



第 19 回日本医療経営学会学術集会・総会

2020 年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症
(COVID-19) が医療経営に及ぼす影響と対策

プログラム・抄録集

令和 2 年 11 月 14 日 (土)
WEB 開催 (zoom)

ご挨拶

このたび、第19回日本医療経営学会学術集会・総会の会長を拝命いたしました、株式会社ASK梓診療報酬研究所の中林 梓です。この学術集会は当初、札幌開催を予定しておりましたが、新型コロナ禍のため、Web形式にて2020年11月14日に開催することとなりました。

当学会は2002年に第1回の学術集会を開催して以来、毎年学術集会を開催しており、今年で第19回目を迎えました。医療経営に携わる方々、また関連する広範な分野で活動しておられる方々の知的交流を目的とする学会です。

今学術集会のテーマは、「2020年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が医療経営に及ぼす影響と対策」です。内容は、今確認しておくべき2020年診療報酬改定のポイントと「新型コロナウイルス感染症」による医療経営への影響の分析、さらに医療機関の経営状況、今後の医療経営の問題点、これからの対策等を様々なケースから検証し、「新型コロナウイルス感染症」後の医療経営の在り方を考えていくものにする予定です。講演、シンポジウムは、上記テーマに沿った内容を予定しております。

第19回日本医療経営学会学術集会・総会会長
株式会社ASK梓診療報酬研究所 所長
中林 梓

開催概要

名 称： 第19回日本医療経営学会WEB学術集会

テーマ： 「2020年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が医療経営に及ぼす影響と対策」

日 時： 2020年11月14日(土) 09：00～17：05

会 場： WEB開催（Zoom内の会議室）

会 長： 株式会社ASK梓診療報酬研究所 所長 中林 梓

実行委員長： 国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授 高橋 泰

目 次

「新型コロナウイルス感染症」が医療経営に及ぼす影響

講演Ⅰ 2020 年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症の診療報酬 中林 梓（株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 所長）	1
--	---

講演Ⅱ 「新型コロナウイルス感染症」が及ぼす医療経営への影響分析 黒川 大輔（メディカル・データ・ビジョン株式会社）	34
---	----

講演Ⅲ 「新型コロナウイルス感染症」診療報酬臨時対応 酒井 麻由美（株式会社リンクアップラボ）	37
--	----

講演Ⅳ 新型コロナウイルス後のオンライン診療 稲生 優海（株式会社メドレー）	55
---	----

ランチタイムセミナー 遠隔通訳の有用性について 吉川 健一（株式会社 BRICK's 代表取締役社長）	58
--	----

新型コロナウイルス感染症による医療経営の課題と対策

講演Ⅴ 「新型コロナウイルス感染症」助成金・補助金・融資等 川原 丈貴 （メディカル・マネジメント・プランニング・グループ 理事長）	60
--	----

講演Ⅵ with コロナの時代の病院経営 豊岡 宏（一般社団法人日本病院経営支援機構 理事長）	63
--	----

若手医師の会シンポジウム「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」 座長 高橋 泰 （国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授）	
---	--

シンポジスト

今村 康宏

（医療法人済衆館済衆館病院 理事長） 68

北島 明佳

（医療法人元気会横浜病院 理事長） 71

石川 賀代

（社会医療法人石川記念会 HITO 病院 理事長・病院長） 73

甲賀 啓介

（社会医療法人駿甲会コミュニティホスピタル甲賀病院 院長） 74

小川 聡子

（医療法人社団 東山会 理事長） 75

第19回日本医療経営学会WEB学術集会 プログラム

日 時： 2020年11月14日(土)09：00～17：05

会 場： WEB開催（Zoom内の会議室）

会 長： 株式会社ASK梓診療報酬研究所 所長 中林 梓

実行委員長：国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授 高橋 泰

テーマ：「2020年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が医療経営に及ぼす影響と対策」

時間	
09:00～09:10	学術総会開催挨拶
	名誉理事長 廣瀬輝夫先生追悼
09:10～09:15	「新型コロナウイルス感染症」が医療経営に及ぼす影響
09:15～10:05	講演Ⅰ 2020年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症の診療報酬
10:05～10:45	講演Ⅱ 「新型コロナウイルス感染症」が及ぼす医療経営への影響分析
10:45～10:55	休憩
10:55～11:35	講演Ⅲ 「新型コロナウイルス感染症」診療報酬臨時対応
11:35～12:10	講演Ⅳ 新型コロナウイルス後のオンライン診療
12:10～12:20	昼休憩
12:20～13:00	ランチタイムセミナー 遠隔通訳の有用性について (株式会社BRICK's)
13:00～13:05	新型コロナウイルス感染症による医療経営の課題と対策
13:05～13:45	講演Ⅴ 「新型コロナウイルス感染症」助成金・補助金・融資等
13:45～14:25	講演Ⅵ withコロナの時代の病院経営
14:25～14:35	休憩
14:35～16:25	若手医師の会シンポジウム
	「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」
16:25～16:55	ディスカッション若しくはまとめ
16:55～17:00	次回総会案内
17:00～17:05	終了（閉会挨拶）

- 09:00～09:10 学術総会開催挨拶 大道 久（日本医療経営学会理事長）
名誉理事長 廣瀬輝夫先生追悼
- 09:10～09:15 「新型コロナウイルス感染症」が医療経営に及ぼす影響
座長 大道 久
- 09:15～10:05 講演Ⅰ 2020年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症の
診療報酬
中林 梓（株式会社ASK 梓診療報酬研究所 所長）
- 10:05～10:45 講演Ⅱ「新型コロナウイルス感染症」が及ぼす医療経営への影響分析
黒川 大輔（メディカル・データ・ビジョン株式会社）
- 10:45～10:55 休憩
- 10:55～11:35 講演Ⅲ「新型コロナウイルス感染症」診療報酬臨時対応
酒井 麻由美（株式会社リンクアップラボ）
- 11:35～12:10 講演Ⅳ 新型コロナウイルス後のオンライン診療
稲生 優海（株式会社メドレー）
- 12:10～12:20 昼休憩
- 12:20～13:00 ランチタイムセミナー 遠隔通訳の有用性について
吉川 健一（株式会社BRICK's 代表取締役社長）
- 13:00～13:05 新型コロナウイルス感染症による医療経営の課題と対策
座長 中林 梓
- 13:05～13:45 講演Ⅴ 「新型コロナウイルス感染症」助成金・補助金・融資等
川原 丈貴
（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ 理事長）
- 13:45～14:25 講演Ⅵ with コロナの時代の病院経営
豊岡 宏（一般社団法人日本病院経営支援機構 理事長）

- 14:25～14:35 休憩
- 14:35～16:25 若手医師の会シンポジウム
「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」
座長 高橋 泰
(国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授)
シンポジスト
今村 康宏 (医療法人済衆館済衆館病院 理事長)
北島 明佳 (医療法人元気会横浜病院 理事長)
石川 賀代 (社会医療法人石川記念会 HITO 病院 理事長・病院長 O
甲賀 啓介 (社会医療法人駿甲会コミュニティホスピタル
甲賀病院 院長)
小川 聡子 (医療法人社団 東山会 理事長)
- 16:25～16:55 ディスカッション若しくはまとめ
- 16:55～17:00 次回総会案内
山本 康弘
(国際医療福祉大学医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科教授)
- 17:00～17:05 終了 (閉会挨拶)
中林 梓

講演 I

【講演Ⅰ】

2020 年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症の診療報酬

講師略歴



中林 梓

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 所長

【略歴】

札幌出身

病院・診療所対象のコンピュータ・インストラクターを経て、医事運用，経営コンサルティングに従事。平成 9 年（1997 年）ASK 梓診療報酬研究所を設立。

請求もれ，経営改善，在宅医療等をテーマに，分析・セミナー講演・執筆活動を行なう。

現在

診療報酬に関する各種研究，医業収入診断，経営改善指導，医事運用コンサルティング，在宅医療運営指導，レセプト精度診断，診療報酬請求に関する医師・看護師向けの各種教育研修・セミナーに携わる。

医業経営コンサルタント。

【研修講師実績】

全国公私病院連盟，全国厚生農業協同組合連合会，北海道病院協会，静岡県病院協会，新潟県病院協会，広島県病院協会，岡山県病院協会，秋田県病院協会，相模原市病院協会，神奈川県看護協会，静岡県看護協会，広島県医師会，徳島県医師会，名古屋大学医学部付属病院，日本医業経営コンサルタント協会，TKC，メディカル・マネジメント・プランニング・グループ，医療関連サービス振興会，他 多数

第19回日本医療経営学会学術集会

2020年診療報酬改定と新型コロナウイルス感染症の診療報酬

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所
所 長 中 林 梓

1

8月19日総会における議論の整理（概要）について

- 新型コロナウイルス感染症への対応とその影響等を踏まえた診療報酬上の取扱いについて、8月19日総会の議論の内容を踏まえた整理（概要）を、以下に示す。
- これらの取扱いについては、新型コロナウイルス感染症への対応とその影響等を引き続き注視しながら、今後も、必要な対応について検討することとする。

【新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱いの整理】

		新型コロナウイルス感染症 患者等を受け入れた 医療機関等（*）
基本 診療料	定数超過入院の減額措置免除	○
	月平均夜勤時間数	○
	看護配置	○
	平均在院日数	○
	重症度、医療・看護必要度	○
	在宅復帰率	○
	医療区分2・3の患者割合	○
	研修等	○
	その他の実績要件等	○
その他	実績要件等	○

- * 「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関等」には、以下の医療機関等が含まれる。
 - ・ 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関等
 - ・ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する医療機関等
- ※ 上記により、当該要件に影響があった場合に限る（新型コロナウイルス感染症の影響以外により当該要件を満たせない場合は含まれない）。
- ※ 緊急事態宣言において緊急事態措置を実施すべき期間とされた期間については、全ての医療機関等が「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関等」に該当するものとして取り扱う。
- ※ 訪問看護ステーションについても、同様の取扱いとする。

【令和2年度診療報酬改定における経過措置の取扱いについて】

- 経過措置のうち、令和2年9月30日を期限とするものであって、患者の診療実績に係る要件については、新型コロナウイルス感染症による各医療機関への影響等を考慮し、令和3年3月31日までは、令和2年3月31日時点で届け出ている区分を引き続き届け出てよいこととする。なお、当該実績等の評価方法（例：重症度、医療・看護必要度の評価方法）については、経過措置の期限を令和2年9月30日までとする。

2

2

- 「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」等に対する施設基準の臨時的な取扱いについて、以下のとおり整理することとしてはどうか。
- ・ 一定期間の実績を求める要件（年間の手術件数等）について、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」等に該当する場合は、施設基準に係る要件を満たさなくなった場合であっても、引き続き、当該施設基準を満たしているものとして取り扱うこととする。
 - ・ 「職員が新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない医療機関」に該当する医療機関について、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」と同様の取扱いとする。
 - ・ 緊急事態宣言の期間については、外出自粛要請等による患者の受療行動の変化等の理由により、施設基準を満たすことがなくなる可能性を鑑み、全ての医療機関を「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」に該当するものとみなすこととする（なお、この場合、期間の取扱いについては、当該期間を含む月単位とする。）。
- ※ なお、その場合、緊急事態宣言の措置の対象となる都道府県（特定警戒都道府県）が一部の都道府県であっても、当該都道府県以外の都道府県についても影響があると考えられることから、対象は全ての都道府県とする。
- ※ 上記取扱いは、「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関」等に該当する月のみ適用される。

【新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的取扱いの整理（案）】

		新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた医療機関等	職員が新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない医療機関
基本診療料	定数超過入院の減額措置免除	○	○
	月平均夜勤時間数	○	○
	看護配置（※1）	○	○
	平均在院日数	○	- → ○
	重症度、医療・看護必要度	○	- → ○
	在宅復帰率	○	- → ○
	医療区分2・3の患者割合	○	- → ○
	研修等（※2）	○	○
その他	その他の実績要件等	- → ○	- → ○
	実績要件等	- → ○	- → ○

※1：1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率、看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に限る。

※2：地域包括診療加算等の2年毎の届出が必要な研修、医療安全対策加算等の年1回程度の評価に限る。また、その他研修修了が要件の施設基準について、一部web開催を認めている。

3

2020.09.16中医協協会

©ASK/©LINKUP 新型コロナウイルス感染症への対応とその影響等を踏まえた診療報酬上の取扱いの整理について（報告）

3

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての
電話等を用いた診療に関する診療報酬上の臨時的対応に係る整理

（別紙）

		初診	再診	慢性疾患等を有する 定期受診患者等に対する 医学管理を実施した場合
平時	対面診療	【A000】初診料 288点	【A001】再診料 73点 【A002】外来診療料 74点	【B】疾患等に応じた医学管理料 (※1)
	オンライン診療	×	【A003】 オンライン診療料 (※2) 71点	【B】対象となる医学管理料 (※3)の注に規定する 「情報通信機器を用いた場合」 100点
	電話等を用いた診療	×	【A001】電話等再診料 (やむを得ない場合) 73点	×
新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い	対面診療	平時と同様の取扱い		
	オンライン診療	×	【A003】 オンライン診療料 (※調剤料等2) 71点	【B】対象となる医学管理料 (※3)の注に規定する 「情報通信機器を用いた場合」 100点
	電話等を用いた診療	時限的・特例的な取扱い (令和2年4月10日～) 【A000】電話等を用いた場合の初診料を算定可能(※4) (※調剤料等1) 214点	【A001】電話等再診料 (慢性疾患等を有する定期受診患者等に対して全例で可能) (※調剤料等1) (※調剤料等2) 73点	要件(※5)を満たせば管理料を算定可能 147点

※1 各医学管理料の点数による。

※2 オンライン診療料は、慢性疾患等の定期受診患者に対して、対面診療と、ビデオ通話可能な情報通信機器を活用した診療（オンライン診療）を組み合わせた計画に基づき、オンライン診療を行った場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。

※3 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料をいう。

※4 「新型コロナウイルスの感染拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医業・生活衛生局総務課事務連絡）における留意点を踏まえて診療を行った場合に算定する。

※5 以前より対面診療において対象となる医学管理料（※3）を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行うこと。

※6 医学管理料の種類による。

＜調剤料等に係る臨時的取扱い＞

※調剤料等1 調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定する。

※調剤料等2 原疾患により発症が容易に予測される症状の変化に対して処方を行った場合にも、調剤料等を算定可能とする。

©ASK/©LINKUP

4

診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%

各科改定率 医科 +0.53%
歯科 +0.59%
調剤 +0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%

② 材料価格 ▲0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲0.01%

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として 公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

2

©ASK/©LINKUP

5

令和2年度診療報酬改定 I-1 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価 ①

地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

- 地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 地域医療体制確保加算 520点(入院初日に限る)

※ 消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として新設(改定率0.08%、公費126億円分を充当)。

【算定要件】

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

【施設基準】

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、**年間で2,000件以上**である(※1)こと。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「**病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」(※2)の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

※1 診療報酬の対象とならない医療機関(日水準相当)のうち、を対象として、地域医療介護総合確保基金において、地域医療に特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっている医療機関について、医師の労働時間短縮のための体制整備に関する支援を行う。

※2 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、**以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。**

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的な内容

イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

ウ 勤務間インターバルの確保

エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

オ 当直翌日の業務内容に対する配慮

カ 交替勤務制・複数主治医制の実施

キ 短時間正規雇用医師の活用



3

©ASK/©LINKUP

6

基本方針

改定に当たっての基本認識

- ▶健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現 ▶患者・国民に身近な医療の実現
- ▶どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性（具体的方向性の例）

1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

【重点課題】

- ・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化
- ・質の高い在宅医療、訪問看護の確保
- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組

2. 患者・国民にとって身近で安心・安全で質の高い医療の実現

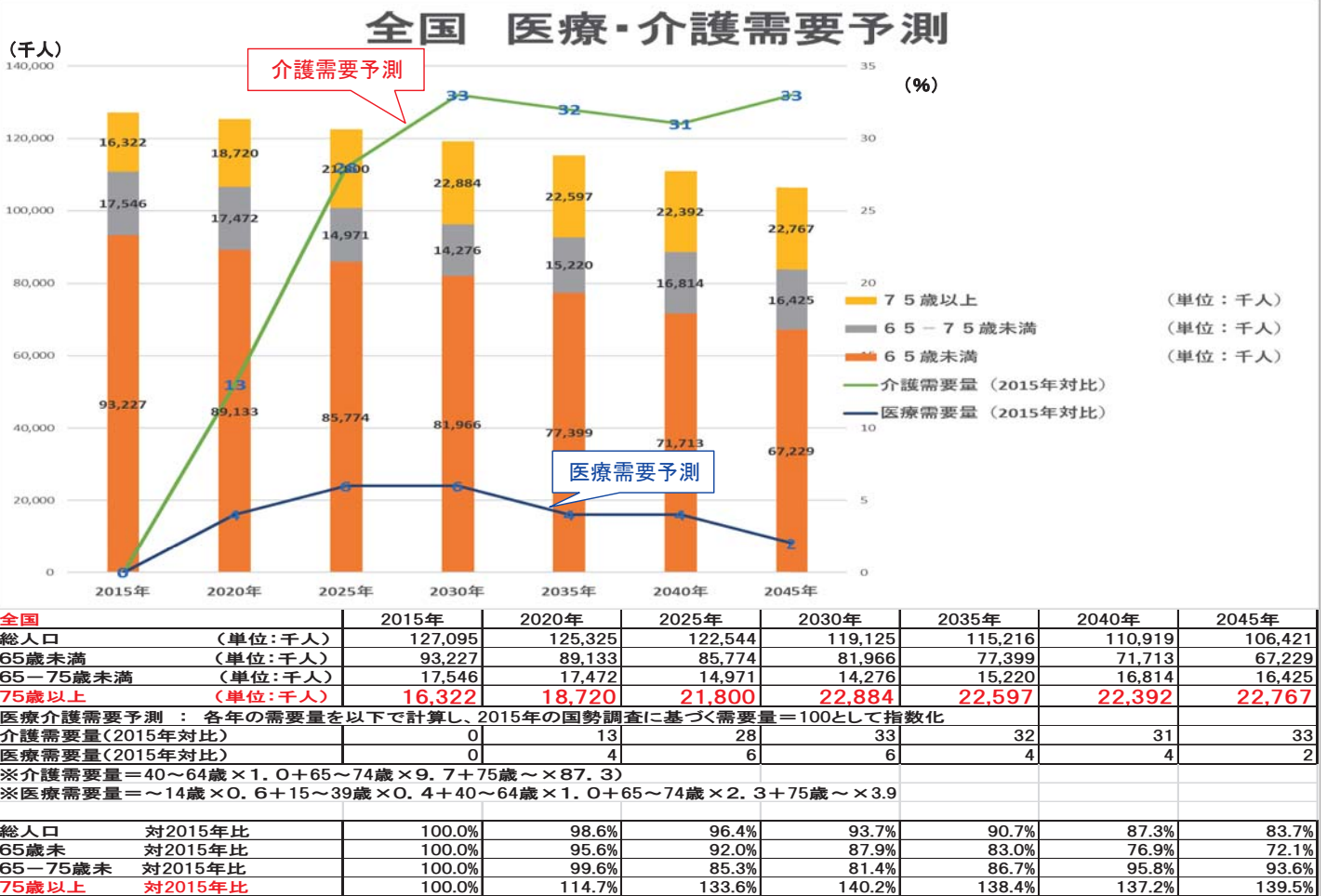
- ・かかりつけ機能の評価
- ・患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・アウトカムにも着目した評価の推進
- ・重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための必要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・医療におけるICTの利活用

4. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

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

©ASK/©LINKUP

7



©ASK/©LINKUP

日本医師会 地域医療情報システムより

(1)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 2040年の医療提供体制の展望を見据え、地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。
- 医師等の働き方改革に関しては、2024年(令和6年)4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- 診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月を見据え、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、適切な評価の在り方について検討する必要がある。

(具体的方向性の例)

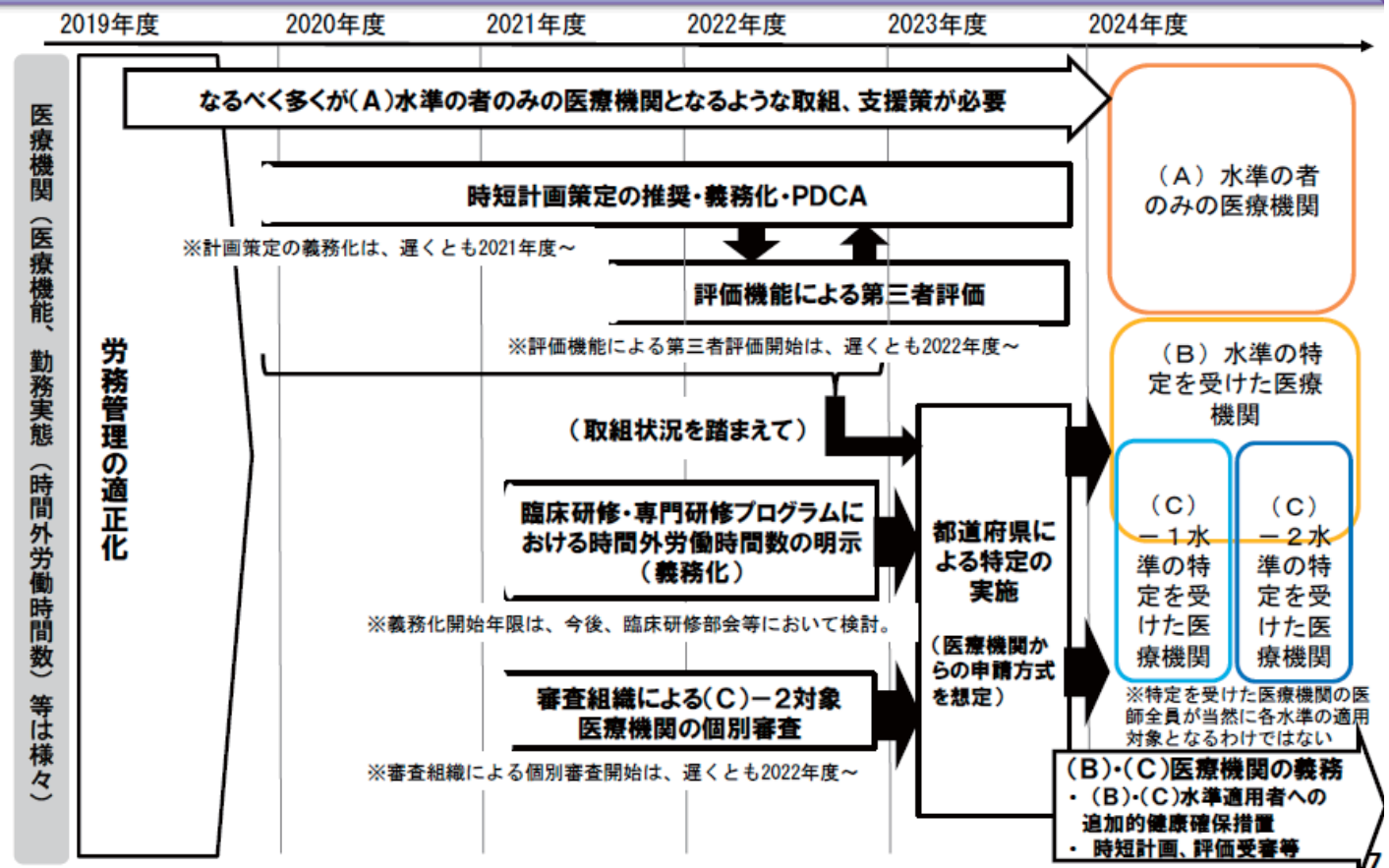
- 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
 - ・医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進。
 - ・タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療を推進。
 - ・届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進。
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
 - ・ICTを活用した医療連携の取組を推進。

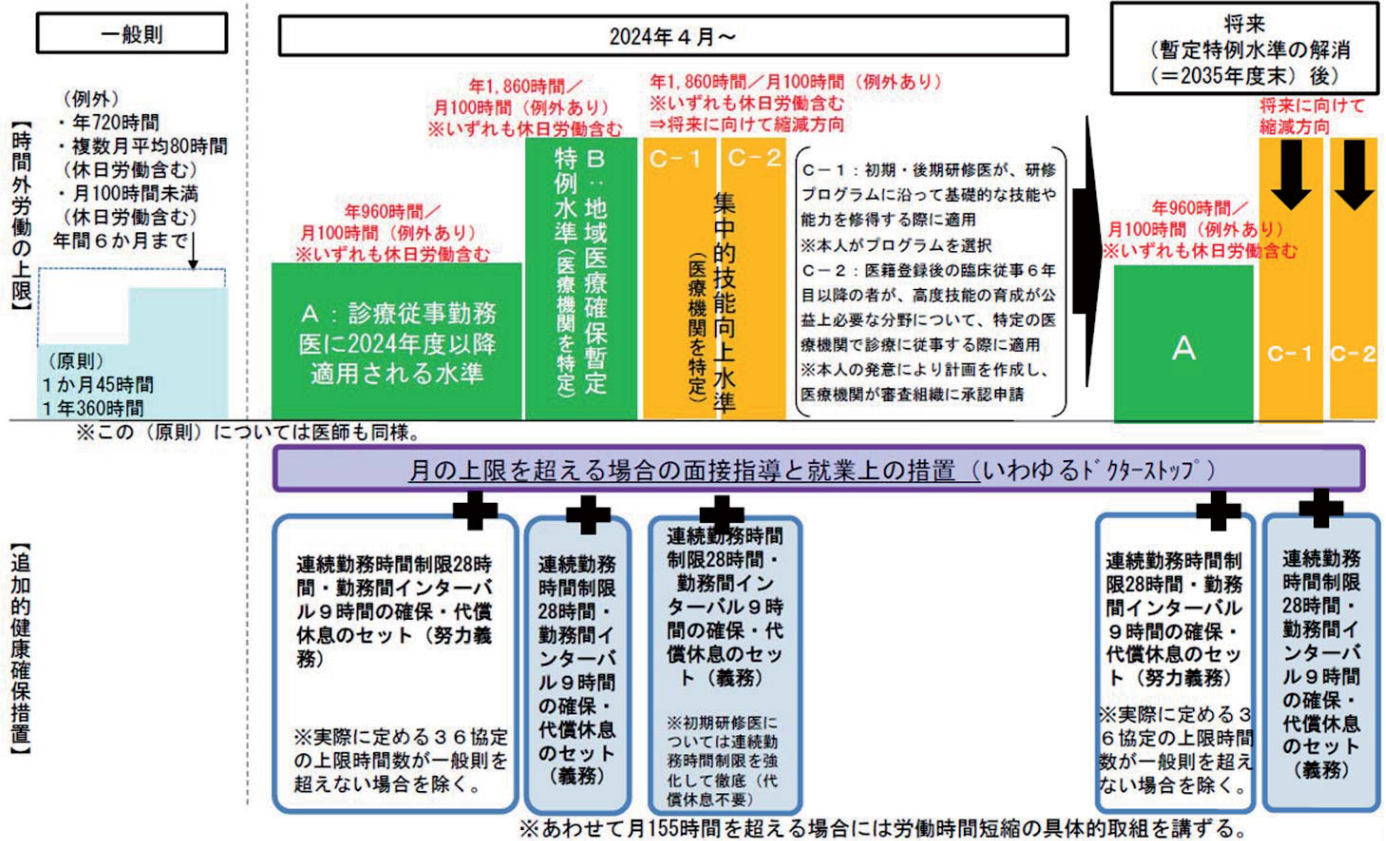
中医協総会2019.12.11資料 令和2年度診療報酬改定の基本方針について

9

第1回医師の働き方改革の推進に関する検討会(令和元年7月5日)資料3

2024年4月までの見通し





©ASK/©LINKUP

20191218中医協総会資料「個別事項その14」より

11

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ③～⑤

急性期入院医療の適切な評価の推進(概要)

入院の必要性に応じた重症度、医療・看護必要度の見直し



評価項目・判定基準

- ✓ 判定基準より、「B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上」の基準を削除
- ✓ A項目の「免疫抑制剤の管理」を注射剤に限る
- ✓ C項目に、入院での実施割合が9割以上の手術及び検査を追加
- ✓ C項目の評価対象日数を右表の期間に変更
- ✓ 救急患者の評価を充実
 - ・必要度Ⅰ 救急搬送後の入院の評価を5日間に延長
 - ・必要度Ⅱ 救急医療管理加算又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者を新たに評価

該当患者割合の施設基準

	現行 I / II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	30% / 25%
急性期一般入院料2	— / 24% (27% / 22%)
急性期一般入院料3	— / 23% (26% / 21%)
急性期一般入院料4	27% / 22%
急性期一般入院料5	21% / 17%
急性期一般入院料6	15% / 12%
特定機能病院入院基本料	28% / 23%

	現行	改定後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
別に定める検査	なし	2日間
別に定める手術	なし	6日間

	見直し後 I / II (200床未満の経過措置)
急性期一般入院料1	31% / 29%
急性期一般入院料2	28% / 26% (26% / 24%)※1
急性期一般入院料3	25% / 23% (23% / 21%)※2
急性期一般入院料4	22% / 20% (20% / 18%)※3
急性期一般入院料5	20% / 18%
急性期一般入院料6	18% / 15%
特定機能病院入院基本料	— / 28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る ※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る

4

©ASK/©LINKUP

12

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 重症度、医療看護必要度の評価項目及び判定基準の見直しに伴い、施設基準を以下のとおり見直す。

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



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

カッコ内は許可病床数
200床未満の経過措置

【経過措置】

＜全体＞

令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和2年9月30日まで**
基準を満たしているものとする。

＜急性期一般入院料4＞

令和2年3月31日時点で
施設基準の届出あり
⇒ **令和3年3月31日まで**
基準を満たしているものとする。

＜200床未満＞

許可病床数200床未満の病院
⇒ **令和4年3月31日まで**
割合の基準値を緩和する。
(※1～3)

※1
現に急性期1又は2を届け出
ている病棟に限る。

※2
現に急性期1、2又は3を届
け出している病棟に限る。

※3
現に急性期4を届け出ている
病棟に限る。

6

©ASK/©LINKUP

13

令和2年9月30日を期限とする経過措置が設けられた項目一覧

(令和2年8月19日 中央社会保険医療協議会資料(総-6)抜粋)

※赤線囲み部分について、経過措置の期限を令和3年3月31日まで延長する予定。

項目	経過措置
初診料の注2及び外来診療料の注2に係る病床数要件	令和2年9月30日までの間、「地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)」とあるのは、「許可病床400床以上の地域医療支援病院」とする。
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院料(7対1結核病棟、10対1一般病棟)、専門病院(10対1)、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟については、 令和2年9月30日までの間 に限り、令和2年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料(急性期一般入院料4を除く)、7対1入院基本料(結核、特定(一般病棟)、専門)、看護必要度加算(特定、専門)、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟又は病室については、 令和2年9月30日までの間 に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟については、 令和2年9月30日までの間 に限り、令和2年度改定前の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の測定方法	令和2年3月31日時点で、ハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟については、 令和2年9月30日までの間 に限り、令和2年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。
療養病棟入院基本料	令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟については、 令和2年9月30日までの間 に限り、「意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
抗菌薬適正使用支援加算	令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、 令和2年9月30日までの間 に限り、院内研修及びマニュアルに「外来における抗菌薬適正使用」の内容を含めることに係る要件を満たしているものとする。

©ASK/©LINKUP

14

項目	経過措置
回復期リハビリテーション病棟入院料 1・3	令和 2 年 3 月 31 日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 3 の届出を行っている病棟については、 令和 2 年 9 月 30 日までの間 に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料	許可病床数が 400 床以上の保険医療機関であって、令和 2 年 3 月 31 日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、 令和 2 年 9 月 30 日までの間 に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注 7 も同様)	令和 2 年 3 月 31 日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、 令和 2 年 9 月 30 日までの間 に限り、「意思決定支援に関する指針」に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料 (特定一般入院料の注 7 も同様)	令和 2 年 3 月 31 日時点で、地域包括ケア病棟入院料 1 又は 3 の届出を行っている病棟又は病室については、 令和 2 年 9 月 30 日までの間 に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
連携充実加算（外来化学療法加算）	令和 2 年 3 月 31 日時点で外来化学療法加算 1 の届出を行っている保険医療機関については、 令和 2 年 9 月 30 日までの間 に限り、「当該保険医療機関において地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年 1 回以上実施すること。」の基準を満たしているものとする。
調剤基本料の注 7 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局（後発医薬品減算）	後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、 令和 2 年 9 月 30 日までの間 は現在の規定を適用する。
特定薬剤管理指導加算 2	令和 2 年 9 月 30 日までの間 は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

2020年9月1日「疑義解釈その30」より

2020年診療報酬改定・Q&A

重症度、医療・看護必要度

Q1	急性期一般入院料 7 等の重症度、医療・看護必要度の測定が要件である入院料等については、令和 2 年 10 月 1 日から、令和 2 年度診療報酬改定後の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価を行うこととなるが、それ以外の急性期一般入院基本料（4 及び 7 を除く。）等の入院料等（7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算 1、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1））についても同様に、令和 2 年 10 月 1 日から、改定後の評価票を用いて評価を行うことになるのか。
A1	貴見のとおり。なお、急性期一般入院基本料（4 及び 7 を除く。）等の入院料等において重症度、医療・看護必要度の評価を行う場合については、「疑義解釈資料の送付について（その 1）」（令和 2 年 3 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「疑義解釈（その 1）」という。）問 6 において、令和 2 年 7 月 1 日から、令和 2 年度診療報酬改定後の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価を行うこととしており、令和 2 年 10 月 1 日以降についても、引き続き改定後の評価票を用いて評価を行うこと。 なお、経過措置が令和 3 年 3 月 31 日までの急性期一般入院料 4 については、疑義解釈（その 1）問 6 のとおり、少なくとも令和 3 年 1 月 1 日から、令和 2 年度診療報酬改定後の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いることとして差し支えない。 ただし、重症度、医療・看護必要度の割合に係る経過措置終了に伴う届出を行う時期より前に、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I から II への変更についてのみの届出を行うことは不要である旨を申し添える。

2020年診療報酬改定・Q&A

重症度、医療・看護必要度

Q2	許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）を算定する病棟及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る））を算定する病棟については、令和2年度診療報酬改定において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが要件となったが、今般の経過措置延長に伴い、いつから一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価を行うこととなるか。
A2	令和2年度診療報酬改定後に一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価が要件となった入院料において評価を行う場合については、疑義解釈（その1）問6のとおり、すでに令和2年7月1日から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこととしており、重症度、医療・看護必要度の割合に係る経過措置の期限が延長される令和2年10月1日以降も引き続き、同様に一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うこと。 ただし、重症度、医療・看護必要度の割合に係る経過措置終了に伴う届出を行う時期より前に、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠからⅡへの変更についてのみの届出を行うことは不要である旨を申し添える。

©ASK/©LINKUP

17

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -⑭、⑳

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の評価の見直し

- **療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置**（所定点数の100分の90）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、評価を見直した上で、**経過措置期間を2年間延長する**。

現行	改定後
【療養病棟入院基本料（経過措置1）】 【算定要件】 注11 療養病棟入院料2の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。	【療養病棟入院基本料（経過措置1）】 【算定要件】 注11 療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の 100分の85 に相当する点数を算定する。

- **療養病棟入院基本料の注12に規定する経過措置**（所定点数の100分の80を算定）について、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、**経過措置を令和2年3月31日限りで終了する**。

適切な意思決定の支援

- **地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料**について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**適切な意思決定支援に関する指針**を定めていることを要件とする。

【経過措置】

令和2年3月31日時点において現に地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料を届け出ているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

21

©ASK/©LINKUP

18

中心静脈栄養の適切な管理の推進

- 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。

【算定要件】

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



- 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

【施設基準】

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

- ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。
- イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握すること。



【経過措置】

令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。

- 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件に追加する。

©ASK/©LINKUP

19

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助者の配置に係る評価の充実

- 医師の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、医師事務作業補助体制加算について、評価を充実する。



現行		改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)	医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	920点/860点	15対1	970点/910点
20対1	708点/660点	20対1	758点/710点
25対1	580点/540点	25対1	630点/590点
30対1	495点/460点	30対1	545点/510点
40対1	405点/380点	40対1	455点/430点
50対1	325点/305点	50対1	375点/355点
75対1	245点/230点	75対1	295点/280点
100対1	198点/188点	100対1	248点/238点

- 医師事務作業補助体制加算について、算定が可能な病棟等を拡大する。

改定後

【新たに算定が可能となる入院料】

回復期リハビリテーション病棟入院料(療養病棟)、地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養病棟)、精神科急性期治療病棟入院料2(50対1から100対1に限り算定が可能となる入院料)

結核病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

- 20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たすこととする。

15

©ASK/©LINKUP

20

看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進

看護補助者の配置に係る評価の充実

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・協働を推進する観点から、急性期看護補助体制加算等の評価を充実する。



現行	改定後
【急性期看護補助体制加算】 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 210点 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 190点 50対1急性期看護補助体制加算 170点 75対1急性期看護補助体制加算 130点 夜間30対1急性期看護補助体制加算 90点 夜間50対1急性期看護補助体制加算 85点 夜間100対1急性期看護補助体制加算 70点 【看護補助加算】 看護補助加算1 129点 看護補助加算2 104点 看護補助加算3 76点 夜間75対1看護補助加算 40点 夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) 35点 看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算) イ 14日以内の期間 129点 ロ 15日以上30日以内の期間 104点 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) 150点	【急性期看護補助体制加算】 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) <u>240点</u> 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) <u>220点</u> 50対1急性期看護補助体制加算 <u>200点</u> 75対1急性期看護補助体制加算 <u>160点</u> 夜間30対1急性期看護補助体制加算 <u>120点</u> 夜間50対1急性期看護補助体制加算 <u>115点</u> 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>100点</u> 【看護補助加算】 看護補助加算1 <u>141点</u> 看護補助加算2 <u>116点</u> 看護補助加算3 <u>88点</u> 夜間75対1看護補助加算 <u>50点</u> 夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注加算) <u>45点</u> 看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注加算) イ 14日以内の期間 <u>141点</u> ロ 15日以上30日以内の期間 <u>116点</u> 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注加算) <u>160点</u>

15

©ASK/©LINKUP

21

医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

常勤換算の見直し

週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。

医師の配置について

医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。

(対象となる項目)

- ・ 緩和ケア診療加算
- ・ 栄養サポートチーム加算
- ・ 感染防止対策加算 等

看護師の配置について

看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。

専従要件について

専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。

(対象となる項目)

- ・ ウイルス疾患指導料(注2)
- ・ 障害児(者)リハビリテーション料
- ・ がん患者リハビリテーション料



6

©ASK/©LINKUP

22

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

- 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

- ① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
- ② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週 24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。
※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。
- ③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

看護師	糖尿病合併症管理料
歯科衛生士	歯科治療時医療管理料
歯科技工士	有床義歯修理歯科技工加算1及び2
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料※

※ 診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。



160

©ASK

23

入退院支援の取組の推進

入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合をさらに評価する。

現行	改定後
【入院時支援加算】 入院時支援加算 200点(入院中1回)	【入院時支援加算】 イ (新)入院時支援加算1 230点 ロ 入院時支援加算2 200点
ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 (必須) イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 (該当する場合は必須) ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要件の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明 (必須)	← 項目ア～クを全て行う場合 外来 入院 ア～クの評価 → 事前に情報共有 → 入院後の対応

総合機能評価加算の新設

- 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

36

入院基本料等加算 A246

改定前	改定後
【入院時支援加算】 【算定要件】 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	【入院時支援加算】 【算定要件】 <u>(21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書については、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、入院前又は入院日に患者又はその家族等に交付して説明し、その内容を診療録等に記載又は添付すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該療養支援計画書としてもよい。</u> <u>(22) 患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。</u>

©ASK/©LINKUP

25

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価－⑥

せん妄予防の取組の評価

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

【算定要件】

施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【対象となる入院料】

急性期一般入院基本料	特定集中治療室管理料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

【施設基準】

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

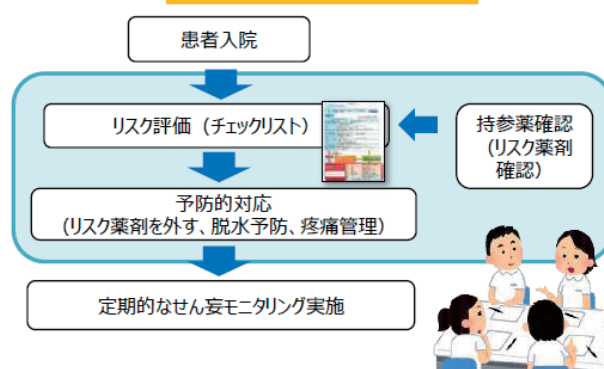
【せん妄のリスク因子の確認】

- ☐ 70歳以上
- ☐ 脳器質的障害
- ☐ 認知症
- ☐ アルコール多飲
- ☐ せん妄の既往
- ☐ リスクとなる薬剤
- ☐ 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

- ☐ 認知機能低下に対する介入
- ☐ 脱水の治療・予防
- ☐ リスクとなる薬剤の漸減・中止
- ☐ 早期離床の取組
- ☐ 疼痛管理の強化
- ☐ 適切な睡眠管理
- ☐ 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ



10

©ASK/©LINKUP

26

入院時のポリファーマシー解消の推進

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

- 現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方
の総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現行

薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点
次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。
(1) 入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方の内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
(2) 精神病床に入院中の患者であって、入院前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※



改定後

- ①薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点
ア 患者の入院時に、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
イ アを踏まえ、多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更又は中止を行う。
ウ カンファレンスにおいて、処方変更の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ 処方変更による病状の悪化等について、多職種で確認する。
②薬剤調整加算(退院時1回) 150点
①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合※

※ クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合



医療機関から薬局に対する情報提供の評価

- 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。

退院時薬剤情報管理指導料

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点



40

©ASK/©LINKUP

27

Q&A

厚労省・疑義解釈(その1) 2020.03.31

入院料等 【薬剤総合評価調整加算】

問43 区分番号「A250」薬剤総合評価調整加算について、「入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものは除く。)が処方されている患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合」等に算定できるとされているが、どのような場合が「処方の内容を変更」に該当するのか。

(答)次のようなものが該当する。なお、作用機序が同一である院内の採用薬への変更は、「処方の内容を変更」には該当しない。

- ・内服薬の種類数の変更
- ・内服薬の削減又は追加
- ・内服薬の用量の変更
- ・作用機序が異なる同一効能効果の内服薬への変更

排尿自立指導料の見直し

入院における排尿自立指導の見直し

- 入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア(排尿自立指導料)について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

(新) 排尿自立支援加算 200点(週1回)

【算定要件】

入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

【施設基準】

- (1) 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。



<新たに算定可能となる入院料>

- ・ 地域包括ケア病棟入院料
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・ 精神科救急入院料
- ・ 精神療養病棟入院料 等

外来における排尿自立指導の評価

- 退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

現行	
排尿自立指導料	200点
【算定要件】 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。	



改定後	
外来排尿自立指導料	200点
【算定要件】 <u>入院中の患者以外の患者</u> であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、 <u>排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。</u> ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。	



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様

入院基本料等加算 A251

新設

(新) 排尿自立支援加算 200点(週1回)

(4) 排尿ケアチームは、(3)を基に下部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。

(5) 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して(4)に基づく包括的排尿ケアを実施し、定期的な評価を行う。

(6) (3)から(5)までについて、診療録等に記載する。

(7) 排尿ケアチームが当該患者の状況評価する等の関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行った場合について、週1回に限り、12週を限度として算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導又は援助のうち、いずれか片方のみが行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

(8) 退院後に外来において、引き続き、包括的排尿ケアを実施する必要性を認めた場合には、診療録等にその旨を記載すること。

【施設基準】

(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム(以下「排尿ケアチーム」という。)が設置されていること。
ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

(2) (1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師

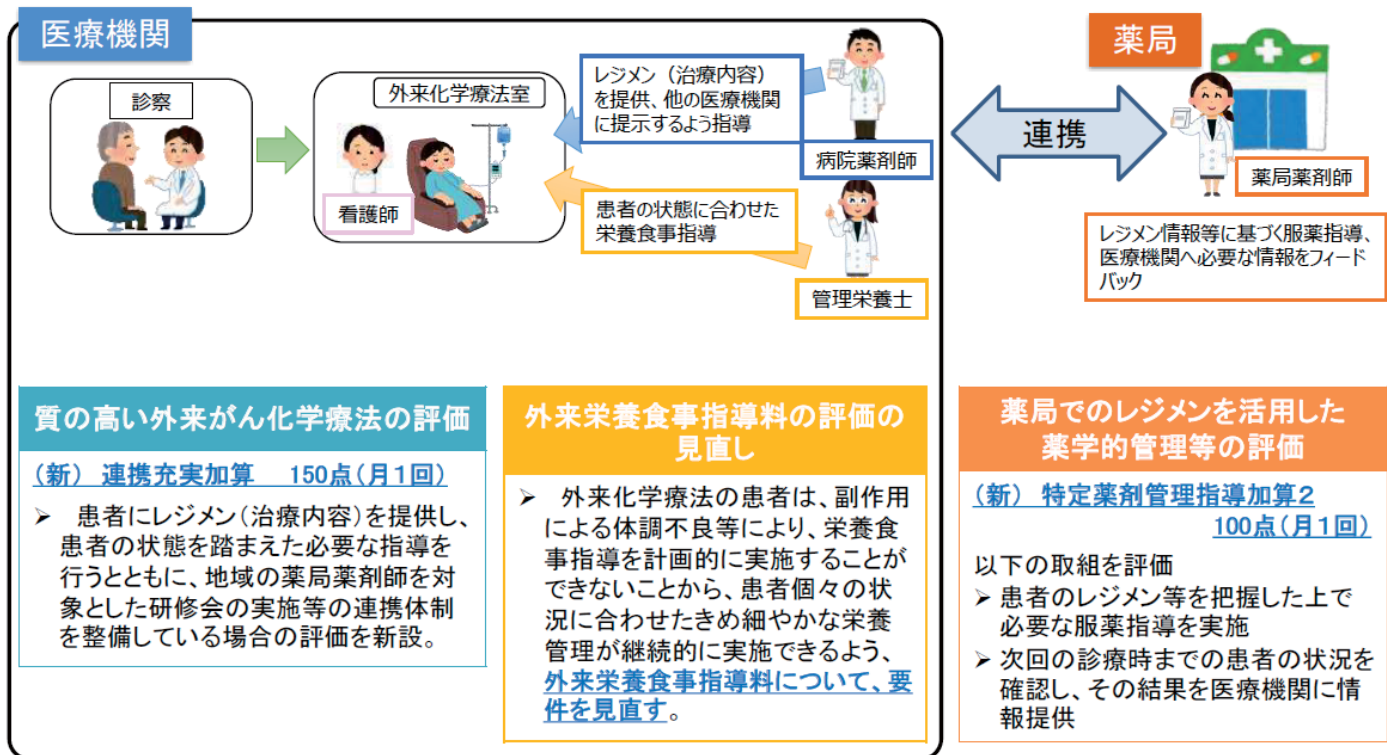
(3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。)が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。

ウ 通算して6時間以上のものであること。

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



67

©ASK/©LINKUP

31

質の高い外来がん化学療法の評価

- 患者にレジメン(治療内容)を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設する

外来化学療法加算1(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

(新) 連携充実加算 150点(月1回)

[算定要件]

- (1) 化学療法の経験を有する医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する薬剤師が、抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の文書を患者に交付すること。

※ 患者に交付する文書には、①実施しているレジメン、②レジメンの実施状況、③抗悪性腫瘍剤等の投与量、④主な副作用の発現状況、⑤その他医学・薬学的管理上必要な事項が記載されていること。

- (2) 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法加算1に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。
(2) 地域の保険薬局等との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
イ 当該保険医療機関において地域の薬局薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。
ウ 保険薬局等からのレジメンに関する照会等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
(3) 外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理(悪性腫瘍患者に対するものを含む。)に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。



68

©ASK/©LINKUP

32

2020年診療報酬改定・Q&A

連携充実加算

Q3	連携充実加算の施設基準について、「当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」とされているが、当該施設基準を新規に届け出る場合、どのような取扱いとなるか。
A3	当該施設基準の届出時点で、届出日から1年以内に当該研修会等を開催することが決まっている場合については、「当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の要件を満たしているものとしてよい。なお、届出時に研修会等の開催予定日が分かる書類を添付すること。
Q4	連携充実加算の施設基準について、「令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、上記（3）のイの基準を満たしているものとする。」とされているが、令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関であって、研修会の開催が令和2年10月1日から令和3年3月31日までの間に決まっている場合について、令和2年10月1日以降、どのような取扱いとなるか。
A4	「当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の要件を満たしているものとみなしてよい。なお、その場合は、令和2年10月12日までに、研修会等の開催予定日が分かる書類を届け出ること。

©ASK/©LINKUP

33

令和2年度診療報酬改定 II-11 医療におけるICTの利活用 ①

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し①

事前の対面診療に係る要件の見直し

- オンライン診療料の実施要件について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。

現行

オンライン診療料
[算定要件]

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

改定後

オンライン診療料
[算定要件]

(3) オンライン診療料が算定可能な患者は(略)オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者(直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。)。

現行のイメージ

(初診から最短でオンライン診療を開始する場合)

○:対面診療(再診) ●:オンライン診療

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
初診	○	○	○	○	○	○	●	●	○	●	●

6月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



改定後のイメージ

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
初診	○	○	○	●	●	○	●	●	○	●	●

3月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



16

©ASK/©LINKUP

34

ニコチン依存症管理料の見直し

- ニコチン依存症管理料について、2回目から4回目に**情報通信機器を用いた診療**に係る評価を新設する。
- **初回から5回目までの一連のニコチン依存症治療に係る評価**を新設する。
- ニコチン依存症管理料について、**加熱式たばこの喫煙者も対象**となるよう要件の見直しを行う。

現行

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

算定方法(5回受診で一連)

◆受診ごとに算定する場合

<2~4回目の費用>	
対面診療の場合	184点
情報通信機器を用いた診療の場合	155点

◆一連の包括払いの場合(全5回)

対面と情報通信機器のどちらで受診してもよい一連につき	800点
----------------------------	------

改定後

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

【算定要件】

- 禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、**2の場合は初回指導時に1回に限り算定する**。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
- ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、**加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。**

26

©ASK/©LINKUP

35

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について、新たな評価を行う。

B005-11 遠隔連携診療料

(新) 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、**診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。**

【対象患者】

- ・ **指定難病**の疑いがある患者
- ・ **てんかん(外傷性のてんかんを含む)**の疑いがある患者

【対象医療機関】 ※連携先の医療機関

- ・ 難病診療連携拠点病院
- ・ てんかん診療拠点機関

【算定要件】

- ・ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に**診療情報の提供を行い**、連携して診療を行うことについて、**あらかじめ患者に説明し同意を得ること。**
- ・ 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る**指針に沿って診療を行うこと。**

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行う

連携した診療について患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う(初診も可)



22

©ASK/©LINKUP

36

医学管理等 B005-11 遠隔連携診療料

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

新設

(新) 遠隔連携診療料 500点

注 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、対面診療を行っている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、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

【算定要件等】

- (1) 遠隔連携診療料は難病又はてんかんの診断を行うことを目的として、患者の同意を得て、難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、患者の診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。
- (2) 遠隔連携診療料の算定に当たっては、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- (3) 遠隔連携診療料が算定可能な患者は、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病又はてんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者に限ること。
- (4) 他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (5) 当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」（平成29年4月14日健難発0414第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知）に規定する難病診療連携拠点病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成27年5月28日障発0528第1号）に定めるてんかん診療拠点機関であること。

次スライドへ続く

©ASK/©LINKUP

37

医学管理等 B005-11 遠隔連携診療料

新設

(新) 遠隔連携診療料 500点

【算定要件等】

- (6) 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。
- (7) 事前の診療情報提供については、区分番号「B009」診療情報提供料（I）は別に算定できない。
- (8) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

【施設基準】

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

2 届出に関する事項

遠隔連携診療料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

©ASK/©LINKUP

38

外来栄養食事指導(情報通信機器の活用)の見直し

外来栄養食事指導料の見直し

- 栄養食事指導の効果を高めるため、外来における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器等を活用して実施した場合の評価を見直す。

現行

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
ロ 2回目以降 200点

【算定要件】

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

改定後

【外来栄養食事指導料】

- イ 初回 260点
ロ 2回目以降
(1) 対面で行った場合 200点
(2) 情報通信機器を使用する場合 180点

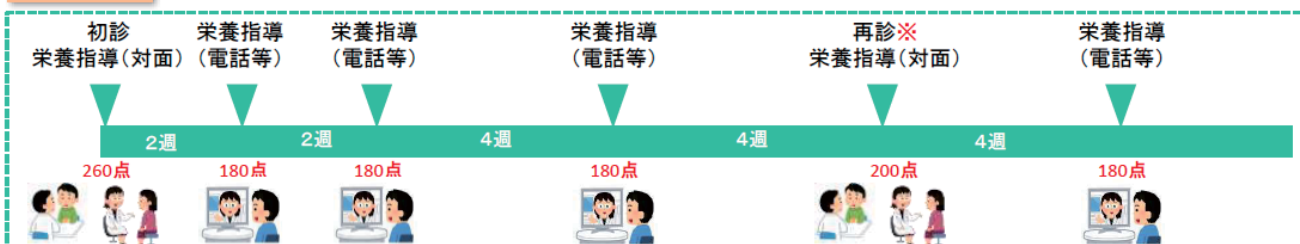
【算定要件】

注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき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月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

2 ロの(2)については、医師の指示に基づき管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。



算定の例



※: 外来受診時は、対面での栄養食事指導を実施

25

©ASK/©LINKUP

39

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 50点

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



<入院中の栄養管理に関する情報>

- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



在宅担当医療機関等

38

©ASK/©LINKUP

40

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

情報通信機器を用いたカンファレンス等に係る要件の見直し

- 情報通信機器を用いたカンファレンスや共同指導について、日常的に活用しやすいものとなるよう、実施要件を見直し。



【対象となる項目】

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1・2 注1
- ・ 退院時共同指導料2 注3
- ・ 介護支援等連携指導料
- ・ 在宅患者訪問看護・指導料 注9
- ・ 同一建物居住者訪問看護・指導料 注4
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び退院時共同指導加算も同様)

現行

原則、対面で実施



やむを得ない場合に限り、ICT活用可



改定後

原則、対面で実施



必要な場合、ICT活用可



21

©ASK/©LINKUP

41

医学管理等B005-1-2 介護支援等連携指導料

改定前	改定後
【介護支援連携指導料】 【算定要件】 (新設)	【介護支援連携指導料】 【算定要件】 (8) 当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。 この場合において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、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」に対応していること。

かかりつけ医と他の医療機関との連携の強化

- かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

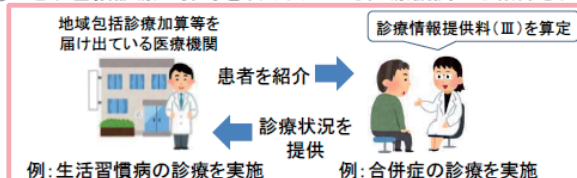
(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

[算定要件]

- (1) 他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、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) 妊娠している患者について、診療に基づき、頻回の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他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[対象患者]

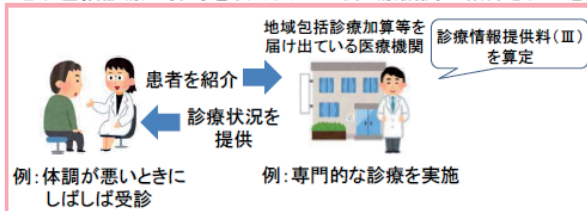
- ① 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関から紹介された患者



- ② 産科医療機関から紹介された妊娠している患者又は産科医療機関に紹介された妊娠している患者



- ③ 地域包括診療加算等を届け出ている医療機関に紹介された患者



[施設基準]

- (1) 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。
 (2) 算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠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。

※ 地域包括診療加算等は、地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(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料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を指す。

©ASK/©LINKUP

43

医学管理等 B011 診療情報提供料(Ⅲ) 150点**② 診療情報の提供に対する評価の新設**

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

新設**(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点**

- 注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、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又は別に厚生労働大臣が定める患者について、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、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる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に規定する患者以外の患者については、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、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる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。
- 3 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する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜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注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。
- 4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。

©ASK/©LINKUP

44

医学管理等 B011 診療情報提供料 (Ⅲ) 150点

新設

(新) 診療情報提供料 (Ⅲ) 150点

【対象患者】

- (1) 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（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料（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) 妊娠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、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（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料（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) 診療情報提供料 (Ⅲ) は、かかりつけ医機能を有する医療機関等と他の保険医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に、患者 1 人につき提供する保険医療機関ごとに 3 月に 1 回に限り算定する。
- (2) 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。
ア 患者の氏名、生年月日、連絡先
イ 診療情報の提供先保険医療機関名
ウ 診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容
エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名
- (3) 必要に応じて、紹介元の医療機関が「注 1」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす医療機関であることを確認すること。

©ASK/©LINKUP

45

医学管理等 B011 診療情報提供料 (Ⅲ) 150点

新設

(新) 診療情報提供料 (Ⅲ) 150点

【算定要件】

- (4) 「注 1」及び「注 2」に規定する「次回受診する日の予約を行った場合」については、次回受診する日を診療録に記載すること。なお、予約診療を実施していない医療機関については、次回受診する日を決めた上で、次回受診する日を診療録に記載していればよい。
- (5) 次回受診する日の予約を行った上で、初診時に診療情報提供料 (Ⅲ) を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (6) 「注 3」については、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合に、月 1 回に限り算定する。
- (7) 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料 (Ⅰ) を算定した保険医療機関においては、区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料 (Ⅰ) を算定した月について、当該患者に対して診療情報提供料 (Ⅲ) は別に算定できない。
- (8) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

©ASK/©LINKUP

46

医学管理等 B009 診療情報提供料（Ⅰ）250点

⑨ 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

周術期等口腔機能管理を行う医療機関において、歯科を標榜する別の保険医療機関に予約をとった上で紹介した場合の加算を新設する。

改定前	改定後
医科【診療情報提供料（Ⅰ）】 注 7～12（略） <u>注13</u> 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として100点を所定点数に加算する。 （新設）	医科【診療情報提供料（Ⅰ）】 注 8～13（略） <u>注14</u> 保険医療機関が患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算 <u>1</u> として <u>100点</u> を所定点数に加算する。 <u>注15</u> 保険医療機関が周術期等における口腔機能管理の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算 2 として <u>100点</u> を所定点数に加算する。

©ASK/©LINKUP

47

医学管理等 B009 診療情報提供料（Ⅰ）250点

改定前	改定後
【診療情報提供料（Ⅰ）】 <u>（新設）</u>	【診療情報提供料（Ⅰ）】 【算定要件】 <u>（26）「注15」に規定する歯科医療機関連携加算 2 については、（25）のアによる情報提供を行う際に、患者に十分な説明を行い、同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日（手術前に必要な歯科診療を行うことができる日とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った場合に算定する。なお、「注14」に規定する歯科医療機関連携加算 1 と併せて算定することができる。</u>

©ASK/©LINKUP

48

質の高い在宅医療の確保

複数の医療機関による訪問診療の明確化

- 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2について、主治医が他の保険医療機関と情報共有し、診療状況を把握した上で、診療の求めをした場合には、6月を超えても引き続き当該診療料を算定できるよう、要件を明確化する。

改定後

【在宅患者訪問診療料(Ⅰ)2】

〔算定要件〕

(7)「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。

ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。

- ア その診療科の医師でなければ困難な診療
イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- 現行、主治医の求めを受けて診療する他の医療機関について、当該診療料を6月を限度として算定することされているところ、アまたはイに該当する患者については、さらに6月(6月+6月=12月)算定できるとしている。
○ 今回の改定により、アまたはイに該当する患者については、要件を満たせば、12月を超えても算定できることを明確化する。



他の医療機関に訪問診療を依頼した対象病名のうち、多いもの

- ・ 皮膚疾患(褥瘡等)
- ・ 歯科・口腔疾患
- ・ 循環器疾患(高血圧症、心不全など)
- ・ 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)
- ・ 精神系疾患 等

※保険局医療課調べ

188

©ASK/©LINKUP

49

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用③

オンライン在宅管理料等の見直し

- オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について以下の見直しを行う。
- 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直すとともに、連続する3月の算定に係る要件を見直す。
 - オンライン在宅管理料について、月2回以上の訪問診療を行った場合についても算定可能となるよう見直す。また、複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

月2回以上の訪問診療

在宅時医学総合管理料の点数
(例:機能強化型以外の在宅時・在支病の場合)

		月2回以上訪問		月1回訪問
		重症患者	重症患者以外	
単一建物 診療患者	1人	4,600点	3,700点	2,300点
	2~9人	3,780点	2,000点	1,280点
	10人以上	2,400点	1,000点	680点

オンライン在宅管理料
の対象となる範囲

現行

【オンライン在宅管理料】月1回の訪問診療を行っている場合に算定できる。

改定後

【オンライン在宅管理料】月1回以上の訪問診療を行っている場合に算定できる。

チームで診療を行う場合

現行

オンライン在宅管理料

〔算定要件〕

カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

改定後

オンライン在宅管理料

〔算定要件〕

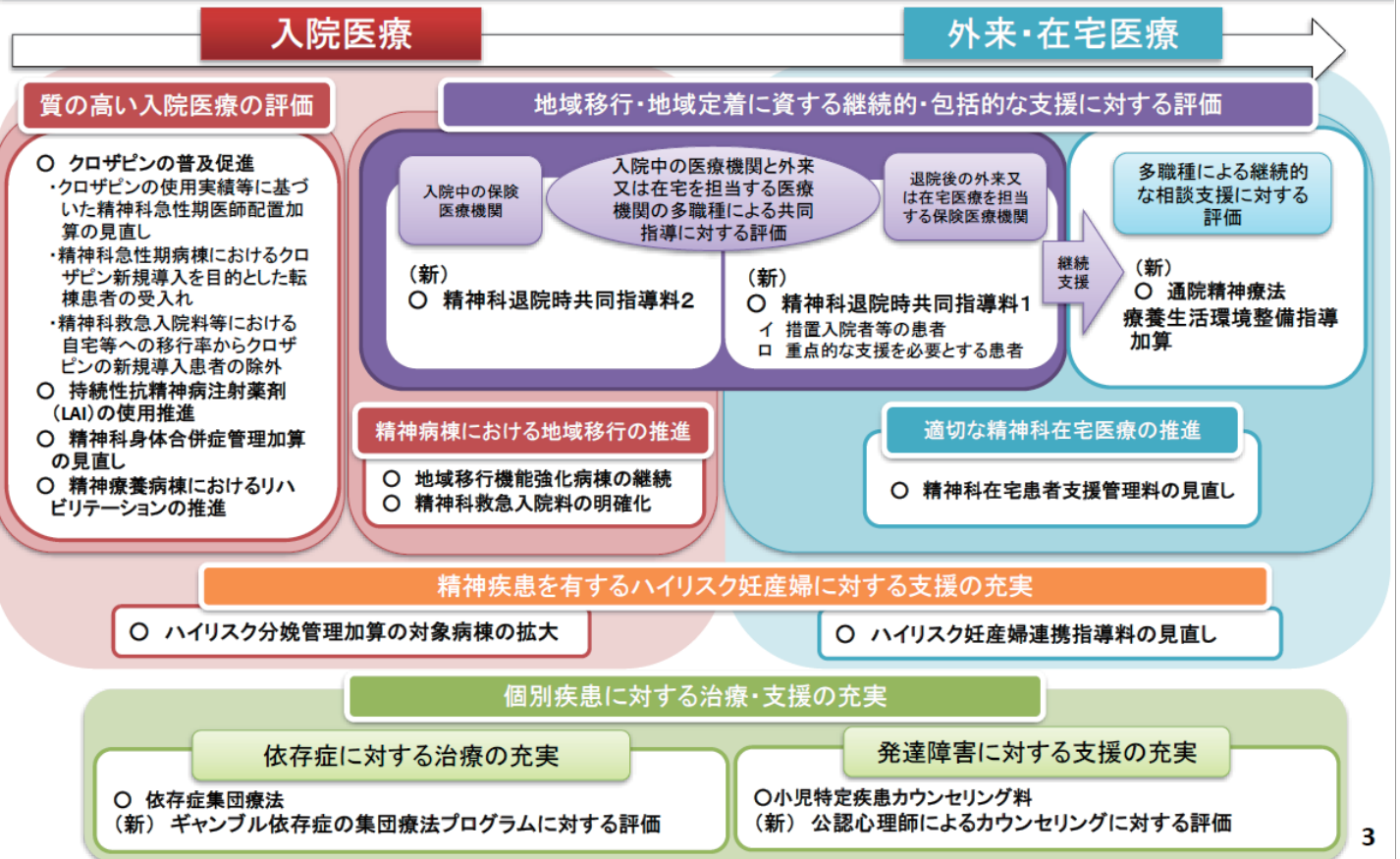
カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

151

©ASK/©LINKUP

50

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価

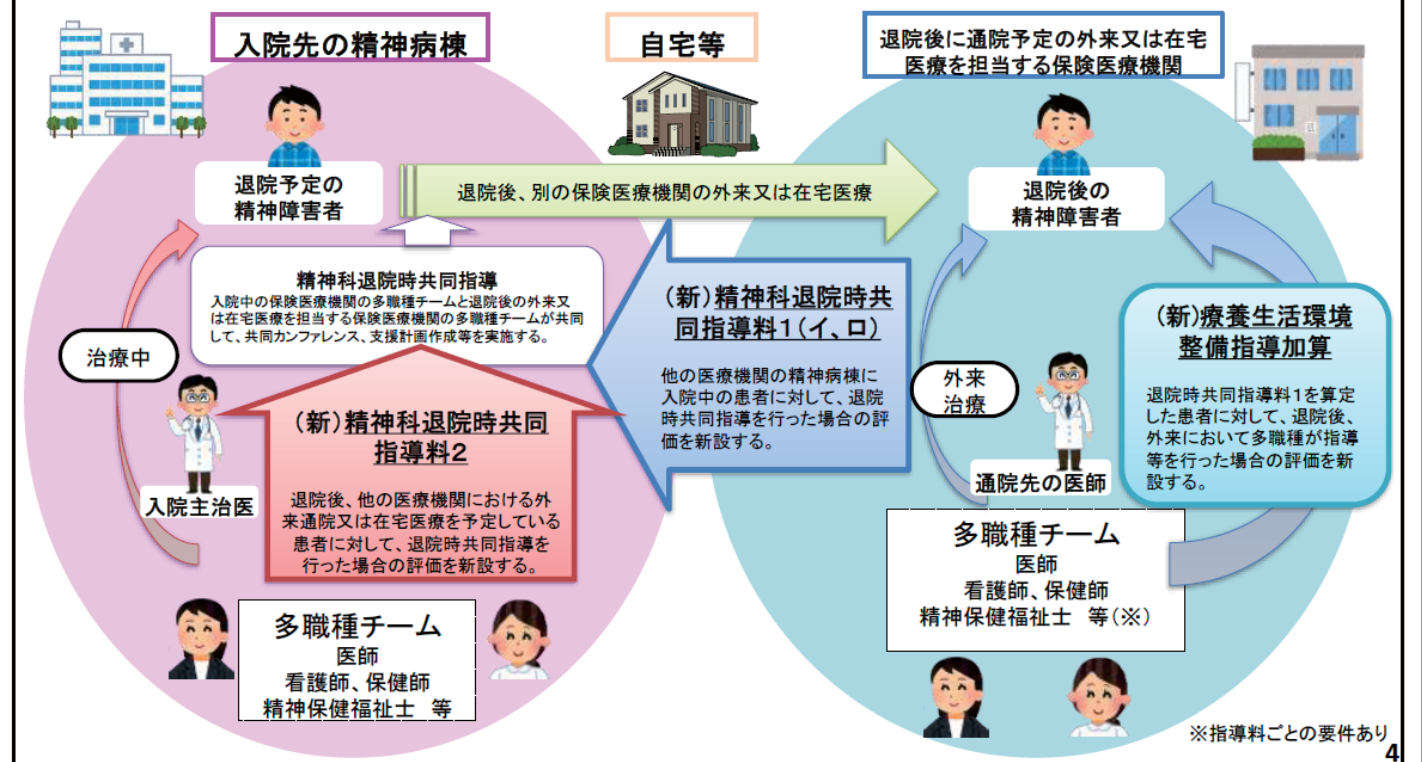


©ASK/©LINKUP

51

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



©ASK/©LINKUP

52

精神病棟における質の高い医療の評価

- 精神病棟等における質の高い医療を評価し、地域移行、地域定着支援を推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. クロザピンの普及促進

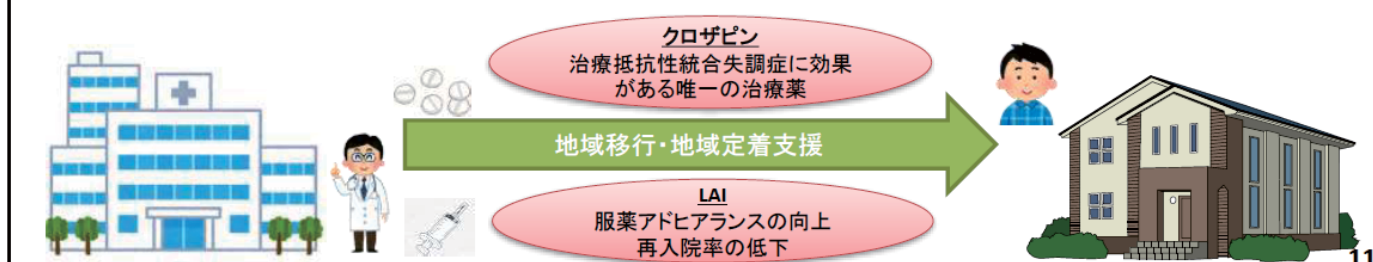


- ・精神科急性期医師配置加算について、クロザピンの新規導入患者数の実績等を要件とした評価の類型を新設する。
- ・精神科急性期病棟において、クロザピン新規導入を目的とした転棟患者を受入れ可能となるよう要件を見直す。
- ・精神科救急入院料等における自宅等への移行率からクロザピンの新規導入患者を除外する。
- ・クロザピンを投与中の患者に対しては、ヘモグロビンA1cを月1回に限り別に算定できるようにする。

2. 持続性抗精神病注射薬剤(LAI)の使用推進



- ・LAIについて、精神病棟に入院中の患者に対して、投与開始日から60日以内に投与された場合に限り、薬剤料を包括範囲から除外する。
- ・LAIに係る管理料について、入院中の患者に対しても算定可能とする。



外来患者を減少させない！（200床未満）

感染症対策として具体的な取組方法を 周知（患者・介護事業所・他の医療機関）

電話再診・オンライン診療の導入と周知

在宅医療（オンライン在宅も）の強化

介護部門の強化（居宅・通所・訪問）

認知症への対応と周知

患者や家族が困ったときの入院先の確保と周知・ 連携ベッド・連携介護事業

稼働率アップをどう考えるか

入院医療の質の高さをアピール

どういう入院機能があり退院に結びつけているか

感染症対策として具体的な取組方法

- ・地域の無床クリニック・介護施設・高齢者住宅
- ・急性期病院へ

レスパイト機能・質の高いリハビリによる早期退院

在宅復帰へむけての丁寧なケアプラン・看取り

地域連携重視！

ICTの活用による連携強化

患者の入院中のカンファレンス開催・参加

退院支援フォローの意識と連携強化

介護事業所(ケアマネージャー)との連携

地域へ自院の診療内容を知らせる(逆紹介強化)

〇〇病院としての新型コロナウイルス実施対策

- ・スタッフのマスク着用・検温・患者さん毎に手袋交換・手洗いを徹底しています。
- ・診察室のドアノブ・椅子・ベッド等患者さんの触れるものは患者さん毎に消毒清拭を徹底しています。
- ・院内の出入り口・トイレのドアノブは30分ごとに消毒しかつ側に消毒薬を設置しています。
- ・1時間に1回室内の換気をしています。また新たに空気清浄器を設置しました。
- ・保険証・診察券・現金等はトレーにて対応しています
- ・ソーシャルデスタンス対応として椅子の間隔をあける
- ・受付の亚克力ボード設置・予約制導入・オンライン診療導入を行っています。

〇〇病院としての新型コロナウイルス実施対策

患者様お見舞いの皆様へのお願い

- ・マスク着用をお願いいたします。(難しい場合はお申し出ください)
- ・非接触での体温測定と手指消毒にご協力ください
- ・待合室混雑時の自家用車内でお待ちいただくようお願いする場合がございます。
- ・感染対策のためお見舞いをリモート形式にさせていただく場合がございます。
- ・何かとご不便をおかけしますがどうかご理解ご協力をお願いいたします。

急性期(200床以上)病院の経営対応 医師・看護師・コメディカルの皆様へのお願い①

- ・外来診療料には何が包括されているか
(包括される検査や処置が主な治療の患者は逆紹介)
- ・DPC／PDPSで包括される診療報酬の理解と
術前検査外来実施の徹底
- ・DPC／PDPSで何が出来高請求できるのか
(医学管理料・リハビリは出来高)

©ASK

59

急性期(200床以上)病院の経営対応 医師・看護師・コメディカルの皆様へのお願い②

- ・DPC／PDPSにおける診断群分類では
副傷病名が重要
- ・緊急以外の土曜日曜入院は効率性指数に影響
(月曜手術予定患者の週末入院等)
- ・外泊の言葉の意味の理解と診療報酬の関係整理
(1泊の外泊は診療報酬では外泊にあたらない)
- ・2泊の外泊の場合1日分の入院料は15%に減額

©ASK

60

回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟・慢性期病棟へのお願い

- ・地域連携の現状把握と分析
 - ・診療所からの紹介データの分析
 - ・急性期からの紹介データの分析
 - ・慢性期からの紹介データの分析
 - ・介護事業所・施設からの紹介データの分析
 - ・連携の弱いところの強化
- （情報発信とリモート会議等顔が見える関係確立）

©ASK

61

慢性期医療病院へのお願い

- ・自院の慢性期医療の特徴の自覚と周知
 - ・強みの情報発信
 - ・リハビリ・嚥下・口腔管理・栄養指導
 - ・認知症・介護連携・在宅医療
 - ・組織一体化(スタッフの共通認識)で
- 地域の生活を守る療養病床の在り方を確認し認識して地域に発信する

©ASK

62

講演Ⅱ

【講演Ⅱ】

「新型コロナウイルス感染症」が及ぼす医療経営への影響分析

講師略歴



黒川 大輔

メディカル・データ・ビジョン株式会社

プロダクト企画部門長 シニアマネージャー

2009 年にメディカル・データ・ビジョンに入社。ユーザーサポートを経て、2015 年より商品企画、2020 年より現職。2017 年に約 900 病院で使われている看護必要度整合性チェックアプリケーション「カンゴッチ」、2019 年に約 500 病院に対してレポート配信している「MDV 四半期サマリー」を生み出す。その他、DPC 分析システム「EVE」など、弊社病院向け経営支援システム全般のプロジェクト管理を行っている。その他、診療データや診療報酬制度の専門家として、様々な執筆や講演活動を行っている。

「新型コロナウイルス感染症」が及ぼす医療経営への影響分析

黒川 大輔

メディカル・データ・ビジョン株式会社

プロダクト企画部門長 シニアマネージャー

新型コロナウイルスに伴う緊急事態宣言が全国に拡大されてから、多くの医療機関では、外来患者の減少やオンライン・電話診療の拡大、予定手術の延期など様々な影響が出た。そこで、病院向け経営支援システムを扱うメディカル・データ・ビジョン株式会社は、新型コロナウイルスの感染拡大が病院経営に及ぼす影響について、当社が保有する保有する日本最大規模の診療データベースを用いて集計し、緊急レポートを 2020 年 4 月から 6 月に提供した。

新型コロナウイルスの感染拡大の影響が考えられる 2019 年のデータと 2020 年のデータを比較することで、自院の入院・外来における影響が把握できるほか、さらに、医療機関を①「特定警戒都道府県地域にある感染症指定医療機関」、②「特定地域以外にある指定機関」、③「特定地域にある非感染症指定医療機関」、④「特定地域以外の非指定機関」に分類して、各指標を集計している。

今回の集計には、当社がデータ提供医療機関から二次利用の許諾を得た匿名加工情報を基にした。284 の急性期病院を対象とし、2019 年のデータと 2020 年のデータを比較したところ、全病院では入院において 2020 年 5 月に最も影響が大きく、新入院患者数は 24.7%の減少となり、入院収入は 14.9%の減少との結果がでた。また、外来においても 2020 年 5 月に最も影響が大きく、外来初診料算定件数が 44.2%の減少となり、外来収入は 15.9%の減少との結果がでている。

今回は、さらに病名別や地域別などの分類で、どのような影響があったのかを分析して紹介する。今後起こる可能性がある第二波の備えとして、参考にしてほしい。

講演Ⅲ

【講演Ⅲ】

「新型コロナウイルス感染症」診療報酬臨時対応

講師略歴



酒井 麻由美

株式会社リンクアップラボ 代表取締役

資 格

（社）日本医業経営コンサルタント協会認定
医業経営コンサルタント（運営）登録

略 歴

1996 年 10 月 福岡県内医療法人（急性期病院）入職、医事課（入院部門） 配属
2002 年 10 月 医療・介護専門コンサルタント会社 入社
2013 年 4 月 医療・介護専門コンサルタント会社 副所長・取締役
2018 年 12 月 リンクアップラボ 設立
2019 年 4 月 同社を法人化し、株式会社リンクアップラボとして事業開始

主な執筆

医学通信社「月刊保険診療」、医学書院「看護管理」、福祉医療機構「月刊 WAM」
QOL サービス「デイの経営と運営」、医業経営コンサルタント協会「JAHMC」
その他医業・介護経営雑誌へ原稿執筆

「新型コロナウイルス感染症」 診療報酬臨時対応

講 師： 株式会社リンクアップラボ 酒井 麻由美

※無断使用・転載は固くお断り致します。©LINKUP

新型コロナウイルス感染症への対応による現場への影響について

○ 新型コロナウイルス感染症への対策の実施に伴い、医療の現場には様々な影響が生じている。

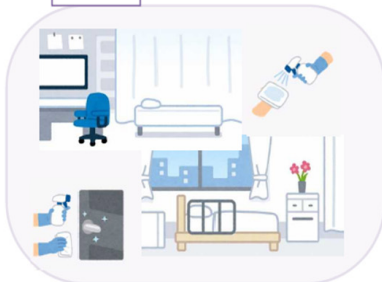
標準予防策の徹底、個人防護具の着用等



外出自粛等に伴う受診控え



環境整備



内視鏡検査、手術等の延期・中止



新型コロナ受入体制確保のための
通常外来・入院体制の縮小



©LINKUP

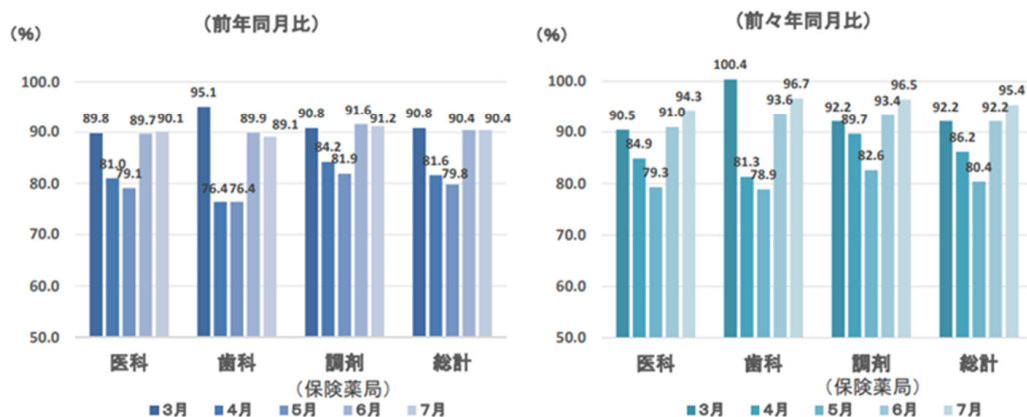
8月19日開催中医協資料より転載

2

新型コロナウイルス感染症による医療機関の患者数の変化①（診療種類別）

○ レセプト件数の前年、前々年同月比で見ると、4月以降、医科、歯科、調剤いずれにおいても、減少が見られるが、6月には下げ幅に回復がみられた。

診療種類別レセプト件数



※1 社会保険診療報酬支払基金ホームページの統計月報及び国民健康保険中央会ホームページの国保連合会審査支払業務統計によるレセプトの確定件数を基に、厚生労働省で前年同月比と前々年同月比を機械的に算出。
 ※2 総計には、訪問看護療養費が含まれる。

©LINKUP

10月14日開催：第131回社会保障審議会医療保険部会より転載

3

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について ①

【施設基準・人員配置】

（１）医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

（２）施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関の取扱い

新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより、入院患者が一時的に急増等した場合や、学校等の臨時休学に伴い、看護師が自宅での子育て等を理由として勤務することが困難になった場合等には、当面、月平均夜勤時間数は、1割以上の一時的な変動があった場合も、変更の届出は不要とした。

（３）看護配置の変動に関する取扱い

（２）と同様の場合で、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

（４）DPC対象病院の要件等の取扱い

（２）と同様の場合で、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「DPC対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。

（５）本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。また、会議室等病棟以外の場所に入院させた場合には、必要とされる診療が行われている場合に限り、当該医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算定することとした。

（６）研修等の取扱いについて

定期的な研修や医療機関間の評価を要件としている項目の一部について、研修や評価を実施できるようになるまでの間、実施を延期することができることとした。

©LINKUP

2020年6月17日・中医協資料より

4

施設基準 新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取り扱い

施設基準の臨時的な取り扱いを整理および拡大（8月31日）

これまで該当の医療機関については、以下の施設基準が緩和されていた。

- ①定数超過入院の減額措置免除
- ②月平均夜勤時間数
- ③看護配置（1日に勤務する看護要員の数、看護要員数と入院患者の比率、正看護師の比率）
- ④DPC病院への参加基準
- ⑤平均在院日数
- ⑥重症度、医療・看護必要度
- ⑦在宅復帰率
- ⑧医療区分2・3の患者割合

これに加えて、**手術の実績件数等の患者および利用者の診療実績等にかかる要件について**、基本診療料の施設基準等通知、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第3号）および「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第4号）における**要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準・届出基準の変更の届出を行わなくてよい。**

さらに、施設基準の臨時的な取り扱いの対象となる医療機関を拡大

- ①新型コロナの患者等を受け入れた保険医療機関等
 - ②①に該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
 - ③学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
 - ④新型コロナに感染または濃厚接触者となり出勤ができない職員がいる保険医療機関等
 - ⑤今後、緊急事態宣言がどこかの地域で出た場合、その期間はすべての医療機関様にこれに該当
- ※この扱いは、病棟ごとではなく病院ごとで、どこかで該当すれば、その医療機関すべてが対象となる。
※訪問看護ステーションも同様。

©LINKUP

5

施設基準 新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取り扱い

施設基準の臨時的な取り扱いを整理および拡大（8月31日）

特例の対象期間は、その期間を含む月単位で取り扱い、該当しなくなった場合は、①または②の方法で計算する。

- ①実績を求める対象期間から、該当の期間をのぞいて、そののぞいた期間と同等の期間をさかのぼって代用する。
→ 4月～6月まで患者さんを受け入れた場合、さかのぼって7月～9月を代用

前年			当該年														
7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月			
●	●	●	○	○	○	○	○	○	★	★	★	○	○	○			

○：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月
★：対象医療機関等に該当するため、実績を求める対象としない月
●：臨時的な取り扱いとして実績期間から控除した月（★）の代用として、実績を求める対象とする月

- ②対象期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から該当の期間をのぞいた期間の平均値を用いる。
→ 4月～6月まで患者を受け入れた場合、4月～6月はその他（10月～3月、7月～9月）の平均値で計算

前年			当該年									その他の月の平均値でもOK					
10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月						
○	○	○	○	○	○	■	■	■	○	○	○						

○：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月
■：対象医療機関等に該当するため、○の平均値を代用する月

©LINKUP

6

施設基準 **新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取り扱い**

DPCの場合の取り扱い（8月31日）

「DPC制度への参加等の手続きについて」に規定する
（データ／病床）比とD P C対象病院の機能評価係数Ⅱにおける診療実績に基づく指数の場合
（データ／病床）比、機能評価係数Ⅱにおける診療実績に基づく指数は
・対象医療機関等に該当する期間を、実績を求める期間から控除して、控除した期間と
同等の期間をさかのぼって、実績を求めることにより算出した場合
・対象医療機関等に該当する期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間
から該当の期間を除いた期間の平均値を用いて算出した場合
および、通常と同様の取扱いをした場合を比較して、最も高い値を用いる。

特定薬剤管理指導加算2の研修会（8月31日）

新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、令和2年9月30日までに薬局と連携している医療機関で、
抗悪性腫瘍剤の化学療法の研修会が実施されず、薬局の薬剤師が参加できない場合、
令和3年3月31日までに医療機関において抗悪性腫瘍剤の化学療法の研修会が実施される予定で、
その研修会に薬局の常勤の薬剤師が参加予定であり、その他の要件を満たしていれば、届出は可能である。
この場合、加算の届出には、研修会の実施予定が分かる資料（開催案内のホームページ・メール等）の
写しを添付する。
なお、経過措置によりこの研修の要件を満たすものとして、特定薬剤管理指導加算2の届出を行っており、
9月30日までに研修に参加できず、要件を満たせなかった場合は、届出辞退を行った上で、研修予定が
決まり次第、上記のとおり、再度届出が可能である。

©LINKUP

7

施設基準 **新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取り扱い**

連携充実加算の研修会等について（8月31日）

「保険医療機関において外来化学療法に関わる職員および、地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした
研修会等を、年1回以上実施する」とされているが、新型コロナウイルス感染症の影響により対面で実施することが
困難な場合、臨時的な取扱いとして、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な情報通信機器を用い
て、研修会を開催しても差し支えないものとする。

特定薬剤管理指導加算2の研修会について（8月31日）

「医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会」について、医療機関で新型コロナウイルス感染症の
影響により、研修会を対面で実施することが困難である場合、臨時的な取扱いとして、リアルタイムでの画像を介した
コミュニケーションが可能な情報通信機器を用いて実施された研修会もこれに該当する。

©LINKUP

8

施設基準 新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取り扱い

9月までの経過措置を一部、延長（9月1日）

事務連絡「令和2年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて」により、令和2年9月30日を期限とする経過措置のうち一部のものについては、その期限を令和3年3月31日まで延長された。

重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和2年3月31日時点で、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料4をのぞく）、7対1入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1、地域包括ケア病棟入院料・特定一般病棟入院料の注7を算定している病棟・病室は、令和2年9月30日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」の施設基準を満たしているものとする。	経過措置の期限を 令和3年3月31日まで延長
回復期リハビリ病棟入院料1・3	令和2年3月31日時点で、回復期リハビリ病棟入院料1・3の届出を行っている病棟は、令和2年9月30日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」に係る施設基準を満たしているものとする。	経過措置の期限を 令和3年3月31日まで延長
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注7も同様）	令和2年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料1・3の届出を行っている病棟・病室は、令和2年9月30日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。	経過措置の期限を 令和3年3月31日まで延長

©LINKUP

9

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について ②

【外来報酬】

（1）電話や情報通信機器を用いた診療等の取扱いについて

慢性疾患等を有する定期受診患者等について、電話や情報通信機器を用いて診療し医薬品の処方を行い、ファクシミリ等で処方箋情報が送付される場合、**電話等再診料等を算定**できることとした。（外来診療料も同様の取扱い。）また、上記の場合であって、療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料等を支給した場合に、**在宅療養指導管理料等を算定**できることとした。さらに、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、管理料等を算定していた患者に対しては、**「情報通信機器を用いた場合」の管理料を算定**できることとした。

（2）外来における対応について

必要な感染予防策を講じた上で実施する外来診療について、**受診の時間帯によらず、院内トリアージ実施料を算定**できることとした。

（3）初診からの電話や情報通信機器を用いた診療の実施について

時限的・特例的な対応として、**初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方をする場合には、初診料214点（歯科については185点）を算定**できることとした。また、その際、医薬品の処方を行い、又は、ファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料、又は薬剤料を算定できることとした。

また、保険薬局において、保険医療機関から送付された処方箋情報に基づき調剤を行い、**電話や情報通信機器を用いて服薬指導を行う場合について、調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料を、（その他の要件を満たした場合）薬剤服用歴管理指導料等を算定**できることとした。さらに、慢性疾患を有する定期受診患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療及び処方を行う場合について、電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、管理料等を算定していた患者に対して、**電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、月1回に限り147点（歯科については55点）を算定**できることとした。

©LINKUP

2020年6月17日・中医協資料より

10

新型コロナウイルス感染症患者の増加に際しての 電話等を用いた診療に関する診療報酬上の臨時的対応に係る整理				(別紙)
		初診	再診	慢性疾患等を有する 定期受診患者等に対する 医学管理を実施した場合
平時	対面診療	【A000】初診料 288点	【A001】再診料 【A002】外来診療料 73点 74点	【B】疾患等に応じた医学管理料 (※1)
	オンライン診療	×	【A003】 オンライン診療料 (※2) 71点	【B】対象となる医学管理料 (※3) の注に規定する「情報通信機器を用いた場合」 100点
	電話等を用いた診療	×	【A001】電話等再診料 (やむを得ない場合) 73点	×
新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱い	対面診療	平時と同様の取扱い		
	オンライン診療	×	【A003】 オンライン診療料 (※調剤料等2) 71点	【B】対象となる医学管理料 (※3) の注に規定する「情報通信機器を用いた場合」 100点
	電話等を用いた診療	【A000】電話等を用いた場合の初診料を算定可能 (※4) (※調剤料等1) 214点	【A001】電話等再診料 (慢性疾患等を有する定期受診患者等に対し、て全例で可能) (※調剤料等1) (※調剤料等2) 73点	要件(※5)を満たせば管理料を算定可能 147点

※1 各医学管理料の点数による。
 ※2 オンライン診療料は、慢性疾患等の定期受診患者に対しては、対面診療と、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用した診療（オンライン診療）を組み合わせた計画に基づき、オンライン診療を行った場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。
 ※3 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料を生い歯生局総務課事務連絡）における留意点を踏まえて診療を行った場合に算定する。

※4 「新型コロナウイルス感染症に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の限定的・特例的な取扱いについて」（令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医業・生活衛生局総務課事務連絡）における留意点を踏まえて診療を行った場合に算定する。

※5 以前より対面診療において対象となる医学管理料（※3）を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行うこと。

※6 医学管理料の種類による。
 <調剤料等に係る臨時的取扱い>
 ※調剤料等1 調剤料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定する。
 ※調剤料等2 原疾患により発症が容易に予測される症状の変化に対して処方を行った場合にも、調剤料等を算定可能とする。

※7 再診等（※6）の患者に対して、要件を満たした上で医学管理を実施した場合に、医学管理料を算定可能

<リンクアップ>

©LINKUP

11

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について ③

【在宅報酬】

(1) 在宅医療における対応について

必要な感染予防策を講じた上で実施する往診等について、**院内トリアージ実施料を算定**できることとした（訪問看護については、特別管理加算を算定できることとした。）。また、定期的な訪問を予定していたが、新型コロナウイルスへの感染を懸念した患者等からの要望等により、訪問できず、代わりに電話等を用いて診療等を実施した場合には、患者等に十分に説明し同意を得た上で、**在宅時医学総合管理料等（※）を算定**できることとした（訪問看護については、**訪問看護管理療養費、訪問薬剤管理指導については、薬剤服用歴管理指導料の「1」の点数を算定**できることとした。）。

※ なお、令和２年４月については、緊急事態宣言が発令された等の状況に鑑み、患者等に十分に説明し同意を得た上で、訪問診療を行わず、電話等による診療のみの場合であっても、在宅時医学総合管理料等を算定できるとした。

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について ③

【入院報酬】

(1) 入院における対応について

新型コロナウイルス感染症患者の入院診療について、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた患者（入院基本料又は特定入院基本料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定しているものに限る。）について、**救急医療管理加算 1 を算定**できることとした。また、その際、**最長 14 日算定**できることとした。さらに、必要な感染予防策を講じた上で実施する新型コロナウイルス感染症患者の入院診療について、第二種感染症指定医療機関の指定の有無に関わらず、**二類感染症患者入院診療加算を算定**できることとした。

(2) 重症の新型コロナウイルス感染症患者に対する診療について

救命救急入院料、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟において、**ICU 等における管理が必要な重症の新型コロナウイルス感染症患者については、2 倍の点数を算定**できることとした。また、新型コロナウイルス感染症患者のうち、次の状態の患者については、それぞれ次の日数を上限として、**特定集中治療室管理料等を算定**できることとした。

- ①急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する患者 21 日
- ②体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者 35 日

(3) 患者の重症化等を防ぐための管理及び医療従事者の感染リスクを伴う診療について

中等症（酸素吸入が必要な状態や急変に係るリスク管理が必要な患者）の新型コロナウイルス感染症患者については、**14 日を限度として 1 日につき救急医療管理加算 1 の 100 分の 200 に相当する点数（1,900 点）を算定**できることとした。また、新型コロナウイルス感染症患者に対する、医療従事者の感染リスクを伴う診療に係る評価として、**看護配置に応じて、1 日につき別に示す二類感染症患者入院診療加算に相当する点数を算定**できることとした。さらに、新型コロナウイルス感染症から回復した後の転院先においても算定できることとした。

©LINKUP

2020年6月17日・中医協資料より

13

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について ④

【入院報酬】

(4) 専用病床の確保などを行った上で患者の受入れを行う医療機関における診療について

重症の新型コロナウイルス感染症患者の診療について、2 倍に引き上げた点数をさらに 3 倍に引き上げた。
また、中等症の新型コロナウイルス感染症患者の診療について、**救急医療管理加算 1 の 100 分の 200 に相当する点数（1,900 点）に引き上げた点数をさらに 100 分の 300（2,850 点）に引き上げるとともに、15 日目以降も算定**できることとした。

「中等症Ⅱ」の患者には救急医療管理加算 1 の 100 分の 500（4,750 点）が算定可能（9 月 14 日）

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き（第 3 版）」に記載されている、中等症Ⅱに該当する呼吸不全管理を要する患者（入院基本料または特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る）については、14 日を限度として、1 日につき救急医療管理加算 1 の 100 分の 500 に相当する点数（4,750 点）を算定できる。

継続的に診療が必要な場合には、この点数を 15 日目以降も算定できることとする。

その場合は、継続的な診療が必要と判断した理由について、摘要欄に記載する。

患者の入院中に、呼吸不全管理を要する状態と要さない状態を行き来する等、容態の変化が見られる場合は、患者の状態に従って、臨時的な取り扱い「その 19」により算定する。

(5) 疑似症患者の取扱いの明確化について

新型コロナウイルス感染症の疑似症として入院措置がなされている期間については、今般の新型コロナウイルス感染症患者に対する特例的な取扱いの対象となることを明確化することとした。

©LINKUP

2020年6月17日・中医協資料より

14

新型コロナウイルス感染症患者の受入れに係る診療報酬の特例的な対応

- 新型コロナウイルス感染症入院患者の受入れについて、呼吸不全管理を要する中等症以上の患者に対する診療及び管理の実態等を踏まえ、特例的に以下の対応を行うこととする。

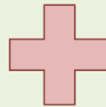
さらなる診療報酬上の対応

- 呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症入院患者に対する診療の評価の見直し

中等症の患者に対する診療・管理の実態

【重症化早期発見のために】

- ✓ 1日3回のバイタルチェック
- ✓ 一般血液、生化学、尿検査の実施
- ✓ 抗ウイルス薬投与の検討



「呼吸不全状態の中等症の患者」の場合

- 【敗血症・多臓器不全の併発を念頭に】
- ✓ 酸素療法の開始
- ✓ 動脈血液ガス分析・画像検査等の実施
- ✓ ステロイド薬等の投与を検討
- ✓ 人工呼吸への移行を考慮



中等症患者のうち、呼吸不全管理を要する中等症以上の新型コロナウイルス感染症患者について、**救急医療管理加算の5倍相当（4,750点）**を算定できることとする。

※ 現在は、中等症患者について、救急医療管理加算の3倍相当（2,850点）の算定が可能

©LINKUP

9月14日厚労省「新型コロナウイルス感染症に対応した医療機関等への更なる支援」

15

新型コロナウイルス感染症に伴う医療保険制度の主な対応状況について ⑤

【SARS-COV-2（新型コロナウイルス）核酸検出等について】

○ PCR検査の保険適用について

新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として行った場合又は 新型コロナウイルス感染症の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的としたPCR検査を実施した場合に、**医療保険を適用**できることとした（あわせて、DPC病院や特定機能病院においてPCR検査を実施した場合に出来高で算定できることとした。また、①療養病棟入院基本料等を算定する場合②介護老人保健施設等に入所等している場合③入院中以外において一部の医学管理等を算定する場合に、DPC病院等における取扱いと同様、出来高で算定できることとした。）。

○ 抗原検査の保険適用について

新型コロナウイルス感染症の患者であることが疑われる者に対し新型コロナウイルス感染症の診断を目的として抗原検査を実施した場合に、**医療保険を適用**できることとした。（あわせて、DPC病院や特定機能病院において抗原検査を実施した場合に出来高で算定できることとした。また、①療養病棟入院基本料等を算定する場合②介護老人保健施設等に入所等している場合③入院中以外において一部の医学管理等を算定する場合に、DPC病院等における取扱いと同様、出来高で算定できることとした。）。

○ 無症状の患者に対する核酸検出について

SARS-COV-2（新型コロナウイルス）**核酸検出を、無症状の患者に対して、医師が必要と判断し、実施した場合は算定できることを明確化**した。

©LINKUP

2020年6月17日・中医協資料より

16

検査 新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取り扱い	
検査の算定方法（包括病棟や施設入所等の場合）（6月15日）	
（１）一部検査が包括されている入院料を算定する患者さんの場合 ①～②⑥の入院料を算定しているケースでは、以下の検査・判断料は別途算定できる ▶SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）核酸検出 + 微生物学的検査判断料 ▶SARS-CoV-2（新型コロナウイルス）抗原検出 + 免疫学的検査判断料 ①療養病棟入院基本料 ②障害者施設等入院基本料（注５の特定入院基本料、または注６に規定する点数を算定する場合） ③有床診療所療養病床入院基本料 ④救命救急入院料 ⑤特定集中治療室管理料 ⑥ハイケアユニット入院医療管理料 ⑦脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ⑧小児特定集中治療室管理料 ⑨新生児特定集中治療室管理料 ⑩総合周産期特定集中治療室管理料 ⑪新生児治療回復室入院医療管理料 ⑫特殊疾患入院医療管理料 ⑬小児入院医療管理料 ⑭回復期リハビリテーション病棟入院料 ⑮地域包括ケア病棟入院料 ⑯特殊疾患病棟入院料 ⑰緩和ケア病棟入院料 ⑱精神科救急・合併症入院料 ⑲精神科急性期治療病棟入院料 ⑳精神療養病棟入院料 ㉑児童・思春期精神科入院医療管理料 ㉒認知症治療病棟入院料 ㉓特定一般病棟入院料 ㉔地域移行機能強化病棟入院料 ㉕短期滞在手術等基本料	
©LINKUP	17

検査 新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の臨時的な取り扱い	
検査の算定方法（包括病棟や施設入所等の場合）（6月15日）	
（２）介護老人保健施設と介護医療院の入所者（ショートを含む）の場合 老健・介護医療院の入所者に医療機関が検査を行った場合も請求が可能である	
（３）外来で簡単な検査が包括になっている医学管理等を算定する患者さんの場合 ①～⑦の医学管理等を算定する場合も検査は別途請求できる ①小児科外来診療料 ②地域包括診療料 ③認知症地域包括診療料 ④小児かかりつけ診療料 ⑤生活習慣病管理料 ⑥手術前医学管理料 ⑦在宅がん医療総合診療料	
（４）レセプト作成時の留意点 「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の保険適用に伴う費用の請求に関する診療報酬明細書の記載等について」（5月13日付・保医発0513第2号通知）に基づいて記載し、定められた様式（平成20年厚生労働省告示第126号）を用いて、別途書面により請求する。 このレセプトには、検体検査実施料と検体検査判断料のみを記載する。 以下の内容を摘要欄に記載する ①検査を実施した日時 ②検査実施の理由 ③本検査が必要と判断した医学的根拠（診断を目的とする場合に限る） ④検査の結果（退院可能かどうかの判断を目的とする場合に限る） ⑤この患者が算定する入院料（または入所する施設の別・算定する医学管理料等） 審査支払機関に対して、療養の給付及び公費負担医療に関する届出は不要。	
©LINKUP	18

Q 1	新型コロナウイルス感染症の検査に関して、感染症法に基づく行政検査の対象者として、どのような者が考えられるか。
A 1	新型コロナウイルス感染症にかかる「行政検査」の対象者としては、感染症法により、 ①新型コロナウイルス感染症の患者 ②当該感染症の無症状病原体保有者 ③当該感染症の疑似症患者 ④当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者 となっております。 ④は、例えば、「新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学実施要領」に示されている「濃厚接触者」が該当しますが、必ずしもこれに限られず、以下のような者について、④に該当すると考えられます。 特定の地域や集団、組織等において、 ▶ 関連性が明らかでない患者が少なくとも複数発生しているなど、検査前確率が高いと考えられ、かつ、 ▶ 濃厚接触を生じやすいなど、クラスター連鎖が生じやすいと考えられる状況にある と認められる場合における、当該地域や集団、組織等に属する者。 ④に対する行政検査の実施方法としては、 ▶ 直接、保健所内において実施する場合 ▶ 保健所が直接行政検査を行うこととした上で、当該者に対するPCR検査等を行うために委託した医療機関等において検査を行う場合 なども考えられます。 この場合、その医療機関等の医師（※）は「新型コロナウイルス感染症を疑う」等の判断はせず、保健所等の委託を受けた検査を行うため、当該検査につき保険適用がされるわけではありません。 ※ 保険医療機関の医師として検査等を行うのではない。

©LINKUP

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査に関するQ & A 令和2年7月15日時点

19

Q 2	無症状の濃厚接触者等に対しても行政検査を行うこととしているが、この検査につき保険適用されるのか。また、検査を行った医師は感染症法に基づく医師の届出を行う必要があるのか。
A 2	新型コロナウイルスのPCR検査や抗原検査は、患者に対して行う手術等の内容や周囲の感染状況を踏まえ、医師が患者の診療の為に必要と判断して行った場合は、症状の有無にかかわらず保険適用となります。なお、保険請求に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、医師が個々の患者について検査が必要と判断した医学的根拠を記載していただくこととしております。 PCR検査や抗原検査を実施する場合には、都道府県等と医療機関との間の委託契約（集合契約としてなされるものを含む）を締結していただくこととしています。 当該検査を行った医師の判断として、届出通知別紙の第7で示された疑似症患者に該当する場合は、届出が必要となります。 保健所が濃厚接触者といった新型コロナウイルス感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者に対して直接行政検査を行うこととした上（※1）で、当該者に対するPCR検査等を行うために委託した医療機関等に案内し、そこで検査を行う場合なども考えられます。 この場合、当該医療機関等の医師（※2）は、「新型コロナウイルス感染症を疑う」等の判断はせず、保健所等の委託を受けた検査を行うため、当該検査につき保険適用がされるわけではありません。 （※1） 新型コロナウイルス感染症に係る検査が保険適用される以前に行われていた行政検査。 （※2） 保険医療機関の医師として検査等を行うのではない。

©LINKUP

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査に関するQ & A 令和2年7月15日時点

20

Q3	簡易抗原検査も含め、保険適用されている新型コロナウイルス感染症に係る検査は、医師の判断により行われるものであれば、行政検査としての契約をしていなくてもよいのか。 また、委託契約を結んでいない医療機関でPCR検査や抗原検査を行った場合、事後的にでも必ず委託契約を結ぶ必要があるのか。
A3	医療機関においてPCR検査や抗原検査を実施する場合には、3月4日付の通知「新型コロナウイルス感染症に係る行政検査の取扱いについて」（＝以下「行政検査通知」）において ▶「医師の判断により診療の一環として行われ、帰国者・接触者外来を設置している医療機関等において実施する保険適用される検査については、前述の行政検査と同様の観点から、同検査を実施する医療機関に対して、都道府県等から行政検査を委託しているものと取り扱い、当該検査費用の負担を本人に求めない」こと ▶「委託契約の効果は遡及させることができることから、契約手続きに時間を要する場合などには、契約が締結されれば契約締結前に実施された検査についても、契約に基づく補助の対象になることを都道府県等と医療機関の間で合意した上で、契約締結を待たずに、行政検査（PCR検査および抗原検査）を実施する」ことが可能であること 等をお示ししています。 このため、医療機関において、PCR検査や抗原検査を実施する場合には、都道府県等と医療機関との間の委託契約（集合契約としてなされるものを含む）を締結していただき、患者に対して自己負担を求めることなく、当該部分については、公費負担として処理されるものと認識しています。 なお、前述のとおり、契約締結を待たずに行政検査を実施することも可能であることから、既に検査を実施している場合であっても、その後、都道府県等は、当該医療機関に感染防御ができていないこと等の必要事項を伝えた上で、速やかに契約を締結していただき、公費負担により処置するものと考えています。

©LINKUP

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査に関するQ & A 令和2年7月15日時点

21

Q4	感染症法第12条に基づく医師の届出は、行政検査（委託契約を結んでいる医療機関で行った場合も含む）として行ったもの以外であっても必要か。
A4	行政検査かどうかに関わらず、検査を必要と判断した医師が、当該検査対象者について、届出通知別紙の第7で示された疑似症患者に該当する場合については、届出が必要となります。 また、行政検査かどうかに関わらず、新型コロナウイルス感染症もしくは疑似症と診断された場合は、医師の届出が必要です。
Q5	医療機関において、PCR検査や抗原検査を行政検査として行った場合、HER-SYS を活用して検査結果を所管の都道府県等に報告しなければならないか。
A5	医療機関においてPCR検査や抗原検査を行政検査として実施した場合（行政検査の委託契約を遡って締結した場合も含む）、当該医療機関は、検査の結果を問わず、速やかに、「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム」（＝「HER-SYS」）に入力することにより行う必要があります。
Q6	新型コロナウイルス感染症に係る行政検査以外の PCR検査または抗原検査の結果に基づき、医師が当該感染症を診断した場合に、感染症法に基づく医師の届出を行う必要があるか。また、当該届出がなされた場合に、あらためて行政検査を行う必要があるか。
A6	新型コロナウイルス感染症に係る行政検査以外の PCR検査または抗原検査の結果に基づき、医師が当該感染症を診断した場合であっても、感染症法に基づく医師の届出を行う必要があります。この場合に、あらためて保健所（行政検査の委託契約を締結している医療機関等を含む。）が行政検査を行う必要はありません。 ただし、適切に精度管理がなされていない検査など、検査精度の観点から、医療機関の医師が当該検査結果に基づき新型コロナウイルス感染症と診断することが適切ではないと判断される場合や保健所等が当該検査結果に基づき当該感染症と診断された者に対して感染症法上の各種措置を行うことが適切ではないと判断される場合においては、再度検査を実施する等必要な対応を行っていただくをお願いします。

©LINKUP

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査に関するQ & A 令和2年7月15日時点

22

Q7	感染者が多数発生している地域やクラスターが発生している地域においては、医療施設、高齢者施設等に勤務する者や新規入院・新規入所者等については、当該施設で感染者がいない場合であっても、「当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」として、行政検査の対象としてもよい。
A7	貴見のとおりです。 医療機関や高齢者施設等においては、クラスターが発生した場合の影響が極めて大きくなることが考えられます。検査前確率が高い（感染者が多数発生している、またはクラスターが発生している）と考えられる地域（保健所管内）において、医療施設、高齢者施設等に勤務する方や当該施設に既に入院・入所されている方および新規に入院・入所される方について、施設内における新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、幅広く行政検査を実施していただくことは可能ですので、適切に実施いただくようお願いいたします。 実施に当たっては、以下の点にご留意ください。 ① 感染者が多数発生している、またはクラスターが発生している地域（保健所管内）に存在する医療施設や高齢者施設等に加え、当該地域（保健所管内）が生活圏域にある者が勤務、入院、入所する施設を含めて考えて差し支えないこと ② 自施設や連携する医療機関等で検査を行うことが可能な場合は、これらに対して行政検査の外部委託を積極的に考慮すること ③ 対象となる施設の規模、新規入院・新規入所者や重症化リスクのある者の入所状況等を勘案して計画的に検査を実施すること

©LINKUP

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査に関するQ & A（その2）令和2年8月18日時点

23

Q8	新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の利用者のうち、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した可能性があると通知を受けた者は、行政検査の対象となるのか。
A8	新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）の利用者のうち、新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触した可能性があると通知を受けた者に検査を行う場合は、問1で記載されている「③当該感染症の疑似症患者」または「④当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者」として、行政検査の対象者とし、当該検査費用の負担を本人に求めないものとしております。 疑似症患者または無症状の濃厚接触者に当たると保健所長が判断した者を除き、新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）で通知を受けた者に対する行政検査は、濃厚接触者に対する検査とは別のものであり、検査対象者は濃厚接触者として取り扱うことはしないこと（14日間の健康観察の対象とはしない）としております。 また、検査後2週間以内に健康状態が悪化したときは速やかに報告するよう求めるとともに、報告があったときは、速やかに再検査を行うこと、この検査は陰性を証明するものではないこと等を対象者に説明することにご留意ください。
DPC対象病院・療養病棟等・老健等・検査を出来高請求する際の紙提出を緩和（9月28日）	
新型コロナウイルス感染症の検査の費用を請求する場合は別途、書面により請求するとされていたのを「別途書面により請求しても差し支えない」へ修正した。	
新型コロナウイルス感染症の検査に係る指針について（10月2日）	
「検査料の点数の取扱いについて」（令和2年10月2日保医発1002第1号）において「厚生労働省の定める新型コロナウイルス感染症の検査に係る指針」とあるのは、現時点では「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）病原体検査の指針」を指す旨が示された。	

©LINKUP

新型コロナウイルス感染症に係る行政検査に関するQ & A（その3）令和2年8月21日時点

24

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業

事業目的

国による直接執行 (予算額：2,068億円)

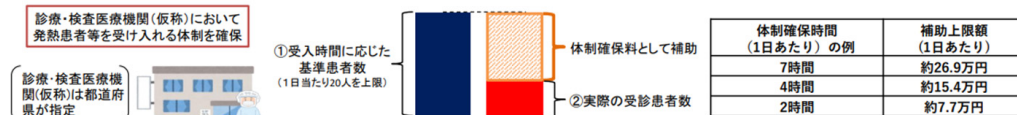
インフルエンザ流行期に備えて、多数の発熱患者等が地域の医療機関において適切に診療・検査を受けられる体制を整備することにより、感染症対策の強化を図る。

事業内容

都道府県の指定を受けた診療・検査医療機関(仮称)が、発熱患者等専用の診察室(時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む)を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

(補助基準額) 13,447円×(受入時間に応じた基準患者数－実際の発熱患者等の受診患者数)

- ・基準となる患者数は、1日あたり20人を上限として、体制確保時間に応じて設定。
- ・実際の受診患者が上記基準より少ない場合に、その人数に応じて補助金を交付。



[体制確保時間7時間、実際の受診患者が5人の場合の例]
13,447円×(①基準患者数(20人)－②実際の受診患者数(5人))=約20.2万円/日

- ※ 自院のかかりつけ患者や自院に相談を受けた患者のみを受け入れる場合は、基準患者数の1日あたり上限は5人。
- ※ 実際には全く発熱患者等の受診を受け入れない場合は補助を減額。

※ 診療・検査医療機関(仮称)の指定期間中は、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(G-MIS)及び新型コロナウイルス感染症等情報把握・管理支援システム(HER-SYS)に必要な情報の入力を行うこと。

(都道府県等や地域の医療関係者における診療体制の整備)

- ・発熱患者等から相談を受けた際に、適切な医療機関を速やかに案内できるよう、診療・検査医療機関(仮称)とその対応時間等を、地域の医療機関や受診・相談センター間で随時、情報共有。
- ・その上で、診療・検査医療機関(仮称)から公表可能と報告のあった医療機関について、地域の医師会等とも協議・合意の上、公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応時間等を公表する等、患者が円滑に医療機関を受診できるよう更なる方策を講じる。

※ 診療・検査医療機関(仮称)に国から必要な個人防護具を配布。

©LINKUP

R2年10月9日厚労省資料より転載

25

診療・検査医療機関への参加ご検討について

各医療機関では、①発熱患者の診療を担うかどうか、②インフルエンザの検査にどのように対応するか、③新型コロナウイルスの検査にどのように対応するか、下記の点も踏まえてご検討ください。①②③すべてを求められているわけではなく、それぞれ可能な内容を選択していただくことになります。

- 動線を分離するほか、一日のうち予め時間を設定し(時間的動線分離)発熱患者の受入れをすることも可能です。
- 動線を分離し、発熱患者等専用の診察室を設ける場合は、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含みます。
- 従来通り臨床診断に基づく抗インフルエンザ薬の処方が可能です。
- 感染リスクの低減を図るため、1)インフルエンザ抗原検査の検体として、鼻かみ液が利用可能なキットを選択すること、2)新型コロナ抗原迅速検査の検体として鼻腔(鼻前庭)ぬぐい液の自己採取(発症2日から9日)によることも可能です(厚生労働省による採取方法の動画制作中)。
- 発熱したかかりつけ患者のみに対応することの表明も可能です。
- 診療・検査医療機関に指定されたことの公表は、医療機関から希望のあった場合であって、かつ都道府県と地域医師会との協議と合意の上で行います。
- 公表の有無により後述の補助金支給額に差異は生じません。
- 発熱患者に対応する日にち・時間設定により、診療日・診療時間の変更届の提出は必要ありません。

公益社団法人 日本医師会

R2年10月13日「日本医師会様「季節性インフルエンザ、COVID-19流行を踏まえた発熱患者受け入れ体制(診療・検査医療機関)」について」より転載

©LINKUP

26

発熱外来診療体制確保支援補助金(1/2)

- 「診療・検査医療機関」として指定を受け、発熱外来の体制をとっていたにもかかわらず、発熱患者さんの受診がなかった場合には、一定の補償が受けられます(令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金(以下、発熱外来補助金))。
- ご検討の結果、発熱患者に対する時間的・空間的動線分離が可能な時間帯を設定できると判断された場合には、検査に対する対応をお決めいただいた上で、その内容に沿って「診療・検査医療機関」として地域医師会を通じて手を挙げていただき、都道府県による指定を受けることになります。
- 発熱外来には、別の診察室などを設ける方法がとれない場合には、時間で区切る方法(時間的分離)があります。時間で区切るときには、感染防止の観点から、その時間には、原則発熱患者さんだけを診察してください。そのため、かかりつけの患者さん等に対して、院内掲示や文書等により、あらかじめ一般外来の時間および発熱外来時間をご案内下さい。

公益社団法人 日本医師会

R2年10月13日「日本医師会様「季節性インフルエンザ、COVID-19流行を踏まえた発熱患者受け入れ体制（診療・検査医療機関）について」より転載

©LINKUP

27

発熱外来診療体制確保支援補助金(2/2)

- 発熱外来補助金は、体制を整備したにもかかわらず、想定した人数が受診しなかった場合のセーフティーネットであり、受診者が想定を上回れば、診療報酬でまかなわれるとの考えに基づいています。
 - 一つの診察室につき、7時間診察、発熱患者上限20人を診察するとの想定で、1人も受診しなかった場合の1日補助額約26.9万円(患者1人13,447円×20人)です。1か月間1人も受診者が見られなかった場合には、補助額が1/2に減額されます。
 - 受診控えが継続していることを踏まえ、これまで1日7時間診療していたうち、5時間をこれまでと同様に診療し、2時間を発熱外来に振り向けた場合、2時間の発熱外来中に1日約5.7人(20×2/7)より受診者が少ない場合に補助金が発生し、それより多ければ補助金は支給されません。
- ※ 通常の診療日・診療時間以外に発熱外来時間を別に設定した場合も、診療日や診療時間の変更届出の必要はありません。。

公益社団法人 日本医師会

R2年10月13日「日本医師会様「季節性インフルエンザ、COVID-19流行を踏まえた発熱患者受け入れ体制（診療・検査医療機関）について」より転載

©LINKUP

28

発熱外来診療報酬および補助金(考え方)

- 発熱外来時間帯中に、まったく受診がなかった場合、「補助上限の患者数×13,447円」が補助されます。上限は患者を特定しない場合は7時間20人です。自院のかかりつけ患者等に限定する場合は2時間5人です。
- 補助上限未満の受診だった場合「(基準発熱患者数－実際の患者数)×13,447円」が補助されます。
- なお、実際の患者数分については、もちろん診療報酬を算定できます。
- 以下、発熱外来時間ごとの補助上限の患者数を「基準発熱患者数」とします。

〔患者を特定しない場合〕

発熱外来診療時間	基準発熱患者数 (その時間ごとの補助上限の患者数)
7時間以上	20人
6時間	17.1人
5時間	14.3人
4時間	11.4人
3時間	8.6人
2時間	5.7人
1時間	2.9人

〔自院のかかりつけ患者及び自院に相談のあった発熱患者だけ受け入れる場合〕

発熱外来診療時間	基準発熱患者数 (その時間ごとの補助上限の患者数)
2時間以上	5人
1時間	2.5人

公益社団法人 日本医師会

R2年10月13日| 日本医師会様| 季節性インフルエンザ、COVID-19流行を踏まえた
発熱患者受け入れ体制（診療・検査医療機関）について」より転載

©LINKUP

29

大切なこと(ピンチは新たな機会)

- 1. 新型コロナウイルスをきっかけに組織体制を見直し**
 - ・ 指示命令システム
 - ・ ひとり一人が考える組織
 - ・ 感染防止に関する取り組みをより一層徹底
- 2. 感染拡大防止の助成金を機に、取り組みをより強化**
 - ・ 病棟や在宅での医療の拡充
- 3. 外来患者数減を機に、必要な検査を定期的に組む**
 - ・ 早期発見、早期治療、適正な受診回数
- 4. 外来患者数減を機に、今までの診療内容を見直し**
 - ・ 時間の有効活用、時間帯に応じた医療提供体制
 - ・ 予約診療
 - ・ オンライン診療
- 5. 急性期等からの紹介減を機に、連携先の開拓**
 - ・ 地域の介護施設、住宅、クリニックとの連携強化

©LINKUP

30



リンクアップラボ <http://linkuplabo.com/>

✉linkup@linkuplabo.com

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東2-8-28博多Qビル4階

TEL:092-409-9783 FAX:092-409-9784

講演Ⅳ

【講演Ⅳ.】

新型コロナウイルス後のオンライン診療

講師略歴



稲生 優海

株式会社メドレー 事業連携推進室 / 医師・医学博士

2009 年横浜市立大学医学部卒業。

横浜市立大学附属病院での初期臨床研修後、消化器内科医として臨床業務に従事。

2018 年横浜市立大学大学院医学研究科卒業。

同年、ヤンセンファーマ株式会社に就職し、臨床開発業務に従事。

2020 年より現職。

新型コロナウイルス後のオンライン診療

稲生 優海

株式会社メドレー 事業連携推進室 / 医師・医学博士

2015年8月に厚生労働省が発表した通知により、それまで僻地や離島などでしか活用できないと解釈されていた遠隔診療の実施可能性が広げられた。これを契機として、クリニックを中心に、遠隔診療の1つの形としてオンライン診療が実施されるようになった。2018年3月の診療報酬改定による「オンライン診療料」の新設や、厚生労働省による「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の策定など、オンライン診療は外来、入院、訪問診療に次ぐ、「第4の診療形態」として注目を集めるようになったが、診療報酬をはじめとした制度的な課題が多く、他の先進国に比較すると普及に難渋する状況が続いていた。

しかし、2020年4月の診療報酬改訂を前に、新型コロナウイルス感染症の流行が日本の医療にも影響を及ぼした。2020年2月28日、感染拡大を防止する観点から慢性疾患等を有する定期受診患者については、初診を除いてオンライン診療が可能となった。続いて4月10日、時限的・特例的取扱いとして初診へのオンライン診療も許容されるようになると、オンライン診療への注目度は加速度的に高まった。

株式会社メドレーは2009年に創業されたITベンチャー企業であり、「医療ヘルスケアの未来をつくる」と掲げ、医療の課題解決に取り組んでいる。2019年には東証マザーズに上場した。2016年2月よりクラウド診療支援システム「CLINICS（クリニクス）」の提供を開始し、以来、全国約2,173医療機関に導入（オンライン診療と電子カルテの合計数：2020/09/03時点）されており、日本のオンライン診療領域をリードしている。2020年9月からは、薬局向けのオンライン服薬指導システム「Pharms」の提供も開始している。

新型コロナウイルスの流行に伴うオンライン診療に関する時限措置を受けて、2020年4月のCLINICS導入医療機関数や新規患者登録数は急激に増加し、その後も比較的高い需要が続いている。9月に新政権が発足し、デジタル庁の創設をはじめ多くの分野において日本のIT化の遅れを解消しようとする動きがみられる中で、医療の分野では、オンライン診療に関する時限措置の恒久化を求める声が強くなっている。これらの動きに対してメドレーとしては、オンライン診療に対するスタンスはコロナ前後で変わるものではなく、電話診療とオンライン診療は明確に分離して整理することや、初診オンライン診療について慎重に議論することが必要と考えている。

対面診療とオンライン診療は対立する概念ではなく、医師の判断と患者の希望を踏まえて使い分けることによって、治療継続率の向上や疾患の重症化予防など、かかりつけ機能の強化につながるものとする。オンライン診療の活用が求められる事例をご紹介しながら、今後の課題や展望について説明する。

ランチタイム セミナー

共 催
株式会社 BRICK's

【ランチタイムセミナー】

遠隔通訳の有用性について

講師略歴



吉川 健一

株式会社 BRICK's 代表取締役社長

（石川県金沢市出身）

商社在籍中に世界各国との貿易に従事した経験を生かし、2008 年より日本に滞在する外国人のために遠隔医療通訳の社会普及に努める。2011 年より、災害時の通訳ボランティアを契機に愛知医療通訳システムの構築、2013 年、経済産業省 MEJWG メンバーとして、医療通訳の実情や資格制度について取り組む。2014 年度には総務省 GCP 計画のメンバーとして、音声翻訳を人間による通訳で補完する仕組みづくりに注力し、同年 6 月より同社代表取締役社長就任以降、医療を含めた幅広い分野で通訳産業の育成に取り組む。

講演Ⅴ

【講演Ⅴ】

「新型コロナウイルス感染症」支援金・助成金・補助金

講師略歴



川原 丈貴^{たけよし}

現職 株式会社川原経営総合センター代表取締役社長

税理士法人川原経営代表社員

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）理事長

監査法人 MMPG エーマック代表社員

資格 公認会計士・税理士・行政書士

日本医業経営コンサルタント協会認定医業経営コンサルタント

公職 厚生労働省中央社会保険医療協議会医療機関における消費税負担に関する分科会委員

厚生労働省医療関連サービス基本問題検討会委員

厚生労働省医療法人の事業展開等に関する検討会委員

東京都認知症高齢者グループホーム整備事業審査委員会委員

東京都サービス付き高齢者向け住宅整備事業（医療・介護連携強化加算）外部審査員

一般社団法人日本医療経営学会理事

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会理事

公益社団法人全国老人保健施設協会理事

公益社団法人日本メディカル給食協会監事

一般財団法人医療関連サービス振興会評議員

一般社団法人全国訪問看護事業協会監事

公益社団法人日本医師会医業税制検討委員会委員

公益社団法人全日本病院協会医業経営・税制委員会特別委員

公益社団法人全国老人保健施設協会社会保障制度委員会報酬部会員、消費税対策部会部会員

四病院団体協議会医業経営・税制委員会参与

社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会監事

医療経済フォーラム・ジャパン専務理事兼事務局長

株式会社川原経営総合センター

〒140-0001 東京都品川区北品川 4-7-35 御殿山トラストタワー9 階

TEL 03-5422-7670 FAX 03-5422-7617

ホームページ : <http://www.kawahara-group.co.jp/> E-mail : info@kawahara-group.co.jp

「新型コロナウイルス感染症」支援金・助成金・補助金

川原 丈貴

株式会社川原経営総合センター 代表取締役社長

I 給付金

1. 持続化給付金
2. 家賃支援給付金

II 助成金

1. 雇用調整助成金
2. 小学校休業等対応助成金

III 補助金

1. IT導入補助金

IV 緊急包括支援事業

1. 空床確保の補助
2. 救急・周産期・小児医療機関体制確保事業
3. 感染拡大防止等支援事業
4. 発熱患者の外来診療・検査体制確保事業
5. 慰労金交付事業

V 貸付

1. 福祉医療機構による福祉・医療貸付事業
2. 日本公庫による特別貸付・特別利子補給
3. 民間医療機関による実質無利子・無担保融資

VI 猶予・免除

1. 国税・地方税・社会保険料の納付猶予
2. 固定資産税・都市計画税の減免

講演Ⅵ

【講演Ⅵ】

with コロナの時代の病院経営

講師略歴



豊岡 宏

一般社団法人日本病院経営支援機構 理事長

東大法学部卒業後、大手鉄鋼会社に入職。製鉄所での労務・経営管理、エジプト・アレキサンドリア市で世界銀行が実施した「臨海一貫製鉄所の建設・運営を請け負い、現地人を採用・教育・訓練した後これを引き渡すプロジェクト」に従事した後、本社等でコスト管理・人事管理・経営企画等に従事。H13年から鉄鋼会社傘下の企業立病院に経営再建のため派遣され、4年間の悪戦苦闘の末その黒字化に成功。「病院の経営再建は大変だが非常な達成感と充実感があり自分の天職」と感じたことから、その後、親会社から病院外への異動内示があったのを契機に脱サラ。「病院経営再建を請け負うプロの事務局長」として全国各地の病院を経営再建して歩くようになる。10年間で公私5病院の経営改革・再建・改善を請け負って成功。その中で「自分1人で個々の病院の経営改革・再建に取り組んでも時間的物理的な限界がある。なら、全国の病院から希望者を募って、自分がこれまで会得した『こうすればうまくいく』という病院経営・運営の実践的具体的な方法論を伝えることで次代の病院経営者（事務長）を育てよう。その結果、彼らが夫々の病院で経営改革・改善に取り組むようになれば、それが回り道のようにいて、結局、今の日本の病院業界に貢献する一番の近道になる」と考えるようになったことから、R1年10月に一般社団法人「日本病院経営支援機構」を創設してその理事長に就任。それを舞台に（1）次代の病院経営者（事務長）を育成するための病院経営者（事務長）育成塾の開催・運営（2）全国各地の困った病院を対象にした経営コンサルティング活動（3）講演・執筆活動に従事する他、R2年4月から東京医科歯科大学大学院非常勤講師に就任してその活動を大学院にも広げている。

with コロナの時代の病院経営

豊岡 宏

一般社団法人日本病院経営支援機構 理事長

今回の新型コロナ禍発生に伴う緊急事態宣言発令により、4月～5月の我が国の病院の医業収入は、前年同月実績比▲18.6%のマイナスまで落ち込んだ。

緊急事態宣言が解除された6月以降その落ち込み幅は縮小したが、7月でもまだ前年同月比▲6.3%のマイナスが続いている。

この事実は、

- (1)病院の減収には、『政府の緊急事態宣言発令によって、病院の医療ニーズが半強制的に抑制された結果起きた減収』と『今回のコロナ禍に遭遇して、人々が今年2月以前のような不要不急で過剰な、いわば「無駄な医療」「無駄な病院通い」を止めるようになった結果起きた減収』の2つの要因があること及び、
- (2)前者は緊急事態宣言の解除で6月以降元に戻ったが、後者は6月以降も戻っていないことを示している。

そして、後者の要因による「マイナス▲5%程度と想定される減収」は、その性格上、今後とも、少なくとも1～3年は続くと予想されている「with コロナの時代」は元に戻らないと考えるのが自然である。

平常時でも我が国の病院の経常利益率は0.1%と低いから、この減収が続けば我が国の病院は相当厳しい経営を強いられることになる。

しかし、病院業界全体の医療ニーズが減少しても、その競争力を高めて相対的なシェアを高めれば個々の病院は生き残って行けるから、今後、生き残りのための病院間の競争が激化し、病院の淘汰が一気に進むことになる。

そういう観点から、「with コロナの時代」は本格的な病院淘汰の時代となり、病院にとって厳しい時代となる。

この時代を生き残るには、

- (1)「病院経営として本来やるべきこと」を
- (2)「with コロナの時代」に合わせて追加・アレンジしながら実施することで、
- (3)これまで多くの病院で「病院の常識イコール世間の非常識」だった病院の経営・サービスを「病院の常識イコール世間の常識」に持っていくことが必要である。

しかしながら、それが実現できれば、生き残った病院は、経営の効率化とサービスの両面で他産業に見劣りのしない病院に生まれ変わることで、「with コロナの時代」に続く新しい時代での新しい可能性を切り開くことが出来るようになる。

若手医師の会 シンポジウム

【若手医師の会シンポジウム】

「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」

座長略歴



高橋 泰（たかはし たい）

国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 教授

1959 年石川県金沢市生まれ。1986 年金沢大学医学部卒、東大病院研修医（1 内、2 内、3 内、麻酔科）、東京大学医学系大学院（医学博士（医療情報））、米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員、ハーバード大学公衆衛生校武見フェローを経て、1997 年より国際医療福祉大学教授、2004-08 年医療経営管理学科長、2018 年より現職。

【若手医師の会シンポジウム】

「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」

新型コロナ院内感染を経験した病院の立場から ～これまでの取り組みと今後の展望～

今村 康宏

医療法人済衆館

<はじめに>

当院は愛知県北名古屋市にある 331 床（+介護医療院 38 床）のケアミックス病院である。病棟内訳は、急性期 2 病棟 108 床、地域包括ケア病棟 1 病棟 57 床、回復期リハビリ 1 病棟 50 床、医療療養 2 病棟 96 床、緩和ケア 1 病棟 20 床である。2 次救急病院であるが新型コロナ診療に関する重点・協力医療機関には該当していない。本年 4 月に 2 例の患者から合計 3 名のスタッフに感染を認め、直ちに外来・入院受け入れの停止を行った。第一波といわれる時期において情報も乏しい中さらなる感染拡大を防ぎつつ診療再開に見向けて手探りで行った現場の取り組みと、大きく悪化した経営状況に対する対策を紹介し、今後の民間 2 次救急病院における「コロナとの付き合い方」を考察する。

<経緯とこれまでの取り組み>

本年 4/6 と 4/15 に救急外来から受け入れた患者が、それぞれ入院後に新型コロナ陽性と診断された。2 例とも入院中に急激に重症化し、気管挿管の上で大学病院に転送、ECMO 使用までに至った。そして 1 例目からスタッフ 1 名の感染が 4/18 に判明、次いで 2 例目からスタッフ 2 名への感染が 4/21、4/27 に判明した。

1 例目スタッフの陽性が判明した 4/18 夜に、県の発表に合わせて直ちに HP で公表の上、一般・救急すべての外来機能の停止、新規入院患者受け入れの停止、すなわち病院機能の全面的な「ロックダウン」を行った。

まず行ったことは、濃厚接触者の徹底的な洗い出しと内外への周知である。ことに 4/20、学会における濃厚接触者の定義が変更となったその日の夜であるが 2 例目のスタッフに感染が発覚し、洗い出し作業は混乱を極めた。外部への周知においては地域住民・自治体・関係諸機関・マスコミと、それぞれに担当を決めて対応したが、すべて同時進行であり大きなストレスを伴う作業となった。

再開に向けては、①職員の個々の防護スキルの向上研修、②一般外来・救急外来・病棟など各部門における感染防止対策フローの策定と運用、③各エリアでのゾーニングの確立、を軸に対策を行った。

関連するすべてのスタッフと患者のPCR陰性と経過観察期間における新規感染者がないこと、また上記の各種対策が徹底されていることを確認し、5/1より段階的に診療機能を再開した。

<現在の体制>

ICTにより順次改訂される「COVID-19 感染対策マニュアル（現在 Ver.8.1）」に基づいた各部署の対策を行っている。発熱者、有症状者に対しては一般外来・救急外来ともに受付前の入口で看護師がトリアージを行い、自家用車、屋外のプレハブあるいは救急外来の陰圧テント内で待機の上で発熱外来にて対応している。胸部CTおよび抗原検査、そして10月から運用を開始したLAMP法PCRを組み合わせて早期診断を心がけている。

<患者数の推移と経営状況、その改善策>

ロックダウンに伴いベッド稼働は大きく減少するが、当院の場合はケアミックスに特徴的なパターンを示した。すなわちロックダウン早期は急性期病棟の減少が顕著で、その後地域包括ケア病棟、ついで回復期リハビリ病棟が減少した。稼働が元に近いところまで戻るには少なくとも2か月以上を要した。一般外来や救急外来においても感染対策の更なる徹底を図っているために現場の負担と繁忙感は大きいが、病棟稼働や外来患者数はロックダウン後半年経っても前年レベルには戻っていない。経常利益率は4月・19%、5月・17%、6月・6%となり以後徐々に回復し9月に入りようやくわずかに黒字となったものの、累積として今年度は大幅な収益悪化が見込まれている。

これに対して行ったことは主に3つである。

- ① 地域の医療ニーズを改めて見直し、病床機能の配分において対処する必要がある限り機能の再編を行うこと。当院の場合は昨年度から回復期リハビリ病棟の稼働が他病棟に比べ若干低下しており、ロックダウン後はその傾向が目立つようになったため、2病棟あった回復期リハ病棟の一つ（もともと療養で届出ている）を10/1から介護医療院に転換した。
- ② 積極的に発熱患者を診るような体制を整備して受け入れること。当院はコロナ重点・協力医療機関ではないが、受診要請に対してはコロナの疑いがあっても断らず受け入れることにしている。敷地内にプレハブの発熱外来を設置し、トリアージと診療、検体採取を行っている。また救急外来内に陰圧テント3基を設置して、救急搬送の円滑化に努めている。
- ③ 確実に業績が伸びる分野の増強を図ること。当院の場合は他の分野に比べ透析の需要が増えていると考えられたため、必要と見込まれる分の増床を行うこととした。

資金繰りとしては福祉医療機構から3億の融資を受け大変有難く感じているが、当然これは返済義務のあるものである。ほかには新型コロナウイルス感染症対策医療機関助成金（地元自治体による）、愛知県医療従事者応援金、新型コロナ受け入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策に関する支援などを受けることにしているが、これらは返済

義務のない支援金であり実に貴重な援助と言える。逆に今後こういった支援がなければ継続的に新型コロナとは対峙していくことは到底不可能であり、業界一丸となり行政に訴えていく必要を感じている。

< 考察 >

上述のように当院では新型コロナ感染が人々によりやく恐怖感をもって認識されつつある第一波の時期に早々と院内感染が起きてしまった。知見や経験則が乏しい中で徹底かつ全面的に病院機能をロックしたが、最近では閉鎖するのは該当する部署のみ、という傾向であり、医療機関の心理的・経営的負担という点からしても望ましい方向であると思う。正しく恐れることの重要性が一般社会に対して言われているが、これは医療提供側にも言える。認識が過小では感染を防ぐことはできないし、過大だと受診制限など地域医療維持に支障を来す。どちらであっても経営は成り立たなくなるであろう。

従来から医療の官民格差が言われているが、今回も同時期に院内感染を経験した公的病院との比較においてこのことを痛感することになった。様々な形態があるにせよ、財政支援という点では公的病院が圧倒的に有利である。民間病院に対しても国・県・自治体からも様々の支援があるが、いわゆる真水の支援という点では桁違いといえる。民間病院はそれぞれの才覚と決死の覚悟によって乗り切るしかない。

新型コロナ感染対策の特徴として、すべての医療機関が最前線に立たされているという事実がある。重点・協力医療機関はもちろん、そうでない医療機関や介護施設でも厳重な対策が要求される。繰り返しの主張となるが、特措法が終了したあとの財政支援が不透明な中、ぜひ息の長い支援を国や県、自治体に対して強く願いたい。現時点で当院の感染対策関連費はロックダウン以後現在までで約 5000 万円近くにもなっている。これに加えて危険手当などの人件費といった支出が今後も続くと思われるが、持続的にこれらに耐えられるかどうか。できる限りの経営努力をしているつもりではあるが、不安は尽きないところである。

今回当院が行った経営再建の取り組みがどれほどの成果をもたらすかはまだ明らかではない。しかし、真に地域から求められている機能は適切なボリュームであれば必ず残るという信念のもとで、今後一層したたかに戦っていく所存である。

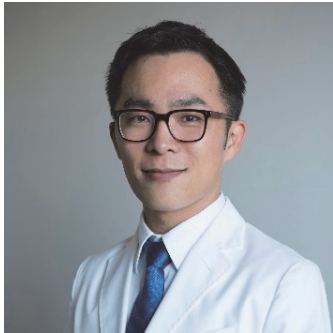
< 結語 >

コロナ感染の第一波といわれる時期に院内感染を経験した。すぐに入院・外来のロックダウンとできる限りの情報公開、徹底的な感染者の洗い出しをしつつ職員の感染防止研修、発熱者対応指針の策定（外来・入院）、ゾーニングの確立を行い診療再開した。病棟稼働はケアミックス病院に特徴的な経過を示し、ロックダウンによる経営悪化は半年にわたって解消しなかった。すべての医療機関が危険にさらされるコロナ禍がまだ続く以上、個々にたゆまぬ努力が必須であるが、それと同時に行政には息の長い支援を求めるものである。

【若手医師の会シンポジウム】

「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」

講師略歴



北島 明佳（きたじま あきよし）

医療法人社団元気会横浜病院 理事長

経歴

1977 年東京都出身。2002 年東邦大学医学部卒業、順天堂医院精神科勤務、2006 年順天堂大学大学院卒業、元気会横浜病院理事長就任、2011 年東京都メトロポリタン経営品質協議会共同代表幹事、2017 年横浜市緑区医師会理事

資格

医学博士、精神保健指定医、精神科専門医・指導医、日本老年精神医学会専門医・指導医(認知症専門医)、経営品質協議会認定セルフアセッサー

北島 明佳

医療法人社団元気会横浜病院 理事長

横浜市において 11 病院が新型コロナウイルスの院内発生を経験した。(2020 年 6 月末日時点) 当院においても 5 月に患者 6 名、職員 7 名の新型コロナウイルス感染症クラスターが発生した。未知のウイルスとの遭遇した現場においてさまざまな苦慮した事があったが、2009 年より取り組んできた経営品質向上プログラムへの取り組みにより、危機的な状況に陥ってもレジリエンスを発揮し、病院一丸となって乗り越えることができた。依然として世界中で流行が続いている新型コロナウイルス感染症への対応のみならず、今後も災害や制度の変化などさまざまな環境変化が起こりうる中で、経営の質を高め続けることこそが組織のレジリエンスを向上させ、永続する組織づくりにつながると考えている。

【若手医師の会シンポジウム】

「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」

ポストコロナ時代の病院経営

～アフターコロナで加速する病院のデジタルトランスフォーメーション～

石川 賀代

石川ヘルスケアグループ総院長

社会医療法人石川記念会 HITO 病院

2040 年に向けて社会構造が大きく変化し、医療業界の激動の時代に、自らの変化が求められる中、今回の COVID-19 の感染拡大により、私達はさらなる苦境に立たされた。令和の時代となり、人の価値観が時代と共に変化し、多様性を認めつつ職場環境も変化せざるを得ない状況下で、今回の感染拡大は生活スタイルにも大きな変化を与えた。

当院は、愛媛県四国中央市にあり、人口は 8 万 5 千人、高齢化率は 30% を超えており人口減少、特に生産年齢人口の減少に直面している地方都市である。後方病床を担う医療資源に乏しい状況があり、高齢者医療を支えるために、三法人（社会医療法人石川記念会・医療法人健康会・社会福祉法人愛美会）で医療・介護の複合体を形成し、石川ヘルスケアグループで医療・介護・福祉事業の運営を行っている。総病床数は 924 床、総職員数は 1300 人と、この数年で増加傾向にあるが、2040 年を見据えて法人の効率的な運営や業務の効率化、ICT 基盤のさらなる整備を行っていく必要がある。

2013 年に HITO 病院開院後、地域ニーズに応じた医療提供体制、チーム医療に基づいた機能回復を目指した質の高い医療の提供、ブランディングの強化、働きがい・働きやすい環境、組織の基盤づくりに取り組んできた。今回のコロナショックにおいて、当院も 4 月以降、3 ヶ月間、医業利益がマイナスとなり、人件費や水道光熱費、消耗品等の徹底したコストの削減により、7 月以降の利益は回復しつつある。

コロナ禍での新たな日常に向けての医療現場の変化については、発熱外来での非接触対応やオンライン診療、TV 会議、オンライン面談・面会、採用活動のオンライン化など、ICT 基盤が整備されていたため速やかに導入が可能であった。また、スタッフの IT リテラシーの醸成が成されていた事も今回の取り組みを後押しした。働き方、職場環境の改善においては、テレワークやリモートワークを推進、働き方の見直しや、多様な働き方を創出する良い機会となった。このような取り組みの成果により時間外勤務を対前年比で 50% 削減することが出来た。

ポストコロナであっても私達が目指す医療の方向性が変わるわけではない。しかし、刻々と変化する環境の中で変化に強い組織基盤を作り、柔軟に対応出来る体制が求められる。組織の持続可能性を追求するためには、医療においてもデジタルトランスフォーメーション（DX）の導入が不可欠であると考えている。

【若手医師の会シンポジウム】

「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」

新型コロナウイルス感染症の影響を受けなかった病院

甲賀 啓介

社会医療法人駿甲会コミュニティホスピタル 甲賀病院 院長

中国・武漢市に端を発した新型コロナウイルス感染症は、依然として各都道府県で感染者が発生し続けており、その蔓延以前においても不安定であった病院経営に深刻なダメージを与えている。静岡県においても、投稿時点で延べ 609 人の感染が確認されており、2020 年 4 月の県内の医療費は前年対比 7%（都道府県別では 30 位）の減少と報告されている。

当院が立地する志太榛原は、総人口 47 万人の地方都市であるが、総医師数の地域偏差値は 39 と、県内でも際立って医療資源に乏しい地域である。二次医療圏内には基幹病院も存在するが、急性期や急性期以後の医療提供能力は長年にわたり低い状態で推移してきた。このような医療過疎地に準備されたコロナ感染者の即応病床はわずかに 2 床のみであり、感染が拡大した場合に受け入れ困難となる状況が容易に予想されたため、当院でも可能な限りの院内感染対策を講じた。具体的には、感染防護具の備蓄、院内 PCR 機器の設置、職員の行動規制・健康管理、隔離病棟の設置等と、特異的なものではなかったが、全入院患者を対象としたスクリーニングの徹底は、職員が安心して業務に従事できる環境整備に資するものであった。幸いにも、当該地域での感染者は、現在まで 2 名が報告されるのみで、いずれの症例も圏外の医療機関に入院となった。従って、圏内に新型コロナウイルス感染症入院患者受入病院や、一時的外来・病棟閉鎖病院は存在しないことになるが、圏内の 4 つの自治体病院では、4～8 月の外来患者数、病床稼働率共に、前年に比し大きく低下した。一方当院では、同期間の外来患者数・病床稼働率共に前年と同等、もしくは増加を認めており、医業収益についても増加した。診療所を含む多くの医療機関が、受診控え等で収支が減少したなかで、当院に目立った影響が見られなかった要因について考察を行ったので、ここに報告する。

これまで多くの医療機関は、医療施策制度の転換、人口構造や疾病構造の変化に伴う需要の変化、周辺医療機関における供給体制の変化など、様々な周辺環境要因に対応しながら運営を行ってきた。今後も周辺環境の変化が継続すると見込まれるなかで、新型コロナウイルス感染症という未知の要素が加わったことで、より迅速に変化へ対応することが求められることとなった。新型コロナウイルス感染症が収束期を迎えた場合においても、地域にとって真に必要とされる医療機関として運営していくには、今何が必要なのか、活発な討議を期待したい。

【若手医師の会シンポジウム】

「わが病院の、新型コロナ体験と今後の戦略」

やっぱりいつも求められていること ～きらわれ東京もん コロナ記～

小川 聡子（おがわ としこ）

医療法人社団東山会 調布東山病院

抄録：クルーズ船に端を発し、その後春休み海外帰国者から国内に入り込んだ COVID19 は、東京を感染震源地として医療機関を直撃した。すべての機能が経営危機に陥ったようにみえたが、冷静に振り返ると、COVID19 の流行地域、不要不急に弱い機能がより一層の打撃を受けた。確かに、経済活動は打撃を受け、税収が減る今後、社会保障がどのように提供されるのかという点では、医療界全体の問題となろう。

我々東京もんは、こうして コロナと付き合ってきました。最初に怖かったこと、不安なことは乗り越えて、少しは付き合い方を学びました。そして、未来に求められている医療は、コロナとは関係ない、でもコロナがはっきりと未来を見せてくれた、そんな気がしています。

協 賛

協賛企業等一覧

第 19 回日本医療経営学会学術集会開催にあたりましては、下記の団体・企業などより多大なるご支援、ご後援ならびにご協賛をいただきました。心より感謝申し上げます。

第 19 回日本医療経営学会学術集会・総会

会長 中林 梓

(株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 所長)

株式会社アインファーマシーズ

OEC 株式会社

清水建設株式会社

総合メディカル株式会社

芙蓉総合リース株式会社

株式会社ブリックス

メディカル・データ・ビジョン株式会社

令和 2 年 11 月 10 日現在

(50 音順)