の考え方
ー働き方の多様性ー



看護職員の負担軽減策の追加

１看護職員夜間１２対１配置
　イ配置加算１　　１０５点
２看護職員夜間１６対１配置
　イ配置加算１　　　６５点

障害者施設等入院基本料
　夜間看護体制加算１５０点

精神科救急・合併症入院料
　夜間看護体制加算　６５点

急性期看護補助体制加算
　夜間看護体制加算30:1　120点
　夜間看護体制加算50:1　115点
　夜間看護体制加算100:1　100点

看護補助加算
　夜間看護体制加算１６５点

次に掲げる夜間における看護業 務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上 を満たしていること。

項目
追加

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。**

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 時間後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。**

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) 自施設の他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) 治験協力者である患者
    - (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

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。

令和2年3月31日時点で外来化療1令和2年9月30日まで経過措置

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。

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 ロの(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回目にロの点数を算定す 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。

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、治療内容等に係る説明 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A0 03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。

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」処方箋 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。

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、**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。

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の提供 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 状況等を確認し、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。

相談支援加算の施設基準

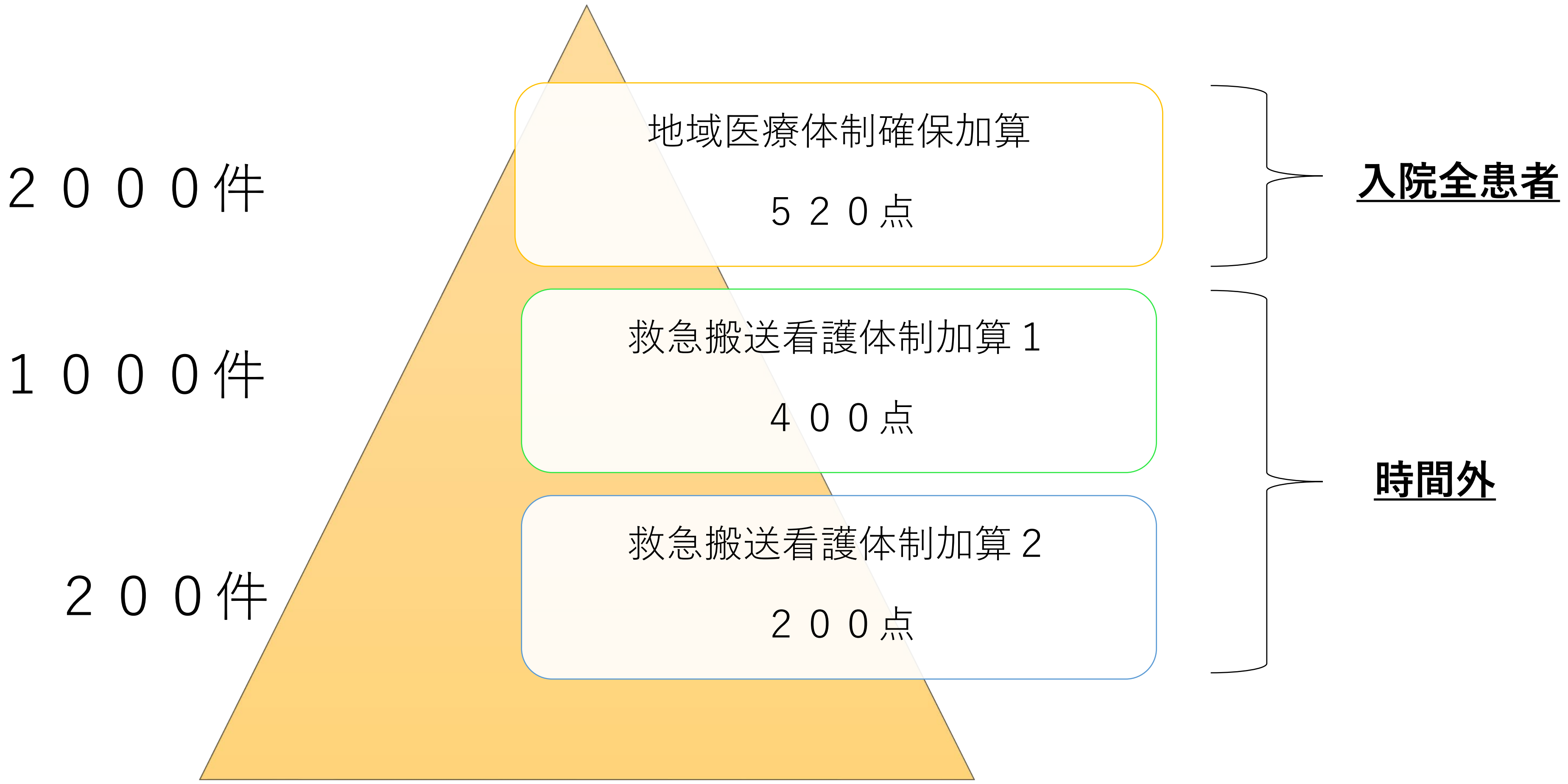
(1) 専任の看護師又は社会福祉士を 配置していること。なお、当該職員は区分番号「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支え ない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であっ て、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研 修カリキュラムに即した研修を修了していること。

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

入院関連

救急車と診療報酬点数



２０００件
１０００件
２００件
地域医療体制確保加算
５２０点
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
入院全患者
時間外

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、A 302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。)A311精神科救急入院 料又はA311-3精神科救急・合併症入院料を算定する病棟で あること。

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へリ 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。

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するとともに、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、初診時の予診の実施、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。

救急患者の受入関連

- **<u>夜間休日救急搬送医学管理料</u>**　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

<u>施設基準　救急搬送看護体制加算1</u>
(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。**

<u>救急搬送看護体制加算2</u>
(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。

救急医療管理加算

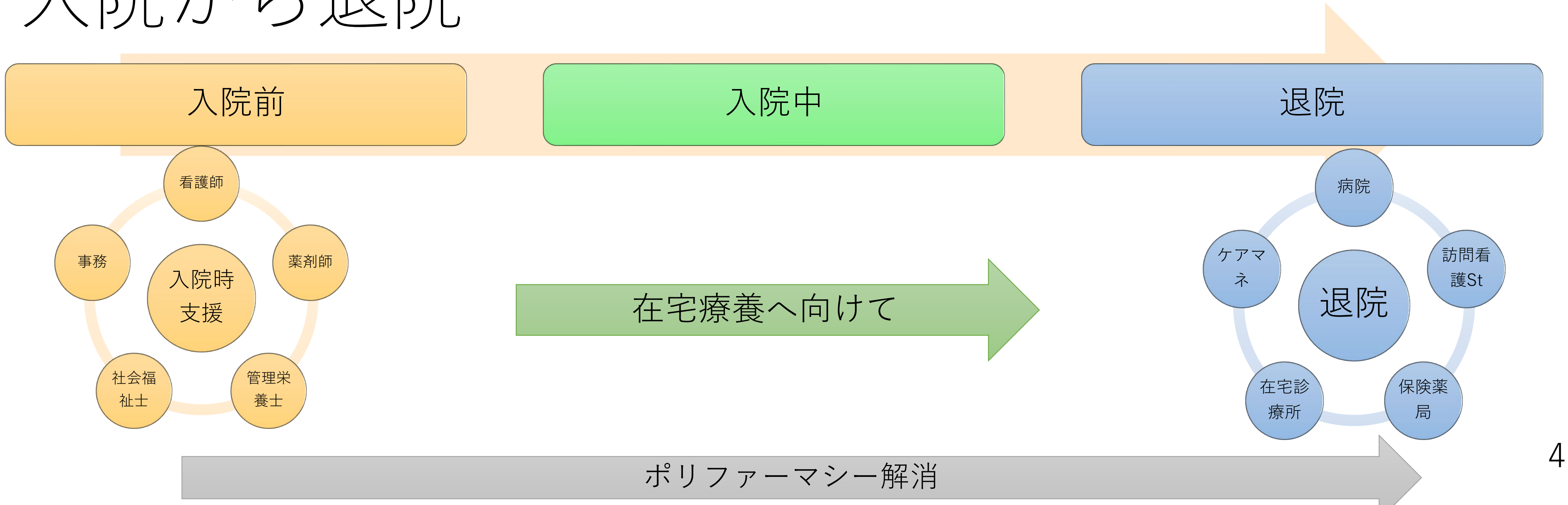
1 救急医療管理加算1 900点
2 救急医療管理加算2 300点

→

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 続して当該状態でなくても算定で きる。
ア 吐血、喀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)のアからケまでに準 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な くても算定できる。
(4) 救急医療管理加算1を算定する 場合は、(2)のアからケのいずれの 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)のア 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。

入院から退院



~~総合評価加算 100点~~

総合機能評価加算 50点

入院栄養食事指導料

栄養情報提供加算 50点

退院時共同指導料２ 400点

400点

薬剤総合評価加算 100点

＋ 調整加算 150点

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

イ 入院時支援加算1 230点 ロ 入院時支援加算2 200点

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 褥瘡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

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 褥瘡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 療養支援計画書については、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。

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

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一名以 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。

総合評価加算(入院中1回)100点 → **廃止**

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。

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 提供を行っていなくても、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。

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

1 認知症ケア加算1
イ 14日以内の期間 160点
ロ 15日以上の期間 30点
2 認知症ケア加算2
イ 14日以内の期間 100点
ロ 15日以上の期間 25点
3 認知症ケア加算3
イ 14日以内の期間 40点
ロ 15日以上の期間 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こ ととし、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。

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。

急性期脳卒中加算

超急性期脳卒中加算(入院初日)　12,000点

→

超急性期脳卒中加算(入院初日)　10,800点

施設基準
ロ 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。

→

施設基準
~~ロ 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。

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 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。

(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。

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**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。

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			●

医師事務補助体制加算

施設基準（追加）
ウ 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。

医師事務作業補助体制加算１（改定前）	医師事務作業補助体制加算１（改定後）
イ 15対1補助体制加算 920点	イ 15対1補助体制加算 970点
ロ 20対1補助体制加算 708点	ロ 20対1補助体制加算 758点
ハ 25対1補助体制加算 580点	ハ 25対1補助体制加算 630点
ニ 30対1補助体制加算 495点	ニ 30対1補助体制加算 545点
ホ 40対1補助体制加算 405点	ホ 40対1補助体制加算 455点
ヘ 50対1補助体制加算 325点	ヘ 50対1補助体制加算 375点
ト 75対1補助体制加算 245点	ト 75対1補助体制加算 295点
チ 100対1補助体制加算 198点	チ 100対1補助体制加算 248点

＋５０点

医師事務作業補助体制加算２（改定前）	医師事務作業補助体制加算２（改定後）
イ 15対1補助体制加算 860点	イ 15対1補助体制加算 910点
ロ 20対1補助体制加算 660点	ロ 20対1補助体制加算 710点
ハ 25対1補助体制加算 540点	ハ 25対1補助体制加算 590点
ニ 30対1補助体制加算 460点	ニ 30対1補助体制加算 510点
ホ 40対1補助体制加算 380点	ホ 40対1補助体制加算 430点
ヘ 50対1補助体制加算 305点	ヘ 50対1補助体制加算 355点
ト 75対1補助体制加算 230点	ト 75対1補助体制加算 280点
チ 100対1補助体制加算 188点	チ 100対1補助体制加算 238点

＋５０点

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　９５点
ロ配置加算２　７５点
２看護職員夜間１６対１配置
イ配置加算１　５５点
ロ配置加算２　３０点

看護職員夜間配置加算
地域包括ケア病棟　５５点
精神科救急入院料　５５点
精神科救急・合併症５５点

夜間看護加算
療養病棟入院基本料３５点

急性期看護補助体制加算
25対1(5割以上)２１０点
25対1(5割未満)１９０点
50対1　１７０点
75対1　１３０点
夜間30対1　９０点
夜間50対1　８５点
夜間100対1　７０点

看護補助加算
看護補助加算１　１２９点
看護補助加算２　１０４点
看護補助加算３　７６点
夜間75対1　４０点

看護補助加算
障害者施設等入院基本料
14日以内　１２９点
15-30日以内　１０４点
地域包括ケア　１５０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１　１０５点
ロ配置加算２　８５点
２看護職員夜間１６対１配置
イ配置加算１　６５点
ロ配置加算２　４０点

看護職員夜間配置加算(+10)
地域包括ケア病棟　６５点
精神科救急入院料　６５点
精神科救急・合併症６５点

夜間看護加算(+10)
療養病棟入院基本料４５点

急性期看護補助体制加算+30
25対1(5割以上)２４０点
25対1(5割未満)２２０点
50対1　２００点
75対1　１６０点
夜間30対1　１２０点
夜間50対1　１１５点
夜間100対1　１００点

看護補助加算(+10から12)
看護補助加算１　１４１点
看護補助加算２　１１６点
看護補助加算３　８８点
夜間75対1　５０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　１４１点
15-30日以内　１１６点
地域包括ケア　１６０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

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。

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。

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。

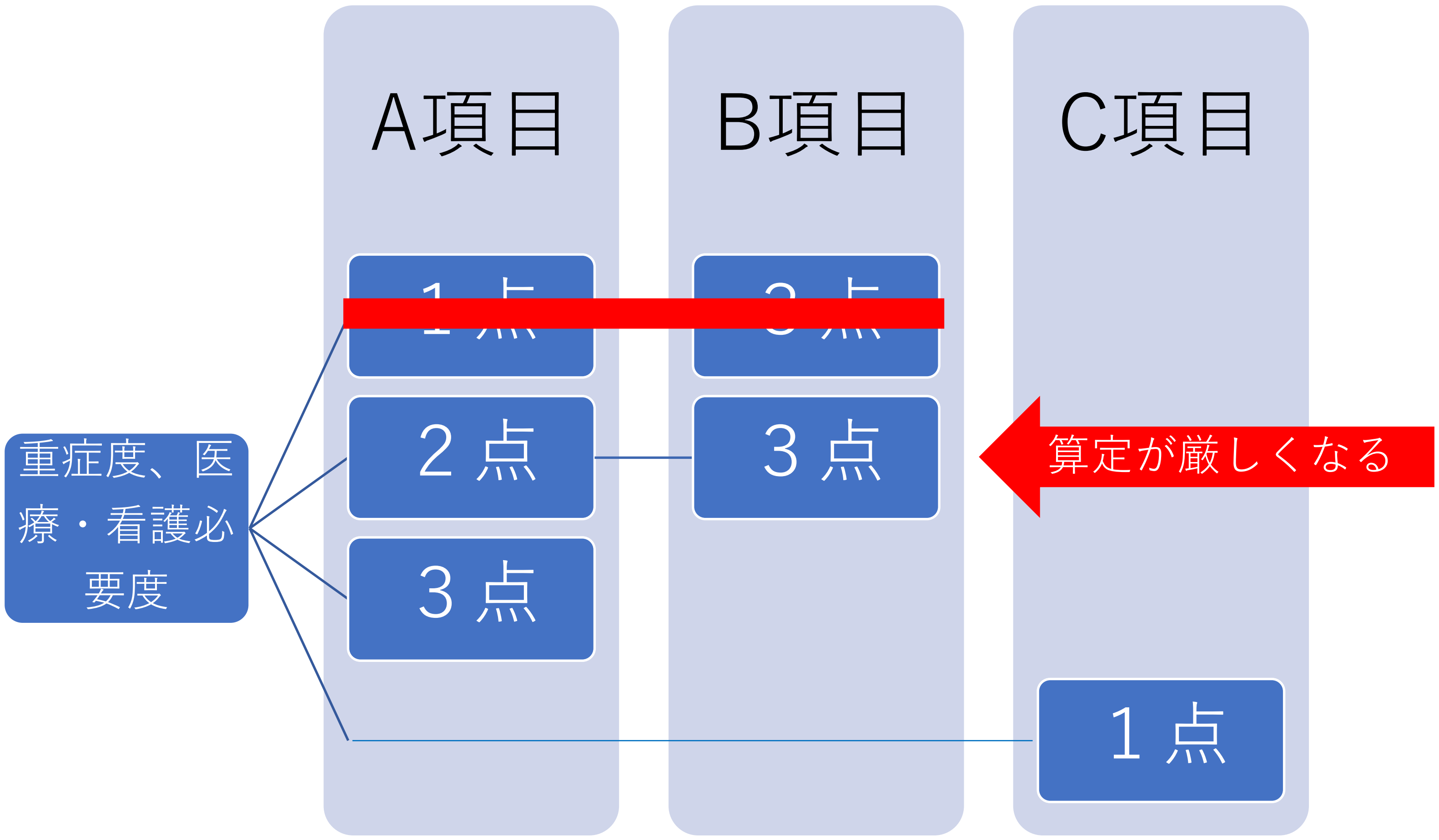
施設基準

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。

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）

重症度、医療・看護必要度



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**

重症度、医療・看護必要度

A項目

専門的な治療・処置（２点）
　免疫抑制剤の管理
→
専門的な治療・処置（２点）
　免疫抑制剤の管理（注射）

救急搬送後の入院 （２点）　２日間
→
救急搬送後の入院（２点）　５日間

C項目

手術等の医学的状況
16 開頭手術(7日間)
17 開胸手術(7日間)
18 開腹手術(4日間)
19 骨の手術(5日間)
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
22 救命等に係る内科的治療(2日 間)

→

手術等の医学的状況
16 開頭手術(13日間)
17 開胸手術(12日間)
18 開腹手術(7日間)
19 骨の手術(11日間)
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)
21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)
22 救命等に係る内科的治療(5日 間)
23 別に定める検査(2日間)
24 別に定める手術(6日間)

別に定める検査
　経皮的針生検法、EUS–FNA、縦隔鏡、腹腔鏡、 胸腔鏡、関節鏡、心カテ(右心・左心)
別に定める手術
　眼窩内異物除去術、鼓室形成術、上・下顎骨形成 術、甲状腺悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術、観 血的関節固定術等

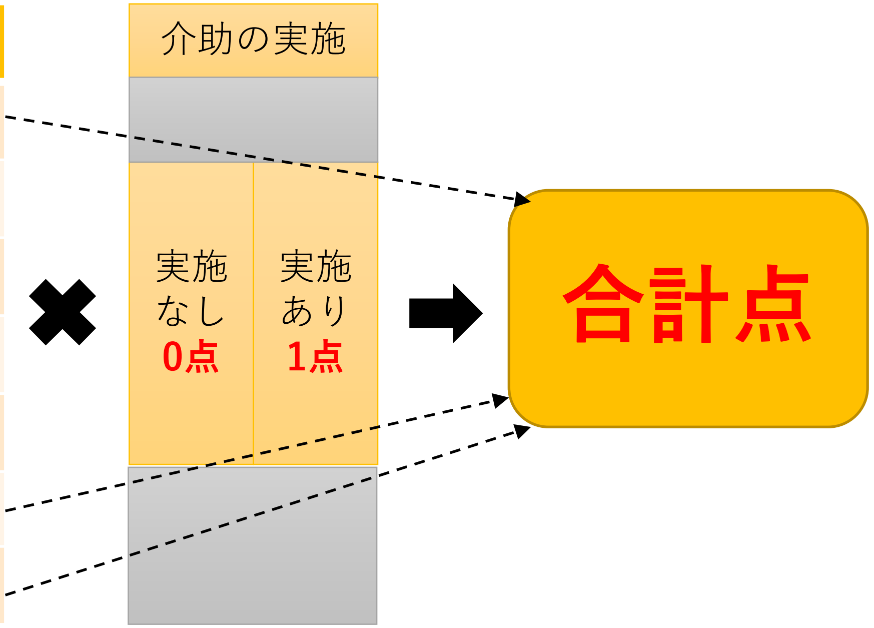
Before

患者の状態等	0 点	1 点	2 点
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
口腔清潔	介助なし	一部あり	
食事の摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない		ある

B項目について、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要

B項目

患者の状態等	0 点	1 点	2 点
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
移乗	**自立**	**一部介助**	**全介助**
口腔清潔	**自立**	**要介助**	
食事の摂取	**自立**	**一部介助**	**全介助**
衣服の着脱	**自立**	**一部介助**	**全介助**
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない		ある



	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	→	必要度Ⅰ		必要度Ⅱ	
急性期一般入院料1	30%	25%		31%		29%	
急性期一般入院料2	―	24%		28%	26%	26%	24%
急性期一般入院料3	―	23%		25%	23%	23%	21%
急性期一般入院料4	27%	22%		22%	20%	20%	18%
急性期一般入院料5	21%	17%		20%		18%	
急性期一般入院料6	15%	12%		18%		15%	
7対1（特定）	28%	23%		―		28%	
7対1（専門）	28%	23%		30%		28%	
7対1（結核）	11%	9%		11%		9%	
看護必要度加算1	27%	22%		22%		20%	
看護必要度加算2	21%	17%		20%		18%	
看護必要度加算3	15%	12%		18%		15%	
総合入院体制加算1	35%	30%		35%		33%	
総合入院体制加算2	35%	30%		35%		33%	
総合入院体制加算3	32%	27%		32%		30%	
急性期看護補助配置加算	7%	6%		7%		6%	
看護職員夜間配置加算	7%	6%		7%		6%	
看護補助加算1	6%	5%		6%		5%	
地域包括ケア病棟入院料	10%	8%		14%		11%	
特定一般病棟入院料の注7	10%	8%		14%		11%	

2021/3/31

200床未満
2022/3/31

2020年9月30日
まで経過措置

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
ヌ **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。**

地域包括ケア病棟(入院料・管理料)１と３の実績要件

項目	改定前	改定後
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） 訪問看護療養費（訪問看護St）	３ヶ月で100回、 ３ヶ月で500回	３ヶ月で60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
開放型病院共同指導料(Ⅰ)(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

（上記のうち）２つ

令和2年9月30日まで経過措置

地域包括ケア病棟入院料の点数の変遷

2018年

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１ ２５５８点
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２ ２０５８点

2020年

2018年	2020年
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１ ２７３８点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１ ２８０９点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２ ２５５８点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２ ２６２０点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料３ ２２３８点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料３ ２２８５点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料４ ２０３８点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料４ ２０７６点

- 看護13対1
- リハビリ１日２単位以上
- 病床面積6.4㎡
- 在宅復帰70％
- 自宅から15％
- 自宅から緊急３月で６人
- 在宅医療提供
- 自宅から15％
- 自宅から緊急３月で６人
- 在宅医療提供
- ACP

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
(1) 通則
ニ 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。

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。**

施設基準
(1) 通則
ニ 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う部門が設置**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。

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AD L**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。

地域包括ケア病棟の施設基準変更２

ACPについては、全施設基準で義務化

施設基準

(1) 通則

ACP

ヌ 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AD L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。

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

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・転床した場合については、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棟に転棟した 場合については、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室した場合に ついては、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。

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	３７	７割以上	２１２９点
回復期リハ２			２０６６点
回復期リハ３	３０		１８９９点
回復期リハ４			１８４１点
回復期リハ５	３０		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

２０２０年

施設基準	実績指数	在宅復帰	点数
回復期リハ１	**４０**	７割以上	２１２９点
回復期リハ２			２０６６点
回復期リハ３	**３５**		１８９９点
回復期リハ４			１８４１点
回復期リハ５	３０		１７３６点
回復期リハ６			１６７８点

管理栄養士
2021/3/31

管理栄養士の配置が望ましい。

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

算定要件
(8) 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
該入院料を算定する患者に対 し、入
棟後2週間以内に入棟時の FIM運動
項目の得点について、 また退棟(死
亡の場合を除く。) に際して退棟時
のFIM運動項目 の得点について、そ
の合計及び項 目別内訳を説明するこ
と。

算定要件
(8) 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、 当該入院料
を算定する患者に対 し、入棟後2週間以内に入
棟時の FIM運動項目の得点について、 また退
棟(死亡の場合を除く。) に際して退棟時のFIM
運動項目 の得点について、その合計及び項 目
別内訳を**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 ること。**

**患者に対して、入院時F IM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**

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 ― 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、一般病 棟入院基本料(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「算定開始日数控除対 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 度として控除するものとす 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)

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 ― 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)

結果が重要！

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「A 246」入退院支援加算の注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。

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又は機能的 自立度評価法(Functional Independence Measure、以下「F IM」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「A24 6」入退院支援加算の注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。

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。

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。

療養病棟

療養病棟入院基本料

基本料１

基本料２

上記基準を満たせない場合

９５／１００

2018年改定

療養病棟入院基本料

入院料１

入院料２

２０対１

９０／１００

2020年改定

８５／１００

2022年
廃止

療養病棟もACP義務化

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 生状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。

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…

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、必要があってそれ 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っ 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 ってそれぞれ発症、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

（注4について）脳血管180日、廃用120日、運動器150日

（注5について）脳血管のみ

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。

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 実施した場合にあっても、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。

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。

がん患者リハビリテーション料

<u>**算定要件**</u>
(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 当該入院中に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詳細に決められていた対象患者を削除

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 経験を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**

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 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 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

算定要件
注6 1から3までの場合にあって は、透析液、血液凝固阻止剤、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までの場合であって、 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いについては、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)、血液凝固阻止剤、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 阻止剤、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。)

人工腎臓（導入期加算）

人工腎臓
　イ 導入期加算1 300点
　ロ 導入期加算2 400点

→

人工腎臓
　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。

改定前：２年で１人以上

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。

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。

(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っては、(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した理由を記載すること。

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」在宅自己腹膜灌流指導管理料を**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。

腹膜透析と血液透析の併用

C102　在宅自己腹膜淹流指導管理料

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「C 102-2」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。

バスキュラーアクセス

内シャント設置術
末梢動静脈瘻造設術
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
末梢動静脈瘻造設術
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 概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。

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料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。

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、精神病棟における直近の 入院において、精神科退院時共同 指導料を算定した患者であって退 院した日の属する月の翌月末日ま 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。

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 1のイ及び1のロの患者

精神科退院時共同指導料

病院

精神科退院時共同指導料２

共同指導

在宅医療を担う保険医療機関

精神科退院時共同指導料１

２　７００点

１ーイ　１５００点
１ーロ　　９００点

[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A00 0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。

(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。

(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。

(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ずれかが、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。

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

算定要件（追加）

注1 1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。

2 1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。

3 2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。

4 3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。

留意事項

(3) 「1」のロ及び「2」のロにつ いては、(2)のア又はイに該当する 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)のア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、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)のアに加え、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。

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(JCS(Japan Coma Scale)でII-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Com a Scale)で8点以下の状態にある者)を除く。)

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。

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、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

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って、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。）

精神科救急入院料　クロザピン関連

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。

算定要件

(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 ア以外の患者であって、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。

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「D0 07」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(HbA 1c)を月1回に限り別に算定で きる。

精神科救急入院料などの自宅移行率の対象除外の変更

<u>精神科救急入院料1に関する施設 基準等</u>

(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。）

<u>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。</u>

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。

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 精神障害者であって身体疾 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 保険医療機関にあっては八十 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。

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、患家、 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**であり、かつ、入院件数 が**年間8件以上**であること。

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 病棟が**2病棟以下**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通法 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。

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 「に届出病棟数を乗じた数以 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。

精神科救急入院料
<u>病床数</u>

<u>施設基準</u>
<u>1 精神科救急入院料に関する施設</u>
基準等 (13)当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が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、当該時点で現に届け出て いる病床数を維持することがで きる。

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型肝炎の効能若しくは効果 を有するものに限る。) 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型 肝炎の効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感染症の効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。)

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 **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 **1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、 月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、月1回に限り、当該薬剤を投 与した日に算定する。

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 病床に係る許可病床数

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る際には、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床 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床の許可病床数 が、直近の届出を取り下げた時点 の精神病床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

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床の許可病 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 病床に係る許可病床数

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、**患家、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。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 神病床について、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床 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る際には、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床 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床の許可病床数 が、直近の届出を取り下げた時点 の精神病床の許可病床数以下であ ること。

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)の専従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名の専従 の常勤精神保健福祉士と、1名の 専従の常勤社会福祉士が配置され ていればよいこと。

→

施設基準
(8) 当該病棟に**1名以上**の専従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 専従の常勤精神保健福祉士**及び1 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 が配置されていればよいこと。

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H 000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！

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 セリングを同一月内に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。

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。

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日障 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 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実 施法に関するグループワーク 等を含むこと。

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式診断的新親子 関係検査、CMI健康調査票、G HQ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、医学的な必要性から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

オンライン診療料

オンライン診療料
算定要件
(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、「B 001」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、「B001-2-1 0」認知症地域包括診療料、「B 001-3」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 察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いれ ばよい。

オンライン診療料
算定要件
(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、オンライン診察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。

(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察を組み 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察を組み 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M RI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。

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 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M RI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。

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な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**、B0 01の27に掲げる**糖尿病透析予 防指導管理料**、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。

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**については、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。

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) オンライン診察は、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。

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。

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、日本呼吸器学会「COP D(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又は患 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。~~

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。
ウ 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。
カ 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

点滴注射関連

改定前	改定後
点滴注射(1日につき)	**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	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) 97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	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、特殊なものの費用は、第1節に 掲げられている注射のうちで最も近 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。

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っ 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。

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 らずそれぞれ月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D0 06-9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。

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

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

摂食機能療法

摂食機能療法（1日につき）
1　30分以上　　185点
2　30分未満　　130点
＋
イ経口摂取回復促進加算1　185点
ロ経口摂取回復促進加算1　　20点

→

摂食機能療法（1日につき）
1　30分以上　　185点
2　30分未満　　130点
＋
摂食嚥下支援加算　　200点

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。

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。

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。

下肢静脈瘤手術

下肢静脈瘤手術

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

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

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)

経皮的冠動脈形成術(3 その他 のもの)
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)
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

経皮的冠動脈ステント留置術 (3 その他のもの)

算定要件

(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病 変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要 欄にアからウまでのいずれかの要 件を満たす医学的根拠について記 載すること。なお、**ウの病変に対 して実施する場合は、**循環器内科 又は心臓血管外科を担当する医師 が複数名参加する**カンファレンス等により医学的な必要性を検討す る**こと。また、**実施の医学的な必 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。

ア 機能的虚血の原因である狭窄 病変

~~イ 安定労作性狭心症の原因と考 えられる狭窄病変(他に有意狭 窄病変を認めない場合に限 る。)~~

イ 区分番号「D206」に掲げ る心臓カテーテル法における 90%以上の狭窄病変

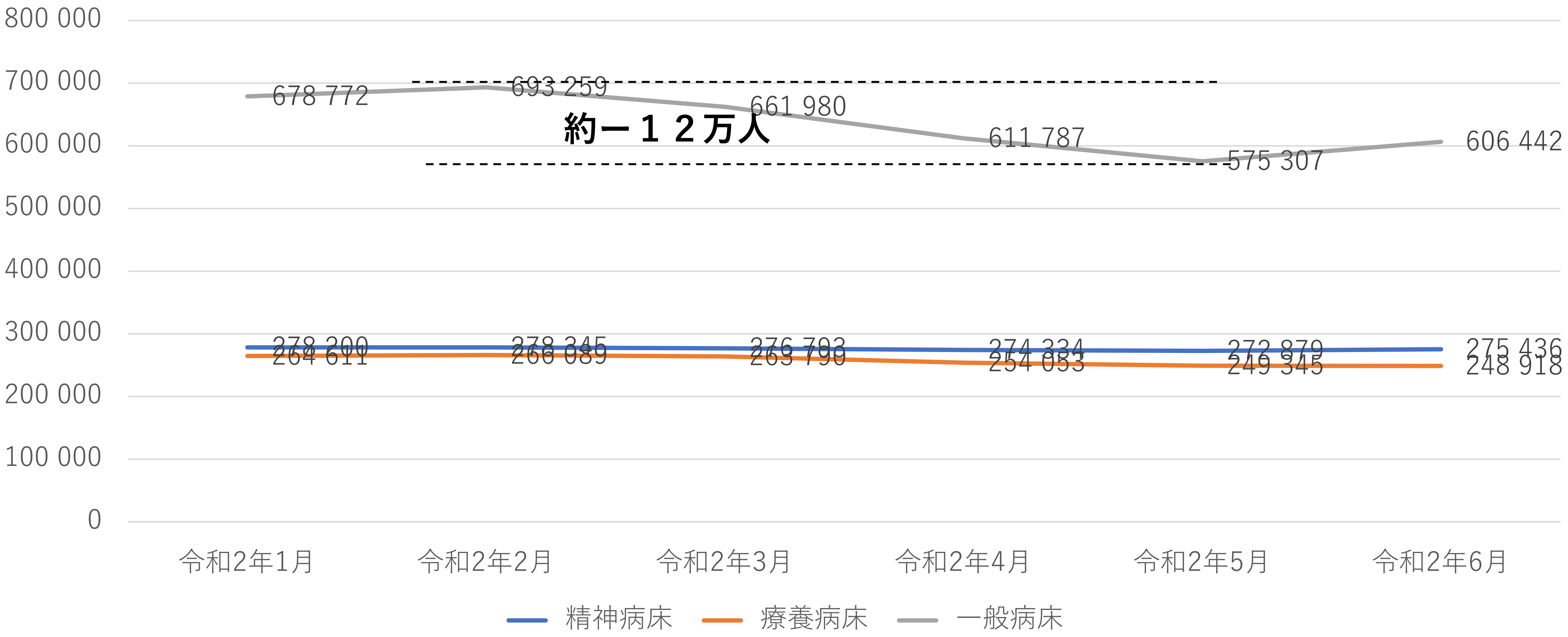
ウ その他医学的必要性が認めら れる病変

(8) 当該手術が、日本循環器学会、 日本冠疾患学会、日本胸部外科学 会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学 会、日本心臓病学会、日本集中治 療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学 会の承認を受けた「急性冠症候群 ガイドライン(2018年改訂版)」 又は「安定冠動脈疾患の血行再建 ガイドライン(2018年改訂版)」 に沿って行われた場合に限り算定 する。

コロナ後の病院経営

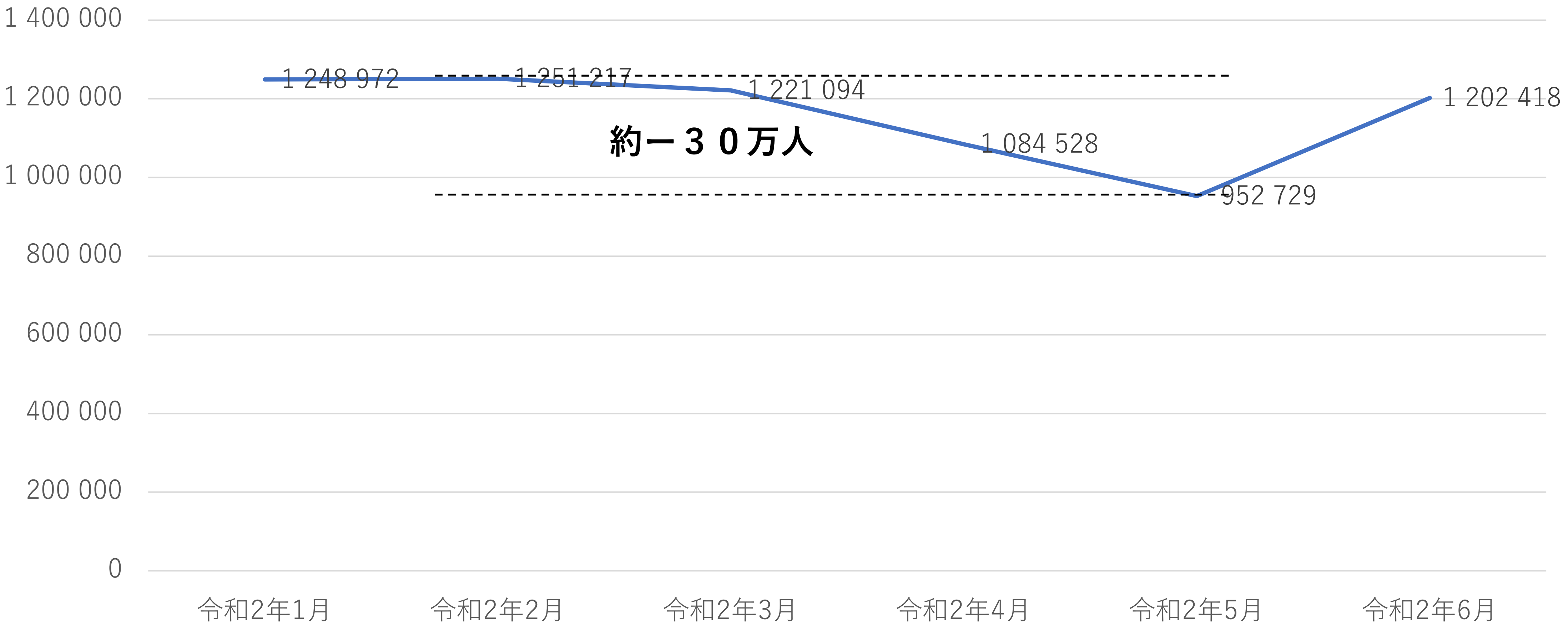
- 社会保険診療報酬基金の診療報酬等確定金額(２０１９年度比)
  - ２０２０年
    - １月：外来97.7%、入院104.4%
    - ２月：外来102.9%、入院103.6%
    - ３月：外来93.5%、入院102.5%
    - ４月：外来83.2%、入院92.4%
    - ５月：外来81.7%、入院88.6%

入院患者推移（病院報告）



800 000
700 000
600 000
500 000
400 000
300 000
200 000
100 000
0
678 772
693 259
661 980
611 787
575 307
606 442
約－１２万人
278 200
278 345
276 793
274 334
272 879
275 436
264 611
266 089
263 790
254 033
249 345
248 918
令和2年1月
令和2年2月
令和2年3月
令和2年4月
令和2年5月
令和2年6月
精神病床
療養病床
一般病床

外来患者の推移


1 400 000
1 200 000
1 000 000
800 000
600 000
400 000
200 000
0
1 248 972
1 251 217
1 221 094
1 084 528
952 729
1 202 418
約－３０万人
令和2年1月
令和2年2月
令和2年3月
令和2年4月
令和2年5月
令和2年6月

新型コロナ渦の病院経営への影響

- 売上の減少
  - 外来減少
  - 入院減少
- 経営が悪くなっている病院の特徴は、急性期医療を提供し、外来から入院患者を拾い上げてきた病院と外出自粛や社会活動が抑制されてきたことによる患者が減少している診療科については大幅な減少となった。

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？

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

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

コロナ渦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。

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

ご静聴ありがとうございました。

- 問い合わせ
  - PXF00603@nifty.ne.jp