

一般財団法人 医療関連サービス振興会
第262回 月例セミナー

2020年診療報酬改定の方向性と 経営対応

令和2年1月17日（金）

講師：株式会社ASK梓診療報酬研究所

所長 中林 梓 氏

五言古詩一首

（此處有模糊文字）

西漢北山隱居詩一首

五言古詩一首

<講師ご略歴>

中林 梓 氏

株式会社ASK梓診療報酬研究所 代表取締役・所長

■ 略歴

札幌出身

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

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

現在

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

医業経営コンサルタント。

■ 研修講師実績

全国公私病院連盟、全国厚生農業協同組合連合会、日本赤十字社、北海道病院協会、静岡県病院協会、広島県病院協会、岡山県病院協会、福岡県私設病院協会、京都府私立病院協会、奈良県私設病院協会、

神奈川県看護協会、静岡県看護協会、

広島県医師会、徳島県医師会、千葉市医師会、金沢市医師会、富山市医師会、熊本市医師会、

名古屋大学医学部付属病院、日本医業経営コンサルタント協会、TKC、メディカル・マネジメント・プランニング・グループ、医療関連サービス振興会、日本慢性期医療協会、他 多数

2020年診療報酬改定の方角性と 経営対応

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所
所長 中 林 梓

令和02年度(2020年度) 診療報酬改定率

※()内は前年比較 【 】内は、平成30年度改定率

全体改定率 ▲0.46%(+0.73%) 【▲1.19%】

1. 診療報酬改定(本体) +0.55%(+0.00%)【+0.55%】

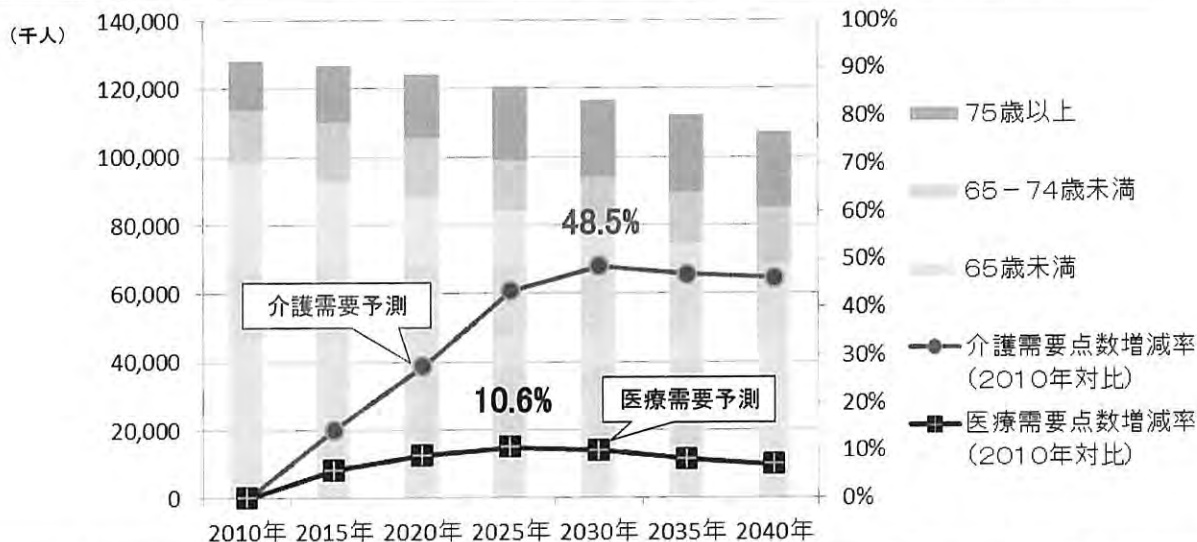
※1 +0.47%	┌	医 科	+0.53%(▲0.10%)【+0.63%】
		齒 科	+0.59%(▲0.10%)【+0.69%】
		調 剤	+0.16%(▲0.03%)【+0.19%】

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方
改革への特別的な対応 +0.08%(公費126億円程度)

2. 薬価改定等 ▲1.01%(+0.73%) 【▲1.74%】

薬 価 ▲0.99%(+0.66%) 【▲1.65%】

材料価格 ▲0.02%(+0.07%) 【▲0.09%】



全国	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (単位:千人)	128,057	126,597	124,100	120,659	116,618	112,124	107,276
65歳未満 (単位:千人)	98,573	92,645	87,976	84,086	79,769	74,717	68,598
65-75歳未満 (単位:千人)	15,290	17,494	17,334	14,787	14,065	14,953	16,448
75歳以上 (単位:千人)	14,194	16,458	18,790	21,786	22,784	22,454	22,230
介護需要点数 ※	152,893	174,881	195,242	219,270	227,098	224,511	223,378
医療需要点数 ※	221,310	234,207	241,153	244,692	243,254	239,327	236,828
介護需要点数増減率(2010年対比)	0%	14.4%	27.7%	43.4%	48.5%	46.8%	46.1%
医療需要点数増減率(2010年対比)	0%	5.8%	9.0%	10.6%	9.9%	8.1%	7.0%

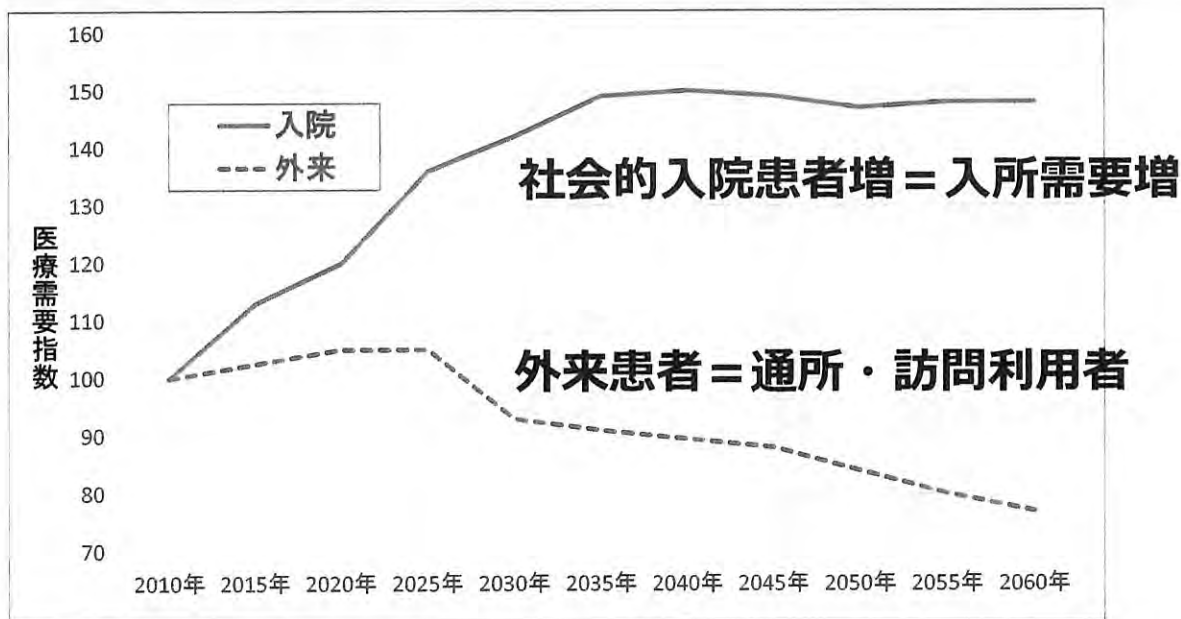
※介護需要点数=介護給付費比率(2010年度介護給付費 65~74歳を1.0としたとき、65歳未満0.1、75歳以上9.0)を各年齢別人口に掛け、合計したもの
 ※医療需要点数=医療費比率(2010年度国民医療費 65歳未満1.0としたとき、65~74歳3.2、75歳以上5.2)を各年齢別人口に掛け、合計したもの

©ASK /©M&Cパートナー

(国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授の資料を基に、HMCG作成)

3

全国の入院医療需要と外来医療需要の推移



将来の地域医療における保険者と企業のありかたに関する研究会 ~医療需要の将来推計と提供体制~

- ◆これから増加するのは高齢者入院需要。(高齢者急性期のニーズとは)
- ◆但し、入院需要は増加するため抑制策(社会的入院の減少=療養病棟を施設へ)
- ◆入院ルートはどういう割合? ①救急、②外来、③紹介、④施設

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】

- ・ 後発医薬品やハイオセ続品の使用促進
- ・ 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

(1)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

【重点課題】

(基本的視点)

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

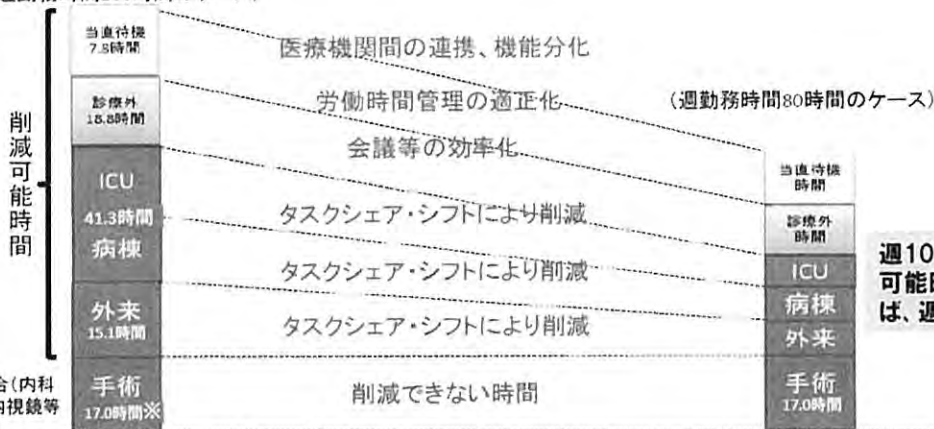
(具体的方向性の例)

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

極めて労働時間が長い医師の労働時間短縮について(イメージ)

○ 週の勤務時間が100時間を超える病院勤務医が約3600人(1.8%)、同100時間~90時間が約5400人(2.7%)、同90時間~80時間が約12000人(6.9%)いると推計されるが、2024年4月までに、こうした医師が時間外労働上限規制における暫定特例水準の水準を下回るようにすることが必要。

(週勤務時間100時間のケース)



週100時間勤務の場合、削減可能時間を約25%削減できれば、週80時間水準が達成可能

※外科医の場合(内科医等の場合も内視鏡等の手技が該当)

削減のイメージ(週勤務時間100時間程度の場合)	時間数イメージ
タスクシフト(医療従事者一般が実施可能な業務)による削減	週7時間程度削減
タスクシフト(特定行為の普及)による削減	週7時間程度削減
タスクシェア(他の医師)による削減	週6時間程度削減

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

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、主要な麻酔手技[※]を自ら実施した場合に算定 	<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 主要な麻酔手技[※]を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行われなければならない(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 	<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日以上常態として勤務、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	<p>病院</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th></tr> <tr><td>施設数</td><td>2,341</td><td>2,343</td><td>2,337</td></tr> <tr><td>算定回数</td><td>101,868</td><td>111,441</td><td>115,084</td></tr> </table> <p>診療所</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th></tr> <tr><td>施設数</td><td>505</td><td>486</td><td>482</td></tr> <tr><td>算定回数</td><td>2,420</td><td>2,593</td><td>2,666</td></tr> </table>	年度	H28	H29	H30	施設数	2,341	2,343	2,337	算定回数	101,868	111,441	115,084	年度	H28	H29	H30	施設数	505	486	482	算定回数	2,420	2,593	2,666	<p>病院</p> <table border="1"> <tr><th>年度</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th></tr> <tr><td>施設数</td><td>407</td><td>421</td><td>434</td></tr> <tr><td>算定回数</td><td>29,158</td><td>30,661</td><td>31,028</td></tr> </table> <p>※麻酔科の届出・算定はなし</p>	年度	H28	H29	H30	施設数	407	421	434	算定回数	29,158	30,661	31,028
年度	H28	H29	H30																																			
施設数	2,341	2,343	2,337																																			
算定回数	101,868	111,441	115,084																																			
年度	H28	H29	H30																																			
施設数	505	486	482																																			
算定回数	2,420	2,593	2,666																																			
年度	H28	H29	H30																																			
施設数	407	421	434																																			
算定回数	29,158	30,661	31,028																																			

【出典】届出施設数 医療従事者数調査(平成30年7月1日時点)、算定回数 平成30年社会医療機関行為別統計(平成30年6月調査)

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
	橈骨動脈ラインの確保
	直接動脈穿刺法による採血
	中心静脈ラインの確保
	末梢留置型中心静脈ラインの確保
	経鼻胃管の挿入
	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
	人工呼吸器の設定調整
	気管チューブ位置の調整
麻酔覚醒	人工呼吸器からの離脱
	気管チューブの抜管
	経鼻胃管の抜去
	中心静脈ラインの抜去
	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。

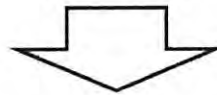
また、各医療現場の判断で、記載事項以外の事項やその具体的内容を追加することもできます。

出典 厚生労働省ホームページより引用

【現状及び課題】

(タスク・シェアリング／タスク・シフティングについて)

- 麻酔管理料(Ⅱ)については、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、全身麻酔や硬膜外麻酔等を実施することとなっている。
- 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手順書に基づき、実施できることとされており、特に麻酔維持期において、特定行為研修修了者が実施できる行為が多いが、それ以外の時期においても特定行為研修修了者が実施できる行為もある。



【論点】

- タスク・シェアリング／タスク・シフティングによる医師の働き方改革を推進する観点から、麻酔管理の一部の診療の補助行為について、特定行為の研修や術中麻酔管理領域のパッケージ研修を修了した者が実施した場合の、麻酔管理料における評価の在り方について、どのように考えるか。

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要		第8回 医師の働き方改革に関する検討会 平成30年7月9日	資料1
考え方	勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。	医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主體的な取組を支援。	医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。
勤務医を雇用する医療機関における取組項目 <small>※1,2,3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。</small>	1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> □ まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。 □ ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。 	
2 36協定等の自己点検	<ul style="list-style-type: none"> □ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。 □ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。 		
3 産業保健の仕組みの活用	<ul style="list-style-type: none"> □ 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。 		
4 タスク・シフティング(業務の移管)の推進	<ul style="list-style-type: none"> □ 点滴に係る業務、診断書等の代行人力の業務等については、平成19年通知(※)等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。 □ 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。 		
5 女性医師等の支援	<ul style="list-style-type: none"> □ 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。 		
6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> □ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和(連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定)、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。 		
支援等	<ul style="list-style-type: none"> □ 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等 		

医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見(○○○の状況の中で、○○に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等)を評価結果として付す。

	評価内容	評価の視点(案)
ストラクチャー	・ 労務管理体制	【労務管理体制】 ・ 勤怠管理方法(タイムカード、紙運用等)、勤怠管理システムの有無 ・ 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備 ・ 労使交渉、36協定 ・ 産業界の体制 ・ 衛生委員会の設置 ・ 健康診断の実施
プロセス	・ 医師の労務実態・管理 ・ 労働時間短縮の取組	【労務の実態・管理】 ・ 医師の勤怠の実態(時間外労働時間、休日の取得、勤務体系(シフト勤務が否か等)) ・ 時間外勤務チェック体制(自己研鑽の上長の承認の有無、上限時間のアラートの有無、介入者のチェック体制等) ・ 当直勤務チェック体制(インターバルの確保、時間外勤務との兼ね合い等) ・ 産業界との直接実施状況 【労働時間短縮の取組】 ・ 意識改革・啓発 ・ 管理職マネジメント研修 ・ 患者への医師の働き方改革に関する説明 ・ 医師の意見を聞く仕組み ・ タスク・シェアリングに関すること ・ 医師の業務の見直し ・ 勤務環境改善
アウトカム	・ 医師の労務管理実施後の結果	・ 平均時間数、最長時間数 ・ 960~1860時間の医師の人数・割合/960~1860時間の医師の属性(診療科毎) ・ 1860時間超の医師の人数・割合/1860時間超の医師の属性(診療科毎)
参考	・ 医療機関の医療提供体制 ・ 医療機関の医療アウトプット	・ 【医療機関の医療提供体制】(※1) ・ 【医療機関の医療アウトプット】(※2)

(※1) 診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。
(※2) 手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

年間救急搬送受入件数のシェア

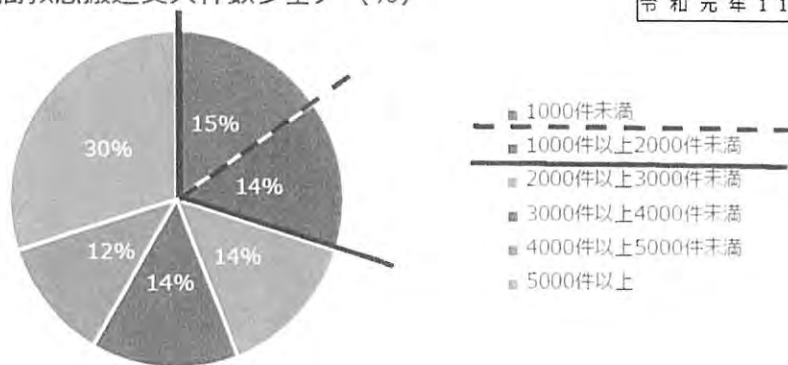
中医協 総-3
元. 12. 4

第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年11月20日

資料
2

- 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 (%)



第17回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年11月6日

資料
3改

参考) 救急搬送年間受入件数ごとの医療機関内訳

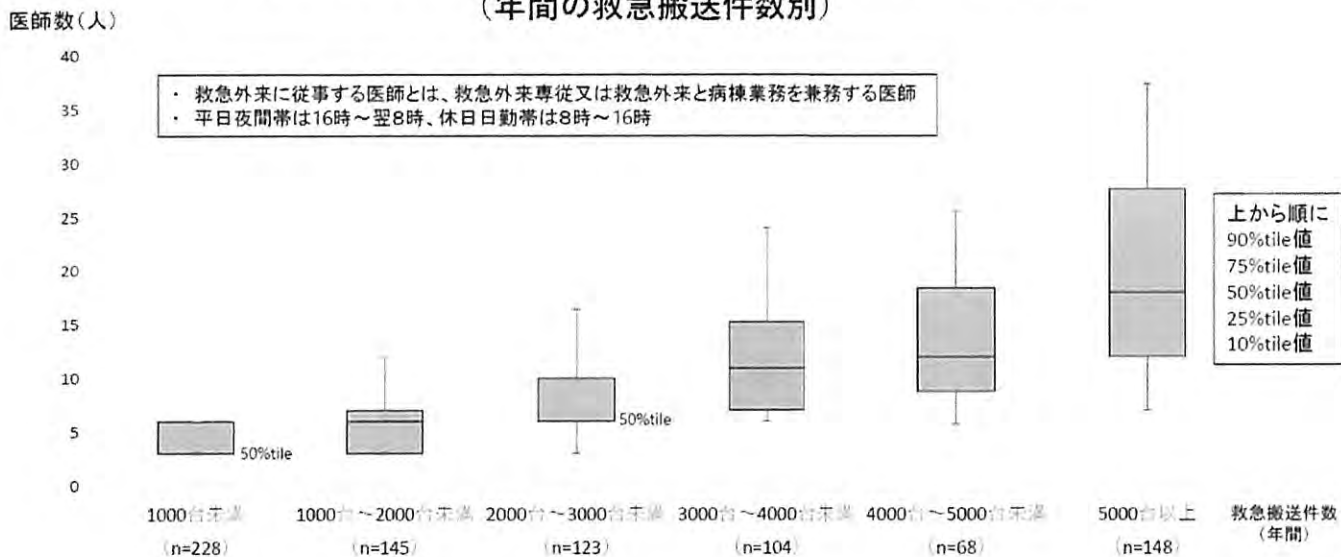
	年間救急搬送受入件数						計
	5,000件以上	4,000件以上 5,000件未満	3,000件以上 4,000件未満	2,000件以上 3,000件未満	1,000件以上 2,000件未満	1,000件未満	
二次救急医療機関	92	102	174	254	487	1,643	2,752
三次救急医療機関	129	40	46	44	26	20	305
その他の医療機関	3	0	3	11	31	1,444	1,492
計	224	142	223	309	544	3,107	4,549

※ 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

○ 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

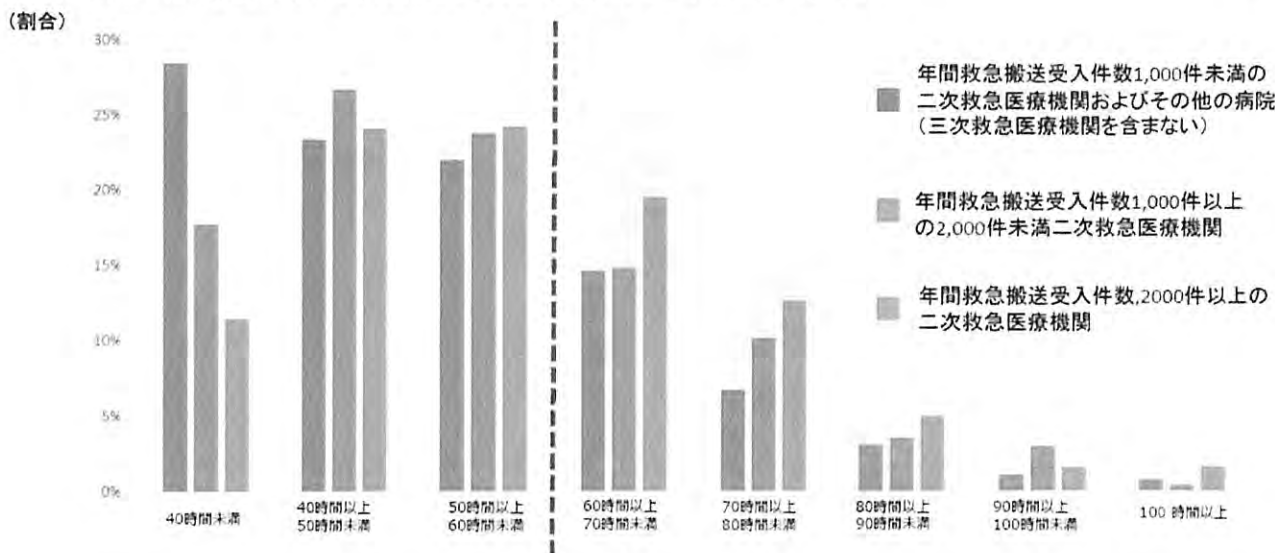
二次救急医療機関における救急搬送受入件数ごとの勤務時間の違い

第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年11月20日 資料 2

○ 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

医療従事者の働き方に係る現状及び課題と論点②

【現状及び課題】

(医療機関における労務管理及び長時間労働による影響について)

- 2024年4月から、診療従事勤務医の時間外労働の上限水準を設けるとともに、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合に、医師の健康を確保し、医療の質や安全を確保するための措置として「追加的健康確保措置」を講ずることとされている。
- 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組として、医師の労働時間管理の適正化に向けた取組や、36協定等の自己点検、タスク・シフティングの推進等を行うこととされている。
- 医師労働時間短縮計画の具体的な項目等につき、検討が進められている。
- 長時間労働や睡眠不足により、ヒヤリ・ハットの経験割合の増加や、作業能力の低下が見られる。

(救急医療に係る現状と課題について)

- 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において、救急搬送を年間1000件以上受け入れている医療機関が、全体の約85%の搬送に対応しており、脳卒中や急性心筋梗塞等の緊急治療対応の大部分を担っていること、また、特に救急搬送を年間2000件以上受け入れている医療機関は、医師の労働時間が長時間になる傾向があること等が示されており、それらを踏まえ、当該医療機関の救急医療提供体制における役割や位置づけについて議論されている。



【論点】

- 医療機関における医師の長時間労働等の過酷な勤務環境を鑑み、これまで行われてきた医師の負担軽減のための取組を引き続き推進するとともに、医療機関が自らの状況を踏まえて行う、医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組を推進することは、医療の質及び医療安全の確保の観点からも重要であり、その評価の在り方についてどのように考えるか。
- また、特に過酷な勤務環境となっている、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、地域医療の確保を図る観点から、更なる評価を行うこととしてはどうか。

働き方に係る見直し事項等(全体像)

医師・医療従事者の負担軽減策

- 医療従事者の負担軽減及び処遇改善のための要件の見直し
- 病院勤務医の負担軽減及び処遇改善のための要件の見直し
- 看護職員の負担軽減等の取組に係る評価の見直し
- 救急医療体制における重要な機能を担う医療機関の評価

タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進

- 医師事務作業補助体制加算の要件の見直し
- 病棟薬剤業務実施加算等の要件の見直し
- 周術期におけるタスク・シェアリング/タスク・シフティング
- 看護補助者に係る評価の見直し
- 栄養サポートチーム加算の要件の見直し

人員配置の合理化

- 医師の常勤要件の見直し
- 看護師の常勤要件及び専従要件の見直し

業務の効率化・合理化

- 会議の合理化
- 書類作成の合理化
- 研修要件の合理化
- 診療報酬明細書の記載の合理化
- 地方厚生(支)局への届出に当たっての業務の効率化

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

- かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料

小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算

80点



【算定要件】

- かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価する観点から、右の施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

【施設基準】

- 以下のいずれにも該当すること。
 - 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
 - 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ・ 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。)
 - ・ 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。)
 - 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問合せへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数	
機能強化加算	(病院) 1,048 (診療所) 11,793	初診料	1,783,064
		小児科外来診療料	137,736
		小児かかりつけ診療料	56,428

(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月調査分)

©ASK/©LINKUP

20191211中医協総会資料「外来(その3)」より

19

かかりつけ医機能の評価に係る現状及び課題

【これまでの議論等の整理】

- かかりつけ医機能の普及・推進は重要であり、そのための取組のひとつとして、かかりつけ医機能に係る理解を得るための取組は、保険者においても医療機関においても、引き続き進めることが望ましい。
- かかりつけ医機能の説明のみならず、機能強化加算に係る理解を得ることも重要である一方で、個別の診療報酬に係る詳細な説明を医療機関において求めることは、診療そのものに支障をきたしうることに留意が必要。
- 患者に対する説明において、院内掲示よりも書面の提示が、書面の提示のみよりも書面の提示とともに説明をする方が、それぞれ説明した事項に係る理解が得られやすい。
- 現行の診療報酬の項目のうち、その趣旨が医療機関の有する体制の評価である項目において、個別の患者に対する内容説明・同意を要件とするものはない。
- 地域包括診療加算や地域包括診療料の届出をしていない理由として、24時間の往診体制の確保等が多く挙げられていた。



【論点】

- 機能強化加算を届出る医療機関において、患者に対して説明する内容は、かかりつけ医機能及び当該患者が得られるメリット等に係る説明をすることについて、現場の負担感や、診療時間への影響も踏まえ、どう考えるか。
- 説明をする際には、書面を渡すこととした上で、必ずしも医師からの説明でなくともよいこととしてはどうか。
- 地域包括診療加算等の施設基準については、医療機関に対して患者が求める機能や、医療機関への負担等を踏まえ、在宅医療に係る要件や、時間外の対応に係る要件等について、必要な見直しを行うこととしてはどうか。

©ASK/©LINKUP

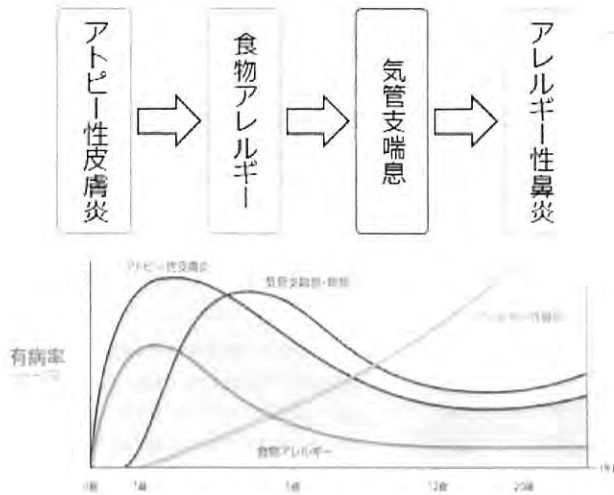
20191211中医協総会資料「外来(その3)」より

20

- 小児期においては、早期発見・早期治療のみならず、成長や発達、環境の変化等を踏まえた継続的な介入・支援が重要。
- 例えば「アレルギーマーチ」の進行を予防するためには、乳児期から幼児・学童期に至るまでの継続的な管理が重要である。

アレルギーマーチ

乳児期のアトピー性皮膚炎が原因で、皮膚によるバリア機能が低下することにより、後年、食物アレルギーや気管支喘息等を発症するリスクが増加するという考え方。
早期からの介入が必要であることに加え、標準治療薬であるステロイド外用薬を中心とした治療を継続して実施する必要がある。



早期から、かつ継続的な介入が必要

※ B001-2-11 小児かかりつけ診療料
○ かかりつけ医として、未就学児に対して、患者の同意を得た上で、頻繁に見られる慢性疾患（アトピー性皮膚炎等）の管理や、発達段階に応じた助言・指導等、継続的かつ全人的な医療を行うことに対する評価。

小児かかりつけ診療料の概要

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

処方箋交付あり 初診時 602点 再診時 413点、 処方箋交付なし 初診時 712点 再診時 523点

- かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。

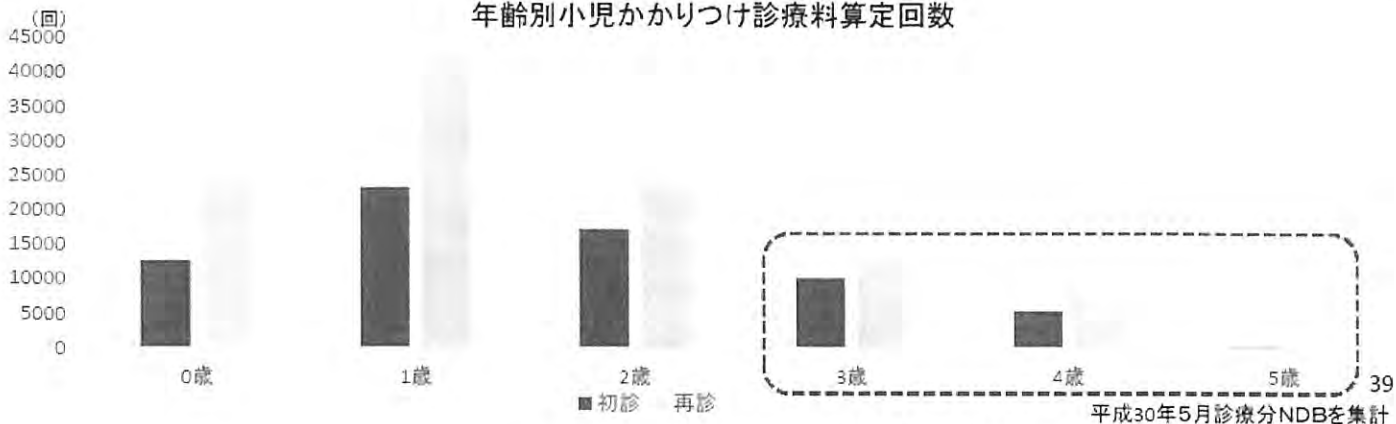
【対象患者】

- 当該保険医療機関を予防接種等を含め4回以上受診した未就学児（3歳以上の患者については、3歳未満から当該診療料を算定していた患者に限る。）
- ※ 過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を行わなくなった場合、3歳以上の患者については、再度、当該診療料を算定することはできない。

【算定要件】

- ア 急性疾患の対応、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等。
- イ 他の保険医療機関との連携、受診医療機関の把握。
- ウ 健康診査の受診状況及び受診結果を、助言・指導。
- エ 予防接種の把握、指導やスケジュール管理等。
- オ 緊急の相談への対応。（場合により#8000等）
- カ かかりつけ医として、上記アからオまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面を交付して説明し、同意を得ること。

年齢別小児かかりつけ診療料算定回数



平成30年5月診療分NDBを集計

B001-2

小児科外来診療料(1日につき)

1 処方箋を交付する場合	イ 初診時	572点
	ロ 再診時	383点
2 1以外の場合	イ 初診時	682点
	ロ 再診時	493点

【算定要件】(抜粋)

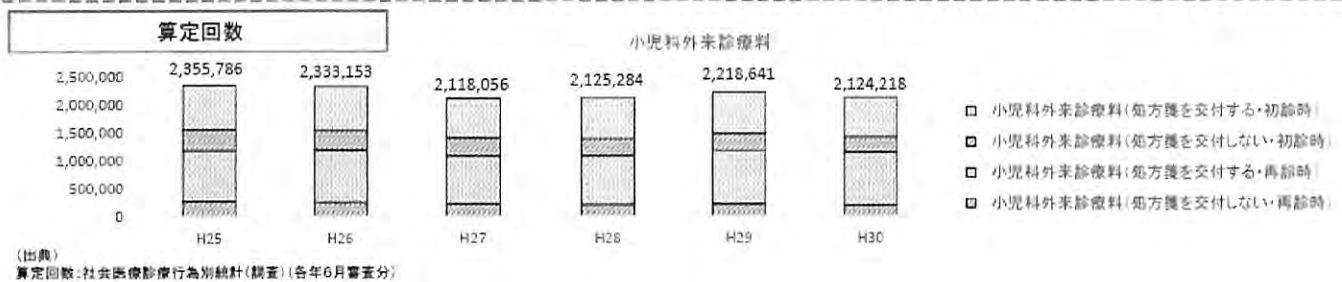
- (1) 施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、3歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。
- (2) 小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、B001-2-11小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅養指導管理料を算定している患者(他の保険医療機関で算定している患者を含む。)及びバリビズマップを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。
- (3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、A000初診料、A001再診料及びA002外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、A000初診料の機能強化加算、B001-2-2地域連携小児夜間・休日診療料、B001-2-5院内トリアージ実施料、B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料、B010診療情報提供料(Ⅱ)並びにC000往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、A000初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、A001再診料及びA002外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。
- (4) 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。

【小児科外来診療料の施設基準】(※届出不要)

- 小児科を標榜する保険医療機関であること。

【小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準】(※届出不要)

- 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランに位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。



中医協総会 2019.10.30 資料 外来診療(その1)

40

23

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の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の病院について、定額の徴収を責務とした。(対象となる病院は特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)
- 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
- 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。



20

○ 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は、外来受診時定額負担の徴収を責務としているほか、外来医療の機能分化等の推進のため、紹介率や逆紹介率の低い病院において、紹介なしに受診した患者に係る初診料及び外来診療料が減算となる規定を設けている。

※ 初診料については214点（288点）、外来診療料については55点（74点）

A000 初診料

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（※1）が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者（※2）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、214点を算定する。

※1 紹介率の実績が50%未満かつ、逆紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院

※2 他の病院又は診療所等からの文書による照会がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）

（A002外来診療料についても同様）

特定機能病院及び地域医療支援病院の概要

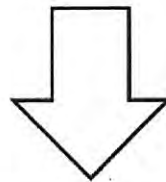
中医協 総 - 2
29.11.8(改)

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	86 (平成31年4月時点)	607 (平成30年12月時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ 紹介率50%以上、逆紹介率40%以上であること。 ○ 病床数は400床以上であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① 紹介率が80%以上 ② 紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上 ③ 紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上 ○ 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。

(出所)特定機能病院一覧及び医療課調べ48

【現状】

- 令和元年10月30日の中医協において、対象病院の拡大について、以下のような意見があった。
 - －地域医療支援病院の承認の内容等を踏まえ、地域医療支援病院を対象とすべき
 - －200床以上の地域医療支援病院を対象とすべき
- 紹介率等の低い特定機能病院等に係る初診料等の減算について、平成30年度改定において、大病院受診時定額負担の対象と同様に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を対象とする見直しを行っている。



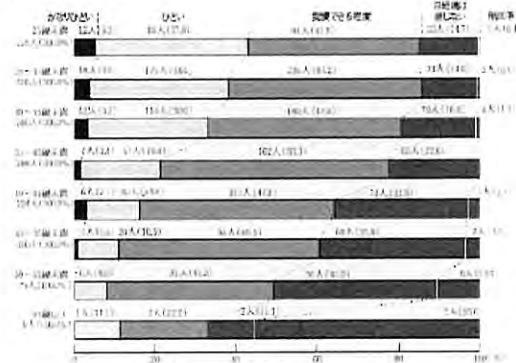
【論点】

- 紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の対象となる病院について、これまでの中医協での議論等を踏まえ、外来医療の機能分化を進めていく観点から、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）を対象病院とすることとしてはどうか。
- 定額負担の対象病院について見直しを行うに当たって、初診料等減算に係る対象病院についても、定額負担の対象病院と同様とする見直しを行うこととしてはどうか。

働く女性の健康問題

- 月経関連の症状（月経痛等）や疾病（子宮内膜症等）により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題。

図3-3 年齢別月経痛の程度（閉経を除く）



年齢別「月経時に強い痛みがある - ロ」（閉経を除く）

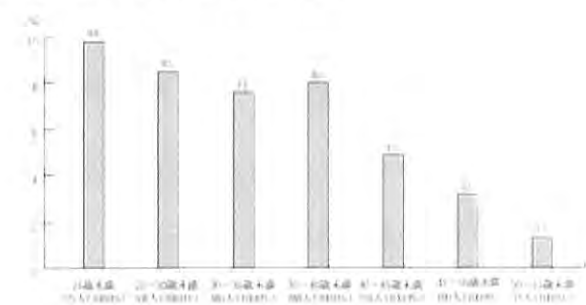
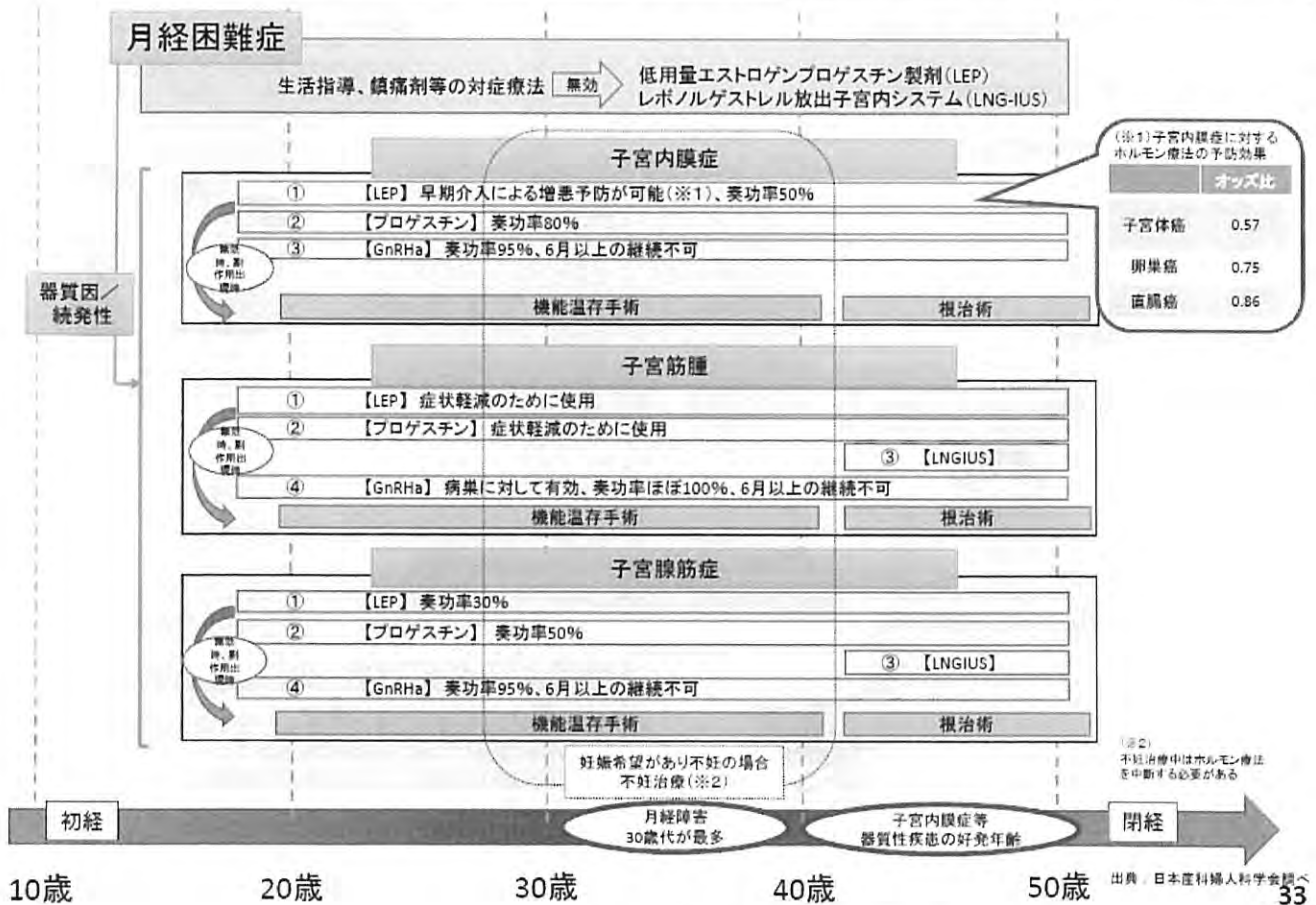


表4-2 子宮内膜症 人数(100) (総計114、割合100%)

属性	オッズ比	199	1人	1人
ストレス	2.274	1.00	3,790	1,421
年齢(実数)	0.976	0.841	0.999	0.941
出産経験	0.741	0.716	1,743	0,441
勤務	1,528	0.855	2,050	0,908
その他	1,123	1.050	2,903	0,849

妊娠・出産をサポートする 女性にやさしい職場づくりナビ(厚労省)より抜粋



女性の健康に対する医学的管理に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 月経関連の症状(月経痛等)や疾病(子宮内膜症等)により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題とされているところ。
- 現在又は過去に月経異常があった人の割合は約半数であり、月経に関する異常症状が出てから、4か月以上経った後に産婦人科、婦人科を受診した人の割合は半数以上であった。
- 過去に婦人科、産婦人科の通院を中断した理由について、「多忙により再診を先延ばしにしているうちに中断した」や「薬剤等の治療を開始してもすぐには効果を実感できなかったから、通院しても意味が無いと自己判断した」等の回答があった。
- 月経困難症の患者については、後に子宮内膜症等を発症するリスクがあり、また、子宮内膜症、子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮腺筋症等の患者については、卵巣癌、産科合併症、不妊、心血管性疾患等が発生するリスクがあると報告されている。
- 月経困難症や子宮内膜症、卵巣嚢腫等に対して、婦人科、産婦人科医による定期的な診察を行い、必要に応じた適切な治療を行うことで、続発性疾患の早期発見、早期治療及び重症化予防が可能とされている。

【論点】

- 月経関連の症状や疾病により、働く世代の女性のQOLが損なわれていることが課題とされていることを踏まえ、月経困難症や子宮内膜症等の継続的・定期的な医学管理を行った場合の評価のあり方についてどのように考えるか。

妊産婦に対する診療の課題への対応について（イメージ）

妊産婦への情報提供の推進

- 都道府県のホームページで、妊産婦の診療に積極的な医療機関の検索を可能とする。



都道府県の医療機能情報提供制度を活用

適時適切な情報提供の実施

- 母子健康手帳の交付等の際に、妊産婦の診療に積極的な医療機関の一覧又は検索方法を示したリーフレット等を配布する。



市役所の窓口



産婦人科以外の医療機関

指導内容や今後の治療方針等についての情報提供



産婦人科の主治医

妊産婦に対する診療の質の更なる向上

- 妊産婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修を実施する。
- 医師が妊婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置する。
- 新たな医療機関間の情報共有の評価を活用し、産婦人科以外の診療科から産婦人科の主治医に対し、妊娠管理に必要な情報を提供する。



相談窓口の設置



研修の実施

中医協総会 2019.12.20 資料 個別事項その15

21

31

妊婦加算に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 妊婦の外来診療については、胎児への影響に注意して薬を選択するなど、妊娠の継続や胎児に配慮した診療が必要であることや、妊婦にとって頻度の高い合併症や、診断が困難な疾患を念頭に置いた診療が必要であることなどの特性があることから、妊娠の継続や胎児に配慮した適切な診療を評価する観点から、平成30年度診療報酬改定において、妊婦加算を新設した。
- 妊婦加算については、12月19日に、算定の凍結を、中央社会保険医療協議会に諮問し、即日答申。平成31年1月1日より、妊婦加算の算定を凍結している。
- 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討するため「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」を2019年2月より開催し、妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討を行った。
- 検討会で指摘のあった課題等に対して、以下の対応を検討しているところ。
 - ・ 妊産婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する研修を実施
 - ・ 医師が妊婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置
 - ・ 都道府県の医療機能情報提供制度を活用し、妊産婦の診療に積極的な医療機関を周知
 - ・ 母子健康手帳の交付等の際に、妊産婦の診療に積極的な医療機関の一覧又は検索方法を示したリーフレット等を提供
 - ・ 新たな医療機関間の情報提供の評価を活用し、産婦人科以外の診療科から産婦人科の主治医に対し、妊娠管理に必要な情報を提供

【論点】

- 妊産婦に対する診療について、妊婦加算に係るこれまでの議論や妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、妊産婦に対する診療の課題へ対応する。また、妊婦加算について、どのように考えるか。

22

中医協総会 2019.12.20 資料 個別事項その15

32

- 薬物依存症に対する集団療法への評価として、依存症集団療法がある。

➤ 1006-2依存症集団療法 340点(1回につき)

<算定要件>

- 覚せい剤、麻薬、大麻、又は危険ドラッグに対する物質依存の状態にあるものについて、医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。)であること。)が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。
- 1回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。
- 平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、「物質障害治療プログラム」に沿って行われた場合に算定する。

ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムに係る現状及び課題

【現状】

- 海外の研究において、ギャンブル依存症に対する介入方法として、認知行動療法を用いた集団療法の有効性が示されている。
- 日本においても、ギャンブル依存症の集団療法プログラムとして、「標準的治療プログラム」が開発され、その有効性が示されている。
- 薬物依存症の集団療法に対して診療報酬上の評価が設けられている。



【論点】

- ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムの有効性が示されたことを踏まえ、依存症集団療法の対象にギャンブル依存症を位置付け、「標準的治療プログラム」に沿った治療を行った場合に評価することとしてはどうか。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1 初回	230点
2 2回目から4回目まで	184点
3 5回目	180点

算定要件

入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定

※ 初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

対象者

以下の全てを満たす者

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものである。
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものである。
- ③ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものである。

主な施設基準

- ① 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ② 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ③ 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置。
- ④ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ⑤ 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること※。
- ⑦ ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、地方厚生(支)局長に報告していること。

※ ⑥を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

＜治療のスケジュール＞

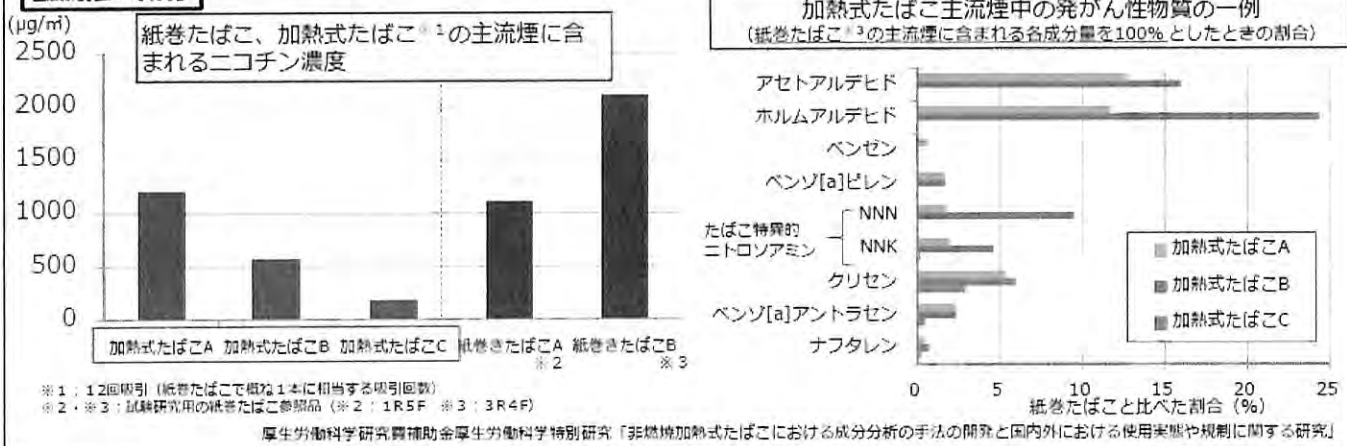


加熱式たばこにおける科学的知見

〔現時点までに得られた科学的知見〕

- 加熱式たばこの主流煙には、紙巻たばこと同程度のニコチンを含む製品もある。
 - 加熱式たばこの主流煙に含まれる主要な発がん性物質*の含有量は、紙巻たばこに比べれば少ない。
 - 加熱式たばこ喫煙時の室内におけるニコチン濃度は、紙巻たばこに比べれば低い。
- *現時点で測定できていない化学物質もある

主流煙の成分



喫煙時の室内におけるニコチン濃度

- 主流煙において紙巻たばこと同等程度含まれるものがある「ニコチン」を測定。
 - 同一条件下(換気のない狭い室内で喫煙した場合)で室内のニコチン濃度を測定したところ、紙巻きたばこ(1,000~2,420 µg/m³)に比べ、加熱式たばこ(26~257 µg/m³)では低かった。
- 国立がん研究センター委託事業費「たばこ情報収集・分析事業」による調査

〔現時点での評価〕

・加熱式たばこの主流煙に健康影響を与える有害物質が含まれていることは明らかであるが、販売されて間もないこともあり、現時点までに得られた科学的知見では、加熱式たばこの受動喫煙による将来の健康影響を予測することは困難。このため、今後も研究や調査を継続していくことが必要。

○ 初回診療を対面で実施し、2回目から6回目までの診療を情報通信機器を用いて行った群と全ての診療を対面で行った群を比較したRCT研究において、継続禁煙率に有意差を認めなかった。

【方法】
RCT研究

Telemedicine群 58人
初回は対面で実施し、2回目～6回目の診療をビデオ通話可能な情報通信機器を用いて実施

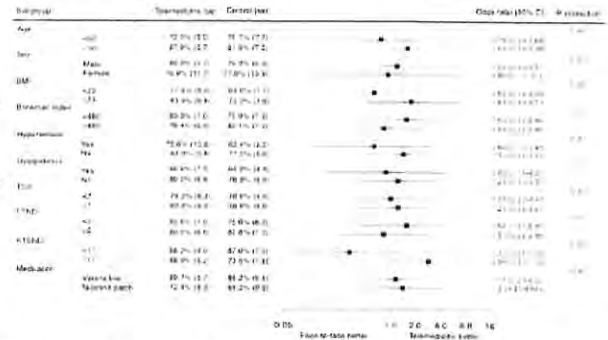
Standard care群 57人
6回の診療全てを対面で実施
※両群とも禁煙治療アプリを利用



Supplemental figure 2. Efficacy of telemedicine on the continuous abstinence rates at weeks 9–12 by subgroup.

【結果】

	Telemedicine群	Standard care群
9～12週の継続禁煙率	81.0%	78.9% (有意差なし)
9～24週の継続禁煙率	74.1%	71.9% (有意差なし)
脱落率(24週時)	1.7%	3.5%



Nomura A. et al. Clinical Efficacy of Telemedicine Compared to Face-to-Face Clinic Visits for Smoking Cessation: Multicenter Open-Label Randomized Controlled Noninferiority Trial. J Med Internet Res. 2019. vol.21 80

ニコチン依存症管理料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 喫煙と因果関係が推定される疾患が多数存在する。また、全死因のうち喫煙が原因として占める割合は27.8%と報告されている。
- IARCによるとたばこは人に対する発がん性を示す十分な根拠がある。
- WHOによると、加熱式たばこが従来のたばこ製品よりも有害性が低いことを示すエビデンスはない。
- ニコチン依存症管理料の5回治療終了割合は約3割程度で推移している。また、5回の禁煙治療を終了した者の禁煙成功割合は約9割で推移している。
- 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者のうち、中止時に禁煙していた者の割合は約5割であった。
- ニコチン依存症管理料の平均継続回数は約3回であった。
- ニコチン依存症管理料の算定回数を年齢階級別に見ると、「5回終了」の割合は年齢階級が高くなるほど割合が高くなる傾向が見られた。
- 全対象患者について治療終了9か月後の禁煙状況を算定回数別にみると、「禁煙継続」の割合は27.3%であった。算定回数(治療回数)が多いほど、「禁煙継続」の割合が高くなる傾向がみられた。
- 肺がん検診の場での短時間の禁煙介入の効果をみた研究では、熟考期と準備期の喫煙者に対して介入した群では、6か月後の禁煙率が11.2%であった。

【論点】

- ニコチン依存症管理料について、たばこの健康への影響や加熱式たばこに対するエビデンス、ニコチン依存症管理料の算定状況等を踏まえ、加熱式たばこについても対象としてはどうか。また、情報通信機器を用いたニコチン依存症治療については、初回及び最終回を対面で指導することを前提とし、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた診療を評価することを検討してはどうか。

オンライン診療料の新設

➤ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料 70点(1月につき)

【算定要件】

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

【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こと。
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

【オンライン診療料が算定可能な患者】

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

オンライン医学管理料の新設

➤ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン医学管理料を新設する。

(新) オンライン医学管理料 100点(1月につき)

【算定要件】

- オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に、前対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。
- 対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

【施設基準】

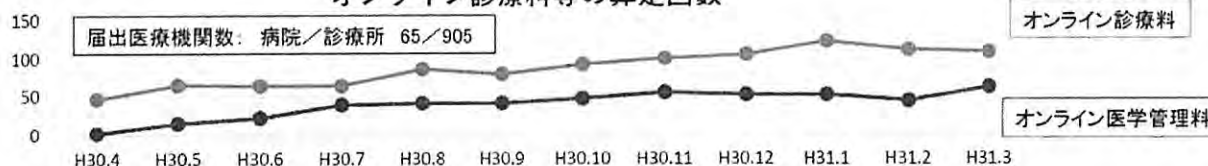
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

【オンライン医学管理料が算定可能な患者】

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

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

オンライン診療料等の算定回数



出典:算定回数:平成30年度NDBデータ 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)

オンライン在宅管理料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン在宅管理料等を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

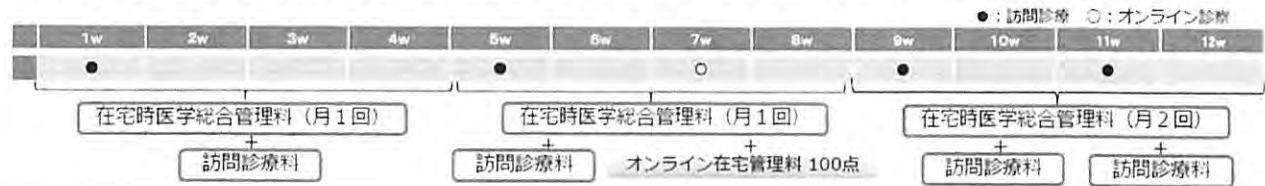
- (1) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみを行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- (2) 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

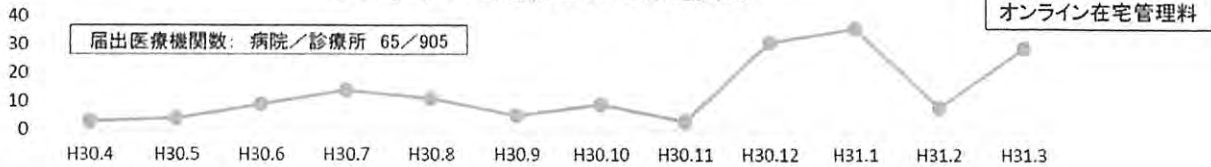
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。



オンライン在宅管理料の算定回数



出典: 算定回数: 平成30年度NDBデータ 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)

在宅医療に係る要件について

○ オンライン在宅管理料の以下の要件について、それぞれどのように考えるか。

訪問診療料の算定回数について

在宅時医学総合管理料の点数 (例: 機能強化型以外の在支診・在支病の場合) オンライン在宅管理料 100点/月(加算)

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

- オンライン在宅管理料は「月1回訪問」の場合の加算であり、例えば、月2回訪問のうち1回をオンラインで行うことを想定。
- しかし、月3回以上訪問するケースで、そのうち1回をオンラインで行う場合に算定することはできない。

■ 月2回以上訪問を行う場合についても、同様の評価を設けてはどうか。

連続3月の算定について

[算定要件]

- ・ 連続する3月は算定できない(告示)
- ・ 連続する3月の間に対面診療が1度も行われない場合は、算定することはできない(通知)

- オンライン在宅管理料は在宅時医学総合管理料の加算であり、対面診療が行われないことは想定されない。

■ 当該要件は削除してはどうか。

チームで診療を行う場合について

[算定要件]

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

- 指針では、チーム診療を行う場合、全ての医師が対面診療を行っていないでも差し支えない。

■ 指針に合わせて要件を見直してはどうか。

(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)

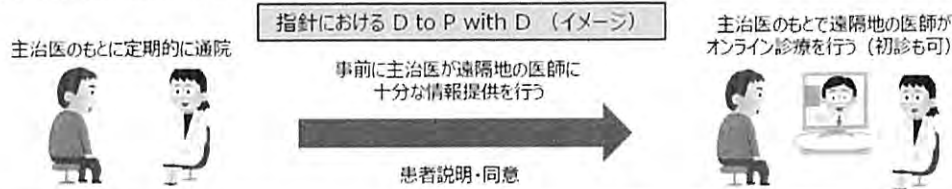
【オンライン診療の提供に関する事項】
(最低限遵守する事項)

- 原則として、オンライン診療を行う全ての医師は、直接の対面診療を経た上でオンライン診療を行うこと。
- ただし、在宅診療において複数の医師が支吾で対応する仕組みが構築されている場合や複数の診療科の医師がチームで診療を行う場合などにおいて、複数医師が関与することについて診療計画で明示しており、いずれかの医師が直接の対面診療を行っている場合は、全ての医師について直接の対面診療が行われていなくても、これらの医師が交代でオンライン診療を行うこととして差し支えない。

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、患者が医師という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】

○ 患者が医師という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】

(患者が医師という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という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。

オンライン診療における薬剤の処方について

○ オンライン診療における薬剤処方について、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」においては、離島・へき地等に限り、発症が容易に予測される新たな症状への処方を可能としている。

■ 診療計画に基づく同一の疾患に対する診療であって、症状変化に対して必要な薬剤を処方する場合について、指針の記載を踏まえ、どのように考えるか。

オンライン診療料の算定要件

- ・ 診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。

オンライン診療における薬剤処方の可否

	診療計画と同一の疾患		新たな疾患等
	症状不変	症状変化あり (発症が容易に予測される新たな症状)	
指針	○	○ 〔離島・へき地、在宅診療等において、 予め診療計画に記載している場合に限る〕	× (対面診療が必要)
診療報酬	○ 〔基本的に前回と 同一の処方〕	不明確	× (対面診療が必要)

(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】

(最低限遵守する事項)

- 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とするが、患者の心身の状態の十分な評価を行うため、原則として、新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、直接の対面診療に基づきなされること。ただし、在宅診療、離島やへき地等、遅やかな受診が困難である患者に対して、発症が容易に予測される症状の変化に医薬品を処方することは、その旨を対象疾患名とともにあらかじめ診療計画に記載している場合限り、認められる。ただし、新たな症状の変化に対しては、その経過を対面診療した際に確認すること。

【論点】

- オンライン診療の実施要件のうち、事前の対面診療の期間等の全体に係る要件や、離島・へき地、在宅医療に係る要件について、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の記載や診療の実態等を踏まえた見直しを行ってはどうか。
- 患者のかかりつけ医と連携して、遠隔地にいる専門的な医師が初診からオンライン診療を行うことについて、難病等の希少疾病の管理料を算定する場合に限り、当該診療を行った場合の評価を設けてはどうか。
- その他、オンライン診療時の薬剤の処方や、算定ルール等の要件についても、指針や実態等を踏まえた見直しを行ってはどうか。

慢性頭痛に対するオンライン診療の活用

- 慢性頭痛に対するオンライン診療の活用について、医療技術評価提案書が提出されている。
- 慢性頭痛に対するオンライン診療は、対面診療と同等程度の安全性や治療効果があることが、ランダム化比較試験等で示されている。

オンライン診療の活用のエビデンス

■ 非急性頭痛に対するオンライン診療の安全性・有効性に関する研究 (RCT) Neurology 2017

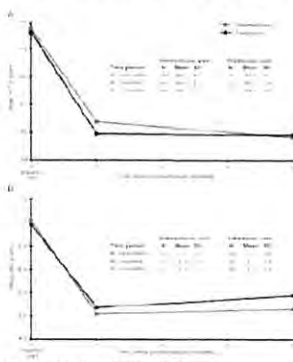
- ・ 対面診療群 (n=200) とオンライン診療群 (n=202)
- ・ 対象は片頭痛、緊張型頭痛、薬物使用過多による頭痛等が含まれる
- ・ 頭痛の重症度について痛みのスコアを用いて評価
- ・ その他の治療継続性や安全性等についても分析



対面診療とオンライン診療で安全性・有効性に差がない

※この他にも、非急性頭痛に対するオンライン診療が対面診療と比較して同等程度に安全・有効であることが、複数のエビデンスで示されている。

痛みのスコアを用いた重症度評価



痛みのスコア^{*}の変化は対面とオンラインで差がなかった。

非急性頭痛のオンライン診療の安全性

	Telemedicine n=202	Traditional n=200	p Value
Secondary headache [†] in HIT [‡]	5 (2.5%)	1 (0.5%)	0.36
Adaptation to HIT [‡]			
None	61 (30.2%)	57 (28.5%)	
Not significant changes	6 (3.0%)	2 (1.0%)	
Significant changes	3 (1.5%)	5 (2.5%)	
Adaptation to HIT [‡]			
Adaptation to HIT [‡]	12 (6.0%)	7 (3.5%)	0.13
Adaptation to HIT [‡]	24 (12.0%)	20 (10.0%)	0.62
Adaptation to HIT [‡]			
None	174 (86.0%)	143 (71.5%)	0.01
Not significant changes	12 (6.0%)	3 (1.5%)	
Significant changes	12 (6.0%)	17 (8.5%)	0.36
Headache persistence/deterioration within 12W [§]	11 (5.5%)	10 (5.0%)	0.96
Adaptation to HIT [‡]			
None	102 (50.5%)	91 (45.5%)	
1	6 (3.0%)	20 (10.0%)	
2	0 (0.0%)	4 (2.0%)	
3	3 (1.5%)	3 (1.5%)	
4	1 (0.5%)	0 (0.0%)	0.54
5	1 (0.5%)	1 (0.5%)	0.99
6	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0.50

二次性頭痛の発症や入院治療に至った症例数等も差がなかった。

※ HIT: Headache Impact Test-6 (HIT-6), VAS: Visual analogue scale (VAS)

- 在宅自己注射指導管理料は、オンライン診療を算定可能な対象となっていない。
- 在宅自己注射指導管理料の対象となる疾患の一部には、特定疾患療養管理料の対象疾患も含まれているが、在宅自己注射指導管理料を算定する場合は、特定疾患療養管理料は別に算定できないこととされている。

【特定疾患療養管理料の算定要件】

第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

在宅自己注射指導管理料の対象となる製剤と効能・効果（例）

製剤の一般名等	効能又は効果（対象疾患等）	特定疾患療養管理料の対象に含まれているもの
インスリン製剤	インスリン療法が適応となる糖尿病	○
ホルモン製剤の一部	ホルモン分泌不全症等	
活性型血液凝固第Ⅷ因子製剤	先天性血友病患者等	
グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト	2型糖尿病	○
インターフェロアルファ製剤	C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善	○
エタネルセプト製剤	既存治療で効果不十分な関節リウマチ	
ソマトリブタン製剤	片頭痛、群発頭痛	
テリバラチド製剤	骨折の危険性の高い骨粗しょう症	
グリチルリチン酸のアンモニウム・グリシン・ L-システイン塩酸塩配合剤	慢性肝疾患における肝機能異常の改善	○

オンライン診療に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（保険診療の対象となる疾患）

- オンライン診療料の対象となる疾患は、平成30年度診療報酬改定において一定の整理のもとに設定されているが、引き続き医学的なエビデンスを踏まえて検討することとしている。
- 慢性頭痛に対するオンライン診療の活用については、診療が安全かつ有効に実施できるというエビデンスが示されており、これを受けて学会が標準的な治療方法として位置付けている。
- オンライン診療料の対象に特定疾患療養管理料があるが、対象となる疾患に対して在宅自己注射指導管理料を算定している場合、特定疾患管理料は算定できない。

（エビデンスの考え方）

- オンライン診療は医療の質に大きく影響を与え得る診察手段と考えられることから、診療の安全性が担保された上で、一定のレベルのエビデンスが確認されていることが必要。
- オンライン診療の活用方法やアウトカムの考え方は、個別の診療領域によって様々である。

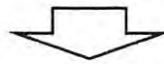


【論点】

- 慢性頭痛に対するオンライン診療について、治療の安全性・有効性に係るエビデンスや、学会による治療指針等を踏まえ、新たにオンライン診療料等の対象疾患としてはどうか。また、在宅自己注射指導管理料の対象疾患となり得る疾患のうち、特定疾患療養管理料の対象となっている疾患については、在宅自己注射指導管理料を算定している場合であってもオンライン診療料の対象に含めることとしてはどうか。
- 個別の診療領域におけるオンライン診療の必要性や活用方法、アウトカムの考え方等が様々であることを踏まえ、保険診療における評価を検討するに当たり、求めるエビデンスや学会の取組についてどのように考えるか。

【現状及び課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、在宅酸素療法指導管理料や在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器を用いて遠隔モニタリングを行う場合の加算を創設。
- 現在、当該加算はモニタリング項目に基づき療養上必要な指導を行った場合に限り算定することとされているが、在宅持続陽圧呼吸療法の遠隔モニタリングに係る研究において、必要に応じた電話連絡のみでも、毎月対面を行った場合に非劣性の結果が示されている。
- 在宅酸素療法の対象であるCOPDのガイドラインにおいて、酸素飽和度、酸素流量、吸入時間等の患者情報をモニタリングすることは推奨されているが、血圧に関しては推奨がない。



【論点】

- 在宅持続陽圧呼吸療法に係る遠隔モニタリングの評価について、エビデンスを踏まえ、必要に応じて電話指導を行うことでも算定できることとしてはどうか。
- 在宅酸素療法に係る遠隔モニタリングにおいてモニタリングすべき項目について、ガイドライン等を踏まえて見直してはどうか。

ICTを用いた栄養指導の効果について

- 管理栄養士が情報通信機器を用いて、糖尿病等の患者に対し、遠隔栄養指導を行ったところ、通常治療群と比較して、介入群において、有意に減量効果があった。

【対象者】糖尿病、糖尿病予備軍、高血圧、高脂血症と診断されたBMI30以上の59名を無作為に遠隔栄養指導群(n=29、平均年齢58.6±8.1歳)と通常治療群(n=30、平均年齢59.3±7.4歳)に分け検討を行った。

【方法】遠隔栄養指導群は、管理栄養士が情報通信機器(ビデオカンファレンスシステム等)を用い、セルフモニタリング内容(毎週の体重や果物・野菜の摂取状況)等を基に遠隔栄養指導を毎週行い、研究期間(12週間)中に管理栄養士が介入を行わなかった通常治療群と比較。

【結果】12週目に遠隔栄養指導群が通常治療群と比較して、5%以上体重が減少した者が有意に多かった。

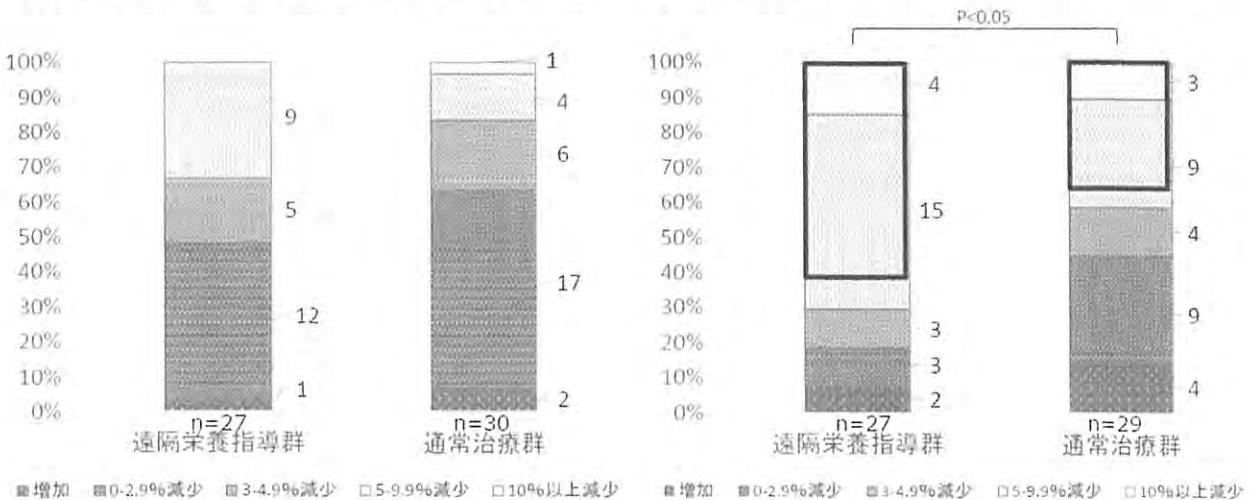


図 6週目におけるベースライン体重と比較した体重変化

図 12週目におけるベースライン体重と比較した体重変化

出典: Nutrients 2019, 11, 229 (図は保険局医療課にて作成)

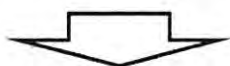
【現状及び課題】

(D to P with D)

- オンライン診療の適切な実施に関する指針において、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例が示された。

(ICTを用いた栄養指導)

- 糖尿病患者には、3か月間治療中断する者がおり、仕事や家族の介護・教育等日常生活が忙しいため受診の時間が取れないといったものが治療中断理由で最も多かった。
- 糖尿病の治療中断者にフォローの連絡をすることにより、半数弱の患者が治療を再開するという報告がある。
- 管理栄養士が情報通信機器を用いて、糖尿病等の患者に対し、遠隔栄養指導を行ったところ、通常治療群と比較して、介入群において、有意に減量効果があるという報告がある。



【論点】

- オンライン診療の適切な実施に関する指針における、主治医等のもとで遠隔地の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、保険診療における位置づけをどのように考えるか。
- 患者が治療中断とならないように継続的な栄養指導を推進する観点から、情報通信機器を用いた栄養食事指導の取組を評価することについてどのように考えるか。

退院時共同指導に係る評価(医療機関)

診調組 入-1
元 10.3(改)

B005 退院時共同指導料2 400点(入院中1回)※

多機関共同指導加算 2,000点

※別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、要件を満たす場合に入院中2回

<主な算定要件>

退院時共同指導料2

○ 退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、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と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、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共同して行った場合に算定する。

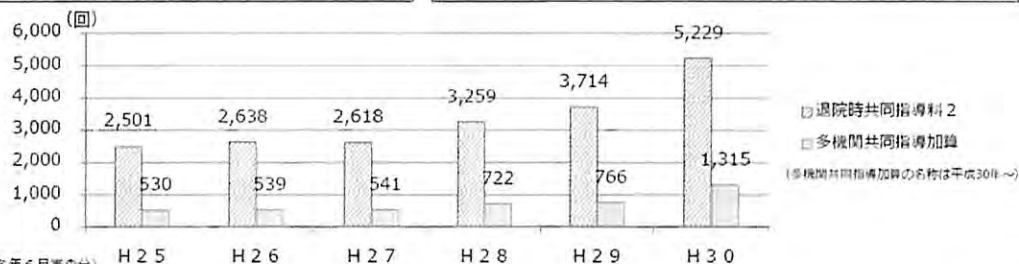
○ 当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若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(ビデオ通話)が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

多機関共同指導加算

○ 退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、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、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。

○ 当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、やむを得ない事情により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加したときも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

<算定回数>



出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)
社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月番百分)

退院時共同指導加算 8,000円(退院又は退所につき1回)※

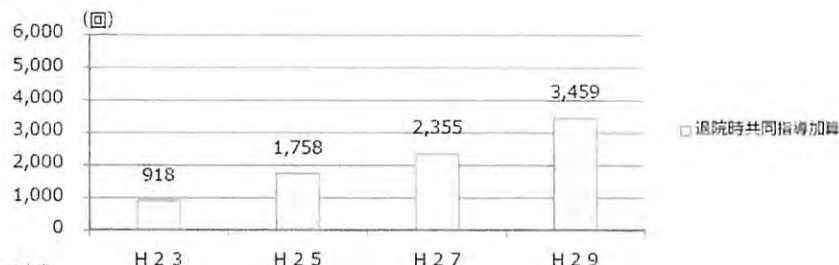
<主な算定要件>

※別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については2回
※別に厚生労働大臣が定める状態等にある場合(別表第8)は特別管理指導加算(2,000円)を加算

退院時共同指導加算

- 指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、当該主治医又はその所属する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に1回に限り訪問看護管理療養費の1の所定額に加算する。
- 当該利用者が入院中の保険医療機関又は訪問看護ステーションのいずれかが、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400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料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、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
- 退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該利用者が入院している保険医療機関の保険医又は看護職員が、在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護職員、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上が共同して行った場合においては、当該利用者が入院している保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関等の関係者全員が、利用者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、やむを得ない事情により訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が利用者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合であって、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養を担う保険医療機関等のうち2者以上は、利用者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

<算定回数>



出典：訪問看護療養費実態調査より保険局医療課にて作成

ICTを用いたカンファレンス等の要件について

- カンファレンス等におけるICTの活用は、いずれの場合も「やむを得ない場合」に限り認められている。
- ICTの活用については、医療資源が少ない地域の場合とその他の地域の場合で要件に差を設けている。また、退院時共同指導料は医療資源が少ない地域における活用しか認められていない。

	医療資源が少ない地域に該当する場合の要件	その他の地域の場合の要件
<ul style="list-style-type: none"> ・感染防止対策加算(※) ・入退院支援加算(※) ・ハイリスク妊産婦連携指導料 ・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 ・精神科在宅患者支援管理料2のイ(※) ・精神科在宅患者支援管理料2のロ ・多機関共同指導加算 	<p>※ 医療資源が少ない地域とその他の地域でともに活用可能だが、前者の要件をより緩和している</p>	<p>いずれの場合も「やむを得ない場合」に限りICT(ビデオ通話に限る)を活用可能</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・退院時共同指導料 		<p>実施不可</p>

参考：やむを得ない場合の解釈(平成30年3月30日疑義解釈(その1)問212抜粋)

再掲

- (問) 感染防止対策加算、入退院支援加算1、退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1及び注3、ハイリスク妊産婦連携指導料1及び2、在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者褥瘡管理指導料、精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いた場合」とあるが、
- ① やむを得ない事情とはどのような場合か。
 - ② 携帯電話による画像通信でもよいか。
- (答) ① 天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。
② リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報を画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

【現状及び課題】

【電子掲示板等の情報連携システムの活用について】

- 他の関係機関の職員との情報共有・連携のためにICTを活用している医療機関は、病院の43.2%、診療所の37.0%であった。活用しているICTをみると、メールの場合と、地域医療連携ネットワーク等の情報連携システムを利用している場合がそれぞれ約5～6割であった。
- 診療報酬に要件としているカンファレンス等については、患者が同席することが想定されるもの（患者に対する指導等）と、患者が同席することが基本的に想定されないもの（定例報告や症例相談等）があり、また、医療機関間で連携して行うものと医療機関内で行うものがある。診療報酬においては、医療機関間で連携して実施するカンファレンス等について、一定の条件のもとで、リアルタイムの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）を用いることを認めている。

【退院時共同指導等におけるICTの活用について】

- 退院時共同指導料2や多機関共同指導加算を算定した病院のうち、ビデオ通話を用いた共同指導は3か月で1件であり、ビデオ通話を用いた共同指導を実施していない理由は、「ビデオ通話に対応できる環境がないため」「ビデオ通話を用いた共同指導を行う必要性がないため」が多かった。
- 病院において退院時共同指導料2を算定していない理由として、約2割が「病棟に対応できる職員がいない」や「在宅療養担当の医療機関の職員、訪問看護ステーションの看護師等との共同が困難」と回答した。また、訪問看護ステーションにおいて退院時共同指導を実施していない理由として、約1割が「スケジュール調整できなかった」「医療機関が遠かった」と回答した。
- カンファレンス等におけるICTの活用は、いずれの場合も「やむを得ない場合」に限り認められている。ICTの活用については、医療資源が少ない地域の場合とその他の地域の場合で要件に差を設けている。また、退院時共同指導料は医療資源が少ない地域における活用しか認められていない。

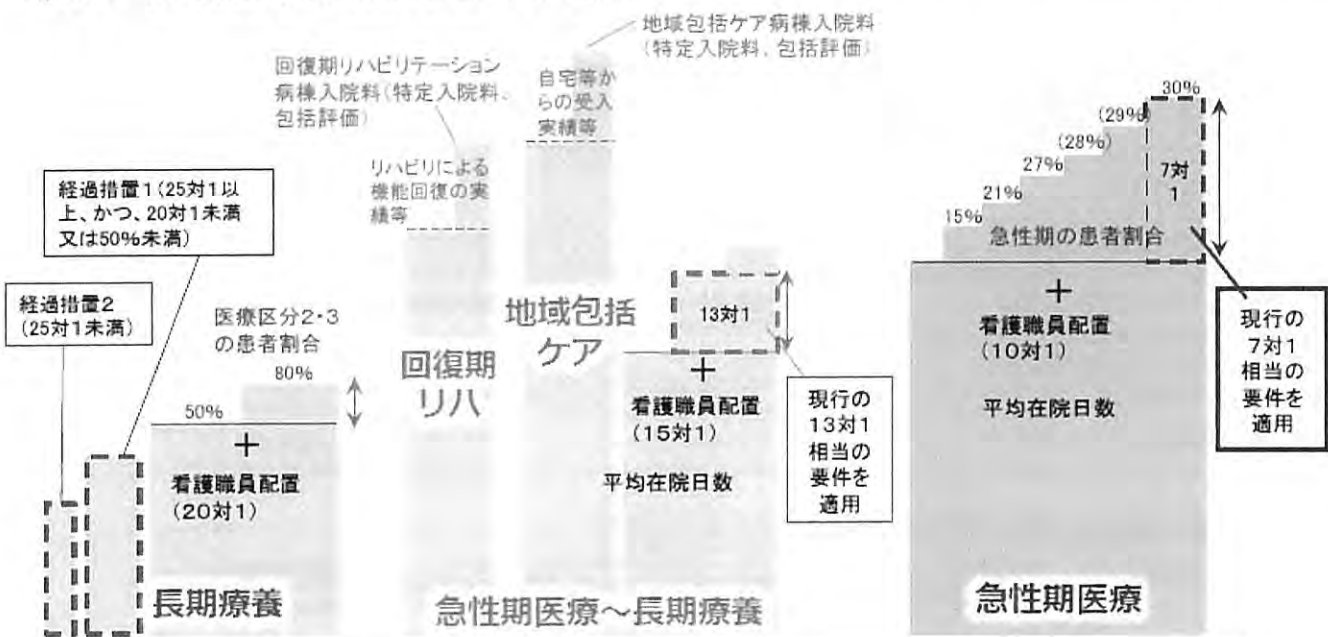
【論点】

- 現在、医療機関間で連携して行うカンファレンス等において、ビデオ通話に限りICTの活用が認められているが、例えば、患者の同席が想定されない、医療機関間又は医療機関内のカンファレンス等において、現在行われている電子掲示板等を活用した情報共有・連携をどのように考えるか。
- 退院時共同指導の実施にあたって、職員のスケジュール調整や指導への移動時間等に課題がみられることを踏まえ、ビデオ通話を活用する場合の評価や要件等についてどのように考えるか。また、その他の加算等においても、「やむを得ない場合」に限りICTの活用を認めていることについて、どのように考えるか。

平成30年度診療報酬改定 1-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価②

新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

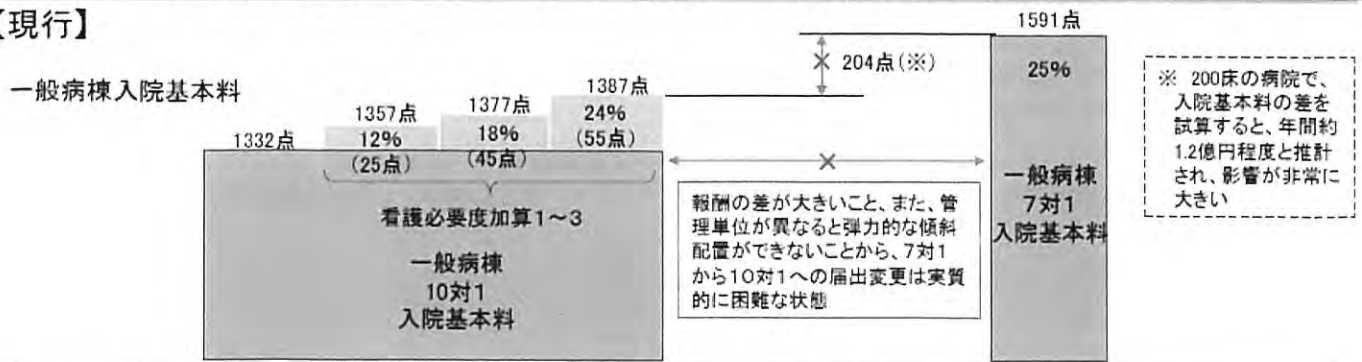
入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

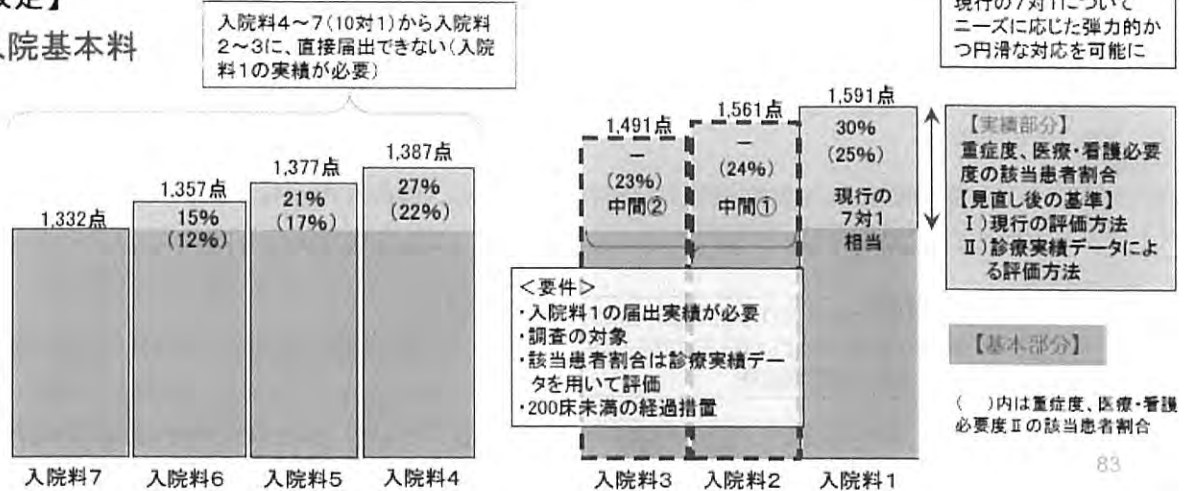
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



2019.09.27 社保審医療保険部会 資料

57

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑩ (1)急性期医療

重症度、医療・看護必要度の見直し④

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し(Ⅱについて)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価について、A項目及びC項目は診療実績データを用い、B項目とあわせて該当患者割合を評価する手法を重症度、医療・看護必要度Ⅱとして現行の方法と選択可能とする。

A モニタリング及び処置等	C 手術等の医学的状況
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)	16 開頭手術(7日間)
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	17 開胸手術(7日間)
3 点滴ライン同時3本以上の管理	18 開腹手術(4日間)
4 心電図モニターの管理	19 骨の手術(5日間)
5 シリンジポンプの管理	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
6 輸血や血液製剤の管理	21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)
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の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 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抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	救命等に係る内科的治療(2日間) 22 (①経皮的血管内治療 ②経皮的筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)
8 救急搬送後の入院(2日間)	

【施設基準】

- ・直近3月の入院患者のうち、基準を満たす患者の割合を算出すること
- ・入院料等の届出を行う際に、ⅠとⅡのいずれを使用するかを届出すること
- ・Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、ⅠとⅡの各入院料等の基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。
- ・評価方法のみの変更を行う場合は、その切り替えは4月又は10月であり、切り替えの月の10日までに変更の届出を行うこと。

レセプト電算処理システム用コードの例

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	140005610 酸素吸入
B		140005910 間歇的陽圧吸入法
C 16	開頭手術(7日間)	150070110 脳腫瘍全摘術

評価日において、Hファイルに入力されたB項目に該当する項目を抽出

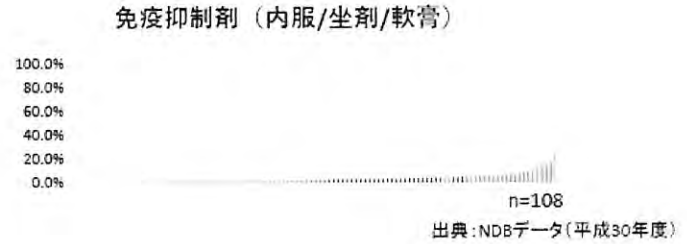
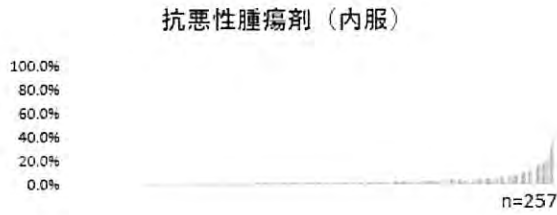
評価日において、EFファイルから別に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目を抽出

各入院料等の該当患者の基準に従い割合を算出

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）



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。

9

中医協総会 2019.12.20 資料 入院医療その6

59

手術等を入院で実施する割合（必要度Ⅱの対象）

中医協 総-1
元. 11. 15

○ 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%
	膀胱脱手術(その他)	42.9%
骨の手術	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%

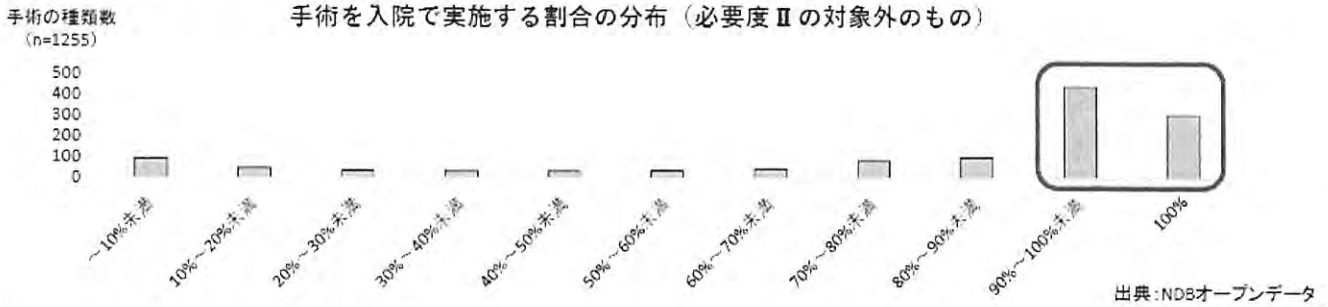
出典：NDBオープンデータ ※nは手術の種類数(重症度、必要度・看護必要度の対象かつNDBオープンデータで把握可能なものに限る)

10

中医協総会 2019.12.20 資料 入院医療その6

60

- 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みると、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

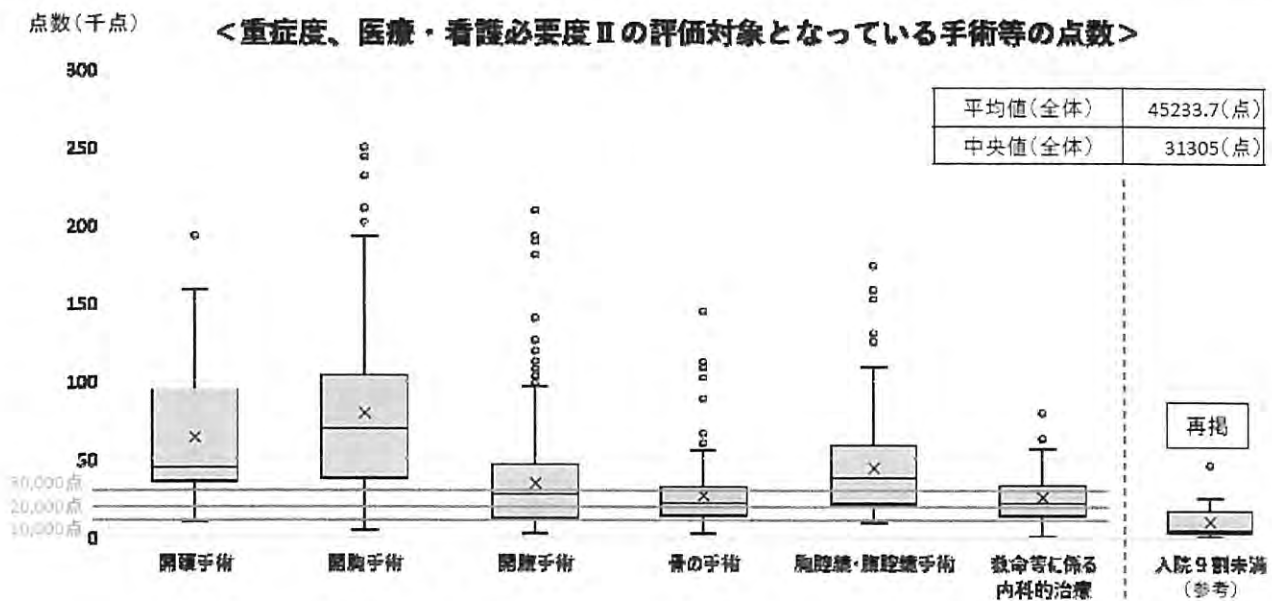


- 入院で実施される手術や検査については、広く評価されるようにC項目に組み込んでいくべき。
- ただし、C項目は手術等の侵襲性の高さに着目して評価されている項目であることを踏まえ、入院で実施される割合が高いものを全て追加するのではなく、点数などを参考に判断基準に一定の線引きを設けていく必要があるのではないかと。

11

必要度の評価対象となっている手術等の点数

- 現在、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となっている手術等の点数の分布を領域ごとにみると、以下のとおりであった。



入院で実施する割合が高い手術を新たに対象とする場合、中医協のご意見を踏まえ、一定の点数以上の手術に限って追加することとしてはどうか。その水準について、現在評価対象となっている手術等の点数の分布を踏まえ、どのように考えるか。

12

入院で実施する割合が特に高い検査について

○ 入院で実施する割合が特に高く、かつ、一定の手技等を伴う検査として、生体検査のほか、例えば以下のような項目がある。

令和元年11月15日中医協資料より

検査を入院で実施する割合（例：生体検査）

区分	名称	入院の割合	総件数	点数
D404-2	骨髄生検	48.7%	41328	790
D405	リンパ節穿刺又は針生検	8.2%	66700	200
D409-2	ホーイネールリンパ節生検（片）（常用法）	54.3%	313	5000
D409-2	セップネールリンパ節生検（片）（単独法）	70.0%	290	3000
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（その他）	0.8%	173384	200
D410	乳腺穿刺又は針生検（片）（単独法）	1.8%	97605	650
D411	甲状腺穿刺又は針生検	3.0%	157741	150
D412	経皮的針生検法	96.0%	78237	1600
D413	前立腺針生検法	43.7%	28568	1400
D414	消化器生検法	7.6%	4095296	310
D414-2	EUS-FNA	95.6%	23519	4000
D415	経気管鏡生検法	77.3%	90483	4000
D415-2	EBUS-TBNA	79.6%	14842	5500

経皮的針生検やEUS-FNAは、入院で実施する割合が高い

入院で実施する割合が90%以上の検査

【既に重症度、医療・看護必要度の評価対象となっているもの】

- 呼吸心拍監視
- カルジオスコープ（ハートスコープ）
- カルジオタコスコープ

【現在、評価の対象となっていないもの】

- 経皮的針生検法
- EUS-FNA
- 心臓カテーテル検査（左心・右心）
- 胸腔鏡
- 腹腔鏡
- 縦隔鏡
- 関節鏡 等

※検討対象の考え方

- ・ 診療報酬上の「検査」の項目であって、一定の手技等の負担を伴うもの
- ・ 検査後（あるいは検査中）主に一般病棟に入院することが想定されるもの
- ・ 入院で実施されている割合が90%以上、かつ、一定の件数があるもの

13

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経皮的心的筋焼灼術等の治療 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

見直しのイメージ

	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%

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

14

- 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・処置や医学的状況を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>【定義】 薬剤の使用とは、患者の病状を改善し、治療効果を高めるために、医師の処方による薬剤の使用を指す。具体的には、処方箋に基づき薬剤師が薬剤を調剤し、医師が患者に投与する行為を指す。</p> <p>【対象】 処方箋に基づき薬剤師が調剤し、医師が患者に投与する薬剤の使用。具体的には、処方箋に基づき薬剤師が薬剤を調剤し、医師が患者に投与する行為を指す。</p>	<p>【定義】 手術とは、患者の病状を改善し、治療効果を高めるために、医師の手術による治療行為を指す。具体的には、手術室において医師が手術器具を用いて患者の体腔や組織を操作する行為を指す。</p> <p>【対象】 手術室において医師が手術器具を用いて患者の体腔や組織を操作する行為。具体的には、手術室において医師が手術器具を用いて患者の体腔や組織を操作する行為を指す。</p>

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

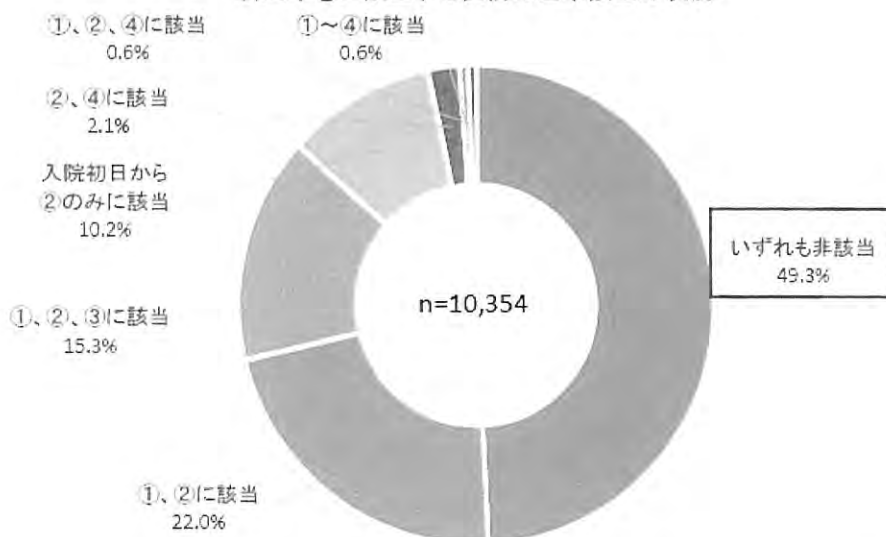
必要度Ⅱの場合、評価対象はコードで指定されている

基準②のみに該当する直前の状況

診調組 入-2 参考
元 9 5

- 入院期間中に基準②のみに該当する日があった患者について、基準②のみに該当する直前の該当状況を見ると、「いずれも非該当」の患者が最も多く、約半数であった。次いで、「①、②に該当」の患者が多かった。

新基準②に該当する直前の基準該当の状況



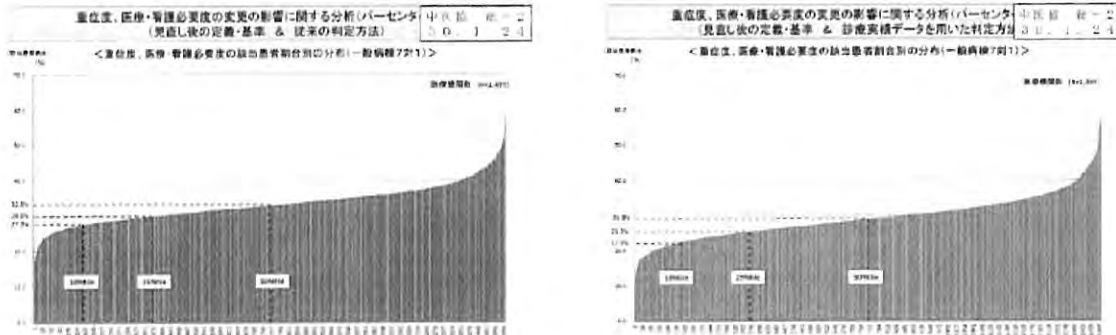
基準①: A2点かつB3点以上
基準②: B14又はB15に該当しA1点かつB3点以上
基準③: A3点以上 基準④: C1点以上

- これまでの議論を踏まえ、以下のような条件で該当患者割合のシミュレーションを行い、結果を踏まえて施設基準の見直しを検討してはどうか。
- 急性期入院医療を適切に評価する観点から、他に検討すべき視点はありますか。

シミュレーションを行う条件（案）

- 判定基準より、基準②（B14又はB15に該当、かつ、A得点1点以上かつB得点3点以上）を除外
- A項目より、免疫抑制剤の内服を除外
- C項目に、入院実施割合が90%以上の手術（○点以上に限る）及び検査を追加
- C項目の評価対象日数を、在院日数の○%程度まで広げる

シミュレーションのイメージ（平成30年度改定に係る中医協資料）



中医協総会 2019.12.20 資料 入院医療その6

26

67

重症度、医療・看護必要度に係る現状及び課題と論点（案）

【論点】

- 重症度、医療・看護必要度について、評価項目・判定基準の見直しの方向性や、見直しを踏まえた施設基準の設定について、それぞれどのように考えるか。

【現状及び課題】

(重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの届出状況について)

- 2019年度調査において、急性期一般入院料1の29.8%、特定機能病院(7対1入院基本料)の46.2%が必要度Ⅱの届出を行っていた。病床規模別にみると、200床以上で26.9%、400床以上で32.7%が必要度Ⅱの届出を行っており、概ね病床規模が大きくなるほど割合が高かった。

(判定基準について)

- 基準②(B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上)に該当する患者のA項目は「心電図モニター管理」が多く、基準②に該当する直前は「いずれの基準にも非該当」の患者が多い。非該当日の状況を見ると、A項目は非該当の患者が多いが、B項目は該当している患者が多い。
- 基準②のみに該当している患者は、他の基準に比べて、年齢が高く、認知症やせん妄を有する割合が高く、要介護度が高く、自立度が低い。また、看護の提供頻度は多いが、医学的な理由による入院の割合が低く、退院に向けた目標・課題が転院先や入所先の確保である割合が高い。

(評価項目について)

- 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。
- 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々ある。

【論点】

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況を踏まえ、業務負担軽減等の観点から、Ⅱの届出を一定程度進めることについてどのように考えるか。
- 入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、急性期の入院患者の指標として、重症度、医療・看護必要度の判定基準のうち「B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準をどのように考えるか。
- 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。
- 該当患者割合の施設基準については、これらの見直しに該当患者割合に与える影響を踏まえて検討してはどうか。

中医協総会 2019.11.15 入院医療その1 資料

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		点

重症度、医療・看護必要度の記録に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、診療実績データを用いて該当患者割合を評価する方法(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)が新設され、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出施設は急性期一般入院料1では約3割。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡのいずれについても、B項目については、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載することとしており、この手引きにおいて、「評価の根拠」として、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があること等を定めている。
- 看護職員の業務負担の要因として、「看護記録等の書類」が約5割で最も多く、この書類の内訳については、「看護必要度に関する記録」が約4割。
- タイムスタディ調査によると、看護師の業務のうち、「看護記録」に要する時間は全体の約14%であり、「看護記録」のうち特に「日々の看護実施記録」に要する時間が多い。また、急性期病棟において、「看護記録」については、ICTへの移譲が可能と考えられている割合が高い傾向があり、約3割。
- 重症度、医療・看護必要度のB項目については、患者の状態を正確に把握するため、患者の状態と介助の実施を分けて測定することについて意見がある。また、この測定方法により「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。
- 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においても、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票と同様のB項目を用いている。

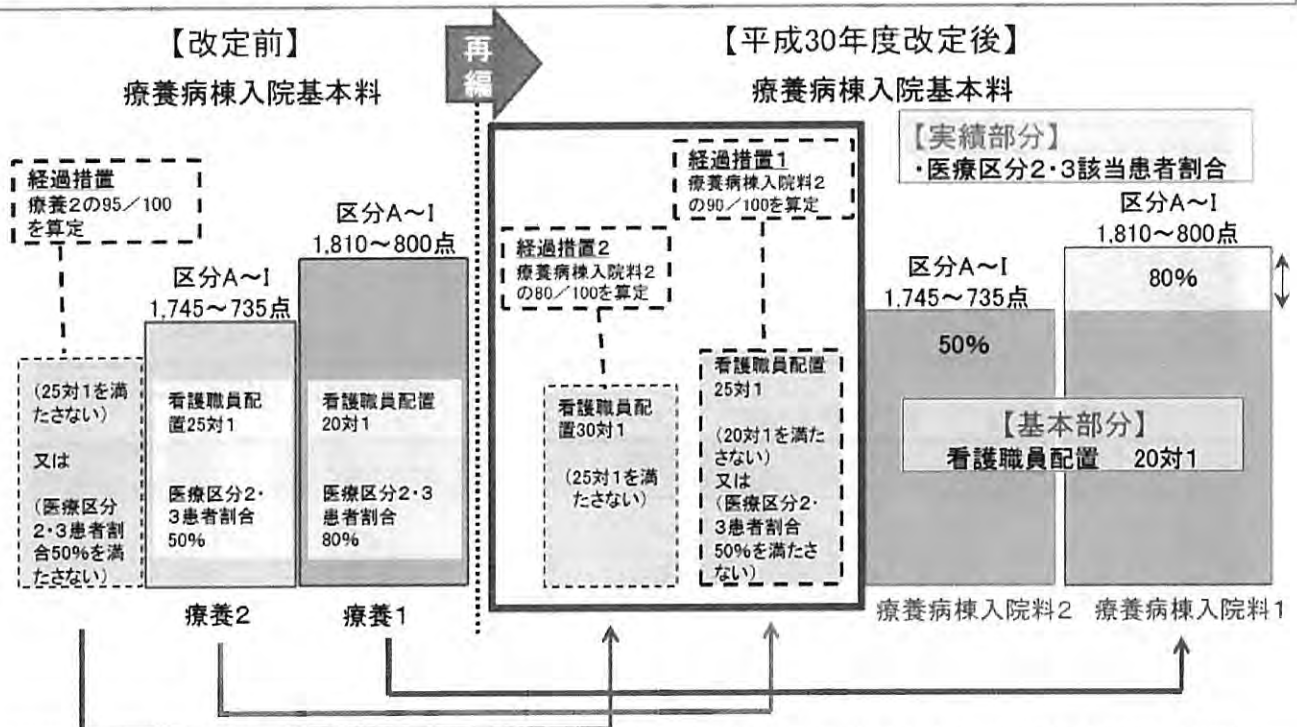


【論点】

- 看護職員の看護記録等の書類作成に係る業務負担軽減の観点から、重症度、医療・看護必要度のB項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価することとし、併せて、根拠となる記録を不要とする対応を進めてはどうか。また、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することとしてはどうか。

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ 平成30年度診療報酬改定

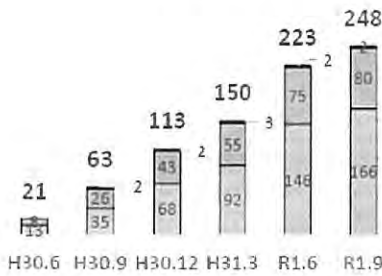
- 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。



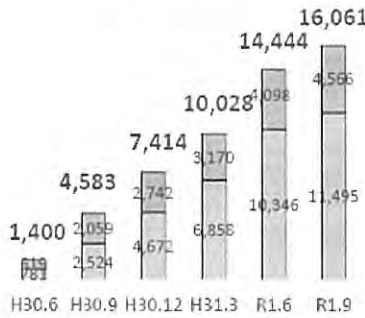
上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

○令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。

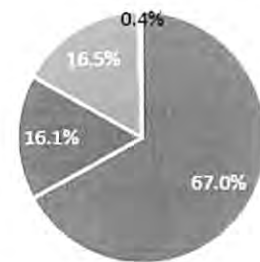
施設数の推移



療養床数の推移



転換元の病床割合
(令和元年9月末時点)

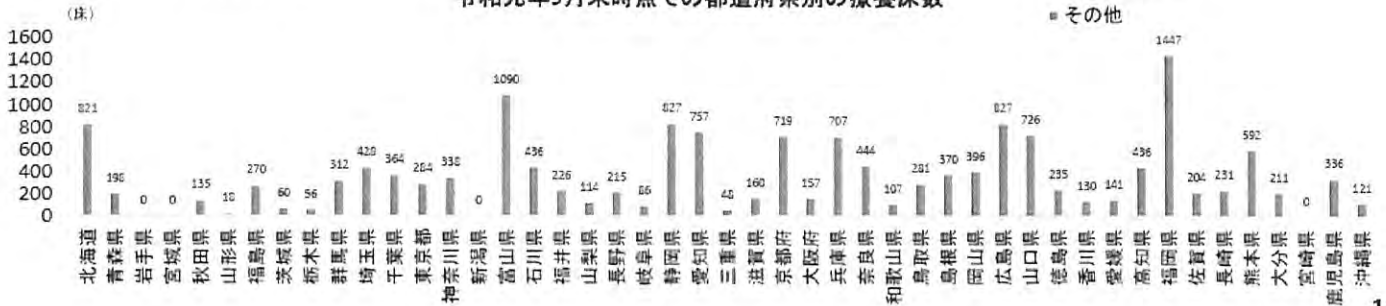


■ I型II型混合の施設
□ II型のみ施設
□ I型のみ施設

□ I型療養床 □ II型療養床

■ 介護療養病床
■ 介護療養型老人保健施設
■ 医療療養病床
■ その他

令和元年9月末時点での都道府県別の療養床数



中医協総会 2019.11.22資料 入院医療その2

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

医療区分

ADL区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合) 【医療処置】 ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷)・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な慢性疼痛・肺炎・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄・うつ状態・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合) 【医療処置】 ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

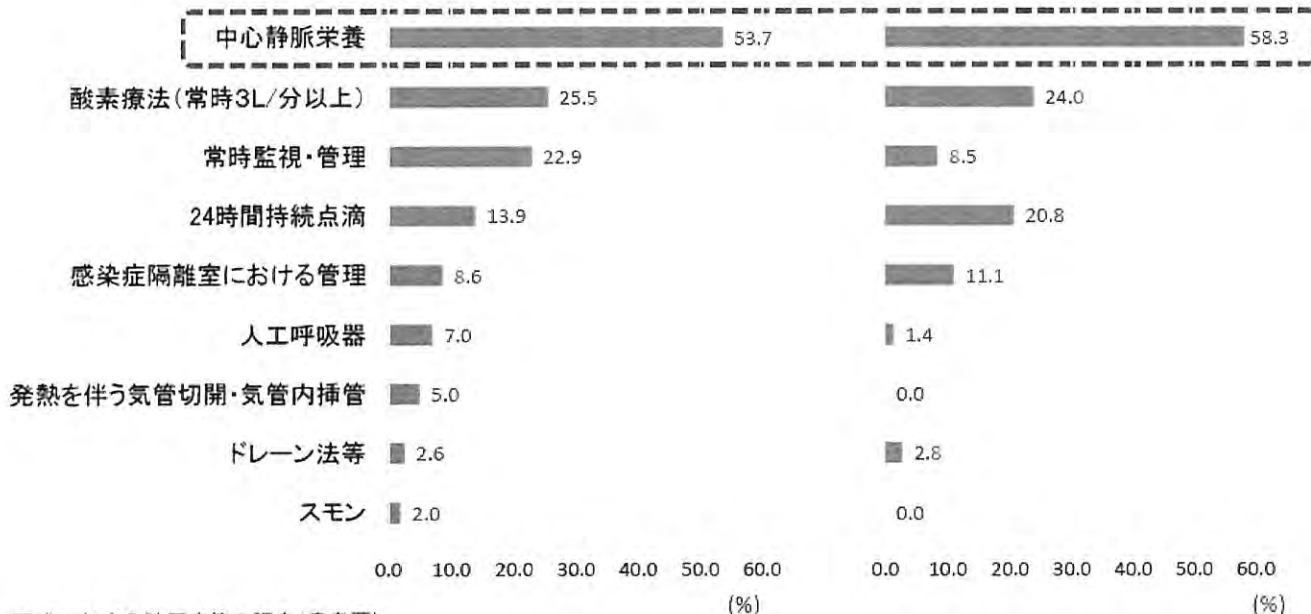
中医協総会 2019.11.22資料 入院医療その2

○ 医療区分3の患者について、医療区分3の要件である項目の該当割合をみると、療養病棟入院料1・2ともに医療処置として「中心静脈栄養」に該当する患者割合が最も多い。

医療区分3該当患者
(n=1113)

療養病棟入院料1 (n=1037)

療養病棟入院料2 (n=76)



出典：平成30年度入院医療等の調査(患者票)

中医協総会 2019. 11. 22資料 入院医療その2

25

75

「中心静脈栄養を実施している状態」の評価方法について

- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」であるかを評価する際の留意点には、中心静脈栄養の必要性についての確認は含まれていない。
- 医療区分3の「酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)」であるかを評価する際の留意点には、当該酸素療法の必要性についての確認が含まれている。

医療区分・ADL区分等に係る評価表 評価の手引き(抜粋)

13.中心静脈栄養を実施している状態

- 項目の定義
中心静脈栄養を実施している状態
- 評価の単位
1日毎
- 留意点
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。

(参考)17.酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)

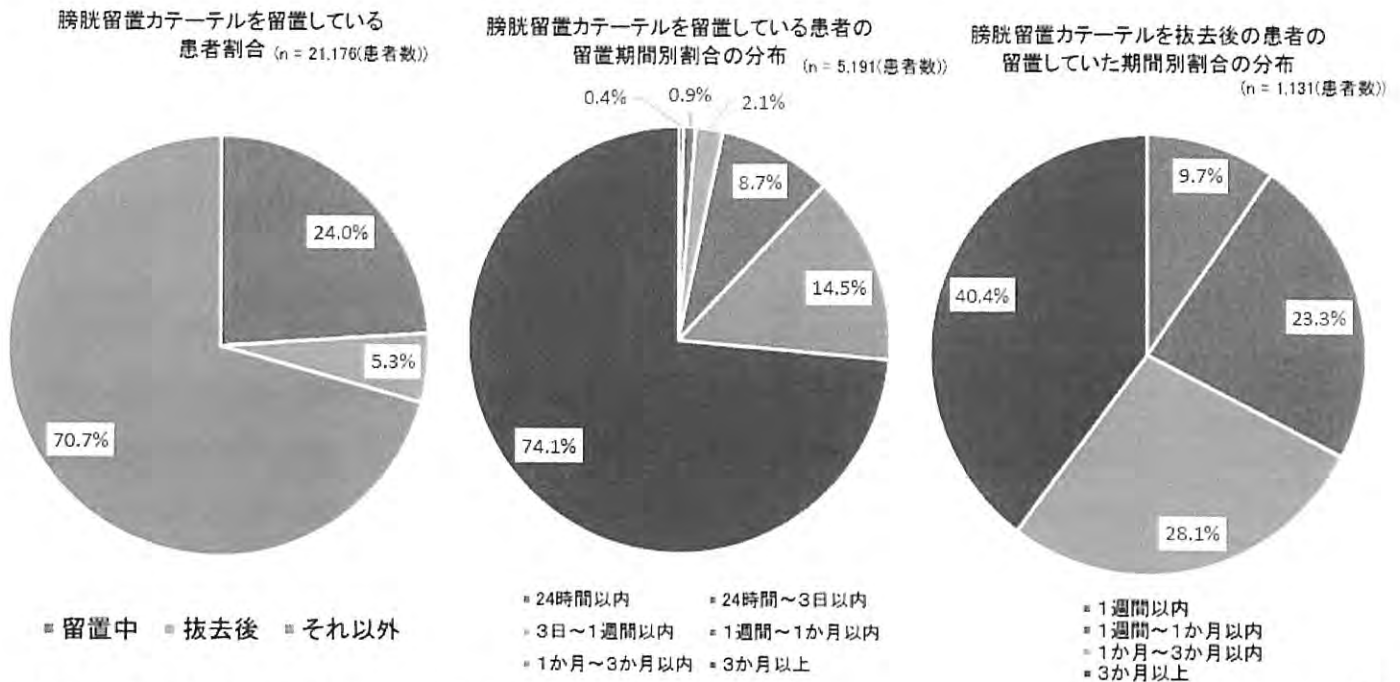
- 留意点
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態であって、以下の(1)又は(2)の状態。
(1)安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できないが、3L/分以上で維持できる状態。
(2)安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できる状態であって、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合又はNYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態である場合。なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合には、点滴を実施した日から30日間まで、本項目に該当するものとする。
なお、毎月末において当該酸素療法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。

中医協総会 2019. 11. 22資料 入院医療その2

29

76

- 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。



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

排尿自立指導料の概要

下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

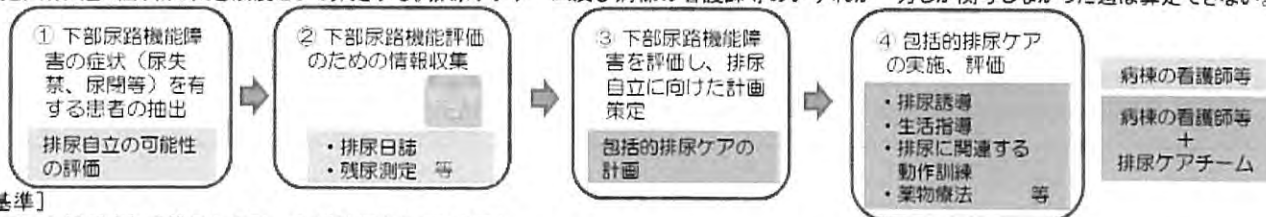
平成28年度診療報酬改定

➤ 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回に限り6週を限度)

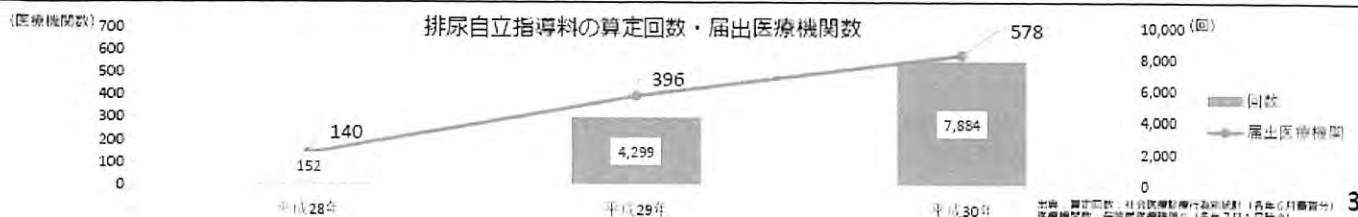
[主な算定要件]

- 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(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。)
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。



出典:算定回数:社会医療機関行政部統計(各年6月集計) 医療機関数:保険医療機関統計(各年7月:日集計)

療養病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題①】

(算定病床の動向及び施設の状況)

- 平成30年度診療報酬改定において、20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化し、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直した。
- 現行の療養病棟入院基本料経過措置1については、医療法施行規則の療養病床の看護配置に係る経過措置が、転換に係る期間を考慮し最大6年間延長されるとの方針を踏まえ、平成30年度改定では、2年間の経過措置が設けられた。
- また、現行の療養病棟入院基本料経過措置2については、平成30年4月から介護医療院が創設されることを踏まえ、平成30年度改定では経過措置が2年間延長された。
- 令和元年9月末時点での介護医療院開設数は、248施設・16,061療養床であった。
- 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。

(医療区分)

- 基準日に入院している全患者のうち、基準日に医療区分の「中心静脈栄養を実施している状態」に該当している患者割合は、19.2%であった。療養病棟入院料1を算定する病床に入院している医療区分3の該当患者のうち、53.7%が「中心静脈栄養を実施している状態」に該当していた。
- 療養病棟における高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上以上の医療機関も存在していた。
- 療養病棟における入院期間に占める高カロリー輸液を投与した日数の割合の平均をみると、60%以上80%未満の医療機関が最も多かった。
- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」であるかを評価する際の留意点には、中心静脈栄養の必要性についての確認は含まれていないが、医療区分3の「酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)」であるかを評価する際の留意点には、当該酸素療法の必要性についての確認が含まれている。
- 胃瘻造設術を実施する際には、胃瘻造設の必要性や管理の方法等を患者又はその家族等へ説明することを求めている。また、胃瘻を造設した患者を他の保険医療機関等に照会する場合は、嚥下機能評価の結果等について情報提供を行うことを求めているが、胃瘻の他にも長期の栄養管理に用いる方法がある。

38

中医協総会 2019.11.22資料 入院医療その2

79

療養病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

中医協 総-2
元. 11. 22

【現状及び課題②】

(その他(膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組))

- 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おり、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。
- 排尿自立指導料を算定している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、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。
- 排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。
- 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いらない」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。

【論点】

- 療養病棟入院基本料経過措置2は、令和2年3月31日までの経過措置となっているが、届出状況及び介護医療院の開設状況等を踏まえ、当該経過措置について、どのように考えるか。併せて、療養病棟入院基本料経過措置1についても、届出状況等を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療区分3の「中心静脈栄養を実施している状態」について、療養病棟において、中心静脈栄養を長期に渡って実施している患者が存在していることを踏まえ、適切な中心静脈カテーテルの管理を推進する観点から、医療区分の評価を行う際に、中心静脈栄養の必要性の確認を求めるとを検討してはどうか。併せて、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、必要性や管理の方法について、患者又は家族等への説明を求めているかどうか。
- 排尿自立指導料について、膀胱留置カテーテルの抜去に向けた取組を推進する観点から、当該指導料を算定していない理由等を踏まえ、要件の見直しを行ってはどうか。

療養病棟入院基本料について

【現状・課題】

（膀胱留置カテーテルの留置状況）

- ・療養病棟入院基本料を算定する病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されており、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。
- ・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。
- ・留置期間を短縮するための取組を行っている病棟について、膀胱留置カテーテル抜去後の患者割合が、取組を特に行っていない病棟に比べて高かった。
- ・排尿自立指導料を算定している病棟の方が、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。
- ・排尿自立指導料を算定している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、20%以上30%未満の病棟が最も多く、60%以上の病棟はなかった。

（質の高い療養生活のための取組）

- ・療養病棟入院基本料を届出ている病棟のうち、約7割の病棟において、質の高い療養生活のための取組を実施しており、実施している取組については、「周囲とのコミュニケーションを促す活動」が最も多かった。
- ・取組に主に関わっている職種として、看護職員が最も多く、次いで看護補助者が多かった。
- ・実施頻度としては、週4回以上又は週1～2回が多かった。
- ・取組によりもたらされている効果として、「身体機能の維持・向上」と回答した病棟が最も多かった。

【論点】

- 療養病棟における膀胱留置カテーテルの留置状況について、留置期間を短縮するための取組や排尿自立指導料の算定状況を踏まえ、どのように考えるか。
- 質の高い療養生活のための取組について、取組の実施状況やもたらされている効果を踏まえ、どのように考えるか。

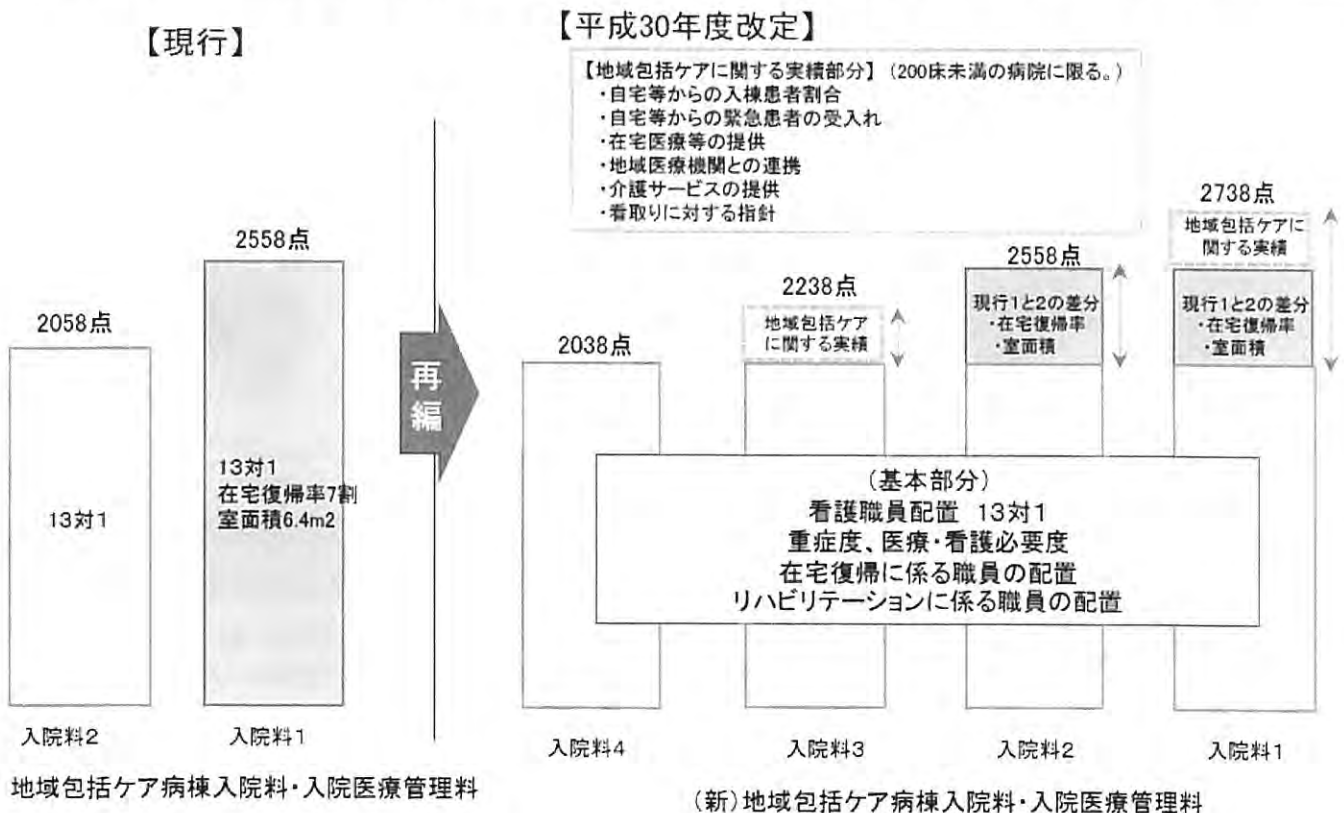
34

入院医療等の調査・評価分科会2019.10.03 資料

81

平成30年度診療報酬改定 1-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑧ (2) 急性期医療～長期療養

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



23

82

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	-	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1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。

24

83

平成30年度診療報酬改定

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

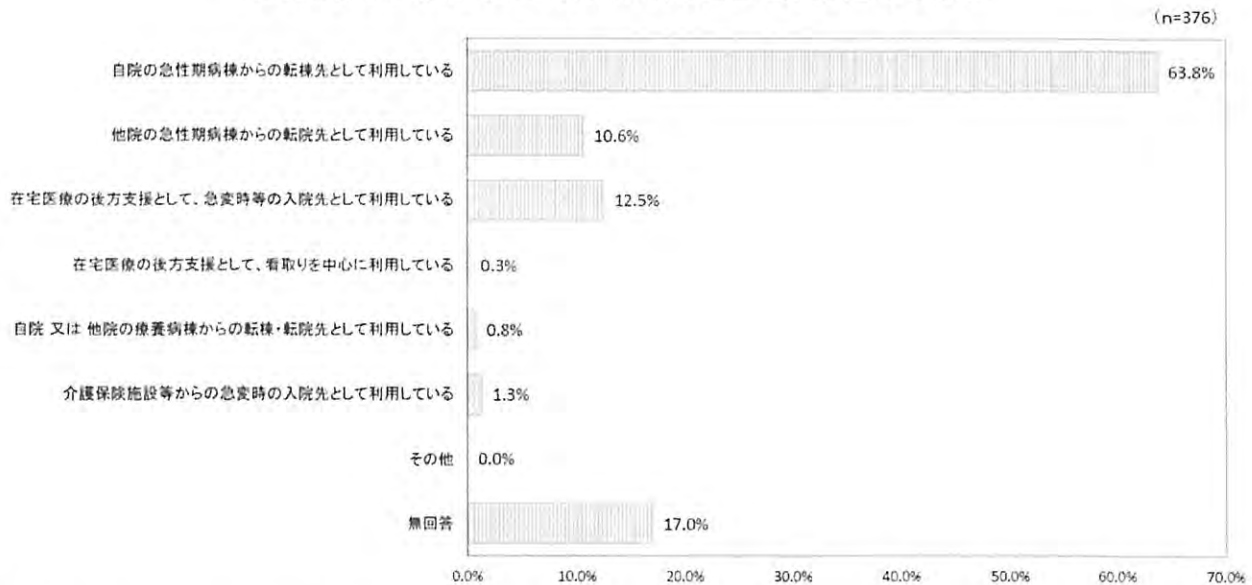
「③在宅復帰支援」に係る要件

- 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・病室を届出ている医療機関に、利用に係る趣旨を聞くと、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。

地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨(最も該当するもの)



出典:平成30年度入院医療等の調査(施設票)

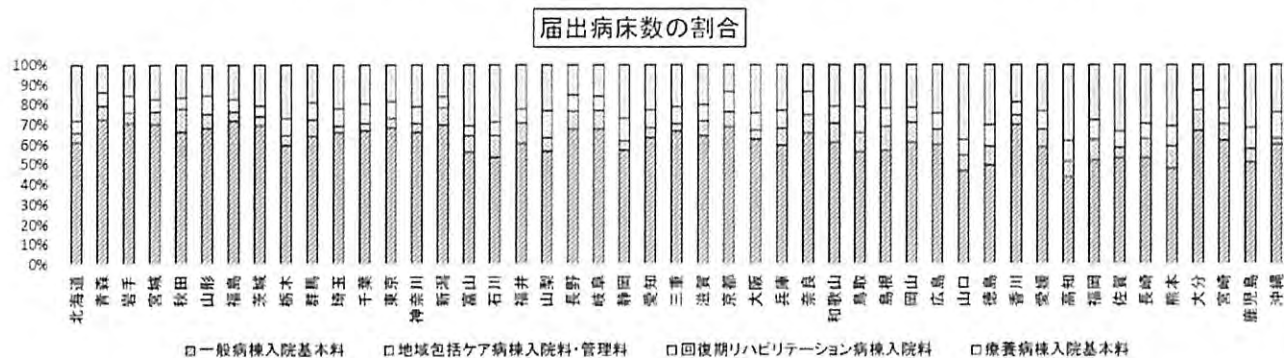
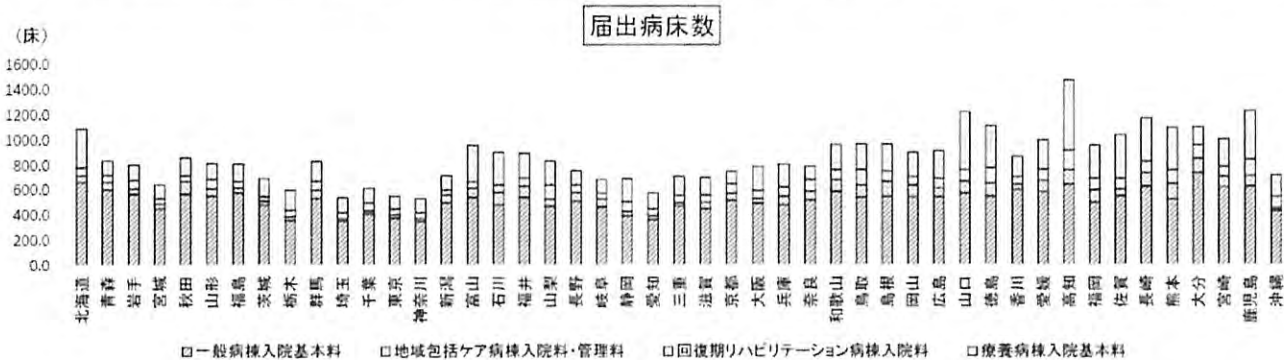
地域包括ケアに係る実績について

○ 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

○ 都道府県別の各入院料の届出病床数とその割合は都道府県ごとにばらついている。

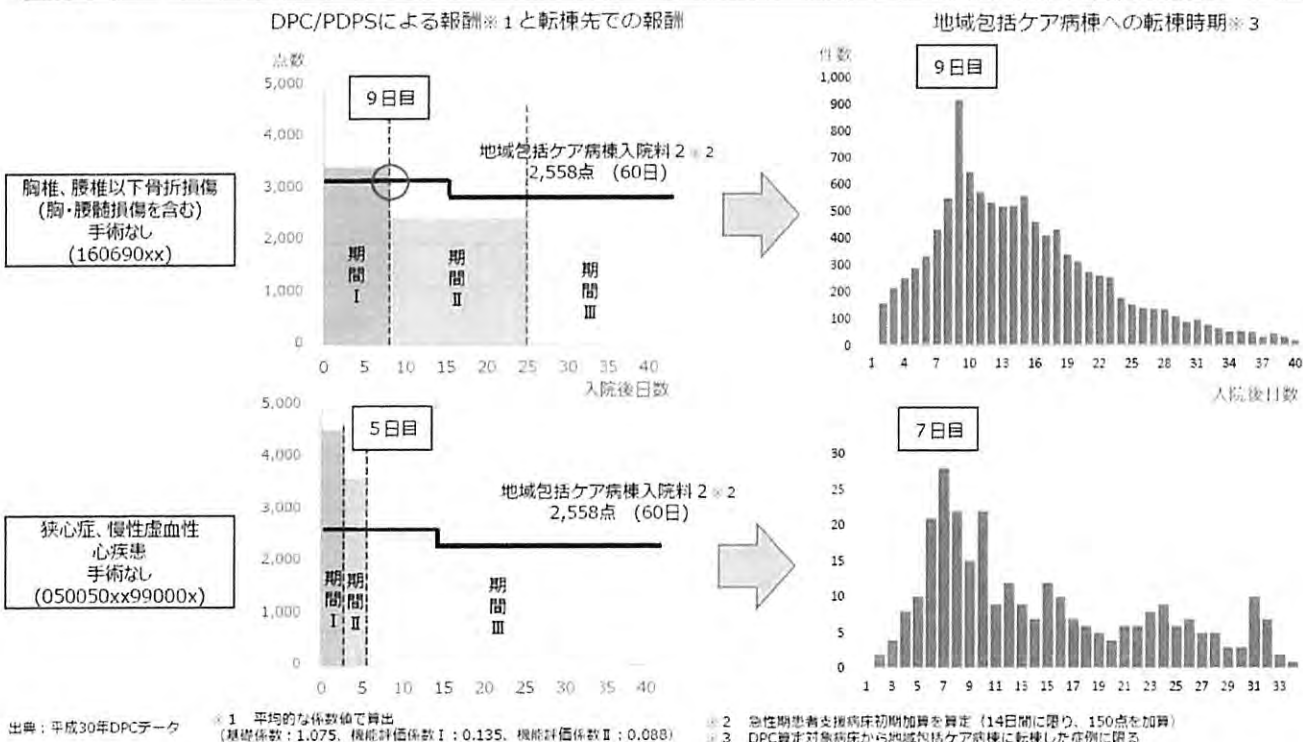


出典：保険局医療課調べ(平成29年7月1日時点)、人口推計(平成29年10月1日時点)

DPC対象病棟からの転棟について

診調組 入-2-2
元. 7. 25 (改)

○ 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。



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

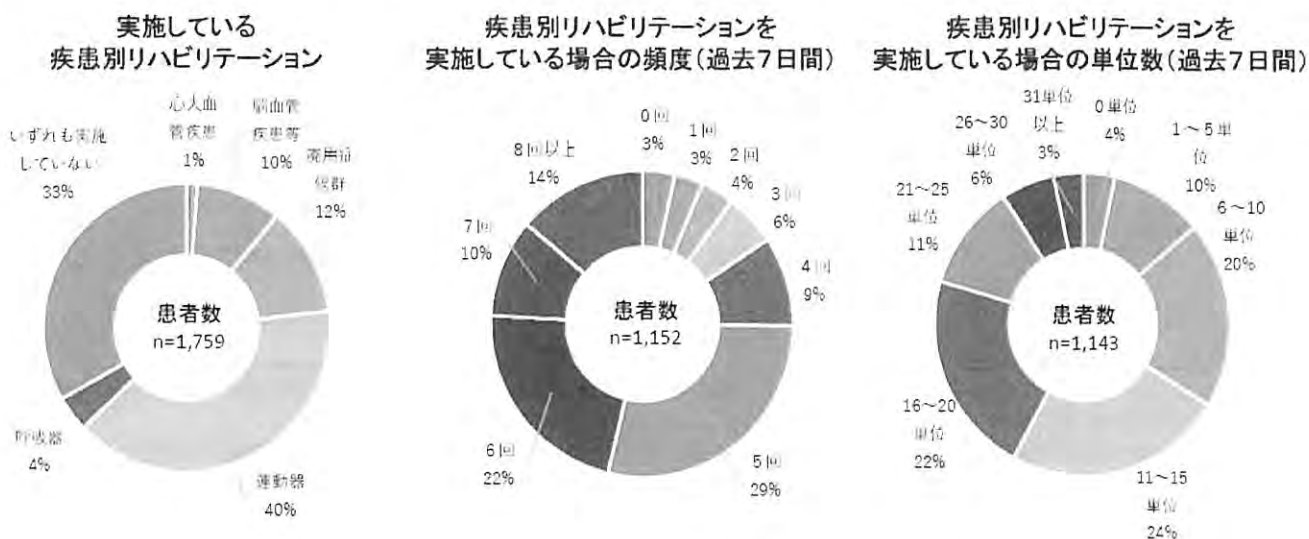
【論点】

- 地域包括ケア病棟・病室を有する医療機関が、地域において他の医療機関と連携しつつ、当該病棟の3つの役割を適切に担うことを推進するため、それぞれの役割に係る要件を以下のとおり見直しはどうか。
- 急性期病床からの受け入れについて、特に許可病床数200床以上の医療機関において自院の一般病床からの転棟・転室が多くを占めていることを踏まえ、自院からの転棟割合に一定の制限を設けてはどうか。
- 入院料及び管理料1・3において評価されている「地域包括ケアに係る実績」について、届出医療機関の実績等を踏まえ、自宅等からの患者の受け入れや在宅患者訪問診療料の算定回数については基準を引き上げ、訪問看護等の回数については基準を引き下げてはどうか。また、その他の要件についても項目の見直しを行ってはどうか。
- 地域包括ケア病棟の届出について、許可病床数400床以上の医療機関が届け出る場合等は1病棟までとなっているが、地域包括ケア病棟の施設数・病床数が年々増加していることや、許可病床数が大きな医療機関における自院内転棟・転室の実態等を踏まえ、特に許可病床数が大きい医療機関が当該病棟を届け出る場合は、その旨について地域の意見を求めることを要件とすることについてどのように考えるか。
- DPC対象病棟から地域包括ケア病棟・病室に転棟・転室する場合に算定する報酬が異なっていることについて、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないよう、算定する点数をDPC/PDPSにおける診断群分類の点数に一本化してはどうか。その際、DPC/PDPSの点数設定の考え方にに基づき、当該点数を算定するのはDPC対象病院全体の平均的な在院日数である入院期間Ⅱまでの期間としてはどうか。

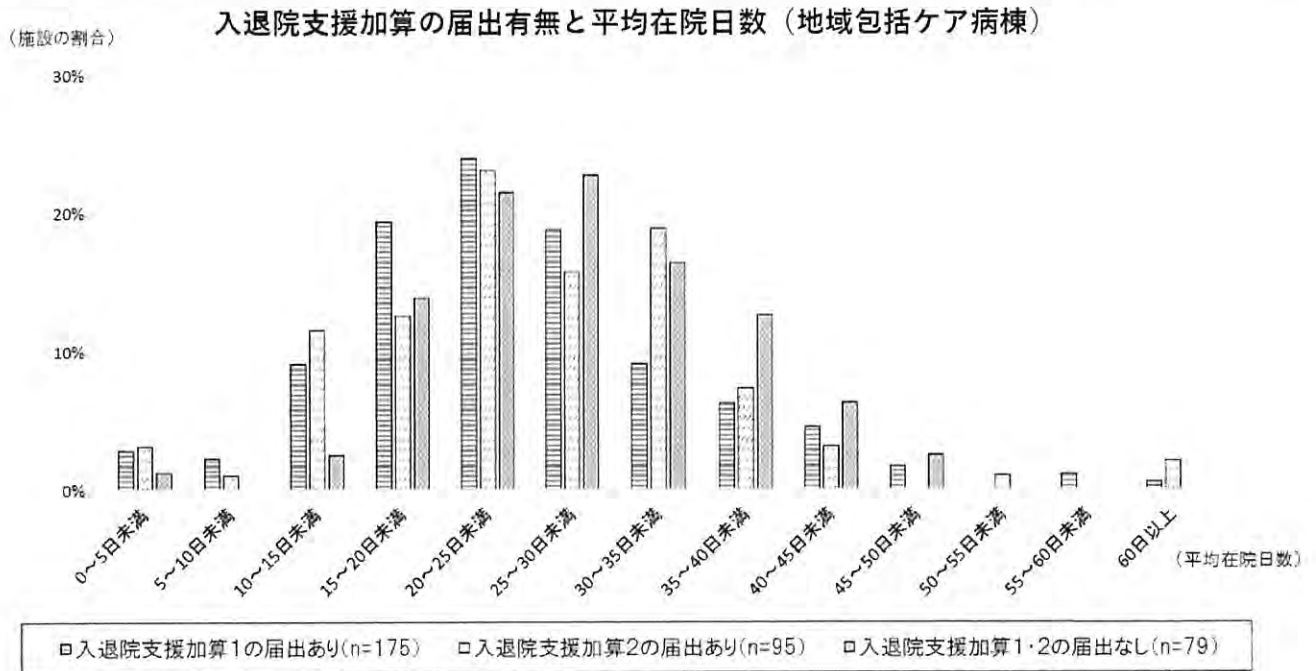
リハビリテーションの実施状況

診調組 入-1
元 7. 2 5

- 疾患別リハビリテーションの実施状況を見ると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。



- 地域包括ケア病棟において、入退院支援加算1・2の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、入退院支援加算1・2の届出ありの施設の方が届出なしの施設より、平均在院日数が短い傾向にあった。



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

中医協総会 2019.11.29 入院医療その3 資料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（急性期からの患者の受入れ）

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元について許可病床の規模別にみると、許可病床の規模が大きいほど、特に許可病床数400床以上では自院の一般病床の割合が高く、他院の一般病床の割合が低かった。
- 入棟元が自院又は他院の一般病床の患者が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院又は他院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。さらに、一般病床から入棟した患者のうち、自院の一般病床が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。
- DPC/PDPSの診断群分類によっては、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、DPC/PDPSによ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。

（地域包括ケアに係る実績要件）

- 自宅等から入棟した患者割合は20%以上30%未満、自宅等からの緊急入院の受入は3か月で5～9人が最も多かった。
- 在宅医療等の提供状況については、多くの医療機関が「在宅患者訪問診療料」と「同一敷地内の施設等における介護サービスの実施」の要件を満たしていた。算定実績をみると、在宅患者訪問診療料は3か月当たり31回～40回と201回以上の医療機関が多かった一方で、訪問看護・指導料等は現行要件を満たすことができる医療機関の割合が低かった。

（在宅復帰支援に関する事項）

- 地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、いずれの疾患別リハビリテーションも実施していない患者は33%であった。また、入院患者の半分以上に疾患別リハビリテーションを実施していない医療機関が一定程度あった。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関のうち、入退院支援部門がない医療機関が10.1%あった。

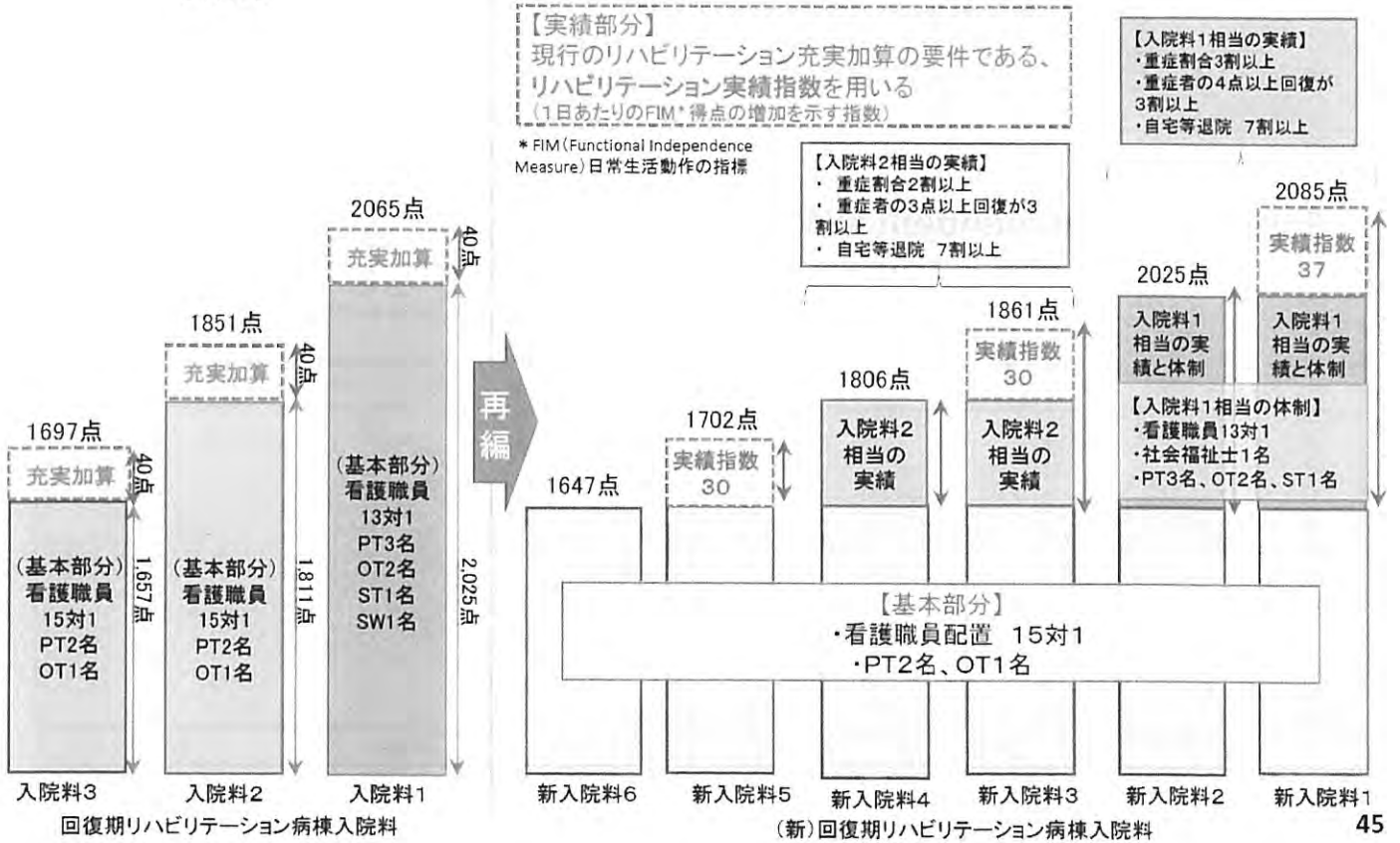
【論点】

- 地域包括ケア病棟の創設の趣旨に鑑み、当該病棟の3つの役割を地域において適切に推進するため、それぞれの役割にかかる要件等について、必要な見直しを検討してはどうか。
- 地域における医療機関間の機能分化・連携を推進する観点から、入棟元が自院の一般病床の患者割合が特に高い医療機関について、どのように考えるか。また、同一医療機関のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合について、DPC/PDPSの診断群分類区分における点数によっては転棟のタイミングが偏っていることを踏まえ、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないよう、入院料の算定方法を見直してはどうか。
- 地域包括ケアに係る実績要件について、満たしている項目の偏りや実績等を踏まえた見直しを行ってどうか。
- 在宅復帰を適切に支援する観点から、入院患者に対するリハビリテーションの実施割合が特に低い医療機関や、入退院支援を行う部門を設置していない医療機関について、どのように考えるか。

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】



中医協総会 2019.11.29 入院医療その3 資料

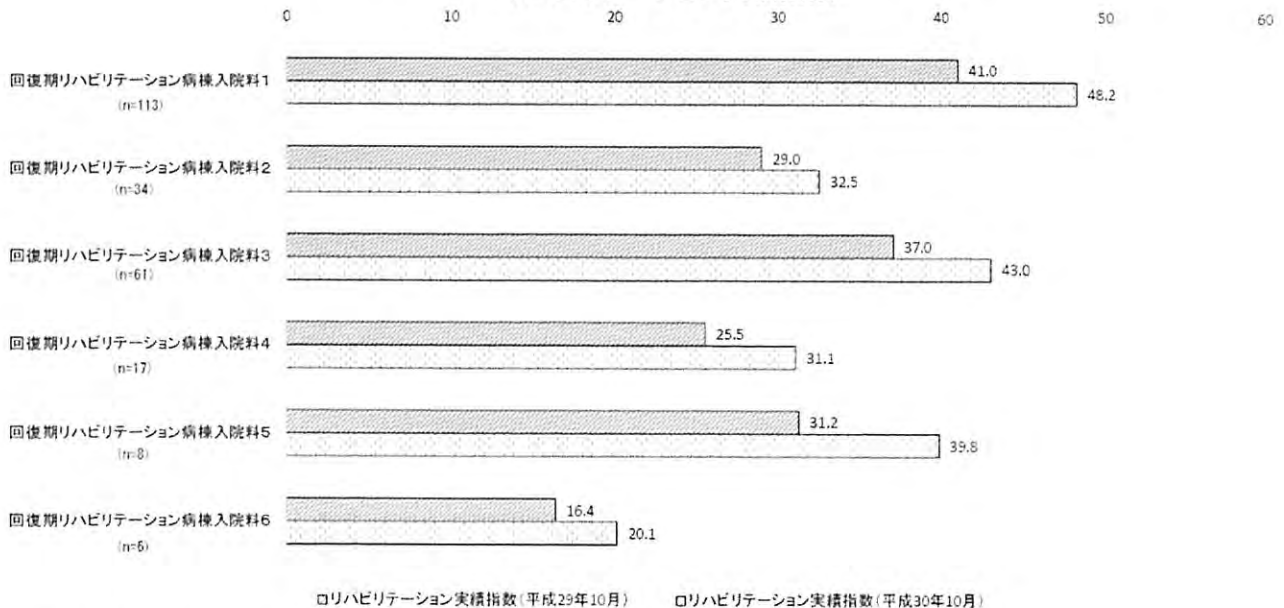
93

リハビリテーション実績指数について

診調組 入-1
元 . 6 . 7

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、平成29年10月と平成30年10月のリハビリテーション実績指数を比較すると、全体的に上昇傾向にあった。
- リハビリテーション実績指数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、3又は5を算定する病棟を有する医療機関において高い傾向にあった。

リハビリテーション実績指数



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

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

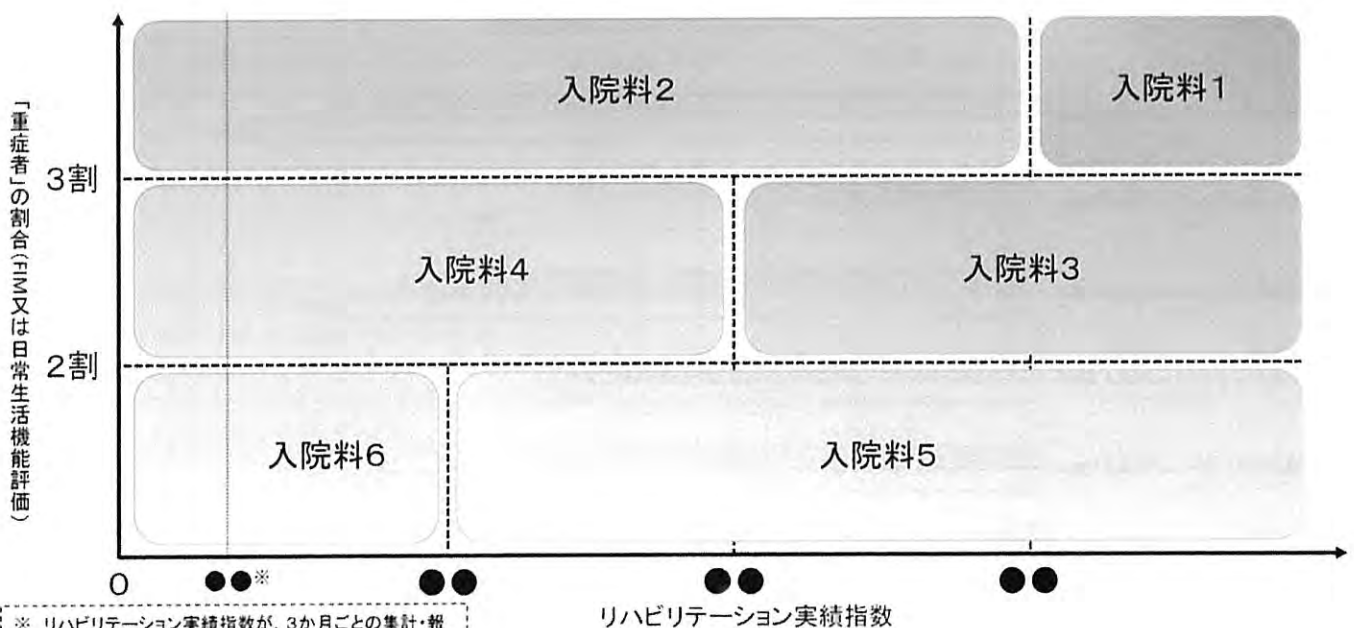
運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動	コミュニケーション		社会認識					
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

©ASK/©LINKUP

95

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。

©ASK/©LINKUP

96

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

- 回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、発症後の期間に係る要件と、算定上限日数が設けられている。

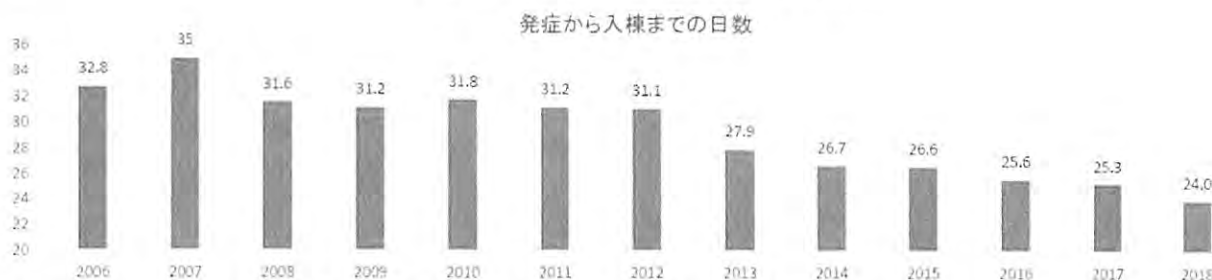
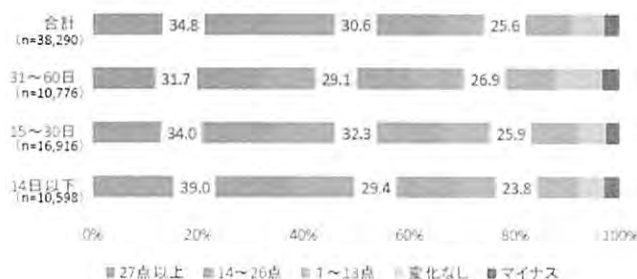
	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る ^{※1} 。）又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭脳損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2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 ^{※1} 。）	○ 算定開始日から起算して90日以内
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2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 ^{※1} 。）	○ 算定開始日から起算して90日以内
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後1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。）	○ 算定開始日から起算して60日以内
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態（損傷後1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。）	○ 算定開始日から起算して90日以内

※1 一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、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。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「算定開始日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、1日6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2か月（又は1か月）の期間から30日を限度として控除するものとする。

発症から入棟までの日数について

- 発症から入棟までの期間とFIM得点の変化について、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きい傾向であった。
- 発症から入棟までの日数は、経年的に減少傾向であり、発症後等の期間に係る要件を大きく下回っていた。
- 一方で、重症の脳卒中や脊髄損傷等、病態が安定するまで時間を要する患者において、発症後の期間に係る要件を満たせず、回復期リハビリテーション病棟に入院できない場合がある。

入棟までの期間とFIM運動項目の変化



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

【論点】

(リハビリテーション実績指数について)

- 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、リハビリテーション実績指数の基準値を見直すこととしてはどうか。

(入院患者に係る要件について)

- リハビリテーション病棟における患者の早期受入の実態及び受入に係る評価の現状等を踏まえ、入院患者に係る要件のうち、発症後の期間に係る要件について見直すこととしてはどうか。

現行のFIMの取扱いについて

- 現在、リハビリテーションに関する項目における、ADLIに係る指標の取扱いは、以下のとおりであり、患者への説明等に用いられる事項において、FIMの記載は必須とされていない。

FIMの使用が必須となる事項

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

FIM又はBIを用いる事項

- 疾患別リハビリテーション料のうち、標準的算定日数を超える者へリハビリテーションを実施する場合
- 廃用症候群リハビリテーション料
- 目標設定等支援・管理シート

その他

- リハビリテーション総合実施計画書(一部様式にFIMあり)
- リハビリテーション実施計画書(FIMなし)

- 目標設定等支援・管理シート(別紙様式23の5)

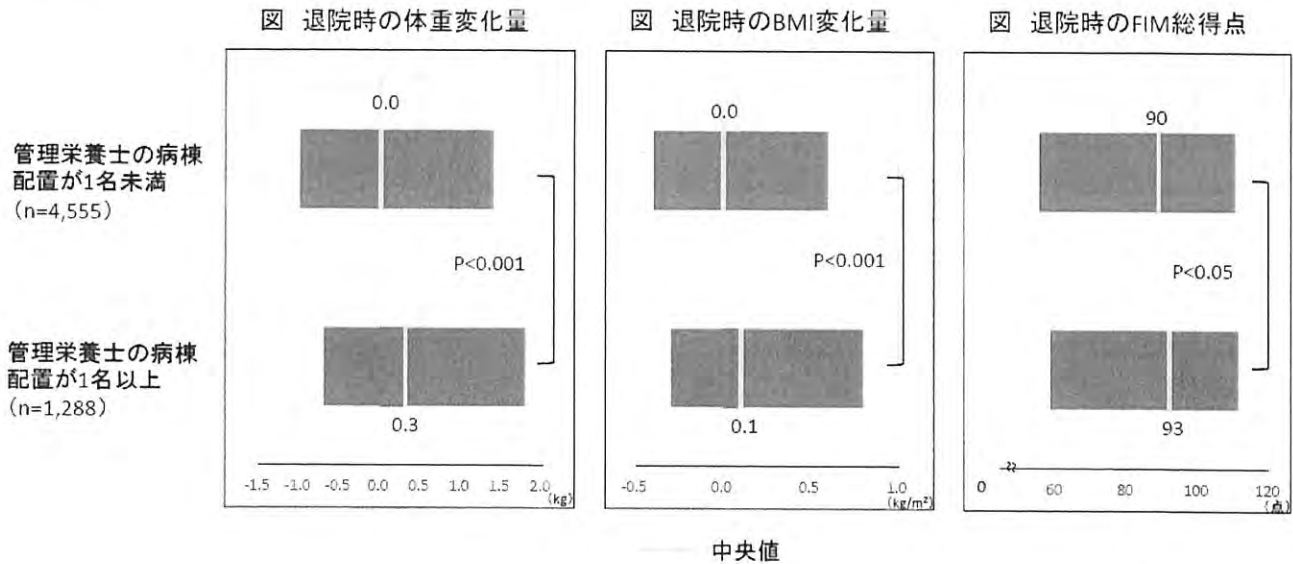
- リハビリテーション総合実施計画書(別紙様式23の2)

- 目標設定等支援・管理シート(別紙様式21)

○ 専従管理栄養士が1名以上配置されている病棟に入院している患者は、専従管理栄養士の配置が1名未満の病棟に入院している患者と比較して、退院時の体重変化量、退院時のBMI変化量及び退院時のFIM総得点が有意に高値であった。

【対象・方法】

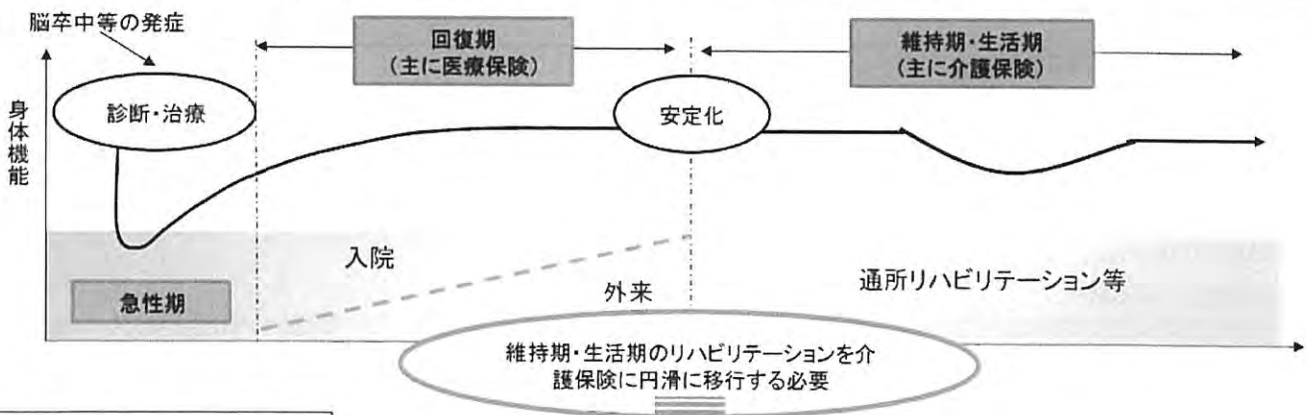
回復期リハビリテーション病棟に入院した20歳以上かつ入院時BMIが18.5未満の患者(5,843名:平均年齢82歳)を専従管理栄養士が1名以上配置されている病棟に入院していた群と管理栄養士の配置が1名未満だった群に分け、退院時の体重等をアウトカムとして単変量解析を実施。



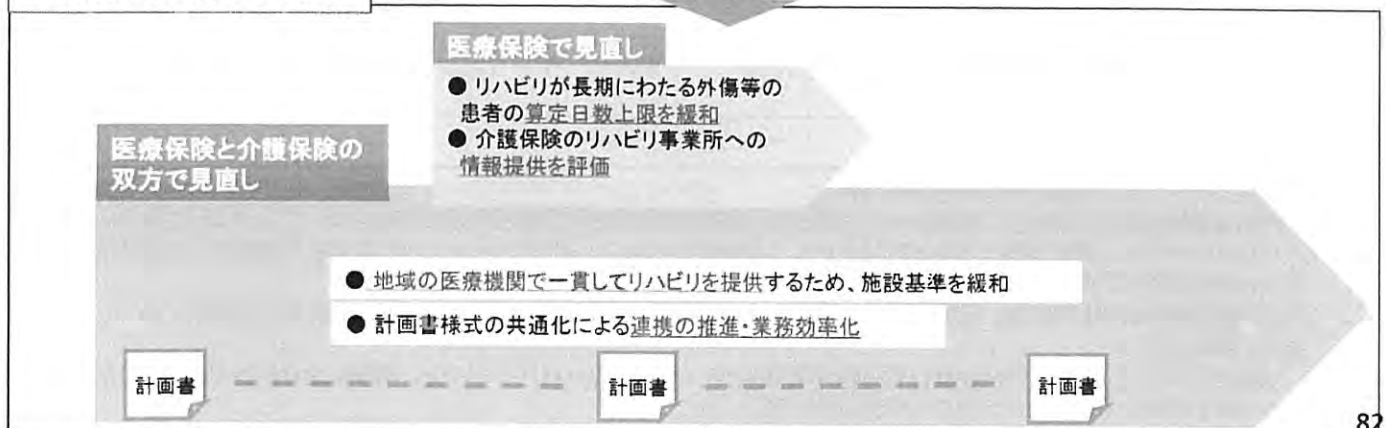
出典: Nishiokaら, Journal of Nutritional Science and Vitaminology 2019;65,435-42 図は保険局医療課が作成

平成30年度診療報酬改定

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



平成30年度改定での見直し



回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し

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。

改定前	改定後
(回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準)	(回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準)
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが5%以上。	(削除)

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(リハビリテーションに係る実績要件等について)

- 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おけるリハビリテーション実績指数は、全体的に上昇傾向にあり、特に、算定要件の実績部分にリハビリテーション実績指数が含まれている回復期リハビリテーション病棟入院料1、3又は5を算定する病棟を有する医療機関において、高い傾向にあった。
- 入棟時FIMと発症から入棟までの日数の関係を経年的にみると、発症から入棟までの日数によらず、入棟時FIMが低下傾向であり、他方、入棟時FIMとFIM得点の変化の関係を経年的にみると、入棟時FIMの値によらず、FIM得点の変化が増加傾向であった。

(人員配置に係る要件)

- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%であった。
- 管理栄養士が配置されている病棟に入院している患者においては、配置されていない病棟に入院している患者と比較して、退院時の体重変化量、退院時のBMI変化量及び退院時のFIM総得点が有意に高値であるという報告があった。

(外来・在宅への円滑な移行に係る取組)

- 回復期リハビリテーション病棟退棟後の患者の約6割が、外来等でのリハビリテーションが必要であるとされており、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する施設において、外来リハビリテーション、訪問リハビリテーション指導及び通所リハビリテーションが一定程度実施されていた。

【論点】

- リハビリテーション実績指数等の実績要件について、実績指数の推移等を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価を適切に実施する観点から、対象となる病棟の範囲及び各項目の水準等について、どのように考えるか。
- リハビリテーション実績指数の導入後における、入棟時FIM及びリハビリテーション実績指数の経年的な変化を踏まえ、FIM等の患者の状態に係る指標の取扱いについて、どのように考えるか。
- 管理栄養士等の専門職種の配置状況の実態や、その取組の有効性等を踏まえ、人員配置に係る要件について、どのように考えるか。
- 入院から外来・在宅への円滑な移行を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟における外来リハビリテーション等の提供に係る要件について、どのように考えるか。

【現状及び課題】

- リハビリテーションに係る診療報酬については、累次の改定において、算定要件等の見直しや、必要な項目の新設等を実施してきたところ。
- 疾患別リハビリテーション料、リハビリテーション総合計画評価料、摂食機能療法等の算定回数は、経年的に増加傾向である。
- 摂食嚥下障害を有する脳卒中の患者は、低栄養の患者が多く、管理栄養士が重点的に関わることにより、経口摂取への移行割合の向上等が見られるという報告がある。
- より効果的なリハビリテーションを提供するための、療法士による訓練を補完するものとして、ロボットやFESを用いたリハビリテーションの有効性等の報告がある。
- リンパ浮腫については、原因となる疾患や介入時期等について、ガイドラインの整備が進められている。
- リハビリテーション総合実施計画書等について、現場の運用の実態等を踏まえ、記載項目及び様式等の整理につき、検討する必要がある。

【論点】

- リハビリテーションに係る現状や平成30年度診療報酬改定後の算定状況等を踏まえ、必要な見直しを検討してはどうか。

40

2019.09.18 中医協総会資料 総-1 個別事項(その1)(リハビリテーション、医薬品の効率的かつ有効・安全な使用)

105

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について

- 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師 ^{※1}	療法士全体	理学療法士 (PT ^{※2})	作業療法士 (OT ^{※2})	言語聴覚士 (ST ^{※2, ※3})	専有面積 (内法による)	器械・ 器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(Ⅰ)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常勤勤務 専任常勤1名以上	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	—	病院 30㎡以上 診療所 20㎡以上	要	
	(Ⅱ)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上	—	—	—	—	
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤2名以上 ^{※4}	専従従事者 合計10名以上 ^{※4}	専従常勤PT 5名以上 ^{※4}	専従常勤OT 3名以上 ^{※4}	100㎡以上 ^{※4}	言語聴覚療法 を行う場合 専用室(8㎡以上) 1室以上	
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		
	(Ⅲ)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT、常勤STのいずれか1名以上			病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる					—	—
運動器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	—	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		—	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	要	
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び 専従常勤OT合わせて2名以上		—			
	(Ⅲ)	—	専従常勤PTまたは専従常勤OT1名以上		—	45㎡以上		
呼吸器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT又は常勤OT合わせて2名以上		—	病院 100㎡以上 診療所 45㎡以上	要	
	(Ⅱ)	—	専従常勤PTまたは専従常勤OT1名以上		—	45㎡以上		

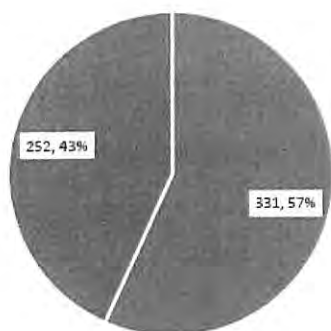
※1 専任常勤とは、3日以上かつ1回24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤医師を指す。専任常勤医師を指す。専任常勤医師を指す。
 ※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせ常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)
 ※3 言語聴覚士については、各項目で要件可能
 ※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能
 ○ 医師、専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

61

106

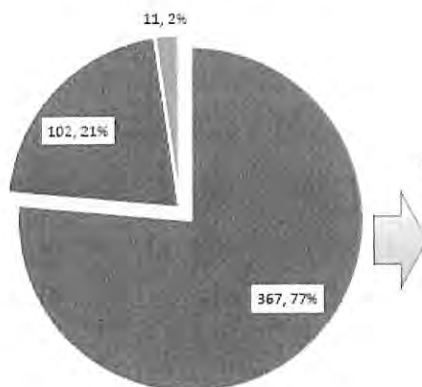
- 呼吸器リハビリテーションを要する患者においては、発声発語器官の機能低下によりコミュニケーションに問題を抱える患者や嚥下機能の低下を認める患者が多く存在している。
- 呼吸器疾患を有する患者に対する言語聴覚士の具体的な介入は、「呼吸筋ストレッチ(77%)」、「呼吸訓練(84%)」、「排痰法・気道クリアランス(66%)」、「咳嗽訓練(94%)」等であった。

呼吸器リハビリテーション対象者におけるコミュニケーション障害



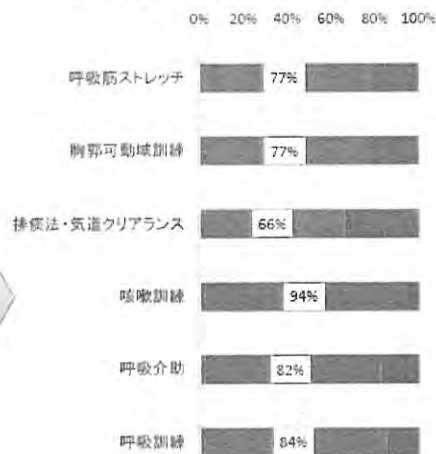
■あり ■なし・無回答

呼吸器疾患を有する患者に対する言語聴覚士による介入の有無



■あり ■なし ■無回答

言語聴覚士による介入の具体的な内容



■あり ■なし ■無回答

経口摂取回復促進加算の概要

中医協 総-1
元.9.18(改)

H004 摂食機能療法

- 注3 イ 経口摂取回復促進加算1 185点
- 口 経口摂取回復促進加算2※ 20点

鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を増設している患者に対して実施した場合に、治療開始日から起算して6月を限度として、摂食機能療法の点数に加算する。

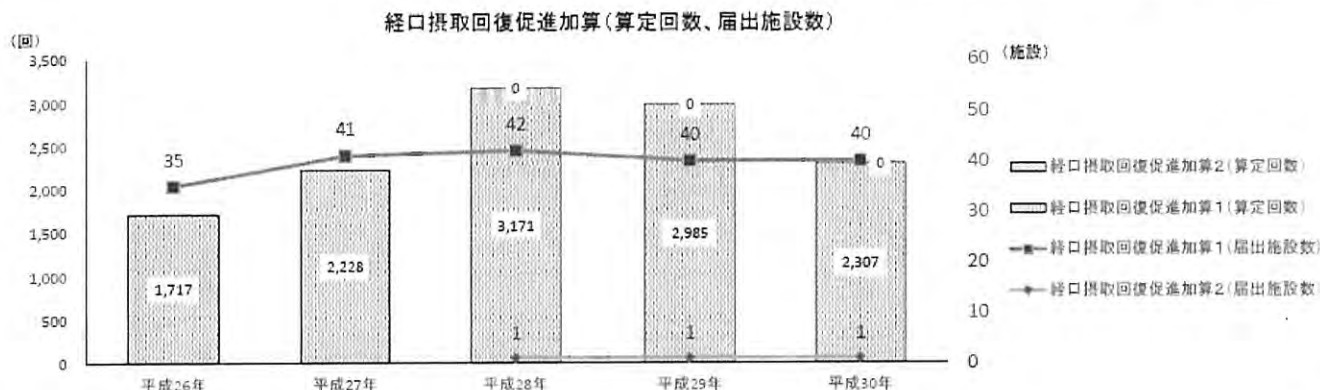
【施設基準】

- 専従の常勤言語聴覚士が1名以上
- (経口摂取回復促進加算1)
 - 経口摂取回復率35%以上
- (経口摂取回復促進加算2)
 - 4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者の3割以上について、3月以内に経口摂取のみの状態へ回復 等

【算定要件】

- 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して実施した場合に加算する。
- 月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施
- 月に1回以上、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施
- 治療開始日から起算して6月以内に限り加算
- 当該加算を算定する月においては、内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影は算定できない(胃瘻造設の判断のためのものを除く。) 等

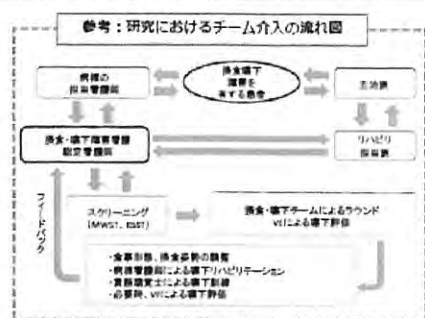
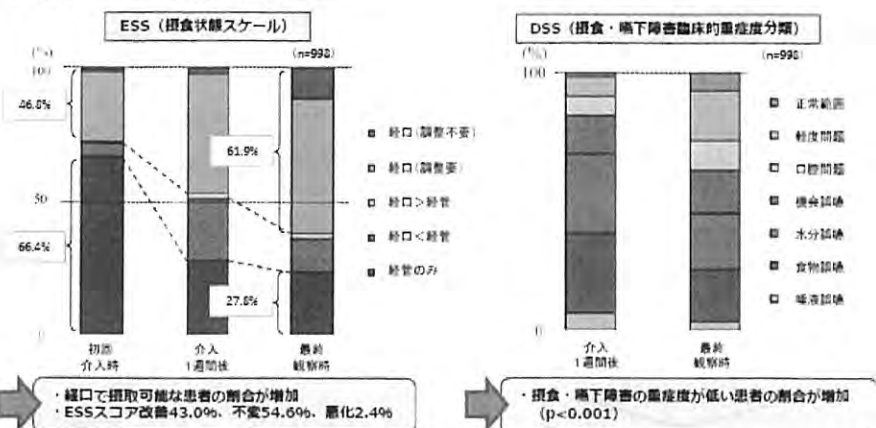
※ 平成28年度に新設



摂食・嚥下チームの介入による効果①

○ 医師、歯科医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士による多職種から構成される摂食・嚥下チームの介入により、摂食・嚥下機能の維持・改善に効果がみられている。

■ 摂食・嚥下チームの介入による効果



<研究の概要>

- 対象：摂食・嚥下障害を有する患者998名
【性別】 男性630名、女性360名 【年齢】 平均74歳
【主病】 脳卒中46.0%、その他の脳疾患15.9%、呼吸器疾患7.0%等
- 観察観察までの日数：平均24日（1～337日）
- 介入内容：嚥下リハビリテーションの実施10.1%、言語聴覚士による摂食訓練の実施14.9%、上記両方の実施14.9%、認定看護師によるフォローのみ33.9%

【参考】摂食・嚥下チームにおける各職種の役割例

職種の例	計画・評価	嚥下評価	嚥下訓練	口腔の管理	患者・家族への指導	その他
医師、歯科医師		○嚥下内視鏡検査 ○嚥下造影	○実施内容の評価	○歯科診療		
摂食・嚥下障害看護認定看護師	○嚥下機能の総合評価 ○診療計画の立案	○嚥下機能の観察・評価 ○反復嚥下テスト(RSST) ○改訂水のみテスト(MWST) ○食物テスト	○リハビリ計画の立案 ○嚥下訓練の実施 ○実施内容の評価	○口腔状態の評価 ○口腔ケア		○病棟看護師への指導 ○外来看護師や在宅における関係者との連携
言語聴覚士	○嚥下機能の総合評価 ○診療計画の立案					
理学療法士、作業療法士	○リハビリ方針の決定 ○摂食姿勢、介助方法、食具、食事形態の検討				○摂食時の注意点、口腔ケア、嚥下訓練の方法等の指導	
管理栄養士						○食事形態等の工夫の対応
薬剤師						○嚥下機能に影響を及ぼす薬剤の抽出、処方提案 ○服用薬の剤形や服用方法等の提案
歯科衛生士				○口腔衛生管理		

【出典】(上図) Jpn J Rehabil Sci 2015;6:50-55を基に保険局医務課にて作成。(下表) Jpn J Rehabil Sci 2015;6:50-55、耳鼻56:261-267,2012、日摂食嚥下リハ会誌14(3):219-228,2010、薬科第2回日本老年病学会学術大会をもとに保険局医務課にて作成

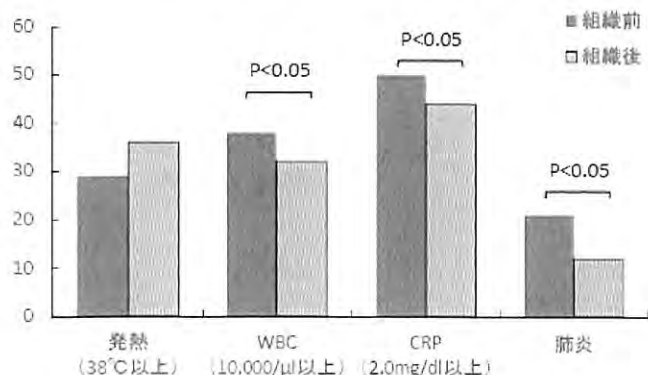
摂食・嚥下チームの介入による効果②

- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少ない。
- 嚥下チームが介入することが、肺炎発症の減少に有意に関係している。

【対象・方法】

2009年4月から2014年3月までに入院した急性期脳卒中患者を対象とした。医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師から構成される嚥下チームが組織された2009年4月～2011年3月までをチーム組織前 (n=132、平均年齢70.0±12.2歳) とし、2011年4月～2014年3月までをチーム組織後 (n=173、平均年齢70.1±11.5歳) として比較・検討を行った。

表 入院期間中の各項目の患者数



※：WBC：White blood cell、CRP：C-reactive protein

表 肺炎との関係をコックス比例ハザードモデルを用いた一変量解析

	ハザード比	95%信頼区間	P値
入院時NIHSS※ (1ポイント増加毎)	1.11	1.08-1.14	<0.0001
嚥下チームの介入	0.39	0.18-0.81	0.01

※：National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) は、脳卒中重症度評価スケールであり、点数が高いほど重症度も高くなり、最大42点。

出典：Aokiら、PLoS ONE.11(5)、2016より図表は保険局医務課にて作成

【現状及び課題】

- 言語聴覚療法は、急性期脳卒中患者における失語症の改善のために有効であるとされている。
- 呼吸器リハビリテーションを必要とする患者において、発声発語器官の機能低下によりコミュニケーションに問題を抱える患者や嚥下機能に低下を認める患者が多く存在している。
- 現行のがん患者リハビリテーション料の対象患者は、がんの種別及び治療介入の有無等により規定されている。
- 摂食機能療法の経口摂取回復促進加算は、対象者の拡大や施設基準の要件緩和等を行ってきたものの、算定回数は減少している。
- 脳卒中患者のうち多職種で構成される嚥下チームが組織された後では、入院期間中のWBC及びCRPの基準値以上の患者、肺炎患者数が有意に少なく、嚥下チームが介入することにより、肺炎発症の減少に有意に関係しているという報告がある。



【論点】

- 脳血管疾患等の患者に対する言語聴覚療法の必要性や、呼吸器リハビリテーションにおけるコミュニケーション療法の位置づけ等を踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る療法士の配置要件等を見直すこととしてはどうか。
- がん患者リハビリテーション料について、直近のがんの罹患率や治療選択肢の多様化等の実態を踏まえ、対象となる患者の要件について見直すこととしてはどうか。
- 摂食機能療法について、多職種チームによる介入を推進する観点から、現行の経口摂取回復促進加算の算定要件等を見直すこととしてはどうか。

72

中医協総会2019.11.27 その他事項その11(技術的事項②、リハビリテーション②、有床診療所)

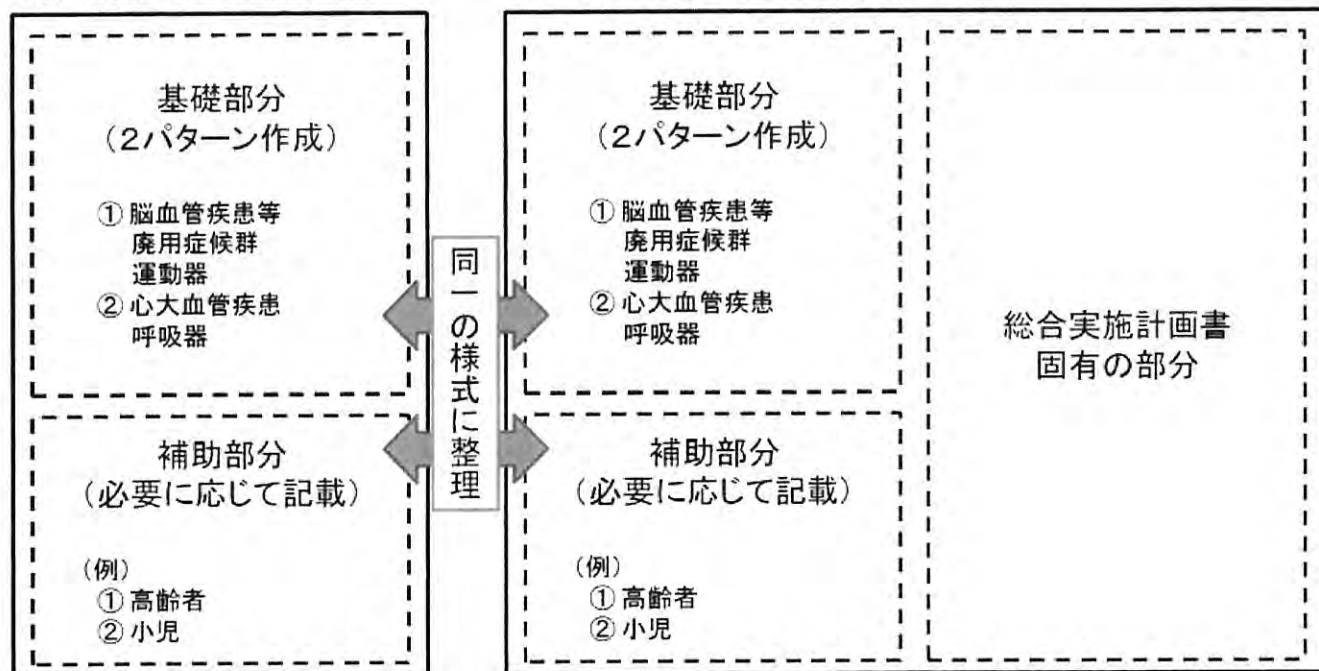
111

様式の整理イメージ(案)

- リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書については、以下のとおり、基礎的な記載事項と補助的な記載事項を整理するとともに、共通部分の様式を揃える。
- リハビリテーションに係る書類等のうち、内容が類似または重複しているものについては、同様に記載事項の整理を進める。

【リハビリテーション実施計画書】

【リハビリテーション総合実施計画書】



78

中医協総会2019.11.27 その他事項その11(技術的事項②、リハビリテーション②、有床診療所)

112

【現状及び課題】

- 疾患別リハビリテーション料の算定に当たっては、リハビリテーション実施計画を定めることが必要であるとされており、また作成した計画の内容を患者に対して説明し、診療録にその要点を記載することとされている。
- また、必要に応じてリハビリテーション総合実施計画書や目標設定等支援・管理シートを作成することとされている。
- リハビリテーションに係る書類については、その様式が多岐にわたること、内容が類似・重複する部分があること等から、書類作成業務の簡略化・効率化、患者への分かりやすい情報提供等の観点からは、現場での運用の実態等を踏まえた上で、記載項目及び様式等の整理につき、検討する必要がある。



【論点】

- 疾患別リハビリテーションを実施する際の、リハビリテーション実施計画書の取扱いを明確化するとともに、計画書作成までの間の、医師の具体的な指示等に基づき提供される疾患別リハビリテーションの取扱いを整理することとしてはどうか。
- リハビリテーション実施計画書とリハビリテーション総合実施計画書の様式等について、急性期から回復期、生活期・維持期までの一貫した管理を推進するとともに、書類作成に伴う現場の負担を軽減する観点から、様式の整理及び取扱いの明確化をすることとしてはどうか。

79

中医協総会2019.11.27 その他事項その11(技術的事項②、リハビリテーション②、有床診療所)

113

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価③ (4)その他

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1~3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。
 ① 介護サービスを提供していること。
 ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)
 (新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

【算定要件】 (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
 (2) 入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り算定。

【施設基準】
 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。
 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
 (2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点
 (3) 平均在院日数が60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき20点
 (3) 平均在院日数が90日以内であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

有床診療所の人員配置状況について

○ 看護職員数及び看護補助者数は、特に看護配置加算1や看護補助配置加算1を届け出ている施設ほど平均人数が多く、配置基準よりも上回って配置されている。

<平均医師数>

	全有床診療所	有床診療所 入院基本料1	うち、医師配置加算1の 届出施設	うち、医師配置加算2の 届出施設	うち、医師配置加算の届 出のない施設
実配置人数	1.9人	2.3人	3.2人	3.4人	1.2人
施設基準で求められる人数	(1人)	(1人)	2人	2人	(1人)

<平均看護職員数>

	全有床診療所	有床診療所 入院基本料1	うち、看護配置加算1の 届出施設	うち、看護配置加算2の 届出施設	うち、看護配置加算の届 出のない施設
実配置人数	9.6人	13.5人	16.0人	12.3人	9.0人
施設基準で求められる人数	(1~7人以上)	7人	10人(看護師3人を含む)	10人	7人

<平均看護補助者数>

	全有床診療所	有床診療所 入院基本料1	うち、看護補助配置加算 1の届出施設	うち、看護補助配置加算 2の届出施設	うち、看護補助配置加算 の届出のない施設
実配置人数	2.1人	2.8人	4.2人	1.7人	0.9人
施設基準で求められる人数	—	—	2人	1人	—

出典】保険局医療課調べ(各年7月1日の届出状況) ※医師数は平成30年からデータを収集。いずれも常勤換算人数の平均。各届出施設数は前頁の届出施設数と同値。

有床診療所一般病床初期加算等の概要

A108 有床診療所入院基本料

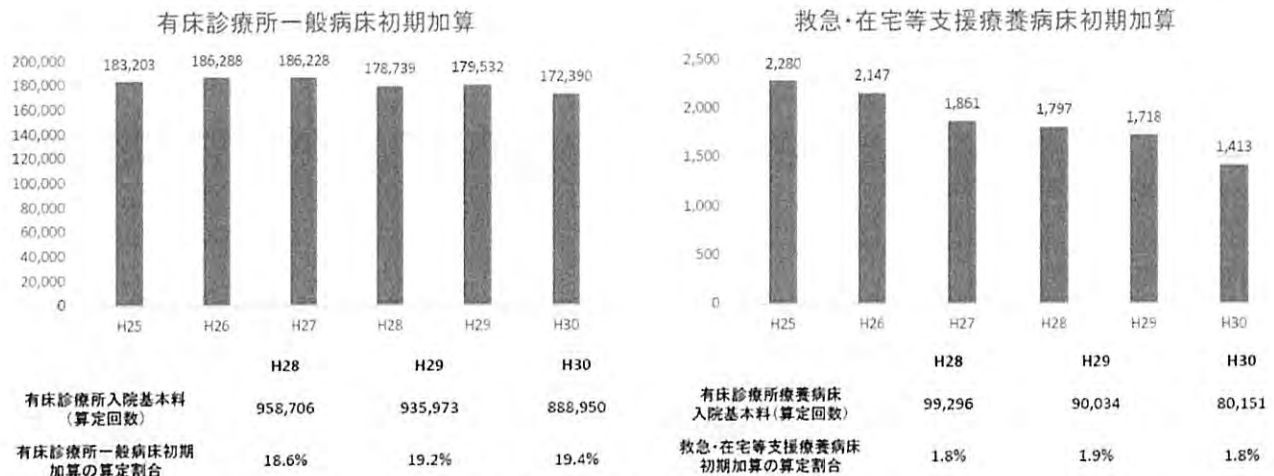
注3 有床診療所一般病床初期加算(7日を限度) 100点

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床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、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算する。

A109 有床診療所療養病床入院基本料

注6 救急・在宅等支援療養病床初期加算(14日を限度) 150点

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床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、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。



出典：社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分) 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

有床診療所の機能に着目した評価③(栄養管理)

栄養管理実施加算の設置

- 管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえ、栄養管理について、入院料への包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける。

(新) 栄養管理実施加算 12点(1日につき)

[算定要件]

- ・常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等

入院栄養食事指導料の見直し

- 栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携し、入院患者の栄養管理指導を行った場合の評価を新設する。

【現行】

【改定後】

入院栄養食事指導料 (入院中2回まで)	130点	入院栄養食事指導料1	130点
		入院栄養食事指導料2	125点

[入院栄養食事指導料2の算定要件]

- ・診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(栄養ケア・ステーション又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。

※栄養管理実施加算と入院栄養食事指導料を併算定することはできない。

有床診療所に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 有床診療所は、地域において、「在宅・介護施設への受け渡し」「緊急時対応」「在宅医療の拠点」「終末期医療」等の様々な機能を担っている。
- 有床診療所における医師配置加算等の届出状況は、横ばい傾向である。
- 有床診療所の人員配置状況を見ると、医師配置加算、看護配置加算、看護補助配置加算等を届出ている医療機関において、加算における配置基準を上回って配置されている。
- 一部の入院基本料等を算定する病棟・病床において、急性期医療を担う一般病棟や、自宅等からの転院、転棟又は入院を受け入れた場合には、転院、転棟又は入院日から起算して一定の期間の加算による評価が設けられている。
- 平成26年度改定において、有床診療所における栄養ケア・ステーションまたは他の医療機関と連携した栄養食事指導に係る評価が新設された。また、病床の有無によらず、診療所等でも、管理栄養士を雇用し、栄養指導を実施しており、管理栄養士の配置や栄養指導が重要であるという報告がある。

【論点】

- 有床診療所が地域において担う役割や、患者の受入状況、職員の配置状況等を踏まえ、有床診療所における入院医療に係る評価のあり方について、どのように考えるか。
- 急性期病棟等からの患者の受入に係る評価について、その趣旨を踏まえ、算定可能な期間などの算定要件等を見直すこととしてはどうか。
- 診療所における栄養食事指導を推進する観点から、他の医療機関等と連携した栄養食事指導の評価について、どのように考えるか。

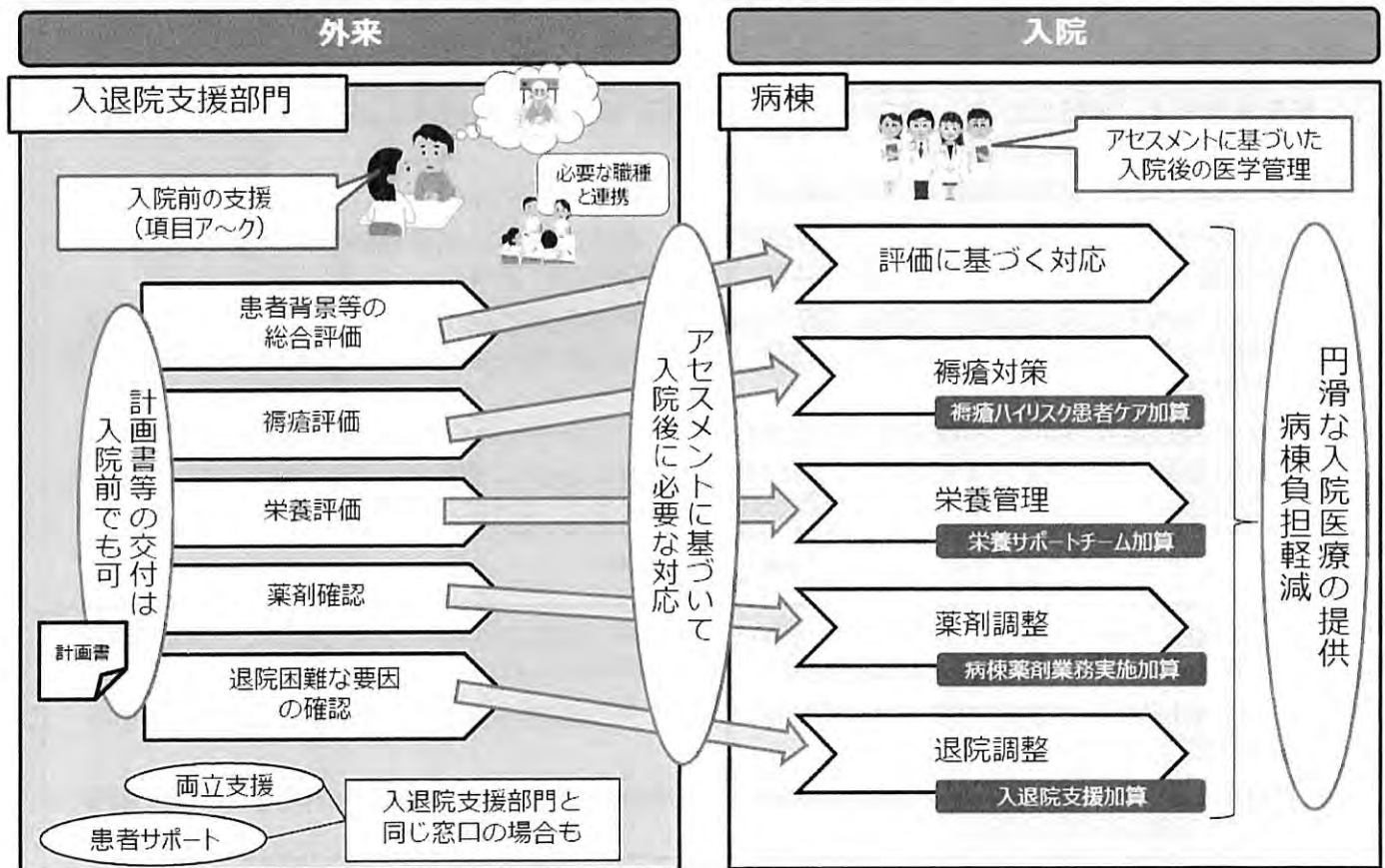
入院前の支援の項目と関連する主な項目

○ 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		

94

入院前からの支援をさらに強化したイメージ



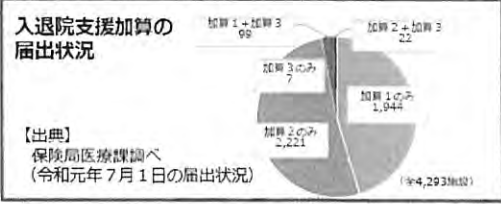
95

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、認知症又は呼吸器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 ○非世に介助を要する ○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因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 ○入院前後に介護を要する ○入院前後に介護を要する ○入院前後に介護を要する ○入院前後に介護を要する ○入院前後に介護を要する ○入院前後に介護を要する 	<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、専従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、専従の看護師を配置		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従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従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		



入退院支援加算及び入院時支援加算における常勤・非常勤の取扱い(イメージ)

○ 入退院支援加算2の一部の専従職員と、入院時支援加算の専従職員については、非常勤でよいことが疑義解釈に示されている。

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3	入院時支援加算
入退院支援部門	<p>○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、社会福祉士を配置。 ○小児入院医療管理科(精神病棟に限る)又は特殊疾患病棟入院科(精神病棟に限る)を算定する病棟の患者への支援を行う場合は、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差支えない。</p>	<p>○非常勤職員については、平成28年3月31日に退院調整加算を算定していた保険医療機関で、平成28年4月1日以降も入退院支援加算2(退院支援加算2)を算定している医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合に限って、令和2年3月31日までは非常勤であっても差支えない。 ○その他、看護師・社会福祉士の経験要件と、精神福祉士に関する要件は入退院支援加算1と同様。</p>	<p>○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を配置。 ○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。</p>	<p>入退院支援加算1～3で求める人員に加えて、 ○入院前支援を行う者として、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1名以上又は 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任の看護師及び専任の社会福祉士それぞれ1名以上を配置。 (専任の看護師は、加算1～3の専従又は専任の看護師と兼務可)</p>
各病棟	<p>○入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を、加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置。(1名で2病棟120床まで) ○入退院支援部門の専任職員との兼務は可。</p>	-	-	-
	<p>専従 ⇒ </p> <p>看護師 社会福祉士</p>			<p>専任 ⇒ </p> <p>看護師 社会福祉士</p>

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

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

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

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



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

101

医療従事者の負担軽減・人材確保について

常勤配置の取扱いの明確化

➤ 施設基準上求められる常勤の従事者が、産前・産後休業及び育児・介護休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことを原則認める。

例) 常勤医師1名、常勤看護師1名の配置要件の場合



➤ 育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。



102

入退院支援に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(入院前からの支援に係る評価について)

- 平成30年度診療報酬改定において、円滑な入院医療の提供に繋げる等の観点から、入院時支援加算を創設した。
- 入院時支援の取組を行うことによる効果を見ると、「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」等が多く、また、病棟における業務負担が減ったという回答もみられた。
- 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった場合の理由をみると、「全ての項目を実施するには他職種(医師、薬剤師、管理栄養士等)の協力が必要であったため」との回答が一定程度あった。
- 患者の入院後に病棟で対応することを評価した加算等の中には、入院時支援加算で取組を求めている項目と一部内容が関連しているものがある。また、総合評価加算の取組と類似の取組が、入院時支援加算等においても評価されている。

(人員配置の要件について)

- 入退院支援加算及び入院時支援加算の現状の職員要件では、入退院支援加算2の一部の専従職員と、入院時支援加算の専従職員のみ非常勤でよいこととされている。
- 入退院支援加算3においては、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等を配置することが要件となっているが、一方で、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。また、新生児特定集中治療室管理料は6床以上の施設が多く、6床未満とは入院児数や平均在院日数等の状況が異なる。

【論点】

- 入院時支援加算について、入院前からの患者支援が円滑な入院医療の提供や病棟負担の軽減等に資することを踏まえ、関係する職種と連携して入院前に必要な評価を全て行い、入院後の管理に適切に繋がった場合をさらに評価してはどうか。併せて、当該加算の取組と関連する他の加算等については、項目や要件等の整理を行うこととしてはどうか。
- 入退院支援加算及び入院時支援加算で配置を求める専従・専任職員について、医療従事者の働き方の観点から、非常勤職員による配置を認めてはどうか。
- 入退院支援加算3の専従の看護師について、看護師の働き方及び人材の効果的な活用の観点から、専任の看護師の配置に代えることを可能とするとともに、質を担保する観点から小児の在宅移行に係る適切な研修の受講を要件としてはどうか。また、新生児医療の提供体制の実態を踏まえ、当該加算3の届出にあたっては新生児特定集中治療室の病床数を施設基準の要件に加えてはどうか。

117

中医協総会 2019.11.29 入院医療その3 資料

125

在宅療養支援診療所等とそれ以外の医療機関での主な診療報酬の比較

主な診療報酬		機能強化型在支診・在支病(病床あり)			機能強化型在支診・在支病(病床なし)			在支診・在支病			その他		
		1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
往診料の加算等 緊急往診加算 夜間休日加算 深夜加算		850点			750点			650点			325点		
		1700点			1500点			1300点			650点		
		2700点			2500点			2300点			1300点		
在宅患者訪問診療料(I) 在宅ターミナルケア加算		6500点			5500点			4500点			3500点		
在宅 医学総合管理料		1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
	①月2回以上訪問(重症患者)	5400点	4500点	2880点	5000点	4140点	2640点	4600点	3780点	2400点	3450点	2835点	1800点
	②月2回訪問	4500点	2400点	1200点	4100点	2200点	1100点	3700点	2000点	1000点	2750点	1475点	750点
	③月1回訪問	2760点	1500点	780点	2520点	1380点	720点	2300点	1280点	680点	1760点	995点	560点
施設入居時等 医学総合管理料		1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~	1人	2~9人	10人~
	①月2回以上訪問(重症患者)	3900点	3240点	2880点	3600点	2970点	2640点	3300点	2700点	2400点	2450点	2025点	1800点
	②月2回訪問	3200点	1700点	1200点	2900点	1550点	1100点	2600点	1400点	1000点	1950点	1025点	750点
	③月1回訪問	1980点	1080点	780点	1800点	990点	720点	1640点	920点	680点	1280点	725点	560点
在宅がん医療 総合診療料	院外処方	1800点			1650点			1495点			-		
	院内処方	2000点			1850点			1685点			-		

10

中医協総会 在宅医療その1 2019.11.06 資料

126

	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、対応可能な病院を擇し紹介すること</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) 許可病床200床未満*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		

11

中医協総会 在宅医療その1 2019.11.06 資料

127

在宅医療

2018(平成30年)度診療報酬改定内容

I-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-④

在宅時医学総合管理料等に算定患者の状態に係る要件を追加

【新設】 包括的支援加算 150点(月1回)

<対象患者>

以下のいずれかに該当する患者

- ア 要介護2以上又は障害支援区分2以上。
- イ 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅡb以上。
- ウ 週1回以上訪問看護を受けている状態。
- エ 訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置(特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからヨまで及びレからマまでに規定する処置を除く。)を受けている状態をいう。
- オ 特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者であって、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置を受けている状態をいう。処置の範囲はエの例による。
- カ 「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。
 - (イ) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、及び血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病(同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。)及び同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態である15歳未満の患者
 - (ロ) 出生時の体重が1,500g未満であった1歳未満の患者
 - (ハ) 「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアが10以上である患者
 - (ニ) 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置(特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからマに規定する処置をいう。)を行っている患者

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

➤ 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料 I

(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

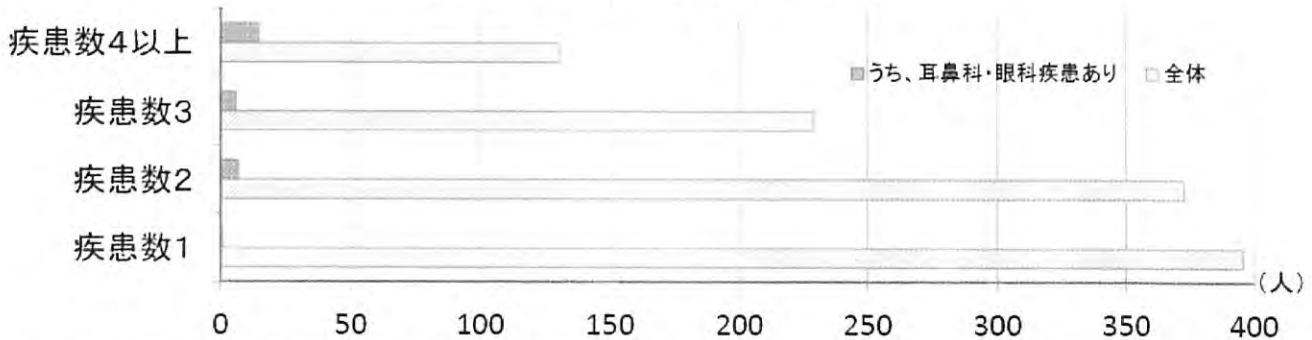
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



【算定要件】

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

訪問診療を行っている患者の疾患数

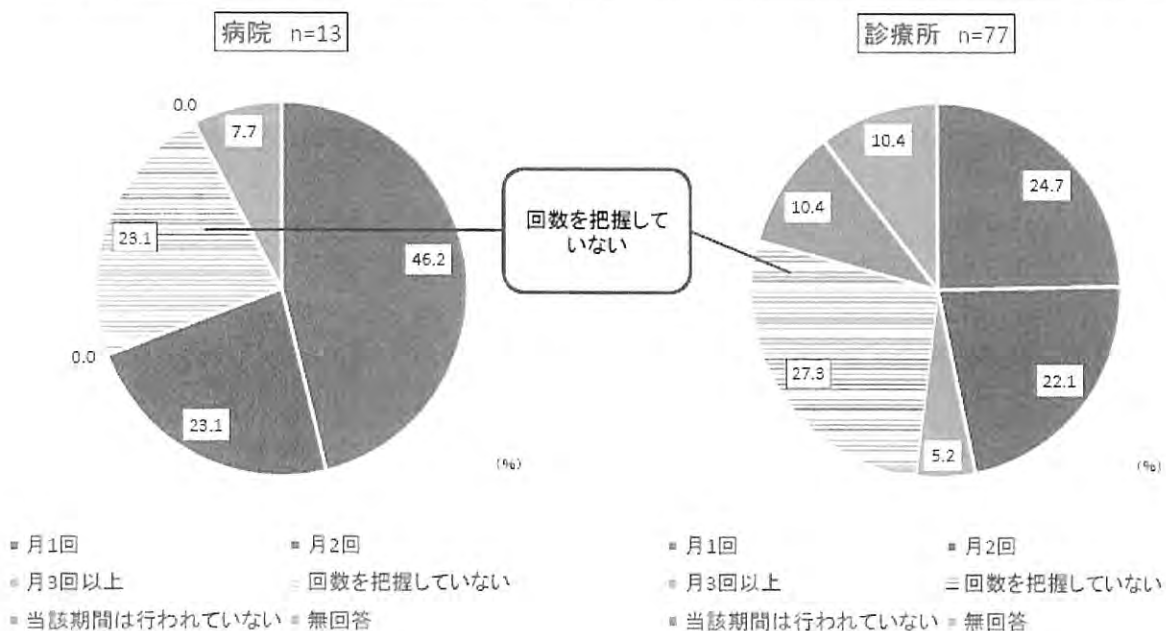


(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

医療機関調査結果<他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について①>

○ 平成30年4月~9月に、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数のうち、最も多かったものについてみると、病院では「月1回」46.2%が最も多く、次いで「回数を把握していない」23.1%であった。診療所では「回数を把握していない」27.3%が最も多く、次いで「月1回」24.7%であった。

依頼先の医療機関が、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数(最も多かったもの)



在宅患者訪問褥瘡指導管理料 750点

重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者に対して、多職種が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき2回に限り所定の点数を算定する。

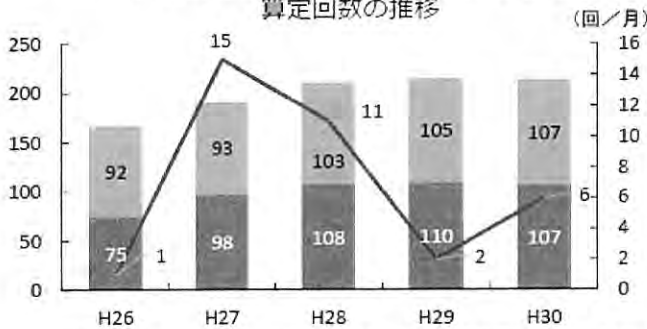
【対象患者】

- 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。
 - ア ショック状態のもの
 - イ 重度の末梢循環不全のもの
 - ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
 - エ 強度の下痢が続く状態であるもの
 - オ 極度の皮膚脆弱であるもの
 - カ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- キ 褥瘡に関する危険因子があつて既に褥瘡を有するもの

【算定要件】

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。
 - ア 常勤医師
 - イ 保健師、助産師、看護師、又は准看護師
 - ウ 管理栄養士
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか1名以上については、以下のいずれかの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。
 - ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者
 - イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患者に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

図 在宅患者訪問褥瘡指導管理料の届出施設数と算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月調査分）、7.1報告

在宅医療に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 訪問診療を主として行う医療機関から他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間は6ヶ月以上の長期に渡ることが多い。一方、自施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者について、初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数を「把握していない」との回答が多かった。
- 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が困難であるとの現場の声がある。
- 医療資源の少ない地域において、在宅医療を行う医療機関の許可病床数に係る要件緩和等が行われてきているところであるが、常勤職員の確保が困難であるとの現場の声がある。
- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料について、初回のカンファレンスにおける評価がなされていない。



【論点】

- 在宅医療に係る現状や平成30年度診療報酬改定後の算定状況等を踏まえ、必要な見直しを検討してはどうか。

在宅医療において使用する材料の評価について

【現状及び課題】

(1) 在宅自己導尿

- 自己導尿を要する患者のうち、特に脊髄損傷や二分脊椎等といった、長期間に渡り導尿を要する患者においては、尿路感染症の反復による腎機能障害等のリスクを踏まえると、高機能なカテーテルのもつ尿路感染症予防効果は特に重要。
- こうした高機能なカテーテルの評価として、「特殊カテーテル加算」を新設したが、算定回数は限定的。
- また、こうした経緯から、材料に係る評価が管理料及び加算に分かれており、評価体系が複雑化している。

(2) 在宅人工呼吸管理

- 在宅呼吸管理については、特に小児と成人の呼吸管理の違いを踏まえると、一律の評価には馴染まない。



【論点】

- 在宅自己導尿や在宅呼吸管理において、患者の個々の病態や病状に応じた適切な材料の活用を含めた質の高い管理を行えるよう、その評価の在り方やコストを踏まえた評価の見直しについて検討してはどうか。

54

中医協総会 2019.11.13 個別事項その8 (技術的事項①) 資料

133

訪問看護の提供体制に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【機能強化型訪問看護ステーションについて】

- 機能強化型訪問看護管理療養費については、医療ニーズの高い利用者の受入れ等の一定の実績要件を求め、人員配置の体制と合わせてより高い評価を行っているが、理学療法士等職員の割合が高いステーションが存在する。理学療法士等職員の割合が40%以上の機能強化型訪問看護ステーションは、40%未満のステーションに比べて、職員1名あたりの重症者の受入れ数やターミナルケアの実施数が少ない。
- 機能強化型訪問看護療養費の人員基準では常勤看護師を要件としているが、常勤職員の確保が困難なステーションが多く存在する。
- 医療機関からの訪問看護・指導については、機能強化型訪問看護管理療養費と同様の実績要件を加味した評価は存在しない。一方で、訪問看護ステーションと連携して24時間訪問看護提供可能な体制を確保している医療機関や、訪問看護によるターミナルケアを実施している医療機関も存在する。

【同一建物居住者に対する訪問看護について】

- 同一建物居住者に対する訪問看護は増加傾向である一方で、複数名訪問看護加算や難病等複数回訪問加算等においては同一建物居住者に係る評価の区分はなされていない。

【理学療法士等による訪問看護について】

- 理学療法士等従事者の割合が高い訪問看護ステーションでは、24時間対応体制加算の届出やターミナルケアの実施が少ない傾向にある。また、理学療法士等による訪問看護の割合が高い利用者は、末期の悪性腫瘍や医療的処置を必要とする状態の利用者も少ない。
- 別表7・8に該当する利用者や特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者のために週4日目以降の評価が設定されているが、理学療法士等による訪問看護においても約8%で週4日目以降の基本療養費が算定されている。理学療法士等による4日目以降の算定を行っている利用者は、看護職員による4日目以降の算定を行っている利用者比べ、末期の悪性腫瘍、留置カテーテル、褥瘡といった、医療的なケアを必要とする状態にある利用者の割合が少ない。
- 職種により提供内容が異なるにもかかわらず、訪問看護計画書及び訪問看護報告書には職種に関する記載欄は設けていない。

【論点】

- 機能強化型訪問看護管理療養費は、重症患者の受入れ等を要件とするものであり、より手厚い看護提供体制を評価する観点から、看護職員の割合を要件に加えることとしてはどうか。また、医療従事者の働き方の観点から、一部の職員については常勤換算により満たせることとしてはどうか。また、医療機関における在宅患者訪問看護・指導について、実績要件を加味した評価の在り方をどのように考えるか。
- 同一建物居住者に対する訪問看護が増えている実態を踏まえて、複数名訪問看護加算及び難病等複数回訪問加算等についても、同一建物居住者に係る考え方を導入することとしてはどうか。
- 理学療法士等による訪問看護と看護職員による訪問看護の提供内容の違いを加味して、理学療法士等による週4日目以降の訪問看護の評価の在り方についてどのように考えるか。また、訪問看護計画書及び報告書に、訪問する職種の記載をすることとしてはどうか。

49

中医協総会 2019.11.20 在宅医療その2 資料

134

利用者のニーズへの対応に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【専門性の高い看護師による同行訪問について】

- 専門性の高い看護師による同行訪問について、人工肛門・人工膀胱ケアの対象はびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態となっており、適切な看護ケアが必要であるにもかかわらず、皮膚障害のないストーマ合併症が含まれていない。

【精神障害を有する者への訪問看護について】

- 精神科訪問看護の算定回数は著しく増加しているが、統一した尺度等により利用者の状態を評価することは要件等にはなっていない。
- 精神科複数名訪問看護加算は、複数名訪問看護加算とは異なり、医師が複数名訪問の必要性があると認め訪問看護指示書にその旨の記載がある場合が対象となっており、複数名訪問の理由はスタッフの安全確保のためが多い。

【利用者のニーズへのその他の対応について】

- 在宅で実施し得る特定行為で使用する医療材料の中には、医療機関が特定保険医療材料として算定できないものが一部ある。



【論点】

- 専門性の高い看護師による同行訪問の対象に、皮膚障害以外の適切な看護ケアが必要なストーマ合併症を含めてはどうか。
- 精神科訪問看護について、利用者の状態把握のために、他の診療報酬項目でも用いられているGAF尺度による評価を訪問看護記録書、訪問看護報告書、訪問看護療養費明細書に記載することとしてはどうか。また、精神科複数名訪問看護加算について、算定状況や複数名訪問看護加算との要件の違いを踏まえ、複数名訪問の理由を選択式等により具体的に訪問看護指示書に記載することとしてはどうか。
- 在宅における特定行為の実施にあたり支給する医療材料について、必要なものについては算定可能な材料に含めることを検討してはどうか。

70

中医協総会 2019.11.20 在宅医療その2 資料

135

関係機関等との連携に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【関係機関への情報提供について】

- 市町村等への情報提供を評価した訪問看護情報提供療養費1について、平成30年度診療報酬改定において対象者等の見直しをなされ改定後に算定数が減少したが、特に15歳未満の割合が減少した。
- 学校への情報提供を評価した訪問看護情報提供療養費2について、患児が円滑に学校生活を送ることにつながっている一方で、算定要件である「入学又は転学時等の当該学校に初めて在籍する月」に係る課題が挙げられた。また、医療的ケア児の受入れ促進のために、学校だけでなく保育所や幼稚園にも看護職員の配置が進められているところである。

【介護保険サービスとの連携について】

- 看護小規模多機能型居宅介護事業所(以下、看多機という)の宿泊サービスを利用中の者への訪問診療や訪問看護については、当該サービス利用前30日以内に患者を訪問し、在宅患者訪問診療料や訪問看護基本療養費を算定している場合に限り、在宅患者訪問診療料や訪問看護基本療養費を算定できることとなっている。そのため、退院直後、看多機の宿泊サービス利用開始前に、一度自宅に戻り訪問診療や訪問看護を提供せざるを得ない事例が存在する。



【論点】

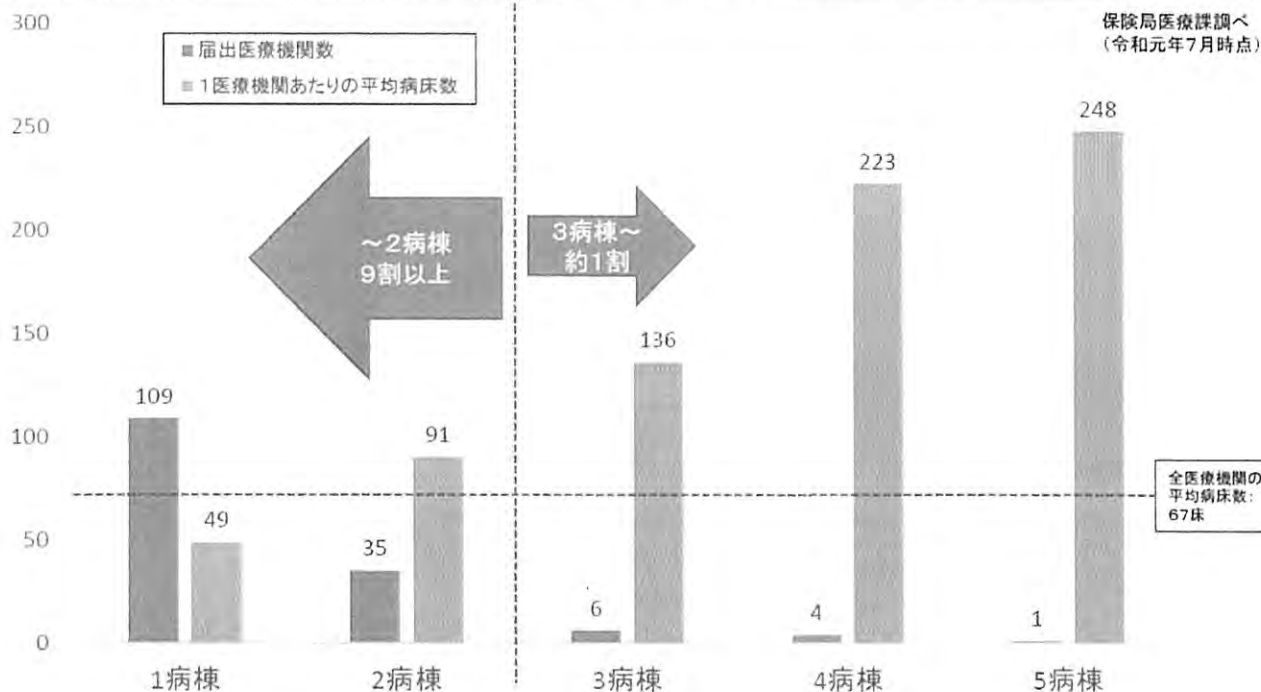
- 医療的ケア児や小児に係る情報提供について、関係機関との連携を推進するために、訪問看護情報提供療養費1について15歳未満の利用者を対象に含めるとともに、訪問看護情報提供療養費2について入学時等に限らず年1回算定可能とし、保育所及び幼稚園も情報提供先に含めてはどうか。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所の宿泊サービスを利用中の者への訪問診療及び訪問看護について、退院直後に限り、当該サービス利用前の訪問診療や訪問看護の実施の有無にかかわらず、在宅患者訪問診療料や訪問看護基本療養費を算定可能としてはどうか。

(82)

中医協総会 2019.11.20 在宅医療その2 資料

136

- 精神科救急入院料1を届け出ている9割以上の医療機関において、当該入院料病棟数は2病棟以下である一方、当該入院料を3病棟以上届け出ている医療機関が約1割あり、1医療機関あたりの最多の届出病棟数は5病棟であった。
- 精神科救急入院料1を届け出ている全医療機関の平均病床数は67床である一方、当該入院料を3病棟以上届け出ている医療機関の、1医療機関あたりの平均病床数は136～248床であった。



平成30年度診療報酬改定 II-1-4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価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

入院精神療法の評価の充実

- 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

平成28年度	平成30年度
入院精神療法(I) 360点 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。	入院精神療法(I) 400点 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

- 精神科電気痙攣療法において、麻酔科標榜医による質の高い麻酔を実施した場合の評価を新設す

平成28年度	平成30年度
1 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 3,000点 2 1以外の場合 150点	1 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 2,800点 2 1以外の場合 150点 注 麻酔科標榜医が麻酔を行った場合は、900点を加算する。

精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し

- 精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等※における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加する。

※ 精神科急性期治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期医師配置加算、精神科病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算

- あわせて、精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算の移行率の基準を、平成30年度の7割から7割5分に引き上げる。

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%)

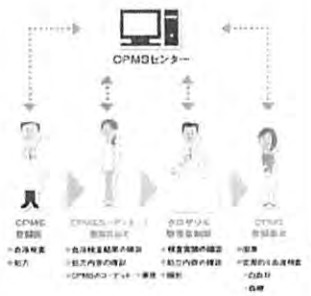
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

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

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。

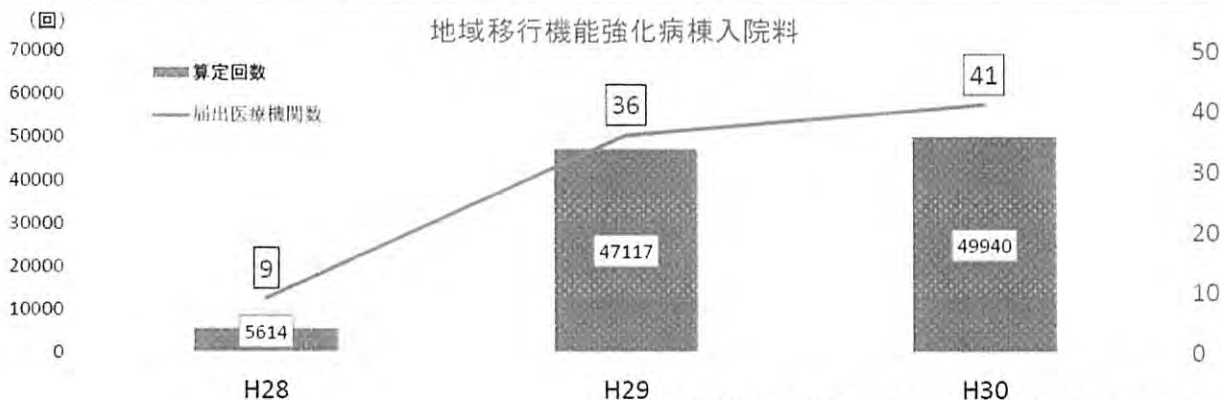
	医師の配置	看護職員等の配置	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
A311 精神科救急入院料1	医師 16:1 指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行※1	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,579点 (~30日) 3,145点 (31日~)
A311 精神科救急入院料2			・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行※1 ※1 再入院患者も含む		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、休日又は深夜の外未対応件数が年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)

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]

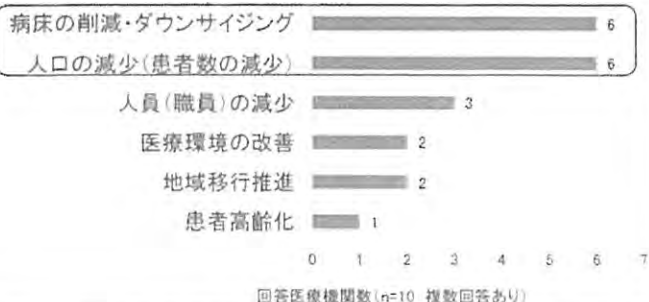
- ① 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- ② 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- ③ 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- ④ 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- ⑤ 1年以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。



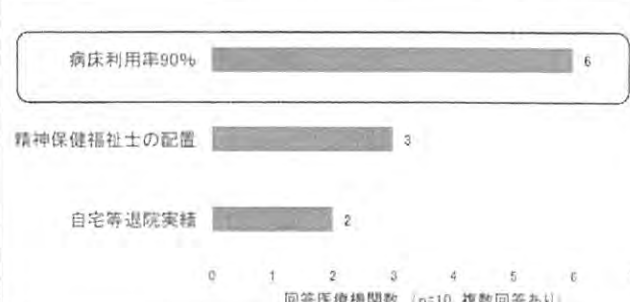
地域移行機能強化病棟入院料を届け出たことのある医療機関へのヒアリング調査結果

- 地域移行機能強化病棟入院料を届け出たことのある医療機関に対するヒアリング調査において、当該入院料を届け出た理由として、病床削減への意向や人口の減少等が挙げられた。
- 当該入院料を届け出たことで、「多職種の連携、地域の施設との連携が深まり、積極的な退院支援が実施出来た」「保健所やピアサポーターの協力による入院患者の退院意欲の増進」等の効果を得られたとの意見があった。
- 当該入院料を届け出るにあたり、障害となった要件は「病床利用率90%」との回答が多かった。

地域移行機能強化病棟入院料の届け出を行った理由



地域移行機能強化病棟入院料の届け出の障害となった要件



(問)地域移行機能強化病棟の効果として実感したことはありますか。

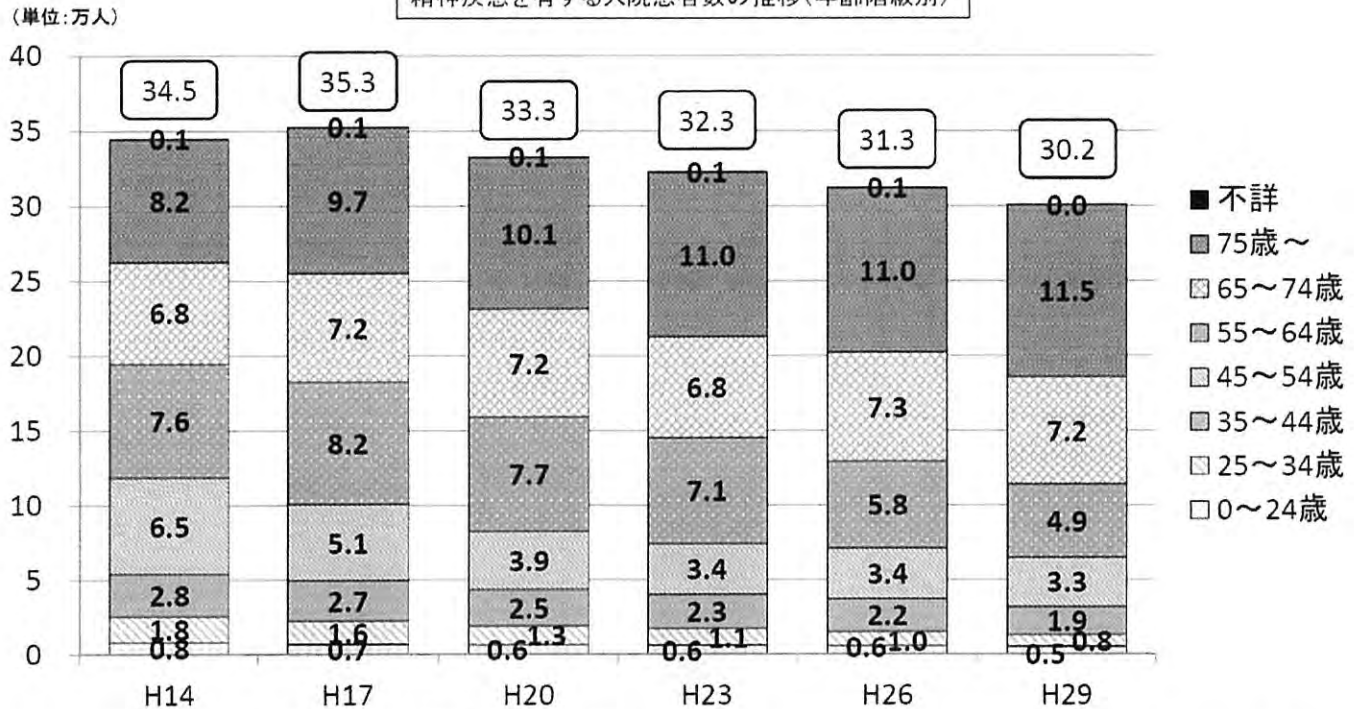
出典：令和元年度精神疾患患者に係る入院医療等に関する実態調査

- ・ 多職種の連携、地域の施設との連携が深まり積極的な退院支援を実施できた。
- ・ 新規の連携先(引き受け施設)が増加した。
- ・ 精神保健福祉士がケアに参加することにより、看護師の考え方(視野)が拡大した。
- ・ 保健所やピアサポーターの協力による入院患者の退院意欲が増進した。
- ・ 入院患者の当該病棟に対する退院に向けた期待が増大した。

精神病棟における身体合併症治療、リハビリテーションについて

- 精神疾患を有する入院患者の総数は減少している一方、75歳以上が増加している。
- 精神疾患を有する入院患者のうち5割以上が65歳以上である。

精神疾患を有する入院患者数の推移(年齢階級別)



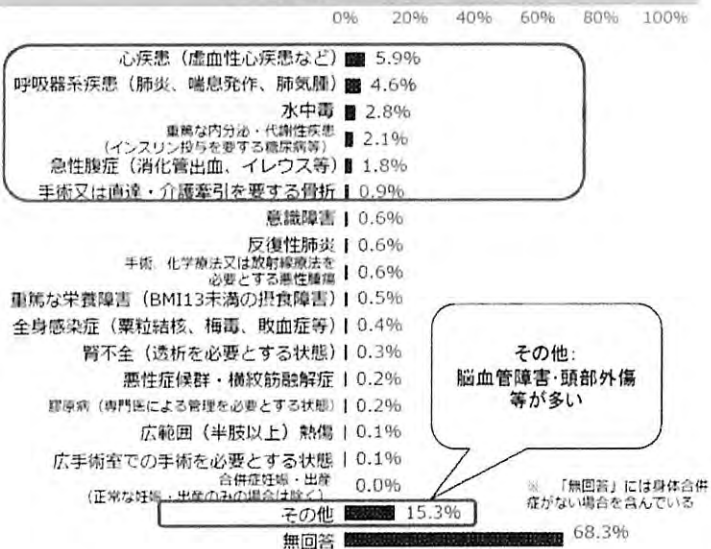
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神病棟長期入院患者の身体合併症とリハビリテーションについて

- 精神病棟を有する医療機関への調査の結果、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟に1年以上継続して入院している患者（平均年齢63.5歳）の身体合併症は、心疾患、呼吸器系疾患、水中毒、重篤な内分泌・代謝性疾患、急性腹症が多かった。
- 精神病棟に入院する患者の状態についての調査結果によると、一部の患者については脳血管疾患等を合併し、その中にはリハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

1年以上長期入院患者の身体合併症の状況



※出典：平成27年度障害者支援状況等調査研究事業「精神科病院長期入院患者の状況像及び支援方策に関する実態調査」

精神病棟に入院する患者の状態についての調査結果

- 精神病棟に入院する患者の状態についての調査の結果、精神病棟において以下の合併症を有する患者が認められた。

パーキンソン関連疾患	19.0%
脳血管疾患	6.0%
（うち 後遺症あり）	（3.7%）
骨折	4.6%
廃用症候群	3.8%

- これらの患者には、リハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

※出典：H26年度厚生労働省 障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」

精神病床からの地域移行・地域定着支援に係る現状及び課題 (1)

地域移行の推進に資する入院医療について

【現状及び課題】

- 精神科救急入院料については、これまで地域における精神科救急医療体制への貢献等を踏まえた要件の見直しが行われてきたところであるが、約1割の届出医療機関においては3病棟以上の精神科救急入院料病棟を運用している実態がある。
- 精神科急性期治療病棟における急性期医師配置加算について、3ヶ月以内の在宅移行率60%とされている要件が満たせないために、届出が困難であるとの意見がある。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬であるクロザピンは、実態として急性期医療を行う精神病棟で使用される傾向にある一方、CPMSにおいてクロザピンの新規導入時は18週間以上の入院が望ましいとされている。また、児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において薬剤料が包括除外とされていない。
- LAIは統合失調症の維持治療に有効であり、再入院率の低下につながるというエビデンスが示されている。LAIは導入時に慎重な管理が必要であり至適用量決定に数週間を要する。入院患者へのLAI投与に係る薬剤料等の包括診療料からの除外を望む現場の意見がある。
- 地域移行機能強化病棟入院料は、積極的な退院実施等に効果がある一方、病床利用率等の要件により届出が困難であるとの声がある。
- 精神病棟に入院する患者についての調査の結果によると、精神病棟に入院する患者は高齢化しており、脳血管障害等の合併症を有する患者について、リハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数存在することが想定される。

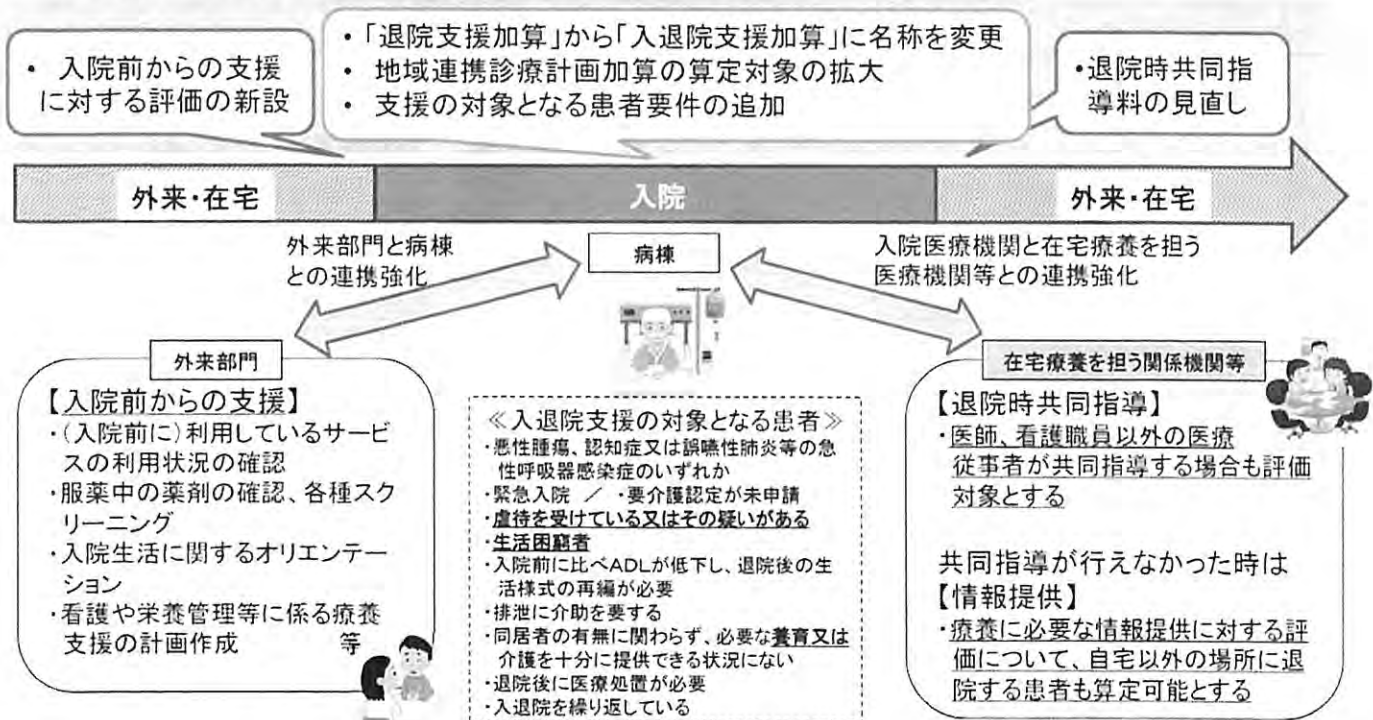
【論点】

- 精神科救急入院料について、地域において担う役割や、実際に提供されている医療の内容等を踏まえ、病棟ごとに基準を満たすことを明確化するとともに、その病床数の上限等の施設基準等について必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- 抗精神病薬の多様化により、LAIやクロザピン等の地域移行・地域定着の促進に資する薬剤が広がりつつある。これらの薬剤は専門的管理を必要とし、また、入院医療における標準治療としても活用されている実態があることを踏まえ、急性期治療病棟入院料における在宅移行率、児童・思春期精神科入院医療管理料におけるクロザピンの薬剤料、LAIの薬剤料の取り扱い等について必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- 精神病床からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、継続的に評価するとともに、その施設基準等について必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- 精神病床の医療ニーズの変化を踏まえ、身体合併症管理加算の対象の見直しや、高齢化に伴い脳血管疾患等を合併する患者へのリハビリテーションに係る評価のあり方についてどのように考えるか。

平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進①

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



○ 精神病棟からの退院支援については、これまでに一定の評価がされているが、退院先の医療機関等と共同で支援等を実施した場合の評価は無い。

精神病棟における多職種による退院支援等に係る現行の評価

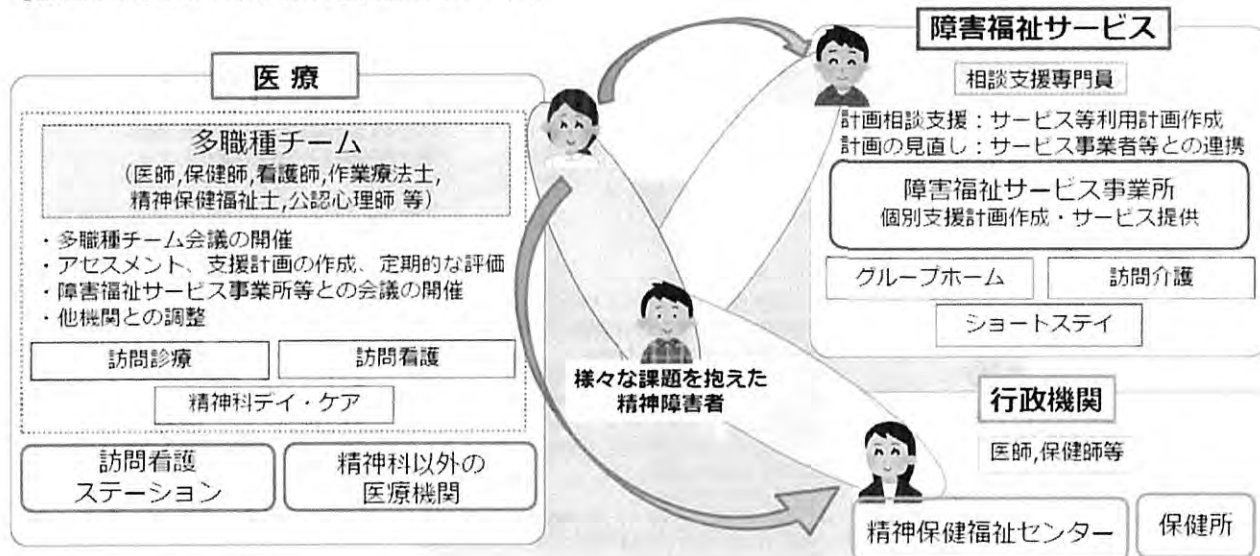
注)これらの加算等は、互いに併算不可の場合がある。

	精神病棟入院基本料	精神療養病棟入院料	認知症治療病棟入院料
退院調整加算 専従するPSW等を配置した退院支援部署において、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。	-	500点/退院時	300点/退院時
精神保健福祉士配置加算 ・病棟専任の精神保健福祉士が1名以上配置していること。 ・専従のPSWを配置した退院支援部署を設置していること。 ・措置入院患者等を除いた入院患者のうち7割以上が、入院日から起算して1年以内に退院し、患家または精神障害者施設へ移行すること。	30点/日	-	-
精神科地域移行実施加算 入院期間5年以上の患者が1年間で5%以上減少していること。	20点/日	-	-
精神科退院指導料	1 入院期間1月以上の患者等に対し、多職種協働で退院後に必要な保健医療福祉サービスに関する計画を作成し、指導を行った場合	320点/入院中1回	
	2 精神科地域移行支援加算 入院期間1年以上の患者等に対し、多職種協働で退院後に必要な保健医療福祉サービスに関する計画を作成し、指導を行った場合	200点/退院時	
精神科退院前訪問指導料 患家等を訪問し、退院後の療養上の指導を行った場合に算定。	380点/入院中3回/入院期間が6月を超えると見込まれる場合は6回 (保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉が共同した場合は320点加算)		
精神科措置入院退院支援加算 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合に評価。 (施設基準) 措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するための体制をとっていること。	600点(退院時1回)		

精神科外来における多職種による相談・支援等について
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた基盤整備の取組例

- これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(平成29年2月)において、地域生活支援において、精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービスの調整(包括的なマネジメントによる支援)が重要とされている。
- 包括的支援マネジメントは、国際的に有効性が示されており(Cochrane review)、中重度の精神障害者に必要に応じて包括的支援マネジメントを行い、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げていることが広く知られている。

【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究より一部改題

※ 障害保健福祉部 精神・障害保健課作成

- 平成30年度報酬改定において、精神科重症者早期集中支援管理料が廃止され、精神科在宅患者支援管理料が新設された。管理料1にイ～ハの区分が設けられた。

平成30年度診療報酬改定

- 精神科重症者早期集中支援管理料を廃止し、精神科患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させる。

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1（当該医療機関が訪問看護を提供）	1,800点	1,350点
管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）	1,480点	1,110点

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1（当該医療機関が訪問看護を提供）		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ 重症患者等	2,500点	1,875点
ハ 重症患者等以外	2,030点	1,245点
管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	2,487点	1,850点
ロ 重症患者等	2,058点	1,542点

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

平成28年度

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

【算定要件】
以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
(1) 精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。いずれか1名以上を専従とする。
(2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。
(3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

【施設基準（抜粋）】 以下を満たしていること。
ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

平成30年度

【精神科在宅患者支援管理料】

【算定要件】
(1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
(2) 「ロ」については、(1)のアに加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。
ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
イ 上記チームが月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
(3) 「ハ」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。

【施設基準（抜粋）】 「イ」または「ロ」を算定する場合には、以下を満たしていること。
ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

精神病床からの地域移行・地域定着支援に係る現状及び課題（2） 入院医療から外来医療への円滑な移行及び外来医療について

【現状及び課題】

- 精神医療において、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にあたり、入院前からの退院時、退院後まで切れ目のない支援の重要性が示されており、入院医療機関と退院後の外来医療を行う医療機関等の関連する機関間で、多職種が共同で退院支援を行う取組等がなされている実態がある。これらの取組は地域移行・地域定着支援に資するとされているが、現行では見合った報酬上の評価がなされていない。
- 精神科外来通院患者の地域定着支援において、精神保健福祉士等の多職種による包括的支援マネジメントが効果的であるとの知見が示されており、実際に外来へ多職種を配置し相談支援業務を行っている医療機関は多い。一方、外来において精神保健福祉士等が行う相談支援等の援助についての評価は限定的な場面に限られている。
- 平成30年度改定において、精神科在宅医療の充実のため精神科在宅患者支援管理料が創設されたところ。重症患者等への手厚い在宅医療への評価を目的とした精神科在宅患者支援管理料イとロの算定回数は少ない一方、重症患者等以外の患者を対象としたハについては、施設基準等の要件が実態に見合わないという意見がある。

【論点】

- 入院医療から外来医療への円滑な移行を進め、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、精神科棟における入院前から退院時までの多職種・多機関による共同指導等への評価のあり方についてどのように考えるか。また、このような患者について、精神科外来医療において包括的支援マネジメントが重要であるとの観点を踏まえ、精神科外来における多職種による相談・支援等に対する評価のあり方について、どのように考えるか。
- 精神医療における在宅医療を適切に推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、現在の算定状況やその本来の趣旨等を踏まえ、対象患者や施設基準を見直すこととしてはどうか。

【現状及び課題】

- 児童・思春期の精神疾患を有する患者数は増加しており、これまでも診療報酬上の対応を行ってきているところ。公認心理師制度が開始され、小児科等において、公認心理師が児童・思春期の患者を対象とした心理カウンセリング等の心理的支援業務を行っている実態がある。
- 精神疾患を有する妊産婦への対応について、特定機能病院における精神病棟等の重篤な精神症状を有するハイリスク妊産婦に対して産科と精神科が連携して診療を行っている実態のある精神病棟であっても、ハイリスク分娩管理加算が算定できない。
- ハイリスク妊産婦連携指導料1、2について、自治体職員との連携が困難であるために算定要件を満たせないとの現場の意見がある。
- これまで薬物依存症に対する依存症集団療法について、診療報酬上の評価がなされてきているが、ギャンブル依存症にする効果的な依存症集団療法のプログラムが開発され、効果が確認されたところ。



【論点】

- 児童・思春期の患者に対して、公認心理師がカウンセリングを行った場合の評価のあり方について、どのように考えるか。
- ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊産婦連携指導料について、ハイリスク妊産婦に対する診療の実態等を踏まえ、算定要件等の見直しを行うこととしてはどうか。
- ギャンブル依存症に対する効果的な治療法に係る評価について、どのように考えるか。

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能ないように医療従事者の専従要件の見直しがされた。

○：算定可、×：算定不可

	基本入院料							特定入院料		
	一般病棟入院料	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	（特定機能病院） （一般病棟） 特定機能病院入院基本料	（特定機能病院） （結核病棟） 特定機能病院入院基本料	（特定機能病院） （精神病棟） 特定機能病院入院基本料	専門病院入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ <small>(7対1.10対1のみ)</small>	×	×	×	○	×	×	○ <small>(7対1.10対1のみ)</small>	×	×
平成24年～	○	○	×	×	○	×	×	○	○	×

備考 平成26年度改定より医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加
平成30年度改定より専従要件を緩和

栄養サポートチームに関する現状・課題と論点

【現状と課題】

- 栄養サポートチーム加算の算定要件は、徐々に緩和等が行われてきたが、まだ評価されていない基本入院料がある。
- 結核患者は、高頻度で低栄養であるが、栄養サポートチームが介入することにより入院期間の有意な減少が報告されている。
- 統合失調症患者では、肥満やいそ患者が一定程度存在するが、栄養サポートチームの介入により、BMI、血糖値、トリグリセリド値、総コレステロール値が改善することが報告されている。



【論点】

- 低栄養等の結核患者及び精神疾患患者に対する多職種協働での栄養介入による効果を踏まえ、算定可能病棟の見直しを検討してはどうか。

病棟薬剤業務実施加算等の施設基準

中医協 総-2-1
元. 5. 29 (改)

- 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	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。 【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。
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	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。 【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。
2 1の患者以外の患者の場合（週1回かつ月4回）	325点	

【現状・課題】

- 薬剤師の病棟における業務の評価である病棟薬剤業務実施加算は平成24年度に新設され、特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価として、病棟薬剤業務実施加算2を平成28年度に新設。
- 薬剤師の配置による医師の負担軽減及び医療の質向上への効果についてみると、「患者からの情報収集(投薬歴、持参薬等)」等のすべての選択肢で、「効果がある」、「どちらかといえば効果がある」と回答した割合が9割超であった。
- 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、薬剤師の業務が1年前と比較し、「とても増えた」とする回答があった。
- 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割で最も多い。
- 現在、病棟薬剤業務実施加算の算定対象にハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟等は含まれていないが、約5割の病棟等において薬剤師が病棟業務を実施していた。薬剤師の配置により医師等の負担軽減や副作用の回避等の効果が得られたとする回答があった。



【論点】

- 病棟薬剤業務実施加算について、薬剤師の病棟配置が医師等の負担軽減として効果があるとされたことを踏まえ、医療機関の取組がさらに進むよう評価の在り方の見直しを検討してはどうか。
- 2人以上の常勤薬剤師の配置が要件の診療報酬項目の要件の見直しを検討してはどうか。
- ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟等において、薬剤師の病棟業務実施状況、医師等の負担軽減等の効果を踏まえ、病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方について検討することとしてはどうか。

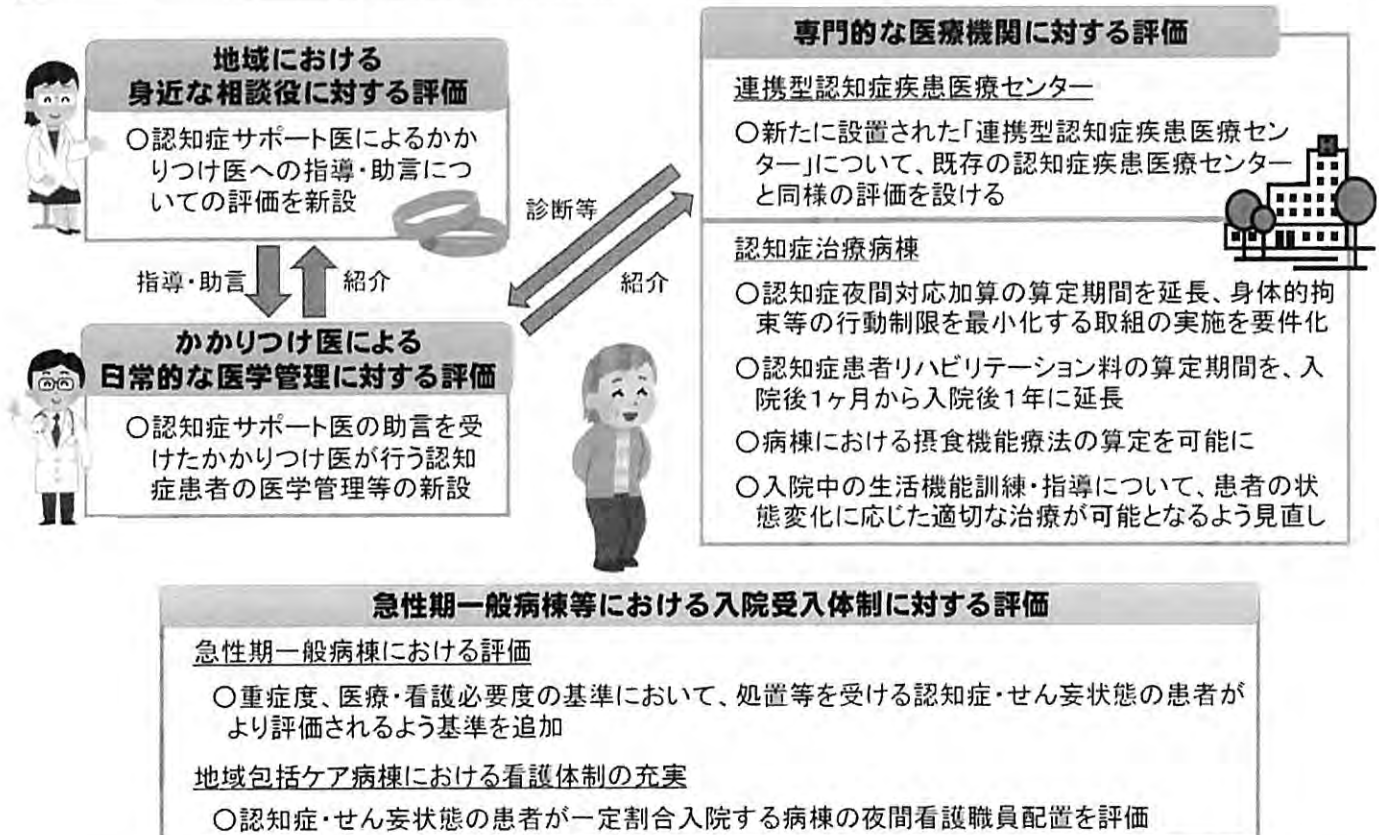
81

中医協総会2019.11.08資料(個別事項(その7))(医療従事者の働き方③)

155

平成30年度診療報酬改定 II-1-3)認知症の者に対する適切な医療の評価①

認知症の者に対する適切な医療の評価



かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) 認知症サポート指導料 450点(6月に1回)

[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料2 300点(月1回)(6月に限る)

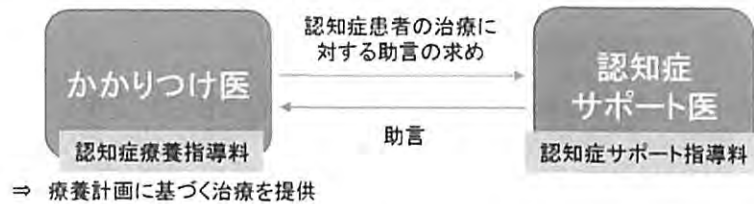
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

認知症ケア加算の算定状況

診調組 入-1
元, 10, 3(改)

	認知症ケア加算1	認知症ケア加算2																												
点数(1日につき)	イ 14日以内の期間 150点 □ 15日以上(身体的拘束を実施した日は60%)	イ 14日以内の期間 30点 □ 15日以上(身体的拘束を実施した日は60%)																												
算定対象	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクD以上の患者(重復の意図障害のある者を除く)																													
身体的拘束	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から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。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。 																												
病棟職員の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 ② 行動、心理症状がみられる場合には、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について検討。 ③ 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的な評価。 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ④ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該患者が入院する病棟の看護師等は、行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な環境調整や患者とのコミュニケーション方法を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 																												
職員の配置等	<ul style="list-style-type: none"> ・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 ア 認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師(精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか) イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、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 ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。 ② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。 ④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修(9時間以上)を受けた看護師を複数名配置。 																												
マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアチームが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マニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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マニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。 																												
院内研修等	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。 																												
届出医療機関数及び算定件数	<p>届出医療機関数</p> <table border="1"> <caption>届出医療機関数</caption> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>加算1</th> <th>加算2</th> <th>区分不明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>322</td> <td>180</td> <td>502</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>387</td> <td>2,193</td> <td>2,583</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>517</td> <td>2,816</td> <td>3,339</td> </tr> </tbody> </table> <p>【出典】保険局医療課調べ(各年7月1日時点) ※区分不明のものは除く。</p>	区分	加算1	加算2	区分不明	H28	322	180	502	H29	387	2,193	2,583	H30	517	2,816	3,339	<p>算定件数</p> <table border="1"> <caption>算定件数</caption> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>加算1</th> <th>加算2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H28</td> <td>1,857</td> <td>2,410</td> </tr> <tr> <td>H29</td> <td>9,412</td> <td>11,658</td> </tr> <tr> <td>H30</td> <td>1,5213</td> <td>1,7722</td> </tr> </tbody> </table> <p>【出典】社会医療診療行為別統計(各年6月調査分) 101</p>	区分	加算1	加算2	H28	1,857	2,410	H29	9,412	11,658	H30	1,5213	1,7722
区分	加算1	加算2	区分不明																											
H28	322	180	502																											
H29	387	2,193	2,583																											
H30	517	2,816	3,339																											
区分	加算1	加算2																												
H28	1,857	2,410																												
H29	9,412	11,658																												
H30	1,5213	1,7722																												

○ せん妄を発症した場合の治療は、通常、非薬物療法が推奨されており、薬物療法は激しい行動症状の管理などに限って用いることとされている。

<非薬物療法> (右表)

- 原因疾患 (感染、電解質異常など) の治療、危険因子 (薬物など) の除去
- 合併症 (転棟、褥瘡など) の予防
- 患者安全の保持
- 機能維持

<薬物療法>

- 不穏などの行動症状には薬物療法が用いられるが、ベンゾジアゼピン系の向精神薬は症状を悪化させることがあるため、通常抗精神病薬が用いられる。
- しかし、抗精神病薬の使用はせん妄の期間、重症度、入院期間、死亡率のいずれも改善しないことが報告されており、行動症状の緩和と抗精神病薬による副作用のリスク (鎮静、錐体外路症状、死亡率の上昇等) を考慮して使用することとされている。

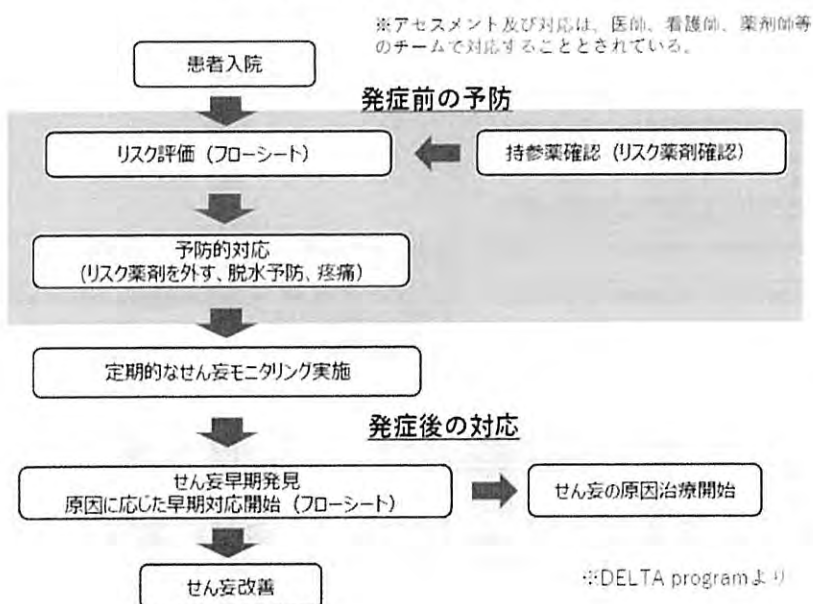
Marcantonio et al. NEJM 2017
Neufeld et al. JAGS 2016
Inouye et al. NEJM 2015

Step and Key Issues	Proposed Evaluation and Treatment
Evaluate and treat common modifiable contributors to delirium	
Drugs	Formulate the strategy, take all newly initiated drugs, increased doses, interactions, over-the-counter drugs, and alcohol; consider especially the use of high-risk drugs; lower the dose or discontinue the drug, or substitute a less psychoactive medication
Electrolyte disturbances	Assess for and treat, especially hyponatremia, sodium imbalances, and thiazide administration
Other drugs	Assess possible symptoms of withdrawal from long-term use of sedatives, including alcohol and sleeping pills; as well as treat poorly controlled pain (lack of analgesia); use local measures and scheduled treatment regimens that minimize the use of opioids (avoid meperidine)
Infections	Evaluate and treat, especially urinary tract, respiratory tract, and soft tissue infections
Reduced sensory input	Address issues including vision (e.g., encourage use of eyeglasses) and hearing (e.g., encourage use of hearing aids or a portable amplifier)
Structural disorders	Consider such disorders (e.g., infection, hemorrhage, stroke, or tumor) if there are new focal neurologic findings or a suggestive history or diagnosis; evaluation for causes outside the central nervous system is warranted
Urinary and fecal disorders	Assess for and treat urinary retention (avoided anticholinergic symptoms) and fecal impaction
Metabolic and pulmonary disorders	Assess for and treat metabolic alkalosis, arrhythmias, heart failure, hypoxemia, severe anemia, exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, hypoxia, and hypercapnia
Prevent or manage complications	
Urinary incontinence	Implement a scheduled toileting program
Immobility and falls	Avoid physical restraints; mobilize the patient with assistance; use physical therapy
Pressure ulcers	Mobilize the patient; reposition an immobilized patient frequently and monitor pressure points
Sleep disturbance	Implement a nonpharmacologic sleep hygiene program, including a nighttime sleep protocol, avoid sedatives, minimize unnecessary awakenings (e.g., for measuring vital signs)
Feeding disorders	Monitor dietary intake; provide feeding assistance if needed; aspiration precautions; and nasogastric intubation as necessary
Maintain patient comfort and safety	
Behavioral interventions	Teach hospital staff de-escalation techniques for patients who have aggressive or agitated behavior; encourage family visitation
Pharmacologic interventions	Use low doses of high-potency antipsychotic agents only if necessary
Restroom function	
Hospital environment	Reduce clutter and noise; provide adequate lighting; encourage family training or familiar objects from home
Cognitive reorientation	Staff should reorient patients to time, place, and person at least three times daily
Ability to perform activities of daily living	Use physical and occupational therapy; as delirium clears, match performance to ability
Family education, support, and participation	Provide education about delirium, its causes and reversibility, the best ways to interact with affected patients, and the role of the family in restoring function
Discharge planning and education	Provide increased support for activities of daily living as needed at discharge; teach family members to follow mental status as a barometer of recovery

具体的な取組内容

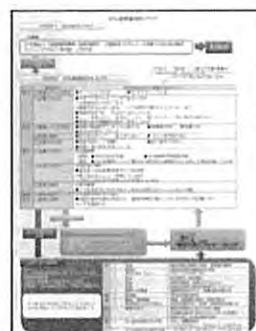
○ せん妄対策の取組として「発症前の予防」と「発症後の対応」があり、どちらもチェックリストを活用した取組の例がある。

<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

<リスク因子>	<せん妄の対応>
・70歳以上	・疼痛の治療
・臓器障害	・脱水の補正
・認知症	・身体拘束を避ける
・アルコール多飲	・見当識を付ける
・せん妄の既往	・家族との面会
・ベンゾジアゼピン系薬剤	・リスク薬剤の中止 等

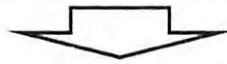
【現状及び課題】

【認知症ケア加算について】

- 認知症ケア加算1は急性期一般入院料1や特定機能病院での届出が多い。
- 加算1を届出していない理由で最も多いのは「認知症ケアチームの要件である専任の常勤医師を確保できない」ことであり、特に加算2を届出している施設において、当該理由を挙げている割合がより高かった。
- 加算1・2ともに届出していない施設においても、認知症患者に対して様々な取組がなされていた。
- 加算2において、加算1の認知症ケアチームの要件である専門性の高い看護師を配置している病棟では、配置していない病棟よりも、身体的拘束を実施した患者や日数の割合が低い。

【せん妄予防の取組について】

- せん妄は、疾病の状態や医療処置など、様々な要因が危険因子となって発症し、死亡率の上昇など、多くの有害事象と関連する。
- せん妄の頻度減少と合併症予防のためには、せん妄予防が最も効果的とされており、特にスクリーニングと多要素介入を入院後早期に行うことの効果が示されている。
- せん妄予防の取組の実施状況を見ると、急性期一般入院料1や集中治療室等の約7～8割で取組が行われていたが、取組を行っているタイミングをみると、「入院時又は入院後早期に一律に行っている」と「せん妄を疑う際に行っている」が多かった。
- リスクがある患者への予防的介入は非薬物療法を中心に行われていたが、項目ごとの実施状況にはばらつきが見られた。



【論点(案)】

- 認知症ケア加算について、要件を満たす専任の常勤医師の配置が困難である現状を踏まえ、加算1の医師に係る要件を緩和してはどうか。また、認知症に関する専門性の高い看護師の配置による効果の実態を踏まえ、より質の高い認知症ケアを提供する観点から、現行の加算2の要件に、専門性の高い看護師の配置に係る要件の追加を検討してはどうか。この場合、現行の加算2のあり方についてどのように考えるか。
- せん妄の発症は様々な有害事象と関連することから、適切な予防の取組を推進することは重要と考えられる。現状、医療機関におけるせん妄予防の取組は一定程度実施されているが、介入のタイミングや取組内容は医療機関によって差があることを踏まえ、標準的な取組を行う体制を評価することについてどのように考えるか。

栄養管理に関する情報提供の効果について

- 栄養情報提供書を提供している場合、提供していない場合と比較して、栄養管理計画・栄養ケアプランの作成に係る時間が有意に減少している。
- 栄養管理に関する情報提供を行った施設において、転帰直後より転院前の食形態やとろみに関する情報を参考に食形態の変更を行っていた。

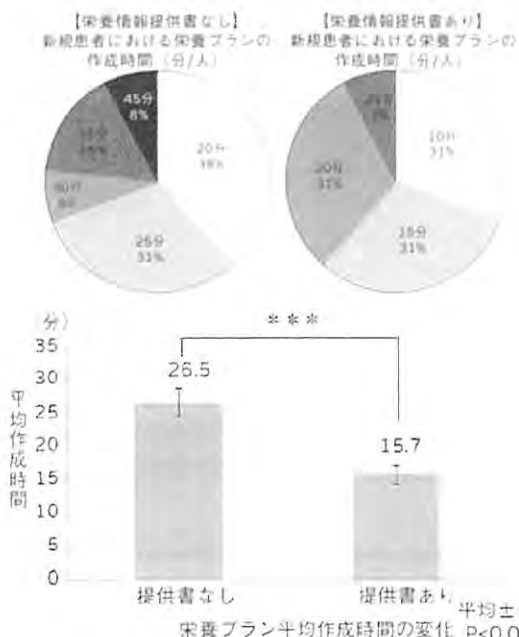


表 栄養管理に関する情報提供書の送付先の転院後の食形態及びとろみ調整食品の変更対応の有無

対応	送付時からの変更	転帰直後	1～6か月以内	有意差 (転帰直後 VS 1～6か月以内)
食形態	あり	36	8	n.s
	なし	118	38	
とろみ調整食品	あり	12	6	n.s
	なし	144	41	

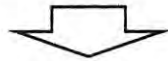
出典：田中ら、日本栄養士会雑誌62(9)、479-487(2019)

出典：宮崎ら、日本栄養士会雑誌60(6)、327-335(2017)

栄養管理に関する退院時の情報提供に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 入院栄養食事指導料は、患者に合わせた食事計画書案等を必要に応じて交付することが要件となっているが、入院中の栄養管理に関する情報は、提供されていない。
- 退院・転院向けに栄養情報提供書を作成している病院が約3割あり、病院、介護老人保健施設等に摂食嚥下機能低下、経管栄養等の患者に関する栄養情報を提供している。
- 栄養管理に関する情報提供をした場合、転院先において栄養管理計画書等の作成時間が減少するとともに、転帰直後から食形態、とろみ調整食品等の対応が可能となるという報告がある。



【論点】

- 入院栄養食事指導を受けた患者に関して、退院後の後方病床等を担う保険医療機関等に適切に情報を共有する観点から、栄養情報提供する場合を評価してはどうか。

個別栄養食事管理加算に関する現状・課題と論点

【現状・課題】

- 現時点では、緩和ケア診療加算と個別栄養食事管理加算の対象疾患は異なっている。
- 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、心不全の栄養療法における多職種連携では、管理栄養士の役割として、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。



【論点】

- 個別栄養食事管理加算について、緩和ケアチームに管理栄養士が参画することを推進する観点から、緩和ケア診療加算と同様、後天性免疫不全症候群及び末期心不全患者を対象疾患として加えることとしてはどうか。

- がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。
- 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設置した場合の評価を設ける。

(新)	療養・就労両立支援指導料	1,000点
	相談体制充実加算	500点



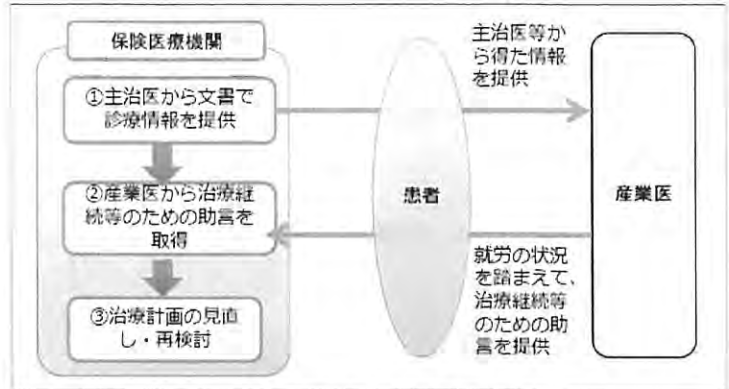
【算定要件】

- 就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のもので、以下の全てを行った場合に算定する。
- (1) 医師が病状、治療計画、就労に必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供
 - (2) 医師又は医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導
 - (3) 産業医から治療継続等のための助言の取得
 - (4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討

患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用可

【相談体制充実加算の施設基準】

- (1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。
- (2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。



【両立支援の流れ(イメージ)】

届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
療養・就労両立支援指導料	(届出不要)	10
相談体制充実加算	(病院) 482 (診療所) 85	5

(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)

77

治療と仕事の両立支援に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 日本の労働人口のうち、約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いている。
- 厚生労働省では、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを作成し、普及促進を行っている。
- 平成30年度診療報酬改定で新設した療養・就労両立支援指導料の算定回数は月10回であった。
- 主治医は、診療情報を提供した後、産業医からの助言を踏まえ、治療計画の見直し・再検討を行うまで、療養・就労両立支援指導料を算定することができない。
- また、療養・就労両立支援指導料の対象患者が、産業医が選任されている事業場に勤務しているがん患者に限定されている。
- 両立支援に係るやりとりのうち、企業からの勤務情報の提供に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対し診療情報を提供した場合が評価の対象となり得る。
- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関与する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。
- がん、脳卒中、肝疾患及び難病については、治療と仕事の両立支援にあたり、特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)が示されている。
- また、がん、脳卒中及び肝疾患については、企業と医療機関が情報のやりとりを行うための様式の記載例(企業・医療機関連携マニュアル)が示されており、難病についても令和元年度中に企業・医療機関連携マニュアルが作成される予定である。

【論点】

- 療養・就労両立支援指導料について、治療と仕事の両立支援を推進する観点から、現行の算定要件や算定状況を踏まえ、評価の在り方や対象疾患の見直しを検討してはどうか。

- 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。日本集中治療医学会誌。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

80

特定集中治療室管理料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

(入院患者の評価指標)

- 平成30年度診療報酬改定において、特定集中治療室管理料1・2で提出が必須とされたSOFAスコアについては、手術の有無や退院時転帰等の観点で、重症度、医療・看護必要度では評価できない患者像を評価できる可能性が示唆された。
- 救命救急入院料1・3においても特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を測定することが要件となっているが、当該指標は入院患者の評価指標として適切とは言えない可能性があり、引き続き検討が必要。

(専門性の高い看護師)

- 専門性の高い看護師の配置状況をみると、特定集中治療室管理料1及び2では約9割の施設で配置されており、平均2名弱の配置であった。
- 専門性の高い看護師1名あたりの配置時間数をみると、要件の20時間を上回り、平均40時間弱であった。さらに、複数配置している場合を加味して延べ時間数でみると、平均60時間配置されていた。

(早期からの栄養管理)

- 「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」ではICU入室24～48時間以内に経腸栄養を開始することが推奨されている。
- 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場合と比較して、死亡率が有意に低いという報告がある。また、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、有意に減少するという報告がある。

【論点】

- 特定集中治療室等の入院患者の適切な評価指標を引き続き検討するため、測定に係る負担に配慮しつつ、SOFAスコアの提出を要件とする対象を拡大してはどうか。
- 専門性の高い看護師の配置状況を踏まえ、現行の施設基準の要件をどのように考えるか。
- 特定集中治療室等において早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等の栄養管理の導入による早期離床、在宅復帰を推進する観点から、入室早期から管理栄養士が行う重点的な栄養管理の取組を評価してはどうか。

83

【現状及び課題】

(救急医療管理加算)

- 救急医療管理加算の算定回数は近年ほぼ横ばいであり、加算2の割合が増加傾向にある。
- 救急搬送から入院した患者のうち、救急医療管理加算を算定する患者割合をみると、50%～60%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。また、加算を算定する患者のうち、加算2を算定する患者が占める割合をみると、20～30%未満の施設が最も多かったが、分布にばらつきがみられた。
- 救急医療管理加算1を算定する患者のうち、「意識障害又は昏睡」「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」「広範囲熱傷」の患者について、それぞれ指標を用いて重症度をみると、指標上は重症度が必ずしも高くない症例が一定程度あった。
- 救急医療提供体制別に、年間の救急搬送件数をみると、高度救命救急センターや救命救急センターは年間5000台以上が最も多かったが、二次救急医療機関は分布がばらついていた。救急部門はあるがいずれにも該当しない医療機関は、500件未満が最も多かった。
- 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。

(救急搬送看護体制加算)

- 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の届出状況については、急性期一般入院料1では5割以上が届出を行っていた。
- 救急搬送件数が多いほど、専任の看護師の配置人数が多い傾向にあるが、専任の看護師が1名であっても年間2,000件以上の搬送を受入れている施設があった。



【論点】

- 救急医療管理加算は、緊急に入院が必要な重篤な患者に対する医療を評価する項目であるが、現行の加算1の対象患者の状態にばらつきがあることや、加算2の算定が増加傾向にあることを踏まえ、対象患者の要件についてどのように考えるか。
- 救急医療体制について、救急搬送件数と従事する医師数の関係等も踏まえ、救急搬送の件数や重症度に応じた適切な体制を確実に整備する観点から、どのような対応が考えられるか。
- 救急医療体制の充実とともに、救急部門におけるタスク・シフト／タスク・シェアリングの観点から、専任の看護師配置の実態を踏まえ、現行の施設基準についてどのように考えるか。

33

救急医療管理加算の概要

中医協 総-1
元. 10. 25

A205 救急医療管理加算 (1日につき/入院した日から7日間に限る)

- 1 救急医療管理加算1 900点
- 2 救急医療管理加算2 300点

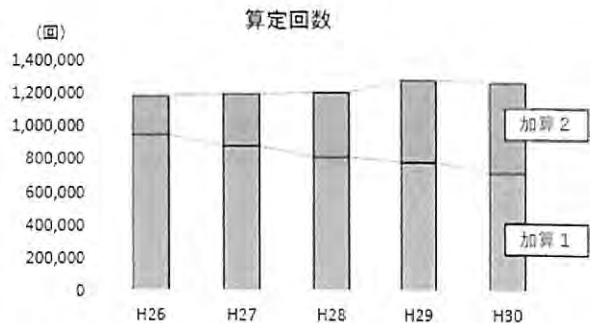
【算定要件】(抜粋)

- (1) (略)
- (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あっても算定できる。
- (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。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。
- (4) 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。

- ア 吐血、嘔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

【施設基準】(抜粋) ※届出不要

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほか重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。



出典：社会医療診療行為別統計・調査 (各年6月調査分)

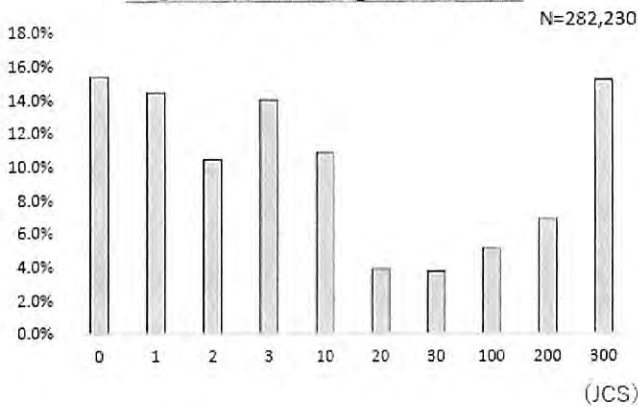
6

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「イ 意識障害又は昏睡」の患者の入院時のJCSをみると、JCS0が16%弱であった。
- 加算算定患者のうちJCS0の患者が占める割合を施設ごとにみると、0-5%未満が多かったが、割合が高い施設もあった。

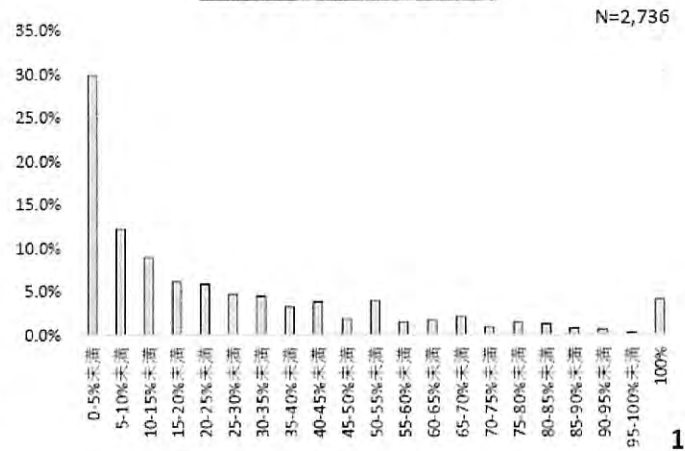
(参考) JCS:Japan Coma Scale

<p>I. 覚醒している 0 意識清明 1 見当識は保たれているが意識清明ではない 2 見当識障害がある 3 自分の名前・生年月日が言えない</p>	<p>II. 刺激に応じて一時的に覚醒する 10 普通の呼びかけで開眼する 20 大声で呼びかけたり、強く揺るなどで開眼する 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する</p>	<p>III. 刺激しても覚醒しない 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする 300 痛み刺激に対し全く反応しない</p>
--	---	---

救急医療管理加算1算定患者のうち
「意識障害又は昏睡」の患者のJCS



「意識障害又は昏睡」の患者のうち
JCS0の患者が占める割合



出典:平成30年度DPCデータ

救急医療管理加算にかかる課題の整理

- 救急医療管理加算について、加算の趣旨に鑑み、以下の点について整理・検討が必要ではないか。

救急医療管理加算＝患者の重症度に着目した評価

【算定要件】

- 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
※入院後に悪化する可能性があるが入院時は重篤な状態でない患者には算定できない

救急医療管理加算1

項目アからケの状態であって、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

救急医療管理加算2

項目アからケまでに準ずる重篤な状態にあつて、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

【現状・課題】

- 項目アからケの重症度の基準が明確でなく、算定されている患者ごとの状態のばらつきや、判断に係る施設間のばらつきが大きい
- 算定基準が明確でないこと等を踏まえ、平成26年度改定において、加算1と分けて低い点数が設定され、平成28年度改定においてさらに評価を見直された
- 「項目アからケまでに準ずる重篤な状態」の重要度の基準が明確でなく、また、アからケのどの項目に準じて算定されたか等について、実態が明らかではない

【現状・課題】

- 救急医療管理加算1の算定患者のうち、「意識障害又は昏睡」、「呼吸不全又は心不全で重篤な状態」、「ショック」の患者について、それぞれの疾患の重症度の指標を用いて入院時の状態をみると、スコアが正常範囲の患者が一定程度含まれており、また、そのような患者が占める割合が特に高い医療機関も一部に存在していた。
- 救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において、救急搬送を年間1000件以上受け入れている医療機関が、全体の約85%の搬送に対応しており、脳卒中や急性心筋梗塞等の緊急治療対応の大部分を担っていること、また、特に救急搬送を年間2000件以上受け入れている医療機関は、医師の労働時間が長時間になる傾向があること等が示されており、それらを踏まえ、当該医療機関の救急医療提供体制における役割や位置づけについて議論されている。



【論点】

- 救急医療管理加算は緊急入院が必要な重篤な状態の患者に対する医療の評価である。現行、加算1・加算2ともに重症度の基準が明確でなく、患者間や施設間の判断にばらつきが見られることを踏まえ、項目によっては重症度のスコアを記載する等の対応を行うことについてどのように考えるか。
- 救急医療の提供体制の見直しに関する議論や、医療従事者の働き方改革の観点等を踏まえ、地域における救急医療提供体制を確保するにあたり、重篤な患者に対する診療に係る更なる評価のあり方についてどのように考えるか。また、必ずしも入院時に重篤な状態であるとは言えないが、緊急入院が必要な二次救急等の患者を多く受け入れている医療機関について、どのような対応が考えられるか。

新生児特定集中治療室に関する診療報酬の施設基準

中医協 総-1
元. 10. 2. 5改

- 新生児特定集中治療室については、A302とA303において診療報酬上の評価を行っている。
- A302新生児特定集中治療室管理料1とA303 総合周産期特定集中治療室管理料2は同じ点数であるが、求めている要件が異なっている。

【対象患者】

ア 高度の先天奇形	イ 低体温	ウ 重症黄疸	エ 未熟児	オ 意識障害又は昏睡
カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)	ク 急性薬物中毒		
ケ ショック	コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	サ 大手術後		
シ 救急蘇生後	セ その他外傷、破傷風等で重篤な状態			

	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434点(1日につき)
施設要件	総合周産期母子医療センター 又は地域周産期母子医療センター	—	—
医師の配置	○専任の医師が常時、治療室内に勤務		○専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の配置	○助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○1床あたり7平方メートル以上 ○原則バイオクリーンルーム ○救急蘇生装置等の装置及び器具を常備 ○自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
医師の当直	○当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室・中間室・回復室からなる病棟以外での当直勤務を併せて行わない。		—
看護師の夜勤	○当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わない。		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、又は開腹手術:年間6件以上実施		○出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で30件以上
	○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること	—	

【現状及び課題】

- 5床以下のNICUの開設主体は公立の医療機関が多い。
- 5床以下のNICUを有する医療機関のうち、約4割がGCUを有していた。
- 出生数は年々減少しており、極低出生体重児・超出生体重児の割合は横ばいである。
- 平成29年に全都道府県において、NICU病床の整備目標を達成しており、目標を大きく上回る都道府県もある。
- 都道府県の人口規模が大きいほど、NICU病床規模が大きい施設が多い傾向にある。
- 同一の周産期医療圏内に、NICUを有する複数の施設が存在している地域が一定数ある。一方で、病床規模の小さい施設であっても、周産期医療圏内に他の施設がない場合がある。
- 低出生体重児の入院児数、人工換気を実施した入院児数、手術を実施した入院児数、新生児搬送の受け入れ総件数等のいずれについても、病床規模の大きい施設ほど多い傾向がある。
- NICU入院児の平均在院日数については、病床規模が大きくなるほど長くなる傾向があり、早産児や重症新生児を多く診療していることが一因と考えられる。
- 周産期医療における機能分化・連携のあり方に関する見直しの方向性として、NICUの整備については、既に目標を達成しており、第8次医療計画に向けて、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、それぞれの施設の役割、体制、実績等を踏まえつつ、NICUの集約化・重点化について、各都道府県において検討を開始することが提案されている。



【論点】

- 新生児特定集中治療室管理料について、NICUの整備状況や周産期医療における機能分化・連携のあり方に関する見直しの方向、病床規模毎の診療実績等を踏まえ、新たに新生児特定集中治療室管理料1を届出ることについて、どのように考えるか。また、患者状態に応じた適切な医療資源が投入できるよう、入院している患者の状態や診療実績を把握することについて、どのように考えるか。

がん拠点病院加算の概要

A232 がん拠点病院加算(入院初日)

1 がん診療連携拠点病院加算	
イ がん診療連携拠点病院	500点
ロ 地域がん診療病院	300点
2 小児がん拠点病院加算	
	750点

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点をさらに所定点数に加算する。

【算定要件(概要)】

- 「1」の「イ」は、キヤ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。
- 「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もの。
- 「2」は、地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、キヤンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、長期フォローアップ体制、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、適切な療育環境等の体制を備えた、小児がん診療病院として指定された病院を評価したもの。
- 「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。

【施設基準(抜粋)】

- 1のイ がん診療連携拠点病院の指定を受けていること 等
- 1のロ 地域がん診療病院の指定を受けていること 等
- 2 小児がん拠点病院の指定を受けていること 等
- 注2 がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月番書分）

がんゲノム医療中核拠点病院の評価

➤ 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、がんゲノム医療中核拠点病院が新たに指定されることを踏まえ、がんゲノム医療を提供する体制を評価する。

がん拠点病院加算

(新) がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算 250点(入院初日)

【施設基準】

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、パネル検査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備えた、がんゲノム医療中核拠点病院として指定された病院であること。



<がんゲノム医療中核拠点病院>

「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会」(平成30年2月14日)において以下の医療機関が選定され、同年2月16日に厚生労働大臣により指定された。

- ・ 北海道大学病院
 - ・ 東北大学病院
 - ・ 国立がん研究センター東病院
 - ・ 慶應義塾大学病院
 - ・ 東京大学医学部附属病院
 - ・ 国立がん研究センター中央病院
 - ・ 名古屋大学医学部附属病院
 - ・ 京都大学医学部附属病院
 - ・ 大阪大学医学部附属病院
 - ・ 岡山大学病院
 - ・ 九州大学病院
- ※ 指定期間は平成30年4月1日から令和2年3月31日までの2年間

遺伝カウンセリング加算の充実

➤ 遺伝カウンセリング加算の評価を充実するとともに、遺伝学的検査実施後のカウンセリングに加えて、検査実施前に、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うことを要件とする。

現行	改定後
遺伝カウンセリング加算(月1回) 500点	遺伝カウンセリング加算(月1回) 1,000点

45

がん診療連携拠点病院等に関する現状・課題と論点

【現状・課題】

- がん診療連携拠点病院等の有する集学的治療、緩和ケアの提供、院内がん登録の適切な実施等の医療提供に係る体制の評価として、がん拠点病院加算が設けられている。
- 平成30年度診療報酬改定において、がんゲノム医療中核拠点病院の有する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等の体制の評価として、がんゲノム医療を提供する保険医療機関に対する加算が設けられた。
- がん診療連携拠点病院等の整備指針の改正に伴い、地域がん診療連携拠点病院の新たな類型として地域がん診療連携拠点病院(高度型)が設けられ新たに14か所指定された。
- また、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に、経過措置的に指定されるものとして、地域がん診療連携拠点病院(特例型)が設けられた。
- がんゲノム医療の提供体制の整備を進めるため、令和元年9月にがんゲノム医療拠点病院が新たに34か所指定された。
- がんゲノム医療拠点病院の選定基準は、がんゲノム医療に係る情報共有の機会の提供や、研修に係る要件を除いて、がんゲノム医療中核拠点病院の要件と同様である。

【論点】

- がん診療連携拠点病院等のうち、地域がん診療連携拠点病院(特例型)は、その趣旨を踏まえ、地域がん診療病院と同様の評価とすることとしてはどうか。
- がんゲノム医療拠点病院については、その選定基準等を踏まえ、がんゲノム医療中核拠点病院と同様の評価とすることとしてはどうか。

48

A205-2 超急性期脳卒中加算 12,000点(入院初日)

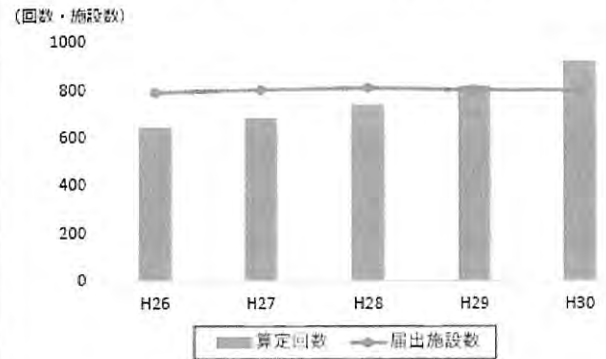
【算定要件】

- (1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA(アルテプラゼ)静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (3) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関において、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。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 薬剤師が常時配置されていること。
- (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。
- (4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (5) 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。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。
- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。(省略)
- (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。

【算定回数・届出医療機関数】



出典：社会医療診療行為別統計・調査(各年6月調査分)
保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

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	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	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)	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%

【出典】

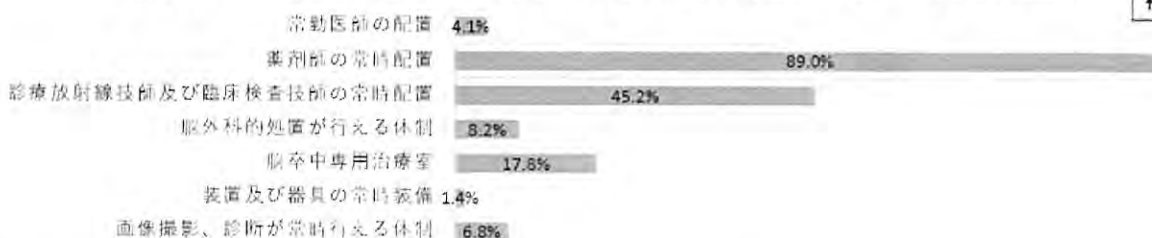
1.Stroke 2006;37:1810-1815 2.Stroke 2010;41:1984-1989 3.Stroke 2009;40:3591-3595

※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

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)

複数回答



【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)

59

超急性期脳卒中加算に関する現状・課題と論点

【現状・課題】

- 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」について、平成28年9月に基準の改訂を行ったが、現状、超急性期脳卒中加算の施設基準はこれに対応していない。
- アルテプラゼ静注療法に伴う主な合併症である症候性頭蓋内出血の頻度をみると、市販後の調査において約1～3%と低い割合であった。
- アルテプラゼ静注療法を実施しているが超急性期脳卒中加算を算定していない施設における、算定できない理由としては、「薬剤師の常時配置」や「診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置」の回答が多かった。これらの要件は日本脳卒中学会の指針では求められていない。

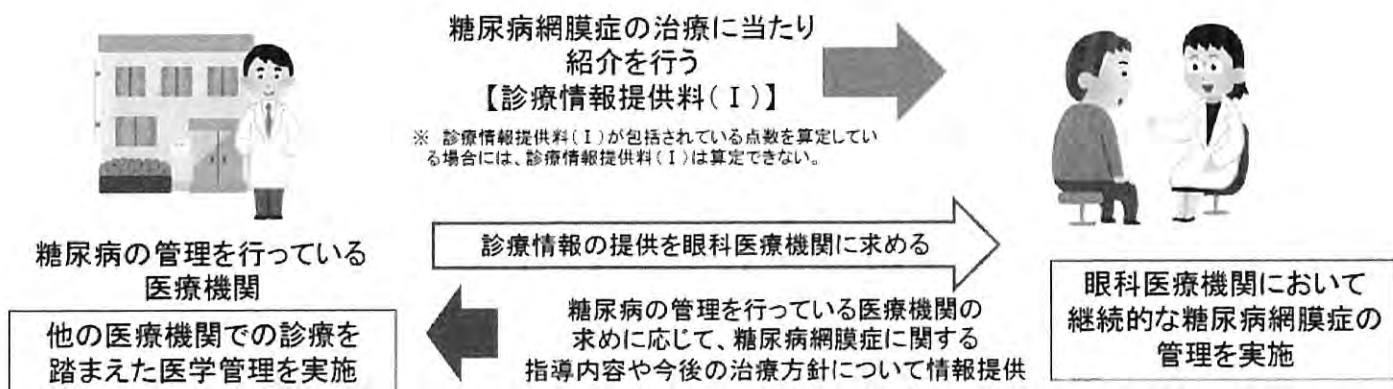


【論点】

- 超急性期脳卒中加算において、現在、日本脳卒中学会の指針には特に記載のない項目も施設基準としているが、アルテプラゼ静注療法に伴う症候性頭蓋内出血の頻度が市販後調査等で低い割合であったことや、当該加算を算定できない理由として薬剤師の常時配置の要件等を満たせないという回答が多かったことを踏まえ、これらの施設基準を指針に合わせるように見直してはどうか。

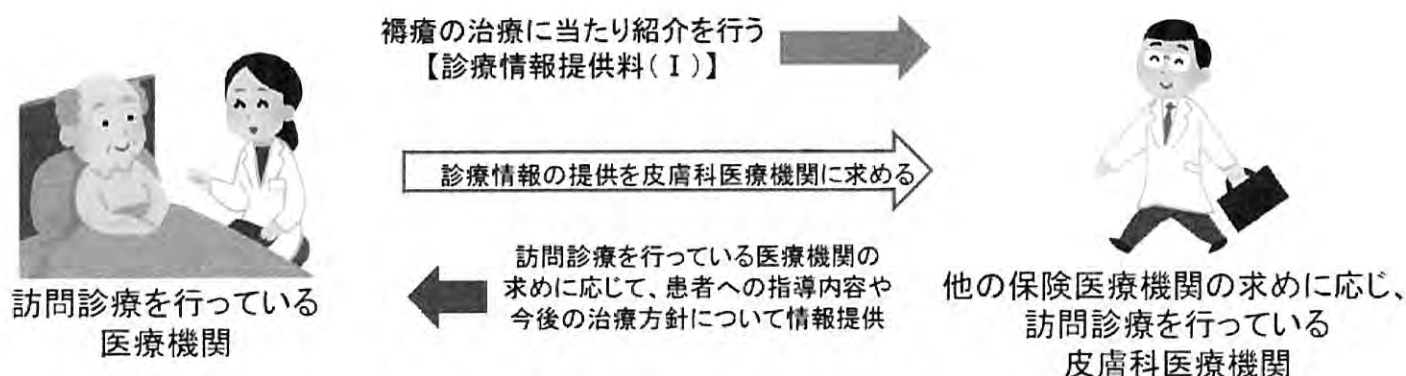
60

- 例えば、糖尿病の患者について、糖尿病網膜症に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能である。
- 一方、評価は設けられていないが、紹介元の医療機関からの求めに応じて、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合がある。



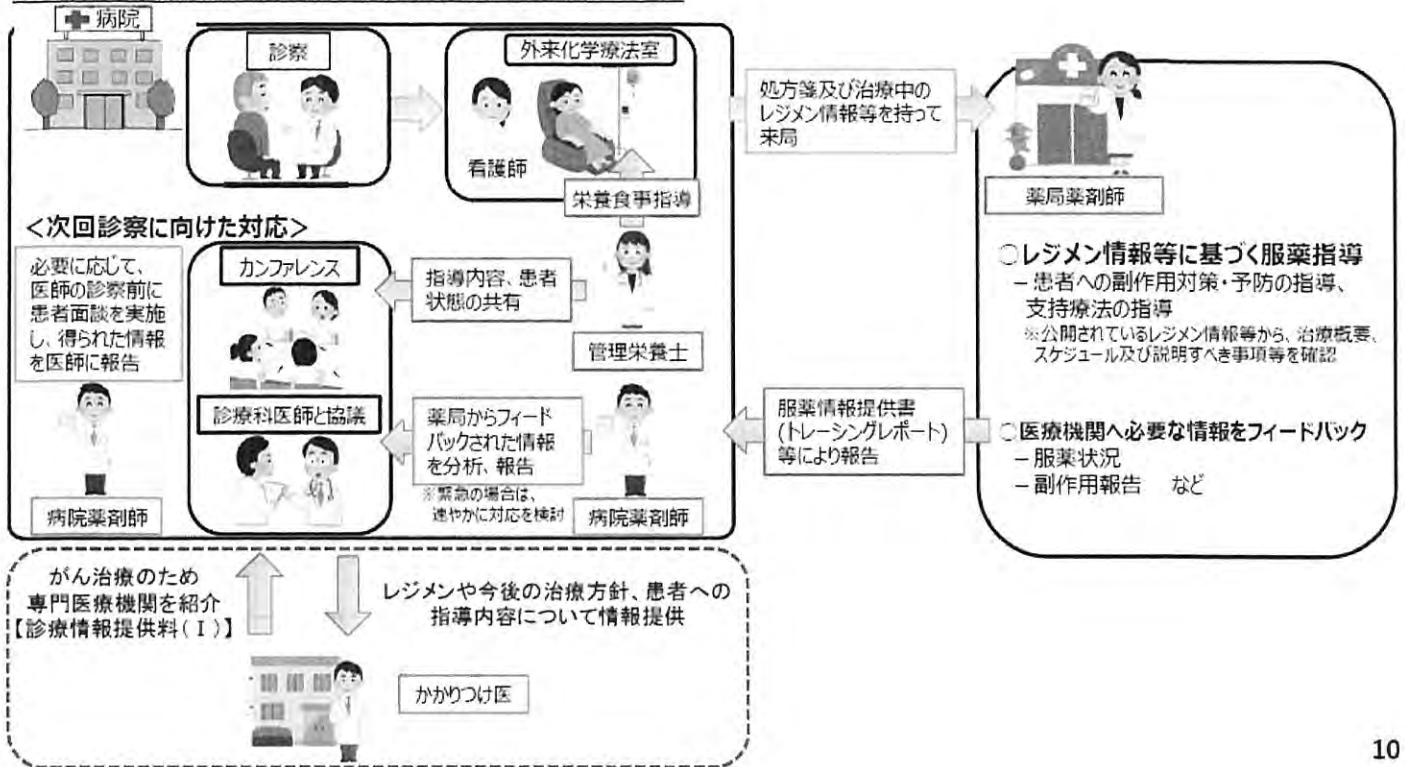
医療機関間の連携のイメージ②

- 例えば、訪問診療を受けている患者について、専門的な治療が必要な褥瘡があり、訪問診療を行っている主治医が、皮膚科医療機関に対して訪問診療を求めた場合、主治医は診療情報提供料(Ⅰ)を算定する。
- 一方、評価は設けられていないが、主治医からの求めに応じて、皮膚科医療機関が、主治医に指導内容や今後の治療方針について、情報提供を行う場合がある。



○ 例えば、がん治療においては、専門医療機関を紹介した後、専門医療機関からかかりつけ医に治療方針等の情報を提供する場合がある。

■ 外来化学療法の質向上のための総合的な取組（イメージ）

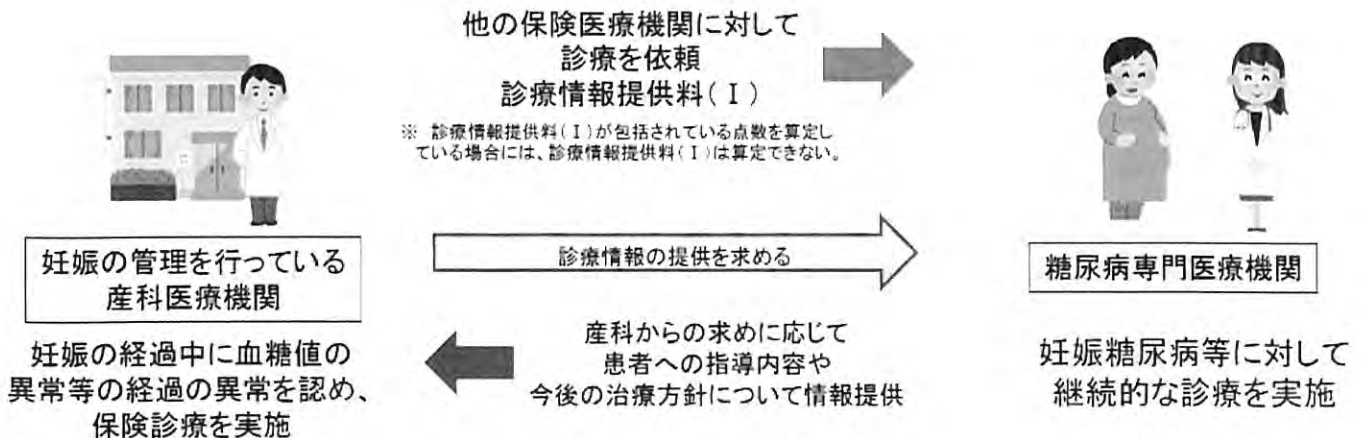


10

医療機関間の連携の具体例④

○ 例えば、妊娠の経過中に異常を認め保険診療を行っている妊婦について、妊娠糖尿病に対する専門的治療の必要性を認め、妊娠の管理を行っている産科医療機関から糖尿病専門医療機関への紹介を行う場合、診療情報提供料（I）の算定が可能である。

○ 評価は設けられていないが、紹介元の医療機関からの求めに応じて、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合がある。



11

医療機関間の情報連携に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【医療機関間の情報共有の推進】

- 別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の紹介を行った場合の評価として、診療情報提供料(Ⅰ)があり、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、情報提供を行う場合の評価として、診療情報提供料(Ⅱ)がある。
- 平成30年度診療報酬改定において、医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価を新設した。
- 現在評価されていないが、質の高い診療に資すると考えられる取組として
 - ・ 糖尿病の患者について、皮膚潰瘍に対する専門的治療の必要性を認め、他の医療機関への紹介を行った後、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合
 - ・ 訪問診療について、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行い、依頼元の医療機関に情報提供を行った場合
 - ・ がん治療において、かかりつけ医が専門医療機関を紹介した後、専門医療機関からかかりつけ医に治療方針等の情報を提供する場合
 - ・ 妊娠の経過中に異常を認め保険診療を行っている妊婦について、妊娠糖尿病に対する専門的治療の必要性を認め、妊娠の管理を行っている産科医療機関から糖尿病専門医療機関への紹介を行った後、紹介先の医療機関から、紹介元の医療機関に情報提供をする場合がある。



【論点】

- 診療情報提供料について、医療機関間の連携を推進し、質の高い診療を提供する観点から、患者の紹介を受けた医療機関において継続的な診療を行うときに、紹介元の医療機関からの求めに応じて、患者への指導内容や今後の治療方針について情報提供をする場合の評価を検討してはどうか。

13

中医協総会 2019.12.20 資料 個別事項その15

187

医科歯科連携の推進に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 栄養サポートチーム等連携加算、歯科医療機関連携加算等、多職種連携や医療機関間の連携に関する項目については算定が伸びていない。
- 周術期等口腔機能管理は、増加傾向である。また、管理の実施は、主に病院併設歯科で行われている。
- 化学療法や放射線療法に対して行われる周術期等口腔機能管理では、症状が重症化している場合には頻回な介入が必要になるが、周術期等専門的口腔衛生処置等は回数等が制限されている。



【論点】

- 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を算定できるようにしてはどうか。
- 周術期等口腔機能管理において、連携を推進する観点から、手術を行う医療機関が歯科医療機関への予約を行った上で患者の紹介を行った場合に評価を行ってはどうか。
- 化学療法や放射線療法に対して行われる周術期等口腔機能管理において、周術期等専門的口腔衛生処置の算定要件を見直すなど、実態に応じて適切に算定できるようにしてはどうか。
- 医科歯科連携を推進する観点から、このほかどのような対応が考えられるか。

医療的ケア児の情報提供に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【医療的ケア児に係る主治医から学校医等への情報提供について】

- 平成30年度診療報酬改定において、小児医療の充実のために、小児科療養指導料の見直し等を行ったところ。
- 学校においては、学校医又は医療的ケアに知見のある医師が、主治医からの情報提供を受けて、学校における医療的ケアを検討し、指導・助言を行うことで、医療的ケア児の受入れにあたっての体制整備が図られている。
- 診療情報提供料(Ⅰ)において、情報提供先に応じて必要な情報を提供した場合等の評価を行っている。



【論点】

- 学校における医療的ケア児に対する適切な医療的ケアの提供にあたり、医療的ケア児が通う学校と主治医との連携を推進する観点から、主治医からの学校医等への情報提供に係る評価の在り方をどのように考えるか。

その他個別事項に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 開放型病院共同指導料の算定回数は、減少傾向である。
- 開放型病院共同指導料の施設基準のうち、地域における登録医療機関数又は割合を満たすことや、実績要件を満たすことが難しいとの意見がある。
- 小児運動器疾患指導管理料は、平成30年度診療報酬改定で新設された項目であり、一定程度は算定されている。また、他院からの紹介患者に限定されること、6歳未満に診療開始していること等が算定要件とされている。
- 0～19歳の運動器疾患の患者数を年齢階級別に見ると、10～14歳が最も多く、特に軟部組織障害や、脊柱障害が多く見られる。
- 小児の運動器疾患の管理については、疾患にもよるが、概ね2～6か月ごとの管理が必要であり、特に、診療開始から間もない時期や、装具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。



【論点】

- 開放型病院共同指導料について、その趣旨等を踏まえ、施設基準等について、必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- 小児運動器疾患指導管理料について、その算定状況や小児の運動器疾患の患者数及び標準的な管理方法等を踏まえ、算定要件等の見直しを行うこととしてはどうか。

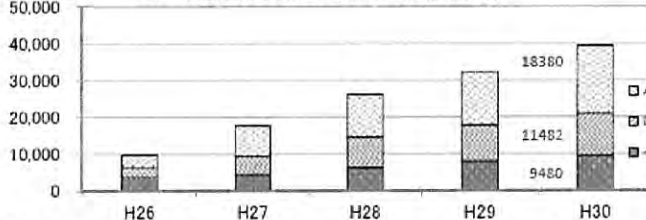
B001・23 がん患者指導管理料

- イ 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 500点(患者1人につき1回)
- ロ 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 200点(患者1人につき6回)
- ハ 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おこなった場合 200点(患者1人につき6回)

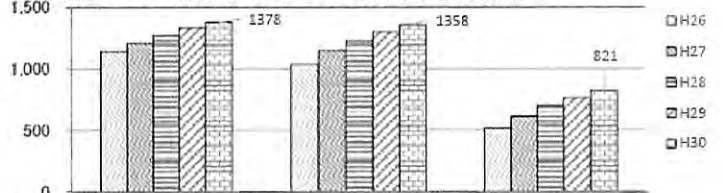
【主な算定要件】

- 「イ」
- 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、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、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った場合に算定する。
- 「ロ」
- 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、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。
- 「ハ」
- 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者(予定を含む。)に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用医薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

(回) がん患者指導管理料の算定回数



(施設数) がん患者指導管理料の届出施設数



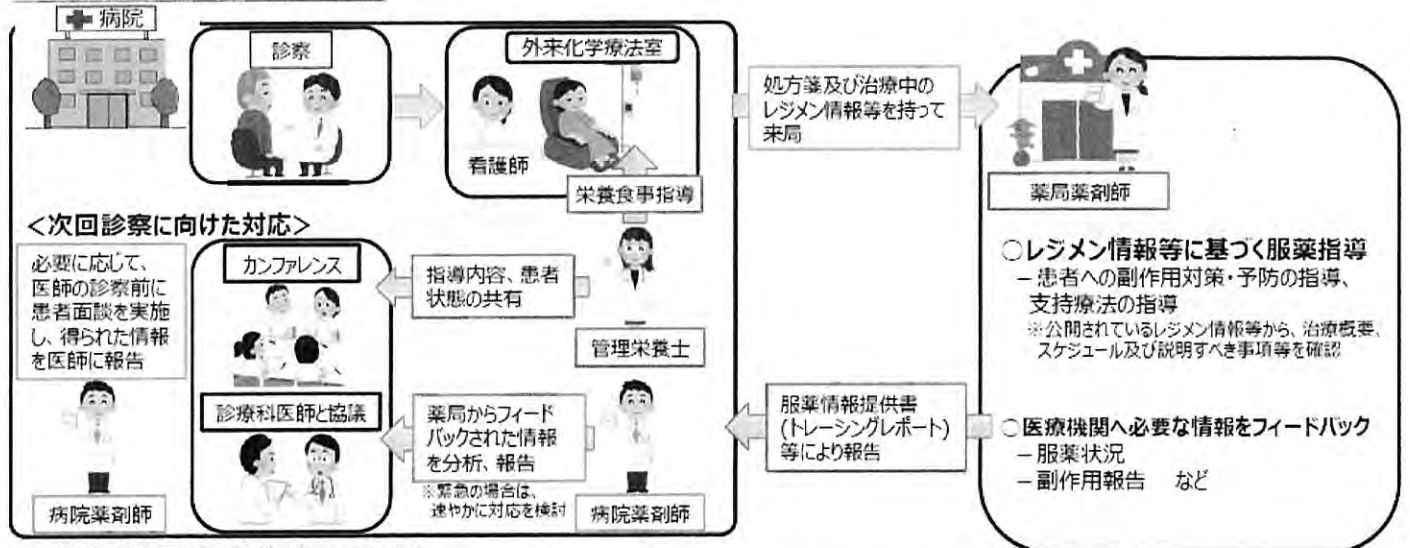
出典：算定回数 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別別開票(平成26年まで)(各年6月調査分)、届出施設数 医療録調べ(各年7月1日時点)

外来化学療法のための総合的な取組(イメージ)

検討項目

- 医療機関と薬局の連携の推進、医療機関の薬剤師の積極的な関与の推進
- 外来化学療法を受けている患者の状態に配慮した、管理栄養士の積極的な関与の推進

■ 連携強化した対応(イメージ)



■ 連携強化に必要な体制(イメージ)

<p>医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の薬局との連携体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> ➢ レジメン情報等の共有 ➢ 定期的なレジメン等の説明会、勉強会等の実施 ➢ がん化学療法に対する薬局との連絡窓口の設置 ○ 薬局から得られた情報を分析・整理し、診療に活用することができる体制の整備 	<p>薬局</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関との連携体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> ➢ レジメン等の理解のための説明会、勉強会等への参加 ○ 患者から得られた情報を分析・整理し、医療機関にフィードバックすることができる体制の整備
--	--

【現状・課題】

(外来化学療法の現状)

- 外来化学療法加算1の届出医療機関数及び算定回数は増加傾向にあり、一方で、外来化学療法加算2の届出医療機関数及び算定回数は横ばい～微減。年齢階級別の外来化学療法加算Aの算定回数は、70-79歳が最も多いが、40-59歳についても一定程度算定されている。
- 近年の主ながん種の平均在院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。それとともに、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。
- がん患者指導管理料の算定に当たっては、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などを求めている。

(外来化学療法時の医療機関と薬局の薬剤師の連携)

- 薬局とレジメンを共有していると回答した病院は約5%。レジメンの共有方法として、病院と薬局との連携による勉強会と回答した割合が60%で最も多かった。
- 薬局との連携のために、レジメン情報等をホームページで公開し、患者に対しては、がん化学療法に関する情報をお薬手帳に記載している施設がある。薬局から医療機関へのフィードバックとしては、副作用報告・支持療法薬の提案の割合が多かった。

(がん外来化学療法患者の栄養状態等について)

- 外来化学療法を実施している患者のうち、栄養介入が必要な患者の割合は、約2～4割であった。
- 外来化学療法を実施している患者の栄養に関する主訴として、約半数の患者が食欲不振、体重減少、味覚障害であった。
- 専門的な知識を有した管理栄養士が栄養指導を継続的に行った場合、体重が維持され、食事からの必要栄養量の摂取割合も維持され、味覚障害出現患者における食事摂取低下の割合が少ないという報告がある
- 外来栄養食事指導料を算定できなかった栄養食事指導の平均時間は、5±5分であるという報告がある。 68

外来化学療法に係る現状・課題と論点

【論点】

- がん患者指導管理料について、患者の治療方針の選択に資する取組を推進する観点から、外来での化学療法の実施が可能な患者に対しては、外来での化学療法について説明することを求めることを検討してはどうか。
- 外来化学療法を実施する医療機関と薬局との連携を強化し、より質の高い医療を提供する観点から、外来化学療法の施設基準の見直しを検討してはどうか。
- 医療機関から共有されたレジメン等を用いた薬局における服薬指導や、薬局から医療機関への服薬状況等のフィードバック等を行うことの評価の在り方を検討してはどうか。
- 外来化学療法を実施しているがん患者に対する専門的な知識を有した管理栄養士の栄養指導の効果を踏まえ、評価のあり方をどのように考えるか。

- 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。

手術			
日帰り	1泊2日	4泊5日まで	5泊以上
1日入院(DPC)	入院(DPC)	入院(DPC)	入院(DPC)
1日入院(出来高)	入院(出来高)	入院(出来高)	入院(出来高)
短期滞在手術等基本料1 入院外(出来高)	短期滞在手術等基本料2	短期滞在手術等基本料3	

・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。)

出典:平成30年社会医療診療行為別統計

短期滞在手術等基本料の概要

短期滞在手術(日帰り手術, 1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査, 画像診断等を包括的に評価

(次の要件を満たす必要あり)

- 1 手術室を使用していること
- 2 術前に十分な説明を行った上で, 短期滞在手術同意書を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること
- 3 退院翌日に患者の状態を確認する等, 十分なフォローアップを行うこと
- 4 退院後概ね3日間, 患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること(短期滞在手術基本料3を除く)

	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
期間	日帰りの場合	1泊2日の場合	4泊5日までの場合
地方厚生局等への届出	届出が必要	届出が必要	届出は不要
算定の取扱	短期滞在手術等基本料1, もしくは出来高で算定するか, 医療機関が選択できる	短期滞在手術等基本料2, もしくは出来高で算定するか, 医療機関が選択できる ※平成30年度より, DPC対象病院は算定不可	・特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む)又は小児入院医療管理料を算定する場合を除き, 全て短期滞在手術等基本料3を算定 ・6日目以降においても入院が必要な場合の費用は, 出来高算定 ※平成30年度より, DPC対象病院は算定不可

短期滞在手術等基本料の算定状況

- 短期滞在手術等基本料2及び3については、平成30年度診療報酬改定において、傷病名や複数の手術・処置等からよりきめ細かく評価されるDPC/PDPSによる包括評価を優先することとし、DPC対象病院では、算定不可とした。
- 短期滞在手術等基本料3について、基本料の算定回数は減少したものの、DPC対象病院以外の病院において、年間約28万件※算定されている。

	当該基本料の算定回数(1月あたり)		対象手術の算定回数(1月あたり)	
	平成29年	平成30年	平成29年	平成30年
短期滞在手術等 基本料1(日帰り)	9,917	11,335	212,853	234,140
短期滞在手術等 基本料2(1泊2日)	92	79	19,887	27,538
短期滞在手術等 基本料3(4泊5日)	99,716	23,469	274,877	292,312

※23,469回 × 12月 = 281,623回

出典：社会医療診療行為別統計

©ASK/©LINKUP

197

短期滞在手術等基本料3の対象手術と在院日数等(例)

- 短期滞在手術等基本料3の対象手術のうち、算定回数が多い上位3つは、前立腺生検法、水晶体再建術(眼内レンズを挿入するもの その他)、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術(長径2cm未満)。
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術について、当該基本料を算定している場合に限っても平均在院日数※が5日以下の手術がある。

名称	点数	算定回数	平均在院日数	算定回数 (短期滞在手術等基本料3の症例に限る)	平均在院日数 (短期滞在手術等基本料3の症例に限る)
D413 前立腺生検法	11,736点	113,769回	3.37日	7,975回	2.56日
K282 1 口 水晶体再建術 眼内レンズを挿入する もの その他(片眼)	22,411点	429,382回	3.38日	55,425回	2.46日
K721 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 長径2cm未満	14,525点	365,556回	4.22日	74,929回	2.54日

※当該手術を実施した症例の平均在院日数を集計

出典：平成30年度DPCデータ

©ASK/©LINKUP

198

【現状及び課題】

- 短期滞在手術等基本料1の算定回数は増加傾向にあり、対象手術の回数も増加している。
- 短期滞在手術等基本料2の算定回数は1月あたり79回と少ないが、対象手術の実施回数は平成29年から平成30年にかけて増加している。
- 短期滞在手術等基本料1,2は、医科点数表の標記が分かれておらず、社会医療診療行為別統計等で手術ごとの内訳が不明となっている。
- 短期滞在手術等基本料3は4泊5日までの1手術当たりの支払い方式として平成20年度に設立し、平成26年度や平成28年度に対象手術を拡大した。当該基本料は平成30年度からDPC対象病院で算定不可となり、算定回数は減少したが、平成30年においては1月あたり23,000回程度算定されている。
- 短期滞在手術等基本料3の対象手術について、当該基本料の対象に追加した当時と比べ、平成30年においては平均在院日数が短縮している手術がある。

【論点】

- 短期滞在手術等基本料1については、現在の評価を継続することとしてはどうか。また、短期滞在手術等基本料2についても、算定回数は少ないものの、1泊2日入院における手術症例に関する支払い方式を残すという観点から、現在の評価を継続することとしてはどうか。
- 短期滞在手術等基本料1,2について、データに基づき評価の見直しを検討するという観点から、短期滞在手術等基本料3と同様に短期滞在手術等基本料1,2を算定する対象となった手術が判別できるよう、見直すこととしてはどうか。
- 短期滞在手術等基本料3について、4泊5日までの手術等を実施する症例に対して設定している基本料であり、当該基本料の対象手術症例の平均在院日数が当該基本料の対象となった当時と比べ減少していることを踏まえ、当該手術症例の実施件数等を考慮しながら、平均在院日数に基づき点数設定を見直すこととしてはどうか。

高度な放射線治療機器を用いた治療等の実施状況

- 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

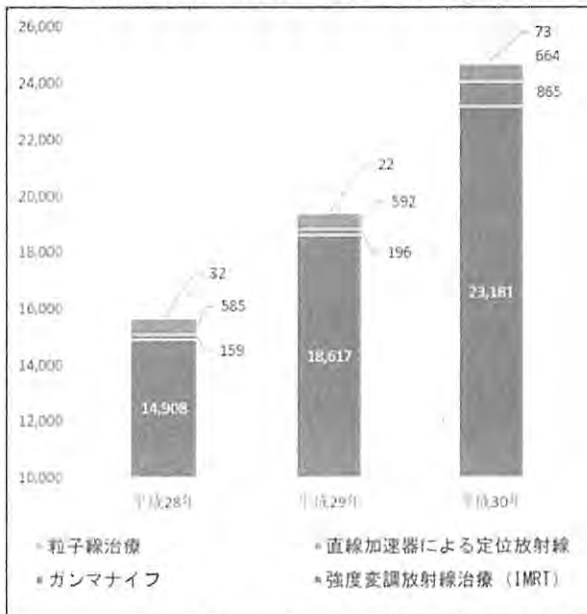
高度な放射線治療機器の算定回数 (入院中)

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



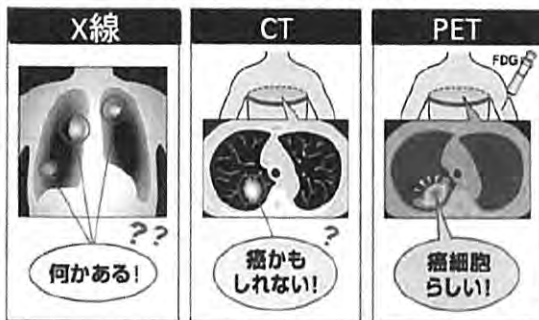
出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

- 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

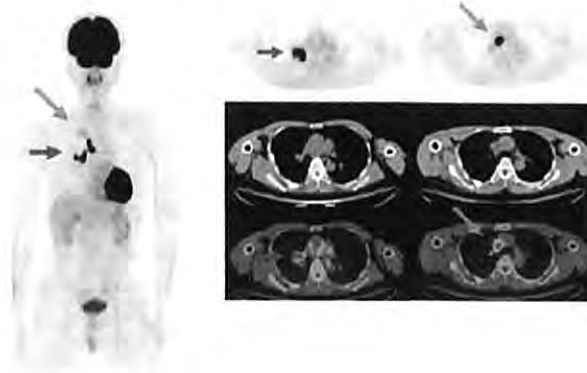
・ 単純X線、CT及びPET検査を比較すると、PET検査は他の検査と比べてより多くの情報を得ることができる。

X線・CT・PET（診断）



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

① ポジトロン断層撮影の共同利用

【現状・課題】

- 平成30年度診療報酬改定において、高度な放射線治療機器等を共同利用した場合は、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額に係る取扱いの緩和を行い、一定程度算定されている。

【論点】

- 平成30年度改定の際の高度な放射線治療機器への対応を踏まえ、ポジトロン断層撮影についても同様の対応を行ってはどうか。

- 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。



② ガイドラインに基づく画像検査の利用

【現状・課題】

- 新生児、乳幼児、幼児に対してコンピューター断層撮影を行う場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の評価を行っている。
- 日本医学放射線学会の「画像診断ガイドライン2016」では軽度の頭部外傷を有する小児に、頭部CT検査を行う場合、適切に実施されることを求めている。
- 幼児以下の小児の頭部外傷に対して、ガイドラインに沿った診断を行う場合、意識状態の確認が非常に重要であるが、小児の意識障害の判定は、高い専門性が必要であり、非常に困難であり、成人と比べて労力を要する。

【論点】

- 小児の頭部外傷に対する頭部CT検査については、日本医学放射線学会の画像診断ガイドラインに沿って実施することを新生児、乳幼児及び幼児加算の要件とすることとし、意識状態の確認、判定に係る専門性や労力について更なる評価を検討することとしてはどうか。
- また、小児に対する頭部CT検査の実施状況等を把握するため、撮影に至った理由を摘要欄の選択肢から選択することとしてはどうか。

在宅での超音波検査の活用について

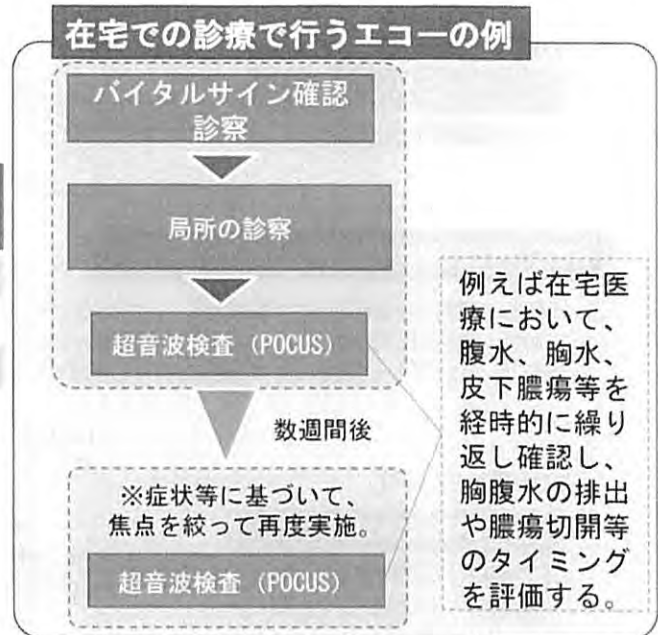
- 超音波装置の小型化が進み、在宅などにおいても検査が行われるようになっており、近年、Point-of-care ultrasound (POCUS)と呼ばれている。
- 在宅患者訪問診療料を算定された患者で、同一日に超音波検査(断層撮影法、経胸壁心エコー法)を算定している者については、経年的に増加傾向にあった。
- POCUSは、迅速で詳細な評価を省略可能であり、短期間に繰り返し実施できる。

在宅患者訪問診療料と超音波検査が同一日に算定されている回数

在宅患者訪問診療料と同一日に算定されている回数(/月)	平成28年5月	平成29年5月	平成30年5月
断層撮影法(胸腹部)	1,954回	2,397回	2,732回
断層撮影法(下肢血管)	-	-	27回
断層撮影法(その他)	209回	217回	260回
経胸壁心エコー法	821回	809回	1,056回

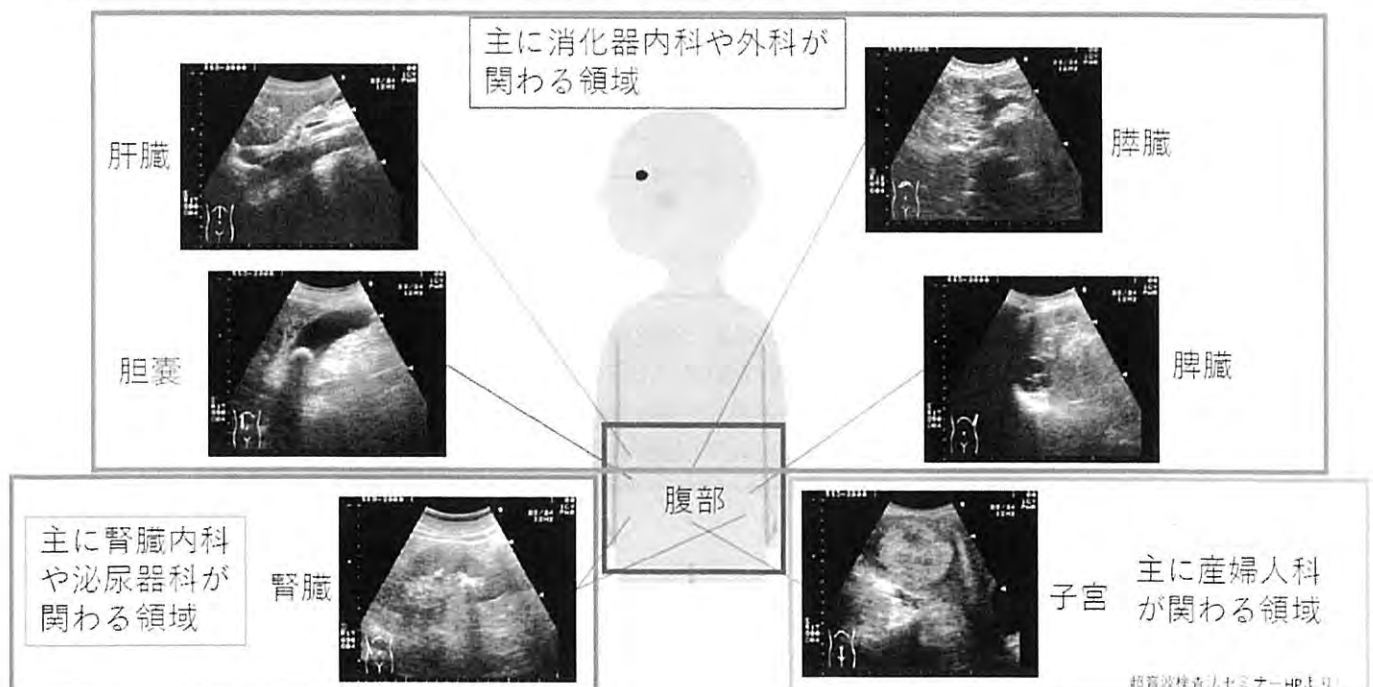
出典：NDBデータ

在宅での診療で行うエコーの例



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。



超音波検査法セミナーHPより

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科）	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科）	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が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科）	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科）	840 X	1

③ 超音波検査の活用

【現状・課題】

- 超音波検査については、機器の高性能化・小型化に伴い、在宅等において迅速、簡便に検査を行う「Point-of-care ultrasound(POCUS)」が普及しつつある。
- 現在、D215-2断層撮影法イ胸腹部で算定されている超音波検査については、どのような臓器や領域の検査が行われているか実態が明らかではない。
- CTやMRIの画像診断についてレセプト摘要欄の記載事項の選択式化について令和元年10月25日中医協で議論がなされている。

【論点】

- 在宅における超音波検査については、POCUSとして実施されており、その臨床的意義や短期間に繰り返し実施される事等を踏まえ、新たな評価の枠組みを設けてはどうか。
- 超音波検査の実態を把握するため、CTやMRI等の画像診断における摘要欄の記載事項の選択式化の議論も踏まえ、検査を実施した臓器や領域等について摘要欄での選択を求めることとしてはどうか。

【現状・課題】

- 新たな腎性貧血治療薬であるHIF-PHD阻害薬が薬事承認されたところであり、血液透析患者において、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である。
- 腎移植は透析と比較して生命予後を改善するが、腎移植の件数や献腎登録者数の数は限定的であり、移植を含めた腎代替療法に関する情報提供をより推進する必要がある。
- 腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合には、診療報酬上は血液透析を自施設で実施した場合のみの評価となっているが、より臨床実態に即した評価を行う必要がある。
- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術は増加傾向であり、その70%が外来で実施される。一方で、シャント狭窄・閉塞を繰り返す患者は一定程度存在し、より臨床実態に即した評価を行う必要がある。

腎代替療法（血液透析、腹膜透析、腎移植）の評価に係る論点

【論点】

- 腎性貧血治療に係る評価について、ESA製剤のバイオ後続品等の実勢価格も踏まえた評価の見直しを行うとともに、HIF-PHD阻害薬を用いる場合の評価については、HIF-PHD阻害薬の有用性や薬価等を踏まえ、新たな診療報酬点数の評価体系を設けることについて、どのように考えるか。併せて、療養病棟入院料等については、人工腎臓が出来高で算定できることを踏まえ、HIF-PHD阻害薬が出来高で算定できることとしてはどうか。
- 人工腎臓等の評価について、日本における腎移植の現状を踏まえ、慢性腎臓病の患者に対し、移植を含めた腎代替療法に関する情報提供をより推進するという観点から評価を見直すことについて、どのように考えるか。
- 腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合の評価について、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、自施設以外でも血液透析が実施可能となるよう要件等を見直すことについて、どのように考えるか。
- 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、多くが外来で実施されている状況や短時間で可能な手技であり、局所麻酔で可能な手技であることを踏まえ、他の手技との難易度や緊急性等との比較の観点から、適切な評価とすることについて、どのように考えるか。一方、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や他施設も含めた管理が行われている実態を踏まえ、算定要件を見直すことについて、どのように考えるか。

ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を円滑に進めるための 環境整備に係る現状及び課題と論点

【現状・課題】

- 近年、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約100例前後で横ばいとなっている。
- 諸外国と比較し、日本の移植成績は優れているものの、臓器移植数は少ない。
- 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ある。
- 臓器移植では、臓器提供施設、日本臓器移植ネットワーク、移植実施施設等に多くの関係者が関わり、様々な工程に基づいて行われる。
- 脳死下臓器提供では脳死判定等に伴う業務も加わり業務が多岐にわたる。また、心停止下臓器提供においては脳死判定は行われられないものの、ドナー候補の循環動態に移植のタイミングが左右されることに伴う負担が大きい。
- 医療機関から患者・家族への臓器提供に関する選択肢提示が重要であるが、臓器提供施設において臓器提供に係る負担が大きいと感じており、臓器提供に関する選択肢提示が十分に行われていない。特に患者家族への説明、脳死判定、ドナーの全身管理、関係者との調整などにおける負担が大きくなっている。

【論点】

- 臓器提供時の臓器提供施設や担当医の負担が大きいことを踏まえ、ドナーや家族の意向に沿った臓器提供を更に円滑に進めていくという観点から、更なる評価を行うことについて、どのように考えるか。

72

中医協総会2019.10.09 資料（個別事項（その3））（がん対策、腎代替療法、移植医療）

211

CT・MRIの共同利用に係る現状及び課題と論点

【現状・課題】

- 医療機器の適正かつ効率的な利用を促進する観点から、高機能の診断装置について施設共同利用での撮影を評価すること等の対応を行っている。
- CT・MRIの販売台数について、低機能な機種の販売台数は徐々に減少してきている。
- CT・MRIの算定件数は毎年増加してきており、共同利用についても一定程度は増加してきている。
- 平成31年4月1日施行の改正医療法における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」で、医療機器の共同利用に係る計画を作成し、医療機器の協議の場において確認を求めることとされている。
- 医療法第6条の12及び医療法施行規則第1条の11の規定に基づき、医療機器に係る安全管理のための体制確保のための措置を講ずべきとしており、平成30年6月「医療機関における放射線関連機器等の保守点検指針」が策定された。

【論点】

- CT・MRIの効率的な利用について、共同利用の一層の推進を図ることについて、どのように考えるか。
- また、CT・MRIの安全な利用について、診療報酬算定にあたって、保守点検を要件とすることについて、どのように考えるか。

21

中医協総会 2019.10.23 個別事項その5（医療機器の効率的かつ有効・安全な利用について）

212

(1) 既存技術の再評価について

【現状・課題】

- 新たな技術を保険適用する際、その技術の有効性及び安全性が既存の技術と同等であった場合に、診療報酬上においては同等の評価として保険適用がされる。
- 一方で、保険適用後に有効性等の新たなエビデンスが確認された場合に、再評価をしていくことについては、方策を検討する必要がある。
- 新たなエビデンスを医療技術評価分科会で評価するにあたり、必要に応じて、中立的な立場から行われた専門的な評価を活用するなどの方策が考えられる。

【論点】

- 高額医療技術の新たなエビデンスを再評価するにあたり、中立的かつ専門的な立場から費用対効果を含めた評価を行い、医療技術評価分科会で活用するために、研究班を設置し、新規収載時の評価との整合を図りつつ、再評価の課題の整理や海外情報の収集、具体的な評価方法の策定など、必要な検討を行うこととしてはどうか。

科学的な根拠に基づく医療技術の評価の在り方についての現状及び課題と論点②

(2) 指針、ガイドラインについて

【現状・課題】

- 報酬に関連するガイドライン等の状況を確認したところ、
 - ・ 新しい指針等が冊子等でのみ刊行される場合やそれが見込まれる場合(特に、ガイドライン等の改訂後1年間は非公開とする等)は、少なくとも該当する部分については、参照可能となるような対応が必要。
 - ・ 新しいガイドライン等における推奨に基づいて、診療報酬上の評価等についても必要な見直しを行うことが適当。
- 安定冠動脈病変に対する経皮的冠動脈ステント留置術等の実施や検査に当たっては、診療報酬上の評価等と実態との間に隔たりがあり、ガイドラインで推奨される診療が行われにくい場合がある。

【論点】

- 指針等が公表されておらず、患者や保険医等に参照されない恐れがある場合は、少なくとも保険診療の実施に必要な部分については、一般に参照可能となるような対応をしてはどうか。
- 安定冠動脈病変に対する経皮的冠動脈ステント留置術等の実施や安定冠動脈病変の診断に当たっては、ガイドライン上の推奨や位置づけを踏まえ、評価のあり方について検討してはどうか。

【現状・課題】

(1) 下肢静脈瘤

- 下肢静脈瘤に係る手術の総数は増加傾向であり、K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術が全体の約75%を占め、特に外来での手術が増加してきている。
- 診療ガイドラインでは、下肢静脈瘤血管内焼灼術は外科的手術と同等の有効性とされ、QOLスコアについても同等であると報告されている。

(2) 重症急性膵炎に対する急性血液浄化療法

- 重症急性膵炎に対する持続緩徐式血液浄化療法については、診療ガイドラインで推奨される病態を限定しており、病因物質除去効果を期待したCHDFについては有効性は明らかでないとしている。一方、診療報酬ではとくに病態を限定した要件とはなっていない。

(3) 局所陰圧閉鎖処置

- J003局所陰圧閉鎖処置(入院)は1日につき所定の点数を算定でき、算定件数は増加傾向である。
- 局所陰圧閉鎖処置は週数回の交換でよいとため、一般的な創傷処置と比較し、頻回なドレッシング交換に伴う疼痛が軽減され、処置に要する労力も削減出来る。また、添付文書では、数日に1回の交換、処置を推奨している。

(4) 網膜中心血管圧測定

- 網膜中心血管圧検査は古くから保険適用されているが、現在はより精緻に検査できる蛍光眼底造影検査等、他の検査によって診断が行われ、算定件数もそれらの検査と比較すると少なく、また、一部の都道府県のみで実施されている現状がある。

42

個別技術の評価についての現状及び課題と論点

【論点】

(1) 下肢静脈瘤

- 下肢静脈瘤に係る手術の評価について、多くが外来で実施されている状況や短時間で可能な手技であり、局所麻酔で可能な手技であること及びエビデンスを踏まえ、他の手技との有効性や緊急性等との比較の観点から、適切な評価とすることについて、どのように考えるか。

(2) 重症急性膵炎に対する急性血液浄化療法

- 診療ガイドラインの趣旨やエビデンスも踏まえ、持続緩徐式血液浄化療法における急性膵炎の取扱について、どのように考えるか。

(3) 局所陰圧閉鎖処置

- 局所陰圧閉鎖処置は必要な処置が週に数回で良いことを踏まえ、処置にかかる手間や技術を適切に評価する観点から、局所陰圧閉鎖処置の評価を見直すことについてどのように考えるか。

(4) 網膜中心血管圧測定

- 臨床上的位置付けや実施状況を踏まえ、網膜中心血管圧測定の取扱について、どのように考えるか。

43

その他個別事項に係る現状及び課題

【現状及び課題】

- 開放型病院共同指導料の算定回数は、減少傾向である。
- 開放型病院共同指導料の施設基準のうち、地域における登録医療機関数又は割合を満たすことや、実績要件を満たすことが難しいとの意見がある。
- 小児運動器疾患指導管理料は、平成30年度診療報酬改定で新設された項目であり、一定程度は算定されている。また、他院からの紹介患者に限定されること、6歳未満に診療開始していること等が算定要件とされている。
- 0～19歳の運動器疾患の患者数を年齢階級別に見ると、10～14歳が最も多く、特に軟部組織障害や、脊柱障害が多く見られる。
- 小児の運動器疾患の管理については、疾患にもよるが、概ね2～6か月ごとの管理が必要であり、特に、診療開始から間もない時期や、装具などによる治療を実施した後は、頻回の診療が必要とされる。



【論点】

- 開放型病院共同指導料について、その趣旨等を踏まえ、施設基準等について、必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- 小児運動器疾患指導管理料について、その算定状況や小児の運動器疾患の患者数及び標準的な管理方法等を踏まえ、算定要件等の見直しを行うこととしてはどうか。

107

中医協総会2019.11.27 その他事項その11(技術的事項②、リハビリテーション②、有床診療所)

217

遺伝学的検査についての現状・課題と論点

【現状・課題】

- 過去2回の改定において、診断に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病を診療報酬上の遺伝学的検査の対象疾患に追加してきたところ。
- 遺伝学的検査の実施が必須かどうかの判断にあたっては、診断基準に遺伝学的検査を含むもののうち、遺伝学的検査を実施しないと全く診断がつかないものを必須とし、遺伝学的検査を実施しなくても遺伝学的背景や臨床症状、他の検査所見等でも診断がつくものは必須とはしていない。
- 遺伝学的背景や臨床症状、他の検査所見等でも診断がつくものであっても、これらで診断がつかなかった場合に、遺伝学的検査の実施によって診断がつくものもある。
- このような疾患においては、他の検査所見等で診断がつかない場合にあっては、遺伝学的検査を実施しないと診断がつかないため、患者によっては診断に必須ともいえる。
- 現在、遺伝学的検査の対象となっていない指定難病のうち、①分析妥当性及び③臨床的有用性が確認されている60疾患のうち、遺伝学的検査を実施しないと全く診断がつかないものが2疾患、他の検査所見等で診断がつかない場合に遺伝学的検査を実施しないと診断がつかないものが51疾患あった。

【論点】

- 遺伝学的検査を実施しないと全く診断がつかない2疾患及び他の検査所見等で診断がつかない場合に遺伝学的検査を実施しないと診断がつかない51疾患について、診断に遺伝学的検査の実施が必須の指定難病として、遺伝学的検査の対象疾患に追加してはどうか。

17

中医協総会2019.11.27 その他事項その11(技術的事項②、リハビリテーション②、有床診療所)

218

【現状・課題】

- 悪性腫瘍遺伝子検査は遺伝子ごとに「〇〇遺伝子検査」として項目が立てられており、新たな遺伝子検査が導入されるたびに項目を新設している。
- 近年、医薬品の適応判定を目的として対応する遺伝子変異を検出する、いわゆるコンパニオン診断としての遺伝子検査の収載が相次いでいるが、がん種や測定項目によって、技術料に差異が認められる。
- 同一体外診断用医薬品又は医療機器で同時に複数の遺伝子を測定する場合も出てきているが、新規測定項目が含まれている場合には、これらには複数遺伝子検査に係る運用(項目数に応じた点数)が適用されず、当該項目に相当する所定点数を足し合わせて技術料が設定されている。
- また、これを個々の技術料として評価する場合、測定する遺伝子の組み合わせに応じて技術料を設定することになる。測定項目が追加・変更されるたびに新規技術料を設定する必要があるとともに、測定項目の数は同じであってもその組み合わせによって異なる技術料が設定される可能性がある。
- 現在は2項目及び3項目以上の悪性腫瘍遺伝子検査を実施した場合について、算定できる点数の上限が設けられているが、同時に4項目以上の検査が実施される可能性があるがん種もでてきている。
- 血漿検体を用いた遺伝子検査においても、同一検体を用いて複数の遺伝子を測定する場面がある。この場合、組織検体を用いた悪性腫瘍遺伝子検査と同様に、検査の作業工程に重複する工程もある。

※ 技術料とは医師等の技術に対する評価ではなく、使用する医療機器や医薬品の費用等を含めて設定された診療報酬点数を指す



【論点】

- 今後も同一がん種に対して同時に複数遺伝子検査を実施する事例が増えることが想定されることから、新規遺伝子検査の収載に際して、複数遺伝子検査に係る運用が適用されるよう、遺伝子ごとに項目を立てるのではなく、それぞれを臨床的な位置づけや検査技術に応じて整理できるような項目立てとしてはどうか。
- 具体的な遺伝子検査については留意事項通知に記載することとし、新規遺伝子検査を収載する場合には留意事項通知の変更(遺伝子検査の追記)で対応できることとしてはどうか。
- 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こととしてはどうか。
- 血漿検体を用いた遺伝子検査においても、同一検体を用いて複数の遺伝子を測定する場合には、重複する作業工程を考慮した上で技術料を設定することとしてはどうか。

【現状・課題】

- 操作が容易な認知機能検査等には、スクリーニング検査のように疾病の早期発見等に用いられる検査や、重症度評価や症状の推移等、治療効果の判定や方針の検討に用いられる検査が含まれ、臨床的な位置付けもさまざま。
- ガイドライン上、スクリーニング検査として位置づけられているものがあるが、こうした検査の信頼性確保のためには、一定の実施間隔を確保する必要があることが知られている。



【論点】

- スクリーニング検査の性質や臨床的な位置付け、検査の信頼性確保のための実施間隔に係る考え方を踏まえ、こうした検査については実施間隔に係る要件を設けることとしてはどうか。

人工内耳植え込み後の調整について

【現状・課題】

- 人工内耳植込術後において、機器の調整は必須の作業であり、治療の一環である。
- 耳鼻咽喉科医師や言語聴覚士により調整が行われているが、これに対する診療報酬として明示された項目はない。



【論点】

- 人工内耳植込術後の調整について、耳鼻咽喉科医や言語聴覚士の専門性を踏まえ、評価を行うことについて、どのように考えるか。

【現状・課題】

○ PMX-DPH療法は、2016年時点でのガイドラインでは既に「標準治療として実施しないこと」が推奨されており、近年もPMX-DHPの予後改善効果は認められていない等のエビデンスが認められつつある。



【論点】

○ 吸着式血液浄化法（保険医療材料を含む）の診療報酬上の取扱について、その治療目的や診療ガイドラインの趣旨、エビデンスも踏まえ、算定要件の見直しを行うことについて、どのように考えるか。

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>(200床未満)</small>	1割以上	-	1割以上 <small>(200床未満)</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 (生活費)	2,038点 (2,024点)	2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)		

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

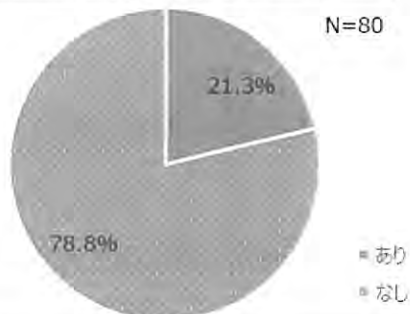
	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上 (4割以上が看護師)			13対1以上 (7割以上が看護師)		
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専任常勤のPT2名以上、OT1名以上			専任常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上		
社会福祉士	-			専任常勤1名以上		
管理栄養士	-			専任常勤1名 (努力義務)		
リハビリ計画書の策定項目記載	-			必須		
リハビリテーション実績指数等の公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)		○			
休日リハビリテーション	- ※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 (生活費)	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)

特定機能病院における使用ガイド付きの医薬品集の策定状況等

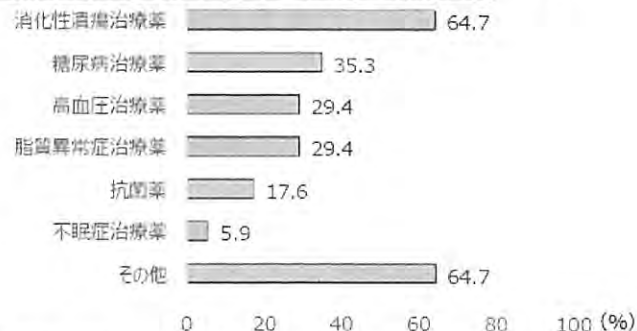
○ 院内使用ガイド付きの医薬品集※を策定している医療機関は一定程度有るものの、その数はまだ限られている。また、医薬品の新規採用毎に更新がなされていない実態もある。

※ 医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された使用指針を含む医薬品集

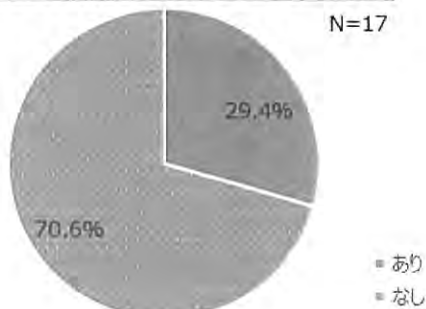
使用ガイド付きの医薬品集策定の有無 (特定機能病院)



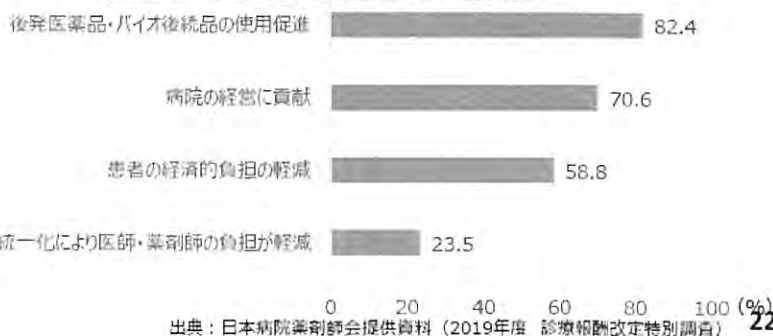
使用ガイド付きの医薬品集を作成している薬効群



医薬品の新規採用毎に 使用ガイド付きの医薬品集の更新の有無



使用ガイド付きの医薬品集導入による効果



出典：日本病院薬剤師会提供資料（2019年度 診療報酬改定特別調査）

使用ガイド付きの医薬品集に関する基本的な考え

- 医療機関が使用ガイド付きの医薬品集を作成するメリットとしては、①採用薬の治療効果や注意事項を事前に評価し、医薬品使用の基本的考え方に係る指針を提供することにより、薬剤の適正使用に貢献すること、②経済性を踏まえた後発医薬品等の使用を推進すること、などが考えられる。
 - 使用ガイド付きの医薬品集の作成においては、①有効性、安全性、経済性に関するエビデンスを収集・分析し、医療機関の状況を踏まえた適切な評価、②新薬発売時等の定期的な見直し、が行える相当程度の体制が必要と考えられる。
- ※ 後発医薬品の情報を収集・評価し、薬事委員会等で採用薬を決定する体制の評価として、後発医薬品使用体制加算がある。

<使用ガイド付きの医薬品集の運用（イメージ）>

- ① 複数採用のある同種・同効医薬品、後発医薬品及びバイオシミラーの採用がある領域について、有効性、安全性、経済性に関するエビデンスを病院薬剤師等が収集、分析、評価し、医師と協議して院内使用ガイド付きの医薬品集案を検討
 - ※ 検討にあたっては、当該病院に専門医がいるか、対象患者の偏りなどの地域性が考慮される
- ② 薬事委員会等において院内使用ガイド付きの医薬品集を決定
- ③ 必要に応じて、処方オーダー時に情報提供・注意喚起などを設定
- ④ 同種・同効の新薬が発売等された場合、必要な見直しを行う
 - ※ 必要に応じて、策定した院内使用ガイド付きの医薬品集を公表し、地域医療機関に情報共有する
 - ※ 必要に応じて、使用ガイド付きの医薬品集による効果について院内での検証を行う

<参考> 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- ① 病院では、**薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。**有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- ③ 入院及び外来において後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

令和元年6月26日、7月24日中医協総会における主な意見

- 病院では医学的知見も踏まえて採用薬を会議で決定しており、経済性も加味されている。医療機関レベル、地域レベルで採用薬の検討の場があることはよいが、報酬の議論とは別ではないか。
- 取組自体は評価するが、診療報酬上で評価して促進を誘導する性質のものではないと考える。
- 院内においてこのような制度、体制を作るとは理解するが、地域で厳格化していく場合には、患者の個別性を制約するのではないか。
- 後発医薬品の推進の観点からも進めて行くべき。
- 院内では病院経営の効率化にもつながる。医療機関が率先して推進し、それを薬剤師や保険者がチェックする体制を作ることが必要ではないか。
- 院内の場合は、自分の医療施設にあるものの中でどれが患者にとって一番いいのか、無駄のない投薬が副次的にも収支の改善に値するという。こうした考え方を普及啓発することは非常に重要であるが、これを診療報酬で評価するのは違うのではないか。
- 院内や地域で着実に推進していくためには、何らかの算定要件に盛り込むというような診療報酬上の対応については必要。

特定機能病院に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（特定機能病院入院基本料の概要）

- 特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院として、厚生労働大臣が個別に承認するもの。
- 診療報酬においては、病床の有する機能等に応じた評価を設けており、特定機能病院の有する機能及び体制等を評価する観点から、特定機能病院入院基本料が設けられている。
- 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を比較すると、届出可能な入院基本料等加算や、特定入院料に違いがある。

（特定機能病院における入院患者の薬剤適正使用の推進）

- 医学的妥当性（安全性、有効性）や経済性の観点から採用する医薬品や使用手順を定める取組が進められており、院内の薬剤適正使用に一定の効果が見られたとの報告がある。
- 使用ガイド付きの医薬品集の作成には、①有効性、安全性、経済性に関するエビデンスを収集・分析し、医療機関の状況を踏まえた適切な評価、②新薬発売時等の定期的な見直し等が行える相当程度の体制が必要とされる。

【論点】

- 特定機能病院に係る評価のうち、届出ることのできる入院基本料及び特定入院料の範囲について、その位置づけや有する機能及び体制等を踏まえ、見直すこととしてはどうか。
- 使用ガイド付きの医薬品集を試行的に推進する観点から、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発等を実施する能力を有し、地域の拠点となる特定機能病院において、使用ガイド付きの医薬品集の作成・維持を行う体制を評価することについて、検討することとしてはどうか。
- また、使用ガイド付きの医薬品集の作成に当たっては、後発医薬品の使用推進、使用ガイド付きの医薬品集の質の担保及びその効果検証の適切な実施等が重要であることから、その点も踏まえ、検討することとしてはどうか。

【現状及び課題】

(医療資源の少ない地域)

- 現行の「医療資源の少ない地域」は以下の2つの要件の両方を満たす41地域である。
 - ・ 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
 - ・ 病院密度が下位15%又は病床密度が下位15%
- 医師の確保が困難な地域については、人口構成や患者の流入についても反映できるよう、医療従事者の受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、平成29年医療施設調査等を利用してシミュレーションを行ったところ、引き続き要件を満たす二次医療圏が30、新たに要件を満たす二次医療圏が5、要件を満たさなくなる二次医療圏が11であり、35医療圏が該当した。
- 医療資源の少ない地域に配慮した要件とへき地に配慮した要件が分けて設定されている。

(地域加算)

- 地域加算の取扱いについて、国の官署がなくなったために人事院規則に定める地域から外れることとなった地域は、賃金や物価水準が変わったわけではないため、医療提供の現状等を踏まえ、令和2年3月31日まで7級地と見なす経過措置としている。



【論点】

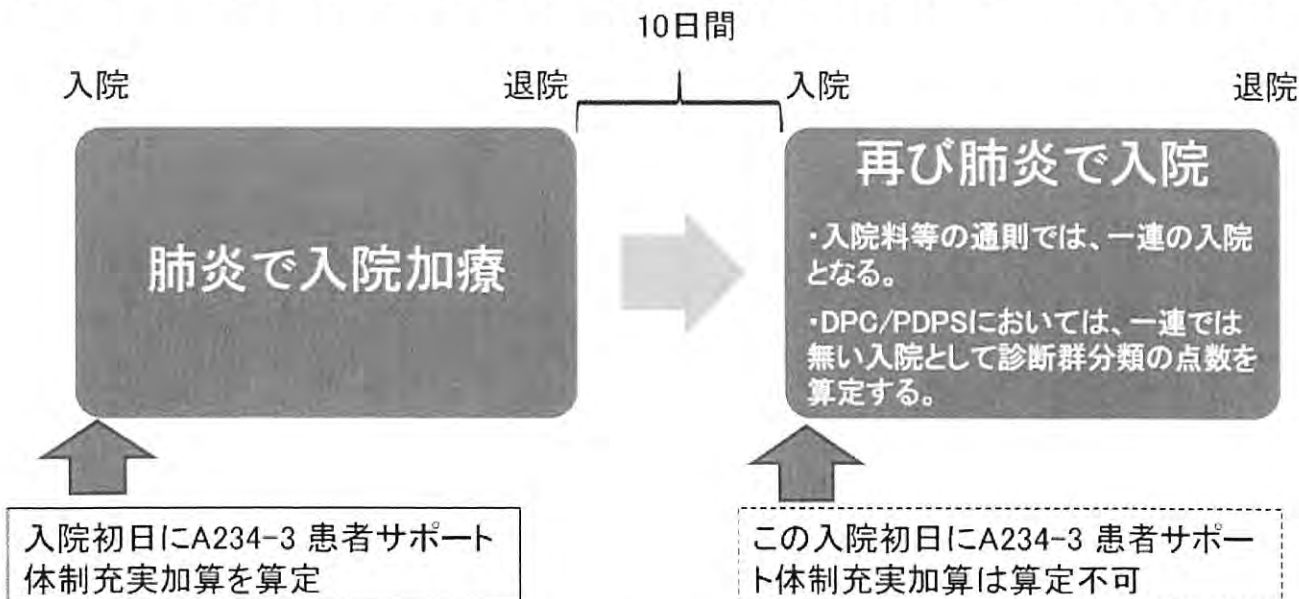
- 医療資源の少ない地域については、人口構成等を反映できるよう医療従事者の確保が困難な地域の要件を見直すとともに、直近の統計を用いて、対象地域の見直しを検討してはどうか。なお、見直しの対象となる地域にあって、現在、当該評価の届出を行っている医療機関については、一定の配慮を行うこととしてはどうか。
- へき地に配慮した要件については、医療資源の少ない地域も対象としてはどうか。
- 経過措置の対象地域となっている7地域について、現状の取扱いを踏まえ、人事院規則で定める地域に準じる地域に定めることとしてはどうか。

DPC/PDPSにおける再入院時の加算等の取扱いについて

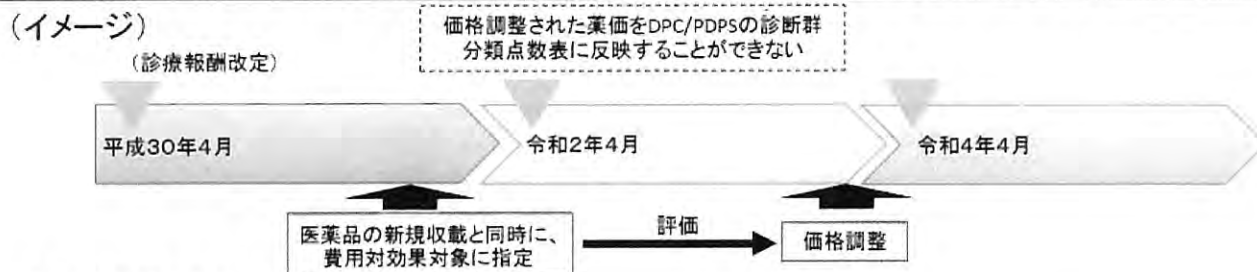
- 入院料等の通則では一連の入院とされるが、DPC/PDPSにおいてはその算定にあたり、一連の入院ではない取扱いとなるケースがある。
- 入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等について、DPC/PDPSにおいて一連の入院とされないうが、下記のような加算については入院料の通則を踏まえ、算定不可であることを明確化する。

(例)

入院料では一連の入院となるが、DPC/PDPSにおける算定のルールにおいては一連とならないケース



- DPC/PDPSにおいては、診療報酬改定時や期中に新規に薬価収載される医薬品等について、診断群分類点数表にこれらの医薬品等のデータがない状態で設定されていることから、診断群分類点数表を適用して包括算定することが適切でない場合がある。
- このため、これらの医薬品等について、次の診療報酬改定までの間は、中医協での審議の上、一定の基準に該当する場合に出来高算定とする取扱としている。
- 費用対効果評価の評価対象となった薬剤については、評価期間を経て価格調整が行われるため、価格調整の結果を令和2年度診療報酬改定時の診断群分類点数表に反映させることができない。



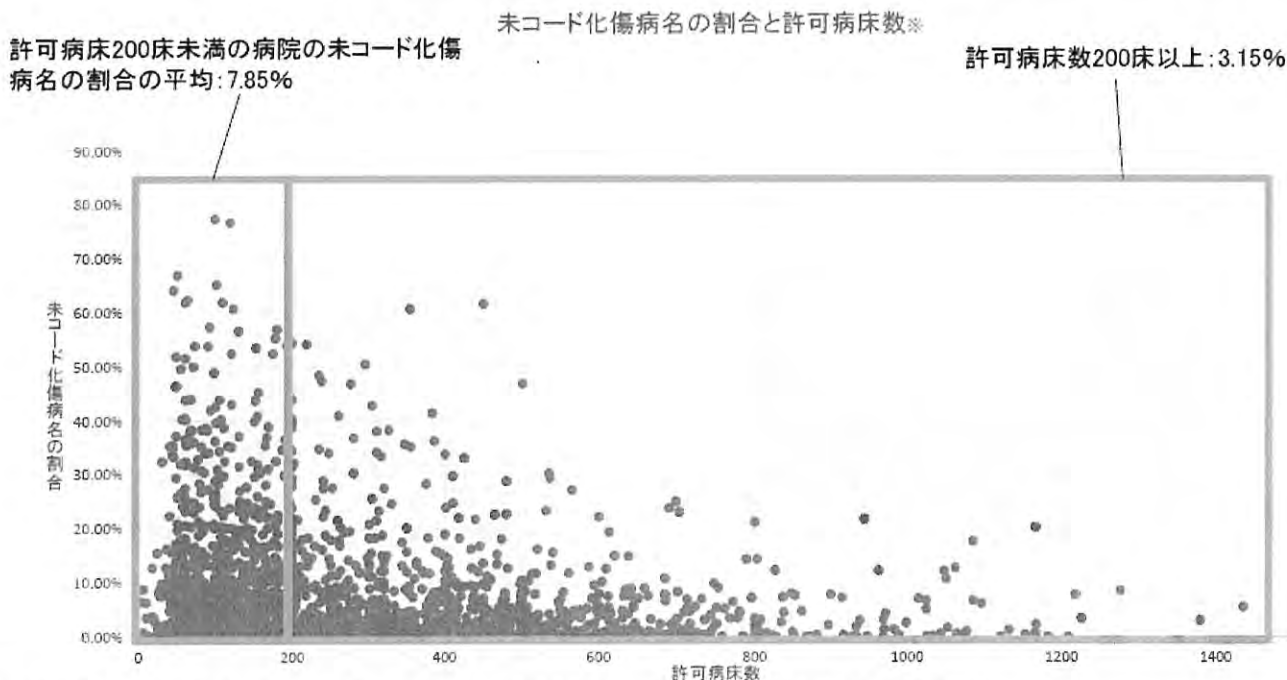
費用対効果評価の対象品目一覧

成分名	主な適応症
ボルチオキセチン臭化水素酸塩	うつ病・うつ状態
イバブラジン塩酸塩	慢性心不全
ラブリズマブ(遺伝子組換え)	発作性夜間ヘモグロビン尿症
ブデソニド/グリコピロニウム臭化物/ホルモテロールフマル酸塩水和物	慢性閉塞性肺疾患
フルチカゾンフランカルボン酸エステル/ウメクリジニウム臭化物/ビランテロールトリフェニル酢酸塩	慢性閉塞性肺疾患
チサゲンレクルユーセル	再発又は難治性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病

5C

未コード化傷病名の割合と病床規模

- 医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合の平均は、平成30年では5.0%であった。
- 200床未満の病院では未コード化傷病名の割合の平均が7.85%であったことに対して、200床以上の病院では3.15%と、病床規模の小さい病院では未コード化傷病名の割合が大きい。



※平成30年12月時点でデータを提出している病院の、医科の診療報酬明細書における未コード化傷病名の割合と許可病床数
出典:平成30年NDB

【現状及び課題】

(DPC/PDPSの再入院時における加算等の取扱いについて)

○ 入院料等の通則では一連の入院とされるが、DPC/PDPSにおいてはその算定にあたり、一連の入院ではない取扱いとなるケースがある。入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等について、DPC/PDPSにおいて一連の入院とされないが、そのような加算については入院料の通則を踏まえ、算定不可であることを明確化する。

(DPC/PDPSにおける高額な医薬品等への対応について)

○ 新規収載又は適用が拡大された医薬品等について、DPC/PDPSにおいては次期診療報酬改定までの間は、中医協での審議の上、一定の基準に該当する場合に出来高算定することとしている。

○ 費用対効果評価の対象となった医薬品等については、他の医薬品と異なり、費用対効果評価による価格調整の結果を診療報酬改定後の診断群分類点数表に反映させることができない。

(提出データ評価加算について)

○ 令和元年11月22日中医協総会において、病床規模などで未コード化傷病名の割合を比較し評価基準等について検討すること、という指摘があった。

【論点】

(DPC/PDPSの再入院時における加算料等の取扱いについて)

○ 医科点数表において、入院料等の通則に規定する入院期間が通算される再入院の場合は算定することができない、とされている加算等については、DPC/PDPSの再入院の取扱いで一連の入院とみなされない場合であっても、入院料等の通則に則り、算定することができないことを明確化する。

(DPC/PDPSにおける費用対効果評価の対象となる医薬品等への対応について)

○ 費用対効果評価の対象となる医薬品等及び当該医薬品等を比較薬として算定したものをを使用する場合は、該当する診断群分類区分において出来高算定とすることとしてはどうか。

(提出データ評価加算について)

○ 許可病床数200床未満の病院にデータ提出加算の対象が拡大することや、許可病床数200床未満の病院において、200床以上の病院と比べ未コード化傷病名の割合が高いことを踏まえ、未コード化傷病名の割合の評価基準を見直すことについて、どのように考えるか。

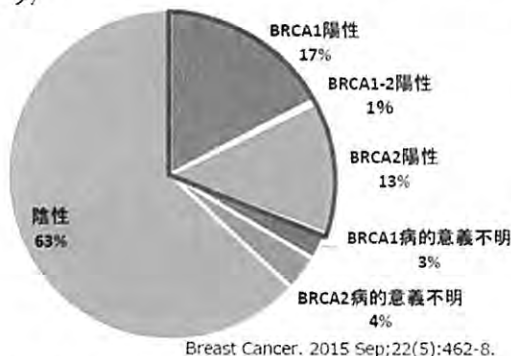
例えば、許可病床200床未満の病院の未コード化傷病名の割合の評価基準を5%とした上で評価は継続し、許可病床200床以上の病院については未コード化傷病名の割合の評価は終了することとしてはどうか。

53

遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC: Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome)は、生殖細胞系列のBRCA1遺伝子又はBRCA2遺伝子の変異により、乳がんや卵巣がんなどの発症リスクが上昇する疾患概念である。
- がんの既往歴にかかわらず、一般的に200~500人に1人がHBOCに該当するといわれており、また、国内の疫学調査から、家族歴のある乳がん患者又は卵巣がん患者の30%はBRCA1/2遺伝子変異を有する事がわかっている。

<家族歴のある乳がん・卵巣がん患者におけるBRCA遺伝子変異の割合>
(日本国内のデータ)

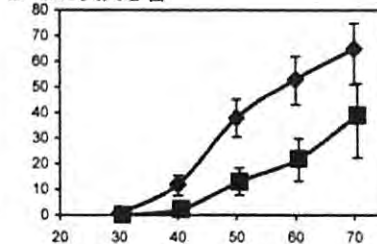


<関連するがんの生涯罹患率の比較>

	日本人一般の生涯罹患率	BRCA1遺伝子病的変異がある患者の生涯罹患率	BRCA2遺伝子病的変異がある患者の生涯罹患率
乳がん(女性)	9%	46~87%	38~84%
卵巣がん	1%	39~63%	16.5~27%

国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」、GeneReviewsより

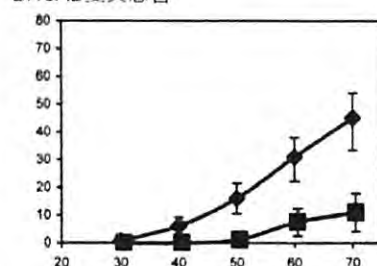
BRCA1変異患者



70歳までのがん発症率
乳がん65%
(95%CI:44-78%)
卵巣がん39%
(95%CI:18-54%)

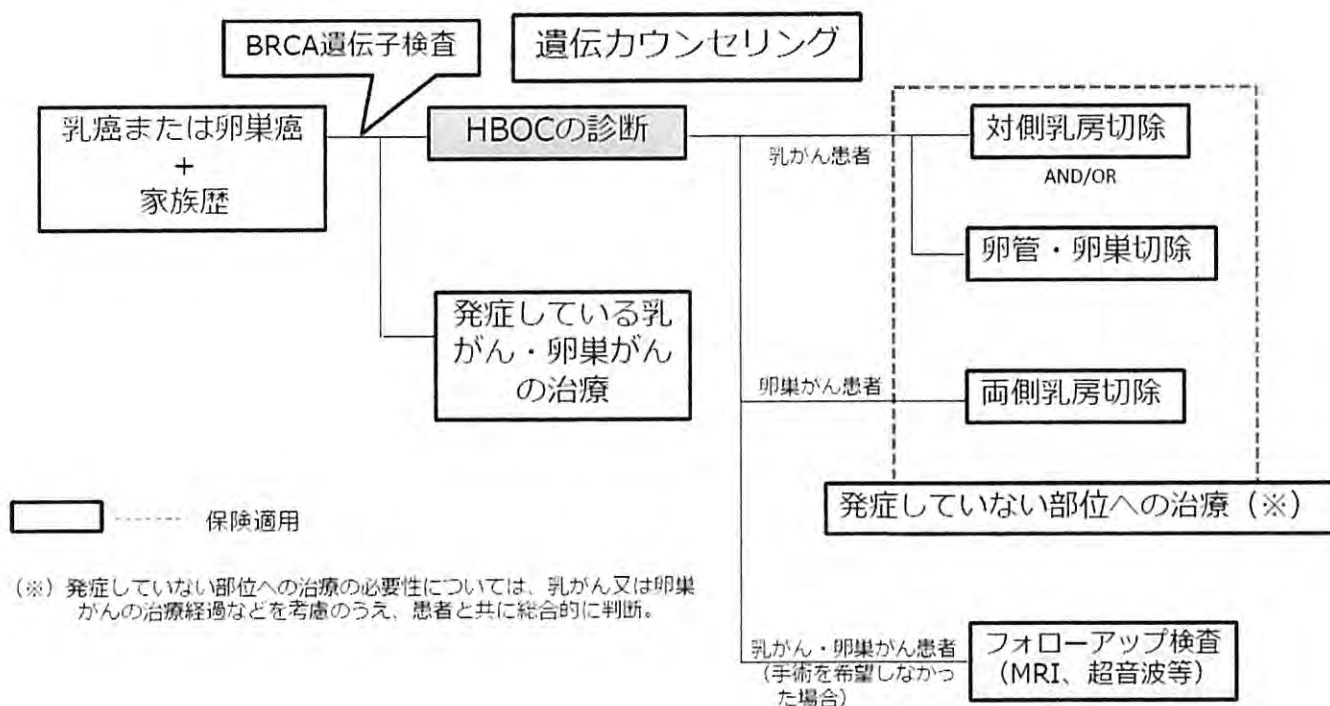
◆ 乳がん
■ 卵巣がん

BRCA2変異患者



70歳までのがん発症率
乳がん45%
(95%CI:31-56%)
卵巣がん11%
(95%CI:2.4-19%)

Am J Hum Genet. 2003 May;72(5):1117-30.



遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) に係る現状・課題と論点について

【現状・課題】

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) は、生殖細胞系列のBRCA1/2遺伝子の変異により、乳がんや卵巣がん等の発症リスクが上昇する疾病概念である。
- 症状が発症していない部位等に対する治療の有効性・安全性等が確立されており、海外だけでなくわが国においても2017年に関係学会等によりHBOCに係る診療ガイドライン等が取りまとめられている。
- また、本年11月14日に、HBOCの診断のための遺伝子検査が薬事承認された。

【論点】

- 遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) に対する治療の有効性・安全性が確認され、国内のガイドライン等にも位置づけられたことや、診断のための遺伝子検査が薬事承認されたこと等を踏まえ、HBOC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ついて、BRCA遺伝子検査及び診断の過程を通じた遺伝カウンセリングを含めて、対側乳房切除や卵巣・卵管切除の評価の対象としてはどうか。
また、合わせて、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保険診療として位置づけることについてどう考えるか。
- この際、適切な検査や治療、遺伝子カウンセリング等を行うことが重要であることから、HBOCに対する適切な対応が可能な施設において診療が実施されるよう要件等を設けてはどうか。

リスト化に当たってのリスト化の対象及び基本的な考え方について

令和元年9月6日
治療用装具療養費検討専門委員会
(治-1) 抜粋

リスト化の対象

○ 以下の条件をすべて満たす既製品をリスト化の対象とする。

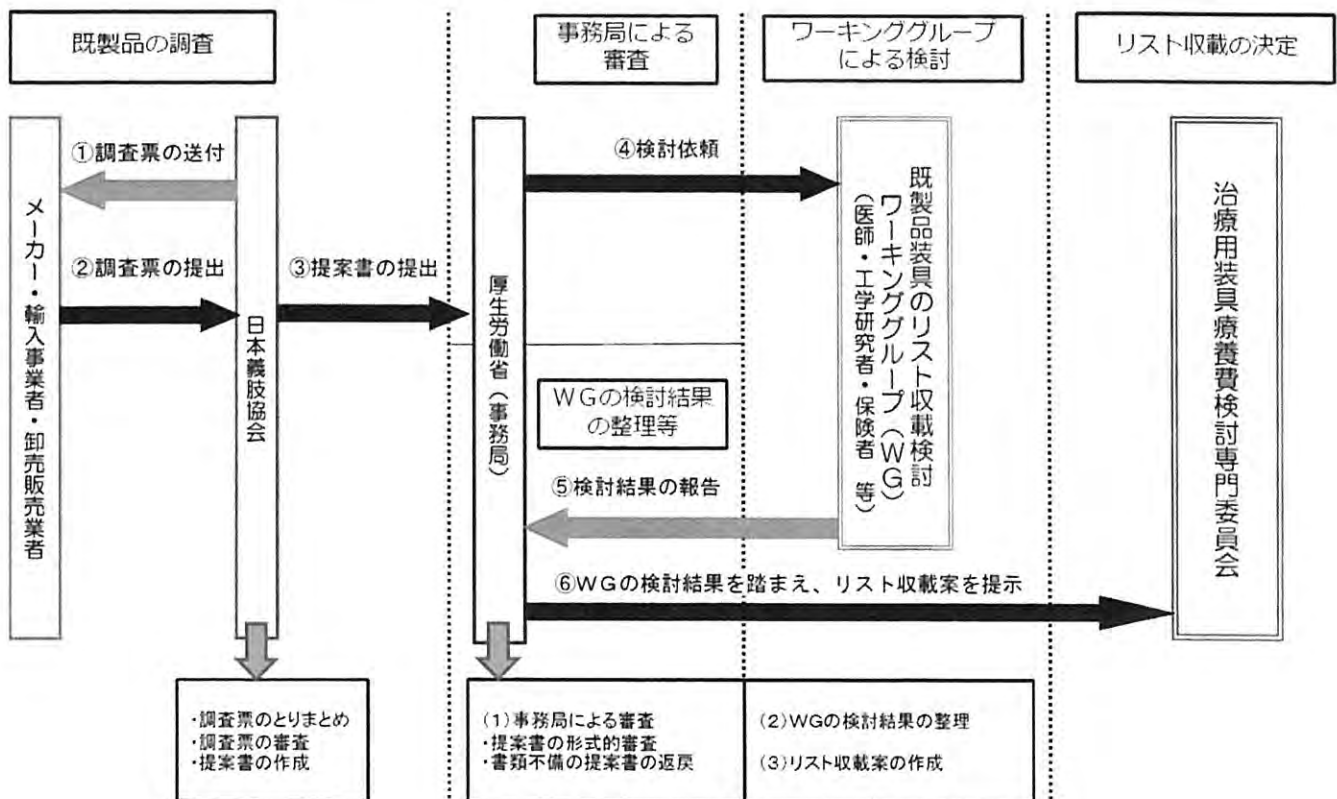
- ① 完成品であること
- ② 疾病または負傷の治療遂行上必要なものであること
- ③ オーダーメイドで製作した場合のものと同様もしくはそれに準ずる機能が得られるものと認められるもの

基本的な考え方

- ① 対象品目の追加や見直しを随時行っていく予定 ①から③については、平成28年9月23日通知で明記
 - ② リスト掲載された製品であっても、療養費としての最終的な支給の可否は、個々の患者の状況に応じて、正当な利用目的、必要性の有無及び代替品の可否に鑑みて、保険者において判断する。
 - ③ リスト掲載されていない製品であっても、個別の製品及び事例に応じて、保険者において、療養費としての支給の可否を判断する。
- * リスト掲載されていない製品であっても、療養費としての支給対象とすることが適当と認められたものについては、今後随時専門委員会に諮り、リスト掲載を行う予定。
- ④ リスト掲載された製品については、適正な基準価格の設定のため、どのような方法が考えられるか、今後検討。

既製品のリスト化の流れ

令和元年9月6日
治療用装具療養費検討専門委員会
(治-1) 抜粋



【現状・課題】

- 義肢装具の提供は、通常、①患部の診察、②採寸（製作に必要な寸法や角度の測定・記録）又は採型（ギブス包帯法による陰性モデル作成）、③義肢装具の製作（採型の場合には陽性モデル作成、プラスチック成形作成、適合検査）、④医師による装着確認（適合判定）、療養上の指導という工程でなされ、診療報酬においては、医療機関内で行われる①、②、④の工程を包括的に処置料として評価している。
- 工程②採寸・採型について、多くの場合は義肢装具士が実施しているが、患者の状態に応じて、医師が自ら陰性モデルの作成などを行う場合もある。こうした作業を行わない場合であっても、全体として医療機関の管理の下、義肢装具士への指示や装着確認（適合判定）、療養上の指導、継続的な治療管理等を行っている。
- また、患者の状態によっては上記オーダーメイドの義肢装具ではなく既製品で対応する場合もあり、この場合も医師が既製品の選択・調整等を行っている。
- 現行の診療報酬体系では、各項目の算定において、求められる診療内容が明確なものとなっていない。

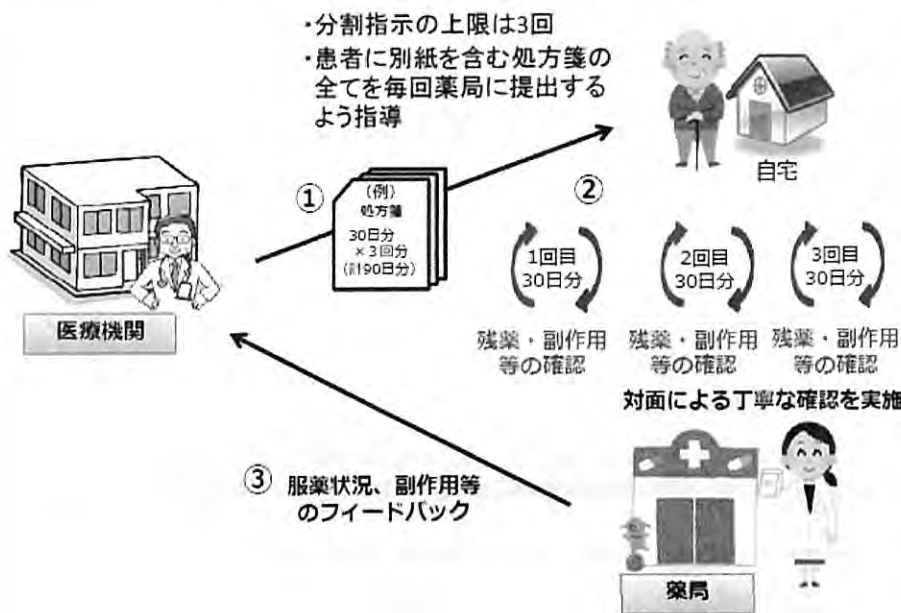
【論点】

- 義肢装具を患者に提供する際の医療機関と義肢装具事業者との連携の実態を踏まえ、それぞれの役割に応じた適切な評価ができるよう、評価の体系を見直し、明確化してはどうか。
- 陰性モデルの作成など処置の実施の他、義肢装具士への指示、装着確認（適合判定）、療養上の指導など、診療の内容に応じた評価を行うこととしてはどうか。また、患者の状態によっては、義肢装具に関する継続的な治療管理が必要となることも踏まえた評価としてはどうか。
- 既製品での対応となる場合があることも踏まえ、その診療の内容に応じた評価を行ってはどうか。

平成30年度診療報酬改定

分割調剤の手続きの明確化

分割調剤（例）



【分割調剤に係る留意事項】

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参するべきであることを説明する。

イ 患者に対し、次回の薬局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

ウ 患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

【その他】

ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

分割調剤の手続きの明確化

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

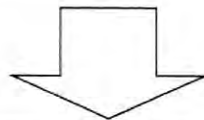
分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

分割調剤に係る現状・課題及び論点

【現状・課題】

- 分割調剤は、①薬剤の長期保存が困難な場合、②後発医薬品を初めて使用する場合、③医師による指示がある場合などに行われる。
- 服薬管理が難しい患者等に対して、分割調剤を活用し、薬局の薬剤師が服薬状況や有害事象の有無等を確認し、詳細な患者の状況を処方医に報告する取組が実施されている。
- 医師の分割調剤指示により調剤を行った場合、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料も分割される(薬剤料は分割されない)。
- 内服薬を30日以上処方されている患者のうち、分割調剤を「よく知っている」又は「少し知っている」と回答した患者は全体の約3割であった。
- 医師による分割調剤の指示のある処方箋をもらったことのある患者は約2%であったが、これらの患者のうち、分割調剤を利用した患者の約8割は「大変満足している」又は「やや満足している」と回答した。



【論点】

- 医師の指示に基づき分割調剤を実施する場合、患者の服薬状況や副作用の状況等を処方医にフィードバックすることが重要であることに鑑み、服薬情報等提供料について、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数(30点)を算定できることとしてはどうか。
- 医師が分割指示に係る処方箋を交付した場合、薬局からのフィードバックの情報等も踏まえて次回診療に備える必要があることなどを踏まえ、一定規模以下の病院や診療所について、分割指示の処方箋を発行した場合について評価を検討してはどうか。
- 分割調剤の活用実態や患者の認知度等を踏まえ、このほかどういった対応が考えられるか。

- 薬機法の改正により実施可能となるオンライン服薬指導には、①オンライン診療時の処方箋に基づく服薬指導と、②在宅訪問診療時の処方箋に基づく服薬指導に分かれる。
- オンライン服薬指導に関する具体的な要件や実施手順については、12月19日付で関連省令のパブリックコメントが開始されている（当該パブリックコメントには関連通知の要旨も併せて提示）。

※ いずれも本資料中の便宜的呼称

外来オンライン服薬指導※ (オンライン診療時の処方箋に基づく調剤時)	在宅オンライン服薬指導※ (在宅訪問診療時の処方箋に基づく調剤時)
以下の場合の服薬指導をオンラインで実施するもの ① 対面服薬指導を行ったことのある患者に、 ② 患者のオンライン服薬指導の希望を踏まえ、 ③ 当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤* について ④ オンライン診療による処方箋 に基づき調剤を行う	以下の場合の服薬指導をオンラインで実施するもの ① 患者で対面服薬指導を行ったことのある患者に、 ② 患者のオンライン服薬指導の希望を踏まえ、 ③ 当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤* について ④ 訪問診療による処方箋 に基づき調剤を行う

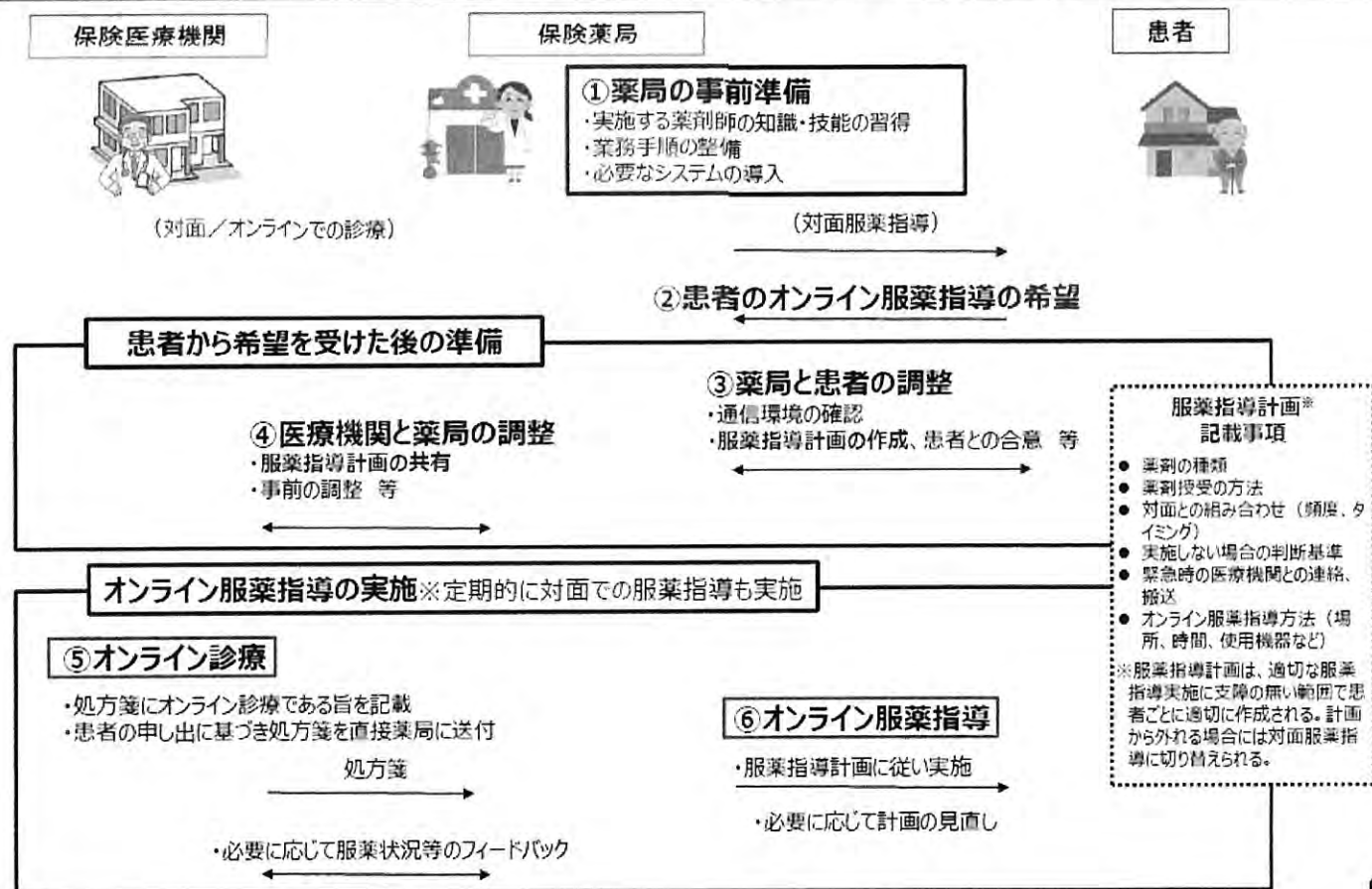
* 後発品への切り替えなど同一内容と見なせる場合を含む

【診療報酬の要件を検討する上で関連するその他の要件等】

- 薬剤師と患者との間に信頼関係があること（原則として同一の薬剤師がオンライン服薬指導を実施すること）
- 同一内容の処方箋により調剤された薬剤について、あらかじめ、対面による服薬指導を実施していること
- 服薬指導計画を策定すること（主な内容は以下の①～④）
 - ① 取り扱う薬剤の種類（当該患者に対面で服薬指導したことのある処方箋薬剤又はそれに準じる処方箋薬剤であること）、授受の方法
 - ② オンラインと対面との組合せ
 - ③ 実施できない場合の規定（実施しないと判断する場合の基準など）
 - ④ 緊急時対応方針（医療機関との連絡、搬送）

5

外来オンライン服薬指導の流れ(イメージ)



6

医薬品の配送費について

※ 令和元年10月25日の中医協総会 総-2 (抜粋)

○療養の給付と直接関係ないサービス等に追加するもの

患者の求めに応じ、保険薬局が調剤した医薬品を患家に配送する場合に係る費用について、療養の給付と直接関係ないサービス等として費用徴収が可能であることを明記してはどうか。

なお、この場合、当該保険薬局の保険薬剤師は、必ず患者の医薬品受領の確認を行うものとする。

⇒上記の事務局提案は中医協総会で了承済み

<対面時、在宅時、オンライン時の費用負担全体像 (イメージ) >

	対面時 (薬局)		在宅時	オンライン時	
	通常時	医薬品郵送時		オンライン診療 (医療機関)	オンライン服薬指導 (薬局)
①患者宅/薬局間の移動 ②ビデオ通話等のシステム利用	患者宅・薬局間の移動に係る交通費		職員の移動の交通費 職員の移動時の人件費	ビデオ通話等のシステム利用に係る経費	ビデオ通話等のシステム利用に係る経費
診療、調剤等	診療、調剤、薬剤等に関する費用				
配送・持参等		医薬品の配送費		院内処方 処方箋の郵送費	医薬品の配送費
		医薬品の持参費		院外処方	医薬品の配送費

患者からの費用徴収が可能なのが告示や通知等で明示されているもの (令和元年10月25日の中医協総会了承分を含む) 報酬上で負担している費用

11

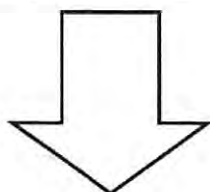
中医協総会 2019.12.20 資料 横断的事項その5 ICTの利活用④

245

オンライン服薬指導に関する現状・課題と論点

【現状・課題】

- 薬機法の改正により、一定の条件下でオンライン服薬指導が実施可能となる。このオンライン服薬指導は、①オンライン診療時の処方箋に基づく服薬指導と、②在宅訪問診療時の処方箋に基づく服薬指導に分かれる。
- 調剤報酬上の関連する薬学管理料としては、薬剤服用歴管理指導料と在宅患者訪問薬剤管理指導料がある。
- 10月25日の中医協総会において、医薬品の配送費は、療養の給付とは直接関係のないサービス等に追記する旨が了承されている。



【論点】

- オンライン服薬指導について、薬機法上の要件案、実施要領案やオンライン診療での取扱いなどを踏まえ、診療報酬上の観点から、対象患者や実施要件をどのように設定するか (要件等の検討の方向性はスライド9及び10を参照)。
- 本年10月25日の中医協総会での検討結果も踏まえ、①ビデオ通話等のシステム利用に係る経費や②薬局がオンライン服薬指導時に医薬品を患家に配送する場合の費用の負担について、どのように考えるか。
また、同様に、医療機関がオンライン診療時に医薬品や処方箋を患家等に配送する場合の配送費用の負担について、どのように考えるか。

12

中医協総会 2019.12.20 資料 横断的事項その5 ICTの利活用④

246

【現状・課題】

(抗菌薬適正使用支援加算の状況)

- ・ 平成30年度診療報酬改定において、抗菌薬適正使用支援加算を新設した。
- ・ 入院料別の届出状況を見ると、急性期一般入院料1、特定機能病院、専門病院において届出が多かった。
- ・ 抗菌薬適正使用支援チームの役割を見ると、多くの施設で相談の有無によらず必要な助言等を行っていた。また、薬剤の院内の使用状況については、カルバペネム系抗菌薬や抗MRSA薬は概ね把握されていたが、他の薬剤ではばらつきがみられた。
- ・ 抗菌薬適正使用に関するカンファレンスは「週1回」が約7割、抗菌薬適正使用に関する院内講習会は「半年に1回」が約8割、周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績(直近3月)は「実績なし」が約5割であった。



【論点】

- 抗菌薬適正使用支援加算の届出状況や実績等を踏まえ、抗菌薬の適正使用にかかる取組をさらに進める観点から、現行の施設基準等の要件についてどのように考えるか。

重複投薬に関する現状・課題、論点 (案)

【現状・課題】

- 保険者において、レセプト情報を活用した重複投薬の解消のための取組が実施されており、レセプト分析により、重複投薬が多い医薬品成分、重複が疑われる薬効群の見える化が行われている。
- 複数の医療機関を受診する患者については、重複投薬の防止のためにお薬手帳が活用されているが、確認時には複数のページを確認するなど、一定の注意が必要。
- 重複投薬の防止等に関連する診療報酬上の評価としては、地域包括診療料・加算、かかりつけ薬剤師・薬局の評価等がある。
- 診療所で実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されている全ての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

【論点】

- 複数の医療機関を受診する患者では重複投薬への注意が必要であり、医療機関や薬局において重複投薬の解消に向けた取組が進められてきた。
重複投薬の解消に向けた取組をさらに進める上では、服用薬剤の把握や処方薬の総合的な評価・調整が重要であるが、これらを円滑に行うための対応や連携について、評価することを検討してはどうか。

【現状・課題】

- 本年9月18日の中医協総会において、「重複投薬の解消に向けた取組をさらに進める上では、服用薬剤の把握や処方薬の総合的な評価・調整が重要であるが、これらを円滑に行うための対応や連携について、評価することを検討してはどうか。」との論点で検討を行ったところ。

【論点】

- 複数の医療機関から医薬品が処方される患者について、重複投薬等の解消をさらに進めていくために、薬局による服用薬の把握や重複投薬等の確認の結果も活用しつつ、かかりつけ医が重複投薬の有無等を評価し、他の医療機関間の連絡・調整を行う取組を評価することを検討してはどうか。

30

中医協総会 2019.11.15 個別事項その9 資料

249

入院時のポリファーマシー解消（退院時の連携）に関する現状・課題、論点（案）

【現状・課題】

- 入院中は処方の一元的な管理、処方変更後の患者の状態の確認が可能。
- 入院から外来や在宅医療への移行時には、薬剤の変更理由、変更後の状態等を地域のかかりつけ医や薬剤師に引き継ぐことが重要。
- 診療報酬上は、入院前に6種類以上の内服薬を服薬する患者について、退院時に処方薬剤数が2種類以上減少した場合等を評価している。
- 入院時に①薬剤師によるスクリーニング結果を踏まえた医師の処方薬剤の調整、②多職種で連携、により対応している事例がある。
- 高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬剤が、国内外でガイドライン等がまとめられている。
- 退院時の薬剤情報の提供については、診療情報提供料（I）、退院時薬剤情報管理指導料で評価されている。ただし、退院時薬剤管理指導料は、薬局への直接の情報提供を想定したものでない。

【論点】

- 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り、処方薬剤の総合調整の好機。2種類以上の減薬が行われた場合について評価しているが、入院時の処方の総合調整の取組をさらに推進する観点から、減薬の結果だけでなく、総合評価し調整する取組自体について、評価することを検討してはどうか。
- 退院時に処方薬の変更や中止の理由等を地域で共有する取組を推進するため、医療機関から薬局への情報提供を行う取組について、評価することを検討してはどうか。

74

バイオ後続品に関する現状・課題と論点(案)

【現状・課題】

- ・ バイオ後続品については、現在9成分が薬価収載されている。
- ・ バイオ後続品のあるバイオ医薬品については、長期間の投与が必要なものがある。
- ・ バイオ後続品の使用割合は、製剤によってばらつきがあるが、増加傾向にある。
- ・ 53.8%の病院、29.9%の薬局において、バイオ後続品を備蓄していた。
- ・ バイオ後続品のあるバイオ医薬品の使用については、在宅自己注射指導管理料や外来化学療法加算において、診療報酬上の評価がされている。
- ・ 一方、バイオ後続品の認知率は、一般生活者全体では19.1%、関節リウマチの患者では34%、糖尿病の患者では26.5%であったが、バイオ後続品の使用意向については、関節リウマチの患者の37%、糖尿病の患者の44.4%が使用したいと回答した。
- ・ また関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族のうち69.9%が、医師からバイオ後続品をすすめられた場合、「使用してみたい」又は「やや使用してみたい」と回答したが、関節リウマチの患者のうち、医師からバイオ後続品の推奨を受けた患者は26.1%であり、糖尿病の患者については、14.6%であった。
- ・ 関節リウマチ又は糖尿病の患者及び両疾患の家族が知りたい情報として、「副作用などの安全性が先発品と比べて同等であるか」が最も多く、次いで「効果が先発品比べて同等であるか」「費用負担について」が多かった。
- ・ 厚生労働省では、バイオ後続品の科学的評価、品質等について、医療従事者に対して、正しい理解を広めるため、専門家や医療関係者等によるセミナーや講習会を開催している。

【論点(案)】

- 上記のような状況を踏まえ、バイオ後続品を知らない患者にバイオ後続品を推奨する際の情報提供や、新たにバイオ後続品を導入する又は現在使用しているバイオ医薬品をバイオ後続品に切り替える場合の患者への説明や症状の観察等について、評価することを検討してはどうか。

88

2019.09.18 中医協総会資料 総-1 個別事項(その1)(リハビリテーション、医薬品の効率的かつ有効・安全な使用)

251

医療機関と薬局の連携による業務の効率化に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

- 医療機関と薬局間での事前の取決めにより、問合せを簡素化している医療機関がある。京都大学医学部附属病院の事例では、処方箋の変更がされたもののうち、約1/3が取決めに基づき簡素化が可能と推定された。

【論点】

- 医療機関における医師等の医療従事者の負担軽減や患者の待ち時間の短縮等の観点から、薬局から医療機関への問合せの簡素化の取組を推進することについてどう考えるか。

56

中医協総会2019.10.25 個別事項その6(治療と仕事の両立支援、救急/小児・周産期、業務の効率化・合理化)

252

【現状・課題】

- 後発医薬品の使用割合（数量ベース）は増加しており、平成30年9月時点で、72.6%であった。
- 後発医薬品の使用促進については、一般名処方の推進、変更調剤の取扱いの明確化、後発医薬品の使用体制・調剤体制の評価等の取組を行ってきた。
- 一般名処方加算の算定回数及び算定割合は増加している（平成30年6月審査分で51.0%）。一般名で処方された医薬品のうち、約80%が薬局で後発医薬品が調剤されている。
- 先発医薬品名で処方され、かつ、変更不可となっている医薬品の品目数は全体の約6%であった。
- 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、①医科入院：73.0%、②医科入院外：61.0%、③調剤：73.0%。また、平成31年3月において、薬局の後発医薬品の調剤割合は77.7%）。

<参考> 各報酬の算定の下限值

- ①医科入院（後発医薬品使用体制加算）：60%以上、②医科入院外（外来後発医薬品使用体制加算）：60%以上、③調剤（後発医薬品調剤体制加算）：75%以上

【論点】

- 医療機関及び薬局での後発医薬品の使用・調剤割合の実態を踏まえつつ、後発医薬品の使用を推進する観点から、医療機関における後発医薬品使用体制加算や薬局における後発医薬品調剤体制加算等の要件を見直すこととしてはどうか。

19

残薬についての課題と論点

【現状・課題】

- 残薬への対応については、薬局での残薬解消に向けた取組を評価するとともに、医療機関と薬局が連携して残薬に伴う日数調整を行うための処方箋様式の見直し等の取組を行ってきた。
- 薬局から医療機関に対して患者の服用薬及び服薬状況を情報共有する仕組みとして、服薬情報等提供料がある。
- 薬剤服用歴管理指導料の算定要件では、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めることとされている。一方で、お薬手帳の記載事項には、残薬に関する事項は特に定められていない。
- 処方箋の「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」のチェック欄にチェックがある処方箋を1ヶ月間に受け付けた薬局は、約44%であった。一方、処方箋の備考欄に「残薬調整後の報告可」と記載された処方箋を1ヶ月間に受け付けた薬局は、約12%であった。

【論点】

- 残薬の発生防止・解消については、薬局でのいわゆるブラウンバッグの活用の評価、処方箋様式の変更等の取組を進めてきた。残薬の発生防止・解消の取組をさらに進める上で、医療機関と薬局の連携を推進する観点から、お薬手帳や処方箋の活用についてどのように考えるか。

42

入院時食事療養等に係る帳票等の見直し（案）

考え方(案)

- 栄養管理体制を整備している施設では、栄養管理手順に基づき管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していることから、集団としての栄養管理を行う上で必要な帳票については、必ず備えるべき帳票から除外する。（有床診療所においては、栄養管理実施加算を算定している施設）
- ただし、栄養管理体制が整備されていない施設においては管理栄養士等が患者毎に栄養管理を実施していないと考えられることから、引き続き、帳票の作成等を求める。（有床診療所にあつては、栄養管理実施加算を算定していない施設）
- なお、食事の提供に関する業務の一部又は全部を委託している場合は、委託契約の内容に合わせた食事療養の質が確保されていることを保険医療機関が確認するための帳票を定め、必ず備えるべき帳票から除外された帳票であっても作成すること。
- また、電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必要な情報が変更履歴等を含めて作成・保管等されている場合、紙での保管は不要とする。

帳票等名称	管理栄養士による 栄養管理を実施	管理栄養士による 栄養管理を未実施	備考
喫食調査	要（一部除外）	要	患者毎に栄養管理を実施している場合は、除外。
食事せん	要	要	
栄養管理計画	要	要	
検食簿	要	要	
提供食数（日報、月報）	除外	要	病院として管理しており、必要に応じて確認ができること。
献立表	要	要	
患者入退院簿	除外	要	病院として管理しており、必要に応じて確認ができること。
食料品消費日計表	除外	要	
患者年齢構成表	要（一部除外）	要	特別治療食等により個別に栄養管理をしている場合は、除外。
給与栄養目標量	要（一部除外）	要	特別治療食等により個別に栄養管理をしている場合は、除外。
食品納入・消費・在庫等に関する帳簿	除外	要	病院として食料品の管理を実施し、求めに応じて確認ができること。

入院時食事療養に関する現状・課題と論点

【現状・課題】

- 入院時食事療養費において求めている帳票は、食事の質の向上に使用することとなっている。
- 医療法上、100床以上の病院にあつては栄養士1名、特定機能病院にあつては、管理栄養士1名以上配置することとなっている。
- 入院基本料等の通則において、入院時に栄養管理手順に基づき、管理栄養士等が患者毎に栄養状態を評価し、必要に応じて栄養管理計画書を作成し、適切な栄養管理を実施することとなっている。



【論点】

- 医療従事者の負担軽減及び業務の効率化の観点から、入院時食事療養費で求めている帳票等について、電子的データでの保管及び、患者毎に個別に栄養管理が実施されている場合に簡素化する方向で検討を進めてはどうか。

退院支援退院調整

医療介護連携・地域連携

認知症対応・早期診断

口腔ケア・嚥下訓練・栄養食事指導

質を担保したリハビリ

©ASK

257

2018改定は点数改定ではなく
ロジックの改定

地域医療構想に寄り添う改定とは？

急性期(慢性期も)の病床を人口推移に
合わせやすいロジック

人口減と病床数と医療経営

働き方改革と診療報酬

連携なくして経営無し!!!

©ASK

258

カルテに介護認定情報は必須
単独世帯や老々世帯の把握重要
生活状況を聞き取ること
歩行状況・栄養状態・嚥下状況
認知症のチェック重要

©ASK

259

高齢化による今後の課題と対策

1. 退院支援はより重要に

退院調整から退院支援・地域連携へ
介護保険を知らないと平均在院日数は伸びる

2. 認知症対策を徹底

認知症患者700万人時代へ
認知症診断・対応も出来る医療機関が求められる

3. 地域の質の高い介護事業者・介護施設 病院診療所間の連携は必須

高齢者のリハビリや住まいは重要
かかりつけ医の役割は重要化

©ASK

260