

2020年度診療報酬改定【個別改定項目】 医科・入院（2020年2月28日作成）

本資料では、個別改定項目のうち主に医科診療報酬の入院に関連する項目の一部を紹介しています。尚、本資料内の参考スライドは議論の途中で使用された資料等であり、改定の内容と必ずしも一致しているとは限りませんので、ご注意願います。

個別改定項目の全容については、厚労省のホームページ※でご確認ください。

※中央社会保険医療協議会 総会（第451回）資料（2020年2月7日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000593368.pdf>

本資料は作成（更新）日付時点の情報を記載するように心掛けていますが、正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。

本資料の内容

- (参考)「令和2年度診療報酬改定の基本方針(概要)」 …… 3
- 「個別改定項目について」 目次 …… 4
- 「個別改定項目について」 医科診療報酬の入院に関連する項目より一部紹介※ …… 6

※ 6頁以降には、医科診療報酬の入院に関連する項目の一部について、その詳細を新旧対比表や厚生労働省資料等を用いて紹介しています。

改定に当たっての基本認識

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

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

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

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

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

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

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

「個別改定項目について」 目次

I 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

- 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 ①②
- I - 2 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 ①～④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪
- I - 3 タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進 ①②③④
- I - 4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進 ①②③

II 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

- II - 1 かかりつけ機能の評価 ①～⑤
- II - 2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進 ①②③④
- II - 3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨
- II - 4 重症化予防の取組の推進 ①②③～⑥
- II - 5 治療と仕事の両立に資する取組の推進 ①
- II - 6 アウトカムにも着目した評価の推進 ①②
- II - 7 - 1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 ①～⑤⑥⑦⑧
- II - 7 - 2 認知症患者に対する適切な医療の評価 ①
- II - 7 - 3 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 ①～③④⑤⑥～⑫⑬⑭⑮
- II - 7 - 4 難病患者に対する適切な医療の評価 ①
- II - 7 - 5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実 ①～⑨⑩⑪⑫
- II - 7 - 6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進 ①②③④
- II - 7 - 7 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価 ①～⑩
- II - 8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 ①～⑩
- II - 9 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 ①～⑬
- II - 10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ①～⑥
- II - 11 医療におけるICTの利活用 ①②③④～⑧

(次頁へ続く)

※青字：本資料にてその内容を紹介

「個別改定項目について」 目次

Ⅲ 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

- Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ①②～⑥⑦⑧～⑭⑮⑯～⑳㉑㉒㉓
- Ⅲ－２ 外来医療の機能分化 ①②～⑤⑥⑦
- Ⅲ－３ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ①②③～⑱
- Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨
- Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進 ①～③

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進 ①②③
- Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用 ①
- Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- Ⅳ－４ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲） ①
- Ⅳ－５ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲） ①
- Ⅳ－６ 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 ①②③～⑥
- Ⅳ－７ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 ①～⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫～⑯⑰⑱

(以上)

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ける重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設
- ② 救急医療体制の充実

① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

基本的な考え方

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ける重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

具体的な内容

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。

改定案

(新) 地域医療体制確保加算 520点

[算定要件]

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

[施設基準]

(1) A 1 0 0 一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、A 1 0 2 結核病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A 1 0 3 精神病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）、A 1 0 4 特定機能病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A 1 0 5 専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A 3 0 0 救命救急入院料、A 3 0 1 特定集中治療室管理料、A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット

① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

改定案

入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料（小児入院医療管理料5を除く。）A311精神科救急入院料又はA311-3精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。

（2）救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

（3）病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

- ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
- ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
- ④ ③の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。
- ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導

① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

改定案

など)

イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

ウ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

オ 当直翌日の業務内容に対する配慮

カ 交替勤務制・複数主治医制の実施

キ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

② 救急医療体制の充実

基本的な考え方

救急医療体制の充実を図る観点から、救急搬送件数等の実績を踏まえ、救急搬送看護体制加算について、救急外来への看護師の配置に係る要件及び評価を見直す。

具体的な内容

夜間休日救急搬送医学管理料における救急搬送看護体制加算について、救急外来への搬送件数及び看護師の配置の実績に応じた新たな評価区分を設ける。

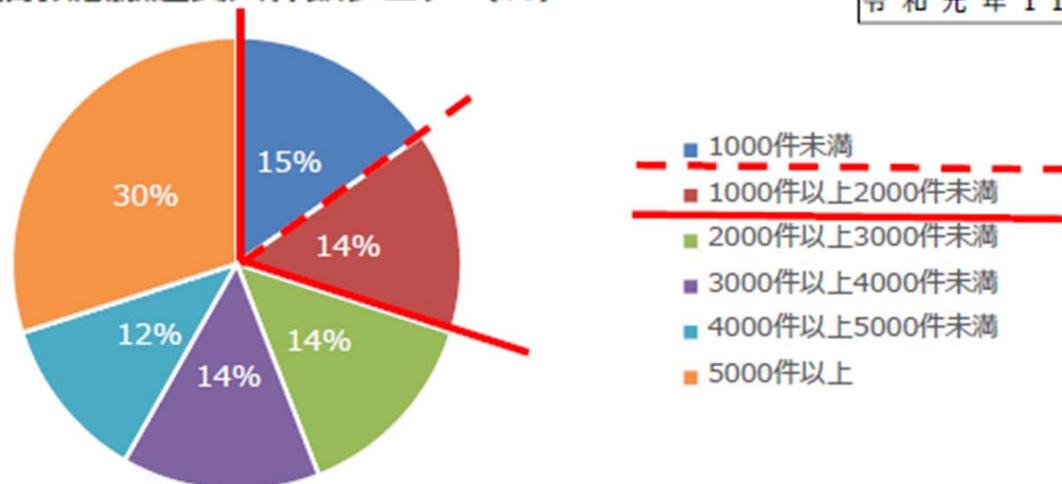
| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、<u>救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>[施設基準]</u> <u>(新設)</u></p> | <p>【救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料）】</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、<u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p style="text-align: right;"> <u>イ 救急搬送看護体制加算 1 400点</u> <u>ロ 救急搬送看護体制加算 2 200点</u> </p> <p><u>[施設基準]</u> <u>(救急搬送看護体制加算 1)</u></p> <p><u>イ 救急搬送について、十分な実績を有していること。</u> <u>ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複</u></p> |

② 救急医療体制の充実

| 現行 | 改定案 |
|-----------------------------|---|
| <p>(救急搬送看護体制加算) (略)</p> | <p><u>数名配置されていること。</u></p> <p><u>(1) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。</u></p> <p><u>(2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。なお、当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。</u></p> <p>(救急搬送看護体制加算₂) <現行通り></p> |

- 年間2,000件以上救急搬送を受け入れている救急医療機関が、全体のおよそ71%の救急搬送を受入れている。
- 年間1,000件以上では、およそ85%の救急搬送を受け入れている。

年間救急搬送受入件数シェア (%)



参考) 救急搬送年間受入件数ごとの医療機関内訳

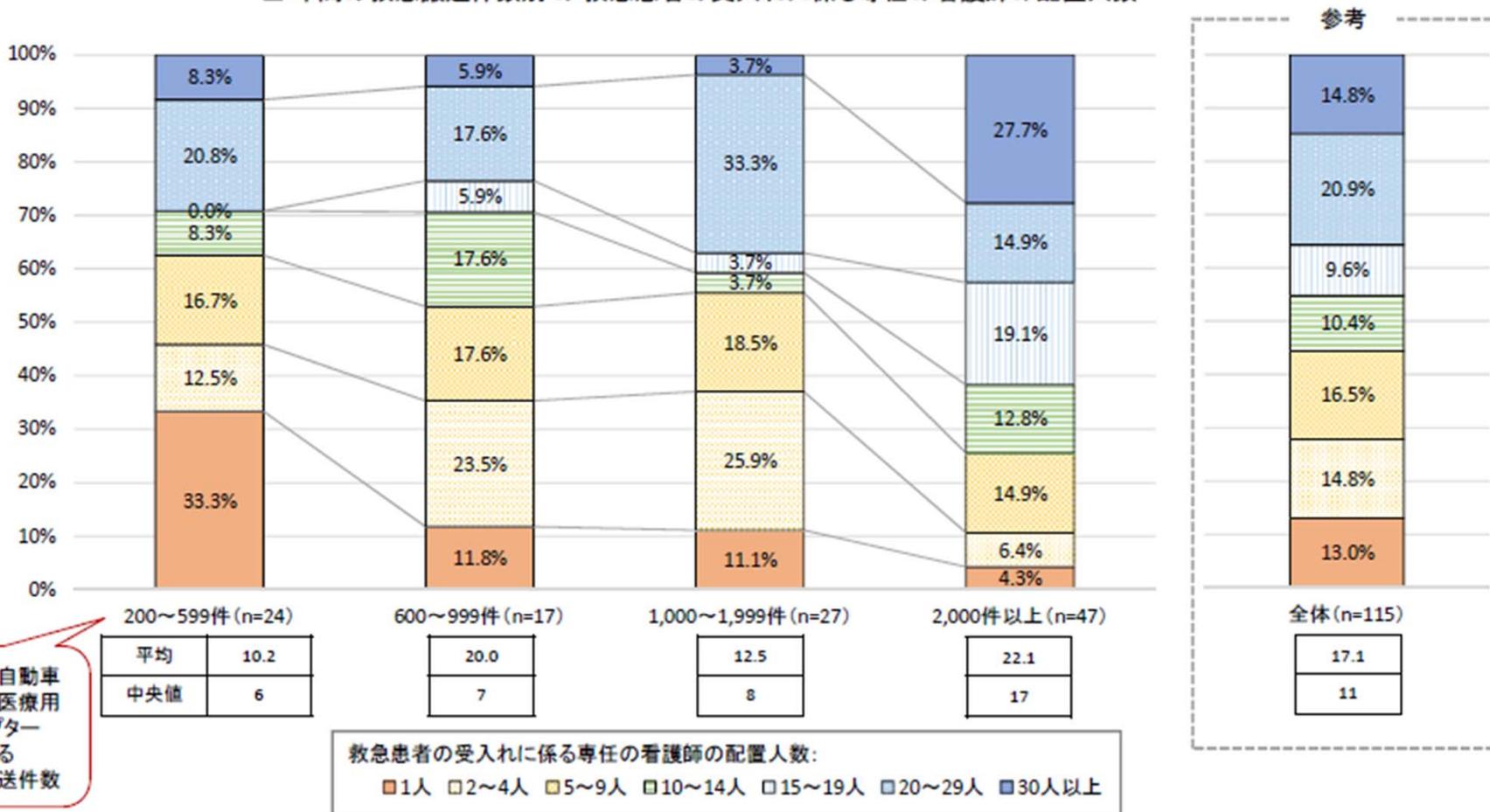
| | 年間救急搬送受入件数 | | | | | | 計 |
|----------|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|-------|
| | 5,000件以上 | 4,000件以上 5,000件未満 | 3,000件以上 4,000件未満 | 2,000件以上 3,000件未満 | 1,000件以上 2,000件未満 | 1,000件未満 | |
| 二次救急医療機関 | 92 | 102 | 174 | 254 | 487 | 1,643 | 2,752 |
| 三次救急医療機関 | 129 | 40 | 46 | 44 | 26 | 20 | 305 |
| その他の医療機関 | 3 | 0 | 3 | 11 | 31 | 1,444 | 1,492 |
| 計 | 224 | 142 | 223 | 309 | 544 | 3,107 | 4,549 |

※ 分析対象医療機関は、病床機能報告において（高度）急性期機能を1床以上有すると報告した全医療機関（出典）平成29年度病床機能報告 37

救急搬送件数と看護師数との関係 ①

○ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる年間の搬送件数が多いほど、救急患者の受入れへの対応に係る専任の看護師の配置人数が多い傾向にある。

■ 年間の救急搬送件数別の救急患者の受入れに係る専任の看護師の配置人数

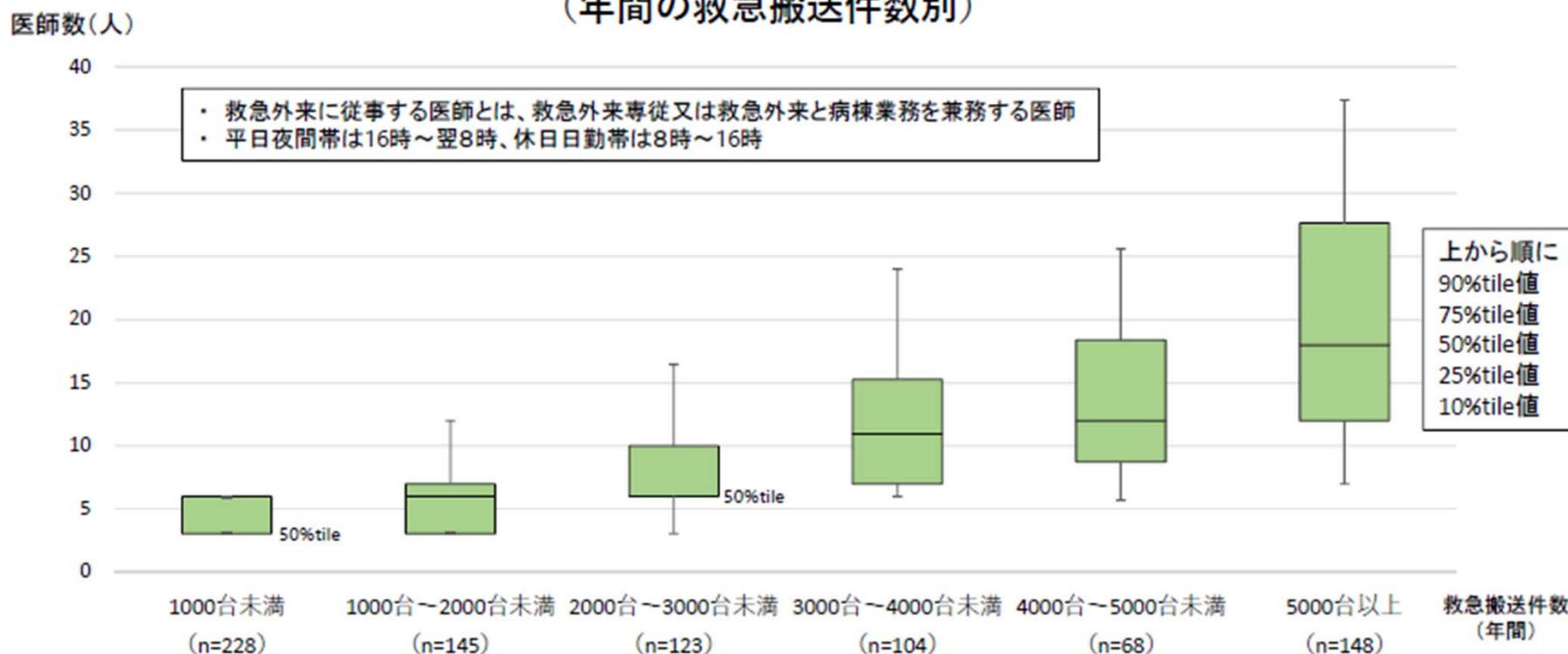


※救急搬送看護体制加算を届出している施設のみ、無回答を除く

【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」(施設票)(速報値)

○ 年間の救急搬送件数別に、平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計をみると、救急搬送件数が多いほど医師数が多い傾向にあったが、搬送件数が多いにも関わらず医師数が少ない施設もあった。

平日夜間帯及び休日日勤帯に救急外来に従事する医師数の合計
(年間の救急搬送件数別)

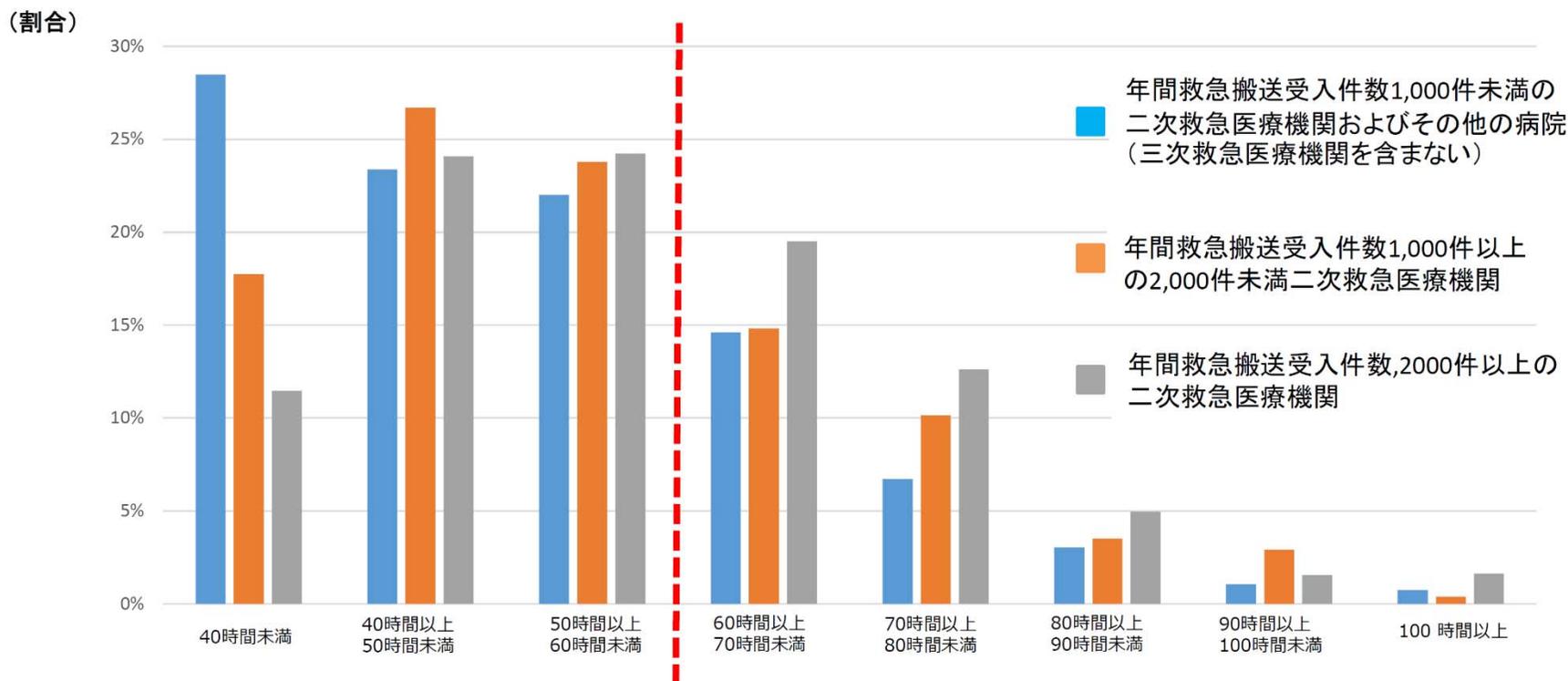


出典: 令和元年度入院医療等の調査 ※無回答を除く

○ 年間救急搬送受入件数が2,000件以上の二次救急医療機関において、より受入件数の少ない二次救急医療機関よりも長時間勤務（週60時間以上等）を行う医師の割合が大きい。

中医協 総-3
元. 12. 4

＜年間救急搬送受入件数別医師労働時間分布（三次救急を除く）＞



※1 勤務時間に関する出典：医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班

※2 救急搬送受け入れ実績に関する出典：平成29年度病床機能報告

I-2 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

- ① 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
- ② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進
- ③ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し
- ④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和
- ⑤ 夜間看護体制の見直し
- ⑥ 特定集中治療室管理料の見直し
- ⑦ 心停止後臓器提供に係る評価の見直し
- ⑧ 脳死臓器提供管理料の見直し
- ⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し
- ⑩ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減
- 11 医療機関における業務の効率化・合理化

※灰字の項目は本資料では省略

① 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

基本的な考え方

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。

具体的な内容

- 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。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準] (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和</p> | <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準] (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチームが設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和</p> |

① 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

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する医師 ウ 緩和ケアの経験を有する看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。</p> | <p>ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する医師 ウ 緩和ケアの経験を有する看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。<u>また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</u></p> <p><u>※ (1)のイに掲げる医師についても同様。</u></p> |

① 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

| 現行 | 改定案 |
|----|--|
| | <p><u>※ 栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算、抗菌薬適正使用支援加算についても同様。</u></p> |

① 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

具体的な内容

3. 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。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【外来化学療法加算 1】 〔施設基準〕 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p> | <p>【外来化学療法加算 1】 〔施設基準〕 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。</p> <p>※ <u>外来化学療法加算 2</u> についても同様。</p> |

① 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

具体的な内容

4. 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。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する<u>専従</u>の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。 ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入</p> | <p>【ウイルス疾患指導料（注2）】 [施設基準] □ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する<u>専任</u>の看護師が配置されていること。</p> <p>【障害児（者）リハビリテーション料】 [施設基準] (3) ア又はイのいずれかに該当していること。 ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。 イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。 ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入</p> |

① 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

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料</p> <p>(I) 又は (II)、脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)、(II) 又は (III)、廃用症候群リハビリテーション料 (I)、(II) 又は (III)、運動器リハビリテーション料 (I) 又は (II) 及び呼吸器リハビリテーション料 (I) 又は (II) における常勤従事者との兼任は可能であること。</p> <p>なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師 (障害児 (者) リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。) をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。</p> | <p>院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料</p> <p>(I) 又は (II)、脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)、(II) 又は (III)、廃用症候群リハビリテーション料 (I)、(II) 又は (III)、運動器リハビリテーション料 (I) 又は (II) 及び呼吸器リハビリテーション料 (I) 又は (II) における常勤従事者との兼任は可能であること。</p> <p>また、<u>当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション (心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児 (者) リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。</u>なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師 (障害児 (者) リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。) をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤</p> |

中央社会保険医療協議会総会資料 (2020.2.7)

① 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

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ 1 名までに限る。</p> | <p>看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ 1 名までに限る。</p> <p><u>※ がん患者リハビリテーション料についても同様。</u></p> |

② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

基本的な考え方

医師をはじめとした医療従事者の勤務環境の改善に関する取組が推進されるよう、総合入院体制加算等について要件を見直す。

具体的な内容

1. 総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算並びに処置及び手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 について、管理者によるマネジメントを推進する観点から、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議において、年 1 回以上当該病院の管理者が出席することとする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【総合入院体制加算】 〔施設基準〕 (7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> | <p>【総合入院体制加算】 〔施設基準〕 (7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。<u>また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年 1 回以上出席すること。</u>なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定</p> |

② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

| 現行 | 改定案 |
|----|---|
| | <p>する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> <p><u>※ 医師事務作業補助体制加算並びに処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1についても同様。</u></p> |

② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

具体的な内容

2. 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組が更に進むよう、総合入院体制加算の要件である「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の内容及び項目数について見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 エ「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも<u>2項目</u>以上を含んでいること。</p> <p>(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減</p> <p>(二) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> | <p>【総合入院体制加算】 [施設基準]</p> <p>(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 エ「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも<u>3項目</u>以上を含んでいること。</p> <p>(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）</p> <p>(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）</p> <p>(ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減</p> <p>(二) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</p> |

② 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(ホ)</u> 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p> | <p><u>(ホ)</u> 特定行為研修修了者である看護師複数名の配置及び活用による病院勤務医の負担軽減</p> <p><u>(ハ)</u> 院内助産又は助産師外来の開設による病院勤務医の負担軽減</p> <p><u>(ト)</u> 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</p> |

[経過措置]

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、令和2年7月の届出においては令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、令和3年7月以降の届出においては、令和2年度改定後の基準で届け出ること。

③ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

基本的な考え方

薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

具体的な内容

1. 病棟薬剤業務実施加算 1 及び 2 について、評価を充実する。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| 【病棟薬剤業務実施加算】 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) <u>100点</u> 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) <u>80点</u> | 【病棟薬剤業務実施加算】 1 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) <u>120点</u> 2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) <u>100点</u> |

③ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

具体的な内容

2. ハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室内における薬剤師の配置を、病棟薬剤業務実施加算 2 において評価する。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>□ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p> | <p>【ハイケアユニット入院医療管理料】 [算定要件] 注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。</p> <p>□ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算2</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算及び精神疾患診療体制加算を除く。）</p> |

薬剤師の病棟における業務に対する評価

平成24年度診療報酬改定において新設

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

病棟薬剤業務実施加算1 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

平成28年度診療報酬改定において新設

- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

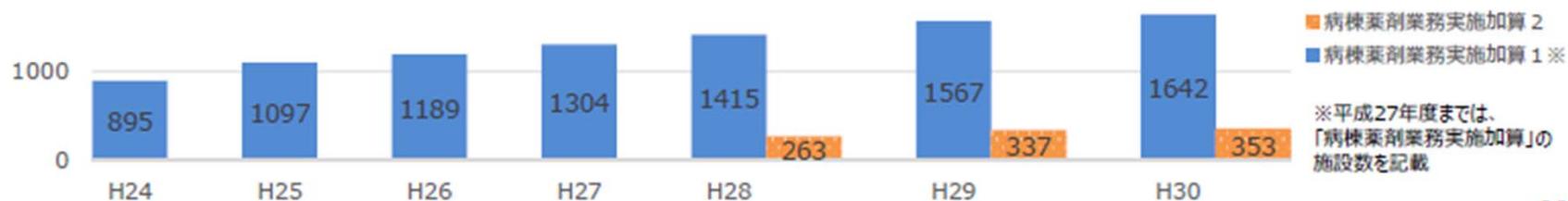
病棟薬剤業務実施加算2 80点(1日につき)

[主な算定要件]

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。

(参考) ■ 病棟薬剤業務実施加算届出医療機関数

2000 (施設)



出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

主な入院基本料、特定入院料と病棟薬剤業務実施加算との関係

○ ハイケアユニット入院医療管理料では、病棟薬剤業務実施加算は1、2のいずれも算定できない。

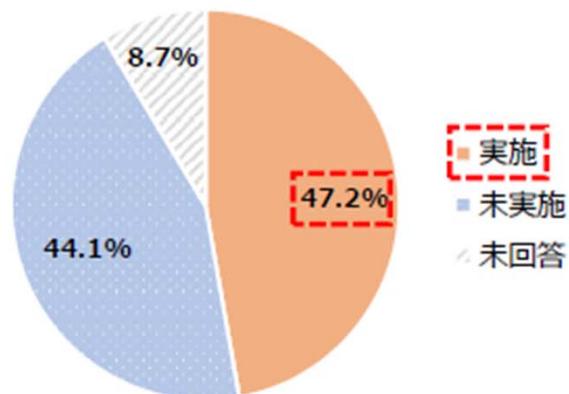
| | 入院基本料 | | | | | | | | | 特定入院料 | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|----------------|---------|------------|-----------------|--------------------|--------------|---------------|-----------------|-----------------|----------------|-------------|-----------|-------------------|-------------|-----------|-----------|
| | A100 | A101 | A102 | A103 | A104 | A105 | A106 | A108 | A109 | A300 | A301 | A301-2 | A301-3 | A301-4 | A302 | A303 | A303-2 | A305 | A306 | A307 | A308 | A308-3 | A309 | A310 |
| | 一般入院料 | 療養病棟入院料 | 結核病棟入院基本料 | 精神病棟入院基本料 | 特定機能入院基本料 | 専門病院入院基本料 | 障害者施設等入院基本料 | 有床診療所入院基本料 | 有床診療所療養病床入院基本料 | 救命救急入院料 | 特定集中治療室管理料 | ハイケアユニット入院医療管理料 | 脳卒中ハイケアユニット入院医療管理料 | 小児特定集中治療室管理料 | 新生児特定集中治療室管理料 | 総合周産期特定集中治療室管理料 | 新生児治療回復室入院医療管理料 | 一類感染症患者入院医療管理料 | 特殊疾患入院医療管理料 | 小児入院医療管理料 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 地域包括ケア病棟入院料 | 特殊疾患病棟入院料 | 緩和ケア病棟入院料 |
| 病棟薬剤業務実施加算1 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| 病棟薬剤業務実施加算2 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | ○ | × | × | × | × | × | × | × | × | × |

○：算定可 ×：算定不可

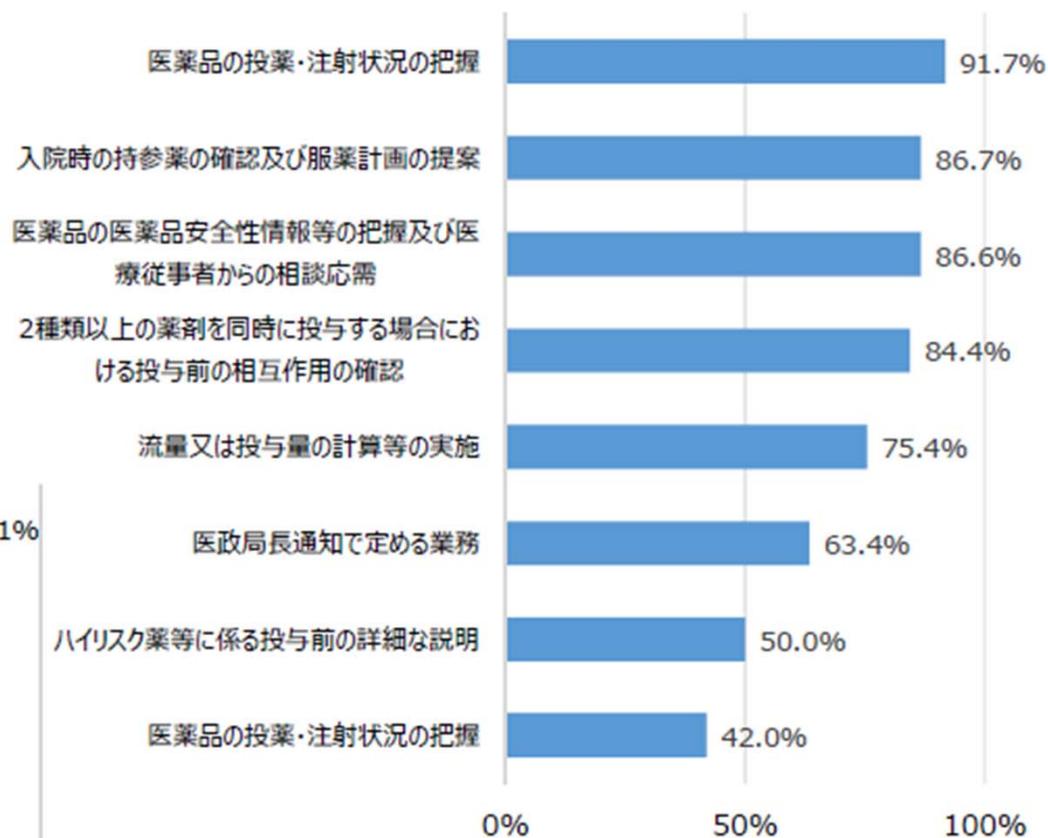
ハイケアユニット入院医療管理料における病棟薬剤業務実施状況

- 約5割のHCUで、病棟薬剤業務を実施していた。実施している業務内容は、「医薬品の投薬・注射状況の把握」等多岐に及ぶ。
- ICU等に薬剤師を配置することによる効果として、「医師等の業務負担軽減」、「副作用の回避や病状安定化への寄与」、「薬剤関連インシデントの減少」等が挙げられた。

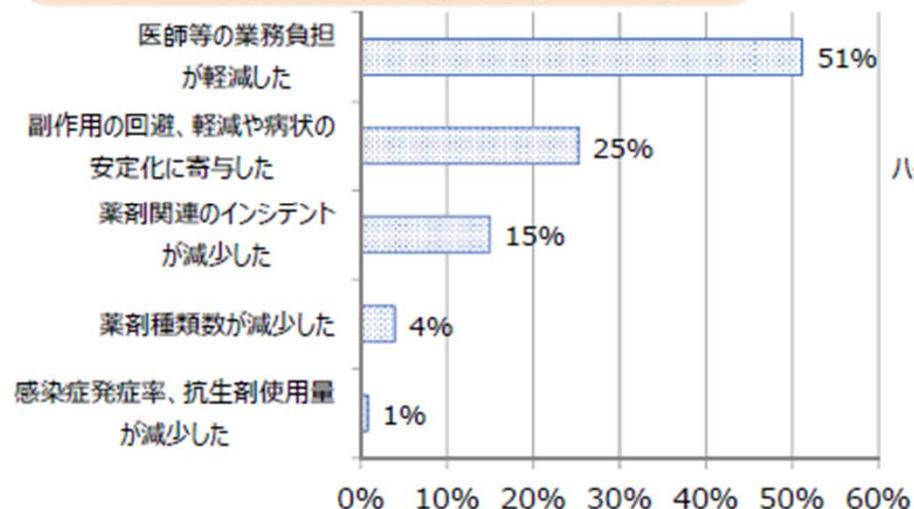
HCUにおける病棟薬剤業務実施割合 (n=413) ¹⁾



HCUで実施している病棟薬剤業務 (n=195) ¹⁾



ICU等への薬剤師配置による効果 (n=127) ²⁾

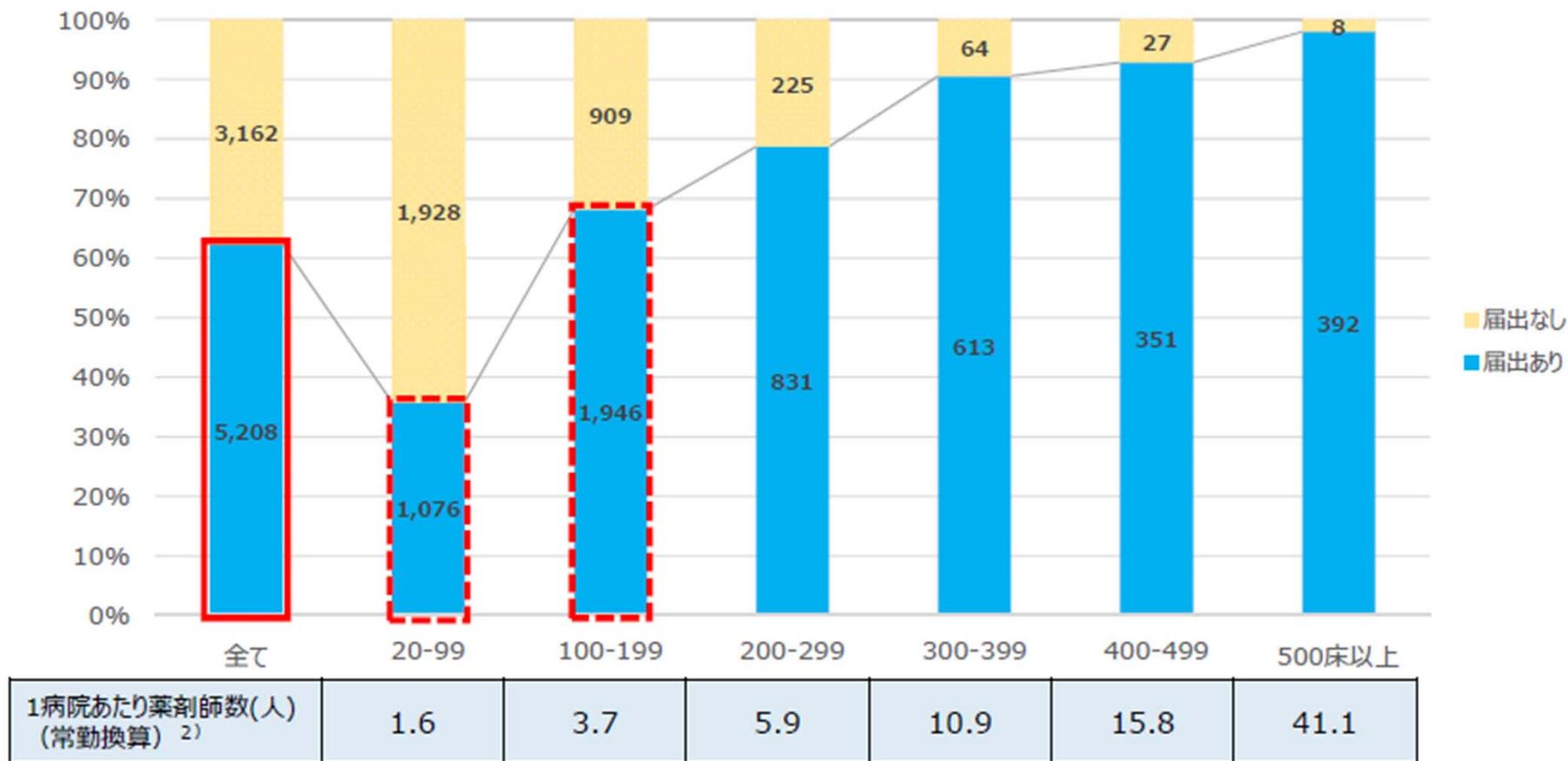


出典：1) 日本病院薬剤師会提供資料（平成30年度医療施設調査）
2) 平成27年度入院医療等の調査（施設票）

薬剤管理指導料届出施設数の病床数別の割合

○ 薬剤管理指導料の届出を行っている病院は、全体の約6割。病床数が多くなるにつれ、届出率は高くなるが、20-99床及び100-199床の施設における届出割合が低い。

許可病床規模別の薬剤管理指導料届出数¹⁾



出典：1) 保険局医療課調べ（平成30年7月1日現在の届出状況）
2) 平成29年医療施設調査

- 病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料の薬剤師に係る施設基準は、2名以上の常勤の薬剤師の配置を求めている。

| 診療報酬項目 | 点数 | 診療報酬の概要と薬剤師に係る施設基準（抜粋） |
|--|------|--|
| A244 病棟薬剤業務実施加算 | | |
| 1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） | 100点 | <p>当該保険医療機関の病棟において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施していることを評価。病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟（治療室）1週間につき20時間相当以上実施している場合に加算。</p> <p>【薬剤師に係る施設基準（抜粋）】 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が2人以上配置。 当該保険医療機関の全ての病棟に配置。 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置。</p> |
| 2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） | 80点 | |
| B008 薬剤管理指導料 | | |
| 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合（週1回かつ月4回） | 380点 | <p>当該保険医療の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他薬学的管理指導を行った場合に算定。</p> <p>【薬剤師に係る施設基準（抜粋）】 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が2人以上配置。 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置。</p> |
| 2 1の患者以外の患者の場合（週1回かつ月4回） | 325点 | |

④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

基本的な考え方

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

具体的な内容

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、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も配置可能とする（ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要）。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【病棟薬剤業務実施加算】 〔施設基準〕 (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。</p> | <p>【病棟薬剤業務実施加算】 〔施設基準〕 (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。<u>なお、時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る。</u></p> |

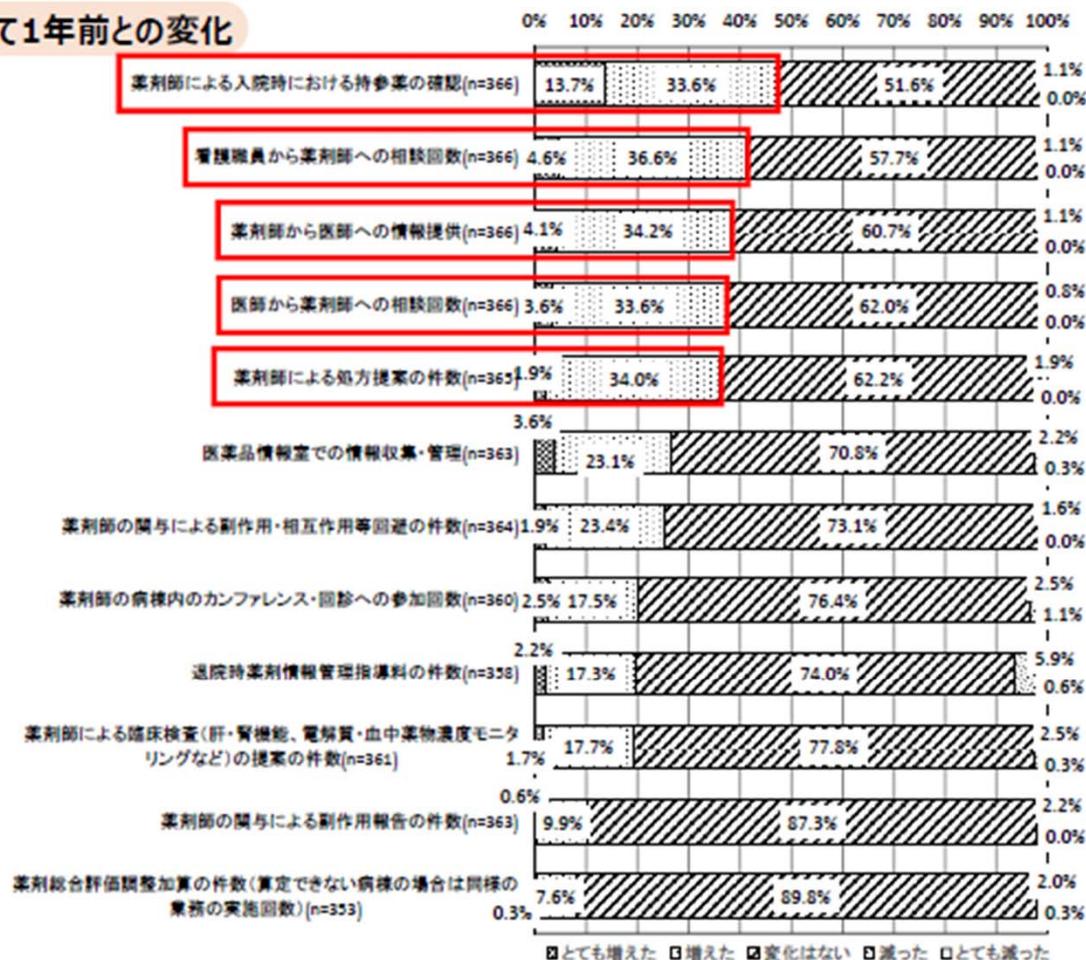
④ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。</u></p> | <p>(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、<u>院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。</u></p> <p><u>※ 薬剤管理指導料についても同様。</u></p> |

病棟薬剤業務実施加算の届出をしていない施設の業務状況 (薬剤部責任者票)

○ 病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていない約4割の施設において、「薬剤師による入院時における持参薬の確認」、「看護職員から薬剤師への相談回数」、「薬剤師から医師への情報提供」、「医師から薬剤師への相談回数」及び「薬剤師による処方提案の件数」が1年前と比較し、「とても増えた」、「増えた」と回答した。

薬剤師の業務について1年前との変化

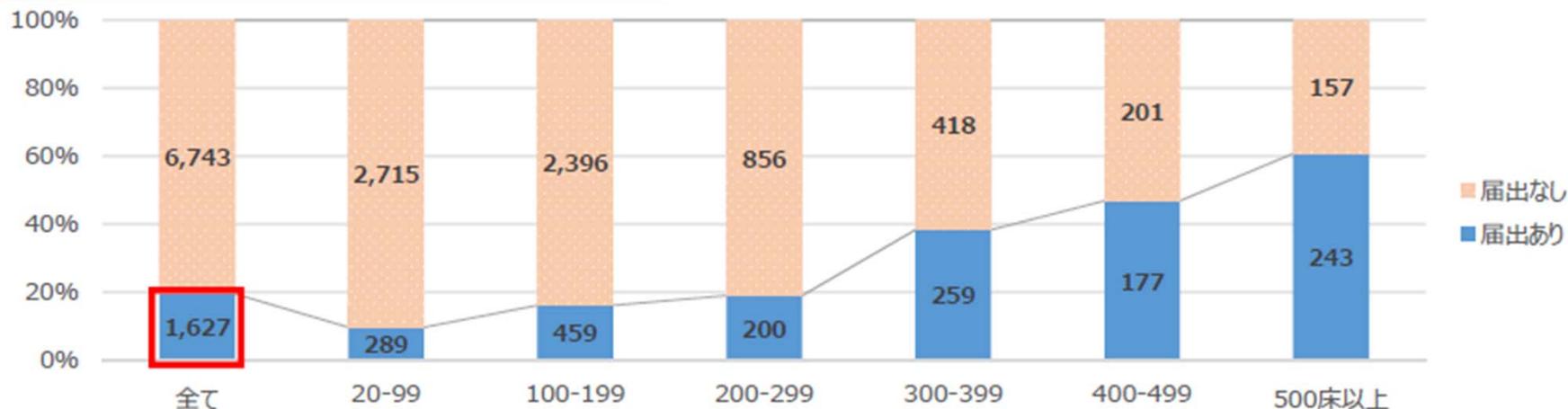


出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」（薬剤部責任者票）速報値

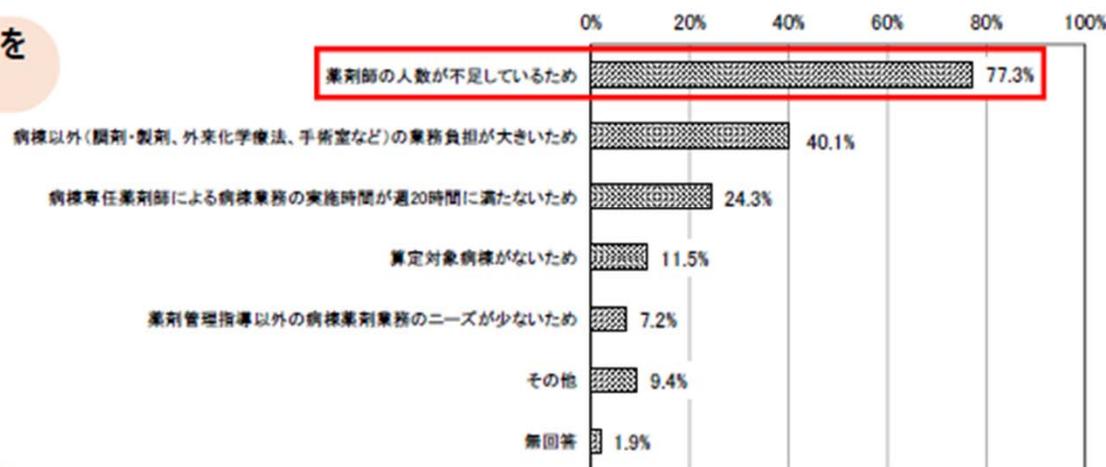
病棟薬剤業務実施加算届出施設数の病床数別の割合等

- 病棟薬剤業務実施加算の届出を行っている病院は、全体の約2割。病床数が多くなるにつれ、届出率は高くなる。
- 届出をしていない理由としては、「薬剤師の人数が不足しているため」が約8割で最も多かった。

許可病床規模別の病棟薬剤業務実施加算届出数¹⁾



病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていない理由（複数回答、n=374）²⁾



出典：1) 保険局医療課調べ（平成30年7月1日現在の届出状況）

2) 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査」（薬剤部責任者票）速報値

⑥ 特定集中治療室管理料の見直し

基本的な考え方

看護師の柔軟な働き方を推進する観点から、特定集中治療室における専門の研修を受けた看護師の配置に係る要件を見直す。また、特定集中治療室の入院患者の適切な評価を行う観点から、入院患者の生理学的スコア（S O F Aスコア）の提出を要件とする入院料等を見直す。

具体的な内容

1. 特定集中治療室管理料 1 及び 2 の専門の研修を受けた看護師の配置について、より柔軟な働き方に対応する観点から要件の緩和を行う。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【特定集中治療室管理料 1 及び 2】 〔施設基準〕 (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。</p> | <p>【特定集中治療室管理料 1 及び 2】 〔施設基準〕 (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。 <u>なお、専任の常勤看護師を 2 名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該 2 名の勤務が重複する時間帯については 1 名についてのみ計上すること。</u></p> |

⑥ 特定集中治療室管理料の見直し

具体的な内容

2. 特定集中治療室管理料 1 及び 2 において提出が要件となっている生理学的スコア（S O F Aスコア）について、特定集中治療室管理料 3 及び 4 についても要件とする。なお、令和 2 年10月 1 日以降に当該治療室に入室した患者を提出対象とする。

※ 生理学的スコア（S O F Aスコア）

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の 6 項目を、それぞれ 5 段階の点数でスコア化し、全身の早期障害の程度を判定するもの。

特定集中治療室管理料等の見直し②

生理学的スコア等の測定の要件化

- 特定集中治療室管理料を算定する患者については、入退室時の生理学的スコア(SOFAスコア)をDPCデータの報告の対象とする。

※ 生理学的スコア(SOFAスコア)

呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。

| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------|---|------|--------------|--------------------------------------|---|--|
| 呼吸機能 | PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg) | >400 | ≤400 | ≤300 | ≤200 呼吸器補助下 | ≤100 呼吸器補助下 |
| 凝固機能 | 血小板数(×10 ³ /mm ²) | >150 | ≤150 | ≤100 | ≤50 | ≤20 |
| 肝機能 | ビリルビン値(mg/dL) | <1.2 | 1.2-1.9 | 2.0-5.9 | 6.0-11.9 | >12.0 |
| 循環機能 | 血圧低下 | なし | 平均動脈圧<70mmHg | ドパミン≤5γ あるいはドブタミン投与 (投与量は問わない) | ドパミン>5γ あるいはエピネフリン≤0.1γ あるいはノルエピネフリン≤0.1γ | ドパミン>15γ あるいはエピネフリン>0.1γ あるいはノルエピネフリン>0.1γ |
| 中枢神経機能 | Glasgow Coma Scale | 15 | 13-14 | 10-12 | 6-9 | <6 |
| 腎機能 | クレアチニン値(mg/dL) | <1.2 | 1.2-1.9 | 2.0-3.4 | 3.5-4.9 あるいは尿量500ml/日未満 | >5.0 あるいは尿量200ml/日未満 |

- 救命救急入院料1・3、脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。(救命救急入院料1・3は特定集中治療室用を、脳卒中ケアユニット入院医療管理料は一般病棟用を用いる)

⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し

基本的な考え方

より多くの医療機関で質の高い入退院支援を行いつつ、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入退院支援加算について看護師等の配置に係る要件を見直す。

具体的な内容

1. 入退院支援加算 3 について、入退院支援部門の看護師の配置要件を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【入退院支援加算 3】 [施設基準]</p> <p>□ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。</p> | <p>【入退院支援加算 3】 [施設基準]</p> <p>□ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、<u>小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</u></p> <p>(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、<u>小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の</u></p> |

⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。</p> | <p>看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。</p> |

入退院支援加算3の看護師に係る要件について

- 入退院支援加算3では、入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、同経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士を配置することが要件となっている。
- 小児の在宅移行に係る研修を受けた看護師が増えてきており、受講により入退院支援の取組が進んでいる。

■ 入退院支援加算3における入退院支援部門の配置基準

入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師

又は

入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士

※専従職員は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事すること。

<NICU退院後の母子とその家族への支援に関する課題>

- ・ NICUに勤務する看護師による退院支援は、病院という全ての医療機器が揃っているなかで行われており、在宅という退院後を見越した支援が難しい。
- ・ 病院で両親に指導していることが、自宅でも同じようにできるとは限らない。それぞれの自宅に合った計画立案が必要 等

<小児在宅移行支援指導者育成研修の概要>

- ① 2日間の集合研修
 - ・ 新生児医療の現状と課題
 - ・ 小児在宅移行支援に関わる関連職種、関係機関の連携・調整
 - ・ 小児在宅移行支援に係る意思決定支援
 - ・ 医療的ケア児の家族の心理、家族形成支援 等
- ② 訪問看護ステーション等における1例以上の同行訪問実習
- ③ 1日間の集合研修
 - ・ 在宅支援パス、教育プログラムの導入・活用における検討 等

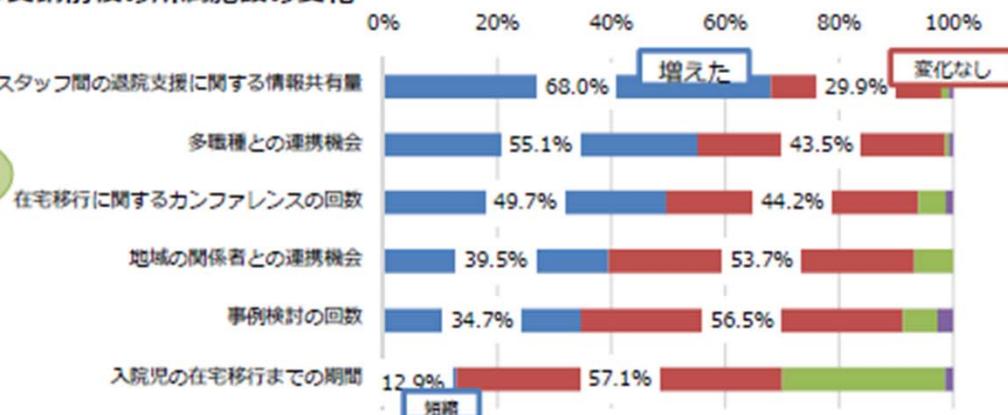


■ 小児在宅移行に係る研修の受講者数

| | | H29年度 | H30年度 | R01年度 | |
|--------|---------------|-------|----------------|----------------|----------------|
| 受講者数 | | 177 | 113 | 208 | |
| 内訳 | 総合周産期母子医療センター | 受講者数 | 154 | 77 | 103 |
| | | 施設数 | 88.7% (94/106) | 57.4% (62/108) | 68.5% (74/108) |
| | 地域周産期母子医療センター | 受講者数 | 22 | 33 | 102 |
| | | 施設数 | 5.7% (17/300) | 11.1% (33/298) | 28.2% (84/298) |
| その他の病院 | 受講者数 | 1 | 3 | 3 | |

3年間の修了者のうち、NICU又はGCUの勤務者が79.8%
経験年数は、5年未満11.6%、5～10年未満25.0%、10～15年未満20.4%

■ 研修受講前後の所属施設の変化



【出典】小児在宅移行支援指導者研修修了者を対象にした研修8か月後のアンケート結果（平成29年度、n=147）

⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し

具体的な内容

2. 入退院支援加算及び入院時支援加算について、入退院支援部門における職員を非常勤職員でも可能とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【入退院支援加算 1】 〔施設基準〕 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が 1 名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。</p> | <p>【入退院支援加算 1】 〔施設基準〕 (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が 1 名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。 <u>なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を 2 名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれら</u></p> |

⑨ 入退院支援に係る人員配置の見直し

| 現行 | 改定案 |
|----|---|
| | <p><u>の非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</u></p> <p><u>※ 入退院支援加算 2・3 及び入院時支援加算における入退院支援部門の専従職員についても同様。</u></p> |

I - 3 タスク・シェアリング／タスク・シフティングのためのチーム医療等の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実
- ② 麻酔科領域における医師の働き方改革の推進
- ③ 看護職員と看護補助者との業務分担・協働の推進
- ④ 栄養サポートチーム加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

基本的な考え方

勤務医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勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

具体的な内容

1. 勤務医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、算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。
2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 へ 診療録管理体制加算</p> <p> ト 乳幼児加算・幼児加算</p> | <p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 へ 診療録管理体制加算 ト <u>医師事務作業補助体制加算</u> <u>(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算及び100対1補助体制加算に限る。)</u> チ 乳幼児加算・幼児加算</p> <p>※ <u>有床診療所入院基本料、有床診療所療養病</u></p> |

① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] 注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、<u>医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）</u>、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌(かん)流、区分</p> | <p><u>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についても同様。</u></p> <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] 注3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、<u>医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）</u>、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌(かん)流、区分番号J000に掲げる特定保険医療材料（区分番号</p> |

① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

| 現行 | 改定案 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|-----------------|------|----------------|------|----------------|------|---|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|-----------------|------|----------------|------|----------------|------|
| <p>番号 J 4 0 0 に掲げる特定保険医療材料区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌(かん)流に係るものに限る。)並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding-left: 20px;">イ 15対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">920点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ロ 20対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">708点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ハ 25対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">580点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ニ 30対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">495点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ホ 40対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">405点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ヘ 50対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">325点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ト 75対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">245点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">チ 100対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">198点</td></tr> </table> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding-left: 20px;">イ 15対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">860点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ロ 20対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">660点</td></tr> </table> | イ 15対 1 補助体制加算 | 920点 | ロ 20対 1 補助体制加算 | 708点 | ハ 25対 1 補助体制加算 | 580点 | ニ 30対 1 補助体制加算 | 495点 | ホ 40対 1 補助体制加算 | 405点 | ヘ 50対 1 補助体制加算 | 325点 | ト 75対 1 補助体制加算 | 245点 | チ 100対 1 補助体制加算 | 198点 | イ 15対 1 補助体制加算 | 860点 | ロ 20対 1 補助体制加算 | 660点 | <p>J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌(かん)流に係るものに限る。)並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p> <p>※ <u>地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料、精神科急性期治療病棟入院料 2 についても同様。</u></p> <p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding-left: 20px;">イ 15対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">970点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ロ 20対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">758点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ハ 25対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">630点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ニ 30対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">545点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ホ 40対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">455点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ヘ 50対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">375点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ト 75対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">295点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">チ 100対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">248点</td></tr> </table> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding-left: 20px;">イ 15対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">910点</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">ロ 20対 1 補助体制加算</td><td style="text-align: right;">710点</td></tr> </table> | イ 15対 1 補助体制加算 | 970点 | ロ 20対 1 補助体制加算 | 758点 | ハ 25対 1 補助体制加算 | 630点 | ニ 30対 1 補助体制加算 | 545点 | ホ 40対 1 補助体制加算 | 455点 | ヘ 50対 1 補助体制加算 | 375点 | ト 75対 1 補助体制加算 | 295点 | チ 100対 1 補助体制加算 | 248点 | イ 15対 1 補助体制加算 | 910点 | ロ 20対 1 補助体制加算 | 710点 |
| イ 15対 1 補助体制加算 | 920点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ロ 20対 1 補助体制加算 | 708点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ハ 25対 1 補助体制加算 | 580点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ニ 30対 1 補助体制加算 | 495点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ホ 40対 1 補助体制加算 | 405点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘ 50対 1 補助体制加算 | 325点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ト 75対 1 補助体制加算 | 245点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| チ 100対 1 補助体制加算 | 198点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ 15対 1 補助体制加算 | 860点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ロ 20対 1 補助体制加算 | 660点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ 15対 1 補助体制加算 | 970点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ロ 20対 1 補助体制加算 | 758点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ハ 25対 1 補助体制加算 | 630点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ニ 30対 1 補助体制加算 | 545点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ホ 40対 1 補助体制加算 | 455点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヘ 50対 1 補助体制加算 | 375点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ト 75対 1 補助体制加算 | 295点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| チ 100対 1 補助体制加算 | 248点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ 15対 1 補助体制加算 | 910点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ロ 20対 1 補助体制加算 | 710点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

| 現行 | | | |
|--|-------------|---|--|
| ハ 25対 1 補助体制加算 | <u>540点</u> | ハ 25対 1 補助体制加算 | |
| ニ 30対 1 補助体制加算 | <u>460点</u> | ニ 30対 1 補助体制加算 | |
| ホ 40対 1 補助体制加算 | <u>380点</u> | ホ 40対 1 補助体制加算 | |
| ヘ 50対 1 補助体制加算 | <u>305点</u> | ヘ 50対 1 補助体制加算 | |
| ト 75対 1 補助体制加算 | <u>230点</u> | ト 75対 1 補助体制加算 | |
| チ 100対 1 補助体制加算 | <u>188点</u> | チ 100対 1 補助体制加算 | |
| <p>[施設基準]</p> <p>(2) 20対 1、25対 1、30対 1 及び40対 1 補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。</p> <p>ア「(1)15対 1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。</p> <p>イ「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年 3月21日医政発0321第 2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年 5月16日 医政発第 529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。</p> <p><u>(新設)</u></p> | | <p>[施設基準]</p> <p>(2) 20対 1、25対 1、30対 1 及び40対 1 補助体制加算の施設基準次のいずれかの要件を満たしていること。</p> <p>ア「(1)15対 1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。</p> <p>イ「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年 3月21日医政発0321第 2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年 5月16日 医政発第 529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。</p> <p>ウ <u>基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。</u></p> | |

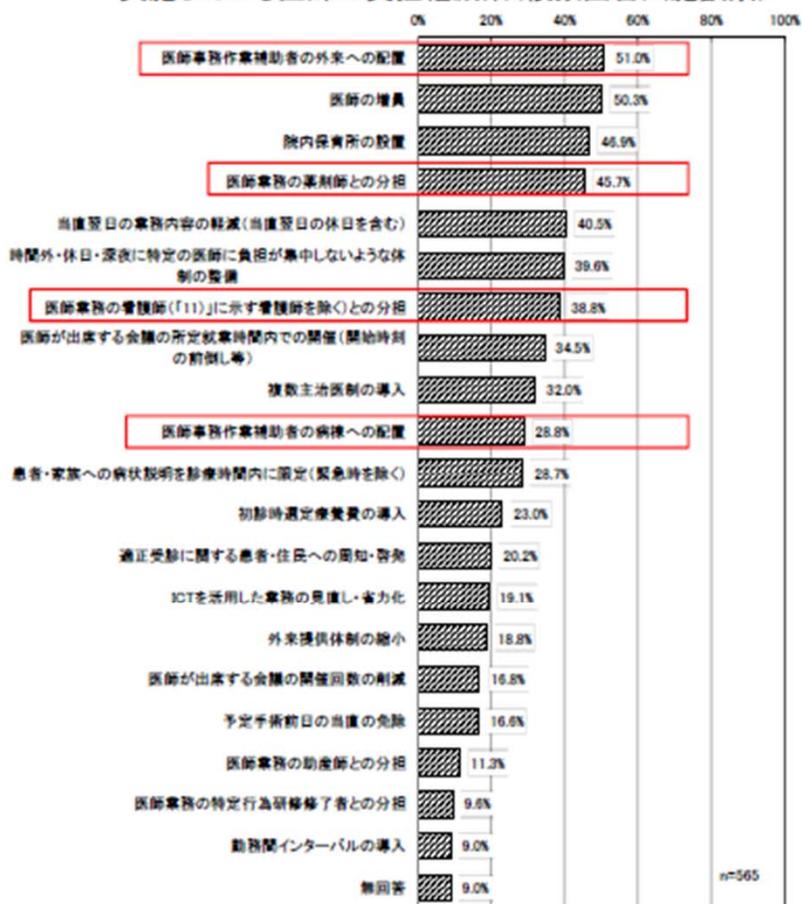
① 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

| 現行 | |
|---|---|
| <p>ウ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。</p> | <p>エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。</p> |

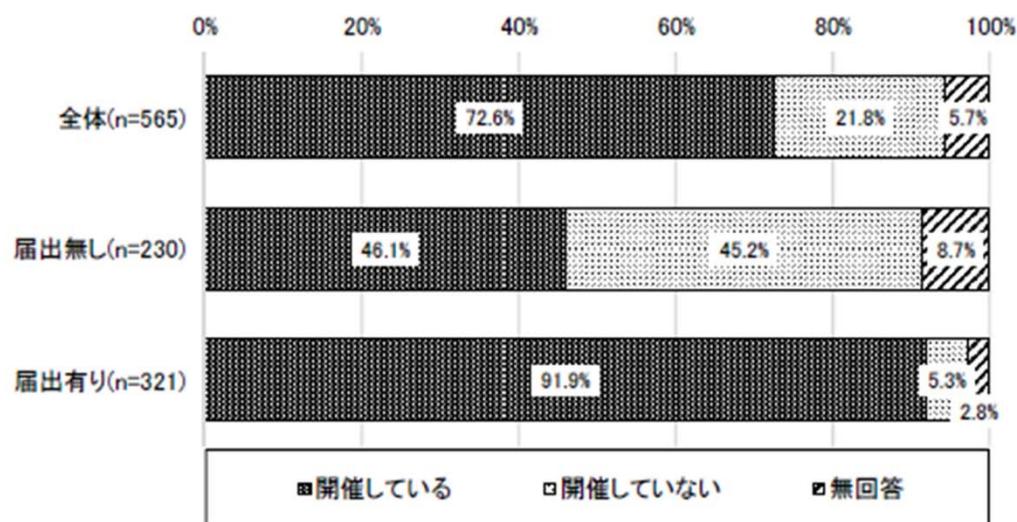
タスク・シェアリング/タスク・シフティングの実施状況

- 医師の負担軽減策として、医師事務作業補助者の外来への配置や医師業務の看護師や薬剤師との分担が実施されていた。
- また、医師事務作業補助体制加算を届出していない医療機関においても、46.1%が多職種からなる役割分担の推進のための委員会を開催していた。

実施している医師の負担軽減策(複数回答)(施設票)



多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議の開催状況(医師事務作業補助体制加算の届出の有無別)(施設票)



平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査 速報値)

| 算定できる入院料 | 算定できない入院料 |
|--|---|
| <p>A100 一般病棟入院基本料 A101 療養病棟入院基本料(注12に掲げる入院料を除く。)(50対1、75対1、100対1に限る。) A103 精神病棟入院基本料(50対1、75対1、100対1に限る。) A104 特定機能病院入院基本料(加算1に限る。) A105 専門病院入院基本料 A106 障害者施設等入院基本料 A300 救命救急入院料(特定機能病院については、加算2を除く。) A301 特定集中治療室管理料 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 A301-4 小児特定集中治療室管理料 A302 新生児特定集中治療室管理料 A303 総合周産期特定集中治療室管理料 A303-2 新生児回復室入院医療管理料 A305 一類感染症患者入院医療管理料 A306 特殊疾患入院医療管理料 A307 小児入院医療管理料 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(一般) A308-3 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(一般) A310 緩和ケア病棟入院料 A311 精神科救急入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料1 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A317 特定一般病棟入院料</p> | <p>A101 療養病棟入院基本料 注12に掲げる入院料 A102 結核病棟入院基本料 A108 有床診療所入院基本料 A109 有床診療所療養病床入院基本料 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(療養) A308-3 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料(療養) A309 特殊疾患病棟入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料2 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 A312 精神療養病棟入院料 A314 認知症治療病棟入院料 A318 地域移行機能強化病棟入院料 A400 短期滞在手術基本料 特別入院基本料等</p> |

② 麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

基本的な考え方

医師の負担軽減の推進の観点から、現行の麻酔管理料（Ⅱ）について実施者に係る要件を見直す。

具体的な内容

1. 麻酔管理料（Ⅱ）について、麻酔を担当する医師の一部の行為を、適切な研修を修了した看護師が実施しても算定できるよう見直す。
2. 麻酔前後の診察について、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が実施した場合についても、算定できるよう見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【麻酔管理料（Ⅱ）】 [算定要件]</p> <p>(2) 麻酔管理料（Ⅱ）は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。</p> | <p>【麻酔管理料（Ⅱ）】 [算定要件]</p> <p>(2) 麻酔管理料（Ⅱ）は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、<u>当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分番号において、単に「担当医師」とい。）又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は</u></p> |

② 麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>(新設)</u></p> <p><u>[施設基準]</u> <u>(新設)</u></p> | <p>気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。</p> <p><u>(4) 麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察の内容を当該看護師に共有すること。</u></p> <p><u>[施設基準]</u></p> <p><u>(6) 麻酔を担当する医師の一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した常勤看護師が1名以上配置されていること。ここでいう「適切な研修」とは、保健師助産師看護師法昭和23年法律第203号) 第37条の2 第5号の規定による指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修であること。</u></p> |

② 麻酔科領域における医師の働き方改革の推進

| 現行 | 改定案 |
|-------------|--|
| <u>(新設)</u> | <u>(7) 麻酔を担当する医師の一部の行為を当該看護師が実施する場合にあっては、麻酔科標榜医又は麻酔を担当する当該医師と連携することが可能な体制が確保されていること。</u> |

麻酔管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)

| | L009 麻酔管理料(Ⅰ) | L010 麻酔管理料(Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|-----------|------------|----------|------------|-----|---------|-------|-------|-----|-----|---------|-------|-------|-----|-----|---------|-------|-------|-----|--|----|-----------|----------|----------|------------|-----|--------|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|
| 点数 | 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点 | 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔を実施する職種 | 常勤の麻酔科標榜医が実施 | 常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主な算定要件 | <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を実施 ・専ら常勤の麻酔科標榜医が硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない ・麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、<u>主要な麻酔手技※を自ら実施した場合に算定</u> | <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、硬膜外麻酔(L002)、脊椎麻酔(L004)、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔(L008)を実施 ・緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。 ・<u>主要な麻酔手技※</u>を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない(麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要がある) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設基準 | <ul style="list-style-type: none"> ・麻酔科を標榜する保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を1名以上配置 ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 <p>※主要な麻酔手技とは、気管内挿管・抜管、マスク挿入・抜去、脊椎麻酔の実施、硬膜外麻酔の実施等である。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・麻酔科を標榜している保険医療機関 ・常勤の麻酔科標榜医を5名以上配置※ ・常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制を確保 ・24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有する ・麻酔科標榜医とそれ以外の医師が共同した麻酔実施体制を確保 <p>※週3日以上常勤として勤務、かつ、所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせることが可能(常勤配置のうち4名まで)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出施設数・算定回数 | <table border="1"> <caption>届出施設数・算定回数 (病院・診療所)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>硬膜外麻酔 (回)</th> <th>脊椎麻酔 (回)</th> <th>全身麻酔 (回)</th> <th>届出施設数 (施設)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>101,868</td> <td>2,348</td> <td>2,420</td> <td>505</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>111,441</td> <td>2,343</td> <td>2,593</td> <td>496</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>115,084</td> <td>2,357</td> <td>2,666</td> <td>492</td> </tr> </tbody> </table> | 年度 | 硬膜外麻酔 (回) | 脊椎麻酔 (回) | 全身麻酔 (回) | 届出施設数 (施設) | H28 | 101,868 | 2,348 | 2,420 | 505 | H29 | 111,441 | 2,343 | 2,593 | 496 | H30 | 115,084 | 2,357 | 2,666 | 492 | <table border="1"> <caption>届出施設数・算定回数 (病院)</caption> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>硬膜外麻酔 (回)</th> <th>脊椎麻酔 (回)</th> <th>全身麻酔 (回)</th> <th>届出施設数 (施設)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>29,158</td> <td>407</td> <td>407</td> <td>407</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>30,661</td> <td>421</td> <td>421</td> <td>421</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>31,028</td> <td>434</td> <td>434</td> <td>434</td> </tr> </tbody> </table> <p>※診療所の届出・算定はなし</p> | 年度 | 硬膜外麻酔 (回) | 脊椎麻酔 (回) | 全身麻酔 (回) | 届出施設数 (施設) | H28 | 29,158 | 407 | 407 | 407 | H29 | 30,661 | 421 | 421 | 421 | H30 | 31,028 | 434 | 434 | 434 |
| 年度 | 硬膜外麻酔 (回) | 脊椎麻酔 (回) | 全身麻酔 (回) | 届出施設数 (施設) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H28 | 101,868 | 2,348 | 2,420 | 505 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H29 | 111,441 | 2,343 | 2,593 | 496 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H30 | 115,084 | 2,357 | 2,666 | 492 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 硬膜外麻酔 (回) | 脊椎麻酔 (回) | 全身麻酔 (回) | 届出施設数 (施設) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H28 | 29,158 | 407 | 407 | 407 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H29 | 30,661 | 421 | 421 | 421 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H30 | 31,028 | 434 | 434 | 434 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

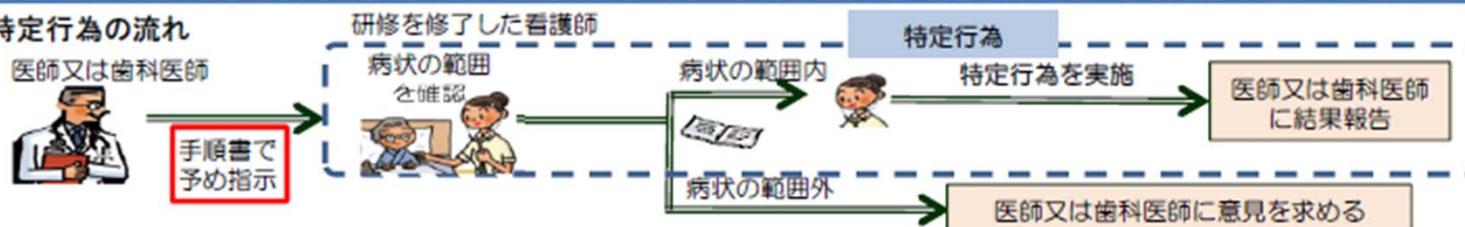
【出典】届出施設数：保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)、算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設(平成27年10月)し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等(協力施設)で受けることを可能としている



4. 研修の内容(平成31年4月～)

| 「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修 | | 「区分別科目」 特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修 | |
|---------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| 共通科目の内容 | 時間数 | 特定行為区分(例) | 時間数 |
| 臨床病態生理学(講義、演習) | 30 | 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 9 |
| 臨床推論(講義、演習、実習) | 45 | 創傷管理関連 | 34 |
| フィジカルアセスメント(講義、演習、実習) | 45 | 創部ドレーン管理関連 | 5 |
| 臨床薬理学(講義、演習) | 45 | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 16 |
| 疾病・臨床病態概論(講義、演習) | 40 | 感染に係る薬剤投与関連 | 29 |
| 医療安全学、特定行為実践(講義、演習、実習) | 45 | | |
| 合計 | 250 | | |

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。
※1区分ごとに受講可能。

全身麻酔の場合の麻酔管理における主な医行為等

- 麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修を修了した看護師が、医師又は歯科医師が診療の補助行為を行わせるために指示として作成した手順書に基づき、実施できる。
- 特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる診療の補助行為が多く認められる。

| 麻酔管理の時期 | 主な医行為等 |
|------------------------|------------------------|
| 術前 | 診察 |
| 麻酔導入 | 麻酔薬等の投与 |
| | マスク換気 |
| | 膀胱留置カテーテルの挿入 |
| | 気管挿管 |
| | <u>橈骨動脈ラインの確保</u> |
| | <u>直接動脈穿刺法による採血</u> |
| | 中心静脈ラインの確保 |
| | <u>末梢留置型中心静脈ラインの確保</u> |
| | 経鼻胃管の挿入 |
| | 体位変換 |
| | 麻酔維持 |
| <u>脱水症状に対する輸液による補正</u> | |
| <u>糖質・電解質輸液投与量の調整</u> | |
| <u>人工呼吸器の設定調整</u> | |
| <u>気管チューブ位置の調整</u> | |
| 麻酔覚醒 | <u>人工呼吸器からの離脱</u> |
| | 気管チューブの抜管 |
| | 経鼻胃管の抜去 |
| | <u>中心静脈ラインの抜去</u> |
| | 動脈ラインの抜去 |
| 術後 | 診察 |

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

硬膜外麻酔等の場合の麻酔管理における主な医行為等

○全身麻酔より侵襲性が低い硬膜外麻酔や脊椎麻酔においても、全身麻酔と同様に麻酔管理における一部の医行為については、特定行為研修修了者が手順書に基づき実施できる。

【硬膜外麻酔の例】

| 麻酔管理の時期 | 主な医行為等 |
|---------|--------------|
| 術前 | 診察 |
| 麻酔導入 | 硬膜外カテーテルの挿入 |
| | 麻酔薬等の投与 |
| | 膀胱留置カテーテルの挿入 |
| | 体位変換 |

| | |
|------|---------------------------|
| 麻酔維持 | 薬剤投与量の調整 |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 |
| | 糖質・電解質輸液投与量の調整 |
| 術後 | 診察 |
| | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |

(注) 下線の医行為等は該当する特定行為研修修了者であれば、手順書に基づき実施できると考えられるもの。

(参考) 手順書とは

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書であって、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲」、「診療の補助の内容」等が定められているものです。

具体的に、手順書の記載事項としては、以下の事項となります。

1. 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
2. 診療の補助の内容
3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者
4. 特定行為を行うときに確認すべき事項
5. 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
6. 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

なお、「3. 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者」とは、その手順書を適用する患者の状態を指し、患者は、医師又は歯科医師が手順書により指示を行う時点において特定されている必要があります。

手順書の具体的な内容については、1. から6. の手順書の記載事項に沿って、各医療現場において、必要に応じて看護師等と連携し、医師又は歯科医師があらかじめ作成することになっています。

また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項やその具体的内容を追加することもできます。

出典：厚生労働省ホームページより引用

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 人工呼吸器からの離脱 |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカーの操作及び管理 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 |
| | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 |
| | 大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 |
| | 胸腔ドレーンの抜去 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。) |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 |

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------|--|
| 創傷管理関連 | 褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | インスリンの投与量の調整 |
| 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |
| | 抗けいれん剤の臨時的投与 |
| | 抗精神病薬の臨時的投与 |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗不安薬の臨時的投与 |
| | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

④ 栄養サポートチーム加算の見直し

基本的な考え方

結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。

具体的な内容

算定対象となる入院料として、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）を追加する。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヤ 略</p> <p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件] 注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算につい</p> | <p>【結核病棟入院基本料】 [算定要件] 注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～夕 略 <u>レ 栄養サポートチーム加算</u> <u>ソ～マ 略</u></p> <p>【精神病棟入院基本料】 [算定要件] 注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算につい</p> |

④ 栄養サポートチーム加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>て、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～テ 略</p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注 8 当該病棟においては、第 2 節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～テ 略 ア <u>栄養サポートチーム加算（一般病棟に限る。）</u> サ～ 略</p> <p>【栄養サポートチーム加算】 [算定要件] 注 1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、</p> | <p>て、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ク 略 <u>ヤ 栄養サポートチーム加算</u> マ～メ 略</p> <p>【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注 8 当該病棟においては、第 2 節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～テ 略 ア 栄養サポートチーム加算 サ～ 略</p> <p>【栄養サポートチーム加算】 [算定要件] 注 1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、</p> |

④ 栄養サポートチーム加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（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、栄養サポートチーム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、週1回（療養病棟入院基本料を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあつては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあつては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p> | <p>栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（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、<u>栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。</u>）について、週1回（療養病棟入院基本料、<u>結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る）</u>を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあつては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあつては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。</p> |

I - 4 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

- ①医療機関における業務の効率化・合理化
- ②情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進
- ③外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 医療機関における業務の効率化・合理化

基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

具体的な内容

2. 院内研修について、抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化する。また、急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件について見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準] (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年 2 回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。</p> | <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [施設基準] (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年 2 回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。<u>なお、当該院内研修については、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。</u></p> |
| <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準] (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助</p> | <p>【急性期看護補助体制加算】（再掲） [施設基準] (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助</p> |

① 医療機関における業務の効率化・合理化

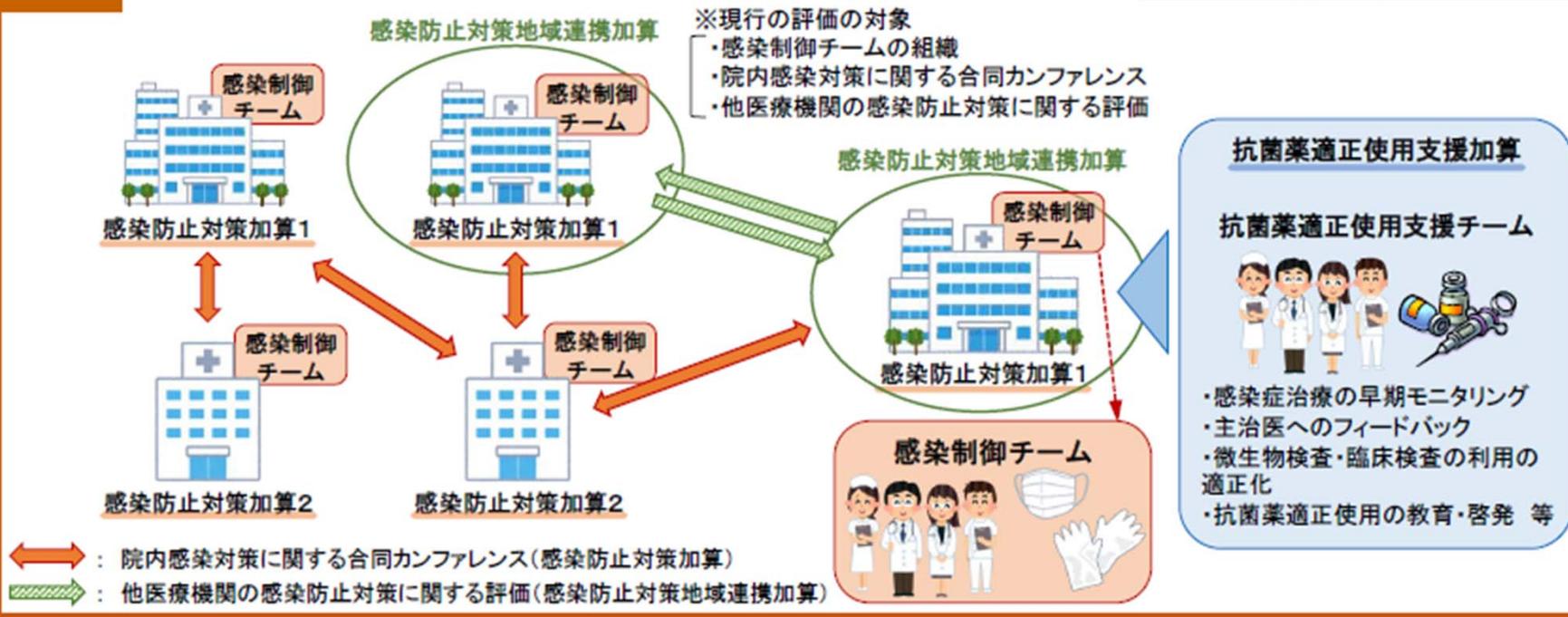
| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> | <p>業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。</p> <p>※ 院内研修の内容</p> <p><u>アについては、内容に変更がない場合は、2 年目以降の受講は省略して差し支えないものとする。</u></p> <p>ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解 イ～カ (略)</p> <p><u>※ 看護補助加算、療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算、障害者施設等入院基本料の注 9 に掲げる看護補助加算、地域包括ケア病棟入院料の注 4 に掲げる看護補助者配置加算についても同様。</u></p> |

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する小児抗菌薬適正使用支援加算を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、抗菌薬適正使用の普及啓発の取組を行っていることを要件化



地域連携加算・抗菌薬適正使用支援加算の概要

感染防止対策加算1 地域連携加算 100点

【算定要件】

感染防止対策加算1を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

【施設基準】

- 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

感染防止対策加算1 抗菌薬適正使用支援加算 100点

【算定要件】

感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを設置し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

（抗菌薬適正使用支援チームの役割）

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック | ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発 |
| ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化 | ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し |
| ③ 抗菌薬適正使用に係る評価 | ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける |

【施設基準】

- 抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。（ア～エのいずれか1人は専従）
 - ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師



<届出医療機関数及び算定回数>

| | 届出医療機関数 | 算定回数 |
|--------------|---------|---------|
| 感染防止対策加算1 | 1,331 | 51,999 |
| 感染防止対策地域連携加算 | 1,318 | 137,625 |
| 抗菌薬適正使用支援加算 | 1,057 | 56,684 |

（出典）

届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

算定回数：平成30年社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

① 医療機関における業務の効率化・合理化

具体的な内容

3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準] 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、 B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を 受けたものが行うものであること。<u>なお、院内研修は、 次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交 付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研 修であることが望ましい。</u> <u>ア・イ（略）</u></p> | <p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 [施設基準] 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、 B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を 受けたものが行うものであること。</p> <p>※ <u>特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、 医療・看護必要度についても同様。</u></p> |

① 医療機関における業務の効率化・合理化

具体的な内容

4. 栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>「注2」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。</u></p> <p>【がん患者指導管理料「八」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。</p> | <p>【栄養サポートチーム加算注2】 [算定要件] <u>(削除)</u></p> <p>※ <u>外来緩和ケア管理料注4についても同様。</u></p> <p>【がん患者指導管理料「八」】 [算定要件] ウ 指導内容等の要点を診療録<u>若しくは薬剤管理指導記録に記載し、又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。</u></p> |

① 医療機関における業務の効率化・合理化

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【退院時共同指導料 1 及び 2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、<u>患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。</u></p> | <p>【退院時共同指導料 1 及び 2】 [算定要件] 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載し、<u>又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。</u></p> |

書類作成・研修等の合理化(イメージ)

診療報酬の算定にあたり書類の作成や診療録等への記載を求めている項目(例)

○ A233-2 栄養サポートチーム加算

- ・ 栄養サポートチーム加算の算定に当たっては、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとしている。
- ・ ただし、栄養サポートチーム加算(特定地域)の算定に当たっては、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること、とされている。

○ B001・13 在宅療養指導料

- ・ 在宅療養指導料の算定に当たっては、医師が、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載するとともに、保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記することが求められている。

- 作成する書類と、診療録に記載する事項の整理
- 書類の記載者と記載内容の整理

診療報酬の算定にあたり研修の修了等を求めている項目(例)

○ A234-2 感染防止対策加算1及び2(院内研修)

- ・ 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。

○ A214 看護補助加算等(院内研修)

- ・ 施設基準において、年に1回以上の受講が要件とされている院内研修について、内容が大きく変化しないと考えられる研修内容についても、毎年受講が求められているものがある。

○ 重症度、医療・看護必要度(院外研修)

- ・ 施設基準において、院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けることが望ましいとされている。

- 研修の受講頻度等の要件見直し

診療報酬の算定にあたり会議の開催を求めている項目(例)

○ A246 入退院支援加算1

- ・ 連携機関の職員との年3回の面会について、やむを得ない事情により対面で面会できない場合は、3回中1回(医療資源の少ない地域に属する医療機関の場合は3回中3回)に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて面会することができる。

○ 入院基本料等

- ・ 安全管理の責任者等で構成される委員会を月1回程度開催する。

- ICTの利活用を含めた要件見直し

② 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

基本的な考え方

関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう、要件を見直す。

具体的な内容

情報通信機器を用いたカンファレンス等について、やむを得ない事情により対面で参加できない場合でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。また、情報通信機器を用いた退院時共同指導について、医療資源の少ない地域でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【感染防止対策加算 1】 [施設基準] (8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、<u>やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</u> ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> | <p>【感染防止対策加算 1】 [施設基準] (8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。 ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。</p> |

② 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>イ (2) に掲げるチームと 2 の (3) に掲げる感染制御チームは、4 回中 1 回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ 1 名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。</p> <p>ウ 感染制御チームを構成する各職種が 4 回中 2 回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。</p> <p>【退院時共同指導料】 [算定要件] (8) <u>退院時共同指導料 1 の「注 1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料 2 の「注 1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた</u></p> | <p>イ (2) に掲げるチームと 2 の (3) に掲げる感染制御チームは、4 回中 1 回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ 1 名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。</p> <p>ウ 感染制御チームを構成する各職種が 4 回中 2 回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。</p> <p>※ <u>感染防止対策加算 2、入退院支援加算 1、退院時共同指導料 2 の注 3、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も同様。</u></p> <p>【退院時共同指導料】 [算定要件] (8) <u>退院時共同指導料 1 の「注 1」及び退院時共同指導料 2 の「注 1」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも</u></p> |

② 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p><u>訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、D P C 対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</u></p> | <p>算定可能である。</p> <p>※ <u>訪問看護療養費における退院時共同指導加算も同様。</u></p> |

Ⅱ－２ 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進

- ① 機能強化加算の見直し
- ② 診療情報の提供に対する評価の新設
- ③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携
- ④ 明細書発行の推進

※灰字の項目は本資料では省略

② 診療情報の提供に対する評価の新設

基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合について新たな評価を行う。

具体的な内容

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。

改定案

(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) 別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（初診料を算定する日を除く。）

② 診療情報の提供に対する評価の新設

改定案

ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。) に、提供する保険医療機関ごとに患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。

(2) 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別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。

[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。

③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

基本的な考え方

主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）において、医療的ケア児が通う学校の学校医又は医療的ケアに知見のある医師に対して、児が学校生活を送るに当たって必要な情報を主治医が提供した場合の評価を新設する。

| 現行 | 改定案 |
|---------------------------------------|---|
| 【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] <u>（新設）</u> | 【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] <u>注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</u> |

③ 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

| 現行 | 改定案 |
|------|--|
| (新設) | <p><u>(1) 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。</u></p> |
| (新設) | <p><u>(2) 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。</u></p> |
| (新設) | <p><u>(3) 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。</u></p> |

④ 明細書発行の推進

基本的な考え方

明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態を踏まえ、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、診療所における明細書発行に係る要件を見直す。

具体的な内容

1. 診療所において、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）について、正当な理由がある場合でも、患者からの求めがあったときには、明細書発行を義務とする。
2. 一部負担金の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューター又は自動入金機の改修が必要な診療所が対応を完了する期間を考慮し、2年間の経過措置を設ける。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 [領収証等の交付] 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> | <p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 [領収証等の交付] 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> |

④ 明細書発行の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【平成28年度改正附則】 〔経過措置〕 第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を<u>交付することを要しない。</u></p> | <p>【平成28年度改正附則】 〔経過措置〕 第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を<u>患者から求められたときに交付することで足りるものとする。</u></p> <p>※ <u>高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。</u></p> |

Ⅱ－3 地域との連携を含む多職種連携の取組の強化

- ① 質の高い外来がん化学療法の評価
- ② 外来化学療法での栄養管理の評価
- ③ 精神病棟における退院時共同指導の評価
- ④ 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価
- ⑤ 腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し
- ⑥ 栄養サポートチーム加算の見直し
- ⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価
- ⑧ 個別栄養食事管理加算の見直し
- ⑨ 周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

③ 精神病棟における退院時共同指導の評価

基本的な考え方

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等について新たな評価を行う。

具体的な内容

精神病棟に入院中の患者に対して、入院医療を提供する保険医療機関の多職種チームと、地域において当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、退院後の療養等について共同で指導等を行った場合の評価を新設する。

改定案

(新) 精神科退院時共同指導料1 精神科退院時共同指導料 1 (外来又は在宅医療を担う保険医療機関の場合)イ 精神科退院時共同指導料 (Ⅰ)

1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料 (Ⅱ)

900点

2 精神科退院時共同指導料 2 (入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

〔対象患者〕

1 のイ 精神病棟に入院中の患者であって、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」という。）第 29 条又は第 29 条の 2 に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 42 条第 1 項第 1 号又は第 61 条第 1 項第 1 号に規定する同法による入院 又は 同法第 42 条第 1 項第 2 号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が 1 年以上の患者（以下この区分番号において「措置入院者等」という。）

③ 精神病棟における退院時共同指導の評価

改定案

- 1 の□ 精神病棟に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者
2 1 のイ及び1 の□の患者

〔算定要件〕

(1) 精神科退院時共同指導料1については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって、措置入院者等又は別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅医療を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。ただし、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅰ）、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

(2) 精神科退院時共同指導料2については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等及び別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅医療を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

③ 精神病棟における退院時共同指導の評価

改定案

(3) 1のイについては、措置入院者等に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、保健師又は看護師（以下、看護師等という。）及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当 医療 機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

(4) 1のロについては、1のイ以外の患者であって、平成 28 30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を満たした、重点的な支援が必要な患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師又は医師の指示を受けた看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当 医療 機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

(5) 2については、(3) 又は (4) に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当 機関の 保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

(6) 外来又は在宅医療を担う医療機関については、入院中の医療機関とは別の医療機関であること。

(7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別添 ● の様式を用いること。

③ 精神病棟における退院時共同指導の評価

改定案

(8) 当該指導料を算定する場合は、行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

(9) 共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅医療を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話等を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

(10) 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

[施設基準]

(1) 精神科退院時共同指導料1を算定する場合は、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 精神科退院時共同指導料2を算定する場合は、精神科を標榜する病院であること。

(3) 当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

(4) 重点的な支援を必要とする患者とは、別紙●に掲げる包括的支援マネジメント導入基準を1つ以上満たすものをいう。

(5) 当該指導料の施設基準に係る届出は様式●を用いること。

④ 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

基本的な考え方

地域で生活する精神疾患患者の支援を推進するために、精神科外来における多職種による相談・支援等について新たな評価を行う。

具体的な内容

精神病棟に入院中に精神科 退院時共同指導料 1 を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <u>(新設)</u></p> | <p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <u>注 8 1 を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号 B 0 1 5 に掲げる精神科退院時共同指導料 1 を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して 1 年を限度として、月 1 回に限り 250 点を所定点数に加算する。</u></p> |

④ 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

| 現行 | 改定案 |
|----|--|
| | <p>(21)「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、<u>通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者について、精神病棟における直近の入院において、精神科退院時共同指導料を算定した患者であって退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診した患者又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師（以下、この区分において「看護師等」という。）又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援及び指導を行った場合に月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。</u></p> <p><u>ア 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。</u></p> |

④ 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

| 現行 | 改定案 |
|----|---|
| | <p><u>イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成し、その写しを診療録に添付すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。</u></p> <p><u>ウ 医師は、診療録に当該患者の療養生活環境整備支援及び指導を担当する看護師等又は精神保健福祉士への指示事項を記載すること。</u></p> <p><u>エ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、イにおいて作成した支援計画の内容を患者等に説明した上で、療養生活環境の整備のための支援及び指導を行うこと。なお、担当する患者ごとに療養生活環境整備支援・指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。</u></p> |

④ 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

| 現行 | 改定案 |
|----|---|
| | <p>[施設基準]</p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u> <u>療養生活環境整備のための支援及び指導を適切に行うにつき十分な体制を有していること。</u></p> <p><u>(1) 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準</u> <u>ア 当該保険医療機関内に、当該支援・指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。</u> <u>イ 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備支援及び指導の対象患者の数は1人につき30人以下であること。また、それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。</u></p> <p><u>(2) 当該加算の届出においては、様式●を用いること。</u></p> |

⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

基本的な考え方

摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

具体的な内容

摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について、多職種チームによる介入を評価できるよう、要件及び評価を見直すとともに名称の変更を行う。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【経口摂取回復促進加算（摂食機能療法）】 [算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">イ <u>経口摂取回復促進加算1</u> 185点</p> <p style="text-align: right;">ロ <u>経口摂取回復促進加算2</u> 20点</p> | <p>【<u>摂食嚥下支援加算（摂食機能療法）</u>】 [算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>当該保険医療機関の医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。</u></p> |

⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>(6) 「注3」に掲げる<u>経口摂取回復促進加算1又は2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。）又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。</u></p> <p><u>(7) (略)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>(6) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において、摂食機能療法を算定する患者であって、摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の介入によって摂食嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(7) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算は、ア～ウの要件をいずれも満たす場合に算定する。</u> <u>ア 当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいてリハビリテーション実施計画書を作成し、又はすでに摂食機能療法に係る計画書が作成されている場合には当該チームにより見直しを行い、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療</u></p> |

⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>(8) 「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を<u>確認し、診療録に記載</u>すること。</p> | <p><u>録に添付する。</u> <u>イ 当該患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、リハビリテーション計画等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行う。当該カンファレンスには、摂食嚥下支援チームの構成員のうち、医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士が参加していること。</u> <u>ウ カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）</u>、<u>摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、必要に応じて患者又はその家族等への指導管理を行う。</u> (8) 「注3」に掲げる<u>摂食嚥下支援加算</u>を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況、<u>内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> |

⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>(10)「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。</p> <p>(2) 摂食機能療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 摂食機能に係る療養について相当の実績を有していること。</p> | <p>(10)「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>(削除)</p> <p>(1) 摂食嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 摂食機能に係る療養についての実績を地方厚生局長等に報告していること。</p> |

⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p><u>1 経口摂取回復促進加算 1 に関する施設基準 (略)</u></p> <p><u>2 経口摂取回復促進加算 2 に関する施設基準 (略)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される摂食嚥下機能の回復の支援に係るチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。ただし、カについては、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。</u></p> <p><u>ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師</u></p> <p><u>イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</u></p> <p><u>ウ 専任の常勤言語聴覚士</u></p> <p><u>エ 専任の常勤薬剤師</u></p> <p><u>オ 専任の常勤管理栄養士</u></p> <p><u>カ 専任の歯科衛生士</u></p> <p><u>キ 専任の理学療法士又は作業療法士</u></p> |

⑦ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

| 現行 | 改定案 |
|--------------------|--|
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師、常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。</u></p> |
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(3) 摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について、別添●の様式●の●を用いて、地方厚生局長等に報告していること。</u></p> |

⑧ 個別栄養食事管理加算の見直し

基本的な考え方

患者の症状や希望に応じたきめ細やかな栄養食事支援を推進する観点から、緩和ケア診療加算について個別栄養食事管理加算の対象患者の要件を見直す。

具体的な内容

個別栄養食事管理加算の算定対象に後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を加える。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【個別栄養食事管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>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、<u>悪性腫瘍を有する当該患者</u>に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>イ 緩和ケアを要する<u>悪性腫瘍患者</u>の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ロ 当該体制において、<u>悪性腫瘍患者</u>の個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。</p> | <p>【個別栄養食事管理加算（緩和ケア診療加算の注加算）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>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、<u>緩和ケアを要する患者</u>に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>イ 緩和ケアを要する患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ロ 当該体制において、<u>緩和ケアを要する患者</u>に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。</p> |

緩和ケア診療加算等の要件の見直し

➤ 緩和ケア診療加算について、がん患者に対する栄養食事管理の取組を評価する。

緩和ケア診療加算

(新) 個別栄養食事管理加算 70点(1日につき)

[算定要件]

- (1) 緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍の患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (2) 緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付する。

[施設基準]

緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理(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管理栄養士が参加していること。

届出医療機関数及び算定回数

| | 届出医療機関数 | 算定回数 |
|------------|---------|-------|
| 個別栄養食事管理加算 | (届出不要) | 9,065 |

(出典) 算定回数:平成30年社会医療診療行為別統計(平成30年6月審査分)

表 緩和ケア診療加算及び個別栄養食事管理加算の対象疾患について

| | 悪性腫瘍 | 後天性免疫不全症候群 | 末期心不全 |
|------------|------|------------|-------|
| 緩和ケア診療加算 | ○ | ○ | ○ |
| 個別栄養食事管理加算 | ○ | × | × |

心不全患者の栄養状態と栄養管理の内容等について

- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全のステージが進行し、終末期に近づくにつれ栄養状態が悪化することから、栄養サポートを実施することが示されている。
- 栄養療法においては、栄養状態を保ち、心不全の増悪を予防し予後の改善を目指し、適正なエネルギー量を摂取しつつ、食塩摂取量が適正化が重要となる。また、栄養状態が悪化している場合には、適正なエネルギー摂取の優先度が高くなる。

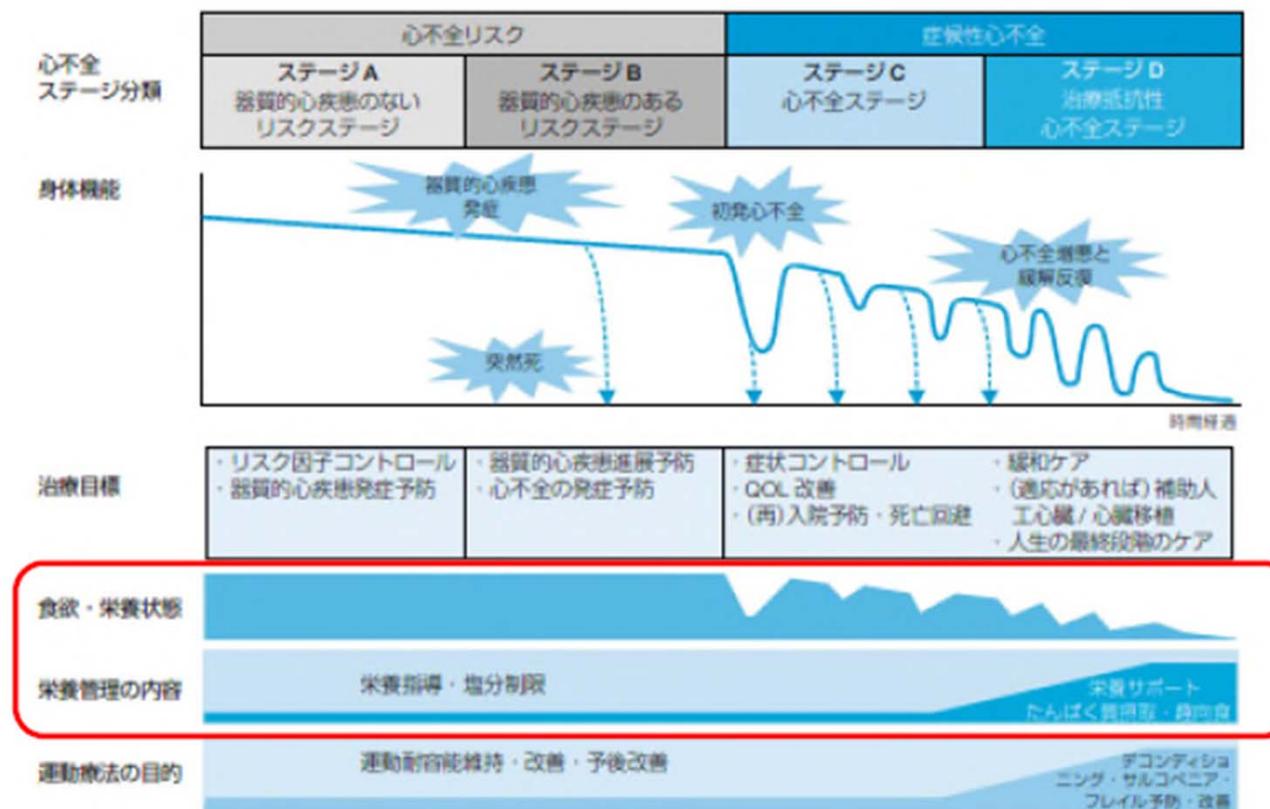


図 VI-3 慢性心不全の経過と栄養状態・栄養管理・運動療法の位置づけの概略

文献 102) 厚生労働省、編纂中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について (平成 29 年 7 月)、より改変

(出典: 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント(日本心不全学会ガイドライン委員会))

心不全患者における栄養評価・管理について

- 心不全の栄養療法における多職種連携において、管理栄養士の役割としては、栄養状態の判定、栄養管理、指導を行うこととされている。
- 心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメントにおいて、心不全末期には、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要があるとされている。

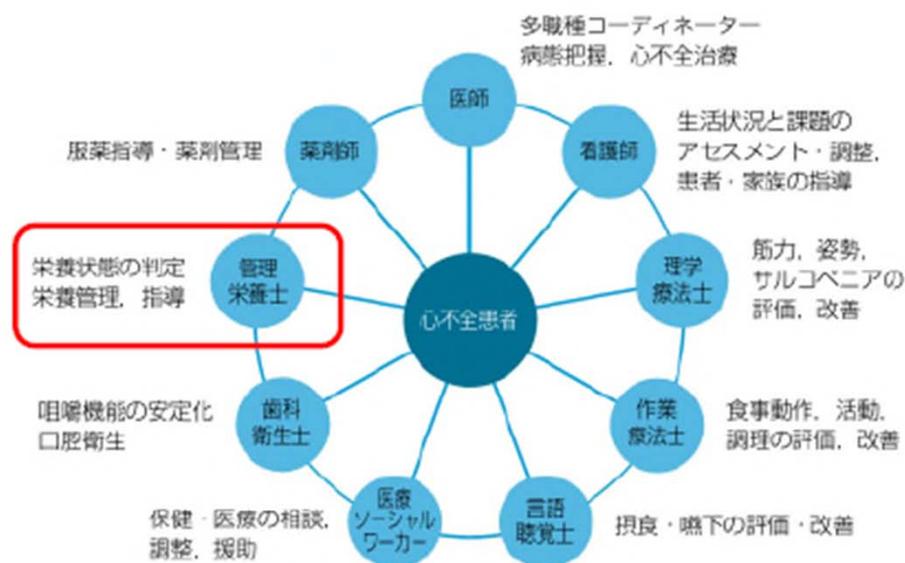


図 VII-2 心不全の栄養療法における多職種連携

心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント

心不全終末期には、減塩食から普通食へ切り替えることにより、食事摂取量が増加する症例にも遭遇する。多職種でカンファレンスを行い、食事に関する価値観や習慣、食事摂取の必要性、食嗜好など患者および家族の思いを情報共有し、個々に合わせた適切な食事の検討を行う必要がある、一律な過度の減塩はすべきではない。

なお、最期には食欲が自然と進行性に低下するが、この時期に強制栄養法を実施すべきではない。また、終末期での食事摂取量低下に対する一律な輸液は、呼吸困難や浮腫などのうっ血症状をかえって悪化させることがあるため、勧められない。

(出典：心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント(日本心不全学会ガイドライン委員会))

⑨ 周術期等専門的口腔衛生処置等の見直し

基本的な考え方

化学療法や放射線療法等が行われている患者に対して、実施される周術期等口腔機能管理を推進する観点から、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価及び周術期等専門的口腔衛生処置に係る要件を見直す。

具体的な内容

1. 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）の評価を見直す。
2. 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して行われる周術期等専門的口腔衛生処置 1 の算定回数制限を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】</p> <p style="text-align: right;"><u>190</u>点</p> <p>【周術期等専門的口腔衛生処置（1口につき）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月<u>1</u>回に限り算定する。</p> | <p>【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】</p> <p style="text-align: right;"><u>200</u>点</p> <p>【周術期等専門的口腔衛生処置（1口につき）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月<u>2</u>回に限り算定する。</p> |

Ⅱ－４ 重症化予防の取組の推進

- ① 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- ② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価
- ③ 分娩後の糖尿病及び妊娠糖尿病管理の推進
- ④ 歯科疾患管理料の見直し
- ⑤ 歯周病重症化予防の推進
- ⑥ 健康増進法の一部を改正する法律の施行に伴う見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

基本的な考え方

生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、生活習慣病管理料について、眼科等の他の診療科の受診勧奨及び歯科等の他の診療科の受診状況の把握に係る要件を見直す。

具体的な内容

1. 生活習慣病管理料について、糖尿病患者に対して眼科受診勧奨に関する要件を追加する。

| 現行 | 改定案 |
|-------------------------------------|--|
| 【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u> | 【生活習慣病管理料】 [算定要件] <u>糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。</u> |

具体的な内容

2. 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目（様式）に歯科受診の状況に関する記載欄を追加する。

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

基本的な考え方

移植を含めた腎代替療法に関する情報提供を推進する観点から、人工腎臓の導入期加算の要件を見直すとともに、透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

具体的な内容

1. 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: right;">イ 導入期加算 1 300点 ロ 導入期加算 2 400点</p> <p>(17)「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>300点</u>又は</p> | <p>【導入期加算（人工腎臓の注加算）】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: right;">イ 導入期加算 1 <u>200点</u> ロ 導入期加算 2 <u>500点</u></p> <p>(17)「注2」の加算については、腎代替療法についての患者の説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき<u>200点</u>又は</p> |

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p data-bbox="212 295 1108 494">400点を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p> <p data-bbox="235 550 448 598">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="212 598 1086 694">(2) 導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。</p> <p data-bbox="212 702 1108 853">ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>過去2年で1人以上</u>いること。</p> <p data-bbox="235 909 526 957">〔記載上の注意〕</p> <p data-bbox="235 965 369 1013"><u>(新設)</u></p> | <p data-bbox="1131 295 2027 494">500点を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。</p> <p data-bbox="1153 550 1366 598">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="1131 598 2004 694">(2) <u>導入期加算2の施設基準次の全てを満たしていること。</u></p> <p data-bbox="1131 702 2027 853">ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に横断に応じており、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が<u>前年度に3人以上</u>いること。</p> <p data-bbox="1153 909 1444 957">〔記載上の注意〕</p> <p data-bbox="1131 965 2027 1165"><u>3「4」の腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として登録を行った患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。</u></p> |

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

具体的な内容

2. 腎代替療法開始前のより早期の段階から、腎代替療法に関する情報提供を行うことで、生命予後の改善が期待できることから、腎代替療法開始前の保存期腎不全患者に対する腎代替療法指導管理料を新設する。

改定案

(新) 腎代替療法指導管理料 500点

[算定要件]

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。

(2) 1回の指導を30分以上行った場合に算定する。

(3) 腎代替療法指導管理料の対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。

ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR（mL/分/1.73m²）がいずれも30未満の場合

イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合

(4) 当該管理料の算定に当たっては、(3)の要件を満たす慢性腎臓病患者の腎代替療法選択にあって、適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。なお、腎代替療法の情報提供を行う際には、腎臓病教室とは別に指導管理を行った場合に限る。

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

改定案

(5) 当該管理料の算定に当たっては、腎臓内科の経験を有する医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、当該患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

(6) 指導内容等の要点を診療録に記載する。

(7) 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

(8) 本管理料を算定する場合にあっては、(3) のア又はイのうち該当するものに依りて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア (3) のアに該当する場合は、直近の血液検査におけるeGFRの検査値について、以下の①から③のうちいずれかに該当するもの。

① 25ml/min/1.73m²以上、30ml/min/1.73m²未満

② 15ml/min/1.73m²以上、25ml/min/1.73m²未満

③ 15ml/min/1.73m²未満

イ (3) のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由を記載すること。

② 移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

改定案

〔施設基準〕

(1) 腎代替療法指導管理料の施設基準

- ・以下の全てを満たしていること。
 - ア 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。
 - イ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者又は生体腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
- ・当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師
- ・腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的実施すること。

腎代替療法(透析・移植)における生命予後の比較

- 腎移植は透析と比較して生命予後を改善し、腎不全患者の第一選択となる。
- 一方で、生体腎移植は、年間 1,500件程度、献腎移植(脳死・心停止下)は年間 200件程度にとどまっており、また、55才未満の透析患者約48,000名の内、献腎移植登録を行っているのは12,449名のみとなっている。
- 移植を含めた腎代替療法に関する説明・情報提供をより評価・推進する必要があると考えられる。

<導入期加算の算定状況>

| 算定回数 | 平成29年 | 平成30年 |
|--------------------------|--------|--------|
| 導入期加算 300点 (平成30年改定前) | 37659回 | |
| 導入期加算1 300点 | | 20181回 |
| 導入期加算2 400点 | | 13812回 |

※社会医療診療行為別統計(平成29,30年度6月審査分)の算定回数

- [施設基準]
導入期加算1
関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行うこと
- 導入期加算2
① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること
② 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること
③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

<日本における透析・移植患者の推移>

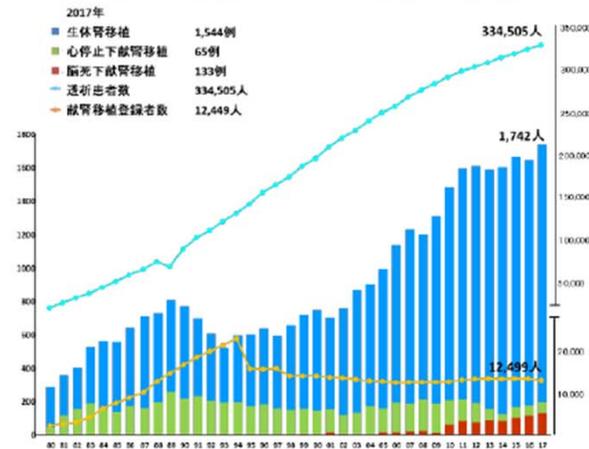
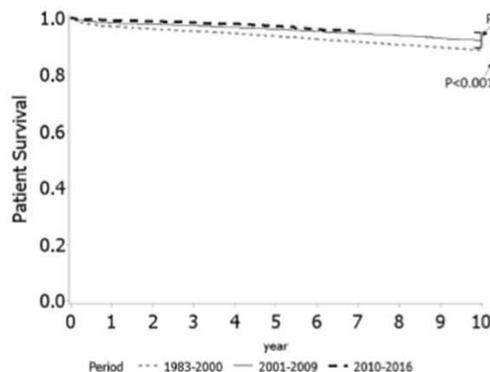


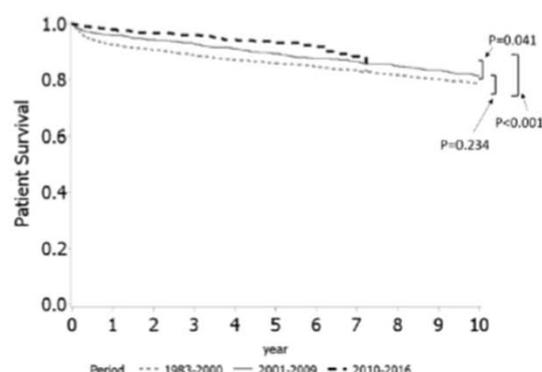
図3. 腎移植数の推移

<日本における生体腎移植・献腎移植の生存率>



| 症例数 | 1年 | 5年 | 10年 | 15年 | |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1983~2000年 | 7,417 | 97.0% | 93.5% | 88.7% | 84.2% |
| 2001~2009年 | 6,863 | 98.2% | 96.0% | 92.0% | 88.4% |
| 2010~2016年 | 7,434 | 99.2% | 97.1% | - | - |

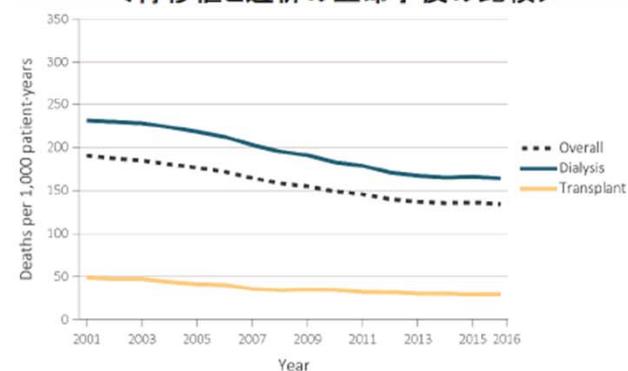
図4. 年代別生存率(生体腎)



| 症例数 | 1年 | 5年 | 10年 | 15年 | |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1983~2000年 | 2,790 | 92.5% | 85.8% | 78.7% | 71.0% |
| 2001~2009年 | 1,326 | 95.9% | 89.2% | 81.4% | 67.9% |
| 2010~2016年 | 926 | 98.0% | 93.1% | - | - |

図5. 年代別生存率(献腎)

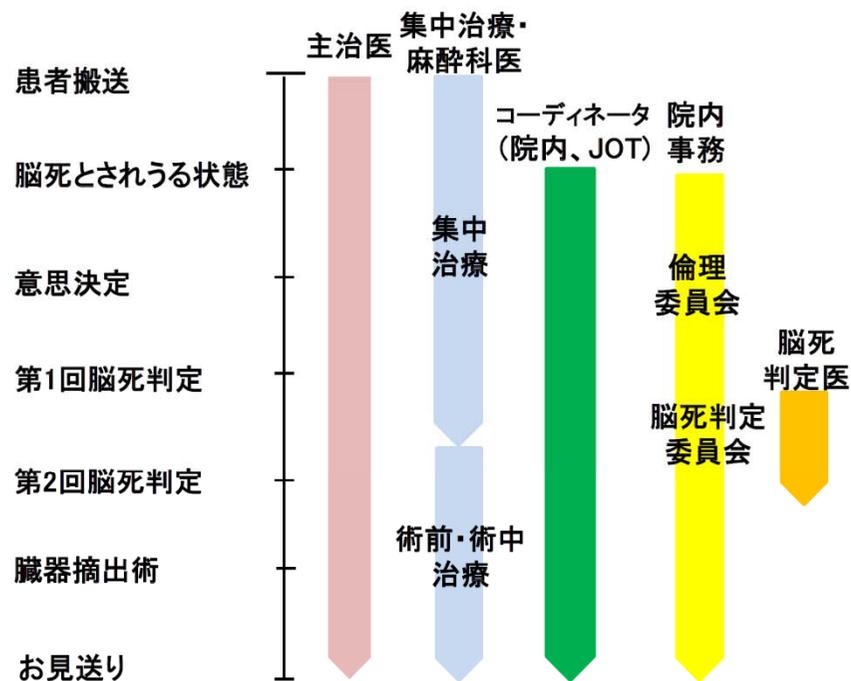
<腎移植と透析の生命予後の比較>



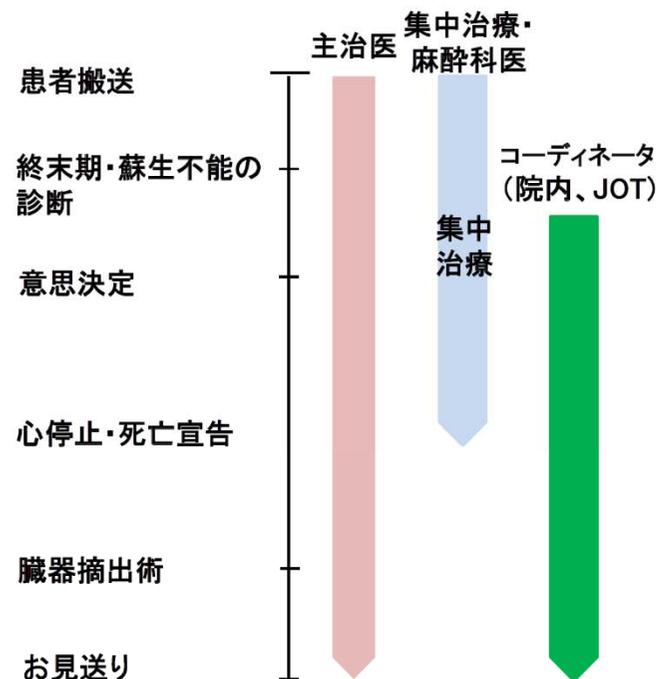
脳死下及び心停止後臓器提供時の提供施設内の業務

- 脳死下臓器提供には、主治医による患者の診察・加療・意思決定(家族への説明)、集中治療、脳死判定、臓器摘出術、各施設との調整及び倫理委員会の開催など、提供施設内の業務は多岐にわたる。
- 心停止後臓器提供時には、脳死判定は行われないが、治療方針は家族と担当医師の話し合いで決定され、方針の範囲内で可能な限り臓器機能を温存するように努める必要がある。特に循環動態が不安定であることから、意思決定後の集中治療管理は非常に高度な技術を要する。

<脳死下臓器提供時、提供施設内の業務>



<心停止後臓器提供時、提供施設内の業務>



脳死下臓器提供時の平均所要時間と関わる人員数

- 脳死下臓器提供では、脳死とされうる状態と判断されてから、臓器摘出手術終了までに平均63時間52分要する(平成23年度厚生労働科学研究)。
- また、脳死下臓器提供の標準的な1症例において、法的脳死判定～摘出手術の各プロセスにのべ約50名の医師や多くの看護師、検査技師、事務員等が関わっている(平成28年度厚生労働科学研究)。

＜脳死下臓器提供時の各段階における平均所要時間＞

| | | 脳死とされうる状態の診断からの経過時間 | 法的脳死判定～摘出手術の各プロセス | 実際に関わった関係者(例) |
|---|-----------------------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| ① | 脳死とされうる状態にあると判断 (旧法下での臨床的脳死診断) | 10時間52分 | ① 患者・家族・院内対応 | 主治医1名 |
| ② | ネットワークへの第一報 | 6時間27分 | ② 循環動態管理 | 医師3名(主治医、病棟医、集中治療医) |
| ③ | コーディネーターによる家族への説明 | 6時間53分 | ③ 画像検査 | 主治医1名、検査技師2名 |
| ④ | 家族の承諾(承諾書受領) | 5時間04分 | ④ 脳死判定 (必要となる人員は1回目、2回目共通) | 医師9名(主治医1名、脳死判定医3名、脳神経外科医1名、集中治療医2名、耳鼻咽喉科医2名)、検査技師3名、看護師2名 |
| ⑤ | 第一回法的脳死判定開始 | 2時間32分 | ⑤ メディカルコンサルタントとのドナー管理方針に関する検討 | 主治医1名、集中治療医1名(メディカルコンサルタントは院外医師) |
| ⑥ | 第一回法的脳死判定終了 | 7時間23分 | ⑥ 手術打ち合わせ | 麻酔科医1名、看護師2名 |
| ⑦ | 第二回法的脳死判定開始* | 2時間06分 | ⑦ 培養検査 | 主治医1名、集中治療医1名 |
| ⑧ | 第二回法的脳死判定終了 | 1時間32分 | ⑧ 摘出手術の準備(手術、検査オーダー等) | 主治医1名 |
| ⑨ | 意思確認開始(移植施設への連絡開始) | 16時間27分 | ⑨ 脳死判定委員会 | 医師13名(施設長、他医師12名)、看護部長、事務長、他事務6名 |
| ⑩ | 摘出手術開始 | 1時間07分 | ⑩ 手術室への搬送 | 主治医1名、集中治療医1名 |
| ⑪ | 大動脈遮断 | 2時間29分 | ⑪ 摘出手術 | 医師6名(主治医1名、麻酔科医4名、病理医1名)、看護師4名、検査技師1名 |
| ⑫ | 摘出手術終了・退室 | | | |

計42時間49分 (①～⑧)

計60時間16分 (①～⑫)

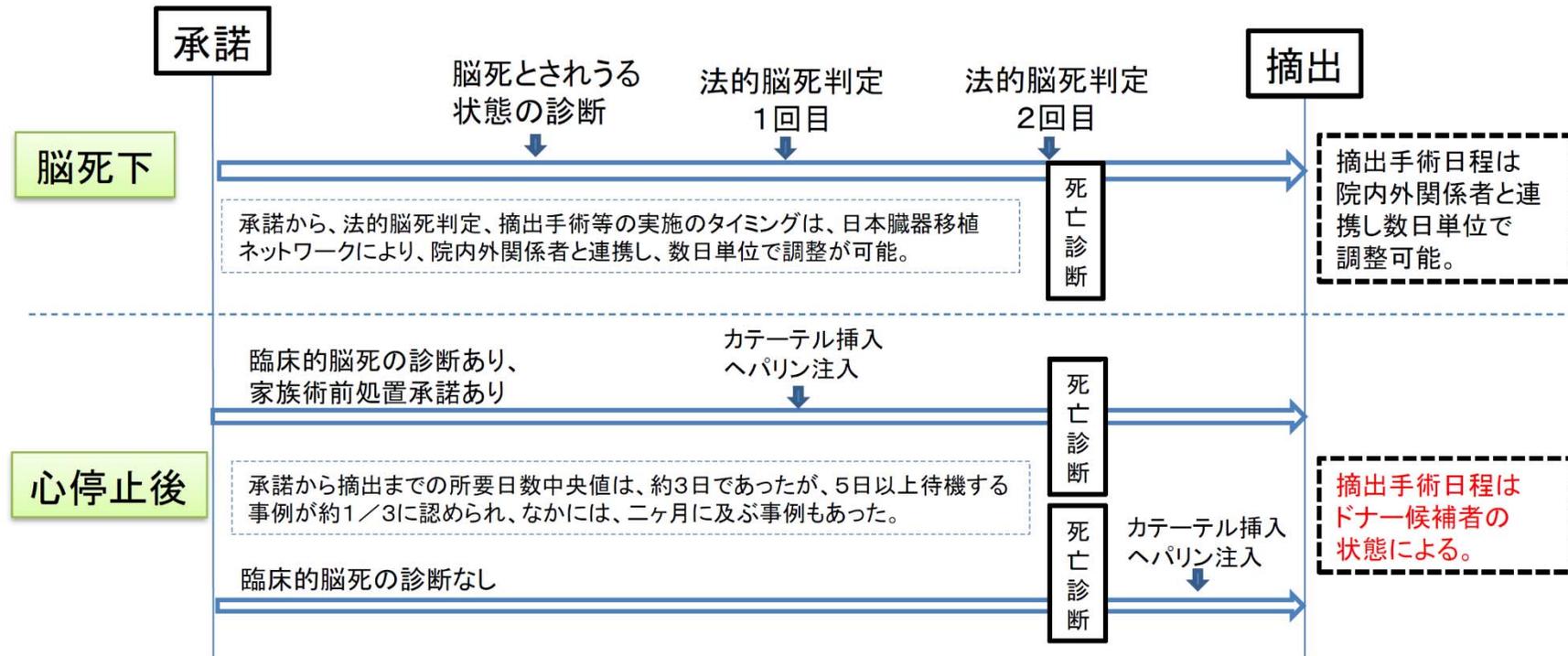
計63時間52分 (①～⑫)

*第二回法的脳死判定は、第一回終了後、6時間以上経過の後、施行すること。
(6歳未満では、24時間以上経過の後、施行すること。)

平成23年度厚生労働科学研究 補助金 「円滑な脳死下臓器提供に資するための科学的分析に関する研究」

平成28年度厚生労働科学研究 補助金 「ソーシャルマーケティング手法を用いた心停止下臓器提供や小児の臓器提供を含む臓器提供の選択肢提示を行う際の理想的な対応のあり方の確立に関する研究」

提供承諾から臓器摘出までのプロセスの比較

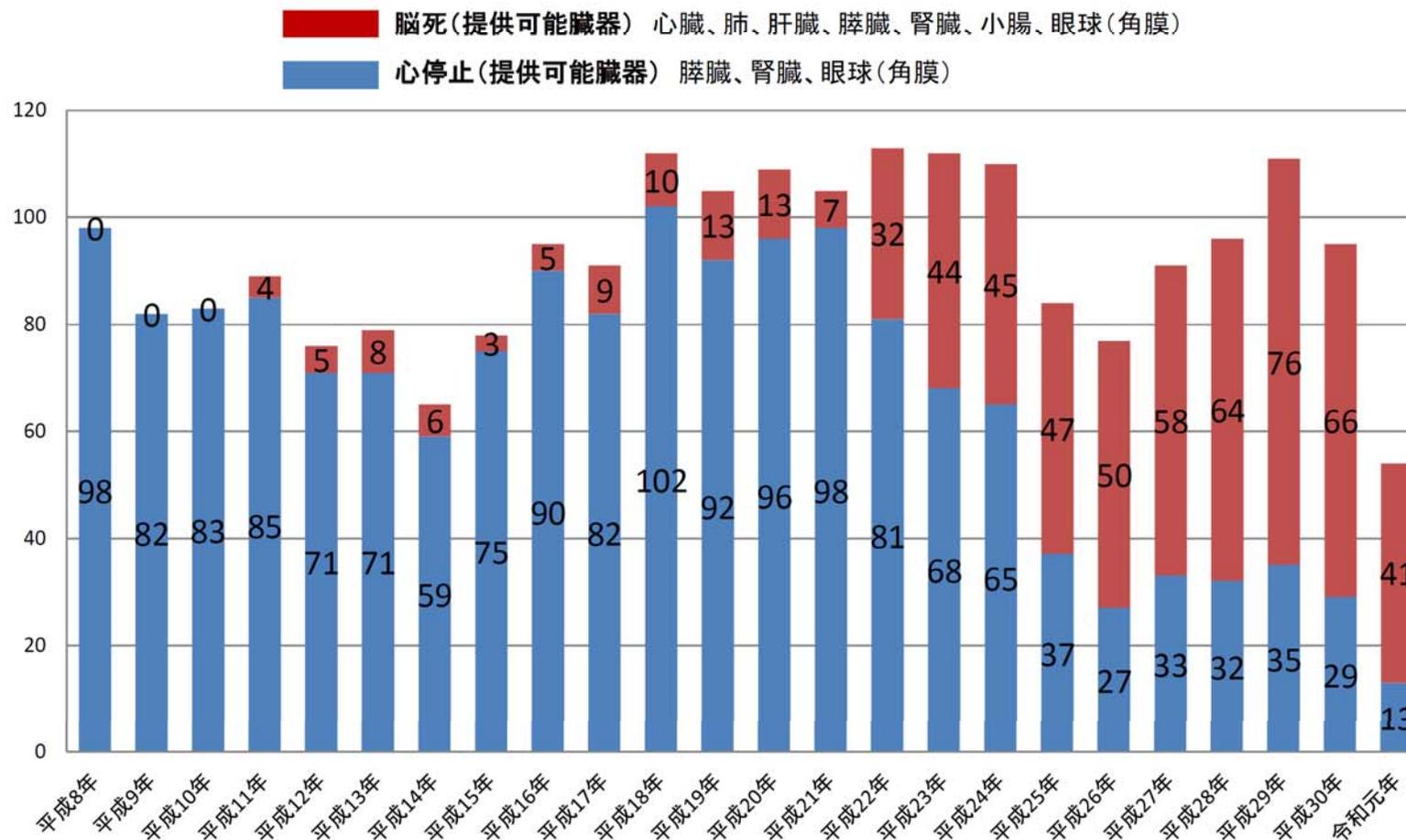


| ドナーの状態 | プロセスにおける相違点 | 関係者への負担 |
|--------|--|--|
| 脳死下 | 日本臓器移植ネットワークが中心となって、提供施設、移植施設（摘出チーム）との調整を行い、摘出までの各工程のスケジュールを策定する。 | 心停止後臓器提供においては、予定が立てられないことに加え、患者の状態悪化時には極めて迅速な対応が必要となる為、提供側、移植側、臓器移植ネットワークへの業務負担に加えて、オンコール状態が継続することによる心理的負担もある。 |
| 心停止後 | 心停止後、摘出チームは、ドナー候補者の循環動態悪化時、迅速に派遣される。臨床的脳死の診断がなされていない事例では、死亡診断前に摘出手術準備であるカニューレーションを行うことができず、死亡診断後、摘出手術までの迅速な処置が必要となる。 | |

※ 摘出チームは多くの場合、移植施設から派遣される。 **66**

日本における臓器提供の件数の推移(年別)

- 平成9年10月(法施行)～平成30年12月31日までの脳死下臓器提供事例は565例。
- 平成22年の改正臓器移植法施行後の脳死下臓器提供事例は479例(うち本人意思が不明で家族同意のみで臓器提供に至った事例:373例、15歳未満の臓器提供事例・・・ 21例)であり、脳死下臓器提供は増加傾向であるものの、心停止下臓器提供は減少傾向となっており、全体の総数としては100例前後で横ばいとなっている。



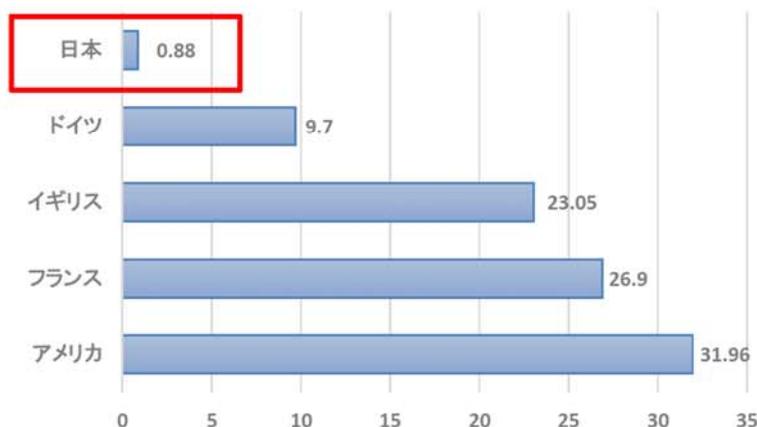
※日本臓器移植ネットワーク資料より作成(令和元年は6月30日時点の提供数)

諸外国との臓器提供及び移植成績の比較

- 諸外国と比較し、脳死・心停止ドナー数、臓器移植数は少ない。
- 一方で、アメリカと比較し、ドナー1人当たりの移植臓器数は多くなっており、また、臓器別の生存率・生着率の成績も優れている。

<各国の脳死・心停止ドナー数>

人口100万人当たりの脳死・心停止ドナー数



<各国の脳死・心停止臓器移植数>

| | 心 | | 肺 | | 肝 | | 膵 | | 腎 | |
|------|------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|-------|------------|
| | 移植数 | 人口100万人当たり | 移植数 | 人口100万人当たり | 移植数 | 人口100万人当たり | 移植数 | 人口100万人当たり | 移植数 | 人口100万人当たり |
| 日本 | 56 | 0.4 | 56 | 0.4 | 69 | 0.5 | 43 | 0.3 | 191 | 1.5 |
| ドイツ | 257 | 3.1 | 309 | 3.7 | 760 | 9.2 | 72 | 0.9 | 1364 | 16.5 |
| イギリス | 191 | 2.9 | 198 | 3.1 | 971 | 15.0 | 202 | 3.1 | 2449 | 37.8 |
| フランス | 473 | 7.3 | 384 | 5.9 | 1349 | 30.8 | 96 | 1.4 | 3171 | 48.8 |
| アメリカ | 3242 | 10.1 | 2449 | 7.6 | 7715 | 24.0 | 1011 | 3.1 | 14037 | 43.6 |

(International Registry in Organ and Transplantation ホームページより抜粋、データは2017年)

<脳死ドナー1人当たりの移植臓器数>

| | ドナー1人当たりの移植臓器数 |
|------|----------------|
| 日本 | 5.5 |
| アメリカ | 3.5 |

日本臓器移植ネットワーク調べ, 2018
OPTN, Naional Data, 2016

<日本・米国 臓器別生存率/生着率>

| | 心 | | 肺 | | 肝 | | 腎 | | 膵臓 | | 小腸 | |
|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 5年生存率 (%) | 5年生着率 (%) |
| 日本 | 92.5 | 92.5 | 73.4 | 72.2 | 82.0 | 81.3 | 91.1 | 78.1 | 94.9 | 76.0 | 73.2 | 65.1 |
| アメリカ | 79.1 | 78.3 | 55.0 | 52.5 | 75.0 | 71.9 | 83.2 | 74.4 | 81.3 | 59.2 | 56.1 | 47.7 |

臓器移植の実施状況等に関する報告書(令和元年、厚生労働省)
U.S.Department of Health Service, OPTN, National Data

臓器移植に関する世論調査

- 臓器移植に関する世論調査(平成29年 内閣府、回答数 1,911名)では、本人による臓器提供の意思表示が行われていない場合であっても、その家族が臓器提供を承諾する、という回答が一定程度得られている。
- このような患者・家族には、医療機関からの臓器提供に関する選択肢を情報提供することが重要となる。

問) (調査回答者の) 家族の誰かが脳死と判定された場合または心臓が停止し死亡と判断された場合に、その方が臓器提供の意思を表示していた場合、その意思を尊重するか？

| 調査回答者の臓器提供意思の記入状況 | 該当者数 | 尊重する(%) | 尊重しない(%) | わからない(%) |
|-------------------|--------|---------|----------|----------|
| 記入している | 243 名 | 93.8 | 5.3 | 0.8 |
| 記入していない | 1629 名 | 86.9 | 8.8 | 4.3 |
| わからない | 39 名 | 69.2 | 5.1 | 25.6 |

問) (調査回答者の) 家族の誰かが脳死と判定された場合または心臓が停止し死亡と判断された場合に、その方が臓器提供の意思を表示していなかった場合、臓器提供を承諾するか？

| 調査回答者の臓器提供意思の記入状況 | 該当者数 | 承諾する(%) | 承諾しない(%) | 尊重しない(%) |
|-------------------|--------|---------|----------|----------|
| 記入している | 243 名 | 58.4 | 36.6 | 4.9 |
| 記入していない | 1629 名 | 35.9 | 51.4 | 12.7 |
| わからない | 39 名 | 30.8 | 30.8 | 38.5 |

Ⅱ－6 アウトカムにも着目した評価の推進

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
- ② データ提出加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

② データ提出加算の見直し

基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、データ提出加算について要件等を見直す。
また、提出データ評価加算の算定状況や未コード化傷病名の現状を踏まえ要件等を見直す。

具体的な内容

1. データ提出加算が要件となる入院料を許可病床数200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料 5 若しくは 6 又は療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大する。
2. 看護配置等の基準は満たしているにもかかわらず、データ提出加算の要件を満たさないために急性期一般入院基本料が算定できない一定の医療機関について、急性期一般入院料 7 が一定期間算定できるよう、規定を見直す。
3. 急性期一般入院基本料等を算定する病棟以外において、データ提出加算を 90 日に 1 回に算定可能とする。
4. 提出データ評価加算を許可病床数200床未満の病院に限り算定可能とする。また、未コード化傷病名の割合の基準を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料 5、6】 〔施設基準〕 データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。 <u>ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関の場合は、その限りではない。</u></p> <p>【療養病棟入院基本料 1、2】 〔施設基準〕 <u>許可病床数が200床以上の病院にあっては、データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</u></p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料 5、6】 〔施設基準〕 データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</p> <p>【療養病棟入院基本料 1、2】 〔施設基準〕 データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関であること。</p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関 であること。</p> | <p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準] データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関 であること。 <u>ただし、新規に保険医療機関を指定する場合であって急性期一般入院料7を届け出る場合 その他やむを得ない事情がある場合を除く。</u></p> <p><u>(急性期一般入院料7について、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合又は急性期一般入院基本料1から7のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4(3)の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限りデータ提出加算の届出を行っているものとみなすことができる。)</u></p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【経過措置】 〔施設基準〕 八 <u>平成30年3月31日</u>において、現に次の(1)から<u>(9)</u>までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、<u>平成31年3月31日</u>（ただし、当該保険医療機関の許可病床数が<u>50床未滿</u>、当該保険医療機関が保有する病棟が<u>1のみ</u>又は<u>平成30年11月30日</u>において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（<u>13対1入院基本料を除く。</u>）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において<u>200床未滿</u>であるものは、<u>平成32年3月31日</u>）までの間に限り、次の(1)から<u>(9)</u>までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から<u>(9)</u>までに定めるものに該当するものとみなす。</p> | <p>【経過措置】 〔施設基準〕 八 <u>令和2年3月31日</u>において、現に次の(1)から<u>(3)</u>までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、<u>令和4年3月31日</u>までの間に限り、次の(1)から<u>(3)</u>までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から<u>(3)</u>までに定めるものに該当するものとみなす。</p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>(1) <u>旧医科点数表の一般病棟入院基本料の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の4</u></p> <p>(2) <u>旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のイ（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の4</u></p> <p>(3) <u>旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のロ（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の4</u></p> <p>(4) <u>旧医科点数表の一般病棟入院基本料の注6のハ（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の二の(1)のイの①の4</u></p> <p>(5) <u>旧医科点数表の療養病棟入院基本料 1 第五の三の(1)のイの⑦</u></p> <p>(6) <u>旧医科点数表の療養病棟入院基本料 2 第五の三の(1)のイの⑦</u></p> <p>(7) <u>旧医科点数表の特定機能病院入院基本料の一般病棟の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の五の(1)のイの②の5</u></p> <p>(8) <u>旧医科点数表の専門病院入院基本料の十対一入院基本料（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。） 第五の六の(2)のロの⑤</u></p> | <p>(1) <u>旧医科点数表の療養病棟入院基本料（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。）</u></p> <p>(2) <u>旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料 5（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。）</u></p> <p>(3) <u>旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料 6（許可病床が200床未満の保険医療機関に限る。）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p><u>(9) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料第九の十の(2)のト、(3)（(2)のトに限る。）</u>、 <u>(4)の二、(5)（(4)の二に限る。）</u>、<u>(6)のロ又は(7)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(削除)</u></p> <p>九 <u>令和2年3月31日において、現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟については、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）</u>、<u>専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）</u>、<u>回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データの提出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、</u></p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【データ提出加算】 [算定要件]</p> <p>1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>150点</u></p> <p>□ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>200点</u></p> <p>2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>160点</u></p> <p>□ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>210点</u></p> | <p><u>当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。</u></p> <p><u>(1) 旧医科点数表の療養病棟入院基本料</u> <u>(2) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料 5</u> <u>(3) 旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料 6</u></p> <p>【データ提出加算】 [算定要件]</p> <p>1 データ提出加算 1 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>140点</u></p> <p>□ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>210点</u></p> <p>2 データ提出加算 2 イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合 <u>150点</u></p> <p>□ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合 <u>220点</u></p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>3 データ提出加算3</u> <u>イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合</u> <u>140点</u></p> <p><u>ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合</u> <u>210点</u></p> |
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>4 データ提出加算4</u> <u>イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合</u> <u>150点</u></p> <p><u>ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合</u> <u>220点</u></p> |
| <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該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、データ提出</p> | <p>注 1 <u>1 及び 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該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</u></p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>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、<u>入院中1回</u>に限り、<u>退院時に</u>、所定点数に加算する。</p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>のうち、データ提出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、<u>入院初日</u>に限り、所定点数に加算する。</p> <p><u>注2 3及び4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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該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、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、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又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている</u></p> |

② データ提出加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【提出データ評価加算】 注2 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入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>退院時において、20点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件] イ データ提出加算2 を算定する病院であること。 ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイル、及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード0000999)の割合が全て <u>1割未満</u> であること。)</p> | <p><u>加病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに1回、所定点数に加算する。</u></p> <p>【提出データ評価加算】 注2 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入院している患者については、提出データ評価加算として、<u>40点</u>を更に所定点数に算する。</p> <p>[算定要件] イ データ提出加算2のロを算定する病院であること。 ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。(DPCデータの様式1及び外来EFファイルそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名(レセプト電算処理用コード：0000999)の割合が全て <u>2%未満</u>、かつ診療報酬明細書においては同割合が<u>10%未満</u>であること。)</p> |

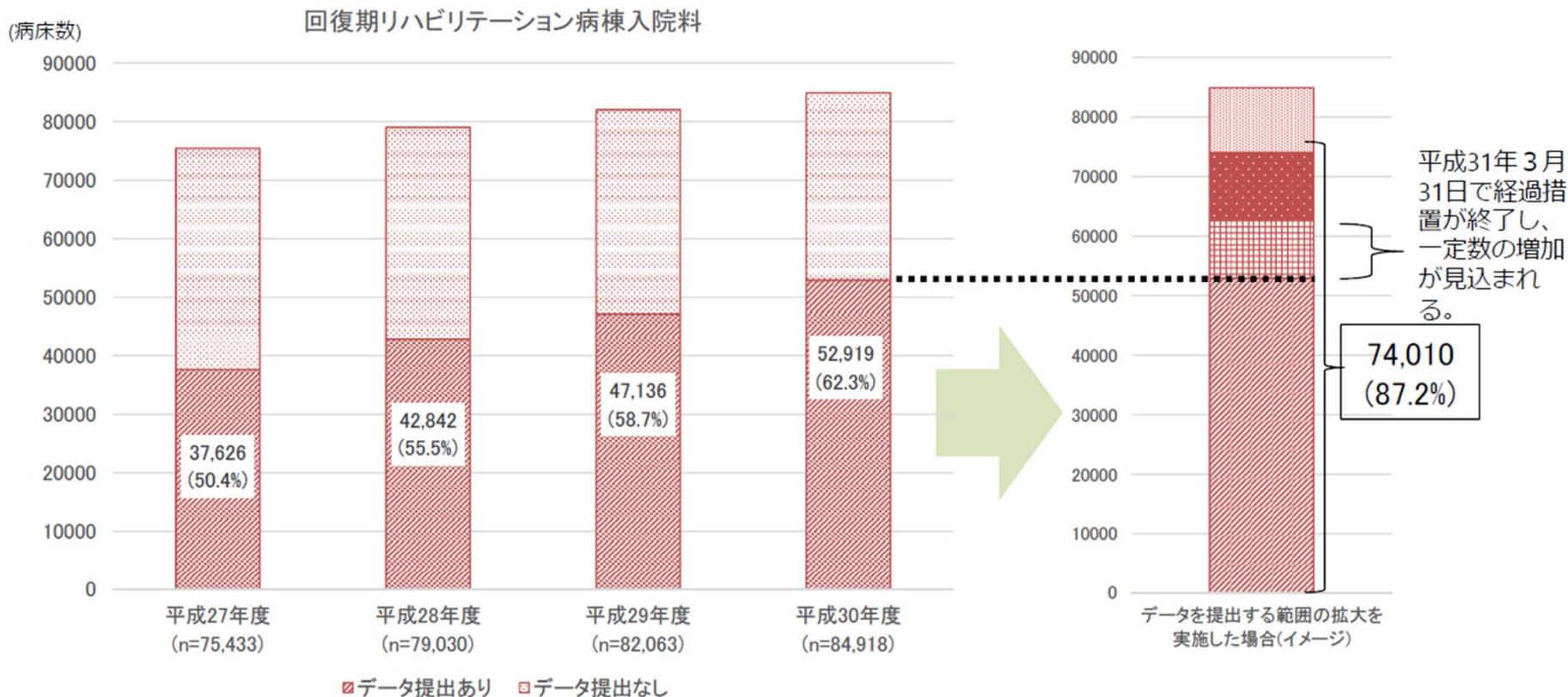
② データ提出加算の見直し

〔経過措置〕

データ提出加算に係る施設基準について、令和2年3月31日において、現に回復期リハビリテーション病棟入院料5、6（許可病床数が200床未満の医療機関に限る）、療養病棟入院基本料（許可病床数が200床未満の医療機関に限る）の届出を行っている病棟については、令和4年3月31日までは令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

また、データ提出加算に係る施設基準について、回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6又は療養病棟入院基本料の病床が200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合については、当分の間、令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えない。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料5、6を算定している病院について、データ提出加算の対象を許可病床数が50床以上200床未満の医療機関に広げた場合、データを提出する病床の割合は87.2%となる見込みである。



出典: 保険局医療課調べ・DPCデータ(各年7月1日時点)

※経過措置に対象となる病床数は考慮されていない

データ提出加算が要件となる入院料の見直し(案)

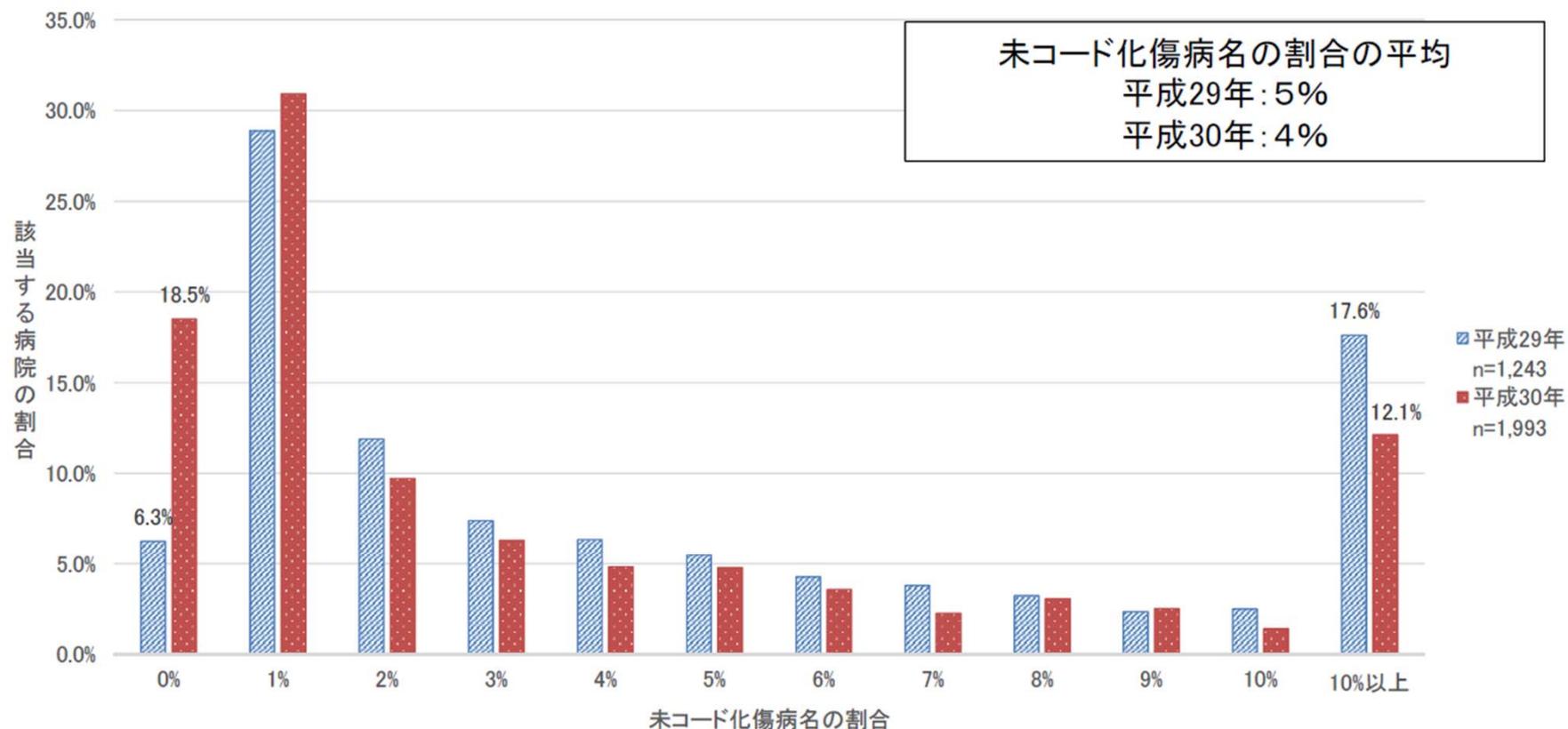
| 許可病床数 病棟 | 200床以上 | 200床未満 50床以上 | 50床未満又は、 保有する病棟が 1のみの場合 |
|---|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 急性期一般1 急性期一般2～7 (許可病床数200床以上)、 地域包括ケア病棟 | データの提出が必須 | | |
| 急性期一般2～7 (許可病床数200床未満)、 回復期リハビリテーション 病棟1,2,3,4 | データの提出が必須 | | 令和2年3月31日までの経過措置は終了 データの提出を必須とする |
| 回復期リハビリテーション 病棟5,6 療養病棟 | データの提出が必須※3 (令和2年3月31日までの経過措置※1は終了) | データの提出を必須とする※3 (経過措置※2を設ける) | データの提出を必須とする※3 (経過措置※2を設ける) |

- ※1 当該病院の許可病床全体としては200床以上となるが、回復期リハビリテーション病棟5,6及び療養病棟が200床未満の病院についてデータ提出を不要とした経過措置。
- ※2 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟であって許可病床数が200床未満の病院について、一定の経過措置を設ける。
- ※3 回復期リハビリテーション病棟5,6又は療養病棟の病床だけで200床未満の病院であって、電子カルテシステムが導入されていない等、データの提出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、一定の間データ提出加算に係る届出を行っていない場合であっても、当該入院料を算定できる経過措置を設ける(当該病院の許可病床数全体として200床以上となる場合も含む)。

未コード化傷病名の割合(医科の診療報酬明細書)

- 医科の診療報酬明細における未コード化傷病名の割合は、平成29年で5.0%(588,393/11,704,847)、平成30年で4.0%(608,043/15,081,438)と、平成29年から平成30年にかけて減少した。
- 提出データ評価加算の基準(1割未満)を満たさない医療機関は平成30年では1割程度である。

未コード化傷病名の割合別の出現頻度



出典: NDB (各年12月時点)
※データ提出加算2を算定する病院に限る

Ⅱ－7－1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ① がん拠点病院加算の見直し
- ② 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し
- ③ 緩和ケア病棟入院料の見直し
- ④ 質の高い外来がん化学療法の評価
- ⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価
- ⑥ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価
- ⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価
- ⑧ 介護老人保健施設におけるがん診療の充実

※灰字の項目は本資料では省略

⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価

基本的な考え方

がんの化学療法は、外来での治療が主流となってきているが、副作用による食欲不振は栄養状態の低下を来し、がん治療の継続に大きな影響を与えるため、個々の患者に対応した栄養食事指導が重要となる。

しかし、外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が実施できるよう、外来栄養食事指導料について、要件を見直す。

具体的な内容

外来化学療法を実施しているがん患者に対して、専門的な知識を有した管理栄養士がきめ細やかな栄養管理を患者の状態に合わせて継続的に実施した場合を評価する。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【外来栄養食事指導料】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、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。</p> | <p>【外来栄養食事指導料】 [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。</p> |

⑤ 外来化学療法での栄養管理の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p><u>(新設)</u></p> <p>[施設基準] (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</p> | <p><u>2 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、2回目に□の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。</u></p> <p>[施設基準] (6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する基準 イ 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。 □ <u>外来化学療法加算連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士であること。</u></p> |

① がん拠点病院加算の見直し

基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供体制を構築する観点から、がん診療連携拠点病院等の整備指針が変更されたこと及びがんゲノム医療提供体制の拠点として新たにがんゲノム医療拠点病院が指定されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について要件を見直す。

具体的な内容

- がん診療連携拠点病院等の類型として新たに設けられた、「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」及び「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」の取扱は、以下のとおりとする。
 - 「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」については、従来の「地域がん診療連携拠点病院」と同様に、「1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院」の対象とする。
 - 「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」については、地域がん診療連携拠点病院の要件を満たさない施設に対する暫定的な類型であることを踏まえ、「1 がん診療連携拠点病院加算 □ 地域がん診療病院」の対象とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【がん拠点病院加算】</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ がん診療連携拠点病院 500点</p> <p style="padding-left: 20px;">□ 地域がん診療病院 300点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準 (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けている</p> | <p>【がん拠点病院加算】</p> <p>1 がん診療連携拠点病院加算</p> <p style="padding-left: 20px;">イ がん診療連携拠点病院 500点</p> <p style="padding-left: 20px;">□ 地域がん診療病院 300点</p> <p>2 小児がん拠点病院加算 750点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準 (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院（<u>地域がん診療連</u></p> |

① がん拠点病院加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>こと。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。</p> <p>2 がん拠点病院加算の1の口に関する施設基準 (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件] (2) がん拠点病院加算の1のイは、カンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。</p> <p>(3) がん拠点病院加算の1のロは、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療病院として指定された病院を評価した</p> | <p><u>携拠点病院（特例型）を除く。</u>）の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。</p> <p>2 がん拠点病院加算の1の口に関する施設基準 (1)「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、<u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）</u>又は<u>地域がん診療病院</u>の指定を受けていること。</p> <p>[算定要件] (2) がん拠点病院加算の1のイは、カンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院（<u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。</u>）として指定された病院を評価したものである。</p> <p>(3) がん拠点病院加算の1のロは、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、</p> |

① がん拠点病院加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--------|---|
| ものである。 | <u>地域がん診療連携拠点病院（特例型）</u> 又は <u>地域がん診療病院</u> として指定された病院を評価したものである。 |

① がん拠点病院加算の見直し

具体的な内容

2. 新たに指定された「がんゲノム医療拠点病院」については、「がんゲノム医療中核拠点病院」と同様に、「がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算」の対象とする。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【がん拠点病院加算】 注2 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であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (3) がん拠点病院加算の注2に規定する施設基準ゲノム情報を用いたがん医療を提供する<u>中核となる</u>拠点病院であること。</p> | <p>【がん拠点病院加算】 注2 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であって、ゲノム情報を用いたがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、<u>がんゲノム拠点病院加算</u>として250点を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (3) がん拠点病院加算の注2に規定する施設基準ゲノム情報を用いたがん医療を提供する拠点病院であること。</p> |

① がん拠点病院加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる加算に関する施設基準 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」 （平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること。</p> <p>〔算定要件〕 （7）「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、がんゲノム医療中核拠点病院において算定する。</p> | <p>4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる加算に関する施設基準 「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」 （令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること。</p> <p>〔算定要件〕 （7）「注2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院において算定する。</p> |

② 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し

基本的な考え方

がんゲノム医療を推進する観点から、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて新たな評価を行う。

具体的な内容

遺伝子パネル検査の項目新設に伴い、遺伝子パネル検査やその他の遺伝性腫瘍に係る検査を実施した際の遺伝カウンセリングについて評価を新設する。

がんゲノム医療中核拠点病院等で遺伝カウンセリング体制が整備されていることを踏まえ、遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリング加算を算定できる施設をがんゲノム医療中核拠点病院等に限定する。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【遺伝性腫瘍カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> | <p>【遺伝性腫瘍カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査又は<u>遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）</u>を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> |

② 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p><u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] (8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> | <p><u>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号「D006-19」に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[算定要件] (8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査、<u>区分番号「D006-18」に掲げるBRCA遺伝子変異、又は区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u> <u>マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u>を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> |

② 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p> <p><u>（新設）</u></p> | <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p> <p><u>（9）注6に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-19」に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施する際、（8）のア及びイのいずれも満たした場合に算定できる。</u></p> |

② 遺伝子パネル検査に係る遺伝カウンセリングの評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p data-bbox="237 296 448 392">[施設基準] <u>(新設)</u></p> | <p data-bbox="1162 296 2018 443">[施設基準] <u>がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。</u></p> |

③ 緩和ケア病棟入院料の見直し

基本的な考え方

患者や家族の意向に沿いつつ地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料について要件を見直す。

具体的な内容

緩和ケア病棟入院料 1 について、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料又は在宅がん医療総合診療料の届出を行っていることを要件とする
とともに、平均在院日数に係る要件を削除する。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【緩和ケア病棟入院料 1】 [施設基準] <u>(新規)</u></p> <p><u>(13)以下のア及びイを満たしていること又はウを満 たしていること。</u> <u>ア 直近 1 年間の当該病棟における入院日数の平 均が30日未満であること。</u></p> | <p>【緩和ケア病棟入院料 1】 [施設基準] <u>次のいずれかに係る届出を行っていること。</u> <u>① 区分番号 A 2 2 6 - 2 に掲げる緩和ケア診療 加算</u> <u>② 区分番号 B 0 0 1・2 4 に掲げる外来緩和ケア 管理料</u> <u>③ 区分番号 C 0 0 3 に掲げる在宅がん医療総合 診療料</u></p> <p><u>(13)以下のア又はイを満たしていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> |

③ 緩和ケア病棟入院料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>イ 当該病棟の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14日未満であること。 （イ）（4）の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 （ロ）患者が当該病棟に入院した日</p> <p>ウ 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。 （イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者 （ロ）同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者 （ハ）死亡退院の患者</p> | <p>ア 当該病棟の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14日未満であること。 （イ）（4）の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 （ロ）患者が当該病棟に入院した日</p> <p>イ 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。 （イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者 （ロ）同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者 （ハ）死亡退院の患者</p> |

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

基本的な考え方

医療機関と薬局との連携強化やきめ細かな栄養管理を通じてがん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法加算の評価を見直す。

具体的な内容

外来での抗がん剤治療の質を向上させる観点から、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、地域の薬局に勤務する薬剤師等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について、新たな評価を行う。

改定案

(新) 連携充実加算 150点（月1回）

[対象患者]

外来化学療法加算1のAを算定する患者

[算定要件]

(1) 当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的及び治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、**150**点を月1回に限り所定点数に加算する。

(2) その他以下の要件を満たすこと。

- ・治療の状況等を共有することを目的に、提供した治療の目的及び治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関又は保険薬局に提示するよう患者に指導を行うこと。
- ・他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報が報告された場合には、必要な分析・評価等を行うこと。

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

改定案

- ・悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。
- ・療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

〔施設基準〕

- (1) 外来化学療法加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 外来化学療法加算1に規定するレジメン（治療内容）に係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、以下に掲げる体制が整備されていること。
ア当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）を当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
イ当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を少なくとも年1回実施すること。
ウ他の保険医療機関及び保険薬局からの患者のレジメン（治療内容）や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。
- (4) 栄養指導の体制として、外来化学療法を実施している医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

④ 質の高い外来がん化学療法の評価

改定案

〔経過措置〕

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、上記（3）イの基準を満たしているものとする。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

基本的な考え方

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における、B R C A 遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても評価を行う。

具体的な内容

1. 乳がん、卵巣がん又は卵管がんの患者のうち、発症年齢や家族歴等から遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われるものに対する生殖細胞系列のB R C A 遺伝子検査について新たな評価を行う。
 2. 乳がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断されたものに対する対側の乳房切除術や子宮附属器腫瘍切除術について新たな評価を行う。
- また、卵巣がん又は卵管がん患者のうち、遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された者に対する、乳房切除術について新たな評価を行う。
3. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された患者のうち、乳房切除術を選択しなかったものに対するフォローアップとして、乳房MRI加算を算定できるよう要件を見直す。
 4. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対する一連の遺伝カウンセリングについて新たな評価を行う。

改定案

(新) B R C A 1 / 2 遺伝子検査 2 血液を検体とするもの 20,200点

〔算定要件〕

遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として当該検査を実施するに当たっては、厚生労働省がん対策推進総合研究事業研究班作成の「遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き2017年版」を参照すること。なお、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

改定案

〔施設基準〕

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（BRCA1／2 遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準）

（1）卵巣癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。

（2）乳癌患者に対して治療法の選択を目的として実施する場合には、化学療法の経験を5年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。

（3）遺伝性乳がん卵巣がん症候群の診断を目的として実施する場合には、（1）又は（2）のいずれかを満たすこと。

（4）遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合は、この限りでない。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

改定案

(新) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術

[算定要件]

K手術 通則 第19号

K475（乳房切除術、K888（子宮附属器腫瘍切除術）に掲げる手術については、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遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者に対して行った場合においても算定できる。

（1）当該手術の実施前に、臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳腺外科又は産婦人科の医師が参加するカンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえた治療方針の検討を行うこと。

（2）当該手術の実施前に、（1）のカンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じうる利益及び不利益について当該患者に説明を行うこと。

[施設基準]

当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（1）乳房切除術を行う場合は、乳腺外科又は外科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

改定案

- (2) 子宮附属器腫瘍摘出術を行う場合は、産婦人科又は婦人科を標榜しており、産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (3) 臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳がん卵巣がん症候群に関する研修を修了していること。
- (4) 乳房切除術を行う施設においては乳房MRI加算の施設基準に係る届出を行っていること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (7) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p><u>【がん患者指導管理料】</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>[施設基準]</u> <u>(新設)</u></p> | <p><u>【がん患者指導管理料】</u> <u>二 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合</u> 300点</p> <p><u>注4 二については、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、別に厚生労働大臣が定める者に対して、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</u></p> <p><u>[施設基準]</u> <u>4 がん患者指導管理料二に関する施設基準</u> <u>(1) BRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。</u> <u>(2) 患者のプライバシーに十分配慮した構造の個室を備えていること。</u></p> |

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【<u>遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）</u>】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査を実施し、その結果について患者又はその家族に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</p> | <p>【<u>遺伝カウンセリング加算（検体検査判断料の注加算）</u>】</p> <p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査又は<u>遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）</u>を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、<u>1,000点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>(8) 注5に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝学的検査、<u>区分番号「D006-18」に掲げるBRCA遺伝子検査又は区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」の悪性腫瘍遺伝子検査のマイクロサテライト</u></p> |

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報 の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p> | <p><u>不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。</u></p> <p>ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。</p> <p>イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。</p> <p>なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報 の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成29年4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p> |

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】 〔算定要件〕 (12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。</p> | <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）】 〔算定要件〕 (12)「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合又は<u>遺伝性乳がん卵巣がん患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。</u></p> |

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【組織拡張器による再建手術（一連につき）】</p> <p>1 乳房（再建手術）の場合 18,460点</p> <p>2 その他の場合 19,400点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>(2)「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。</p> <p>ア 一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> | <p>【組織拡張器による再建手術（一連につき）】</p> <p>1 乳房（再建手術）の場合 18,460点</p> <p>2 その他の場合 19,400点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>(2)「1」の乳房（再建手術）の場合は、<u>乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者</u>に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。</p> <p>ア 一次再建の場合 乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> |

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>イ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p> | <p>イ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p> |

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>(2) 乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> <p>イ 一次二期的再建の場合 乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。</p> | <p>【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>(2) 乳腺腫瘍患者若しくは<u>遺伝性乳がん卵巣がん症候群患者</u>に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 一次一次的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。</p> <p>イ 一次二期的再建の場合 乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。</p> |

⑦ 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>ウ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p> | <p>ウ 二次再建の場合 乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。</p> |

⑧ 介護老人保健施設におけるがん診療の充実

基本的な考え方

介護老人保健施設において必要ながん診療が提供されるよう、介護老人保健施設入所者について 算定できる注射薬を見直す。

具体的な内容

介護老人保健施設 入所者について算定できる注射薬について、悪性新生物に罹患している患者に対して投与された 薬効分類上の腫瘍用薬以外の 抗悪性腫瘍剤の費用 についても、医療保険による 給付の対象とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用</p> <p><u>抗悪性腫瘍剤（医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。）の費用</u></p> | <p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用</p> <p><u>抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用</u></p> |

Ⅱ－7－2 認知症患者に対する適切な医療の評価

① 認知症ケア加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 認知症ケア加算の見直し

基本的な考え方

質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、医師及び看護師に係る要件及び評価を見直すとともに、現場の実態を踏まえ、専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合について、新たな評価を行う。

具体的な内容

1. 認知症ケア加算の評価体系を、現行の2段階から3段階に見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| 【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 <u>150点</u> □ 15日以上期間 <u>30点</u> <u>(新設)</u> 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 <u>30点</u> □ 15日以上期間 <u>10点</u> | 【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 <u>160点</u> □ 15日以上期間 <u>30点</u> 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 <u>100点</u> □ 15日以上期間 <u>25点</u> 3 認知症ケア加算 3 イ 14日以内の期間 <u>40点</u> □ 15日以上期間 <u>10点</u> |

① 認知症ケア加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|-------------------------------|--|
| <p>[算定要件] <u>(新設)</u></p> | <p>[算定要件] <u>(6) 認知症ケア加算2</u> <u>ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。</u> <u>イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。</u> <u>ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。</u></p> |

① 認知症ケア加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p data-bbox="215 448 613 544"><u>(6) 認知症ケア加算 2</u> (略)</p> <p data-bbox="237 603 448 699">[施設基準] <u>(新設)</u></p> <p data-bbox="237 858 360 906"><u>(新設)</u></p> | <p data-bbox="1144 296 2007 392"><u>Ⅰ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも 1 日に 1 度は行うこと。</u></p> <p data-bbox="1144 448 1541 544"><u>(7) 認知症ケア加算 3</u> (略)</p> <p data-bbox="1144 603 2018 802">[施設基準] <u>認知症ケア加算 2 の施設基準</u> <u>当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。</u></p> <p data-bbox="1144 863 2029 1214"><u>(1) 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を 5 年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。</u> (※ 医師及び看護師の要件は、認知症ケア加算 1 における認知症ケアチームの要件と同様)</p> <p data-bbox="1144 1273 2029 1369"><u>(2) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び</u></p> |

① 認知症ケア加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|----|--|
| | <p><u>精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上配置すること。</u></p> <p>（※ 看護師の研修に係る要件は、認知症ケア加算3の要件と同様）</p> <p><u>(3) (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。</u></p> <p><u>(4) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。</u></p> <p><u>(5) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対して、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。</u></p> |

① 認知症ケア加算の見直し

具体的な内容

2. 認知症ケア加算1の医師及び看護師に係る要件の見直しを行う。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【認知症ケア加算1】 〔施設基準〕</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ（略）</p> <p>(2) (1)のアに掲げる医師は、精神科の経験を<u>5</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>5</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了し</p> | <p>【認知症ケア加算1】 〔施設基準〕</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。</p> <p>ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師</p> <p>イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師</p> <p>ウ（略）</p> <p>(2) (1)のアに掲げる医師は、精神科の経験を<u>3</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>3</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了し</p> |

① 認知症ケア加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>医師であること。(中略)また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週<u>24</u>時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(精神科の経験を<u>5</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>5</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</p> | <p>医師であること。(中略)また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週<u>22</u>時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(精神科の経験を<u>3</u>年以上有する医師、神経内科の経験を<u>3</u>年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。</p> |

① 認知症ケア加算の見直し

具体的な内容

3. 認知症ケア加算2の名称及び看護師に係る要件を見直し、評価の充実を行う。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【認知症ケア加算2】</p> <p>イ 14日以内の期間 30点</p> <p>ロ 15日以上期間 10点</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を<u>複数名</u>配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</p> | <p>【認知症ケア加算3】</p> <p>イ 14日以内の期間 40点</p> <p>ロ 15日以上期間 10点</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>(1) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を<u>3名以上</u>配置すること。</p> <p>(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。<u>ただし、(1)に掲げる3名の看護師のうち1名については、次の事項に該当する研修を受講した看護師が行う認知症看護に係る院内研修の受講をもって満たすものとして差し支えない。</u></p> |

① 認知症ケア加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。</p> <p>（略）</p> | <p>ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。</p> <p>ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。</p> <p>（略）</p> |

認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、本年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を遅やかにする」という意味



コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

対象期間：2025（令和7）年まで

具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
 - ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
 - ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等
- ② 予防
 - ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
 - ・エビデンスの収集・普及 等
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
 - ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
 - ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
 - ・企業認証・表彰の仕組みの検討
 - ・社会参加活動等の推進 等
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開
 - ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点の重視

認知症ケア加算 1 を届出していない理由（入院料別）

○ 認知症ケア加算 1 を届出していない理由を入院基本料別にみると、最も該当するものは、「認知症ケアチームの要件である精神科又は神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できないため」であった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由（最も該当するもの）



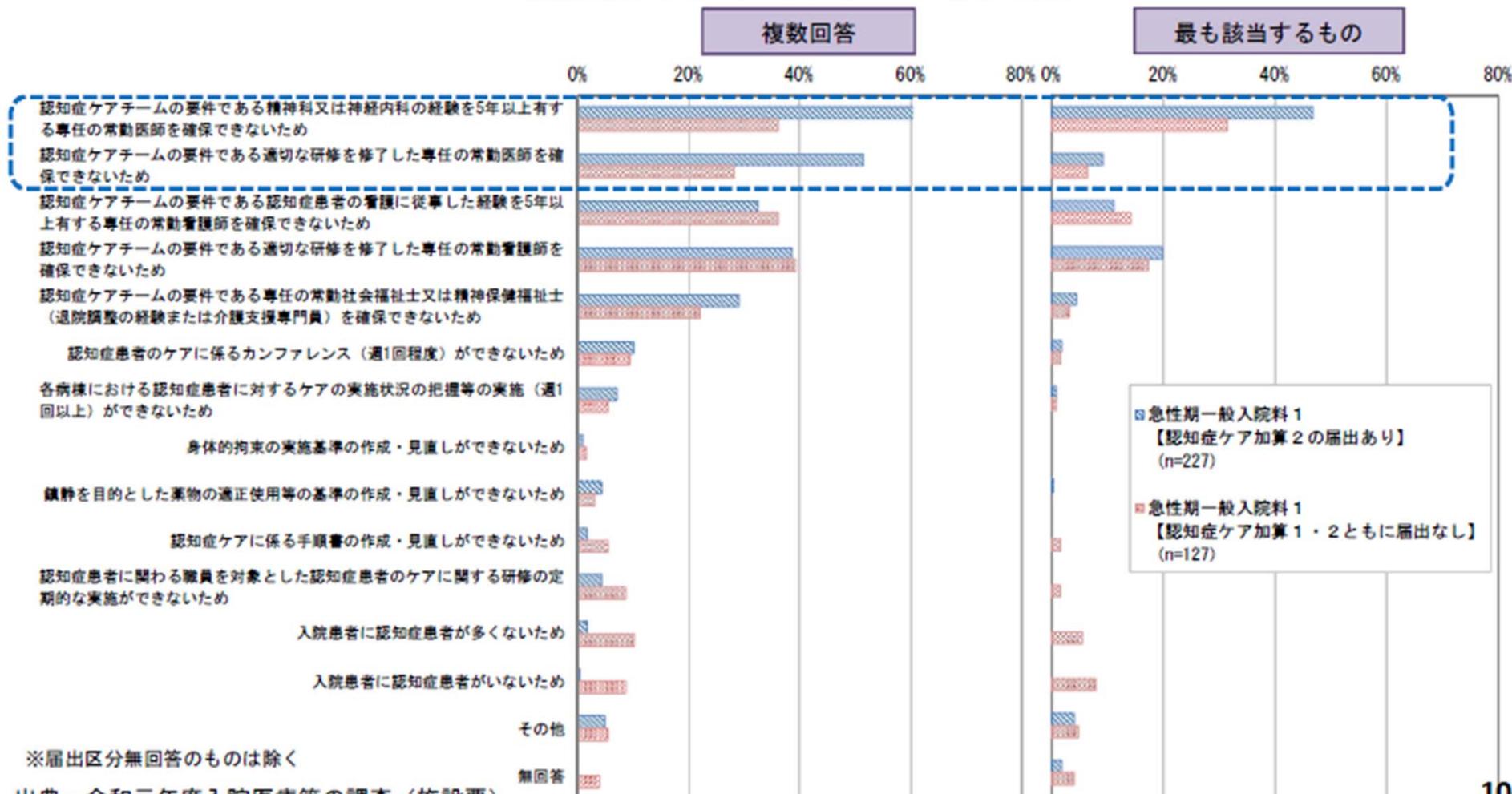
※届出区分無回答のものは除く

出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

認知症ケア加算1を届出していない理由（加算の届出別）

○ 急性期一般入院料1において、認知症ケア加算1を届出していない理由を認知症ケア加算の届出別にみると、認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設よりも、認知症ケア加算2を届出している施設の方が、医師に関する要件を理由に挙げた割合が多かった。

認知症ケア加算1を届出していない理由

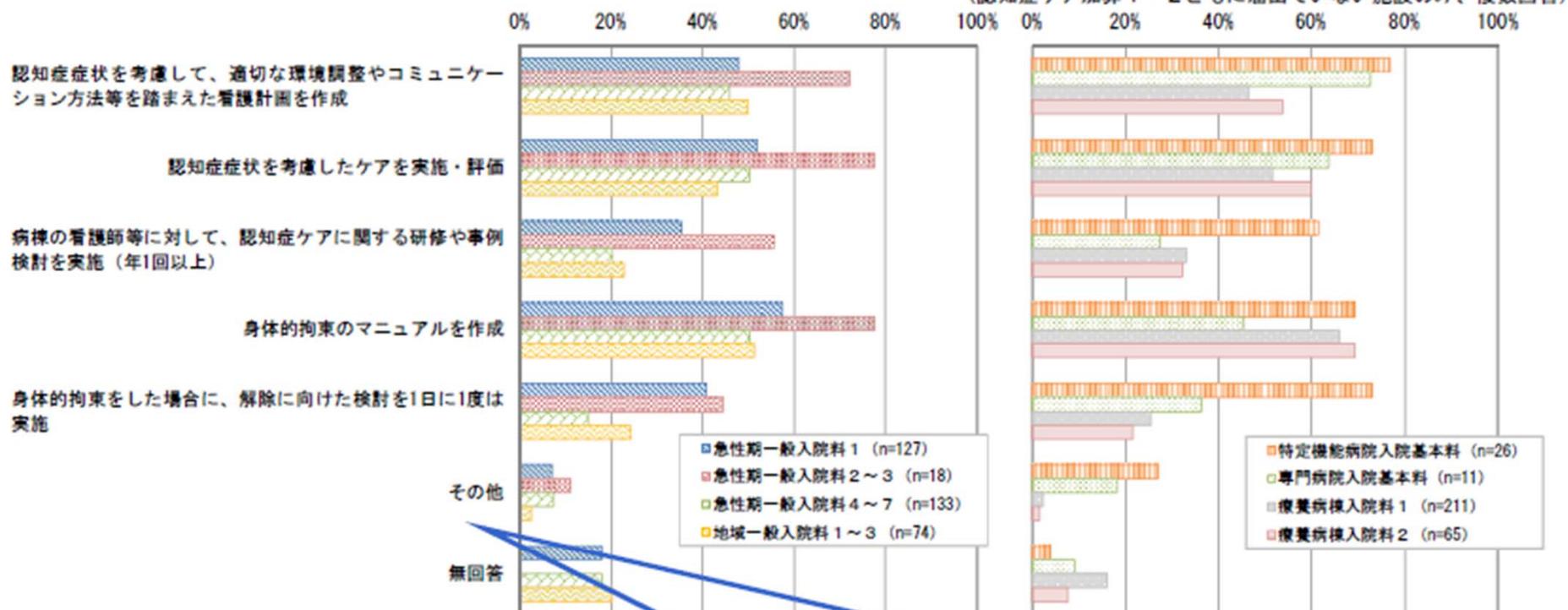


出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

- 認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設における取組としては、選択肢の他に、チームによるラウンドや専門性の高い看護師への相談などが挙げられた。

認知症患者に対して実施している取組

(認知症ケア加算1・2ともに届出していない施設のみ、複数回答)



その他の自由記載:

- ・リエゾンチームによるラウンドや介入
- ・入院環境の調整
- ・認知症患者対応マニュアルの作成
- ・eラーニングによる研修 等
- ・認定看護師への相談
- ・入院時の認知症に関する評価
- ・認知症カンファレンス

※届出区分無回答のものは除く

出典: 令和元年度入院医療等の調査 (施設票)

認知症に関する専門性の高い看護師の配置による影響

- 認知症ケア加算2について、認知症に関する専門性の高い看護師の配置は要件とされていないが、急性期一般入院料1もしくは特定機能病院においては、**3割以上の施設**において専門性の高い看護師が配置されていた。
- これらの施設は、認知症に関する専門性の高い看護師を配置していない施設と比べ、身体的拘束を実施した患者や日数の割合が低かった。

■ 身体的拘束を実施した患者の割合※1

| | 加算1の算定施設 | 加算2の算定施設 | |
|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | 専門性の高い看護師の配置あり (n=436) | 専門性の高い看護師の配置あり (n=132) | 専門性の高い看護師の配置なし (n=247) |
| 中央値 (%) | 4.2 | 4.9 | 5.5 |
| 四分位範囲 (%) | 1.2 - 8.7 | 1.8 - 8.0 | 2.1 - 11.4 |

認知症ケア加算2を算定している施設のうち、**34.8%** (132/379施設) において「認知症に関する専門性の高い看護師」を配置

■ 入院日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合※2

| | 加算1の算定施設 | 加算2の算定施設 | |
|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | 専門性の高い看護師の配置あり (n=436) | 専門性の高い看護師の配置あり (n=132) | 専門性の高い看護師の配置なし (n=247) |
| 中央値 (%) | 3.9 | 4.7 | 5.0 |
| 四分位範囲 (%) | 1.0 - 8.9 | 1.3 - 9.7 | 2.0 - 11.4 |

※ 左記の「認知症に関する専門性の高い看護師」とは、「認知症看護」の認定看護師（下記参考1の①）、「老人看護」又は「精神看護」の専門看護師（下記参考1の②）を指す。

【参考1】認知症ケア加算1における認知症ケアチームの「認知症患者の看護に従事した経験が5年以上あり、認知症看護に係る適切な研修（600時間以上）を修了した専任の常勤看護師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」として認められている研修は以下のとおり。（看護解釈より）

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
- ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【出典】労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 事業 (日本看護協会)

○2018年10月にDiNQLデータが入力された「急性期一般入院料1」もしくは「特定機能病院入院基本料一般7対1」のみを算定していた324病院2,306病棟のうち、「認知症ケア加算の算定状況」および「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準がランクⅢ以上の患者割合」の両方のデータが入力され、かつ、認知症ケア加算算定の対象となる「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクⅢ以上の患者が1名以上入院していた231施設1,067病棟を対象として集計

○上記の施設の認知症ケア加算の算定状況は以下のとおり。
 認知症ケア加算1：93施設 (40.3%、472病棟)
 認知症ケア加算2：81施設 (35.1%、401病棟)
 認知症ケア加算の算定なし：57施設 (24.7%、194病棟)

○表中のデータの算出方法は以下のとおり。
 ※1 「1ヶ月間に身体的拘束を実施した患者数 (実人数)」÷「1ヶ月間の病棟の入院実患者数」×100
 ※2 「1ヶ月間に身体的拘束を実施した延べ患者日数」÷「1ヶ月間の病棟の在院患者延べ人数」×100

【参考2】認知症ケア加算における「身体的拘束」に関する要件

- 身体的拘束について
 - ア 身体的拘束は、制動帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
 - イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
 - ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
 - エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
 - (イ) 実施の必要性等のアセスメント
 - (ロ) 患者家族への説明と同意
 - (ハ) 身体的拘束の具体的な行為や実施時間等の記録
 - (ニ) 二次的な身体障害の予防
 - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
 - オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを依頼するようなことがあってはならないこと。
- 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要状況等を診療録等に記載すること。

Ⅱ－7－3 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 精神病棟における退院時共同指導の評価
- ② 精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価
- ③ 精神科在宅患者に対する適切な支援の評価
- ④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し
- ⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し
- ⑥ 精神療養病棟入院料等における持続性抗精神病注射薬剤の取り扱いの見直し
- ⑦ 精神科急性期病棟におけるクロザピンの普及推進
- ⑧ 精神科救急入院料の見直し
- ⑨ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実
- ⑩ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑪ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実
- ⑫ クロザピンを投与中の患者に対するヘモグロビンA 1 c の測定に係る要件の見直し
- ⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し
- ⑭ 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進
- ⑮ ギャンブル依存症に対する治療の評価

※灰字の項目は本資料では省略

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を推進するため、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、届出期間の延長と要件の見直しを行う。

具体的な内容

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料の算定に当たって要件となっている許可病床数に係る平均入院患者数の割合を見直すとともに、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.9</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.9</u>以上としても差し支えないこと。 (イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 (ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 (ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> | <p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<u>0.85</u>以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<u>0.85</u>以上としても差し支えないこと。 (イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 (ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数 (ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数</p> |

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>1.5%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p> <p>(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が<u>1.5%</u>以上であること。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p> | <p>イ 以下の式で算出される数値が<u>2.4%</u>以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p> <p>(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が<u>2.4%</u>以上であること。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p> |

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>(16)算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－ (当該病棟の届出病床数の<u>5分の1</u>×当該病棟の算定年数)</p> <p>(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－ (当該病棟の届出病床数の<u>5分の1</u>×当該病棟の算定月数÷12) <u>(新設)</u></p> | <p>(16)算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－ (当該病棟の届出病床数の<u>30%</u>×当該病棟の算定年数)</p> <p>(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－ (当該病棟の届出病床数の<u>30%</u>×当該病棟の算定月数÷12)</p> <p><u>(18)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。</u></p> |

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

具体的な内容

2. 当該病棟において、専従の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準ト 当該病棟に専従の精神保健福祉士が二名以上（入院患者数が四十を超える場合は三名以上）配置されていること。</p> <p>[施設基準] (8) 当該病棟に<u>2名以上</u>（<u>入院患者の数が40を超える場合は3名以上</u>）の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、<u>2名</u>の専従の常勤精神保健福祉士と、</p> | <p>【地域移行機能強化病棟】 [施設基準] 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準ト 当該病棟に専従の<u>常勤</u>の精神保健福祉士が<u>一名以上</u>配置されており、かつ、当該病棟に専任の<u>常勤</u>の精神保健福祉士が<u>一名以上</u>（<u>入院患者数が四十を超える場合は二名以上</u>）配置されていること。</p> <p>[施設基準] (8) 当該病棟に<u>1名以上</u>の専従の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤精神保健福祉士 <u>1名以上</u>（<u>入院患者の数が40を超える場合は2名以上</u>）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、</p> |

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>1名の<u>専従</u>の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。</p> | <p><u>1名の専従の常勤精神保健福祉士及び1名の専任の常勤精神保健福祉士</u>と、<u>1名の専任の常勤社会福祉士</u>が配置されていればよいこと。</p> |

④ 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

具体的な内容

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和2年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和6年3月31日までに延長する。

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

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

退院後

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後

- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

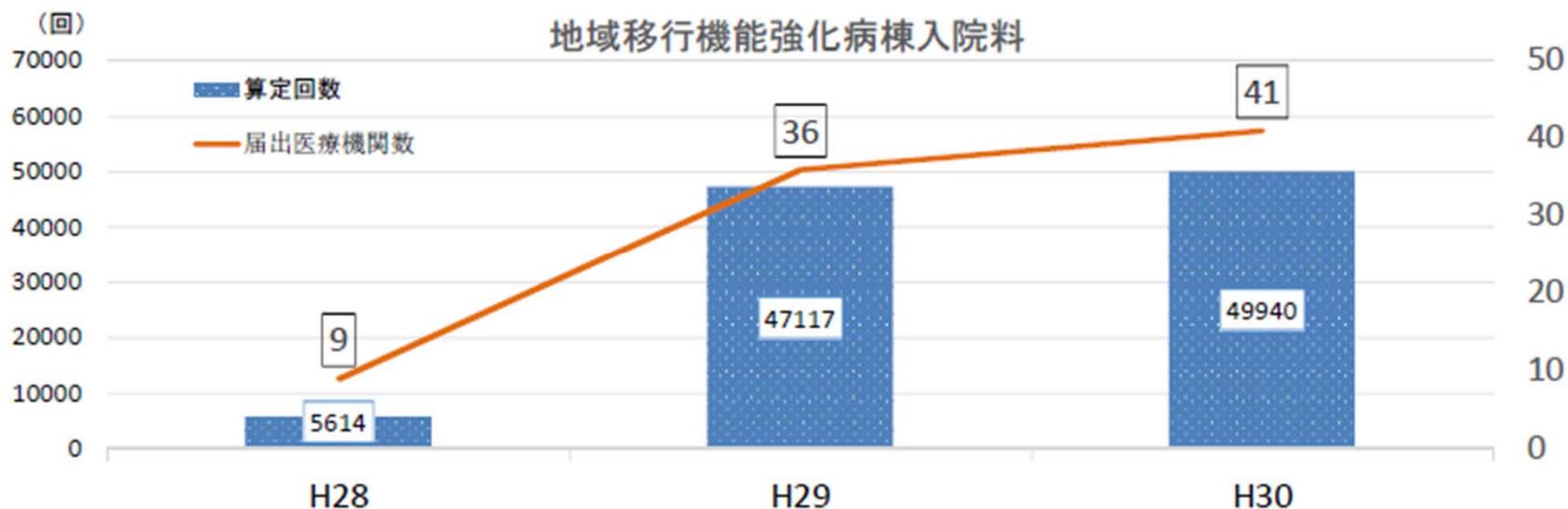
平成28年度診療報酬改定

集中的な退院支援と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価

➤ **A318 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点**

【施設基準】

- ① 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- ② 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- ③ 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- ④ 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- ⑤ 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- ⑥ 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- ⑦ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- ⑧ **平成31年度までに新規の届出を行うこと。**



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)、社会医療診療行為別統計 51

中央社会保険医療協議会総会資料 (2019.11.20)

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

基本的な考え方

精神科急性期治療病棟入院料における精神科急性期医師配置加算について、実績に係る要件を見直す。

具体的な内容

精神科急性期治療病棟入院料 1 における精神科急性期医師配置加算について、現行の要件である新規入院患者の自宅等への移行率に加えて、クロザピンを新規に導入した患者数の実績によって、3つの類型に分けて評価する。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（1日につき） <u>500点</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>〔算定要件〕 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入</p> | <p>【精神科急性期医師配置加算】 精神科急性期医師配置加算（1日につき）</p> <p><u>1 精神科急性期医師配置加算 1</u> <u>600点</u> <u>2 精神科急性期医師配置加算 2</u> <u>イ 精神病棟入院基本料等の場合</u> <u>500点</u> <u>ロ 精神科急性期治療病棟入院料の場合</u> <u>500点</u> <u>3 精神科急性期医師配置加算 3</u> <u>450点</u></p> <p>〔算定要件〕 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別</p> |

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。</p> | <p>入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、<u>当該基準に係る区分に従い</u>、所定点数に加算する。</p> |

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【精神科急性期医師配置加算】 〔算定要件〕 精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。</p> <p>【精神科急性期医師配置加算】 〔施設基準〕 三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。</p> | <p>【精神科急性期医師配置加算】 〔算定要件〕 精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。</p> <p>【精神科急性期医師配置加算】 〔施設基準〕 三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準 (1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。</p> |

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>□ 次のいずれも満たしていること。</p> <p>① <u>精神科救急医療に係る実績を相当程度有する保険医療機関であること。</u> <u>(新設)</u></p> <p>② <u>精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定する精神病棟であること。</u></p> <p>(2) 以下のいずれかに該当する精神病棟であること。 イ 次のいずれも満たしていること。</p> <p>① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。</p> <p>② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。</p> <p>③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。</p> | <p>(2) <u>精神科急性期医師配置加算 1 の施設基準</u></p> <p>① <u>精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。</u></p> <p>② <u>直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績を相当程度有していること。</u></p> <p>③ <u>精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定する精神病棟であること。</u></p> <p>(3) <u>精神科急性期医師配置加算 2 のイの施設基準</u></p> <p>① 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。</p> <p>② 精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。</p> <p>③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。</p> |

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>(新設)</u> ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。</p> <p><u>(新設)</u> イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。</p> | <p><u>2 精神科急性期医師配置加算1に関する基準</u> <u>(1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。</u> <u>(2) 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が6件以上であること。</u> <u>(3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。</u></p> |

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p><u>(新設)</u></p> <p>ア 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては80床）以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。</p> <p>イ 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。</p> <p>ウ 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。</p> <p>（イ）「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関</p> | <p><u>3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準</u></p> <p>(1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては80床）以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。</p> <p>(3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。</p> <p>（イ）「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関</p> |

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関</p> <p>エ 区分番号「A 2 3 0 - 4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。</p> <p>オ 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A 2 3 0 - 3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。</p> <p>カ 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。</p> | <p>(ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関</p> <p>(4) 区分番号「A 2 3 0 - 4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。</p> <p>(5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A 2 3 0 - 3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。</p> <p>(6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。</p> |

⑤ 精神科急性期医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---------------------------------------|---|
| <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>4 精神科急性期医師配置加算 2 のロに関する施設基準 2 の(1)及び(3)を満たすものであること。</u></p> <p><u>5 精神科急性期医師配置加算 3 に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。なお、当該要件にかかる留意点については2の(1)と同様であること。</u></p> <p><u>(2) 直近1年間に当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が3件以上であること。</u></p> <p><u>(3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。</u></p> |

精神病棟入院料と急性期医師配置加算に係る報酬体系①(平成30年度)

○ 精神病棟入院基本料等及び急性期医師配置加算、在宅移行率等の要件は以下の通り。

| | 医師の配置 | 看護職員等の配置 | その他の主な要件 | 診療報酬点数 | |
|--|-------|----------------------|--|---|--|
| A103 精神病棟入院基本料 医師 48:1 (A104) 特定機能病院入院基本料(精神病棟) 特定機能病院の法定人員 医師 8:1 薬剤師 30:1 看護師及び准看護師 2:1 | | 看護 7:1 (特定機能病院のみ) | ・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下 | (1,450点) | A249 急性期医師配置加算 イ (16:1) 500点/日 <要件> ア 許可病床数100床以上の総合病院 イ 精神病床が許可病床数の50%未満かつ精神病棟2病棟以下 ウ 24時間の救急医療提供体制 エ A230-4 リエゾンチーム加算の届出 オ 直近3ヶ月感の新規入院患者の5%以上がA230-3 精神科身体合併症管理加算の対象患者 カ 精神科医が、以下の者(※)を速やかに診察できる体制を有し、到着後12時間以内に毎月5人以上診察 (※)救急車又は救急ヘリによる搬送患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者 |
| | | 看護 10:1 (特定機能病院) | ・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下 | 1,287点 (1,373点) | |
| | | 看護 13:1 (特定機能病院) | ・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保 | 958点 (995点) | |
| | | 看護 15:1 (特定機能病院) | ・特記事項なし | 830点 (933点) | |
| | | 看護 18:1 | | 740点 | |
| 看護 20:1 | 685点 | | | | |
| 特別入院基本料(看護 25:1) | 561点 | | | | |
| | | | | ・初期加算 505点(～14日) 250点(15～30日) 125点(31～90日) 10点(91～180日) 3点(181日～1年) ・重度認知症加算 300点(～1月) ・救急支援精神病棟 初期加算 100点(～14日) | |

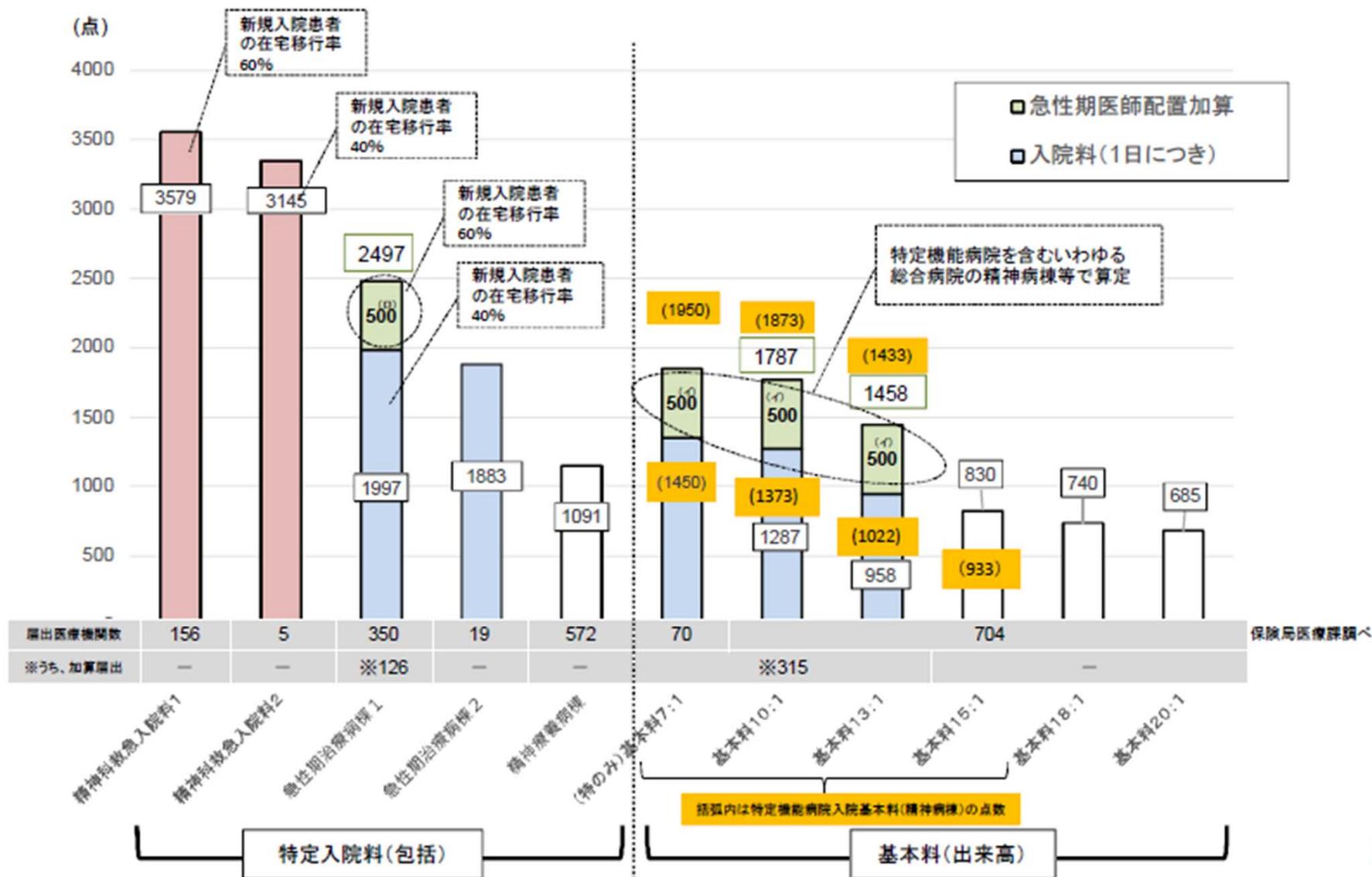
精神病棟入院料と急性期医師配置加算に係る報酬体系②(平成30年度)

○ 特定入院料及び急性期医師配置加算、在宅移行率等の要件は以下の通り。

| | 医師の配置 | 看護職員等の配置 | その他の主な要件 | 算定の対象となる患者 | 診療報酬 点数 |
|----------------------------------|--|---|---|---|--|
| A311 精神科救急 入院料1 | 医師 16:1 指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 | 看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名 | ・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行※1 | ・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院した ことがない患者 | 3,579点 (～30日) 3,145点 (31日～) |
| A311 精神科救急 入院料2 | | | ・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行※1 ※1 再入院患者も含む | | 3,372点 (～30日) 2,920点 (31日～) |
| A311-2 精神科急性 期治療病棟 入院料1 | 医師 48:1 指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 | 看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名 | ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行 A249 急性期医師配置加算 口 (16:1) <要件> ア 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して 3月以内に退院し、在宅へ移行すること。 イ 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であり、かつ、時間外、休日又は深夜の外来対応件数が 年20件以上であること。 | ・3月以内に精神病棟に入院した ことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例 | 1,997点 (～30日) 1,665点 (31日～) 急性期医師配置加算(16:1) 500点/日 |
| A311-2 精神科急性 期治療病棟 入院料2 | | 看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名 | ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行 | | 1,883点 (～30日) 1,554点 (31日～) |
| A312 精神療養病 棟入院料 | 医師 48:1 指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名 (専任) | 看護+看護補助者15:1 (うち、看護5割) OT又は経験看護師 1名 | ・病院にPSWまたは公認心理師が常勤 ・病棟に退院支援相談員を選任 ・病院に作業療法室または生活技能訓練室 | ・長期の入院を要する精神疾患 を有する患者 | 1,091点 (GAFスコア41以上) 1,120点 (GAFスコア40以下) 1,150点 (GAFスコア30以下か つ精神科救急へ協力) |

精神病棟入院料と急性期医師配置加算の構造(イメージ)等

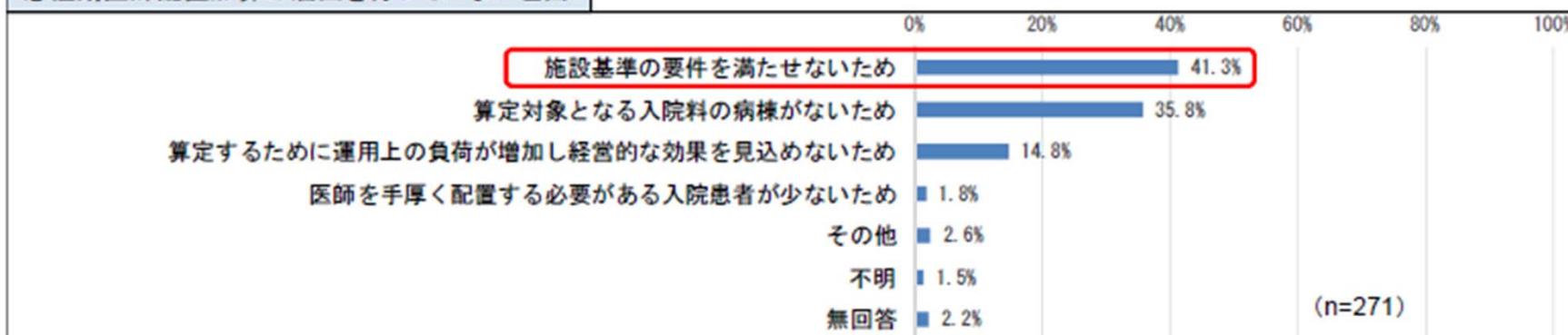
○ 精神病棟入院料と急性期医師配置加算の構造(イメージ)及び届出医療機関数等の状況は以下の通り。



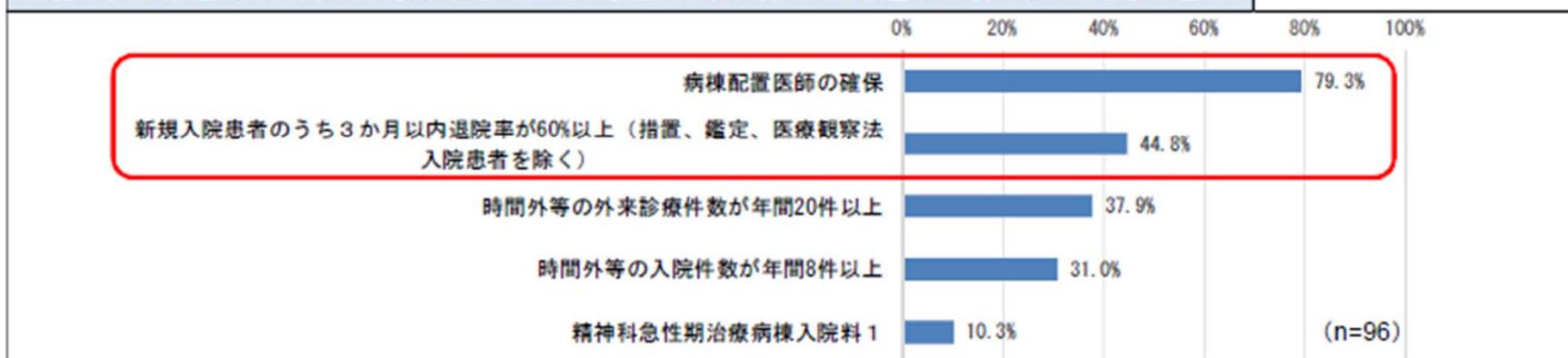
精神病床を有する医療機関に対する調査結果：急性期医師配置加算について

- 精神病床を有する医療機関への調査結果によると、急性期医師配置加算の届出を行っていない理由は、「施設基準の要件を満たせないため」との回答が最多であった。
- 急性期治療病棟入院料1を届け出ている医療機関において、施設基準を満たせない理由となる急性期医師配置加算の要件は、「病棟配置医師の確保」「新規患者の3ヶ月以内退院率が60%以上」等が多い。

急性期医師配置加算の届出を行っていない理由



上記のうち、急性期治療病棟入院料1を届け出ている医療機関において施設基準の要件を満たせない理由



抗精神病薬の変遷

| | 抗精神病薬 | 治療抵抗性抗精神病薬 (クロザピン) | 持効性抗精神病薬注射製剤 (LAI) |
|--------|---|---|---|
| 1950年代 | 統合失調症への薬物療法のはじまり 第1世代 (定型抗精神病薬) ・クロルプロマジンの開発 ・ハロペリドールの開発 | | |
| 1960年代 | (追加併用の時代) 鎮静作用と抗幻覚・妄想作用の強い薬剤の組合せ | 第2世代 (非定型抗精神病薬) クロザピンの合成 臨床試験開始 | 第1世代 (非定型抗精神病薬) エナント酸フルフェナジンの開発 デカン酸フルフェナジンの開発 |
| 1970年代 | | オーストリアで承認 日本での承認申請 フィンランドにて無顆粒球症のため8例死亡、主要国で販売停止・臨床試験中止措置、日本での申請取下げ | 日本でエナント酸フルフェナジンの承認 |
| 1980年代 | | 治療抵抗性統合失調症に対する有効性報告 | 日本でハロペリドールデカン酸エステル |
| 1990年代 | (多剤併用大量投与の時代) 第2世代 (非定型精神薬) '94年 米国にてリスペリドンの発売 '96年 日本にてリスペリドンの発売 | 米国、英国で血液モニタリング下での使用承認 '95年 日本での再開発開始 | 日本でフルフェナジンデカン酸エステルの承認 第2世代 (非定型抗精神病薬) '93年 リスペリドンの開発 |
| 2000年代 | '01年 クチアピン、オランザピン、ペロスピロンの発売 '05年 アリピプラゾール発売 '08年 プロナンセリン発売 | '07年 日本で承認申請 '09年 日本で承認、発売 | '02年 アリピプラゾールの開発 '09年 日本でリスペリドンの承認 パリペリドンの開発 |
| 2010年代 | | '12年 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の新設 | '13年 日本でパリペリドンの承認 '14年 パリペリドン 安全性速報発出 '15年 日本でアリピプラゾールの承認 |

※障害保健福祉部 精神・障害保健課作成 **42**

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※1)の治療薬として世界100カ国以上で使用されている内服薬。

治療抵抗性統合失調症の57～67%に精神症状の改善が見られている。

(※1) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重篤な副作用は、無顆粒球症(※2)で、本邦での頻度は約1%。

(※2)無顆粒球症は、体に入った細菌を殺すはたらきをする白血球(顆粒球)が著しく減り、ほとんどなくなった状態をいう。無顆粒球症は、適切な医学的管理が実施されないと細菌感染により重症になりやすく、死に至る危険性がある。
2009年7月から2017年5月末までに、クロザピンを服用している患者の1.02%に無顆粒球症がみられた。

重篤な副作用：()内は頻度

1. 無顆粒球症 (1.02%)
2. 高血糖 (0.32%)、糖尿病性ケトアシドーシス (不明)
糖尿病性昏睡 (不明)
3. 心筋炎 (0.11%)、心筋症 (0.05%)、心膜炎 (0.05%)
心嚢液貯留 (0.11%)
4. てんかん発作(不明)、痙攣 (0.91%)

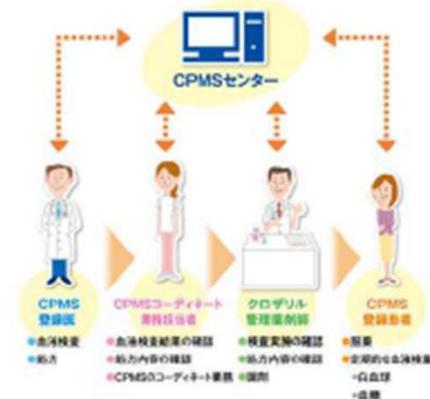
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、無顆粒球症等の重大な副作用を早期発見し早期治療につなげるため、クロザピンの投与前と投与中に定期的な血液検査を行う仕組みである。

○クロザピンは、入院して投与を開始すること(18週間までは原則として入院が必要)、投与開始後26週間は毎週採血して白血球等の数を確認することが必要である。

○クロザピンは、HbA1cが6.0%(NGSP)未満では、投与開始後から4週、12週、以降12週間毎に、6.0%(NGSP)以上では、投与開始後から4週毎に採血をしてHbA1cを確認することが必要である。

○クロザピンは、精神保健指定医かつ日本精神神経学会または日本臨床精神神経薬理学会の専門医等で、講習を受けテストに合格した登録医師のみ処方できる。クロザピンを提供できる医療機関は、診察当日に血液検査等の結果がわかること、無顆粒球症や糖尿病への対処が可能なこと、CPMS登録医、CPMSコーディネーター業務担当者、クロザピン管理薬剤師が各2名以上勤務している体制を整える必要がある。

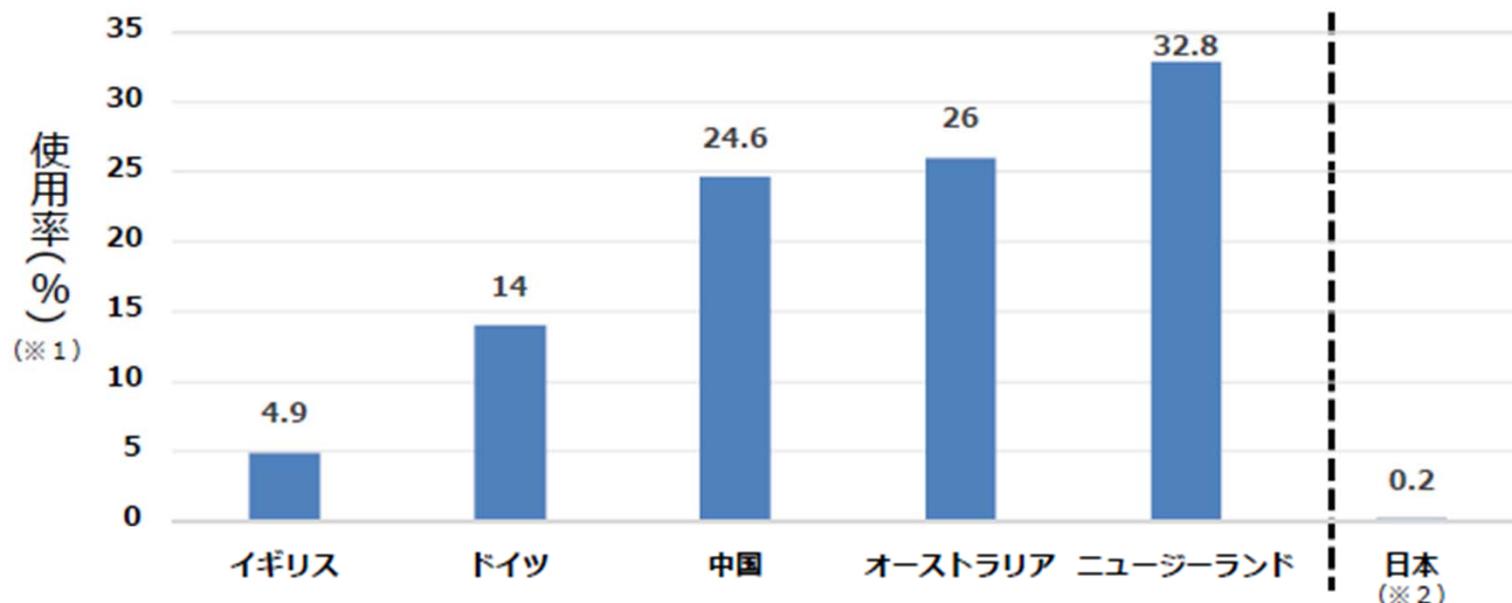


出典:クロザピン添付文書、クロザピン臨床試験結果、CPMS運営主体のホームページより作成

※障害保健福祉部 精神・障害保健課作成 43

統合失調症患者におけるクロザピンの普及の状況

- 治療抵抗性統合失調症を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンによる専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている一方、重大な副作用が報告されていることから、クロザピンの使用にあたっては、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。
- 第7次医療計画及び第5期障害福祉計画においては、精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標設定を行っており、当該目標はクロザピンの普及等による効果を勘案している。
- そのため、治療抵抗性統合失調症を有する患者がどこに入院しても、当該治療を受けることができるよう、クロザピンを使用可能な医療機関の確保及び地域連携体制を構築するとともに、クロザピンの処方率を、先行している諸外国の実績と国内で先行している医療機関の実績を踏まえ、治療抵抗性統合失調症患者の25～30%に普及することを目指している。
- なお、クロザピンの使用率を単純に比較することは難しいが、イギリス（4.9%）、ドイツ（14%）、中国（24.6%）、オーストラリア（26%）、ニュージーランド（32.8%）に対して、日本は0.2%となっている。



(※1) 個々の調査・研究の背景・条件が異なるため、使用率の単純比較はできない。

統合失調症患者のうち、イギリスは外来患者（2000年～2001年）、ドイツは外来患者（2004年）、中国は入院患者（2004年）、オーストラリアは外来患者（2007年）、ニュージーランドは外来患者（2004年）、日本は外来及び入院患者（2017年）を用いたもの。

(※2) 日本は、医療計画の指標例「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」を用いた。

出典（日本を除く）：厚生労働省平成25年度 障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」（平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会）

出典（日本）：令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内芳雄）」

※障害保健福祉部 精神・障害保健課作成

⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

基本的な考え方

精神病棟における高齢化等による病態の変化等を踏まえ、精神科身体合併症管理加算について、対象疾患等の要件を見直す。

具体的な内容

1. 精神科身体合併症管理加算について、算定可能となる日数の上限を見直す。

| 現行 | 改定案 | | | | | | | | |
|--|-------------|------|-------------|-------------|---|--------|------|----------------------|-------------|
| <p>【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 7日以内</td> <td style="text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>2 8日以上10日以内</td> <td style="text-align: right;"><u>225点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件] 注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを</p> | 1 7日以内 | 450点 | 2 8日以上10日以内 | <u>225点</u> | <p>【精神科身体合併症管理加算】 精神科身体合併症管理加算（1日につき）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 7日以内</td> <td style="text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>2 8日以上<u>15日</u>以内</td> <td style="text-align: right;"><u>300点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件] 注 精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを</p> | 1 7日以内 | 450点 | 2 8日以上 <u>15日</u> 以内 | <u>300点</u> |
| 1 7日以内 | 450点 | | | | | | | | |
| 2 8日以上10日以内 | <u>225点</u> | | | | | | | | |
| 1 7日以内 | 450点 | | | | | | | | |
| 2 8日以上 <u>15日</u> 以内 | <u>300点</u> | | | | | | | | |

⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>現に算定している患者に限る。) について、当該疾患の治療開始日から起算して<u>10日</u>を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>現に算定している患者に限る。) について、当該疾患の治療開始日から起算して<u>15日</u>を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。</p> <p><u>(4) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。</u></p> |

⑬ 精神科身体合併症管理加算の見直し

具体的な内容

2. 対象に指定難病の患者を加える。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>[施設基準] 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略) <u>(新設)</u></p> | <p>[施設基準] 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者 (略) <u>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）</u></p> |

⑭ 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

基本的な考え方

精神病棟に長期に渡り入院する患者の高齢化及び身体合併症等の実態を踏まえ、精神療養病棟におけるリハビリテーションの算定要件を見直す。

具体的な内容

精神療養病棟入院料について、疾患別リハビリテーション料及びリハビリテーション総合計画評価料を別に算定できるよう見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p> | <p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件] 注2 診療に係る費用（注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算及び薬剤総合評価調整加算、<u>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、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002にH</u></p> |

⑭ 精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進

| 現行 | 改定案 |
|----|---|
| | <p>掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号003－2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。</p> |

Ⅱ－7－4 難病患者に対する適切な医療の評価

① 難病患者に対する適切な医療の評価

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅱ－7－5 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ① 小児かかりつけ診療料の見直し
- ② 小児科外来診療料の見直し
- ③ 小児運動器疾患指導管理料の見直し
- ④ 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し
- ⑤ 児童思春期の精神疾患等に対する支援の充実
- ⑥ 精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実
- ⑦ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
- ⑧ 妊婦加算の扱い
- ⑨ 地域の救急医療体制における重要な役割を担う医療機関に対する評価
- ⑩ 救急医療管理加算の見直し
- ⑪ 救急医療体制の充実
- ⑫ 超急性期脳卒中加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

⑩ 救急医療管理加算の見直し

基本的な考え方

患者の重症度等に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、救急医療管理加算について要件を見直す。

具体的な内容

救急医療管理加算を算定するに当たって、項目ア～ケのうち一部の項目に係る重症度の指標や、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。また、当該加算の評価を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算 1 900点 2 救急医療管理加算 2 300点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。</p> | <p>【救急医療管理加算】</p> <p>1 救急医療管理加算 1 950点 2 救急医療管理加算 2 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。</p> |

⑩ 救急医療管理加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態</p> <p>(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。</p> <p>なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。</p> | <p>ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態</p> <p>(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はその他の重症な状態（コ）にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態であっても算定できる。</p> |

⑩ 救急医療管理加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>(4) <u>救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>(4) <u>救急医療管理加算 1 を算定する場合は、(2) のアからケのいずれの状態に該当するか、救急医療管理加算 2 を算定する場合は、(2) のアからケに準ずる状態又はその他の重症な状態 (コ) のいずれに該当するかについて、選択すること。</u></p> <p>(5) <u>救急医療管理加算を算定するに当たって、(2) のイ、ウ、オ、カ若しくはキの状態又はそれに準ずる状態を選択する場合は、それぞれの重症度に係る指標の入院時の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>(6) <u>救急医療管理加算を算定すべき重症な状態に対して、入院後 3 日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なものについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> |

⑫ 超急性期脳卒中加算の見直し

基本的な考え方

脳梗塞の急性期治療に用いる r t - P A (アルテプラゼ) 静注療法を普及する観点から、日本脳卒中学会による適正治療指針の改訂や、治療の安全性の確立等を踏まえ、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

具体的な内容

1. 超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、人員配置や検査の体制に係る要件及び評価を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） <u>12,000点</u></p> <p>[施設基準] □ <u>当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。</u> <u>(2) 薬剤師が常時配置されていること。</u> <u>(3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。</u> <u>(7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。</u></p> | <p>【超急性期脳卒中加算】 超急性期脳卒中加算（入院初日） <u>10,800点</u></p> <p>[施設基準] <u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u> <u>(削除)</u></p> <p><u>(7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、<u>一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。</u></u></p> |

⑫ 超急性期脳卒中加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|-------------------------------|---|
| <p>[算定要件] <u>(新設)</u></p> | <p>[算定要件] <u>(4) 投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。</u></p> |

rt-PA静注療法の実施施設の要件

- 日本脳卒中学会は、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法 適正治療指針第二版」に定める「治療を行う施設」の基準が厳格過ぎたことが、rt-PA療法が普及しない一因である可能性を考慮し、平成28年9月に基準の改訂を行った。
(脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会報告書(平成29年7月)より引用改変)
- 現状、A205-2 超急性期脳卒中加算の施設基準は、当該指針(第三版)の推奨する施設基準には対応していない。

| | A205-2 超急性期脳卒中加算 | 改訂後の指針(第三版) | 改訂前の指針(第二版) |
|--------|--|--|---|
| 人員配置基準 | <ul style="list-style-type: none"> 専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る)を1名以上配置 | <ul style="list-style-type: none"> 急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できること (脳卒中診療担当者は、日本脳卒中学会の承認する本薬使用のためのe-ラーニングを受講することが望ましい) | <ul style="list-style-type: none"> 日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とする診療チームがあること 実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、証明を取得すること |
| | 薬剤師の常時配置 | (記載なし) | (記載なし) |
| | 診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置 | (記載なし) | (記載なし) |
| 脳外科対応 | 脳外科的処置が迅速に行える体制 | 迅速に脳外科医が対応できる体制 | 脳外科的処置が迅速に行える体制 |
| 設備 | 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること (ICUやSCUと兼用であっても構わない) | 推奨項目から削除 (静注後の管理はSCU又はそれに準ずる集中治療室等の設備で行うことが望ましい) | ストロークケアユニット又はそれに準ずる設備 |
| | CT、MRI、脳血管造影等の脳画像撮影及び診断が常時行える体制 | 頭部CT又はMRI、一般血液検査と凝固学的検査、心電図検査が施行可能 | CT又はMRIが24時間実施可能 |

rt-PA(アルテプラゼ)静注療法の合併症について

rt-PA (アルテプラゼ) 静注例における症候性頭蓋内出血の頻度

| | 概要 | 期間 | 症候性頭蓋内出血頻度 |
|----------------------|-------------|-------------------|------------|
| J-ACT ¹ | 国内承認前第Ⅲ相試験 | 2002年4月～2003年9月 | 5.8% |
| J-MARS ² | 市販後2年間の全国調査 | 2005年10月～2007年10月 | 3.5% |
| SAMURAI ³ | 10施設共同の登録研究 | 2005年10月～2008年7月 | 1.3% |

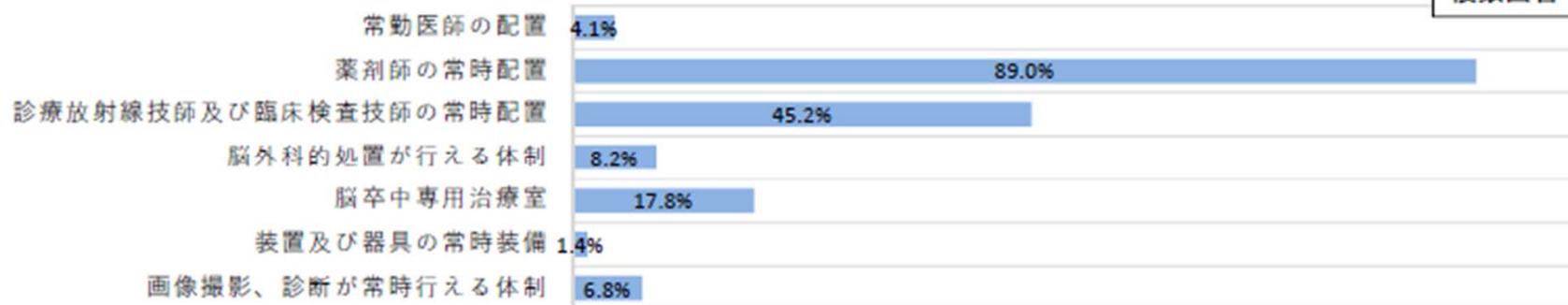
※国内でのアルテプラゼ静注療法の主な臨床試験、観察研究より

【出典】

1.Stroke 2006;37:1810-1815 2.Stroke 2010;41:1984-1989 3.Stroke 2009;40:3591-3595

超急性期脳卒中加算を算定していない理由

満たすことができない要件 (rt-PA療法を実施しているが加算を算定していない施設)



【出典】厚生労働科学研究費補助金「脳卒中の急性期医療体制における施設間連携体制構築のための研究」

※2府7県で調査を実施

※rt-PAを実施している306施設中、未算定は79施設。うち73施設が回答。(実施施設数は研究班調べ、算定医療施設は地方厚生局資料より確認)

Ⅱ－7－6 感染症対策、薬剤耐性対策の推進

- ① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し
- ② 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し
- ③ 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進
- ④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

※灰字の項目は本資料では省略

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

基本的な考え方

病院内及び地域における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬適正使用支援チームの業務の実態等を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算について外来における抗菌薬の使用状況の把握等を含め要件を見直す。

具体的な内容

1. 抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の種類拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加する。
また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 〔施設基準〕 (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。</p> | <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 〔施設基準〕 (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。 ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬（抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含む。）を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。</p> |

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p data-bbox="241 304 360 347"><u>(新設)</u></p> <p data-bbox="215 459 1084 603">オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。</p> <p data-bbox="215 820 1099 1015">(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等</u>を受けていること。</p> | <p data-bbox="1144 312 2040 456"><u>ウ 当該医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。</u></p> <p data-bbox="1144 464 2018 815"><u>カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修の実施及びマニュアルの作成に当たっては、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。</u></p> <p data-bbox="1144 823 2029 1174">(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、<u>抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、第21の1の(7)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。</u></p> |

① 抗菌薬適正使用支援加算の見直し

具体的な内容

2. 抗菌薬適正使用支援加算について、感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算1の加算に見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件] 3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p> | <p>【抗菌薬適正使用支援加算】 [算定要件] 3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p> |

抗菌薬適正使用支援加算の新設

- 薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織を含む抗菌薬の適正使用を支援する体制の評価に係る加算を新設。



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

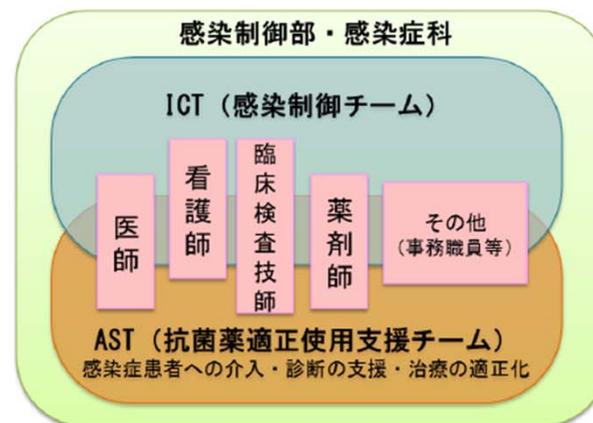
感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関が、抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。

[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

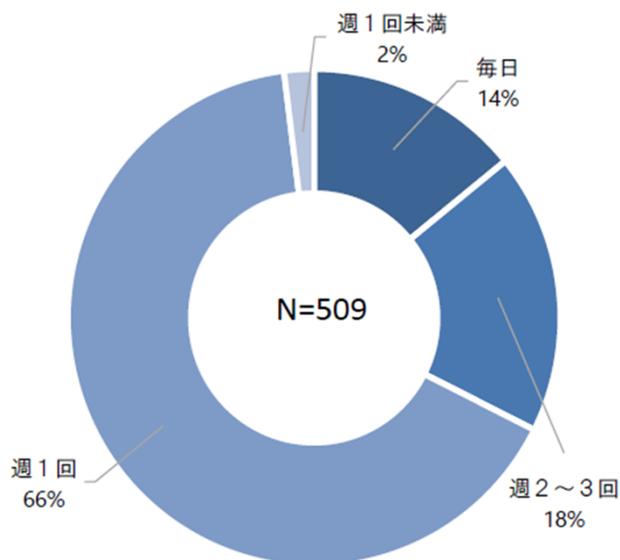
[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

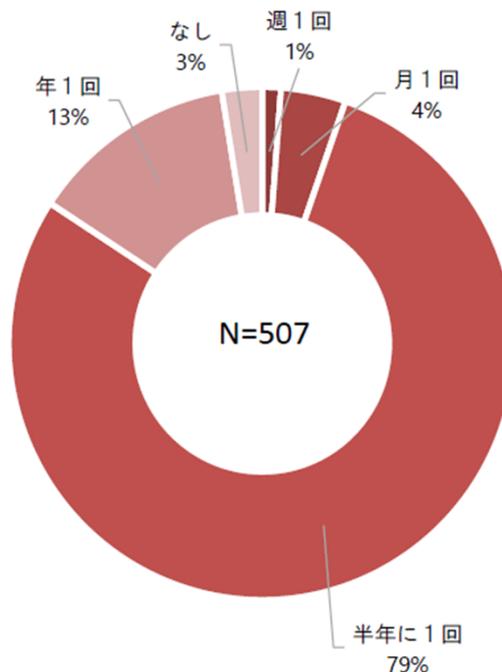


- 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスを行っている頻度をみると、週1回が約7割であった。
- 抗菌薬適正使用に関する院内講習会を行っている頻度をみると、半年に1回が約8割であった。
- 直近3月における、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績をみると、実績なしが約5割であった。

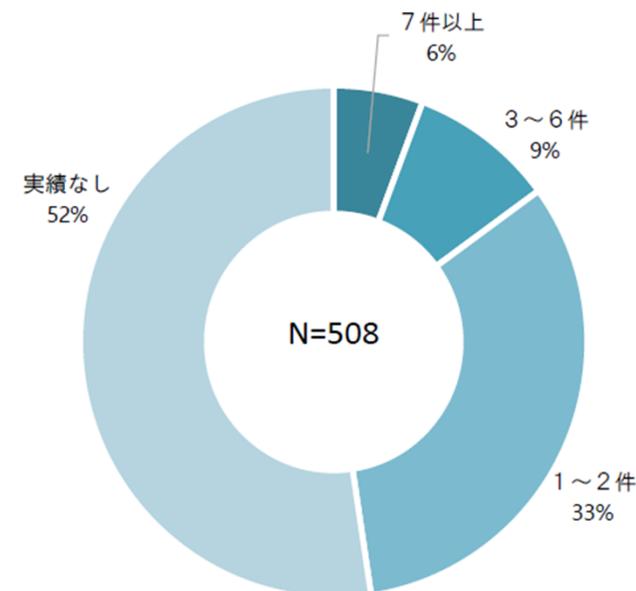
抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



抗菌薬適正使用に関する
院内講習会の頻度



周辺地域の医療機関からの
相談に応じた実績(直近3月)



出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

※無回答は除く

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

基本的な考え方

1. 中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を求める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。
2. 中心静脈栄養の適切な管理を推進する観点から、療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」について要件を見直す。
3. 中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。

具体的な内容

1. 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とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] (新設)</p> | <p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] <u>4の12 中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。</u> <u>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。</u> <u>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。</u></p> |

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【中心静脈栄養を実施している状態】 〔施設基準〕 本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。</p> | <p>【中心静脈栄養を実施している状態】 〔施設基準〕 本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。 <u>なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。</u></p> |

④ 中心静脈栄養の適切な管理の推進

具体的な内容

2. 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とする。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【中心静脈注射用カテーテル挿入】 [算定要件] <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>【中心静脈注射用カテーテル挿入】 [算定要件] <u>(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。</u> <u>(2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。</u></p> <p>※ <u>末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術についても同様。</u></p> |

Ⅱ－７－７ 患者の早期機能回復のための質の高いリハビリテーション等の評価

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
- ② 疾患別リハビリテーション料の見直し
- ③ 呼吸器リハビリテーション料の見直し
- ④ 難病患者リハビリテーション料の見直し
- ⑤ 外来リハビリテーション診療料の見直し
- ⑥ 疾患別リハビリテーションの取扱いについて
- ⑦ 脳血管疾患等リハビリテーション料の見直し
- ⑧ がん患者リハビリテーション料の見直し
- ⑨ リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の見直し
- ⑩ 多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

※灰字の項目は本資料では省略

- ① 小児の在宅呼吸管理における材料の評価
- ② 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し
- ③ トレッドミル等による負荷心肺機能検査の評価の見直し
- ④ 冠動脈C T撮影の算定要件の新設
- ⑤ 安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し
- ⑥ 人工内耳機器調整に対する評価
- ⑦ 認知機能検査等の算定要件の新設
- ⑧ 質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑨ 手術等医療技術の適切な評価
- ⑩ 注射の準用に係る規定の創設

※灰字の項目は本資料では省略

Ⅱ－9 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

- ① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進
- ② 歯科疾患管理料の見直し
- ③ 歯周病重症化予防の推進
- ④ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
- ⑤ 非経口摂取患者に対する口腔管理の推進
- ⑥ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の要件の見直し
- ⑦ 静脈内鎮静法の評価の見直し
- ⑧ 歯科麻酔管理料の新設
- ⑨ 機械的歯面清掃処置の充実
- ⑩ CAD／CAM冠の対象拡大
- ⑪ 手術用顕微鏡を用いた治療の評価
- ⑫ 歯科診療における麻酔の算定に係る評価の見直し
- ⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し等

※灰字の項目は本資料では省略

【Ⅱ 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】

Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価

- ① 地域医療に貢献する薬局の評価
- ② 薬局における対人業務の評価の充実
- ③ 調剤基本料の見直し
- ④ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し
- ⑤ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和
- ⑥ 入院時のポリファーマシー解消の推進

※灰字の項目は本資料では省略

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
- ②情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用
- ③かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価
- ④情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価
- ⑤情報通信機器を用いた服薬指導の評価
- ⑥情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進
- ⑦外来栄養食事指導（情報通信機器の活用）の見直し
- ⑧ニコチン依存症管理料の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

基本的な考え方

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。

改定案

(新) 遠隔連携診療料 500点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断を行うまでの間、3月に1回に限り算定する。
- (2) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

[施設基準]

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

③ かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

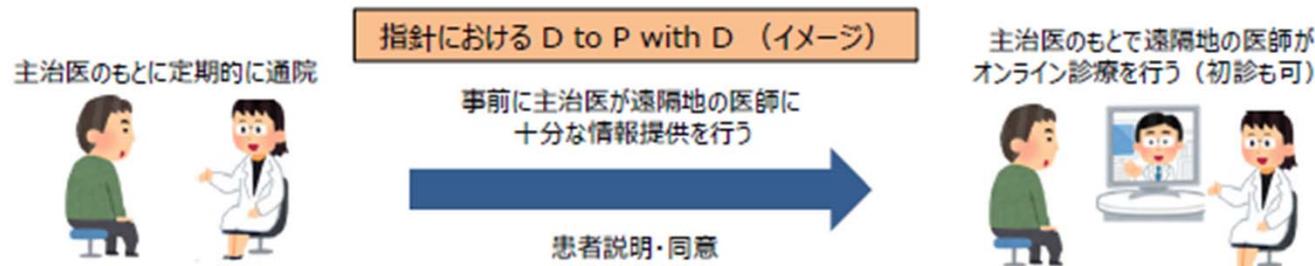
改定案

- (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。
□ 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。

かかりつけ医と連携して行うオンライン診療について

○ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、患者が医師いる場合のオンライン診療(D to P with D)として、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である場合等について、事前に十分な情報提供を行い主治医等のもとで実施する場合に限り、遠隔地の医師が初診からオンライン診療を行うことを可とされた。

■ 現在、当該診療において算定可能な項目はないが、例えば難病等の希少疾病の管理料について、当該診療を行った場合の評価を設けてはどうか。



(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針 (令和元年7月一部改訂)

【オンライン診療の提供に関する事項】

- 患者が医師いる場合のオンライン診療 (以下「D to P with D」という。)において、情報通信機器を通じて診療を行う医師は、患者という医師から十分な情報が提供されている場合は、初診であってもオンライン診療を行うことが可能であること。

【オンライン診療の提供体制に関する事項】

(患者が医師いる場合のオンライン診療)

- オンライン診療の形態の一つとして、患者が主治医等の医師いる場合に行うオンライン診療である D to P with D がある。D to P with D において、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、事前に直接の対面診療を行わずにオンライン診療を行うことができ、主治医等の医師は、遠隔地にいる医師の専門的な知見・技術を活かした診療が可能となるもの。ただし、患者の側にいる医師は、既に直接の対面診療を行っている主治医等である必要があり、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、あらかじめ、主治医等の医師より十分な情報提供を受けること。
- 診療の責任の主体は、原則として従来から診療している主治医等の医師にあるが、情報通信機器の特性を勘案し、問題が生じた場合の責任分担等についてあらかじめ協議しておくこと。
(情報通信機器を用いた遠隔からの高度な専門性を有する医師による診察・診断等)
- 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であることや遠方からでは受診するまでに長時間を要すること等により、患者の早期診断のニーズを満たすことが難しい患者を対象に行うこと。
- 患者は主治医等の患者の状態を十分に把握している医師とともに、遠隔地にいる医師の診療を受けること。また、患者の側にいる主治医等の医師と遠隔地にいる医師は、事前に診療情報提供書等を通じて連携をとっていること。

オンライン診療の対象となる管理料について

- 平成30年度診療報酬改定では、診療報酬上でオンライン診療を新たに位置付けるにあたり、その時点で得られている知見が限定的であること等を踏まえ、オンライン診療を有効かつ安全に実施するために必要と考えられる一定の要件を設定するとともに、まずは以下のような領域について活用可能となるよう、対象となる管理料を設定した。

かかりつけ医等による長期的・継続的な医学管理が特に必要な領域

- 特定疾患療養管理料
- 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
- 糖尿病透析予防指導管理料

専門的な医療へのアクセスを確保することが特に必要な領域

- 小児科療養指導料
- てんかん指導料
- 難病外来指導管理料

在宅患者に対する活用

- 在宅時医学総合管理料
- 精神科在宅患者支援管理料

令和元年11月8日中医協総会の論点

- ・ 生活習慣病や難病領域における調査結果等を踏まえ、これらの疾患に対して行う場合の要件をどのように考えるか。また、現在対象となっていない疾患領域におけるオンライン診療の利活用については、学会から提出された医療技術評価提案書のエビデンスを踏まえ、引き続き検討してはどうか。

オンライン診療の対象となり得る疾患について

○ オンライン診療料を算定可能な管理料が対象としている疾患は以下のとおり。

| 管理料 | 管理料の主な対象疾患 | 管理料の算定要件 |
|--------------|---|--|
| 特定疾患療養管理料※ | 高血圧性疾患、糖尿病、甲状腺障害、虚血性心疾患、心不全、肺炎腫、喘息、脳血管疾患、胃炎・十二指腸炎、胃潰瘍・十二指腸潰瘍、慢性肝疾患、悪性新生物、結核 等 | プライマリケアを担う地域のかかりつけ医が治療計画に基づき服薬、運動、栄養等の管理・指導を行う |
| 小児科療養指導料 | 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症、川崎病(冠動脈瘤のあるもの)、小児慢性特定疾病 等 | 小児科医が慢性疾患で生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者に計画的な指導を行う |
| てんかん指導料 | てんかん(外傷性のものを含む) | 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科において計画的な指導を行う |
| 難病外来指導管理料 | 指定難病、その他これに準ずる疾患 | 計画的な医学管理・指導を行う |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | 糖尿病患者のうちHbA1cがJDS値で8.1%以上(NGSP値で8.5%以上)や薬物療法中で腎症2期以上の患者 | 医師、看護師等で構成される透析予防診療チームが学会のガイド等に基づき共同して指導を行う |
| 地域包括診療料※ | 脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症 | 診療所等の主治医が左記のうち2つ以上の疾患を有する患者に対して継続的かつ全人的な医療を行う |
| 認知症地域包括診療料※ | 認知症 | 診療所等の主治医が認知症に加え1つ以上の疾病を有する患者に対して継続的かつ全人的な医療を行う |
| 生活習慣病管理料※ | 脂質異常症、高血圧症、糖尿病 | 治療計画に基づき服薬、運動、休養、栄養、喫煙等の生活習慣の総合的な治療管理を行う |
| 在宅時医学総合管理料※ | 在宅医療を受けている患者 | 総合的な在宅療養計画に基づき定期的な訪問診療と医学管理を行う |
| 精神科在宅患者支援管理料 | 在宅で精神医療を受けている患者 | 計画的な医学管理のもとに定期的な訪問診療と訪問看護等を行う |

※200床未満に限り算定可能

Ⅲ－１ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ① 地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設
 - ② 総合入院体制加算の見直し
 - ③ 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
 - ④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し
 - ⑤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減
 - ⑥ せん妄予防の取組の評価
 - ⑦ 特定集中治療室管理料の見直し
 - ⑧ 特定集中治療室での栄養管理の評価
 - ⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し
 - ⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し
 - 11 地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し
 - 12 地域包括ケア病棟の届出に関する見直し
 - 13 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し
 - 14 療養病棟入院基本料の評価の見直し
 - 15 中心静脈栄養の適切な管理の推進
 - 16 特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し
 - 17 結核病棟のユニットに係る見直し
 - 18 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し
 - ⑲ 排尿自立指導料の見直し
 - ⑳ 短期滞在手術等基本料の見直し
 - ㉑ データ提出加算の見直し
 - ㉒ D P C / P D P S の見直し
 - ㉓ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し
- ※灰字の項目は本資料では省略

② 総合入院体制加算の見直し

基本的な考え方

地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、小児科や産婦人科を標榜する医療機関や入院患者が減少していることを踏まえ、医療機関間の医療機能の再編・統合がより柔軟に行えるよう、総合入院体制加算について要件を見直す。

具体的な内容

総合入院体制加算について、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合でも、施設基準を満たしているものとする。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【総合入院体制加算】 〔施設基準〕 1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。</p> <p><u>ただし</u>、精神科については、24時間対応できる体制</p> | <p>【総合入院体制加算】 〔施設基準〕 1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。<u>ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合でも、施設基準を満たしているものとする。</u></p> <p><u>なお</u>、精神科については、24時間対応できる体制</p> |

② 総合入院体制加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</p> <p>6 届出に関する事項 <u>(新設)</u></p> | <p>を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</p> <p>6 届出に関する事項 <u>(6) 地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、届出を行う保険医療機関が作成した議事概要をもって当該議事録としても差し支えない。</u></p> |

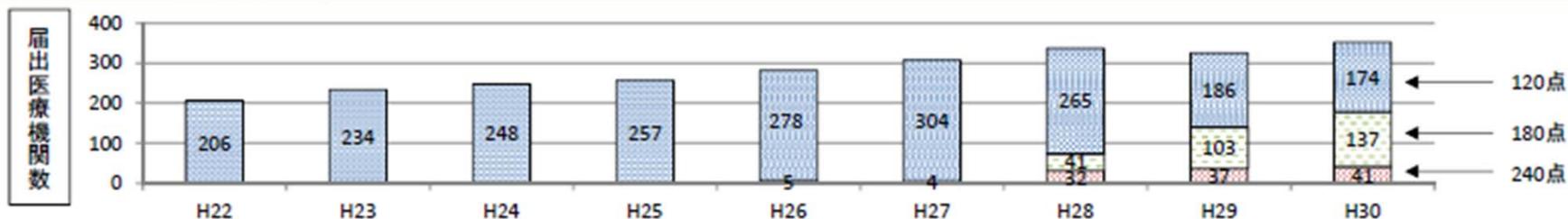
総合入院体制加算の概要

A200 総合入院体制加算（1日につき/14日以内）

加算1：240点 加算2：180点 加算3：120点

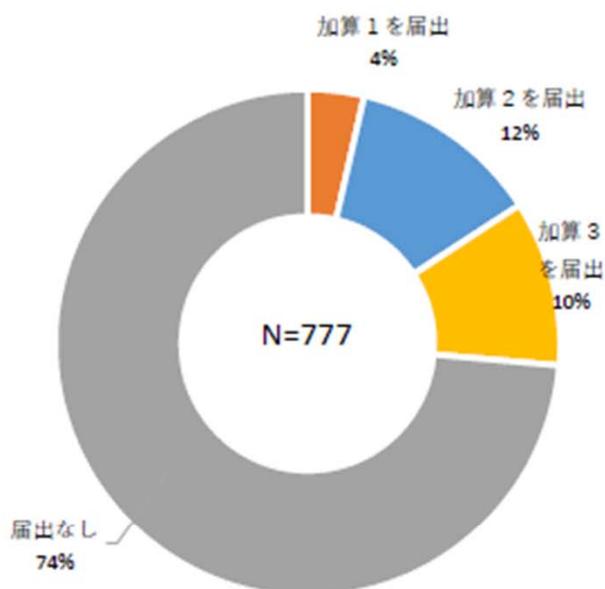
| | 総合入院体制加算1 | 総合入院体制加算2 | 総合入院体制加算3 |
|--|---|--|---|
| 共通の施設基準 | ・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上 | | |
| 実績要件 | ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上 | | |
| 救急自動車等による搬送件数 | 上記の全てを満たす - | 上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上 | 上記のうち少なくとも2つ以上を満たす - |
| 精神科要件 | (共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること | | |
| | 精神患者の入院受入体制がある | 以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 | 以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 |
| 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価 | ○ | ○ | - |
| 救急医療体制 | 救命救急センター又は高度救命救急センターの設置 | 2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置 | 2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置 |
| 一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A得点2点以上又はC得点1点以上) | 3割以上 | 3割以上 | 2割7分以上 |

共通要件

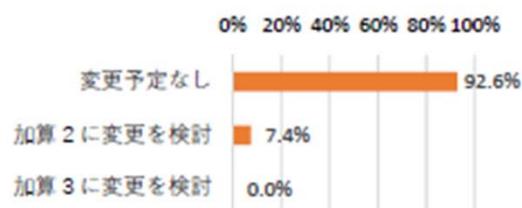


- いずれかの総合入院体制加算を届出ている施設は約3割であった。
- いずれの加算を届け出ている施設も、現状を変更する予定がない施設が多かった。

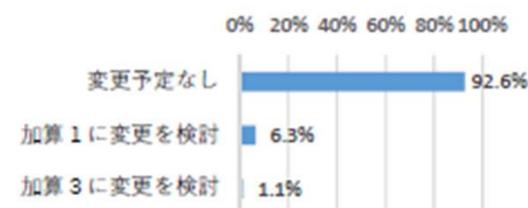
総合入院体制加算の届出状況



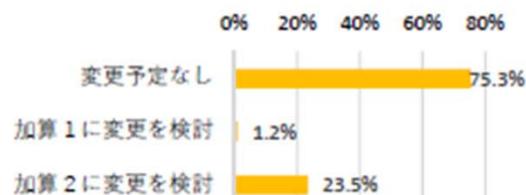
加算1の届出施設 (n=27)



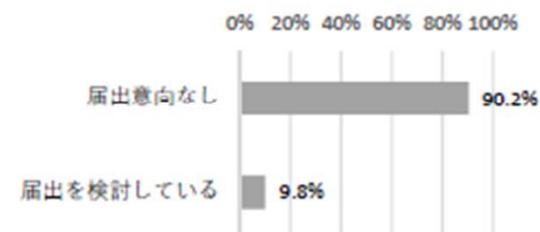
加算2の届出施設 (n=95)



加算3の届出施設 (n=81)



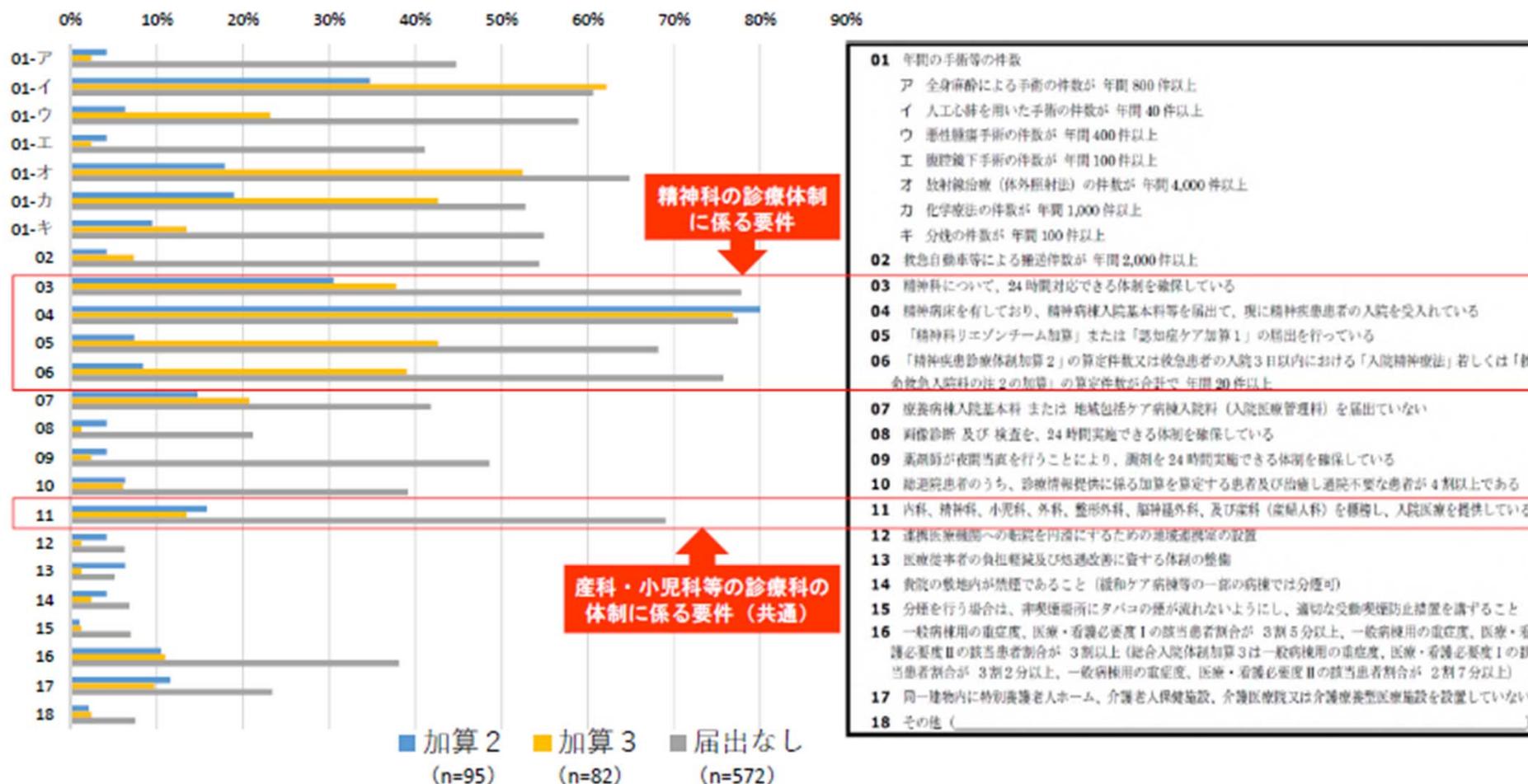
届出なしの施設 (n=563)



総合入院体制加算の満たすことが困難な要件

○ 総合入院体制加算 2、3 を届出ている施設と届出なしの施設に、満たすことが困難な要件をきくと「精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届出で、現に精神疾患患者の入院を受け入れている」と回答した割合が高かった。

<満たすことが困難な要件>



出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票） ※無回答は除く

③ 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

基本的な考え方

急性期の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項目や判定基準等の要件を見直す。

具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、判定に係る項目や判定基準を以下のように見直す。

1. 重症度、医療・看護必要度のA項目について、以下のように見直す。

(1) 重症度、医療・看護必要度Ⅰの「救急搬送後の入院」について、評価期間を入院後5日間に見直す。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて、入院日に救急医療管理加算1若しくは2又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者を、入院後5日間評価の対象とする。

(2) 専門的な治療・処置のうち「免疫抑制剤の管理」について、注射剤に限り評価の対象とする。

2. 重症度、医療・看護必要度のC項目について、評価期間を見直す。また、対象となる検査及び手術について、入院で実施される割合が9割以上のものを追加するとともに、入院で実施される割合が9割未満のものを除外する。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| 【重症度、医療・看護必要度】 [手術等の医学的状況] 16 開頭手術 (7日間) 17 開胸手術 (7日間) 18 開腹手術 (4日間) 19 骨の手術 (5日間) 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間) 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (2日間) | 【重症度、医療・看護必要度】 [手術等の医学的状況] 16 開頭手術 (13日間) 17 開胸手術 (12日間) 18 開腹手術 (7日間) 19 骨の手術 (11日間) 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (5日間) 21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術 (5日間) |

③ 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

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>22 救命等に係る内科的治療（<u>2</u>日間） <u>（新設）</u> <u>（新設）</u></p> | <p>22 救命等に係る内科的治療（<u>5</u>日間） <u>23 別に定める検査（2日間）</u> <u>24 別に定める手術（6日間）</u></p> <p><u>※ 別に定める検査及び手術は、レセプト電算処理システム用コードで規定する。</u></p> |

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度 I」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|----|--|------|-------------|------|
| 1 | 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) | なし | あり | — |
| 2 | 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) | なし | あり | — |
| 3 | 点滴ライン同時3本以上の管理 | なし | あり | — |
| 4 | 心電図モニター管理 | なし | あり | — |
| 5 | シリンジポンプ管理 | なし | あり | — |
| 6 | 輸血や血液製剤管理 | なし | あり | — |
| 7 | 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療) | なし | — | あり |
| 8 | 救急搬送後の入院(2日間) | なし | — | あり |
| B | 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
| 9 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 10 | 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 11 | 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | — |
| 12 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 13 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 14 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | — |
| 15 | 危険行動 | ない | — | ある |

| C | 手術等の医学的状況 | 0点 | 1点 |
|----|--|----|----|
| 16 | 開頭手術(7日間) | なし | あり |
| 17 | 開胸手術(7日間) | なし | あり |
| 18 | 開腹手術(4日間) | なし | あり |
| 19 | 骨の手術(5日間) | なし | あり |
| 20 | 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間) | なし | あり |
| 21 | 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間) | なし | あり |
| 22 | 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療) | なし | あり |

[各入院料・加算における該当患者の基準]

| 対象入院料・加算 | 基準 |
|--------------------------------------|--|
| 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 | <ul style="list-style-type: none"> ・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上 |
| 地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む) | <ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上 |

参考

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|---|--|----|----|----|
| 1 | 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) | なし | あり | — |
| 2 | 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) | なし | あり | — |
| 3 | 点滴ライン同時3本以上の管理 | なし | あり | — |
| 4 | 心電図モニター管理 | なし | あり | — |
| 5 | シリンジポンプ管理 | なし | あり | — |
| 6 | 輸血や血液製剤管理 | なし | あり | — |
| 7 | 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療) | なし | — | あり |

| B | 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|----|---------------|------|-------------|------|
| 9 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 10 | 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 11 | 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | — |
| 12 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 13 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 14 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | — |
| 15 | 危険行動 | ない | — | ある |

| C | 手術等の医学的状況 | 0点 | 1点 |
|----|--|----|----|
| 16 | 開頭手術(7日間) | なし | あり |
| 17 | 開胸手術(7日間) | なし | あり |
| 18 | 開腹手術(4日間) | なし | あり |
| 19 | 骨の手術(5日間) | なし | あり |
| 20 | 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間) | なし | あり |
| 21 | 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間) | なし | あり |
| 22 | 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療) | なし | あり |

[各入院料・加算における該当患者の基準]

| 対象入院料・加算 | 基準 |
|--------------------------------------|--|
| 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 | <ul style="list-style-type: none"> ・基準①: A得点2点以上かつB得点3点以上 ・基準②: 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・基準③: A得点3点以上 ・基準④: C得点1点以上 |
| 地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む) | <ul style="list-style-type: none"> ・A得点1点以上 ・C得点1点以上 |

抗悪性腫瘍剤・免疫抑制剤の内服を入院で使用する割合

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの「専門的な医療・処置」に該当する抗悪性腫瘍剤及び免疫抑制剤の内服薬等を入院で使用する割合は全体的に低かった。

薬剤を入院で使用する割合（必要度Ⅱの対象薬剤）

抗悪性腫瘍剤（内服）



免疫抑制剤（内服/坐剤/軟膏）



出典：NDBデータ（平成30年度）

令和元年11月15日中医協総会の論点

【現状及び課題】

- A項目の「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤の内服薬は、全体的に入院で実施される割合が低い。

【論点】

- 原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じてA項目・C項目の評価対象の整理を行うことについてどのように考えるか。

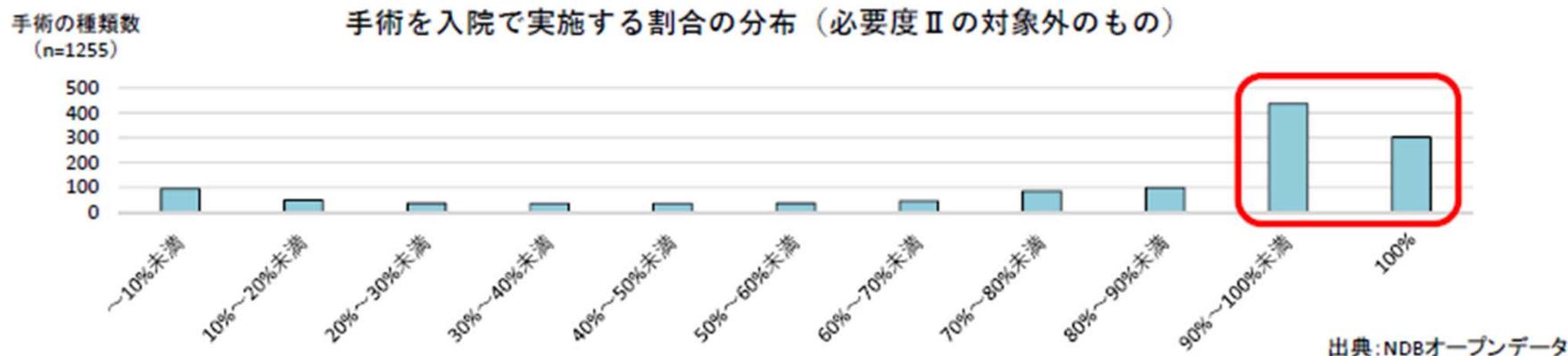
主なご意見

- 入院で実施する割合が低いものは、評価対象から除外すべき。
- ただし、主に外来で実施されているものであっても、導入期には副作用等の評価をするために、入院で実施することが必要な場合もあることに留意が必要。



ご意見を踏まえ、抗悪性腫瘍剤の内服治療については、導入期の評価や治療中の副作用等の理由で特に入院の必要性が高い場合があることを考慮し、引き続き評価の対象としてはどうか。

- 現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象外である手術について、入院で実施される割合の分布を見ると、90%以上100%未満が最も多く、次いで100%が多かった。



令和元年11月15日中医協総会の論点

【現状及び課題】

- c項目の評価対象である手術等には入院で実施される割合が9割未満のものもある一方で、入院で実施される割合が9割以上であるが現在評価対象となっていないものも多くある。

【論点】

- 原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じてA項目・c項目の評価対象の整理を行うことについてどのように考えるか。

主なご意見

- 入院で実施される手術や検査については、広く評価されるようにc項目に組み込んでいくべき。
- ただし、c項目は手術等の侵襲性の高さに着目して評価されている項目であることを踏まえ、入院で実施される割合が高いものを全て追加するのではなく、点数などを参考に判断基準に一定の線引きを設けていく必要があるのではないか。

対象となる手術等の該当日数について

○ 現在、重症度、医療・看護必要度の評価対象となっている手術等について、評価されている日数は平均的な在院日数の約2～3割程度である。

➡ 術後の医学管理を適切に評価するため、在院日数の実態を踏まえ、該当日数を見直してはどうか。

現行の評価基準（C項目）

| C | 手術等の医学的状況 | 0点 | 1点 |
|----|--|----|----|
| 16 | 開頭手術(7日間) | なし | あり |
| 17 | 開胸手術(7日間) | なし | あり |
| 18 | 開腹手術(4日間) | なし | あり |
| 19 | 骨の手術(5日間) | なし | あり |
| 20 | 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間) | なし | あり |
| 21 | 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間) | なし | あり |
| 22 | 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療) | なし | あり |

対象手術全体の在院日数※

| | 在院日数の中央値 |
|------------------|----------|
| 開頭手術(7日間) | 26.4 |
| 開胸手術(7日間) | 24.1 |
| 開腹手術(4日間) | 14.7 |
| 骨の手術(5日間) | 23.5 |
| 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間) | 9.9 |
| 救命等に係る内科的治療(2日間) | 9 |

※考え方

- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの対象手術の診療実績より算出
- ・ 各手術の在院日数の中央値より、算定件数を踏まえて加重平均

| | 在院日数の中央値 | 現行の評価日数 | 在院日数に占める割合 |
|-------------|----------|---------|------------|
| 開頭手術 | 26.4 | 7 | 26.5% |
| 開胸手術 | 24.1 | 7 | 29.0% |
| 開腹手術 | 14.7 | 4 | 27.2% |
| 骨の手術 | 23.5 | 5 | 21.3% |
| 胸腔鏡・腹腔鏡手術 | 9.9 | 3 | 30.3% |
| 救命等に係る内科的治療 | 9 | 2 | 22.2% |

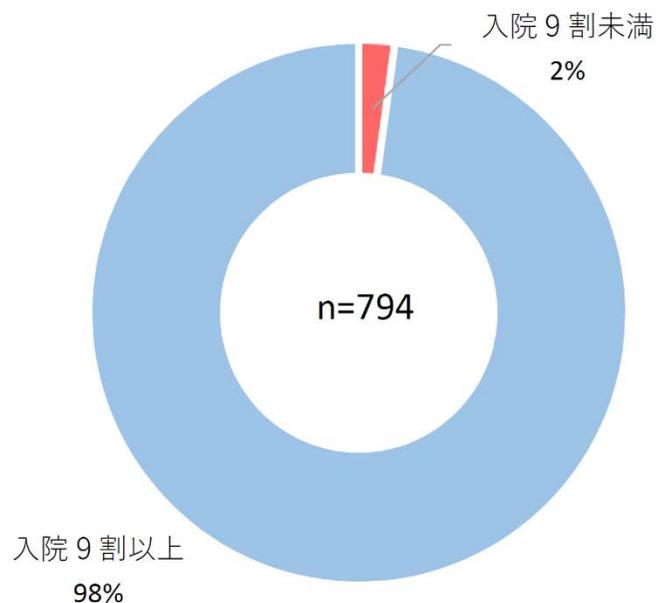
見直しのイメージ

| 見直し後の評価日数 | 在院日数に占める割合 |
|-----------|------------|
| ○日 | ○% |

○ 重症度、医療・看護必要度ⅡにおいてC項目に該当する手術について、手術ごとに入院で実施される割合をみると、多くの手術が入院が9割以上であったが、一部に9割未満の手術もあった。

入院の実施が9割未満の手術（例）

必要度Ⅱの評価対象手術



| 種別 | 診療行為 | 入院の割合 |
|-----------------|------------------|-------|
| 開胸手術 | 胸壁腫瘍摘出術 | 84.6% |
| | 静脈形成術、吻合術(胸腔内静脈) | 76.9% |
| 開腹手術 | 腹直筋離開手術 | 85.7% |
| | 直腸脱手術(骨盤底形成) | 84.7% |
| | 膀胱内凝血除去術 | 64.2% |
| | 膀胱異物摘出術(膀胱高位切開術) | 70.3% |
| 骨の手術 | 膀胱脱手術(その他) | 42.9% |
| | 骨部分切除術(上腕) | 87.6% |
| | 骨部分切除術(前腕) | 84.1% |
| | 骨部分切除術(手) | 69.5% |
| | 骨部分切除術(その他) | 79.6% |
| | 腐骨摘出術(手) | 58.8% |
| | 腐骨摘出術(足その他) | 89.9% |
| | 骨腫瘍切除術(手) | 74.4% |
| | 骨腫瘍切除術(足) | 83.6% |
| | 骨腫瘍切除術(その他) | 58.7% |
| 関節切除術(手) | 82.3% | |
| 胸腔鏡・腹腔鏡手術 | 腹腔鏡下卵管形成術 | 80.8% |
| | 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) | 89.4% |
| 救命等に係る 内科的治療 | 植込型心電図記録計移植術 | 88.6% |
| | 植込型心電図記録計摘出術 | 74.1% |
| | 小腸結腸内視鏡的止血術 | 88.5% |

出典：NDBオープンデータ ※nは手術の種類数(重症度、必要度・看護必要度の対象かつNDBオープンデータで把握可能なものに限る)

③ 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

具体的な内容

3. 重症度、医療・看護必要度のA項目（専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。）及びC項目について、重症度、医療・看護必要度Iにおいても、レセプト電算 処理システム用コードを用いた評価とする。

専門的な治療・処置(薬剤の使用)や手術等の医学的状況の定義

- A・C項目の対象について、現在、重症度、医療・看護必要度Ⅰでは項目の定義に従って看護師等が該当性を個別に判断しているが、必要度Ⅱはレセプト電算処理システム用コードで指定されている。
- A項目の「専門的な治療・処置」のうち薬剤の使用や、C項目の手術等については、基本的には必要度ⅠとⅡで同じ治療・処置や医学的状況の評価することを想定している。
- 入院で実施する割合が高い手術等を新たに評価対象とする場合、レセプト電算処理システム用コードで対象を指定することとなる。

➡ 今回の対象の整理と併せて、必要度ⅠのA・C項目のうち一部の項目の判定方法も、Ⅱと同様に、指定された薬剤・手術等の実施がある場合を該当と判断することとしてはどうか。

令和元年11月15日中医協資料より

| 専門的な治療・処置(薬剤の使用)の定義 | | | 手術等の医学的状況の定義 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------|------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------|--|--|------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|--|--|---------|---|---|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|---------------------------------------|---------------------------------------|------|------------------------------------|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|------------------------------------|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|------------------------------------|------------------------------------|---|-------|----|---|------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------|--|--|------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|--|--|---------|---|---|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|---------------------------------------|---------------------------------------|------|------------------------------------|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|------------------------------------|------------------------------------|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|------|------------------------------------|------------------------------------|
| <p>Ⅰ 必要度Ⅰに該当する薬剤</p> <p>○ 処方された薬剤が、以下のいずれかの場合に該当するものとする。①処方された薬剤が、処方された薬剤の定義に該当するものとする。②処方された薬剤が、処方された薬剤の定義に該当するものとする。③処方された薬剤が、処方された薬剤の定義に該当するものとする。</p> <table border="1"> <tr> <th>薬剤の種類</th> <th>定義</th> <th>注</th> </tr> <tr> <td>抗がん剤</td> <td>抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。</td> <td>抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗ウイルス剤</td> <td>抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗真菌剤</td> <td>抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗寄生虫剤</td> <td>抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗アレルギー剤</td> <td>抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗糖尿病剤</td> <td>抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗高血圧剤</td> <td>抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗脂血症剤</td> <td>抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗凝固剤</td> <td>抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血小板剤</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血栓剤</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血小板剤</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血栓剤</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> </table> | 薬剤の種類 | 定義 | 注 | 抗がん剤 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | 抗ウイルス剤 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗真菌剤 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗寄生虫剤 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗アレルギー剤 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | 抗糖尿病剤 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | 抗高血圧剤 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | 抗脂血症剤 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | 抗凝固剤 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | <p>Ⅱ 必要度Ⅱに該当する薬剤</p> <p>○ 処方された薬剤が、以下のいずれかの場合に該当するものとする。①処方された薬剤が、処方された薬剤の定義に該当するものとする。②処方された薬剤が、処方された薬剤の定義に該当するものとする。③処方された薬剤が、処方された薬剤の定義に該当するものとする。</p> <table border="1"> <tr> <th>薬剤の種類</th> <th>定義</th> <th>注</th> </tr> <tr> <td>抗がん剤</td> <td>抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。</td> <td>抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗ウイルス剤</td> <td>抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗真菌剤</td> <td>抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗寄生虫剤</td> <td>抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗アレルギー剤</td> <td>抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗糖尿病剤</td> <td>抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗高血圧剤</td> <td>抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗脂血症剤</td> <td>抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗凝固剤</td> <td>抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血小板剤</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血栓剤</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血小板剤</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> <tr> <td>抗血栓剤</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> <td>抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。</td> </tr> </table> | 薬剤の種類 | 定義 | 注 | 抗がん剤 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | 抗ウイルス剤 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗真菌剤 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗寄生虫剤 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗アレルギー剤 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | 抗糖尿病剤 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | 抗高血圧剤 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | 抗脂血症剤 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | 抗凝固剤 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 |
| 薬剤の種類 | 定義 | 注 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗がん剤 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗ウイルス剤 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗真菌剤 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗寄生虫剤 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗アレルギー剤 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗糖尿病剤 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗高血圧剤 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗脂血症剤 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗凝固剤 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬剤の種類 | 定義 | 注 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗がん剤 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | 抗がん剤として承認された薬剤で、がんの治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗ウイルス剤 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗ウイルス剤として承認された薬剤で、ウイルス感染症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗真菌剤 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗真菌剤として承認された薬剤で、真菌感染症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗寄生虫剤 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | 抗寄生虫剤として承認された薬剤で、寄生虫感染症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗アレルギー剤 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | 抗アレルギー剤として承認された薬剤で、アレルギー疾患の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗糖尿病剤 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | 抗糖尿病剤として承認された薬剤で、糖尿病の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗高血圧剤 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | 抗高血圧剤として承認された薬剤で、高血圧症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗脂血症剤 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | 抗脂血症剤として承認された薬剤で、脂質異常症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗凝固剤 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗凝固剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血小板剤 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血小板剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 抗血栓剤 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | 抗血栓剤として承認された薬剤で、血栓症の治療に使用されるものとする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

必要度Ⅰの場合、各項目の定義に従って看護師等が判定する

必要度Ⅱの場合、評価対象はコードで指定されている

③ 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

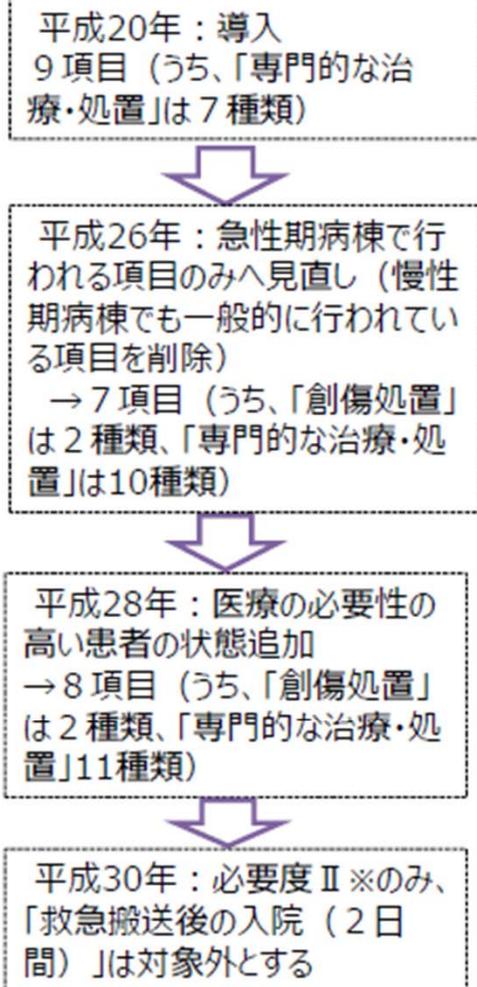
具体的な内容

4. 重症度、医療・看護必要度の基準について、「B 14又はB 15 に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準を削除する。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【重症度、医療・看護必要度】 [基準] 次のいずれかに該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none">・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者・ B項目のうち「<u>B 14診療・療養上の指示が通じる</u>」 又は「<u>B 15危険行動</u>」に該当する患者であって、<u>A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者</u> <ul style="list-style-type: none">・ A得点が3点以上の患者・ C得点が1点以上の患者 | <p>【重症度、医療・看護必要度】 [基準] 次のいずれかに該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none">・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者 (削除) <ul style="list-style-type: none">・ A得点が3点以上の患者・ C得点が1点以上の患者 |

重症度、医療・看護必要度(A項目)

A項目 治療等のモニタリング、処置、入院時の状況等について、実施や管理したことを測定



| | A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|-----------|---|--|----|----|----|
| 行為の実施 | 1 | 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) | なし | あり | — |
| | 2 | 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) | なし | あり | — |
| | 3 | 点滴ライン同時3本以上の管理 | なし | あり | — |
| | 4 | 心電図モニター管理 | なし | あり | — |
| | 5 | シリンジポンプ管理 | なし | あり | — |
| | 6 | 輸血や血液製剤管理 | なし | あり | — |
| 行為の実施及び管理 | 7 | 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、⑪無菌治療室での治療) | なし | — | あり |
| 入院受入(実施) | 8 | 救急搬送後の入院(2日間) | なし | — | あり |

※一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

重症度、医療・看護必要度(B項目、C項目)

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

平成20年：導入
7項目



平成28年：他の項目と類似する2項目を削除し、認知症、せん妄状態の患者が含まれるよう新たに2項目を追加
→7項目

| | | B 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|------------|----|---------------|------|-----------------|------|
| 患者の 状態 | 9 | 寝返り | できる | 何かにつかまれば できる | できない |
| | 10 | 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 介助の 必要性 | 11 | 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | — |
| | 12 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| | 13 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 患者の 状態 | 14 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | — |
| | 15 | 危険行動 | ない | — | ある |

C項目 手術、救命等の入院して管理が必要な侵襲性の高い治療について、実施日からの期間にあわせて測定

平成28年：導入
A項目では評価されない医療の必要性の高い項目を創設
→7項目（うち、「救命等に係る内科的治療」は3種類）



平成30年：「開腹手術」の該当日数を短縮

| | | C 手術等の医学的状況 | 0点 | 1点 |
|-----------|----|--|----|----|
| 手術 | 16 | 開頭手術(7日間) | なし | あり |
| | 17 | 開胸手術(7日間) | なし | あり |
| | 18 | 開腹手術(4日間) | なし | あり |
| | 19 | 骨の手術(5日間) | なし | あり |
| | 20 | 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間) | なし | あり |
| | 21 | 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間) | なし | あり |
| 内科的 治療 | 22 | 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療) | なし | あり |

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

基本的な考え方

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料 2 及び 3 の届出に係る要件を見直す。

具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合について見直す。また、急性期一般入院料 2 及び 3 について、重症度、医療・看護必要度 I を用いた場合も届け出られるよう見直す。

| 現行 | | | 改定案 | | |
|------------|---|---|------------|---|---|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 | | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の割合 |
| 急性期一般入院料 1 | <u>3 割</u> | <u>2 割 5 分</u> | 急性期一般入院料 1 | <u>3 割 1 分</u> | <u>2 割 9 分</u> |
| 急性期一般入院料 2 | － | <u>2 割 4 分</u> | 急性期一般入院料 2 | <u>2 割 8 分</u> | <u>2 割 6 分</u> |
| 急性期一般入院料 3 | － | <u>2 割 3 分</u> | 急性期一般入院料 3 | <u>2 割 5 分</u> | <u>2 割 3 分</u> |

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

| 現行 | | | 改定案 | | |
|---------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 |
| 急性期一般入院料4 | <u>2割7分</u> | <u>2割2分</u> | 急性期一般入院料4 | <u>2割2分</u> | <u>2割</u> |
| 急性期一般入院料5 | <u>2割1分</u> | <u>1割7分</u> | 急性期一般入院料5 | <u>2割</u> | <u>1割8分</u> |
| 急性期一般入院料6 | <u>1割5分</u> | <u>1割2分</u> | 急性期一般入院料6 | <u>1割8分</u> | <u>1割5分</u> |
| 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。）） | <u>2割8分</u> | <u>2割3分</u> | 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。）） | － | <u>2割8分</u> |

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

| 現行 | | | 改定案 | | |
|---------------------|--|--|---------------------|--|--|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 |
| 7対1入院基本料（専門病院入院基本料） | <u>2割8分</u> | <u>2割3分</u> | 7対1入院基本料（専門病院入院基本料） | 3割 | 2割8分 |
| 7対1入院基本料（結核病棟入院基本料） | <u>1割1分</u> | 0.9割 | 7対1入院基本料（結核病棟入院基本料） | 1割1分 | 0.9割 |
| 看護必要度加算1 | <u>2割7分</u> | <u>2割2分</u> | 看護必要度加算1 | 2割2分 | 2割 |
| 看護必要度加算2 | <u>2割1分</u> | <u>1割7分</u> | 看護必要度加算2 | 2割 | 1割8分 |

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

| 現行 | | | 改定案 | | |
|-------------|--|--|-------------|--|--|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 |
| 看護必要度加算3 | <u>1割5分</u> | <u>1割2分</u> | 看護必要度加算3 | <u>1割8分</u> | <u>1割5分</u> |
| 総合入院体制加算1 | 3割5分 | <u>3割</u> | 総合入院体制加算1 | 3割5分 | <u>3割3分</u> |
| 総合入院体制加算2 | 3割5分 | <u>3割</u> | 総合入院体制加算2 | 3割5分 | <u>3割3分</u> |
| 総合入院体制加算3 | 3割2分 | <u>2割7分</u> | 総合入院体制加算3 | 3割2分 | <u>3割</u> |
| 急性期看護補助体制加算 | 0.7割 | 0.6割 | 急性期看護補助体制加算 | 0.7割 | 0.6割 |
| 看護職員夜間配置加算 | 0.7割 | 0.6割 | 看護職員夜間配置加算 | 0.7割 | 0.6割 |

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

| 現行 | | | 改定案 | | |
|--------------|--|--|--------------|--|--|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 |
| 看護補助加算1 | 0.6割 | 0.5割 | 看護補助加算1 | 0.6割 | 0.5割 |
| 地域包括ケア病棟入院料 | <u>1割</u> | <u>0.8割</u> | 地域包括ケア病棟入院料 | <u>1割4分</u> | <u>1割1分</u> |
| 特定一般病棟入院料の注7 | <u>1割</u> | <u>0.8割</u> | 特定一般病棟入院料の注7 | <u>1割4分</u> | <u>1割1分</u> |

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

〔経過措置〕

令和2年3月31日時点において現に以下に掲げる入院料等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、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- ・急性期一般入院料 1
- ・急性期一般入院料 2
- ・急性期一般入院料 3
- ・急性期一般入院料 5
- ・急性期一般入院料 6
- ・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。））
- ・7対1入院基本料（専門病院入院基本料）
- ・7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）
- ・看護必要度加算 1
- ・看護必要度加算 2
- ・看護必要度加算 3
- ・総合入院体制加算 1
- ・総合入院体制加算 2
- ・総合入院体制加算 3
- ・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

④ 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

令和2年3月31日時点において現に急性期一般入院料4を届け出ているものについては、令和3年3月31日までの間に限り、当該入院料に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

令和2年3月31日時点において現に急性期一般入院料1若しくは2、急性期一般入院料1、2若しくは3又は急性期一般入院料4を届け出ているもの（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る）については、令和4年3月31日までの間に限り、それぞれ急性期一般入院料2、急性期一般入院料3又は急性期一般入院料4に係る重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、それぞれ別表の基準とする。

別表

| 現行 | | |
|-----------|------------------------|------------------------|
| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 |
| 急性期一般入院料2 | 2割6分 | 2割4分 |
| 急性期一般入院料3 | 2割3分 | 2割1分 |
| 急性期一般入院料4 | 2割 | 1割8分 |

重症度、医療・看護必要度の見直し

各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。
()内は200床未満の経過措置

| 平成30年度改定前の基準を満たす患者割合の要件 | | 平成30年度改定後の基準を満たす患者割合の要件 | | |
|-------------------------|----------|-------------------------|---------------|---------------|
| | | | 重症度、医療・看護必要度Ⅰ | 重症度、医療・看護必要度Ⅱ |
| 一般病棟7対1入院基本料 | 25%(23%) | 急性期一般入院料1 | 30% | 25% |
| 看護必要度加算1(一般) | 24% | 急性期一般入院料2 | —(27%) | 24%(22%) |
| 看護必要度加算2(一般) | 18% | 急性期一般入院料3 | —(26%) | 23%(21%) |
| 看護必要度加算3(一般) | 12% | 急性期一般入院料4 | 27% | 22% |
| 7対1入院基本料(特定、専門) | 25%(23%) | 急性期一般入院料5 | 21% | 17% |
| 看護必要度加算1(特定、専門) | 24% | 急性期一般入院料6 | 15% | 12% |
| 看護必要度加算2(特定、専門) | 18% | 7対1入院基本料(特定、専門) | 28% | 23% |
| 看護必要度加算3(特定、専門) | 12% | 看護必要度加算1(特定、専門) | 27% | 22% |
| 7対1入院基本料(結核) | 10% | 看護必要度加算2(特定、専門) | 21% | 17% |
| 総合入院体制加算1・2 | 30% | 看護必要度加算3(特定、専門) | 15% | 12% |
| 総合入院体制加算3 | 27% | 7対1入院基本料(結核) | 11% | 9% |
| 急性期看護補助体制加算 | | 総合入院体制加算1・2 | 35% | 30% |
| 看護職員夜間配置加算 | 6% | 総合入院体制加算3 | 32% | 27% |
| 看護補助加算1 | 5% | 急性期看護補助体制加算 | 7% | 6% |
| 地域包括ケア病棟入院料 | | 看護職員夜間配置加算 | | |
| 特定一般病棟入院料の注7 | 10% | 看護補助加算1 | 6% | 5% |
| | | 地域包括ケア病棟入院料 | 10% | 8% |
| | | 特定一般病棟入院料の注7 | | |

⑤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

基本的な考え方

入院患者の評価に係る医療従事者の業務負担軽減等の観点から、一定規模以上の医療機関における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に係る要件を見直す。また、看護職員の負担軽減の推進の観点から、重症度、医療・看護必要度についてB項目の評価方法を見直し、「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とするとともに、根拠となる記録を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様の対応を行う。）

具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）の届出を行う保険医療機関であって、許可病床数400床以上のものについて、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【急性期一般入院基本料】 〔施設基準〕 ① 通則 <u>（新設）</u></p> <p>【特定機能病院入院基本料】 〔施設基準〕 イ 一般病棟</p> | <p>【急性期一般入院基本料】 〔施設基準〕 ① 通則 <u>5 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1～6に限る）の届出を行っている病棟については、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。</u></p> <p>【特定機能病院入院基本料】 〔施設基準〕 イ 一般病棟</p> |

⑤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>① 七対一入院基本料の施設基準 4 次のいずれかに該当すること。 <u>(一) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。</u> <u>(二) 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割三分以上入院させる病棟であること。</u></p> | <p>① 七対一入院基本料の施設基準 4 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を<u>二割八分</u>以上入院させる病棟であること。</p> |

[経過措置]

令和2年3月31日時点において現に一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～6に限る）又は特定機能病院入院基本料（一般病棟7対1に限る）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。

⑤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

具体的な内容

2. B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けた評価とする。これにより、A D Lを含む患者の状態がより明確になるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」を不要とする。（特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の評価方法についても同様。

重症度、医療・看護必要度のB項目の評価方法について

○ B項目を患者の状態と介助の実施に分けて評価することにより、ADLを含む患者の状態がより明確化されるため、「評価の手引き」により求めている「根拠となる記録」が不要となることに加え、介助の実施の有無の判断がより分かりやすくなると考えられる。

重症度、医療・看護必要度に係る評価票(B項目)

| B | 患者の状態等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|----|---------------|------|-------------|-------|
| 9 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 10 | 移乗 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 11 | 口腔清潔 | 介助なし | 介助あり | |
| 12 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 13 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 14 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | |
| 15 | 危険行動 | ない | | ある |
| | | | | B得点 点 |

患者の状態と介助の実施に分けて測定する場合のイメージ

| B | 患者の状態等 | 患者の状態 | | | × | 介助の実施 | | = | 評価 |
|----|---------------|-------|-------------|------|------|-------|---|---|-------|
| | | 0点 | 1点 | 2点 | | 0 | 1 | | |
| 9 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない | | | | 点 | |
| 10 | 移乗 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 実施なし | 実施あり | | 点 | |
| 11 | 口腔清潔 | 自立 | 要介助 | | 実施なし | 実施あり | | 点 | |
| 12 | 食事摂取 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 実施なし | 実施あり | | 点 | |
| 13 | 衣服の着脱 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 実施なし | 実施あり | | 点 | |
| 14 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | | | | | 点 | |
| 15 | 危険行動 | ない | | ある | | | | 点 | |
| | | | | | | | | | B得点 点 |

12

⑤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担の軽減

具体的な内容

3. 院外研修について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。（再掲）

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 〔施設基準〕 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、 B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を 受けたものが行うものであること。<u>なお、院内研修は、 次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交 付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研 修であることが望ましい。</u> <u>ア・イ（略）</u></p> | <p>【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】 〔施設基準〕 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、 B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を 受けたものが行うものであること。</p> <p><u>※ 特定集中治療室用、ハイケアユニット用の重症度、 医療・看護必要度についても同様。</u></p> |

⑥ せん妄予防の取組の評価

基本的な考え方

急性期の入院患者に対して、入院早期にせん妄のリスク因子のスクリーニングを行い、ハイリスク患者に適切なせん妄予防の対応を行うことについて新たな評価を行う。

具体的な内容

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。

改定案

(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]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) A100 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、A300 救命救急入院料、A301 特定集中治療室管理料、A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料又はA301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病棟であること。

(2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のための

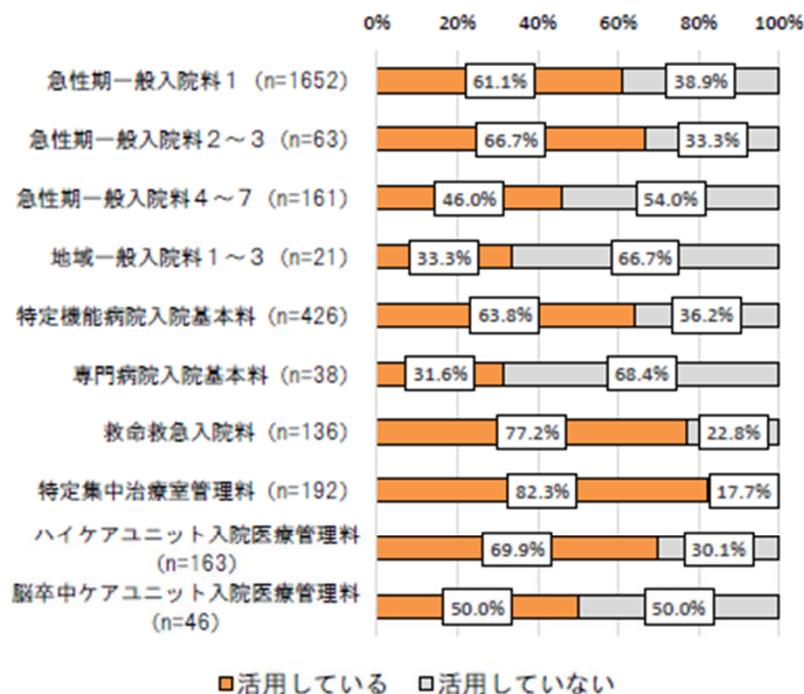
⑥ せん妄予防の取組みの評価

改定案

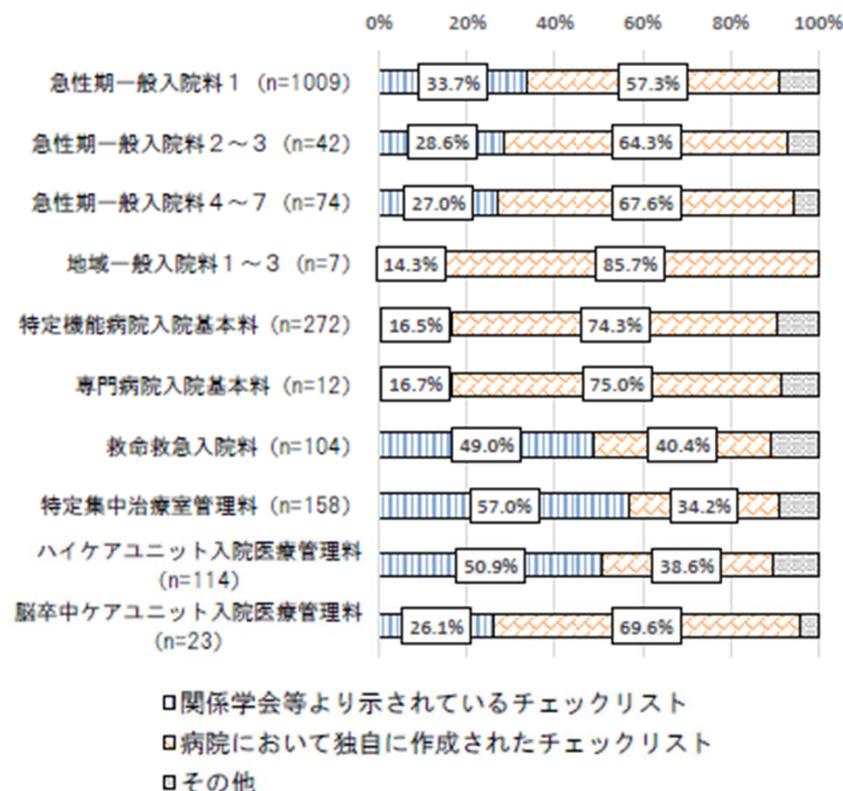
チェックリストを作成していること。

- せん妄予防の取組において、チェックリストの活用状況をみたとこ、集中治療室等では約7～8割が活用していた。
- 活用しているチェックリストの種類をみると、「関係学会等により示されているチェックリスト」と「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

チェックリストを活用しているか



活用しているチェックリストの種類

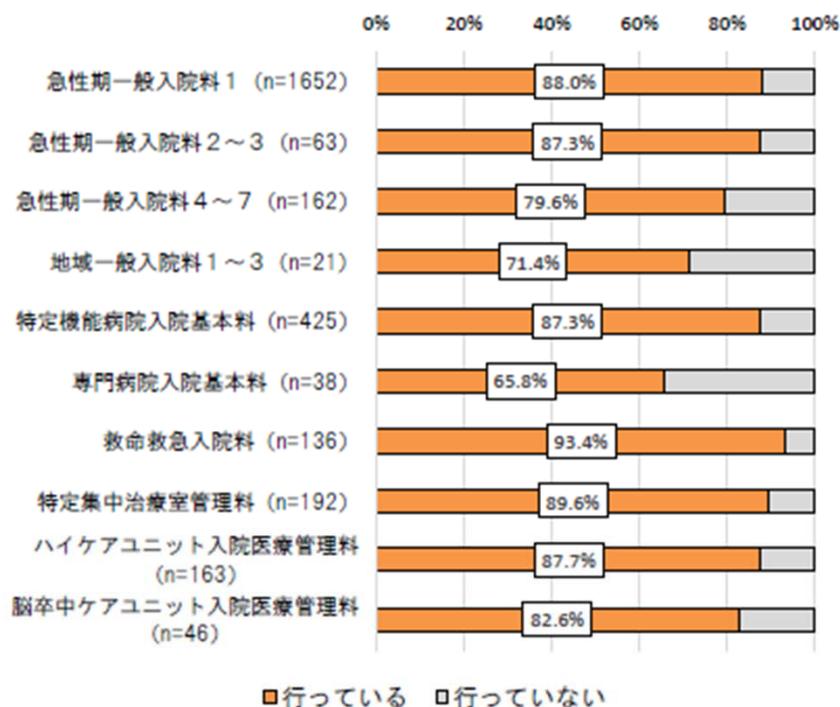


出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）

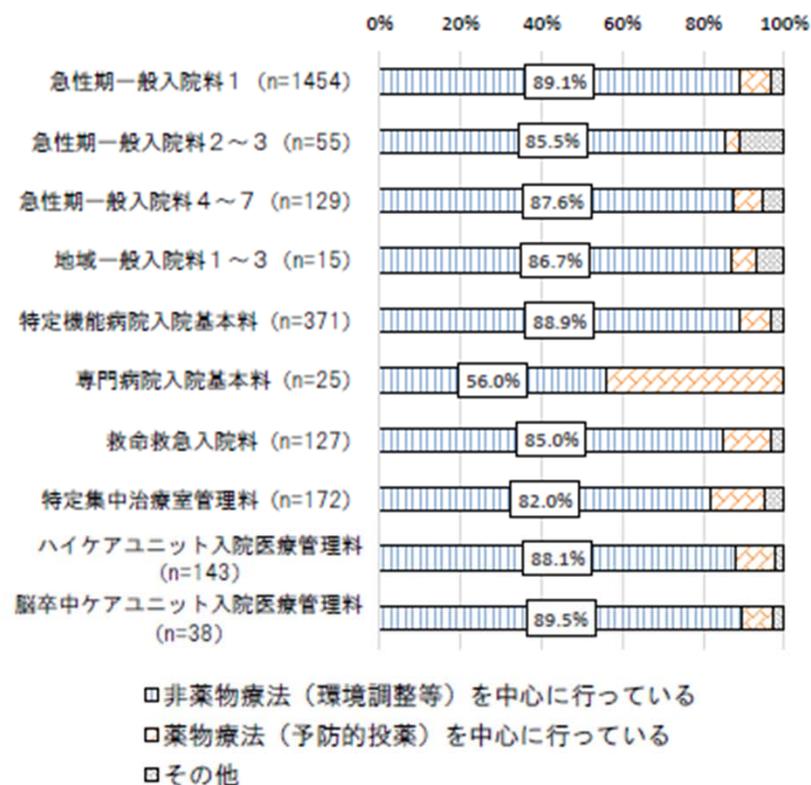
※無回答は除く

○ せん妄のリスクがある患者への予防的介入の有無をみると、いずれの入院料等においても予防的介入を行っている割合が多く、その内容は非薬物療法（環境調整等）を中心に行われていた。

予防的介入を行っているか



予防的介入の種類

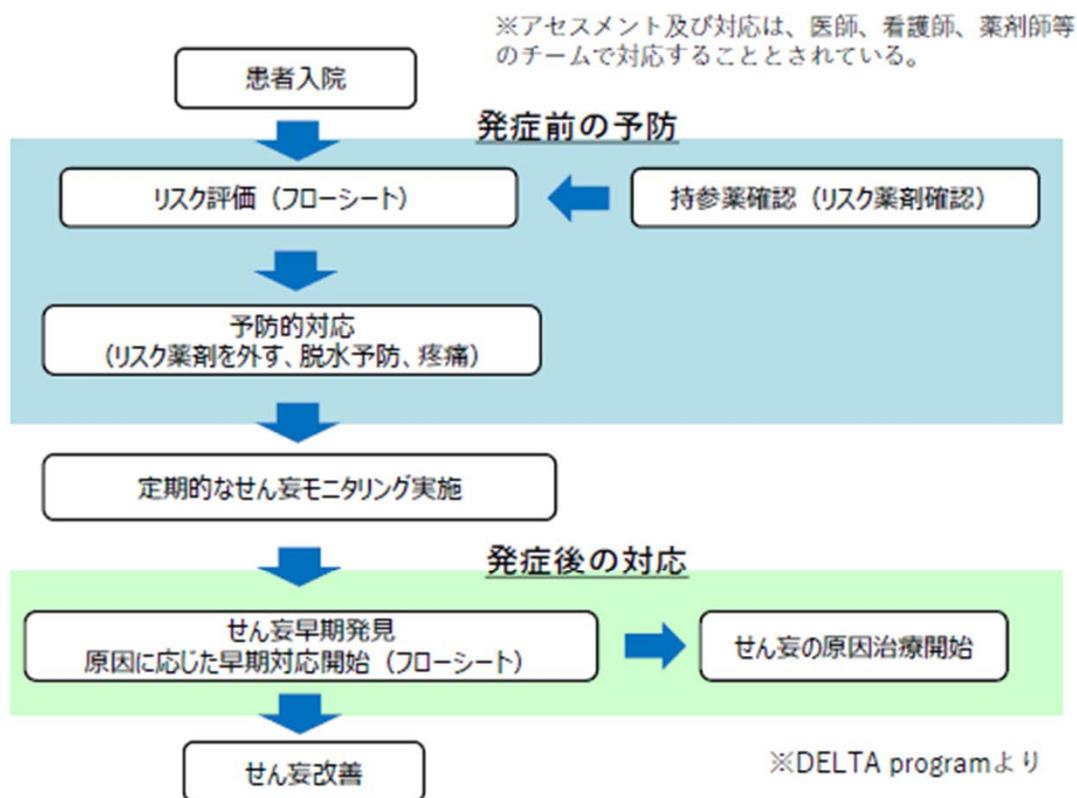


出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）

※無回答は除く

○ せん妄対策の取組として「発症前の予防」と「発症後の対応」があり、どちらもチェックリストを活用した取組の例がある。

<せん妄予防プログラムの例>



<アセスメントする項目>

アセスメントシート (例)



← 【スクリーニング】
リスク因子の
チェックリスト

← 【早期発見】
せん妄症状の
チェックリスト

← 【発症後対応】
せん妄の対応の
チェックリスト

| | |
|--|---|
| <p><リスク因子></p> <ul style="list-style-type: none"> ・70歳以上 ・脳器質障害 ・認知症 ・アルコール多飲 ・せん妄の既往 ・ベンゾジアゼピン系薬剤 | <p><せん妄の対応></p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾病の治療 ・脱水の補正 ・身体拘束を避ける ・見当識を付ける ・家族との面会 ・リスク薬剤の中止 等 |
|--|---|

⑧ 特定集中治療室での栄養管理の評価

基本的な考え方

患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について新たな評価を行う。

具体的な内容

重症患者の集中治療室への入室後、早期（48時間以内）に経口移行・維持及び低栄養の改善等の栄養管理（栄養アセスメントに基づく栄養管理計画の作成・実施及びその後の頻回なモニタリングによる計画の見直し等）を実施した場合の評価として、早期栄養介入管理加算を新設する。

改定案

(新) 早期栄養介入管理加算 400点（1日につき）

[算定要件]

（1）特定集中治療室に入室後早期から、経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。

[施設基準]

（1）特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

- ① 栄養サポートチーム加算の施設基準にある研修を修了し、栄養サポートチームでの栄養管理の経験を3年以上有すること
- ② 特定集中治療室における栄養管理の経験を3年以上有すること
- ③ 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数増すごとに1以上であること。

⑧ 特定集中治療室での栄養管理の評価

改定案

[留意事項]

- (1) 日本集中治療学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- (2) 次の項目を実施すること。
 - ① 栄養スクリーニングの実施
 - ② 栄養アセスメントの実施
 - ③ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成し、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診を実施
 - ④ 腸管機能評価を実施し、入室後 48 時間以内に経腸栄養を開始
 - ⑤ 経腸栄養開始後は、1 日に 3 回以上のモニタリング後、計画の見直し及び栄養管理を実施
 - ⑥ 医師の指示に基づく再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認
- (3) 早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合、適切に連携して栄養管理を実施すること。

特定集中治療室等における栄養管理

- 日本版重症患者の栄養療法ガイドラインにおいて、ICU入室24～48時間以内に経腸栄養を開始することを推奨されている。
- ICUにおいて、入室後48時間以内に栄養投与を開始した場合、48時間以降に栄養投与を開始した分と比較して、死亡率が有意に低い。

日本版重症患者の栄養療法ガイドライン

<目的>

重症患者治療の臨床現場で遭遇する様々な病態において医療者に治療の選択肢とその根拠を提示し、治療方針決定の一助となること等

<栄養管理の必要性>

重症患者の病態や病期に応じた栄養管理を行うことを強く推奨する。

<栄養投与ルート>

栄養投与ルートは、経腸栄養を優先することを強く推奨する。

<経腸栄養>

重症病態に対する治療を開始した後、**可及的に24時間以内、遅くとも48時間以内に経腸栄養を開始**することを推奨する。

出典：日本集中治療医学会重症患者の栄養管理ガイドライン作成委員会. 日本版重症患者の栄養療法ガイドライン. 日本集中医学会誌. 2016.23.185-281

ICUにおける早期栄養投与の効果

<対象者>

2日間以上人工呼吸器が必要である患者を48時間以内に栄養投与を開始した早期群(707名、平均64.8歳)と48時間以降に栄養投与を開始した遅延群(467名、平均62.8歳)の2群に分け予後を観察した。

<結果>

48時間以内に栄養投与を開始した早期群では、それ以降に開始した遅延群と比較して死亡率が有意に低い。

表 経腸栄養の開始時期の違いによる臨床結果の比較

| | 早期群 (n=707) | 遅延群 (n=467) | P値 |
|-------------------|----------------|----------------|-------|
| ICUの死亡患者数 (割合) | 159 (22.5%) | 132 (28.3%) | 0.03 |
| 病院の死亡患者数 (割合) | 239 (33.8%) | 205 (43.9%) | <0.01 |
| ICU在室日数 | 27.0±12.2 | 25.9±12.0 | 0.14 |

出典：American Journal of Critical Care. 2010.19(3).261-268

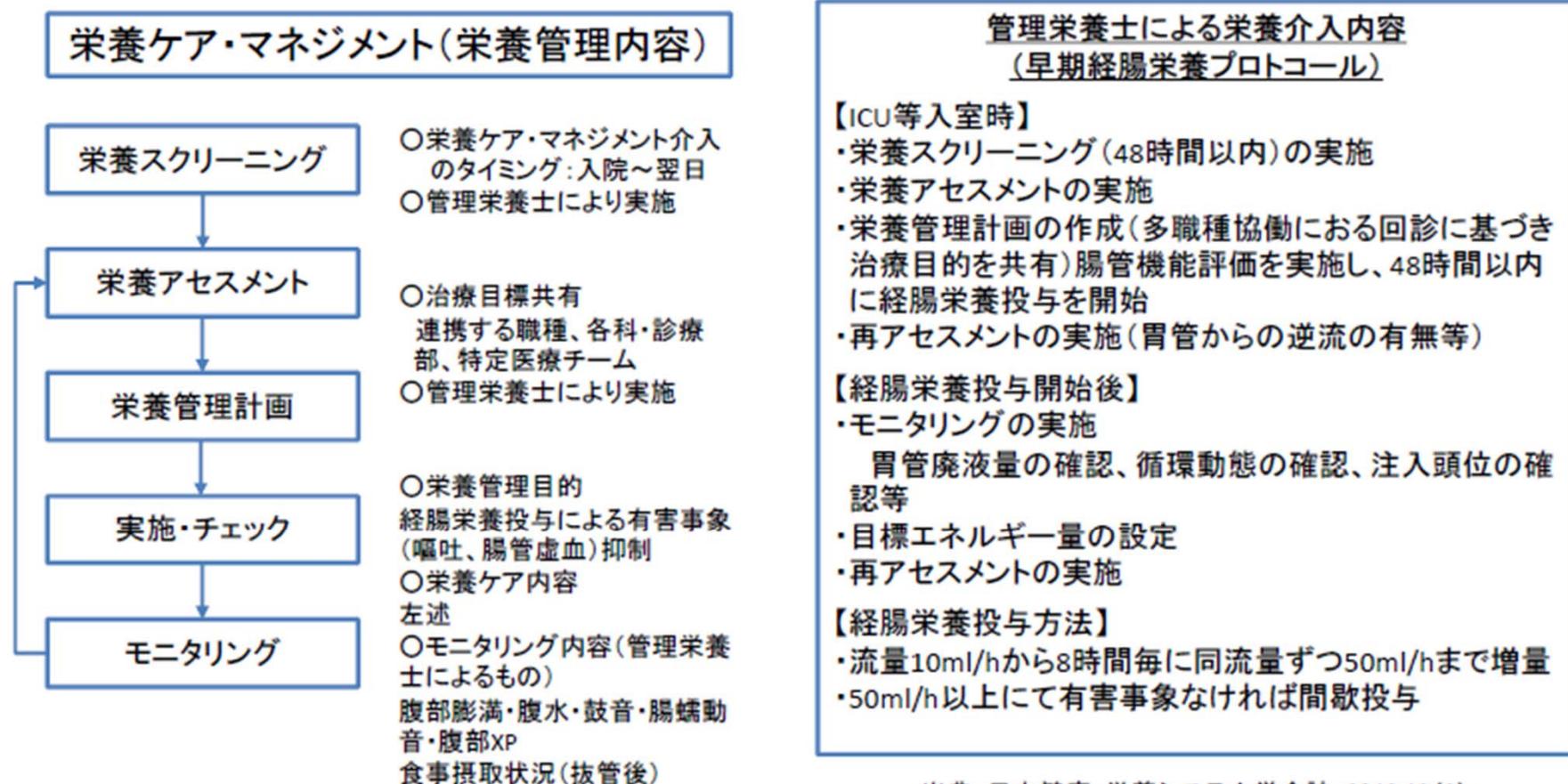
特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果①

【対象者】

ICU入室中に栄養管理を行った患者(外科手術後1泊入室の患者は除く)
 2011年度(360名、平均年齢70.4±13.7歳)、2017年度(295名、平均年齢69.2±14.2歳)

【方法】

早期経腸栄養プロトコルを用いた栄養ケア・マネジメントを導入し、その運用前後の①48時間以内経腸栄養開始率、②28日死亡率、③平均在ICU日数、④平均在院日数の違いを比較。



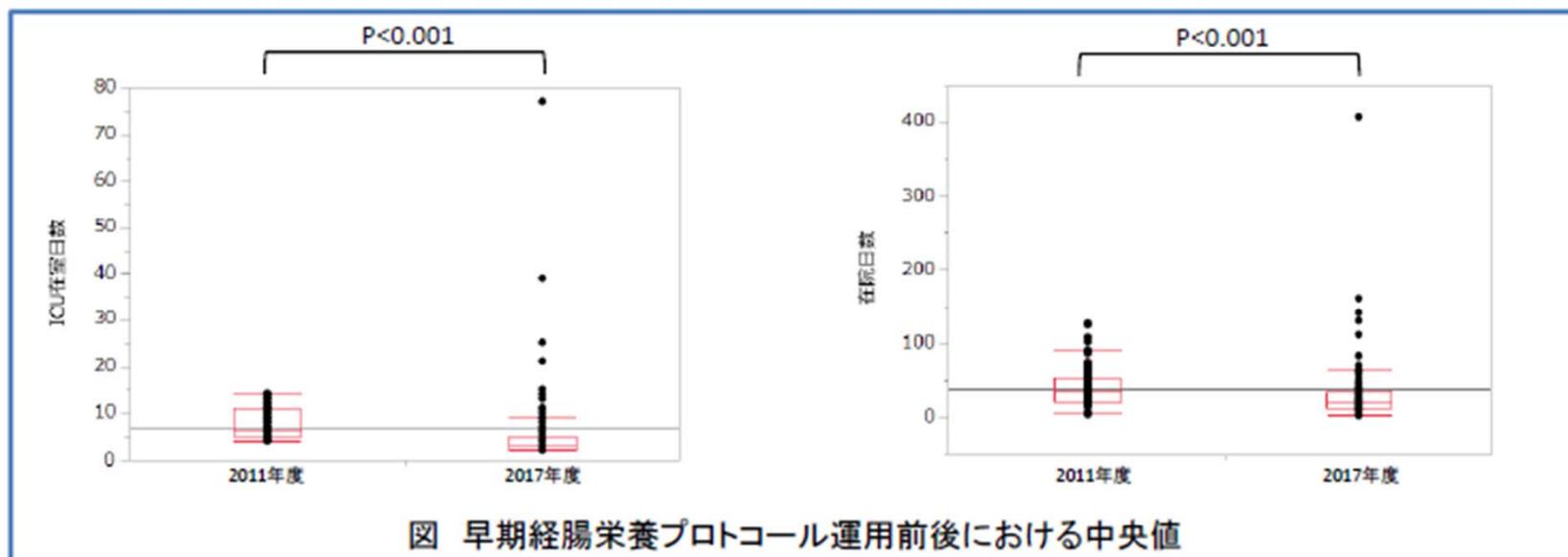
出典:日本健康・栄養システム学会誌. 2019.19(2)

特定集中治療室等における管理栄養士の介入効果②

- 早期経腸栄養プロトコルを用いて48時間以内に管理栄養士が介入し経腸栄養を開始することにより、死亡率が有意に低下するとともに、平均在ICU室日数、平均在院日数が、有意に減少する。

| | 運用前2011年(n=360) | 運用後2017年(n=295) | 有意差 (Wilcoxon順位検定) |
|------------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| 48時間以内経腸栄養開始率(%) | 36.2 | 61.5 | P<0.01* |
| 28日死亡率(%) | 20.7 | 6.7 | P<0.02* |
| 平均在ICU室日数(中央値) | 7.8±3.5(6) | 5.5±8.8(3) | P<0.001** |
| 平均在院日数(中央値) | 40.6±24.3(35) | 33.1±46.7(22) | P<0.001** |

*F検定後T検定 **Wilcoxon順位和検定



出典：日本健康・栄養システム学会誌. 2019.19(2) 82

中央社会保険医療協議会総会資料 (2019.11.15)

⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮されるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟を有する許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p> <p>[施設基準] <u>(1) 通則</u> <u>(新設)</u></p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] <u>注9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。</u></p> <p><u>[施設基準]</u> <u>(1) 通則</u> <u>又許可病床数が四百床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険</u></p> |

⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

| 現行 | 改定案 |
|-------------|---|
| <u>(新設)</u> | <u>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。</u> <u>(19) 地域包括ケア病棟入院料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>(1)の又に掲げる基準</u> |

[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。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割



「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- 重症患者割合

「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

- 自宅等からの入院患者の受け入れ
- 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- 在宅医療等の提供
- 看取りに対する指針の策定

「③在宅復帰支援」に係る要件

- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

✓ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規) ※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能等に関連した要件がある

地域包括ケア病棟の患者の受け入れについて

- 在宅からの受け入れについては、地域包括ケア病棟入院料1・3の実績要件として、「自宅等から入棟した患者割合が1割以上」であることを評価している
- 急性期からの受け入れについては、特に許可病床数が200床以上の医療機関において「自院の一般病床」の割合が高いが、転棟割合の制限は設けていない。

■病床規模と入棟元（枠内の割合は調査に基づく実績の平均値）

| | | 許可病床数 | | |
|-----|---------|-----------------------|---------------------|--------|
| | | 200床未満 | 200床以上400床未満 | 400床以上 |
| 入棟元 | 自宅等 | (現行) 1割以上を評価 (約5割) | (約3割) | (約3割) |
| | 他院の一般病床 | (約2割) | (約1割) | (1割未満) |
| | 自院の一般病床 | (約3割) | (現行) 制限はない (約6割) | (約7割) |

- 許可病床数別に入棟元の割合をみると、許可病床数が大きいほど「自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。
- 退棟先については、いずれの病床規模でも「自宅」が多く、約6～7割を占めた。

| 入棟元 (n=1,709) | | 許可病床 | | |
|------------------|--|--------|------------|--------|
| | | 200床未満 | 200-400床未満 | 400床以上 |
| 自宅等 | 自宅(在宅医療の提供あり) | 7.8% | 4.0% | 11.0% |
| | 自宅(在宅医療の提供なし) | 26.9% | 19.2% | 16.9% |
| | 介護老人保健施設 | 1.9% | 1.3% | 0.7% |
| | 介護医療院 | 0.4% | 0.0% | 0.0% |
| | 介護療養型医療施設 | 0.3% | 0.0% | 0.0% |
| | 特別養護老人ホーム | 4.3% | 4.3% | 0.0% |
| | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 2.8% | 1.5% | 0.0% |
| | その他の居住系介護施設 | 2.1% | 1.2% | 0.0% |
| | 障害者支援施設 | 0.6% | 0.1% | 0.0% |
| 他院 | 他院の一般病床 | 16.9% | 5.6% | 4.4% |
| | 他院の一般病床以外 | 1.7% | 2.2% | 0.0% |
| 自院 | 自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外) | 30.7% | 57.0% | 64.7% |
| | 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 | 1.9% | 0.1% | 2.2% |
| | 自院の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を届出ている病床 | 1.0% | 0.0% | 0.0% |
| | 自院の療養病床(上記以外) | 0.2% | 0.0% | 0.0% |
| | 自院の精神病床 | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| | 自院のその他の病床 | 0.0% | 3.2% | 0.0% |
| | 有床診療所 | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| その他 | 0.1% | 0.0% | 0.0% | |
| 不明 | 0.2% | 0.3% | 0.0% | |

| 退棟先 (n=499) | | 許可病床 | | |
|---------------------|--|--------|------------|--------|
| | | 200床未満 | 200-400床未満 | 400床以上 |
| 自宅等 | 自宅(在宅医療の提供あり) | 11.9% | 7.2% | 20.5% |
| | 自宅(在宅医療の提供なし) | 47.1% | 51.6% | 53.8% |
| | 介護老人保健施設 | 6.2% | 2.4% | 7.7% |
| | 介護医療院 | 0.5% | 0.0% | 0.0% |
| | 介護療養型医療施設 | 0.5% | 0.4% | 0.0% |
| | 特別養護老人ホーム | 4.8% | 3.2% | 0.0% |
| | 軽費老人ホーム、有料老人ホーム | 4.8% | 5.2% | 0.0% |
| | その他の居住系介護施設 | 3.3% | 2.0% | 2.6% |
| | 障害者支援施設 | 0.5% | 0.4% | 0.0% |
| 他院 | 他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外) | 3.3% | 2.0% | 0.0% |
| | 他院の地域一般入院基本料を届出ている病床 | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| | 他院の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を届出ている病床 | 1.0% | 4.0% | 5.1% |
| | 他院の療養病床(上記以外) | 1.9% | 4.8% | 2.6% |
| | 他院の精神病床 | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 自院 | 自院のその他の病床 | 0.0% | 0.0% | 2.6% |
| | 自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外) | 1.9% | 1.2% | 0.0% |
| | 自院の地域一般入院基本料を届出ている病床 | 0.5% | 0.0% | 0.0% |
| | 自院の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を届出ている病床 | 0.5% | 2.4% | 0.0% |
| | 自院の療養病床(上記以外) | 1.4% | 1.2% | 0.0% |
| | 自院の精神病床 | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| | 自院のその他の病床 | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 有床診療所(介護サービス提供医療機関) | 0.0% | 0.0% | 0.0% | |
| 有床診療所(上記以外) | 1.4% | 0.4% | 0.0% | |
| 死亡退院 | 5.2% | 2.4% | 5.1% | |
| その他 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | |
| 無回答 | 3.3% | 9.2% | 0.0% | |

出典：平成30年度入院医療等の調査(患者票)

⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

具体的な内容

2. 地域包括ケア病棟入院料 1 及び 3 並びに地域包括ケア入院医療管理料 1 及び 3 について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料 1】 〔施設基準〕</p> <p>ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が<u>一割以上</u>であること。</p> <p>ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>三人以上</u>であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。</p> <p>① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において<u>二十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において<u>百回以上</u>算定している保険医療機関であること又は訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料 1】 〔施設基準〕</p> <p>ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が<u>一割五分以上</u>であること。</p> <p>ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>六人</u>以上であること。</p> <p>ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。</p> <p>① 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を前三月間において<u>三十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において<u>六十回以上</u>算定している保険医療機関であること。</p> <p>③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の</p> |

⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>労働省告示第六十七号)に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において五百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関と<u>同一の敷地内にあること。</u></p> <p>③ <u>開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を前三月間において十回以上算定している保険医療機関であること。</u></p> <p>④ <u>介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。</u></p> <p>⑤ <u>（新設）</u></p> | <p>額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号)に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に<u>併設されていること。</u></p> <p>④ <u>在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。</u></p> <p>⑤ <u>介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。</u></p> <p>⑥ <u>退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。</u></p> |

⑨ 地域包括ケア病棟の実績要件等の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【地域包括ケア入院医療管理料 1】 [施設基準] □ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が<u>一割</u>以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が<u>三</u>以上であること。 ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>三人</u>以上であること。</p> | <p>【地域包括ケア入院医療管理料 1】 [施設基準] □ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が<u>一割五分</u>以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が<u>六</u>以上であること。 ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において<u>六人</u>以上であること。</p> <p>※ <u>地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3 も同様。</u></p> |

[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 1 若しくは 3 又は地域包括ケア入院医療管理料 1 若しくは 3 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。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

➤ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

*1:現行方法による評価 *2:診療実績データを用いた場合の評価

| | 管理料4 | 入院料4 | 管理料3 | 入院料3 | 管理料2 | 入院料2 | 管理料1 | 入院料1 |
|-----------------------|---|------|-----------------------------|------|----------------|------|-----------------------------|------|
| 看護職員 | 13対1以上 (7割以上が看護師) | | | | | | | |
| 重症患者割合 | 重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上 | | | | | | | |
| 在宅復帰に係る職員 | 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 在宅復帰率 | — | | | | 7割以上 | | | |
| 室面積 | — | | | | 6.4㎡以上 | | | |
| 実績部分 自宅等から入棟した患者割合 | — | | 1割以上 (10床未満は 3月で3人以上) | 1割以上 | | | 1割以上 (10床未満は 3月で3人以上) | 1割以上 |
| 自宅等からの緊急患者の受入 | — | | 3月で3人以上 | | — | | 3月で3人以上 | |
| 在宅医療等の提供(*3) | — | | ○ | | — | | ○ | |
| 看取りに対する指針 | — | | ○ | | — | | ○ | |
| 届出単位 | 病室 | 病棟 | 病室 | 病棟 | 病室 | 病棟 | 病室 | 病棟 |
| 許可病床数200床未満のみが対象 | ○ | — | ○ | ○ | ○ | — | ○ | ○ |
| 点数(生活療養) | 2,038点(2,024点) | | 2,238点(2,224点) | | 2,558点(2,544点) | | 2,738点(2,724点) | |

*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

地域包括ケアに係る実績について

- 地域包括ケアに係る実績について、入院料及び管理料1・3を算定する医療機関の実績等を踏まえ、以下のように見直すこととしてはどうか。

■地域包括ケアに係る実績（入院料及び管理料1・3の要件）

| | | 現行の基準 | 見直しの方向性(案) |
|---------------|----------------------------|--------------------|--|
| 自宅等から入棟した患者割合 | | 1割以上(10床未満は3月3人以上) | 実績を踏まえて引き上げ |
| 自宅等からの緊急患者の受入 | | 3月3人以上 | |
| 在宅医療等の提供 | 【条件】 | ①～④のうちいずれか2つ以上を満たす | 各項目の見直しを踏まえて設定 |
| | ①在宅患者訪問診療料の算定回数 | 3月20回以上 | 実績を踏まえて引き上げ |
| | ②病院／訪問看護ステーションの訪問看護等の回数 | 3月100回以上／3月500回以上 | 実績を踏まえて引き下げ等の見直し |
| | ③開放型病院共同指導料の算定回数 | 3月10回以上 | 算定が難しい場合があることを踏まえ、当該要件については廃止してはどうか |
| | ④同一敷地内の施設等で介護サービスを提供していること | 提供していること | 保険医療機関であれば「みなし」の指定を受けられることから実績を求めてはどうか |
| 看取りに対する指針 | | 定めていること | 地域包括ケア病棟・病室を届け出る際の全体の要件としてはどうか |

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

基本的な考え方

地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。

具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 (1) 通則 二 <u>当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。</u></p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 (1) 通則 二 <u>当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。</u> <u>なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する</u></p> |

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>(3) <u>当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が1名以上配置されていること。また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるA D L維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注2の</u></p> | <p><u>看護師又は社会福祉士に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</u></p> <p>(3)当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるA D L維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注2の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週</p> |

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。</p> | <p>22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。</p> |

〔経過措置〕

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

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

具体的な内容

2. 地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したA D Lスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕</p> <p>(7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕</p> <p>(7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。<u>なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したA D L等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。</u></p> |

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

| | | |
|------|----|-------|
| 自立 | 7点 | 完全自立 |
| | 6点 | 修正自立 |
| 部分介助 | 5点 | 監視 |
| | 4点 | 最小介助 |
| 介助あり | 3点 | 中等度介助 |
| | 2点 | 最大介助 |
| | 1点 | 全介助 |

| 運動項目 | | | | | | | | 認知項目 | | | | | | | | | |
|--------------|----|----|---------|---------|--------|----------|----------|------------|--------|-------------|-----------|----|-----------|------------|-------|------|----|
| セルフケア | | | | | 排泄 | | 移乗 | | 移動 | | コミュニケーション | | 社会認識 | | | | |
| 食事 | 整容 | 清拭 | 更衣(上半身) | 更衣(下半身) | トイレ動作 | 排尿コントロール | 排便コントロール | ベッド・椅子・車椅子 | トイレ | 浴槽・シャワー | 歩行・車椅子 | 階段 | 理解(聴覚・視覚) | 表出(音声・非音声) | 社会的交流 | 問題解決 | 記憶 |
| 計42～6点 | | | | | 計14～2点 | | 計21～3点 | | 計14～2点 | | 計14～2点 | | 計21～3点 | | | | |
| 運動項目 計91～13点 | | | | | | | | | | 認知項目 計35～5点 | | | | | | | |
| 合計 126～18点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

具体的な内容

3. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] (1) 通則 <u>又当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></p> <p><u>(11)当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></p> |
| <p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>へ当該保険医療機関において、適切な看取りに対する指針を定めていること。</u></p> <p><u>(9) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに</u></p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料1】 [施設基準] <u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> |

⑩ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

| 現行 | 改定案 |
|----|---|
| | <p><u>※ 地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3 及び療養病棟入院基本料も同様。</u></p> |

〔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。

⑪ 地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関内において、D P C 対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について要件を見直す。

具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のD P C 対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] (10)診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合には、<u>診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。</u>なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] (10)診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の<u>地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合</u>については、<u>診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合</u>については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅱ又はⅢを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、<u>当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して</u></p> |

⑪ 地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

| 現行 | 改定案 |
|----|----------|
| | 60日間とする。 |

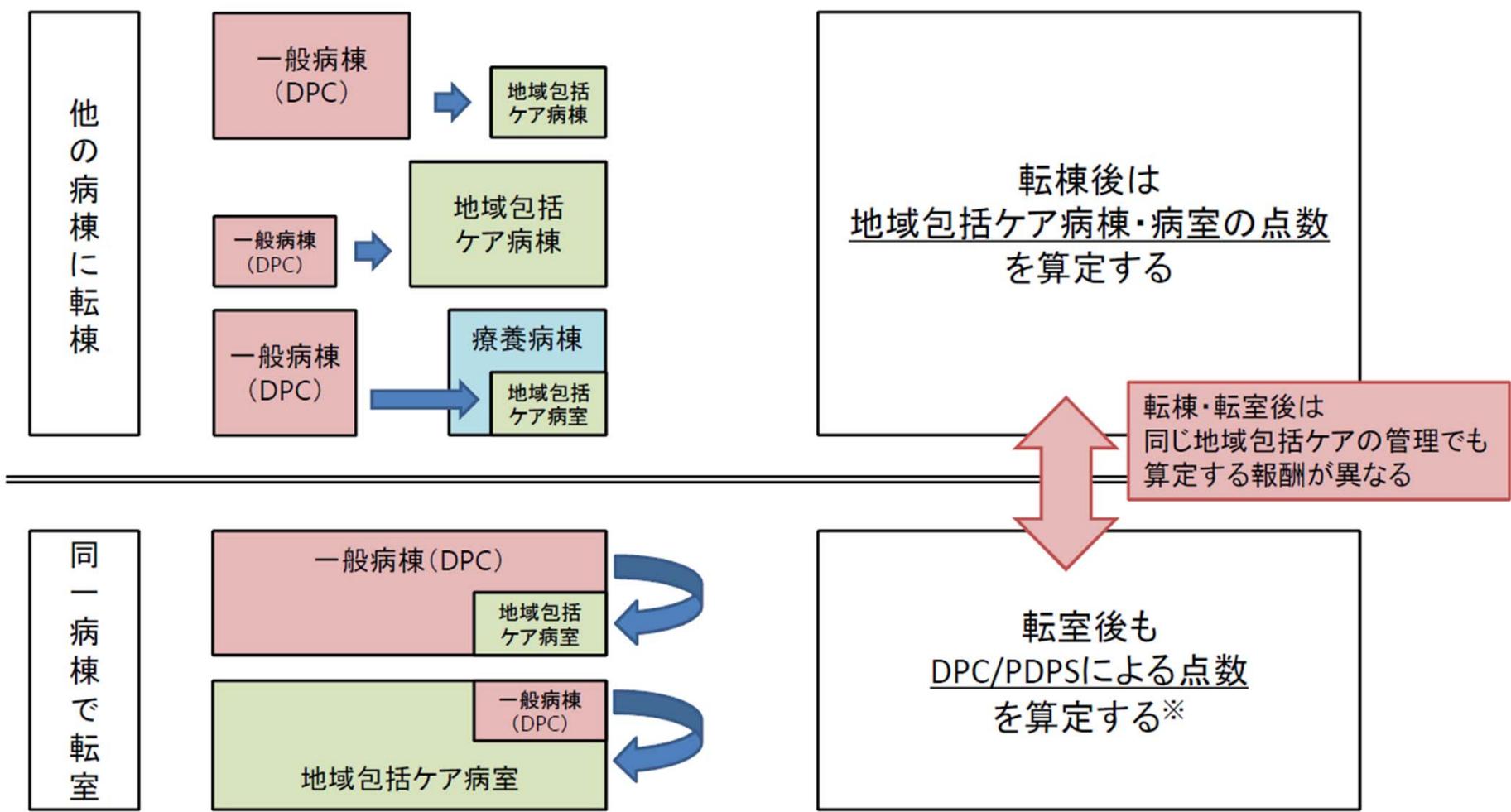
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

- 地域包括ケア病棟の3つの役割について
- 地域包括ケア病棟の届出について
- 転棟・転室時の算定ルールについて

令和元年11月29日中医協総会における指摘事項

- 患者に必要な医療を適切に提供する観点から、転棟・転室時の入院料は同じ扱いにするべき。
- 算定する点数が転棟のタイミングに影響を与えることを防ぐためには、転棟後もDPC/PDPSによる点数を算定するのが妥当。
- 見直しについて具体的な制度設計を提示いただいた上で引き続き議論が必要。

一般病棟(DPC)からの転棟・転室時の入院料



※診断群分類に定められた期間はDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

転棟・転室時の要件等にかかる取扱い

| | | 入院料の算定方法 | 算定期間の取扱い | 急性期患者支援病床初期加算の取扱い | 入院患者の評価指標 |
|---------------|------------------|-----------------------|----------------|-------------------|---|
| 一般病棟(DPC)から転棟 | 地域包括ケア病棟 | 地域包括ケア病棟入院料(リハビリ包括) | 転棟した日から60日を限度 | 算定可 | 重症度、医療・看護必要度(地域包括ケア病棟の基準) |
| | 療養病棟における地域包括ケア病室 | 地域包括ケア入院医療管理料(リハビリ包括) | 転棟した日から60日を限度 | 算定可 | 重症度、医療・看護必要度(地域包括ケア病棟の基準) (医療区分・ADL区分から除外) |
| 一般病棟(DPC)内で転室 | 地域包括ケア病室 | DPC/PDPS(リハビリ出来高) | 転室した日から60日を限度* | 算定不可 | 重症度、医療・看護必要度(地域包括ケア病室の基準) |

※ 診断群分類に定められた期間はDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

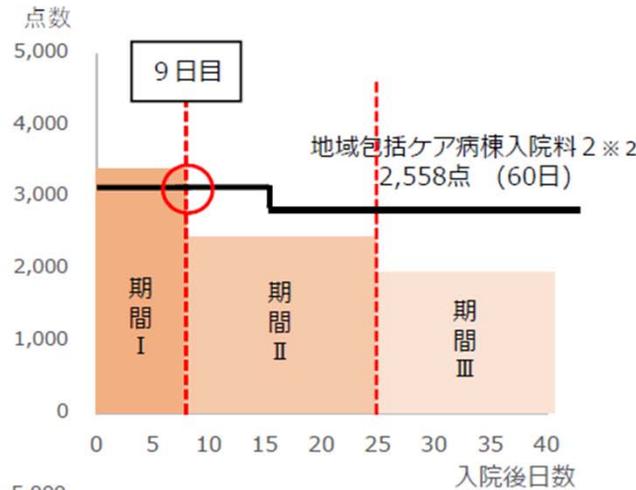
手術点数の算定方法

| 患者の所在 | | 短期滞在3以外の手術 | 短期滞在3の対象手術 |
|----------|----------------------------|---------------------|---------------------|
| DPC対象病院 | 一般病棟(DPC) (地域包括ケア病室を含む) | DPC/PDPS + 手術点数等 | DPC/PDPS + 手術点数等 |
| | 地域包括ケア病棟 | 地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等 | 地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等 |
| 非DPC対象病院 | 一般病棟(出来高) | 入院基本料 + 手術点数等 | 短期滞在手術等基本料3* |
| | 地域包括ケア病棟 | 地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等 | 短期滞在手術等基本料3* |

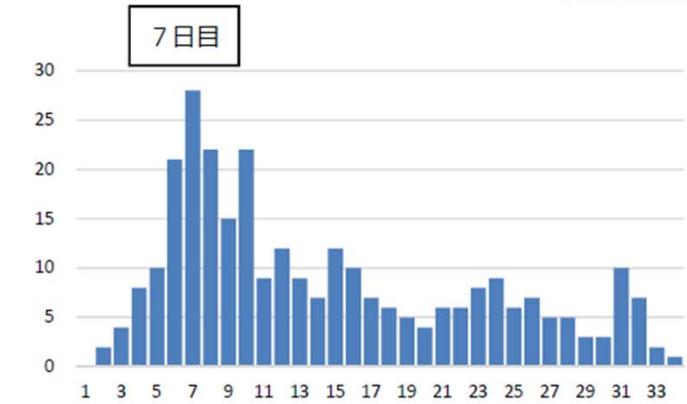
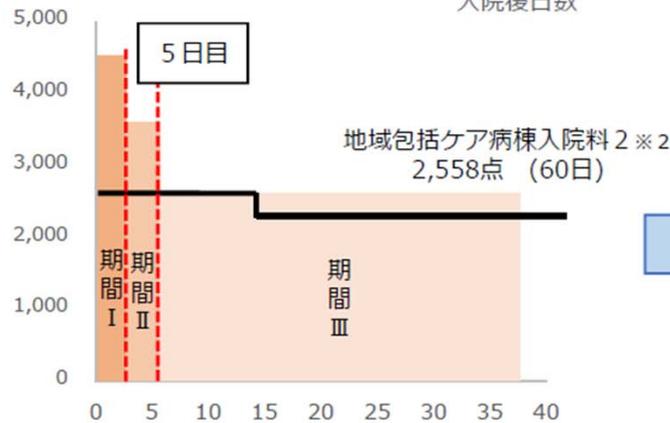
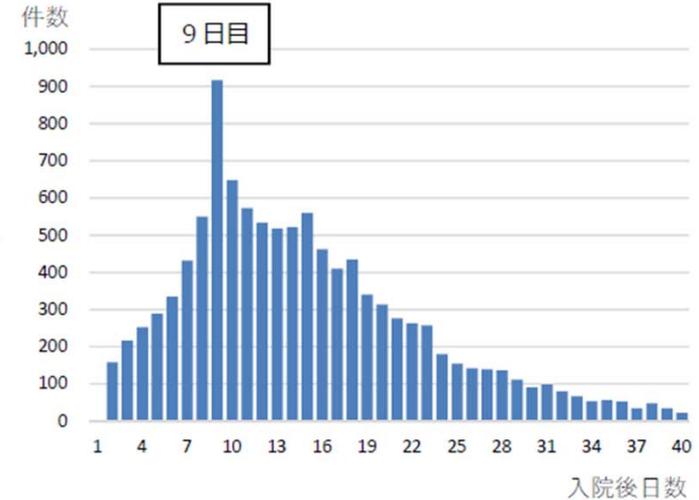
※ 入院後所定日数内に手術等が実施された場合に限る

○ DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3



出典：平成30年DPCデータ

※1 平均的な係数値で算出
(基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088)

※2 急性期患者支援病床初期加算を算定(14日間に限り、150点を加算)
※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

⑫ 地域包括ケア病棟の届出に関する見直し

基本的な考え方

地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、許可病床数の多い医療機関が地域包括ケア病棟の届出を行う場合の要件を見直す。

具体的な内容

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟又は病室を維持することができる。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] 14 届出に関する事項 (新設)</p> <p>また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)及び(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院</p> | <p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] 14 届出に関する事項 <u>許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の届出を行うことはできない。ただし、2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟又は病室を維持することができる。</u></p> <p>また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1</p> |

⑫ 地域包括ケア病棟の届出に関する見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、<u>許可病床数が500床以上の保険医療機関若しくは(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関又は平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関</u>であって、<u>許可病床数が400床以上の保険医療機関</u>については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。</p> <p><u>(3) 許可病床数が400床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合</u></p> <p>(4) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、<u>地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合</u></p> | <p>若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(4) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、<u>地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合</u></p> |

地域包括ケア病棟の届出について

- 現在、許可病床数400床以上の医療機関において、地域包括ケア病棟入院料2・4を届け出る場合等では、届出可能な病棟が1病棟までとされている。

■病床規模と入院料・管理料の届出

※その他、療養病棟を有する場合及び集中治療室等を有する場合も1病棟まで

| | 200床未満 | 200床以上400床未満 | 400床以上 |
|------------------------|----------|--------------|----------|
| 地域包括ケア病棟 入院料1・3 | ○ | | |
| 地域包括ケア病棟 入院料2・4 | ○ | ○ | ○（1病棟まで） |
| 地域包括ケア病棟 入院医療管理料1～4 | ○（1病棟まで） | | |

入院分科会のとりまとめにおける記載事項

（地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状について）

- 自院における転棟割合が高い医療機関については、地域における機能分化を適切に進めるべきではないかという意見があった。また、許可病床の規模が小さい医療機関は、在宅等からの入院割合が相対的に高いことを受けて、地域包括ケアの役割を適切に担っていると言えるのではないかという意見があった。

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させるとともに、栄養管理の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について要件を見直す。

具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び回復期リハビリテーション病棟入院料 3 におけるリハビリテーション実績指数の要件について、それぞれ水準を引き上げる。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 壬 リハビリテーションの効果に係る実績指数が<u>三十七</u>以上であること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十一</u>以上であること。</p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 リ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>四十一</u>以上であること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が<u>三十五</u>以上であること。</p> |

〔経過措置〕

令和 2 年 3 月 31 日において現に 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 3 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。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

- 各患者のFIM得点が改善するほど、また、各患者の入棟から退棟までの在棟日数が短くなるほど、リハビリテーション実績指数は大きくなる。

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の（入棟から退棟までの在棟日数 / 状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和}}$$

＜実績指数の計算対象＞

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
○ ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

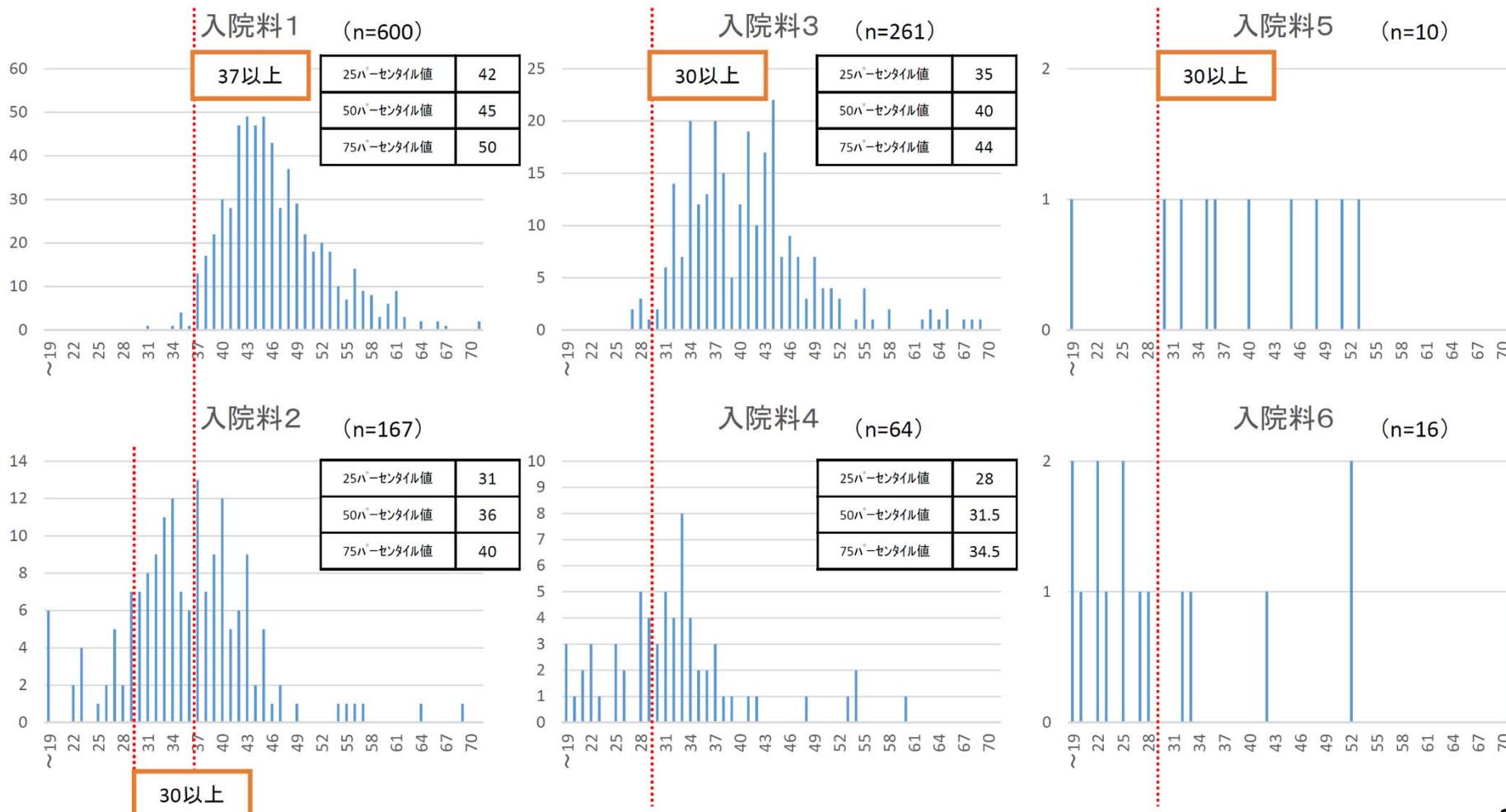
まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

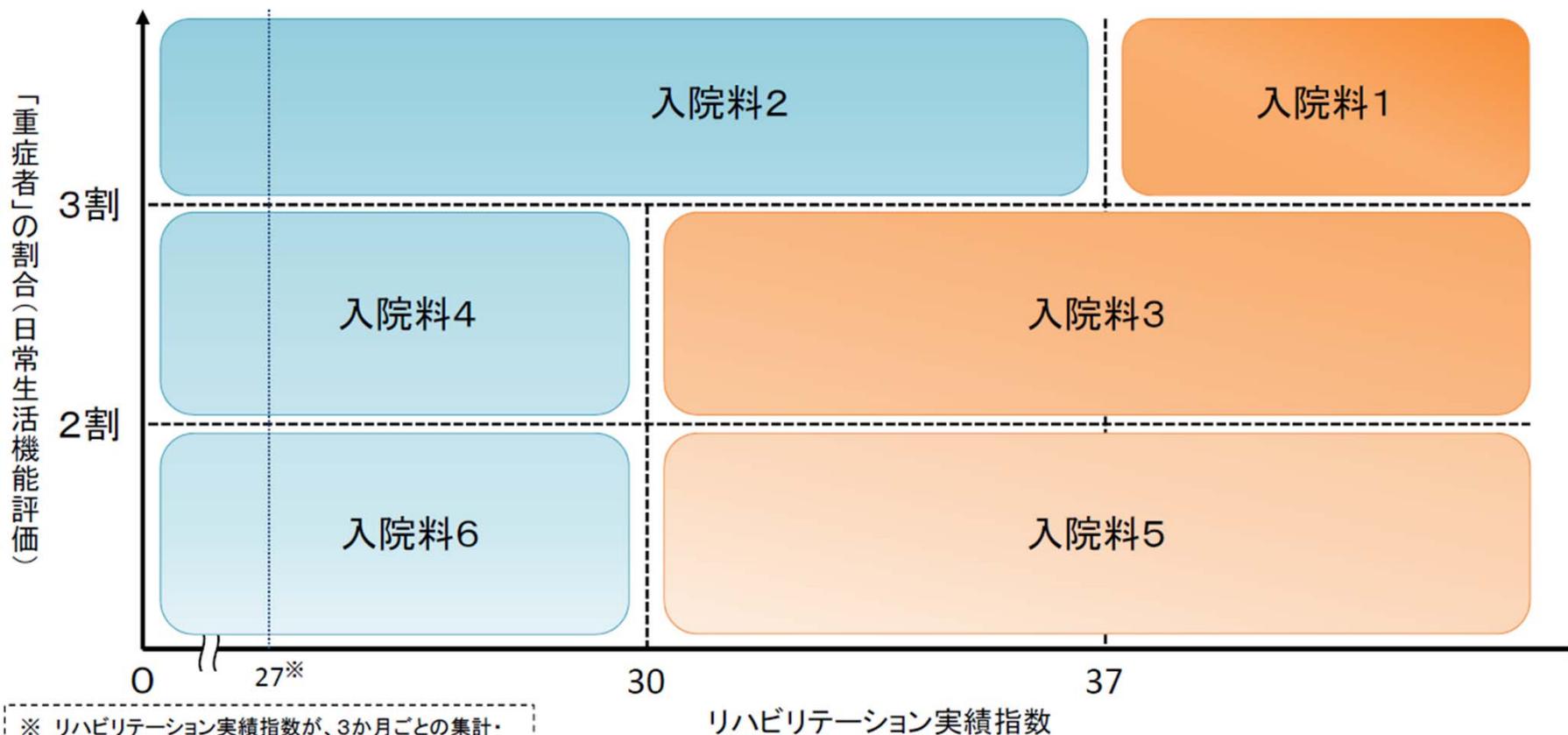
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

○ 入院料ごとのリハビリテーション実績指数の分布は、以下のとおり。



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2019年7月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

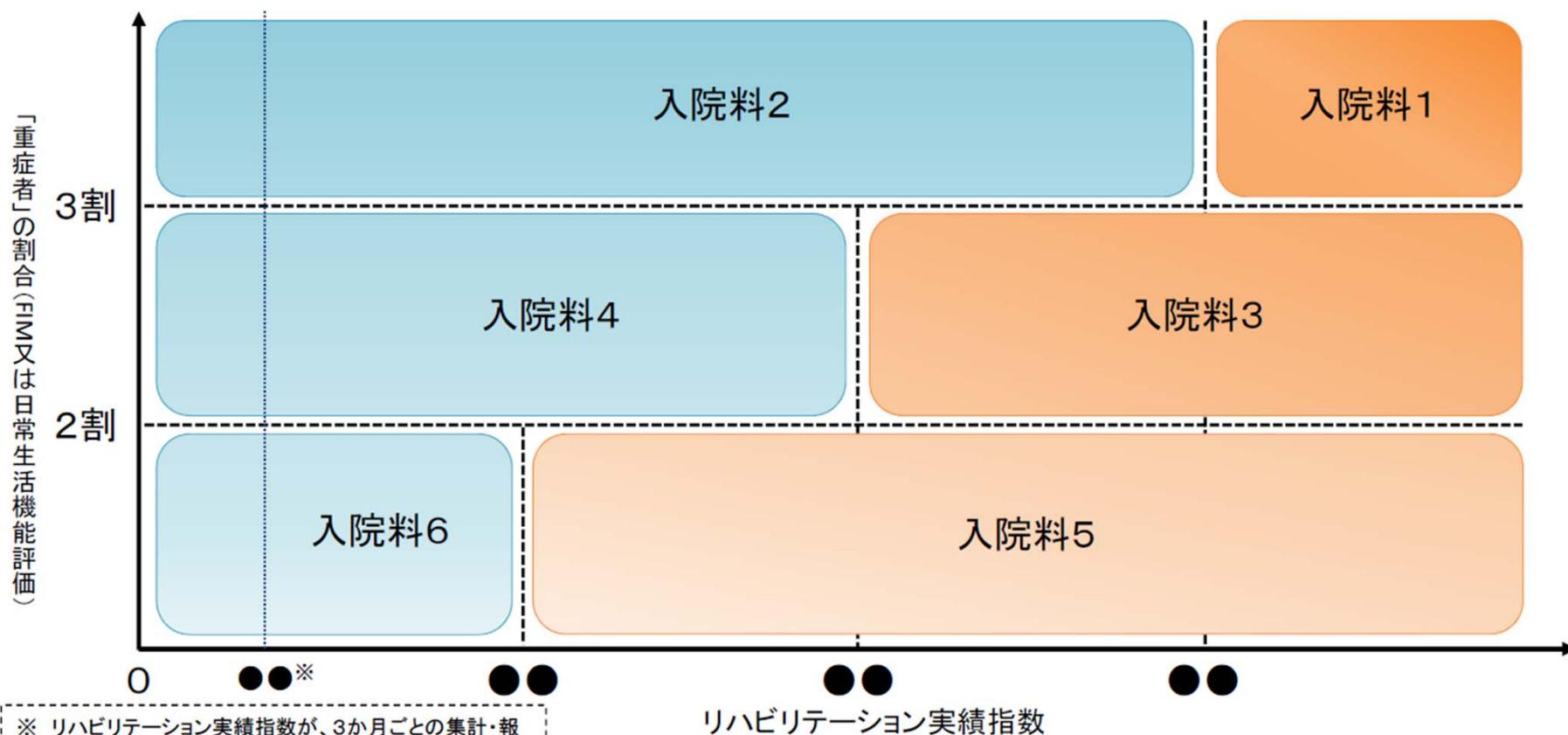
- 現行の回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件は、以下2つの観点で大別される。
 - ・ 患者のアウトカムを評価している項目（リハビリテーション実績指数、在宅復帰率 等）
 - ・ 入院時点の患者の重症度（日常生活機能評価により定義する「重症者」の割合）
- リハビリテーション実績指数と、重症者の割合により、現行の評価体系を整理すると、以下のとおり。



※ リハビリテーション実績指数が、3か月ごとの集計・報告で2回連続して27未満となった場合、疾患別リハビリテーション料の一部（6単位を超えるもの）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。

実績要件の見直し(案)

○ リハビリテーション病棟入院料1、3及び5を届出ている病棟におけるリハビリテーション実績指数の実態等を踏まえ、以下のとおり見直すこととしてはどうか。



※ リハビリテーション実績指数が、3か月ごとの集計・報告で2回連続して(現行)27未満となった場合、疾患別リハビリテーション料の一部((現行)6単位を超えるもの)は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

具体的な内容

２．回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時 F I M 及び目標とする F I M について、リハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとする。また、退院時 F I M についても同様の取扱いとする。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】 (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後 2 週間以内に入棟時の F I M 運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時の F I M 運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。</p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 【算定要件】 (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後 2 週間以内に入棟時の F I M 運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時の F I M 運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載した<u>リハビリテーション実施計画書</u>を作成し、<u>説明の上で患者の求めに応じて交付すること。</u></p> |

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

具体的な内容

3. 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] 別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢(そう)損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、<u>一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）</u>、<u>特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）</u>、<u>専門病院入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る。）</u>、<u>総合入院体制加算</u>、<u>救命救急入院料</u>、<u>特定集中治療室管理料</u>、<u>ハイケアユニット入院医療管理料</u>、<u>脳卒中ケアユニット入院医療管理料</u>又は<u>小児特定集中治療室管理料</u>（以下「算定開始日数控除対象入院料等</p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] 別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢(そう)損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、<u>高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害</u>、<u>重度の頸(けい)髄損傷</u>及び<u>頭部外傷を含む多部位外傷</u>の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)</p> |

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|------------------------------------|
| <p><u>』という。)を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。)</u>又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸(けい)髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内)</p> | <p><u>※ 二～五についても同様の見直しを行う。</u></p> |

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

具体的な内容

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料における重症者の定義に、日常生活機能評価に代えて F I M 総得点を用いてもよいものとする。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算の注 4 に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。</p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [算定要件] (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（<u>Functional Independence Measure</u>、以下「<u>F I M</u>」という。）の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算の注 4 に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又は <u>F I M</u> の結果を入院時に測定された日常生活機能評価又は <u>F I M</u> とみなす。</p> |

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>△ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>ハ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。</p> | <p>[施設基準]</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準</p> <p>ト 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は機能的自立度評価法（<u>Functional Independence Measure</u>、以下「<u>F I M</u>」という。）が改善していること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準</p> <p>ハ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は <u>F I M</u> が改善していること。</p> |

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

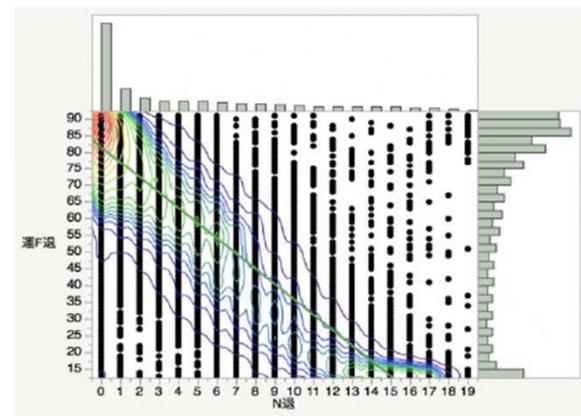
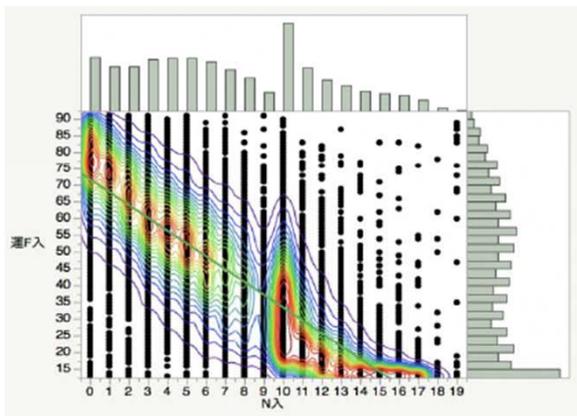
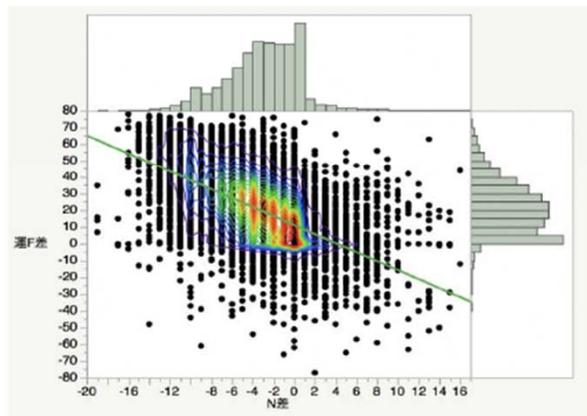
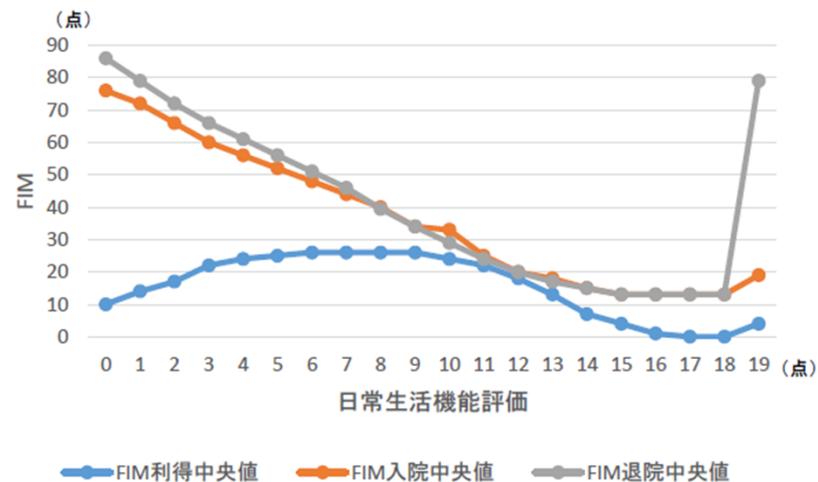
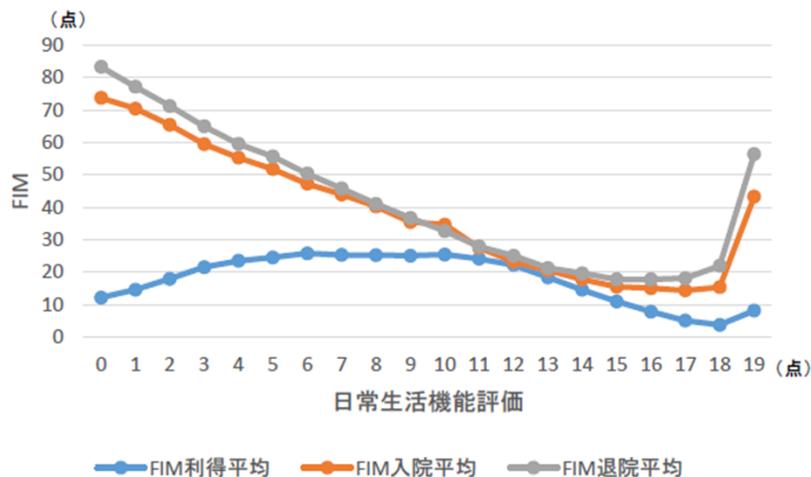
- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

| | | |
|------|----|-------|
| 自立 | 7点 | 完全自立 |
| | 6点 | 修正自立 |
| 部分介助 | 5点 | 監視 |
| | 4点 | 最小介助 |
| 介助あり | 3点 | 中等度介助 |
| | 2点 | 最大介助 |
| 完全介助 | 1点 | 全介助 |

| 運動項目 | | | | | | | | 認知項目 | | | | | | | | | |
|--------------|----|----|---------|---------|--------|----------|----------|------------|--------|-------------|-----------|----|-----------|------------|-------|------|----|
| セルフケア | | | | | 排泄 | | 移乗 | | 移動 | | コミュニケーション | | 社会認識 | | | | |
| 食事 | 整容 | 清拭 | 更衣（上半身） | 更衣（下半身） | トイレ動作 | 排尿コントロール | 排便コントロール | ベッド・椅子・車椅子 | トイレ | 浴槽・シャワー | 歩行・車椅子 | 階段 | 理解（聴覚・視覚） | 表出（音声・非音声） | 社会的交流 | 問題解決 | 記憶 |
| 計42～6点 | | | | | 計14～2点 | | 計21～3点 | | 計14～2点 | | 計14～2点 | | 計21～3点 | | | | |
| 運動項目 計91～13点 | | | | | | | | | | 認知項目 計35～5点 | | | | | | | |
| 合計 126～18点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

○ 入棟時・退棟時FIM及びFIM得点の変化と、入棟時・退棟時日常生活機能評価及び日常生活機能評価の変化との関係については、以下のとおり、散布図を見ると、個々の症例におけるばらつきが目立つものの、平均値及び中央値に着目すれば、一定程度、相関関係が見られる。



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2019年7月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

具体的な内容

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準である、「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が 1 名以上配置されていることが望ましい」とされているものを専任配置に変更する。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 <u>(新設)</u> | 【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 <u>□ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。</u> |

〔経過措置〕

令和 2 年 3 月 31 日において現に 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を届け出ているものについては、令和 3 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

具体的な内容

6. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2～6 について、現状、管理栄養士の配置規定はないが、施設基準に「当該病棟に専任の常勤管理栄養士が 1 名以上配置されていることが望ましい」旨を追加するとともに、栄養管理に係る要件を設ける。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準 (1) (中略) また、回復期リハビリテーション病棟入院料 <u>1</u> を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3、4、5 及び 6 の施設基準 (1) (中略) <u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] <u>(新設)</u></p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 [施設基準] 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準 (1) (中略) また、回復期リハビリテーション病棟入院料 <u>2</u> を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3、4、5 及び 6 の施設基準 (1) (中略) また、<u>当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。</u></p> <p><u>[算定要件]</u> <u>(14)回復期リハビリテーション病棟入院料 2 から 6 について、当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が、</u></p> |

⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|----|--|
| | <p><u>配置されている場合には、栄養管理に関するものとして次に掲げる内容を行うことが望ましい。</u></p> <p><u>ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。</u></p> <p><u>イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。</u></p> <p><u>ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。</u></p> |

⑭ 療養病棟入院基本料の評価の見直し

基本的な考え方

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、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。

具体的な内容

1. 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。
2. 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。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【療養病棟入院基本料（経過措置1）】 〔算定要件〕 注11 注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の<u>100分の90</u>に相当する点数を算定する。</p> | <p>【療養病棟入院基本料（経過措置1）】 〔算定要件〕 注11 注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の<u>100分の85</u>に相当する点数を算定する。</p> |

⑭ 療養病棟入院基本料の評価の見直し

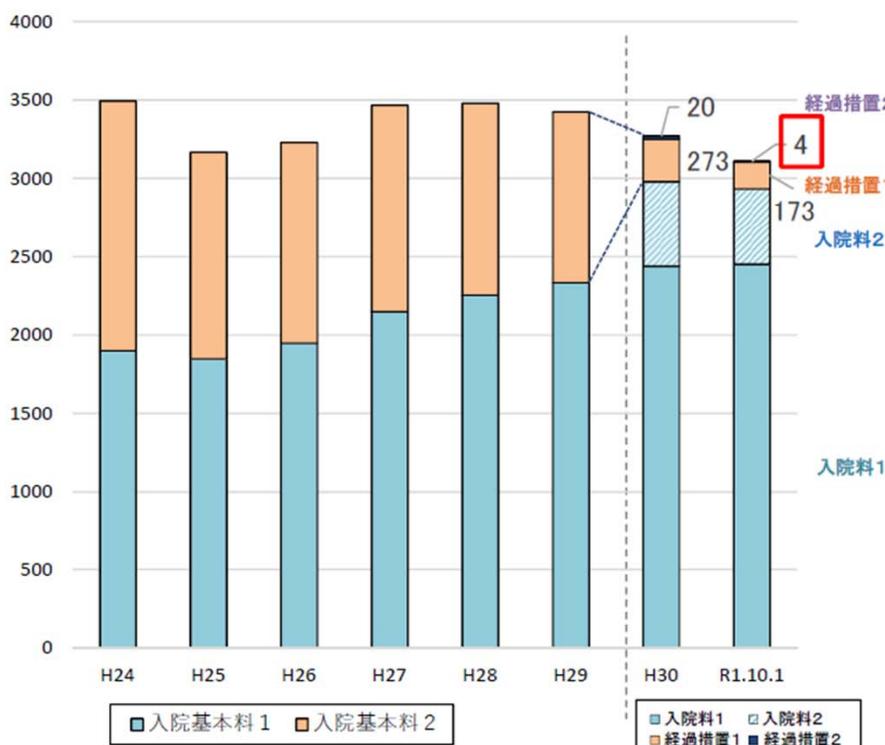
| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>〔経過措置〕 区分番号 A 1 0 1 の注11及び注12に規定する診療料は、<u>平成32年3月31日</u>までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>〔施設基準〕 (別に厚生労働大臣が定める基準) <u>平成30年3月31日時点で、継続して6月以上「旧医科点数表」の療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であること。</u></p> <p>【療養病棟入院基本料（経過措置2）】 〔算定要件〕 <u>注12注1に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数の100分の80に相当する点数（当該点数が587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）を下回る場合には、587点（生活療養を受ける場合にあっては、573点）とする。）を算定する。</u></p> | <p>〔経過措置〕 区分番号 A 1 0 1 の注11に規定する診療料は、<u>令和4年3月31日</u>までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>〔施設基準〕 (別に厚生労働大臣が定める基準) <u>令和2年3月31日時点で、療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っている病棟であること。</u></p> <p><u>（削除）</u></p> |

| | 療養病棟入院料1 | 療養病棟入院料2 | 経過措置1 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数) | 経過措置2 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数) |
|-------------------|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 看護職員※ | 20対1以上 (医療法上の4:1) | | 25対1以上 | 30対1以上 |
| 看護補助者※ | 20対1以上 (医療法上の4:1) | | 25対1以上 | |
| 医療区分2・3 該当患者割合 | 8割以上 | 5割以上 | / | |
| データ提出 | 200床以上の病院は必須 | | | |
| 点数 | 医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点 | 医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点 | 療養病棟入院料2の 90/100を算定 | 療養病棟入院料2の 80/100を算定 |

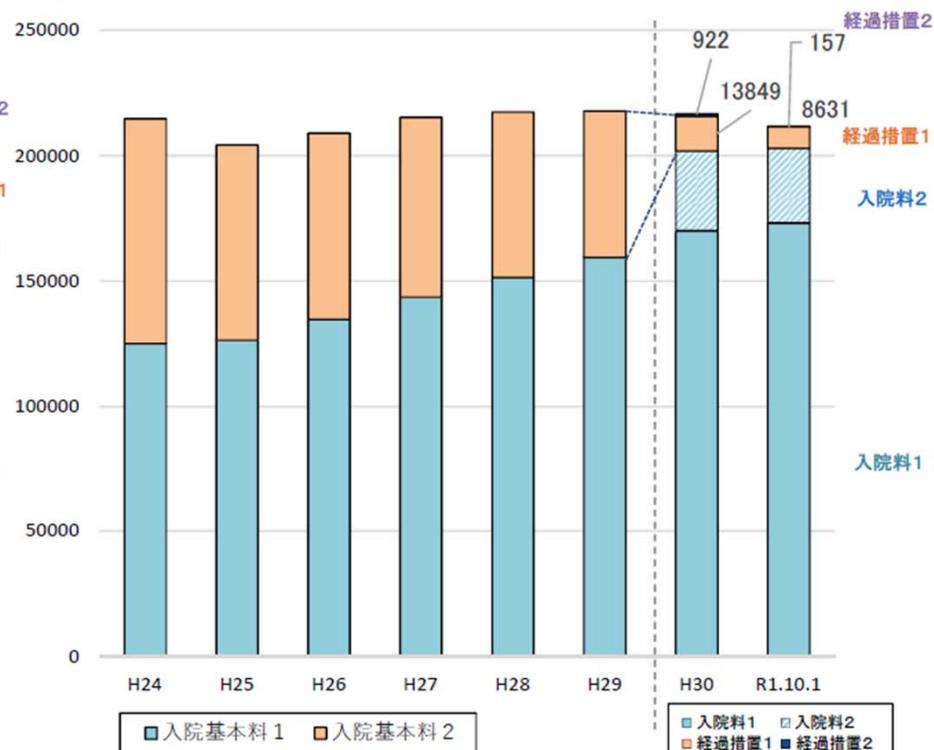
療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

- 療養病棟入院基本料経過措置1(看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満)の届出施設数は令和元年10月1日時点で173施設、8631床であった。
- 療養病棟入院基本料経過措置2(看護職員配置30対1)の届出施設数は令和元年10月1日時点で4施設、157床であった。

(施設数) 療養病棟入院基本料届出施設数



(病床数) 療養病棟入院基本料届出病床数



出典：保険局医療課調べ（平成24年～平成30年7月1日時点の確定値、令和元年は10月1日時点の速報値）
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

⑯ 特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し

基本的な考え方

特定機能病院の有する機能及び体制等を踏まえ、回復期リハビリテーション入院料等の特定入院料等に係る取扱いについて見直す。

具体的な内容

特定機能病院について、医療法で規定されている基準に満たない人員配置を要件とする特定入院料を届出できないこととする。

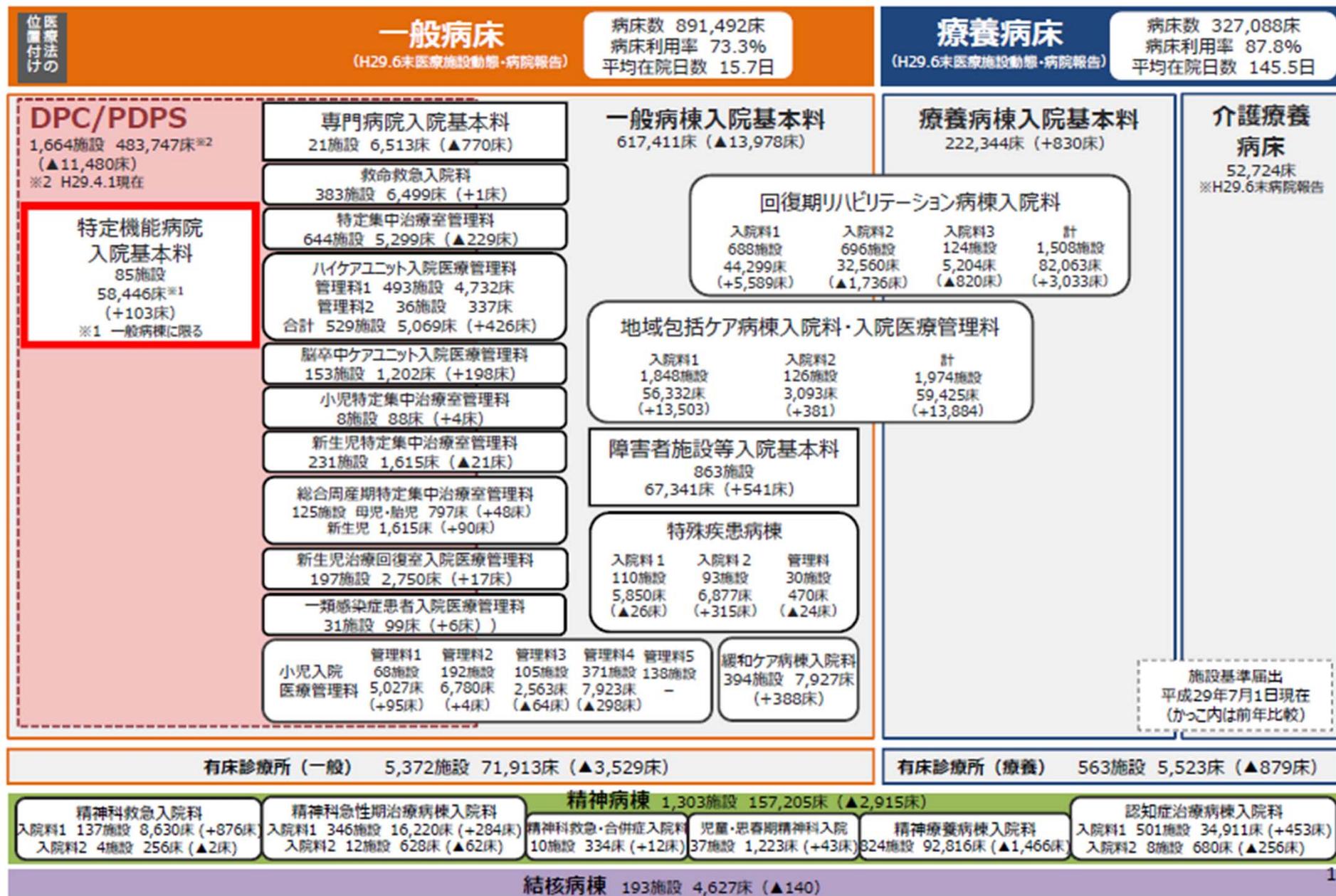
| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 （回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等） (1) 通則 <u>（新設）</u></p> <p>【小児入院医療管理料】 〔施設基準〕 （小児入院医療管理料の施設基準） (6) 小児入院医療管理料 5 の施設基準 <u>（新設）</u></p> | <p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 〔施設基準〕 （回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等） (1) 通則 <u>又 特定機能病院以外の病院であること。</u></p> <p>【小児入院医療管理料】 〔施設基準〕 （小児入院医療管理料の施設基準） (6) 小児入院医療管理料 5 の施設基準 <u>二 特定機能病院以外の病院であること。</u></p> |

⑯ 特定機能病院における特定入院料の取扱いの見直し

〔経過措置〕

令和2年3月31日時点で、旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料又は小児入院医療管理料5を届け出ているものについては、それぞれ令和4年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)



特定機能病院入院基本料と一般病棟入院基本料の比較

○ 特定機能病院入院基本料と、一般病棟入院基本料の施設基準等の比較を以下に示す。

| | 特定機能病院入院基本料 (一般病棟) | 一般病棟入院基本料 |
|---|---|--|
| 重症度、医療・看護必要度 ※()内は、重症度、医療・看護必要度Ⅱの数値 | ○ 一般病棟7対1 28%(23%)以上 ○ 一般病棟10対1 測定していること | ○ 急性期一般入院料1 30%(25%) ○ 急性期一般入院料2 -(24%) ○ 急性期一般入院料3 -(23%) ○ 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%) ○ 急性期一般入院料7 測定していること |
| A200 総合入院体制加算 | 届出不可 | 届出可能 |
| A204 地域医療支援病院入院診療加算 | 届出不可 | 届出可能 |
| A207-2 医師事務作業補助体制加算 | 届出可能 ※ 医師事務作業補助体制加算1に限る。 | 届出可能 |
| A207-3 急性期看護補助体制加算 | 届出可能 | 届出可能 |
| A207-4 看護職員夜間配置加算 | 届出可能 | 届出可能 |
| A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 届出可能 | 届出可能 |
| A308-3 地域包括ケア病棟入院料 | 届出不可 | 届出可能 |

地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準

- 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準は以下のとおり。
- それぞれ、看護職員等の人員に係る配置基準と、重症患者の割合が定められている。

【地域包括ケア病棟入院料】

| | 管理料4 | 入院料4 | 管理料3 | 入院料3 | 管理料2 | 入院料2 | 管理料1 | 入院料1 |
|------------------|---|--------------------------------------|--------------------|------|--------------------------------------|------|--------------------|------|
| 看護職員 | 13対1以上(7割以上が看護師) | | | | | | | |
| 重症患者割合 | 重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上 | | | | | | | |
| 在宅復帰に係る職員 | 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 在宅復帰率 | - | | | | 7割以上 | | | |
| 室面積 | - | | | | 6.4㎡以上 | | | |
| 自宅等から入棟した患者割合 | - | 1割以上 <small>(10床未満は3人で入居)</small> | 1割以上 | - | 1割以上 <small>(10床未満は3人で入居)</small> | 1割以上 | - | 1割以上 |
| 自宅等からの緊急患者の受入 | - | 3月で3人以上 | | - | 3月で3人以上 | | - | - |
| 在宅医療等の提供(+3) | - | ○ | | - | ○ | | - | ○ |
| 看取りに対する指針 | - | ○ | | - | ○ | | - | ○ |
| 届出単位 | 病室 | 病棟 | 病室 | 病棟 | 病室 | 病棟 | 病室 | 病棟 |
| 許可病床数200床未満のみが対象 | ○ | - | ○ | ○ | ○ | - | ○ | ○ |
| 点数(生活療養) | 2,038点 (2,024点) | | 2,238点 (2,224点) | | 2,558点 (2,544点) | | 2,738点 (2,724点) | |

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

| | 入院料6 | 入院料5 | 入院料4 | 入院料3 | 入院料2 | 入院料1 |
|---------------------|------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|
| 医師 | 専任常勤1名以上 | | | | | |
| 看護職員 | 15対1以上 (4割以上が看護師) | | | 13対1以上 (7割以上が看護師) | | |
| 看護補助者 | 30対1以上 | | | | | |
| リハビリ専門職 | 専従常勤のPT2名以上、OT1名以上 | | | 専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1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 (努力義務) | | |
| リハビリ計画書の栄養項目記載 | - | | | 必須 | | |
| リハビリテーション実績指数等の公開 | ○ | | | ○ | | |
| データ提出加算の届出 | ○(200床以上の病院のみ) | | | ○ | | |
| 休日リハビリテーション | - ※休日リハビリテーション提供体制加算あり | | | ○ | | |
| 「重症者」の割合 | - | | | 2割以上 | | 3割以上 |
| 重症者における退院時の日常生活機能評価 | - | | | 3割以上が3点以上改善 | | 3割以上が4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 | - | 30以上 | - | 30以上 | - | 37以上 |
| 点数(生活療養) | 1,647点 (1,632点) | 1,702点 (1,687点) | 1,806点 (1,791点) | 1,861点 (1,846点) | 2,025点 (2,011点) | 2,085点 (2,071点) |

⑰ 結核病棟のユニットに係る見直し

基本的な考え方

効率的な病棟運営が可能となるよう、障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟について、常勤の医師の員数に係る要件を見直す。

具体的な内容

障害者施設等入院基本料と併せて1病棟として運用する結核病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たさない場合に算定できる入院基本料（重症患者割合特別入院基本料）について、常勤の医師の員数に係る要件を満たさなくなった場合であっても算定できるよう見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【結核病棟入院基本料】 注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> | <p>【結核病棟入院基本料】 注7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。</p> |

⑰ 結核病棟のユニットに係る見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>[施設基準]</p> <p>(1) 結核病棟入院基本料の注 1 本文に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>イ 七対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。</p> <p>2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。</p> <p>④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。</p> <p>(6) 結核病棟入院基本料の注 7 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>(1)のイの③の基準</p> | <p>[施設基準]</p> <p>(1) 結核病棟入院基本料の注 1 本文に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>イ 七対一入院基本料の施設基準</p> <p>③ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟であること。</p> <p>2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を〇・九割以上入院させる病棟であること。</p> <p>④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。</p> <p>(6) 結核病棟入院基本料の注 7 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの</p> <p><u>次のいずれかに該当するもの</u></p> <p>(1)のイの③の基準</p> <p><u>(1)のイの③及び④の基準</u></p> |

⑱ 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算について、末期心不全の患者を対象とする場合の要件を見直す。

具体的な内容

末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。

- ・求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
- ・受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（1日につき）</p> <p style="text-align: right;">390点</p> <p>〔施設基準〕 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> | <p>【緩和ケア診療加算】 緩和ケア診療加算（1日につき）</p> <p style="text-align: right;">390点</p> <p>〔施設基準〕 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師</p> |

⑱ 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する医師 ウ 緩和ケアの経験を有する看護師 エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。 また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、</p> | <p>エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。</p> <p>オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師 カ 精神症状の緩和を担当する医師 キ 緩和ケアの経験を有する看護師 ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師</p> <p>(2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。 また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに</p> |

⑱ 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。</p> <p>(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかア又はイの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究セン</p> | <p>関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）</p> <p>(3) (1)のア及びオに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。<u>なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。</u></p> <p>(5) (1)のア及びイに掲げる医師のうち、<u>悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。</u>なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究セン</p> |

⑱ 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>ター主催) 等</p> <p>【有床診療所緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。</p> <p>(2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。</p> <p>(4) (1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</p> | <p>ター主催) 等 <u>ウ日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース</u></p> <p>【有床診療所緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。</p> <p>(2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。<u>なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であつても差し支えない。</u></p> <p>(4) (1)に掲げる医師のうち、<u>悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全の患者に対して緩和ケアに係る診療</u></p> |

⑱ 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p><u>(医師の研修)</u></p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(看護師の研修)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する</p> | <p><u>を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</p> <p>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等</p> <p>ウ <u>日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース</u></p> <p><u>(5) (1)に掲げる看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る看護を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）</p> <p>イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する</p> |

⑱ 緩和ケア診療加算及び有床診療所緩和ケア診療加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <ul style="list-style-type: none">(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法 | <p>看護師の養成を目的とした研修であること。 ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。</p> <ul style="list-style-type: none">(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法 |

わが国における専門的緩和ケア

中医協 総-1
29.10.4



入院医療



在宅医療

- ・医療従事者の求めに応じて、専門的な緩和ケアを提供することが目的。
- ・多職種で構成されるチームによって、緩和ケア病棟以外で実施する。

緩和ケアチーム

すべてのがん診療連携拠点病院に設置を義務付け

- ・在宅での症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・訪問診療・看護・介護を中心として行われる。

- ✓ 医療用麻薬による痛みの治療、副作用対策、残薬管理
- ✓ 胸水・腹水等の処置
- ✓ 急変時の対応等



緩和ケア病棟



在宅緩和ケア



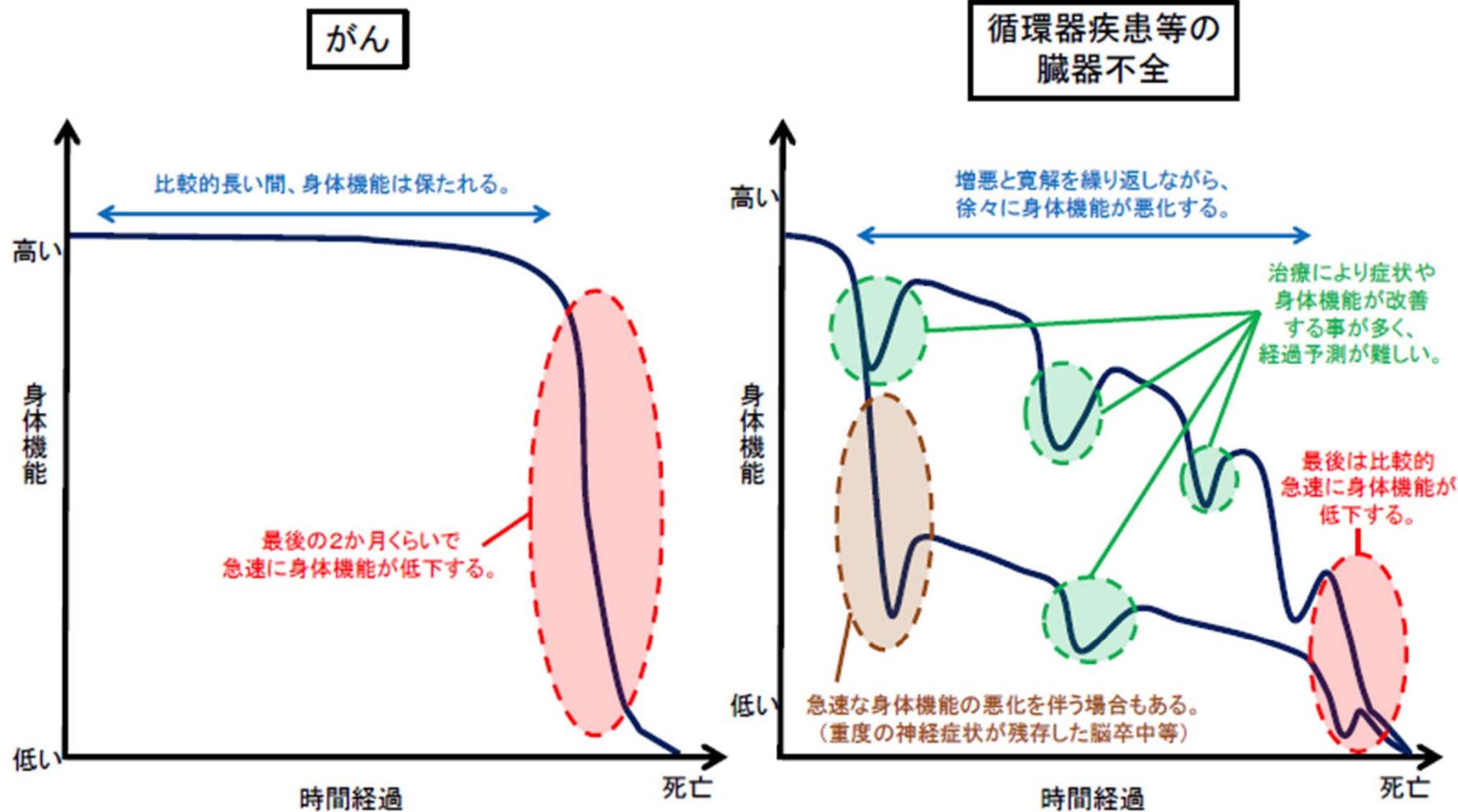
- ・症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供する。

緩和ケアに係る診療報酬上の評価について

| 項目名 | | 趣旨 | 算定要件(抜粋) | 施設基準(抜粋) | 備考 |
|-----------------------------------|--|---|--|---|---|
| A226-2 緩和ケア診療 加算 | 390点 (1日につき) | 一般病棟に入院する悪性腫瘍等の患者 に対して、緩和ケアチームによる診療を 行うことを評価 | 一般病棟に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候 群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸 困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状 を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、 <u>緩和ケ アチームによる診療が行われた場合に算定</u> | ・緩和ケアチームの設置 ・医師要件(悪性腫瘍又は後天性免疫 不全症候群の患者を対象とした症状 緩和治療を主たる業務とした3年以 上の経験を有する者であること等) ・看護師要件(5年以上悪性腫瘍患者 の看護に従事した経験を有し、 <u>緩和 ケア病棟等における研修を修了して いる者であること等</u>)等 | |
| B001・24 外来緩和ケア 管理料 | 290点 (月1回に限る) | がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬 を投与している入院中の患者以外のがん 患者に対して、緩和ケアチームによる診 療を行うことを評価 | 緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者(がん性疼 痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者 に限る。)に対して、当該保険医療機関の保険医、看護 師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場 合に算定 | | B001・22 及び B001・23 との併算 定不可 |
| B001・22 がん性疼痛緩 和指導管理料 | 200点 (月1回に限る) | がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬 を投与しているがん患者に対して、副作 用対策等を含めた計画的な治療管理を 継続して行い、療養上必要な指導を行 うことを評価 | がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与してい る患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に 基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受 けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指 導を行い、 <u>麻薬を処方した場合に算定</u> | ・緩和ケアの経験を有する医師の配置 等 | B001・23 及び B001・24 との併算 定不可 |
| B001・23 がん患者指導 管理料 | イ 500点 (1人につき1回 に限る) ロ 200点 ハ 200点 (1人につき6回 に限る) | 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患 者の心理状態に十分配慮された環境で、 診断結果及び治療方法等について患者 が十分に理解し、納得した上で治療方針 を選択できるように説明及び相談を行うこ と等を算定 | (イについて) <u>医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、 その内容を文書等により提供した場合に算定</u> (ロについて) 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接 を行った場合に算定 (ハについて) 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要 性等について文書により説明を行った場合に算定 | (イについて) ・緩和ケアの研修を修了した医師及び 専任の看護師の配置等 (ロについて) ・緩和ケアの研修を修了した医師及び 専任の看護師の配置等 (ハについて) ・化学療法の実験を有する医師及び専 任の薬剤師の配置等 | B001・22 及び B001・24 との併算 定不可 |
| B005-6-4 外来がん患者 在宅連携指導 料 | 500点 (1人につき1回 に限る) | 進行がん患者の緩和ケアに係る外来から 切れ目のない移行を図り、在宅において 質の高い緩和ケアを提供する体制を実現 するための取組を評価 | 外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がん の患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれ るものについて、患者と診療の方針について十分に話 し合い、 <u>当該患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケア を実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を 行った場合に算定</u> | B001・24外来緩和ケア加算又は外来 化学療法1若しくは2の基準を満たす こと | |
| C003 在宅がん医療 総合診療料 | 1,495～2,000点 (1週を単位と する) 注5 在宅緩和ケ ア充実診療所・実 績加算 150点 | 在宅診療又は在宅病が、在宅において、計 画的な医学管理の下に、一定の要件を満 たす総合的な医療を提供することを評価 | 在宅診療又は在宅病において、在宅での療養を行ってい る末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに 対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の 下に総合的な医療を提供した場合に算定 | ・在宅診療又は在宅病であること ・定期的に訪問診療及び訪問看護を 実施できる体制があること ・患者等から求めがあった場合に、常 時対応できる体制があること等 | |

がんと臓器不全の疾病経過のイメージ

循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について
(平成30年4月)より引用改変



慢性心不全患者の苦痛

第1回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ資料6より一部改変(29. 11. 16)

身体的苦痛、及び精神心理的苦痛が、
がんと共通して頻度が高い

- 呼吸困難（いつも首を絞められているような）

- 全身倦怠感（身の置き所がない）

終末期における症状出現頻度

| % | 心疾患 | 腎疾患 | COPD | がん |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 呼吸困難 | 60-88 | 11-62 | 90-95 | 10-70 |
| 全身倦怠感 | 69-82 | 73-87 | 68-80 | 32-90 |
| 疼痛 | 41-77 | 47-50 | 34-77 | 35-96 |
| 不安 | 49 | 39-70 | 51-75 | 13-79 |
| 抑うつ | 09-36 | 05-60 | 37-71 | 03-77 |

- 疼痛

- 不安

- 抑うつ

- 吐気、食欲低下

- 便秘

- 睡眠障害

- 身体機能の低下

（セルフケア能力の低下）

- スピリチュアルペイン（Distress）

（人生の意味や罪悪感、死への恐れ、経済的困窮等）等

出典：Solano JP et al, *J Pain Symptom Manage* 2006

⑱ 排尿自立指導料の見直し

基本的な考え方

膀胱留置カテーテルの適切な管理を推進する観点から、排尿の自立に係る評価を見直す。

具体的な内容

1. 現行の排尿自立指導料において評価をしている入院中の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について、入院基本料等加算において、評価を行う。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

改定案

(新) 排尿自立支援加算 200点 (週1回)

※以下の算定対象等については、一部を除き、現行の排尿自立指導料と同様である。

[算定対象]

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。

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院中の患者であって、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12週を限度として算定する。

⑱ 排尿自立指導料の見直し

改定案

〔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師

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) 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ていること。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。

(3) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号B005－9に掲げる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。

(4) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険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。

(5) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、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。

⑱ 排尿自立指導料の見直し

具体的な内容

2. 現行の排尿自立指導料について、入院中の患者を対象とした評価から、入院中の患者以外の患者を対象とした評価に変更し、管理料の名称を「外来排尿自立指導料」に見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【排尿自立指導料】</p> <p style="text-align: right;">200点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院中の患者であって、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<u>6週</u>を限度として算定する。</p> <p>(1) 排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、<u>当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿</u></p> | <p>【外来排尿自立指導料】</p> <p style="text-align: right;">200点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<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>区分番号A 2 5 1に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週</u>を限度として算定する。ただし、<u>区分番号C 1 0 6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。</u></p> <p>(1) <u>外来排尿自立指導料</u>は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、<u>入院中から当該患者の排尿自立の可能性</u></p> |

⑱ 排尿自立指導料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。</u></p> <p>(2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。</p> <p>ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの イ 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</p> <p><u>(3) 病棟の看護師等は、以下の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。</u></p> <p><u>ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。</u></p> | <p>及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）<u>を実施していた患者に対して、入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、外来において、引き続き包括的排尿ケアを実施することを評価するものである。</u></p> <p><u>(2) 当該指導料は、当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後も継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたものであって、次のいずれかに該当する者について算定できる。</u></p> <p>ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの イ 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</p> <p><u>(削除)</u></p> |

⑱ 排尿自立指導料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>イアの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。</u></p> <p><u>ウ尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者を抽出する。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(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する。実施中及び実施後は定期的に評価を行う。</u></p> <p><u>(6) (3)から(5)までについて、診療録に記載する。</u></p> | <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(3) 排尿ケアチーム及び当該患者の診療を担う保険医又は看護師等は、共同して、入院中に策定した計画に基づいて包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行い、必要に応じて排尿ケアチームが当該計画の見直しを行う。</u></p> <p><u>(4) (3)について、診療録に記載する。</u></p> |

⑱ 排尿自立指導料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>(7) 排尿ケアチームが当該患者の状況进行评估するなど何らかの関与を行うと共に、<u>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・援助を行った場合について、週1回に限り、計6回まで算定できる。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・援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。</u>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。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>(1) 排尿自立指導料の施設基準 排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 排尿自立指導料の対象患者 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。</p> | <p>(5) 排尿ケアチームが当該患者の状況进行评估するなど何らかの関与を行うと共に、<u>排尿ケアチーム、当該患者の診療を担う保険医又は当該医師の指示を受けた看護師等が、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・援助を行った場合について、週1回に限り、排尿自立支援加算を算定した期間と通算して計12週まで算定できる。</u>当該患者の診療を担う保険医又は看護師等による患者への直接的な指導・援助のみしか行われなかった場合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。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>(1) 外来排尿自立指導料の施設基準 排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 外来排尿自立指導料の対象患者 <u>当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定していた患者のうち、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</u></p> |

⑱ 排尿自立指導料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>(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師（<u>他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師が対診等により当該チームに参画してもよい。</u>） イ～ウ（略）</p> <p>(2) 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ていること。</p> <p>(3)（略） <u>（新設）</u></p> | <p>後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。</p> <p>(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師</p> <p>イ～ウ（略）</p> <p>(2) 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ていること。<u>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。</u></p> <p>(3)（略）</p> <p>(4) <u>排尿ケアチームの構成員は、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算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。</u></p> |

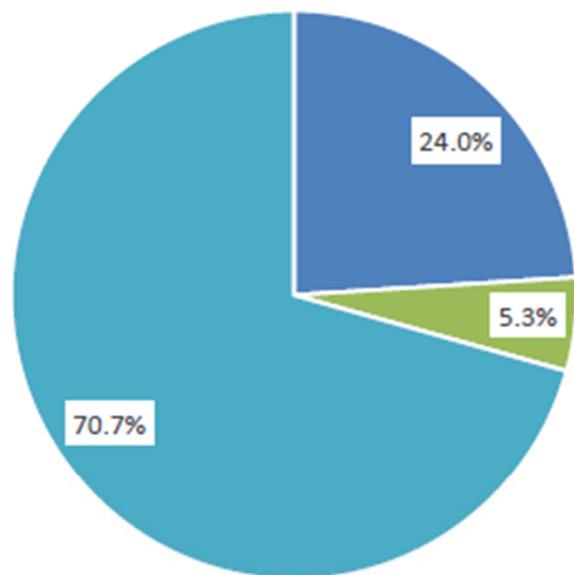
⑱ 排尿自立指導料の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|-----------------------------------|
| <p>(4) <u>排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険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。</u></p> <p>(5) (略)</p> | <p><u>(削除)</u></p> <p>(5) (略)</p> |

膀胱留置カテーテルの留置の状況①

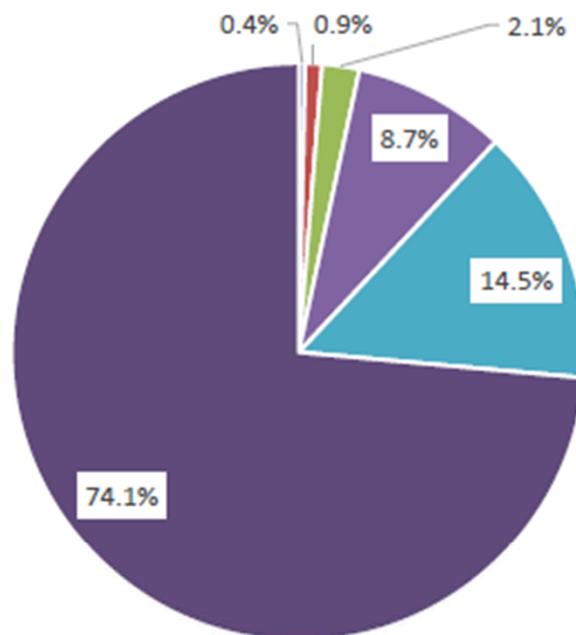
- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。
- 調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

膀胱留置カテーテルを留置している患者割合 (n = 21,176(患者数))



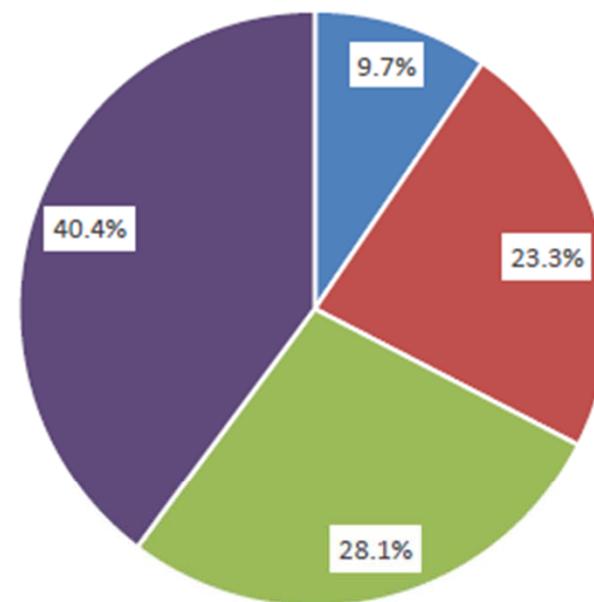
■ 留置中 ■ 抜去後 ■ それ以外

膀胱留置カテーテルを留置している患者の留置期間別割合の分布 (n = 5,191(患者数))



■ 24時間以内 ■ 24時間～3日以内
 ■ 3日～1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
 ■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

膀胱留置カテーテルを抜去後の患者の留置していた期間別割合の分布 (n = 1,131(患者数))

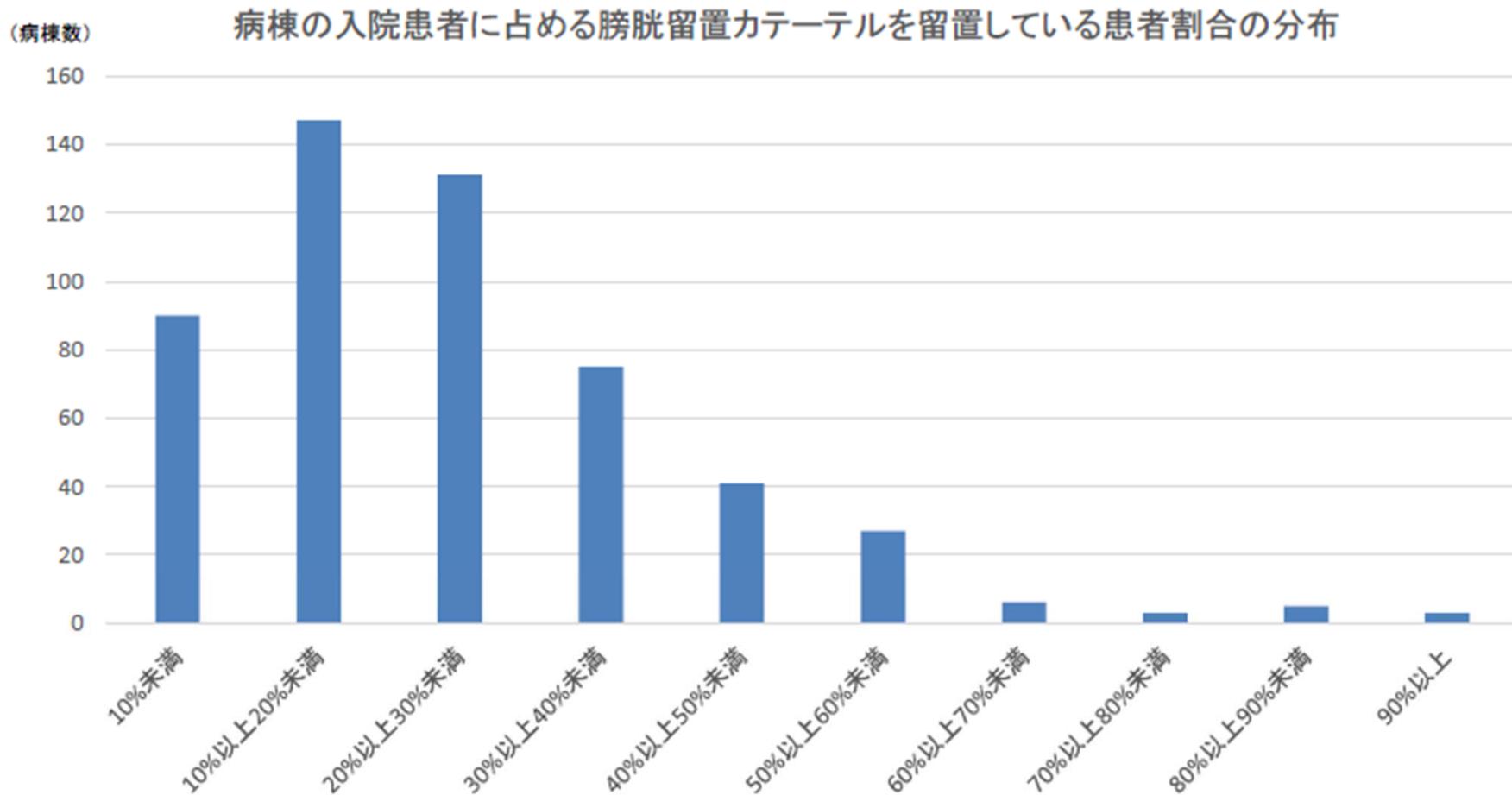


■ 1週間以内 ■ 1週間～1か月以内
 ■ 1か月～3か月以内 ■ 3か月以上

出典:令和元年度入院医療等の調査(病棟票) 令和元年6月1日時点での留置期間等を調査

膀胱留置カテーテルの留置の状況②

○ 病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、10%以上20%未満の病棟が最も多かったが、50%以上の病棟も存在していた。



出典:令和元年度入院医療等の調査(病棟票) 令和元年6月1日時点での留置状況等を調査

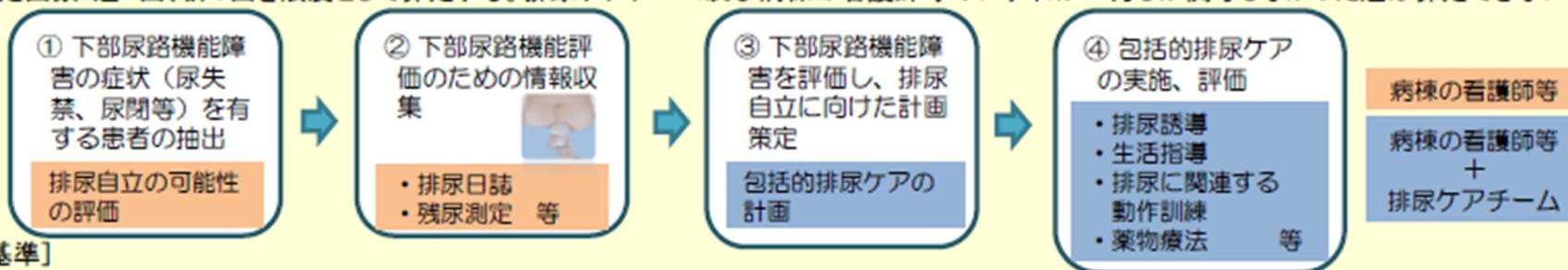
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

B005-9 排尿自立指導料 200点(週1回)

【主な算定要件】

- ① 対象患者:尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
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者
- ② 算定回数:週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。

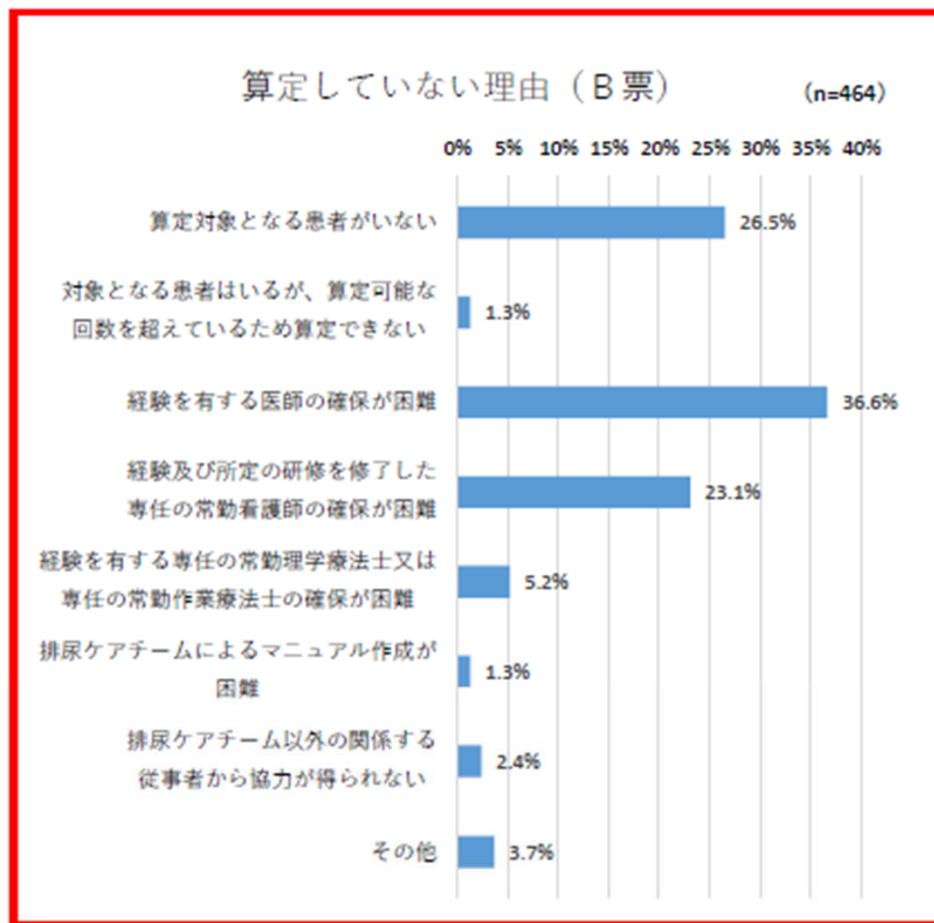
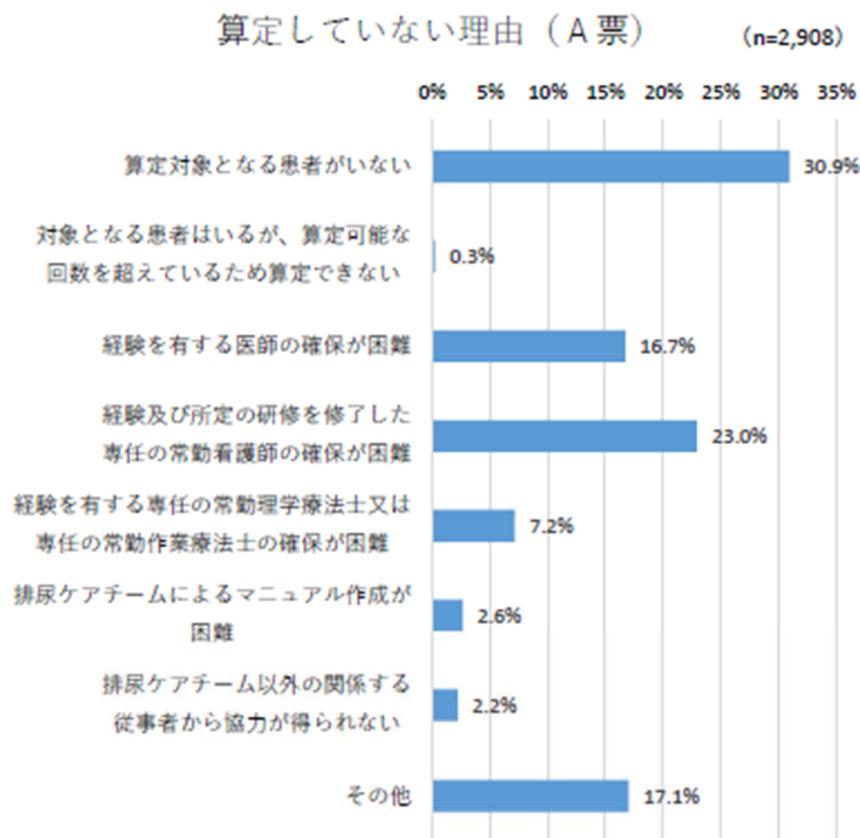


【施設基準】

- ① 以下から構成される排尿ケアチーム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研修を修了した医師
 - 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(16時間以上)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 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。



○ 排尿自立指導料を算定していない理由をみると、一般病棟入院基本料等においては「算定対象となる患者がない」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「経験を有する医師の確保が困難」が多く約4割であった。



出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票） ※無回答は除く

⑳ 短期滞在手術等基本料の見直し

基本的な考え方

短期滞在手術等基本料3について、対象となっている手術等の評価の見直しに伴い、当該手術等の実態に即した評価を行う観点から、一部項目については評価を廃止する。また、実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料3について、対象となる手術等における平成30年度の平均在院日数等を踏まえ評価を見直す。

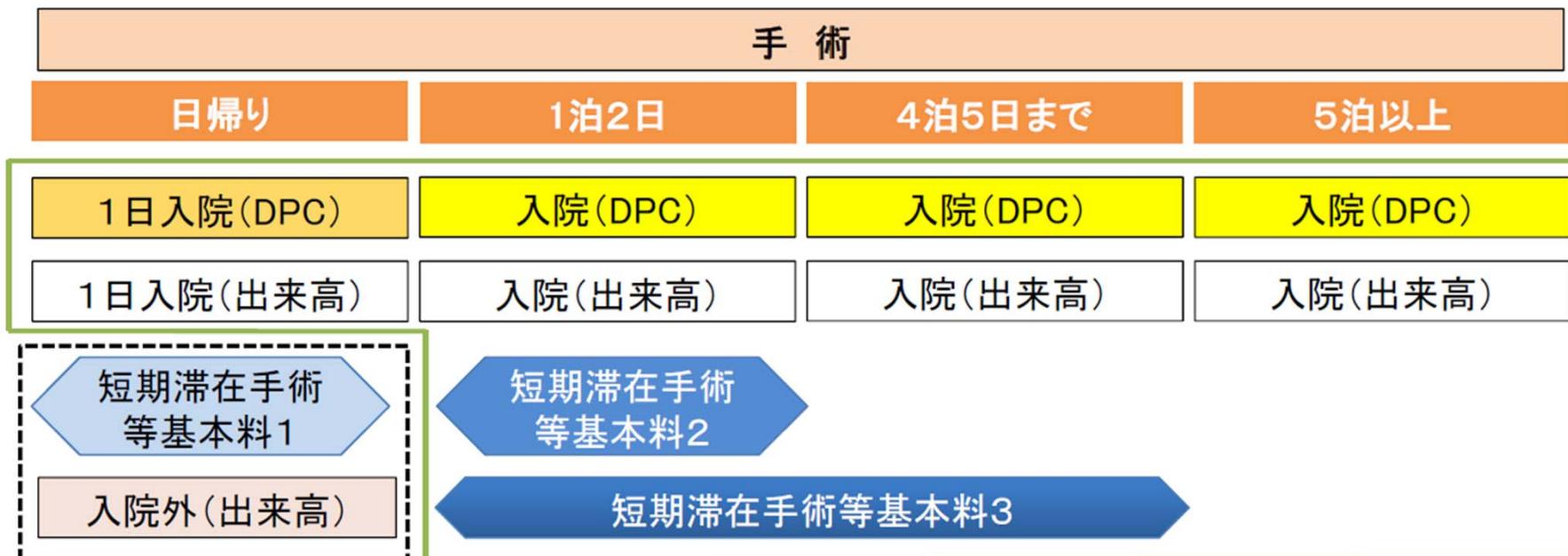
具体的な内容

1. 短期滞在手術等基本料3の対象検査及び手術の一部項目について、当該検査及び手術の見直しに伴い、評価を廃止する。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1 及び 2 以外の場合 9,424点（生活療養を受ける場合にあつては、9,350点） ノ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点（生活療養を受ける場合にあつては、35,067点）</p> | <p>【短期滞在手術等基本料3】 [算定要件] （削除） （削除）</p> |

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 外来で実施する手術の算定方法には、出来高で算定する場合と短期滞在手術等基本料1の場合がある。
- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。



・外来で実施(入院外+短期滞在手術等基本料1):820,948件
(うち、短期滞在手術等基本料1:11,335件。)

・入院(1日入院含む)で実施:914,091件
(うち、短期滞在手術等基本料2:79件。短期滞在手術等基本料3:23,469件。)

短期滞在手術等基本料1
日帰りの場合:2, 856点

短期滞在手術等基本料2
1泊2日の場合:4, 918点
(生活療養を受ける場合:4, 890点)

短期滞在手術等基本料3
4泊5日までの場合

ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、短期滞在手術等基本料は算定せず、出来高で算定。

K005 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部)長径4cm以上(6歳未満に限る)
K006 3,4 皮膚, 皮下腫瘍摘出術(露出部以外)長径6cm以上12cm未満, 長径12cm以上(6歳未満に限る)
K008 1,2,3 腋臭症手術 皮弁法, 皮膚有毛部切除術, その他のもの
K068(-2) 半月板切除術(関節鏡下)
K093(-2) 手根管開放手術(関節鏡下)
K282 1 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合、縫着レンズを挿入するもの、その他のもの、眼内レンズを挿入しない場合、計画的後囊切開を伴う場合
K474 1,2 乳腺腫瘍摘出術 長径5cm未満, 長径5cm以上
K508 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)
K510 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
K653 1 内視鏡的胃, 十二指腸ポリープ・粘膜切除術 早期悪性腫瘍粘膜切除術
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満
K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除術

K067(-2) 1,2,3 関節鼠摘出術(関節鏡下) 肩, 股, 膝, 胸鎖, 肘, 手, 足, 肩鎖, 指(手, 足)
K069 半月板縫合術
K069-3 関節鏡下半月板縫合術
K074(-2) 1,2,3 靭帯断裂縫合術(関節鏡下) 十字靭帯, 膝側副靭帯, 指(手, 足)その他の靭帯
K453 顎下腺腫瘍摘出術
K454 顎下腺摘出術
K461 甲状腺部分切除術, 甲状腺腫摘出術 片葉のみの場合, 両葉の場合
K672-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
K718-2 1,2 腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの, 虫垂周囲膿瘍を伴うもの
K743 4,5 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法, 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K781 経尿道的尿路結石除去術 レーザーによるもの, その他のもの
K823 尿失禁手術 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの, その他のもの
K888 子宮附属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの

D237 3 終夜睡眠ポリグラフィ
D291-2 小児科食物アレルギー負荷検査
D413 前立腺針生検法
K093-2 関節鏡下手根管解放手術
K196-2 胸腔鏡下交感神経切除術(両側)
K282 1口 水晶体再建術(片側),(両側)
K474 1 乳腺腫瘍摘出術
K616-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術
K617 1,2,3 下肢静脈瘤手術 抜去切除術(23,655点), 硬化療法, 高位結紮術
K633 鼠径ヘルニア手術(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満),(3歳以上6歳未満),(6歳以上15歳未満),(15歳以上)
K721 1,2 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満, 長径2cm以上
K743 2 痔核手術(脱肛を含む) 硬化療法(四段階注射法によるもの)
K768 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術
K867 子宮頸部(腔部)切除術
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

短期滞在手術等基本料3の対象手術

| 短期滞在手術等基本料3 手術名称 | 平成29年度 | | | | | | 平成30年度 | | | | | |
|--------------------------------|---------|------------|-----------------|------------|--------|------------|---------|------------|-----------------|------------|---------|------------|
| | 総数 | | 短期滞在手術等 基本料3 | | それ以外 | | 総数 | | 短期滞在手術等 基本料3 | | それ以外 | |
| | 回数 | 平均在 院日数 | 回数 | 平均在 院日数 | 回数 | 平均在 院日数 | 回数 | 平均在 院日数 | 回数 | 平均在 院日数 | 回数 | 平均在 院日数 |
| 終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合) | 70,890 | 3.56 | 66,348 | 2.11 | 4,542 | 24.80 | 73,313 | 3.49 | 13,150 | 2.14 | 60,163 | 3.79 |
| 小児食物アレルギー負荷検査 | 37,356 | 1.34 | 35,531 | 1.25 | 1,825 | 3.03 | 40,744 | 1.33 | 3,077 | 1.09 | 37,667 | 1.35 |
| 前立腺針生検法 | 115,991 | 3.32 | 108,576 | 2.57 | 7,415 | 14.40 | 113,769 | 3.37 | 7,975 | 2.56 | 105,794 | 3.43 |
| 関節鏡下手根管開放手術 | 2,606 | 4.65 | 2,177 | 3.20 | 429 | 12.04 | 3,175 | 4.28 | 774 | 3.14 | 2,401 | 4.65 |
| 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) | 346 | 3.18 | 338 | 2.71 | 8 | 23.25 | 502 | 3.02 | 17 | 2.59 | 485 | 3.04 |
| 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(片側) | 420,444 | 3.47 | 356,155 | 2.69 | 64,289 | 7.81 | 429,382 | 3.38 | 55,425 | 2.46 | 373,957 | 3.52 |
| 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する場合 その他のもの(両側) | 48,582 | 7.21 | 41,991 | 6.16 | 6,591 | 13.88 | 59,793 | 6.55 | 3,520 | 7.98 | 56,273 | 6.46 |
| 乳腺腫瘍摘出術 長径5センチメートル未満 | 4,251 | 4.51 | 3,544 | 3.36 | 707 | 10.28 | 4,264 | 4.57 | 365 | 2.86 | 3,899 | 4.74 |
| 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 | 36,875 | 13.04 | 27,398 | 3.22 | 9,477 | 41.44 | 39,012 | 12.97 | 5,799 | 3.02 | 33,213 | 14.71 |
| 下肢静脈瘤手術 抜去切除術 | 5,107 | 3.77 | 4,319 | 3.21 | 788 | 6.86 | 4,399 | 3.60 | 903 | 2.78 | 3,496 | 3.81 |
| 下肢静脈瘤手術 硬化療法(一連として) | 586 | 3.58 | 392 | 2.56 | 194 | 5.65 | 470 | 3.74 | 90 | 2.44 | 380 | 4.04 |
| 下肢静脈瘤手術 高位結紮術 | 1,945 | 3.79 | 1,338 | 2.69 | 607 | 6.20 | 1,737 | 3.69 | 219 | 2.72 | 1,518 | 3.83 |
| ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳未満) | 3,958 | 4.90 | 3,639 | 2.69 | 319 | 30.11 | 3,574 | 4.55 | 136 | 2.60 | 3,438 | 4.63 |
| ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(3歳以上6歳未満) | 3,306 | 2.47 | 3,186 | 2.43 | 120 | 3.53 | 3,180 | 2.45 | 137 | 2.31 | 3,043 | 2.46 |
| ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(6歳以上15歳未満) | 2,521 | 2.47 | 2,459 | 2.43 | 62 | 3.97 | 2,305 | 2.51 | 120 | 2.45 | 2,185 | 2.51 |
| ヘルニア手術(鼠径ヘルニア)(15歳以上) | 68,484 | 6.13 | 62,423 | 5.03 | 6,061 | 17.47 | 68,297 | 6.12 | 10,157 | 6.06 | 58,140 | 6.13 |
| 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満) | 2,681 | 3.34 | 2,447 | 2.67 | 234 | 10.32 | 2,960 | 3.27 | 21 | 3.05 | 2,939 | 3.28 |
| 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満) | 2,990 | 2.63 | 2,861 | 2.60 | 129 | 3.22 | 3,221 | 2.63 | 45 | 2.51 | 3,176 | 2.63 |
| 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満) | 2,290 | 2.66 | 2,217 | 2.61 | 73 | 3.90 | 2,315 | 2.71 | 21 | 2.57 | 2,294 | 2.71 |
| 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上) | 41,877 | 5.21 | 39,705 | 4.75 | 2,172 | 13.70 | 46,936 | 5.16 | 4,610 | 5.03 | 42,326 | 5.17 |
| 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル未満 | 354,701 | 4.29 | 322,139 | 2.75 | 32,562 | 19.48 | 365,556 | 4.22 | 74,929 | 2.54 | 290,627 | 4.65 |
| 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2センチメートル以上 | 35,834 | 5.28 | 31,946 | 3.44 | 3,888 | 20.45 | 41,011 | 5.36 | 5,404 | 3.33 | 35,607 | 5.67 |
| 痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法(四段階注射法によるもの) | 6,602 | 4.34 | 5,333 | 2.62 | 1,269 | 11.60 | 5,702 | 3.88 | 1,820 | 2.46 | 3,882 | 4.55 |
| 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき) | 21,571 | 3.63 | 19,073 | 2.45 | 2,498 | 12.65 | 20,941 | 3.52 | 3,987 | 2.53 | 16,954 | 3.75 |
| 子宮頸部(腺部)切除術 | 27,077 | 3.31 | 26,513 | 3.22 | 564 | 7.44 | 27,576 | 3.23 | 993 | 3.07 | 26,583 | 3.24 |
| 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 | 5,300 | 3.41 | 4,865 | 3.17 | 435 | 6.20 | 5,771 | 3.42 | 596 | 2.97 | 5,175 | 3.47 |
| ガンマナイフによる定位放射線治療 | 10,266 | 4.89 | 9,068 | 3.39 | 1,198 | 16.26 | 10,582 | 5.01 | 1,163 | 3.38 | 9,419 | 5.21 |

出典：DPCデータ(各年度1年分)

※当該手術を実施した症例の平均在院日数を集計

② DPC／PDPSの見直し

基本的な考え方

機能評価係数Ⅱについて、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった**新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。**入院医療の適切な評価を推進するとともに、データ入力の負荷を軽減する観点から、診断群分類を含む算定に係る要件及びDPCデータの調査項目等について要件を見直す。

具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し

急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

2. 基礎係数（医療機関群の設定等）の見直し

医療機関群の設定について、基本的な考え方は現行の3つの医療機関群の設定方法を維持する。

① 設定要件

○ DPC特定病院群は以下の要件を満たした医療機関とする。

- ・実績要件1～4の全て（実績要件3については、6つのうち5つ）を満たす。
- ・各要件の基準値は、大学病院の最低値（外れ値は除く）とする。
- ・各病院の基準値は、診療報酬改定に使用する実績（平成30年10月～令和元年9月の診療内容及び診断群分類）に基づき設定する。

【実績要件1】：診療密度

1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正：外的要因、後発品補正）

- ・当該医療機関において症例数が一定以上（1症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- ・当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和元年9月4日～令和元年9月30日）に掲載された「2：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「3：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

② DPC/PDPSの見直し

| | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| 【実績要件3】：医療技術の実施（6つのうち5つを満たす） | | |
| 外保連試算 | (3a)：手術実施症例1件当たりの外保連手術指数 | 外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの確定により設定) |
| | (3b)：DPC算定病床当たりの同指数 | |
| | (3c)：手術実施症例件数 | |
| 特定内科診療 | (3A)：症例割合 | |
| | (3B)：DPC算定病床当たりの症例件数 | |
| | (3C)：対象症例件数 | |
| 【実績要件4】：補正複雑性指数（DPC補正後） | | |

3. 機能評価係数Ⅰ

機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を評価しており、従前の評価方法を継続し、出来高評価体系の改定に応じて必要な見直しを行う。

4. 機能評価係数Ⅱ

既存の6つの係数項目を継続し、地域医療係数については、高度・先進的な医療の提供に関する評価項目の実態を踏まえ、要件を見直す。また、個別の病院の指定状況について把握が困難であった新型インフルエンザ等対策について、評価の対象となる医療機関が明確となった事を踏まえ、要件を見直す。（別表2）

5. 激変緩和係数

診療報酬改定のある年度については、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%程度を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。（診療報酬改定のない年度の当該係数は0）

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて2%を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高算定実績に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置を行う。

② DPC／PDPSの見直し

| 評価項目 | 概要 | DPC標準病院群 | 大学病院本院群 | DPC特定病院群 |
|------|----------------------|--|---|----------|
| 救急 | 医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価 | 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P) | ・救命救急センター(0.5P) 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P) | |
| | | 救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P) | 救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P) | |
| その他 | その他重要な分野への貢献 | 右記のいずれか1項目を満たした場合1P | ① 治験等の実施 ・ <u>過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P)</u> ・20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)(※)協力施設としての治験の実施を含む。 | |
| | | ② <u>新型インフルエンザ対策</u> ・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u> | | |

地域医療計画等における一定の役割を9項目で評価(1項目1P、上限は大学病院本院群、DPC特定病院群:8P、DPC標準病院群:6P)

②③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を更に適切に推進する観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直すとともに、配慮した評価について要件を見直す。また、地域加算について、経過措置となっている地域の取扱いを見直す。

具体的な内容

1. 医療資源の少ない地域について、医師に係る要件を緩和するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域</p> <p>一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域</p> <p>二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域</p> <p><u>三 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域</u></p> <p>四 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域</p> <p><u>(新規)</u></p> | <p>別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域</p> <p>一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域</p> <p>二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>三 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域</p> <p><u>四 北海道帯広市、音更町、土幌町、上土幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域</u></p> |

②③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| 五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域 | 五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域 |
| 六 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域 | 六 青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域 |
| 七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域 | 七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域 |
| 八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域 | 八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域 |
| 九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域 | 九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域 |
| 十 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域 | 十 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域 |
| 十一 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 | 十一 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 |
| 十二 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域 | 十二 (削除) |
| 十三 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域 | 十二 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域 |
| 十四 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域 | 十三 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域 |
| 十五 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域 | 十四 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域 |
| 十六 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域 | 十五 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域 |

②③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p><u>十七 福島県下郷町、檜枝岐村、只見町及び南会津町の地域</u></p> <p><u>十八 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域</u></p> <p><u>十九 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域</u></p> <p><u>二十 新潟県佐渡市の地域</u></p> <p><u>二十一 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域</u></p> <p><u>二十二 福井県大野市及び勝山市の地域</u></p> <p><u>二十三 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域</u></p> <p><u>二十四 長野県木曾郡の地域</u> (新設)</p> <p><u>二十五 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡</u> (新設)</p> <p><u>二十六 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域</u></p> | <p>(削除)</p> <p><u>十六 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域</u></p> <p><u>十七 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域</u></p> <p><u>十八 新潟県佐渡市の地域</u> (削除)</p> <p><u>十九 福井県大野市及び勝山市の地域</u></p> <p><u>二十 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域</u></p> <p><u>二十一 長野県木曾郡の地域</u></p> <p><u>二十二 長野県大町市及び北安曇野郡の地域</u> (削除)</p> <p><u>二十三 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域</u></p> <p><u>二十四 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域</u></p> |

②③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p><u>(新設)</u> <u>二十七 滋賀県高島市の地域</u> <u>(新設)</u> 二十八 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域 二十九 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域 <u>(新設)</u> <u>三十 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域</u> <u>三十一 香川県小豆郡の地域</u> <u>三十二 高知県須崎市、中土佐町、禰原町、津野町及び四万十町の地域</u> 三十三 長崎県五島市の地域 三十四 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域 三十五 長崎県壱岐市の地域 三十六 長崎県対馬市の地域 <u>三十七 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域</u></p> | <p><u>二十五 滋賀県長浜市及び米原市の地域</u> <u>二十六 滋賀県高島市の地域</u> <u>二十七 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域</u> 二十八 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域 二十九 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域 <u>三十 島根県大田市及び邑智郡の地域</u> <u>三十一 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域</u> <u>三十二 香川県小豆郡の地域</u> <u>(削除)</u> 三十三 長崎県五島市の地域 三十四 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域 三十五 長崎県壱岐市の地域 三十六 長崎県対馬市の地域 <u>(削除)</u></p> |

②③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p> <u>三十八</u> 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域 <u>三十九</u> 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域 <u>四十</u> 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域 <u>四十一</u> 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域 </p> <p> 上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域 </p> | <p> <u>三十七</u> 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域 <u>三十八</u> 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域 <u>三十九</u> 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域 <u>四十</u> 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域 </p> <p> 上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域 </p> <p> <u>〔経過措置〕</u> 令和2年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、<u>医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和4年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。</u> </p> |

②③ 医療資源の少ない地域に配慮した評価及び対象医療圏の見直し並びに地域加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>ウ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。</p> | <p>エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。</p> <p>※ <u>遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。</u></p> |

具体的な内容

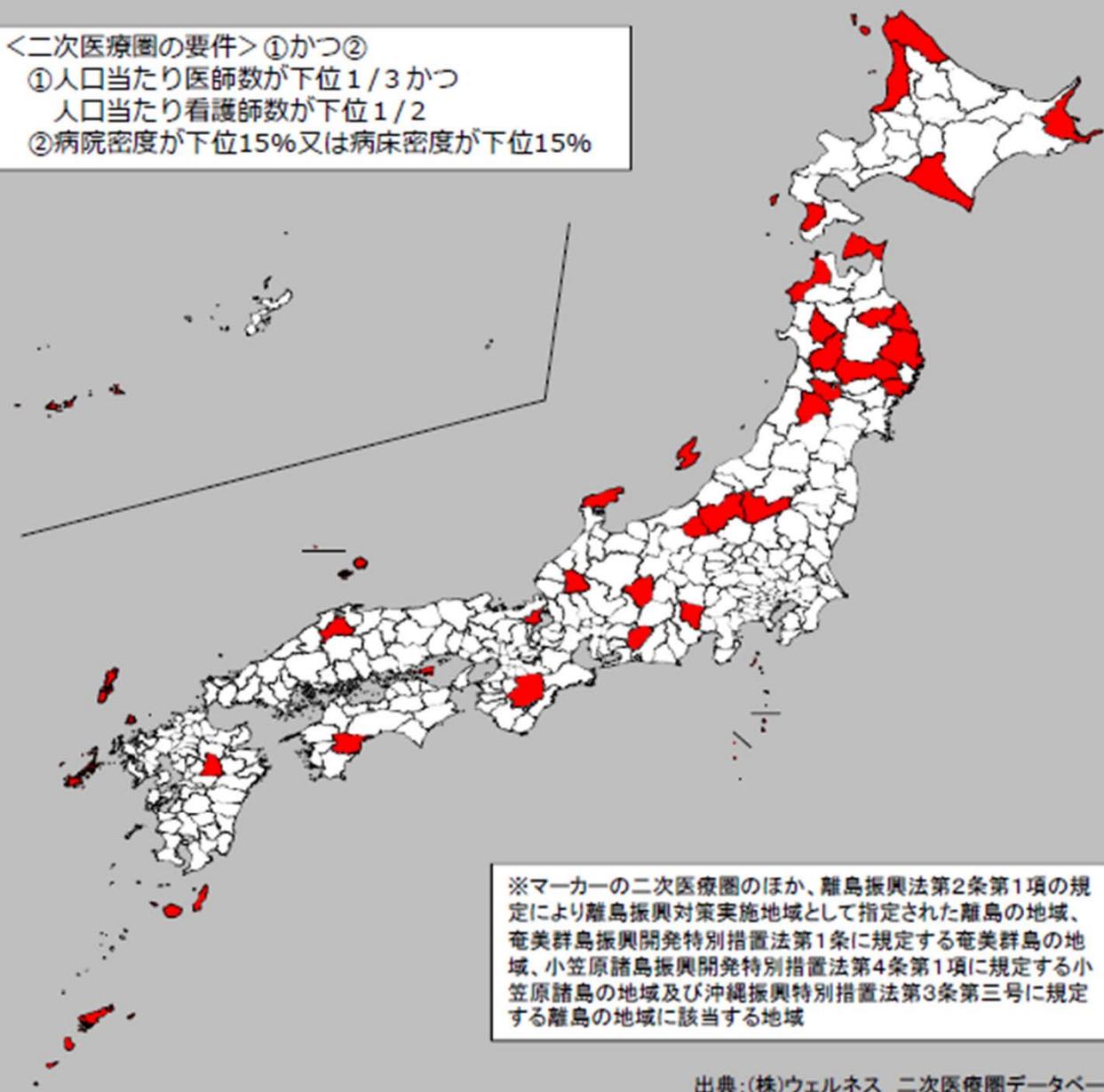
3. 地域加算について、経過措置の対象となっている地域を、人事院規則で定める地域に準じる地域とする。

[現在経過措置の対象となっている地域]

- ・ 神奈川県山北町
- ・ 神奈川県大井町
- ・ 岐阜県海津市
- ・ 愛知県稲沢市
- ・ 奈良県安堵町
- ・ 奈良県河合町
- ・ 福岡県篠栗町

現行の「医療資源の少ない地域」(41医療圏)

<二次医療圏の要件> ①かつ②
 ①人口当たり医師数が下位1/3かつ
 人口当たり看護師数が下位1/2
 ②病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%



※マーカーの二次医療圏のほか、離島振興法第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

- 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
- 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
- 北海道留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町及び天塩町の地域
- 北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び虻田町の地域
- 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
- 青森県五所川原市、つがる市、鯉ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
- 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
- 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
- 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
- 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
- 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
- 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町の地域
- 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
- 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
- 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
- 福島県下郷町、榑枝村、只見町及び南会津町の地域
- 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
- 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
- 新潟県佐渡市の地域
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- 福井県大野市及び勝山市の地域
- 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南都町及び富士川町の地域
- 長野県木曾郡の地域
- 長野県中野市、飯山市、下高井郡及び下水内郡
- 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
- 滋賀県高島市の地域
- 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
- 鳥根県豊南市、奥出雲町及び飯南町の地域
- 鳥根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
- 香川県小豆郡の地域
- 高知県須崎市、中土佐町、橋原町、津野町及び四万十町の地域
- 長崎県五島市の地域
- 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
- 長崎県壱岐市の地域
- 長崎県対馬市の地域
- 熊本県阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村及び南阿蘇村の地域
- 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
- 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
- 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
- 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

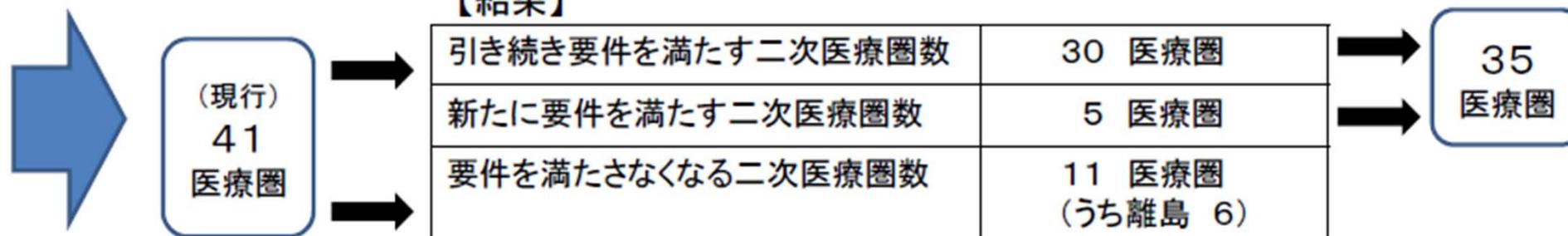
出典:(株)ウェルネス 二次医療圏データベース

医療資源の少ない地域の見直しのシミュレーション

- 平成28年度改定においては、平成23年医療施設調査等を元に、医療資源の少ない地域を設定した。
- 今回、平成29年医療施設調査等を利用し、見直しのシミュレーションを行った。
- シミュレーションに当たっては、医師の確保が困難な地域について、人口構成や患者の流入についても反映できるよう、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第4次中間とりまとめで示された「二次医療圏別医師偏在指標(暫定)」を取り入れた。

| 現行 | シミュレーション |
|---|---|
| ① 医療従事者の確保が困難な地域 | |
| 「人口当たり医師数が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」 | 「人口当たり医師数が下位1/3又は 二次医療圏別医師偏在指標(暫定)が下位1/3」 かつ 「人口当たり看護師数が下位1/2」 |
| ② 医療機関が少ない地域 | |
| 病院密度が下位15%または病床密度が下位15% | |

【結果】



※現行、シミュレーションとも、離島の地域についてはこれらの要件を満たさなくても対象に含まれる。

35

○ 一部の報酬項目において、へき地医療拠点病院等の指定を受けていることを要件としている。

| 報酬項目 | へき地に係る要件 |
|--|---|
| 医師事務作業補助体制加算2 20 対1、25 対1、30 対1及び40 対1補助体制加算 | 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月21 日医政発0321 第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 |
| 遠隔画像診断 | 受信側(画像診断が行われる病院である保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。 ア 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。 |
| 医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準 | 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24 年3月31 日医政地発0331 第3号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13 年5月16 日医政発第529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。 |
| 保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準 | 標本等の受取又は受信側(病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関)においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。 ア 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。 イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する医療機関であること。 ウ イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の医療機関であって、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本等について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が観察を行い、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師又は歯科医師のうち少なくとも1名以上は、病理診断の経験を7年以上有していること。 エ 病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添2の様式79 の2に定める計算式により算出した数値が100 分の80 以下であること。 オ デジタル病理画像の観察及び評価を行う場合は、デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出を行っていること。 |
| 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準 | 受信側(病理診断が行われる保険医療機関)においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。 |

Ⅲ－２ 外来医療の機能分化

- ① 外来医療の機能分化の推進
- ② 質の高い外来がん化学療法の評価
- ③ 外来化学療法での栄養管理の評価
- ④ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価
- ⑤ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し
- ⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価
- ⑦ 外来緩和ケア管理料の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 外来医療の機能分化の推進

基本的な考え方

外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。

具体的な内容

1. 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しについて
 - (1) 紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。
 - (2) 定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。
 - (3) 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 【一部負担金等の受領】 第5条 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の</p> | <p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 【一部負担金等の受領】 第5条 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）<u>第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が二百未満であるものを除く。）</u>及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び</p> |

① 外来医療の機能分化の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> | <p>業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> |

紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担について

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務以上の病院について、定額の徴収を責務とした以上の地域医療支援病院)

対象をさらに拡大
⇒特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）

- 平成30年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大した。

※ 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とされている。

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その他、定額負担を求めなくても良い場合が定められている。

[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

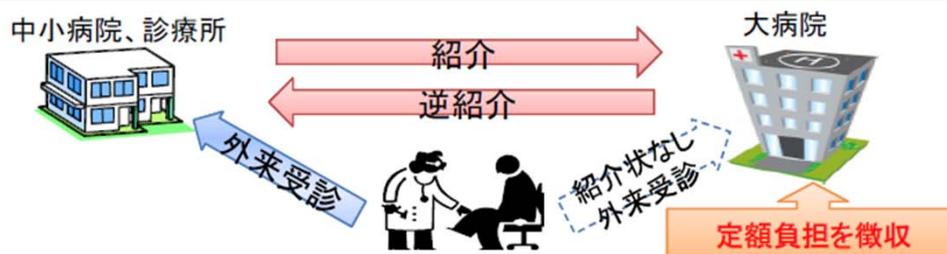
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者

特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

事由の報告義務追加

- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



① 外来医療の機能分化の推進

具体的な内容

２．紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院）について、1と同様に、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く。）へ拡大する。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【初診料】 [算定要件] 注２ 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、<u>214点</u>を算定する。</p> | <p>【初診料】 [算定要件] 注２ 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び<u>地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）</u>（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、<u>214点</u>を算定する。 ※ <u>外来診療料についても同様。</u></p> |

[経過措置] 令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

基本的な考え方

器質性月経困難症を有する患者に対して、継続的で質の高い医療を提供するため、婦人科医又は産婦人科医が行う定期的な医学管理を評価する。

具体的な内容

器質性月経困難症を有する患者であって、ホルモン剤を投与しているものに対して、婦人科医又は産婦人科医が、治療計画を作成し、継続的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

改定案

(新) 婦人科特定疾患治療管理料 250点

[算定要件]

(1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。

(2) 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

(3) 治療計画を作成し、患者等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。

(4) 治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

(5) 器質性月経困難症の治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

⑥ 婦人科特定疾患に対する継続的な医学管理の評価

改定案

〔施設基準〕

(1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2) (1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合にあっては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。

(3) 当該管理料の施設基準に係る届出は、様式●を用いること。

⑦ 外来緩和ケア管理料の見直し

基本的な考え方

進行した心不全の患者に対する緩和ケアを評価する観点から、外来緩和ケア管理料について、対象となる患者等の要件を見直す。

具体的な内容

1. 算定対象患者として、末期心不全及び後天性免疫不全症候群の患者を追加する。
2. 末期心不全の患者を対象とする場合の施設基準について、緩和ケアチームの身体症状の緩和を担当する医師の要件の一部を以下のとおり見直す。
 - ・ 求める経験について、「悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療」に代えて「末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療」の経験でもよいこととする。
 - ・ 受講を求める研修について、「緩和ケア研修会」「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会」に代えて「日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース」の受講でもよいこととする。

(対比表 (略))

Ⅲ－3 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ① 複数の医療機関による訪問診療の明確化
- ② 在宅療養支援病院における診療体制の整備
- ③ 小児の在宅人工呼吸管理における材料の評価
- ④ 在宅自己導尿における特殊カテーテル加算の見直し
- ⑤ 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し
- ⑥ 医療機関における質の高い訪問看護の評価
- ⑦ 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化
- ⑧ 専門性の高い看護師による同行訪問の充実
- ⑨ 訪問看護における特定保険医療材料の見直し
- ⑩ 精神障害を有する者への訪問看護の見直し
- ⑪ 医療資源の少ない地域における訪問看護の充実
- ⑫ 同一建物居住者に対する複数回の訪問看護の見直し
- ⑬ 同一建物居住者に対する複数名による訪問看護の見直し
- ⑭ 理学療法士等による訪問看護の見直し
- ⑮ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し
- ⑯ 患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価
- ⑰ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の見直し
- ⑱ 栄養サポートチーム等連携加算の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

② 在宅療養支援病院における診療体制の整備

基本的な考え方

地域における質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、在宅療養支援病院について、24時間往診が可能な体制の整備に係る要件を明確化するとともに、医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能となるよう見直す。

具体的な内容

1. 医療資源の少ない地域においては、許可病床数280床未満の医療機関についても、在宅療養支援病院として届出可能とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。 (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百四十床）未満の病院に限る。）と地域に</p> | <p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕 次のいずれかに該当するものであること。 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。 (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域に</p> |

② 在宅療養支援病院における診療体制の整備

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百四十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百四十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> | <p>における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満のものであること。</p> <p>(3) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</p> |

② 在宅療養支援病院における診療体制の整備

具体的な内容

2. 在宅療養支援病院について、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、当該病院内に待機していなくてもよい旨を明確化する。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕 第14の2 在宅療養支援病院 1 在宅療養支援病院の施設基準 (1) 才 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。</p> | <p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕 第14の2 在宅療養支援病院 1 在宅療養支援病院の施設基準 (1) 才 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。<u>なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。</u> <u>※ (2)、(3)についても(1)と同様の取り扱いとする。</u></p> |

| | 機能強化型在支診・在支病 | | 在支診・ 在支病 | (参考)在宅 療養後方支 援病院 |
|----------------------------------|--|--|-------------|--|
| | 単独型 | 連携型 | | |
| 全ての在支 診・在支病 が満たすべ き基準 | ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している | | | ○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) <small>※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること</small> ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 |
| 全ての在支 病が満たす べき基準 | 「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) <u>許可病床200床未満</u> ※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては240床未満 | | | |
| 機能強化型 在支診・在 支病が満た すべき基準 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 ⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上 ⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上 | | |

Ⅲ－４ 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価

- ① 入退院支援に係る人員配置の見直し
- ② 入院時支援加算の見直し
- ③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価
- ④ 有床診療所入院基本料等の見直し
- ⑤ 小規模多機能型居宅介護等への訪問診療の見直し
- ⑥ 診療情報の提供に対する評価の新設
- ⑦ 栄養情報の提供に対する評価の新設
- ⑧ 栄養食事指導の見直し
- ⑨ 周術期等口腔機能管理における
- ⑩ 周術期等専門的口腔衛生処置の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

② 入院時支援加算の見直し

基本的な考え方

入院前からの患者支援を実施することにより、円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等を推進するため、関係する職種と連携して入院前からの支援を十分に行い、入院後の管理に適切に繋がった場合について要件及び評価を見直す。

具体的な内容

入院時支援加算について、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の要件及び評価を見直す。

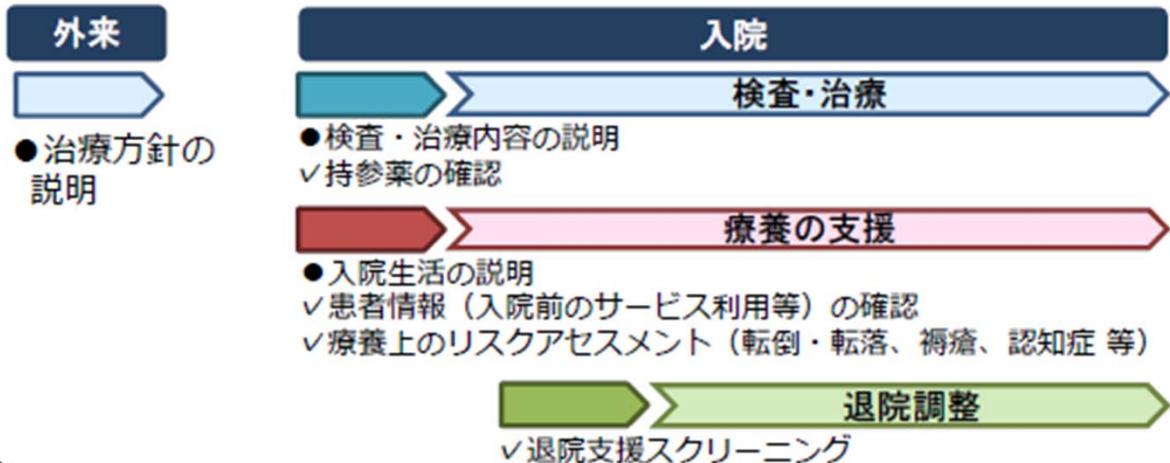
| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【入院時支援加算】 注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] (21)「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は</p> | <p>【入院時支援加算】 注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、<u>入院前の支援の状況に応じて、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 入院時支援加算 1 <u>230点</u></p> <p>ロ 入院時支援加算 2 <u>200点</u></p> <p>[算定要件] (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は、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は</p> |

② 入院時支援加算の見直し

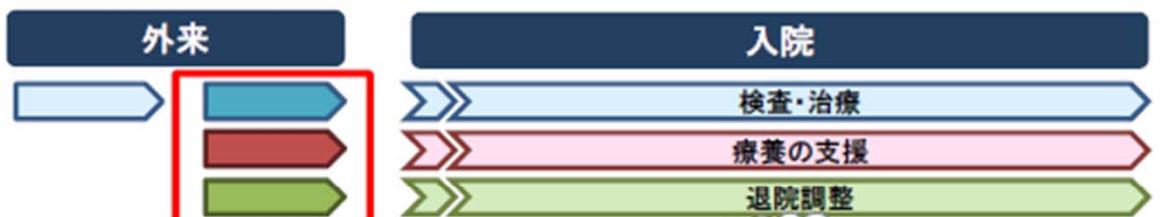
| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>要支援状態の場合のみ) を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクまでについて全て実施できない場合は、<u>実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。</u></p> <p>ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要因の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明</p> | <p>要支援状態の場合のみ) を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。<u>入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援計画を立てた場合は入院時支援加算 1 を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画を立てた場合は、入院時支援加算 2 を算定する。</u></p> <p>ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 エ 栄養状態の評価 オ 服薬中の薬剤の確認 カ 退院困難な要因の有無の評価 キ 入院中に行われる治療・検査の説明 ク 入院生活の説明</p> |

入院前からの支援の機能強化(イメージ)

入院前に十分な支援が行われていない場合



入院前からの支援をした場合(理想的な形)



外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報(入院前のサービス利用等)や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

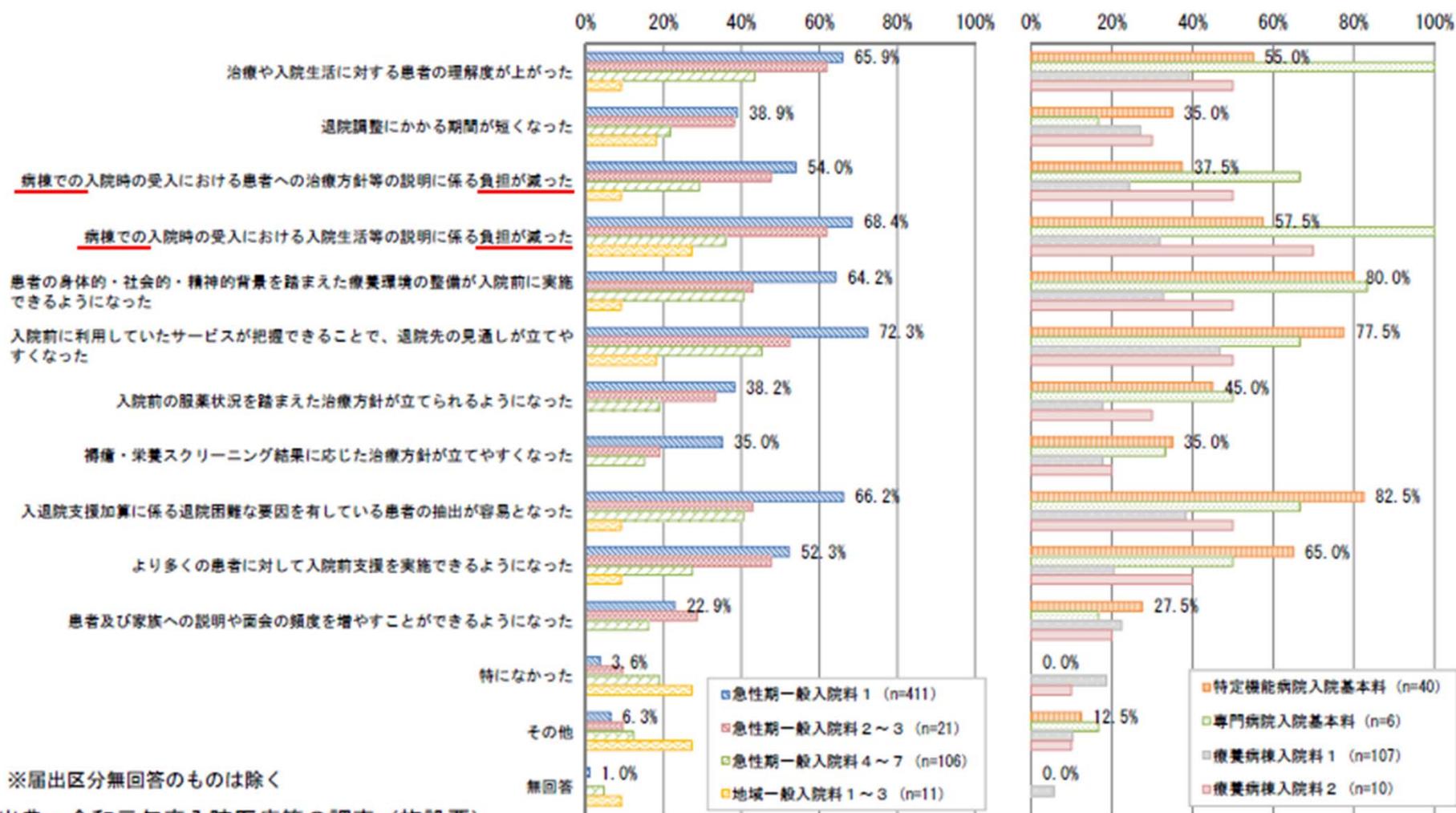
入院時支援加算の**ア～ク**の項目の実施

入院時支援加算の届出による効果

○ 入院時支援加算の届出による効果として、「入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった」等が特に多かった。

入院時支援加算の届出による効果

(複数回答)



※届出区分無回答のものは除く

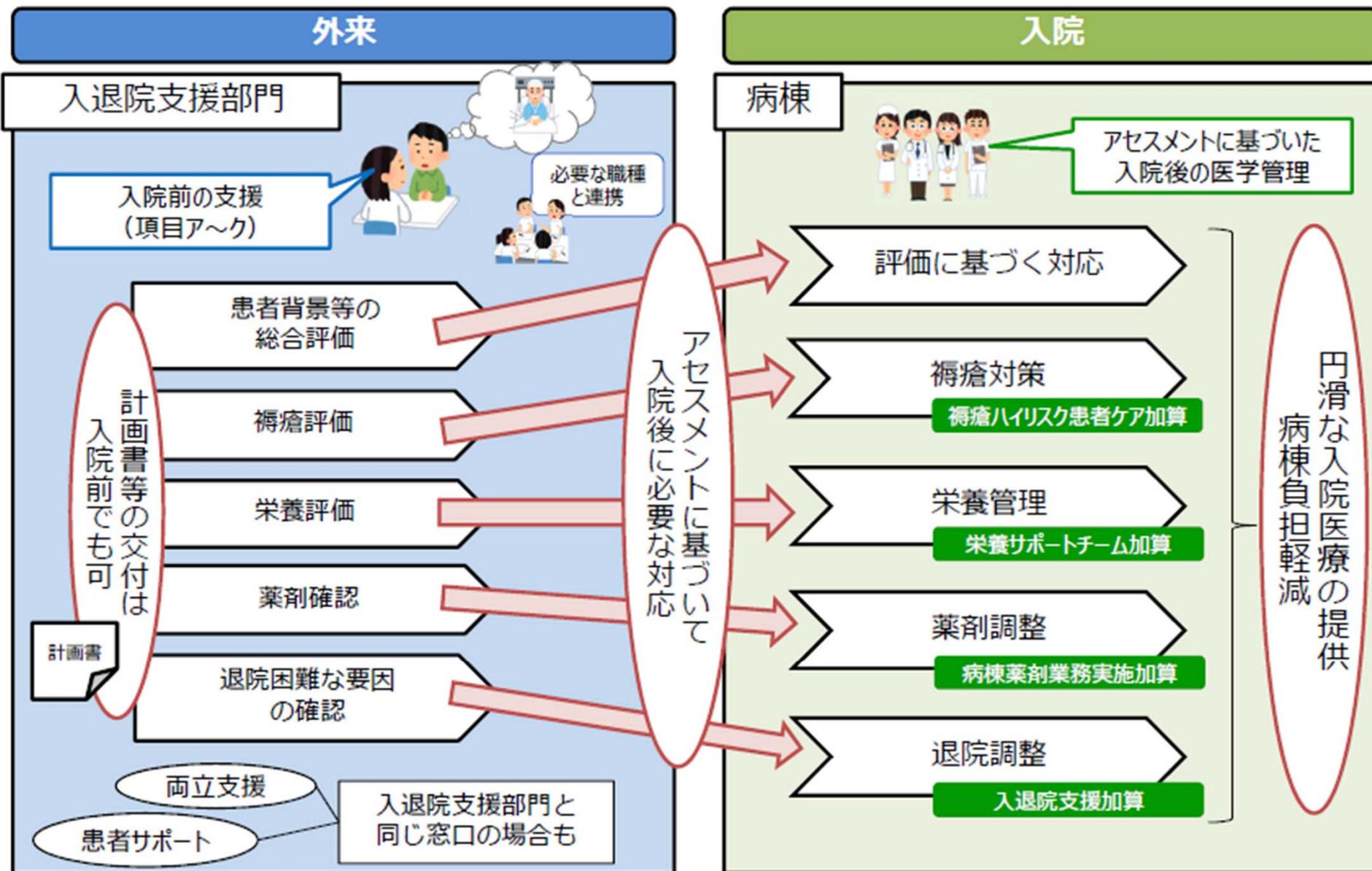
出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

入院前の支援の項目と関連する主な項目

○ 入院時支援加算における項目ア～クに関係する内容について、入院後に患者評価及び管理を行う取組を評価している加算等がある。

| 入院時支援加算の項目 (入院前に実施するもの) | | 関連する主な報酬項目 | |
|----------------------------|-------------------------------|---|---|
| | | 赤字：評価を行うタイミングに関する記載 青字：患者又は家族に説明・交付するもの | |
| 必須 | ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 | ○総合評価加算 ・病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行う ・総合的な機能評価の結果を患者及び家族等に説明して診療録に記載する | |
| | 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 | | |
| 任意 | ウ 褥瘡に関する危険因子の評価 | ○褥瘡対策の基準（通則） ・自立度が低い患者について褥瘡の危険因子の評価を行い、専任の医師及び看護職員が褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価 ・褥瘡対策に関する診療計画書を作成 | ○褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ・ハイリスク患者に対して予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施 ・褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成 |
| | エ 栄養状態の評価 | ○栄養管理体制の基準（通則） ・入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認、特別な栄養管理の必要性について入院診療計画書に記載 ・特別な栄養管理の必要性のある患者に対して栄養管理計画書を作成・交付 | ○栄養サポートチーム加算 ・栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、栄養障害の状態にある患者等が対象 ・栄養治療実施計画兼栄養治療実施報告書を交付 |
| | オ 服薬中の薬剤の確認 | ○病棟薬剤業務実施加算 ・入院時に持参薬を確認し、入院中に使用する薬剤について、書面で医師に提案を行い、診療録に添付する | |
| | カ 退院困難な要件の有無の評価 | ○入退院支援加算 ・加算1 3日以内に退院困難な患者を抽出 7日以内に面談、カンファレンス 7日以内に退院診療計画作成 | ・加算2 7日以内に退院困難な患者を抽出 できるだけ早期に面談、カンファレンス 7日以内に退院診療計画作成 |
| | キ 入院中に行われる治療・検査の説明 | ○入院診療計画書の基準（通則） ・入院の際に総合的な診療計画を策定 ・入院後7日以内に入院診療計画書を交付（外来でもよい） | |
| 必須 | ク 入院生活の説明 | | |

入院前からの支援をさらに強化したイメージ



③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

基本的な考え方

高齢かつ退院困難な要因を有する患者に対して、患者の身体的・社会的・精神的背景等を踏まえた適切な支援が行われるよう、入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果を踏まえて支援を行った場合をさらに評価するとともに、総合評価加算の扱いを見直す。

具体的な内容

1. 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。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【入退院支援加算】 [算定要件] <u>(新設)</u></p> | <p>【入退院支援加算】 [算定要件] <u>注 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。</u> [別に厚生労働大臣が定めるもの] <u>1 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者</u> <u>2 介護保険法施行令第 2 条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳</u></p> |

③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>(新設)</u></p> <p><u>[施設基準]</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>ンに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意する。</u></p> <p><u>(24) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載する。</u></p> <p><u>[施設基準]</u></p> <p><u>(9) 総合機能評価加算の施設基準当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上配置されていること。</u></p> <p><u>7 総合機能評価加算に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。</u></p> <p><u>(2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。</u></p> <p><u>ア 医療関係団体等が実施するものであること。</u></p> |

③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

| 現行 | 改定案 |
|----|--|
| | <p><u>イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス等の内容が含まれているものであること。</u></p> <p><u>ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。</u></p> <p><u>エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。</u></p> <p><u>(3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。</u></p> |

③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

具体的な内容

2. 入退院支援加算の見直しに伴い、総合評価加算の扱いを見直す。

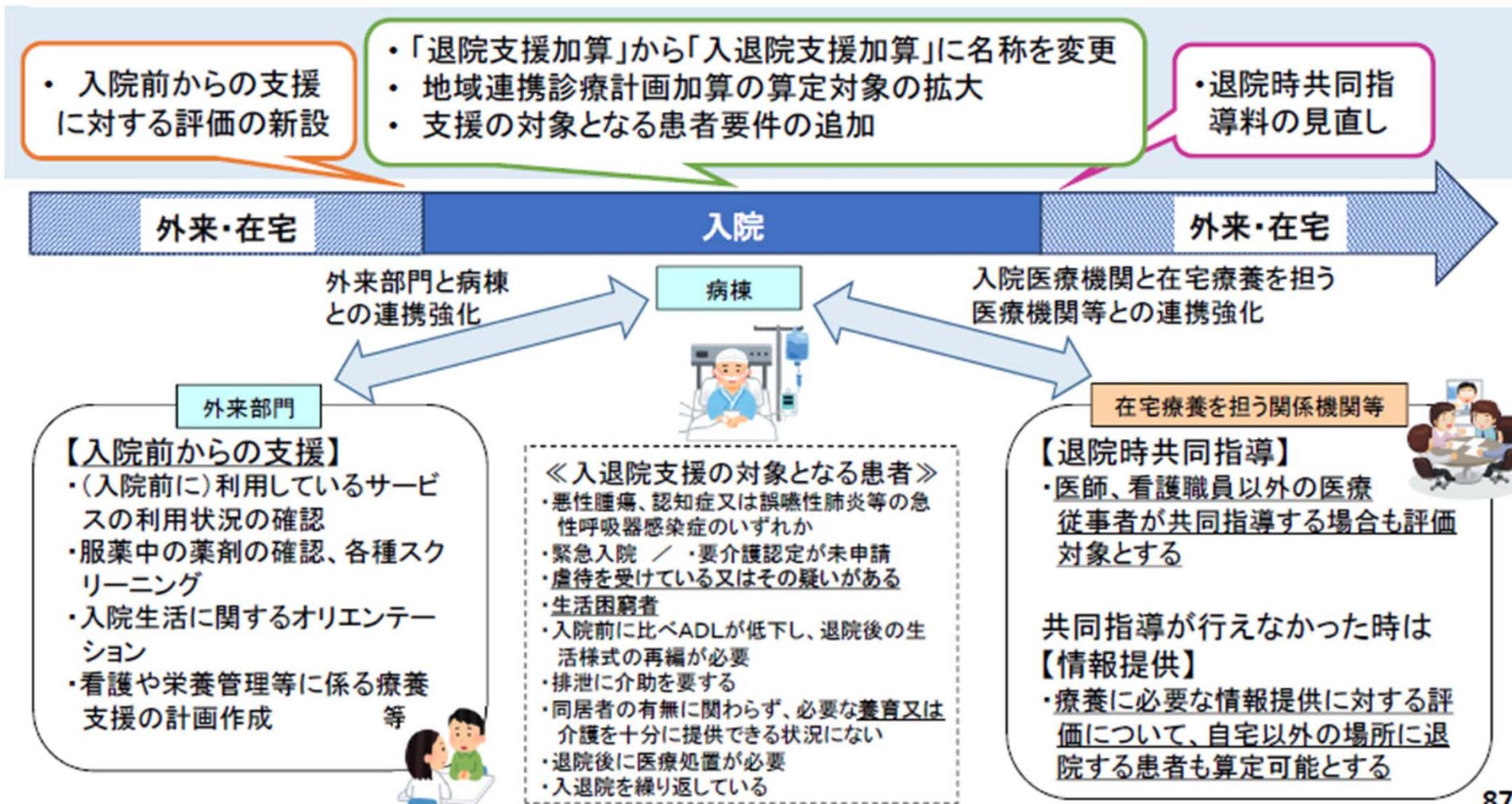
| 現行 | 改定案 |
|--|--------------------|
| <p><u>総合評価加算（入院中1回）</u> [算定要件] <u>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）</u>に対して、<u>当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</u></p> | <p><u>（削除）</u></p> |

③ 入退院支援における総合的な機能評価の評価

| 現行 | 改定案 |
|--|-----|
| <p>[施設基準]</p> <p><u>(1) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険医療機関内に、高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること。</u></p> <p><u>(3) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> | |

入退院支援の評価(イメージ)

➤ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す



入退院支援加算の概要

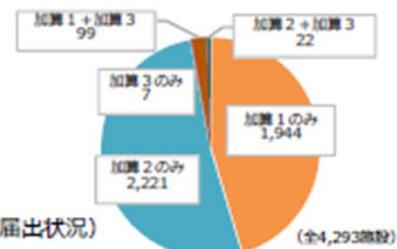
A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

- 入退院支援加算 1
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- 入退院支援加算 2
 - イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点
 - ロ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- 入退院支援加算 3 1,200点

〔主な算定要件・施設基準〕

| | 入退院支援加算 1 | 入退院支援加算 2 | 入退院支援加算 3 |
|------------------|--|--|--|
| 退院困難な患者の早期抽出 | 原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 | 原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 | 入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 |
| 退院困難な要因 | <ul style="list-style-type: none"> ○悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 ○緊急入院 ○家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある ○生活困窮者 ○排泄に介助を要する ○同居の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない ○退院後に医療処置が必要 ○その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの | <ul style="list-style-type: none"> ○要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること ○入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 ○入退院を繰り返していること | <ul style="list-style-type: none"> ○先天奇形 ○染色体異常 ○出生体重1,500g未満 ○新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） ○その他、生命に関わる重篤な状態 |
| 入院早期の患者・家族との面談 | 一般病棟入院基本料等 7日以内 療養病棟入院基本料等 14日以内 (入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手) | できるだけ早期に患者・家族と面談 (入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手) | カンファレンスを行った上で、入院後 1 か月以内に退院支援計画作成に着手 |
| 多職種によるカンファレンスの実施 | 入院後 7 日以内にカンファレンスを実施 | できるだけ早期にカンファレンスを実施 | |
| 入退院支援部門の設置 | 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 | | |
| 入退院支援部門の人員配置 | 入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上かつ、①もしくは② ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置 | | 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士 |
| 病棟への入退院支援職員の配置 | 各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上） | | |
| 連携機関との面会 | 連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が 20 以上かつ、連携機関の職員と面会を年 3 回以上実施 | | |
| 介護保険サービスとの連携 | 相談支援専門員との連携等の実績 | | |

入退院支援加算の届出状況



【出典】
保険局医療課調べ
(令和元年 7 月 1 日の届出状況)

④ 有床診療所入院基本料等の見直し

基本的な考え方

有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、有床診療所入院基本料の加算について要件及び評価を見直す。

具体的な内容

1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長する。
2. 注5の医師配置加算及び注6の看護配置加算、夜間看護配置加算並びに看護補助配置加算について、評価の見直しを行う。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【有床診療所入院基本料】 [算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して<u>7日</u>を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき<u>100点</u>を所定点数に加算する。 注5 医師配置等につき別に厚生労働</p> | <p>【有床診療所入院基本料】 [算定要件] 注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して<u>14日</u>を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき<u>150点</u>を所定点数に加算する。 注5 医師配置等につき別に厚生労働</p> |

④ 有床診療所入院基本料等の見直し

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> | <p>大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> |
| <p>イ 医師配置加算 1 <u>88点</u></p> | <p>イ 医師配置加算 1 <u>120点</u></p> |
| <p>ロ 医師配置加算 2 <u>60点</u></p> | <p>ロ 医師配置加算 2 <u>90点</u></p> |
| <p>注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> | <p>注6 看護配置等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診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> |
| <p>イ 看護配置加算 1 <u>40点</u></p> | <p>イ 看護配置加算 1 <u>60点</u></p> |
| <p>ロ 看護配置加算 2 <u>20点</u></p> | <p>ロ 看護配置加算 2 <u>35点</u></p> |
| <p>ハ 夜間看護配置加算 1 <u>85点</u></p> | <p>ハ 夜間看護配置加算 1 <u>100点</u></p> |
| <p>ニ 夜間看護配置加算 2 <u>35点</u></p> | <p>ニ 夜間看護配置加算 2 <u>50点</u></p> |
| <p>ホ 看護補助配置加算 1 <u>10点</u></p> | <p>ホ 看護補助配置加算 1 <u>25点</u></p> |
| <p>ヘ 看護補助配置加算 2 <u>5点</u></p> | <p>ヘ 看護補助配置加算 2 <u>15点</u></p> |

④ 有床診療所入院基本料等の見直し

具体的な内容

3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【有床診療所緩和ケア診療加算】 有床診療所緩和ケア診療加算</p> <p style="text-align: right;"><u>150点</u></p> | <p>【有床診療所緩和ケア診療加算】 有床診療所緩和ケア診療加算</p> <p style="text-align: right;"><u>250点</u></p> |

有床診療所入院基本料の概要①

○ 有床診療所入院基本料の区分1～3(点線内)の届出にあたっては、在宅療養中の患者への支援等の実績等に関する要件(次頁)を満たす必要がある。

| 区分 | 点数 | | | 看護職員の配置 | | 夜間の看護要員 | 届出 | |
|----|------|--------|------|---------|---------------|---------|---------|---------|
| | ～14日 | 15～30日 | 31日～ | | | | 施設数(上段) | 病床数(下段) |
| 1 | 917点 | 712点 | 604点 | 7以上 | 看護師1以上配置が望ましい | 1以上 | 2,480 | 39,814 |
| 2 | 821点 | 616点 | 555点 | 4以上7未満 | | | 540 | 7,015 |
| 3 | 605点 | 567点 | 534点 | 1以上4未満 | | | 156 | 1,292 |
| 4 | 824点 | 640点 | 542点 | 7以上 | 看護師1以上配置が望ましい | | 511 | 7,077 |
| 5 | 737点 | 553点 | 499点 | 4以上7未満 | | | 502 | 5,401 |
| 6 | 543点 | 509点 | 480点 | 1以上4未満 | | | 957 | 7,810 |

出典:保険局医療課調べ(平成30年7月1日時点)

● 有床診療所の病床機能報告では、その有床診療所の地域での役割を、次の項目から選択する。

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能
6. いずれの機能にも該当しない
7. 休棟中

(最大で5項目まで選択可)

| | 平成27年度 | | 平成28年度 | |
|---------------|--------|-----|--------|-----|
| | 数 | 割合 | 数 | 割合 |
| 在宅・介護施設への受け渡し | 2,338 | 37% | 2,263 | 36% |
| 専門医療 | 3,222 | 51% | 3,139 | 51% |
| 緊急時対応 | 2,902 | 46% | 2,830 | 46% |
| 在宅医療の拠点 | 1,603 | 25% | 1,545 | 25% |
| 終末期医療 | 1,631 | 26% | 1,565 | 25% |
| いずれの機能にも該当しない | 768 | 12% | 733 | 12% |
| 休棟中 | 658 | 10% | 730 | 12% |

(平成27、28年度病床機能報告データより作成)

⑦ 栄養情報の提供に対する評価の新設

基本的な考え方

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に新たな評価を行う。

具体的な内容

入院栄養食事指導料を算定している患者について、退院後の栄養・食事管理について指導するとともに在宅担当医療機関等の医師又は管理栄養士に対して、栄養管理に関する情報を文書により提供を行った場合の評価として栄養情報提供加算を新設する。

改定案

(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福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。

⑨ 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

基本的な考え方

医療機関と歯科医療機関との適切な連携を推進する観点から、手術を行う医療機関から歯科医療機関へ予約を行い、患者の紹介を行った場合について、周術期等口腔機能管理における新たな評価を行う。

具体的な内容

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。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>医科【診療情報提供料（Ⅰ）】 【算定要件】 注13 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。</p> <p><u>（新設）</u></p> | <p>医科【診療情報提供料（Ⅰ）】 【算定要件】 注13 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1として100点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注14 保険医療機関が周術期等口腔機能管理の必要を認め、当該患者又は家族等の同意を得て、歯科を標榜する別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100点を所定点数に加算する。</u></p> |

Ⅲ－５ 医療従事者間・医療機関間の情報共有・連携の推進

- ① 情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進
- ② 電話等による再診時の診療情報提供の評価
- ③ 周術期等口腔機能管理における医科歯科連携の推進

※灰字の項目は本資料では省略

IV－1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

- ① 薬局における後発医薬品の使用促進
- ② 医療機関における後発医薬品の使用促進
- ③ バイオ後続品に係る情報提供の評価

※灰字の項目は本資料では省略

② 医療機関における後発医薬品の使用促進

基本的な考え方

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。

具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算について、加算 4 を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>45点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>40点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>35点</u></p> <p>4 後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上) <u>22点</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格</p> | <p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>47点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>42点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>37点</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格</p> |

② 医療機関における後発医薬品の使用促進

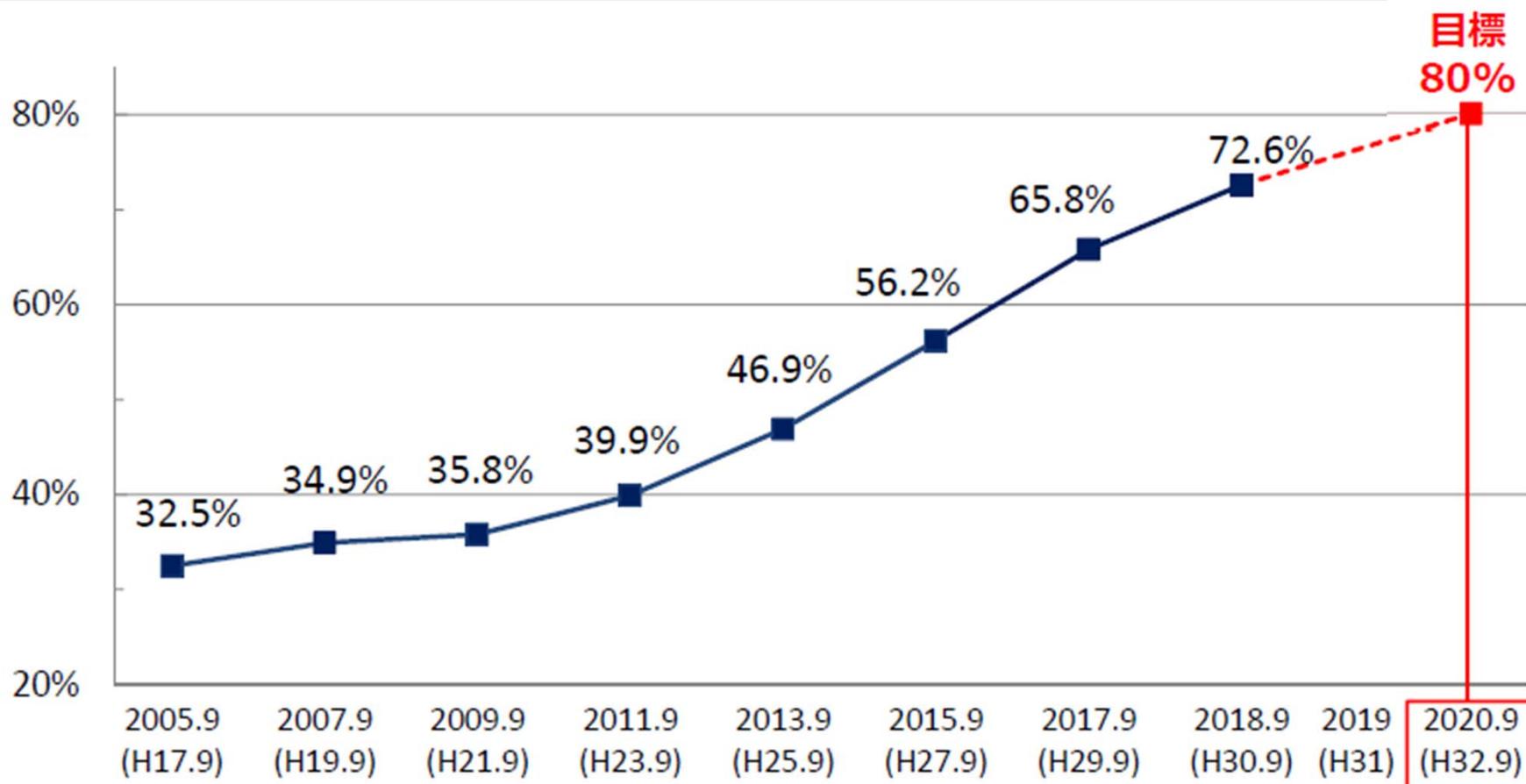
| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上80%未満、<u>後発医薬品使用体制加算4にあつては60%以上70%未満</u>であること。</p> | <p>単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上80%未満であること。</p> |

後発医薬品の使用割合の推移と目標

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

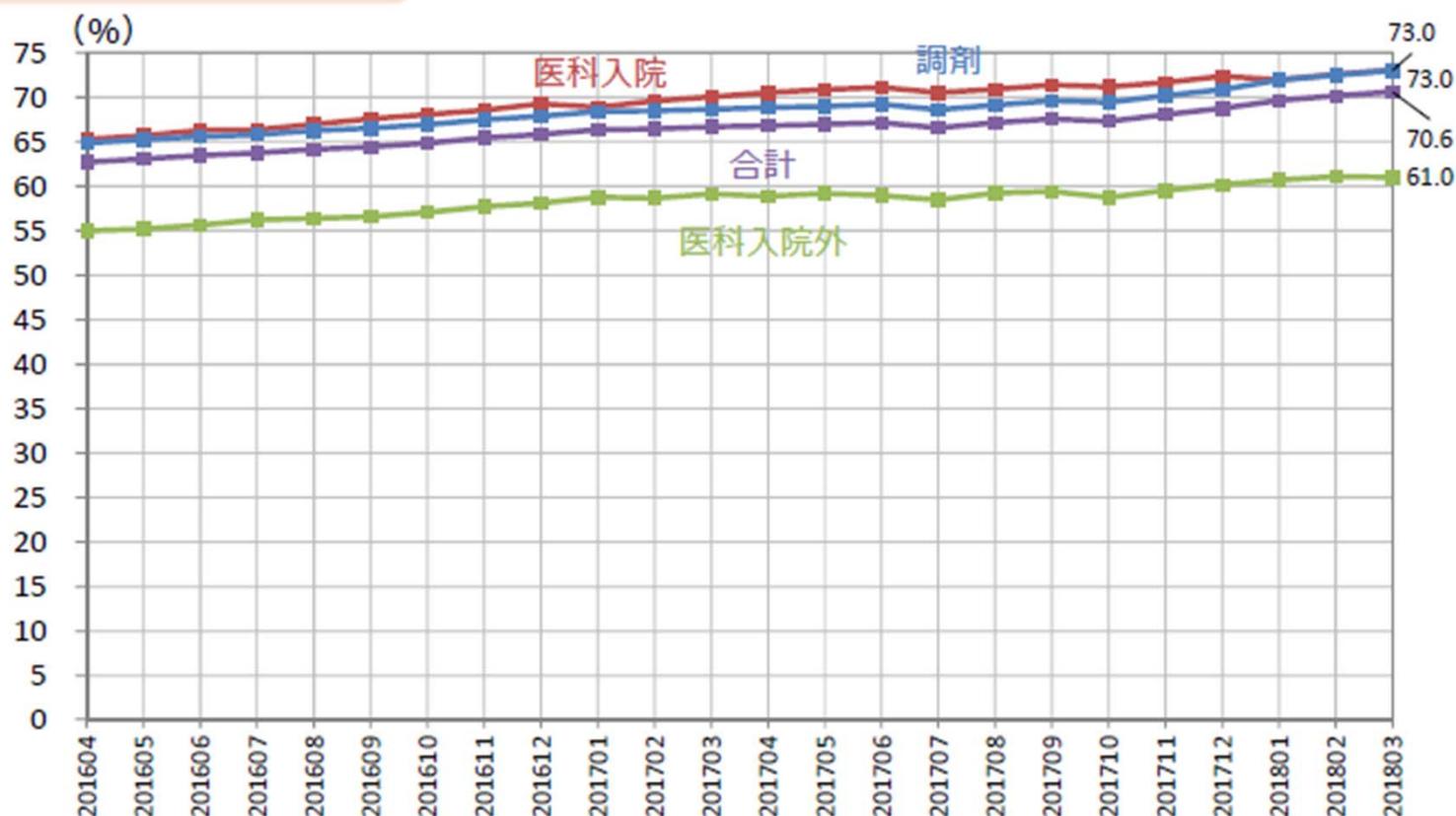
4

中央社会保険医療協議会総会資料（2019.11.15）

医療機関、薬局での後発医薬品の使用・調剤割合

○ 医療機関、薬局での後発医薬品の使用・調剤割合は増加している（平成30年3月において、医科入院：73.0%、医科入院外：61.0%、調剤：73.0%であった。）（電算処理分のみによる集計）。

後発医薬品割合（数量ベース）の推移



注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕/〔（後発医薬品のある先発医薬品の数量）+〔後発医薬品の数量〕〕で算出している。

注3) 入院外の数量は、1/100の抽出率でランダム抽出したデータを100倍した値としている。

注4) 「合計」とは、「医科入院」「医科入院外」「調剤」の数量を、電算化率の違いは考慮せずに単純に合計して算出した値としている。

注5) 入院料等に包括される薬剤料は含まれない。

出典：医科・調剤分の後発医薬品割合（数量ベース）について（保険局調査課（令和元年7月））より一部改変

後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額の推計

以下の方法に基づく推計から、平成17年度～29年度の医療費適正効果額は、単調に増加しており、平成29年度は13,000億円程度となっていると考えられる。

< 推計方法と考え方 >

○各年度の薬価調査の結果から、取引された全ての後発医薬品について、個別に対応する先発医薬品（同一剤形・規格の先発医薬品）が取引されていた場合を仮想し、実際の取引額（後発医薬品の薬価ベース）と仮想の取引額（先発医薬品の薬価ベース）の差を後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額とした。

※ 後発品販売額は、全後発品のうち、同一剤形・規格の先発医薬品があるものについての販売額の合計

○また、同一剤形・規格で複数価格の先発医薬品がある品目については、最高額と最低額の先発医薬品に置き換えた場合の医療費適正効果額を算出し、効果額を範囲（例：○－○）とした。

○年間医療費適正効果額については、単月医療費適正効果額の12倍とした。

単位：億円

| | H17年度 | H19年度 | H21年度 | H23年度 | H25年度 | H27年度 | H29年度 |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| 後発品販売額(月) | 153 | 183 | 284 | 334 | 453 | 759 | 932 |
| 推定先発相当額(月) | 337－323 | 397－383 | 587－569 | 678－671 | 903－896 | 1,549－1,538 | 2,022－2,007 |
| 適正効果額(月) | 183－169 | 214－200 | 303－285 | 344－337 | 450－443 | 790－779 | 1,090－1,075 |
| 年間適正効果額 | 2,201－2,033 | 2,569－2,398 | 3,637－3,423 | 4,128－4,045 | 5,560－5,439 | 9,479－9,345 | 13,076－12,905 |
| 年間平均効果額 | 2,117 | 2,484 | 3,530 | 4,087 | 5,500 | 9,412 | 12,991 |

IV－2 費用対効果評価制度の活用

① 費用対効果評価制度の活用

※灰字の項目は本資料では省略

【IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上】

IV－3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

※灰字の項目は本資料では省略

IV－4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）

① 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

※灰字の項目は本資料では省略

IV－5 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)

① 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

※灰字の項目は本資料では省略

IV－6 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

- ① 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価
- ② 入院時のポリファーマシー解消の推進
- ③ 調剤料等の見直し
- ④ 薬局における後発医薬品の使用促進
- ⑤ 医療機関における後発医薬品の使用促進
- ⑥ バイオ後続品に係る情報提供の評価

※灰字の項目は本資料では省略

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、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調整の取組と、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 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点</p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、<u>当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u></p> <p>□ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、<u>退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類</u></p> | <p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点</p> <p>注₁ 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、<u>当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</u></p> <p>□ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、<u>当該抗精神病薬の処方を総合的に評価し、その内</u></p> |

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p><u>以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</u></p> <p><u>2 薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 1 のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u></p> <p><u>ロ 1 のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p> |

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

具体的な内容

2. 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記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

改定案

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点

[対象患者]

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

IV－7 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

- ① 高度な医療機器の効率的な利用の推進
- ② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し
- ③ 超音波検査（胸腹部）の評価の見直し
- ④ 超音波検査の評価（要件）の見直し
- ⑤ 超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し
- ⑥ 訪問診療時の超音波検査の新設
- ⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価
- ⑧ 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し
- ⑨ 網膜中心血管圧測定に係る評価の廃止
- ⑩ 人工腎臓の評価の見直し
- ⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化
- ⑫ 持続緩徐式血液濾過の評価の見直し
- ⑬ 吸着式血液浄化法の評価の見直し
- ⑭ 下肢静脈瘤に係る手術の評価の適正化
- ⑮ 脾全摘後の患者に対する血糖管理の充実
- ⑯ 実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価
- ⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し
- ⑱ 市場が拡大した場合の評価の見直し

※灰字の項目は本資料では省略

① 高度な医療機器の効率的な利用の推進

基本的な考え方

ポジトロン断層撮影のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

具体的な内容

ポジトロン断層撮影を目的に、入院中の患者の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【第2部入院料等】 〔算定要件〕</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、</p> | <p>【第2部入院料等】 〔算定要件〕</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、</p> |

① 高度な医療機器の効率的な利用の推進

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。</p> | <p><u>区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、「区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。</u></p> <p><u>※ イ、ウ、特定入院料等についても同様。</u></p> |

- 入院中に他医療機関を受診した際に、入院料の減額の緩和を受ける高度な放射線治療は、強度変調放射線治療 (IMRT)、ガンマナイフ、直線加速による放射線治療の定位放射線治療及び粒子線治療である。
- これらの放射線治療の算定回数は増加傾向。一定程度共同利用も行われている。

《入院中の高度な放射線治療機器の算定回数推移》

入院中に他医療機関を受診した際に、入院料の減額の緩和を受ける高度な放射線治療機器

- M001 体外照射
 - 3 強度変調放射線治療 (IMRT)
- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療
- M001-3 直線加速器による放射線治療
 - 1 定位放射線
- M001-4 粒子線治療

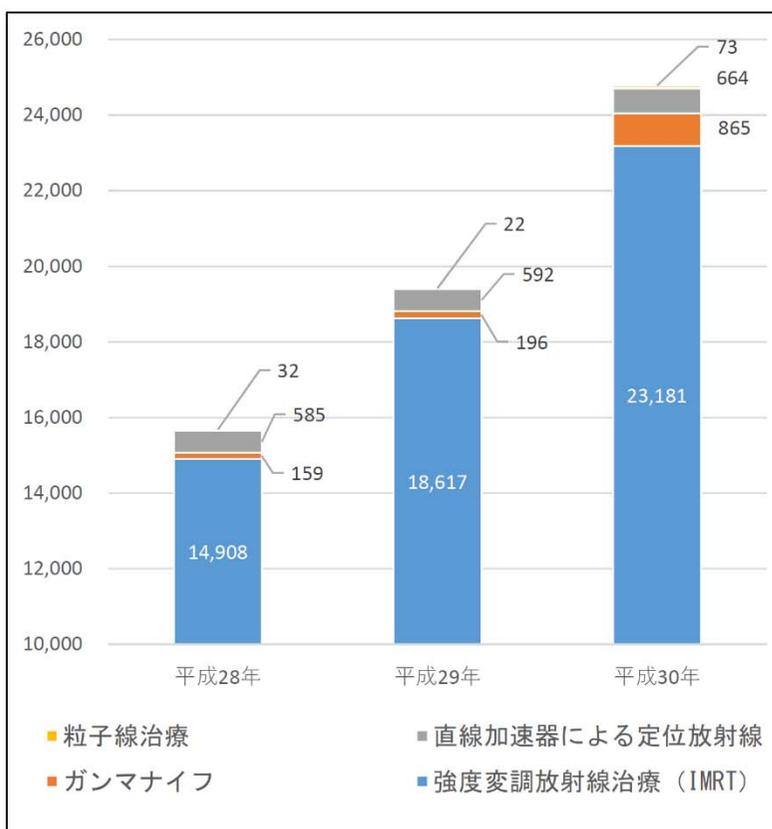
高度な放射線治療機器の算定回数 (入院中)

24,783回/月

うち、入院中に高度な放射線治療目的に他医療機関を受診した回数

574回/月

※いずれも平成30年6月時点

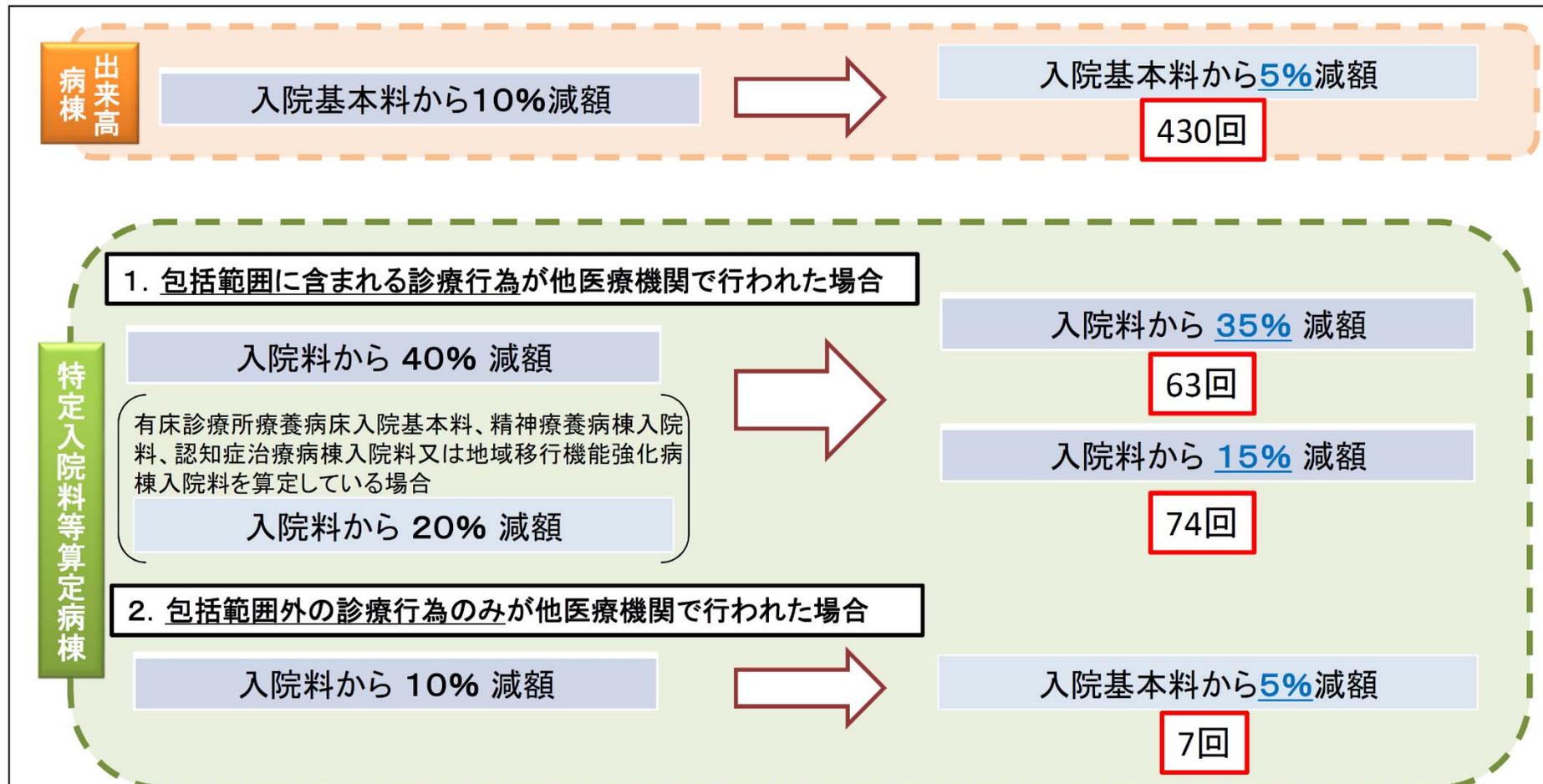


出典：社会医療診療行為別統計 (各年6月審査分)

中央社会保険医療協議会総会資料 (2019.12.18)

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進(平成30年度診療報酬改定)

- 平成30年度診療報酬改定において放射線治療機器の効率的な利用の促進の観点から、高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和した。
- こうした対象における治療は一定程度実施されている。



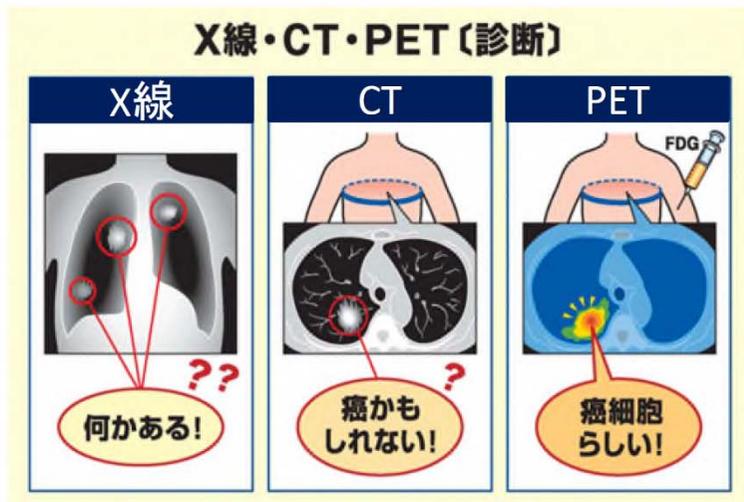
出典：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

中央社会保険医療協議会総会資料（2019.12.18）

- ポジトロン断層撮影（PET）は、放射能を含む薬剤を用いる、核医学検査の一種であり、放射性薬剤を投与し、その分析を特殊なカメラで捉えて画像化する。
- PET検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断などに利用される。
- がん以外にもアルツハイマー病やてんかん、心筋梗塞の検査としても利用される。

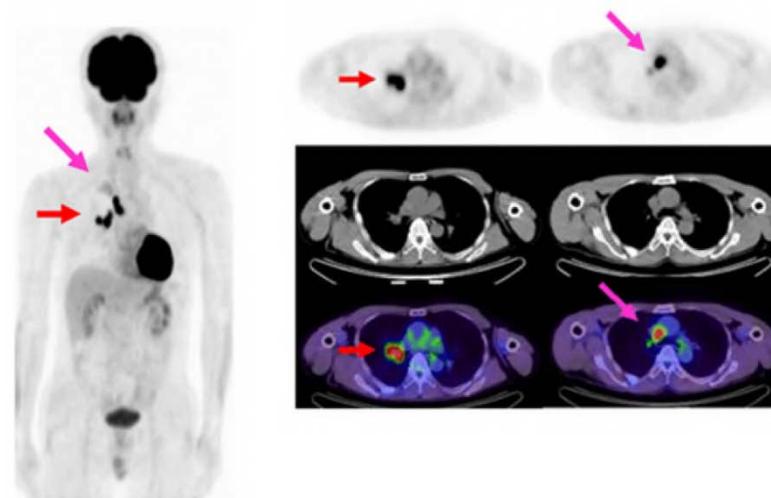
PET検査と他の検査の比較

- ・ 単純X線、CT及びPET検査を比較すると、PET検査は他の検査と比べてより多くの情報を得ることができる。



PET検査の特徴

- ・ がんには放射性薬剤が集まるため、薬剤が集まっている場所や集まり方でがんの部位や転移、機能等を診断することができる。(下図矢印)
- ・ また全身を一目で判断することができる。



国立国際医療研究センター病院HPより⁵⁴

② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

基本的な考え方

小児の頭部外傷に対するコンピューター断層撮影については、ガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部CT検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価を見直す。

具体的な内容

小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。
また、加算の要件としてガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを求める。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】 通則4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> | <p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】 通則4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（<u>頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。</u>）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。<u>なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の</u></p> |

② 小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

| 現行 | 改定案 |
|------------------------|---|
| <p>[算定要件] (新設)</p> | <p><u>点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。</u></p> <p>[算定要件] <u>「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、カによる場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。</u></p> <p><u>ア GCS ≤ 14</u> <u>イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候</u> <u>ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）</u> <u>エ 受診後の症状所見の悪化</u> <u>オ 親の希望</u> <u>カ その他</u></p> |

- 日本医学放射線学会の画像診断ガイドライン（2016年版）では軽度の頭部損傷を有する小児患者に対する頭部CTは推奨グレードDであり、PECARN rule¹⁾、CHALICE rule²⁾などの基準を使用して頭蓋内損傷のリスクを評価し、撮影に当たって慎重に判断されるべきとされている。

PECARN rule

【2歳未満】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋骨骨折の触知
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 皮下血腫（前額部を除く）
- ・ 意識消失 ≥ 5秒
- ・ 親から見て「普段と違う」
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 生後3ヶ月未満
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

【2歳以上】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋底骨折の微候
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(1つでも)
Yes

CTを推奨

(全て) No ↓

- ・ 嘔吐
- ・ 意識消失
- ・ 激しい頭痛
- ・ 激しい受傷機転

(1つでも)
Yes

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

(全て) No ↓

CTは推奨されない

CHALICE rule

- ・ 5分以上の意識消失
- ・ 5分以上の健忘
- ・ 傾眠
- ・ 3回以上の嘔吐
- ・ 虐待の疑い
- ・ てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・ GCS < 14, 1歳未満ではGCS < 15
- ・ 開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・ 頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- ・ 神経学的異常
- ・ 1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・ 高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

(1つでも)
Yes

CTを推奨

- 1) Kuppermann N et al : Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma : a prospective cohort study. Lancet 374 : 1160-1170, 2009
- 2) Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

- ガイドラインに沿って小児の頭部外傷の診療を行う場合、意識状態の評価が非常に重要である。
- 意識状態の評価は、グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）等のスケールを用いて行われることが多いが、新生児、乳児又は幼児において、意識障害の有無の判断は容易ではない。
- 新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判断は、意識状態の評価に当たって特別なスケールや技術を要する点、さらに、保護者に対してCT撮影の医学的必要性やリスク等についての丁寧な説明が必要である点からも、成人に比べて対応により多くの労力を要する。

《小児用グラスゴー・コーマ・スケール(GCS)》【点数】

| | | |
|--------------|-----------------------|---|
| 開眼(E) | 自発的に | 4 |
| | 呼びかけで | 3 |
| | 疼痛で | 2 |
| | 開眼せず | 1 |
| 最良の言語音声反応(V) | 理由ある啼泣、喃語～おしゃべり、見当識あり | 5 |
| | あやすと泣きやむ | 4 |
| | 泣きやまない | 3 |
| | うめき～発声のみ | 2 |
| | 発語なし | 1 |
| 最良の運動反応(M) | 従命(>1歳)、自発運動 | 6 |
| | 払いのける | 5 |
| | 逃避 | 4 |
| | 上肢の異常屈曲(除皮質硬直) | 3 |
| | 四肢の異常伸展(除脳硬直) | 2 |
| | 動かない | 1 |

【最高】 15点

- ・ GCSは開眼（E）、最良の言語音声反応（V）、最良の運動反応（M）それぞれについて評価を行い、合計15～3点で評価を行う。
- ・ **14点以下で意識障害と判断する。**

小児、乳幼児の場合は、特に言語音声反応（V）の評価を行う場合、言葉で異常を表現することができず、泣いている際も何が原因か、あるいは意識状態は正常かなど、総合的に判断する必要がある。



③ 超音波検査(胸腹部)の評価の見直し

基本的な考え方

超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため要件を見直す。

具体的な内容

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

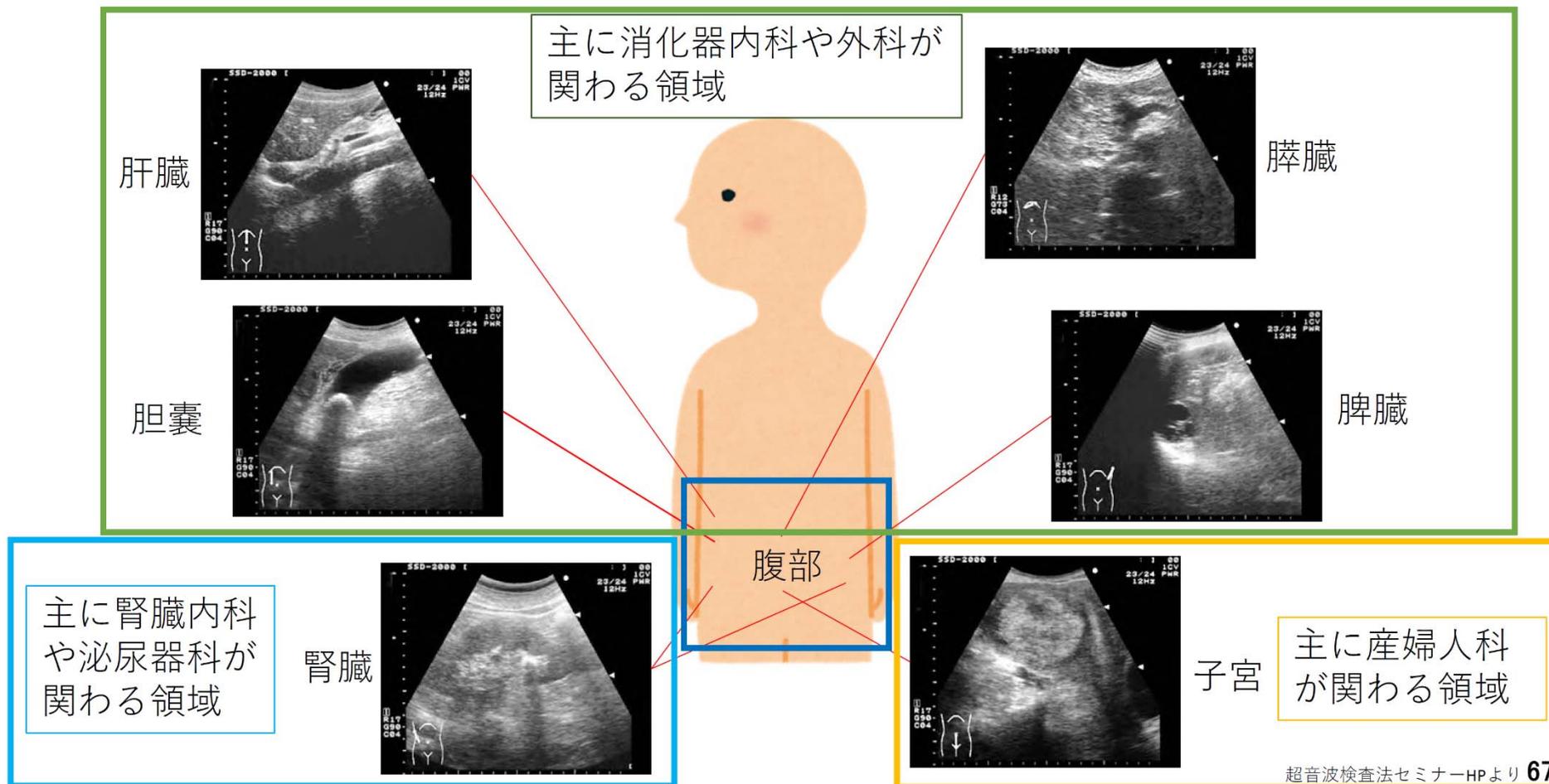
| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>【超音波検査】 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 胸腹部 530点 ロ 下肢血管 450点 ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p><u>[算定要件]</u> （新設）</p> | <p>【超音波検査】 2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） イ 胸腹部 530点 ロ 下肢血管 450点 ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p><u>[算定要件]</u> (9)「2」の「イ」を算定する場合は、検査をした領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> |

③ 超音波検査(胸腹部)の評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|----|--|
| | <p><u>ア 消化器領域 (肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化管)</u></p> <p><u>イ 腎・泌尿器領域 (腎臓・膀胱・尿管・前立腺)</u></p> <p><u>ウ 女性生殖器領域 (卵巣・卵管・子宮)</u></p> <p><u>エ 血管領域 (大動脈・大静脈等)</u></p> <p><u>オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等</u></p> <p><u>カ その他</u></p> |

超音波検査の対象臓器

- 超音波検査では様々な臓器を精査、観察することができる。
- 例えば、胸腹部超音波検査では肝臓や胆道、膵臓などといった消化器領域や腎臓、膀胱などの泌尿器科領域、子宮、卵巣などの産婦人科領域、腹部大動脈等多岐に渡る。
- それらすべてを精査することもあれば、一部の領域だけ検査する場合もある。



レセプト摘要欄の記載事項の選択式化

現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、フリーコメント欄に手入力で撮影部位を記載しているが、フリーコメント欄への手入力は記載ミスの原因となっている。
- また、入力された内容のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

〔入力画面イメージ〕

| |
|----------|
| コメント |
| 撮影部位きょうぶ |

手入力記載

〔レセプト表示イメージ〕

| | | | |
|----|----------------------------|---------|---|
| 70 | 撮影部位頭部 | | |
| | MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） | | |
| | 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） | 1,450 X | 1 |
| | 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断） | 70 X | 1 |
| | 撮影部位胸部 | | |
| | CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） | | |
| | 2回目以降減算（CT、MRI） | | |
| | 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） | 840 X | 1 |

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、フリーコメント欄に手入力で記載を求めていた事項のうち、部位等の記載について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、何に対するコメントか分かるようなコードを設定してはどうか。

〔入力画面イメージ〕

| CT撮影（撮影部位） | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input checked="" type="checkbox"/> 胸部 |
| <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> … |

該当部位選択

〔レセプト表示イメージ〕

| | | | |
|----|----------------------------|---------|---|
| 70 | MRI撮影（撮影部位）：頭部 | | |
| | MRI撮影（1.5テスラ以上3テスラ未満の機器） | | |
| | 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） | 1,450 X | 1 |
| | 画像診断管理加算1（コンピューター断層診断） | 70 X | 1 |
| | CT撮影（撮影部位）：胸部 | | |
| | CT撮影（16列以上64列未満マルチスライス型機器） | | |
| | 2回目以降減算（CT、MRI） | | |
| | 電子画像管理加算（コンピューター断層診断料） | 840 X | 1 |

④ 超音波検査の評価(要件)の見直し

基本的な考え方

超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

具体的な内容

超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。

| 現行 | 改定案 |
|----------------------------------|--|
| 【超音波検査】 [算定要件] <u>(新設)</u> | 【超音波検査】 [算定要件] <u>(3) 超音波検査（「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が、報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。</u> |

⑤ 超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し

基本的な考え方

超音波診断装置の高性能化により、超音波検査のパルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

具体的な内容

超音波検査におけるパルスドプラ法加算の評価を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【超音波検査】 注2-2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>200点</u>を所定点数に加算する。</p> | <p>【超音波検査】 注2-2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、<u>150点</u>を所定点数に加算する。</p> |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

基本的な考え方

悪性腫瘍に係る遺伝子検査である、単一遺伝子検査及び複数遺伝子検査について、それぞれの検査の特性を踏まえ、評価を見直す。

具体的な内容

1. 悪性腫瘍の遺伝子検査について、個別の遺伝子検査ごとではなく、臨床的な位置づけや検査技術に応じて類型化した評価体系とし、同一がん種に対して同時に複数の遺伝子検査を実施する場合には、検査の項目数に応じた評価とする。
2. 同一がん種に対して同時に実施する可能性がある遺伝子検査の項目数が増加していることを踏まえ、複数遺伝子検査に係る運用について、項目数を充実させる。

| 現行 | 改定案 |
|---|-----------------------------|
| 【悪性腫瘍遺伝子検査】 | 【悪性腫瘍遺伝子検査】 |
| イ <u>E G F R</u> 遺伝子検査 (リアルタイム P C R 法) | イ 処理が容易なもの |
| 2,500点 | i 医薬品の適応判定の補助等に用いるもの 2,500点 |
| | ii その他のもの 2,100点 |
| □ <u>E G F R</u> 遺伝子検査 (リアルタイム P C R 法以外) | □ 処理が複雑なもの |
| 2,100点 | 5,000点 |
| ハ <u>K - r a s</u> 遺伝子検査 | (削除) |
| 2,100点 | (削除) |
| ニ <u>E W S - F l i 1</u> 遺伝子検査 | (削除) |
| 2,100点 | (削除) |
| ホ <u>T L S - C H O P</u> 遺伝子検査 | (削除) |
| 2,100点 | (削除) |
| ヘ <u>S Y T - S S X</u> 遺伝子検査 | (削除) |
| 2,500点 | (削除) |
| ト <u>c - k i t</u> 遺伝子検査 | (削除) |
| 2,100点 | (削除) |
| チ <u>マイクロサテライト不安定性検査</u> | (削除) |
| 2,100点 | (削除) |
| リ <u>センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u> | (削除) |
| 2,100点 | (削除) |
| ヌ <u>B R A F</u> 遺伝子検査 | (削除) |
| 6,520点 | (削除) |
| ル <u>R A S</u> 遺伝子検査 | (削除) |
| 2,500点 | (削除) |
| ヲ <u>R O S 1</u> 融合遺伝子検査 | (削除) |
| 2,500点 | (削除) |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>[算定要件] 注 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対して悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 4,000点 ロ 3項目以上 6,000点</p> <p><u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p> | <p>[算定要件] 注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してイを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 4,000点 ロ 3項目 6,000点 ハ 4項目以上 8,000点</p> <p><u>注2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん腫に対してロを実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算出する。</u></p> <p><u>イ 2項目 8,000点</u> <u>ロ 3項目以上 12,000点</u></p> |
| <p>[算定要件] (1)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、<u>PCR法、SSCP法、RFLP法、シーケンサーシステム等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として</u></p> | <p>[算定要件] (1)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、<u>(2)から(4)に掲げる遺伝子検査について、</u></p> |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>悪性腫瘍患者本人に対して行った、以下の遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、<u>家族性非ポリポージス大腸癌</u>の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。</p> <p><u>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査又はK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査又はSYT-SSX遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるckit遺伝子検査</u></p> | <p>患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、<u>リンチ症候群</u>の診断を目的とする場合、又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の薬剤治療方針の選択を目的とする場合に、本検査を実施した後に、もう一方の目的で本検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p><u>オ 家族性非ポリポージス大腸癌又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u></p> <p><u>カ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>キ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras遺伝子検査、RAS遺伝子検査又はBRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(2) 「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR-rSSO法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査、大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定できるものとする。</u></p> |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

| 現行 | 改定案 |
|---------------------------------------|--|
| <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査、BRAF遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査</u></p> <p><u>(3)「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、PCR法、SSCP法、RFLP法等により行う場合に算定できる。</u></p> <p><u>ア 肺癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>イ 膵癌におけるK-ras遺伝子検査</u></p> <p><u>ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査、SYT-SSX遺伝子検査</u></p> <p><u>エ 消化管間葉系腫瘍におけるckit遺伝子検査</u></p> <p><u>オ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査</u></p> <p><u>カ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、K-ras</u></p> |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

| 現行 | 改定案 |
|-------------|---|
| <p>(新設)</p> | <p><u>遺伝子検査、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）</u> <u>(4) 「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定できるものとする。</u> <u>ア 肺癌におけるBRAF遺伝子検査</u> <u>イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）</u> <u>ウ 固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査</u> <u>(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「イ」処理が容易なものと「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数によって算定する。</u></p> |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>(2)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(1)のアからキまでの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(3)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>(6)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)に掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(7)「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成、<u>区分番号「D006-14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006-16」JAK2遺伝子検査</u>のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p>(8) 肺癌において区分番号「D006-12」EGFR遺伝子検査（血漿）と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるEGFR遺伝子検査<u>（「イ」処理が容易なものの「ii」その他のものを算定する場合も含む。）</u>を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> |

⑦ 悪性腫瘍遺伝子検査の適正な評価

| 現行 | 改定案 |
|-------------|---|
| <u>(新設)</u> | <p>(9) 肺癌において区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「6」ALK融合タンパク又は区分番号「N005-2」ALK融合遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のアに規定する肺癌におけるALK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> |
| <u>(新設)</u> | <p>(10) 乳癌において区分番号「N005」HER2遺伝子標本作製と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「イ」処理が容易なものの「i」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、(2)のウに規定する乳癌におけるHER2遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> |
| <u>(新設)</u> | <p>(11) 卵巣癌において区分番号「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査と本区分の「1」悪性腫瘍遺伝子検査「ロ」処理が複雑なもののうち、(4)のウに規定する固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。</p> |

⑧ 局所陰圧閉鎖処置に係る評価の見直し

基本的な考え方

局所陰圧閉鎖処置について、ドレッシング材（創傷被覆材）の交換の頻度、処置にかかる手間及び技術を踏まえ、局所陰圧閉鎖処置について評価を見直す。

具体的な内容

局所陰圧閉鎖処置（入院）は現在、毎日算定できるところを、陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用した場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日に限り、週3回まで算定可能とする。なお、従前通り、特定保険医療材料「陰圧創傷治療用カートリッジ」は算定できない。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> | <p>【局所陰圧閉鎖処置（入院）】 [算定要件] <u>（8）陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週3回に限り算定できる。</u> <u>（9）初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> |

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

基本的な考え方

エリスロポエチン製剤のバイオ後続品等の実勢価格やHIF-PTH阻害薬の有効性及び使用方法等を踏まえ、人工腎臓に係る評価について、HIF-PTH阻害薬の使用を含め評価を見直す。

具体的な内容

現行、HIF-PTH阻害薬はエリスロポエチン製剤と同様とみなし、人工腎臓に包括され、院内処方とされているが、院外処方にも対応するため、HIF-PTH阻害薬を用いる場合に対応した評価体系を新たに設ける。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| 【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4 時間未満の場合 <p style="text-align: right;">1,980点</p> □ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <p style="text-align: right;">2,140点</p> ハ 5 時間以上の場合 <p style="text-align: right;">2,275点</p> <u>(新設)</u> | 【人工腎臓】 1 慢性維持透析を行った場合 1 イ 4 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <p style="text-align: right;">1,924点</p> □ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <p style="text-align: right;">2,084点</p> ハ 5 時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <p style="text-align: right;">2,219点</p> <u>ニ 4 時間未満の場合 (イを除く。)</u> <p style="text-align: right;">1,798点</p> |

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|------------------|---|
| <u>(新設)</u> | <u>ホ 4時間以上5時間未満の場合 (口を除く。)</u> |
| <u>(新設)</u> | <u>1,958点</u> |
| <u>(新設)</u> | <u>へ 5時間以上の場合 (ハを除く。)</u> |
| | <u>2,093点</u> |
| 2 慢性維持透析を行った場合 2 | 2 慢性維持透析を行った場合 2 |
| イ 4時間未満の場合 | イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) |
| 1,940点 | <u>1,884点</u> |
| □ 4時間以上5時間未満の場合 | □ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) |
| | |
| 2,100点 | <u>2,044点</u> |
| ハ 5時間以上の場合 | ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。) |
| | |
| 2,230点 | <u>2,174点</u> |
| <u>(新設)</u> | <u>ニ 4時間未満の場合 (イを除く。)</u> |
| <u>(新設)</u> | <u>1,758点</u> |
| <u>(新設)</u> | <u>ホ 4時間以上5時間未満の場合 (口を除く。)</u> |
| | <u>1,918点</u> |
| <u>(新設)</u> | <u>へ 5時間以上の場合 (ハを除く。)</u> |
| | <u>2,048点</u> |

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 <u>1,900点</u></p> <p>□ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>2,055点</u></p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>2,185点</u></p> <p><u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] 注6 1 から 3 までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める注射薬の費用は所定点数に含まれるものとする。 <u>(新設)</u></p> | <p>3 慢性維持透析を行った場合 3 イ 4 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,844点</u></p> <p>□ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>1,999点</u></p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める薬剤を使用する場合に限る。)</u> <u>2,129点</u></p> <p>ニ 4 時間未満の場合 (イを除く。) <u>1,718点</u></p> <p>ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (□を除く。) <u>1,873点</u></p> <p>ヘ 5 時間以上の場合 (ハを除く。) <u>2,003点</u></p> <p>[算定要件] 注6 1 から 3 までの場合にあつては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。 <u>注14 1 から 3 までの場合であつて、イからハまでを算定した週においては、ニからヘまでを別に算定できない。</u></p> |

⑩ 人工腎臓の評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。</p> <p>ア「1」から「3」までの場合 (「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及び<u>ダルベポエチン製剤</u>の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。</p> <p>イ「1」から「3」までにより算定する場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)においても、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及び<u>ダルベポエチン製剤</u>の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。</p> | <p>(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。</p> <p>ア「1」から「3」までの場合 (「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、<u>ダルベポエチン製剤及びHIF-PHD阻害剤(院内処方されたものに限る。)</u>の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。</p> <p>イ「1」から「3」までにより算定する場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)においても、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、<u>H I F - P H D 阻害剤(院内処方されたものに限る。)</u>の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえて適切に行うこと。</p> |

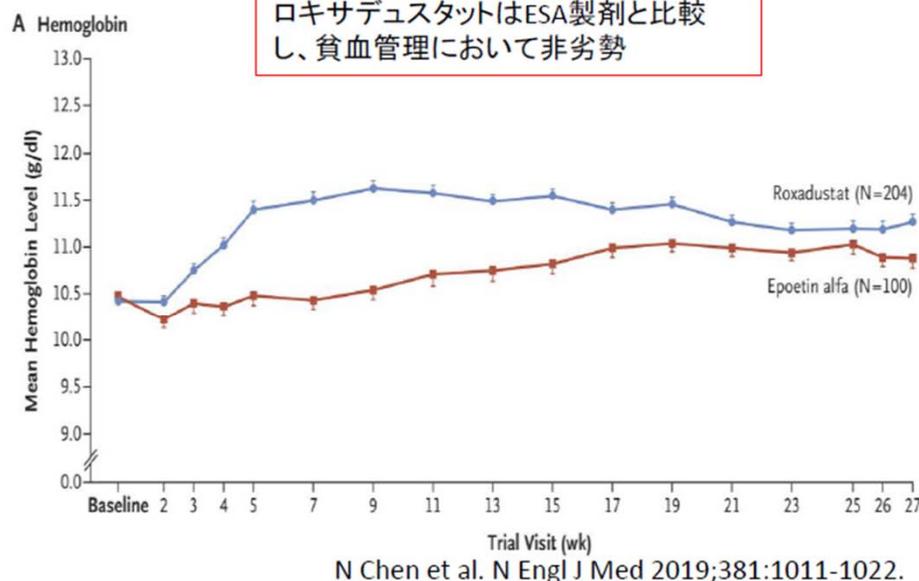
⑩ 人工腎臓の評価の見直し

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| <p>(24)「1」から「3」までの場合 <u>(「注13」の加算を算定する場合を含む。)</u> には、<u>ロキサデュスタット錠は、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤と同様のものとみなし、その費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。</u> <u>「1」から「3」までの場合</u> <u>(「注13」の加算を算定する場合を含む。)</u> であって、<u>ロキサデュスタット錠を処方する場合には、院内処方を行うこと。</u></p> <p>[施設基準] 第十一 処置 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>注射薬</u> 別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>注射薬</u> エリスロポエチン ダルベポエチン</p> | <p>(24)「1」から「3」までのうち、「二」から「へ」までの場合 <u>(「注13」の加算を算定する場合を含む。)</u> には、<u>H I F - P H D 阻害剤の服薬状況等について、診療録に記載すること。</u></p> <p>[施設基準] 第十一 処置 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (2) 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u></p> <p>別表第十の三に掲げる<u>薬剤</u> 別表第十の三 人工腎臓に規定する<u>薬剤</u> エリスロポエチン ダルベポエチン <u>H I F - P H D 阻害剤 (院内処方されたものに限る。)</u></p> |

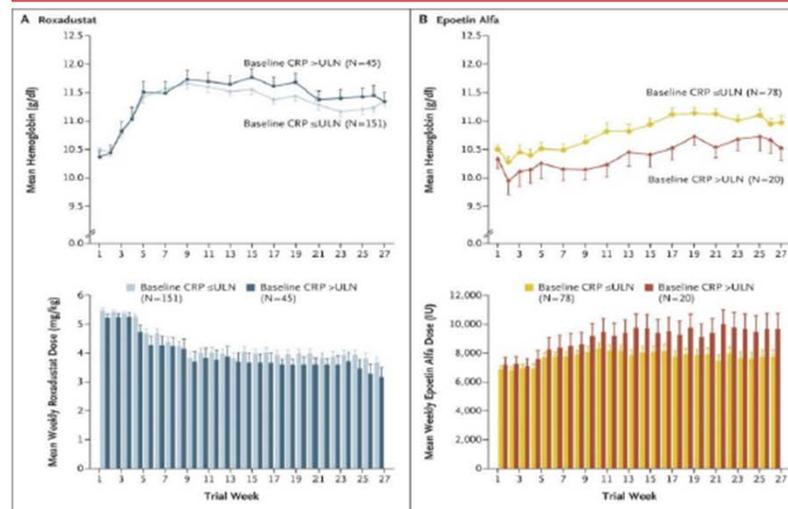
新たな腎性貧血治療薬 (HIF-PHD阻害薬) について

- 令和元年9月、ESA製剤とは別の機序による、新たな腎性貧血治療薬であるHIF-PHD阻害薬^(※1)の薬事承認がされたところ。
(※1) HIF-PHD (低酸素誘導因子プロリン水酸化酵素 Hypoxia inducible factor prolyl hydroxylase) 阻害薬 (ロキサデュスタット)
- 血液透析患者の腎性貧血管理において、ESA抵抗性等によってESA製剤よりもHIF-PHD阻害薬の方が適切である症例も一定数存在すると考えられる。
- 現行の評価ではESA製剤は人工腎臓の点数に包括されることになるが、HIF-PHD阻害薬は経口内服薬であることから、院外処方した際の手続きが煩雑になる等のおそれがあり、腎性貧血治療にHIF-PHD阻害薬を用いる場合の新たな評価体系が必要と考えられる。
- また、療養病棟入院料等の処置や薬剤料等が包括される入院料を算定する病棟においては、人工腎臓を出来高で算定できることを踏まえ、HIF-PHD阻害薬の取扱をあわせて検討する必要がある。

<透析患者におけるロキサデュスタット (HIF-PHD阻害薬) とESA製剤との貧血管理 (ヘモグロビン値) の比較>



炎症状態 (ESA抵抗性) ではESA製剤の反応性が低下するが、ロキサデュスタットは炎症の有無で反応性に変化は認めない。



⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

基本的な考え方

他の手技との難易度や緊急性等を踏まえ、バスキュラーアクセスに係る処置について評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者が一部存在することを踏まえ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術について要件を見直す。

具体的な内容

1. 内シャント設置術の評価を見直す。また、外シャント設置術に関する診療報酬上の評価を廃止する。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| 【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 1 <u>静脈転位を伴うもの</u> 21,300点 2 その他のもの 7,760点 外シャント血栓除去術 1,680点 内シャント又は外シャント設置術 18,080点 | 【内シャント設置術】 末梢動静脈瘻造設術 1 <u>内シャント造設術</u> イ <u>単純なもの</u> 12,080点 ロ <u>静脈転位を伴うもの</u> 15,300点 2 その他のもの 7,760点 (削除) (削除) |

⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

具体的な内容

2. 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の評価を見直す。また、シャントの狭窄・閉塞を繰り返す透析患者は一定程度存在し、より臨床実態に則した評価を行う必要があることから、一定の要件を満たす場合には経皮的シャント拡張術・血栓除去術を算定してから3ヶ月以内に実施した場合であっても、2回目の算定を可能とする。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| <p>【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】 経皮的シャント拡張術・血栓除去術</p> <p style="text-align: right;"><u>18,080点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[算定要件] 3ヶ月に1回に限り算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> | <p>【経皮的シャント拡張術・血栓除去術】 経皮的シャント拡張術・血栓除去術</p> <p><u>1 初回</u> <u>12,000点</u></p> <p><u>2 1の実施後3月以内に実施する場合</u> <u>12,000点</u></p> <p>[算定要件] <u>(1)「1」については、3ヶ月に1回に限り算定する。また、「2」については、「1」の実施後3月以内に実施する場合に、1回に限り算定する。</u> <u>(2)「1」を算定してから3ヶ月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。</u> <u>ア 透析シャント閉塞の場合</u></p> |

⑪ バスキュラーアクセスに係る処置の評価の適正化

| 現行 | 改定案 |
|--------------------|---|
| <p><u>(新設)</u></p> | <p><u>イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）</u> <u>(3)「2」については、「1」の前回算定日（他の保険医療機関での算定を含む。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> |

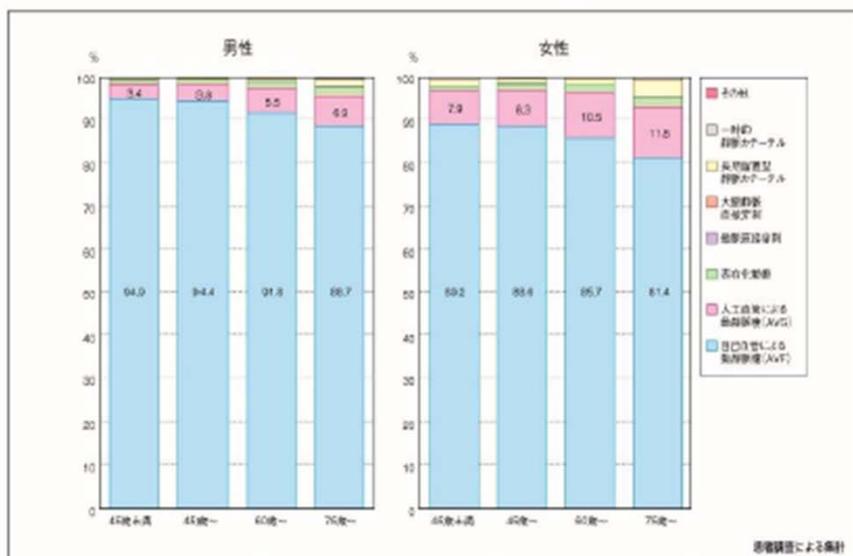
バスキュラーアクセス(シャント)に係る処置の評価について

- 血液透析に用いられるバスキュラーアクセス(Vascular Access (VA):透析シャント)は、血液透析を開始・継続していく上で必須である。日本では、自己血管による内シャント(AVF)及び人工血管による内シャント(AVG)がほとんどを占めている。
- 血液透析では、AVFもしくはAVGに対して、一般に週3回穿刺を行う必要であり、穿刺を繰り返すことで狭窄・閉塞等といったシャントトラブルを生じるため、狭窄・閉塞の部位によって、シャント拡張術(VAIVT:Vascular access intervention)は第一選択の治療となる。
- シャント拡張術は、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」により評価されており、算定回数は総数としては増加傾向であり、入院外の算定回数が70%程度である。

○ 診療報酬におけるバスキュラーアクセス(シャント)に係る処置の評価

- ・ K610-3 内シャント又は外シャント設置術 18,080点
- ・ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 18,080点(3ヶ月に1回に限る)
- ・ A400 短期滞在手術等基本料3 (リ)経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,350点

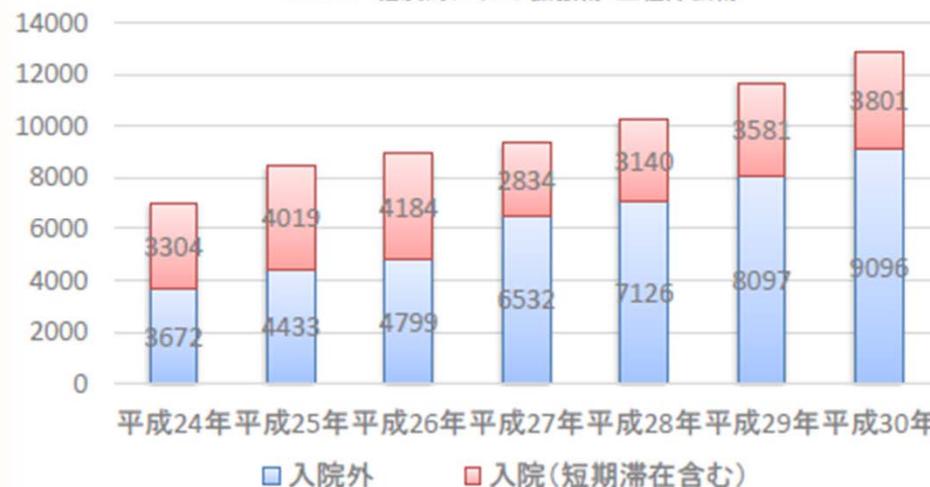
＜日本のバスキュラーアクセスの種類別の割合＞



「一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2017年12月31日現在)」

＜シャント拡張術(VAIVT)の診療報酬の算定回数＞

A400 短期滞在手術等基本料3 リ、経皮的シャント拡張術・血栓除去術
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術



社会医療診療行為別統計(平成30年度6月審査分)の算定回数

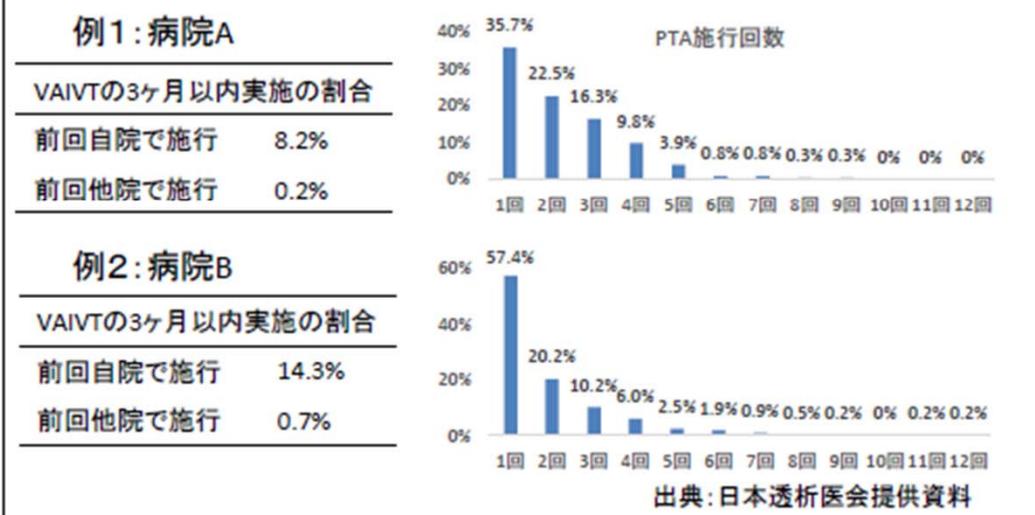
バスキュラーアクセス(シャント)に係る処置の評価における課題について

- 「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術(18,080点)」は、多くが外来で実施され短時間で可能な手技であり、また、シャント設置術も短時間で可能な手技である。
- 一方で、「K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」は現在3ヶ月に1回算定すること(材料費を含む。)とされているが、実臨床では3ヶ月未満に閉塞・狭窄を繰り返す患者が一定程度存在する。
- 入院が必要であったり、狭窄・閉塞を繰り返す等、対応が困難な患者のシャント拡張術(VAIVT:Vascular access intervention)が実施出来ない医療機関では、入院施設やシャント造設に関する専門的な技術を持った他医療機関に紹介して管理が行われている。

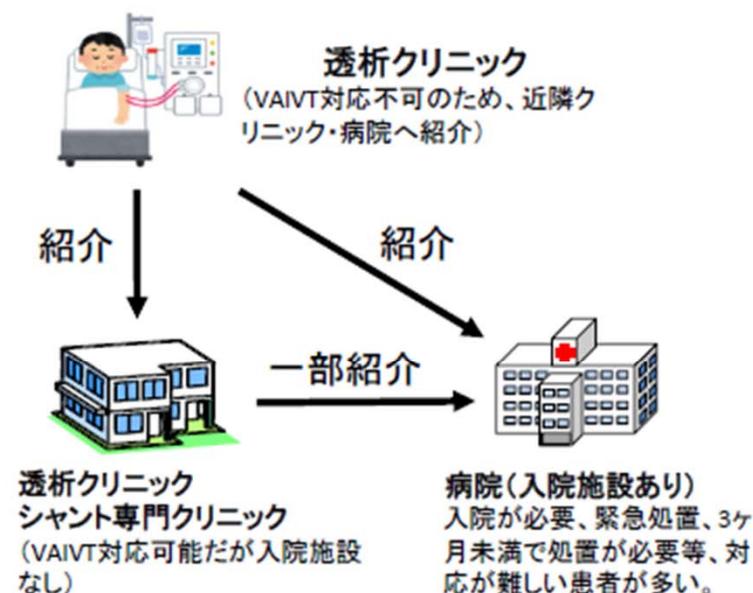
＜他手技との処置時間の比較（処置時間は外保連試算）＞

| | | 処置時間 |
|--------|------------------|------|
| K616-4 | 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 | 1 |
| K610-3 | 内シャント又は外シャント設置術 | 1.5 |
| K639 | 急性反発性腹膜炎手術 | 2.5 |

＜医療機関における年間のVAIVT施行回数の例＞



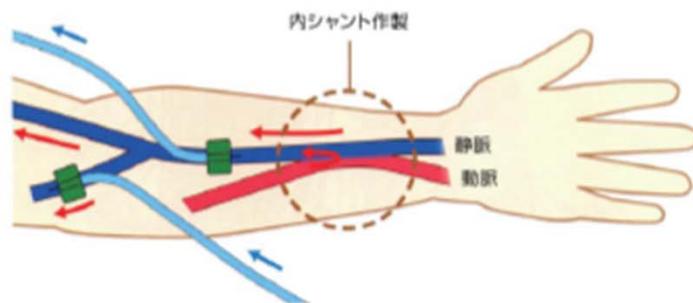
＜バスキュラーアクセスの管理の状況＞



(参考) 血液透析・バキューラーアクセス(シャント)



太い血管をつくり、
血液をスムーズに流します。



血液透析を行うには、1分間に約200ミリットの血液をダイアライザ(透析器)に送り込む必要があります。これだけの血液量を確保するためには血液流量の多い太い血管が必要となります。そこで手首近くの腕の動脈と静脈を手術でつなぎ合わせることで血管を太くします。これを内シャントといいます。手術後最低2~4週ぐらいたってから使用することが望ましいことから、計画的に手術が行われています。

内シャントには狭窄(細くなる)、閉塞(つまる)、瘤の形成(血管のこぶ)、感染などの合併症があり、再手術が必要となる場合もあります。一般的な内シャントがつかれない場合には人工血管を使用した内シャント、カテーテルの使用などにより血液透析を行います。

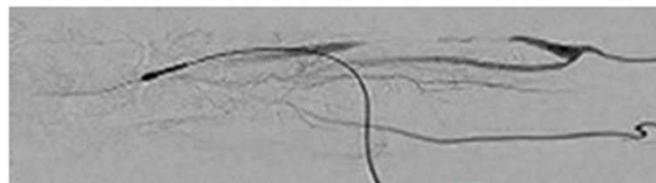
<シャント狭窄の例>



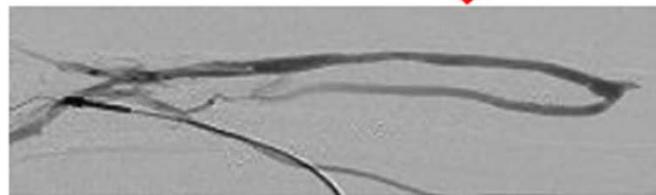
<シャント閉塞の例>



<シャント狭窄に対するVAIVT(シャントPTA)>



カテーテルで狭窄を解除



出典:腎不全 治療選択とその実際【2019年版】(日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会)

血液透析用バキューラーアクセスのインターベンションによる修復(VAIVT:Vascular Access Intervention Therapy)の基本的技術に関するガイドライン(日本IVR学会)

⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し

基本的な考え方

義肢装具の採寸法、採型法について、対象とする装具を踏まえ、評価を見直す。

具体的な内容

現行の採寸法及び採型法について、義肢、練習用仮義足又は仮義手、治療用装具に分類し、対象とする装具を踏まえた項目の見直しを行う。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| <p>【治療装具の採型ギプス】</p> <p><u>1 義肢装具採型法（1肢につき）</u> 200点</p> <p><u>2 義肢装具採型法（四肢切断の場合）</u> （1肢につき） 700点</p> <p><u>3 体幹硬性装具採型法</u> 700点</p> <p><u>4 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）</u>（1肢につき） 1,050点</p> <p>【練習用仮義足又は仮義手】</p> <p><u>1 義肢装具採型法（四肢切断の場合）</u> （1肢につき） 700点</p> <p><u>2 義肢装具採型法（股関節、肩関節離断の場合）</u>（1肢につき） 1,050点</p> | <p>【義肢採型法】</p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>1 四肢切断の場合（1肢につき）</u> 700点</p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>2 股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）</u> 1,050点</p> <p>【練習用仮義足又は仮義手採型法】</p> <p><u>1 四肢切断の場合</u> （1肢につき） 700点</p> <p><u>2 股関節、肩関節離断の場合</u> （1肢につき） 1,050点</p> |

⑰ 義肢装具の提供に係る評価の見直し

| 現行 | 改定案 | | | | | | |
|--|--|--------|------|---------------|------|--------------|------|
| <p>【義肢装具採寸法（1肢につき）】</p> <p style="text-align: right;">200点</p> | <p>【治療用装具採寸法（1肢につき）】</p> <p style="text-align: right;">200点</p> | | | | | | |
| <p>【治療装具採型法（1肢につき）】</p> <p style="text-align: right;">700点</p> | <p>【治療用装具採型法】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">1 体幹装具</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">700点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2 四肢装具（1肢につき）</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">700点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3 その他（1肢につき）</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">200点</td> </tr> </table> | 1 体幹装具 | 700点 | 2 四肢装具（1肢につき） | 700点 | 3 その他（1肢につき） | 200点 |
| 1 体幹装具 | 700点 | | | | | | |
| 2 四肢装具（1肢につき） | 700点 | | | | | | |
| 3 その他（1肢につき） | 200点 | | | | | | |