

「2022年診療報酬改定 ～病院全体でどのように対応するのか～」

令和4年5月13日(金) 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

- ・『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』日総研出版 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。

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

こんにちは。今日は、診療報酬で今のところ、いろいろと分かっていることも含めて、少しお話をさせていただければと思います。いろいろと分かっていることというのは、少し言い方がおかしいかもしれませんが、やはり県によって少し判断が違うところが今回多いです。今回の感染対策などもそうですけれども、ホームページをちゃんと公開した県もあれば、そうでないところもあって、届け出ができていないといったような話が、4月20日時点であったりもしました。

あと面白いのは、今までですと、研修要件がある施設基準のものとかは、これまで研修をやられていたものがやっと点数になったということがあります。しかしびっくりするのが、「これから研修をやります」、「研修を今、考えています」というようなものも施設基準に入っているということが、少し今までと変わっているところではないかと思えます。

結構これは簡単に取れるのではないかと思ったものが取れないことがあったりします。例えば管理栄養士の研修要件が入っている抗がん剤の外来の食事指導ですか。あれも200時間か300時間のすごい研修をやらなければいけないということがあったりして、これは簡単に取れませんというようなこともあったりします。そのようなことも交えながら少しお話をさせていただければと思います。(資料1)(資料2)(資料3)

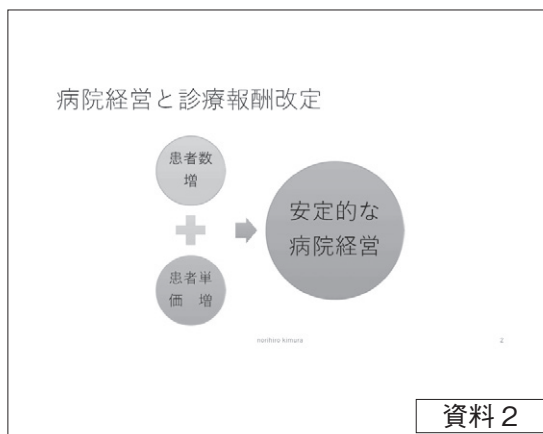


診療報酬改定2022v4.1

高崎健康福祉大学
木村憲洋
LINE: <https://lin.ee/zLPD9QI>

norihito kimura

資料1

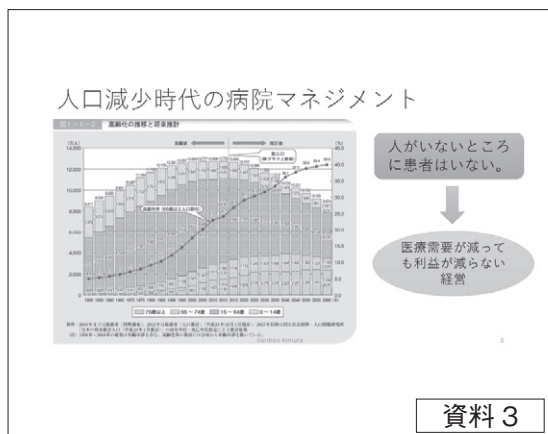


病院経営と診療報酬改定

患者数増
+
患者単価増
⇒
安定的な病院経営

norihito kimura

資料2



人口減少時代の病院マネジメント

高齢化の推移と医療需要

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

norihito kimura

資料3

診療報酬改定率

これは前回もお話しさせていただいたので割愛していきませんが、改定率がプラス0.43ということで、本当に今回、プラス0.43だという改定になっています。

今までですと、プラス0.43でも、これも取れるで、結構1%ぐらい行くのではないかみたいなことがあったのですが、今回は下手をすると取れません。ほとんど上がっていないということがあって、物価が上がる中、実質売り上げは多分上がらないでしょう。上がる医療機関はいくつかあります。それはコロナで頑張っていた、救急車をたくさん取っていたというところは多分上がるというような点数になっています。(資料4)

診療報酬改定率	
・診療報酬	+ 0.43%
・ 医療	+ 0.26%
・ 歯科	+ 0.29%
・ 調剤	+ 0.08%
・薬価等	- 1.35%
・ 薬価	- 1.44% (不妊0.09%)
・ 材料	- 0.02%

medinfo kumura

資料 4

令和4年度診療報酬改定の基本方針(骨子案の概要)

今回は、4つのポイントがある中で、よく見ると、コロナ対策とそれ以外です。コロナ対策が(1)であります。コロナ対策も結構厳しい基準になっていたりするので、簡単には取れません。

それと(2)と(3)と(4)はよく見ると、効率性を高めるというところがポイントになっています。びっくりしたのが、薬局の大手グループが1つADRになったり、今日、ADRになるかもしれないというジェネリックメーカーの記事も出ています。そういう意味では結構やはり厳しいというところにあるのではないかと思います。(資料5)

令和4年度診療報酬改定の基本方針(骨子案の概要)	
<p>決意に付いた7つの基本認識</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 新型コロナウイルス感染症対策の進展と医療費の増大を踏まえ、医療への対応 ▶ 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ▶ 患者・国民に身近で、安心・安全で高い医療の実現 ▶ 社会保険制度の健全化、持続可能性の確保、経済・経済力の回復 	
<p>新型コロナウイルス感染症対策の推進</p> <p>【1】 医療、福祉により支えられ、安心・安全で質の高い医療の提供 <small>(医療費の増大)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療、福祉の両面から新型コロナウイルス感染症対策の推進 ② 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ③ 患者・国民に身近で、安心・安全で高い医療の実現 ④ 社会保険制度の健全化、持続可能性の確保 ⑤ 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 	
<p>患者・国民に身近で、安心・安全で高い医療の実現</p> <p>【2】 安心・安全で質の高い医療の提供のための医療費の適正な確保 <small>(医療費の増大)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ② 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ③ 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ④ 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ⑤ 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 	
<p>社会保険制度の健全化、持続可能性の確保</p> <p>【3】 医療、福祉により支えられ、安心・安全で質の高い医療の提供 <small>(医療費の増大)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療、福祉の両面から新型コロナウイルス感染症対策の推進 ② 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ③ 患者・国民に身近で、安心・安全で高い医療の実現 ④ 社会保険制度の健全化、持続可能性の確保 ⑤ 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 	
<p>経済・経済力の回復</p> <p>【4】 医療、福祉により支えられ、安心・安全で質の高い医療の提供 <small>(医療費の増大)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 医療、福祉の両面から新型コロナウイルス感染症対策の推進 ② 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 ③ 患者・国民に身近で、安心・安全で高い医療の実現 ④ 社会保険制度の健全化、持続可能性の確保 ⑤ 医療費の増大、人々の生活の安定に資する「生活安定型医療」の提供 	

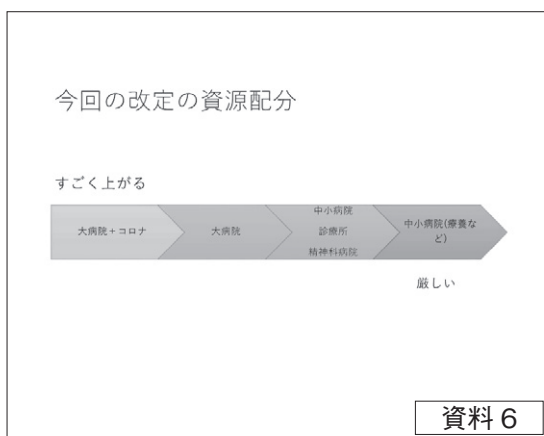
資料 5

今回の改定の資源配分

最近、このスライドを付けているのですが、今回の改定の資源配分は、大病院+コロナ、ここに救急とか、超急性期が絡んでくるとすごく上がる可能性があります。大病院も少し上がるでしょう。中小病院で療養が中心のところは、どちらかというと厳しいでしょう。頑張れば点数は下がらないでいけるという感じになっています。無風状態なのが、中小病院と診療所と精神科の病院というイメージになっています。

ということで、病院は当たり前ですけれども、4月から昇給をして、その分をどうやって補うかといったときに、患者を取ってくるしかありません。今までコロナの補助金をもらえていたところは、まだまだあと9月30日ぐらいまではコロナの補助金をもらえるだろうとみんなが思っています。当然ですけれども、ここ2年間は、病院によってコロナの病棟を持っていたところ、ベッドを3つ、4つとかではなく、病棟単位で持っていたところは非常に経営がよく、それに対して、もうかっているときは誰も言いませんでした。

ただこの補助金が切られた後は相当厳しくなるだろうということが想定されるのと、国もイグジットを考えているようで、ここ最近、少しずつ補助金を切る算段を考えてステージ1だと何だとかという形で空床補填のところあまりもらえなくなってきたという現状があります。(資料6)



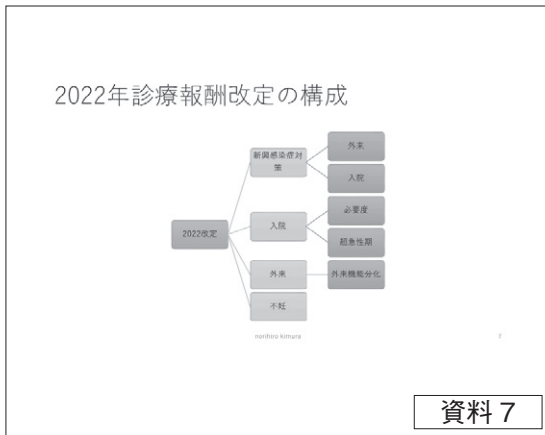
2022年診療報酬改定の構成

今回の診療報酬点数を見るに当たって、本当に一番キーになるのは、新興感染症対策です。新興感染症対策で、1を取ったところは多分、地域の医療圏を握るといぐらい言ってもいいのではないかと思います。そのように施設基準もなっています。今日は企業の方が多いので、少し病院から離れたような説明をしますが、そのような体制になっています。

入院の必要度に関しては、どちらかというと大した話ではありません。超急性期のところの大きい点数が取れるかどうかにはコロナの施設基準が隠されていたりするわけです。そういう意味ではコロナをやっているところに関しては優遇しますが、それ以外のところは残念ながらという形で、非常に今回、ある意味厳しい改定になっています。外来に関しては、外来のコロナの対策をやるかどうかぐらいになっているというようなどころがあります。

あとは不妊治療に関して点数が付きました。不妊治療に関しても、イメージとしては、基幹病院があり、

そことどういふふうに通携をするかで、要するに保険診療ができるかどうかが決まります。要は保険診療をやりたければ、首に鈴を付けてもらいましょうというふうな形になっています。(資料7)



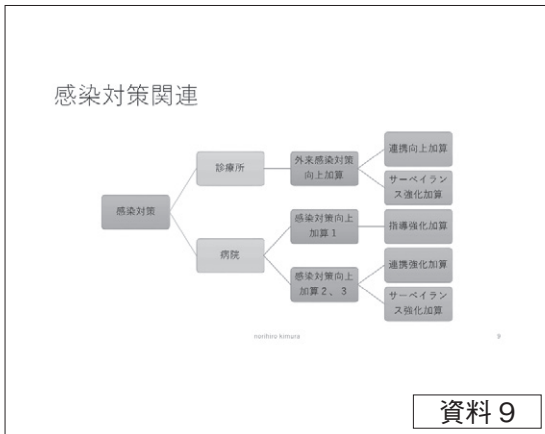
■ 新興感染症関連 (資料8)



感染対策関連

では新興感染症はどうなっているかと言いますと、簡単に言うと、病院と診療所に分かれます。一番重要なのは、この感染対策向上加算1です。ここが地域を全てコントロールすることになります。当たり前ですが、超急性期のところに患者が来ますが、そこから先の急性期、急性期から先のところの管理も多分するようになっていくだろうということが想定されます。

感染対策1を取れないところが2と3になるわけですが、2は今までコロナに何がしかの関わりがあった、頑張ってくれたというところになるはずですが、3は取りあえず、ちゃんと感染対策をやるというイメージになっています。(資料9)



感染症と外来

まず感染症と外来の部分です。初診料、再診料、いろいろ外来に来るような方々は、月1回6点をもらえるようになります。だからまあまあ大きい点数ではあるのですが、よくよく考えるとでは患者が来なくて、収入が高いところ、透析のクリニックとかだと、そんなに点数が上がるわけではないということになるわけです。

ではこういう月に1人来る数が多いところはどうなるかというと、眼科とか、整形外科もそうかもしれないですし、耳鼻咽喉科とかといったところはこの6点はすごく有効活用できるのではないかと思います。

プラス連携強化加算3点と、サーベイランス強化加算ということで、合わせると10点です。だから100円ももらえます。どこかで聞いたことがあるかもしれませんが、感染対策で去年かおとし、補助金を出したときもそのぐらいのイメージです。だからこれで感染用のいろいろな消毒剤とか、防護服とかを買うお金は出るという感じなのかもしれません。

少しそこら辺は簡単に話をして飛ばしていきます。施設基準のところは後でゆっくり見ていただいてもいいと思いますので、本当にかいつまんで、今日は90分なので話をしながら聞いていただければと思います。

ポイントは、やはり感染対策1です。この感染対策向上加算1はすごく重いです。何が重いかというと、外来感染対策向上加算、感染2と3の面倒を見るということになっています。地域の基幹になるということです。施設基準を読むとどうなるかというと、今まで感染者が出ると保健所に報告し、保健所にいろいろと聞いて、病院は動いていました。

しかしこれは保健所の残業の問題とかもありますが、一人一人の対策は無理で、途中から、あとはみんな考えてくださいというような方向になってしまいました。こうやって1日4万人とかが出てくると、当然そういうふうになるわけです。

ではどうするかというと、感染対策向上加算1は、これから先、何を狙っているかというと、保健所が今まで判断していた機能を一部やらしてもらおうということです。だから1のところ、2と3は問い合わせて考えましょうみたいなことも入っています。それが連携を強化していくこと、それと感染1を中心とした感染症に関する年4回のカンファレンスがあります。その4回のうち、1回が訓練が想定されています。だからその訓練を地域でやるということになるはずです。(資料10) (資料11) (資料12)

感染症と外来

- ・ 外来感染対策向上加算 6点
 - ・ 初診料、再診料、小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、外来腫瘍化学療法診療料、救急救命管理料、退院後訪問指導料、在宅患者訪問診療料(I)・(II)、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、精神科訪問看護・指導料
- ・ 同時算定できる加算
 - ・ 連携強化加算 3点
 - ・ サーベイランス強化加算 1点

naitobe kimura

10

資料 10

- ・ 算定要件
 - ・ 国庫的医療施設に算定するための要件は、患者の発生状況に基づき、厚生労働省の定める算定要件に準拠していることとする。
 - ・ 国庫的医療施設に算定するための要件は、厚生労働省の定める算定要件に準拠していることとする。
- ・ 施設基準
 - ・ (1) 専用の感染管理部門が設置されていること。
 - ・ (2) 当該医療機関内に感染防止対策部門を設け、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
 - ・ (3) 当該部門において、医師や看護師が適切に配置されていること。
 - ・ (4) 感染防止対策について、感染対策向上加算に係る取組を行っている医療機関又は地域の医師会と連携すること。
 - ・ (5) 感染防止対策に関する取組が、国庫的医療施設に算定されていること。
 - ・ (6) (7)に定める要件に、専任の感染管理部門又は専任の感染管理課長を任命していること。
 - ・ (7) (8)に定める要件に、専任の感染管理部門又は専任の感染管理課長を任命していること。
 - ・ (8) 感染防止対策の業務計画及び感染管理業務の具体的な業務内容が整備されていること。
 - ・ (9) (10)に定める感染管理業務に、専任の感染管理課長を任命していること。
 - ・ (10) (11)に定める感染管理業務に、専任の感染管理課長を任命していること。
 - ・ (11) (12)に定める感染管理業務に、専任の感染管理課長を任命していること。
 - ・ (12) (13)に定める感染管理業務に、専任の感染管理課長を任命していること。

naitobe kimura

11

資料 11

- ・ (13) (14)に定める感染管理業務は、少なくとも2回程度、感染対策向上加算に係る取組を行った医療機関又は診療科が、当該業務の成果を報告し、厚生労働省の定める算定要件に準拠していることとする。
- ・ (15) (16)に定める感染管理業務は、少なくとも2回程度、感染対策向上加算に係る取組を行った医療機関又は診療科が、当該業務の成果を報告し、厚生労働省の定める算定要件に準拠していることとする。
- ・ (17) (18)に定める感染管理業務は、少なくとも2回程度、感染対策向上加算に係る取組を行った医療機関又は診療科が、当該業務の成果を報告し、厚生労働省の定める算定要件に準拠していることとする。
- ・ (19) (20)に定める感染管理業務は、少なくとも2回程度、感染対策向上加算に係る取組を行った医療機関又は診療科が、当該業務の成果を報告し、厚生労働省の定める算定要件に準拠していることとする。
- ・ (21) (22)に定める感染管理業務は、少なくとも2回程度、感染対策向上加算に係る取組を行った医療機関又は診療科が、当該業務の成果を報告し、厚生労働省の定める算定要件に準拠していることとする。

naitobe kimura

12

資料 12

連携強化加算 3点(外来感染対策向上加算の加算)

サーベイランス強化加算 1点(外来感染対策向上加算の加算)

感染対策と連携

厚生労働省の施設基準というのは、基本的には標準的な市町村の二次医療圏に1つの基幹病院があって、その周りに中小病院があってというモデルで作っているはずですが、東京は少し例外になると思いますが、地域で基幹になる病院が1つあって、そこにみんな連携をして、地域でそういう新興感染症が発生したことを想定した訓練をやることになるとと思います。

そこに先ほど、外来でも連携加算がありました。外来でクリニックも入ってきます。ただクリニックの数はとても多いわけですから、ではその方々が一堂に会してとかというと、東京だとどうでしょうか。東京駅前のコンベンションセンターでやるかとかになってしまったり、そういうことは無理です。一応医師会がワンクッション入ってやることでもいいですみたいな感じになっているわけです。

だから基本は1が地域のところで、簡単に言うと情報を集めて、ある程度判断をする指導をしていくようなセンター的な役割を担っていきます。だからこれから先、多分、点数も上がるとは思いますが、そういう感染1という役割が非常に強くなると思います。

実はここにICUとか、ハイケア系の病棟といったものの今回新しくできた加算も絡んでいます。この新しい加算は感染1を取っていないと駄目というようになってきています。そうすると救急車は地域でそこに行く、そこで感染症なのかそうでないのかで振り分けは多分、病棟とかはしていくとと思いますが、感染症

であれば、まずはそこで判断をして、もしかしたら数日治療をする、軽かったら他に送るといったようなこともやっていこうと思います。

この体制ができると、当然ですが、急性期の患者はまずそこに入っていくようになっていきますので、間違いなく、患者の流れは確実にできていく可能性は大きいと思います。ある病院で講演したときは、1を取るところが地域を全て取るというように私は思っているという話をしました。(資料13) (資料14) (資料15)

・連携強化加算 3点 (外来感染対策向上加算の加算)

- 算定要件
 - 感染症対策に関する医療機関間の連携体制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おいて診療を行った場合は、連携強化加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1)他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携体制を確保していること。
 - (2)外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (3)連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

norihito kimura 13

資料 13

・サーベイランス強化加算 1点 (外来感染対策向上加算の加算)

- 算定要件
 - 感染防止対策に資する情報を提供する体制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おいて診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1)地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
 - (2)外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (3)院内感染対策サーベイランス(ANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

norihito kimura 14

資料 14

感染対策と連携

norihito kimura 15

資料 15

感染症と入院

外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

感染対策向上加算 1 710点

指導強化加算 30点(感染1の加算)

感染対策向上加算 2 175点

感染対策向上加算 3 75点

連携強化加算 30点(感染2と3の加算)

サーベイランス強化加算 5点(感2・3)

コロナの特例

今まで感染1、2というものがありました。390点と90点です。今回は、感染1が710点、プラス指導強化加算で30点で740点です。これは基本的にセットで取るものです。

新しくできたものは、感染2の175点です。90点から175点になって、連携強化加算が取られると205

点で、サーベイランス強化加算を取るとさらに5点で210点です。

ただこの感染の点数はすごく上がったように見えますが、1入院1回なのです。だからそういう意味では、そんなに大きくはないのですが、小さくありません。今のコロナの空床補填とかは、1ベッド1日、7万1,000円とかがもらえるので、それがなくなってこれに置き換えられましたといっても、少し寂しさが満載な感じがします。

一応そういうことがあり、最低でもこの新興感染症の対策を考えるに当たって、3を取らない病院はどうかというのはこれから多分出てくるのではないかと思います。

一応、医療法で感染症の対策が医療安全の中に入っていて、入院基本料のところでは感染症対策というものは入っているのですが、これから先、感染対策をどのように考えていくかが結構重要なところになるのではないかと思います。

一応、施設基準を分かりやすくしているものが厚生労働省から出ているので、これを見ていただければと思います。細かいものはここに書いてあります。(資料16) (資料17) (資料18) (資料19) (資料20) (資料21) (資料22) (資料23) (資料24) (資料25) (資料26) (資料27) (資料28)

感染症と入院

感染防止対策加算 1 390点
 感染防止対策加算 2 90点

感染対策向上加算 1 710点
 感染対策向上加算 2 175点
 感染対策向上加算 3 75点

+ 指導強化加算 30点
 + 連携強化加算 30点
 + サーベイランス強化加算 5点

- 新たに1が設定され3体系へ
- 新興感染症対策が全ての加算へ盛り込まれる。
- 感染防止対策加算1が地域の拠点となる。感染2と3は感染1との連携を求められる。入外ともに連携がマストとなる。
 - 感染防止対策地域 連携加算は指導強化加算として100点から30点へ下がる。
- 感染2と3はサーベイランス強化加算として情報提供により5点を加算できる。

資料 16

令和4年度診療報酬改定 1-2 医師1名の経過し七五折に新規感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組①
外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し③

項目	内容	加算額	備考
感染防止対策加算	1. 感染症対策の推進に資する取組の実施 2. 感染症対策の推進に資する取組の実施 3. 感染症対策の推進に資する取組の実施	390点 90点	
感染対策向上加算	1. 感染症対策の推進に資する取組の実施 2. 感染症対策の推進に資する取組の実施 3. 感染症対策の推進に資する取組の実施	710点 175点 75点	
指導強化加算	感染症対策の推進に資する取組の実施	30点	
連携強化加算	感染症対策の推進に資する取組の実施	30点	
サーベイランス強化加算	感染症対策の推進に資する取組の実施	5点	

資料 17



感染対策向上加算1 710点

+ 指導強化加算 30点

- 施設基準
 - (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - アーイ(略)アに定める医師又はイに定める
 - 看護師のうち名は専従であること。なお、感染制御チームの職員については、抗菌薬適正使用を担うチームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関に対する届出に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。
 - (7) (2)に掲げるチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行った医療機関と連携し、少なくとも毎年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。
 - (8) (10) (略)
 - (11) (2)に掲げるチームにより、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算を算定する医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する届出を行う体制を有すること。
 - (16) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

norihito kimura

18

資料 18

- (16) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。
- (17) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (18) 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。
- (19) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- (20) 他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)と連携し、少なくとも毎年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも毎年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

norihito kimura

19

資料 19

指導強化加算 30点 (感染1の加算)

• 施設基準

- (1) 感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に訪問して院内感染対策に関する助言を行っていること。

norihito kimura

20

資料 20

• 感染対策向上加算2 175点 + 連携強化加算 30点

- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - アーイ(略)
 - ア3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - エ3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師
 - アに定める専任医師又はイに定める当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理責任者(感染管理責任者)に指定されていること。当該職員は第20の(1)アに規定する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携し、少なくとも毎年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも毎年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携し、少なくとも毎年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも毎年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

norihito kimura

21

資料 21

- (14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (15) 新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。
- (16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際に対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
- (17) 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

norihito kimura

22

資料 22

• 感染対策向上加算3 75点 + 連携強化加算 30点

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア専任の常勤医師(歯科医療を担う保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)
 - イ専任の看護師 当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち1名が院内感染管理責任者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理責任者とは兼任できないが、第2部附則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

norihito kimura

23

資料 23

- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理責任者もしくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた感染予防、院内感染対策、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携し、少なくとも毎年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。
- (6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも毎年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行うこと。なお、当該研修は別添7の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは期に行うこと。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも毎年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携し、少なくとも毎年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも毎年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。
- (8) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は感染対策向上加算2に係る届出を行った医療機関と連携し、地域医師会から助言を受け、必要に応じて、感染防止対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と連携し、少なくとも毎年1回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関により評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

norihito kimura

24

資料 24

- (9) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導を行うこと。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましいこと。
- (12) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。
- (13) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施すること念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。
- (14) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事のの際に対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。
- (15) 外来感染対策向上加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

norihito kimura

25

資料 25

連携強化加算 30点 (感染2と3の加算)

- ・施設基準
 - ・(1)感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
 - ・(2)連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

noriko kimura

26

資料 26

サーベイランス強化加算 5点(感2・3)

- ・施設基準
 - ・(1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関 であること。
 - ・(2) 院内感染対策サーベイランス (JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム (J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

noriko kimura

27

資料 27

コロナの特例

- ・平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の実績の特例が終了

noriko kimura

28

資料 28

■ 外来 (資料29)

外来

noriko kimura

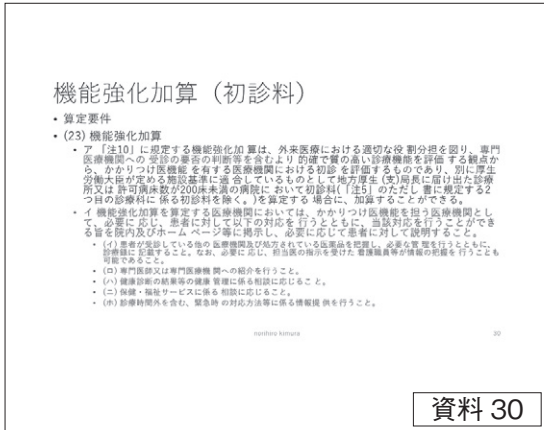
29

資料 29

機能強化加算(初診料)

続いて初診料です。やはり今回、厚生労働省が手綱を締めてきたというのは、こういった機能強化加算もそうです。簡単に加算を取られなくしてきたということがあると思います。機能強化加算は、今までの

施設基準を届け出たことがある人がいれば分かるのですが、チェックを入れて置いてくると、それで明日から初診料にプラス80点が取れたのです。それぐらいひどいと言うと怒られるかもしれませんが、今までにないざるな点数だと私は思っていました。これが80点です。(資料30)

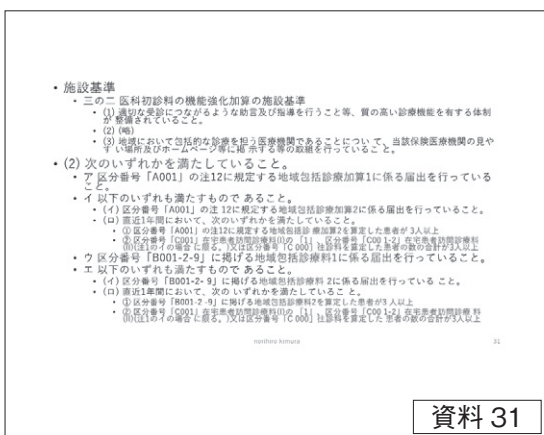


資料 30

施設基準

それが地域に対しての貢献をなさいとなりました。例えば訪問診療をちゃんとやって看取りをやるとかということが入ったのです。今までは24時間体制の電話が取れるとか、あとは24時間体制で相談に応じるとかといったことがあればよかったのですが、実質、クリニックに人がいないことが分かって電話をする人はいません。そういったこともあって、今回入ったのはこの赤い部分だったりします。

例えば地域包括診療加算1の届け出を行っているとか、あとはイのところの1年間で、これは診療加算2ですか、訪問診療とかをやっているとか、こういったことをやっていないと駄目ということがあったりします。こういったかかりつけ医としてちゃんと年間で3人見るとかといった点数を取るということが入っただけでも結構すごいことです。(資料31)



資料 31

こちらもそうですが、緊急往診を3件行ったということがないと駄目です。しかしこれだけでも結構大きい効果があります。今までですと、本当に在支診を取って眼科でも別に届け出る気になれば届け出ることができてしまうような点数でした。そういうようなことが変わりました。(資料32) (資料33)

・オ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療科に係る届出を行っていること。

・カ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(1)若しくは(2)に該当する診療所又は第14の2在宅療養支援病院の1(1)若しくは(2)に該当する病院であること。

・キ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所並びに第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。

- ・(イ) 第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第9在宅療養支援診療所の1(3)に該当する診療所の1(1)に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績が3件以上
 - ① 第9在宅療養支援診療所の1(1)に掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の重症前見及び重症前見に対する在宅医師の実績が1件以上
 - ② 第14の2在宅療養支援病院の1(3)に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第14の2在宅療養支援病院と同様である。
 - ① 第14の2在宅療養支援病院の1(1)に掲げる過去1年間の緊急の往診の実績又は1(1)に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により緊急の緊急入居を行った実績の合計が10件以上であること。
 - ② 第14の2在宅療養支援病院の1(1)に掲げる過去1年間の在宅における看取りの実績が1件以上又は過去1年間の15歳未満の重症前見及び重症前見に対する在宅医師の実績が1件以上

資料 32

・(3) 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

- ・ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。
- ・イ 警察医として協力していること。
- ・ウ 母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査(市町村)を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査を実施していること。
- ・エ 予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条第1項に規定する予防接種(定期予防接種)を実施していること。

・オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。

・カ 「地域包括支援センターの設置運営について」(平成18年10月18日付老計発1018001号・老保発1018001号・老老発1018001号)厚生労働省若健高計副局長・監理課長・老人保健課長通知に規定する地域ケア会議に出席していること。

・キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

・(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じて専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。(中略)

資料 33

紹介状なしの受診の定額負担 外来の定額負担と診療報酬

紹介状なしの定額負担は、今回、初診料が7,000円になりました。再診は3,000円になりました。今回、新しく変わったのは、上がった分、保険を引いてくださいということです。7,000円上がるイコール2,000円上がったのだから、診療報酬から引いていだろうと、なかなかすごいことが起きました。

そういう意味では、病院に入ってくる実入りは一切変わらないけれども、患者の負担感は大きくなったということが、今回の新しい外来の定額負担のところでは、これをロジック的には1万円にしたいのかもしれないですが、500点引かれたらどうするのでしょうかということまで来ています。

(資料34) (資料35)

紹介状なしの受診の定額負担

- ・対象範囲の拡大
 - 特定療養所及び一般医療200床以上の地域医療支援病院、一般医療200床以上の総合診療重点医療機関(診療費を重点的に適用する外来を地域で特約的に扱う医療機関)
- ・保険医療機関及び保険医療担当施設
 - (一般診療等の受診) 第五号
 - ① 1級地医療機関のうち、医療法(昭和二十二年法律第三十号)第七條第二項第五号に規定する一般診療(以下「一般診療」という。)を行う特定医療機関(第一項に規定する地域医療支援病院)の医師が二級診療を行うものを除く。② 特定療養所の二級一級に規定する特定医療機関及び同条第二項の十八の二第一項に規定する外来医療(電化診療等)の医師が二級の一般診療を行うこと。③ 特定療養所及び同条第二項の十八の二第一項に規定する外来医療(電化診療等)の医師が二級の一般診療を行うこと。④ 特定療養所及び同条第二項の十八の二第一項に規定する外来医療(電化診療等)の医師が二級の一般診療を行うこと。⑤ 特定療養所及び同条第二項の十八の二第一項に規定する外来医療(電化診療等)の医師が二級の一般診療を行うこと。
- ・基準に基づき厚生労働大臣が定める掲出診療
 - ・第一の三 療養所(第五号第三項第二号及び療養所第五号第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額、一層厚生労働大臣の定める特約診療、患者申出診療及び指定診療第二号第五号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額)
 - (一) 医師である保険医による初診の場合七千円
 - (二) 歯科医師である保険医による初診の場合五千円
 - ・第二の三 療養所(第五号第三項第二号及び療養所第五号第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額、一層厚生労働大臣の定める特約診療、患者申出診療及び指定診療第二号第五号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額)
 - (一) 医師である保険医による初診の場合五千円
 - (二) 歯科医師である保険医による初診の場合三千円
 - ・第三の三 療養所(第五号第三項第二号及び療養所第五号第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額、一層厚生労働大臣の定める特約診療、患者申出診療及び指定診療第二号第五号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額)
 - (一) 医師である保険医による再診の場合一千九百円
 - (二) 歯科医師である保険医による再診の場合一千円

資料 34

外来の定額負担と診療報酬

		定額負担	診療報酬からの控除
初診	医師	7 000円	2 000点
	歯科	5 000円	2 000点
再診	医師	3 000円	500点
	歯科	1 900円	400点

除外要件(定期負担を求めないことができる患者の要件)

【初診・再診共通】
○ 「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない期間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。

【初診の場合】
○ 「自施設以外の診療科を受診している患者」を「自施設以外の診療科から院内紹介されて受診する患者」に異なす。

【再診の場合】
○ 「自施設以外の診療科を受診している患者」、「医師と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定診療科・がん相談等結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を診療する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実際のに担っているような診療科を受診する患者」及び「診療協力者である患者」を削除する。

資料 35

紹介受診重点医療機関入院診療加算(入院初日) 800点

今回少し目玉になっているのが、紹介受診重点医療機関というすごい名前です。この点数を取ったほうがいいのかと思いますが、地域医療支援病院よりは点数が低いです。だから地域医療支援病院になるのは、病院としての上がりだとは思いますが、地域医療支援病院の準地域医療支援病院だと思ってもらえればと思います。

だから800点で、地域医療支援病院と併算定はできないとなっています。地域医療支援病院は入院時1

回、1,000点をもらえます。それが今回、紹介受診重点医療機関入院診療加算というものを取ると800点もらえます。(資料36)

紹介受診重点医療機関入院診療加算(入院初日) 800点

- ・算定要件
 - ・(1)外米機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたもの)に限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)である病院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。))のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。
 - ・(2)区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

1000点

mariko kimura 36

資料 36

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

紹介割合の低い大病院の減算

紹介率と逆紹介率

紹介割合

逆紹介割合

外来医療の機能の明確化・連携

厚生労働省の表にも書いてありますが、特定機能があって、地域医療支援があって、その次に、紹介受診重点医療機関というものができるとなっています。

こういったところで、いろいろ新たな制度として、外来を減らしましょうということがあります。特に軽い人がかかりに来る外来を減らしていく算段は国としてはうまく進めたということがあります。

今まで、紹介・逆紹介の数値を出していくのが大変だと、でも今度、重症度が高い外来を見ていれば、その分、紹介受診重点医療機関というものを地域医療計画で定めるから、そこに入ったらこの点数がもらえるということが入りました。

今は入院の病床に関しての機能分化を求めています、外来に関しても少し緩く始めて、これから先、大きいところにはあまり外来に行かないようにさせたいという考えがあります。

ただ病院の側からすると、やはり外来に来てくれるほうが利益が出るのです。外来に来ないのだったらゼロにしてほしいのです。中途半端に来られるのが一番病院にとって経営がきついのです。だからゼロか1かにしてほしいのです。中途半端に来ると、結局、人を張るので、人を置いておくのだったらたくさん見てというのが病院の経営のロジックになってしまいます。そうすると5人見る先生より30人見る先生のほうが偉いみたいになってしまうので、そこが今、難しいところではないかと思えます。

かといって、病院を全員総合診療にするわけにもいかない、やはり各科、どうしても外来を開けるとその分、看護師がいて、他のスタッフがいてということになるので、非常に外来というのはコストがかかります。そこが実はこの1,000点とか800点ではどうにもならない部分であって、もっと点数を付けてくれないと、外来分離というのは難しいのではないかと考えています。

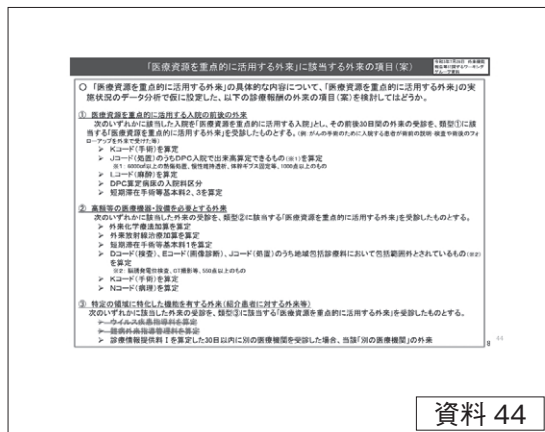
こちら辺はいいです。(資料37) (資料38) (資料39) (資料40) (資料41) (資料42) (資料43)

「医療資源を重点的に活用する外来」に該当する外来の項目(案)

先ほどの外来受診重点医療機関のことで。実は外来のこの①、②、③の方々の割合が高いところが外来受診重点医療機関としたいと国は思っています。簡単に言うと、ここに書いてあるように、細かいところを見ると分かりづらいのですが、①は、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」と書いてありますが、これはDPCをやっているところは当たり前なのですが、術前のものは外来でやります。そういったことを外来でやっている割合が高い医療機関は、重症度が高い人を見ているから、先ほどいった分子のところに入れてよくなります。

では「高額等の医療機器・設備を必要とする外来」というのは何かというと、放射線治療を外来でやっているとか、外来化学療法をやっているとか、そういった患者はこの②になります。

③は何かというと、要は紹介状を持ってきた患者だと言っているわけです。これも面白いのですが、「診療情報提供料 I を算定した30日以内に」と書いてあるので、相手側が算定していないともられません。相手側が算定したかは病院は知りません。紹介状を持ってきても算定していないということがありますから、そういったことがあって、この①、②、③の割合が高いのが先ほどの外来重点というような話になっています。(資料44)



外来在宅共同指導料(在宅と病院連携)

それと併せて、外来在宅共同指導料というのは何かというと、例えば退院して在宅に移行したときです。よくありがちですが、オベをして、開業医を紹介されて行ったのだけれども、病院から見放されてしまった気がする、だから病院にかかっていい、要するに共同で指導するのはありで、病院も面倒を見えています、クリニックも面倒も見えています、両方で1と2の点数を取れるようにしようという話です。

そういうようなことで、どういうタイミングかということ、毎月見る必要はないにしても、訪問をして見ていくということも大病院ではある意味、ありということがあったりします。「外来において」と書いてあるので、訪問でも訪問でなくてもいいし、外来に来てもらってもいいのです。そうすれば半年に1回フォローしながら、クリニックでいつも見てもらうということはできるということになると思います。そうすると安心して在宅療養ができるのではないかと思います。(資料45)

外来在宅共同指導料(在宅と病院連携)

外来在宅共同指導料
1 外来在宅共同指導料1 400点
2 外来在宅共同指導料2 600点

- ・対象患者
 - ・ 外来において継続的に診療(継続して4日以上外来を受診)を受けている患者であって、在宅での療養を行う患者(他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、障害者人ホーム、有料老人ホーム又はサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。)
- ・算定要件
 - ・ (1)外来在宅共同指導料1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、療養等を依頼して、在宅での療養に必要な訪問指導等、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文章により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。
 - ・ (2)外来在宅共同指導料2については、1の場合において、外来において高リスク患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該保険医療機関の保険医が、在宅での療養に必要な説明及び指導を情報提供機器を用いて行った場合においても算定できる。

資料 45

診療情報提供料(Ⅲ) 150点 かかりつけ医と紹介受診重点医療機関連携

それに併せて、診療情報提供料(Ⅲ)というものがあります。要するに紹介状をもらって返事を書いたら、Ⅲが取れるというのは、前々回辺りからの診療報酬改定でできました。お返事加算というものです。それが名前が変わりました。連携強化診療情報提供料という名前に変わったというだけです。

返事を書くのですが、返事を書くには患者の許可を得なければいけないという非常に不思議な点数なのですが、そういうような点数です。(資料46) (資料47) (資料48)

診療情報提供料(Ⅲ) 150点

2020年
紹介の返事
の情報提供

- 対象患者**
- (1)地域包括診療加算、地域包括診療科、小児かかりつけ診療科、在宅時医学総合管理科(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理科(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出ている医療機関から紹介された患者
 - (2)転居している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者
 - (3)別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療科、小児かかりつけ診療科、在宅時医学総合管理科(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理科(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出ている医療機関に紹介された患者
- 算定要件**
- (1)別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文章を提供した場合(初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
 - (2)転居している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、適切な情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、1月に限り算定する。
- 施設基準**
- (1)当該保険医療機関の敷地において常駐が禁止されていること。
 - (2)算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に転居している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

資料 46

かかりつけ医と紹介受診重点医療機関連携

診療情報提供料(Ⅲ) 150点 → 連携強化診療情報提供料 150点

- ・算定要件
 - ・ ①注1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、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から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文章を提供した場合(区分番号A00Dに定める施設基準を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
 - ・ ②注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす「連携強化診療情報提供料」を算定する施設別の診療所として都道府県が公表したものに限る。に、定める保険医療機関において、他の保険医療機関(紹介受診)からの紹介を受けた患者について、1から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文章を提供した場合(区分番号A00Dに定める施設基準を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
 - ・ ③注1又は注2に該当しない場合であって、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、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文章を提供した場合(区分番号A00Dに定める施設基準を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

資料 47

- ・ 4 (報)
- ・ 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する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、他の保険医療機関から紹介された転居中の患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文章を提供した場合(区分番号A00Dに定める施設基準を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- ・ 注2に規定する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、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、適切な情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、1月に限り算定する。
- ・ 施設基準
 - (1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する施設基準
 - (2) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準
 - ・ 求めのいずれかに係る医師を行っていること。
 - ・ イ・ロ(報)
 - (3) 連携強化診療情報提供料の注3に規定する施設基準
 - ・ イ・ロ(報)
 - (4) (報)
 - (5) 連携強化診療情報提供料の注5に規定する施設基準(歯科点数表においては注3)
 - ・ 当該保険医療機関内に転居中の患者の診療を行うにつき十分な経験が認められていること。

資料 48

連携強化診療情報提供料(てんかん)

てんかんはいいです。(資料49)

オンライン

連携強化診療情報提供料(てんかん)

- ・ 算定要件
 - ・ 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、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、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律(以下「法律第111号」)に規定する指定難病の患者又はてんかみの患者(当該患者が疑われる患者を含む。)について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を添付文書を提供した場合(区分番号AD01に該当する診療情報を算定する旨を除く。ただし、当該保険医療機関に次診を診する旨の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する 保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に算定する
- ・ 施設基準
 - ・ 十の四の連携強化診療情報提供料の施設基準
 - ・ (4) 連携強化診療情報提供料の注4に規定する施設基準
 - ・ イ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
 - ・ 自次のいずれかの指定を受けている有期施設医療機関であること。
 - ・ 1 難病診療連携拠点施設又は難病診療科設置病院(難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病患者に係る場合に限る。)
 - ・ 2 てんかん診療拠点病院(てんかんの患者に係る場合に限る。)

資料 49

地域包括診療料 1660点、1600点 施設基準

もう1つは、地域包括診療料です。かかりつけ医のひと月に1回取れる高い点数です。これに関しては、対象疾患が少し増えました。これらの中から、2疾患あるとこの点数を取ってもいいとなっています。認知症が入っていたら1,660点です。これが慢性心不全と慢性腎臓病の方に関して対象が広がりました。

ただし、透析のクリニックとかには点数を取らせようとしていないので、慢性維持透析をやっている場合は駄目となっています。そういう意味では、ちゃんとかかりつけで管理をしていくことで、透析にしないということを国としては考えているのでしょうか。(資料50) (資料51)

地域包括診療料 1660点、1600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が届け出た保険医療機関(許可保健所が200年 事業の開始又は診療所に限る。)において、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)、又は認知症のうち2以上の疾患を有する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、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日を除く。)、に、当該患者に係る区域は問い、それぞれ患者数1人につき月1回に算定する。
 - ・ (2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)、及び認知症の6疾病のうち、2つ以上(疑いは除く。))を有する者である。
 - ・ (3) 当該患者を診療する担当医を定めること。担当医は、慢性疾患の管理に係る適切な診療を執行了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、服薬での休養や血圧の計測、飲酒、その他診療を行うに当たっての関連点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師が指導を受けられる看護職員、薬剤師が行っても差し支えない。
 - ・ (4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
 - ・ ア(1) 指導
 - ・ ア(2) 服薬管理
 - ・ (5) 当該患者に対し、患者の予防医療の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防医療に係る情報に対応すること。
 - ・ (6) 当該患者において、院内掲示により以下の対応が可能なることを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。
 - ・ ア(1) 指導
 - ・ ア(2) 服薬管理

資料 50

- ・ 施設基準
 - ・ (1) 地域包括診療料1の施設基準
 - ・ イ 当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)、又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導を行うに十分な体制が整えられていること。
 - ・ (2) 略
 - ・ (3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。
- ・ ※ 地域包括診療料(再診料)についても同様。

資料 51

小児かかりつけ診療料 施設基準

2 小児かかりつけ診療科2に関する施設基準 (資料52) (資料53) (資料54)

小児かかりつけ診療料

小児かかりつけ診療料 1 処方箋を交付する場合 イ 初診時 631点 ロ 再診時 439点 2 処方箋を交付しない場合 イ 初診時 748点 ロ 再診時 556点	1 小児かかりつけ診療料1 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点 2 小児かかりつけ診療料2 イ 処方箋を交付する場合 (1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点 ロ 処方箋を交付しない場合 (1) 初診時 747点 (2) 再診時 555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医療機関において、未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。)の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

資料 52

・ 施設基準

(1) 小児かかりつけ診療科1の施設基準

- イ 小児科を標榜している医療機関であること。
- ロ 当該医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ハ 当該医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。

(2) 小児かかりつけ診療科2の施設基準

- イ (1)のイ及びロを満たすものであること。
- ロ 当該医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されていること。

(3) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、2つ以上に該当すること。

- ア 母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査(市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査)を実施していること
- イ 予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条第1項の規定による予防接種(定期予防接種)を実施していること
- ウ 過去1年間に15歳未満の超重産児又は準超重産児に対して在宅医療を提供した実績を有していること
- エ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること。

資料 53

・ 2 小児かかりつけ診療科2に関する施設基準

- (1) 1の(1)、(2)及び(4)の基準を全て満たしていること。
- (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A001」の注101に規定する時間外対応加算3に係る届出を行っていること。
 - イ 在宅出診医師制により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

資料 54

月例セミナー
(木村講師)

生活習慣病管理料

もう1つは、生活習慣病管理料です。これは非常に面白い形になりました。生活習慣病になる前はどのような対策があったかということが1つあります。生活習慣病になる前は、特定検診があって、特定保健指導があります。特定保健指導は誰がやっているかという、管理栄養士がやっていることが多いです。特定保健指導は、病気にさせない、病気になったら実は生活習慣病管理料なのです。

この生活習慣病管理料が大きく変わりました。何が変わったかという、点数が統合されたのは1つです。もう1つはここです。今までは、医師が全て、計画を作って指導をしてという話だったのですが、簡単に言うと、他の職種も関わっていいとなっています。

ということは、特定検診、特定保健指導で今まで指導してきたけれども、いよいよ病気になってしまった、糖尿病、高血圧、脂質異常になってしまった、病気だというときに、そういう人は、今までの人が継続的に指導できる可能性はあります。そういうことも考えながら、一気に通貫でシームレスなサービス提供ができるようになるのではないかと思います。

そういう意味では、結局、1日の負担が高くなるので、あまり取っている医療機関は多くなかったかもしれませんが、多職種が点数を算定できるようになるのは非常に大きいことなので、こういったことで

生活習慣病の管理をして、透析にならないようにしていくのは非常に大きいことではないかと思います。
 (資料55)

生活習慣病管理料

1 保険適用において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
 イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
 ニ 以上の場合
 イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
 ハ 糖尿病を主病とする場合

→

1 脂質異常症を主病とする場合 570点
 2 高血圧症を主病とする場合 620点
 3 糖尿病を主病とする場合 720点

データ提出+50点

(1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が標準であることと認識されたものであり、治療計画を立、並進治療計画に基づき、服薬、運動、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定計画、飲酒及びその他療養を行うに当たっての調剤点の算定に備える総合的な治療管理を行った場合に、許可医療機関の医師、薬剤師、看護師及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護部、薬剤部、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「A000」の算定を要しない旨の算定の料においては、本管理料は算定しない。

(2)-(9) (略)

(10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の変更、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容を診療録に記載していること。

資料 55

令和4年度診療報酬改定の基本方針（骨子）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く
- ▶ 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・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 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

改定の基本的観点と具体的な方向性

(1) 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

- 【長期的方向性の例】
 - 当院、連携病院が対応可能な新型コロナウイルス感染症への対応
 - 調剤科の導入、手術室に手術感染対策に対応できる高機能手術室の構築に向けた取組
 - 医療機能や患者の状態に応じた人員配置の最適化
 - 外来受診の機能分化
 - 在宅ケア機能、かかりつけ診療科、かかりつけ薬剤師の機能の明確化
 - 質の高い在宅医療、訪問看護の確保
 - 地域密着ケアシステムの構築のための取組

(2) 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

- 【長期的方向性の例】
 - 臨床実務量が低い、専門性を発揮できる勤務環境の整備に向けた取組の推進
 - 地域医療の確保を図る観点から守り手に対する必要な数値医療体制等の確保
 - 令和3年度1月に「働き方改革推進計画」を公表、勤務の改善で働く方々の導入の引上げに必要となる取組について取り組むことなど、負担軽減に資する取組を推進
 - 業務の効率化に資するICTの活用等の推進

(3) 調剤

(4) 調剤

外来医療とデータ提出

外来のデータ提出です。これは結構大きいと思います。生活習慣病管理料、在宅字医学総合管理料、訪問診療、在医総管と在宅がん、疾患別リハです。いつも中医協で話題になるものです。「リハビリは外来でどこまで必要なのでしょうか。月13単位も何とかしたいし、病名を変えてずっと運動器リハをやっているものも何とかしたい」と、そのデータが欲しいのです。月50点をあげるからデータ提出をしてほしいというところで、先ほどの生活習慣病管理料も入っています。これから先、訪問診療もよく見たい、疾患別リハも見たいということ、データの収集が始まるのが来年度です。申し込みは今のうちにしないといけないのですが、来年度から始まって、次の次の改定、26年辺りからじわじわと何かが出てくるのではないかと思います。

そうすると入院と外来のデータをつなげられるので、そういったところでどうしていくかです。ずっとこの人は病名を変えてリハをやっているとか、在宅がんの人も、そのうち統計が出るのしょうけれども、何日で亡くなっているとかといったものも統計上、出てきます。飛び抜けて長生きな在宅がんの人がいるとかということも出てくるのではないかと思います。

そうすると当然ですが、サービスもレセプトデータに結び付いてしまうので、こういったサービスを提供しているかということも分かってくるようになると思います。(資料56)

外来医療とデータ提出

- 生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料及び疾患別リハビリテーション料のデータ提出が50点/月
- 算定要件(例)
 - 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診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。
- 「外来医療等のデータ」については、令和5年10月診療分をめぐりにデータ提出を受け付ける方向で対応する。

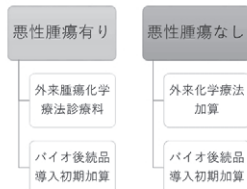
資料 56

外来化学療法

外来の化学療法は、今まで化学療法イコールがんみたいなイメージがあった部分を、化学療法というのは悪性腫瘍向けでそうでないものがあるということで、今回きちんと分けました。悪性腫瘍は、外来腫瘍化学療法診療料になって、悪性腫瘍でない場合は、外来化学療法加算になりました。このように変わりました。

削られた部分があって、バイオシミラーが150点入りました。外来腫瘍化学療法は700点になったりしました。(資料57)

外来化学療法



資料 57

外来化学療法と外来腫瘍化学療法診療料

このイとロで、ロは何かです。通常はイでやります。最近、制吐剤とかそういったものを2次的に治療する場合はロまで取れるというようなことを聞きました。そういったようないろいろなきめ細かい点数になったのではないかと思います。(資料58) (資料59) (資料60)

外来化学療法と外来腫瘍化学療法診療料

- イ 外来化学療法加算1
- (1) 抗癌性腫瘍剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 820点
 - 2 15歳以上 600点
 - (2) 抗癌性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 670点
 - 2 15歳以上 450点
- ロ 外来化学療法加算2
- (1) 抗癌性腫瘍剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 740点
 - 2 15歳以上 470点
 - (2) 抗癌性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合
 - 1 15歳未満 640点
 - 2 15歳以上 370点
- イ 外来化学療法加算1
- (1) 15歳未満の患者の場合 670点 (別) (別)
 - (2) 15歳以上の患者の場合 450点 (別) (別)
- ロ 外来化学療法加算2
- (1) 15歳未満の患者の場合 640点 (別) (別)
 - (2) 15歳以上の患者の場合 370点 (別) (別)
- 7前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

資料 58

- 外来腫瘍化学療法診療料
- 1 外来腫瘍化学療法診療料1
 - イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 700点
 - ロ 抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点
 - 2 外来腫瘍化学療法診療料2
 - イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 570点
 - ロ 抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

- ・対象患者
 - ・ 悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者
- ・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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注6から注8までに規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4から注6までに規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7から注9までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
 - ・ (2)1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗癌性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
 - ・ (3)1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

資料 59

- ・ (4)退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2節第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - ・ (5)当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。
 - ・ (6)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、12歳を算定した患者に対して、当該保険医療機関の設置又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の監視等、治療計画を立案する等により提供した(注1)に限り150点を所定点数に加算する。
- 施設基準
- ・ (1)外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、処置等を行う体制がそれぞれの診療科に応じて整備されていること。
 - ・ (2)外来化学療法を行うにつき必要な職階及び十分な専門施設を有していること。
 - ・ (3)外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、G001に掲げる点滴注射、G002に掲げる点滴注射、G003に掲げる動脈性腫瘍剤静脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる腫瘍化学療法による中心静脈注射のいずれかにより抗癌性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
 - ・ (4)連携先加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
 - ・ イ 化学療法を実施している患者の安全管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ・ ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。

資料 60

バイオ後続品(外来化学療法)

バイオ後続品のところで、3カ月限度で、月1回、150点というものは入っていますので、これから先、バイオシミラーのところも手を入れていきます。(資料61)

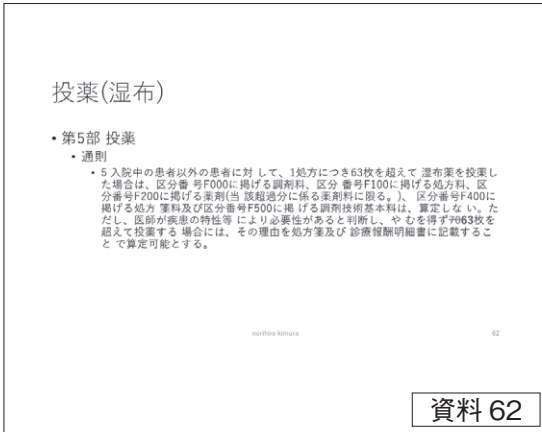
バイオ後続品(外来化学療法)

- ・第6部 注射
 - ・ 通則
 - ・ 7前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。
- ・ ※ 外来腫瘍化学療法診療料(新設)についても同様の加算を設ける。

資料 61

投薬(湿布)

湿布も70枚から63枚に刻んでくるというような、国が大変なのだろうということはありません。
(資料62)



リフィル処方箋 リフィル処方箋と処方箋料

いろいろ面白いのですが、薬局業界は「リフィルが」とよく言うのですが、病院はリフィルは別に何とも思っていない。

実際、リフィルを見ていると、30日以内とか、いろいろとルールがありますが、3回薬局に行ったら、3回取れます。だから1回90日分もらって行ったほうが安いと思います。どうなのでしょう。好きな薬剤師がいれば3回行きたいのはあるかもしれませんが、それは理由になりません。

そういう意味では、今回は多分、国としては、リフィルの処方箋を既成事実化するために取りあえず入れました。だからあまりリフィルが出ることはないでしょう。リフィルかどうかはここにチェックを入れればいいだけです。そういう意味では、リフィルが入ったという話はあるのですが、今回は入っただけです。

ジェネリックも最初はそうでした。ジェネリックの処方箋のところもそうですが、最初は入って何だろうと、もしかしたら次辺りから加算が付いてくると少しずつ変わるかもしれませんが、それであればまだ分かりますが、今のところ、診療所にはメリットが何もありません。逆に問い合わせが来たりして面倒くさいのではないかとこのころはあります。

そういう意味では、まだ進まないですし、24年以降、何か対策を打ってきて、少しずつ進むのかもしれませんが。(資料63) (資料64) (資料65)

リフィル処方箋

- 対象患者
- (1)原部の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の複製利用が可能である患者
- 留意事項
- (1)保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル」欄にレ点を入力する。
- (2)リフィル処方箋の使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び処方期間については、医師が、患者の病状改善を目的として医学的に適切と判断した期間とする。
- (3)原部処方箋及び保険医複製が当院において、投薬量に限度が定められている医薬品及び投薬回数については、リフィル処方箋による複製を行うことはできない。
- (4)リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、事前として、前回の調剤日を含め、当該調剤に係る処方期間を算定する旨を当該調剤手帳とし、その前後7日以内とする。
- (5)複製薬は、同一又は同一の調剤の複製を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を書き添えること。また、当該リフィル処方箋の使用回数及び調剤期間の記載を削除し、又は裏面に記載したリフィル処方箋の写しを添付すること。また、当該リフィル処方箋の使用回数及び調剤期間の記載を削除し、又は裏面に記載したリフィル処方箋の写しを添付すること。
- (6)複製薬の処方調剤は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の病状改善の確保を行い、リフィル処方箋により調剤することが適切と判断した場合には、調剤を行う。複製薬を行うとともに、処方箋に事やかに複製提供を拒否すること。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した旨を、患者の病状改善について必要な処方箋へ当院提供を行うこと。
- (7)複製薬の処方調剤は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を投書すること。
- (8)複製薬の処方調剤は、患者の病状改善の確保を目的とする。患者の病状改善が認められない場合は、処方箋により調剤の状況を把握すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

norihito kimura

63

資料 63

norihito kimura

64

資料 64

リフィル処方箋と処方箋料

・算定要件

- 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A 002に掲げる外来診療料の注 2又は注3を算定する保険医療 機関において、別に厚生労働大臣 が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上以上の投薬を行った場合(処方箋の複数回(3回までに限る。)の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。)には、所定点数の100分の 40に相当する点数により算定する。

減算になる
医療機関

norihito kimura

65

資料 65

超急性期医療 (資料66)

超急性期医療

norihito kimura

66

資料 66

特定集中治療室

ポイントになるのは、先ほど、最初にお話ししたように、超急性期のところは結構厚いということです。いろいろなものが入っています。ここら辺のバイオクリーンルームであることというのはいいのです。(資料67)

特定集中治療室

- 施設基準の変更
 - (8)原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。
- その他の病棟
 - A300救命救急入院料2及び4、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についても同様。

naohiro kimura

67

資料 67

特定集中治療室の加算

実は大きいのは、この特定集中治療室の加算で、重症患者対応体制強化加算というものです。もともとは、ICUとかは1日11万円ぐらい、結構点数が高いのですが、それに3日間、1日750点とか、4日から7日だと500点とか、点数が付くのです。

ということはこれは病院にとってはもう是が非でも欲しいのです。これは毎日付いてしまうものです。ではこれを取りに行こうといったときに、ここに書いてありますが、ICUの1から4と、救命救急の2と4の病室に入院している人が対象で、では施設基準はという話です。(資料68)

特定集中治療室の加算

- 重症患者対応体制強化加算
 - イ 3日以内の期間 750点
 - ロ 4日以上7日以内の期間 500点
 - ハ 8日以上14日以内の期間 300点
- 対象患者
 - 特定集中治療室管理料1から4まで又は救命救急入院料2若しくは4を算定する病室に入院している患者
- 算定要件
 - 重症患者の対応に係る体制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病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

naohiro kimura

68

資料 68

施設基準

これを見ていくと、結構びっくりするぐらい点数が取りにくいのです。まずはこの赤い部分がポイントになりますが、「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関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師が1名以上配置されていること」です。

これは2回前の診療報酬改定のと時から、このICUの認定看護師は研修に行かせないと、今後は取らせないという予告はあったのです。だから本当は今回辺りで、施設基準が落ちるわけだったのが、コロナがあって、実はアップグレードしました。それが1つです。

今年の認定看護師の集中治療に関する研修は大人気です。認知症の始まったときは、認知症の予約す

ら取れない状況で、今回は集中治療が取れません。

(3)が、「救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が1名以上配置されていること」です。今までやっているところは多分あるので、いいのです。これから作ろうとするとハードルが高いというだけです。

5年かかります。もしくはどこから引っ張ってくるしかありません。

(4)が、先ほどの1名がいた他、つまり「常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること」です。これはあります。ただ(4)に規定する看護師はというものが、(5)にいろいろ書いてあります。

またここに研修要件が入っています。これは認定看護師です。ということは3人です。認定看護師3人は普通の病院はないです。普通はいて2人でしょうか。1人はいるのですが、それで予備でもう1人ぐらい教育しているので、2人はいるのですが、3人はあまりいません。だからどこの病院も今、3人目はどうするのかでわざわざしているとは多いです。だからまずその3人の確保というのは結構大きいです。

「(4)に規定する看護師」ですが、この(4)に規定された方々がいろいろあちこち出てきます。「(4)に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施すること」、これはありがちです。年1回、こういう救命関係の集中治療とかの研修をやりましょう、それはやったほうがいいということです。(資料69)

施設基準

- (1)当該治療室を有する保険医療機関において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。
- (2)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関する適切な研修を受けた専従の常勤臨床工学技士(以下「臨床工学技士」という。)が1名以上配置されていること。
- (3)救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (4)常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有する看護師が2名以上配置されていること。
- (5)(4)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講していること。
 - ア 出又は産科助産師研修が修得する400時間以上の研修(修了証が交付されるものに限る。)であって、講義及び演習により、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な知識及び技術を習得する研修(以下「研修」という。)
 - イ 保険師助産師研修法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修
- (6)医療 (4)に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識、技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
 - ア 重症患者の対応(重症、全身状態の把握)研修
 - イ 人工呼吸器及び体外式人工呼吸器(CMOI)を用いた重症患者の看護の実践

資料 69

また、「(4)に規定する看護師」が出てきて、ここら辺からすごい感じになってきます。「(4)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加する」、ここがポイントです。要は他の病院に、「集中治療に関する研修会をやるからうちに来てください」と言われて行くということは当たり前ですが、連携はすごく強くなるはずですよ。最初に感染対策向上加算1を取ったところがうんぬんという話をしました。この(10)の右側のところに、施設基準に、感染1を取っていないと駄目というのがあります。

感染1を取っているところはこの重症の加算も取れます。当然、集中治療に関しての話をしにいくのですが、コロナの患者の受け入れなどの感染の話も多分するのです。それと要は、「うちの病院ではこういうやり方をやっています」と、ということはこの看護師が派遣されて勉強会をやると、どんどん連携が強くなっていきます。1を取ったところ、そしてこのICUの加算も取ったところは地域を完全に押さえていくのはもう間違いありません。押さえに行くような感じで、教育をしに行っているからです。だから1をもう取らなければいけない状況になっています。

ということはもう感染1の医療機関に入った救急車というのは、外に紹介をしやすくなります。救急車ではなく、患者を取って、その後、紹介をしていきやすくなり、指導もしやすくなるということになっていきます。そういうふうには見えません。

(8)に戻ります。「(4)に規定する看護師の年間の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること」、もう完全に地域を押さえに行くような形になっています。これから先、1を取って、ICUでこの加算を取るようになると、もう完全に地域を押さえることになってしまいます。もうこれから先、皆さんは、もう厚生局の施設基準を見て、この地域はこの病院がどうだと、そうするとこれから先、間違いないのですが、そこが使っているサービスというのは、多分その地域で展開はしやすくなります。それはもう間違いないと思います。

「どこがいいのですか」と相談するようになりますから、「こののはいいです」とみんなに言えます。そうするとあうんの呼吸でできるようになります。そういう結構恐ろしい点数になってきたと思います。

(9)、「新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が2名以上確保されていること」と書いてあり、「なお、当該看護師は、(4)に規定する看護師であることが望ましいこと」と書いてあります。他の病院に行っても、もう現場も牛耳ってこいと、そこまでは書いていませんが、それもやってもいいぐらいになっています。

多分間違はなく、号令を出すようになりますから、そういうふうにもう完全に地域のヒエラルキーができていくような形になっています。だから1を取ったICUを持っているところは必ずこれを取りにいきたいと思っていて、これを取って近隣の医療機関を押さえにかかるといのが、もう間違なく行われていきます。

(11)ですが、「(4)に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料(救命救急入院料)の施設基準に係る看護配置に含めないこと」と書いてあるので、フリーで置いておけということです。だからいつでも地域の活動ができるようにフリーにしておくということです。結構、あちらこちらに指導しに行くような形になるので、これはすごいことではないかと思えます。

(12)で、「(4)に規定する看護師」とありますが、この「(4)に規定する看護師」が本当にポイントです。他の病棟の勤務表にも入れてはいけないというようなことが書いてるので、本当にフリーの看護師になるのではないかと思えます。

ただ病院として怖いのは、今まで認定看護師も、感染症も、安全管理もそんなのですが、フリーにすると管理ができないという話があります。

今回、このコロナを起点にした点数は非常に大きくて、地域を完全に押さえにいこうというところがあります。地域で起きた問題は地域で解決しようというのが、今回の厚生労働省の考え方であると思います。(資料70)

- ・(7)(4)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を要する患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域の医療機関等と協働した活動に参加することが望ましいこと。
- ・(8)(4)に規定する看護師の単独の研修受講状況や地域活動への参加状況について記録すること。
- ・(9)新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が5名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(4)に規定する看護師であることが望ましいこと。
- ・(10)区分番号「A200-2」急性期実体制加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、令和5年3月31日までの間に限り、「A200-2」急性期実体制加算に係る届出を行ってなくても差し支えない。
- ・(11)(4)に規定する看護師は、当該治療室に係る特定集中治療室管理料(救命救急入院料)の施設基準に係る看護配置に含めないこと。
- ・(12)(4)に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の勤務時間数に含めないこと。
- ・(13)特定集中治療室管理料(救命救急入院料)の算定に係る治療室に入院している全ての患者の状況を、特定集中治療室用等の重症度、医療・看護必要度に係る評価表を用いて測定及び評価し、その結果、「特別な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。ただし、該当患者の割合については、毎月6か月を越えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

norihito kimura

70

資料 70

重症患者初期支援充実加算(1日につき) 300点 (特定集中治療室管理料加算等)

これも少し変わった加算ですが、メディエーター加算と言われるものです。メディエーターという職種が、実は研修を受けると取れます。重篤患者、これもICUとかです。集中治療の領域における入院患者と書いてあります。(資料71)

重症患者初期支援充実加算(1日につき) 300点 (特定集中治療室管理料加算等)

- ・対象患者
 - ・集中治療領域における入院患者
- ・算定要件
 - ・特に重症な患者及びその家族等に対する支援体制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特定重症治療室に収容された救命救急病棟等に入院している患者(緊急時の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実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、入院した日から算定して3日を限度として所定点数に加算する。
- ・対象病棟
 - ・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、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料

norihito kimura

71

資料 71

施設基準

施設基準を見ると、患者サポート体制充実加算を届け出でていることとあります。大きい病院は大体届け出ています。外来をやっている時間は相談ができるというようになっていますが、それを行っている加算なのですが、それを取っていて、そしてメディエーターを配置しているということになっています。

よく考えてください。コロナの初期のころは、親族がコロナで入院したとき、その後、不安で仕方ありません。そのときに話をする医師、看護師は、時間がそんなに取れません。だからメディエーターというものが必要なのだろうという多分そういうロジックでこの点数ができたのではないかと思います。

そういう意味では、このメディエーターは、1日につきと書いてありますが、確か3日間限度で取れますから、結構大きい点数なのです。メディエーターの研修は、ネットで調べるとありますので、そこでメ

ディエーターの資格を取ればいいのです。

この専任の担当者がいて、要は患者の家族とかをケアするというようなイメージになっています。やはり新興感染症を中心としたいろいろなケア体制になっているということが間違いなくて、先ほどのICUの重症の加算はなかなか取れないので、まずはメディエーターを取りましょうというようなことなのではないかと思います。

これはいいです。(資料72) (資料73)

・施設基準

- ・(1)患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ・(2)特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ・(3)当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者(以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。)を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。
- ・(4)入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下のアに掲げる者については、医療関係団体等が実施する 特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましいこと。
 - ・ ア 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他 療育関係者
 - ・ イ 医療者資格者以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

naitohiro kimura 72

資料 72

- ・(5)当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行う カンファレンスが月1回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。
- ・(6)当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、区分番号「A234-3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。
- ・(7)当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。
- ・(8)定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

naitohiro kimura 73

資料 73

救命救急入院料、特定集中治療室管理料の入院日数上限の見直し

もう1つは、コロナ対応だと思うのが、今まではICUは14日までしか入院できないというルールがあったのですが、それを取っ払って、8日以上も入院できるようにしました。ただ入院できるのはこの赤く書いてあるところですよ。よくよく見ると、ECMOを使っている患者とか、臓器移植とかと書いてあります。そういう意味では、こういった患者を、まずはコロナも対象として、ICUが長引くことがある人はいる、そういう人もちゃんと見ていくとなったので、超急性期のところは最初に言ったように、結構点数が上がるのだと思います。そういうようなことがあるのではないかとこのところですよ。(資料74)

救命救急入院料、特定集中治療室管理料の入院日数上限の見直し

救命救急入院料 1-4
イ 3日以内の期間
ロ 4日以上7日以内の期間
ハ 8日以上14日以内の期間

→

救命救急入院料 1-4
イ 3日以内の期間
ロ 4日以上7日以内の期間
ハ 8日以上の期間

特定集中治療室 1-4
イ 7日以内の期間
ロ 8日以上14日以内の期間

→

特定集中治療室 1-4
イ 7日以内の期間
ロ 8日以上の期間

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・・・・・・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医療機関に入院している患者であって、急性血漿浄化(腹膜透析を除く。)又は体外式心肺補助(ECMO)を必要とするもの(あっては25日、臓器移植を行ったもの(あっては30日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

naitohiro kimura 74

資料 74

早期離床・リハビリテーション加算500点(14日)の対象拡大(特定集中治療室管理料の加算)

もう1つは、早期離床・リハビリテーション加算です。これはICUだけを取れた点数です。PTをICUに1人配置しておく、1日500点が加算されるのですが、これを救命救急とハイケアとか、脳卒中ケアユニットとか、小児のところで、小児特定でも点数が取れるようになりました。コロナの初期のころはそうですが、集中治療室がいっぱいで受け入れられない、早期離床させる必要があるのもう集中して人を投入しようというのがこの考え方だと思います。

そういう意味では、こういった点数をどんどん、急性期より上、ハイケア、ICU、救命救急のところに点数を付けていこうとなっています。超急性期が詰まらないにすることです。やはり詰まってしまうとどうしてもなかなか入院患者を入れることができないからです。(資料75)

早期離床・リハビリテーション加算500点(14日)の対象拡大(特定集中治療室管理料の加算)

■ 拡大対象 看護職等上も追加

- 救命救急入院料、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及び小児特定集中治療室管理料

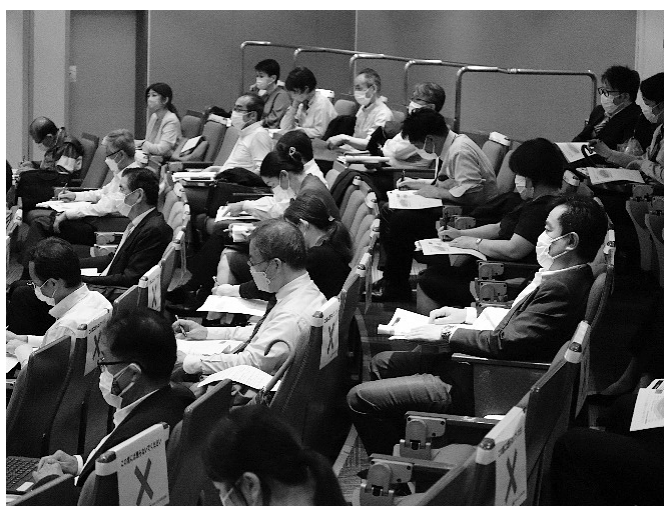
■ 算定要件

- 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病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から算定して14日を限度として500点を算定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に属する心大血管疾患リハビリテーション料、H001に属する脳血管疾患リハビリテーション料、H0 01-2に属する癌予防検診リハビリテーション料、H002に属する運動療法リハビリテーション料、H003に属する理学療法リハビリテーション料、H007に属する障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に属するがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

■ 施設基準

- (7) 救命救急入院料の注8に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
- イ 早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ 心臓循環リハビリテーション科、脳血管疾患等リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科に属する病室で行っている医師専任制であること。

資料 75



早期栄養介入管理加算 400点、250点

もう1つ、早期離床で必要なのは、栄養管理ということで、栄養管理が少し変わりました。今までも早期介入管理加算がICUとかにあったのですが、またハイケアとか、先ほどの脳卒中ケアユニットとかというところにも拡大されました。

点数も若干変えました。今までは経腸栄養だけだったのでしょいか。経腸栄養だけ400点だったのが、経腸栄養以外というもので250点ができました。やはり早期離床をさせる、早く違う病棟に行ってもらおうというところに力が入っています。このようなこともあります。(資料76)

早期栄養介入管理加算 400点、250点

- 対象の拡大
 - 救命救急入院料、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
- 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病室に入院している患者に対して、入室後早期から特設栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点250点(入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院救急食事管理料は別に算定できない。
- 施設基準
 - (6) 特定集中治療室管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
 - イ当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
 - ロ当該治療室において早期から栄養管理を行うに十分な体制が整備されていること。

資料 76

重症度、医療・看護必要度(特定集中治療室管理料) 重症度、医療・看護必要度(救命救急1、3)

この辺の重症度はそんなに変わっていません。(資料77) (資料78)

重症度、医療・看護必要度(特定集中治療室管理料)

- A項目
 - 心電図モニターを除外
- B項目
 - 廃止

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
救命救急入院料2	80%	80%	80%	70%
救命救急入院料4	80%	80%	80%	70%
特定集中治療室管理料1	80%	80%	80%	70%
特定集中治療室管理料2	80%	80%	80%	70%
特定集中治療室管理料3	70%	70%	70%	60%
特定集中治療室管理料4	70%	70%	70%	60%

資料 77

重症度、医療・看護必要度(救命救急1、3)

- 救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の測定に用いる評価票について、特定集中治療室用の評価票からハイケアユニット用の評価票に変更する。

資料 78

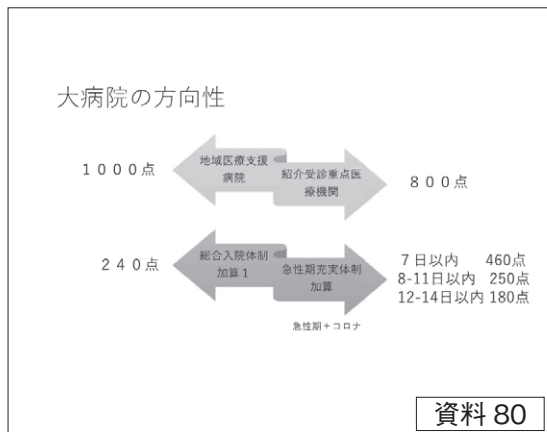
急性期医療 (資料79)

急性期医療

資料 79

大病院の方向性

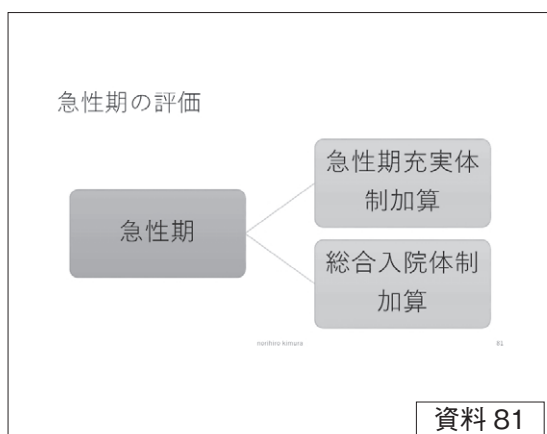
病院の方向性として、やはりこれから先、考えるのは2つずつあります。地域医療支援病院を取るのか、紹介受診重点医療機関を取るのかです。どちらかという、紹介受診重点医療機関を取って、その後、地域医療支援を取るというのが正しいのかもしれませんが、そういうところが1つあります。(資料80)



急性期の評価

あともう1つ、今回できたのが、総合入院体制加算1というのが、今までの急性期の大きい病院の上がりです。その上がりのさらに上がったのが、急性期充実体制加算というものです。

これもどちらかという、総合入院体制加算のアウトカムがプラスアルファにプラス、コロナなのです。だから国として、今までの点数にコロナを入れるとざわざわするから、新しい点数を付けて、そこを取りに行ったのだから、取ったらちゃんとやれというロジックになるのだと思います。(資料81)



急性期充実体制加算

総合入院体制加算は、1日240点でした。それが今度、急性期充実体制加算になると、7日間460点で、ほぼ倍増です。そういう意味ではすごく点数が高いのです。これはどちらかを取るしかないのですが、できれば、急性期充実体制加算を取りたいという病院が多いはずで

これは急性期を頑張っている医療機関にプラス、コロナだと思っただけだと思います。ただ後で、また少し施設基準を出しますが、実はそれだけではありません。(資料82)

急性期充実体制加算

急性期充実体制加算(1日につき)

17日以内の期間 460点

28日以上11日以内の期間 250点

312日以上14日以内の期間 180点

- ・ 対象患者
 - ・ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有する病院の入院患者
- ・ 算定要件
 - ・ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供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、急性期充実体制加算を算定できるものを対象に算定している患者に限る。)について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に算定する。この場合において、区分番号A200に属する総合入院体制加算は別に算定できない。

norihito kishino 82

資料 82

施設基準

今回、いろいろ変なところがあります。この施設基準の(1)を見てももらえればいいのですが、「急性期一般入院料1に限る」と書いてあるので、大学病院は取れません。なかなかいい感じです。あとがんセンターとか、心臓血管センターの専門病院入院料のところも取れません。先ほど言った、国が言う、地域の二次医療圏に基幹病院1つのところを取らせたいというイメージなのでしょう。

あと実績があります。感染1を取っていないと駄目です。すごいものが、外部評価、第三者評価を絶対受けていないと駄目と書いてあります。今回は、「望ましい」ではありません。(資料83)

- ・ 施設基準
 - ・ (1)一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)を算定する病棟を有する病院であること。
 - ・ (2)地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。
 - ・ (3)高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。
 - ・ (4)入院患者の病状の急変を捉えて対応する体制を確保していること。
 - ・ (5)感染対策向上加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
 - ・ (6)当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
 - ・ (7)公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

norihito kishino 83

資料 83

精神科充実体制加算 30点(急性期充実体制加算の加算)

それにはさらに30点加算が、精神科のところ取れます。総合入院の1は精神科の病棟を持っていないと取れないのですが、それと同等になると、7日間490点になります。これはもうすごいです。みんなわくわくしていました。(資料84)

精神科充実体制加算 30点(急性期充実体制加算の加算)

- 対象患者
 - 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している病院の入院患者
- 算定要件
 - 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、急性期医療の提供に専ら従事する体制を十分に確保している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1)急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が確保されていること。
 - (2)次のいずれにも該当すること。
 - イ 精神科を専らとする診療部門であること。
 - ロ 精神科併設入院基本科、精神科急性期医療入院科、精神科急性期医療併設入院科、精神科急病、急性入院科、急病、急性期精神科急性期医療併設入院科併設診療科併設入院科のいずれかに係る施設基準の届出を行っている診療部門であること。

資料 84

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

「うちは取れるかな」と思っていたところが結構多いのではないのでしょうか、こちらの施設基準を見てもらえると分かるのですが、やはり今、一番問題になったのが、この特定薬局です。要は院内薬局をやっていると駄目と書いてあるのです。取れそうに思わせておいて、がっかりしたと思います。

私は総合入院体制加算プラス、コロナで取れるのかなと思っていたら、最後の最後にすごいものが入っていて、みんなびっくりみたいな感じです。先進的に経営していた、頑張ってしまったところは駄目みたいな、「それは何だ」みたいな感じでは言っています。

あとは見てもらえればいいのですが、全麻、2,000件とかです。通常800件というのあるのですが、2,000件というのはなかなかないのではないかと思います。2,000件以上やっているところはたくさんありますが、なかなかないというのは、施設基準上です。

こういったところで救急搬送も2,000件と書いてありますが、なかなかハードルとしては、結構すごい、何とか医療センターみたいなところでないと無理です。何とか医療センターは、いろいろ経営改善をした結果、院内薬局をやってみたというものがあります。

やはりこういったものを見てもらえると、小児をやっていたらある程度、優遇されるが、そうではなければ、結構な件数をやらなければいけないということで、大変です。ある程度の人口規模の町でないと、これくらいはできないのではないかとはい思います。(資料85) (資料86)

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

<p>【算定要件】 急性期医療の提供に専ら従事する体制を十分に確保している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 (1)急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が確保されていること。 (2)次のいずれにも該当すること。 イ 精神科を専らとする診療部門であること。 ロ 精神科併設入院基本科、精神科急性期医療入院科、精神科急性期医療併設入院科、精神科急病、急性入院科、急病、急性期精神科急性期医療併設入院科併設診療科併設入院科のいずれかに係る施設基準の届出を行っている診療部門であること。</p>	<p>【算定要件】 急性期医療の提供に専ら従事する体制を十分に確保している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 (1)急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が確保されていること。 (2)次のいずれにも該当すること。 イ 精神科を専らとする診療部門であること。 ロ 精神科併設入院基本科、精神科急性期医療入院科、精神科急性期医療併設入院科、精神科急病、急性入院科、急病、急性期精神科急性期医療併設入院科併設診療科併設入院科のいずれかに係る施設基準の届出を行っている診療部門であること。</p>
--	--

資料 85

高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

<p>【算定要件】 急性期医療の提供に専ら従事する体制を十分に確保している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 (1)急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が確保されていること。 (2)次のいずれにも該当すること。 イ 精神科を専らとする診療部門であること。 ロ 精神科併設入院基本科、精神科急性期医療入院科、精神科急性期医療併設入院科、精神科急病、急性入院科、急病、急性期精神科急性期医療併設入院科併設診療科併設入院科のいずれかに係る施設基準の届出を行っている診療部門であること。</p>	<p>【算定要件】 急性期医療の提供に専ら従事する体制を十分に確保している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【施設基準】 (1)急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が確保されていること。 (2)次のいずれにも該当すること。 イ 精神科を専らとする診療部門であること。 ロ 精神科併設入院基本科、精神科急性期医療入院科、精神科急性期医療併設入院科、精神科急病、急性入院科、急病、急性期精神科急性期医療併設入院科併設診療科併設入院科のいずれかに係る施設基準の届出を行っている診療部門であること。</p>
--	--

資料 86

総合入院体制加算

総合入院体制加算は、若干、施設基準が緩くなったくらいで大したことはありません。(資料87)
(資料88)

総合入院体制加算

・総合入院体制加算1

- 施設基準等
 - (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。
 - ア 人工心臓を用いた手術及び人工心臓を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上
 - イ カ(略)
 - (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。
 - ア (略)
 - イ 人工心臓を用いた手術及び人工心臓を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術

人工心臓を用いた手術とは、医科点数表第2巻第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K555」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心臓を用いた手術をいう。また、人工心臓を併用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第2巻第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K55-2-2」に掲げる手術をいう。

norihito kishida 87

資料 87

- (6) 外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。
 - ア 次のイ)及びロ)のいずれにも該当すること。
 - イ) 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。
 - ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療報酬支払(1)の「注1」の医療を従事する医療従事者、医師が治療であり遠隔の必要のない患者数及び転帰が良好であり遠隔療の初回外来時に次回以降の遠隔の必要がないと判断された患者数が、直近1か月前の経過観察患者数(ただし、外来化手戻法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。
- イ 総合診療重点医療機関(医科点数法の18の2第1項に規定する外未機能報告対象病院等)であって、前法第30条の18の4第1項 第2号の規定に基づき、前法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来施設を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。)であること。

・総合入院体制加算2

- 施設基準
 - (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。
 - ア 人工心臓を用いた手術及び人工心臓を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 40件/年以上

norihito kishida 88

資料 88

月例セミナー
(木村講師)

急性期一般病棟等

一般病棟は、点滴ライン同時3本がなくなりました。

その分、緩くなったのだから、どうだか分かりませんが、注射薬剤3種類以上というものに置き換わりました。心電図モニターも除外になりました。どちらかという、これとこれで薬剤が3つくらい入っている場合が結構多いので、何とかなくなってしまわないかというのが実際です。

輸血、血液製剤のところは1点が2点になったということで、実は騒いでいる医療機関はありません。ほぼほぼみんな何とかなっています。それはなぜかという、下げてくれたのです。

やはり心電図モニターがなくなった分、下げてくれたので、そういう意味ではそんなに大変ではなかったということです。(資料89)

急性期一般病棟等

急性期一般入院科6 1408点 → 急性期一般入院科6 1408点

急性期一般入院科7 1382点

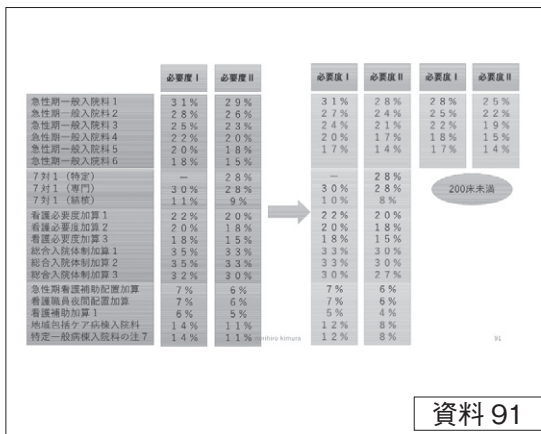
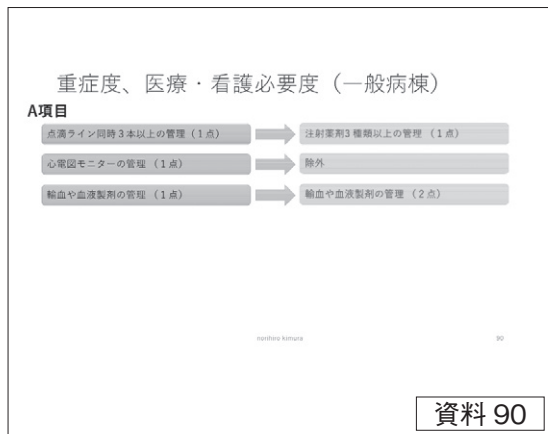
- 重症度、医療・看護必要度IIの義務化
 - 一般病床200床以上の急性期一般入院科1
 - 一般病床400床以上の急性期一般入院科2-5
- 重症度、医療・看護必要度の変更点
 - 点滴ライン同時3本以上の管理 → 注射薬剤3種類以上の管理
 - 心電図モニターの管理 → 除外
 - 輸血や血液製剤の管理が1点 → 2点

norihito kishida 89

資料 89

重症度、医療・看護必要度(一般病棟)

必要度を上げるためには、簡単に言うと、早く退院させればいいので、必要度の基準から外れた人は早く退院させるというところが一番のポイントではないかと思います。(資料90) (資料91)



地域包括ケア病棟

点数が下げられるのではないかとずっと言われて、もうはや10年近くになりますが、私は今回、上がったと思っています。(資料92)



地域包括ケア病棟(在宅復帰率)

まず在宅復帰率が、70%から72.5%になりました。多分、次の改定で75%になるということだと思います。

一番大きいのは、この地域包括の3と4です。今まで在宅復帰率は、3と4は関係なかったのです。それが今度、70%というものが入るので、どうするかと言っている医療機関が多いです。半年の猶予です。それまでに在宅復帰を7割にしないといけない医療機関が結構あります。(資料93)

地域包括ケア病棟（在宅復帰率）

- ・算定要件
 - ・ 注10 注11に規定する地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもののみを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、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
- ・施設基準
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料1,2と地域包括ケア入院医療管理料1,2の施設基準
 - ・ ① 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割七分五厘以上であること。
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料3,4と地域包括ケア入院医療管理料3,4の施設基準
 - ・ ① ②のハからトまでを満たすものであること。
 - ・ ② 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。

norihito kimura 93

資料 93

地域包括ケア病棟（許可病床200床－400床未満）

地域包括ケア病棟の許可病床数が200床から400床のところは、自分のところで移動した患者の割合が6割未満でないと駄目です。外から4割以上取ってくる、半分くらいは外からの患者を受け入れるというのがいいのだろうということです。それは少し大変かもしれません。（資料94）

地域包括ケア病棟（許可病床200床-400床未満）

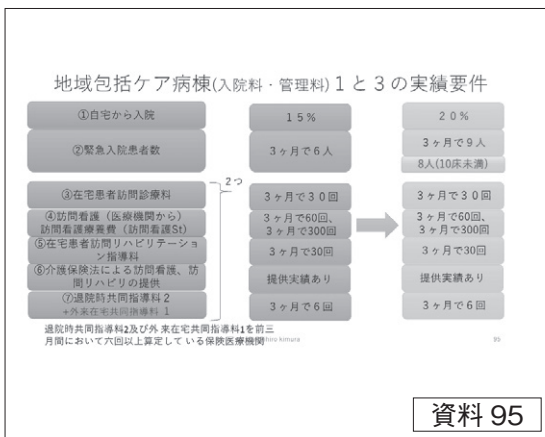
- ・算定要件
 - ・ 注9 注11に規定する地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア病棟入院料4の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもののみを適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の9885に相当する点数を算定する。
- ・施設基準（地域包括ケア病棟入院料2,4）
 - ・ 二 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一級病棟から転移したものの割合が六割未満であること。

norihito kimura 94

資料 94

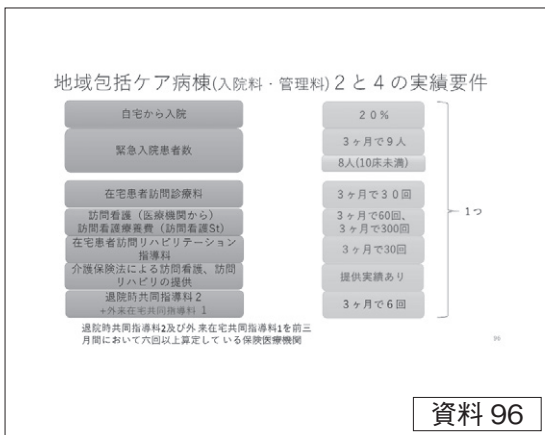
地域包括ケア病棟（入院料・管理料）1と3の実績要件

あとは何が大変かという、アウトカムの部分で変わったのはこれです。これは地域包括の1とかなので、1が一番高い点数です。自宅からの入院が15%だったのが20%、緊急入院が3カ月で6人だったのが、3カ月で9人、10床未満だったら8人でいいです。これは大変かと言われると、そんなに大変ではないのではないのでしょうか。どちらかという、管理料という部屋単位で取っているところは少し大変かもしれませんが、病棟単位で取っているところは、患者の流入ルートを少し変えればいだけなので、そんなに大変ではありません。（資料95）



地域包括ケア病棟(入院料・管理料)2と4の実績要件

今度は地域包括ケア病棟の2と4に関しては、アウトカムがどれか1つ入ったということなので、これもそんなに大変ではありません。別にこれで病院から訪問看護にいけば、みなしの番号を持っているので、訪問看護を少し介護保険分やれば1つクリアですから、それでいけてしまいます。別に自宅からの入院とかいろいろありますが、そういったところになると思います。(資料96)



地域包括ケア病棟(初期加算)

私が点数が上がったと言っているのは、これです。地域包括ケア病棟は、トータルでどれぐらいになるかという、結構今、単価の仕上がりとしては一番高いところで、1日3万4,000円から3万6,000円ぐらいなのです。いいですね。知らない間に単価がどんどん上がっていますから、もう下手な急性期病棟よりは全然いいです。

その原因がこれです。14日までの加算が結構大きいのです。これは、他の病院から移動してきた、もしくは自分のところの病棟から移動した患者が取れる点数です。いわゆる在宅から患者を受け入れるとこちら側になります。これは14日取れます。

ツリー図を見ていきますと、例えば急性期の病棟400床以上というのは、基本的には今作られないので、これは無視します。ということは下がったのは1つだけなのです。許可病床400床未満のところ、院内

移動をたくさんするところは、今まで150点なので25点下がりました。しかし他の医療機関から取ると250点です。150点から100点上がっています。そういう意味では、別に小さい医療機関は影響を受けないし、逆に上がるはずなのです。

ではもう1つ、在宅の点数は14日300点でしたが、老健から受けると500点です。今まで、14日いたとしたら、4万2,000円だったのが、7万円になるのです。老健以外、特養でも何でもいいのですが、受けると、300点が400点になったのです。だから在宅から受けたほうがすごくいいのではないかという感じになってしまうのです。

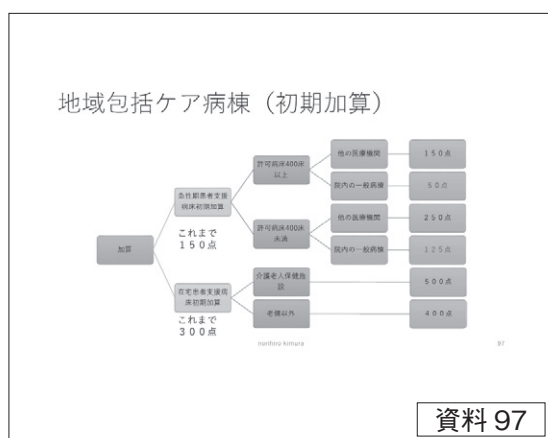
そうするとそもそも、今、加算を入れて、仕上がりとしては、この500点を取るとさらに上がってしまうという感じになっているので、老健からの患者は、まず一般病棟に入れなくて、直接、地域包括がいいという感じになっています。

特養からもそうです。特養からもわざわざ一般に入れても仕方がない、出来高の一般だと、2万1,000円とかですか。それに加算を付けても、3万6,000円はいきません。ジェネリックでうまくやれば、熱発ぐらいだったら、こちらのほうが全然利益率が高いです。そういうふうにおペレーションをどういふふうに変えられるかの問題です。

国としては、やはりそういう軽度急性期の方を一般病棟とか、夜間に送りたくないのです。救急センターもそうですが、そういったところにはもう連れていきたくないのです。だからそのいい関係をどうやって作るかによって、地域包括ケア病棟というのは、まだ点数は伸びます。

だからよく地域包括ケア病棟の稼働が悪いという病院があるのですが、そこはもう多分患者のマネジメントが悪いのです。マネジメントが悪いというのは、どういう状態で、どこで移動するかということをやちゃんと決めていないのです。

そもそも地域包括も、加算を全部取っていくと、10対1なのです。ということは、急性期の4から下と変わりません。そこでなぜ「地域包括だから」という言葉が出てくるのか、私には意味が不明です。同じ看護をやっているのだったら、同じように見られるはずだし、別に同じように治療をしてもその3万6,000円の単価は超えないのだから、好きなように治療をしてもらっていいのです。そこを変な制限をすることで、ここは入れられないというようになってしまうだけです。そういうふうには3万円超えの単価をどうやって作られるか、一般で考えると、まず難しいと思います。(資料97)



地域包括ケア病棟 その他

もう1つは、地域包括で100床以上は、入退院支援加算1を取らなければいけません。前回の改定で、地域包括は入退院支援加算2が取れるような施設基準になったのです。取れるような施設基準になったというか、2と同じ施設基準にしないと施設基準が通らないようになったのです。

2と1の違いは何かというと、連携先との面談が3回、これは以上の連携先です。だから連携先がない時点でおかしいのですが、普通は1が取れるはずなのです。それを取っていきましょう。(資料98)

地域包括ケア病棟 その他

- ・地域包括ケア病棟入院料1若しくは2又は地域包括ケア入院医療管理 理料1若しくは2を算定する病棟又は病室を有する保険医療機関であって、許可病床数が100床以上のものについて、入退院支援加算1に係る届出を行っていない場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定することとする。
- ・一般病床において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算定する場合には、第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であることを要件とする。ただし、200床未満の保険医療機関については、当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たすこととする。

資料 98



地域包括ケア病棟 その他2

そしてもう1つあって、今、少しざわざわしているのはこれです。これは結構大変です。アとイとオと、ウとエ、それぞれ1つずつ取らないと、地域包括ケア病棟の施設基準を満たせないことになりました。

アは、在宅療養支援病院を取るのか、イが、在宅患者の受け入れ実績3人です。そんなに大変ですか。大変ではありません。あとは訪問看護ステーションが同一敷地内にあるとかです。

では、ウとエは、要は地域医療計画に救急の病院と書いてあるかどうかということです。こちらは一次救急、こちらは二次救急です。それがどうかだけなのです。面白いのが、大きいところで、二次救急をやっているところはこころ辺が手薄だとかということがあったりします。面白いです。こちらをやっているところは、救急をあまり頑張っていないとかとあって、今、これをどうするかとなっています。

しかしこれは簡単です。「一時救急を始めます」と保健所に行ってくればいいのです。こちらをやっているところは楽ですが、こちらをやっていて、これをやっていないところは駄目だから、このイを何とかするとかといったところをクリアしなければいけません。(資料99)

地域包括ケア病棟 その他 2 アイオ+ウエ
=2

- 施設基準
 - (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院診療料を算定する場合は、アイオ+ウエのいずれか又はこの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院診療料を算定する場において、ウエ又はエについては、当該保険医療機関内に緊急外来を有していること又は24時間緊急外来を受け入れていることにより当該基準を満たすものとする。ただし、令和4年3月31日において既に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院診療料の算出を行っている病棟又は病室については、令和5年3月31日までの間の限り、なお従前の例による。

- ア 「特種診療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」の別添1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- イ 「特種診療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」の別添1の第16の3に規定する在宅療養支援診療所の届出を行っていること。ただし、届出の有無にかかわらず、患者の受入実績が前1年以上(後発番号「A206」在宅療養支援診療所届出番号)を算定したものに際して、)であること。
- ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
- エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
- オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。

資料 99

医療法上の病床区分と地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟で非常に面白いのは、医療法上の一般病床と、療養病床の両方で作られます。療養病床と一般病床の違いは、皆さんはどういうメリットとデメリットがあるか知っていますか。

一般病床は、医師の配置は16対1、療養は48対1です。48対1のほうが全然得ではないですか。悪い経営者目線だと、人の配置が少なくていいという話になります。それとプラス、実は療養病床にすると、高齢者に関しては、負担金が増えるのです。食事と、もう1つ療養費がありますが、それが1日460円とか取れるようになります。その違いです。

しかし人件費が安くできます。だからこのイ、ロ、ハのどれかをクリアしないと5%減にするというのが今回、入りました。人件費分、安いから仕方がないということです。

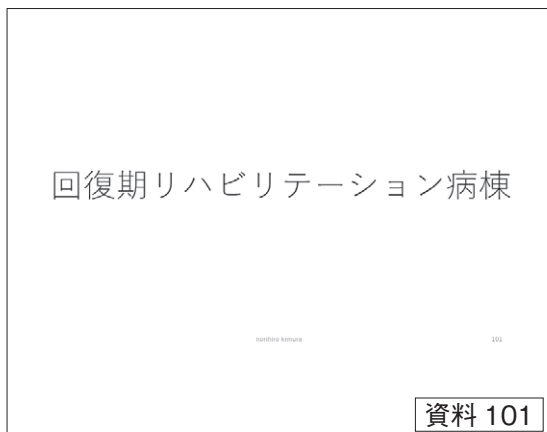
これが面白いことに、自宅から入院した患者の割合が6割以上ということと、3カ月間で緊急入院患者の受け入れが30人以上とか、口はないのではないかと思います。もう1つは、「救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること」です。これをやらせようとしているのでしょう。多分、ハをやらせようとしているのです。そうやって救急をやる病院を増やそうとしている国の方向性が透けて見えるところがあります。こういったところで、いろいろ国も仕組みを作っています。(資料100)

医療法上の病床区分と地域包括ケア病棟

- 算定要件
 - 注1 1、3、5及び7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病棟を有する保険医療機関において、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病床を有する保険医療機関において、当該病床に入院した患者の割合として、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病床に入院した患者の割合として60日を超えてそれぞれ所定点数を算定する場合は、所定点数の100分の95に相当する点数と算定する。
- 施設基準
 - (10) 地域包括ケア病棟入院料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 次のいずれかに該当する場合であること。
 - ア 当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が六割以上であること。
 - イ 当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受け入れ人数が、前三月間において、それぞれ半分以上であること。
 - ハ 救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

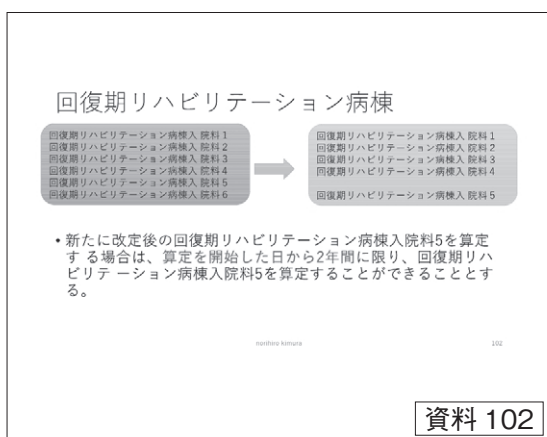
資料 100

■ 回復期リハビリテーション病棟 (資料101)



回復期リハビリテーション病棟

回りハはそんなに動きがないと皆さんには見えるかもしれませんが、回りハは実はすごく厳しいです。
(資料102)



重症患者割合(回りハ病棟)

何が厳しいかというと、重傷者割合です。重傷者の割合が3割から4割と、10%上がりました。これによって1と2が取れないという医療機関が結構出てきています。「うちは3ではないか」みたいなどころが出ています。

これが都道府県によって少し解釈が違って、施設基準で少し面倒くさいことがあります。グループ内病院で移動した場合は、この計算から除外になってしまうということがあります。ただ今、駄目と言われているのは北海道だけみたいです。それ以外の県は多分大丈夫なのでしょうけれども、除外されると当然ですけれども、外から取ってきている患者の割合で計算することになるので、非常に厳しくなります。

このようなことがあり、実はここの重傷者割合が高くなるということは、結構厳しいです。回りハはもともと脳血管疾患で数字を作らなければいけません。運動器の方は重症者割合が取りにくいのです。計

算の対象にならないというか、要は重傷者扱いにできないことが多いです。

そうすると脳血管疾患でやらなければいけないし、脳血管疾患と運動器の方の単価は、多分1.5倍までは言わないですが、違います。大体脳血管疾患の8掛けぐらいになります。当然ですが、同じ職員を抱えていると、脳血管疾患でやったほうがアウトカムが取れるし、重傷者割合も取れるので、そこを今、みんな集めようとしています。

当たり前ですが、重傷者割合を保つためには、早く回転させていかないとけません。国もそうです。前回までは、回りハの1に関しては、平均在院日数60日ぐらいまでに持っていきたいというように書いてあって、前は80日ぐらいで終わっていますが、そこにメスを入れたということです。

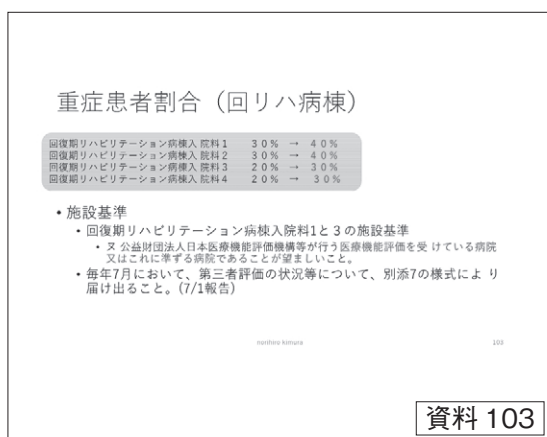
回りハが厳しいという理由は、最近、回りハの病院が首都圏はたくさんできています。取り合いになっている中で、脳血管疾患の割合を高くしなければならないというのは結構厳しいのです。

これから先、回りハの病院を皆さんが見る機会がありましたら、稼動を見てください。稼動がどんどん悪くなるはずで、それから、運動器割合が高くなっていくと、当然ですが下に落ちることになるので、そこで経営が圧迫されます。

単価もそうです。単価も理論上の運動器のトップラインが多分3万8,000円ぐらいです。脳血管だと4万6,000円ぐらいまでいけます。同じ時間、同じ人数でなので、それを考えるともう全然違ってきます。それぐらい大きいということです。

当然、運動器は早く退院させなくてはならないし、脳血管疾患は180日OKですが、そういった違いもあるので、そこが厳しいです。そういう意味では、これから先、企画するとき、回りハと簡単に言わないほうがいいと思います。原価計算をすると、絶対、地域包括のほうがいいです。というのはここだけにしておいていただいて、みんながざわざわすると、また厚生労働省が計算をして、「地域包括がもうかっているのではないか」みたいな話になるので、それはもう黙ってやるのがいいです。

みんなは回りハはもうかると思っていますが、今、そういうことは絶対ないです。（資料103）



回復期リハビリテーションを要する状態の追加

施設基準

特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2129点(生2115点)

施設基準

リハ実施計画書の署名

回りハは今回、新しく入ったのが、FIMもそうですし、あとは急性心筋梗塞とか、心大血管リハです。心大血管リハは、はっきり言って、回りハをやっている病院からすると何もメリットはありません。新しくやるメリットもありません。

それはなぜかという、心大血管リハというのは、循環器の医師がいるときだけできます。そもそも回復期リハオンリーでやっているところに循環器の医師とかはほぼいません。それをわざわざ作りについて、心大血管リハの患者を取ってこようとしても、多分来ません。来ないし、循環器内科と心外の患者を見ていれば分かると思いますが、オベをして、ある程度リハビリをしたら家に帰って、あとは通院でのリハです。それをわざわざ入院させてがっつりとやろうというのは、多分無理です。

基本、運動療法なので、単価はある程度、200点とか高く見えるのですが、そんなにできません。3時間も、心臓が悪い人にリハビリをさせたら死ぬのではないですか。そういうリハではないということを知って、一番いいのは、もともと循環器の病棟があって、がっつりと救急の患者を見ていて、そこがたまたま病棟がいっぱいなので回りハにおろせる、良かったという扱いで考えたほうがいいです。

これをわざわざ作りについたら、CPXもそうですが、結構お金もかかるし、こういったものを整えただけで多分大赤字になります。一番最悪なのが、回りハで心臓リハを始めましたと、患者がいらないから、自分たちで循環器をやるといった多分、病院は死にます。今、循環器は全然もうかりません。材料負けするような感じになっています。プラスアルファでやる分にはいいのですが、今から作って体制を整えるというのは少し違うと思います。(資料104) (資料105) (資料106) (資料107) (資料108) (資料109) (資料110)

回復期リハビリテーションを要する状態の追加

・算定要件

- ・(11)「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。
- ・ア・イ (略)
- ・ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数(入棟時)に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限り、)の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の5に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るFIMの測定を行うこと。
- ①-④ (略)
- ⑤基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

norihito kimura

104

資料 104

・(12)-(15) (略)

- ・(16)急性心筋梗塞等の患者(基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して90日まで算定できるものに限る。)については、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」(日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン)の内容を踏まえ、心肺運動負荷試験(CPX(cardiopulmonary exercise testing))を入棟時及び入棟後月に1回以上実施することが望ましい。

norihito kimura

105

資料 105

- 施設基準
 - (1) 通則
 - ル 別表第九に掲げる急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態に該当する患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 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
 - 六 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態(算定開始日から起算して九十日以内)
- 別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態
 - 六 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

noriko kimura

106

資料 106

特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 2129点(生2115点)

- 対象患者
 - 特定機能病院の一般病棟に入院している患者であって、回復期リハビリテーションを要する状態にあるもの
- 算定要件
 - (1)主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する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保険医療機関(特定機能病院に限る。)が地方厚生局長等に届け出た病棟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回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として算定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
 - (2)診療に係る費用(当該患者に対して行った第2種第1部医学管理等の区分番号0001の10に掲げる入院医療費表費報酬、第2種在宅医療、第7部リハビリテーションの範囲(別に厚生労働大臣が定める費用を除く。)、第2部に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、前払加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サート体制充実加算、データ提出加算、入院医実働加算(1の4に限る。)、認知症ケア加算、養育給食評価加算、経厚自立支援加算、区分番号038に掲げる人工腎臓、区分番号042に掲げる血液濾過、区分番号040に掲げる特定保険医療材料(区分番号038に掲げる人工腎臓又は区分番号042に掲げる血液濾過に限るものに限る。)、並びに除外・薬剤・注射薬の費用を除く。))は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

noriko kimura

107

資料 107

- 施設基準
 - (1)回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、特定機能病院の一般病棟単位で行うものであること。
 - (2)回復期リハビリテーションを行うに必要な構造設備を有していること。
 - (3)心大血管疾患リハビリテーション料(1)、脳血管疾患等リハビリテーション料(1)、運動器リハビリテーション料(1)及び呼吸器リハビリテーション料(1)に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (4)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションが行われていること。
 - (5)当該病棟に専従の常勤医師が1名以上配置されていること。
 - (6)当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその増数を増すごとに1以上であること。
 - (7)当該病棟において、看護職員の見必要数の7割以上が看護師であること。
 - (8)当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその増数を増すごとに1以上であること。
 - (9)当該病棟に専従の常勤の理学療法士が3名以上、専従の常勤の作業療法士が2名以上、専従の常勤の言語聴覚士が1名以上、専従の常勤の管理栄養士が1名以上、在宅復帰支援を担う専従の常勤の社会福祉士等が1名以上配置されていること。
 - (10)特定機能病院であること。(当分の間は、令和4年5月31日において既に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。)

noriko kimura

108

資料 108

- (11)休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- (12)当該病棟において、新規入院患者のうち5割以上が重症の患者であること。
- (13)当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く割合が7割以上であること。
- (14)リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
- (15)他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (16)早期臨床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (17)1病棟に限り届出を行うことができること。

noriko kimura

109

資料 109

リハ実施計画書の署名

- 4の4リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書(以下この項において「計画書」という。))については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合(新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合)であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの計算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。)を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。

noriko kimura

110

資料 110

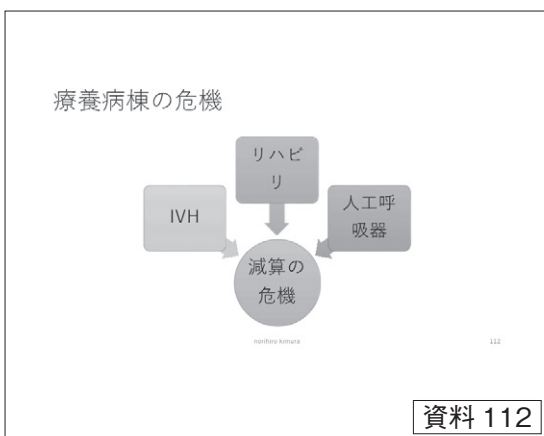
療養病棟

療養は結構きついです。(資料111)



療養病棟の危機

医療療養は減るのではないですか。IVH、リハビリというのが今回、結構ターゲットにされたので、そこが厳しいということがあります。(資料112)



療養病棟におけるFIMの測定

まず療養でリハをやるとどうなるかということ、リハの必要な人ということで、医療区分が2になります。それをFIMをやらないと、医療区分1にするというのが今回の改定です。療養でリハをやっているところは、実は単価をかさ上げをするためにやっているところが結構多いのです。リハの専門医というよりは、リハが指示書を書いて、先生にはんこをもらってやっているところがすごく多いです。(資料113)

療養病棟におけるFIMの測定

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する場合において、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「FIM」という。)の測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき2単位まで出来高での算定とする。
- また、医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を行っていない場合においては、医療区分1の場合に相当する点数を算定することとする。

norihito kimura

113

資料 113

算定要件

もう1つFIMをやらないと、1日2単位までしか駄目だと書いてあるので、そこはもう完全に手が入りました。よく療養は利益が出るという人がいるのですが、こういうリハビリとか、いろいろなものから利益が出ているということを考えると、今回のリハに手を入れてきたというのは厳しいです。(資料114)

算定要件

- 注3療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)及び第13部病理診断並びに第4部薬学診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルム)の費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。)費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の療養病棟(病棟)の一般病棟へ転院又は別の療養病棟(病棟)の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4-10(略)
- 11注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの(以下「除外病棟」という。)として地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3部の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数(入院料)に又はFIMを算定する場合であって、心臓血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure)の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料6、11又は10の点数の100分の75に相当する点数を算定する。

norihito kimura

114

資料 114

施設基準

月1回FIMをやります。どちらかという、今までやりたいのだったら手間を掛けなさいということなのです。(資料115)

・施設基準

- ・(3)療養病棟入院基本料に含まれる第7部リハビリテーションの費用入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション科、脳血管疾患等リハビリテーション科、脳用症候群リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科であって一日につき二単位を認めるもの(特例診療科の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。)の費用(療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能自立度評価法(Functional Independence Measure)以下「FIM」という。)の測定を行っている場合に限る。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。

naohito kimura

115

資料 115

IVH(療養病棟)

もう1つつらいのは、IVHです。今まで、IVHは医療区分3になるので、療養の病院、もしくは急性期の病院からすると、療養に送りたいときは、IVHに入れてくれれば多分取ってくれるみたいなことをやっているところは結構多いはずですよ。それはまずいのです。せっかく胃ろうを減らしたのに、胃ろうからIVHに変わった、それはまずいということです。

今回はどうなったかということ、接触嚥下(せしょくえんげ)の必要な体制がない場合は、医療区分3から医療区分2にします。IVHがぶら下がっている人、要するに高カロリーの輸液とかがぶら下がっている人はちゃんと接触嚥下をやりましょうということです。そういう体制がないと点数が下がります。

医療区分3から2になると、どれくらい下がるかということ、多分1日、2,500円から3,000円くらい下がると思っています。そうすると患者1人当たり、月に7万円とか下がってしまうわけです。7万円とか下がると、病院的に利益が出にくくなってしまいます。だから接触嚥下をやらなければいけなくなります。そうするとこの接触嚥下の施設基準を取らなければなりません。(資料116)

IVH(療養病棟)

- ・療養病棟における中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、当該病棟が患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定することとする。

8の2療養病棟入院基本料の注1に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について次のいずれも満たしていること。

ア 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の関係医療機関との協力により確保することも差し支えない。

イ 摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できること。

ク 毎年7月において、療養病棟入院料を算定している患者のうち、中心静脈栄養を実施している患者の数、終了した患者の数、嚥下機能療法を実施した患者の数及びアの他の関係医療機関との協力による体制の確保の状況等を様式5の7を用いて届け出ること。

naohito kimura

116

資料 116

H004 摂食機能療法 185点

接触嚥下の施設基準を取るのはいいのですが、嚥下の評価をしなければいけません。嚥下の評価をするためには、VEかVFをやらなければなりません。それが間違いなく出てくるのです。(資料117)

H004摂食機能療法185点

- ・(1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画に基づき、医師、歯科医師又は医師若しくは歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、栄養師、歯科衛生士、理学療法士若しくは作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。
 - ・ア 発達遅滞、咽切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
 - ・イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- ・(2) 摂食機能療法の実施に当たっては、摂食機能療法に係る計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録等に記載すること。
- ・(3) 摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の調票欄に疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載すること。
- ・(4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、栄養師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。
- ・(5) 「2」については、脳卒中の発症後14日以内の患者に対し、15分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後14日以内の患者であっても、30分以上の摂食機能療法を行った場合には「1」を算定できる。

naohiro kimura

117

資料 117

IVH(療養病棟)

今、ひそかにブームになっているのが、療養病棟に耳鼻科のバイトを招へいするのです。そうするとVEとかVFの評価ができます。というように今、局所的ですが、知らないうちに耳鼻科のバイトブームが起きています。そういったことはあります。

これは最後にできた施設基準なのですが、取りあえず、VE、VFをやって、接触嚥下ができる体制だけは整えてほしいとなっています。連携先でもいいと書いてあります。(資料118)

IVH (療養病棟)

- ・算定要件
 - ・注1 病院の療養病棟(医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床(以下「療養病床」という。)に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この条において同じ。)であって、看護師配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に基準が定められている施設基準に適合しているものとして、療養病棟期間が地方厚生局長等に届け出た期間に入居している患者(第3種の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、A/D型について算定の趣旨に適合するもの(以下「当該患者」といふ)をそれぞれ所在地数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に依り、それぞれ1又は2の入院料を算定する。
- ・経過措置
 - ・(1) 令和4年3月31日において既に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
 - ・(2) 令和4年3月31日において既に療養病棟入院料1又は2を算定している患者であって、医療区分3のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している限り、医療区分3に該当する場合は点数を算定できる。

naohiro kimura

118

資料 118

摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法 185点、130点)

一応接触嚥下は、この点数があるので、この今までどおりの点数が取れるようであればいいのではないかと考えています。(資料119)

摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法185点、130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、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、施設基準に係る区分に依り、患者(ハ)については、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。)1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 - イ 摂食嚥下機能回復体制加算 1210点
 - ロ 摂食嚥下機能回復体制加算 2190点
 - ハ 摂食嚥下機能回復体制加算 3120点

norihito kimura

119

資料 119

施設基準

第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算

最初にこのIVHと療養のところで出てきた点数は何かというと、これが出てきたのです。この接触嚥下機能回復体制加算1、2、3です。これは何かというと、胃ろうを外すときに確か新しくできた接触嚥下の185点の点数でした。(資料120) (資料121) (資料122)

・留意時刻

- (7)「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下この区分番号において「摂食嚥下支援チーム」という。)等による対応によって摂食機能又は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。
- (8)「注3」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。
 - ア 摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うことをしても差し支えない。(中略)
 - イ アを実施した患者について、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すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。
 - ウ 摂食嚥下支援チームは、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下造影検査の見直し(嚥下造影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。)及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、患者又はその家族等への指導管理を行うこと。カンファレンスの結果を踏まえて計画書等の見直しを行った際には、見直しの要点を診療録等に記載し、又は、計画書の写しを診療録等に添付すること。

norihito kimura

120

資料 120

・施設基準

- 一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準
 - (1) 摂食嚥下機能回復体制加算1の施設基準
 - イ 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うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ロ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実態等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ハ 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について担当の実績を有していること。
 - (2) 摂食嚥下機能回復体制加算2の施設基準
 - (1)のイ及びロを満たすものであること。
 - (3) 摂食嚥下機能回復体制加算3の施設基準
 - イ 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うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ (1)のロを満たすものであること。
 - ハ 療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院であること。
- 二 摂食機能又は嚥下機能に係る療養について担当の実績を有していること。

norihito kimura

121

資料 121

・第45の2 摂食嚥下機能回復体制加算

1 摂食嚥下機能回復体制加算1に関する施設基準

- (1) 当該施設構内において、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合は、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。
 - ア 医師
 - イ 摂食嚥下機能回復を有する患者の看護に経験が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者のうち常勤専任又は専任の常勤専任医師
 - ロ 専任の常勤看護職員
 - ハ 専任の常勤管理栄養士
 - ニ 専任の歯科衛生士(専任の理学療法士又は作業療法士)
- (2) 施設
 - (3) 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の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参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することも容許される。
 - (4) 当該施設構内において、経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの(施設又は施設上の患者を含む。)の割合が20%以上の施設に導入した日、開業を当該施設又は当該中心診療医を開設した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている患者(常勤専任の医師が、指導を受けている患者又は中心診療医を実施している患者であって、当該施設構内において当該患者を管理している患者)の割合が20%以上の患者、開業を当該施設又は中心診療医を開設した日
 - イ 当該施設構内において当該患者を管理している患者、開業を当該施設又は中心診療医を開設した日

norihito kimura

122

資料 122

2 摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準

これはよく見ていくと、3というのは、療養対象なのです。3は療養だけのものです。これはやはり月に1回、嚥下の評価をして、計画を立ててくださいと書いてあります。これは結構厳しいのです。

世の中には、病棟はほとんどIVHの病院とかがあるわけです。そういったところは、もう回りません。もう安易にIVHを入れて、IVHだけで管理をするというのはもうやめてほしいというような、今回の1つのメッセージなのだろうとことがあります。これは療養だけです。

それ以外は、取る気になれば、いろいろと急性期の病院でも取れるというものがあります。結構高い点数なので、こういう接触嚥下をNSTと交えてやっていくといいのではないかと考えています。(資料123)

- ・ 2 摂食嚥下機能回復体制加算2に関する施設基準
 - ・ 1の(1)から(3)までの基準を満たしていること。
- ・ 3 摂食嚥下機能回復体制加算3に関する施設基準
 - ・ (1)当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。
 - ・ (2)当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内服嚥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参加していること。なお、その後の職員については、必要に応じて参加することが望ましい。
 - ・ (3)当該保険医療機関において中心診療を実施していた患者(療養 病棟入院料1又は2を算定する療養の入院患者 77歳未満。)のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心診療を終了した者の数の算定の算数が、2名以上であること。ただし、令和4年3月31日時点において療養の病棟入院料1又は2を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心診療を終了した者の数を算入して差し支えない。
- ・ (3)令和4年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和4年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和4年9月30日までの間に限り、1の(1)のイにおける「専任の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、(4)の基準を満たしているものとする。

naohiro kamura 123

資料 123



月例セミナー
(木村講師)

J045 人工呼吸

人工呼吸器に関しても、療養は実は下がります。819点から950点に上がっているように見えますが、療養で取れるのは、多分815点です。それはなぜかというと、算定開始日から、要するに人工呼吸器を入れた日からの計算なので、前の病院で入れたところも、もう算定日数に入れているとされています。多分2週間たたないうちに療養に来ることはないのだから、間違いなく下がります。だから4点下がります。そういうようなところがあったりします。(資料124) (資料125)

J045 人工呼吸

35時間を超えた場合(1日につき) 819点

35時間を超えた場合(1日につき)
イ 14日まで 950点
ロ 15日以後 815点

- ・ 算定要件
 - ・ 注3 気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。
 - ・ 4注3の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。
- ・ 留意事項
 - ・ (10)「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。
 - ・ (11)「3」について、自宅療養において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

norihito kimura

124

資料 124

- ・ (12)「注3」の覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。
 - ・ ア 自覚覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。
 - ・ イ 当該患者の意識状態を評価し、自覚的に覚醒が認められるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30分から45分程度を目安とする。
 - ・ ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。
 - ・ エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。
- ・ (13)「注4」の離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。
 - ・ ア 自覚離脱試験の結果、自覚離脱試験を実施できる意識状態であることを確認すること。
 - ・ イ 以下のいずれにも該当すること。
 - ・ (イ) 意識が回復している又は意識レベルが安定していること。
 - ・ (ロ) 離脱が安全であると見込まれること。
 - ・ (ハ) 十分な看護力があること。
 - ・ (ニ) 十分な看護力が安定していること。
 - ・ (ホ) 全身状態が安定していること。
 - ・ ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30分間経過した後、患者の状態を評価すること。
 - ・ (イ) 吸入酸素濃度(FiO₂) 50%、CPAP/PEEPを5cmH₂O/5cmH₂O
 - ・ (ロ) PEEP5cmH₂OをOFFすること。
 - ・ (ハ) 離脱中の呼吸状態
 - ・ エ 評価に当たっては、以下の全てを評価すること。
 - ・ (イ) 呼吸器の作動状態
 - ・ (ロ) 呼吸器の作動状態
 - ・ (ハ) 呼吸器の作動状態
 - ・ (ニ) 呼吸器の作動状態
 - ・ (ホ) 呼吸器の作動状態
 - ・ オ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

norihito kimura

125

資料 125

疾患別リハビリテーション 療養病棟の経過措置の見直し

期限切れのところもそうですが、リハ、FIMを全部やりましょうということになっています。
(資料126) (資料127)

疾患別リハビリテーション

- ・ 算定要件
- ・ 4 (中略)

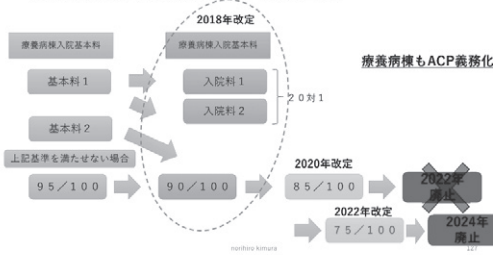
また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション科を算定する日数として、疾患別リハビリテーション科の各病棟の「注1」本文に算定する日数(以下「標準的算定日数」という。)を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者(疾患別リハビリテーション科の各病棟の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管障害等リハビリテーション科、区分番号「H001-2」脳神経科 難治性リハビリテーション科及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション科の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。)のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特例診療料の施設基準等別表第九の八第一号に該当する患者であって、当該患者の当該一単位に属する場合は、継続することとなった日数診療録に記載すること等)、継続することとなった日及びその後1か月以内に、機能性自立度 評価法(Functional Independence Measure)以下(以下において「FIM」という。)の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するときに、「リハビリテーション実施計画書を作成し、世帯又はその家族等に説明の上交付するとともに、その存する診療録に添付することとし、かつ、「特例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はについて」の「別添2」の様式に基づき、16歳以上当該疾患別リハビリテーション科を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする(ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあっては、この限りではない。)なお、当該リハビリテーション実施計画書は、1月1日までのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、2期月の状態と比較した1期月の患者の状態、3期月の状態の新着目標を明示した今後のリハビリテーションと改善を要する見込み期間、FIM又は基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下この部において「BI」という。)及びその他の指標を用いた具体的な改善の目標等を明示した継続の理由などを記載したものであること。

norihito kimura

126

資料 126

療養病棟の経過措置の見直し



norihito kimura

資料 127

その他の病棟 (資料128)

その他の病棟

norihito kimura

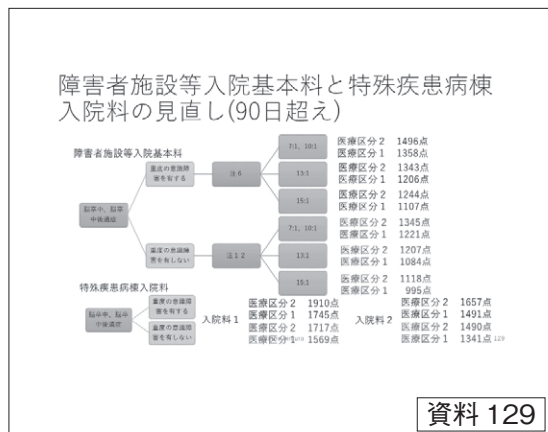
128

資料 128

障害者施設等入院基本料と特殊疾患病棟入院料の見直し(90日超え)

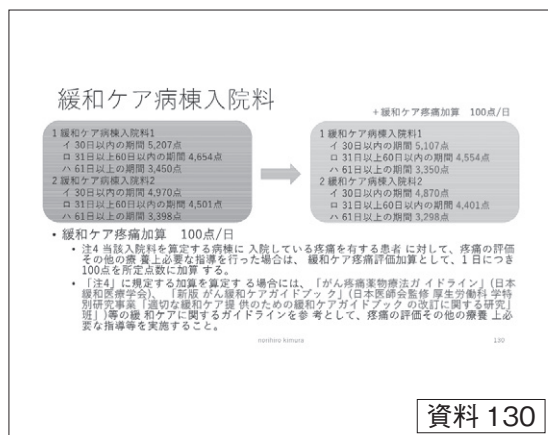
もう1つは、障害者病棟です。結構、今回、障害者病棟も厳しいです。脳血管疾患で意識障害があるかないかで点数が変わります。90日超えの方は点数が1,500円ずつぐらいい下がっています。障害者病棟を持っているところも、本当に難病だけで集めている病院はいいのです。脳血管疾患で療養で運用しているところは駄目です。今回、1,500円ずつ1日下がることになるので、結構厳しいです。

そういう意味では、どんどん介護、在宅に行けという方向を強めてきました。(資料129)



緩和ケア病棟入院料

緩和ケアはいいです。(資料130)



有床診療所入院基本料の加算 有床診療所療養病床入院基本料の加算 慢性維持透析(有床診療所療養病床) 医療資源の少ない地域への配慮

(資料131) (資料132) (資料133) (資料134)

有床診療所入院基本料の加算

・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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を旨う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。

norihisa kimura

131

資料 131

有床診療所療養病床入院基本料の加算

・注6 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診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を旨う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

norihisa kimura

132

資料 132

慢性維持透析（有床診療所療養病床）

・注12 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる腹腔灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

norihisa kimura

133

資料 133

医療資源の少ない地域への配慮

- ・入退院支援加算
 - ・施設基準
 - ・5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
 - (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、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専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士(入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。)をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間等にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該要件を満たしていることとみなすことができる。

norihisa kimura

134

資料 134

入院料関連 (資料 135)

入院料関連

norihisa kimura

135

資料 135

栄養サポートチーム加算

入院栄養管理体制加算(入院初日及び退院時) 270点

入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策 (資料136) (資料137) (資料138)

栄養サポートチーム加算

- 障害者施設等入院基本料
- 算定要件
 - 注1 患児関係においては、施設等の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同時に算定する算定要件をすべて満たす場合は算定できる。
 - イ 臨(臨)
 - ロ 栄養サポートチーム加算 ツーオ(特)
- 栄養サポートチーム加算
- 算定要件
 - 注1 栄養管理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 保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保健士、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(病)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、栄養サポートチーム加算を算定できるもの各別に算定している患者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、精神科入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神科病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1年以内の期間にあつては1回、入院した日から起算して4月を超え6月以内の期間にあつては1回(療養病棟等入院基本料を算定している患者については、月1回)に限り算定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養管理指導費、区分番号B001の11に掲げる集団栄養管理指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児児童栄養指導料は別に算定できない。

資料 136

入院栄養管理体制加算(入院初日及び退院時) 270点

- 対象患者
 - 特定機能病院入院基本料を算定している患者
- 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(特定機能病院入院基本料を算定している患者に限る。)に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り算定点数に加算する。この場合において、区分番号A23-2に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号B001の10に掲げる入院栄養管理指導料は別に算定できない。
 - (2)別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、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提供し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等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法第17条第1項第1号第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉施設(障害児入院施設と共有した場合に、退院時1回に限る。)に栄養情報提供加算として50点を更に算定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1)当該病棟において、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - (2)入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。(3)栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事簿に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特種診療料の施設基準等別添紙3に掲げる特別費を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

資料 137

入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策

- 施設基準
- 4 褥瘡対策の基準
 - (4)褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。
 - (5)栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができる。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。
 - (6)-(8) (略)

資料 138

月例セミナー
(木村講師)

術後疼痛管理チーム加算(1日につき) 100点

もう1つ、急性期のところで変わってきたのは、この全麻が多いところです。術後疼痛管理チーム加算とかです。麻酔科医がいて、術後の疼痛管理をできるところというのは、1日100点、これも確か3日だったと思いますが、取れるようになっていきます。

全麻をたくさんやっている、先ほど言ったように急性期から上の部分は、だいぶ点数が手厚く付いています。(資料139)

術後疼痛管理チーム加算(1日につき) 100 点

- 対象患者
 - 全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの
- 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おいて、区分番号1008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者(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、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを限って算定している患者に限る。)について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

norihito kimura

139

資料 139

施設基準

研修要件が少しあって、まだどの研修に行っていないかというのは、どこの病院もざわざわしています。麻酔科医がいて、研修を終了した専任の常勤看護師がいて、研修を修了した専任の常勤薬剤師がいれば取れることになっています。(資料140)

- 施設基準
 - (1)麻酔科を維持している保険医療機関であること。
 - (2)手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3)当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム(以下「術後疼痛管理チーム」という。)が設置されていること。
 - ア 麻酔に従事する専任の常勤医師
 - イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
 - なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。
 - (4)術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、記録がなされるものであること。
 - (5)算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

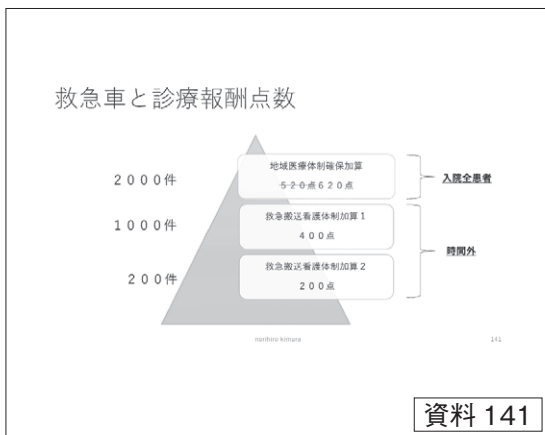
norihito kimura

140

資料 140

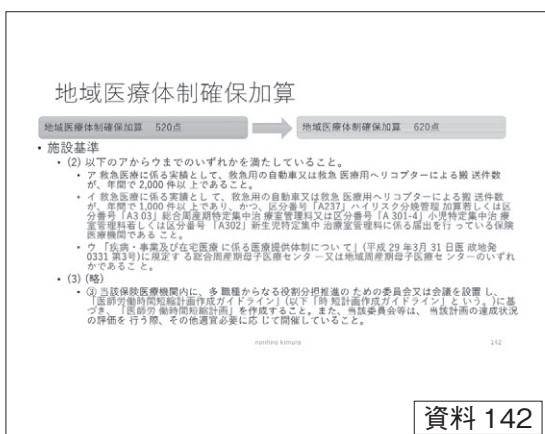
救急車と診療報酬点数

救急車を2,000件取って頑張っているところは、520点から620点です。これは真水で入りますからそういう意味では非常にいいのです。本当に頑張っていたところは報われます。入院時1回、そのまま1,000円上がります。救急車だけではなく、全員です。(資料141)



地域医療体制確保加算

地域医療体制確保加算に関しては、基本は2,000件です。1,000件でもいいですが、小児とか、周産期のハイリスク分娩とかをやっているところは1,000件でもいいとなりました。そういう意味では手薄になりがちなところに、少し報酬を配分するようになりました。(資料142)



救急医療管理加算

救急搬送診療料 1300点 時間外加算1の施設基準の変更

救急医療管理加算も、結構な日数が取れます。これも950点から1,050点になりました。救急医療管理加算2も、350点から420点になっています。

その代わりに、レセプトで書かなければならなくなったところが、右の赤い部分です。こういったことがあるわけなのですが、実際、コロナで患者を受け入れると、中等症がこの管理加算1掛ける6です。そういう意味では、すごく手厚くなっています。(資料143) (資料144) (資料145)

救急医療管理加算

救急医療管理/加算

1 救急医療管理加算 1,950点

2 救急医療管理加算 2,350点

- ア 吐血、嘔血又は異常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や異常な状態
- エ 急性運動中痛
- オ ショック
- カ 重篤な内臓障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 心臓病、脳血管病又は耳鼻科病
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を要する状態
- コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
- ク サ 緊急手術を必要とする重篤な状態
- シ その他の重篤な状態

救急医療管理加算

1 救急医療管理加算 1,1050点

2 救急医療管理加算 2,420点

- 算定要件
- (4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の病歴欄に記載すること。
- ア (1)のアからサのうち該当する状態イ(病)
- ウ(2)のイの状態に該当する場合はJCSOの状態、(2)ウの状態に該当する場合はNYHA又はNYA比40以上の状態及び(2)のキの状態(気道閉塞及び閉鎖状態を除く。)に該当する場合はBurn IndexOの状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠エ(病)

norihito kimura

143

資料 143

救急搬送診療料 1300点

算定要件

- ① 1 患者を救急車の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。
 - ② 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。
 - ③ ①に規定する場合であって、当該診療に要した時間の50分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。
 - ④ ①に規定する場合であって、別に標準報酬表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指定救急医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。
- 留意事項
- (1) 救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。
 - (2) 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合は、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合においては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。
 - ア 搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合。
 - イ 急病急死による心臓呼吸停止、脳死状態等又は人工呼吸機を装着し状態による病状の悪化を要する状態の患者について、緊急手術の搬送等に基づき、患者の搬送を行う場合。
 - (3) 「救急」の加算は、救急搬送中に人工心臓肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸機を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。
 - (4) 同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分担は相互の合議に委ねることとする。

144

資料 144

時間外加算 1 の施設基準の変更

施設基準

- ① ① 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する記録として、次のいずれも実施していること。
- ② (2) 以下のア及びイの事項について記録していること。
 - ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間（午後10時から翌日の午前5時）までをいう。以下、同様とする。①に当直、夜勤及び緊急呼出し当直（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する術者・当直等を行った日
 - イ 当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間等に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日
- ③ (2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4日以内であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間4回以内であること。ただし、緊急呼出し当直を行う者について、当日の夜勤時間等に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、(2)のアの当直等を行った日には数えない。

- 令和4年3月31日時点で時間外加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、6の(2)のイ及び(3)の基準を満たしているものとする。

norihito kimura

145

資料 145

看護職員と看護補助者の負担軽減 看護職員の負担軽減及び処遇改善 急性期看護補助体制加算、看護補助加算 看護補助体制充実加算の施設基準

夜間の看護師の配置とか、助手の配置とかは、1日5点ずつ上がっています。これは14日間取れるので、ずっと上がっているのです。前回の改定から10点上がって、掛ける14日です。

今回も5点上がっています。その前も上がっています。

だからやはり手薄なところを手厚くしていくことで報酬は上がります。やっていたところはそのまま点数が上がります。手厚くやっているところは、どんどん点数が上がるようになっていきます。(資料146) (資料147) (資料148) (資料149)

看護職員と看護補助者の負担軽減

看護職員夜間配置加算(+10) 1夜間配置夜間1対1配置 イ配算加算 1.0点 ロ配算加算 7.8点 2看護職員夜間16対1配置 イ配算加算 6.8点 ロ配算加算 2.4点 看護職員夜間配置加算(+10) 地域包括ケア医療 6.5点 地域包括ケア医療 6.5点 地域包括ケア医療 6.5点 地域包括ケア医療 6.5点 看護補助加算(+10) 療養病棟入院基本料 4.5点	急性期看護補助体制充実加算(+30) 夜間50対1 1.15点 夜間100対1 1.90点 看護補助加算(+10から52) 夜間50対1 8.0点	看護職員夜間配置加算(+5) 1夜間配置夜間12対1配置 イ配算加算 1.10点 ロ配算加算 7.90点 2看護職員夜間16対1配置 イ配算加算 1.70点 ロ配算加算 2.40点 看護職員夜間配置加算(+5) 地域包括ケア医療 7.0点 地域包括ケア医療 7.0点 地域包括ケア医療 7.0点 看護補助体制充実加算(+5) 療養病棟入院基本料 5.0点	急性期看護補助体制充実加算(+5) 夜間20対1 1.2点 夜間50対1 1.20点 夜間100対1 1.05点 看護補助加算(+5) 夜間75対1 5.5点
---	---	--	--

急性期看護補助体制充実加算 5点 看護補助体制充実加算 5点

資料 146

看護職員の負担軽減及び処遇改善

- 療養病棟入院基本料
 - 注12別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、当該看護機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護職員夜間配置
 - ロ 看護補助体制充実加算 55点
- 障害者施設等入院基本料
 - 障害者施設等入院基本料の注9に規定す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(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を別に算定している患者に限る。但し、注12に定める施設基準に適合している区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に照し、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護補助加算
 - (1) 14日以内の期間 146点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 123点
 - ロ 看護補助体制充実加算
 - (1) 14日以内の期間 151点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 126点

資料 147

急性期看護補助体制充実加算、看護補助加算

- 注4 看護職員の負担軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき、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病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。
- 地域包括ケア病床入院料
 - 注4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又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護補助者配算加算 160点
 - ロ 看護補助体制充実加算 165点

資料 148

看護補助体制充実加算の施設基準

- 施設基準
 - 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

資料 149

看護業務の負担軽減

負担軽減はいいです。(資料150)

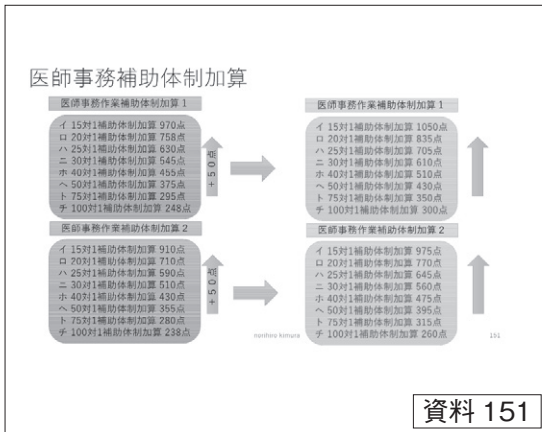
看護業務の負担軽減

- 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)
- 施設基準
 - 9 夜間看護体制加算の施設基準
 - (2) 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、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は交代制勤務を行う病棟のみで構成される療養病棟である場合は、ア及びウからウまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。
 - ア 当該病棟において、夜間を含む交代制勤務に従事する看護職員1名の勤務終了時刻と直後の勤務開始時刻の間の11時間以上であること。
 - イ (略)
 - ウ 当該病棟において、夜間を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う勤務の数が2回以下であること。
 - エ (略)
- 障害者施設等入院基本料の注10に規定す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に規定する夜間看護体制加算についても同様。

資料 150

医師事務補助体制加算

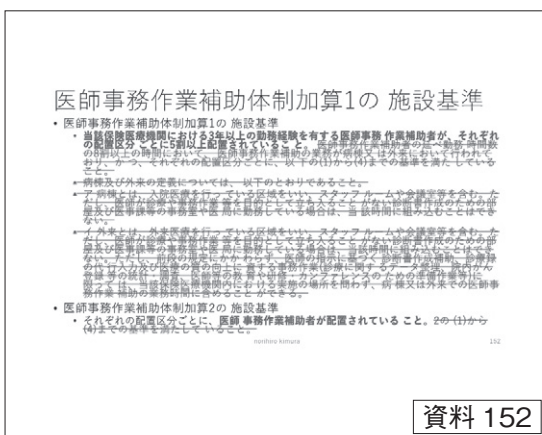
またこれは入院時1回なのですが、医師事務も点数が上がっています。(資料151)



医師事務作業補助体制加算1の施設基準

医師事務が大きく変わったのは、1は今までの外来と入院に8割という変なものになりました。それがなくなってどうなったかというと、この病院に3年以上勤めている人の割合が5割以上だったら点数をくれます。だから長く勤めている人が多い病院ほどいいのです。そうすると1が取れます。

しかし2に落ちたところでも結構点数が上がっています。要は当たり前ですが、医療従事者は同じところに長くいればいるほど、効率よく働けるのです。医師事務もそうです。医師が自分のことを分かってくれる人がぼんぼん変わってしまうと、それはあうんの呼吸で動けないけれども、長くいて分かってくれる人がいれば、その人が素早く仕事をやってくれるわけです。そういったところを評価しているということです。3年というものが入りました。(資料152)



特定行為研修修了者と診療報酬

特定看護師のところが点数に加えられました。(資料153)

特定行為研修修了者と診療報酬

- 精神科リエゾンチーム加算、栄養サポートチーム加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び呼吸ケアチーム加算の要件として履修が求められている研修の種類に、特定行為に係る研修を追加
- 施設基準（例）
 - (2) 略
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修(600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの)又は保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。

資料 153

病棟薬剤業務実施加算(小児入院医療管理料) ICTの活用 (資料 154) (資料 155)

病棟薬剤業務実施加算(小児入院医療管理料)

- 病棟薬剤業務実施加算1を小児入院医療管理料で算定可能となった。

資料 154

ICTの活用

- 入院支援加算
 - (3) 月に複数する連携機関の職員との年3回の割合は、リアルタイムでの連携を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報取扱については、第21の10(10)の例による。
- 感染防止対策加算、退院時共同指導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。
- 在宅患者訪問看護・指導料(同一建物居住者訪問看護・指導料)
 - 2 遠隔カンファレンスは、1週以上が患者に続きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者(ビデオ通話可能な機器を用いて参加することができる)も遠隔カンファレンスに参加し、必要に応じて患者に指導を行うことができる。ただし、遠隔カンファレンスに参加する患者の人数は、同一建物に滞在する患者の人数を超過してはならない。
 - 【付】遠隔カンファレンスは、専任スタッフが専任スタッフ(専任スタッフ3名のうち専任スタッフ1名)に続きカンファレンスを行っていることにより、同一建物に滞在する患者の人数を超過してはならない。
 - 【注】同一建物に滞在する患者の人数は、同一建物に滞在する患者の人数を超過してはならない。ただし、同一建物に滞在する患者の人数は、同一建物に滞在する患者の人数を超過してはならない。
- 在宅患者緊急時カンファレンス料、在宅患者訪問看護管理指導料についても同様。訪問看護療養費における在宅患者緊急時カンファレンス加算についても同様。

資料 155

入退院支援加算1及び2(ヤングケアラー)

ヤングケアラーとかといったものが入っていますが、こちら辺はいいです。(資料 156)

入退院支援加算1及び2(ヤングケアラー)

- 算定要件
 - (2) 入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員(以下「入退院支援職員」という。)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。
 - ヤングケアラー対策
 - アッコ(健)
 - サ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
 - シ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
 - ス その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合

資料 156

入退院支援加算 1 及び 2 (連携施設)

入隊員支援加算は、もし2の医療機関があったら、絶対1を取ってください。1単位700点とか、療養だったら、1,300点です。これはものすごく大きいですから、これはもう絶対取るべきです。

そんなに難しくありません。今回、面談はオンラインでもいいと書いてあるので、オンラインでやればいいのです。(資料157)

入退院支援加算1及び2(連携施設)

通院支援加算 1
イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

→

退院支援加算 1
イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点
 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

施設基準

- ・ (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者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基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)の数が25以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの面談を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面談し、情報の共有等を行っていること。面談には、個別の退院調整に係る面談等を含めて差し支えないが、年3回以上の面談の日付、担当名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。

資料 157

報告書管理体制加算(退院時 1 回) 7 点(入院料)

報告書管理体制加算は7点です。これに関しては、よくCTを出しっぱなし、忘れていたということを防ぐための点数です。ちゃんとオーダーしたら確認するという事です。その点数が取れます。(資料158)

報告書管理体制加算(退院時1回) 7点 (入院料)

- ・ 対象患者
 - ・ 画像診断又は病理診断が行われた入院患者
- ・ 算定要件
 - ・ 組織的な医療安全対策の実施状況の確認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であって、当該入院中に第4回画像診断又は第13回病理診断に係る診療料を算定したものの入院基本料(併せて第4回画像診断又は第13回病理診断の別室入院料)のみ、報告書管理体制加算を算定できるものを算定している患者に限る。】について、退院時1回限り、所定点数に加算する。
- ・ 施設基準
 - ・ (1)放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
 - ・ (2)医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ・ (3)画像診断加算2若しくは3又は病理診断加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ・ (4)医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。
 - ・ (5)組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要体制が整備されていること。
 - ・ (6)当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全対策部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること。
 - ・ (7)報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも1回程度実施していること。
 - ・ (8)報告書管理体制の実施状況の向上を図るカンファレンスが1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び責任者として当該患者の診療を行う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、看護カンファレンスは、対面しらない方法で開催しても差し支えない。

資料 158



データ提出加算の義務化 診療録管理体制加算 診療録管理体制加算 1 と 2 放射線治療病室管理加算 (資料159) (資料160) (資料161) (資料162)

データ提出加算の義務化

- 施設基準の追加
 - データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 対象病棟
 - 地域一般入院基本科、専門病院入院基本科(13対1)、障害者施設等入院基本科、特殊疾患入院施設管理科、特殊疾患病棟入院科、緩和ケア病棟入院科、精神科救急急性期医療入院科
- 経過措置
 - 許可病床数が200床以上のものについては令和5年3月31日までの間
 - 許可病床数が200床未満のものについては令和6年3月31日までの間

資料 159

診療録管理体制加算

- 施設基準
 - 3届出に関する事項
 - (1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。
 - (2) 毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7の様式により届け出ること。

資料 160

診療録管理体制加算 1 と 2

- 施設基準(1と2の追加基準)
 - (10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和4年3月31日において、既に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が400床以上のものに限る。)については、令和5年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。

資料 161

放射線治療病室管理加算

放射線治療病室管理加算(1日につき) 2,500点 → 放射線治療病室管理加算(1日につき)
1 治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点
2 密射小線源による治療の場合 2,200点

- 算定要件
 - 注1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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病院において、治療の必要に応じて放射線治療管理が行われた入患者(第1節の入院基本科(特別入院基本科を除く。))又は第3節の特定入院科のうち、放射線治療管理加算を算定できるものを限って算定している患者であって、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。
 - 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病院において、治療の必要に応じて放射線治療管理が行われた入院患者(第1節の入院基本科(特別入院基本科を除く。))又は第3節の特定入院科のうち、放射線治療管理加算を算定できるものを限って算定している患者であって、密射小線源による治療が行われたものに限る。)について、所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準 放射性同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。
 - (2) 密射小線源による治療の場合の施設基準 密射小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。

資料 162

二次性骨折予防継続管理料 算定要件

少し変わった点数は二次性骨折予防継続管理料というものです。これは治療をする医療機関、要するに骨折を治療した医療機関です。骨折治療をした医療機関から紹介を受けた地域包括か回復期です。これは外来という感じです。

これは何かというと、足、大腿骨の頸部骨折の片側をやったとします。これは大体オペをして返すと、もう片方をやって病院に帰ってきてくれるのです。それをもう片方をやらないように予防しようという点数です。そういう点数ができています。(資料163) (資料164)

二次性骨折予防継続管理料

二次性骨折予防継続管理料
 イ 二次性骨折予防継続管理料1 1000点
 ロ 二次性骨折予防継続管理料2 750点
 ハ 二次性骨折予防継続管理料3 500点

- ・対象患者
- (1)大腿骨近位部骨折を発生し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施したもの
 - (2)イを算定していた患者であって、リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
 - (3)イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの

norihito kimura

163

資料 163

- ・算定要件
 - (1)イについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、施設基準に適合する手術を行ったこと、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院1日に限り算定する。
 - (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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに對して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院1日に限り算定する。
 - (3)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、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに對して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該患者の居る病棟においてイを算定し、1日に限り算定する。
 - (4)については、関係学会より示されている「骨折リエンソーサーズ(FRS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
 - (5)ロ及びハについては、関係学会より示されている「骨折リエンソーサーズ(FRS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に限る。
 - (6)診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、骨髄エックス線写真等による必要な評価を行うこと。
- ・施設基準
 - (1)骨粗鬆症の治療を行うに十分な体制が整備されていること。
 - (2)当該体制において、骨粗鬆症の治療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
 - (3)イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7日1入院基本料若しくは10日1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に於ける。)による算出を行っている保険医療機関の病棟であること。
 - (4)ロの施設基準に係る病棟については、地域別ケア病棟入居料、地域別ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に於ける算出を行っている保険医療機関の病棟であること。

norihito kimura

164

資料 164

後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制が5%ずつ上がりました。(資料165)

後発医薬品使用体制加算

2018

後発医薬品使用体制加算
 1 後発医薬品使用体制加算1 (85%以上) 45点
 2 後発医薬品使用体制加算2 (80%以上) 40点
 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 35点
 4 後発医薬品使用体制加算4 (60%以上) 22点

2020

後発医薬品使用体制加算
 1 後発医薬品使用体制加算1 (85%以上) 47点
 2 後発医薬品使用体制加算2 (80%以上) 42点
 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 37点

2022

後発医薬品使用体制加算
 1 後発医薬品使用体制加算1 (90%以上) 47点
 2 後発医薬品使用体制加算2 (85%以上) 42点
 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 37点

norihito kimura

165

資料 165

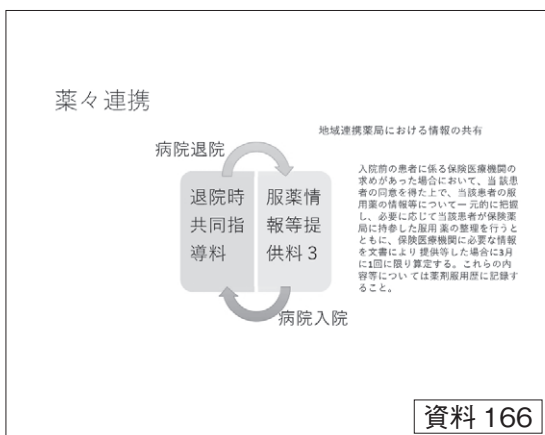
薬々連携

病院にここ最近言っているのがこれです。これは外の薬局が取れる点数です。これは中の病院が取れるものです。何かというと、入院する患者の薬を管理して、外の薬局が教えてくれたら、この点数を外の薬局が取れるのです。

ということは何かというと、これは病院にとってすごく耳よりなのですが、病院に入ると必ず手持ち薬の管理を薬剤師がやるのですが、あれは薬局を呼び付けるとかいろいろやって結構大変なのです。急ぎだと看護師が持っていったりします。

予定入院だったら、外の薬局から手持ち薬、今、飲んでる薬の管理をしてもらえると、その病院の中の1プロセスが減ります。これはもう絶対いいです。外の薬局を握って、やらせるべきです。

そうすると入院が分かった時点で、薬局に、「こういう書類を作って持ってきてください」と言えば、こちらの病院で薬の確認をする手間が相当減ります。これはもう病院の大きな業務改善になるのではないかと思います。(資料166)



■ 在宅医療 (資料 167)



在支診と在支病(機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても同様)

ACP(在支診と在支病)(機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様)

在宅療養支援病院の実績に係る要件変更

在宅がん医療総合診療料

緊急往診加算

退院時共同指導料(情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。)

継続診療加算

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点

110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 810点

C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点

C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 800点

在支診とかはそんなに変わっていません。いろいろと点数はできています。(資料168) (資料169) (資料170) (資料171) (資料172) (資料173) (資料174) (資料175) (資料176) (資料177) (資料178) (資料179)

在支診と在支病(機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援病院についても同様)

- 在宅療養支援診療所
- 施設基準
 - 1 在宅療養支援診療所の施設基準
 - 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。
 - (中略)
 - (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び休診取替ができる体制を確保していること。
 - アーク(略)
 - ケ身(1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。
 - コン(略)
 - ス市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するケース会議等を開催又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。
 - セ在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

norihito kimura 168

資料 168

ACP(在支診と在支病)(機能強化型のうち単独型の在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様)

- 在宅療養支援診療所
- 施設基準
 - (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。
 - イ〜ウ(略)
 - ク 当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

norihito kimura 169

資料 169

在宅療養支援病院の実績に係る要件変更

- 施設基準
- 1 在宅療養支援病院の施設基準
 - 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。(中略)
 - (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間診療できる体制等を確保していること。
 - ア〜リ(略)
 - シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。
 - ① 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。なお、緊急の往診とは、次のうち(1)の2に1に相当する緊急又は救急、若しくは特に行う往診のことをいう。
 - ② 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。
 - ③ 地域包括ケア病院入院科・入院医療管理科1又は3を備えていること。
 - ス(略)

norihito kimura 170

資料 170

在宅がん医療総合診療料

- 算定要件
 - 注6 15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)に対して総合的な医療を提供した場合に、小児加算として、週に1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

norihito kimura 171

資料 171

緊急往診加算

- 往診料
- 算定要件
 - (4) 「注1」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならぬと判断した場合をい。具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腎症等が予想される場合(15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合)をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者(当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。)に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

norihito kimura 172

資料 172

退院時共同指導料(情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。)

- 算定要件
 - 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問看護指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の役割が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養に必要な薬に関する指導及び指導、入院中の保険医療機関(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士)と連携して行うこと。また、文書により情報提供した場合に、当該入院(1回)に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対しては(2)に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1条第2項第4に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
 - (2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能で機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

norihito kimura 173

資料 173

継続診療加算

継続診療加算 216点

イ 在宅療養移行加算1 216点
ロ 在宅療養移行加算2 116点

・算定要件

- 注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 - イ 在宅療養移行加算1 216点
 - ロ 在宅療養移行加算2 116点

norihito kimura

174

資料 174

- (20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する在宅療養移行加算1及び2は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後訪問診療に移した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。
 - ア 在宅療養移行加算1については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算1を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することも差し支えない。
 - (イ)当該医療機関又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の医師診察及び24時間の連絡体制を有していること。
 - (ロ)当該患者が必要な患者に対し、当該医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。
 - (ハ)当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の患者管理責任及び相談・応答の氏名等について、患者又は患者の同意の上より要領し、説明していること。
 - イ 在宅療養移行加算2については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算2を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することも差し支えない。
 - (イ)当該患者が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を要する体制を有していること。
 - (ロ)当該医療機関又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の連絡体制を有していること。
 - (ハ)当該患者が必要な患者に対し、当該医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。
 - (ニ)当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び訪問診療時の連絡先電話番号等、緊急時の患者管理等について、患者又は患者の同意の上より要領し、説明していること。

norihito kimura

175

資料 175

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点

- 注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。
- C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 100点
 - 注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C174 在宅ハイフローセラピー装置加算 1,600点
 - 注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

norihito kimura

176

資料 176

110-5 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料 810点

- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

norihito kimura

177

資料 177

C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 900点

- 注 喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のもので、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。

norihito kimura

178

資料 178

C121 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 800点

- 注1 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。
- C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算
 - 11月目 7,480点
 - 22月目以降 1,800点
 - 注 在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

norihito kimura

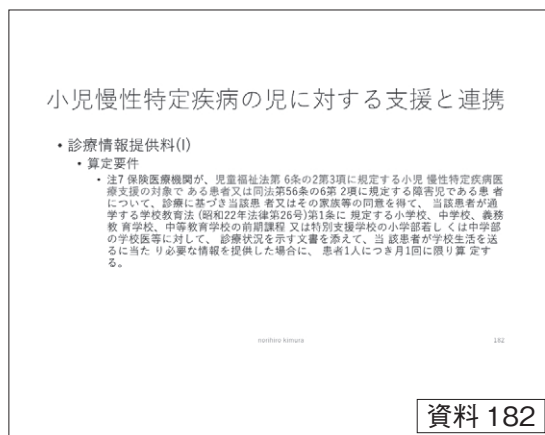
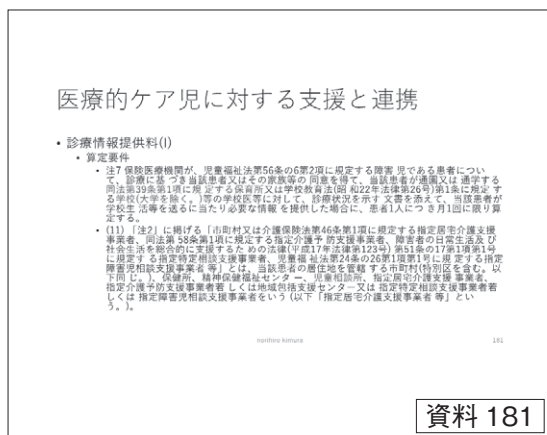
179

資料 179

医療的ケア児 (資料180)



医療的ケア児に対する支援と連携 小児慢性特定疾病の児に対する支援と連携 (資料181) (資料182)



透析

あとは透析です。(資料183)



人工腎臓2022

透析は大変です。どれぐらい大変か、余分に2018年も入れてみました。もうすごく下がっています。1回辺り100点ぐらい下がっています。しかし透析は利益が出ます。

HIF-PF阻害剤は、前回から文言が入りましたが、今回からは院内処方にしろと書いてあります。(資料184)

人工腎臓 2018

- 1 透析維持透析を行った場合1
 - イ 4時間未満の場合 1,885点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点
 - ハ 5時間以上の場合 2,180点
- 2 透析維持透析を行った場合2
 - イ 4時間未満の場合 1,845点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点
 - ハ 5時間以上の場合 2,235点
- 3 透析維持透析を行った場合3
 - イ 4時間未満の場合 1,805点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点
 - ハ 5時間以上の場合 2,090点

人工腎臓 2020

- 1 透析維持透析を行った場合1
 - イ 4時間未満の場合 1,805点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点
 - ハ 5時間以上の場合 2,090点
- 2 透析維持透析を行った場合2
 - イ 4時間未満の場合 1,845点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点
 - ハ 5時間以上の場合 2,235点
- 3 透析維持透析を行った場合3
 - イ 4時間未満の場合 1,885点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点
 - ハ 5時間以上の場合 2,180点

人工腎臓 2022

- 1 透析維持透析を行った場合1
 - イ 4時間未満の場合 1,885点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,045点
 - ハ 5時間以上の場合 2,180点
- 2 透析維持透析を行った場合2
 - イ 4時間未満の場合 1,845点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,005点
 - ハ 5時間以上の場合 2,235点
- 3 透析維持透析を行った場合3
 - イ 4時間未満の場合 1,805点
 - ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点
 - ハ 5時間以上の場合 2,090点

(24) 「1」から「3」までの場合〔注13〕の加算を算定する場合を含む。〕については、HIF-PF阻害剤は 当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PF阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方薬料の⑨の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方薬に計上し控除することとして差し支えない。

資料 184

導入期加算(人工腎臓)

導入期加算もすごくつらいものになりました。何がつらいかというと、新しく3という800点ができたと、2が500点から400点に下がっています。(資料185)

導入期加算(人工腎臓)

旧制度: イ 導入期加算1 200点, ロ 導入期加算2 500点

新制度: イ 導入期加算1 200点, ロ 導入期加算2 400点, ハ 導入期加算3 800点

- 算定要件
 - ・法2別記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行った場合には、導入期加算として導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 - ・イ (略)
 - ・ロ 導入期加算2 400点
 - ・ハ 導入期加算3 800点
- 施設基準
 - ・ハ 導入期加算3の施設基準
 - ・1 導入期加算1の施設基準を満たしていること。
 - ・2 当該療法を行うにつき十分な実績を有していること。

資料 185

導入期加算1と2(人工腎臓)

毎度、PDの件数と、もう1つは移植の登録者が何人というのはありますが、2に関しては2人に減ってよかったです。点数が下がってしまいました。(資料186)

導入期加算 1 と 2 (人工腎臓)

施設基準

- (1) 導入期加算1の施設基準
 - ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
 - イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。
- (2) 導入期加算2の施設基準(R5.3.31イウエ)
 - 次のすべてを満たしていること。
 - ア (1)のイを満たしていること。
 - イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。
 - ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。
 - エ 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24回以上算定していること。
 - オ 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に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本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、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

資料 186

導入期加算 3 (人工腎臓)

ただ今回の3は何かというと、今度は移植した人が2人必要になりました。これは取れません。前年に移植した人が2人というのは本当かという感じになっています。だから3は実質取れるところはほとんどないかもしれません。

登録した人が前年5人ということで、そういう意味では、今回3というのはすごくチャレンジなものになりました。(資料187)

導入期加算 3 (人工腎臓)

(3) 導入期加算3の施設基準

- 次のすべてを満たしていること。
 - ア (1)のイ及び(2)のイを満たしていること。
 - イ 臓器移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。
 - ウ 導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。
 - エ 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36回以上算定していること。
 - オ 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に5人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本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、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
 - カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。

資料 187

透析リハビリ(人工腎臓)

透析のリハというものが今回入りました。90日限度なので、これは病名がらぼんはなさそうなので、90日です。大体ひと月14回ぐらい透析をやると思いますが、掛ける75点の3カ月ということになると思います。それが取れるようになりました。(資料188)

透析リハビリ(人工腎臓)

- ・算定要件
 - ・注14人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、業務上必要な訓練等について指導を行った場合は、透析師運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。

nohito kimura

188

資料 188

在宅自己腹膜灌流指導管理料 4000点 在宅血液透析指導管理料

これはオンラインの遠隔モニタリングです。(資料189) (資料190)

在宅自己腹膜灌流指導管理料 4000点

- ・算定要件
 - ・注1在宅自己連続換流式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続換流式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、事前に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回自給1回につき2,000点を月2回に限り算定する。
 - ・2当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓又はJ042に規定する腹膜灌流の1を算定する場合は、注1に規定する2回自給1回の費用は、算定しない。
 - ・注3注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに對して当該指導管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、月1回に限り115点を所定点数に加算する。
- ・留意事項
 - ・(4)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。
 - ・ア自動腹膜灌流装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、排水量、体温、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
 - ・イモニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。
 - ・ウ当該加算を算定する月において、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。
 - ・エモニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。

nohito kimura

189

資料 189

在宅血液透析指導管理料

在宅血液透析指導管理料 8000点 → 在宅血液透析指導管理料 10,000点

- ・算定要件
 - ・(5)日本透析医学会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

nohito kimura

190

資料 190

■ 麻酔 (資料191)

麻酔

nohito kimura

191

資料 191

周術期栄養管理実施加算 270点(全麻)

全麻のところで、周術期栄養管理実施加算です。270点です。これは確か大学病院、特定機能病院だけなのですが、全麻の患者に関して周術期栄養管理実施加算で大学病院だけ取れるようになりました。

これはもしかしたら、そのうち全麻の件数が多いところは対象になる可能性があると思います。(資料192)

周術期栄養管理実施加算 270点(全麻)

- 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、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスコウ又は装置内検査による評価機検定検査前処を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。
 - (2)この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の法11に規定する入院医療費算定加算並びに区分番号A300に掲げる救急救急入院料の注5、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注5、区分番号A301-3に掲げる集中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。
- 施設基準
 - (1)当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
 - (2)総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

資料 192

周術期薬剤管理加算 75点(麻醉管理料Ⅰ、Ⅱ)

周術期薬剤管理というものもあります。オペが多い病院は、薬剤師をやはりオペ室に配置するというのは合理的になる可能性があります。自分のところの麻醉の件数掛ける75点でやってみて、薬剤師が配置できるかどうかを見ていくのはありではないかと思っています。(資料193)

周術期薬剤管理加算 75点(麻醉管理料Ⅰ、Ⅱ)

- 算定要件
 - 注52について、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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。
- 施設基準
 - (1)当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。
 - (2)病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

資料 193

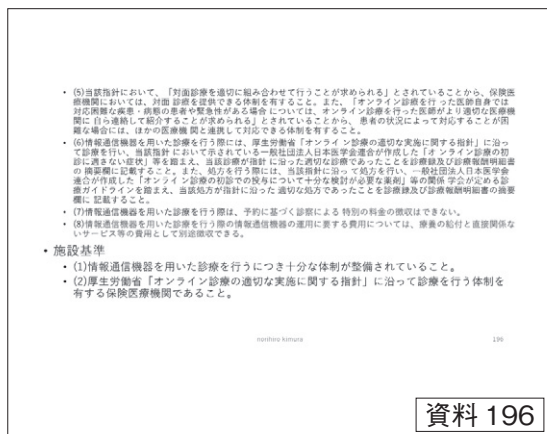
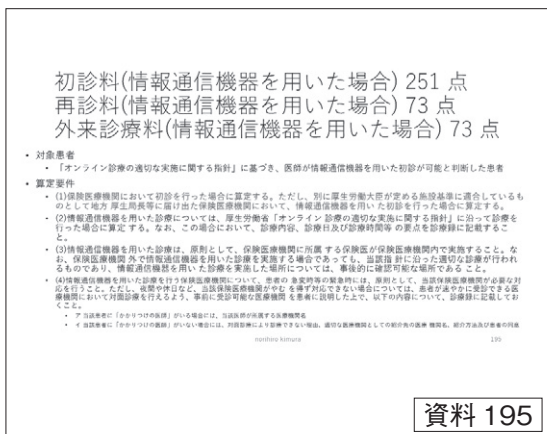
■ オンライン診療関連 (資料194)



月例セミナー
(木村講師)

- 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点
- 再診料(情報通信機器を用いた場合) 73点
- 外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 73点
- オンライン診療の変更
- 遠隔連携診療料
- 連携強化診療情報提供料(てんかん)
- 在宅時医学総合管理料(オンライン)
- 施設入居時等医学総合管理料(オンライン)
- 外来栄養食事指導

オンライン診療関係ですが、点数が初診288点に対して251点とか点数が上がっています。そういったことがあるので、結構、身近になりそうな気はしますが、取れる管理料が見てもらえると分かるのですが、あまり取りやすい、オンラインでやりやすいような点数ではありません。そういう意味では、どれぐらいオンラインが広がるかは分かりません。(資料195) (資料196) (資料197) (資料198) (資料199) (資料200) (資料201) (資料202) (資料203) (資料204)



	紙卒点数	オンライン点数
ウイルス検査指導料	ウイルス検査指導料1740点 はウイルス検査指導料2350点	ウイルス検査指導料1209点 はウイルス検査指導料1287点
皮膚科特定疾患指導管理料	皮膚科特定疾患指導管理料01250点 皮膚科特定疾患指導管理料01100点	皮膚科特定疾患指導管理料01218点 皮膚科特定疾患指導管理料01087点
小児慢性難病指導管理料	550点	479点
がん性疼痛緩和指導管理料	200点	174点
がん栄養指導管理料	イ 医師が看護婦が文書説明600点 ロ 医師又は看護婦が説明700点 ハ 医師又は看護婦が文書説明200点 ニ 医師が看護婦が説明300点	イ 医師が看護婦が文書説明450点 ロ 医師又は看護婦が説明514点 ハ 医師又は看護婦が文書説明174点 ニ 医師が看護婦が説明281点
外来緩和ケア管理料	290点	252点
移植後患者指導管理料	イ 臓器移植後の場合300点 ロ 造血幹細胞移植後の場合300点	イ 臓器移植後の場合261点 ロ 造血幹細胞移植後の場合261点
腎代替療法指導管理料	500点	435点
乳がん術後栄養指導管理料	130点	113点
療養・就労自立支援指導料	1初回 800点 2回目以降 400点	1初回 696点 2回目以降 348点
がん治療連携計画策定料2	300点	261点
外来がん患者在宅連携指導料	500点	435点
肝がんインターロンシリン注射管理料	700点	609点
薬剤総合評価指導管理料	250点	218点

資料 197

オンライン診療の変更

- ・検査料等が包括されている地域包括診療料、認知症地域包括診療料及び生活習慣病管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価対象から除外

資料 198

遠隔連携診療料

遠隔連携診療料 500点 → 遠隔連携診療料
1 診断を目的とする場合 750点
2 その他の場合 300点

- ・「てんかん」に加えて、「知的障害を有する者に係るもの」を追加

- ・算定要件
 - ① 1について、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、対面診療を行っている医師の患者以外の患者をさし、別に厚生労働大臣が定める、当該診療を行うための施設基準を満たす保険医療機関において遠隔して診療を行った場合に、当該診療の確定までの間に3月に1回に限り算定する。
 - ② 2について、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、てんかん(知的障害を有する者に係るものに限る。)の治療を行うこと等を目的として、患者の病状の経過観察等のために、当該診療を行うこととする。当該診療料を算定するに当たっては、当該診療料を算定した日から起算して1年を超えて、1回に1回に限り算定する。

資料 199

元診療情報(III)

連携強化診療情報提供料(てんかん)

- ・算定要件
 - ① 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、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、他の保険医療機関から紹介された患者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条第1項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者(当該医師が属する患者をさし、)について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに対し、患者の同意を得て、診療状況を添付した場合は、当該患者がADDDに掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回診察する日の予約を行った場合はこの限りではない。)、に、提供する。保険医療機関ごとに患者1人につき1月に限り算定する。
- ・施設基準
 - ① 十の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等
 - ② (4) 連携強化診療情報提供料の算定に規定する施設基準
 - ・イ 当該保険医療機関の敷地内において実施が禁止されていること。
 - ・ロ 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。
 - 1 1 療養病棟(療養病棟)又は療養病棟(療養病棟)の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定病棟の名称に係る場合に限る。
 - 2 てんかん支援拠点病院(てんかんの患者に係る場合に限る。)

資料 200

在宅時医学総合管理料(オンライン)

- ・1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- ・イ 病床を有する場合
 - ③ (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(1)及び(2)の場合を除く。
 - ・1 単一建物診療患者が1人の場合 3,029点
 - ・2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,685点
 - ・3 1及び2以外の場合 880点
 - ④ (略)
 - ⑤ (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ・1 単一建物診療患者が1人の場合 1,515点
 - ・2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点
 - ・3 1及び2以外の場合 440点
- ・※ 1のロ、2及び3についても同様。

資料 201

- ・ロ 病床を有しない場合
 - (1)・(2)(略)
 - (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(1)及び(2)の場合を除く。
 - ・1 単一建物診療患者が1人の場合 2,789点
 - ・2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,565点
 - ・3 1及び2以外の場合 820点
 - (4) 月1回訪問診療等を行っている場合 1~3 (略)
 - (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ・1 単一建物診療患者が1人の場合 1,395点
 - ・2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 783点
 - ・3 1及び2以外の場合 410点

資料 202

施設入居時等医学総合管理料(オンライン)

- ・1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの場合
- ・イ 病床を有する場合
 - ③ (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合(1)及び(2)の場合を除く。
 - ・1 単一建物診療患者が1人の場合 2,249点
 - ・2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,295点
 - ・3 1及び2以外の場合 880点
 - ④ (略)
 - ⑤ (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ・1 単一建物診療患者が1人の場合 1,125点
 - ・2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 633点
 - ・3 1及び2以外の場合 440点
- ・※ 1のロ、2及び3についても同様。

資料 203

外来栄養食事指導

- ・イ 外来栄養食事指導料1
 - (1) 初回
 - ・1 対面で行った場合 260点
 - ・2 情報通信機器等を用いた場合 235点
 - (2) 2回目以降
 - ・1 対面で行った場合 200点
 - ・2 情報通信機器等を用いた場合 180点
- ・ロ 外来栄養食事指導料2
 - (1) 初回
 - ・1 対面で行った場合 250点
 - ・2 情報通信機器等を用いた場合 225点
 - (2) 2回目以降
 - ・1 対面で行った場合 190点
 - ・2 情報通信機器等を用いた場合 170点

算定要件
① イの(1)及び(2)については、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ものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った日(又は月)に限り算定する。② イの(1)及び(2)については、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ものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った日(又は月)に限り算定する。③ イの(1)及び(2)については、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ものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が献立又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った日(又は月)に限り算定する。④ イの(1)及び(2)については、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ものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が献立又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った日(又は月)に限り算定する。

資料 204

■ 新技術と適用拡大 (資料205)



月例セミナー
(木村講師)

ECMO

プログラム医療機器

B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140点

オンライン資格確認

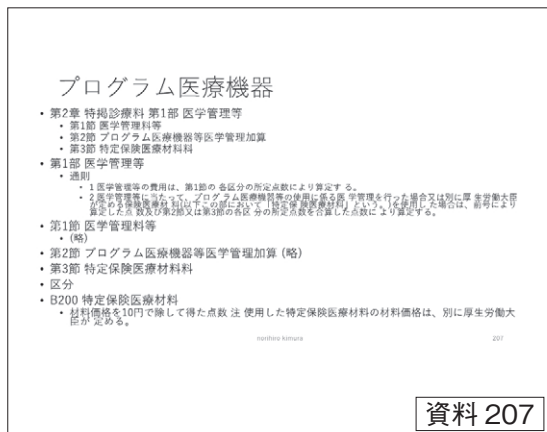
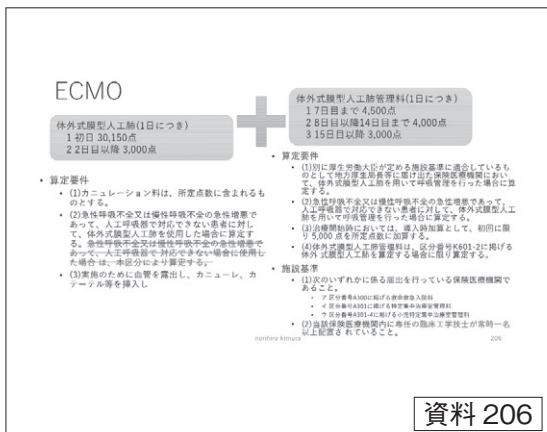
無菌製剤処理料

アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

下肢創傷処置管理料 500点

J000-2 下肢創傷処置 (資料206) (資料207) (資料208) (資料209) (資料210) (資料211)

(資料212) (資料213) (資料214)



B100 禁煙治療補助システム指導管理加算 140点

- 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、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。
- 注2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

norihito kimura

208

資料 208

オンライン資格確認

- 初診料
注14 電子的保健医療情報活用加算 7点
- 再診料
注18 電子的保健医療情報活用加算 4点
- 外来診察料
注10 電子的保健医療情報活用加算 4点

- 対象患者
オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者
- 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を受診した患者に対して、遠隔医療法第13条に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子資格確認活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。
- ② [別]初期の場合であって、遠隔医療法第13条に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合は、他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和5年2月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。
- 施設基準
① 患者の診察及び処方箋の発行に関する費用の請求に関する法令(昭和51年厚生令第36号)第3条に規定する電子情報処理組織の使用による診療を行っていること。
② 遠隔医療法第13条に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。③ 電子資格確認に関する事項については、当該保険医療機関のホームページに掲載されていること。

norihito kimura

209

資料 209

無菌製剤処理科

- 無菌製剤処理科
1 無菌製剤処理科1(毒性薬物に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)
イ 閉鎖式注射器具を使用した場合 180点
ロ イ以外の場合 45点
2 無菌製剤処理科2(1以外のもの) 40点

- 診療所でも算定可能となった。

norihito kimura

210

資料 210

- 微生物核酸同定・定量検査
・HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量 450点
- 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 90点35点
- K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
・1-2(略)
・注1 家族性大腸腫瘍症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポース加算として、年1回に限り5,000点を所定点数に加算する。
・注2 パルーン内視鏡を用いて実施した場合は、パルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

norihito kimura

211

資料 211

アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

- イ 1月目 280点
- ロ 2月目以降 25点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルギー免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

norihito kimura

212

資料 212

下肢創傷処置管理料 500点

- 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おいて、入院中の患者以外の患者であつて、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門的知識を有する医師が、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、区分番号J000-2に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。

norihito kimura

213

資料 213

J000-2 下肢創傷処置

- 1 足部(踵を除く。)の浅い潰瘍 135点
- 2 足趾の深い潰瘍又は踵部の浅い潰瘍 147点
- 3 足部(踵を除く。)の深い潰瘍又は踵部の深い潰瘍 270点

norihito kimura

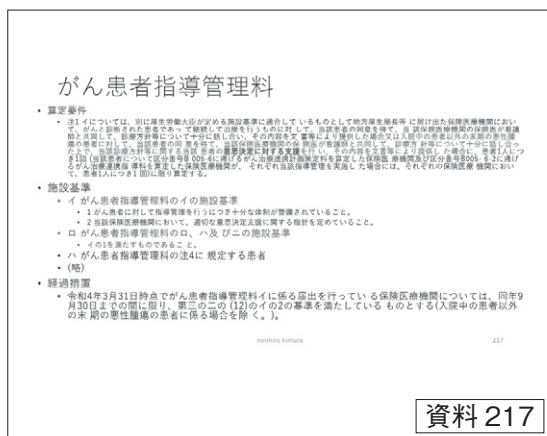
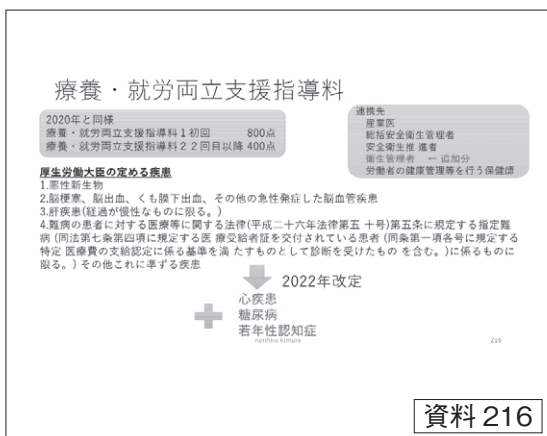
214

資料 214

がん支援関係 (資料215)



- 療養・就労両立支援指導料
- がん患者指導管理料
- がん患者指導管理料(公認心理士)
- 外来栄養食事指導と外来化学療法
- がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000点
- がんゲノムプロファイリング検査 44,000点
- 留意事項
- 留意事項(削除)
- 施設基準 (資料216) (資料217) (資料218) (資料219) (資料220) (資料221) (資料222) (資料223) (資料224)



がん患者指導管理料(公認心理士)

- ・ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- ・算定要件
 - ・注2ロについては、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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の医師又は当該保険医の指示に基づき指導を申しこくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- ・留意事項
 - ・(2) がん患者指導管理料ロ
 - ・ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された場後、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心等支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合には算定する。なお、患者の理解を深めるための、必要に応じて文書を交付するなど、分りやすく説明するものがある。
 - ・イ (略)
 - ・ウ 看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の病状、治療内容等について情報提供等を行わなければならない。

資料 218

外来栄養食事指導と外来化学療法

- ・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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。
- ・施設基準
 - ・医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の指導の総時間(イ)の2)の1)の点数(100点)を算定
 - ・(6)の2 外来栄養食事指導の注3に規定する基準
 - ・悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

資料 219

がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000 点

- ・対象患者
 - ・がんゲノムプロファイリング検査を算定する患者
- ・算定要件
 - ・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、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種(がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術等を有する者等)による検討会での検討結果を踏まえて患者に説明し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- ・施設基準
 - ・がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること。

資料 220

がんゲノムプロファイリング検査44,000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実施した場合に限り算定する。
 - ・2 抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げられるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。

資料 221

- ・留意事項
 - ・(1) 診断時の腫瘍細胞又は血液を採取し、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる検査機器は、がんゲノムプロファイリング検査に用いる検査機器(以下「検査機器」という)のうち、自動的にがんゲノムプロファイリング検査結果を生成する機能を2回に限り算定できる。ただし、血液を採取する場合については、出た検査結果にのみ適用される。
 - ・(2) (略)
 - ・(3) がんゲノムプロファイルの解析より得られる遺伝子のシーケンスデータ(FASTQ又はBAM)、解析ソフトウェア(VCF又はMIM及び臨床情報等)については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査実施機関からがんゲノム管理センター(CAT)にデータ提供されていること(当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他をのぞく。)、なお、届出に当たっては、C-CAT検査データ転送システム利用規約を遵守していること。
 - ・(4) 「注1」に定める包括的なゲノムプロファイリング検査結果を、がんゲノム解析レポート(以下「レポート」という)として患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合については、がんゲノムプロファイリング検査結果を解析する検査機器に、がんゲノム解析レポートの生成を目的とした機能を有するものがあること。
 - ・(5) がんゲノムプロファイリング検査結果を解析する検査機器に、がんゲノム解析レポートの生成を目的とした機能を有するものがあること。

資料 222

- ・留意事項(削除)
- ・(2) 「注1」結果説明時については、「1」検体提出時で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種(がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝情報に関する専門家等)による検討会での検討結果を踏まえて患者に説明し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。
- ・(7) (略)
- ・(8) (略)
- ・(9) (略)
- ・(10) 「注1」結果説明時については、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号B011-5に掲げられるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算すること。なお、この場合には(2)から(9)までを満たすこと。

資料 223

施設基準

- ・1 がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準
 - ・(1) (略)
 - ・(4) がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシーケンスデータ(FASTQ又はBAM)、解析ソフトウェア(VCF又はMIM及び臨床情報等)については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査実施機関からがんゲノム管理センター(CAT)にデータ提供されていること(当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他をのぞく。)、なお、届出に当たっては、C-CAT検査データ転送システム利用規約を遵守していること。
 - ・(5) 診断情報等の届出に当たっては、医療機関団体が定める「がんゲノム解析レポート臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。
 - ・(6) 当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他の場合を除く場合を除き、がんゲノム解析レポートの生成を目的とした機能を有するものがあること。
 - ・(7) (略)
 - ・(8) エキスパートパネルの届出に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日一部改正健康0719第3号)及び「エキスパートパネルの運用要件について」(令和4年2月に基づき開催していること。
- ・届出に関する事項
 - ・(2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るがんゲノム解析レポートの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。

資料 224

■ 精神科関連 (資料225)



認知症専門診断

外来における依存症の集団療法

1 依存症入院医療管理加算の施設基準

児童思春期精神科専門管理加算(通院・在宅精神療法)

通院・在宅精神療法 1

通院・在宅精神療法 2

精神科在宅患者支援管理料(精在宅)

かかりつけ医等及び精神科医等との連携

こころの連携指導料(I) 350点(新)

こころの連携指導料(II) 500点(新)

精神科急性期治療病棟入院料

精神科救急・合併症入院料

施設基準十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等

精神科救急医療体制

第15 精神科救急急性期医療入院料 1 精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等

精神科急性期医師配置加算と精神科救急急性期医療入院料

精神科救急急性期医療入院料

施設基準

精神科医師配置加算

第26の8 精神科急性期医師配置加算

精神科入院料(加算)

薬物依存症患者に対する入院

精神科身体合併症管理加算(1日につき)

クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

救急患者精神科継続支援料

自殺企図患者等(救命救急医療) (資料226) (資料227) (資料228) (資料229) (資料230) (資料231) (資料232) (資料233) (資料234) (資料235) (資料236) (資料237) (資料238) (資料239) (資料240) (資料241) (資料242) (資料243) (資料244) (資料245) (資料246) (資料247) (資料248) (資料249) (資料250) (資料251) (資料252)

認知症専門診断

認知症専門診断管理料

1 認知症専門診断管理料1
イ 基幹型又は地域型の場合 700点
ロ 連携型の場合 500点

2 認知症専門診断管理料2 300点

認知症専門診断管理料

1 認知症専門診断管理料1
イ 基幹型又は地域型の場合 700点
ロ 連携型の場合 500点

2 認知症専門診断管理料2
イ 基幹型又は地域型の場合 300点
ロ 連携型の場合 280点

・算定要件

- 注2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院や介護施設等機関が、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患者であって認知症の症状が増悪した(入院中の患者以外の患者又は前記他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。)に対して、当該医療又はその実施等の用意を得て、診療を行った上で今後の療養計画策定を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合には、3月に1回に限り所定点数を算定する。

・施設基準

- 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準
 - 認知症医療センター-重症老年痴呆症等について(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症医療センター-重症老年痴呆症等機関における認知症医療センターであること。
- 2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準
 - 1-1の認知症医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。

norihito kimura 226

資料 226

外来における依存症の集団療法

依存症集団療法

薬物依存症の場合 340点
アルコール依存症の場合 300点

依存症集団療法

薬物依存症の場合 340点
アルコール依存症の場合 300点

・算定要件

- 注33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、アルコー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、週1回かつ計10回に限り算定する。

・施設基準

- (1) 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(いずれも薬物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。)

norihito kimura 227

資料 227

・1 依存症入院医療管理加算の施設基準

- (1)・(2) (略)
- (3) アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。
- アーク (略)
- (4) 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。
- ア 施設又は医療機関団体の専任で、14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有するものであること。
 - (1) 依存症の医学、依存症薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
 - (2) 依存症の患者の精神医学的対応
 - (3) 薬物の使用に関する法的上の対応
 - (4) 依存症に関連する社会資源
 - (5) 研修内容に対する臨床研修の目標と達成
 - (6) 薬理療法患者に対する介入的対応上の留意点
 - (7) モモセッションの形式や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク

- (5)・(6) (略)

norihito kimura 228

資料 228

児童思春期精神科専門管理加算(通院・在宅精神療法)

・算定要件

- 注4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関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、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。
 - イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
 - (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 500点
 - (2) (1)以外の場合 300点

norihito kimura 229

資料 229

通院・在宅精神療法 1

通院・在宅精神療法(1回につき)

1 通院精神療法
イ (略)
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点

ハイ及びロ以外の場合
(1) 30分以上の場合 400点
(2) 30分未満の場合 330点

2 在宅精神療法
イ (略)
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点

通院・在宅精神療法(1回につき)

1 通院精神療法
イ (略)
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 560点
(1) 精神保健指定医による場合 560点
(2) (1)以外の場合 540点

ハイ及びロ以外の場合
(1) 30分以上の場合
1 精神保健指定医による場合 410点
2 1以外の場合 390点
(2) 30分未満の場合
1 精神保健指定医による場合 330点
2 1以外の場合 315点

norihito kimura 230

資料 230

通院・在宅精神療法 2

2 在宅精神療法

イ (略)
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点

ハイ及びロ以外の場合
(1) 60分以上の場合 540点
(2) 30分以上60分未満の場合 400点
(3) 30分未満の場合 330点

2 在宅精神療法

イ (略)
ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
(1) 精神保健指定医による場合 620点
(2) (1)以外の場合 600点

ハイ及びロ以外の場合
(1) 60分以上の場合
1 精神保健指定医による場合 550点
2 1以外の場合 530点
(2) 30分以上60分未満の場合
1 精神保健指定医による場合 410点
2 1以外の場合 390点
(3) 30分未満の場合
1 精神保健指定医による場合 330点
2 1以外の場合 315点

norihito kimura 231

資料 231

精神科在宅患者支援管理料(精在宅)

- ・算定要件
 - ・(3)「1」の口及び「2」の口については、(2)のA若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、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。
 - ・ア ひときり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保護若しくは他の職員による家庭訪問の対象者
 - ・イ 行政機関等の要請を受け、精神科を専修する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者
 - ・ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

資料 232

かかりつけ医等及び精神科医等との連携

- ・こころの連携指導料(I) 350点(かかりつけ医)
 - ・孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対して、かかりつけ医等が当該診療科と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。
- ・こころの連携指導料(II) 500点(精神科又は心療内科)
 - ・孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対して、当該診療科の医師が、かかりつけ医等と連携して指導等を実施した場合の評価を新設する。

資料 233

こころの連携指導料(I) 350点(新)

- ・算定要件
 - ・(1)別に算定されるべき加算が認められる加算に該当しているものとして、当該患者の医師が提出した保険医療機関において、入院患者以外の患者であって、区分番号H01-12に掲げるこころの連携指導料(I)を算定し、当該医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担担する医師が、診療及び患者との面談による指導等を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月分以降算定して1年を限度として、専任医につき1月間に限り算定する。
 - ・(2)当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対して早期に専門的に対応することを評価したものである。
 - ・(3)当該指導料に対する2割負担の診療料については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
 - ・(4)初回の指導料における他の保険医療機関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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、別に算定できない。(5)必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。
- ・施設基準
 - ・(1)精神科又は心療内科を専修する保険医療機関との連携体制を構築していること。
 - ・(2)当該診療及び療養に必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。

資料 234

こころの連携指導料(II) 500点(新)

- ・算定要件
 - ・(1)別に算定されるべき加算が認められる加算に該当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、入院患者以外の患者であって、区分番号H01-12に掲げるこころの連携指導料(II)を算定し、当該医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担担する医師が、診療及び患者との面談による指導等を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月分以降算定して1年を限度として、専任医につき1月間に限り算定する。
 - ・(2)当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対して早期に専門的に対応することを評価したものである。
 - ・(3)当該指導料に対する2割負担の診療料については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
 - ・(4)初回の指導料における他の保険医療機関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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、別に算定できない。(5)必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。
- ・施設基準
 - ・(1)精神科又は心療内科を専修している保険医療機関であること。
 - ・(2)当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

資料 235

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 1 精神科急性期治療病棟入院料1 イ 30日以内の期間 1,997点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,665点 (略) 2 精神科急性期治療病棟入院料2 イ 30日以内の期間 1,883点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,554点	精神科急性期治療病棟入院料 1 精神科急性期治療病棟入院料1 イ 30日以内の期間 2,000点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,700点 ハ 61日以上90日以内の期間 1,500点 2 精神科急性期治療病棟入院料2 イ 30日以内の期間 1,885点 ロ 31日以上60日以内の期間 1,600点 ハ 61日以上90日以内の期間 1,450点
---	--

- ・施設基準
 - ・第16 精神科急性期治療病棟入院料(2) 精神科急性期治療病棟入院料1又は2の施設基準
 - ・カ 当該病棟の病床数は、130床以下であること。

資料 236

精神科救急・合併症入院料

精神科救急・合併症入院料 1 30日以内の期間 3,579点 2 31日以上60日以内の期間 3,145点 (新設)	精神科救急・合併症入院料 1 30日以内の期間 3,600点 2 31日以上60日以内の期間 3,300点 3 61日以上90日以内の期間 3,100点
--	--

- ・算定要件
 - ・注2診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に掲げる臨床研修病棟入院料加算、研修医緊急搬送加算、産科手術室緊急搬送加算、産科加算、精神科救急入院加算、精神科救急入院退院支援加算、精神科対応入院医管理加算、精神科身体介護管理加算、夜間入院医管理加算、県立済生会入院医管理加算、設備安全対策加算、感染防止対策加算、患者サードパーティ対策加算、看護ハイパス患者ケア加算、精神科救急搬送車地域連携紹介加算、ゲータラ出加算、薬剤総合評価調整加算、診療科支援加算及び地域連携体制強化加算、第2節第1項第2号管理療の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料
 - ・2. 第1項リハビリテーションの区分番号H003に掲げる心身障害者リハビリテーション科、H001に掲げる脳血管障害者リハビリテーション科、H001-2に掲げる後遺症回復リハビリテーション科、H002に掲げる運動器リハビリテーション科、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション科、区分番号H004に掲げる供養施設加算、区分番号H007に掲げる聴覚障害リハビリテーション科及び区分番号H007-2に掲げるがん患者リハビリテーション科、第2節精神科専門療法、第9節経路の区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜透析、区分番号J400に掲げる特定医療機関併設区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜透析に係るものに限る。)、第10節手術、第11節麻酔及び第12節放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)、は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

資料 237

施設基準十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等

- ・(1)精神科救急・合併症入院料の施設基準
 - ・イ～ホ(略)
 - ・ハ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が二名以上配置されていること。
 - ・トル(略)(2)～(6)(略)
- ・第16の2 精神科救急・合併症入院料(1)～(11)(略)
 - ・(12) 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、以下のアからウまで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ること。
 - ・イ～ウ(略)
 - ・(13)(略)
 - ・(14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は205件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

資料 238

精神科救急医療体制

精神科救急入院料(1日につき) 1 精神科救急入院料1 イ 30日以内の期間 3,579点 ロ 31日以上60日以内の期間 3,145点 2 精神科救急入院料2 イ 30日以内の期間 3,372点 ロ 31日以上60日以内の期間 2,938点	精神科急性期治療病棟入院料(1日につき) 1 30日以内の期間 2,400点 2 31日以上60日以内の期間 2,100点 3 61日以上90日以内の期間 1,900点 イ 精神科救急医療体制加算1 600点 ロ 精神科救急医療体制加算2 590点 ハ 精神科救急医療体制加算3 500点 + 精神科急性期医師配置加算
--	---

- ・施設基準十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等
 - ・(1) 精神科救急急性期医療入院料の施設基準
 - ・ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。
 - ・ヘ～ズ(略)

資料 239

薬物依存症患者に対する入院

重症アルコール依存症入院医療管理加算
1 30日以内 200点
2 31日以上60日以内 100点



依存症入院医療管理加算
1 30日以内 200点
2 31日以上60日以内 100点

- ・算定要件
 - ・注1別添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(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、依存症入院医療管理加算を算定できるものを別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必要な治療を行った場合に入院した日から算定して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に算定する。
- ・施設基準
 - ・(1) 依存症入院医療管理加算の施設基準 アルコール依存症又は薬物依存症の治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ・(2) 依存症入院医療管理加算の対象患者 入院治療が必要なアルコール依存症の患者又は薬物依存症の患者

nohito kimura

248

資料 248

精神科身体合併症管理加算(1日につき)

- ・施設基準第16の3 精神科身体合併症管理加算

- ・1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- ・(1) (略)
- ・(2) 区分番号「A103」精神科補入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料(精神科)である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療療養入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び区分番号「A314」認知症治療療養入院料のいずれかを算定している病棟であること。

nohito kimura

249

資料 249

クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し

- ・精神科救急入院料

- ・算定要件

- ・(1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者(以下この項において「転院患者」という。)(アイ各号)
- ・ア 次はのイに該当する患者であること。
 - ・ア1 入院した日から、クロザピンの導入を目的として、当該入院に係る医療行為を受ける精神科救急期において、当該精神科救急期中の治療開始後入院し、精神科急性期治療入院料(精神科急性期)を算定する患者であること。かつ当該期間に算定すべきは他の併存疾患の医療費であること。併存疾患は当該精神科急性期治療入院料(精神科急性期)を算定する患者の入院した日から当該期間(当該入院料)に算定する。
- ・(2) (略)
- ・(3) (イ)のイに該当する患者については、当該医療機関の他の内務科から転院又は他の医療機関から転院し、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、クロザピンの投与開始と投与を中止した場合は、以下の取扱いとする。
 - ・アイ各号
- ・(4) (イ) (略)
- ・(5) (1)のイに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日と併存疾患の診断書の算定に算定すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した患者も(3)のイ又は(4)のイに該当する患者と併存疾患の診断書の算定に算定すること。なお、(3)のイに該当する患者として当該病棟へ転院又は転院する以前のクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転院又は転院する以前の患者の投与中止日及び併存疾患の診断書の算定に算定する。併存疾患の診断書の算定に算定すること。なお、併存疾患の投与中止日(3)のイ又は(4)のイに該当するものとして中止した場合は算定しないこと。

- ・※ 精神科急性期治療療養入院料、精神科救急・合併症入院料についても同様。

nohito kimura

250

資料 250

救急患者精神科継続支援料

救急患者精神科継続支援料
1 入院中の患者 435点
2 入院中の患者以外 135点



救急患者精神科継続支援料
1 入院中の患者 900点
2 入院中の患者以外 300点

- ・算定要件

- ・注1 入院中の患者については、入院した日から起算して60日以内の期間に当該病棟に限り算定する。転院した患者及び転院先については、当該病棟、緊急時で60日以内の期間を待った場合には、当該病棟を限度として、再当該病棟に限り算定する。

- ・施設基準

- ・1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
 - ・(1) 救急患者精神科継続支援料の算定対象となる患者は、当該病棟において、当該病棟に算定した患者が、当該病棟に算定していること。

- ・届出に関する事項

- ・(1) 救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式 44の6を用いること。専任の常勤医師、専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師については、訂 修終了を証明する書類を添付すること。
- ・(2) 令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている医療機関については、令和4年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているものとする。

nohito kimura

251

資料 251

自殺企図患者等(救命救急医療)

- ・救命救急入院料(1日につき)

- ・算定要件

- ・注2 当該医療機関において、自殺企図等による重要な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの虐待等に基づいて、当該医療機関の精神科救急期入院又は精神科急性期入院が、当該患者の病状改善にかなわない診療医療行為を行った場合は、精神科急性期入院料(精神科急性期)に算定する。この場合において、区分番号A24-8に掲げる精神科救急身体前加算は別に算定できない。
- ・注3 注2のイに該当する患者は、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医療機関において行った場合7000点
ロイ以外の場合 3,000点
- ・注10 注2のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を有し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に1回に限り、7,000点を算定し算定し算定する。この場合において、区分番号1002-3に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。

- ・施設基準

- ・二 救命救急入院料の施設基準等
 - ・(4) 救命救急入院料の注2のイに算定する算定要件が定める施設基準 自殺企図後の精神疾患の患者に対するもの施行すること。

nohito kimura

252

資料 252

■ 小児・周産期関連 (資料253)



診療情報提供料(Ⅰ)とアレルギー疾患(児童)

小児入院医療管理料

小児入院医療管理料

小児入院医療管理料(薬学管理)

小児入院医療管理料(不適切な療育)

小児入院医療管理料(時間外入院)

小児特定集中治療室管理料(日数上限)

新生児特定集中治療室(NICU)、総合周産期特定集中治療室管理料(日数上限)

新生児治療回復室入院医療管理料(GCU) (日数上限)

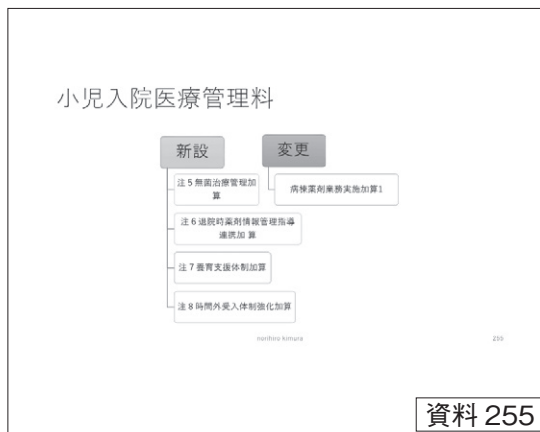
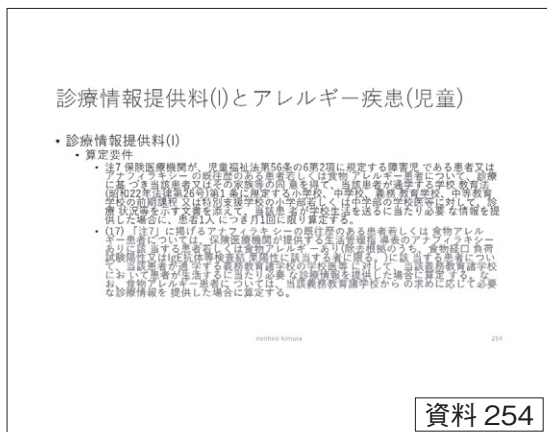
ハイリスク分娩と連携

施設基準

ハイリスク妊産婦連携指導料(精神)

総合周産期特定集中治療室管理料 (資料254) (資料255) (資料256) (資料257) (資料258)

(資料259) (資料260) (資料261) (資料262) (資料263) (資料264) (資料265) (資料266)



小児入院医療管理料

・小児入院医療管理料

- ・算定要件
 - ・注5別記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の病室において、**重症 呼吸器科集中治療室**を要する小児患者に対して、治療上の必要かつ7施設別加算が適用される。ただし、区分番号A221、2小児療養病棟特別加算を算定する場合は算定しない。
 - ・イ 医療従事者管理料1,2,300点
 - ・ロ 看護管理料2,1500点
 - ・6 診療に係る費用(注2、注3及び注6に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。
 - ・7 診療に係る費用(注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。
 - ・8 診療に係る費用(注2から注5までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。
- ・施設基準
 - ・(9) 小児入院医療管理料の注5に規定する加算の施設基準
 - ・イ 医療従事者管理料1については、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。
 - ・ロ 看護管理料加算については、室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。

資料 256

小児入院医療管理料(薬学管理)

・算定要件

- ・注5当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第5条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき調剤が行われ、過期に際して当該患者又はその家族等に対して、適切な調剤の提供を行う必要を判断を行った上で、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、**薬剤師薬剤指導加算**として、過期の日に1回限り、150点を所定点数に加算する。
- ・7 診療に係る費用(注2、注3及び注6に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。
- ・8 診療に係る費用(注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。
- ・9 診療に係る費用(注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

資料 257

小児入院医療管理料(不適切な療育)

・算定要件

- ・注7患者に対する支援体制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の病室に入院している患者について、**養育支援体制加算**として、**入院日**に限り300点を所定点数に加算する。
- ・8 診療に係る費用(注2、注3及び注6に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。
- ・9 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。
- ・10 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

資料 258

小児入院医療管理料(時間外入院)

・算定要件

- ・注8当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保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、**時間外入院体制確保加算**として、**入院日**に限り300点を所定点数に加算する。
- ・イ 時間外入院体制確保加算1,300点
 - ・ロ 時間外入院体制確保加算2,1500点
- ・9 診療に係る費用(注2、注3及び注6に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2番第2部第2節(2)に定める診療管理料(中略)地域医療体制確保加算を除く。)、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

資料 259

小児特定集中治療室管理料(日数上限)

・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、15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病 医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液浄化(透析)を除く。)を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心形成症候群、急性呼吸 窮乏症候群又は心臓炎・心筋炎のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日)を限度として算定する。

資料 260

新生児特定集中治療室(NICU)、総合周産期特定集中治療室管理料(日数上限)

・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、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に依る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復入院医療管理料を算定した期間と算定して21日(出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日)、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

資料 261

新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)(日数上限)

・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、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と算定して30日(出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日)を限度として算定する。

資料 262

ハイリスク分娩と連携



・対象患者

- ・次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認め、かつ、ア40以上の胎産期である患者
- ・イ学問的・臨床的・社会的に高度なリスクを有する患者であって、地域連携母子医療センター等から当該保険医療機関に対して当該患者の受診が提供されているもの(に限る。)
- ・当院又は母体医療機関から当該保険医療機関に対して当該患者の受診が提供されているもの(に限る。)
- ・文書により提供されているものに限る。、**ハイリスク分娩等管理加算**として、当該保険医療機関に対して診療報酬を算定する。

・算定要件

- ・(1)地域連携分娩管理加算は、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局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイリスク分娩等管理が行われた場合に、当該基準に依る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児治療回復入院医療管理料を算定した期間と算定して21日(出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日)、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
- ・(2)地域連携分娩管理加算は、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局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイリスク分娩等管理が行われた場合に、当該基準に依る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生児治療回復入院医療管理料を算定した期間と算定して21日(出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日)、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日(出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日)、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
- ・(3)地域連携分娩管理加算は、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局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイリスク分娩等管理が行われた場合に、当該保険医療機関から、連携を行っている地域医療機関に当該患者の受診が提供されているもの(に限る。)
- ・(4)対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。

資料 263

・施設基準

- ・(1)当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。
- ・(2)当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- ・(3)一年間の分娩実件数が120件以上であり、かつ、その実件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ・(4)周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・(5)公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度様 準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

naisho kimura

261

資料 264

ハイリスク妊産婦連携指導料(精神)

- ・ハイリスク妊産婦連携指導料1(産科、産婦人科)1000点
 - ・「精神疾患を有する」と又は「精神疾患が疑われるもの」として精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内
- ・ハイリスク妊産婦連携指導料2(精神科、心療内科)750点
 - ・「精神疾患を有する」又は「精神疾患が疑われるもの」として産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内

naisho kimura

262

資料 265

総合周産期特定集中治療室管理料

・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、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、産育連携支援加算として、入院中1回に限り、1,200点を所定点数に加算する。

・施設基準

- ・(4)総合周産期特定集中治療室管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
 - ・妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。

naisho kimura

266

資料 266

■ 短期滞在手術 (資料267)

短期滞在手術

naisho kimura

267

資料 267

- 短期滞在手術 1 と 2
- 短期滞在手術 3
- 短期滞在手術 3
- 短期滞在手術 3 - 2

短期滞在手術3-2つづき (資料268)(資料269)(資料270)(資料271)(資料272)(資料273)(資料274)

短期滞在手術 1 と 2

- 短期滞在手術1 2947点から短期滞在手術1イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2947点とロイ以外の場合 2,718点へ分けられた。
- 短期滞在手術2は廃止

naitohiro kimura

268

資料 268

短期滞在手術 3

- 短期滞在手術等基本料3について、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術等について、短期滞在手術等基本料3の対象手術に加えるとともに、これまで対象となっていた手術等について、実態を踏まえ、評価の見直しを行う。

naitohiro kimura

269

資料 269

短期滞在手術 3

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

naitohiro kimura

270

資料 270

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

naitohiro kimura

271

資料 271

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

naitohiro kimura

272

資料 272

短期滞在手術 3-2

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、入院外での実施割合が高いものについて、短期滞在手術等基本料1の対象とする。また、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度の評価において、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した場合、評価の対象から除外する。

- ※ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料等についても同様。

naitohiro kimura

273

資料 273

短期滞在手術 3-2つづき

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

基本料	対象
【短期滞在手術等基本料3】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査 2. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う) 3. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3イ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴う)
【短期滞在手術等基本料3ロ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)	【短期滞在手術等基本料3ロイ】 1. 呼吸器科 気管支鏡検査(麻酔を伴わない)

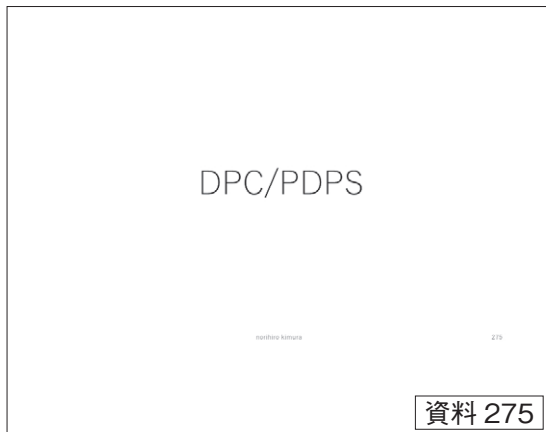
naitohiro kimura

274

資料 274

月例セミナー
(木村講師)

DPC/PDPS (資料275)



DPC/PDPS

実績要件1：診療密度

実績要件2：医師研修の実施

実績要件3：医療技術の実施

内科系(特定内科診療(2014年度版)(別表1))

特定内科診療25疾患

実績要件4：補正複雑性指数(DPC補正後)

機能評価係数ⅠとⅡ

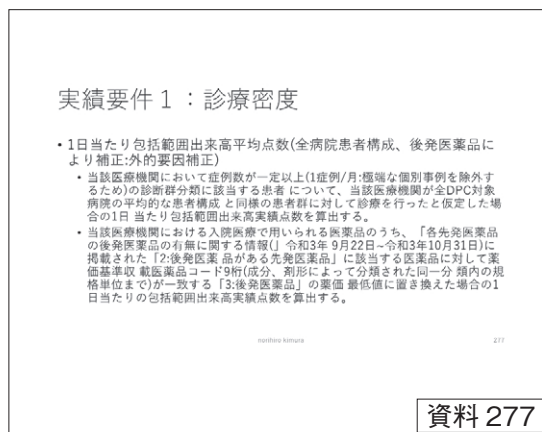
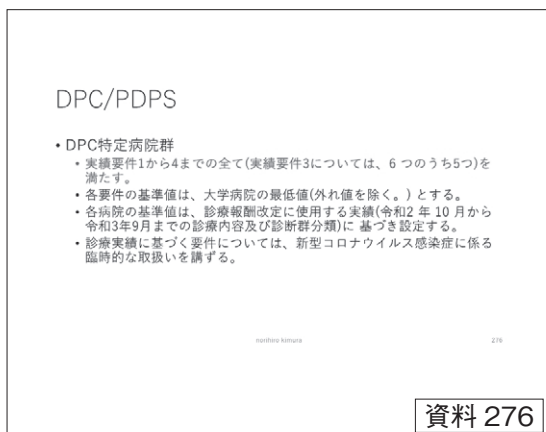
激変緩和係数

診断群分類の見直し

その他

機能評価係数Ⅱ

<地域医療指数・体制評価指数> (資料276) (資料277) (資料278) (資料279) (資料280) (資料281)
(資料282) (資料283) (資料284) (資料285) (資料286) (資料287) (資料288) (資料289) (資料290)
(資料291)



実績要件2：医師研修の実施

- ・届出病床1床当たりの臨床研修医師の採用数(基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで)
- ・各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- ・特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものと取り扱う。

naohiro kamura

278

資料 278

実績要件3：医療技術の実施

- ・外科系(外保連試案9.3版)
 - ・(3a):手術実施症例1件当たりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)
 - ・(3b):DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)
 - ・(3c):手術実施症例件数

naohiro kamura

279

資料 279

- ・(※)外保連手術指数の算出方法 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合には、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案(第9.3版)に記載されている、外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値(下表参照。難易度D、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化)に手術時間を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.49	13.22	12.95	12.68	11.68	9.37	5.62
D	8.14	7.87	7.60	7.32	7.05	6.05	3.75
C			4.12	3.85	3.58	3.30	2.30
B				1.82	1.54	1.27	1.00

難易度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は 7.05 × 3 = 21.15

- ・難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。
- ・外保連試案と結びつけられなかったKコード(「医科点数表の手術コード」)の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- ・1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を1つに絞り、対応関係を作成する。

1. 外科医師数
2. 難易度

naohiro kamura

280

資料 280

内科系(特定内科診療(2014年度版)(別表1))

- ・(3A):症例割合
 - ・「(3A):症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定 病床の全患者総計で除して算出する。
- ・(3B):DPC算定病床当たりの症例件数
 - ・「(3B):DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の 対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。
- ・(3C):対象症例件数
 - ・「(3C):対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと 条件に一致する症例を対象とする。

naohiro kamura

281

資料 281

特定内科診療 25 疾患

病名	ICD-10	ICD-9-CM	ICD-9-CM	ICD-9-CM
1 急性心臓虚血(急性心筋梗塞)	I21	410	410.01	410.01
2 慢性心臓虚血(慢性心不全)	I25	412	412.91	412.91
3 狭心症(労作性狭心症)	I24	411	411.01	411.01
4 心房性心房細動	I48	427	427.11	427.11
5 心房性心房不整	I48	427	427.21	427.21
6 心房性心房ブロック	I48	427	427.31	427.31
7 心房性心房ブロック	I48	427	427.41	427.41
8 心房性心房ブロック	I48	427	427.51	427.51
9 心房性心房ブロック	I48	427	427.61	427.61
10 心房性心房ブロック	I48	427	427.71	427.71
11 心房性心房ブロック	I48	427	427.81	427.81
12 心房性心房ブロック	I48	427	427.91	427.91
13 心房性心房ブロック	I48	427	427.01	427.01
14 心房性心房ブロック	I48	427	427.11	427.11
15 心房性心房ブロック	I48	427	427.21	427.21
16 心房性心房ブロック	I48	427	427.31	427.31
17 心房性心房ブロック	I48	427	427.41	427.41
18 心房性心房ブロック	I48	427	427.51	427.51
19 心房性心房ブロック	I48	427	427.61	427.61
20 心房性心房ブロック	I48	427	427.71	427.71
21 心房性心房ブロック	I48	427	427.81	427.81
22 心房性心房ブロック	I48	427	427.91	427.91
23 心房性心房ブロック	I48	427	427.01	427.01
24 心房性心房ブロック	I48	427	427.11	427.11
25 心房性心房ブロック	I48	427	427.21	427.21

naohiro kamura

282

資料 282

実績要件4：補正複雑性指数(DPC補正後)

- ・全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高DPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

実績要件		2020年度基準
実績要件1：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数 (全病院患者構成、後発医薬品補正、外約要因補正)		外れ値を除く最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
実績要件2：許可病床1床当たりの臨床研修医数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)		
実績要件3：医療技術の実績(6つのうち5つを満たす)		
外保連試案	(3a)手術実施症例1件当たりの外保連手術指数 (3b)DPC算定病床当たりの同指数 (3c)手術実施症例件数	外れ値を除く最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
特定内科診療	(3A)症例割合 (3B)DPC算定病床当たりの症例件数 (3C)対象症例件数	
実績要件4：補正複雑性指数(DPC補正後)		

naohiro kamura

283

資料 283

機能評価係数ⅠとⅡ

- ・機能評価係数Ⅰ
 - ・従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要の見直しを行う。
- ・機能評価係数Ⅱ
 - ・従前の6つの評価項目を維持する。地域医療指数における体制評価指数については、これまで、医療計画5疾病5事業等における急性期入院医療について、項目ごとの評価を行っているが、第8次医療計画から、新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が盛り込まれ、「5疾病0事業」となる見込みであることを踏まえ、評価項目に「感染症」を追加する。「感染症」においては、従前の新型コロナウイルス対策に係る評価に加え、新型コロナウイルス感染症対策に係る評価を追加する。なお、「災害」及び「へき地」の項目においても、医療計画に係る取組等を踏まえ、評価内容を見直す。(別表2)

naohiro kamura

284

資料 284

激変緩和係数

- ・従前の考え方を維持し、診療報酬改定が行われる年度については、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分を含む。)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する(診療報酬改定が行われな年度の当該係数は0)。新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2%を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率(補正 診療報酬変動率)を算出し、その結果が2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように指直す。

naohiro kamura

285

資料 285

診断群分類の見直し

- ・(1)医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。
- ・(2)短期滞在手術等基本料3に相当する診断群分類や、その他の手術等に係る診断群分類であって、一定の要件を満たすものについては、点数設定方式Dにより設定する。
- ・(3)治療目的での手術等が定義されている診断群分類以外の場合には、他院から転院してきた症例と、自院に直接入院した症例において医療資源投入量の傾向に相違が見られることから、疾患の頻度が高く、かつ医療内容の標準化が進んでいると考えられる疾患であって、手術が定義されていない診断群分類において、他院からの転院の有無により評価を区別する。
- ・(4)入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期(入院期間)をより重点的に評価する体系に見直す。

norihito kimura

288

資料 286

その他

・退院調査の見直し

- ・(1)入院医療を担う医療機関の機能や役割を分析・評価するため、診療行為や薬剤料等が包括されている外来診療に係る評価(小児科 外来診療料、慢性精神科外来医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料、在宅呼吸医学管理料、産婦人科呼吸医学管理料、在宅がん医療診療料)を算定している場合について、算定された診療行為等を外来 EF ファイルとして提出する場合、5 年間の経過観察を要する。
 - ・(2)医療等情報の連結解析の精度向上に向けた取組として、個人単位化された被保険者番号を提出データに含めるよう、要件を見直す。
 - ・(3)調査項目の見直し等の必要な措置を講ずる。
- ・その他
- ・血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。現在、いわゆる「高凝集剤告示」において、「濃厚血小板系ヒト von Willebrand 因子製剤(ボニダグアルファ(遺伝子組換え))」を血友病の重症疾患である von Willebrand 病の患者に対して使用する場合、当該患者は出血量により算定することとしているが、von Willebrand 病は血友病と同様の疾病としての特徴を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

norihito kimura

287

資料 287

機能評価係数 II

- ・保険診療指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数については変更なし
- ・地域医療指数、体制評価指数
 - ・がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、精神疾患、産褥期、救急は変更なし
 - ・災害
 - ・BCPの指定(実績有無別災害拠点病院の指定(0.25P))
 - ・BCPの策定(災害拠点病院に指定されている場合を除く)(0.25P)
 - ・へき地
 - ・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施(いすかてい)」
 - ・「へき地医療拠点病院の指定(巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価(0.3P)
- ・感染症
 - ・新型コロナウイルス患者入院医療機関に該当(0.25P)
 - ・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P)
 - ・富士冠のいすかてい認定した場合(0.75P)
 - ・GMSへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形に評価)(最大0.25P)

norihito kimura

288

資料 288

<地域医療指数-体制評価指数>

評価項目	概要	DP(標準係数)	大学病院係数	DP(特定係数)
がん	がんの地域医療体制の整備 【がん診療連携拠点病院の指定】	がん診療連携拠点病院の指定(0.25P) 【がん診療連携拠点病院の指定】	がん診療連携拠点病院の指定(0.25P) 【がん診療連携拠点病院の指定】	がん診療連携拠点病院の指定(0.25P) 【がん診療連携拠点病院の指定】
救急	救急医療体制の整備 【救急医療体制の整備】	救急医療体制の整備(0.25P) 【救急医療体制の整備】	救急医療体制の整備(0.25P) 【救急医療体制の整備】	救急医療体制の整備(0.25P) 【救急医療体制の整備】
巡回診療	巡回診療体制の整備 【巡回診療体制の整備】	巡回診療体制の整備(0.25P) 【巡回診療体制の整備】	巡回診療体制の整備(0.25P) 【巡回診療体制の整備】	巡回診療体制の整備(0.25P) 【巡回診療体制の整備】

115

norihito kimura

289

資料 289

評価項目	概要	DP(標準係数)	大学病院係数	DP(特定係数)
心臓循環器	心臓循環器診療体制の整備 【心臓循環器診療体制の整備】	心臓循環器診療体制の整備(0.25P) 【心臓循環器診療体制の整備】	心臓循環器診療体制の整備(0.25P) 【心臓循環器診療体制の整備】	心臓循環器診療体制の整備(0.25P) 【心臓循環器診療体制の整備】
脳神経	脳神経診療体制の整備 【脳神経診療体制の整備】	脳神経診療体制の整備(0.25P) 【脳神経診療体制の整備】	脳神経診療体制の整備(0.25P) 【脳神経診療体制の整備】	脳神経診療体制の整備(0.25P) 【脳神経診療体制の整備】
呼吸器	呼吸器診療体制の整備 【呼吸器診療体制の整備】	呼吸器診療体制の整備(0.25P) 【呼吸器診療体制の整備】	呼吸器診療体制の整備(0.25P) 【呼吸器診療体制の整備】	呼吸器診療体制の整備(0.25P) 【呼吸器診療体制の整備】
消化器	消化器診療体制の整備 【消化器診療体制の整備】	消化器診療体制の整備(0.25P) 【消化器診療体制の整備】	消化器診療体制の整備(0.25P) 【消化器診療体制の整備】	消化器診療体制の整備(0.25P) 【消化器診療体制の整備】
泌尿器	泌尿器診療体制の整備 【泌尿器診療体制の整備】	泌尿器診療体制の整備(0.25P) 【泌尿器診療体制の整備】	泌尿器診療体制の整備(0.25P) 【泌尿器診療体制の整備】	泌尿器診療体制の整備(0.25P) 【泌尿器診療体制の整備】
その他	その他診療体制の整備 【その他診療体制の整備】	その他診療体制の整備(0.25P) 【その他診療体制の整備】	その他診療体制の整備(0.25P) 【その他診療体制の整備】	その他診療体制の整備(0.25P) 【その他診療体制の整備】

norihito kimura

290

資料 290

評価項目	概要	DP(標準係数)	大学病院係数	DP(特定係数)
救急	救急医療体制の整備 【救急医療体制の整備】	救急医療体制の整備(0.25P) 【救急医療体制の整備】	救急医療体制の整備(0.25P) 【救急医療体制の整備】	救急医療体制の整備(0.25P) 【救急医療体制の整備】
循環器	循環器診療体制の整備 【循環器診療体制の整備】	循環器診療体制の整備(0.25P) 【循環器診療体制の整備】	循環器診療体制の整備(0.25P) 【循環器診療体制の整備】	循環器診療体制の整備(0.25P) 【循環器診療体制の整備】
その他	その他診療体制の整備 【その他診療体制の整備】	その他診療体制の整備(0.25P) 【その他診療体制の整備】	その他診療体制の整備(0.25P) 【その他診療体制の整備】	その他診療体制の整備(0.25P) 【その他診療体制の整備】

norihito kimura

291

資料 291

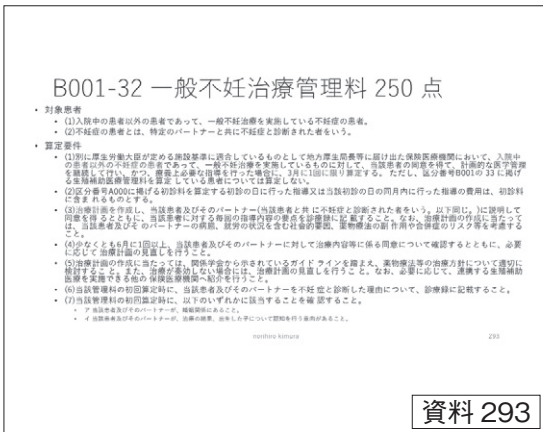
■ 不妊治療

少し時間がないので、最後に不妊を簡単に説明します。(資料292)



B001-32 一般不妊治療管理料 250点

こちら辺は小さいものばかりです。不妊は、基本的な点数はこの250点です。(資料293)



施設基準

施設基準は何に引っ張られるのでしょうか。(資料294)

- 施設基準
 - (1)当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
 - (2)産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の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。
 - (3)当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。
 - (4)生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。
- 経過措置
 - 令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

資料 294

B001-33 生殖補助医療管理料

基本的にはこの生殖補助医療管理料に全てひもづいているというか、この施設基準が一番重要になります。(資料295) (資料296)

B001 33生殖補助医療管理料 1 生殖補助医療管理料1 300点 2 生殖補助医療管理料2 250点

- 対象患者
 - (1)入院中の患者以外の患者であって、生殖補助医療を実施している不妊症の患者。
 - (2)不妊症の患者とは、精液のパートナーと共に不妊症と診断された者をいう。
- 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厚生労働省令に届け出た保険医療機関において、入学者の募集以外の目的をもって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医療管理を担担して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者に係る診療に限り、1回限り算定する。
 - (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の同月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)不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの(実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー(当該患者と書面に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。))のうち女性の生計が当該保険医療機関の開設日において42歳未満である場合に限り、(1)において、当該保険医療機関に係る医学的指導及び療養上必要な指導等を行った場合に算定する。(4)治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーと治療計画を作成する等と同時又はその前に行う個別の指導等の実施を算定料に含めること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病歴、既往の状況等を社会的要因、薬物療法の影響や合併症のリスク等を考慮すること。

資料 295

- (5)少なくとも6月に1回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。
- (6)治療計画の作成に当たっては、関係学会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。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。
- (7)当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。
- (8)治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、2回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9)治療に当たっては、当該患者の状況に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な施設への紹介等を行うこと。
- (10)当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。
 - ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。
 - イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の継続、中断した事について認知を行う意向があること。

資料 296

施設基準

施設基準は結構重いです。例えば、ここです。緊急時に対応するため、緊急手術が可能とかです。この点数を届け出ている医療機関と連携することも可能です。

しかし実質的には、ここを届け出しているところと連携しないと多分やっていけません。普通の今の不妊治療をやっているところに、緊急で手術できる状態などありません。だからどこかが基幹になって、そこと連携をしてやるような形になります。ここの施設基準が全てだと思ってもらって、ここと連携をして、先ほどの基本点数の250点を取って、不妊の保険治療がスタートするという形になっています。(資料297) (資料298)

施設基準

- (1)当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2)産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る2年以上の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。
- (3)日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る1年以上の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。
- (4)胚嚢子・胚の管理に係る責任者が1名以上配置されていること。
- (5)関係学会による胚嚢子・胚の管理に係る研修を受講した者が1名以上配置されていることが望ましい。
- (6)生殖補助医療管理料1を算定する施設については、以下の体制を有していること。
 - ア 産前産後、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を選任していること。
 - イ 社会福祉士等の保険医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者を配置していること。
 - ウ 他の保険医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
- (7)採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能なる手術室を有していること。
- (8)検査を行う専用の室を備えていること。
- (9)凍結保存を行う専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
- (10)当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。
- (11)安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方や、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

norihito kimura 297

資料 297

- (12)安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
- (13)安全管理の責任者等が構成される委員会が1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (14)安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に開催されていること。
- (15)胚嚢子・胚の管理を専ら担当する専任の医師又は胚嚢子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、胚嚢子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
- (16)日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のARJ認定保険システムへの登録データの入力を通じて実施すること。
- (17)緊急時の対応のため、随時外・夜間救急体制が整備されている又は随時外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (18)胚移植を実施した患者の届出に係る届出について把握する体制を有していること。
- (19)精巣内精子採取術に係る届出を行っている又は精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していることが望ましい。
- (20)届出が不十分程度に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
- (21)毎年7月において、前年度における治療件数等を把握するため、所定の様式により届け出ること。

経過措置

- 令和4年3月31日時点まで特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年9月30日までの間に限り、(2)から(21)までの基準を論じたしているものとする。

norihito kimura 298

資料 298

D008 内分泌学的検査
D006-28 Y染色体微小欠失検査 3,770点
K884-2 人工授精 1,820点
K884-3 胚移植術
K884-3 胚移植術の加算
K917 体外受精・顕微授精管理料

内分泌の検査があったり、人工授精の点数があったり、胚移植のところがあったりと、点数ができています。そういう意味では、ちゃんとできているのですが、基本的には、先ほどの施設基準が一番重要であって、そこと連携できるかどうかで全て決まります。(資料299) (資料300) (資料301) (資料302) (資料303) (資料304) (資料305)

D008内分泌学的検査
52 抗ミュラー管ホルモン(AMH) 600点

算定要件

- (1)不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断を目的として実施した場合に、6月に1回に限り算定する。
- (2)抗ミュラー管ホルモン(AMH)は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法におけるゴナドトロピン投与量の判断のために、CLEIA法又はECLIA法により測定した場合に算定できる。

norihito kimura 299

資料 299

D006-28 Y染色体微小欠失検査 3,770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、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2)Y染色体微小欠失検査は、不妊症の患者に対して、精巣内精子採取術の適応の判断のために、PCR+SSO法により測定した場合に限り算定できる。

施設基準

- (1)次のいずれかに該当すること。
 - ア 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - イ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2)遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている又は遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携により当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていることが望ましい。

norihito kimura 300

資料 300

K884-2人工授精 1,820 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、不妊症の患者に対して行われた場合に算定する。
 - (2)当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、妊娠を目的として実施した場合に算定する。
 - ・ ア 精子・精液の量的・質的異常
 - ・ イ 射精障害・性交障害
 - ・ ウ 精子・卵管輸送不適合
 - ・ エ 機能的不妊
 - (3)人工授精の実態に当たっては、密度勾配法、濃度密度勾配法又はスームアップ法等により、精子の貯量を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - (4)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。また、治療が無効な場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討すること。
 - (5)必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。
- 施設基準
 - (1)当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
 - (2)一般不妊治療管理科に係る届出を行っている保険医療機関であること。

reihito kimura

301

資料 301

K884-3 胚移植術

- 1 新鮮胚移植の場合 7,500点
- 2 凍結・融解胚移植の場合 12,000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、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
 - (2)当該患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき4回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき2回に限り算定する。次の日の年齢を基として算定する場合は、その日の年齢が40歳未満である場合は、患者1人につき6回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者1人につき3回に限り算定する。
 - (3)当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚嚢胚について、胚嚢を凍結した場合は、別に算定する。
 - (4)胚移植の実態に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
 - (5)凍結・融解胚移植の実態に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - (6)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
 - (7)体外受精又は顕微授精の実態に当たり、未成熟の卵子を用いる場合は、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - (8)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
 - (9)体外受精又は顕微授精の実態に当たり、未成熟の卵子を用いる場合は、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 施設基準
 - (1)当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - (2)生殖補助医療管理科に係る届出を行っている保険医療機関であること。

reihito kimura

302

資料 302

K884-3 胚移植術の加算

- 注4 アシステッドハッチング 1,000点
- 注5 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 1,000点

- 算定要件
 - (1)胚移植術において、アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
 - (2)胚移植術において、高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。

reihito kimura

303

資料 303

K917 体外受精・顕微授精管理料

- 1 体外受精 4200点
- 2 顕微授精

○ 1個の場合	4800点
□ 2個から5個までの場合	6800点
△ 6個から9個までの場合	10000点
＝ 10個以上の場合	12800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、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
 - (2)体外受精及び顕微授精を併用した場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数及び2の所定点数を合算した点数により算定する。
 - (3)凍結卵子採取術により採取された卵子を用いる場合は、採取卵子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。
 - (4)1については、体外受精及び必要な医学管理を行った場合に算定し、2については、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて算定する。

reihito kimura

304

資料 304

- (5)当該患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナー(当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。)から採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。
 - ・ ア 前駆性不妊
 - ・ イ 男性不妊(染色体異常等)
 - ・ ウ 機能的な不妊
 - ・ エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合
- (6)体外受精又は顕微授精の実態に当たっては、密度勾配法、濃度密度勾配法又はスームアップ法等により、精子の貯量を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、採取精子調整加算を除き、別に算定できない。
- (7)体外受精又は顕微授精の実態に当たり、未成熟の卵子を用いる場合は、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
- (9)体外受精又は顕微授精の実態に当たり、未成熟の卵子を用いる場合は、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は、所定点数に含まれる。
- 施設基準
 - (1)当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - (2)生殖補助医療管理科に係る届出を行っている保険医療機関であること。

reihito kimura

305

資料 305



K917 体外受精・顕微授精管理料

K917-2 受精卵・胚培養管理料

K917-3 胚凍結保存管理料

そういった体制ができて、あとは培養があったり、胚の凍結保存の点数があったりという形になっています。そういう意味では、この不妊治療の保険はどうなのでしょう。どれぐらいやるのか、私は分かりません。

多分、今までこんなに安くやっていないと思います。そういう意味では、保険治療ができるようになりましたと、保険をやっているところと、まだ自費でやるところは多分、残るのだろうと思います。(資料306) (資料307) (資料308)

K917 体外受精・顕微授精管理料
注 3 卵子調整加算 1,000 点

- ・算定要件
 - ・受精卵の作成に当たり、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000 点を顕微授精の所定点数に加算する。

資料 306

K917-2 受精卵・胚培養管理料

1 個の場合	4500 点
2 個から 5 個までの場合	6000 点
3 個から 9 個までの場合	8400 点
4 10 個以上の場合	10500 点

注 胚細胞の作成を目的として管理を行った胚の数に
応じ、次に掲げる点数をそれぞれ 1 回につき所定
点数に加算する。

- イ 1 個の場合 1500 点
- ロ 2 個から 5 個までの場合 2000 点
- ハ 6 個から 9 個までの場合 2500 点
- ニ 10 個以上の場合 3000 点

施設基準
(1)当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を
標榜する保険医療機関であること。
(2)生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険
医療機関であること。

- ・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、不妊症の患者に対して、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から初期胚又は胚細胞を作成することを目的として、受精卵及び胚の培養並びに必要医学管理を行った場合に算定する。
 - ・(2)胚細胞の作成を目的として管理を行った胚の数に
応じ、注に掲げる点数をそれぞれ 1 回につき所定点数に加算する。
 - ・(3)当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚細胞について、胚移植を目的として治療計画に基づいて培養及び必要医学的管理を行った場合に、培養した受精卵及び胚の数に応じて算定する。
 - ・(4)受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の整備に係る費用等が含まれる。
 - ・(5)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について患者に説明し、当該患者の同意を得た上で実施すること。

資料 307

K917-3 胚凍結保存管理料

1 胚凍結保存管理料(導入時)	
イ 1 個の場合	8000 点
ロ 2 個から 5 個までの場合	7000 点
ハ 6 個から 9 個までの場合	10200 点
ニ 10 個以上の場合	13000 点
2 胚凍結保存維持管理料	3500 点

- ・施設基準
 - ・(1)当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - ・(2)生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

- ・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、不妊症の患者に対して、受精卵・胚細胞に用いることを目的として、初期胚又は胚細胞の凍結保存及び必要医学管理を行った場合に算定する。
 - ・(2)については、凍結保存を開始した時点で、凍結する初期胚又は胚細胞の数を算出し、おいては、凍結保存の開始から 1 年を経過している場合であって、凍結後の保存に係る維持管理を行った場合に、凍結凍結保存の開始日から起算して 3 年を限度として、1 年に 1 回限り算定する。
 - ・(3)当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚細胞について、胚移植を目的として、治療計画に基づいて培養及び必要医学的管理を行った場合に算定する。
 - ・(4)胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚細胞の凍結状態に用いる冷却剤の費用その他の凍結凍結保存の管理に係る費用等が含まれる。
 - ・(5)治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に説明し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
 - ・(6)治療により当該患者に他の治療が実施されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要医学管理を継続する場合には、その費用は患者の負担とする。

資料 308

K838-2 精巢内精子採取術

施設基準

これが精子の採取術です。そういうような形になっています。

まずはこの点数です。そしてここと同じ施設基準を取れるのか、ここと連携するのかという感じになります。あとはいろいろ培養したり、卵子を取ってきたり、胚を戻したり、そのようなことで点数が付いているということが分かってもらえればと思います。

時間がない中、畳みかけて申し訳ありませんが、そのような形です。(資料309) (資料310)

K838-2 精巣内精子採取術

1 単純なもの 12,400点
2 顕微鏡を用いたもの 24,600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、不孕症の患者に対して行われた場合に限り算定する。
 - ・(2)については精巣内精子採取術を行った場合に、2については顕微鏡下精巣内精子採取術を行った場合に算定する。
 - ・(3)については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微鏡下に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ・ 変形精子症
 - ・ 免疫性無精子症
 - ・ 不明原因性無精子症
 - ・(4)2については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微鏡下に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合に算定する。
 - ・ ア 顕微鏡下精巣内精子採取術
 - ・ イ 他の方法により体外受精又は顕微鏡下に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者
 - ・(5)精巣内精子採取術の実行前に用いた薬剤の費用は別に算定される。
 - ・(6)治療にあたっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者の同意を得た上で実施すること。
 - ・(7)3のイ又は4のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

資料 309

- ・施設基準
 - ・(1)次のいずれかに該当すること。
 - ・ア 次のいずれの基準にも該当すること。
 - ・ 1 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
 - ・ 2 泌尿器科について5年以上の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。
 - ・ 3 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。
 - ・イ 次のいずれの基準にも該当すること。
 - ・ 1 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - ・ 2 精巣内精子採取術について過去2年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について5年以上の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 3 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ・ 4 泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
- ・(2)緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されている又は時間外・夜間救急体制が整備されている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

- ・経過措置
 - ・令和4年3月31日時点で特定治療実施事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、令和4年5月30日までの間に限り、上記の基準を満たしているものとする。

資料 310

その他 (資料311)

その他

資料 311

高度難聴(人工内耳)

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60点

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

小児運動器疾患指導管理料 (資料312) (資料313) (資料314) (資料315) (資料316)

慢性維持透析患者外来医学管理料 2250点 → 慢性維持透析患者外来医学管理料 2211点

- ・アルブミン
 - ・血液化学検査
 - ・経過措置
 - ・算定の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、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。区分番号D007の1に掲げるアルブミン(BCP改良法・BCG法)のうち、BCG法によるもの

呼吸器調式デマンドバルブ加算 300点 → 呼吸器調式デマンドバルブ加算 291点

排尿補助装置加算 1800点 → 排尿補助装置加算 1829点

資料 312

高度難聴(人工内耳)

高度難聴指導管理料

- ・算定要件
 - ・注2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。

施設基準

- ・1 高度難聴指導管理料に関する施設基準 次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。
 - ・(1) 略
 - ・(2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。(中略)また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、聴覚に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

資料 313

耳鼻咽喉科乳幼児処置加算 60 点

- ・算定要件
 - ・耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、1日につき 60 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号J113の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。

norihito kimura

314

資料 314

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80 点

- ・算定要件
 - ・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、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、区分番号J095からJ115-2までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り 80 点を所定点数に加算する。
- ・施設基準
 - ・(1)抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
 - ・(2)当該保険医療機関が病院の場合にあつては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。

norihito kimura

315

資料 315

- ・小児運動器疾患指導管理料
 - ・12歳未満→20歳未満

norihito kimura

316

資料 316

資料のダウンロード

また質問があると思いますので、最初に私のスライドのところに、このQRコードがあります。これはLINEビジネスにつながるようになっていきますので、私のところにくらでも質問ができます。(資料317)

資料のダウンロード

- ・LINEに登録いただければ、LINEでダウンロードリンクを送付します。
- ・パスワード

norihito kimura

317

資料 317



今日はこれで終わりにさせていただければと思います。ありがとうございました。