

中央社会保険医療協議会 総会（第 426 回） 議事次第

令和元年10月18日(金) 診療報酬基本問題小委員会終了後～
於 ホテルグランドアーク半蔵門（4階）

議 題

- 医療機器及び臨床検査の保険適用等について
- 個別事項（その4）について
- 診療報酬基本問題小委員会からの報告について
- その他

医療機器の保険適用について（令和元年 12 月収載予定）

区分 C 2（新機能・新技術）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均 価格との比	頁数
①	AMPLATZER PFO オクルーダー	アボットメディカルジャパン 株式会社	865,000 円	類似機能区分 比較方式	有用性加算（ハ） 10%	0.51	2
②	FoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル	中外製薬株式会社	特定保険医療材料ではなく、 新規技術料にて評価する。		なし	なし	5

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 AMPLATZER PFO オクリューダー
 保険適用希望企業 アボットメディカルジャパン株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
AMPLATZER PFO オクリューダー	C2（新機能・新技術）	本品は潜在性脳梗塞（奇異性脳塞栓症の確診例、又は一過性脳虚血発作（拡散強調画像などの頭部画像で陽性例）を含む）の既往があり、卵円孔開存（PFO）の存在が脳梗塞の発症に関与していると判断された患者のPFOの閉鎖を目的とする経皮的カテーテルPFO閉鎖機器であり、脳梗塞の再発リスクを低減する目的で使用される。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	費用対効果評価への該当性
AMPLATZER PFO オクリューダー	865,000 円	131 経皮的心房中隔欠損閉鎖セット 786,000 円 有用性加算（ハ）10%	0.51	該当しない

※AMPLATZER PFO オクリューダーについては、有用性加算（10%）を受け、新たに機能区分を設定した医療材料であるため、機能区分の特例の対象となる。

留意事項案

- （1）本品は、関連学会の作成した「潜在性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の手引き」に定められた適応基準を満たす卵円孔開存患者に対して、脳梗塞を発症した症例での再発予防を目的として使用した場合に限り算定できる。なお、診療報酬明細書の摘要欄に本品を使用する医学的根拠を詳細に記載すること。
- （2）本品は、関連学会の作成した「潜在性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の手引き」を遵守して使用した場合に限り、1回の手術あたり1個を限度として算定できる。
- （3）本品は、関連学会より認定された医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお、関連学会より認定された医療機関であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。

(4) 本品は、関連学会の定める認定を得た医師が使用した場合に限り算定できる。
 なお、関連学会より認定された医師であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。

関連技術料

K574-2 経皮的心房中隔欠損閉鎖術 31,850 点

留意事項通知に下記を追記する。

(1) 経皮的卵円孔閉鎖セットを用いて、卵円孔の閉鎖を行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。

[参考]

○企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
AMPLATZER PFO オクルーダー	965,000 円	類似機能区分比較方式	0.57

○市場規模予測（ピーク時）

予測年度：7年度

本医療機器使用患者数：3,413 人／年

予測販売金額：32.9 億円／年

○諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オーストラリア	外国平均価格
AMPLATZER PFO オクルーダー	15,800 米ドル (1,753,800 円)	11,533 ポンド (1,683,818 円)	12,950 ユーロ (1,657,600 円)	12,950 ユーロ (1,657,600 円)	20,789 豪ドル (1,679,751 円)	1,686,514 円

*為替レート（平成 30 年 6 月～令和元年 5 月の日銀による為替レートの平均）

1 米ドル=111 円、1 英ポンド=146 円、1 ユーロ=128 円、1 豪ドル=80.8 円

○加算の定量化に関する研究班報告に基づいたポイント

有用性加算（ハ）対象疾病の治療方法の改善

a. 既存の治療方法では効果が不十分な患者群、あるいは安全性等の理由で既存の治療方法が使用できない患者群において効果が認められる。

b. 対象疾病に対する標準的治療法として今後位置づけられる。

のそれぞれ 1 ポイントに該当し、合計 2 ポイント（1 ポイントあたり 5%換算で 10%の加算）となる。

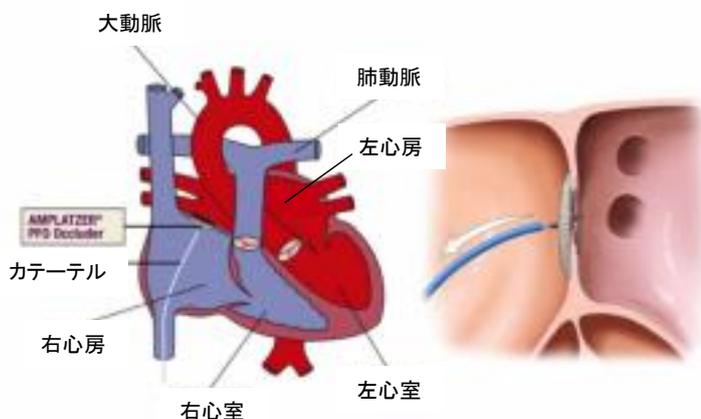
製品概要

1 販売名	AMPLATZER PFO オクルーダー
2 希望業者	アボットメディカルジャパン株式会社
3 使用目的	本品は潜在性脳梗塞(奇異性脳塞栓症の確診例、又は一過性脳虚血発作(拡散強調画像などの頭部画像で陽性例)を含む)の既往があり、卵円孔開存(PFO)の存在が脳梗塞の発症に関与していると判断された患者のPFOの閉鎖を目的とする経皮的カテーテルPFO閉鎖機器であり、脳梗塞の再発リスクを低減する目的で使用される。

製品特徴

出典:企業提出資料

- 本品は、経カテーテル的に卵円孔開存(PFO)を閉鎖するPFOオクルーダー及びデリバリーシステムで構成され、デリバリーシステムを用いて、左心房側及び右心房側へ展開することで卵円孔開存を閉鎖する。

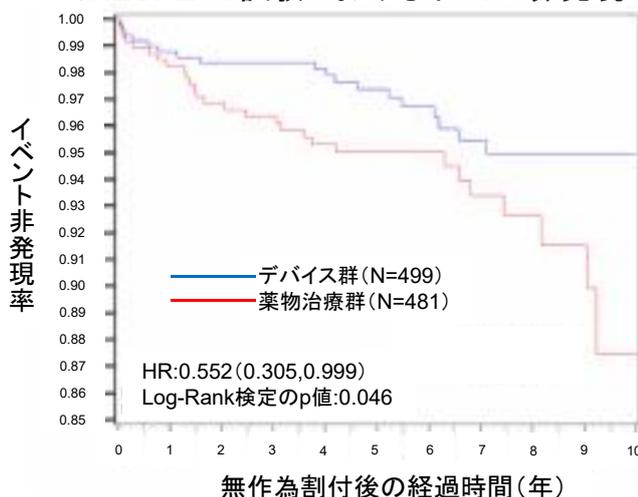


臨床成績

- 米国及びカナダにおいて実施されたイベント主導型非盲験無作為化試験(RESPECT試験)では、本品を用いてPFO閉鎖術を行ったデバイス群は、薬物療法群と比較して、非致死性脳卒中の相対リスクが45%低減した。
- また、デバイス群の6ヶ月時点のPFO閉鎖率は、効果的な閉鎖が94.2%、完全閉鎖が71.3%で確認された。

4 構造・原理

<RESPECT試験におけるイベント非発現率>



イベント発現数 / 全症例数	
デバイス群	薬物療法群
18/499	28/481
相対リスク低減率	
45.0%	
P値	
0.046	

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
FoundationOne® CDx が んゲノムプロファイル	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。		

○ 準用技術料

NTRK 融合遺伝子検査を実施した場合

D006-4 遺伝学的検査

2 処理が複雑なもの 5,000 点

○ 留意事項案

D006-4 遺伝学的検査の留意事項の(9) (10) を (11) (12) に変更し、(9) (10) を追加する。

(1) ~ (8) (略)

(9) 固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、シーケンサーシステムを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として NTRK1/2/3 融合遺伝子検査を実施する場合にあっては、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。この場合、遺伝学的検査「2」処理が複雑なもの の所定点数を準用して算定することとし、注の規定及び(1) ~ (7) の規定は適用しない。

(10) シーケンサーシステムを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイル併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異にかかる検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分
FoundationOne® CDx が んゲノムプロファイル	特定保険医療材料ではなく新規技術料を希望する。	

準用希望技術料

D006-4 遺伝学的検査「3」処理が極めて複雑なもの 8,000 点

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：5年度

本医療機器使用患者数：6483人／年

予測販売金額：3.2億円／年

○ 諸外国におけるリストプライス

販売名	アメリカ 合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	オースト ラリア	外国平均 価格
FoundationOne ® CDx がんゲ ノムプロファ イル	5800米ドル (644,000円)	3600ポンド (526,000 円)	販売実績なし			—

1米ドル= 111円	1ポンド=146円
1ユーロ= 128円	1豪ドル=80.8円
(平成30年6月～令和元年5月の日銀による為替レートの平均)	

製品概要

1 販売名	FoundationOne CDxがんゲノムプロファイル																						
2 希望業者	中外製薬株式会社																						
3 使用目的	<ul style="list-style-type: none"> • 本品は、固形がん患者を対象とした腫瘍組織の包括的なゲノムプロファイリングを取得する。 • 本品は、下表の医薬品の適応判定の補助を目的として、対応する遺伝子変異等を検出する。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">遺伝子変異など</th> <th style="width: 20%;">がん種</th> <th style="width: 50%;">関連する医薬品</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EGFRエクソン19欠失変異及びエクソン21 L858R変異</td> <td rowspan="3">非小細胞肺癌</td> <td>アファチニブマレイン酸塩、エルロチニブ塩酸塩、ゲフィチニブ、オシメルチニブメシル酸塩</td> </tr> <tr> <td>EGFRエクソン20 T790M変異</td> <td>オシメルチニブメシル酸塩</td> </tr> <tr> <td>ALK融合遺伝子</td> <td>アレクチニブ塩酸塩、クリゾチニブ、セリチニブ</td> </tr> <tr> <td>BRAF V600E及びV600K変異</td> <td>悪性黒色腫</td> <td>ダブラフェニブメシル酸塩、トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物、ベムラフェニブ</td> </tr> <tr> <td>ERBB2コピー数異常 (HER2遺伝子増幅陽性)</td> <td>乳癌</td> <td>トラスツズマブ (遺伝子組換え)</td> </tr> <tr> <td>KRAS/NRAS野生型</td> <td>結腸・直腸癌</td> <td>セツキシマブ (遺伝子組換え) パニツムマブ (遺伝子組換え)</td> </tr> <tr style="background-color: #cccccc;"> <td>NTRK1/2/3融合遺伝子</td> <td>固形癌</td> <td>エヌトレクチニブ</td> </tr> </tbody> </table>	遺伝子変異など	がん種	関連する医薬品	EGFRエクソン19欠失変異及びエクソン21 L858R変異	非小細胞肺癌	アファチニブマレイン酸塩、エルロチニブ塩酸塩、ゲフィチニブ、オシメルチニブメシル酸塩	EGFRエクソン20 T790M変異	オシメルチニブメシル酸塩	ALK融合遺伝子	アレクチニブ塩酸塩、クリゾチニブ、セリチニブ	BRAF V600E及びV600K変異	悪性黒色腫	ダブラフェニブメシル酸塩、トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物、ベムラフェニブ	ERBB2コピー数異常 (HER2遺伝子増幅陽性)	乳癌	トラスツズマブ (遺伝子組換え)	KRAS/NRAS野生型	結腸・直腸癌	セツキシマブ (遺伝子組換え) パニツムマブ (遺伝子組換え)	NTRK1/2/3融合遺伝子	固形癌	エヌトレクチニブ
遺伝子変異など	がん種	関連する医薬品																					
EGFRエクソン19欠失変異及びエクソン21 L858R変異	非小細胞肺癌	アファチニブマレイン酸塩、エルロチニブ塩酸塩、ゲフィチニブ、オシメルチニブメシル酸塩																					
EGFRエクソン20 T790M変異		オシメルチニブメシル酸塩																					
ALK融合遺伝子		アレクチニブ塩酸塩、クリゾチニブ、セリチニブ																					
BRAF V600E及びV600K変異	悪性黒色腫	ダブラフェニブメシル酸塩、トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物、ベムラフェニブ																					
ERBB2コピー数異常 (HER2遺伝子増幅陽性)	乳癌	トラスツズマブ (遺伝子組換え)																					
KRAS/NRAS野生型	結腸・直腸癌	セツキシマブ (遺伝子組換え) パニツムマブ (遺伝子組換え)																					
NTRK1/2/3融合遺伝子	固形癌	エヌトレクチニブ																					
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 製品特徴 </div> <ul style="list-style-type: none"> • 本品は固形がん患者の腫瘍組織検体から抽出したゲノムDNAの遺伝子変異情報を解析するプログラムである。 • 本品は進行・再発の固形癌患者に対するエヌトレクチニブの適応の判定の補助を目的としてNTRK1/2/3融合遺伝子を検出する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 臨床上的有用性 </div> <ul style="list-style-type: none"> • 国際共同第Ⅱ相臨床試験であるSTARTRK-2試験において、NTRK融合遺伝子陽性の固形癌コホートで、TRK阻害薬であるエヌトレクチニブは奏効率56.9%と高い有効性を認めた。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">例数 (%) (n=51)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>完全奏効 (CR)</td> <td style="text-align: right;">4 (7.8%)</td> </tr> <tr> <td>部分奏効 (PR)</td> <td style="text-align: right;">25 (49.0%)</td> </tr> <tr> <td>安定 (SD)</td> <td style="text-align: right;">9 (17.6%)</td> </tr> <tr> <td>増悪 (PD)</td> <td style="text-align: right;">3 (5.9%)</td> </tr> <tr> <td>評価不能</td> <td style="text-align: right;">10 (19.6%)</td> </tr> <tr> <td>奏効 (CR+PR) (奏効率 [95%CI])</td> <td style="text-align: right;">29 (56.9% [42.3-70.7])</td> </tr> </tbody> </table>		例数 (%) (n=51)	完全奏効 (CR)	4 (7.8%)	部分奏効 (PR)	25 (49.0%)	安定 (SD)	9 (17.6%)	増悪 (PD)	3 (5.9%)	評価不能	10 (19.6%)	奏効 (CR+PR) (奏効率 [95%CI])	29 (56.9% [42.3-70.7])								
	例数 (%) (n=51)																						
完全奏効 (CR)	4 (7.8%)																						
部分奏効 (PR)	25 (49.0%)																						
安定 (SD)	9 (17.6%)																						
増悪 (PD)	3 (5.9%)																						
評価不能	10 (19.6%)																						
奏効 (CR+PR) (奏効率 [95%CI])	29 (56.9% [42.3-70.7])																						

出典: 企業提出資料

臨床検査の保険適用について（令和元年 11 月収載予定）

		測定項目	測定方法	参考点数	頁数
①	E 3 (新項目)	鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RS ウィルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌	マイクロアレイ法 (定性)	D012-23 インフルエンザウイルス抗原定性 143 点、 D012-26 クラミドフィラ・ニューモニエ IgM 抗体 160 点、 D023-6 マイコプラズマ核酸検出 300 点 及び D023-8 百日咳菌核酸検出 360 点 を合算した点数 963 点	2

体外診断用医薬品に係る保険適用決定区分及び保険点数（案）

販売名 FilmArray 呼吸器パネル
 保険適用希望企業 ビオメリュー・ジャパン株式会社

販売名	決定区分	主な使用目的
FilmArray 呼吸器パネル	E 3（新項目）	鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌の核酸同定（病原性微生物及びウイルス感染の診断補助）

○ 測定項目概要及び保険点数

測定項目	測定方法	保険点数	準用保険点数
鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌	マイクロアレイ法（定性）	963点	D012-23 インフルエンザウイルス抗原定性 143点 D012-26 クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体 160点 D023-6 マイコプラズマ核酸検出 300点 D023-8 百日咳菌核酸検出 360点

留意事項

(1) 本検査は、D012の「23」インフルエンザウイルス抗原定性、D012の「26」クラミドフィラ・ニューモニエIgM抗体、D023の「6」マイコプラズマ核酸検出及びD023の「8」百日咳菌核酸検出の所定点数を合算した点数を準用して算定する。

この際、別に実施した以下の各病原微生物に係る抗原、抗体及び核酸検出検査（定性及び定量を問わない。）については別に算定できない。

インフルエンザウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌

なお、D026 検体検査判断料を算定する場合は、「6」微生物学的検査判断料の所定点数を算定できる。

(2) 本検査は、A300 救命救急入院料、A301 特定集中治療室管理料、A301-4 小児特定集

中治療室管理料、A302 新生児特定集中治療室管理料又はA303 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定する患者であって、重症呼吸器感染症と診断した、又は疑われる場合に、病原微生物の検索のために使用した場合は1回に限り算定できる。なお、検査を実施した年月日を診療報酬明細書に記載すること。

(3) 本検査は、感染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師（専ら感染症に係る診療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師（専ら臨床検査を担当した経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されている保険医療機関に限り行うこと。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

[参考]

○ 企業の希望保険点数

販売名	保険点数	準用保険点数
FilmArray 呼吸器パネル	2560点	D023-15 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1700点 D023-12 インフルエンザ核酸検出 410点 D023-9 SARS コロナウイルス核酸検出 450点

○ 市場規模予測（ピーク時）

予測年度：10年度

推定適用患者数：4283人／年

予測販売金額4,130万円／年

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

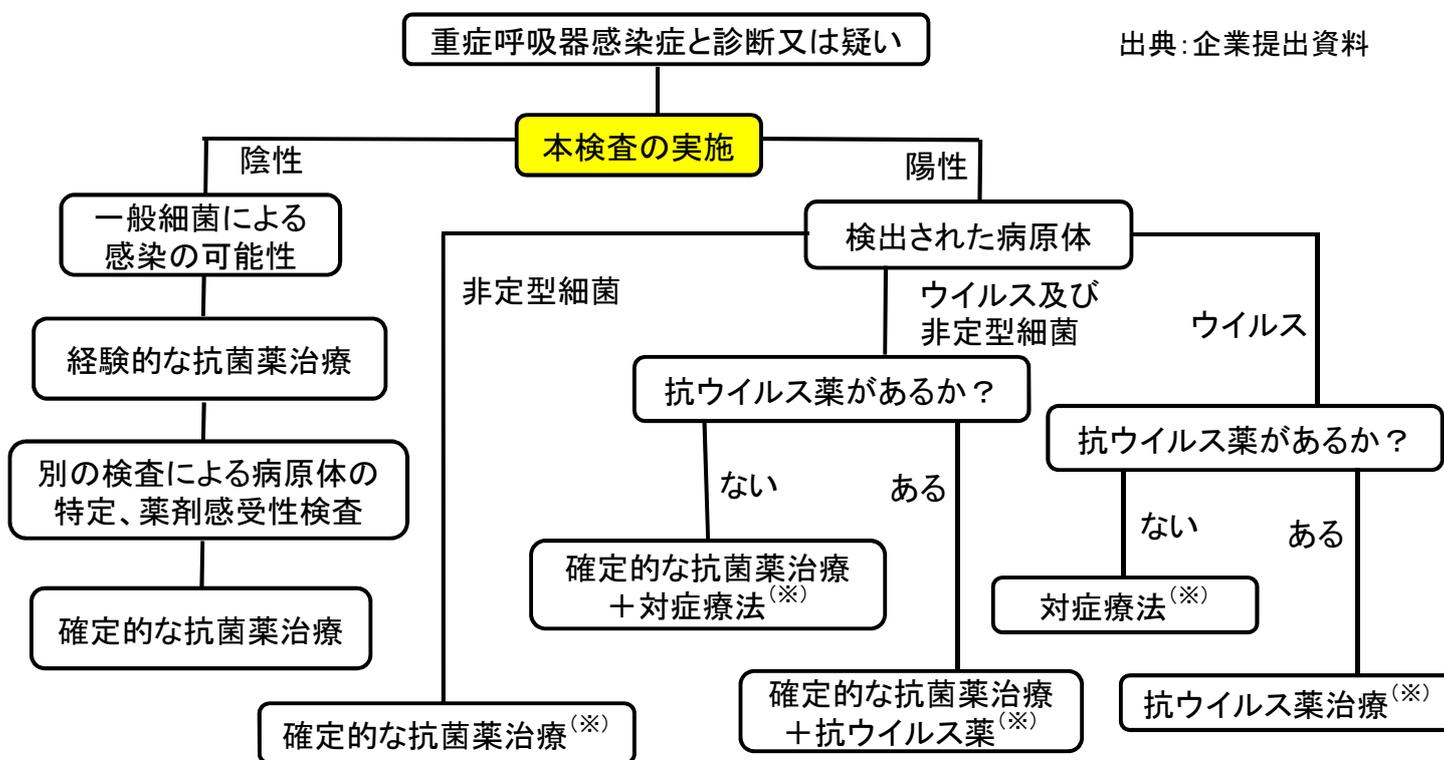
【区 分】 E3（新項目）

【測定項目】 鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌

【測定方法】 マイクロアレイ法（定性）

【測定目的】 鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌の核酸同定（病原性微生物及びウイルス感染の診断補助）

【臨床上の位置づけ】



(※) 一般的に、医学的判断により他の病原体の可能性が否定的となるまでは、経験的抗菌薬治療を行うことがある。

	本品	単項目 迅速抗原検査	細菌培養 ・同定検査	単項目 遺伝子検査
検査時間	1時間	20分	1～3日	1時間
正確性	高い	やや劣る	やや劣る	高い
網羅性	20項目	単項目	—	単項目

本品を用いた多項目遺伝子検査により、呼吸器感染症病原体20種類の同定が高い精度で約1時間で可能となり、重症呼吸器感染症が疑われる患者に対して、早期に適切な治療方針の選択ができる。

保医発1015第2号
令和元年10月15日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

医療機器の保険適用について

標記について、別紙のとおり令和元年10月16日から新たに保険適用とするので通知する。

本通知別紙中、承認番号又は認証番号とは、薬事法等の一部を改正する法律（平成25年法律第84号）第1条の規定による改正前の薬事法（昭和35年法律第145号）又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく承認番号又は認証番号を指すものとする。

1. 医科

(別紙)

製品(販売)名・製品コードに追加・変更があったものの保険適用(区分B1)(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの)

保険適用開始年月日:令和元年10月16日

承認番号又は認証番号	販売名	製品名	製品コード	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
22400BZX00354000	ナトレル プレスト・インプラント	別表1のとおり		アラガン・ジャパン株式会社	181 人工乳房	¥72,600

新たな保険適用 区分B2(個別評価)(材料価格が個別に設定され評価されているもの(機能区分の定義等の変更を伴う))

保険適用開始年月日:令和元年10月16日

承認番号又は認証番号	販売名	製品名	製品コード	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格 (円)
22400BZX00356000	ナトレル133 ティッシュ・エキスバンダー	133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FV-11-T	4987836037317	アラガン・ジャパン株式会社	139 組織拡張器 (2)乳房用	¥66,000
		(300)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FV-12-T	4987836037119			
		(400)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FV-13-T	4987836037263			
		(500)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FV-14-T	4987836037409			
		(600)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FV-15-T	4987836037355			
		(750)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FV-16-T	4987836037430			
		(850)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MV-11-T	4987836037201			
		(250)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MV-12-T	4987836037416			
		(300)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MV-13-T	4987836037270			
		(400)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MV-14-T	4987836037126			
		(500)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MV-15-T	4987836037249			
		(600)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MV-16-T	4987836037324			
		(700)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FX-11-T	4987836037348			
		(350)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FX-12-T	4987836037218			
		(450)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FX-13-T	4987836037171			
		(550)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FX-14-T	4987836037386			
		(650)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FX-15-T	4987836037140			
		(800)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-FX-16-T	4987836037454			
		(950)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MX-11-T	4987836037164			
		(300)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MX-12-T	4987836037232			
		(400)				
		133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MX-13-T	4987836037256			
		(500)				
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MX-14-T	4987836037225					
(600)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MX-15-T	4987836037393					
(700)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-MX-16-T	4987836037300					
(850)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SX-11-T	4987836037362					
(250)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SX-12-T	4987836037287					
(350)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SX-13-T	4987836037133					
(400)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SX-14-T	4987836037447					
(500)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SX-15-T	4987836037331					
(650)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SX-16-T	4987836037379					
(800)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SV-11-T	4987836037188					
(200)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SV-12-T	4987836037294					
(250)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SV-13-T	4987836037461					
(300)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SV-14-T	4987836037157					
(375)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SV-15-T	4987836037423					
(450)						
133S ティッシュ・エキスバンダー133S-SV-16-T	4987836037195					
(550)						

製品概要

1 販売名	ナトレル 133 ティッシュ・エキスパンダー ナトレル ブレスト・インプラント
2 希望業者	アラガン・ジャパン株式会社
3 使用目的	<p>(ナトレル 133 ティッシュ・エキスパンダー)</p> <ul style="list-style-type: none"> 乳房再建術時に人工乳房の埋入を容易にするため、事前に乳房皮下又は大胸筋下に一定期間埋め込み、乳房周辺部の皮膚及びその他の組織を拡張・伸展させる。 <p>(ナトレル ブレスト・インプラント)</p> <ul style="list-style-type: none"> 本品は、乳房の形状または形成するために、乳房再建術又は成人女性の乳房増大術に使用される。 <p>※保険診療下では乳房再建術のみ</p>

製品特徴

出典：企業提出資料

(ナトレル 133 ティッシュ・エキスパンダー)

- 人工乳房による再建に適したポケットを作成するため、埋め込まれている期間、位置ずれを起こさず、皮膚を拡張・伸展させる

ティッシュ・エキスパンダー／皮膚拡張器			
形状	TE133 (しずく形状、半月形状、クロワッサン形状)		
表面タイプ	スムーズタイプ	テクスチャードタイプ	
	Smooth	Biocell	Microcell
薬事承認	なし	あり*	なし

承認

自主回収

(ナトレル ブレスト・インプラント)

- 本品はティッシュ・エキスパンダー同様スムーズタイプを導入している。

4 構造・原理



ティッシュ・エキスパンダー



ブレスト・インプラント

乳房再建までの流れ



令和元年10月8日(火)

【照会先】

医薬・生活衛生局医療機器審査管理課
室長 大原 拓 (4226)
医療機器審査調整官 渡利 彰浩 (2787)
(代表電話) 03-5253-1111
(直通電話) 03-3935-2419

報道関係者 各位

乳房再建術に用いられるブレスト・インプラント(ゲル充填人工乳房) 関連製品(回収品の代替製品)を承認しました

乳房再建術等に用いられるブレスト・インプラントについては、令和元年7月25日のアラガン・ジャパン株式会社の製品の自主回収により、日本国内において保険適用された製品の流通が停止した状況となっております。(資料参照)

厚生労働省は、乳房再建術等の再開に関する医療現場と患者の要望を踏まえ、これまでの製品の代替となる品目の迅速な審査を医薬品医療機器総合機構(PMDA)に依頼しました。審査の結果、代替となる品目の有効性・安全性等が確認されたため、本日付けで下記の医療機器を承認しましたのでお知らせします。

記

[販売名] ナトレル 133 ティッシュ・エキスパンダー
ナトレル ブレスト・インプラント

[申請者] アラガン・ジャパン株式会社

[品目概要] [ナトレル 133 ティッシュ・エキスパンダー]

本品は、乳房再建術時に人工乳房の埋入を容易にするため、事前に乳房皮下又は大胸筋下に一定期間埋め込み、乳房周辺部の皮膚及びその他の組織を拡張・伸展させる皮膚拡張器である。表面をスムーズ加工した構成品「ナトレル 133S ティッシュ・エキスパンダー」が追加された。

[ナトレル ブレスト・インプラント]

本品は、乳房の形状を修復または形成するために、乳房再建術又は成人女性の乳房増大術に使用されるゲル充填人工乳房である。スムーズ加工の製品バリエーション拡充のため、構成品に Inspira シリーズが追加された。

資料 「ナトレル ブレスト・インプラント」等3品目の回収について

<http://www.info.pmda.go.jp/rgo/MainServlet?recallno=2-8974>

個別事項（その4）

（感染症、脳卒中、医療従事者の働き方②）

個別事項（その4）

1. 感染症について

- 外来における薬剤耐性（AMR）対策

2. 脳卒中について

- 脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準について
- Drip and Ship法について

3. 医療従事者の働き方②

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践

1. 感染症について

- 外来における薬剤耐性（AMR）対策

薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン 2016-2020

1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

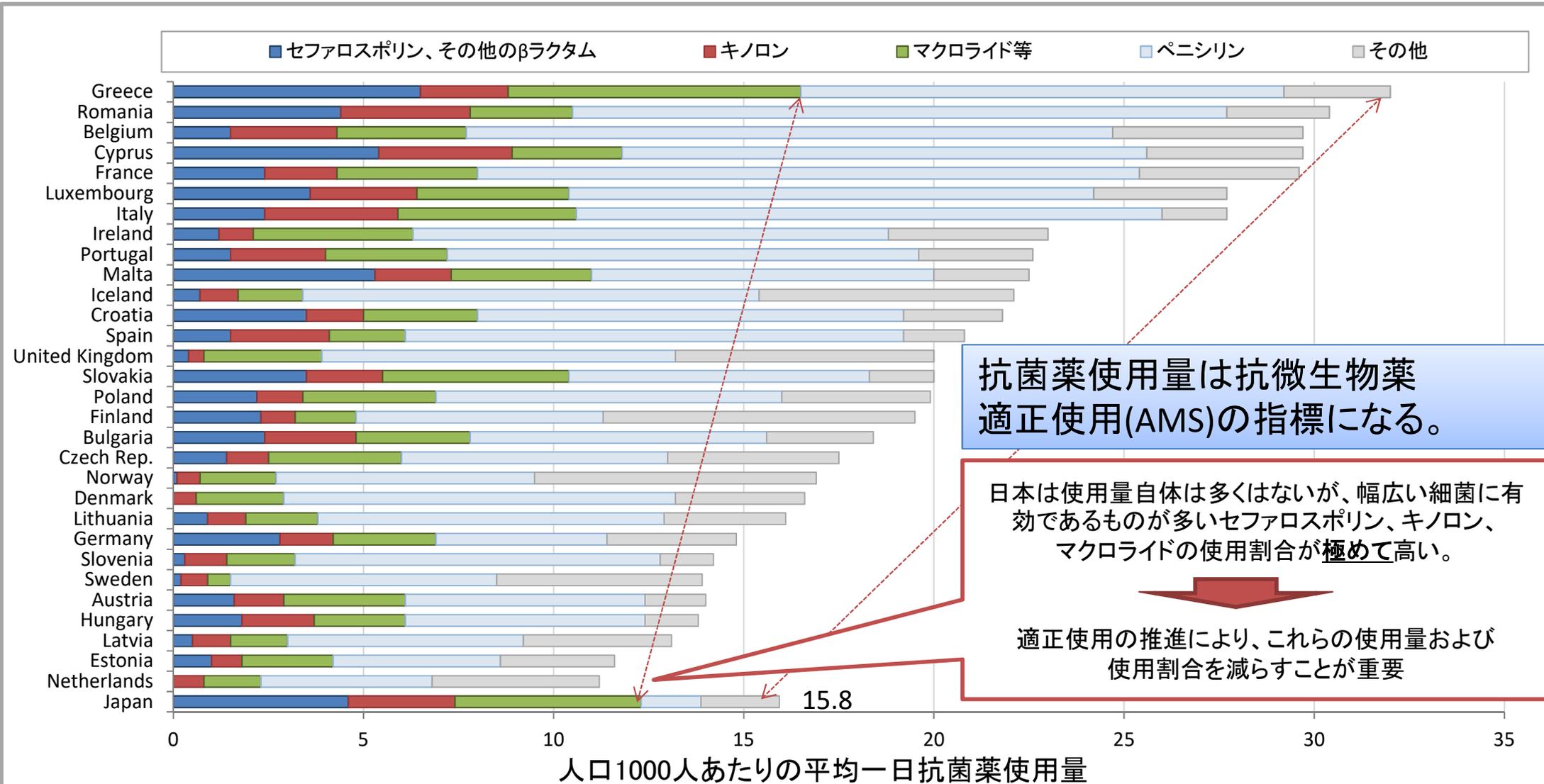
6. 国際協力

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

薬剤耐性(AMR)対策アクションプランにおける数値目標

抗微生物薬について、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライドの使用量を**半減**させ、全体の使用量を**33%減**とする。

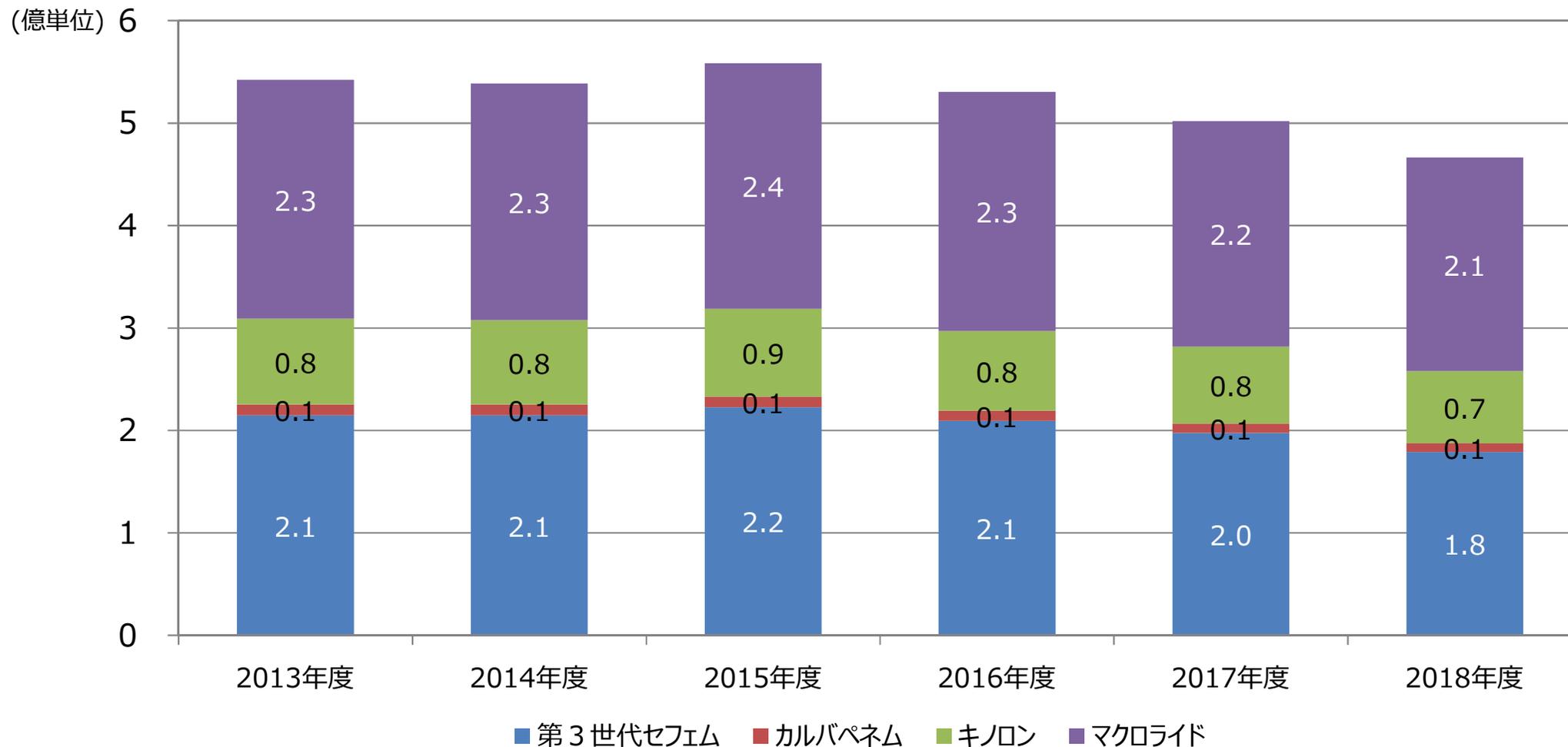
医療分野における抗菌薬使用量



広域抗菌薬の数量の推移(調剤分)(各年度4～9月)

中医協 総-4-1
元 . 6 . 2 6

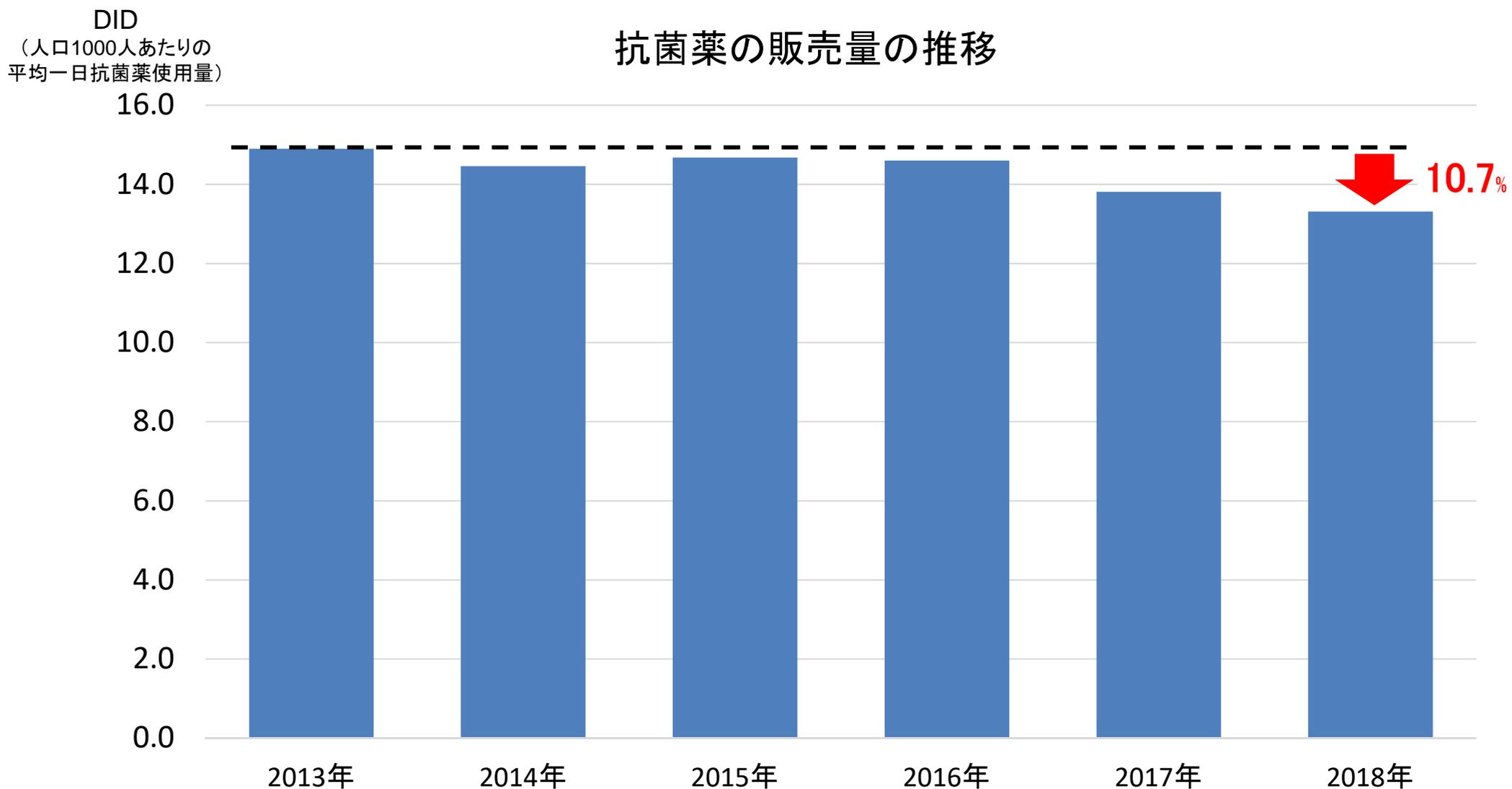
○ 第3世代セフェムやキノロン等の経口広域抗菌薬の数量は、近年減少傾向にある。



注1) 2018年度のデータを参照するため、各年度4～9月の値の合計としている。
 注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
 注3) 経口剤のみを集計対象としている。

抗菌薬の販売量の推移

○ 抗菌薬の販売量は減少傾向であり、2018年は2013年と比較して、10.7%減少していた。

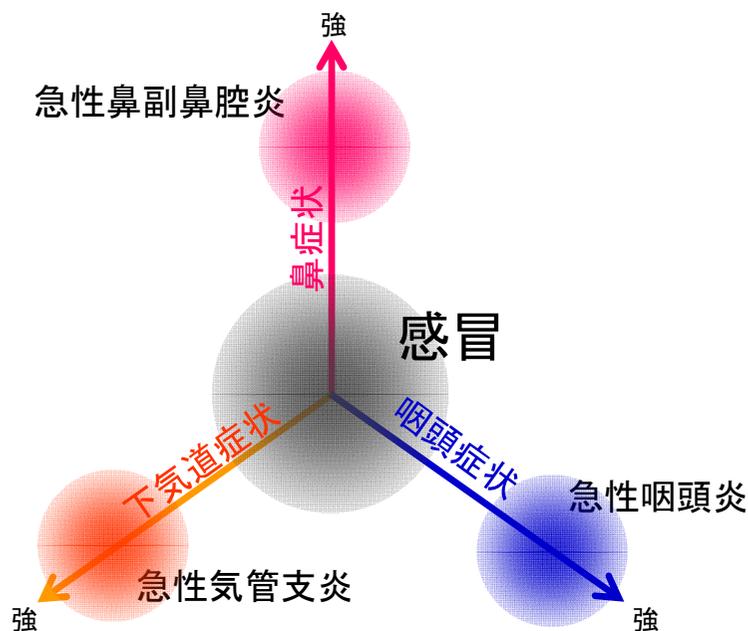


- ・日本で使用される抗菌薬のうち約**90%**は外来診療で処方される**経口**抗菌薬である。

- ・**外来診療**の現場で活用できる「**抗微生物薬適正使用の手引き 第一版**」を平成29年6月1日発表

急性気道感染症

診断・治療の考え方



患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬は必要なし。休養が重要。
- ・改善しない場合の再受診を。

急性下痢症

診断・治療の考え方

- ・細菌性・ウイルス性に関わらず、多くは自然に治るため、抗菌薬は不要。
- ・対症療法や水分摂取励行が重要。

- ✓ 全身状態(日常生活への支障程度)
 - ✓ 海外渡航歴
 - ✓ 血性下痢
 - ✓ 発熱
- 等を踏まえて、便の検査や抗菌薬処方を検討。

患者・家族への説明内容

- ・多くは対症療法が中心であり、抗菌薬の使用は、腸内細菌叢を乱す可能性あり。
- ・糖分、塩分の入った水分補給が重要。
- ・感染拡大防止のため、手洗いを徹底。
- ・改善しない場合の再受診を。

0～19歳における年齢ごとの受診理由

- 0歳では予防接種等の保健サービスの利用が多い。全ての年齢で喘息等の呼吸器系の疾患やアトピー性皮膚炎等の皮膚の疾患が多く見られる。また、5歳以降になると精神及び行動の障害が見られる。

年齢	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳
最多人数(万人)	予防接種 12.4	喘息 20.7	喘息 15.0	アレルギー性鼻炎 8.1	ざ瘡(アクネ) 4.8
2番目	乳幼児の 検査・健診・管理 4.0	予防接種 14.3	アレルギー性鼻炎 10.6	その他の保健サービス 8.0	その他の保健サービス 4.7
3番目	その他の皮膚炎及び 湿疹 2.2	急性気管支炎 11.3	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 6.8	喘息 5.5	屈折及び調節の障害 (眼) 3.7
4番目	アトピー性皮膚炎 2.1	その他の 急性上気道感染症 7.2	その他の精神及び 行動の障害 6.6	その他の精神及び 行動の障害 5.4	その他の精神及び 行動の障害 3.4
5番目	急性気管支炎 2.1	アトピー性皮膚炎 6.8	その他の保健サービス 6.5	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 4.4	アレルギー性鼻炎 3.2
6番目	その他の 急性上気道感染症 2.0	急性咽頭炎及び 急性扁桃炎 5.6	アトピー性皮膚炎 4.9	その他の四肢の骨折 4.0	アトピー性皮膚炎 2.8
7番目	その他の皮膚及び 皮下組織の疾患 1.9	アレルギー性鼻炎 5.5	予防接種 4.8	屈折及び調節の障害 (眼) 3.3	神経症性障害、 ストレス関連障害及び 身体表現性障害 2.5

外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

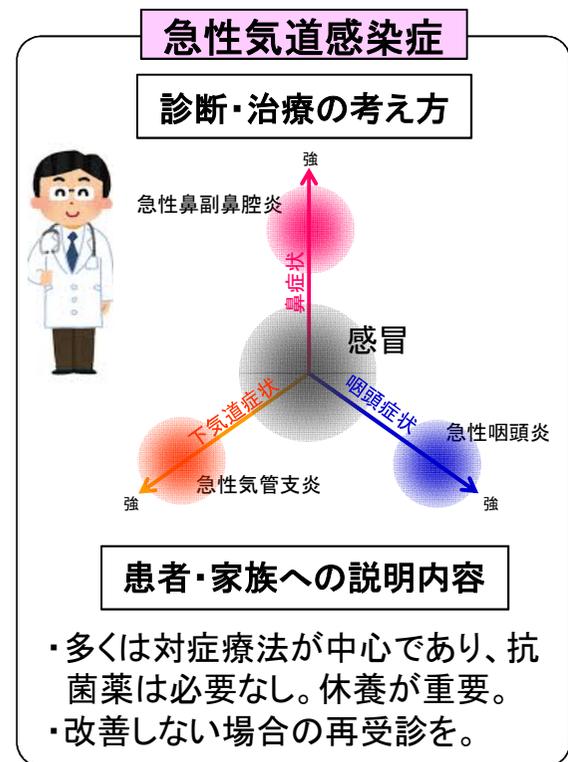
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議)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ていること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に作成

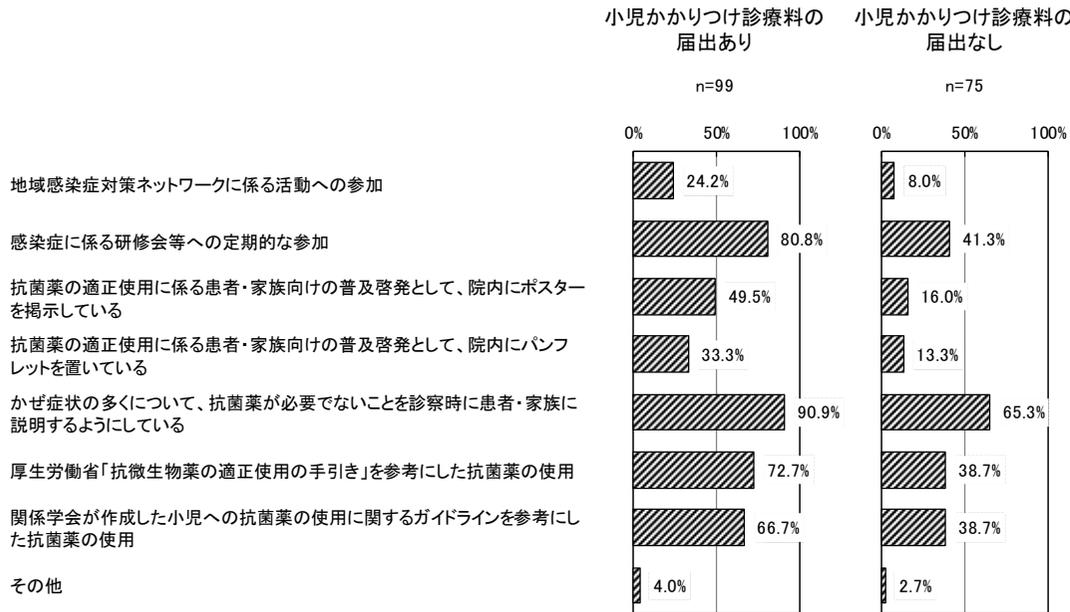
届出医療機関数及び算定回数

	届出医療機関数	算定回数
小児抗菌薬適正使用支援加算	(届出不要)	242,576

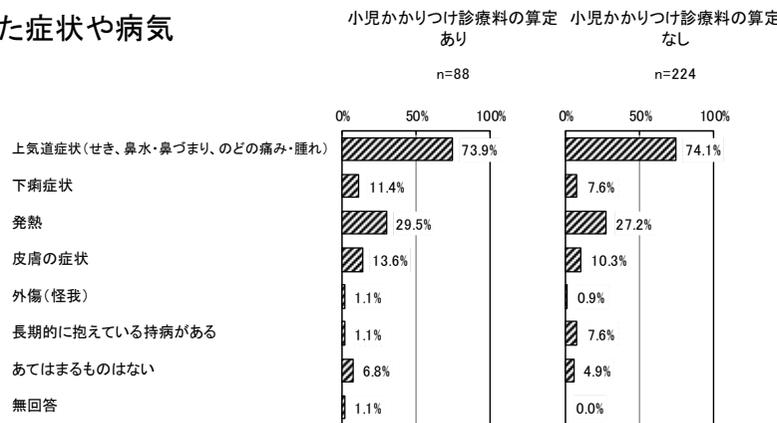
抗菌薬の適正使用に係る取組

- 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出がある施設の方が、届出のない施設に比べて、抗菌薬の適正使用に関する取組を行っている割合が高かった。
- 小児かかりつけ診療料の算定があった患者の方が、抗菌薬を処方された割合が少なかった。

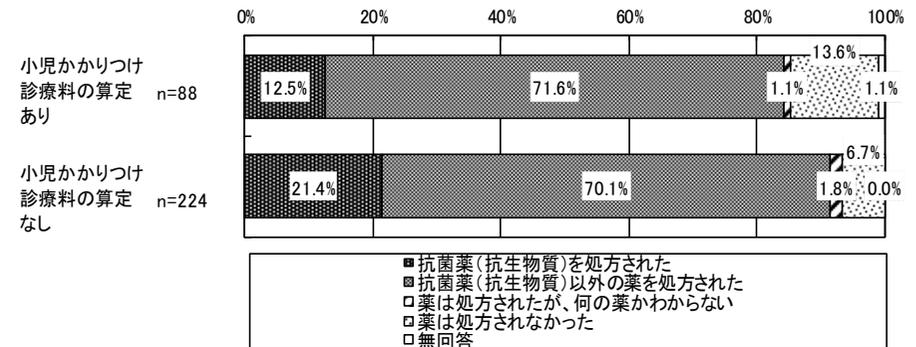
○ 小児科・小児外科患者への抗菌薬の適正使用に関する取組状況



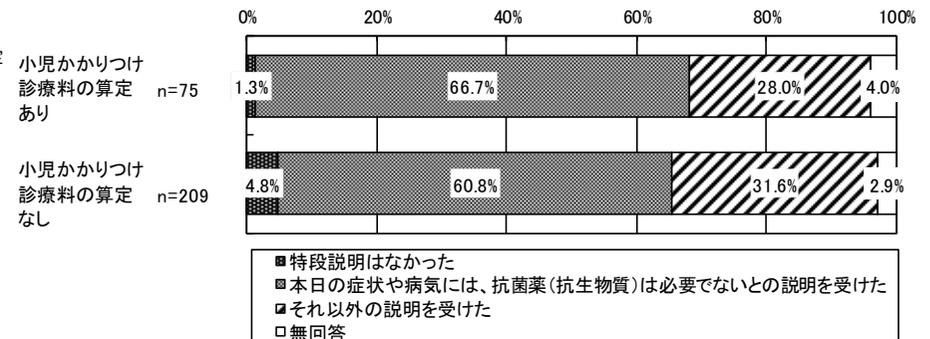
○ 受診の理由となった症状や病気



○ 薬の処方の状況



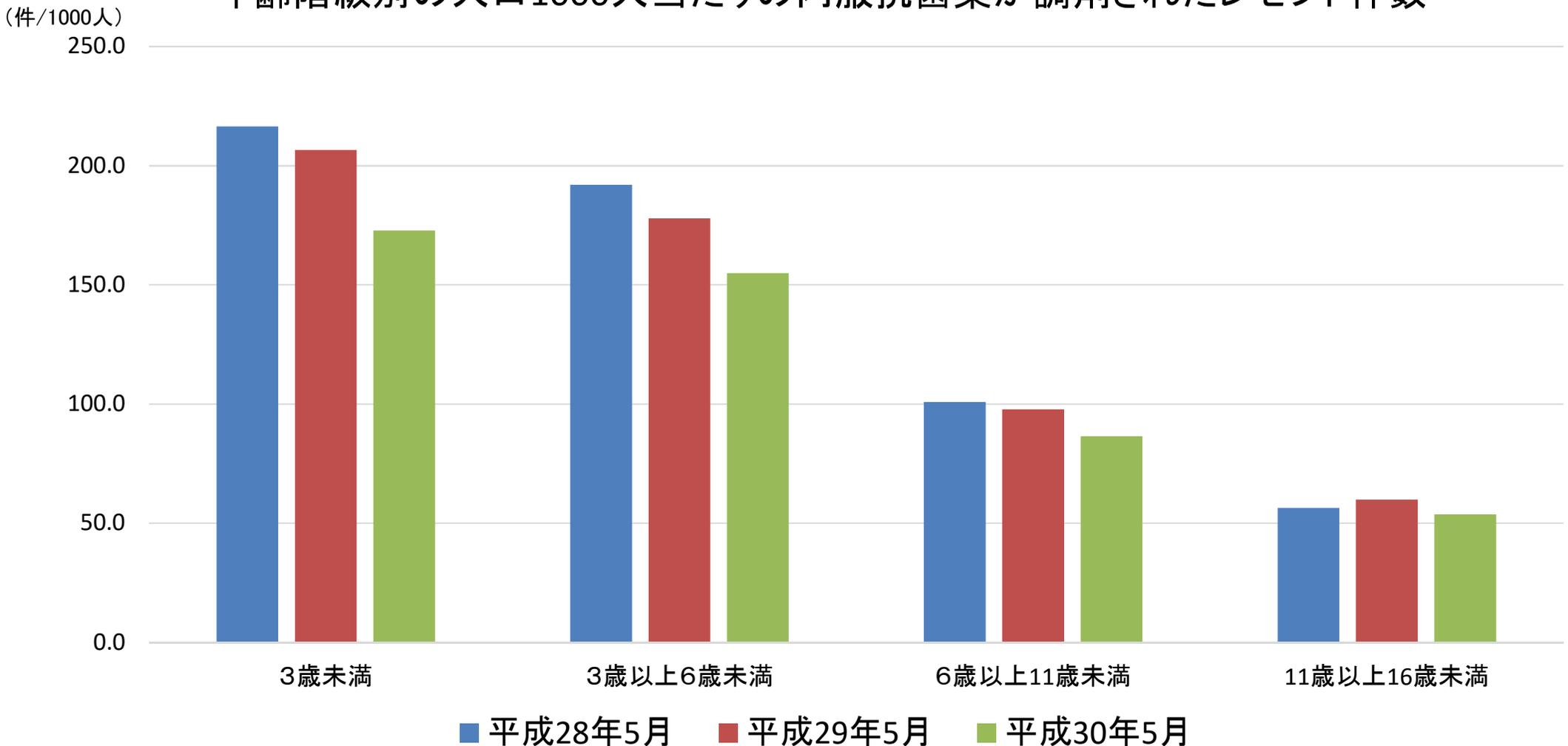
○ 薬の処方の医師による説明



年齢階級別の内服抗菌薬の状況

- いずれの年齢階級においても、平成29年と平成30年を比較すると、内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数は減少している。
- 内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数は3歳未満が最も多く、次いで3歳以上6歳未満が多い。

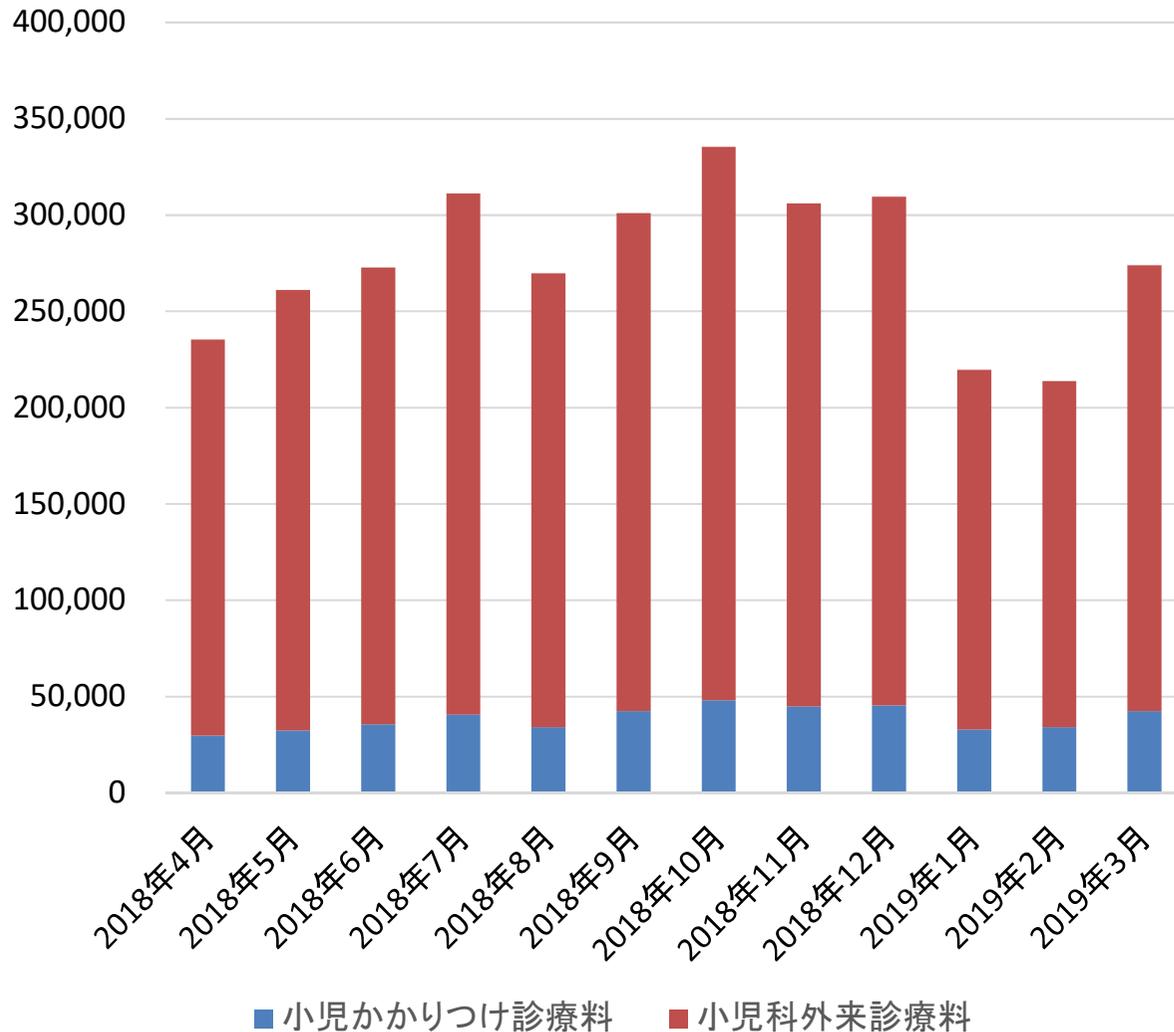
年齢階級別の人口1000人当たりの内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数



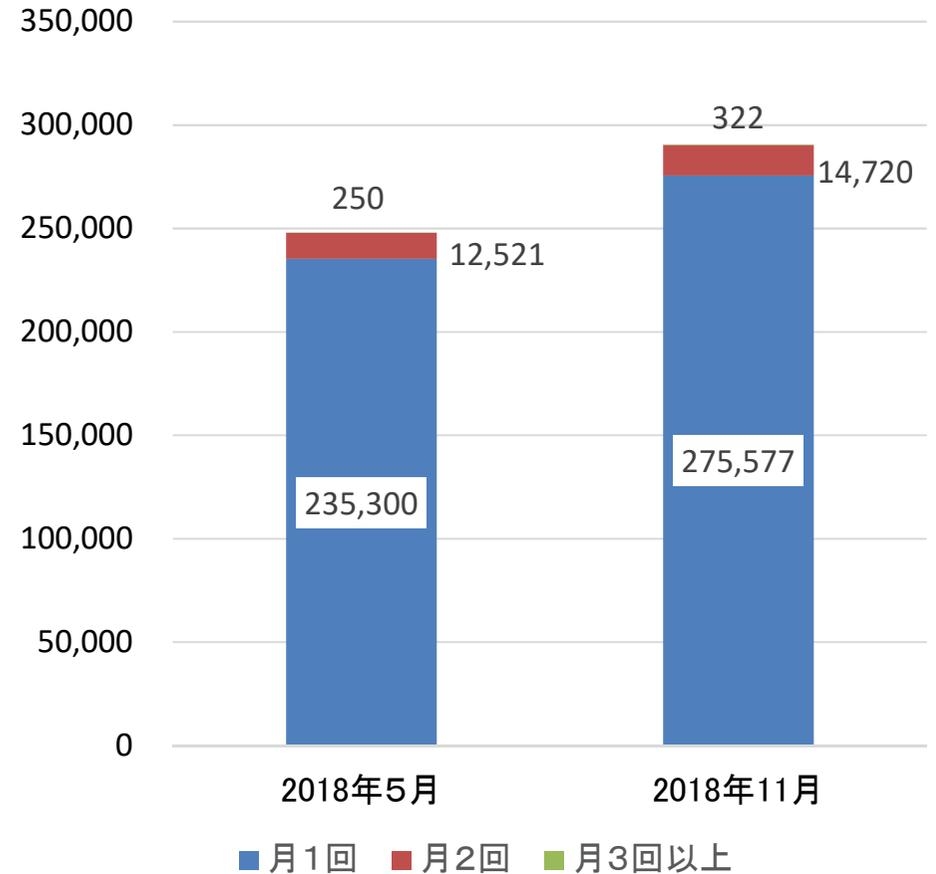
小児抗菌薬適正使用支援加算の算定状況

- 小児抗菌薬適正使用支援加算は、月20万回～35万回算定されていた。
- また、月2回以上算定されているレセプトが約5%存在していた。

小児抗菌薬適正使用支援加算の算定回数



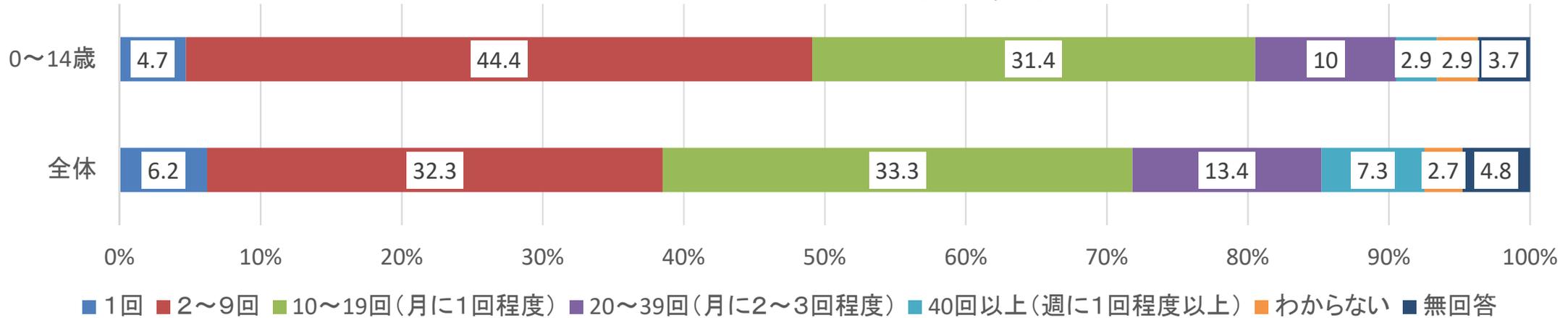
小児抗菌薬適正使用支援加算の単月の算定回数別の算定件数



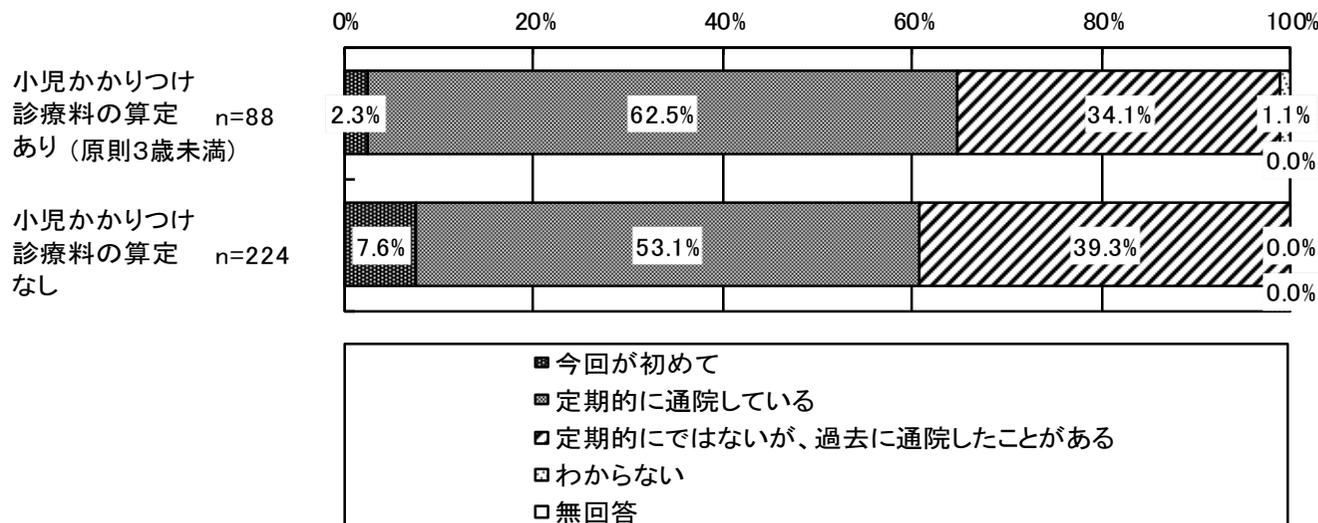
小児患者の外来の受診頻度

- 15歳未満の患者について、受診頻度が月に1回未満の患者が49.1%であり、月1回程度受診する患者が31.4%であった。
- 小児かかりつけ診療料を算定している患者について、定期的(3月に1回程度)に通院している患者は、62.5%であった。

15歳未満の患者の外来の受診頻度



出典:平成29年度受療行動調査



出典:平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)

感染症に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【外来における薬剤耐性(AMR)対策】

- 薬剤耐性(AMR)対策アクションプランにおいて、抗微生物薬について、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライドの使用量を半減させ、全体の使用量を33%減とすることが目標とされている。
- 抗菌薬の販売量及び経口広域抗菌薬の数量は、近年減少傾向にある。
- 平成30年度診療報酬改定において新設した小児抗菌薬適正使用支援加算については、月20万回～35万回算定されていた。また、月2回以上算定されているレセプトが約5%存在していた。
- 年齢階級別に内服抗菌薬が調剤されたレセプト件数を見ると、3歳未満が最も多く、次いで3歳以上6歳未満が多い。
- 15歳未満の患者について、月に1回程度の受診する患者が44.4%であり、月2回以上受診する患者が47.2%であった。
- 小児かかりつけ診療料を算定している患者について、定期的(3月に1回程度)に通院している患者は、62.5%であった。



【論点】

- 小児抗菌薬適正使用支援加算について、抗菌薬の使用状況や算定状況、小児の受療頻度等を踏まえ、対象年齢や算定頻度等の算定要件を見直すこととしてはどうか。

2. 脳卒中について

- 脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準
- Drip and Ship法

脳梗塞の急性期治療について

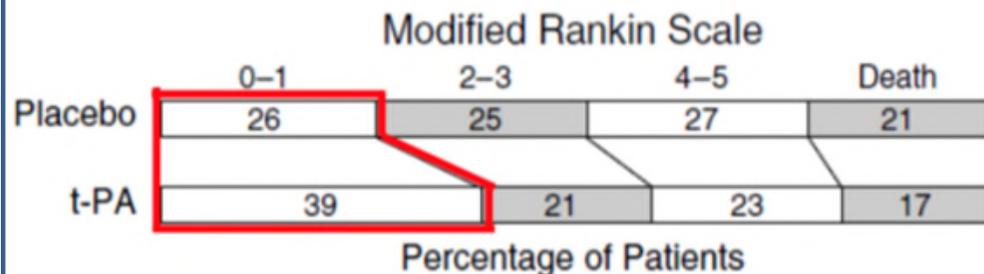
- 脳卒中の急性期治療に関しては、脳梗塞に対するrt-PA療法が実施可能である発症後経過時間の延長や、急性期血管内治療の科学的根拠の確立等、治療技術の進歩が見られる。
- 脳卒中の急性期診療においては、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合があることから、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められる。
- rt-PA療法の実施率は急性期脳梗塞の約5%に留まり、また、地域によって実績に差がある可能性も指摘されている。

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

脳梗塞の急性期治療の進歩

- rt-PA静注療法実施群では、
 - 後遺症なく経過する割合が13%増加¹
 - 死亡率は偽薬群と差がない¹

脳梗塞発症後3ヶ月の臨床転帰



(※) Modified Rankin Scale 0-1:明らかな障害を認めない

- 血管内治療実施群では、
 - 後遺症が軽く経過する割合が約20%増加²
 - 死亡率は非実施群と差がない²

出典 1. N Engl J Med 333: 1581-7, 1995 2. Lancet 387:1723-1731, 2016

地域における脳梗塞の急性期診療の体制

- rt-PA静注療法の提供体制には地域差があるとされている
 - rt-PA療法可能な施設が一つでもある市町村分布¹



- rt-PA療法を常時行える病院のない医療圏は9.7%
血栓回収術を常時行える病院のない医療圏は27.4%²
- (※)46都道府県の日本脳卒中協会支部と宮城県脳卒中協会へのアンケート調査による

出典 1. 脳卒中31:141-147,2009 2. 脳卒中41:93-99,2019

超急性期脳卒中加算の概要

A205-2 超急性期脳卒中加算 12,000点(入院初日)

【算定要件】

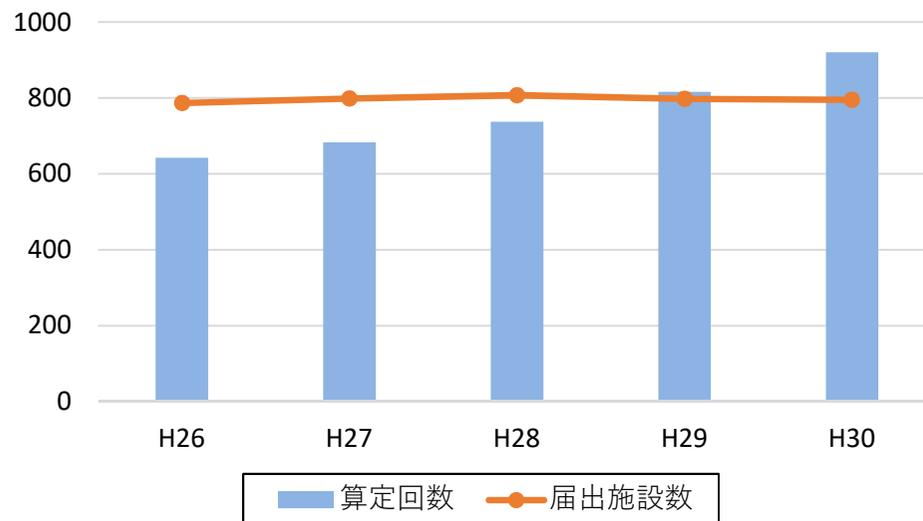
- (1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA(アルテプラゼ)静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (3) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講し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

【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】

(回数・施設数)



出典：社会医療診療行為別統計・調査(各年6月審査分)
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。

	改訂前の指針（第二版）	改訂後の指針（第三版）	A205-2 超急性期脳卒中加算（再掲）
人員配置基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日本脳卒中学会専門医などの急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を持つ医師を中心とする診療チームがあること ・ 実施担当医が日本脳卒中学会の承認する本薬使用のための講習会を受講し、証明を取得すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>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</u> （脳卒中診療担当者は、日本脳卒中学会の承認する本薬使用のためのe-ラーニングを受講することが望ましい） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>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</u>
	（記載なし）	（記載なし）	薬剤師の常時配置
	（記載なし）	（記載なし）	<u>診療放射線技師及び臨床検査技師の常時配置</u>
脳外科対応	脳外科的処置が迅速に行える体制	迅速に <u>脳外科医が対応できる体制</u>	脳外科的処置が迅速に行える体制
設備	ストロークケアユニット又はそれに準ずる設備	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）	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）
	CT又はMRIが24時間実施可能	<u>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</u>	CT、MRI、 <u>脳血管造影等の脳画像撮影及び診断が常時行える体制</u>

2. 脳卒中について

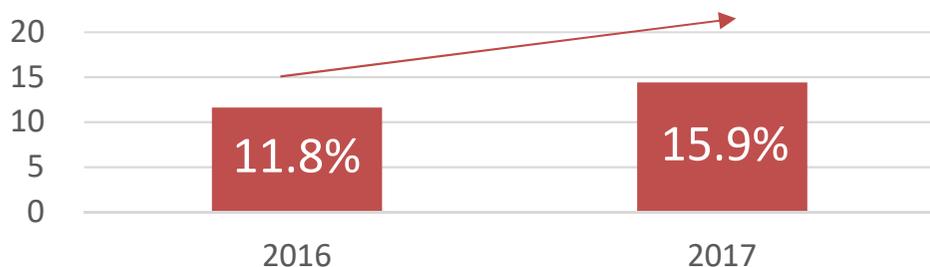
- 脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準
- Drip and Ship法

脳梗塞治療におけるDrip and Ship法について

- 脳梗塞の急性期治療において、一次搬送された施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は増加している。
- 治療においてrt-PAを投与する場合、発症から投与までの時間が短い方が患者の予後がよく、rt-PAを投与した上で血管内治療等の専門的治療が可能な医療機関に搬送する方法(Drip and Ship法)が活用されている。

※ Drip and ship法: 遠隔診療等を用いることによって、脳卒中に精通した医師の指示下にrt-PA療法を開始した上で、血管内治療が可能な施設を含む、より専門的な診療が可能な施設に、脳梗塞患者を搬送することをいう。

脳梗塞の急性期治療において一次搬送施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合

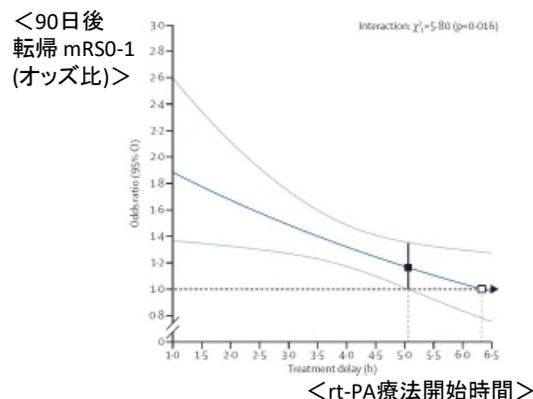


- 脳梗塞の急性期治療において血管内治療が行われた症例のうち、一次搬送施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は約16%あり、増加している。

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」

rt-PAを投与するまでの時間と予後

- 脳梗塞の超急性期では、発症からrt-PAを投与するまでの時間が短い方が、患者の予後がよい。



出典: Lancet 2014;384:1929-1935

Drip and Ship法とMother Ship法を比較した場合の臨床転帰

	Drip and ship	Mother ship (tPA治療を行ったもの)	P値
n	368	1926	
年齢	23-98 (76, 74.4)	16-103 (77, 75.6)	0.072
男性	216 (58.7%)	1079 (56.0%)	0.34
発症前mRS 0-1	302 (83.0%)	1483 (77.7%)	0.021
SICH	25 (7.1%)	118 (6.7%)	0.79
発症90日後mRS 6	37 (10.1%)	187 (9.7%)	0.85
発症90日後mRS 5-6	88 (23.9%)	474 (24.7%)	0.76
発症90日後mRS 0-2	161 (43.8%)	834 (43.4%)	0.91

- 脳梗塞に対して血管内治療を行った症例において、Drip and Ship法でrt-PA静注療法を行った例と自施設でrt-PA静注療法を行った例では、安全性に差はなかった。

※ Mother ship: 脳卒中発症後、血管内治療が可能な施設を含む専門的な施設に直接搬送されること

※ SICH: symptomatic intracranial hemorrhage (症候性頭蓋内出血)

※ mRS: modified Rankin Scale

0=後遺症無く軽快, 6=死亡, であり、数値が低いほど転帰良好を示す

Drip and Ship法の実施にかかる評価

- 各地域における医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助や、Drip and Ship法、Drip and Stay法の活用を通じ、平均的な救急搬送圏外の施設との連携体制の構築が必要である。
(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)
- 現行の超急性期脳卒中加算は、所定時間内にrt-PAを投与した場合に、入院料の加算として算定できることとなっているため、Drip and Ship法を実施した場合は算定できない。

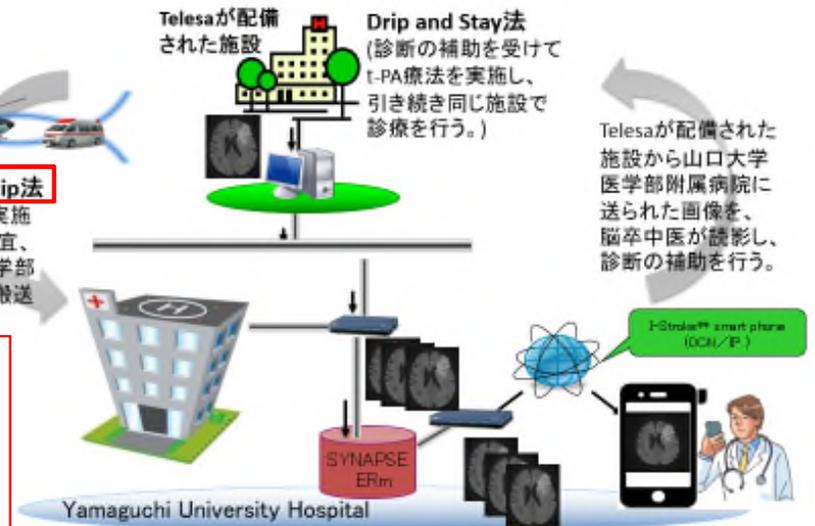
超急性期脳卒中加算の算定要件(再掲)

- 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。

地域における脳卒中の急性期診療施設の連携(例)



Drip and Ship法を行う場合、超急性期脳卒中加算の算定要件を満たさない。
(搬送元では薬剤料等、搬送先では以降の入院料等の算定は可能)



脳卒中治療に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【脳梗塞の超急性期治療を行う医療機関の基準】

- 脳卒中の急性期治療に関しては、脳梗塞に対するrt-PA療法が実施可能である発症後経過時間の延長や、急性期血管内治療の科学的根拠の確立等、治療技術の進歩が見られる。
- 脳卒中の急性期診療においては、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが困難な場合があることから、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められるが、地域によって提供体制に差がある可能性も指摘されている。
- 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。

【Drip and Ship法】

- 脳梗塞の急性期治療において、一次搬送された施設からより専門的な医療機関に二次搬送された割合は増加している。
- 治療においてrt-PAを投与する場合、発症から投与までの時間が短い方が患者の予後がよいことが知られており、rt-PAを投与した上で血管内治療等の専門的治療が可能な医療機関に搬送する方法（Drip and Ship法）が活用されている。
- 現行の超急性期脳卒中加算は、所定時間内にrt-PAを投与した場合に、入院料の加算として算定できることとなっていることから、Drip and Ship法を実施した場合は算定できない。



【論点】

- 急性期脳梗塞の治療法の現状や地域の医療提供体制、学会による治療指針の改訂等を踏まえ、治療を行う医療機関を適切に評価する観点から、超急性期脳卒中加算の施設基準や算定要件等を見直すことについてどのように考えるか。

3. 医療従事者の働き方について

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について

勤務環境改善に関連する診療報酬の対応(主なもの)

<医師の勤務環境改善・働き方改革に資する主な診療報酬改定項目>

	院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践	タスク・シフティング、チーム医療の推進	医師事務作業補助者の配置	勤務環境に特に配慮を要する領域への対応	多様な勤務形態の推進	その他(外来医療の機能分化)
H18年度				<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料の小児科医の常勤要件を緩和 ハイリスク分娩管理加算等の新設 		
H20年度	病院勤務医の負担軽減等の体制整備を評価(3つの診療報酬項目)		医師事務作業補助体制加算の新設			診療所における夜間、早朝等における診療の評価を新設
H22年度	評価対象となる項目を拡大	<ul style="list-style-type: none"> 栄養サポートチーム加算等を新設 看護補助者の配置の評価を新設 	評価の充実、対象病棟の拡大	産科・小児科		
H24年度		評価対象となるチーム医療の拡大 タスク・シフティングに係る評価の充実・拡大		医療等の重点的な対応が ついて評価の充実・拡大		二次救急医療機関の救急外来の評価の新設、院内トリアージの評価の新設
H26年度						
H28年度					<ul style="list-style-type: none"> 産休・育休等に係る常勤要件の緩和 脳卒中ケアユニット等の夜間の医師の勤務体制の緩和 	紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担の導入
H30年度		<ul style="list-style-type: none"> 効果のある負担軽減策を計画に含むことを要件化 評価の対象となる項目を整理 				<ul style="list-style-type: none"> 常勤要件の緩和の拡大等

次回以降議論

(今回議論)

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進

(次回以降議論)

- タスク・シフティングの推進、チーム医療の推進
- 業務の効率化や人員配置の合理化・適正化、書類作成・研修要件の合理化
- 柔軟な働き方や業務の効率化に資するICT等の利活用の推進

医療従事者の働き方に関するこれまでの主な意見

(令和2年度診療報酬改定に向けた議論(1ラウンド)の概要(抜粋))

- 医療機関内におけるマネジメントに対する取組などやるべきことはやるという前提で、その取組に資する診療報酬の在り方について検討する必要があるのではないか。
- 働き方改革により医療従事者の勤務体系が変わり、人件費等の増加が見込まれるため、入院基本料の在り方を検討する必要があるのではないか。
- 入院基本料の議論を行う前に、非効率な医療がないか検証する必要があるのではないか。
- 医師の働き方改革に取り組むことは、医療を受ける患者・国民の医療安全に資するものであり、それを支えるためには一定財源が必要である。
- 医師の働き方改革に伴って追加的に生じるコストを患者が負担することについては非常に違和感を覚える。

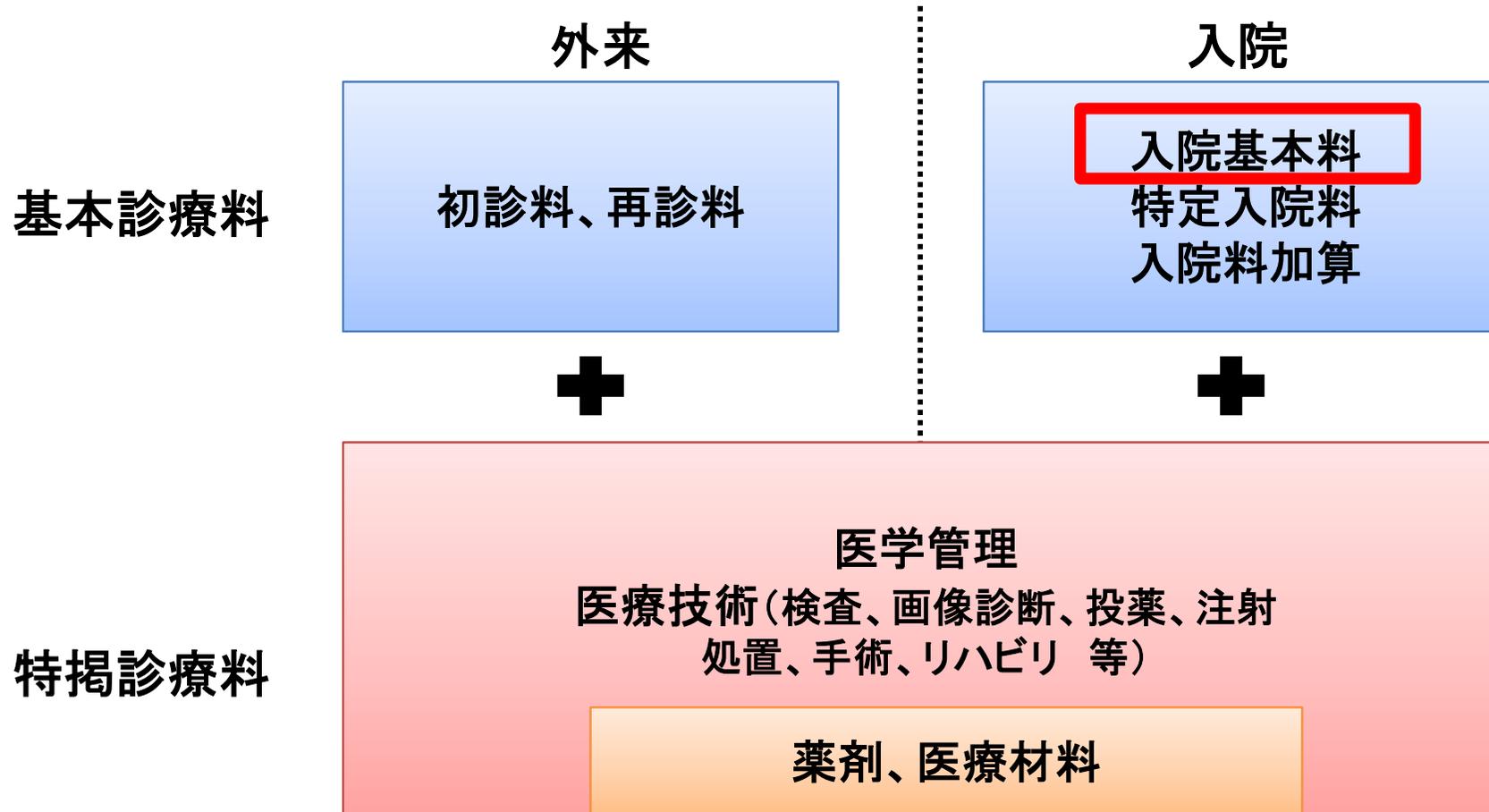
(中央社会保険医療協議会総会(令和元年9月25日)における主な意見)

- 保険医療機関の収入は診療報酬によって占められるため、診療に必要なコストは診療報酬によって手当てされることが原則である。
- 勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、診療報酬での評価が必要ではないか。

3. 医療従事者の働き方について

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について
 - ・ 全ての医療機関に求められる取組
 - ・ 特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組

診療報酬の基本構造



- 「基本診療料」は、初・再診、入院時の診察行為又は入院サービスの費用のほか、基本的な診療行為の費用も一括して支払うもの。簡単な検査、処置等(例: 血圧測定等)、入院の場合の皮内、皮下、筋肉内、静脈内注射の注射手技、簡単な処置等を含んでいる。
- 入院基本料等は、療養環境(寝具等を含む。)の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等に要する費用は、特に規定する場合を除き含まれている。
- 「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが適当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々に点数を設定し、それらの診療行為を行った場合は、個々にそれらの費用を算定する。

入院基本料の変遷①

中医協 診 - 1
24 . 8 . 22

入院時医学管理料

医学的管理に関する費用

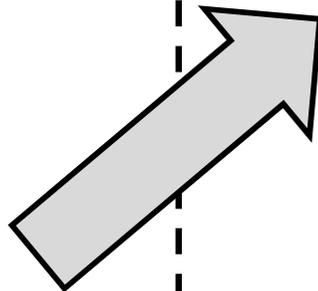
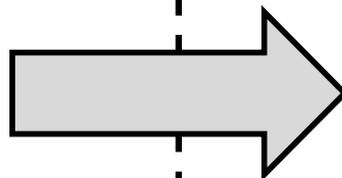
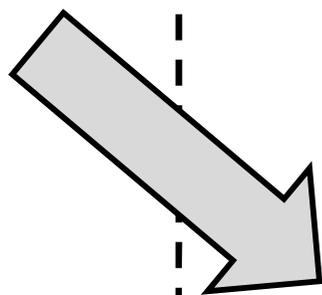
看護料

看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料

療養環境の提供の評価

平成11年度以前



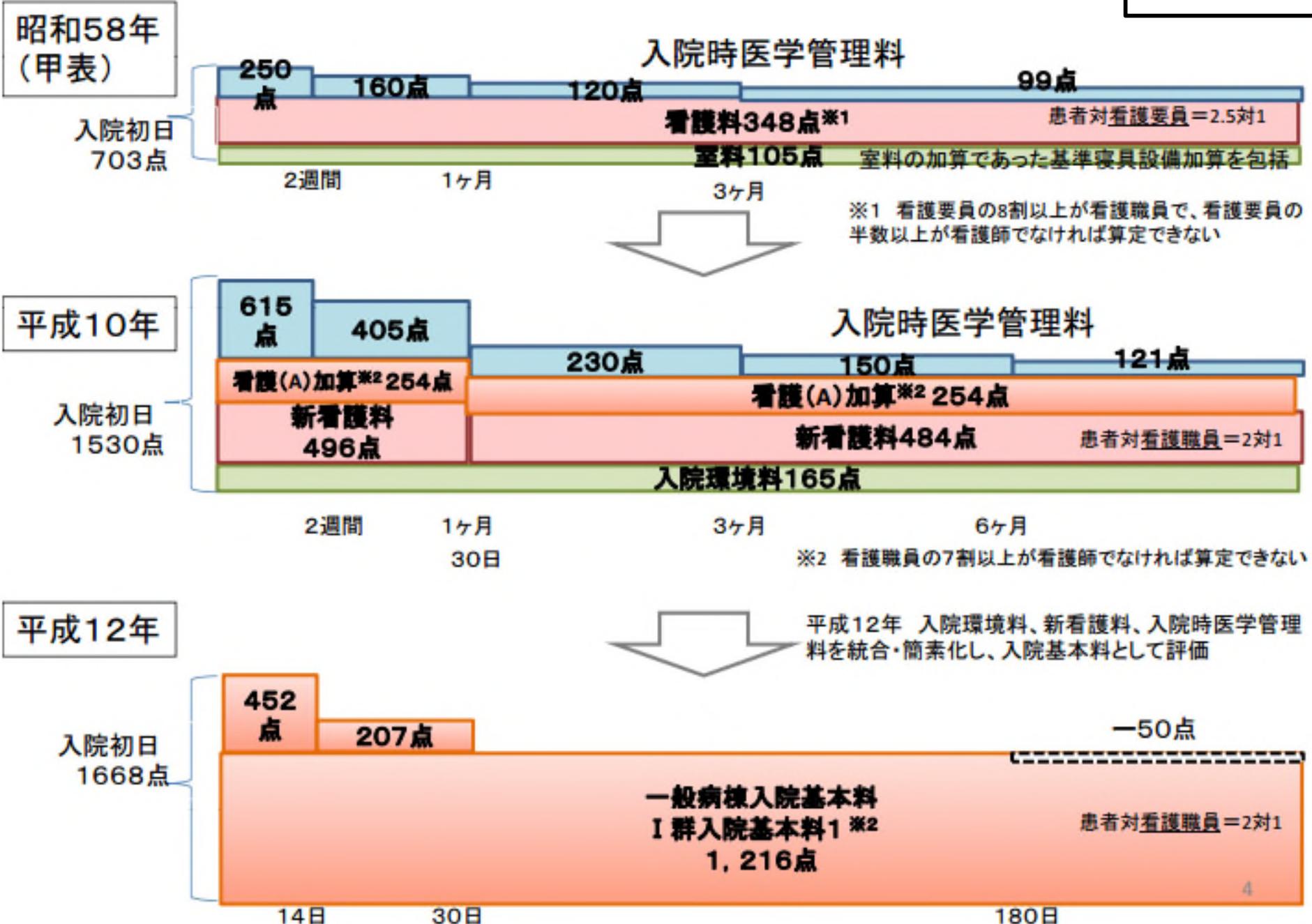
入院基本料

入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成12年度以降

入院基本料の変遷②

中医協 診 - 1
24 . 8 . 22



入院料の要件となっている項目の変遷

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策については、平成18年度診療報酬改定において、入院基本料の算定要件とした。栄養管理体制については、平成24年度診療報酬改定において、入院基本料の算定要件とした。

項目	平成12年度前	平成12年度改定	平成14年度改定	平成18年度改定	平成24年度改定
入院診療計画	入院治療計画加算	入院診療計画未実施減算	→	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
院内感染防止対策	院内感染防止対策加算	院内感染防止対策未実施減算	→	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
医療安全管理体制	—	—	医療安全管理体制未整備減算	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
褥瘡対策	—	—	褥瘡対策未実施減算	減算の廃止 (入院料の要件化)	→
栄養管理体制	—	—	—	栄養管理実施加算	加算の廃止 (入院料の要件化)※

※有床診療所については、平成26年度改定で加算として再度評価を設けた

これまでの厚労省における医療安全施策

- 平成13年 4月 厚生労働省に医療安全推進室設置、医療安全対策検討会議を開催
- 14年 4月 医療安全対策検討会議にて、「医療安全推進総合対策」策定
10月 病院及び有床診療所に、医療安全管理のための整備確保義務（省令改正）
- 15年 4月 特定機能病院・臨床研修病院に、医療安全専任管理者・部門・患者相談窓口配置義務（省令改正）
- 12月 「厚労大臣医療事故対策緊急アピール」：医療安全を医療政策の最重要課題のひとつ
- 16年10月 特定機能病院等に、医療事故情報等の報告義務（省令改正）
- 17年 5月 「医療安全対策検討会議」報告書（医療事故未然防止対策等）
- 18年 6月 第5次改正医療法公布（法改正）
- 19年 4月 第5次改正医療法施行（法改正）
病院及び有床診療所に加え、無床診療所、助産所にも、医療安全管理体制整備、及び、都道府県に、医療安全支援センター設置義務 等
- 26年 6月 第6次改正医療法公布（法改正）
- 27年10月 医療事故調査制度施行（法改正）

入院料の要件となっている項目

第2部 入院料等 通則 注7

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む。)及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

○ 入院診療計画

- ・ 医師・看護師等が共同して、病名や推定される入院期間等の入院に必要な事項を記載した入院診療計画を策定し、患者が入院した日から起算して7日以内に、当該入院診療計画を文書により患者に交付し、説明を行う。 等

○ 院内感染防止対策

- ・ 院内感染防止対策委員会を設置し、月1回程度、定期的を開催する。
- ・ 各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」を週1回程度作成する。
- ・ 職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液を設置している。 等

○ 医療安全管理対策

- ・ 安全管理のための指針が整備されている。
- ・ 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されている。
- ・ 安全管理のための委員会が月1回程度開催されている。
- ・ 安全管理の体制確保のための職員研修が年2回程度開催されている。 等

○ 褥瘡対策

- ・ 褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されている。
- ・ 日常生活自立度が低い入院患者について、褥瘡因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者等については、褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行う。 等

○ 栄養管理体制

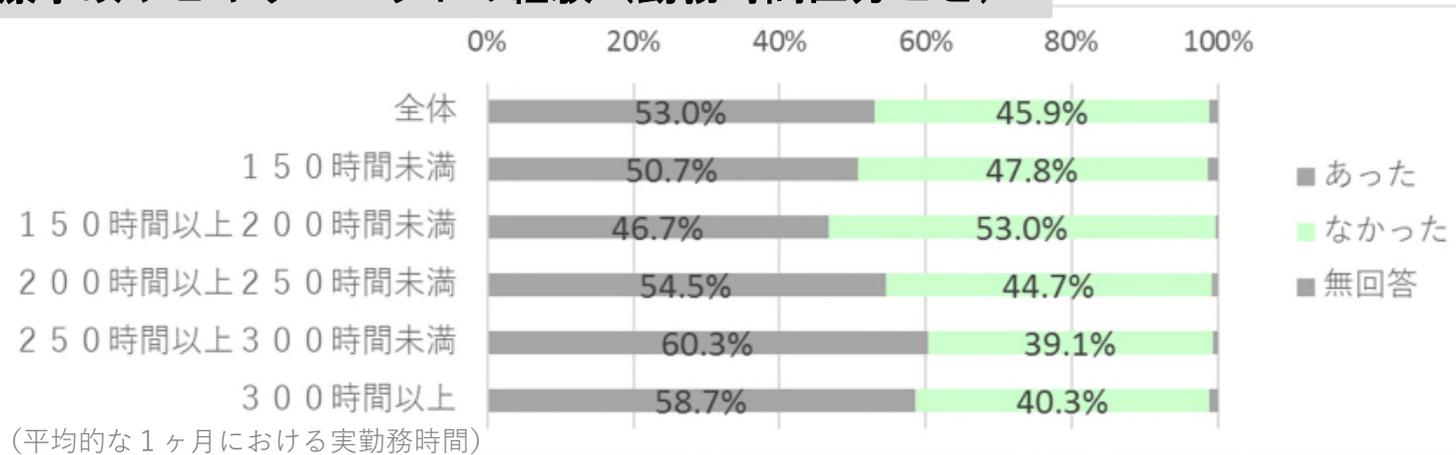
- ・ 保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されている。
- ・ 医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順を作成する。 等

※ 上記要件を満たせない場合、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が配置されているときは、入院基本料等から1日につき40点減算する。

働き方と医療安全との関係

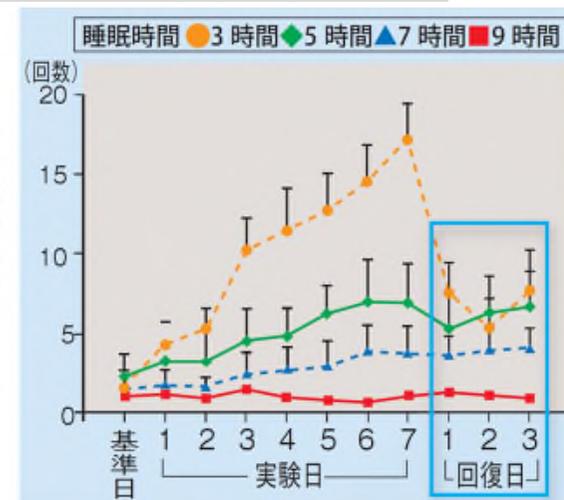
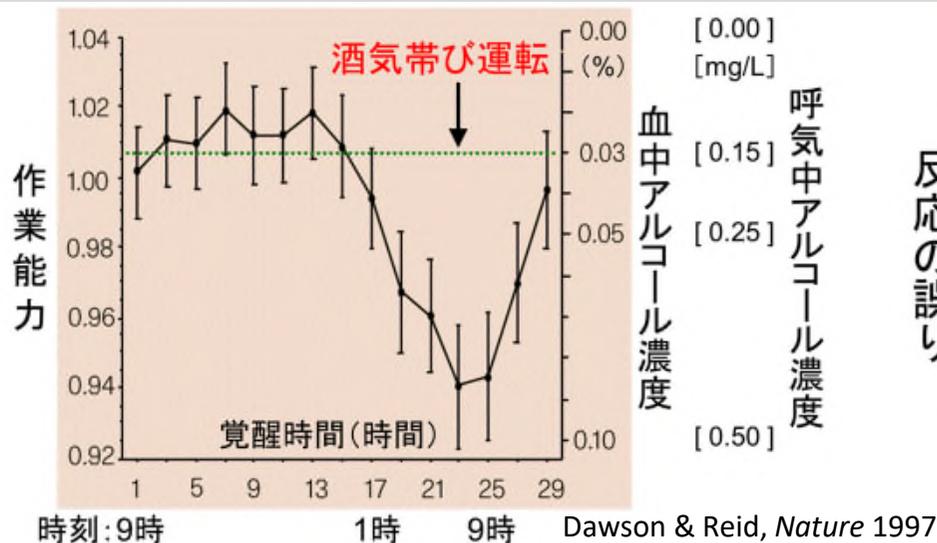
- ❑ 医療事故やヒヤリ・ハットを経験した割合は、勤務時間が長くなるほど上昇する。
- ❑ 睡眠不足は、作業能力を低下させたり、反応の誤りを増加させたりすることがわかっている。

1. 医療事故やヒヤリ・ハットの経験(勤務時間区分ごと)



(出典) 平成29年度厚生労働省・文部科学省委託「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書(医療に関する調査)」

2. 睡眠と作業能力の関係(第5回検討会 高橋正也参考人報告資料より抜粋)



医療勤務環境改善に関する改正医療法の規定 (平成26年10月1日施行)

※平成27年4月以降、条文番号が変更

第四節 医療従事者の確保等に関する施策等

第三十条の十九 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならない。

第三十条の二十 厚生労働大臣は、前条の規定に基づき病院又は診療所の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための指針となるべき事項を定め、これを公表するものとする。

第三十条の二十一 都道府県は、医療従事者の勤務環境の改善を促進するため、次に掲げる事務を実施するよう努めるものとする。

- 一 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うこと。
 - 二 病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善に関する調査及び啓発活動を行うこと。
 - 三 前二号に掲げるもののほか、医療従事者の勤務環境の改善のために必要な支援を行うこと。
- 2 都道府県は、前項各号に掲げる事務の全部又は一部を厚生労働省令で定める者に委託することができる。
- 3 都道府県又は前項の規定による委託を受けた者は、第一項各号に掲げる事務又は当該委託に係る事務を実施するに当たり、医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点としての機能の確保に努めるものとする。
- 4 第二項の規定による委託を受けた者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であつた者は、正当な理由がなく、当該委託に係る事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

第三十条の二十二 国は、前条第一項各号に掲げる事務の適切な実施に資するため、都道府県に対し、必要な情報の提供その他の協力を行うものとする。

医療機関の管理者は？
医療従事者の勤務環境改善等への取組

厚生労働省は？
医療機関の管理者が講ずべき措置の「指針」策定(※手引書)

都道府県は？
医療機関の勤務環境改善を促進するための支援(相談、情報提供、助言、調査、啓発活動その他の援助)

そのため「医療勤務環境改善支援センター」機能を確保

国は？
都道府県の活動をバックアップ(調査研究、情報提供その他)

医療従事者の勤務環境改善の促進

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法(平成26年10月1日施行)に基づき、

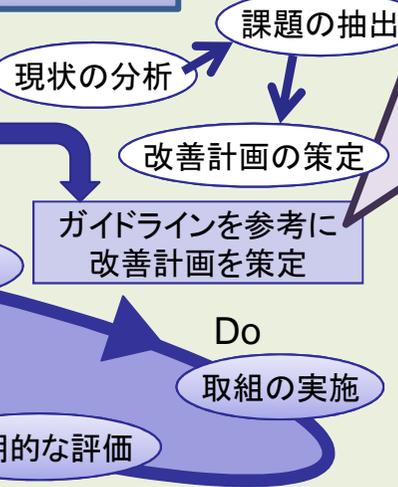
- 医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設。医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインを国で策定。
- 医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制(医療勤務環境改善支援センター)を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。
- 医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組(現状分析、改善計画の策定等)を促進。

勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



- 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針(厚労省告示)
- 勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き(厚労省研究班)

「医療従事者の働き方・休み方の改善」の取組例

- ✓ 多職種の役割分担・連携、チーム医療の推進
- ✓ 医師事務作業補助者や看護補助者の配置
- ✓ 勤務シフトの工夫、休暇取得の促進 など

「働きやすさ確保のための環境整備」の取組例

- ✓ 院内保育所・休憩スペース等の整備
- ✓ 短時間正職員制度の導入
- ✓ 子育て中・介護中の者に対する残業の免除
- ✓ 暴力・ハラスメントへの組織的対応
- ✓ 医療スタッフのキャリア形成の支援 など

マネジメントシステムの普及(研修会等)・導入支援、勤務環境改善に関する相談対応、情報提供等



都道府県 医療勤務環境改善支援センター

- 医療労務管理アドバイザー(社会保険労務士等)と 医業経営アドバイザー(医業経営コンサルタント等)が連携して医療機関を支援
- センターの運営協議会等を通じ、地域の関係機関・団体(都道府県、都道府県労働局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等)が連携して医療機関を支援

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要

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体的な取組を支援。

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。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- 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

- 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

- 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

- 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、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。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- 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

- 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。

- 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

勤務医を雇用する医療機関における取組項目

※1～3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。

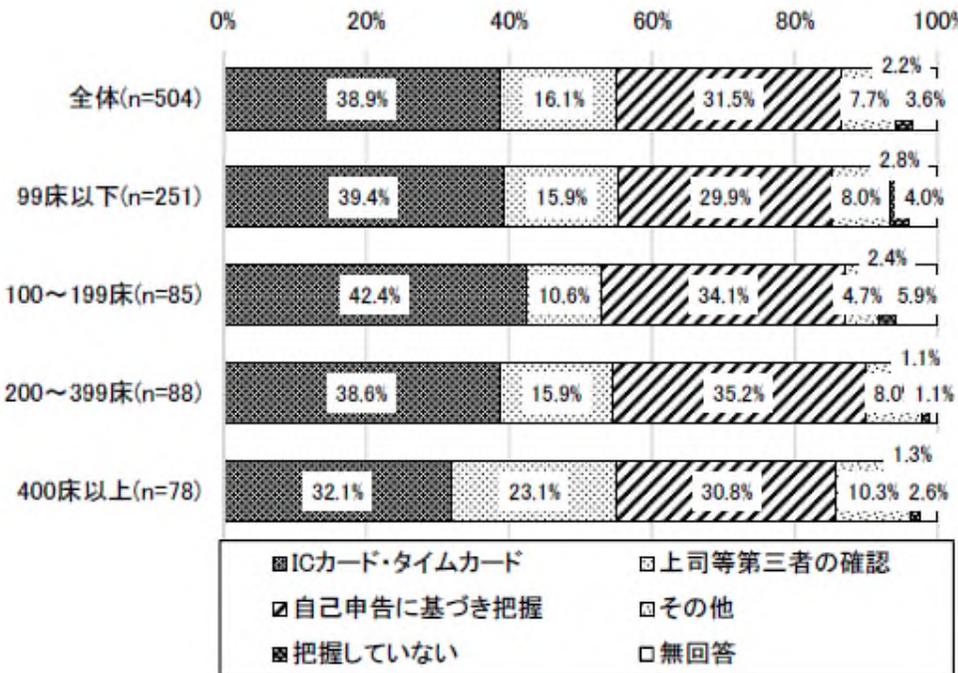
行政の支援等

医師の労働時間の把握方法

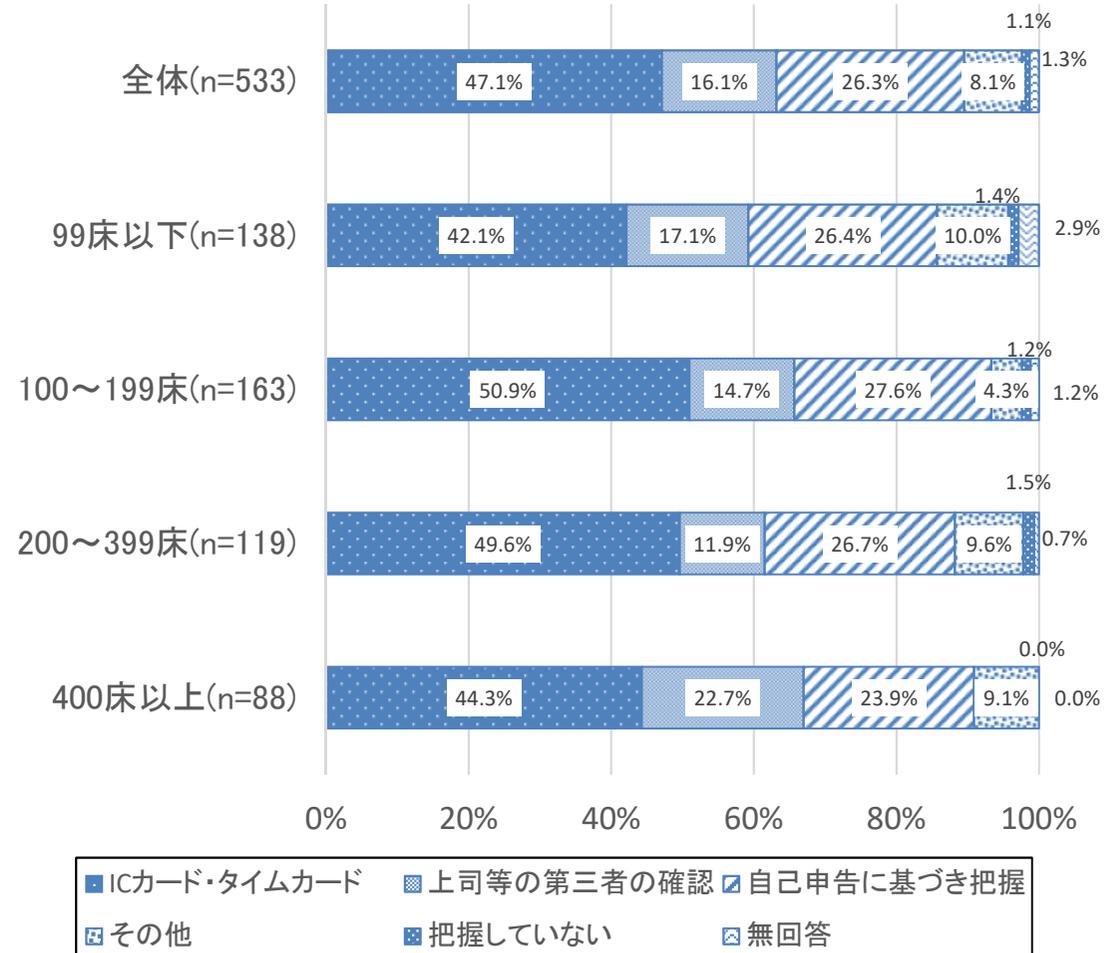
- 医師の労働時間の把握方法として、「ICカード・タイムカード」が最も多く、次いで「自己申告に基づき把握」が多かった。
- 令和元年度調査では、平成30年度調査と比較して、「ICカード・タイムカード」の割合が増加し、「自己申告に基づき把握」の割合が減少していた。

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)

図表 1 - 151 医師の労働時間の把握方法



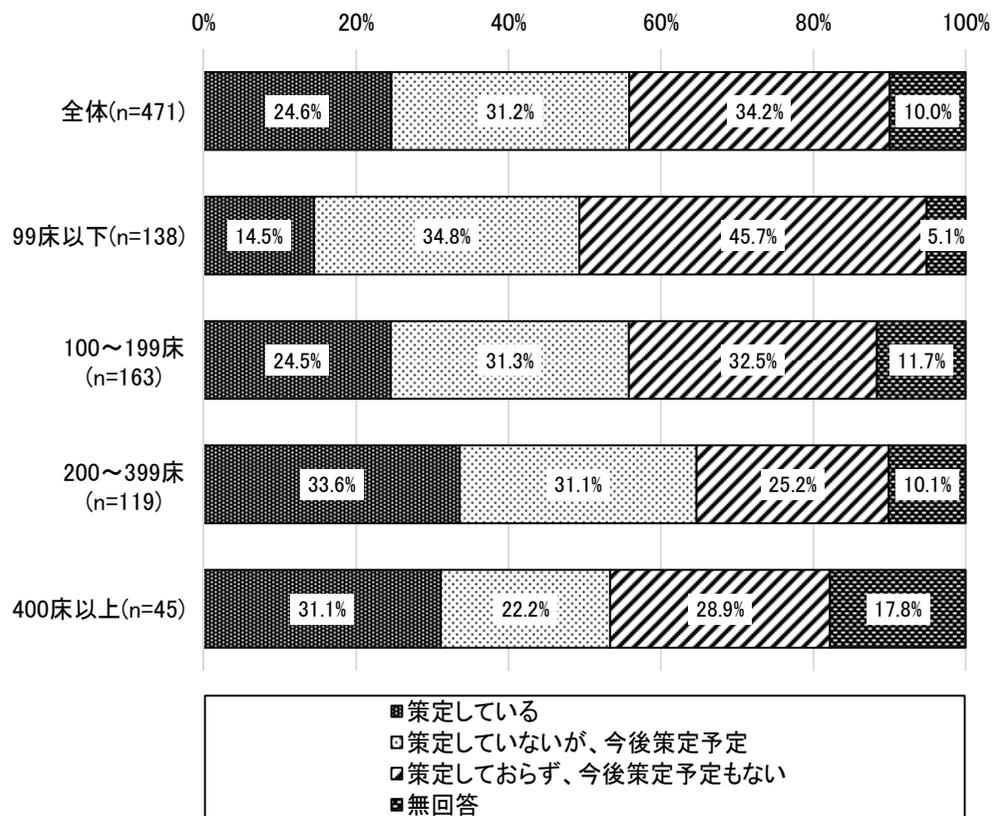
平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査 速報値)



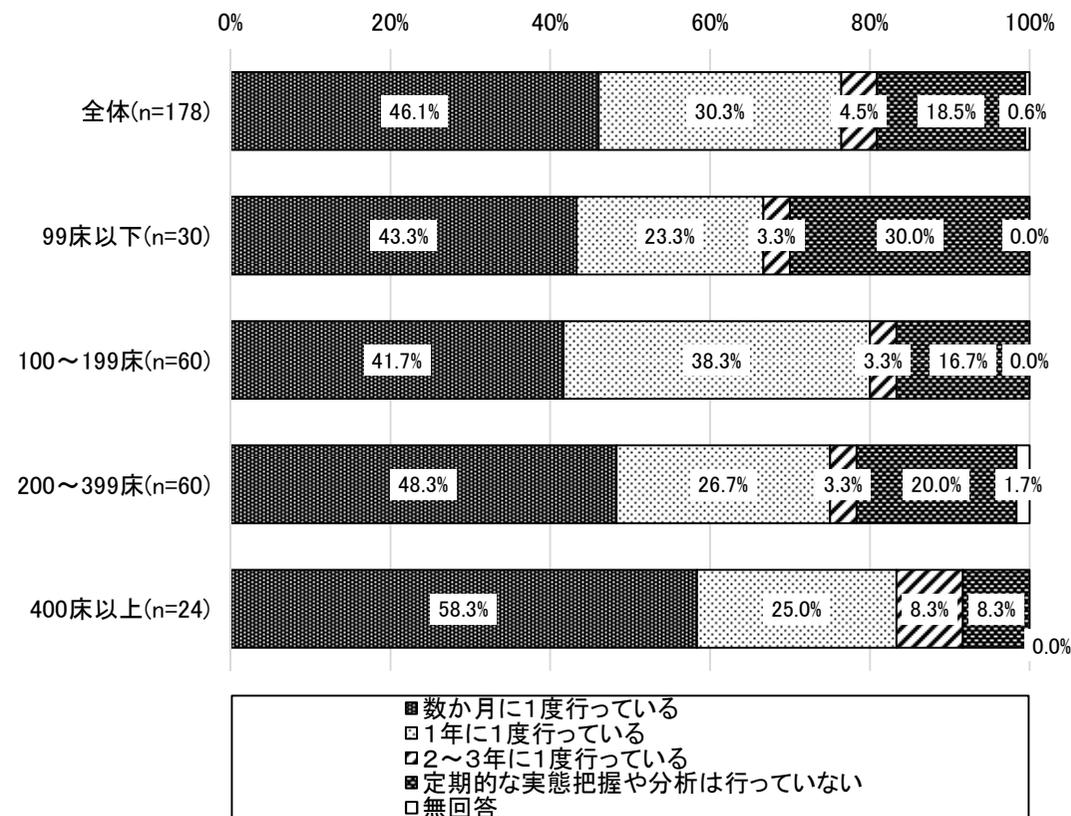
医療従事者の勤務環境改善マネジメントの状況

○ 勤務環境改善の取組を要件としている診療報酬項目を届出していない医療機関において、勤務環境改善の取組について、計画を策定している医療機関は24.6%であり、数か月に1度計画の見直しを行っている医療機関が46.1%で最も多かった。

勤務環境改善の取組について、計画策定の有無



勤務環境改善の取組について、計画の見直しの頻度



3. 医療従事者の働き方について

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について
 - ・ 全ての医療機関に求められる取組
 - ・ 特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組

医師の働き方改革に関する検討会 報告書 (抜粋)

【p14】

(地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関)

○ (略)

①・② (略)

③ 以下のような医師の労働時間短縮に向けた対応がとられていること。

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等が計画的に推進されていること
- ・ 実際に医師の時間外労働が短縮していること。短縮していない場合には、評価機能(※後述(3))による長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況の分析評価に基づき当該医療機関内及び地域医療提供体制における労働時間短縮に向けた対応の進捗が確認され、医師労働時間短縮計画等の見直しにより追加的な対応が取られていること。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がないこと。具体的な内容は、地域医療提供体制への影響や他制度の取扱い等を考慮して検討。

○ 当該特定は、地域医療提供体制を踏まえた判断となることから、都道府県において対象医療機関を特定し、その際、当該医療機関における医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について、評価機能が行う客観的な要因分析・評価を踏まえる。

【p16】

○ ③については、

- ・ 管理者のマネジメント研修やタスク・シフティング等の計画的推進に関しては、各医療機関で定める医師労働時間短縮計画(※(3)のとおり国から記載項目を示す・医療機関内で取り組める事項を想定)の作成・実施により確認する。
- ・ 実際の時間外労働の短縮状況については、医師労働時間短縮計画における前年度実績(時間数)により確認する。短縮していない場合については、医療機関内の取組を当該計画により確認するほか、医師の長時間労働の実態及び労働時間短縮の取組状況について評価機能が行う客観的な要因分析・評価の結果、都道府県医療審議会等における協議の状況等により、労働時間短縮に向けた取組状況を確認する。
- ・ 労働関係法令の重大かつ悪質な違反に関しては、労働基準行政との連携により確認する。

医師の働き方改革に関する検討会 報告書（抜粋）

【p22】

（追加的健康確保措置②－1 面接指導）

○ （略）

○ これらは、月の時間外労働について、100時間未満という上限規制を例外的に緩和するための要件であることから、時間外労働が「月100時間未満」の水準を超える前に、睡眠及び疲労の状況を客観的に確認し、疲労の蓄積が確認された者については月100時間以上となる前に面接指導を行うこと等を義務付けることとする。

※ 面接指導を実施する医師については、長時間労働の医師の面接指導に際して必要な知見に係る講習を受けて面接指導に従事することを想定。また、医療機関の管理者は認めない。

※ 院内の産業保健チーム等、コメディカルも含めた職員体制の中で医師の健康にも配慮することも重要である。

※ こうした面接指導の実施体制について、医師労働時間短縮計画に記載し、実効性を確認する。

【p24】

○ こうした就業上の措置等を実効あるものとする観点からも、各医療機関において長時間労働を行っている医師の負担軽減に取り組むほか、特に医師少数区域等において長期間にわたり（B）水準が適用される長時間労働を行っている医師がいる場合には、医療提供体制の効率化を図った上で、医師偏在対策において優先的な対応が必要である。都道府県は、医療機関が定める医師労働時間短縮計画の内容や医師の勤務実態によりこうした優先的な対応が必要な医療機関を把握し、地域医療支援センターに情報提供を行って、優先的な対応につなげていく。

医師労働時間短縮計画について(案)(1)

(計画の内容)

- 各医療機関における医師の労働時間の実績及び削減目標並びに労働時間短縮に向けた取組について記載する。

(労働時間)

- 医師の労働時間については、より精緻な目標設定・分析評価のため、平均時間数・最長時間数のほか、960～1860時間の医師の人数・割合、1860時間超の医師の人数・割合について、対象診療科(後述)を明らかにした上で、目標及び実績を記載することを求めることとしてはどうか。また、当面、2024年度までの各年度の削減目標の記載を求めることにより、労働時間の上限規制の適用に向けて医療機関がより計画的に労働時間短縮に向けた取り組みを進め、進捗状況を把握することができるのではないか。

(時間短縮に向けた取り組み)

- 労働時間短縮に向けた取組については、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」(平成30年2月27日)に記載されている事項、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」(平成31年3月28日)において同計画に盛り込むこととされている事項等が想定される。
- 一方、医療機関によっては、過去に対応済みの事項等もあると考えられ、また、ここに列挙されていない取組も想定されるため、計画策定及び評価の際には、こうした医療機関毎の事情に留意する必要があるのではないか。

医師労働時間短縮計画について(案)(2)

(策定義務の対象医療機関)

- 一定の長時間労働が見られる医療機関として、36協定上、時間外・休日労働時間が年960時間を超える業務に従事する医師のいる医療機関に対して、策定を義務付けることとしてはどうか。
- この場合、2024年4月以降は(B)(C)医療機関に策定が義務付けられる。また、2024年3月以前は、(B)(C)医療機関としての特定が想定される医療機関のほか、(A)医療機関となることを予定しているものの、(A)水準を超える時間労働している医師が勤務する医療機関についても、2024年4月の時間外労働の上限の適用開始に向けて、策定義務の対象に含まれる。

(計画の位置づけ)

- 現在、医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、各都道府県の医療勤務環境改善支援センターにおいては、医療法第30条の19及び第30条の21に基づき、医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)の導入支援を行っている。
- 医療法第30条の19に基づく努力義務が課されている勤務環境改善マネジメントシステムにおいては、各医療機関が改善計画を策定し(P)、計画に基づき取組の実施(D)、定期的な評価(C)、そして更なる改善(A)を行うこととされている。
- 医師労働時間短縮計画についても、このPDCAサイクルの中で策定から改善までの一連の取組を実施していくことが想定されるが、報告書において、労働時間の改善状況を毎年検証していくこととしていることを踏まえ、各医療機関内において、医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間削減に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこととしてはどうか。(評価機能による評価のサイクルはp10)

医師労働時間短縮計画の項目例(案)

1. 時間外労働の状況【必須記載事項】

2024年度までの労働時間削減の目標と前年度実績

- 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)

労務管理

- 労働時間管理方法
- 宿日直許可基準に沿った運用
- 研鑽の時間管理
- 労使の話し合い、36協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 勤務間インターバル、面接指導等の追加的健康確保措置の実施
- …

2. 労働時間短縮に向けた取組【一部必須記載事項とすることを検討】

意識改革・啓発

- 管理者マネジメント研修
- 患者への医師の働き方改革に関する説明
- 働き方改革について医師の意見を聞く仕組み
- …

タスク・シフティング

- 初診時の予診
- 検査手順の説明や入院の説明
- 薬の説明や服薬の指導
- 静脈採血
- 静脈注射
- 静脈ラインの確保
- 尿道カテーテルの留置
- 診断書等の代行入力
- 患者の移動
- …

医師の業務の見直し

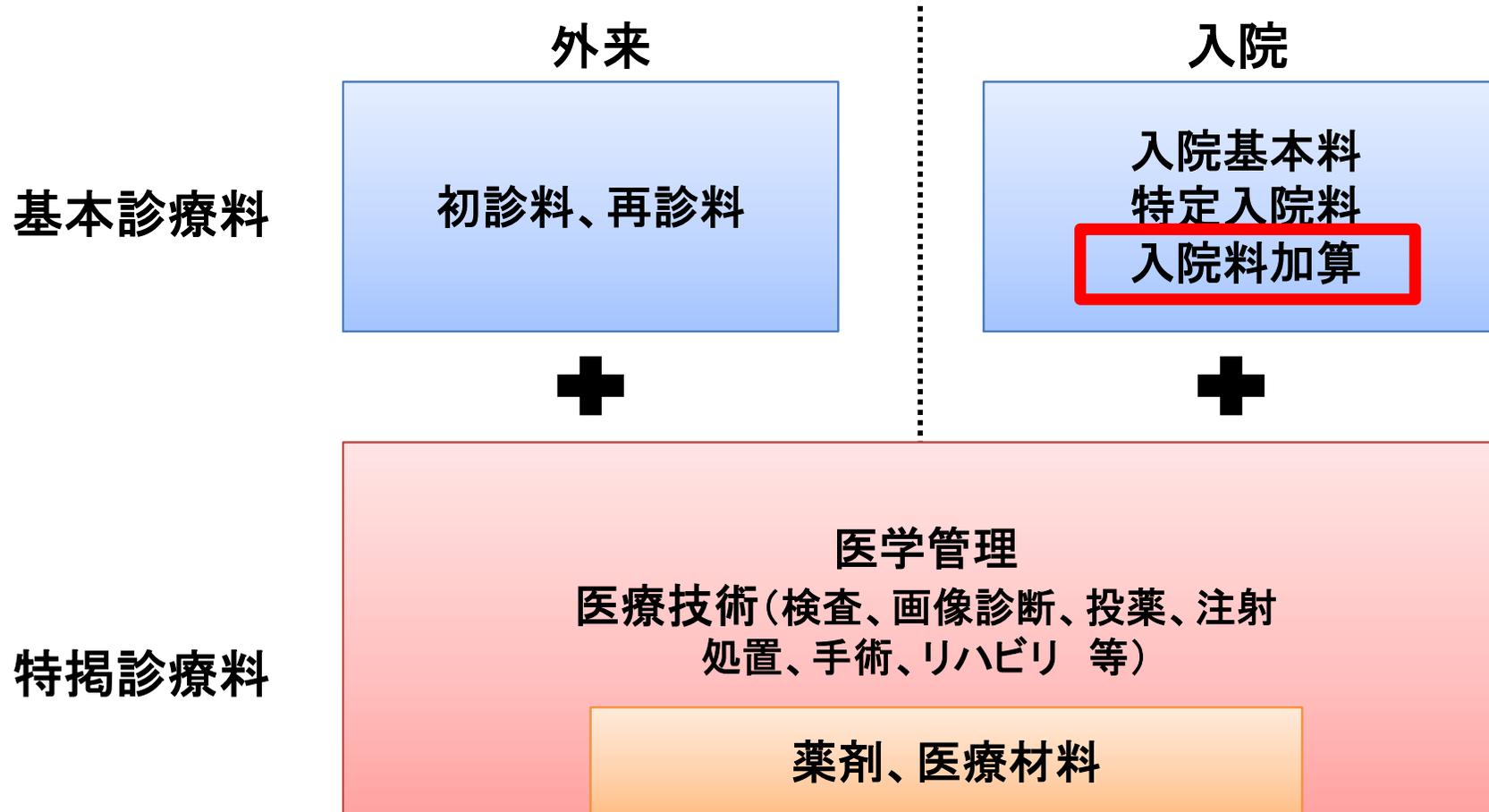
- 平日日中の外来業務の見直し
- 夜間休日の外来業務の見直し
- 当直の分担の見直し
- オンコール体制の見直し
- 診療科編成の見直し
- 主治医制の見直し
- 総合診療科の活用
- 勤務時間内の病状説明
- 連続勤務時間制限
- 勤務間インターバル
- 勤務日数の縮減
- 委員会、会議の見直し
- …

勤務環境改善

- ICTの導入、その他の設備投資
- 出産・子育て・介護に関する復職、両立支援
- 更なるチーム医療の推進
- …

⇒ 労働時間の削減目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

診療報酬の基本構造



- 「基本診療料」は、初・再診、入院時の診察行為又は入院サービスの費用のほか、基本的な診療行為の費用も一括して支払うもの。簡単な検査、処置等(例: 血圧測定等)、入院の場合の皮内、皮下、筋肉内、静脈内注射の注射手技、簡単な処置等を含んでいる。
- 入院基本料等は、療養環境(寝具等を含む。)の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等に要する費用は、特に規定する場合を除き含まれている。
- 「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが適当でない特別の診療行為に対して個別的な評価をなし、個々に点数を設定し、それらの診療行為を行った場合は、個々にそれらの費用を算定する。

医師事務作業補助体制加算

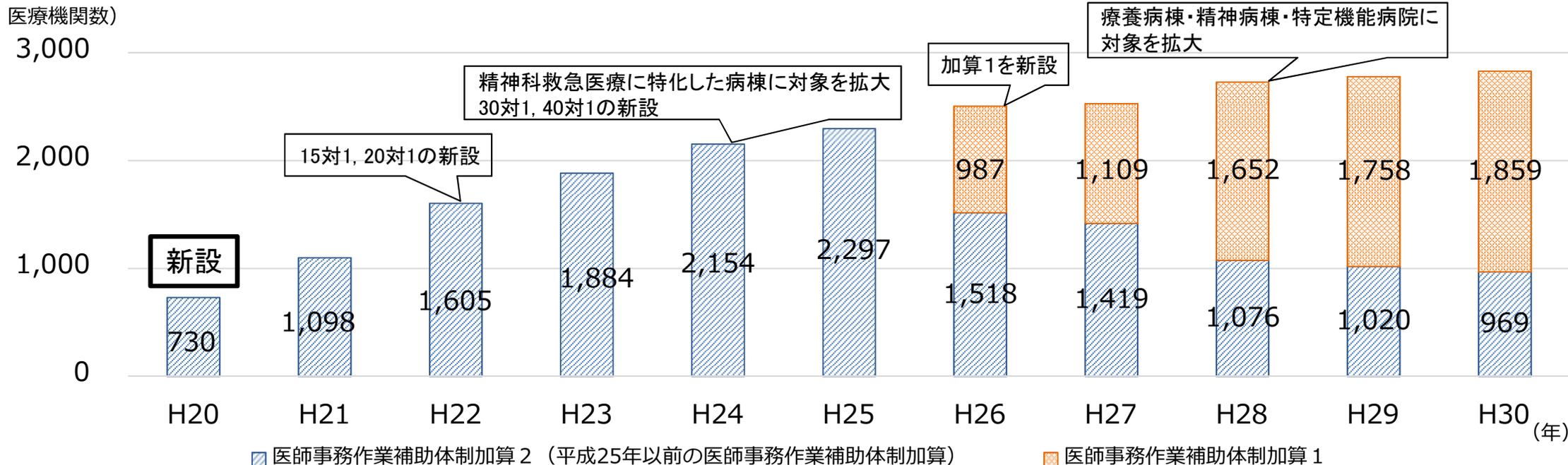
- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことが要件となっている。

※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

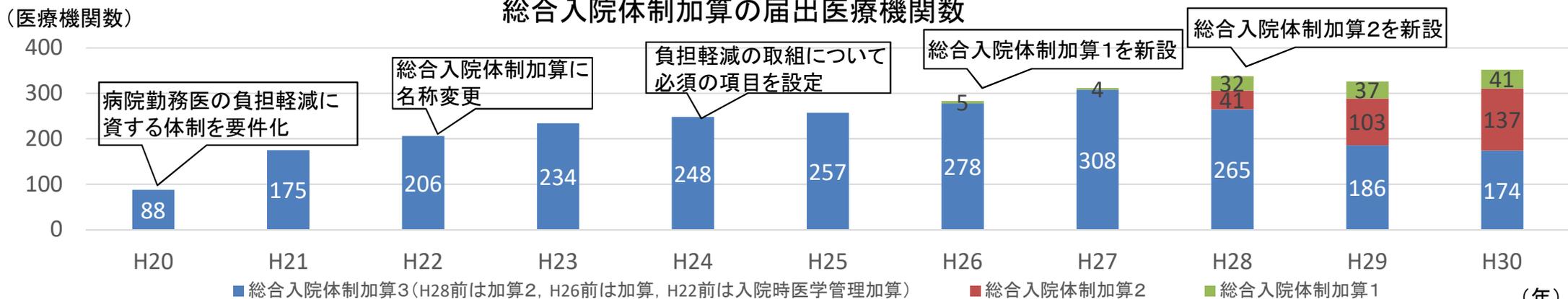
令和元年5月29日
中医協総会資料(改)

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、**対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。**

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

- ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための**責任者を配置**。
- イ **多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成**すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。
- ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。
- エ イの**計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む**。
 - ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
 - ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
 - ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
 - ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
 - ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開**。



医療従事者の働き方に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【全ての医療機関に求められる取組】

- 医療機関の管理者は、医療法第30条の19に基づく医療従事者の勤務環境改善等への取組を行う努力義務が課されている。
- 医師の労働時間短縮に関する当面今後5年間の改革を着実に進めるためには、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の確実な実施が不可欠である。
- 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組等については、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である。
- 医師の労働時間の把握方法として、「ICカード・タイムカード」が最も多く、次いで「自己申告に基づき把握」が多かった。
- 勤務環境改善の取組について、計画を策定している医療機関は24.6%であり、数か月に1度計画の見直しを行っている医療機関が46.1%で最も多かった。
- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制については、入院料の要件となっている。

【特に勤務環境改善が必要な医療機関に求められる取組】

- 医師の働き方改革に関する検討会報告書において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関については、医師の労働時間短縮に向けた対応が必要であるとされている。
- 医師事務作業補助体制加算等について、負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の作成等を要件として求めている。

【論点】

- 院内の労務管理・労働環境改善のためのマネジメントの実践について、今後全ての医療機関においてマネジメントの実践が求められることや働き方と医療安全との関係を踏まえ、基本診療料等における評価の在り方についてどのように考えるか。
- 医師事務作業補助体制加算等の診療報酬項目において作成を求めている医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、医師の時間外労働規制に係る検討状況を踏まえ、見直しを検討してはどうか。

中医協 総 - 3
元 . 1 0 . 1 8

診調組 入 - 1
元 . 9 . 2 6

(令和元年度第8回) 入院医療等の調査・評価分科会

令和元年9月26日(木)

2019年度調査結果(速報)概要

- (1) 一般病棟入院基本料等
- (2) 特定集中治療室管理料等
- (3) 療養病棟入院基本料
- (4) 総合入院体制加算
- (5) 抗菌薬適正使用支援加算
- (6) 横断的事項

調査項目

【基本的な考え方】

- 以下に掲げる7項目について、2018年度及び2019年度の2か年で調査を実施する。
- 1年間の長期の経過措置が設けられている項目など、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるものについては2019年度調査として実施する。
- 2018年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置のあるものは原則として経過措置終了後に調査期間を設定する。

【2018年度】

- (1) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について (その1)
- (2) 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評価体系の見直しの影響について
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (その1)
- (4) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について

【2019年度】

- (1) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について (その2)
- (2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について
- (3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (その2)

2019年度調査全体の概要

- 調査方法：自記式調査票の郵送配布・回収又はウェブ調査により実施。
- 調査票：対象施設に対して「施設調査票」、「病棟調査票」等を配布。また、別途、調査対象月のレセプト調査を実施。
- 調査対象施設：別表のとおり。

[別表]

調査項目	各項目において調査対象となる施設	調査票	対象施設数
(1) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等の評価体系の見直しの影響について (その2)	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関（※1）	A票	約2,500施設
(2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について			
(3) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について (その2)	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関 (※2)	B票	約1,800施設

※1 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等の特定入院料の届出医療機関及び特定機能病院・専門病院は悉皆とし、その他の医療機関は、一般病棟入院基本料の届出医療機関を都道府県別に層化の上、無作為で抽出したものを対象とする。

※2 療養病棟入院基本料届出医療機関から都道府県別に層化の上、無作為で抽出したものを対象とする。

2019年度調査の回収結果

調査対象区分		調査対象 施設数	施設調査票 (回収率)	病棟票	治療室票
A	一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている医療機関	2,500	1,133 (45.3%)	3,668	952
B	療養病棟入院基本料の届出を行っている医療機関	1,800	648 (36.0%)	574	—

2019年度調査結果(速報)概要

- (1) 一般病棟入院基本料等
- (2) 特定集中治療室管理料等
- (3) 療養病棟入院基本料
- (4) 総合入院体制加算
- (5) 抗菌薬適正使用支援加算
- (6) 横断的事項

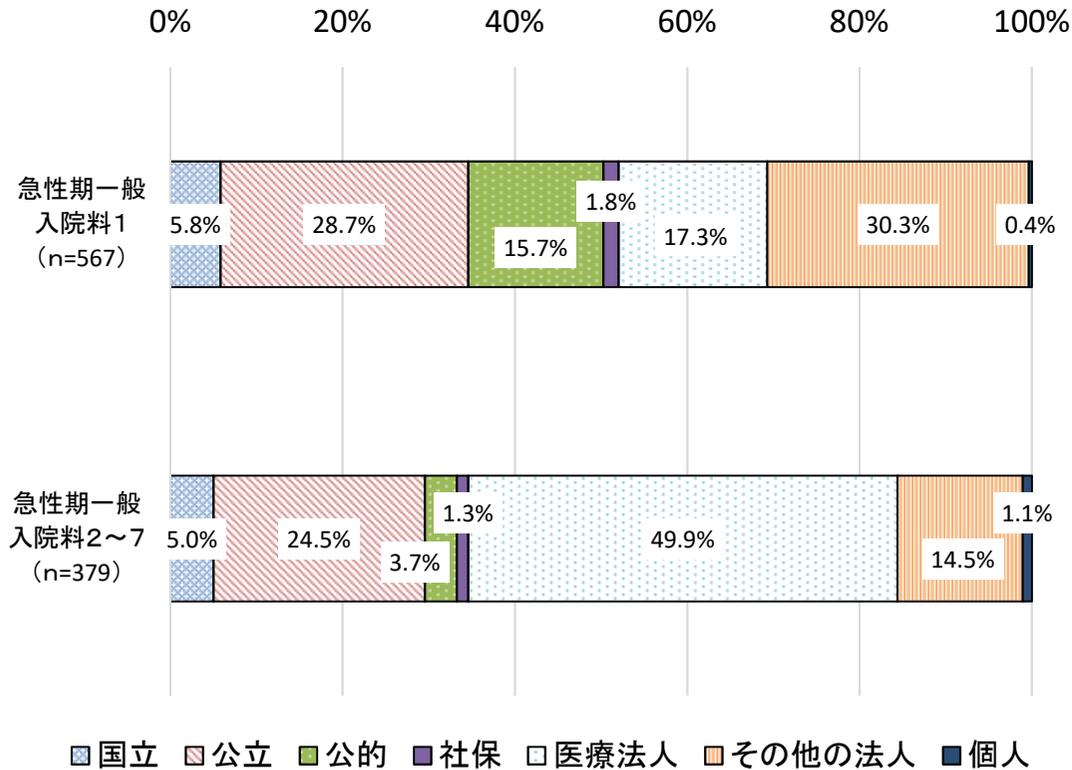
(1) 一般病棟入院基本料等

- 入院料の届出状況
- 重症度、医療・看護必要度

回答施設の状況①（急性期一般入院基本料）

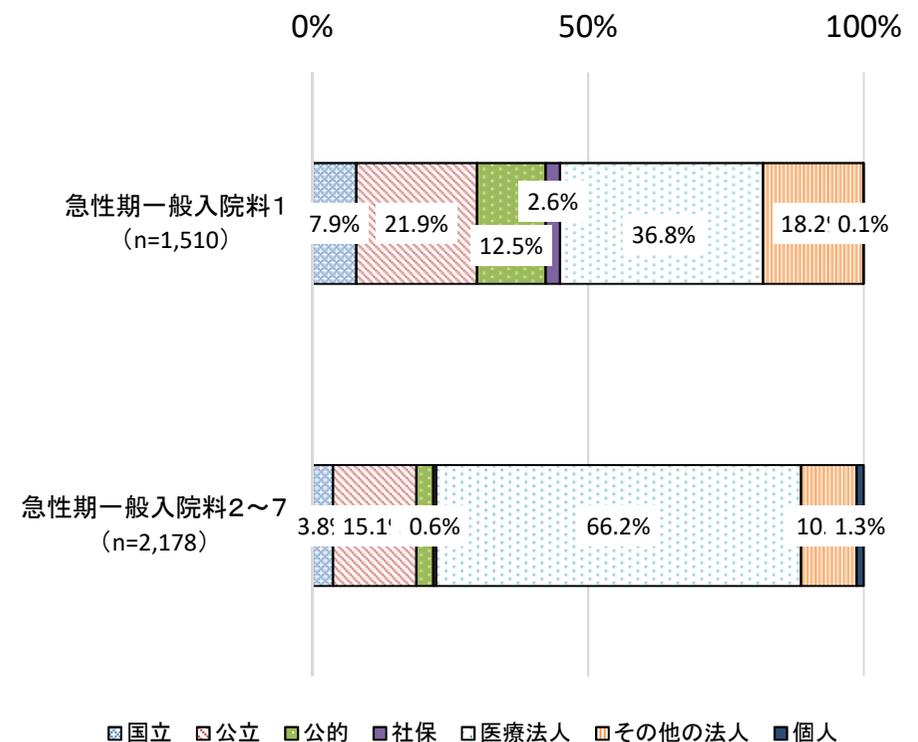
○ 急性期一般入院基本料の調査回答施設について、医療機関の開設者別の内訳は、以下のとおりであった。

医療機関の開設者別の内訳



国立…国立大学法人、NHO、JCHO等 公立…都道府県、市町村等
 公的…日赤、済生会等 社保…健保組合、共催組合、国保組合等

(参考)急性期一般入院基本料届出医療機関全体における開設者別の内訳

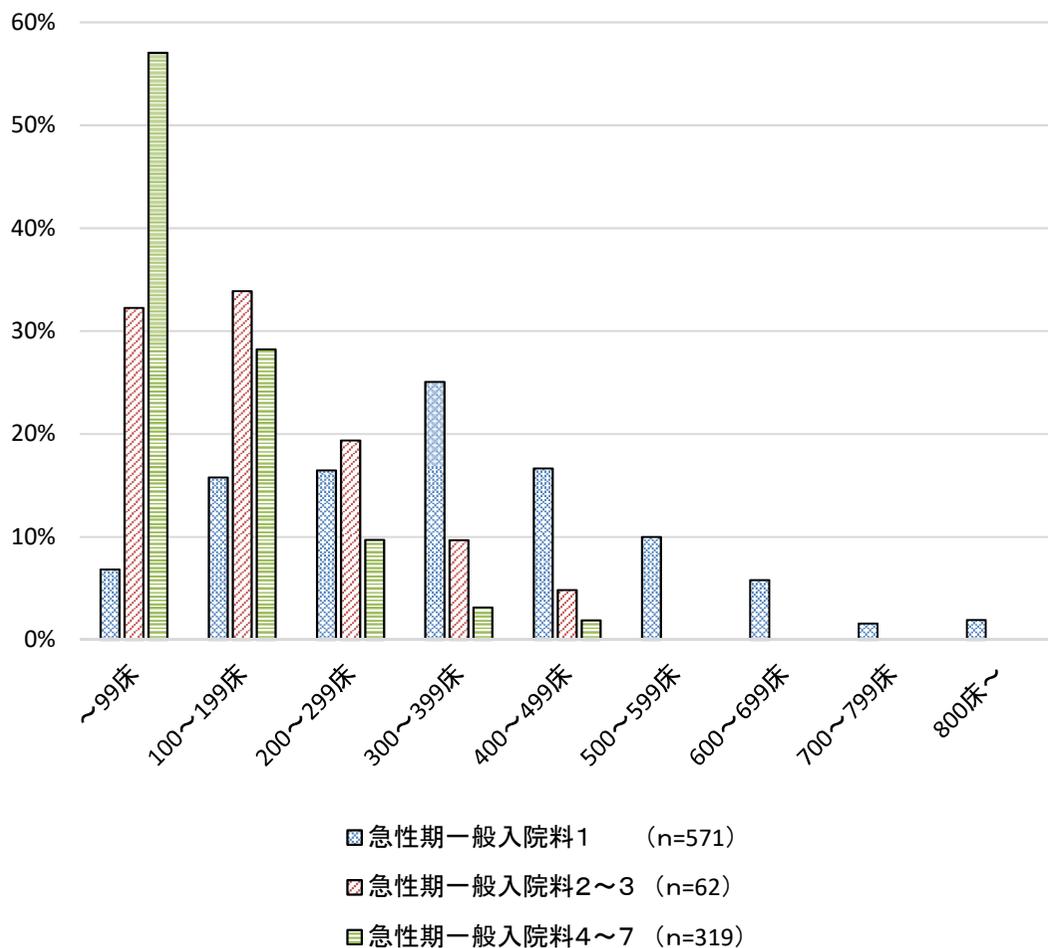


出典：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

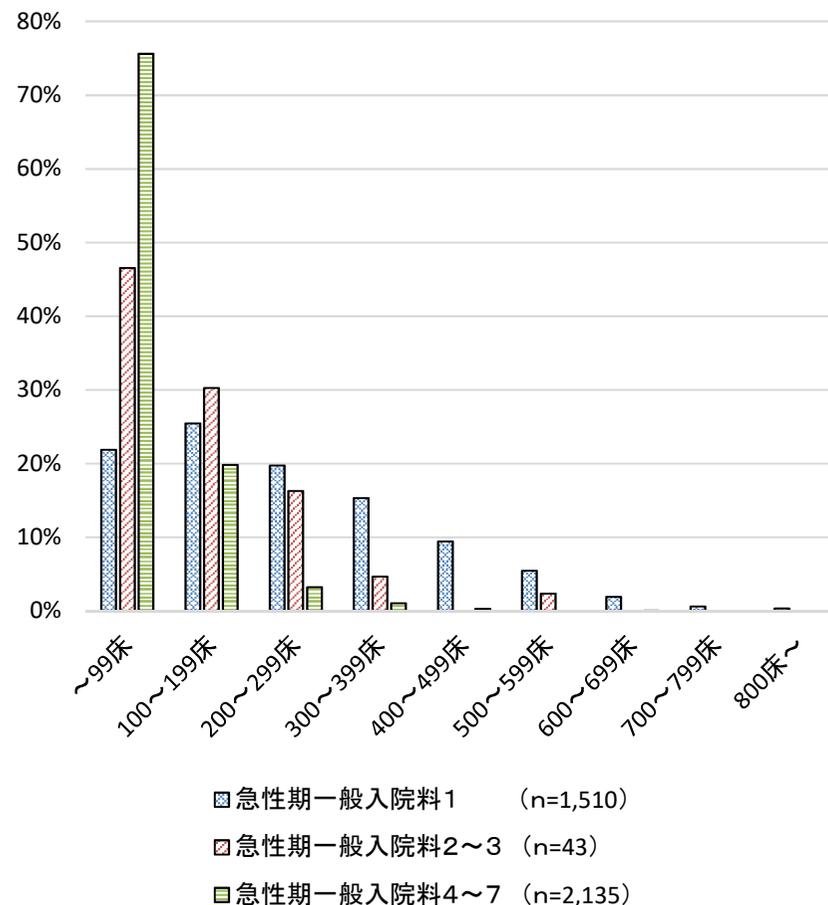
回答施設の状況②（急性期一般入院基本料）

○ 急性期一般入院基本料の調査回答施設について、許可病床数別の内訳は、以下のとおりであった。

許可病床数別の内訳



(参考) 急性期一般入院基本料届出医療機関全体における許可病床数別の内訳



出典：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

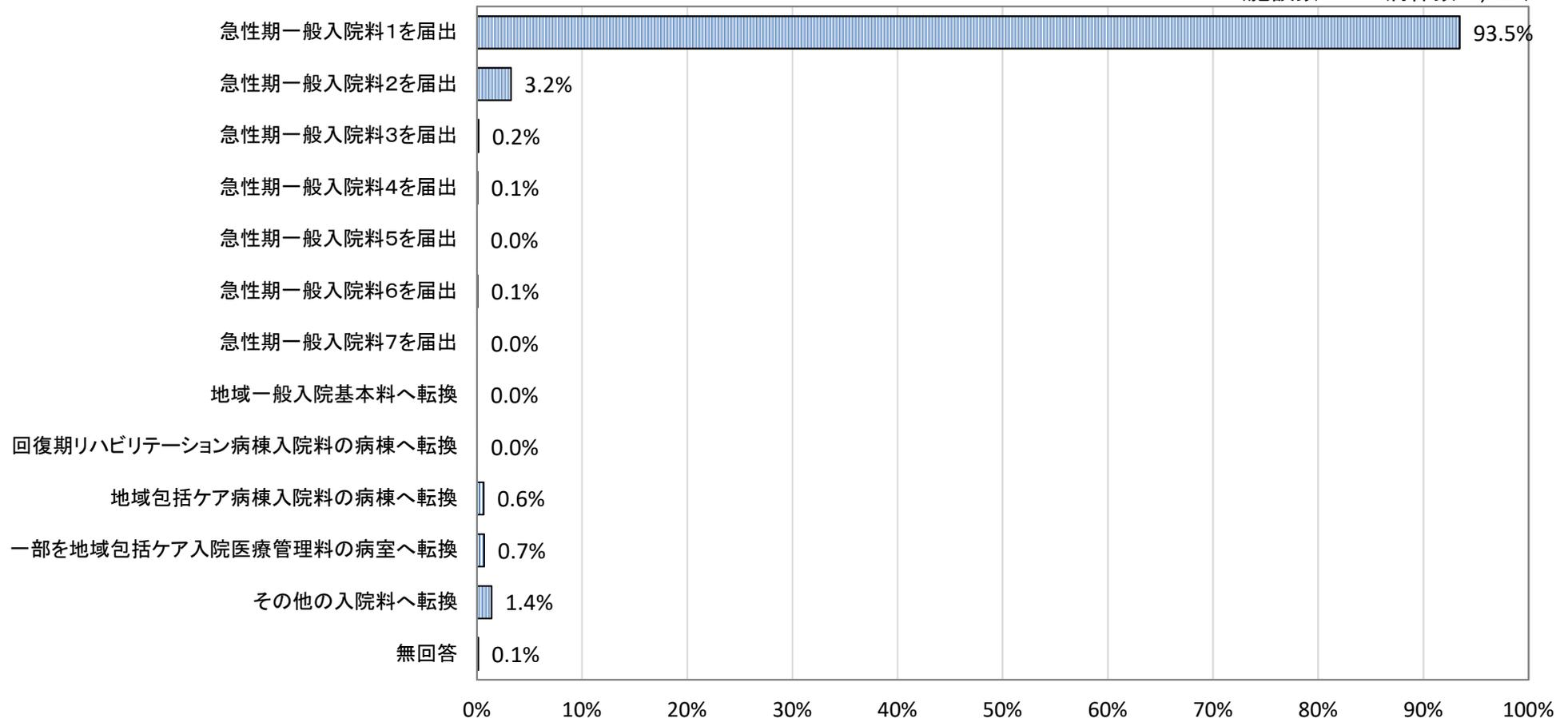
改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多く、93.5%であった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般病棟入院料2を届出ている病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の令和元年6月1日時点の届出状況

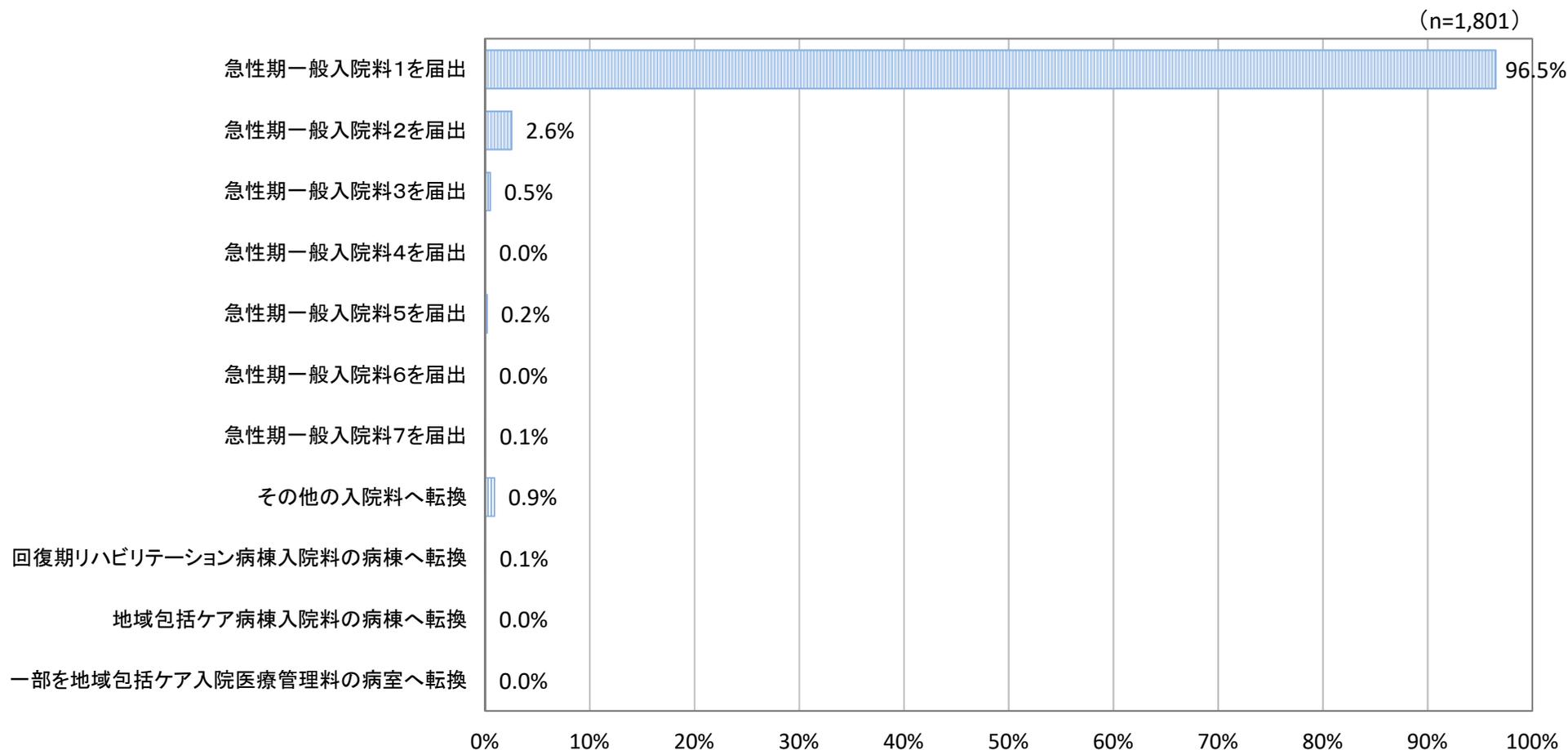
（施設数=568 病棟数=3,513）



- 改定前に一般病棟(7対1)を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多かった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般入院料2を届出ている病棟が多かった。

2018年度調査

改定前に一般病棟(7対1)を届出していた病棟の平成30年11月1日時点の届出状況

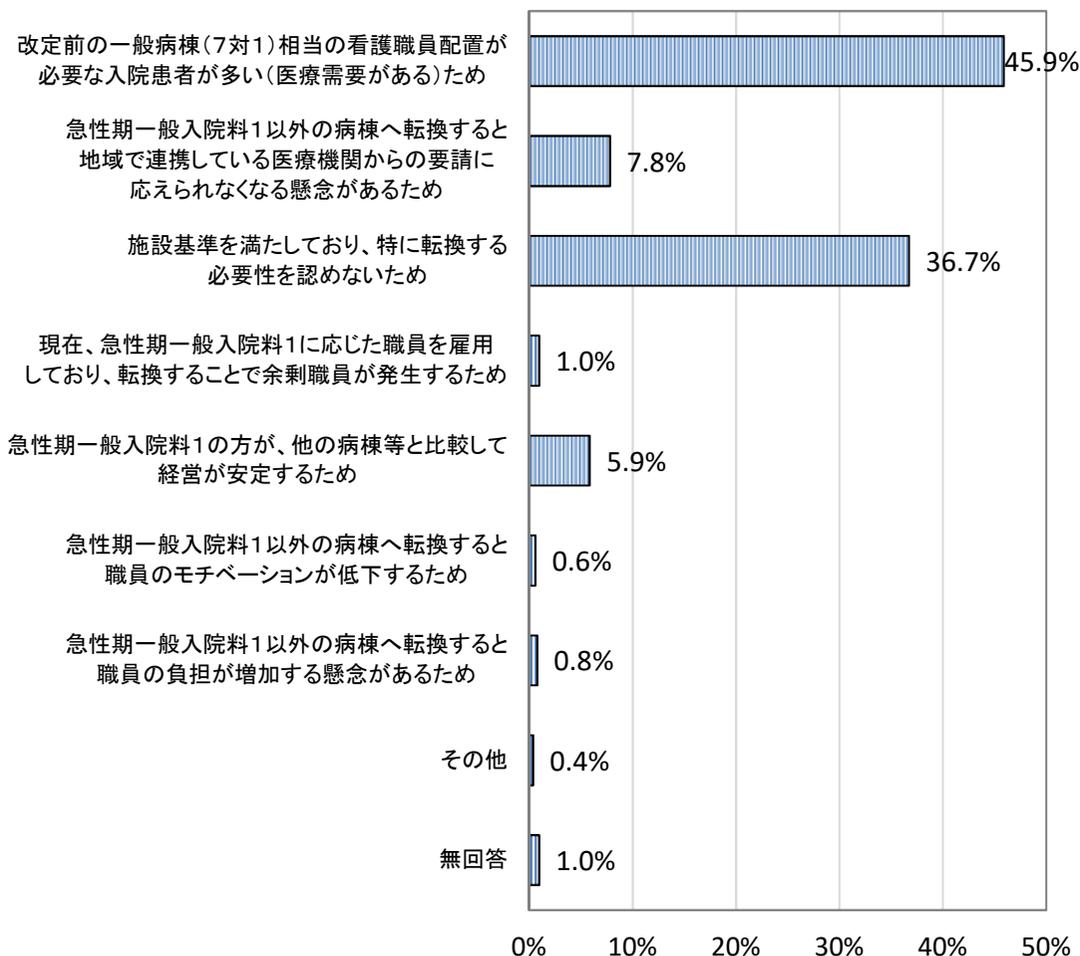


急性期一般入院料1を届出ている理由

○ 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

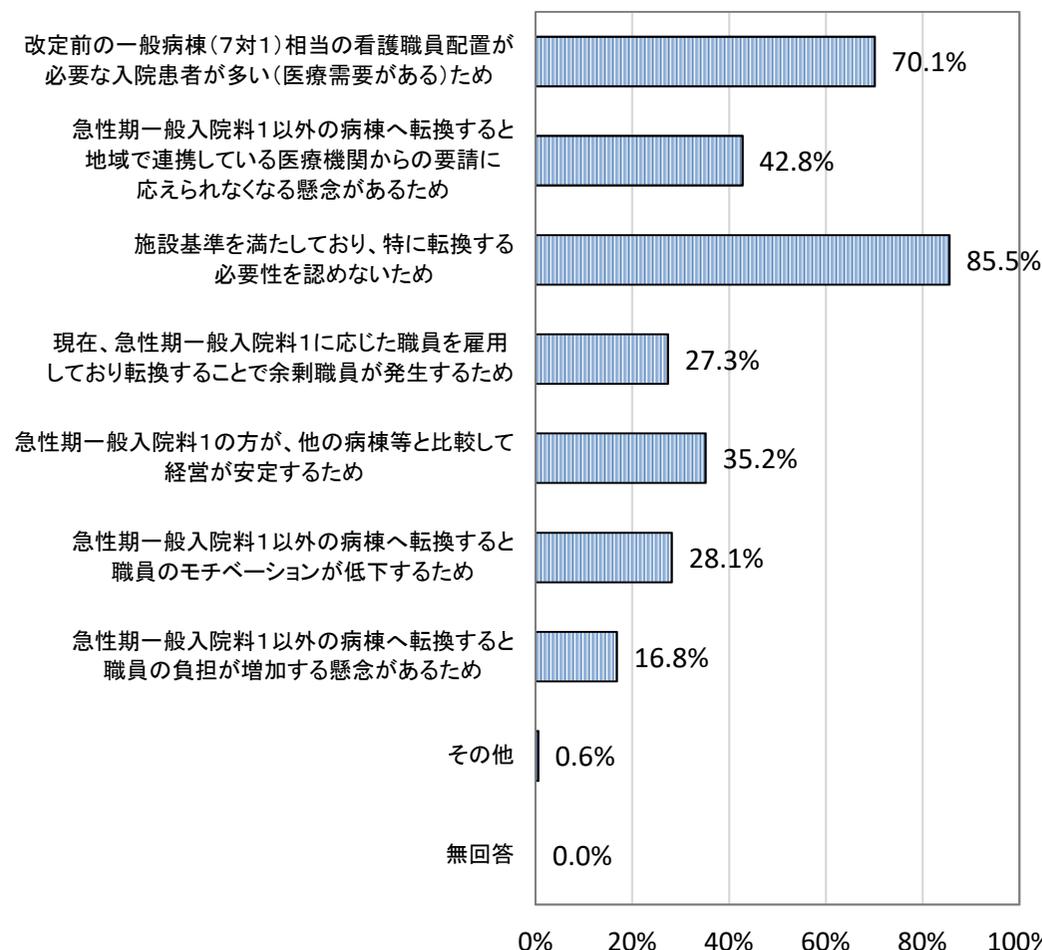
急性期一般入院料1を届出ている理由
(最も該当するもの)

(n=512)



急性期一般入院料1を届出ている理由
(複数回答)

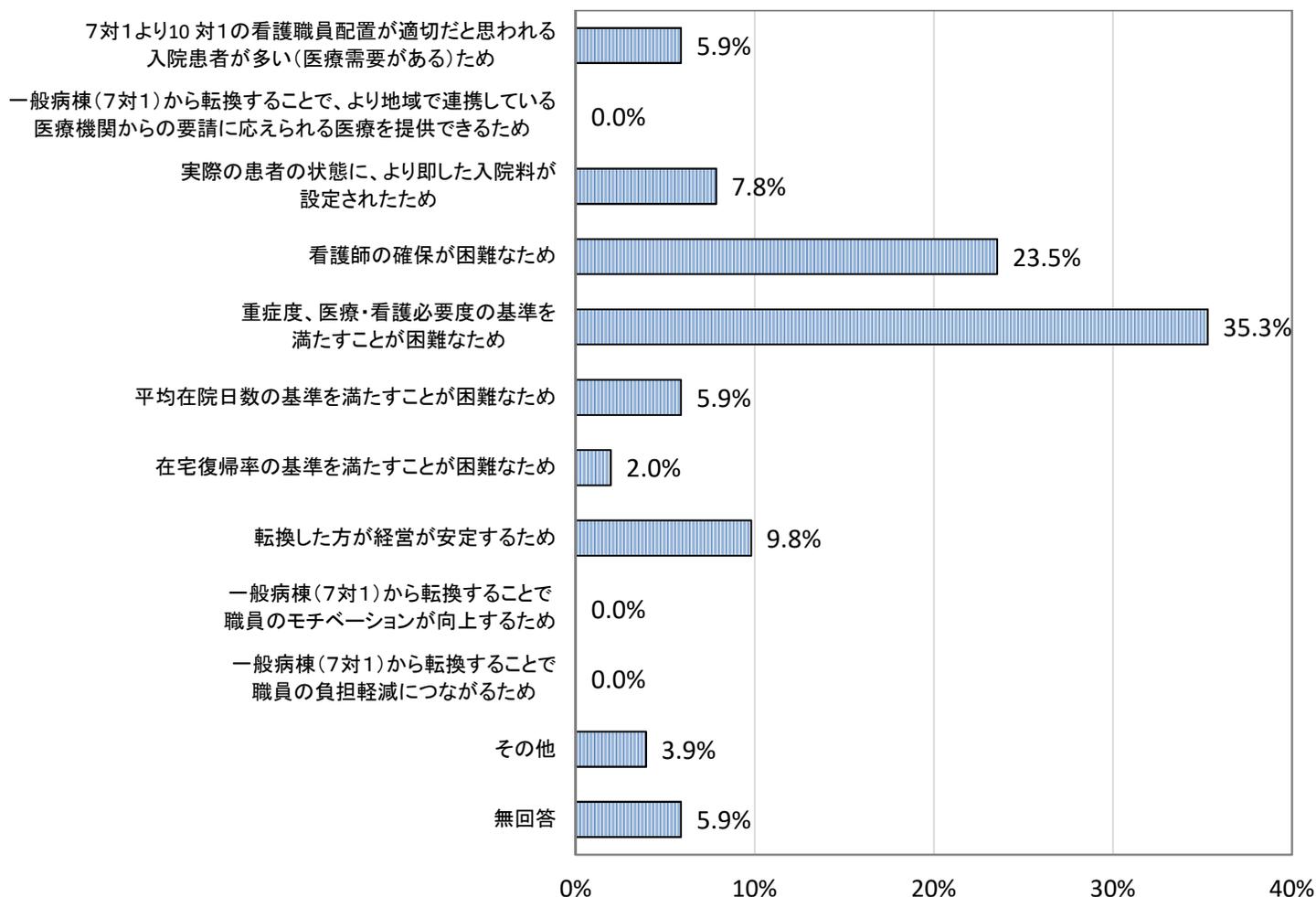
(n=512)



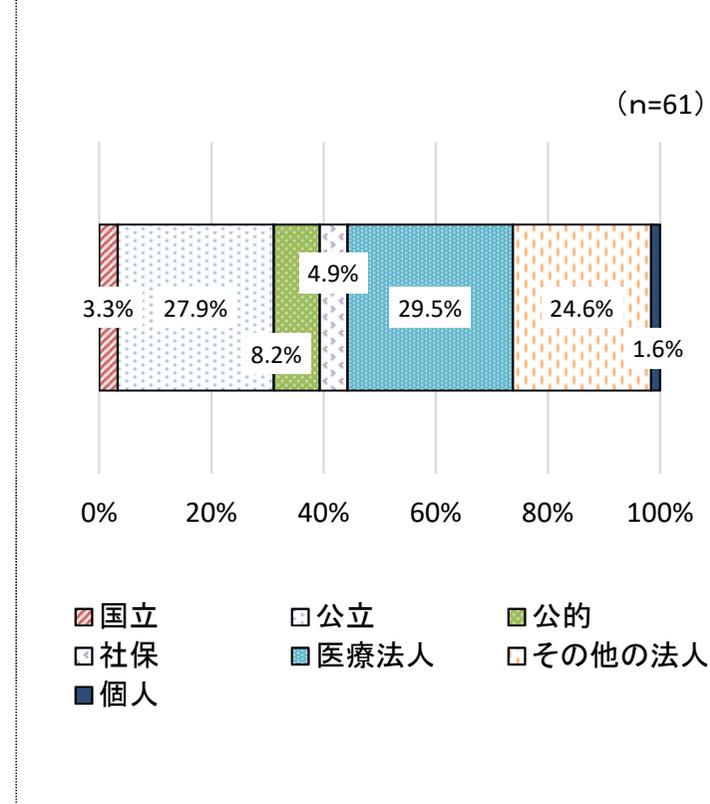
一般病棟（7対1）から転換した理由

○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）（n=51）



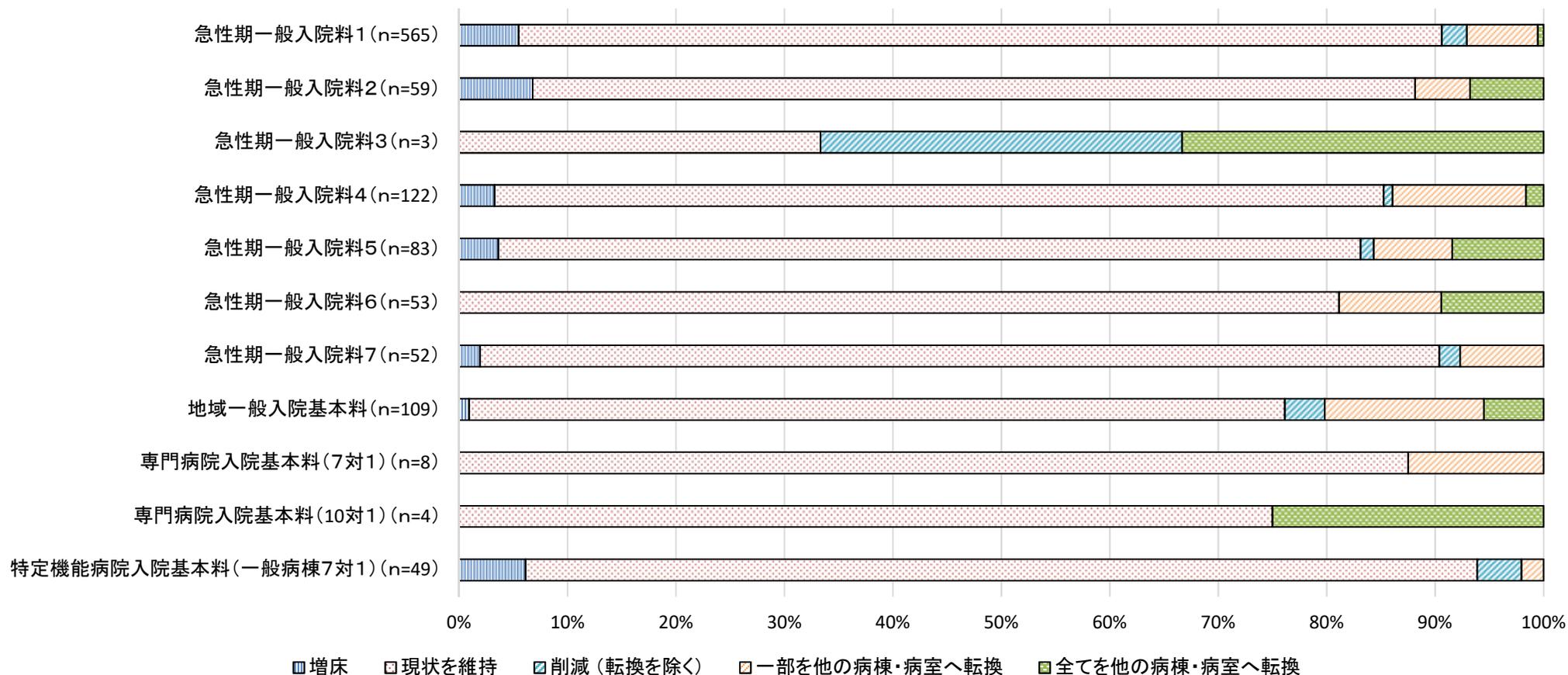
(参考) 急性期一般入院料2又は3における開設者別の内訳



今後の届出の意向

○ 急性期一般入院料等について、今後の届出の意向をみると、「現状を維持」が最も多かったが、「一部を他の病棟・病室へ転換」と「全てを他の病棟・病室へ転換」という回答を合わせると、約1～2割あった。

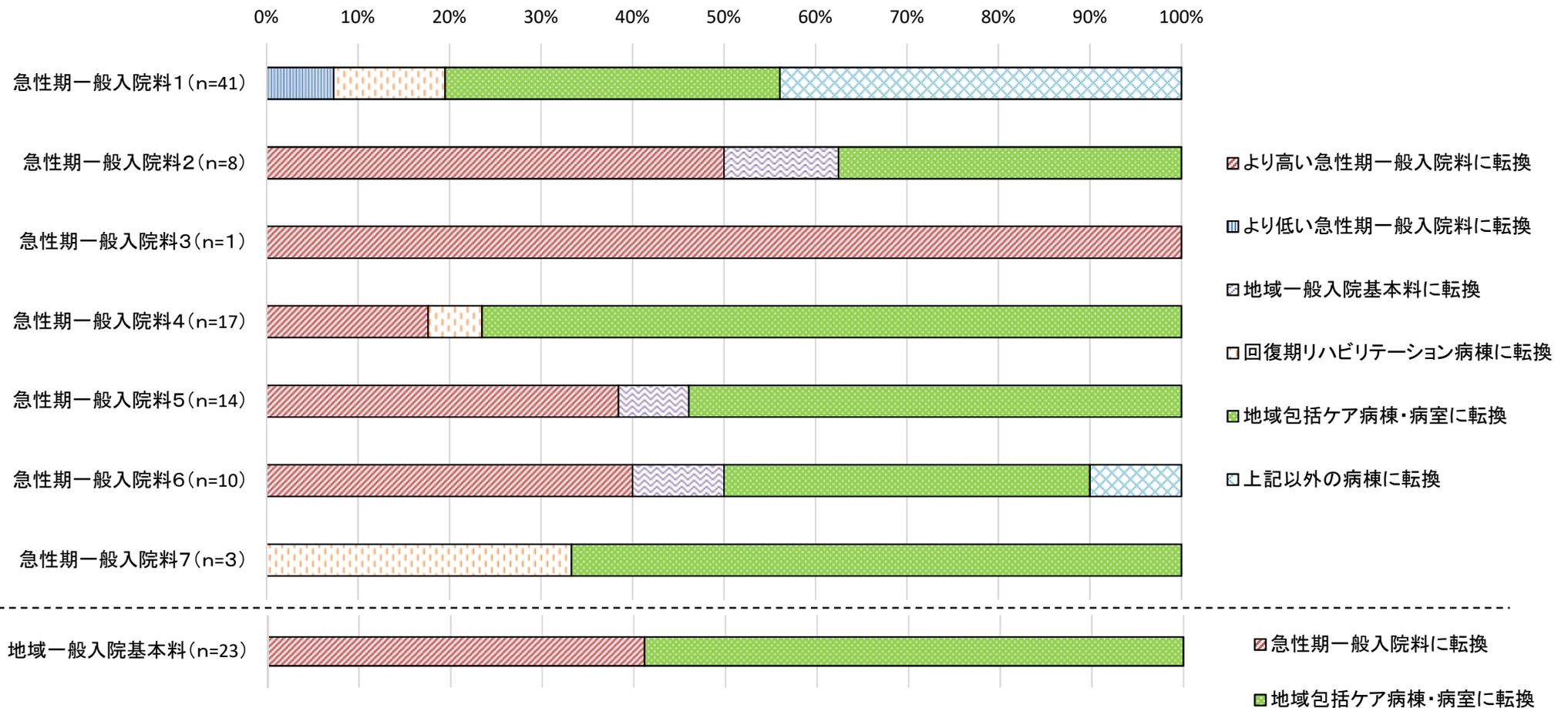
入院料基本料別の病床数の増減の意向



転換を検討している病棟の転換先

○ 「他の病棟へ転換」と回答した病棟について、検討している転換先をみると、以下のとおりであった。

転換を検討している病棟の転換先



(1) 一般病棟入院基本料等

- 入院料の届出状況
- 重症度、医療・看護必要度

現在の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準①

入院料等		急性期一般入院基本料						地域一般入院基本料	
		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6	入院料 7	入院料 1
看護職員配置		7 対 1	10対 1						
必要度に係る加算		なし							
重症度、医療・看護必要度に係る基準		<ul style="list-style-type: none"> ・ A得点 2 点以上かつB得点 3 点以上 ・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点 1 点以上かつB得点 3 点以上 ・ A得点 3 点以上 ・ C得点 1 点以上 						継続的な測定と結果に基づいた評価	
患者割合基準	必要度 I	30%	— (27%)	— (26%)	27%	21%	15%	なし	
	必要度 II	25%	24% (22%)	23% (21%)	22%	17%	12%		

※ 1 重症度、医療・看護必要度 II は、I と II を満たす患者割合の差が0.04を超えない場合に使用できる。

※ 2 重症度、医療・看護必要度における患者割合基準の（ ）内は許可病床数200床未満の一般病棟 7 対 1 入院基本料の経過措置（2018年 9 月末まで）。

現在の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準②

入院料等		専門病院入院基本料 及び 特定機能病院入院基本料（一般病棟）				専門病院入院基本料	
区分（看護職員配置）		7対1	10対1			13対1	
必要度に係る加算		なし	看護必要度加算1	看護必要度加算2	看護必要度加算3	なし	
重症度、医療・看護必要度に係る基準		<ul style="list-style-type: none"> ・ A得点2点以上かつB得点3点以上 ・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点3点以上 ・ A得点3点以上 ・ C得点1点以上 				継続的な測定と結果に基づいた評価（必要度Ⅰ）	測定した結果に基づく評価（必要度Ⅰ）
患者割合基準	必要度Ⅰ	28%	27%	21%	15%	なし	なし
	必要度Ⅱ	23%	22%	17%	12%		

入院料等		特定機能病院入院基本料（結核病棟）	結核病棟入院基本料
区分（看護職員配置）		7対1	7対1
必要度に係る加算		なし	なし
重症度、医療・看護必要度に係る基準		継続的な測定と結果に基づいた評価（必要度Ⅰ）	<ul style="list-style-type: none"> ・ A得点2点以上かつB得点3点以上 ・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点3点以上 ・ A得点3点以上 ・ C得点1点以上
患者割合基準	必要度Ⅰ	なし	11%
	必要度Ⅱ		9%

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度 I」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

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

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

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

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

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

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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

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

重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

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

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

現行の基準を満たす患者割合の要件	
一般病棟7対1入院基本料	25% (23%)
看護必要度加算1 (一般)	24%
看護必要度加算2 (一般)	18%
看護必要度加算3 (一般)	12%
7対1入院基本料 (特定、専門)	25% (23%)
看護必要度加算1 (特定、専門)	24%
看護必要度加算2 (特定、専門)	18%
看護必要度加算3 (特定、専門)	12%
7対1入院基本料 (結核)	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%



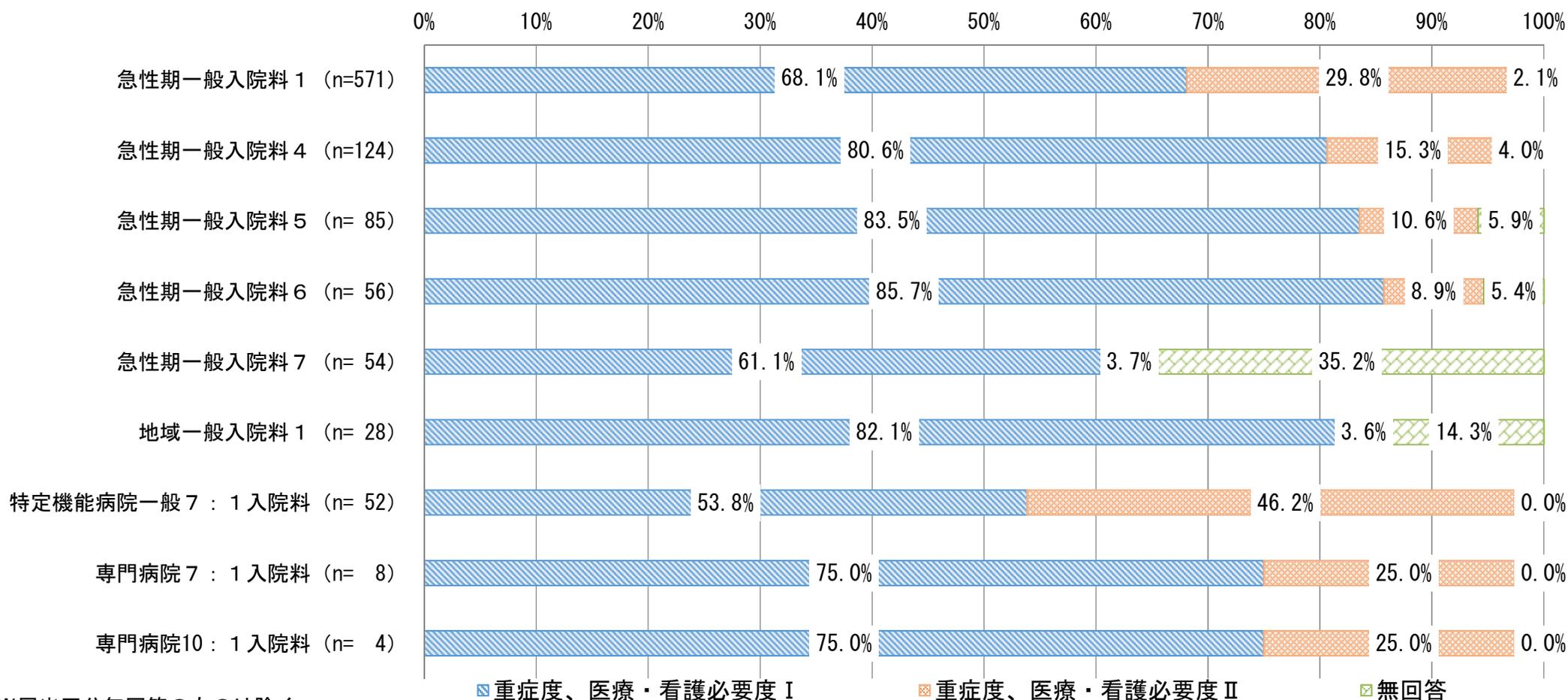
改定後の基準を満たす患者割合の要件		
	重症度、医療・看護 必要度 I	重症度、医療・看護 必要度 II
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	— (27%)	24% (22%)
急性期一般入院料3	— (26%)	23% (21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料 (特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算1 (特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2 (特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3 (特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料 (結核)	11%	9%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

一般病棟入院基本料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では約3割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

2019年度調査

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別

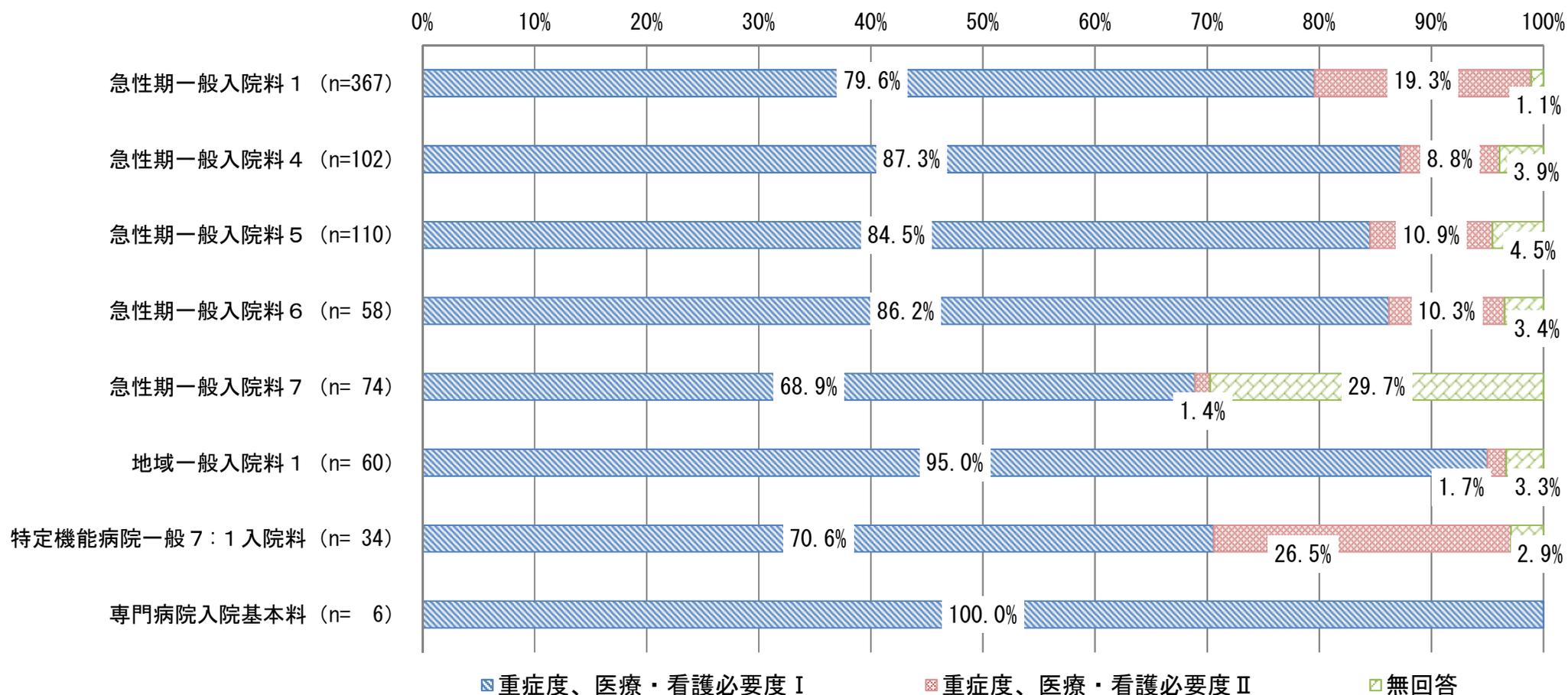


※届出区分無回答のものは除く

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では約2割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

2018年度調査

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別



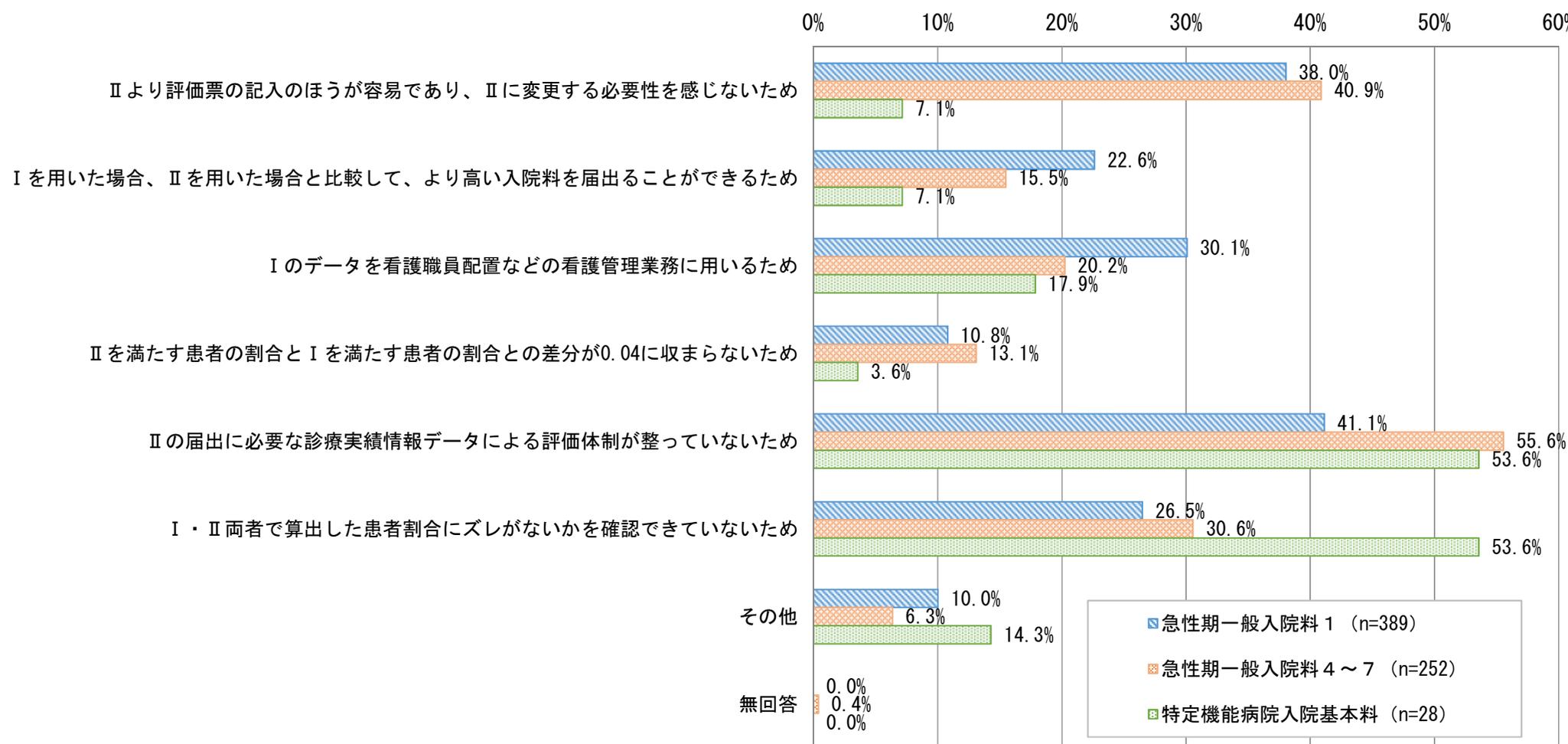
※届出区分無回答のものは除く

重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている理由

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている理由をみると、「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っていないため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている理由

(複数回答)



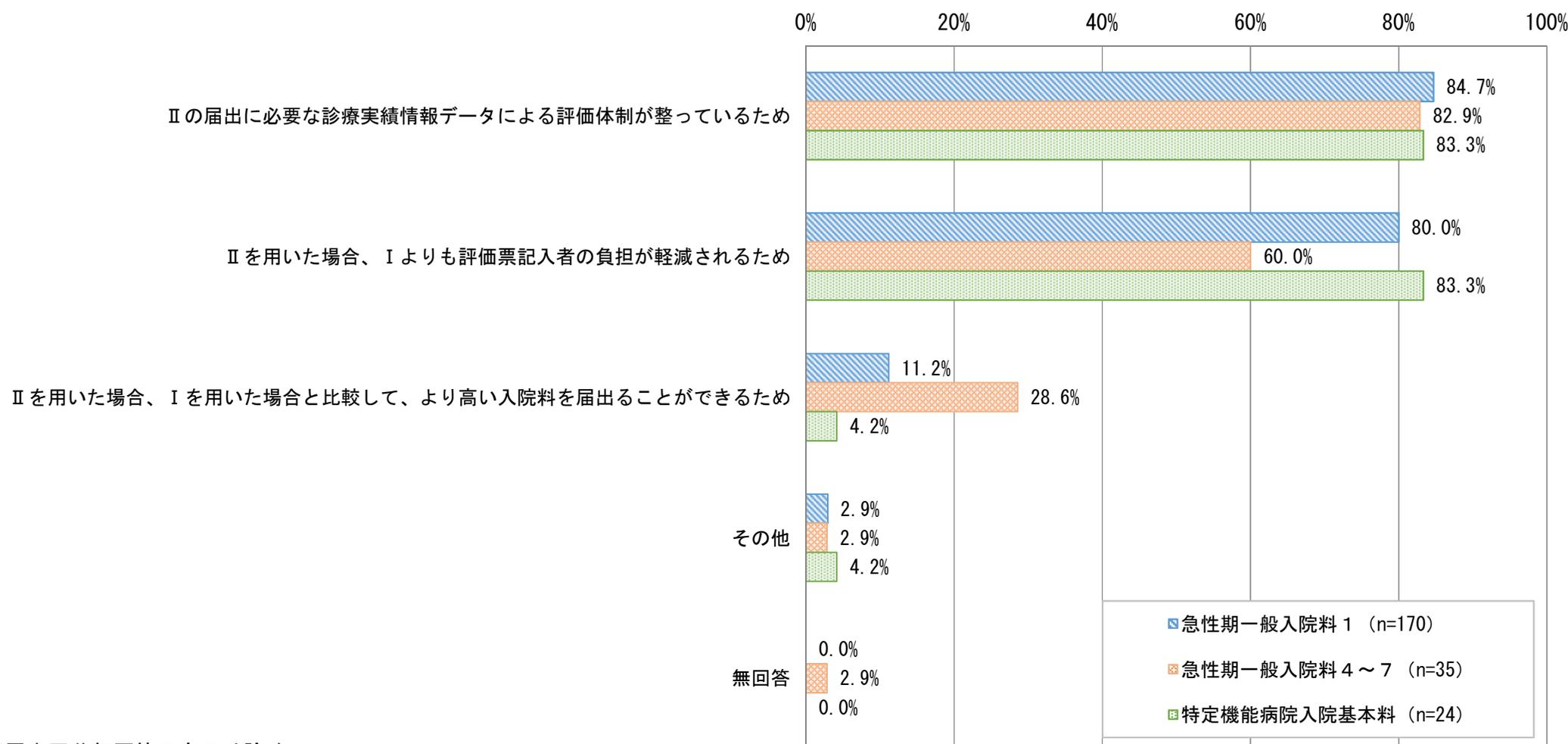
※届出区分無回答のものは除く

重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由をみると、「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」が多かった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている理由

(複数回答)

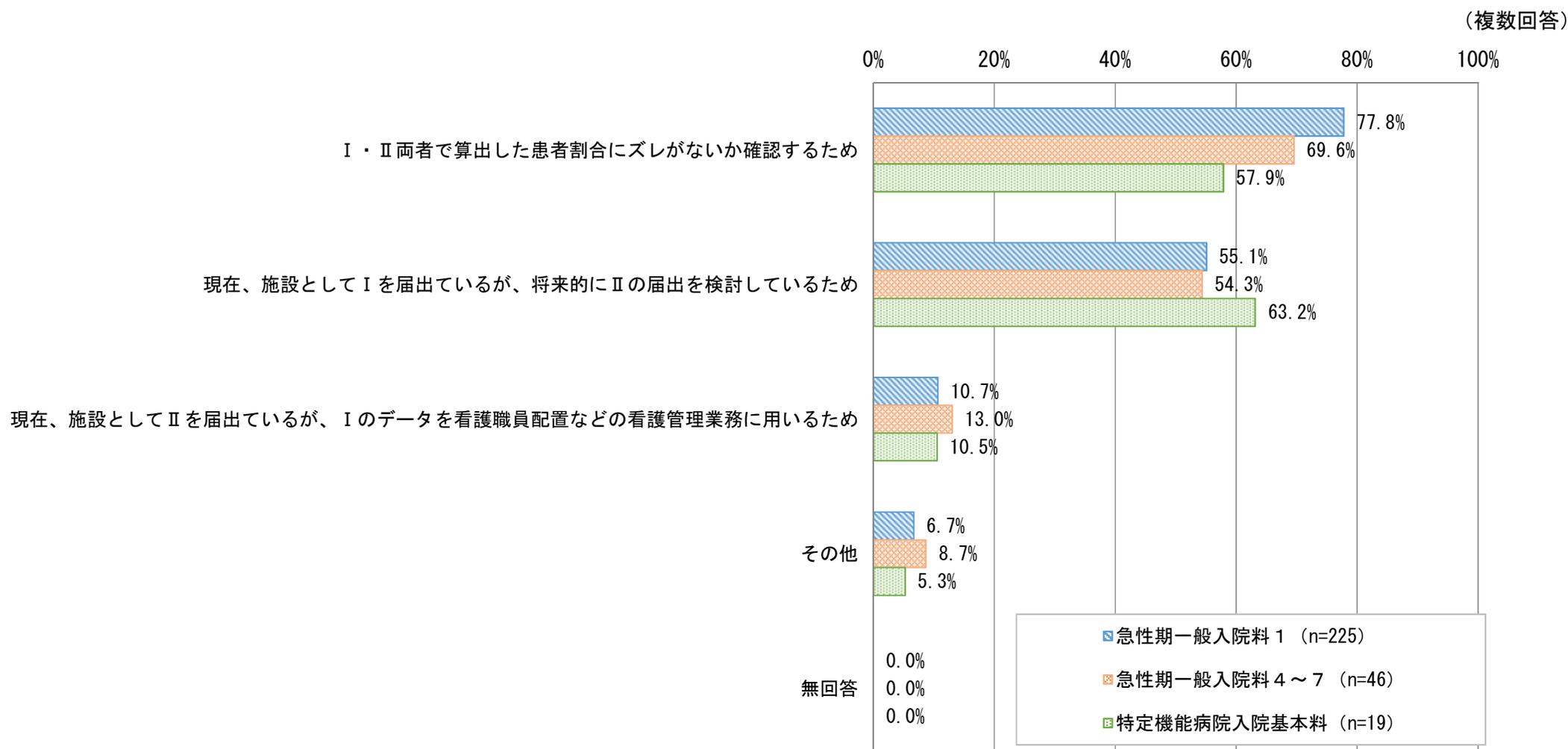


※届出区分無回答のものは除く

重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方を算出している理由

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方の患者割合を算出している施設に、その理由を聞いたところ、「Ⅰ・Ⅱ両方で算出した患者割合にズレがないか確認するため」が多かった。

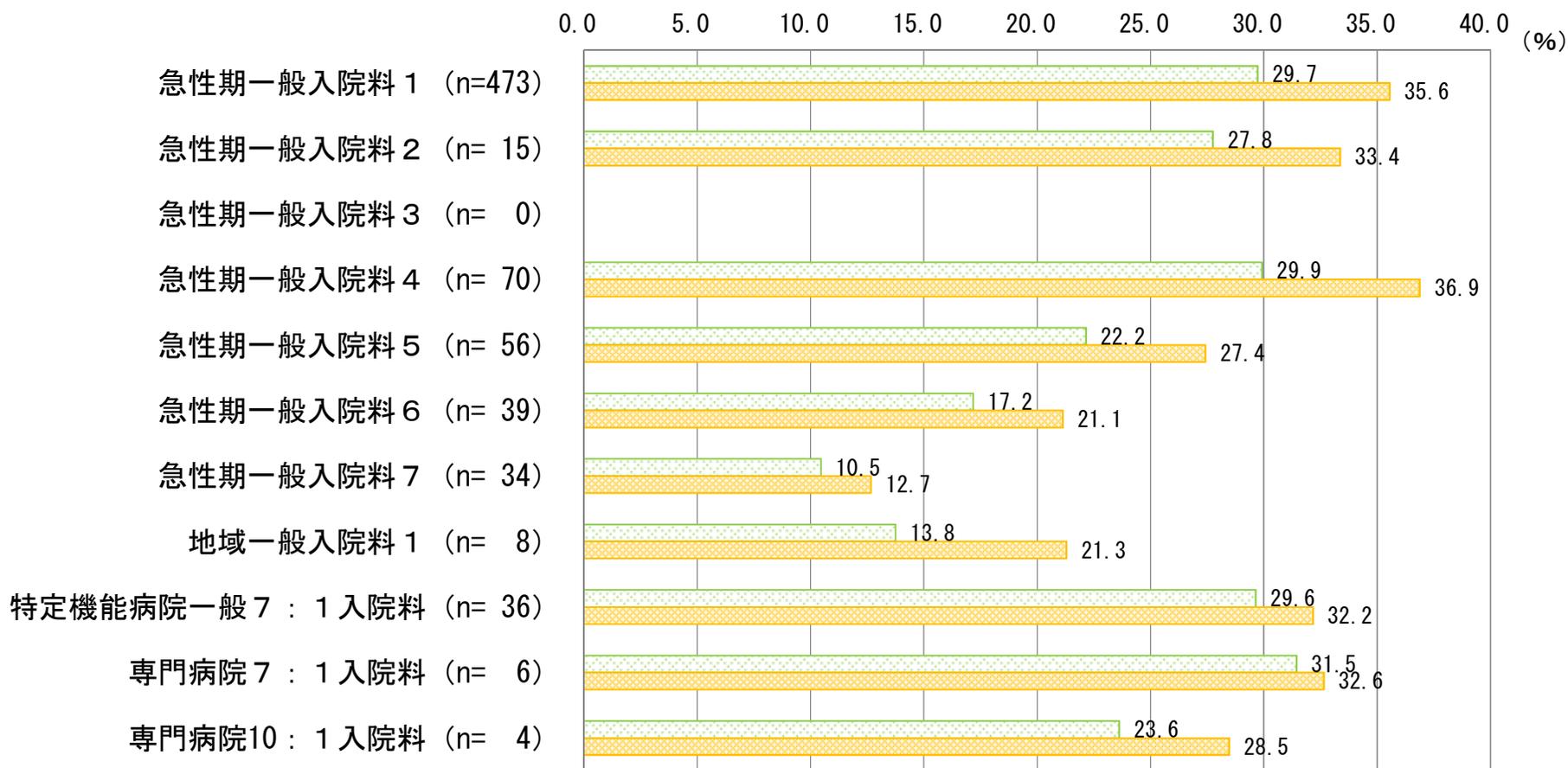
重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方を算出している理由



重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（H30／H31）

○ 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、平成30年と平成31年のいずれも回答した施設の平均をみると、平成31年の方が割合が高かった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 （平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）



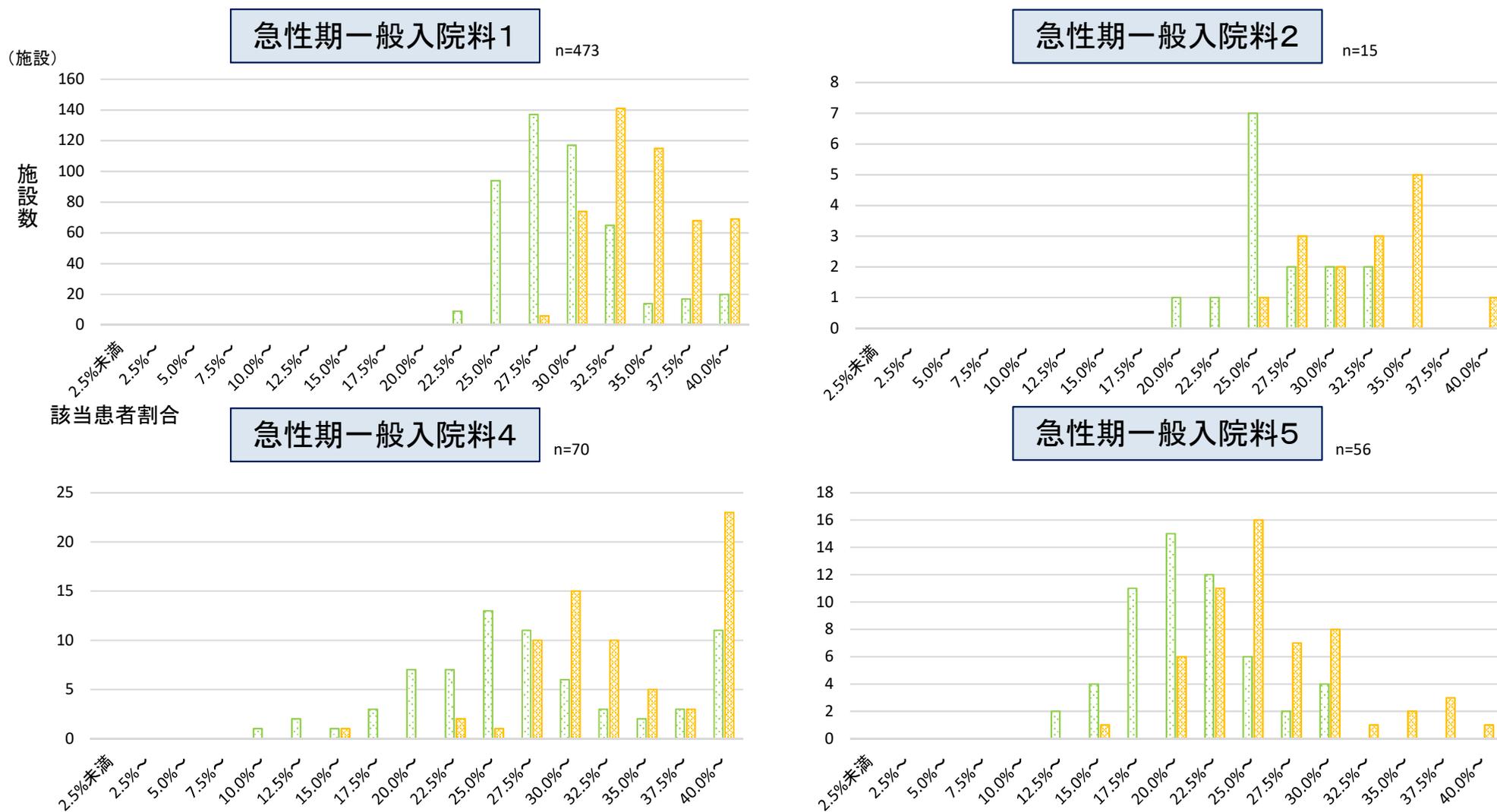
※届出区分無回答のものは除く
※平成30年と平成31年（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）の両方を回答したもののみ集計

■平成30年 1～3月
■平成31年 1～3月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）

一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（H30／H31）

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、全体として、改定前よりも改定後の割合が高い傾向にあった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布 （平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）



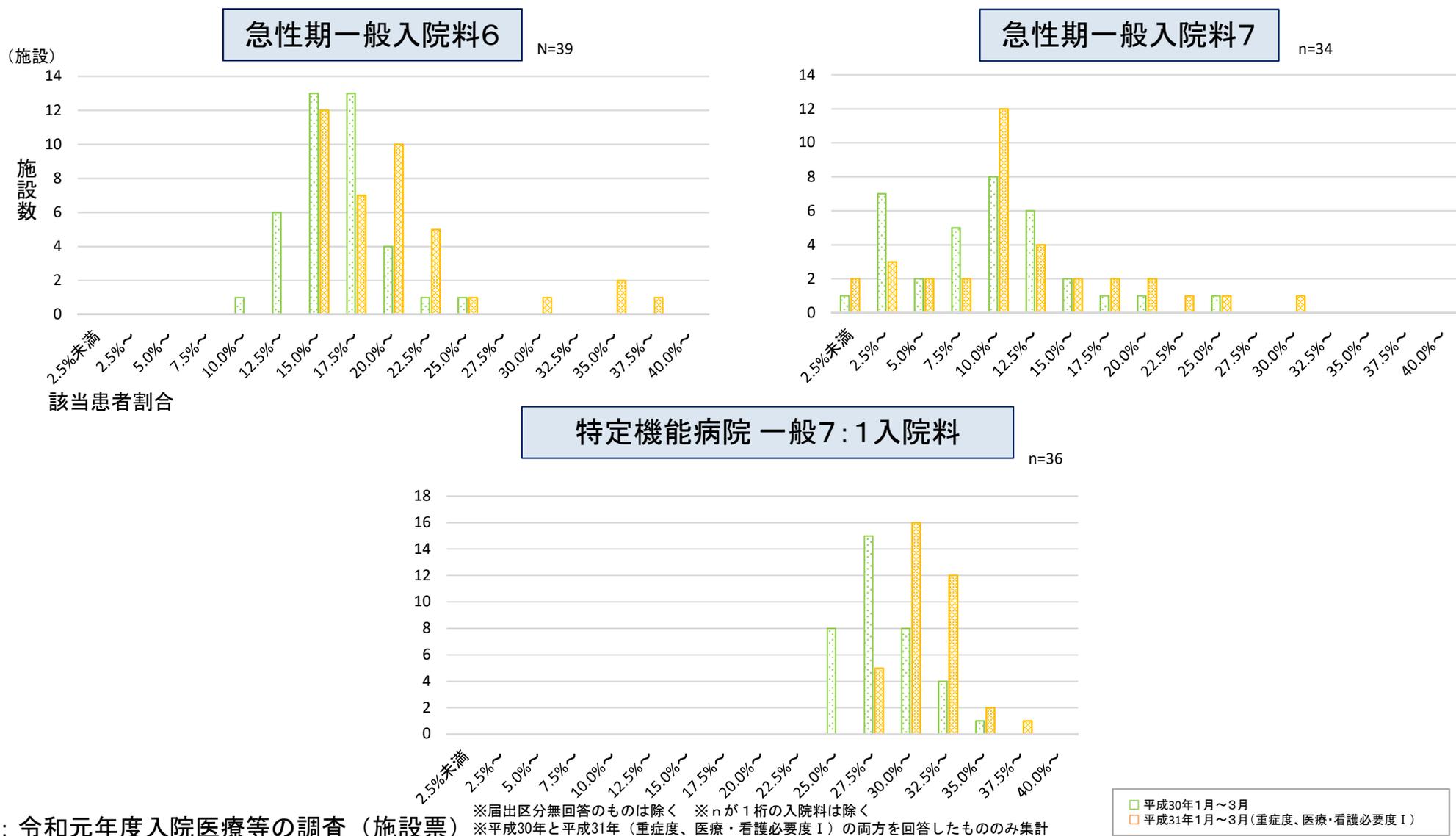
■ 平成30年1月～3月
■ 平成31年1月～3月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）

出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票） ※届出区分無回答のものは除く ※nが1桁の入院料は除く ※平成30年と平成31年（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）の両方を回答したもののみ集計

一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（H30／H31）

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、全体として、改定前よりも改定後の割合が高い傾向にあった。

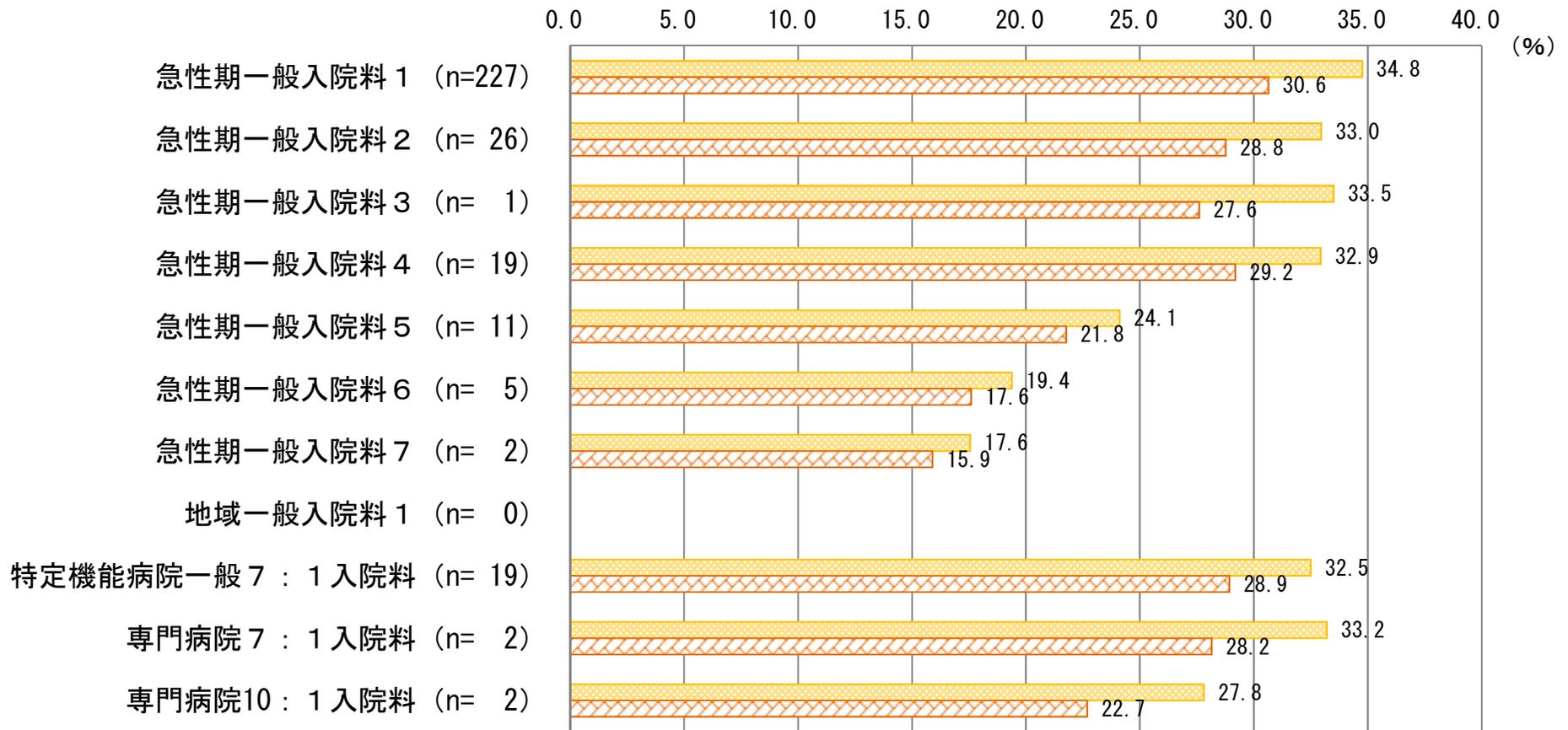
改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布 （平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）



重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（Ⅰ／Ⅱ）

○ 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平成31年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合
（平成31年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



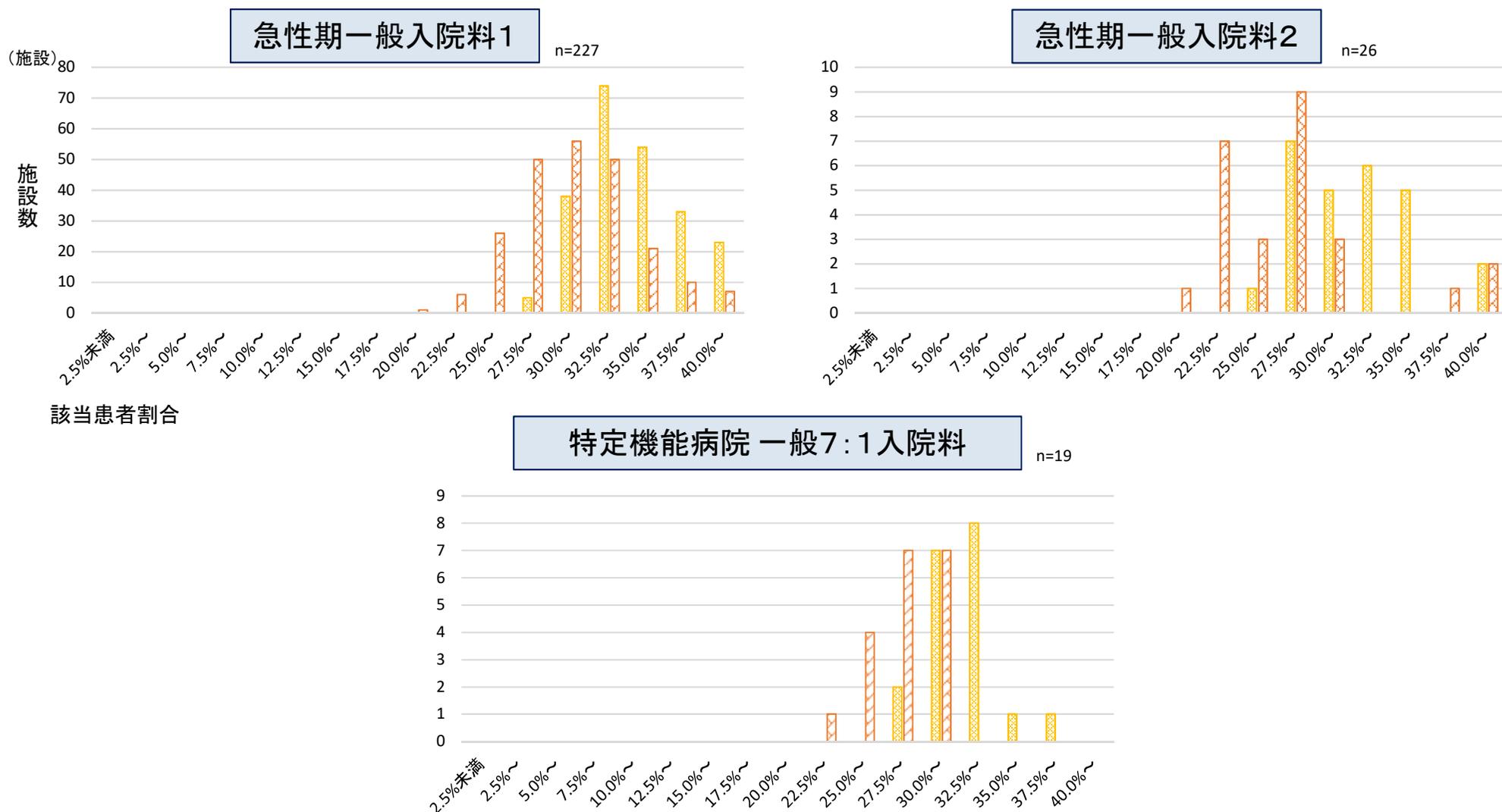
■平成31年 1～3月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）
 ■平成31年 1～3月（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

※届出区分無回答のものは除く
 ※平成31年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（Ⅰ／Ⅱ）

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、全体として、ⅡよりもⅠの割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者割合の分布 (平成31年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較)

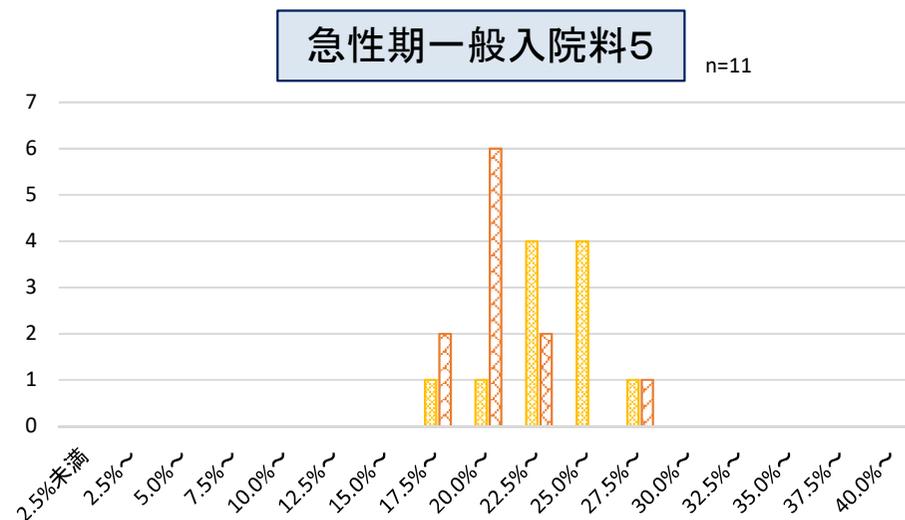
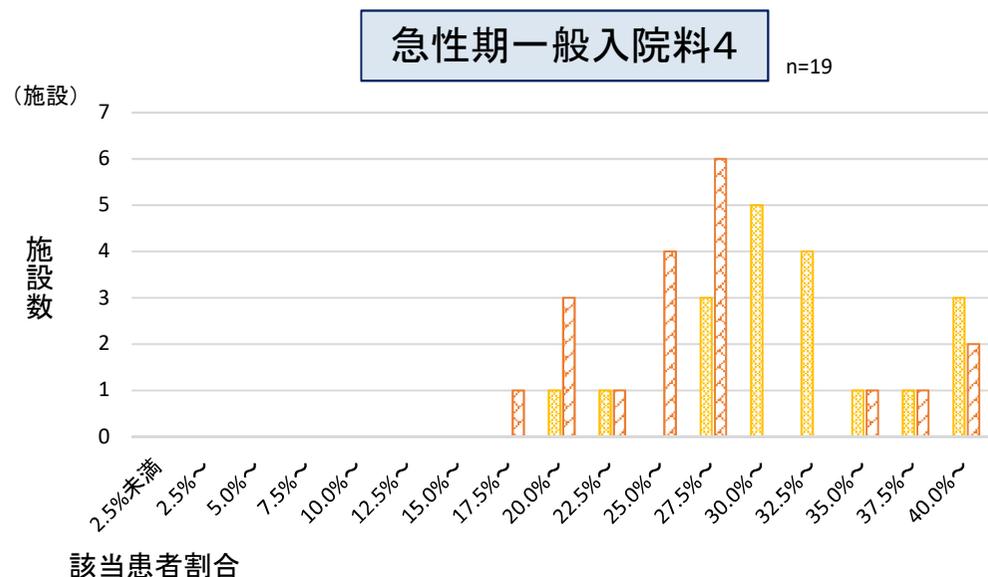


□ 平成31年1月～3月(重症度、医療・看護必要度Ⅰ)
 □ 平成31年1月～3月(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)

※届出区分無回答のものは除く ※nが1桁の入院料は除く
 ※平成31年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、全体として、ⅡよりもⅠの割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者割合の分布 (平成31年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較)



2019年度調査結果(速報)概要

- (1) 一般病棟入院基本料等
- (2) 特定集中治療室管理料等
- (3) 療養病棟入院基本料
- (4) 総合入院体制加算
- (5) 抗菌薬適正使用支援加算
- (6) 横断的事項

(2) 特定集中治療室管理料等

- ・ 入院料の届出状況
- ・ 重症度、医療・看護必要度
- ・ 専門性の高い看護師の配置状況
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算

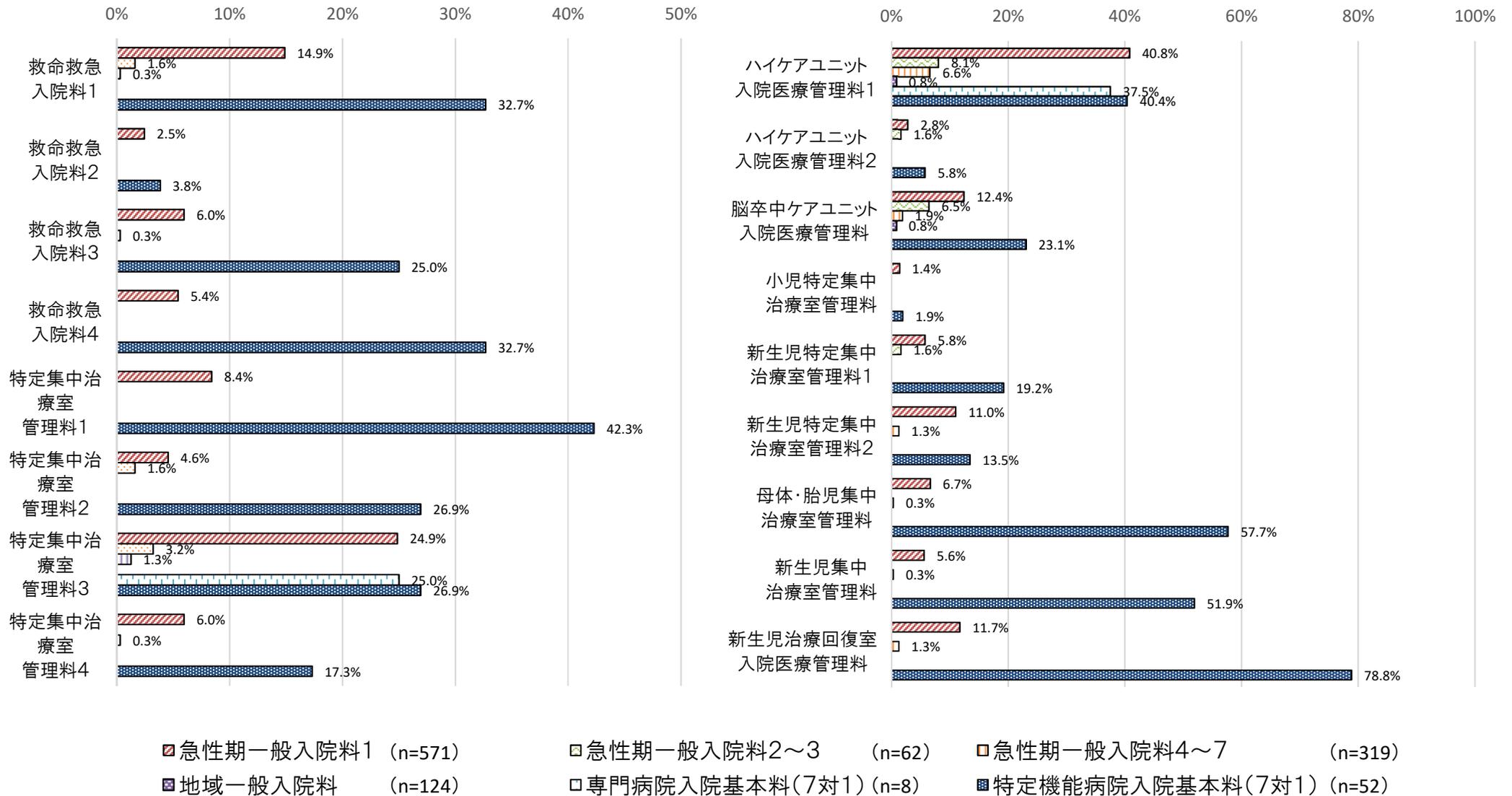
救命救急入院料等の主な施設基準

		点数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
救命救急入院料	入院料1	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・手術に必要な麻酔科医等との連絡体制 	4対1	ICU用 測定評価	救命救急センターを有していること
		～7日 8,929点				
		～14日 7,623点				
	入院料2	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料1の基準を満たす ・特定集中治療室管理料1又は3の基準を満たす 	2対1	ICU用 8割	
		～7日 10,316点				
		～14日 9,046点				
	入院料3	～3日 9,869点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	4対1	ICU用 測定評価	
		～7日 8,929点				
～14日 7,623点						
入院料4	～3日 11,393点	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料2の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 	2対1	ICU用 8割		
	～7日 10,316点					
	～14日 9,046点					
特定集中治療室 管理料	管理料1	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務 ・クリーンバイオルームであること 	2対1	ICU用 8割	
		～14日 12,126点				
	管理料2	～7日 13,650点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 		ICU用 7割	
		～14日 12,126点				
管理料3	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の医師が常時勤務 ・クリーンバイオルームであること 				
	～14日 7,837点					
管理料4	～7日 9,361点	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師 				
	～14日 7,837点					
ハイケアユニット 入院医療管理料	管理料1	6,584点	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師が常時勤務 ・病床数30床以下 	4対1	HCU用 8割	
	管理料2	4,084点		5対1	HCU用 6割	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料		5,804点	<ul style="list-style-type: none"> ・神経内科・脳外科5年以上の専任の医師が常時勤務 ・専任の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が配置 ・病床数30床以下 	3対1	一般病棟 用(I) 測定評価	脳梗塞、 脳出血、くも膜下出血 が8割以上

救命救急入院料等の届出状況

○ 入院基本料別に、救命救急入院料等の特定入院料の届出状況をみると、以下のとおりであった。

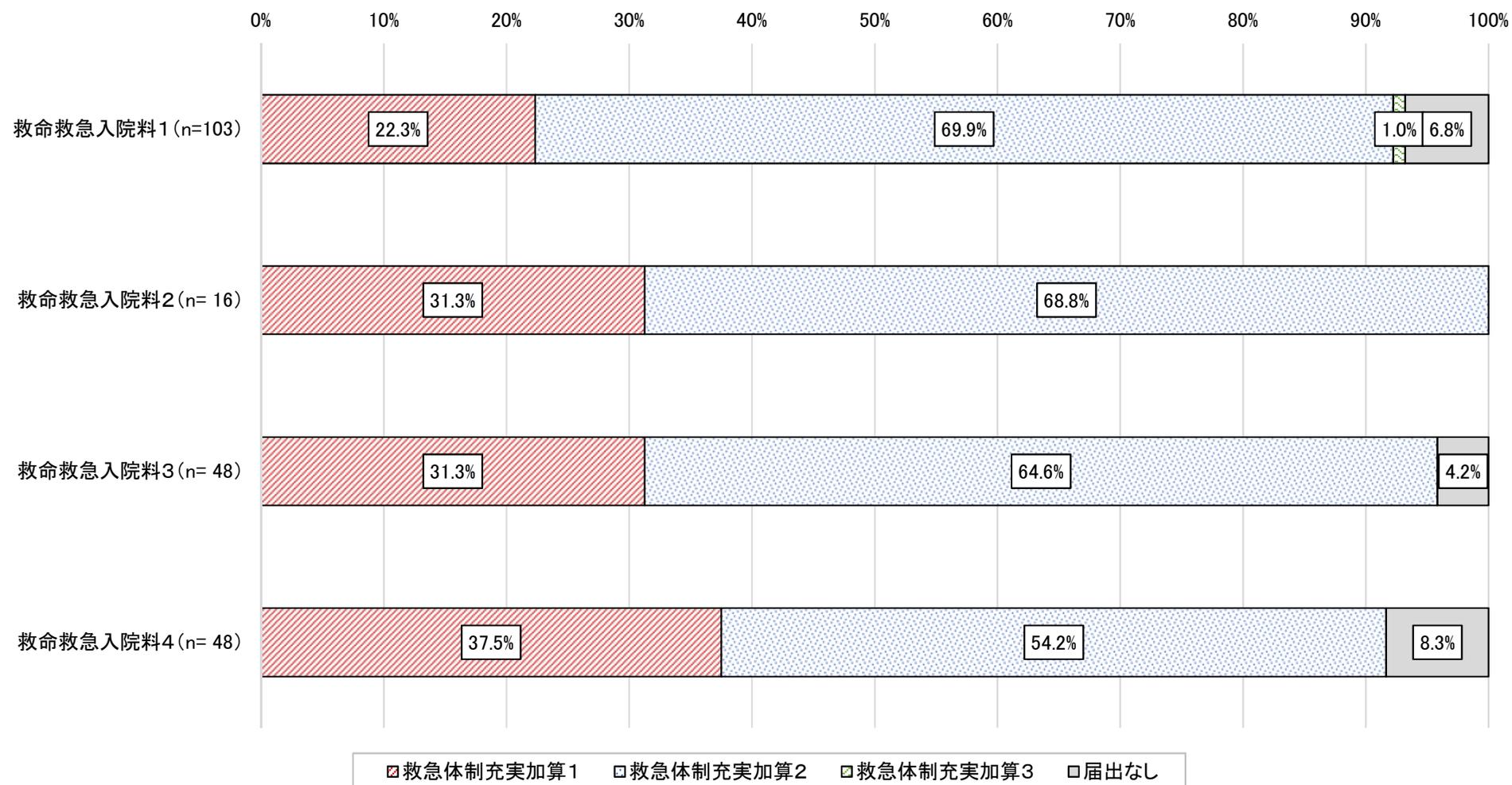
特定入院料の届出状況（入院基本料別）



救急体制充実加算の届出状況

○ 救急体制充実加算は、いずれの救命救急入院料においても加算2の届出が多かった。

救急体制充実加算の届出状況



(2) 特定集中治療室管理料等

- 入院料の届出状況
- 重症度、医療・看護必要度
- 専門性の高い看護師の配置状況
- 早期離床・リハビリテーション加算

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	心電図モニターの管理	なし	あり	
2	輸液ポンプの管理	なし	あり	
3	動脈圧測定(動脈ライン)	なし		あり
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし		あり
6	人工呼吸器の管理	なし		あり
7	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし		あり
9	特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓 ICP測定、ECMO)	なし		あり

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

基準

A得点4点以上かつB得点3点以上

【ハイケアユニット用】

A	モニタリング及び処置等	0点	1点
1	創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2	蘇生術の施行	なし	あり
3	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5	心電図モニターの装着	なし	あり
6	輸液ポンプの管理	なし	あり
7	動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8	シリンジポンプの管理	なし	あり
9	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10	人工呼吸器の管理	なし	あり
11	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13	特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO)	なし	あり

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

基準

A得点3点以上かつB得点4点以上

特定集中治療室管理料等の見直し②

生理学的スコア等の測定の要件化

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

※ 生理学的スコア(SOFAスコア)

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

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

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

治療室に備えるべき装置・器具

➤ 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は他の治療室等と共有できるよう施設基準を見直す。

現行

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

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特定集中治療室内に常時備えていること。

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
- イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

改定後

【特定集中治療室管理料】[施設基準]

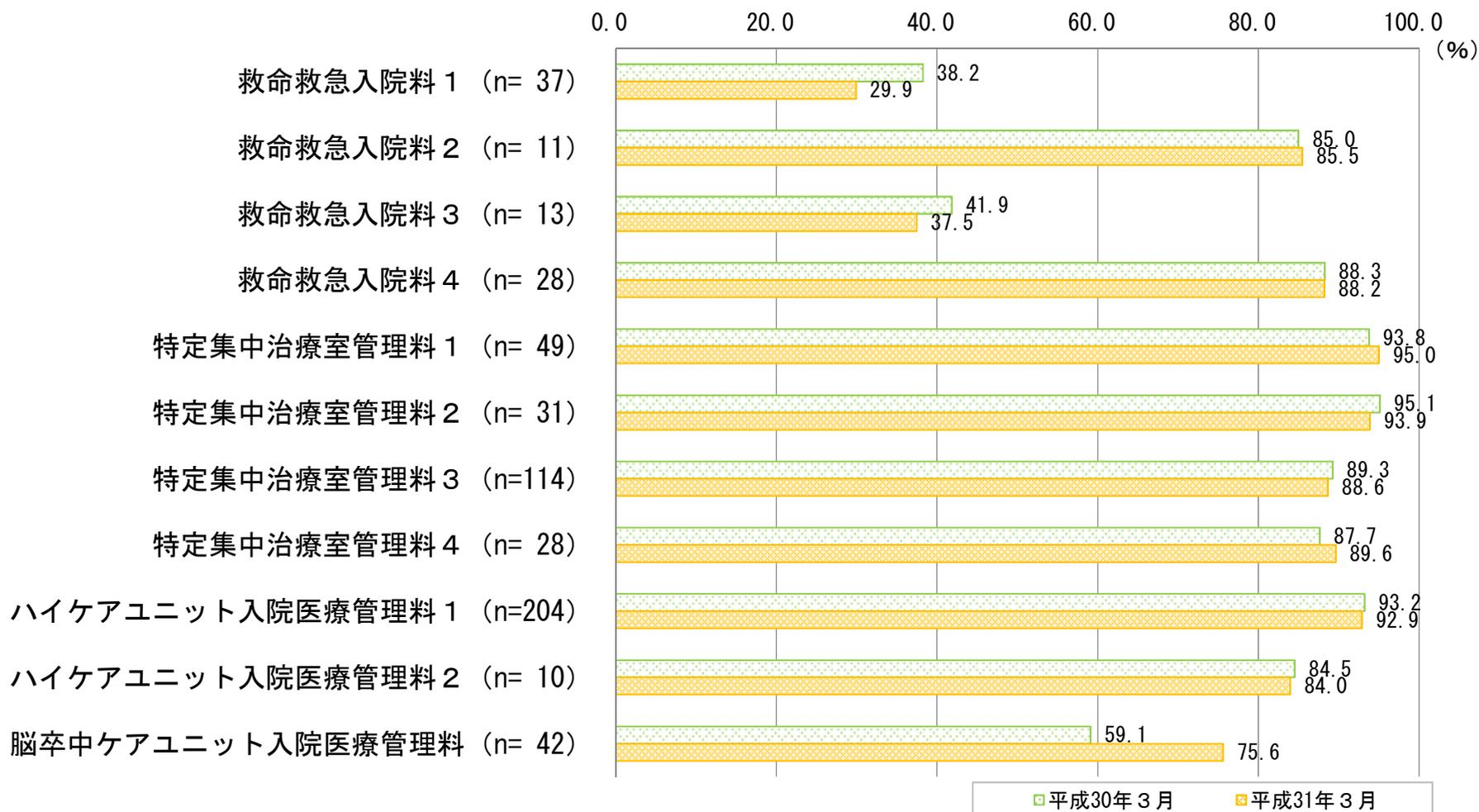
当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。**ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。**

- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸器等)
- イ 除細動器 / ウ ペースメーカー / エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置 / カ 呼吸循環監視装置

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の比較（H30／H31）

○ 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、平成30年と平成31年のいずれも回答した施設の平均をみると、大きな差はみられなかった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
（平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）



救命救急入院料及び特定集中治療室管理料においては「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」、ハイケアユニット入院医療管理料においては「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」、脳卒中ケアユニット入院医療管理料においては「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」を使用。

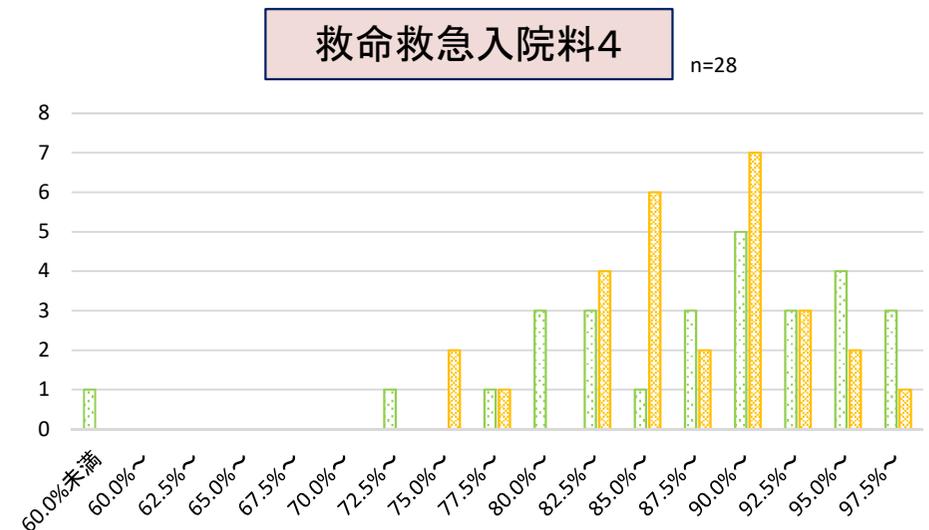
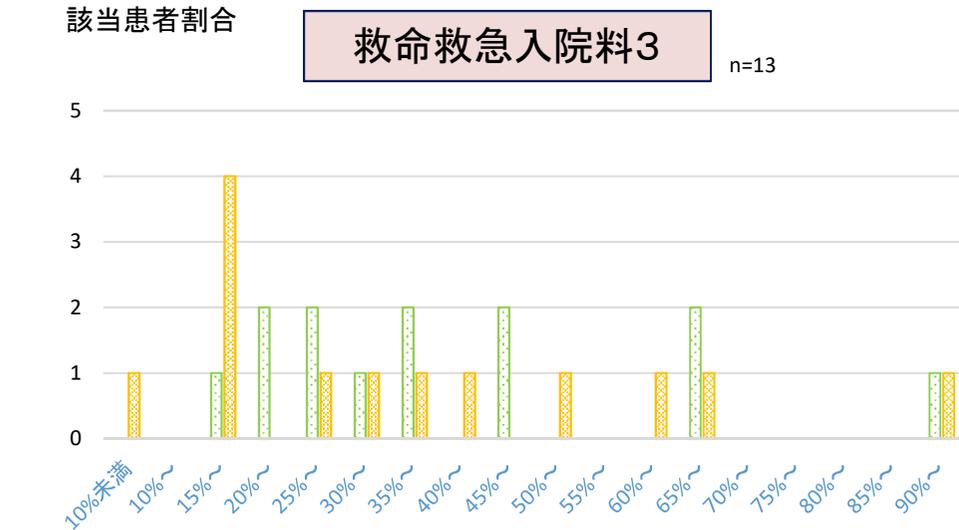
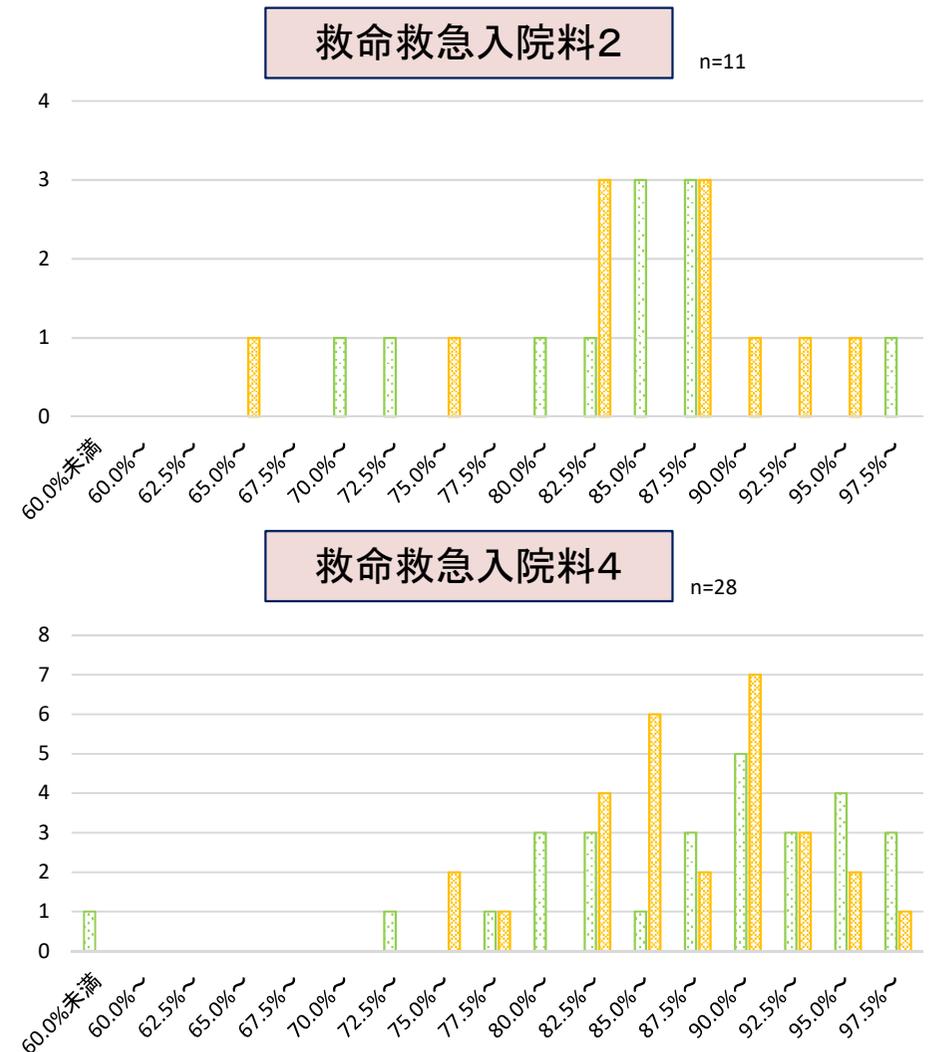
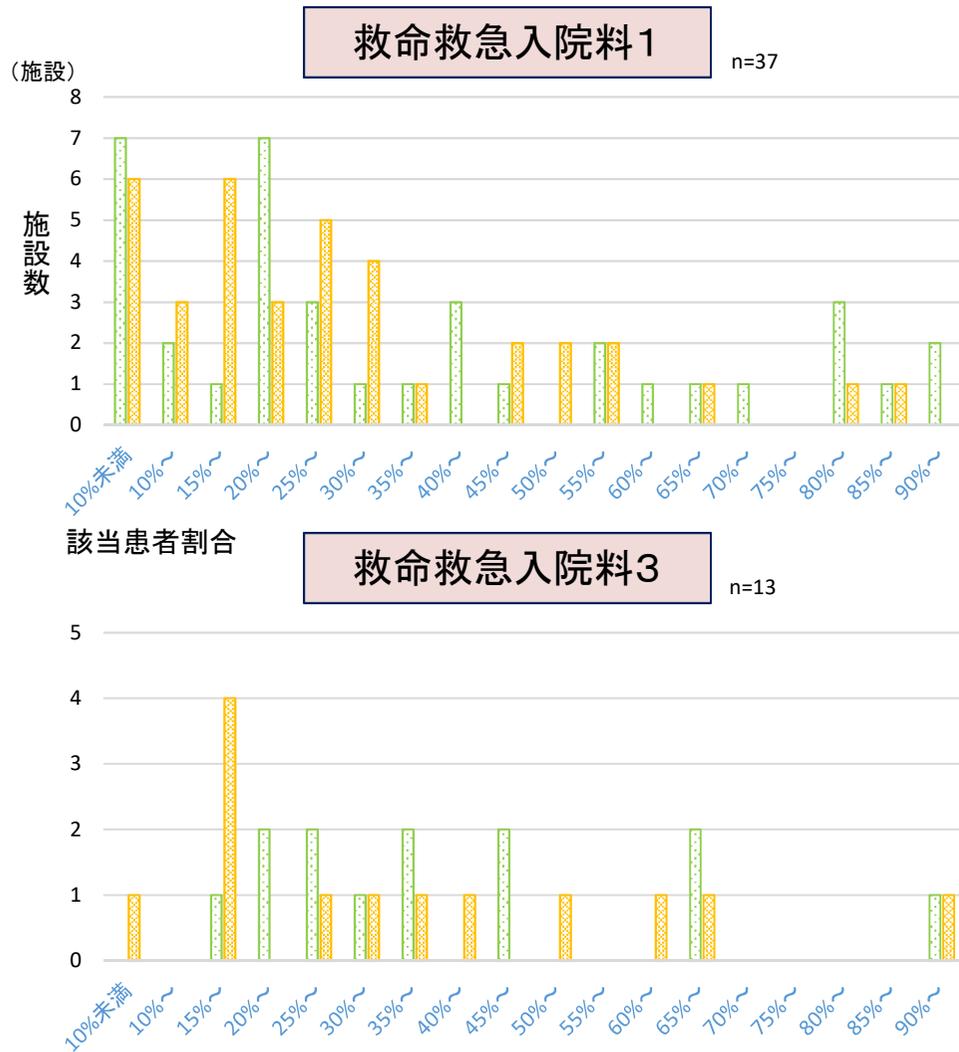
※届出区分無回答のものは除く
※平成30年と平成31年の両方を回答したもののみ集計

出典：令和元年度入院医療等の調査（治療室票）

救命救急入院料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（H30／H31）

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、救命救急入院料においては、施設によってばらつきがみられた。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布
（平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）



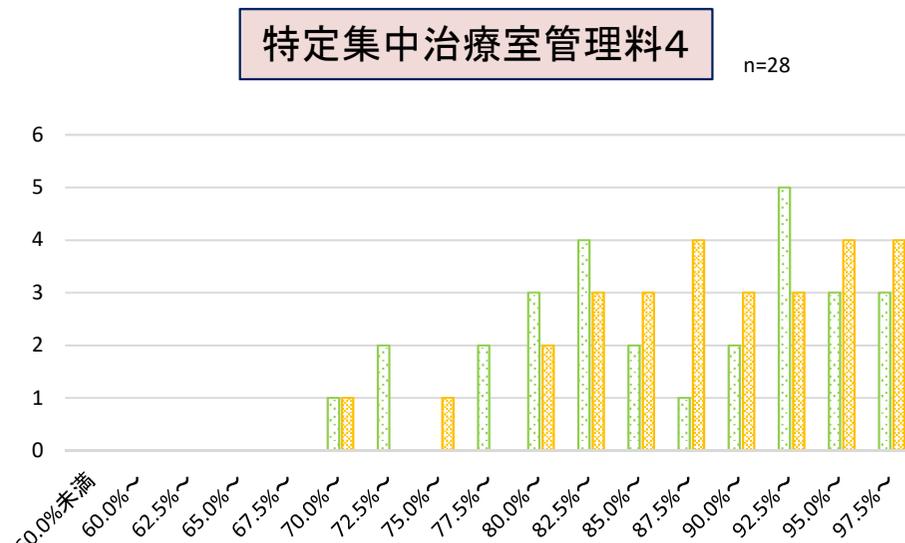
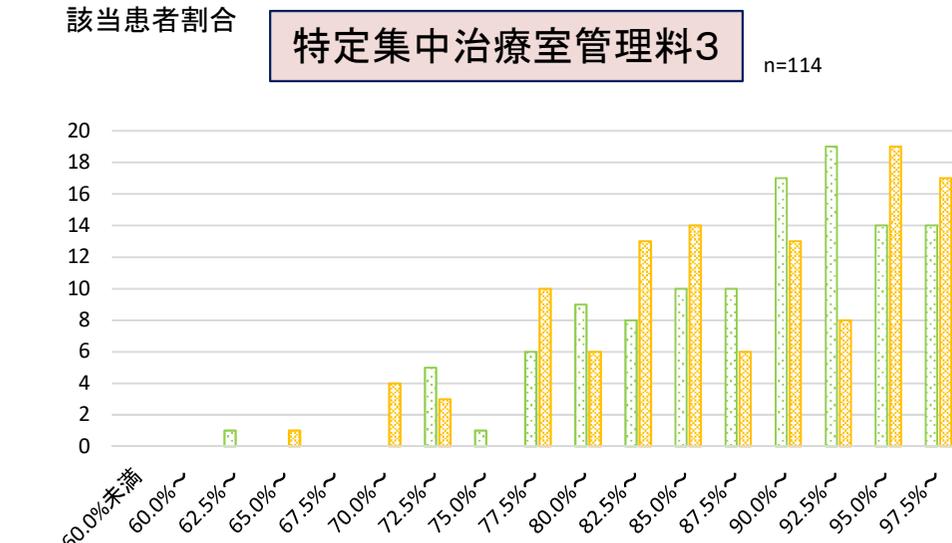
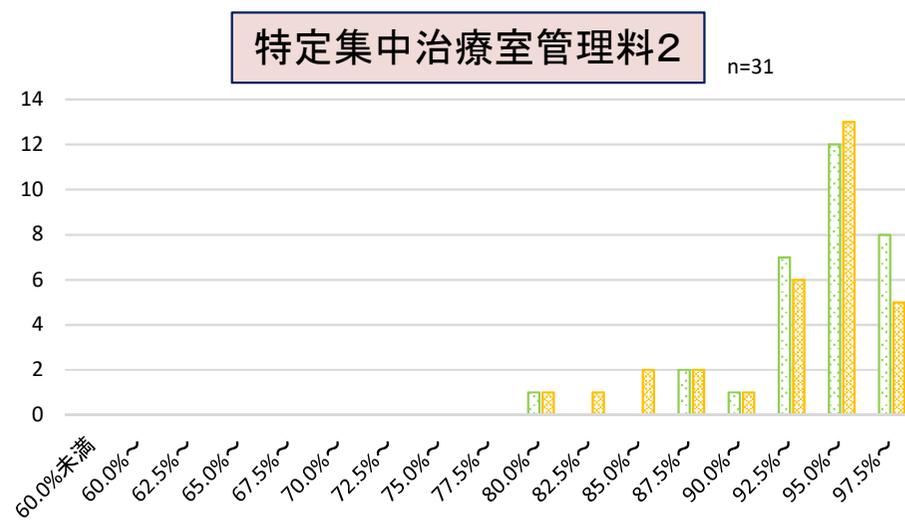
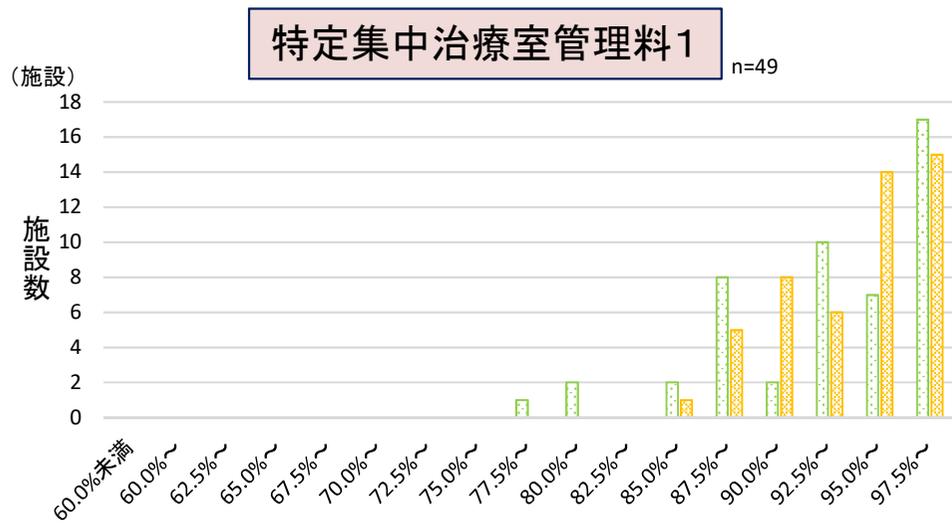
■ 平成30年3月 ■ 平成31年3月

※届出区分無回答のものは除く
※平成30年と平成31年の両方を回答したのもののみ集計

特定集中治療室管理料の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合（H30／H31）

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、特定集中治療室管理料においては、改定前も改定後も90%後半に多く分布していた。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布 （平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）

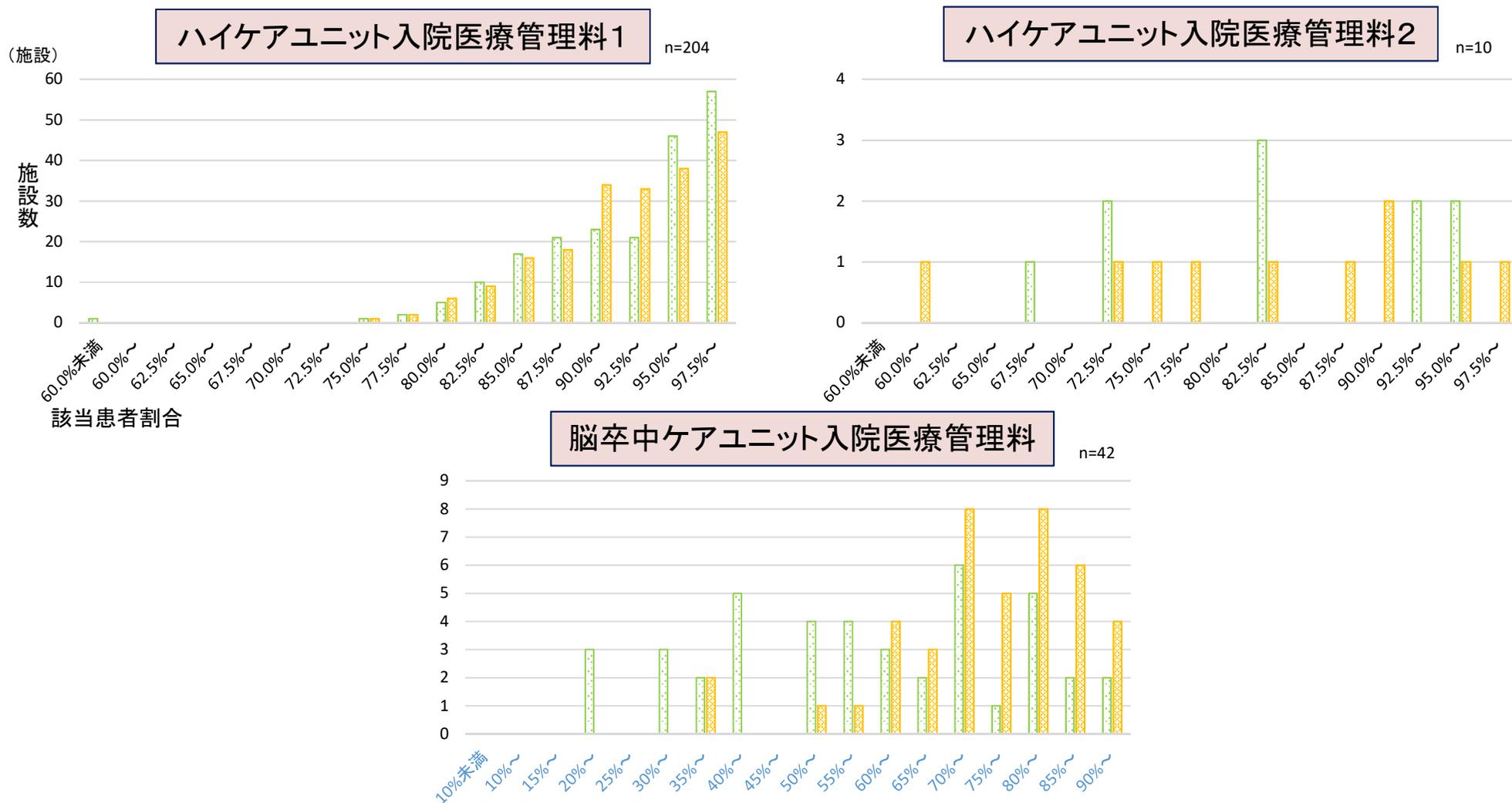


■ 平成30年3月 ■ 平成31年3月

※届出区分無回答のものは除く
※平成30年と平成31年の両方を回答したもののみ集計

○ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布をみると、ハイケアユニット入院医療管理料1においては、改定前も改定後も90%後半に多く分布していた。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の分布 （平成30年・平成31年のいずれも回答した施設の比較）



(2) 特定集中治療室管理料等

- ・ 入院料の届出状況
- ・ 重症度、医療・看護必要度
- ・ 専門性の高い看護師の配置状況
- ・ 早期離床・リハビリテーション加算

特定集中治療室管理料等の見直し①

専門性の高い看護師の配置の要件化

➤ 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設ける。

[特定集中治療室1、2の施設基準]

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。

[経過措置]

平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、

- ① 平成31年3月31日までの間に限り、当該規定を満たしているものとする。
- ② 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該規定を満たしているものとする。

【施設基準通知】

集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

【疑義解釈】平成30年3月30日(その1)

(問106) 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修」には、どのようなものがあるのか。

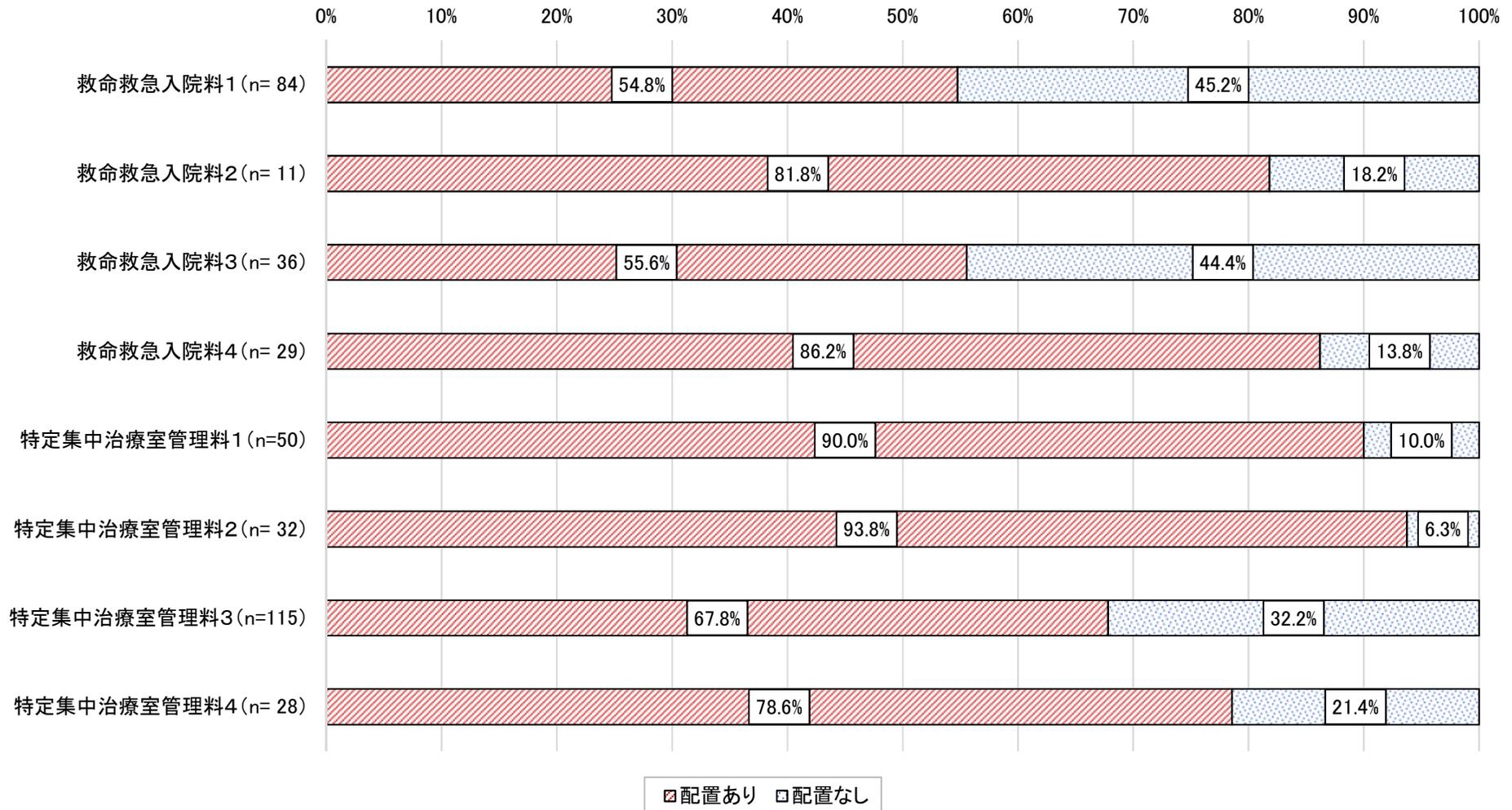
(答)現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修
 - ② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修
 - ③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修
 - ④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修
 - ⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
 - ⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器(気道確保に係るもの)関連」「呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛管理関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修
- なお、⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

専門性の高い看護師の配置状況

- 救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における専門性の高い看護師の配置状況をみると、配置が要件である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いた。

専門性の高い看護師の配置状況

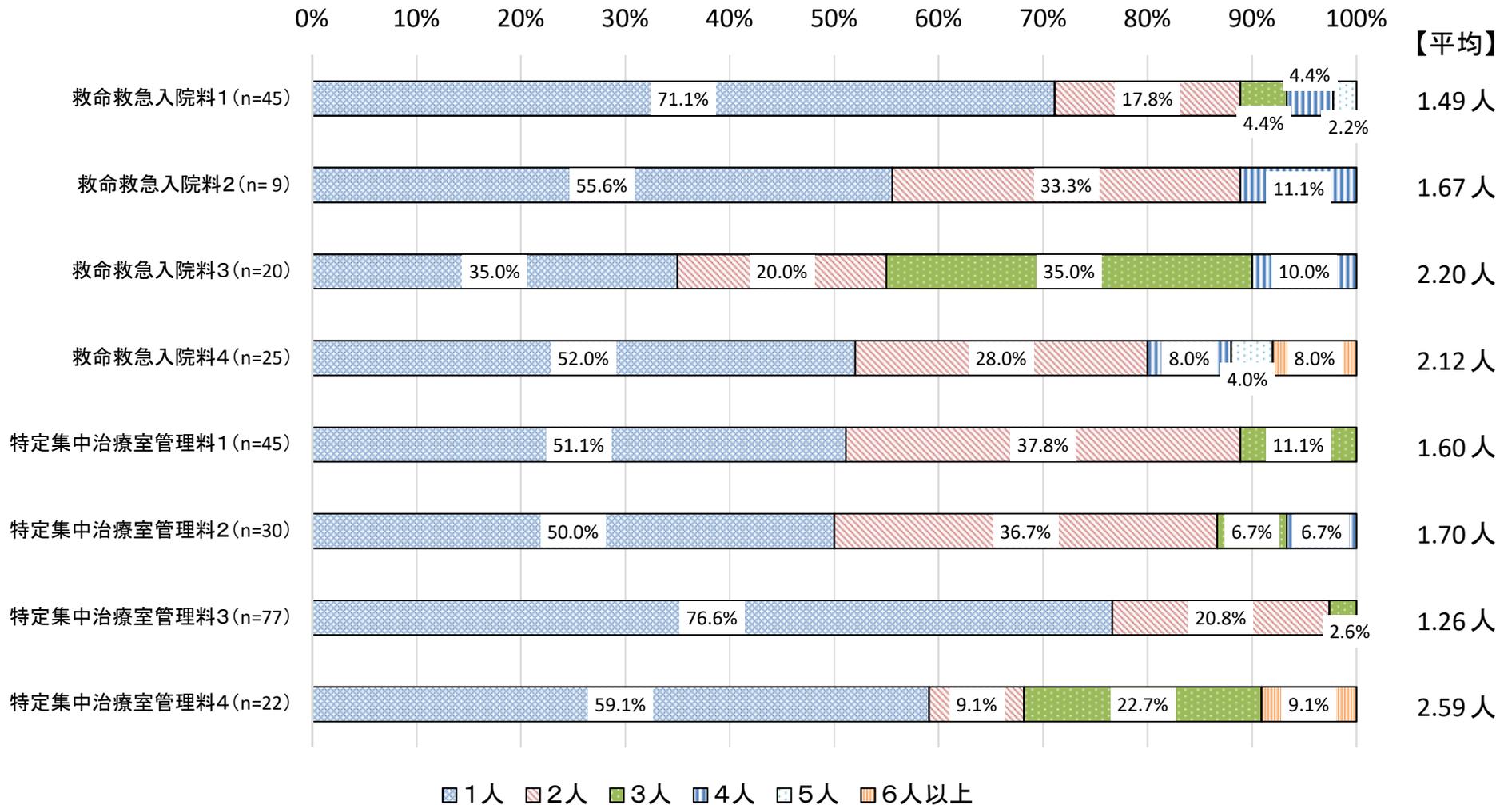


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置人数

○ 専門性の高い看護師の配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、配置人数は平均2人弱であった。

専門性の高い看護師の配置人数

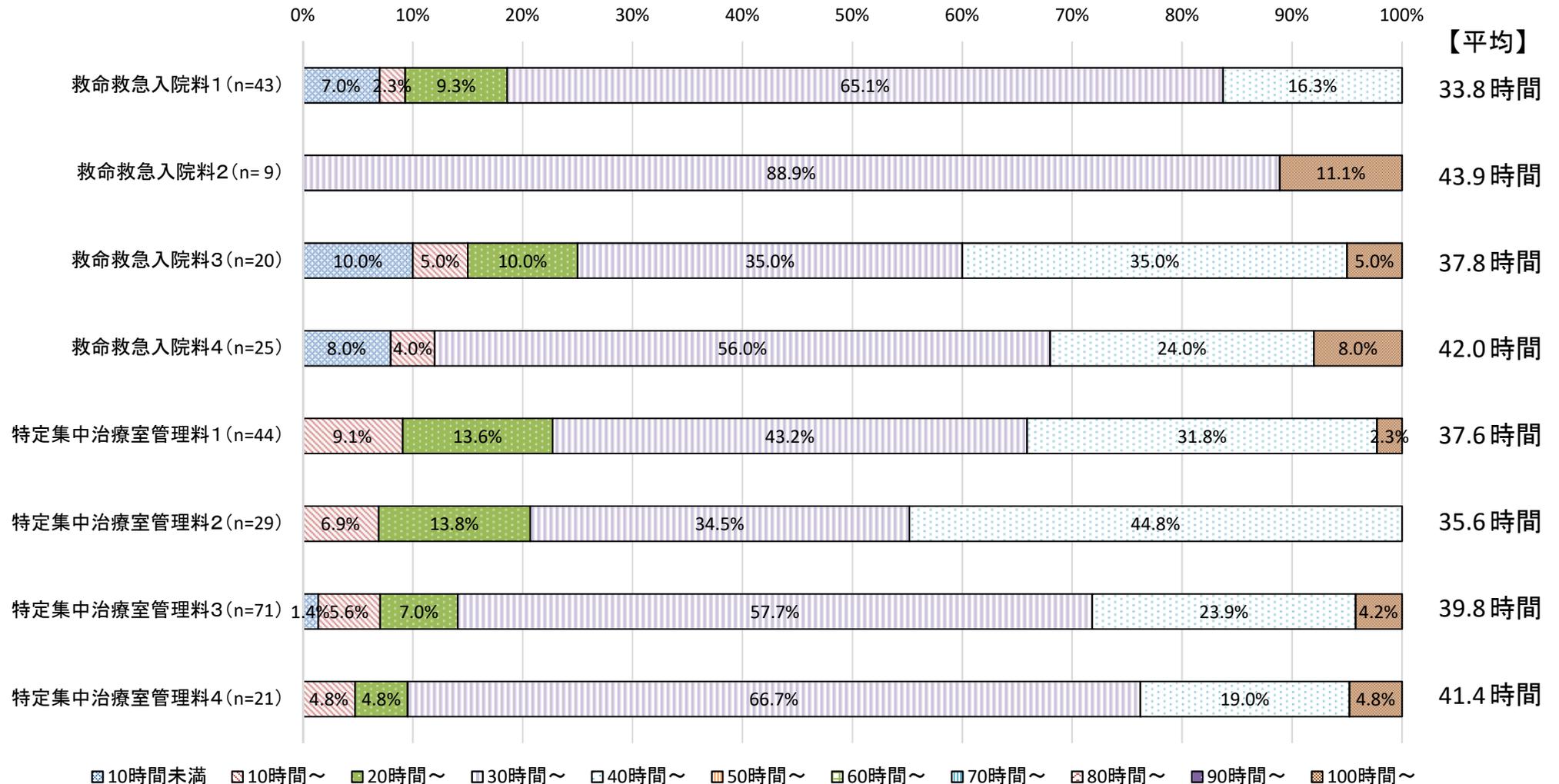


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置時間数

○ 専門性の高い看護師の配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、専門性の高い看護師1名当たりの配置時間数は、1週間当たり平均40時間弱であった。

専門性の高い看護師1名当たり配置時間数 (延べ時間数を配置人数で割った時間数)

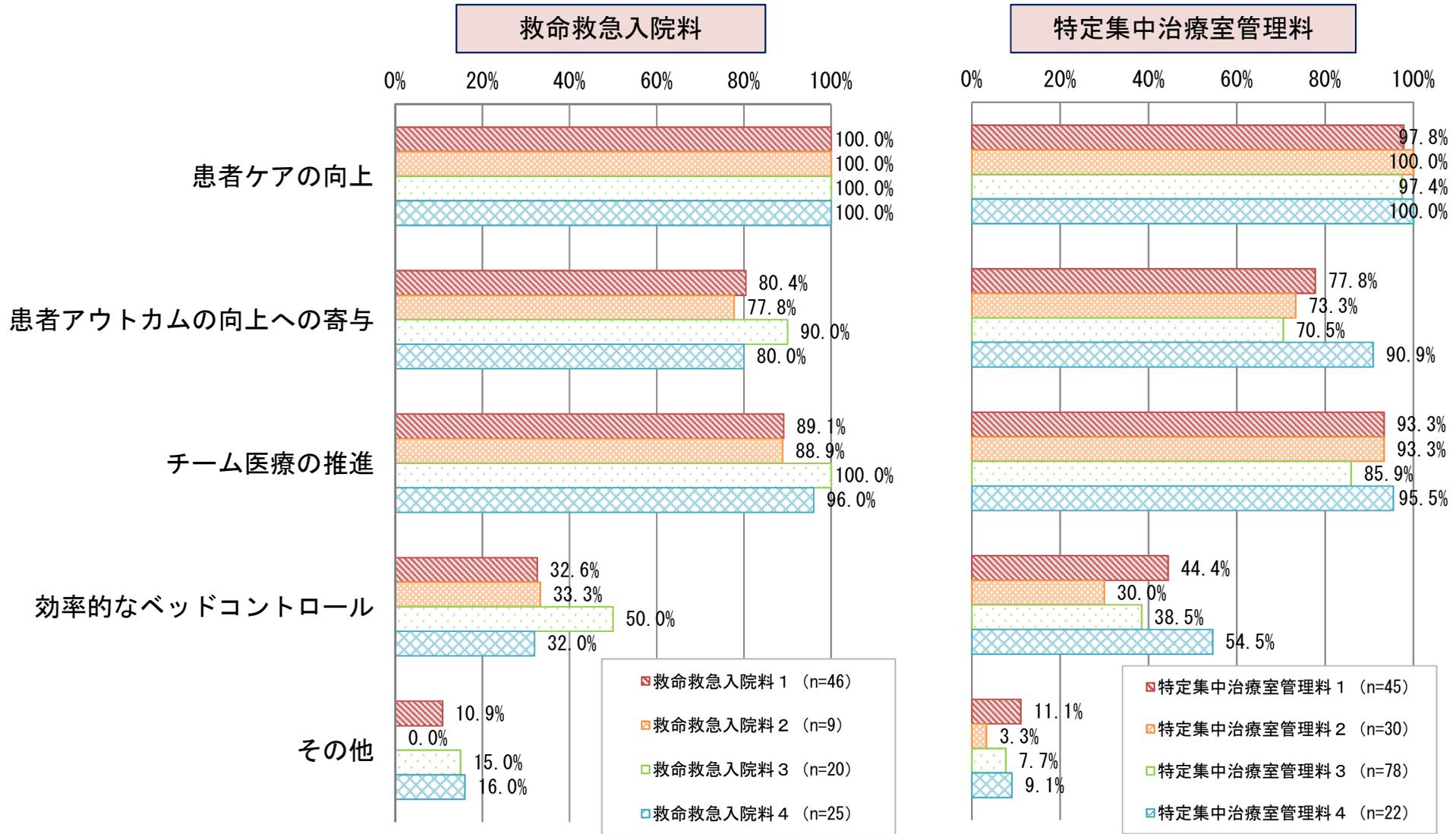


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師の配置による効果

○ 専門性の高い看護師の配置による効果を見ると、「患者ケアの向上」「患者アウトカムの向上への寄与」「チーム医療の推進」と回答した施設が多かった。

専門性の高い看護師の配置による効果（複数回答）

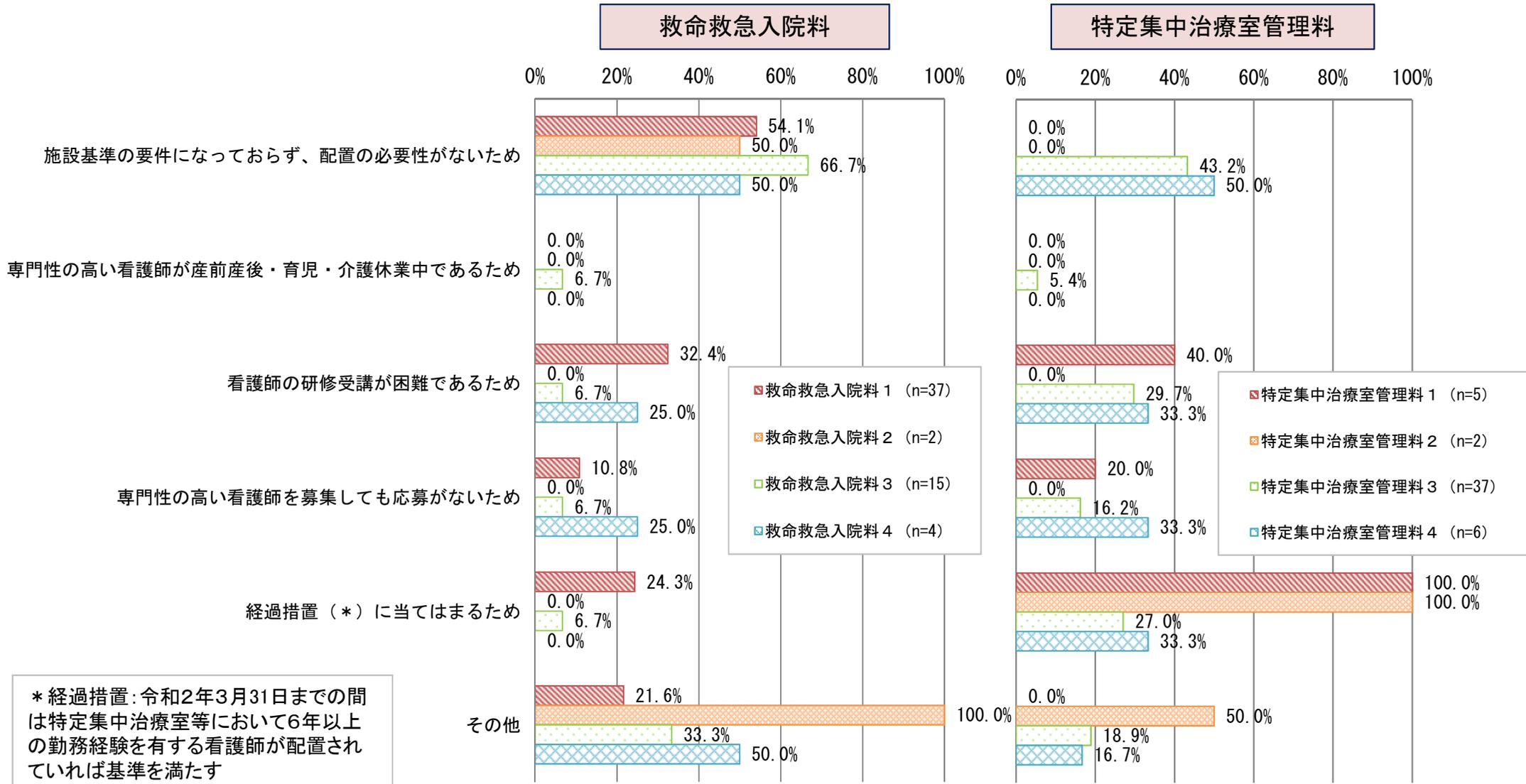


※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

専門性の高い看護師を配置していない理由

○ 専門性の高い看護師を配置していない理由をみると、配置が要件である特定集中治療室管理料1及び2では、すべての施設が「経過措置に当てはまるため」と回答した。

専門性の高い看護師を配置していない理由（複数回答）



*経過措置：令和2年3月31日までの間は特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば基準を満たす

※「専門性の高い看護師」とは、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師を指す。

(2) 特定集中治療室管理料等

- 入院料の届出状況
- 重症度、医療・看護必要度
- 専門性の高い看護師の配置状況
- 早期離床・リハビリテーション加算

特定集中治療室管理料等の見直し①

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

(新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。
 - 1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
 - 2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
 - 3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

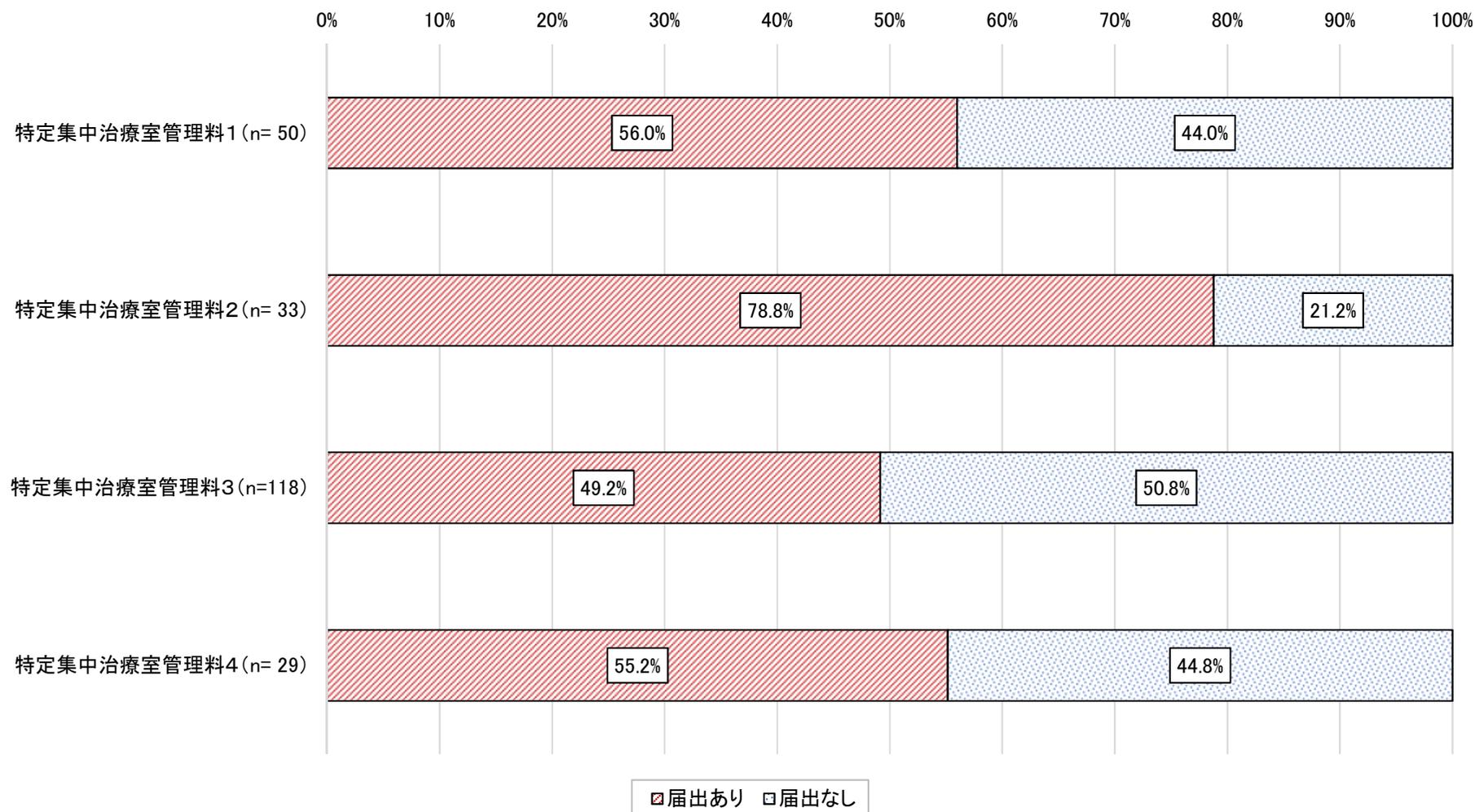
[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
 - 1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
 - 2) 集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - 3) 特定集中治療室等を届け出ている病院において5年以上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 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

- 特定集中治療室管理料における早期離床・リハビリテーション加算の届出状況をみると、管理料1・3・4では約5割、管理料2では約8割が届出していた。

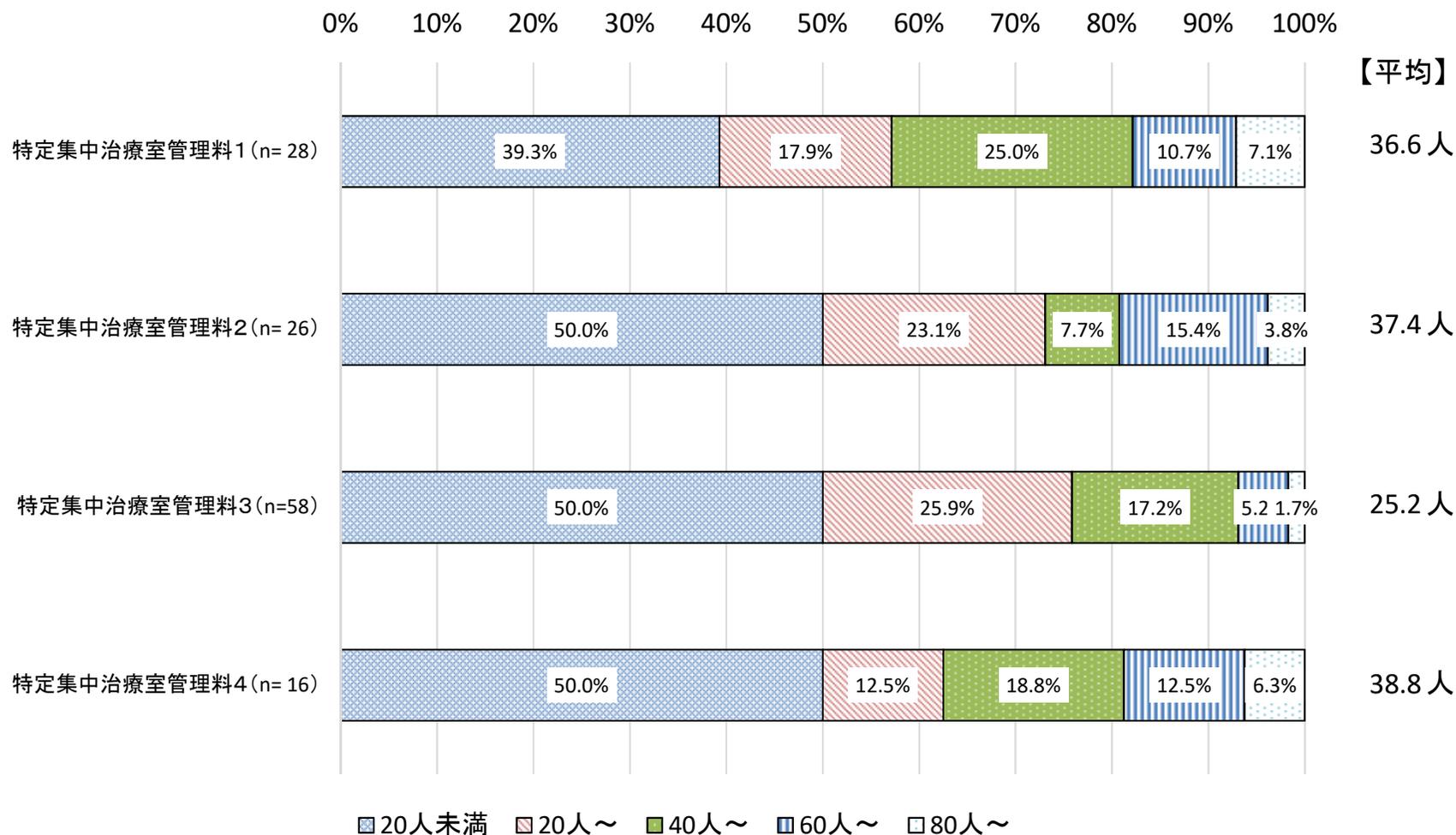
早期離床・リハビリテーション加算の届出状況



早期離床・リハビリテーション加算の算定患者数

○ 早期離床・リハビリテーション加算の1か月の算定患者数は平均30人前後であった。

早期離床・リハビリテーション加算の算定患者数



早期離床・リハビリテーション加算の算定回数

○ 早期離床・リハビリテーション加算の1か月の算定回数は平均70~100回程度であった。

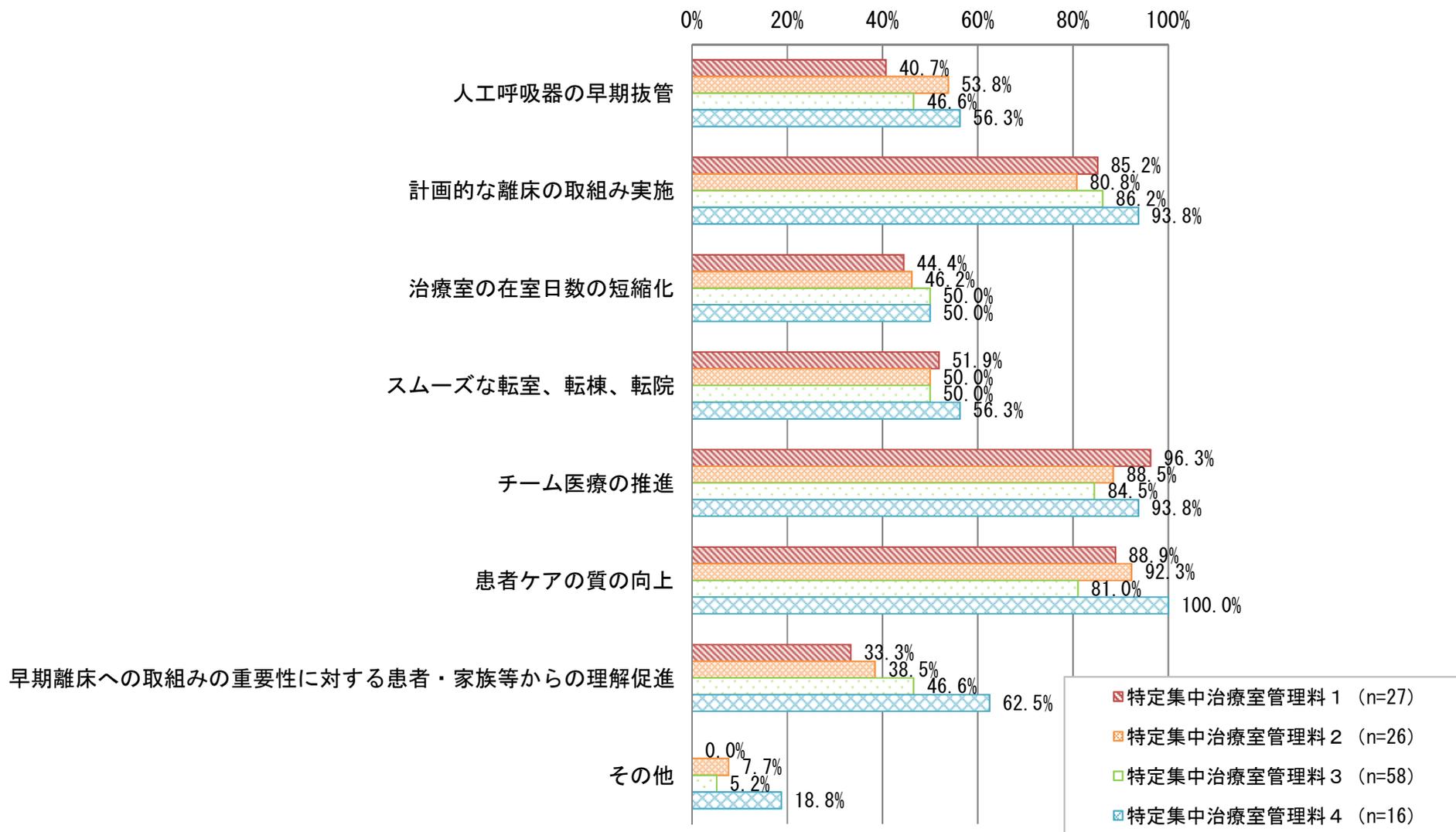
早期離床・リハビリテーション加算の算定回数



早期離床・リハビリテーション加算の届出による効果

- 早期離床・リハビリテーション加算の届出による効果を見ると、「計画的な離床の取組み実施」「チーム医療の推進」「患者ケアの質の向上」と回答した施設が多かった。

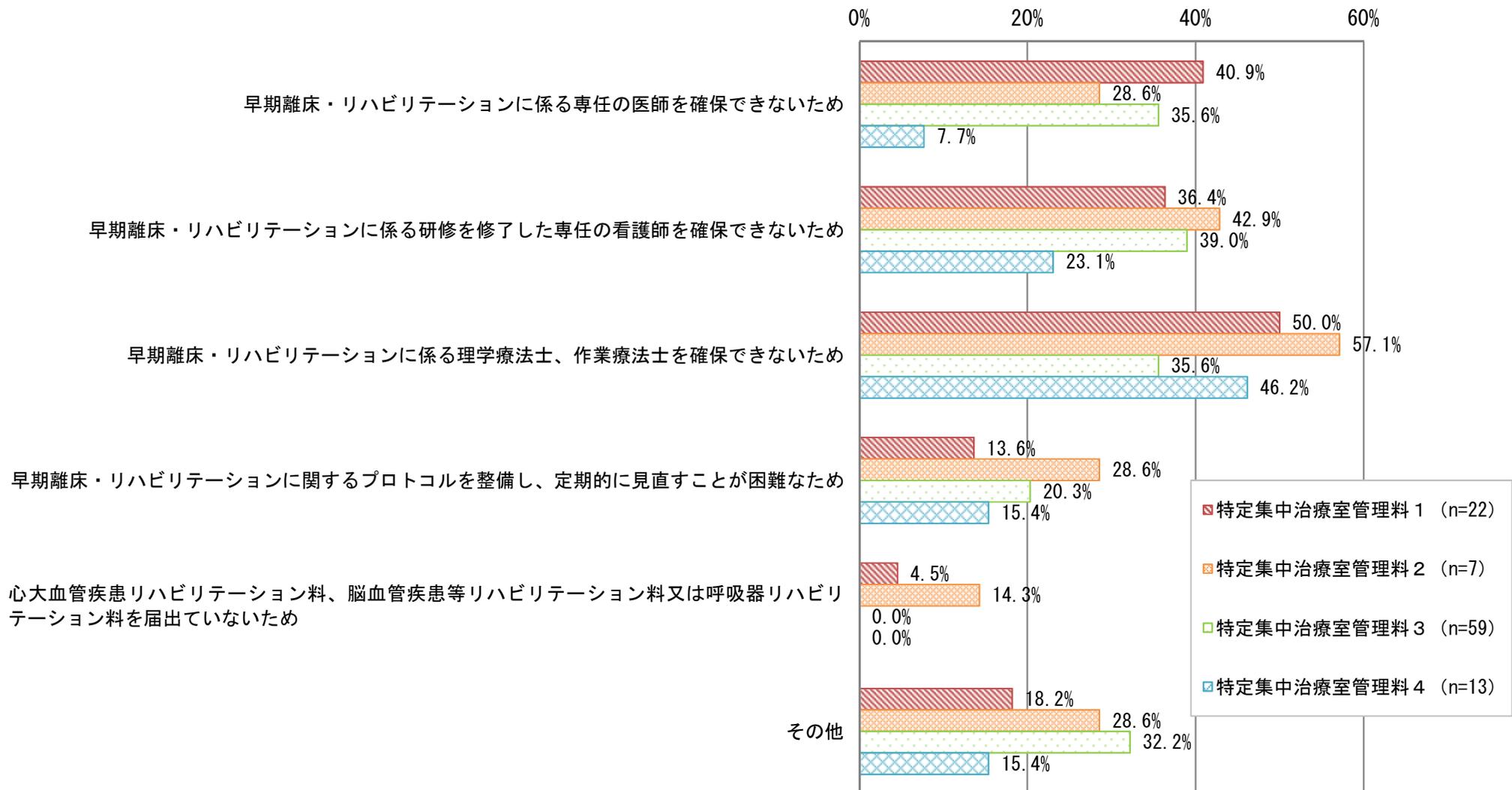
早期離床・リハビリテーション加算の届出による効果 (複数回答)



早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由

- 早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由をみると、「早期離床・リハビリテーションに係る理学療法士、作業療法士を確保できないため」が多かった。

早期離床・リハビリテーション加算を届出していない理由 (複数回答)



2019年度調査結果(速報)概要

- (1) 一般病棟入院基本料等
- (2) 特定集中治療室管理料等
- (3) 療養病棟入院基本料
- (4) 総合入院体制加算
- (5) 抗菌薬適正使用支援加算
- (6) 横断的事項

(3) 療養病棟入院基本料

- 入院料の届出状況
- 医療区分・ADL区分
- ACPの取組

療養病棟入院基本料の概要

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

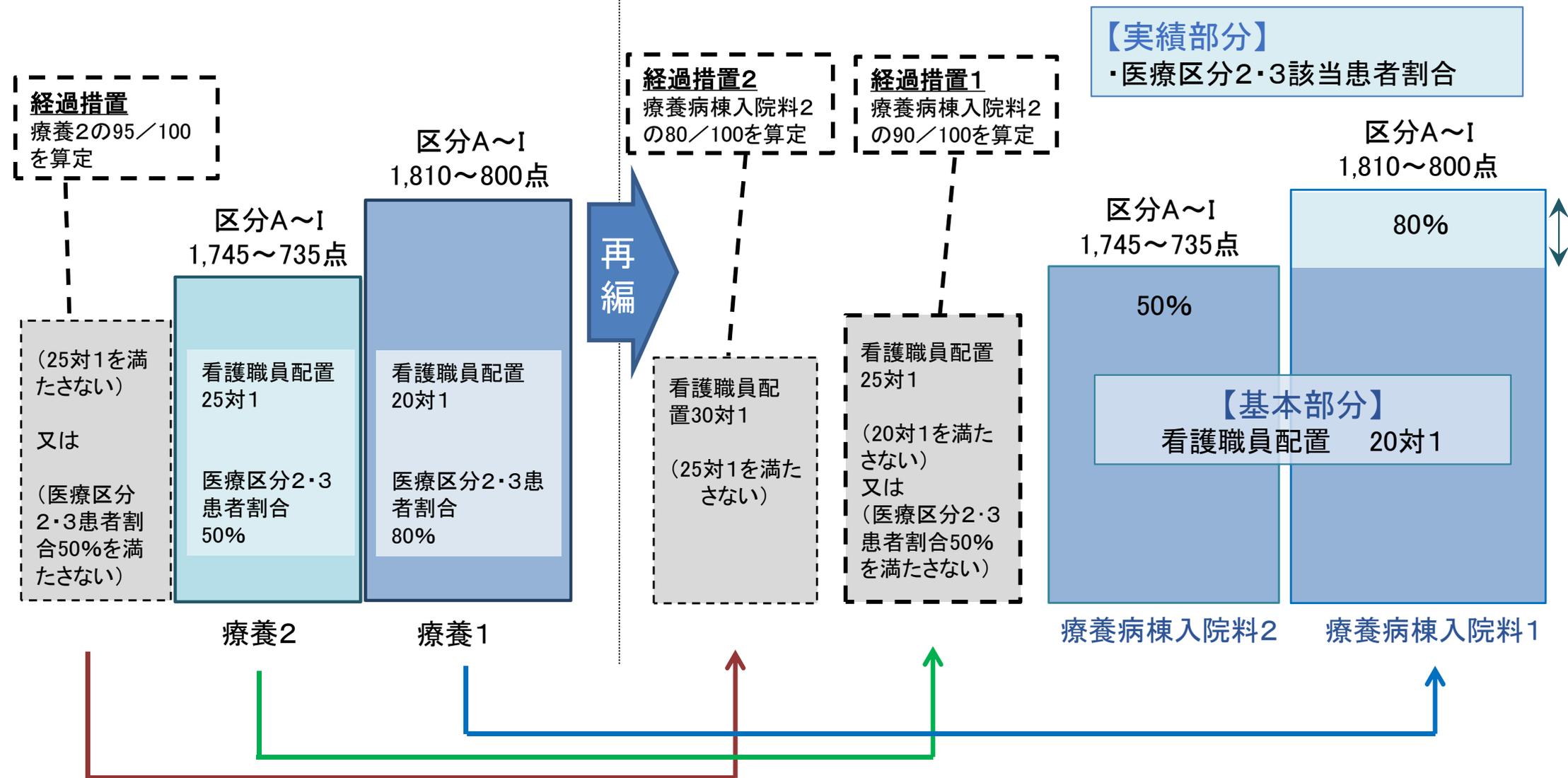
療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

療養病棟入院基本料

【平成30年度改定】

療養病棟入院基本料

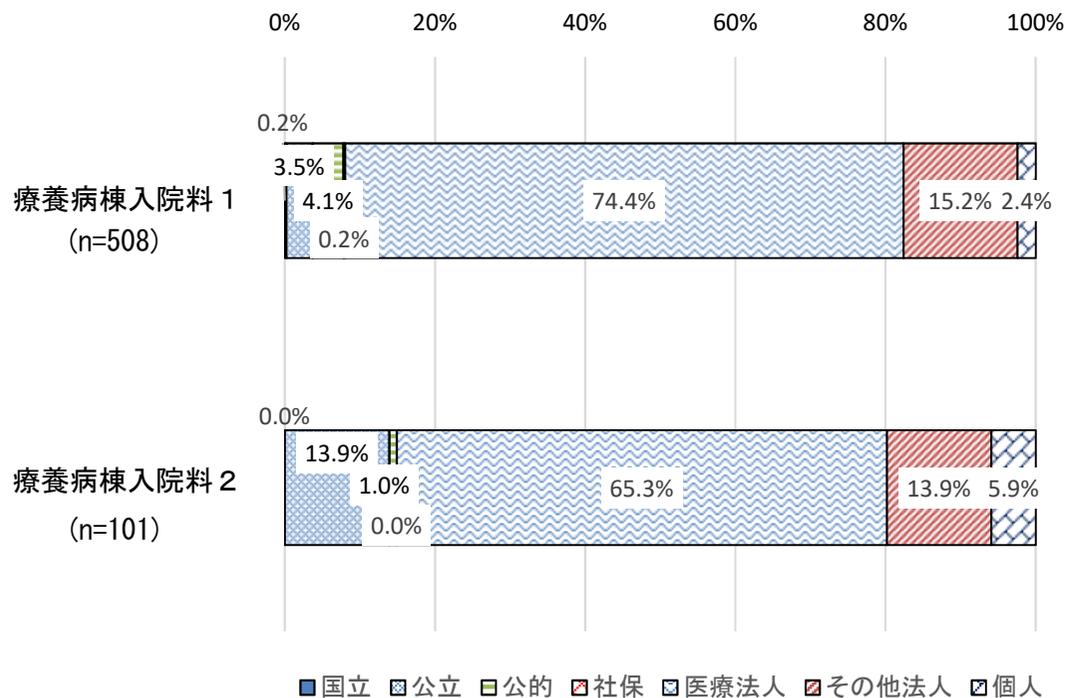


上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

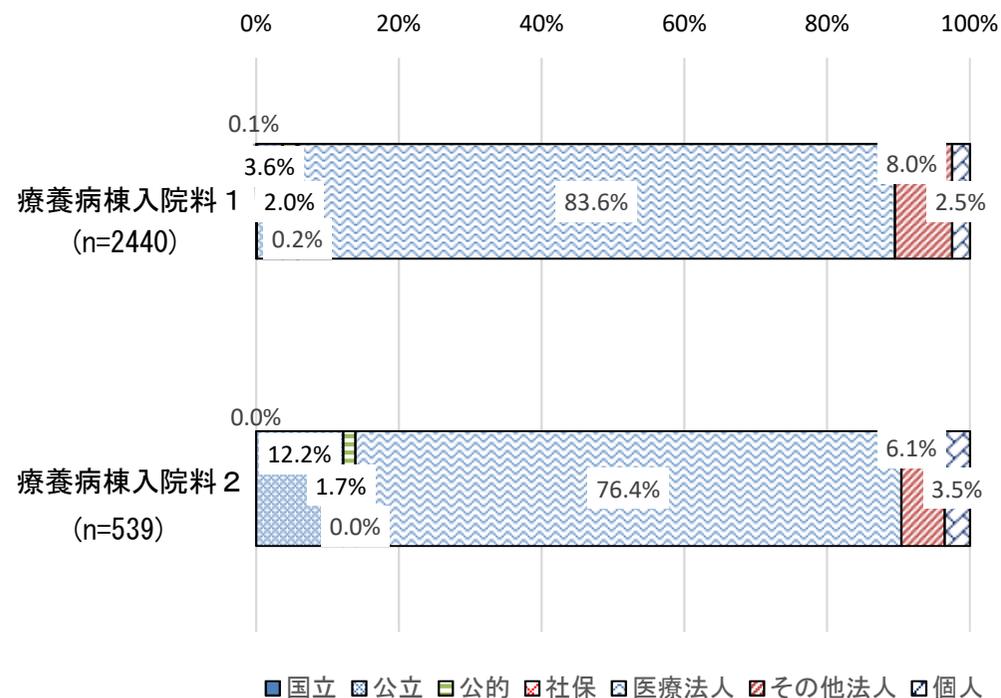
回答施設の状況①（療養病棟入院基本料）

○ 療養病棟入院基本料の調査回答施設について、医療機関の開設者別の割合は、以下のとおりであった。

医療機関の開設者別の割合



(参考) 療養病棟入院基本料届出医療機関全体における開設者別の割合



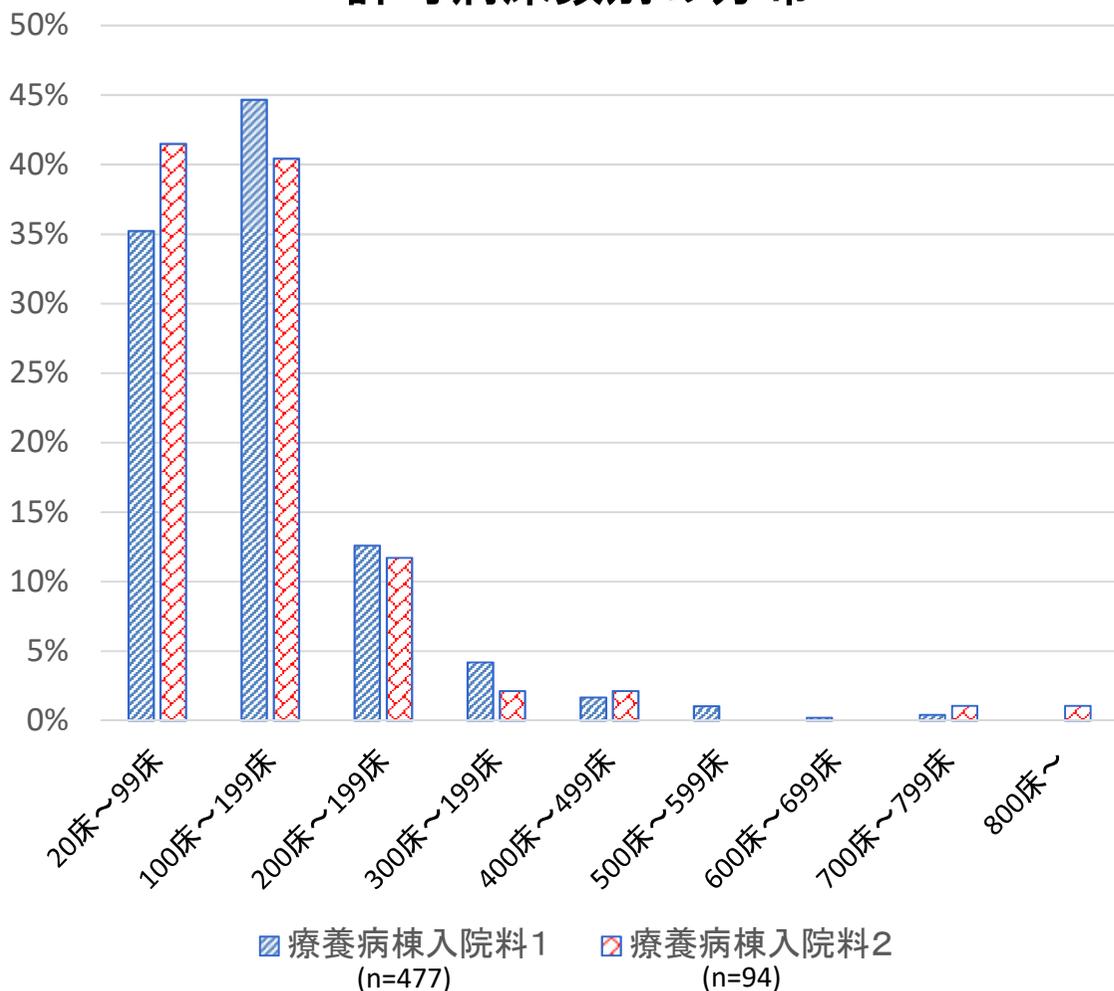
国立…国、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康安全機構等
 公立…都道府県、市町村等 公的…日赤、済生会等
 社保…健保組合、共催組合、国保組合等

出典：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

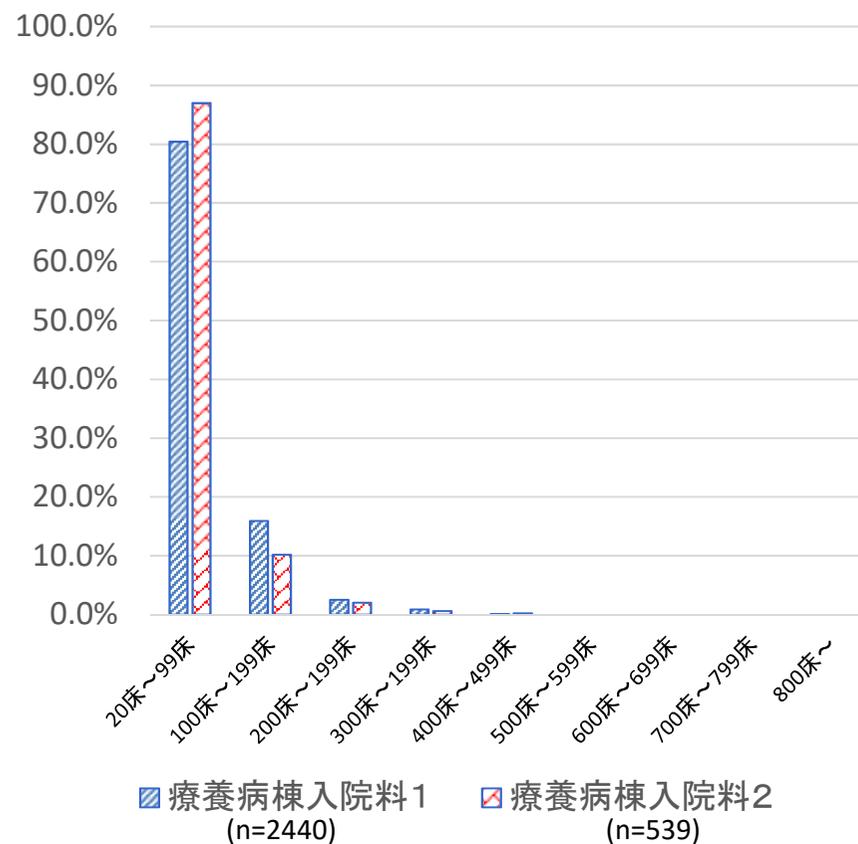
回答施設の状況②（療養病棟入院基本料）

○ 療養病棟入院基本料の調査回答施設について、許可病床数別の分布は、以下のとおりであった。

許可病床数別の分布



(参考) 療養病棟入院基本料届出医療機関全体における許可病床数別の分布



出典：保険局医療課調べ（平成30年7月1日時点）

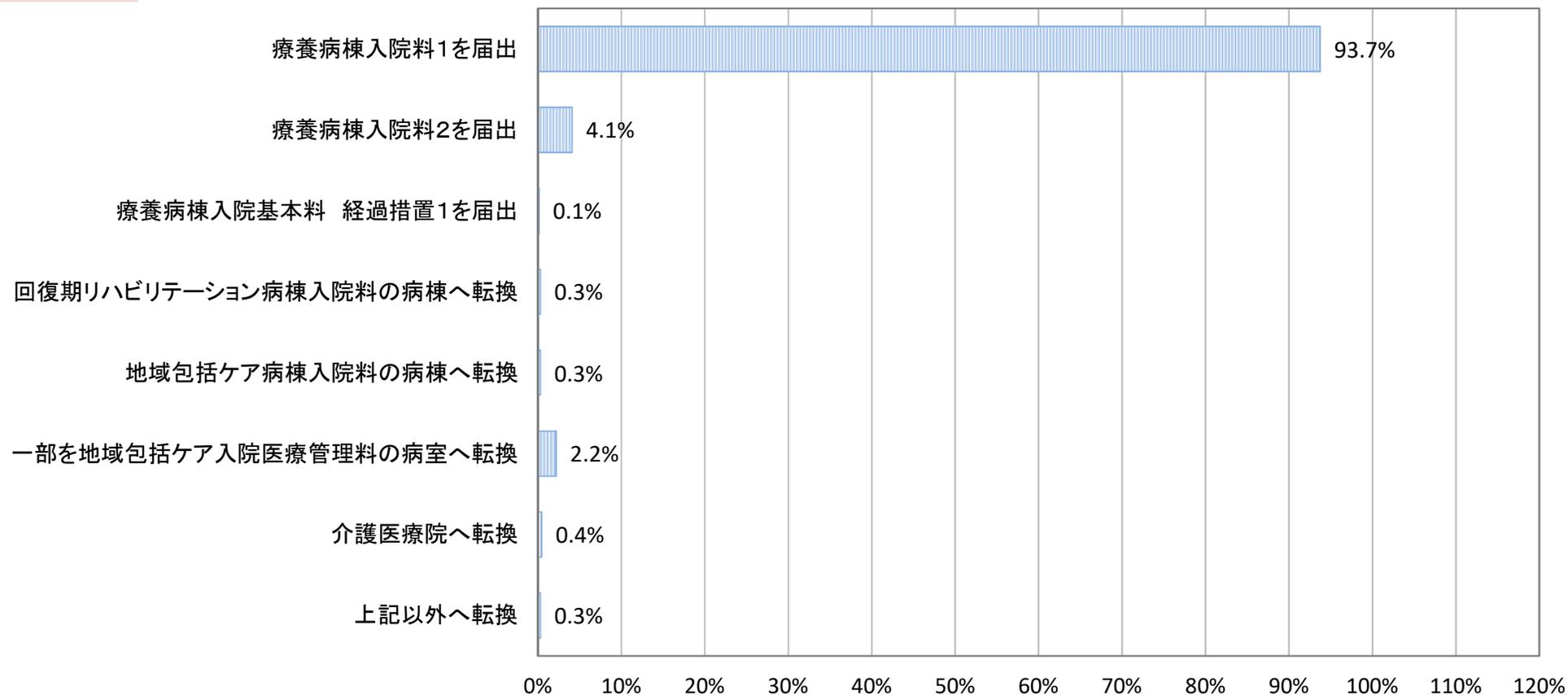
改定前に療養病棟(20対1)を届出していた病棟の状況

○ 改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料1を届出している病棟が最も多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届けていた病棟の
令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=685(病棟数))



※改定前に療養病棟(20対1)を届出していた425施設の調査結果

※改定前に療養病棟(20対1)を届出していると回答があった病床数は31,088床であり、改定後の病床数の合計は30,912床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

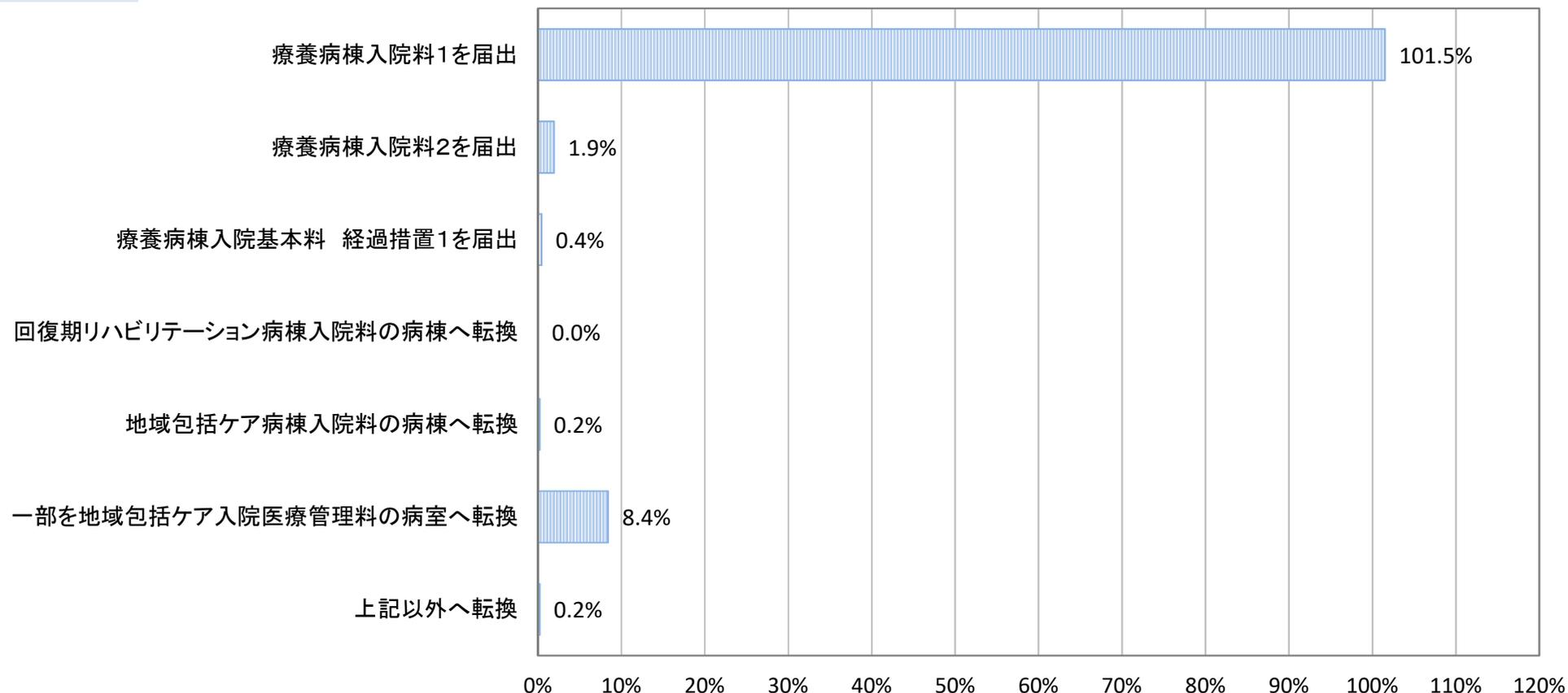
改定前に療養病棟(20対1)を届出していた病棟の状況

○ 改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料1を届出している病棟が最も多かった。

2018年度調査

改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届けていた病棟の
平成30年11月1日時点での当該病棟の状況

(n=463(病棟数))



※改定前に療養病棟(20対1)を届出していた285施設の調査結果

※改定前に療養病棟(20対1)を届出していると回答があった病床数は19,418床であり、改定後の病床数の合計は19,424床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

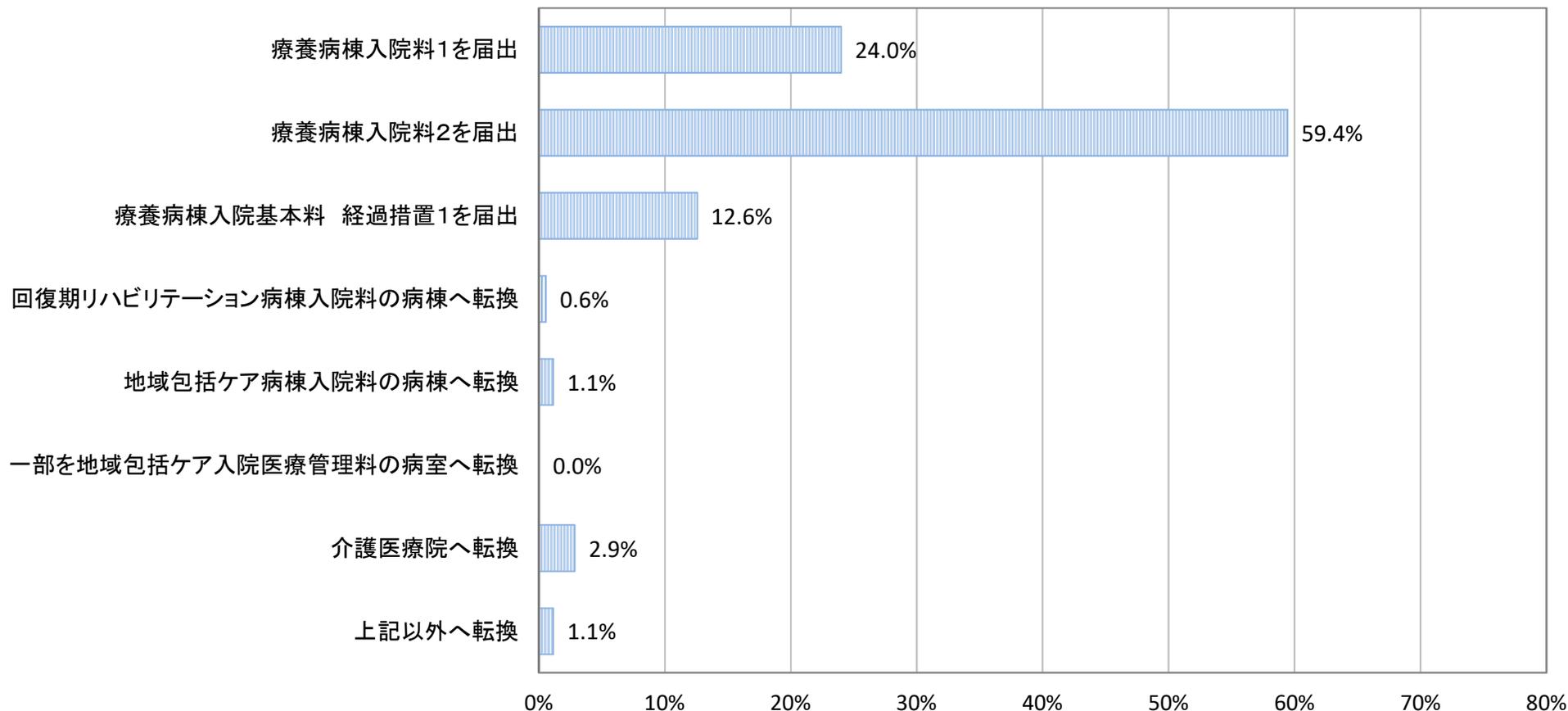
改定前に療養病棟（25対1）を届出していた病棟の状況

- 改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料2を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料経過措置1を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届けていた病棟の 令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=175(病棟数))



※改定前に療養病棟（25対1）を届出していた130施設の調査結果

※改定前に療養病棟（25対1）を届出していると回答があった病床数は7,763床であり、改定後の病床数の合計は7,864床であった。

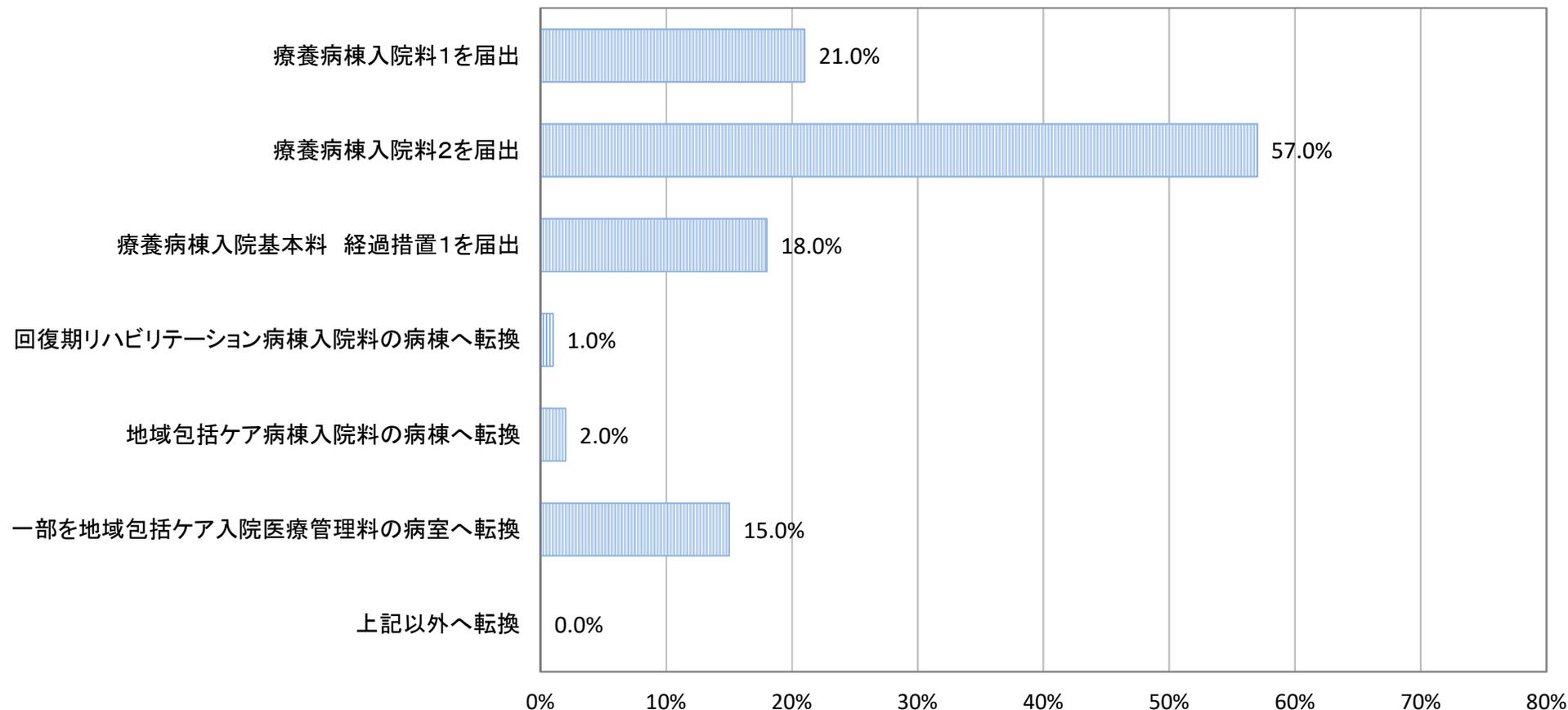
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

- 改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況を見ると、療養病棟入院料2を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料経過措置1を届出している病棟が多かった。

2018年度調査

改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届けていた病棟の 平成30年11月1日時点での当該病棟の状況

(n=100(病棟数))



※改定前に療養病棟（25対1）を届出していた88施設の調査結果

※改定前に療養病棟（25対1）を届出していると回答があった病床数は4,149床であり、改定後の病床数の合計は4,148床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

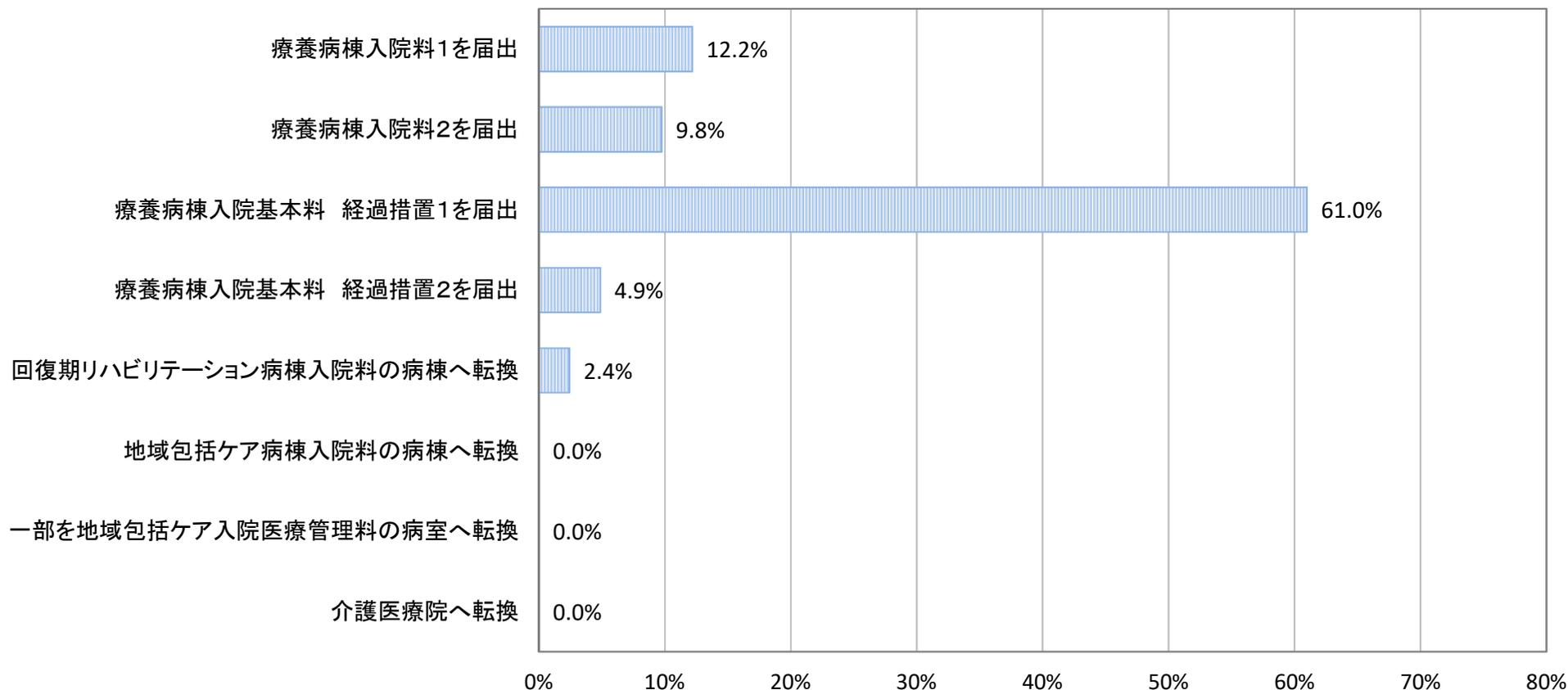
改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた病棟の状況

- 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届出していた病棟について、令和元年6月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料経過措置1を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1を届出している病棟が多かった。

2019年度調査

改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届けていた病棟の
令和元年6月1日時点での当該病棟の状況

(n=41(病棟数))



※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた34施設の調査結果

※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していると回答があった病床数は1,617床であり、改定後の病床数の合計は1,525床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

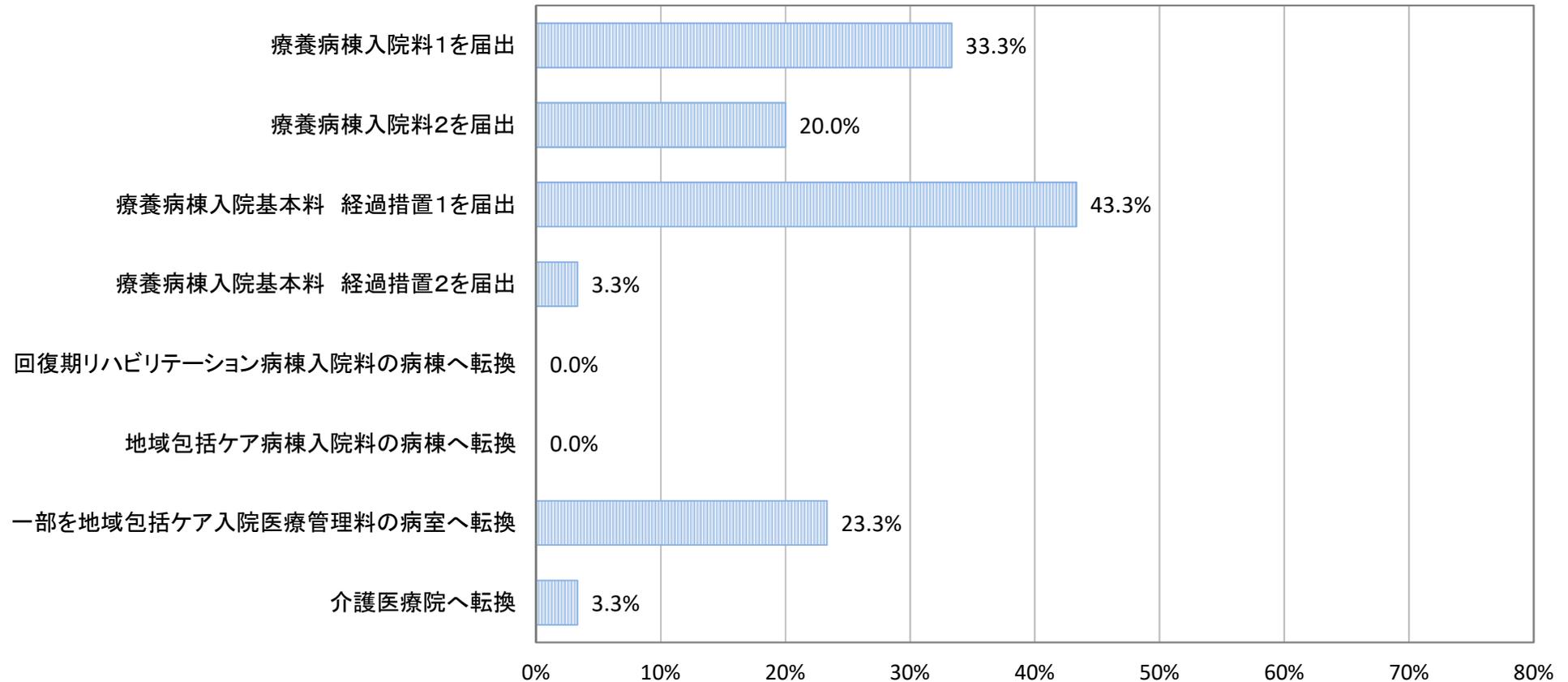
改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた病棟の状況

- 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料経過措置1を届出している病棟が最も多かった。
- 次に、療養病棟入院料1を届出している病棟が多かった。

2018年度調査

改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届けていた病棟の 平成30年11月1日時点での当該病棟の状況

(n=30(病棟数))



※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた26施設の調査結果

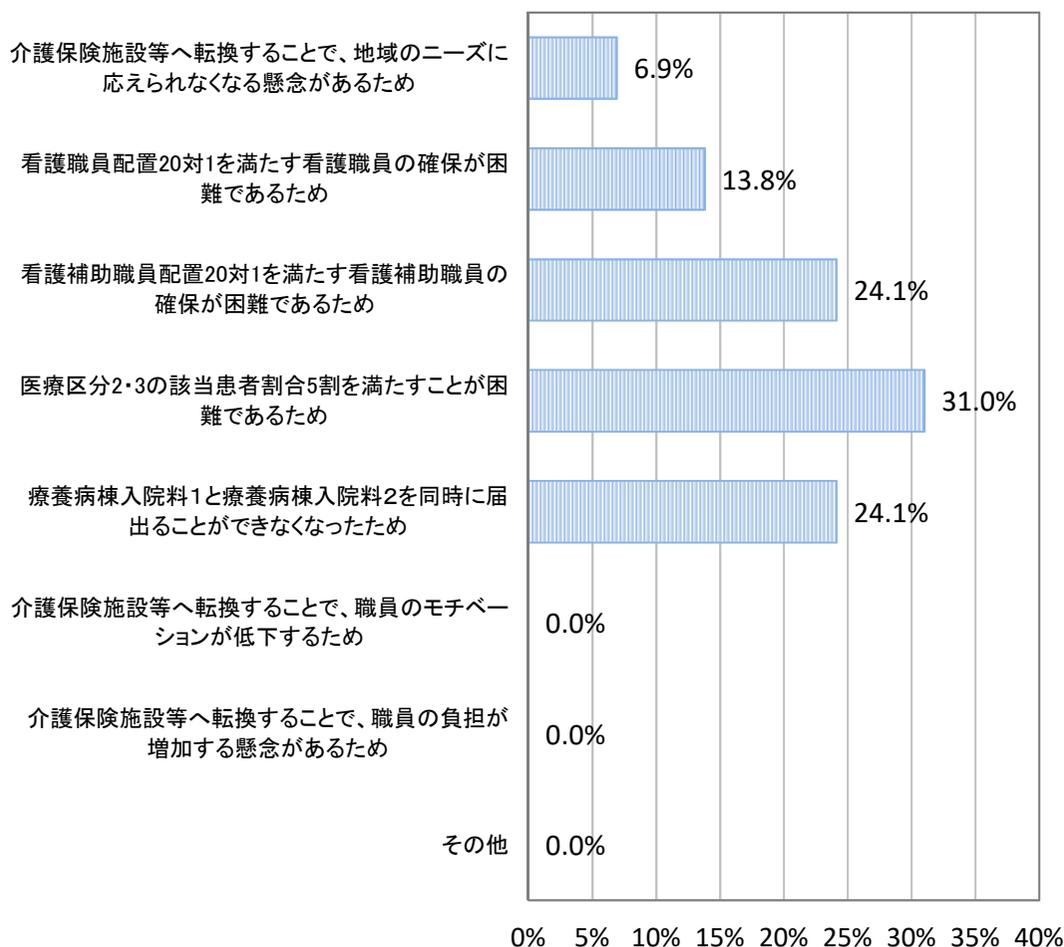
※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していると回答があった病床数は1,458床であり、改定後の病床数の合計は1,513床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

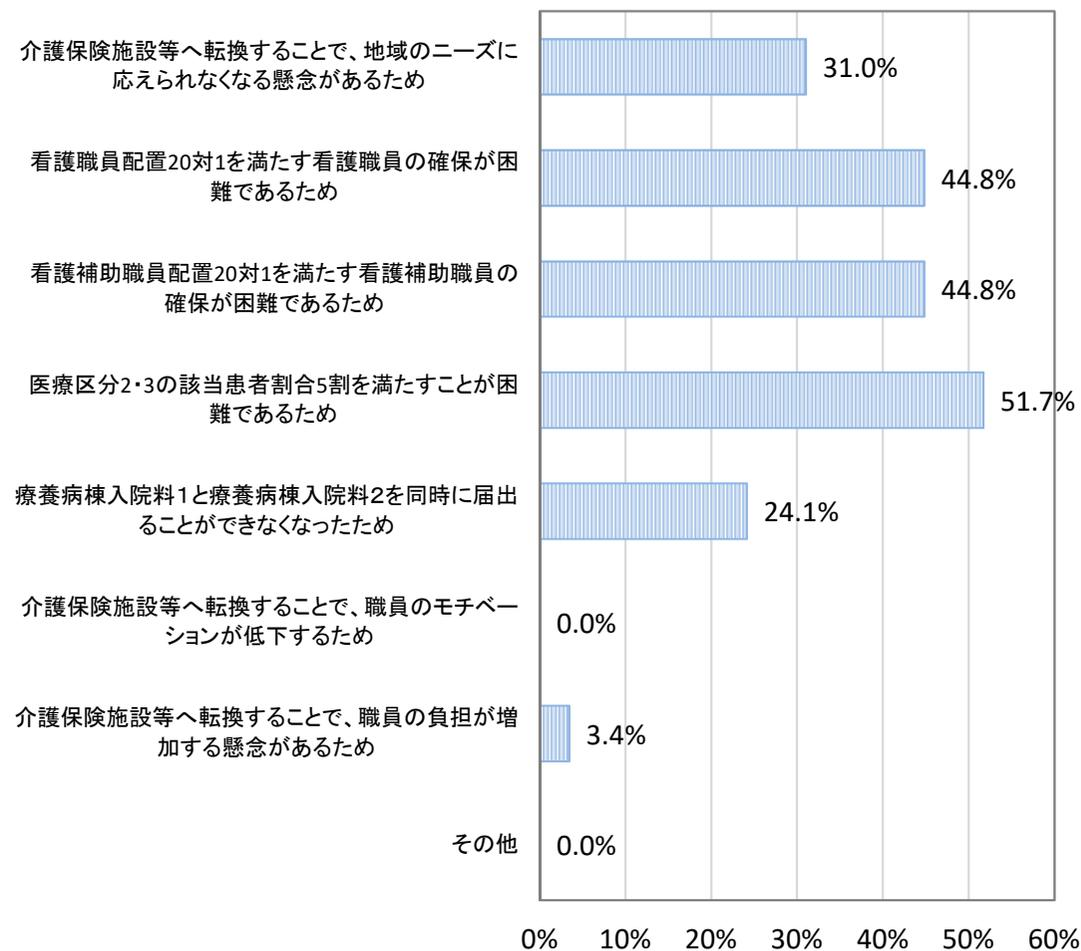
療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由

○ 療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(最も該当するもの) (n=29(施設数))



療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(複数回答) (n=29(施設数))

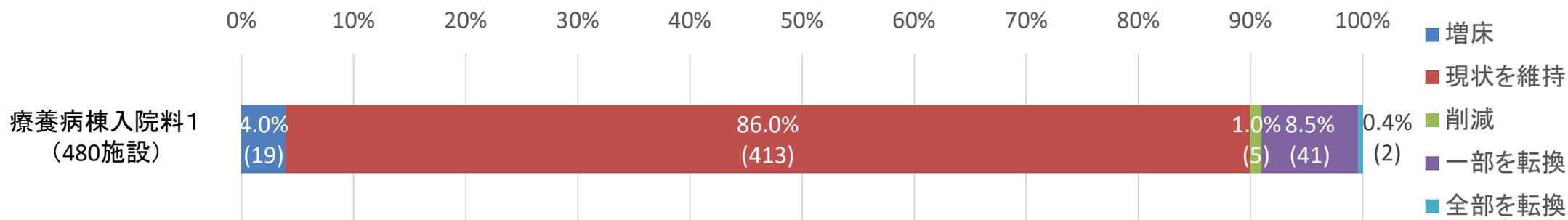


療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向

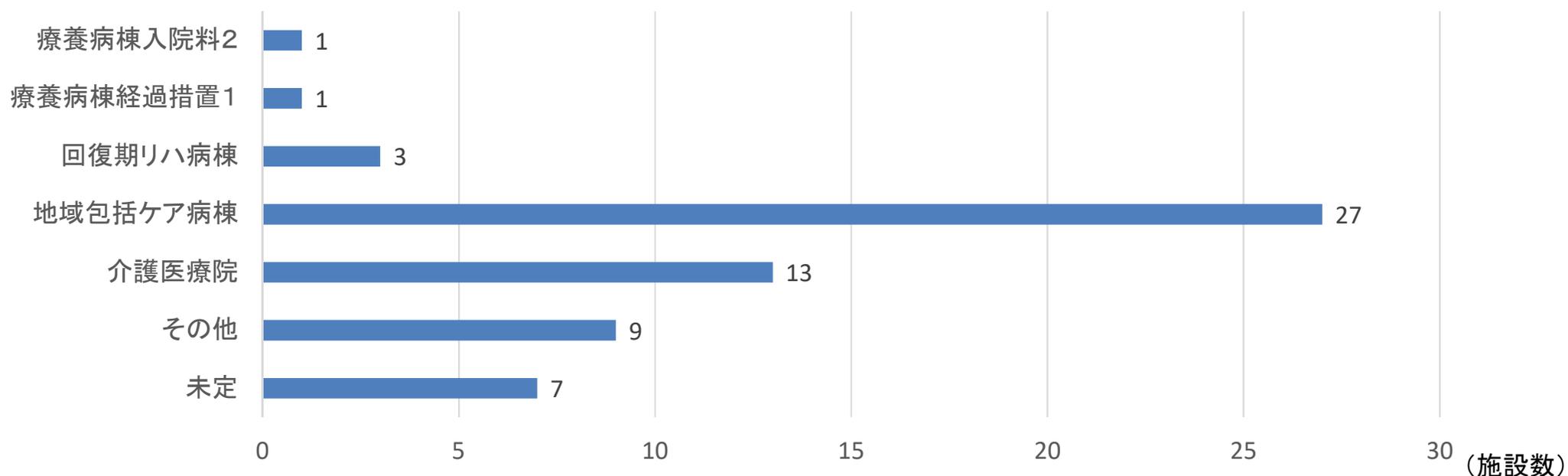
○ 療養病棟入院料1を届出ている病棟のうち、9.5%が他の病棟等への転換の意向があった。
 移行先としては、地域包括ケア病棟、介護医療院の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

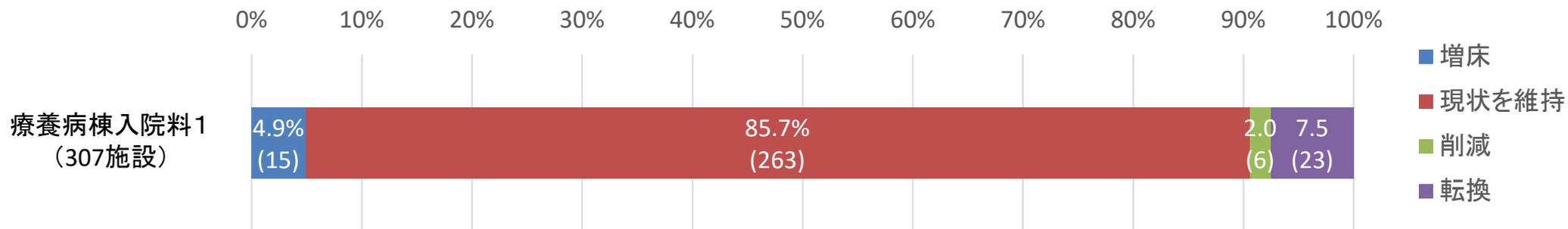


療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向

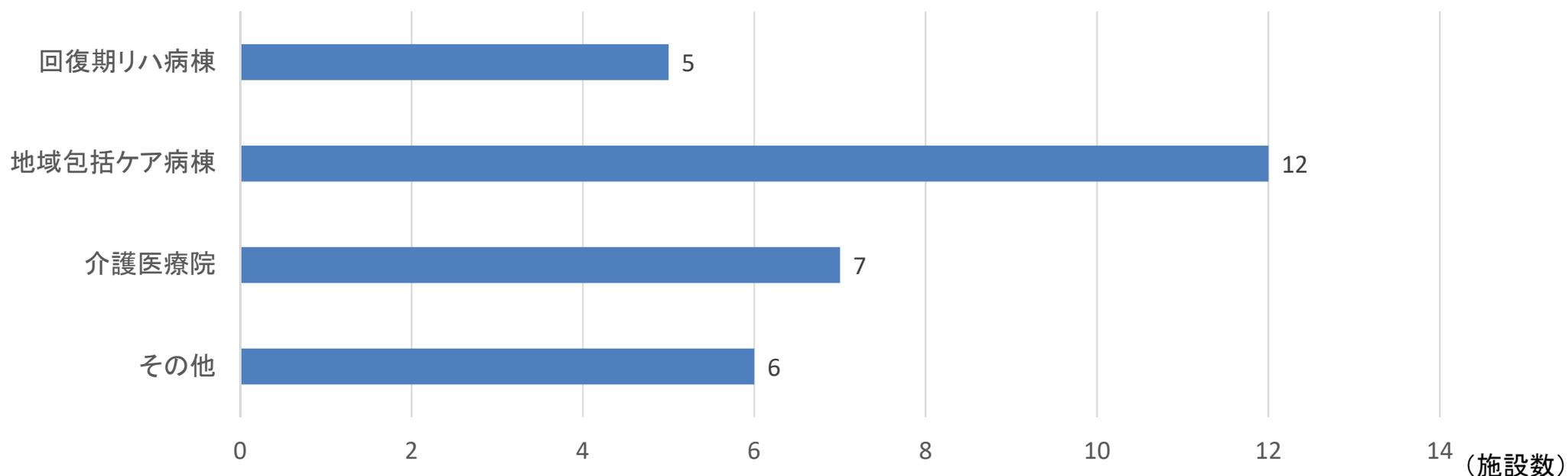
○ 療養病棟入院料1を届出ている病棟のうち、7.5%が他の病棟等への転換の意向があった。
 移行先としては、地域包括ケア病棟、介護医療院の順に多かった。

2018年度調査

療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

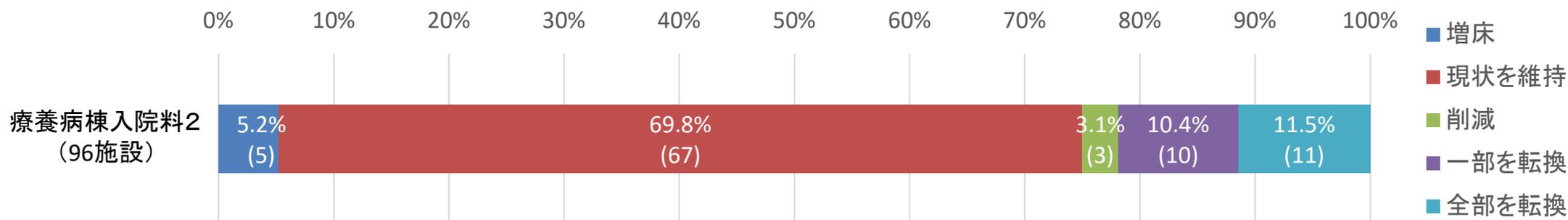


療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

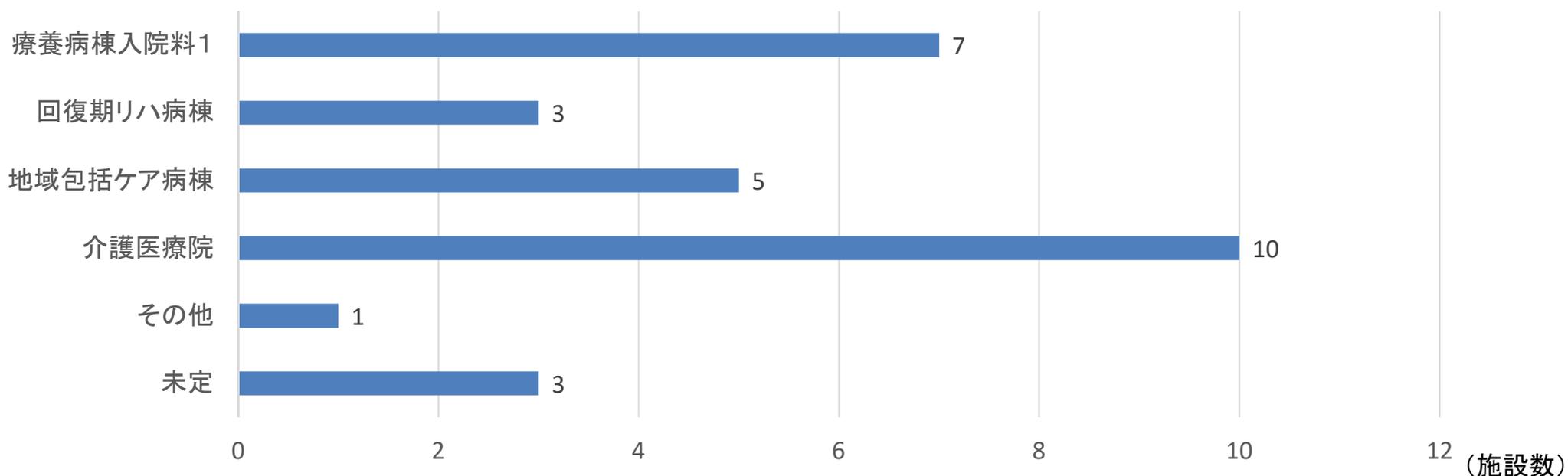
○ 療養病棟入院料2を届出ている病棟のうち、21.9%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

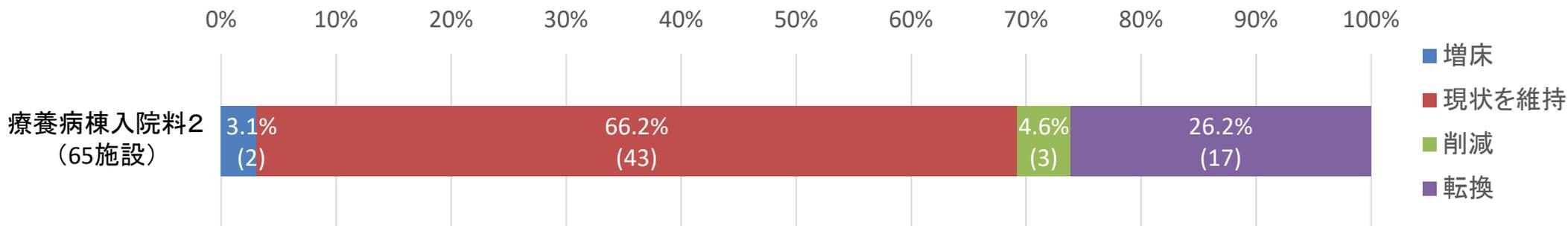


療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

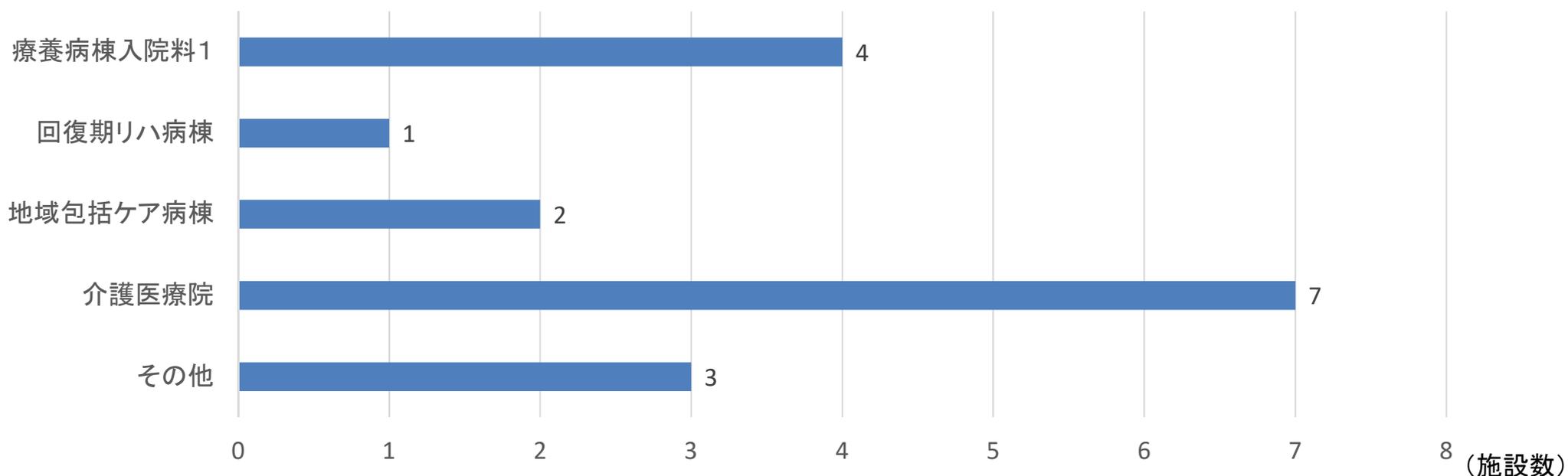
○ 療養病棟入院料2を届出ている病棟のうち、26.2%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1の順に多かった。

2018年度調査

療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

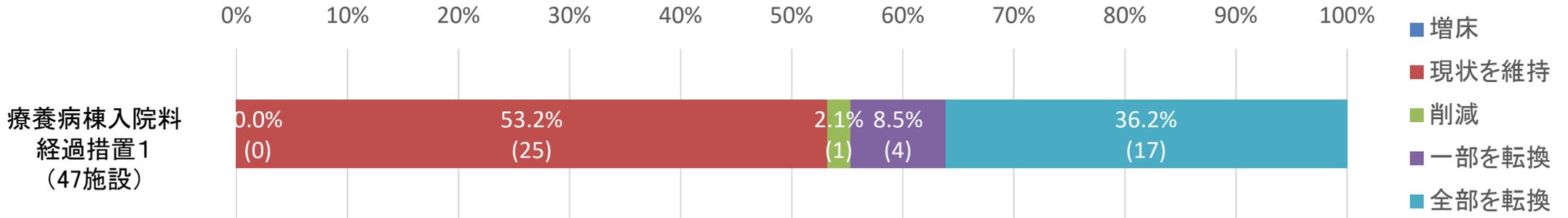


療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向

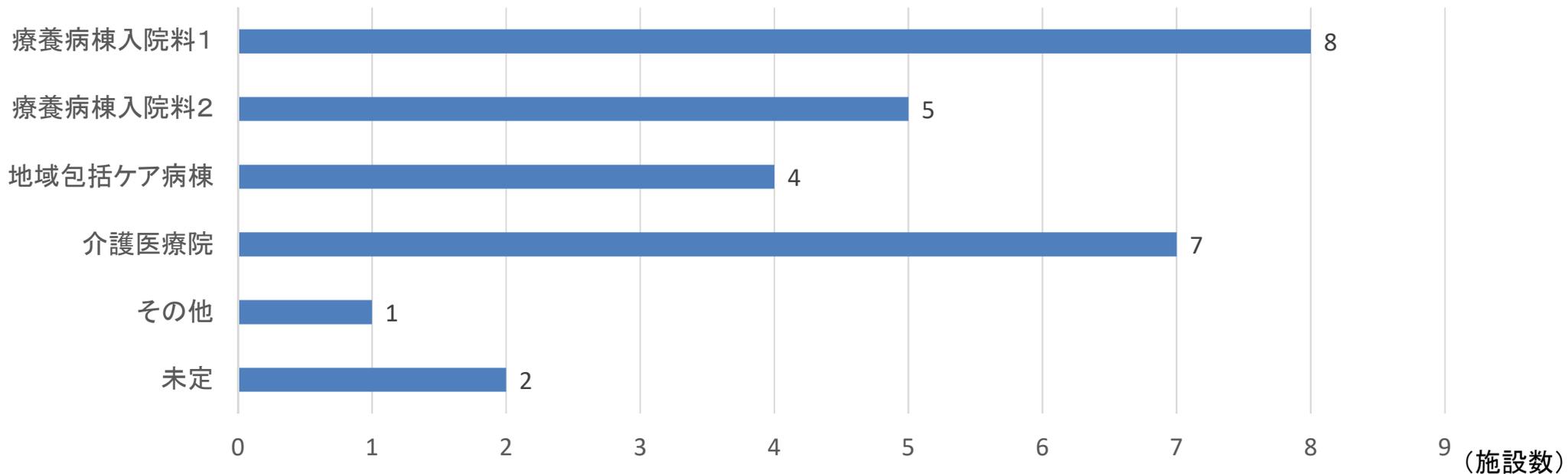
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、44.7%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、療養病棟入院料1、介護医療院、療養病棟入院料2の順に多かった。

2019年度調査

療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

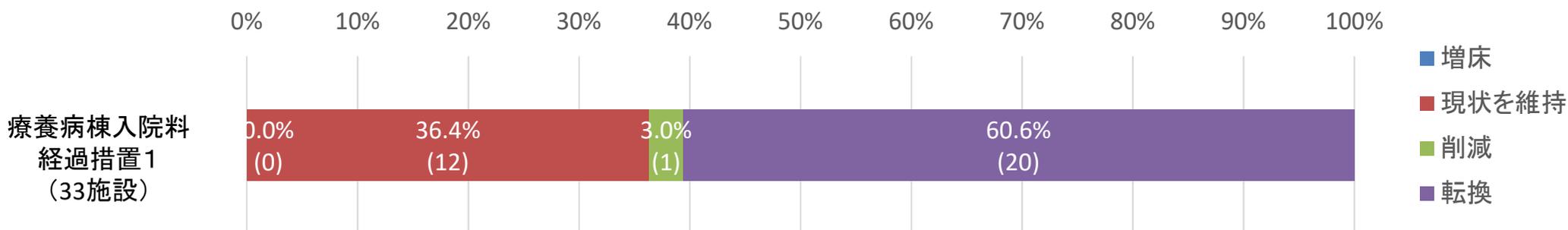


療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向

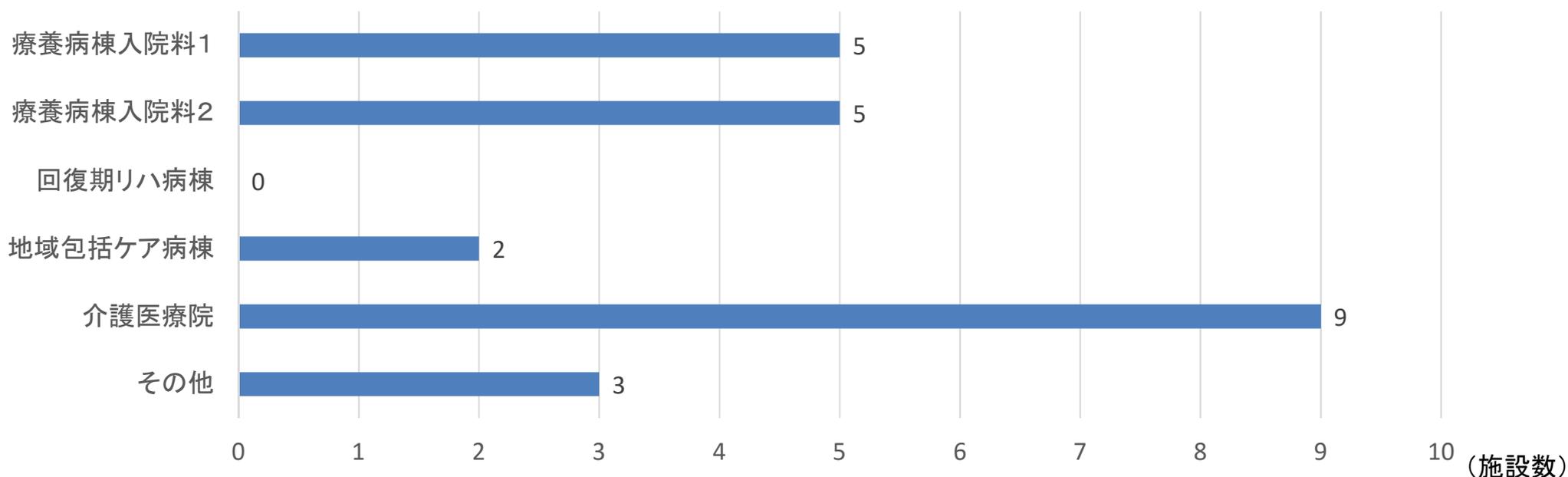
○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、60.6%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1・療養病棟入院料2の順に多かった。

2018年度調査

療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟の今後の届出の意向



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



(3) 療養病棟入院基本料

- 入院料の届出状況
- 医療区分・ADL区分等
- ACPの取組

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院料 1

【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	1,810点	1,412点	967点
ADL区分2	1,755点	1,384点	919点
ADL区分1	1,468点	1,230点	814点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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悪性腫瘍 ・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) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

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5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,745点	1,347点	902点
ADL区分2	1,691点	1,320点	854点
ADL区分1	1,403点	1,165点	750点

ADL区分

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

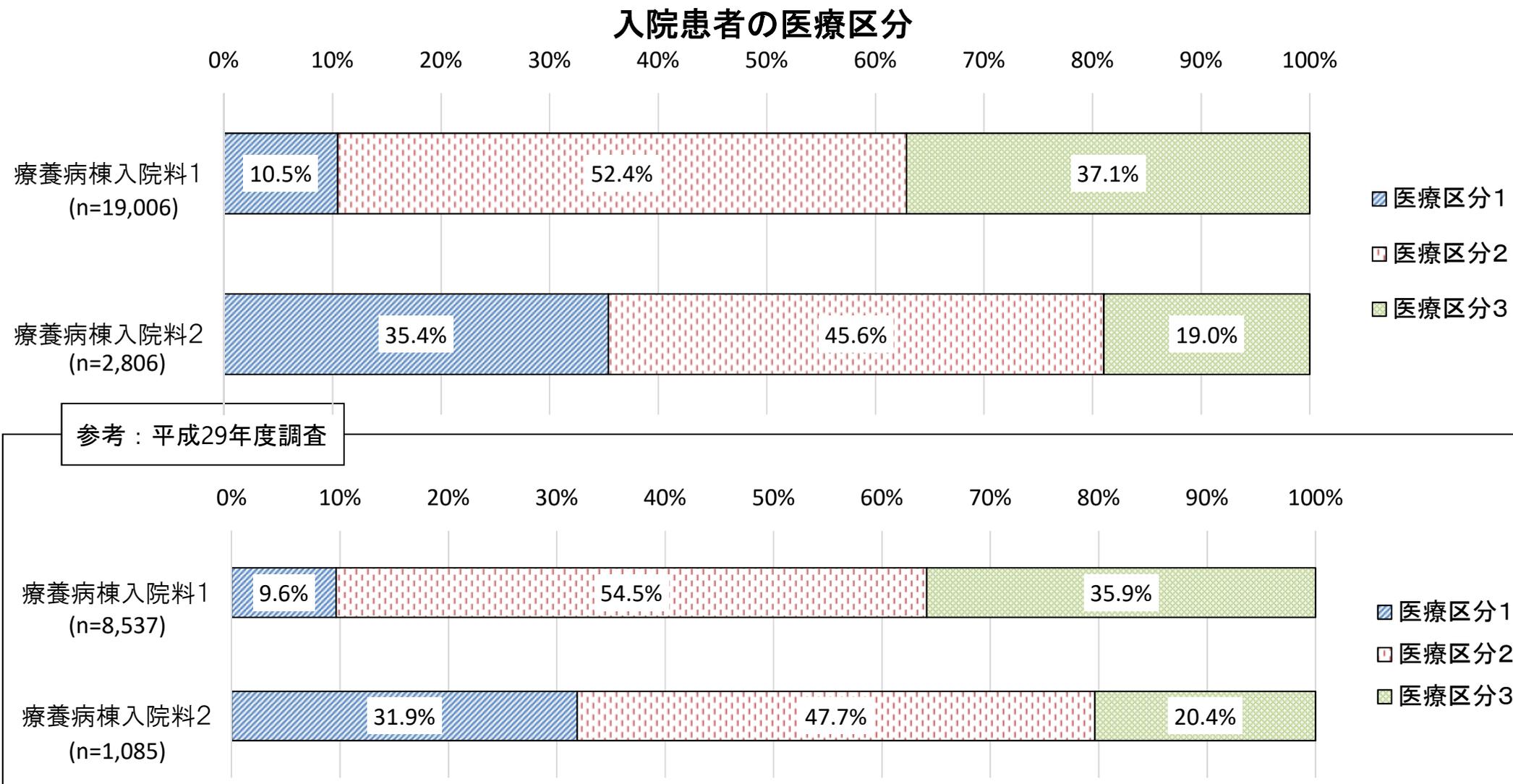
当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

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

療養病棟入院患者の医療区分

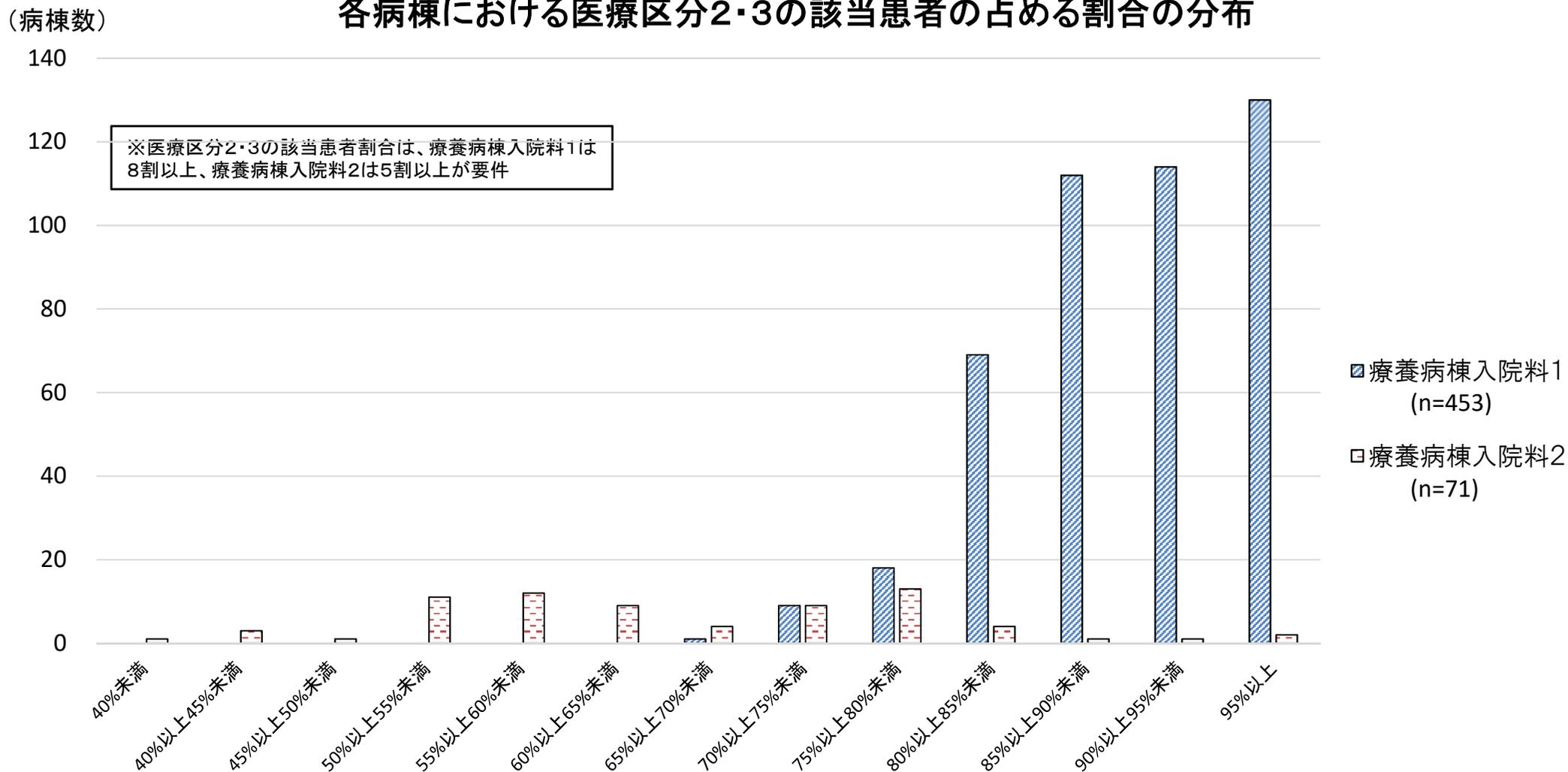
○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。



各病棟における医療区分2・3患者の占める割合の分布

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上60%未満、70%以上80%未満が多かった。

各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布



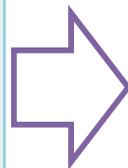
療養病棟における評価の見直し

医療区分の判定方法の見直し

- 療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、以下のように見直す。

現行

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
 [算定要件]
 少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。



改定後

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
 [算定要件]
 少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。**なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。**

療養病棟における在宅復帰機能強化加算の見直し

- 療養病棟入院基本料の在宅復帰機能強化加算に関する施設基準について、一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準値を引き上げるとともに、評価を見直す。

現行

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geq 5割$$

$$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の10$$

⇒ 患者1人1日につき、10点を所定点数に加算する

改定後

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除く)}}{\text{当該病棟から退院した患者(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く)}} \geq 5割$$

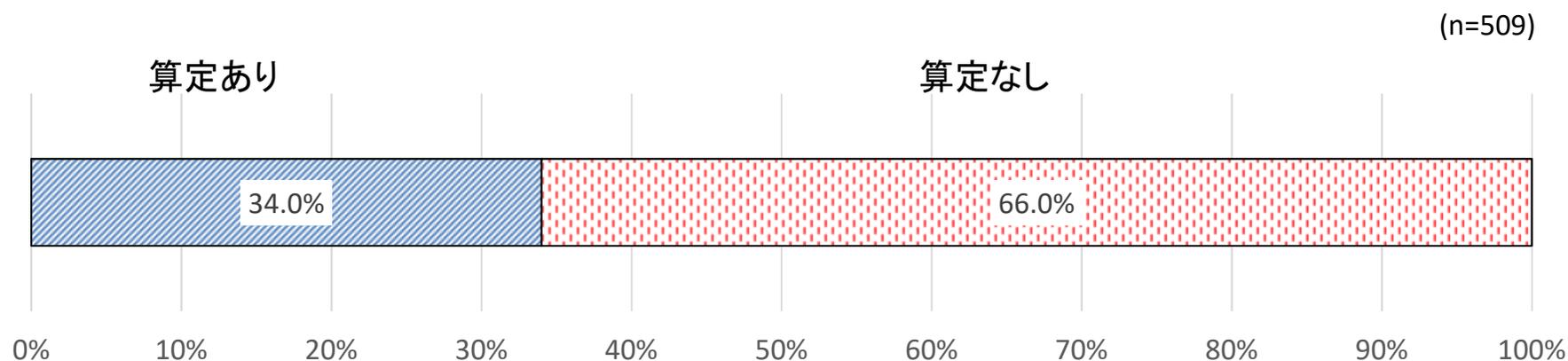
$$\frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100分の15$$

⇒ 患者1人1日につき、**50点**を所定点数に加算する

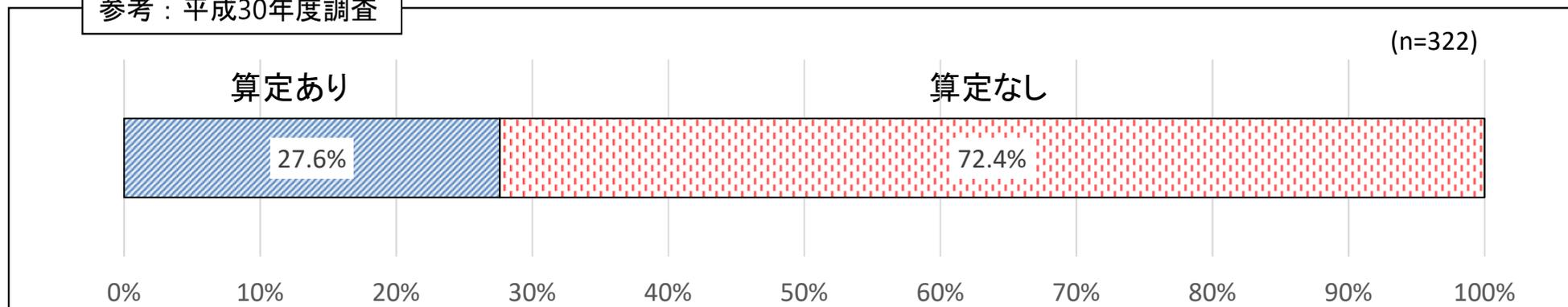
在宅復帰機能強化加算の届出状況

- 療養病棟入院料1の届出病棟のうち、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は、全体の3分の1程度であった。

療養病棟入院料1のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟

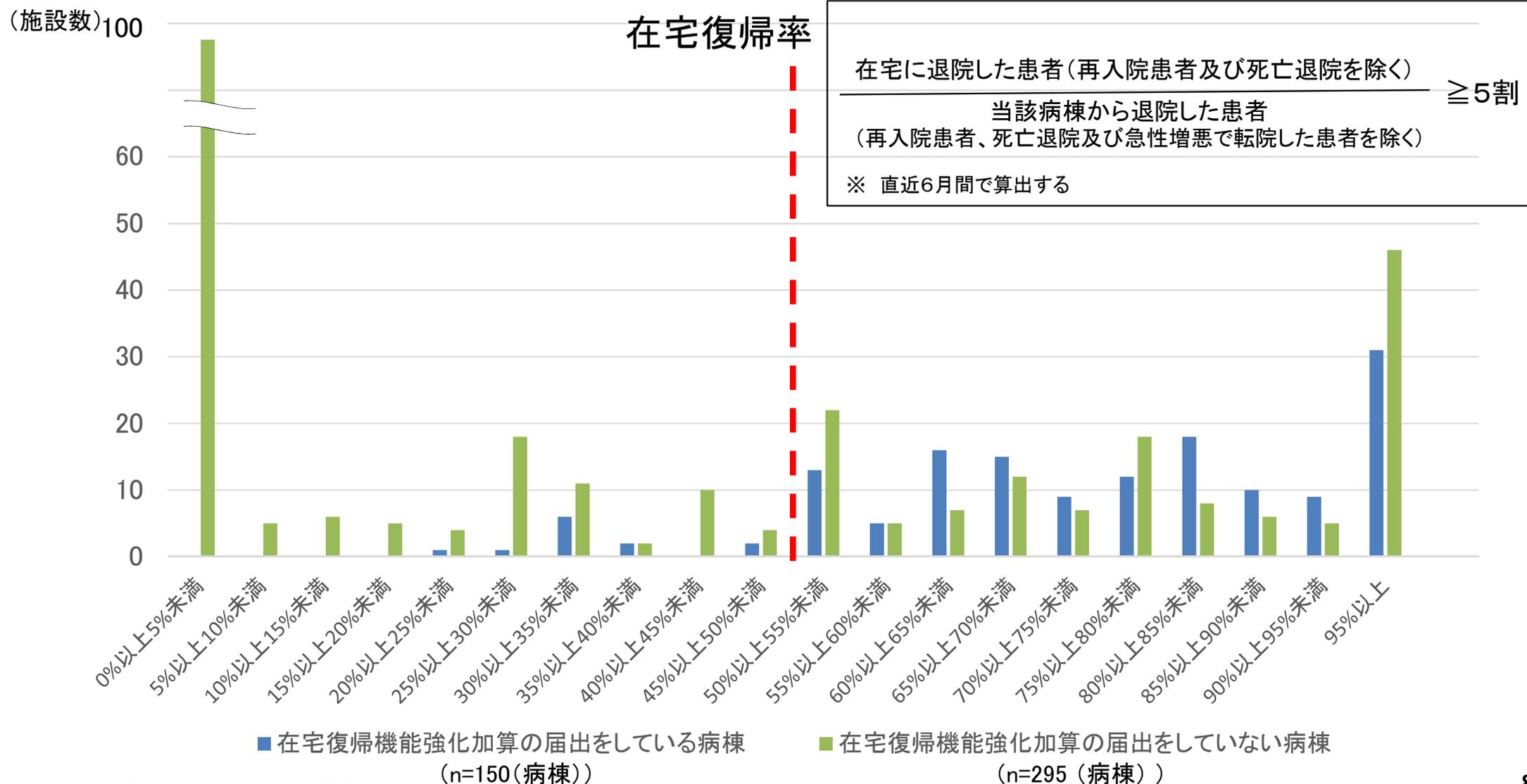


参考：平成30年度調査



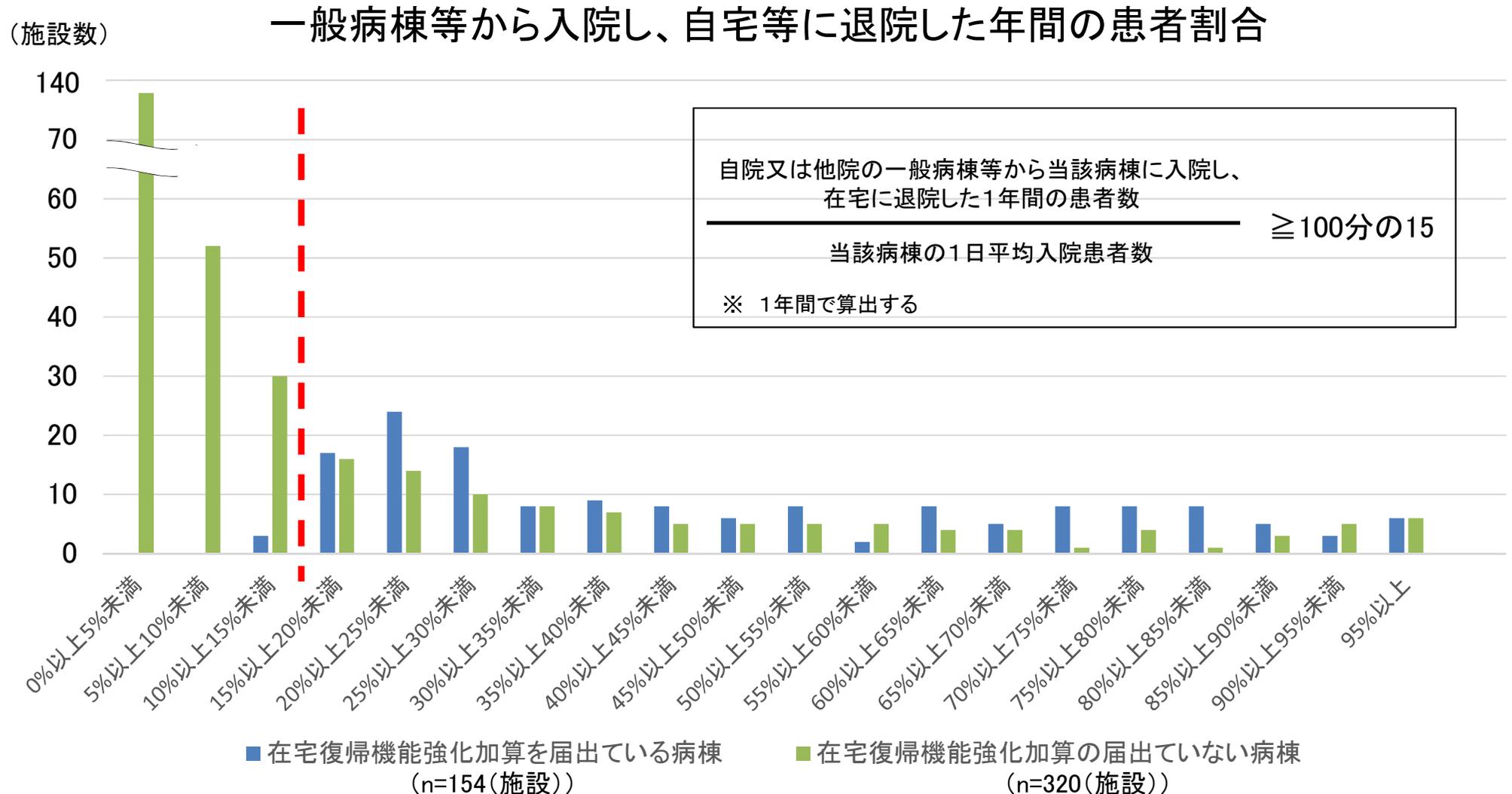
療養病棟入院料1を届出ている病棟の在宅復帰率

- 在宅復帰機能強化加算の届出をしている医療機関については、在宅復帰率が5割以上の医療機関が多かった。
- 在宅復帰機能強化加算の届出をしていない医療機関については、在宅復帰率が5割以上の医療機関が一定数存在していた。



一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合

○ 在宅復帰機能強化加算を届出ている病棟について、20%以上25%未満にピークが見られた。



(3) 療養病棟入院基本料

- 入院料の届出状況
- 医療区分・ADL区分
- ACPの取組

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟（地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、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又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあっては、1日につき300点）を所定点数に加算する。



改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、**急性期患者支援（療養）病床初期加算**として、1日につき150点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、1日につき300点）を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあっては、又は病室）に入院している患者のうち、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、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に**、入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援（療養）病床初期加算**として、1日につき**300点**（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、1日につき**350点**）を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

[施設基準]

（新設） 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

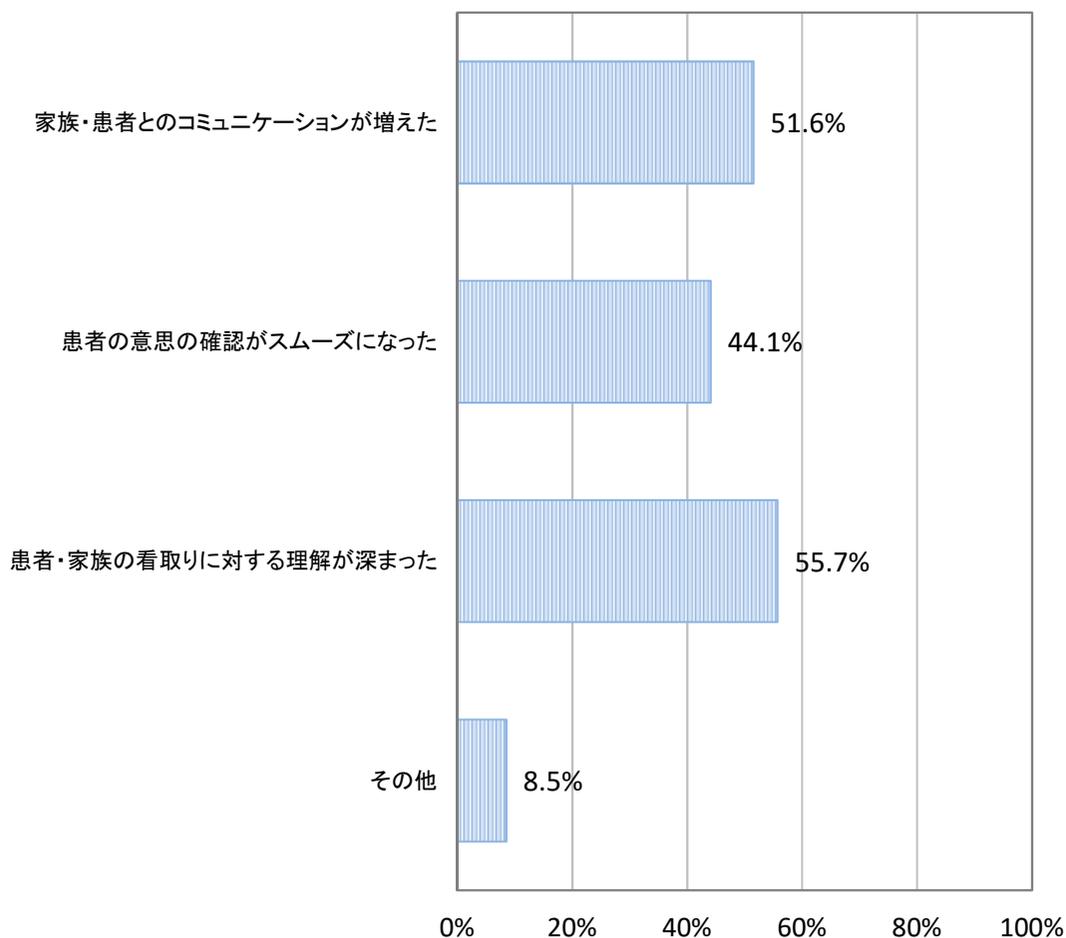
看取りに対する指針

○ 適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果として、「患者・家族の看取りに対する理解が深まった」が多かった。

適切な看取りに対する指針の策定によりもたらされている効果

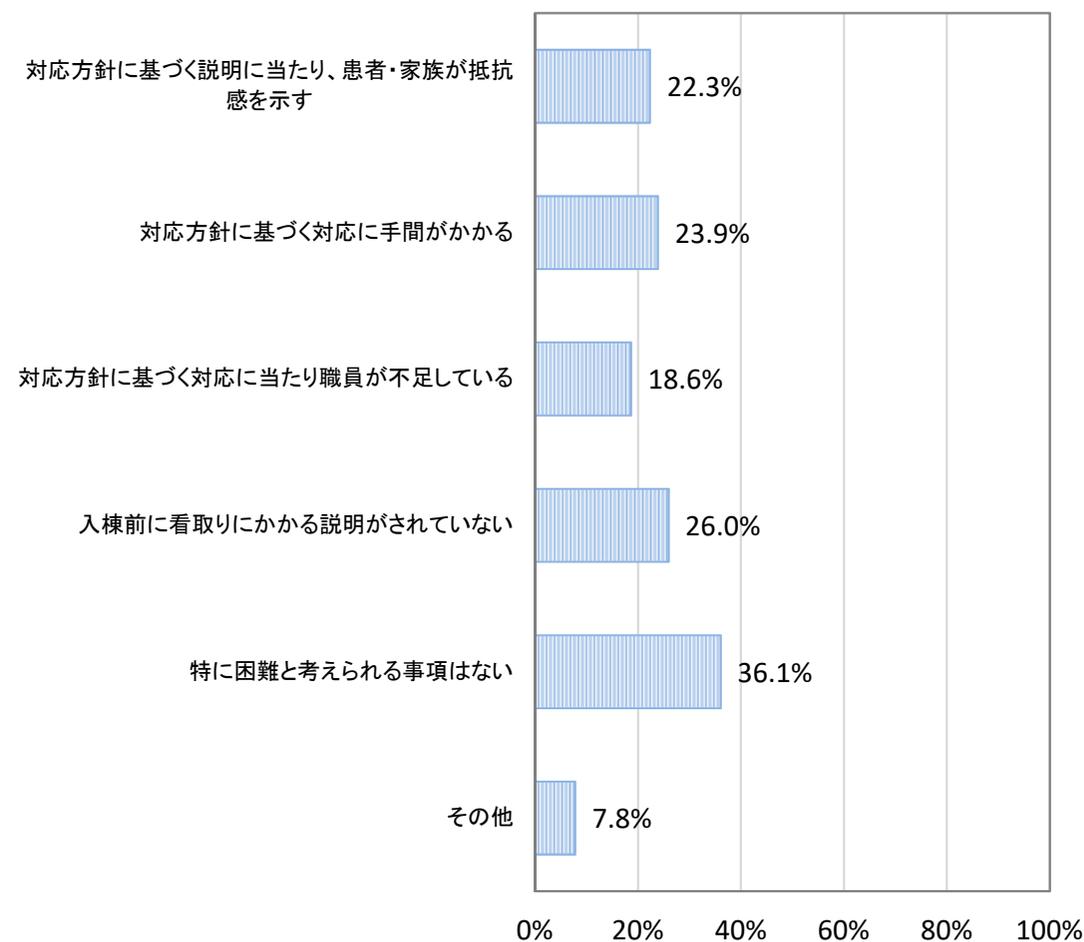
(複数回答)

(n=574(病棟数))



適切な看取りに対する指針の実行にあたり困難と考えられる事項

(n=574(施設数))



2019年度調査結果(速報)概要

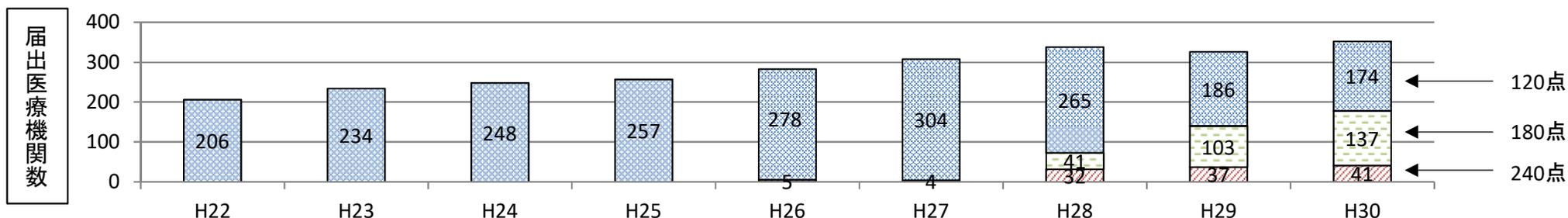
- (1) 一般病棟入院基本料等
- (2) 特定集中治療室管理料等
- (3) 療養病棟入院基本料
- (4) 総合入院体制加算
- (5) 抗菌薬適正使用支援加算
- (6) 横断的事項

総合入院体制加算の概要

A200 総合入院体制加算（1日につき/14日以内）

加算1：240点 加算2：180点 加算3：120点

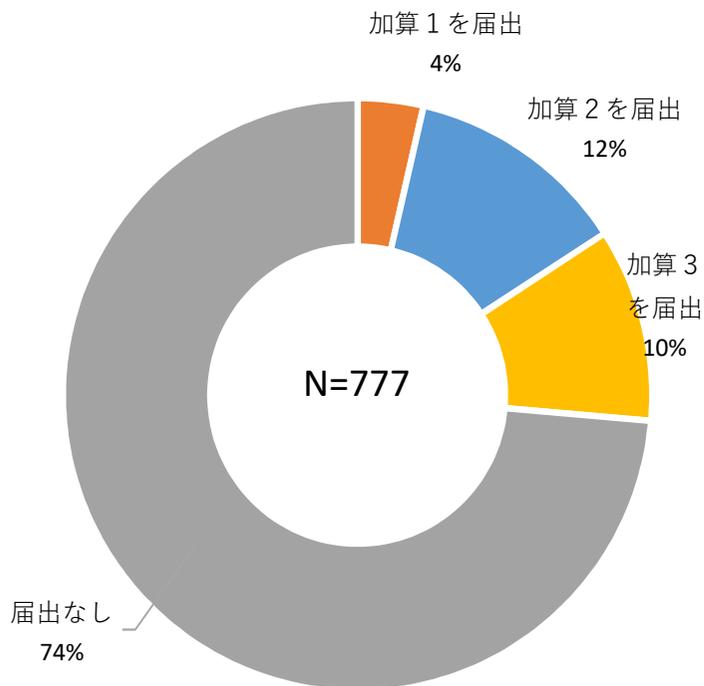
	総合入院体制加算1	総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している ・全身麻酔による手術件数が年800件以上		
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上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



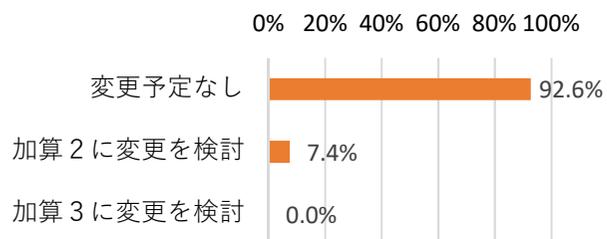
総合入院体制加算の届出状況

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

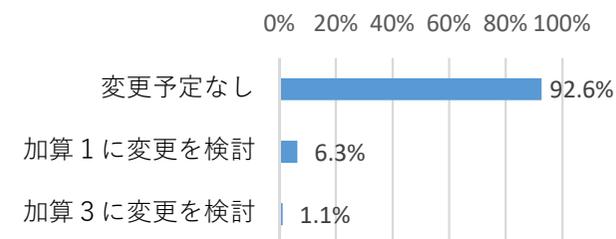
総合入院体制加算の届出状況



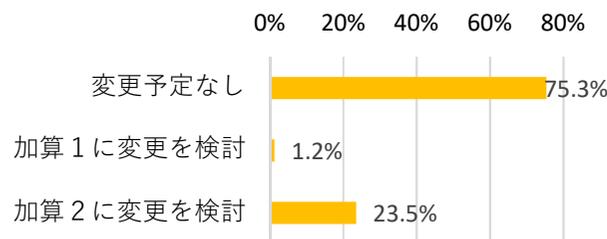
加算 1 の届出施設 (n=27)



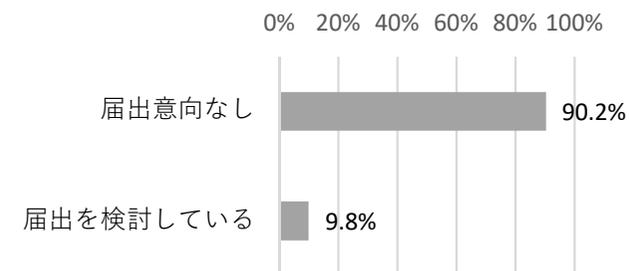
加算 2 の届出施設 (n=95)



加算 3 の届出施設 (n=81)



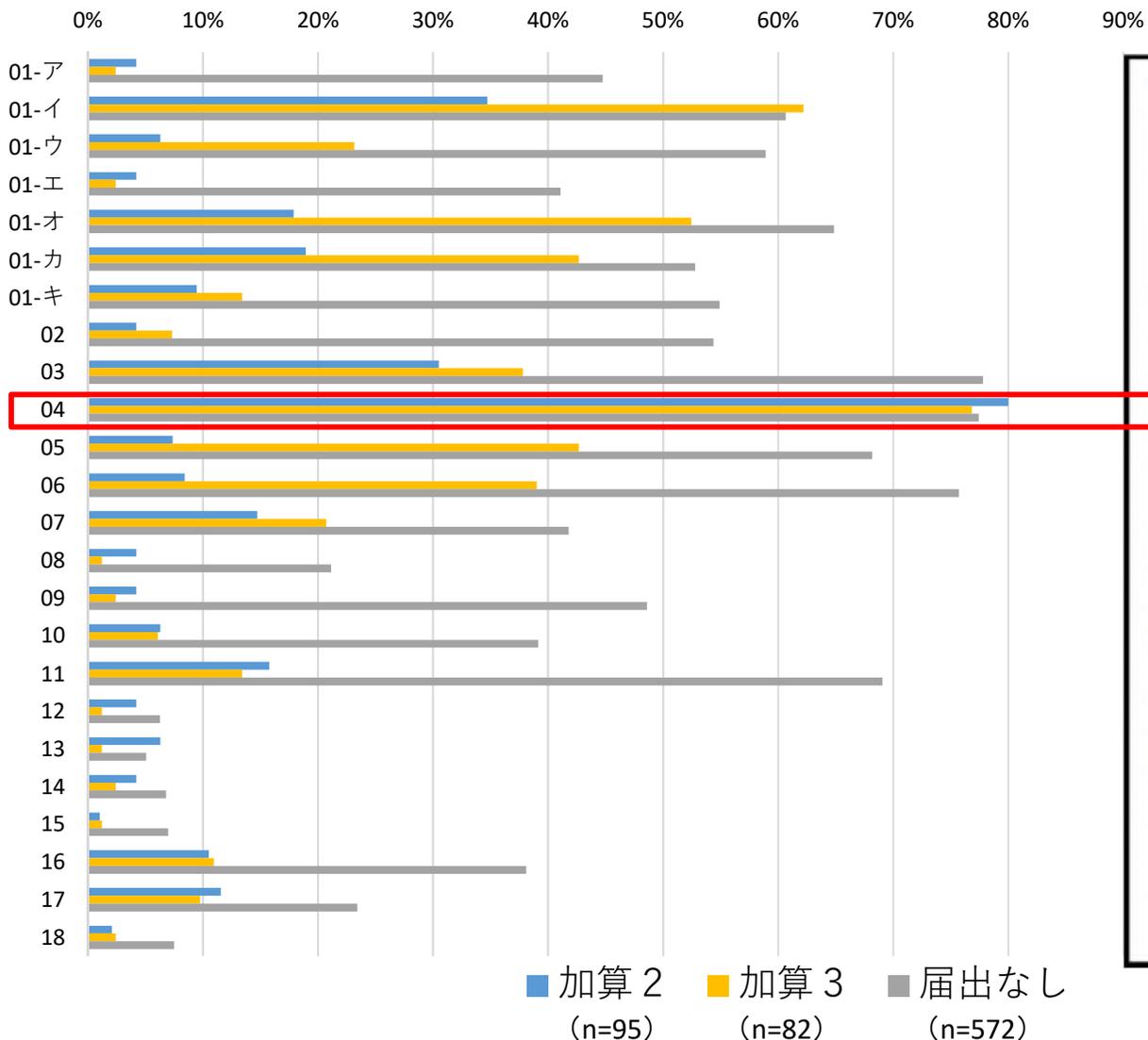
届出なしの施設 (n=563)



総合入院体制加算の満たすことが困難な要件

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

満たすことが困難な要件

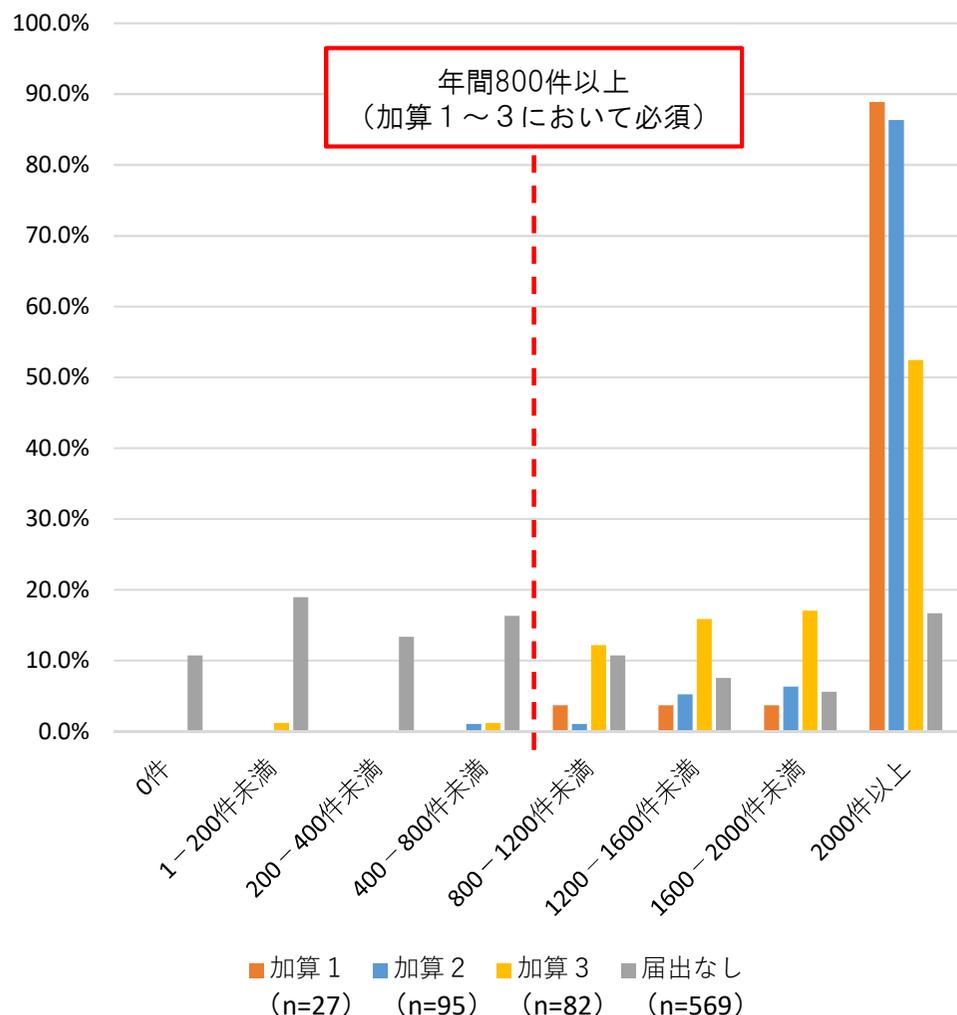


- 01** 年間の手術等の件数
 - ア 全身麻酔による手術の件数が 年間 800 件以上
 - イ 人工心肺を用いた手術の件数が 年間 40 件以上
 - ウ 悪性腫瘍手術の件数が 年間 400 件以上
 - エ 腹腔鏡下手術の件数が 年間 100 件以上
 - オ 放射線治療（体外照射法）の件数が 年間 4,000 件以上
 - カ 化学療法件数が 年間 1,000 件以上
 - キ 分娩の件数が 年間 100 件以上
- 02** 救急自動車等による搬送件数が 年間 2,000 件以上
- 03** 精神科について、24 時間対応できる体制を確保している
- 04** 精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届出で、現に精神疾患患者の入院を受け入れている
- 05** 「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算1」の届出を行っている
- 06** 「精神疾患診療体制加算2」の算定件数又は救急患者の入院3日以内における「入院精神療法」若しくは「救命救急入院料の注2の加算」の算定件数が合計で 年間 20 件以上
- 07** 療養病棟入院基本料 または 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届出していない
- 08** 画像診断 及び 検査を、24 時間実施できる体制を確保している
- 09** 薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を 24 時間実施できる体制を確保している
- 10** 総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治療し通院を要しない患者が 4 割以上である
- 11** 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、及び産科（産婦人科）を標榜し、入院医療を提供している
- 12** 連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置
- 13** 医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備
- 14** 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等の一部の病棟では分煙可）
- 15** 分煙を行う場合は、非喫煙場所にタバコの煙が流れないようにし、適切な受動喫煙防止措置を講ずること
- 16** 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合が 3 割 5 分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が 3 割以上（総合入院体制加算3は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合が 3 割 2 分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合が 2 割 7 分以上）
- 17** 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない
- 18** その他（ _____ ）

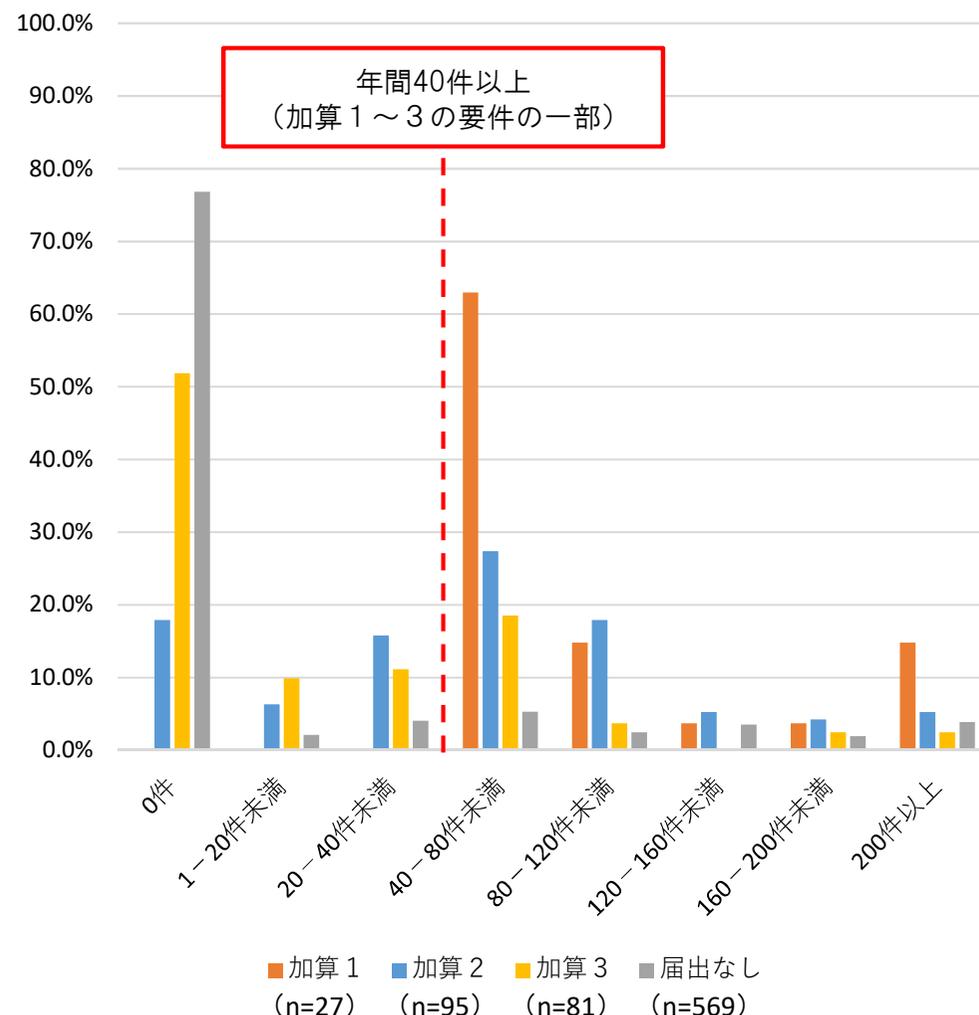
総合入院体制加算にかかる実績について①

○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

全身麻酔の手術



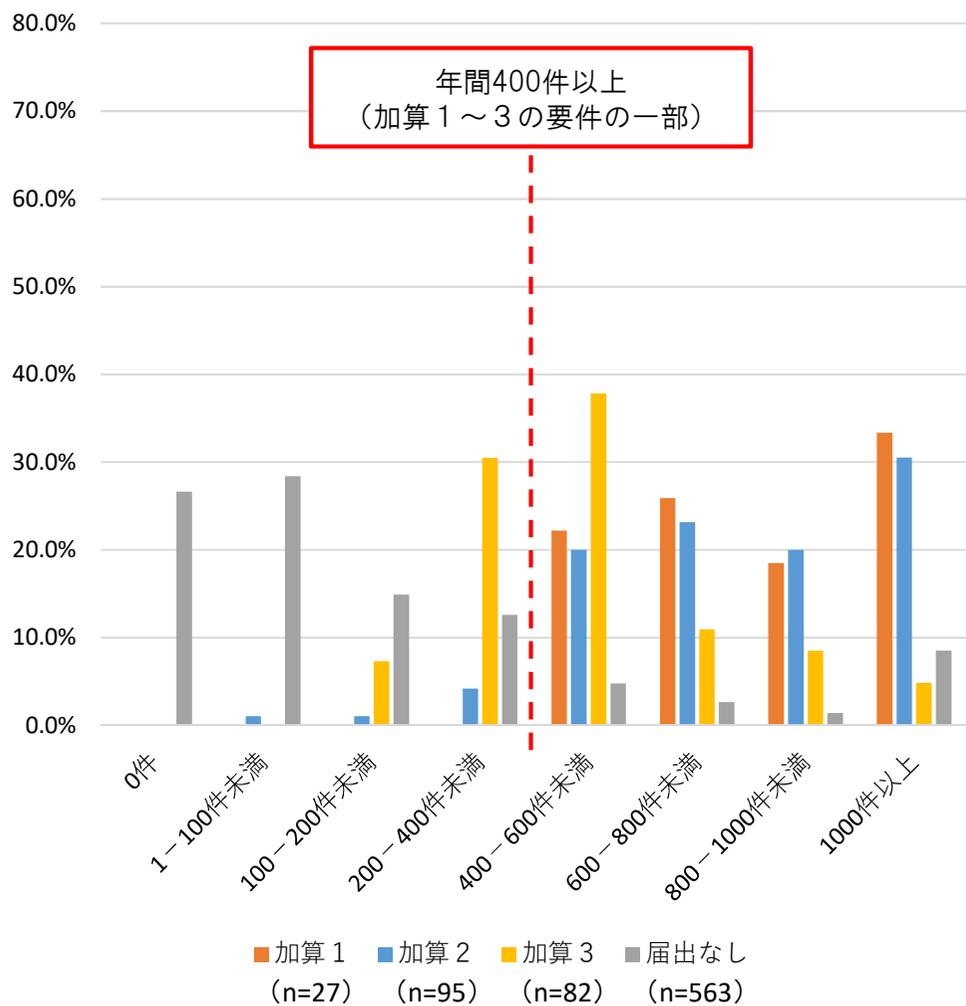
人工心肺を用いた手術



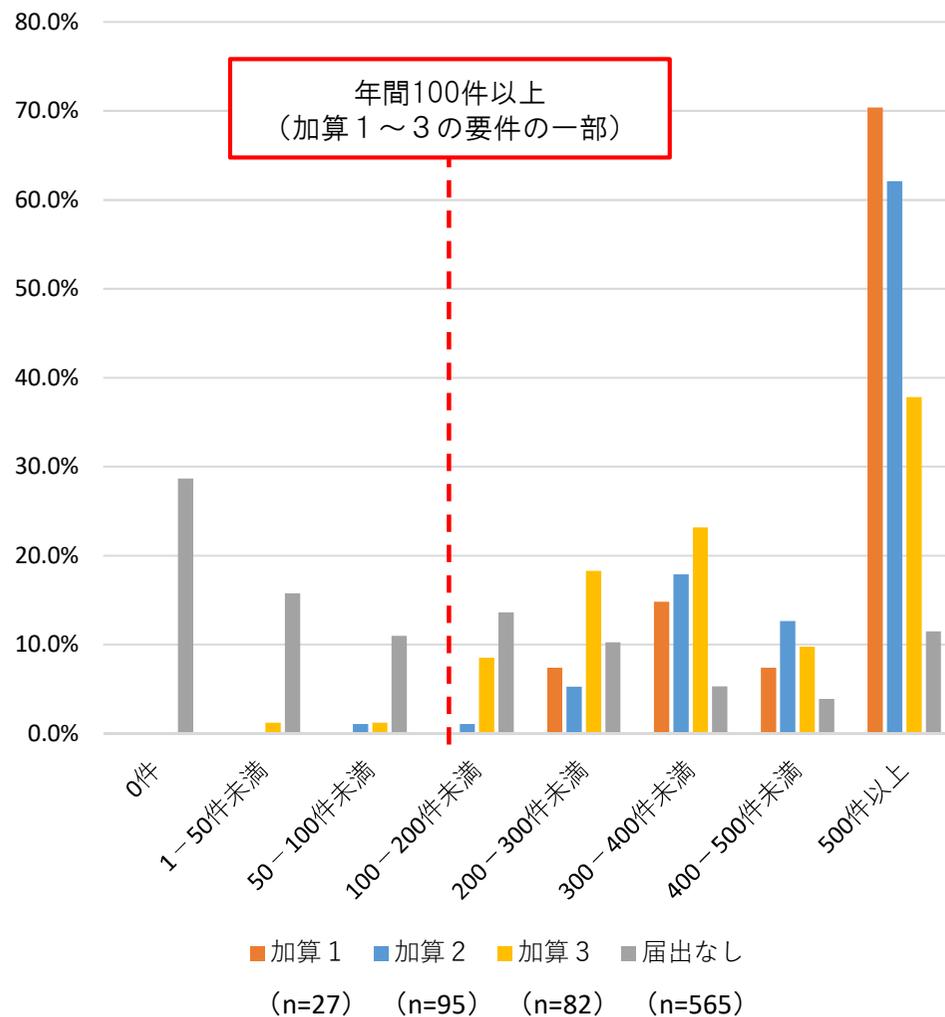
総合入院体制加算にかかる実績について②

○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

悪性腫瘍の手術



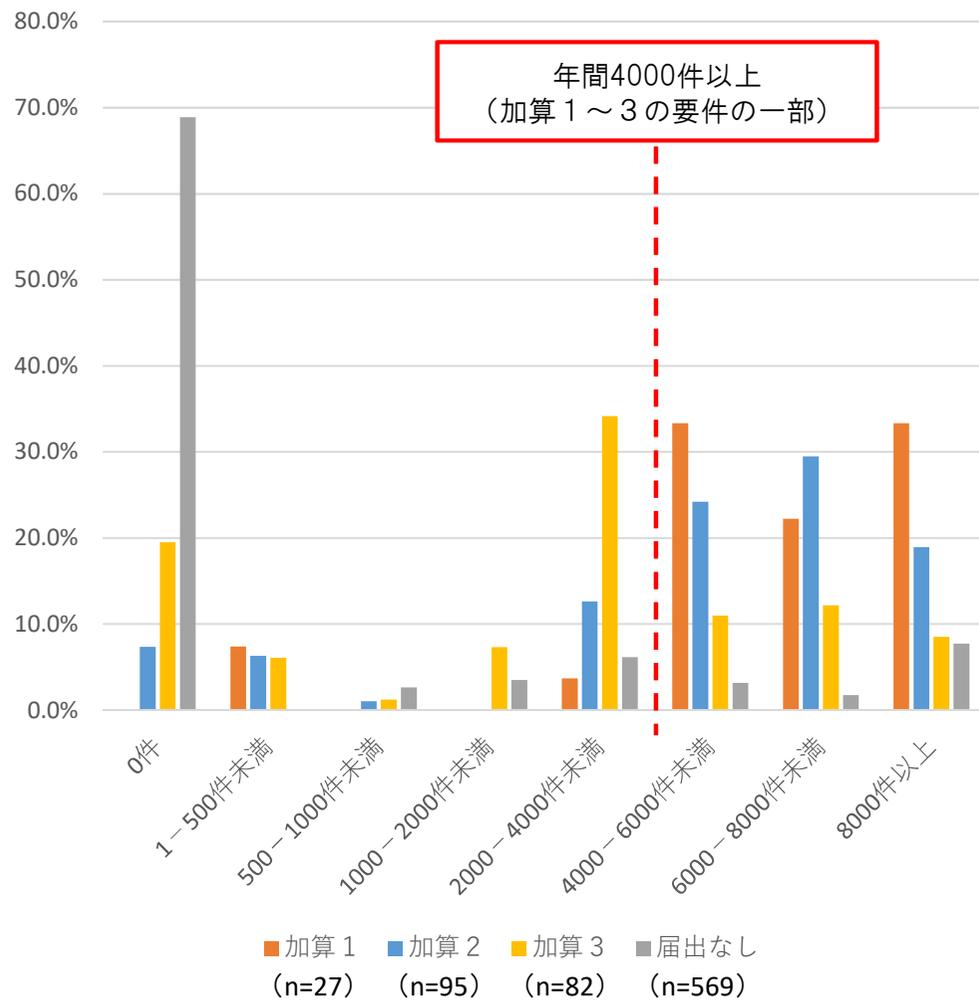
腹腔鏡下手術



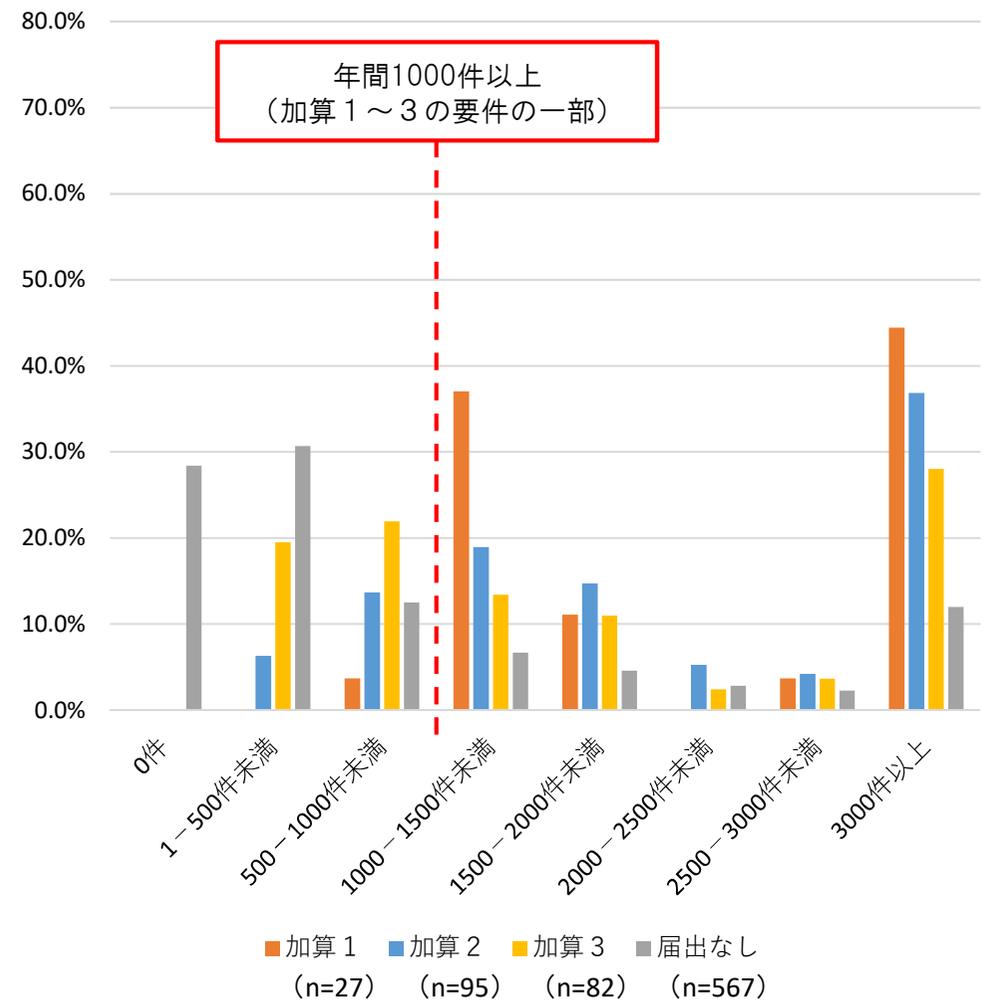
総合入院体制加算にかかる実績について③

○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

放射線治療（外部照射）



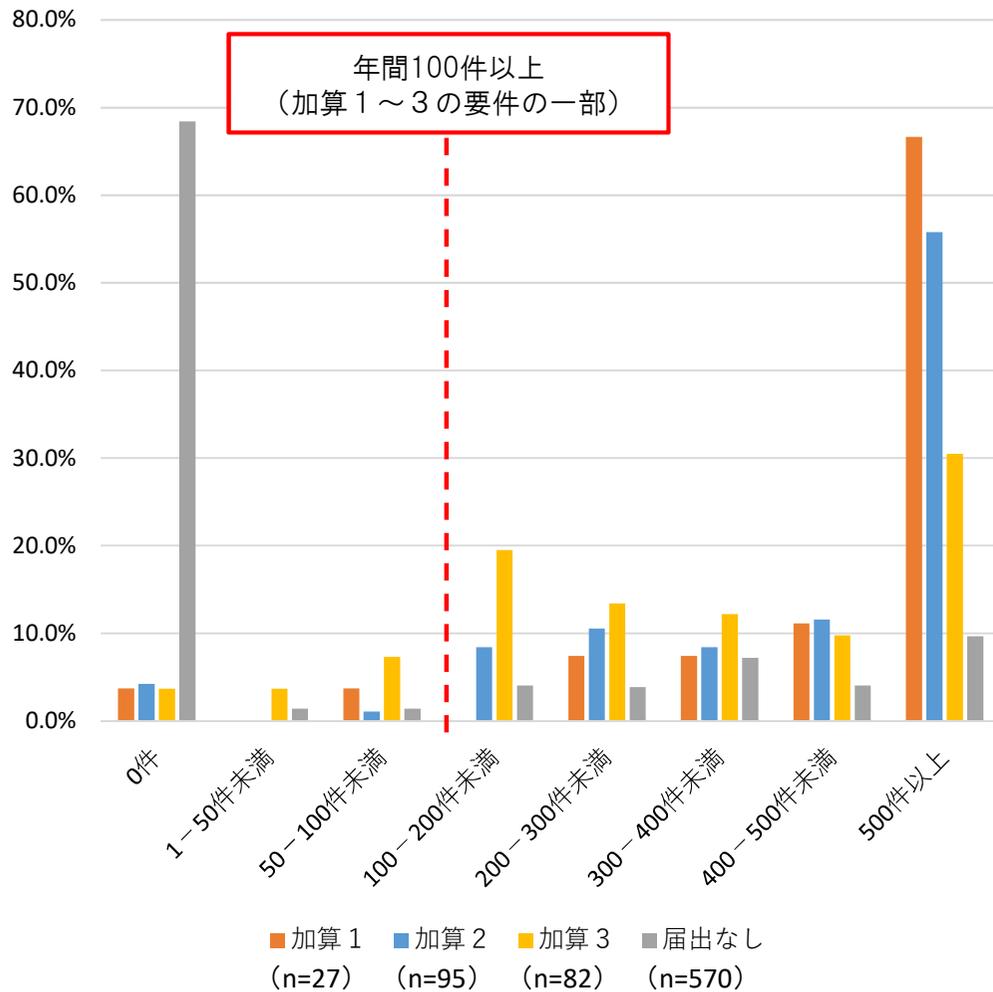
化学療法



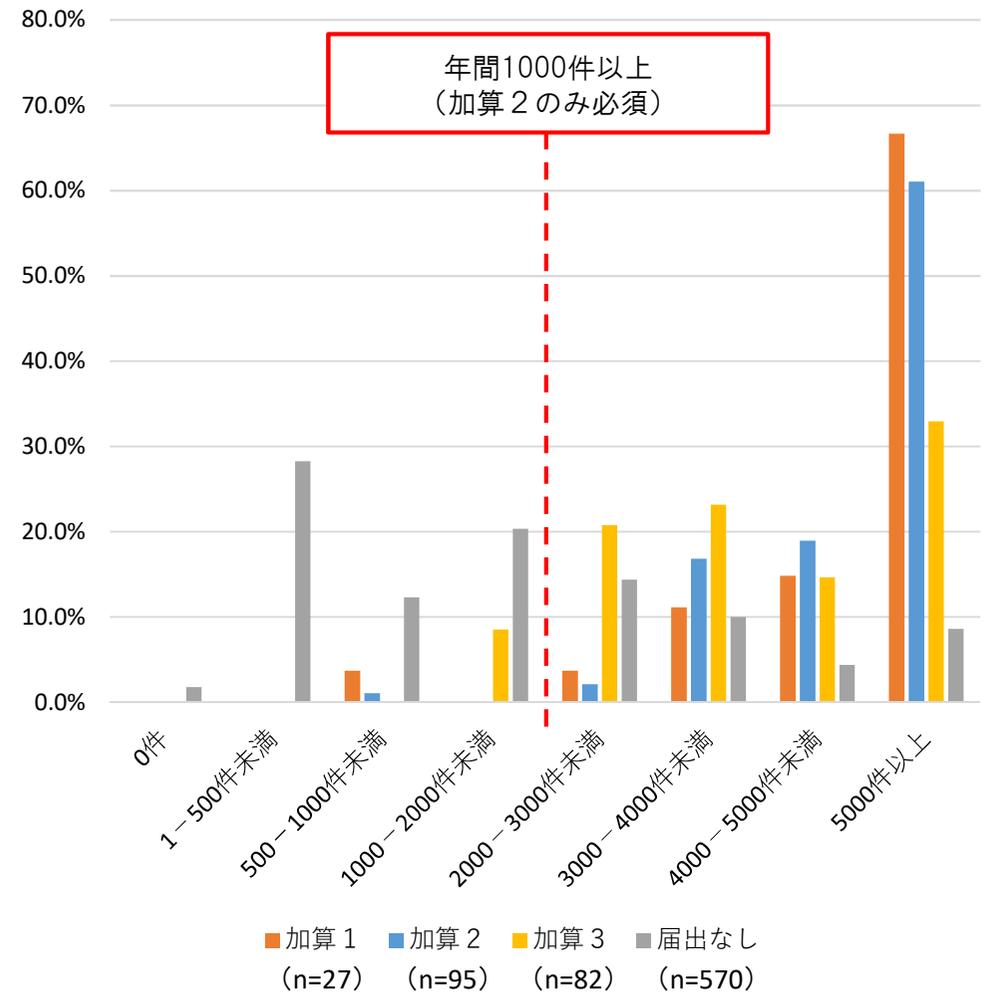
総合入院体制加算にかかる実績について④

○ 総合入院体制加算 1～3 を届出ている施設と届出なしの施設について、総合入院体制加算にかかる実績の分布をみると、以下のとおりであった。

分娩件数



救急搬送件数



2019年度調査結果(速報)概要

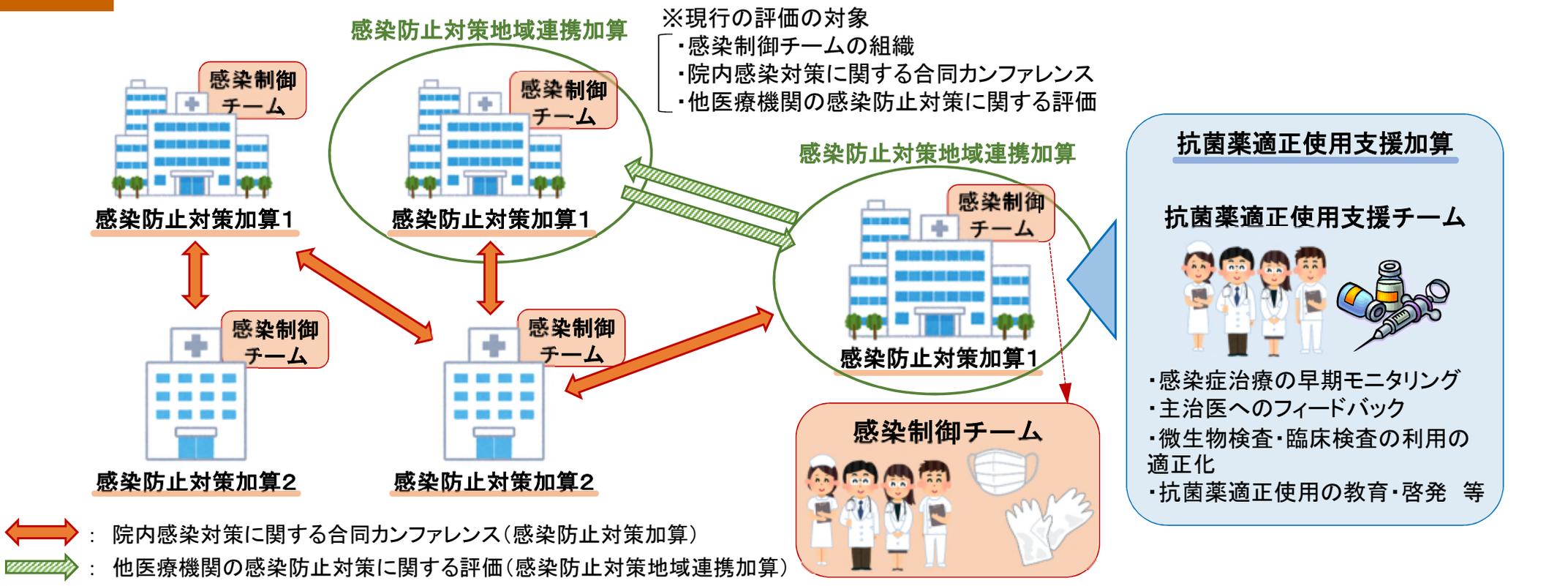
- (1) 一般病棟入院基本料等
- (2) 特定集中治療室管理料等
- (3) 療養病棟入院基本料
- (4) 総合入院体制加算
- (5) 抗菌薬適正使用支援加算
- (6) 横断的事項

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



新たな取組

外来



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

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



抗菌薬適正使用支援加算の新設

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



感染防止対策加算

(新) 抗菌薬適正使用支援加算 100点(入院初日)

[算定要件]

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

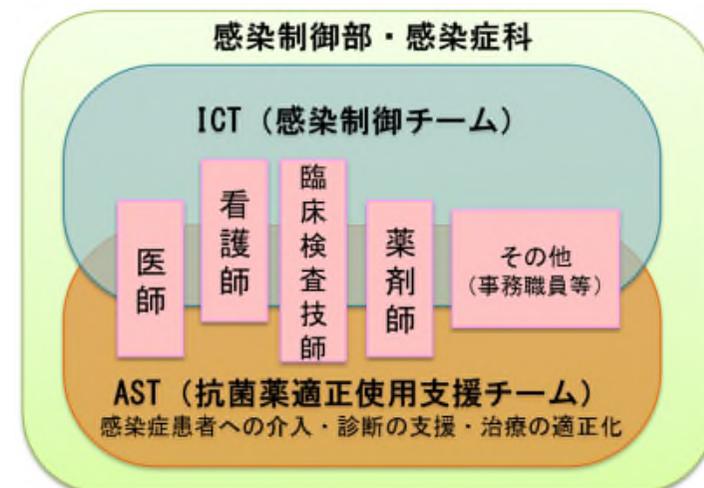
[抗菌薬適正使用支援チームの構成員]

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

いずれか1名は専従であること。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

[抗菌薬適正使用支援チームの業務]

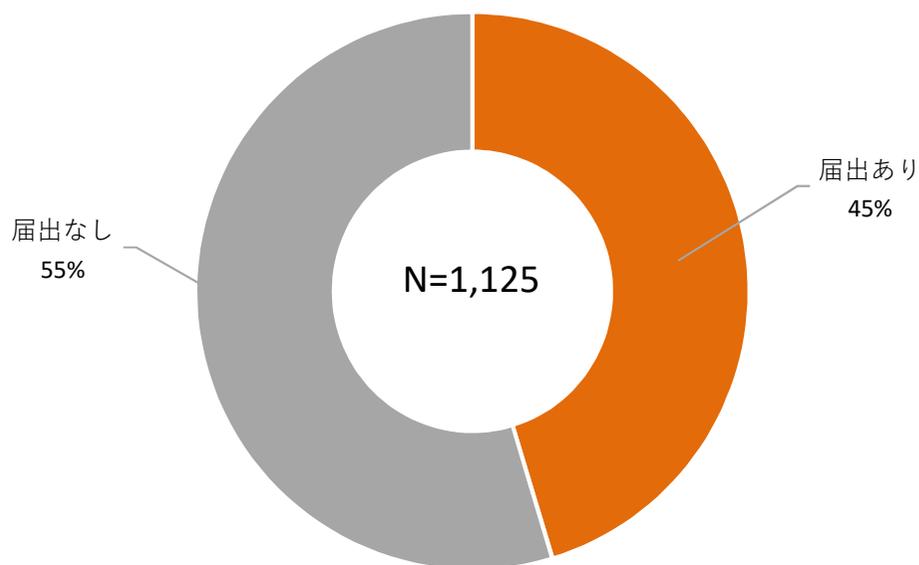
- ① 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
- ② 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
- ③ 抗菌薬適正使用に係る評価
- ④ 抗菌薬適正使用の教育・啓発
- ⑤ 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
- ⑥ 他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける



抗菌薬適正使用支援加算の届出状況等

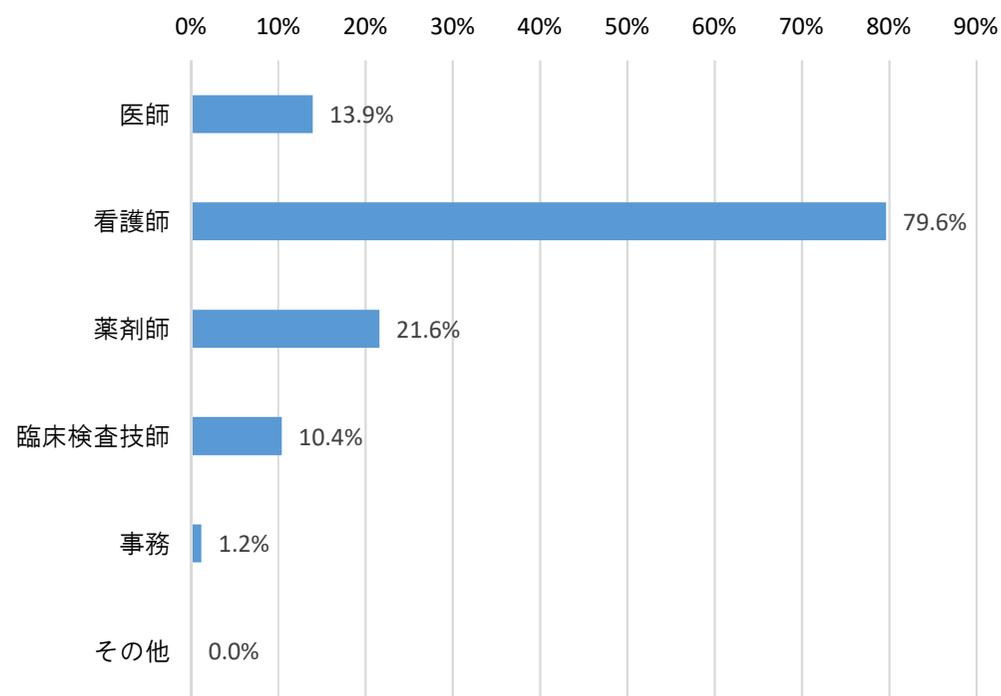
- 一般病棟入院基本料等を届出ている医療機関の約5割が抗菌薬適正使用支援加算を届け出た。
- 届出医療機関における専従職員の職種をみると、看護師が最も多く約8割であった。

抗菌薬適正使用支援加算の届出状況



専従職員の職種

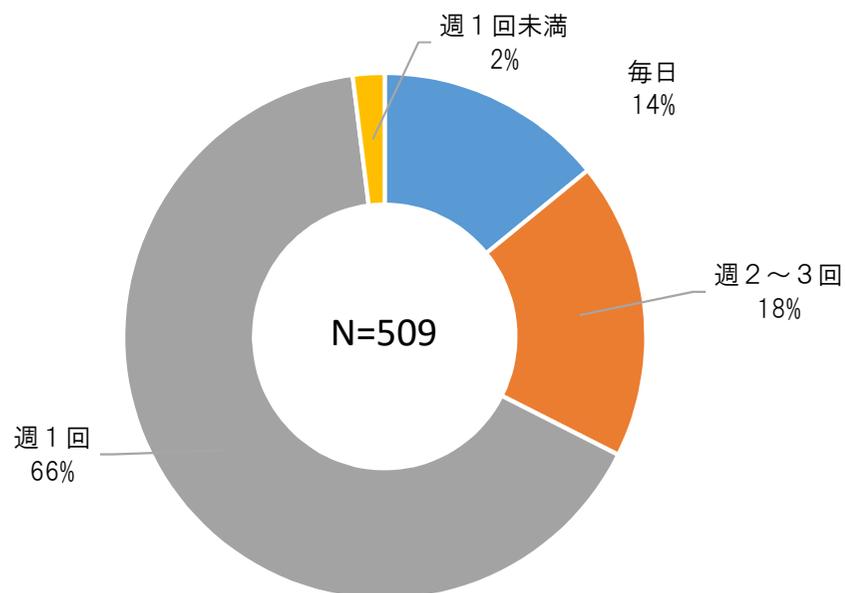
(n=510)



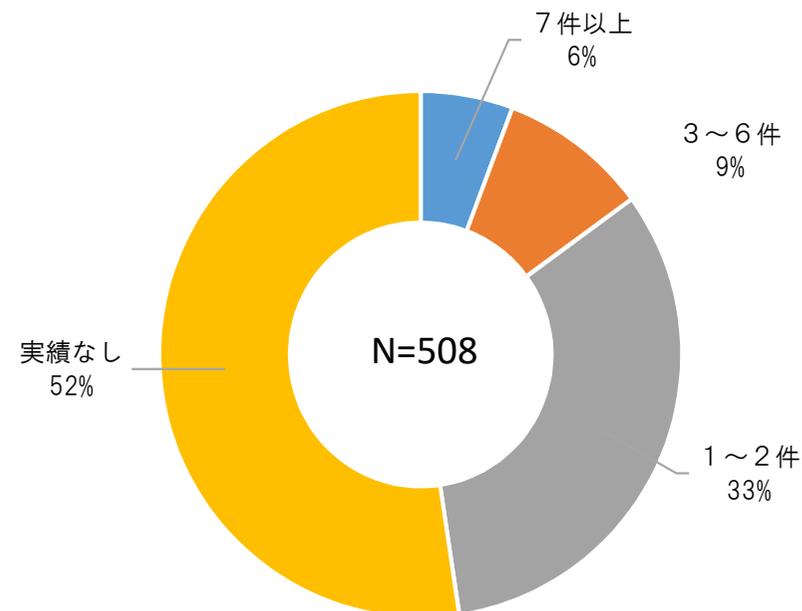
抗菌薬適正使用支援チームの実績

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

抗菌薬適正使用に関する
カンファレンスの頻度



周辺地域の医療機関からの相談に応じた実績
(直近3か月)



2019年度調査結果(速報)概要

- (1) 一般病棟入院基本料等
- (2) 特定集中治療室管理料等
- (3) 療養病棟入院基本料
- (4) 総合入院体制加算
- (5) 抗菌薬適正使用支援加算
- (6) 横断的事項

(6) 横断的事項

- 入退院支援加算等
- 認知症ケア加算
- 患者サポート体制充実加算
- 総合評価加算
- 排尿自立指導料

入退院支援の評価(イメージ)

➤ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

• 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

• 退院時共同指導料の見直し



外来部門と病棟との連携強化

入院

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- (入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- 入院生活に関するオリエンテーション
- 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成



《入退院支援の対象となる患者》

- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院 / 要介護認定が未申請
- 虐待を受けている又はその疑いがある
- **生活困窮者**
- 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
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無に関わらず、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
- 入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする



共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ◀許可病床数200床以上▶
 - ・ **専従の看護師が1名以上** 又は
 - ・ **専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上**
 - ◀許可病床数200床未満▶
 - ・ **専任の看護師が1名以上**が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

- 入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②**入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て**、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。
- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
 - 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
 - 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
 - 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
 - 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
 - 8) 入院生活の説明
- (※)要介護・要支援状態の場合のみ実施

届出医療機関数及び算定回数

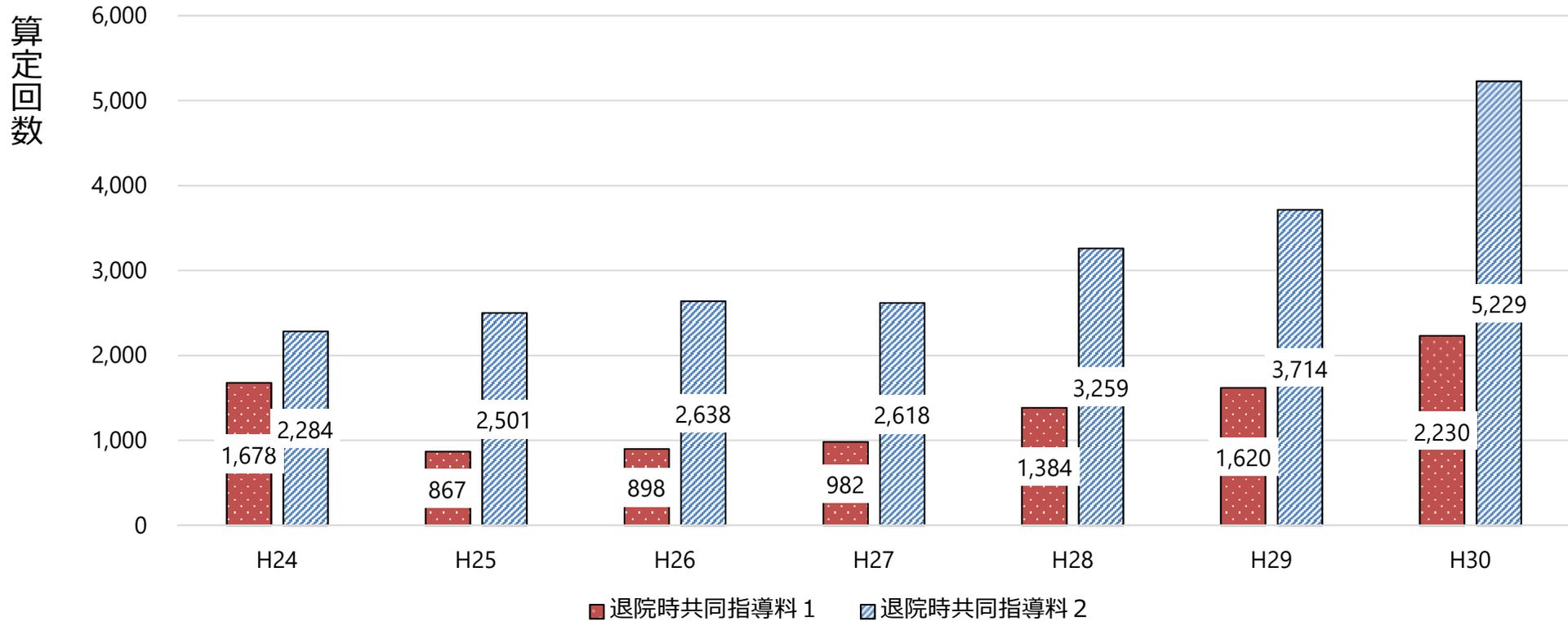
	届出医療機関数	算定回数
入院時支援加算	1,863	10,581

(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)

○ 退院時共同指導料について、算定回数は増加傾向。

B004 1	退院時共同指導料1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点	保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の指示を受けた医療従事者が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の医療従事者と共同で行った上で、文章により情報提供した場合に算定する。	入院中1回
B004 2	退院時共同指導料1 1以外の場合 900点		
B005	退院時共同指導料2 400点		

退院時共同指導料



○ 退院前訪問看護指導料の算定件数は横ばい、退院後訪問看護指導料及び訪問看護同行加算の算定件数は増加傾向にある。

平成28年度診療報酬改定

退院直後の在宅療養支援に関する評価

- 医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導について評価する。

(新) 退院後訪問指導料 580点(1日につき)
(新) 訪問看護同行加算 20点



[算定要件]

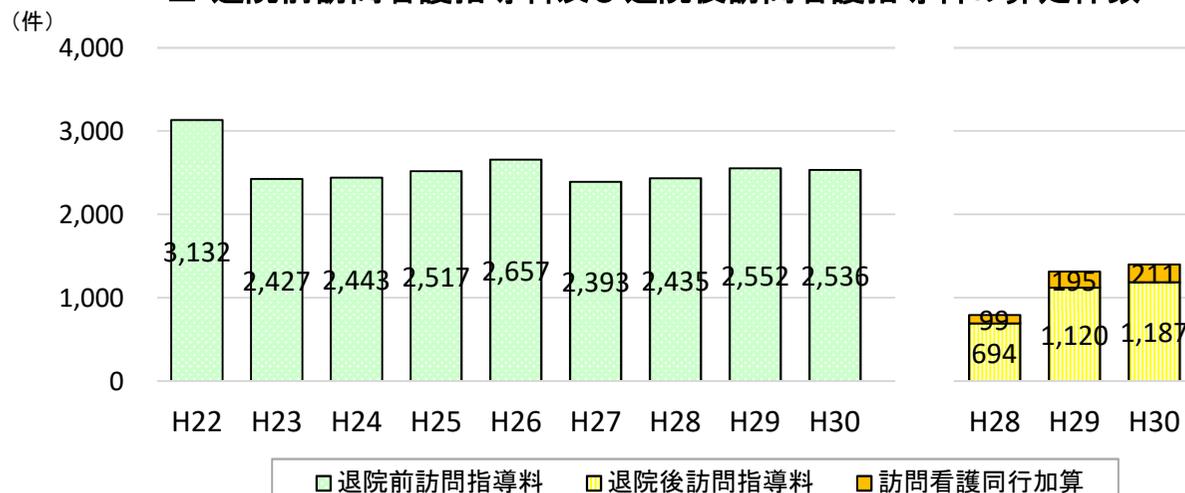
- ① 対象患者: 別表第8又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上※
※要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者(ただし保険医療機関を除く。)も算定可能とする。
- ② 算定回数: 退院後1か月以内に限り、5回を限度として算定する。
- ③ 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、所定点数に加算する。

<参考> 退院前訪問指導料 580点

[算定要件]

- ① 継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中又は退院日に患者を訪問し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。
- ② 算定回数: 入院中1回(入院後早期に退院前訪問看護の必要があると認められる場合は2回)
- ③ 医師の指示を受けた保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等も可能。

■ 退院前訪問看護指導料及び退院後訪問看護指導料の算定件数

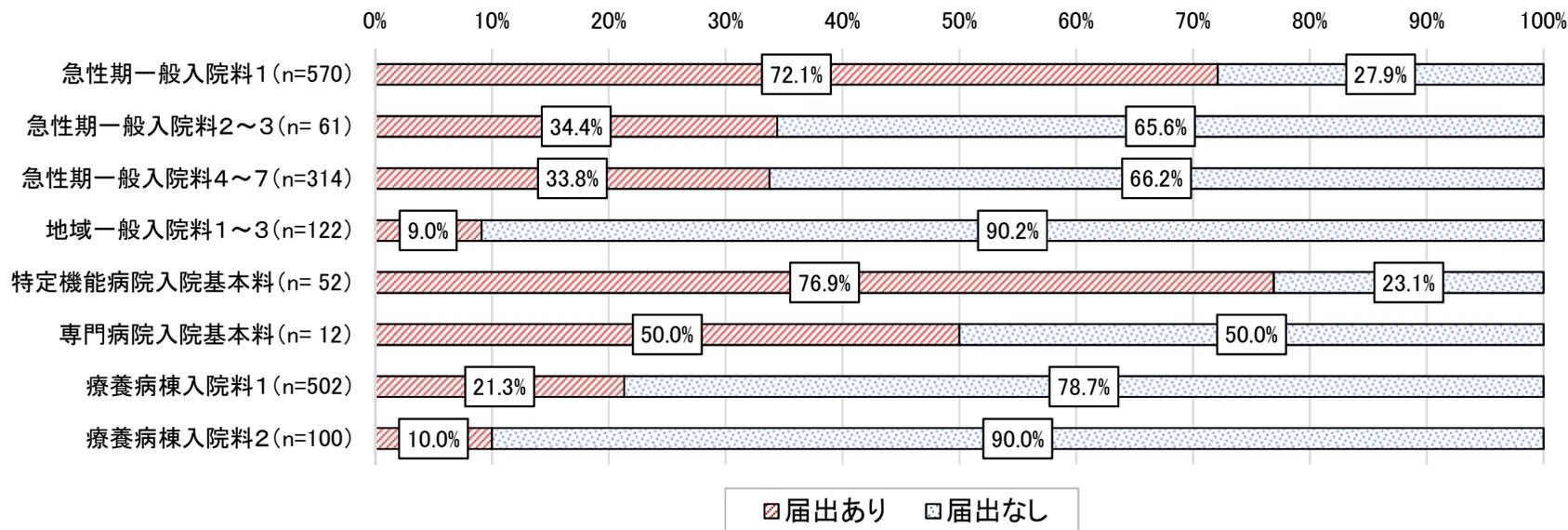


出典: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

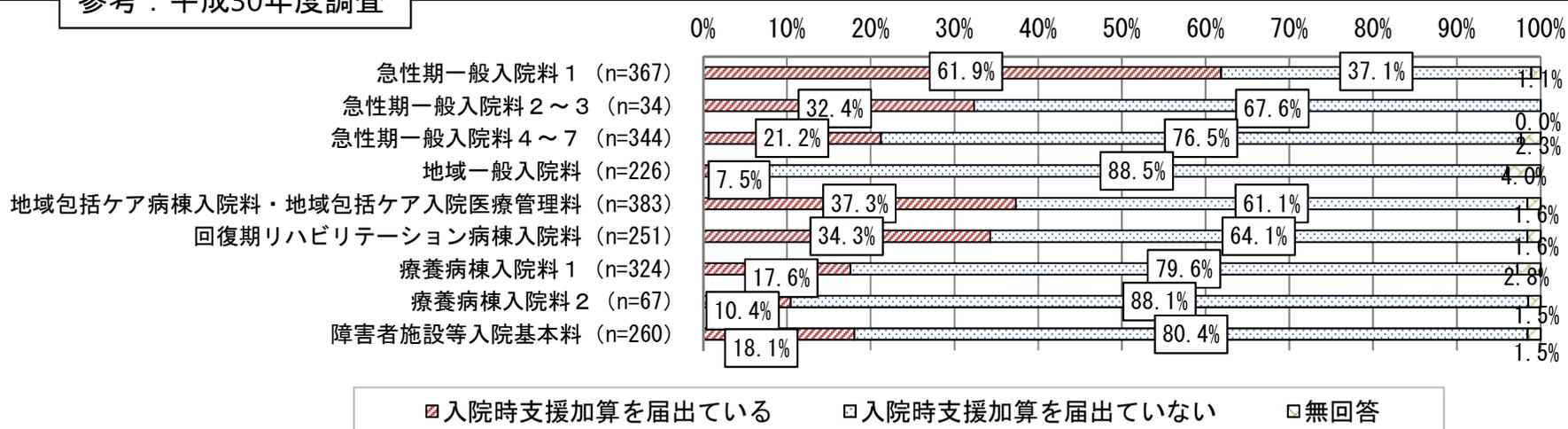
入院時支援加算の届出状況

○ 入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

入院時支援加算の届出状況



参考：平成30年度調査

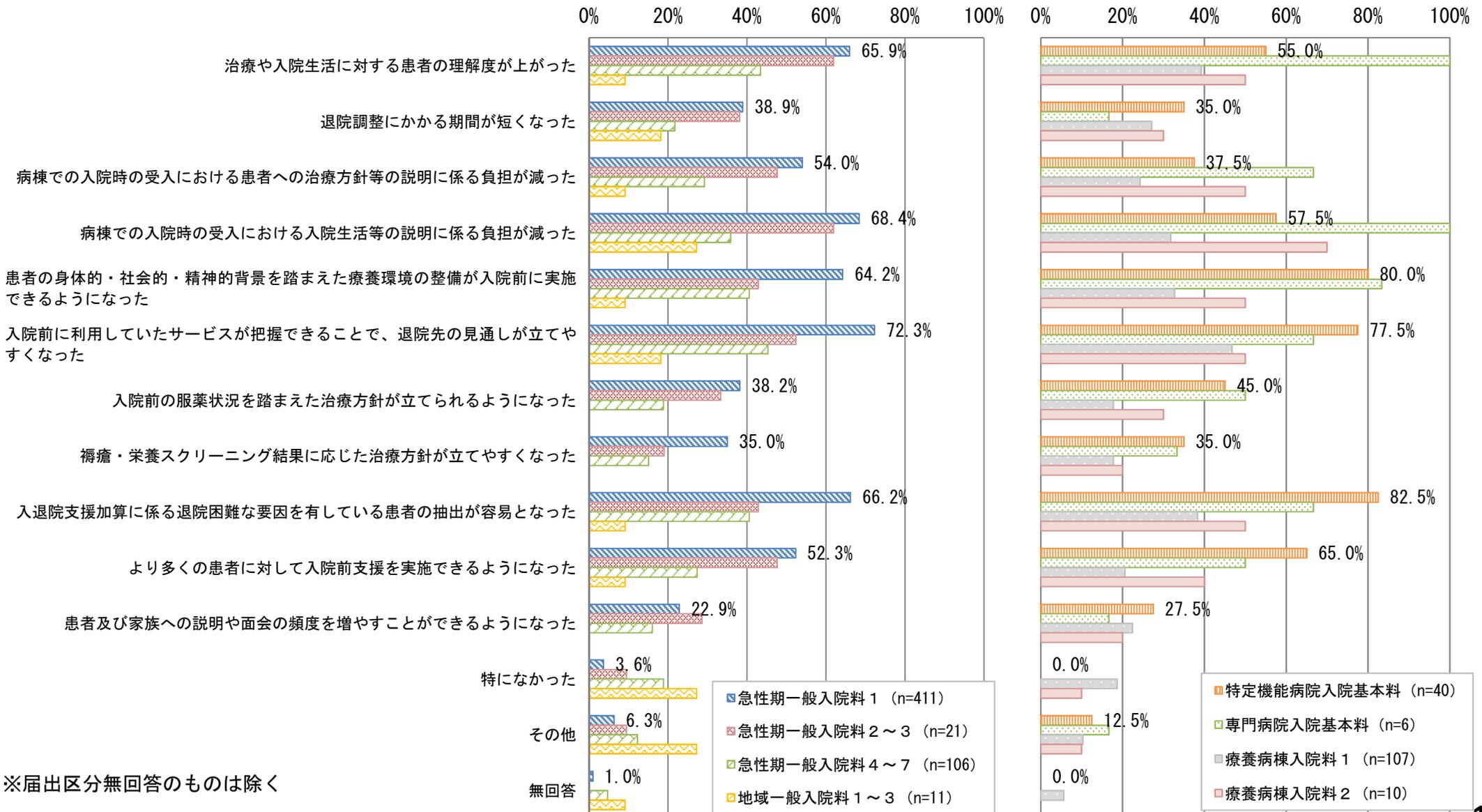


入院時支援加算の届出による効果

○ 入院時支援加算の届出による効果として、「入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった」が特に多かった。

入院時支援加算の届出による効果

(複数回答)

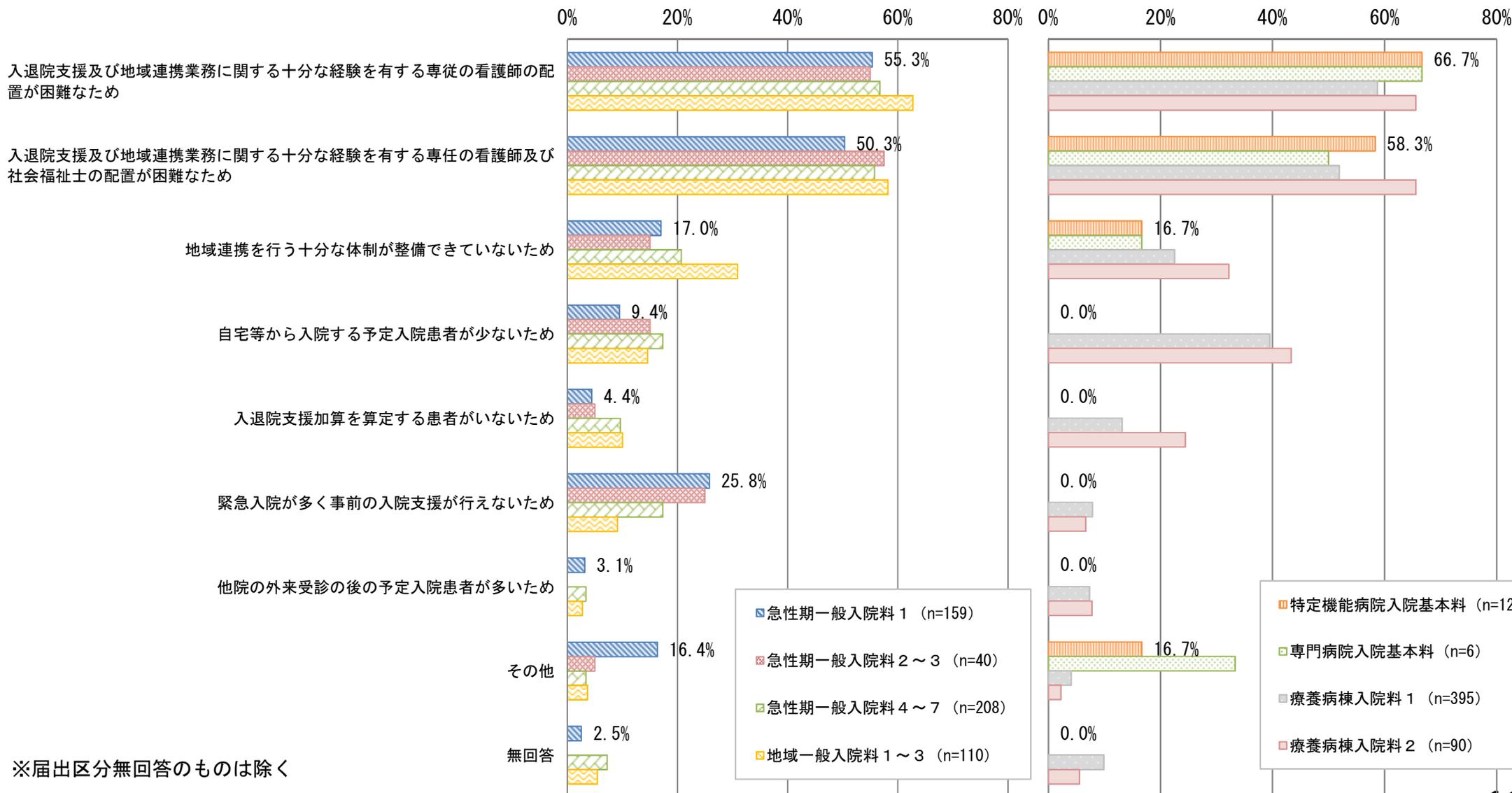


入院時支援加算を届出ることが困難な理由

○ 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「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の配置が困難なため」が多かった。

入院時支援加算を届出ることが困難な理由

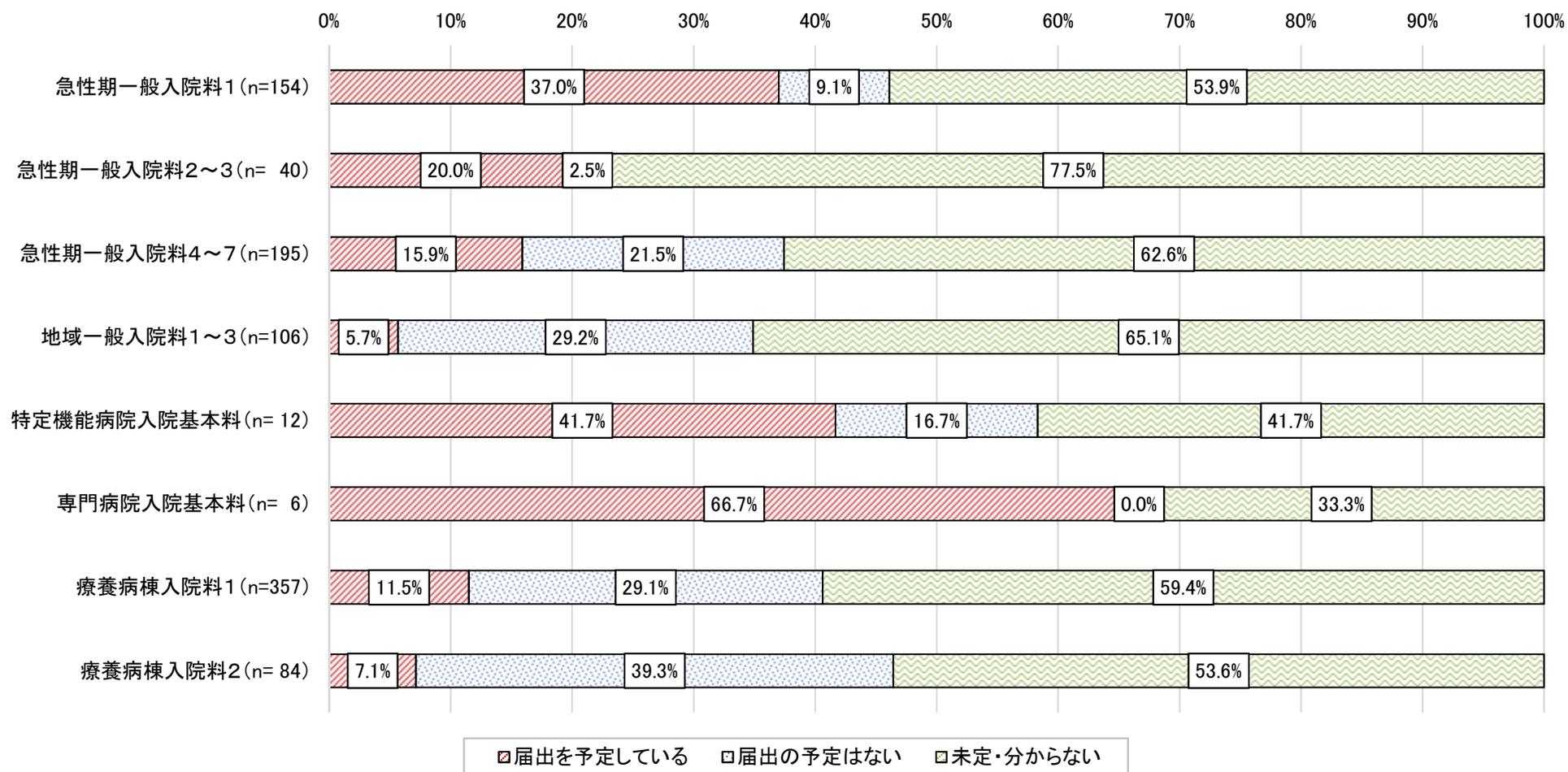
(複数回答)



入院時支援加算の今後の届出意向

- 入院時支援加算を届出していない施設の今後の届出意向についてみると、急性期一般入院料1では4割弱が届出を予定していた。

入院時支援加算の今後の届出意向

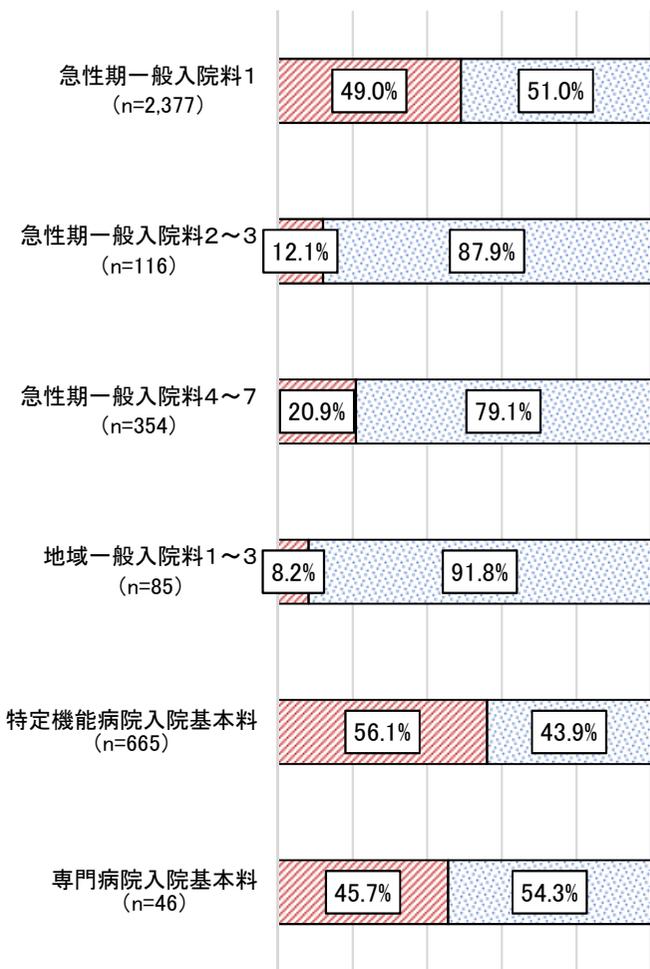


退院時共同指導料 2、退院前訪問指導料、退院後訪問指導料の算定状況

- 退院時共同指導料 2 は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院で多く算定されていた。
- 退院前訪問指導料は 1～2 割程度の施設で算定されていたが、退院後訪問指導料を算定した施設は 1 割に満たなかった。

退院時共同指導料 2

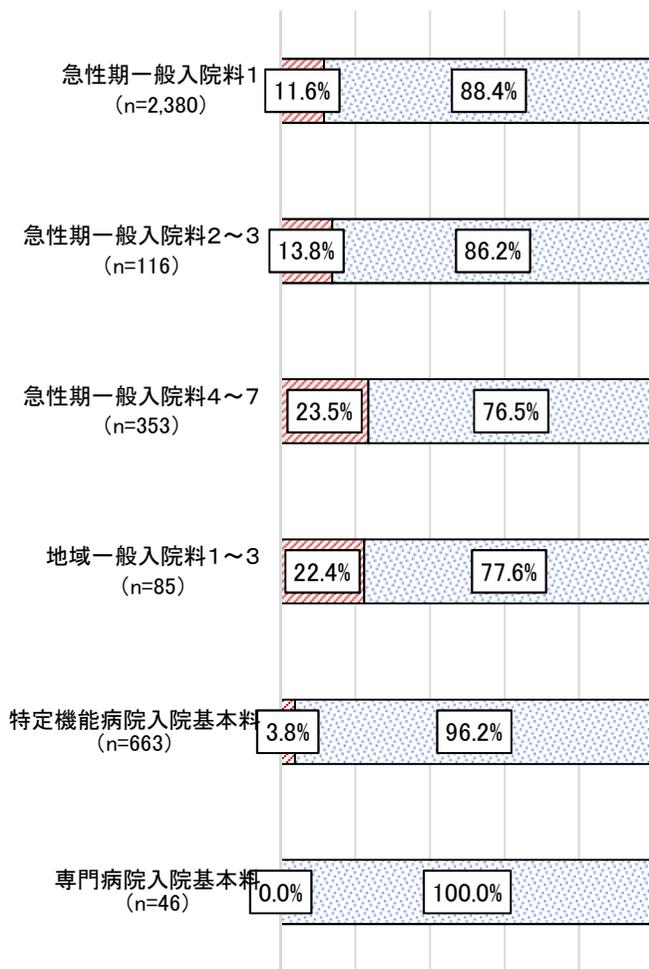
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

退院前訪問指導料

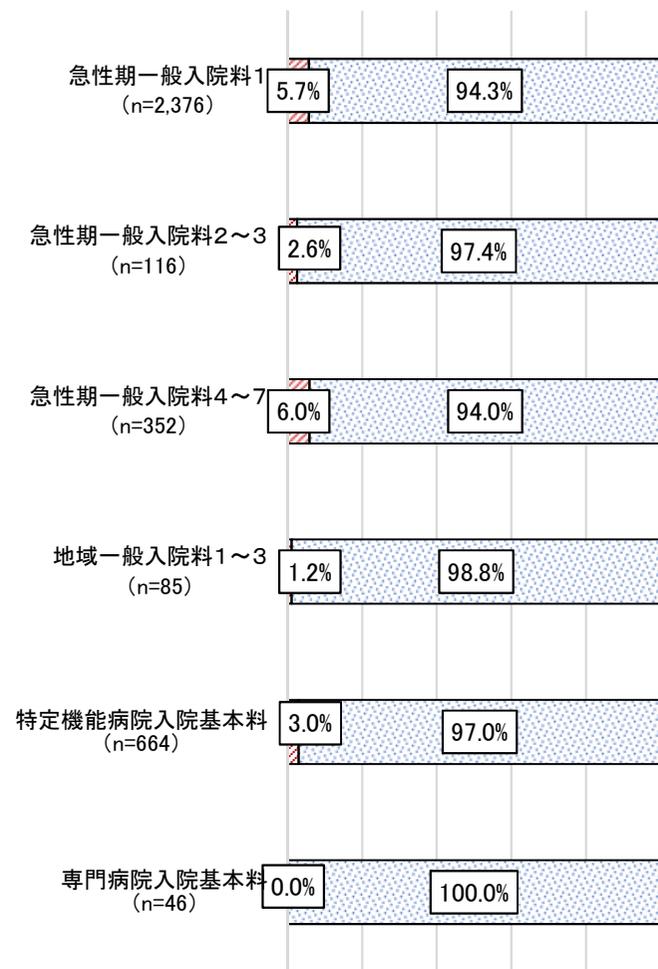
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■算定あり □算定なし

退院後訪問指導料

0% 20% 40% 60% 80% 100%



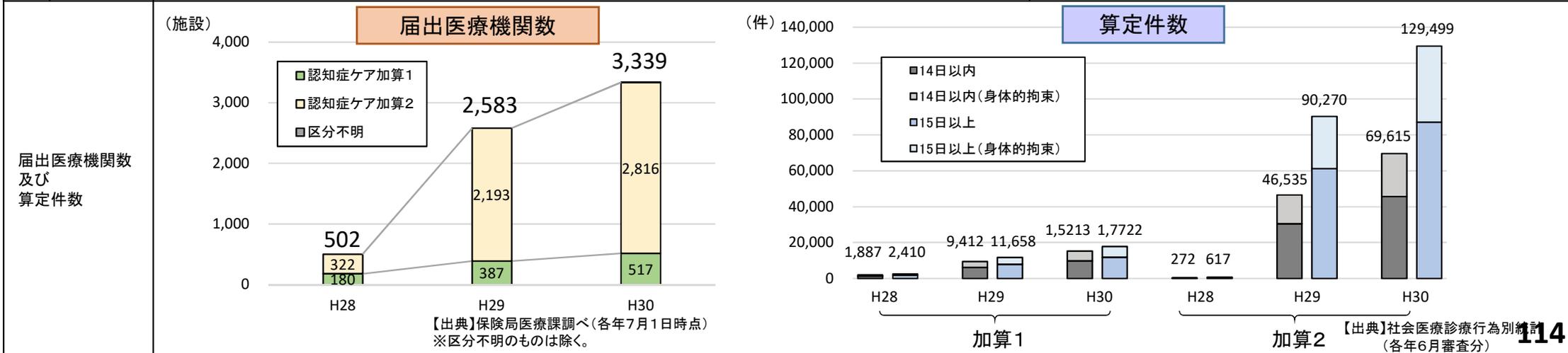
■算定あり □算定なし

(6) 横断的事項

- 入退院支援加算等
- 認知症ケア加算
- 患者サポート体制充実加算
- 総合評価加算
- 排尿自立指導料

認知症ケア加算の算定状況

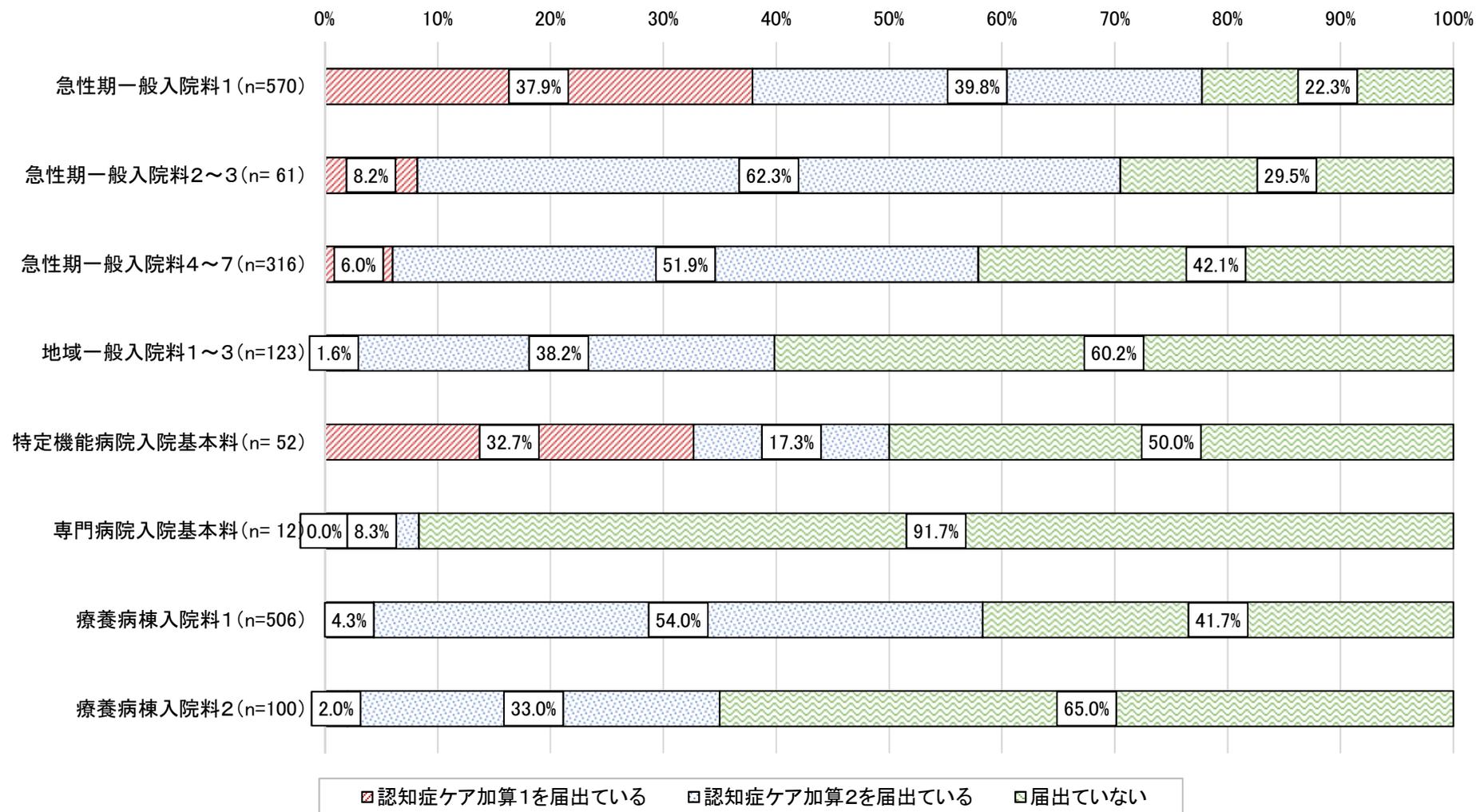
		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数(1日につき)		イ 14日以内の期間 150点 ロ 15日以上期間 30点 (身体的拘束を実施した日は60%)	イ 14日以内の期間 30点 ロ 15日以上期間 10点 (身体的拘束を実施した日は60%)
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者(重度の意識障害のある者を除く)	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	<ul style="list-style-type: none"> 日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 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。 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。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 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。 ③ 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。 ④ ①～③を診療録等に記載。 	<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を修了のいずれか) 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 <ul style="list-style-type: none"> 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に実施。 	<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。



認知症ケア加算の届出状況

○ 認知症ケア加算は、急性期一般入院料1及び特定機能病院での届出が多かった。

認知症ケア加算の届出状況

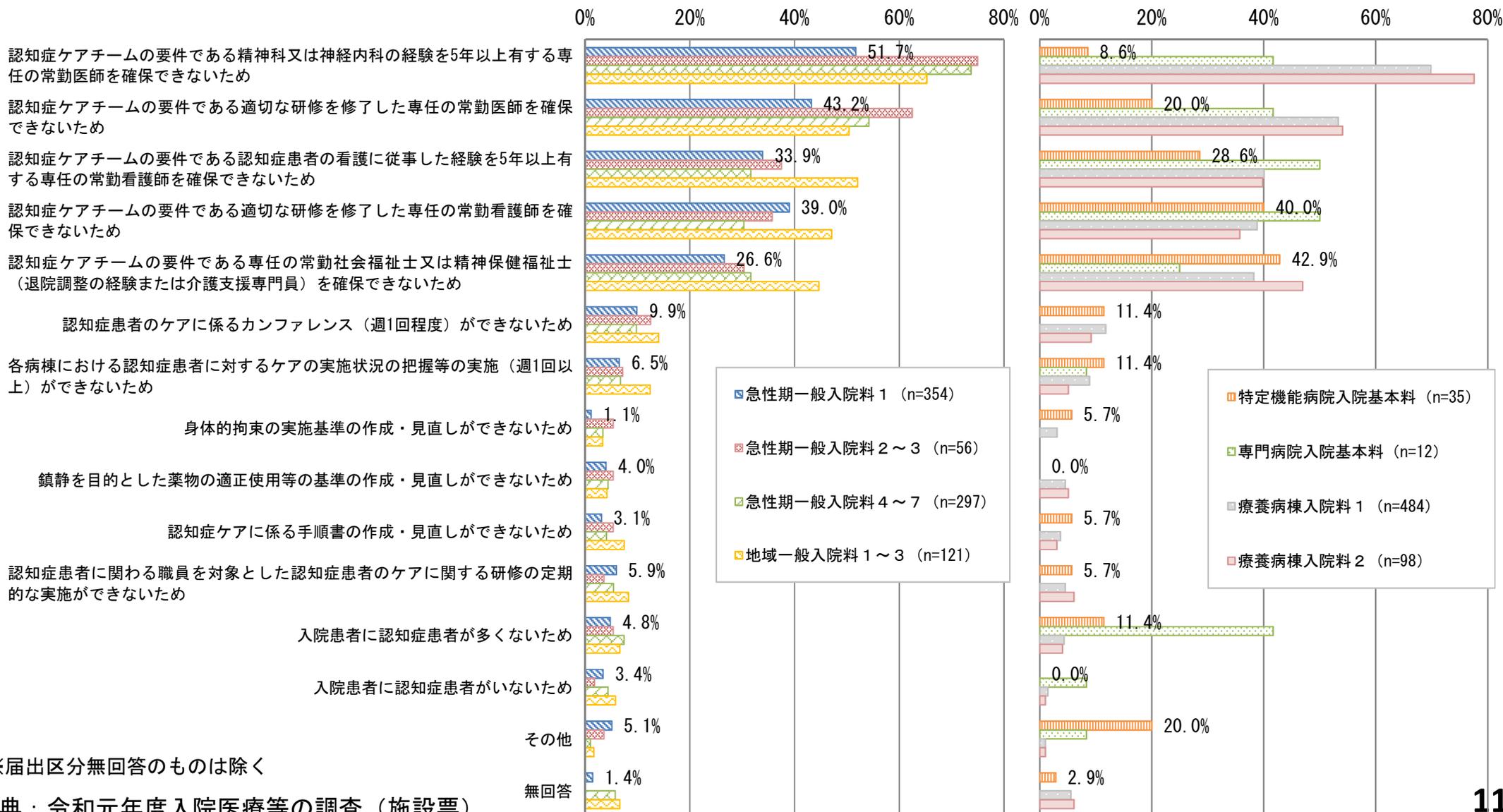


認知症ケア加算 1 を届出していない理由

○ 認知症ケア加算 1 を届出していない理由として、「認知症ケアチームの要件である精神科又は神経内科の経験を5年以上有する専任の常勤医師を確保できないため」が多かった。

認知症ケア加算 1 を届出していない理由

(複数回答)

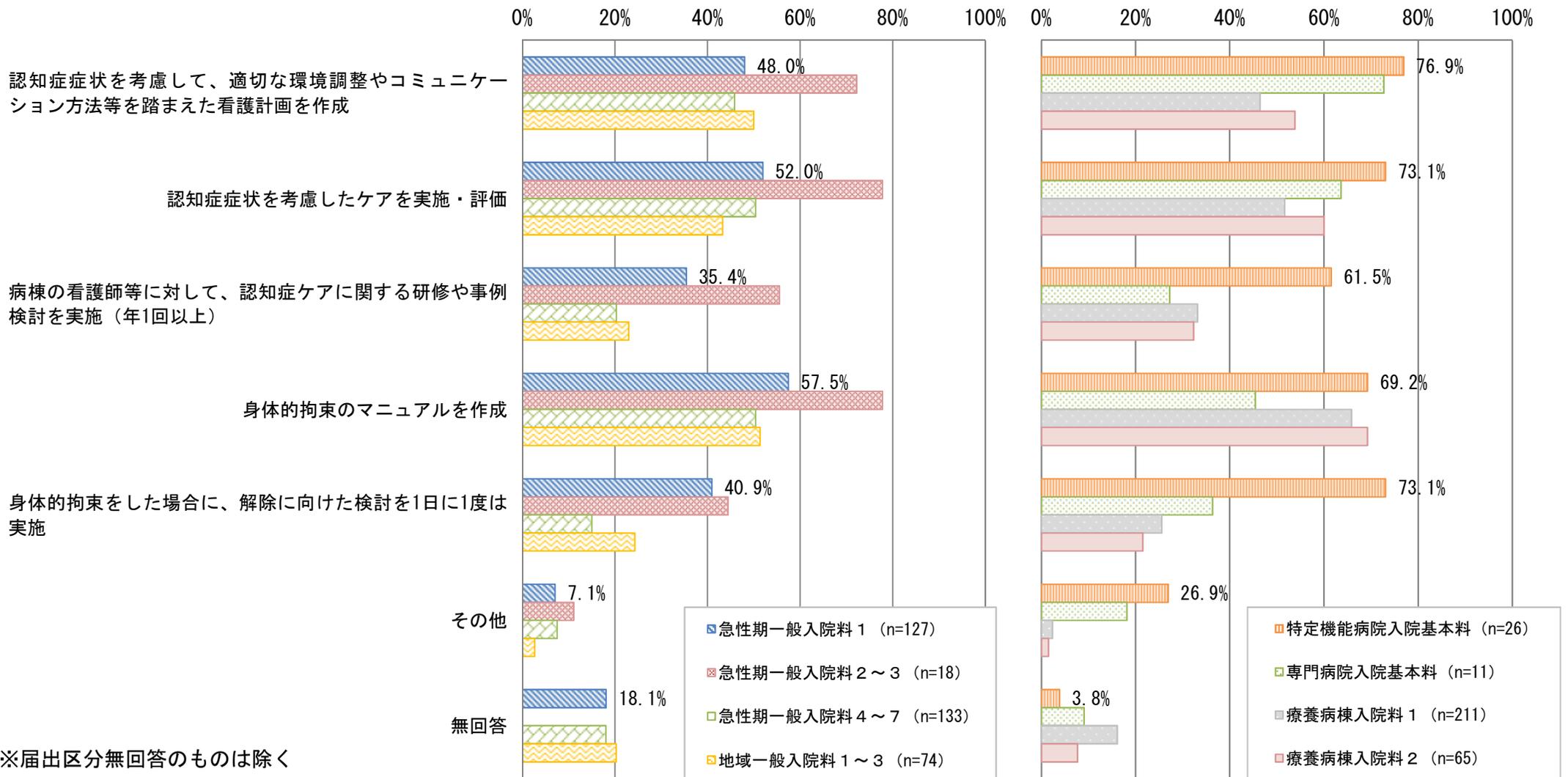


認知症ケア加算を届出していない施設における認知症患者に対する取組

○ 認知症ケア加算 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の取組を実施している施設が多くみられた。

認知症患者に対して実施している取組

(認知症ケア加算 1・2 ともに届出していない施設のみ、複数回答)



(6) 横断的事項

- 入退院支援加算等
- 認知症ケア加算
- 患者サポート体制充実加算
- 総合評価加算
- 排尿自立指導料

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

➤ 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)

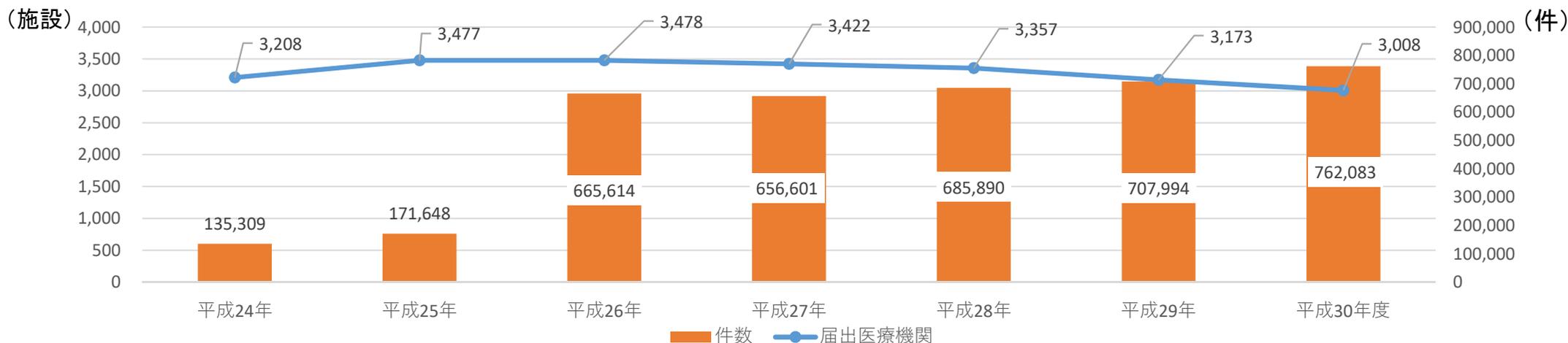
[施設基準]

医療安全対策加算に規定する窓口と兼用可

- ① 患者からの相談に対する**窓口**を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

(参考) 患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

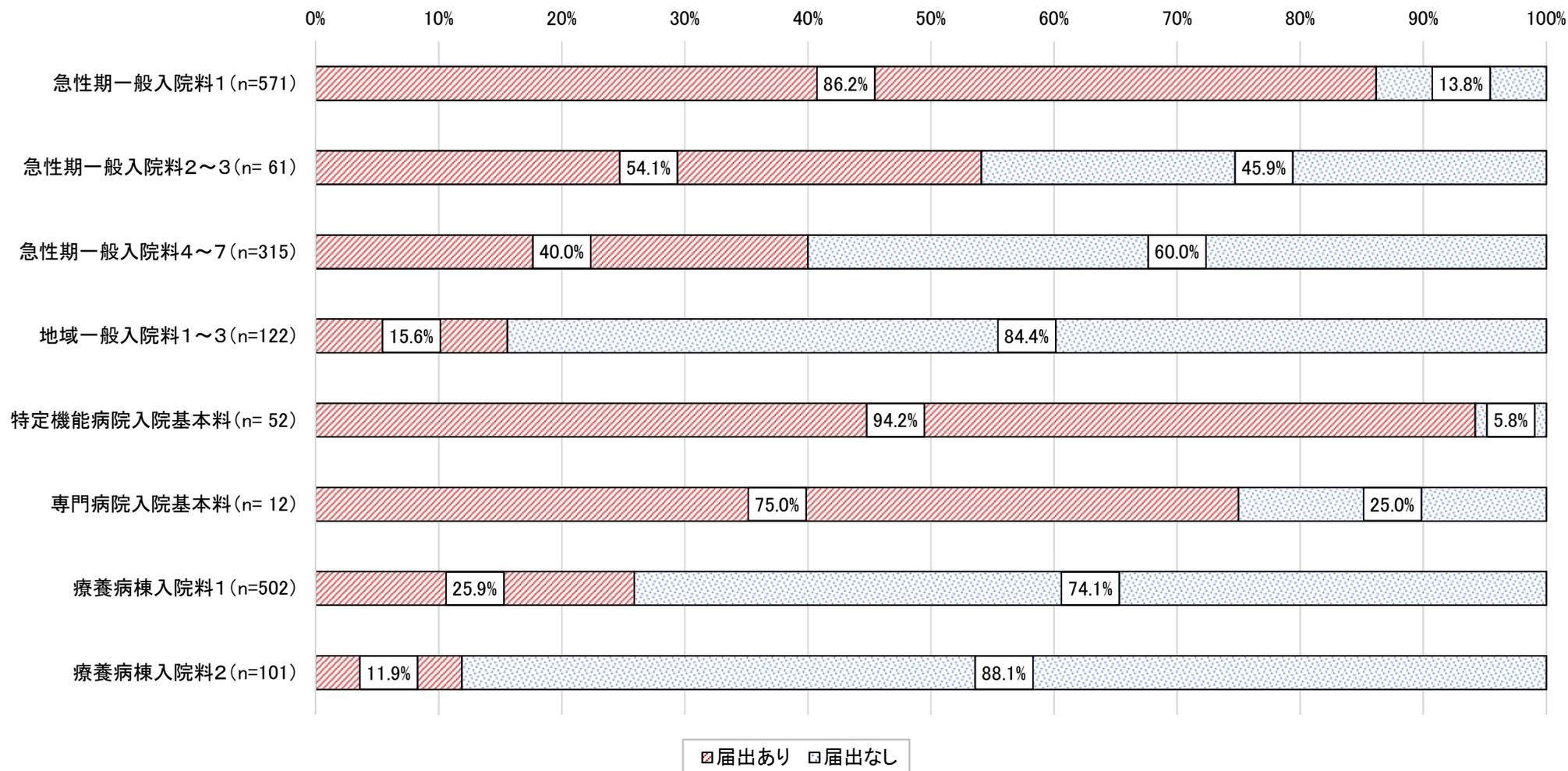
※「がん拠点病院加算」を算定している場合は算定不可



患者サポート体制充実加算の届出状況

○ 患者サポート体制充実加算は、急性期一般入院料 1 及び特定機能病院での届出が多かった。

患者サポート体制充実加算の届出状況

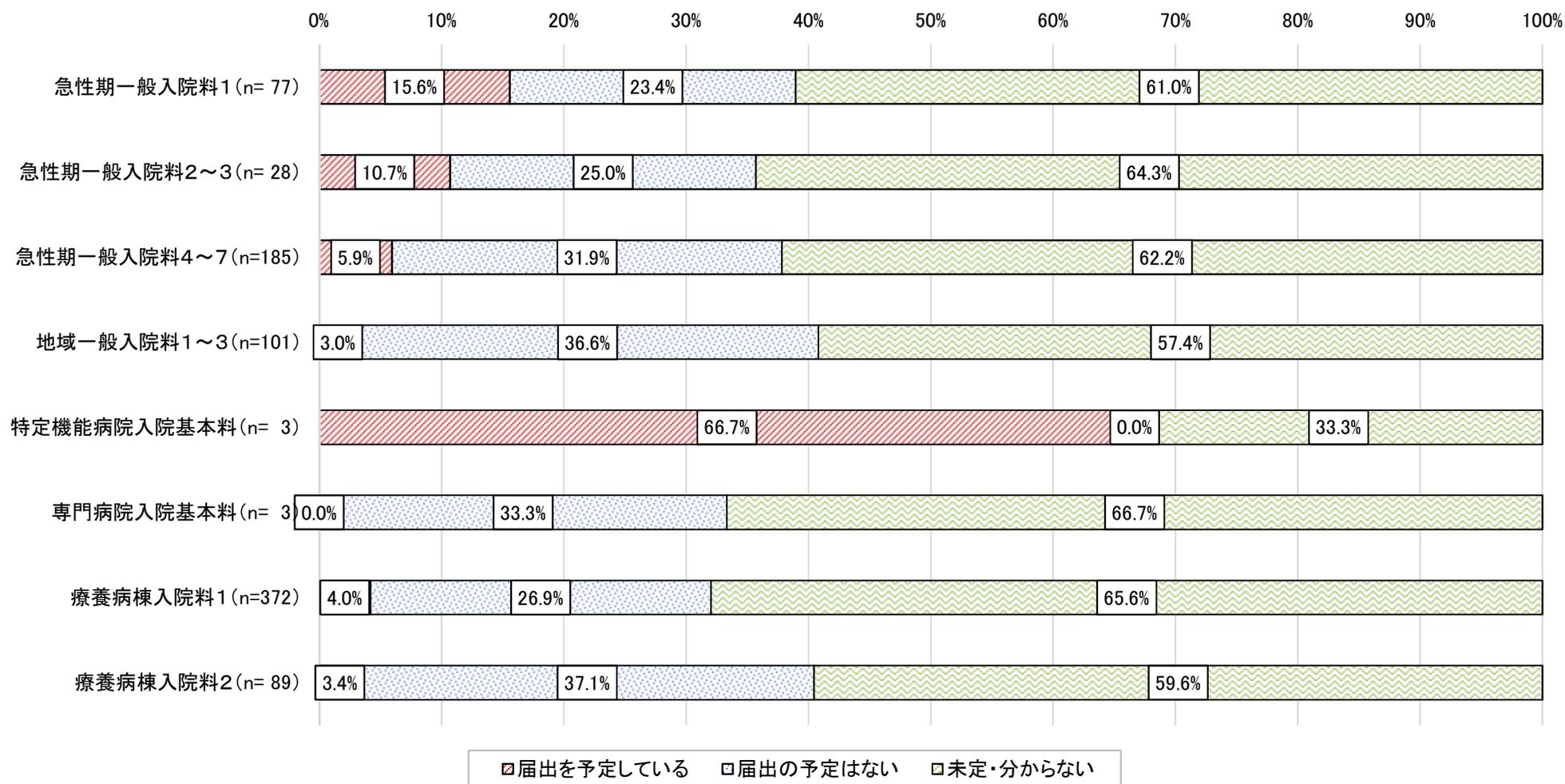


■ 届出あり □ 届出なし

患者サポート体制充実加算の今後の届出意向

○ 患者サポート体制充実加算を届出していない施設の今後の届出意向についてみると、急性期一般入院料1では2割弱が届出を予定していた。

患者サポート体制充実加算の今後の届出意向



(6) 横断的事項

- 入退院支援加算等
- 認知症ケア加算
- 患者サポート体制充実加算
- 総合評価加算
- 排尿自立指導料

A240 総合評価加算

100点（入院中1回）

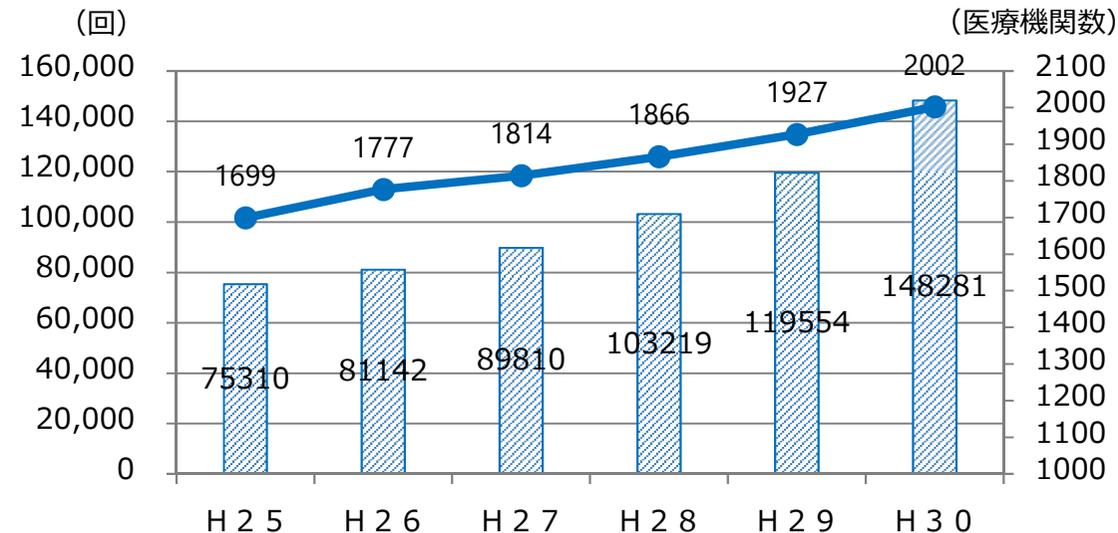
【主な算定要件】

- (1) 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**を行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾患を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、入院中1回に限り算定する。
- (2) 総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知能力、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行う。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中1回に限り算定する。
- (3) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。
- (4) 高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意する。

【施設基準】

- (1) 総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が1名以上いる。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
 - ア 医療関係団体等が実施するもの
 - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診療方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているもの
 - ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたもの
 - エ 研修期間は通算して16時間以上程度のもの
- (3) 高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施する。

総合評価加算の算定回数・届出医療機関数

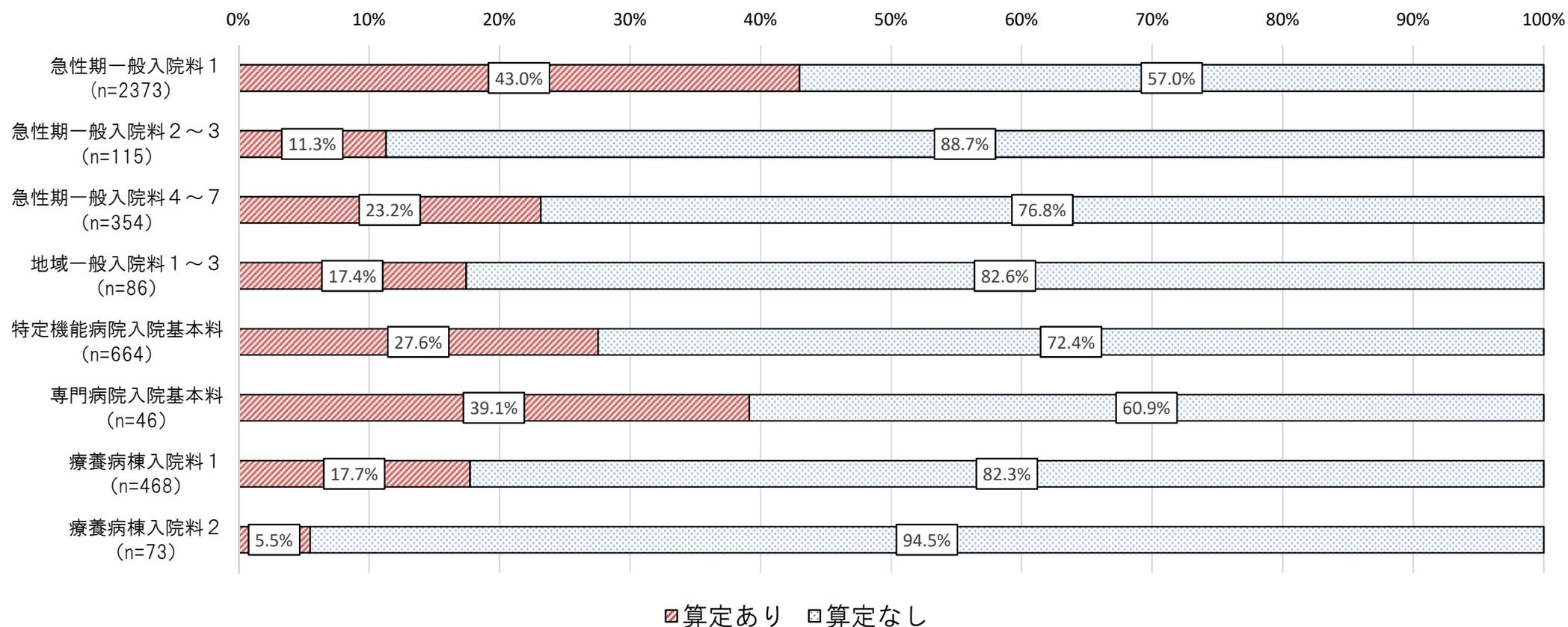


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）
 社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
 保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

総合評価加算の算定状況

○ 総合評価加算の算定状況をみると、急性期一般入院料1及び専門病院において算定ありの割合が多かった。

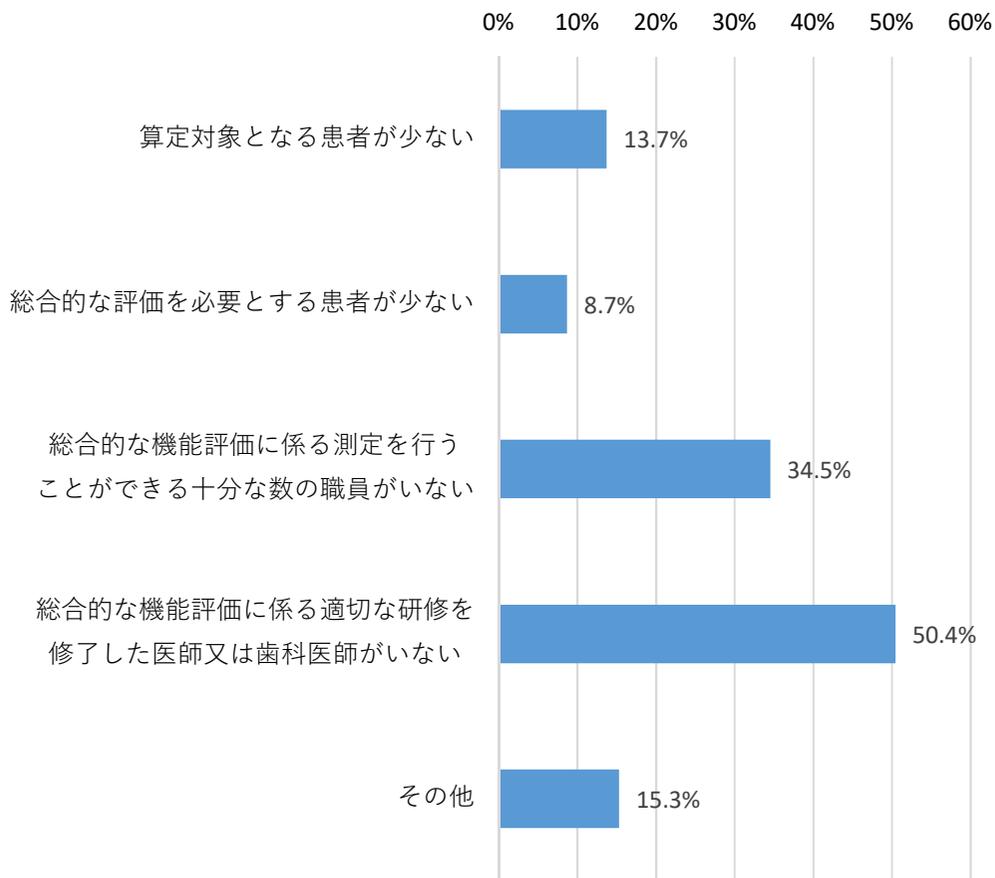
総合評価加算の算定状況



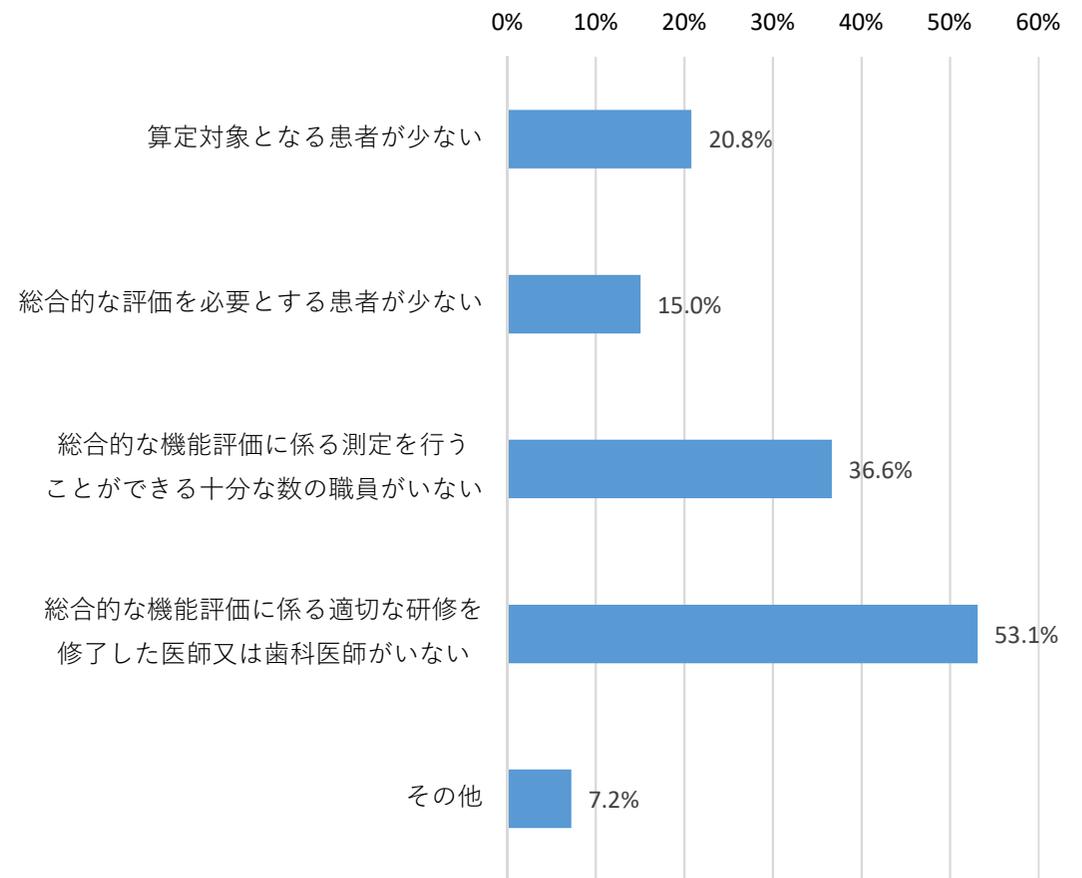
総合評価加算を算定していない理由

○ 総合評価加算を算定していない理由をみると、いずれの病棟においても、「総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師又は歯科医師がない」が多く、約半数であった。

算定していない理由（A票） (n=2,312)



算定していない理由（B票） (n=486)



(6) 横断的事項

- 入退院支援加算等
- 認知症ケア加算
- 患者サポート体制充実加算
- 総合評価加算
- 排尿自立指導料

排尿自立指導料の概要

平成28年度診療報酬改定

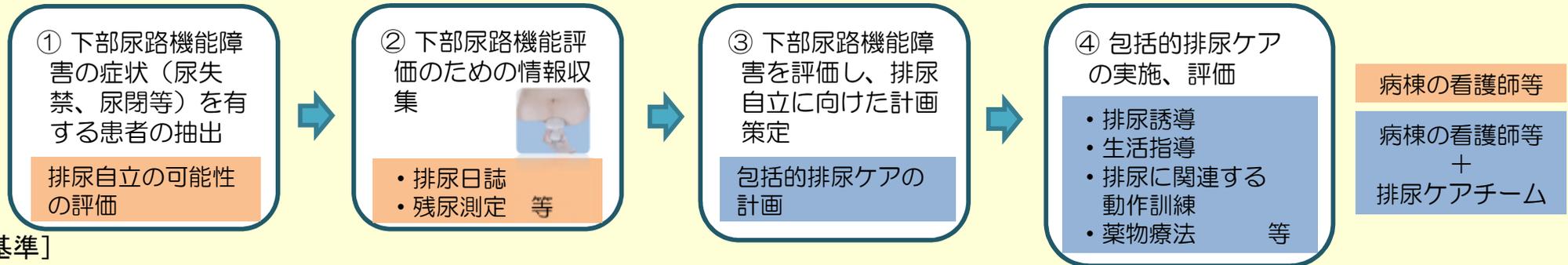
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

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

B005-9 排尿自立指導料 200点(週1回)

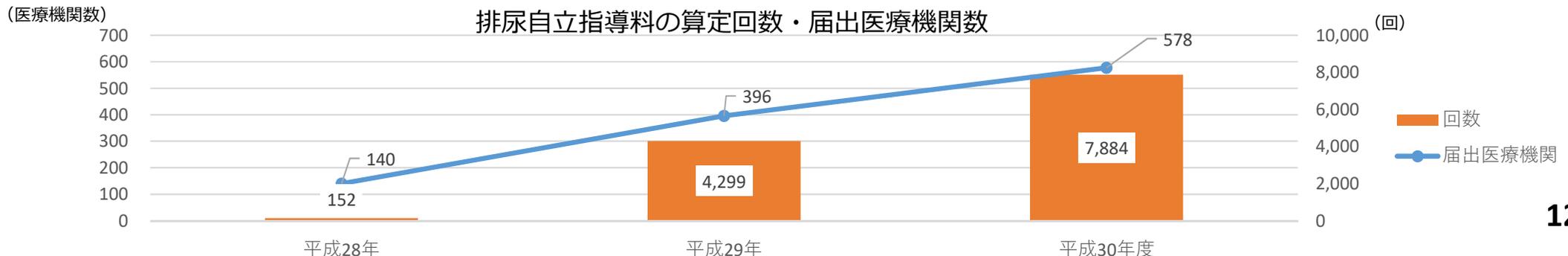
[主な算定要件]

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



[施設基準]

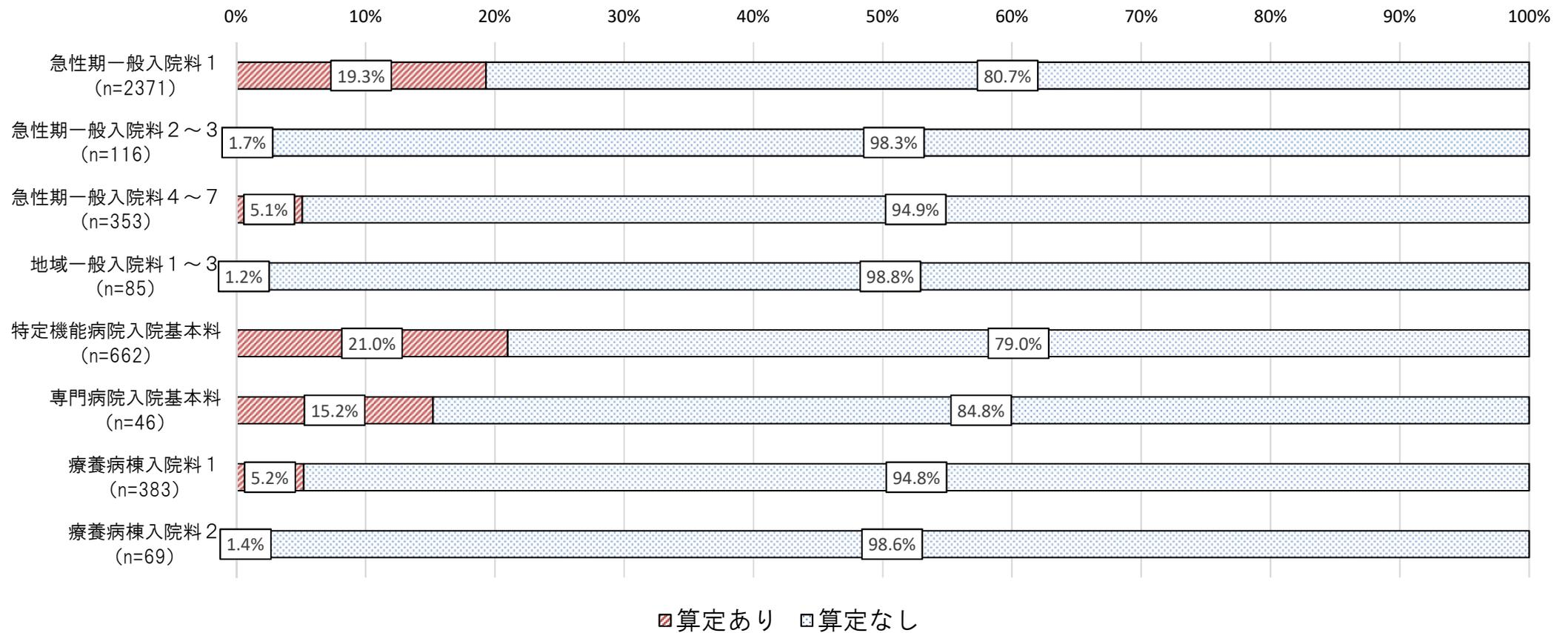
- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る研修を修了した医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。



排尿自立指導料の算定状況

○ 排尿自立指導料の算定状況をみると、急性期一般入院料1及び特定機能病院において算定ありの割合が多かった。

排尿自立指導料の算定状況

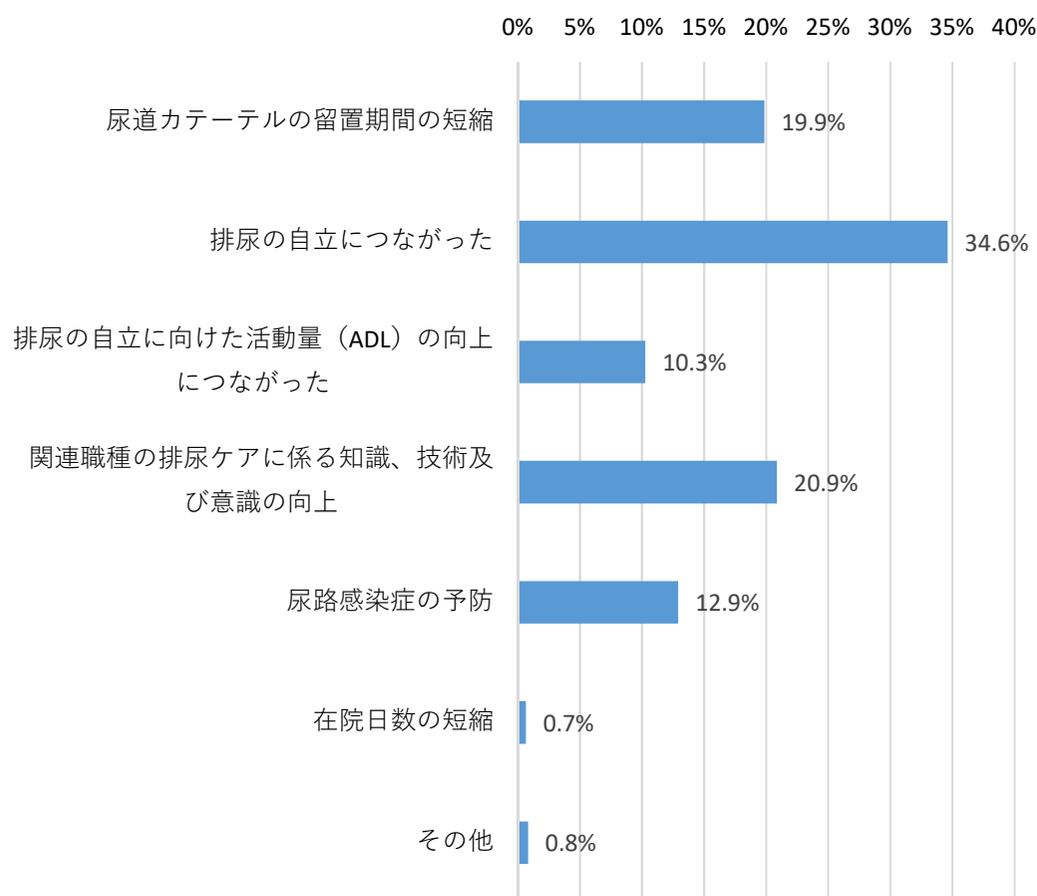


■ 算定あり □ 算定なし

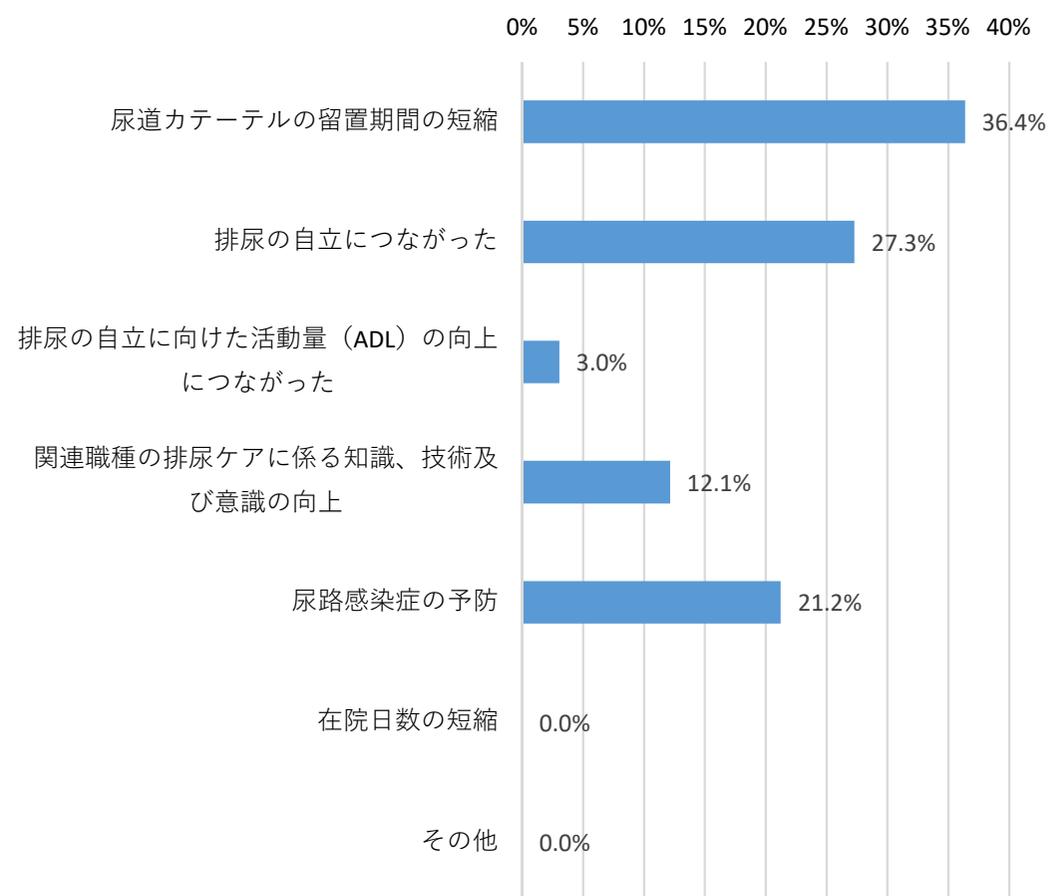
排尿自立指導料の算定による効果

○ 排尿自立指導料の算定による効果を見ると、一般病棟入院基本料等においては「排尿の自立につながった」が多く約3割、療養病棟入院基本料においては「尿道カテーテルの留置期間の短縮」が多く約4割であった。

算定による効果（A票） (n=604)



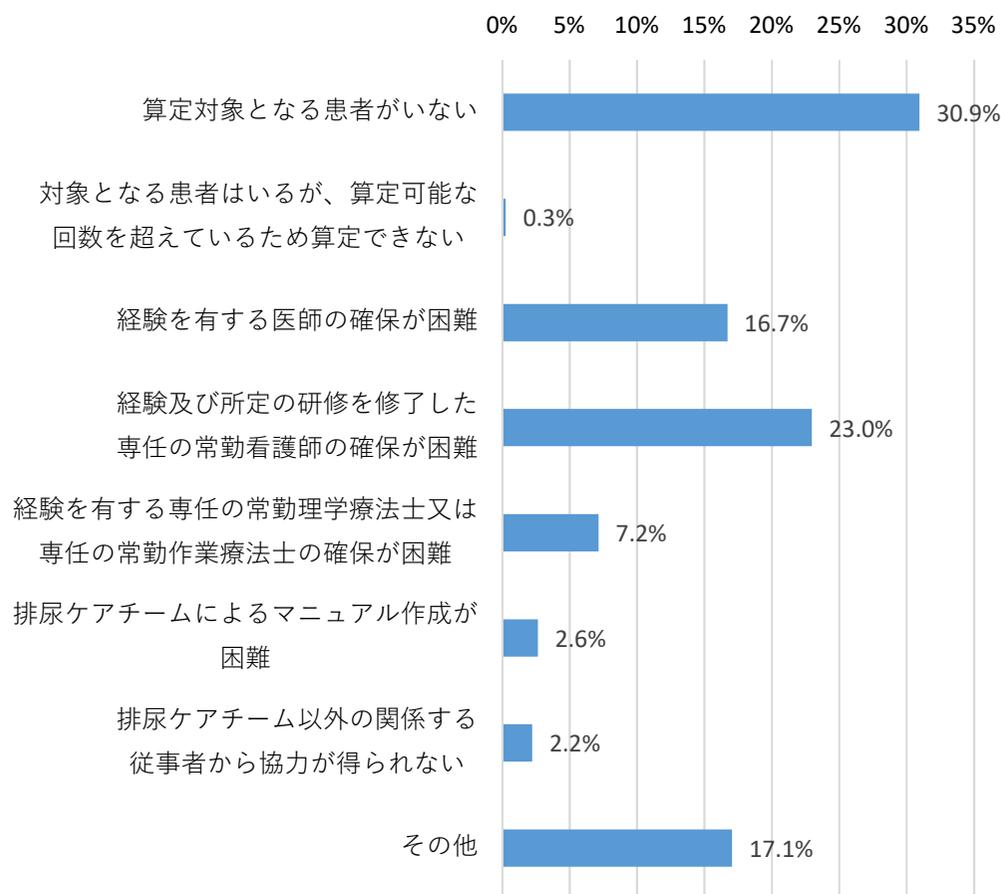
算定による効果（B票） (n=33)



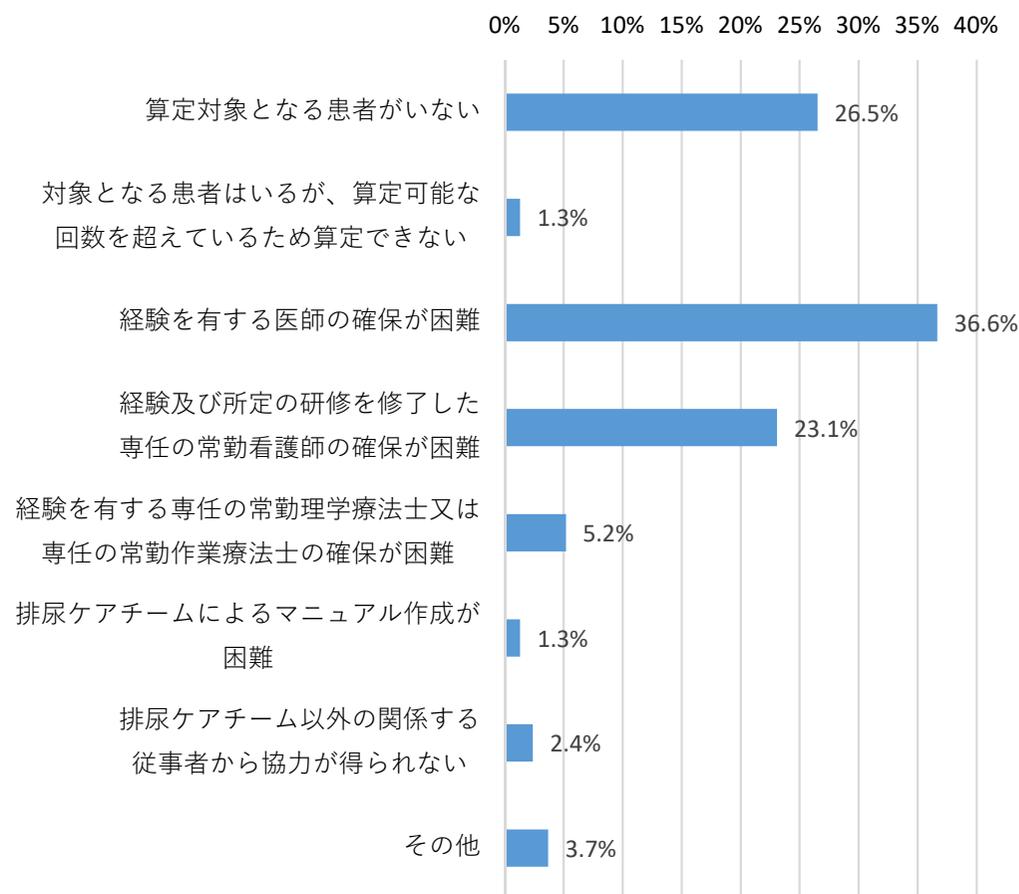
排尿自立指導料を算定していない理由

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

算定していない理由（A票） (n=2,908)



算定していない理由（B票） (n=464)



令和元年台風 19 号に伴う災害の被災に伴う 医療保険制度の主な対応状況について

被災者の方の支援に関すること

1. 被保険者証等の提示が無い場合の受診の取扱い

被保険者証等を紛失した場合など、医療機関に提示できない場合であっても、氏名、生年月日等を申し出ることによって、保険により受診できることとした。

主に被災地の医療機関等への配慮に関すること

1. 診療報酬の算定について

患者の急激な増加等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

(1) 医療法上の許可病床数を超過する入院の取扱い

被災者を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を行わないこととした。

(2) 看護配置の変動に関する取扱い

被災者を受け入れたことにより、看護要員の比率等に変動があった場合でも当面、変更の届出は不要とした。

(3) 平均在院日数等の取扱い

被災者を受け入れたことにより、平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」、在宅復帰率、医療区分 2・3 の患者割合が入院基本料等の施設基準を満たさなくなった場合でも、当面、被災前から算定していた入院基本料を算定することとした。

(4) 本来の病棟でない病棟等に入院した場合の取扱い

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

(5) 透析を目的とした他医療機関受診の取扱い

被災前から継続して入院している慢性透析患者であって、今般の被災により当該保険医療機関の透析設備が使用不可能となるなど真にやむを得ない事情がある場合には、当該患者が透析を目的として他医療機関受診を行った場合は、その日について入院基本料等の控除を行わないこととした。

(6) D P C対象病院の要件等の取扱い

被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増した場合に、看護要員の数等の施設基準を満たさなくなった場合については、「D P C対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」には該当せず、届出は不要とした。また、D P C対象病院等が提出する退院患者に係るデータについて、令和元年7月分から9月分までのデータの提出期限を当分の間延長できることとした。

2. 保険調剤について

(1) 記載事項が不十分な処方箋の取扱い

被災により被保険者証を保険医療機関に提示できなかったため、保険薬局が、保険者番号、被保険者証の番号、又は保険医療機関の記載がない処方箋を受け付けた場合であっても、加入保険、事業所名、処方箋を受け付けた場所等を被災者に確認することによって、保険調剤として取り扱ってよいこととした。

(2) 処方箋を持参できない場合の取扱い

被災地の保険薬局において、被災者が処方箋を持参できない場合であっても、交通の遮断等やむをえない理由により医師の診療を受けることができないと認められ、医師への電話等により処方内容を確認できる場合には、事後的に処方箋が発行されることを条件として、保険調剤として取り扱ってよいこととした。

主に被災地以外の医療機関への配慮に関すること

1. 診療報酬の算定について

被災地から患者を受け入れている医療機関の状況等に鑑み、診療報酬の算定について柔軟な取扱いを行うこととした。

(1) 医療法上の許可病床数を超過する場合の取扱い

被災者を受け入れたことにより医療法上の許可病床を超過する場合には、通常適用される診療報酬の減額措置を適用しないこととした。

(2) 看護配置の変動に関する取扱い

被災者を受け入れたことや、被災地に職員を派遣したことにより、看護要員の比率等に変動があった場合でも、当面、変更の届出は不要とした。

(3) 平均在院日数等の取扱い

被災地の医療機関から転院の受け入れを行った場合には、当面、当該患者を除いて平均在院日数、「重症度、医療・看護必要度」、在宅復帰率、医療区分2・3の患者割合を計算できることとした。

(4) 本来の病床でない病床等に入院した場合の取扱い

原則として、当該患者が実際に入院した病棟の入院基本料等を算定することとした。

(5) 透析を目的とした他医療機関受診の取扱い

被災地の保険医療機関に被災前から継続して入院している慢性透析患者の転院を受け入れた場合であって、当該被災地以外の医療機関の透析設備の不足等、真にやむを得ない事情により、当該患者が透析を目的として他医療機関受診を行った場合は、その日について入院基本料等の控除を行わないこととした。