

⑭ 慢性心不全の再入院予防の評価の新設

第1 基本的な考え方

心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

呼吸困難等の症状を伴う急性心不全を発症し入院した患者に対し、地域連携に係る要件を満たした保険医療機関が、多職種により心不全の再入院予防の取組を行う場合の評価を新設する。

(新)	<u>B001-10 心不全再入院予防継続管理料</u>	
	<u>イ 心不全再入院予防継続管理料 1</u>	<u>1,000 点</u>
	<u>ロ 心不全再入院予防継続管理料 2</u>	
	<u>(1) 6回目まで</u>	<u>700 点</u>
	<u>(2) 7回目以降</u>	<u>225 点</u>
	<u>ハ 心不全再入院予防継続管理料 3</u>	
	<u>(1) 6回目まで</u>	<u>400 点</u>
	<u>(2) 7回目以降</u>	<u>225 点</u>

[対象患者]

- (1) 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全を発症し、施設基準を満たす保険医療機関の一般病棟に入院している患者のうち、次のいずれにも該当するもの
 - ① 慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全に対し、関連学会のガイドラインに基づいて心機能の評価、原因精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること
 - ② 入院中に運動療法を実施していること
- (2) イを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関の医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士等の共同により心不全の計画的な評価並びに治療等が実施されたもの
- (3) イ又はロを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関において継続して心不全の計画的な評価及び治療等が実施されたもの

[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、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- (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、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- (3) ハについては、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対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- (4) イについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、患者の心機能の評価、原因精査及びリスク評価を行い、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (5) ロについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
- (6) ハについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- (7) 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料（心不全を主病とする患者に限る。）及び区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は、別に算定できない。また、ロについては、同一の患者につき、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の13に掲げる在宅療養指導管理料及び区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料を同一の日

[施設基準]

- (1) 心不全の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、心不全の診療を担当する医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士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、一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10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。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。