

令和4年度診療報酬改定研修会まとめ

① 令和4年度診療報酬改定情報全体像

○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課題への対応
- ・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

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

○基本視点

- ・地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進
- ・新しいニーズにも対応でき安心・安全で納得できる質の高い医療の実現
- ・医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進
- ・効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

③日本作業療法士協会の関連制度に関する情報・ご質問方法

○情報（下記の手順で制度関連情報の閲覧が可能）

協会ホームページ→会員ポータルサイト（ログイン）→お知らせ

○質問 協会ホームページ→会員ポータルサイト（ログイン）→お問合せ

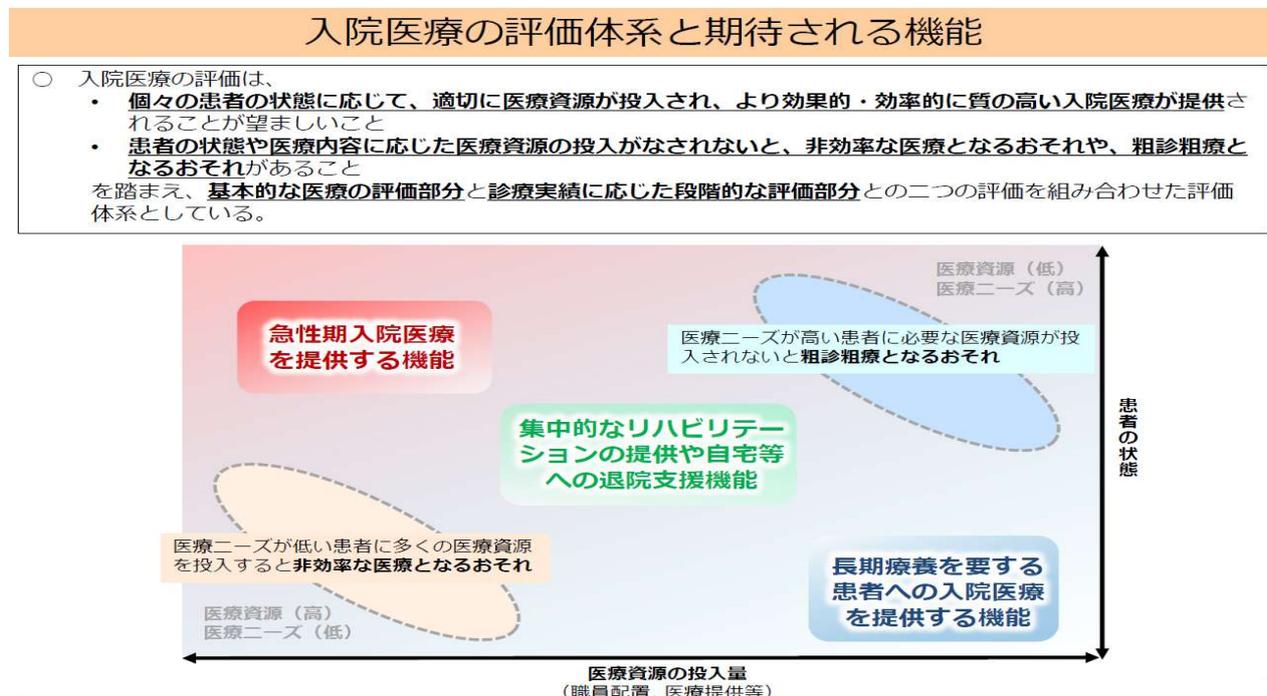
※ご質問の際は必ず会員番号を入力してください。頂きましたご質問は、事務局を通じて保険委員会内で回答を作成し返答させていただきます。

※詳細は厚労省HP www.mhlw.go.jp をご参照ください。

令和4年度診療報酬改定 身障分野について

個別改定項目（概要一部 ※詳しくは厚労省HP www.mhlw.go.jp をご参照ください）

○入院医療の評価の評価体系と期待される機能



厚労省 HP より転載

I. 急性期一般入院料の評価

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直す。（「心電図モニターの管理」の項目を廃止、「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する、「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する）

II. 高度急性期入院医療の評価

●早期離床・リハビリテーション加算

早期離床・リハビリテーション加算の算定対象に、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を加える。

●早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し

入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

Ⅲ. 回復期入院料の評価

●地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準									
	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4	
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）								
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置								
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること								
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること								
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は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。）								
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	
許可病床数200床未満	○		-		○		-		○
室面積	6.4平方メートル以上								
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上								
自院の一般病床から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上				
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）				
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）				
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90/100に減算)								
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）		
・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100									

34

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の評価体系及び要件を以下のとおり見直す。

1. 実績要件の見直し

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病棟管理料を算定する場合については、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。

2. 自院一般病棟からの転棟割合の見直し

入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化する。200床以上の保険医療機関であって「入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

3. 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

(1) 入院料1・3、管理料1・3における自宅等から入院した患者割合の要件について、1割5分以上から2割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の3月の受入れ人数について、6人以上から9人以上に変更する。

- (2) 入院料 2・4、管理料 2・4 における自宅等から入院した患者割合の要件について、以下のいずれか 1 つ以上を満たすことを追加する。

ア.自宅等から入棟した患者割合が 2 割以上であること

イ.自宅等からの緊急患者の受入れが 3 月で 9 人以上であること

ウ.在宅医療等の実績を 1 つ以上有すること

当該要件を満たしていない場合は、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。

- (3) 在宅医療等の実績における退院時共同指導料 2 の算定回数の実績要件について、外来在宅共同指導料 1 の実績を加えてもよいこととする。

3. 地域包括ケア病棟入院料における在宅復帰率の要件の見直し

入院料 1・2、管理料 1・2 における在宅復帰率の要件について、7 割以上から 7 割 2 分 5 厘以上に
変更する。入院料 3・4、管理料 3・4 について、7 割以上であることを要件に追加する。当該要件を
満たしていない場合は、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。

4. 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。

●地域包括ケア病棟の医療法上の病床種別に係る評価の見直し

・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場
合には、所定点数の 100 分の 95 に相当する点数を算定することとする。

・ただし、当該病棟又は病室について以下のうちいずれかを満たす場合、所定点数（100 分の 100）を算定する。

①自宅等からの入院患者の受入れが 6 割以上

②自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前 3 月で 30 人以上である場合

③救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

●回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※1)
医師	専任常勤 1 名以上				
看護職員	1 3 対 1 以上（7割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4割以上が看護師）		
看護補助者	3 0 対 1 以上				
リハビリ専門職	専従常勤の PT 3 名以上、 OT 2 名以上、ST 1 名以上		専従常勤の PT 2 名以上、OT 1 名以上		
社会福祉士	専任常勤 1 名以上		-		
管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		-		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3 割以上→ 4 割以上		2 割以上→ 3 割以上		-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 () 内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善		3 割以上が 3 点（12 点）以上改善		-
自宅等に退院する割合	7 割以上				
リハビリテーション実績指数	40 以上	-	35 以上	-	-
点数 () 内は生活療養を受ける場合	2,129 点 (2,115 点)	2,066 点 (2,051 点)	1,899 点 (1,884 点)	1,841 点 (1,827 点)	1,678 点 (1,664 点)

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

なお、令和 4 年 3 月 31 日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 の届出を行っている病棟については、1 年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 を算定し、その後 1 年間、新入院料 5 を算定することができる。

43

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料を再編し、入院料 5 を廃止するとともに、現行の入院料 6 を新たな入院料 5 として位置付ける。

新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料 5 を算定する場合は、算定を開始した日から 2 年間に限り算定することができることとする。

2. 重症の患者割合の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 までに係る施設基準における新規入院患者のうちの、重症の患者の割合を見直し、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 については 4 割以上、回復期リハビリテーション病棟入院料 3 及び 4 については 3 割以上とする。

3. 第三者評価について

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 3 について、公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする。

●回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

「回復期リハビリテーションを要する状態」について、「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」を追加し、算定上限日数を 90 日以内とする。

VII. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

●訪問看護指示書の記載欄の見直し

医師の指示に基づき、医療的ニーズの高い利用者に対する理学療法士等による訪問看護が適切に提供されるよう、理学療法士等が訪問看護の一環として実施するリハビリテーションに係る訪問看護指示書の記載欄を見直し

VIII. その他リハビリに関する個別改訂項目

●疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

1. 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法（FIM）を測定していることを要件化する。

- ・1か月に1回以上、FIM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
- ・リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付。
- ・「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」の「別添2」の様式に基づき、1年間に当該疾患別リハビリテーション料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。

2. 医学的な理由により頻回のリハビリテーション計画書等の作成が必要な場合において、質の高いリハビリテーションを推進しつつ事務手続の簡素化を図る観点から、疾患別リハビリテーション料におけるリハビリテーション実施計画書に係る要件を以下のとおり見直す。

- ・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起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。

●運動器リハビリテーション料の見直し

運動器リハビリテーション料 について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確化する。

●透析中の運動指導に係る評価の新設

人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

(新) 透析時運動指導等加算 75 点 (指導開始から 90 日を限度とする。)

[対象患者] 人工腎臓を実施している患者

[算定要件] (概要)

- ・透析患者の運動指導に係る研修を受講した 医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師が1回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定(疾患別リハビリテーション料との併用算定はできない)
- ・日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照すること。

●継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新) 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 1,000 点(入院中1回・手術治療を担う一般病棟において算定)

ロ 二次性骨折予防継続管理料2 750 点

(入院中1回・リハビリテーション等を担う病棟において算定)

ハ 二次性骨折予防継続管理料3 500 点 (1年を限度として月に1回・外来において算定)

令和4年度診療報酬改定 精神障害分野について

○精神医療に係る論点

出典:厚労省ホームページ,R3.11.5 中協総会 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000851860.pdf>)

精神医療に係る論点

- 【地域移行の推進について】
 - 外来における包括的支援マネジメントに基づいた相談体制の構築を促進する観点から、療養生活環境整備指導加算の評価の在り方について、どのように考えるか。
- 【在宅患者支援について】
 - ひきこもり状態等の方を含めた精神疾患患者の治療・支援を確保する観点から、精神科在宅支援管理料の対象患者について、どのように考えるか。
- 【通院・在宅精神療法について】
 - 通院・在宅精神療法に係る評価の在り方について、どのように考えるか。
- 【依存症診療について】
 - 依存症の診療体制確保を図る観点から、依存症に対する入院・外来医療に係る診療報酬上の評価の在り方について、どのように考えるか。
- 【児童・思春期精神医療について】
 - 専門的な児童・思春期精神医療の提供体制を確保する観点から、長期に継続して外来診療を要する事例に対する診療報酬上の評価について、どう考えるか。
- 【認知症について】
 - 認知症疾患医療センターの整備事業における「連携型」についても身体合併症やBPSDに対する対応が行われていることを踏まえ、認知症専門診断管理料の評価について、どのように考えるか。

75

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

出典:厚労省ホームページ,R3.12.10 中協総会(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000868147.pdf>)

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

中協 総-5-1
3. 1 2. 1 0

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課題への対応
 - ▶ 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
- 社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

<p>(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】</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応 ○ 医療計画の見直しも念頭に新興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 ○ 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等 ○ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 ○ 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 	<p>(3) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等 ○ 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応 ○ 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について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価 ○ 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 ○ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬師・薬剤師業務の対称中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価
<p>(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】</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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の推進 ○ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進 ○ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 ○ 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確保 ○ 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進 	<p>(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</p> <p>【具体的方向性の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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等（再掲） ○ 重症化予防の取組の推進 ○ 医師・病棟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等の推進 ○ 効率性等に応じた薬局の評価の推進

1

- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

○令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）の精神科関連

出典:厚労省ホームページ R4.1.12 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000878880.pdf>)

Ⅲ－４－４ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- (1) 治療と仕事の両立支援における心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について要件を見直す。
- (2) 薬物依存症に対する有用な入院治療の開発を踏まえ、薬物依存症に係る入院管理について、新たな評価を行う。
- (3) アルコール依存症に対する集団療法の効果を踏まえ、外来におけるアルコール依存症の集団療法について、新たな評価を行う。
- (4) 摂食障害の治療における体制整備に係る適切な評価を推進するため、摂食障害入院医療管理加算の要件及び精神科身体合併症管理加算の対象患者を見直す。
- (5) 精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。
- (6) 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。
- (7) 児童・思春期精神医療の外来診療において、2年以上診療が継続している実態があることを踏まえ、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科 専門管理加算について、要件及び評価を見直す。
- (8) 精神保健指定医制度の見直しを踏まえ、精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、新たな評価を行う。
- (9) 精神科救急医療体制の適切な整備を推進する観点から、精神科救急入院料について評価の在り方を見直す。
- (10) 治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの使用に係る適切な評価を推進する観点から、精神科救急入院料等について、クロザピン導入目的の転院受入れに係る要件を見直す。
- (11) 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。
- (12) 自殺企図患者等に対する効果的な指導に係る評価を推進する観点から、救急患者精神科継続支援料について要件及び評価を見直す。
- (13) 自殺企図患者等に対する退院に向けたアセスメント・情報提供等の必要性を踏まえ、救命救急入院料の精神疾患診断治療初回加算について、評価の在り方を見直す。

※上記のように改定の中心は、地域移行・地域生活支援に関する改定が目立ちます。

○今回改定に至らなかった関連団体からの精神分野の作業療法に関する要望について

出典:厚労省ホームページ R4.1.19(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000883309.pdf>)

1. (2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術
① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの

284212	既	通院・在宅精神療法(オンライン診療時の算定)	日本精神科病院協会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	995
285101	未	精神科作業療法計画書の評価	日本精神神経学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1000
284102	未	精神科作業療法の加算項目の新設 認知機能リハビリテーション加算	日本精神科病院協会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	939

※退院支援に改定の方向性が向いている中で、精神科作業療法の実情に対する評価は認められていない状況が続いていることが残念に思います。

○今回の改訂の一例

出典:厚労省ホームページ R4.3.4(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000906920.pdf>)

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-②

依存症患者に対する医療の充実

依存症入院医療の充実

➢ 重度アルコール依存症入院医療管理加算について、入院治療が必要な薬物依存症の患者を対象患者に追加するとともに、名称を依存症入院医療管理加算に変更する。

現行	改定後
【重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）】 1 30日以内 200点 2 31日以上60日以内 100点 【対象患者】 入院治療が必要なアルコール依存症の患者	【改】【依存症入院医療管理加算（1日につき）】 1 30日以内 200点 2 31日以上60日以内 100点 【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

依存症外来医療の充実

➢ 依存症集団療法について、アルコール依存症の患者に対する集団療法の実施に係る評価を新設する。

現行	改定後
【依存症集団療法（1回につき）】 【対象疾患】 1 薬物依存症の場合 340点 2 ギャンブル依存症の場合 300点 (新設) 【算定要件】 (新設)	【依存症集団療法（1回につき）】 【対象疾患】 1 (略) 2 (略) 【新】3 アルコール依存症の場合 300点 【算定要件】 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。

今回は、改定までの経過も少し載せてみました。是非、厚労省ホームページでR4年度診療

報酬改定をお調べください。